

Во время хирургической обработки костных полостей мы повторно определяем чувствительность микрофлоры к антибиотикам.

Наши наблюдения показывают, что правильный выбор срока операции, доступ к очагу через здоровые ткани и глухой шов на фоне лечения антибиотиками являются решающими условиями благоприятного ближайшего исхода некрэктомии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрийский М. В. Тр. III Воронежского областного съезда хирургов. Воронеж, 1950. — 2. Амброзайтис К. И. Клинико-рентгенологические наблюдения над течением острого гематогенного остеомиелита при комплексном лечении пенициллином. Автореф. канд. дисс., М., 1955. — 3. Арьев Т. Я. и Никитин Г. Д. Мышечная пластика костных полостей. М., 1955. — 4. Брайцев В. Я. Хирургия, 1955, 6. — 5. Гладченко А. Т. Мышечная пластика костных полостей при хроническом остеомиелите длинных трубчатых костей. Автореф. канд. дисс., Днепропетровск, 1953. — 6. Еланский Н. Н., Клевиц В. Е. Хирургия, 1959, 4. — 7. Ковалишин М. Н. Значение внутриаартериальных введений пенициллина при лечении гематогенных остеомиелитов. Автореф. канд. дисс., Станислав, 1957. — 8. Линденбаум И. С., Капиджа Л. М. Вестн. хир., 1953, 5. — 9. Мехтиев М. М. Клинико-экспериментальные данные о мышечной пластике костных полостей. Автореф. канд. дисс., Баку, 1951. — 10. Михайлевский И. И. Гематогенный остеомиелит трубчатых костей. Автореф. докт. дисс., М., 1950. — 11. Самохвалов В. И. Хирургия, 1960, 11. — 12. Стручков В. И., Маршак А. М. Там же, 1960, 6.

УДК 616.14—002—616—073.75

ФЛЕБОГРАФИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕН КОНЕЧНОСТЕЙ

М. Ф. Мусин

Кафедра рентгенологии и радиологии (зав. — проф. М. И. Гольдштейн) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Контрастное исследование вен конечностей предложено давно [4, 10, 14], однако сложность выполнения и трудности интерпретации сосудистых изображений на рентгенограмме ограничивают его применение. Недостаточно изучены границы диагностических возможностей венографии.

Мы обследовали методом флебографии 32 больных с заболеваниями вен нижних конечностей. С эссенциальным варикозным расширением вен нижних конечностей было 17 больных в возрасте от 23 до 55 лет. С длительностью заболевания до 3 лет было 5 чел., до 5 лет — 4, до 10 лет — 6 и больше — 2.

Была применена прямая флебография (с вливанием контрастного раствора непосредственно в дистальную часть расширенной вены) и чрескостная венография (с введением его в пяточную кость).

При цилиндрической форме поражения на рентгенограммах расширенная вена прямолинейна (рис. 1, а), калибр ее расширен незначительно, но выявляется отчетливо на фоне вен с неизменным диаметром. Протяженность цилиндрических расширений у наших больных была не более 10—15 см. При змеевидном расширении вена извилистая, калибр ее увеличен часто весьма значительно и неравномерно, протяженность поражения иногда может достигать 40—50 см. При мешковидно-узловатом расширении видны одиночные или множественные округлые узлы различных (порой довольно больших) размеров. При смешанной форме могут быть все виды варикозного расширения вен с преобладанием какой-либо.

По времени исчезновения контрастного вещества из венозного русла можно судить о степени анатомо-функциональной недостаточности клапанного аппарата в пораженных венах.

Из 17 больных 12 произведено иссечение поверхностных расширенных венозных стволов с вполне удовлетворительным результатом.

С флеботромбозами было 12 больных. У 4 из них признаки поражения глубоких вен конечности появились первично, а у 8 наступили после перенесенного острого тромбфлебита.

Флеботромбозы диагностируются довольно легко при осмотре и пальпации, но степень, характер и размеры поражения клинически определить трудно, для выяснения этих вопросов необходимо делать флебографию.

В последние годы многие хирурги высказываются за удаление тромбов из сосудов или иссечение тромбированных вен. Однако выполнение этих операций без предварительного флебографического исследования и уточнения патологического процесса нежелательно.

Установлено, что при тромбозе глубоких вен восстанавливается просвет сосудов [13]. Венография при этом заболевании производится для выяснения анатомо-функционального состояния глубоких вен и определения времени наступления реканализации в за-тромбированных венах. Только после точного установления реканализации глубоких вен можно ставить вопрос об иссечении варикозно расширенных поверхностных вен и резекции бедренной вены. Методом, определяющим показания к операции, следует считать внутрикостную флебографию.

Со словностью нижних конечностей было 2 больных. Внутрикостная флебография произведена у них для выяснения проходимости глубоких вен перед иссечением патологически измененной кожи, подкожножировой клетчатки и апоневроза с последующим закрытием образовавшегося дефекта с помощью кожной пластики. Поверхность глубоких вен у больных была сохранена, одной больной сделана операция, вторая от операции отказалась.

Неоценимую услугу оказывает флебография при острых тромбозах поверхностных магистральных вен бедра. Мы наблюдали больного, который поступил в хирургическое отделение с резко выраженной картиной эмболии левой бедренной артерии. Артериография показала полную проходимость бедренного артериального ствола. Был заподозрен тромбоз вен бедра, и больному здесь же, на трохоскопе, произведена флебография большой подкожной вены методом веносекции впереди внутренней лодыжки. На рентгенограммах бедра отчетливо выявлен тромбоз верхнего отдела большой подкожной вены, который вызвал резкое рефлекторное сокращение артериальной сети бедра, что создало картину эмболии крупной артерии левой нижней конечности.

Всем больным, назначенным на операцию по поводу заболевания венозной системы конечностей, необходимо провести флебографическое исследование. Оно противопоказано при общем тяжелом состоянии больных, повышенной чувствительности к йодистым препаратам и остром тромбофлебите.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аскерханов Р. П. Вестн. рентгенол. и радиол., 1954, 2.—2. Краковский Н. И., Мазаев П. Н. Ангиография в хирургии сосудов конечностей и шеи. Медицина, М., 1964.—3. Поздняков Л. Н., Строков Ф. Я. Совр. хир., 1931, 1—2.—4. Рейнберг С. А. Тр. II Всесоюз. съезда рентгенологов и радиологов, 1924.—5. Розанова Н. А. Хирургия, 1960, 9.—6. Розенштейн М. А. Вестн. рентгенол. и радиол., 1952, 1.—7. Тихонов К. Б. Ангиография, Медгиз, М., 1962.—8. Ходкевич С. П., Ласкарева А. А., Колбасов В. Г. Сов. хир., 1933, 5.—9. Шейнман В. Н. Вестн. хир. им. Грекова, 1950, 5.—10. Berberich I., Hirsch S. Klin. Wschr., 1923, 23, 49, 9226—2228.—11. Dotter C. T., Steinberg I., Ball R. P. Circulation, 1951, 3, 606—615.—12. Godfrey G. C., Miller I. M., Ginsberg M. Surgery, 1959, 108, 3, 375—378.—13. Gottlob R. Angiographie und Klinik. Wien, Bonn, 1956.—14. Sicard, Forestier. Bull. Biol., 12 mai 1923.

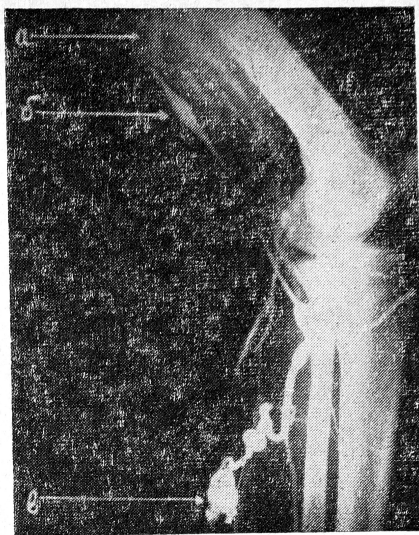


Рис. 1. Флебограмма больного Г.

Смешанная форма варикозного расширения вен конечностей: а — цилиндрическое расширение венозного пучка на задне-медиальной поверхности нижнего отдела бедра; б — расширение веретенообразного типа, расположенное несколько ниже цилиндрических расширений, в — мешковидное расширение на уровне средней трети голени.

О НЕКОТОРЫХ ПРИЗНАКАХ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО И ТРОМБОТИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТОВ

В. В. Деларю

Кафедра нервных болезней (зав. — доц. И. А. Дмитриев)
Волгоградского медицинского института

Дифференциация между внутримозговым кровоизлиянием и тромбозом сосудов головного мозга основывается на клинической картине и особенностях инсульта [2, 6, 8]. Для выявления диагностических признаков тромбоза и геморагии нами были изучены истории болезни 226 больных, находившихся за последние 11 лет на лечении в кли-