

Следует сделать вывод, что при назначении ртутных мочегонных необходимо учитывать состояние мочевыделительной системы, и при отрицательных результатах после первых назначений препарата лучше от дальнейшего его использования воздержаться.

УДК 616.9—616—006

В. А. Анисимова (Куйбышев-обл.). Злокачественные новообразования в практике инфекциониста

В нашу клинику инфекционных болезней в течение 1958—1962 гг. было направлено 155 больных со злокачественными опухолями. У 47 из них ошибочный диагноз инфекционного заболевания был отвергнут уже в приемном покое дежурным врачом, установившим рак поджелудочной железы у 15 больных, желудка — у 16, легкого — у 4 и других локализаций — у 12.

У остальных больных уже в стационаре, после тщательного обследования, были установлены следующие заболевания: рак поджелудочной железы — у 38, желудка — у 22, легкого — у 20, головного мозга — у 5, тонкого кишечника — у 4, прямой кишки — у 4, печени (первичный) — у 3, желчных путей — у 5, матки и ее придатков — у 3, грудной железы — у 3; саркома печени, менингеальных оболочек, ребра, орбитального края глазницы — у 4.

Большая часть этих больных была направлена с диагнозами: болезнь Боткина, брюшной и сыпной тифы, грипп, острая дизентерия и др.

В возрасте от 16 до 20 лет было 3 больных, от 21 до 50 — 44 и старше — 109.

УДК 615.814.1

Е. П. Архипов (Бугульма). Об использовании точек чжэнь в послеоперационном периоде

Мы применили чжэньтерапию для борьбы с различными функциональными нарушениями и осложнениями послеоперационного периода у 103 больных. У 98 из них отмечен выраженный терапевтический эффект, у 5 больных эффекта не было. Воздействие на точки чжэнь, по нашим наблюдениям, является эффективным методом терапии различных рефлекторных нарушений послеоперационного периода. Однако мы при необходимости сочетаем чжэньтерапию с другими методами лечения.

Особое внимание мы обращали на борьбу с послеоперационными раневыми болями. С этой целью мы широко пользуемся короткими новокаиновыми блокадами по следующей методике: определив легкими надавливаниями пуговчатым зондом кожи вокруг операционной раны точки наибольшей болезненности (их обычно 2—4), в эти точки, предварительно образовав «пятачок» внутрикожным введением новокаина, подкожно вводим 5—10 мл 0,25% раствора новокаина. Как правило, в результате такой несложной процедуры у больных значительно уменьшались боли в области раны, улучшалось самочувствие, нормализовался сон.

В процессе применения чжэньтерапии мы обратили внимание на тот факт, что иглоукальвание, примененное в первые сутки после операции, не устраняло, а усиливало то или иное функциональное нарушение послеоперационного периода. Спустя же сутки после операции терапевтический эффект иглоукальвания проявлялся полностью. Поэтому чжэньтерапию мы применяем только на следующие сутки после операции. Далее, если в первое время мы воздействовали на точки чжэнь китайскими иглами, то затем все чаще стали применять короткие новокаиновые блокады активных точек чжэнь, получая хороший терапевтический эффект. На наш взгляд, блокада точек чжэнь обладает теми достоинствами, что не требует наличия специальных игл, отнимает меньше времени у врача и дает возможность применять ее в условиях любого стационара. Короткую блокаду точек мы производим 0,25% раствором новокаина. Сделав «лимонную корочку» в активной точке, мы осторожно вводим иглу глубже до получения больным предусмотренного ощущения, после чего, зафиксировав положение иглы, вводим 3—5 мл новокаина. Эффективно, но в меньшей степени, внутрикожное введение новокаина в область расположения точки чжэнь.

Н. Г. Вьюнышев (Куйбышев-обл.). Особенности формирования ампутационной культи в зависимости от метода обработки кости при ампутации нижней конечности

Хотя ампутация является одной из древнейших операций, многие вопросы, касающиеся техники ее производства и функциональных исходов, не нашли еще окончательного разрешения. Обследования ампутированных показали, что порочные культи встречаются в 60—98% (Н. Н. Бурденко, Ф. А. Копылов), в половине случаев порочность обусловлена дефектами формирования опорного конца кости.

Для предупреждения этих пороков, в значительной степени зависящих от техники ампутации, предложены различные способы обработки кости.

Для сравнительной оценки основных методов обработки кости при ампутации проведены 3 серии опытов на взрослых собаках. Производилась ампутация в нижней трети бедра с обработкой костного опи́ла субпериостальным способом, аperiостальным методом Бунге и методом Пти. Лучшие результаты дал метод Пти. Однако эти классические способы не обеспечивают формирование опороспособной культы. С целью получения полноценной опорной пластинки в ранние сроки и предупреждения развития остеофитов на конце культы мы применили укрытие костной культы сложным лоскутом из костных опи́лок и капрона.

В эксперименте на собаках при ампутации бедра после обработки кости по методу Пти костный опи́л укрывался костно-кровяной массой и капроновым колпаком (13 опытов). У другой группы животных после обработки по методу Пти костный опи́л укрывался только капроновым колпаком (13 опытов).

Из удаляемой кости дрелью Дуэна добывали костно-кровяную массу и накладывали на опи́л пластом толщиной 2—3 мм. Из капроновой ткани готовился колпак глубиной 1—1,5 см, шириной по диаметру кости.

Во всех опытах, где опи́л укрывался костно-кровяной массой и капроновой тканью, мягкие ткани свободно смещались по опи́лу. На 20-й день после операции хорошо определялась ровная замыкающая пластинка толщиной 1—1,5 мм, а в более поздние сроки (60—180 дней) толстая гладкая опорная пластинка закрывала весь костномозговой канал. Остеофитов не отмечалось.

В опытах, где костный опи́л укрывался только капроновой тканью, получены культы также без остеофитов, замыкающая пластинка развивалась более медленно. Капроновая ткань прочно фиксирована к кости слоем соединительной ткани.

Метод пластического укрытия опи́ла костно-кровяной массой и капроновым колпаком применен также и в клинических условиях. У 17 больных произведено 18 операций, из них 6 ампутаций и 12 реампутаций нижней конечности (срок наблюдения 8 месяцев).

У большинства больных уже к 30 дню после операции культы были опорные и снабжены лечебными протезами, а в сроки от 2 до 3 месяцев — постоянными. Рентгенологически через 2 месяца после операции была хорошо выражена опорная пластинка. Остеофитов не отмечалось.

УДК 618.11

Ф. М. Хайбуллин (Нижнекамск). Разрыв кисты яичника в сочетании с разрывом маточной трубы при внематочной беременности

К., 26 лет, доставлена в 23 часа 20/XII 1963 г. с жалобами на боли в животе, особенно ниже пупка, общую слабость, рвоту. Заболела остро в 12 часов 20/XII. Появились боли в подвздошных областях, затем по всему животу, дважды была рвота, общая слабость. Последняя менструация была 21 ноября. Стул жидкий, без примеси крови, мочеиспускание свободное.

Кожа, видимые слизистые чистые, бледные. Температура 36,6°, пульс — 60, ритмичный. АД 100/60. Со стороны легких и сердца патологии не определяется. Живот умеренно вздут, резко болезнен, особенно ниже пупка, мягкий. Выраженный симптом Щеткина-Блюмберга по всему животу. Слизистые выделения из матки, зев закрыт. Задний свод болезнен. В два часа 21/XII состояние ухудшилось, пульс — 120, слабого наполнения, АД 90/60.

Диагноз: внематочная беременность. Под местной инфильтрационной анестезией произведена нижняя срединная лапаротомия. В брюшной полости значительное количество свежей крови со сгустками. Обнаружена разорванная киста левого яичника с продолжающимся кровотечением. Произведено удаление кисты с последующей перитонизацией. Обнаружен также разрыв проксимального отдела правой маточной трубы с продолжающимся кровотечением. Произведено удаление правой маточной трубы и перитонизация культы ее.

Послеоперационный период протекал гладко. Больная выписана в удовлетворительном состоянии 30/XII 1963 г.

УДК 616.6

Н. И. Пушкарёв (Бижбуляк БашАССР). К лечению осложнений после травм полового члена у детей

З., 4 месяцев, поступил 29/III 1960 г. по поводу фимоза на 28-й день после ритуального обрезания. На конце детородного члена плотный звездчатый рубец с точечным отверстием в центре.

30/III оперирован под местным обезболиванием: к тыльному разрезу добавлено круговое сечение крайней плоти; листки сближены швами.

Двое подобных больных — Г., 8 месяцев, и Р., 2 лет, поступили в июне 1963 г. Так же оперированы. Все выздоровели.