

Клинический диагноз: дермоидная киста левого яичника, прорвавшаяся в мочевой пузырь (пузырно-дермоидный свищ).

14/ХІІ 1966 г. под интратрахеальным наркозом произведена (проф. С. И. Ворончихин) левосторонняя овариоэктомия с удалением фаллопиевой трубы и дермоидной кисты и резекция мочевого пузыря. Левый яичник увеличен до размера куриного яйца, интимно спаян с окружающими тканями и с куполом мочевого пузыря. При выделении из спаек яичника и трубы вскрылись мочевой пузырь и киста; при этом выделились незначительные содержимое кисты яичника со зловонным запахом; из мочевого пузыря извлечены волосы. Рубцовые края раны мочевого пузыря иссечены, мочевой пузырь зашит двумя рядами кетгутовых швов. Операционная рана зашита наглухо. Послеоперационное течение гладкое.

Удаленный яичник — с куриное яйцо, на разрезе представляет тонкостенный мешок, поверхность его покрыта волосами.

УДК 616.935

Р. С. Султанов (Уфа). Динамика образования и выведения недоокисленных продуктов обмена при дизентерии

Мы изучали количественное содержание недоокисленных продуктов обмена в циркулирующей крови и в моче при дизентерии и экспериментальной дизентерийной интоксикации. У больных дизентерией исследования проводили при разных формах тяжести и на разных этапах заболевания. При экспериментальной интоксикации использовали различные дозировки токсина дизентерийной палочки Григорьева — Шига, что давало различную выраженность интоксикации. О содержании недоокисленных продуктов судили по количеству ваката кислорода в моче и в крови. Для определения деятельности почек вычисляли клиренс по отношению к вакату кислорода.

У 56 больных, страдающих острой дизентерией, было проведено 168 исследований, у 54 кроликов — 162.

Исследования показали, что в первый период заболевания (2—4-й дни болезни) уменьшается количество выводимых с мочой недоокисленных продуктов обмена, по-видимому, за счет уменьшения диуреза. Однако при легкой и среднетяжелой формах болезни это не приводит к увеличенному накоплению их в крови, при тяжелой же форме они накапливаются в значительном количестве.

На 5—7-й дни болезни выведение из организма недоокисленных продуктов обмена увеличивается, превышая при легкой и среднетяжелой формах уровень их выделения у здоровых людей. Вероятно, это можно объяснить усиленным вымыванием недоокисленных продуктов из тканей в период начала выздоровления. Содержание же недоокисленных продуктов в крови в этот период находится в пределах нормы. Следовательно, функциональная деятельность почек в данных условиях обеспечивает достаточное выведение недоокисленных продуктов обмена даже при повышенном их образовании в организме. Этот период характеризуется высокими цифрами клиренса.

В случаях тяжелой интоксикации деятельности почек не обеспечивает достаточного выведения недоокисленных продуктов, что приводит к повышению концентрации их в крови.

Параллельно с изучением окислительно-восстановительных процессов у людей, больных острой дизентерией, мы провели серию исследований на кроликах с внутривенным введением дизентерийного токсина Григорьева — Шига.

33 кролика выжили и 21 погиб через 48—72 часа от момента введения токсина.

У выживших после введения токсина кроликов не происходило существенных изменений в суточном диурезе во все периоды интоксикации. Количество VO_2 , выделяемого в сутки с мочой, и клиренс во все периоды болезни были несколько выше нормы (норма VO_2 мочи у кроликов — 1,78 г/сутки, клиренс — 1,05), VO_2 крови оставался в пределах нормы (норма VO_2 крови для кроликов — 297 мг%).

У погибших животных в 1-е сутки не отмечалось каких-либо отклонений от нормы в указанных тестах, на 2-е и особенно на 3-и сутки уменьшался диурез и выделение недоокисленных продуктов с мочой за сутки, снижался клиренс по недоокисленным продуктам, следствием чего являлось значительное повышение уровня недоокисленных продуктов в крови.

УДК 616.33—002.44—616—053.2

Н. И. Пушкарев (Белебей, БАССР). О язвенной болезни у подростков

Ш., 15 лет, доставлен в отделение 17/Х 1970 г. с диагнозом «острый живот». Болен гастритом с 1962 г.; состояние резко ухудшилось 6 часов назад. Дыхание частое, поверхностное, тоны сердца глухие, пульс 104, АД не определяется, язык сухой, с коричневым налетом; передняя брюшная стенка напряжена на всем протяжении; симптом Щеткина — Блумберга положителен; перистальтические шумы не выслушиваются. При обзорной рентгенографии под диафрагмой обнаружено скопление газа.

Диагноз: прободная язва желудка.

Разрезом от мечевидного отростка до пупка вскрыта брюшная полость. На передней стенке желудка в 2,5 см от привратника найдена язва с прободным отверстием 0,8×0,8 см. Отверстие зашито. Находившееся в брюшной полости содержимое отсосано. Послеоперационное течение гладкое.

Отец мальчика, 45 лет, дважды (в 1957 и 1968 гг.) оперирован по поводу язвенной болезни желудка.

Со слов родителей, их младший сын, 13 лет, также «мучается животом» с 1964 г. Это побудило нас обследовать его. Анализ желудочного содержимого: общая кислотность 84, свободная НСІ 56, связанная — 19.

При рентгеноскопии обнаружена язва двенадцатиперстной кишки.

Данное наблюдение наводит на мысль о необходимости проводить исследование желудочного содержимого и рентгеноскопию желудка предъявляющим диспепсические жалобы детям, родители которых страдают язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

УДК 616:14—007.64

Кандидаты мед. наук Б. Н. Жуков, В. Л. Головачев, А. К. Горлов (Куйбышев-обл.).
Опыт лечения варикозного расширения вен склерозирующими растворами

Мы наблюдали 186 больных (148 женщин и 38 мужчин) с варикозным расширением вен нижних конечностей. В возрасте до 20 лет было 18 больных, от 20 до 30 лет — 83, от 30 до 40 лет — 52 и старше — 33. У 89 женщин варикозное расширение вен нижних конечностей возникло или во время беременности, или в послеродовом периоде; у 36 больных заболевание можно связать с тяжелым физическим трудом, у 42 — с длительным стоянием на ногах, у 19 причинный фактор установить не удалось.

Мы пользовались классификацией А. Ф. Хархуты (1966). У 56 больных было первичное расширение вен в стадии компенсации, у 88 — в стадии декомпенсации, несложненная форма и у 42 — в стадии декомпенсации, осложненная форма (у 36 — трофические язвы голеней и у 6 — гипостатическая экзема).

У 138 больных в качестве склерозирующего раствора мы применили 5% раствор варикоцида, у 10 — 40% раствор салицилового натрия, у 38 — раствор следующей прописи: йодистый натрий — 0,3, чистый йод — 0,2, дистиллированная вода — 9,0. Больные проходили лечение амбулаторно с предоставлением по мере необходимости кратковременного отдыха. В среднем мы делали от 7 до 20 инъекций, что зависело от стадии заболевания и протяженности участка пораженных вен. Всего сделано более 3000 инъекций.

У всех больных достигнуты хорошие результаты (срок наблюдения — от 6 месяцев до 4 лет). Трофические язвы заэпителизировались. У 16 чел. ввиду появления участков расширенных вен проведено дополнительно несколько инъекций раствора с положительным эффектом.

Каждый из применяемых растворов является хорошим склерозирующим средством и может быть рекомендован в зависимости от условий.

УДК 616.34—007.272

Г. Г. Коваленко, Э. М. Мурадинов, И. Н. Сеюков (Бугульма). Кишечная непроходимость по данным районной больницы

В хирургическое отделение Бугульминской ЦРБ за 5 лет поступило 274 больных с диагнозом кишечной непроходимости. У 49 (15%) больных диагноз не подтвердился. При этом кишечную непроходимость симулировали следующие заболевания: копростаз — у 32 больных, аппендицит — у 6, рак матки — у 3, гастрит — у 1, геморрой — у 3, аденома предстательной железы — у 2, аппендикулярный инфильтрат — у 2.

Оперативному лечению по поводу кишечной непроходимости подвергнуто 84 больных (49 мужчин и 35 женщин), из них в возрасте до 10 лет — 4, от 11 до 15 лет — 5, от 16 до 20 лет — 7, от 21 до 30 лет — 7, от 31 до 40 лет — 13, от 41 до 50 лет — 12, от 51 до 60 лет — 12, от 61 до 70 лет — 7 и старше 15.

В первые два часа после госпитализации были оперированы лишь 23 больных с четким диагнозом и безусловными показаниями к операции, у остальных операции произведены в более поздние сроки после госпитализации — в среднем от 2 до 10 часов, а иногда и более.

Мы применяли местную инфильтрационную анестезию (у 49 чел.) и интубационный наркоз (у 35).

У 42 больных была странгуляционная, у 5 — обтурационная, у 33 — спаечная, у 2 — динамическая непроходимость и у 2 — инвагинация.

У 6 больных произведено раскручивание заворота, у 72 — рассечение спаек, у 2 — резекция тонкого кишечника, у 2 — резекция толстого кишечника и у 2 — операция Ноболя.

Умерло 5 мужчин и 6 женщин (13), в том числе после резекции тонкого кишечника — 2, резекции толстого кишечника — 1, выправления заворота сигмы — 3, выправления тонкого кишечника — 5.