

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 зашто. 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 HCl 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. Хархута (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 голени и у 6 — гипостатическая экзема).

У 138 больных в качестве склерозирующего раствора мы применили 5% раствор варикоида, 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 Нобеля.

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.

1 из этих 11 больных в возрасте до 10 лет, 2 — от 41 до 50 лет, 2 — от 51 до 60 лет, 3 — от 61 до 70 лет и 3 — старше.

До 24 час. от начала заболевания госпитализирован 1 больной, после 24 час. — 10. 5 больных умерли на 1-е сутки после операции, 2 — на 3-и, 3 — на 4-е и 1 — на 8-е сутки.

У 5 чел. был тромбоз мезентериальных сосудов, у 3 — заворот сигмы с некрозом толстого кишечника и у 3 — послеоперационный перитонит.

Сроки пребывания в стационаре оперированных больных колебались от 8 до 19 дней.

Неоперированные больные находились на стационарном лечении до 3 дней.

УДК 616.727.3—616.71—001.5

Т. Г. Купряшина (Саранск). Амбулаторное лечение детей с переломами в области локтевого сустава

Повреждения костей локтевого сустава у детей занимают первое место среди переломов прочих локализаций.

С 1964 по 1969 г. под нашим наблюдением было 240 детей в возрасте до 15 лет (мальчиков — 167, девочек — 73) с переломами в области локтевого сустава. Наиболее часто наблюдались чрезмыщелковые переломы, переломы отдельных надмыщелков, перелома-вывихи и ушибы.

При репозиции переломов у детей мы применяли в основном закрытое одномоментное сопоставление отломков под местной анестезией. Фиксацию конечности после закрытой репозиции отломков осуществляли с помощью глубокой тыльной гипсовой лонгеты, накладываемой от основания пальцев до верхней трети плеча в среднем на 7—10 дней. На другой день обязательно осматривали больных, при малейшем усилении болей, появлении отека и побледнении кисти ослабляли мягкий бинт, отгибали края лонгеты. Учитывая замедленную консолидацию перелома у ослабленных детей, наряду с рациональным питанием назначали парентерально поливитамины, 5% раствор хлористого кальция, глюконат кальция.

Со 2-го дня и до конца гипсовой иммобилизации проводили активные упражнения для свободных от иммобилизации суставов травмированной конечности (в медленном темпе) и для всех суставов здоровой руки, сочетая их с упражнениями, укрепляющими мышцы спины и плечевого пояса, дыхательными и т. п.

После снятия гипса и контрольной рентгенографии включали активные упражнения для поврежденного сустава. Для уменьшения болевых ощущений перед занятиями назначали соллюкс на сустав или теплую ванну 35—36° на 10—15 мин. Мы использовали также занятия с игрушками для дошкольников и различные игры для детей школьного возраста.

В тренировочном периоде вводили упражнения для увеличения мышечной силы (так как к этому времени — 1—1,5 месяца — объем движений в суставе почти у всех детей восстанавливался полностью), а также плавные, без рывков пассивные упражнения при полном расслаблении мышц больной руки (при возникновении боли движения прекращали). На локтевой сустав назначали парафиновые аппликации, электрофорез с йодистым калием, широко использовали поглаживания и растирания мышц плеча и предплечья поврежденной конечности (обходя локтевой сустав). Занятия лечебной физкультурой проводили до полного восстановления функции конечности.

Функциональные исходы мы расценивали как хорошие, если показатели поврежденной конечности соответствовали показателям здоровой (168 чел., 70%); удовлетворительные — если оставалось умеренное ограничение подвижности в суставе и боль в нем при больших мышечных нагрузках (56 чел., 23,3%); плохие — если на контрольных рентгенограммах наблюдались выраженные изменения в суставе в виде оссификатов (16 чел., 6,7%).

УДК 617.585.1/2—616.71—001.5

Асп. Е. А. Столяров (Куйбышев-обл.). К вопросу об отрывных переломах лодыжек

Переломы лодыжек являются одним из наиболее частых видов травм и составляют 43,3—60% переломов костей голени. Особое место среди переломов лодыжек по тяжести занимают так называемые «трехлодыжечные» (на них приходится 17,6—28% всех переломов лодыжек).

Мы изучили толщину и твердость кортикального слоя нижних метаэпифизов обеих костей голени на разных уровнях (28 опытов). Исследование проводили на препаратах свежей трупной кости, взятой через 6—24 часа после смерти. Нижние концы обеих костей голени разделяли по определенной схеме на 31 поле, в каждом из которых в 5 точках исследовали твердость после предварительного определения толщины кортикальной пластинки. Для определения твердости компактного слоя костной ткани мы применяли прибор, сконструированный, изготовленный и выверенный на кафедре сопротивления материалов Куйбышевского строительного института. При постоянном