

ляли вывих головки луча, при этом обычно устранялось и смещение отломков локтевой кости, иногда требовалось дополнительное пальцевое давление на вершину деформации. Конечность фиксировали тыльным гипсовым лонгетом от верхней трети плеча до пястно-фалангеальных сочленений в положении супинации предплечья и сгибания под углом 90—100°. Срок иммобилизации — 2—3 недели в зависимости от характера перелома и возраста больного.

Исход травмы в ближайшие сроки (1—3 месяца) прослежен у 5 больных со свежим повреждением; во всех случаях он был удовлетворительным. Результаты, проверенные у 2 больных в сроки 5—12 лет, показали полное восстановление анатомии и функции конечности.

УДК 616.147.3—007.64

Канд. мед. наук Г. А. Измайлов, В. М. Сурин (Казань) Аневризма вены бедра

Если артериальные или смешанные артерио-венозные аневризмы не представляют большой редкости, то изолированные венозные аневризмы встречаются как исключение. В отечественной литературе мы нашли лишь отдельные сообщения, а некоторые авторы вообще подвергают сомнению их существование.

Ввиду исключительности данной патологии приводим наше наблюдение.

Г., 68 лет, доставлен в машину скорой помощи 21/X 1963 г. с диагнозом: ущемленные правосторонняя бедренная и пупочная грыжи. Жалуется на резкие боли в правой паховой и пупочной областях, где имеются опухолевидные образования. Больным себя считает несколько лет, когда стал отмечать опухолевидное образование в области пупка; позднее появилось такое же образование в правом паху, временами уменьшающееся. Общее состояние больного удовлетворительное. Кожа и слизистые нормальной окраски. Костно-мышечная система без видимых патологических изменений. Дыхание везикулярное; тоны сердца несколько приглушены. Пульс 64, ритмичный, полный. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Небольшая неврипавимая пупочная грыжа. В правой паховой области, тотчас ниже пупартовой связки — припухлость, которая при натуживании увеличивается. Ввиду отсутствия показаний к экстренному хирургическому вмешательству больного решено оперировать в плановом порядке.

30/X 1963 г. под местной анестезией произведен разрез параллельно правой пупартовой связке, вскрыт паховый канал и обнажена шейка грыжевого мешка. Последний выделен, перевязан у основания и отсечен. Бедренное отверстие зашито по Руджи. Хотя грыжесечение было произведено, однако ниже пупартовой связки отчетливо выступало опухолевидное образование, мягкое на ощупь. Образование было осторожно выделено тупым путем. Оно оказалось аневризматическим расширением вены бедра. Проведена аневризморафия с последующим укрытием аневризмы мягкими тканями. В послеоперационном периоде осложнений не было. Г. выписан 13/XI 1963 г. в удовлетворительном состоянии. Отечности ноги не наблюдалось.

УДК 616:14—007.64

Л. В. Кузин (Куйбышев). Склерозирующая терапия при варикозном расширении вен

При лечении больных с варикозным расширением вен нижних конечностей мы применяли смесь из водных растворов йода (2,5%) и йодистого натрия (3,5%) в количестве 2—5 мл. Больные лечились амбулаторно.

Противопоказаниями служили острый тромбоз, облитерирующий эндартериит нижних конечностей, недостаточная проходимость глубоких вен и тяжелые общие заболевания.

Проходимость глубоких вен определяли пробами Дельбе — Пертеса и Троянова — Тренделенбурга. Склерозирующий раствор впрыскивали в вену, наполненную и растянутую кровью.

Больного ставили на кушетку. Первую инъекцию в количестве 0,5—1,5 мл (в зависимости от калибра подкожных вен) производили в надлодыжечные вены с целью тромбирования патологически измененных коммуникационных вен. В дальнейшем инъекции производили в дистальные узлы, затем по мере тромбирования переходили к проксимальным. Сначала склерозированию подвергали боковые вены, а затем основные. За один сеанс делали одну инъекцию на каждой конечности и накладывали тугую повязку на сутки. Число инъекций колебалось от 3—4 до 12—17 на одной конечности и до 35—41 инъекции на обеих. Повторные инъекции делали через 3 дня, при наличии воспалительных явлений (перивенит) эти промежутки удлиняли (от 7 дней до 2 недель).

При введении раствора у всех больных появлялась кратковременная (10—20 сек.) жгучая боль в месте укола, которая распространялась вверх по вене, изредка боль возникала в икроножной мышце. В месте инъекции и чуть выше последней на следующий день появлялось уплотнение, распространяющееся выше по ходу вены на 3—5 см. Пальпация этого участка вызывала боль. Рассасывание уплотнений по ходу облитерированных вен происходит в течение 6—8 месяцев, а иногда до года и более.

38 больных были в возрасте до 20 лет, 45 — от 21 до 30 лет, 148 — от 31 до 40 лет и 67 — от 41 до 50 лет. У большинства больных была недостаточность венных клапанов в системе большой подкожной вены. У 34 чел. были различные осложнения со стороны кожи голени, из которых наиболее часто встречались варикозные язвы: на правой ноге — у 14, на левой — у 8, на обеих ногах — у 2. Экзема была у 6, дерматит — у 4 чел. У всех 24 больных с трофическими язвами достигнуто полное заживление, исчезли также дерматит и экзема.

Через 1—2 месяца мы проверяли, нет ли незамеченных варикозных узлов, и если обнаруживали, их также подвергали склерозированию. Через 6—12 месяцев больных вызывали на повторный осмотр, вновь выявленные варикозные узлы склерозировали.

При облитерации вен склерозирующими растворами йода у наших больных отмечались следующие побочные явления: горький вкус во рту и запах йода, йодный дерматит (у 2), местно — перивенит и восходящий венит, в исключительных случаях местный некроз, у некоторых больных появился дерматит, который исчез через 3 суток после лечения. У 3 больных вследствие попадания под кожу йодистого раствора образовались некрозы кожи. После назначения мази, содержащей апилак, альбумид и метилтиоурацил, они быстро зарубцевались. Боль по ходу уплотненных и тромбированных подкожных вен быстро стихала после применения физиотерапевтического лечения.

УДК 616.16—007.64

Доц. А. З. Гимранова, Д. Н. Еникеева (Уфа). Синдром Рандю — Ослера

Синдром Рандю — Ослера характеризуется множественными врожденными телеангиэктазиями. Приводим наше наблюдение.

Г., 6 лет, поступил 24/III 1969 г. по поводу опухолевидных (мешковидных) образований в области локтевых и коленных суставов.

Болен около 4 лет, лечился амбулаторно. В течение последнего года состояние здоровья ребенка ухудшилось: он похудел, побледнели кожные покровы, появились подкожные кровоизлияния.

Родился третьим по счету, с весом 3800 г. Вскармливался грудью до года. Рос и развивался в раннем возрасте нормально. Матери 45 лет, в детстве болела экссу-



Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.