

ние не снимает, а, наоборот, обосновывает правомерность существующего правила о широкой и ранней госпитализации детей при малейшем подозрении на аппендицит. В то же время учет морфологических разновидностей простого аппендицита у детей необходим для дифференцированного подхода при решении вопроса об оперативном вмешательстве.

Поступила 11 декабря 1972 г.

УДК 616.147.3—007.64:616—089

К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВАРИКОЗНЫХ РАСШИРЕНИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ал. Атанасов, Г. Груев

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. Г. Балчев) Высшего медицинского института, София

Варикозное расширение вен нижних конечностей является весьма распространенным заболеванием. По материалам рабочих больниц гг. Мадан, Златоград, Рудозем, Лыки Смолянского округа, среди 14 260 осмотренных рабочих горнорудного комбината «Горубсо» лица с варикозным синдромом составили 4,8%. При профилактическом осмотре 19 315 жителей того же района в возрасте от 14 до 75 лет варикозное расширение вен нижних конечностей было установлено у 5,67%.

С 1962 по 1972 г. под нашим наблюдением находилось 116 больных с варикозным расширением вен нижних конечностей (31 женщина и 85 мужчин в возрасте от 18 до 67 лет).

Варикозное расширение вен встречается чаще в возрасте от 30 до 50 лет, т. е. в творческом возрасте, что и обуславливает повышенный интерес к этому заболеванию и его лечению. Мы не нашли связи между профессией больных и частотой заболевания. У большинства больных (у 79 из 116) условия труда требовали продолжительного сидения в прямом положении. У 22 женщин расширение вен появилось после рождения первого ребенка. У 6 женщин беременности не было. У 3 варикозный симптомокомплекс анамнестически связывается с предшествующим тромбозом. Тромбозом в прошлом установлен у 4 мужчин.

У 35 больных обнаружены различные трофические изменения в заболевших конечностях: варикозная экзема, улкус крурис, варикозум, отек голени с разницей в окружности области в 2—5 см. У 39 больных вены были расширены на обеих ногах, у 18 — в области бедра и голени.

У наших больных не было патологических отклонений со стороны картины крови, печеночных проб и содержания мочевины в крови. У 64 больных выявлено ускорение РОЭ, у 12 — латентный диабет (сахар крови 120—147 мг%). При тромбозах эластографическом обследовании и определении времени рекальцификации плазмы не найдено данных о наличии тромбозов.

Флебографию мы осуществляли по общедоступному методу Халзе через пункцию одной из поверхностных вен стопы или венесекцию. После флебографии у 3 больных наблюдалось воспаление на месте венесекции и у 4 — постинъекционный тромбоз.

Всем больным применяли комбинированный оперативный метод лечения, который заключался в следующем.

1. Обнаружение и перевязка большой подкожной вены и ее расклонение непосредственно до впадения в бедренную вену.

2. Стриптинг большой подкожной вены.

3. Лигатура малой подкожной вены в fossa poplitea.

4. Стриптинг или иссечение малой подкожной вены.

5. Обязательно наложение лигатуры на все перфорантные вены в зависимости от данных флебографии.

6. Прошивание расширенных мелких венозных кожных сосудов.

Применяемая оперативная техника возможна только при полной проходимости и наличии глубокой венозной сети. Операция протекает под общей анестезией. В конце операции делаем перевязку эластическим бинтом, которую больной носит в течение 10—15 дней. Сразу после пробуждения и прихода в сознание к концу 1-го дня после операции больного перекладываем на койку. На 2-й день разрешаем вставать с постели. Послеоперационная боль исчезает за 24—48 часов. В день операции начинаем антикоагулянтную терапию. Применяем в основном синкумар, доводим протромбиновое время до 80—60%. Антибиотики — по показаниям.

В раннем послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. 44 больных прослежены до 3 лет после операции. 39 из них чувствуют себя хорошо, никаких жалоб у них нет, у 2 заболевание рецидивировало, 3 чел. отмечают отек конечности, особенно к вечеру после значительного утомления. У 8 больных развились парестезии.

На основании наших клинических наблюдений можем сделать следующие выводы.

1. Варикозный симптомокомплекс — относительно частое заболевание, встречающееся, по нашим данным, у 5,67% людей самого творческого возраста (30—50 лет), что оправдывает повышенный интерес к его действенному лечению и восстановлению трудоспособности.

2. Хирургическому вмешательству должно предшествовать полное обследование больных, включая и флебографию.

3. Применяемый нами комбинированный метод хирургического лечения оказался действенным, дающим незначительный процент рецидивов.

4. Каждому оперированному больному следует назначать антикоагулянтную терапию.

Поступила 17 января 1973 г.

УДК 616—001.28

ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ ПЕРЕРОЖДЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ И ПОЗДНИХ ЛУЧЕВЫХ ЯЗВ

В. К. Гостищев, П. И. Толстых, М. С. Бардычев, В. И. Бырихин

*Кафедра общей хирургии (зав. — акад. АМН СССР проф. В. И. Стручков)
лечебного факультета I Московского медицинского института им. И. М. Сеченова,
научно-исследовательский институт медицинской радиологии АМН СССР,
диспансерно-диагностическое отделение (зав. — ст. научн. сотр. Ю. Г. Елашов)*

Нами проведено клинико-гистологическое обследование 592 больных с трофическими и поздними лучевыми язвами; озлокачествление было выявлено у 11 из них — у 1 саркома и у 10 — рак. Из общего числа больных с поздними лучевыми язвами малигнизация обнаружена у 7, что составило 7,07% наблюдений; у больных с язвами другого генеза малигнизация установлена в 0,6%.

Интересно отметить, что малигнизация язв нелучевого генеза в наших наблюдениях наступала в среднем спустя 20 лет с момента их возникновения, а лучевых язв — через 3,8 года.

Ранняя диагностика рака, возникшего на месте язвы кожи, чрезвычайно трудна и зависит в основном от онкологической настороженности и своевременного микроскопического исследования различных участков язвы. Внешний вид хронических язв в этих случаях меняется: поверхность их становится бугристой вследствие обильного разрастания грануляций, края утолщаются. Заметно увеличивается количество гнойно-серозного отделяемого с неприятным запахом. В случае саркомы, а иногда и рака язвы становятся настолько ранимыми, что начинают кровоточить даже при легком прикосновении марлевым тампоном. Первые признаки злокачественного роста чаще всего обнаруживаются в краях язв. Иллюстрацией возникновения рака на месте варикотрофической язвы может послужить следующая выписка из истории болезни.

Т., 71 года, поступил в хирургическое отделение 22/V 1967 г. с жалобами на боли в правой голени, наличие незаживающей в течение 25 лет трофической язвы в средней трети голени, варикозное расширение вен нижних конечностей. Лечился многократно в различных стационарах и амбулаторно мазевыми повязками, 21/V 1967 г. во время перевязки из дна язвы открылось сильное кровотечение, что и заставило больного обратиться за врачебной помощью. В средней трети правой голени по внутренней поверхности имеются трофические язвы 10×7 и 7×6 см. Края язв утолщены, грануляции бугристые, обильно покрыты гнойно-некротическими массами.

Биопсия краев и дна язвы: обнаружены явления хронического воспаления и атипическое разрастание плоского эпителия. При последующих гистологических исследованиях определен плоскоклеточный ороговевающий рак.