

АД повышалось до 150/100 мм рт. ст., резко усиливались головная боль, боль в области сердца, появлялось чувство недостатка воздуха, дрожь во всем теле. Вегетативные расстройства были ярко выражены: гиперемия лица, тремор рук, головы в покое, тахикардия, шумное дыхание. Через полчаса это состояние сменялось резкой слабостью, бледностью кожных покровов, брадикардией, исчезновением пульса и снижением АД. Приступы заканчивались обильным мочеиспусканием, и в течение последующих суток сохранялась слабость, ощущение «пульсации во всем организме». Часто им предшествовали необъяснимая тревога, предчувствие смерти.

Нередко в вечернее время наблюдались стертые приступы. Внезапно возникали головная боль, резкая слабость, усталость, боли сжимающего характера в области сердца, общий гипергидроз.

При объективном обследовании отмечается бледность кожных покровов, астенизация, постоянный субфебрилитет, асимметрия аксиллярной температуры и АД. Со стороны центральной нервной системы очаговых симптомов не найдено. Обнаружены вегетативные отклонения. Уровень 17-кетостеронидов мочи — на нижней границе нормы. На ЭКГ — брадикардия, других нарушений не выявлено. Связь дисцифальных кризов с воздействием СВЧ на организм подтверждается отсутствием инфекционных, эндокринных заболеваний головного мозга, которые могли бы привести к подобной патологии нервной системы.

Поступила 17 января 1973 г.

УДК 616.718

А. П. Чернов (Куйбышев-обл.). Деформирующий гоноартроз при X- и O-образных деформациях нижних конечностей

Мы наблюдали 105 больных с боковыми искривлениями коленного сустава различной этиологии. У 20 из них (15 женщин и 5 мужчин в возрасте от 25 до 62 лет) выявлен деформирующий гоноартроз (в это число не вошли больные, у которых артроз явился следствием воспалительного процесса в суставе или внутрисуставного повреждения). Вальгусная деформация коленного сустава была у 8 чел., варусная — у 12. У 8 чел. причиной искривления была приводящая контрактура бедра, у 6 — перелом бедра или костей голени, у 4 — рахит, у 2 — огнестрельное ранение большеберцовой кости.

Изучение литературы и наши исследования позволили нам выделить три фактора, имеющих значение в механогенезе деформирующего гоноартроза при боковых искривлениях области колена: а) неравномерную статическую нагрузку на коленный сустав с перегрузкой или недогрузкой отдельных участков, б) разболтанность коленного сустава, в) относительное укорочение деформированной конечности.

Нами исследована проекция механической оси на коленный сустав у 105 больных с боковыми искривлениями области колена. Коленный сустав во фронтальной плоскости разделяли при этом на три зоны: центральную и две боковые. Центральная зона очерчена границей надколенника, боковые расположены между краем надколенника и наружным или внутренним надмышелками бедра.

Полученные данные показали, что проекция механической оси на коленный сустав зависит от величины фронтального угла искривления. Чем выраженнее деформация, тем дальше от центра сустава проходит указанная ось и тем большую статическую нагрузку испытывают соответствующие мышелки бедра и голени. Наибольшая нагрузка костной ткани и суставного хряща на вогнутой стороне сустава отмечается в том случае, когда механическая ось проходит вне его границ, наименьшая — в случае проецирования ее на центральную зону сустава.

Из 20 наблюдавшихся больных у 1 механическая ось проецировалась на боковую зону и у 19 проходила вне сустава. Разболтанность коленного сустава появляется в связи с растяжением связочно-капсулярного аппарата. Наши клинко-рентгенологические обследования 105 больных выявили у 80 из них растяжение связочно-капсулярного аппарата коленного сустава различной степени с размахом боковых движений голени от 5 до 40°.

У больных с X- и O-образными искривлениями нижних конечностей и растяжением связочно-капсулярного аппарата коленного сустава ходьба сопровождается боковыми качательными движениями голени, при этом возникают дополнительные динамические нагрузки, которые травмируют суставной хрящ и являются причиной его дегенеративных изменений.

Из 20 больных с деформирующим гоноартрозом разболтанность в суставе отсутствовала лишь у 2, у 4 она варьировала от 10 до 15° и у 14 превышала 15°.

Нами исследована длина ног у 77 чел. с односторонними деформациями коленного сустава во фронтальной плоскости. Относительное укорочение искривленных конечностей колебалось от 0,5 до 4 см в зависимости от роста больных и степени искривления.

Для развития деформирующего гоноартроза необходимо определенное время. Наименьший срок существования деформации у наших больных — 5, наибольший — 48 лет. Особенностью гоноартроза при боковых искривлениях области колена, по нашим

наблюдениям, является неравномерная выраженность патологического процесса в суставе. Наибольшие изменения обнаруживались на вогнутой, более нагружаемой стороне коленного сустава.

Консервативное лечение деформирующего гоноартроза у больных с боковыми искривлениями области колена мало эффективно, поскольку не устраняются причины болезни. В ортопедическом отделении нашей кафедры корригирующие операции с целью лечения гоноартроза выполнены у 19 чел., 12 из них одновременно с корригирующей остеотомией костей бедра или голени произведена пластика растянутых боковых связок по методам, разработанным в нашем отделении (А. Ф. Краснов, 1963; А. Ф. Краснов и А. П. Чернов). У всех больных исправлены деформации, нормализована статика. Боль в суставе полностью исчезла у 15 чел., значительно уменьшилась у 4.

Поступила 15 января 1973 г.

УДК 616—14—002

Б. Н. Жуков, Н. А. Словцов (Куйбышев-обл.). Хирургическое лечение тромбофлебитов поверхностных вен нижних конечностей

За 1970—1971 гг. мы наблюдали 72 больных, страдавших тромбофлебитами подкожных вен нижних конечностей.

Показаниями к оперативному лечению тромбофлебита поверхностных вен служили: 1) острый тромбофлебит подкожных вен при неэффективной консервативной терапии, 2) прогрессирующий восходящий тромбофлебит, 3) тромбофлебит варикозно расширенных вен, 4) рецидивирующий тромбофлебит.

Оперировано 53 больных, из них в острой стадии заболевания — 21, в подострой — 18, в хронической — 14.

Предоперационную подготовку проводили в течение 5—7 дней. Она была направлена на уменьшение воспалительных явлений, стабилизацию тромбов, предотвращение их нарастания и включала новоканновые блокады по Школьникову, физиотерапевтические процедуры, назначение протеолитических ферментов, витаминов группы В, антигистаминных препаратов, ангиотрофических средств.

Больных мы оперировали в основном комбинированным методом (операции Троянова — Тренделенбурга, Бебкока, Маделунга, Лидского, Сидориной, Нарата, Коккета, Линтона, Аскара, Соколова). При несостоятельности перфорирующих вен отдавали преимущественно операции Линтона, при этом тщательно иссекали не только прямые, но и не прямые декомпенсированные коммуниканты. Нередко при вскрытии фасции голени можно было наблюдать варикозно измененные тромбированные сосуды, пронизывающие мышцы голени. По окончании иссечения несостоятельных перфорант и тромбированных коллатералей мы производили пластику фасции голени путем создания дубликатуры из свободных ее краев. Апоневроз стягивали дозированно под контролем флеботометрии. Ушивание апоневроза «на глаз» может привести или к резкому сужению фасциального футляра, что явилось бы причиной еще большего нарушения гемодинамики, или к недостаточному его стягиванию, что обусловило бы ослабление мышечного насоса. Операция заканчивается послойным ушиванием ран наглухо и наложением круговой компрессионной повязки.

В послеоперационном периоде назначали антикоагулянты, ангиотрофические препараты, анальгетики, ЛФК, с 3—4-го дня разрешали дозированную ходьбу. Швы снимали на 10—12-й день, а на 14—16-й день после операции больных выписывали домой для дальнейшего поликлинического наблюдения и лечения.

В послеоперационном периоде у 2 больных развились краевые некрозы, у 1 — гематома, у 2 — инфильтраты.

В настоящее время все прооперированные больные выполняют свою прежнюю работу.

Поступила 18 декабря 1972 г.

УДК 616—14—002

Н. З. Сибгатуллин, Ф. А. Азизов (Ульяновск). Гнойный тромбофлебит торакоэпигастральной вены у ребенка

Облитерирующий флебит торакоэпигастральных вен грудной стенки (болезнь Мондора) относится к редким хирургическим заболеваниям как у взрослых, так и у детей. Поэтому приводим наше наблюдение.

К., 13 лет, переведен 8/VI 1972 г. из детской больницы № 1 на 8-й день заболевания с направительным диагнозом: правосторонняя плевропневмония, остеомиелит ребер справа. Состояние ребенка тяжелое, умеренная одышка, цианоз. Температура 39,5°. Пульс 118. В легких укорочение перкуторного звука и при аускультации — ослабленное дыхание справа. На коже по передней подмышечной линии справа — болезненная плотная гиперемия в виде тяжа 10 × 4 см, подкожная клетчатка отечна. На рентгенограмме деструкция ребер не определяется.