

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 флеботонометрии. 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.

Назначена интенсивная терапия с применением антипиретиков, раствора Рингера, глюкозы, витаминов, сердечных средств, переливания плазмы, антибиотиков. Состояние ребенка не улучшалось. 10/VI 1972 г. плотный тяж стал более болезненным и несколько увеличился, местная температура повысилась.

Под местной новокаиновой анестезией произведена пункция толстой иглой по ходу тяжей, получен гной, затем сделано несколько разрезов по ходу тяжей длиной до 2—3 см (Н. З. Сибгатуллин). При разрезе из торакоспигастральной вены выделяются гнойные пробки, сохраняющие форму просвета сосуда, сосуд тромбирован и не кровоточит. Из гнойного отделяемого высеян нечувствительный к пенициллину, стрептомицину и эритромицину гемолитический стафилококк.

Интенсивная терапия в послеоперационном периоде продолжалась с применением целенаправленных полусинтетических антибиотиков, антистафилококкового анатоксина, антистафилококкового гаммаглобулина, прямого переливания крови, нитрофурановых препаратов. Температура стала снижаться, интенсивные боли в груди прекратились, состояние прогрессивно стало улучшаться. Диагноз: правосторонняя стафилококковая плевропневмония, осложненная гнойным тромбозом правой эпигастриальной вены. Ребенок выписан по выздоровлении через месяц с момента госпитализации. Осмотрен через 6 месяцев. Жалоб нет.

Приведенный случай представляет интерес в связи с тем, что болезнь Мондора протекала как осложнение плевропневмонии, больной почувствовал улучшение лишь после оперативного вмешательства. В просмотренной нами отечественной литературе не упоминается о микрофлоре тромба с нагноением стафилококкового характера при болезни Мондора.

Поступила 2 января 1973 г.

УДК 612.015.33

Г. И. Столярова (Куйбышев-обл.). ДНК и РНК в крови у детей с геморрагическим васкулитом

Цель нашей работы заключалась в изучении количественного содержания РНК и ДНК в крови у детей с геморрагическим васкулитом по мере развития патологического процесса и в ходе лечения, что позволит раскрыть некоторые стороны патогенеза данного заболевания. Нами использован метод раздельного количественного определения нуклеиновых кислот Р. Г. Цанева и Г. Г. Маркова. Полученные результаты выражены в $\text{мг}\%$ Р.

Под наблюдением находился 31 больной геморрагическим васкулитом — 20 мальчиков и 11 девочек. 4 ребенка были в возрасте до 7 лет, 17 — от 7 до 12 лет и 10 — старше 12 лет.

В качестве контроля обследовано в весенний период 29 практически здоровых детей 5—9 лет, у которых были получены следующие показатели содержания нуклеиновых кислот в крови: РНК — $2,09 \pm 0,09$, ДНК — $0,529 \pm 0,08 \text{ мг}\%$ Р.

Заболевание чаще всего возникало в весенний или осенне-зимний период, обычно после перенесенной ангины, острой респираторной инфекции, гриппа. У большинства детей выявлены хронические очаги инфекции (у 14 — хронический тонзиллит, у 4 — лямблиоз, у 8 — аденоиды, у 5 — глистная инвазия и др.). У 27 детей заболевание геморрагическим васкулитом протекало в острой и у 4 — в рецидивирующей форме.

Следует подчеркнуть частоту тяжелых форм заболевания с выраженным и длительным абдоминальным синдромом (14 детей), который усугублял тяжесть состояния больных, затруднял диагностику основного заболевания. Кроме того, у 9 детей с абдоминальным синдромом обнаружены также изменения со стороны почек в виде очагового (у 4) и диффузного (у 5) гломерулонефрита. Особенностью течения диффузного нефрита являлась упорная гематурия и гипертензия при незначительно выраженном отечном синдроме или отсутствии его.

Количественное определение нуклеиновых кислот у детей проводилось в динамике патологического процесса. В разгар клинических проявлений геморрагического васкулита отмечено снижение количества РНК в цельной крови до 0,58, а у детей с поражением почек — до 0,47 $\text{мг}\%$ Р.

С улучшением состояния и ликвидацией основных синдромов заболевания (геморрагического, суставного, абдоминального) у детей изменялись и показатели РНК в сторону приближения к норме, однако еще длительное время они были снижены (в среднем около 1,58 $\text{мг}\%$ Р). При давности заболевания 1—3 года количественное содержание РНК не отличалось от показателей контрольной группы ($2,5 \pm 0,16 \text{ мг}\%$ Р). У детей же с поражением почек уровень РНК оставался сниженным и на отдаленных сроках до 1,12 $\text{мг}\%$ Р.

Изменения ДНК у большинства детей характеризовались также общей направленностью к умеренному уменьшению показателей в остром периоде заболевания (до $0,4 \pm 0,06 \text{ мг}\%$ Р) при отсутствии изменений со стороны почек. При наличии почечного синдрома обнаруживалось значительное снижение ДНК (до 0,29 $\text{мг}\%$ Р), которое оставалось на умеренно сниженных цифрах ($0,47 \pm 0,028 \text{ мг}\%$ Р) длительное время (1—3 года).