

ставе до угла 90° , угол разгибания 180° , незначительная деформация и боковые качательные движения, но с сохранением устойчивости конечности, умеренные боли после физической нагрузки, что, естественно, снижает работоспособность; неудовлетворительный — резкое ограничение движений в суставе, боли при ходьбе, неустойчивость коленного сустава, иногда исход в анкилоз; больные нетрудоспособны на прежней работе.

Ранние активные и пассивные движения в коленном суставе, а также «импульсная» гимнастика после оперативного лечения позволили добиться в 1-й группе у всех 70 пострадавших хороших результатов. Во 2-й группе у 16 человек был хороший, у 9 — удовлетворительный и у 1 — неудовлетворительный исход; в 3-й группе — у 14 — хороший, у 1 — удовлетворительный и у 1 — неудовлетворительный результат.

Срок восстановительного лечения больных 1-й группы был равен 1—1,5 мес, 2-й группы — 3—3,5 мес, 3-й группы — 6—8 мес.

Поступила 24 сентября 1980 г.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 615.366.15.617

Б. И. Парфенов, Н. И. Пушкарев, С. А. Шулепов (Белебей, БАССР). Об обратном переливании крови

В районной больнице с 1975 г. нами произведена реинфузия крови 22 больным, в том числе 11 с закрытой травмой живота, 4 с проникающим ранением живота, 4 с разрывом фаллопиевой трубы при внематочной беременности и 3 с разрывом яичника.

Для стабилизации аутокрови использовали 4% цитрат натрия из расчета 10 мл на 100 мл крови, раствор ЦОЛИПК-7Б из расчета 50 мл на 250 мл крови, гепарин из расчета 1000 ЕД на 500 мл крови. До или после стабилизации производили фильтрование через 6—8 слоев марли, обработанной физиологическим раствором поваренной соли. Количество крови при реинфузиях колебалось от 150 до 1500 мл. Осложнений не было.

За это же время произведена аутогемотрансфузия 103 прооперированным больным (44 мужчинам и 59 женщинам в возрасте от 21 года до 75 лет). 30 из них подверглись резекции желудка, 18 — холецистэктомии, 14 — струмэктомии, 13 — надвлагалищной ампутации матки, 7 — грыжесечению по поводу большой вентральной грыжи, 6 — металлоостеосинтезу при переломах костей и 15 — прочим вмешательствам.

За 3—7 дней до операции, при отсутствии противопоказаний по данным обследования в стационаре, у больных брали 200—400 мл крови; обычно пользовались одномоментной пластиковой системой и гомоконсервантом ЦОЛИПК-7Б; затем аутокровь помещали в холодильник и хранили ее при температуре плюс 4—6°. Ни у одного из больных после эксфузии крови ухудшения в предоперационном периоде не отмечено, 42 из них вливали кровезаменители. Заготовленную кровь переливали во время и после операции. Послеоперационный период у всех протекал гладко.

Таким образом, обратное переливание крови, не дав посттрансфузионных осложнений, позволило сэкономить более 40 л донорской крови.

УДК 616.33—006.86—06:616—005.1

Доц. Ю. А. Башков, Н. Н. Корякина, А. А. Кузнецов (Ижевск). Карциноид желудка, осложненный оккультным кровотечением

Карциноид, относящийся к группе гормонально-активных опухолей, не принадлежит к числу часто встречающихся новообразований желудка, поэтому каждое сообщение о нем представляет практический интерес. При осложнении его оккультным кровотечением он может явиться причиной непонятной на первый взгляд гипохромной анемии, а имеющийся карциноидный синдром создает еще большие диагностические затруднения. Вполне объяснимы и сомнения даже опытных патогистологов при определении гистогенетической принадлежности удаленной опухоли, ибо разнообразие и пестрота клеточной структуры карциноида ставят порой перед ними нелегкую задачу.

Мы наблюдали больную карциноидом желудка, когда все эти сомнения и диагностические препятствия, хотя со значительными затруднениями, были преодолены.

М., 24 лет, фельдшер сельского медицинского пункта, переведена в клинику госпитальной хирургии 11/XI 1973 г., из гематологического отделения больницы, где она

на протяжении месяца находилась на обследовании и лечении по поводу анемии неясной этиологии. Больной себя считает в течение 2 лет. Периодически получала симптоматическое лечение в районной больнице. Моменты ухудшения состояния (усиление слабости, потливость, головокружение, сердцебиение объяснялись обострениями (?) малокровия, а появившиеся более года назад приступы тошноты, рвоты, чувство инородного тела в желудке, тяжести в нем — наступившей в то время беременностью.

Роды не принесли облегчения в состоянии больной. Приступы слабости, головокружения, тошноты периодически повторялись. К тому же вскоре после родов у М. появился черного цвета стул. Мелена и послужила причиной направления больной в клиническое учреждение для обследования.

В ходе поисков причин анемии (Hb — 0,62 ммоль/л, эр. $2,8 \cdot 10^{12}$ в 1 л, тромбоц. $250 \cdot 10^9$ в 1 л, цв. показатель — 0,7; CO_2 — 43—54 мм/ч) у больной при рентгенологическом обследовании желудка обнаружен округлой формы дефект наполнения до 5 см в диаметре с довольно четкими контурами (см. рис.). Общая кислотность желудочного сока составляла 60 ммоль/л, свободная HCl — от 0 до 40 ммоль/л. Реакция Грегерсена резко положительна.

Была заподозрена доброкачественная опухоль желудка, осложненная кровотечением, и больная 20/XI 1973 г. прооперирована (Ю. А. Башков). Наряду с опухолью, расположенной в теле желудка на его передней стенке и захватывающей всю толщину последней, определились увеличенные лимфоузлы в малом сальнике и по ходу воротной вены. Произведена субтотальная резекция желудка в модификации Гофмейстера — Финстера с обоими сальниками и удалением регионарного лимфатического аппарата.

Макропрепарат: опухоль имеет вид отграниченного узла, плотного наощупь, серовато-розового цвета на разрезе. Размеры ее в поперечнике $4,0 \times 5,0$ см, высота — 2,0 см. Слизистая в центре опухоли изъязвлена.

Патогистологическое заключение (предварительное): гломусная опухоль (?) желудка, удалена в пределах здоровых тканей. Лимфоузлы без особенностей. Сальник не изменен. Не исключается опухоль карциноидного характера.

Так как сомнения в принадлежности новообразования к карциноиду или к опухоли Барре — Массона не удалось разрешить, препараты были направлены для консультации в Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена. Заключение патологоанатомического отделения МНИОИ: карциноид желудка, частью трабекулярного, а частью аденоидного строения.

Послеоперационный период у больной протекал без осложнений, и через 2 нед она была выписана. На протяжении 3 лет систематически приезжала для контрольного осмотра. Каких-либо жалоб не предъявляла, состояние было хорошим. Анемия отсутствовала, как отсутствовали и все имевшиеся ранее неприятные ощущения субъективного характера.

Спустя 5 лет после операции М. чувствует себя хорошо, работает, как и прежде, фельдшером в районной больнице. Жалоб нет. При обследовании рецидива опухоли или метастазов не выявлено.



Рентгенограмма желудка больной М. Дефект наполнения округлой формы в теле желудка.

УДК 616—08—039.71

Б. Х. Ахметова, А. Б. Кильдияров, В. А. Павленков (Уфа). Эффективность диспансеризации терапевтических больных

Мы изучили эффективность диспансеризации больных по пятигруппной системе цеховыми терапевтами одного из заводов Уфы в 1975—1977 гг. В работе была использована методика, предложенная Г. А. Поповым и П. П. Петровым (1976).

Установлено, что охват диспансеризацией первичных больных при различных заболеваниях растет неравномерно. Так, диспансеризация больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки составляет 100%, больных сердечно-сосудистыми заболеваниями — 94%, а больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких — лишь 73%. Своевременность обследования выявленных больных в 1975 г. составила 74%, а в 1977 г. — 84%; число активных посещений цехового терапевта — соответственно 1,50 и 1,84; охват флюорографией грудной клетки — 84% и 92%; общий анализ крови проведен соответственно у 52% и 78% больных, общий анализ мочи — у 62% и 84%, исследование крови на липиды — у 42% и 68%; электрокардиографическое исследование выполнено у 44% и 72% больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, определение силовых кислот и С-РБ — у 62% и 88% больных коллагенозами, рентгеноскопия желудка — у 53% и 87% больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.