

13. Маянский Д. Н. Клетка Купфера и система мононуклеарных фагоцитов.— Новосибирск, 1981.

14. Мережинский М. Ф., Черкасова Л. С. Основы клинической биохимии.— М., 1965.

15. Пермяков В. Н.//Арх. патол.— 1983.— № 12.— С. 3—13.

16. Розанов В. Е.//Воен.-мед. журн.— 1982.— № 4.— С. 66—67.

17. Секамова С. М., Бекетова Т. П.//Арх. патол.— 1985.— № 12.— С. 3—13.

18. Селезнев С. А. Печень в динамике травматического шока.— Л., 1971.

19. Селезнев С. А., Худайберенов Г. С. Травматическая болезнь.— Ашхабад, 1984.

20. Тельных Ю. В. Гистопатология печени у обожженных: Автореф. дис... канд. мед. наук.— Л., 1977.

21. Травматическая болезнь/Под ред. И. И. Дерябина, О. С. Насонкина.— Л., 1987.

22. Травматический шок: оценка тяжести, прогнозирование исходов/Под ред. С. А. Селезнева.— Кишинев, 1986.

23. Федоров Н. А., Мовшев Б. Е., Недошивин Р. В., Корякина Н. К. Ожоговая аутоинтоксикация. Пути иммунологического преодоления.— М., 1985.

24. Хакимов З. З., Мавлянов И. Р., Карабано-вич А. К.//Вопр. мед. химии.— 1987.— № 2.— С. 48—51.

25. Харин Г. М., Литвинов Р. И.//Патол. физиол.— 1985.— № 2.— С. 93—94.

26. Харин Г. М. Сочетанная травма и травматический шок.— Л., 1988.

27. Харин Г. М., Литвинов Р. И. Патол. физиол.— 1988.— № 4.— С. 41—44.

28. Харин Г. М., Зинкевич О. Д., Сафина Н. А., Литвинов Р. И. Нарушение механизмов регуляции и их коррекция.— М., 1989.— Т. 2.— С. 798.

29. Харин Г. М. Новые приложения морфометрии и математического моделирования в медико-биологических исследованиях.— Харьков, 1990.

30. Шок: Пер. с румынск./Шутеу Ю., Бэнди-лэ Т., Кофрицэ А. и др.— Бухарест, 1981.

31. Яковлев В. А., Пелисов М. Г.//Воен.-мед. журн.— 1985.— № 1.— С. 37—40.

32. Bell M. L., Herman A. H., Smith E. E. et al.//Surg.— 1971.— Vol. 70.— P. 341—348.

33. Birgens H. S., Henriksen J., Matzen P., Poulsen H.//Asta med. Scand.— 1978.— Vol. 204.— P. 417—421.

34. Chiarelli A., Siliprandi L., Casadei A. et al.//Intens. Care Med.— 1987.— Vol. 13.— P. 199—202.

35. Cowley R. A., Hankins J. R., Jones R. T., Trump B. E. Pathophysiology of Shock, Anoxia and Ischemia.— Baltimore, 1982.

36. Cuthbertson D. P.//Brit. J. Acc. Surg.— 1980.— Vol. 11.— P. 175—189.

37. De la Monte S. M., Arcidi J. M., Moore G. W., Hutehins G. M.//Gastroenterology.— 1984.— Vol. 84.— P. 627—631.

38. Gans M. D. Reticuloendothelial system and the Pathogenesis of Liver Disease.— Amsterdam, 1988.

39. Grimaud J. A., Chevallier M.//Ann. Anesth. Franc.— 1979.— Vol. 20.— P. 95—103.

40. Kermarec T.//Ann. Anesth. Franc.— 1979.— Vol. 20.— P. 89—94.

41. Larcen A.//Bull. Acad. Nat. Med.— 1978.— Vol. 162.— P. 649—653.

42. Liehr H.//J. Clin. Chem. and Clin. Biochem.— 1987.— Vol. 25.— P. 211—212.

43. Neuhoef H.//Therapiewoche.— 1974.— Bd. 24.— S. 3158—3160.

44. Nikulin A., Gmaz-Nikulin E.//Verh. Dtsch. Ges. Path.— 1976.— Bd. 60.— S. 472.

45. Ostendorf P., Jaschonek K., Daiss W.//Hämostaseologie.— 1985.— N. 2.— S. 44—53.

46. Pathophysiology of Reticuloendothelial System/Eds. B. M. Altura. T. M. Saba.— New-York, 1983.

47. Rotter W.//Med. Welt.— 1971.— Bd. 22.— S. 1175—1180.

Поступила 20.03.91.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.717+616.718]—001.514—089.84

А. Г. Хабибуллин (Бугульма, ТССР). Компрессионно-дистракционный остеосинтез при переломах длинных трубчатых костей

При лечении переломов длинных трубчатых костей в последние годы широкое распространение получил чрескостный компрессионно-дистракционный остеосинтез (ЧКДО). Мы хотим поделиться собственным опытом применения этого метода в условиях Центральной районной больницы.

Под нашим наблюдением находились 64 человека со свежими переломами длинных трубчатых костей, которым в травматологическом отделении ЦРБ был осуществлен ЧКДО. Большинство из них составили лица наиболее трудоспособного возраста — от 14 до 60 лет.

Локализация повреждений была следующей: предплечье, плечо, бедро, голень, голеностопный сустав. Закрытые переломы костей наблюдались у 48 пострадавших, открытые — у 16, из них у 4 они осложнились повреждением сосудисто-нервного пучка. Все 64 человека были госпитализированы в течение первых суток после травмы, из них 57 — в первые 8 часов.

Чрескостный остеосинтез производили под

наркозом, перидуральной или проводниковой анестезией.

Аппарат Илизарова накладывали чаще всего из четырех колец — двух дистракционных и двух репонирующих. Коррекцию положения отломков осуществляли в два этапа: предварительную — по клиническим признакам в процессе наложения аппарата и окончательную — после рентгенологического контроля. Правильная компоновка аппарата Илизарова, полное использование всех его репонирующих и стабилизирующих возможностей позволили нам достигнуть репозиции и устойчивой фиксации отломков практических у всех больных.

В послеоперационном периоде больным назначали лечебную гимнастику со второго дня после наложения аппарата, разрешали ходить с помощью костылей, а через 10—15 дней по мере стихания болей дозированно нагружали конечность.

Для профилактики воспаления мягких тканей вокруг спиц на второй день после операции меняли марлевые шарики вокруг спиц, пропитанные кровью; ежедневно в течение всего срока фиксации аппаратом шарики вокруг спиц орошали спиртом.

Основной контингент пострадавших составили сельские жители, которых нельзя было пере-

вести на амбулаторное лечение, поэтому стационарное лечение длилось в среднем 19 дней (от 10 до 35 дней). Имобилизационный период при закрытых переломах голени продолжался в среднем 110 дней, а лечение — 130 дней, при переломах обеих костей предплечья — соответственно 72 и 95 дней. При закрытых диафизарных переломах плечевой кости срок иммобилизации составил в среднем 85 дней, лечения — 120 дней. При переломах бедренной кости лечение длилось в среднем 156 дней.

Из осложнений наблюдались воспалительные изменения в виде гиперемии кожи и отека конечности (у 3), воспаление мягких тканей в области спич (у 3), травматическая экзема (у одного).

При освоении методики имело место преждевременное снятие аппарата, что привело к вторичному перелому. Замедленная консолидация отмечалась у 2 больных. У 3 пациентов развилась контрактура в голеностопном и коленном суставах, что было связано с нарушением основных принципов остеосинтеза.

После снятия аппарата в условиях отделения реабилитации поликлиники проводили ЛФК, физиолечение. Восстановление функций суставов происходило на протяжении 4—6 недель.

УДК 617.576—006.35—089.8

Н. И. Пушкарёв (Уфа). Синовиома ладони

Приводим описание синовиомы, которая в клинической практике встречается крайне редко.

Р., 50 лет, обратилась 02.07.1990 г. с жалобами на опухоль правой ладони, появление болей в ладони при ручной стирке белья. В конце 1987 г., вскоре после того как муж «сильно сжал пальцы, когда в руке держала эспандер», на ладони возникло выпячивание, которое стало медленно увеличиваться.

Обследовала амбулаторно. Кожа телесного цвета, регионарные лимфатические узлы не увеличены. Органы грудной и брюшной полостей, данные ЭКГ, флюорографии, рентгенографии правой кисти, результаты анализов крови и мочи были в пределах нормы.

На ладони проксимальнее IV пальца на 1 см, по ходу сухожилий поверхностного и глубокого сгибателей, прикрепляющихся к основаниям средней и концевой фаланг IV пальца, находится плотная продолговатая опухоль (1,5×1,0 см), ограниченно подвижная в поперечном направлении, безболезненная при ощупывании. Диагноз: фиброма (?) правой ладони.

11.07.1990 г. прооперирована — опухоль удалена в пределах здоровых тканей, при этом пришлось отделить нижний ее конец от капсулы IV пястно-фалангового сочленения, а остальную часть выделять из сухожилий сгибателей.

Макропрепарат: образование (1,4×0,9×0,9 см) имеет форму, сходную с овальной, внешне похоже на мозг и щитовидную железу, серого цвета, плотное. Данные гистологического исследования: гигантоклеточная доброкачественная синовиома.

Рана зажила первичным натяжением. Женщины осмотрена через 9 мес — жалоб нет; рубец мягкий, функция кисти сохранена.

УДК 616.33—006.363—089.8

А. М. Иванов, М. Л. Оберман (Саратов). Лейомиома желудка

Лейомиома желудка — редкое заболевание органов пищеварения. На 369 операций по пово-

ду новообразований желудка мы встретились с неэпителиальными образованиями в 3 случаях, из них в 2 была лейомиома, в одном — лимфогранулематоз. Учитывая относительную редкость лейомиомы желудка, приводим наши собственные наблюдения.

З., 54 лет, поступил в хирургическое отделение 17.03.1989 г. с жалобами на рвоту, умеренные боли в эпигастриальной области и слабость. Болен год. Обследован амбулаторно, диагностирован хронический гастрит.

При поступлении состояние относительно удовлетворительное. Упитанность пониженная. Язык обложен белым налетом, живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Со стороны других органов особенностей не отмечалось.

Рентгеноскопия: желудок правильной формы, складки слизистой ровные, видны на всем протяжении; стенки желудка эластичные, перистальтика глубокая, хорошо прослеживается; эвакуация из желудка не нарушена, двенадцатиперстная кишка без изменений. Заключение: хронический гастрит.

При фиброгастроскопии в субкардиальном отделе желудка на передней стенке у малой кривизны обнаружено образование (3,0×3,0 см) полусферической формы с гладкой поверхностью, слизистая над ним не изменена и подвижна.

При сканировании печени по нижнему ее контуру в центре отмечается овальное вдавление диаметром, равным 4 см. Заключение: давление на печень извне.

Анализ крови: Нб—2,1 ммоль/л, эр.—4,0·10¹²/л, л.—8,0·10⁹/л; СОЭ—6 мм/ч.

Анализ мочи патологии не выявил.

Общая кислотность желудочного сока—76 ммоль/л, свободная соляная кислота—40 ммоль/л. Поставлен диагноз — лейомиома желудка.

13.04.1989 г. произведена операция. В субкардиальном отделе желудка в области малой кривизны на передней стенке обнаружена округлая подвижная опухоль мягкой консистенции (диаметр — 2,5 см), не прорастающая в серозный покров. Произведена энуклеация образования без вскрытия слизистой оболочки. При срочном цитологическом исследовании в препаратах найдены клетки доброкачественной опухоли. Послеоперационное течение гладкое. Гистологическое заключение: лейомиома желудка. Больной в удовлетворительном состоянии выписан домой. Осмотрен через год и 4 месяца: жалоб нет, состояние удовлетворительное, масса тела увеличилась на 4 кг.

2. Л., 59 лет, поступил в хирургическое отделение 22.05.1990 г. с жалобами на боль в эпигастриальной области. Болен около года. Состояние удовлетворительное. Масса тела повышена. Язык влажный, чистый. Живот увеличен в размерах, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной области. Со стороны других органов патологии не найдено. Анализы крови и мочи нарушений не показали.

Данные рентгенологического исследования: желудок обычной формы, расположен высоко, складки слизистой утолщены, видны на всем протяжении; в субкардиальном отделе на передней стенке у малой кривизны определяется округлое просветление с четкими волнистыми контурами (3,5×3,0 см) и краевым дефектом наполнения по малой кривизне. Заключение: экзофитная опухоль желудка, не исключена лейомиома.

Фиброгастроскопия: в субкардиальном отделе желудка на малой кривизне выявлено плотное