

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: лейома 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

образование (2,5 × 3,0 см); слизистая над ним не изменена и легко смещается.

Заключение: лейомиома желудка.

02.06.1990 г. произведена операция. В области малой кривизны в описанном выше отделе желудка находится подвижная опухоль (3,5 × 3,0 см), серозная оболочка над ней не изменена. Опухоль удалена без вскрытия слизистой. При цитологическом ее исследовании обнаружены клетки доброкачественного образования, возможно, лейомиомы. Плановое гистологическое исследование — лейомиома желудка. Послеоперационное течение гладкое, на 14-е сутки после операции больного выписали домой.

Таким образом, клиническая картина лейомиомы желудка не имеет характерных особенностей. Основными методами в диагностике данного заболевания являются рентгеноскопия и фиброгастроскопия.

С помощью этих исследований можно установить наличие лейомиомы, ее локализацию и размеры. Небольшие размеры опухоли, ее экзофитный рост и данные срочного цитологического исследования позволяют ограничиться энуклеацией лейомиомы без вскрытия слизистой оболочки.

УДК 616.346.2—089.87

Т. Г. Шаймухаметов (Набережные Челны, СССР). Воспаление двух червеобразных отростков у одного больного

Наличие двух червеобразных отростков у одного больного встречается редко. Учитывая это, а также трудности диагностики, мы решили поделиться своим наблюдением.

Г., 28 лет, поступил в хирургическое отделение городской больницы № 2 г. Набережные Челны 26.12.1977 г. в экстренном порядке через 8 ч 30 мин от начала заболевания. Дежурным врачом при поступлении был установлен диагноз: частичная спаечная кишечная непроходимость (?).

При осмотре больной жаловался на схваткообразные боли внизу живота, больше в правой подвздошной области, тошноту, рвоту. Заболел остро накануне госпитализации после поднятия тяжести. В июне 1977 г. был прооперирован по поводу острого гангренозного аппендицита. Объективно: состояние средней тяжести. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца чистые, ритмичные. АД — 16,0/10,6 кПа. Пульс — 107 уд. в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот напряженный, болезненный в нижних отделах, больше в правой подвздошной области. Симптом Щеткина положительный во всех отделах, особенно резко выражен над лонном. В правой подвздошной области имеется рубец розоватого цвета длиной около 10 см. Газы не отходят, стула не было, мочеиспускание учащенное.

При рентгеноскопии органов брюшной полости свободного газа и дополнительных горизонтальных уровней нет.

Анализ крови: л.—11,4·10⁹/л. Анализ мочи: содержание белка — 0,033 г/л, эр.—0—2 в поле зрения, единичные эпителиальные клетки в поле зрения, соли — оксалаты, бактерии — 3+, слизи — 2+.

С диагнозом «спаечная непроходимость кишечника» больной был экстренно прооперирован. Под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами нижним срединным разрезом вскрыта брюшная полость, между петлями тонкой киш-

ки, в селезеночном, печеночном углах, в боковых каналах, малом тазу обнаружено большое количество жидкого гноя беловато-сероватого цвета с каловым запахом. Рана расширена вверх.

Ревизия органов брюшной полости показала, что париетальная и висцеральная брюшины резко гиперемированы, с мелкоочечными кровоизлияниями; петли тонкой кишки ближе к илеоцекальному углу несколько раздуты. В области илеоцекального угла за слепой кишкой в спайках найден червеобразный отросток. Последний выделен из спаек (его длина — около 8—9 см, диаметр — 2 см), дряблый на ощупь; в области основания отростка имеется отверстие диаметром около 0,2 см, отросток покрыт фибринозными наложениями. Брыжейка отростка прошита и перевязана шелковой лигатурой и от отростка отсечена.

Отросток у основания пережат, перевязан кетгутом, удален; культя его погружена в стенку слепой кишки кисетным швом, дополнительно перитонизирована двумя Z-образными капроновыми швами.

Из брюшной полости удалено около 2 л жидкого гноя беловато-сероватого цвета с каловым запахом. Брюшная полость промыта раствором фурациллина и осушена.

На расстоянии около 50 см от илеоцекального угла на тонкой кишке имеется дивертикул Меккеля диаметром около 3 см, высотой около 1,5 см, вторично измененный, как и другие петли тонкой кишки.

К селезенке, печени, в боковые каналы и малый таз с обеих сторон подведены дренажные резиновые трубки, которые выведены через отдельные контрапертуры. К культе отростка подведена резиновая перчатка, которая выведена через отдельный разрез на передней брюшной стенке. Левая половина живота также дренирована резиновой перчаткой, которая выведена через отдельную контрапертуру. Послеоперационная рана ушита послойно; подкожная клетчатка дренирована резиновыми дренажными полосками.

Послеоперационный диагноз: острый гангренозный перфоративный аппендицит, разлитой гнойный перитонит.

В послеоперационном периоде рана зажила первичным натяжением. Больного выписали в удовлетворительном состоянии 27.01.1978 г.

Результаты патологистологического исследования: острый флегмонозный аппендицит.

Больной Г. и после операции продолжал утверждать, что в июне 1977 г. его прооперировали по поводу острого гангренозного аппендицита, поэтому была изучена его история болезни.

Согласно записи в истории болезни, Г., 28 лет, поступил в хирургическое отделение больницы № 2 г. Набережные Челны 14.06.1977 г. на вторые сутки от начала заболевания с диагнозом: острый аппендицит. Больного экстренно прооперировали. Под местным обезболиванием 0,25% раствором новокаина (400,0) послойно кожным перемennым разрезом в правой подвздошной области по Мак-Бурнею — Волковичу послойно вскрыта брюшная полость. В рану выведен купол слепой кишки, отросток не выводится, находится в рыхлом конгломерате в ретроцекальном положении. Произведена ретроградная аппендэктомия. Брыжейка отростка перевязана поэтапно с прошиванием. К ложу отростка подведен сигарообразный дренаж, в полость малого таза — резиновая трубка. Рана послойно ушита. Макропрепарат: отросток размерами 7 × 0,7 см, черного цвета, напряженный.