

ка, недомогание, рвота. У большинства больных были выражены клинические симптомы: острая боль в животе — у 320 (88,9%) больных, иррадиация болей в ключицу и плечо — у 18 (5%), доскообразное напряжение мышц брюшной стенки — у 264 (73,1%), рвота — у 123 (34,1%), брадикардия — у 49 (13,6%), тахикардия — у 118 (32,6%). Печеночная тупость отсутствовала у 217 (60%) больных, свободный газ в брюшной полости обнаружен у 50 из 82 больных, которым проводилась рентгенокопия. У 34,1% наших больных была однократная и многократная рвота, а редкий «вагусный» пульс наблюдался лишь у 13,6%.

Язва в двенадцатиперстной кишке была у 188 (52%) больных, в пилорическом отделе желудка — у 149 (41%), на малой кривизне — у 19 (5,3%), на большой — у 2 (0,5%), в кардиальном отделе желудка — у 1 (0,3%), на желудочно-кишечном анастомозе — у 2 (0,5%).

Ранее мы оперировали больных под местной анестезией, а в последние годы — чаще под эндотрахеальным наркозом.

Резекция желудка сделана 51 больному, умер 1 (от ларингоспазма при даче наркоза). У 306 больных произведено ушивание прободного отверстия и тампонада сальником на ножке, у 4 — ушивание язвы с наложением гастроэнтероанастомоза.

При больших перфоративных отверстиях с инфильтрованными краями, когда наложенные швы легко прорезаются, мы пользуемся тампонадой прободного отверстия по методике, предложенной в 1946 г. П. Н. Поликарповым. Подобная операция выполнена у 151 больного. Мы убедились в ее надежности и эффективности.

После паллиативных операций умерло 11 (3,5%) больных, из них 8 старше 50 лет. 7 больных умерло от перитонита в связи с поздним поступлением, у них от момента перфорации до начала операции прошло более 12 часов, 2 — от перитонита на почве расхождения краев ушитой язвы, 1 — от пневмонии и 1 — от острой сердечной недостаточности.

Отдаленные исходы изучены нами у 162 больных в сроки от 1 года до 10 лет. Хорошие результаты паллиативных операций отмечены у 50 (30,8%) больных, удовлетворительные — у 61 (37,7%), плохие — у 51 (31,5%), из них повторно оперировано 26.

УДК 616.346.2—002—616—003.2

К ЛЕЧЕНИЮ АППЕНДИКУЛЯРНЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ¹

Б. И. Зак, Т. П. Тихонова и А. Ф. Попов

Кафедра госпитальной хирургии (и. о. зав. — доц. Ш. Х. Байбекова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова на базе 12-й городской больницы (главрач — Т. М. Барышева)

Аппендикулярный инфильтрат является нередким осложнением острого аппендицита.

Многие авторы [2, 5 и др.] считают, что аппендикулярный инфильтрат следует лечить консервативно. Они расценивают наличие его как единственное противопоказание к оперативному вмешательству. Комплекс консервативного лечения включает строгий постельный режим, щадящую диету, направленную антибиотикотерапию, физиотерапию и т. д.

В. И. Колесов рекомендует при положительном симптоме Щеткина — Блумберга назначать местно холод, а при отрицательном — тепло. По мнению З. К. Забегальской, наряду с другими консервативными мероприятиями следует на протяжении всего срока лечения применять холод для купирования воспалительного процесса в брюшной полости; при вяло рассасывающихся инфильтратах целесообразно переливание крови; тепловые процедуры в ряде случаев способствуют абсцедированию аппендикулярных инфильтратов. Е. П. Головина (1957) предлагает многократные орошения хлорэтилом кожи над инфильтратом, а в интервалах — применение пузыря со льдом. Б. А. Гаусман (1960) считает, что блеллотерапия ведет к быстрому рассасыванию аппендикулярных инфильтратов, сокращает процент абсцедирования и дает наименьший срок пребывания больных в стационаре; гирудин, выделяемый пиявками в область инфильтрата, растворяет свежие тромбы и уменьшает явления флебита и артериита. Хороший лечебный эффект, по данным многих авторов, оказывает паранефральная новокаиновая блокада по А. В. Вишневскому [1, 5, 6, 7, 10]. Одной из ее разновидностей является внутритазовая блокада, предложенная Л. Г. Школьниковым и В. П. Селивановым (1955) для лечения переломов костей таза. Блокаду новокаином в сочетании с пенициллином они применяли и при некоторых воспалительных процессах тазовой области, в частности при аппендикулярных инфильтратах.

¹ Доложено на заседании научного общества хирургов ТАССР 9/1 1969 г.

Изучая в эксперименте на трупах границы распространения раствора при внутритазовой блокаде по Л. Г. Школьникову — В. П. Селиванову с помощью красящих и рентгеноконтрастных веществ, мы обнаружили следующее. Водный 0,5% раствор метиленовой сини (200—250 мл) распространяется по боковой стенке малого таза, достигает нижнего края пояснично-подвздошной мышцы и омывает тазовую клетчатку на стороне введения, где вступает в контакт с большим количеством нервных ветвей, нервных и сосудистых сплетений тазовой области. Распространяясь вверх по фасциальному влагалищу пояснично-подвздошной мышцы, вдоль задне-боковой поверхности поясничного отдела позвоночника, раствор в ряде случаев достигает уровня III поясничного позвонка и омывает нервные стволы поясничного сплетения и поясничные ганглии пограничного симпатического ствола, от которых отходят ветви к тазовому нервному сплетению. При внутритазовой блокаде 20% раствором бромистого натрия (200—250 мл) на рентгенограммах видно, как контраст полностью выполняет ложе подвздошной мышцы, омывает боковую стенку малого таза, пристеночную клетчатку, достигает в ряде случаев тазового дна. Кверху контраст распространяется до поперечного отростка III поясничного позвонка. На рентгенограммах, полученных после выполнения паранефральной блокады по А. В. Вишневскому (100 мл 35% раствора диадона), контраст заполняет область почки на стороне наливки, клиновидно опускается книзу, достигая верхнего или нижнего края IV поясничного позвонка.

На основании полученных экспериментальных данных мы сочли целесообразным применить внутритазовую блокаду в комплексе консервативного лечения аппендикулярных инфильтратов, так как при блокаде раствор новокаина непосредственно приближается к инфильтрату. Очевидно, внутритазовую блокаду следует рассматривать как «короткий блок» А. В. Вишневского.

Для направленного воздействия на патогенную флору аппендикулярного инфильтрата мы избрали неомидин — антибиотик широкого спектра действия.

С 1964 г. больных с аппендикулярным инфильтратом мы лечили следующим образом. Независимо от срока заболевания, в день поступления осуществляли правостороннюю внутритазовую блокаду (200—250 мл 0,25% раствора новокаина), одномоментно вводили 250 000 ЕД неомидина, 50 мг гидрокортизона и 1 мл 10% раствора кофеина с целью профилактики индивидуальной непереносимости к новокаину. На весь срок лечения назначали строгий постельный режим, щадящую диету и пузырь со льдом на область инфильтрата. В течение 3—4 дней давали левомидетин по 100 000 ЕД 4 раза в сутки.

Всего по данной методике лечилось 12 мужчин и 17 женщин в возрасте от 12 до 60 лет. Размеры аппендикулярных инфильтратов были различными. Сроки с момента заболевания — от 4 до 10 дней. Через несколько часов после внутритазовой новокаиновой блокады у большинства больных исчезали или значительно уменьшались болевые ощущения. Спустя 1—2 дня нормализовались гемодинамические показатели и температурная реакция. Болезненность и размеры аппендикулярных инфильтратов заметно уменьшались уже в первые 2—3 дня. Полное рассасывание инфильтрата мы наблюдали на 3—10-й день лечения. Случаев абсцедирования инфильтратов не было. Шести больным внутритазовую блокаду произвели повторно, через 5—6 дней после первой.

Оперируя больных в холодном периоде, через 3—4 недели после рассасывания аппендикулярного инфильтрата (не выписывая их из стационара), мы пришли к заключению, что при этом отсутствует вероятность встретиться с абсцессом и тем самым инфицировать брюшную полость, а удаление червеобразного отростка в этом периоде не представляет технических трудностей.

Небольшое количество наблюдений не позволяет сделать окончательные выводы. Однако предлагаемая методика лечения аппендикулярных инфильтратов безопасна, высокоэффективна и может быть выполнена в любом стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галямова О. З. Тез. докл. XII сес. научн. студ. об-ва Сталинабад. мед. ин-та, 1956.—2. Гаусман Б. А. Тр. Рязан. мед. ин-та, 1960, том XII; Журн. эксп. хирургии и анестезиологии, 1962, 6.—3. Головина Е. П. Сов. мед., 1957, 9.—4. Забегальская З. К. Хирургия, 1959, 3.—5. Колесов В. И. Острый аппендицит. Медгиз, М., 1959.—6. Коровин А. С. В кн.: Труды Военно-мед. акад., 1949, т. 13, кафедра фак. хир. № 2.—7. Маслов П. Н. В кн.: Нервная трофика в хирургии. Медгиз, М.—Л., 1936.—8. Медведовская Г. Д. и Тихонова Т. П. Казанский мед. ж., 1966, 1.—9. Медник Г. Л. Probl. эндокр. и гормон., 1959, 5.—10. Потапов В. Г., Ковтун З. Ф. В кн.: Тр. Крымского мед. ин-та, Симферополь, 1948, том 12.—11. Стучинский Б. Г. Вестн. хир., 1935, т. 40, кн. 112—113.—12. Шима В. Хирургия, 1962, 10.—13. Школьников Л. Г. и Селиванов В. П. Вестн. хир., 1955, 5.—14. Яксанов Ю. А. Хирургия, 1963, 10.