

П. И. Шамарин (Саратов). К диагностике переломов ребер

В № 5 «Казанского медицинского журнала» за 1968 г. опубликована маленькая заметка Н. И. Пушкарева по вопросу о диагностике переломов ребер. Я еще с довоенного времени пользуюсь более простым приемом. Приложив ладонь к месту травмы таким образом, что мякоть ладони приходится по одну сторону, а кончики пальцев по другую сторону от точки наибольшей болезненности, произвожу легкое надавливание то мякотью, то пальцами. При наличии перелома, даже неполного, ощущается характерный щелчок. Второй прием: предлагаю больному поднимать и отводить руку с большой стороны. Звук щелчка часто еще лучше определить выслушиванием фонендоскопом или стетоскопом. Были случаи, когда рентгенологи только после повторной рентгенографии, проводимой по нашему настоянию, определяли перелом ребра.

УДК 611.839.31—616—089.5

М. Ф. Самыгин и Ю. К. Разумовский (Ленингорск). Блокада чревных нервов как метод лечения

Больного укладывают на операционный стол в горизонтальном положении лицом вниз с вытянутыми вперед руками. Руки сгибают в локтевых суставах и укладывают под голову, что способствует отведению лопаток вперед. Под брюшную стенку подкладывают валик для выравнивания поясничного и грудного отдела позвоночника. Готовят операционное поле от углов лопаток до нижнего поясничного отдела позвоночника. Намечают две точки введения новокаина с предварительным образованием лимонного желвака. Иглу устанавливают перпендикулярно в VI межреберье, отступя на 2 см вправо от позвоночника, и по нижнему краю VII ребра продвигают вглубь с предварительным введением впереди себя 0,25% раствора новокаина. Когда игла доходит до межреберных мышц, ощущается небольшое увеличение сопротивления и затруднение введения раствора. Продвинув иглу на 0,3—0,5 см, мы подходим к париетальной плевре. В этом отделе раствор поступает более свободно. При раздражении плевры появляется кашлевой рефлекс, но это бывает очень редко, так как введенный новокаин анестезирует плевру, и рефлекс не наступает.

При глубоком вдохе имеется небольшое синхронное колебание иглы, после чего вводится под плевру 30 мл 0,25% раствора новокаина. Такое же введение производится в IX межреберье для блокирования малого чревного нерва слева. Глубина введения иглы в VI межреберье составляет в среднем 5—6 см, в IX—8—9 см в зависимости от развития подкожножировой клетчатки и мускулатуры больного. В данную точку мы вводим 60—80 мл также 0,25% раствора новокаина.

Введение раствора синьки на трупах показало, что инфильтрационное блокирование охватывает не только чревные нервы, но также диафрагмальные, симпатические, блуждающие и многочисленные нервные окончания в этой области.

С 1951 г. по сентябрь 1966 г. произведены 602 блокады. Каких-либо серьезных осложнений мы не встретили, кроме раздражения плевры, что сопровождалось кашлевым рефлексом.

При лечении 235 больных с хроническим спастическим колитом мы в 87% получили хороший результат, в 8% — улучшение и в 5% блокада не дала эффекта. При спаечной болезни органов брюшной полости в 64% отмечен хороший исход (наблюдение в сроки от 8 месяцев до 7 лет), в 21% было достигнуто улучшение и в 15% успеха не было.

При частичной кишечной непроходимости у всех больных (21) получен положительный результат, непроходимость разрешилась без операции. При механической непроходимости (4) блокада не оказала терапевтического действия.

Острые холециститы поддавались лечению при гнойных формах. При желчнокаменной и лямблиозной форме холецистита наступал только временный эффект, выражающийся в кратковременном снятии болей. У больных язвой двенадцатиперстной кишки отмечен удовлетворительный результат при свежих формах, при старых каллезных язвах лечение оказалось безуспешным.

УДК 616.34—002.44

Б. А. Сквозников (Калуга). Неспецифическая язва тонкой кишки

Неспецифическая язва тонкой кишки в отечественной литературе впервые описана С. М. Рубашовым в 1928 г. Относительной редкостью и острым течением заболевания, требующим экстренного хирургического вмешательства, объясняются наши скудные сведения об этиологии и патогенезе этого вида патологии.

Мы располагаем материалами о 2 больных с перфорацией острой неспецифической язвы тонкой кишки. Оба больные — мужчины. Обоим правильный диагноз поставлен только во время операции. Приводим историю болезни одного из них.