

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 (Лениногорск). 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.

А., 67 лет, поступил в хирургическое отделение областной больницы 7/VIII 1968 г. в 15 час. 20 мин. с жалобами на сильные боли в животе, появившиеся 21 час назад после умеренной физической нагрузки. Они сопровождались тошнотой и однократной рвотой. Больной страдает хроническим гастритом с повышенной секреторной функцией, по поводу которого периодически лечится амбулаторно.

Пульс 108, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца приглушены. АД 135/80. Язык сухой, обложен желтоватым налетом. Брюшная стенка не принимает участия в дыхании, напряжена, болезненна на всем протяжении. Симптом Щеткина — Блюмберга положительн. Стул был 2 суток назад, отхождение газов затруднено. Моченспускание нормально. При рентгеноскопии брюшной полости определяется газ под обоими куполами диафрагмы. Диагноз при поступлении: язвенная болезнь желудка; перфорация язвы.

В 16 час. 20 мин. под комбинированным общим обезболиванием закисью азота с эфиром с применением миорелаксантов произведена верхняя срединная лапаротомия (Б. А. Сквозников). Выраженные явления перитонита. Желудок и двенадцатиперстная кишка атоничны. Язвы нет. Разрез продлен книзу. В дистальном отделе тонкой кишки (45—50 см от слепой кишки) обнаружено отверстие диаметром 0,4 см с ровными краями. Инфильтрата нет. Стенка кишки вокруг отверстия со стороны серозной оболочки не отличается от других участков тонкого кишечника. Отверстие ничем не прикрыто, и из него свободно изливается кишечное содержимое. Перфорация ушита. Сделаны две контрапертуры в подвздошной области. Вставлены дренажи и трубки для введения антибиотиков. На 6-е сутки удалены дренажи, на 12-й день сняты швы. Больной выписан на 22-е сутки после операции при вполне удовлетворительном состоянии и полном заживлении раны.

Второму больному, 56 лет, также произведено ушивание перфоративной язвы при почти идентичной ее локализации. Больной выписан для амбулаторного наблюдения при вполне удовлетворительном состоянии.

УДК 616.34—007.43—616—089.844

И. И. Захаров и Л. И. Кутявин (Ижевск). Закрытие грыжевых ворот при больших послеоперационных вентральных грыжах путем мобилизации местных тканей

Реконструктивные операции брюшной стенки при больших послеоперационных грыжах представляют для хирурга значительные затруднения.

Мы применяем следующую модификацию пластики грыжевых ворот путем мобилизации местных тканей.

Производим окаймляющий разрез у основания грыжевого выпячивания в пределах здоровой кожи. Поскольку при наличии грыжи по белой линии выше и ниже ее всегда определяется диастаз прямых мышц, операционный разрез должен распространяться выше и ниже грыжевого выпячивания. Выделяем края грыжевых ворот и у основания грыжевого мешка в наиболее истонченном месте, где нет припаянных органов, вскрываем брюшную полость. Под контролем введенного в рану пальца отсекаем грыжевой мешок вместе с кожным рубцом общей массой. Если имеются спайки между петлями кишок и передней брюшной стенкой, разъединяем их. Края кожной раны с подкожной клетчаткой отсекаем в обе стороны на 3—3,5 см. Затем иссекаем рубцовые края грыжевых ворот. Производим надраз апоневроза в продольном направлении с обеих сторон по длине операционной раны и обнажаем медиальные края прямых мышц. При наличии рубцово измененных краев мышц последние также иссекаем. Для сближения краев дефекта применяем стягивающие швы на марлевых валиках, при помощи которых удается стянуть значительные дефекты (шириной до 18 см), а затем зашить их без натяжения, поскольку сила натяжения приходится на область наложенных стягивающих швов. Марлевые валики предупреждают прорезывание швов.

Техника наложения стягивающих швов такова. Двойной толстый шелк с марлевым валиком на конце проводят на расстоянии 3—3,5 см от края дефекта через все слои брюшной стенки (апоневроз, мышцы, брюшину) на противоположный край через те же слои. Вкол иглы на противоположном крае дефекта делают со стороны париетальной брюшины. Края раны сближают до полного их соприкосновения и шелковые нити завязывают над таким же валиком. Такие стягивающие швы накладывают по длине дефекта через каждые 4—5 см. Размеры марлевых валиков должны быть 1,5—2 см в диаметре и 3—4 см в длину. Обычно их готовят из марлевых салфеток, которые применяются во время операции. После сближения края дефекта сшивают узловатыми шелковыми швами, захватывая все слои брюшной стенки, кроме кожи, без всякого натяжения. Затем стягивающие швы снимают. Для лучшего соприкосновения краев раны дополнительно накладывают промежуточные швы на апоневроз. Операцию завершает гемостаз, швы на кожу, асептическая повязка на рану. Сверхповязки делают тугое бинтование живота при помощи широкого бинта или полотенца. После операции больному придают полусидячее положение. Кожные швы снимают на 12—13-е сутки. Больному рекомендуют ношение мягкой повязки (бандажа) в течение 4—5 месяцев.