

Повторное обследование через 4 месяца не выявило в состоянии больной какого-либо ухудшения, кровохарканье прекратилось. Женщина находится на поддерживающей дозе преднизолона (7,5 мг/сут).

Следовательно, при диссеминированных процессах в легких, когда постановка диагноза с помощью обычных методов обследования затруднена, единственным способом, позволяющим это сделать, является открытая биопсия легких с последующим изучением гистологической картины препаратов. Причем к этому методу следует прибегать на ранних стадиях заболевания, до формирования пневмосклероза, ибо только в таком случае адекватная терапия будет своевременной и эффективной.

УДК 616.342—002.44—089—06:616.61—008.64

О.В. Галимов (Уфа). Успешный результат хирургического лечения кровотечения из язвы желудка на фоне острой почечной недостаточности

Данное наблюдение представляет интерес, поскольку свидетельствует о возросшем уровне современной хирургии и анестезиологии, а также о больших компенсаторных резервах человеческого организма.

А., 36 лет, был госпитализирован в нефрологическое отделение по поводу геморрагической лихорадки с почечным синдромом (в течение 7 дней в связи с явлениями острой почечной недостаточности находился на гемодиализе). В сыворотке крови от 30.11.1991 г. уровень мочевины составил 30,6 ммоль/л, креатинина — 1,36 ммоль/л, белка в моче — 0,09%, лейкоцитов — 20—25 в поле зрения. В анамнезе отмечены боли в эпигастрии, изжога, хотя по поводу заболевания желудка больной ранее никогда не лечился и не был обследован.

01.12.1991 г. внезапно началась неукротимая рвота с кровью, резко снизились показатели гемодинамики и красной крови. Экстренная фиброэндоскопия показала у больного хроническую язву желудка с профузным кровотечением. Начаты гемотрансфузия, реанимационные мероприятия, подготовка больного к экстренной лапаротомии.

Больной находился в состоянии геморрагического шока (АД — 70/20 мм рт. ст., частота пульса — 150 уд. в 1 мин.

Анализ крови: эр. — $1,3 \cdot 10^{12}$, Нб — 40 г/л, Нмт — 12%. Пациент был прооперирован. В ходе операции (О.В. Галимов) по малой кривизне желудка в области субкардии обнаружена каллезная язва (2 x 2,5 см), пенетрирующая в малый сальник и поджелудочную железу; кишечник на всем протяжении заполнен излившейся кровью. Произведена трубчатая резекция желудка с сохранением привратника. В послеоперационном периоде проводилась инфузионная терапия (общий объем перелитой крови составил 7,3 л) с коррекцией расстройств гомеостаза и диуреза. Выписан в удовлетворительном состоянии на 14-е сутки после операции.

Е.А. Столяров, Б.Д. Грачев (Самара). О технике операции при срединных вентральных грыжах в свете профилактики раневых осложнений

Раневые осложнения развиваются в 4—10% случаев после операций по поводу срединных вентральных грыж, что несколько больше, чем при других полостных “чистых” операциях. Отмечая высокую частоту нагноений после герниопластики, К.М. Сапезко еще в 1906 г. утверждал: “На самом деле это не случайность, факт этот имеет свою причину, которая лежит в отслаивании клетчатки от апоневроза, из которого возникают сосуды, снабжающие эту область клетчатки и кожи”. Особенно широкой отслойки клетчатки требуют способы герниопластики с формированием дубликатуры, распространенные в настоящее время.

С целью определения границ отслойки клетчатки от апоневроза, не приводящей к ишемизации свободного края кожно-жирового лоскута, нами изучены топография и бассейны кровоснабжения перфорантных сосудов срединных структур передней брюшной стенки. Исследования выполнены на 49 трупах в первые 6 часов после смерти с использованием транскапиллярной окраски по В.А. Белянскому.

Было обнаружено, что кровеносные сосуды, перфорирующие апоневроз передней стенки влагалища прямой мышцы живота, расположены несколькими параллельными и нечетко выраженными продольными рядами. Измеряли расстояние от средней линии до перфорирующих сосудов по перпендикуляру. Результаты математически обработаны методом табулирования по аргументу и отыскания экстремумов полученных функций. При этом были определены достоверные ($P=0,05$) границы зон наибольшей плотности перфорантных сосудов. Математическая обработка подтвердила первоначальное предположение о том, что перфорирующие сосуды расположены рядами. В эпигастральной и мезогастральной областях таких рядов оказалось три (рис. 1 а, 1 б), а

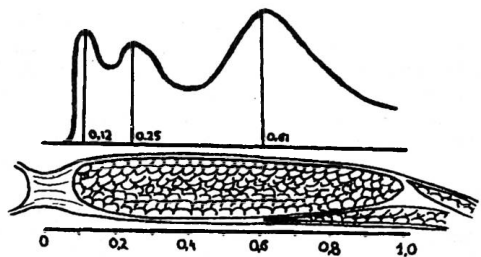


Рис. 1 а.

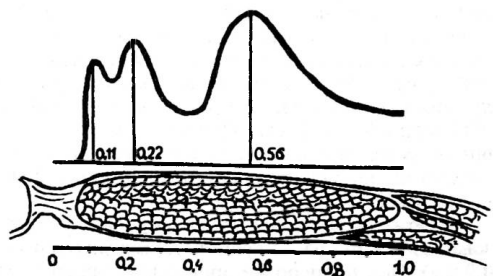


Рис. 1 б.

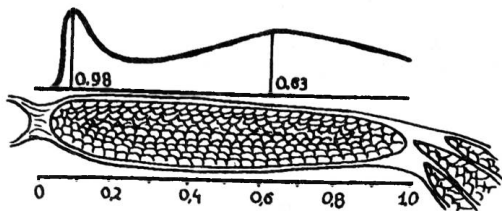


Рис. 1 в.

в гипогастриальной области — два (рис. 1 в), причем количество сосудов в ней оказалось в 2,5—3 раза меньше, чем в эпигастриальной и мезогастриальной областях.

Препаровка окрашенных препаратов показала, что сосуды первого и второго рядов являются концевыми ветвями мышечных артерий, исходящих из стволов надчревных сосудов. Место выхода сосудов первого ряда из-под апоневроза всегда соответствовало медиальной границе мышечных волокон прямой мышцы живота (рис. 2).

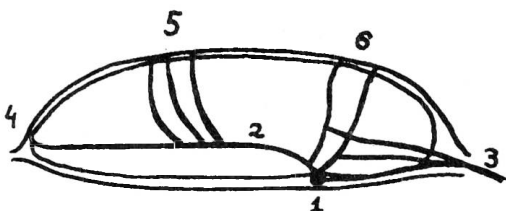


Рис. 2.

С целью определения роли этих сосудов в кровоснабжении подкожно-жировой клетчатки и кожи в 10 экспериментах была произведена транскапиллярная окраска бассейна обеих надчревных артерий после отсепаровки кожно-жирового лоскута от апоневроза на протяжении половины ширины прямой мышцы живота. При этом первый и второй ряды сосудов пересекались и сохранялся третий ряд. Во всех 10 случаях было получено интенсивное окрашивание края кожно-жирового лоскута в эпи- и мезогастриальной областях, что свидетельствовало о достаточном его кровоснабжении. Последующая препаровка показала, что источником окрашивания служили перфорантные сосуды третьего ряда. Отсутствие окрашивания в гипогастрии объясняется, по нашему мнению, преимущественным кровоснабжением этой области из бассейнов поверхностных надчревных и огибающих крыло подвздошной кости сосудов.

Среди мелких сосудов первого ряда в области пупка всегда встречались 1-2 крупных перфорантных сосуда. Препаровка показала, что они являются концевыми ветвями нижней надчревной артерии. Эти сосуды играют важную роль в кровоснабжении подкожной клетчатки и кожи в околопупочной области. Однако в наших экспериментах их пересечение не оказывало заметного влияния на интенсивность окраски края кожно-жирового лоскута.

Третий ряд перфорантных сосудов был образован сосудами более крупного диаметра (до 0,7—0,9 мм). При препаровке прокрашенных сосудов обнаружено, что они исходят непосредственно из

стволов надчревных сосудов либо из их мышечных ветвей сразу после их отхождения от стволов (рис. 2).

При отсепаровке кожно-жирового лоскута от апоневроза на протяжении 2/3—3/4 ширины прямой мышцы живота, выполненной в 10 экспериментах (при этом пересекалось большинство сосудов третьего ряда), окраска бассейна надчревных сосудов практически не давала окрашивания подкожно-жировой клетчатки. В тех же 10 экспериментах с целью изучения возможностей коллатерального кровоснабжения была произведена окраска бассейнов 6, 7 и 8-х межреберных сосудов, выделенных в области реберной дуги. Граница окрашивания кожно-жирового лоскута ни разу не достигла края срединного разреза, располагаясь на 2,5-3 см латеральнее, что свидетельствовало о недостаточности коллатерального кровоснабжения из этого бассейна.

Таким образом, было установлено, что отслойка клетчатки от подлежащего апоневроза в пределах проекции внутренней половины прямой мышцы живота не приводит к ишемизации свободного края кожно-жирового лоскута. Более широкая отсепаровка ведет к пересечению крупных перфорантных сосудов с последующей ишемией мобилизованного лоскута, что повышает риск развития раневых осложнений.

В 1988—1991 гг. в клинике пропедевтической хирургии Самарского медицинского института было прооперировано 112 больных со срединными вентральными грыжами с применением описанной профилактической меры. Пупочные грыжи были у 93 больных, грыжи белой линии и диафрагмы прямых мышц живота — у 7, послеоперационные грыжи — у 12. В 5 случаях наблюдались инфильтраты в области операционной раны, успешно излеченные повторными новокаиновыми блокадами с антибиотиками и физиотерапевтическими процедурами. Нагноений ран не было.

УДК 616.717.9—089.8

Г.Г. Неттов (Казань). Травматическая дислокация разгибателя II и V пальцев кисти на уровне пястно-фалангового сустава и ее лечение

На тыле кисти сухожилия разгибателей II, V пальцев имеют межсухожильные соединения (коннексы), препятствующие смещению их при сгибательно-разгибательных движениях пальца в пястно-фаланговых суставах. По данным анатомических исследований, основную фалангу с тыла до уровня пястно-фалангового сочленения покрывают спиральные апоневротические волокна. Однако функциональное значение этого анатомического образования до конца не выяснено. Как показали наши клинические наблюдения, это образование несет большую функциональную нагрузку, особенно для II и V пальцев кисти.

Над пястно-фаланговыми суставами II—V пальцев находится апоневротическое растяжение в виде спирально идущих волокон, которые образуют так называемый апоневротический паннус над разгибателем пальца на уровне пястно-фалангового сочленения. Этот паннус состоит из двух слоев (оболочек), муфтообразно охватывает разгибатель на указанном уровне и препятствует