

Таким образом, наши наблюдения показывают, что идея обезболивания родов может быть частично использована в борьбе с п. б.; в частности здесь уместно применение морфийно-магнезиальной смеси. Наши наблюдения показывают, что дача небольшой дозы морфия вместе с магниезией тотчас после операции оттягивает срок появления п. б., уменьшая их интенсивность, а дополнительная дача магниезии через час после операции может вообще предупредить появление п. б.

В комбинации с магниезией, как видно из работ Савича, резче проявляются положительные свойства морфия и ослабляются отрицательные; сама же магниезия в применяемых нами дозах может считаться совершенно безвредной для организма.

Литература: 1. Абрамсон, НХА, № 146, 1936.—2. Андреев, Вестник хирургии 1928.—3. Ерхун и Магазанник, НХА, № 76, 1929.—4. Савич, Сов. врач журнал, 1936.—5. Соловов, Новая хирургия. 1926.—6. Разумовский, Врачебное дело, 1927.—7. Он же, Клиническая медицина, 1927.—8. Шуцкий, НХА, № 78.—9. Ясногородский, НХА, № 76, 1929.

Поступила 7/VII 1937.

Из факультетской хирургической клиники (зав. проф. И. Л. Цимхес)
Архангельского мед. института.

К вопросу об осложнениях при длительном пребывании пули в позвоночнике.

В. С. Юров.

В мирное время огнестрельные повреждения позвоночника встречаются редко. Частота же ранений позвоночника в военное время колеблется от 1 до 2% (Гулеке, Мокин, Гарре, Борхард и др).

По данным Корнева, на 100000 раненых, прошедших через ленинградские госпитали за время минувшей войны, было около 0,3% ранений позвоночника. Низкий процент ранений позвоночника может быть объясняется тем, что некоторая часть раненых, особенно в комбинированных случаях, когда пуля проходит через позвоночник, а затем грудную или брюшную полость, погибает на поле битвы. Такие ранения ускользают от статистики.

По наблюдениям Айзельсберга ранения позвоночника чаще производятся пулями, и по характеру своему они бывают сквозные; реже позвоночник ранится осколками снарядов, шrapнелю, и такие ранения бывают слепые.

Согласно Франкенгейму по частоте локализации ранения позвоночника идут в следующем порядке: грудной, поясничный, крестцовый и шейный отделы позвоночника. Ввиду того, что раненые в шейный отдел позвоночника и спинной мозг быстро погибают, не попадая в госпиталь, ранения шейного отдела встречаются в статистике реже всего.

В Северо-Американскую войну смертность при ранениях позвоночника была равна 63%, в других войнах—55—80%; в мировую войну 1914—1918 гг. она составила 80%. Смерть наступает или от шока, или от инфицирования спинного мозга и оболочек (менингит). В благоприятных случаях инородное тело инкапсулируется и может длительное время не причинять расстройств.

В других случаях пуля может вызвать своим давлением или развитием воспалительных инфильтратов и рубцовых тканей патологические явления со стороны спинного мозга и корешков.

Течение болезни после ранения позвоночника будет обусловлено степенью тяжести повреждения и локализацией инородного тела. В случаях, когда инородное тело повреждает спинной мозг (интрадуральное положение), особенно в шейном отделе от С₁ до С₄, быстро наступает смерть. При повреждениях спинного мозга от С₄ до D₁ наступает паралич конечностей и через короткий срок смерть. При повреждениях спинного мозга с D₂ и ниже больные гибнут от осложнений (паралич сфинктеров, пролежни, трофические язвы и т. д.).

В случаях же, когда инородное тело застревает в теле позвонка, дужках или отростках (экстрадуральное положение), картина болезни может быть иной. Вначале нет симптомов, отличающих эти два вида ранений друг от друга (Поленов). В первые 3—5 дней преобладают явления шока. Часто исход—смерть.

Во втором периоде с пятого дня до 8-й недели преобладают нагноение раны, развитие гнойников, остеомиелит, менингомиелиты, свищи, тромбозы вен позвоночника. Нередко в этом периоде больные гибнут от осложнений.

В третьем периоде (от 8-й недели до нескольких лет) клиническая картина болезни более или менее стабильна (параличи, парестезии, трофические язвы и т. д.) Но иногда, даже спустя несколько лет после ранения, могут появиться осложнения в виде параличей или атрофий. Это может быть следствием усилившегося давления от сместившегося инородного тела или от реактивного воспаления, образования гноя и последующего рубцевания. Пуссеп описал случай, когда пуля под влиянием тяжести сместилась вдоль позвоночника вниз и вызвала симптомы сдавления спинного мозга. По вопросу о терапии огнестрельного ранения позвоночника существуют различные мнения. Одни (Гоберман, Завадский, Франкенгейм, Дерби, Барр, Покотило, Цеге фон Мантейфель) высказываются за немедленное вмешательство во всех случаях огнестрельного ранения позвоночника и рекомендуют устранить по возможности все нанесенное травмой, т. е. иначе могут произойти неустраняемые изменения.

Другие (Гирголав, Самарин), наоборот, держатся консервативного взгляда. Самарин, работая над вопросом регенерации спинного мозга, убедился, что эта ткань чрезвычайно чувствительна к давлению и травме. Раны с малой зоной повреждения, т. е. пулевые, он не рекомендует оперировать в первые дни, т. е. первичные тяжелые явления пойдут на убыль. Гирголав стоит за умеренный активизм потому, что гематома рассасывается и явления

будут улучшаться. В неясных случаях он рекомендует ламинэктомию. Шок маскирует тяжесть повреждения, рентген часто не дает возможности правильно определить положение пули, поэтому в ранних случаях активный метод опасен (Южелевский). При наличии перелома дужек можно рекомендовать раннюю операцию (7-й день), в остальных случаях—не раньше двух месяцев после ранения.

Удлинение срока оперативного вмешательства может ухудшить процесс. Во всяком случае будущее больного зависит от характера оказанной первой помощи.

По данным Лойда, де Кервена смертность при раннем активном вмешательстве доходит до 70%, при осторожном подходе она снижается до 30%. По Ярицкому смертность равна 58%, у Поленова—5%.

В отношении предельных сроков вмешательства некоторые считают, что наилучшие результаты будут на 3—4-й неделе и не позже года (Бабнин). Другие указывают, что предельный срок для оперативного вмешательства „год с лишним“, т. к. наступившие после этого изменения (вялые параличи, переходящие в спастические и т. д.) будут неустранимы (Полисадова). У Поленова описано два случая ранения позвоночника, в которых оперативное вмешательство было предпринято через 12 лет, в одном случае удалена пуля. Эти больные страдали параличом с момента повреждения. В обоих случаях наступило значительное улучшение. Из этого можно сделать вывод, что показания к операции при огнестрельных ранениях позвоночника не следует ограничивать сроком (Поленов).

Все это касается тех случаев повреждений, которые рано дают заметные клинические симптомы. Очевидно, там, где пуля не оказывает влияния на здоровье больного, ее не удаляют, считая, что нет для этого достаточных показаний.

Какой прогноз можно поставить в этих последних случаях, достаточных данным нам найти не удалось.

Ярицин на 150 случаев огнестрельного ранения позвоночника указывает, что в 18 случаях были удалены пули и наступило заметное улучшение, но все эти случаи, надо полагать, относятся к раннему периоду (второму).

Встретившийся в нашей клинической практике случай показывает, как иногда наличие инородного тела в позвоночнике чрез длительный срок все же вызывает довольно тяжелые осложнения. На материале нашей хирургической клиники за время с 1934 до половины 1937 г. на 922 случая травм повреждение позвоночника было 22 раза, т. е. 2,3%. Случаев же с пулями в позвоночнике было—2, т. е. 0,21%. Приводим историю болезни одного из этих больных.

Больной Л. Ф. В., 35 лет, поступил в городскую больницу 11/IX 1935 г. с диагнозом *tabes dorsalis*.

Безуспешная специфическая терапия, отрицательная R. W. дали возможность заподозрить у больного поперечный миелит, и больной был переведен в нервное отделение.

13/X рентгенография определила инородное тело (пуля) на фоне тел D₅—6.

позвоночника. 16/XII по консультации с проф. Цимхес больной был переведен в факультетскую хирургическую клинику Архангельск. гос. мед. ин-та с диагнозом: симптомокомплекс сдавления спинного мозга в области D₅—6—7 и наличие пули в позвоночнике. Больной раньше не болел.

При поступлении в клинику жаловался на общую слабость, опоясывающие боли, на расстройство мочеиспускания и дефекации, невозможность ходить. В 1920 году получил ранение в спину в Перекопских боях, после чего находился без сознания несколько дней в Херсонском госпитале. Больной вскоре поправился и был выписан, свободно ходил, но иногда чувствовал боли в ногах. В 1929 году лечился на курорте в Лимане, хорошо поправился. В 1933 году боли в ногах обострились, после лечения в физ. лечебнице наступило улучшение. В 1935 году—снова обострение болей; был отправлен на курорт в Сольвычегодск, где течение болезни настолько ухудшилось, что больной без посторонней помощи не мог передвигаться.

Объективно: больной правильного телосложения. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не отмечено. Стул и мочеиспускание задержаны. В нижних конечностях активные движения отсутствуют, за исключением слабых движений в пальцах; рефлексы повышены, клонус стоп, рефлекс Бабинского резко выражены. Отсутствие болей, тактильной и термической чувствительности обеих нижних конечностей, а также всей нижней половины туловища до уровня regio epigastrica спереди и у остистых отростков D₁₂ и L₁ сзади. На коже спины справа на 3 поперечных пальца от средней линии до уровня D₇ имеется едва заметный атрофический рубец, округлой формы, размером с 15-копеечную монету. Рубец спаян с подлежащими тканями (входное отверстие пули). Давление на остистые отростки всего позвоночника неболезненно. Исследование крови и спинномозговой жидкости на реакцию Вассермана—отрицательны. Реакция Nonne-Appelt'a—положительная. В спинномозговой жидкости микрофлоры и лейкоцитов нет. Рентген: на фоне D₅—6 проецируется инородное тело (пуля), косо расположенное, острым концом направленное вверх и вправо. Суставная щель между D₅ и D₆ нечеткая, смазанная. В боковой проекции инородное тело не определяется.

20/XII 1935 года операция (проф. Цимхес) под местной анестезией (1/2% новокаин). Разрез мягких тканей над остистыми отростками от D₄ до D₇, после скусывания щипцами кусачками Luer'a остистых отростков D₅—D₆ обнаружен гной, а после удаления части дужек D₅—6 найдена пуля, направленная внутрь в сторону спинномозгового канала. Пуля подвижна, после дополнительного скусывания вокруг нее кости извлечена. Из капсулы выделился гной в небольшом количестве.

Мозолисто-рубцовая ткань в области dura mater. Риваноловый тампон. Швы.

Послеоперационное течение: первые четыре дня температура до 38°, а затем 36,8—36,9°. На шестой день появились движения в правой ноге. На седьмой день—движения в левой ноге.

30/XII сняты швы: Prima intent. С 7/I 1936 года, т. е. на 18-й день после операции, больной мог уже вставать и с посторонней помощью передвигаться по комнате. Движения в ногах не координированные. Правую ногу поднимает над плоскостью кровати на 40 см, левую на 50 см. Появляется чувствительность всех видов. Акт дефекации и мочеиспускания самостоятельный, без задержек. Через год больной показался в клинику—свободно ходит, не ощущая никаких болей. Работает.

Таким образом, наш больной в течение 15 лет носил пулю в позвоночнике, о которой он не знал, сначала она не причиняла беспокойства больному. Это можно объяснить только благоприятной локализацией пули—экстрадуральной—в дужке позвонка без повреждения спинного мозга.

С 1929 до 1935 года стали появляться боли в ногах, временами усиливающиеся, а затем затихающие. Очевидно, вокруг пули, как вокруг всякого инородного тела, „дремлющая инфекция“ вызывала воспалительные реактивные изменения тканей (Соловов, Греков). Воспалительный инфильтрат мог увеличивать давление

на чувствительные (задние) корешки—боли усиливались (Дитерихс). По мере ослабления инфекции и уменьшения воспалительных явлений боли стихали.

Вокруг инородного тела может происходить гнойное расплавление тканей, что может способствовать появлению некоторой подвижности его.

В таких случаях инородное тело смещается в сторону спинного мозга и может вызвать явления сдавления его. Это, очевидно, и произошло с нашим больным в 1935 году, когда у него сразу появились параличи, приковавшие его к постели. Устранением этих двух факторов давления (инфильтрат с гноем и пуля) мы можем объяснить столь поразительное улучшение в нашем случае.

Мы вполне согласны с Трегубовым, что наличие инородного тела в позвоночнике после огнестрельных ранений служит показанием для оперативного вмешательства во всех случаях, как только больной попадет под наблюдение врача. Оставлять пулю в позвоночнике, недалеко от важного для жизни органа, каким является спинной мозг, не следует, т. к. рано или поздно могут появиться тяжелые осложнения, на что указывает и наш случай.

Во всех таких случаях, при появлении первых жалоб на нарушение функции конечностей или другие органы, необходимо проверять на рентгене, не осталось ли в позвоночнике инородное тело.

Поступила 2/VIII 1937.

Из гинекологического отделения Шахтинской городской больницы им. В. И. Ленина (главный врач С. С. Драгицын).

400 случаев внематочной беременности.

С. И. Штерн.

Литература по вопросу о внематочной беременности уже весьма обширна, но дальнейшая разработка и накопление клинического материала по внематочной беременности имеет существенное значение.

Наш материал состоит из 400 случаев несомненной внематочной беременности, оперированных в гинекологическом отделении больницы за 10 лет (1926—1936 гг.). Подозрительные и не проверенные путем операций внематочные беременности мы не включаем. За эти годы в гинекологическом отделении Шахтинской городской больницы произведено всего 1686 чревосечений, из которых на внематочную беременность падает 23,72%.

Количество случаев внематочной беременности равнялось 2,48% количества родов за то же время по нашей больнице.

Возрастной состав больных таков: 17 лет—1, 18—19 лет—4, 20—24 г.—53, 25—29 лет—141, 30—34 г.—93, 35—40 лет—93, 40—45 лет—15 чел. Как видно, большинство больных падает на молодой, цветущий возраст 25—29 лет, что отмечается и рядом других авторов.