

Средний срок пребывания больных в клинике — 13,5 дней.

Из 80 наблюдаемых больных с полным выздоровлением выписано 50, на амбулаторное лечение 22, и 8 умерло. У 4 умерших величина ожоговой поверхности была свыше 60% поверхности тела, у 3 — свыше 50% и у одного — 33%. От шока погибло 4 больных, от сепсиса — 3, и от интоксикации — 1. Из числа умерших трое детей в возрасте до 10 лет, двое старше 60 лет.

ВЫВОДЫ:

1. Всех обожженных при поступлении целесообразно делить на две группы: легко пострадавшие и тяжело пострадавшие. К первой группе относятся лица с удовлетворительным общим состоянием и площадью обожженной поверхности не больше 10% поверхности тела. В группу тяжело пострадавших должны включаться обожженные с площадью поражения свыше 10%. Последние нередко поступают в состоянии ожогового шока.

2. Результаты проведенных биохимических исследований подтверждают данные Ю. М. Гефтера и других о том, что у лиц с распространенными ожогами содержание белка и хлоридов в крови резко снижается. Определенной закономерности в колебании содержания остаточного азота в крови при ожогах отметить не удалось.

3. Капельное переливание больших доз плазмы крови в сочетании с другими лечебными мероприятиями оказывает весьма положительный эффект в лечении ожогового шока и на дальнейшее течение ожоговой болезни.

4. Внутрикостное переливание плазмы, цельной крови и других жидкостей в некоторых случаях является методом выбора, особенно тогда, когда плохо выражены вены (нередко у детей) или когда кожа над поверхностными венами поражена ожогом.

5. Из местных приемов лечения ожогов заслуживают положительной оценки влажно-высыхающие повязки с применением риванола или антибиотиков (на новокаиновом растворе).

ЛИТЕРАТУРА

1. Вилявин Г. Д. и Шумова О. Н. Тезисы докладов на совещании по борьбе с травматизмом в нефтяной промышленности РСФСР, 1952. — 2. Гефтер Ю. М. Тезисы докладов на 2-м Всероссийском совещании по борьбе с травматизмом, 1948. — 3. Джанелидзе Ю. Ю. Там же. — 4. Постников Б. Н. и Френкель Г. Л. Ожоговый шок и борьба с ним, 1950. — 5. Саркисов М. А. Сов. мед., 1949, 6. — 6. Lund, Ross, Green, Stanleg, Levenson, Collective Riview. Burns. intern. Abstract of surgeres, 1946, v. 82, 6.

Поступила 15 сентября 1958 г.

ИЗ ПРАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СВИЩЕЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Н. С. Мазченко

Начальник хирургического отделения Межобластной больницы
УИТК МВД Узбекской ССР (главврач — И. Ибрагимов)

Свищи двенадцатиперстной кишки, образующиеся после резекции желудка, представляют грозное, нередко приводящее к смерти осложнение. Известно, что большое значение имеют своевременное

выявление недостаточности культи двенадцатиперстной кишки и создание оттока наружу ее содержимого. Однако, ранняя диагностика расхождения швов не всегда проста, так как это осложнение первоначально может протекать без ясно выраженных симптомов (Арьев и Лыткин, С. В. Кривошеев). Но даже при своевременном распознавании этого осложнения на оперативное вмешательство у ослабленного больного никакой хирург не идет с легким сердцем. Поэтому при отсутствии уверенности в прочности обработки культи двенадцатиперстной кишки вполне целесообразно подводить к ней дренаж. Этим облегчается наблюдение и устраняется необходимость новой операции. Такую тактику рекомендуют многие авторы (Е. Л. Березов, А. М. Дыхно, Коген, А. В. Малахова, Н. В. Советов).

При сомнениях в надежности обработки культи при резекции желудка по поводу язвенной болезни мы вставляли дренаж в брюшную полость и в 19 из 21 случая имели гладкое послеоперационное течение. У двух наблюдалось выделение дуоденального содержимого наружу через дренаж; именно при оперировании этих больных были наибольшие сомнения в прочности закрытия культи. Все резекции производились по Райхель — Полиа. В типичных случаях культи двенадцатиперстной кишки ушивалась трехрядными швами. Первый шов — кетгутовый через все слои, второй — шелковый кисетный и третий — узловый. Там, где наложение кисета встречало затруднения, закрытие культи осуществлялось узловыми швами. Последнее время дренажная трубка, обычно представленная тонким эластическим катетером, используется для внутрибрюшинного введения пенициллина. Как известно, многие хирурги одной из причин недержания швов культи считают инфекцию. Нужно думать, что орошение этой области через дренажную трубку раствором пенициллина является предупредительной мерой образования свища. Пенициллин вводится по 200 000 ед. в 1/2% растворе новокаина, один раз в сутки в течение 4—5 дней. При благоприятном течении через 1—2 дня удаляется и трубка. Многие больные после введения этого раствора в брюшную полость отмечают уменьшение болей, на которые они жалуются первые дни. Лечение свищей, как это отмечает ряд авторов, должно быть комплексным. Однако, в нашей практике оно оказалось недостаточным. На это указывает и Э. Хр. Кох. Следует согласиться с Ф. П. Нечипоренко, что истощенный больной нуждается в полноценном питании. Длительное назначение одной и той же диеты вряд ли может способствовать выздоровлению.

Центральной проблемой при дуоденальном свище является борьба с потерей кишечных соков. Поступление большого количества жидкости из культи наружу быстро приводит к истощению, и врач наблюдает, как буквально на глазах погибает больной. Поэтому в таких случаях некоторые хирурги рекомендуют производить еюностомию для обратного введения дуоденального сока (Э. Хр. Кох, А. В. Смирнов). Естественно, подобная операция не может считаться идеальным выходом из положения, и не все, применяя ее, получали успех. Собирать в чистом виде, для приема внутрь, выделяющийся через свищ секрет возможно не всегда, да и не всякий больной соглашается его пить. Наши больные категорически отказывались от приема собираемой жидкости.

Нам удавалось добиться уменьшения выделений из свища и предотвращения гибели больных путем придания больному лежащего положения на левом боку. Эффективность указанного мероприятия

проявлялась всякий раз довольно явственно. Такое положение требовалось соблюдать длительно, пока количество выделений не уменьшалось до 5—20 мл в сутки. Преждевременное разрешение больным лежать на спине и правом боку сопровождалось увеличением выделений.

Для иллюстрации приводим выписки из историй болезней:

I. Б-ной Ч., 47 лет, поступил на лечение 14/XI 1950 г. с признаками стеноза привратника. 20/XI ему произведена резекция желудка. Во время операции установлено, что двенадцатиперстная кишка в начальном отделе покрыта плотными рубцами и спаяна с желчным пузырем. Ушивание культи двенадцатиперстной кишки произведено с большими затруднениями и не вполне надежно, что послужило поводом для введения дренажа. Первые дни состояние больного не внушало опасений. На шестые сутки через дренаж стала поступать жидкость с примесью желчи. Количество ее с каждым днем увеличивалось и через 5 дней достигло 1500 мл. Несмотря на все принимаемые меры (диета, инъекции атропина, вливание физиологического раствора, сода), состояние больного прогрессивно и резко ухудшалось. Нарастали истощение, обезвоживание, появилось безразличие к окружающему. С целью уменьшить потерю соков больному предложено сохранять положение на левом боку. Эта простая мера превзошла ожидаемое. На второй же день количество выделений уменьшилось наполовину, улучшилось общее состояние, появились аппетит и интерес к окружающему. Начали стихать явления дерматита, причинявшие больному большие беспокойства. В последующем объем выделений ежедневно уменьшался и через 8 дней достиг 50 мл в сутки. Через 6 недель свищ самостоятельно закрылся и больной выписался при общем хорошем состоянии, прибавив в весе на 2,5 кг.

II. Б-ной З., 49 лет. Резекция желудка по поводу каллезной язвы двенадцатиперстной кишки произведена 13/III 1951 г. Во время мобилизации кишки травмирована поджелудочная железа. На 4-й день через трубку, введенную во время операции, отмечено поступление жидкости с примесью желчи в количестве около 10 мл. Ежедневно выделения увеличивались и к третьему дню достигли 50 мл. Больному придано положение на левом боку, что привело к быстрому уменьшению выделений. Через 12 дней свищ закрылся.

Следует отметить, что прогноз при появлении дуоденального свища зависит от количества выделяемой через него жидкости. Если выделения обильные, то такие больные гибнут (А. В. Мельников). Спасение двух наших больных, у которых были значительные выделения, обязано включению в лечебный арсенал мероприятий, улучшающих нормальный пассаж из приводящей петли. В последнее время мы рекомендуем больным в первые дни после резекции желудка чаще поворачиваться на левый бок, причем заметили, что это благотворно сказывается на послеоперационном течении. У больных реже отмечаются отрыжка, тошнота и рвота, а при появлении они быстрее заканчиваются. О целесообразности этой меры, правда в более позднем периоде, есть указания в литературе (Е. Л. Березов).

Известно, что одной из причин недостаточности культи считается повышение давления в приводящей петле (Ю. А. Гольдин, И. М. Грабченко, Г. П. Ковтунович, Маянц, А. В. Мельников, Н. И. Соколов и др.). Следовательно, меры, направленные на уменьшение этого давления, способствуют предупреждению дуоденальных свищей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арьев и Лыткин. Труды ВМА, т. 49, Раны и их лечение, 1952. — 2. Березов Е. Л. Сб. научн. работ Московского коммунистического военного госпиталя. Горький, 1943. — 3. Он же. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. Горький, 1950. — 4. Грабченко И. М. Хирургия, 1951, 8. — 5. Дыхно А. М. Сб. научн. тр. Красноярского мед. ин-та, 1953, 3. — 6. Ковтунович Г. П. Сов. хирургия, 1936, 8. — 7. Коген. Сов. хирургия, 1936, 11. — 8. Кох Э. Хр. Нов. хир. арх. 1934, т. 30, кн. 4. — 9. Кривошеев С. В., Рубашев С. М. Резекция желудка при язвенной болезни. Кишинев, 1954. — 10. Мазченко Н. С. Нов. хир.

арх., 1958, 4.—11. Малахова А. В. Сб. научн. работ хирургов Брянской обл., 1952.—12. Маянц. Техника резекции при язве желудка и двенадцатиперстной кишки и результаты этой операции. Ленинград, 1948.—13. Мельников А. В. Хирургия, 1955, 7.—14. Он же. Вест. хир. им. Грекова, 1956, 8.—15. Нечипоренко Ф. П. Нов. хир. арх., 1958, 4.—16. Смирнов А. В. Вестн. хир. и погран. обл. 1922, т. 2, кн. 4, 5, 6.—17. Советов Н. В. Вопросы хирургии войны и абдоминальной хирургии. Горький, 1946.—18. Он же. Там же.—19. Соколов Н. И. Вестн. хир. им. Грекова, 1948, 5.

Поступила 29 ноября 1958 г.

ДВА СЛУЧАЯ ПАРАЗИТИРОВАНИЯ ЛИЧИНОК ВОЛЬФАРТОВОЙ МУХИ (*Wohlfahrtia magnifica* Schin) в ТАССР

К. Д. Степанов и В. А. Бойко

Из Казанского научно-исследовательского института
эпидемиологии и гигиены (директор — доц. Н. А. Немшилова)

Из многочисленных представителей подсемейства Sarcophaginae (саркофаговые мухи) наибольшее значение в патологии животных и человека имеют мухи из рода *Wohlfahrtia* (Вольфартовы мухи).

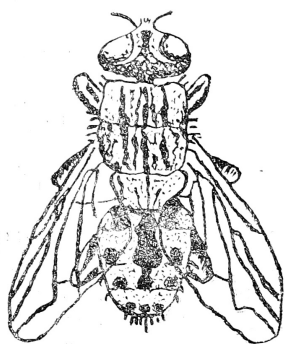


Рис. 1.

Вольфартова муха (по
Е. Н. Павловскому).

Вид *Wohlfahrtia magnifica* Schin (рис. 1) распространен в основном на юге в степной зоне Советского Союза, но изредка встречается и за ее пределами. Паразитический образ жизни ведут личинки Вольфартовой мухи (рис. 2), тогда как взрослое насекомое паразитом не является. Муха живородящая и откладывает свои личинки в раны, гноящиеся язвы и слизистые. Попадая на покровы животных или человека, личинки энергично проникают в полости и ткани тела, используя для

этого всякого рода повреждения покровов. Они могут поражать уши, носовую и гайморовы полости, лобную пазуху, глаза, кожу, подкожную клетчатку, где и выедают всякие ткани, вплоть до костей, разрушая кровеносные сосуды. Паразитирование личинок в теле человека ведет к возникновению участков поражений с нагноением, кровотечением, гангренозными процессами. Продвижением по живым тканям хозяина личинки вызывают сильные боли. Для слабых людей и детей поражение личинками Вольфартовой мухи может быть смертельным. Время полного развития в теле хозяина завершается в очень короткий срок (3—4 дня), так что при исследовании обычно имеют дело с личинками III возраста (рис. 2). Длина этих личинок достигает 15 мм, на поверхности их имеется множество желтовато-коричневых шипиков, на заднем конце пара дыхальцевых пластинок с тремя щелями каждая (рис. 3), личинки вооружены парой больших ротовых крючков (В. Н. Беклемишев, 1949).

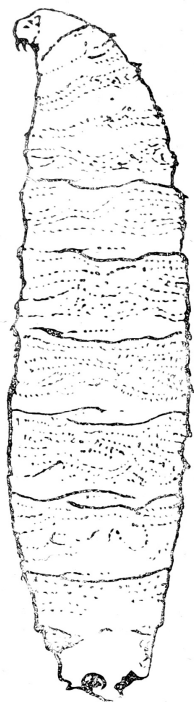


Рис. 2.

Взрослая личинка
Вольфартовой му-
хи сбоку (по Е. Н.
Павловскому).