

ря 1961 г. Лечилась в районной больнице, где в течение 3 недель получала преднизолон. После выписки больная, несмотря на отсутствие болей в суставах, решила самостоятельно «профилактически» принимать указанный препарат. В дальнейшем стоило только сделать на 1—2 дня перерыв, как в суставах вновь возникали резкие боли и отеки. В течение 3 лет она приняла свыше 15 000 мг преднизолона. В конце декабря 1963 г. приемы препарата в «обычных» дозах (3—4 таблетки) перестали оказывать лечебный эффект.

При поступлении отмечалась умеренно выраженная лунообразность лица. Суставы верхних и нижних конечностей отеки, деформированы, движения в них резко болезненны. Со стороны органов грудной и брюшной полости существенных патологических изменений не найдено. Диагноз бруцеллеза не подтвердился. Диагностирован инфекционный неспецифический полиартрит. Была назначена комплексная терапия, включающая преднизолон.

10/I 1964 г. Э. — 3 900 000, РОЭ — 64 мм/час, Л. — 8800, п. — 5%, с. — 60%, л. — 20%, м. — 15%.

До начала стероидной терапии было произведено 2-кратное определение наличных и потенциальных резервов коры надпочечников по уровню свободных 17-оксикортикостероидов в плазме периферической крови (реакция Портера и Сильбера в модификации Н. А. Юдаева и Ю. А. Панкова с внутривенным введением 25 ед. АКТГ).

10/I 1964 г. Свободных 17-оксикортикостероидов в плазме до введения АКТГ — 12,4 γ, через час — 13,2 γ на 100 мл. 16/I 1964 г. Свободных 17-оксикортикостероидов до введения АКТГ — 9,4 γ, через час — 10,1 γ на 100 мл плазмы. Таким образом, у больной выявлена выраженная гипопункция коры надпочечников, вызванная длительным приемом преднизолона.

В дальнейшем в процессе комплексной терапии (бутадиион, стрептомицин, витамины) преднизолон был заменен АКТГ (вначале ежедневно 4 внутримышечные инъекции по 25 ед., затем постепенно 3, 2 и 1 инъекции). Всего за курс лечения больная получила 2500 ед. АКТГ. К концу лечения общее состояние больной стало хорошим, жалоб нет; больная активна. Воспалительные явления в суставах исчезли полностью.

Через 10 дней после прекращения лечения общее состояние больной оставалось хорошим, кровь без патологических изменений.

2/III 1964 г. Свободных 17-оксикортикостероидов в плазме до введения 25 ед. АКТГ — 4,8 γ на 100 мл, через час — 7,6 γ.

7/III 1964 г. Свободных 17-оксикортикостероидов до введения АКТГ — 6,5 γ на 100 мл, через час — 10,9 γ.

Исследования функции коры надпочечников у больной показывают, что потенциальные резервы коры восстановились. Если до лечения нарастание уровня свободных 17-оксикортикостероидов в плазме после введения 25 ед. АКТГ составляло в среднем 6,95%, то после лечения оно повысилось в среднем до 63,01%.

УДК 616—001. 4—616—089

О ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ ПРИ РАНЕНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

В. Е. Станкевич

Городская больница г. Йошкар-Ола (главврач Г. М. Шафран)

При ранениях мягких тканей довольно часто приходится прибегать к наложению швов. Если до введения в практику антибиотиков иссечение краев раны считалось обязательным, то сейчас одни хирурги накладывают швы, предварительно иссекая края раны, другие — без этого. В литературе нет определенной ясности в отношении показаний и противопоказаний для наложения швов.

Настоящее сообщение основывается на сопоставлении исходов лечения ранений мягких тканей у 755 больных в зависимости от техники и времени хирургической обработки как с применением антибиотиков, так и без них. Были использованы следующие антибиотики (отдельно и в их комбинации): пенициллин, феноксиметилпенициллин, биомицин, стрептомицин, тетрациклин, окситетрациклин, тетрациклин, эритромицин.

Мужчин было 534, женщин 221. В возрасте до 20 лет было 250 чел., от 21 до 40 лет — 384 и старше — 121. Ушибленных ран было 285, рваных — 199, резаных — 136, колотых — 65, прочих — 70. Ранения головы были у 287 чел., груди, живота и спины — у 79, верхних конечностей — у 253, нижних конечностей — у 136. Ширина и глубина ранений колебались от небольших до значительных.

245 чел. получали антибиотики, 510 не получали. Одним больным перед наложением швов производилось иссечение краев раны, другим нет. Одним больным

хирургическая обработка производилась до 7 час. с момента травмы, другим — от 7 до 24 час

Наибольший процент заживления ран первичным натяжением отмечен там, где производилось иссечение краев ран в срок до 7 час. с момента травмы и применялось лечение антибиотиками. При хирургической обработке в срок от 7 до 24 час. с момента травмы наибольший процент заживления ран первичным натяжением отмечен также у больных, у которых перед наложением швов производилось иссечение краев раны с последующим назначением антибиотиков.

Там, где иссечение краев раны не производилось, лечение антибиотиками не обеспечивало должного эффекта. Хорошие исходы заживления ран достигались простым их ушиванием, если больные обращались в первые 7 час. после получения ранений, причем эффективность лечения возрастает при назначении антибиотиков. Нужно также отметить, что раны мягких тканей головы заживали быстрее и лучше, чем раны на груди, животе и спине. Раны верхних конечностей заживали хуже, чем раны на груди, животе и спине. Наиболее поздно заживают раны на нижних конечностях.

ВЫВОДЫ

1. Больным с травматическими повреждениями мягких тканей, обратившимся за помощью менее чем через 7 час. с момента травмы, при незагрязненных ранах достаточно просто наложить швы на рану.

2. Если больной обратился за помощью более чем через 7 час. с момента травмы, необходимо перед наложением швов предварительно иссечь края раны и назначить антибиотики; при наложении швов без иссечения краев раны лечение антибиотиками малоэффективно.

УДК 616—089. 844—616—007. 43

К ВОПРОСУ ОБ АЛЛОПЛАСТИКЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ

Ю. О. Фурман

Хирургическое отделение (зав.— Ю. О. Фурман) 1-й городской больницы
г. Н. Тагил (главрач — Н. А. Фарберов)

По многим большим статистикам рецидивы после грыжесечений по поводу косых грыж составляют 8—12%, по поводу прямых — 18—26%. Еще хуже отдаленные результаты оперативного лечения рецидивирующих и послеоперационных грыж. При этих операциях В. Р. Хесин наблюдал рецидивы в 42%, Н. З. Монаков — в 33%.

Причиной рецидивных грыж является слабость и рыхлость апоневроза и мышц, а также особенности анатомического строения пахового канала. Послеоперационные грыжи развиваются вследствие нагноений, гематом, небрежного ушивания апоневротических листов, а также от сильного кашля или пареза кишечника в послеоперационном периоде.

После перенесенных (иногда не один раз) операций ушивания грыжевых отверстий изменяются анатомические соотношения тканей, развиваются обширные спайки и рубцы. Возможна и дремлющая инфекция, которая иногда осложняет послеоперационное течение и приводит к рецидиву грыжи.

Несмотря на ряд трудностей, рецидивные и послеоперационные грыжи подлежат оперативному лечению, которое должно избавить больных от страданий и возможных ущемлений грыжевого содержимого.

За последние 20 лет для укрепления апоневроза стали широко применяться аллопластические материалы. Применение их привело к резкому снижению рецидивов после оперативного лечения послеоперационных и рецидивных грыж.

Мы используем для укрепления апоневроза капроновую ткань. Лучше всего применять ткань не гуще 40 нитей на 1 см. Капрон мы вначале кипятим 2—3 мин. в растворе сулемы 1:1000, затем помещаем в спирт на 2—3 часа. Описанная подготовка вполне обеспечивает стерильность. Чтобы капроновые нити по краям не волочились, необходимого размера трансплантат вырезается горячим скальпелем или слабо нагретым термокаутером. Капроновую ткань мы складывали вдвое (по длиннику) и вшивали либо под апоневроз, либо между листками апоневроза (у 22 из 24 больных). Только у двух больных апоневроз передней брюшной стенки мы укрепляли капроновой тканью, наложенной поверх него (у одного из них образовалась серома с последующим нагноением).

Всего в нашем отделении в 1961—1963 гг. лечилось 514 больных в возрасте от 8 месяцев до 76 лет с грыжами разной локализации.