

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.

24 пациентам (13 мужчин и 11 женщин) были сделаны операции с применением капроновой ткани.

У 13 больных были паховые рецидивные грыжи (из них у 5 — с одним рецидивом, у 5 — с двумя, у 1 — с тремя, у 1 — с четырьмя, у 1 — с пятью), у 6 — срединные рецидивные послеоперационные (у 1 — с одним рецидивом, у 5 — с двумя), у одного — пупочная рецидивирующая послеоперационная, у одного — грыжа после холецистэктомии (по Кохеру), у 3 — после аплендэктомии. Под местной анестезией по Вишневскому оперировано 19 пациентов, под эндотрахеальным наркозом с управляемым дыханием — 5.

После операции у двух больных были нагноения. У одного больного осложнение было ликвидировано в 10-дневный срок, у другого образовался стойкий свищ в нижнем углу раны после пластики огромной вентральной грыжи, повлекший за собой рецидив грыжи.

Из 24 оперированных больных отдаленные результаты прослежены у 23. 22 пациента здоровы, работают, грыж у них нет. У одной больной, у которой была выраженная серома и нагноение, возник рецидив.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев В. В. Казанский мед. ж., 1963, 2.—2. Монаков Н. З. Послеоперационные грыжи. Душанбе, 1959.

УДК 616. 432—616. 379—008. 64. 616. 43. 47

ПЛЮРИГЛЯНДУЛЯРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОД МАСКОЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА

З. А. Чиркова

Клиника пропедевтики внутренних болезней (зав.—проф. П. И. Шамарин)
Саратовского медицинского института

Клиническая картина плюригландулярной недостаточности включает синдромы, обусловленные снижением секреции всех гормонов передней доли гипофиза — соматотропного (гормона роста), тиреотропного, адренокортикотропного, гонадотропных. Диагноз ставится при наличии синдромов гипогонадизма, гипотиреоидизма и гипокортицизма. Все эти симптомы развиваются медленно, в течение многих месяцев и лет, и о заболевании гипофиза вспоминают тогда, когда выявляются множественные эндокринные нарушения. Ранняя диагностика опухоли гипофиза может предотвратить развитие пангипопитуитаризма, приводящего больного к смерти.

Приводим наше наблюдение.

Ф., 40 лет, доставлена врачом скорой помощи 6/III 1961 г. с диагнозом: сахарный диабет, прекоматозное состояние. Жалобы: жажда, увеличенное мочеотделение, общая слабость, сухость во рту, сонливость. Считает себя больной с 27-летнего возраста, когда впервые появилась жажда, полиурия, общая слабость. Был диагностирован сахарный диабет. Вначале вводили по 16 ед. инсулина, а с 39-летнего возраста — по 50—70 ед. Находилась под наблюдением диабетического пункта. С января 1961 г. общая слабость стала нарастать, увеличилась жажда.

Росла болезненным ребенком, отставала от сверстников в умственном и физическом развитии. В детстве болела корью, скарлатиной, дифтерией, коклюшем. Туберкулез и сифилис у себя и у родственников отрицает. Окончила 2 класса школы, работала уборщицей, чернорабочей. Была замужем, имела 2 беременности, закончившиеся выкидышем.

Сонлива, адинамична, сознание soporозное. Кожа бледная, морщинистая, сухая, на голове волосы редкие, на теле волос нет. Подкожно-жировой слой отсутствует, мышцы, молочные железы атрофичны, тонус мускулатуры резко понижен.

Грудная клетка деформирована; перкуторно-коробочный звук; дыхание везикулярное.

Тоны сердца глухие. Пульс 72, ритмичный, АД 110/70. Язык обложен белым налетом. Выпали почти все зубы. Печень пальпируется на 3—4 см ниже реберной дуги, край мягкий, болезненный. Селезенка на пальпируется. Менструации отсутствуют.

Произведены рентгеноскопия органов грудной клетки и желудочно-кишечного тракта, обзорный снимок черепа, снимок турецкого седла, снята ЭКГ, определен остаточный азот сыворотки крови и протейны, причем существенных отклонений от нормы не найдено. Изменений со стороны половой сферы не обнаружено. Предстарческая катаракта правого глаза, колобома радужки левого глаза. Олигофрения.