

жизненноважные центры, не совместимые с жизнью, и у двух — бронхопневмония (в родах у матерей был длительный безводный период).

Еще большего внимания заслуживает применение микорена у новорожденных с проявлениями вторичной асфиксии или для профилактики последней. У 50 детей микорен был использован в борьбе с вторичной асфиксией и у 56 — в целях профилактики вторичной асфиксии.

Закапывали раствор микорена в нос по 2 капли 2—3 раза в день.

Все дети были выписаны в хорошем состоянии.

Проведенные нами наблюдения говорят о целесообразности более широкого применения изучаемого стимулятора дыхательного центра — микорена. Надо добиться широкого выпуска этого аналгетика для акушерской практики.

Поступила 16 января 1963 г.

РАДИКАЛЬНАЯ ОДНОМОМЕНТНАЯ ЛИКВИДАЦИЯ ГУБОВИДНЫХ СВИЩЕЙ ТОНКОГО И ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА С ВОССТАНОВЛЕНИЕМ ЦЕЛОСТИ КИШЕЧНОЙ ТРУБКИ

Доц. Х. З. Ахунзянов

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав. — проф. Н. В. Соколов)

Казанского медицинского института

В хирургической практике существуют различные методы оперативного лечения кишечных свищей. Одни основаны на внебрюшинных способах хирургического вмешательства. Другие — на внутрибрюшинных путях к свищам, так как внебрюшинные не всегда приводили к желаемой цели, особенно при губовидных формах свищей.

Широкие возможности применения антисептических препаратов и антибиотиков в настоящее время значительно расширили рамки хирургического вмешательства при кишечных свищах и снизили процент осложнений в послеоперационном периоде.

Выбор метода операции при кишечных свищах должен быть строго индивидуальным, с учетом причины возникновения, локализации и вида свища, степени воспаления окружающих тканей и возможности внутрибрюшинного спаечного процесса, с одной стороны, и степени подготовленности хирурга к выполнению такого рода операции — с другой.

Описываемое нами наблюдение возникновения множественных губовидных свищей тонкого и толстого кишечника и хирургическая тактика при их ликвидации представляют интерес для хирургической практики.

7/VIII 1961 г. в хирургическом отделении 12 городской больницы был подвергнут хирургическому вмешательству К., 8 лет, по поводу острого аппендицита. Червеобразный отросток, оказавшийся катарально измененным, удален обычным способом, но при погружении петель тонкого кишечника в брюшную полость кишечная стенка травмировалась и образовалась субсерозная гематома. Последняя на глазах нарастала, в связи с чем сероза над ней была рассечена и гематома выдавлена, но кровотечение продолжалось. Для остановки кровотечения хирургом были наложены лигатуры на ближайшие к гематоме сосуды. Кровотечение остановилось, дефект серозы ушит Z-образным швом. Операционная рана послойно зашита наглухо.

Послеоперационный период протекал не гладко. Мальчик жаловался на боли в животе. Через 16 часов после операции дежурный врач заметил резкое изменение в состоянии больного, он стал беспокойным, появилась бледность кожных покровов. Мальчик часто просил пить, метался в постели, пульс стал нитевидным и частым (до 160), АД упало до 65/40. Живот умеренно и равномерно вздут, ограниченно участвует в акте дыхания, пальпация болезненна во всех отделах. Симптом Щеткина—Блюмберга не ясен. Определить свободную жидкость в брюшной полости не удавалось. Больному перелита консервированная кровь в связи с подозрением на внутрибрюшинное кровотечение. Состояние мальчика не улучшалось, и он взят в операционную для повторного вмешательства.

При вторичном вмешательстве из брюшной полости выделено около 50 мл серозно-геморрагической жидкости с резким каловым запахом. Предлежащие к ране петли тонкого кишечника оказались омертвевшими, что явилось следствием узлообразования большей части тонкого кишечника с сигмовидной кишкой. Свободными и жизнеспособными оказались лишь начальный отдел тощей кишки и дистальный конец подвздошной. Произведена резекция всего нежизнеспособного участка тонкого кишечника на протяжении 3 м 40 см. Ввиду очень тяжелого состояния больного решено операцию максимально сократить. После резекции тонкого кишечника оба конца его

(приводящий и отводящий) были выведены в рану без наложения анастомоза и зафиксированы к коже. Омертвевший участок сигмовидной кишки (на протяжении 20 см) целиком выведен в нижний отдел той же раны. Затем края раны стянуты несколькими швами. При таком тяжелом состоянии мальчика дежурный врач был вынужден ограничиться описанными действиями.

В послеоперационном периоде делались частые перевязки и проводилось комплексное лечение, включающее частые переливания крови и плазмы. Общее состояние мальчика улучшалось медленно. Пищеварение ограничивалось функцией лишь начального отдела тощей кишки, так как остальные отделы кишечной трубки оказались выключенными.

На брюшной стенке справа по ходу послеоперационного рубца образовались 4 губовидных свища разного калибра, через которые выделялось кишечное содержимое. Кожный покров всего живота мацерирован, экзематозно изменен, особенно вокруг свищей. Несмотря на некоторое улучшение общего состояния, больной оставался слабым, и начиналось истощение. Жизнь ребенка была в опасности. Чтобы ликвидировать множественные губовидные свищи тонкого и толстого кишечника, больному требовалась еще одна операция, но для этого нужно было избавиться от резкого выраженного воспалительного и экзематозного процесса на поверхности живота.

Произведена изоляция липким пластырем правой половины поверхности живота от средней линии и предпринято раздельное лечение поверхности средней части живота индифферентными, осушающими средствами. Через 2 недели состояние средней части живота заметно улучшилось, экзематозность и воспаление исчезли, что позволило приступить к третьей операции — ликвидации губовидных свищей с восстановлением целостности кишечной трубки.

27/IX 1961 г. Гем. — 70%, Л. — 4600, э. — 6%, с. — 67%, л. — 23%, м. — 4%.

Моча светло-желтая, удельный вес — 1,025. Реакция на белок отрицательная, лейкоцитов 8—10, плоского эпителия 0—1 в поле зрения, небольшое количество слизи и оксалатов.

3/X 1961 г. операция под эфирно-кислородным масочным наркозом (Х. З. Ахунзянов). Разрез по средней линии живота, послойное вскрытие брюшной полости. Найдены (под контролем резинового катетера) соединяющиеся со свищами приводящий и отводящий отделы тонкого кишечника и отсечены, отступая на 7 см от места их выведения. Слишком короткий остаток подвздошной кишки (почти у самой баугиниевой заслонки) не позволял наложить анастомоз с приводящим концом тощей кишки, поэтому этот короткий остаток перевязан и погружен кисетным швом. Приводящий конец тощей кишки соединен с поперечно-ободочной кишкой «конец в бок». Затем найдены соединяющиеся со свищами приводящий и отводящий отделы сигмовидной кишки; они также отсечены, отступая на 5 см от места их выведения. Приводящий и отводящий концы сигмовидной кишки соединены анастомозом «конец в конец». Таким образом восстановлена целостность кишечной трубки. Губовидные свищи, располагавшиеся в правой половине брюшной стенки, радикально удалены овальным разрезом через все слои брюшной стенки. Обе раны брюшной стенки послойно зашиты с оставлением резиновой трубочки, через которую вводились антибиотики непосредственно в брюшную полость (см. рис. 1 и рис. 2).

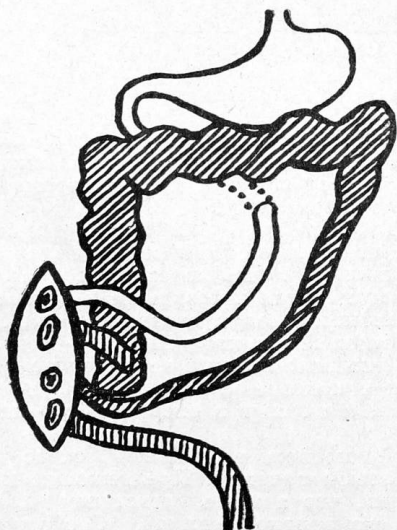


Рис. 1. До ликвидации свищей. Заштрихована выключенная часть кишечника.

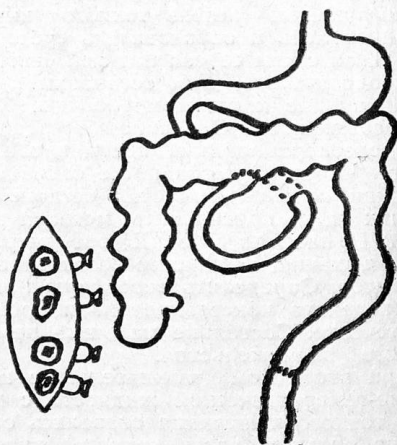


Рис. 2. После одномоментной операции.

Послеоперационный период протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, и на 15-й день после третьей операции мальчик выписан.

5/IV-62 г. мальчик продемонстрирован на заседании хирургического общества Казани. Состояние его вполне удовлетворительное, учится в школе.

Мы считаем, что примененный в данном случае хирургический метод одномоментной операции является тактически правильным, радикальным и вполне оправдан исходом.

Поступила 24 сентября 1962 г.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Ю. Л. Шальков (ТАССР, Юхмачи). О применении барбитуратов для наркоза в условиях участковой больницы

71 раз тиопентал и гексенал вводились внутривенно (67,2%), 29 — внутримышечно (27,2%) и 5 раз внутривенно. Внутримышечно введение применялось в основном у детей до 5—7 лет (25 раз).

Как основной наркоз тиопентал применен 66 раз, как вводный — 21 раз, в сочетании с другими методами обезболивания — 18 раз. В возрасте до 14 лет было 55% больных, старше 60 лет было 6%.

Вскрытие флегмон, абсцессов, травматические перевязки под тиопенталовым наркозом произведены 61 раз, репозиция костных отломков — 15. У 29 больных тиопентал с гексеналом применен при операциях полостных и на костях, чаще как вводный наркоз. Дважды при операциях длительностью более 20—25 минут наркотик вводился капельно внутривенно в виде 0,25—0,5% раствора аппаратом Боброва.

Хорошее впечатление у нас осталось от применения тиопентала в сочетании с местной анестезией у детей до 8 лет. Перед операцией (грыжесечение, фимоз) внутримышечно вводилась соответствующая доза гексенала, и, когда больной засыпал, добавлялась местная анестезия. Обычно больные при этом виде наркоза не находились в глубоком сне, но вели себя спокойно, слабо реагируя на наиболее болезненные этапы операции.

Вводный наркоз применялся у возбудимых больных, очень боявшихся наркоза, и у детей. В этих случаях при даче эфира засыпание наступало быстрее и без выраженного возбуждения, эфира использовалось меньше. Ни разу не применялись дозы более 1,0 барбитуратов.

При выполнении кратковременных операций (вскрытие гнойников) даже у взрослых и крепких субъектов обычно было достаточно 0,5—0,8 вещества при внутривенном введении 5% раствора. У детей и ослабленных больных доза была еще меньшей. Иногда операции производились сразу же после выключения сознания (рауш-наркоз) в течение 5 минут, и препарата затрачивалось не более 0,3—0,5.

У взрослых дозировка была следующей: 5% раствор тиопентала в вену вводился в количестве 10—15—20 мл, у больных в возрасте до 10 лет внутривенное введение 5% раствора тиопентала в миллилитрах не превышало число лет больного. Для внутримышечного введения доза вещества увеличивалась в два раза.

5% раствор вливался в вену очень медленно, не более 2—3 мл в минуту. Обычно после введения 3—5 мл больные начинали зевать и спокойно засыпали. Почти сразу же за выключением сознания у большинства больных наступало апноэ на 5—10 сек. На этот период введение тиопентала прекращалось до выравнивания дыхания, последнее всегда восстанавливалось самостоятельно.

5 раз наркоз достигался введением гексенала в брюшную полость, во всех случаях при резекции желудка. За 10—15 мин до ушивания двенадцатиперстной кишки в брюшную полость вливался 5—10% раствор гексенала в дозе 1,0. Сон наступал через 10 минут, и наиболее ответственный момент операции протекал при совершенно спокойном поведении больного. Сон длился 25—30 минут, но пробуждение не всегда было спокойным. После того как мы наблюдали резкое двигательное возбуждение у одного больного, мы отказались от внутривенного введения наркотика.

В последнее время мы сразу же после окончания операции делали инъекцию 1—2 мл 10% раствора кофеина, пробуждение наступало спустя 8—12 мин без вторичного засыпания.