

Диагноз: ушиб головного мозга, перелом свода и основания черепа, субарахноидальное кровоотечение.

Проводилась консервативная терапия. Состояние больного не улучшалось, 26/IV оглушенность усилилась. Перестал узнавать жену, детей. Установить речевой контакт с больным невозможно. Речь бессвязная. Ночами не спит, пытается вскочить, убежать. Психомоторное возбуждение.

Окулист не выявил патологии со стороны глазного дна.

При повторном неврологическом исследовании найдена легкая правосторонняя пирамидная недостаточность — небольшое повышение сухожильных рефлексов.

На эхограммах смещение М-эха вправо на 6 мм.

29/IV наложены фрезевые отверстия в лобной и заднетеменной области слева, обнаружена субдуральная гидрома. Аспирировано 140 мл содержимого.

Послеоперационный период протекал гладко. Психические нарушения исчезли. Неврологические изменения прошли. При ультразвуковом обследовании через день смещения срединных структур головного мозга не выявлено.

Приведенные данные свидетельствуют, что эхоэнцефалография является хорошим вспомогательным методом при исследовании больных с травмой черепа и головного мозга.

УДК 617.55—616.839.31—616—009.614

М. Ф. Самыгин и Ю. Н. Дегтярев (Лениногорск). Блокада чревных нервов при патологических процессах в брюшной полости

И. В. Домрачев (1957) использовал блокаду чревных нервов в клинике для лечения воспалительных процессов брюшины и органов брюшной полости. Учитывая все недостатки блокады чревных нервов по Каппису, Негели, Брауну и исходя из концепции А. В. Вишневого о применении новокаина с лечебной целью, мы разработали новую методику блокады чревных нервов и пограничных симпатических стволов, которая практикуется с 1951 г. при различных заболеваниях органов брюшной полости. Топографию распространения новокаина мы изучали на 20 трупах путем введения контрастного вещества. Чревные нервы, симпатический ствол, диафрагмальный нерв оказывались в зоне блокады.

В отличие от метода Мосина, техника введения новокаина по нашему методу более проста и доступна. Но так же, как и при методе В. В. Мосина, возможно повреждение плевры, на что указывает возникающий кашлевой рефлекс. Однако исправление этой технической погрешности значительно проще.

Больного укладывают на операционный стол в горизонтальном положении, вниз лицом, с вытянутыми вперед руками. Руки сгибают в локтевых суставах и укладывают под голову, что способствует отведению лопаток вперед. Под переднюю брюшную стенку подкладывают валик для выравнивания поясничного и грудного отделов позвоночника. Готовят операционное поле от углов лопаток до нижнего поясничного отдела позвоночника. Намечают две точки места введения новокаина с предварительным образованием лимонного желвака. Иглу устанавливают перпендикулярно в VI межреберье справа, отступая на 2 см от позвоночника, и по нижнему краю VII ребра продвигают вглубь с предварительным введением 0,25% раствора новокаина. Как только игла доходит до межреберных мышц, ощущается небольшое увеличение сопротивления и затруднение введения раствора. Продвинув иглу на 0,3—0,5 см, подходят к париетальной плевре, что определяется по более свободному введению раствора. При раздражении плевры появляется кашлевой рефлекс, но это бывает очень редко, так как введенный новокаин анестезирует плевру.

При глубоком вдохе наблюдается небольшое синхронное колебание иглы, после чего под плевру вводят 30 мл 0,25% раствора новокаина. Затем вводят 40—60 мл 0,25% раствора новокаина в IX межреберье для блокады малого чревного нерва слева. В VI межреберье иглу продвигают на глубину в среднем 5—6 см, в IX—8—9 см в зависимости от развития подкожно-жировой клетчатки и мускулатуры больного.

На протяжении 17 лет мы применяем блокаду чревных нервов при спаечной болезни, хроническом спастическом колите, холецистите, частичной кишечной непроходимости, язве двенадцатиперстной кишки, при ушибах спинного мозга с расстройством тазовых органов.

Со спаечной болезнью поступил 231 больной, у 145 получены хорошие отдаленные результаты, у 52 — удовлетворительные, у 34 — временное улучшение. Больных с хроническим спастическим колитом было 428, у 326 достигнуты хорошие отдаленные результаты, у 64 — удовлетворительные, у 38 эффекта не было. Из 89 больных с острым холециститом у 47 отмечены хорошие исходы, у 24 — удовлетворительные и у 18 улучшения не наступило. При частичной кишечной непроходимости у 58 из 66 больных непроходимость разрешилась после блокады, 8 оперированы, у них были в основном механические причины. У больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки положительные результаты лечения получены при свежих формах. При запущенных процессах эффект отсутствовал.