

лотерапии частота дыхания у 65 из 72 нормализовалась, причем у 12 больных с уреженным дыханием.

При бронхиальной астме значительно повышается внутрибронхиальное сопротивление, что, безусловно, влияет на состояние силы вдоха и выдоха, которая определялась у 40 наших больных (у 24 женщин и 16 мужчин) при помощи пневмометра (М. М. Губергриц).

Сила выдоха у 31 больного оказалась сниженной, у 9 — нормальной. Снижение силы выдоха наблюдалось у всех 24 обследованных женщин и только у 7 мужчин. Сила вдоха оказалась сниженной лишь у 28 из 40 обследованных, причем степень снижения выражена значительно меньше, чем степень снижения силы выдоха.

После эффективной необензиолотерапии сила вдоха и выдоха значительно повышалась у всех обследованных. Увеличение это было выражено тем больше, чем меньше давность заболевания и чем меньше были выражены внутрилегочные осложнения (эмфизема легких, пневмосклероз).

Глубина дыхания нами изучена у 49 больных, у 38 она оказалась ниже нормы, а у 11 — в пределах нормы (300—500 мл). После терапии необензиолом у 5 больных, у которых терапевтический эффект оказался слабым, заметных изменений величины глубины дыхания не выявлено. У 24 больных с хорошим эффектом от необензиолотерапии низкие цифры повысились до нормы, у 9 приблизились к нижним пределам нормы.

Увеличение глубины дыхания отмечалось после успешной необензиолотерапии и у 8 больных (из 11) с нормальной величиной ее до лечения.

Жизненная емкость легких изучалась у 108 больных. У 100 она оказалась сниженной (800—600 мл), у 8 — в пределах нормы.

Нормальная жизненная емкость легких, как и нормальная глубина дыхания, нами обнаружена, как правило, при неосложненной астме.

После успешной необензиолотерапии легочная вентиляция у подавляющего большинства больных нормализовалась.

Время задержки дыхания на вдохе и выдохе (пробы Штанге и Генча) нами определено у 74 больных; всего произведено более 300 определений.

Время задержки дыхания на вдохе в пределах нормы оказалось у 5, у остальных 69 оно было значительно ниже нормы. Нормальные цифры времени задержки дыхания на выдохе обнаружены у 10, низкие — у 64. Наиболее выраженное укорочение времени задержки дыхания (до 10—4 сек) имелось у 34 при выраженной эмфиземе легких, пневмосклерозе, явлениях недостаточности кровообращения (17 чел.).

После эффективной необензиолотерапии, вместе с улучшением других показателей внешнего дыхания, время задержки дыхания значительно увеличилось (ни у кого из наших больных оно не было уже ниже 15 сек). Особенно быстро и легко повышаясь, достигало нормы время задержки дыхания при отсутствии внутрилегочных осложнений. Наоборот, при наличии последних, это происходило значительно медленнее и в меньшей степени.

Насыщение кислородом артериальной крови нами определено у 32 больных, у которых отсутствовали явления сердечно-сосудистой недостаточности. И в периоды, свободные от приступов, насыщение кислородом артериальной крови у 21 из 32 больных оказалось сниженным (у одного больного — до 75%). После успешной необензиолотерапии у 14 человек из 21 насыщение крови кислородом нормализовалось, а у 5, повысившись, не достигло нормы. У 2 больных при неэффективности необензиолотерапии процент насыщения крови кислородом остался без изменений.

Поступила 20 мая 1958 г.

ЗАБРЮШИННЫЕ ВНЕОРГАНЫЕ ОПУХОЛИ¹

Доц. П. Н. Булатов

Из кафедры факультетской хирургии (зав.—проф. С. М. Алексеев)
Казанского медицинского института

Забрюшинные опухоли развиваются из органов и тканей, расположенных позади задней пристеночной брюшины. Они могут относиться к почкам, что бывает чаще всего, двенадцатиперстной кишке, поджелудочной железе, лимфатическим узлам, костям, мышцам, к забрюшинной жировой клетчатке, нервным стволам и сплетениям.

Исходным пунктом роста этих опухолей служат околопочечная, параректальная или другие отделы забрюшинной или внутрибрюшинной жировой клетчатки, соединительнотканые оболочки сосудов и нервов. Забрюшинные опухоли могут достигать громадных размеров и веса. Так, Демин сообщил об одном наблюдении, где вес тела больной был меньше веса удаленной у нее опухоли: вес тела — 47 кг, вес забрюшинной липомы — 51 кг.

¹ Доложено в Обществе хирургов ТАССР в 1958 г.

Классификация забрюшинных опухолей основывается на их гистологическом строении.

Характерными особенностями забрюшинных опухолей являются глубокое расположение в брюшной полости, прикрытие их спереди желудком и кишечником. Они смещают желудок, кишечник и мочеточник, сдавливают воротную вену и нижнюю полую, нервные стволы и сплетения (боль).

Клиническая картина опухолей колеблется от полного отсутствия симптомов до тяжелой кахексии, от постоянных умеренных болей и запоров до приступов кишечной непроходимости или сдавления мочеточника.

Для первично-злокачественных форм симптоматология складывается из неопределенных болей, по временам коликообразного характера, тошноты, вздутия живота, иногда рвоты, реже встречаются поносы, гематурия, чувство давления в мочевом пузыре, иногда боли в тазу, отдающие в ноги, часто исхудание. У половины больных наблюдается субфебрилитет.

Различные забрюшинные опухоли большого размера могут прилегать к передней брюшной стенке (кисты, липомы и др.) и прощупываться через нее. Особое значение в диагностике опухолей должно быть отведено пальпации, рентгеновскому и урологическому обследованию.

Встречаются забрюшинные опухоли сравнительно редко. Так, в клинике проф. Спасокукоцкого за 32 года было оперировано 6 больных с опухолями забрюшинного пространства.

В клинике им. проф. А. В. Вишневого за последние 5 лет, кроме опухолей почек, надпочечников, брыжейки кишок, поджелудочной железы и гениталий, наблюдалось 6 случаев забрюшинных опухолей: у детей до 3 лет — 3 случая и у взрослых от 30 до 60 лет — 3 случая.

Опухоли у детей при лапаротомии оказались неоперабельными, у взрослых в одном случае опухоль оказалась неоперабельной, в двух случаях операбельной, и в одном из них операция закончилась выздоровлением.

Б-ной Я., 48 лет, впервые обратился в клинику 19/IX-51 г. с жалобами на боли в окружности пупка и левой подвздошной области, на тяжесть в животе и опухоль в брюшной полости.

Считает себя больным с 1950 г., когда впервые заметил опухоль. Вначале опухоль была небольшой и увеличивалась постепенно. Похудания и истощения больной не отмечает. При работе и ходьбе опухоль не мешает.

Живот резко увеличен и асимметричен за счет левой половины. Прощупывается плотная опухоль, исходящая из левого подреберья и спускающаяся вниз до симфиза, переходя на другую половину живота. Поверхность опухоли гладкая. Подвижность незначительная. По размеру опухоль — больше головы взрослого человека.

Над опухолью определяется тимпанический звук. Печень и селезенка не прощупываются. Асцита и отеков конечностей нет.

Рентгеноскопия кишечника: опухоль не связана ни с желудком, ни с кишечником и располагается позади них.

При исследовании мочи, кала, крови — патологических изменений не определяется. Больному поставлен диагноз — забрюшинная опухоль (липома?) — и предложена операция, на которую он дал согласие, но неожиданно, по семейным обстоятельствам, вынужден был выписаться.

5/I-53 г. больной повторно поступил в клинику.

14/I-53 г. произведена операция (П. Н. Булатов) под эфирным наркозом.

Слева разрезом от остистого отростка XI грудного позвонка до пупка послойно рассечены ткани. Опухоль вместе с капсулой отделена от купола диафрагмы, левой почки, мочеточника, нисходящего отдела толстого кишечника и полностью удалена. Сосуды, питающие опухоль, последовательно лигированы.

Опухоль (фибромиома) весила 13,5 кг.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила вторичным натяжением.

28/II-53 г. больной выписался из клиники и приступил к работе.

Через 2 года после операции в области послеоперационного рубца появилась припухлость, которая постепенно увеличивалась. Боли и видимых функциональных расстройств опухоль не причиняла, и больной к врачам не обращался.

За последние месяцы 1956 года он отметил усиление роста опухоли и вновь обратился в клинику.

26/X-56 г. больной был обследован в клинике.

Общее состояние удовлетворительное. Живот резко увеличен, асимметричен. В левом подреберье определяется опухоль размером с голову взрослого человека, плотная, бугристая, с нечеткими границами. Над опухолью определяется тимпанический звук.

В левой поясничной области по направлению к пупку имеется линейный послеоперационный рубец, растянутый опухолью. При смене положения больным опухоль перемещается. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Со стороны органов пищеварения патологических изменений не выявлено.

Рентгенологическое исследование показало, что поперечно-ободочная кишка, нисходящий отдел толстого кишечника и сигмовидная кишка смещены вверх и вправо. В мочеполовой системе патологических изменений не определяется.

Поставлен диагноз: рецидивирующая, забрюшинная, внеорганный фибролипома. 21/XI-56 г. произведена операция (П. Н. Булатов).

Под местной инфильтрационной анестезией 1/4% раствором новокаина произведен послойный разрез тканей в левой поясничной области и левой половине живота — от позвоночника до пупка, с иссечением послеоперационного рубца. Опухоль располагалась внебрюшинно, под толстым кишечником, под его селезеночным углом, нисходящей и сигмовидной частью. С дорзальной стороны опухоль на всем протяжении была интимно связана рубцовыми сращениями с мочеточником, хвостом поджелудочной железы, сводом диафрагмы. Толстый кишечник (левая его половина) распластан над опухолью и плотно с ней сращен, а в области селезеночного угла имел участки склероза и гиалиноза. В области селезеночного угла стенка толстого кишечника плотно спаяна с сальником, на протяжении четырех сантиметров, где предполагалась малигнизация.

Опухоль имела обширную венозную сеть, интимно спаяна с общей подвздошной веной.

Выяснилось, что из существующего разреза и под местным обезболиванием удалить опухоль, ввиду ее больших размеров, массивных сращений с окружающими органами, тканями и богатства ее кровоснабжения, не представляется возможным. Поэтому больному был дан эфирный наркоз (200,0), операционная рана расширена разрезом от пупка до мечевидного отростка. Одновременно предпринято капельное переливание одногруппной крови (500,0).

Произведены иссечение фибролипомы и резекция половины поперечно-ободочной, нисходящей и сигмовидной кишок, с последующим анастомозом поперечно-ободочной с прямой кишкой, конец в конец. Операционная рана орошена раствором стрептомицина, в ее углы введены резиновые дренажные трубки, марлевый тампон, и она послойно ушита.

Операция продолжалась 6 часов.

Вес удаленной опухоли — 7,3 кг.

Патологогистологический диагноз опухоли: ганглионеврома; мышечный слой кишечника пророс опухолью.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

30/XI, то есть на 10-й день, сняты швы, кроме двух ситуационных в центре раны. 2/XII во время кашля рана между оставшимися ситуационными швами разошлась на протяжении четырех сантиметров и произошла эвентрация петли тонкого кишечника.

Большой был взят в операционную. Под местным обезболиванием разведены края послеоперационной раны и кишечная петля, после соответствующего туалета, вправлена в брюшную полость. Рана послойно зашита наглухо.

10/XII сняты швы, заживление раны первичным натяжением. 26/XII больной в хорошем состоянии выписан.

Больной был осмотрен 15/V и 10/XI-57 г., 15/I 1958 г. Общее состояние удовлетворительное. Функциональных расстройств нет. Симптомы рецидива опухоли отсутствуют.

Каким должен быть оперативный подход к позадибрюшинным опухолям?

Клиника проф. Спасокукоцкого пользовалась вентральным разрезом. Проф. Федоров рекомендует дорзальный разрез.

Нам представляется целесообразным люмбовентральный подход, особенно для левосторонних локализаций опухолей.

Поступила 10 апреля 1958 г.

К ХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ СОСУДОВ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ

Доц. М. Е. Демко

Из кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии (зав.— проф. П. Я. Ильченко) Днепропетровского медицинского института

Успех хирургических вмешательств на подковообразной почке во многом зависит от знания топографии ее сосудов. Однако, в каждом отдельном случае подобного рода аномалий сосудистой система почек имеет ряд морфологических и топографических особенностей. Они касаются не только начала, хода и числа почечных сосудов, но и взаимоотношения их с соседними органами. Так как в литературе установилось мнение о непостоянстве и изменчивости сосудов подковообразной почки, то значительное число работ посвящено лишь описанию наблюдаемых нарушений, прикладное же значение подобных сообщений довольно скромное.