

Заседания медицинских обществ

Хирургическое общество ТАССР

Заседание 28 ноября 1938 г.

1. Д-р Ф. Я. Благовидов. *Случай оперативного лечения повреждения спинного мозга.*

Демонстрируется 6-ной З., оперированной по поводу ножевого ранения спинного мозга. Тотчас после ранения развились параличи нижних конечностей, расстройство чувствительности и функции тазовых органов. Через 21 дней у больного появились трофические язвы на крестце и пятке левой стопы. Консервативное лечение — без успеха. Произведена ламинектомия (D₆—D₁₂) под местной анестезией по Вишневскому (проф. Г. М. Новиков). Удалена экстрадуральная гематома. На протяжении двух недель после операции полностью зажили трофические язвы и восстановилась функция тазовых органов. В настоящее время, через 11 месяцев после операции, больной ходит при помощи костыля; моторная функция левой нижней конечности восстановилась, хотя анестезия в ней еще держится.

2. Д-р Р. А. Вяселев. *К казуистике оперативного лечения опухолей головного мозга.*

Демонстрирует больную А. С-ву, 10 лет, оперированную проф. Соколовым под местной анестезией по Вишневскому по поводу опухоли головного мозга. 6-ная была доставлена в клинику с параличом правых конечностей и потерей зрения. Опухоль, обнаруженная в области центральных извилин с левой стороны, удалена полностью; при гистологическом исследовании она оказалась саркомой. После операции прошло 50 дней, 6-ная самостоятельно ходит. Зрение не восстановилось.

3. Д-р Т. А. Федотова. *Два случая заворота проксимального отдела толстых кишок.*

В клинике неотложной хирургии ГИДУВ (проф. Г. М. Новиков) за последнее время было два случая комбинированного заворота подвздошной, слепой, восходящей и части поперечноободочной кишки на 360°. Больные были оперированы под местным обезболиванием по Вишневскому. В первом случае произведена резекция всей правой половины толстого кишечника с терминальной частью подвздошной кишки. Демонстрируется больной. Во втором случае (трехдневной давности заворот у 84-летнего старика) была сделана деторсия с фиксацией, закончившаяся также выздоровлением. В обоих случаях имелась длинная общая брыжейка тонких и толстых кишок, которая создавала условия для подобных заворотов.

4. Д-р А. С. Муромцев. *К патологии дивертикула Меккеля.*

Докладчик приводит 4 случая дивертикула Меккеля, наблюдавшихся в клинике неотложной хирургии ГИДУВ (проф. Г. М. Новиков). В двух случаях имелась странгуляционная непроходимость, вызванная тяжем, идущим от дивертикула к пупку, и в двух случаях — острый дивертикулит, симулировавший типичную картину апендицита. Больные оперированы под местным обезболиванием по Вишневскому. Демонстрируется патологоанатомический препарат удаленного д. Меккеля вместе с тонкой кишкой у мальчика 7 лет, оперированного по поводу странгуляционной непроходимости.

5. Д-р Н. И. Попков. *Случай расширения вен нижних конечностей после тифа.*

Демонстрирует больного, наблюдавшегося в пропедевтической хир. клинике Мед. ин-та (проф. Б. Г. Герцберг) с значительным расширением поверхностных вен нижних конечностей, наступивших в результате тромбоза глубоких вен после тифа.

6. Д-р С. В. Мелещенко. *Случай наложения шва на сердце.*

Демонстрирует больного М., оперированного им в клинике неотложной хирургии ГИДУВ (проф. Г. М. Новиков) по поводу ножевого ранения сердца. Операция успешно выполнена под местным обезболиванием по Вишневскому. На операции об-

наружена рана (2 см) правого предсердия. Рана зашита узловыми кетгутовыми швами. Для прекращения кровотечения из уколов шва был наложен погружной кистетный шов. В настоящее время (через 7½ мес.) больной вполне здоров и работоспособен.

Проф. Г. М. Новиков. Одной из основных проблем, разработкой которых наша клиника занимается в настоящее время, является проблема местного обезбоживания по Вишневскому в практике неотложной и военно-полевой хирургии. 98% экстренных операций мы проводим с этой анестезией. Границы возможностей метода Вишневского мы и решили проиллюстрировать демонстрируемыми сегодня случаями: здесь и мозговые операции, и операции на сердце, и операции на кишечнике при илеусе. Из 5 больных с ранением сердца выздоровели двое—оба оперированы под местным обезбоживанием; трое оперированы под наркозом—все погибли. Клиника считает необходимым производить постоянную резекцию реберных хрящей при доступе к сердцу. Примененный д-ром Мелешенко способ остановки кровотечения кистетным швом считаем остроумным и приемлемым. Ни одна из 63 операций по поводу илеуса в нашей клинике не потребовала применения наркоза. Смертность снижена до 2,3%, что мы приписываем исключительно местной анестезии по Вишневскому. Случаи заворотов слепой кишки и даже всего проксимального отдела толстого кишечника, по-видимому, встречаются часто: у нас за 2½ года больше десяти таких случаев. Больные с повреждением спинного мозга подлежат обязательному оперативному лечению, и число сторонников консервативного лечения становится все меньше и меньше. Это относится как к закрытым, так и к открытым повреждениям. Наш случай иллюстрирует эффективность оперативного лечения.

В прениях выступили проф. Б. Г. Герцберг, доц. П. А. Гулевич, проф. С. А. Алексеев, проф. Ю. А. Ратнер, д-р В. М. Осиповский, указавшие на практический и теоретический интерес демонстраций.

Председатель проф. Н. В. Соколов (резюме).

Каждая из произведенных демонстраций представляется интересной, главным образом, с практической точки зрения.

В отношении больного, демонстрированного после повреждения позвоночника, тактика клиники должна быть признана правильной. Наличие узкого ножевого канала без признаков повреждения и сдавления костного мозга дало основание для первичной обработки раны. В дальнейшем, когда улучшение от консервативного лечения не последовало,—оправданной оказалась ламинектомия. К последней можно прибегать и сразу лишь в случаях, когда имеются прямые доказательства сдавления спинного мозга поврежденным костяком позвоночника. Больная с опухолью головного мозга интересна не только потому, что удалось у 10-летней девочки без труда под местной анестезией по Вишневскому удалить значительных размеров опухоль мозга, но и потому, что здесь получилось восстановление функций только конечностей, в то время как функции зрительных нервов осталась нарушенной, несмотря на то, что конечности пострадали несравненно раньше, чем зрение.

Демонстрированные д-ром Федотовой случаи оперативного вмешательства по поводу заворота толстых кишок возбудили вполне понятный вопрос о выборе метода операции. Там, где после деторсии кишки обнаруживается гангрена, вопрос ясен. Труднее выбрать метод, когда после деторсии выясняется целостность кишки. Надо полагать, что в случаях ранних, когда кишечная стенка недолго находилась в состоянии заворота, в случаях первичного заворота, а не рецидивного, лучше произвести простую деторсию. В случаях поздних, когда кишка долго находилась в состоянии заворота, и в случаях рецидивирующего заворота,—лучше произвести резекцию, иначе у больного может наступить последующий парез кишки и повториться заворот.

Случай с большим с расширенным вен нижней конечности после перенесенного тифа и тромбоза внутр. вен подчеркивает, как нужно быть осторожным при оценке показаний к операции.

Наконец, демонстрация д-м Мелешенко является ярким примером широкого применения местной инфльтрационной анестезии по Вишневскому.

7. Проф. Г. М. Новиков. *Новокаиновый блок при острой кишечной непроходимости* (доклад)

Докладчик, категорически возражая против пресловутого лозунга „илеус“—значит операция“—всем больным с явлениями острой кишечной непроходимости, в целях выявления не требующих оперативного лечения форм, производит новокаиновый блок по Вишневскому. Непосредственно из приемного покоя б-ной доставляется в операционную, где ему вводится 60—100 см³ 1/4% раствора новокаина в правую или левую поясничную область. После блока б-ой доставляется в палату, где он в течение одного часа (не больше!) оставляется под бдительным надзором врача. Тем временем операционная сестра готовится к операции. При динамической непроходимости, а также и при начальных формах механической обычно через 20—60 минут у б-го сти-

хают боли в животе; затем начинают отходить газы; живот становится мягким, пальпация его уже менее болезненна, и наконец появляется стул. Больной после этого крепко засыпает. На следующий день он выписывается из клиники совершенно здоровым. В 46 случаях от применения новокаинового блока было получено полное разрешение непроходимости. В 25 случаях через час после блока больные еще жаловались на чувство переполнения живота, но болей уже не было. В этих случаях с целью окончательной ликвидации непроходимости, ставилась сифонная клизма. В 5 случаях после полной безуспешности сифонных клизм, произведенных еще до новокаинового блока, последний быстро разрешил острую непроходимость. Если новокаиновый блок в течение часа не разрешает процесса, если он дает лишь уменьшение болей в животе, если поставленная через час сифонная клизма также не дает успеха, тогда перед нами несомненно механическая кишечная непроходимость, требующая самого срочного оперативного вмешательства. Благодаря такой тактике, в клинике докладчика из 139 больных, поступивших с явлениями острой кишечной непроходимости, оперировано лишь 63 чел. Новокаиновый блок как бы отсеял все не подлежащие оперативному лечению формы илеуса. Следовательно, будучи применен в том виде и порядке, как это рекомендует докладчик, новокаиновый блок по Вишневскому одновременно преследует цели и диагноза и лечения.

Председатель проф. Н. В. Соколов (резюме прений).

Доклад проф. Г. М. Новикова в высшей степени интересен как с теоретической, так и с практической точек зрения. Что новокаиновый блок начинает завоевывать право гражданства, — это факт несомненный, как несомненна очевидность его действия при целом ряде патологических процессов. Но трактовка действия блока при кишечной непроходимости, предложенная автором, являясь интересной, не выходит, однако, из области предположений и требует экспериментальной проверки и обоснования. Практическое значение предположения автора несомненно. Его следует внедрить в практику хирургических клиник и больниц при острых случаях кишечной непроходимости. Но поскольку в значительном проценте случаев непроходимость разрешается и от более консервативных и безопасных мероприятий (клизма, внутривенное введение гипертонических растворов хлор. натра, атропин), новокаиновый блок должен следовать за клизмой, атропином в случае их безрезультатности.

Председатель проф. Н. Соколов.
Секретарь д-р В. Осиповский.

Заседание 17 декабря 1938 г.

1. Д-р П. А. Никифоров. Демонстрирует 6-ную А., 14 л., оперированную по Ольби два года назад в санатории „Обсерватория“ по поводу тбк позвоночника в поясничной части. До операции у больной был большой абсцесс, который 4 раза пунктировался. Пунктат — тбк гной. Вскоре после операции у 6-ной произошло нагноение на месте взятия трансплантата, принятое вначале за послеоперационное осложнение. В последующем оказалось, что это нагноение вызвано спусканием натечника по сосудистому влагалищу на голень; близость оперативного участка на голени, очевидно, позволило натечнику пробить себе путь в операционную рану, где был взят трансплантат.

Демонстрируются рентгенограммы позвоночника до и после операции. 6-ная в настоящее время чувствует себя хорошо, ходит без корсета, на боли не жалуется.

2. Д-р Г. С. Самойлов. *Случай оперативного лечения открытого эпифизиолиза шейки плечевой кости.*

Демонстрируется 6-ная С., 14 л., доставленная в Ортопедическую клинику ГИДУВ 30 часов спустя после получения открытого эпифизиолиза шейки правой плечевой кости. В области плечевого сустава, у заднего края дельтовидной мышцы имеется рана с торчащим из нее скелетированным периферическим отломком, длиной 7 см. 6-ная была оперирована (общий наркоз), произведена резекция выступающей из раны кости вместе с мягкими тканями и внедрение культи периферического отломка в линию излома плечевой кости. Конечность фиксирована гипсовой повязкой. Через 1 месяц гипс снят, рана зажила вторичным натяжением.

Присутствовало к физио-и механотерапии. В настоящее время функция конечности удовлетворительная. Рентгенография дает представление о мощной костной мозоли.

3. Д-р С. С. Лылова. *Случай оперативного лечения laxatio erecta плеча.*

Демонстрируется 6-ной В., 4) лет, оперированный в ортопедической клинике ГИДУВ (доц. Л. И. Шулуток) по поводу застарелого, редко встречающегося, нижнего вывиха левого плеча. Через разрез Лантенбека была сделана частичная резекция головки плеча и установка ее в полость сустава без интерпозиции. Конечность фикс-