

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ В РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЕ

З. А. Зарипов

Уруссинская райбольница ТАССР (н. о. главврача — Ф. Г. Гильмуллин)

Лечение ожоговой болезни занимает важное место в работе хирурга районной больницы.

За период с января 1957 г. по июль 1961 г. в хирургическом отделении Уруссинской райбольницы лечились 65 больных с ожогами кожи.

Мужчин было 39, женщин — 26.

С бытовыми ожогами было 54 человека (83%), из них детей — 34 (52%), с производственными ожогами было 11 человек (17%).

С ожогами I—II ст. до 25% и III ст. до 15% поверхности тела было 53 человека, и с ожогами II ст. свыше 25% и III ст. свыше 20% поверхности тела было 12 человек.

Больные первой группы провели в среднем 8 койко-дней, а больные второй группы — 68 койко-дней.

Среди больных первой группы умерших не было.

Из числа больных второй группы умерли 3 человека.

I. Ребенок Б., 1 год 4 мес., поступил 23/X 1958 г. через 1 час после ожога кипятком 35% поверхности тела. Умер через 6 часов в состоянии шока.

II. К., 36 лет, поступил 3/XII-58 г. по поводу ожога II—III ст. всей поверхности тела. На работе упал в колодец с горячим мазутом. Умер через 4 часа от шока.

III. Ребенок М., 5 лет, поступил 21/IX-60 г. по поводу ожога II—III ст. кипятком 30% поверхности тела. Умер через 7 часов от шока.

Больным с ожогами в приемном же покое начинаем проводить противошоковые мероприятия: инъекции морфина, кофеина, питье теплого чая, согревание. Затем больной переводится в перевязочную, где производится туалет ожоговой поверхности теплым раствором фурацилина 1:5 000 и новокаина — 0,25%. Оболочки мелких пузырей не нарушаем, а крупных — срезаем ножницами и удаляем. Накладываем мазевую повязку. В зависимости от возможностей пользуемся фурациллиновой, пенициллиновой, стрептоцидовой мазями, эмульсией синтомицина, мазью Вишневского. При поверхностных ожогах иногда накладываем повязку из салфеток, смоченных в растворе фурацилина 1:5 000. Ожоги лица и кистей лечим открытым способом: смазываем раствором марганцовокислого калия с последующим (при отхождении корок) смазыванием стерильным вазелиновым маслом. При закрытом методе лечения, длительно течение болезни и нагноении при перевязках чередуем мази через каждые 2—3 перевязки для предотвращения привыкания микрофлоры к одному антибиотику.

Одновременно проводим подкожные вливания 5% раствора глюкозы, 0,85% раствора хлористого натрия, аминокислоты-2, гидролизина, БК-8; внутривенно вводим консервированную кровь, 0,25% раствор новокаина; инъецируем сердечные, обезболивающие средства и антибиотики.

Кожная пластика ожоговой поверхности произведена нами 5 больным 8 раз. Гомотрансплантация кожи по Тиршу произведена 3 больным: одному больному 1 раз на площади 35 см² и двум больным — по 2 раза на площади 150—350 см². Ауто-трансплантация кожи по Тиршу на площади 200 см² после гомотрансплантации произведена одному больному; «свободная полнослойная пересадка» аутокожи перфорированными лоскутами двум больным — на площади 35 см² и 230 см². При повторной гомотрансплантации одному и тому же больному мы наблюдали меньший процент «приживляемости» кожных трансплантатов и более быстрое их расплавление и отторжение. Последнее явление отмечают и другие авторы.

Поступила 20 сентября 1961 г.

ИШЕМИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ КУЛЬТИ ЖЕЛУДКА

Проф. П. В. Кравченко

Кафедра хирургии и неотложной хирургии (зав. — проф. П. В. Кравченко)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В ряде случаев оперативного лечения заболеваний желудка (рак, язва) вполне оправдано стремление хирурга к радикализму — удалению большей части желудка. Однако, кроме общеизвестных осложнений подобного рода операций, встречаются редкие осложнения, связанные с деваскуляризацией культи желудка. В связи с этим мы хотим обратить внимание на необходимость осторожного подхода к мобилизации проксимальной части желудка, так как у некоторых больных значительная деваскуляризация желудка может привести к некрозу его культи.

Вопросу кровоснабжения желудка, вне- и внутриорганным, посвящено много работ на трупах и животных (Д. П. Воробьев, Р. Д. Синельников, П. М. Пушкарёв, М. Г. Каменчик, А. А. Бочаров, Т. А. Малигина и др.).

Большинство авторов отмечает хорошую васкуляризацию желудка. По наблюдениям С. С. Кузьмина, Л. Я. Лейфера, Н. И. Соколовой, даже перевязка четырех коронарных артерий желудка не ведет к омертвлению его стенок. Несколько иные результаты получены Т. А. Малюгиной. По ее данным, перевязка трех артерий желудка в любых комбинациях приводила к такому значительному расстройству кровоснабжения, что в 18 из 38 препаратов контрастное вещество в артерии желудка не обнаруживалось. Л. В. Краснов на основании своих исследований пришел к выводу, что перевязка левой желудочной и левой желудочно-сальниковой артерий, а затем коротких артерий желудка и аркад в верхней трети малой кривизны создает угрозу нарушения кровоснабжения дна желудка и кардии.

В условиях клиники в большинстве случаев широкая деваскуляризация желудка проходит без осложнений. Однако у некоторых больных могут на этой почве развиваться некрозы, на что в свое время указывали С. В. Гейнац, Е. Л. Березов, А. А. Русанов. Об этом пишут и зарубежные авторы. В частности, Роттер (1953) приводит случай ишемического некроза желудка после субтотальной резекции. Спенсер (1956) приводит собственное наблюдение такого осложнения вместе с шестью аналогичными, полученными путем опроса ряда хирургов. Авторы считают, что подобное осложнение встречается гораздо чаще, так как, по-видимому, есть неопубликованные случаи.

Осложнение это чрезвычайно тяжелое и часто ведет к летальному исходу. Из 10 больных с ишемическим некрозом культи желудка, приведенных в вышеуказанных работах, выжили только двое, причем одному из них при повторной операции удалена оставшаяся часть желудка. Фелл, Зейденберг и Гурвит (1958) опубликовали два наблюдения ишемического некроза культи желудка с одним выздоровлением без тотальной гастрэктомии.

Кет и Даусон (1957) считают, что частота некрозов культи желудка зависит от перевязки кардио-эзофагальной связки при одновременном удалении сальника и селезенки. В этих условиях культа желудка может некротизироваться, несмотря на малые ее размеры. Авторы подчеркивают важность сохранения нижней диафрагмальной артерии, как снабжающей кровью проксимальную часть желудка и аборальный отрезок пищевода.

Достаточное кровоснабжение культи желудка связано, кроме того, с началом и размером левой поддиафрагмальной артерии. Сунгерт (1950), изучая на трупах артериальное кровоснабжение аборального отрезка пищевода и проксимальной части желудка, показал, что правая и левая диафрагмальные артерии сильно варьируют по месту своего начала. Наиболее часто они отходят от аорты или чревной артерии. Одна из этих ветвей может отходить от левой желудочной или почечной артерии. Когда производится высокая резекция желудка с удалением селезенки, а левая нижнедиафрагмальная артерия отходит от левой желудочной, перевязка последней приводит к плохому кровоснабжению культи желудка и некрозу его стенок.

Приводим наши наблюдения.

И. Я., 56 лет, поступил 26/I 1959 г. из терапевтического отделения с диагнозом — кровоточащая язва желудка. Больным себя считает с 1943 г. Типичный язвенный анамнез. До поступления дважды лечился в терапевтическом стационаре. 26/I 1959 г. внезапно появилась рвота с примесью крови. Общее состояние оставалось удовлетворительным. В результате консервативных мероприятий (покой, холод на живот, переливание крови, вливание раствора хлористого кальция) кровотечение прекратилось и больше не повторялось.

13/II-59 г. под интубационным эфирно-кислородным наркозом произведена резекция $\frac{3}{4}$ желудка по Бильрот-II — Финстереру (П. В. Кравченко). Обнаружена язва желудка в средней его трети. Малый сальник инфильтрирован, слегка подтянут к стенке желудка. Умеренно выраженный задний перигастрит. Привратник и двенадцатиперстная кишка без видимой патологии. В ходе операции зеркалом повреждена селезенка, в связи с чем она удалена. Под печень подведен дренаж, рана до дренажа ушита наглухо.

Макропрепарат: на малой кривизне желудка каллезная язва $1,5 \times 2$ см.

16/II-59 г. появились боли в животе, язык стал сухим, живот слегка напряженным, вздутым, газы не отходят. Заподозрен перитонит. Дозы антибиотиков увеличены, перелито 250 мл крови и 1000 мл 5% раствора глюкозы, живот обложен пузырями со льдом.

17/II-59 г. состояние ухудшилось, у больного картина явного перитонита. Из дренажа, введенного под печень, поступает большое количество жидкости с кишечным запахом.

Повторная операция под местной анестезией. Наложены контрапертуры в подвздошных областях. Из брюшной полости выделилось значительное количество жидкости с примесью кишечного содержимого. Верхне-срединная лапаротомная рана частично раскрыта, после чего дополнительно эвакуировано около 500 мл мутной жидкости с примесью желчи и слизи. При ревизии культи желудка установлена состоятельность швов анастомоза. Передняя стенка культи желудка серо-зеленого цвета, в центре некротический участок 3×4 с отверстием диаметром 0,5 см. Отверстие ушито узловыми шелковыми швами. Последние легко прорезаются, почему к дефекту подшиты жировые подвески, поперечно-ободочная кишка с участком большого

сальника. В брюшную полость дополнительно введены два дренажа и тампон с мазью Вишневского. Больному продолжено введение антибиотиков, дополнительно перелиты кровь и плазма. Состояние не улучшилось, перитонит прогрессировал. 21/II-59 г. при очередной перевязке видно, что некроз передней стенки культи желудка увеличился, наложенные 17/II швы прорезались, из свища поступают желудочное содержимое, желчь, слизь. 23/II-59 г., на 10-й день после операции, в результате разлитого гнойного перитонита и нарастающей сердечной слабости, последовала смерть больного.

И. Ш., 26 лет, поступил 6/I-59 г. с диагнозом: язва двенадцатиперстной кишки. Болен с 1950 г. Типичный язвенный анамнез. Диагноз подтвержден рентгенологически.

12/I-59 г. под общим интубационным эфирно-кислородным наркозом произведена резекция $\frac{2}{3}$ желудка по Бильрот-II — Финстереру (А. П. Калинин). При ревизии органов брюшной полости установлена язва двенадцатиперстной кишки. Из-за низкого расположения язвы произведена резекция желудка «для исключения». Под печень подведен резиновый дренаж. Рана ушита послойно наглухо до дренажа.

17/I-59 г. состояние резко ухудшилось, появились боли в левом подреберье, но живот оставался мягким, газы отходили. Пульс — 70, хорошего наполнения. Температура — 37°. В ночь на 18/I-59 г. состояние стало быстро ухудшаться, появилось напряжение передней брюшной стенки, симптом Щеткина-Блюмберга, язык сухой. Заподозрена недостаточность швов анастомоза. Срочная операция под местной анестезией. Сняты швы операционной раны. По вскрытии брюшной полости выделено под давлением более литра желтой жидкости. Из-за тяжелого состояния больного дальнейшая ревизия верхнего этажа брюшной полости не производилась. По направлению к культе желудка введены марлевый тампон и дренажная трубка. Операция закончена наложением контрапертур в подвздошных областях, отведением из брюшной полости значительного количества желтоватой, с примесью тонкокишечного содержимого, жидкости, введением через разрезы марлевых тампонов и резиновых дренажей. Перелито 500 мл крови и 1500 мл физиологического раствора.

Состояние прогрессивно ухудшалось, и 19/I-59 г., на седьмой день после операции, наступила смерть от разлитого перитонита.

Патологоанатомический диагноз (доц. Н. А. Ибрагимов): Состояние после резекции желудка по поводу язвы двенадцатиперстной кишки. Некрозы стенки культи желудка с перфорацией. Общий серозно-фибринозный перитонит.

ВЫВОДЫ

1. Ишемический некроз культи желудка является редким осложнением при высоких резекциях желудка, которое может развиваться в результате недостаточной васкуляризации, особенно когда перевязана левая желудочная артерия и удалена селезенка.

2. В ходе резекции желудка критически должно быть оценено кровоснабжение остающейся культи желудка. Для обеспечения достаточного кровоснабжения ее необходимо сохранить пищеводную ветвь левой желудочной артерии при удалении селезенки, а также короткие сосуды большой кривизны.

3. Дренирование брюшной полости облегчает диагноз. При образовании свища показана экстренная операция — наложение швов на дефект стенки желудка в пределах здорового участка или тотальная резекция желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Краснов Л. В. Вест. хир. им. Грекова, 1957, 8.— 2. Малюгина Т. А. В кн.: Анатомия внутриорганных сосудов. Л., 1948.— 3. Попова Е. А. Хирургия, 1956, 5; Вест. хир. им. Грекова, 1960, 3.— 4. Пушкарев П. М. Хирургия, 1939, 8.— 5. Чагарейшвили А. В. Вест. хир. им. Грекова, 1959, 11.— 6. Cat W. R. a. Dawson R. E. Surg., 1957, 41, 401.— 7. Fell S. C., Seidenberg B., Hurwitt E. S. Surg., 1958, 3, 43.— 8. Rutter A. G. Lancet, 1953, 2.— 9. Spencer F. E. Arch. Surg., 1956, 73.— 10. Swigert L. L., Siekert R. G. Surg. Gynec. a. Obst., 1950, 90.

Поступила 9 марта 1961 г.

ГИГАНТСКИЙ ГИДРОНЕФРОЗ

Канд. мед. наук А. А. Айдаров

Кафедра урологии (зав. — доц. Н. Х. Ситдыков) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, на базе 5-й городской клинической больницы (главврач — Н. И. Полозов)

В отечественной литературе до настоящего времени публикуются описания гидронефроз больших размеров. Так, С. И. Рабинович (1954) сообщает о большой четырех лет, которой произведено внебрюшинное удаление гидронефротической почки размером $29 \times 23 \times 11$ см и весом 5270 г.

А. Я. Абрамян (1956) описывает больную с врожденным гидронефрозом, у которой почка занимала почти всю полость живота, уходя далеко в подреберье,