

3. А. Зарипов (Уруссу, ТАССР). Спленэктомия в условиях районной больницы

В условиях районной больницы удаление селезенки проводится еще редко, поэтому считаем возможным поделиться нашими наблюдениями.

I. X., 16 лет, переведен 27/II-61 г. из терапевтического отделения с диагнозом — болезнь Банти.

Больной бледен, упитанность пониженная, Границы сердца в норме, тоны приглушены, систолический шум. Пульс 80, ритмичный. АД — 100/30. Дыхание — 30, везикулярное. Живот мягкий. Печень выступает из-под реберного края на 3 см. Селезенка плотная, нижний край на 2 см ниже пупка, правый — на 2 см вправо от средней линии.

Наблюдались желудочно-кишечные кровотечения.

28/II — гем. — 27%, Э. — 2 180 000, РОЭ — 58 мм/час, Л — 2100, п. — 10%, с. — 40%, л. — 42%, м. — 8%. Тромбоцитов — 71 940.

7/III под местной анестезией удалена селезенка. Передняя поверхность левой доли печени смазана йодом, и к этому участку подшит сальник.

Удаленная селезенка весит 850,0; гладкая, плотная. Размеры — 28×15×8 см.

Послеоперационное течение гладкое.

23/V — гем. — 56%, Э. — 4 820 000, РОЭ — 3 мм/час, Л. — 7000, э. — 1%, ю. — 1%, п. — 1%, с. — 44%, л. — 42%, м. — 11%. Тромбоцитов 318 120.

При осмотре через 1 год 2 мес. после операции жалоб не предъявляет. Печень выступает на 1 см из-под реберного края.

II. X., 6 лет, переведен из терапевтического отделения 20/VII-61 г. с диагнозом — болезнь Верльгофа.

Больной бледен. Множественные кровоизлияния на коже, кровоточащие десны, кровотечения из носа.

Границы сердца в норме, тоны приглушены. Систолический шум на верхушке. Дыхание везикулярное. Живот мягкий. Печень выступает на 3 см из-под реберной дуги, пальпируется край селезенки.

19/VII: гем. — 44%, Э. — 4 080 000, тромбоцитов 4080.

21/VII под общим наркозом удалена селезенка.

Послеоперационное лечение гладкое.

25/VII: гем. — 58%, Э. — 4 500 000, тромбоцитов 283 500.

При осмотре через 9 мес. 20 дней после операции ребенок подвижный, веселый, жалоб нет. Кровотечений нет. Гем. — 70%, Э. — 4 640 000, тромбоцитов — 157 760.

А. Г. Петров (Томск). Модификация операций проф. Головина при хронических дакриоциститах

Лечение хронических гнойных дакриоциститов проводится наложением соустья между слезным мешком и полостью носа. Вмешательство это, не говоря о косметическом дефекте, нельзя назвать легким и обеспечивающим успех на 100% даже в опытных руках.

Мы при этой патологии применяли следующую модификацию метода проф. Головина.

Перед операцией слезный мешок промывается раствором фурацилина, закапывается 0,5% раствор дикаина и закладывается в конъюнктивальный мешок 1% синтомициновая эмульсия для защиты роговицы и слизистой глаза и век от ожога, затем через нижнюю слезную точку вводим шприцем в слезный мешок 0,1 5% раствора йода. Удалив иглу шприца из слезной точки, надавливаем через кожу на слезный мешок и удаляем из него избыток йода. После этого через нижнюю слезную точку последовательно проводим в слезно-носовую канал бауменовские зонды №№ 2, 3, 4, 5 и 6. Оставив зонд № 6 в слезно-носовом канале, анестезируем новокаином кожу и подлежащие ткани в области слезного мешка, ножом «грефе» делаем разрез кожи длиной около 10 мм против передне-наружной стенки слезного мешка, отступя на 0,5 см ниже внутренней спайки век. Продвигая нож в глубину снаружи и спереди внутрь и назад, нащупываем его концом зонд и в этом месте делаем разрез передне-боковой стенки слезного мешка, вплотную соприкасаясь с зондом, который находится на этом уровне в слезном мешке. По зонду разрез несколько расширяем вниз и нож удаляем. Оставляя первый зонд на месте, через разрез вставляем второй зонд № 5 или 6, нащупываем им первый зонд и по нему проводим последний также в слезно-носовую канал, подготавливая этим ход для более толстых зондов. Удалив оба эти зонда, теперь через разрез проводим в слезно-носовую канал зонд-буров диаметром в 2 мм, а после этого проводим в этот ход такой же зонд-буров толщиной до 4 мм. Последним делаем несколько движений вниз и вверх с тем, чтобы не только разорвать спайки, но и буквально выскоблить по возможности измененную слизистую слезно-носового канала. Толщина зонда-бурава в 4 мм должна быть достаточной для того, чтобы разрушить и удалить измененную слизистую. Зонд указанной толщины не может на-