

### 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-носовой 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, отступая 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 ножом 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-носовой канал, подготавливая этим ход для более толстых зондов. Удалив оба эти зонда, теперь через разрез проводим в слезно-носовой канал зонд-бурав диаметром в 2 мм, а после этого проводим в этот ход такой же зонд-бурав 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-

нести повреждения в костях канала, так как обычно свободно проходит в полость носа, поэтому диаметр последнего зонда в 4 мм, по нашему мнению, будет наиболее подходящим. После выскабливания этим зондом слезно-носовой канал остается достаточно расширенным и надежно обеспечивает отток слезы и отделяемого в полость носа, гарантируя от осложнений и распространения возможной инфекции.

Ежедневно в течение 2 недель через разрез в слезно-носовой канал вставляем турунду с 1% синтомициновой эмульсией.

Операция делается в амбулаторных условиях.

Этим методом мы проводим лечение не только гнойных дакриоциститов в холодном периоде, но и флегмонозных, избавляя больных от повторной травмы — дакриоцистириностомии, а хирургов — от трудной операции на флегмонозном мешке. Операция продолжается около 15 минут.

После удаления турунды рана обычно закрывается через несколько дней, слезоотведение восстанавливается через естественные пути, выделения из слезного мешка прекращаются. На месте операционной раны остается лишь небольшой рубчик размером до 0,5 см длиной.

На 20 случаев оперированных флегмонозных и обычных хронических гнойных дакриоциститов рецидивов не отмечено. Срок наблюдения — от шести месяцев до года.

### **Н. В. Федорова (Казань). Наш опыт применения дакриоцистириностомии в модификации проф. В. Н. Архангельского**

В практике окулиста довольно значительное место занимают заболевания слезоотводящих путей и особенно слезного мешка. Воспаление последнего — дакриоцистит сопровождается весьма неприятными явлениями: слезотечением и гноетечением. С давних времен пытались при этом заболевании искусственно восстановить отток слезной жидкости в носовую полость. Наиболее эффективной следует считать дакриоцистириностомию в модификации проф. В. Н. Архангельского.

С марта 1957 г. в нашем отделении начали применять эту модификацию риностомии. За 2 года произведено 96 операций.

Первые моменты операции (разрез кожи и мягких тканей, отделение от кости мягких тканей и слезного мешка, резекция кости) производятся обычным способом. Полость слезного мешка вскрывают вертикальным разрезом и промывают перекисью водорода. Также вертикально разрезают слизистую оболочку носа в области костного окна, против разреза слезного мешка. Задние края слизистой оболочки носа и слезного мешка сшивают тремя кетгутовыми швами, через передние края слизистой носа и слезного мешка также протягивают кетгутовые швы, но не завязывают их. Затем приступают к масляной тампонаде соустья. Вдвое сложенную полоску марли длиной 20—25 см и шириной 1,5—2 см обильно смачивают стерильным маслом (вазелиновым, подсолнечным или рыбьим жиром) и присыпают сульфаниламидным препаратом (альбуцидом, стрептоцидом). Такой тампон на зонде вводят через нос в соустье, расправляют пинцетом в новообразованной полости и заполняют им всю полость и соответствующую половину носа. Только после того как в полость плотно уложен тампон, над ним завязывают кетгутовые швы. Кожную рану зашивают 3—4 шелковыми швами, а в последнее время нами шов проводится внутрикжно, что дает более гладкий и незаметный рубец. Тампонада соустья предупреждает кровотечение. Тампон действует как дренаж в первые часы после операции, но в основном предназначается для предупреждения склеивания противоположащих раневых поверхностей передних и задних краев слизистой оболочки. Введенный тампон расправляет полость соустья, а будучи припудрен сульфамидами, предупреждает размножение микробной флоры и поддерживает чистоту операционной полости. Тампон не склеивается со стенками соустья, так как обильно пропитан маслом. Расправляя полость соустья, он создает благоприятные условия для заживления противоположащих раневых поверхностей, которые им разобщены. Тампон удаляют через 2 суток после операции, он вытягивается легко, и удаление обычно не сопровождается кровотечением.

Из оперированных нами больных с неосложненным дакриоциститом было 81, с дакриоциститом, осложненным флегмоной, 13 и с рецидивом после риностомии 2. Слезопроведение не восстановилось лишь у 3 больных. У одной из них были гипертрофический ринит и увеличение средних раковин, что привело к грануляциям и закрытию костного отверстия. В одном случае дакриоцистита, осложненного флегмоной, слезопроведение не восстановилось в силу резкого сужения просвета канала у места его входа в слезный мешок. Слезопроведение не восстановилось у больной с рецидивом дакриоцистита, повторно нами оперированной.

Отдаленные результаты операций, исчисляемые 2—1,5 годами, оказались стойкими.

Дакриоцистириностомия в модификации проф. В. Н. Архангельского должна найти широкое применение в практике офтальмолога.