

Однако эффективность терапии должна оцениваться не только по клинической картине, но и по показателям функционального состояния миокарда.

Это стало более доступным с введением в клиническую практику метода баллистокардиографии (БКГ) ¹.

Настоящее сообщение основано на изучении в течение двух лет 110 БКГ, снятых у 48 больных, из которых 26 страдали комбинированным митральным пороком сердца, 10 — кардиосклерозом с выраженной недостаточностью кровообращения и 12 — инфарктом миокарда (без развития в последующем сердечной недостаточности). Нами был использован многошлейфовый осциллограф, позволяющий синхронно записывать пневмограмму БКГ и ЭКГ.

Полученные результаты позволили установить зависимость между динамикой клинических симптомов декомпенсации и изменением БКГ.

У 21 больного при улучшении клинической симптоматики заблевания отмечались также те или иные сдвиги БКГ в сторону улучшения, в частности: уменьшение деформации комплексов, нормализации зубцов Н, J, К и диастолических волн, уменьшение степени патологии кривой по Броуну.

При отсутствии клинического улучшения у 4 больных БКГ ухудшилась и у 5 осталась без изменений. Показатели БКГ остались без изменений у 4 больных при улучшении клинической картины болезни; у 2 больных с ухудшением состояния зарегистрированы сдвиги БКГ в сторону большей патологии. Весьма важно, что в одном случае ухудшение кривой предшествовало клиническому ухудшению состояния больного.

Следовательно, динамические исследования БКГ показали соответствие степени изменения регистрируемых кривых выраженности симптомов застойной недостаточности.

У больных инфарктом миокарда благоприятное течение болезни также сопровождалось динамическим улучшением показателей БКГ. Но в некоторых случаях чрезмерное расширение режима вело к усилению деформации кривой, снижению вольтажа, патологическому изменению амплитуды волн, появлению патологических форм типа «раннего М» и, реже, «позднего М», что совпадало с возникновением приступов стенокардии, ухудшением картины крови.

Поступила 21 июля 1959 г.

НЕКОТОРЫЕ ПРИНЦИПИАЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ В КОЖНОЙ ПЛАСТИКЕ

Проф. Г. А. Рейнберг

(Москва)

В данной статье мне хочется поделиться некоторыми принципиальными установками, которые нередко выручали меня и моих сотрудников (А. В. Каплан, А. С. Копциловская, Е. В. Лоскутова и др.) в довольно обширной практике по кожной хирургии, особенно в течение шестилетней работы в Московском институте кожного туберкулеза (люпозорий) и на больных, переведенных оттуда в факультетскую хирургическую клинику 1 ММИ и позднее — в Басманную больницу.

Нередко можно добиться отличных результатов при порочно зажившей ране сдним только иссечением рубцов, расправлением, распластыванием и растяжением кожи (при значительной ретракции мышц вместе с кожей) и правильным зашиванием раны.

Пример. Б-ная 22 лет перенесла ранение нижней губы и подбородка. От правого угла рта к левому углу подбородка идет косой рубец; нижняя губа лежит косо вниз вправо; нижние правые резцы и первый премолярный зуб обнажены почти полностью; правый угол рта деформирован; содержимое рта вытекает; нет герметического замыкания губ.

Операция. Иссечен весь рубец. Нижняя губа рассечена во всю толщину на границе между красной каймой и кожей. Остроконечный лоскут кожи мобилизован почти до правого угла рта. Затем красная кайма нижней губы пришта к освеженному правому углу рта, остроконечный лоскут кожи подтянут к правому углу рта и сшит наверху на всем протяжении с красной каймой губы и справа — с краем раны.

Получился хороший косметический и функциональный эффект: рот закрыт, зубы покрыты; рубца по краю губы не видно, а косой рубец на подбородке тоньше дооперационного и еле заметен. Ничтожная асимметрия нижней губы еле заметна.

Здесь нужна одна оговорка. Такие исправительные и восстановительные операции следует предпринимать лишь после того, как рубцы сформировались окончательно.

¹ См. в Казанском мед. журн. за 1959 г. № 1, статьи А. П. Матусовой и Ю. А. Панфилова. *Ред.*

но, то есть, по меньшей мере, через несколько месяцев, а то и через год после повреждения.

Часто военные раны заживают с порочными изменениями. При современном состоянии обезболивания, асептики и оперативной техники и практической безопасности этих хирургических вмешательств все подобные раны подлежат восстановительному исправлению. Раневый процесс принципиально рассматривается как двухфазный процесс: первая фаза — естественное заживление, нередко порочное, и вторая — оперативное исправление рубца с устранением порочных сторон.

Успех пластики нередко зависит от тщательно продуманного разреза. Опыт учит, что хирурги нередко ищут какое-либо поражение (опухоль, родимое пятно, волчаночный очаг, рубец и т. д.) обычным веретенообразным разрезом и только после иссечения убеждаются, что края раны не могут быть защищены даже под большим натяжением и после широкой мобилизации кожи или наложения параллельных разгрузочных разрезов. Как же поступить в таком случае? Здесь до начала операции следовало бы тщательно продумать и рассчитать характер разреза, чтобы после иссечения без труда закрыть образовавшийся дефект. На ряде примеров можно иллюстрировать это положение.

1. Известно, что волосистая кожа головы обладает совершенно ничтожной растяжимостью и податливостью, даже после основательной мобилизации кожи. Нередко можно убедиться, что дефект кожи в этом месте шириной в 2—3 см, образовавшийся после веретенообразного иссечения какого-либо образования, никак не удастся защитить обычным путем. Как же поступить в данном случае? Опыт учит, что рана такой же ширины зашивается на волосистой коже головы несравненно легче, если, вместо обычного веретенообразного разреза, иссечь поражение разрезом в виде серповидной молодой луны. При такой форме наружный разрез — более крутой, то есть составляет часть круга с более коротким радиусом, а внутренний разрез более пологий, то есть составляет часть круга с более длинным радиусом (как в серпе молодого месяца). Удаляемое поражение редко имеет строго круглую и симметричную форму и чаще бывает вытянутой формы с капризными очертаниями. Оно поэтому довольно удобно укладывается в такой серповидный лоскут, направленный своими концами направо или налево, вверх или вниз. После подобного иссечения и некоторой мобилизации обоих краев кожи рана обычно зашивается неожиданно легко.

2. Для второго примера мы выберем какое-либо поражение кожи в области надколенника, своими размерами равное поверхности коленной чашки или даже больше ее. Совершенно очевидно, что если такое поражение иссечь круглым или любым обычным разрезом, то без свободной пластики с другого места, без стебельчатого или иного лоскута издалека никак не удастся закрыть дефект. Как же вести разрез в данном случае, чтобы обойтись без пластики одной местной кожей? Здесь иссечение удобно производить разрезом, который мы назвали бокаловидным или тюльпановидным. При этом разрезе верхний контур представляет дугу, открытую в проксимальном направлении; боковые же разрезы сходятся ниже удаляемого образования и продолжают вниз по средней линии (в виде стебля тюльпана или ножки бокала). Если теперь мобилизовать кожу вниз и в стороны, а верхний дугообразный разрез продолжать с обеих сторон вверх (и в стороны) в проксимальном направлении, до необходимого уровня, то путем смещения образовавшегося языкообразного верхнего лоскута и стягивания навстречу двух мобилизованных боковых лоскутов обычно легко удастся закрыть дефект.

3. Если удаляемое образование лежит, например, в верхней части передней поверхности плеча на уровне подмышечной впадины, то мы пользовались разрезом в форме щита, верхний край которого составляет прямую линию. После иссечения поражения и мобилизации краев раны, на плече и груди выкраивается большой клювовидный лоскут, который заворачивается на плечо и хорошо заполняет дефект. В этом лоскуте верхний край выкроен дугообразным продолжением через ключицу на грудь наружного края разреза на плече, а нижний край является дугобразным продолжением прямого верхнего края щита.

Подобные отступления от классических форм разреза должны быть всегда тщательно продуманы и рассчитаны. Они должны учитывать также направление кожных артерий; кожные лоскуты по возможности не должны переходить через срединную линию тела с ее весьма скудной васкуляризацией и возникающей отсюда опасностью омертвения.

Если большую раневую поверхность разделить перешейками на 2—3 меньшие поверхности, то оперативное их закрытие облегчается не в 2—3 раза, а во много раз. Это положение подтверждается как на таких раневых и ожоговых поверхностях, где из случайно уцелевших островков эпителия или кожных желез начинается одновременная мультицентрическая эпителизация, так и в тех случаях, когда удается большую раневую поверхность разделить полноценными кожными лоскутами на 2—3 меньшие раневые поверхности. Это требование становится категорическим, если раневая поверхность распространяется на своды, глубокие складки и впадины тела, например, на подмышечную впадину, на складки между пальцами руки или ноги, на переднюю поверхность шеи и т. д. Здесь без неотложного пластического закрытия свода неизбежно наступает сращение поверхностей с контрактурами, не так просто поддающимися оперативному исправлению.

Пример: женщина 22 лет получила тяжелое ранение кожи левой руки. Кожа была оторвана до фасции на всем протяжении, от уровня подмышечной впадины до лучезапястного сустава. Б-ная быстро худела от потери тканевой жидкости. Была сделана следующая операция: на переднебоковой поверхности живота слева был выкроен длинный лентовидный поперечный лоскут кожи на нжке во всю толщу, и им была полностью завернута вся область локтевого сустава. Все 4 края кожи — под лучезапястным суставом, выше подмышечной впадины (после их мобилизации) и оба края лоскута над локтевым суставом растянuty, распластаны и пришиты к фасции. Лоскут над локтевым суставом отделен от туловища через 2 недели в 2 этапа. Оставшиеся 2 цилиндрические раневые поверхности были в дальнейшем легко закрыты повторными пересадками по Тиршу. Больная сохранила полностью функционирующую конечность и вернулась на завод на прежнюю должность револьверщицы.

Местные ткани могут быть использованы для кожной пластики при различных ситуациях значительно шире, чем это обычно принято думать, что позволяет обходиться без лоскутов на ножке, выкроенных на значительном расстоянии, без свободной пластики, второго операционного поля, дерматома и т. д.

Поступила 23 октября 1959 г.

АНТИТОКСИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ГНОЙНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ЛЕЧЕННЫХ ПЕНИЦИЛЛИНОМ

Н. П. Медведев

Кафедра общей хирургии Казанского медицинского института (зав.— проф. В. Н. Шубин) и 1-е хирургическое отделение Республиканской клинической больницы (главврач — Ш. В. Бикчурин)

Длительное воздействие токсинов на интерорецепторы печени ведет к снижению ее антитоксической функции. Антитоксическая функция печени резко угнетается при сепсисе. Из 42 септических больных К. Т. Гаджиев только у 4 нашел выделение гиппуровой кислоты выше 70%, а у остальных отмечалось значительное снижение. Отмечено также понижение барьерной функции печени при огнестрельных повреждениях, осложненных длительным нагноением. Б. И. Новиков сообщает, что при гематогенных остеомиелитах функция страдает больше чем при флегмонах. При инфицированных ранах с нерезко выраженным вокруг воспалением антитоксическая функция снижается мало, но значительно нарушается при длительно незаживающих глубоких ранах с большим всасыванием.

По данным В. С. Козловского, при длительных гнойных процессах с большой раневой поверхностью и значительным всасыванием токсических веществ повреждается и почечный аппарат.

Снижение антитоксической функции при отморожениях нашел А. Я. Пытель.

Мы поставили перед собой задачу выяснить влияние пенициллинотерапии при гнойновоспалительных процессах на антитоксическую функцию печени.

В своих исследованиях мы пользовались методикой Квика — Оттенштейна и Вельштейна. В день пробы утром больной съедал легкий завтрак, состоящий из 100,0 хлеба с маслом и стакана чая с сахаром.

При этой пробе в норме в течение первого часа выделяется 0,7—0,95 бензойной кислоты.

Всего обследовано 25 больных, мужчин — 14, женщин — 11. До 30 лет было 7, до 40 — 12, старше 40 — 6 больных. Гнойные заболевания были различные: карбункулы, лимфадениты, остеомиелиты и др.

Семь больных до лечения пенициллином были подвергнуты операции.

Пенициллин 9 больным вводился по 50 000 внутримышечно через каждые 4 часа, а 16 больным — по 100 000—200 000 2 раза в сутки. У 20 больных после лечения пенициллином наступило выздоровление, у 4 — улучшение, и у одного состояние осталось без перемен. Длительность болезни у 19 была менее 10 дней.

При проведении вышеуказанной пробы следует обращать внимание на функцию почек, так как при нарушении ее может наблюдаться меньшее выделение гиппуровой кислоты и, следовательно, может быть допущено неправильное представление о функции печени.

У всех обследованных больных функция почек была в пределах нормы.

У 15 больных антитоксическая функция печени была понижена, а у 10 она была в пределах нормы. Самый низкий коэффициент (0,41) был у больной с флегмоной бедра и 0,42 — с острым остеомиелитом бедра.