

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 револю-верщицы.

Местные ткани могут быть использованы для кожной пластики при различных ситуациях значительно шире, чем это обычно принято думать, что позволяет обойтись 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 съедает 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.

У 19 больных после лечения пенициллином антитоксическая функция печени выросла, у 3 осталась без изменений и у 3 несколько уменьшилась. У 9 больных увеличение функции было значительным. Особенно активно увеличивается антитоксическая функция под влиянием пенициллина при острых гнойных процессах, сопровождающихся высокой температурой. Здесь действие пенициллина эффективнее и специфичнее.

Установить связь между колебанием показателей антитоксической функции и формулой крови не удалось. У одних больных при низкой функции печени наблюдались нормальный лейкоцитоз и РОЭ, у других — при нормальной функции печени эти показатели превышали норму.

При введении пенициллина с 4-часовым интервалом у 7 из 9 больных функция повысилась, а при инъекции с 12-часовыми интервалами это увеличение наблюдалось у 12 из 16 больных.

На основании приведенных кратких данных можно сделать следующее заключение: у подавляющего большинства хирургических больных с гнойновоспалительными процессами под влиянием пенициллинотерапии антитоксическая функция печени повышается. Это повышение более выражено при лечении пенициллином острых воспалений, сопровождающихся высокой температурой. Объясняется это тем, что пенициллин ускоряет обменные процессы, в частности процессы окисления, снижает интоксикацию и тем самым способствует более быстрому восстановлению антитоксической функции печени, нарушенной гнойновоспалительным процессом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаджиев К. Т. Тр. Ташк. мед. ин-та, 1949.—2. Козловский В. С. Вест. хир., 1950, 2.—3. Новиков Б. И. Там же.—4. Пытель А. Я. Госпит. дело, 1943, 1.—5. Пытель А. Я. Клин. мед., 1945, 4—5.

Поступила 23 сентября 1959 г.

ПЕРФОРАЦИИ «ПРОСТЫХ» ЯЗВ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА

И. о. асс. В. Г. Морозов

Клиника общей хирургии (зав.—проф. В. Н. Шубин) Казанского медицинского института, на базе Республиканской клинической 6-цы (главврач — Ш. В. Бикчурин)

Неспецифические язвы тонкого кишечника относятся к редко встречающимся и весьма тяжелым заболеваниям. По данным Н. Н. Самарина, до 1952 г. было собрано 47 таких случаев, в том числе 44 описанных И. И. Ефетом и 3 — самим автором. Распознавание их настолько трудно, что часто осуществляется лишь на операционном столе или при вскрытии. Однако, памятуя о таком заболевании, иногда можно, как увидим ниже, поставить диагноз и до оперативного вмешательства.

В нашей клинике с 1955 по 58 гг. наблюдалось 3 больных с перфорацией простых язв тонкого кишечника, причем у одного из них диагноз установлен до операции.

И. Б-ной 3., 27 лет, доставлен в клинику 5/IX-55 г. с жалобами на боли в правой половине живота. Заболел 4/IX, внезапно появились резкие боли в животе, особенно справа от пупка. Тошноты, рвоты не было.

Общее состояние удовлетворительное, температура — 36,6°, пульс 60, удовлетворительного наполнения и напряжения. Со стороны органов дыхания отклонений от нормы нет. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот правильной формы, при пальпации болезненный в правой подвздошной области, мягкий, участвует в акте дыхания. Симптом Щеткина — Блюмберга слабopоложительный в правой подвздошной области. Стул и диурез в норме.

Л.—10 800, п.—5%, с.—67%, л.—23%, м.—4%, э.—1%, РОЭ — 2 мм/час. Моча — без отклонений от нормы. Диагноз: острый катаральный аппендицит.

Срочная аппендэктомия. Под местной инфильтрационной анестезией 0,25% раствором новокаина косым разрезом справа вскрыта брюшная полость. В рану предлежит слепая кишка. Отросток окутан мощными спайками, катарально изменен. После рассечения спаек отросток удален обычным способом. Брюшная полость зашита наглухо.

6/IX в 13 час. 15 мин. появились боли в животе, чувство полноты, плохое отхождение газов. Язык сухой, обложен серым налетом. Пульс 68, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот умеренно вздут, в акте дыхания участвует слабо. При пальпации определяется болезненность в правой половине живота. Днем несколько раз была рвота желчью. После введения газоотводной трубки и гипертонической клизмы отошли газы, был небольшой стул.