

Д. С. Муругов (Йошкар-Ола, Марийской АССР). Перфоративная язва желудка у трехмесячного ребенка

Девочка П., 3 месяцев, поступила в хирургическое отделение 21/1-57 г. с диагнозом — кишечная непроходимость. Три дня назад появились боли в животе.

Состояние очень тяжелое, пульс на лучевой артерии не улавливается, температура — 38,9°, язык сухой, живот умеренно вздут, мягкий, разлитая болезненность. Симптом Щеткина — Блюмберга не выявляется. В отлогих частях брюшной полости определяется жидкость. Ясно выражено исчезновение печеночной тупости. Диагностирован перитонит.

Экстренная лапаротомия. В брюшной полости газ, большое количество жидкого беловатого гноя. Ввиду развития шока операция прекращена. Состояние ребенка быстро ухудшалось и через 5 час. наступила смерть.

На вскрытии на задней стенке желудка на слизистой найден эрозированный участок размером 3×4 см с валикообразными краями, в середине его перфоративное отверстие 0,2 см в диаметре.

М. Д. Андросов (Москва). Пневматоцеле околоушной железы

Воздушные опухоли околоушной железы (пневматоцеле) возникают при проникновении через ее проток воздуха под давлением.

У 6-ного И., 22 лет, год тому назад появилась припухлость правой щеки, которая постепенно увеличивалась, боли не причиняла.

Припухлость величины с куриное яйцо, безболезненна и подвижна, с кожей спаяна. При оральном осмотре правый Стенонов проток лучше выражен, чем левый. При жевании из него выделяется слюна. Зонд свободно уходит вглубь.

При пункции через иглу с шумом вышел воздух, и припухлость спала. Через 3 дня припухлость достигла той же величины, что и до пункции. Со стороны рта произведен разрез, по разведению краев обнаружена полость с гладкими стенками, спаянными с капсулой. Полость смазана йодом. Нижний край капсулы подшит кетгутом к внутренней ее стенке, а верхний — к мышечному слою щеки. Рецидива не было.

С. И. Иткин (Москва). Прижизненное исследование морфологии нервной системы внутренних органов при обширных ожогах

При обширных ожогах поток болевых импульсов ведет к нарушению функций всего организма, в том числе и функций вегетативной нервной системы внутренних органов.

Методом прижизненной микроскопии изучались реактивные и структурные изменения в нервном аппарате пищеварительного тракта при ожоге, а также действие новокаиновой блокады, с успехом применяемой при лечении ожогов, на нервный аппарат пищеварительного тракта.

Исследовались субсерозное и ауэрбаховское сплетения тонкой и сигмовидной кишок кролика по методике А. А. Вишневого и Б. И. Лаврентьева.

Ожог II и III ст. вызывался путем обливания части брюшной стенки кролика в течение 20 сек. водой температуры 90°. Площадь обожженного участка равнялась 20—24% поверхности тела. Двусторонняя поясничная новокаиновая блокада производилась 0,25% раствором новокаина из расчета 10 мл на 1 кг живого веса через 5—10 мин. после ожога. Реактивные изменения в нервной системе (неравномерность окрашивания) наступают вскоре после ожога вне очага поражения, на значительном удалении от него. Вслед за реактивными изменениями в нервной системе, в зависимости от времени с момента ожога, все более и более нарастают деструктивные изменения в нервных элементах субсерозного и ауэрбаховского сплетений. Значительные поражения интрамуральных нервных сплетений пищеварительного тракта, которыми сопровождается ожог брюшной стенки, касаются как нервных клеток, так и волокон, но процесс деструкции различных нервных элементов в разные сроки после ожога выражен не одинаково.

Действие же новокаиновой блокады при ожоге выражается в ослаблении степени поражения нервного аппарата пищеварительного тракта, вызываемого термическим воздействием.

М. Д. Шуляковская (Воркута). Опыт лечения отморожений

В 1957 г. в нашем хирургическом отделении была принята инструкция по оказанию помощи больным с дореактивной стадией отморожения. Инструкция была основана на методике, предложенной Н. И. Герасименко. Постепенно она расширялась и дополнялась.

С отморожениями III степени было 5 чел. Сроки пребывания в больнице — от 20 до 90 дней. Кроме пенициллина, применялись биомидин, синтомицин. Как правило, применялся комплекс витаминов внутривенно, внутриартериальные вливания 1% раствора новокаина по 10—15 мл вместе с 100 000 ед. пенициллина. Вливания проводили по методике проф. Н. Н. Еланского с манжеткой к периферии от места введения.

При мумифицирующих формах применяли световые каркасы. Влажная гангрена наблюдалась лишь в одном случае и только вначале. Нам удалось перевести ее в сухую. Под некротическими корками гранулировали и частично эпителизовались раны. Некротические корки удалялись по частям. В одном случае после образования четкой демаркационной линии была произведена экзартикуляция ногтевых фаланг пальцев стопы. Операция производилась отступая от края демаркационной линии на 2—3 мм. Заживление происходило частично вторичным натяжением.

Больные выписаны в удовлетворительном состоянии. У некоторых эпителизация ран еще не закончилась. Обычно наблюдались расстройства чувствительности, слушание ногтей, деформация и тугоподвижность в суставах пальцев.

Отморожения IV степени выявлены у 3 больных. Больные после применения повязок в первые дни переводились под световые каркасы. Влажной гангрены не наблюдалось. Четкая демаркационная линия обычно намечалась через 2—3 недели. В качестве предоперационной подготовки применяли горячие ванны с 0,5% раствором нашатырного спирта в течение 5—6 дней. Частично некротические корки при этом удалялись. Операция производилась отступая на 2—3 мм от линии глубокого некроза. Накладывались редкие швы. Заживление происходило частично вторичным натяжением. Все операции касались ампутаций и экзартикуляций пальцев или их фаланг.

Больные выписаны в удовлетворительном состоянии. Частично оставались гранулирующие раны. Наблюдались деформации суставов, тугоподвижность, стойкое снижение всех видов чувствительности, трофические изменения: цианоз стоп, кистей, их отеки, зябкость. Остеопорозов на сроках до трех месяцев нам наблюдать не удавалось.

В. А. Аминев (Куйбышев-областной). Анальный рефлекс после проктологических операций

Под наблюдением находилось 85 больных после операций на прямой кишке, производимых под местной анестезией 0,25% раствором новокаина (200—300 мл).

Анальный рефлекс исчезает или ослабевает, если при операции Габриэля по поводу простых свищей прямой кишки повреждена большая часть сфинктера. Если затронута небольшая часть сфинктера, то анальный рефлекс не изменяется. После операции Габриэля анальный рефлекс обычно восстанавливается к 7—10 дню.

После операции по поводу сложных свищей прямой кишки, заключающейся в иссечении свища и дополнительной сфинктеротомии, анальный рефлекс более чем в половине случаев делается слабым или совсем исчезает, что можно объяснить травмой сфинктера и его временным бездействием. Анальный рефлекс восстанавливается на 8—35 день после операции. Если операция иссечения свища не сопровождается сфинктеротомией, то анальный рефлекс не изменяется.

У больных острым парапроктитом после вскрытия гнояника анальный рефлекс обычно не изменяется. Но при тяжелых двусторонних формах гнилостного парапроктита анальный рефлекс может быть ослаблен или даже отсутствовать.

После операций, связанных с полным нарушением целостности сфинктера прямой кишки (ампутация с последующим низведением при раке, полное рассечение сфинктера при пластических операциях), анальный рефлекс исчезает.

После операций по поводу геморроя и полипов прямой кишки анальный рефлекс обычно не изменяется, если не было сопутствующего осложнения в виде тромбоза геморроидальных вен.

Различные степени анального рефлекса характеризуют сохранение и восстановление функции сфинктера заднего прохода при некоторых воспалительных процессах и операционных травмах.

Канд. мед. наук П. Е. Дмитриева (Москва). Влияние новокаиновой блокады на процесс метастазирования рака молочной железы

Клинические наблюдения касаются результатов оперативного лечения больных раком молочной железы в сочетании с другими видами дополнительной терапии. Все операции проводились под местным обезболиванием 0,25% раствором новокаина.

Из 271 больного, радикально оперированного по поводу рака молочной железы, 66 получали рентгенотерапию, из них с I ст. болезни — 5, со II ст. — 33, с III ст. — 28.

72 больным на различных сроках после радикальной мастэктомии производили поясничную новокаиновую блокаду, в том числе с I ст. болезни — у 26, со II ст. — у 46.

133 больных не получали никакой терапии после радикальной мастэктомии, из них 55 с I ст. и 78 — со II ст. заболевания.