

7. Иванов Н. А., Груздев В. Ф., Хованова В. В. Сов. мед., 1960, 3.—8. Казанский В. И., Растигина Н. Н. Хирургия, 1958, 6.—9. Маричева Л. И. Журн. невропат. и психиатр., 1959, 10.—10. Машковский М. Д. Журн. невропат. и психиатр., 1956, 2; Химия и медицина, 1959, IX; Фармакол. и токсикол., 1955, 1.—11. Машковский М. Д. и Полежаева А. И. Химия и медицина, 1959, X.—12. Невзорова Т. А. Клин. мед., 1959, 9; Журн. невропат. и психиатр., 1959, 1.—13. Орловский В. М. Казанский мед. журн., 1959, 5.—14. Першин Г. Н. и Гвоздева Е. И. Учебник фармакологии, 1960.—15. Петровский Б. В. Хирургия, 1958, 6.—16. Попов Е. А. и Невзорова Т. А. Журн. невропат. и психиатр., 1956, 7.—17. Сухинин П. Л. Сов. мед., 1958, 10.—18. Чернин М. С. Хирургия, 1959, 11.—19. Яковлева М. И. Исслед. по эвол. нервн. деят., Ленинград, 1959.—20. Wohlmut G., Pertolini R., Veghelyi P. Kinderheilkunde, 1959, 4.—21. Siegl G. Neue öster. Z. Kinderheilkunde, 1959, 4.

Поступила 4 июля 1960 г.

ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ

Проф. П. В. Кравченко и В. Е. Волков

Кафедра хирургии и неотложной хирургии (зав.—проф. П. В. Кравченко)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Среди закрытых травм живота наибольшей тяжестью отличаются разрывы печени, оперативное лечение которых до сих пор дает высокую летальность (при изолированных повреждениях по данным Б. П. Левитского — 41,7%, А. А. Королева — 50%, Г. Ф. Николаева — 15%, С. В. Лобачева и О. И. Виноградовой — 12,5%), а при сочетании с повреждением других органов летальность достигает 50—90%.

С 1946 г. по 1960 г. в клинике находилось 43 больных с разрывами печени и селезенки. До 10 лет — 5, от 11 до 20 — 7, от 21 до 50 лет — 26, от 60 до 75 лет — 5 больных. Разрывы печени были у 22 больных, селезенки — у 21.

Основой современной хирургической тактики при закрытых повреждениях печени является раннее оперативное вмешательство с комплексом лечебных мероприятий в борьбе с травматическим шоком и острой кровопотерей.

Из 22 больных с разрывом печени оперировано 20. Двое больных не были оперированы, так как доставлены в предагональном состоянии. У них проведены только протившоковые мероприятия. Оба больных умерли. На секции у одного больного обнаружены, наряду с разрывом печени, размозжение правой почки, разрыв поджелудочной железы, кровоизлияние в брыжейку кишечника, перелом тела 2 поясничного позвонка и множественный перелом ребер. У другого больного были множественный разрыв печени, кровоизлияние в брыжейку кишечника, множественный перелом ребер, а также перелом костей таза и отрыв их от позвоночника.

Из 20 оперированных изолированные повреждения печени были у 11 (умерло 3), сочетанные — у 9 больных (умерло 5). Причиной летального исхода у 6 явился шок и острая кровопотеря и у 2 больных — перитонит.

Одним из важных вопросов является выбор способа обезболивания. Некоторые авторы (И. А. Криворотов, Г. Ф. Николаев) широко используют эфирный наркоз. Местной анестезии придается весьма малая роль, так как считается, что она недостаточна и не дает возможности произвести детальную ревизию брюшной полости (Г. Ф. Николаев, С. М. Азгамходжаев, С. М. Луценко). У всех наших больных была применена местная инфильтрационная анестезия 0,25% раствором новокаина по А. В. Вишневскому, в большинстве случаев сочетающаяся с двусторонней поясничной новокаиновой блокадой.

Остановка кровотечения из ран печени производилась тампонадой сальником у 13 больных. Фиксация сальника в ране осуществлялась в большинстве стягивающими кетгутовыми швами или же подведением марлевых тампонов. У 7 больных тампонада ран печени произведена изолированным сальником, у 6 — с помощью «сальника на ножке». В двух случаях для тампонады была использована мышечная ткань.

Для остановки кровотечения применялись также марлевая тампонада, шов печени, гепатопексия.

Излияние в брюшную полость из раны печени крови, содержащей желчь, а при повреждениях желудочно-кишечного тракта — и его содержимого создает угрозу развития перитонита. С 1953 г. в клинике для профилактики и лечения перитонитов внутрибрюшинно применяется раствор фурацилина 1:5000, он был использован и у больных с закрытыми травмами печени. Раствор фурацилина вводился в брюшную полость после окончания операции в количестве 50—100 мл, в последующие дни — каждый день однократно по дренажной трубке в тех же примерно количествах. Каких-либо осложнений от применения фурацилина не отмечено. Пенициллин, стрептомицин вводились после операции парентерально.

В послеоперационном периоде назначались камполон, глюкоза, инсулин, витамины К, В₁, В₁₂.

Из других лечебных мероприятий применялись холод на живот, внутривенное введение противошоковой жидкости, переливание крови, плазмы, подкожное введение кислорода и т. д.

Лучшие исходы наблюдались при оперативном лечении разрывов селезенки. Летальность при них по данным Н. А. Кузьмина составляет 26,3%, Б. Е. Имайшивили — 23,1%, С. В. Лобачева и О. И. Виноградовой при изолированной травме — 0, а при комбинированной — 26,5%. Из 21 оперированного нами больного с разрывом селезенки умер один с тяжелой комбинированной травмой. Спленэктомия была произведена у 20 больных, и, как исключение, лишь у одного — тампонада разрыва селезенки свободным сальником с фиксацией его кетгутовыми швами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агзамходжаев С. М. Мед. журн. Узбекистана, 1959, 10. — 2. Имайшивили Б. Е. Хирургия, 1954, 7. — 3. Королев А. А. Закрытые повреждения печени. Автореф. М., 1945. — 4. Криворотов И. А. Закрытые повреждения живота. Опыт сов. мед. в Отеч. войне 1941—1945 гг., т. 12. М., 1949. — 5. Кузьмин Н. А. Хирургия, 1959, 12. — 6. Левитский Б. П. Вестн. хир., 1932, т. 20, кн. 78—79. — 7. Лобачев С. В. и Виноградова О. И. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1960, 5. — 8. Луценко С. М. Нов. хир. арх., 1958, 3. — 9. Николаев Г. Ф. Закрытые повреждения печени. М., 1955.

Поступила 28 августа 1961 г.

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЯЗВ ГОЛЕНЕЙ

Асс. А. Б. Гатауллин

Госпитальная хирургическая клиника № 1 (зав.— проф. Н. В. Соколов)
Казанского медицинского института

С больными, страдающими хроническими язвами голеней, приходится встречаться практическому врачу сравнительно часто как в условиях стационара, так и в поликлинике. При этом, несмотря на многообразие методов их лечения, процент неудач остается еще значительным.

Из 112 наших больных с язвами нижних конечностей 91 лечился в условиях стационара и 21 — амбулаторно.

Мужчин было 44, женщин 68. От 10 до 20 лет было 4 больных, от 20 до 40 — 23, от 41 до 60 — 56, от 61 и старше — 29. Длительность язв была от нескольких месяцев до 15 лет, а в отдельных случаях и более. У подавляющего же числа больных (81) язвы имелись свыше года. Чаще язвы располагались на левой голени (63), чем на правой (43). В подавляющем большинстве язвы располагались в нижней трети голени, на ее медиальной поверхности. В числе местных причин возникновения язв у 87 больных было варикозное расширение вен, часто с сопутствующим тромбофлебитом, у 14 — механические травмы, у 5 — обширные и глубокие ожоги, у одного — воспалительный процесс; лишь у 5 больных местный причинный фактор не был установлен.

По классификации Л. В. Грубер, среди наших больных нейротрофические язвы были у 3, вазотрофические — у 87 и рубцово-трофические — у 22.

При осциллографическом исследовании 59 больных установлено, что при одностороннем поражении нижних конечностей у 47 осциллографический индекс на пораженной стороне снижен по сравнению со здоровой конечностью.

Капилляроскопическое исследование было проведено у 69 больных. У 39 больных большое количество капилляров оказалось причудливо извитыми, с расширенным венозным коленом. У 30 больных обнаружено небольшое количество капилляров, суженных в артериальном колене и расширенных в венозном колене, то длинных, то коротких, в виде запятых. Ток крови в 52 случаях был гомогенным, а в 17 — зернистым.

Измерение кожной температуры было проведено 71 больному. У 54 больных наблюдалось снижение кожной температуры больной конечности на 0,5—1,5°C, по сравнению с соответствующим участком здоровой конечности.

Цитологическое исследование отделяемого язв выявило у 71 больного однообразную, бедную клеточными элементами картину, что, по нашему мнению, указывает на отсутствие тенденции к заживлению язвы.

При определении микрофлоры трофических язв у 71 больного мы обнаружили преобладание стафилококков как в ассоциации, так и в единичной культуре.

Рентгенография костей голени пораженной конечности показала дистрофические