

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

Из других лечебных мероприятий применялись холод на живот, внутривенное введение протившоковой 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. Иманшвили — 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 кетгутowymi швами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агзамходжаев С. М. Мед. журн. Узбекистана, 1959, 10. — 2. Иманшвили Б. Е. Хирургия, 1954, 7. — 3. Королев А. А. Закрытые повреждения печени. Автореферат. 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 ГОЛЕНИ

Асс. А. Б. Гатауллин

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

С больными, страдающими хроническими язвами голени, 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 большой конечности на 0,5—1,5° С, 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

процессы в костях у 17 больных (из 30 исследованных), что также свидетельствует о нарушении питания данной конечности.

При лечении язв мы исходили из положения, что данное страдание является результатом общего заболевания организма, требующего комплекса мероприятий, направленных на улучшение обменных процессов и питания тканей, нормализацию трофической функции нервной системы, улучшение регенеративно-восстановительных процессов и поднятие защитных сил организма. Местно при комплексном лечении, по предложению проф. Н. В. Соколова, применялись перевязки язв с 20% настойкой таволги. Перевязки производились через 5—7 дней с последующими ежедневными двукратными орошениями настойкой таволги. В меньшем количестве случаев перевязки производились через 2—4 дня 20% мазью таволги (см. «Казанский мед. ж.», 1958, 3).

При изучении химического состава таволги в ней были обнаружены эфирные масла, большое количество витамина С, дубильные вещества, соли марганца. Местное применение таволги нам представлялось целесообразным. Из литературы известно (Г. А. Узбеков, А. З. Коздоба, Н. Н. Соколов и др.), что при длительно не заживающих ранах и язвах у больных имеется как общая, так и местная недостаточность витамина С, причем снижение содержания витамина С в тканях области поражения наблюдается даже тогда, когда его содержание в крови остается в пределах нормы. Кроме того, местное применение дубильных веществ в сочетании с витамином С усиливает регенерацию тканей и эпителизацию ран (Ж. З. Гудэ), а эфирные масла, обладая антисептическими свойствами, усиливают кровоснабжение (В. И. Скворцов, Н. И. Эрлихман).

При сильных болях в области язв назначались бромурал, барбамил, промедол. Все больные находились в условиях строгого постельного режима.

Витамин В₁ ежедневно вводился внутримышечно в течение 20 дней. Больные получали витамин С по 0,3 г 3 раза в день и никотиновую кислоту по 0,1 г 2 раза в день.

При тромбозах применялись антикоагулянты (дикумарин по 0,1 г 2 раза в день в течение двух дней с последующим анализом крови и мочи) до снижения протромбина до 35—40%; при противопоказаниях к применению дикумарина ставились пиявки.

Двухсторонняя поясничная новокаиновая блокада по методу А. В. Вишневого проводилась трехкратно с промежутками в 7—10 дней.

Наблюдавшиеся нами 112 больных были разделены на 6 групп, в зависимости от степени выраженности у них общих расстройств и характера лечения.

В I группу нами отнесены 15 больных с ясно выраженными расстройствами общего характера (заболевания сердца, суставов, желудочно-кишечного тракта и др.). У этих больных проводился полный комплекс лечебных мероприятий, кроме антикоагулянтов, с местным применением 20% настойки таволги для перевязок и орошений.

Полное заживление язвы наступило у 14 больных между 17 и 39 днями от начала лечения (в среднем через 30,5 дня). У одного больного заживления язвы получить не удалось. Из 13 больных, подвергшихся проверке в сроки от 1 года до 3 лет 5 месяцев после лечения, рецидив обнаружен у 1 больного (нейротрофическая язва).

Во II группу включены 20 больных, страдавших варикозными язвами, с тромбозом и общими заболеваниями, как и в I группе. Эти больные получали тот же комплекс лечебных мероприятий, а также и антикоагулянты. У всех получено полное заживление язв через 16—45 дней, в среднем 26,2 дня.

Из 16 больных, обследованных через 1—4 года после заживления язвы, рецидивы не обнаружены.

В III группу отнесено 29 больных со слабо выраженными общими расстройствами. Им проводилась только поясничная новокаиновая блокада по методу А. В. Вишневого с местным применением для перевязок и орошений 20% настойки таволги. Полное заживление язв было достигнуто из 29 у 27 больных через 15—69 дней (в среднем 33,5 дня). Из 20 больных, проверенных через 1—3,5 года после лечения, рецидив обнаружен был у 2.

В IV группу вошли больные (21), у которых при хронической язве нижних конечностей не удалось обнаружить каких-либо общих расстройств организма. В отношении больных этой группы применялось только местное лечение с 20% настойкой таволги. Полное заживление получено у 19 из 21 больного в сроки от 18 до 78 дней (в среднем 36,3 дня). Недолеченными оказались 2 больных. Отдаленные результаты проверены у 16 больных в сроки от 1 года до 4 лет 4 мес. после окончания лечения; рецидив язвы был обнаружен у 2.

В V группу отнесено 16 больных с язвами нижних конечностей. Моментом, способствующим возникновению язв, у них было варикозное расширение вен, травмы и у одной — повреждение спинного мозга во время родов.

Лечение проводилось 20% мазью таволги. У 14 больных этой группы удалось получить полное заживление через 21—53 дня (в среднем через 36,4 дня). У 2 больных полного заживления добиться не удалось. При проверке результатов у 14 больных этой группы через 1—3 года и 4 месяца рецидивы язв были обнаружены у 2.

Сравнивая непосредственные результаты лечения, его продолжительность и от-

даленные результаты у больных IV и V групп, мы сделали вывод о незначительных преимуществах для местного лечения 20% настойки таволги по сравнению с 20% мазью таволги.

В VI группу отнесены 11 больных, у которых язвы голени сочетались со слабо выраженными общими расстройствами организма. Но особенностью лечения этой группы было то, что при лечении язвенного процесса никогда не применяли препараты таволги, а для сравнения результатов больным данной группы для воздействия на местный патологический процесс применяли раствор риванола 1:1000, которым пользовались так же, как и 20% настойкой таволги. Симптоматические средства применяли по показаниям, как и в предыдущих группах.

В этой группе у 8 человек из 11 произошло полное заживление язвы в сроки от 28 до 70 дней с момента начала лечения раствором риванола (в среднем через 44,4 дня). У трех больных полного заживления язвы получить не удалось. Обследованные через 1—4 года у 10 больных показало, что рецидив язвы обнаружен у трех.

Таким образом, непосредственные хорошие результаты лечения получены у 94 больных из 101 лечившегося (93,1%). Безуспешным лечение оказалось у 7 (6,9%). Среднее пребывание излеченных больных в клинике равняется 32,3 дня, в то время как у 73 больных, ранее (1947—51 гг.) леченных в той же клинике перевязками одного лишь раствора риванола, для заживления язв требовалось в среднем 44,1 дня.

Итоги отдаленных результатов через 1—4 года показали, что из 75 больных у 68 достигнуто стойкое заживление язв. Рецидивы наступили у 7 (9,2%). Рецидивировали преимущественно язвы с варикозным расширением вен и сопутствующим тромбозом. Это позволяет высказать мнение, что для профилактики рецидивов необходимо бороться как с застойными явлениями в нижних конечностях, так и с сопутствующим тромбозом, применяя антикоагулянты. Комплексное лечение, включающее применение настойки таволги, позволяет получить лучшие как непосредственные, так и отдаленные результаты лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гудэ З. Ж. Влияние витамина С в сочетании с некоторыми дубильными веществами на скорость заживления ран. Канд. дисс., Киев, 1954. — 2. Коздоба А. З. Нов. хир. арх., 1934, т. 31, кн. 2. — 3. Узбеков Г. А. Сов. хир., 1936, 7.

Поступила 4 ноября 1961 г.

ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ПОРТОКАВАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Асс. М. С. Арбузова

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
(зав.— проф. М. М. Шалагин) Казанского медицинского института

Проблема патогенеза и лечения портальной гипертензии и циррозов печени представляет одну из сложных и трудных глав современной медицины. Трудность заключается как в многообразии этиологических и патогенетических особенностей данного синдрома, так и в малой эффективности консервативных и оперативных методов лечения.

За последние 15 лет в связи с успехами сосудистой хирургии значительно увеличилось количество оперативных вмешательств на сосудах печени для снижения портального давления.

Операции, применяемые для лечения портальной гипертензии, В. В. Парин и Ф. З. Меерсон (1960) с физиологической точки зрения делят на 3 группы:

1) операции, не снижающие портального давления, а лишь устраняющие отдельные следствия портальной гипертензии (дренаж асцитической жидкости, устранение варикозно расширенных вен пищевода и т. д.);

2) операции, направленные на устранение или уменьшение портальной гипертензии путем:

а) уменьшения притока артериальной крови в портальное русло (спленэктомия, перевязка печеночной артерии);

б) создания новых путей оттока венозной крови из портального русла (различные варианты портокавальных анастомозов);

3) операция, не только снижающая портальное давление, но и улучшающая кровообращение печени — оментогепатопексия.

Наряду с накоплением клинического материала, большой интерес представляют и экспериментальные исследования.

Экспериментальное создание портальной гипертензии представляет большие