

ЗАКРЫТИЕ СКВОЗНОГО ДЕФЕКТА КИШКИ СВОБОДНЫМ КОЖНЫМ АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ

В. С. Казанский

Клиника факультетской хирургии (зав. — проф. И. И. Неймарк) Алтайского
медицинского института

Для закрытия дефекта полых органов предложено большое количество способов. Некоторые предлагали закрывать дефект кишки мышечным лоскутом (Н. А. Вазин, 1948), другие — фасцией, брюшиной (П. Д. Колченогов, 1957), многие подшивают сальник или другую кишку.

Некоторые из исследователей (З. И. Касум-Заде — 1956, В. Л. Боголюбов — 1927, И. Л. Цимхес — 1931) пытались закрыть дефект полых органов кожным лоскутом на ножке.

Сотрудник нашей клиники А. К. Тычинкина доказала, что кожа, будучи пересажена на новое место, в течение первых трех суток получает питание из окружающих тканей и эксудата путем осмоса и диффузии, а в конце третьих суток начинается прорастание новых сосудов.

На основании этого исследования Н. Г. Севрук и М. А. Чернявская в нашей клинике выполнили экспериментальную работу на собаках по закрытию сквозных дефектов 1,5—2 см желудка и тонкой кишки свободным кожным лоскутом. Лоскут, пересаженный на кишку и подшитый к краям дефекта, герметически закрывает дефект, покрывается эпителием и постепенно превращается в соединительнотканый рубец. Все экспериментальные животные поправились.

Учитывая положительные результаты этой работы, мы применили закрытие сквозного дефекта слепой кишки кожным лоскутом при операции у одной больной.

М., 59 лет, поступила 26/X 1959 г. с диагнозом: острый деструктивный аппендицит, перитонит, больна 7 дней.

Произведена аппендэктомия. Деструктивный процесс с отростка перешел на слепую кишку, и удаление отростка привело к дефекту в слепой кишке 1,5 × 1,5 см. Из-за обширной инфильтрации стенки и неподвижности слепой кишки любое натяжение приводило к прорезыванию швов. Сальник незначительных размеров, инфильтрирован, и подвести его к дефекту не представилось возможным.

Образовавшийся дефект слепой кишки был закрыт кожным ауто трансплантатом во всю толщу без клетчатки, взятым у края операционной раны, на передней брюшной стенке размером 4 × 4 см. Ауто трансплантат пришит по всей окружности дефекта, отступя от него на 2 см, узловыми шелковыми швами, захватывающими всю толщу кожного ауто трансплантата и серозно-мышечный слой кишки. Отверстие кишки прикрыто кожей эпидермисом в свободную брюшную полость. К ложу отростка подведен микроэрригатор. Рана послойно зашита наглухо. Первично-отсроченные швы на кожу.

Операционное течение гладкое. Рана зажила первичным натяжением. Выписана на 18 день. Через 6 месяцев жалоб не предъявляет, чувствует себя здоровой.

Наше наблюдение показывает, что кожный ауто трансплантат может быть использован для пластики сквозных дефектов кишки, если его нельзя закрыть другим методом.

Поступила 31 декабря 1960 г.

УСПЕШНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЦИСТЕРНАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ ПРИ КИСТОЗНОМ АРАХНОИДИТЕ В ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКЕ

Л. Я. Лившиц

Отделение нейрохирургии (зав. — канд. мед. наук Е. И. Бабиченко) Саратовского
научно-исследовательского института травматологии и ортопедии

Арахноидит головного мозга встречается у большого числа больных. Симптоматология этого заболевания в ряде случаев имеет много общего с опухолью головного мозга, что заставляет тщательно дифференцировать оба страдания.

За последнее время все чаще применяются хирургические методы лечения церебрального арахноидита. Это особенно касается тех случаев, когда процесс располагается в задней черепной ямке и сопровождается блокадой ликворопроводящих путей. Однако при кистозных формах даже оперативное вмешательство дает зна-

чительное улучшение лишь у трети больных. Наряду с этим, результаты консервативного лечения, проводимого в нашем отделении, свидетельствуют о возможности благоприятных результатов при условии длительной дегидратационной, противоспазматической и рассасывающей терапии.

Приводим наше наблюдение.

Ж., 40 лет, поступила 26/XII-55 г. с жалобами на головную боль, головокружение, координаторные расстройства. Считает себя больной с 1950 г., когда без видимых причин появилась головная боль. С начала 1955 г. головная боль резко усилилась, возникала приступообразно, сопровождаясь рвотой. Вскоре состояние стало прогрессивно ухудшаться, появились нарушения глотания, слабость в левой руке. Лечилась в клинике нервных болезней, где обнаружены застойные соски зрительных нервов, и с диагнозом — опухоль правого полушария мозжечка — больная переведена к нам для операции.

Внутренние органы — без патологии. Правый зрачок шире левого, не доводит правое глазное яблоко кнаружи. Нистагм при прямом взгляде и взгляде в стороны. Резкое снижение корнеального рефлекса справа. Сглаженность правой носогубной складки, хуже зажмуривает правый глаз. Атрофия жевательной мускулатуры и грудно-ключично-сосковой мышцы справа. Снижение мышечной силы в левых конечностях. Промаживание и интенционный тремор при пальценосовой пробе слева, адиадохокинез слева. Рефлексы с левых конечностей выше, чем справа, патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма слева.

Л. — 10300 и РОЭ — 26 мм/час.

Застойные соски зрительных нервов с переходом в атрофию, острота зрения справа — 0,04, слева — 0,2.

Обзорная краниография — остеопороз спинки турецкого седла, расширение внутреннего слухового отверстия справа.

Люмбальный ликвор без патологии.

Активная дегидратационная терапия существенного эффекта не дала. 6/II-56 г. цистернальная пункция. При этом на глубине 4 см в типичном направлении получено 15 мл мутной, желтого цвета жидкости с большим содержанием белка (17,16%) и 8 лейкоцитами в 1 мм³. Сразу же введено 20 мл воздуха. На рентгенограммах видна тень полости в задней черепной ямке, больше в правой ее половине; мозговые желудочки воздухом не заполнились.

После опорожнения арахноидальной кисты наступило быстрое и значительное улучшение состояния: исчезли головные боли, почти полностью нормализовался неврологический статус, застойные явления на глазном дне подверглись обратному развитию, острота зрения увеличилась слева в 4 раза (до 0,8—0,9), справа — в 15 раз (до 0,6—0,7). Двусторонняя вентрикулография выявила лишь незначительную равномерную гидроцефалию.

При повторной цистернальной пункции жидкости не получено. Дополнительно проведено дегидратационное и рассасывающее лечение.

Во вполне удовлетворительном состоянии 8/III-56 г. больная выписана.

Через 3,5 г. жалоб не предъявляет. Глазное дно без застойных явлений, неврологически определяются лишь неуверенность при пальценосовой пробе и дисдиадохокинез слева.

Поступила 15 октября 1960 г.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Мл. науч. сотр. Х. М. Шульман

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
(директор — проф. Л. И. Шулуток)

Наше сообщение основано на клиническом анализе 28 больных, оперированных в нейрохирургическом отделении в 1946—1958 гг.

Основную группу (21 человек) составляют участники Отечественной войны, получившие огнестрельные ранения различных областей черепа и головного мозга. У большинства больных этой группы ранения сопровождались тяжелыми контузиями. 24 больных имели проникающие ранения черепа (у 21 из них — осколками снарядов), 14 больных — слепые проникающие осколочные ранения.

Первичная хирургическая обработка в армейском районе в ряде случаев оказывалась неполноценной, что, по нашему мнению, увеличило число осложнений раневой инфекцией. К дефектам обработки относятся нередко очень маленькие размеры трепанационных отверстий, из которых невозможно произвести полноценную