

М., 21 года, доставлен в клинику 23/III 1958 г. в тяжелом состоянии с жалобами на схваткообразные резкие боли в животе, тошноту.

Заболел несколько дней тому назад. На фоне общего недомогания появились боли в животе, жидкий стул со слизью, без крови до 10 раз в сутки, озноб, температура — 39°.

Несколько лет тому назад перенес дизентерию. За месяц до возникновения настоящего заболевания оперирован по поводу стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки; произведена резекция желудка с межкишечным анастомозом по Брауну. Послеоперационный период протекал гладко. Выписан в хорошем состоянии на 15-е сутки.

При настоящем обследовании больной возбужден, бледен, черты лица заострены, пульс — 120, малого наполнения, ритмичный. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот слегка вздут, в дыхании не участвует, перистальтики не видно, напряжен, болезнен, особенно в нижних отделах. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный по всему животу, J. — 14800. T. — 38,8°.

При пальцевом исследовании прямой кишки: ампула свободна, передняя стенка болезненна.

Клинически — острый разлитой перитонит.

Под эфирно-кислородным наркозом произведена лапаротомия. В брюшной полости — большое количество гнойного экссудата. Parietalная брюшина утолщена, гиперемирована и отечна. Петли тонких и толстых кишок атоничны, инъецированы, покрыты фибринозным налетом. Передняя стенка поперечно-ободочной кишки в среднем ее отделе утолщена, плотна, инфильтрирована на протяжении 10 см, просвет кишки резко сужен. Серозный покров поперечно-ободочной кишки покрыт местами фибринозными пленками. Анастомоз между культи желудка и тощей кишкой, равно как и энтеро-энтероанастомоз, без видимых изменений. Брюшная полость осушена при помощи электроотсоса и влажными салфетками. К инфильтрату подведен широкий ограничивающий марлевый тампон, в брюшную полость введены две резиновые трубки для введения антибиотиков, которые в послеоперационном периоде вводились также внутримышечно и внутривенно, повторно переливалась кровь и пр. Состояние постепенно улучшалось. Дренажи удалены на 5-й день, швы сняты на 9-е сутки, тампон удален через 12 дней. Выписан в хорошем состоянии через 25 суток после операции.

Находится под наблюдением около 2 лет, чувствует себя здоровым.

В. В. Федоров и М. В. Федорова (Казань). Успешное оперативное вмешательство при инвагинации толстого кишечника у ребенка 8 месяцев

Одним из наиболее тяжелых острых хирургических заболеваний детей раннего возраста является непроходимость кишечника, при которой первое место занимает инвагинация; чаще всего наблюдается внедрение подвздошной кишки в слепую.

После резекции кишечника — 9 умерших на 5 выздоровевших — по А. П. Вокресенскому (1945), 5 умерших на 2 выздоровевших — по Д. Б. Авидон (1951), и ни одного выздоровевшего из 5 — по Н. В. Шварцу (1938).

Б., 8 месяцев, доставлен 23/IX-58 г. в 15 ч. 50 мин в тяжелом состоянии. Заболел накануне в 11 ч., когда у мальчика внезапно появились резкие схваткообразные боли в животе. Вскоре присоединились повторная рвота и учащенный жидкий стул с примесью крови. Участковый врач заподозрил дизентерию, и в 8 ч. 23/IX ребенок направлен во 2-ю инфекционную больницу, откуда переведен в хирургическую клинику.

Состояние тяжелое, общая бледность, беспокойство, хватается за живот ручками; температура — 37,1°; язык обложен, суховат, зев чист; легкие и сердце без патологических изменений, пульс — 96, удовлетворительного напряжения. Живот умеренно и равномерно вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, резкая болезненность в левой подвздошной области, здесь прощупывается колбасовидной формы болезненное образование размером 18 × 5 см, почти неподвижное. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный в левой половине живота. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Выслушиваются усиленные кишечные шумы. Печень и селезенка не увеличены. При пальцевом исследовании через прямую кишку установлено, что ампула зияет, кончиком пальца прощупывается нижний полюс опухолевидного образования с углублением в центре. Отделяемое из кишки — жидкое, кровавистое.

Гем. — 58%, Э. — 3 800 000, Л. — 10 900, п. — 12%, с. — 59%, э. — 1%, м. — 10%, л. — 18%.

23/IX в 16 ч. 20 мин при операции (В. В. Федоров) под общим ингаляционным эфирным наркозом в брюшной полости около 50 мл мутной геморагической жидкости. Обнаружено колбасовидной формы образование размером 15 × 5 см синеватого цвета, расположенное в левой половине брюшной полости. Нижний его полюс уходит непосредственно в сигмовидную кишку, а верхний имеет углубление,

из которого исходит вздутая подвздошная кишка вместе с собранной в пучок брыжейкой толстого и части тонкого кишечника. Кишечник, образующий инвагинат, и его брыжейка резко отечны, на брюшине — точечные кровоизлияния. В инвагинат вовлечены дистальный отдел подвздошной кишки, слепая, восходящая, поперечно-ободочная и нисходящая кишки. При осторожной дезинвагинации освобождены нисходящая и левая половина поперечно-ободочной кишки. При попытке продолжить дезинвагинацию истонченная и некротизированная стенка поперечно-ободочной кишки надорвалась. Освобожденный участок кишечника после согревания компрессами с физиологическим раствором порозвел, начал перистальтировать, стала отчетливо определяться пульсация сосудов. Произведена одномоментная резекция кишечника, вовлеченного в инвагинат (15 см подвздошной, слепой, восходящей и половина поперечно-ободочной кишок) и участка поперечно-ободочной кишки вблизи места надрыва. Наложен илео-трансверзоанастомоз по типу «бок в бок». Край брыжейки подвздошной кишки сшит с краем брыжейки поперечно-ободочной.

В брюшную полость введено 100 тыс. ед. пенициллина в 20 мл 0,25% раствора новокаина. Рана брюшной стенки послойно зашита наглухо.

Выписан на 15-й день в хорошем состоянии.

В настоящее время ребенку 4 года. Мальчик практически здоров.

Асп. А. Ф. Агеев (Казань). Абдоминальный синдром при тиреотоксическом зобе

В некоторых случаях при тиреотоксикозах на первый план выступают признаки резко выраженного нарушения функции желудочно-кишечного тракта. Описаны наблюдения, когда ошибка в диагностике приводила к ненужным и опасным у таких больных оперативным вмешательствам в брюшной полости.

Приводим наше наблюдение острого абдоминального синдрома при тиреотоксикозе.

М., 18 лет, переведена 2/XI-59 г. из терапевтического отделения с диагнозом «острый аппендицит».

В терапевтическое отделение доставлена 1/XI-59 г. врачом скорой помощи с диагнозом «пищевая интоксикация».

Состояние тяжелое. Жалуется на слабость, тошноту, рвоту, резкие боли в животе, сердцебиение. Температура — 37,5°, лейкоцитоз — 5200.

Кожные покровы бледные, влажные, лицо несколько одутловато. Выраженный экзофтальм, глазные щели широко раскрыты. Тремор пальцев рук, щитовидная железа диффузно увеличена, безболезненна. Больная эмоционально лабильна, беспричинно плачет. Отмечает снижение памяти.

Со стороны легких патологии не отмечается. Сердце увеличено влево. Пульс — 140. АД — 110/50.

Живот в акте дыхания участвует. Резкая болезненность в правой подвздошной области. Симптом Щеткина — Блюмберга слабо положительный. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочиспускание нормальное.

Абдоминальные симптомы были расценены как проявление тиреотоксикоза (проф. П. В. Кравченко). Назначены 6-метилтиоурацил и внутривенные инъекции глюкозы. Рвота прекратилась только к 26 дню лечения.

11/XII-59 г. под местной анестезией с применением нейровегетативной блокады произведена субтотальная резекция щитовидной железы (проф. П. В. Кравченко). Для предупреждения тиреотоксического криза в послеоперационном периоде была назначена литическая смесь.

Больная выписана на 15-й день после операции с пульсом 65—70 и хорошим самочувствием.

Через 2 месяца состояние М. хорошее, прибыла в весе на 12,5 кг, сон и аппетит нормальные, жалоб не предъявляет.

Н. В. Чекушин (Рязань). Лечение закрытых переломов ребер длительным обезболиванием

С 1956 г. мы проводим лечение переломов ребер 5% масляным раствором основания новокаина. Раствор основания новокаина в персиковом масле выпускается в ампулах по 5 мл.

Нами изучено его действие при лечении переломов ребер у 40 больных (28 мужчин и 12 женщин).

В первые сутки после травмы поступили 26, на вторые — 7, позже — 7 человек.

С переломом одного ребра было 11, двух — 15, трех — 10, четырех — 2, шести — 1, семи — 1 человек.

Больному в положении лежа на здоровом боку производится анестезия кожи в области перелома 0,5—1% раствором новокаина. Затем по нижнему краю сломанного ребра вводится масляный раствор основания новокаина в количестве 2—3 мл. Инъекция производится из одной точки по 3—4 радиальных направлениям к межреберному нерву, причем в одну точку радиального направления вводится не более 0,5 мл раствора.