

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.