

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 истощенная и некротизированная стенка поперечно-ободочной кишки надорвалась. Освобожденный участок кишечника после согревания компрессами с физиологическим раствором порозовел, начал перистальтировать, стала четко определяться пульсация сосудов. Произведена однократная резекция кишечника, вовлеченного в инвагинат (15 см подвздошной, слепой, восходящей и половина поперечно-ободочной кишки) и участка поперечно-ободочной кишки вблизи места надрыва. Наложен ileo-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 защищена 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 Гастернацкого отрицательный. Мочеиспускание нормальное.

Абдоминальные симптомы были расценены как проявление тиреотоксикоза (проф. П. В. Кравченко). Назначены 6-метилтиурацил 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 радиальным направлениям к межреберному нерву, причем в одну точку радикального направления вводится не более 0,5 мл раствора.

При одиночных переломах (одного-двух ребер) раствор основания новокaina мы вводим в нижнее межреберье на уровне перелома, при множественных — отступя на 3—4 см, проxимальнее места перелома (во избежание жировой эмболии). Подобным же образом анестезируются два межреберья, выше и ниже поврежденного участка, введением в каждое межреберье по 1,5—2 мл раствора. Средняя разовая доза основания новокaina — от 10 до 20 мл.

При множественных переломах и тяжелых состояниях больных мы применяли паравertebralную блокаду по Брауну, одновременно с шейной ваго-симпатической блокадой по А. В. Вишневскому (0,25% раствором новокaina 60 мл). Благодаря медленному всасыванию основания новокaina из подкожной клетчатки и мышц оно оказывает длительное местноанестезирующее действие (М. Д. Машковский).

Местная блокада области перелома применена нами у 31 больного, паравertebralная — у 2, а у 7 тяжелых, наряду с местной блокадой области перелома, производилась шейная ваго-симпатическая блокада тем же раствором основания новокaina в количестве 2—3 мл.

Инъекция основания новокaina сопровождается незначительной болезненностью. В течение 2—3 дней наблюдается умеренная припухлость, которая исчезает полностью, и ее следует расценивать как реакцию тканей на раствор основания новокaina.

При технически правильной инъекции основания новокaina, как правило, спустя 5—10 минут наблюдается хороший терапевтический эффект продолжительностью от 6 до 12 дней. Наступает улучшение состояния, исчезают острые боли, дыхание становится безболезненным и глубоким.

Из 40 больных лишь у 2 не наступило должного эффекта, как и после повторной блокады водным раствором новокaina.

Применение основания новокaina снизило в среднем коечное лечение больного до 11 дней, а в неосложненных случаях расширило показания для амбулаторного лечения.

Асс. И. К. Никитенко (Оренбург). **Мышечная пластика в комплексном лечении хронического гематогенного остеомиелита трубчатых костей**

Из воспалительного очага удаляется некробиотический субстрат, и формируется костная полость, которую следует наиболее целесообразно заполнить.

За 1950—59 гг. в этих целях мы произвели мышечную пластику у 98 больных (мужчин 76, женщин — 22). 83 оперировались в возрасте до 30 лет. Оперированы в срок до 1 года от начала заболевания 45 больных, от 1 года до 10 лет и позднее — 53.

Остеомиелит бедренной кости был у 46, большеберцовой — у 23, плечевой — у 22, лучевой — у 2 больных. У 63 остеомиелит локализовался в диафизе, у 29 — в диафизе и метафизе и у 6 — в метафизе.

У 80 больных были одиночные или множественные свищи, исходящие от пораженной остеомиелитом кости.

Рентгенологическая картина была разнообразной. Наряду с оссифицирующим периоститом, в самой кости наблюдалась деструкция с образованием полостей и секвестров. У 68 больных секвестры были одиночными, а у 13 была субтотальная секвестрация диафиза костного сегмента. У 9 больных были одиночные или множественные костные полости, но без секвестров в них. Выраженный склероз кости с перестройкой костной структуры наблюдался нами у 60 больных. У 5 больных мы наблюдали патологические переломы бедра, наступившие до поступления.

У 51 больного операция была выполнена под интраспонгиозным обезболиванием 0,5% раствором новокaina (150—200 мл), у 42 — под общим эфирным наркозом и у 5 — под инфильтрационной анестезией по А. В. Вишневскому.

Наши наблюдения показали, что в тех случаях, когда доступ к кости идет через свищ и рубцово-измененные ткани, раны заживают плохо, нередко бывает полное или частичное нагноение с последующим заживлением вторичным натяжением. Там, где разрез проводился через здоровые ткани, рана заживала первичным натяжением.

При подготовке костной полости к пластике после удаления из нее некробиотических тканей для недопущения перегибов мышечного лоскута во всех случаях, где это возможно, мы дэлотом снимаем костную стенку полости, прилежащую к ножке лоскута. Формирование вырезки на склерозированной кости совершенно безопасно.

В тех случаях, где костная ткань сильно разрежена, хрупкая, формирование вырезки для ножки лоскута нужно проводить осторожно, помня о возможности патологического перелома. В нашей практике случаев патологического перелома кости при операции не было.

Для ликвидации инфекции костная полость промывается физиологическим раствором, протирается марлевым шариком со спиртом и через 5—7 минут в нее вводятся антибиотики, чаще всего пенициллин, в сухом виде или в растворе в количестве 100—200 тысяч ед.

Крайне необходимо бережное отношение к мышечной ткани. Важно учитывать и направление магистральных кровеносных сосудов в мышце, чтобы не повредить их при выкраивании лоскута. Лоскут должен быть по возможности длинным и массив-