

клинико-рентгенологического обследования диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. 30/1-57 г. резекция желудка по поводу стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки, пенетрирующей в поджелудочную железу. До операции количество диастазы мочи без отклонений от нормы. Послеоперационное течение средней тяжести, на другой день после операции появились икота, умеренные боли в области операции, тошнота. Икота беспокоила в течение двух суток. Живот все дни после операции участвовал в акте дыхания, не напряжен, симптом Щеткина отрицательный. На 3 и 4 день — жидкий стул. Диастаза мочи 2/II = 512 ед., 3/II = 256 ед., 5/II = 128 ед., 6/II = 64 ед. Начиная с 5-го дня после операции, состояние больного значительно улучшилось, выписан из клиники на 15-й день после операции в хорошем состоянии. После установления повышенного содержания диастазы в моче больного ограничили в приеме пищи, исключили блюда, повышающие секрецию.

Проведенные Г. Ф. Лось биохимические исследования у 45 больных пенетрирующими язвами, главным образом в поджелудочную железу (у 32 больных), показали значительные изменения по сравнению с неосложненными язвами: нормальная гликемическая кривая получена лишь у 5 больных, у остальных количество сахара в крови довольно стойко удерживалось на высоком уровне. Автор указывает, что недостаточность перевода сахара в гликоген печенью и понижение деятельности инсулярного аппарата характерны для пенетрирующих язв.

Необходимо особо подчеркнуть, что при отсутствии выраженной клинической картины одна диастазурия не является признаком острого воспаления поджелудочной железы, а лишь свидетельствует о нарушении экскреторной функции, или дискинезии поджелудочной железы. Последнее, по нашему мнению, верно потому, что в результате прямой травмы железы (например, при частичной резекции, вколах иглы в железу или подшивании ее капсулы при перитонизации культи двенадцатиперстной кишки), а также в результате нейрогенных факторов с последующими сосудистыми нарушениями наступает временный спазм протока поджелудочной железы с увеличением диастазы в моче оперированных.

Поскольку функциональные нарушения поджелудочной железы после резекции желудка имеют место, возникает необходимость более рационального ведения послеоперационного периода, главным образом, с учетом пищевого режима и лекарственного лечения, направленных на уменьшение секреции поджелудочной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Благовидов Д. Ф. Хирургия, 1955, 2. — 2. Воскресенский В. М. Острые панкреатиты, Медгиз, 1951. — 3. Домрачев И. В. Каз. мед. журнал, 1957, 1. — 4. Коровин А. С. Тр. III научн. сессии, посвящ. 70-летию со дня рождения тов. Сталина, 1950. — 5. Лихт Л. М. Болезни желудка и кишечника, Ростов на Дону, 1957. — 6. Лобачев С. В. Острые панкреатиты, Медгиз, 1953. — 7. Лось Г. Ф. Приложение к журналу «Клин. мед.», 1957, 1. — 8. Мосин В. В. Уч. зап. Каз. вет. ин-та, 1954, т. 61. — 9. Поздняков В. Т. Сб. научн. работ асп. и орд. 2 Моск. мед. ин-та, 1956. — 10. Рожков А. Т. Хирургия, 1954, 2. — 11. Розанов Г. С. Хирургия, 1956, 2. — 12. Сельков Е. А. Хирургия, 1957, 3. — 13. Соколов Н. В. Выступление в прениях на XXVI съезде хирургов, 1956. — 14. Соколов Н. В. и Тихонова Т. П. Доклад на I Всеросс. съезде хирургов, Ленинград, 1958. — 15. Тихонова Т. П. Каз. мед. журнал, 1958, 1. — 16. Boba A., Korosz A. B. Arch. Surg., 1957, 74, 3. — 17. Boles E. T. Arch. Surg., 1956, 73, 4. — 18. Hasche E. Brun's Beitz klin. chir., 1957, 195, 2. — 19. Sinclair I. S. Brit. j. Surg., 1956, 44, 185. — 20. Vitkovsky Z., Vislocky B., Vulterinova M. a. Placer Z. Ceskosl. gastroenterol., 1955, 9, 4.

Поступила 15 февраля 1959 г.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НАГНОЕНИЙ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Проф. С. Л. Либов и орд. Е. П. Еринцева

Из клиники факультетской хирургии (зав. — проф. С. Л. Либов) Куйбышевского медицинского института

Хирургическое лечение хронических неспецифических нагноений легких у детей еще не получило широкого распространения. Число оперированных детей даже в самых больших статистиках не достигает 100 случаев (А. П. Колесов и сотр., Е. Г. Дубейковская, С. Л. Либов и К. Ф. Ширяева).

В основу настоящего сообщения положены личные наблюдения над хирургическим лечением 91 ребенка, оперированного по поводу хронического нагноения легкого.

Исследовано 100 детей. До 3 лет — 3; до 6 — 14; до 11 — 35; старше 12 лет — 48.

Частота различных форм хронических нагноений легких значительно отличается от того, что мы видим у взрослых. Если придерживаться классификации П. А. Куприянова и А. П. Колесова (1955), соотношения различных форм нагноения легких будет следующее:

Таблица 1

Форма хронического нагноения легкого	Взрослые (в %)	Дети (в %)
1. Хронические абсцессы и пневмосклерозы	58	6
2. Бронхоэктазы	31	80
3. Кисты легкого	6	11
4. Прочие формы ¹	5	3

Следует отметить, что хронические нагноения легких имеют типичную клиническую картину: кашель с выделением гнойной мокроты (дети часто заглатывают мокроту), повторные вспышки температуры, кратковременные при бронхоэктазах и длительные при абсцессах легкого. У 42 детей вспышки наблюдались 1—2 раза в год, у остальных чаще. Кровохарканье встречалось у детей реже, чем у взрослых (в 10% наблюдений). При обострении выслушивались обильные трескучие и мелкопузырчатые хрипы, которые нередко исчезали в период ремиссии. Притупление над пораженным отделом легкого наблюдалось при ателектатических бронхоэктазах и абсцессах.

Решающим для диагноза хронического нагноения легкого было рентгенологическое исследование. Ателектатические бронхоэктазы, абсцессы и кисты легкого можно было установить по обзорным рентгенограммам, сделанным в двух проекциях. Топографию поражения и его распространенность при бронхоэктазах можно было определить точно только бронхографией. Обычно мы производили ее йодолиполом, под местной анестезией. У беспокойных детей применялся наркоз. Использование водных контрастных препаратов дает менее отчетливые бронхограммы. Отличить ателектаз доли или легкого от аплазии можно только бронхограммами, которые предпочтительнее делать двусторонние.

Среди больных бронхоэктазами у 50 были ателектатические бронхоэктазы, у 11 бронхоэктазы без ателектаза, у 15 — средне-долевой синдром и у 4 — триада картагинера.

По-видимому, число врожденных бронхоэктазов больше, чем это признается большинством авторов. Из 100 детей 15 заболели вскоре после рождения, а у 24 заболевание развилось на 2—4 годах жизни. У 40 оно осложнило бронхопневмонию, у 15 — коревую пневмонию, у 7 — коклюшную, у 7 — грипп. У 5 бронхоэктазы развились после аспирации инородных тел. У 4 детей мы выявили аномалии развития — у одного гипоплазию левого легкого, у 2 — добавочный бронх и у одного — добавочные доли легкого (не считая lobus vena azygos). Кроме того, больных с кистами легкого тоже следует отнести к больным с врожденной аномалией.

Хронические нагноения легкого у мальчиков встречались чаще, чем у девочек (5:3).

У 14% детей имелись двусторонние поражения, протекающие, конечно, более тяжело.

64% детей длительно лечились и исследовались в туберкулезных больницах и диспансерах.

На консультативном приеме из числа детей, присланных с бронхоэктазами, установлены: бронхоэктазы в 61,4%; бронхиальная астма — в 19,2%; хронические пневмонии без бронхоэктазов — в 16,8%; тубер-

¹ Сюда входят аплазии, травматические нагноения и неясные формы.

кулез легких в 2,6%. У каждого третьего больного, несмотря на длительные сроки наблюдений, врачи-педиатры ставили неправильный диагноз.

По нашим данным, дети с распространенными ателектатическими бронхоэктазами склонны к амилоидозу; в результате развития обширных полей склероза в легких и нарушения циркуляции в малом круге кровообращения у них наблюдается легочное сердце. Особенности течения бронхоэктазов мы видели у детей с бронхиальной астмой, они заслуживают специального изучения. Тяжелые формы бронхоэктатической болезни наблюдали при последствиях полиомиелита.

О широте наших показаний к оперативному вмешательству свидетельствует следующее: 78 детям с бронхоэктазами произведено 85 операций. Методом выбора мы считали интубационный наркоз, дополненный новокаиновой блокадой рефлексогенных зон. Гипотермию и ганглиолитические препараты у таких больных мы не применяли.

У 4 детей не удалось произвести резекцию из-за тяжких сращений. У одного из них перевязана легочная артерия.

Из 87 оперированных радикально у 9 произведена двусторонняя операция: 3 раза — одномоментная и 6 раз — двухмоментная. Мы стремились к удалению только пораженных сегментов.

У 10 больных удалено легкое, у 11 — средняя и нижняя доли, у 6 — верхняя доля, у 12 — средняя, у 35 — нижняя, у 11 произведена сегментарная резекция, в том числе у 6 удалена пирамида основания.

Из 91 оперированного ребенка мы потеряли 4. Один ребенок с кистой левого легкого погиб от воздушной эмболии вследствие разрыва кортикального слоя легкого в момент разведения раны прудной стенки. 3 детей умерли после двусторонних операций. Из 3 оперированных одномоментно умер 1, из 6 оперированных двухмоментно умерло двое. Все умершие погибли от тяжелой дыхательной недостаточности. У одного из них удалено 16 сегментов, у 2 по 12 сегментов. Небольшой опыт оперативного лечения двусторонних поражений легких позволяет нам считать, что одномоментные вмешательства найдут очень ограниченное применение.

Следует подчеркнуть особенности оперативной техники при резекции легкого у детей.

Плотные, трудноразделимые сращения у детей встречаются редко. У маленьких детей наиболее широкий доступ в плевральную полость может быть получен из бокового разреза в IV, V или VI межреберии, в соответствии с частью легкого, подлежащей резекции. Ввиду меньшего размера сосудов, чем у взрослых, выделение их проще и лигатурный материал применяется более тонкий. У маленьких детей проведение сегментарной резекции может представлять значительные трудности из-за возможности повреждения легочной паренхимы.

Расправление оставшихся участков легкого после операции может представлять такие же трудности, как у взрослых, и требует настойчивых мероприятий, вплоть до бронхоскопии с раздуванием спавшихся долей. Восстановление нарушений дыхания, вызванных оперативным вмешательством, обычно наступает скорее, чем у взрослых. Двое из детей после двусторонних одномоментных вмешательств выписаны из клиники на 9 и 12 дни. Бронхиальный свищ наблюдался только у одного.

Изучая отдаленные результаты после операции, мы могли убедиться, что при радикальном вмешательстве, когда удалены все пораженные сегменты, наблюдается полное излечение. Первые недели остается небольшой кашель, который затем исчезает. Меняется внешний вид ребенка: бледные, истощенные дети быстро прибывают в весе, крепнут, перестают пропускать школьные занятия. Таким образом, результаты хирургического лечения хронических нагноений легкого у детей удовлетворительны.

Из 27 детей, исследованных в сроки от одного до двух лет после вмешательства, 24 здоровы, кашель остался у 3. При бронхографии обнаружено, что операция у этих 3 детей была сделана недостаточно

радикально: у одного обнаружены бронхоэктазы на неоперированной стороне и у двух, из-за несовершенства дооперационной бронхограммы, были оставлены при первой операции пораженные сегменты.

При хронических нагноениях легкого у детей до трехлетнего возраста следует оперировать только в случаях, где не удастся предотвратить частые обострения заболевания. Вопрос о вмешательствах при бронхоэктазах у больных бронхиальной астмой нам неясен. Появление признаков амилоидоза должно заставить хирурга поспешить с операцией.

Бронхографическая диагностика заслуживает дальнейшего изучения, двусторонние бронхограммы должны производиться, по возможности, у всякого ребенка, идущего на операцию. Техника одновременной двусторонней бронхографии разработана недостаточно.

Не следует отказываться от применения наркоза у беспокойных больных.

Интубационный наркоз у детей чаще, чем у взрослых, осложняется отеком гортани, способным вызвать угрожающую асфиксию.

Внимательный контроль за расправлением остающихся сегментов легкого после резекции — одно из основных условий удовлетворительного исхода операции.

Двусторонние поражения легкого обычно доступны оперативному лечению, но лечение таких больных много сложнее, и тактика хирурга требует дальнейшего изучения.

Хронические нагноения легких у детей — перспективная область хирургического лечения, где могут быть достигнуты ободряющие результаты.

Поступила 15 июля 1959 г.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕЙРО-ВЕГЕТАТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Проф. П. В. Кравченко и С. И. Рудова

Из кафедры хирургии и неотложной хирургии (зав. — проф. П. В. Кравченко)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Тиреотоксикоз — наиболее тяжелая форма заболевания щитовидной железы — рассматривается как заболевание всего организма с выраженными функциональными нарушениями сердечно-сосудистой и нервной систем.

Подготовка больных тиреотоксическим зобом к операции, выбор метода обезболивания и борьба с послеоперационным тиреотоксическим кризом, сердечно-сосудистой недостаточностью и шоком имеют решающее значение в непосредственном исходе операции.

Общезвестно, что всякое новое раздражение для больного тяжелым тиреотоксическим зобом (операции, наркоз) способно привести к летальному исходу. Примером может служить больная Ц.

Больной себя считает с 1955 г., когда впервые стала отмечать нарастающую слабость, потливость, похудание, раздражительность. В 1956 г. появились отеки на конечностях. За последние два года 6 раз находилась на стационарном лечении. Всякий раз выписывалась с незначительным улучшением. В настоящее время, 17/1-57 г., терапевтическое лечение эффекта не дало.

Состояние средней тяжести, питание резко понижено, выраженное пучеглазие. Определяется увеличение щитовидной железы, справа — 8×5 см, слева — 6×5 см. Цианоз пальцев рук и ног. На голенях и стопах — нерезко выраженная отечность. Видимая пульсация сердца, пульсирующие разбухшие вены шеи, акцент второго тона на