

Оперируя под местной анестезией, мы обычно не считаемся с количеством лишних затраченных минут, и это обстоятельство отнюдь не является противопоказанием к применению местного обезболивания. Почему же 2—3 минуты на погружение культи вырастают в доказательство против закрытой обработки культи отростка? Сторонники открытого метода грешат против элементарных правил брюшной хирургии, которая предусматривает перитонизацию всякой культи, всякого дефекта на париетальной и висцеральной брюшине. Непогруженная культя отростка—источник сращений, а, следовательно, и предпосылка к развитию непроходимости. В какой процент в дальнейшем это выльется, покажет будущее. Отрицать эту возможность, значит—не отдавать себе отчета в патологии брюшной полости. Как правило, при аппендектомиях и в холодном, и в остром периоде мы применяем спинномозговую анестезию и очень довольны. Реже пользуемся или общим наркозом, или местной анестезией, последней с ограниченным по возможности введением анестезирующего вещества.

Позволю себе сделать следующий вывод: проблема аппендицита должна найти свое разрешение в равней операции первого приступа, следующей непосредственно за диагнозом заболевания.

Из Хирургической клиники сан.-гиг. факультета Казанского государственного медицинского института и из Коллектора неотложной медицинской помощи горздрава (директор проф. Г. М. Новиков).

100 случаев острого аппендицита.

Асс. Ф. Я. Благовидов.

Накопившийся до настоящего времени обширный литературный материал об остром аппендиците не исчерпывает еще всей глубины вопроса. Аппендициту посвящаются еще много новых работ.

Наш материал, которым мы хотим поделиться, небольшой—всего 100 случаев, но он представляет известный интерес в смысле принятых нами установок в отношении обработки культи, зашивания наглухо брюшной полости и введения в послеоперационном периоде ранних движений и раннего вставания.

Вопрос об обработке культи червеобразного отростка¹⁾ при аппендектомии уже не раз был выносим на обсуждение широких врачебных масс как за границей, так и у нас в СССР,—особенно в последнее время. В результате мы имеем два лагеря хирургов: сторонников обязательной инвагинации культи ч. о. и защитников способа Рутье, предложившего, как известно, не инвагинировать культю отростка. Защитники погружения культи считают, что при простом лигировании ч. о. без инвагинации возможно соскальзывание лигатуры с последующим кровотечением и перитонитом. Кроме того, культя, будучи неперитонизированной, может явиться местом образования обширных спаек и сращений, чем создаются благоприятные условия для развития непроходимости.

¹⁾ В дальнейшем обозначаем: ч. о.

Начиная с декабря 1935 г. и по настоящее время мы оперируем острые аппендициты исключительно без погружения культи червеобразного отростка. Возражения против способа Рутье, с нашей точки зрения, являются мало обоснованными уже потому, что ч. о. располагается на задне-медиальной поверхности слепой кишки в 93—96% случаев (Ростовцев, Brillaut). Следовательно, почти исключается возможность непосредственного припаивания культи к петлям кишок. В материале же каждого хирурга найдется не мало случаев непроходимости после операции аппендицита и с погружением культи. Особенно это касается случаев, проводимых с тампонированием брюшной полости, и случаев, осложненных абсцессами и каловыми свищами. Спайки и сращения зависят не только от нарушения эндотелия брюшины, но, главным образом, от наличия инфекции, вынуждающей брюшину к болезненному проявлению ее пластических свойств. Кроме того, большое значение имеет здесь и состояние кишечной стенки.

Метод Рутье подкупает своей простотой и быстротой выполнения, что при операциях, особенно острого аппендицита, является чрезвычайно важным обстоятельством. Не менее важно также и то, что метод Рутье часто не требует выведения слепой кишки, и при нем исключена возможность образования гематом, перфораций и абсцессов, чего иногда невозможно бывает избежать при погружении культи ч. о.

Мы полагаем, что способ Рутье не менее рационален и при острых аппендицитах, особенно при наличии выпота в брюшной полости, ибо инвагинировать воспаленный отросток и накладывать кисетный шов на кишки с пораженным серозным покровом—это значит сознательно идти на образование абсцесса. Из наших 100 случаев мы вынуждены были изменить методику обработки культи лишь в одном случае, когда наложенная лигатура прорезывалась. Операция была закончена резекцией верхушки слепой кишки.

Применяемая нами техника аппендектомии обычна: накладывание зажима Кохера на культю, вследствие чего слизистая и подслизистая оболочки и часть мышечной раздавливаются и вытесняются по обе стороны зажима. Перевязка основания отростка шелком или кетгутом. Отсечение скальпелем ч. о. и смазывание культи карболовой кислотой.

Второе положение, которого мы придерживались при операциях острого аппендицита, это—накладывание по возможности глухого шва на брюшину, строго индивидуализируя каждый случай, в зависимости от степени имеющегося воспаления и состояния брюшной полости. На 100 операций мы применили введение тампонов лишь 7 раз: в пяти случаях в брюшную полость, и два раза в подкожную клетчатку. Поводом к тампонированию были гангрена и перфорация отростка при наличии ихорозного гноя. Все 5 случаев тампонирования брюшной полости относятся к первым 3-м десяткам случаев. Позднее мы применяли выпускники в подкожную клетчатку. В 6 случаях, имея те же показания для тампонады,шили наглухо, но впоследствии должны были частично распустить швы. В настоящее время мы значительно расширили показания к зашиванию брюшной полости наглухо при обязательном условии введения в подкожную клетчатку тампона.

Сторонников безоговорочного глухого шва нет и не должно быть. Учитывая биологические свойства брюшины, бактерицидность и пластич-

ность ее, необходимо стремиться к тому, чтобы по возможности не мешать развитию их во всей широте и, по выражению Delbet, „не делать из марли западни для клеток“. Тампонировать необходимо лишь тогда, когда имеется профузное кровотечение, когда нельзя провести перитонизацию, и брюшина потеряла свои пластические свойства настолько, что ее приходится рассматривать, как всякую воспаленную гнойную или гангренозную ткань.

Вопрос о раннем вставании после операции острых аппендицитов не новый. Об этом имеется довольно обширная литература, убедительно доказывающая преимущество подобного ведения послеоперационных больных, как наилучшего средства для избежания послеоперационных осложнений. Тем не менее в условиях Казани, насколько нам известно, ранние активные движения и раннее вставание мало кем применяются. Большинство больных с острым аппендицитом выдерживаются до 7—8-го дня в постели, и лишь по истечении указанного срока им разрешается ходить.

Больной, попадающий на койку в порядке экстренной помощи, представляет собой человека с совершенно неподготовленной психикой. Для него бывает чрезвычайно трудно осознать необходимость предложенной операции, и как велико бывает его удивление и радость, когда ему разрешается вести себя непринужденно вольно в физиологических пределах. Движение рук, ног, повороты на бок—спустя 5—6 часов после операции—как только стихнет боль и операционный психический шок. Наряду с удивлением и радостью у больного появляется вера в благополучный исход, если ему уже разрешают движения. Памятуя о том, что брюшина дает слипание через 6 часов, а мышцы брюшной стенки принимают должное необходимое напряжение для предоставления покоя, мы разрешаем больному в первые же сутки встать (с помощью) хотя бы для того, чтобы опорожнить мочевой пузырь. Принятая нами методика подготовки больного к операции и наш послеоперационный режим привели к тому, что наши больные совершенно не имели послеоперационных задержек мочи. Послеоперационный парез кишечника в течение 24—36 часов наблюдался лишь у 7 больных. Применением винных микроклизм (горячих) и введением обычных газоотводных трубочек обычно удавалось быстро устранять это неприятное осложнение. Благодаря раннему движению, вставанию и обязательному оперированию под местной анестезией мы имеем сравнительно ничтожное количество осложнений со стороны легких: 1 случай бронхопневмонии и 1 плеврит. Как правило, мы разрешали своим больным садиться уже на 2-й день. После 3-го дня больному разрешалось ходить. Выписка произведена была в 61 случае на 6-е сутки, в 29 сл. на 7-е, и 10 больных ушли в более поздние сроки.

Основными противопоказаниями для раннего вставания мы считаем воспалительные явления со стороны легких (пневмония), слабость сердца и глубокое нагноение.

Как видно, раннее вставание чрезвычайно благоприятно отражается на послеоперационном течении, значительно сокращая пребывание больного на койке.

На 100 случаев мы потеряли одну больную А., 19 лет, оперированную по поводу острого аппендицита катарального типа с сопутствующим

явлением со стороны эндометрия. Операция заняла всего 45 мин. под местной анестезией, тем не менее больная скончалась на 4-е сутки при явлениях перитонита. Аутопсия: констатирована целая лигатура на культе ч. о. Никаких видимых изменений со стороны культи. Омертвление пристеночной брюшины позади брюшной клетчатки, идущей книзу вплоть до матки. Причину смерти мы склонны искать в инфекции, исходящей из матки.

Представляя наш небольшой материал, мы считаем возможным вынести на обсуждение следующие выводы:

1. Метод обработки культи без инвагинации при острых аппендицитах является методом выбора, как наиболее простой и менее травматичный.

2. Нельзя не согласиться с большинством авторов, считающих, что ни серозно-гнойный экссудат, ни гнойная жидкость в брюшной полости, ни изменения в отростке не являются противопоказанием для глухого шва брюшины. Взяв установку на глухой шов брюшины, необходимо индивидуализировать каждый случай и при сомнениях шире применять тампоны в подкожную клетчатку.

3. Активные движения и раннее вставание после операции острого аппендицита благотворно действуют на психику больного и, устраняя обычные послеоперационные осложнения, быстрее восстанавливают трудоспособность.

Кардиорафия по материалу клиники ¹⁾.

С. А. Смирнов.

Близится, повидимому, момент, когда новый исследователь вопроса о кардиорафиях продолжит классический труд Джанелидзе („Раны сердца и их хирургическое лечение“), чтобы на еще большем сводном материале подтвердить взгляд хирургов на раненое сердце, как на орган, подлежащий хирургическому вмешательству. Поэтому с точки зрения накопления фактического материала приобретает значение и смысл опубликование каждого случая этой интереснейшей и глубоко волнующей операции, вне зависимости от ее исхода.

Наш материал невелик и представляет собой сводку 8 случаев, прошедших через клинику с 1928 по 1930 год.

Обзор оперативного материала клиники мы начнем с личных случаев, как наиболее ярко запечатлевшихся.

1. Б-ной Т-в, А., 16 лет, беспризорник, был подобран на улице и доставлен скорой помощью 2/IV 1930 г. с колото-резаной раной передней грудной стенки слева; рану нанес сам, с целью самоубийства, перочинным ножом. Объективно производит впечатление не вполне полноценного в психическом смысле человека; слабо развит физически; сознание сохранено; умеренная бледность кожных покровов лица, синюшности нет; дыхание слегка учащено и ослаблено; пульс 96 уд. в минуту, удовлетворительного наполнения. На передней грудной стенке, слева, над хрящевой частью 4-го ребра и по ходу его, приблизительно, на половине расстояния между левыми парастернальной и сосковой линиями имеется слегка зияющая ранка до 1 1/2 см длиной, с линейно ровными краями; через ранку в уме-

¹⁾ Материалом для данной работы послужили случаи, наблюдавшиеся в госпитальной хирургической клинике Казанского мединститута за время руководства проф. В. Л. Боголюбова.