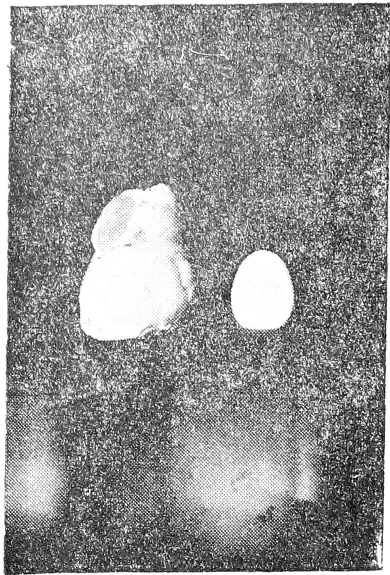


Status praesens. Со стороны внутр. органов патологич. изменений нет. При бимануальном исследовании хорошо прощупывается громадный камень, на 2 поперечных пальца выдающийся над лобком. Камнеискатель у входа в пузырь сразу натывается на камень и дальше не идет. Моча кислая, содержит эритроциты. 25/VIII 1935 г. под эфирным наркозом больному была сделана операция—Sectio



alta. Пузырь ничем не наполнялся. Брюшинный заворот оказался и так высоко, и его удалось отодвинуть еще выше, так что обнажилась довольно большая часть пузыря, выпираемая камнем. Сделан продольный разрез стенки пузыря длиной в $4\frac{1}{2}$ поперечных пальца, и был вынут громадный камень. Вынимание камня было затруднительно, мешали глав. образом прямые мышцы, которые приходилось с силой раздвигать крючками. Камень вынут был пальцами, без помощи инструментов. Стенка пузыря толщиной 0,8 см., слизистая оболочка густо-красного цвета. Рана пузыря зашита наглухо кетгуттом, в 2 этажа. На апоневроз—кетгут, причем оставлена маленькая щель, через которую заведена в предпузырное пространство узкая марлевая полоска. На кожу скобки. Катетер à demeure.

Послеоперационное течение прошло гладко, и 6-ой выписался 19/IX 1935 года здоровым.

Камень неправильно-яйцевидной формы, весом 430 г.; диаметры по трем взаимноперпендикулярным направлениям $7 \times 8 \times 11$ см.; окружность по длиннику 29 см., окружность по поперечнику 23 см. Передняя поверхность камня гораздо ровнее задней,

где вследствие неравномерного отложения солей (что по всей вероятности вызвано складками слизистой пузыря) образовались причудливые, неподдающиеся описанию неровности (см. рисунок, камень заснят с передней поверхности, рядом для сравнения—куриное яйцо).

По величине камень большого может быть поставлен наряду с наиболее крупными, отмеченными в литературе.

Из Сарапупльской городской больницы (зар. хир. отд. П. П. Митрофанов).

Отдаленные результаты после обширной резекции тонкого кишечника.

П. П. Митрофанов.

Описание отдаленных результатов при обширных резекциях кишок (около 2 метр. и более) должно представлять научно-практический интерес в отношении выбора операции и прогноза хирургического вмешательства при разного вида непроходимости и множественных повреждениях кишечника. По литературному материалу мне не удалось встретить описание отдаленных результатов при обширной резекции тонкого кишечника (общ. рез. т. к.). Очевидно они не прослежены, и, по представленным в литературе 30 случаям общ. рез. т. к., надо полагать, что авторы

высказывали свой взгляд на судьбу оперированных больных на основании ближайших результатов. Проф. Бурденко на заседании Моск. хир. о-ва в 1931 г. высказал свой взгляд, что общ. рез. верхнего отдела тонких кишок ведут к поносам, истощению и смерти, удаление же нижнего отдела кишок поносов не дает, и больной может выжить. Кремер, при описании 2 случаев общ. рез. т. к. (Н. х. а. № 119, 1935), также наблюдал поносы, истощения и смерть. Ватман (Н. х. а. № 137, 1935) в описании своего случая общ. рез. т. к. отмечает обильные поносы после операции и последовавшее затем улучшение, после выписки из б-цы судьба больного неизвестна. Абрумянц (Сов. хир., т. IV, кн. V, 1933 г.) при резекции 4,1 м. т. к. у мальчика 5 лет наблюдал в ближайшее время после операции хорошее состояние, прибавь в весе, но все же через 5½ мес. поносы и смерть от истощения. По мнению авторов, описавших обширные резекции тонких кишок, надо считать, что отдаленные результаты резекции неблагоприятны—появляются поносы и смерть от истощения в течение 5—6 мес. после операции. Считаю необходимым поделиться наблюдением своих 2-х случаев, отдаленные результаты которых противоположны представленным в литературе случаям. Перехожу к описанию случаев.

1. Гр-н А-в, 25 л., 19/1 1931 г. поступил в б-цу (Баймак АБССР) с диагнозом—ущемленная паховая грыжа. Имеет грыжу несколько лет; пять дней тому назад грыжа ущемилась, и все попытки вправить не увенчались успехом; доставлен для операции. Больной слабый, частая рвота с запахом кала, живот вздут, стула нет; мошонка увеличена до размеров детской головки, кожа как на мошонке, так и в пахов. слобе воспалена, болезненна при пальпации. Срочная операция под общим хлор. наркозом. Широкий разрез бр. стенки, вне воспаленного участка, под острым углом к ножкам дупартовой связки; вскрыта брюшная полость; обнаружено: ущемление верхнего отдела тонкого кишечника в грыжевых воротах, с перекручиванием брыжейки на 180°. После перевязки сосудов брыжейки и ее отсечения наложен боковой анастомоз между приводящим и отводящим концами ущемленного кишечника, а так как ближайшая часть кишечника, к месту ущемления, была сомнительной в отношении жизнеспособности тканей, то с целью предотвращения в дальнейшем опасности ее омертвения и гнойного перитонита, париетальная брюшина была подшита к серозной кишке, ниже анастомоза, и таким образом место операции было выведено из брюшной полости; в образованный футляр из брюшины, временно, до окончания операции, была заложена салфетка. В дальнейшем разрез продлен на мошонку; вскрыта мошонка; гнойные массы с распадом тканей кишечника и калом излились через опер. рану; кишечник выделен, обернут полотёнцами, полость мошонки очищена, промыта iodным раствором, вставлены тампоны в мошонку и рана слегка сужена швами. В дальнейшем приступили к резекции гангренизированной кишечника; тампон из брюшного „футляра“ удален, наложены жомы, кишечник резецирован; культы закрыты узловатыми швами и опущены за брюшную стенку, но не в брюшную полость; вставлены тампоны в брюшную рану. Резецированный кишечник оказался длиной 2,5 м.

Послеоперационный период. На 3 сутки после операции при перевязке из раны выделилась жидкость с запахом кала, при одновременном жидком стуле через естественный анус. Жидкий стул в течение 4 суток. Рана заживала вторичным натяжением, при перевязке каждый раз выделялся кал. 21/II произведена операция—закрытие калового свища, с одновременным сужением грыжевых ворот и пахового канала. Каловые массы после вторичной операции не выделялись.

12/III больной выписался в удовлетворительном состоянии, прибывшим в весе и с полным зарубцеванием раны.

Дальнейшее наблюдение. 31/XI 1931 г. вид оперируемого хороший, поносов не было, работоспособен. В 1932 г. больного я видел в том же хорошем состоянии, поносов не было. В 1936 г., через пять лет и 2 мес. я получил письмо от больного. Больной отвечает на мои вопросы: 1) аппетит повышенный; 2) незначитель-

ный понос был в 1935 г., после чего вскоре поправился и опять прибыл в весе; 3) в настоящее время занимается тяжелым физическим трудом (лесоруб) и выполняет работу успешно, расстройства кишечника не бывает.

2. Гр-н Ш-н, 19 лет, доставлен в б-цу 28/VII 1933 г. (В. Салда) с резаной раной брюшной стенки с эвентрацией кишечника. Слабый пульс, бледность кожных покровов. Забинтован грязными полотенцами, пропитанными кровью и калом. При осмотре обнаружено: резаная рана дл. 8 см находится на уровне пупка, по наружному краю правой прямой мышцы, эвентрированный кишечник имеет две сквозные, зияющие раны на расстоянии более метра друг от друга. Кишечник обмыт физиол. раствором, завернут в простынь, окружающее место обмыто 10% раствором повар. соли. Операционное поле приготовлено спиртом и иодом. Операция под общим хлор. наркозом. Рана расширена разрезом, осмотрены брюшные органы, нарушения целостности других органов не обнаружено. Между приводящим и отводящим концами кишечника с брюшной стороны наложен боковой анастомоз, эвентрированная часть кишечника резецирована. Удален верхний отдел кишечника. Оперированное место на кишечнике обмыто 10% раствором повар. соли, вставлен тампон Микулича, рана оставлена незакрытой, но слегка сжата с краев. Длина удаленного кишечника—183 см. Послеоперац. течение гладкое, рана зарубцевалась в течение месяца, поносов совсем не наблюдалось, больной выписан. 1/IX 33 года в удовлетворительном состоянии и хорошей упитанности. Через три мес. после выписки, по наведенным справкам, оперируемый в удовлетворительном состоянии, поносов нет и не было. О дальнейшей судьбе сведений не имеется.

Из прослеженных нами двух случаев общ. рез. т. к. первый, где наблюдение более пяти лет, отдаленный результат безусловно можно считать хорошим—оперируемый не истощен, не изнурен поносами и способен к тяжелому физическому труду; второй—длительность наблюдения только 4 мес., что, конечно, не дает права судить о дальнейшей стойкости хороших результатов, однако при менее отдаленных наблюдениях второго случая мы видим полное отсутствие поносов и истощения, при общем удовлетворительном самочувствии оперированного.

Нам кажется, что дальнейший исход операции при обширной рез. т. к. зависит от следующих условий: 1) от длины оставшегося кишечника; если оставлено не менее половины всей длины тонк. кишечника, то всасывающая поверхность оставшегося кишечника очевидно справляется с обслуживанием организма и может не вызвать истощающих поносов и смерти больного; 2) от техники оперирования; резекция кишечника дает спайки брюшных органов вследствие реактивных воспалительных явлений со стороны брюшины; спайки ведут к кишечной непроходимости, повторным операциям и, в большинстве, к смерти больного.

В заключение мы считаем нужным отметить следующее:

1) Резекция половины длины тонкого кишечника может дать хорошие отдаленные результаты с полной трудоспособностью оперируемого.

2) При резекции тонкого кишечника около половины его длины поносов может не быть.

3) При резекции кишечника необходимо, с целью профилактики воспаления брюшины и дальнейших спаек, оперированный участок кишки обшить брюшиной ниже анастомоза, таким образом вывести из брюшной полости, но оставив его за брюшной стенкой.

4) Все случаи общ. рез. кишок, техника оперирования, ближайшие и отдаленные результаты необходимо освещать в печати.