

ИЗ ПРАКТИКИ.

К вопросу о закрытии кишечных свищей по способу выворачивания резецированных отрезков через свищевое отверстие.

М. В. Карташева.

Прочитав в № 10 „Казанского медицинского журнала“ за 1929 г. статью д-ра П. И. Садовского на эту тему и принимая во внимание незначительное число операций этого рода, описанных в русской литературе, я решил описать и свой случай, тем более, что он представляет некоторые особенности¹⁾.

9-го января 1926 года в Сухумскую главную больницу Абхазии был доставлен мальчик 9 лет, абхазец, С. Ж., с запущенной гангренозной правосторонней паховой грыжей, в тяжелом состоянии. Делать операцию восстановления кишечной трубки, в виду резко выраженной интоксикации больного, я не решился. Грыжа была флегмонозная. Я ограничился удалением омертвевшей части мошонки и грыжевого мешка, вплоть до наружного отверстия пахового канала, и отсек ущемленную омертвевшую петлю тонкой кишки. Затем я пришил несколькими швами к апоневрозу и пупартовой связке приводящую и отводящую кишки вместе с оставшимися частями грыжевого мешка. Яичко и семенной канатик были выделены и сохранены, так как они казались жизнеспособными. Это и подтвердилось дальнейшим течением болезни. Операция произведена под спинномозговой анестезией.

Больной стал поправляться, но очень медленно. 11 февраля, под смешанным наркозом, приступлено к чревосечению по правой параректальной линии с намерением произвести радикальную операцию восстановления кишки и удаления резецированных отрезков через свищ. Однако, в виду еще значительной слабости больного и дурно протекавшего наркоза, мне пришлось ограничиться наложением соустья между прилежащими друг к другу приводящим и отводящим коленами кишки при помощи пуговки Мэрфи, на расстоянии около 10 сант. от внутреннего отверстия пахового канала. Брюшная рана закрыта послойно, наглухо. Гладкое течение и быстрое восстановление сил больного. Появился кал *per anum*. Но и через свищ продолжало выходить содержимое тонких кишек. Когда больной был переведен на общий стол, у него появились запоры, а через свищ стало отходить кишечное содержимое в большем количестве.

9 марта под местной анестезией была сделана попытка пластического закрытия свища, окончившаяся неудачей: свищ через несколько дней после зашивания раны вскрылся, и выделение через него возобновилось, хотя и в меньшем количестве.

19 апреля, под смешанным ингаляционным наркозом, вторичное чревосечение, с разрезом на этот раз от пупка по направлению к свищу, не доходя до последнего на 2 поперечных пальца. Этот разрез представляется мне дающим больше простора. Разумеется, кожа вокруг свища подвергалась долгому предварительному лечению. А накануне операции грануляции вокруг свища соскоблены, и этот участок кожи тщательно продезинфицирован. Перед операцией—обильное смазывание кожи йодной настойкой и отгораживание свища несколькими слоями марли, приколотыми к коже. Раскрыв хорошо рану и осмотрев место анастомоза, я, к удивлению своему, установил следующее: тонкая кишка на месте анастомоза представляла собой совершенно однородную трубку без всякого утолщения в приводящем колене. Никакого перехвата, никакого вдавливания на месте анастомоза не замечалось. На боковое соустье указывали только два сросшихся между собой отрезка кишки, имевшие вид как бы отростка, вращенного в паховой канал. Очевидно, небольшое отверстие анастомоза, образованное пуговкой Мэрфи, в дальнейшем расширилось до нормального просвета тонкой кишки, почему и контуры по-

¹⁾ Д-р Садовский собрал, вместе со своими двумя, 9 случаев. Следовательно, мой будет десятым.

следней сгладилась. Таким образом, потребность в резекции кишки для восстановления ее просвета отпала. Нужно отметить также, что никаких сращений между петлями кишки, салынником и париетальной брюшиной не имелось.

Наложив 2 жома *Doyle'a*, какие употребляются при экстирпации матки, я рассек между ними вращенные в свищ отрезки кишки. Проксимальные по отношению к кишечнику концы, разъединив их на месте сращения, я ввернул по направлению к анастомозу и закрыл двумя кисетными швами; дистальные концы разъединил, ввернул по направлению к свищу и закрыл каждый одним кисетным швом. Затем я легко вывернул их на корцанге со стороны брюшной полости наружу через отверстие свища. Брюшная рана закрыта послойно, наглухо. Вывернутые наружу отрезки кишки иссечены вместе с прилежащей кожей, паховый канал восстановлен. Наружное отверстие зашито частично. Введен марлевый выпускник. В дальнейшем гладкое заживление операционной раны и быстрое закрытие грануляционной раны бывшего свища.

Этого мальчика я видел через несколько месяцев после выписки из больницы и еще раз — года через полтора. Он был совершенно здоров.

Профессор И. И. Греков предложил метод удаления гангренозных грыж и вообще воспаленных тканей — *en bloc*. Доктор В. В. Крестовский удачно оперировал по этому принципу флегмонозную грыжу у мужчины, внося существенное дополнение в том смысле, что шел через отдельный разрез брюшной стенки, в некотором отдалении от флегмонозного очага, и иссекал грыжу *en bloc* изнутри кнаружи, о чем сообщил на XX Съезде российских хирургов в Москве и описал в статье — «О радикальном иссечении и *en bloc* ущемленных, гангренозных, паховых грыж у мужчин» (В. X. и П. О. 26—27). Эти предложения являются бесспорным приобретением хирургии. Но решать вопрос в каждом отдельном случае — как оперировать гангренозную грыжу, мне кажется, следует в зависимости от состояния больного.

И при тяжелой интоксикации все же, пожалуй, осторожнее будет сначала наложить *anus praeternaturalis*, а радикальную операцию отложить до времени исчезновения явлений шока и интоксикации.

Что же касается метода эвагинации отрезков кишек через свищ, то он так прост и целесообразен, что применение его напрашивается само собой, раз делается чревосечение для восстановления кишки.

Из Хирургического отделения Казанской адмиралтейской рабочей больницы.

Случай подкожного разрыва селезенки ¹⁾.

Д-ра Ю. А. Ратнера.

В последние годы в связи с эпидемией малярии в нашей стране заметно чаще наблюдаются случаи подкожного разрыва селезенки. В голодные годы разрыв селезенки наблюдался также у тифозных больных.

Переполненный кровью, увеличенный в размерах, патологически измененный орган часто не выдерживает ничтожного физического напряжения. Описаны случаи разрыва малярийной селезенки при беременности, рвотных движениях, во время сна, при повороте на бок (т. наз. самопроизвольный разрыв селезенки). Однако, в большинстве случаев разрыв наступает после той или другой травмы (ушиб, падение). Тонкая капсула селезенки при этом разрывается легко, наступает тяжелое, часто смертельное, внутреннее кровотечение. Смертность без операции огромная (90—95%). Иногда кровотечение в свободную брюшную полость наступает не тотчас после травмы, а спустя несколько часов или даже дней (вторичное кровотечение).

Механизм разрыва селезенки не всегда одинаков. Во многих случаях имеет место непосредственное воздействие внешней силы на нижний полюс увеличенной селезенки. Чаще, однако, удар приходится по реберной дуге. Разрыв происходит

¹⁾ Долож. в хир. секции Казанск. общ. врач..