

Из факультетской хирургической клиники (директор проф. Флеров).
Ижевского госмединститута.

Закрытие калового свища с эвагинированием и удалением резецированного отдела слепой кишки.

С. И. Ворончихин.

В „Казанском медицинском журнале“ (№ 7, 1932 г.) Осиповский сообщает, что в русской литературе операций закрытия калового свища способом эвагинации описано мало: Садовский собрал 9 случаев, Карташев описал 1 случай и Осиповский 1 случай.

К таким случаям нужно отнести и наш.

Больная Р., 49 лет, колхозница, в 1934 г. экстренно оперировалась в сельской больнице по поводу ущемленной правосторонней паховой грыжи. После операции осталась большая рана, через которую выделялся весь кал. По поводу калового свища лежала 8 месяцев в больнице, где В. Н. Парин сделал 2-кратную лапаротомию.

Первая операция в ноябре 1934 г. состояла в выключении свища путем наложения анастомоза между подвздошной и поперечно-ободочной кишками с наложением лигатуры из fascia lata бедра на ileum. После этой операции большая часть кала начала выделяться per vias naturales.

При второй операции, в начале 1935 г., хирургу из-за спаек в брюшную полость попасть не удалось. Больная выписана домой с заявлением, что больше операции делать нельзя. Врачи, к кому она обращалась, лечить отказались. Помирившись с печальной мыслью, что заболевание неизлечимо, больная начала вести прежнюю работу домашней хозяйки в своей семье. От физической, хотя и ограниченной работы, из раны начала выпадать кишка, которая постепенно увеличивалась в размере, и в последнее время нижний конец ее уже доходил до середины бедра. После приключившегося пожара заболевание усилилось. Вправление было бесполезным занятием, так как кишка немедленно вновь выпадала. Выпавшую кишку больная носила в мешочке из холщевой ткани.

В апреле 1937 г. больная поступила в нашу клинику. Питание понижено, покровы бледны. На левом бедре рубец длиной 30 см. Сердце и легкие удовлетворительны. Живот мягкий, не вздут. Выше пупка по средней линии и отступя на 3 см вправо имеются два параллельных послеоперационных рубца длиной в 7 см. В правой подвздошной ямке тотчас выше Пупартовой связки и параллельно ей имеется большое послеоперационное свищевое отверстие (длина 6 см), где к истонченным и цианотичным краям кожи кругом приросла слизистая оболочка кишки (каловый свищ).

В свищевое отверстие выпадает кишка длиной 25 см, с вывороченной наружу слизистой оболочкой; механизм подобный выпадению прямой кишки. Слизистая оболочка нормального розового цвета, влажная, выделяет обильно слизь, из кишки также выделяется в небольшом количестве оформленный кал. Кишка легко вправляется, но тотчас выпадает снова. Просвет кишки, уходящий в брюшную полость, единственное, что указывает (до некоторой степени) на свищ слепой кишки и эвагинацию ее.

Предоперационный диагноз: послеоперационный каловый свищ с выпадением слепой и восходящей кишок.

14/V 1937 г. операция под общим хлороформно-эфирным наркозом (Ворончихин).

Выявленная кишка вправлена, в просвет введена толстая резиновая трубка в качестве ориентира для отыскания этой кишки со стороны брюшной полости. Трубка фиксирована к коже швом: кожный дефект свища закрыт провизорно узловатыми швами и заклеен коллодийной повязкой. Эта предварительная подготовка произведена для создания асептичности. Тотчас выше свища — разрез по Lenander'у параректально. По вскрытии брюшной полости обнаружены мощные пласты спаек, замуровавшие кишечник и интимно сросшиеся с париетальной брюшиной. Петля кишки прощупана резиновой трубкой. Эта петля, оказавшаяся слепой кишкой, с большими трудностями выделена из спаек.

Следующим моментом освобождены все органы, приросшие к свищевой ране. При обследовании их выявлено, что на конце слепой кишки имеется дефект, равный кожному, причем кишка приросла к коже. Appendix и петля подвздошной кишки — тотчас перед Баугиниевой заслонкой — расположены латеральнее соесис и приросли своими серозными оболочками в латеральный угол, образуемый соесис и брюшной стенкой. Вот почему при вынаждении соесис и восходящей кишки оставались в брюшной полости appendix и Баугиниева заслонка — обстоятельство, затруднявшее точно диагностировать перед операцией выявленную кишку. Отступая от места приращения к свищу,



а равно и от Баугиниевой заслонки, слепая подвздошная кишка рассечены между двумя лигатурами. Образовавшиеся четыре культи инвагинированы кيسетным швом в просветы. На отводящую культю толстой и приводящую подвздошной кишок наложен анастомоз бок в бок. Предварительно помощником удалена резиновая трубка из свища и сняты провизорные швы. Подлежащие удалению культи соесом с appendix'ом и Баугиниевой заслонкой и культи подвздошной кишки через свищ выведены коридангом в асептических условиях наружу (эвагинация). Лапаротомная рана послойно зашита наглухо и заклеена коллодийной повязкой.

Последний момент операции заключался в удалении выведенных наружу кишок и пластическом закрытии свищевого отверстия: кожа кольцеобразно вокруг свищевого отверстия шириной в 1 см³ иссечена и вместе с кишечной культей, а также иссеченным рубцовым кольцом, удалена¹).

Обнажившаяся и выпячивающаяся воронкообразно в рану брюшина зашита непрерывным кетгутовым швом.

Дальнейшее пластическое зашивание раны произведено как при грыжесечении. Мышцы подшиты к Пупартовой связке. Выделенные свободные листки апоневроза наружной косой мышцы сшиты. Кожные швы. Мышцы, апоневроз, Пупартова связка оказались совершенно свободными от рубцовых изменений, факт, дающий возможность судить о характере первой операции: повидимому хирург ограничился вскрытием ущемившейся гангренозной кишки, которой оказалась слепая кишка.

Послеоперационное течение гладкое. Стул на 5-й день. Швы сняты на 10-й день. Заживление per. I intent. На рентгенограмме с контрастной массой ясно видны два анастомоза: на поперечной ободочной и восходящей кишках.

Больная выписана 4/VI 1937 г. здоровой через 20 дней после операции.

Поступила в ред. 29/VI 1937 г.

г. Ижевск, Пушкинская, 2, кв. 7.

Из 1-й хирургической клиники (директор доц. Ю. А. Ратнер) Казанского гос. института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

Случай рака мочевого пузыря в сочетании с гипернефромой правой почки.

Н. Х. Ситдыков.

Злокачественные новообразования почек встречаются нечасто. По немецкой статистике на 100000 вскрытий приходится злокачественных опухолей почек меньше 1%. Равазини на 10034 аутопсии нашел всего 22 случая новообразований почек и надпочечников злокачественного характера. В статистике Ленеке на за 10 лет из 796 раковых опухолей указан только один случай рака почки. По статистике Давыдовского из 2765 случаев злокачественных новообразований на почки приходится всего 31 случай.

Злокачественные новообразования мочевого пузыря встречаются несколько чаще, чем бластомы почек. По данным Ротимова, отношение пузырных новообразований ко всем хирурги-

¹ Больная и препарат демонстрированы в Удмуртском хирургическом обществе 28/V 1937 г.