

утолщениях слизистой оболочки, горизонтальные и параболические границы затемнений при наличии жидкости, уплощение кист гайморовых пазух.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белецкий В. И. и Новик Е. Н. Врач. дело, 1954, 2.—2. Бухман А. И. Тез. докл. VII Всесоюз. съезда рентгенологов и радиологов, Саратов, 1958; Вест. рентген. и радиол., 1959, 1; Флюорография придаточных пазух носа. Канд. дисс., М., 1960.—3. Гинзбург В. Г. Частные вопросы рентгенологии и радиологии, М., 1961.—4. Гурский Г. Н. В сб. докл. I Дальневосточной научно-практической конференции рентгенологов и радиологов, Владивосток, 1961.—5. Файзуллин М. Х. Вести. рентген. и радиол., 1957, 1; Рентгенодиагностика заболеваний и повреждений придаточных полостей носа, М. 1961.—6. Фомина-Сахарова В. М. В сб. работ Крымской обл. больницы им. Н. А. Семашко, посвящ. памяти Н. И. Пирогова, Симферополь, 1957.—7. Цапалин А. М. и Китайгородский Б. А. Воен.-мед. журн., 1959, 2.—8. Birzu J. a. Radulescu M. Excerpta medica, 1958, august, 20—23.

Поступила 3 октября 1962 г.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИХЛОРВИНИЛОВОЙ СЕТКИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

В. В. Алексеев

Республиканская клиническая больница (главврач — Ш. В. Бикчурин) и кафедра общей хирургии (зав.—проф. В. Н. Шубин) Казанского медицинского института

Опыт применения различных аллопластических материалов для закрытия больших мышечно-апоневротических дефектов при вентральных и паховых грыжах освещен широко, но продолжает интересовать широкие круги практических врачей. Предложенные материалы: металлические сетки — танталовая, стальная, из виталия нередко фрагментируются; нейлон, капрон и дакрон часто вызывают серозиты с последующим отторжением; лучше приживают пластины поливинилалкоголя и других синтетических смол.

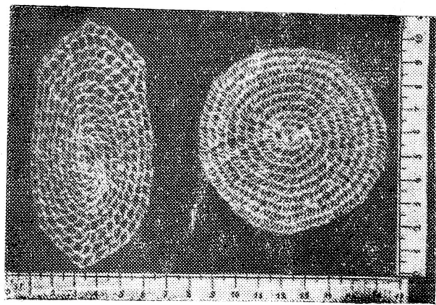


Рис. 1. Вид сетки.

к апоневрозу и мышцам с помощью шелковых узловатых швов. Предварительное вшивание ее под кожу кроликам показало инертность к тканям и хорошее прорастание соединительной тканью.

При бактериологическом исследовании смыва после 30-минутного кипячения поливинилалкогольной губки и полихлорвиниловой сетки в 30 случаях посев с сетки ни разу не дал роста, из 30 смывов с губки в 4 случаях наблюдался рост микрофлоры.

Известно, что после пластики губкой в области трансплантата определяются припухлость и уплотнение. Предложенная нами сетка легко и плотно обрастает соединительной тканью, не вызывая никаких жалоб или осложнений в дальнейшем, и в то же время надежно закрывает участок бывшего дефекта.

Приводим наше наблюдение. Ф., 45 лет, поступил 4/II-60 г. с жалобами на боли и выпячивание в правой подвздошной области, которые появились 2 года тому назад после операции по поводу перитонита аппендикулярного происхождения. В области одного из трех рубцов передней брюшной стенки через 2 месяца после операции образовалась грыжа.

В правой подвздошной области определяется округлый дефект стенки живота 8 см в диаметре, через который под кожу выпячиваются брюшные внутренности.

24/II-60 г. операция под местной инфильтрационной анестезией. Иссечен рубец кожи, вскрыта брюшина, отделены припаянные к рубцу кишечные петли. Удален грыжевой мешок, и брюшина зашита наглухо, поверх нее наложена сетка диаметром 8 см и узловатыми шелковыми швами подшита к краям дефекта апоневроза. Сохранившаяся в наружном крае раны внутренняя косая мышца подшита к апоневрозу поверх сетки, наложены кетгутовые швы на поверхностный апоневроз и шелковые — на кожу. Послеоперационное течение гладкое, больной выписан на 13-й день. 7/IV-60 г. продемонстрирован на заседании хирургического общества. Жалоб не предъявляет, сетка при пальпации не определяется и не беспокоит.

12/X-60 г. вторичный осмотр: рубец мягкий, безболезненный, сетка не пальпируется; больной выполняет физическую работу (пилит и колет дрова), при этом никаких болезненных явлений не отмечает.

Всего нами оперировано 13 больных, где применена пластика хлорвиниловой сеткой по поводу: рецидивных грыж переднебрюшной стенки — у 7 (2 мужчин и 5 женщин в возрасте от 22 до 55 лет), рецидивных паховых грыж — у 6 (5 мужчин и одна женщина в возрасте от 19 до 72 лет). Подвергались оперативному лечению до поступления в клинику больные с паховыми грыжами: один раз — 4; два раза — 1; три раза — 1; оперированы по поводу вентральных грыж один раз — 2; два раза — 3; три раза — 1; четыре раза — 1 больной.

У З., 19 лет, при дважды повторяющейся послеоперационной паховой грыже с большим дефектом пахового канала (отверстие пропускало три пальца) после пластики хлорвиниловой сеткой на 7 день появились краснота, болезненность и инфильтрация послеоперационного рубца. На 8 день были сняты два кожных шва, выпущен гной, сетка оставлена, в рану введен раствор пенициллина и наложена асептическая повязка. В дальнейшем ежедневно на протяжении двух недель рана промывалась раствором грамцидина. Рана очистилась и закрылась грануляциями с последующим образованием корочки; еще через неделю больной был выписан в хорошем состоянии.

В данном случае наглядно видно, что даже при нагноении сетку можно оставлять на месте и применением антибиотиков достигнуть хороших результатов.

Когда дефект мышечно-апоневротической стенки так велик, что над сеткой не удастся расплатать мышцы или апоневроз, то неплохой результат получается, если над сеткой сшить просто кожу с подкожной клетчаткой.

Приводим пример: К., 59 лет, поступила 20/VIII-60 г. с ущемлением сальника в рецидивной правосторонней паховой грыже и двумя вентральными послеоперационными грыжами по средней линии живота. В январе 1960 г. оперирована по поводу кишечной непроходимости, в 1957 г. — по поводу правосторонней паховой грыжи. В феврале 1960 г. в области рубца по передней брюшной стенке возникли две припухлости: верхняя — величиной с грецкий орех, нижняя к моменту поступления достигла величины мужского кулака.

К. — женщина с чрезмерно развитой жировой клетчаткой, на передней брюшной стенке обширный рубец от мечевидного отростка до пупка, в верхней части его припухлость величиной с грецкий орех плотно-эластической консистенции, которая с урчанием вправляется в брюшную полость, после чего в апоневрозе определяется дефект, пропускающий два пальца. В нижней части рубца припухлость величиной более мужского кулака, которая тоже вправляется в брюшную полость, и на ее месте определяется дефект мышечно-апоневротической стенки 7 см в диаметре. В правой паховой области в центре кожного рубца болезненный инфильтрат величиной с лесной орех, кожа в окружности гиперемирована.

Диагноз: Две послеоперационные вентральные грыжи передней брюшной стенки. Воспалительный инфильтрат в области послеоперационного рубца правой паховой области.

В течение двух недель больная получала антибиотики, тепловые процедуры на участок воспалительного инфильтрата, что привело к рассасыванию инфильтрата.

7/IX-60 г. под местной инфльтрационной анестезией иссечен послеоперационный рубец от мечевидного отростка до пупка. Верхнее отверстие, пропускавшее два пальца, ушито двумя П-образными швами. В нижнем отверстии диаметром в 7 см имелось два участка, куда выпячивалась брюшина, они отделены от подкожной клетчатки и от припаявшихся петель тонких кишок, вскрыты и иссечены, брюшина ушита наглухо. Поверх брюшины положена круглой формы хлорвиниловая сетка 6 см в диаметре, которая узловатыми шелковыми швами подшита к краям апоневроза. Так как сетку не удалось покрыть мышцами или апоневрозом, то над ней наложены кетгутные швы на подкожную клетчатку, шелковые швы и спиртовая повязка на кожу. Послеоперационное течение гладкое. Заживление первичным натяжением. Швы сняты на 13-й день. Больная выписана в хорошем состоянии.

Больная осмотрена через месяц, 27/X-60 г., жалоб нет, сетка не пальпируется и не беспокоит.

Результаты наших наблюдений пока немногочисленны и требуют дальнейших исследований, однако мы считаем вправе рекомендовать полихлорвиниловую сетку в качестве общедоступного, легко и надежно стерилизуемого аллопластического материала, который хорошо вживается. Пластика может быть с успехом применена в любой участковой больнице.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воронина С. М. Хирургия, 1956, 2. — 2. Гейнце Р. Пластмассы в медицине. М., 1957. — 3. Даниленко М. В. и Фищенко А. Я. Хирургия, 1960, 11. — 4. Долецкий О. Я. Диафрагмальная грыжа у детей. Докт. дисс. М., 1958. — 5. Дулье М. В. Оценка некоторых способов грыжесечений на основании обследования отдаленных результатов 1144 оперированных грыж. Полоцк, 1939. — 6. Крымов А. Ф. Брюшные грыжи. Киев, 1950. — 7. Петровский Б. В. Хирургия, 1957, 7. — 8. Петровский Б. В., Бабишев С. И., Николаев М. О. Хирургия, 1958, 12. — 9. Сосон-Ярошевич А. Нов. хир. арх., 1927, т. 12. — 10. Филатов А. М., Берингер Ю. В., Головин Г. В., Медведев П. М. Пересадка и замещение тканей и органов. М., 1960.

Поступила 23 марта 1961 г.

ЗНАЧЕНИЕ ПЕРИАППЕНДИКУЛЯРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В РАЗВИТИИ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ

З. З. Алимов

1-е хирургическое отделение (научный руководитель — проф. В. Н. Шубин) Республиканской клинической больницы (главврач — Ш. В. Бикчурин !)

Историю борьбы с воспалительными осложнениями после операции по поводу аппендицита с некоторой условностью можно разбить на два периода.

Первый период (1900—1949), когда для профилактики осложнений применяли марлевые тампоны с йодоформом, дренажи; при наличии гноя в брюшной полости — тампонаду по Микуличу, ультрафиолетовое облучение краев раны после операции, введение в рану стрептоцида или сульфидина, марлевые дренажи с мазью Вишневского и другие методы.

Второй период (с 1950 до настоящего времени), когда начали широко применять антибиотики.

Если в I периоде, по литературным данным, наблюдалось более 20 видов воспалительных осложнений (по классификации Г. Я. Иоссега, 1958) после операции по поводу аппендицита, то во II они сократились в среднем до 5 (инфильтрат, нагноение, перитонит, пневмония, поддиафрагмальный абсцесс). Из встречающихся осложнений наибольшее число падает на воспалительные осложнения со стороны раны.

Если процент осложнений со стороны раны в I периоде колебался в пределах от 11,5 до 66,7, то во II — от 3,9 до 15,7. Снижение процента осложнений во II периоде нужно объяснить, во-первых, применением антибиотиков во время операции и в послеоперационном периоде и, во-вторых, нарастанием числа операций на ранних сроках заболевания (до 12 часов). Но, несмотря на достигнутые успехи, частота воспалительных осложнений со стороны раны остается высокой.

Предложенные выше десяти методов профилактики осложнений послеоперационных ран направлены в основном на борьбу с инфектом, попавшим в рану экзогенным путем, то есть во время операции. При аппендэктомии, когда возможно