

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 кетгутовые 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

экзогенное инфицирование раны, нельзя исключить инфицирование раны в послеоперационном периоде эндогенным путем.

Нами подвергнуто клиническому исследованию и изучению 850 больных острым и 363 — хроническим аппендицитом. Процент воспалительных осложнений (инфильтрат, нагноения) раны составил на 1213 аппендэктомий 7,6.

Учитывая роль периаппендикулярных изменений в развитии послеоперационных ранних осложнений, мы больных с различными формами аппендицита разделили на две подгруппы. В первую включили больных без периаппендикулярных изменений, во вторую — с периаппендикулярными изменениями.

Если у больных хроническим аппендицитом без периаппендикулярных изменений процент осложнений составляет 2,4, то у больных с периаппендикулярными изменениями — 5,7, то есть в 2 раза больше; при остром катаральном аппендиците — в 4 раза, а при деструктивных формах — в 2,5 раза больше, чем у больных без периаппендикулярных изменений.

Различают асептические и инфицированные операции. Операции по поводу хронического аппендицита относятся к категории асептических, острого аппендицита — инфицированных. По данным В. И. Стручкова (1959), нагноения раны после асептических операций отмечаются в 1—4% случаев. Если причины осложнений при хроническом аппендиците без периаппендикулярных изменений объяснять попаданием инфекции в рану экзогенным путем, то разницу числа осложнений (3,3%) между первой и второй подгруппами нужно объяснять развитием инфекции эндогенным путем. Такое же объяснение можно дать и при остром катаральном аппендиците. Низкий процент осложнений при деструктивных формах аппендицита объясняется применением антибиотиков во время операции и в послеоперационном периоде. На нашем материале брюшная полость была дренирована у 203 больных с выраженной деструкцией червеобразного отростка и гнойным выпотом в брюшной полости. Остальным 218 больным с деструктивной формой аппендицита брюшная полость после введения антибиотиков была зашита наглухо. Процент осложнений у больных без дренирования брюшной полости был в 2,5 раза больше, чем у больных, которым в послеоперационном периоде вводились в брюшную полость через дренажную трубку антибиотики. Последнее обстоятельство лишний раз подтверждает значение периаппендикулярных изменений в развитии воспалительных осложнений со стороны раны.

Наблюдая за течением послеоперационного периода, нам удалось установить, что послеоперационные осложнения нервнорефлекторного характера (тошнота, рвота, метеоризм, задержка мочеиспускания и стула) наблюдаются у больных с периаппендикулярными изменениями в 2—3 раза чаще, чем у больных без них. Введение антибиотиков в послеоперационном периоде ведет к сокращению числа осложнений нервнорефлекторного характера. Значит, причиной этих осложнений является в большинстве случаев развивающийся после аппендэктомии воспалительный процесс.

Как известно, воспалительный процесс сопровождается изменением температуры и картины крови. Придавая последним диагностическое значение, мы подвергли изучению температурную реакцию и картину крови больных, оперированных по поводу аппендицита. Всего исследовано 53 больных (мужчин — 23, женщин — 30). До 20 лет было 13, от 21 до 40 — 35 и старше — 5.

Изучая температурную реакцию и картину крови у 53 больных в послеоперационном периоде с разными формами аппендицита, нам удалось установить следующее:

I У больных хроническим аппендицитом:

а) Без периаппендикулярных изменений температура остается в пределах нормы или повышается до 37,5° и нормализуется на 2—3 сутки после операции. Количество лейкоцитов увеличивается на 2000—3000 с незначительным сдвигом влево (до 5—7), РОЭ к 4—5 дню нарастает до 20. Эти изменения начинаются сразу после операции. Картина белой крови нормализуется на 2—3, а РОЭ — на 6—7 сутки после операции.

б) У больных с периаппендикулярными изменениями температура повышается до 37—38° и держится 3—4 дня. Количество лейкоцитов увеличивается на 5000—7000 от дооперационного уровня, нарастает количество палочкоядерных нейтрофилов до 10—14 (сдвиг влево), РОЭ в первые 2 дня не изменяется или изменяется незначительно, а на 3—5 сутки ускоряется до 25—30. Картина белой крови нормализуется на 4—5, а РОЭ — на 8—10-е сутки после операции.

II. При остром катаральном аппендиците наблюдаются изменения, сходные со второй подгруппой хронического аппендицита, но температура и картина крови нормализуются на 1—2 дня позже, то есть температура — на 2—4, кровь — на 4—6 сутки после операции.

III. При деструктивных формах аппендицита изменение температуры и картины крови в послеоперационном периоде более значительно и продолжительно. Как сказано выше, при деструктивных формах аппендицита мы широко применяли антибиотики как во время операции, так и в послеоперационном периоде. В зависимости от характера деструктивных изменений в отростке и периаппендикулярных изменений в соседних органах и тканях, температурная реакция нормализовалась на 3—11-е, а картина крови — на 5—13-е сутки после операции.

Эти данные лишний раз подтверждают выдвинутое В. Я. Шлапоберским (1951) положение о том, что одно местное применение пенициллина не может достаточно способствовать борьбе с инфекцией, так как всякая «локальная» инфекция имеет

условно местный характер: у таких больных обычно имеется та или иная степень интоксикации, а у некоторых — бактериемия, которая может вести к генерализации инфекции. Таким образом, наилучшим методом профилактики воспалительных осложнений после аппендэктомии является применение антибиотиков во время операции и в послеоперационном периоде. При внутримышечном введении пенициллина температурная реакция и картина белой крови нормализуются на 2—3 дня раньше, чем без пенициллина. Профилактическое применение антибиотиков показано не только больным деструктивной формой аппендицита, но и больным хроническим и острым катаральным аппендицитом, у которых во время операции обнаружены периаппендикулярные изменения. Сроки применения антибиотиков необходимо устанавливать не по температурной реакции, а по картине белой крови. По нашим данным, температура нормализуется на 1—2 дня раньше, чем картина крови, или при нормальной температуре в послеоперационном периоде наблюдаются значительные изменения со стороны белой крови и РОЭ.

Подтверждением вышеизложенного могут служить следующие данные. Введение пенициллина или фурациллина в брюшную полость и в рану во время операции (при остром флегмонозном аппендиците) и внутримышечные инъекции пенициллина по 100 000 ед. 4 раза в сутки до 5—7 дня после операции у 112 больных различными формами аппендицита (хроническим — 13, острым катаральным — 69, флегмонозным — 30), у которых обнаружены во время операции периаппендикулярные изменения, снизили число воспалительных осложнений в ране с 10,8 до 2,7%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ильенков С. И. Сов. мед., 1952, 5. — 2. Иоссет Г. Я. Тр. I Всеросс. конф. хирургов в Куйбышеве 3/VI 1956 г., 1958. — 3. Кушнер С. И. Сов. мед., 1955, 3. — 4. Нестеров И. Н. Хирургия, 1951, 11. — 5. Пикни К. И. Воен.-мед. журн., 1952, 6. — 6. Ратнер Ю. А., Козлов И. Ф., Соколов Н. В. Неотложная хирургия («острый живот»). Тагосиздат, 1947. — 7. Руфанов И. Г. Сов. мед., 1952, 1. — 8. Середницкий А. М. Хирургия, 1952, 3. — 9. Шлапоберский В. Я. Хирургия, 1951, 6. — 10. Юрко Ц. Г. Острый аппендицит. Дисс., 1941, Казань.

Поступила 20 марта 1961 г.

ОКРАШИВАНИЕ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ШЕИ ПРИ РАКЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ ПЕРЕД ИХ УДАЛЕНИЕМ КАК МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ¹

Асп. М. А. Мустафин

Кафедра хирургии и онкологии (зав. — проф. Ю. А. Ратнер) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина на базе 5-й горбольницы (главрач — Н. И. Полозова)

По данным ряда авторов (А. И. Раков, 1947; М. Г. Сопильняк, 1959 и др.), смертность от метастазов при раке нижней губы составляет 14—21% из числа тех, кому были удалены регионарные лимфатические узлы. М. П. Федюшин (1958), проанализировавший большой клинический материал института онкологии АМН СССР за 25 лет, показал, что регионарные рецидивы у больных раком нижней губы после оперативных вмешательств на шее наблюдались в 6,3%. Причем в 58,2% наблюдений метастазы появились в области поля первой операции на шее, а у остальных — вне поля операции, главным образом в лимфатических узлах следующих этапов оттока, и на стороне, противоположной локализации первичного очага.

Возможность регионарных рецидивов рака после операций на шее вследствие оставления в операционном поле мелких лимфатических узлов, содержащих микрометастазы, а также возможность первых метастазов в лимфоузлах не ближайших, а отдаленных зон или расположенных вне направления прямого тока по лимфатическим путям, вызывают необходимость найти способ для повышения радикализма операций и изучения направления метастазирования рака губы.

Для этой цели нами использован безвредный для больных метод окрашивания регионарных лимфатических узлов перед их удалением путем введения красителя в кожу нижней губы в области расположения раковой опухоли. Метод этот известен в литературе как прижизненная интерстициальная инъекция лимфатической системы

¹ Доложено на заседании общества онкологов и хирургов ТАССР 26/IV-62 г.