

нику станцией скорой помощи. Это обстоятельство еще лишний раз подчеркивает широкие возможности метода инфильтрационной анестезии по принципу ползучих инфильтратов.

Целесообразность и необходимость широкого внедрения ее в практику неотложной хирургии мирного времени лично для нас является уже давно решенным вопросом. Сейчас перед советской хирургией во весь рост стоит задача разрешения проблемы обезболивания в военно-полевой обстановке. Нельзя ли из нашего материала сделать кое-какие выводы и в этом направлении? Мы думаем, что можно, ибо 37,5% нашего материала составляют больные с травматическими повреждениями.

Военно-полевая хирургия предъявляет к обезболивающим средствам ряд своеобразных требований: безопасность в смысле воспламенения, неспособность к взрыву, небольшой объем и вес, простота применения и др. Этим требованиям лучше всего отвечают хлороформный наркоз, местная анестезия и, находящийся еще в стадии изучения, внутривенный наркоз. Последний, повидимому, не может рассчитываться на широкое применение в войсковом районе в связи с тем, что при нем иногда бывает резкое возбуждение, требующее специально организованного ухода и наблюдения (Бурденко).

Такие методы местного обезболивания, как спинальная, эпидуральная, парасакральная и паравертебральная, из-за своей сложности и опасности, будут применяться, пожалуй, лишь в виде исключения.

Для условий военно-полевой обстановки наиболее удобным являются общие наркотические вещества (хлороформ, эфир, хлорэтил) и местная анестезия по методу тугих ползучих инфильтратов Вишневского. Нельзя не высказать сожаления, что в империалистическую войну 1914—18 гг. врачи не владели в достаточной степени техникой местной анестезии (Бурденко). Мы должны учесть эти уроки прошлого и вооружить всех хирургов нашей страны методом местного обезболивания по Вишневскому для применения ее в неотложной хирургии и травматологии.

Поступила 1.II.1940.

Проф. Н. В. СОКОЛОВ

(Казань)

Выбор метода операции по поводу аппендицита

Первый вопрос, который стоит перед хирургом при аппендектомии,—это вопрос о выборе разреза для доступа к червеобразному отростку.

Чаще других применяются: 1) косой разрез, предложенный в 1894 г. Мак-Бурнеем и разработанный позднее Шпренгелем; 2) вертикальный разрез, связанный с именем Леннандера (1898 г.), хотя фактически он был предложен Каммерером в 1897 г. Сравнительно реже прибегают к поперечному разрезу, предложенному Вертгеймом, Краевским и другими.

Особенностью косого разреза Мак-Бурнея-Шпренгеля, как известно, является то, что при нем ткани брюшной стенки разделяются не в одном, а в различных направлениях, что дало основание Шпренгелю

назвать его переменным разрезом (Wechselschnitt). Разрез кожи с подкожной клетчаткой, а затем и подлежащего апоневроза наружной косой мышцы, проводится параллельно пупартовой связке, на грани наружной и средней трети линии, соединяющей пупок и *spina ant. superior*, причем одна треть разреза приходится выше, а две трети ниже этой линии. После разреза апоневроз наружной косой мышцы (а в верхнем углу разреза и сама мышца) разводится крючками и перимизий подлежащей внутренней косой мышцы рассекается почти в поперечном направлении, т. е. по ходу волокон мышцы, а затем волокна *m-li abdom. int. et transv.* разделяются по ходу волокон тупым путем (пинцетом); в том же направлении разрезаются поперечная фасция и лежащая глубже за предбрюшинной клетчаткой брюшина. Таким образом кожа, подкожная клетчатка и апоневроз наружной косой мышцы при этом разрезе рассекаются в косом направлении, в то время как внутренняя косая и поперечные мышцы живота, поперечная фасция и брюшина рассекаются почти в поперечном направлении. Вертикальный — Леннандеровский — разрез проводится соответственно латеральному краю правой прямой мышцы живота в вертикальном направлении с таким расчетом, чтобы половина разреза приходилась выше линии, соединяющей *spina ant. superior* обеих половин таза, а другая половина разреза — ниже этой линии. После разреза кожи и подкожной клетчатки в том же направлении разрезается передняя стенка влагалища прямой мышцы, сама мышца отодвигается медиально, после чего вскрывается задняя стенка влагалища, причем предбрюшинная клетчатка здесь обычно бывает выражена слабо или совсем не выражена. При обычном разрезе длиной в 6—8 см приходится перерезать 2—3 веточки нервов, идущих сбоку к прямой мышце живота.

И, наконец, поперечный разрез состоит в том, что все ткани брюшной стенки при доступе к червеобразному отростку разделяются в поперечном направлении. Разрез идет по линии, соединяющей *spina ant. superior* обеих сторон, начинаясь на $1\frac{1}{2}$ —2 см внутри от *spina* правой стороны, и кончается над прямой мышцей той же стороны. Апоневроз наружной косой мышцы живота разрезается таким образом не по ходу волокон, а почти поперечно их ходу, что и ведет к немедленному расхождению краев перерезанного апоневроза. Подлежащие внутренняя косая и поперечная мышцы, поперечная фасция и брюшина рассекаются в поперечном же направлении, т. е. по ходу их волокон, как и при разрезе по Мак-Бурнею-Шпренгелю. При сравнительной оценке этих разрезов для доступа к червеобразному отростку нужно подчеркнуть следующее:

Косой разрез по Мак-Бурнею-Шпренгелю строго выдержан с анатомической точки зрения, сопровождается минимальной травмой подлежащих разрезу тканей. Апоневроз наружной косой мышцы, внутренняя косая и поперечная мышцы разделяются по ходу их волокон; не повреждаются сосуды и нервы. Разрез этот дает достаточный доступ к слепой кишке и вполне удовлетворяет хирурга при неосложненных формах аппендицита, а последующее послышное ушивание тканей, разделенных в разных направлениях, является хорошей защитой от развития послеоперационной грыжи. Но, когда после тяжелого приступа анатомические отношения в области слепой кишки и отростка запутаны, кишка фиксирована, отросток замурован в спайках или, когда слепая кишка расположена не в области илеоцекальной

впадины, а ниже—в малом тазу или, наоборот, выше к печени,—хирург оказывается иногда стесненным в своих действиях. В таких случаях Ридель советует продлить ниже-внутренний конец разреза в поперечном направлении, разрезать влагалище прямой мышцы, оттянуть последнюю медиально и разрезать заднюю стенку влагалища вместе с брюшиной, чем создается широкий доступ к операционному полю.

Сапожков пишет, что на своем многолетнем пути он при самых трудных случаях выходил из положения при операциях по поводу аппендицита при таком разрезе (Вест. хир., 1937, кн. 137).

Гразер при недостаточности доступа при косом разрезе рекомендует даже перерезать прямую мышцу живота (Бир-Браун-Кюммель. Оперативная хирургия).

Финстерер при недостаточности доступа при разрезе Мак-Бурнея предложил из того же кожного разреза рассекать влагалище прямой мышцы живота по латеральному краю последней и, соединяя этот разрез с ранее произведенным по Мак-Бурнею,—увеличить доступ к слепой кишке.

В громадном большинстве случаев разрез по Мак-Бурнею-Шпренгелю дает достаточный доступ к слепой кишке и без добавочных разрезов по Риделю или Финстереру.

Необходимо только обратить внимание на отмеченный уже в литературе (Гулевич, Каз. мед. журнал, № 10, 1936 г.) факт, что при Мак-Бурнеевском разрезе хирург всегда проходит через хорошо выраженную в этом участке предбрюшинную клетчатку (*fascia Velpeau*); это не имеет значения при производстве операции в холодном периоде аппендицита, но для случаев операции в острой стадии, когда в брюшной полости содержится уже инфицированный выпот, открытие внебрюшинной клетчатки создает угрозу развития флегмон предбрюшинного пространства, обычно протекающих очень тяжело.

Вертикальный разрез Леннандера дает достаточный доступ к области слепой кишки. Стронники его указывают, кроме того, на то, что в случае нужды разрез легко может быть расширен разрезом влагалища прямой мышцы как кверху, по направлению к печени, так и книзу по направлению к тазу; но это как раз является и минусом разреза, потому что чем больше разрезается влагалище прямой мышцы, тем большее количество повреждается нервов, иннервирующих прямую мышцу, тем более, следовательно, шансов на ее атрофию. Кроме того, несомненно, что и доступ к червеобразному отростку, особенно при латеральном и ретроцекальном его положении не лучше, а, по нашему мнению, хуже, чем при косом разрезе. Во всяком случае, мы в клинике при операциях в холодном периоде, как правило, к разрезу Леннандера не прибегаем, но отдаем ему предпочтение в острых случаях, когда операция производится при перфоративных формах или в сравнительно позднем периоде (спустя 24 часа); мы исходим главным образом из того, что при Леннандеровском разрезе предбрюшинная клетчатка не вскрывается широко, так как в области задней стенки влагалища прямой мышцы *fascia Velpeau* не выражена; тем самым предупреждается возможность развития у большого флегмоны предбрюшинной клетчатки. !

Отрицательной стороной поперечного разреза является то обстоятельство, что при нем апоневроз наружной косой мышцы разрезается не по ходу волокон, а поперек; в случае суппurations в ране это

ведет к развитию грыжевого выпячивания вследствие расхождения апоневроза. Но этот разрез, при котором обычно бывает достаточный доступ к слепой кишке, можно в случае выяснившейся необходимости по ходу операции расширить, присоединив к нему вертикальный разрез Леннандера. Поэтому мы иногда прибегаем к поперечному разрезу в тех случаях, когда анамнез, или наблюдение больного в клинике во время приступа—указывают на возможность известных затруднений при аппендектомии.

После вскрытия брюшной полости перед хирургом стоят задачи: 1) отыскать червеобразный отросток, 2) выделить его из окружающих тканей и отделить от брыжейки (сосуды); 3) обработать культю брыжейки и отростка.

Степень трудности отыскания отростка зависит от степени подвижности слепой кишки, от типа положения отростка, от наличия и степени выраженности спаек вокруг отростка.

В большинстве случаев слепая кишка легко отыскивается по своим собственным толстым кишкам признакам—теням (*taeniae*), расширениям (*haustae*) и жировым придаткам (*appendices epiploicae*). Если вздутые тонкие кишки препятствуют обнаружить в глубине слепую кишку,—больного можно повернуть на левый бок, и с отходом кишок влево обнаруживается и слепая кишка. В тех сравнительно редких случаях, когда предлежит сигмовидная кишка и хирург вытягивает ее как слепую, необходимо обратить внимание на направление брыжейки, которая тянет сигму влево и вниз.

При подвижной слепой кишке отыскивание отростка обычно труда не представляет; труднее обстоит дело при фиксированной кишке. Отыскивание отростка при его медиальном тазовом положении проще, чем при ретроцекальном. Степень трудности отыскивания отростка зависит и от спаек вокруг него. В отдельных случаях он бывает настолько замурован в спайках, что при первом обследовании совершенно не обнаруживается. Требуется точная анатомическая ориентировка, пальпаторная проверка, чтобы в каком-нибудь участке обозначить контур отростка, откуда надо начинать его тщательную высепаровку. Надо помнить, что основание отростка всегда находится у слияния трех теней и всегда ниже места впадения тонкой кишки в слепую. В конце концов всегда удается привести все в анатомическую ясность, т. е. выделить отросток от основания до верхушки, после чего и производится следующий акт операции—перевязка и перерезка брыжейки отростка.

При вытянутом отростке и натянутой брыжейке последняя у места впадения отростка в слепую кишку, на расстоянии 1 см от стенки отростка прокалывается кишечной иглой с шелковой лигатурой; обычно одной лигатурой перевязывают все сосуды брыжейки, после чего она перерезывается между лигатурой и отростком. Эта же лигатура идет обычно и на наружный кисетный шов вокруг культи отростка, если хирург сторонник перитонизации культи отростка. Легко выполнимый при ясно выраженной брыжейке, особенно при операциях в холодном периоде, такой метод перевязки и перерезки брыжейки часто неприменим при наличии рубцовых спаек и рубцового перерождения в брыжейке; в таких случаях последняя перехватывается зажимами, перерезается и лигируется частично шаг за шагом отдельными лигатурами. То же самое имеет иногда место при отечной набухшей брыжейке отростка в острых стадиях аппендици-

та. Необходимо подчеркнуть, что при операциях в острой стадии, когда брыжейка сильно отечна, что может быть связано не только с явлениями лимфоангоита, но и тромбозом — имеет смысл перевязать брыжейку отростка по возможности выше; это особенно относится к вене, пробегаящей в брыжейке у основания отростка. После перерезки брыжейки отростка — последний удаляется. Обычно отросток у основания пережимается крепким зажимом Кохера или небольшим энгеротрибом, и по месту раздавливания накладывается кетгуттовая лигатура (по соображениям, приводимым ниже, необходимо избегать шелковой лигатуры). После этого отросток между лигатурой и наложенным дистальнее от нее Кохеровским зажимом — пережимается термокаутером Пакелена или отсекается ножом.

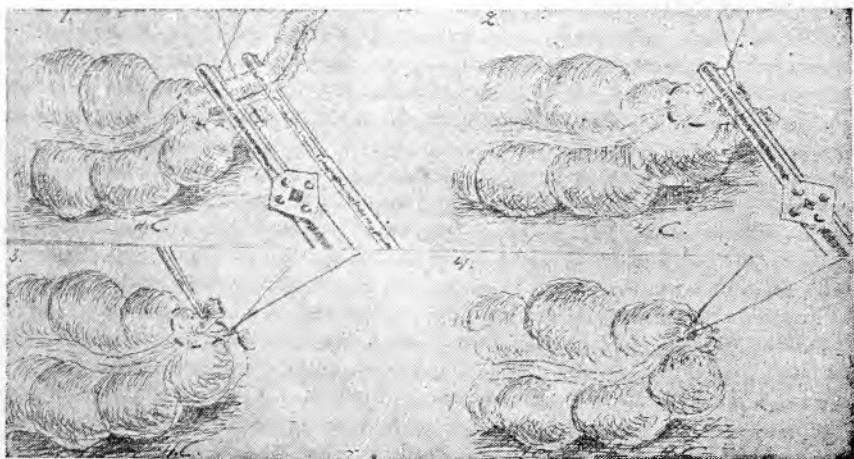
В дальнейшем культя червеобразного отростка абсолютным большинством хирургов перитонизируется — чаще всего наложением вокруг культи кисетного серозного шва, причем для кисетного шва можно пользоваться лигатурой, которой перевязывалась брыжейка; в таком случае при затягивании шва перитонизируется не только культя отростка, но и культя брыжейки. Лексер предложил вместо кисетного шва линейный серозный шов на слепую кишку, при котором культя отростка также подвергается инвагинации. В инвагинации культи отростка усматривают способ защиты брюшной полости от инфекции со стороны культи отростка и брыжейки и способ предупреждения и развития спаек вокруг культи (Суворов, Каз. мед. журн., 1937, № 3).

Но эта общепринятая методика обработки культи червеобразного отростка разделяется не всеми хирургами. Еще Рутье в конце прошлого столетия, Зелиг в 1904 г., а затем и ряд других хирургов упростили этот акт операции, предложив после перевязки брыжейки перевязывать отросток у основания (одни с раздавливанием, другие без раздавливания) и отсекают между зажимом и лигатурой, а культю после смазывания каким-либо антисептическим раствором опускать в брюшную полость без всякого погружения. У нас в Союзе сторонниками такой методики являются проф. Джанелидзе, Немилев, Юдин. Защитниками такой методики выдвигаются отрицательные стороны метода погружения культи отростка: 1) риск развития абсцесса в замкнутом пространстве после погружения культи (Герман, Фельдман), 2) возможность развития ложной воспалительной опухоли в связи с наложением кисетного шва (Немилев. Вестн. хир. № 44—45), 3) риск развития обширных гематом при ранении сосудов в связи с наложением кисетного шва; 4) риск развития гангрены стенки слепой кишки в связи с нарушением питания после наложения кисетного шва (Балдуин, Куммер); 5) риск прокола слепой кишки при наложении кисетного шва (Брайцев, Егоров); 6) возможность искажения функции Баугиниевой заслонки. Следует отметить, во-первых, ничтожное количество такого рода наблюдений, и, во-вторых, недостаточную убедительность этих сообщений. Что касается возможности развития абсцесса, то мы обычно лигируем культю отростка не шелком, а кетгутом, имея в виду, что в случае развития абсцесса около культи, разволакивание кетгута позволит ему вскрыться в просвет слепой кишки, тем самым предупреждено будет развитие ложных опухолей; развитие гангрены, прокол кишечной стенки — результат грубой и неточной техники, недопустимой в хирургии; нарушение функции Баугиниевой заслонки, связанное с погружением культи, пока никем не

доказано. В то же время упрощенный метод погружения культи в брюшную полость без перитонизации несет с собою риск соскальзывания лигатуры с отростка с развитием затем перитонита и риск развития спаек вокруг неперитонизированной культи, которые в одних случаях ведут к послеоперационным постоянным болям, а в других к механической кишечной непроходимости. Вот почему метод погружения культи без перитонизации нужно сохранить только для случаев, когда перитонизация невыполнима, что может иметь место при операциях в острой стадии, при отечной, иногда рвущейся стенке, при фиксированной в глубине слепой кишке и т. п.; иначе говоря, этот метод надо считать методом печальной необходимости, а не методом выбора. Ряд хирургов Герман, Дьяконов (Хирургия, 1902, II). Лексер и недавно Окснер (Ochsner) (The americ. Journal of surgery, 1939, December), придавая значение наложению самой лигатуры как источнику осложнений при методе перитонизации культи (абсцесс в замкнутом пространстве, ложная опухоль), выдвинули компромиссный метод — отсечение отростка после раздавливания без лигирования и немедленная перитонизация. Однако, этот метод скомпрометирован наступающим иногда при нем угрожающим кровотечением из сосудов неперевязанной культи отростка.

При погружении неперевязанной культи нам представляется более целесообразной следующая методика, предохраняющая от кровотечения из культи отростка.

После перевязки и перерезки брыжейки отростка той же лигатурой, которой перевязывалась брыжейка, накладывается кисетный шов вокруг основания отростка; затем на основание отростка накладывается кишечный энтеротриб Дуайена, а на отросток — зажим Кохера. Отросток отжигается или отсекается точно по ходу энтеротриба, которым раздавливается стенка основания отростка вместе с сосудами его стенки, и после этого культя погружается кисетным



швом (см. рис.). Этот метод неприменим в острых случаях аппендицита, когда слепая кишка вздута, а стенка отростка отечна или гангренозна.

Гразер при оперировании гангренозных отростков рекомендует иссекать основание отростка вместе со стенкой слепой кишки и зашивать ее двухэтажным кишечным швом. Положительной стороной этого метода, который некоторые хирурги рекомендуют для всех форм аппендицита, является отсутствие лигатуры, отсутствие культи, но метод этот сложнее, чем принятые методы с перевязкой и отсечением отростка, уже потому одному, что сопровождается вскрытием слепой кишки.

Если в огромном большинстве случаев удается как при остром, так и при хроническом аппендиците выделить отросток до перевязки его сосудов, то в отдельных случаях хирург легко обнаруживает основание отростка, а дистальная его часть, обычно при длинном отростке, замурованная в спайках, создает большие трудности при выделении. Для таких случаев и предложен так называемый ретроградный путь выделения отростка, состоящий в том, что отросток после выделения его у основания — перевязывается, перерезается между лигатурой и зажимом, а культя инвагинируется кيسетным швом; только после того шаг за шагом отросток выделяется от основания к его верхушке. Несомненно, что с отходом от слепой кишки после перерезки отростка и обработки его культи хирургу в таких случаях открывается большая свобода действий, но отрицательной стороной выделения отростка ретроградным путем является открытая культя перерезанного отростка, которая может при манипуляциях с выделением отростка служить источником инфекции. Поэтому нужно по возможности избегать этот метод, тем более что обыкновенно удается высвободить отросток и обычным путем. Лично мне, по крайней мере, за 30 лет работы ни разу не пришлось прибегнуть к методу ретроградного выделения отростка.

При операции в холодной стадии аппендицита — брюшная стенка зашивается послойно наглухо; при разрезе Мак-Бурнея-Шпренгеля легко подвижную брюшину лучше всего зашить отдельно. Практикуемый метод зашивания узловатыми швами одновременно мышцы и брюшины связан с риском пролябирования между швами в брюшную полость предбрюшинной клетчатки и с последующим развитием спаек по ходу шва.

При оперировании в острой стадии аппендицита в громадном большинстве случаев даже при наличии выпота брюшина зашивается наглухо после тщательного высушивания марлевыми полосками брюшной полости и в частности Дугласова кармана. Тампон в брюшную полость рекомендуется большинством авторов только для случаев, когда гемостаз не удается произвести полностью, или когда не удален отросток (Есипов, Журн. совр. хир., т. VI, кн. 1—2, 1931 г.), или, наконец, когда при перфоративных формах аппендицита обнаруживается скопление гнойного выпота. Но зато брюшная стенка после операции по поводу острого аппендицита в большинстве случаев при наличии выпота в брюшной полости, особенно при гангренозных аппендицитах, наглухо не зашивается; рана суживается и тампон вводится в одних случаях в подкожную клетчатку (ранние случаи с серьезным выпотом), в других — между мышцами, до предбрюшинной клетчатки (в поздних случаях — при наличии пахнущего выпота).

За 12 лет (1926—1938 гг.) в госпитальной хирургической клинике по поводу аппендицита оперировано 945 больных; из них 242 по поводу острого аппендицита и 703 — по поводу хронического аппендицита.

Большинство больных с острым аппендицитом оперировано согласно установке клиники в первые 48 часов, и только небольшая группа в 10 человек оперирована на более позднем сроке в связи с развитием нарастающих тяжелых явлений.

В 226 случаях острого аппендицита был применен косой разрез Мак-Бурнея-Шпренгеля; в 13—вертикальный разрез Леннандера и в 3—поперечный.

У 223 больных отросток был удален, и перевязанная культя отростка была инвагинирована кисетным или в отдельных случаях линейным швом; только у 3 больных вследствие глубокого положения фиксированной слепой кишки и воспаления стенки последней—культя отростка после перевязки не была перитонизирована.

В большинстве случаев брюшина зашивалась наглухо, и только в отдельных немногочисленных случаях в брюшную полость вводился тампон—обычно при наличии серозно-гнояного пахучего выпота, что чаще имело место при деструктивных формах аппендицита. При оперировании больных с катарально-флегмонозной формой аппендицита в первые 12 часов заболелования нередко кожа зашивалась наглухо; причем иногда приходилось через 48 часов распушить швы вследствие воспаления в подкожной клетчатке. В большинстве же случаев, особенно при операции после 12 часов, в подкожную клетчатку вводился тампон; в отдельных, редких случаях тампон вводился и межмышечно до предбрюшинной клетчатки. У 9 больных отросток не был удален; эти больные были оперированы на более позднем сроке при ограниченном перитоните и развитии угрожающих явлений. При вскрытии брюшной полости у них обычно обнаруживался гнойный выпот, конгломерат из слепой кишки, сальника, замурованного отростка. Дело ограничивалось высушиванием и тампонадой. У 3 больных послеоперационное течение осложнилось развитием калового свища, причем в одном случае при непогруженной культя отростка; в двух других (гангренозная форма аппендицита) культя погружена была кисетным швом. У одного больного в послеоперационном периоде образовался тромбоз флебит правого бедра.

Из оперированных в острой стадии с введением тампона в брюшную полость двое больных подверглись в дальнейшем операции по поводу развившейся послеоперационной грыжи.

Из 242 больных умерло 16 человек, т. е. 6,6%. Из них 4 были оперированы при перфоративной форме аппендицита; 2—при гангренозной, 3—при катарально-флегмонозной и 7 больных в стадии ограниченного перитонита, у которых отросток не был удален. Все они скончались при явлениях общего перитонита. Особого внимания заслуживает один из последних больных. Он был доставлен к концу вторых суток уже с наметившимся инфильтратом, вследствие чего мы от немедленной операции воздержались. После 2—3 дней хорошего состояния наступило резкое ухудшение с инфильтрацией тканей в правой люмбальной области. При разрезе в последней обнаружен слизистый отек окологпочечной клетчатки с гнилостным запахом. В посеве найден *bac. perfringens*. Больной, несмотря на введение сывороток, погиб. На секции установлена перфорация расположенного ретроцекально отростка. 183 больных оперированы под местной инфильтрационной анестезией по Вишневскому, 54 больных—под общим наркозом; в 5 случаях операция, начатая под местной анестезией, закончена под общим наркозом.

При операциях по поводу хронического аппендицита косой разрез Мак-Бурнея-Шпренгеля был применен в 696 случаях; вертикальный—Леннандера в 3 случаях и поперечный—в 4 случаях; причем разрез Мак-Бурнея пришлось расширить по Финстереру в 2 случаях, по Риделю в одном случае. Поперечный разрез применялся по особым показаниям, когда или рентгеновское исследование указывало на более высокое положение слепой кишки, или наблюдавшееся нами острое течение давало основание ожидать „трудный“ случай, требующий большего простора для хирурга.

Во всех случаях отросток был удален, и перевязанная культия отростка была инвагинирована, как правило, кيسетным швом; только иногда мы прибегали к узловатым линейным швам. У 5 больных отросток был удален ретроградным путем.

Почти у всех больных рана была зашита послойно наглухо, но все же в 6 случаях был введен тампон в брюшную полость; в двух из них отросток был поврежден при выделении из спаек, и оператор сомневался, не осталась ли верхушка отростка в брюшной полости; в 4 случаях при выделении отростка были вскрыты осумкованные абсцессы. В последние 5 лет при обнаружении таких абсцессов в хронической стадии аппендицита мы зашивали брюшную полость наглухо, так как такие абсцессы обычно стерильны.

Из осложнений, наблюдавшихся в послеоперационном периоде, отметим каловый свищ у одного больного (оперированного по методу погружения культи отростка).

Летальный исход в связи с операцией наступил у 3 больных. Один больной умер от развившегося пневмококкового перитонита. История этого больного поучительна. Он был переведен из терапевтической клиники. Из анамнеза выяснилось, что за неделю до перевода в хирургическую клинику больной перенес ангину. Больной выписан и поступил для операции через 3 недели. Консультация с терапевтом и отоларингологом указала на полное благополучие со стороны дыхательных путей и горла. Операция под местной анестезией прошла очень легко. На 4-й день—подъем температуры и перитонеальные явления. На 6-й распущены швы; в брюшной полости серозный выпот, посев из которого дал рост пневмококков. Летальный исход на 10-й день. Вскрытием обнаружен общий перитонит и абсцесс в миндалине; в посеве—пневмококки.

Второй больной погиб вследствие развившейся флегмоны в забрюшинной клетчатке. Ему был применен разрез Мак-Бурнея-Шпренгеля. Это один из тех больных, у которых при выделении был поврежден отросток и введен в брюшную полость тампон.

Третий больной умер после операции по поводу калового свища, развившегося в связи с аппендектомией.

Из 703 больных с хроническим аппендицитом—4 больных оперированы под общим наркозом; 3—операция начата под местным обезболиванием, затем дан наркоз, и 696 б-х оперированы под местной инфльтрационной анестезией.

Наш опыт убеждает нас в том, что разрез Мак-Бурнея-Шпренгеля является вполне достаточным при аппендектомиях для громадного большинства случаев и, будучи полностью анатомически обоснованным, должен считаться методом выбора.

Метод перитонизации культи отростка оправдывает себя хорошим исходом аппендектомий и ничтожным количеством осложнений; опыт

клиники во всяком случае дает основание говорить о том, что доводы, выставляемые противниками метода погружения культуры отростка, клинически не подтверждаются.

Поступила 8.II 1940.

Проф. А. Е. МАНГЕЙМ и В. С. БЕРНШТЕЙН

Ближайшие и отдаленные результаты лечения прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки¹

Из 4-й хирургической клиники Белорусского мед. института (директор профессор А. Е. Мангейм)

В вопросе лечения прободных язв, так же как и в вопросе лечения хронических гастро-дуоденальных язв, у хирургов нет единодушия. Сторонники радикализма, базируясь на инфекционной теории прободения и на своих статистических данных, рекомендуют резекцию желудка при прободных язвах, так как она уносит главный очаг болезни и окружающую его, пораженную инфекцией, зону. Юдин считает, что резекция желудка при прободных язвах дает более легкое послеоперационное течение и меньшую смертность, чем паллиативные операции.

Фридман считает резекцию прободной язвы не более опасной, чем резекцию хронической непроходной язвы, так как операция производится в момент полной мобилизации защитных сил организма. Некоторые доходят до такого увлечения, что провозглашают резекцию желудка операцией выбора при прободной язве. Нужно, однако, думать, что сторонники резекции отбирают для операции соответствующих больных (молодой возраст, первые часы после перфорации и т. д.) и сообщают, главным образом, о благоприятных случаях.

Несмотря на рост числа сторонников резекции желудка при прободении язвы, все же большинство советских и зарубежных хирургов ограничивается паллиативными операциями зашивания язвы с гастро-энтеро-анастомозом или без него. И действительно, если в вопросе лечения неперфорированных язв желудка до сих пор нет согласия у хирургов, то особенную осторожность следует проявить при выборе лечебного мероприятия при перфоративной язве, где больному грозит в первую очередь смертельная опасность перитонита. Здесь прежде всего нужно думать о непосредственных результатах лечения прободения для предупреждения угрозы перитонита. Старое положение Мэрфи „чем скорее выйти хирургу из брюшной полости, тем лучше для больного“—особенно приложимо для перфоративных язв. Сторонники паллиативных операций при прободных язвах приводят свои статистические данные хороших отдаленных результатов, не уступающие результатам после резекции. Многие авторы указывают, что часто под влиянием простого ушивания прободного отверстия язвы излечиваются. Тут действительно напрашивается мысль о том, что перфорация язвы желудка является гипер-

¹ По материалам клиники за 8 лет (1931—1938 гг.).