

Свободная пересадка брюшины вне пределов брюшной полости применялась многократно для самых разнообразных целей: для пластики твердой мозговой оболочки, закрытия перикарда и плевры, подкрепления сосудистого шва, остановки кровотечения, интерпозиции при артропластике и проч. В нашем применении брюшина берется на ножке и это имеет свои преимущества. При раздражении, особенно спиртом,

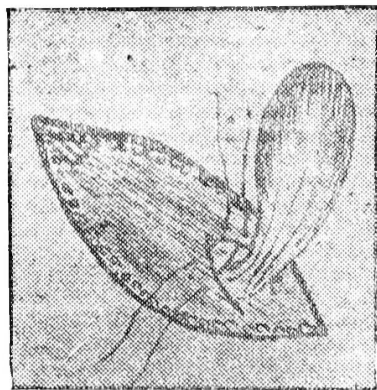


Рис. 2.

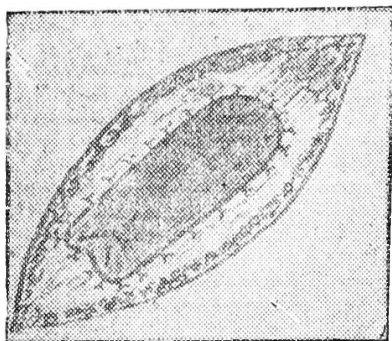


Рис. 3.

брюшина выделяет богатую фибрином серозную жидкость, благодаря которой очень легко и быстро образуются прочные склейки ее с другими тканями. Тонкие пластинки грыжевого мешка легко и быстро вступают в связь с подлежащими тканями, в силу чего приживление происходит очень быстро. Поэтому, естественно, явилась мысль использовать грыжевой мешок для пластики при слабом апоневрозе.

Грыжевой мешок с успехом может быть использован для подкрепления и для задней стенки пахового канала.

Г. Чебоксары, ЧАССР, Чувашская, 18. Больница.

В. С. СЕМЕНОВ

О тактике хирурга при операции по поводу аппендицита

(Обмен опытом в связи со статьей проф. Н. В. Соколова)

Из хирургического отделения Якутской республиканской больницы (зав. отделением В. С. Семенов, главный врач П. В. Любимов).

Вопрос об аппендиците не сходит со страниц медицинской печати. Это оправдывается, во-первых, значительным удельным весом аппендектомий по отношению ко всем операциям, производимым в хирургических отделениях, и, во-вторых, если можно так выразиться, „популярностью“ этой операции среди населения, кстати сказать, считающего ее „легкой“, неопасной для жизни. Установки, изложенные в статье проф. Н. В. Соколова (Выбор метода операции по поводу аппендицита, Казанский мед. журнал № 2, 1940), основанные на материале госпитальной хирургической клиники (Казань), в основном совпадают с опытом хирургического отделения Крайнего Севера (Якутск).

Наш опыт также убеждает нас в том, что разрез Мак-Бурнея-Шпренгеля является наилучшим и должен считаться методом выбора как при острых, так и при хронических аппендицитах.

За последние 2 года 10 месяцев в хирургическом отделении Якутской республиканской больницы произведено 798 аппендектомий по поводу острого и хронического аппендицита. Следует отметить, что в 1936 — 37 гг аппендектомии составляли 45% всех операций, а в 1939 г. только 26%. Также изменилось соотношение между операциями по поводу острых и хронических аппендицитов, а именно в 1937 году аппендектомии по поводу острого аппендицита составили 16%, а в 1939 году уже 39%. Во всех случаях операций по поводу острого аппендицита был применен косой раз-

рез Мак-Бурнея-Шпренгеля. Из 190 больных с острым аппендицитом под местной анестезией по Вишневскому оперировано 167 человек, под эфирным наркозом 9 человек и в 16 случаях к местной анестезии добавлен общий наркоз.

У огромного большинства оперированных отросток у основания перевязывался кетгутом, а культя инвагинировалась кисетным шовком. Брыжейка отростка перевязывалась шовком и в большинстве случаев культя брыжейки также перитонизировалась путем связывания лигатуры культы брыжейки с лигатурой кисетного шва, или же перитонизация производилась отдельными добавочными швами. В четырех случаях кисетный шов не был наложен вследствие массивной инфильтрации слепой кишки и культя отростка без перитонизации была опущена в брюшную полость. Как правило, брюшная полость и оперированная рана зашивались наглухо, даже при деструктивных формах, при наличии гноя в брюшной полости, если процесс был ограниченным.

Тампон в брюшную полость введен в 18 случаях, наиболее тяжелых гангренозных и прободных аппендицитов, с резко выраженными явлениями перитонита, когда операция производилась после 48 часов и нередко на 5—7 день со дня приступа. Этот образ действия вполне себя оправдал, так как на 190 аппендектомий по поводу острого аппендицита было лишь 28 нагноений. Если сюда прибавить нагноения, имевшие место при ведении послеоперационной раны под тампоном, все же 75% оперированных выписаны с послеоперационным рубцом, зажившим первичным натяжением.

Послеоперационные инфильтраты и ограниченные перитониты, закончившиеся благополучно, без повторного оперативного вмешательства, наблюдались в 4 случаях. Каловых свищей образовалось 3, два из них после тяжелых гангренозных аппендицитов, оперированных при явлении перитонита на 6-е сутки. В этих случаях культя отростка была лишь перевязана, но не перитонизирована кисетом. В первом случае (больной К., — якут) свищ через месяц закрылся самостоятельно; во втором (больной И., якут) свищ через 1½ месяца закрыт по Сапожкову. Наконец, в третьем случае (больной Б., якут) свищ появился на 6-м месяце после операции и по существу не связан с техникой операции (демуккозация), а обусловлен туберкулезным процессом. Больной погиб через 1½ года; аутопсия показала распространенный туберкулез кишечника.

Во всех случаях при операции по поводу острого аппендицита отросток был удален. Даже в случаях перитонита и массивных инфильтратов мы стремились убрать отросток, эту „заряженную бомбу“, преодолевая технические трудности. Нам кажется, что 6,6% смертности в клинике проф. Н. В. Соколова стоит в явной зависимости от 7 больных, погибших в стадии ограниченного перитонита, у коих отросток не был удален.

Из 190 больных, оперированных в остром периоде, умер один. Этот больной срочно оперирован в первые сутки с момента заболевания 27/VII 1939 г. В начале гладкое послеоперационное течение на 8-й день осложнилось развитием межкишечного абсцесса. Больной повторно оперирован; введены тампоны, дан сток гною. Через 2 недели после второй операции появилась высокая температура, общая слабость, и к концу месяца был диагностирован поддиафрагмальный абсцесс. Несмотря на произведенную, третью по счету, операцию — exitus.

Как правило, больные с острым аппендицитом оперированы в первые 48 часов, но в ряде случаев (26 чел.) и в более поздние сроки при нарастании явлений перитонита, а также в случаях часто повторяющихся приступов и обострений, делающих больных нетрудоспособными. Метод перитонизации культы отростка оправдал себя благоприятными исходами аппендектомии и небольшим количеством осложнений. Перитонизация, как основа абдоминальной хирургии, сохраняет все свое значение и при операциях по поводу аппендицита.

На 608 случаев хронического аппендицита, аппендектомия по Мак-Бурнею-Шпренгелю произведена 603 раза; разрез Леннандера применен дважды, в трех случаях — срединная лапаротомия. Под местной анестезией по Вишневскому оперировано 582 чел, под общим эфирным наркозом 10 чел. и к местной анестезии добавлен эфирный наркоз в 16 случаях. Перевязка культы отростка кетгутом и погружение ее шовком кисетным швом произведены нами во всех случаях. В 18 случаях произведена ретроградная аппендектомия. Мы считаем, что этот метод достаточно эффективен и безусловно более легок в ряде случаев ретрокально расположенного отростка. В 3 случаях произведена демуккозация по Понсе-Сапожкову с последующим тампоном. На 608 операций в холодной стадии мы потеряли 3-х больных. Летальный исход в этих случаях не может быть поставлен в связь с техникой производства операции.

Наш опыт 798 аппендектомий дает некоторое обоснование утверждать:

1. Разрез Мак-Бурнея-Шпренгеля должен считаться методом выбора при аппендектомии.

2. Перитонизация культы червеобразного отростка совершенно обязательна для огромного большинства случаев операции по поводу аппендицита.

3. Не следует пренебрегать ретроградной аппендектомией и демукозацией отростка в соответствующих случаях.

4. Оперирующий должен стремиться убрать „очаг опасности“, воспаленный червеобразный отросток.

5. От операции в стадии инфильтрата при затихании процесса необходимо безупрочно воздерживаться.

Якутск. ул. Дзержинского, корпус 3.

И. Е. МАЦУЕВ

Случай кисты брыжейки сигмовидной и нисходящей кишки

Из хир. отд. горбольницы г. Благовещенска на Амуре

Больная Т., 2 лет, поступила в хирургическое отделение Благовещенской горбольницы 2/VI-39 г. по поводу резкого увеличения живота. Родилась в срок, 3-м ребенком. Первый год после рождения живот был нормальной величины, а год тому назад живот начал постепенно увеличиваться. Как в начале заболевания, так и в последнее время увеличение живота не сопровождалось никаким расстройством со стороны желудочно-кишечного тракта и мочеотделения. Стул нормальный, ежедневно. Обильного стула не бывает. Девочка с рождения не ходит и не разговаривает. В 1938 г. перенесла корь. Последний год врачи определяли рахит. У родственников подобных заболеваний не было. Туберкулез и сифилис по линии отца и матери отрицается.

Объективные данные. Резкая атрофия мышечной системы. Активные движения рук и ног удовлетворительные. При поддержке за ручки стоит, но самостоятельно стоять не может. Имеются резко выраженные признаки рахита: лобные бугры, четки и т. д. Живот резко увеличен, вздут, мало болезнен при пальпации. Пальпацией определяется большая, с гладкой поверхностью, круглая опухоль, занимающая всю брюшную полость, при перкуссии определяется тупой звук во всех отделах живота. Тупость не изменяется при перемене положения тела. Длина всего тела—78 см; длина грудины—8 см; длина живота (от мечевидного отростка до лобка) 31 см; окружность грудной клетки 43 см; окружность живота 65 см. Пальцевым ректальным исследованием определяется в глубине большая гладкая опухоль. В сердце и легких перкуторно и аускультативно отклонений от нормы не найдено. Диагноз: киста яичника.

3.VI-1938 г. под эфирным наркозом операция (Мацуев). Разрез по средней линии живота в обход пупка. В брюшной полости небольшое количество жидкости соломенно-желтого цвета. К передней брюшной стенке прилегает круглая, с гладкой поверхностью, опухоль величиной с голову взрослого человека, занимающая всю брюшную полость. На передней поверхности опухоли расположена сигмовидная кишка. Между листками ее брыжейки расположена опухоль. Сейчас же выше первой кисты плотно к ней прилегает вторая киста вдвое меньшего размера, круглая, расположенная между листками брыжейки нисходящей кишки. Прилежащие друг к другу стенки кист плотно соединяются между собой. На передне-наружной поверхности второй кисты расположена нисходящая кишка. Левые наружные поверхности опухолей покрыты резко расширенными сосудами брыжейки. Попытки выделить большую кисту не увенчались успехом, так как довольно толстая ее стенка плотно соединена с окружающими тканями и при выделении разрываются сосуды брыжейки. Киста вскрыта по внутренней, лишенной сосудов, поверхности. Содержимое кисты—жидкость соломенно-желтого цвета, около 5 литров. Вторую кисту выделить не удалось по той же причине; стенка ее вскрыта, содержимое кисты—геморагическая жидкость (около 2 литров). Стенка второй кисты значительно тоньше, чем стенка первой кисты. Отверстия в кистах расширены. Кисты по возможности вывернуты и фиксированы кетгутowymi швами. К дну кист подшит сальник. Послойно зашита брюшная полость. Ввиду тяжелого состояния ребенка—сердечные под кожу, физиологический раствор под кожу. Через 3 часа после операции, при явлениях нарастающей сердечной слабости, больная умерла. Патолого-анатомическое вскрытие (д-р Иванова). В брюшной полости около 500 г геморагической жидкости.