

2) Осложнения после осарсола по своему характеру значительно доброкачественнее, по сравнению с осложнениями после препарата Нео, и быстрее проходят. При приеме осарсола следует обращать внимание на желудочно-кишечные явления, состояние почек (белок, уробилин), дерматиты.

3) Осарсол может быть применен амбулаторно при тщательном и постоянном наблюдении медицинского персонала.

4) Осарсол должен найти свое применение при лечении персонала железнодорожного и водного транспорта, поскольку эти больные по роду своей работы часто бывают в отъезде.

5) Общее количество осарсола в течение курса должно быть доведено у взрослых до 40—50 г, у детей от 4 до 20 г.

6) Вся участковая и медицинская сеть должна быть снабжена достаточным количеством осарсола. В ликвидации сифилиса этот препарат должен сыграть значительную роль.

---

Из факультетской хирургической клиники Саратовского медицинского института (директор заслуженный деятель науки проф. С. Р. Миротворцев).

## **Ж ВОПРОСУ ОБ ОБРАБОТКЕ КУЛЬТИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ПРИ АППЕНДЕКТОМИИ.**

**Л. Н. Гольдштейн.**

В течение истекших трех десятилетий аппендектомия стала одной из самых популярных операций. «Аппендицит несомненно наиболее частый острый патологический процесс в животе» (Дивер). Тысячи аппендектомий производятся ежегодно как в крупных столичных центрах, так и в самых отдаленных уголках Советского Союза. С этой операцией неизбежно сталкивается каждый начинающий хирург, как раз в самом начале своей деятельности. Все вышесказанное в достаточной мере объясняет необходимость разработки самых разнообразных вопросов, связанных с аппендицитом.

Хирургическая мысль неустанно работает над совершенствованием, казалось бы, такой простой операции, как аппендектомия в холодном периоде. Сроки оперативного вмешательства периодически вызывали и вызывают бурные прения. Разработаны и практически проверены на колоссальном материале рациональные и простые доступы к червеобразному отростку. И, наконец, за последние годы вновь встал вопрос о наиболее эффективном и практичном способе обработки культы червеобразного отростка (ч. о.). Оказалось, что применяемый подавляющим большинством хирургов метод погружения культы червеобразного отростка в слепую кишку при помощи кисета не является безупречным. Еще в 1920 году де-Мартель сообщил в Парижском хирургическом обществе о трех случаях перфорации слепой кишки при наложении кисетного шва для погружения культы ч. о. За этим сообще-

нием последовали другие, также указывающие на некоторые осложнения, связанные с наложением кисетного шва на слепую кишку и погружением в нее культи ч. о. Среди этих осложнений отмечались образования субсерозных гематом при накладывании кисета, образование ограниченных гнойников в стенке слепой кишки, в месте погружения в нее перевязанной культи ч. о., и другие.

В целях предупреждения подобных осложнений единичные хирурги стали отказываться вообще от погружения культи ч. о. в слепую кишку. При этом так называемом лигатурном методе ч. о. зажимается у основания, перевязывается плотной лигатурой и отсекается, а обработанная антисептически культя его, совершенно не перитонизированная, погружается в брюшную полость. Рана зашивается обычным путем наглухо, и на этом операция заканчивается. Таким образом все отличие данного метода от принятого подавляющим большинством хирургов заключается в отказе от инвагинации кисетным швом культи ч. о. и свободном погружении ее в брюшную полость.

При изучении литературы данного вопроса выяснилось, что Рутье применял этот метод больше 40 лет тому назад. Де-Мартель напомнил также о старой работе Зилинга, который уже в 1904 году не проводил инвагинации культи. Профессор Гортоломей с 1921 г. оперирует преимущественно лигатурным способом и в 1931 г. опубликовал благоприятную статистику в 621 случай. Малоней в 1925 году на материале в 3500 аппендектомий, проведенных лигатурным способом и прошедших без осложнений, выступает против консерватизма большинства хирургов, не применяющих этот метод. По этому же вопросу широко известны работы Макдональда, английских хирургов — Шорт, Бендле, Тейлор, американских — Шельтен, Горслей и ряда других.

Но несмотря на значительное количество этих работ, основанных на тысячных статистиках и якобы подтверждающих полную возможность отказа от инвагинации культи и заменой ее лигатурным способом, все же до настоящего времени подавляющее большинство зарубежных хирургов оперирует инвагинационным методом, доказательством чего, между прочим, являются выступления виднейших хирургов против лигатурного метода.

Основные возражения, выдвигаемые против него, следующие: 1) опасность образования обширных спаек и сращений при свободном погружении перитонизированной культи в брюшную полость, 2) опасность инфекции брюшной полости из открытой культи. Если первое возражение направлено против самого принципа лигатурного метода, при котором перитонизация невыполнима, то второе возражение естественно наводит на мысль о необходимости улучшения имеющихся методов антисептической обработки культи ч. о., что, кстати сказать, весьма важно также и при инвагинации культи. Наша клиника, занимаясь изучением вопроса улучшения техники обработки культи ч. о., столкнулась с отсутствием в литературе итоговых материалов, характеризующих отношение хирургов Советского Союза к различным имеющимся

методам аппендектомии. В нашей периодической литературе и до настоящего времени имеется еще мало материалов, посвященных лигатурному методу. Например, Ефет, а также Нисневич и Ровнев из клиники Левита, занимаясь экспериментальными работами на собаках, пытались выяснить судьбу культи отростка при аппендектомии. К сожалению, убедительные выводы авторов теряют характер доказательства ввиду отсутствия у собак ч. о. (повидимому авторы слепую кишку принимали за ч. о., что мы, впрочем, встречаем также у итальянского экспериментатора Зампа и ряда других).

Отдельные немногочисленные статьи в периодической печати, посвященные этому вопросу, характеризуют точку зрения разных клиник или отдельных хирургов, но не дают общей картины.

В 1933 году основательную критику лигатурного метода дал, на основе материалов клиники С. П. Федорова, на страницах «Нового хирургического архива» доктор Житнюк. Автор подробно разобрал все пункты спора между противниками и сторонниками лигатурного метода и на основе критического рассмотрения прошедшего в клинике С. П. Федорова материала решительно высказался за инвагинационный метод. В последнее время энергичным защитником лигатурного метода аппендектомии выступил профессор Джанелидзе. Так, в 1934 году доктор Каменчик из Ленинградского института скорой помощи (руководимого профессором Джанелидзе) сообщил на заседании Пироговского хирургического общества о 635 случаях, а на Ленинградской конференции по аппендициту в декабре 1934 года уже о 1127 случаях аппендектомий, проведенных лигатурным методом. Из прений по данному вопросу выяснилось, что крупнейшие хирурги и теперь относятся к этому методу весьма осторожно. Только один проф. С. С. Юдин решительно высказался за лигатурный метод, а проф. А. М. Заблудовский и Шаак считали возможным испробовать этот метод. Проф. Э. Р. Гессе призывал к осторожности, указывая, что от старого общепринятого метода он осложнений не видел, а проф. Куприянов решительно высказался против лигатурного метода.

Большой материал в 1500 аппендектомий без погружного шва привел в 1934 году также Мраморнов. Таким образом мы видим, что и у нас в Советском Союзе лигатурный метод нашел сторонников, правда, пока немногочисленных. Нас заинтересовал вопрос, как же относится к лигатурному методу основная масса руководящих хирургов Советского Союза. В литературе мы ответа на интересующий нас вопрос не нашли, и для частичного выполнения этого литературного пробела нами была разослана анкета в основные хирургические центры СССР, разработанная проф. С. Р. Миротворцевым и состоящая из следующих вопросов: 1) наименование лечебного учреждения, 2) каким способом обрабатывалась культя ч. о. после его удаления, 3) придаете ли вы значение прижиганию культи различными прижигающими средствами и какие употребляете, 4) употреблялись ли они с точки зрения антисептики или по другим соображениям, 5) придаете ли значение инвагинирующему шву культи отростка, 6) какова

точка зрения хирурга на вопрос об отказе от инвагинации культи отростка с заменой ее лигатурным методом.

На нашу анкету любезно ответили Е. А. Березов, А. А. Бельц, Я. О. Гальперн, С. С. Гирголав, Гусынин, Н. Е. Краузе, А. Н. Крымов, В. С. Левит, А. В. Мартынов, А. А. Опокин, А. В. Мельников, В. Н. Мыш, В. Н. Розанов, Н. Н. Самарин, С. И. Спасокукоцкий, И. П. Складов, В. И. Добротворский, А. А. Немилев (из клиники проф. Петрова), А. А. Милостанов (из клиники В. Н. Шамова), А. Н. Спиридонов (зав. хирургическим отделением Тульской больницы), В. И. Казанский (из хирургического отделения Ново-Чардзуйской городской больницы), В. Е. Лебедев. Принося благодарность всем откликнувшимся на наш призыв хирургам, мы считаем своим долгом опубликовать ценнейший материал, полученный таким образом.

Остановливаясь при этом на основном вопросе, на лигатурном методе обработки культи, надо отметить, что наша анкета вполне ясно показала отрицательное отношение советских хирургов к этому методу. Из авторов анкеты только А. А. Немилев пользуется этим методом и «оперировал 240 случаев без единого осложнения, которое можно было бы поставить в связь с непогружением отростка». Я. ф. Гальперн оценивает лигатурный метод «как хирургический фокус». В. Н. Розанов, имевший 9000—10000 аппендэктомий, оперировал этим способом исключительно редко—«острые случаи, гангренозные, когда швы, наложенные на инфильтрированную слепую кишку, не держат. Течение таких было всегда тяжелым с длительной борьбой с каловыми свищами». Покойный А. В. Мартынов также выступил против лигатурного способа из-за опасности спаек культи с окружающими органами. Ряд авторов характеризует лигатурный способ как «неаккуратную и поспешную работу».

Серьезное внимание уделяется большинством хирургов предупреждению возможности образования в замкнутой полости гнойника, получаемого после инвагинирования лигированной культи инфицированного ч. о. С. И. Спасокукоцкий с 1926 года оставил лигирование инвагинируемой культи после того, как получил два глубоких нагноения, объясняемых им только образованием мертвого мешка при инвагинации лигированной культи.

А. Н. Крымов указывает на необходимость следить за тем, чтобы кисетный шов накладывался так, чтобы вокруг культи ч. о. не образовывалась полость и чтобы стенка культи прилежала к кишке. В. Н. Розанов в большинстве случаев не лигирует инвагинированную культю. Н. Н. Самарин сообщает, что по предложению покойного В. А. Опеля клиника «перешла от перевязки культи ч. о. шелковой нитью к перевязке культи кетгутовой ниткой. Шелк был заменен кетгутовой лигатурой на том основании, что в случае образования гнойника замкнутой полости, опорожнение гноя в слепую кишку при кетгутовой нитке произойдет легче, чем при перевязке шелковой». Наконец, Гусынин «производит удаление отростка без оставления культи, зашивая рану слепой кишки по общему принципу оперативной техники на кишках.» В. Н. Ро-

занов и Н. И. Краузе обратили большое внимание на обработку культуры брыжжейки ч. о. ввиду гнездящейся здесь, зачастую, тяжелой инфекции. Большое разнообразие встречаем мы в анкетном материале по вопросу целевой установки при употреблении различных антисептиков для обработки культуры ч. о. Я. О. Гальперн, напр., не придает принципиального значения прижиганию культуры иодом и пользуется им только при операции в острой стадии. Проф. Спасокукоцкий считает правильно проведенную инвагинацию (глазным пинцетом) процессом совершенно асептичным и поэтому не пользуется антисептиками. Ряд других авторов, как Н. Н. Самарин, В. М. Мыш, С. С. Гирголав и другие, считает необходимым пользование антисептиками. При этом на первом месте по частоте употребления стоит иод, которым пользуется большинство хирургов (14 из 20), а затем карболовая кислота.

В нашей клинике за 24 года ее существования проделано до 1936 года 1452 аппендектомии. При этом, по материалам, разработанным для диссертационной работы ассистентом клиники В. В. Гребенщиковым, мы имеем совсем ничтожный процент осложнений при общей смертности в 0,6% (основную массу случаев составлял хронический аппендицит — 1227 случаев).

Среди этих осложнений мы встречаем 4 раза послеоперационный инфильтрат, 4 раза гематому брюшных стенок, 2 раза отросток не был найден, 1 раз произошло расхождение швов, и 1 раз мы встретились с послеоперационным кровотечением.

Ни разу не отмечалось образование замкнутого гнойника в стенке слепой кишки, так же как и образование в ней гематом или же перфорации ее при наложении кисетного шва.

Пережимая отросток, лигируя его кетгутотом и обрабатывая, в целях разрушения слизистой культуры, карболовой кислотой после ампутации отростка, мы инвагинируем культуру осторожно наложенным на слепую кишку кисетным швом с последующим закреплением Z-образным швом. Оперируя таким образом, мы ни разу не встретились с осложнением, которое можно было бы поставить в связь с примененным методом. На этом основании мы в данное время солидаризируемся с противниками лигатурного метода. Но считая невозможным в настоящее время отказаться от инвагинации культуры, мы, учитывая материал анкеты, полагаем, что необходимо дальнейшее тщательное экспериментальное и клиническое изучение выдвигаемых деталей аппендектомии.

Проверка лигатурного метода, выяснение роли и значения прижигающих веществ при обработке культуры, изучение микробной флоры брыжжейки ч. о. и, наконец, изучение причин воспалительных опухолей стенки слепой кишки, возникающих иногда после аппендектомии, — вот те вопросы, на пути разрешения которых лежит улучшение оперативной техники аппендектомии.

---