

Из хирургического отделения Бершадской районной больницы.

## К технике пересадки мочеточников в кишку.

М. Г. Брейтман.

За последние три месяца мне пришлось два раза сделать пересадку мочеточников на протяжении в Colon pelvinum по поводу эктопии мочевого пузыря. В 1-м случае я руководствовался техникой Миروتворцева, за исключением погружения мочеточников в кишку. Последнее я проделал по указанию проф. Н. И. Гуревича.

Типичная операция по Миروتворцеву производится следующим образом (Смиттен). После отыскания и изолирования мочеточников, каждый из них перевязывается двумя лигатурами, между которыми и перерезывается. Мочеточники по очереди на разных уровнях, один выше другого, укладываются на серозную кишки в области Colon pelvinum и вшиваются так, как при гастростомии ушивается по Витцелю дренажная трубка. В швы захватывается кроме серозной кишки adventitia мочеточников.

После укрепления мочеточника последний косо перерезывается и расщепляется в продольном направлении. Отверстие получает вид косо стоящего овала. Затем вскрывается серозный и мышечный слои кишки на расстоянии 1 см, через разрез захватывается слизистая, вытягивается конусом, верхушка этого конуса срезается так, чтобы получить совершенно круглое отверстие овально срезанного мочеточника. К слизистой кишки прикрепляется отверстие мочеточника 4 узловыми швами.

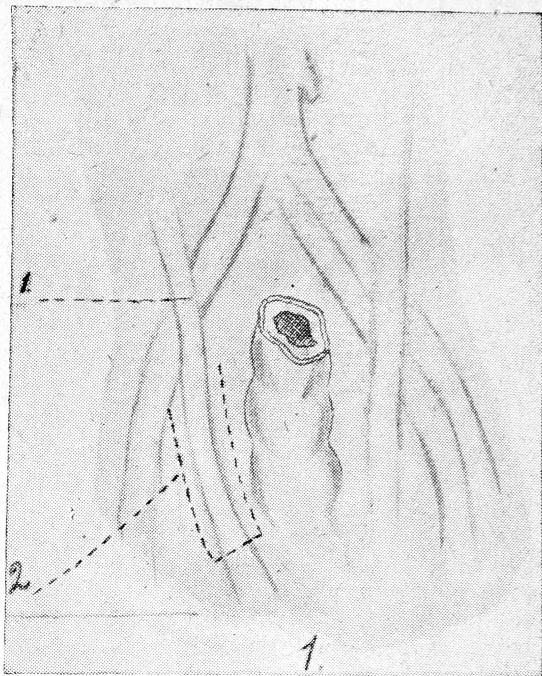
В заключение анастомоз погружается Ламберовскими швами. Рана в париетальной брюшине, через которую были выведены мочеточники, зашивается. Все швы нужно накладывать так, чтобы не сдавить мочеточники и не вызвать их перегиба. Нельзя поэтому серозные швы проводить очень близко к мочеточнику, тогда складка получится более объемистая и менее сдавливающая.

Тихов погружает мочеточник в просвет кишки на  $1\frac{1}{2}$  см и таким образом укрепляет его. Разные авторы пользуются различными модификациями при погружении мочеточников в кишку. Гуревич, указаниями которого я руководствовался при вшивании конца мочеточников в кишку, поступает таким образом: берет кетгутовую нить, на оба конца которых вдеты круглые кишечные иглы, и проводит нитку через дистальный конец мочеточника, прокалывая только серозный и мускульный слои мочеточника (рис. 1). Затем проводится одна иголка через отверстие, сделанное в кишке, и выкалывается в каудальном направлении на расстоянии приблизительно  $\frac{3}{4}$ —1 см от отверстия, сделанного в кишке<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Примеч. редакции. Этот момент техники очень напоминает таковой в технике пересадки мочеточника по Майо-Коффи.

Точно таким же образом выводится другая иголка на том же уровне, только отступя в бок на расстоянии  $1\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  см от первого выкола, после чего нитки завязываются. Таким образом фиксируется мочеточник и получается складка, которая является продолжением складки по Витцелю, в которой уложен мочеточник. Предварительно мочеточник также укрепляется 2—3 швами к слизистой кишки.

Кроме указанных деталей в технике нами была проделана катетеризация мочеточников по Коффи. Перед тем как провести мочеточник в кишку, произведена катетеризация его, и кончик катетера захвачен очень тонким корнцангом и проведен через отверстие в кишке по направлению к анусу, при-



чем сестра ввела два пальца в анус, растянула немного сфинктер (этим мы поневоле исползовали предложение Пайера—растяжение сфинктера по окончании операции в брюшной полости), захватила кончик катетера и вытянула его наружу. То же самое было проделано и с другим мочеточником.

Таким образом моча выделялась через катетеры наружу. Приступая ко вскрытию кишки, мы предварительно наложили центрально на кишку Douen'овский мягкий жом, изогнутый под прямым углом, дабы отграничить colon pelvinum от остального кишечника. Изогнутый жом мы взяли с целью, чтобы он не мешал нам при операции. Придавая большое значение пред- и послеоперационному уходу, мы готовили больных к операции следующим образом. Приблизительно за 10 дней до операции мы их сажали на легкую диету, бедную клетчаткой и ежедневно вспыскивали под кожу стрихнин. За 5 дней до операции больным назначен салол 2 раза в день и 2 раза в день промывательные клизмы. Кишка во время операции была пустая.

На другой день после операции моча начала промокать мимо катетеров (промокла постель). Мы вытянули катетеры и вставили в анус резиновую трубку, которую соединили с мочеприемником, чтобы сделать возможным постоянный отток мочи из кишки, ибо считали бесцельным и даже небезопасным держать дольше катетеры в мочеточниках.

При второй операции мы применили некоторые изменения в технике. Но прежде, чем перейти к деталям, я позволю себе несколько остановиться на вопросе о пересадке мочеточников в кишку.

Пересадка мочеточников на протяжении в кишку таит в себе следующие осложнения: непосредственно после операции—перитонит, недостаточность швов, более поздние—рубцовое заращение устьев мочеточников, язвенный колит, восходящая инфекция почек. Смиттен на основании своих экспериментальных и клинических исследований приходит к заключению, что поражение почек после пересадки мочеточников в кишку происходит чаще гематогенным путем, а не восходящим. Так или иначе перитонит и расхождение швов являются непосредственной опасностью после операции. Смиттен говорит, что „недостаточность швов имела место у крупных хирургов, где, следовательно, о недостаточности техники не может быть и речи“.

Где искать причину перитонитов и расхождения швов? Смиттен в своей работе „В чем кроется опасность отведения мочи в кишечник“, а также другие авторы связывают перитониты с острым воспалением в области мочеточниково-кишечного соустья, переходящим в гнойное расплавление, которое обычно разыгрывается спустя известное время после операции (на 10-й день и позднее).

Смиттен придает большое значение также процессам в прямой кишке, физиология которой с момента отведения мочи в нее должна круто измениться, и заболеванию крови (в силу всасывания из воспаленного очага) с последующим заболеванием тех или других органов, возможно, почек как органа, выделяющего токсины. Наконец, острое воспаление, перешедшее в хроническое, может дать все то, что дает сужение соустья.

Я полагаю, что неприживление мочеточников, а на этой почве и дальнейшие патологические процессы, разыгрывающиеся на месте анастомоза и в кишке, происходят потому, что мы вынуждены при пересадке выделить мочеточники из окружающей их клетчатки и как бы осторожно это ни делали, мы так или иначе нарушаем их сосудистое снабжение.

Второе—мы при пересадке мочеточников в кишку соединяем органы, у которых отсутствуют физиологические данные для быстрого склеивания, а именно: мочеточник, лишенный брюшинного покрова, с кишкой, покрытой таковым.

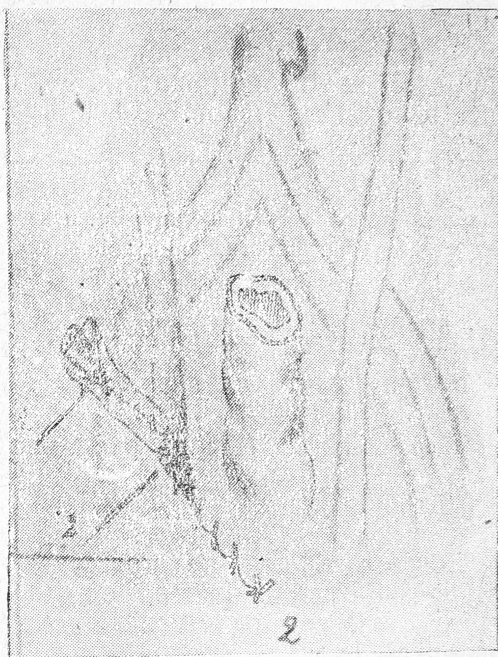
Спрашивается, почему бы не использовать пластические свойства брюшины для этой операции? Я проделал вторую операцию следующим образом. Ничего не меняя в технике, описанной выше, я при операции обернул мочеточники в муфту из париетальной брюшины (рис. 2). Этим, мне кажется, достигается меньшая травматизация мочеточников, а также и меньшее нарушение сосудистого снабжения, ибо из клетчатки выделяется только задняя стенка мочеточника.

Второе—операция приближается по типу к операциям на кишечнике, так как брюшина при наложении шва прилегает



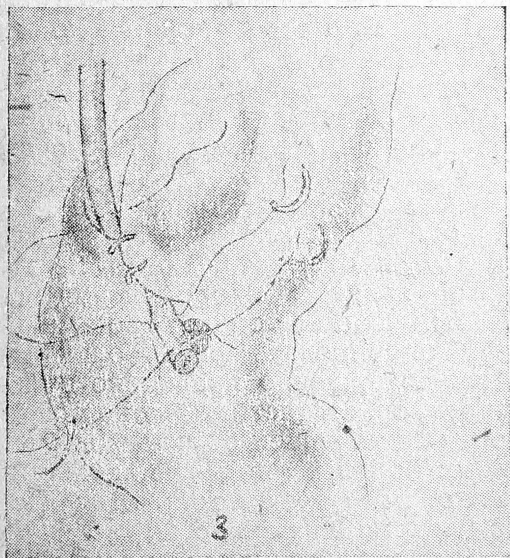
непосредственно к брюшине, благодаря чему должно произойти быстрое склеивание между соединенными органами. Все же, когда мы делали пересадку, то все швы проводили и через мышечный слой мочеточника (для большего спокойствия).

Технически операция очень проста. Катетеризированный мочеточник (можно обойтись и без катетеризации мочеточника) очень легко приподымается с брюшиной 2 пальцами и разрезы брюшины проводятся с обеих сторон мочеточника, как показано на рисунке. Затем мочеточник на необходимом уровне перерезается между 2 лигатурами, после чего накладывается тонкий непрерывный кетгутовый шов на края брюшинной манжетки вокруг мочеточника (рис. 3). Дефект в брюшине тоже закрывается непрерывным швом. В



остальном операция проводилась как и в первом случае. Больная, девочка 10 лет, выздоровела.

Нужно думать, что гладкое приживление мочеточников является также и профилактикой другого осложнения — воспаления и рубцового заращения устьев мочеточника. Я думаю, что и катетеры в мочеточниках при таком способе оперирования оставлять дольше суток не придется, а достаточно будет ввести дренажную трубку в анус для постоянного опорожнения мочи, пока, так сказать, кишка „привыкнет“ к новой среде.



Кроме того, это, возможно, уменьшит опасность образования воспалительного и язвенного процесса на месте анастомоза и



в прямой кишке, которые являются источником сепсиса для больных, перенесших операцию пересадки мочеточников в кишку (Смиттен). По Смиттену, виновником расхождения швов и последующего перитонита является не неудачная техника (что утверждает между прочим С. П. Федоров), а воспалительный процесс, который может иметь место в прямой кишке и прежде всего по линии швов.

---

Из кафедры оперативной хирургии и хирургической анатомии Казанского гос. ин-та усовершенствования врачей им. В. И. Ленина (зав. кафедрой проф. Н. В. Соколов).

### **Экспериментальные данные о судьбе погруженной и непогруженной культи слепого отростка толстой кишки у собак<sup>1)</sup>.**

(Предварительное сообщение).

**В. А. Суворов.**

Погружать или не погружать культи отростка во время аппендектомии? Вот вопрос, который все чаще и чаще стал освещаться на страницах как советской, так и заграничной хирургической печати. Несмотря на то, что эта тема была предметом горячих прений на заседаниях хирургических обществ в Париже в 1922 г., на III украинском съезде хирургов в 1929 г., в Ленинграде в 1935 г., и, наконец, на IV научном съезде врачей Татарии в 1936 г., все же единства мнений по этому вопросу до сих пор нет.

Против погружения культи отростка кисетным швом при аппендектомии у нас высказывались Дженалидзе, Юдин, Мраморнов, Антонов, Соломонов, Благовидов, Немилов, Филимонов, Каменчик и др. Из заграничных авторов—Зилик (Нью-Йорк), Мартель (Париж), Гартоломей (Бухарест), Бэссье, Массабюо и др.

Статистический материал, приводимый этими авторами, показывает, что операции по этому методу протекают без осложнений.

Огромное большинство хирургов является сторонниками погружения культи отростка кисетным швом в той или иной модификации, и они, конечно, могут оперировать еще большими статистическими цифрами. Но, как совершенно правильно отмечает известный французский хирург Фор, статистика тут не может решить вопроса. Последний мог бы быть решен большим числом наблюдений релапаротомированных больных после аппендектомии. Такие наблюдения, естественно, могут быть только единичными при релапаротомиях и при вскрытиях. Никто не наблюдал и не сравнивал, в каких случаях получается больше изменений,

---

<sup>1)</sup> Доложено на областной конференции молодых ученых медицины 14/I 1937 г. в г. Казани.