

лиз отдаленных результатов подтверждает, что комплексная терапия пенициллином и норсульфазолом — надежный метод лечения при острых абсцессах легких.

Лечению с помощью антибиотиков и сульфаниламидных препаратов были также подвергнуты больные с хроническими абсцессами легких. Их было 122 человека: мужчин 98, женщин 24. Наибольшее число больных приходится на возраст от 30 до 40 лет. По давности заболевания:

от 3 до 4 месяцев —	6;
от 4 до 5 » —	9;
от 5 до 6 » —	15;
от 8 до 1 года —	20;
от 1 года и выше —	72.

Проблема лечения этих больных и до сих пор весьма сложна.

Комбинированная терапия дает благоприятные непосредственные результаты в большей части хронических легочных нагноений, но излишний консерватизм может довести заболевание до глубокого необратимого процесса. При этом, как и при всех других консервативных методах лечения, необходимо строго разграничивать непосредственный терапевтический эффект от отдаленных результатов.

Отдаленные результаты у леченных нами больных с хроническими абсцессами легких были прослежены на протяжении от 1 года до 10 лет. 32 больных остаются практически здоровыми и трудоспособными, у 58 состояние достаточно удовлетворительное, но с периодическими обострениями заболевания, 32 больных умерли.

Таким образом, длительное наблюдение за больными с хроническими абсцессами легких свидетельствует о недостаточно эффективной консервативной терапии у них, и эти больные, как правило, подлежат хирургическому лечению.

Мы считаем, что наиболее бесспорным критерием эффективности того или другого метода лечения абсцесса легкого являются отдаленные результаты лечения. Как показывает анализ нашего материала, эти результаты свидетельствуют об эффективности пенициллиновой терапии в сочетании с сульфаниламидными препаратами у больных с острым абсцессом легких, при условии, если это лечение проводится настойчиво, до полного клинко-рентгенологического излечения. Только полное, настойчивое лечение острого абсцесса легкого, предупреждающее развитие хронического абсцесса, избавляет больного от необходимости хирургического вмешательства.

Поступила 17 октября 1957 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА ПРИ ПРОЛАПСАХ ПО НАШЕЙ МОДИФИКАЦИИ

Канд. мед. наук Е. З. РАБИНОВИЧ

Из гинекологического отделения (зав.— Е. З. Рабинович, консультант — проф. Г. К. Черепяхин) 12-й больницы гор. Горького

Методы и модификации хирургического лечения опущения и выпадения влагалища и матки исчисляются сотнями. Если учесть, что основная цель оперативного вмешательства — не только устранение выпадения, но и предупреждение возможности рецидива, то нельзя не отметить,

что большинство существующих методов далеко не совершенны. Большой выбор методов дает возможность придерживаться принципа: каждой больной — своя операция, учитывая особенности каждого случая.

В данной работе позволим себе поделиться результатами хирургического лечения полного выпадения матки и влагалища у пожилых, не живущих половой жизнью женщин. В большинстве случаев при этом заболевании имеется сочетание несостоятельности брюшной стенки, тазового дна и связочного аппарата, и поэтому, во избежание рецидива, оперативное вмешательство должно быть радикальным.

Наши наблюдения позволяют считать, что модифицированная нами операция удаления матки и влагалища не дает рецидивов, доступна хирургу средней квалификации и лишена многих недостатков, свойственных другим методам. Эта операция применяется нами с 1936 г. Всего произведено 170 операций.

Давность заболевания: до 5 лет — у 34 больных (20%); от 5 до 10 лет — у 60 больных (35%); от 10 до 15 лет — у 51 больного (30%); более 15 лет — у 25 больных (15%).

Возраст больных: от 50 до 60 лет — 74 больных; от 60 до 70 лет — 86 больных; 70 и выше — 10 больных.

В возрасте моложе 60 лет эта операция применялась по просьбе больной в случаях, когда возможность половой жизни исключалась не только в настоящее время, но и в будущем. Кроме того, одновременно имелись противопоказания для других операций, — таких, как вентрофиксация, срединная кольпоррафия, интерпозиция матки по Александрову — Шаута и пр. (несостоятельность брюшной стенки, патологическое состояние шейки матки, атрофия матки и т. д.).

У больных в возрасте старше 70 лет мы производили эту операцию при сравнительно хорошем общем состоянии и противопоказаниях для других операций. Если пролежни влагалища отсутствуют и общее состояние больной удовлетворительное, в качестве подготовки к операции производятся необходимые исследования, репонирование матки, спринцевание слабым раствором марганцовокислого калия и очистительные клизмы накануне вечером и утром в день операции. При отсутствии необходимости затягивать подготовительный период не следует, так как от длительного постельного содержания степень выпадения временно уменьшается, что затрудняет максимальное удаление слизистой влагалища. Самым эффективным методом лечения пролежней влагалища мы считаем циркулярную блокаду новокаином и пенициллином, рекомендованную Е. И. Кватером и И. И. Кагановичем¹.

Противопоказаниями для этой операции служат: возраст, не исключаяющий половую жизнь, ослабленность организма, заболевания внутренних органов, при которых противопоказано любое оперативное вмешательство, бывшие тяжелые воспалительные процессы в брюшной полости и неполное выпадение матки. Временными противопоказаниями являются пролежни влагалища, кольпиты, эндоцервициты и эндометриты, сопровождающиеся гнойными выделениями.

Обезболивание широко индивидуализируется. В зависимости от особенностей случая, применяются внутривенный гексеналовый или пентотал-натриевый наркоз, комбинированный внутривенный и ингаляционный наркоз, ингаляционный наркоз с местным обезболиванием рефлексогенных зон, спинномозговая анестезия и местная инфильтрационная анестезия.

Методика операции вкратце нами изложена в 1950 г.² Здесь мы остановимся на основных ее моментах и на дополнительных коррективах, внесенных нами за последние 7 лет.

¹ Советская медицина, № 10, 1952.

² Акушерство и гинекология, № 3, 1950.

После проведения кругового разреза слизистой влагалища у основания конуса, который получается в результате выведения матки, мы, в отличие от других авторов (Л. Л. Окинчиц, И. И. Попов), делаем 4—5 дополнительных разрезов вдоль влагалища. Слизистую влагалища мы отсепааровываем не целиком по типу вывернутого чулка, что связано со значительными трудностями и неудобствами, а в виде отдельных лоскутов. Если разрезы достаточно глубокие, края слизистой делаются подвижными и отсепааровка лоскутов протекает бескровно, быстро и хорошо обнаруживается граница мочевого пузыря. Ножницами мочевого пузыря отсепааровывается от шейки матки. Между двумя зажимами, наложенными в продольном направлении, вскрывается брюшина переднего, а затем заднего Дугласова пространства. Край переднего листка брюшины прошивается 2—3 провизорными кетгутовыми швами, которые берутся на зажим и отбрасываются на переднюю брюшную стенку. При помощи таких же провизорных швов задний листок брюшины оттягивается назад. Подтягиванием за лигатуры достигается расширение брюшной раны. В последующем этими лигатурами зашивается брюшина. С боков хорошо видны пузырно-маточные связки, которые после наложения зажима рассекаются и обшиваются. Матка выводится наружу. После наложения зажима круглые маточные связки, трубы и собственные связки яичников с обеих сторон отсекаются от маточных углов. Культи прошиваются двумя кетгутовыми лигатурами, которые завязываются по обе стороны. На широкие и крестцово-маточные связки накладывается по 2 встречных клеммы, концы баншей которых заходят один за другой, и они отсекаются центрально от клемм. Зияющие в культе связок сосуды перевязываются шелковыми лигатурами. Изогнутая игла с кетгутовой нитью проводится через верхний край культы под клеммой и завязывается узлом. Отступая на 1 см от предыдущего вкола, делают второй вкол иглы, перебрасывая ее через клемму. В результате нить обвивает культу вместе с клеммой.

Накладывая этот шов, не следует туго затягивать нить. После этого ассистент осторожно открывает верхнюю клемму и, освободив от нее половину культы, извлекает ее в замкнутом виде. Тем временем хирург туго затягивает нить. После обшивания нижней половины культы конец нити завязывается узлом.

Оба конца шва берутся в зажим и прикрепляются к простыне. На мочевой пузырь накладывается кисетный кетгутовый шов. Культи придатков, широких и крестцово-маточных связок помещаются внебрюшинно. Для этого укол иглы делается через угол переднего листка брюшины, затем через внутреннюю поверхность культы и выкалывается через угол заднего листка брюшины.

Ассистент подтягивает культу вперед, а хирург завязывает лигатуру. Брюшина зашивается наглухо. Культи связок сшиваются между собой несколькими узловыми швами. Освеженная поверхность, оставшаяся после удаления слизистой влагалища, закрывается кисетными швами в 2—3 этажа. Края оставшейся слизистой зашиваются в продольном направлении. В нижний угол раны вводится небольшой марлевый тампон на одни сутки.

Цель нашей модификации — упростить технику и тем самым сократить продолжительность и уменьшить травматичность операции.

Продолжительность операции не превышает 35—40 мин, и она успешно выполняется врачами средней квалификации.

На 170 операций не было ни одного случая летального исхода и рецидива. Не наблюдали также послеоперационных кровотечений, ранений и некрозов мочевых путей. В послеоперационном периоде повторный

подъем температуры выше 38° наблюдался в единичных случаях. Однократная катетеризация мочевого пузыря потребовалась в 5 случаях, двукратная — в 3. Заслуживает внимания быстрое исчезновение расстройства мочеиспускания, имевшего место до операции в 80% случаев. Цистоскопическое исследование через 1—2 месяца после операции обнаруживает исчезновение или уменьшение воспалительных изменений слизистой мочевого пузыря, что объясняется улучшением кровообращения и укреплением тазового дна за счет плотного послеоперационного рубца.

ВЫВОДЫ:

1. Предложенная нами модификация операции удаления матки и влагалища при проlapсах значительно ускоряет и упрощает технику операции и тем самым улучшает ее исходы.
2. Непосредственные и отдаленные результаты этой операции следует считать хорошими.
3. В показанных случаях эта операция имеет преимущество перед некоторыми другими, в частности перед операцией удаления матки через влагалище и последующей пластикой промежности.

Поступила 27 февраля 1958 г.

ОПЫТ АЛЛО- И ГОМОПЛАСТИКИ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Проф. М. М. ШАЛАГИН и доц. И. В. КОЗЫРЕВА

Из кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии
(зав. — проф. М. М. Шалагин) Казанского медицинского института

За последние десятилетия в хирургии магистральных сосудов достигнуты крупные успехи. Для пластики сосудов пригоден либо аллопластический, либо биопластический материал. Инородный материал для соединения сосудов стал применяться с конца прошлого столетия. В настоящее время в институте хирургии им. Вишневого для сшивания сосудов используется кольцо Донецкого. Блейкмор применяет кольца и канюли из виталлиума. В аппарате для сшивания сосудов, предложенном Всесоюзным экспериментальным институтом инструментов, употребляется танталовый шов. За последние годы для пластики сосудов служат трубки из метилметакрилата (плексиглаза), из капрона, нейлона, перлона, орлона, тефлона, полиэтилена, иволлона и других органических препаратов. Авторы, применявшие протезы из различных материалов, дают им неодинаковую оценку.

Гаррисон (Harrison), Ваксон (D. S. Wachson) и Линкольн (A. F. Lincoln) изучали реакцию тканей на пластические материалы — дакрон, ивалон, трубку, нейлон, орлон и тефлон. Замечено, что при пребывании нейлона в подкожной клетчатке, при замещении дефектов в грудной и брюшной аорте, через сутки отмечаются отек и скопление жидкости в окружающих тканях. Постепенно происходят прорастание клеток через щели нейлонового волокна и прочная инкапсуляция трансплантата через 6—8 недель. По такому же типу происходит реакция тканей и на другие виды пластического материала, но степень реакции различна. Минимальная реакция отмечается на тефлон (+), на орлон несколько более выраженная (++) , еще более выражена на поливиниловую (ивалоновую) трубку и дакрон (+++) и более всего на нейлон (++++) . Крич (O. Creech), Детелинг (Deteling), Эдвардс (Edwardes), Юлиан (O. C. Julian), Цинтен (R. R. Zinton) изучили материалы, представленные 27 хирургами, по вопросу о выборе аллопластического материала. Подверглись изучению следующие синтетические материалы: виньон — Н, дакрон, нейлон, тефлон, орлон и нержавеющая сталь. Было установлено, что сосудистые протезы, сделанные из синтетического