

Из фак. хир. клиники Витебского медвуза (директор проф. В. О. Морзон).

## Ранний симптом инфицирования герниотомной раны.

Н. А. Этин.

Как известно, герниотомная рана особенно чувствительна к инфекции. Процент нагноений после грыжесечений выше, чем при других чистых оперативных вмешательствах; различные авторы дают разные цифры: Козловский—23%, Звягинцев—23%, Заркжецкий—28,2%, Бобров—12%, Гедройц—14%, Тихов—8%, Успенский—5,6%, Астраханский—4,3%, Лычманов—4,8%.

В число этих нагноений вряд ли вошли те случаи, где мало-вирулентная инфекция вызывала лишь небольшой воспалительный процесс в ране, без исхода в нагноение, или стойкий инфильтрат, при небольшой субфебрильной температуре.

Симптомы инфекции герниотомной раны в первые 36—48 часов скудны.

В течение нескольких лет нами подмечался один клинический симптом, позволяющий разобраться в причинах повышения температуры после герниотомии и определять начинающуюся инфекцию раны в первые 36—48 часов.

Симптом этот состоит в следующем: большими пальцами обеих рук исследующий придавливает у больного по средней аксиллярной линии (ближе кзади) кожно-мышечные складки стенки живота непосредственно к гребешку подвздошной кости с обеих сторон; обязательно захватить в складку поверхностный слой мышц. При наличии инфекции герниотомной раны, уже в первые 36—48 ч. определяется болезненность на стороне операции.

Не следует искать этого симптома у передней дуги подвздошной кости, где весьма часто определяется болезненность в первые дни после герниотомии в результате блокирования п. Ileo-inguinalis.

На выявление этого симптома нас натолкнули следующие наблюдения: изучая сушурации после паховых грыжесечений, мы смогли отметить, как частое явление при них, наличие отечности и болезненности поясничной и боковой области стенки живота со стороны операции. Эта отечность, иногда и флегмокозный процесс простирались полосой от уровня гребешка подвздошной кости до уровня XI—XII ребра.

В одном случае осложнения грыжесечения злокачественным отеком (анаэроб), языки бронзовой окраски тянулись в указанном направлении, доходя до уровня X ребра.

В нескольких случаях поясничная область брюшной стенки со стороны герниотомии диффузно окрашивалась в зеленоватый, желтоватый оттенок, в результате всасывания гематомы из операционной раны.

Ни разу при сушурациях после грыжесечений мы не могли отметить паховых лимфаденитов. А между тем следует вспомнить, что „лимфатические сосуды кожи нижних отделов перед-

ней брюшной стенки вливаются в узлы, расположенные в паховом сгибе“ (Шевкуненко).

Следовательно, при паховых грыжесечениях отток из операционной раны направляется кзади параллельно гребешку подвздошной кости, т. е. по системе глубоких лимфатических сосудов.

Лимфатические сосуды глубоких слоев передней брюшной стенки располагаются периваскулярно, идя вдоль межреберных и поясничных сосудов и вливаются в *lymphoglandulae lumbales* (Шевкуненко).

Очевидно, поверхностные лимфатические сосуды повреждаются во время операции, или же инфекция преимущественно начинает развиваться в глубоких слоях стенки, между расслоенными мышцами и апоневрозом.

Поскольку это так, следовало бы искать ранние лимфангоиты брюшной стенки при инфицировании герниотомных ран именно в направлении к пояснице, причем не только при герниотомиях, но и при других вмешательствах в подвздошной области.

Логичным следствием этих выводов и были наши искания в этом направлении, в результате чего мы смогли констатировать наличие указанного симптома.

В клинически гладко протекающих случаях грыжесечения указанный симптом нами не наблюдался.

Однако симптом систематически наблюдался в начале настоящих суппurations, также в случаях, ограничившихся впоследствии незначительной инфильтрацией операционного рубца или ограниченными лигатурными нагноениями; симптом обычно появлялся через 24—36 ч., к 48 часам был ясно выражен.

В случаях незначительного повышения температуры в послеоперационном периоде, при общем хорошем состоянии больного, нахождение симптома свидетельствовало о вяло протекающей инфекции раны. В некоторых случаях определение симптома проявлялось резкой болезненностью невралгического порядка, очевидно, в результате сопутствующих невритов.

Однако этот симптом отсутствовал в случаях, когда суппuration развивалась в мошонке. Так, в двух случаях особо тяжелых суппurations после грыжесечения (больные М. и С.), охвативших область мошонки, наш симптом отсутствовал; не наблюдался он также и в ряде других случаев нагноения в мошонке, более легких по своему течению.

Очевидно, в таких случаях отток идет по лимфатическим путям вдоль *a. spermatica*, не поражая люмбальных путей.

Возможно, что в этом играют роль нейротрофические связи.

Вспомним оригинальный опыт Пигалева из лаборатории Сперанского.

Пигалев наносил люизит на одну мошонку кролика (у кроликов мошонка парная); развивалась характерная картина люизитного поражения мошонки; кожа мошонки некротизировалась, однако некроз обрывался на границе перехода мошонки в кожу живота. Спустя некоторое время самостоятельно развивался

некроз второй мошонки, также обрывавшийся на месте перехода мошонки в кожу живота.

Благоприятное послеоперационное течение герниотомных ран в нашей клинике не позволило мне в течение лета 1936 г. продемонстрировать товарищам описываемый симптом в достаточно ярких примерах. Однако следующее обстоятельство сделало нас частыми свидетелями описываемого симптома.

В связи с повреждением парового отопления в нашей клинике временно было прекращено производство операций в большой операционной и с 10/XII 1936 г. по 2/I 1937 г. операции производились в малой операционной. На операциях обычно присутствовала группа студентов.

Как показало в дальнейшем исследование (д-р Ковалева), воздух из большой операционной давал рост от 2 до 20 колоний в чашке Петри в различные часы операции, воздух же из малой операционной—120—155 колоний. Участились случаи нагноения после грыжесечения, наш симптом стал наблюдаться довольно часто.

На 76 грыжесечений с 1/I по 10/XII 1936 г. мы имели 1 случай нагноения, симптом наблюдался в 15 случаях. В статистику вошли лишь случаи, обследованные автором.

Из 8 грыжесечений с 10/XII 1936 г. по 2/I 1937 г. случаев нагноений было 2, симптом наблюдался у 5 больных в резко выраженной степени.

В результате многократной проверки мы настолько убеждены в верности нашего симптома, что обследование каждого герниотомированного больного мы начинаем с выявления наличия симптома боли.

Отсутствие симптома боли свидетельствует о нормальном течении герниотомной раны (исключение составляют нагноительные процессы мошонки).

Наоборот, наличие этого симптома внушает нам опасение за дальнейшее заживление раны и побуждает к принятию соответствующих мер.

Заканчивая наше сообщение, мы осмеливаемся сделать следующее заключение:

1) Описываемый нами симптом боли является одним из ранних признаков инфицирования паховой герниотомной раны.

Симптом определяется в первые 36—48 часов после операции, наиболее заметен в течение первых 3 суток.

2) Симптом объясняется глубоким лимфаденитом люмбальных лимфатических путей.

3) В случаях осложнений в области мошонки симптом может не определяться.

---