

Послетифозные поражения реберных хрящей и их лечение *).

В. М. Борисова.

За период времени с сентября 1922 г. по I/VI 1923 г. в отделении находилось на излечении 23 больных с поражением реберных хрящей. По возрасту и полу они распределялись следующим образом: женщин было 5, мужчин—18, от 10 до 20 лет—1, от 20 до 30—1, от 30 до 40—5, от 40 и старше—16. Со вскрывшимся процессом было 20 человек, с закрытым—3. В 19 случаях процесс был односторонним, в 1—двусторонним. По количеству имевшихся свищей больные распределялись так: с одним свищем было 13 чел. с двумя—3, с тремя и больше—4. Один больной имел 6 свищей, прорезывавших грудную клетку во всех направлениях. Большею частью имелось поражение хрящей IV, V, VI, VII и VIII ребер; только в одном случае наблюдалось поражение хряща II ребра. Одно ребро было поражено в 12 случаях, 2—в 4, 3—в 1. Тот больной, который имел множественные свищи, страдал поражением восьми реберных хрящей; кроме того, у него была кариозно поражена грудная кость.

Что касается предшествовавших хондриту инфекционных заболеваний, то у 3 наших больных в анамнезе отмечен *t. recurrens*, у 2—*t. exanthematicus*; в остальных 13 случаях, вследствие малой культурности пациентов, природу перенесенного заболевания установить точно не удалось, хотя и эти больные все отмечали, что они перенесли какой-то тиф.

Бактериологически во всех исследованных случаях закрытого хондрита мне удалось, под руководством заведующего лабораторией д-ра Д. Д. Грязнова, выделить чистую культуру палочки, имеющей след. свойства: она подвижна, Грам-отрицательна, при росте на средах образует виноградный сахар с образованием газа и маннит, молока же не свертывает и молочного сахара не изменяет. При попытках агглютинации ее сыворотками, агглютини-

*) Сообщено на I Поволжском Съезде Врачей.

рующими бактерии паратифов А и В, результат получился отрицательный. Из этой характеристики видно, что выделенная палочка представляет собою, видимо, ничто иное, как *bacillus paratyphosus* N. Такая же палочка получалась иногда и при посевах отделяемого свищевых ходов при открытых хондритах, но это удавалось редко, обычно же в таких случаях нами получались смешанные культуры палочки и кокков всех видов.

Микроскопического исследования пораженных хрящей нам, к глубокому сожалению, произвести не удалось по чисто-техническим причинам, макроскопически же наблюдавшиеся вами патолого-анатомические картины могут быть разделены на два вида: или мы имели поражения средины реберного хряща, или поражение концов его. В тех и других случаях пораженный участок хряща был окружен утолщенной и приобретшей костный характер надхрящницей, которая в стороне от поражения становилась тоньше, переходя без резких границ в здоровый перихондр. Сам хрящ в месте поражения как-бы отсутствовал, и здесь имелась полость, заполненная грануляциями. Остатки хряща представлялись желтыми, шероховатыми и крайне ломкими. Иногда хрящ отсутствовал на всем протяжении от грудины до ребра, и мы имели перед собой капсулу, заполненную грануляциями, с довольно плотными стенками костного характера, образовавшуюся за счет метаплазированной надхрящницы. В тех случаях, когда хрящ был сохранен, он лишался связи с надхрящницей, и между ним и ею образовался вал из грануляций. В ряде случаев,—преимущественно таких, где процесс существовал очень долго,—приходилось наталкиваться на такие места, где, повидимому, наступало самопроизвольное излечение процесса, а именно, приходилось наблюдать, что реберный хрящ на некотором протяжении замещался рубцовой соединительной тканью. Такие рубцы приходилось встречать как в средней части реберного хряща, так и соответственно концам его. Иногда при операции нами наблюдалась следующая картина: введенный в свищ зонд проникал в толщу реберного хряща; разрезая по нему хрящ, мы наталкивались на скопление грануляций позади хряща, между ним и задне-нижней стенкой надхрящницы. Иногда нам приходилось наблюдать, что процесс развивался по типу субхондрального абсцесса при целости хряща на всем протяжении и отделении надхрящницы. Очень часто мышцы соответственно пораженному хрящу являлись рубцово-перерожденными, что затрудняло последующую пластику. В окружности встречались затеки, требовавшие особого дренирования. Кожа была экзематозна, гиперемирована и тоже с признаками рубцового перерождения.

Переходя теперь к вопросу о лечении наших больных, замечу, что одна часть их была пользована нами консервативно, другая же подвергалась оперативному лечению. Консервативная терапия заключалась в назначении больным больших доз иодистого калия и внутримышечных впрыскиваниях свежее-простерилизованного коровьего молока. Последнее применялось в количестве от 2 до 5 куб. сант., с промежутками в 2—3 дня; обычно делалось 5—6 инъекций, но в одном случае впрыскиваний молока было сделано больше 20. Полученные нами при этом результаты таковы: у всех больных после первой же инъекции наступало довольно значительное и стойкое улучшение субъективного состояния: они меньше жаловались на боли, лучше и больше спали; сколько-нибудь сильной реакции в виде повышения t^0 , а также наступления анафилактических явлений, наблюдать не приходилось; что касается самого болезненного процесса, то из 9 больных, леченных по этому способу, у 3 по прошествии нескольких месяцев свищи закрылись, остальных же пришлось подвергнуть в дальнейшем оперативному лечению. Эти результаты не дают возможности сделать какие-либо определенные выводы. Просматривая литературу вопроса, можно видеть, что известный процент хондритов заживает без всякой терапии; возможно, что в приведенных выше случаях заживления свищей как раз и было именно такое самоизлечение, но, с другой стороны, не лишено вероятностей и то, что лактотерапия, повышая общую жизнеспособность организма, способствовала в данных случаях скорейшему отделению секвестров и дальнейшему заживлению раны.

В отношении хирургического лечения хондритов наше отделение, подобно другим хирургическим больницам, также прошло несколько этапов. Вначале нами производились операции по типу обычных секвестротомий, затем мы стали иссекать весь хрящ аналогично тому, как это описывает проф. Заблудовский *). Результаты этих операций были, однако, очень мало утешительны. Наступил момент, когда мы совершенно перестали оперировать хондриты и стали лечить их консервативно. Но такое лечение не могло удовлетворить ни больных, ни врачей. Между тем больные настойчиво требовали помощи. За период с сентября 1922 года по I/VI 1923 г. через амбулаторию Симбирской Губ. больницы прошло 50 человек с этим заболеванием. Нужно было искать новых путей в лечении последнего, и осенью 1922 года заведующий отделением д-р Емельянов, совершенно независимо от проф. Голяницкого, решил применить тот же способ, который дал

*) Нов. Хир. Арх., 1921, т. I, кн. 2.

хорошие результаты названному автору, и о котором проф. Г. сообщил на XV Съезде Рос. Хирургов, т. е. пластику мышечными лоскутами для заполнения дефекта, остающегося после удаления реберного хряща. Соображения, которыми он руководствовался, предлагая этот способ, основывались на аналогии с подобной же пластикой, производившейся им при секвестротомиях длинных трубчатых костей. Работая на военной службе, сначала в 263 Госпитале, а затем в Симбирском Местном госпитале, и постоянно сталкиваясь с хондритами, д-р Емельянов перепробовал при них различные методы операции, но хороших результатов не получил. В частности примененная им пластика кожными лоскутами, хотя и дала в некоторых случаях удовлетворительный эффект, но все-таки полного разрешения вопроса не принесла. Напротив, уже первые случаи, оперированные с мышечной пластикой, дали настолько хорошие результаты, что с тех пор все хондриты в отделении больницы стали оперироваться только по этому способу. Операция при этом производится так:

Начало кожного разреза делается всегда через свищ. Кожа рассекается отдельными сечениями по желобоватому зонду соответственно ходу пораженного хряща. Иногда по условиям процесса (те случаи, где свищевое отверстие расположено в коже выше пораженного хряща) лучше сделать полудлунный разрез, выпуклостью обращенный книзу, с таким расчетом, чтобы линия разреза была расположена ниже имеющегося свища. В последнем случае кожный лоскут отсекается и отводится кверху, чем создается больше удобства для производства дальнейших моментов операции, при обычном же разрезе края кожной раны растягиваются острыми крючками. Мышцы постепенно рассекаются над секвестральной капсулой и остатками хряща на всем протяжении от грудины до костного конца ребра, затем удаляется передняя стенка секвестральной капсулы. Если последняя выражена хорошо и имеет костный характер, то удобнее всего производить это костными щипцами, если же ясно выраженной капсулы нет, то утолщенная надхрящница просто рассекается. Дойдя до реберных хрящей, удаляют их на всем протяжении от грудины до костной части ребра, причем рекомендуется захватить часть костного вещества ребра и грудины. Полость секвестральной капсулы тщательно очищается от грануляций и видимых глазом остатков хряща. Края получившегося желоба сравниваются костными щипцами. Перешейки между здоровыми и больными хрящами тоже удаляются. В окружающих мягких частях удаляются грануляции, вскрываются затеки, и иссекаются на всем протяжении имеющиеся свищевые ходы. После того присту-

пают в выкраиванию мышечных лоскутов. Лоскуты эти выкраиваются, главным образом, из *m. pectoralis major* или *m. obliquus abdominis externus*. Если мышцы в окружности пораженного хряща не подверглись рубцовому перерождению, образовавшийся после удаления хряща жолоб удаётся выполнить простым смещением мышц сверху и снизу. Для того, чтобы мышцы легче смещались, нужно отсепаровать кожу на некотором протяжении вверх и вниз от имеющегося поражения. Если одно это не помогает, то нужно отделить мышцы от ребер, причем это нужно делать, по возможности щадя сосуды, так как перерезка их может впоследствии плохо влиять на пересаженный мышечный лоскут в смысле возможности последующего омертвения его. Фиксация мышечного лоскута производится таким образом, чтобы он по возможности плотнее выполнил образовавшийся желоб. Для этого делается вкол в нижний край секвестральной капсулы, или, если таковой нет, через оставшуюся надхрящницу; затем игла проводится через мышцу (верхний лоскут) по тому типу, как накладывается *Lembert*'овский шов, причем нужно стараться как бы инвагинировать мышечный лоскут в получившийся желоб. Нижний мышечный лоскут подтягивается к фиксированному верхнему. Так как внутренней конец желоба заходит на грудину, дальше *punctum fixum* мышц, то закрыть это место простым смещением мышц обычно не удаётся, и приходится выкраивать небольшой лоскут на ножке, в состав которого, кроме мышцы, входит и подкожная жировая клетчатка со *sternum*. Лоскут выкраивается широким основанием латерально и вверх, а языкообразным свободным концом внутри. Фиксация этой части лоскута производится, как описано выше. В тех случаях, когда, вследствие тех или иных причин (рубцы и т. д.), сместить соседние мышцы не удаётся, весь желоб закрывается большим лоскутом на ножке. Лоскут выкраивается так, чтобы основание его было обращено кнаружи и кверху, а свободный конец — внутри. При образовании такого лоскута нужно принять все меры к тому, чтобы не нарушить его питания, так как в противном случае он может омертветь. Для швов берется исключительно катгут, так как шелк и нитки очень часто нагнаиваются, вызывая упорные, не заживающие в течение долгого времени свищи, чем маскируется принципиальная сторона метода. Далее, необходимым условием для успеха операции является тщательная остановка кровотечения, причем лигатуры лучше тоже брать катгутовые. Приладив тем или иным образом полученный лоскут, накладывают швы на кожу, причем всякий раз стараются зашить кожную рану *ad maximum*, строго сообразуясь с особенностями каждого случая. Как правило, на пер-

вые двое суток после операции ставится дренаж, лучше стеклянный, в концу ребра (самая низкая точка при горизонтальном положении больного). Этим мы гарантируем себя от возможности образования глубокой гематомы. В тех случаях, когда имеются затеки в мягких частях, делают контрапертуры и дренируют или тампонируют, смотря по обстоятельствам. При дальнейшем ведении оперированных по этому способу больных, дренажи и тампоны, если позволяют обстоятельства, удаляют на 2—3 сутки, рана ведется под асептической повязкой бестампонно.

В общей сложности оперативное лечение было применено нами у 17 больных 20 раз. В том числе в 4 случаях операция была сделана по способу, который описывает в своей работе проф. Заблудовский, и который, как мы видели, заключается в иссечении всего реберного хряща от костной части ребра до грудины с последующей тампонадой и открытым ведением раны. Из этих 4 случаев только в одном мы получили полное заживление, все же остальные больные выписывались со свищами.

По способу мышечной пластики операция была сделана 16 раз, причем по полученным результатам случаи эти можно разделить на несколько групп. В первую группу нужно отнести особенно эффектные случаи, где излечение процесса достигнуто было в продолжении 2 недель, во вторую — случаи, где рана зажила в течение месяца после операции, и, наконец, в третью — случаи, где излечение затянулось более, чем на 1½ месяца. Неудачных исходов, где-бы потребовалась вторичная операция, у нас не наблюдалось ни одного. Только в одном случае, где нами был применен, вместо катгута, для перевязки сосудов и фиксации мышечного лоскута шелк, образовался свищ, существующий в течение 3 месяцев; свищ этот, однако, не носит характера типичного для хондрита, и можно надеяться, что он закроется, как только поддерживающие его шелковые лигатуры и швы отойдут.

Считая последний случай сомнительным, мы получим следующие цифровые данные, характеризующие результаты проведенного оперативного пособия: из 16 операций успешными были 13, сомнительный исход 1 раз, 2 больных находятся еще в больнице в периоде излечения. Смертельных исходов не было. Один раз при операции была ранена пристеночная плевра, но это не вызвало в последующем течении никаких осложнений, кроме ограниченного пнеймоторакса, рассосавшегося в первые же дни послеоперационного периода. Все больные после произведенной им операции чувствовали себя хорошо. Боли, которые так беспокоили их до операции, мешали им спать, не давали возможности свободно дышать,

наклоняться, быстро ходить, поворачиваться и пр.,—исчезали втечении первой же недели после операции. Больные, большею частью занимавшиеся до болезни физическим трудом, возвращались к своим прежним занятиям, очень довольные своим исцелением.

Если полученные при способе мышечной пластики результаты сравнить с результатами консервативной терапии и оперативной, но без мышечной пластики, то ясно видно, что этому способу принадлежит будущее. В самом деле, вот результаты консервативной терапии по нашим данным и цифрам других авторов:

	Всего лечилось	Удално.	Неудач. но.	Сомнит.
Белявцев, Елисеев и Круглов (аутовакцинотерапия *)	12	3	6	3
Голяницкий (I. c.)	12	7	5	—
Наши случаи (лактотерапия)	9	3	6	—
И т о г о	33	13	17	3

Операция без мышечной пластики.

	Всего лечилось	Удално.	Неудач. но.	Сомнит.
Заблудовский (I. c.)	16	6	4	6
Буш **)	8	2	6	—
Петрашевская ***)	12	8	1	3
Наши случаи	4	1	3	—

Способы с мышечной пластикой.

Наши случаи	16****)	13	—	1
Голяницкий (I. c.)	30	24	6	—

Если вспомнить, далее, что при способе мышечной пластики срок лечения сокращается до 2—4 недель вместо 8—12, необходимых для открытого лечения, и 4—6 месяцев при консервативной терапии (и то не всегда), то нельзя не приветствовать этого способа, дающего возможность в сравнительно короткий срок излечивать больного, обреченного втечение многих месяцев на тяжкие страдания.

Я далеко от мысли видеть в этом способе в том виде, как он описан мною, панацею. Он нуждается в дальнейшей разработке и,

*) Кубанский Научно-Мед. В., 1921, №№ 2—4.

*) Вестн. Хир. и Погр. Обл., т. II, кн. 4—6.

***) Ibid., 1922 г.

****) Кроме того за время с I/VI 1923 г. по I/IV 1924 г. в отделении было произведено еще 20 операций по указанному способу, причем все они дали успешные результаты.

быть может, в некоторых случаях, когда, напр., имеется обширное рубцовое перерождение мышц в окружности пораженного хряща, он неприменим, так как мышечный лоскут, которым нужно заполнить желоб, может омертветь, как это и было в одном нашем случае; но нельзя не согласиться, что он открывает новые пути в лечении заболевания, перед которым раньше хирургу приходилось опускать руки, обрекая больных на долговременные тяжелые страдания, а себя на сознание своего полного и досадного бессилия помочь им.

Заканчивая на этом свое сообщение, я позволю себе сделать следующие выводы:

1) Поражение реберных хрящей после возвратного тифа есть специфический процесс, вызываемый бациллой паратифа N или, как ее называет проф. Кулеша, *bacillus septico-pyæemicus hominis*.

2) Заболевание это развивается по типу остеомиелита, а потому ему с большим правом может быть присвоено название хондромиелит, чем перихондрит, так как последнее название иллюстрирует лишь определенную стадию процесса.

3) Лечение этого заболевания должно быть только хирургическим, причем наилучшим способом нужно считать удаление всего реберного хряща с последующим заполнением образовавшегося дефекта мышцами.

4) Вакциноterapia и лактоterapia при лечении хондритов должны играть вспомогательную роль, ставя организм в наилучшие условия борьбы с инфекцией и развития регенеративных процессов. С этой точки зрения крайне желательно применять указанные виды терапии, как в течение некоторого времени перед операцией, так и в послеоперационном периоде.