

Глухой шов брюшной раны при перфоративных аппендицитах с гнойным выпотом.

Ординатора М. А. Свешникова.

Защитительные силы брюшной полости против инфекции еще не вполне изучены; но повседневные наблюдения показывают, что силы эти значительны, и брюшина в отношении попавшей в нее инфекции иногда проявляет необычайную стойкость. Так, известно, что внутрибрюшинные воспалительные экссудаты и гнойники могут рассасываться без остатка. Известно, что после операций по поводу перфоративных язв и ранений желудочно-кишечного тракта, когда брюшная рана закрывается наглухо, брюшина может успешно справляться с оставшейся в ней инфекцией. Нередко после таких операций клетчатка брюшной раны нагнаивается, иногда в форме довольно обширной флегмоны, между тем как со стороны брюшины наблюдается лишь умеренное, скоро проходящее раздражение—явление, указывающее, насколько брюшина более стойка против инфекции, чем другие ткани. Подобных наблюдений, свидетельствующих о сильной бактерицидной и рассасывающей способности брюшины, можно привести немало. Тем не менее вопрос о том, как поступать с брюшной раной при перфоративных аппендицитах с гнойным выпотом, после удаления отростка и очистки брюшины от гноя, отдельными хирургами решается неодинаково: одни, повидимому, не рассчитывая на рассасывающую и защитительную способность брюшины, считают необходимым во всех таких случаях оставлять рану открытой, вводя в нее тампон или дренаж; другие, более уверенные в стойкости брюшины к инфекции, в тех же случаях принципиально закрывают брюшную рану наглухо, причем полагают, что дренаж брюшной полости вообще неосуществим (Rotter, Haberer).

С конца 1924 года мы начали применять глухой шов брюшной раны при перфоративных аппендицитах как с ограниченными гнойниками, так и разлитым перитонитом, но при обязательном условии удаления источника заражения—отростка. Поводом, побудившим нас отказаться от применения в этих случаях тампона или дренажа, были наблюдения над бестампонным и бездренажным лечением гнойных ран мягких тканей, давшим прекрасные результаты: без тампона и дренажа гноящиеся раны заживали быстрее, перевязки их были безболезненны и не повреждали грануляций, устранялась возможность внесения в рану вторичной инфекции, рана заживала ровным, гладким рубцом. В некоторых случаях, чтобы ликвидировать гнойник, было достаточно и одного или двухкратного отсасывания гноя шприцом.

Бестампонным и бездренажным лечением мы ставим рану в естественные, физиологические условия, наиболее выгодные для ее заживления. Напротив, тампон или дренаж, вставленные после удаления перфорированного отростка и гноя в брюшную полость, не оправдывают себя, как дренирующие последнюю, ибо отсасывающая сила их незначительна, да и скоро прекращается; ограничивающие же свойства тампона при гнойных аппендицитах не имеют значения, так как при аппендицитах с ограниченным гнойником ограничивающие спайки брюшины в окружающей гнойника уже имеются, а при аппендицитах с разлитым перитонитом ограничивать уже нечего. Тампон в этих случаях является лишь инородным телом, повреждающим брюшину и тормозящим заживление.

Пока в нашем распоряжении нет средств, которыми мы могли бы повысить активность борьбы брюшины с инфекцией, естественно будет лечение гнойных процессов в брюшной полости сводить к использованию тех защитительных сил брюшины, которые еще не пострадали. Но для этого нужно поставить брюшину в условия наиболее физиологичные и выгодные для ее успешной борьбы с инфекцией и рассасывания воспалительных продуктов. Такие условия, можно думать, создаются после удаления отростка и гноя при глухом шве брюшной раны. Исход этой борьбы будет зависеть от вирулентности инфекции с одной стороны, а с другой—от защитительных и рассасывающих сил уже пострадавшей брюшины. Элиминация бактерий из брюшной полости вовлекает в эту борьбу и другие органы; поэтому для исхода ее приобретает значение и состояние внутренних органов.

Наш материал составляют 50 больных с перфоративным аппендицитом; из них 38 имели перфорированный отросток с ограниченным гнойником и 12—перфорированный отросток с разлитым перитонитом. Все больные были оперированы в остром периоде, за время с сентября 1924 г. по апрель 1926 г. Обычно разрез брюшной стенки производился по Lennander'у, так как при этом открывается наиболее широкий доступ к отростку. Наркоз всегда был хлороформный. Операция производилась по возможности быстро и без большой травмы, что существенно влияет на исход ее. По удалении отростка гной по возможности весь удалялся салфетками; нередко применялось промывание физиологическим раствором или риванолом 1:1000, а также вливание эфира и камфоры (за преимущества того или другого из этих способов обработки брюшной полости высказаться не представляется возможным). В заключение брюшная рана закрывалась 3-этажным швом, предпочтительно из кэтгута.

В ближайшие послеоперационные дни, для поднятия сердечной деятельности, усиления диуреза и уменьшения общей интоксикации, больным вводился физиологический раствор—в форме или ежедневных клизм, или подкожных вливаний. В первый день после операции температура обычно резко повышалась, во потом, в последующие дни, выравнивалась до нормы. Вызывать отправления кишечника мы не спешили, а для отведения газов вставляли в rectum трубку. На 3-й—5-й день после операции рана обычно осматривалась, причем в большинстве случаев к этому времени в ране оказывалось скопление гноя, который и выпускался частичным снятием швов. Остальные швы удерживались возможно дольше, чтобы препятствовать расхождению краев раны, кото-

рое удлинняло время заживления последней и делало рубец более широким.

В одном случае нами наблюдалась обширная флегмона клетчатки в окружности раны, потребовавшая дополнительных разрезов. В остальных случаях заживление нагноившейся раны шло обычным путем *per granulationem*.

Послеоперационное лечение проводилось без больших затруднений в уходе за больными и без всяких мучений для больного во время перевязок.

Во всех оперированных нами случаях мы ни разу не наблюдали ни эвентерации, ни каловых свищей, ни послеоперационных грыж, которые нередко бывают спутниками тампонов и дренажей.

На 38 случаев перфоративного аппендицита с отграниченным гнойником наблюдалось 3 смертных исхода, на 12 случаев перфоративного аппендицита с разлитым перитонитом мы имели 8 смертных случаев. Смертельный исход в 3 случаях с отграниченным гнойником произошел: в одном случае от перитонита, в другом—от присоединившейся пневмонии, в третьем—от имевшегося ранее и обострившегося у больного хронического нефрита с отеками. Таким образом, если не считать последнего случая, то процент смертности для первой группы окажется равным 5,2. Все 8 смертельных исходов во второй группе наступили от прогрессировавшего разлитого перитонита; смертность для этой группы будет равна 66,6%.

В заключение, для сравнения, приведем цифровые данные авторов, проводивших лечение перфоративных аппендицитов с тампоном или дренажем:

Смертность в % при аппендицитах с отграниченным гнойником.	Смертность в % при аппендицитах с разлитым перитонитом.
У Ростовцева 9,8%.	У Ростовцева 81,2%.
У Rehn'a 9,4%.	У Rehn'a 53,5%.
В Обуховской больнице (Русск. Врач, 1914) 16,2%.	В Обуховской больнице . . . 79,7%.
У Herzog'a 13,7%.	У Herzog'a 100%.

Выводы: 1) Для борьбы с инфекцией брюшина обладает сильными защитительными и рассасывающими средствами. 2) Глухой шов брюшной раны после удаления перфорированного червеобразного отростка и гноя создает наиболее физиологичные условия для успешной борьбы с оставшейся инфекцией. 3) Глухой шов не влечет за собой образования эвентерации, каловых свищей и послеоперационных грыж. 4) Глухой шов упрощает уход за больным и не требует мучительных для больного перевязок, какие неизбежны при тампонаде. 5) Процент смертности при глухом шве сравнительно с данными других авторов, применявших тампонаду или дренаж,—не может быть назван высоким.

D-r M. A. Sweschnikoff (Kaluga). Die geschlossene Naht der Bauchwunde bei perforativen Appendicitiden mit eitrigem Exsudat.

Das Material des Verfassers umfasst 50 Fälle von perforativer Appendicitis, unter welchen in 38 Fällen eine circumscribte Eiterung und in 12—eine allgemeine Peritonitis sich entwickelte. Auf Grund dieser Ergebnisse spricht sich der Autor entschieden für die tamponlose Behandlung der perforativen Appendicitis aus. Seiner Meinung nach schafft die geschlossene Naht der Bauchwunde nach der Entfernung des perforierten Appendix und des Eiters eher physiologische Bedingungen für den erfolgreichen Kampf mit der zurückgebliebenen Infektion. Dieser Naht folgen keine Eventrationen, Kothfisteln und postoperative Brüche. Sie vereinfacht die Pflege des Kranken und macht die für ihn qualvollen Verbände unnötig. Die Sterblichkeit bei der geschlossenen Naht (5,2% in Fällen mit begrenzter Eiterung und 66,6% in Fällen mit allgemeiner Peritonitis) erscheint nicht sehr hoch, wenn man sie mit der Sterblichkeit nach der Behandlung mittels Tamponade vergleicht.
