

Из Хирургической клиники Института для усовершенствования врачей в Казани.  
(Завед. проф. В. Л. Боголюбов).

## К закрытию кишечных свищей <sup>1)</sup>.

Д-р И. И. Садовский.

(С 2 рис.).

Лечение кишечных свищей представляет одну из труднейших задач для практического хирурга. Известно, насколько больные этой болезнью тягостятся своим страданием. Постоянное неукротимое истечение отделяемого из кишечного свища, часто с каловым запахом, отравляет вокруг больного атмосферу и делает существование его тягостным как для себя, так и для окружающих. Это отражается на психическом состоянии больных; появляется подавленность психики, общее недовольство и резкая ипохондрия. Физическое состояние больных с кишечным свищем страдает различно в зависимости от уровня кишечника, на каком расположен свищ, от характера свища и количества отделяемого. Вследствие тяжелых расстройств больные соглашаются на любую операцию, которая им предлагается.

В лечении кишечных свищей существует три главных направления:

а) *Лечение консервативное*, рассчитанное на склонность кишечных свищей к самопроизвольному закрытию под влиянием применения давящих повязок, прижиганий и т. д.

б) *Лечение оперативное*, не связанное с вскрытием свободной брюшной полости. Из методов этого направления следует упомянуть о подкожном отшнуровывающем методе Hасker'a, кожно-пластических методах Dieffenbach'a, Göschel'a, Neuman'a, Malgaigne'a, Рокицкого, способе демукации Сапожникова.

в) *Лечение оперативное*, связанное со вскрытием брюшной полости. Наиболее распространенными способами этого направления в возрастающем порядке их сложности, опасности и эффективности являются следующие:

1) Наложение энтероанастомоза между приводящим и отводящим коленами кишки—операция Maisonneuve'a.

2) Энтероанастомоз с односторонним или двухсторонним выключением отрезков кишки. Выключение производится путем перерезки отрезков кишки по методу Hасker-Senn'a или перетягивания шелковой ниткой по Ростовцеву, или же путем перетягивания аутопластическим материалом (фасцией, кожей) по проф. В. Л. Боголюбову.

3) Иссечение свища из брюшной стенки и наложение бокового шва на место отверстия в кишке и, наконец,

4) Резекция конец в конец, или бок в бок участка кишки, который подходит к свищу с последующим иссечением свища.

В задачу настоящего сообщения не входит всестороннее обсуждение выгодных и теневых сторон всех упомянутых методов. Каждый из них имеет свой собственный круг случаев, где он с успехом может быть применен. Многочисленность их отнюдь не дает оснований применить к ним

<sup>1)</sup> Доложено на заседании Хирургической секции Казанского общества врачей 27/V 1929 г.

общеизвестный афоризм: „чем больше предлагается средств для лечения, тем менее они действительны“; наоборот, их многочисленность дает возможность индивидуализировать каждый случай кишечного свища и использовать тот из методов, который наиболее соответствует особенностям случая. Большинство авторов довольно единодушны в мнениях о том, что методы консервативного и внебрюшинного оперативного лечения, хотя и обладают одним большим преимуществом—это почти полная их безопасность, однако, дают успех далеко не во всех случаях, требуют для лечения часто большого количества времени и не дают гарантии за стойкость успеха. Это объясняется тем, что лечение их симптоматическое, направленное исключительно против наружного отверстия кишечного свища, и при них не учитываются особенности каждого случая, благодаря которым образовался и поддерживается кишечный свищ.

Этот недостаток отсутствует у методов оперативного лечения со вскрытием брюшной полости. Здесь хирург имеет возможность осмотреть и устранить те изменения в брюшной полости, которые вызвали и поддерживают свищ. В зависимости от особенностей случая он имеет возможность применить тот или иной из внутрибрюшных методов лечения кишечных свищей. По поводу преимуществ и показаний к резекции Schmieden говорит: „Все современные авторы, к которым присоединяюсь и я, стоят на той точке зрения, что для технически опытного хирурга внутрибрюшинный способ резекции стоит на первом месте, если, конечно, к этому не встречается совершенно особых противопоказаний“. Точно также и Копылов, Каплан, Чаклин и ряд других авторов рассматривают резекцию кишки, как „операцию выбора“. Преимущественно следует производить резекцию одномоментно, и только в особых случаях расчленить ее на 2—3 момента или отказаться от нее в пользу иного метода. Раньше резекция давала довольно значительный процент смертности: по Кузнецову на 77 случаев—25 случаев смертельных (32%). За последнее время, благодаря развитию хирургической техники, разработки методов вмешательства и правильной постановки показаний к применению этих методов, процент смертности при операции резекции снизился. Но, если резекция дает хорошие результаты в руках опытных хирургов, то для рядовой массы их необходим такой способ резекции, который давал бы наиболее гарантий устранения опасности инфицирования брюшной полости.

В своем стремлении усовершенствовать технику резекции кишки с удалением свища некоторые хирурги предложили метод резекции с эваганацией через свищ резецированных отрезков кишки. История этого метода вкратце следующая. Впервые этот метод, как новый метод уничтожения противоестественного отверстия, опубликован Reuher'ом<sup>1)</sup>. Тогда проф. Джанелидзе и Поль объявили, что еще за год раньше опубликования Reuher'ом ими этот метод уже был применен<sup>2)</sup>. На I-м Поволжском съезде врачей в гор. Казани (1923) д-р Емельянов заявил о применении им этого метода раньше Джанелидзе<sup>3)</sup> и демонстрации оперированного им случая на заседании Симбирского общества врачей.

<sup>1)</sup> Zentralblatt für Chirurgie за май 1922 г. № 21/27.

<sup>2)</sup> 2/1 1921 г.

<sup>3)</sup> 6/IX 1920 г.

Т. обр. три указанных автора являются претендентами на приоритет этого метода. Однако же из работы д-ра Чаклина видно, что в России впервые этот метод применил Розе в 1912 году, а по литературным изысканиям д-ра Рохкинда этот способ указал Наскер еще в 1888 году.

Техника операции закрытия кишечного свища по методу резекции кишки с эвагинацией отрезков через свищ в том виде, в каком он был дважды применен в хирург. клинике Института, состоит в следующем:

кожа вокруг свищевого отверстия в течение нескольких дней до операции путем соответствующего ухода за ней и лечения освобождается от сыпей и раздражения. Если невозможно очистить кожу на участке ближайшем к месту свища, то на некотором расстоянии от него это вполне удастся. Перед самой операцией, после основательного обмывания кожи вокруг свища, этот последний и окружающий его участок кожи тщательно закрывается коллодийной повязкой, лучше в 2—3 наложенных друг на друга слоя, а место предстоящего разреза

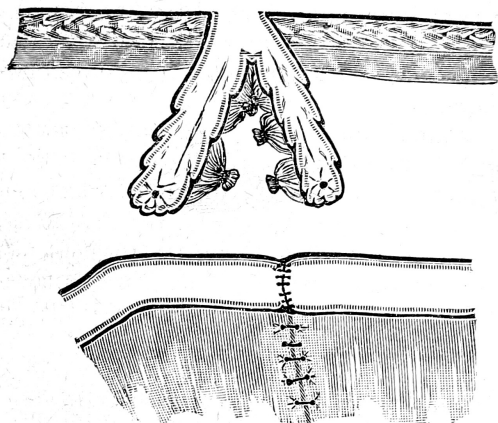


Схема № 1.

тщательно дезинфицируется спиртом и иодной настойкой. Продольным разрезом по средней или параректальной линии длиной около 20 сантиметров вскрывается брюшная полость. В случае недостаточного доступа можно расширить его поперечным добавочным разрезом, отходящим от верхней половины срединного разреза (Джанелидзе и Розе, имевшие дело со свищами после ущемленной грыжи, пользовались косым разрезом через косые мышцы подвздошной области). Отыскивается затем приводящий и отводящий отрезки кишки. Каждый рассекается между двумя кишечными зажимами. После предварительной перевязки брыжжейки, последняя рассекается. Концы кишки на месте резекции соединяются конец в конец или бок в бок. Резецированные приводящий и отводящий концы кишки закрываются по общим правилам наглухо и

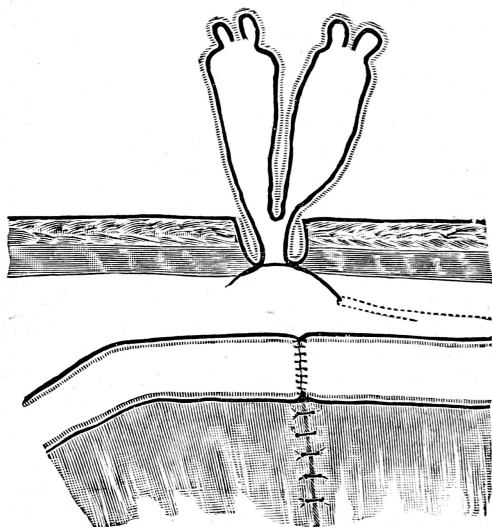


Схема № 2.

затем в виде пальца перчатки через свищ выворачиваются на пальцах наружу (схемы № 1 и № 2). Джанелидзе и Поль советуют выворачивание производить помощью корнцангов, которые вводятся помощником снаружи через свищ в слепые концы кишки и которыми захватывается выпяченное дно слепого мешка. После эвагинации слепых кишечных мешков через свищ наружу, благодаря легкому потягиванию за них помощником образуется с внутренней стороны брюшной стенки небольшая воронка, края которой сближаются непрерывным, или несколькими отдельными швами. Таким путем восстанавливается непрерывность серозного покрова брюшной стенки. Брюшная операционная рана закрывается наглухо и на нее накладывается коллодийная повязка. Эвагинированные концы кишки отрезаются у своего основания после предварительного отщепления их или без этого. В дальнейшем на месте кишечного свища образуется небольшая гранулирующая поверхность, которая зарубцовывается через некоторое время под влиянием консервативного лечения.

Перейду к изложению истории болезни больных, оперированных по этому способу.

1. Б-ной П-ов П. Ф., 32-х лет, к-н, поступил в клинику 8/III 1929 г. с каловым свищем в правой подвздошной области, наложенным ему в одной из периферических больниц 1 год 7 месяцев тому назад по поводу кишечной непроходимости 5-тидневной давности. Около 7-ми месяцев тому назад б-ной там же подвергался операции закрытия калового свища. Судя по сохранившимся вокруг свищевого отверстия рубцам применялся один из кожно-пластических методов. Операция не дала результатов, так как рана на месте операции разошлась. В течение полутора лет жизни со свищем больной своеобразно приспособлялся к нему. Весь день он ничего не ест и не пьет. Зато вечером наедается, ложится в постель, подставляет к отверстию свища чашку и в течение всей ночи в нее изливается кишечное содержимое. Раз в двое, трое суток б-ной имеет самостоятельный стул. Никаких болей в животе, урчания больной не испытывает.

Больной среднего роста, правильного телосложения, ослабленного питания. В легких редкие рассеянные хрипы. Сердце в норме. Живот нормальной формы, не вздут. На уровне правой *sp. ilei ant. sup.*, пальца на три кнутри от нее, имеется зияющее свищевое отверстие величиной с пятикопеечную монету, несколько овальной формы, через которое при стоянии больного и при натуживании выпячивается слизистая оболочка кишки в виде конуса. Края отверстия представляются рубцовыми. Кожа вокруг него также рубцово изменена на ширину 2-х, 3-х пальцев. Можно различить послеоперационные рубцы, оставшиеся от попытки закрытия свища. На коже вокруг свищевого отверстия имеется дерматит. Сквозь зияющее отверстие видна непрерывная перистальтика кишек снизу вверх. При пальпаторном исследовании через свищ палец удается ввести на всю его длину как в приводящий, так и в отводящий к свищу отрезки кишки. При этом можно установить, что оба конца кишки спаяны с передней брюшной стенкой лишь непосредственно у свища. Введенная *per rectum* окрашенная жидкость появляется в свище через 5—10 минут, поступаая из верхнего конца кишки. В течение полутора недель проводилось лечение кожи вокруг свища.

19/III ларотомия под общим смешанным эфирно-хлороформным наркозом (Проф. В. Л. Боголюбов). Разрез на средней линии от расстояния несколько выше пупка до лобка. От верхней части срединного разреза был сделан добавочный разрез через правую прямую мышцу живота. Оба разреза в пределах здоровых участков кожи. Вся операция выполнена по той методике и в той последовательности, как указано выше. К свищевому отверстию в этом случае подходила петля тонкой кишки; она была припаяна к передней брюшной стенке лишь непосредственно у краев свища. Эвагинация слепых концов через свищ наружу произведена без всякого усилия выворачиванием их на пальце.

Послеоперационное течение гладкое. Через 23 дня после операции больной выписался с небольшой быстро рубцующейся ранкой в области бывшего свища. За это время он поправился, у него хороший аппетит и ежедневный нормальный стул.

История болезни второго б-го представляет особый интерес.

17/XI 1928 г. в клинику доставлен каретой скорой помощи больной Х-нов З., 42-х лет, чернорабочий, подобранный на улице, где он упал от слабости и сильных болей в верхней части живота, появившихся внезапно после подъема тяжести, которую он нес. В течение последних 2-х лет у б-ного наблюдались боли в области желудка, наступавшие после еды. За последний год у него были постоянные рвоты после еды принятой пищей. Крови в рвоте не наблюдал. Стул ежедневно. Перенес сыпной и возвратный тифы и малярию. Венерические болезни отрицает. Наследственность и семейный анамнез ничего особенного не представляли.

Больной среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания; бледное, осунувшееся лицо, с заостренными чертами, малый и частый пульс, болезненный доскообразно-напряженный живот с полосами притупления по бокам—указывали в связи с характерным анамнезом на прободение язвы желудка.

Тотчас по поступлении в клинику, через 6 часов от начала прободения, б-ной оперирован. Под общим смешанным хлороформ-эфирным наркозом ларготомия (прив.-доц. Гусынин). Срединный разрез от мечевидного отростка до пупка. В брюшной полости обнаружено жидкое содержимое желудка. В области малой кривизны желудка, в препилорическом отделе круглое прободное отверстие величиной с горошину, откуда непрерывно выделяется желудочное содержимое.

Ткань желудка кругом прободного отверстия рубцово изменена, плотная, неровная; имеются сильно-выраженные явления перигастрита. Наложен кисетный шов вокруг отверстия желудка и ряд добавочных погружных узловатых швов. Б-ному придано положение Тренделенбурга и брюшная полость тщательно промыта теплым физиологическим раствором. Рана частично закрыта; в верхнюю ее часть вставлены тампоны, подведенные к малой кривизне. Асептическая повязка.

Послеоперационное течение гладкое; на 5-й день был стул, на 8-й удален тампон. Состояние больного все улучшалось, но на 16-й день у больного появилось вздутие живота и боли в животе: перестали отходить газы. На следующий день появился частый и жидкий стул. Еще через день наступившее напряжение в нижней части живота, валобразное вздутие в области соесис, непрерывное урчание, сильные боли, сухой обложенный язык, заострившиеся черты лица, икота—делали очевидным наличие у больного непроходимости кишечника.

В тот же день 5/XII экстренная операция (прив.-доц. Гусынин). Под общим смешанным наркозом ларготомия. Разрез по средней линии от пупка почти до лобка. По рассечении брюшной стенки оказалось, что петли кишек спаяны между собой и с пристеночной брюшной, особенно в области малого таза, образуя сплошной конгломерат. В илео-цекальной области довольно массивный тяж вызывал перетяжку и перегиб тонкой кишки. Выше этого места кишки растянуты, ниже его они в спавшемся состоянии. Тяж этот рассечен. Разделение кишек от спаек друг с другом оказалось совершенно невозможным, так как при этом рвалась серозная оболочка кишек. Операционная рана защита наглухо. В правой подвздошной области произведен новый разрез, где наложена fistula stercoralis (сделана энтеростомия).

Послеоперационное течение гладкое. Через свищ стал выделяться жидкий кал. На 12-й день после операции появился стул и с тех пор количество выделений через свищ все уменьшалось; больной стал иметь стул вначале через день, а затем каждый день и через 2 месяца после второй операции выписался со свищем, из которого выделялось лишь небольшое количество слизистого отделяемого и лишь изредка немного жидкого кала. Больной выписался с тем, чтобы спустя некоторое время, если свищ не закроется, обратиться за оперативной помощью.

Операция, однако, оказалась неотложно необходимой раньше, чем больной собрался к ней прибегнуть. Через 2 месяца после выписки из клиники, 5/IV больной срочно доставлен в клинику. Утром этого дня во время перевязки дома при кашле у него «вывалилась» как он говорит, через свищ кишка. Попытки вырвать ее не удалось. При поступлении в клинику представилась следующая картина: в правой подвздошной области имеется вывороченный через свищевое отверстие участок кишки в виде трубки, состоящей из двух вставленных друг в друга цилиндров. Эта трубка как снаружи, так и изнутри покрыта слизистой оболочкой. На верхушке этого двустенного цилиндра имеется отверстие, ведущее в просвет кишки. Длина цилиндра 12—14 сант., толщина сант. 5. Слизистая темно-красного цвета, кровоточит. У основания эвагинированной кишки выделяется жидкая зеленоватая масса без заметного калового запаха.

Диагноз: внедрение участка тонкой кишки в тонкую с выпадением через свищ и ущемлением в свищевом отверстии. Больному предложена операция. Вы

павший участок кишки и окружающие кожные покровы обильно обмыты теплым физиологическим раствором. Кишка завернута в стерильные салфетки. На кожу вокруг свища наложена стерильная коллоидная повязка. *Laparotomia* (прив.-доц. Гусынин) под общим смешанным наркозом. Разрез правый параректальный, длиной около 20 сант. Кишки найдены в нормальном состоянии без всяких между ними спаек. Легко были отысканы слегка раздувшийся и гиперемизированный приводящий и спавшийся отводящий концы. Операция проведена по описанному способу. Брюшная операционная рана частично зашита. В правую подвздошную ямку вставлен тампон. Послеоперационное течение слегка осложнилось катаральной пневмонией, быстро ликвидированной. На 5-й день стул после клизмы; на 7-й день—самостоятельный стул; в этот же день во время перевязки удалены тампоны и омертвевшие остатки слизистой эвагинированных отрезков кишки.

Достоинством метода резекции с эвагинацией является то, что при нем операция удаления кишечного свища имеет характер обычной внутрибрюшинной операции, производящейся в условиях полной асептики и предохранения брюшной полости от попадания в нее инфекции.

Действительно, разрез брюшной стенки производится вдали от свища, на месте, где кожа совершенно нормальна и доступна общепринятым в хирургии методам предоперационной ее подготовки. Резекция участка кишки не отличается от резекции, предпринимаемой по всякому иному поводу. И, наконец, удаление резецированного участка, вместе со свищем—главный момент, способствующий попаданию инфекции в брюшную полость при резекции свища—производится после закрытия брюшной полости.

В упрек методу можно поставить то, что, к сожалению, он не во всех случаях кишечного свища применим. Именно, в случаях кишечного свища на том участке кишки, которая не имеет брыжжейки (*coecum*, *col. ascendens*, *colon descendens*, *flexura hepatica et lienalis*) эвагинация невозможна. Для применения эвагинации подходят случаи кишечных свищей в области тонких кишек, *colon transversum* и *colon sigmoideum*.

К счастью, чаще встречаются кишечные свищи в отделах кишек, обладающих длинной брыжжейкой. Видное место среди этиологических моментов образования кишечных свищей занимает образование свища на почве ущемленной грыжи. По Тихову этот исход имеют от 5% до 10% ущемленных грыж. По данным *Clairmonta* на 27 случаев кишечных свищей в 12-ти имелось дело со свищами, образовавшимися после ущемленной грыжи. В грыжевом мешке преимущественно ущемляется петля кишек, имеющих брыжжейку. Кроме того в значительном количестве случаев приходится закрывать кишечные свищи, наложенные хирургами при острой непроходимости, флегмонозном или гангренозном воспалении в области ущемленной грыжи, воспалении брюшины и т. д. И в этих случаях свищ накладывается нередко на кишку, обладающую брыжжейкой.

Таким образом, круг случаев, в которых метод эвагинации может найти свое применение, оказывается довольно значительным.

Другим препятствием к эвагинации могут послужить обширные спайки кишки с брюшной стенкой вокруг свищевое отверстие. Это препятствие, однако, не следует преувеличивать, так как в большинстве случаев спустя несколько недель после образования кишечного свища спайки вокруг него рассасываются и остаются лишь в непосредственной близости у свища. Подтверждение этому представляет и наш второй случай,

в котором при операции по поводу выпадения кишки через свищ не оказалось и следов обширных сращений, найденных там во время второй операции и явившихся причиной непроходимости. На эту же склонность спаек подвергаться рассасыванию указывает и Schmieden.

В доступной мне русской литературе найдено 7 случаев применения метода эвагинации (2 Джанелидзе, 1 Емельянова, 4 Розе), что вместе с нашими двумя составляет 9. Во всех случаях наступило полное излечение. Это число невелико, чтобы судить о 100% успешности операции, но нужно принять во внимание, что вообще кишечные свищи являются заболеванием не частым, и известные статистики кишечных свищей Черняховского, Hilgenreiner'a, Goetz'a, Кузнецова оперируют такими цифрами как 165, 119 и меньше.

Судить о ценности того или другого метода закрытия кишечных свищей можно лишь на основании накопления большого количества наблюдений. Представляемый настоящим сообщением способ закрытия кишечных свищей является еще мало распространенным и место его среди других методов закрытия кишечных свищей может быть установлено путем накопления дальнейших наблюдений. Но, повидимому, этот прием в целом ряде случаев, вследствие относительной безопасности и малой травматичности, заслуживает предпочтения перед другими методами.

*Литература:* 1) Боголюбов. Рус. Хир. Арх., 1907, кн. 6.—2) Bier, Braun, Kümmel. Chirurgische Operationslehre.—3) Волков. Хирургия, 1914 г., № 209. 4) Гешелин. Врач. Дело, 1929, кн. 2.—5) Греков. Летопись рус. хир., за 1900, кн. 1.—6) Греков. Вестн. хир. и погр. обл., 1923 г., т. III, кн. 7.—7) Гуревич. Рус. врач., 1910 г., № 41.—8) Джанелидзе и Поль. Врач. газ., за 1922 г., № 10. 11.—9) Емельянов. Врач. газ., 1924 г., № 10.—10) Каплан. Нов. хир. арх., 1923 г., № 11.—11) Копылов. Хирургия, т. XXXIII, 1913 г.—12) Лисянский. Хирургия, 1903 г.—13) Рохкинг. XIX Съезд хирургов.—14) Reyerh. Zentralblatt für Chirurgie, 1922 г., № 21/27.—15) Сапожков. Вестн. хир. и погр. обл. за 1922 г., кн. 4, 5, 6 и XVIII Съезд хирургов.—16) Тихов. «Частная хирургия».—17) Чаклин. Нов. хир. арх., 1926 г., кн. 3.—18) Черняховский. «Кишечные свищи», Киев, 1893 г.—19) Шолков. Нов. хир. арх., 1928 г., № 24.

Из Уфимской губернской больницы.

## К хирургии опухолей плевральной полости.

М. В. Вакуленко.

Опухоли плевральной полости встречаются редко и я в доступной мне литературе встретил лишь несколько случаев. Приведу сначала свой случай.

Учительница А. А. С-ская, 41 года, поступила в Уф. губ. больницу 3 сентября и выписалась 11 октября 1928 года.

Больной себя считает более 2 лет. Появились боли в левой половине грудной полости, кашель и одышка. Иногда сердцебиение. Врачи признали тбс и направили больную в Ливадию. Там, при рентгеновском исследовании, найдена в нижней доле левого легкого опухоль и, т. к. в крови эозинофилов было 7%, был предположен эхинококк легкого. По возвращении в Уфу больная обратилась ко мне. При исследовании больная найдена слабого сложения и питания. Жалуется на затруднение дыхания и очень резкие боли в левой половине грудной клетки. По заключению уфимских терапевтов со стороны плевры явлений нет. В области