

сании случая хондроматоза тазобедренного сустава, указывает также, что узлы-опухоли небольшой давности локализируются именно на границе между капсулой и суставным хрящем, на месте перегиба капсулы, где клетки синовиальной оболочки представляются весьма разнообразной формы и не в конечной стадии своей дифференцировки.

Из приведенных теорий можно заключить, что вопрос этиологии и патогенеза хондроматоза еще далеко не разрешен и требует своего дальнейшего изучения.

Методы лечения суставного хондроматоза по своей радикальности могут быть разделены на 4 группы: 1) артротомия (Гендерсон, Фишер и др.), 2) артротомия с экстирпацией суставной капсулы (Ридель, Фингер), 3) резекция сустава (Рейхель, Эдэн, Лексер) и 4) ампутация конечности (Кинбек, Румпель).

Также опубликованы случаи совершенно не оперированные и не леченные (Копп, Трель, д'Амато).

При всех методах, за исключением ампутации конечности, были получены рецидивы в 10—15%. При этом большинство авторов советует пользоваться самой „паллиативной“ операцией—артротомией.

Литература. 1) Петров. Опухоли. Моногр. в учебн. Гессе-Гирголав-Шаак.—2) Высокович. Общ. патологич. анатомия, 1918 г.—3) Тильманс. Учение об опухолях. Рук. общ. хир., 1910 г.—4) Лексер. Учебник общ. хир., 1911 г.—5) Кипнис. Вестн. хир. и погр. област., 1930 г.—6) Тарковская. Вестн. Сов. Хирург. изд. 1929 г.—7) D'Amato. Forsch. aus dem Gebiete der Röntgenstral. 1927.—8) Panger. Acta radiologica. 1926.—9) Wilms-Pulcke. Handbuch der praktisch. Chirurgie. Bd. V.

Из Бершадской районной больницы.

К распознаванию и лечению заворотов сигмовидной кишки.

Д-ра М. Г. Брейтмана.

Вопросу заворота сигмовидной кишки в последние годы уделено много внимания на хирургических съездах, на заседаниях хирургических обществ и на страницах хирургических журналов. В защиту того или иного метода лечения данного страдания приводятся статистические данные, ближайшие и отдаленные результаты, патолого-анатомические обоснования. Однако, полной согласованности по этому вопросу среди хирургов, повидимому, не имеется. Мы не думаем на основании нашего небольшого материала делать какие-либо обобщающие выводы, но все же несколько случаев, оперированных и бывших под нашим наблюдением за последние 4 года (1926—1930 г.г.), дают нам небольшое право поделиться полученными нами результатами.

Несколько слов о диагностике заворотов сигмовидной кишки. В большинстве случаев ileus'a трудно указать точную его локализацию; при данной форме нам кажется это, за редкими исключениями, возможно. Мы не станем повторять симптомов обтурационной, странгуляционной и динамической формы ileus'a, которые достаточно известны. Следует подчеркнуть следующие моменты:

1. Явления интоксикации, которые так резко выражены при ileus'e тонких кишек, при заворотах сигмовидной кишки выражены слабо и нарастают медленно.

2. В большинстве случаев удается не только прощупать, но и видеть огромную колбасовидную опухоль, которая часто расположена слева снизу вправо—вверх и выпячивает иногда правое подреберье.

3. Я позволю себе подчеркнуть важность следующего симптома, который, по нашему мнению, имеет большое патогномическое значение. Больные с заворотом сигмовидной кишки не в состоянии удерживать клизмы. Это проверено стереотипными донесениями сестры и собственными нашими наблюдениями. Прежде чем приступить к операции, особенно в тех случаях ileus'a, где явления постепенно нарастают, принято обыкновенно пробовать все терапевтические меры, которые имеются в нашем распоряжении, как подкожное вливание лекарственных веществ, промывание желудка, сифонные, высокие клизмы и т. д. И вот попытка поставить клизму нашим больным с заворотом сигмовидной кишки нам не удавалась—они воды не удерживали.

Под нашим наблюдением было пять случаев заворота сигмовидной кишки. Возраст больных 47, 60, 59, 62 и 68 лет; все мужчины. В 4-х случаях на основании вышеуказанных симптомов диагноз был поставлен до операции и только в одном случае (3-й по счету) эти характерные симптомы отсутствовали. Привожу этот случай (история болезни № 419).

Больной Сыч. Х. И., 59 лет, крест. землед., поступил в больницу 6/VI-28 г. на 4-е сутки заболевания, выписан 24/VI-1928 г. Считает себя больным год. Периодические припадки болей внизу живота резкого характера. Эти припадки сопровождались температурой, рвотой и поносами, сменяющимися запорами. В свободное от припадков время изжога, отрыжка. Заболел после того как съел тесто с молоком, появились сильные боли внизу живота, главным образом справа. Т^о, рвота, газы не отходили, стула не было. В таком состоянии пролежал дома трое суток.

Status praesens: крепкий мужчина. Т^о—37,2, сердце и легкие—N. Живот умеренно вздут, болезненность при надавливании по всему животу, особенно заметна справа. Рвот не было. Отрыжки и тошнота. Экстренная операция под эфирным наркозом. Разрез по средней линии. При вскрытии брюшины выпирает сильно раздутая сигмовидная кишка, перекрученная у основания на 360°. В мезосигме много белесоватых рубцов, при расправлении кишки—форма двухстволки. Первичная резекция. Гладкое выздоровление.

Принимая во внимание, что больной никогда ничем не болел, нужно полагать, что у него был на протяжении последнего года воспалительный процесс в области мезосигмы, который привел к завороту и дал клиническую картину, напоминающую аппендицит.

В остальных 4-х случаях картина заворота сигмовидной кишки была так ясно выражена, что и до вскрытия брюшной полости у нас не являлось никаких сомнений насчет диагноза. Медленно нарастали явления непроходимости, живот вздут до огромных размеров, выпячивало подреберье, Т^о не повышена, пульс не частит, болезненность живота не резкая, клизмы больные не удерживали. Последний симптом особенно укреплял наш предположительный диагноз. Привожу историю болезни.

№ 178. Тисный Я. Ф., 47 л., крест. с. Балановки, поступил в б-цу 30/IV-1926 г., выписан 21/VI-1926 г. Диагноз—Volvulus S-Romani. Доставлен в больницу вечером на другой день заболевания. Боли сильные в животе, задержка стула и газов. Дома принимал слабительные (касторов, масле, соли), ставили клизмы—безрезультатно.

Status praesens: Больной крепкого телосложения, хорошего питания. Сердце и легкие—N. Puls—70. T°—36,8. Живот сильно вздут, болезненный. Отдано распоряжение сестре поставить высокую клизму. Через некоторое время явилась сестра и сообщила, что больной клизмы не удерживает. Больному предложена операция, от которой он отказался. 1/V. St. idem. Стула нет, газы не отходят, отрыжки, тошноты. 2/V. Больного забрали домой.

4/V. Доставлен снова в тяжелом состоянии, рвота, T°—37,4, пульс 102. Живот огромный, болезненный. Немедленная операция под общим хлорофор.-эфиром наркоз. Разрез по средней линии от пупка до лобка. Из раны выпирает сильно раздутая темно-синяя сигма. В брюшной полости—значительный выпот. Троекратно выпущены газы, кишка заметно спалась, установлены анатомические соотношения, причем оказалось, что она перекручена на 360°. Кишка выведена через отдельный боковой разрез слева и произведена резекция сигмы по М и к у л и ч у. Первый разрез зашит наглухо. Через 48 часов второй момент операции—отсечение выведенной петли термокаутером.

11/V. Сняты швы. р.р. Больной постепенно поправлялся и 21/VI выписан из больницы с *anus praeternaturalis*.

№ 145. Росляк Л. А. 60 лет, крест. с. Балаюковки, поступил 24/III-1927 г. выписан 12/V-1927 г. Диагноз—*Volvulus S-Romani*. Заболел три дня тому назад—рези в животе. Два дня задержка стула и газов. Рвот не было, отрыжки и тошноты. Страдал всегда заворотами. Живот сильно вздут, причем вздутие больше заметно в области эпигастрия справа. При пальпации удается прощупать опухоль, идущую справа-сверху влево-вниз. T°—36,7. Пульс—замедленный, хорошего наполнения и напряжения. При промывании желудок оказался пустым. Бросается в глаза типичный акромегалический *habitus* больного. При попытке поставить клизму—вода бежит обратно.

Операция под общим хлорофор.-эфир. наркозом: разрез по средней линии от пупка до лобка. Выпирает до огромных размеров раздутая сигма, повернутая вокруг своей оси на 360°. Кишка имеет форму двухстволки, брыжейка рубцово перерождена—много белесоватых тяжей. Прокол троакаром—выпущены газы, кишка заметно уменьшилась, но вследствие переполнения ее каловыми массами оставалась еще достаточно большой. Решено произвести резекцию по Грекову П. Наложена боковая анастомоз между петлями сигмы, и через разрез в левой подвздошной ямке петля выведена наружу. Попытка фиксировать выведенную кишку не удавалась из-за тяжести всей петли (переполнение каловыми массами), вследствие чего пришлось на выведенную кишку наложить клеммы и отсечь ее термокаутером. Клеммы оставлены на 48 часов à demeure. Через 48 часов культя кишечные сшиты, но они разошлись и образовался *anus praeternaturalis*.

21/VI—выписан из больницы. 25/XI—1927 г. вновь поступил в больницу, 2/XII—под местной инфилтрац. анестезией иссечение рубцовой ткани, выделена кишка, и отверстие зашито 2-х этажным швом: 1-й ряд—катгут. непрерывн. шов Ш м и д е н а, второй по Л е м б е р т у. Шов на кожу. 20/XII—выписан здоровым.

Что касается лечения заворотов сигмовидной кишки, то, оставляя в стороне внутренние способы лечения, которые в некоторых редких случаях дают желательный эффект, оперативные приемы сводятся приблизительно к следующему: 1) Простое раскручивание кишки (*detorsio*). 2. Фиксация флексуры к брюшной стенке или мезосигмы (Roux, Roser, Nussbaum и др.). К этой группе можно отнести операции Пикина, Гаген-Торна. 3. Анастомозы между основаниями флексуры, поперечно-ободочной и сигмовидной, тонкой кишкой и сигмовидной (Троянов, Winiwarter, Schmieden, Pochhammer). 4. Рассечение рубцовых тяжей мезосигмы (Riedel). 5. Инвагинация (Kümmell, Греков 1). 6. Резекция (со всеми модификациями).

Очевидно, что простая деторсия является недостаточной, ибо дает частые рецидивы. Stieda просто говорит, что эта операция ошибочна, ибо имеется опасность быстрого образования рецидивов. О способах Пикина и Гаген-Торна имеются в литературе благоприятные отзывы, но количество наблюдений невелико. На XVI Съезде рос. хирургов очень

сдержанно отзывались о фиксации флексуры. Фиксация имеет много недостатков. Флексура теряет свою подвижность, в результате чего могут появиться боли и явления стеноза. Затем, вследствие образования тяжей может в будущем возникнуть ileus. Eiselsberg на основании своего большого материала против колопексии и советует резекцию всей флексуры, хотя бы в 2 момента.

Анастомозы дают репидивы (Микули, Mengner, Греков, Городинский).

Способ эвагинации сигмовидной кишки (Греков I) дает большой % смертности. Кроме того имеется опасность омертвения стенки нисходящей кишки, краевых некрозов и тромбоза вен брыжейки сигмовидной кишки (Микули, Греков, Гессе), да сама по себе операция в техническом отношении нелегкая.

Большинство авторов высказываются за резекцию (Garré, Schmieden, Lanz, Finster, Eiselsberg, Микули, Федоров, Холлин, Герцен, Минц, Спасокукоцкий, Городинский и друг.). Вопрос идет о том, делать ли резекцию одно-или двухмоментно. Микули на XVI Съезде рос. хир., перечисляя недостатки разных способов, высказывается за одномоментную резекцию, оставляя 2-хмоментную для ослабленных больных. Казанская на основании материала факульт. хирург. клиники 2 МГУ приходит к заключению, что с одномоментным способом резекции нужно быть осторожнее. Спасокукоцкий предпочитает первичную резекцию выведению кишки, ибо при вытягивании кишки натягиваются нервы брыжейки и в одном из его случаев получено тяжелое осложнение в форме судорог, подобных эпилепсии, кроме того, смещаемость толстых кишек недостаточная, опасность и трудность резекции не больше, чем при наложении соустья между петлями. Городинский, Вишневский и др. высказались за первичную резекцию. Греков считает, что одномоментный способ резекции сигмовидной кишки при ее заворотах не может быть методом выбора. Гессе советует в ранних случаях резецировать первично, в остальных—лучше выводить кишку, пользуясь для этого методом Mickuliz'a. Хорош также и метод Греков II. О способе Греков II имеется уже в литературе много положительных отзывов. Все же метод этот дает до 38% смертности. Кроме того неприятная сторона этого метода—кишечные свищи, которые, правда, легко закрываются. Nordmann при заворотах сигмовидной кишки производит резекцию с выведением, с последующим уничтожением через неделю—шпоры посредством энтеротома. Он упоминает о 7 успешных случаях.

Одномоментная резекция имеет ту положительную сторону, что сразу избавляет больного от его болезни, но несомненно таит в себе все опасности, связанные с резекцией толстых кишек, как расхождение швов, большая легкость нагноения и проч.

Garré считает единственным радикальным методом—резекцию. В острой стадии необходимо тщательно взвесить состояние больного и кишечника. При плохом общем состоянии больного, но хорошем состоянии кишки следует произвести сигмоидостомию. При малейшем подозрении на растройство питания сигмы необходимо сделать резекцию, причем оба конца вшиваются в рану (anus praeternaturalis). Garré указывает, что по новейшим статистикам при заворотах флексуры, когда вмешательство

производится при удовлетворительном общем состоянии больного, выздоровление наступает в 60—70% случаев.

Все же Schmi eden в главе о резекциях толстых кишек пишет (Bier, Braun, Küm mel): „мы должны отдать предпочтение одномоментной гладкой резекции и мы имеем право усматривать ее большие выгоды, не преувеличивая опасности этого способа“. Тут же дальше он прибавляет, что следует применять индивидуальное лечение.

В 1-м из наших случаев мы произвели резекцию по Mickulicz'у. Больной поступил в больницу с типичными явлениями заворота сигмовидной кишки к концу 2-го дня заболевания. От предложенной операции категорически отказался. Пролежал 2 дня в больнице и уехал домой. На следующий день, т. е. на 6-й день с начала заболевания, снова доставлен в больницу в очень тяжелом состоянии; рвота, частый пульс—102, T° 37,4, живот огромный, сильные боли и болезненность живота. Ввиду тяжелого состояния больного мы не решились произвести первичной резекции, а сделали 2-х моментную резекцию по Mickulicz'у. На операции найдена перекрученная темно-синяя сигма со значительным выпотом в брюшную полость.

Во 2-м случае мы начали операцию по Греков II, но это нам не удалось, т. к. после того как был наложен анастомоз между петлями кишек, пришлось отсечь выведенную кишку тотчас же, а не через 2-е суток, ибо она своей тяжестью тянула брюшину и не было никакой возможности укрепить ее около больного. Мы, наложив предварительно клеммы, отсекали ее термокаутером. Через 2-е суток кишечные культы сшиты, все разошлось и образовался противоестественный anus, который через 6 месяцев был закрыт. Нужно думать, что метод Грекова II не всегда возможно применить, особенно в случаях, когда сигма переполнена каловыми массами, как в нашем случае. Добавим, что наш больной типичный акромегалик, страдал много лет запорами, и мегалосигма, повидимому, одно из проявлений его общего status'a.

В остальных трех случаях мы произвели первичную резекцию, которая прошла совершенно гладко, несмотря на почтенный возраст больных (59, 62 и 68 лет). Больные выписались из больницы на 19, 19, 17 дни после операции. Мы во всех случаях применяли исключительно кэтгут, отрезки кишек сшивали конец в конец, причем всегда старались накладывать на анастомоз тщательный шов, укрепляя место шва остатками брыжейки (шелковые нити при швах толстых кишек очень легко инфицируются—Kosher). Мы особенно убедились в важности только что сказанного после следующего случая, имевшего у нас место. Последний больной был оперирован в 4 часа дня. На другое утро (выходной день) вновь вступившая в дежурство сестра, не разобравши как следует, какая операция была произведена больному, поставила ему сифонную клизму из физиологического раствора. У больного был стул, что всетаки не помешало гладкому выздоровлению.

Не делая никаких выводов, так как наш материал небольшой, мы считаем, что во всех подходящих случаях (считаясь с силами больного) мы будем делать первичную резекцию, которая избавляет больного сразу от его болезни, а лечебное учреждение от лишних койко-дней и неприятных перевязок.
