

ства, потребовавшие помещения больных в специальные лечебные учреждения.

В 1954—59 гг. мы ввели в комплексы терапевтических мероприятий при энтертерииозе и частично при атеросклерозе новые медикаментозные средства общего воздействия на центральную нервную систему и, прежде всего, на ее вегетативный отдел. Сюда вошли средства спазмолитического свойства, нейроплегии и ганглиолитики. У ряда больных значительный эффект оказывают эндокринные препараты, витамины, пчелиный и змеиный яды. В последние годы в общем комплексе лечебных методов и средств мы с успехом применили перевязку нижней полой вены, получив улучшение кровоснабжения конечностей.

В заключение, представляю общие данные о лечении больных в нашей клинике за 1938—59 гг. по вышеобозначенным периодам (см. таблицу на стр. 34).

Поступила 23 ноября 1959 г.

МОДИФИКАЦИЯ ЧРЕЗБРЮШИННОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОПУЩЕНИЯ ПОЧКИ

Засл. врач РСФСР Р. Б. Ахмедзянов

Из Куйбышевского областного госпиталя инвалидов Отечественной войны (нач. медчасти — В. П. Шершова) и кафедры госпитальной хирургии (зав.—проф. А. М. Аминев) Куйбышевского медицинского института

В последние годы в нашей стране нефропексия производится очень редко, в то время как за границей она составляет 3—4% всех органосохраняющих почечных операций (Кребс).

Неудачные исходы после нефропексии зависят от неправильной оценки показаний к этой операции и недооценки роли мышц брюшного пресса в послеоперационном периоде.

О применении лечебной гимнастики после фиксации опущенной почки указаний в литературе мы не встретили, что является серьезным пробелом; в комплексе методов лечения больных опущенной почкой лечебной гимнастике нами уделяется особое внимание.

При самом сдержанном отношении к нефропексии мы в некоторых случаях все же решались на эту операцию и в результате многолетних наблюдений убедились в том, что для некоторых больных она является единственной реальной мерой избавления от мучительного недуга.

На основании литературных данных и собственного опыта мы пришли к заключению, что чрезбрюшинная нефропексия имеет ряд преимуществ перед поясничной. Известно, что опущение почки часто сопровождается хроническим аппендицитом, холециститом (И. И. Греков, А. В. Вишневский, Ю. А. Ратнер, С. М. Алексеев, В. С. Бернштейн и Н. Х. Ситдыков и др.). Нередко бывают сращения почки с соседними органами, и поэтому иногда нефропексию приходится дополнять аппендэктомией, холецистэктомией, разделением сращений. И. И. Греков и А. В. Вишневский даже предложили методики одномоментных чрезбрюшинных операций для фиксации почки и аппендэктомии. Именно поэтому операция при чрезбрюшинном доступе может быть выполнена более полноценно, чем при поясничном. Наиболее рациональным операционным доступом является поперечный разрез (И. Ф. Амбросовский, Шультхайз и др.), сочетающий два основных условия — малую травматичность и наибольшую доступность (Созон-Ярошевич, А. М. Соколов). В этом смысле наиболее отвечает вышеуказанным условиям способ Ф. Ю. Розе, представляющий собой чрезбрюшинную модификацию фасциопластики по Клаппу и Клейберу, который выполнялся поясничным доступом.

Мы видоизменили способ Ф. Ю. Розе для устранения его недостатков, увеличения прочности фиксации почки и проводим операцию следующим образом¹.

После предварительной паранефральной новокаиновой блокады по Вишневскому больной укладывается в обычном положении на спине на валике, подложенном под поясничную область. Под местной инфильтрационной анестезией поперечным разрезом на 3—4 см выше уровня пупка послойно вскрывается брюшная полость от средней подмышечной до белой линии живота. В ране обычно предлежит печеночный

¹ Учитывая, что правосторонний нефроптоз бывает в 9—10 раз чаще левостороннего, мы для краткости описываем технику фиксации правой почки.

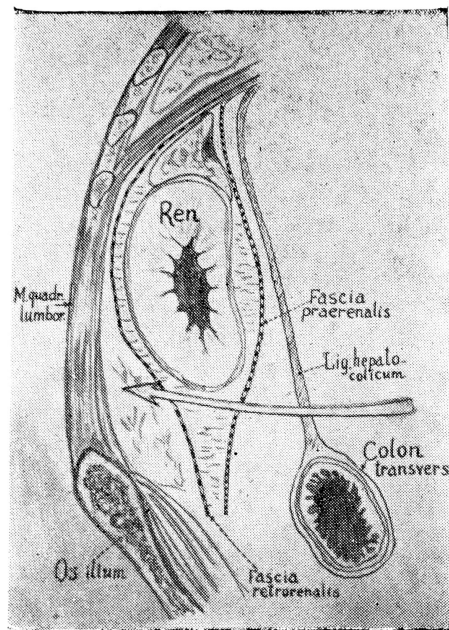


Рис. 1.
Сагиттальный разрез через область правой почки. Стрелка указывает уровень рассечения фасциальных листов.

мышцы накладывается пять отдельных швов, расположенных также полуовальной линией, повторяющей очертания нижнего полюса. Швы накладываются под контролем глаза, что исключает возможность захвата проходящих здесь нервов (n. ileoinguinalis et n. ileohypogastricus), а не вслепую, «по пальцу», что рекомендует Ф. Ю. Розе. После этого проводится заключительный этап нефропексии: связывают, начиная с медиальной стороны, провизорные нити, наложенные на печечно-ободочную связку, и передний листок почечной фасции с соответственными им по уровню нитями, прошитыми через поясничные мышцы. По мере завязывания этих узлов ложечный держатель постепенно извлекается, и почка оказывается фиксированной в своеобразном фасциальном кармане. Двойной фасциальный фартук эластично удерживает почку спереди и снизу, не препятствует физиологическим смещениям и изменениям ее объема, которые обеспечиваются эластичностью фасциальных листов. Расположение швов полуовалом придает фасциальному фартуку форму кармана, в котором почка удерживается и от ротационных смещений. В заключение печеночная флексура возвращается в нормальное положение и фиксируется к основанию печечно-ободочной связки отдельными швами. При необходимости из того же разреза производятся сопутствующие операции (аппендэктомия, холецистэктомия), и рана послойно зашивается наглухо. Обычно операция занимает 40—50 мин и легко переносится больными.

угол поперечно-ободочной кишки, как правило, опущенный при нефроптозе. Эту анатомическую особенность мы используем для укрепления почки. После анестезии корня брыжейки и поперечно-ободочной связки последняя рассекается слегка выпуклым книзу полуовальным разрезом над верхним краем поперечно-ободочной кишки. Мобилизованный край печечно-ободочной связки прошивается пятью провизорными нитями и откидывается вверх, толстая кишка оттесняется вниз и внутрь и удерживается большой марлевой салфеткой. Обнажаются передний листок почечной фасции, ворота почки и верхний отдел мочеточника. Устраняются сращения, которые могут вызывать вторичную фиксацию опущенной почки и перегибы мочеточника. Передний листок почечной фасции рассекается полуовальным разрезом, огибающим контуры нижнего полюса почки. Нижний край лоскута этой фасции прошивается теми же нитями, которые были наложены ранее на лоскут печечно-ободочной связки. Почка репозируется в нормальное положение и фиксируется специальным ложечным держателем нашей конструкции. Нужно стремиться не отделять от почки листки почечной фасции и, тем более, не делать декапсуляцию, так как все это вредно отражается на паренхиме почки (Т. К. Герекке, Ф. Ю. Розе и др.). Далее влажным тупфером обнажается передняя поверхность поясничных мышц. На уровне нижнего полюса репозированной почки на поясничные

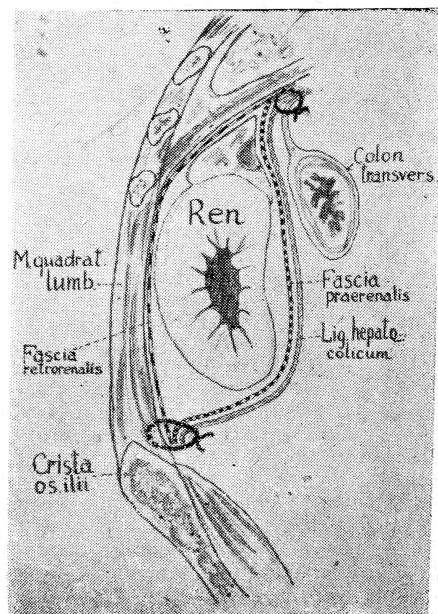


Рис. 2.
Схема законченной нефропексии на сагиттальном разрезе.

Наша модификация может быть названа фасциомиопликацией, в отличие от фасциопликации по Клаппу и Клейберу и Ф. Ю. Розе. По сравнению с ней, она имеет два преимущества: во-первых, исключается возможность повреждений п. ileoinguinalis и п. ileohypogastricus, и, во-вторых, почка укрепляется не просто ушиванием почечных фасций и брюшины, а фиксацией последних к более прочной основе — поясничным мышцам.

После операции назначаем больным специальный комплекс лечебной гимнастики, которому обучаем еще до операции. Упражнения проводятся в положении лежа на спине с первого до 14 дня для укрепления мышц брюшного пресса. Швы снимаем на 14 день и разрешаем больным ходить. Рекомендуем меньше сидеть, так как при этом расслабляются мышцы живота.

По описанному нами методу за 8 лет оперировано 27 женщин и 1 мужчина. Для операции мы отбирали только тех больных, у которых была ярко выражена клиника нефроптоза, страдание не облегчалось от ношения бандажа и резко ограничивало способность к физическому труду. У 20 результат был хороший — больные вернулись к труду и избавились от болей. Нужно отметить, что в 16 из этих 20 случаев причиной опущения почки была травма. В 5 случаях результаты оценены как удовлетворительные. Больные получили возможность выполнять средней тяжести физическую работу, но незначительные боли у них остались. В 3 случаях операция желаемого результата не дала, так как хотя и было устранено смещение почки, но боли остались. У всех этих больных были спланхноптоз и жалобы, свидетельствующие о функциональных расстройствах нервной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев С. М. Урология, 1934, 2. — 2. Амбросовский М. Ф. Хирургия, 1948, 11. — 3. Ахмедзянов Р. Б. В кн.: Обл. научн. конф. врач. 20—23 мая 1955, Куйбышев. — 4. Бернштейн В. С. и Ситдыков Н. Х. Урология. 1940, 1. — 5. Вишневский А. В. Казанский мед. журн., 1932, 8. — 6. Герекке Т. К. Нов. хир. арх., 1931, 1—2. — 7. Греков И. И. Избр. тр., Л., 1952. — 8. Розе Ф. Ю. Нов. хир. арх., 1925, 1. — 9. Созон-Ярошевич. Анатомо-клинич. обоснован. хир. доступ. к внутр. орг. Медгиз, 1954. — 10. Соколов А. М. Вестн. хир., 1951, 1. — 11. Klapp K. u. Kleiber N. Deut. Zeitschr. Chir., 1923, 181. — 12. Krebs W. Zentralbl. Chir., 1959, 13. — 13. Schultheis Th. Bruns' Beitr. klin. Chir., 1950, 2.

Поступила 4 июня 1959 г.

О ВНЕБРЮШИННОМ ДОСТУПЕ К ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫМ АБСЦЕССАМ

К. С. Шахов

Из кафедры госпитальной хирургии (зав.—проф. А. К. Шипов)
Башкирского медицинского института

В нашей клинике с 1950 по 1958 гг. наблюдались 35 больных с поддиафрагмальными абсцессами, при этом у 17 абсцесс явился осложнением оперативного вмешательства на органах брюшной полости в клинике, а 18 больных поступили с уже развившимся поддиафрагмальным абсцессом.

Все предложенные доступы к очагу заболевания можно разделить на 4 группы: транс- и экстраплевральные, экстра- и трансперитонеальные.

В 1955 г. нами предпринята разработка доступа в свете клинко-анатомических особенностей поддиафрагмальных абсцессов.

В основу был взят способ, разработанный Клермоном, который предложил производить разрез мягких тканей передней брюшной стенки до брюшины, вдоль реберной дуги от наружного края прямой мышцы до передней подмышечной линии. В дальнейшем производится отделение брюшины от диафрагмы тупым путем до гнойника, который затем вскрывается.

Применяемая нами методика операции заключается в следующем.

Разрез кожи длиной 5—6 см начинается на 3—4 см кнаружи от наружного края