

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

прямой мышцы живота и ведется параллельно реберной дуге и на 2 см ниже ее. Затем кожа несколько оттягивается крючками в стороны. В дальнейшем ткани передней брюшной стенки до межфасциального клетчаточного пространства частично рассекаются, частично раздвигаются методом гидравлической препаровки 0,25% раствором новокаина и одновременно тупо пальцем. Затем брюшина таким же методом отделяется от реберной дуги и далее от диафрагмы до гнойника.

После вскрытия гнойника при необходимости производится контрапертура на самом низком уровне поддиафрагмального абсцесса, отступя от первого разреза 5—6 см, по ходу реберной дуги в сторону подмышечных линий. Для этого гидравлической препаровкой и тупым путем производится дальнейшая отслойка тканей по ходу межфасциального клетчаточного пространства назад (в сторону спины). После отслойки тканей производится разрез кожи на расстоянии 5—6 см от первого разреза позади, также параллельно реберной дуге, и все ткани со стороны брюшины тупым путем раздвигаются при помощи корнцанга, который и выходит во второй кожный разрез.

Через контрапертуру производится отслойка брюшины от диафрагмы до самого заднего края абсцесса.

Через образованные раны в поддиафрагмальное пространство вводятся полоски от резиновых перчаток и мягкий катетер или резиновая дренажная трубка, через которую в дальнейшем вводится раствор антибиотиков.

При таком способе у нас имеется возможность сохранить участки передне-боковой стенки вместе с сосудисто-нервными пучками и в значительной степени предотвратить образование в дальнейшем вентральных грыж.

Кроме того, контрапертура значительно улучшает отток содержимого поддиафрагмального пространства.

После изучения данного доступа на трупах (14) нами у 7 больных произведено вскрытие поддиафрагмальных абсцессов указанным способом. При этом нам легко удалось подойти к абсцессу без нарушения целостности брюшины, а контрапертура между передней и средней подмышечными линиями значительно ускорила отток содержимого, тем самым быстрее устранила интоксикацию.

Из 35 больных с поддиафрагмальными абсцессами оперативному лечению подверглись 26. Семь больных не оперировались, так как диагноз при жизни, из-за тяжести основного заболевания и «маскирования» симптомов поддиафрагмального абсцесса, поставлен не был; все они умерли.

Консервативное лечение было применено у одного больного. Один больной отказался от операции и был выписан. Судьба его нам не известна.

Ближайшие исходы в зависимости от примененного нами оперативного доступа отображены в таблице 1.

Таблица 1

Оперативный доступ	Количество больных	Выздоровело	Умерло
Трансплевральный	5	1	4
Трансперитонеальный	3	3	—
Экстраперитонеальный	1	1	—
Через реберно-диафрагмальный синус . . .	9	7	2
Через межфасциальное клетчаточное пространство	7	6	1
Комбинированный	1	—	1
	26	18	8

Причиной смерти в одном из случаев оперированных трансплеврально был шок вследствие искусственного пневмоторакса, в трех — септикопиемия, причем в одном из них отмечен выраженный плеврит, в другом — облитерация плевральной полости.

При вскрытии абсцесса через реберно-диафрагмальный синус причиной смерти послужили в одном случае сепсис, в другом — кахексия и двусторонняя гипостатическая пневмония.

При комбинированном доступе (больному 4 раза вскрывали поддиафрагмальный абсцесс: 1 раз через реберно-диафрагмальный синус и трижды трансплеврально) смерть наступила от септикопиемии и амилоидоза почек.

Из семи оперированных доступом, разработанным в нашей клинике, 6 больных выздоровело и один умер от осложнений вследствие просмотра перфорации диафрагмы и двенадцатиперстной кишки во время предыдущей операции.

В заключение следует отметить, что из всех оперативных доступов при этом страдании нам кажется более целесообразным предложенный и апробированный нашей клиникой, так как, во-первых, он предупреждает возникновение вентральных грыж, во-вторых, создает наилучший отток отделяемого и дает возможность тщательно промывать полость абсцесса с последующим введением антибиотиков.

Поступила 13 марта 1959 г.

ОПЫТ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ПРОЦЕССАХ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Н. А. Мифтахов

Главврач Ютазинского района ТАССР

Организация неотложной хирургической помощи в хирургических отделениях районных больниц сельской местности имеет свои особенности.

В Ютазинском районе более 100 населенных пунктов, 10 укрупненных колхозов, 3 совхоза, более десятка промышленных предприятий и др. объекты. Радиус обслуживания районной больницы доходит до 55—60 км. В районе 19 фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, 2 фельдшерских здравпункта при промышленных предприятиях.

Хирургическое отделение больницы рассчитано на 25 коек и обеспечивает помощь весь район. В отделении работают 2 врача-хирурга, операционная и перевязочная сестры, дежурные сестры и младший медперсонал.

С 1/XI-59 г. отделение перешло на двухступенную систему обслуживания больных, что улучшило качество медицинской помощи.

Для того, чтобы в этих условиях больной мог в любое время суток получить нужную ему помощь, нами проведены следующие мероприятия. Из двух имеющихся хирургов никогда одновременно оба не отлучаются из поселка. Из числа средних медицинских работников подготовлены 3 операционные сестры, которые при необходимости подменяют друг друга. Медицинские сестры и санитарки хирургического отделения обучены правильному уходу за больными в до- и послеоперационном периодах. Все сестры хирургического отделения владеют техникой определения группы крови и переливания крови. В операционной всегда имеется достаточное количество стерильного материала. Отделение никогда не остается без запаса крови. Строгое выполнение правил хирургической деонтологии, чуткость, вежливость и культура в обращении к больным, являющиеся необходимыми элементами лечебного режима, положены в основу повседневной работы и нашего отделения.

Поскольку результаты экстренной хирургической помощи зависят в значительной мере от своевременного обращения больного за медицинской помощью, мы совместно со всеми врачами района начали проводить работу по обеспечению своевременной госпитализации всех