

Б-ной П-ов поступил в стоматологич. кл. с жалобой на опухоль и болезненность правой щеки. Перенес операцию резекции в. ч. в одном из леч. учреждений Ленинграда по поводу злокачественн. опухоли, через 2 месяца после операции в специальном учреждении ему был изготовлен каучуковый протез с полным obturatorом. За последнее время б-ной отмечает боли и неудобства, причиняемые ему протезом.

*St. praes.* То 39. Резкая слабость. На лице рубцы после удаления в. ч. Значительная отечность правой половины лица и н. века. Глаз почти закрыт, кожа горяча наощупь, покрасневшая, болезненная в области отсутствующей челюсти. После удаления протеза обнаруживаются значительных размеров полости на месте операции. На наружной и задней стенках полости отмечаются некротизированные участки ткани (пролежни). Один из них по величине с медный пятак. Ткани вокруг отечны и гиперемизированы. Протез удален. По затихании воспалительных явлений б-му изготовлен новый протез, который в настоящее время не причиняет ему никакого беспокойства. Все же нет основания быть уверенным, что пролежни не повторятся в виду продолжающегося натягивания рубцов.

В заключение позволю себе указать, что вопрос о непосред. протезировании после резекции челюстей представляет большой интерес и хотя не может считаться в настоящее время вполне решенным, но на основании имеющихся литературн. данных и наших наблюдений можно сделать следующие выводы:

1) Непосредственное протезирование как верхней, так и нижней челюстей с воспроизведением формы утерянной челюсти является наиболее совершенным методом в смысле восстановления функции челюстно-лицевого аппарата.

2) При выборе метода изготовления нижнего резекционного протеза следует остановиться на методике изготовления разборного протеза с подвижной восходящей ветвью, как наименее травматизир. метод.

3) Выгоды непосредствен. протезирования в интересах больного требуют обработки его в соответствующих стоматологических учреждениях и тесного сотрудничества хирурга со стоматологом.

---

Из 1-й Хирургической клиники Белор. госуд. медич. института (Директор проф. С. М. Рубашев).

## По поводу операции Гейле.

(Dura—ureter anastomosis)

Д-ра А. И. Михельсона (Минск).

Д-р В. И. Казанский в статье „Операция Гейле“ (Нов. хирург. архив, № 98, 1932) указывает, что по всему СССР эта операция произведена только 4 раза: случай Поленова, случай Вознесенского и два случая—его. С своей стороны считаем необходимым сюда добавить об описанных 2 случаях Бурденко, 2—Максимовича и случай Здановского. Два случая водянки головы оперированы в нашей клинике по методу Гейле, о которых мы и сообщаем. Таким образом до последнего времени по СССР вместе с нашими двумя случаями насчитывается 11 опубликованных операций по Гейле.

*Случай 1-й.* (Истор. бол. № 377). 26/X 31 г. в нашу клинику был доставлен ребенок Мацкевич, 4-х мес., из Толочинского района. Мать отмечает, что ре-

Бенок первый, родился в срок, нормальный, через несколько недель заметила, что голова ребенка постепенно увеличивается, появилось косоглазие. Особенно резко увеличилась голова за последние 2—3 месяца. *Объективно.* Ребенок женского пола, на вид 4—5 месяцев, правильного телосложения и удовлетворительного питания. Голова резко увеличена, окружность ее = 60 см., роднички расширены и напряжены. Слух и зрение сохранены. Нерезкое косоглазие. Ребенок беспокоен, хорошо сосет грудь. Со стороны прочих органов уклонений от нормы нет. 4/XI сделана спинномозговая пункция, выпущено под большим давлением 40 к/с. жидкости. Установлена сообщающаяся водянка головы. Роднички незначительно запали.

15/XI под общим наркозом была сделана операция Соколовского-Иргерера (Иргер). Операция в литературе описана под названием—лимфангиопластика. Смысл этой операции заключается в дренировании самого низкого места боковых желудочков—нижний рог, при помощи жирового комка Биша, весьма обильно снабженного лимфатическими сосудами. 19/XI—состояние ребенка удовлетворительное, небольшая припухлость правой стороны лица и вокруг правого глаза. Роднички значительно запали. Через несколько дней роднички снова наполнились и напряглись. 28/XI-31 г. под общим наркозом сделан первый момент операции Гейле (Иргер). Люмбальная ламинэктомия, на 8-й день сняты швы. Первичное заживление. 10/XII-31 г. под общим наркозом сделан второй момент операции Гейле (проф. Рубашев). Левосторонняя нефректомия, выделен мочеточник с лоханкой, последний проведен через мышечный канал и аккуратно вшит в дуральный мешок. Западение родничков. Мать отмечает, что ребенок несколько учащенно мочится. 12/XII—ребенок беспокоен, голова постепенно увеличивается. 15/XII—под общим наркозом сделан прокол по Антону-Браманну (Бобрик), выпущено около 200 к/с. жидкости. 17/XII—роднички запавшие, состояние удовлетворительное. Через 10 дней роднички снова наполнились и напряглись. 30/XII—под общим наркозом сделана операция Венгловского (проф. Рубашев). Несколько дней после операции состояние ребенка было удовлетворительное, роднички оставались запавшими. 6/I 32 г. из раны после операции Венгловского начало просачиваться довольно много жидкости, роднички значительно запали, общее ослабление, явления начинающегося менингита. 8/I 32 г. ребенок умер при явлениях менингита.

*Случай 2-й.* (Истор. бол. № 794). 5/VI 32 г. в клинику поступил ребенок Кас—ч. В., 5 лет. Анамнез со слов отца. Девочка родилась в срок совершенно нормальной и здоровой. После 6 мес. голова ее стала резко увеличиваться, роднички расширились. Ребенок совершенно не развивался: не ходит, не сидит и не говорит. Косоглазие. Окружность головы—64 см. Череп хорошо окостенел, большой родничок расширен. Ребенок все время лежит, хорошо кушает, забавляется.

6/VII—сделана спинномозговая пункция, установлена сообщающаяся водянка головы. 10/VII—под общим наркозом сделана одномоментно операция по Гейле (доц. Иргер). Тут же у всех на глазах мочеточник наполнился жидкостью. Глухие швы на кожу. Почти сутки после операции ребенок не мочился, после чего наступило учащенное мочеиспускание. Ребенок сравнительно хорошо перенес операцию, но никакого эффекта в сторону улучшения не наступило. Надо полагать, что анастомоз не функционировал совсем или функционировал очень недолго. 25/VII под общим наркозом сделан прокол по Антону Браманну (проф. Рубашев), около 2-х недель из раны просачивалась спинномозговая жидкость. 10/VIII в тяжелом состоянии отец взял ребенка домой.

Вопрос о лечении гидроцефалии у маленьких детей, несмотря на целый ряд предложенных операций, до последнего времени остался еще не разрешенным. Почти все операции, предложенные для лечения водянки головы, основаны на принципе дренажа, и анастомоз между мочеточником и дуральным мешком по Гейле на первый взгляд подкупает своим совершенством. Описывая свой случай д-р Казанский заявляет, что он получил „идеально наложенный анастомоз“ и „идеально функционирующий анастомоз“, Выполнение анастомоза технически „идеально“ еще не гарантирует идеальную функцию его.

Мы знаем, что часто после безобидного спинно-мозгового прокола получаются реактивные процессы спайки, сращения и т. д. и при вторичном проколе ниже первого, мы жидкости не получаем. Даже при „идеальном“ наложении анастомоза по Гейле попутно создается целый ряд моментов, которые нарушают его дальнейшее постоянное функционирование, наприим., — заращение мышечного ложа или канала, где проведён мочеточник, сращение *durae matris*<sup>1)</sup>, перегибы и сдавления мочеточника, которые могут создаваться в процессе движения и изменения статистики организма, восходящая инфекция и т. д.

Наконец, один из самых неприятных и опасных моментов — это быстрое излияние всей цереброспинальной жидкости, которое влечет за собой летальный исход (2-й случай (Казанского)).

Результаты после операций по Гейле такие же плачевные, как и после других менее радикальных, а посему хирурги предпочитают пользоваться целым рядом других предложенных при этом операций, нежели тяжелой, почти смертельной для грудного возраста операцией Гейле, которая является тем же паллиативом по отношению к этиологии гидроцефалии.

Через нашу клинику за время ее существования прошло порядочное число гидроцефаликов. Применялись почти все операции, предложенные при этом, как-то: Антон-Браман, Соколовский-Иргер, Гильдебранд, Венгловский, Гейле, Дэнди и др., в некоторых случаях (последние два) на одном больном проделывалось по несколько операций, но более или менее удовлетворительного результата, за исключением кратковременного улучшения (на время пребывания в клинике), мы не получали. Проф. Гессе на заседании Ленингр. О-ва хирургов, резюмируя все сказанное по поводу демонстрации случая Поленова, сказал: „Все операции, предложенные для лечения водянки головы, не приводят к хорошим результатам“. В этом отношении мы пока вполне разделяем его взгляд.

*Литература.* 1) Казанский. Нов. хир. архив, № 98, 1932 г.—2) Либберг и Баташев. Нов. хир. арх., № 26, 1925 г.—3) Рубашев С. М. Клиническая хирургия. 1932 г.—4) Поленов А. Журнал совр. хирургии. 1928 г.—5) Протоколы Русск. хир. об-ва Широкова. Н. х. арх, № 55, 1928 г.—6) Гессе. Труды 4-го Всеукраинск. съезда хирург.—7) Мыш. Нов. хир. арх., № 18, 1924 г.—8) Розанов. В. И. Журн. совр. хирург. Вып. 1—2, 1926 г.—9) Федорова Е. А. Труды Белорусск. гос. унив., № 22, 1928 г.—10) Соколовский М. П. Краткое руководство по оперативн. хирургии.—11) Sokolowsky und Irger. Zentralblatt f. Chirurgie, № 46, 1925 г.—12) Heile. Zentralblatt f. Chirurgie, № 40, 1925.

<sup>1)</sup> Подтверждено патолого-анатомическим вскрытием в случае, описанном Здановским (Н. Х. А. 101—102).