

Операция заворота S-гомані по способу Гаген-Торна.

Д-ра Н. Зерцалова.

В практике участковых больниц нередко операции по поводу непроходимости кишечника. Надо сознаться, что эти случаи не доставляют особого удовлетворения хирургу, так как дают довольно большой % смертности по причине тяжести заболевания, а также и потому, что крестьяне по большей части обращаются за помощью довольно поздно. Весьма понятно, что всякое новое предложение по части операций в этой области приобретает большой практический интерес. Способ ушивания мезосигмы по Гаген-Торну при завороте S-образной кишки является значительным шагом вперед в деле лечения кишечной непроходимости. Являясь с технической стороны весьма доступным, он устраняет непроходимость и гарантирует от повторения заворотов. Все это в скромных условиях участковой больницы имеет весьма важное значение.

При обзоре операций, предложенных при завороте S-образной кишки, даже при отсутствии практического знакомства с этим вопросом, бросается в глаза их весьма условная пригодность. Одни способы отличаются значительной травматичностью (эвагинация по Грекову) и вследствие этого малой применимостью на обычно весьма ослабленных больных, другие ставят кишку в нефизиологическое положение (пришивание верхушки петли к париетальной брюшине по Нуссбауму, пришивание к брюшине мезосигмы по Ру, фиксация петли в подбрюшном пространстве по Пякину), а в некоторых случаях могут стать причиной плохой проходимости кишки.

Способ Гаген-Торна ограничен в применении случаями, когда состояние кишки позволяет без опасений погрузить ее в брюшную полость (отсутствие гангрены), но, к счастью, гангрена при заворотах S-образной кишки наступает, повидимому, не очень скоро. В моих случаях кишка через 2 и 4 дня имела хороший вид. Техника операции в основном такова (опубликована в журнале Современной хирургии 1930 г. т. 5, в. 3): мезосигма после раскручивания заворота прошивается вдоль оси от основания до края кишки 4—5 швами с каждой стороны, причем нити проводятся через каждую пластинку брыжейки отдельно, после этого они попарно стягиваются и завязываются. В результате этой манипуляции брыжейка значительно укорачивается (а она обычно бывает весьма велика) и кишка садится на место. Существенным облегчением выполнения операции является опорожнение кишки на операционном столе посредством сифонной клизмы, так как без этого кишка бывает столь сильно вздута, что манипулировать с нею и уложить ее в брюшную полость весьма трудно. Вполне ясно, что ушивать мезосигму возможно только тогда, когда она имеется, а в тех случаях, когда она сморщилась, и кишка имеет вид двухстволки, операция неприменима.

Хотя я оперировал заворот сигмы по Гаген-Торну до сего времени всего только 2 раза, но и на этих случаях успел убедиться в выгодных сторонах операции.

Первый раз дело шло о старике 76 лет (И. З-ов, поступил II/VII 30 г.), который с год страдал запорами и поступил в больницу с неясной картиной кишечного заболевания и только через двое суток при наличии определенных признаков кишечной непроходимости был взят на операционный стол. При операции оказался заворот сигмы на 360° (по ходу часовой стрелки). Кишка была растянута до крайних пределов, но не гангренозна. Введением через задний проход желудочного зонда и вливанием воды опорожнить кишку не удалось, но объем ее уменьшился. Если бы в моей памяти не явился способ Гаген-Торна, то я был бы в весьма затруднительном положении, так как мезосигма была велика. После ушивания ее кишка «села на место». Этот момент операции является весьма страдным, когда видишь, что кишка лежит вполне нормально. Послеоперационный период протекал, если не считать бронхита, благополучно. 3 месяца спустя я видел этого старика. Он чувствовал себя вполне удовлетворительно и ни на что не жаловался, несмотря на крайне неблагоприятную жизненную обстановку (нищий).

Во втором случае 6-ой П. Гр-н поступил 14/XII 30 г., имел заворот сигмы 4 дневной давности. Кишка без явлений нарушения питания была раскручена и мезосигма ушита по Гаген-Торну. Послеоперационное течение без осложнений (в операционной было 8° R. из-за недостатка топлива). На этот раз техническая сторона операции оказалась несколько труднее, так как сосудистая сеть мезосигмы была весьма густа и прошивать ее приходилось с большой осторожностью, чтобы избежать гематомы. Больной выписался на 14-день с явлением небольшого нагноения в нижнем углу разреза.

Побуждение выступить с таким более чем скромным „материалом“ — желание обратить внимание товарищей, работающих в скудной обстановке участковых больниц, на означенный метод операции заворотов сигмы. Кроме того, способ Гаген-Торна открывает новые перспективы в лечении мегалосигмы, обуславливающей хронические запоры.

Из гос. акушерско-гинекологического ин-та НКЗ в Ленинграде.]

Основные моменты внутривенной терапии септических заболеваний.

Проф. А. Бубличенко.

Для внутривенного вливания при лечении септических заболеваний предложено бесчисленное количество препаратов. Есть приверженцы лечения теми или другими препаратами; другие совершенно отрицают их действие. Нельзя сказать, чтобы все предложенные для внутривенного введения препараты оказались бесполезными. У ряда авторов наблюдались случаи несомненно благоприятного действия этих средств, наряду с полной безуспешностью лечения. Для понимания этих противоречий небесполезно разобраться в том, чего мы можем от такого метода лечения ожидать. В нижеследующем речь будет идти только о внутривенных вливаниях. Других методов лечения мы не будем касаться. При внутривенном введении различных препаратов мы должны иметь в виду: 1. непосредственное уничтожение в крови бактерий, 2. видоизменение свойств кровяной ткани, — как жидких составных частей, так и форменных элементов крови, 3. воздействие на ретикуло-эндотелиальную систему (RES), 4. воздействие на клеточные элементы тканей.

При применении той или другой терапии в том числе и внутривенных вливаний необходимо различать, в какую форму выливается септическая инфекция.