

Из Бершадской районной больницы.

О зашивании брюшной стенки после удаления огромных кист яичника со сращениями.

М. Г. Брейтмана.

(С 2-мя рис. и 2-мя фот.).

Операция удаления кисты яичника при отсутствии сращений является довольно простой. Если хирург уверен в том, что содержимое кисты стерильно, то он может ограничиться небольшим разрезом брюшной стенки. Ход операции в таких случаях след.: в то время как ассистент фиксирует опухоль к месту разреза, хирург делает троакаром прокол стенки кисты, выпускает жидкость, легко извлекает из брюшной полости пустой мешок, подсекает его, ножку перитонизирует, и операция закончена. Не приходится говорить о том, что необходимо, на всякий случай, защитить салфетками брюшную полость. Такой ход операции хирург намечает себе в том случае, если в косметическом отношении желательно сделать небольшой разрез. С другой стороны, и большой разрез не причиняет никакого ущерба здоровью больной, если только не присоединяется инфекция в области шва.

Гораздо труднее проходит операция, когда имеются сращения стенки кисты с париетальной брюшиной. Проф. Губарев в своем руководстве по оперативной гинекологии говорит следующее: „Сращения париетальные отделяются просто пальцами или целую ладонью, когда они очень

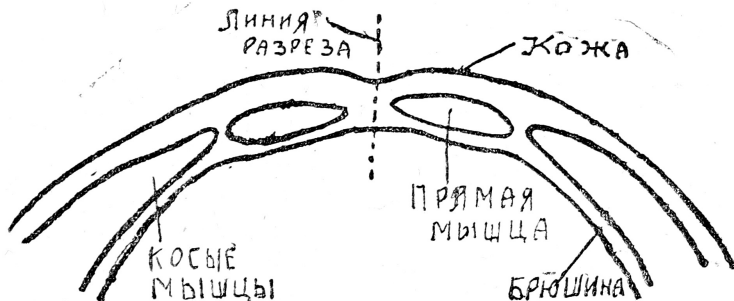


Рис. I.

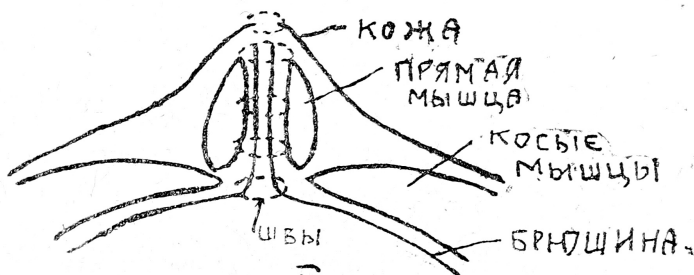


Рис. II

- I. Схематический разрез (горизонтальный) брюшной стенки.
 II. Схемат. изображение брюшной стенки после операции.

обширны. Кровотечения они обыкновенно не дают“. И далее: „Паренхиматозные кровотечения на месте сращений останавливаются прижатием сухой марлей или марлей, смоченной в денатурированном формалиновом спирте“ (стр. 504).

За относительно короткий период мне пришлось прооперировать два случая огромных кист яичника с большими сращениями с париетальной брюшиной. После удаления опухоли на париетальной брюшине остались огромные кровоточащие поверхности; паренхиматозное кровотечение продолжалось несмотря на применение всех рекомендованных средств. Защитить брюшную стенку обыкновенным образом не представлялось возможным по след. причине: если бы больные и не погибли от перитонита, то во всяком случае грозила бы опасность образования сращений с кишками, что могло бы дать в будущем серьезные осложнения для оперированных.

После удаления опухоли брюшная полость представляет собою огромный мешок с избытком брюшной стенки. Кроме того на брюшине имеются большие кровоточащие места, как ранее было упомянуто. При зашивании брюшной стенки я выключил из брюшной полости эти кровоточащие места, лишённые брюшинного покрова, следующим образом:



Рис. III.

первый этаж непрерывного кетгутового шва наложил на брюшину ниже этих раневых поверхностей брюшины; выключенные поверхности я сшил, приложив одну поверхность к другой, трехэтажным кетгутовым швом (см. схематический рис. I и II), причем я старался захватить в шов и мышечные ткани. На кожу—скобки М и ш е л я. В нижнем углу раны—небольшой марлевый выпускник, который удален через сорок восемь часов. Результат получился вполне удовлетворительный. Больные проделали послеоперационный период без осложнений и выписались здоровыми. Небольшая деформация брюшной стенки, которая получилась в результате операции, постепенно выравнивалась.

Привожу краткие выписки из истории болезни:

I. История болезни № 496.
Полянчук О. Г., 20 л., крестьянка, девица, поступила 12-го июня 1930 г., выписана 21 июля 1930 г. Поступила на операцию по поводу огромной опухоли брюшной полости (см. фот. III), которая появилась у

нее несколько (?) лет тому назад. С детства жаловалась на боли в животе; до сих пор не обращалась к врачу; менструации—каждые четыре недели, по три-четыре дня. Психика—подавленная. 20/VI под общим эфирным наркозом—чревосечение. Разрез по белой линии живота, начиная выше пупка, до лобка, обходя пупок слева. Предлежит огромная киста, сращенная с париетальной брюшиной. Толстым троакарком выпущено около двух ведер коричневой желатинообразной жидкости. В стенке кисты прощупываются несколько плотных опухолей. Стенка кисты освобождена от сращений тупым и острым путем. Широкая ножка кисты отсечена между лигатурами и перитонизирована. На внутренней поверхности брюшной стенки остались большие кровоточащие места, лишенные брюшинного покрова. Несмотря на применение всех рекомендованных мер, не удалось остановить паренхиматозное кровотечение. Брюшная стенка была зашита вышеописанным образом. Выписалась здоровой 21/VI (см. фот. IV).

II. История болезни № 910. *Плажотнюк А. Е.*, 28 л., крестьянка, замужняя. Поступила 15/XII 1930 г., выписалась 16/I 31 г. Считает себя больной несколько лет. Рожала пять раз, дети—живы. Менструация—каждые четыре недели, по четыре дня. Последний год лечилась амбулаторно и ей несколько раз делали проколы „выпускали воду“ (киста была принята за водянку). Сейчас явилась на операцию. Живот огромный и ей тяжело передвигаться. Сердце и легкие без особых изменений. Очень слабая. Готовится к операции: ежедневно всprыскивается стрихнин и пр. 21/XII под общим эфирным наркозом—чревосечение. Разрез по средней линии от пупка до лобка; предлежит киста, стенка которой сращена с париетальной брюшиной. Помимо кисты в брюшной полости—серозная жидкость. Произведена пункция кисты и выпущено два больших таза желатиноподобной жидкости, после чего приступлено к удалению кисты. В остальном ход операции одинаков с предыдущим случаем. Послеоперационное течение без осложнений. Выписалась здоровой 16/I 1931 года.

Вышеуказанный способ зашивания брюшной стенки имеет то преимущество, что из брюшной полости выключаются кровоточащие места, лишенные брюшинного покрова, и таким путем предупреждаются возможные осложнения.

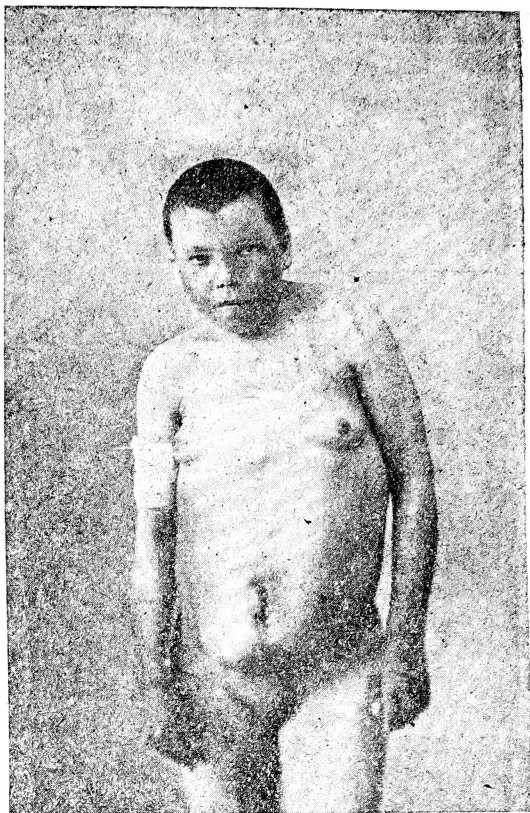


Рис. IV.