

№№ опы- тов	Возраст кроликов	Колебания уровня Са в сы- воротке крови в млг. %				Вес кролика в граммах		Примечание
		До опыта	10-й день	20-й день	30-й день	До опыта	После опыта	
31	1½ г.	14,2	15,4	15,8	16,0	1475	1580	То же.
19	1 г.	12,0	14,0	14,2	14,6	1385	1320	Перелом+впрыскивание костной эмульсии № 1.
20	1 г.	16,6	18,4	17,8	18,2	1540	1220	То же.
21	1½ г.	13,6	14,6	15,0	15,4	1140	1125	То же.
22	2½ г.	14,8	17,4	17,0	17,8	1950	1800	То же.
24	3 г.	13,0	13,0	13,2	—	2210	1115	Перелом+впрыскивание костной эмульсии № II. Издых на 30 день.
30	2 г.	13,8	14,8	15,0	15,6	1960	1995	Перелом+впрыскивание костной эмульсии № I.
42	1½ г.	12,2	13,6	14,6	15,2	1790	1540	Перелом+впрыскивание костной эмульсии № II.
60	2 г.	14,0	15,0	15,6	16,0	2345	2455	То же.

К технике аппендектомии.

Приват-доц. В. Гусынина.

Из различных вопросов, поднятых в порядке пересмотра клинического учения об аппендиците, сравнительно мало уделяется внимания методике аппендектомии. А между тем нельзя сказать, что в этой области все обстоит благополучно. Здесь по большей части господствует безраздельная верность типовому вмешательству в виде косого разреза по Mac-Burney'ю или Riedel'ю с инвагинационным способом обработки культи ампутированного отростка. Эта типовая методика часто приобретает характер застывшей формы, из тисков которой не может освободиться хирургическая техника, несмотря на то, что способ операции не только стесняет мысль и движение хирурга, но и не позволяет иногда построить наиболее рационально хирургическую помощь.

В аппендектомии так же, как и в большинстве других операций, различаются два момента: открытие доступа к органу и операция на самом органе. Для доступа к аппендиксу предложено много различных разрезов, но обычно в хирургической практике применяются два разреза: косой по Mac-Burney'ю или Riedel'ю с последующим расщеплением широких мышц живота в виде т. наз. Wechselschnitt и вертикальный, иначе параректальный, по Lennander'у. Ввиду их общеизвестности я их не описываю. Каждый из них имеет свои положительные и свои отрицательные стороны. Обеспечивая полную сохранность мышц брюшной стенки, они служат достаточной гарантией против образования послеоперационных грыж. Но в отношении свободного доступа в глубину раны косой разрез в решетку может быть признан удовлетворительным только для т. наз. легких случаев, т. е. таких, в которых червеобразный отросток обнаруживается свободнолежащим в брюшной полости без осо-

бых спаек и сращений. В тяжелых случаях, с замуравленным в спайках отростком и фиксированной сращениями слепой кишкой, узкая межмышечная щель, заслоняемая, как при диафрагмой, перекрестом линий раздела мышц, апоневроза и кожи, не облегчает, а затрудняет операцию, не позволяя даже произвести осмотр глубоких изменений. Возникает необходимость в расширении раны. Вот тогда-то и происходит затруднение. Увеличить рану удлинением разреза сверху или снизу—это значит отойти далеко от отростка. Да и беспечно удлинять рану кожи и апоневроза, когда возможность расширения отверстия все равно ограничена перекрестом щелей кожноапоневротической и мышечной. Раздвигание мышечной щели путем оттягивания ее краев сверху и книзу встречает препятствие вследствие краткости мышечных пучков, переходящих медиально во влагалище прямой мышцы живота, а латерально в свое прикрепление к *spina ilei ant. sup.* и *lig. Poupartii*. Остается только расширить рану кожи и апоневроза боковым сечением в медиальную сторону под углом к первоначальному разрезу и через влагалище прямой мышцы войти в брюшную полость. Но такое дополнение разреза искажает форму раны, делая ее неправильной, и дезорганизует строение брюшной стенки в этом месте. Убедившись в трудной преодолимости этих стеснений на собственном опыте и по наблюдению за операцией у других хирургов, я вот уже более 3 лет как перешел на поперечный разрез и сделал посредством его более 150 аппендектомий *).

Поперечный разрез для операций на саесум я употребляю в следующем виде. На поперечный палец сверху от *spina ilei anterior sup.* проводится разрез в медиальную сторону по направлению кожных бороздок. Своим срединным концом разрез заходит за латеральный край прямой мышцы живота. Апоневроз наружной косой мышцы живота пересекается в том же направлении. Щель его обычно широко расходится под тягой мышечной части. Внутренняя косая и поперечная мышцы расщепляются по ходу волокон тотчас у наружного края прямой мышцы живота. Через образовавшуюся щель вскрывается брюшина, прикрытая у края *m. recti* очень тонкой прослойкой жировой ткани. Немедленно столу придается наклонное положение с креном на левый бок. Петля тонких кишек отваливается в лев. сторону, *coecum* и *appendix* становятся видны *ad oculos* и доступны для извлечения. Если в глубине открываются большие патологические изменения и предвидятся затруднения в операции, рана расширяется удлинением разреза в медиальную или латеральную сторону, смотря по случаю. Через медиальный конец разреза вскрывается влагалище прямой мышцы, последняя отодвигается кнутри, лапаротомическая рана увеличивается до желательных размеров. В исключительно тяжелых случаях *m. rectus abdominis* может быть также рассечен поперек. Вследствие сегментарной иннервации этой мышцы, поперечное рассечение ее не влечет за собой гибели мышцы; при тщательном соединении мышцы швом анатомическая целостность и функциональная дееспособность ее восстанавливаются полностью.

*) Введение и широкое применение поперечных разрезов на передне-боковой стенке живота соединяется с именем *Sprengel's*. В монографии Ростовцева „Учение о перитифлите“ указывается, что горизонтальный разрез для аппендектомии практикует *Charut*.

Если по ходу операции требуется увеличение раны снаружy, то это удлинение легко достигается дополнительным сечением наружной косой мышцы в направлении разреза и раздвиганием мышечных пучков глубоких широких мышц в латеральную сторону. Таким образом можно подойти к задне-латеральной окружности соеcи.

Удобства и легкость открытия широкого доступа через поперечный разрез составляют такие преимущества последнего, что ими искупается рассечение апоневроза наружной косой мышцы живота; апоневротическая рана хорошо и скоро заживает рубцом.

Следующим слабым местом в операции аппендектомии является инвагинационный способ обработки культи червеобразного отростка. Другие способы обработки употребляются редко. Не входя в подробное описание всем известного способа, я скажу только, что отрицательной стороной его служит погружение перевязанной у основания культи отростка в замкнутую полость стянутого сверху кисетом мешка соеcи. Легко понятная—а ргіогі—возможность инфицирования замкнутой полости из слизистой культи подтверждена многочисленными наблюдениями из практики отдельных хирургов. В упомянутой выше монографии Ростовцева целым рядом хирургов отмечаются возвраты болезни после аппендектомии, связанные с оставлением культи отростка. В больничной и клинической практике мне также приходилось наблюдать образование воспалительных инфильтратов, обязанных своим происхождением скорее всего оставлению культи отростка. Видоизменение Дьяконова, влиявавшего культю отростка без предварительной его перевязки, едва ли является верным способом предупреждения развития инфильтратов. Вот почему я в согласии с другими хирургами (Rehn, Noetzel, Chaput и др.) перешел на метод резекции вершины купола слепой кишки, т. е. удаляю червеобразный отросток вместе с его основанием в концевой части соеcи. Техника заключается в следующем: после отделения отростка от брыжейки на концевую часть слепой кишки у основания appendix'a накладывается артериальный зажим Billroth'a; ущемленная кишка срезается в уровень с краями пинцета, отросток удаляется; на края раны накладывается обвивный шов, прошивающий кишку в 3—4 точках; петли обвивного шва не затягиваются, а оставляются широкими; затем быстрым движением артериальный пинцет извлекается из ниточной спирали, а нить тягой за концы завязывается узлом. Собранные узлом в одну точку края разреза сверху закрываются кисетным швом. Если мешок слепой кишки большой и отвисает свободно, то для укорочения его накладывается еще ряд узловых швов.

В тех случаях, когда для ампутации запаянного в спайках червеобразного отростка возникает необходимость ретроградного удаления его, способ резекции концевой части соеcи часто облегчает операцию. В подходящих случаях, при более или менее сохранившемся мешке соеcи, мне удавалось резецировать стенку слепой кишки вместе с замуравленным в ней червеобразным отростком.