

ткани, связанные, по мнению А. Л. Мясникова (1931, 1949) с энергичной мезенхимальной реакцией печени, именно ее сосудов, их эндотелия и соединительной ткани волокон глиссоновой капсулы, вместе с тем и образованием новых балок печеночной паренхимы. Эти морфологические изменения, нарушающие портальное кровообращение, при тяжелых подострых формах болезни Боткина возникают, как утверждает Мясников (1931), во вторую ее половину, то есть когда в печени появляются процессы репарации и регенерации. Однако, в более поздних работах Е. И. Тер-Григоровой (1950) замечено, что при болезни Боткина, вследствие одновременного поражения эпителиальных и мезенхимальных элементов (набухание стенок капилляров, расширение пространства Диссе и зернистые и хлопьевидные массы в них), в печени довольно рано развиваются и местные расстройства кровообращения. Довольно рано наступают и некрозы печеночных клеток (с 3—4 дня). Почти одновременно начинаются и процессы регенерации. Степень морфологических изменений и сроки обратного их развития могут быть различны. Морфологические исследования, проведенные Е. Б. Закржевским (1949) путем пункционной биопсии у больных гепатитом, в ряде случаев, даже при относительно благоприятном течении заболевания, показали значительные изменения не только печеночных клеток, но и мезенхимы, проявляющиеся в мелкоклеточной инфильтрации и значительном разрастании междольковой соединительной ткани. Отмеченные изменения, надо думать, создают известного рода затруднения в портальном кровообращении. Иначе говоря, при болезни Боткина налицо всегда фактор, предрасполагающий к асциту, и этот фактор может проявить свое действие не только во вторую половину болезни, но гораздо раньше.

Кроме того, нужно принять во внимание другой фактор, проявляющийся в различной степени у разных больных болезнью Боткина — повышенную проницаемость сосудистых стенок.

Наконец, следует отметить, что, по данным Н. Н. Аничкова (1932), капилляры сосудов брюшинной клетчатки, стенок кишок обладают большей проницаемостью, чем других сосудистых областей. Поэтому можно предположить, что в некоторых случаях болезни Боткина бывает такое сочетание факторов, ведущих к нарушению водного обмена, при котором первое место будет занимать асцит, если даже заболевание протекает и нетяжело.

Поступила 12 февраля 1959 г.

ВОСПАЛЕНИЕ КУЛЬТИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА КАК ПОЗДНЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ АППЕНДЕКТОМИИ

Канд. мед. наук Г. И. Лукомский

Из факультетской хирургической клиники (зав. — проф. И. С. Жоров)
санитарно-гигиенического факультета 1 МОЛМИ им. И. М. Сеченова

В подавляющем числе случаев аппендэктомия приводит к полному излечению, но некоторые больные продолжают страдать болями в правой подвздошной области, что вынуждает их повторно обращаться к врачу, а иногда даже подвергаться оперативному лечению. Не ставя в настоящей работе задачи подвергнуть анализу все причины, вызывающие рецидив болей после аппендэктомии, мы остановимся лишь на узком круге вопросов, связанных с деталями оперативной техники при обработке культы червеобразного отростка. Десятки пред-

ложений, посвященных обработке культи червеобразного отростка при аппендэктомии, казалось бы, должны были внести ясность в методику. Однако, на состоявшейся в 1956 г. I Всероссийской конференции хирургов методика обработки культи червеобразного отростка была вновь предметом дискуссии (С. Д. Терновский, Е. Л. Березов, Д. Н. Федоров и Л. Н. Гарвин).

Мы располагаем шестью наблюдениями больных, которые, перенеся аппендэктомию, через разные сроки были повторно оперированы по поводу воспаления культи червеобразного отростка.

I. Б-ной Б., 27 лет, поступил 11/VIII-49 г. с жалобами на боли в правой подвздошной области. 29/II-48 г. оперирован по поводу гнойного аппендицита. Выписан через 10 дней. Отмечает постоянные тупые ноющие боли в правой подвздошной области и по этому поводу дважды повторно госпитализировался.

При пальпации в области послеоперационного рубца болей нет. На месте бывшей операции удается прощупать болезненное уплотнение размером 2×2 см.

11/X-49 г. больной был оперирован с диагнозом: воспаление культи червеобразного отростка. Произведена резекция стенки слепой кишки, где прощупывалось уплотнение на месте ранее произведенной аппендэктомии. Резецированный участок содержал опухоль размером $2 \times 2,5$ см, в полости ее обнаружена гной. При гистологическом исследовании выявлена картина хронического воспаления с явлениями обострения (проф. И. В. Давыдовский). Как удалось выяснить, во время первой операции культа червеобразного отростка была перевязана кетгуттом.

II. Б-ная Б., 17 лет, поступила 20/IX-49 г. с жалобами на боли в правой подвздошной области, которые появились у нее после аппендэктомии (в марте 1948 г.). Боли появились спустя три недели после выписки из больницы. Многократно обращалась к врачам. Провела курс физиотерапевтического лечения по поводу спаек брюшной полости.

В правой подвздошной области определяются легкое напряжение мышц брюшной стенки и мягкий подвижный рубец. При глубокой пальпации найден болезненный инфильтрат размером 3×4 см.

10/X-49 г. произведена резекция передней стенки слепой кишки, включающей уплотнение. При рассечении его обнаружена полость с заключенной в ней шелковой нитью. При микроскопическом исследовании выявлена картина хронического воспаления в виде крупноочаговых инфильтратов из лимфоидных и большого количества гигантских клеток вокруг нити шелка (проф. И. В. Давыдовский).

III. Б-ной Ж., 22 лет, поступил 23/X-51 г. с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту и рвоту. В апреле 50 г. перенес операцию по поводу острого гнойного аппендицита. Через две недели появились боли в правой подвздошной области. Дважды лежал в стационаре с диагнозом: спайки брюшной полости.

При осмотре больного обнаружены резкое напряжение мышц брюшной стенки в правой подвздошной области, локальная боль. Лейкоцитоз — 16 100. Температура — $37,6^\circ$. Произведенная хромоцистоскопия показала нормальную функцию почек. С диагнозом острое воспаление культи червеобразного отростка был оперирован в день поступления.

Стенка слепой кишки гиперемирована, на месте бывшей аппендэктомии прощупывается уплотнение размером 2×3 см. Произведена резекция стенки слепой кишки вместе с уплотнением, при вскрытии которого обнаружена полость, содержащая зловонный гной.

Гистологическое исследование: слизистый и подслизистый слои интенсивно инфильтрированы круглыми клетками со значительной примесью эозинофилов; отек подслизистого слоя; мышечный и серозный покровы находятся в состоянии хронического воспаления; отдельные участки нагноившейся грануляционной ткани находятся в различной степени зрелости (проф. Ф. И. Пожарский).

При первой операции (аппендэктомии) культа червеобразного отростка была перевязана тонким кетгуттом.

IV. Б-ная М., 20 лет, поступила 8/X-53 г. с жалобами на постоянные боли в правой подвздошной области. В мае 52 г. перенесла аппендэктомию по поводу острого гнойного аппендицита. Через 1,5 месяца появились приступообразные боли в правой подвздошной области, сопровождающиеся тошнотой и субфебрильной температурой. Дважды была на курорте с диагнозом: спайки брюшной полости.

В правой подвздошной области мягкий безболезненный рубец после аппендэктомии. Глубокая пальпация слепой кишки болезненна. Опухолей и инфильтратов прощупать не удается. Со стороны женских половых органов и почек патологии не выявлено.

С предположительным диагнозом: воспаление культи червеобразного отростка — больная была оперирована 31/X-53 г.

В стенке слепой кишки на месте бывшей культи червеобразного отростка обнаружено уплотнение ($1,5 \times 1$ см), которое иссечено вместе со стенкой слепой кишки.

При вскрытии удаленного уплотнения выявлена маленькая полость, содержащая каплю гноя. При микроскопическом исследовании найдена картина хронического воспаления.

При первой операции (аппендэктомии) культя червеобразного отростка была перевязана кетгутом.

В. Б-ная Т., 24 лет, поступила в клинику 12/1-54 г. с жалобами на постоянные ноющие боли в правой подвздошной области. В январе 53 г. оперирована по поводу острого аппендицита. Выписана на 8-е сутки в хорошем состоянии. Через неделю госпитализирована вновь с острым приступом болей в правой подвздошной области и температурой 39°. В течение трех недель находилась в стационаре с диагнозом: пиелостит? Выписана без улучшения. В марте 53 г. внезапно появились сильные боли в правой подвздошной области и отчетливо прощупывался инфильтрат. После лечения антибиотиками инфильтрат исчез, но постоянные боли в правой подвздошной области продолжали беспокоить больную.

В правой подвздошной области — мягкий послеоперационный рубец. Глубокая пальпация правой подвздошной области болезненна. Со стороны женской половой сферы патологии нет. С предположительным диагнозом: воспаление культи червеобразного отростка — больная была оперирована 16/1-54 г.

На передней стенке слепой кишки обнаружено уплотнение размером 1×2 см, как бы находящееся в ее толще. Произведена резекция стенки слепой кишки вместе с прощупывавшимся уплотнением.

При вскрытии уплотнения выявлена маленькая полость, содержащая несколько капель слизеподобной жидкости. Посев жидкости дал рост стафилококка.

Гистологическое исследование: резкая атрофия стенки культи червеобразного отростка; хронический воспалительный процесс (проф. Б. Н. Могилянский).

Во время первой операции культи отростка была перевязана тонким кетгутом.

Во всех приведенных случаях после повторной операции наступило выздоровление; при осмотре через год жалобы отсутствовали.

Описание подобных случаев встречается в литературе сравнительно редко, что, однако, не свидетельствует о редкости подобных осложнений.

Впервые П. И. Дьяконов (1902) пришел к заключению, что культи червеобразного отростка, перевязанная шелком и инвагинированная в просвет кишки, остается воспалительным очагом и может повести к образованию интрамурального абсцесса. Считая причиной хронического воспаления нерассасывающуюся шелковую лигатуру, П. И. Дьяконов рекомендовал безлигатурный метод обработки культи. По поводу интрамурального абсцесса им оперировано двое больных, где была обнаружена шелковая лигатура с реактивным воспалением вокруг нее. Подобные случаи опубликованы В. И. Лиснянским, А. В. Тихоновичем, А. А. Немиловым. Вильсон (Wilson), Докерти (Dockerty) и др. (1949) в статье, посвященной гранулемам илеоцекальной области вторичного характера, приводят описание больного, где причиной образования интрамурального абсцесса послужила льняная лигатура, которой была перевязана культи отростка. Т. Т. Даурова из нашей клиники в выступлении на заседании Московского хирургического общества (1950) привела два наблюдения повторно оперированных больных с хроническим воспалением культи червеобразного отростка, причем в одном случае причиной воспаления послужила шелковая лигатура. Все приведенные выше случаи, несомненно, подтверждают, что одной из причин образования хронического воспаления культи червеобразного отростка может послужить нерассасывающаяся лигатура, как бы наглухо замыкающая образованную полость. Однако, не только нерассасывающаяся лигатура служит поводом к воспалению культи червеобразного отростка, и не у всех больных, где при обработке культи применена такая лигатура, возникают осложнения в области оставленной культи. Теперь подавляющее большинство хирургов перевязывают культи кетгутом или пользуется безлигатурным способом, предложенным П. И. Дьяконовым, однако, некоторые [О. Клейншмидт, 1943 (O. Kleinschmidt); А. А. Вишневский, 1950] рекомендуют перевязывать культи червеобразного отростка шелком, не видя в этом

ничего плохого. В приведенных нами историях болезни установлено, что в большинстве случаев культя отростка, на что обращалось особое внимание, перевязана кетгутот, но это не избавило наших пациентов от возникновения хронического воспаления в культе, а в одном (III) — даже острого воспаления, потребовавшего неотложного вмешательства. Следовательно, причина кроется, по-видимому, не в материале, применяемом для перевязки культи. Работами Л. М. Нисевича и А. С. Ровнова (1933), А. А. Немилова и Н. Н. Филимонова (1929), в обстоятельной работе И. И. Ефета (1929) установлено, что в процессе заживления погруженной культи после аппендэктомии, как правило, возникает абсцесс, который впоследствии благополучно разрешается. По данным Ч. Мейо (С. Mayo, 1934), Робертсоном (Robertson) обнаружено, что у лиц, перенесших аппендэктомию и умерших до 21 дня от каких-либо других причин, в стенке слепой кишки на месте инвагинации культи отростка был, как правило, найден абсцесс. Основываясь на этих данных, нужно полагать, что процесс заживления инвагинированной культи червеобразного отростка почти всегда проходит стадию развития абсцесса. В некоторых случаях этот абсцесс может превратиться в источник хронического воспаления, как наблюдалось у оперированных нами больных, и тогда повторная операция неизбежна. Приведенные выше наблюдения и литературные данные свидетельствуют о том, что причину хронического воспаления культи червеобразного отростка следует искать не в материале, применяемом для перевязки культи. Однако, надо полагать, что перевязка культи отростка нерассасывающейся нитью создает больше оснований для возникновения воспалительного инфильтрата вокруг инородного тела, которым служит шелк, капрон и т. д.

Главная причина, как нам кажется, кроется в деталях наложения кисетного шва. Наложение кисетного шва режущей иглой с грубым шовным материалом влечет за собой весьма частое прокальвание всей толщи кишечной стенки. Затягивание кисета приводит к соприкосновению серозного покрова выше него, препятствуя попаданию инфекции в свободную брюшную полость. Однако, логично допустить возможность попадания инфекции через проколы кишки в замкнутую полость, где находится культя червеобразного отростка.

Нахождение кисетного шва далеко от основания культи червеобразного отростка может привести к образованию слишком большой полости в стенке слепой кишки и нарушению ее моторики. Само по себе выключение значительного участка стенки с нарушенном моторики может способствовать илеоцекальной инвагинации (П. А. Куприянов, З. В. Оглоблина, 1926). Подобное осложнение описал Я. И. Бегун (1938), считая причиной инвагинации воспалительные явления в культе червеобразного отростка. Илеоцекальная инвагинация, когда головкой инвагината явилась воспаленная культя червеобразного отростка, описана Клеландом (Cleland, 1953). В этих случаях нарушение моторики мускулатуры части стенки слепой кишки усугублялось развитием воспаления культи червеобразного отростка. Необходимость наложения кисетного шва при аппендэктомии как можно ближе к основанию червеобразного отростка подчеркивает И. И. Ефет, обосновывая это положение экспериментальными наблюдениями. Оставление слишком длинной культи после аппендэктомии, которая затем погружается в кисетный шов, может послужить источником воспалительного процесса в культе червеобразного отростка, (И. И. Ефет, А. В. Тихонович).

Длинная культя, даже при обработке ее лигатурным методом явилась причиной воспаления в оставленной культе у больного М. (см. ниже), хотя, по данным горячих сторонников этого метода

(Ч. Мейо, А. А. Немилов и Н. И. Филимонов, А. М. Кан-Коган), лигатурный метод обработки культи червеобразного отростка полностью исключает подобное осложнение.

VI. Б-ной М., 22 лет, поступил 7/II-51 г. с жалобами на боли в правой половине живота. В сентябре 50 г. перенес аппендэктомию по поводу острого аппендицита. Последние 3 месяца отмечает постоянные боли в правой подвздошной области, усиливающиеся при физической нагрузке.

В правой подвздошной области обнаружен рубец после аппендэктомии, мягкий, безболезненный. 14/II-51 г. больной начал жаловаться на усиливающиеся боли в правой подвздошной области. Появилась тошнота. Лейкоцитоз — 11 000. В правой подвздошной области определяется напряжение мышц. Глубокая пальпация здесь резко болезненна. Температура — 37,3°.

Больной оперирован 15/II-51 г. с предположительным диагнозом: воспаление культи червеобразного отростка. В области илеоцекального угла обнаружена резкая гиперемия серозного покрова слепой кишки, усиливающаяся у короткой культи червеобразного отростка, которая выступает в брюшную полость. Произведена повторная аппендэктомиа. Выздоровление. Осмотрен через год — здоров. При первой операции аппендэктомиа произведена лигатурным способом без погружения культи червеобразного отростка.

Гистологическое исследование участка, удаленного при повторной операции, показало, что фиброзная капсула, находящаяся в состоянии продуктивного воспаления, окружает шелковые нити (доктор С. Меклер).

В приведенном случае причиной повторного воспаления явилось оставление слишком длинной культи во время первой операции.

Таким образом, мы полагаем, что причиной рецидива болей в правой подвздошной области после аппендэктомии может служить острое или хроническое воспаление культи червеобразного отростка. Такие больные должны подвергаться повторной операции. Для исключения возможности воспаления культи червеобразного отростка после аппендэктомии следует тщательно соблюдать „мелочи“ оперативной техники при обработке культи, а также избегать перевязки культи червеобразного отростка нерассасывающимся шовным материалом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бегун Я. И. Нов. хир. арх. 1938, 2. — 2. Брайцев В. Р. Хирургия, 1913, 201. — 3. Вишневский А. А. Хирургия, 1950, 10. — 4. Даурова Т. Т. Хирургия, 1950, 9. — 5. Дьяконов П. И. Хирургия, 1902, 66, отд. отт. — 6. Ефет И. И. Тр. III Всеукраинского съезда хирургов, Днепропетровск, 1929. — 7. Лиснянский В. И. Хирургия, 1911, т. 29. — 8. Немилов А. А. и Филимонов Н. И. Вести. хир. им. Грекова, т. 34, кн. 100. — 9. Нисневич Л. М., Ровнов А. С. Сов. хир., 1933, т. 4, кн. 34. — 10. Тихонович А. В. Русск. клин., 1925, т. 4, 14. — 11. Cleland G. The British of Surgery, 1953. — 12. Wilson F. W., Dockerty M. B., Wangh J. M., Barger A. Archiv of Surgery, 1949, 4.

Поступила 25 сентября 1958 г.

СПАЕЧНЫЙ ПРОЦЕСС В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ПРОБОДЕНИЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Канд. мед. наук Н. С. Епифанов

Из хирургического отделения (зав. — Н. С. Епифанов)
Кировской областной больницы (главрач — О. А. Яблоков)

Вопрос о спайках в брюшной полости у перенесших в прошлом ушивание прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки имеет несомненное практическое значение.

Известно, например, что при обсуждении проблемы оперативной тактики при прободных язвах нередко в качестве одного из