

Из Хирургической клиники Казанского гос. медицинского института. (Директор проф. А. В. Вишневский).

Одномоментная через один разрез операция на почке, желчном пузыре и слепой кишке под местной анестезией.

Проф. А. В. Вишневского.

С 5 рис.

Мысль о возможности доступа из поясничного разреза к области печени, желчному пузырю и протокам не нова; в литературе на это имеются многочисленные указания (Frank, Mears, Tuffier, Wright, Reboul, Тринклер и др.). Frank, напр., даже указывает на выгоды поясничного разреза для операций на желчных путях в смысле удобства послеоперационного лечения, удобства дренажа и меньшей опасности возникновения послеоперационных грыж. В самое последнее время Härtel¹⁾ останавливает внимание хирургов на люмбальных разрезах для операций не только на забрюшинных органах, но и для операций брюшной полости (селезенка, pancreas, duodenum, толстые кишки и т. п.). Не касаясь здесь всего вопроса в целом, я должен сказать, что в клинике имеется достаточно поводов для желанного получить оперативный доступ одновременно к правой почке и желчному пузырю. Первым поводом к этому в обычных условиях могут быть диагностические затруднения. Известны случаи, когда хирург, обнажив почку, одновременно ощупывал камни в желчном пузыре и принужден был продолжать операцию на желчных путях из этого же разреза.

На этом пути я не сталкивался в клинике с необходимостью из поясничного разреза оперировать на желчной системе. Но в последнее время произвожу эту операцию вполне планомерно, по заранее принятому определенному решению. Это решение возникло у меня в связи с окрепшей в моей клинике концепцией о совместных, связанных между собой и зависящих друг от друга заболеваниях нескольких органов брюшной полости на почве лимфогенной инфекции их.

В 1926 году в работе своей об инфекции смещенной почки я высказал взгляд, что легкое возникновение заражения правой смещенной почки происходит, вероятно, из толстых кишок путем переноса в нее микробов по лимфатическим сосудам, и предлагал в клинике выделять нефриты при нефроптозе по их патогенезу как нефриты лимфогенного характера. К этому предположению меня подвели постоянные наблюдения течения таких нефритов, которые обычно бывают или односторонними (с правой стороны) или, если—двухсторонними, то с преимущественным поражением правой стороны и с едва заметным поражением левой. Обстоятельство это хорошо вяжется с характером соединений лимфатической системы на правой и левой сторонах. Связь эта хорошо выражена на правой стороне и очень слабо—на левой (Frankе).

Но еще задолго до этого я заинтересовался одновременным заболеванием правой смещенной почкой и хроническим аппендицитом—комплекс, который впервые был отмечен американским хирургом Edebohl's-

¹⁾ Härtel. 55 Tagung der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Цит. по Zentralbl. für Chirurgie № 22, 1931.

ом, и по поводу чего им и была предложена операция—люмбальная аппендектомия с пришиванием правой почки. Как известно, эта операция в Германии была встречена весьма холодно, во Франции же она нашла своих защитников в лице крупных хирургов (Leguen и др.). В СССР она впервые была освещена мной в 1922 году на XV Съезде русских хирургов в Ленинграде.

К настоящему времени моя клиника в отношении этой операции располагает материалом в 150 случаев, большинство из которых прослежены на достаточно продолжительном сроке (имеются наблюдения до 15 лет). Эту операцию я принял вначале без подробной интерпретации имеющегося комплекса. Но по мере продолжающихся наблюдений я заметил, что среди больных, страдающих одновременно хроническим аппендицитом и правой смещенной почкой, имеется много таких, у которых смещенная почка, кроме того, и инфицирована. При этих условиях являлось возможным допустить, что инфекция эта могла возникнуть не только из кишек, но и в зависимости от самого аппендикита. в свою очередь, быть может, связанного со смещением правой правой почки (тифлоколиты механического происхождения от сдавления кишек смещенной почкой или аппендикит от венозного застоя в отрезке по толкованию Edebohl's'a и пр.).

Всматриваясь, далее, более подробно и глубже в свой материал, я заметил, что в нем приходится выделить еще одну группу больных, преимущественно из того же разряда астенических женщин, у которых, кроме инфицированной правой смещенной почки и хронического аппендикита, имеются еще и болезненные явления со стороны желчного пузыря в форме упорного, рецидивирующего, не уступающего медикаментозному лечению хронического холецистита. Группа эта немногочисленна в составе страдающих правой смещенной почкой и аппендицитом, но она есть и с ней постоянно приходится иметь дело. Так как в моем материале нефроптоз подвергался оперативному лечению, главным образом, по показаниям имеющейся инфекции почки и притом очень часто в связи с хроническим аппендицитом, и результаты этого лечения были в огромном большинстве случаев прекрасными, я и решил испытать одновременное оперативное воздействие и на желчном пузыре, считая его заблевание в некоторых случаях также в причинной связи с остальными двумя (лимфогенная инфекция!).

Вот на какой почве возникла у меня мысль о той операции, которую я имею в виду здесь описать.

Подготовка к анестезии. Больной укладывается в положении на левом боку, как для операции на правой почке. Первый ассистент стоит на противоположной стороне стола против оператора, второй—у головного конца больного на стороне оператора. Малый инструментальный столик помещается над больным на уровне таза или верхнего отдела бедер.

Среди обычного инструментария на столе заготовлен специальный инструментарий для производства анестезии: 1) сосуд с раствором для анестезии, 2) три сорта шприцев Resord'a (три двухграммовых, три пятиграммовых и три десятиграммовых—всего девять с соответствующими иглами) и 3) одна игла 10—12 см.

Анестезия кожи и мышц ведется одновременно оператором и первым ассистентом с двух противоположных сторон операционного поля. Второй ассистент держит туалет поля. Для анестезии— $1\frac{1}{4}\%$ раствор новокаина на Ringer'e с прибавлением 3 капель адреналина на 100 ч. раствора. Ассистенту сестра подает наполненные шприцы, оператор набирает раствор из сосуда сам. Раствор желательно вводить теплый.

Анестезия и операция. Линия кожного разреза намечена полосою *linet. jodi*, она идет полукругом из косто-вертебрального угла к концу 12-го ребра, откуда по боковой части живота поднимается вверх по реберной дуге и на животе оканчивается у наружного края *m. recti* правой стороны. Эта линия инфильтрируется отдельным желваком кожи и тугой, широкой инфильтрацией подкожной клетчатки до апоневроза (рис. 1). После разреза кожи и подкожной клетчатки, перед тем как начать прощупывание мышечного слоя, длинная игла (12 см.) 10-граммового шприца вкалывается в мышцы в углу, образуемом 12-м ребром и *m. erector trunci*. Осторожно иглу продвигаем в глубину, не меняя ее прямого передне-заднего направления, стараемся проколоть весь мышечный слой. При этом в определенный момент рука получает ощущение пройденных иглой плотных структур, и раствор свободно идет в окологречное пространство. Сюда вводим при свободном поступлении раствора около 120—150 к. с. его с расчетом наполнить им межпеченочное пространство *fasciae propr. genis*. Затем идет инфильтрация мышц на всем протяжении раны при вертикальном направлении иглы с оставлением в каждом мышечном слое возможно широкого, тугого ползучего инфильтрата (рис. 2). После разреза мышц в брюшинном отделе виден инфильтрат *fasciae propr. genis*. Его мы увеличиваем добавочными инъекциями раствора, стараемся сделать его также напряженным. Для этого потребуется еще от 60—100 к. с. раствора (рис. 3). Инфильтрат резко выделяется и обособляет брюшину. Теперь вскрываем брюшину и стараемся рассмотреть со стороны брюшной полости передние отделы инфильтрата *fasciae propr. genis*. Он чрез брюшину отлично просвечивает в виде массивного водяного желвака (рис. 4). Увеличивая повторными впрыскиваниями раствора этот отдел инфильтрата, стараемся направить его как ползучий инфильтрат к средней линии тела. Теперь он движется уже покрытый перед ним листком *fasciae propr.* и брюшиной, как настоящий ретроперитонеальный инфильтрат, фатально проникая в ретроперитонеальное пространство позади *duodeni*. В этот момент *duodenum* оказывается плавающей в растворе. Сделав 3—4 инъекции 5-ти или 10-тиграммовым шприцем под *duodenum* в разные места омывающего ее инфильтрата, мы получаем прекрасную экспозицию того отдела *duodeni*, где придется в дальнейшем манипулировать с печеночными протоками. Однако эта экспозиция, равно как и вся анестезия в целом, будут еще полнее и лучше, если до начала получения описанного ползучего инфильтрата со стороны брюшной полости мы впрыснули 20—30 к. с. раствора еще и в нижнюю поверхность брыжейки *fl. coli hepaticae*, которая обычно предлежит в поле операции с тем, чтобы и этот раствор послать в состав образуемого забрюшинного инфильтрата в верхнем этаже, в целом предназначенного блокировать спланхниковую область (рис. 5). В огромном большинстве случаев в результате полученного таким способом большого забрюшинного инфильтрата под печенью, раствор проник автоматически в *lig. he-*

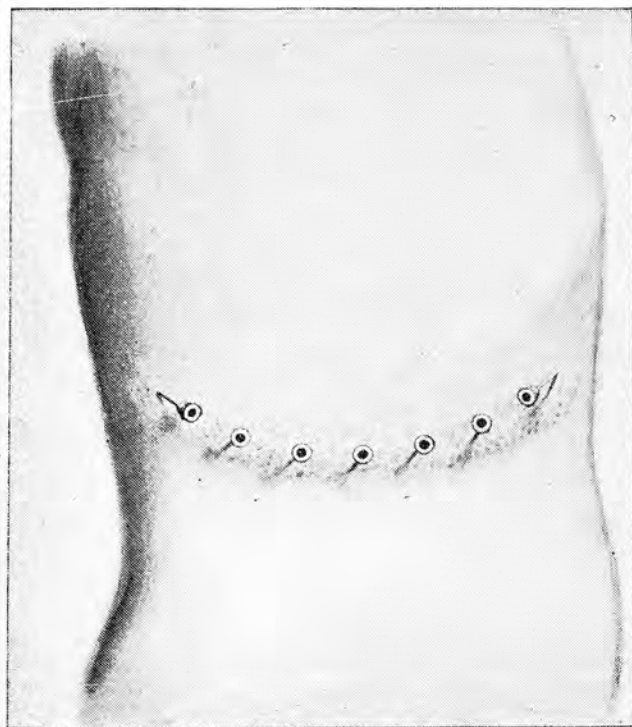


Рис. 1. Кожный желвак по линии предполагаемого разреза и вырыскивание в подкожную клетчатку до апоневроза.

Казанский мед. журн., № 8, 1931 г.



Рис. 2. Прокол мышечного слоя под 12 ребром для наполнения fasciae propr. genis и пропитывание мышц по всему протяжению раны.

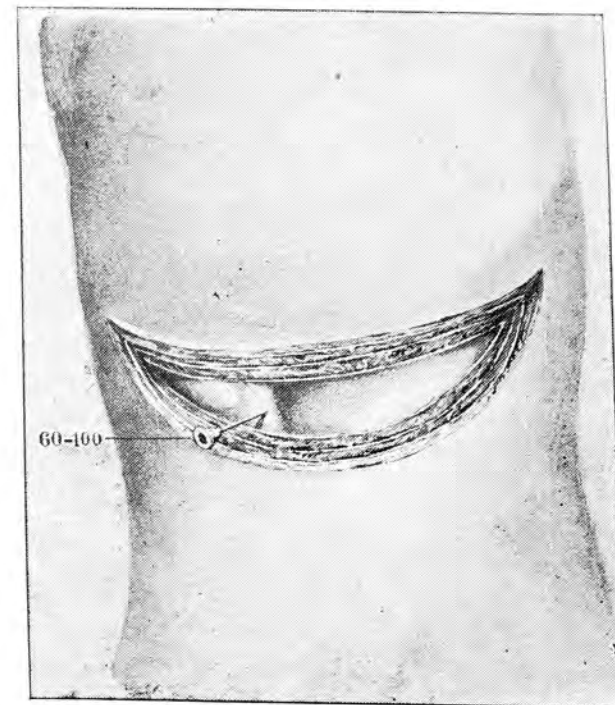


Рис. 3. Обнаружение в забрюшинном пространстве инфильтрата fasciae propr. genis и усиление его дополнительными инъекциями до появления заметного напряжения в нем.

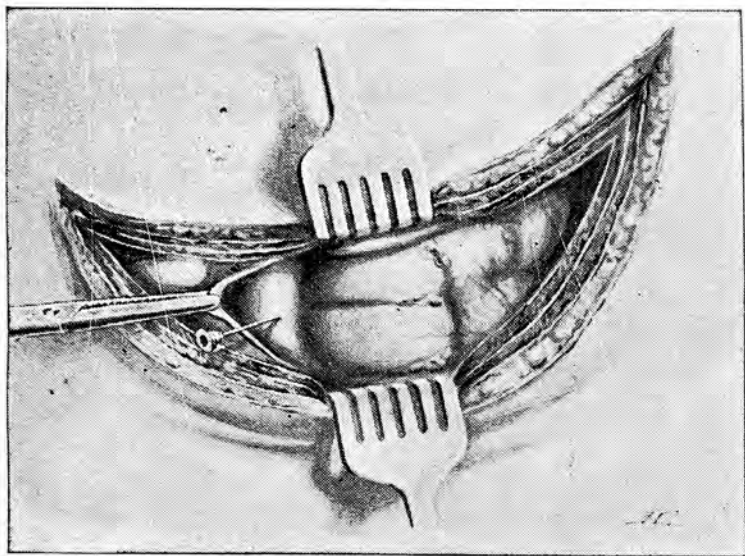


Рис. 4. Инфильтрат fasciae propr. genis виден при вскрытой брюшине. Начало усиления его с целью сообщить ему ползучесть по направлению к средней линии тела.

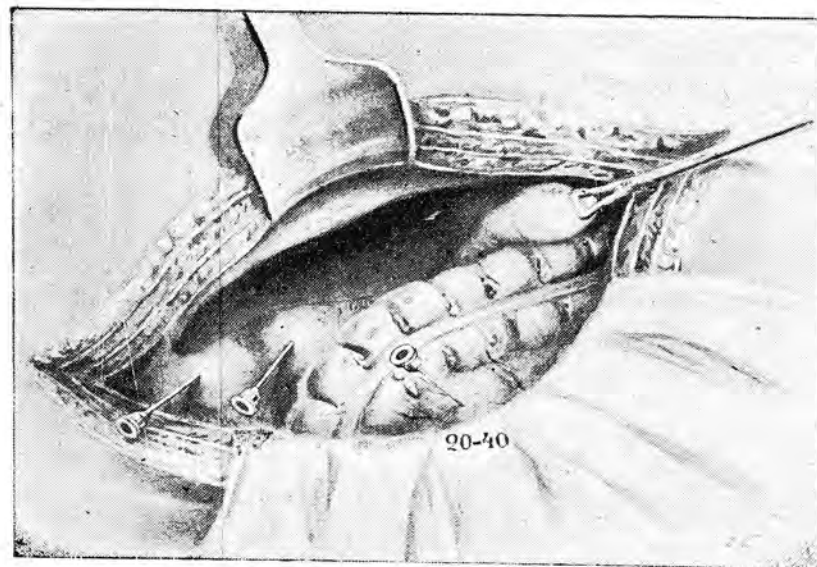


Рис. 5. Ползучий инфильтрат передвигается к средней линии. Инъекции в нижнюю поверхность брыжейки fl. coli heraticae с целью направить раствор к основному инфильтрату.

pato-duodenale. Иногда же *lig. hepato-duodenale* может потребовать отдельного пропихивания, которое я и произвожу, направляя его отсюда (с протоков) по всему желчному пузырю. При возможном подсерозном пропихивании пузыря, в особенности туго стараясь инфильтрировать верхнюю стенку его, чтобы сильнее отслоить его здесь раствором от поверхности печени.

Теперь, прикрыв отверстие в брюшине большим марлевым компрессом, я ухожу на время из брюшной полости и обращаюсь к ретроперитонеальному пространству у почки. Разрезав заднюю пластинку собственного апоневроза почки, я тем самым вскрываю заложенный здесь мной инфильтрат *fasciae propr. renis*, убираю из него почти весь раствор и изолирую почку для любой операции на ней и мочеточнике во всем поясничном отделе последнего. Покончив с почкой, снова вхожу в брюшную полость. Здесь все подготовлено для безболезненного производства операции на желчном пузыре.

При подлежащей ретракции раны оттягиваю книзу *flex. hepaticam coli* и получаю доступ к нижней поверхности печени. Захватив желчный пузырь клеммом, манипулирую над ним, как нужно в данном случае. При подсерозном удалении желчного пузыря никогда не накладываю клемма на *d. cysticus*. Вместо этого скручиваю его несколько раз по спирали и осторожно кладу первый одиночный узел лигатуры у центрального отдела протока, стараясь не затягивать его туго. Этой же лигатурой накладываю еще ряд одиночных узлов, передвигаясь с ними к периферии скрученного протока (к пузырю) и стараясь каждый следующий узел затягивать туго и туго с тем, чтобы закончить закрытие культи *d. cystici* последним достаточно тугим и прочным двойным узлом. После этого отсекаю пузырь.

Эта методика закрытия культи *d. cystici* совершенно исключает возможность последующего желчеистечения в зависимости от соскальзывания лигатуры, прорезывания ее или некроза перевязанной культи протока. Чтобы гарантировать себя совершенно и от возможности желчеистечения из ложа пузыря (подсерозные мелкие желчные протока!), я пересаживаю в ложе свободный кусок сальника и перитонизирую его оставленной в избытке серозной оболочкой пузыря. Конечно, там, где подсерозное удаление пузыря, вообще, невозможно, там и не выполняема в полной мере только что описанная мной техника. Но там, вероятно, в большинстве случаев и невозможно будет закрытие брюшной раны наглухо и по другим соображениям.

По окончании операции на желчных путях, переходим к удалению червеобразного отростка. Бывший здесь тугой инфильтрат *fasciae propr. renis* давно уже подготовил анестезию *coli ascendentis et coeci*, а потому манипуляции на соесит, как правило, не требуют в этом моменте операции дополнительной анестезии. Оттянув нижний край раны вниз, мы вытягиваем в рану соесит в случае ее подвижности и заканчиваем манипуляции в брюшной полости удалением червеобразного отростка. Если же соесит неподвижна, червеобразный отросток имеет сращения, тогда необходима в этот момент операции дополнительная инъекция анестезирующего раствора в ретроцекальную клетчатку в достаточном количестве, с целью не только получить здесь анестезию соответствующего отдела кишки, брыжжеек и париетальной брюшины, но и с целью получить

экспозицию неподвижной слепой кишки и выявить положение червеобразного отростка, что в моей методике массивного ползучего инфильтрата входит в систему и что, по моему мнению, так выгодно отличает мой метод от банального пропитывания тканей малым количеством концентрированных растворов. Эти инъекции можно сделать как со стороны брюшной полости, так и со стороны забрюшинного пространства. Можно их и комбинировать.

По окончании всех трех операций брюшная рана закрывается наглухо, забрюшинная же клетчатка дренируется небольшим марлевым выпускником, подведенным к почке.

Заключение. Приводя настоящее описание тройной операции почки, желчного пузыря и червеобразного отростка, я имею ввиду еще раз обратить внимание на значение в местной анестезии метода ползучего инфильтрата. В этом описании видно, как основной заложенный в листках fasciae prorg. genis массивный инфильтрат, в зависимости от необходимости, может быть развит дальше и направлен по определенным анатомическим путям в желательном для нас направлении не только с целью обезболивания нужных нам органов, но иногда и с целью необходимой их экспозиции при посредстве его же.

В этой методике, покоящейся на строгих анатомических данных, ясна тенденция осуществить непосредственный контакт вещества с нервами и отойти от принципа анестезии по отдельным полям действия с расчетом на диффузию вещества, анестезии всегда дефектной и связанной со многими случайностями.

В моей методике, если и делается дополнительная анестезия соседних областей, то всегда с тенденцией или получить ответвление основного инфильтрата, или же повести к слиянию с ним нового, соседнего.

Таким образом, в конечном счете обычно имеется всегда один массивный инфильтрат, который с началом оперативных манипуляций на органах или сразу опорожняется почти на цело, или частями, ибо из отдельных мест его вскрытия он не перестает в течение всей операции так или иначе отдавать свой раствор в рану. При этих условиях количество раствора, взятое для анестезии, иногда не соответствует тому, какое остается в тканях для окончательного его всасывания.

Описанная при этой операции методика анестезии лишней раз демонстрирует объем, силу и гибкость метода ползучего инфильтрата, как он описывается в моих работах и работах моих учеников. Здесь можно видеть, как этот метод анестезии справляется с такими оперативными техническими задачами, где вся операция в целом, представляет собой довольно сложную оперативную процедуру даже в обычных условиях общего наркоза. Если описанная методика анестезии будет отнесена к левой стороне, то при небольшой ее модификации необычайно гладко производится splenectomy.

Обращаю внимание, что наиболее трудный момент—безболезненное отделение диафрагмальных сращений мало подвижной селезенки при ее удалении предусматривается здесь полностью с самого начала.

Другие операции в брюшной полости, в особенности на восходящем и нисходящем отделах толстых кишок независимо от длины их брыжеек также прекрасно выполняются с этой методикой анестезии. В описании она может показаться требующей большего периода времени, чем

операция в наркозе. Но время, какое тратит хирург на операцию, прежде всего есть результат его общей темповой технической установки и той или иной рационализации отдельных ее моментов.

Эта операция произведена мной пока 4 раза. Во всех случаях я получил безукоризненный непосредственный оперативный исход и отличный терапевтический эффект на ближайшем и более отдаленном сроках наблюдения.

Выводы: 1) Одновременные заболевания правой смещенной почкой, хроническим аппендицитом и хроническим холециститом, часто наблюдающиеся у женщин астенического типа, происходящие, вероятно, на почве лимфогенной инфекции органов, должны рассматриваться как стоящие в причинной связи друг с другом.

2) Хирургическое лечение этих заболеваний может быть проведено посредством одномоментной через один разрез операции на всех трех больных органах.

3) Эта довольно сложная хирургическая операция легко может быть выполнена под местной анестезией по способу тугой инфильтрации тканей с образованием ползучего инфильтрата.

4) Способ ползучего инфильтрата представляет собой такую гибкую методику обезболивания, что ею можно пользоваться в различных сложных и нетипичных операциях, всюду легко приспособляя ее к данной модификации.

5) Массивный ползучий инфильтрат служит не только целям обезболивания данной области, но и создает выгодную для оператора экспозицию оперативного поля, выявляя органы, делая их более доступными для манипуляций, иногда значительно мобилизуя их.

6) Хотя ползучий инфильтрат и требует для своего образования порядочного количества обезболивающего раствора, однако, будучи вскрыт во время операции в одном или нескольких местах, он позволяет унести из тканей большую часть последнего, благодаря чему он и не представляет опасности интоксикации больного.

Литература: 1) Frank. Wien. klin. Wochensh. 1901, № 18.—2) Mears. Annals of Surgery. Vol., X p. 241—245.—3) Tuffier. Société de chir. 15 mai, 1895.—4) Wright. The Lancet. 1885. March, 28 p. 563.—5) Rebour. Société de chir. de Paris. 22 mai, 1895.—6) Тринклер. Практический врач, 1910 г.—7) K. Franke. Arch. f. An. u. Phys. 1910. 5. 6.