

рут ткани, что в дальнейшем ведет к облызвествлению краев излома и ограничению движений в плечевом суставе. Операция является дополнительной травмой.

Следует обратить внимание, что активно проводимые гимнастика и физиотерапевтические процедуры позволяют значительно улучшить результаты лечения, что видно из приводимых нами примеров.

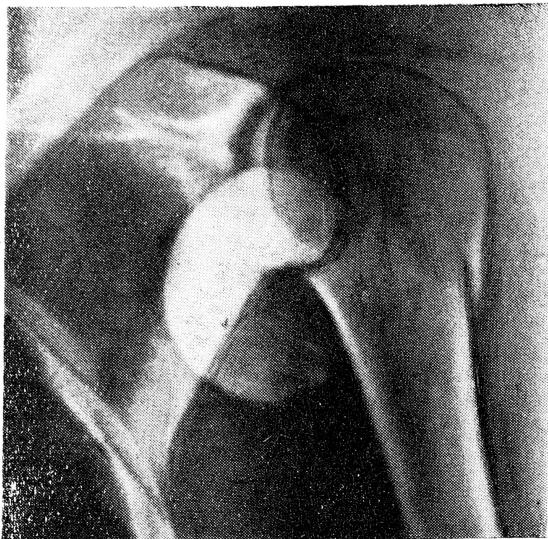


Рис. 3. Перелом-вывих левого плеча с отрывом большого бугорка.

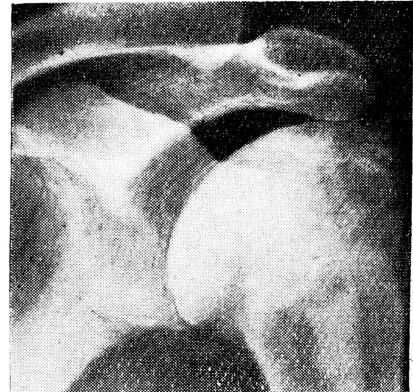


Рис. 4. Через 9 месяцев после операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гориневская В. В. Основы травматологии, М., 1953, т. I.—2. Липатова В. Н. Автореф. докл. научн. сессии Укр. НИИТО и его опорн. пунктов, посвящ. 40-летию Великой Окт. соц. революции, Киев, 1957.—3. Маринич А. С. Тез. докл. IV съезда травм. и ортоп. Украины. Харьков, 1959.—4. Напалков Н. И. Нов. хир. арх., 1931, 90—92.—5. Серебров М. А. Вестн. хир. им. Грекова, 1955, 5.—6. Скляренко Е. Т. Методические указания по лечению травматических вывихов плечевой кости, осложненных переломом ее проксимального конца. Укр. НИИТО, Киев, 1960.—7. Де Тоен Сг. Acta chir belg. 1957, 2.—8. Scuderi C. Surg. clin. North America, 1957, 1.

Поступила 15 марта 1962 г.

ПЕРЕВЯЗКА НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ВЫШЕ МЕСТА ВПАДЕНИЯ ПОЧЕЧНЫХ ВЕН¹

Асс. Ф. Шарафиссламов

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии (зав. — проф. Н. И. Ко-
маров) и кафедра рентгенологии и радиологии № 1 (зав. — проф. М. Х. Файзуллин)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Перевязка нижней полой вены ниже места впадения почечных вен достаточно хорошо разработана как экспериментально, так и клинически. Экспериментальными исследованиями (6, 9, 8, 5, 4, 2 и др.) установлено, что перевязку и иссечение нижней полой вены в этой области животные переносят хорошо, и многочисленные анастомозы полностью обеспечивают коллатеральное кровообращение.

Однако вопрос о перевязке нижней полой вены выше места впадения почечных вен еще не разрешен.

¹ Доложено 15/IV 1961 г. на совместном заседании кафедр топографической анатомии и оперативной хирургии КГМИ и ГИДУВа и хирургических клиник КГМИ.

В клинической практике поводом для такого хирургического вмешательства могут быть опухоли и травмы.

Мы поставили себе задачу изучить возможность перевязки нижней полой вены выше места впадения почечных вен.

Данные экспериментальных исследований по этому вопросу противоречивы. В клинической же практике утверждилось мнение, что такое вмешательство является смертельным для человека (7, 1 и др.). В литературе нам удалось найти только один случай такой операции у человека. Л. Е. Фитцсимонс и Ф. К. Гарвей остановили кровотечение из поврежденной нижней полой вены при нефрэктомии по поводу пра- Больная выздоровела, но в течение 17 дней после операции наблюдалась олигурия с признаками нефроза.

Всего нами поставлено 29 опытов на собаках разного веса, пола и возраста. Операция проводилась под промедол-эфирным наркозом в условиях асептики. Брюшная полость вскрывалась по правой параректальной линии. Нижняя полая вена осторожно выделялась из окружающих тканей на небольшом протяжении и перевязывалась толстой шелковой лигатурой или пересекалась между двумя лигатурами на разных уровнях. В дальнейшем выжившие животные находились под наблюдением в сроки от 10 дней и до 2 лет. Развившиеся окольные пути исследованы рентгенологическим методом. В качестве рентгеноконтрастного вещества применялись 70% кардиотраст и масса Шора.

Проведены следующие серии опытов:

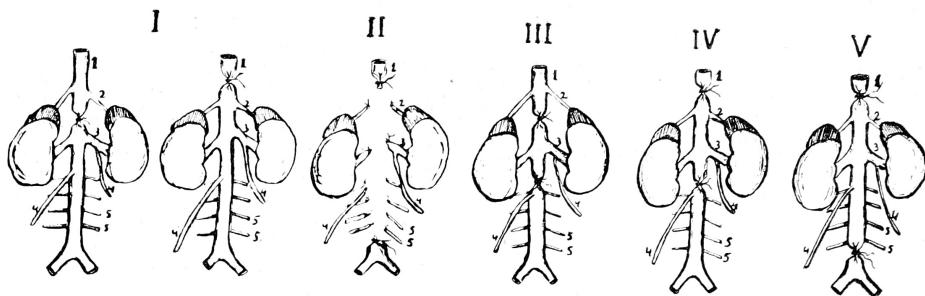


Рис. 1. Пять серий опытов. Обозначения: I — нижняя полая вена, II — надпочечная вена, III — почечная вена, IV — внутренняя семенная вена, V — поясничные вены.

В первой серии опытов перевязка нижней полой вены производилась тотчас выше места впадения почечных или надпочечных вен. Из 12 оперированных собак погибли 6 на 1—2 сутки после операции. У погибших собак на вскрытии обнаружены выраженные застойные явления в задних конечностях, в органах малого таза и, особенно сильно, в почках.

6 собак выжили и находились под наблюдением от 10 дней до 2 лет. В первые 2 суток после операции состояние животных было тяжелым, наблюдались олигурия и — иногда — рвота. В это время в моче у собак появляется большое количество белка (от 9 до 33 мг%) и эритроцитов (кровавая моча). Остаточный азот крови повышается до 100—150 мг%, но уже на 3—4 день снижается до нормы. К 6—7 дням после операции собаки выглядят вполне здоровыми. Альбуминурия постепенно уменьшается, однако полностью не исчезает, и ее следы обнаруживаются длительное время (до 1,5 лет). Смертельных исходов на поздних сроках мы, в противоположность высказываниям А. А. Ольшанецкого и В. М. Спасского, не наблюдали. Состояние собак все время оставалось хорошим; они прибывали в весе, а оперированные щенки росли и развивались.

Коллатеральное кровообращение у этих собак развилось главным образом через:

- 1) анастомозы поверхности надчревной, нижней надчревной, верхней надчревной, грудно-надчревной и межреберных вен (эпигастрально-маммарный путь);
- 2) анастомозы глубокой окружающей подвздошную кость вены с диафрагмально-брюшной и межреберными венами;
- 3) анастомозы внутрипозвоночных вен с пресакральным венозным сплетением, поясничными венами, непарной, полунепарной и межреберными венами;
- 4) анастомозы поясничных вен с непарной и полунепарной венами;
- 5) анастомозы надпочечной вены (диафрагмально-брюшной) с межреберными и диафрагмальными венами;
- 6) анастомозы внутренней семенной вены с околопочекными и диафрагмальными венами;
- 7) развивающиеся короткие пути, которые соединяют непосредственно части нижней полой вены, расположенные выше и ниже от лигатуры;
- 8) развивающиеся портокальные анастомозы в области малого таза (геморройные сплетения), брыжеечной вены с внутренней семенной, а также почечной вены с брыжеечной.

Все эти перечисленные анастомозы были развиты не одинаково, и чем длительнее был срок наблюдения, тем сильнее были развиты глубокие анастомозы. В опыте со сроком наблюдения 1 год и 7 месяцев очень сильно был развит короткий путь, достигший до 5 мм в диаметре. На ранних сроках наблюдения этот путь еще не обнаруживается. Так же сильно развиваются связи поясничных вен с внутрипозвоночными венами и непарной веной.

Во второй серии опытов четырем собакам была резецирована нижняя полая вена от места бифуркации до надпочечных или почечных вен. При этом, естественно, были перевязаны вены, впадающие в нижнюю полую вену в данном участке, а именно: поясничные, правая внутренняя семенная, обе почечные и надпочечные.

В третьей серии опытов (4 собаки) на нижнюю полую вену были наложены одномоментно две лигатуры тотчас выше и ниже места впадения почечных вен. Все 8 животных второй и третьей серий погибли на вторые — третью сутки после операции. На вскрытии обнаружены такие же застойные изменения, как в опытах первой серии.

В четвертой серии опытов лигатуры на нижнюю полую вену были наложены выше надпочечных и ниже почечных вен. Из 7 подопытных погибли 3 на первые — шестые сутки после операции.

У погибших собак при жизни была олигурия, и в моче обнаруживалось большое количество белка (до 30 мг%) и эритроцитов. Остаточный азот крови на 3-й день повышался до 224 мг%.

Выжившие 4 собаки уже на 3—4 дни после операции внешне выглядели вполне здоровыми, хотя альбуминурия в виде следов держалась также довольно долго (2—5 месяцев). Остаточный азот крови на вторые сутки повышался до 100—150 мг% и на третью сутки снижался до нормы.

В 5-й серии опытов 2 собакам одномоментно были наложены лигатуры на нижнюю полую вену выше надпочечных вен и у места ее бифуркации. Обе собаки выжили. Операцию они, по сравнению с другими животными, перенесли легче. Остаточный азот крови повышался до 80 мг% и на 3-й день снижался до нормы. Коллатеральное кровообращение из почечных вен совершалось как через анастомозы надпочечных с диафрагмальными и межреберными венами, так и ретроградно — через анастомозы поясничных вен с внутрипозвоночными, непарной, полунепарной и внутренних семенных вен — с капсулярными межреберными и диафрагмальными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурменко Е. Г. и Краковский Н. И. В кн. Сб. научн. тр. по хир. и нейрохир., посвящ. 50-летн. деят. проф. В. Н. Шамова, 1958.—2. Марцинкевичус А. М. Экспер. хир., 1960, 3.—3. Ольшанецкий А. А. и Спаский В. М. Хирургия, 1958, 11.—4. Пушкирев Л. Н. Сб. научн. раб. Свердловского отд. Всес. общ. АГЭ, 1957, в. 1.—5. Судзиловский Ф. В. Арх. анат., гист. и эмбр., 1956, 3.—6. Султанов А. С. О коллатеральном кровообращении в системе полых вен. Автореф. дисс., Л., 1940.—7. Федоров С. П. Хирургия почек и мочеточников, 1925.—8. Шрафисlamов Ф. Ш. Коллатеральное кровообращение при перевязке нижней полой вены. Канд. дисс., Казань, 1954.—9. Шипов А. К. Пути оттока крови при перевязке нижней полой вены. Пермь, 1945.—10. Vejaj et Cohn. Revue de Chir., 1911, Mars.—11. Houze L. Revue de Chir., 1903, 27.—12. Fitzsimons L. E., Garvey F. K. J. Urol. (USA), 1959, 3.—13. Patel M. et Peycelon R. Ref. z. org. für Chir., 1929, 47.

Поступила 17 декабря 1960 г.

К ВОПРОСУ О ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ОШИБКАХ

Канд. мед. наук А. М. Хелимский

Зав. патологоанатомическим отделением Республиканской больницы Чувашской АССР
(главврач — П. Л. Еремин) г. Чебоксары

Хотя патологоанатомическая диагностика стоит и выше клинической, тем не менее количество ошибочных диагнозов у недостаточно опытных патологоанатомов достигает 5—7% (И. В. Давыдовский).

М. К. Даль считает, что ошибки патологоанатомов и клиницистов могут быть вызваны как объективными, так и субъективными причинами. Из объективных можно отметить сложность и трудность морфологического определения некоторых процессов. К важнейшим субъективным причинам надо отнести: 1) недооценку или игнорирование клинических данных, 2) неправильное патогенетическое или патологоанатомическое истолкование морфологических изменений, 3) пренебрежение гистологическим методом контроля результатов вскрытий.