

ЗАКРЫТИЕ СКВОЗНОГО ДЕФЕКТА КИШКИ СВОБОДНЫМ КОЖНЫМ АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ

В. С. Казанский

Клиника факультетской хирургии (зав. — проф. И. И. Неймарк) Алтайского
медицинского института

Для закрытия дефекта полых органов предложено большое количество способов. Некоторые предлагали закрывать дефект кишки мышечным лоскутом (Н. А. Вазин, 1948), другие — фасцией, брюшиной (П. Д. Колченогов, 1957), многие подшивают сальник или другую кишку.

Некоторые из исследователей (З. И. Касум-Заде — 1956, В. Л. Боголюбов — 1927, И. Л. Цимхес — 1931) пытались закрыть дефект полых органов кожным лоскутом на ножке.

Сотрудник нашей клиники А. К. Тычинкина доказала, что кожа, будучи пересажена на новое место, в течение первых трех суток получает питание из окружающих тканей и эксудата путем осмоса и диффузии, а в конце третьих суток начинается прорастание новых сосудов.

На основании этого исследования Н. Г. Севрук и М. А. Чернявская в нашей клинике выполнили экспериментальную работу на собаках по закрытию сквозных дефектов 1,5—2 см желудка и тонкой кишки свободным кожным лоскутом. Лоскут, пересаженный на кишку и подшитый к краям дефекта, герметически закрывает дефект, покрывается эпителием и постепенно превращается в соединительнотканый рубец. Все экспериментальные животные поправились.

Учитывая положительные результаты этой работы, мы применили закрытие сквозного дефекта слепой кишки кожным лоскутом при операции у одной больной.

М., 59 лет, поступила 26/X 1959 г. с диагнозом: острый деструктивный аппендицит, перитонит, больна 7 дней.

Произведена аппендэктомия. Деструктивный процесс с отростка перешел на слепую кишку, и удаление отростка привело к дефекту в слепой кишке $1,5 \times 1,5$ см. Из-за обширной инфильтрации стенки и неподвижности слепой кишки любое натяжение приводило к прорезыванию швов. Сальник незначительных размеров, инфильтрирован, и подвести его к дефекту не представилось возможным.

Образовавшийся дефект слепой кишки был закрыт кожным аутоотрансплантатом во всю толщу без клетчатки, взятым у края операционной раны, на передней брюшной стенке размером 4×4 см. Аутоотрансплантат пришит по всей окружности дефекта, отступя от него на 2 см, узловыми шелковыми швами, захватывающими всю толщу кожного аутоотрансплантата и серозно-мышечный слой кишки. Отверстие кишки прикрыто кожей эпидермисом в свободную брюшную полость. К ложу отростка подведен микроэргигатор. Рана послойно зашита наглухо. Первично-отсроченные швы на кожу.

Операционное течение гладкое. Рана зажила первичным натяжением. Выписана на 18 день. Через 6 месяцев жалоб не предъявляет, чувствует себя здоровой.

Наше наблюдение показывает, что кожный аутоотрансплантат может быть использован для пластики сквозных дефектов кишки, если его нельзя закрыть другим методом.

Поступила 31 декабря 1960 г.

УСПЕШНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЦИСТЕРНАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ ПРИ КИСТОЗНОМ АРАХНОИДИТЕ В ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКЕ

Л. Я. Лившиц

Отделение нейрохирургии (зав. — канд. мед. наук Е. И. Бабиченко) Саратовского
научно-исследовательского института травматологии и ортопедии

Арахноидит головного мозга встречается у большого числа больных. Симптоматология этого заболевания в ряде случаев имеет много общего с опухолью головного мозга, что заставляет тщательно дифференцировать оба страдания.

За последнее время все чаще применяются хирургические методы лечения церебрального арахноидита. Это особенно касается тех случаев, когда процесс располагается в задней черепной ямке и сопровождается блокадой ликворопроводящих путей. Однако при кистозных формах даже оперативное вмешательство дает зна-