

5. Одномоментная закрытая эхинококкотомия с предварительной аспирацией эхинококковой жидкости из кисты и последующим «капитонажем» является операцией выбора.

6. Принцип многоэтапных операций при множественном эхинококкозе легких не отвечает современным требованиям грудной хирургии и должен быть оставлен.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антелава Н. В. Хирургия, 1952, 1—2. Бакулев А. Н., Медведев И. А. Хирургия, 1951, 3—3. Гамов В. С. Хирургия, 1953, 10—4. Дайнека И. Я. Вестн. хир., 1950, 5—5. Львов А. Н. Эхинококкоз легких и его хирургическое лечение, Медгиз, 1956.

Поступила 21 апреля 1959 г.

ОСТРЫЕ КОМБИНИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Доц. Д. Ф. Благовидов

Из 2-й клиники хирургии (зав.—проф. П. В. Кравченко) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Вопрос о сочетанных или комбинированных заболеваниях органов брюшной полости не является новым.

Давно отмечена тесная связь заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки с хроническим аппендицитом (И. И. Греков, Б. А. Киселев, С. М. Рубашев), с патологическим состоянием печени и желчных путей (С. С. Зимницкий, Н. Кириков и др.). Описаны патологические взаимосвязи червеобразного отростка и кишечника, поджелудочной железы (С. М. Рубашев), желчного пузыря и толстого кишечника (К. А. Маянская, А. Г. Терегулов, С. В. Базанова) и т. д. Подробно освещены в медицинской печати комбинированные заболевания органов правой половины живота, в том числе правой почки, желчных путей и правых придатков матки (С. П. Федоров, А. В. Вишневский, С. М. Алексеев и др.).

В отличие от комбинированных хронических заболеваний органов живота, вопросу о сочетанных острых патологических процессах брюшной полости уделяется не заслуженно мало внимания. Между тем, диагностические особенности и хирургическая тактика при них часто являются трудными для хирурга и решающими для больного. Если при хронических заболеваниях органов брюшной полости недоучет ведущего звена патологии может привести хирурга к необоснованной операции, то забвение возможностей комбинированной острой их патологии может стоить больному жизни.

Встретившиеся нам описания подобных процессов разнообразны, касаясь, чаще всего, комбинированных воспалительных процессов брюшной полости.

Так, на I Всеукраинском съезде хирургов в 1926 г. И. И. Греков приводит 21 название встретившихся ему острых комбинированных процессов брюшной полости. Из них около половины относятся к воспалительным процессам. Реже встречаются описания одновременного течения острого аппендицита и внематочной беременности (М. Быханова), механической кишечной непроходимости (С. О. Португалов, С. Б. Будзинская-Соколова), острого аппендицита и разрывов яичника (А. М. Рац), прервавшейся внематочной беременности и апоплексии яичника (И. И. Греков, Мондор и др.). К казуистике относятся случаи сочетания перфорации желудка и червеобразного отростка (П. Е. Шкуран, А. Б. Альтговзен), заворота желудка и его прободной язвы (А. Läwen), прободной язвы желудка и инвагинации кишечника (М. А. Благовещенский), перекрученной миомы матки и спонтанного разрыва селезенки (О. Пецева) и др.

Анализируя более 10 тысяч операций, проведенных в клинике неотложной хирургии Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина за 21 год (1936—1957 гг.), мы обнаружили следующие группы больных с острой комбинированной патологией органов брюшной полости:

1. Острый аппендицит и острая механическая кишечная непроходимость (16 больных).

2. Острый аппендицит в сочетании с гинекологической патологией — 35 больных, с апоплексией яичника — 14, с прервавшейся внематочной беременностью — 4, с перекрученной кистой яичника — 9, с разрывом кисты яичника — 3, с правосторонним гнойным аддекситом — 5.

3. Острый аппендицит в сочетании с другими патологическими процессами в брюшной полости (с перфоративной язвой желудка — 4, с патологией Меккелева дивертикула — 4, с острым холециститом — 1).

4. Острая механическая кишечная непроходимость в сочетании: с острым холециститом — 1, с гнойным аднекситом — 1, с разрывом кисты яичника — 1, с перфоративной язвой желудка — 2, с патологией Меккелева дивертикула — 3.

5. Прервавшаяся внематочная беременность и апоплексия яичника — 3 больных.

6. Симптоматическое ущемление паховой грыжи при прободной язве желудка — 1 больной, завороте тонкого кишечника — 1, остром аппендиците — 1. Всего — 74 больных.

Из 16 больных острым аппендицитом и острой механической кишечной непроходимостью у 11 отмечены странгуляционная и спаечная ее формы. При этом у 3 больных странгуляция кишечных петель была обусловлена деструктивно измененным червеобразным отростком. Медиальное его расположение способствовало образованию выраженного спаечного процесса между верхушкой отростка и брыжейкой тонкого кишечника, а у одного больного — брыжейкой сигмовидной кишки. Прочность спаек свидетельствовала о давнем их происхождении, однако, до определенного момента кишечникправлялся с препятствием. Возникновение острого воспаления червеобразного отростка послужило толчком к декомпенсации кишечной перистальтики, а затем и к странгуляционной кишечной непроходимости.

Подобный механизм можно было предположить и у других 8 больных. У 3 из них непосредственной причиной кишечной непроходимости был рубцово-измененный тяж большого сальника, припаянного к слепой кишке или органам малого таза, у остальных — различные спайки брюшной полости после перенесенных ранее операций (удаление кисты яичника, вскрытие аппендикулярного абсцесса и др.).

У последних 5 больных этой группы острый аппендицит сочетался с другими формами механической кишечной непроходимости (заворот илеоцекального угла, заворот сигмовидной кишки, илеоцекальная инвагинация и др.). Их мы рассматриваем как тяжелую дискинезию кишечника, развившуюся на фоне приступа острого аппендицита при соответствующей анатомической предрасположенности (свободная брыжейка слепой кишки, мезосигмойдит и т. д.).

С. О. Португалов придает большое значение сегментарной паралитической кишечной непроходимости при остром аппендиците, ведущей сначала к неравномерному заполнению петель кишечным содержимым, а затем к их завороту. Б. В. Бердников и др. считают острый аппендицит одним из этиологических моментов инвагинационной формы острой кишечной непроходимости. Справедливость приведенного положения подтверждается и благоприятным эффектом поясничной новоканновой блокады по методу А. В. Вишневского не только при «чистых» формах динамической кишечной непроходимости, но и при динамических фазах некоторых механических ее форм, в том числе при спаечной кишечной непроходимости.

Диагностические возможности у разбираемой группы больных представляли значительные трудности. Из 16 больных лишь у одного была заподозрена комбинированная патология брюшной полости, 6 из них поступили с диагнозом острого аппендицита, 4 по поводу острой кишечной непроходимости, у 5 был поставлен диагноз «острый живот». Подобное соотношение диагнозов мало изменилось и после стационарного исследования, поскольку распознавание заболеваний проводилось на основании доминирующих признаков одного из них.

Так как каждое из указанных заболеваний требовало оперативного лечения, практически более важным был выбор оперативного доступа, а в ходе операции — обязательная ревизия червеобразного отростка при разрежении кишечной непроходимости или петель кишечника при аппендектомии. При отсутствии достаточно мотивированного топического диагноза тактика клиники заключалась в проведении вмешательства по поводу наиболее часто встречающейся патологии брюшной полости — острого аппендицита. Если при этом выявлялись признаки иной патологии, то хирург переходил на срединную лапаротомию, используя разрез в правой подвздошной области для дренажа брюшной полости.

Характер выпота, состояние подвздошной кишки, тонус ее стенки, положение и состояние большого сальника, характер спаек в илеоцекальной области являлись основанием для более широкой ревизии кишечника при остром аппендиците. Возможности встречи с описываемой комбинированной патологией увеличиваются у детей, у пожилых, у лиц с наклонностью к ожирению, у больных с рецидивирующими аппендицитом и у перенесших в прошлом те или другие оперативные вмешательства на органах брюшной полости.

Из 16 больных мы потеряли одного больного — Д., 70 лет, оперированного через сутки от начала заболевания и через 5 часов после поступления в клинику. При операции обнаружена странгуляционная кишечная непроходимость 1 метра подвздошной кишки с флегмонозно-измененным червеобразным отростком, спаянным с брыжейкой сигмовидной кишки. Проведенная аппендектомия не устранила тяжелой интоксикации и начиナющегося перитонита, от которого смерть наступила на 4 сутки после операции.

Почти 50% больных (35 чел.) составляли женщины, у которых имелось одновременно поражение червеобразного отростка и придатков матки. Случаи сочетания раз-

рыва яичника с острым аппендицитом описаны Е. М. Палема, Недохлебовым, Лембергом, Трухалевым, И. С. Брейдо, Рабиновичем, М. И. Храпковой и др. Патогенетически подобная взаимосвязь объясняется большинством авторов хроническим воспалением яичников с исходом в склероз. Острый аппендицит, усиливая гиперемию органов малого таза, предрасполагает к кровоизлияниям в ткань склерозированного яичника. О. А. Левин связывает патогенез заболевания с процессом овуляции, а Р. А. Сайфутдинов — с пролиферирующими фолликулом или желтым телом.

Сочетание острого аппендицита с апоплексией яичника наблюдалось у 14 больных. У 11 женщин было кровоизлияние правого яичника и у 3 — левого. Гистологические исследования 9 удаленных отростков в 7 случаях обнаружили катаральное их изменение и в 2 случаях — флегмону. У 3 больных макроскопически отросток был катарально изменен, у одной — флегмонозно, у одной была гангрена. Патогистологические изменения яичника сводились к склерозу его стромы, у 6 обнаружен разрыв гематомы фолликулярных кист яичников.

Из двух типов клинического течения разрывов яичника — болевого, симулирующего острый аппендицит, и анемического, напоминающего прервавшуюся внemаточную беременность, чаще наблюдается первый вариант. 12 из 14 наших больных поступили в клинику с диагнозом острого аппендицита. У 10 он подтвержден и при стационарном исследовании.

Одна больная оперирована с диагнозом апоплексии яичника и прервавшейся внemаточной беременности (?), у 3 заподозрено сочетание острого аппендицита и апоплексии яичника. Можно предполагать, что так называемые болевые формы апоплексий яичника являются комбинированной патологией, с одновременным поражением червеобразного отростка. При этом, на фоне клинической картины острого аппендицита с симптомами раздражения брюшины и мышечным напряжением, отмечалось смещение пальпаторной болевой реакции ближе к правой пупартовой связке, в том числе и у больных с левосторонней апоплексией. У некоторых был выражен симптом Промптона. Характерно, что ни у одной не отмечено нарушение менструального цикла, отсутствовали выделения крови из наружных половых органов. Только у 4 отмечалось падение АД до 95/60, совпадавшее с анамнестическими указаниями на головокружение, боли в низу живота с иррадиацией в поясницу.

Разбираемая патология требует активной хирургической тактики. Преимуществом пользуется разрез Волковича-Дьяконова, позволяющий провести не только аппендэктомию, но после расширения его косо внутрь и вниз, сделать ревизию обоих придатков. Так, у 10 наших больных апоплексия яичника обнаружена в ходе аппендэктомии. Мы вновь можем подтвердить правило обязательной ревизии придатков матки при этой операции. Характер вмешательства на самом яичнике определялся степенью его деструкции. Чаще всего достаточным оказывается ушивание разрыва, проведенное 8 нашим больным. У одной проведена клиновидная резекция, в 4 случаях кистозные изменения яичника потребовали его удаления. Все 14 поправились.

У 12 женщин хирурги встретились с комбинацией острого аппендицита и острой патологией кист яичника. У 9 это была перекрученная киста правого яичника, у 3 — перфорированные кисты яичников вследствие их нагноения. Только у 3 из них заподозрено сочетание острого аппендицита с острой патологией правых придатков (перекрученная киста правого яичника, сальпингофорит?). Характеризуя эту группу, следует отметить у некоторых из них двухфазность течения заболевания. На фоне постепенного развития клинической картины острого аппендицита или его стихания, возникали острые режущие боли в животе, иногда с иррадиацией в поясницу, крестец, сопровождаясь симптомами шока. Это наблюдалось чаще у поступивших в клинику на поздних сроках (2—5 сутки) от начала заболевания. В других случаях бурное начало приводило больных в стационар на ранних сроках в первые 3—6 часов, с симптомами коллапса, при одновременных признаках воспаления в брюшной полости. Симптомы раздражения брюшины не позволяли выявить кисту при пальпации, почему решающим в ее диагностике оказывалось бимануальное исследование.

5 больных были оперированы нижним срединным доступом. У трех операция начата разрезом Волковича-Дьяконова, через который удален измененный червеобразный отросток и выявлена дополнительная патология придатков. Нижняя срединная лапаротомия с удалением перекрученной кисты завершила оперативное вмешательство. У остальных оказался достаточным доступ Волковича-Дьяконова. Катарально-измененные отростки были у 6, флегмонозно-воспаленные — у 2, перфоративный аппендицит, обострение хронического аппендицита и аппендикулярно-придатковый инфильтрат — по одному больному. Все в этой группе поправились.

У 4 больных хирурги встретились с комбинированным течением острого аппендицита и прервавшейся внemаточной беременности. Подобного рода наблюдения приводят М. Быханов, Г. Мондр и др. Все наши больные оперированы по поводу острого аппендицита, подтвердившегося как во время операции, так и гистологически. Однако, кровь в брюшной полости потребовала ревизии придатков матки, обнаружившей у 3 правостороннюю, а у одной — левостороннюю внemаточную беременность, протекавшую по типу трубного аборта.

Знакомясь с их историями болезни, можно сказать, что хирургами не были использованы все диагностические возможности, почему до операции вторая патология была просмотрена. Это касается как деталей анамнеза, так и некоторых объективных

данных. Например, у одной не была учтена перенесенная в прошлом операция по поводу левосторонней внематочной беременности, у другой — не придано значение кровянистым выделениям из влагалища, не фиксировано внимание на состоянии молочных желез, не проверялся симптом раздражения диафрагмального нерва и т. д. Все в этой группе поправились.

Неясным остается патогенез подобных процессов. О. Пецева описала 2 случая спонтанных разрывов селезенки без травмы в анамнезе. При этом одна страдала опухолью мозга, у второй разрыв неизмененной селезенки наступил при перекрученной миоме матки в связи с нервно-сосудистыми и кортико-висцеральными нарушениями. Аналогично могут быть объяснены случаи развития острого аппендицита при тупой травме живота (С. А. Апакова, В. В. Орлов).

Возможно, что описываемые в литературе «псевдоаппендициты», как разновидность течения апоплексии яичника, его перекрученной кисты, внематочной беременности и т. д., патогенетически нередко являются истинными аппендицитами. У одних оперирующий хирург застает их в стадии рефлекторной аппендикулярной колики и заносит в диагностическую ошибку. У других обнаруживается комбинированная патология с различной степенью воспаления червеобразного отростка, вплоть до его деструкции.

Что касается больных острым правосторонним аднекситом и острым аппендицитом, то патогистологическое исследование удаленных отростков, обнаружившее преимущественное поражение серозного их покрова и мышечной оболочки, позволяет считать острый аппендицит у подобных больных вторичным, контактной этиологии.

В литературе описаны казуистические случаи сочетания перфоративной язвы желудка и острого аппендицита, острой механической кишечной непроходимости (А. Б. Альтговзен, А. П. Кияшев, П. Е. Шкурман, М. И. Шалаев, З. И. Пономарев и др.). М. А. Благовещенским описана тройная острая патология — острый аппендицит, инвагинация подвздошной кишки и прободная язва двенадцатиперстной кишки.

Мы располагаем четырьмя наблюдениями совместного течения острого аппендицита и прободной язвы привратникового отдела желудка. При этом у одного больного оказалась флегмона отростка, у второго — его перфорация, у двух он носил признаки катарального воспаления.

Судя по динамике клинических симптомов, заболевание у двух больных началось с острого аппендицита. Можно предполагать, что это вызвало спазм сосудов желудка, пилороспазм и перфорацию существовавшей ранее «немой» язвы желудка. Этому могли содействовать и антиперистальтические движения желудка при рвоте.

Хотя у всех дооперационный диагноз прободной язвы желудка был поставлен правильно, операция была начата разрезом Волковича—Дьяконова, с последующим переходом на верхнюю срединную лапаротомию. После аппендэктомии правая подвздошная область дренировалась, а место перфорации ушивалось малым сальником на ножке.

Достаточно подробно изучена и острая комбинированная патология брюшной полости с участием Меккелева дивертикула (В. П. Вознесенский, А. Н. Бакулов, Мондор, Макэн и др.). Мы наблюдали четырех больных, у которых острый аппендицит комбинировался с острым дивертикулитом. У всех воспаленный Меккелев дивертикул явился побочной находкой в ходе аппендэктомии. Это диктует необходимость обязательной ревизии близайших отделов подвздошной кишки даже в случаях несомненного аппендицита. Игнорирование этого правила у одного из больных — мальчика Б., 12 лет, привело к необходимости повторной операции на четвертый день после аппендэктомии, хотя удаленный отросток был флегмонозно изменен. При второй операции обнаружена странгуляционная непроходимость Меккелевым дивертикулом, потребовавшая резекции полуметра омертвевшего тонкого кишечника. Больной остался жив, но с образованием тонкокишечного калового свища и перспективой третьей операции для его закрытия.

Выздоровлением окончилось заболевание у ребенка П., 13 лет, перенесшего операцию аппендэктомии и холецистэктомии по поводу одновременного приступа острого аппендицита и перфоративного холецистита.

Все с острой механической кишечной непроходимостью в сочетании с другими патологическими острыми процессами брюшной полости были оперированы или по поводу перitonита, или для разрешения явлений кишечной непроходимости. Вторая патология обнаруживалась лишь в ходе оперативного вмешательства. У одного это были заворот сигмовидной кишки и прободная язва желудка, у второй больной — сочетание странгуляции петель тонкого кишечника сальниковым тяжем с прободной язвой двенадцатиперстной кишки. Начавшись с острой кишечной непроходимости, безрезультических тенезм, тошнот, рвот, вздутия кишечника, заболевание осложнилось затем перфорацией язвы желудка и перitonитом. Ушивание перфорации и устранение кишечной непроходимости в обоих случаях закончилось смертью от перitonита.

Более благоприятно протекали сочетания странгуляционной непроходимости с гнойным аднекситом, апоплексией яичника, острым холециститом. Последнее наблюдение касалось больного К., 77 лет, перенесшего заворот поперечно-ободочной кишки одновременно с острым гангренозно-перфоративным калькулезнным холециститом. Подобного наблюдения в доступной нам литературе мы не встретили. Все больные этой группы поправились.

Разбирая механизмы подобных комбинированных процессов, В. Р. Брайцев пишет не только о возможностях нейрогенного влияния патологически измененного желчного пузыря на пищевод, желудок и кишечник, но и об обратном их воздействии на желчный пузырь. Начинаясь с рефлекторных расстройств типа дискинезий желудка, кишечника и желчных путей, эти процессы могут осложниться воспалением хронического или острого характера.

Очевидно, рефлекторный патогенез имеют и «псевдоущемления», или «симптоматические» ущемления грыж, при которых странгуляция является ответом на какой-либо острый патологический процесс в брюшной полости. Из трех наших больных этой группы с ущемлением паховой грыжи у одного имелось прободение язвы желудка, у других были заворот тонкого кишечника и острый аппендицит. Характер экссудата в грыжевом мешке и брюшной полости, при полной жизнеспособности кишечных петель, помог диагностировать основное заболевание в ходе грыжесечения. Последующая срединная лапаротомия подтвердила этот диагноз.

ВЫВОДЫ:

1. Острые комбинированные заболевания органов брюшной полости встречаются в практике неотложной хирургии менее чем в 1% (около 0,7%). Значимость их для практической хирургии определяется трудностями дооперационной и операционной диагностики и особенностями хирургической тактики.

2. Более половины всех больных острой комбинированной патологией органов брюшной полости составляют больные острым аппендицитом в сочетании с другими острыми заболеваниями (воспаления придатков матки, механическая кишечная непроходимость, прободная язва желудка, патология Меккелева дивертикула).

3. Операция аппендэктомии при остром аппендиците требует обязательной ревизии придатков матки, соседних петель подвздошной кишки и, по возможности, области правого подреберья.

4. Патогенетическое обоснование острых комбинированных заболеваний брюшной полости следует искать в нервно-рефлекторных взаимосвязях ее внутренних органов по типу патологических интерцептивных рефлексов.

5. Подобно хроническим синдромным заболеваниям внутренних органов, острая комбинированная патология брюшной полости является подтверждением правильности одного из принципиальных положений И. П. Павлова об организме как целостной физиологической системе в условиях нормы и патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев С. М. К вопросу об одновременном заболевании правой смещенной почкой и хроническим аппендицитом. Дисс., Казань, 1926.—2. Бердиников Б. В. Вест. хир., 1957, 7.—3. Брэйдо И. С. Вест. хир., 1951, 4.—4. Брэйдо И. С. Вест. хир., 1952, 4.—5. Вайсфельд О. И. Вест. хир., 1952, 7.—6. Ганелина И. Е. Врач. дело, 1955, 7.—7. Кияшев А. П. Клин. мед., 1958, 11.—8. Маянская К. А. В кн.: Проблемы кортико-висцеральной патологии, изд. АМН СССР, 1952.—9. Полтырев С. С. О рефлекторных нарушениях функции внутренних органов. М., 1955.—10. Рац А. М. В кн.: Неотложная хирургия органов брюшной полости, Киев, 1956.—11. Рубашев С. М. Аппендицит в его влиянии на заболевания других органов брюшной полости, Минск, 1928.—12. Терегулов А. Г. Казанский мед. журн., 1957, 1.—13. Толпегина Т. Б. Казанский мед. журн., 1958, 5.—14. Шамов В. Н. Вест. хир., 1953, 2.—15. Adam E., Atanasiu A., Tomescu J. Ghirurgia, 1957, 2.

Поступила 25 апреля 1959 г.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

B. C. Muругov

Из травматологического отделения (зав.—В. С. Муругов) медико-санитарной части НПУ «Альметьевнефть» (главврач — Р. З. Бадретдинов)

При лечении переломов бедренной кости мы пользуемся методом, который, одновременно с репозицией отломков, обеспечивает и их надежную фиксацию. Эти два условия сочетаются при применении постоянного вытяжения.

Нужное положение конечности для лечения скелетным вытяжением мы осуществляем почти исключительно шиной-аппаратом проф. Л. И. Шу-