

ХІІІ.

Изъ гинекологическаго отдѣленія проф. Д. О. Отта въ Клиническомъ Институтѣ Великой Княгини Елены Павловны.

КЪ ВОПРОСУ О ТАМПОНАЦІИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

(Предварительное сообщеніе).

Д-ра М. Ф. Семенскаго.

Профессоръ *Mikulicz*, въ 1886 г., предложилъ свой способъ тампонаціи брюшной полости. Между свойствами такого тампона главную роль играетъ, несомнѣнно, его дренажное дѣйствіе, и потому тампонація должна разсматриваться какъ усовершенствованный методъ дренажа. На этомъ основаніи я прослѣжу вкратцѣ вопросъ о развитіи дренажа и затѣмъ перейду къ тампонаціи.

Давно уже сознавалась необходимость имѣть въ своемъ распоряженіи средство, могущее удалить изъ брюшной полости все то, что попало туда во время операціи или скопилось тамъ послѣ нея. До этого признанія довелъ хирурговъ опытъ и именно тѣ печально оканчивавшіеся случаи, когда, послѣ операціи, находили при вскрытіи большее или меньшее количество въ полости брюшины, въ остальномъ-же—очень мало измѣненій, а то и вовсе ничего. Естественно, что на эту жидкость возлагали всю отвѣтственность за дурной исходъ операціи и всѣми силами старались вывести ее наружу. Съ этою цѣлью совершали самый тщательный туалетъ брюшины, пока рана была открыта, съ этою цѣлью вставляли въ полость живота дренажныя трубки для отвода вновь образующейся жидкости по закрытіи брюшной раны. Такъ-какъ въ этомъ дѣлѣ практика опередила теорію, то и дѣйствія хирурговъ не во всѣхъ случаяхъ были вполне сознательны.

Хирурги того времени не могли имѣть яснаго представленія о томъ, при какихъ условіяхъ жидкость, скопляющаяся въ полости брюшины, пріобрѣтаетъ ядовитыя свойства и почему въ однихъ случаяхъ она остается въ брюшинѣ безъ всякаго вреда для организма въ другихъ-же весьма быстро приводитъ его къ гибели. Опыты *Wegner'a*, опубликованные въ 1871 году и показавшіе, что брюшина обладаетъ замѣчательною способностью всасывать жидкости въ большомъ количествѣ, освѣтили это дѣло лишь косвенно, но породили новыя сомнѣнія и навели на новыя изслѣдованія. Въ виду изложеннаго становится яснымъ, почему показанія для употребленія дренажа брюшной полости не были точно установлены и почему его употребляли безъ достаточной дифференцировки. Такъ дѣло стояло до тѣхъ поръ, пока бактериологія не получила своего настоящаго развитія.

Дренажъ ввидѣ трубокъ, вводимыхъ однимъ концомъ въ брюшную полость и другимъ выводимыхъ наружу, былъ впервые предложенъ *Peaslee* въ 1855 г. Такъ какъ появленіе его было обусловлено практической необходимостью, то пріемъ этотъ нашелъ многихъ послѣдователей. Въ числѣ другихъ его употребляли *Spencer Wells* и *Koerberlé*, которые установили для него нѣкоторыя показанія; далѣе *Marion Sims*, предложившій выводить наружный конецъ трубки черезъ задній сводъ во влагалище, *Olshausen* и др. По мѣрѣ накопленія опыта убѣдились, что далеко не всѣ надежды, возлагавшіяся на дренажъ оправдываются на дѣлѣ. Именно убѣдились, что трубка дренируетъ далеко не всю брюшную полость, а лишь самый ограниченный участокъ, лежащій въ непосредственномъ сосѣдствѣ. Къ тому-же послѣ экспериментальныхъ изслѣдованій *Д. О. Отта* ¹⁾ выяснилось, что дренажа не слѣдуетъ оставлять *in loco* на долгое время, такъ какъ трубка, спустя небольшое количество часовъ послѣ операціи, покрывается пластическимъ вынотомъ, организующимся обыкновеннымъ порядкомъ и обособляющимъ ее отъ остальной полости брюшины.

Какъ шагъ впередъ въ вопросѣ объ удаленіи жидкости изъ полости брюшины, является т. н. капиллярный дре-

¹⁾ Медицинскій Вѣстникъ 1878 г.

накъ, состоящій въ томъ, что какое-либо тѣло, обладающее капиллярными свойствами, напр. марли, вату, корпійный фитиль и т. п., заключаютъ въ трубку, и все это приспособленіе помѣщаютъ въ брюшную полость на тѣхъ-же основаніяхъ, какъ и простую дренажную трубку. Капиллярный дренажъ имѣетъ то преимущество, что онъ обладаетъ собственной присасывающей силой, чего, конечно, лишена простая трубка, Тѣмъ не менѣе не трудно понять, что, кромѣ этого, капиллярный дренажъ не представляетъ никакихъ другихъ выгодъ.

Очевидно, что приведенные способы дреннрованія не могутъ удовлетворять современнаго хирурга. Въ настоящее время, когда намъ извѣстна всасывающая сила брюшины, когда мы по достоинству оцѣнили значеніе патогенныхъ микроорганизмовъ, мы установили для дреннрованія болѣе или менѣе точныя показанія и требуемъ отъ дренажа другихъ свойствъ. По нашимъ теперешнимъ понятіямъ дреннровать слѣдуетъ тогда, когда въ полости живота операціей создана поверхность, лишенная здоровой брюшины и, кромѣ того, когда есть основанія полагать, что нами не устранена возможность инфекціи. Подобныя условія наблюдаются, напр., при гнойномъ инкпстированномъ сальпингитѣ. Какъ часто бываетъ въ такихъ случаяхъ, наполненная гноемъ труба западаетъ въ *spatium recto-uterinum* и брюшинный покровъ ея срастается съ брюшиной Дугласова пространства. Мы вылушаемъ трубу и получаемъ полость, покрытую клочками разорванныхъ нами сращеній, Стѣнки такой полости, если и будутъ всасывать, то, очевидно, не въ одинаковой со здоровой брюшиной степени, такъ какъ всасывающій аппаратъ здѣсь поврежденъ или уничтоженъ. Вслѣдствіе этого здѣсь имѣются условія для застаиванія жидкостей, такъ-какъ это пространство занимаетъ самое отлогое мѣсто въ брюшной полости, куда стекаютъ жидкости съ остальной брюшины и которое, сверхъ того, само отдѣляетъ жидкость, какъ и всякая другая рана. Такъ-какъ въ нашемъ примѣрѣ дѣло шло о *pyosalpinx*, то ложе опухоли представляется воспаленнымъ, содержащимъ патогенные микроорганизмы. Мы знаемъ, что здоровыя ткани обладаютъ свойствомъ оказывать сопротивленіе губительному дѣйствію вторгнувшихся въ нихъ микроорганизмовъ; онѣ вступаютъ съ ними въ борьбу,

которая и рѣшается, на чьей сторонѣ останется побѣда. Въ ложѣ вылущенной опухоли, среди застаивающейся жидкости, никакой борьбы съ паразитами быть не можетъ, такъ-какъ здѣсь нѣтъ здоровыхъ тканей. Напротивъ того, сама жидкость представляетъ прекрасный питательный матеріалъ, среди котораго безпрепятственно развиваются микроорганизмы при самыхъ выгодныхъ условіяхъ. Отсюда они могутъ заражать всю брюшину и весь организмъ. Понятно поэтому, сколько опасности представляютъ подобныя полости. На основаніи этихъ соображеній Mikulicz и назвалъ такія пространства «мертвыми пространствами». Въ этихъ случаяхъ стремленіе удалить жидкости изъ мертваго пространства вполнѣ показано, и для такихъ-то именно случаевъ Mikulicz и предложилъ свою тампонацію. Техника ея состоитъ въ слѣдующемъ:

Мертвое пространство выстилается въ одинъ слой кускомъ іодоформной марли, края которой выводятся наружу въ нижній уголь брюшной раны. Къ той части марли, которая лежитъ на днѣ мертваго пространства, прикрѣпляется нитка, служащая для болѣе удобнаго удаленія марли впослѣдствіи, такимъ образомъ получается мѣшокъ, полость котораго выполняется полосами іодоформной марли, концы которыхъ также выводятся наружу. Такой тампанъ обладаетъ слѣдующими свойствами: 1) Онъ служитъ кровоостанавливающимъ средствомъ. Если бы даже былъ поводъ предполагать, что, послѣ закрытія брюшной раны, кровотеченіе изъ мертваго пространства возобновилось, то мы имѣемъ въ тампонѣ средство для передачи силы давленія руками на кровоточащее мѣсто. Слѣдуетъ только нащупать черезъ брюшныя стѣнки тампонъ и прижать по направленію къ мертвому пространству. 2) Онъ дренируетъ мертвое пространство въ силу присущихъ ему капиллярныхъ свойствъ. 3) Онъ дѣлаетъ раненую поверхность безвредной и предохраняетъ брюшину отъ зараженія и 4) Онъ лиминируетъ мертвое пространство отъ остальной полости брюшины, покрываясь очень скоро слоемъ выпота, организующагося обыкновеннымъ порядкомъ.

Преимущества этого способа очевидны. Тампонаціей сразу-же достигается двойная цѣль: мы имѣемъ въ ней кровоостанавливающее средство и, вмѣстѣ съ тѣмъ, при-

способленіе для выведенія наружу отдѣленій раны. Пространство, на поверхность котораго дѣйствуетъ такой тампонъ, можетъ быть увеличиваемо или уменьшаемо по волѣ оператора и сообразно съ требованіями каждаго отдѣльнаго случая. При благоприятныхъ условіяхъ капиллярный токъ жидкости можетъ находиться въ движеніи все время, пока тампонъ остается на мѣстѣ.

Не отрицая важнаго успѣха, внесеннаго въ интересующій насъ вопросъ предложеніемъ *Mikulicz'a*, нельзя не замѣтить въ его способѣ нѣкоторыхъ недостатковъ и притомъ весьма крупныхъ. Недостатки эти слѣдующіе: 1) Путь, по которому проходитъ тампонъ изъ Дугласова пространства къ передней брюшной стѣнкѣ, весьма длиненъ, и влѣдствіе этого марли приходится въ соприкосновеніе съ такими частями брюшныхъ внутренностей, которыя вполне здоровы и нисколько не нуждаются въ дренажѣ. 2) Жидкость, высасываемая тампономъ изъ мертваго пространства, часто обладающая инфекціонными свойствами, соприкасается со здоровой брюшиной. 3) Въ составъ образующейся кругомъ тампона капсулы входятъ, преимущественно, кишки, которыя склеиваются между собою и съ другими частями, съ которыми приходятъ въ соприкосновеніе, образуя своего рода клубокъ. Обстоятельство это не можетъ оставаться индифферентнымъ для организма, затрудняя перистальтику кишекъ, причиняя впоследствии болѣзненные ощущенія влѣдствіе растягиванія ложныхъ перепонокъ и, вообще, обуславливая послѣдствія, которыя не могутъ быть опредѣлены напередъ. Въ худшемъ случаѣ можетъ быть вызвана непроходимость кишекъ. 4) Конецъ тампона, выведенный въ брюшную рану, исключаетъ возможность наступленія перваго натяженія, что даетъ шансы для образования грыжи бѣлой линіи живота впоследствии и 5) Выведенный наружу конецъ тампона, хотя и накрытъ повязкой, подвергается высущивающему дѣйствию атмосферы, что, отчасти, лишаетъ его капиллярныхъ свойствъ.

Ввиду сказаннаго вполне естественнымъ является стремленіе, воспользовавшись всѣми выгодными свойствами тампона *Mikulicz'a*, устранить, по возможности, всѣ его побочныя вредныя свойства. Съ этой цѣлью *Д. О. Оттг* предлагаетъ слѣдующій способъ: По вылущеніи, положимъ, опухоли задній сводъ влагалища протыкается

въ Дугласово пространство и въ образованное отверстіе вводится со стороны брюшной полости полоса стерилизованной или іодоформной марли достаточной длины для того, чтобы ею можно было затампонировать все мертвое пространство. Полоса укладывается правильными слоями справа налево ввидѣ зигзаговъ и брюшная рана зашивается на всемъ пространствѣ. Влагалище тампонируется іодоформной марли. Жидкость, собирающаяся въ Дугласовомъ пространствѣ, выводится во влагалище и пропитываетъ влагалищный тампонъ, который можно перемѣнять по мѣрѣ надобности. Способъ этотъ, соединяя въ себѣ всѣ выгодныя свойства тампона *Mikulicz'a*, не имѣетъ его недостатковъ: 1) Брюшная рана заживаетъ *per primam*. 2) Кишки приходятъ въ соприкосновеніе съ тампономъ лишь на очень ограниченномъ пространствѣ; сращенія, по вынутіи тампона, получаютъ обыкновенно только между маткой и *rectum*. 3) Полоса марли, лежащая во влагалищѣ, не высыхаетъ и потому дѣйствуетъ все время, какъ капиллярный дренажъ.

Недостатки приѣма *Mikulicz'a* были экспериментально провѣрены на животныхъ, по предложенію и подъ руководствомъ профессора *Omata*; вновь-же предлагаемый способъ тампонаціи мертваго пространства брюшной полости далъ вполне удовлетворительные результаты не только при экспериментахъ на животныхъ, но также, и это гораздо важнѣе, въ семи случаяхъ на больныхъ, оперированныхъ въ Клиническомъ Институтѣ.