
**Профессор доктор И. И. МАГДА,
ассистент Н. Е. ШАЛДУГА,
аспирант В. М. ВОСКОВОЙНИКОВ**
(Кафедра оперативной хирургии)

НОВЫЙ СПОСОБ РУМЕНОТОМИИ

Травматический ретикулит и ретикуло-перитонит—довольно распространенные заболевания крупного рогатого скота в городах, промышленных и пригородских районах.

По данным Веллесте (Эстонская ССР) острые инородные тела являются причиной болезней органов пищеварения, достигая иногда частых случаев.

По наблюдениям Заянчковского, относящимся к некоторым промышленным районам, травматические повреждения внутренних органов инородными телами служат причиной вынужденного убоя.

Если профилактика заболевания еще не является достаточно эффективной, в виду трудности ее осуществления, то о хирургическом лечении ретикулита можно сказать, что оно пока что считается единственным, позволяющим сохранить жизнь и продуктивность заболевших животных. Наш личный опыт оперативного лечения травматического ретикулита всецело подтверждает это положение.

К сожалению, ветеринарные врачи недостаточно пользуются руменотомией, когда она показана, и ограничиваются либо достигающим слабого эффекта консервативным лечением, либо отправляют животных на убой.

Специальное изучение нами этого вопроса убеждает в том, что одной из причин этого является либо недостаточное знакомство с техникой операции, либо представление о ней как об операции, требующей специальных условий.

Наиболее важным моментом в современной руменотомии является тот её этап, при котором обеспечивается изоляция брюшной полости и раны брюшной стенки от загрязнения их содержимым вскрытого рубца.

Как известно, до последнего времени за рубежом широко пропагандировался способ руменотомии по Гётце, вошедший также и в наши отечественные руководства. Его особенность состоит в том, что обнаженная стенка рубца перед её вскрытием подшивается так называемым экстраперитонеальным швом к пристеночной брюшине. Вскрытие рубца производится на уровне кожно-мышечной раны. Достигнутая экстраперитонеальным швом несмещаемость рубца позволяет ввести в его полость специальную манжетку из непроницаемой ткани. При эвакуации содержимого рубца возможность загрязнения раны в таком случае сводится к минимуму.

Недостатком этого способа является, помимо излишнего подшивания стенки рубца, необходимость последующего, через 20 дней, удаления этого шва за выведенные наружу концы нитей.

Если не говорить о сложности самого подшивания, требующего значительного времени, то следует указать на антифизиологичность способа, которая видна из последующего приращения рубца к брюшной стенке, ограничивающего подвижность рубца в процессе руминации.

Тарасов (1948 г.) предложил способ, который также преследует создание таких условий оперирования, при которых операционная рана и брюшная полость максимально изолируются от возможности загрязнения содержимым рубца. После лапаротомии стенка извлеченного, но еще не вскрытого, рубца подшивается к коже узловатыми швами; затем она вскрывается, распластывается по краям кожной раны и снова подшивается к коже 4—6 стежками. При таком способе пищевые массы во время опорожнения рубца не попадают ни на мышцы, ни на кожу.

Сравнительно недавно в Англии (Макинток — 1949 г.) и в Польше (Кульчицкий — 1950 г.) внесли новое усовершенствование в технику операции. Оно не предусматривает ни подшивания рубца к брюшине, как это предложил Гётце, ни выворачивания его с последующим подшиванием к коже, как рекомендует Тарасов. В обоих случаях стенку рубца извлекают в разрез, фиксируют специальными лещетками, а затем в полость рубца вводят непроницаемый рукав, который фиксируется при помощи этих же лещеток. Эвакуация содержимого рубца осуществляется через этот рукав.

Несмотря на достаточную гарантию в смысле защиты раны от инфицирования, нельзя сказать, что описанные способы технически просты и легко выполнимы в участковых условиях.

Несколько особняком стоит способ, при котором стенка рубца после извлечения из брюшной полости фиксируется щипцами Мюзе, вскрывается и растягивается помощником несколькими щипцами над краями раны. В таком состоянии растяжения стенка органа удерживается на протяжении всего времени операции. Аналогичный способ описан Нозе-ном (1938 г.), Викаром (1950 г.) и другими; видимо, в некоторых странах этот способ широко применяется.

Наш опыт показал, что подшивание стенки рубца к коже или брюшине осложняет операцию и удлиняет сроки её выполнения; особенно хлопотлива операция по Гётце с подшиванием рубца к брюшине. Это же можно сказать и о способах с фиксированием рубца при помощи специальных лещеток. Одним из серьезнейших недостатков способа Гётце, на который, к сожалению, еще никто не указал, является осложнение, возникающее от подшивания стенки рубца к париетальной брюшине. В двух случаях мы наблюдали отслоение париетальной брюшины и последующее образование в возникшей щели ретроперитонеального серозно-фибринозного выпота в огромном количестве (свыше 20 л).

С другой стороны, несмотря на большую простоту способа с применением щипцов Мюзе для фиксации стенки рубца, о нём можно сказать, что специальное удерживание помощником щипцов является утомительным и не гарантирующим от загрязнения операционной раны.

Всё это побудило нас искать новые пути к усовершенствованию и упрощению техники руменотомии.

Как отмечалось выше, главным в операции является изоляция операционной раны от возможного её загрязнения. Исходя из этой цели, мы

разработали свою технику операции, которая является наиболее простой и не требует длительного времени для выполнения. Сначала свой способ операции мы проверили на подопытных животных, а затем перенесли его в клинические условия. При этом часть операции была выполнена в ветеринарных лечебницах промышленных областей Украинской ССР.

Техника операции. Операция выполняется на стоячем животном. В зависимости от обстоятельств, назначается голодная суточная диета. Однако, мы оперировали и животных, которые не были подготовлены голодной диетой. Операционное поле выбривается и готовится по всем правилам асептики. Животное фиксируется обычным способом в станке на момент производства местного обезболивания. В отношении последнего следует упомянуть, что выбору его мы придавали большое значение. Необходимо исходить из того, какой из его способов дает наибольший эффект в руках оператора. В этом отношении может быть выполнена как инфильтрационная, так и проводниковая (паравертебральная или паралюмбальная) анестезия. Мы лично широко применяем способ эпидуральной поясничной анестезии, усматривая в нем ряд преимуществ перед иными способами. Основным из них является то, что для анестезии требуется только одна инъекция, от которой получается обширная территория обезболивания, позволяющая оперировать совершенно свободно. Оперировавший хотя бы один раз при таком способе анестезии не может его переоценить. Мы инъецируем взрослому животному 10—15 мл 4-процентного раствора новокаина эпидурально между L_1 — L_2 ; при этом игле придается направление справа налево, чтобы инъецированный раствор распределился на левой стороне эпидурального пространства.

Операцию производят в левой голодной ямке. Кожа рассекается параллельно последнему ребру, отступя на 3 пальца кзади последнего ребра и на ширину ладони ниже свободных концов поперечно-реберных отростков поясничных позвонков. Длина разреза 18—20 см. Рассекаются все слои брюшной стенки в направлении разреза кожи.

Когда брюшная полость вскрыта, оператор захватывает рукой, введенной в брюшную полость, дорсальную стенку рубца и извлекает её наружу. В этот момент на уровне верхнего угла кожной раны стенка рубца рассекается и в её отверстие вводится глазной крючок, употребляемый акушерами при фетотомии. При помощи этого крючка помощник фиксирует рубец, прижимая его к верхнему углу кожной раны. Теперь наступает наиболее ответственный момент — ограждение раны и брюшной полости от загрязнения. С этой целью мы применяем способ, состоящий в фиксации стенки рубца к окружности раны брюшной стенки при помощи специальных «кошек». В этом случае можно поступить двояко в зависимости от того, какой был применен способ местной анестезии:

а) При обширной территории обезболивания фиксация может быть осуществлена непосредственно к коже брюшной стенки. Техника фиксации сводится к следующему. Скальпелем удлиняется разрез рубца до половины предполагаемой длины и верхний его участок захватывается специальными «кошками» со стороны слизистой оболочки и пришивается к окружающей рану коже. Всего требуется пока 3—4 «кошки»; затем разрез стенки рубца удлиняется до нижнего угла кожной раны. После этого снова следует прикрепление «кошками» к коже. На всю фиксацию рубца требуется 6—10 «кошек» (рис. 1).

В результате такого прикрепления стенка рубца довольно плотно прикрывает края кожно-мышечной раны брюшной стенки, препятствуя

проникновению содержимого рубца в момент его эвакуации и самопроизвольного истечения. Изливающаяся из раны брюшной стенки и рубца кровь образует кровяной сгусток, который прочно припаивает выверну-

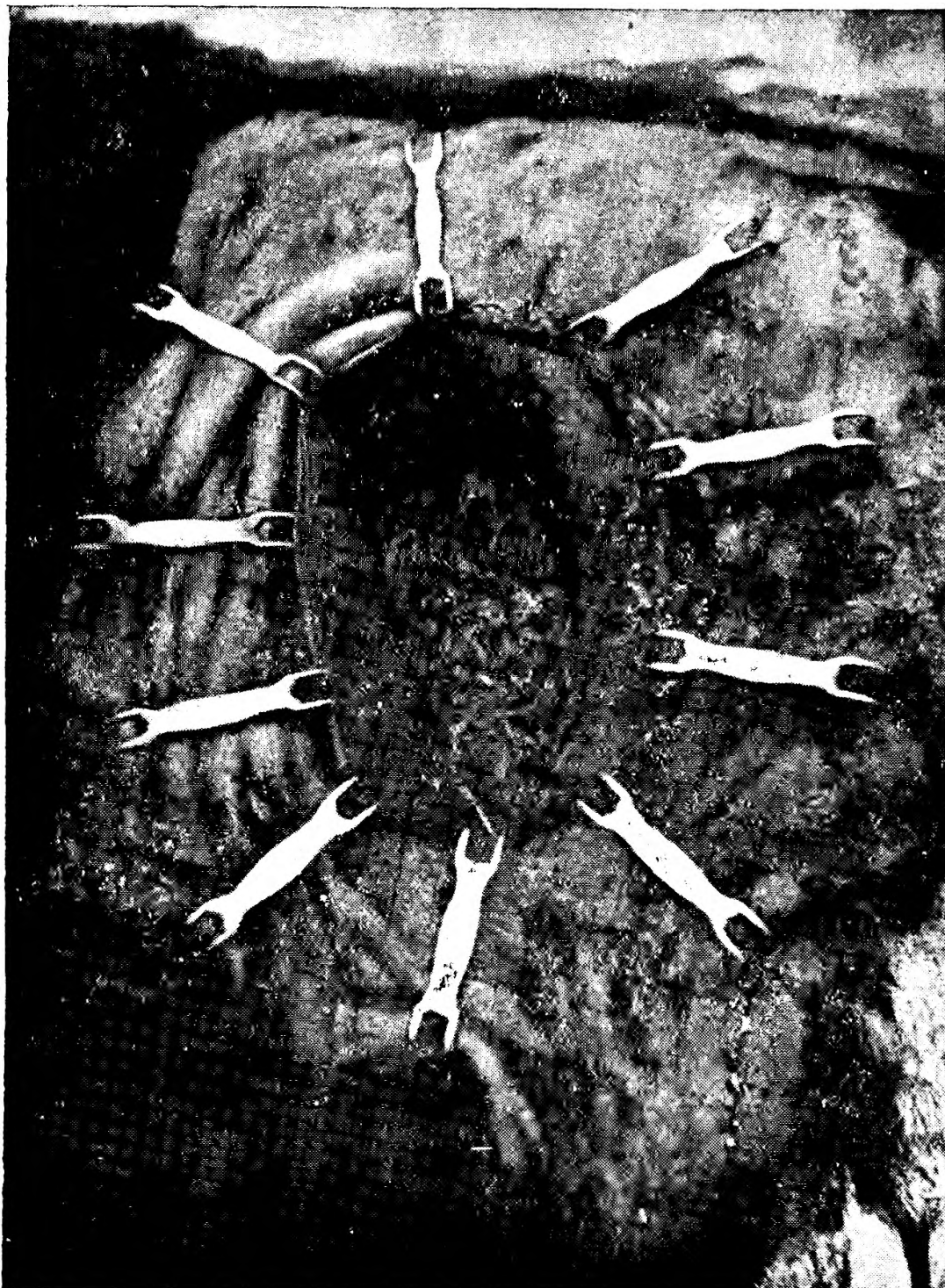


Рис. 1. Укрепление рассеченной стенки рубца к коже при помощи „кошек“.

тую стенку рубца и этим дополняет изоляцию раны. В последующем, когда приступают к зашиванию стенки рубца, с удалением кровяного сгустка удаляются и случайно попавшие частицы пищевых масс.

б) Второй вариант нашего способа состоит в применении специальной прокладки из толстой резины, на которой укрепляется стенка рубца. Для этой цели требуется четырехугольный лист резины (подошвенной или употребляемой в быту для ковриков) толщиной 5—7 мм. Может быть использован кусок резины размером 40×40 см. В центре её (или несколько ближе к одному из краев) вырезают овальное отверстие 18×9 см. Это отверстие должно иметь наклон в соответствии с наклоном разреза кожи при лапаротомии параллельно последнему ребру (рис. 2). По углам резинового листа прорезают отверстия, в которые вдевают тесёмки от бинта длиной в 1 м каждая. Эти тесёмки здесь же завязывают.

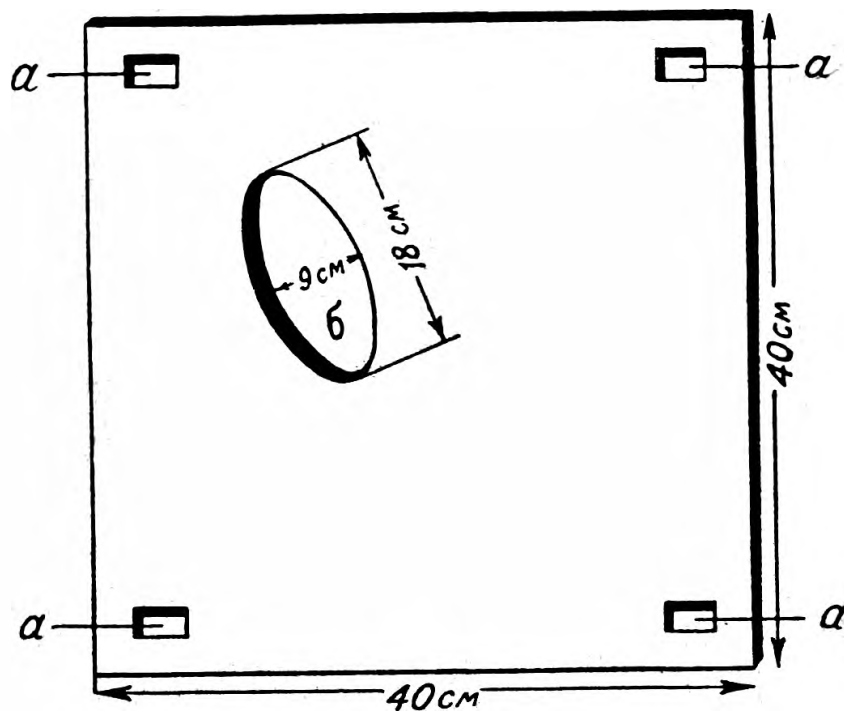


Рис. 2. Схема резиновой прокладки для укрепления стенки рубца:

а—отверстия для привязывания тесемок; б—отверстия для выведения стенки рубца.

Когда произведена лапаротомия, прикладывают к операционному полю резину так, чтобы отверстие в ней совпало с разрезом кожи; после этого тесёмки перебрасывают через туловище и прочно связывают, что фиксирует резину на боковой брюшной стенке. Дальнейший ход операции не отличается от предыдущего варианта с той только разницей, что рубец, извлеченный из полости живота на поверхность резины, после рассечения в вышеописанной последовательности прикрепляется при помощи «кошек» уже не к коже, а непосредственно к резине (рис. 3). Таким образом, в этом варианте исключается дополнительное травмирование кожи «кошками».

Настоящий вариант особенно приемлем при недостаточной анестезии, когда окружность операционной раны (например, при инфльтрационной анестезии) чувствительна, что не позволяет свободно пользоваться «кошками». Резиновая прокладка представляет, таким образом, важную деталь для оператора, не владеющего техникой проводниковой или эпидуральной поясничной анестезии.

После извлечения инородного тела в полость рубца вливают 20,0 ихтиола, растворенного в 1 л теплой воды, и приступают к зашиванию стенки рубца двухрядным швом. Предварительно стерильным тампоном убирают частицы содержимого рубца и кровяные сгустки с краев раны рубца, а затем с верхней части растянутой стенки рубца снимают «кошки» и приступают к наложению на неё непрерывного шва из кетгута (или шелка). Иглу при этом вкалывают со стороны слизистой оболочки.

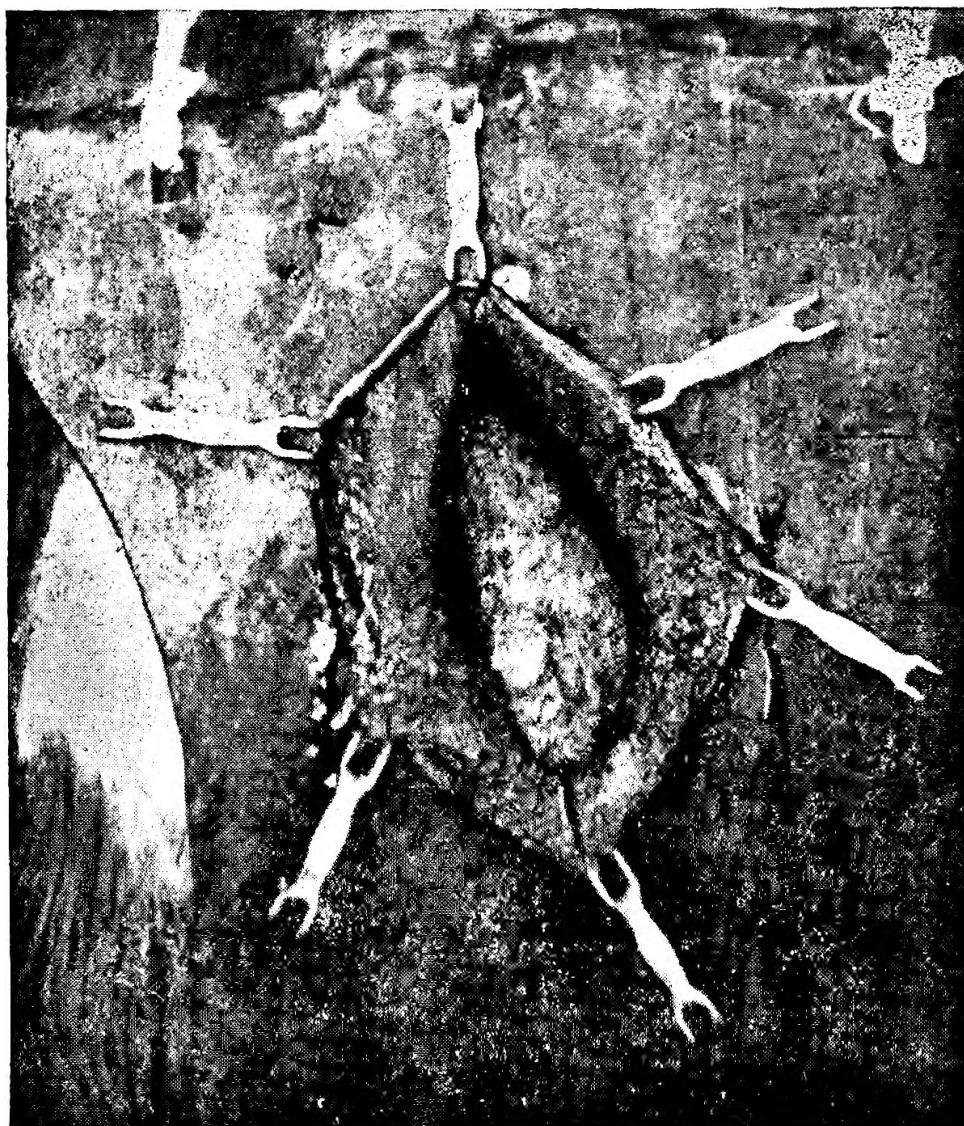


Рис. 3. Укрепление рассеченной стенки рубца к резиновой прокладке при помощи «кошек».

Передняя (левая) часть резины срезана, чтобы показать часть туловища животного.

Поэтому шов будет напоминать ёлочку. По мере закрытия стенки рубца снимаются нижележащие «кошки». После наложения первого этажа шва приступают к наложению второго по способу Ламбера. Когда рубец зашит, поверхность его осторожно припудривают порошком белого стрептоцида или смазывают резерзибельной эмульсией белого стрептоцида или сульфидина. В последнем случае смазывают участок всей поверхности рубца, соприкасавшейся с кожей или резиновой прокладкой.

Закрытие раны брюшной стенки осуществляется при помощи двухэтажного шва. Для первого этажа пользуются кетгутным непрерывным швом, который захватывает брюшину и все слои, включая внутренний косой брюшной мускул. После наложения этого шва рану припудривают порошком белого стрептоцида.

Вторым швом сшивают кожу с последующими слоями и наружным косым мускулом живота включительно.

Как правило, мы делаем шов глухим и не вставляем дренаж. Исключение могут составлять редкие случаи, при которых в момент операции произошло случайное загрязнение раны брюшной стенки. В таком случае два последние стежка не накладываются и в ране оставляют на двое суток капиллярный дренаж.

Мы оперировали (с применением резиновой прокладки и без неё) 29 голов крупного рогатого скота, главным образом при травматическом ретикулите. Часть животных была оперирована в кафедре опертивной хирургии Харьковского ветеринарного института, а часть—в ветеринарных лечебницах промышленных районов УССР, куда мы выезжали с целью проверки и популяризации нашего способа операции. Нами ни разу не было отмечено случаев перитонита или свищей рубца, что могло бы указывать на загрязнение операционной раны во время операции.

Наблюдения, проведенные нами, подтвердили, что:

- а) предложенный способ руменотомии является наиболее простым из ныне существующих;
 - б) положительной стороной этого способа является быстрота выполнения операции;
 - в) все изложенное позволяет рекомендовать руменотомию по нашему способу для широкой практики.
-