

Клиническая и теоретическая медицина

Проф. Н. В. СОКОЛОВ (Казань)

Выбор метода операции при ущемленных грыжах

Выбор метода операции при ущемленных грыжах определяется, главным образом, состоянием ущемленных внутренностей, особенно если ущемлению подвергается кишка. Этим же определяется метод обработки ущемленных внутренностей и метод обработки грыжевого канала (пахового треугольника, бедренного канала), и поэтому все внимание хирурга в первые акты операции должно быть направлено на определение состояния ущемленных внутренностей.

Разрез кожи и подкожной клетчатки ведется обычным порядком, но часто приходится удлинять разрез над местом грыжевой опухоли (особенно при паховомошоночном грыжесечении), чтобы *ad oculos* изолировать растянутый грыжевой мешок от окружающих тканей. Фактически начальные акты операции при ущемленных грыжах проще, чем при простых грыжах, так как не приходится „отыскивать“ грыжевой мешок. При паховом грыжесечении не следует до вскрытия мешка расщеплять апоневроз наружной косой мышцы, так как при расщеплении наружного пахового кольца, если последнее являлось причиной ущемления, ущемленные внутренности могут без предварительного осмотра ускользнуть в брюшную полость.

После вскрытия грыжевого мешка, изливания грыжевой воды, предварительного осмотра внутренностей (которые обычно бывают темно-вишневого цвета) следует расщепление ущемляющего кольца, которое лучше всего производить осторожно от руки. Это—сравнительно простой акт в отношении наружного пахового кольца. В случае, если ущемляющим кольцом при паховой грыже является внутреннее кольцо, расщепление его требует особой осторожности, и производится оно или над зондом, проведенным между кольцом и грыжевым мешком, или же, что лучше, от руки, так как в первом случае иногда не исключена возможность ранения зондом кишечной стенки.

Расщепляя паховое кольцо при косой грыже, хирург должен помнить, что *vasa epigastrica inf.* пробегают с медиальной стороны внутреннего пахового кольца, что обязывает хирурга не производить разреза ущемляющего кольца с внутренней стороны, а лучше всего снаружи и кверху. При ущемленной прямой паховой грыже разрез ущемляющего кольца нельзя проводить с латеральной стороны, так как *vasa epigastrica* пробегают с наружной стороны. При расщеплении ущемляющего кольца бедренной грыжи нужно помнить, что наиболее безопасным является разрез с внутренней стороны, т. е. в сторону *lig. Gimbernati*, и наиболее опасным—разрез с наружной стороны, где в непосредственном соседстве с бедренным каналом пробегает *vepa femoralis*. Правда, иногда при аномальном располо-

жении сосудов и разрез в сторону *lig. Gimbernati* может сопровождаться кровотечением (это бывает когда *art. obturatoria* вместо обычного отхождения от *art. hypogastrica* отходит от *art. epigastrica* и проходит близ свободного края *lig. Gimbernati* (образуя так наз. *согona mortis*). Ранение артерии обязывает расцечь пуартову связку, чтобы точнее *ad oculos* захватить и перевязать кровоточащий сосуд. После расщепления кольца ущемленные внутренности становятся мобильными, и хирургу надлежит вытянуть из брюшной полости вместе с ущемленной петлей кишки или сальником и непораженные приводящие и отводящие отрезки кишки или сальника, чтобы сравнительной оценкой определить состояние ущемленного отдела.

Состояние ущемленных внутренностей может быть различным. Если грыжевым содержимым является сальник, то, как правило, он всегда резецируется в пределах нормальных тканей.

Если ущемленная петля кишки при сравнительной оценке с здоровым отделом обнаруживает все признаки жизнеспособности, т. е. она имеет блестящий серозный покров, в сосудах ее брыжейки восстанавливается пульсация, кишка принимает постепенно нормальную окраску и начинает перистальтировать (иногда только после раздражения солевым раствором), то она подлежит безоговорочному вправлению; грыжевой мешок прошивается, закрывается и отсекается, а паховый промежуток при паховых грыжах закрывается по способу Жирара или Бассини, как и при обычном грыжесечении; типически закрывается в таких случаях и бедренный канал при ущемленных бедренных грыжах (см. „Казан. мед. журнал“, № 11—12, 1939 г.

Выбор метода операции ясен и при выраженной гангрене ущемленной петли кишки, т. е. при отсутствии (после расщепления ущемляющего кольца) пульсации брыжеечных сосудов, при наличии сероатоватой окраски серозного покрова кишки, темно-вишневой окраски, самой кишки, при отсутствии перистальтики.

В этих случаях резекция кишки в пределах здоровых тканей является методом выбора. При этом, чем выраженнее картина застоя кишечного содержимого в вышележащем участке, тем больше необходимости при резекции опорожнить кишечник. Это легко достигается выведением кишки после перерезки ее в дистальном отделе наружу вне раны, снятием клеммов и опорожнением с тем, чтобы затем уже перерезать кишку в проксимальном отделе.

Метод резекции должен быть применен и для тех сравнительно редких случаев чисто эластического ущемления кишки, когда последняя подвергается ишемическому некрозу, представляется бескровной, тонкостенной, темной, дряблой.

Паховый промежуток в случаях таких резекций обычно зашивается типически. И только при наличии пахучей грыжевой воды можно рекомендовать вставить тампон в подкожную клетчатку.

Только для случаев очень тяжелого состояния больного, или при неопытности хирурга в технике резекции кишок при гангрене их можно рекомендовать наложение *anus praeternaturalis*. При этом кишечная петля должна быть в целях изоляции брюшной полости тщательно подшита к париетальной брюшине (шейка грыжевого мешка) в пределах здорового отдела кишки.

Несколько сложнее обстоит дело, когда состояние кишечной стенки после расщепления кольца остается сомнительным, когда окраска кишки восстанавливается частично, когда серозный покров ее ме-

стами имеет матовую окраску и т. д. В таких случаях для хирурга, свободно владеющего техникой резекции кишок, предпочтительнее метод резекции, как метод гарантийный, если состояние больного позволяет производство этой операции. Для хирурга, недостаточно опытного в кишечной хирургии, в таких сомнительных случаях остается метод погружения кишки, подозрительной на гангрену, в брюшную полость с фиксацией кишки к брюшной стенке; фиксация обычно достигается проведением через брыжейку кишки кетгутовой толстой лигатуры, которая прикрепляется к краям раны. К кишке подводится тампон, и грыжевой канал, таким образом, не зашивается. Или же подозрительная кишечная петля оставляется в ране, обкладывается полосками марли и 2—3 швами фиксируется к стенке грыжевого мешка. В дальнейшем при таком консервативном поведении хирурга через сутки — при восстановлении питания кишки удаляется кетгутовая лигатура тампона, и кишка, предоставленная самой себе, постепенно втягивается в брюшную полость. При обнаружении ясно выраженной гангрены активный хирург предпочтет вытянуть петлю кишки и подвергнуть ее резекции; консервативный хирург или наложит *anus praeternaturalis*, или предоставит самостоятельно образоваться каловому свищу.

Консервативные методы, применяемые при подозрении на гангрену, имеют много отрицательного. В случае благоприятного разрешения вопроса о питании кишки часто потом развиваются послеоперационные грыжи; в случае неблагоприятного — *anus praeternaturalis* или каловый свищ надолго приковывают больного к постели, создают ему немало тяжелых переживаний и требуют нового, иногда сложного, хирургического вмешательства. Наконец, особо стоит вопрос, что делать хирургу, когда он, вследствие омертвения кишки при ущемленной грыже, встречается с каловой флегмоной.

Выбор метода здесь определяется состоянием больного, опытом хирурга, обстановкой, в которой производится операция. При удовлетворительном состоянии больного, опытности хирурга, наличии опытного персонала — применим способ, предложенный Сапежко, сущность которого сводится к следующему (Труды III съезда рос. хирургов).

Широко вскрывается каловая флегмона и грыжевой мешок; полость промывается солевым раствором; далее производится тщательная очистка содержимого грыжевого мешка — антисептическая обработка всей раны; после этого осторожно рассекается ущемляющее кольцо и извлекаются внутренности; в пределах здоровых участков производится резекция кишок с сшиванием их по одному из практикуемых методов. Грыжевой мешок после перевязки отсекается обычным способом. Паховый канал зашивается, а в подкожную клетчатку и в рану мошонки вводится тампон.

Другой способ, рассчитанный на выносливость больного, опытность хирурга и наличие опытных помощников, состоит в том, что хирург предварительно производит по близости от грыжи вскрытие брюшной полости — герниолапаротомию; затем подходит к приводящему и отводящему к грыжевому кольцу отдела кишки; между клеммами приводящий и отводящий отделы кишки пересекаются; кишечный тракт восстанавливается сшиванием кишок. Затем шаг за шагом вся грыжевая опухоль вместе с пересеченными внутрь от ущемляющего кольца отрезками кишок удаляется без вскрытия грыжевого мешка *en bloc*.

По такому способу оперировали при ущемленной пупочной грыже Аминов, Греков (Вестник хир., кн. 7), при паховой грыже — Крестовский (Вестник хир., кн. 26-27, 1927 г.).

Нет сомнения, что при пупочной грыже способ en bloc по выполнению проще способа Сапежко и риска инфицировать брюшную полость при нем меньше. При паховых и бедренных грыжах способ en bloc очень сложен, и если Крестовскому удавалось выйти из положения, то все же этот способ вряд ли найдет широкое применение.

Наконец, можно при ущемленных грыжах, при наличии омертвевших кишок и каловой флегмоны, просто ограничиться широким вскрытием грыжевого мешка и открытым лечением раны (по Боброву); иначе говоря, — хирург в данном случае идет на организацию *anus praeternaturalis*. Нужно только здесь подчеркнуть, что в некоторых случаях приводящий отдел кишки бывает так сдавлен, что и после вскрытия грыжевого мешка и очистки его от омертвевших тканей опорожнение кишечника бывает затрудненным. Хирург должен сделать попытку провести в приводящий отдел кишки достаточной ширины кишечную трубку; а если это не удастся, то наложить отдельно, вне грыжевой раны, каловый свищ на приводящий к грыже отдел кишки.

Ликвидация наложенного свища, равно как и свища по месту омертвления кишки в грыжевом мешке, — составляет предмет отдельного вмешательства на позднем сроке.

За 12 лет (1926 — 1938 гг.) в госпитальной хирургической клинике Каз. ГМИ было оперировано по поводу ущемленных грыж 96 больных. Из них 63 больных по поводу паховых грыж, 28 больных по поводу бедренных грыж и 5 — по поводу пупочной грыжи.

При операциях по поводу паховых грыж у 89 больных дело ограничилось вправлением мало измененных внутренностей, иссечением и перевязкой мешка с зашиванием пахового треугольника по Жирану.

У двух больных произведена резекция сальника; у 5 больных — резекция тонких кишок с зашиванием пахового треугольника — во всех случаях — по способу Жирану. В двух случаях каловой флегмоны при омертвевшей петле кишки после очистки мешка — рассечение кольца, выведение приводящего и отводящего отдела кишок, резекция с сшиванием конец в конец (т. е. операция по методу Сапежко). Из оперированных больных умерло 10; из них один больной, оперированный по методу Сапежко, с каловой флегмоной, и 2 больных, которым произведена резекция тонких кишок по поводу гангрены, умерли вследствие развившегося перитонита. При явлениях перитонита умерло 2 больных, которым при операции вмешательство ограничилось вправлением внутренностей; 3 больных умерли при явлениях воспаления легких и 2 — при явлениях недостатка сердечной деятельности (старческий возраст).

Из 89 больных 4 оперированы под общим наркозом; из них оба больных с каловой флегмоной. Таким образом и при грыжесечениях по поводу ущемленных грыж — в клинике при ушивании пахового канала предпочтение отдавалось способу Жирану. При каловых флегмонах в обоих случаях был применен метод Сапежко. Технически он не сложен, но риск инфекции брюшной полости при нем все же очень велик.

При оперировании по поводу бедренных грыж у 22 больных ущем-

ленные внутренности оказались мало измененными, и после их вправления, перевязки и отсечения грыжевого мешка бедренный канал был обработан по способу Бассини-Бильрота, с вертикальным разрезом и, в большинстве случаев, с зашиванием тканей на-глухо. У 2 больных при наличии ущемленного сальника последний резецирован. У 3 больных резецирована омертвевшая кишка. Одному больному с каловой флегмоной после вскрытия последней наложен каловый свищ вне грыжевого мешка. Из оперированных по поводу ущемленных бедренных грыж умерло 4 человека: из них один больной с наложенным каловым свищом при явлениях перитонита; двое—при той же картине после резекции кишок, и один больной при легочных явлениях.

Из 22 больных двое оперированы под общим наркозом.

Предпочтительным методом операции, таким образом, является метод Бассини—Бильрота с вертикальным разрезом.

Из оперированных больных по поводу ущемленной пупочной грыжи у 3 больных операция произведена по способу Майо—Дьяконова с опусканием в брюшную полость мало измененных внутренностей; в одном случае резецирован ущемленный сальник, и у одной больной резецирован значительный отдел тонких кишок, ущемленных в многокамерном мешке и подвергшихся гангрене. Из них последняя больная (66 лет) скончалась при картине воспаления легких. Все больные оперированы под местной инфильтрационной анестезией.

Поступила 26. XII. 1939.

Н. И. БГАНЦЕВ

Чрезбрюшинное сечение мочевого пузыря при каменной болезни

Из факультетской хирургической клиники Воронежского государственного мединститута (директор проф. Н. Н. Назаров)

Оперативный доступ к камню мочевого пузыря претерпевал на протяжении многих десятилетий изменения в зависимости от общего состояния хирургии. Вначале наиболее распространенным методом было промежностное сечение. Пытались также извлекать камни через уретру, прямую кишку, через лобковое и надлобковое сечение. Из этих операций наиболее популярной является *sectio alta*.

Для предупреждения инфекции околопузырной клетчатки и сокращения срока заживления раны, очень рано прибегают к первичному шву мочевого пузыря.

Попытки получить гладкое заживление пузырьной раны без образования мочевого свища терпят неудачу и порождают огромное количество клинических и экспериментальных работ. Предлагаются все новые и новые модификации шва и способов сшивания мочевого пузыря. Над техникой и усовершенствованием пузырьного шва трудились многие хирурги—Склифасовский, Максимов, Знаменский, Тилинг, Недзведский, Подрез, Рубец, Борнгаупт, Богораз, Колылов, Александров, Воскресенский, Голишевский и др.