

Из хирургического отделения Златоустовской городской больницы  
(завед. Ю. Б. Багров).

## К МЕТОДИКЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЗГОВЫХ ГРЫЖ.

Ю. Б. Багров.

Мозговая грыжа является пороком развития, при котором выбор времени для операции не вполне предоставлен хирургу.

Родители настолько тяготятся уродством ребенка, что настаивают на возможно скором вмешательстве. Откладывать производство операции потому еще нежелательно, что нередко наступают воспалительные изменения истонченных покровов, и ребенок может погибнуть от инфекции.

Однако оперативное лечение мозговых грыж у маленьких детей является задачей нелегкой, что доказывается большой до настоящего времени операционной смертностью.

За четыре года в хирургическом отделении Златоустовской городской больницы по поводу мозговой грыжи оперировано шесть детей, из них четыре в возрасте до двух месяцев. Смертный случай один—у полуторамесячного ребенка от менингита. Этот смертный случай заставил учесть некоторые особенности операции, и в результате проводившейся в дальнейшем методики ни в одном из пяти следующих случаев осложнений не было.

Первое, на что было обращено внимание—это на условия производства анестезии. Общий наркоз, если принять во внимание близость дыхательных путей, к операционному полю и размеры лица ребенка, безусловно связан с опасностью инфекции, как ни осторожен будет наркотизатор. Условия операции таковы, что трудно выполняется правило равномерной дачи наркоза. Ребенок то начинает просыпаться, то находится в глубоком наркозе. Операция протекает беспокойно, а это опять-таки может влиять на строгость в проведении асептики, которая здесь особенно важна.

Следующее обстоятельство, которое, повидимому, не следует упускать из виду—это состояние глаз ребенка. Если учесть, что один глаз обычно несколько прикрыт грыжевой опухолью и, как правило, слезится, то попадание инфекции с этой стороны нельзя считать мало вероятным. Поэтому за несколько дней до операции ребенок подготавливается закапываньем в глаза раствора колларгола; такое же закапывается производится и на операционном столе.

Операция делается под местной анестезией. Обильная инфильтрация кожи, подкожной клетчатки 14/0% раствором новокаина в рингеровском растворе. Далее раствор впрыскивается под надкостницу в окружности грыжевого отверстия.

Голову ребенка во время операции приходится хорошо фиксировать специальному помощнику. Надо сказать, что дети переносят эту операцию сравнительно спокойно. Повидимому,

им неприятно главным образом неподвижное положение, потому что нельзя отметить, чтобы при том или ином этапе операции они особенно реагировали. Сразу после операции ребенок берет грудь. Общее состояние, конечно, нельзя сравнить с состоянием детей после наркоза.

Несколько замечаний относительно самой техники операции.

Закрытие грыжевого отверстия костной пластинкой, пришитой снаружи, не дает хороших косметических результатов. Некоторый выступ все же остается. К тому же при наиболее часто встречающихся у нас передних грыжах, выходящих обычно у внутреннего края глазницы, по верхнему краю отверстия имеется довольно широкий костный навес. Наконец, чтобы фиксировать костную пластинку снаружи приходится накладывать несколько швов в глубине, а это при учете размеров раны несколько затруднительно, а, главное, ведет к некоторому травмированию тканей.

Вставить пластинку, как предлагает профессор Герцен, к костному отверстию изнутри, со стороны полости черепа — более заманчиво. Но самое владывание этой пластинки сопряжено с опасностью травмирования мозга, притом эта маленькая пластинка может повернуться или сдвинуться, и эффект операции будет потерян. Удобнее сделать таким образом: отделяется и отворачивается верху надкостница, покрывающая костный выступ по верхнему краю отверстия; выступ этот срубается узким и тонким долотом; берется ко-



стная пластинка и из нее готовится овал по величине несколько больший, чем отверстие в кости; одним из узких краев овала пластинка эта вводится так, чтобы она несколько ушла за нижний край отверстия (в полость черепа); верхний край пластинки, в котором предварительно просверливается отверстие для шва, прикладывается к раневой поверхности, по-

лучившейся после срубания выступа; покрывается сверху надкостницей и пришивается к этой надкостнице одним швом. Если выступ достаточно велик—пластинку можно сделать из него.

В двух наших случаях пластинка сделана из кусочка ребра, взятого у матери ребенка и расколотого долотом во фронтальной плоскости.

Содержимое грыжи в пяти из наших случаев перевязывалось у основания и отсекалось. Во всех этих случаях во время операции наблюдалось истечение ликвора. В одном случае содержимое грыжи удалось отделить от небольшого выпячивания твердой мозговой оболочки, а это выпячивание, не повреждая оболочки, вправить в полость черепа.

Швы на кожу лучше накладывать конским волосом кишечной иглой. Швы не должны накладываться густо, чтобы не нарушить питания сшиваемых краев.

---

Из Ново-Горкинской участковой больницы Ивановской области.

## АБОРТНАЯ МАССА КАК ПЛАСТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ В ХИРУРГИИ.

А. Д. Успенский.

14 июня 1933 года в больницу доставлен мальчик 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> лет, Коля К., по поводу раны головы. Отец сообщил, что ребенка ударила копытом лошадь. Тотчас после ушиба на рану была наложена повязка, и ребенка повезли в больницу (расстояние до больницы 6 км).

Пульс 100 ударов в минуту, среднего наполнения, зрачки расширены, рвота. При осмотре—слева, в лобно-темянной области, рваноушибленная, грязная с неровными размятыми краями рана с небольшим сгустком крови. Рана очищена от видимой грязи, края раны иссечены, и рана расширена. При дальнейшем осмотре обнаружено: перелом костей черепа, осколки костей вдавлены в твердую мозговую оболочку. Ввиду того, что осколки костей через рану удалить не представлялось возможным,—произведена эксцизия костных краев раны. Вдавленные в твердую мозговую оболочку осколки костей удалены (*dura mater* цела). Получившийся в черепной коробке дефект овальной формы с небольшое куриное яйцо предстояло зашить. Решено пластически закрыть дефект. Сделан разрез на середине правой голени, сдoblенная пластинка *tibiae* перенесена в костный дефект черепной коробки, кожная рана зашита наглухо в надежде на первичное заживление, наложена повязка.

15. VI. 1933 г. температура 37,2°, состояние ребенка хорошее, ребенок бегает в палате. 16, 17/VI состояние удовлетворительное, 18/VI температура 39°, состояние тяжелое, ребенок беспокоится, пульс 90, перевязка, область раны припухшая и отечная.