

лексом со стороны брюшной полости, как один из методов дифференциальной диагностики.

Литература. 1. Albrecht, die Röntgendiagnostik des Verdauungskanales, Tieme, 1931.—2. Assmann, Klinische Röntgen diagnostik der inneren Erkrankungen, 1928.—3. Беюль и Гольст, В. х-и п. о. Т. XXX, 87—89.—4. Crämer, Münch. med. Woch., № 12, 1912.—5. Czepa, D. Med. Woch. № 27, 1924.—6. Cohn, Münch. med. Woch. № 19, 1913.—7. Döhner, Fortschr. Röntgenstr. Bb. XXXV.—8. Felsen, Amer. Journ. Röntg., vol. 31, № 3.—9. Fränkel, Verhandlungen der Berliner med. Gesellschaft, 1926.—10. Григорьев. Новейшие точки зрения в рентгенологии, 1920.—11. Gottheiner, Fortschr. Röntgenstr., Bd. XXXV, H. 1.—12. Croedel, M. med. Woch. N 14 и 19, 1913.—13. Israelski, Fortschr., Röntgenstr. B. 45, H. 5, 1932.—14. Knothe, Röntgenpraxis, H. 23, 1930.—15. Kröker, Fortschr. Röntgenstr. B. 45, H. 3, 1932.—16. Лемберг, Экспер. и клинич. рентгенология, Сб. 1, 1926.—17. Liertz, D. med. Woch. Bd. XXXVI, Juli, 1910.—18. Oppenheimer, Fortschr. Röntgenstr., Bd. ZIV.. 5.—19. Scholz, Amer. Journ. Roentgenol, vol. 31, № 6.—20. Thom, Röntgenpraxis, H. 15. 1931.—21. Walton, and Woinstein, Amer. Journ. Roentgenol, vol. 24, p. 631.

Поступила в ред. 28.VI.1933.

Из 1-й хирургической клиники (директор проф. Н. Н. Назаров) Воронежского государственного мед. института.

Оперативное лечение паховых и бедренных грыж и его отдаленные результаты.

(По материалам 1-й хирургической клиники за 10 лет).

Прив.-доц. Ф. К. Кессель.

Весь наш материал обнимает 832 больных, страдавших грыжами, что составляет 6,8% всего стационарного материала. Эта цифра весьма близка к данным других авторов (Михалкин—8,68%, Стеблин-Каминский—6,01%). Мужчин было 92%. Только в 16 случаях мы нашли указания на крипторхизм.

Чаще всего мы наблюдали грыжи у лиц, занимающихся физическим трудом: у 49% всех больных, страдавших паховой грыжей.

В анамнезе наших больных мы имеем ряд указаний на различные причины, которые могли способствовать образованию грыжи. В одном случае паховая грыжа появилась после ушиба копытом паховой области. У некоторых наших больных развитию грыжи способствовала тяжелая физическая работа вскоре после перенесенных длительных изнуряющих заболеваний.

Время, протекшее от момента появления паховой грыжи до операции, в наших случаях было весьма различной длительности: до 1 года—177 случаев, до 3 лет—158, до 6 лет—119, до 9 лет—55, до 12 лет—74, до 15 лет—46 сл., до 20 лет—66 сл., до 25 лет—8 сл. и больше 25 лет—34 сл. (в том числе три случая, где грыжа появилась у больного за 50 лет до поступления в клинику).

Весь наш материал мы делим на 3 группы: обыкновенные грыжи (неущемленные), ущемленные и рецидивные грыжи, такого же деления мы придерживались и при изучении бедренных грыж.

Наибольшее число случаев (80%) падает на группу неущемленных грыж. Так же как и у других авторов, мы имели правосторонние грыжи в 2 раза чаще левосторонних. Гебель объясняет большую частоту правосторонних паховых грыж более поздним нисхождением правого яичка и, вместе с тем, более поздней облитерацией влагалищного отростка брюшины.

Если мы сгруппируем все грыжи по Радкевичу в 3 категории — большие, средние и малые, и отдельно еще выделим расширение паховых колец без выхождения внутренностей, тогда мы получим следующие данные: расширение паховых колец — 56 сл., грыжи небольшой величины — 165 сл., средней величины — 132 сл., большой величины — 28 сл.

Все грыжи большой величины были пахово-мошоночными, но часто и грыжа средней величины спускалась в мошонку; всего пахово-мошоночных грыж было 57.

Невправимые грыжи встретились всего в 49 случаях. В 62 случаях имелись указания на повторные ущемления, в одном случае грыжа за последние полгода ущемлялась 5 раз. Ношение бандажа отмечено в 32 случаях. Надо сказать, что мы не могли отметить особо выраженной атрофии у носителей бандажа. Слабый пах и слабое состояние (расщепление) апоневроза и мускулатуры отмечено в 118 случаях.

Содержимое неущемленных грыж было разнообразное.

Из всех этих случаев мы должны остановиться на интересном симптоме, который нам удалось подметить у больных, у которых червеобразный отросток был спаян с грыжевым мешком. Больные эти жаловались на появление болей при обратном вхождении грыжевого содержимого в брюшную полость и наоборот чувствовали себя прекрасно при выхождении грыжи и когда грыжевой мешок был полон. Некоторые такие больные для устранения болей (при вправлении грыжи) нарочно натуживались и кашляли, чтобы грыжа снова выходила.

Из 832 больных нами оперировано 828 человек, из них 176 чел. имели двустороннюю грыжу, всего произведено 1002 грыжесечения. 3 больных с ущемленными грыжами отказались от операции после того, как вскоре после их поступления в клинику грыжа самопроизвольно вправилась и 1 больной с ущемленной грыжей умер без операции через полчаса после поступления в клинику.

Грыжесечение по способу Бассини нами произведено в 197 случаях, что составляет 19,7%, по способу Боброва всего 184 случая (18,4%) и по способу Жирара — 583 случая (58,3%). В остальных случаях применялись различные другие способы (Ру, Яуре, Венгловский, Гаккенбрух и т. д.).

Операции грыжесечения при неущемленных грыжах, как правило, производились нами под местной анестезией (в 81,4% всех случаев), спинномозговая анестезия нами была применена в 4 случаях, в 18% случаев был применен наркоз (гл. образом у детей и подростков).

На 711 больных, оперированных по поводу неущемленной

грыжи (обычные и рецидивные), мы имели 1 смертельный исход, что составляет 0,14% смертности для обыкновенных грыж, цифра значительно меньшая, чем у большинства авторов. Так, у Гусева на 896 человек оперированных по поводу свободной паховой грыжи умерло 8 больных (0,89%). У Леннана из 978 детей умерло 8 больных (0,81% смертности). Введенский на материале хирургического отделения мужской Обуховской больницы за 15 лет и хирургического отделения Ленинградского военного госпиталя за 6 лет выводит процент смертности 1,8%; причем он объясняет этот высокий процент крайним истощением больных в годы голода. Наш случай, окончившийся смертью больного, заслуживает внимания своей необычностью, почему мы вкратце на нем остановимся:

Л. А., 65 лет, страдал грыжей в течение 20 лет, первые 15 лет носил бандаж. Грыжа огромной величины спускается (в мошонке) до колен. На операции под спинномозговой анестезией была обнаружена спайка мешка со слепой кишкой и 5—6 мешков свободной тонкой кишки в грыжевом мешке. После разъединения спаек и вправления внутренностей мешок удален и произведена пластика по Жирану. Больной скончался через 3 суток при явлениях илеуса.

Громадные грыжи с большим количеством внутренностей, входящих в них, раньше наблюдались чаще, чем теперь. В настоящее время, когда операция грыжесечения сделалась популярной, как среди врачей, так и среди широких слоев населения, грыжи редко допускаются до громадных размеров. Этого рода грыжи образуются внутренностями. Обыкновенно грыжевые ворота при таких грыжах бывают очень широкие, так что ущемления наступают крайне редко, но зато несправимость, наоборот, очень часта. Поэтому при вправлении таких грыж больные обыкновенно жалуются на боль и различного рода расстройства со стороны желудочнокишечного тракта, которые сейчас же проходят, коль скоро внутренности снова выйдут в грыжевой мешок. В нашем случае вправление внутренностей (почти всего тонкого кишечника) в брюшную полость привело к непроходимости, что и послужило причиной смерти больного. Возможно, что таких громадных размеров грыжи, как в нашем случае и не надо оперировать.

Из других осложнений в связи с грыжесечением необходимо отметить ранение мочевого пузыря в 1 случае и ранение слепой кишки в другом случае (при так называемых скользящих грыжах). Оба случая кончились благополучно. У одного пациента грыжесечение осложнилось рожистым воспалением окружности операционной раны. В 4-х случаях после грыжесечения под местной анестезией и в 3-х случаях—после грыжесечения под эфирным наркозом наблюдалось тяжело протекавшее воспаление легких. У многих больных, особенно после операции под наркозом, наблюдались легкие бронхиты.

Среднее пребывание больного в клинике в последнее время достигало 12,6 койко-дней. Удлинение срока пребывания больного на койке зависело в первую очередь от состояния операционной раны. Заживление раны на нашем материале в большинстве случаев шло первичным натяжением, однако процент вторичного заживления после операции грыжесечения был довольно высок—в среднем 16,3%. В это число входят нагноения глубокие и поверхностные, серомы и гематомы, из-за которых не получалось первичного заживления.

Чаще, по нашим наблюдениям, осложняется заживление раны при ущемленных и рецидивных грыжах. Мы объясняем довольно высокий процент заживления вторичным натяжением при грыжесечениях тем обстоятельством, что большинство грыж в нашей клинике оперируют молодые ординаторы и практиканты, нередко с широким участием студентов 3-го и 4-го курса на правах ассистентов. Интересно отметить то обстоятельство, что в каникулярное время, когда студенты совершенно не участвуют в операциях, процент вторичного заживления после грыжесечения бывал значительно ниже.

Ущемленная грыжа была отмечена в 121 случае, из них, как уже указано выше, 4 не были оперированы и 117 человек подвергнуты оперированию. Оперативные вмешательства при ущемленных паховых грыжах применялись разнообразные в зависимости от индивидуальных особенностей больного. Если после рассечения ущемляющего кольца явления венозного застоя в кишке не исчезали, то мы прополаскивали эту петлю в теплом физиологическом растворе для установления ее жизнеспособности, в случае гангрены кишки производилась резекция некротизированного участка с наложением бокового анастомоза.

Ущемленная грыжа чаще всего наблюдается в возрасте от 20 до 30 лет, вторая по частоте возрастная группа—от 50 до 60 лет. У Стеблин-Каминского подавляющее большинство ущемленных грыж падало на возраст от 20 до 30 лет. Из наших 121 больных мужчин было 110 чел. (90,9%) и 11 женщин (9,1%), т. е. почти такое же соответствие, как и у больных с вправимыми паховыми грыжами.

Время, протекшее от момента ущемления до начала операции, отмечено в 111 случаях. Часы: 1 час—2 случ., 2 ч.—9 сл., 3 ч.—13 сл., 4 ч.—7 сл., 5 ч.—8 сл., 6 ч.—5 сл., 7 ч.—2 сл., 8 ч.—7 сл. (1 смертельный исход); 10 ч.—8 сл., 12 ч.—3 сл., 14 ч.—8 сл. (1 смертельный исход), 15 ч.—1 сл., 16 ч.—2 сл.; дни: 1 сутки—9 сл., 2 дня—11 сл. (3 смертельных исхода), 3 дня—7 сл. (3 смертельных исхода), 4 дня—6 (3 смертельных исхода); 7 дней—1 сл. (больной умер); 8 дней—1 сл. (сальник); 22 дня—1 случай (сальник).

Самопроизвольное вправление во время мытья больного или во время наркоза отмечено в 11 случаях. Носили биндажи 4 больных. Указания на повторные ущемления были в 6 случаях. Интересно было отметить, что в этих случаях состояние ущемленных органов было значительно лучше, чем в аналогичных по времени и характеру ущемления тех же органов при первичном ущемлении. В 5 случаях были предварительные (вне больницы) попытки вправить грыжи. Считая совершенно бесспорным положение, что никакая ущемленная грыжа не должна быть вправляема, мы желали бы на кратком разборе этих 5 больных показать весь вред этих попыток вправления. В 2 случаях содержимое грыжи, петли тонких кишок имели многочисленные надрывы серозной оболочки, заставившие нас наложить ряд швов. Ущемление длилось всего 3 часа. За такой срок без

попыток вправления мы никогда не встречали повреждения стенки кишки. В одном случае мы нашли надрывы серозной оболочки ущемленной толстой кишки. В одном случае после многочисленных попыток вправления больной был доставлен через сутки после ущемления, он был без пульса и через полчаса после прибытия в клинику скончался до операции. И, наконец, в последнем случае больной был доставлен с явлениями перитонита через 36 часов после ущемления. Больной, по его словам, в течение 5 часов мял и пытался вправить свою грыжу, на операции были обнаружены 2 перфорационных отверстия в петле тонкой кишки, вонючий гной в брюшной полости. Больной этот умер через 2 часа после операции. Хотелось бы, чтобы опасность вправления ущемленных грыж была более знакома как врачам, так и широкой публике.

Чаще всего в ущемленной грыже встречаются петли тонкой кишки, вот почему мы и считаем нужным несколько остановиться на состоянии тонкой кишки при ее ущемлении. Прежде всего мы должны отметить, что определить по грыжевой воде состояние ущемленных кишок не всегда удается. Если грыжевая вода представляется в виде светло-серозной жидкости, то весьма вероятно, что кишечная петля не подверглась большим изменениям. Мы встретили такой характер грыжевой воды в 27 случаях. Если грыжевая вода имеет кровянистый вид, то, как указывает Крымов, узнать по ней о состоянии ущемленной кишки не представляется возможным. Мы столкнулись с геморрагическим характером грыжевых вод в 13 случаях, причем в 8 случаях кишка была вполне жизнеспособна, а в 3 случаях кишка была только подозрительна и в 2-х случаях—с ясными признаками гангрены. И, наконец, если грыжевая вода мутная, то это еще не значит, что в данном случае обязательно имеется гангрена кишки. Мы имеем указания на мутный вид грыжевых вод в 4-х случаях, при чем в одном из них кишка была вполне жизнеспособна. Кроме тонкой кишки в этом случае был еще ущемлен и червеобразный отросток (за чей счет и возможно было помутнение грыжевой воды). Гораздо большее значение имеет время, протекшее с момента ущемления. Если ущемление длилось 1 час, то обыкновенно мы не могли отметить никаких макроскопических изменений в кишке кроме легкого цианоза, тут же исчезавшего после рассечения ущемляющего кольца, почти то же самое наблюдалось и через 2 часа после ущемления. Если операция производилась через 4 часа после ущемления, то здесь уже все зависело как от величины петли, так и от ширины (вернее—узости) ущемляющего кольца. При ущемлении небольшой петли тонкой кишки в узком отверстии наблюдались иногда экскорииации серозной оболочки, при ущемлении большего количества петель и большем отверстии кишки бывали только цианотичны даже и через 6—7 часов после ущемления. После этого срока уже всегда явно сказывалась величина ущемленной петли и узость отверстия. При ущемленных грыжах небольшой величины мы почти всегда через 8 часов после

ущемления получали больных с резкими явлениями шока (в одном случае повлекшем смерть больного). Нередко на кишке находились гангренизированные участки, в то время как при большой величине грыжи и ущемляющего кольца и через 10—12—14 часов макроскопически не были видны деструктивные явления и цианотичная кишка, после нескольких прополаскиваний в теплом физиологическом растворе, принимала нормальную окраску и перистальтировала. Через 18 часов после ущемления небольшой петли тонкой кишки мы всегда находили гангрену ее. То же самое мы встречали к концу первых суток. Через 28 час. и более петля тонкой кишки была всегда гангренозной и зловонный запах говорил за начавшийся перитонит. Серозная оболочка бывала в таких случаях лишена своего нормального блеска.

По мнению большинства авторов единственным барьером для микроорганизмов является слизистая оболочка и раз только она подвергается некрозу и постепенно исчезает микробы довольно легко проникают сначала в толщу кишечной стенки, а затем и через нее. Мы еще раз должны отметить, что большие по размерам ущемленные грыжи давали более легкую клиническую картину и патолого-анатомические изменения в стенках кишки были слабее выражены. Особенно это было заметно в тех случаях, где содержимым ущемленного грыжевого мешка наряду с петлями тонких кишок были еще и другие органы брюшной полости—сальник, петля толстых кишок. В последних случаях мы могли отметить, что стенки толстой кишки лучше тонкой кишки противостоят давлению ущемляющего кольца и еще лучше противостоит ущемлению сальник, не говоря уже о том, что и гангрена сальника значительно легче переносится организмом.

Из 117 больных, оперированных нами по поводу ущемления паховой грыжи, умерло 12 человек, что составляет 10,25%. Этот процент смертности при ущемленных паховых грыжах надо считать небольшим. Так, по материалам Введенского—процент смертности равен 13, у Михалкина—13,1%, у Трофимова—18,5%, у Стеблин-Каминского—20%, у Гусева—20,8% и только Финкельштейн приводит цифры, совпадающие с нашими—10%.

При изучении причин смерти при ущемлении паховой грыжи необходимо прежде всего отметить продолжительность-давность ущемления (8 часов—1 сл., 14 часов—1 сл., 2 дня—3 сл., 3 дня—3 сл., 4 дня—3 сл., 7 дней—1 сл.). Во всех этих случаях было ущемление тонкой кишки. В 2-х случаях был заворот тонкой кишки (в ущемленном грыжевом мешке), в 1 случае больной погиб от шока; в остальных случаях—от перитонита (гангрена кишки).

Заживление операционной раны при ущемленной грыже в 76,1% всех случаев было первичным натяжением и зависело в первую очередь от состояния ущемленных органов.

По поводу рецидива грыжи были подвергнуты операции 42 больных (двое оперировались повторно, один—2 раза и другой—3 раза). Грыжа была небольшой величины в 17 случаях,

средней величины в 20 случ. и большой величины в 8 случаях. 22 больных были ранее оперированы в других больницах, так что не удалось выяснить по какому способу у них было проведено грыжесечение. У лиц, оперированных у нас, рецидив наступил в 17 случаях после операции по способу Боброва (9,24%), после грыжесечения по Бассини—в 3 случаях (1,52%) и после операции по Жирану в 3 случаях (0,51%).

Причины рецидива были различные. Так, в 6 случаях отмечалось нагноение при первой операции, причем в 4-х из этих случаев рецидив наступил непосредственно вслед за заживлением нагноившейся операционной раны, а у 2-х больных через 6 часов после заживления раны, так что в этих последних случаях трудно допустить связь между нагноением раны и рецидивом. Скорее всего тут сыграло роль то обстоятельство, что большая часть этих больных слишком рано после грыжесечения приступила к тяжелому физическому труду.

На нашем материале мы видим, что рецидив произошел в первый год после операции в 77,8% всех случаев рецидива грыж, во второй год в 6,7% и в остальные годы после грыжесечения в 15,5%.

Существует целый ряд моментов, могущих способствовать образованию рецидива. Прежде всего необходимо отметить, что процесс нагноения со стороны раны не является главной причиной рецидива. Мы наблюдали рецидив после нагноения в 13,3% всех наших рецидивных грыж. Гораздо большее значение в образовании рецидива мы придаем техническим погрешностям при производстве грыжесечения (у малоопытных хирургов процент рецидивов более высокий). Главной же причиной рецидива мы считаем раннюю и непомерную нагрузку брюшной стенки. Конечно, конституциональные факторы играют также немаловажную роль в возрасте грыжи. Так, напр., мы встречались с рецидивами грыж несмотря на тщательную технику при операции, первичное заживление и отсутствие физической нагрузки. В одном случае больной, по профессии портной, был подвергнут грыжесечению трижды с промежутками в 1 месяц и 2 месяца и через 3 месяца после последней операции снова наступил рецидив, хотя больной не занимался физическим трудом и все операции протекали чисто.

Москаленко, Созон Ярошевич и Голяницкий, исследуя формы живота и состояние позвоночника у грыженосителей, стремились создать конституциональную теорию этиологии грыж. Если в отношении всех грыженосителей эта теория полностью и не оправдала себя, то в отношении многих больных, страдающих грыжей, она безусловно подтверждается.

Желая выяснить отдаленные результаты грыжесечений, проделанных в нашей клинике, я прежде всего решил осмотреть жителей гор. Воронежа, подвергнувшихся операции у нас. К сожалению, многие из Воронежа уехали, многие переменили квартиру, так что удалось мне осмотреть в разное время всего 197 больных. Из них оказалось через 8 лет после операции 3

(все без рецидива), через 7 лет—6 (без рецидива), через 6 лет—15 (1 рецидив после грыжесечения по Бассини), через 5 лет—31 (без рецидива), через 4 года—30 (1 рецидив после операции по Боброву), через 3 года—32 (1 рецидив после грыжесечения по Жирану), через 2 года—34 (без рецидива), через 1 год—46 (2 рецидива после операции по Жирану). Иногородным и сельским жителям мною были разосланы всего 300 запросов (в том числе и 40 запросов по поводу бедренных грыж), ответили мне 114 больных, из них только у 3 был рецидив на первом году после операции (после Боброва 2 и после Жирана—1).

Многие авторы (Гусев, Стеблин-Каминский и др.) указывают на возможность появления рецидива в зависимости от материала, который применялся для шва канала. Рассасывающийся материал—кетгут может способствовать более скорому образованию рецидива, чем крепкий не рассасывающийся шелк. Мы вынесли подобное же впечатление и за последнее время стали применять для шва канала шелк.

На основании нашего материала и литературных данных мы приходим к заключению, что все общепринятые способы грыжесечения дают рецидивы. Грыжи больших размеров дают более высокий процент рецидива. Давность страдания грыжей не отражается на отдаленных результатах оперативного лечения.

Клинические наблюдения и экспериментальные данные, указывая на нецелесообразность подшивания мышцы к апоневрозу (Бассини, Бобров), подтверждают необходимость более широкого использования апоневротических тканей (операции типа Жирана) для пластического закрытия дефекта брюшной стенки при радикальной операции грыжесечения, поскольку при этом сшиваются ткани гистологически более однородные. Тщательное выполнение всех деталей операции и первичное заживление раны безусловно уменьшают возможность рецидива. Возможна также и профилактика рецидивов. Поскольку физический труд, особенно ранний труд, является фактором, предрасполагающим к рецидиву, необходимо строго индивидуализировать послеоперационные отпуска, особенно для лиц физического труда.

Бедренные грыжи за десятилетний период были у 101 больного, что составляет 0,8% всех стационарных больных. Если в отношении паховой грыжи мы видели огромное превалирование мужского пола над женским, то в отношении бедренных грыж мы встречаем прямо противоположные данные. На 101 пациента, страдавших бедренной грыжей, мы имели только 9 мужчин (8,91%), остальные—женщины. Такие же почти цифры приводит большинство авторов.

Паховая грыжа встречается чаще в молодом возрасте, бедренные грыжи встречаются чаще в более пожилом возрасте (за 50 лет больше половины всех случаев).

Разбирая анамнез наших больных, могли только в 4-х случаях отметить появление грыжи сразу после резкого поднятия чрезмерной тяжести. В 3 случаях бедренная грыжа появлялась после многократных родов, в остальных же случаях бедренная грыжа

появлялась незаметно для больного, постепенно увеличиваясь по мере усиления физической работы, и доходя иногда до довольно значительных размеров. Небольшой величины грыжа (с голубинное яйцо) была в 51 случае, средней величины в 7 сл. и большой величины (с голову ребенка) в 1 случае. У 8 пациентов бедренная грыжа комбинировалась с другими видами грыж. На нашем материале правосторонние бедренные грыжи встретились в два раза чаще левосторонних. Но в то же время мы могли подметить интересное явление: в случаях двусторонних бедренных грыж, с левой стороны грыжа появлялась значительно раньше, чем справа (в одном случае на 5 лет раньше, в другом—на 9 лет, в третьем—на 10 лет и т. д.)

Трем больным, страдавшим бронхитом, было в операции отказано. Остальным больным произведены грыжесечения, все по способу Бассини.

Грыжесечения обычных неущемленных бедренных грыж нами производились в 89% всех случаев под местной анестезией, в 5 случаях, главным образом двусторонних грыж, был применен хлороформенный наркоз и в 1 случае двусторонней бедренной грыжи была применена спинномозговая анестезия. Нагноение глубокое и поверхностное после грыжесечения по поводу бедренной грыжи отмечено в 20,4% (20 на 98 больных).

В материале Стеблин-Каминского также имеются указания, что процент нагноения после грыжесечения при бедренных грыжах более высок, чем после операции по поводу паховых грыж. Общий процент нагноения при операциях по поводу бедренных грыж по Стеблин-Каминскому достигает 33,9% (при обычных грыжах—15%, ущемленных—30%, при рецидивах грыж—50%).

Ущемленные бедренные грыжи были у 37 больных. Наиболее часто встречалось ущемление грыж в возрасте от 40 лет и старше (около 90% всех случаев ущемленных бедренных грыж).

Время, протекшее от момента ущемления бедренной грыжи до начала операции, отмечено в 34 случаях. Часы: 3 часа—1 сл., 4 часа—1 сл., 5 часов—2 сл., 7 часов—1 сл., 8 часов—2 сл., 10 часов—1 сл., 12 часов—4 сл., 14 часов—1 сл., 18 часов—2 сл., сутки—3 сл., 1½ суток—5 сл. (два смертельных исхода), 2 дня—5 сл., 3 дня—2 сл. (оба больные умерли), 4 дня—3 сл. (2 смертельных исхода), 7 дней—1 сл. Самопроизвольное вправление на операционном столе отмечено в 5 случаях. Указания на повторные ущемления имеются в 7 случаях.

И при ущемленных бедренных грыжах, так же как и при ущемленных паховых грыжах чаще всего ущемляется тонкая кишка, причем и здесь состояние ущемленной кишки зависит от продолжительности ущемления, от степени наполнения кишки и от узкости ущемляющего кольца. В одном случае ущемления стенки мочевого пузыря диагностика была возможна до операции на том основании, что с момента ущемления появились частые позывы на мочеиспускание.

Из разнообразных, в зависимости от случая, оперативных

вмешательств, произведенных при ущемленных бедренных грыжах, следует отметить резекцию гангренизированных участков тканей кишки, произведенную в 8 случаях (в 6 случаях с наложением бокового анастомоза и в 2 случаях анастомоза конец в конец). Из 37 оперированных больных умерло 6 человек, что составляет 16,8% смертности. У Стеблин-Каминского процент смертности в аналогичных случаях достигает 20. Смерть в 5 наших случаях наступила после резекции гангренозной кишки и в 1 случае от паралича сердца через 7 часов после операции.

Рецидивные бедренные грыжи были у 5 пациентов. Из них в 2 случаях после грыжесечения у нас (в обоих случаях при первой операции заживление шло первичным натяжением). В одном из этих случаев первоначальная грыжа была большой величины—с голову ребенка. В 3 случаях первое грыжесечение производилось не в нашей больнице. В одном из этих последних случаев операционная рана при первоначальном грыжесечении зажила вторичным натяжением и грыжа вернулась через 4 месяца после заживления раны. Все остальные случаи рецидива были в течение первого года после грыжесечения, несмотря на первичное заживление (через 1 месяц—1 сл., 6 мес.—1 сл., 1 год—2 сл.). Все эти больные рано приступили к физическому труду и этим, главным образом, мы и объясняем рецидив. На посланные мною 40 запросов я получил только 8 ответов, из них в 1 случае сообщается о рецидиве. Остальные пациенты свободны были от рецидива в течение 2—6 лет. Осмотренные мною 10 жителейниц гор. Воронежа, оперировавшихся у нас в разное время по поводу бедренных грыж, оказались свободными от рецидива. Конечно, цифры этих отдаленных результатов слишком малы, чтобы можно было делать какие-либо выводы относительно рецидивов после радикальной операции по поводу бедренной грыжи. Во всяком случае, у нас создается впечатление, что способ Бассини при бедренных грыжах дает хороший и стойкий результат особенно при грыжах малой величины.

На основании нашего материала мы можем сделать следующие выводы:

1. Грыжесечение по Жирану при паховых грыжах дает наименьший процент рецидивов.

2. Главной причиной рецидива является ранняя и непомерная нагрузка брюшной стенки.

3. При ущемлении паховой грыжи необходима немедленная операция, всякая попытка вправления грыжи безусловно противопоказана.

4. По характеру грыжевой воды нельзя судить о состоянии ущемленной кишки.

5. Способ Бассини при бедренных грыжах дает стойкий хороший результат.

Поступила в ред. 23.II.1938.