

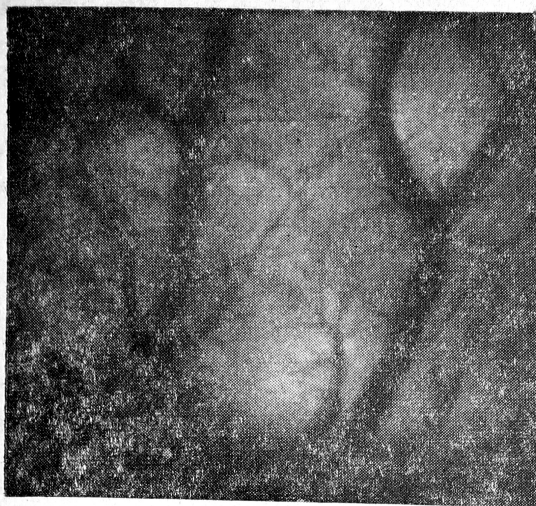


Рис. 1. Трансиллюминационная ангиограмма кишки.

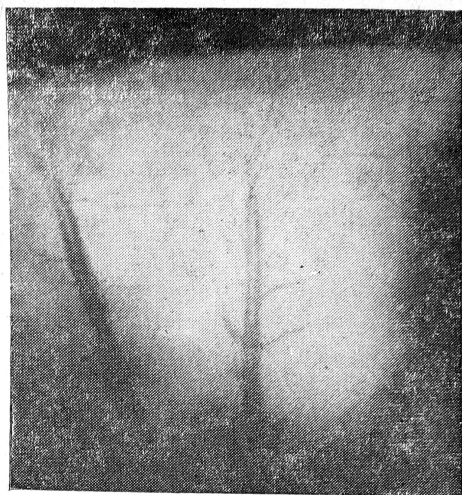


Рис. 2. Сосуд подслизистого слоя после сжатия брыжейки и постепенного уменьшения давления. Визуально определяется пульсирующая струя крови.

несколько уменьшая давление, наблюдают заполнение сосудов в виде пульсирующей струи, что указывает на полноценность внутрисстеночного кровотока (рис. 1 и 2).

После перевязки а. recta сжатие брыжейки не сказывалось на состоянии интрамуральных сосудов. Не было получено также пульсирующей струи при уменьшении давления.

Предлагаемый нами способ может быть дополнением к уже описанным приемам трансиллюминационного определения внутрисстеночного кровотока.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сигал М. З. *Вопр. онкол.*, 1962, 12; Трансиллюминация при операциях на желудке. Медицина, М., 1964.

УДК 616.34—007.43—031:611.981

МОДИФИКАЦИЯ ОПЕРАЦИИ ПРИ БЕДРЕННОЙ ГРЫЖЕ

Б. М. Голосов

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. А. М. Аминев) Куйбышевского медицинского института

Ввиду общезвестных недостатков, присущих «бедренным» способам грыжесечения, мы остановились на паховом методе Парлавецchio. После вскрытия пахового канала и удаления переведенного в паховую область грыжевого мешка внутреннюю косую и поперечную мышцы живота подшивают к куперовой и пупартовой связкам. При этом закрывается начальная часть бедренного канала и восстанавливается передняя стенка пахового канала. Положительную оценку способу Парлавецchio дали И. И. Греков, Б. К. Осипов, Г. Ф. Петрашевская. Однако, с нашей точки зрения, он не лишен недостатков. При закрытии грыжевых ворот сшиваются неоднородные ткани — мышцы и связки; низведение внутренней косой и поперечной мышц живота к лонной кости осуществляется с натяжением, в результате сращение тканей оказывается недостаточно прочным, основная часть мышц в силу упругости может отойти в первоначальное положение, к тому же натянутые мышцы могут подвергнуться разволокнутию, что приводит к образованию дефекта в мышечной ткани и ослаблению паховой области; культи грыжевого мешка остается у бывших грыжевых ворот, и всякое повышение внутрибрюшного давления, передающееся на культи, будет способствовать растяжению мышечно-апоневротического рубца и возникновению рецидивов. Таким образом при операции по Парлавецchio сохраняются предпосылки к рецидиву грыжи.

Мы видоизменили метод Парлавеччио и в 1958 г. разработали и применили комбинированную пластику бедренного и одновременно пахового каналов, осуществляемую путем подшивания верхнего листка апоневроза наружной косой мышцы к сухожильному прикреплению гребешковой мышцы и к пупартовой связке. Чтобы расположение культи грыжевого мешка не соответствовало грыжевым воротам, мы фиксируем культю по Баркеру — к брюшной стенке, с той разницей, что подшиваем культю к мышцам, не захватывая апоневроз (чтобы сохранилась физиологическая подвижность между ними).

С целью наиболее прочного закрытия бедренного канала мы рекомендуем следующее: 1) вскрытие пахового канала производить не через середину полуокружности наружного пахового отверстия, а путем пересечения наружной ножки перпендикулярно к ходу волокон и последующего рассечения апоневроза наружной косой мышцы вдоль верхнего края пупартовой связки. В результате апоневротический листок удлиняется, и низведение его к лобковой кости осуществляется с наименьшим натяжением; 2) использовать поперечную фасцию для усиления апоневротического листка и укрепления грыжевых ворот; 3) создавать лоскут из сухожильного прикрепления гребешковой мышцы, который при наложении и завязывании швов приподнимается и, соприкасаясь с пупартовой связкой, закроет вход в бедренный канал. Лоскут создается по следующей методике: на 0,5—0,7 см ниже гребня лобковой кости в месте перехода гребешковой фасции в сухожильное прикрепление проводят разрез от лакунарной связки до влагалища бедренных сосудов, не проникая в глубину, чтобы избежать ранения мышцы. Длина разреза зависит от ширины грыжевых ворот и равняется 1—2,5 см; 4) прошивать пупаргову связку отступя на 0,2—0,3 см от заднего ее края. При завязывании лигатуры край пупартовой связки располагается книзу и кзади от сухожильного лоскута, образуя дубликатуру. При этом пупартова связка соприкасается не с гладкой поверхностью куперовой связки, которая, по мнению П. А. Герцена, обладает мало активными жизненными процессами, а с грубоволокнистой поверхностью лоскута, что должно привести к прочному срастанию.

Описанная операция произведена 46 раз у 7 мужчин и 37 женщин в возрасте от 21 до 80 лет. Правосторонних грыж было 29, левосторонних — 13, двухсторонних — 2. У 2 больных на той же стороне была паховая грыжа. Ущемленных грыж было 9, невправимых — 20, рецидивных — 7, скользящих — 1. Длительность заболевания была от 6 месяцев до 36 лет. У всех больных расположение грыжевого мешка соответствовало внутренней части сосудистой лакуны, у 2 мешок выходил через всю сосудистую лакуну, латерально располагаясь кпереди от бедренных сосудов.

Отдаленные результаты проверены у 44 чел. в сроки от 6 месяцев до 6 лет. Рецидивов нет.

На основании полученных нами результатов операций бедренных грыж и сопоставления их с литературными данными мы считаем, что этот способ обеспечивает прочное закрытие бедренного канала.

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

УДК 615.849—616—073.75 (092 Файзуллин)

ПРОФЕССОР МИДХАТ ХАРИСОВИЧ ФАЙЗУЛЛИН

(К 60-летию со дня рождения)

7 марта 1968 г. исполнилось 60 лет со дня рождения и 35 лет врачебной, научно-педагогической и общественной деятельности доктора медицинских наук профессора Мидхата Харисовича Файзуллина, заведующего кафедрой рентгенологии и радиологии № 1 Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина.

В 1928 г. М. Х. Файзуллин закончил Казанский медицинский техникум и работал рентгентехником в больнице им. Вахитова и в железнодорожной больнице г. Казани.

В 1933 г. он окончил Казанский медицинский институт и работал вначале зав. больницей в Ципыньском районе ТАССР, а в 1938 г. был по конкурсу избран ассистентом кафедры хирургии № 2 Казанского ГИДУВа к проф. В. А. Гусынину. В 1941 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Рентгеноанатомия артерий коленного сустава (экспериментальное исследование)».

В годы Великой Отечественной войны М. Х. Файзуллин был начальником рентгеновского отделения в военном госпитале. После демобилизации вернулся на должность ассистента кафедры рентгенологии Казанского ГИДУВа (зав.— проф. Д. Е. Гольштейн).

В 1948 г. защитил докторскую диссертацию на тему «Рентгенодиагностика ранений глазниц и смежных областей». С 1948 г. он доцент, с 1950 г. — профессор кафедры рентгенологии и радиологии Казанского ГИДУВа (зав.— проф. Д. Е. Гольштейн). В 1950—1963 гг. М. Х. Файзуллин был деканом ГИДУВа, в 1953 г. его избрали заведующим кафедрой, которую он возглавляет и в настоящее время.