

Проф. Н. В. СОКОЛОВ

### Выбор метода операции по поводу бедренных грыж<sup>1)</sup>

Задачей хирурга при грыжесечении по поводу бедренных грыж является удаление грыжевого мешка с перевязкой его шейки возможно выше и наиболее совершенное закрытие образованного грыжевым выпячиванием бедренного канала. Среди многочисленных способов, предложенных для операций по поводу бедренных грыж, наиболее употребительным является способ, связанный с именами Бильрота—Бассини (1894), сущность которого состоит в том, что кожный разрез проводится параллельно и непосредственно ниже пупартовой связки над грыжевой опухолью (в области бедренного канала); по рассечении подкожной клетчатки и лигировании пробегающих здесь сосудов (*vasa pudenda*), рассекается *fascia crübrosa*, обнажается и вскрывается грыжевой мешок, который после контроля содержимого возможно выше перевязывается и отсекается. Закрытие бедренного канала производится путем наложения швов между пупартовой связкой и куперовской связкой и сшиванием краев овального отверстия с *fascia pectinea*. Так как разрез, проводимый параллельно пупартовой связке, связан с некоторым риском ранения бедренных сосудов, то разрез, предложенный Бассини, целым рядом авторов (Делаенье, Шварц) заменен вертикальным разрезом, проводимым от пупартовой связки по ходу грыжевого выпячивания параллельно бедренным сосудам. По рассечении *fascia crübrosa* обрабатывается грыжевой мешок, а бедренный канал закрывается наложением швов между пупартовой связкой и *fascia pectinea*; в случаях же широкого бедренного канала, что имеет место чаще при грыжах значительных размеров, вполне целесообразно использовать предложение Шварца выкроить лоскут из *fascia pectinea* вместе с *musculus pectineus* и подшить его к пупартовой связке, чем достигается более совершенное закрытие бедренного кольца.

Этот способ справедливо в руководствах называется наиболее простым по выполнению. Но слабой стороной его является недостаточно высокое изолирование шейки грыжевого мешка, чем создаются условия для рецидива грыжи. Поэтому вполне целесообразно, проводя операцию вышеуказанным методом, обрабатывать выделенный мешок по способу Кохера. Сущность последнего сводится к тому, что по изолировании грыжевого мешка, освобождении его от содержимого, выше пупартовой связки производится небольшой разрез апоневроза наружной косой мышцы, и грыжевой мешок, взятый за верхушку корнцангом, выводится через образованное в апоневрозе отверстие,

<sup>1)</sup> См. „Каз. мед. журнал“ № 7, 1939 г.

после чего мешок прошивается, перевязывается и отсекается, а на отверстие в апоневрозе накладывается шов, или же, как это делает Кохер, в шов апоневроза захватывается и культия грыжевого мешка для фиксации.

Другой способ, связанный с именем Ружи (1892), носит название пахового способа, так как разрез при операции по этому способу ведется на  $\frac{1}{2}$  пальца выше пупартовой связки, параллельно ей по ходу пахового канала. После разреза кожи и подкожной клетчатки следует разрез апоневроза наружной косой мышцы, как при операциях по поводу паховых грыж. В дальнейшем содержимое пахового промежутка, т. е. семенной канатик у мужчин и круглая связка у женщин, осторожно отводится медиально, обнажается поперечная фасция, по рассечении которой обнаруживаются *vasa epigastrica* и шейка грыжевого мешка. Встречающиеся по пути *vasa epigastrica* или отклоняются в сторону, или после лигирования перерезаются, после чего за шейку выводится грыжевой мешок; иначе говоря, бедренная грыжа как бы переводится в паховую; мешок вскрывается и после ревизии его содержимого прошивается, перевязывается и отсекается. Далее (по предложению Порлавехио) края внутренней косой мышцы живота и поперечной в верхнем отделе подшиваются к пупартовой связке, а в нижнем вместе с пупартовой связкой подшиваются к надкостнице лобковой кости; у мужчин эти мышцы лучше всего подшивать таким же порядком, но под семенным канатиком. Разрезанный апоневроз наружной косой мышцы зашивается.

При сравнительной оценке этих методов совершенно очевидной становится техническая простота выполнения операции по первому способу и относительная трудность выполнения при паховом способе, где отыскивание в глубине раны шейки мешка требует большой внимательности, осторожности, чтобы не поранить *vasa epigastrica*, а иногда и бедренных сосудов.

Однако, с точки зрения лучшего ушивания кольца и гарантии от рецидива лучшим является паховый способ, при котором выше перевязывается шейка грыжевого мешка и лучше закрывается бедренный канал за счет подшивания мышц и пупартовой связки к надкостнице лобковой кости.

В госпитальной хирургической клинике Казанского мединститута за 12 лет (с 1926 по 1938) подвергнуто операции по поводу бедренной грыжи 66 больных (ущемленные грыжи сюда не включены). Из них с двусторонней бедренной грыжей 2 больных; одновременно с паховой грыжей—на той же стороне 3 больных; с рецидивными бедренными грыжами 4.

По паховому способу оперировано 6 больных. Осложнений при выполнении операций и при дальнейшем течении не было.

У 6 больных операция проводилась по методу Кохера с выведением грыжевого мешка через апоневроз наружной косой мышцы над пупартовой связкой.

В остальных случаях односторонней грыжи операция была проведена по способу, предложенному Бильрот-Бассини, но во всех случаях с вертикальным разрезом. У двух больных (1 мужчина и 1 женщина) при операции удалены пакеты желез, лежащие на *fascia cribrosa*, и вследствие образовавшегося после удаления грыжевого мешка и желез большого дефекта рана зашита не полностью, а тампонирована, послеоперационное течение гладкое и хороший отдаленный результат.

У двух больных с одновременной паховой и бедренной грыжей на одной стороне операция произведена одновременно по поводу той и другой грыжи, причем в обоих случаях операция по поводу бедренной грыжи произведена по паховому способу.

В одном же случае одновременной паховой и бедренной грыжи вывести бедренный мешок по паховому способу не удалось; разрез был продолжен над пупартовой связкой на бедро, мешок выделен, корнцангом подведен под пупартову связку в область паха, где и обработан обычным способом.

Из 4 больных с рецидивными грыжами 3 были оперированы по типичному способу (Бильрот-Бассини); причем в одном случае при выделении шейки мешка был поранен мочевого пузырь, истонченная стенка которого была спаяна с грыжевым мешком. Пузырь ушит двухрядным швом. Исход в выздоровление без образования свища. Все операции бедренной грыжи произведены под местной инфльтрационной анестезией.

Следовательно, опыт госпитальной хирургической клиники дает основание отдавать предпочтение при грыжесечениях по поводу бедренных грыж способу Бильрот-Бассини с применением вертикального разреза.

#### *Выбор метода операции при пупочных грыжах и грыжах белой линии живота*

При грыжах пупочных и белой линии незначительных размеров не стоит вопрос о выборе метода, так как в таких случаях достаточно при поперечном или вертикальном разрезе после тщательной высепаровки мешка перевязать его у шейки, отсечь и ушить апоневроз. При грыжах же, достигших больших размеров, вопрос о выборе метода операции поставить необходимо потому, что при них обычно выявляется тяга боковых мышц живота и отмечается то более, то менее выраженное расхождение прямых мышц и ушивание апоневроза требует определенных гарантий от рецидива грыжи. Это особенно относится к послеоперационным грыжам после верхних лапаротомий.

Лучшим методом операций по поводу грыж белой линии и пупочных, значительно выраженных, является способ, связанный с именем Дьяконова—Мэйо.

Сущность его состоит в следующем. При грыжах белой линии ведется поперечный разрез над грыжевой опухолью; при пупочных грыжах лучше всего кожа с подкожной клетчаткой разрезается в виде полулунных поперечных разрезов, очерчивающих грыжевую опухоль (это необходимо во избежание ранения грыжевого мешка, интимно спаянного с кожей при пупочных грыжах); мешок тщательно выделяется у шейки, вскрывается и после обработки его содержимого отсекается; брюшина зашивается в поперечном направлении. После этого апоневроз в области кольца рассекается по обе стороны в поперечном направлении на 2—3 см, в зависимости от величины грыжевого кольца, и отсепаровывается кверху и книзу от предбрюшинной клетчатки в середине и прямых мышц по краям. Образованные таким образом лоскуты накладываются в поперечном направлении один на другой и сшиваются петлеобразными швами; края вышележащего лоскута дополнительно фиксируются к нижележащему узловатыми швами.

При операциях по способу Дьяконова-Мэйо линия швов на апоневрозе не находится под угрозой расхождения, как это имеет место при ушивании апоневроза в продольном направлении (тяга боковых мышц живота); кроме того, двойная укладка апоневроза в значительной мере гарантирует от рецидива.

Для случаев пупочных грыж и грыж белой линии, достигших массивных размеров, при выявленном уже расхождении прямых мышц живота многими рекомендуется способ Менге-Гразера.

Над грыжевой опухолью проводится поперечный разрез 30—40 см длиной. Лучше, по нашему мнению, производить два полукруглых поперечных разреза, очерчивающих грыжевую опухоль сверху и снизу, так как отсепаровка обычно истонченной кожи над грыжевым мешком крайне затруднительна и не вызывается необходимостью. Разрез ведется до апоневроза, где тщательно высепаровывается грыжевое кольцо.

После выделения шейки грыжевого мешка последний вскрывается, контролируется его содержимое, и грыжевой мешок вместе с кожным лоскутом отсекается; центральная часть грыжевого мешка (брюшина) берется на зажимы. Затем передняя стенка влагалища прямой мышцы с обеих сторон рассекается поперечно до латерального края прямых мышц, и по медиальному краю мышц влагалище прямых мышц вскрывается кверху и книзу до места схождения обеих мышц. При далеко зашедшем расхождении прямых мышц для выполнения этого акта операции требуется иногда добавочный кожный разрез по средней линии (Шпренгель). В целях мобилизации прямые мышцы живота отделяются от задней стенки в пределах их расхождения. Далее следует тщательное ушивание стенки живота, сопряженное иногда с трудностями.

Задняя стенка влагалища прямых мышц зашивается всегда с брюшиной в продольном направлении узловатыми швами. После этого мобилизованные прямые мышцы живота сшиваются в продольном направлении, а передняя стенка влагалища сшивается над ними в поперечном направлении.

Способ Менге-Гразера вполне может быть рекомендован для грыжесечения у лиц с незначительным расхождением мышц или для женщин носительниц пупочных грыж с дряблыми стенками, где сведение даже далеко разошедшихся мышц не представляет затруднений. Этажное ушивание тканей с швами в различных направлениях, ушивание передней стенки апоневроза в поперечном направлении, устраняющее тягу на шов боковых мышц, применяемые при этом способе, гарантируют при гладком послеоперационном течении от рецидива грыжи.

Но при грыжах с далеко зашедшим расхождением прямых мышц, при сильных мышцах способ этот не всегда достигает цели, так как сведение для зашивания в продольном направлении задних листков влагалищ прямых мышц и самих мышц встречает значительные затруднения. В таких случаях лучше прибегнуть к способу, предложенному проф. Боголюбовым (приводимому ниже), так как при нем мобилизация прямых мышц производится совершеннее и без риска разрыва мышц.

При грыжах белой линии живота с большим расхождением прямых мышц у женщин с дряблыми стенками и мышцами мы чаще всего оперируем по следующему методу (наш оригинальный метод).

Разрез кожи и клетчатки—продольно вертикальный, начинающийся на месте расхождения мышц, очерчивающий овалом грыжевую опухоль и оканчивающийся на месте схождения мышц. Овальная лоскут кожи с грыжевой опухолью в центре отпрепаровывается до кольца, мешок вскрывается и отсекается вместе с кожным лоскутом, после чего брюшина зашивается непрерывным швом. Затем белая линия рассекается в продольном направлении кверху и книзу от грыжевого кольца и петлистыми швами ушивается с накладыванием одного лоскута на другой, чем закрывается полностью грыжевое кольцо. После этого вскрывается влагалище прямых мышц по медиальной стороне на всем протяжении расхождения мышц, и последние сближаются над зашитым апоневрозом и сшиваются кетгутом. Над ними сшивается апоневроз края влагалища прямых мышц. Иногда над этим швом накладывается и еще погружающий ряд швов по принципу Шампониера.

При послеоперационных грыжах белой линии, обычно сопровождающихся в той или иной мере расхождением прямых мышц живота, широко практикуется метод, связываемый с именем Шампониера. Сущность метода состоит в том, что после иссечения грыжевого мешка делается кожный разрез в виде овала до апоневроза с расчетом удаления кожного рубца, а иногда и пупочного кольца; далее следует вскрытие мешка, иссечение его и зашивание брюшины вместе с апоневрозом в продольном направлении; над этим швом накладывается на апоневроз второй ряд швов с таким расчетом, чтобы первый ряд полностью был погружен вторым рядом швов. Следовательно, преимуществом этого метода является то, что при затягивании наружных швов первый ряд швов, наложенных на брюшину с апоневрозом, ставится в лучшие условия заживления, так как наложением второго ряда швов ослабляется боковая тяга мышц по линии швов первого ряда.

При наличии очень большого расхождения прямых мышц при послеоперационных грыжах, когда не удается обычным способом удерживать узловатыми швами края апоневроза, хорошие результаты дает способ, предложенный проф. Боголюбовым (Нов. хир. архив, 1927, кн. 53), при котором путем наложений остроумно предложенных съемных швов края раны и прямые мышцы сближаются очень интимно, сшиваются и на период заживления раны удерживаются в интимном соприкосновении.

Техника метода состоит в следующем. Овальным разрезом до апоневроза очерчивается область грыжевого выпячивания и расхождение прямых мышц; после отпрепаровки грыжевое выпячивание вскрывается и иссекается вместе с кожным лоскутом; затем по медиальному краю прямых мышц широко вскрываются влагалища последних на всем протяжении расхождения мышц; мышцы с медиальной стороны отделяются тупым путем от задней стенки влагалища. На заднюю стенку влагалища, приподнимая мышцы, накладывают ряд петлеобразных швов, идущих сверху вниз; швы проводятся между задней стенкой влагалища и брюшиной. По наложении этих швов каждая пара ниток перекрещивается с парой противоположной стороны, иглы со швом подводятся под прямую мышцу противоположной стороны и выкальваются через мышцу и всю брюшную стенку на кожу. В следующий момент при потягивании всех швов постепенно сближаются прежде всего задние стенки влагалища, которые в этот

момент сшиваются узловатыми швами; при дальнейшем потягивании петлеобразных швов сближаются края прямых мышц и создаются условия для наложения узловатых швов на края стенок переднего влагалища прямых мышц. После наложения швов на кожу петлеобразные швы завязываются над марлевыми валиками; снимают их на 8—10-й день.

Способ проф. Боголюбова, выверенный клинически, дает хорошие результаты и при очень больших расхождениях мышц. Его преимущество — временное сведение при помощи петлеобразных швов задней стенки влагалища и мышц, чем края раны ставятся в лучшие условия заживления (без растяжения).

За 12 лет (1926—1938 г.) в госпит. хирургической клинике Казанского мединститута прооперировано 151 больной по поводу грыж белой линии живота; из них у 3 больных одновременно были и паховые грыжи; у 2 больных было незначительно выраженное расхождение прямых мышц; у 17 больных имелись послеоперационные грыжи после лапаротомии. У большинства больных грыжи были незначительных размеров и апоневроз белой линии живота ушивался обычными швами. При грыжах, достигавших размеров грецкого ореха и больше, операция всегда производилась типически по методу Дьяконова-Мэйо. У двух больных, у которых грыжи сопровождалась расхождением прямых мышц, был применен описанный нами метод рассечения белой линии, ушивание ее петлеобразным швом в продольном направлении, с обнажением и сшиванием прямых мышц и апоневроза над ними—влагалища прямых мышц.

По поводу послеоперационных грыж белой линии живота в клинике оперировано 17 больных; из них 8 больным операция произведена по способу Шампониера и 9 больным, у которых имелась мощная мускулатура живота (мужчины) и резко выраженное расхождение прямых мышц, операция произведена по способу В. Л. Боголюбова. Из оперированных больных в клинику возвратились с рецидивом грыжи для повторной операции двое: один после операции по способу Шампониера, другой после операции по способу Боголюбова. Нужно подчеркнуть, что некоторые больные, оперированные по способу Боголюбова, особенно тяжело переносили послеоперационный период (резко выраженная длительная болезненность стенки живота, затрудненность дыхания).

По поводу пупочных грыж прооперировано 25 больных; причем у 9 были грыжи значительных размеров, у 2—громадных размеров; у 6 больных грыжи сопровождалась расхождением прямых мышц живота. Большинство больных с незначительными грыжами оперировалось путем иссечения пупка (omphalectomia), который очерчивался двумя разрезами в виде овала; затем иссекалось грыжевое кольцо, удалялся грыжевой мешок с зашиванием его культи; апоневроз зашивался узловатыми швами в поперечном направлении. У части больных с незначительными грыжами операции произведены по способу Дьяконова-Мэйо.

У двух больных с громадными грыжами и развитой подкожной клетчаткой расхождение прямых мышц было, однако, незначительным; операции произведены по способу Дьяконова-Мэйо, причем грыжевой мешок удалялся вместе с лоскутом кожи больших размеров; разрез производился в виде двух поперечных полулунных линий с грыжевой опухолью в центре.

Особенностью выполнения операции была трудность высепаровки спаянных со стенкой мешка сальника и кишок.

У 3 больных при значительно выраженной пупочной грыже, но без расхождения мышц, также применен был способ Дьяконова-Мэйо. У 2 больных при расхождении мышц был применен способ Менге-Гразера, причем в одном случае при сведении и ушивании мышцы рвались вследствие большого натяжения. У 2 больных с расхождением мышц был применен описанный нами выше способ и у 2 больных с грыжей и расхождением прямых мышц применен был способ Боголюбова. Из этих больных возвратилась в клинику с рецидивом грыжи больная, оперированная по поводу грыжи громадных размеров по способу Дьяконова-Мэйо, и больная, оперированная по способу Менге-Гразера, у которой уже при операции выявилось большое натяжение при ушивании задней стенки влагалища и мышц.

Все операции пупочной грыжи и грыж белой линии также были произведены под местной инфильтрационной анестезией.

Таким образом на основании опыта клиники можно сказать, что способ Дьяконова-Мэйо находит широкое применение, как при грыжах белой линии, так и при грыжах пупочных, не достигших больших размеров. При грыжах пупочных, сопровождающихся расхождением прямых мышц живота, хорошие результаты дает оригинальный способ клиники (описанный выше) при наличии сравнительно дряблых стенок живота и способ Боголюбова — при расхождении мышц с упругой стенкой живота и мощными мышцами.

При послеоперационных грыжах белой линии живота несомненного предпочтения заслуживает метод Шампониера, если стенки живота дряблы; при мощных же мышцах живота лучшие результаты обеспечиваются применением способа Боголюбова.

Поступила 25.IX. 1939.