

Проф. Б. Г. ГЕРЦБЕРГ (Казань,

Ошибки и опасности при операции ущемленной грыжи

Ошибки, опасности и осложнения при операциях по поводу ущемленных грыж встречаются не так уж редко и зависят они, главным образом, от той атипичности, которая создается благодаря состоянию ущемления.

Приступая к операции ущемленной грыжи, хирург не может заранее составить для себя совершенно точного плана операции и должен обладать достаточными знаниями и опытом, чтобы по ходу операции приспособиться к условиям данного случая. Крупную ошибку совершает хирург, работающий в условиях больничной обстановки, если он, установив показания к операции ущемленной грыжи, не приступит к операции немедленно, так как уже через несколько часов после ущемления может наступить гангрена ущемившегося органа.

Для того, чтобы избежать осложнений, связанных с применением наркоза, предпочтительнее применять местное обезболивание. При неосторожном вкалывании игол при введении анестезирующего раствора угрожает опасность ранения близко лежащих органов, а при наличии воспалительных явлений в области грыжевого выпячивания возникает опасность инфицирования соседних здоровых тканей. Поэтому следует предпочесть проводниковую анестезию инфильтрационной.

Мы производили неоднократно с успехом операцию ущемленной грыжи у пожилых людей под спинномозговой анестезией, причем осложнений у них не наблюдали.

Большие разрезы при операции ущемленных грыж связаны с большей опасностью для инфекции, а поэтому их следует избегать. С другой стороны, будет ошибкой оперировать из слишком малого разреза, так как должен быть создан достаточный простор для введения грыжевого мешка из мошонки (в случае пахово-мошоночной грыжи) или из обширных карманов (пупочная грыжа). С целью избежать ранения поверхности лежащих внутренностей, нужно грыжевые оболочки рассекать в одном месте, послойно. Это лучше всего достигается при помощи желобоватого зонда или зонда Кохера.

Освобождение грыжевого содержимого является первоочередной задачей. Поэтому в отличие от операции при свободных грыжах будет неправильным, если хирург не начнет операции с разреза вдоль грыжевой опухоли и вскрытия грыжевого мешка.

При пупочных грыжах можно начать операцию и поодаль от грыжи, вскрыть свободную брюшную полость и подойти к грыжевой опухоли со стороны основания ее (Hernietomia). Но операция такого чревосечения всегда заключает в себе опасность значительной инфекции

брюшной полости при имеющемся уже разрыве ущемленных внутренностей.

Вскрытие грыжевого мешка может быть делом трудным и сопряженным с опасностями, так как при сильно напряженных грыжах, при отсутствии грыжевой воды (так называемые „сухие“ грыжи) раздутые петли кишок очень близко прилегают к внутренней поверхности грыжевого мешка, а иногда и спаивы с ним (особенно при бедренных и старых пупочных грыжах). Вследствие отечности оболочек грыжевого мешка, инфильтрации их, изменения окраски, сплошь и рядом у хирурга может возникнуть сомнение, находится ли перед ним оболочка грыжевого мешка или же перед ним лежит стенка кишки. Лежар считал, что если у хирурга возникает сомнение в том, находится ли перед ним кишечная петля, то он может быть уже уверенным в том, что грыжевой мешок еще не вскрыт. Для большинства случаев это верно, но там, где грыжевая вода отсутствует или где имеются обширные склейки между кишками и стенкой грыжевого мешка, очень не трудно впасть в ошибку и повредить кишку. Осторожность при оперировании в таких случаях крайне необходима. Как и при свободных грыжах, здесь возможна маскировка грыжевого мешка водянистыми кистами или проперитонеальным жиром.

При наличии водянки яичка очень легко просмотреть имеющуюся небольшую бедренную грыжу. Хирург совершит ошибку, если, найдя грыжевое кольцо свободным, на этом успокоится и не осмотрит ближайшей области.

При вскрытии грыжевого мешка возникает опасность поранить грыжевое содержимое, что может скорее произойти там, где имеются старые сращения (особенно при пупочных грыжах) или где имеется „скользящая“ грыжа. Если хирург, при попытке вскрыть грыжевой мешок, встретится с подобного рода затруднениями, когда угрожает опасность ранения полого органа, необходимо попытаться вскрыть брюшную полость из другого места. Ошибочно будет, если в такой момент разрез грыжевых ворот не будет доведен до таких размеров, которые позволили бы извлечь содержимое грыжи без всякого усилия и травматизации. При несоблюдении этих условий, вследствие дряблости стенки кишки или некроза ее, может легко наступить прободение и возникнуть перитонит. Правильно будет в тех случаях, где выделение из грыжевого канала затруднено, сразу идти на более широкое вскрытие брюшной полости, на грыже-чревосечение, или же оперировать в здоровых тканях поодаль от грыжи и подойти из свободной брюшной полости ко всему грыжевому образованию. При необходимости широкой резекции кишки или наложения анастомоза недостаточный разрез может в дальнейшем создать большие трудности, а при обратном вправлении внутренностей в брюшную полость через узкие ворота могут прорезаться только что наложенные на внутренности швы. При производстве надрезов у внутреннего пахового кольца никогда не следует забывать об опасности ранения надчревных вен, которые проходят с его внутренней стороны, а также и нервов, которые могут быть втянуты в воспалительные ткани. Из этих соображений расширение ущемляющего кольца при паховой грыже должно быть произведено кнаружи и кверху. При бедренной ущемленной грыже, при расширении ущемляющего кольца, имеется опасность ранения кровеносных сосудов, особенно при атипическом прохождении запирающей артерии („венки смерти“). Необходимо очень осторожно

надсекать кольцо маленькими надрезами. Расширение ущемляющего кольца ни в коем случае нельзя производить пальцем, так как при этом можно повредить в глубине нежизнеспособную кишку и, кроме того, кишка может ускользнуть в брюшную полость, если ущемление находится высоко у внутреннего грыжевого кольца и небольшая ущемленная часть кишки, как и при грыже кишечной стенки, едва видна в операционной ране. Безопаснее будет и при бедренной грыже предварительно рассечь Пупартову связку. Но при грыже-чревосечении возникает новая опасность, о которой хирург всегда должен помнить—это возможность ускользания в свободную брюшную полость уже омертвевшей или близкой к гангрене кишки. Особенно велика эта опасность при бедренных грыжах. Если хирург оперирует такую грыжу бедренным способом и вид ущемленной кишки внушает ему подозрение в отношении гангрены, то правильнее будет вскрыть брюшную полость из пахового разреза, так как при этом можно предупредить ускользание кишки в брюшную полость легче, чем при бедренном способе. К концу операции грыжевой мешок вместе с инфицированным содержимым может быть иссечен бедренным путем. При производстве расширяющих разрезов необходимо кишку придерживать пальцем, или лучше компрессом марли и, по освобождении грыжевого канала, вытянув ее на достаточном протяжении, осмотреть ее, разобраться относительно состояния борозд ущемления, брыжейки, а также соседнего отдела кишки. Часть хирургов считает для себя обязательным раскрыть широко брюшную полость и достать ускользнувшую кишку.

Чтобы предотвратить такую возможность инфицирования брюшной полости, надо освобождать кишку не раньше, чем грыжевой мешок будет подведен к ране и даже выведен из нее, а брюшная полость будет изолирована отграничивающими тампонами.

На дальнейшем этапе операции при ущемленных грыжах возникает опасность вправить в брюшную полость нежизнеспособную кишку. Особенное внимание надо обращать на пульсацию брыжеечных сосудов.

Хирург совершит большую ошибку, если удовлетворится лишь хорошим видом кишечной петли, лежащей в грыжевом мешке. Только осмотрев ближайшую к месту ущемления и к ущемляющему кольцу область можно предохранить больного от тех опасностей, которые связаны с встречающимися и иногда остающимися нераспознанными различными видами атипического ущемления, как например „ретроградное“ ущемление, интерстициальное ущемление, или другими патологическими состояниями, как „заворот в грыже“ или сращения внутренних с грыжевым мешком.

При недостаточном внимании могут быть не замечены при бедренной грыже предбрюшинные формы ущемления (Крэнлейн), скрытые ущемления в каком-нибудь боковом кармане грыжевого мешка, что чаще бывает при многокамерных пупочных грыжах. Возможно проследить и ущемление побочных, параумбиликальных грыж, особенно при малых их размерах и богатой жиром брюшной стенке. Кроме того при бедренных грыжах нельзя забывать о таких атипических ущемлениях, как *hernia retrovascularis* или *hernia pectinea*, потому что сначала не удается найти верхушки грыжевого мешка.

Ошибка хирурга в упомянутых случаях атипического ущемления грыж заключается в том, что он не оценивает в достаточной степени

несоответствия между картиной операционного поля и теми клиническими явлениями, с которыми поступил больной.

Мысль о „ретроградном“ ущемлении должна всегда возникнуть у хирурга в том случае, если в грыжевом мешке имеются две петли кишок, если в области грыжевого кольца имеются сращения, если до операции была произведена попытка к вправлению.

„Заворот в грыже“ может быть распознан по следующим признакам: 1) малая выраженность кольца ущемления, 2) широкое грыжевое кольцо и проходимость его для пальца, 3) одновременное нахождение в грыжевом мешке различных по виду петель: неизмененных, мало измененных и резко измененных до некроза включительно, 4) трудность вправления кишечных петель или части их в брюшную полость, 5) изменение кишечной петли и нарушение ее питания далеко за пределами грыжевого мешка в полости живота, 6) отсутствие или малая выраженность странгуляционных борозд на ущемленном отрезке кишки, 7) наличие большой старой грыжи у пожилого субъекта. Свободный экссудат в таких случаях отсутствует или представляется кровянисто-серозной жидкостью, которая натекает сверху из свободной брюшной полости.

Все те опасности, которые связаны с тем, что хирург в указанных случаях ограничится одним лишь грыжесечением и вправит имеющийся в действительности заворот или не ликвидирует ретроградного или интерстициального ущемления, не требуют особых пояснений. При выведении петли, находящейся в брюшной полости, необходимо соблюдать большую осторожность, так как никогда нельзя знать, в каком она находится состоянии, и таким образом имеется опасность разорвать ее. Кроме того обе петли кишки при „ретроградном“ ущемлении могли выпасть в грыжевой мешок через отдельные отверстия в грыжевом кольце, а в таком случае ущемленная средняя соединяющая петля сидит верхом на сращениях, пересекающих в поперечном направлении грыжевое кольцо (Капеллэ). Во избежание опасности позднейшего омертвления кишки на почве развившихся тромбозов в брыжейке, которая могла также пройти через это отверстие, необходимо тщательно осмотреть и последнюю. Наиболее безопасным будет при подозрении на атипичное ущемление расширить разрез сверху или сделать грыже-чревосечение — тогда может быть осмотрена одновременно и область грыжевого кольца и вся толща брюшной стенки и брюшная полость.

При операции по поводу ущемленной паховой и также бедренной грыжи не следует забывать об опасности не заметить, правда, редко встречающееся, ущемление стенки мочевого пузыря.

Если ранение мочевого пузыря произошло, необходимо тщательно наложить швы на поврежденную стенку, при чем швы не должны захватывать слизистой оболочки мочевого пузыря. Если нельзя быть уверенным в надежности швов (цистит, инфекция), то следуетшить мочевой пузырь в брюшную стенку и рану дренировать.

Если хирург обнаружил гангрену кишки на очень небольшом участке или же подозрительную на гангрену, но не перфорировавшую кишку, то он может произвести серо-серозное ушивание ее. Прием этот однако не безопасен, если ушивание произвести не в достаточной мере питаемых участках кишки. Погружение более значительных участков опасно, так как к возможности расхождения линии швов вследствие недостаточного питания может присоединиться сте-

ноз кишки и нарушение ее проходимости или образование шпоры со стенозом. Опасность последующей инвагинации при ушивании также не может быть исключена. Для того, чтобы избежать опасностей, которые имеются в тех случаях, где кишечная петля подверглась омертвлению, надежным способом является резекция ее. Здесь мы коснемся лишь тех ошибок и опасностей, которые могут возникнуть при резекции кишки при ущемленной грыже. Прежде всего могут возникнуть серьезные осложнения вследствие того, что кишка резецируется хирургом не на достаточном протяжении.

Хирург делает ошибку, если свое внимание обратит лишь на тот отдел кишки, который был ущемлен. Необходимо помнить, что во избежание могущих быть осложнений всегда следует обращать внимание на приводящий отдел кишки и при показаниях к резекции удалять тем больший участок его, чем дольше продолжалось ущемление. Это необходимо сделать потому, что вследствие застоя гнилостных каловых масс и сильного растяжения приводящего отдела кишки, наступают расстройства питания ее стенки (явления венозного застоя вплоть до тромбозов), которые сначала могут быть и не заметны, а в дальнейшем угрожают прорезыванием швов или перфорацией кишки. Если не придерживаться принципиально этого правила, то в послеоперационном течении угрожает еще опасность — развитие вторичных, трудно поддающихся лечению, атонических состояний кишечника; несмотря на наложенный во время операции достаточно широкий анастомоз, содержимое кишок может не проходить в отводящий отдел, и у больного могут развиваться явления непроходимости кишечника.

Если резекция кишки не была произведена при неполно жизнеспособной кишке или же она была произведена на недостаточном протяжении, то и через несколько недель и даже месяцев может обнаружиться непроходимость кишок, как результат образовавшихся у места ущемления рубцовых стриктур или фиброзных перетяжек всего ущемленного отдела кишки (Гаррэ, Лукш, Зонтаг). Тяжелые изменения слизистой оболочки ущемленной кишки могут быть причиной послеоперационных кровотечений и вызвать в последующем течении поносы и сужение кишки (Гаррэ).

При проколе приводящего отдела кишки для удаления газов и кала имеется опасность нарушения асептики. Если такой прокол производится, то должны быть приняты все меры (тампонада брюшной полости, отграничивающие салфетки на мягкие ткани), чтобы содержимое кишки не попало в брюшную полость.

Если при вскрытии грыжевого мешка мы встречаем кал или гной, то оперировать обычным способом нельзя, так как это связано с возможностью развития перитонита. Кроме того, при наличии флегмонозной кишки и развитии окологрыжевой флегмоны само оперативное вмешательство рискованно, так как приходится уже иметь дело с тяжелым больным, силы которого резко ослаблены аутоинтоксикацией. У таких больных приходится прибегать к наложению противоестественного заднего прохода (*Anus praeternaturalis*).

Ошибка будет со стороны хирурга, если он при имеющихся на лицо явлениях ущемления ограничится наложением одного только *anus'a*. Омертвевшую кишку необходимо вывести, потому что наложение свища без выведения ее представляется ненадежным и рискованным, так как в месте ущемляющего кольца гангренозная кишка

может оторваться, ускользнуть в свободную полость и инфицировать ее. Эггерс наблюдал такой случай, когда после вскрытия каловой флегмоны, образовавшейся после прободения ущемленной кишки, последняя ускользнула в брюшную полость, это и повело к перитониту со смертельным исходом. Кроме того необходимо устранить ущемление и удалить из брюшной полости могущие находиться в ней омертвевшие части кишечника потому, что не рассекши грыжевого кольца при наложении апуса мы подвергаем больного опасности рефлекторного угнетения и ослабления сердечной деятельности, вследствие сдавления сосудов и нервов еще не вполне омертвевшего отдела кишки. Никогда не исключена также возможность присутствия внутрибрюшинного гнояника, готового к прободению странгуляционного пролежня и гангрены приводящего отдела кишки выше места ущемления. Кроме того существует опасность отравления организма продуктами гниения из переполненного кишечника в том случае, когда даже при происшедшем уже прободении циркуляция каловых масс и выход их через грыжевой канал не вполне обеспечен.

Наложение противоестественного заднего прохода в обход ущемлению угрожает опасностью инфекции брюшной полости и опасностью просмотреть ретроградное ущемление или заворот. Если хирург решится оперировать в обход грыжи с целью наложить в глубине анастомоз, то он должен помнить о тех технических затруднениях, которые могут встретиться, если омертвление находится вблизи слепой кишки или имеются внутрибрюшинные сращения.

Опасности и осложнения, которые связаны с наложением противоестественного заднего прохода убеждают в том, что к этой операции, чрезвычайно вдобавок тягостной для психики больного, следует прибегать в исключительно тяжелых случаях, когда имеется гной или иخور, если общее состояние больного заставляет ограничиться минимальным вмешательством, или когда врач считает себя неопытным в производстве резекции кишки.

Вполне осуществимой иногда незаменимой и гарантирующей благоприятный успех при флегмонозных формах ущемленных грыж, особенно пупочных, является иссечение грыжевой опухоли целиком (Hèrniectomy) в пределах нормальных тканей, по примеру злокачественных новообразований, как у нас в Союзе рекомендовали Алипов и Греков. В случаях с разлитой каловой флегмоной грыжи и значительных участков окружающей ее кожи эта операция слишком опасна, и в таких случаях следует сделать ряд разрезов, вскрыть грыжу и наложить свищ, если не произошло еще прободения кишки самопроизвольно (Греков).

При вправлении внутренностей в брюшную полость следует хорошо захватить края брюшины и проверить, нет ли второго грыжевого мешка, дивертикула или отверстия в брюшине, вследствие травмы ее. При вправлении внутренностей следует избегать травматизации их. Необходимо оказать психическое воздействие на больного того, чтобы он не напрягал брюшного пресса, отвлечь его внимание, заставить его делать глубокие вздохи, или, наконец, если нет особых противопоказаний, на тот момент, когда нужно закрыть брюшную полость, применить кратковременный наркоз в виде эфирного или хлор-этилового опьянения. Если же все-таки не удастся вправить раздутые кишки, то приходится проколоть их и выпустить

газы. При этом возникает опасность загрязнения брюшной полости, для предупреждения чего должны быть применены обычные в таких случаях меры. Если вправление затруднено вследствие изменений в сальнике, то часть его можно резецировать.

Когда внутренности вправлены, необходимо еще раз исследовать пальцем, введенным в брюшную полость, окружность шейки грыжевого мешка для того, чтобы установить, не осталось ли в этой области сращений, и таким образом предупредить возможность образования перегибов, непроходимости кишок и пр.

По вправлении внутренностей и закрытии брюшной полости обычно следует радикальная операция. Только перед тем, как приступить к радикальной операции необходимо вспомнить о тех опасностях, которые представляет она при ущемленных грыжах. Поэтому, где общее состояние больного внушает опасения, где операция слишком затянулась, когда имеется неуверенность в том, что достаточно соблюдена асептика, следует ограничиться грыжесечением и отложить радикальную операцию до другого раза. В тех случаях, где загрязнение брюшной полости очевидно, следует прибегнуть к тампонаде или дренажу подкожной клетчатки. При наличии отека жировой клетчатки, при гангренозных и воспаленных грыжах зашивание кожи наглухо противопоказано.

Поступила 20.VII.1939.