

## ЛИТЕРАТУРА

1. М. А. Барон. Вопросы грудной хирургии, т. III, стр. 32—35, 1949.
2. В. К. Белецкий. Вопросы грудной хирургии, т. III, стр. 129—136, 1949.
3. С. С. Вайль. Изменения легких и плевры огнестрельного происхождения. 1946.
4. П. А. Куприянов и А. П. Колесов. Вестник хирургии, № 9, 1957.
5. Ф. Х. Кутушев. Вестник хирургии им. И. И. Грекова, № 5, 1957.
6. Е. С. Лушников. Труды VIII съезда хирургов Украинской ССР, стр. 130—131, 1954.
7. Б. К. Осипов. Врачебное дело, № 8, 1951.
8. Он же. Очерки по хирургии органов грудной полости, 1951.
9. В. П. Пуглеева. Вестник хирургии им. И. И. Грекова, № 2, 1957.
10. A. Ettinger, Bernstein, F. M. Woods. Radiology, 1952, 59, 5, 668—682.
11. I. A. Crellin, I. S. Lehman, D. Mason, I. L. Curry. Am Rev. Tuberc., 1954, 69, 657—672.
12. Di Rienzo. Fortschr. der Röntg., 1953, 78, 4, 400—413.
13. I. R. Rosemond, W. E. Burnett, J. Humphrey—Long. J. Thorac. Surg., 1951, 22, 5, 439—448.

Поступила 19 февраля 1958 г.

## НОВЫЙ СПОСОБ ОПЕРАЦИИ БОЛЬШИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

*Проф. В. Н. ШУБИН*

Из кафедры общей хирургии (зав.— проф. В. Н. Шубин) Казанского  
медицинского института

Способов операций ventральных грыж предложено много (по М. П. Рухлядовой, более 80), что указывает на недостаточную их удовлетворительность. Главной причиной является рецидив грыжи, вследствие атрофии перемещенных слоев мышц, апоневроза кожи и т. п.

Существуют два типа замещения большого дефекта слоев передней брюшной стенки: восстановление анатомических соотношений и свободная пластика.

Первый тип возможен, когда ткани, окружающие дефект, мало изменены и могут быть передвинуты в область дефекта. К операциям этого типа относятся: ушивание растянутого апоневроза со сближением краев мышц или их последующим соединением, перемещение мышц, освобожденных из влагалища, или рубцов навстречу друг другу и сшивание их посредине (Menge) с добавлением, если возможно, надвздошной шва апоневроза (Bertelmann), наконец — мышечно-апоневротическая пластика при умеренных дефектах.

Второй тип операций может быть применен в случаях врожденных или посттравматических грыж, при атрофии окружающих дефект тканей, когда невозможно использовать их в качестве пластического материала. Производят пересадку фасциальных или мышечных лоскутов на ножке или трансплантацию свободных участков фасции, надкостницы, кожи (Н. Н. Соколов), рубца (С. П. Шиловцев), пластмассы и пр.

Несомненно, наиболее приближаются к совершенству операции первого типа, когда делается попытка восстановить анатомические соотношения.

В данной статье мы намерены коснуться вопроса о закрытии дефектов по средней линии живота по первому типу. При способе Menge передвижение прямых мышц к средине, притом на большое расстояние, производится с нарушением значительной части сосудов и нервов, проходящих через задний листок апоневроза и наружную комиссуру апоневротического футляра. При этом способе мышца неизбежно должна атрофироваться, что в действительности и происходит. Передняя поверхность мышц обнажается, так как пластинка влагалища растянутых мышц оказывается недостаточной для их укрытия. Открытая поверхность срастается с подкожной клетчаткой, что ускоряет гибель мышечной массы, ибо известно, что срастание неродственных тканей происходит со значительной потерей вещества.

Учитывая наиболее часто встречающиеся недостатки мышечной пластики при больших послеоперационных грыжах средней линии живота, мы предлагаем новый способ закрытия дефекта, при котором вышеуказанные недостатки заметно устраняются. Сущность операции заключается в следующем:

Обширный кожный рубец, покрывающий грыжевой мешок, удаляется, но, по возможности, без повреждения растянутого апоневроза и брюшины. Это осуществимо при пользовании приемом гидравлической препаровки по А. В. Вишневному, хотя требует времени и терпения. Если средняя часть рубца прочно спаяна с апоневрозом, то ее можно удалить вместе с последним. После вскрытия брюшной полости и разделения спаек кишок с брюшиной и сальником грыжевой мешок рассекают, образуя два больших лоскута — правый и левый. Далее острым путем отпрепаровывают жировую клетчатку до краев дефекта и, несколько латеральнее медиальной комиссуры, вскрывают передний листок влагалища прямых мышц, обыкновенно отошедших далеко в стороны. После отсечения сухожильных перемычек от передних листков влагалищ и осторожного освобождения передней мышечной поверхности, подтягивают их внутренние края друг к другу. При этом необходимо сохранить связи мышц с задними листками влагалища и наружной комиссурой. Как показал наш опыт, это удастся без большого труда. Теперь мышцы представляются распластанными по заднему листку. Медиальные комиссуры влагалищ или, если это не удастся, латеральные полуокружности грыжевого мешка у его основания, где они рубцово утолщены, сшивают друг с другом П-образными шелковыми швами, прошивая через основания лоскутов мешка. Накладывают, смотря по величине грыжевого отверстия, от 5 до 10 швов. Таким образом, первый слой, закрывающий дефект, состоит из брюшины и пластинки задней стенки влагалища прямых мышц. Второй этаж образуют наложением П-образных швов над первым или добавляя П-образные швы на внутренние края распластанных прямых мышц, вновь проводя нитки через основание лоскутов. Мышцы сближают почти до полного соприкосновения. Полному сближению препятствуют, как сказано, основания лоскутов неудаленного грыжевого мешка. На края растянутых мышц швы должны быть наложены осторожно, без прорезывания нежных мышечных волокон и без разрывов мышечных прядей по длине, во избежание ослабить прочность живой мышечной стенки. Теперь лоскуты грыжевого мешка, обращенные брюшиной наружу (при лежачем положении больного — вверх), накладывают каждый на свою сторону на передние поверхности распластанных прямых мышц, и узловатыми кетгутowymi швами пришивают край в край, к передним листкам влагалища мышц, отошедшим далеко наружу (рис. 1). Сшивание производится без натяжения, так как пластинки лоскутов достаточно широки. При избытке лоскутов можно образовать дубликатуру, запрокинув их обратно к середине. Затем следуют кетгут-овые швы на подкожную клетчатку и шелковые — на кожу. Слегка давящая повязка. Снятие швов и вставание — не раньше 11—12 дня.

Преимущества способа перед ранее предложенными: 1) сохранение большинства нервно-сосудистых связей прямых мышц (кроме тех, которые пробегают в сухожильных перемычках спереди) и, тем самым, уменьшение опасности их перерождения, 2) создание для передней поверхности мышц нового, близкого по строению к нормальному, футляра из стенки грыжевого мешка.

По указанному способу было оперировано 4 больных.

Приведем выдержки из двух историй болезней:

1. Больной В. Н. Густомесов, 38 лет, слесарь (история болезни № 392), поступил 21 мая 1947 г. в клинику общей хирургии Астраханского медицинского института с жалобами на грыжу, развившуюся после произведенной в 1938 г. операции по

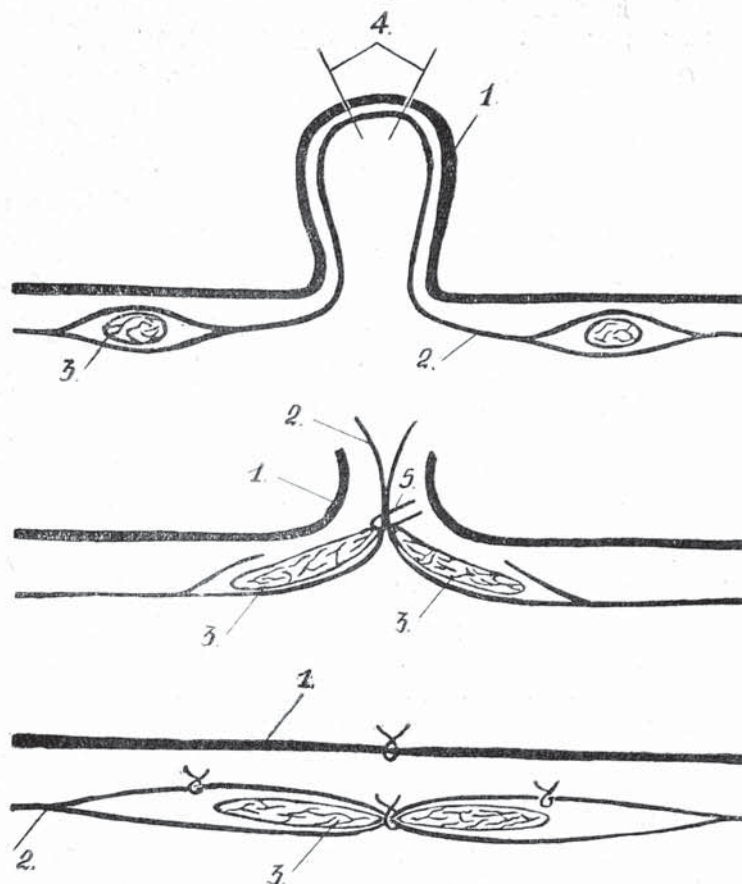


Рис. 1.

- 1 — кожа,
- 2 — апоневроз, влагалище и брюшина,
- 3 — пр. мышцы,
- 4 — иссекаемый участок брюшины,
- 5 — П-образный шов.

поводу непроходимости кишечника. Послеоперационная грыжа у основания размером  $25 \times 20 \text{ см}^2$ , объемом с голову взрослого человека. Операция 28/V 1947 г. под местной анестезией ( $1/4\%$  раствор новокаина), по описанному способу. Гладкое послеоперационное течение.

Осмотрен в июле 1957 г. (через 10 лет). Брюшная стенка всюду упругая. В середине рубца имеется истончение слоев и чечевичеобразное выпячивание размером  $5 \times 5 \text{ см}^2$ , без выпадения внутренностей. Работал почти все время слесарем, в последнее время — мастером судоремонтного завода. Чувствует себя хорошо. Выпячивание стал замечать через 7 лет после операции. Носит бандаж. Считает, что выпячивание появилось в связи с физической работой.

2. Больная А. Е. Андреянова, 58 лет, домохозяйка (история болезни № 1149), поступила в клинику 7/XII 1948 г. с жалобами на грыжу, развившуюся после операции в январе 1948 г. по поводу кишечной непроходимости. Грыжевое отверстие размером  $15 \times 15 \text{ см}^2$  расположено по средней линии между пупком и лобком. Операция 14/XII 1948 г. под местной анестезией ( $1/4\%$  раствор новокаина). Гладкое заживление. Осмотрена в июле 1957 г. (через 8,5 лет). У 67-летней женщины, производящей домашнюю работу, имеется прочный рубец, рецидива и болей нет, стул нормален. Бандажом не пользуется, очень довольна результатами операции.

Двое других больных оперированы через 4 и 2 года, на запрос сообщили, что рецидива не имеют.

Длительность наблюдения позволяет заключить, что мышечные слои при этом способе сохраняются, и идея операции себя оправдала. Поэтому мы публикуем полученные результаты.

Поступила 28 апреля 1958 г.