

Радикальная операция паховой грыжи по способу проф. И. А. Праксина¹⁾.

Ассистента **В. А. Астраханского.**

(С 2 рис.).

Как известно, для лечения паховых грыж предложено весьма много различных способов грыжесечения, и хирургу приходится выбирать из них такой, который бы давал минимум рецидивов и операционных травм, представляя в то же время наибольшие выгоды в функциональном отношении и наиболее соответствуя конституциональным условиям данного больного. Что выбор этот далеко нелегко, видно уже хотя бы из того, что, напр., Крымов предлагает применять при паховых грыжах комбинацию различных способов: Kocher'a и Bassini, или Kocher'a и Lucas-Championnière'a, да еще с дополнением по Girard'y и т. д. Михалкин пишет, что для применения того или иного способа грыжесечения необходимо индивидуализировать каждый случай, принимая во внимание возраст больного, свойство его тканей, давность и величину грыжи и пр.

Не вдаваясь в критику отдельных способов, упомяну лишь о том, что такой распротраченный способ, как способ Bassini, представляет по меньшей мере десяток существенных недостатков отмеченных в работе Тиле, из которых особенно обращают на себя внимание травма семенного канатика, перемещение его на новое ложе, нарушение функций яичка и т. д., а проф. Мартынов упоминает даже о двух случаях атрофии яичка после операции по Bassini. На I Съезде Российских Хирургов, в 1900 г., покойным проф. Бобровым было отмечено, что главное дело здесь не в способе, а в анатомических условиях той области, где развилась грыжа: есть случаи, где возврат получается, по какому-бы способу ни оперировать ее.

Конечно, анатомические условия играют большую роль в результатах всякой операции, в том числе и грыжесечения. Однако мы видим, с другой стороны, что, каковы-бы ни были эти условия, несовершенство некоторых способов, напр., того же способа Bassini, остается неизменным. В этом нас убеждают частые жалобы оперированных больных на тяжесть в паху, боли в области яичка и семенного канатика после операции, произведенных *lege artis* по данному способу.

Все это и побуждает нас обратить внимание хирургов на способ операции паховой грыжи, в свое время предложенный покойным проф. И. А. Праксиным, — способ, в основу которого положена мысль удовлетворить

¹⁾ Доложено 30 марта 1927 г. в Обществе Врачей г. Самары.

по возможности всем требованиям анатомии и физиологии, детально подражая самой природе.

Прежде, чем говорить об этом способе, позволю себе вкратце коснуться тех аналого физиологических особенностей пахового канала, которые имеют значение в производстве грыжесечения по этому способу.

Учитывая значение структуры апоневроза наружной косой мышцы для крепости паховой области, Крымов, Ящинский, Венгловский и др., в зависимости от толщины соединительнотканых волокон апоневроза и обилия прослоек между ними, различают апоневроз „крепкий, средней крепости и слабо развитый“. На своем материале мы, однако, убедились, что эти названия не вполне точно определяют структуру апоневроза: в последней имеют значение не только толщина и количество соединительнотканых пучков и их прослоек, но и степень натянутости апоневротических волокон. По нашим наблюдениям на одном сантиметре поперечника апоневроза может помещаться приблизительно от 8 до 13 соединительнотканых пучков и на единицу меньше видимых между ними прослоек. Когда на 1 см. поперечника апоневроза мы имеем до 9 волокон, мы говорим о слабо сформированном апоневрозе, при наличии от 10 до 11 их—речь идет об апоневрозе средней крепости, крепким же мы называем апоневроз, содержащий от 12 до 13 и более волокон. Напряжение волокон в одних случаях бывает резко выражено,—они напряжены, почти как натянутая струна, в других же случаях апоневроз легко бывает захвачен анатомическим пинцетом и даже оттянут сверху вниз и снугри снаружи. Это состояние апоневротической ткани в некоторых случаях позволяет нам удваивать ее слои, что, конечно, очень важно. Поэтому к вышеупомянутым определениям мы добавляем: туго натянут, слабо натянут.

Большое значение имеет также расположение мышечных элементов брюшной стенки. Нижние волокна внутренней косой и поперечной мышц, начинаясь у Роурагт'овой связки и направляясь к прямой мышце живота, образуют паховый промежуток для семенного канатика. У грыжевых больных этот промежуток имеет форму треугольника, границами которого служат: снизу—Роурагт'ова связка, снаружи—наружный край прямой мышцы. О верхней границе пахового промежутка Крымов пишет, что она представляет собой соединенный край внутренней косой и поперечной мышц, причем мышцы эти трудно делимы и могут быть рассматриваемы, как один слой. На своем материале мы убедились, что верхняя граница упомянутого треугольника может представлять 3 разновидности в зависимости от расположения вышеуказанных мышц: 1) если внутренняя косая и поперечная мышцы имеют одно направление, и последняя не выступает из-под первой, то верхней границей будет нижний край обеих мышц; 2) если же поперечная мышца проходит выше внутренней косой, и ее совсем не видно из-за последней, то границей будет нижний край только одной внутренней косой мышцы; 3) когда, наконец, волокна поперечной мышцы идут ниже волокон внутренней косой,—что в нашем материале встречалось далеко нередко,—то верхней границей треугольника будет нижний край поперечной мышцы. В этом случае получается как бы два треугольника, вложенных один в другой и имеющих одно основание—Роурагт'ову связку. Первый треугольник, с меньшей площадью, является в собственном смысле паховым промежутком, второй же, с большей пло-

щадью, в верхнем своем отделе имеет прикрытие сзади засчет волокон поперечной мышцы. Такую третью разновидность во взаимном расположении мышц наблюдал и проф. Венгловский, но только в 2 случаях, что является для нас крайне удивительным, ибо мы на своем материале встречали ее приблизительно в 25—30% всех грыжесечений.

Паховый канал, как известно, имеет наружное и внутреннее отверстия. Их размеры и длина канала точно определяют длину кожного разреза в нашем способе. Размеры наружного пахового кольца, по исследованию различных авторов, различны. Нас интересуют у грыжевых больных главным образом средние цифры—в 4—5 см. Длина пахового канала также определяется различно; средняя величина ее равна 3—4 см. На нашем материале мы наблюдали, что при сильно расширенных паховых отверстиях длина пахового канала значительно меньше этих средних величин. Особенно это имеет место в тех случаях, когда внутреннее паховое кольцо почти соответствует по месту проекции наружному. В подобных случаях вместо длины пахового канала имеет значение высота пахового промежутка со средними цифрами 3—4 см. Диаметр внутреннего пахового кольца в среднем определялся у нас в 2 см. Поэтому, чтобы вскрыть паховый канал на всем его протяжении, длина кожного разреза должна быть не менее 10—12 см.

Обращаясь теперь к описанию способа проф. Праксина, отметим, что способ этот был предложен еще в 1890 году, в бытность его автора ассистентом проф. В. А. Раимова. В Госпитальной Хирургической клинике Казанского Университета, которою заведывал проф. Праксин, этот способ нашел постоянное применение с 1897 года и назывался способом Праксина Ferragi, т. к. оба автора предложили его почти одновременно и независимо друг от друга. В печати он был впервые описан д-ром Трещиным в его диссертации: „Радикальная операция паховой грыжи“ в 1898 г. При этом д-ром Трещиным были отмечены лишь основные отличия данного способа от способа Bassini, но не указаны существенные этапы операции. Не приведены в диссертации Трещина и статистические данные, достаточные для того, чтобы судить о ценности способа, а описаны лишь вкратце 23 случая его применения. Поэтому, имея материал, обнимающий 322 грыжесечения, мы и считаем уместным, даже необходимым описать этот способ подробнее, пояснив его рисунками.

Нащупав пальцем наружное отверстие пахового канала, мы проводим разрез в паховой области на $1\frac{1}{2}$ —2 см. выше Poupart'овй связки и параллельно ей, длиной 10—12 см, по направлению к названному отверстию. Длина этого разреза является точным выражением вышеуказанных анатомических величин. Рассекая кожу с подкожной жировой клетчаткой и поверхностной фасцией, доходим до апоневроза наружной косой мышцы, после чего, разведя края кожной раны крючками, тщательно очищаем апоневроз от ареолярных тканей, осматриваем его структуру и вскрываем его из наружно-верхнего угла раны параллельно его волокнам по зонду Kocher'a или желобоватому, рассекая наружное отверстие пахового канала. Далее мы захватываем края апоневроза пинцетом Réaп'a и тупо отслаиваем их от подлежащей мускулатуры. Отслаивание это производится снаружи и книзу до обнажения Poupart'овой связки вплоть до прикреплений к симфизу. При этом мышцы и

связки тщательно очищаются от покрывающих их ареолярных тканей. Между разведенными краями вскрытого апоневроза ясно виден бывает паховый промежуток с вышеописанными границами, выполненный грыжевым мешком с его содержимым и семенным канатиком с покрывающими их оболочками: *tunica cremasterica* и *tunica vaginalis communis testiculi et funiculi spermatici*.

Заслуживает при этом некоторого внимания степень выраженности кремастера: у молодых субъектов мы находим его обыкновенно хорошо выраженным, у стариков же — в виде беловатых полос, спускающихся в мошонку. Значительный интерес представляет собой также расположение семенного канатика по отношению к грыжевому мешку: вопреки литературным данным, мы убедились на нашем материале, что *funiculus spermaticus* обыкновенно распластан по грыжевому мешку, тогда как Кротов, напр., отмечает лишь единичные случаи веерообразного распределения элементов канатика на поверхности мешка ¹⁾.

Вывав, буде это возможно, содержимое грыжевого мешка в брюшную полость, мы приподнимаем двумя анатомическими пинцетами указанные выше оболочки и рассекаем их по направлению волокон кремастера вблизи внутреннего отверстия пахового канала на протяжении 5—6 см., подходя таким образом к грыжевому мешку, отличительными признаками которого являются его перламутровый блеск и малая способность имbibировать кровь. Мешок этот слегка захватывается пинцетом Рёан'а, после чего, осторожно потягивая его из брюшной полости, мы сдвигаем с него в стороны вскрытые оболочки и семенной канатик пальцем, обернутым марлей.

Если грыжа не велика, то, отделив весь грыжевой мешок от оболочек до внутреннего пахового отверстия, мы вскрываем его, причем в тех случаях, где раньше была травма или ущемление, из него выходит обычно различное количество грыжевой жидкости. Нередко грыжевой мешок оказывается снаружи сильно обросшим жиром предбрюшинной клетчатки, что является несомненным механическим защитным прислосблением. Если мешок этот пуст, то, выгнув его по возможности из брюшной полости, прошиваем шейку его прочной двойной лигатурой, концы которой завязываются на обе стороны, и отсекаем избыток мешка, причем культи его уходит в брюшную полость.

В тех случаях, где грыжа спускается в мошонку, по рассечении грыжевых оболочек мы обходим мешок кругом, надвигая его на указательный палец, обернутый марлей, и отводим оболочки в стороны. Под обойденный кругом грыжевой мешок проводим марлевую ленту, вскрываем его и по осмотре перерезаем над лентой, после чего с центральным концом мешка поступаем так, как было описано выше, а на периферический конец накладываем лигатуру с предварительным прошиванием. Таким образом семенной канатик остается на своем месте и почти не травмируется.

Когда это сделано, мы закрываем паховый промежуток путем сближения мышечного слоя и Роиранг'овой связки, накладывая на них, в зависимости от величины промежутка, 3 или 4 прочных шва из

¹⁾ Подобное мнение создается, очевидно, потому, что на грыжевых мешках без содержимого эта распластанность семенного канатика бывает не так заметна.

шелка или кэтгута. Вкалывание иглы в мышечные слои мы производим при этом под контролем Ко с н е г'овского зонда или указательного пальца. В данном этапе операции могут быть 4 возможности, зависящих от положения мышц в паховом промежутке: 1) когда внутренняя косая и поперечная мышцы идут по одному направлению,—мы легко подводим обеих к Роурагт'овой связке и обе берем в шов, притягивая к связке так, что для семенного канатика остается отверстие, пропускающее лишь конец указательного пальца хирурга; 2) когда поперечная мышца резко выдается из под края выше отошедшей внутренней косой, т. е. тогда, когда в паховом промежутке ясно видны два треугольника,—мы берем в шов только одну поперечную мышцу и подводим ее к Роурагт'овой связке, как указано выше; 3) если, далее, поперечной мышцы совсем не видно, т. е. если она проходит выше нижнего края внутренней косой мышцы, то мы пришиваем к связке нижний край одной внутренней косой мышцы, как опять-таки указано выше; наконец, 4) когда обе мышцы сильно расслаблены, мы собираем волокна той и другой на иглу в возможно большую массу и без всякого труда подшиваем к связке.

При указанном отношении к этому моменту операции, мы в своем материале никогда не видели большого натяжения мышечной стенки при подведении ее к Роурагт'овой связке. Поэтому нет необходимости под-

секать мышцы с внутренней стороны, как это делает проф. Венгловский, и еще меньше нужно прибегать к подсечению прямой и поперечной мышц с наружной стороны, как то делают другие авторы. Наложённые таким образом швы закрывают паховый промежуток до нормально-анатомических размеров, причем семенной канатик мало травмируется и остается в своем прежнем ложе.

Апоневроз наружной косой мышцы мы зашиваем тремя способами: 1) когда апоневроз хорошо сформирован и туго натянут, мы накладываем на него 8—10 узловатых швов, приводя его волокна в плотное соприкосновение и избегая интерпозиции тканей, особенно другой природы; 2) если, далее, апоневроз слабо выражен и слабо натянут, мы накладываем то же количество швов, набирая его волокна на иглу до выраженной натянутости; наконец, 3)

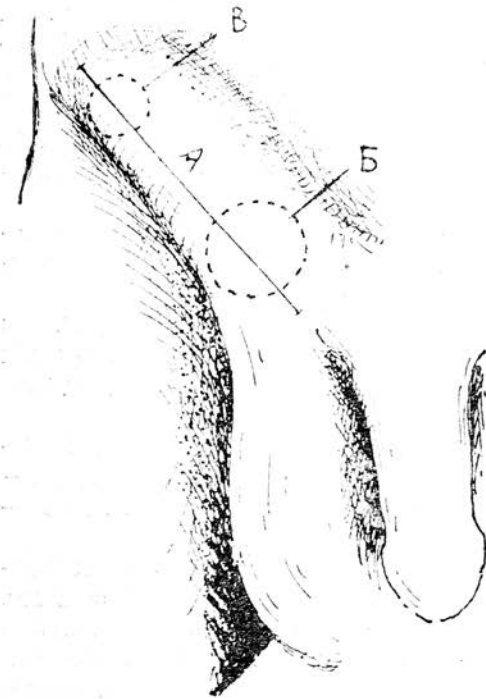


Рис. 1. А—разрез кожи. Б—наружное отверстие пахового канала. В—внутрен. отверстие пахов. канала.

если апоневроз хорошо выражен, но очень обилён и, стало быть, очень слабо натянут (что часто бывает при больших грыжах), то мы устраиваем дубликатуру апоневроза: край его со стороны связки далеко подшиваем

под край апоневроза на брюшной стенке. а край с брюшной стенки пришиваем несколькими стежками к очищенной fascia lata ниже связки и к lamina cribrosa superficialis. Затем следуют швы на кожу (см. рисунки).

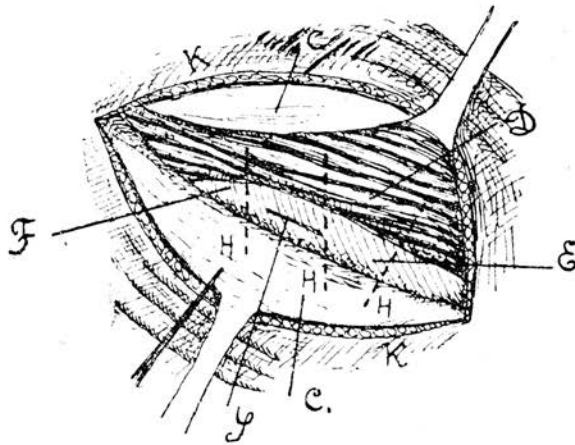


Рис. 2. С и С₁—апоневроз нар. кос. м-цы и Рои раг'ова связка. Д—внутр. косая и поперечная м-цы живота. Е—грыжа, покрытая tunica cremasterica. Г—внутр. отв. пах. канала. В—разрез в оболочках, через который освобождается грыжевой мешок. Н—швы на мышцы и Рои раг'ову связку. К—кожа.

Проф. М. А. Чалусов предложил для соединения мышечной стенки с паховой связкой и для соединения апоневроза аутогенный шов из волокон самого апоневроза; этим швом мы пользовались в нашем материале и остались довольны его результатами.

В Факультетской и Госпитальной хирургических клиниках Самарского Университета за последние пять лет паховые грыжи были оперированы исключительно по описанному способу.

Мой материал, легший в основу настоящей работы, обнимает, как уже упоминалось выше, 322 операции на 274 больных, среди которых было 233 мужчин и 41 женщина. Больные распределялись по роду занятий так: крестьян было — 138, рабочих—77, служащих—33, домашних хозяек—26. По возрасту наши больные распределялись следующим образом: до 5 лет—14, от 6 до 10 лет—4, от 11 до 15—11, от 16 до 20—12, от 21 до 30—49, от 31 до 40—39, от 41 до 50—75, от 51 до 60—44, от 61 до 70—22, от 71 до 80—4.

Здесь кстати заметим, что в отношении малолетних больных большинство авторов рекомендует оперировать не раньше, как с 2 лет. В нашем материале молодых пациентов до 5 лет было 14, из них пятеро были моложе 2 лет. Грудных детей мы оперировали в тех случаях, когда по тем или другим причинам нельзя было воспользоваться липким пластырем или другими консервативными мероприятиями, причем смертных случаев или каких-либо осложнений в этой группе нашего материала мы не наблюдали. Относительно больных пожилого возраста нужно заметить, что смертных случаев здесь у нас тоже не было, а были лишь иногда небольшие поверхностные нагноения (о чем речь будет ниже) и незначительные осложнения: в 3 случаях отек мошонки и penis'a,

в двух—вторичные кровотечения из раны. Упомянутые осложнения, однако, быстро прошли, и все больные выписались здоровыми.

Из 322 паховых грыж мы имели 27 врожденных, 19 рецидивных, 6 искусственных и 3 после операции в паховых областях, но не по поводу грыж. Правосторонних грыж было 147, левосторонних—79, двусторонних—48, прямых—73, косых—249, с одновременным существованием пупочной грыжи—3, с грыжей белой линии—9, с бедренной грыжей—1, с hydrocele—8, ущемленных—19, неправильных—34, свободных—269, спускавшихся в мошонку—137 (в том числе свободных—106, неправильных—31), спускавшихся в большую срамную губу—3, так называемых herniae perinaeae—32, из коих 28 были величиной с детскую голову и 4—величиной с голову взрослого человека и больше.

Наружное паховое кольцо свободно пропускало 1 палец в 57 случаях, $1\frac{1}{2}$ пальца—в 34, 2—в 49, $2\frac{1}{2}$ —в 17, 3—в 26, $3\frac{1}{2}$ —в 4, 4—в 5, и в одном случае размер наружного пахового кольца был 15×4 см.

В грыжевых мешках мы находили: сальник в 47 случаях, сальник с тонкой кишкой—в 46, тонкие кишки—в 86, липомы—в 2, слепую кишку с appendix'ом—в 5; из последних случаев в 4 была произведена, в виду наличия аппендицита, одновременно с грыжесечением аппендэктомия с последующими введением выпускника, а в одном случае, при наличии обширного нагноения в аппендиксе, была сделана только аппендэктомия без радикальной герниотомии.

Взрослых и юношей мы оперировали всегда под местной анестезией, а детей до 8-летнего возраста—под общим эфирно-хлороформным наркозом. В исключительных случаях, впрочем, уступая настойчивому требованию некоторых больных, мы и у взрослых применяли иногда общий наркоз. Всего под общим наркозом, включая детей, было прооперировано только 29 человек. Для местной анестезии мы употребляли 2⁰/₀ раствор новокаина, или 1⁰/₀ раствор кокаина с адреналином. Количество первого раствора на одного больного не превышало 20 куб. см., количество второго—15 куб. см. За полчаса до операции, кроме того, мы вводили взрослым больным 1—1,5 куб. см. 1⁰/₀ раствора морфия, а детям— $\frac{1}{2}$ куб. см.; грудным детям морфия не вводился.

В послеоперационном периоде почти у всех больных мы наблюдали повышение температуры до $37,5^{\circ}$ в течение 1—2 суток, после чего температура опускалась до нормы. На второй день после операции, как правило, мы разрешали больным сидеть, а на третий—ходить. Снятые швы обычно мы производили на 6 й или 7 й день после операции; в 5 случаях, однако, (у детей) швы были сняты на 5-й день, а у пожилых субъектов с ослабленным питанием в 44 случаях швы были сняты на 8-й день и в 5—на 9 й.

Отмечая в условиях раннего вставания больного после операции исключительно-благоприятные стороны и учитывая необходимость наибольшего оборота больничных коек, что при массовом контингенте грыжевых больных имеет большое значение, выписку больных из клиники мы производили обыкновенно в день снятия швов, или на следующий день. В частности, на 6 й день после операции было выписано 26 чел. (дети), на 7 й—33 чел., на 8 й—63, на 9-й—54. Несколько позже выписывались нами больные пожилого возраста, имевшие большие грыжи и страдавшие ре-ким упадком питания: на 10-й день было выписано таких больных 24, на 11-й—15, на 12-й—17, позднее 12 дней—40.

На 322 грыжесечения умерло у нас двое оперированных, оба от крупозной пневмонии: мужчина 51 года на 14-й день после операции и мужчина 50 лет—на 9-й день. Т. о. послеоперационная смертность равняется у нас 0,6% в то время, как у других авторов мы имеем следующие цифры: Скворкин (1909 г.) на 289 грыжесечений имел 3 смерти, т. е. 1,04%, Введенский (1926 г.)—на 3060 грыжесечений 58 смертей, т. е. 1,9%, Радкевич на 704 грыжесечения—4 смерти, т. е. 0,6%, Трофимов (1905 г.)—на 70 грыжесечений не имел смертных случаев. Обширный сборный материал Pott'a и Coley'я дает 1% смертности. Fröelisch, оперируя детей после 2 лет, имел 4% смертности; в нашем материале детской смертности не было, хотя мы оперировали детей и моложе 2 лет. Михалкин, в 1903 г., на 120 грыжесечений имел 5 смертей, т. е. 4,1%, причем во всех случаях смертельные исходы относились у него исключительно к 30 ущемленным грыжам; в нашем материале на 19 радикальных грыжесечений при ущемленных грыжах смертности не было.

Из осложнений, имевших у нас место, отметим прежде всего пневмонию в 9 случаях, т. е. 2,7%. Два из них, как упомянуто выше, окончились смертью. По времени появления пневмонии относятся у нас к зимним и осенним месяцам, к периоду дровяного кризиса. В работе д-ра Заржецкого (из клиники проф. Вельяминова) на 169 грыжесечений отмечается 3,5% пневмоний, в клиниках Боброва и Mikulicz'a пневмония наблюдалась в 8%.

Переходя теперь к вопросу о нагноениях, мы должны отметить следующее: в 8 наших случаях операционные раны наглухо не зашивались,—это были 5 случаев гнойного аппендицита в грыжевом мешке, 2 случая ущемленной грыжи и 1—с обширными спайками грыжевого мешка с содержимым и окружающими тканями после бывшего ущемления с нагноением. Во всех этих 8 случаях в раны вставлены были выпускники. Из остальных случаев в 13, т. е. в 4,3%, наблюдалось поверхностное нагноение в швах кожи, не повлиявшее, впрочем, на состояние глубоких швов. Но здесь нужно упомянуть, что 10 из этих больных были в преклонном возрасте и имели очень большие двусторонние грыжи, а остальные трое были сильно истощены, т. к. долгое время страдали малярией. В литературе процент нагноения после грыжесечения у разных авторов и в разное время колеблется довольно сильно: Трецин (1898) на 67 операций по Bassini в клинике пр. Ратимова с 1890 по 1897 г. отмечает их в 29%, Спасокукоцкий (1898)—в 10%. Красинцев (1898)—в 31,3%, Kocher (1897)—в 8,7%, Михалкин (1902), оперируя преимущественно по Bassini,—в 10%, Coley, оперировавший в перчатках и употреблявший нити кенгуру и кэтгут (1902),—в 0,5%, Самоходский (1904)—в 11,9%, Кузнецкий (1904)—в 11,2%, Заржецкий (1908) на 169 операций в клинике проф. Вельяминова—в 28,2%, Михалкин (1926) на 2903 операции по Bassini—в 8,6%, Микули (1926) на 876 операций—в 4%.

Кроме нагноений, мы имели в 9 случаях, т. е. в 3%, небольшие гематомы, исчезавшие через несколько дней. В этих случаях иногда мы накладывали на 3-й или 4-й день после операции дополнительно по 1—2 шва, причем получали первое натяжение. Из этих 9 случаев в 3 нами был отмечен отек мошонки и penis'a, скоро исчезнувший. Профилактически,

во избежание отека мошонки, мы применяли в своих случаях возможно высокое подбинтование мошонки при наложении повязки. У одного больного, при заживлении раны первичным натяжением, мы наблюдали скопление серозной жидкости в мошонке, каковая жидкость была выпущена троакаром, после чего больной был выписан на 7-й день здоровым. В 2 случаях мы имели небольшой поверхностный инфильтрат в области шва, рассосавшийся через несколько дней; оба больные были выписаны на 9-й и 12-й день здоровыми. Наконец, в одном случае имела место флегмона на плече после всprыскивания морфия, причем операционная рана зажила первичным натяжением.

У Заржецкого на 169 грыжесечений образование гематомы наблюдалось в 17 случаях (10%), инфильтрат пахового канала—в 1 случае, отек мошонки—в 2 случаях, опухание яичка—в 4 случаях, водянка семенного канатика—в 1 случае, инфильтрат семенного канатика—в 4, прочих осложнений было 16 случ.—9,4%. В нашем материале мы осложнений со стороны семенного канатика и яичка не наблюдали ни разу.

Надо заметить, что условия нашей работы несравнимы с условиями хорошо оборудованных клиник и больниц, в особенности заграничных, т. к. мы работаем в помещении старой Центральной Губернской Советской больницы. Если Coley мог работать в перчатках, пользоваться нитями кэнгуру и т. п., то нам в годы голода и разрухи приходилось экономить каждый клочек марли, каждую каплю спирта и водной настойки, каждое полотенце, простыню и т. д. При этих повстине убогих условиях процент нагноений и прочих осложнений у нас нужно считать достаточно низким.

Интересно теперь затронуть вопрос о рецидивах после грыжесечений. Работы Pott'a и Coley'a показали, что 71% рецидивов бывает в первый год после операции, 20%—втечении 2-го года и только 9%—по прошествии 2 лет. Из наших больных за 4 года никто не предъявил нам жалоб на рецидивы.

Проф. М. А. Чалусов, работавший в Казанской Госпитальной Хирургической клинике вместе с проф. Праксиным и проследивший 432 грыжесечения по вышеописанному способу за время с 1897 по 1911 г., отмечает не более 1,5—2% рецидивов в условиях того времени, причем относит их за счет летней работы молодых ординаторов. Около сотни грыжесечений по способу проф. Праксина, произведенных в период работы Самарской Хирургической клиники в местном военном госпитале, были прослежены проф. Чалусовым втечении 5 лет, причем из них не зарегистрировано было до сих пор ни одного рецидива. Всего, следовательно, мы имеем 800 с лишним грыжесечений, давших минимальное количество рецидивов.

Литературные данные о рецидивах после грыжесечений весьма различны: проф. Разумовский, при с'емных швах, на 52 больных имел 7 рецидивов, т. е. 13,2%; Самоходский при погружных швах на 306 больных—65 рецидивов, или 21,1%, а при выводных швах—4,7%; он же в 1904 г. на 78 операций по Bassini имел 5 рецидивов (6,4%); сам Bassini (1890) на 262 грыжесечения по своему способу имел 8 рецидивов (3%); у Трещина (1898) на 66 грыжесечений по Bassini был 1 рецидив (1,5%); Galeazzi (1901) на 601 грыжесечение по Bassini имел 36 рецидивов (5,9%), Goldner (1902) на

466 по Bassini—35 рецидивов (7,5%), Михалкин (1903) на 90 по Bassini—3 рецидива (3,3%), Coley (1903) на 917 по Bassini—10 рецидивов (1%), Баратынский (1904) на 54 по Bassini—5 рецидивов (9 2/3%), Хрущев (1904) на 40 по Bassini не имел рецидивов, Сатрапинский (1904) на 87 по Bassini—4 рецидива (4,5%), Дзирне (1904) на 62 по Bassini—1 рецидив (1,6%), Filipini (1907) на 871 по Bassini—32 рецидива (3,6%), Bull-Coley (1907) на 1185 по Bassini—9 рецидивов (0,7%), Кузнецкий (1904) на 192 операции по Lucas-Championnière—7,3%, сам Lucas-Championnière (1909) на 1035 операций имел 43 рецидива (4,1%), Daiches (1904) на 508 операций по способу Kocher'a—23 рецидива (4,5%), Galeazzi (1904) на 239 операций тоже по Kocher'у—12 рецидивов (5%), Дзирне (1904) на 324 операции по Kocher'у 2 рецидива (0,6%), Спасокукоцкий (1904) на 102 операции по Kocher'у—5 рецидивов (4,9%), Сатрапинский (1904) на 125 операций по Kocher'у—7 рецидивов (5,6%), Hahn (1902) на 46 операций по Kocher'у—2 рецидива (4 8/10%), Самоходский (1904) на 25 операций по Kocher'у—6 рецидивов (24%). Хрущев (1904) на 48 операций по Kocher'у—5 рецидивов (10,4%), Earr (1927) отмечает 10% неудач при операциях по Bassini, Созон-Ярошевич, в 1926 г., на последнем съезде хирургов на основании материала в 1700 грыжесечений по способам Roux, Боброва, Girarg'a и Bassini отмечает 5% рецидивов. Козлов на том же съезде упоминает о 5% рецидивов на 415 операций по разным способам, И. А. Бобров в заседании Русского Хирургического Общества Пирогова 27/1 1926 г. отмечает 2,6% рецидивов на 953 операции, преимущественно по способу Roux-Опеля, с повторным рецидивированием в 11,1%.

Таким образом процент рецидивов после грыжесечений у столичных авторов является чрезвычайно разнообразным. На отсутствие рецидивов в нашем материале, повидимому, влияли следующие причины:

Во-первых, при способе проф. Праксина мы восстанавливаем почти нормальные анатомические и физиологические отношения паховой области. При укреплении ее мы подводим внутреннюю косую и поперечную мышцы на их прежнее место к Роиrart'овой связке, принимая во внимание взаимное расположение упомянутых мышц. Семенной канатик мы оставляем на своем месте и почти не травмируем его. Для большего укрепления дефекта паховой области мы пользуемся вдобавок резистенцией апоневроза наружной косой мышцы, доводя последний до состояния нормальной натянутости. Недаром д-р Абрамович на последнем хирургическом съезде, в 1926 г., указал, что паховый канал есть орган, имеющий анатомическое строение и физиологическую функцию. „Заплаткой делу не поможешь.—заметил он.—Надо операцией восстановить функционирующий орган из всех тканей, участвующих в его построении,“ т. е. как раз то, что мы имеем в способе проф. Праксина.

Вторая причина, гарантирующая минимум рецидивов при разбираемом способе, кроется к технике сшивания, обуславливающего безукоризненную прочность сшиваемых элементов. При сшивании, как уже было указано, мы тщательно очищаем апоневроз, Роиrart'ову связку

и мышцы от покрывающих их ареоларных тканей. В подтверждение необходимости такой манипуляции мы можем сослаться на новейшую экспериментальную работу А. R Коонтца, который, вопреки мнению некоторых других авторов, утверждает, что мышца соединяется с фасцией (герп. апоневрозом) при помощи фиброзных компонентов мышцы, т. е. эпимизия, перимизия и эндомизия. Крепость этого соединения зависит от витимности соприкосновения апоневроза с указанными компонентами. Поэтому, прежде чем сшить входящие в шов части, Коонтц рекомендует тщательно очистить и мышцу, и апоневроз от окружающих их ареоларных тканей. В этой работе нельзя не видеть существенного корректива к выводам тех авторов, на которых базируется проф. Мартынов. Прочность сращения между мышцами и Рoupart'овой связкой подтверждается также экспериментальными работами Заржецкого и Крымова. Последний, напр., указывает, что требуется значительная сила, чтобы оторвать пришитые мышцы от Рoupart'овой связки. Наш клинический материал и вышеупомянутые работы, в особенности эксперименты Коонтца, как нельзя лучше, подтверждают выгоды нашей техники, и мы думаем, что указанные приемы очистки входящих в шов элементов вместе с восстановлением анатомических и физиологических особенностей паха в значительной мере обуславливают стойкое излечение по нашему способу.

Кроме того, учитывая индивидуальные особенности грыженосителей в смысле расположения мышц паховой области и в смысле структуры апоневроза, мы предусматриваем, до известной степени, те конституциональные моменты, о которых говорят проф. Москаленко, Сосон-Ярошевич, Абрамович, Троповер и др.

Способ проф. Праксина, не будучи описан ни в одном руководстве по хирургии¹⁾, передается, так сказать, по преданию. В Казани проф. А. В. Вишневский оперирует им в 86% (из 365 грыжесечений 331 сделано по Праксину). В Иркутске проф. Синакевич применяет его в 95% (из 208 грыжесечений—198 по Праксину). Д-р Воробьев, в Орехово-Зуеве, пользуется им в 96% (из 348 герниотомий—334 по Праксину) и т. д. Вообще можно думать что способ этот имеет в практике более широкое применение, чем это можно было бы предполагать. В 1926 г., на последнем съезде хирургов, уделено было достаточно внимания критике существующих способов пахового грыжесечения. Между прочим проф. Б. Е. Линберг на основании 20,000 случаев, собранных от 54 русских хирургов, отметил, что весьма распространенный способ Bassini начинает уступать место „более простым способам“. Большинство уже начинает говорить, что при грыжесечениях нет надобности производить в паховой области искусственные сооружения, трансплантации и т. п. процедуры, когда вопрос решается проще. Однако рассчитывать на один лишь апоневроз наружной косой мышцы, как то предлагает, напр., проф. А. В. Мартынов, все-таки не приходится, так как эмбриологические работы Венгловского, Ватманпа и Klatsch'a и др. показывают, что в процессе ослабления паха, в преобразовании грыжевых ворот страдают больше всего мышеч-

¹⁾ Для бедренных грыж впрочем он описан Крымовым в его «Учении о грыжах».

ные элементы брюшной стенки. Поэтому мы полагаем, что, кроме мышечной стенки и апоневроза наружной кривой мышцы, ничто не укрепит паховой области и не будет противостоять внутрибрюшному давлению в достаточной мере так, как создала природа.

Итак, на основании 800 радикальных грыжесечений по данному способу мы вправе рекомендовать товарищам этот последний и сделать следующие выводы:

1. Способ радикального грыжесечения по Праксину в описанном нами виде, отвечая максимуму требований анатомии и физиологии, должен именоваться анатомио-физиологическим.

2. Он применим при всех видах паховых грыж.

3. Обладая минимумом операционных травм, способ этот может быть с успехом применяем у больных любого возраста.

4. Способ проф. Праксина, при сравнительном изучении результатов грыжесечения по другим способам, дает желаемый минимум рецидивов и пр. осложнений.

5. Способ этот удовлетворяет, до известной степени, конституциональным требованиям.

