

Посвящается профессору ВАСИЛИЮ ИВАНОВИЧУ РАЗУМОВСКОМУ.

**К вопросу о лечении Richter'овской формы
ущемленных грыж.**

Заведывающего врача **Зибенгара.**

Ущемленная пристеночная (Richter'овская) грыжа не является редкой формой, — по литературным данным она составляет около 6% всех ущемленных грыж и, несомненно, встречается в практике почти каждого участкового хирурга, хотя часто и просматривается.

Распознавание этой формы, как на то указывает большинство писавших о грыжах Richter'a авторов, далеко не всегда легким является не только в смысле определения данного вида ущемления, но и ущемленной грыжи вообще. Так, напр., проф. Тихов в одном из своих двух случаев поставил ошибочный диагноз внутреннего ущемления. „Может сбить с толку“, — говорит он, — „прежде всего незначительность грыжевого выпячивания“. Кроме того, в ряде случаев выпячивание это является абсолютно безболезненным, плотным, без малейших признаков воспаления, чем затрудняется отличительное распознавание грыжи от таких страданий, как увеличенная лимфатическая железа или опухоль ее, липома и пр. В других случаях, наоборот, к меньшим затруднениям приводят далеко зашедшие воспалительные изменения в грыже и ее окружности. Явления со стороны брюшной полости нередко симулируют здесь неособенно бурно протекающий заворот (Laws). Если принять еще во внимание, что грыжа сама по себе может быть причиной заворота, и присущие ей явления должны, таким образом, усложниться или даже покрыться яркой клинической картиной последнего, то станет ясным, как затруднителен может оказаться диагноз такого банального заболевания, как ущемленная грыжа.

Не вдаваясь глубже в область дифференциальной диагностики данного страдания, я позволю себе вкратце привести одно свое интересное в этом отношении наблюдение.

Е. Б., 45 л., больна около недели, — появились сильные схваткообразные боли в животе и рвота, сначала пищевой, потом каловая. Имеются задержка газов, вздутие живота. Больная плохого питания, пульс резко учащен, наполнения удовлетворительного. Живот неособенно болезнен, в нем видны усиленно перистальтирующие кишечные петли, причем нарастание перистальтики совпадает с ожесточением болей. Справа имеется бедренная грыжа величиной с голубиное яйцо, без каких-либо ясных признаков ущемления, плотная, безболезненная. Приславший больную из амбулатории врач грыжу принял за лимфатическую железу. Хирурги-сотрудники распознали ileus и грыжу, но не ущемленную. При диагнозе ileus'a 1/IX 1923 г. лапаротомия под эфирным наркозом. Разрез по средней линии выше и ниже пупка. Обнаружен заворот тонких кишок, причем установлено, что имеется ущемленная Richter'овская грыжа, а вокруг идущей к месту ущемления петли подвздошной кишки произошло перекручивание тонкой кишки. В брюшной полости много мутноватой, повидимому, с примесью кала, жидкости. Выделение грыжи со стороны

бедренного канала. Заворот раскручен. Резекция кишки с анастомозом конец в конец. Смерть при явлениях шока через несколько часов после операции.

В описанном случае, таким образом, фактически существовал заворот, и будь даже поставлен диагноз ущемленной грыжи, ошибка в распознавании все же не была-бы избегнута.

Если Richter'овская грыжа, как сейчас указано, богата неожиданностями в смысле диагностики (позволю себе указать еще на случай, наблюдавшийся в Пензенской больнице Кр. Креста и упомянутый в работе д-ра Алипова, где такая грыжа была принята за абсцесс передне-боковой стенки живота), то она достаточно своеобразна также по своему течению и исходам. Нужно согласиться с тем, что пристеночное ущемление представляет в высшей степени грозное заболевание, и наиболее тяжелые, смертельные осложнения могут наступать здесь очень рано, значительно раньше, чем при других видах ущемления. Омертвление и даже прободение и перитонит случаются здесь даже в течение первых суток (Tillmans). Вообще же омертвление, по указаниям Tillmans'a, встречается здесь почти в половине всех случаев (на 53 случая Treves'a и Law's'a, напр., в 27 случаях), причем наичаще оно отмечается при правосторонних небольших грыжах у женщин средних лет.

Все же, однако, и этот вид ущемления, несмотря на склонность к ранним осложнениям, далеко нередко кончается полным или неполным самоизлечением после образования калового свища. В этом отношении интересно составить статистику смертности при радикально оперированных Richter'овских грыжах, каковая смертность отнюдь не низка — 37% по Чернявскому (Тихов), от 35 до 42% по Tillmans'u, и только в клинике проф. В. И. Разумовского оказалась чрезвычайно низко — одна смерть на 17 случаев с 16-ю резекциями кишек. В то же время нелеченные или паллиативно леченные разрезами случаи дают неожиданно благоприятные исходы: из 8 таких случаев, собранных Чернявским, ни одной смерти (Тихов).

Я располагаю 4-мя личными подобного рода наблюдениями, где 3 паллиативно-леченных простыми разрезами, а одна вовсе не леченная хирургически, ущемленные Richter'овские грыжи, пройдя все через стадию свища, окончились выздоровлением, если не считать рецидива грыжи и соответствующих расстройств, потребовавших вторичной операции в одном случае, именно, последнем.

Конечно, мы не знаем, сколько гибнет этих больных вдали от всякой медицинской помощи, — вернее всего громадное большинство. случаи же, подобные указанным, составляют исключение, и единственный правильный, сам собой разумеющийся, вывод, сводится к применению возможно раннего и наиболее радикального хирургического лечения. Однако все же и эти более или менее исключительные случаи позволяют подчеркнуть возможность своеобразного благоприятного оборота в столь грозном заболевании, — оборота, который может быть, при некоторых обстоятельствах, особенно в условиях участковой работы, учтен при выборе оперативного вмешательства.

Перейду теперь к краткому описанию своих случаев.

Случай Т. В. К., 52 л. Правосторонняя ущемленная бедренная грыжа. Омертвление оболочек грыжевого мешка и кишечной петли (тонкой). 9/VIII 1921 г. операция под местной анестезией (д-р Гергенредер) — простой разрез. Самостоятельное закрытие свища через две недели. Пациентка выписана здоровой 23/VIII.

Посвящается профессору **ВАСИЛИЮ ИВАНОВИЧУ РАЗУМОВСКОМУ.**

К вопросу о лечении **Richter**'овской формы ущемленных грыж.

Заведывающего врача **Зибенгара.**

Ущемленная пристеночная (**Richter**'овская) грыжа не является редкой формой, — по литературным данным она составляет около 6% всех ущемленных грыж и, несомненно, встречается в практике почти каждого участкового хирурга, хотя часто и просматривается.

Распознавание этой формы, как на то указывает большинство писавших о грыжах **Richter**'а авторов, далеко не всегда легким является не только в смысле определения данного вида ущемления, но и ущемленной грыжи вообще. Так, напр., проф. **Тихов** в одном из своих двух случаев поставил ошибочный диагноз внутреннего ущемления. „Может сбить с толку“, — говорит он, — „прежде всего незначительность грыжевого выпячивания“. Кроме того, в ряде случаев выпячивание это является абсолютно безболезненным, плотным, без малейших признаков воспаления, чем затрудняется отличительное распознавание грыжи от таких страданий, как увеличенная лимфатическая железа или опухоль ее, липома и пр. В других случаях, наоборот, к меньшим затруднениям приводят далеко зашедшие воспалительные изменения в грыже и ее окружности. Явления со стороны брюшной полости нередко имитируют здесь неособенно бурно протекающий заворот (**Laws**). Если принять еще во внимание, что грыжа сама по себе может быть причиной заворота, и присущие ей явления должны, таким образом, усложниться или даже покрыться яркой клинической картиной последнего, то станет ясным, как затруднителен может оказаться диагноз такого банального заболевания, как ущемленная грыжа.

Не вдаваясь глубже в область дифференциальной диагностики данного страдания, я позволю себе вкратце привести одно свое интересное в этом отношении наблюдение.

Е. Б., 45 л., больна около недели, — появились сильные схваткообразные боли в животе и рвота, сначала пищевой, потом каловая. Имеются задержка газов, вздутие живота. Больная плохого питания, пульс резко учащен, наполнения удовлетворительного. Живот неособенно болезнен, в нем видны усиленно перистальтирующие кишечные петли, причем нарастание перистальтики совпадает с ожесточением болей. Справа имеется бедренная грыжа величиной с голубиное яйцо, без каких-либо ясных признаков ущемления, плотная, безболезненная. Приславший больную из амбулатории врач грыжу принял за лимфатическую железу. Хирурги-сотрудники распознали **ileus** и грыжу, но не ущемленную. При диагнозе **ileus**'а 1/IX 1923 г. лапаротомия под эфирным наркозом. Разрез по средней линии выше и ниже пупка. Обнаружен заворот тонких кишок, причем установлено, что имеется ущемленная **Richter**'овская грыжа, а вокруг идущей к месту ущемления петли подвздошной кишки произошло перекручивание тонкой кишки. В брюшной полости много мутноватой, повидимому, с примесью кала, жидкости. Выделение грыжи со стороны

бедренного канала. Заворот раскручен. Резекция кишки с анастомозом конец в конец. Смерть при явлениях шока через несколько часов после операции.

В описанном случае, таким образом, фактически существовал заворот, и будь даже поставлен диагноз ущемленной грыжи, ошибка в распознавании все же не была-бы избегнута.

Если Richter'овская грыжа, как сейчас указано, богата неожиданностями в смысле диагностики (позволю себе указать еще на случай, наблюдавшийся в Пензенской больнице Кр. Креста и упомянутый в работе д-ра Алипова, где такая грыжа была принята за абсцесс передне-боковой стенки живота), то она достаточно своеобразна также по своему течению и исходам. Нужно согласиться с тем, что пристеночное ущемление представляет в высшей степени грозное заболевание, и наиболее тяжелые, смертельные осложнения могут наступать здесь очень рано, значительно раньше, чем при других видах ущемления. Омертвление и даже прободение и перитонит случаются здесь даже в течение первых суток (Tillmanns). Вообще же омертвление, по указаниям Tillmanns'a, встречается здесь почти в половине всех случаев (на 53 случая Trevеs'a и Law's'a, напр., в 27 случаях), причем наичаще оно отмечается при правосторонних небольших грыжах у женщин средних лет.

Все же, однако, и этот вид ущемления, несмотря на склонность к ранним осложнениям, далеко нередко кончается полным или неполным самоизлечением после образования калового свища. В этом отношении интересно составить статистику смертности при радикально оперированных Richter'овских грыжах, каковая смертность отнюдь не низка — 37% по Чернявскому (Тихов), от 35 до 42% по Tillmanns'u, и только в клинике проф. В. И. Разумовского оказалась чрезвычайно низко — одна смерть на 17 случаев с 16-ю резекциями кишек. В то же время нелеченные или паллиативно леченные разрезами случаи дают неожиданно благоприятные исходы: из 8 таких случаев, собранных Чернявским, ни одной смерти (Тихов).

Я располагаю 4-мя личными подобного рода наблюдениями, где 3 паллиативно-леченных простыми разрезами, а одна вовсе не леченная хирургически, ущемленные Richter'овские грыжи, пройдя все через стадию свища, окончились выздоровлением, если не считать рецидива грыжи и соответствующих расстройств, потребовавших вторичной операции в одном случае, именно, последнем.

Конечно, мы не знаем, сколько гибнет этих больных вдали от всякой медицинской помощи, — вернее всего громадное большинство. случаи же, подобные указанным, составляют исключение, и единственный правильный, сам собой разумеющийся, вывод, сводится к применению возможно раннего и наиболее радикального хирургического лечения. Однако все же и эти более или менее исключительные случаи позволяют подчеркнуть возможность своеобразного благоприятного оборота в столь грозном заболевании, — оборота, который может быть, при некоторых обстоятельствах, особенно в условиях участковой работы, учтен при выборе оперативного вмешательства.

Перейду теперь к краткому описанию своих случаев.

Случай Т. В. К., 52 л. Правосторонняя ущемленная бедренная грыжа. Омертвление оболочек грыжевого мешка и кишечной петли (тонкой). 9/VIII 1921 г. операция под местной анестезией (д-р Гергенредер) — простой разрез. Самостоятельное закрытие свища через две недели. Пациентка выписана здоровой 23/VIII.

Случай II. Я. С., 47 л. Левосторонняя бедренная грыжа. Флегмона грыжевого мешка, омертвление пристеночно ущемленной тонкой кишки. Операция 22/III 1922 г. (автор), под местной анестезией,—рассечение омертвевшего конуса, тампонада. Больной выписан 18/IV здоровым после самостоятельного закрытия свища.

Случай III. Ф. В., 64 л., правосторонняя ущемленная бедренная грыжа. Ущемление 6-ой день. Плохие пульс и общее состояние, каловая рвота. Небольшое грыжевое выпячивание в области правого бедренного канала. Флегмона грыжевого мешка. Операция 15/III 1921 г. (автор) под местной анестезией. Разрез мешка и омертвевшей кишки. Введение в кишку резиновой трубки. Кишечное содержимое плохо отводится. 17/III, в виду продолжающегося ухудшения общего состояния, решено наложить кишечный свищ. Местная анестезия. Разрез параллельно правой пупартовой связке. Блок от слепой кишки калового вида и запаха жидкость. Положение больного, принимая во внимание чрезвычайно плохую сердечную деятельность, сочтено безнадежным; тем не менее, после ограничения внутри брюшной полости марлевыми салфетками, наложен свищ на вздутую соеиш, причем кишка фиксирована лишь к внутреннему краю брюшной стенки. Кваружи тампоны. Медленное выздоровление при хорошо действующем верхнем свище; быстрое закрытие нижнего в области ущемленной петли. Уже в первые дни самостоятельный стул. 2/V выписался с мало отделяющим верхним свищем. 16/X 1922 большой явился для закрытия свища, что легко удалось после освежения кожи и кишки и раздельного их сшивания. Prima. Выписался 3/XI здоровым.

В приведенных сейчас случаях наступило полное выздоровление после простого опорожняющего кишку разреза, причем во всех случаях получилось быстрое, уже через пару дней, восстановление нормального опорожнения кишечника. Из всех этих случаев явствует, что риск получить постоянный, истощающий больного *anus praeternaturalis* после рассечения пристеночно ущемленной кишки невелик, и там, где резекция кишки, в зависимости от запущенности процесса или отсутствия обстановки у хирурга, представляется слишком рискованным мероприятием, допустимо это простое вмешательство. Это будет одним из тех ограничений резекции кишки, о которых в своем резюме на I Поволжском Съезде Врачей в Казани, имея в виду, правда, наложение *anus praeternaturalis*, говорил проф. В. И. Разумовский.

Следующий наш случай представляет пример самостоятельного закрытия образовавшегося без операции, в результате *Richter*'овского ущемления, свища. Будучи интересен с этой стороны, он представляет еще интерес в отношении осложнения, при последующей операции рецидивной грыжи, ранением кишки и примененной при этом техники (операция д-ра Емельянова—проф. Джанелидзе).

Е. Б., 53 лет, поступила 24/IX 1924 г. по поводу двухсторонней бедренной грыжи. Правая грыжа, величиной с куриное яйцо, невправима, существует один год; левая—приблизительно такого же размера, с трудом вправима до $\frac{1}{3}$ своей величины, в коже над ней плотные рубцы, в окружности уплотненные лимфатические железы. Появилась левосторонняя грыжа три года тому назад, причем была величиной с куриное яйцо, болей не причиняла. Приблизительно в то же время Б. болела тифоподобной лихорадочной болезнью. Со второй недели припухание грыжи и сильная болезненность, еще через две недели образование калового свища, существовавшего больше месяца и самостоятельно закрывшегося. До образования свища втечения около 8 дней каловая рвота. Два года после этого Б. была здорова и работоспособна. С год, однако, у ней стали слева опять появляться боли в области грыжи, а также распространенные боли режущего характера внизу живота, сопровождавшиеся нередко рвотой,—впрочем не каловой. Упорные запоры. Грыжу вновь заметила с весны 1924 года.

Большая сильно пониженного питания, с бледными покровами. 28/IX 1924 г. операция (автор) под местной анестезией и хлороформом. Справа в грыжу оказался вращенным сальник, в стенке серозная киста. Сделана радикальная операция по *Bassini*. Слева работа в толстых, плотных рубцах. Незаметно вскрыта на-

сквозь рубцово-измененная, без следов нормального строения, стенка тонкой кишки. Выделение кишки из обширных рубцов с целью резекции представлялось трудно выполнимым без риска загрязнения брюшной полости; простое же спивание, в виду наличия одних рубцов, не обеспечило бы надежного закрытия кишки. Решено было поэтому поступить аналогично тому, как это предположено д-ром Емельяновым и проф. Джанелидзе для закрытия anus praeternaturalis, — тем более, что, если не anus, то каловый свищ в данный момент уже имелся. Под местной анестезией левосторонний параректальный разрез с перевязкой art. epigastricae, близко подходящий к бедренному кольцу. В грыжевое отверстие впаина снабженная длинной брыжейкой петля тонкой кишки. Перевязка соответствующего участка брыжейки (сант. 15). Кишка выше и ниже пережата энтеротрибом Douen'a. Перетягивание ее двумя парами шелковых лигатур, наложение (без завязывания) по одному кисетному шву, еще до перерезки, на все будущих 4 конца. Перерезка кишки между лигатурами и затягивание первого кисетного шва с погружением культи. Наложено по второму кисетному шву на закрытые концы. Восстановление непрерывности кишечника путем анастомоза бок-о-бок 2-этажным непрерывным швом. Извлечение наружу, через грыжевое отверстие, изолированной таким образом петли оказалось возможным лишь после рассечения обширных рубцов в области грыжевых ворот, доходящих до кости. Выжимание кишки пальцем, вооруженным салфеткой, изнутри и вытягивание коридангом снаружи. Благодаря некоторому насилью, через один из концов вытягиваемой кишки выдавлено на салфетку несколько капель содержимого. В виду этого вставлен на несколько дней марлевой тампончик со стороны бедренной раны, кругом рана зашита. Еще до этого наложен послыйный шов на разрез брюшной стенки. Prima. Выздоровление. Выписана на 12-й день.

В отличие от примененной д-ром Емельяновым и проф. Джанелидзе техники мною весь выключенный участок кишки, лишенный брыжейки, был сразу удален без остатка, для чего у меня имелись более благоприятные условия, — прежде всего в отношении чистоты операционного поля.

Несомненно - целесообразная деталь, выполненная д-ром Емельяновым, — закрытие изнутри дефекта брюшины, — мною была опущена в виду возможности при этом случайного загрязнения брюшной полости.

При операции необходимо надежнейшим образом закрывать концы резецированного участка, пользуясь для этого неособенно тонким шелком, ибо тонкий шелк, в виду применяемого значительного влечения и прожимания кишки через неподатливый канал, может прорезаться, что и имело место в моем случае.

Вполне удобный доступ к свищу после бедренной грыжи можно получить через параректальный разрез.

Способ Емельянова и Джанелидзе, которым независимо от них пользовался также Reuher, представляет весьма радикальную и без особого труда выполнимую операцию, имеющую большие достоинства в чисто-техническом отношении, как отчетливость и доступность контролю зрения основных ее моментов, а также строгая асептичность их.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Тихов. Частная хирургия. — 2) Tillmanns. Руководство по частной хирургии. — 3) Алипов. Нов. Хир. Арх., 1923. — 4) Проф. Джанелидзе и Поль. Врач. Газ, 1922, № 10—11. — 5) Емельянов. Труды I Поволжского Съезда врачей в Казани 1923 — 6) Козырев. В. Хир. и Погр. Обл., 1923, кн. 7. — 7) Laws (по реф. в Zentr. Org. f. d. ges. Chir., B. XXVI, N. 1).