

К статистике грыж.

Заведывающего отделением С. М. Эйбера.

Просмотреть проделанную работу, подвести ей итог, найти в ней достижения и ошибки, затем начертать дальнейший план, тесно связанный с современными био-техническими и химическими методами,— вот путь, по которому должна пройти пытливая мысль каждого хирурга.

За последние 4 года (1923—1926 гг.) чрез заведываемое мною Хирургическое отделение прошло 4,563 стационарных больных, из них с грыжами 694 (15,2⁰/₀).

Население Донецкой губернии состоит преимущественно из украинцев, занятых в области тяжелой индустрии; из них преобладающее число—шахтеры. Поэтому уже а priori можно думать, что грыженосителей в этом районе много; а так как в Рабочую больницу стекаются больные с прилежащих районов, то они представляют большой интерес не только количественно, но и качественно, ибо как ближайшие, так и отдаленные результаты операций у них легко можно узнать либо через районных врачей, либо непосредственно от самих больных.

Распределение грыж по локализации таково: паховых грыж было 499, надчревных—89, пупочных—58, бедренных—39, грыж в рубце после операций—8.

Мужчин среди больных было 556, женщин—126, детей—12. Преобладание мужчин над женщинами в 4½ раза объясняется их тяжелым физическим трудом, тогда как местные женщины, жены рабочих, в большинстве случаев заняты домашним хозяйством.

Сочетанные формы грыж встречались часто в самой разнообразной комбинации; так, паховая двусторонняя грыжа наблюдалась 28 раз, паховая справа и надчревная—14, паховая слева и пупочная—6, надчревная одна над другой—12, надчревная и пупочная—13, паховая и водянка яичка—5, паховая и геморрой—8 раз.

По симптомокомплексу грыжи распределялись так: вправимых было 518, невправимых (причем сюда отнесены и грыжи, где вправление происходило лишь частично)—144, ущемленных—32.

Невправимые грыжи чаще наблюдались у женщин (73⁰/₀). По локализации они распределялись так: надчревных—82, пупочных—28, бедренных—29, паховых—16. Как деталь, интересно отметить, что в этиологии невправимых паховых грыж большую роль играла травма (ушиб тела завалившейся породой угля, налетевшей вагонеткой и т. д.).

Среди ущемленных грыж паховые у мужчин составляли 50⁰/₀. Все больные с ущемленными грыжами немедленно после доставки оперировались, причем во всех случаях произведена радикальная (пластическая) операция (в 3 случаях—с резекцией сальника). Смертельный

исход имел место в 1 случае на все число ущемленных грыж (32) и общее число грыж вообще (694). В случае этом имела место паховая грыжа, ущемление длилось 4 суток, имел место разлитой перитонит. Казуистический интерес представляла также врожденная пахово-мошоночная ущемленная грыжа у мальчика 6 недель от роду, которая была оперирована с хорошим результатом; в настоящее время мальчик растет и развивается хорошо, рецидива нет. Richter'овская (пристеночная) ущемленная паховая грыжа была оперирована мною 2 раза, причем оба раза диагноз был поставлен до операции. При операции в обоих случаях были отмечены—отсутствие сращений, узкость грыжевого кольца, ущемление петли тонкой кишки, переполненной пищевыми массами, противоположной прикреплению брыжейки; оба случая были оперированы, в первые 24 часа после ущемления и окончились выздоровлением, заживление было *per primam*.

Переходя теперь к отдельным группам грыж по их локализации остановимся сначала на самой большой из этих групп—*паховым* грыжам. На 499 паховых грыж *herniae vaginales testiculares* встретились 99 раз (20,1%) (подходит к статистике Родкевича), *herniae obliquae scroto-inguinales*—335 раз, *herniae Hesselbachi directae*—65 раз. Содержимое паховых грыж не всегда могло быть точно учтено, ибо на операционном столе грыжу обычно вправляли, и только в случаях не вправимых грыж, или как случайная находка (выхождение внутренностей при кашле, рвоте, натуживании), можно было отметить в качестве содержимого грыжевого мешка: петлю тонких кишок—82 раза, тонкую кишку и сальник—26 раз, сальник—28 раз, слепую кишку—7 раз, червеобразный отросток—5 раз, мочевого пузырь—4 раза, нисходящую толстую кишку—3 раза. В остальных случаях (352) грыжевой мешок был пуст. К случаям нахождения в грыжевом мешке червеобразного отростка относится один случай перфоративного аппендицита, оперированный и окончившийся полным выздоровлением.

По полу больные с паховыми грыжами распределялись следующим образом: мужчин среди них было 459, женщин—32 (не считая 8 детей).

Правосторонних грыж было 337, левосторонних—123, двухсторонних—39.

В вопросе о лечении грыж надо считаться исключительно с особенностями представившегося случая, имея противопоказанием к операции лишь особенно резкие конституциональные изменения; в условиях современной биотехники других противопоказаний нет, а индивидуальный подход к способу обезболивания и операции обычно гарантирует полное и успешное выздоровление.

Паховые грыжи следует предпочтительно оперировать под местной анестезией (50,0—100,0 $\frac{1}{4}\%$ раствора новокаина в растворе 0,9% NaCl в смеси с 2% сернокислого кали). В нашем материале паховых грыж общий наркоз (хлороформ, эфир или их смесь 1:6) был применен в 119 случаях, местная анестезия ($\frac{1}{2}\%$ или $\frac{1}{4}\%$ раствором новокаина)—в 279 случаях и спинномозговая анестезия (3,0 2% раствора новокаина)—в 96 случаях. Осложнений при этом совершенно не наблюдалось.

Выбор метода операции при паховых грыжах всегда должен производиться после выделения грыжевого мешка, когда патолого-анатоми-

ческие взаимоотношения тканей будут ясны, и только тогда можно точно уяснить, какой метод пластики тканей даст максимум противодействия внутрибрюшному давлению. Вот почему в этом вопросе не может быть шаблона, „своего избранного метода“; тот метод и будет наилучшим, который надежнее укрепит паховый канал.

После высокой отсепаровки грыжевого мешка, перевязки его и отсечения у шейки оставшиеся нити шва проводятся чрез мышцы, будучи выводимы над апоневрозом выше внутреннего пахового кольца с таким расчетом, чтобы при завязывании апоневроз укладывался бы в складку (способ *Bergér'a*); затем идет пластика.

За последнее время я охотно применяю апоневротическую пластику: окончив обработку культи грыжевого мешка, вскрываю продольно апоневроз, наружную его часть, на уровне внутреннего пахового кольца, надсекаю поперечно на протяжении в 1—1½ сант., затем эту часть подшиваю кнутри к мышцам так, что ею полностью заполняется паховый канал (для этого вполне достаточно 4—5 швов); поверх мышц лежит внутренняя часть апоневроза, которая пришивается снаружи к переходной пупартовой связке; таким образом получается двойная апоневротическая стенка, между которой находится мышечный слой; далее кладутся швы на кожу—после предварительного наложения 1—2 швов на оставшуюся верхнюю поперечную часть наружной части апоневроза. Техника эта проста, удобна и заслуживает особенно применения при рецидивных грыжах.

В общей сложности из числа паховых грыж были оперированы: по способу Боброва—151, по Bassini—92, по Roux—97, по Girard'y—85, по Kocher'y, по описанному сейчас способу апоневротической пластики—16.

Осложнения в послеоперационном периоде выразились в виде: нагноения—в 8 случаях (1,6%), гематомы—в 16, инфильтратов—в 12, орхита—в 13, пневмонии—в 18 и бронхита—в 16 случаях и купировались обычными способами (термотерапия, протеинотерапия, вакцинотерапия, хлористый кальций внутривенно, внутрь—хинин, мышьяк, ихтиол). Лечебным методом, заслуживающим внимания и давшим у нас в большом количестве гнойных ран очень хорошие результаты, является назначение внутрь больших доз ихтиола (до 20,0 на 40 пилюль, по 4 пилюли в день), а также аутогемотерапия (вырыскивания до 10,0 30%—50% крови подкожно). Терапия эта в сочетании с применением тепла сразу обрывала процесс, и досадные послеоперационные осложнения обычно под влиянием ее быстро исчезали.

При проверке условий, в которых происходила операция, давшая у нас нагноение, выяснилось, что, при наличии всех постоянно проводимых методов асептики, обработки рук и операционного поля, зачастую нагноение надо было отнести за счет очень малой осведомленности и ориентировки молодых врачей (интернов, стажеров),—по мере того, как они приспособлялись к делу, нагноения исчезли.

Рецидивы паховой грыжи наблюдались в 9 случаях, а именно, в 4 случаях, оперированных по Bassini, в 2—оперированных по Kocher'y и в 3—оперированных по Боброву. Причина рецидивов лежала в поведении оперированных: несмотря на освобождение от работ в течение 5 недель со дня ухода из больницы (обычно на 12—14-й день

после операции), зачастую оперированные, в силу личных обстоятельств, уже вскоре приступали к тяжелой работе. Оперированные повторно рецидивные грыжи относились исключительно к мужчинам, из них 5 были прямыми (55%). Операции при них производились обязательно под общим обезболиванием—в виду наличия множественных сращений, плохого гемостаза и резкой чувствительности тканей, не поддающихся местному обезболиванию, а также в виду необходимости лучшей ориентировки. Выбор оперативного метода здесь опять-таки зависел от патолого-анатомических взаимоотношений тканей пахового канала. В группе рецидивов заслуживает упоминания случай, где рецидив наступил 2 раза после операции по Bassini (этиологический инсульт—верховая езда).

Бедренные грыжи нашего материала встретились у мужчин 5 раз, у женщин—34 (отношение 1: 6,8), справа—в 26 случаях, слева—в 13 (отношение 2:1,—близкое к данным Wernera и Berger'a): патолого-анатомически это были hernia cruralis vasculo-lacunarialis medialis—в 18 случаях, hernia cruralis vasculo-lacunarialis lateralis—в 9, hernia cruralis Cloquett (pectinea)—в 2, hernia cruralis Gimbernati—в 5, hernia Cooperi—в 6. Среди общего числа грыж этой группы ущемленных было 5. Содержимым грыжевого мешка были: сальник—в 8 случаях, петля тонкой кишки—в 5; в остальных 26 случаях мешок был пуст.

Установить этиологическую связь между возникновением бедренных грыж и тяжелой физической работой нам не удалось; в некоторых случаях нашего материала имелись указания на предшествовавшие инфекционные заболевания с резким упадком питания и на бывшие гематомы от ушибов.

При постановке диагноза бедренной грыжи обязательно надо учитывать: 1) лимфаденит скарповского треугольника, 2) липому, 3) натечный (tbc) нарыв, 4) варикозное расширение venae saphenae magnaе.

Индивидуальный подход к обезболиванию дал возможность применить в этой группе местную анестезию—у 26 больных, спинномозговую—у 8, общий наркоз—у 5. Осложнений в зависимости от обезбоживания не было. Из методов операции применены: Berger'овский—10 раз, Kocher'овский—16, Kuntze'овский—13, причем имеющиеся у меня наблюдения склоняют меня больше в пользу последнего метода в виду достигаемой при нем более прочной фиксации тканей бедренного канала. Из послеоперационных осложнений надо отметить 4 случая пневмонии и 1 случай нагноения кожных швов. О рецидивах сведений у меня не имеется.

Среди 58 *пупочных* грыж 16 были у мужчин, 39—у женщин и 3—у детей (отношение 1:2, 4:0,2, подходящее к статистике Berger'a). Ущемленных грыж в этой группе было 4, рецидивных—1; прямых (Kocher и Jaboulay)—37, косых (Terrier и Quenu)—16, предбрюшинных двухкамерных—5. Величина колебалась от размеров мужского кулака (обычно это были неврические грыжи) до сливы, преобладающее содержимое составляли петли тонких кишок и сальник. Как деталь, интересно отметить, что большинство пупочных грыж у женщин (26) были в возрасте от 35 до 45 лет, т. е. в периоде повторных беременностей и общего ожирения.

Применив местную анестезию в 38 случаях этой группы, общий наркоз—в 13 и спинномозговую анестезию—в 7, я оперировал пупочные

грыжи по способу Мауо (дубликатура из апоневротических лоскутов) причем в этот метод мною было внесено некоторое изменение: сначала грыжа у своего основания широко очерчивалась овальным разрезом, затем отсепаровывалась вверх кожа с подкожной клетчаткой, мешок перевязывался и удалялся, производилась пластика, наконец, накладывались швы на кожу. Таким образом у больных сохранялся „кожный пупок“.

Очень быстро и гладко идет обыкновенно операция при прямой пупочной грыже, когда грыжевой мешок отсепаровывается легко, а больше всего времени отнимает многокамерная пупочная грыжа, мешок которой обычно бывает плотно сращен.

Осложнений ни от обезболивания, ни в послеоперационном периоде при пупочных грыжах у меня не было, рецидивная грыжа встретилась одна, пятилетней давности, причем была оперирована с полным закрытием грыжевого кольца.

Среди 89 *грыж белой линии* нашего материала *herniae epigastricae* встретились 75 раз, *herniae paraumbilicales*—10 раз и *herniae infraumbilicales*—4 раза.

Необходимо отметить, что грыжи этого рода чаще всего встречаются у мужчин цветущего возраста, занимающихся тяжелым физическим трудом (из наших 89 больных мужчин было 72); это обстоятельство говорит, что причинным моментом здесь является напряжение брюшного пресса, т. е. повышенное внутрибрюшное давление.

Величина грыжи колебалась здесь от размеров просяного зерна до величины сливы. В симптомокомплексе грыжи *l. albae* всегда необходимо учитывать явления со стороны язвы и рака желудка и аппендикита; сочетаний такой грыжи с перечисленными заболеваниями отметить нам не удалось, но в нашем материале был случай очень тяжелой неврастении с желудочно-кишечными симптомами, где самое широкое и разнообразное терапевтическое лечение не дало никакого результата, и лишь при исключительно тщательном, повторном исследовании ощупыванием передней брюшной стенки удалось на 4 пальца выше пупка найти опухоль величиной в вишневую косточку. При операции была найдена типичная надчревная грыжа с горизонтальной щелью в апоневрозе, пропускавшей кончик мизинца. Уже на 3-и сутки после операции больной (наборщик 26 лет) заявил о своем очень хорошем самочувствии, а спустя 3 месяца он явился с заявлением, что „от неврастении и следа не осталось“.

Из числа грыж этого рода 74 оперированы по способу Мауо и 15—по Сапегко, 81—под местной анестезией, 8—под общим обезболиванием. Никаких осложнений при операции не наблюдалось.

К этой же группе грыж надо отнести 6 случаев расхождения прямых мышц (оперированы по способу Зильберберга) и 2 грыжи в операционном рубце после аппендэктомии давностью в 3 и 4 года (оперированы по Мауо).

На основании указанного материала позволю себе высказать следующие положения по данному вопросу:

1) Главными этиологическими моментами для возникновения грыж являются постоянный запрос на тяжелый труд, конституциональное предрасположение и исхудание (а при пупочных грыжах—еще и ожирение).

2) Каждый грыженоситель, располагая своими иммуно-биологическими (регенеративными) свойствами, подлежит операции.

3) Операцию эту предпочтительно надо производить под местной анестезией, избранным индивидуально для каждого данного случая методом.

4) Располагая способами выявления защитных сил организма, надлежит ущемленные грыжи оперировать сразу, без всяких предварительных попыток к их вправлению.

5) В послеоперационном периоде надо на 3 и сутки озаботиться появлением стула у больных, а на 7-е—после операции по поводу надчревной грыжи и на 10-е—после грыжесечения при остальных формах грыж разрешать больным ходить; затем, спустя 2—3 дня, больные выпиваются с предупреждением о необходимости воздерживаться от сильных физических напряжений в течение 4—6 недель.

6) Широкое сочетанное применение протеинотерапии, вакцинации и интегральной терапии с теплом дает возможность abortивно купировать осложнения послеоперационного периода после грыжесечений.

7) Производство грыжесечения в условиях хорошо организованной обстановки и обязательно при постоянных, а не случайных, ассистентах отнимает очень мало времени (5—8—15 минут).

8) Операция грыжесечения является славкой, в широком смысле этого слова, на квалификацию хирурга.
