

# К вопросу о подготовке больных к операции при паховых грыжах, достигших громадных размеров.

(Сообщено в Обществе Врачей при Казанском Университете).

Н. В. Соколова.

При определении размеров, до которых достигает грыжевая опухоль, обычно употребительны известные сравнения. Так, Goldnег<sup>1)</sup> в своей статье, обимающей 800 случаев наблюдавшихся им паховых грыж, разделяет грыжи по размерам на достигшие величины греческого ореха, куриного яйца, гусиного яйца, кулака взрослого человека, детской головы и больших размеров. Таких же сравнений придерживается Боратынский<sup>2)</sup>, описывая 250 случаев грыж.

К грыжам громадных размеров надо относить те случаи, когда грыжевая опухоль превышает размером детскую головку. Обычно при грыжах громадных размерах имеется на лице картина эвентерации. В таких случаях часть внутренностей брюшной полости перемещается или смещается в полость грыжевого мешка, приобретая здесь права гражданства. Грыжи, достигающие таких размеров, не так часты. У Goldnega на 800 случаев было 4 случая эвентерации с размером, превышающим детскую головку, у Боратынского на 200—1 случай, где паховая грыжа спускалась до колен.

Грыжи, достигшие громадных размеров, причиняют одержимымими больными много страданий и неудобств, доводя их иногда до полной потери трудоспособности. По Крымову<sup>3)</sup> все больные с громадными грыжами страдают упорными запорами. При этом всасываясь токсинов из кишечника действует отравляющим образом на весь организм. В моем случае, приводимом ниже, у больной были запоры, частые боли в животе, очень плохой аппетит; больная была очень бледна и малокровна.

Наличность громадных грыж вызывает постоянное чувство тяжести в животе. Больные с громадными грыжами принуждены носить всевозможные супензории—мешки с подвязками к помочам (Madelung<sup>4</sup>). Моя больная носила мешок, в который укладывала грыжу, закрепляла его поясом и подвешивала к шее.

Словом, когда такие больные являются к хирургу, наличие страдания и утрата трудоспособности вследствие грыжи у них так очевидны, что вопрос о паллиативных мерах должен отпадать сам собою, и должен быть выдвинут вопрос об активном, радикальном вмешательстве. Но хирург, которому приходится иметь дело с больными, страдающими грыжами громадных размеров, при вопросе об оперативной помощи становится нередко в большое затруднение: помимо больших технических трудностей во время операции, связанных со сращением внутренностей грыжевого мешка между собою и сращений их со стенками мешка,—ему особенно приходится считаться с выправлением внутренностей грыжевого мешка в брюшную полость.

При грыжах, достигших громадных размеров, носящих характер эвентерации, внутренности, спущившиеся в грыжевой мешок, действительно, по остроумному замечанию Madelung'a, „потеряли свое отчество“, и выселение их обратно в брюшную полость во время операции нередко грозит серьезными, даже смертельными осложнениями в виде шока. Об этом говорит, кроме Madelung'a, и Крымов. Последний считает, что брюшная полость, оставаясь долгое время без значительной части кишечника, ушедшего в грыжевой мешок, суживается, и произволимое силой расширение ея при выправлении кишечника в полость действует резко угнетающим образом на сердце через нервную систему живота (замечу кстати, что в бытность мою ординат ром клиники мне пришлось видеть один случай, где, при значительной грыже, по выправлении содержимого в брюшную полость больной вскоре после операции скончался при явлениях шока). Вследствие указанных трудностей и возможных осложнений Koscheg<sup>5</sup>) советует „в случае свободного выбора решения лучше предоставить такие грыжи просим себе“, а Goldner считает большую величину грыж противопоказанием к операция.

Но, повторяю, хирургу, когда к нему обращаются за помощью при громадных грыжах, нельзя ограничиться паллиативными мерами,—тем более, что, по понятным причинам, доводят себя до таких грыж лица неинтеллигентных профессий, живущие физическим

трудом, для которых вопрос об утрате трудоспособности стоит особенно остро.

Решаясь на оперативное радикальное вмешательство, хирург должен все свое внимание употребить на подготовку больного. Он должен поставить себе целью перевести грыжу из невправимой в грыжу вправимую, чтобы упростить ход операции в будущем и подготовить брюшную полость к приему внутренностей из грыжевого мешка. Хотя большинство авторов (Kocher, Madelung, Goldner, Крымов) подчеркивают, что громадные грыжи являются обычно невправимыми и вследствие этого трудно оперируемые, — однако, надо полагать, что стойкая невправимость таких грыж имеется только в случаях сращений грыжевого содержимого со стенками грыжевого мешка. При наличии других причин невправимости, как-то: 1) большой массы брюшных внутренностей, перекочевавших из брюшной полости в грыжевой мешок, 2) воспалительных сужений шейки грыжевого мешка, 3) воспалительных и пенообразовательных процессов вокруг шейки мешка, — грыжи являются сплошь и рядом невправимыми временно, и, под влиянием известных манипуляций, удается иногда перевести их из невправимых во вправимые.

Памятуя это, хирург должен попытаться вправить всякую грыжу, каких бы размеров она не достигала. В литературе есть указания на то, что некоторыми хирургами принимается ряд мероприятий, предшествующих операции, чтобы с одной стороны перевести грыжу из невправимой во вправимую, а с другой, чтобы приготовить брюшную полость к приему ушедших из нее внутренностей. Так, Hoeftman<sup>6)</sup> рекомендует надавливать на пиз живота, чтобы вытянуть из грыжевого кольца кишечные петли и сальник; он же рекомендует приподнимать грыжевой мешок в продолжении 14 дней. Крымов указывает на необходимость похудания с целью уменьшить объем сальника. Madelung рекомендует больным с громадными невправимыми грыжами до операции проводить энергичное курортное лечение, затем в продолжении нескольких недель, — пребывание в постели с поднятым тазом в целях механического ухода грыжевого содержимого в брюшную полость; он же рекомендует накладывание на грыжу мешков с дробью и ручное вправление.

На основании приводимого ниже своего случая я рекомендую больных с громадными невправимыми грыжами подготовлять к операции следующим образом. Пациенту необходимо придать положение

по Trendelenburg'у и в таком положении производить осторожные, неэнергичные попытки вправления. Сеансы следует производить ежедневно, доводя продолжительность их до 15—20 минут. Если мы не имеем дела со спайками внутрьностей со стенками грыжевого мешка, то постепенно внутренности в силу тяжести будут перемещаться в брюшную полость. Я полагаю, что и в тех случаях, когда имеются спайки, часть внутренностей неспаянных все же будет уходить в брюшную полость и тем облегчать последующий ход операции. Такие сеансы нужно производить в продолжении месяца и более с таким расчетом, чтобы в случае удачного вправления продлить сеансы по вправлению в продолжении двух-трех недель с целью тренировать брюшную полость в отношении повышенного давления, которое впоследствии получилось с вправлением внутренностей из грыжевого мешка.

Значение такого приема ясно. С одной стороны, под влиянием тяжести внутренности будут переходить в брюшную полость, и при таком приеме, если нет спаек содергимого грыжевого мешка со стенками мешка, более всего шансов на перевод грыжи из невправимой во вправимую. Этот прием является несравненно более целесообразным и деликатным, чем такие грубые приемы, как накладывание мешков с дробью и т. п. С другой стороны, рекомендуемый мною прием, производимый систематично и с выдержкой, в случае удачного перевода грыжи во вправимую как нельзя лучше подготовляет брюшную полость, отвыкшую от ушедших из нее внутренностей, к приему их обратно. Этим самым устраняется одна из самых тяжелых послеоперационных опасностей—шок, вызываемый неожиданным вправлением внутренностей при операции из грыжевого мешка в брюшную полость.

Для иллюстрации сказанного приведу следующий случай, имевший место в моей практике:

Больная З Г., 34 лет, крестьянка Мамадышского у., Казанской губ., поступила в Малмыжскую земскую больницу 3 II 1914 с жалобой на причиняющую ей большие страдания паховую грыжу.

Анамнез. Пациентка считает себя больной около 8 лет, когда впервые заметила в правом паху после подъема тяжесть, при явлениях местной болезненности, опухоль, появляющуюся при стоянии и ходьбе и исчезающую при лежании. С тех пор опухоль уже не пропадала и стала быстро увеличиваться. Больших размеров грыжа достигла в течении первых 4 лет и первое время вправлялась более или менее легко. Постепенно вправление становилось все затруднительнее, и за последние два года грыжа не вправляется

совершенно. Только год тому назад обращалась в одну из казанских больниц, но от предложенной ей операции отказалась. Наличность грыжи мешает больной нести тяжелую крестьянскую работу. Ей приходится носить самодельный мешок с подвязками на шее и к поясу. Пациентка—замужняя женщина. Замуж вышла 15 лет назад. Перенесла 3 беременности. Родила 3-х детей своевременно. Менструирует правильно. Последние три года половую жизнь не живет. Наличность грыжи угнетает больную: кроме того, что она мешает ей нести физическую работу, она причиняет ей значительные физические страдания,—во время ходьбы у больной часто появляются тянувшие, тупые боли по всему животу; кроме того, больная в продолжение последнего года страдает упорными запорами, жалуется на головокружение и головные боли. Со стороны мочеиспускания уклонений от нормы не имеется. Пациентке предложено оперативное лечение, на которое она и согласилась.

Status praesens. Больная среднего роста, питания удовлетворительного. Кожа и слизистые оболочки бледны. Подкожный жир развит недостаточно. Со стороны легких и сердца уклонений от нормы не обнаружено. Печень заметно опущена. Имеется подвижность правой почки. При исследовании половой сферы матка найдена в положении антэфлексии, правый яичник немного увеличен. Стенки живота очень дряблы. Окружность живота — 80 сант. У больной имеется грыжевая опухоль, исходящая из правой паравертебральной области, закрывающая наружные половые органы и спускающаяся до нижнего края надкостинной чаши. Окружность грыжи у основания равняется 36 сант., у места наибольшего расширения — 63 сант. Длинник — 40 сант. При опупывании в ней ясно определяется наличность кишечных петель. При надувании толстых кишок причастности их к грыжевому мешку не обнаружено. В задней стенке мешка найдено плотное образование величиной с куриное яйцо. Кожа в области грыжи с сильно развитыми венами, в местах соприкосновения с бедрами — экзематозна. Попытки вправить грыжу как в обычном положении, так и при положении с поднятым тазом ни к чему не привели.

4/II. Больной предложена операция.

5/II. Дано слабительное (ol. ricini). Чай, бульон, белые сухари, 2 яйца. Вечером клизма.

6/II. Больная уложена на операционный стол в положении по Trendelenburgу, в каковом ей в продолжении 15 мин., споднятым кверху грыжевым мешком, производили попытки осторожного вправления внутренностей. Больная легко перенесла сеанс. Бульон, яйца, белый хлеб, pal r. rhei, 0,3 два раза в день.

7/II. Сеанс повторен в том же положении больной. Пульс при попытках вправления заметно замедлялся.

8/II. 9/II. St idem.

10/II. Во время сеанса вправления в положении больной по Trendelenburgу получилось впечатление, что грыжа подалась, и незначительная часть внутренностей вправилась в брюшную полость.

12/II. В положении больной по Trendelenburgу измерена

окружность живота в начале сеанса и в конце сеанса; при этом констатировано, что окружность живота в конце сеанса оказалась на 7 сант. больше. Пульс замедлялся с 70 до 60 ударов в минуту. Результаты измерения окружности живота и изменения пульса дают право думать, что субъективное ощущение вправимости грыжевых внутренностей находит себе обективное подтверждение.

13/II. Больная подверглась сеансам вправления два раза — утром и вечером.

14/II—16/II. St. idem.

1/III. Больная держится на легкой диете, почти все время находится в постели. Сеансы вправления производятся дважды ежедневно — утром и вечером.

2/III Впервые удалось, в положении больной по Trendelenburg'yu, вправить грыжевые внутренности полностью и установить, что грыжевые ворота свободно пропускают четыре пальца. Попытка вправить внутренности при обычном горизонтальном положении больной не удалась. Окружность живота по вправлению равнялась 91 сант. Живот был напряжен. Пульс равнялся 65.

3/III. St. idem.

14/III. Больная чувствует себя удовлетворительно. Сделана попытка вправить внутренности в обычном положении больной. Больной ставится ежедневно клизма.

5/III—7/III. St. idem.

8/III. После вправления внутренностей в положении по Trendelenburg'yu удалось вправить внутренности и в обычном положении больной.

9/III. St. idem.

12/III. Больная сама впервые в постели вправила себе внутренности грыжи и удерживала их кулаком.

25/III. Сеансы вправления в положении по Trendelenburg'yu производились ежедневно. Кроме того, больная часто сама вправляла внутренности. При вправлении внутренностей яйцевидная опухоль в области задней стенки грыжевого мешка не вправлялась, и была очевидна спаянность ее со стенкой мешка. Кожа грыжевого мешка за этот период подлечена.

26/III. Больная готовится к операции. Есть не дается. Дано слабительное. Вечером клизма.

27/III. Утром ванна. Под хлороформым наркозом произведена операция. Разрез параллельно Роярагт'ю своей связке, длиной 15—16 сант. У шейки грыжевой мешок был обойден кругом, и после вправления внутренностей на него наложен жом. Предварительно было выяснено металлическим катетером отношение к грыжевому мешку мочевого пузыря, которого в грыжевом мешке не оказалось. Грыжевой мешок ниже жома перерезан. После этого на культю мешка было наложено 8 матрацных швов (шельк). Жом снят. Затем от нижнего конца кожного разреза сделан круговой разрез послойно у основания всего грыжевого мешка. Мешок с кожей ампутирован. Закрытие пахового канала произведено с пластикой по Вегегу,

т. е. 1) mm. obliqu. abdom. inter. подшиты к Рогартовой связке; 2) разрез и образование наружного и внутреннего доскутов из влагалища т. recti; 3) наружный листок подшип к Рогартовой связке; 4) внутренний листок сшит с наружным листком апоневроза наружной косой мышцы; 5) над ними пришит внутренний листок апоневроза. Кожа зашита флорентийскими нитями \*).

28/III. Т° нормальна Самочувствие удовлетворительное. Пульс 80.

30/III. Перевязка. Дренаж заменен тампоном.

1/IV. Дано слабительное. Т° и пульс нормальны.

9/IV. Перевязка. Сняты все швы. Из нижнего угла раны выделения незначительны.

10/IV. Перевязка. Рана закрылась.

12/IV. Больной позволено вставать,

15/IV. Больной позволено ходить.

19/IV. Больная чувствует себя хорошо, болей в животе и в области раны не ощущает. Иногда больную слабит самостоятельно. Окружность живота равняется 90 см.

В 1918 году, в бытность в Малмыже, мне удалось узнать, что пациентка в 1915 г. исполняла все полевые работы, к концу года родила, причем в период беременности у нее появилась небольшая грыжевая опухоль в левом паху. Дальнейших сведений о больной не имею.

Таким образом путем ежедневных сеансов вправления грыжи, считавшейся невправимой, в положении больной по Trendelenburg'у, мне удалось через месяц вправить все внутренности грыжи в брюшную полость. В дальнейшем брюшная полость ежедневно тренировалась вправлением грыжевых внутренностей в продолжении трех недель до операции. Думаю, что успешным исходом данного случая я обязан именно постепенному, выдержанному подготовлению брюшной полости к приему внутренностей грыжи.

### Л и т е р а т у р а.

- 1) Goldner. 800 Radicaloperationen und deren Dauerresultate. Archiv für klin. Chir., Bd. 98. 2) Боратынский. 250 грыжесечений. Русский Хир. Арх. в. 1904. 3) Крымов. Учение о грыжах. 1911. 4) M a d e l u n g. Die Behandlung der übergrossen Hernien. Arch. f. clin. Chirurg., Bd. 74. 5) Kocher. Учение о хирургических операциях. Русск. изд. 2, 1911. 6) Hoeftman. Behandlung irreponibler Hernien Zeitschr. f orthop. Chir., Bd. 18. (Цит. по Крымову.).

\* Опухоль в задней стенке при исследовании оказалась фибромой, исходившей из стенок мешка.