

ковые не имеют под собой видимой анатомической подкладки. Возможно, что здесь имели место явления психогенного характера, как об этом можно было предположить на основании отдельных восклицаний бой.

Клиническая картина острого аппендицита может быть чрезвычайно разнообразна и зачастую мы не имеем всех ярких симптомов данного заболевания. Картина крови также не всегда может дать нам представление о характере процесса, происходящего в брюшной полости. Во всяком случае неполный симптомокомплекс не должен останавливать операции в ранние часы заболевания. „Лучше удалить здоровый червеобразный отросток“, говорит Дивер, „я излечить больного, чем удалить тяжело пораженный отросток и потерять больного“. Проявив это положение, мы и подойдем к намеченному идеалу.

Выводы: 1. Все больные остр. апп., как правило, должны подвергаться оперативному лечению в первые 48 часов, ибо только таким образом можно предотвратить тяжчайшие осложнения и тем самым приблизить % смертности к 0.

2. В межут. и позднем периодах больные должны проводиться консервативно, подвергая их оперативному лечению в этих периодах лишь при прогрессирующих явлениях.

3. При наличии абсцесса оперативное вмешательство должно быть ограничено только вскрытием его.

Литература: 1) Н. М. Волкович Аппендицит, желчнокам. б., туберкул. перитонит. 1926 г. — 2) Н. А. Вельяминов. Русский врач, 1910, № 43. — 3) Г. В. Алипов Новая хирургия, 1926 г., т. II. — 4) Н. В. Соколов. Казан. мед. жур., 1928 г., № 7. — 5) М. П. Шаткинский. Каз. мед. журн., № 7—8, 1929 г. — 6) Н. Н. Боляровский. Русский врач, № 45, 1912 г., № 34, 1913 г. — 7) Г. В. Алипов. Нов. хир. арх., т. II, кн. 3. — 8) А. Д. Очкин. Русская клиника, 1924 г. — 9) Труды I и II Всеукраинск. съездов хирургов в 1926, 1927 гг. — 10) Труды IX, XII съездов Российских хирургов в 1909, 1912 гг. — 11) С. М. Рубашев. Аппенд. и его влияние на заболел. орган. брюш. полости. 1928 г. — 12) Н. Н. Назаров. Нов. хир. арх., т. III, кн. 2, 1923 г. — 13) М. Б. Юкельсон. Ibid., т. XI, кн. 4, 1927. — 14) Н. Н. Милостанов. Вест. хир. и погр. обл. 1928 г., № 41. — 15) Драчинская. Ibid., № 43—44, 1928. — 16) Минк. Ibid., № 52, 1929. — 17) Брегадзе. Нов. хир. арх., № 75, 1929 г. — 18) Petrócn. Иор. реф. во Врач. газ. № 2, 1930 г. — 19) Бир, Браун, Кюммель 1929 г., т. III (русский перевод). — 20) Reschke. Deutsch. Zeitsch. f. Chir. 1926, Bd. 197, № 1—6. — 21) Jungbluth. Zentralblatt f. Chir. 1930, № 11.

Из Хирургической клиники Казанского государственного института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина. (Директор проф. В. Л. Боголюбов).

К технике операций при ущемленных грыжах.

Ассистента **Б. Е. Панкратьева.**

(С 2 рис.)

Различные формы ущемленных грыж—это одно из самых частых заболеваний, когда приходится прибегать к немедленному оперативному вмешательству. При огромном количестве производящихся в этих случаях грыжесечений, где оперативная техника разрабатывается с древних времен, на первый взгляд кажется, что здесь уже сделаны все усовершенствования, какие только возможны.

Я не буду здесь касаться критики того или иного способа оперативного вмешательства, вообще, а остановлюсь только на одной детали этой операции, а именно: на вопросе о наиболее безопасном способе операции при ущемленных грыжах вне зависимости от той или иной их патолого-анатомической формы—паховые, бедренные, пупочные и др. грыжи. В данном случае вопрос о рассечении ущемляющего грыжевого кольца имеет большое практическое значение и, как известно, Ронх предложил свой герниотом, представляющий собою попытку облегчить основную задачу хирурга—рассечение ущемляющего грыжевого кольца, которое сдавливает выпавшие внутренности—петли кишок, сальник и т. д.

Однако, необходимо отметить, что до сего времени эта задача не разрешена, и ценность герниотома Ронх оказалась не очень высокой. При всей видимой целесообразности этого инструмента, применение его сопряжено с огромными опасностями, которые иногда могут стоить жизни больному. Введение герниотома в грыжевое кольцо при ущемленной паховой, бедренной, пупочной и др. грыжах в то время, когда все ущемленные в нем внутренности напряжены и часто воспалены, представляет известную опасность в виду возможного ранения этих внутренностей. Эта опасность еще более увеличивается, когда герниотом приходится поворачивать для рассечения самого грыжевого кольца. В этом случае легко произвести случайное ранение кишки или сальника и т. д. Опасность здесь вполне реальна, и иногда наблюдаются в результате ранения выпавших внутренностей роковые последствия вплоть до острого гнойного перитонита и смерти. Мне известны случаи, когда герниотом в руках достаточно опытного хирурга два раза привел к смертельному исходу у больных, оперированных по поводу ущемленных грыж. Ранение кишки часто, несмотря на все принятые необходимые меры, приводит к загрязнению каловыми массами операционного поля и брюшной полости, что нередко ведет к гнойному перитониту и к смерти. Конечно, это уже крайние случаи, но ранение кишки при применении герниотома всегда надо предвидеть и надо быть крайне осторожным при пользовании им. Его отрицательное его свойство, очевидно, и служит причиной того, что применение его не пользуется широким распространением.

Рассечение же грыжевого кольца ножницами различной формы или скальпелем даже, если какой-либо из этих инструментов подводится к грыжевому кольцу по зонду Кохера или по иному какому-нибудь зонду, по пальцу и т. д., также иногда встречает известное неудобство не только при малых грыжах, но и при больших, когда внутренности резко выпячиваются из вскрытого грыжевого мешка и препятствуют безопасной работе. Большие опасности встречаются при операции у тучных лиц, особенно при ущемлении толстых кишок, обильно покрытых жиром—*appendices epiploici*, которые еще более затрудняют рассечение грыжевого кольца. Всегда имеется опасность ранения выпавших внутренностей, что является, как отмечено выше, неприятным, а подчас и тяжелым осложнением. В таких случаях все зависит от того, что зонд Кохера или другой какой-либо подобный ему инструмент анатомически не приспособлен к условиям, имеющимся при наличии ущемленной грыжи, и это обстоятельство побудило меня к данной работе, направленной к рационализации техники производства операции при ущемленной грыже.

На основании всего вышесказанного для устранения неизбежных опасностей при операции по поводу ущемленных грыж и для упрощения оперативной техники мною сконструирован особый инструмент—*грыжевой предохранитель* (рис. № 1 и № 2). Этот инстру-

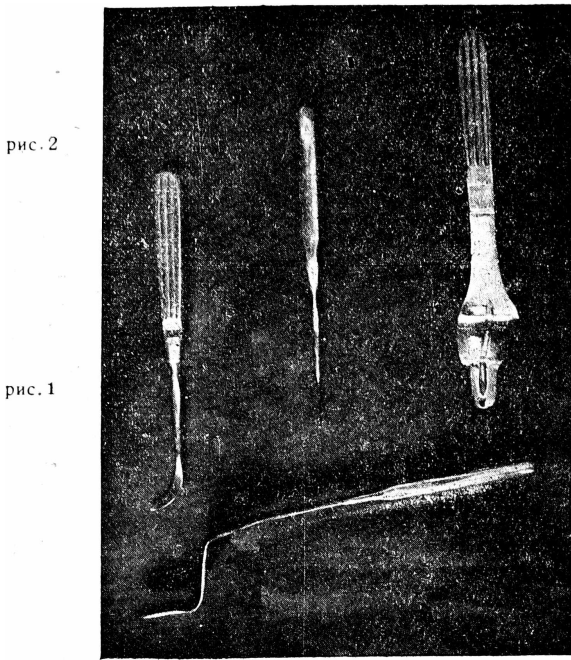


Рис. 1—вид герниотома сбоку. Рис. 2—вид герниотома спереди. Рис. 3—грыжевой предохранитель № 1 (вид спереди). Рис. 4—грыжевой предохранитель № 2 (вид сбоку). Рис. (1-4) представляют 1/6 норм. величины оригина. инструментов).

рис.

рис. 4

мент мною сконструирован на основе строгого учета анатомических особенностей строения грыжевого кольца, а также на основе учета и того обстоятельства, что мы при ущемленной грыже имеем дело с выпавшими внутренностями, которые при операции должны нами тщательно оберегаться от возможных случайных ранений и которые, поэтому, должны быть тщательно защищены при производстве наиболее опасной части операции— во время рассечения ущемляющего грыжевого кольца. Как видно из рисунка, грыжевой предохранитель предстает

собой металлическую пластинку, изогнутую в виде буквы „S“, причем один ее конец укреплен на ручке, а другой конец—свободен; он—

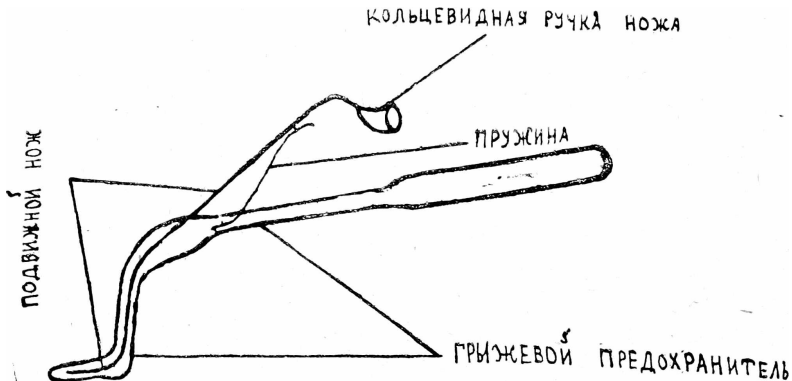


Рис. № 5. Автоматический герниотом. (Схема представляет 1/6 норм. величины оригина. инструмента).

узок. Свободная часть грыжевого предохранителя вводится в грыжевое кольцо. По передней поверхности грыжевого предохранителя проложен

желобок, не достигающий до его конца, как это видно на рисунке. По этому желобку, после того как инструмент введен в грыжевое кольцо, проводится сконструированный мною специальный *герниотом* (рис. № 3 и № 4), который представляет собой длинный крючковидный нож, острый на вогнутой стороне и тупой на выпуклой. Этот герниотом проводится по желобку предохранителя и совершенно безопасно при его помощи производится до желаемого предела разрез грыжевого кольца.

Придавая различные углы изгибу свободного конца грыжевого предохранителя по отношению к углу изгиба режущей части герниотома, я достигаю того, что при проведении герниотома по желобку грыжевого предохранителя он как бы автоматически уже производит рассечение грыжевого кольца. Дальнейшее же его расширение можно при помощи этих же инструментов увеличить до размеров, необходимых в каждом конкретном случае, в зависимости от желания и необходимости.

Грыжевой предохранитель, после того как он плотно вставлен в грыжевое ущемляющее кольцо, своим свободным концом, находящимся в грыжевом канале, абсолютно предохраняет ущемленные в нем внутренности от возможного их ранения, так как мой герниотом во время рассечения грыжевого кольца идет все время строго по сделанному для него желобку. Широкий же конец предохранителя, идущий к ручке и имеющий вогнутость на своей внутренней поверхности, удерживает выпавшие из брюшной полости внутренности, которые всегда надо предварительно прикрывать марлевой салфеткой, под подъемником, что создает полную ясность картины грыжевого канала. ввиду того что ущемленные внутренности будут располагаться под подъемником. Узкий же свободный конец грыжевого предохранителя также имеет выпуклость снаружи, соответствующую форме грыжевого кольца, и вогнутость на нижней поверхности, под которой находятся внутренности, ущемленные в самом грыжевом кольце. Как отмечено выше, при рассечении грыжевого кольца узкая свободная часть грыжевого предохранителя должна плотно прилегать к грыжевому кольцу.

В зависимости от размеров грыжи и ущемляющего грыжевого кольца применяется грыжевой предохранитель разных размеров. Для этого мною сконструировано два предохранителя, где малый—это № 1, а № 2—большой предохранитель. Конечно, можно изготовить и другие номера инструмента по его величине, но для обычной работы этих двух инструментов-предохранителей при наличии одного-двух моих герниотомов вполне достаточно для операции при грыжах всяких видов и размеров. Необходимо отметить, что грыжевой предохранитель № 1 обычно применяется при небольших бедренных, паховых грыжах и др., а предохранитель № 2 применяется при больших грыжах.

При отсутствии моего герниотома для рассечения грыжевого кольца можно совершенно безопасно, хотя и не так удобно, пользоваться ножницами или обычным скальпелем, устанавливая один из этих режущих инструментов в желобок предохранителя, и рассекая по нему грыжевое кольцо.

Как видно теперь из описания предлагаемых мною инструментов, техника применения их очень проста. Производится по общеизвестным правилам тот или иной кожный разрез над ущемившейся грыжей; затем вскрывается грыжевой мешок и осматривается его содержимое. Под пе-

редний отрезок грыжевого кольца левой рукой осторожно подводится со стороны вскрытого грыжевого мешка грыжевой предохранитель, которым захватывается сразу вся толща кольца, причем ущемленные внутренности не травмируются ввиду того, что свободный конец грыжевого предохранителя приспособлен к анатомическим условиям данной области. Ущемленные же внутренности будут находиться под грыжевым предохранителем, покрытые марлевой салфеткой; грыжевой предохранитель должен быть плотно вставлен в грыжевое кольцо. После этого по его желобку под грыжевое кольцо правой рукой подводится мой герниотом и им рассекается это кольцо, насколько это необходимо.

К моему грыжевому предохранителю можно присоединить, вместо вышеописанного герниотома моей конструкции, подвижной изогнутый нож на шарнире, как это изображено на рис. № 5. Этот нож должен помещаться в желобке вышеописанного грыжевого предохранителя и удерживаться при помощи пружины в закрытом состоянии. Это будет наиболее усовершенствованный прибор—*автоматический герниотом*. При закрытом ноже после вскрытия грыжевого мешка этот автоматический инструмент вводится в грыжевое кольцо и плотно в нем устанавливается. После того как он своим свободным узким концом надлежащим образом фиксирован в грыжевом кольце, большим пальцем руки, удерживающей этот инструмент, надо нажать на подвижной нож и, благодаря этому, будет получено автоматически рассечение ущемляющего грыжевого кольца. Вся техника операции проводится обычным путем. По желанию хирурга можно регулировать величину и направление разреза, придавая то или иное положение этому автомату и изменяя, по мере надобности, силу давления на подвижной нож, укрепленный на этом инструменте.

В заключение я должен отметить, что пользование этими моими инструментами—грыжевым предохранителем и герниотомом или автоматическим герниотомом—дает полную возможность быстро и безопасно производить операцию при различных формах ущемленных грыж. Эти инструменты облегчают работу хирурга и значительно ускоряют время производства самой операции и, таким образом, содействуют делу рационализации в области хирургии.

Из Днепропетровского областного института охраны материнства и детства (Директор д-р. А. А. Г а б и н о в, научный руководитель проф. А. В. Х о х л о в).

Опыт обезболивания момента прорезывания головки— —„Durchtrittsnause“¹⁾.

(Предварительное сообщение).

Д-ра Р. М. Гуртовой.

Обезболивание родового акта, несмотря на значительную литературу по этому вопросу и обилие экспериментальных и клинических наблюдений, представляет собою еще далеко неразрешенную задачу, которая тем не менее настоятельно требует разрешения, ибо современная

¹⁾ Доложено в засед. Днепр. акуш. гинеколог. об-ва 14/IV 1930 года.