

## Отдел III. Из практики.

Из хир. отд. Областной б-цы в г. Нальчике.

### К оперативному лечению грыж пупочного канатика.

С. В. Боголепов.

*Hernia funiculi umbilicalis*, грыжа пупочного канатика, является пороком развития,—следствием недоразвития брюшных покровов в области пупка, „тогда как брюшина представляется уже сформировавшейся“ (Тихов).

Грыжи пупочного канатика встречаются не часто—1:2000 (Rosenberger), 3000—5000 новорожденных (Тихов). Так как при больших грыжах пупочного канатика при консервативном лечении может последовать некроз, гангрена, перитонит, то обычно такие грыжи оперируются. Смертность при оперативном вмешательстве по Lotheisen'y 29,4%, при консервативном лечении—65,2% (Маслов). По Hansson'y на 50 сл. радикальных операций получилось 33 излечения (Rosenberger).

Большое значение имеет время, прошедшее от момента рождения до операции. Более благоприятен исход операции тогда, когда еще не наступило гнилостного разложения и инфекции пуповины и когда еще ущемление петли кишечника в узком кольце не вызвало изменения в выпавших органах.

Предсказание плохое при нахождении в грыжевом мешке всех внутренностей при небольшой брюшной полости. В таких случаях трудно вместить все внутренности и, особенно, печень, которую в таких случаях предлагают частично резецировать (Arndt и Runge).

Лучшие результаты получаются от операции, предпринятой в первый же день, особенно там, где имеется ущемление грыжи. Операция, произведенная в первые 24 часа, дает 10—15% смертности, произведенная после 24 часов—30% (Delaglade) (прив. по Крымову).

В 1927 г. мною были оперированы 2 сл. грыжи пупочного канатика.

1-й сл. 5/X 1927 г. в хир. отделение был доставлен родившийся в 12 часов ночи 4/х ребенок Булгакова Евгения. Отцом было сообщено, что „у ребенка из живота выпали кишки“. У матери ребенка эти роды по счету третьи. Первые роды двойнями—преждевременные. St. praes. Ребенок хорошо развитой, доношенный, ни каких отклонений от нормы отдельные части тела не представляют. В области же пупка (см. фот. 1) имеется грушевидная опухоль, довольно плотная, на ко-



Рис. 1. Грыжа пупочного канатика. Опер. 6/X 1927 г.  
Ребенок Б-ва на 33-м часу после рождения.

торой имеется отрезок перевязанной пуповины и мешок из прозрачной водной оболочки (amnion), содержащий в себе слегка желтоватую жидкость и свисающий в сторону. Опухоль покрыта также еще прозрачной оболочкой. Через оболочки можно видеть петли кишек. Последние при легком надавливании в брюшную полость не вправляются. Из-за опасности надрыва тонких оболочек попыток к выправлению не было предпринято.

На 33-м часу от рождения б/х была произведена операция под хлороформом. Тонкая водная оболочка и такой же тонкий грыжевой мешок были вскрыты. В грыжевом мешке находилась петля тонкой кишки длиной около 15 см. темноватого цвета с кровоизлияниями на стенках. Во многих местах у кишки имелись склейки с грыжевым мешком. Эти склейки удалось постепенно раз'единить. Жидкость в мешке водной оболочки мутновата. Грыжевое кольцо было рассечено в поперечном направлении влево. Грыжевой мешок был прошит и удален. Также была удалена и водная оболочка с остатками пупочного канатика. Края грыжевого отверстия были освежены и сшиты. Далее был наложен шов на кожу.

Ребенок провел в больнице после операции двое суток. Общее состояние ребенка при выписке было хорошее. По желанию родителей ребенок 8/х направлен в районную больницу.

15/х получено письмо от отца ребенка, в котором он извещает, что, по прибытии из больницы, у ребенка в течение двух дней наблюдались судороги, но что в данное время ребенок здоров.

На 3-м месяце родители стали замечать увеличение головы. В дальнейшем у ребенка развились явления hydrocephalus'a.

2-й сл. 16/XII 1927 г. был доставлен в хирург. отд. ребенок Алиева, родившаяся 14/XII, по поводу „опухоли живота“. St. praes. Больная в области пупка (см. фот 2)



Рис. 2. Грыжа пупочного канатика. Опер. 16/XII 1927 г.  
Ребенок А-ва на 45-м часу после рождения.

имеет опухоль размерами немного меньше головы самого ребенка. Покров опухоли серовато-белого цвета. Перевязанная пуповина гангренифицирована и держится на этой опухоли. При операции под хлороформом на 45-м часу от рождения в грыже были найдены вся печень и петли тонких кишек. Печень чрезвычайно увеличена и застойна, сращена с грыжевым мешком. При отделении грыжевого мешка поверхность печени кровоточит. С большими усилиями в небольшую полость живота была заведена печень, после рассечения пупочного кольца в поперечном направлении. Водная оболочка и пупочный канатик удалены, а также и грыжевой мешок. Шов на брюшину. Края брюшного отверстия освежены и зашиты. Шов на кожу. Через 1 час после операции exitus.

Как уже указано было выше величина грыжи, время, протекшее от рождения ребенка, инфекция—все это влияет на исход операции. В первом нашем случае операция оказалась успешной, несмотря на то, что петля кишки испытывала некоторое ущемление в брюшном отверстии. Ребенок перенес операцию хорошо. В дальнейшем у ребенка развились явления водянки головного мозга.

Во 2-м случае, более позднем и более тяжелом по своему характеру, с выпадением печени и петель кишек, последовал летальный исход.

Вероятно, здесь имелось, в виду малой емкости брюшной полости, большое давление на диафрагму со стороны введенных в полость живота кишек и печени. К этому следует присоединить и хлороформный наркоз.

Вообще у ослабленных детей спустя 1 сутки и при большом выпадении внутренних органов операция является опасной.

Однако, само состояние ребенка является тяжелым и выжидательное лечение дает большую смертность, чем оперативное вмешательство, особенно, если оно предпринято в первые сутки. Наш первый случай это подтверждает. Даже по истечении суток можно получить благоприятный результат от операции.

Из Семипалатинской акушерско-гинекологической больницы.

## Два случая образования искусственного влагалища.

Д-р Л. Н. Соболев.

Образование искусственного влагалища при отсутствии его, как врожденном, так и приобретенном,—является операцией сравнительно молодой и все методы оперирования не получили еще должной оценки, но все же, даже и в русской литературе, операция эта насчитывается десятками. Если же к этому числу добавить еще случаи неудачные, которые, несомненно, часто не опубликовываются, то получается довольно значительное число. Большинство операторов склоняется больше к методу оперирования по Baldwin-Mori, который приобретает все больше прав на первенство. Встретившись недавно с двумя случаями отсутствия влагалища, я решаюсь опубликовать их не для того, чтобы сделать оценку методов, а для того, чтобы поделиться теми впечатлениями, которые я пережил, оперируя оба случая один за другим по разным методам: один по Baldwin-Mori, другой по Шуберту-Попову.

Перехожу к историям болезни:

1) Б. В. (ист. 6. № 1816), 18 лет, поступила в заведываемую мною больницу 14/VII-1930 г. с диагнозом *atresia vaginae congenita et hypoplasia uteri*. Больная — крестьянка, недавно развелась с мужем из-за невозможности половой жизни. В анамнезе — ничего особенного, *menses* нет, с 14 лет стали расти груди и появились волосы на половых частях. Развита вполне нормально, наружные половые части нормальные, но за гименом хода в вагину нет. *Per rectum*: хорошо развитые яичники, вместо матки небольшой тяж, идущий поперечно. До операции назначена молочная диета, салол, висмут.

19/VII операция по Baldwin-Mori-Costantini. Первая часть операции шла под спинномозговой анестезией (3 к. с. 5% новокаина), полостная часть — под хлороформом (40,0). Длительность — 1 ч. 40 минут. Разрез вертикальный между краями гимена, длиной 4 см., заходящий немного на промежность. Тупым путем проделан ход в клетчатке до брюшины толщиной в палец и загампонирован марлей. Затем лапаротомия. От слепой кишки, отступя сантиметров 35, иссечен отрезок тонкой кишки, величиною в 30 сантиметров. Оба конца иссеченного отрезка закрыты швами (сначала простым, потом кететным). Непрерывность кишечника восстановлена швом бок в бок, так что получилось нечто вроде двухствольного ружья, концами обращенного вперед. Тщательно следилось, чтобы брыжейка не рассеклась, и ни один сосуд не был бы поврежден. Затем от рудимента матки, который имел вид валика, была отпрепарована брюшина пузыря и частью тупо, частью острым путем удалось дойти до образованного канала. Выделенная петля была захвачена посередине (проколов брыжейку) марлевой полоской и за нее корнцангом, введенным со стороны половой щели, протаски надо входа во влагалище. Отпрепарованная брюшина была слабо зашита вокруг низведенной петли, в брюшную полость влит эфир и она закрыта наглухо. Немедленно после этого петля кишки была вскрыта и края ее пришиты к краям входа в вагину. Марлевая полоска, чтобы петля не ушла вверх, завязана туго над валиком, приложенным у входа в ва-