

ЛИТЕРАТУРА

1. Бари А. А. ЖУНГБ, 1938, 6. — 2. Белкина Н. П. ВОРЛ, 1960, 1. — 3. Гольдштейн М. А. ВОРЛ, 1949, 2. — 4. Земцов Г. М. В кн.: Тез. докл. 4-й науч. сесс. Центрального научно-иссл. ин-та по бол. уха, горла и носа, 1948, 9—10; Вест. рентгенол. и радиол., 1952, 6. — 5. Иванова-Подобед С. В. Сов. хир., 1932, т. 3, 1—2; В кн.: Рентгенология и онкология. Харьков, 1937. — 6. Ишукова А. К. и Калашникова В. В. В кн.: Труды Омского отделения Всесоюзного о-ва оториноларингологов, Омск, 1960. — 7. Ковалевич В. М. В кн.: Сб. научн. трудов Ростовского мед. ин-та, кн. 11, 1959. — 8. Лозанов Н. Н. Сб. науч. докл. Казанского оториноларингологического общества, Казань, 1946. — 9. Михелович М. С. ВОРЛ, 1958, 2. — 10. Норейко Е. А. ВОРЛ, 1958, 3. — 11. Пяткина О. К. ВОРЛ, 1950, 6. — 12. Подоляк Г. А. ВОРЛ, 1961, 4. — 13. Розенблат М. С. и Балабан И. Я. ЖУНГБ, 1939, 4—5. — 14. Тальвин М. И. Сб. тр. Ленинградского научно-практического ин-та по бол. уха, носа, горла и речи. Л., 1940. — 15. Френкель Ю. А. и Тавинин Г. М. Вестник риноларинго-отитри. 1931, 3—4. — 16. Фридман С. М. ВОРЛ, 1940, 4—5. — 17. Шапиро М. Я. ВОРЛ, 1957, 2, 25—30. — 18. Яралов С. Н. ЖУНГБ, 1934, 4. — 19. Lenk R. Fortschritte a. d. G. der Röntgenstrahlen, 1923—1924, Bd. 31, 5—6. — 20. Manges W. Am. J. Roentgenology and Radium-Theraphy. 1927, v. 17, 1. — 21. Schlemmer F. Oesophagus Fremdkörper. Denker—Kahler's. Handbuch. 1929, 9, 10. — 22. Spiess G. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. 1925, Bd. 33, H. 2. — 23. Wilson W. British Med. J., 1925, № 3353.

Поступила 2 июля 1962 г.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОСТЫХ СПОСОБОВ ПАХОВЫХ ГРЫЖЕСЕЧЕНИИ

А. И. Барышников

Кафедра госпитальной хирургии (зав.— проф. А. М. Аминев)
Куйбышевского медицинского института

Несмотря на значительные успехи в области оперативного лечения паховых грыж, его результаты нельзя считать вполне удовлетворительными. Об этом свидетельствуют возникающие вследствие грыжесечений повреждения кишечника, мочевого пузыря, атрофия яичка и рецидивы.

Для проверки эффективности простых способов паховых грыжесечений и рациональности их применения нами изучены ближайшие результаты 3296 операций и прослежены отдаленные исходы 1979 грыжесечений. Среди оперированных мужчин было 1645 (86,8%), женщин — 250 (13,2%). На 1979 операций у 1895 обследованных установлено 180 рецидивов (9,1%).

Подтверждается общеизвестный факт, что рецидивы грыж с возрастом прогрессивно увеличиваются. 81,2% возвратов возникло в течение первого года с момента операций, 12,2% — на протяжении второго и третьего года и 3,9% — после трех лет; в 2,7% срок появления рецидивов не указан. У оперированных с продолжительностью заболевания до 2 лет возвраты наблюдались в 7,5%, от 3 до 5 лет — в 11,5%, от 6 до 10 лет — в 15,2% и свыше 10 лет — в 18,5%.

Рецидивы прямых грыж нам встречались в 2 раза чаще, чем косых. Рецидивные грыжи дали 19,4% возвратов, ущемленные — 9,8%, свободные (первичные) — 6,1%, врожденные — 5,4%. После операций по поводу малых грыж отмечено 6,5% рецидивов, средних — 13,4% и больших — 27%. У больных с шириной паховых отверстий, равных пальцу, возвраты грыж наблюдались в 6,2%, двум пальцам — в 9,7%, трем пальцам — в 13,1% и более, чем трем пальцам, — в 20,7%.

По способу Спасокукоцкого сделано 897 операций, давших 73 рецидива — 8,2%, по методу Ру—Оппеля соответственно 480 и 46 (9,6%); по Жирану — 429 и 38 (9%). У тех, кто оперирован по способу Мартынова, возвраты грыж не встречались. Ввиду незначительного числа наблюдений эти данные нельзя считать вполне убедительными. Однако если принять во внимание сведения С. З. Горшкова, получившего у 374 оперированных по методике Мартынова 5,4% рецидивов, то и наши данные приобретают реальное значение.

Для определения степени травматичности паховых грыжесечений нами изучалось состояние кремаштерных рефлексов как до операции, так и в послеоперационном периоде и в отдаленные сроки наблюдения (от 6 месяцев до 11 лет). Полученные данные подтверждают концепцию проф. А. М. Аминева о том, что при менее травматичных способах паховых грыжесечений мышцы, поднимающие яичко, повреждаются реже, чем после применения более травматичных методов операций. Это подтверждается, в свою очередь, частотой восстановления кремаштерных рефлексов в послеопе-

рациональном периоде. Так, например, у оперированных по Ру — Оппелю кремастерные рефлексы нами установлены в 78,6%, среди оперированных по способу Спасокукоцкого — в 68,8%, у перенесших грыжесечения по методу Жирара — в 66,8% и после операций, выполненных по Бассни, — в половине случаев. Мы полагаем, что состояние кремастерных рефлексов у оперированных по поводу паховых грыж может быть использовано в качестве критерия в оценке степени травматичности способов паховых грыжесечений.

Многолетние наблюдения за оперированными по поводу паховых грыж привели нас к убеждению, что операции без надлежащих показаний дают на 3—4% рецидивов больше, чем те же способы грыжесечений, но примененные по определенным показаниям.

У наблюдаемых нами больных с узким паховым промежутком, у которых брюшные мышцы располагались близ пупартовой связки и были пришиты к ней без натяжения, самые благоприятные результаты получены после операций по способам Жирара и Спасокукоцкого. Эти же методы грыжесечений дали более высокий процент рецидивов у больных с широким паховым промежутком. Эффективность применения приведенных способов при указанных условиях мы объясняем свободным положением брюшных мышц, исключаящим их натяжение и до некоторой степени атрофию.

Несмотря на сходство способов Жирара и Спасокукоцкого, нельзя забывать о преимуществах последнего. В способе Жирара брюшные мышцы и апоневроз наружной косой мышцы живота пришиваются к паховой связке последовательно, отдельно, в два приема, двухэтажными швами. В методике Спасокукоцкого апоневроз и подлежащие мышцы сшиваются с пупартовой связкой одновременно единым сухожильно-мышечным пластом, однорядными швами. При этом исключается необходимость наложения лишних швов, меньше травмируется пупартова связка, и достигается более значительное укрепление пахового канала.

У мужчин с хорошо выраженным апоневрозом наружной косой мышцы живота с широким паховым промежутком, у которых внутренняя косая и поперечная мышцы далеко отстояли от пупартовой связки и не могли быть к ней пришиты без натяжения, применялся способ Мартынова, давший хорошие как ближайшие, так и отдаленные результаты. Целесообразность применения методики Мартынова при указанных условиях объясняется тем, что пластика пахового канала осуществляется за счет пришивания медиального лоскута апоневроза наружной косой мышцы к паховой связке, без подлежащих мышц и удвоения апоневроза.

Наилучшие результаты после операций, выполненных по Ру — Оппелю, получены нами у детей, женщин и мужчин с плохо выраженным и расслабленным апоневрозом. У людей старческого возраста и носителей очень больших, прямых, рецидивных и ущемленных грыж метод Ру — Оппеля дал худший эффект, чем способы Жирара, Спасокукоцкого и Мартынова. Применение методики Ру — Оппеля у детей оправдывается простотой и атравматичностью ее, что имеет немаловажное значение для растущего организма. Кроме того, вследствие незначительной кривизны и длины детского пахового канала апоневроз, внутренняя косая и поперечная мышцы живота и пупартова связка сближаются более свободно и интимно, чем у взрослых. Это способствует более прочному образованию складки апоневроза наружной косой мышцы живота. У женщин, ввиду возможности закрытия не только пахового канала, но и его наружного отверстия, метод Ру — Оппеля реализуется полнее, чем у мужчин. В связи с этим создается более массивная складка апоневроза, надежно защищающая паховый канал. Рациональность применения методики Ру — Оппеля у мужчин с расслабленным и плохо выраженным апоневрозом определяется тем, что обработка грыжевого мешка и подшивание тканей к паховой связке осуществляется более свободно, чем при натянутом апоневрозе, и тем, что вследствие образования складки нерассеченного апоневроза достигается более значительное укрепление передней стенки пахового канала, чем при другой методике грыжесечения. Способы Жирара и Спасокукоцкого следует применять больным с щелевидным паховым промежутком, где брюшные мышцы могут быть подшиты к пупартовой связке без натяжения. При широком паховом промежутке и хорошо выраженном апоневрозе наружной косой мышцы, где пришить брюшные мышцы к паховой связке невозможно, нужно пользоваться методом Мартынова. Детей, женщин и мужчин с плохо выраженным и расслабленным апоневрозом наружной косой мышцы, кроме людей старческого возраста и носителей больших, прямых, рецидивных и ущемленных грыж, следует оперировать по способу Ру — Оппеля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров А. А. Курс оперативной хирургии, 1898. — 2. Дунье М. В. Оценка некоторых способов грыжесечений. Витебск, 1939. — 3. Мартынов А. В. Тр. XVIII съезда российских хирургов, 1927. — 4. Оппель В. А. Лекции по клинической хирургии и эндокринологии, тетрадь II, 1931. — 5. Праксин И. А. Врач, 1899, 26. — 6. Топровер Г. С. Тр. XVIII съезда российских хирургов; Нов. хир. арх., 1927, II, 1.

Поступила 10 ноября 1960 г.