

БИБЛИОТЕКА ГЕРНИОЛОГА НА WWW.DOCIVANOV.RU

4. Вентральные грыжи (грыжи пупка и белой линии).
Принято считать в медицине, что обилие средств лечения свидетельствует об отсутствии надежного средства.

Редко встречаются хирургические заболевания, которые породили бы для своего лечения такое количество различных оперативных способов, как это мы имеем в области оперативного лечения вентральных грыж.

Казалось бы, и здесь это обстоятельство должно было говорить о том, что среди существующих методов нет такого, который был бы сколько-нибудь приемлемым для большинства хирургов. Я уверен, однако, что в этом вопросе кроется большое недоразумение. Рациональные методы есть, но наряду с ними имеется и громадное количество совершенно ненужных, так что в них иногда невозможно разобраться не только начинающему, но и вполне сформировавшемуся врачу.

Почти в течение 20 лет я неизменно применяю для оперативного лечения вентральных грыж способ, основанный на принципе операции Шампионье (L. Championnier) и техниче-

¹ В расширенное понятие вентральных грыж я включаю грыжи пупка и белой линии, причем последние как спонтанно возникшие, так и послеоперационные.

ски похожий на метод Бира. В 1924 г. одним из моих учеников¹ был дан отчет о пользовании этой операцией за 9 лет (47 случаев).

С тех пор моя клиника не переставала проводить этот метод с неизменным успехом в самых разнообразных случаях вентральных грыж. Получая в течение всего этого времени идеальные результаты от этого прекрасного, простого и радикального способа, я всегда удивлялся настойчиво продолжающимся до настоящего времени попыткам искать все новые и новые методы операций в этой области.

Эти «искания» только увеличивают и без того огромный хаос накопившихся здесь ненужных операций. Не случайно по поводу одной из них проф. В. И. Разумовский как-то сказал, что распространения она не получит, так-как производит слишком обширную травму и полную дезорганизацию брюшной стенки. Между тем это одна из тех операций, около которых было немало разговоров и мнений, ее приоритет упорно оспаривался у Гразера (Graser), Менге (Menge) и Пфанненштилем (Pffannenstiel). А что нужно сказать по поводу предложения оперировать вентральную грыжу по принципу «cutis — subcutis», которое завершает всю неразбериху предложенных до сих пор способов? Я бы осторожно сказал, что это, быть может, и понадобится как-нибудь хирургу, вероятно, не больше одного раза в течение всей его жизни и работы... А может быть, и вовсе не понадобится.

Итак, нашим методом лечения вентральных грыж будет радикальная омфалэктомия в продольном или поперечном направлении, закрытие грыжевого мешка тем или иным швом, закрытие грыжевого отверстия и погружной шов на апоневроз. Эта общая принципиальная установка метода операции, конечно, не предусматривает всех особенностей формы, топографии и патологоанатомических свойств данной грыжи, в зависимости от чего операция в том или ином случае может варьировать в своих подробностях.

Описание техники анестезии при вентральных грыжах я даю применительно к пупочной грыже тучной женщины, так как полагаю, что после усвоения методики анестезии в таких случаях все другие более простые виды пупочных грыж и грыж белой линии будут вполне понятны.

Уложив больную в соответствующем положении и подготовив, как полагается, операционное поле, мы намечаем на животе больной полоской t-rae Jodi поперечный эллипс, в центре которого находится пупочная грыжа. Острые концы этого эл-

¹ Рыжих А. Н. К вопросу об оперативном лечении вентральных грыж (грыж пупка и белой линии). «Вестник хир. и погр. обл.», т. III, кн. 8 и 9; т. IV, кн. 12.

липса лежат на боковых сторонах живота. Размеры эллипса определяются величиной грыжи; надо также принять во внимание необходимость иссечь из покровов живота такую складку кожи и жира, чтобы одновременно разгрузить его стенку, что устранил отвислость живота.

Правая и левая стороны эллипса разделены, и анестезия ведется с двух сторон — оператором и ассистентом. По намеченной линии делается обычный дермальный желвак, вслед за которым идет пропитывание подкожной клетчатки. Толстый слой жира для его пропитывания требует до апоневроза большого количества обезболивающего раствора. Однако это не совсем так. Настоящая тугая инфильтрация жира до апоневроза делается только по углам намеченного разреза. В остальных же отделах жир инфильтрируется лишь в поверхностных слоях, главным образом для подкрепления кожного желвака. При этих условиях и раствора идет не так много (рис. 32).

Впрочем, количеством израсходованного раствора не следует смущаться, ибо большая часть его тут же уносится обратно вместе с иссекаемой складкой кожи и жира.

Быстро разрезав кожу и жир по намеченной и пропитанной раствором линии, останавливая тут и там кровотечение из сосудов, встретившихся в разрезе, мы углубляемся через толстый слой жира дальше по направлению к апоневрозу, пока вовсе не стремясь подходить близко к грыжевому отверстию, а наоборот, держась больше у наружных отделов раны. Теперь самое главное, на что надо обратить внимание и что является настоящим залогом гладкой анестезии, — это то, чтобы, пройдя разрезом через жир до апоневроза, никоим образом не приступить к его широкой препаровке раньше, чем не пошлешь

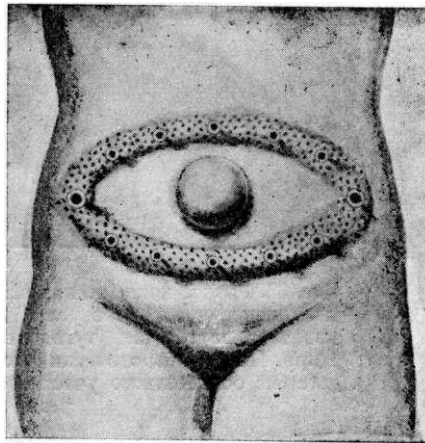


Рис. 32. Инфильтрация кожи подкожной клетчатки по линии предполагаем

под него раствор в виде ползучего инфильтрата из обнаженного в наружном углу раны участка хотя бы и не так ясно различаемого апоневроза. В этот момент еще нужно быть осторожным с тракциями всей огромной складки жира и кожи, которая уже может быть с углов и посередине захвачена крепкими зажимами и вывернута кожей внутрь, а жиром кнаружи. Препаровка ножом, раздвигание жира компрессами и потягивание иссекаемых тканей могут быть еще болезненны потому,

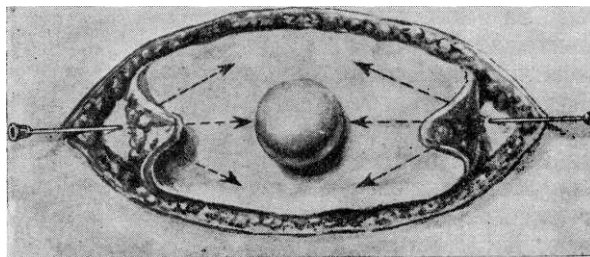


Рис. 33. Разрез кожи по намеченному эллипсу. Подход к апоневрозу только в углах эллипса, где была произведена настоящая тугая глубокая инфильтрация жира. Подапоневротический ползучий инфильтрат ведется из обнаженного участка апоневроза в углу разреза

что здесь вытягиваются через посредство *rami perforantes anteriores* и те отделы нервов, которые находятся под апоневрозом, в растянутом при грыже влагалище *m. recti*, а в боковых отделах живота чувствительными оказываются нервы между широкими мышцами живота. Впрочем, это встречается редко, лишь при широкой эксцизии.

Послав под апоневроз из наружных отделов раны несколько ползучих инфильтратов по направлению к центру, к грыжевой опухоли, мы начинаем смело препарировать апоневроз, отделяя от него жир, зажимая и перевязывая перфорирующие сосуды и перерезая безболезненно нервы (рис. 33).

Момент этот чрезвычайно демонстративен в тех случаях применения послойной инфильтрационной анестезии, когда хирург производит операцию в таком порядке, связывая ее с образованием ползучих инфильтратов, позволяющих получить от послойной анестезии эффект там, где иначе она может оказаться совершенно нереальной.

Вероятно, банальное понимание принципа послойности заставило Брауна перейти в подобных случаях к проводниковой анестезии, к «пропитыванию» и «опрыскиванию» с выжида-нием. Когда апоневроз уже широко обнаружен и мы прибли-

жаемся к грыжевой опухоли, иногда нужно еще сделать под приподнятый инфильтратом апоневроз на некотором расстоянии от грыжевого кольца несколько дополнительных инъекций и, сильно вытянув вверх отпрепарированные жир, кожу и грыжевую опухоль, разглядеть обозначившуюся шейку последней и снова впрыснуть раствор под истонченный, охватывающий шейку апоневроз. Раствор от этих инъекций должен циркулярно охватить шейку грыжевого мешка и продвинуться дальше отсюда в предбрюшинную клетчатку (рис. 34).

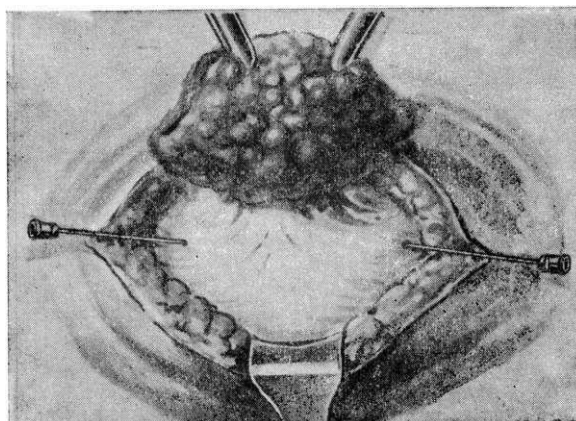


Рис. 34. Дополнительные инъекции под приподнятый инфильтратом апоневроз по направлению к грыжевой опухоли

За этим следует вскрытие грыжевого мешка, вправление содержимого грыжи и т. д. Операция заканчивается продольным погружным швом на апоневроз (рис. 35) и поперечным швом кожи. Два выпускника с правой и левой стороны дренируют подкожную жировую клетчатку.

Описываемый мной здесь способ анестезии при грыжах передней брюшной стенки применим решительно во всех случаях и не требует никаких оговорок и исключения «случаев с сильно развитым жировым слоем или случаев после операционных грыж»

Предложение Брауна пользоваться при обширных грыжах или рубцовых выпячиваниях боковой анестезией нервов брюшной стенки для меня вполне понятно, вследствие тех неудач, какие неизбежно должны были получаться здесь от метода обычной инфильтрационной анестезии в зависимости от указанных выше причин.

БИБЛИОТЕКА ГЕРНИОЛОГА НА WWW.DOCIVANOV.RU

Мой метод ползучего инфильтрата, основанный на ином понимании принципа послойности, совершенно меняет дело. Поэтому я не считаю нужным критиковать в данный момент двустороннюю проводниковую блокаду VIII и IX нервов у жирного субъекта «опрыскивания» ромбом из четырех точек hernia umbilialis, то, конечно, при операции небольшой грыжи без иссечения складки кожи и жира с выжиданием оно

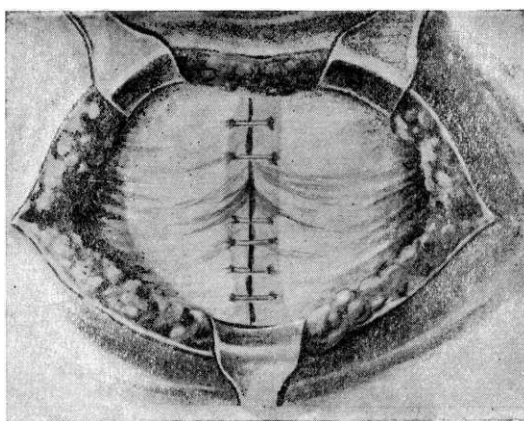


Рис. 35. Погружной шов на апоневроз

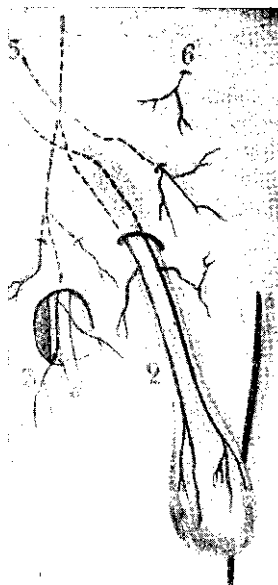
тоже может позволить успешно сделать эту операцию. Но это не разрешение в целом всей проблемы оперативного лечения грыжи передней стенки живота под местным обезболиванием, ибо в трудных случаях этого недостаточно.

Анестезия по моей методике при операции вентральной грыжи представляет собой, мне кажется, один из наиболее ясных случаев, где можно видеть, как при помощи ползучего инфильтрата легко избежать недостатков обычной инфильтрации тканей и проводниковой блокады, ведя анестезию по иному, новому пути. Обычная инфильтрационная анестезия требует в этих случаях громадного количества раствора и всегда оказывается несовершенной, проводниковая блокада у жирного субъекта трудна и неточна. Наш метод этих недостатков не имеет.

Нашим сотрудником К. Б. Керимовым изучены отдаленные результаты у больных, оперированных в нашей клинике по поводу вентральной грыжи за время 1937—1948 гг. Всего оперировано 106 больных. Отдаленные результаты удалось собрать у 93 больных со сроками наблюдения: до 5 лет — у 52, до 10 лет — у 34, свыше 10 лет — у 7.

Ни в одном случае рецидива нет, у всех больных рубцы в хорошем состоянии, и больные беспокойств не испытывают.

5. *Паховая грыжа.* Паховая область иннервируется тремя нервами: *n. ileo-hypogastricus*, *n. ileo-inguinalis*, *n. genito-cruralis*. Первый нерв в своих концевых отделах достигает влагалища прямой брюшной мышцы и выходит из него недалеко от белой линии, снабжая кожу *mons Veneris*. Второй нерв, идя между мышцами над пупартовой связкой, достигает уровня наружного отверстия пахового канала и здесь выходит под кожу как *ramus perforans arterior* и вместе с такой же ветвью предыдущего нерва тоже снабжает кожу *mons Veneris*. Третий нерв — *n. genito-cruralis*, — достигнув уровня пупартовой связки, делится на две ветви, из которых первая — *n. spermaticus externus*, — прободая стенку пахового канала на уровне его наружного отверстия, входит в состав семенного канатика, где снабжает *tunica dartos* и кожу мошонки. У женщины он точно так же выходит наружу, но с круглой связкой матки и распределяется в коже большой губы. *N. lumbo-inguinalis*, дойдя до пупартовой складки, подходит под нее и разветвляется в коже бедра, ниже паховой складки (рис. 36).



И

Рис. 36. Иннервация паховой и бедренной области.

1 — *n. genito-cruralis*; 2 — *n. spermaticus ext.*; 3 — *n. lumbo-inguinalis*; 4 — *n. ileo-inguinalis*; 5 — *n. ileo-hypogastricus*; 6 — конечные разветвления XII межреберного нерва

Операция паховой грыжи очень часто производится под местной анестезией, но так же, как и при аппендиците, очень часто сопровождается неудачами. Это станет понятнее, если мы приведем краткую историческую справку. Операция грыжесечения, вероятно, была одной из тех сравнительно крупных операций, на которых при появлении кокаиновой анестезии испытывался главным образом способ местного обезболивания. Браун пишет, что Реклю отметил операцию ущемленной грыжи под местной анестезией как триумф кокаина. Инфильтрационная анестезия явилась значительным успехом в обезболивании при операции грыжесечения. Однако, пишет Браун, нельзя

считать, что этот успех был получен ценой надежности обезболивания.

Ветви *n. ileo-inguinalis*, *n. ileo-hypogastrici* и *n. spermatici* оставались чувствительными даже при обильном инфильтрировании раствором, почему Кушинг при паховых грыжах предлагал после расщепления апоневроза *m. obliqui abdominis externi* отыскивать нервные стволы, проходящие в поле операции, и блокировать их эндоневральной инъекцией 1% раствора кокаина. Эти недостатки метода Шлейха и заставили в последующем искать другие, более надежные способы, в результате чего к настоящему времени мы и имеем несколько способов обезболивания: опрыскивание из нескольких точек по Брауну, проводниковую блокаду нервов по Гертелю, паравертебральную анестезию от D10 до L4 и, наконец, анестезию *plexus lumbalis* [Шлезингер, Лаба, Дегергардт (Schlesinger, Labat, Degerhardt), Буш].

Таким образом, из приведенного видно, что обычная инфильтрация тканей, как ее понимал Шлейх и его последователи, на самом деле не достигала цели даже в сравнительно несложных условиях обезболивания грыжесечения. И это обстоятельство было причиной того, что искания в этом вопросе докатились до предложений обезболивания при грыжесечении посредством таких «затейливых» процедур, как люмбальная анестезия. Конечно, вероятно, каждый из упомянутых мной способов в ряде случаев при постоянном упражнении в нем может позволить сравнительно безболезненно произвести операцию грыжи. Но не надо забывать, что все эти способы связаны с закрытым (неповрежденная кожа!) введением вещества, все они главным образом рассчитаны на диффузию его, а потому точность их очень относительна. Этим и объясняются далеко не редкие неудачи при них даже в руках тех, кто постоянно их применяет. Рекомендовать их широким массам врачей едва ли возможно.

С моей точки зрения, все перечисленные виды проводниковой блокады ничем не оправдываются для операции грыжи как громоздкие, неточные, неверные и небезопасные. Пропитывание же по Брауну, поскольку оно также является закрытым способом введения раствора, неизбежно встречает затруднения при больших грыжах, при грыжах у лиц полных и при различных видах нетипичных, осложненных грыж, где маневрирование иглой под кожей всегда затруднительно, неточно, а иногда и небезопасно.

Мое мнение по поводу сопоставления методов проводниковой анестезии и методов, покоящихся на диффузии вещества, с методом ползучего инфильтрата остается тем же: мой метод прост, точен и безопасен, неудач при нем моя клиника не знает. Привожу его описание.

1. Кожа инфильтрируется по линии предполагаемого разреза. Через первый желвак, образованный в области наружного отверстия пахового канала, тотчас же пропитывается подкожная клетчатка по направлению к mons Veneris и корню мошонки больной стороны. Это пропитывание должно быть вполне основательным, тугим. Теперь начиная от первого кожного желвака, производится инфильтрация кожи снизу вверх, кнаружи по направлению к spina iliaca anterior superior по линии предполагаемого разреза (рис. 37). Разрез до апоневроза.

2. Апоневроз не препарируется начисто, но, как только оказывается возможным разглядеть где-либо по ходу сделанного разреза обнаженные участки апоневроза, тотчас же под него вводятся два-три 5- или 10-граммовых шприца раствора для образования под апоневрозом широкого ползучего инфильтрата, далеко пропитывающего паховую область и самый паховый канал под апоневрозом (рис. 38). Теперь апоневроз тщательно препарируется в области пахового канала и его наружного отверстия, после чего вскрывается паховый канал.



Рис. 37. Инфильтрация кожи по линии предполагаемого разреза при операции паховой грыжи

3. Обойдя пальцем шейку всей грыжевой опухоли вместе с ее оболочками, отыскиваем здесь волокна m. cremasteri и делаем под них несколько инъекций 5-граммовым шприцем. Раствор идет под tunica cremasterica так же, как ползучий инфильтрат, и обходит со всех сторон шейку грыжевой опухоли, пропитывая рыхлую клетчатку и отслаивая семенной канатик от окружающих тканей (рис. 39) ¹.

Дальше операция может быть произведена согласно той или иной модификации, связанной со вскрытием пахового канала. Такой же способ обезболивания вполне пригоден и для любой модификации, не связанной со вскрытием пахового канала при грыжесечении.

Таким образом, подойдя к анализу нашего метода, мы видим, что он устраняет недостатки обычной инфильтрации тканей и не имеет отрицательных сторон способов закрытого вве-

¹ Собственная оболочка грыжи этому не препятствует вследствие своей нежной структуры; быть может, в таких случаях иногда она и прокалывается иглой.

дения вещества и блокады нервов на расстоянии. При нем инфильтрация тканей проводится так, что здесь не может быть и речи о сохранении чувствительности в нервных стволах, попадающих в поле разреза. Тугая инфильтрация тканей и ползучий инфильтрат «делают свое дело» под апоневрозом *m. obliqui abdominis externi*, под оболочкой *m. cremasteri*. Из этих мест и при этой методике раствор достигает, вероятно, решительно всех нервов, с какими приходится сталкиваться за

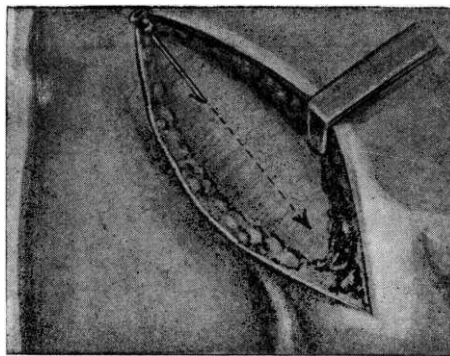


Рис. 38. Ползучий инфильтрат под апоневрозом, пропитывающий паховую область

время операции, и, омывая их, как в «ванне», делает их при их относительно малой толщине нечувствительными в срок 1—1/2 минуты (А. А. Вишневский).

Вот почему в этих случаях я всегда уверен, что, какое бы грыжесечение мне ни предстояло, я получу анестезию, так как знаю, что раствор я сам подведу к нерву, а не буду ждать и рассчитывать, что он ка-

дойдет до него путем диффузии из «слепого пропитывания», иногда, быть может, сопряженного с риском повреждения содержимого грыжевой опухоли иглой.

Заканчивая описание местной анестезии при простом грыжесечении, я не могу не указать на значение моей методики анестезии в общей технике производства операции грыжесечения. И здесь гидравлическая препаровка выявила свои специфические стороны, облегчая выделение грыжевого мешка во всех условиях и давая возможность демонстрировать при обучении оболочки грыжевой опухоли.

По многим признакам я могу заключить, что хирурги начинают уже признавать и применять гидравлическую препаровку тканей. Применительно к грыжесечению я укажу, что последнее время один из авторов — Робинсон (Robinson) из Калифорнии — предлагает для отчетливости операции косой паховой грыжи, если она не так мала, наполнять грыжевой мешок из шприца стерильной водой. Он находит, что изоляция грыжевого мешка от семенного канатика часто затруднительна и неудобна: прослойка от соседних тканей неясна, препаровка

¹ Samuel Robinson. Hernioplasty water-injection of the sac to facilitate its removal. Surg. gyn. 1931, April, p. 891.

очень искусственна, вены рвутся, вследствие чего поле операции часто окрашено и пропитано кровью, ткани плохо дифференцируются, поэтому травма семенного канатика и повреждение сосудов часто ведут к возникновению опухоли яичка или мошонки. Поэтому-то Робинсон и предлагает, освободив предварительно семенной канатик из пахового канала, обойти его

резиновой трубкой, слегка затянув последнюю, и, разглядев участок грыжевого мешка, вколоть в него иглу шприца и впрыснуть в него воду, чтобы расправить грыжевой мешок до появления в нем достаточного напряжения, и уже тогда его препаровать, отделять и т. п. Понятно, это совсем не то, что я имею в своей гидравлической препаровке тканей. Но эта любопытная попытка показывает, как близки иногда мысли людей, стремящихся разрешить какой-либо вопрос. То, что хотел бы получить от операции Робинсон или чего он хотел избежать, достигается гораздо проще при моем способе обезболивания при всех видах грыж (не только при косой).

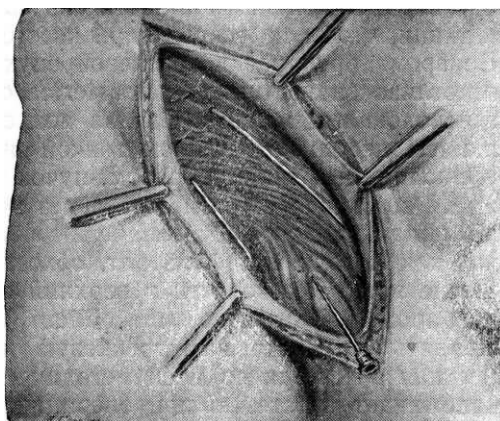


Рис. 39. Инъекция под волокна. Ползучий инфильтрат обходит со всех сторон шейку грыжевой опухоли

б. Ущемленная грыжа. Ущемленная, или неврправимая, грыжа представляет собой, пожалуй, в отношении моей методики анестезии еще более наглядный пример, чем простая, вправимая грыжа. Это зависит, вероятно, от того, что здесь еще ярче и отчетливее выступает значение и действие механизма ползучего инфильтрата с его способностью подводить раствор к нерву. Растянутые под влиянием внутреннего напряжения грыжевой опухоли ее оболочки, являющиеся продолжением отдельных слоев стенки живота, позволяют при введении под них раствора образовать здесь идеальный ползучий инфильтрат. А раз принцип соблюден, то обеспечен и его результат.

После описания методики анестезии при простой, вправимой грыже анестезия при операции ущемленной грыжи будет понятна из нескольких слов.

Кожный разрез, идущий параллельно пупартовой связке, спускается на мошонку и идет по грыжевой опухоли вниз к

верхушке ее. Этот разрез обезболивается обычным кожным желваком и подкожными инъекциями по всей его длине. Рассекши кожу и подкожную клетчатку в верхнем отделе разреза, открываем над пупартовой связкой небольшой участок апоневроза *m. obliqui abdominis externi* и направляем тотчас же под него ползучий инфильтрат так же, как это было описано выше при простой грыже, т. е. впрыскиваем под него 15—30 мл раствора. В мошоночной части разреза осторожно углубляемся в ткани, чтобы не вскрыть грыжевого мешка раньше времени. Во время препаровки грыжевой опухоли в верхнем ее отделе отчетливо видна *tunica cremasterica* с имеющимися в ней кое-где волокнами мышцы. Сделав под одним из пучков *m. cremasteri* небольшой желвак тонкой иглой малого шприца и приподняв им, таким образом, пучок мышцы, мы будем теперь иметь возможность нагнетать через него раствор под оболочку *m. cremasteri*, где он расползается в области шейки опухоли так же, как ползучий инфильтрат, обходя шейку со всех сторон. После этого можно идти в верхний отдел разреза, тщательно препаровать апоневроз *m. obliqui abdominis externi*, расщеплять его и вскрывать грыжевую опухоль. В конечном счете местная анестезия по моей методике при этой операции очень напоминает анестезию при операции *hydrocele*. Только здесь к тому, что делается при *hydrocele*, прибавляется еще открытая подапоневротическая инъекция в верхних отделах пахового канала для образования в паховой области широкого подапоневротического ползучего инфильтрата.

Если ущемление зашло очень далеко, ткани резко изменили окраску, плохо дифференцируются, пучков *m. cremasteri* (ниже наружного отверстия пахового канала) разглядеть нельзя (что бывает редко!), то можно ограничиться основательной открытой подапоневротической инъекцией у наружного отверстия пахового канала, так как книзу от него, благодаря странгуляции, чувствительность нервов семенного канатика обычно бывает сильно пониженной, операция пойдет совершенно безболезненно и без подбололочечной инфильтрации. Я утверждаю, что мой метод анестезии ущемленной грыжи самый простой, точный и безопасный. Он не имеет недостатков метода Брауна, покоящегося на закрытых подапоневротических инъекциях, и далеко стоит от совершенно непрактичных попыток обезболить ущемленную паховую грыжу путем блокады нервов где-то вдали от нее отдельными сложными и редко достигающими цели маневрами.

7. *Бедренная грыжа*. Иннервация бедренного канала в области бедренной грыжи та же, что и иннервация паховых грыж, а потому для анестезии я обезболиваю кожу и подкожную клетчатку по линии предполагаемого разреза, делаю разрез, слегка препарую под кожей грыжевую опухоль и, открыв

над опухолью участок апоневроза *m. obliqui abdominis externi*, основательно пропитываю под апоневрозом паховую область (20—40 мл). Отпрепаровав грыжевую опухоль, делаю несколько инъекций в клетчатку у ее шейки и вскрываю грыжевой мешок (рис. 40). Эти инъекции у шейки грыжевой опухоли, направленные вверх, всегда направляют раствор в предбрюшинную клетчатку, чем и обеспечивают безболезненность выделения грыжевого мешка.

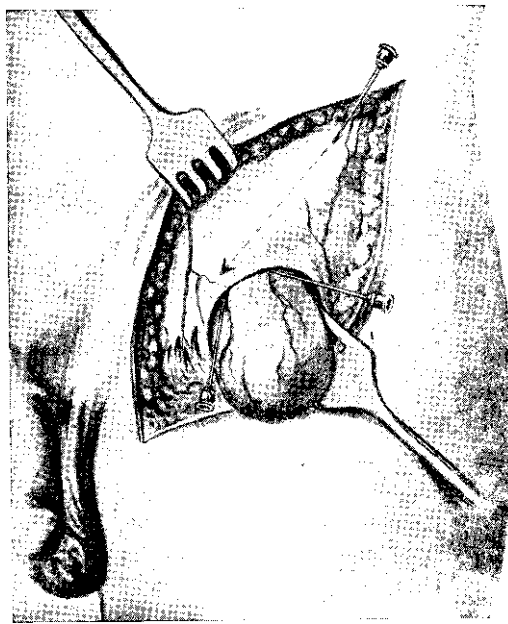


Рис. 40. Подапоневротический ползучий инфильтрат паховой области и инъекции в клетчатку у шейки грыжевого мешка при операции бедренной грыжи