

Из 1-й хирургической клиники (директор Ю. А. Ратнер) Казанского государственного института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина.

Случай инвагинации Меккелева дивертикула.

Н. Х. Ситдыков.

В этиологии кишечной непроходимости дивертикул Меккеля занимает значительное место. По некоторым авторам кишечная непроходимость вызывается этим видом аномалии в 3,75—24% случаев (Бакулев, Лейхтенштерн, Лопатникова и др.).

Механизм развития кишечной непроходимости, в основе которой лежит Меккелев дивертикул, в зависимости от разновидности дивертикула, различен. Наибольшее количество случаев кишечной непроходимости падает на фиксированные дивертикулы. При них непроходимость кишок наступает либо в силу перегиба кишечной петли, либо из-за того, что петли кишок ущемляются дивертикулом или перекидываются через него. Много реже дает кишечную непроходимость нефиксированный дивертикул. При свободном дивертикуле чаще всего причиной кишечной непроходимости является инвагинация этого свободного придатка в просвет кишки.

Механизм инвагинации Меккелева дивертикула может быть объяснен, с одной стороны, перистальтическими движениями его (теория Кютнера), с другой стороны — отрицательным давлением, которое возникает при быстром опорожнении содержимого дивертикула (теория Де Кэрвена).

Проф. Ростовцев в своей монографии „Дивертикул Меккеля в хирургической практике“, приводит из литературы 42 случая инвагинации Меккелева дивертикула. Бакулев, кроме случаев, приведенных Ростовцевым, отмечает еще 40 случаев инвагинации этого придатка, сообщенных в свое время Грейем. Виноградов имел случай инвагинации Меккелева дивертикула в просвет тонкой кишки с последующей инвагинацией тонких кишок в толстую. Буш наблюдал случай хронической инвагинации дивертикула Меккеля 2-месячной давности, давшую в последующем также инвагинацию тонких кишок в толстую.

Относительная редкость случаев инвагинации Меккелева дивертикула побудила нас опубликовать наблюдавшийся нами случай.

Больной Г., 24 лет, колхозник, 22/X 1937 г. был мною доставлен из участковой больницы на санитарном самолете с диагнозом инвагинации кишок. Заболел 18/X. Среди полного здоровья появились схваткообразные боли по всему животу. В день заболевания несколько раз был кровянисто-слизистый стул. По поводу своего заболевания он обратился к фельдшеру, который назначил слабительное и отправил больного домой. 20/X боли в животе усилились, присоединилась рвота, прекратилось отхождение газов. Появилось вздутие живота. Больной был госпитализирован в участковую больницу с диагнозом острого аппендицита.

За два дня пребывания в участковой больнице общее состояние больного резко ухудшилось, участилась рвота с примесью желчи, вздутие живота нарастало, присоединилась икота.

Объективно: лицо осунувшееся, нос заострен, глаза впалые, выражение лица страдальческое. Язык сухой, обложенный, губы синюшные. Органы дыхания и кровообращения резких отклонений от нормы не представляют. Живот резко вздут,

через кожные покровы видна перистальтика кишок. Пальпация живота вызывает резкие схваткообразные боли. В боковых отделах живота определяется свободная жидкость. Напряжения мышц передней брюшной стенки нет.

В таком состоянии больной транспортирован на самолете в г. Казань. Через 45 минут по доставке больного в клинику под общим эфирным наркозом срочная лапаротомия (автор). Разрез срединный кверху и книзу от пупка. По вскрытии брюшной полости в рану выпирают резко раздутые петли тонких кишок. В брюшной полости умеренное количество кровянистой жидкости. В илеоцекальном углу обнаружен инвагинат. Петли тонких кишок внедрились в соесит. Приводящий отдел кишки резко вздут, сероза темно-багрового цвета. Крайне тяжелое состояние больного заставило нас отказаться от резекции илеоцекального угла. Произведена без особого труда дезинвагинация около 80 см внедрившихся в соесит тонких кишок. При осмотре инвагинированного отдела кишечника, примерно на расстоянии 60 см от баугиниевой заслонки обнаружен инвагинированный в просвет тонкой кишки Меккелев дивертикул. Это новое обстоятельство вынудило нас произвести резекцию тонкой кишки с последующим анастомозом бок в бок.

При закрытии брюшной раны наступила асфиксия с резким падением сердечной деятельности. После искусственного дыхания на протяжении 5—10 минут дыхание постепенно восстановилось.

Послеоперационное течение гладкое. Швы сняты на 9-й день; заживление раны первичным натяжением.

В нашем случае мы резецировали около 120 см кишки, из которых примерно 80 см падают на приводящий отдел, так как стремились как можно больше унести более измененные участки кишки.

В удаленном препарате мы дезинвагинировали Меккелев дивертикул. Он располагался на стороне, противоположной брыжейке кишки, и имел коническую форму. Длина дивертикула равнялась 8 см, ширина у основания 5 см. Верхушка дивертикула гангренифицирована.

Механизм внедрения петель тонких кишок в нашем случае надо полагать следующий: первично наступила инвагинация Меккелева дивертикула в просвет тонкой кишки. Вывернувшийся, как палец перчатки, в просвет кишки дивертикул Меккеля вызвал усиленную перистальтику в приводящем отделе тонкой кишки, что в свою очередь способствовало внедрению петель тонких кишок в слепую кишку. Такое толкование механизма возникновения непроходимости кишок в данном случае подтверждается и анамнестическими данными. Как видно из анамнеза, на протяжении первых двух дней болезни явлений непроходимости у нашего больного не было. Боли, беспокоившие его в первые дни заболевания, вполне могут быть объяснены усиленной перистальтикой тонких кишок, вызванной инвагинированным дивертикулом Меккеля. Ухудшение клинической картины началось спустя два дня от начала заболевания, что можно объяснить последующим внедрением петель тонких кишок в слепую.

Одной из труднейших задач для хирурга при инвагинации кишок является решение вопроса, производить ли резекцию инвагината или же ограничиться дезинвагинацией. Безусловно, наиболее радикальным методом является резекция инвагината, но она дает больший процент смертности, чем дезинвагинация.

Поступила в ред. 19/IV 1938 г.