

и при инородных телах брюшной полости. Вскрытие аппендикулярного гнояника в прямую кишку и нам приходилось наблюдать два раза.

В отношении диагноза описываемого заболевания необходимо указать на важную роль рентгеновского исследования; и рентгенолог и лечащий врач при подозрении на инородное тело должны проявить известную долю настойчивости, не удовлетворяясь первыми отрицательными данными.

---

Из хирург. отдел. (зав. Е. А. Колодуб) Мерефянской б-цы Харьковского р-на  
(глав. врач. А. С. Крамаренко).

## Спонтанный разрыв тонкой кишки при грыже.

Е. А. Колодуб.

Случаи спонтанного разрыва тонких кишок при грыже чрезвычайно редки. Так, в 1929 году Слоним собрал в литературе всего 23 случая самопроизвольного разрыва тонкой кишки от напряжения брюшного пресса. В 1932 году аналогичный случай приводится Гарбером, а в 1936 году еще 4 случая описаны Розановым. Таким образом в доступной нам литературе опубликовано 28 случаев спонтанного разрыва у лиц, страдающих грыжей. Нам представился случай наблюдать у б-ного самопроизвольный разрыв тонкой кишки при наличии двусторонней паховой грыжи.

Подкожные повреждения кишечника по классификации Моти делятся на 1) раздавливание, 2) отрыв и 3) разрыв. Разрыв кишечника, в свою очередь, подразделяется на разрывы в связи с приложением травмирующей силы и без таковой, при наличии только повышенного внутрибрюшного давления.

Мы остановимся на последнем виде механизма разрыва кишечника. Теоретическое обоснование и разработку данного вопроса мы находим у Бунге. Он считает, что при напряжении брюшного пресса, нормальном кишечнике и брюшной стенке, разрыв не происходит. Для этого необходимо сочетание ряда условий: наличие дефектов в брюшной стенке, как-то, грыжевые ворота, щели на месте прохождения прямой кишки и влагалища, а также наличие резкого повышения внутрикишечного давления. Разрыв в этих случаях происходит вследствие большой разницы между внутрикишечным и внутрибрюшным давлением в слабых местах брюшной стенки.

Мы считаем, что теория Бунге лучше всего подходит к решению этого вопроса. Самопроизвольный разрыв кишки может произойти в том случае, если грыжевые ворота незначительны, когда стенка кишки, в момент резкого повышения давления, может герметически закрыть отверстие пахового канала. При частичном же закрытии канала, как бы внутрибрюшное давление ни повышалось, надо полагать, что разрыва кишки не произойдет. Повидимому, для самопроизвольного разрыва необходимо сочетание целого ряда условий, этим и объясняется, что, несмотря на большое число лиц с грыжей, разрыв кишок без наличия травматического момента—явление очень редкое.

Приводим краткое описание нашего случая. Ист. болезни № 546. 25/VII 36 г., в 8 ч. утра, в хирург. отд. Мерефянской б-цы доставлен б-ной Р.—А., 48 л., крепкого телосложения, по поводу жалоб на сильные боли по всему животу, особенно в нижнем отделе. Заболел накануне около 12 час. дня на работе. Б-ной подавал глину на чердак; во время завтрака почувствовал сильные боли в животе, была рвота. К вечеру боли усилились, ночью б-ной не спал и только к утру следующего дня был доставлен в б-цу. При осмотре: б-ной беспокоен, живот в нижнем отделе несколько выпячен и вздут, урчания не слышно; пальпация болезненна при некоторой ригидности брюшной стенки. Blumberg не четко выражен; пульс замедленный, удовлетворительного наполнения. Ввиду наличия данных, указывающих на кишечную непроходимость, назначена сифонная клизма. При отмывании нижнего отрезка толстой кишки отошли газы в незначительном количестве. В дальнейшем отхождения газов не было, напряжение живота не уменьшилось, боли оставались попрежнему. Предложена операция с предположительным диагнозом кишечной непроходимости, на что б-ной дал свое согласие.

В 10 часов утра, т. е. через 22 часа от начала заболевания, под общим эфир-хлороформ. наркозом произведена операция (Колодуб). Срединным разрезом между пупком и лобком вскрыта брюшная полость, в разрез брюшной стенки вставилась раздутая и гиперемизированная петля тонкой кишки, покрытая фибринозным налетом. На свободной поверхности петли имелось прободное отверстие разм. 2,5 см. в поперечном направлении кишки, с равными краями и вывороченной слизистой. На уровне разрыва кишки у места прикрепления брыжейки определялся кровоподтек; поврежденная петля отстояла от слепой на расстоянии 60 см.; в брюшной полости определялась мутноватая жидкость, в остальном кишечник никаких изменений не представлял. На прободное отверстие наложен двухрядный шов. Брюшная полость высушена, в полость малого таза вставлен марлевый тампон, наложены послойные швы на брюшную стенку.

27/VII началось отхождение газов, самочувствие удовлетворительное, 30/VII удалены тампоны, частично сняты швы.

В дальнейшем наблюдалось обильное гнойное отделяемое, которое постепенно началось уменьшаться, и к 2/IX больной был выписан в хорошем состоянии с незначительной гранулирующей ранкой.

У б-ного установлена двусторонняя паховая грыжа, паховые кольца пропускают два поперечных пальца; при напряжении брюшного пресса выпячивания достигают размеров мандарина (анализ крови: сегмент. 43%, палочк. 34%, лимфоц. 13%, моноц. 8%, эозиноф. 2%. Гемоглоб. 80%, эритроцитов—436000, лейкоцитов 1100). Реакция Видаля с культурой брюшного тифа и паратифа А и В отрицательная.]

Интерес случая заключается еще в том, что боли у б-ного появились не в момент физического напряжения, а во время завтрака. Можно предположить, что во время работы могла надорваться сероза и мышечный слой до слизистой. Во время еды спазматическое сокращение кишки могло закончить прободение всех слоев стенки кишки. Во всяком случае, мною был тщательно проверен момент появления болей, б-ной категорически утверждает, что во время работы он себя чувствовал хорошо и никаких неприятных ощущений не испытывал.

Наш случай можно объяснить теорией Бунге с тем отличием, что прободение всех слоев стенки кишки произошло не в момент напряжения брюшного пресса, а завершилось во время спазматического сокращения кишечника.

Поступило в ред. 8/XII 37 г.