

Из клиники неотложной хирургии Казанского гос. института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина (зав. проф. Г. М. Новиков).

К казуистике внутренних грыж брюшной полости.

Ф. Я. Благовидов.

Несмотря на накопившийся практический опыт и исчерпывающее описание грыж брыжейки поперечно-ободочной кишки в новейшей литературе (Менего и Бардеско), все же остается еще много неясного в патогенезе этого заболевания. Внутренние грыжи брюшной полости в подавляющем большинстве случаев являются лишь случайной находкой во время операции. Встретившийся в нашей практике больной с внутренней грыжей брюшной полости несомненно заслуживает того, чтобы напомнить об этой разновидности „острого живота“.

Больной Мухамажанов М, 24 лет, рабочий совхоза, поступил 11/II 36 г. с диагнозом хронической непроходимости. Заболел 2/II после тяжелой работы (копка земли). Придя домой, почувствовал боли внизу живота схваткообразного характера. Была рвота. Стула не было, газы не отходят. Так продолжалось два дня, после чего появился жидкий стул раза два в сутки. Боли стали менее резкими, но временами обострялись. Рвота прекратилась. Б-ной работать не мог, что и заставило его обратиться за помощью. Год назад у больного также были приступы острых схваткообразных болей, продолжавшиеся в течение 1 месяца, которые затем прекратились, но в дальнейшем обострялись под влиянием тяжелой физической работы.

Б-ной удовлетворительного телосложения и питания. Кожа и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Со стороны органов грудной клетки отклонений от нормы не отмечается. Пульс 68, ритмичный, среднего наполнения. Живот вздут, имеет форму усеченного конуса, вершиной обращенного к тазу. При пальпации—незначительная ригидность и болезненность в правой подвздошной области. Прощупывается опухоль колбасообразной формы плотной консистенции в правой подвздошной и в подчревной областях. Опухоль вяло перистальтирует. Симптом Валя положительный.

Поставлен диагноз—кишечная непроходимость. Предложена операция. Под местной инфильтрационной анестезией по Вишневскому вскрыта брюшная полость (д-р Благовидов). В рану выступила переполненная калом S-образная кишка. Поперечно-ободочная кишка раздута. При потягивании последней обнаружено отверстие в брыжейке слева от позвоночного столба диаметром 7—8 см с гладкими краями из дупликатуры брыжины. В области верхнего края отверстия прощупывается пульсирующий сосуд—средняя ободочная артерия. Отверстие выполнено свободными петлями тонких кишок. Они располагаются в кармане, передняя стенка которого образована брыжейкой поперечно-ободочной кишки. Заднюю стенку кармана образует передняя поверхность левой почки. Сверху петли кишок прикрыты большим салынком, прикрепленным к реберной дуге. У нижнего края отверстия идет терминальный участок подвздошной кишки, впадающий в слепую кишку. Желудочно-ободочная связка слабо развита, представляет лишь полоску шириной в 0,5 см; от свободной поверхности поперечно-ободочной кишки идет соединительнотканый тяж толщиной в 0,5 см, припаянный к брыжейке толстой кишки, снизу и сзади огибающий подвздошную кишку и S-образную кривизну и прикрепляющийся к передней брюшной стенке в правой подвздошной области. S-образная кривизна ущемлена. Слепая кишка и прилежащая часть подвздошной кишки отечны от сдавления растянутой S-образной кривизны. Тяж с трудом отделен. Обильное лагениматозное кровоотечение из денудированной поверхности бр. толстой кишки остановлено пересадками кусочков салыника. После освобождения S-образной кривизны весь толстый кишечник свободно и легко выводится из брюшной полости. Обычных связок в области печени и селезенки нет, и толстые кишки занимают всю брюшную

полость, будучи отделены от места расположения тонкого кишечника указанным выше отверстием в брыжейке поперечно-ободочной кишки. Отверстие в брыжейке ушито. Слепая кишка и подвздошная кишка подшиты к краю отверстия брыжейки. Шов—наглухо. У больного в послеоперационном периоде была пневмония и гнойный плеврит. Выписан через два с половиной месяца в удовлетворительном состоянии.

Наш случай ясно выраженного кармана в брыжейке поперечно-ободочной кишки, вместившего весь тонкий кишечник, приходится трактовать как внутреннюю грыжу брюшной полости—именно как крайнюю разновидность кармана Трейца. Гушке и Трейц—авторы, сыгравшие видную роль в выяснении анатомии, патогенеза и классификации форм *recessus duodeni—jejunalis*. Более подробный анализ патогенеза и клиники грыж поперечно-ободочной кишки принадлежит Менего и Бардеско, которые дают описание нескольких форм в зависимости от участия в образовании их поджелудочной железы, поперечно-ободочной кишки, желудка и связок этих органов.

В настоящее время в мировой литературе опубликовано 59 случаев грыж брыжейки поперечно-ободочной кишки, причем на долю русских авторов приходится всего 6 случаев,—наш случай является 7-м.

Вопрос о происхождении отверстий в брыжейке кишок освещается различными авторами неодинаково. Теория эмбрионального происхождения объясняет возникновение отверстий либо непропорциональным ростом брыжейки по сравнению с быстро растущим кишечником (Пруц) либо отсутствием вторичных сращений между пристеночной брюшиной и частью первичной брыжейки толстой кишки (Трейц). Теория прижизненного происхождения объясняет возникновение отверстий рассасыванием брюшины на почве атрофических процессов вследствие плохого снабжения сосудами (Рейнгард, Федершмидт). Последний автор утверждает, что дефект в брыжейках есть проявление атавизма и большею частью встречается у животных. Третья теория—это теория предсуществующих отверстий в брюшине (Эндерлен, Гассер). Наконец, 4-я теория объясняет образование отверстий травматическими моментами (Гессе, Симпсон, Стронг).

В нашем случае, несмотря на наличие петель кишок в отверстии, ущемления не произошло. На возможность подобного рода нахождения петель тонких кишок в брыжеечном отверстии без ущемления—указывают опыты Орлова. В искусственно-образованные отверстия брыжейки собак он вводил петли кишок и, несмотря даже на повороты кишок на 180° вокруг оси, явлений непроходимости не получал (Харитонов). Это подтверждает и материал Шумахера, описавшего 19 случаев внутренних грыж. Из этого числа он оперировал только в пяти случаях, остальные же 14 случаев представляли лишь находку на аутопсии. Два случая Огнева также есть случайная находка. Кроме внутренней грыжи брюшной полости у нашего больного мы наблюдали рубцовый тяж, шедший от свободной поверхности поперечно-ободочной кишки к передней брюшной стенке в правую подвздошную область. Он и был причиной непроходимости у

нашего больного. Указанный рубцовый тяж, интимно спаянный с брыжейкой поперечно-ободочный кишки, приходится рассматривать как тяж, получившийся в результате бывших воспалительных изменений в кишках—подобно Леновским тяжам.

Переходя к клиническому рассмотрению нашего случая, необходимо отметить, что диагноз наш был верен только в предположении наличия непроходимости—причина же ее для нас до операции была неясна. Обнаруженная внутренняя грыжа для нас была лишь сюрпризом. Все авторы отмечают затруднительность диагностики внутренних грыж брюшной полости, которые протекают с симптомами либо непроходимости, либо язв желудка.

Из диагностических методов распознавания, кроме методической пальпации (Образцов), существенным является рентгеноскопия. В отношении техники операций—единого мнения нет. Каждый хирург, сообразно особенностям случая, оперирует по-своему, но все же, в конечном итоге, техника сводится к ушиванию и возможной пластике дефекта брыжейки, что мы и сделали у нашего больного. В большинстве случаев прогноз является довольно благоприятным и зависит от времени вмешательства. Так, по статистике Науна, операция в первые 2 суток дает 67—77% выздоровления, через 3 суток—50% и позднее—34%. Прутс из 16 больных потерял 8—50% (Огнев).

Из Чувашского института охраны материнства и младенчества, гор. Чебоксары
(дир. проф. П. В. Занченко).

Случай задержания костей плода в полости матки после аборта в течение шести лет.

Г. А. Гутман.

Случаи с длительным задержанием костей плода в полости матки после аборта описаны многими авторами. Бумм сообщает случай задержки костей трехмесячного плода, пролежавших полтора года после искусственного аборта. Талер описывает трехмесячное задержание костей плода после искусственного выкидыша, Мейер-Ругге—задержку костей трехмесячного плода в течение 16 месяцев после искусственного аборта. Флешлейн сообщает такой же случай, что и М. Ругге. В случае Лацко кости шестимесячного плода пролежали после выкидыша 6 лет. Пролежавшие в течение трех лет кости пятимесячного плода обнаружил Гисс. Маллебрейн нашел в матке кости 6-месячного плода, пролежавшие в ней в течение 11 лет после искусственного аборта.

Л. Я. Цейтлин описывает следующий случай. Крестьянка, 40 лет, поступила 20/1 1922 г. с жалобами на бели, боли в животе, общую слабость и обильное кровотечение, беспокоящие ее в продолжение полутора лет; многорожаящая (8 нормальных родов и один самопроизвольный выкидыш); выкидыш произошел на 5-м месяце беременности 5 лет назад; последние полтора года месячные стали появляться чаще, продолжаясь по 8—12 дней и перемежались кровоте-