

работать. В июне 1955 г. на передней брюшной стенке появилась припухлость, были резкие боли в животе, по словам больной, — без повышения температуры. В центре припухлости образовался свищ, из которого вышли 3 камня желтого цвета (больная принесла их с собой). Состояние после образования свища улучшилось. Больная стала выполнять домашнюю работу. Объективно: видимые слизистые и кожа нормальной окраски. Пульс удовлетворительного наполнения, ритмичный, 61 удар в мин при температуре 36,5°. Живот мягкий, не вздут. Симптом Блюмберга — Щеткина — отрицательный. На передней брюшной стенке на 7 см ниже правого реберного края имеется свищ с выделением светло-тягучей слизи без запаха. При осмотре раны удален камешек, не тонущий в воде. В правом подреберье определяется припухлость, мало смещаемая, болезненная при пальпации, с кулак взрослого. Физиологические отправления кишечника в норме.

Кровь: РОЭ — 15 мм в час, Л. — 7200, гем. — 69%. Диагноз: калькулезный холецистит.

23 ноября 1955 г. произведена операция: под местной анестезией разрезом Федорова вскрыта брюшная полость. В желчном пузыре множество камней. Верхушка пузыря спаяна с передней брюшной стенкой и восходящей частью толстого кишечника. Проведен дополнительный разрез книзу, после чего желчный пузырь выделен из спаек, с иссечением свищевого хода. В дальнейшем удаление желчного пузыря произведено обычным способом. В брюшную полость введена трубка. Послеоперационное течение гладкое. Трубка удалена на 6-й день. Больная выписана на 34-й день после операции, в удовлетворительном состоянии.

В желчном пузыре обнаружено 147 камней и незначительное количество прозрачно-тягучей слизи.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Д. Б. Авидон. Вестник хирургии им. Грекова, № 1, 1952.
2. А. Ф. Анисимов. Хирургия, № 7—8, 1938.
3. В. Э. Бурба. Хирургия, № 5, 1956.
4. А. В. Вишневецкий. Сборник трудов, т. II, 1950.
5. Ф. М. Гаврилов, А. И. Белокуров. Хирургия, № 5, 1956.
6. С. Димитров. Хирургия, № 5, 1956.
7. З. Л. Каплун. Клиническая медицина, № 6, 1952.
8. П. М. Корженко. Сборник трудов госпитальной хирургической клиники Кшиневского медицинского института, 1950.
9. Л. Д. Линденбратен и О. Ч. Цукерштейн. Клиническая медицина, № 8, 1953.
10. К. Г. Никулин. Труды терапевтической клиники Горьковской областной больницы, т. II, стр. 256—266. Горький, 1942.
11. З. Оглоблина. Хирургия, № 10, 1950.
12. Е. В. Смирнов. Вестник хирургии им. Грекова, № 1, 1952.
13. А. Л. Стуккей и А. Р. Чернявский. Хирургия, № 10, 1950.
14. С. П. Федоров. Желчные камни и хирургия желчных путей, М.—Л., 1934.
15. П. Г. Часовников. Хирургия, № 7—8, 1938.

Поступила 16 июня 1957 г.

### К КАЗУИСТИКЕ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

*Врачи А. А. БОЛОТОВ и В. Г. ЛЮЛИНСКАЯ*

Из хирургического отделения 1 Казанской городской клинической больницы (главврач — З. А. Синявская, научный руководитель — проф. Н. В. Соколов)

Больной Л., 44 лет, поступил в 1 городскую больницу 25 октября 1950 г. с диагнозом: пищевая интоксикация.

Накануне вечером он поел колбасы и пирожков, после чего начались резкие боли в животе, которые постепенно усилились. В 3 часа родственники вынуждены были вызвать машину скорой помощи, на которой он и был доставлен в больницу.

После осмотра больного терапевтом ему было произведено промывание желудка. Состояние не улучшилось. После консультации с хирургом больной был госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом: «кишечная непроходимость на почве ущемления диафрагмальной грыжи».

Из анамнеза удалось выяснить, что в 1943 г. больной был контужен, по поводу чего находился на излечении в госпитале, где диагностировали трещину одного из ребер слева. Из госпиталя выписался в хорошем состоянии.

С тех пор иногда появлялись сопровождавшиеся тошнотой боли в животе, в некоторых случаях с задержкой отхождения газов и стула.

Общее состояние при поступлении крайне тяжелое, больной бледен, обливается холодным потом, кричит от нестерпимых болей в животе. Температура в норме, пульс — 120 ударов в 1 минуту, слабого наполнения. Язык обложен, влажный. При исследовании легких — слева до 5 ребра определяется тимпанит, дыхательные шумы не выслушиваются. Сердце смещено вправо, тоны приглушены, тахикардия. Живот не вздут, симметричен, дыхательная экскурсия передней брюшной стенки не ограничена. Рефлексы живые. При пальпации отмечается напряжение мышц живота. Пальпация болезненна слева в верхнем отделе. При перкуссии — тимпанит во всех отделах; свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный.

Больному при поступлении была произведена атропинизация, поставлены гипертоническая, а затем сифонная клизма. отошли газы, и состояние больного несколько улучшилось.

Утром при обходе проф. Н. В. Соколов разделил подозрения дежурного врача о возможности у больного диафрагмальной грыжи и назначил рентгеноскопию. При последней была отмечена следующая картина: левая половина грудной клетки сплошь выполнена газовым пузырем, причем на фоне этого пузыря никаких побочных теней не определялось, легкое колыбировано, органы средостения резко смещены вправо, и купол диафрагмы стоял на уровне 4 ребра. Рентгенологическое исследование было затруднено из-за тяжести состояния больного. Рентгенологом был предположен левосторонний спонтанный пневмоторакс. На другой день, когда состояние больного значительно улучшилось, рентгенологическая картина изменилась: вместо отмеченного в левой половине грудной клетки газа, определялась нормальная легочная ткань, органы средостения располагались нормально, только купол диафрагмы по-прежнему располагался высоко на 4 ребре.

Такая необычная рентгенологическая картина заставила рентгенолога углубить исследование в направлении предполагаемой клиницистами диафрагмальной грыжи. После приема бария внутрь и исследования больного в вертикальном положении желудок обнаружен под диафрагмой, причем он принимал необычную, как бы двухполостную форму. При исследовании же в горизонтальном положении больного свод желудка оказался расположенным над куполом диафрагмы в грудной полости.

Аналогичная картина получилась и при исследовании в горизонтальном положении после контрастной клизмы: левая половина поперечноободочной кишки и селезеночная кривизна располагались высоко в грудной полости, доходя верхней границей почти до 2 ребра.

При исследовании в вертикальном положении кишечник уходил под диафрагму. Таким образом, рентгенологическое исследование в различных положениях и с помощью контрастной массы с несомненностью установило диафрагмальную грыжу со свободным перемещением частей желудка и толстого кишечника из брюшной полости в грудную и обратно, в зависимости от положения больного.

После того как диагноз был подтвержден рентгенологически, больному была предложена операция, на что он дал согласие.

23 ноября 1950 г. он был оперирован проф. Н. В. Соколовым.

После предварительной левосторонней вагосимпатической новокаиновой блокады по методу проф. А. В. Вишневого, под местной инфильтрационной анестезией сделан разрез кожи, подкожной клетчатки и мышц, по ходу восьмого межреберья слева, от реберной дуги до угла лопатки. По вскрытии плевры в грудной полости обнаружено: легкое, не достигающее полного спадения, желудок, поперечноободочная кишка и сальник. После новокаинизации диафрагмального нерва и краев шелевидного отверстия в диафрагме, которое достигало 7—8 см и шло от пищевода, отверстия наружу влево через мышечную часть диафрагмы, названные внутренности вправлены в брюшную полость.

Произведено ушивание узловатыми шелковыми швами отверстия диафрагмы с таким расчетом, чтобы при этом ряде швов соприкасались между собой брюшинные листки. Затем последовал второй ряд шелковых узловатых швов, которыми захватывались плевра и подлежащие мышцы диафрагмы. В полость плевры введено 200 000 ед. пенициллина, и рана грудной клетки послонно зашита наглухо.

Во время операции перелит 1 л одногруппной крови, применялась ингаляция кислорода, вводились сердечные препараты.

Состояние больного на протяжении всей операции оставалось удовлетворительным. Пульс не достигал больше 100 ударов в 1 мин. Кровяное давление не падало ниже 90/75 мм рт. ст. Состояние больного даже в первые дни после операции было удовлетворительным, хотя температура держалась на цифрах 38—39°.

В послеоперационном периоде больной получал пенициллин, сердечные, салицилаты. На 3—4 и 7-й день после операции производились плевральные пункции, при которых из плевральной полости удалялось по 200—300 см<sup>3</sup> серозной жидкости и вводилось до 400 000 ед. пенициллина. Самочувствие больного улучшалось с каждым днем: на 9-й день были сняты швы, рана зажила первичным натяжением.

Еще дважды в плевральную полость вводился пенициллин по 300 000 ед. Всего было введено в плевральную полость 2 100 000 ед. пенициллина, а внутримышечно — 16 700 000 ед.

При рентгенологическом исследовании грудной клетки на 18-й день после операции обнаружено небольшое количество газа и жидкости в плевральной полости.

В дальнейшем при исследовании больного в вертикальном и горизонтальном положениях с помощью контрастной массы, данной внутрь, и контрастной клизмы отмеченного до операции перемещения желудка и части толстого кишечника в грудную полость уже не определялось. Иначе говоря, грыжа была ликвидирована.

Особенности данного наблюдения — в том, что у Л. диафрагмальная грыжа, по всей вероятности, развилась вследствие подкожного разрыва диафрагмы, которое имело место в 1943 г., когда больной был контужен с переломом одного из ребер с левой стороны.

Корабельников в вышедшей в 1951 г. монографии («Травматические диафрагмальные грыжи») пишет, что действие силы на грудь и живот одновременно может привести к разрывам в различных отделах диафрагмы, в зависимости от направления равнодействующей силы внутригрудного и внутрибрюшного давления.

Диафрагмальная щель у наблюдаемого нами больного оказалась настолько широкой, что допускала свободное перемещение органов из брюшной полости в грудную при простой перемене положения туловища.

Сменой положения внутренностей, вероятно, и объясняется отсутствие сращений между краями щели и выпадающими в грыжу органами.

Приводя данное наблюдение, мы имели в виду показать, как необходимо при всех случаях разрешившейся кишечной непроходимости (что имело место у нашего больного) тщательное последующее исследование для выяснения истинной причины кишечной непроходимости.

Торакальный подход к грыже в данном случае полностью себя оправдал.

С рентгенологической точки зрения интерес данного случая заключается в том, что в момент очередного ущемления кишечной петли в грыжевом отверстии и резкого растяжения этой петли газами рентгенологическая картина напоминала левосторонний спонтанный пневмоторакс.

Через 2 года после операции гр-н Л. посетил больницу. Состояние его здоровья хорошее.

Поступила 14 января 1958 г.

## ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

*Доц. Н. П. МЕДВЕДЕВ*

Из кафедры общей хирургии (зав.— проф. В. Н. Шубин) Казанского медицинского института и хирургического отделения Республиканской клинической больницы ТАССР

Как известно, диафрагмальные грыжи делятся на врожденные и приобретенные. Приобретенные диафрагмальные грыжи образуются, как правило, в результате травмы. Справа травматические грыжи встречаются редко. Вследствие выхождения внутренностей в грудную полость, легкое спадается, и происходит смещение сердца.

Больные, как правило, жалуются на боли в грудной клетке и животе, рвоту, одышку, затруднение глотания. Высокое стояние желудка и его неправильное положение сопровождаются нарушением его перистальтики и гастритом. Перегибы сосудов кишечника, поджелудочной железы, селезенки вызывают значительные боли в верхней части живота. Отмечаются нарушения со стороны органов грудной клетки, вследствие