

Из хирургического отделения (зав. М. В. Дунье) Полоцкой окружной больницы им. Ленина (БССР) (зав. В. С. Магаршан).

К КАЗУИСТИКЕ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА.

М. В. Дунье.

Вопрос о внутренней грыже брюшной полости еще мало разработан как с анатомической, так и с клинической стороны; так же мало разработаны оперативные методы лечения этих грыж.

Разновидность внутренних грыж была известна еще в 18 столетии (первое сообщение о них было сделано Нейбауером в 1786 г.), но первая классическая работа по внутренним грыжам была написана Трейтцом в 1857 г.

Обычно к внутренним грыжам относятся такие, которые возникают внутри брюшной полости в карманах брюшины или где смещение внутренностей происходит через какое-либо аномальное отверстие в большом и малом сальнике или в отверстие *mesocolonis transversi*, но до сих пор еще нет точной и единой классификации этих грыж.

Профессор Крымов в своем капитальном труде: «Учение о грыжах» совсем не упоминает о внутренних грыжах. Ущемление при этих видах грыж он, видимо, рассматривает как одно из проявлений непроходимости.

Перехожу к описанию нашего случая.

История болезни № 5270. Ткаченко С. Ф., 50 лет, колхозник, был доставлен в хирургическое отделение 2/IX 36 г. с диагнозом: «прободная язва желудка». Анамнез: заболел сутки тому назад внезапными болями в животе после плотного обеда. Через час рвота пищей; стула не имел. В участковой больнице ставили клизмы, но безрезультатно. После клизм боли в животе еще более усилились и повторялись в виде частых приступов. По словам больного, раньше он болями в животе не страдал и вообще ничем в жизни не болел.

St. praesens. Больной правильного телосложения и умеренного питания, мышечная система хорошо развита. Лицо немного синюшно. Язык суховат. Пульс удовлетворительного наполнения, ритмичный, 105 в минуту. Границы сердца в пределах нормы, тоны глуховатые. В легких ничего патологического. Температура — норма. Дыхание поверхностное. Живот равномерно вздут, болезнен при пальпации, особенно внизу справа; там же при перкуссии притупленный тимпанит. Перистальтики нет. Печеночная тупость полностью сохранена. Диагносцирована острая непроходимость.

Через 40 минут после поступления в больницу экстренная операция под общим эфирным наркозом. Лапаротомия по сердечной линии, начиная от лонного сочленения кверху на 3 поперечных пальца выше пупка. В брюшной полости незначительный серозный выпот. Брюшина немного гиперемирована. На 4—5 см выше дна *excavatio vesico-rectalis* обнаружен расположенный поперечно глубокий карман брюшины полудунной формы с плотными стенками, свободно вмещающий крупный кулак. Заднюю стенку этого кармана образует задний листок брюшины Дугласова пространства, покрывающий прямую кишку.

В этом кармане оказались смещенными вся слепая кишка с отростком и около 30 см подвздошной кишки. Кишечник был ущемлен краем этого кармана. По извлечении кишечника, что удалось без всякого труда—последний оказался отечным, но жизнеспособным.

На края брюшинного кармана наложено несколько узловых кетгутовых швов. Брюшная полость зашита наглухо. Послеоперационный период протекал с незначительным нагноением поверхностных швов.

4/X 36 г. больной выписан из больницы здоровым.

Случай, подобный нашему, был описан Козловским в 1899 г. Срочная операция у взрослого мужчины была предпринята по поводу внутреннего ущемления. По вскрытии брюшной полости оказалось, что в малом тазу со дна Дугласова пространства шла поперечно идущая складка удвоенной брюшины, которая и образовала карман вместимостью до 4-х куб. см, куда попали кишечные петли. Одна из этих петель была ущемлена верхним краем этого кармана.

Клиническая картина внутренних грыж Дугласова пространства сводится к признакам ущемления с локализацией в малом тазу. Распознавание до операции крайне затруднительно. Возможно, что исследование пальцем *per. rectum* при данном внутреннем ущемлении может явиться большим подспорьем для постановки предположительного диагноза. В нашем случае, к сожалению, это сделано не было.

Чтобы судить о частоте разных видов внутренних грыж, я привожу сборную статистику Штейнке в 203 случая (цитировано по Огневу). 35 грыж было обнаружено через *hiatus Winslowii*; 48 грыж—левосторонних парадуоденальных, 9 правосторонних парадуоденальных, 8 грыж Трейца, 21 грыжа под слепой кишкой, 28—через *mesocolon transversum* и 12 грыж в кармане брыжейки сигмовидной кишки. На столь большую сборную статистику в 203 случая внутренних грыж автор не приводит ни одного случая внутренних грыж Дугласова пространства.

Таким образом описываемый нами случай относится к крайне редким формам внутренних грыж брюшной полости.
