

Отдел III. Из практики.

Из Факультетской хирургической клиники Казанского государственного медицинского института. (Директор, заслуженный деятель науки, проф. А. В. Вишневский).

Дефекты брыжейки кишек, как причина кишечной непроходимости.

Ассистент И. Ф. Харитонов.

Кишечная непроходимость, как следствие дефектов в брыжейке кишек, наблюдается довольно редко.

У Obalinsky на 110 случаев непроходимости только один обуславливался наличием отверстия в брыжейке тонких кишек. König этот механизм непроходимости доводит до 20%.

Случайные находки брыжеечных отверстий встречаются также редко. Трейд на много тысяч вскрытий обнаружил отверстие в брыжейке тонкой кишки только 2 раза. Митчелл, на более чем тысяче трупов только один раз видел дефект брыжейки тонкой кишки. Проф. Ф. Я. Чистович (1931) почти на 5000 вскрытий не встретил ни одного отверстия в брыжейке кишек.

Первое описание этого заболевания дали в 1731 году Брамбилла и в 1782 г. Ханерманн. В 1907 г. Прутс имел по литературным источникам 51 случай непроходимости на почве дефектов брыжейки. Из них в 41 случае непроходимость обуславливалась наличием дефекта в брыжейке тонкой кишки и в 10-ти случаях—в толстой. Федершмидт (1920) собрал 83 случая. Из них отверстие в брыжейке тонкой кишки дало 52 непроходимости и в брыжейке толстой 31.

Романкевич (1932) обнаружил только 13 случаев, опубликованных в нашей хирургической печати.

Присоединив к этому числу 4 случая Романкевича, 1 случай Терновского и 4—наших, мы имеем только 22 случая описания русскими авторами этого вида непроходимости.

По вопросу о происхождении отверстий в брыжейках кишек существует несколько различных взглядов. Их можно сгруппировать в две категории: 1) теории утробного и 2) теории прижизненного происхождения.

Сторонник первой теории Тревис, обследуя брыжейки тонких кишек у зародышей и новорожденных, пришел к заключению, что в месте анастомоза гашиз illeocolicus art. mesenterica sup. с последней ветвью, питающей тонкую кишку, образуется участок брыжейки, недалеко от слепой кишки, лишенный сосудов с тонким листком брыжейки. Этот участок может рассосаться, атрофироваться и образоваться, таким образом отверстие. Существование этого так называемого поля Тревиса подтверждает Пуарье, Митчелл и др.

Прутс также сторонник внутриутробного появления дефектов брыжейки, ставит появление их в связь с задержкой развития отдельных мест брыжейки и неполного прикрепления ее к задней стенке живота. Появление отверстий по Прутсу происходит в процессе формирования кишек. Рост кишек в длину, поворот их, смещение слепой кишки к месту своего постоянного расположения могут обусловить неполное прикрепление брыжейки тонких кишек и образование продольных разрывов ее, вследствие неравномерного роста ее отдельных частей.

Пуарье приходит к заключению, что отверстия в брыжейке тонких кишек помещаются недалеко от места перехода тонкой кишки в слепую, где имеется соприкосновение двух листков брюшины без промежуточного жирового слоя и, что в образовании этого отверстия участвуют вышеописанные разветвления артерий.

Ряд авторов, появление отверстий в брыжейке кишек человека, объясняет явлениями атаксизма, так как у низших животных эти отверстия в брыжейке кишек наблюдаются часто.

Симпсон объясняет появление дефектов брыжейки результатом внутриутробных воспалительных процессов в брюшине.

Сторонники прижизненного появления отверстий объясняют их происхождение или воспалительным расплавлением отдельных частей ее, или травматическими повреждениями.

К первой группе, можно отнести проф. А. А. Боброва, который подтверждает свой взгляд тем, что иногда в окружности дефектов брыжжейки наблюдались спайки, неровности, тяжи и утолщения (случаи Орлова, Лиселева, (Lapsegaut)).

Указание на появление дефектов, в результате травматического повреждения дают случаи Гессе, Гирша, Шлеффера, где в анамнезе наблюдалась травма живота.

Эйхель экспериментально производил повреждения брыжжейки. В большинстве опытов повреждения брыжжейки кишек сопровождались нарушением целостности внутренних органов и изолированные повреждения брыжжейки наблюдались крайне редко.

О происхождении кишечной непроходимости при наличии дефектов брыжжейки, дают ответ опыты В. Н. Орлова на собаках. Он производил отверстия в брыжжейке собак и вводил в них петли кишек. Выводы его таковы, что в большинстве случаев введенные в дефекты брыжжейки кишечные петли, даже перевернутые на 180° вокруг своей оси не дают явления непроходимости. Этим объясняется тот факт, что иногда брыжжечные отверстия обнаруживаются только случайно на вскрытиях умерших от различных причин и ничем не проявляют себя при жизни.

Но с другой стороны нужно признать, что петля кишки, попавшая в отверстие брыжжейки, находится в неблагоприятных условиях. Фиксированные и сближенные между собою концевые отделы этой петли при раздувании кишки газами благоприятствуют повороту ее вокруг своей оси на 180° и 360°, вызывая этим или только закрытие просвета кишки или резкое ущемление брыжжейки кишки, т. е. непроходимость. Последняя, вызванная отверстием брыжжейки, может проходить при симптомокомплексе обтурации, или странгуляции.

Наши 4 случая могут служить иллюстрацией обоих видов непроходимости. В первом случае наблюдалось медленное развитие заболевания, с незначительными болями, запором, вздутием кишечника, видимой перистальтикой кишек и отсутствием рвоты.

Три других случая характеризовались острым началом, бурными явлениями непроходимости с сильнейшими болями, рвотой и параличом кишечника. При операции обнаружено в двух случаях поворот на 360° ущемленной в брыжжечном и в одном случае в сальниковом отверстиях.

Прогноз при этом заболевании зависит, главным образом, от времени хирургического вмешательства. По статистике Напун'а операции, произведенные в первые 2-е суток от начала заболевания дают 67—77% выздоровлений, через 3 суток—50% и позже—34%.

По данным Прутса из 16 оперированных случаев выздоровело 8, т. е. 50% все неоперированные погибли.

Приводим описание наших случаев, оперированных нами в хирургическом отделении Мензелинской больницы.

1. Б-ой 60-ти лет. Поступил в хирургическое отделение 24/VII 1927 г., (выписался IX 1927 г.). Заболел 2 дня тому назад. Жалуется на боль в животе, запор, вздутие живота. На глаз видна перистальтика кишек. Живот вздут, мягкий и неболезненный. Больной находился под наблюдением 7 дней. Операция под местной анестезией—по способу проф. А. В. Вишневецкого.

Разрез срединный. По вскрытии брюшины предлежат сильно раздутые тонкие и толстые кишки. Через прокол кишки освобождены от газов и жидкого содержимого. При спадении кишек в правой половине живота обнаружена петля сигмовидной кишки, прошедшая через отверстие в основании брыжжейки тонкой кишки. При надавливании на вершину петли кишки она выведена из кольца брыжжейки. Отверстие брыжжейки пропускает 2 поперечных пальца. Края его гладкие, не утолщенные.

Послеоперационный период протекает гладко.

2. Б-ая 35-ти лет. Поступила в хирургическое отделение 2/X 1930 г. (выписалась 26/X—1930 г.). Заболела остро 2 дня тому назад. Причину болезни больная относит за счет тяжелой работы. Сразу появилась резкая боль в животе, рвота с желчью. Быстро наступило вздутие живота, запор.

Объективно: Больная — правильного телосложения. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Черты лица заострились. Губы цианотичны. Живот вздут. При пальпации отмечаем боли по средней линии живота — выше пупка.

Экстренная операция под эфирным наркозом. Разрез срединный. По вскрытии брюшины предлежат цианотичные, вздутые петли тонких кишок. Поперечно-ободочная кишка в спавшемся состоянии. В брыжейке тонкой кишки, на расстоянии около 30 см. от соесис. Имеется отверстие у корня брыжейки тонкой кишки. Отверстие расположено поперек брыжейки, овальной формы, длиной 15 см., почти разделяя ее на 2 отд. В отверстии брыжейки вставились соесис и петли тонких кишок. Кишки обернулись вокруг своей оси на 360°. В полости живота серозно-кровянистый экссудат. С трудом удалось освободить из отверстия в брыжейке и расправить ущемленные петли кишок.

Отверстие в брыжейке закрыто шелковыми швами.

Послеоперационный период протек гладко.

3. В хирургическую клинику КГУ 7/I 1924 г. поступил 6-ой 37-ми лет, с явлениями острой непроходимости кишечника. Экстренная операция (проф. А. В. Вишне-вский).

При лапоротомии обнаружено, что часть тонких кишок ущемилась в отверстие большого сальника. Кишки освобождены. Брюшная стенка закрыта наглухо.

В послеоперационном периоде у больного развились явления острой артерно-мезентеральной непроходимости. После применения Schnitzer'овского положения и промывания желудка последовало выздоровление.

Выписался на 18-й день после операции.

4. В хирургическую клинику (дир. проф. В. Л. Боголюбов) 27/IV 1931 г. поступила 6-ая 19-ти лет. Заболела остро 4 дня тому назад — ночью. Жалуются на резкие боли по всему животу — режущего характера и мучительную рвоту. Стула нет.

Объективно: живот равномерно вздут.

Операция. (Д-р С. А. Смирнов) Разрез по Lander'у. Обнаружено ущемление толстой кишки в брыжейке ileum. Отверстие величиной в 6 × 10 см. Форма его — овальная, расположена у места прикрепления брыжейки к кишке, так что на расстоянии 6 см. кишка была лишена брыжейки. Края отверстия ровные, рубцово неизменены.

Для закрытия отверстия произведена резекция тонких кишок по способу проф. Самарина.

Послеоперационное течение осложнилось новой непроходимостью. При второй операции обнаружилась непроходимость анастомоза.

Новый энтеро-анастомоз восстановил проходимость кишечника.

Больная выписалась на 28-ой день после операции.

Из Факультетской хирургической клиники Казанского государственного медицинского института. (директор, заслуженный деятель науки, проф. А. В. Вишне-вский).

Аскарида в свободной брюшной полости.

Д-р В. И. Пшеничников.

Поводом для настоящего сообщения послужил необычный случай отхождения из брюшной полости через рану, живой, половозрелой аскариды, на одиннадцатый день после аппендектомии. В кратких словах история болезни этого случая, состоит в следующем.

Ист. б. № 250, 6-ой М., 19 лет. по профессии шофер, поступил в клинику 26/III 1932 г. с жалобами на постоянные боли колющего характера в правой подвздошной области. Резкий приступ таких болей впервые возник в 1930 г. после чрезмерного физического напряжения. Уже тогда, наблюдавший больного врач, определил приступ аппендицита, предложил операцию, но от последней больной отказался.

4/VIII 1932 г., в пути по железной дороге у больного возник второй приступ, протекавший более бурно (высокая температура, рвота, резкие, невыносимые боли), по поводу чего он был экстренно помещен в больницу (Вятские Поляны), где пролежал 25 дней в очень тяжелом состоянии и после этого еще 2 месяца дома, утратив совершенно трудоспособность. После этого приступа остались