

наступившее в связи с этой операцией. Такое же сужение пилоруса после этой операции установлено также рентгенологически в 2-х наших случаях. Кроме того, во всех 3-х случаях повторных вмешательств мы столкнулись с значительно развитыми спайками в области желудка после пилоропластики, которые весьма затрудняли манипуляции и затягивали операцию. Развитие после пилоропластики обширных спаек, между прочим, установлено и экспериментальными работами в клинике проф. Левита. Поэтому мы полагаем, что применение пилоропластики, как „выход из положения“ (как это некоторыми предлагается) при всяком не оправдавшемся диагнозе язвы желудка не только не целесообразно, но и вредно.

Из Хирургической клиники Государственного Казанского института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина. (Директор клиники проф. В. Л. Боголюбов).

К вопросу о грыжах Meskel'ева дивертикула.

Ординатор М. М. Шалагин

Грыжесечение является одной из наиболее распространенных и разработанных хирургических операций. Однако, при выполнении этой операции возможны осложнения и ошибки, которые могут поставить не только под сомнение успех операции, но и подвергнуть опасности жизнь больного. Опасности и осложнения при грыжесечении могут быть обусловлены или особенностями топографии данной грыжи, или же зависят от особых условий состояния и атипического содержимого грыжевого мешка.

Атипическим и редким с держимым грыжевым мешком является и Meskel'ев дивертикул. Meskel'ев дивертикул является остатком желточного протока, который в период утробной жизни плода играет важную физиологическую роль в питании последнего. К концу 3-го месяца утробной жизни плода он подвергается обратному развитию и целиком атрофируется. Но нередко процесс обратного развития ductus omphalo-mesentericus задерживается, результатом чего, как более тяжелая форма, может быть образование у новорожденного свищевого хода между кишкой и пупком с сохранением проходимости как в сторону просвета кишечной петли, так и со стороны пупка. В других же случаях облитерация протока происходит или только со стороны пупка, или же со стороны просвета кишки. Встречаются случаи, где проток облитерируется с обоих концов, а из срединной части его образуется своеобразная, врожденная опухоль, т. е. uterocystoma. Практически же более часто встречаются случаи, где происходит атрофия отводящего конца протока, с сохранением его связи и проходимости с просветом кишки. В таких случаях, по образному выражению проф. Тихова, Meskel'ев дивертикул напоминает как бы резиновый палец перчатки, отходящий от просвета тонкой кишки. Длина Meskel'ева дивертикула колеблется от 2 до 25 см. Так, Nilgenfeiner отмечает длину Meskel'ева дивертикула от 5 до 20 см. Dreifus—от 3-х до 14 см. Проф. Ростовцев имел в одном случае дивертикул длиной в 26 см. В случае Morrison'a и Morgagni длина Meskel'ева дивертикула была 25 см. и в случае König'a даже 32 см. Ширина Meskel'ева дивертикула может быть толщиной с карандаш, но нередко достигает размеров просвета нормальной кишечной петли. В более же редких случаях имеют колбовидные вздутия верхушкой дивертикула величиною с кулак взрослого человека и больше. В части случаев Meskel'ев дивертикул представляет из себя конусовидный отросток с широким основанием у стенки кишечной петли с постепенно суживающейся верхушкой, оканчивающейся иногда в виде слепого тяжа или шнура. Своей верхушкой Meskel'ев дивертикул нередко прикрепляется к брыжейке кишок, к сальнику, брюшной стенке и другим органам и таким образом создает благоприятные условия для внутреннего ущемления кишечных петель.

Как установлено целым рядом исследователей, Meskel'ев дивертикул располагается своим основанием на стенке кишечной петли, противоположной месту прикрепления брыжейки, на расстоянии от 20 до 170 см. от Баугиниевой заслонки. По Brantsy описано 7 случ. отхождения Meskel'ева дивертикула от двенадцатиперстной кишки.

Частота нахождения Meskel'ева дивертикула на вскрытиях авторами указывается различно:

По Hilgenreinerу	1:54	на	4848	вскрытий	МД	встр.	90	раз
„ Hendle	1:48	„	769	„	„	„	16	„
„ Turner	0,8:100	„	10000	„	„	„	80	„
„ Albers	1:110							
„ Sandeos	1:100							
„ Hallad	1:126							
Клейншмидт и Хольбаум	1:54							
Augier, Testut и Rogie	1:55							

Таким образом, частота наличия Meskel'ева дивертикула на вскрытиях колеблется от 0,75% до 20%.

Частота осложнений, вызываемых Meskel'евым дивертикулом, в виде илеуса, острого дивертикулита и других заболеваний в хирургической практики указывается большинством авторов также различно, а именно:

Динкельштейн	20%	На 20 сл. илеуса имел 2 сл. вызван. Meskel'евым дивертик.
Rubritus	20%	„ 90 сл. „ „ 2 сл. „
Ringel	20%	„ 26 сл. „ „ 5 сл. „
Лейхтенштерн	50%	
Брайтон	70%	
Лопатникова	240%	
Батт	5 70%	
Бинг	200%	

Располагаясь книзу от подвздошной кишки, на отрезке кишок, имеющих наиболее длинную брыжейку, Meskel'ев дивертикул неоднократно был найден, как *содержимое* паховых и бедренных грыж.

Litre впервые в 1700 году сообщил о 2-х случаях паховых грыж с необычным содержимым, оказавшимся впа ледствии дивертикулом Meskel'я. В 1701 году Мегу сообщил еще один случай ущемления дивертикула в паховой грыже и только в начале 19 века исследованиями Meskel'я была установлена истинная природа этого страдания. Ekehorn в 1901 году впервые собрал в литературе почти за 200 лет 22 случая грыж с Meskel'евым дивертикулом. В 1906 году Нечаев описал 45 случаев, проф. Ростовцев в 1907 году собрал уже 63 случая. Позднее Грей сообщил о 42 случаях, Побаст собрал уже 123 случая и Максимович в 1921 году собрал 145 случаев Meskel'ева дивертикула в грыжах. Истинное же количество таких случаев, не попавших в печать, естественно должно быть больше.

В большинстве случаев Meskel'ев дивертикул находится в грыже один без кишечных петель; так, по данным проф. Нечаева, на 43 случая Meskel'ев дивертикул находился в грыже один без кишечных петель в 32 случаях и с кишечными петлями в 11 случаях. По данным проф. Ростовцева на 63 опубликованных им случая Meskel'ев дивертикула в грыже был один в 30 сл. и вместе с кишечными петлями в 18 случаях, об остальных 15 случ. указаний нет. Побаст на 123 случая отмечает дивертикул в грыжах один в 8 случаях и в 54 случаях вместе с кишечными петлями.

Почти 70% всех случаев грыж Meskel'ева дивертикула встречаются в ущемленном виде. По локализации грыжи Meskel'ева дивертикула распределяются так: проф. Ростовцев на 63 случая Meskel'ев дивертикул в грыжах имел: в правой паховой грыже 14 сл., в левой паховой грыже 9 случ., правая бедренная грыжа—8 сл. и левая 3 случая. Побаст на 123 случая Meskel'ева дивертикула в грыжах имел: паховых грыж—66 сл.,

бедренных—24, пупочных—18, пупочного канатика—7 и recessus retrocaecalis—1. Грыжи дивертикула встречаются чаще у мужчин, чем у женщин. Так, проф. Ростовцев на 63 сл. имел дивертикул в грыжах у мужчин в 36 случаях, т. е. 70,6% и у женщин 15 случаев или 29,4%. На все собранные проф. Ростовцевым 634 случая различных форм Meskel'ева дивертикула, он отмечает наличие его у мужчин в 379 случаев, т. е. 79,6% и у женщин 97 случаев, или 20,4%. Таким образом, Meskel'ев дивертикул у мужчин является причиной осложнений в 4 раза чаще, чем у женщин, тогда как по данным патолого-анатомических вскрытий дивертикул встречается у мужчин только в два раза чаще, чем у женщин.

По возрасту Meskel'ев дивертикул по данным проф. Ростовцева встречается до 30-ти летнего возраста в $\frac{2}{3}$ всех случаев (в 67,7%) и остальная одна треть всего случаев (32,3%) падает на более поздний возраст.

Грыжи Meskel'ева дивертикула могут быть врожденными и приобретенными и дивертикул в грыже может лежать свободно или быть сращенными с грыжевым мешком.

Клинически ущемление одного дивертикула в грыже имеет в своем течении сходство с ущемлением пристеночных грыж (грыжи Рихтера). Первоначальные явления ущемления могут быть бурными, но они скоро стихают. Обычная клиническая картина ущемленных грыж с задержкой стула и газов, рвотой и вздутием живота при ущемлении в грыже одного Meskel'ева дивертикула без кишечных петель, может совсем отсутствовать. Ущемление одного дивертикула в грыже может окончиться различно, или процесс стихает сам по себе, или может наступить гангрена и перфорация Meskel'ева дивертикула в грыже, с развитием в дальнейшем общего разлитого перитонита. Если же организм успевает отгородить воспалительный очаг спаечным процессом, тогда может развиваться каловый свищ на почве ущемления дивертикула в грыже. О подобных случаях, каловых свищей в бедренной грыже сообщают Telling, Martin, Hofmohl, Escher, Minter и другие. Каловые свищи в паховой грыже наблюдали Dowse и Цукерман. Thompson, Busch и Hilgenreiner имели случаи перфорации Meskel'ева дивертикула в грыжевом мешке без его ущемления с последующим развитием общего перитонита.

Наличие Meskel'ева дивертикула в грыже до операции установить едва ли возможно. Проф. Ростовцев на 63 собранных им в литературе случаев грыж Meskel'ева дивертикула указывает, что ни в одном из этих случаев наличия Meskel'ева дивертикула в грыжах до операции распознано не было.

В виду сравнительной редкости случаев нахождения Meskel'ева дивертикула в грыжах, мы решили поделиться своим наблюдением из хирургической клиники ГИДУВа проф. В. Л. Боголюбова.

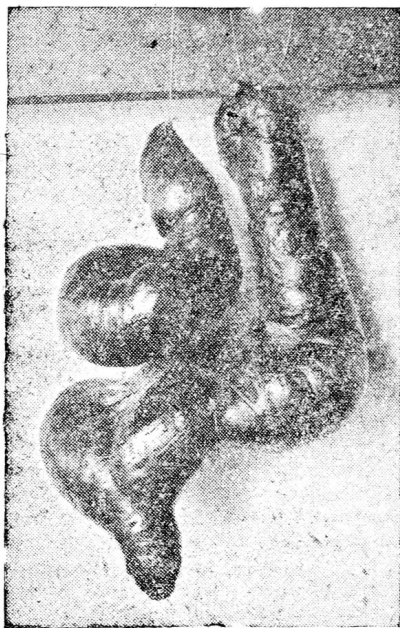
1-го февраля 1934 г. в хирургическую клинику Института для усовершенствования врачей поступил на лечение больной Б. Федор, 18 лет, по поводу правосторонней паховой грыжи. Больной—рабочий, по профессии плотник. Больным себя считает около одного года, когда на работе, при подъеме тяжести заметил выходение опухоли в правом паху. Опухоль легко вправлялась в брюшную полость, при физической работе и ходьбе она легко выходила обратно. За год опухоль несколько увеличилась в своем размере. За время болезни больной отмечает три приступа сильных болей в паху, с одновременным увеличением и напряжением мошонки. Из-за болей дня по два больной не мог работать. Рвоты, вздутия живота, задержки стула и газов во время этих приступов болей,

у него не было. Вправить грыжу в брюшную полость в это время больной не мог. Жалоб со стороны других органов не предъявляет. Ранее ни чем не болел, венерические болезни отрицает. Холост.

Status praesens. Больной среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета. Костно-мышечная система развита нормально. Видимых пороков развития не имеется. Границы сердца в норме, тоны сердца чистые. Пульс хорошего наполнения 74 удара в 1' Штанге—55 секунд. Легкие заметных отклонений от нормы не представляют. Живот нормальной конфигурации, не вздут, при пальпации безболезнен, паренхиматозные органы брюшной полости не пальпируются. В области правого пахового кольца имеется опухоль, спускающаяся до половины мошонки. Опухоль имеет вытянутую, колбасовидную форму, при исследовании умеренно болезненна. Кожные покровы над опухолью не изменены. Опухоль легко вправляется в брюшную полость частично втягивая за собой мошонку. Перкуторно над грыжевым содержимым тупой звук. При пальпации опухоль умеренно-эластической консистенции. Наружное паховое кольцо расширено, пропускает $1\frac{1}{2}$ поперечных пальца. Левое паховое кольцо нормально. Со стороны нервной системы норма, при исследовании мочи патологических элементов не найдено.

Диагноз: Правосторонняя пахово-мошоночная грыжа. В грыжевом мешке предположено наличие спаянной с грыжей, воспаленной и утолщенной части сальника. 5/II под местной инфильтрационной анестезией $1\frac{1}{4}\%$ новокаина произведено грыжесечение. Разрез кожи параллельно Лупартовой связке до апоневроза. Рассечен апоневроз. При выделении грыжевого мешка верхушка последнего оказалась спаянной с прилежащими тканями. С внутренней стороны у шейки вскрыт грыжевой мешок. У внутреннего отверстия пахового кольца обнаружена петля тонкой кишки, от которой в грыжевой мешок тянется полый отросток без брыжейки длиной около 6—7 см. и шириной несколько меньше

просвета нормальной кишечной петли (см. рисунок). Отросток спаян верхушкой с дном грыжевого мешка. Прилежащие у верхушки отростка ткани имеют грязнобурый цвет с наличием значительного количества спаек. Произведена герниолапаротомия. В рану выведена петля предлежащей кишки. Верхушка дивертикула отделена от грыжевого мешка. На брыжейке тонкой кишки, соответственно расположению дивертикула, имеется резкое уплотнение, инфильтрат и местами рубцовое сморщивание с наличием фибринозного налета на брыжейке и кишке. Выше этого участка конец тонкой кишки резко расширен, мышечный слой приводящего отдела кишки гипертрофирован. Отводящий канал кишки мало изменен. Произведена резекция тонкой кишки на протяжении 60—70 см. вместе с дивертикулом. Ввиду значительного несоответствия между просветами приводящего и отводящего концов кишки, был наложен анастомоз бок о бок. Культя брыжейки перитонизирована. Дивертикул располагался на тонкой кишке на расстоянии 35—40 см. от Баугиниевой заслонки. Брюшина зашита наглухо. Паховой канал восстановлен по способу Ж и р а р а. В нижний угол раны подведена марлевая турунда. Швы на кожу. Послеоперационное течение гладкое, без осложнений. Через 2 суток удален из раны марлевый тампон. На 5-й день больному разрешено ходить, на 9-й день сняты швы. Рана зажила первичным натяжением. 20-го февраля больной в хорошем состоянии выписан домой.



В нашем случае Meskel'ев дивертикул был распознан только на операционном столе. До операции, ввиду наличия в анамнезе приступов болей в грыже кроме воспаленного, спаянного с грыжевым мешком, сальника, можно было предположить присутствие червеобразного отростка, или грыжу соскальзывания и, с меньшей долей вероятности, можно было заподозрить нахождение Meskel'ева дивертикула. В анамнезе больной отмечает три перенесенных приступа сильных болей в грыже, из-за которых он вынужден был лежать в постели. Явления же непроходимости и ущемления кишек при этом отсутствовали. На операции верхушка дивертикула оказалась резко спаянной с дном грыжевого мешка, с наличием большого количества спаек: на верхушке дивертикула, на дне грыжевого мешка и на его оболочках. В этом участке ткани были инфильтрированы, буровато-темного цвета. Таким образом, эти приступы болей у больного обусловливались вероятно обострениями воспаления Meskel'ева дивертикула (дивертикулит) в результате чего мы имеем тот патологический субстрат, с которым встретились на операции. Наличие хронического инфильтрата, с широким участием грыжевых оболочек, привело к указанным выше изменениям со стороны брыжейки тонкой кишки, частое же раздражение и надрывы привели к ее рубцовому сморщиванию. В нашем случае не было абсолютных показаний к резекции кишки, но все же имелись настоятельные относительные показания к ней. Приводящий конец тонкой кишки выше дивертикула был резко расширен, мышечный слой гипертрофирован, брыжейка кишки у места отхождения дивертикула была утолщена, воспалена и местами рубцово изменена и подтянута. В целях профилактики развития поздних послеоперационных осложнений, в виде относительной непроходимости, больному и была произведена резекция тонкой кишки, вместе с Meskel'евым дивертикулом. В тех же случаях, где кишечная петля у дивертикула не изменена, большинство авторов считает наиболее целесообразным производить резекцию дивертикула, отступая на 1—1½ см. от его устья, с последующим ушиванием культи в два ряда швов (Клейншмидт, Хольбаум, Тихов, Ростовцев и другие). Инвагинация дивертикула в просвет кишки, с последующим ушиванием серозных поверхностей, представляет из себя метод крайне опасный, могущий привести к тяжелым последствиям, ввиду непроходимости и инвагинации кишек. Нередко практикуемый метод перевязки дивертикула у его основания с последующим погружением культи кистетным швом, применим лишь при узких, шнуровидных дивертикулах. В тех же случаях, где просвет дивертикула приближается к просвету кишки, перевязка дивертикула опасна вследствие возможности развития сужения просвета кишки, соскальзывания лигатуры с культи дивертикула, с последующим кровотечением и присоединением перитонита.

Диагностика острых дивертикулитов до операции считается большинством авторов почти невозможной. Случаи нахождения Meskel'ева дивертикула без брыжейки встречаются значительно чаще, чем с брыжейкой (Eckhorn, Paug, Hilgenfeiner, Depeske, Тихов, Ростовцев и другие) и естественно более склонны ущемляться и давать сращения с грыжевым мешком. В виду недостаточности питания, стенки дивертикула легче подвергаются разного рода повреждениям и в них скорее наступают воспалительные явления. Подобные воспаления Meskel'ева дивертикула были находимы неоднократно на операционном столе и оперировались по большей части с диагнозом острого аппендицита (случай

Веселовзорова, Семенова, Лежара, Martin'a, Wright'a, Hilgenreiner'a и других). Причины воспаления Meskel'ева дивертикула по большинству авторов видимо те же, что и при аппендиците. Hilgenreiner и Maucclairе причинами воспаления считают: инородные тела, кишечные паразиты, травма, инфекционные заболевания кишок и грыжи. Хустон и Гаматци считают, что воспаление дивертикула обуславливается задержкой кишечного содержимого в дивертикуле, ведущего к воспалению слизистой. Патолого-анатомические изменения при остром дивертикулите до некоторой степени сходны с такими же при воспалении червеобразного отростка. Наблюдались кагарральные воспаления, ограниченные заболевания стенки, с последующей перфорацией (Depescke), развитие эмпиемы (Kramer) или же частичная, или полная гангрена Meskel'ева дивертикула.

Как литературные данные, так и описываемый нами случай наводят на мысль, что во всех атипически протекающих грыжах, необходимо подумать о грыжах соскальзывания, о возможности предлежания отростка слепой кишки в грыжевом содержимом и кроме того *не упускать из виду возможность нахождения в грыжевом мешке Meskel'ева дивертикула*. Настойчивые попытки к выделению верхушки грыжевого мешка в подобных случаях могут привести к вскрытию просвета дивертикула. Поэтому, во всех подобных случаях, при выделении и вскрытии грыжевого мешка, лучше придерживаться внутренней поверхности шейки грыжевого мешка, где меньше опасности повреждения грыжевого содержимого.

Литературные источники.

1. Albert „Диагностика хирургических заболеваний“. Изд. „Практической медицины за 1902 г.“—2. Бякулев. „Казуистика Meskel'ева дивертикула“. Журнал современ. хирургии, т. IV, выпуск 20 за 1929 г.—3. Блюмент. „Случай внутреннего кровотечения после удаления дивертикула Meskel'я“.—Веселовзоров, К казуистике внутреннего ущемления Meskel'ева дивертикула“.—5. Клейншмидт и Хольбаум. Статья „Хирургия кишек“. из книги „Хирургия“, изд. Киршнера и Нордмана за 1927 год, стр. 923—926.—6. Крымов. „Учение о грыжах“.—7. Лопатникова-Батц. „Дивертикул Meskel'я при кишечной непроходимости“. Новый хирургич. архив № 10 за 1923 год—8. Модль и Хворов. „Непроходимость кишечника, вызванная дивертикулумом Meskel'я“.—9. Назаров. „Случай кишечной непроходимости, вызванной Meskel'евым дивертикулумом“.—10. Проф. Ростовцев. „Дивертикул Meskel'я в хирургической практике“. Издание „Практической Медицины“ за 1907 год.—11. Семенов. „К вопросу о кишечной непроходимости, обусловленной Meskel'евым дивертикулумом“. Вестник хирургии и погранич. областей, т. XXII, книга 64 за 1930 год—12. Stich и Makkas. „Ошибки и опасности при хирургических операциях“. 1928 год, изд. „Практической медицины“. Стдел XVI „Оперативное лечение грыж“.—13. Финкельштейн. „К вопросу о кишечной непроходимости“. „Русский врач“, 1907 год.—14. Цуккерман. „О редком сочетании слепой кишки и дивертикула Meskel'я в левосторонней мошоночной грыже, осложненной кишечным свищем“. Врачебное дело, № 1—2, за 1923 год.—15. Черняк. „Ущемление Meskel'ева дивертикула в бедренной грыже“. Новый хирургический архив, № 73 за 1929 год.