

Из Могилевского военного госпиталя (начальник И. Я. Локшин).

## Острая ложная диафрагмальная грыжа.

Г. Л. Цирулик.

Различают врожденные и приобретенные диафрагмальные грыжи (д. г.). Первые значительного практического интереса не представляют, т. к. новорожденные с дефектами диафрагмы обычно вскоре после рождения погибают.

Большой интерес представляют приобретенные д. г., которые обычно представляют собою не грыжу, в истинном смысле слова, а эвентерацию содержимого брюшной полости в грудную. Причиной возникновения подобных эвентераций является травма.

При прямом повреждении, колотом или огнестрельном, диафрагмальные грыжи образуются в любой части диафрагмы. Непрямые травмы, например, удар в живот, связанные с внезапным повышением внутрибрюшного давления, вызывают разрыв диафрагмы, с образованием ложной диафрагмальной грыжи, или же повышенное внутрибрюшное давление создает благоприятные условия для возникновения д. г. путем расширения физиологических расщелин (foramen Morgagni, foramen oesophageum). Содержимым д. г. чаще всего является: желудок, colon transversum, сальник и селезенка. Приобретенные д. г. бывают всегда слева.

С достоверностью д. г. стали диагностировать с момента применения лучей Рентгена. Остро протекавшие случаи диагностировались обычно, как внутреннее ущемление. Из субъективных симптомов следует отметить боль, разлитую или ограниченную, от смещения брюшных органов, непроходимость пищи от перегиба пищевода, одышку от сдавления органов грудной клетки. Из объективных симптомов наиболее достоверным является ладьевидное западание живота, который остается мягким, и ложный пневмоторакс вследствие перемещения воздух содержащих органов брюшной полости в грудную, что может быть определено перкуторно по чередованию участков притупления с тимпанитом.

Лечение в острых случаях исключительно оперативное. В случаях д. г. травматического происхождения, вопрос о брюшном, или грудном подходе решается местоположением повреждения. При тупых травмах, не сопровождающихся повреждением кожи и явлениями ущемления брюшных органов, подход обычно бывает через брюшную полость, как дающий больше возможности ориентироваться в изменениях положения брюшных органов, с прибавлением торакотомии в случае необходимости (Вульштейн, Салищев).

Переходим к описанию нашего случая приобретенной д. г., представляющей собою интерес как с этиологической стороны, так и по обширности дефекта диафрагмы.

18/X 1936 г. в 11 часов дня в хирургическое отделение Могилевского военного госпиталя поступил больной М. И. Г., 22 лет (история болезни № 1448), с предварительным диагнозом *Gastritis acuta*. Заболел 18/X в 9 час., внезапно почувствовав боль в подложечной области, тошноту и рвоту. Перед заболеванием скушал два кусочка мяса, а накануне, 17/X, вечером, кушал соленую рыбу. 25/X, среди полного здоровья у больного наблюдался подобный же приступ болей в подложечной области, с тошнотой, продолжавшейся около 3 часов. В декабре 1935 г. болел левосторонним гнойным плевритом, по поводу которого лежал в клинике Минского университета до 10/IV 1936 г. По словам больного гной сперва прорвался самостоятельно сбоку, а затем была произведена резекция ребра. Свищ после операции закрылся в конце мая 1936 г.

Объективные данные: больной удовлетворительного питания и правильного телосложения. Тоны сердца глуховаты, шумов нет. Пульс удовлетворительного наполнения, ритмичен, 66 в 1 мин. В легких, слева, под лопаткой немного сухих и средне-пузырчатых хрипов, здесь же рубец после произведенной резекции ребра. Живот слегка втянут, мягкий. Наибольшая болезненность в левом подреберье у угла, образуемого реберной дугой и наружным краем *musculi recti*. Язык обложен, стула не было, мочеиспускание нормальное.

Ввиду подозрения на пищевую интоксикацию (соленая рыба) произведено промывание желудка, причем зонд прошел свободно. В желудке — неперева-ренные пищевые частицы.

19/X рвота продолжается, но значительно меньше. Боли в подложечной области.

20/X рвоты нет, боли в подложечной области незначительные. Дефекация отсутствует, появился аппетит, общее состояние бодрое. В 2 часа дня внезапное резкое ухудшение с появлением нового приступа рвот, причем попытка ввести зонд окончилась неудачей из-за препятствия в нижнем отделе пищевода. 20/X в 15.00 непрерывные рвотные движения. Живот мягкий, несколько втянут. Общее состояние значительно ухудшилось.

Ввиду подозрения на наличие д. г. срочно произведена рентгеноскопия пищевода, желудка и грудной клетки (Цирулик). Контрастная масса проходит через пищевод до желудка без задержки. Нижний полюс желудка на уровне левого подреберья. Контрастная масса расположена на уровне подреберья. Тень сердца прикрыта тенью желудка. Во время исследования у больного рвота, после чего контрастная смесь расположена двумя уровнями: нижний у подреберья, верхний на уровне 4-го левого ребра. Заключение: ложная д. г., через которую часть желудка проникла в грудную клетку.

Немедленная операция (Цирулик) под местной анестезией 1/4% раствором новокаина — *laparotomia mediana epigastrium*. Желудок, сальник и петли тонких кишок проникли через диафрагмальное отверстие в левую половину грудной клетки. Потягиванием за желудок и петли кишок удалось их извлечь. Обнаружено отсутствие почти всей левой половины диафрагмы. Сохранилось небольшое количество мышечных пучков у *mediastinum* и стенки грудной клетки. Через отверстие с шумом при дыхании всасывается воздух. Дан эфирный наркоз. Разрез продлен вдоль реберной дуги. С большими трудностями остатки диафрагмы соединены швами с боковой и задней поверхностями грудной клетки. Туалет раны. Брюшная рана закрыта наглухо трехрядным швом.

Послеоперационное течение осложнилось глубокой поддиафрагмальной супурацией брюшной раны. Медленная грануляция.

22/XII, через два месяца после операции, произведена рентгеноскопия с целью установить степень изменений в грудной клетке. Левый „купол диафрагмы“ стоит выше правого, движения при дыхании незначительно ограничены, но совершенно четко выражены. Левый синус свободен. Тень верхушки сердца ясно отграничена от „диафрагмы“. Нижний полюс желудка на уровне пупка. Полностью заполнить желудок ввиду появившихся рвотных движений не удается. Через 40 минут в желудке значительное количество контрастной

массы. Хорошо выражены перистальтика и эвакуация, 13/1 1937 г. больной выписан с маленькой гранулирующей ранкой.

Интерес нашего случая заключается в отсутствии ясного этиологического момента, обширности дефекта диафрагмы (отсутствовала почти вся левая половина диафрагмы) и в хорошем послеоперационном исходе.

---

Из хирургического отделения Нежинской межрайонной больницы Черниг. обл. (зав. отд. А. Я. Иванов).

## **К вопросу о закрытых повреждениях органов брюшной полости.**

**А. Я. Иванов.**

Поводом к данному сообщению является наблюдение четырех случаев подкожных разрывов кишечника, прошедших через хирургическое отделение нашей больницы,—характерных разнообразностью травмы, при известном несоответствии между силой травмы и произведенными в брюшной полости нарушениями.

С другой стороны, к этому нас побуждает и наблюдающаяся у некоторых врачей „легкость“ по отношению к так называемым контузиям живота, часто грозящая больным печальными последствиями.

Так, из четырех случаев подкожных разрывов кишечника, прошедших через отделение на протяжении прошлого года, двое больных после получения первой помощи направлены в стационар не были: один больной был прислан в порядке обычной консультации, а другой больной пришел в стационар сам из-за сильных болей.

Вопрос о подкожных повреждениях кишечника в значительной мере освещен в литературе. Согласно общепринятой классификации, предложенной Моти, подкожные нарушения целостности кишечника сводятся к трем видам повреждений: раздавливание, отрыв и лопанье. Раздавливание приводит к различным степеням повреждений кишки: от кровоизлияния в ее стенку до полного разможнения со вскрытием просвета. Оно является следствием сдавливания кишки между предметом, наносящим травму, и твердой стенкой—позвоночником, костями таза.

Отрывы в различных направлениях наблюдаются, главным образом, на фиксированных участках кишечника, когда сила приложения оттягивает кишку за ее свободный отдел.

Лопанье,—механизм которого и в настоящее время не представляется достаточно выясненным,—это разрыв кишки, непосредственная причина которого лежит в силе, действующей изнутри кишки в момент внешней травмы. Лопанье наблюдается не только под влиянием внешней травмы, но иногда и вследствие внезапного напряжения мышц брюшного пресса, как,