

Из Наченальской больницы Ардатов. уезда Ульяновской губ.

Случай мнимого вправления ущемленной грыжи.

Врача А. Е. Алеева.

14/XII 26 г. в Наченальскую участковую больницу поступил б-ной В., 36 л., присланный для оперативного лечения по поводу заворота кишечника. От местожительства до б-цы он проделал расстояние в 45 верст. Из расспроса выяснилось, что он уже несколько лет страдает правосторонней паховой грыжей, которая всегда довольно легко вправлялась, а 3 дня тому назад, несмотря на то, что грыжу вправил, облегчения не наступило. Наоборот, болезненные явления усилились, началась рвота, икота, наступила полная бездеятельность кишечника. Осмотром установлено, что со стороны грудных органов отклонений от нормы нет, пульс хорошего наполнения, ритмичен, до 80 ударов в минуту; t^0 тела нормальна. Живот равномерно вздут, резко болезнен; особенно болезненной оказывается правая паховая область, где тотчас же выше наружного пахового кольца, прощупывается эластическая опухоль. За время осмотра у больного была рвота с примесью желчи. Предложена операция по поводу ущемленной грыжи и сейчас же в 5 1/2 ч. вечера произведена операция. Паховый канал под местной анестезией вскрыт обычным для грыжесечения разрезом. По вскрытии стенки опухоли, находящейся в паховом канале, легко можно было пальцами пройти в брюшную полость и установить, между прочим, тесную связь этой опухоли с одной из кишечных петель. Чтобы разобраться, с чем в данном случае приходится иметь дело, я вынужден был перейти на общий хлороформный наркоз и сделать дополнительный разрез брюшной стенки. Оказалось, что со стороны брюшной полости в этой опухоли имелось кольцо, в котором ущемлена петля тонкой кишки. Таким образом выяснилось, что эта опухоль принадлежит грыжевому мешку с его содержимым и что вскрытая в паховом канале стенка опухоли составляет наружную стенку ввороченного в себя грыжевого мешка. По рассечении со стороны брюшной полости ущемляющего кольца, из грыжевого мешка извлечена омертвевшая кишечная петля (ущемление длилось 3 1/2 суток). Омертвевший участок кишки, длиною до 15 сант., вместе с соответствующей брыжейкой иссечен, а проходимость кишечника восстановлена боковым анастомозом. Грыжевой мешок удален. Рана брюшной стенки не зашивалась. Послеоперационный период в первые три дня протекал при явлениях перитонита, а на 4-ый день, по введенной в прямую кишку трубке, началось отхождение газов. В этот же день поставлена клизма, которая вызвала небольшой стул. В последующие дни явления паралича кишечника исчезли совершенно. Кожная рана заживала вторичным натяжением.

Итак, в данном случае на долю больного выпало несчастье вправить ущемленную грыжу вместе с мешком. Вот на этом-то мне и хотелось остановиться. Прежде всего возникает вопрос, что же должно способствовать ложному вправлению. Мне кажется, что этому способствует рыхлая связь пристеночной брюшины с брюшной стенкой, когда при вправлении грыжи пристеночная брюшина, начиная от ущемляющего кольца, давлением извне легко оттесняется от брюшной стенки, увлекая за собой весь грыжевой мешок и, наряду с этим, должно быть наличие настолько сильное ущемление, что о действительном вправлении не может быть никакой речи, даже при энергичных попытках к вправлению как раз эти последние и будут непосредственной причиной мнимого вправления при наличии указанных способствующих условий. Так или не так, но случаи ложного вправления в практике встречаются и, естественно возникает вопрос о показаниях и противопоказаниях к бескровному вправлению. Являясь защитником бескровного вправления застарелых травматических вывихов, о чем я имел уже возможность сказать несколько слов на страницах Каз. мед. журн., ущемленные грыжи, какую бы давность они не имели, я буду лечить только кровавой операцией и с большой робостью буду приступать к бескровному вправлению, если больной категорически откажется от операции. Бояться бескровного вправления ущемленной грыжи приходится по многим причинам. Во-первых, можно произвести ложное вправление и, тем самым, если не себе, то другому усложнить операцию и, само собой понятно, увеличить опасность для больного. Во-вторых, весьма поучительным и точно также заставляющим отказываться от бескровного вправления является случай проф. Боголюбова, описанный им в Каз. мед. ж. в 1925 г. Это случай грыжевого

заворота, симулирующий собой ущемленную грыжу. Автор статьи приходит к выводу, что возможность наличия при ущемленных грыжах грыжевого заворота увеличивает опасность вправления. Затем, на основании одного своего случая мне хочется показать, как быстро иногда может развиваться омертвление ущемленной кишечной петли. Производя операцию спустя 12 часов с момента ущемления, мне пришлось уже прибегнуть к резекции. Правда, в нескольких случаях, даже по прошествии 2-х, а в одном случае 3-х суток гангрены не наступило. Очевидно, степень сжатия кишечной петли ущемляющим кольцом имеет решающее значение. Ссылаясь на случай быстрого сравнительно наступления некроза ущемившейся кишки, приходится подчеркнуть возможность опасности вправления из-за омертвления даже в первые часы по ущемлении. Имею в своем распоряжении еще один собственный случай, который опять-таки говорит только за кровавое вправление. Это случай, когда ущемленную грыжу симулировало острое воспаление червеобразного отростка, находящегося в грыжевом мешке. Кроме указанных причин, сводящих почти на нет показания к бескровному вправлению, следует иметь ввиду при попытке к вправлению возможность грубого нарушения кишечной петли.

Сообщая о случае мнимого вправления ущемленной грыжи, я далек от того, чтобы назвать его редким. Наоборот, я беру на себя смелость предполагать, что подобных случаев гораздо больше, чем их описано. Правда, просматривая доступную мне периодическую литературу за последние 4 года, подобных случаев я не встретил, но думаю, что чем больше было бы их опубликовано, тем меньше было бы попыток к бескровному вправлению.

Из Туберкулезного санатория „Сосновка“ II-го В. Д. О. имени тов. Петровского. (Главный врач проф. Тростанецкий).

К вопросу о френикотомии при легочном туберкулезе.

Е. В. Миртовская.

Лечение туберкулеза легких идет двумя путями: одно консервативное, а другое хирургическое. Принцип того и другого лечения один—возбудить и усилить иммунно-биологические силы организма, что достигается относительным покоем больного органа. За последние годы было выдвинуто лечение туберкулеза легких перерезкой или выкручиванием п. phrenici. Этот метод заслужил доверие в немецкой школе (Зауэрбуха, Гарре, Брауэра), заняв видное место в терапии тбс легких. В России френикотомия еще не имеет широкого применения, а поэтому небезынтересен случай ранения п. phrenici, повлекший за собой паралич диафрагмы у больного, страдающего экссудативной формой тбс левого легкого.

Больной С., 26 лет, член союза химиков, поступил в санаторий с диагнозом В1, и жалобами на общую слабость, боли в правой половине груди и кашель.

Анамнез: второй ребенок у матери рос хилым, перенес в детстве: корь и скарлатину. Условия жизни плохие. С 14 лет—тяжелый физический труд чернорабочего на постройках, с 16 лет рассыльным при заводе, с 18 лет—счетоводом на заводе, где служит 8 лет. Отец умер от паралича сердца, мать и сестра больны тбс, последняя бациллоносительница. До 1925 года с больными тесный контакт. Женат 3 года, жена и ребенок здоровы.

Болен с 1916 года, было часто повышение температуры до 38, кровохарканье, ночные поты. Не лечился. В 1918 году случайно ранен во дворе в область шеи левой стороны. После ранения 7 дней повышенная температура до 40, кровохарканье. Врачами констатирован активный туберкулез левого легкого. Через три недели встал, была общая резкая слабость, головокружение, одышки не отмечается. Кровохарканье не повторялось, температура Н. После ранения заметно окреп, температура норма, вес прибавлялся, кашель почти исчез, самочувствие хорошее до 1920 года. В 1920 году правосторонний сухой плеврит. В 1924 году грипп, после которого врачи находят свежее заболевание правой верхушки легкого, температура субфебрильная, вес резко падает. В 1926 году самочувствие хуже, в 1927 году резкая слабость; направлен в санаторий. В мокроте Б. К. нет.

St. praesens: рост 166 см., вес. 52 кг. Правильного телосложения, пониженного питания, мышцы левой половины груди слегка атрофичны. Кожа в области