

в одном случае. У одного больного образовался абсцесс на ягодице, у другого орхит, заболевание тянется многие месяцы, до года, причем температурная кривая носит „ундулирующий“ характер, состоя из групп неправильных повышений, чередующихся с ремиссиями. Постепенно волны повышений сглаживаются, ремиссии становятся продолжительнее, наконец, мы имеем субнормальные температуры при явлениях истощения и малокровия. Учитывая явления со стороны сердца: увеличение тупости при глухих, как-бы отдаленных тонах, можно думать о гемоперикарде, как причине смертельных исходов.

Главным очагом заболевания нужно считать хутор Цаган-Нор, один из наименее благоустроенных в совхозе. Овцы зимой крайне скучены. Общежития рабочих тесны и антисанитарны, медицинский надзор неудовлетворителен.

Данные о выкидышах овец на 1 мая 1931 г.

	Общ. чис. рождений.	Выкидышей.
Отара № 16 (Жилино)	337	60
Отара № 17 (Сурино)	734	52
Отара № 21 (Емикей)	725	25
Отара № 23 (Цаган-Нор, Урулюнг)	648	22
Отара № 25 (Цаг.-Нор, Урулюнгауй)	753	113

Это высокое количество выкидышей в связи с клинической картиной болезни у людей подтвердило предположение о болезни Банга. По донесению моему в Вост.-Сиб. Крайздрав, был командирован на место проф. Н. Н. Клодниковский, который уже установил диагноз болезни Банга бактериологически и серодиагностически¹⁾.

Из хир. отд. Софиевской Межрайбольницы на Криворожье (Зав. отд. Б. Л. Бронштейн, зав. б-цей А. А. Каменецкий).

Случай ретроградного ущемления в „скользящей“ грыже.

Б. Л. Бронштейн.

Под понятием ретроградного ущемления разумеют ущемление одной или нескольких петель кишек, при котором расстройство питания вовлекает в страдание не только части, находящиеся в грыжевом мешке, но также, и в большей степени, особенно сильно часть, находящуюся в свободной брюшной полости. Этой, редко встречающейся, форме ущемления Венделем дано название *Heppie en W*, так как в типичных случаях в грыжевом мешке снаружи от ущемляющего кольца располагаются две петли, а внутри от него в брюшной полости одна „соединяющая“ с более тяжелым расстройством питания, зависящим от перегиба ее брыжейки или перекручивания всей петли. Чрезвычайно редко срединная петля оказывается мало измененной сравнительно с находящимися двумя в грыжевом мешке (случай Невского).

Со времени введения Майдлем (1895 г.) понятия ретроградного ущемления опубликовано более 100 случаев, из них на русскую литературу падает 18.

Ретроградно ущемленными, кроме тонкого кишечника, могут быть и другие органы, как-то: червеобразный отросток и маточная труба (Maudl) сальник (Гайсинский).

Процент резекций при ретроградном ущемлении значительно превышает таковой при обычном ущемлении ввиду того, что гангрена кишки при первом развивается обычно очень рано, в пределах 4—14 часов; описаны случаи омертвления, наступившего через 2—3 часа с момента ущемления.

Причиной раннего изменения ретроградно ущемленной петли Копылов считает различное распределение артериальных ветвей и анастомозов верхн. брыж. артерии и отсутствие в брыжейке ущемленной „соединительной“ петли самостоятельной артериальной ветви; питающие же ее обычно сосуды расположены в брыжейке смежных двух петель, составляющих содержимое ущемленной грыжи.

¹⁾ Кроме того было обнаружено еще свыше 10 заболеваний Бангом у людей, установленные также серологическим путем.

Ни одна из существующих теорий не разрешает в окончательном смысле объяснения механизма возникновения ретроградного ущемления. Из всех объяснений остановлюсь лишь на оригинальном мнении Греков², по которому ретроградно-ущемленная грыжа возникает в результате манипуляций при вправлении обычной ущемленной грыжи; по его мнению, на место вправленной одной петли приходят две, служащие продолжением первой.

Ряд признаков для диагностики ретроградного ущемления, как-то: давняя грыжа с широкими грыжевыми воротами у пожилых людей, разница между тяжестью общих симптомов и незначительностью местных явлений,—могут дать лишь указания на возможность наличия ретроградного ущемления. Описаны случаи р. у. у молодых при узких грыжевых воротах; второй же симптом может наблюдаться и при внутреннем ущемлении при наличии неврвливой грыжи. Ввиду несовершенства диагностики до операции неизменным правилом должно быть в конце операции извлечение кишек в целях ревизии их (Чугаев).

Наш случай: История б-ни № 489. Б-й В-в И. 65 лет, крестьянин, доставлен 8/1-32 г, в 9 ч. вечера с явлениями ущемленной грыжи 5 часовой давности. Грыжей страдает около 20 лет, неоднократно ущемлялась, обычно сам вправлял ее, на сей раз попытки к вправлению были безуспешны.

Объективно: В левой пахо-мошоночной области имеется опухоль величиной в 2 кулака туго-эластической консистенции, дающая при перкуссии тимпанит. В правой половине живота внизу, ближе к средней линии определяется припухлость с кулак, дающая ощущение сопротивления, чувствительная к давлению, перкуторно дающая тимпанит (местный метеоризм). Общее состояние б-го тяжелое. Частая рвота; пульс малого наполнения, частый; t^0 36,6°; язык сухой. Впрыснуто: 1 кб. морфия и 10 кб. камфоры, промыт желудок. Под диагнозом ущемленной левосторонней пахо-мошоночной грыжи произведена операция под эфирным наркозом.

По вскрытии грыжевого мешка излилось небольшое количество грыжевой воды без запаха и обнаружилось две мало-измененные раздутые петли тонких кишек; по рассечении ущемляющего кольца из брюшной полости начала изливаться в большом количестве серозно-кровянистая без запаха жидкость; с целью ревизии содержимое грыжевого мешка было подтянуто—и из брюшной полости извлечена петля, соединяющая упомянутые 2 петли; она оказалась в состоянии резкого застоя, синюшная с многими кровоподтеками в ее брыжжейке, но жизнеспособная. По вправлении ущемленных петель в брюшную полость обнаружилось, что грыжа является „скользящей“: в состав наружной части грыжевого мешка в области шейки и начала тела его входила стенка начальной части S'образной кишки, частично лежащая внебрюшинно; это обстоятельство явилось причиной неполне радикального удаления грыжевого мешка. Пластика канала произведена по Ж и р а р у. Ввиду тяжелого состояния б-го во время операции ему вводился подкожно физ. раствор и неск. раз вводилась камфора. В вену влило 50,0 10% N. chlorati.

9/II. Состояние тяжелое, t^0 37,5°; пульс приближается к нитевидному; живот вздут, болезнен при пальпации, газы не отходят; послеоперационный бронхит. 10/II. Общее состояние не улучшается, t^0 37,7°; пульс нитевидный; был стул, живот мягкий, безболезненный; разлитой бронхит. В 10 ч. вечера при явлениях все нарастающей сердечной слабости б-й скончался.

Таким образом, у б-го наблюдалось ретроградное ущемление тонких кишек в „скользящей“ грыже. В литературе мне не приходилось встречать подобного сочетания.

Рассматривая наш случай *post factum*, надо сказать, что в клинической картине его наблюдался симптом, руководствуясь которым можно было диагностировать ретроградное ущемление: местный метеоризм в животе при ущемленной грыже. Правда, такой же симптом возможен и при завороте в сочетании с ущемленной грыжей, но если учесть давность грыжи у старика, попытки к вправлению и тяжелое общее состояние при сравнительно недавнем ущемлении, то все же можно притти к заключению, что до операции имелось достаточно данных для диагностирования ретроградного ущемления.

Литература: 1) Вайнберг Л. И. Н. Х. А. № 85—30 г. — 2) Гайсинский Б. Е. В. Хир. и Попр. Обл. кн. 68—69, т. XXIII-31 г. — 3) Давыдов Т. М. Там же, кн. 17—18-1926 г. — 4) Копылов Б. А. Там же, кн. 17—18-1926 г. — 5) Невский А. Н. Там же, кн. 67-1931 г. — 6) Шолков Б. В. Н. Х. А. № 64. 1928 г.