

ОТДЕЛ III. ИЗ ПРАКТИКИ.

1-ая Областная хирургич. больница в гор. Уфе.

О дивертикулах Мекеля брюшной полости и бедренной грыжи.

В. М. Романкевича.

Мне встретились следующие случаи дивертикула Мекеля.

1. Мужчина 25 лет, умер 4/IV—1930 при явлениях пиемии. Подвздошная кишка в 75 см. от слепой имеет дивертикул длиной до 10 см., цилиндрической формы, постепенно суживающийся по направлению к своему слепому концу. Диаметр д. М. у основания 2,5 см. Место отхождения—поверхность, противоположная прикреплению брыжейки. Кол-

басовидный дивертикул (см. рис. 1) слегка изогнут и повернут по оси против часовой стрелки (если смотреть на вершину). Слепой конец несколько вздут, отграничен от остальной части сужением и имеет 3 ясно различных выпячивания с резко истонченными, просвечивающими стенками. Кровеносные сосуды переходят на него с подвздошной кишки, спирально изгибаясь. Стенка у основания толщиной равна кишечной и по направлению к вершине слегка утончается, но просвечивает только на вершине, в области отмеченных выпячиваний. При осмотре вывернутого дивертикула слизистая его равномерной розово-белесоватой окраски, не отличающейся от слизистой подвздошной к. Она несколько сглажена; намечено 4—5 незначительных складок у основания. Взято несколько кусочков слизистой с подлежащими слоями. При гистологическом исследовании найдено строение тождественное с строением тонкой



Рис. 1.

кишки (цилиндрический эпителий, бокаловидные клетки, изредка Либеркюновы железы). Ткань с вершины дивертикула для исследования не бралась. Дивертикул лежит свободно в брюшной полости, сращений с окружающими органами нет. Серозный покров гладок, блестящ. Никаких кишечных расстройств или болей в области живота у покойного при жизни не отмечалось.

2. Мужчина, 20 лет, умер 15/VII—1927 от кровотечения вследствие ряда колото-резаных ран. При вскрытии брюшной полости в 80 см. от слепой кишки найден дивертикул (см. рис. 2) толщиной в указательный палец, длиной 6,5 см., слегка изогнутый. Сидит он также на стороне противоположной прикреплению брыжейки. Серозный покров мутноват, утолщен, имеет местами плотные сращения с окружающими петлями тонкой кишки. Нигде выпячиваний или истончений стенки нет. Толщина стенки всюду равномерна, равна толще стенки кишечника, но плотнее. Слизистая без складок, бледна. Червеобразный отросток свободен, без



Рис. 2.

дивертикул формы цилиндрической, слегка суживается к вершине. Длина—6 см., толщина и просвет немногим меньше, чем у тонкой кишки. Серозный покров сохранен, кроме участка на передне-дистальном отделе отростка, где на протяжении $1\frac{1}{2} \times 2$ см. имеются плотные сращения. Микроскопическое исследование (кафедра патол. анатомии Омского Мединститута—зав. проф. Лауэр) дает следующее. На ряде срезов обнаружено типичное строение стенки тонкой кишки: слизистая дивертикула выстлана цилиндрическим, бокаловидным эпителием. В подслизистой главным образом в верхушках ворсинок наблюдаются мелкие очаги круглоклеточной инфильтрации. В глубоких частях подслизистой изредка расположены Либержюновы железы.

Грыжа появилась 2 года тому назад и за последнее время пред операцией у больного бывали непродолжительные схваткообразные боли 1—2 раза в день.

Свободный дивертикул Мекеля—форма более часто встречающаяся (Ростовцев) и менее угрожающая осложнениями (перегибы, непроходимость и пр.). В моих случаях свободный дивертикул был 1 раз. Нет сомнения, что наличие резко истонченных, толщиной в папиросную бумагу, просвечивающих выпячиваний на конце и в этом случае свободного дивертикула могло повести к перфорации его. Второй случай является иллюстрацией того, что воспалительные явления в дивертикуле, существовавшие длительно, перешли на окружающие петли кишечника и местами тесно спаяли его с ними. Встречаются случаи такого тесного спаяния дивертикула и с брыжейкой. Можно даже сказать, что происходит иногда замуровывание его в брыжейку, причем разобраться вначале бывает чрезвычайно трудно (напр., случаи Abt'a, Strauss'a). Наконец, третий случай интересен тем, что дивертикул оказался содержимым бедренной грыжи.

По Ростовцеву на 63 случая нахождения д. М. в грыжах вообще он был содержимым бедренной грыжи 15 раз. Возраст больных при этом бывает самый разнообразный от $1\frac{1}{2}$ мес. (случай Bonnamy) до 73 лет (сл. Иногда).

Форма дивертикула во всех 3-х случаях была колбасовидная, слегка суживающаяся к вершине. Все же надо помнить о возможности встретить самые неправильные формы его со вздутиями и сужениями даже на подобие крупных

видимых изменений. Гистологическое исследование кусочков, взятых со стороны просвета вывернутого дивертикула, дает однослойный цилиндрический эпителий с бокаловидными клетками. В подлежащих слоях обилие соединительной ткани (окраска по Ван-Гизону). При жизни жалобы на боли в животе, запоры. Препараты 1 и 2 случаев демонстрированы в заседании Научно-медицинского о-ва в г. Уфе 18/IV—1930.

3. Операция пахового грыжесечения слева у 6-го В., 43 лет, 4/III—1930 (случай любезно предоставлен в мое распоряжение завед. I хир. клин. Омского Мединститута проф. Г. А. В а л я ш к о). Содержимым оказался слепой отросток, похожий по виду на кишку. Он спаян с передней стенкой грыжевого мешка. При потягивании за отросток извлекаются петли тонкой кишки. К одной из них он и прикреплен на поверхности противоположной отхождению брыжейки. Диагноз—дивертикул Мекеля. Исечение его. Кишка зашита. Сам

четок или бус, особенно в случаях спаяния с брыжейкой, как это было напр. в 3-м случае Абта и Штрауса.

За последнее время в русской и иностранной литературе некоторые авторы (Шварц Н. В., Петрашевская, Haberer, Schaetz, Stulz, Woringer) упоминают о повторных кишечных кровотечениях, которые были связаны с изъязвлением стенки д. М. При этом было найдено строение слизистой дивертикула, сходное со строением ее в желудке.

Schaetz считает, что такая измененная слизистая встречается в 16,6% всех случаев д. М. Шварц насчитывает подобных случаев 22 и свой случай отмечает как единственный у нас в СССР. В моих 3-х случаях гистологическое исследование такого изменения слизистой ни разу не обнаружило. Можно полагать, что подобное изменение слизистой д. М. явление сравнительно редкое.

Литература: 1) Abt a. Strauss. Jour. Am. Med. Ass. 1926, Vo. 87, № 13.—2) Bonnamy. La Presse Med. 1926. № 85. 1338.—3) К. И. Иногда. Нов. х. а. 1931, № 87, 417.—4) Ростовцев. Дисс. 1907.—5) Stulz a. Woringer. Paris Med. 1925, 2. 387. 7—XI.—6) Haberer. Deut. Zeit. f. Chir. Bd. 225, по реф. Нов. х. а. № 86, 1930. 269.—7) Шварц. Н. В. Дем. в рус. хир. о-ве в Л-гр. 18/XII—1930, реф. Нов. Х. А. № 87, 1931. 425.

Нолинская больница Нижкроя.

Случай внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря.

Д-ра В. И. Сазонтова.

Разрывы мочевого пузыря в практике встречаются не часто. По сборной статистике Эфрона до 1924 г. в литературе зарегистрировано 600 случаев. По статистике Венского судебно-медицинского института разрывы мочевого пузыря встретились в 4-х процентах всех подкожных повреждений брюшных органов. Изолированные же внутрибрюшинные разрывы мочевого пузыря относятся к числу редких. По Науману на 20.000 больных за 12 лет в клинике Saalgren'a наблюдалось всего 3 случая, из которых только один был внутрибрюшинный (Белицкий). По сборной статистике Белицкого за время с 1881 по 1924 г. в русской литературе было описано всего 74 случая внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря.

По классификации Пуссона разрывы мочевого пузыря делятся на 1) разрывы здорового мочевого пузыря: а) как результат травмы, б) физического напряжения от непосредственной и от косвенной причины и 2) разрывы патологического мочевого пузыря: а) вследствие прободения, б) вследствие повышенного сокращения его собственной стенки.

Этиологическим моментом при разрыве здорового мочевого пузыря считается состояние опьянения, переполнение мочевого пузыря и травма, имеющая характер быстрого и внезапного насилия.

Разрывы мочевого пузыря анатомически и клинически делятся на разрывы внутрибрюшинной и внебрюшинной части его. По Ulzману из 237 случаев в 143 (61%) был внутрибрюшинный и 94 (39%) внебрюшинный разрыв. У Рокитского из 12—в 8 случаях был внутрибрюшинный и в 4-х внебрюшинный. Место разрыва пузыря играет важную роль в исходе заболевания, ибо в случае с внутрибрюшинным разрывом умирают значительно чаще—99% (Ulzman), причем смертность зависит от того, насколько своевременно оперирован больной и насколько асептичны моча и мочевого пузырь больного. При операции в первые часы и сутки смертность меньше, поздней она неизмеримо больше.

В виду редкости внутрибрюшинных разрывов мочевого пузыря и плохого прогноза при этом заболевании мы считаем не безинтересным опубликовать наш случай, закончившийся выздоровлением.

Больной Пи-мов В. 32 лет. Поступил в отделение 22 марта 1930 г. по поводу невыносимых болей в животе, задержки газов, стула и мочи. Температура 37,8, пульс 120, удовлетворительного наполнения, болен второй день. В 3 часа дня 20-го больной, будучи в состоянии легкого опьянения, поехал в гости, открывая ворота, лошадь быстро подернула, и больного полотном ворот ударило по животу.