

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 Нижкряя.

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 Saigren'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.

Больной потерял сознание. Придя в сознание, почувствовал сильную боль в груди и в животе, тогда же была рвота, был позыв на мочеиспускание, но при попытке помочиться—мочи не было. В прошлом никакими болезнями не страдал, женат, имеет здоровых детей, спиртные напитки употреблял умеренно.

Объективно—язык сухой, живот несколько вздут, сильно напряжен, болезнен. Со стороны органов дыхания отклонений от нормы не обнаружено. Со стороны сердца органический порок сердца (сужение двухстворчатого клапана). В течение всего времени болезни—(1½ суток) больной ни разу не мочился, позывов нет, стул задержан, газы после сифонной клизмы не отходят, частая отрыжка и икота. Катетеризацией мочевого пузыря получено 2—3 столовых ложки крови с запахом мочи. Предположен разрыв мочевого пузыря. Кожные покровы живота нормальны. Никаких ссадин, кровоподтеков не видно. Экстренная операция. Эфирный наркоз (С а з о н т о в). Разрез по средней линии над лобком 8—10 сантиметров, отслоена брюшина вверх, около пузырной клетчатки найдены значительные кровоподтеки. Вскрыта брюшина на месте перехода ее на мочевой пузырь, через отверстие брюшины вытекло большое количество серозно-кровянистой жидкости со сгустками крови. После расширения разреза обнаружен разрыв мочевого пузыря (дно), отверстие имеет неправильную звездообразную форму. Пропускает концы трех пальцев, пузырь заполнен сгустками крови, стенка мочевого пузыря и слизистая нормального цвета. Брюшная полость и мочевой пузырь обсушены, разрыв пузыря зашит трехэтажным кетгутовым, узловатым швом. Шов на брюшину, к месту шва подведен выпускник, в остальном операционная рана зашита послойно. В мочевой пузырь через уретру вставлен мягкий катетр. Пузырь промыт вначале теплым раствором борной кислоты, а затем физиологическим раствором.

22-го—температура 37,5, пульс 90, живот мягче и менее болезнен, отрыжки, рвоты нет, газы не отходили, через катетр выделилось свыше 500 куб. сант. мочи, окрашенной кровью. Промывание пузыря. Urogorin внутрь, после сифонной клизмы часть газов отошла.

23-го—температура 37,6 пульс ровный 96. Язык влажный. Больного самостоятельно прослабило, живот мягкий. Моча выделяется слегка окрашенная кровью. Вечером у больного появился сильный позыв на мочеиспускание. Больной хотел помочиться и в это время выпал катетр. Многократные попытки ввести вновь катетр в мочевой пузырь не увенчались успехом. Вставить же плотный катетр мы не рискнули. Поэтому больной оставлен без катетра.

24-го—температура норма, самочувствие больного хорошее, газы отходят, язык влажный, живот несколько болезненный только внизу. За ночь больной самостоятельно мочился 6 раз, моча слегка окрашена кровью, операционная рана чистая. В конце мочеиспускания разв. частые ложные позывы. Моча окрашена кровью.

25-го—температура норма, больного слабило, мочится самостоятельно, часто, по-малу. Примесь крови незначительная.

26-го—удален тампон, выделений нет. Моча чистая. Мочится 9—10 раз за сутки. Ложных позывов нет.

30-го—сняты швы, заживление гладкое, мочится 10 раз в сутки, моча чистая, жалоб нет.

1-го больной выписан из больницы здоровым.

Богородицкая больница Тульского округа.

Случай успешного оперативного излечения внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря 4-дневной давности.

Д-ра Н. Зерцалова.

7-го марта в 1 час 20 мин. доставлен по железной дороге (со ст. Волово) больной Х. Ф., 58 лет, для оперативного лечения непроходимости кишечника. Распрос дежурного врача (д-ра Крайндель) дал следующие результаты: 4 дня назад после блинов и выпивки (самогона) Х. Ф. оступился во дворе и ушиб нижнюю часть живота; на некоторое время больной потерял сознание. Вскоре появилась боль в животе, рвота, отхождение газов и стул, мочеиспускание прекратились. В ближайшей больнице получил слабительное, но стула не было.