

при ненадежности паллиативной операции и достаточной функции второй почки уместна радикальная операция — удаление пораженной, перерожденной почки.

Поступила 8 августа 1960 г.

МЕККЕЛЕВ ДИВЕРТИКУЛ И ВНЕДРЕНИЕ КИШОК¹

Канд. мед. наук Х. И. Фельдман, Г. Р. Прейс и Г. С. Драч

Клиника хирургии детского возраста (зав. — доктор мед. наук А. Р. Шуринок)
Киевского медицинского института на базе хирургического отделения
детской специализированной клинической больницы (главврач — Т. П. Новикова)

Меккелев дивертикул по разным статистикам встречается при чревосечениях приблизительно у 0,1—1,0% больных. П. Н. Юровская наблюдала 14 случаев меккелева дивертикула среди 1126 больных, подвергшихся лапаротомии. При чревосечениях указанный дивертикул попадает не только как случайная находка, но оказывается часто причиной катастроф в брюшной полости: кишечной непроходимости, перитонита, кишечного кровотечения и др. Дивертикул Меккеля может вызвать разную форму непроходимости, однако инвагинацию вызывает редко (К. А. Летунова, А. Т. Бачинская и др.). В сборной статистике Д. П. Чухриенко из 114 случаев непроходимости, вызванной меккелевым дивертикулом, инвагинаций было всего 6,1%. Из 222 детей с инвагинацией, наблюдавшихся Д. Б. Авидоном, лишь у 4 инвагинация была вызвана меккелевым дивертикулом. Гросс среди 702 детей, страдавших инвагинацией, наблюдал 32, у которых причиной инвагинации был меккелев дивертикул.

Мы наблюдали за 14 лет среди 15257 детей, подвергшихся лапаротомии, 47 с меккелевым дивертикулом, причем за один только 1959 г. — 22.

Появление относительно большого количества детей с меккелевым дивертикулом в 1959 г. объясняется принятой в нашей клинике обязательной ревизией тонкого кишечника при аппендэктомии в тех случаях, когда хирург считает, что изменения в червеобразном отростке не могут объяснить клиническую картину, выявленную у данного ребенка.

Из всех детей с меккелевым дивертикулом у 14 он был причиной непроходимости, у 9 выявлены кровоточащие язвы дивертикула, у 13 — дивертикулиты, у 2 дивертикул обнаружен в грыжевом мешке и у 9 явился случайной находкой.

За последние 14 лет (с октября 1946 до октября 1960 г.) в нашей клинике лечились 257 детей по поводу инвагинации, из них у 5 инвагинация была связана с меккелевым дивертикулом.

Механизм внедрения, связанный с меккелевым дивертикулом, может быть различным.

1. Меккелев дивертикул может стать головкой инвагината и вовлечь в инвагинацию отрезок тонкой кишки.

2. Верхушка меккелева дивертикула может вернуться в просвет дивертикула, не вовлекая во внедрение отрезка тонкой кишки.

3. Меккелев дивертикул может быть вовлечен в инвагинат при тонкокишечной инвагинации.

Все инвагинации на почве меккелева дивертикула, наблюдавшиеся разными авторами, были тонкокишечными. Нужно полагать, что меккелев дивертикул вряд ли может стать причиной инвагинации в илеоцекальном углу, даже если этот дивертикул расположен в конечном отделе подвздошной кишки, и в таком случае дивертикул может вызвать только тонкокишечную инвагинацию. Однако меккелев дивертикул может вместе с инвагинированным отрезком тонкой кишки пройти через баугиниеву заслонку, либо он может быть пассивно вовлечен в инвагинат вместе с отрезком тонкой кишки при слепоободочных инвагинациях. В таких случаях головка инвагината — слепая кишка — может пассивно вовлечь в инвагинат отрезок подвздошной кишки вместе с меккелевым дивертикулом, особенно если последний расположен на близком расстоянии от слепой кишки.

В тех случаях, когда вовлеченный в инвагинат (при слепоободочной инвагинации) меккелев дивертикул находится в инвагинате непродолжительное время, он может остаться малоизмененным даже при глубокой инвагинации.

Диагностика инвагинаций, связанных с меккелевым дивертикулом, не представляет особых трудностей. Клиническая картина не отличается от других видов инвагинаций. Следует, однако, подчеркнуть, что при изолированной инвагинации меккелева дивертикула клиническая картина остается неясной. При этом виде инвагинации, особенно при широком основании дивертикула, инвагинат не претерпевает значительного изменения. Головка инвагината (при небольшом диаметре верхушки диверти-

¹ Доложено на конференции врачей клиники хирургии детского возраста и хирургического отделения детской специализированной клинической больницы 27/X 1960 г.

кула) может свободно располагаться в инвагинирующей части дивертикула. При этом виде инвагинации могут отсутствовать явления непроходимости, так же как и выделения крови из кишечника. Все же и при этом виде инвагинации имеются сильные схваткообразные боли в животе и явления «острого живота», вызванные ущемлением брыжейки дивертикула и самого дивертикула в области шейки инвагината.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авидон Д. Б. Вест. хир. им. Грекова, 1954, 2. — 2. Бачинская А. Т. Сб. тр. госп. хир. клин. Кишиневского мед. ин-та, 1950. — 3. Гюев Н. А. Тр. клин. общей хир. Северо-Осетинского гос. мед. ин-та, 1947, вып. 1. — 4. Летунов К. А. Хирургия, 1952, 4. — 5. Попова Т. А. Вестн. хир. им. Грекова, 1957, 3. — 6. Ситдыков Н. Х. Казанский мед. ж., 1938, 11—12. — 7. Стукалюк А. М. Хирургия, 1955, 7. — 8. Чухриенко Д. П. Вестн. хир. им. Грекова, 1954, 2. — 9. Юровская П. П. Хирургия, 1938, 5. — 10. Gross R. E. The surgery of infancy and Childhood, 1957, Chapter 20. — 11. Franz X. Zentralblatt f. Chir., 1960, 7.

Поступила 12 декабря 1960 г.

ГОМОЛАТЕРАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Канд. мед. наук С. А. Гринберг

Нейрохирургическая клиника (зав.—проф. Н. И. Комаров) Казанского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии (директор — проф. Л. И. Шулутко)

Гомолатеральные симптомы при опухолях головного мозга описаны рядом авторов.

Л. Б. Ливак считает, что гомолатеральные симптомы при супратенториальных опухолях могут иметь различное происхождение. Они могут быть связаны с дислокацией и окклюзией ликворопроводящих систем. По-видимому, играют роль также отек и набухание мозга. В свете современных физиологических представлений эти симптомы пытаются объяснить отрицательной индукцией на здоровое полушарие. По данным Ю. И. Канюка, они встречаются чаще в далеко зашедшей стадии заболевания при глубокой локализации опухолей лобной доли вне пределов двигательной зоны.

Мы наблюдали гомолатеральные симптомы при опухолях головного мозга у 8 больных, из них у 6 при локализации опухолей в лобном отделе, у одного — с опухолью теменной области и у одного — с опухолью височной доли, захватывающей подкорковые узлы.

Приводим краткие выписки из историй болезни двух наблюдавшихся нами больных.

1. А., 1926 г. рождения, доставлен в тяжелом состоянии 3/IV 1950 г. с жалобами на сильные головные боли с тошнотой и рвотой.

В 1943 г. контузия с длительной потерей сознания. В 1948 г. появились головные боли с тошнотой, рвотой и головокружением. В последующем начала снижаться острота зрения. Заболевание вначале трактовалось как воспалительный процесс.

Состояние тяжелое. Находится в вынужденной позе, сидит с максимально согнутой головой. Малейшее изменение положения головы вызывает приступ резких головных болей. Жалуется на боли в глазах, глаза открывает с трудом.

Мидриаз, реакция зрачков на свет едва уловима. Парез правого отводящего нерва. Болезненность в супраорбитальной и инфраорбитальной точках справа. Правосторонний гемипарез при функциональных пробах на утомление, с анизорефлекссией сухожильных рефлексов и правосторонними патологическими рефлексами — Бабинского и Оппенгейма.

В связи с резким ухудшением состояния 4/IV 1950 г. произведена разгрузочная вентрикулопункция задних рогов обоих боковых желудочков. Из-за тяжести состояния вентрикулография не производилась. Улучшение не наступило, и 5/IV больной скончался при нарастающей сердечной слабости.

Клинический диагноз: опухоль головного мозга, близкая к ликворопроводящим путям.

На секции — глиома правой лобной доли.

Вынужденную позу головы, которая наблюдалась у больного, принято считать характерной для опухолей задней черепной ямки, затрудняющих отток из 4-го желудочка в большую цистерну. Однако Пуссеп, Гебольд и др. описали склонение головы на грудь и при опухолях лобной локализации. Указанное наблюдение подтверждает мнение Ю. В. Коновалова, что вынужденная поза головы свидетельствует лишь о