

Осумковывающие кишечник хронические перитониты.

Л. А. Наливкин (Сталинград)

Хронические перитониты, осумковывающие кишечник (о. х. п.), являются довольно редкой формой перитонитов, имеющей своеобразную клиническую картину и не выясненную до сих пор этиологию, а потому описание отдельных случаев данного заболевания в нашей литературе имеет несомненный практический интерес.

Эту форму перитонитов описал проф. П р а к с и н.

Проф. Волкович, говоря об этих формах перитонитов, подчеркивает туберкулезный характер их.

Если мы обратимся к другим авторам, то почти каждый приводит свою этиологию и свою теорию для объяснения этих перитонитов. В случае Гальцева у больной до начала данного заболевания был длительный понос дизентер. характера. Емельянов Д. М., упоминая в своей работе о патогенезе данного заболевания, говорит, что мы здесь имеем дело с воспалительным процессом, видимо хронического характера, но помимо инфекции, по мнению этого автора, должны существовать еще какие-то условия для объяснения этого оригинального патологического явления, и этим условием являются аномальные вместилща для тонких кишек, наиболее поражаемых этим процессом, претерпевающих ряд изменений и служащих источником инфекции брюшной полости.

Фарберова в своем случае говорит о дислокации Frenkel'я, как причине заболевания, Смирнов—о туберкулезной инфекции, Шубин—о кишечном воспалении дизентер. характера, Репин—о неизвестной инфекции и т. д.

Карно в общем обзоре о перивисцеритах пищеварительного тракта или, другими словами, патологических образованиях, окутывающих различные внутренние органы и изменяющих их форму и функции, говорит об инфекционном происхождении большинства перивисцеритов. Многие перивисцериты, якобы криптогенетические, являются в действительности инфекционными.

Если мы имеем довольно запутанную этиологию данного заболевания, то в отношении анатомической характеристики дело обстоит сравнительно благополучно—почти у всех авторов мы находим описание плотной белой фиброзной оболочки (Zuckergussdarm, Zuckergussleber, Zuckergussperitoneum), окутывающей весь или часть тонкого кишечника и, по некоторым авторам, ободочную кишку, при чем во многих случаях салыник—главный хранитель, чистильщик и паяльщик в брюшной полости (Карно, Карниль) при ляпаротомии не был обнаружен, как видно он при этих процессах образования и последующей организации выпота страдает в наибольшей степени (Абрамович, Репин и др.). Что касается классификации, то мы уже сказали, что о. х. п. есть особая своеобразная форма первичных хронических перитонитов, ограниченных или общих, один из видов так называемого хронического полисерозита, поражающего или все серозные полости, или часть их, или наконец одну.

Теперь в отношении диагностики—по мнению многих авторов диагноз о. х. п. труден, даже невозможен и обычно ставится на операционном

столе. До операции предполагали, например: туб. перитонит (Овчинников), кишечная непроходимость (Епнике), опухоль (S. Romanitch, Абрамович), опухоль в брюшной полости (Емельянов), перекручивающаяся киста (Гальцев) и др. и только, вскрыв брюшную полость, обнаруживали „неожиданную находку“. Необходимо дифференцировать эту форму перитонитов с туб. перитонитами, с пневмококковым осумковывающим перитонитом, с другими формами перитонитов и с другими заболеваниями, но в большинстве случаев это оказывается невозможным, особенно в начале заболевания. Симптоматология данного страдания довольно разнообразна. Здесь мы имеем прежде всего хроническое течение, нормальную температуру, начало без симптомов, затем схваткообразные боли в животе, урчание, иногда очень резкое, слышимое на расстоянии, тошнота, рвота, опухоль в животе, задержка стула, иногда понос. Что приводит больных на операцию?—или резкие схваткообразные боли в животе с явлениями кишечной непроходимости, или опухоль в животе — или, наконец, громкое урчание, заставляющее больных стесняться окружающих и прибегать к хирург. помощи. Иногда это же заболевание обнаруживается случайно во время операции, предпринимаемой по другому поводу (случай Репина). Что обращает на себя внимание, так это ясная опухоль в животе, располагающаяся главным образом в правой половине живота и представляющая собою осумкованный тонкий кишечник (признак Волковича). Эта опухоль, сопровождающаяся явлениями кишечной непроходимости и является заключительным аккордом во всей картине данного заболевания. Перистальтики кишек нельзя обнаружить, ввиду толстой капсулы и слипчивого воспаления между петлями кишек. В отношении лечения о. х. п. существуют различные мнения: одни советуют, имея в виду туб. характер этого заболевания, консервативные методы, в виде гелиотерапии, кварца, диатермии (Попов), другие ограничиваются освобождением петель кишек от спаек, третья удаляют целиком всю сумку, наконец, некоторые авторы резецируют кишки, накладывая энтероанастомоз (Емельянов, Шубин, Епнике и другие). Прогноз в общем довольно благоприятный—налицо мы имеем клиническое выздоровление, при чем случаи были прослежены от одного месяца и до трех лет, но есть и случаи летального исхода (Овчинников, Емельянов, Шубин).

В некоторых случаях нет указаний на отдельные результаты, некоторые остались непрослеженными, хотя бы на ближайший период времени.

Приступая к описанию своих случаев, я должен сказать, что из имеющейся у меня под руками русской литературы, мне удалось собрать 41 случай о. х. п. плюс 4 наших, всего 45 случаев, при чем сюда не вошли случаи перитонитов туб. характера.

Наши случаи таковы:

1. Суботкин И. М., 42 лет, крестьянин из деревни Приют, Сызранской волости, поступил в Сызранскую хир. больницу 12/X 1928 года (ист. болезни № 32) с жалобами на резкие боли внизу живота, рвоту и общую слабость. Заболел сразу. Появилась боль в животе, сопровождавшаяся рвотой. Больной вынужден был лечь в постель и не мог встать, ввиду резких болей. Были и раньше 3 подобных приступа с резкими болями и рвотой. Последний приступ 3 недели тому назад. Больной ле-

жал в терап. отд. местной больницы. St. praes: Больной сред. роста, удовлетворительного питания, правильного сложения, кожа и видим. слиз. в норме. Язык слегка обложен. В легких явление бронхита, сердце—без особых уклонений. При пальпации живота последний умеренно напряжен, отмечается болезненность в нижней части. При перкуссии здесь притупление, в верхнем отделе живота—тимпанит. В виду болей прощупать ничего не удастся. Находился под наблюдением с 12-го октября по 29-го ноября, причем за это время рвота прекратилась, в остальном без изменения. Диагноз до операции—частичная кишечная непроходимость. 29-го ноября—операция (д-р Вилямовский). Под общим хлороф. наркозом лапаротомия. Разрез по средней линии между пупком и лобком продолжен затем выше пупка. По вскрытии брюшной полости предлежит большая опухоль величиной с голову взрослого человека, напряженная, туго-эласт. консист. (впечатление кисты?). Опухоль спаяна с пристеночной брюшиной на всем протяжении, отделить ее не удалось—нет свободного угла, где можно было бы подойти и отделить ее от спаек. Туберкулезных бугорков нигде не обнаружено. Капсула опухоли подшита несколькими шелковыми швами к брюшной стенке и, после отгораживания салфетками, осторожно вскрыта, при чем вышло много серозной жидкости. В капсуле, как в мешке, заключены петли тонких кишок, при чем на поверхности ее имеется ряд борозд и три выпячивающихся бугра. По освобождении в них оказались тоже петли тонких кишок. Кишки вздуты, гиперемированы. Стали освобождать петли от спаек и капсулы, дошли до места сужения, которое тоже освободили. Толстые кишки лежат припаянные вне этой сумки. По разъединении кишок от всех спаек брюшная полость дренирована, рана зашита послойно. Швы и скобки на кожу. Коллоид. повязка. Диагноз: Peritonitis chronica incapsulata.

30/XI—самочувствие удовлетворительное. Живот мягкий, рвоты не было.

1/XII то 37,5, пульс 80 в 1' удовлетв. наполнения. Язык обложен. Сухость во рту, жажда. Рвота желчью. Живот слегка вздут, болезнен. Повязка промокла. Больного беспокоит рвота. Сделана капельная клизма.

2/XII—состояние то же.

3/XII—пульс 76 в 1' хорош. наполнен. Рвоты нет. Газы отходят через трубку. Живот стал мягче.

4/XII—кашель. У больного в легких явления пневмонии, до операции был отмечен бронхит. Рвоты нет и живот мягкий, мочится самостоятельно. Пульс 68 в 1', удовлетворительного наполнения.

5/XII—был жидкий стул самостоятельно. Самочувствие удовлетворительное. Пульс 80 в 1', удален тампон.

6/XII сняты швы. Небольшое нагноение в нижнем углу раны. В дальнейшем послеоперационное течение гладкое.

27/XII жалобы на колющие и боли в правом боку (2 года тому назад был плеврит).

2/I 29 года. Рана гранулирует, выделений немного.

3/I " " выписывается с не вполне еще зажившей раной.

25/IX " " показывался в больнице. Жалоб никаких нет. Appetit хороший—ест все без разбора. Со стороны рубца—норма.

2. Больная Ушакова Н. М., 17 лет, ученица школы кройки и шитья в Сталинграде (№ истории болезни 4584). Поступила в хир. отд. больницы Ильича 30 декабря 1929 года с жалобами на периодические

схваткообразные боли в животе и на затрудненное отхождение газов и стула. Больна около 2-х лет. Другими заболеваниями кроме кори не болела. В семье все здоровы. Туберкулезных не было. St. praes. Больная среднего роста, хорошего питания, правильного телосложения. Кожа и видимые слизистые в норме. Со стороны органов грудной полости отклонений от нормы нет. Язык чист, не обложен. Живот слегка вздут, при чем ясно видна перистальтика кишек в виде трех параллельно идущих валов, которые особенно разко вырисовывались при приступах боли и при задержке стула. Мышцы живота не напряжены, при пальпации болезненности не отмечается. Печень и селезенка не увеличены. Отклонений от нормы со стороны моч. половых органов не имеется. Рефлексы сухожильные слегка повышены. Ввиду подозрения на наличие частичной непроходимости кишек больной была предложена операция. Операция (доктор Райт) под спинно-мозговой анест. Вскрыта брюшная полость срединным нижним чревосечением. По вскрытии брюшной полости выделилось незначительное количество серозной жидкости. Весь кишечник, начиная от colon transversum книзу, был покрыт блестящей, как бы зеркальной пленкой, в которой был запаен весь кишечник. Отдельные вздутые петли кишок ясно вырисовывались. В одном месте было произведено вскрытие этой пленки, которая представляла из себя однородную, плотную на ощупь, ткань, сращенную своей задней поверхностью с серозной оболочкой кишек. Кишки между собой также были спаены, при попытке отделить пленку от стенки кишек получалось довольно обильное кровотечение, вследствие ранения серозной оболочки. Отказавшись от дальнейшего выделения петель кишок от пленки, приступили к зашиванию брюшной полости. Послеоперационное течение—гладкое. Больная выписана 22/II без особых изменений. Была направлена для дальнейшего лечения в ФТИ, в городе Сталинграде, где подвергалась рассасывающим процедурам. Летом 1930 года проделала курс солнечных ванн и после повторного осмотра осенью у больной было отмечено резкое улучшение. Последний раз больная показывалась осенью 1932 года, при чем жаловалась на приступы болей, наступающие у нее при погрешностях в диете. Общее состояние было хорошее.

3. Больная Миллер, 14 лет. Поступила в хир. отд. Вольской больницы с жалобами на резкие боли в животе и на задержку стула и газов по временам. Больна около 2—3 месяцев. Боли появились после какого-то острого заболевания. St. praes. Больная пониженного питания, правильного телосложения. Кожа и видимые слиз. бледны. Язык влажный, живот вздут ниже пупка, где отмечается резкая болезненность при пальпации. Верхний этаж живота не вздут и безболезнен. При приступах болей слышно урчание на расстоянии с одновременным появлением отдельных петель кишек. Рвоты и тошноты никогда не было. Со стороны органов грудной полости отклонений от нормы не отмечается.

Ввиду подозрения на частичную непроходимость кишек на почве туб. перитонита произведено под общим наркозом нижнее и срединное чревосечение. Вскрыта брюшная полость, при чем обнаружена блестящая гладкая пленка, окутывающая весь нижний отдел кишечника. Толщина пленки на ощупь неравномерна. Произведена попытка отделения пленки от кишек, но ввиду обильного кровотечения отделение пленки

оставлено. Брюшная рана закрыта послойно. Послеоперационное течение гладкое. Был дан совет принимать солнечные ванны. Осмотрена через год,—состояние значительно улучшилось, остались только жалобы на редкие приступы болей.

4. (Доктора Глезера И. Л.) Больная Струльникова Клавдия, 8 лет, дочь инвалида, доставлена срочно в хир. отд. 1-ой совбольницы гор. Сталинграда в декабре 1930 года с явлениями непроходимости кишечника. Заболела 2 дня тому назад—сразу появилась тошнота, рвота, задержка стула, отсутствие газов.

Полтора года тому назад больная лежала в 4-ой детской больнице по поводу какого-то заболевания в области живота, после которого вышло значительное количество гнойного содержимого (перитонит?) После этого лечилась очень долго, были постоянные боли в животе. St. praes. У больной рвота, задержка стула в течение 2-х дней, сухой язык. Пульс 125 в 1', плохого наполнения, аритмичен. Живот слегка вздут. При пальпации болезненность, особенно слева, на палец отступая от пупка. Жалобы на сильные боли в области пупка. Несколько выше пупка пальпируется идущая в поперечном направлении петля кишки. В 5 часов вечера рвота участилась, появилась примесь кала, пульс стал падать. Срочная лапаротомия (доктор Глезер) Разрез от пупка до лобка, продолжен сверху на 3—4 сантиметра выше пупка. По вскрытии брюшной полости вылилось значительное количество серозно-фибринозной жидкости с белыми хлопьями. Под брюшиной ощущается плотная беловатого цвета пленка, прикрывающая тонкий кишечник. Последний как бы заключен в тонкий фиброзный мешок. Тупым путем эту пленку удается отделить, при чем обнаружено, что все петли кишек соединены между собой и с пристеночной брюшиной спайками, которые без труда, большею частью тупым путем, были разъединены. Сальник весь притянут к colon transversum и спаян с ней в виде жгута толщиной в палец, представляющего из себя плотный тяж. Последний взят на пэаны, перевязан в 2-х местах и пересечен. Весь толстый кишечник на всем своем протяжении спаян неподвижно; он весь спавшийся и как бы атрофирован. Соединит также весь в спайках, которые разъединены с некоторым трудом. Брыжейка тонких кишек инфильтрирована и усеяна большим количеством бугристых железок, покрытых сер. фибрин. налетом. Одна железа была удалена для гистологического исследования (результат на туберкулез отрицательный). По удалении возможного количества спаек и части фиброзной сумки, после освобождения кишечника горячим физиологическим раствором, содержимое кишечника продавлено по направлению к толстым кишкам. При вправлении кишек в нескольких местах обнаружены надорванные надрыжки сосудов, которые тщательно обшиты. Послойно зашита брюшная рана. Послеоперационное течение гладкое. На 3-й день самостоятельный стул. Рвота после операции была 2 раза. На 7-ой день сняты швы. Больная на глазах стала поправляться и сравнительно хорошо себя чувствовала, появился аппетит.

Выписана на 10-й день при общем хорошем состоянии. В дальнейшем—1-го июня 1931 года—состояние хорошее, девочка учится в школе, занимается физкультурой. Кишечник все время в порядке.

На основании наших случаев и литературных данных мы пришли к следующим выводам: 1) Осумковывающие кишечник хрон. перитониты представляют из себя довольно редкую форму хронических перитонитов с невыясненной до сих пор этиологией и своеобразной клинической картиной. 2) Распознавание о. х. п. довольно трудно, подчас даже невозможно, и обычно диагноз ставится на операционном столе. 3) О. х. п. необходимо дифференцировать с перитонитами туберкулезными, пневмококковыми и с различными другими формами перитонитов. 4) Симптоматология о. х. п. весьма разнообразна, начало заболевания обычно бывает незаметным, принимая в дальнейшем хрон. течение. 5) Признак Thomayer—Волковича—опухоль, располагающаяся главным образом в правой половине живота, является одним из верных диагностических признаков при о. х. п. 6) Лечение о. х. п. по различным авторам—различное, начиная от консервативных методов и кончая радикальным вмешательством вплоть до резекции кишек. 7) Прогноз довольно благоприятный, обычно клиническое выздоровление, случаи летальных исходов—редки. 8) Ввиду многих неясностей, с которыми нам приходится сталкиваться при о. х. п., необходимо для полноты клинической картины дальнейшее изучение и тщательное исследование всех подобных случаев, описываемых как у нас, так и в иностранной литературе.

Из хир. отд. (зав. д-р Соколов) Родниковской районной больницы Ив.Пром. области.

Ранняя диагностика и лечение ограниченных перитонитов после операций на желудке.

Д-р О. А. Соколов.

Как по литературным данным (Штих и Маккас, Цимхес, Тихов и др.), так и в практической жизни послеоперационные перитониты текут вообще атипично.

Диагностика разлитого перитонита не представляет никаких затруднений и сомнений. Симптомы перитонита различаются, как местные, так и общие, от интоксикации организма (Цимхес, Штих, Зильберберг и др.). Местные симптомы: боль, чувствительность к давлению, напряжение мышц бр. стенки, эксудат, паретическое состояние кишечника, как следствие этого—метеоризм, рвота, икота, задержка стула и отхождения газов, затруднение мочеиспускания. К общим симптомам относятся: изменение t^0 , дыхания, пульса и кровяного давления. Проекция болей может быть и ошибочна—это надо всегда помнить, так как, например, при плевро-пневмониях (Левит) часто больные локализируют боли в области живота, может это быть и по отношению напряжения брюшной стенки. Последнее наблюдается при кровотечении в полость живота (Кэрвен), при перекручивании кист яичника на ножке