

При объективном исследовании бросается в глаза резкая гиперемия кожи обеих стоп, усиливающаяся по направлению к пальцам. Стопы несколько припухли и горячи на ощупь. Резкой границы красноты не заметно. Болезненность настолько велика, что б-ая не дает даже дотрагиваться. *Art dorsalis pedis* хорошо прощупываются с обеих сторон. *Диагноз:* Erythromelalgia? Из-за отсутствия в области свободных коек большой прозвездки в амбулатории новоканонный блок нервов почечной области справа. 28/II. Большая пришла в амбулаторию и буквально заявила следующее: „Готова богу молиться на вас за то, что вы вылечили меня“. Обе ступни имеют совершенно нормальную окраску. Боли в ногах исчезли совершенно. В дальнейшем больная ушла из-под нашего наблюдения.

Приведенные случаи дают нам полное основание рекомендовать применение новокаинового блока при болезни Рейно как метод выбора. По безопасности, а также и по простоте выполнения в любой обстановке, он стоит неизмеримо выше всех тех оперативных вмешательств, которые до сих пор были предложены, результаты же лечения не оставляют желать ничего лучшего.

Литература: 1. Вишняковский А. В. Местное обезболивание по методу повязочного инфильтрата. Татиздат, Казань, 1933 г. 2. Сборник работ Хирургической клиники Казанского гос. мед. ин-та. Т. I. 3. Сборник трудов Хирургической клиники Казанского гос. мед. ин-та. Т. II.

Из Госпитально-хирург. клиники Каз. гос. мед. института
(дир. проф. В. П. Боголюбов.)

К клинике и патогенезу хронической инвагинации.

Асс. П. А. Гулевич.

Если клиника острой инвагинации, не представляющей эксквизитной редкости в работе хирурга, может считаться достаточно изученной, то этого нельзя сказать в отношении хронической инвагинации, встречающейся значительно реже.

Нужно отметить, что в отношении термина „хронический“ применительно к инвагинации не имеется договоренности у различных авторов, и им объединяются нередко случаи, протекающие от нескольких недель до нескольких месяцев и даже лет. Такое объединение не в интересах клиники и, с этой точки зрения, рациональнее различать подострые случаи от хронических, относя к последним лишь случаи, протекающие на значительном отрезке времени (месяцы и годы).

По De Larni, различают два вида хронической инвагинации: 1) стационарную, при которой инвагинат со времени своего возникновения все время продолжает оставаться „в ножнах“, и 2) хронически рецидивирующую, характеризующуюся перманентной сменой состояний инвагинации и спонтанной дезинвагинации. И та и другая формы могут протекать на значительном отрезке времени и в конце концов приводят либо к илеусу, либо к перитониту, либо к спонтанному выздоровлению, сопровождающемуся отхождением инвагината.

Этиологические моменты для хронической инвагинации те же, что и для острой. Но частоте на первом месте стоят опухоли, воспалительные процессы кишечной стенки, в особенности, слепой кишки, кровоизлияния, Меккелев дивертикул и т. д.

Клиническая картина отличается большой пестротой, что обуславливается разнообразием патолого-анатомических отношений, лежащих в основе каждого

случая. В основном она складывается из 1) расстройства желудочно-кишечного тракта, 2) болей, 3) интоксикации и 4) появления опухоли.

В картине хронически рецидивирующей инвагинации (по Гольбауму) преобладают периодичность явлений, главным образом болевых; рвота, поносы, а также кровавые испражнения встречаются при этой форме реже. Напряжение брюшной стенки во время приступа обычно отсутствует (Ловен). Иногда после приступа наблюдаются кишечные шумы. Опухоль прощупывается редко. Явления интоксикации обычно не наблюдаются.

Стационарная форма хронической инвагинации развивается иногда незаметно (случ. Купкеля); иногда после острого приступа (случ. Алеева, Кузнецкого, Каззабори), иногда из хронически рецидивирующей (наш случай см. ниже). Интенсивность, а также продолжительность наблюдающихся при этом болей колеблется в значительной степени. В случае Алеева — боль быстро исчезла. В других случаях боль теряет свой острый характер, превращаясь в тупую (случ. Кузнецкого) и сохраняя свой характер в течение всего времени (наш случай). Слизь, кровавые испражнения наблюдаются в случаях преимущественно подострых (сл. Кузнецкого), чаще всего наблюдается чередование поносов с запорами, рвоты, иногда весьма упорные. Опухоль иногда удается обнаружить быстро, иногда же лишь по истечении значительного времени (через 4 м. в случ. Купкеля). Нередко отмечается «блуждание» опухоли. Степень интоксикации также колеблется в значительных размерах — от незначительной анемии до резкой кахексии с жировым перерождением сердечной мышцы и паренхиматозных органов (Тильманс).

Распознавание хронической инвагинации, как показывает казуистика, производится редко.

В случае Chiffy Hubert доставленный с инвагинацией мальчик был оперирован с диагнозом пилороспазма. В случае Platon Evvind первоначально предположительно был диагностирован камень мочеточника, после того, как рентген не подтвердил диагноза, больной был переведен в терапевтическое отделение. Инвагинация была распознана через 3 недели при операции по поводу ileus'a, с которым больной вернулся обратно в хирургическую клинику. В случае Кузнецкого больная в течение 32 дней перебивала в 4 отд. Больницы (терапевт., гинекологич., заразном и хирургич.). Диагноз был поставлен лишь после отхождения омертвевшего участка тонкой кишки.

Недавно мы оперировали случай хронической инвагинации у больной, лечившейся 7 месяцев амбулаторно в поликлиниках и у районных врачей.

Больная Г. М., 29 л., русская, замужняя, иждивенка, проживает в г. Казани. Поступила 9/V 31 г. в клинику с жалобами на сильные схваткообразные боли, возникающие в эпигастриальной области и распространяющиеся по всему животу. Боли обычно усиливаются после грубой пищи (через $\frac{1}{2}$ часа) и часто сопровождаются рвотой. Со стороны кишечника больная отмечает поносы, чередующиеся с запорами. Больной себя считает 8 месяцев, когда она впервые перенесла приступ болей, сопровождавшихся поносом, тошнотой. Приступ через несколько дней ликвидировался, но повторился через месяц и продолжался несколько дней. Через 2 недели после второго приступа больная отмечает третий приступ, причем явления, наблюдавшиеся при нем, приобретают стационарный характер: боли, поносы, рвоты желчью с тех пор не покидают больную, усиливаясь после всякого приема пищи.

О времени появления опухоли больная не может дать точных указаний, но утверждает, что опухоль заметила давно; опухоль, по словам больной, не всегда находится на одном месте. Больная, цветущая до того женщина, начинает быстро худеть. Лечение (амбулаторное) не приносит пользы. Районный врач направил в клинику для операции с диагнозом рака желудка. В прошлом перенесла сыпной тиф. Мenses нормальны. Имеет 4-х детей. Не пьет, не курит. Венболезни отрицает.

Объективно: Больная сильно истощена. Кожа, слизистые оболочки бледны. Подкожный жировой слой отсутствует. Лимфатические железы не прощупываются. Со стороны сердца, легких особых изменений не отмечается. Живот правильной формы, слегка вздут, мягкий, симметричный. На 2 пальца выше и немного правее пупка прощупывается опухоль величиной с гусиное яйцо. Границы опухоли нерезки, консистенция твердая, поверхность слегка бугристая. Перистальтика не отмечается. Опухоль смещается немного при дыхании вниз и

вправо. Печень увеличена на 3 пальца, плотноватая с закругленным краем. Симптомы Ортнера, Кера, Мюсси отрицательны. Селезенка не прощупывается. Исследование мочи: белок, сахар, желчные пигменты отсутствуют, в осадке фосфаты. Желудочный сок: Пониженная кислотность. Нв 3.0%. 11/V. Схваткообразные боли в животе после еды, рвота, вздутие живота увеличилось. Опухоль прощупывается ниже, чем при поступлении. Стул жидкий.

13/V. Жалобы те же. Опухоль прощупывается на прежнем месте, при пальпации опухоль с урчанием ускользнула в правую половину живота и стала плохо прощупываться.

Рентгеновское исследование не производилось по техническим условиям (ремонт кабинета). Больной предложена операция. Предположительный диагноз: опухоль толстой кишки; инвагинация.

14/V. Операция (д-р Гулевич). Местная инфльтрационная анестезия, медиальный разрез (от пупка до лобка). По вскрытии брюшной полости обнаружена инвагинация тонкой кишки в тонкую и слепую, в 3 см от слепой кишки. В слепой кишке прощупывается плотная бугристая опухоль в $\frac{1}{2}$ кулака взрослого. Опухоль мало подвижна, со стенкой слепой кишки не связана, брыжеечные железы илео-цекального угла увеличены, плотны. Слепая кишка подвижна. Colon ascendens брыжейки не имеет. Дезинвагинация не удается. Произведена резекция инвагинационной опухоли с восходящим отделом толстой кишки и $\frac{1}{2}$ поперечно-ободочной кишки. Neotransverso-stomia.

Брюшная рана зашита наглухо. На другой день после операции больной сделано переливание крови. Послеоперационное течение гладкое, если не считать небольшого поноса, появившегося на 4-й день и скоро прошедшего.

По вскрытии удаленного при операции препарата в слепой кишке обнаружена бугристая плотная опухоль, принадлежащая внедренному участку тонкой кишки. Опухоль размером 7,5×4 см располагается в кишке тотчас за Баугиниевой заслонкой и своей бугристостью выполняет всю нижнюю часть слепой кишки; просвет верхушки инвагината со всех сторон окружен опухолью, расположен эксцентрически по отношению к главной массе опухоли, сильно сужен (едва пропускает тонкий карандаш). По дезинвагинации, которая стала возможной лишь после рассечения Баугиниевой заслонки и наружного цилиндра инвагината, расположение опухоли определяется в 7 см от места впадения тонкой кишки в слепую. Слепая кишка расширена, стенка ее очень тонкая, дряблая. Сращения между наружным и внутренним цилиндрами не обнаружено.

Микроскопическое исследование препарата (проф. И. П. Васильев) обнаружило фибросаркому.

Если со стороны этиологии наш случай не представляет особого интереса, поскольку причиной инвагинации была опухоль (правда, довольно редкая по Stulmley'у фибросаркома встречается лишь в 4% сарком кишечника), то по своему дальнейшему течению случай является заслуживающим внимания и прежде всего со стороны продолжительности инвагинации.

Анамnestические данные не только позволяют точно установить момент наступления инвагинации, но, до известной степени, и некоторые подробности: инвагинация в нашем случае не сразу стала стационарной; лишь после 3-го приступа опухоль окончательно застряла на новом месте и инвагинация стала стационарной. Таким образом общая продолжительность инвагинации 6 $\frac{1}{2}$ месяцев.

Размеры опухоли и дилатация стенки слепой кишки, которая может найти себе объяснение лишь в долгих и бесплодных попытках слепой кишки избавиться от инвагината, подтверждаю давность инвагинации. Отсутствие сращений между наружным и внутренним цилиндрами инвагината в нашем случае не говорят против давности инвагинации, потому что эти сращения не всегда наблюдаются при хронической инвагинации, и в нашем случае отсутствие их легко может найти объяснение в постоянных экскурсиях инвагината, на что имеем определенные указания в анамнезе больной.

Однако, допуская столь продолжительное течение инвагинации в нашем случае, необходимо выявить причины, которые обусловили столь продолжительное течение, не вызывая ни резких нарушений кровообращения в инвагинате, ни илеуса. Такими условиями, по нашему мнению, были: расположение опухоли почти у впадения тонкой кишки в слепую, сравнительно короткая брыжжейка последней петли тонкой кишки, хорошая фиксация *colonis transversi*. Все это вместе не позволяло инвагинату обширных экскурсий, обеспечивало незначительность длины инвагинированного участка — и тем предохраняло его от заметных расстройств кровообращения.

С другой стороны, медленно растущая опухоль, циркулярно охватывающая кишечный просвет, играла до поры до времени роль пуговки *Migrhu*, обеспечивая неспадаемость устья инвагинированного участка и, тем самым, проходимость кишечника.

Наблюдавшиеся в нашем случае боли, рвоты, были, надо полагать, рефлекторного происхождения. Какехсия больной была, по-видимому, вызвана постоянными рвотами, делавшими питание больной почти невозможным, а также и хронической стеркоремией. Заслуживает быть отмеченным, что какехсия была столь резкой, что ввела в заблуждение врачей, лечивших больную, а также была причиной известных колебаний при решении вопроса об оперативном вмешательстве.

Предпринятое вмешательство было более рассчитано на эксплорацию, чем на возможность радикальной операции.

Удачный исход тяжелого вмешательства на сильно ослабленной больной в значительной мере обязан применению местной анестезии и особенно переливанию крови.

Через 5 месяцев больная восстановила свой вес и чувствует себя совершенно здоровой.



Рис. 1.