

ного тракта покидают организм через прямую кишку. Острые предметы могут застревать в том или ином отделе кишечника, особенно в rectum, образуя абсцессы и свищи прямой кишки. В более редких случаях инородное тело выходит в свободную брюшную полость, результатом чего может развиваться внутрибрюшной абсцесс или разлитой гнойный перитонит, иногда же перфорация желудка может протекать без всяких симптомов и инородное тело инкапсулируется в брюшной полости. При наличии острых предметов в желудке, оперативное вмешательство должно быть неотложным. В нашем втором случае отказ больной от операции привел к тому, что благоприятный момент для операции, когда не было перфорации, воспаления и все иглы находились в желудке, был упущен. Небезынтересно отметить, что иглы укладываются в кишечнике пачкой параллельно друг к другу. Объяснение такой приспособляемости организма, нам кажется, нужно искать в сегментарных сокращениях мышечной стенки желудка и кишок, сокращения же обуславливаются механическим раздражением, производимым инородным телом на стенку кишки и желудка. Необходимо отметить, что пальпаторные и рентгенологические исследования таких больных должны производиться весьма осторожно и должны быть сведены до минимума.

Поступила в ред. 15/ХП 1937 г.

Из госпитальной хирургической клиники (директор проф. И. И. Чижов) Ивановского медицинского института.

К вопросу об острых инородных телах кишечника.

Прив. - доц. М. П. Жаков.

В повседневной практической деятельности хирургу нередко приходится сталкиваться со случаями проглатывания различных острых предметов.

В большинстве случаев проглоченные острые предметы быстро покидают желудочно-кишечный тракт, но иногда они могут задерживаться на некоторое время в определенных, излюбленных местах: в области привратника, у Баугиниевой заслонки, а также в аппендиксе, где подчас находят мелкие инородные тела.

Мы имели возможность наблюдать ребенка, проглотившего кнопку для прикалывания бумаги, кнопка при рентгеноскопии через несколько часов после проглатывания была обнаружена в области заслонки, где мы ее неизменно находили при ежедневных повторных просвечиваниях в течение 3 суток; затем кнопка благополучно вышла наружу.

В другом случае у ребенка, проглотившего швейную иголку, последняя через сутки с небольшим была обнаружена при стуле. Около суток она находилась в области заслонки.

Аналогичный случай полуторасуточного стояния отломка ножа в области слепой кишки мы имели у мальчика 8 лет; только при третьем рентгеновском исследовании было обнаружено дальнейшее движение отломка, который на следующий день был принесен мальчиком в руках. Такие временные задержки в продвижении инородных тел по кишечнику большой опасности не создают и обычно кончаются благополучно. Но, к сожалению, не всегда проглатывание острого инородного тела кончается так счастливо для пострадавшего. В литературе описаны случаи застревания игол в стенке кишечника и даже прободения ими кишки с выходом в брюшную полость. Чаще всего такое застревание происходит в неподвижной 12-перстной кишке (Бухштаб, Ровзинг). Иглы могут, пройдя сквозь стенку кишки, попадать в свободную брюшную полость и инкапсулироваться в различных ее местах, чаще всего в сальнике (Морозова, Стасов, Султан), и даже выходить через кожу наружу (Вольфлер, Либлейн). Прободение кишечной стенки иглой может не сопровождаться никакими явлениями или же только незначительными явлениями раздражения брюшины.

В неблагоприятных случаях течение болезни осложняется перитонитом местным или даже общим. Время, в течение которого инородные тела могут находиться в организме, различно.

Перехожу к описанию 2 наших наблюдений (в хирургическом отделении Областной б. цы).

Случай 1 (ист. бол. № 2255—1930 г.) Девушка, 17 лет, считает себя больной с 11-летнего возраста, когда у нее летом внезапно сильно заболел живот, появилась рвота, понос; болела в течение 2 недель, затем стало лучше. Три месяца чувствовала себя хорошо, а осенью снова в течение 2 дней такой же приступ. Начиная с этого времени — приступы болей в животе, иногда со рвотой, поносом, отсутствием аппетита, повторялись по нескольку раз в месяц. Обычно появление болей связывалось с приемом пищи, они возникали вскоре после еды (особенно после острой, соленой или кислой), продолжались 1½—2 часа, затем постепенно стихали. В течение 4 лет после начала болезни жила в деревне и не лечилась. Затем, с переездом в Иваново, больная начала усердно посещать амбулатории по поводу тех же приступов болей в животе. Бесконечные посещения амбулаторий и всевозможные лекарства облегчения не давали, и через 6 лет от начала болезни по совету хирурга, определившего у ней хронический аппендицит, она подверглась операции удаления отростка (на операции отросток был найден неизменным). На 10-й день после операции у больной наблюдался очередной приступ обычных болей, но в более сильной степени с подъемом температуры до 40,2°, бредом и потерей сознания. Через 3 дня все пришло в норму, и больная выписалась домой. После операции отмечает ухудшение течения болезни: боли усилились, приступы участились. Обычно, как и прежде, боли появлялись вскоре после еды, особенно после приема грубой пищи, в правой половине живота, иррадиировали в правую ногу и спину. Все время имелись боли в пояснице. Приступы болей часто сопровождалась поносом и рвотой. Через 1½ месяца после операции больная во время такого приступа с высокой температурой снова попадает в хирургическое отделение обл. б. цы уже с диагнозом почечной колики и подробно обследуется урологом. Во время рентгеновского исследования случайно было обнаружено инородное тело — прямая игла, находящаяся по предположению рентгенолога в слепой кишке; для уточнения места нахождения иглы больная была накормлена бариевой кашей, но при повторных исследованиях игла не была найдена. Через 2 дня после рентгеновского исследования у больной снова начался приступ сильных болей в правой половине живота с высокой температурой, при пальпации отмечалась болезненность в правом подре-

берье и правой подвздошной области. Больная выписана из отделения с предложением явиться при появлении болей для повторного рентгенологического исследования. Через 2 недели при рентгеновском исследовании без контрастной массы была обнаружена игла, проецировавшаяся на уровне II и III поясничных позвонков справа от средней линии. При пальпации этой области определялась подвижность иглы в пределах 2—3 см. По предположению рентгенолога игла находилась в слепой кишке. 2/1 1930 г. операция под общим наркозом (хлороформ-эфир). Брюшная полость вскрыта параректальным правосторонним разрезом. При общем осмотре полости особых изменений не найдено. Тщательное исследование слепой кишки также не дало указаний на присутствие иглы. Решено было просмотреть весь кишечник, начиная сверху. Тогда сразу же в тонкой кишке на расстоянии 15—17 сантиметров от *risca duodeno-jejunale* была пропущена иголка. Она плотно торчала в брыжеечной части стенки кишки, воткнувшись в брыжейку приблизительно на $\frac{1}{3}$ своей длины, $\frac{2}{3}$ ее свободно торчали в просвете кишки. Брыжеечные лимфатические железы соответствующего отрезка воспалены, увеличены. Иголка была проткнута тупым концом сквозь свободную, противоположную брыжейке, стенку кишки и удалена. На отверстие в кишечной стенке наложен 1 кисейный шов. Брюшная полость защита наглухо. Послеоперационный период протекал без осложнений, и на 11-й день после операции больная выписана. В настоящее время она здорова.

Извлеченная иголка сильно проржавела и была покрыта инкрустациями солей.

Случай 2 (ист. бол. № 1439—1929 г.) Женщина, 23 лет, ватерщица текстильной фабрики.

17/VII 29 г. больная во время шитья взяла в рот иголку с ниткой, засмеялась и нечаянно проглотила иголку вместе с ниткой.

Первое время иголка ничем не давала о себе знать, хотя в испражнениях обнаружена не была.

Больная имела на руках путевку в дом отдыха и, не желая терять эту путевку, 19/VII поехала туда на пароходе. В этот же день на пароходе, через 15—20 минут после еды, у больной внезапно появились сильные колющие боли в животе, в правом подреберье, началась рвота, после которой боли утихли и больной стало лучше.

В доме отдыха больной приходилось все время соблюдать осторожность в выборе пищи, так как грубая пища неизменно вызывала колющие боли в животе, а иногда и рвоту. Боли обычно держались 1—2 часа, а затем постепенно стихали. Изредка нерезкие, царапающие боли появлялись и натошак, локализуясь в том же правом подреберье. За время пребывания в доме отдыха больная совершенно не поправилась, вследствие необходимости соблюдать большую умеренность в еде, так как даже при соблюдении диеты все же после еды появлялись нерезкие, колющие боли в животе. Через 2 недели после несчастного случая больная вернулась из дома отдыха и пошла к себе в деревню, где у нее после плотного ужина, ночью, внезапно появились резкие боли во всем животе, рвота, повышение температура. Состояние было настолько тяжелым, что больную немедленно на лошади повезли в районный центр и поместили в больницу. В больнице врачи не придали значения рассказам больной, в присутствии иглы в кишечнике не поверили, тем более, что при исследовании лучами Рентгена инородное тело обнаружено не было. В тот же день больная выписывается на работу. В течение трех дней она чувствует себя хорошо, а затем снова, вследствие жестокого приступа болей, поступает в больницу. Здесь ей делают второе рентгеновское исследование, после предварительной подготовки к нему кишечника, и снова не находят никакого указания на иглу. Приступы болей со рвотой повторялись у больной ежедневно после каждой еды. Была устроена консультация с терапевтом и невропатологом, и больную стали считать истеричной и подозревать в симуляции и направили ее в ВКК для выписки на работу или перевода в инвалиды. 13/VIII у больной во время особенно сильного приступа болей внезапно поднялась температура до высоких цифр, боли резко обострились. После этого приступа больная отмечает постепенное перемещение болей из верхнего отдела брюшной полости в нижние отделы, кроме того, отмечает появление болей при мочеиспускании и испражнении. Прежние боли в подреберье значительно уменьшились. Общее

состояние больной все ухудшалось, и через месяц от начала заболевания она была направлена в Иваново в областную б-цу для выяснения диагноза. В день поступления больной в хирургическое отделение областной б-цы ей было сделано рентгеновское исследование (д-р Муравьев), обнаружившее иголку в правой подвздошной области. На следующий день, 21/VIII, больная оперирована под общим наркозом. Брюшная полость вскрыта срединным разрезом в нижних отделах брюшной полости, больше справа, обнаружены явления слипчивого фибринозного перитонита, фибриновые налеты на кишечных петлях, инъ-идированный салыник. В обоих Дугласовых карманах имелись инкапсулированные гнойники, вскрытые тупым путем после изоляции брюшной полости салфетками. В заднем гнойнике найдена ржавая швейная иголка с ниткой в игольном ушке. Полости гнойников осушены, промыты риванолом, операционная рана зашита с тампоном в брюшной полости. На 28-й день больная выписалась с небольшим свищом, который закрылся через 1/2 года. В мае 1930 года, через 10 месяцев после начала заболевания, больная показывалась врачу в хорошем состоянии.

Описанные случаи интересны прежде всего в отношении симптомов заболевания. Оба случая, по крайней мере сначала, протекали под видом заболевания органов верхнего отдела брюшной полости. То обстоятельство, что боли часто сопровождались повышением температуры, наводило на мысль о воспалительном характере заболевания. Обострения заболевания почти всегда стояли в зависимости от грубого нарушения диеты, т. е. связывались с особенно усиленной перистальтикой кишечника. Интересно сопоставить динамику процесса в обоих случаях. В первом случае игла застряла в тонкой кишке при выходе из 12-перстной кишки, где она и была найдена при операции. Воткнувшись в брыжеечную сторону кишки, она не смогла перфорировать стенки последней; судить относительно продолжительности пребывания иглы в стенке кишки у нас нет точных оснований, так как больная не помнит, чтобы она когда-нибудь проглатывала иглу, но на основании анамнеза можно думать, что это произошло у больной в 11-летнем возрасте, таким образом игла около 6 лет находилась в стенке кишки, вызывая весь сложный симптомокомплекс заболевания, симулировавшего аппендицит и почечную колику.

Во втором случае иголка с ниткой первоначально застряла очевидно тоже в верхнем отделе кишечника, судя по однородным симптомам болезни в обоих случаях. Но судьба иглы оказалась во втором случае иной. Спустя некоторое время после застревания иголка проникла сквозь кишечную стенку в брюшную полость, где под влиянием перистальтики кишечника и в силу собственной тяжести попала в задний Дугласов карман и там инкапсулировалась в гнойнике. Момент прободения иглой кишечной стенки, нужно думать, соответствовал одному из бывших у больной сильных обострений в течении болезни, а именно, второму обострению, после которого изменился самый характер и локализация болей в животе, и, кроме того, появились новые боли при мочеиспускании и дефекации. Весьма вероятно предположение, что в дальнейшем могло последовать самопроизвольное вскрытие гнойника с иглой в прямую кишку и выхождение иглы *per vias naturales*. Такие случаи, как известно, описаны и при аппендикулярных гнойниках.

и при инородных телах брюшной полости. Вскрытие аппендикулярного гнойника в прямую кишку и нам приходилось наблюдать два раза.

В отношении диагноза описываемого заболевания необходимо указать на важную роль рентгеновского исследования; и рентгенолог и лечащий врач при подозрении на инородное тело должны проявить известную долю настойчивости, не удовлетворяясь первыми отрицательными данными.

Из хирург. отдел. (зав. Е. А. Колодуб) Мерефянской б-цы Харьковского р-на (глав. врач. А. С. Крамаренко).

Спонтанный разрыв тонкой кишки при грыже.

Е. А. Колодуб.

Случаи спонтанного разрыва тонких кишок при грыже чрезвычайно редки. Так, в 1929 году Слоним собрал в литературе всего 23 случая самопроизвольного разрыва тонкой кишки от напряжения брюшного пресса. В 1932 году аналогичный случай приводится Гарбером, а в 1936 году еще 4 случая описаны Розановым. Таким образом в доступной нам литературе опубликовано 28 случаев спонтанного разрыва у лиц, страдающих грыжей. Нам представился случай наблюдать у б-ного самопроизвольный разрыв тонкой кишки при наличии двусторонней паховой грыжи.

Подкожные повреждения кишечника по классификации Моти делятся на 1) раздавливание, 2) отрыв и 3) разрыв. Разрыв кишечника, в свою очередь, подразделяется на разрывы в связи с приложением травмирующей силы и без таковой, при наличии только повышенного внутрибрюшного давления.

Мы остановимся на последнем виде механизма разрыва кишечника. Теоретическое обоснование и разработку данного вопроса мы находим у Бунге. Он считает, что при напряжении брюшного пресса, нормальном кишечнике и брюшной стенке, разрыв не происходит. Для этого необходимо сочетание ряда условий: наличие дефектов в брюшной стенке, как-то, грыжевые ворота, щели на месте прохождения прямой кишки и влагалища, а также наличие резкого повышения внутрикишечного давления. Разрыв в этих случаях происходит вследствие большой разницы между внутрикишечным и внутрибрюшным давлением в слабых местах брюшной стенки.

Мы считаем, что теория Бунге лучше всего подходит к решению этого вопроса. Самопроизвольный разрыв кишки может произойти в том случае, если грыжевые ворота незначительны, когда стенка кишки, в момент резкого повышения давления, может герметически закрыть отверстие пахового канала. При частичном же закрытии канала, как бы внутрибрюшное давление ни повышалось, надо полагать, что разрыва кишки не произойдет. Повидимому, для самопроизвольного разрыва необходимо сочетание целого ряда условий, этим и объясняется, что, несмотря на большое число лиц с грыжей, разрыв кишок без наличия травматического момента—явление очень редкое.