

Наблюдения из практики и краткие сообщения

П. П. МИТРОФАНОВ

К вопросу о спонтанных внутренних свищах желудочно-кишечного канала

Из Сарapulьской больницы, зав. хирург. отд. П. П. Митрофанов.

Надо полагать, что спонтанные желудочно-кишечные свищи в практике районных и участковых хирургов встречаются нередко, но они остаются не опубликованными. Между тем, диагностика спонтанных свищей желудочно-кишечного тракта представляет большие трудности, и данное осложнение в большинстве случаев является случайной находкой во время операции или на секционном столе. Причиной спонтанных свищей чаще всего бывает рак желудка, распространявшийся на брыжейку ободочной кишки с распадом опухоли и образованием желудочно-ободочного свища. Это подтверждается статистикой Веса, который основной причиной спонтанных желудочно-кишечных свищей считает рак (68%), исходящий из желудка.

За последние 30 лет, с широким применением операции гастроэнтеростомии, стали чаще отмечать послеоперационные свищи на почве пептической язвы. Пептические язвы чаще всего бывают после гастроэнтеростомии, но резекция желудка также не гарантирует от этого осложнения. Так, по сборному материалу Вайта (Brit. J. Surg. 1935. 22. 433 — 455) при задней гастроэнтеростомии пептические язвы наблюдаются в 8,5% случаев, при передней г.-э. — 9,4%, при передней г.-э. с анастомозом по Брауну — 28%, после резекции желудка — 3%.

По месту расположения спонтанные свищи могут быть: между желудком и ободочной кишкой (fis. gastro-colica) или между тощей кишкой и ободочной, тогда сообщение желудка с ободочной устанавливается через тощую кишку (fis. gastro-jejuno-colica). Первые встречаются при раке желудка и пептической язве, вторые — главным образом при пептической язве тощей кишки после гастроэнтеростомии и даже резекции желудка (Кох и Белоцерковский). Те и другие представляют практический интерес с точки зрения своевременного распознавания их и оперативного лечения.

Мне пришлось наблюдать два случая спонтанного свища желудочно-кишечного тракта. Оба случая были распознаны только на операционном столе.

Случай 1. Т-в Е., 50 л., поступил в Первомайскую больницу Уральской обл. 22/IX-27 г. (зав. 6-цей П. П. Митрофанов) с диагнозом — рак желудка. Анамнез. Боли в эпигастриальной области в скором времени после приема пищи и рвота. Болен около 10 месяцев, но особенно ухудшилось общее состояние за последний месяц, когда появились поносы, сильное исхудание и слабость.

St. praesens. Больной среднего роста, крайне истощен, слизистые бледного цвета, кожа дряблая. При пальпации брюшной стенки: под мечевидным отростком прощупывается бугристая опухоль, твердая неподвижная, при надавливании болезненна; живот мягкий. Со стороны сердца — глухие тоны; легкие в пределах нормы.

Исследование желудочного сока: количество 150 см³, консистенция жидкая, много непереваренной пищи, слизь + + +, общая кислотность 10, св. HCl-O, р. на молочную кисл.—положительна, кровь—положительна. Микроскопическое исследование: эритроциты и лейкоциты по 2—3 в поле зрения, неизмененный крахмал в мелких зернах. Рентгеноскопическое исследование (Тагильский окр. рентг. каб., № 4132—27 г.): в нижней трети пищевода контрастная масса задерживается и тонкой струей поступает дальше, атоническая перистальтика желудка. Диагноз рентгенолога — рак пищевода. Исследование кала: кровь и частицы непереваренной пищи.

30/IX-27 г. При операции обнаружено: желудок сморщен, уплотнен, спаян с ободочной кишкой, на передней стенке желудка бугристая опухоль (новообразование), прорастающая в mesocolon и colon, со стороны малой кривизны новообразование распространяется на печень; желудок спаян с печенью; в печени имеются во многих местах узлы метастазированного новообразования; мезентериальные железы увеличены и уплотнены; при пальпировании со стороны задней стенки желудка палец проникает в отверстие на передней стенке, идущее через новообразование в ободочную кишку; со стороны ободочной кишки — палец также проникает через переднюю стенку кишки в желудок; при одновременном надавливании на приводящий и отводящий концы ободочной кишки газы проникают через свищ в желудок. Диагноз: cancer ventriculi inoperabilis et fis. gastro-colica. Операционная рана послойно зашита. 6/X—удалены скобки Мишеля. Заживление первичное. 12/X — выписан.

Случай 2. К-в, 32 л., переведен в хир. отд. Саранул. б-цы из терапевтического той же больницы в тяжелом состоянии, с подозрением на кишечную непроходимость.

Анамнез. Тяжело болен около 10 суток. Жалобы на боли в мезогастральной области, постоянные жидкие испражнения, икоте, отрыжку и рвоту с каловым запахом. В 1937 г. 28/XI был оперирован в нашем отделении по поводу язвы двенадцатиперстной кишки; произведена задняя гастроэнтеростомия с короткой петлей, 8/VII выписан в хорошем состоянии. 10/XII того же года снова поступил в хир. отд. (ист. б. № 1016) с диагнозом аппендицит; произведена аппендектомия; выписан 24-XII.

С 1/I-38 г. по 12/VIII не считал себя здоровым. Часто появлялись боли в животе, урчание, вздутие и, по временам, жидкие испражнения, а с 12/VIII-38 г. поносы участились, стали постоянными, появилась рвота. Лечился в своей участковой б-це, а с 17/VIII — местным врачом был направлен в терап. отд. Саранул. б-цы с диагнозом — гастроэнтерит. 22/VIII — переведен в хирург. отделение.

St. praesens. Среднего роста, сильно истощен, лицо осунувшееся, слизистые, кожа бледная, жировая клетчатка отсутствует, икота, рвота с каловым запахом, жидкий стул; живот мягкий, при пальпации болезненность в средней мезогастральной области; на брюшной стенке два рубца: один между мечев. отростком и пупком и другой в нижней правой половине живота. Сердце: тоны чистые, пульс 84 в 1', ритмичен, малого наполнения; со стороны легких — норма.

Рентгеноскопия и исследование желудочного сока не производились в виду тяжелого состояния больного и экстренности операции. В ночь на 22/VIII — операция (Митрофанов) под общим эфирным наркозом. Обнаружено: обширные спайки сальника с пристеночной брюшиной; по разъединении спаек обнажено место бывшей операции; операционный гастроэнтеростомоз хорошо проходим для двух пальцев; в горизонтальной части 12 п. к. зарубцевавшаяся язва; на 10—12 см ниже операционного г. э. обнаружен анастомоз между тощей и ободочной кишкой: через стенку тощей кишки пальцем можно проникнуть в поперечно-ободочную кишку и из ободочной в тощую, отверстие между ободочной и тощей кишкой проходимо для двух пальцев. Учитывая тяжелое состояние оперируемого, мы ограничились только разъединением тощей от ободочной кишки; после разъединения — оба отверстия (на ободочной и тощей) были ушиты двухрядным непрерывным швом с подшиванием сальника к линии швов; операционный гастроэнтеростомоз оставлен без изменений. Пептической язвы, как в области спонтанного соустья, так и на остальных участках желудочно-кишечного канала, обнаружено не было. Брюшная рана закрыта швами наглухо. Утром 22/VIII — рвоты не было, пульс 84 в 1', ритмичен, удовлетворительного наполнения. 23/VIII — переливание крови. 29/VIII — сняты швы. Заживление первичное. 30/VIII — самостоятельный стул 2/IX — выписан в хорошем состоянии: В настоящее время работает по-прежнему на заводе. Чувствует себя хорошо, значительно пополнил, со стороны желудка жалоб нет (к работе приступил через 4 месяца после операции).

В нашем первом случае из симптомов, указывающих на желудочно-ободочное соустье — были поносы и непереваренные испражнения, но на эти симптомы не было обращено должного внимания, почему и не возникла мысль о соустье и не были произведены соответствующие лабораторные и рентгеновские исследования.

Во втором случае — через 3 месяца после гастроэнтеростомии, надо полагать, стала развиваться пептическая язва тощей кишки, давшая воспалительные спайки с ободочной кишкой. Неопределенные симптомы данного осложнения повели к постановке неправильного диагноза и к аппендектомии, которая не облегчила страдания; время после аппендектомии, т. е. с первого января по 12/VIII соответствует образованию и формированию фистулы между тощей и ободочной кишкой, на что указывают боли в животе, урчание, метеоризм, с временами жидкий стул и резкое исхудание; окончательно сформировался свищ надо полагать в то время, когда появилась рвота с каловым запахом и постоянные жидкие испражнения.

Несвоевременное распознавание спонтанного желудочно-кишечного свища объясняется не отсутствием ясно определяющих симптомов, но, главным образом, тем, что вследствие относительной редкости этого осложнения практическому хирургу не приходит о нем мысль.

Сформирование спонтанного желудочно-кишечного свища происходит постепенно. Из разнообразных ранних симптомов, т. е. до образования свища, необходимо обратить внимание на постоянные ноющие боли в животе, в неопределенном месте, урчание, метеоризм, сопровождающиеся поносами. Иногда эта неясная картина заболевания приводит к установке неправильного диагноза аппендицита, больные подвергаются операции, но облегчения не получают (сл. Волхонской, Коржавина, наш и др.). Наиболее вероятными клиническими признаками уже сформировавшегося свища могут быть: отрыжка с фекальным запахом или каловая рвота при мягком животе, лиэнтерия (испражнения непереваренной пищей), позывы к дефекации в начале и во время еды и испражнения несформировавшимися каловыми массами. Каловая рвота и лиэнтерия — верные, но непостоянные признаки при желудочно-кишечном свище. При каловой рвоте поносы большей частью прекращаются или уменьшаются. При отсутствии каловой рвоты бывают постоянные и обильные поносы. В наших 2 случаях каловая рвота наблюдалась один раз с одновременным жидким стулом. Лиэнтерия в случаях Веса отмечено 6 раз на 62 свища, у нас на два случая — один раз. Диагноз *fis. gastro-colica* может быть подтвержден (при подозрении на это осложнение) клиническими и лабораторными исследованиями с применением красящих веществ, вводимых *per os* или через клизму. В своем случае Жуковичкий с успехом произвел пробу с рисом и синькой. Был дан *per os* плохо разваренный рис, который через 20 м. обнаружился в испражнениях; в этом же случае применена метиленовая синька 0,5 г *per os*, оказавшаяся в испражнениях через 30 м. Штраусс применяет клизму, состоящую из 2 стол. ложек животного угля на 500 см³ воды; спустя полчаса, при наличии свища, уголь обнаруживается в желудке.

Рентгеновское исследование может дать ценное указание для подтверждения внутреннего свища, при условии знакомства рентгенолога с общей клинической картиной (Шлифер). Спонтанные свищи, особенно с наличием функционирующего операц. гастроэнтеростомоза, как клинически так и рентгеноскопически распознаются трудно. Без предварительного предупреждения клиницистом рентгенолога о подозрении на желудочно-кишечный свищ, рентгеноскопическое исследование может не установить диагноза свища там, где он имеется.

Больные с желудочно-кишечным свищем могут жить сравнительно продолжительное время даже без диспептических расстройств. Так,

больной Штрауса в течение двух лет чувствовал себя хорошо; в случае Герцена (опубликованном Волхонской) больной жил более года без диспептических явлений, сл. Жуковицкого — 4 м, наши 2—6 м. Но это осложнение в конце концов приводит к истощению и смерти. Оперативное вмешательство может избавить больного от страдания, и чем раньше будет диагностирован свищ, тем возможно радикальное вмешательство.

Оперативное вмешательство при внутренних свищах ж. к. канала, особенно в поздних случаях, считается тяжелой операцией, дающей 60% смертности. Учитывая тяжелое состояние больного, мы во втором случае прибегли к консервативной операции — отделению ободочной кишки от тощей и ушиванию отверстий, что произведено было с меньшей травмой и малой затратой времени. Отдаленный результат получился хороший.

Получила 19 апр. 1940 г.

Доц. Я. Ф. ЛЕВИН

Дивертикулы желудка

Из Украинского центрального рентгено—радиологического и онкологического института (директор А. С. Золотарев) и клиники внутренних болезней (зав. проф. В. М. Коган-Ясный) сан. гиг. факультета I Харьковского медицинского института

Клиническая картина дивертикулов желудка не дает какого-либо выраженного симптомокомплекса. Прижизненное определение дивертикулов желудка возможно только путем рентгеновского исследования.

Методика исследования обычная — та же, которая принята для исследования кардиального отдела желудка. Необходимо обратить особое внимание на тщательную подготовку больного, так как при ретенции пищи в дивертикуле контрастная взвесь в него не поступает, и такой дивертикул рентгенологически просматривается,

Мы применяем жидкую контрастную взвесь и начинаем исследование больного в вертикальном положении, тщательно следя за прохождением контрастной взвеси, особенно при прохождении ее через дистальный отдел пищевода и кардиальный отдел желудка, задерживая первые же глотки в верхнем отделе желудка. Иногда уже в этом положении удается заполнение дивертикула. В дальнейшем необходимо исследование в положении на спине, на животе и в косых положениях. Ввиду излюбленной локализации дивертикулов по задней стенке желудка в кардиальном отделе, здесь особенно применимо исследование на спине в профильном или первом косом положении.

Иногда удается, как указывает Экерлунд, видеть сообщение желудочного просвета с дивертикулом во фронтальном положении.

Как уже отмечено, клиническая картина этого заболевания не дает каких-либо характерных симптомов, могущих навести клинициста на мысль о дивертикуле. Иногда указывается изжога, неясные боли, чувство полноты, изредка — рвота. В некоторых случаях больные являются с типичным язвенным анамнезом. В части случаев дивертикулы являются случайной находкой.