

Произведена срединно-нижняя лапаротомия под интубационным эфирно-кислородным наркозом. Подвздошная кишка многочисленными разнообразными спайками деформирована и фиксирована к передней брюшной стенке по месту старого рубца. Две петли перегнуты в виде двустволки и плотно сращены между собою. Три петли подвздошной кишки плотно приращены ко дну матки. Все спайки и сращения с большими техническими трудностями разделены. Выполнена операция Нобля. В брюшную полость влита 192 ед. «лидазы», 500 000 ед. пенициллина и стрептомицина. Рана брюшной стенки послойно ушита до резиновой трубочки, вставленной в брюшную полость, через прокол трубочки на протяжении 4 дней внутрибрюшинно вводилась «лидаза».

Послеоперационный период протекал гладко. Функция кишечника восстановилась на 5-й день после операции.

Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта на 28-й день после операции выявило нормальную моторику желудочно-кишечного тракта.

В заключение следует отметить целесообразность лапароскопии в диагностике спаечной болезни живота. Лапароскопия позволяет избежать вмешательств на брюшной полости у больных с неустойчивой психикой, у которых, по выражению А. М. Заблудовского, имеется «психогенный илеус». Чревосечение у этих больных крайне нежелательно и, как правило, усугубляет их состояние. Однако лапароскопия не может быть противопоставлена обзорной лапаротомии, которая является наиболее эффективным диагностическим методом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А. М. Перитонеоскопия. Куйбышев-обл., 1948. — 2. Заблудовский А. М., Фейнберг С. П. Нов. хир. арх., 1934, 3. — 3. Логинов А. С. Клин. мед., 1926, 3. — 4. Можайский Е. Д. Вест. хир. им. Грекова, 1959, 8; Там же, 1961, 4. — 5. Нарциссов Т. В. Вопр. онкологии, 1962. — 6. Орлов Г. А. Перитонеоскопия, 1947. — 7. Отт Д. О. Журн. акуш. и женск. бол., 1901, 7—8. — 8. Orndoff V. J. Radiolog., 1920, 1, 325. — 9. Rossavilla A. Radiol. Med., 1920, 7. — 10. Jacobaeus H. Münch. med. Wschr., 1910, 40.

Поступила 3 июля 1963 г.

К КЛИНИКЕ ТЕРМИНАЛЬНОГО ИЛЕИТА

А. Ф. Платонов и С. М. Бова

Кафедра факультетской хирургии (зав.—проф. М. Ф. Камаев) педиатрического факультета Львовского медицинского института, на базе городской клинической больницы (главврач — И. И. Хома)

В 1932 г. Крон с соавторами опубликовал работу по редко встречающейся патологии концевой петли подвздошной кишки, получившей наименование терминального, или регионарного, илеита.

Заблевание это было известно и раньше: так, Ландуа описал его еще в 1923 г. под названием «ограниченный циркулярный энтерит». У американцев эта патология именовалась неспецифической, или доброкачественной гранулемой, а у большинства европейских хирургов — флегмоной кишки. Последним термином пользуются и некоторые отечественные авторы (Г. М. Галайко, М. Д. Моисеенко, М. Р. Черепашинед, Б. В. Пунин и др.). Однако заслугой Крона является то, что он первый не только дал подробное описание этого страдания, но и выделил его в самостоятельную нозологическую форму, обобщив опыт 110 клинических наблюдений.

По-видимому, терминальный илеит встречается чаще, чем об этом сообщается в литературе. По данным БМЭ (том 11), в мировой литературе описано около 500 наблюдений этого страдания, причем значительное число сообщений приходится на долю отечественных авторов (Д. Б. Авидон, Т. Б. Микеладзе, А. Д. Федорова, В. Э. Бурба, Г. М. Фраткин и др.).

Этиология терминального илеита до сих пор не выяснена. Крон и ряд других исследователей, изучая гистологическую картину лимфоузлов из пораженного сектора брыжейки, считали, что илеит представляет собой хронический неспецифический грануломатозный процесс. Многие авторы полагают, что это заболевание туберкулезной этиологии, однако типичного для туберкулеза обызвествления или казеозного распада лимфоузлов брыжейки еще никто не наблюдал при терминальном илеите.

Трудно также согласиться, что хронический аппендицит является причиной возникновения терминального илеита, поскольку червеобразный отросток при этой патологии часто оказывается совершенно неизменным, а если в нем и выявляются признаки воспаления, то обычно вторичного характера (что подтверждается и нашими наблюдениями).

Иногда терминальный илеит связывают с перенесенными кишечными инфекциями: дизентерией, паратифом, колитом и пр. Мы также отметили дизентерию в анамнезе у трех наших больных и хронический колит — у одного.

Некоторые авторы серьезное значение в возникновении илеита придают инородным телам кишечника, которые, задерживаясь у баугиниевой заслонки, могут вызывать пролежни слизистой оболочки кишки, создавая тем самым благоприятные условия для внедрения патогенной кишечной флоры. Описанный энтерогенный путь развития сегментарного воспаления кишечной петли не является единственным. Известны случаи, когда регионарный илеит возникал после перенесенной острой ангины, причем у таких больных удавалось выделить из зева гемолитический стрептококк, а посев из ткани лимфоузлов брыжейки давал рост той же микробной флоры. Эти наблюдения доказывают возможность возникновения илеита метастатическим, гематогенным путем (Г. М. Фраткин).

Регионарный илеит носит ясно выраженный сегментарный характер. Патологический процесс может локализоваться в любом кишечном сегменте, но чаще всего он поражает именно терминальный отдел подвздошной кишки и соответствующий ему сектор брыжейки.

Протяженность воспаленного сегмента кишки варьирует в широких пределах — от 5 до 30 см и больше. Описаны единичные наблюдения тотального поражения кишечника (тонкого, толстого и двенадцатиперстной кишки). Но чаще всего отрезок патологически измененной кишки оказывается равным 10—20 см, как это отмечено и в наших наблюдениях.

Патологический процесс с конечной петли подвздошной кишки может иногда переходить и на Соесит. У нас было два таких почти тождественных наблюдения.

Необходимо подчеркнуть исключительную важность применения антибиотиков при остром илеите. Несмотря на то, что в брюшной полости оставляется при операции явно пораженная кишечная петля, в послеоперационном периоде мы не наблюдали образования инфильтратов.

Терминальный (регионарный) илеит имеет следующие варианты клинического течения.

1. Острая форма по симптоматике почти тождественна острому аппендициту. При ней правильный диагноз ставится очень редко. Больные этой группы в большинстве случаев оперируются с предположительным диагнозом острого аппендицита.

2. Язвенная форма, при которой ведущими симптомами являются коликообразные боли в животе и кровавый стул, легко может быть принята за дизентерию, язвенный колит, рецидивирующую инвагинацию или туберкулез кишечника.

3. Стенозирующая форма. Ее надо рассматривать как один из возможных исходов острого илеита. Она характеризуется более или менее выраженными признаками хронической непроходимости кишечника, сходными с симптомами, наблюдающимися при стенозирующих опухолях слепой кишки. При этой форме илеита правильный диагноз обычно ставится рентгенологически, по тонкой полосе бария в терминальном отрезке подвздошной кишки.

4. Фистулезная форма основным признаком имеет свищи. Эта форма илеита встречается редко. Ее приходится дифференцировать с туберкулезом и даже актиномикозом кишечника. Причина образования свищей недостаточно изучена. Т. Б. Микеладзе возникновение их связывает с растворяющим действием пищеварительных ферментов кишечного сока. Свищи различают наружные и внутренние. Наружные свищи чаще всего возникают на передней брюшной стенке в ее нижнем отделе. Если большим производилась аппендэктомия, то свищи обычно и открываются в области послеоперационного рубца. Это дало повод некоторым авторам (В. Э. Бурба) предостеречь против аппендэктомии при остром илеите, если в червеобразном отростке отсутствуют явные патологические изменения. Свищи могут открываться и на промежности, поскольку конечные петли подвздошной кишки нередко лежат в полости малого таза. Появлению свищей предшествует реакция со стороны брюшины и окружающих мягких тканей, симулирующая развитие банального абсцесса. Внутренние свищи образуются между кишечными петлями. Описаны наблюдения, когда свищи открывались в прямую кишку, влагалище и мочевого пузырь.

Судя по литературным данным, стенозирующая форма илеита встречается не часто; нам пришлось оперировать лишь одну такую больную.

Лечение хронических форм илеита (стенозирующих и фистулезных) может быть только хирургическим. На самоизлечение в этих случаях рассчитывать нельзя. Оперативное вмешательство оказывается неизбежным и в подавляющем большинстве случаев острых форм, поскольку исключить при терминальном илеите острый аппендицит почти невозможно. Но здесь возникают трудности иного порядка: что делать с воспаленной кишечной петлей?

Многие хирурги от резекции кишки воздерживаются, ограничиваясь введением в брыжейку антибиотиков и производя попутную аппендэктомию, если в червеобразном отростке оказываются патологические изменения. Подобная тактика уместна, как это подтверждают и наши наблюдения, при легких, обратимых формах острого илеита. При более же тяжелых формах, когда воспаление кишечной петли носит

явно флегмонозный характер, следует производить резекцию кишки в пределах здоровых тканей.

Из литературы известны и другие виды хирургического вмешательства при флегмонах кишечного тракта различной локализации: создание обходного анастомоза между кишечными петлями, наложение разгрузочной подвешной энтеростомии, выведение пораженной кишечной петли из брюшной полости наружу, подведение тампонов к очагу воспаления и пр. Все эти методы не являются радикальными и могут быть рекомендованы лишь у тяжелых, ослабленных больных, когда резекция кишки связана с большим риском потери больного.

За 10 лет (1951—1961) мы наблюдали 5 женщин и 2 мужчин с терминальным илеитом. Все подверглись срочному оперативному вмешательству с предположительным диагнозом: острый аппендицит.

Все больные, находившиеся под нашим наблюдением, выздоровели. Повторным операциям никто из них не подвергался. В данное время все 7 человек практически здоровы, трудоспособны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авидон Д. Б. Вестн. хир., 1939, 5; 1952, 5.— 2. Бурба Б. Э. Вестн. хир., 1957, 2.— 3. Галайко Г. М. Нов. хир. арх., 1961, 3.— 4. Микеладзе Т. Б. Вестн. хир. 1941, 3.— 5. Пунин Б. В. Вестн. хир. 1952, 5.— 6. Федорова А. Д. Вестн. хир., 1953, 2.— 7. Фраткин Г. М. Вестн. хир., 1947, 4.— 8. Crohn B. Surg. etc., 1939, 68, 2A.— 9. Landois F. Zbl. chir., 1923, 20.— 10. Lewisohn D. Surg. etc., 1938, 66.— 11. Mixter. Surg. etc., 1939, 68, 2A.

Поступила 15 февраля 1962 г.

К ВОПРОСУ ОБ АППЕНДИЦИТЕ

З. А. Зарипов

Уруссинская райбольница (и. о. главврача — Ф. Г. Гильмуллин) ТАССР

Необходимость изучения и обсуждения вопроса об аппендиците диктуется и тем, что аппендэктомии составляют до 85,3% всех операций, произведенных при острых заболеваниях живота, и тем, что отмечается значительный рост экстренных операций при остром аппендиците. По нашим данным, аппендэктомии составляют 85,9% операций при острых заболеваниях живота.

Для анализа своей работы и улучшения лечебной помощи населению нашего района мы изучили истории болезни больных, направленных в стационар с диагнозом «аппендицит».

По нашим данным, также отмечается рост заболеваемости аппендицитом, в том числе и острым. Динамика заболеваемости аппендицитом по годам и количество оперированных приведены в таблице 1.

Таблица 1

Годы	На 10 000 населения			
	заболело	оперировано	в том числе острым аппендицитом	
			заболело	оперировано
1959	50	45	29	26
1960	54	50	31	28
1961	68	63	38	35
В среднем	57	52	33	30

Ежегодно из каждых 303 человек населения один заболевает острым аппендицитом. По данным В. И. Колосова, из каждых 250 человек аппендицитом заболевает один.

Расхождение клинических и патогистологических диагнозов бывает как в крупных клиниках с постоянным высококвалифицированным штатом врачей и опытным руко-