

Проф. А. П. НАДЕИН

К ранней диагностике острой закупорки мезентериальных сосудов

Из клиники общей хирургии Ленинградского стоматологического института (директор А. П. Надеин) и больницы для хроников им. Карла Маркса (директор К. Т. Бочков)

После первого сообщения Тицемана в 1843 г. об эмболии arter. mesent. super. Луи собрал 500 случаев инфаркта кишечника, образовавшегося в результате эмболии брыжеечных сосудов. Эта статистика является самой крупной из опубликованных до 1921 года. Дальнейшие работы и сообщения об этом заболевании были объединены и описаны Мейером, который еще сообщил о 92 случаях закупорки мезентериальных сосудов. За последнее время отечественными авторами также было описано несколько случаев (Гейслер, Пикин, Кусков, Федорович, Бритнев, Окунь, Соловов).

Интерес клиницистов значительно возрос к этому заболеванию особенно после того, как Оппольцер правильно диагностировал инфаркт кишечника.

Госсе говорит о том, что это заболевание в клиническом отношении является „одним из самых захватывающих отделов хирургии“. Несмотря на актуальность данного вопроса надо признать, что прижизненная и особенно ранняя диагностика весьма трудна. Правильно диагностированные закупорки мезентериальных сосудов могут быть насчитаны единицами. Нейман описал 18 правильно диагностированных закупорок мезентериальных сосудов на 120 случаев. Рейх и Клейн приводят 20 на 220.

За последние годы Шифольт и Маллисен, Оливекрона и другие сообщили еще несколько случаев правильно диагностированных закупорок мезентериальных сосудов.

Ранняя диагностика этого заболевания является важной предпосылкой для спасения больного, так как при позднем распознавании наступает обескровливание пораженного отдела кишечника с явлениями некроза.

За последнее время, благодаря ранней диагностике с последующим хирургическим вмешательством, некоторые авторы добились значительного процента выздоровления.

Трудность ранней диагностики закупорки брыжеечных сосудов связана с неясностью клинической картины, быстрой сменой симптомов на фоне болевого шока, и чаще всего на фоне быстро развивающегося коллапса, о чем говорят приведенные нами истории болезни.

Случай 1-й. Столяр И-ов А. И., 42 лет, доставлен в больницу 20/VII 31 г., через 10 час. после начала приступа резких болей в животе с диагнозом „острая кишечная непроходимость“.

Заболел внезапно в ночь на 20/VII 31 г., появились боли в животе, спазматического характера, с задержкой стула и многократной рвотой. Раньше был здоров, кроме

сердечного заболевания, как он говорит „эндокардита“. Объективно: бледность кожных покровов с незначительным цианозом губ, T° 35,8, язык сухой, слегка обложен, живот вздут и напряжен в эпигастральной области. При подъеме больного и перемене положения тела, слабый и мягкий пульс пропадающий с наступлением обморочного состояния, что является признаком нарастающего коллапса.

Перкуссия определяется приглушение в эпигастральной области, которое было принято за перекрученную петлю кишки. Боли в области живота отдают в спину, живот при пальпации мало болезненный.

Операция; под эфирным наркозом лапаротомия. Обнаружен массивный геморрагический инфаркт почти всего отдела тонких кишок.

Ввиду резкого ослабления сердечной деятельности операция закончена зашиванием брюшной стенки, смерть через 2 часа.

Вскрытие 22/VI 31 г. Анатомический диагноз: язвенный эндокардит двустворчатого клапана, стеноз левого атриоventрикулярного отверстия, гипертрофия мышц правого желудочка. Тромбоз и эмболия верхней брыжеечной артерии и вены, почти тотальный инфаркт всего отдела тонких кишок. Перитонит.

Случай 2-й. Ла-нес Е., 35 лет, находилась в больнице для хроников с 20/II 36 г. с диагнозом: бронхиальная астма, стеноз и недостаточность митрального клапана, истеро-неврастения.

Рентгеноскопия: сердце значительно увеличено за счет увеличения области предсердия и правого желудочка. Верхушка сердца конусовидная. Во время пребывания в больнице, кроме обострения ревматических болей в суставах, а также редких приступов бронхиальной астмы, в других органах особых изменений не наблюдалось.

В ночь на 4/X 37 г. появились нестерпимые боли в животе; больная кричит, но стремится лежать больше неподвижно, так как всякое резкое движение тела связано с обморочным состоянием. Боли пронизывают живот насквозь и отдают в спину. Живот вздут, при пальпации определяется болезненное колбасовидное уплотненное тело, расположенное посредине живота. Пульс слабый, почти не прощупывается и не сосчитывается, временами пропадает; T° 36,1, кожа бледная, синюшная, покрыта потом. После клизмы слизь и кровавистая вода. Клинический диагноз—эмболия верхней брыжеечной артерии (геморрагический инфаркт кишечника). Резкая слабость не дала возможность большую подвергнуть операции. Смерть в эту же ночь.

Вскрытие (проф. Гаршин). Протокол № 63 от 6/X 37 г. Анатомический диагноз—стеноз л. атриоventрикулярного отверстия, фиброзный тромбоэндокардит двустворчатого клапана с поверхностными изъязвлениями. Отек легкого, множественные атипичные инфаркты селезенки, правой почки. Тромбоз и эмболия верхней брыжеечной артерии. Тромбоз брыжеечных вен. Массивный инфаркт почти всей подвздошной кишки, омертвление ее нижней части, фиброзный перитонит.

Случай 3-й. И. Т., инвалид, крестьянин, 66 лет, находился в больнице для хроников с 7/XII 36 г. с диагнозом: артериосклероз, склероз мозговых сосудов, кардиосклероз, эпилепсия. Приступы эпилепсии наблюдались редко. Большой за последние месяцы жалуются на систематические боли в области живота с задержкою стула. За время пребывания в больнице три раза наблюдался приступ клонических судорог с непроизвольным мочеиспусканием (типа эпилепсии). Перед приступом буйствовал и агрессивен настроен.

С 2/X 37 г. больной в безразличном состоянии, спокоен, но к вечеру в этот день у него был эпилептический приступ, после которого он временно пришел в возбужденное состояние, а затем сделался спокойным.

В ночь на 3/XI резкие боли в животе с клоническими судорогами тела. При движении и вставании падение пульса с бледностью и синюхою кожи лица. Ночью с 3/XI на 4/XI коллапс с похолоданием конечностей и падением пульса; T° 35,8, жи от вздут—особенно в нижнем сегменте.

При пальпации живота большой замишается. В средней части брюшной полости определяется эластическое напряженное тело. Клизма дала кровавистую воду. Смерть при явлениях коллапса в эту же ночь. Вскрытие (проф. Гаршин). Протокол № 73 от 9/XI 37 г.

Анатомический диагноз. Артериосклероз аорты с изъязвлением некоторых бляшек брюшной ее части. Пристеночный тромбоз аорты, закупоривающий устье нижней брыжеечной артерии. Тромбоз и эмболия мелких ветвей этой же артерии. Тромбоз нижней брыжеечной вены, омертвление нисходящей части ободочной кишки, гипертрофия мышц сердца, обоих желудочков, эмфизема легких.

Как видно из литературных и наших наблюдений интересующее нас заболевание вызывает ряд тяжелых и бурно сменяющихся абдоминальных симптомов с явлением шока и коллапса.

Быстрая смена и тяжесть абдоминальных и общих симптомов на-

ходится в полной зависимости от быстроты процесса, количества и величины выключенных стволов брыжжеечных артерий и вен. Развитие и массивность инфарктов кишечника и паренхиматозных органов является решающим моментом в происхождении коллапса, напоминающего собою коллапс при внутреннем кровотечении.

При разборе симптомов надо указать на то, что развитие геморрагического инфаркта связано с явлениями шока и болевых ощущений.

Ортнер своими работами доказал, что острая анемия прежде чем ослабить нервный аппарат кишечника вызывает его возбуждение, повышая сокращение гладких мышечных волокон, что видимо и лежит в основе болевых ощущений при обескровливании кишечника. Развитие массивного инфаркта кишки и брыжжейки, а также увеличение тяжести кишки, усиливает болевые ощущения, благодаря натяжению и напряжению брыжжейки тяжелым участком кишки, пораженным геморрагическим инфарктом (Вильмс).

Интенсивность болей при закупорке мезентериальных сосудов находится в полной зависимости от величины отрезка захваченной в процесс кишки (Фролих и Меер) и от натяжения брыжжейки, особенно там, где проходят большие сосуды (Бреслауер).

Приведенные нами случаи являются острейшими заболеваниями с молниеносным течением и летальным исходом, в которых первые двое больных погибли почти через 24 часа, а последний через 48 час. от начала приступа¹⁾.

Острые симптомы заболевания указывают на полное выключение основного артериального ствола с быстрым образованием тромбоза соответствующих вен и инфаркта кишечника. Указанная картина заболевания через 6—10 час. приводит к омертвлению пораженного кишечника с последующим перитонитом. В некоторых случаях неполная закупорка мезентериальных сосудов вызывает заболевание с припадками болей и общих явлений перемежающегося характера. Эта форма с длительными интервалами улучшения в состоянии больных все-таки заканчивается смертельным исходом.

По клиническому течению острую закупорку мезентериальных сосудов с инфарктом кишечника Нотнагель делит на две формы: 1) с диарреей и последующим кровавым стулом и 2) с явлениями непроходимости, где последняя доминирует над другими симптомами. Указанное деление, как окончательное, не может быть принято, ибо диаррея с последующим кровавым стулом по данным многих авторов (Бреда, Лупа, Мельнота, Мандора и друг.) встречается довольно редко и представляет частный случай острой текущей непроходимости при закупорке брыжжеечных сосудов. С этим положением Лануант не согласен и утверждает, что только кишечное кровотечение при предшествующей диаррее дает полное основание для установления диагноза закупорки мезентериальных сосудов. Бреда из 14 случаев в 12, Луп из 9 в 7 не находили ни диарреи, ни кровавого стула. Мельнот обследовал 44 случая закупорки брыжжеечных сосудов и только в 4-х случаях нашел кровавый стул. В тех случаях, где наступает смертельный исход, кровавый стул наблюдался в 70—80%. По литературным и нашим данным, видимо, можно признать, что кровавый стул является поздним признаком геморрагического инфаркта кишечника, что имело место в наших случаях.

¹⁾ Приношу благодарность за разработку двух последних случаев доктору Майскому.

Кроме остро протекающей закупорки мезентериальных сосудов с явлениями массивного инфаркта кишечника можно различать более спокойное течение. К этим формам, так называемым „хроническим“, можно отнести „перемежающуюся“, а также форму с кишечными коликами, которая наблюдается при универсальном артериосклерозе (Ортнер).

Последние две формы, а также и те закупорки мезентериальных сосудов будут правильнее диагностироваться, где будут налицо общие признаки заболевания сосудистой системы, как-то: эндокардит, универсальный артериосклероз, облитерирующая гангрена конечностей, различные виды тромбоза вен (Бюргер, Таубе, Мейер), а также инфекция (Корганова—Мюллера). Бурно развивающаяся закупорка мезентериальных сосудов требует правильной диагностики в первые часы заболевания, что, однако, наталкивается на ряд затруднений из-за одинаковых симптомов, которыми также сопровождаются острые поражения других органов, расположенных в эпигастральной области.

Из трех наших случаев в двух наблюдалась окрашенная кровью клизменная вода, но без наличия диарреи. Рвота, вздутие живота, ранние боли с судорожным характером, быстрое нарастание коллапса как при внутреннем кровотечении,—основные признаки этого заболевания.

В двух случаях боли отдавали в спину. Общее состояние больных во всех случаях очень тяжелое с синюшностью лица и губ, с субнормальной температурой и обморочным состоянием, которое наступает при перемене положения больного. Живот во всех случаях мягкий, сравнительно мало вздутый и доступный для исследования, с незначительным напряжением брюшной стенки, которое диссонирует с общим самочувствием больного и острейшими болями в животе, сопровождающими это заболевание. Перкуссия не дает ничего, что бы могло говорить о каких-либо тяжелых изменениях в брюшной полости. Отсутствие перистальтики, кишечных шумов, тонов, симптома Валя при наличии болезненной опухоли, расположенной в среднем отделе живота, являются важным объективным признаком инфаркта кишечника.

Наличие рвоты, задержки стула, коликообразных спазматических болей в определенном участке брюшной полости, шок с падением пульса и быстро развивающимся коллапсом могут также говорить о геморагии поджелудочной железы, остром завороте верхних отделов тонких кишок, или же о перфорации желудка и 12-перстной кишки.

При кишечной непроходимости верхнего отдела тонких кишок основным признаком в первые часы заболевания, даже при ущемлении брыжжейки, будет наличие перистальтики с симптомом Валя и аускультативно определяющимися кишечными тонами и шумами.

При перфорации желудка заболевание будет связано с явлением шока и рано наступающим дефансом мышц брюшной стенки с последующим эйфорическим состоянием больного. Рентгенологически, при клиническом определении скрытой печеночной тупости, наличие свободного газа в брюшной полости является хорошим диагностическим признаком перфорации желудка. За этими симптомами следует быстро развивающиеся клинические признаки общего перитонита. Геморагия поджелудочной железы клинически течет при явлениях глубокого шока с внезапно нарастающей болью во всем животе

и иррадиацией в спину, поясницу и грудь, чаще слева (Лериш). Некоторые авторы (Лотазен) говорят, что иррадиация в подключичную область — прекрасный симптом для диагностики. Рвота и задержка стула ничего характерного для этого заболевания не представляет.

Отсутствие физических признаков будет главной трудностью для определения указанного заболевания. В силу этого обстоятельства диагноз острого геморрагического панкреатита устанавливается при явлениях глубокого шока и интоксикации. Оппель рисует незабываемыми штрихами клиническую картину этого заболевания. Он пишет о том, что „когда Вы в первый раз видите человека с кровоизлиянием рапсгас, то он производит на Вас впечатление человека чем-то отравленного, как будто он что-то перед этим съел“.

Эта болезнь поражает людей крепкого сложения с признаками ожирения и обычно до этого здоровых. Начало припадка геморрагии поджелудочной железы наступает ночью после жирного ужина или даже во время работы, при этом больные испытывают такую сильную боль, что иногда падают в обморок. Некоторые авторы указывают на цианоз лица и кожи брюшных стенок, появляющихся в виде пятен, расположенных выше пупка (Ленорман). Из этого ясно, что бурное развитие брюшных симптомов при закупорке мезентериальных сосудов может быть правильно диагностировано только при наличии и учете местных и общих признаков этого заболевания.

Среди этих признаков важнейшими будет замедление тока крови, ослабление деятельности сердца, изменение самой крови (Шевкуненко). Присутствие очагов тромбоза на почве изменения сосудов является важным моментом для закупорки мезентериальных сосудов, что в 84% зависит от хронической интоксикации и инфекции (Руфанов, Корчагина — Мюллер).

Ввиду трудности диагностики этого заболевания, при наличии симптомов „острого живота“ диагностическая лапаротомия дает возможность в большинстве случаев правильно определить закупорку мезентериальных сосудов в раннем периоде развития и применить хирургическую помощь.

Указанные наблюдения и литературные данные дают нам право прийти к заключению, что основными признаками закупорки мезентериальных сосудов будут 1) явления непроходимости, 2) рвота, 3) неотхождение кала и газов, 4) падение кровяного давления, 5) резкие коликообразные боли в животе, 6) субнормальная температура, 7) явления шока, 8) отсутствие каких-либо перистальтических движений кишечника, 9) отсутствие кишечных шумов (аускультация), 10) небольшое вздутие живота, 11) пальпаторное определение болезненной опухоли в брюшной полости, 12) отсутствие защитного напряжения брюшной стенки, 13) наличие быстро наступающего коллапса с признаками внутреннего кровотечения, 14) наличие очагов и источников для возможного развития эмболических процессов, 15) наличие диаррей-кровоавого стула, как поздний признак инфаркта. Указанный перечень признаков может помочь при диагностике интересующего нас заболевания.