

С. В. ШИМАНОВИЧ

К вопросу об инвагинации кишок

Из IV хирургической клиники Белорусского государственного медицинского института (директор проф. А. Е. Мангейм)

Среди причин, вызывающих непроходимость кишок, инвагинация занимает сравнительно небольшое место. Так, у Грекова на 511 случаев непроходимости кишок было 25 случаев инвагинации—5%. У Зверева на 143 случая непроходимости было 3 случая инвагинации—2,1%. У Полякова на 83 случая непроходимости—2 случая инвагинации—2,5%. У Руфанова, Королева, Гардона и Зыкова—10 проц.

По материалам института им. Склифасовского на 323 случая было 17 случаев инвагинации (5%). У Кенигсберга по материалам Ленинградского института скорой помощи непроходимость кишок была обусловлена инвагинацией в 6,7% случаев, у Розанова—7%, у Перельмана на 215 случаев было 19 случаев инвагинации (9%). По нашему материалу на 189 случаев непроходимости кишок было 20 случаев инвагинации (10,5%).

Отсюда можно сделать заключение, что в Советском Союзе инвагинация кишок является не частым заболеванием, в то время как в других странах (Англия, Дания, Америка) она гораздо чаще служит причиной непроходимости кишок; например, в Лондоне—в 37 проц. случаев.

По годам наш материал распределяется следующим образом: в 1931 году на 11 случаев непроходимости инвагинации не было, в 1932 году на 44 случая—1 случай инвагинации, в 1933 г. на 59 случаев—9 случаев, в 1934 г. на 42 случая—6, в 1935 году на 10 случаев—1, в 1936 г. на 13 случаев непроходимости не было случая инвагинации, в 1937 г. на 10 случаев—3 случая инвагинации.

Некоторые авторы считают, что в зимнее время количество случаев инвагинации бывает больше, чем летом. Наш материал этой „сезонности“ не подтверждает. По нашим данным было за январь—март 6 случаев, за апрель—июнь—5 случаев, июль—сентябрь—4 случая, октябрь—декабрь—5 случаев.

По возрасту больные распределяются следующим образом: до 1 года—1, от 1 г. до 10 л.—2, от 10 до 50 лет—15. Старше 50 лет—2.

По данным некоторых авторов наибольший процент всех инвагинаций падает на детей до 10 лет; напр. по Руфанову 70—80 проц., по Гризелью—68 проц., Микуличу—70 проц. Наш материал показывает обратное. На детей до 10 лет падает 3 случая (15 проц.). Аналогичные данные приводит и Руш, у которого до 1 года был 1 случай, до 10 лет—5 случаев из 28, что составляет 17 проц. То же самое у Королева, где на 10 случаев инвагинации было 2 случая до 10 лет, или 20 проц. Перельман, у которого на 19 случаев инвагинации было 3 случая до 10 лет, указывает, что инвагинации у детей

проходят под диагнозом детской диарреи и простого расстройства кишечника и часто просматриваются.

Мужчин у нас было 14, женщин 6, что соответствует литературным данным, указывающим, что у мужчин инвагинация встречается в 2—3 раза чаще, чем у женщин.

Механизм инвагинации, несмотря на большое количество клинических наблюдений и экспериментальных работ, еще до сих пор остается невыясненным. Из всех известных нам теорий более принятой считается „спастическая“ теория Нотнагеля. Согласно этой теории под влиянием какого-либо раздражителя (опухоль, язва) происходит спазм круговой мускулатуры, стремящейся преодолеть препятствия. Сократившись этот участок удлиняется и, вдвигаясь в вышележащий несокращенный отрезок, надвигает его на себя.

Паралитическая теория Лейхтенштерна считается менее вероятной. По этой теории вышележащий участок кишки, сохранив нормальную перистальтику, внедряется в нижележащую парализованную кишку. Однако, в последнее время Бродский, Митлин, Зоринг, Гольдшмидт и другие на основании целого ряда экспериментальных работ доказали, что в одних случаях инвагинация зависит от паралитических явлений, в других—от спазматических. Во всяком случае механизм внедрения остается не совсем понятным.

Причины, предрасполагающие к инвагинации, могут быть различны: эмбриональное строение илео-цекальной части кишечника, выражающееся в чрезвычайной подвижности слепой кишки, чрезмерной длине и общности брыжейки подвздошной кишки со слепой, в различии диаметров этих частей кишечника, в наличии антиперистальтических движений восходящей и слепой кишки, различные воспалительные явления слизистой кишечника: колиты и энтероколиты; повышенная перистальтика кишок, особенно в детском возрасте; различные опухоли кишечника: полипы кишечника; аппендицит, меккелев дивертикул.

Некоторые авторы (Обадалек, Баркер) считают причиной инвагинации резкое увеличение брюшного давления при наличии хорошо выраженного брюшного пресса. В доказательство этого они приводят тот факт, что у людей, страдающих грыжей, инвагинация является большой редкостью. С другой стороны, известны такие случаи, когда дезинвагинация наступала при одной только лапаротомии без всяких других манипуляций, повидимому, из-за внезапного падения брюшного давления.

Из 18 оперированных случаев нам удалось установить причину инвагинации только в 8 случаях. В одном случае причиной инвагинации послужила подслизистая липома, находящаяся в просвете кишечника у основания слепой кишки. В одном случае причиной инвагинации был меккелев дивертикул. В трех случаях причиной были подвижная соесит и общая удлиненная брыжейка. В трех случаях инвагинация вызвана была изменениями червеобразного отростка.

У Брока на 123 случая инвагинации последняя связана была с опухолью в 44 случаях. У Тимофеева на 174 случая опухоль была в 46 случаях или 26 проц. Такая частота наличия опухоли, как этиологического момента в возникновении инвагинации кишечника, нашим материалом не подтверждается. У Перельмана на 19 случаев инвагинации опухоль, как этиологический фактор инвагинации, была обнаружена только в одном случае. Что касается изменений со сто-

роны червеобразного отростка, то хотя многие авторы их и считают причиной инвагинации, но в доступной мне литературе я не нашел случаев, когда изменения со стороны червеобразного отростка явились бы причиной инвагинации. У Тимофеева имеются указания, что причиной инвагинации в трех случаях явилась аппендектомия.

Виды инвагинации бывают следующие: внедрение подвздошной в слепую, внедрение тонкой в тонкую и внедрение толстой в толстую.

Самый частый вид инвагинации—это илеоцекальная. У Гризера этот вид инвагинации выражается в 89 проц., Нотнагеля—в 75 проц., Руфанова—39 проц., Золотарева—45 проц., у Перельмана—50 проц. Наш материал распределяется следующим образом: илеоцекальная инвагинация—11 случаев, внедрение толстой в толстую—5 случаев, внедрение тонкой в тонкую—2 случая.

Клинически различают инвагинации острые и хронические. У новорожденных преобладает острое течение инвагинации (97%). У взрослых преобладают больше хронические формы инвагинации. По Руфанову у взрослых 56 проц. падает на острые формы инвагинации и 44 проц.—на хронические. По нашему материалу было 11 случаев острых форм инвагинации и 9 случаев хронических.

Диагностика инвагинации бывает иногда очень трудной вследствие разнообразия клинической картины. Там, где острое начало, и имеется быстрое развитие симптомов непроходимости, часто оперируют под диагнозом последней и только на операционном столе выясняется, что имеется инвагинация. Иногда инвагинацию смешивают с перфоративной язвой желудка, острым аппендицитом, заворотом кишок, почечными камнями, брюшным тифом, дизентерией, с подвижной почкой, саркомой почки, геморрагическим панкреатитом и рядом других заболеваний.

Из 18 оперированных случаев предварительный диагноз совпал с послеоперационным только в 10 случаях. В трех случаях предварительно диагностировался заворот, в трех случаях—острый аппендицит, в одном случае—подвижная почка и в одном случае—дизентерия.

Симптоматология инвагинации бывает довольно разнообразной. Из симптомов, встречающихся при инвагинации, следует остановиться на следующих: 1. Боли, по Руфанову, бывают в 90 проц. Они чаще наблюдаются при процессах в тонких кишках, реже в толстых. Эти боли схваткообразные и локализуются, главным образом, в правой подвздошной области при илеоцекальной инвагинации. 2. Стул: многие считают, что для инвагинации характерен жидкий кровянисто-слизистый стул, наблюдаемый чуть ли не в 70 проц. всех случаев. Руфанов отрицает такую частоту кровянисто-слизистого стула при инвагинациях. По его данным понос бывает в 25 проц. случаев; запор—в 50 проц.; кровянисто-слизистый стул—в 8—10 проц. 3. Колбасовидная опухоль—это очень важный симптом. По Лейхенштейну он встречается в 50 проц. всех случаев инвагинации, по Руфанову более, чем в 50 проц. При хронических случаях—в 70—80 проц. Определяемая при инвагинациях опухоль обычно подвижная и мало болезненная. Этим она отличается от воспалительных опухолей, которые характеризуются полной неподвижностью и резкой болезненностью.

В нашем материале боли были отмечены в 12 случаях. Опухоль была обнаружена в 11 случаях из 20. В трех случаях опухоль периодически появлялась и исчезала. Рвота отмечена была в 13 случаях.

Диспептические явления: отрыжка, тошнота, отсутствие аппетита—в 11 случаях. Вздутие живота было в 4-х случаях. Напряжение мышц отмечено также в 3 случаях. В остальных случаях живот был мягкий и не напряженный. Неотхождение газов отмечено в 7 случаях. Что касается стула, то наши данные почти совпадают с данными Руфанова. Понос у наших больных был в 7 случаях, запор у 11 больных, кровянистослизистый стул у 5 больных.

Таким образом при подозрении на инвагинацию не нужно непременно ждать крови и слизи в стуле. Достаточно простых нарушений функций кишечника.

Лечение инвагинации разделяется на консервативное и оперативное. Консервативное лечение применяется исключительно к детям, когда опасность оперативного вмешательства очень велика. Консервативное лечение заключается в назначении обильных клизм в расчете на самопроизвольное расправление внедрения под давлением воды, вводимой клизмами. Гиршпруг в 60 проц. случаев наблюдал выздоровление от применения глубоких вливаний контрастных масс в кишку и массирования кишок. Некоторые авторы добились дезинвагинации, применяя вливание контрастной массы в кишку и массаж под контролем рентгена. Как консервативный метод лечения служит у некоторых авторов вдувание воздуха. Такой метод лечения применим, конечно, в самых ранних случаях инвагинации. Мангейм и Анисимова советуют применять консервативный метод лечения в первые часы, не затягивая момента операции.

Хирургическое лечение заключается в применении способа дезинвагинации или резекции кишок. Ряд авторов считает более безопасной операцией при инвагинации только дезинвагинацию, не давшую и по нашим материалам ни одного случая смерти, и только в случаях, где нельзя сделать дезинвагинацию, применяют резекцию. Однако, каждый дезинвагинированный отрезок кишки следует внимательно осмотреть, памятуя о возможности органических причин инвагинации. Дезинвагинация требует крайней осторожности: не тянуть, а выдавливать инвагинат, нежно надавливая со стороны головки инвагината. Ряд авторов указывает, что самое трудное место дезинвагинации—это последние несколько сантиметров кишки, где началось внедрение.

Другие авторы являются сторонниками резекции. Крестовский считает, что оставление в брюшной полости участка брыжейки и кишки с тромбированными венами способствует эмболиям и высказывается за резекцию. Некоторые считают, что после дезинвагинации может наступить рецидив. Однако, рецидив после дезинвагинации наступает чрезвычайно редко. На нашем материале был только один случай рецидива, наступившего в связи с тем, что не была устранена местная органическая причина (подслизистая липома).

Из 18 оперированных больных умерло 5, выздоровело 13 человек. Общий процент смертности от оперативного вмешательства при инвагинациях у Грекова равен 60, у Розанова—57 проц., у Красинцева—37 проц. В 5 наших случаях давности инвагинации была от 4 дней до 1 месяца (в 2 случаях—10 дней, в 1 случае—4 дня, в 1 случае—6 дней, и в 1—1 месяц). Во всех этих случаях пришлось делать резекцию кишок. В остальных случаях была произведена дезинвагинация с последующей фиксацией слепой кишки к париетальной брюшине.

Наш материал по способу оперативного вмешательства разбивается следующим образом:

Виды операции	Колич. описываем.	Выздоровело	Умерло
Резекция кишок	7	2	5
Дезинвагинация	5	5	—
Дезинвагинация и аппендэктомия	7	7	—
Всего .	19 ¹⁾	14	5

Таким образом у 12 больных с дезинвагинацией не было ни одного случая смерти, в то время, как процент смертности у больных с резекцией кишок доходит до 70.

Несколько слов в отношении фиксации. Многие авторы советуют после дезинвагинации фиксировать слепую кишку. Другие считают излишним фиксировать кишку и ограничиваются одной дезинвагинацией. Они доказывают, что в течение того времени, пока кишка приходит в нормальный вид, вокруг нее образуются спайки, препятствующие рецидиву инвагинации. Наша клиника придерживается метода фиксации кишки к париетальной брюшине.

В ы в о д ы

1. Инвагинация кишок—нечастое заболевание, встречающееся в среднем в 10 проц. всех видов непроходимости.

2. Инвагинация у мужчин встречается в 2—3 раза чаще, чем у женщин.

3. Диагностика инвагинации бывает довольно затруднительна, особенно при хронических формах. Дифференцировать надо от аппендицита, дизентерии, брюшного тифа, почечных камней и ряда других заболеваний.

4. Лечение инвагинации исключительно оперативное.

5. Способ дезинвагинации имеет преимущество перед резекцией кишок.

Поступила 25.II. 1938.

¹⁾ Больных, подвергшихся операции, было 18, операций сделано 19, так как у одного больного был рецидив и он подвергся второй операции—резекции кишок.