

Поступила 29 сентября 1959 г.

О РЕТРОГРАДНЫХ ИНВАГИНАЦИЯХ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА В ЖЕЛУДОК ЧЕРЕЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ СОУСТЬЕ

М. И. Израилев

Кафедра госпитальной хирургии (зав.— проф. И. Л. Брегадзе) Новосибирского медицинского института

Ретроградная инвагинация тонкого кишечника через отверстие желудочно-кишечного анастомоза является довольно редким осложнением. Она была впервые описана в зарубежной литературе Гертнером, а в 1926 г. Н. А. Львовым. За последние 33 года описано лишь двадцать таких наблюдений.

Интересным представляется тот факт, что ретроградная инвагинация кишечника в желудок встречается в преобладающем большинстве случаев в отдаленные сроки после операций на желудке, спустя 10—20 лет. Большинство авторов склонно думать, что предрасполагающим моментом для ретроградного внедрения кишечника в желудок является повышение внутрибрюшного давления, а способствующим — понижение тонуса мышц желудка. Иногда ретроградная инвагинация наступала у больных вслед за перенесенной травмой (А. З. Маневич).

Существует мнение, что ретроградная инвагинация является результатом антиперистальтики, вызванной поступлением в тощую кишку кислого желудочного содержимого. Чаше встречается это осложнение при задних гастроэнтеростомиях, реже — при таких же анастомозах после резекции желудка и еще реже — при переднем анастомозе (через браунновское соустье с последующим прохождением в желудок). Величина соустья, видимо, не имеет особого значения. Д. П. Чухриенко и Н. К. Коквина описывают больных, у которых произошла ретроградная инвагинация тощей кишки через двенадцатиперстную в совершенно здоровый, неоперированный желудок.

Хотя ретроградная инвагинация кишечника в отверстие анастомоза желудка и имеет довольно характерную симптоматику, тем не менее правильный диагноз ставится сравнительно редко. Так, по данным М. М. Левина, на 45 случаев ретроградной инвагинации правильный диагноз был поставлен лишь в четырех больных. Т. Ф. Мартюшева пишет, что правильная диагностика ставилась только в шести процентах случаев. Надо полагать, что ошибки, допускаемые в распознавании ретроградных инвагинаций, происходят скорее всего не за счет сложности клинической картины и течения заболевания, а за счет незнакомства с такого рода заболеваниями не только врачей общего профиля, но и хирургов.

Одним из ведущих симптомов при этом страдании является геморрагическое выпотевание через слизистую ущемленной кишки. Выпот, смешиваясь с желудочным содержимым, при значительном скоплении в желудке извергается в виде кровавой рвоты цвета «кофейной гущи» либо «мясных помоев» и обычно расценивается как желудочное кровотечение. Тем самым допускается грубая, нередко роковая для больного диагностическая ошибка, поскольку она влечет за собой выжидательную тактику, приводящую, как правило, к печальным исходам. Такие наблюдения имели место и у ряда авторов (И. Г. Слободкин, Н. А. Телков, Т. Ф. Мартюшева) и у нас.

И. Б-ной П., 48 лет, поступил с диагнозом «желудочное кровотечение» через несколько часов после того, как появились боли в подложечной области, чувство тошноты, головокружение и кровавая рвота. Восемь лет тому назад был наложен задний гастроэнтероанастомоз по поводу язвы желудка. Б-ной в крайне тяжелом состоянии, без пульса. Кожа и видимые слизистые бледны. Живот втянут. Брюшная стенка в акте дыхания не участвует. В нижних отделах живот совершенно мягок и безболезнен, в верхних — несколько напряжен и болезнен. Симптомов раздражения брюшины нет. Диагноз: кровоточащая язва желудка или двенадцатиперстной кишки.

Б-ному двукратно в течение первых суток произведена трансфузия крови. Введение кальция, наркотиков, сердечных состояний не улучшило, кровотечение продолжалось. На следующий день состояние оставалось предельно тяжелым и не позволяло активно вмешиваться. На третьи сутки б-ной скончался.

На секции: инвагинация части тощей кишки внутрь отводящей петли через анастомоз в желудок с гангренгой головки инвагината.

II. Б-ной Ф., 50 лет, поступил с жалобами на резкие боли в эпигастральной области, частую рвоту, окрашенную кровью, и слабость. Заболел 5 час. тому назад. В возрасте 26 лет перенес операцию, по-видимому, по поводу язвенной болезни.

В том же году после операции перенес желудочное кровотечение. Затем 3 года чувствовал себя хорошо. Шесть лет назад было повторное кровотечение. На протяжении последующих лет периодически возобновлялись диспептические явления.

Б-ной бледен, температура тела нормальная. Пульс 60, удовлетворительного наполнения. АД — 170/80. Нв — 83%. Тоны сердца приглушены, дыхание везикулярное. Живот в эпигастриальной области слегка напряжен и резко болезнен. Со стороны других органов отклонений нет. Предположительный диагноз: обострение язвенной болезни желудка, осложненное кровотечением.

Б-ному была произведена трансфузия крови 500 мл и внутривенно введен кальций. Состояние не улучшилось. Возобновилась рвота обильным количеством желудочного содержимого цвета «мясных помоев». Спустя 15 час. с момента поступления АД снизилось до 150/70, пульс стал значительно чаще, а живот в эпигастриальной области оставался болезненным. Повторно производились переливания крови, а также введение различных жидкостей. В последующие дни состояние б-ного ухудшилось, рвота и боли в животе держались. Через двое суток выяснился шум плеска, причем в верхнем отделе живота, слева от белой линии, стали вырсовываться контуры перистальтирующего желудка. Высказано предположение о непроходимости анастомоза в результате сдавления опухолью либо внедрения тонкой кишки в желудок. Б-ной был взят на операционный стол. Во время ревизии брюшной полости обнаружен конгломерат уходящих через анастомоз в желудок петель тонких кишок. С большим трудом произведена дезинвагинация. Внедрившаяся отводящая петля на расстоянии 0,6 м была резко отечна, а сероза ее во многих участках надорвана и покрыта фибринозным налетом. Произведена резекция кишки. Смерть на шестые сутки после операции.

На секции: состояние после операции резекции тонкого кишечника; дистрофические изменения мышцы сердца, печени, почек, зарубцевавшаяся язва двенадцатиперстной кишки.

Изучая истории болезни больных как наблюдавшиеся нами, так и описанные, можно отметить, что ни у одного из них не было рвоты сгустками крови, характерной для желудочного кровотечения. Гемоглобин всегда оставался на высоком уровне, количество эритроцитов соответствовало норме, а АД в ближайшие дни оставалось в норме и лишь позднее, в результате наступившей глубокой интоксикации, снижалось. Стул всегда был нормальной окраски.

Видимо, в случаях, подобных приведенным, главную роль в диагностических ошибках сыграла преднастроенность врачей в пользу желудочного кровотечения на основании описанных данных, без достаточного анализа их. Одним из ведущих симптомов при ретроградной инвагинации кишечника в желудок является рвота, часто повторяющаяся и не приносящая большого облегчения. Боли носят схваткообразный характер и нередко совпадают с видимой перистальтикой желудка. В ряде случаев удается у такого рода больных пальпировать опухоль в области желудка. Так, А. И. Девкина у всех трех больных с ретроградной инвагинацией кишечника в желудок прощупывала опухоль в левом подреберье. В одном из наших наблюдений также пальпировалась опухоль.

Для уточнения диагностики ретроградных инвагинаций может оказать услугу рентгеновское исследование желудка с помощью бария. Характерным для этого заболевания считаются дефект наполнения в области анастомоза и отсутствие проходимости тонкой кишки. Дефект наполнения в зависимости от длины инвагинированной кишки может быть разных размеров. При тугом заполнении желудка и тонкой кишки в отдельных петлях кишки могут образоваться газы, на фоне которых хорошо видны складки Керкринга (В. П. Грацианский и К. В. Загладимова).

Таким образом, ретроградная инвагинация кишечника в желудок имеет достаточно выраженные клинические, лабораторные и рентгенологические признаки, позволяющие в типичных случаях своевременно поставить правильный диагноз и обеспечить надлежащую тактику хирурга. С. В. Кульнев у трех из четырех больных поставил правильный диагноз до операции. М. С. Пушкина у обоих больных, которых она наблюдала, также поставила правильный диагноз до операции.

Из четырех наших наблюдений в двух мы имели возможность с определенностью высказаться в пользу ретроградной инвагинации кишки в желудок, своевременно оперировать и получить благоприятный исход.

III. Б-ной Л. поступил в хирургическую клинику с диагнозом «язвенной болезни желудка, осложненной желудочным кровотечением». Семь лет тому назад был наложен желудочно-кишечный анастомоз по поводу язвенной болезни желудка. Накануне поступления, после ужина, почувствовал боли и тяжесть в эпигастрии, тошноту, головокружение. Вскоре после этого наступила рвота кровью.

Кожа бледна, покрыта крупными каплями пота. Видимые слизистые розовые. Органы грудной полости без особенностей. Пульс 90, хорошего наполнения. Язык влажный. Живот не вздут. Брюшная стенка в акте дыхания участвует, но ограничено. Верхний отдел живота большой шадит. Резкая болезненность при пальпации эпигастриальной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печеночная тупость сохранена. Стула не было, мочился. Нв — 87%, Л. — 12 000; п. — 33%; с. — 49%, л. — 15%, м. — 3%. Больному произведена трансфузия 150 мл крови, внутривенно введен хлористый кальций. Вечером обильная рвота с примесью желчи. На следую-

щий день состояние б-ного ухудшилось, черты лица заострились, пульс 80, хорошего наполнения. Живот втянут, брюшная стенка в акте дыхания участвует, при пальпации безболезненна. Желудок опухен, заметно перистальтирует.

Рентгеноскопия: пищевод в норме, желудок значительно расширен, атоничен и заполнен жидким содержимым. По большой кривизне видна перистальтика. Луковица двенадцатиперстной кишки не контурируется. В области гастроэнтероанастомоза виден «дефект наполнения». Через час вся контрастная масса остается в желудке. Наблюдается усиленная перистальтика.

Диагноз: непроходимость желудка, причина которой хотя точно и не выяснена, но ретроградная инвагинация кишки в желудок не исключена.

8/IX — лапаротомия (М. И. Израилев). Обнаружена инвагинация начального отдела отводящей петли тонкой кишки в желудок через анастомоз. Произведена дезинвагинация. На дезинвагинированном участке множественные кровоизлияния, но он хорошо перистальтирует. Анастомоз свободно пропускает три пальца. Туалет брюшной полости. Операционная рана зашита наглухо. Послеоперационное течение гладкое. На 14 сутки больной выписан во вполне удовлетворительном состоянии.

IV. Б-ная Г. доставлена в клинику по поводу травмы живота. В шесть часов утра упала на край ведра и ушибла живот. Сразу же почувствовала боли в животе. Вскоре наступила рвота цвета «кофейной гущи». Четыре года тому назад перенесла операцию по поводу перфоративной язвы желудка. Характер операции неизвестен.

Состояние больной удовлетворительное. Пульс удовлетворительного наполнения, ритмичен. Язык суховат. Живот втянут, мягкий, безболезнен. Симптомов раздражения брюшины нет. В верхнем отделе живота влево от средней линии нечетко пальпируется опухоль мягкой консистенции. Вначале была заподозрена забрюшинная гематома в связи с травмой, но вскоре после дополнительного изучения больной было высказано предположение о ретроградной инвагинации кишки в желудок в связи с тем, что в прошлом она перенесла операцию на желудке.

Верхняя срединная лапаротомия (М. И. Израилев). К передней брюшной стенке на многих участках подпаяны петли тонкого кишечника, и лишь после разъединения их удалось войти в брюшную полость и выяснить, что у больной имеется гастроэнтероанастомоз с брауновским анастомозом. Желудок больших размеров. При осмотре выявилась инвагинация отводящей петли анастомоза, отступая на 5 сантиметров ниже брауновского анастомоза, через последний в желудок. Дезинвагинировано 40—50 см тонкой кишки. На отдельных участках ее имелись крупные и мелкие очаги кровоизлияния. После дезинвагинации кишечник принял нормальную окраску и стал активно перистальгировать. Брюшная полость закрыта послойно наглухо. Послеоперационное течение гладкое. Через две недели больная была выписана во вполне удовлетворительном состоянии.

Лечение ретроградной инвагинации кишки в желудок может быть только оперативным. Методом выбора операции в свежих, незапущенных случаях должна быть дезинвагинация. Но в случаях, где с момента инвагинации прошло много времени, операция может оказаться сложной. Так, Фостер, будучи не в силах извлечь инвагинат, произвел продольный разрез передней стенки желудка, через который инвагинированная петля была выведена наружу, произведена резекция инвагинированного участка и восстановлены анастомозы. Г. М. Минц произвел резекцию всего желудочно-кишечного конгломерата. Д. П. Чухриенко считает, что для дезинвагинации в большинстве случаев требуется вскрытие желудка. Наиболее благоприятные результаты наступают, как по нашему большому опыту, так и по литературным данным, после дезинвагинации. Там, где требуется более сложное вмешательство, как то: дезинвагинация с последующей резекцией кишечника либо резекция всего желудочно-кишечного конгломерата, — выздоровление менее перспективно. У С. В. Кульнева из четырех больных с ретроградной инвагинацией двум была произведена резекция кишки. Оба больных погибли. У Д. П. Чухриенко из четырех больных погибло двое. Подобные наблюдения приводятся и другими авторами. Эти данные позволяют высказаться в пользу дезинвагинации, хотя в отдельных случаях, если состояние б-ного это позволяет, является заманчивым произвести резекцию желудка с целью радикального излечения больного. Стечкин после дезинвагинации, во избежание рецидивов, рекомендует накладывать энтеро-энтеро-анастомоз. Городинский, Панкевич, Эпштейн и др. указывают, что и брауновский анастомоз не предохраняет от инвагинации (наша б-ная Г., случай Городинского и др.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Грацианский В. П. и Заглядимова К. В. Вестн. рентген. и радиол., 1952, 1. — 2. Девикина А. И. Вестн. хир., 1954, 2. — 3. Кокovina Н. К. Хирургия, 1957, 2. — 4. Кульнев С. В. Сов. мед., 1955, 4. — 5. Левин М. М. Заболевания желудка, оперированного по поводу язвы. Медгиз, 1938. — 6. Львов Н. А. Нов. хир. арх., 1926, 37—38. — 7. Маневич А. З. Хирургия, 1957, 3. — 8. Мартюшева Т. Ф. Тр. Смоленского мед. ин-та, IV, 1952. — 9. Пушкина М. С. Вестн. хир., 1955, 1. — 10. Слободкин И. Г. Хирургия, 1955, 4. — 11. Телков Н. А. Клин. мед., 1955, 8. — 12. Чухриенко Д. П. Врач. дело, 1952, 5. — 13. Foster D. G. Arch. Surg., 1956, 6.

Поступила 23 апреля 1959 г.