

## Закупорка кишек в ileo-соесальной области; подвижная слепая кишка и ее расширение.

(Сообщено в Обществе Врачей при Казанском Университете).

Ординаторов Е. И. Адо и Ф. В. Пшеничнова.

В настоящем заседании мы позволим себе обратить ваше внимание на крайне интересный случай, наблюдавшийся в нашей клинике.

9 июля тек года на клинический амбулаторный прием была доставлена крестьянка А., 34 лет, с жалобами на болезненность и вздутие живота, упорный запор и одышку. Заболела 6 дней тому назад сразу после того, как наелась конопляных жмыхов и напилась воды. За последнее время больная сильно голодала. Раньше никаких заболеваний не было, и на желудочно-кишечные расстройства А. никогда не жаловалась. Больная замужняя, имеет трех вполне здоровых детей. Женских и венерических заболеваний не было. Наследственный и семейный анамнез благоприятен.

Питание удовлетворительное. Со стороны легких и сердца отклонений от нормы не наблюдается. Пульс хорошего наполнения, слегка учащен (80 ударов в минуту). Живот сильно вздут, болезнен; при перкуссии повсюду, за исключением верхней части, тимпанит. Печень и селезенка не прощупываются. Мочепускание в норме. Т. 36,2°—36,6°.

За два дня пребывания в клинике одышка и боли усилились; запор *in statu quo*; отхождения газов нет. 12 июля был приглашен хирург по поводу подозрения на закрытие кишек. Хирург констатировал простую обстипацию и назначил высокие клизмы, не давшие, однако, никаких результатов. 13 июля больная была продемонстрирована во время обхода проф. С. С. Зимицким, причем было найдено следующее: уже внешний вид больной, *facies Hippocratica*, клейкий и обильный пот на лице, сильная одышка, схваткообразные боли в животе и вздутие его—указывали на то, что вряд ли здесь дело идет о простой обстипации. Детальное перкуторное исследование желудочной области указало, что в верхне-левой части живота имеется достаточно ясно выраженное притупление с более или менее определенными контурами, причем нижняя граница

этого притупления находится на 2 поперечных пальца выше и влево от пупка, являясь притом непостоянно. При перкуссии в остальных отделах живота получался явственный короткий тимпанит. Пальпаторное исследование по способу *Glenard'a*—Образцова—Гаусмана указало на тот интересный факт, что правая подвздошная область у больной была пуста, т. е. здесь не удавалось констатировать наличия слепой кишки. При исследовании вверх, по направлению к правой подреберной дуге, также не удавалось констатировать здесь чего-либо, что указывало-бы на присутствие *colonis ascendentis*. Если, притом, в нижней части живота пальпация удавалась более или менее беспрепятственно, то на всякую попытку глубокой пальпации в верхних отделах живота встречалось препятствие для пальпирующей руки со стороны брюшных мышц. При боковом исследовании на глаз было отмечено, после раздражения живота пальпацией, появление слеваверху над пупком сначала ограниченного вздутия, имевшего характер неясно выраженного цилиндра толщиной в 2—2½ поперечных пальца; а иногда вслед за этим здесь образовывался более обширный вал, захватывавший все левое подреберье, причем иногда наблюдалось короткое громкое урчание. Если в то время на поверхность живота была положена рука, то ясно удавалось ощутить постепенно развивавшееся окоченение и одеревенение цилиндра, а затем и всей опухоли, помещавшейся близ левой реберной дуги.

Все эти одеревенения сопровождались ощущением схваткообразных колик; больная жалобно стонала, усиливалось пототделение, и учащался пульс. Уже этих данных было достаточно, чтобы устранить всякую мысль об обычной *obstipatio*, и нам пришлось на первый план, естественно, выдвинуть мысль о наличии здесь препятствий для передвижения кишечного содержимого, т. е. *obturatio*. Что место непроходимости было далеко от начала желудочно-кишечного тракта,—за это говорило отсутствие рвоты (хотя тошнота была). Что это была не инвагинация,—за это говорило отсутствие испражнений и кровянистых отделений *per anum*. Принимая затем во внимание, что правая подвздошная ямка была пуста, что не было на месте *colonis ascendentis*—при исследовании по крайней мере нижних отделов живота (относительно верхнего отдела сказать ничего нельзя, так как пальпация здесь не удавалась по указанным выше причинам),—приходилось прийти к заключению, что, повидимому, здесь дело шло о *sacculi mobile*, и что слепая кишка, благодаря известным причинам, передвинулась влево к реберной дуге, и здесь под влиянием того, что больная села сразу с голодовки большое количество жмыхов, получила закупорку (*obturatio mechanica*).

Подтверждением этому служило периодическое появление *Darmsteifung* со стороны, повидимому, *ilei*, а на опухоль следовало смотреть, как на растянутую слепую кишку, которая давала при пальпации урчание. Раздувание толстых кишек через *anus* показало, что воздух растягивает нисходящую толстую кишку и *Sigmoidum*; но затем проследить детали в дальнейшем, в силу вышеуказанных при-

чин, не удавалось, так что этим путем можно было констатировать, что Sigmoidum и верхняя часть colonis descendentis проходима—и только.

Таким образом клинический диагноз без помощи рентгенизации гласил: coecum mobile cum dilatatione, obturatio mechanica in parte ileo-coecali, что и было высказано приглашенному хирургу. Экстренно была произведена операция—лапаротомия. Разрез по белой линии живота, начиная от мечевидного отростка и кончая на 3 пальца ниже пупка. Из раны выпятились раздутые инъцированные кишки; кишки выбраны. Слепой кишки и части восходящей на месте не оказалось. При дальнейшем исследовании было найдено, что слепая кишка, обладая неизмерной длины брыжжейкой, была смещена в левое подреберье, по направлению к селезенке, и здесь приросла. Кишка была осторожно освобождена от сращений, причем лопнула. Она была отведена на свое место и зашита, после чего тонкие кишки стали заметно спадаться. Полость брюшины, сильно загрязненная, была промыта физиологическим раствором, и брюшная рана зашита. Через 1½ часа после операции больная скончалась.

Случай этот с клинической стороны, как показывает литература,—безусловно редкий, а потому мы позволим остановиться на нем подробнее. Слепая кишка, как в своем развитии, так и по месту прикрепления иногда резко отклоняется от нормы, благодаря чему получается и аномальное положение, и различная ее подвижность. Нормально слепая кишка, по мнению проф. Образцова, не только подвижна при дыхании, но и смещается пассивно. Кроме того она имеет и произвольную подвижность, но то и другое—лишь в очень незначительной степени. Респираторная ее подвижность выражается в движении ввиз во время вдоха и может быть обнаружена при пальпации только в редких случаях. Произвольное перемещение слепой кишки вызывается теми же моментами, что и при произвольной подвижности поперечно-ободочной кишки, а именно, во-первых, растяжением и увеличением ее объема от газов, во-вторых, действием брюшного пресса (по Holzknicht'у), в-третьих, по Eхner'у, сокращение кишечной мускулатуры влияет не только на калибр кишки, но и на ее длину, в-четвертых, Негз наблюдал после дефекации значительное опущение поперечно-ободочной кишки, и в-пятых, иногда у лиц, одержимых грыжей, слепая кишка может быть сдвинута с места на один—два сантиметра (пассивная подвижность или смещаемость).

У женщин смещаемость слепой кишки значительнее, чем у мужчин. При туберкулезных опухолях и раке подвижность кишки, по Образцову, увеличивается вследствие расслабления брыж-

жечного ее прикрепления. Иногда и нормально слепая кишка является весьма подвижной, в большинстве же случаев она мало подвижна, т. е. она прочно фиксируется на месте; но иногда слепая кишка бывает снабжена свободной широкой брыжжейкой, и тогда она может перемещаться в полости живота и таза. На вскрытиях иногда приходилось сталкиваться с такой слепой кишкой, не прикрепленной к задней стенке и снабженной вместе с *colon ascendens* свободной брыжжейкой, переходящей прямо в брыжжейку повздошной кишки (*mesenterium commune*). (Ю де н, Врачебн. Газета, 1915).

Нормально брыжжейка тонких кишек, оканчивающаяся при переходе подвздошной кишки в толстые, имеет прямую линию прикрепления, направленную снизу и справа вверх и влево, и разделяет в косом направлении брюшную полость на две отдельные половины, — на правую и левую брыжжечные пазухи; при *mesenterium commune* линия прикрепления идет выше, образуя дугу, смотря потому, на каком месте начинается прикрепление брыжжейки к восходящей или поперечно-ободочной кишке.

По *Faltin'y* смещаемость слепой кишки зависит, во-первых, от ненормальной подвижности и растяжимости ретроцекальной соединительной ткани или ткани, находящейся за восходящей ободочной кишкой, во-вторых, от широкой брыжжейки, общей для тонких, слепой и части ободочной кишек (*mesenterium commune*), в-третьих, от свободной брыжжейки восходящей ободочной кишки (*mesocolon ascendens*), в-четвертых, от удлинения и увеличения слепой кишки или, вернее, той части ее, которая простирается от слепого конца ее до перехода ее брюшины на заднюю стенку брюшной полости. Чаще причиной смещения слепой кишки является общая брыжжейка. При наличии подвижности слепой кишки должны быть приняты во внимание все четыре момента.

Самая подвижность слепой кишки разделяется на три стадии помимо того, что слепая кишка может смещаться либо пассивно, либо произвольно (блуждающая слепая кишка): первая — до высоты задней части гребня повздошной кости, вторая — выше задней части гребня и третья — под реберную дугу (*Гаусман*).

Блуждающую слепую кишку нередко смешивают с блуждающей почкой. *Гаусман* предлагает для отличительного распознавания блуждающей слепой кишки от блуждающей почки принимать во внимание следующие моменты: при тщательной методической пальпации выше распознаваемого тела удается прощупать поперечный кишечный цилиндр, именно, *colon transversum*. Тогда ста-

повится ясным, что распознаваемое тело не может принадлежать поперечно-ободочной кишке, а также не может быть почкой, т. к. *colon transversum* не может быть прощупана выше почки, следовательно, это — *coecum*; иногда при этом удается при глубоком дыхании прощупать под *arcus costalis* правую почку, или ее нижний полюс, что окончательно облегчает самое распознавание.

Подвижная и блуждающая слепая кишка нередко дает повод к различным ошибочным диагнозам и, между прочим, диагнозу аппендицита. Так, *Wilms* в одной из своих работ указывает, что подвижная слепая кишка по характеру явлений может симулировать хронический аппендицит. Однако, при правильной методической пальпации живота можно легко и здесь избежать ошибки. Дело в том, что конечная часть повздошной кишки — *pars coecalis ilei* — сравнительно легко поддается прощупыванию и может быть прослежена до испытываемого тела, а при смещении последнего перемещается одновременно с ним (*Гаусман, Образцов*).

В блуждающей слепой кишке легко вызывается урчание и плеск, что, по мнению *Wilms'a*, наиболее характерно для *coecum mobile*, которая может находиться под правой реберной дугой, в левой повздошной впадине, в малом тазу, в середине брюшной полости и даже под левой реберной дугой. Смещение ее под левую реберную дугу описано *Гаусманом* (*Ein Fall von chron. volvulus coeci. Centralblatt f. Chirurgie, 1900, № 42*).

Вообще же это встречается очень редко: *Faltin* в литературе нашел всего три случая, *Visch* — четвертый, а *Quen* — пятый. Обладая большой подвижностью и общей брыжжейкой с повздошной кишкой, слепая кишка, как показывает казуистическая литература, становится местом различных патологических процессов: сужения, закупорки, перегибов и т. п. При указанных формах непроходимости отмечается целый ряд общих явлений, заключающихся в задержке стула и кишечных газов, общем или местном вздутии живота, болях, рвоте ищевыми и каловыми массами; как сопутствующее явление, обычно наблюдается осунувшееся лицо с ввалившимися глазами, сухой обложенный язык, холодные конечности, малый и частый пульс, поты и т. п.

Однако не всегда встречаются вышеуказанные симптомы; даже в серьезных случаях иногда отсутствуют то вздутие, то рвота, особенно каловая рвота, никогда не наблюдающаяся в начальной стадии, а только при начинающемся параличе кишечника; нередко ее и вовсе не бывает.

Непроходимость кишек может зависеть от механических препятствий, или от недостаточной сократительной силы кишек; отсюда различаются механическая и динамическая (паралитическая) непроходимость. Мигрн у выделил еще адинамическую непроходимость, вызываемую судорожным сокращением кишечной мускулатуры. Смотря по объективным явлениям, различают три случая непроходимости: 1) острое ущемление кишек (*strangulatio*), 2) закупорку кишечника (*obturatio*) и 3) паралич кишечника.

Странгуляционный *ileus* развивается вследствие того, что кишечная петля перетягивается и закрывается тяжею, опухолью, внутренней грыжей или вследствие осеповорота; при этой форме не только прекращается проходимость кишечника, но сдавливаются идущие к кишечнику сосуды, вследствие чего может наблюдаться гангрена и прободение кишек. При обтурационном *ileus'e* препятствие лежит в самом просвете кишки, напр., опухоли, инородные тела и т. п.

Простая закупорка протекает с менее бурными явлениями; общее состояние больных при ней иногда довольно долго остается удовлетворительным, метеоризм развивается постепенно, сознание обычно сохраняется до конца. Если закупорка развивается из хронического сужения, то характерна бурная перистальтика (*peristaltische Unruhe*) и напряжение кишечных петель (*Darmsteifung*), чего при остром закрытии кишек не бывает. В редких случаях причиной закрытия кишек служат посторонние предметы, попавшие в кишки, — желчные камни, жмыхи (наш случай) и т. п.

При последней форме течение не очень бурное. И третий, динамический *ileus* является всегда последствием острого паралича кишек, причем он в большинстве случаев обуславливается перитонитом.

Для полноты освещения нашего случая считаем нужным привести результаты патолого-анатомического вскрытия: *Furunculosis abdominis. Laparatomia. Ruptura intestini caeci et sutura chirurgica eius. Peritonitis acutissima stercoralis. Fl-xio intestini ilei. Coecum mobile. Dilatatio caeci. Strangulatio colonis ascendentis et flexurae hepaticae, partis transversi, per fusciculos inter ea post peritonitidem circumscriptam chronicam ortos. Degeneratio septica myocardii, hepatis et renum. Splenitis septica.* 15 VII, 21 г. № 22 (В. А. Донсков).

Итак, патолого-анатомическое вскрытие показало, что поставленный в клинике диагноз оказался верным. Больная обладала *coecum mobile* вследствие сильно развитой брыжжейки, общей с позадешней кишкой (*mesenterium commune*). Такая кишка, благодаря

своей подвижности, легко могла быть смещена со своего места соседними органами, хотя-бы, например, беременной маткой, и передвинута на противоположную сторону. Там она вследствие хронически протекавшего, незаметного для больной воспаления крепко фиксировалась многочисленными спайками с париетальным листком брюшины передней стенки живота.

Такое ненормальное положение кишки, несомненно, представляло большое препятствие для кишечного передвижения. Но главное препятствие лежало в *colon ascendens*, благодаря тому, что кишечная петля висела на воспалительном тяже и ущемлялась им. Таким образом образовалась постепенно странгуляция, которая привела по ходу дела к сильному растяжению и гипертрофии соеи для борьбы с вышеупомянутым препятствием.

Пока условия жизни и питания были удовлетворительны, слепая кишка справлялась со своей работой. Но как только кишечнику были предъявлены случайно большие требования, он оказался несостоятельным и не мог протолкнуть огромную массу неудобоваримой клетчатки через суженное место. Вся масса непереваренных жмыхов скопилась в ретортообразном расширении слепой кишки на месте впадения в нее *ilei* и совершенно закупорила просвет кишечника,—образовалась механическая закупорка (*obturatio mechanica*).

Метод *Glenard'a*—*Образцова*—*Гаусмана*, примененный нами в данном случае, оказал большую услугу, дав возможность определить без помощи *Röntgen'a* подвижную слепую кишку и перемещение ее в левое подреберье.

Описанный случай интересен, во-первых, тем, что слепая кишка, сильно расширенная и гипертрофированная, имела форму желудка и была фиксирована в левом подреберье и могла симулировать *dilatatio ventriculi*, во-вторых, имелось хроническое сужение просвета восходящей кишки вследствие перетягивания ее тяжем, и, в-третьих, такое ненормальное положение кишечника в течение многих лет ничем не проявлялось,—больная ни на что не жаловалась, несмотря на наличие такой аномалии.

В заключение припомним глубокую благодарность проф. С. С. Зимницкому за его советы и указания, а также прозектору В. А. Донскову за любезно приготовленный им патолого-анатомический препарат.

---