

К симптоматологии кишечной инвагинации.

Врача А. Е. Алеева.

Кишечная непроходимость в огромном большинстве случаев клинически протекает в острой форме, принадлежа к группе заболеваний, требующих экстренной помощи. В подобного рода случаях в нашем распоряжении имеется обычно достаточно данных, обеспечивающих правильное распознавание. Правда, вид и место кишечной непроходимости в отдельных случаях могут оставаться нераспознанными, но в практическом отношении как для врача, так и больного это обстоятельство и не имеет существенного значения. Пусть то будет закупорка кишки, заворот ее, или инвагинация,—во всех случаях перед нами острая форма процесса, требующая неотложного вмешательства, которое должно вести к одной цели—устранению непроходимости, главного момента, обуславливающего всю тяжесть заболевания.

Напротив, в тех случаях, когда патолого-анатомические изменения, развивающиеся или в самом кишечнике, или по соседству с ним, являются причиной постепенно нарастающей хронической кишечной непроходимости, дифференцировать вид и степень непроходимости по ее симптомам бывает очень трудно. По крайней мере в соответствующих отделах хирургической патологии мне не удалось найти достаточно подробных указаний по данному вопросу, в частности по симптоматологии хронически протекающих инвагинаций. Обычно указывается, что инвагинацию можно предположить, если у больного периодически отходят газы и каловые массы, а после них кровь, и если в прошлом у него было отторжение омертвевшего участка внедренной кишки. Указывается затем, что при хроническом течении внедрения под влиянием расстройства питания и застоя каловых масс у больных развивается нарастающее истощение,—обстоятельство, мне кажется, одинаково относящееся и к другим видам хронической непроходимости. Отмечается, наконец, что иногда инвагинацию можно бывает определить рукой, через прямую кишку. Но нет достаточно разработанных указаний относительно того, почему, напр., при прочих равных условиях,—одинаковом этиологическом моменте, одинаковой длине брыжейки внедренного участка, одинаковом сжатии сосудов,—процесс в одних случаях протекает остро, в других хронически, а также мало разработана и свойственная инвагинации клиническая картина. Между тем для врача важно дифференцировать вид и степень хронической инвагинации, ибо от этого зависит ее терапия.

Для иллюстрации сказанного я приведу один случай, где инвагинация так протекала, что об ней нельзя было и подумать.

4 V 1925 г. в больницу поступила крестьянка Е. В-на, 46 лет., заболевшая уже 2 месяца тому назад: вынимая из печи полутораведерный чугунок, она почувствовала резкую боль в животе; боль эта держалась около двух часов, перейдя затем в тянущую, тупую боль. На следующий день больная заметила у себя в животе

чувствительную к давлению опухоль. Задержки стула и газов, а равно тошноты и рвоты, как в первое время, так и в течение всего заболевания—вплоть до поступления в больницу не было. Аппетит плохой. До настоящего заболевания В.на чувствовала себя вполне здоровой, в частности растройств со стороны желудочно-кишечного аппарата никогда не замечала.

Объективное исследование больной дало следующую картину: рост средний, телосложение правильное, питание плохое, кожа и слизистые бледны; в легких и сердце отклонений от нормы не найдено; пульс 80 в 1', среднего наполнения; в полости живота, вправо от средней линии, на высоте пупка, прощупывается болезненная, малоподвижная, плотная опухоль, величиною в кулак взрослого человека, яйцевидной формы; кроме этого образования ничего особенного со стороны органов живота не отмечается; внутренние половые органы без изменений, со стороны мочеотделительной системы также никаких отклонений от нормы нет, сифилис большая отрицает, свойственных ему изменений объективно не установлено.

Во время операции (чревосечение с разрезом по наружному краю правой прямой мышцы живота) выяснилось, что опухоль принадлежит восходящей части толстых кишек; она срощена широкими, мощными спайками с задней брюшиной, менее прочно с салынником и с одной из петель тонких кишек. После разделения спаек ее с салынником и кишечником, наложено соустье между подвздошной и поперечно-ободочной кишками, а затем произведено иссечение всего болезненно-измененного кишечного участка. В заключение две верхних трети раны брюшной стенки были зашпаты, в нижнюю же треть выведен тампон.

Первые четыре дня после операции больная чувствовала себя удовлетворительно. Живот мягкий, почти безболезненный, t° 37° — $37,5^{\circ}$, пульс 90 в 1', среднего наполнения. Утром на 5-й день хороший аппетит, ночь больная спала, самочувствие удовлетворительное, пульс среднего наполнения 85—90 в 1', живот мягкий, чувствителен к давлению только в месте разреза. В 2 часа дня сразу начались одышка, цианоз, пульс сделался нитевидным, участился до 130 в 1' (эмболия легочной артерии!). В 5 часов вечера больная умерла при явлениях сердечной слабости. Вскрытия не было.

Обследование удаленного препарата показало, что наружная стенка резецированного участка кишки (восходящей части толстой кишки) представляет собою влагалище инвагината, состоящего из слепой кишки с ее червеобразным отростком и тощей кишки с ее брыжейкой. Все эти органы были тесно спаяны между собою. По выделении их из спаек установлено, что стенки слепой кишки резко утолщены и уплотнены за счет разившейся в них однородной (надо думать, соединительной) ткани; в толще стенки в разных участках обнаружены фокусы распада разной величины и формы. В брыжейках аппендикса и тощей кишки найдены в большом количестве увеличенные, неплотные железки, распада тканей в которых не установлено. Инвагинированная тощая кишка свободно пропускала по всей своей длине палец руки, лежала она параллельно стенке своего влагалища, общая длина всего удаленного кишечного участка достигала 45—50 сант.

Таким образом здесь имел место случай классической, остро наступившей инвагинации, — *invaginatio ileo-colica-colica*, — совершенно не проявившей себя какими нибудь клиническими явлениями. Существовший в слепой кишке хронический воспалительный процесс, — вероятнее всего туберкулезный (к сожалению, микроскопического исследования препарата произведено не было), — интересен в данном случае, как этиологический момент внедрения. Развившаяся в толще стенок соединительная ткань повела к парезу слепой кишки. Под влиянием сильного повышения внутрибрюшного давления вышележащий участок кишечной трубки внедрился в паретический участок, лишенный возможности преодолеть внедрение, благодаря потере сократительной способности своих стенок, — и в итоге получилась описанная выше инвагинация.

Делая настоящее сообщение, я думаю, что, быть может, оно послужит к дальнейшему изучению вопросов диагностики и патогенеза кишечных инвагинаций.