

И. А. ПЕТУХОВ

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ КИШЕЧНИКА

Из клиники общей хирургии. Зав. профессор Г. Г. ЛУБИНКИН и из хирургического отделения Зав. И. А. ПЕТУХОВ Ельнинской районной больницы. Глав. врач амбулаторный врач РСФСР А. В. КОНОВАЛОВ.

Флегмона кишечника относится к категории заболеваний, которые редко встречаются в повседневной работе практического врача-хирурга.

В учебниках и руководствах по хирургии этому заболеванию уделяется мало внимания.

Недостаточно освещен этот вопрос и в монографиях, посвященных острым хирургическим заболеваниям брюшной полости. Н. И. Прокофьев в своей работе «Краткие основы неотложной хирургической диагностики» (1950 год) излагает симптоматику и диагностику флегмоны желудка и кишечника, но тут же оговаривается, что в большинстве случаев диагноз ставится лишь при剖腹切開 и то только опытным хирургом.

В книге профессора Н. И. Самарина «Диагностика острого живота» (второе издание, 1952 г.) имеется небольшая глава, посвященная флегмоне кишечника.

По А. Г. Брюзовскому первый описал флегмону кишечника Крюи. Он различает четыре формы или стадии: острую (клинически протекающую как перитонит), язвенную, рубцово-остеомирующую и фистулезную. В России первые сообщения о флегмоне кишечника относятся к 1899 году (А. Н. Монсеев). В 1914 году Н. И. Греков описал два наблюдавшихся им случая флегмоны кишечника. Хелльстрем (Hallström — 1919 г.) сообщает о четырех больных, оперированных по поводу флегмоны кишечника (все больные умерли) и приводит статистику из 35 наблюдений, причем лишь один больной выздоровел после операции. Несмотря на то, что первые сообщения о флегмонах кишечника появились еще в середине прошлого столетия, В. И. Мушкатин в 1936 году смог собрать из русской и иностранной литературы 121 случай этого заболевания и присоединил к ним свои 5 наблюдений. К 1930 году, по данным Г. М. Фраткина, мировой ли-

тературе было 65 сообщений о больных с флегмоной различных отделов кишечника. Кроме того, им же, за период с 1930 по 1946 год собрано из литературы еще 68 наблюдений флегмоны кишечника (из них 15 наблюдений русских авторов), а также 17 случаев собственных наблюдений за десять лет (с 1936 по 1946 г.) в больнице в память 25 Октября, что составило всего 150 случаев, до 1948 года опубликовано 184 наблюдения флегмоны кишечника. В 1952 году Б. В. Пушин и Ф. М. Данович опубликовали 7, а Д. Б. Авидом—16 собственных наблюдений. Кроме того, к этому времени описано несколько единичных наблюдений (В. М. Баль, М. Х. Борохов, Г. Я. Векслер, С. Г. Монсеев и др.) всего—208 наблюдений (М. Р. Черепашенек).

До 1948 года по поводу флегмоны кишечника произведено 130 операций; резекция кишечника выполнена у 75 больных (57,7 %), из которых умер 21 больной (28% летальности). После других 55 операций смертельный исход наступил в 58,8 проц.; средний процент летальности составляет 51,5 проц. (М. Р. Черепашенек).

Учитывая крайнюю редкость данного заболевания, тяжесть течения его, трудность диагностики, а также плохой прогноз и громадную смертность позволим привести случаи флегмоны кишечника, наблюдавшиеся нами.

1. Больной Г., 32-х лет, пост. в Ельнинскую больницу 9 июня 1952 года в 15 часов с жалобами на постоянные боли по всему животу.

8/VI—1952 г. около 9 часов утра начался потрясающий озноб и сильные боли в подложечной области. Через час после начала заболевания дважды был рвоты; вскоре появились боли в области пупка и в правой подвздошной области, а затем они распространились по всему животу, появилось вздутие живота. С момента заболевания прекратилось отхождение кишечных газов.

В 1944 году перенес гепатит и цирроз печени, по поводу чего был демобилизован из Советской Армии, других заболеваний не отмечает. Тошноты, рвоты и других диспептических явлений до начала настоящего заболевания не наблюдалось.

ОБЪЕКТИВНО: больной правильного крепкого телосложения, хорошего питания, общее состояние больного тяжелое. Температура при поступлении 39,0°, пульс 130 в 1', удовлетворительного наполнения и напряжения, с переборами. Правая граница сердца по правому краю грудины, левая по средне-ключичной линии. Сердечный толчок в VI межреберье, слабый. Тоны сердца глухие, на верхушке систолический шум.

При перкуссии легких легочный звук, при выслушивании везикулярное дыхание.

Черты лица заострились; глаза впалые, небольшой инаноз губ и кончика носа, цвет лица с желтушным оттенком. Язык густо обложен бурным налетом, сухой. Живот напряжен, вздут, болезнен при пальпации. Наибольшая болезненность в эпигастрии и в правой подвздошной области; там же резко выраженный симптом Щеткина-Блюмберга, на остальном протяжении менее выраженный. При перкуссии живота тимпанит в подложечной и околопупочной областях, в боковых отделах и кинзу от пупка притупление.

Печеночная тупость сохранена. Пальпировать селезенку и нижний край печени, из-за болезненности и напряжения брюшной стенки, невозможно.

При выстукивании живота, кое-где прослушивается редкая перистальтика на высоких тонах. В день поступления в больницу несколько раз были позывы на дефекацию, но выходила только слизь в небольшом количестве.

При ректальном исследовании отмечается болезненность и нависание передней стенки прямой кишки. Лабораторные анализы и рентгенологическое исследование не производилось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: у больного имеется острый, разлитой перитонит, возможно на почве прободного аппендицита, или прободной язвы желудка; не исключена возможность заворота кишечника.

Согласие больного на операцию получено.

Перед операцией сделано внутривенное вливание 40 проц. раствора глюкозы 20,0 г, а также подкожная инъекция 10 проц. раствора кофеина и 1 проц. раствора морфина по 1 см³.

Под общим эфирным наркозом срочная операция.

Брюшная полость вскрыта параректальным разрезом справа; из нее выделилось большое количество жидкого гноя. Parietalная брюшина гиперемирована, утолщена. Кишечник гиперемирован, на нем имеются свежие фибринозные наложения. Слепая кишка выведена в рану. Червообразный отросток изогнут, припаян в средней части к задней брюшной стенке.

Произведено ретроградное, субсерозное удаление отростка; культя его погружена по обычной методике. Грубых анатомических изменений удаленного отростка не отмечается.

Брюшная полость максимально осушена марлевыми салфетками, в нее введено 500.000 ед. сухого пенициллина, марлевый тампон и резиновая трубка (катетер) для последующей антрибрюшной пенициллинотерапии, после чего она частично зашита. Затем произведен разрез по срединной линии

живота от мечи до пупка, продолженный несколько ниже его. Поддиафрагмальное пространство осушено салфетками.

При тщательной ревизии, перфорационного отверстия в желудке и 12-ти перстной кишке не обнаружено.

В начальном отделе тонкого кишечника, начиная от Трейцевой складки и вниз на протяжении 18—20 см. обнаружена резкая гиперемия кишки, стенка ее значительно утолщена, отеки (разы в 2—3 толще стенки желудка), брыжейка также отеки и гиперемирована. Здесь у корня брыжейки обнаружено скопление густого гноя. На начальном отделе тонкой кишки и ее брыжейке обилие рыхлых фибринозных налетов. Остальной кишечник равномерно вздут, гиперемирован. В брыжейку начального отдела тощей кишки введено 400.000 ед. пенициллина и 60 мл 0,25 проц. раствора новокаина.

Туалет брюшной полости. Брюшная полость зашита наглухо.

На операционном столе больному произведено переливание 250 см³ взвеси эритроцитарной массы группы I(0).

Послеоперационный диагноз: разлитой гнойный перитонит на почве флегмоны начального отдела тонкой кишки.

В послеоперационном периоде производилось вливание физ. раствора под кожу, введение глюкозы в/в, кофеина подкожно. Через дренажную трубку, в брюшную полость вводился раствор пенициллина по 200.000 ед. 2 раза в сутки в течение первых 4-х суток (2.300.000 ед.), а также применялся пенициллин внутримышечно (4.100.000 ед.).

Первые три дня послеоперационного периода протекали тяжело: имели место явления пареза кишечника, на вторые и третьи сутки наблюдалось два потрясающих озноба, которые сопровождалась сильной головной болью, заторможенностью сознания, бредом, двигательным беспокойством, падением сердечной деятельности, из брюшной раны в правой подвздошной области выделялось много серозной жидкости.

С 4—5 дня состояние больного стало удовлетворительным; исчезло вздутие живота, восстановилась функция кишечника. Дренаж из брюшной полости удален на 5 сутки. На десятые сутки температура стала нормальной. Операционные раны зажили перанхимическим натяжением, за исключением части раны, где был введен дренаж.

7/VII—1952 г. больной выписан домой в хорошем состоянии. В июле 1955 года больной осмотрен. Здоров, работает, жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта не предъявляет.

2. Больной Я., 17 лет, доставлен скорой помощью в хирургическое отделение Смоленской областной больницы

3.IX.1952 г. в 16 часов, в крайне тяжелом состоянии с подозрением на острую непроходимость кишечника.

Считает себя больным вторые сутки.

Ночью 4.IX.1952 г. внезапно появились схваткообразные боли в животе, которые затем стали постоянными. Имела место многократная рвота, развилась задержка стула и газов, появилось вздутие живота. В участковой больнице делались сифонные клизмы, не принесшие облегчения больному.

ОБЪЕКТИВНО: живот резко вздут, через брюшную стенку контурируются петли тонкого кишечника. В отлогих местах брюшной полости определяется свободная жидкость. Температура 38,8°, пульс 126 в 1', слабого наполнения и напряжения. Лейкоцитоз 24.800.

С предположительным диагнозом—заворот кишечника больной срочно оперирован под общим эфирным наркозом. Брюшная полость вскрыта.

Разрезом по средней линии живота длиной 17 см. огибая пупок слева, из нее выделилась мутная, с неприятным запахом жидкость, на толстом и тонком кишечнике налет фибрина.

При ревизии кишечника, в правой подпазховой области обнаружен конгломерат, состоящий из петель тонкого кишечника и червеобразного отростка, спаянных между собой. Сюда же припаяна и небольшая прядь сальника. По разделении спаек тупым путем и детальном осмотре данного участка обнаружено следующее: червеобразный отросток резко инфильтрирован (но не перфигирован), в виду этого произведена типичная аппендэктомия.

Слепая кишка отечна. Петля тонкой кишки сантиметров на 15—20 выше слепой кишки резко инфильтрирована на протяжении 10—15 см., в середине инфильтрированного участка перфорационное отверстие размером 0,8×0,5 см, из которого выделяется кишечное содержимое. Брыжейка всего тонкого кишечника сплошь усыпана увеличенными до размеров вишни и лесного ореха лимфоузлами.

Ввиду того, что состояние больного, бывшее и до операции очень тяжелым, резко ухудшилось во время операции, пришлось ограничиться ушиванием перфорационного отверстия 2-рядным швом, хотя это представляло затруднение ввиду резкой инфильтрации кишечной стенки. Брюшная полость зашита редкими швами. Введено две резиновых трубки — в верхний утаж брюшной полости и к месту перфорации тонкой кишки.

Во время операции перелито 250 см³ консервированной крови гр-пы II (A) и 20 см³ 40 проц. раствора глюкозы, а

также произведена подкожная инъекция камфарного масла 20 проц. — 3,0. Послеоперационный диагноз: острый илеит, перфорация подвздошной кишки, перитонит.

Серологические реакции на брюшной тиф и паратиф отрицательные. Дренажи из брюшной полости удалены 8.IX.1952 г., проводилась пенициллиноterapia и мышечно (общая доза 1 млн. ед.). Выписан домой по выздоровлении 7 октября 1952 года.

З. К.-на М. К., 44 лет, молдавианка, поэт, п. хирургическое отделение Ельнинской больницы 6.4.1953 г. с жалобами на сильные боли внизу живота и рвоту. 30.3.1953 г. ночью заболел живот, утром появилась рвота, которая продолжалась в течение 3-х суток; затем рвота прекратилась, но боли в животе усилились. 5.4.1953 г. после очистительной клизмы боли в животе усилились, снова появилась рвота. 6.4.1953 г. обратилась в районную амбулаторию откуда с подозрением на непроходимость кишечника направлена в стационар.

ОБЪЕКТИВНО: общее состояние больной удовлетворительное. Пульс 64 в I, удовлетворительного наполнения, тоны сердца приглушены. В легких везикулярное дыхание. Язык влажный, слегка обложен. Живот мягкий; чуть вправо от средней линии выше пальпируется округлая, величиной с кулак взрослого, относительно подвижная, болезненная опухоль. При вагинальном исследовании: матка в ретрофлексии, своды свободны, безболезненны, выше и несколько вправо от матки определяется округлая, болезненная, ограниченно подвижная опухоль. С предположительным диагнозом: перекрутившаяся киста яичника больная взята на операцию. Под общим эфирным наркозом брюшная полость вскрыта средним разрезом между лопом и пупком. Обнаружена опухоль, окруженная брыжейкой тонкой кишки; при выделении ее в брюшную полость излилась зловонная жидкость с сильным каловым запахом. Опухоль оказалась участком сигмовидной кишки, который на протяжении 7х8 см лишен серозного покрова и части мышечной оболочки кишки с гангренозными краями, переходящими на брыжейку сигмовидной кишки. Произведена резекция измененного участка сигмы на протяжении 15 см, (в пределах здоровых тканей) с анастомозом конец в конец. Брюшная полость осушена марлевыми салфетками, в нее засыпано 200.000 ед. сухого пенициллина и введено 3 марлевых выпускника. Рана брюшной стенки частично зашита (до выпускников). В послеоперационном периоде в брюшную полость вводился пенициллин (1.200.000 ед) и стрептомицин (1 г.); проводилась общая пенициллиноterapia внутримышечно (6.100.000 ед.), переливание консервированной крови (3 раза по 200 мл), двусторонняя

паранефральная флюида по А. В. Вишневному, С. 17.4.1953 г. у больной регулярно, оформленный самостоятельный стул 5.5.1953 г. выписана в хорошем состоянии.

Препарат: участок толстого кишечника длиной 15 см; стенка кишки утолщена, отечна. На слизистой небольшие точечные кровоизлияния, на серозе — некротическая пленчатая изъязв. 7х8 см, доходящая до подслизистого слоя, и с расслаблением стенки кишки. перфорации нет (см. рис. 1).



Рис. 1. Препарат — утолщенный участок сигмовидной кишки с обширной гнойно-некротической изъязв. проникающей до подслизистого слоя.

При гистологическом исследовании (проф. В. Г. Молотков, протокол № 1776 от 30.4.1953 г.): имеется изъязвление и некроз в серозном слое кишечной стенки с переходом некроза на мышечный слой. В окружности участка некроза воспалительная инфильтрация из лейкоцитов, лимфоцитов и плазматических клеток.

Иногда, по видимому, может наступить самоизлечение флегмоны кишечника. В таких случаях развиваются рубцовые процессы в кишечной трубке, что ведет к стенозированию просвета кишечника и в случаях резкого сужения могут развиться в последующем явления острой кишечной непроходимости. По поводу остро развившейся кишечной непроходимости на почве стеноза участка подвздошной кишки в резуль-

тате перенесенной ранее флегмоны кишечника нам пришлось оперировать двух больных.

Таким образом как клиническая картина, так и патологические изменения, наблюдающиеся при флегмоне кишечника, могут быть различными.

Диагностика флегмоны кишечника до операции трудна, особенно при наличии уже развившегося перитонита. В таком случае нет ни одного симптома, который был бы патогномоничен для данного заболевания.

С этим согласны все авторы, имевшие опыт. Некоторой ориентировкой могут явиться данные анамнеза — озноб, появляющийся одновременно с явлениями острого заболевания брюшной полости.

У абсолютного большинства больных флегмоной кишечника (если не у всех) до операции ставится диагноз одного из острых хирургических заболеваний брюшной полости (аппендицит, перфоративная язва желудка или 12-перстной кишки, панкреатит, непроходимость кишечника и др.), которые обычно сопровождаются развивающимся перитонитом. Во многих же случаях правильный диагноз не ставится даже в во время операции и уточнения лишь на аутопсии.

Лечение флегмоны кишечника—оперативное, но характер вмешательства может быть различный в зависимости от степени поражения кишки воспалительным процессом в зависимости от состояния больного. В одних случаях следует ограничиться лапаротомией, в других—ушиванием некротических язв, расположенных на стенке кишки. В некоторых случаях, при благоприятных условиях, следует производить резекцию пораженного отдела кишечника.

Однако в допенициллиновую эру большинство больных погибало или вскоре после операции, или до операции. Интерес описываемых нами случаев заключается в том, что оперативное вмешательство при флегмоне кишечника, в сочетании с пенициллинотерапией, привело к полному выздоровлению больных, хотя в первых двух наблюдениях резекция пораженного отдела кишечника не производилась.

ВЫВОДЫ.

1. Диагностика флегмоны тонкого кишечника чрезвычайно затруднительна. В большинстве случаев заболевание этим заболеванием оперируются с диагнозом: аппендицит, прободная язва желудка и 12-перстной кишки, острая кишечная непроходимость, острый панкреатит и только во время операции выясняется истинный характер патологического процесса.

2. Во время оперативного вмешательства по поводу острых заболеваний брюшной полости при ревизии брюшной полости хирург должен иметь в виду и флегмону кишечника.

3. При наличии флегмоны кишечника необходимо, наряду с оперативным вмешательством, проводить энергичную пенициллинотерапию.

4. Флегмона кишечника, вероятно, чаще встречается в жизни, чем описывается в литературе, т. к. у части больных флегмоной кишечника правильный диагноз не устанавливается даже во время операции.
