

К ВОПРОСУ О КИШЕЧНЫХ КАМНЯХ.

Д-ра П. П. Мокровскаю.

(Из хирургического Отделения Вологодской Губ. Больницы).

Кишечные камни (энтеролиты) являются очень редким заболеванием. Так д-р Швальбе, сообщая о случае кишечных камней из Хирург. Отд. Старой Екатерининской Больницы в Москве, упоминает, что на 100.000 общего числа больных этой больницы встретился 1 случай кишечных камней, В Факультетской Хирургической клинике Московского Университета, по ее отчетам за 32 года на 7680 больных встретилось только 2 случая кишечных камней. На 5193 крупные операции, произведенныес за последние 14 лет в Вологодской Губернской Больнице встретились мне 2 случая кишечных камней, потребовавшие специально операции и еще 1 случай, как случайная находка при операции по поводу appendicit'a.

Сущность заболевания сводится к появлению в кишечнике твердых образований, называемых кишечными камнями. Генезис этих образований не выяснен. Так Циглер в своей Патологической Анатомии склонен образование камней в большинстве случаев представлять себе таким образом, что камни образуются в червеобразном отростке, потом переходят в слепую кишку и там достигают уже значительных размеров. Dieulafoi же в своем руководстве утверждает, что у суб'ектов, страдающих кишечными камнями он ни разу не наблюдал аппендицитов. Он думает, что образование кишечных камней находится в связи с подагрой и артритизмом. Однако в своих Клинических Лекциях тот же Dieulafoi лекцию „Аппендицит и беременность“ заканчивает выводом: „Беременность повидимому способствует развитию аппендицита и образованию камней червеобразного отростка“. Тот же Dieulafoi указывает в своих клинических лекциях на связь между беременностью и кишечно-каменной болезнью.

Таким образом в вопросе о генезисе камней легко заметить противоречия как у отдельных ученых, так и у одного и того же ученого.

Не менее противоречий можно найти и в классификации камней. Так проф. Кадьян в своей монографии о хирургических заболеваниях кишок делит кишечные камни на 2 вида: истинные и ложные.

Под первыми он разумеет те, которые образуются в кишечнике из продуктов вырабатываемых самой кишкой; под вторыми те, которые переходят в кишки из других органов. Затем он истинные камни делит на эндогенные и экзогенные. Под эндогенными он считает камни, образовавшиеся из продуктов, вырабатываемых самой кишкой, под экзогенными из веществ, попавших в кишечник через желудок. А далее он же к эндогенным камням относит камни из солей магнезии, в центре которых бывают, по его словам, растительные зерна, или косточки и т. п.

Такие противоречия об'ясняются конечно редкостью заболевания и бедностью материала, на основании которого можно было бы строить те или иные выводы.

В Русской литературе я нашел всего 5 сообщений о кишечных камнях: д-ра Швальбе, д-ра Халафова, д-ров Гауделина и Струве, д-ра Эриксена и д-ра Лежнева.

На основании этого я и решаюсь прибавить еще свои случаи.

1-й случай. Крестьянка Кадниковского уезда М. А. П., 38, лет поступила 19 авг. 1917 г. выписалась 15 сентября 1917 г. Больная из здоровой семьи. Развивалась правильно. Крови с 14 л., установились сразу. На 20-м году почувствовала боли в животе, настолько сильные, что лежала в постели около месяца, боли сопровождались тошнотой и рвотой. После этого заболевания она сильно ослабла, крови не появлялись в течение $\frac{1}{2}$ года. После этого поправилась, крови пошли правильно. Замужем с 21 года, до замужества половой жизнью не жила. Беременность 7. Роды силами природы. Последние роды 3 г. т. н. Крови все время правильные, последние недели т. н. Периодическими болями в животе страдает с 1-го заболевания т. е. с 20 лет. 7 лет как заметила

у себя опухоль в правой половине живота, твердую, подвижную. с кулак взрослого. Опухоль очень медленно увеличивалась. Боли с течением времени усиливались. Боли схваткообразные, сопровождались рвотой, потерей сознания, боли продолжались от 10 до 20 часов. Последний приступ болел 3 недели тому назад. После болей приходилось вследствие слабости лежать подолгу в постели. После последнего приступа лежала в постели 2 недели.

Status praesens. Больная довольно истощенная. Живот дряблый. В правой половине живота прощупывается опухоль с кулак взрослого человека, очень плотная, очень подвижная во все стороны, не болезненная. Страдает запорами.

По органам уклонений не обнаружено.

29 августа операция под эфиrom. Разрез отступя от средней линии на 2 см вправо. При вскрытии брюшной полости обнаружены сильно раздутые тонкие кишечники, стенки их сильно утолщены. Такое вздутие простипалось до места прощупываемой твердой припухлости в тонкой кишке. На брыжейке от места припухлости шли рубцы. Сама припухлость находилась на месте перехода расширенной части тонких кишок в суженную. При опушении ее легко было обнаружить, что она состояла из 2-х очень плотных друг от друга отодвигавшихся образований. В суженной части кишечника продвинуть обрзование не удается. Кишечник выше и ниже припухлости взят на зажимы, тщательно обложен салфетками. Вдоль кишок соответственно припухлости сделан разрез длиной 8 см. Через разрез извлечены 2 камня меньший (т. е. заостренный) был книзу, больший был кверху по ходу кишок. Меньший как бы клином прокладывал путь для большого. По извлечении камней слизистая осмотрена, кроме небольшой разрывленности она ничего не представляла. Разрез кишок зашит 4-мя рядами швов. Полость живота защищена нагло. Послеоперационное течение без всяких осложнений. Больная выписалась на 17-й день после операции совершенно здоровой.

В общем оба камня имеют поверхности как бы приспособленные одна к другой. Большой камень весит 49,6 грамм, представляется кубической формы с слегка вогнутыми боковыми поверхностями и выпуклыми верхней и нижней; на последних имеются углубления по сантиметру в диаметре. Границы и углы этого куба, как бы округлены. Камень коричневого цвета, покрыт как бы ворсом. По разрезе вещество его представляется однородной темнокоричневой массой. Меньший камень 32,18 грамм, треугольно-клиновидной формы, повторяет все физические свойства 1-го камня.

При кратком химико-микроскопическом анализе оказалось, что камень состоит из растительной клетчатки и небольшого количества солей, углекислой извести и магнезии.

2-й случай. Д. М. Л., крестьянка Кадниковского уезда, поступила 10 декабря 1921 г., умерла 4-го января 1921 г. Поступила с жалобами на опухоль в правой половине живота и боли, появляющиеся в области опухоли. Около 3-х лет т. н. больная заметила опухоль в правой половине живота, которая с тех пор мало увеличивалась. В области опухоли по временам появлялись резкие боли; она замечала, что боли появлялись после еды часа через 3 и во время работы, в виду этого больная совершенно не могла работать. У больной было 5 родов, последние 12 лет т. н. До этого заболевания живота больная ничем не хворала.

Со стороны наследственности ничего не отмечает. Menstrua прекратились более 5-ти лет. Больная среднего роста, правильно сложена, сильно истощена. Кожные покровы и слизистые оболочки бледны. В легких прослушивается жестковатое дыхание. Сердце в пределах нормы, тоны глуховаты, пульс правильный, хорошего наполнения. Видимые артерии склерозированы. Живот дряблый; в правой половине живота в области слепой кишки прощупывается опухоль величиной с кулак взрослого, с неровной бугристой поверхностью, твердой консистенции, весьма подвижная, ее можно завести за среднюю линию живота и свободно спустить в полость таза. Per vaginam прощупывается как бы ножка идущая от правых придатков к опухоли, матка нормальна. Ощупывание спухоли безболезненно.

Стул неправильный, бывают часто запоры дня по 2, сменяющиеся иногда поносами по несколько дней.

На голени и лодыжках отмечаются отеки.

25/xii 1921 г. под хлороформом произведена операция. Кожный разрез и передней стенки влагалища прямой мышц 8 см на 2 вправо от средней линии, прямая мышца сдвинута еще больше вправо, под ней вскрыта брюшина; обнаружено, что припухлость относится к слепой кишке. При осмотре припухлости обнаружено, что appendix утолщен, уплотнен, своей верхушкой спаян с петлей тонкой кишки. Петли подвздошной кишки сильно вздуты, стенки их утолщены. Сама слепая имела также утолщенные стеники. Через них удавалось припухлость прощупать и легко сдвигать, причем удавалось слегка раздвинуть 2 части припухлости. Слепая по всей окружности сдвигалась как бы с вложенной в нее припухлостью. Продвинуть в colon ascendens содержимое слепой кишки не удавалось, так как томограф с припухлостью по colon ascendens намечался как бы перехват.

Брыжечные железы слепой кишки сильно увеличены, достигали величины желтка куриного яйца. Сначала был ампутирован Appendix, затем произведен разрез соеси по taenia, длиной 8 см. Стенки кишки сильно гипертрофированы, толщина их достигала 2-2½ см. Введенными в полость кишки Люэртом извлечены 2 камня; один больший, другой меньший. Больший весил 51,73 грамм, неправильной формы, вещество его походит на камни от предыдущей больной, но отличается большим удельным весом и тем, что он не является однородным, а содержит рассеянные островки более плотного и тяжелого вещества, состоящие из неорганических солей. Вес 2-го камня 12,04 грамм. Он также неправильной формы, темно-коричневого цвета, с значительными инкрустациями неорганических солей в веществе его.

По составу эти камни от камней предыдущей больной отличаются тем, что содержат значительно меньше органических веществ (растительной клетчатки), но неорганические соли, а именно: фосфорно-кислая известь, фосфорнокислая аммоний-магнезия (трипептильфосфаты) а также углекислые соли извести и магнезии содержатся в них в гораздо большем количестве. По извлечении камней

лизистая слепой кишки оказалась крайне разрыхленной, сильно кровоточившей. Разрез кишки залит растяжным швом. Зашивать было трудно, швы прорезывались в виду гипертрофии и отечности кишки.

В полость живота введены были 2 ампона; 1-ые двое суток больная чувствовала себя хорошо, набило самостоятельно, на 7-ой день пульс стал частить, на 8-ой рвота, высыпалась обычная картина вяло протекающего перитонита, обусловленного *bacterium coli*, на 11-й день после сперации больная скончалась.

Из протокола произведенного вскрытия приведу более подробно данные, которые имеют ближайшее отношение к заболеванию и исходу операции. Со стороны органов грудной полости уклонений не обнаружено.

Брюшная полость. По вскрытии брюшной полости все петли тонких кишок и толстые кишки покрыты серовато-желтого цвета густой жидкостью с примесью беловатых кручинок (продукт распада содержимого кишок). Положение внутренностей правильное. Брюшина как пристеночная, так висцеральная мутна, сосуды ее инецированы, она всюду покрыта гнойной жидкостью, значительное скопление каковой имеется в полости малого таза, всюду слышен резкий каловой запах. Сальник небольшой, атрофированный, подтянут кверху. Брыжейка содержит немного увеличенных желез розоватого цвета. Селезенка $11 \times 6 \times 4$, мягкая, полнокровная, пульпа отделяется с небольшим количеством, фолликулы на разрезе ясно выступают. Надпочечники немного увеличены. Ткань их разрыхлена, гиперплазирована. Почки дольчатые, плотной консистенции, серовато-розового цвета, мочевой пузырь, матка уклонений не представляли. Правые придатки в сращениях, покрыты фибринозно-гнойными пленками, правая труба утолщена, плотна, узловата, просвет ее очень мал, щелевидной формы. Печень — скатная. Желудок опущен до пупка. По большой кривизне, особенно в области дна и на границе выходной части желудка в толще *ligamenti gastrocolici* имеются увеличенные плотные, их разрезе серо-желтоватого цвета лимфатические железы в виде узлов до лесного ореха величиной. Крупные кровеносные сосуды ин'ецированы, лимфатические железы, расположенные позади брюшины увеличены и плотны. Подвздошная кишка на расстоянии 50 см от слепой имеет утолщенную, гипертрофиированную стенку. Слизистая оболочка кишечника в этой области разрыхлена, набухла и покрыта слизью. Постепенно по мере приближения к слепой кишке слизистая оболочка *intestini ilei* все более приобретает красноватый цвет. У границы со слепой кишкой имеется небольшая язвочка с шероховатым дном, вход в элапую кишку немного сужен. *Valvula ileocoecalis* рубцово перерождена. Слепая кишка представляет собою довольно плотную опухоль, величиною в кулак взрослого, в центре содержащую полость (полость кишки). Стенки кишки утолщены до 3 см, очень плотны, особенно задняя стена; слизистая оболочка слепой кишки, выстилающая полость ее бугристая, покрыта полипозными разрастаниями, между которыми имеются кратерообразные втяжения (следы бывших язв). На передней стенке кишки по ходу *taeniae longitudinalis anterior* линейная операционная рана, длиной 8 см, шитая шелком. Вправо от центра раны (кнаружи от раны) на 2 см имеется отверстие неправильной щелевидной формы, ведущее из полости кишки в полость живота. Края отверстия синевато-серого цвета, неровны на расстоянии 9 см от дна слепой кишки; кверху просвет ее резко сужен и едва пропускает указательный палец. Далее на слизистой оболочке *Colonis ascendens* имеется язва неправильного очертания, граничащая с рубцово-стянутой верхней частью слепой кишки. На всем остальном протяжении слизистая оболочка толстых кишок гиперемирована и набухла; поверхность слепой кишки покрыта фибринозно-гнойными пленками. Аппенди克斯 удален.

Итак патолого-анатомический диагноз в интересующей нас части — *ulcus perforans coeci inde peritonitis stercoralis diffusa, ulcerata intestini, ilei coecis et colonis ascendens*. Во время вскрытия были сделаны посевы содержимого брюшной полости. Получен рост *bacterium coli*.

При микроскопическом исследовании всех лимфатических желез обнаружена типичная картина туберкулеза. В стенке слепой кишки также обнаружена картина туберкулеза.

Данные вскрытия указывают, что большая погибла от перитонита не послеоперационного, а перитонита перфоративного в послеоперационном периоде. Эти же данные указывают насколько рискованным является рекомендование некоторыми авторами проталкивание каловых камней, или аналогичные приемы их выведения (массаж, клизмы).

Рассматривая течение болезни у обеих больных невольно бросается в глаза большая продолжительность заболевания. 1-я больная заметила уже достигшие настоящей величины камни 7 лет т. н., 2-я больная указывает срок существования замеченной опухоли в 3 года. Медленность увеличения камней позволяют начало болезни отодвинуть еще на несколько лет. Время от времени присутствующие камни вызывают явления непроходимости, с которыми организм все таки справляется. Илеус в данных случаях следует признать обтурационным, а не динамическим. Необходимость здесь является не врасплох, а постепенно, давая этой постепенностью организму возможность вырабатывать меры борьбы с ней в виде значительной гипертрофии мышечного слоя кишечных петель позади закупорки, и под закупоркой. В тоже время камень, образуясь постепенно не является каким то необычным раздражителем для кишки, как это бывает при динамическом илеусе. Проф. Тилинг, выдвинувший этот динамический илеус, называет его еще спазматическим. В приведенном им случае величина камня достигала немного больше греческого ореха; тем не менее камень этот закупорил просвет кишки настолько совершенно, что мимо не могли пройти ни газы, ни жидкости. Камень этот был чужд для кишечника, он попал в него из желчного пузыря.

Эта же постепенность окружения камня слоями мышц как бы удаляет от него серозную оболочку, спасает ее этим от раздражения. Вот почему, не образуется спаек, фиксирующих место нахождения камня. Этим и обясняется отмечаемая как в сообщаемых мною случаях, так и у других авторов широкая подвижность и сменяемость в полости живота отрезка кишечки, содержащего камень.

Что касается генезиса этих камней, я позволю остановиться несколько больше. Главная масса этих камней состоит из растительной клетчатки, неподдающейся перевариванию. Под влиянием воспалительных процессов в кишке незначительная кучка этой клетчатки прилипает к липкой слизистой кишечнику и служит основным ядром для дальнейших обволакивающих пластов. Быть может этому способствует попадание этой кучки в какой нибудь кармашек или дивертикул стенки, где и хранится до известного времени камень. Затем, выпавши из этого дивертикула, камень уже по тяжести своей не проталкивается, а остается на месте и только обшлифовывается проходящими каловыми массами. Смазываясь слизистым отделяемым кишечника, камень прилепляется к себе новые и новые массы непереваренной клетчатки и таким образом продолжает свой рост.

Подтверждением такому предположению может служить образование камней в аппендицисе. Исследованиями установлено, говорит в своей диссертации Бородулин, что каловые камни червеобразного отростка есть следствие аппендицита, а не причина его.

Существование таких дивертикулов я позволю себе подтвердить выпиской из истории болезни оперированного мною в 1903 году больного с аппендицитом. Операция 21-го мая. Наркоз гедоналовый. Войдя в живот, в области слепой кишки нашупано твердое тело в дивертикуле. Тело с греческий орех величиной, протолкнуть его в полость слепой не удается. Appendix ctm 12, лежал книзу и кнутри от слепой, в небольших спайках со слепой. Он ампутирован. Затем через разрез слепой кишки удалено инородное тело. Оно на разрезе оказалось каловым слоистым камнем. Рана зашита наглухо. Больной выписался здоровым. К сожалению краткость записи об этом больном и несохранение камня от этого больного не позволяет подробнее остановиться на этом случае. В заключение я сделаю такие выводы: энтеротомия при кишечных камнях является самым надежным способом удаления камней. При энтеротомии область нахождения камней должна быть осмотрена и сообразно с обнаруженными данными должны быть направлены дальнейшие мероприятия.

В заключение считаю должным выразить благодарность К. Н. Михайлова за его помощь в патолого-анатомической обработке случая и за химический анализ конкрементов.

Источники. Ziegler. Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie. Dieulafoi. Руководство к внутренней патологии. Швальбе. Редкий случай кишечных камней Мед. Обозр. т. LV Февраль. Халафов. Энтеролиты растительного происхождения, удаленные операцией. Мед. Обозр. т. XXXIII 1890 № 5. Лежнев. Случай энтеротомии при кишечных камнях. Рус. Врач 1903 № 15.

. Проф. Г. Ф. Тилинг. К вопросу о непроходимости кишечек вследствие закупорки. Летопись Рус. Хирург. 1900 кн. 5.

Проф. А. А. Кадьян. Повреждения и хирургические заболевания кишечек и брыжейки. Dieulafoi. Клинические лекции. Изд. Практ. Мед. 1900 г, Бородулин. Аппендицит Ducc 1903 г.