

Наши наблюдения немногочисленны и не дают права на выводы; но резкое уменьшение болезненности, улучшение общего самочувствия, последовавшие за переливанием, убеждают нас не только в безвредности, но и в большой полезности и необходимости переливания крови при гнойных перитонитах.

Поступила в ред. 25 X 1937 г.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. Н. И. Горизонтов) Государственного института усовершенствования врачей в г. Новосибирске.

Спинномозговая анестезия в терапии послеоперационных параличей кишечника.

С. Д. Левина.

Одно из серьезных осложнений после операций, которого приходится бояться,—это параличи кишечника. Как бы бережно при лапаротомиях ни обращались с кишечником, все же последний часто подвергается травмам как от механического воздействия, так и от высыхания, охлаждения, применения химических веществ и от общего наркоза. В известной степени атония кишечника имеет место почти после каждой лапаротомии, но в громадном большинстве случаев эта атония является безопасной, через 1—2 дня нормальная работа кишечника наступает самостоятельно или после принятия ряда терапевтических мероприятий, как грелка, клизма, промывание кишечника, из лекарств — физиостигмин, питуитрин и т. д. В некоторых же случаях терапевтические мероприятия не дают желательного эффекта. Появляется такая степень паралитического состояния кишечника, которая диктует необходимость принятия неотложных оперативных мероприятий (энтеростомоз).

Повторная операция у тяжело больной является нежелательной. Положительной стороной энтеростомии, однако, является то, что она быстро ликвидирует тяжелые явления илеуса, но на ряду с этим имеются отрицательные стороны этой операции, ибо через некоторое время приходится прибегать к добавочной операции ликвидации энтеростомоза.

При третьей операции рана часто не заживает первичным натяжением и дает послеоперационную грыжу. Поэтому вполне естественно стремление некоторых операторов найти новые консервативные способы для устранения выраженных форм послеоперационного кишечного паралича; вместе с тем понятен интерес, проявленный к сообщениям об успешном применении спинномозговой анестезии при указанных осложнениях (Вагнер, Майер). Эти авторы приводят единичные случаи вполне успешного применения при этом осложнении спинномозговой анестезии. В основе этой формы терапии Майер усматривает послабляющий эффект спинномозговой анестезии,

причем на основе своего материала он находит возможным рекомендовать ее, как предварительную форму терапии перед оперативным вмешательством. Аналогичную клиническую оценку мы находим в работах и других авторов; так, Бунэ сообщает о четырех случаях, где спинномозговая анестезия дала хороший результат; Статфурд сообщает о пяти случаях, Дюваль дает уже большую статистику 400 случаев применения спинномозговой анестезии при параличе кишечника и непроходимости и приходит к заключению, что она может быть применена без всякой опасности для больного, если учтены все общие противопоказания к спинномозговой анестезии.

Из статистики Дюваля видно, что наибольший успех наблюдается от применения спинномозговой анестезии при паралитическом илеусе (успех 90—100%)

При непроходимости от механических причин было 16% успеха. Дюваль указывает, что отхождение стула и газов после спинномозговой анестезии при механическом илеусе не должно служить причиной для отказа от операции, так как спинномозговая анестезия не устраняет причины механического илеуса, но операция становится менее опасной: живот менее вздут, условия для операции более благоприятны. Положительную оценку спинномозговой анестезии при интересующем нас осложнении дают также Бишэ, Пика, Дюжарье.

В русской литературе нам известны сообщения по данному вопросу лишь двух авторов: Исаакян сообщает о 3 случаях, Бунэ—о 5 случаях, где спинномозговая анестезия дала хороший эффект.

По вопросу о сущности спинномозговой анестезии при илеусе в доступной мне литературе (Бунэ, Майер, Исаакян) проводится следующая взгляд.

Движение кишечника регулируется блуждающим и симпатическим нервами, которые являются антагонистами. Раздражение симпатического нерва вызывает остановку перистальтики; раздражение блуждающего после первоначальной задержки вызывает усиление перистальтики, кроме того, в стенке самого кишечника имеются нервные сплетения (Ауэрбаховское и Мейснеровское), которые вызывают движение кишечной петли, даже при полной изоляции от центральной нервной системы.

Вырезанная кишечная петля, помещенная в рингер-локковскую жидкость, под действием раздражителя производит типичные перистальтические движения. Раздражение симпатического нерва и остановка вследствие этого движения кишечника вызывается рефлекторным путем.

Путь этого задерживающего рефлекса идет от соответствующих чувствительных нервов через спинной мозг, откуда через *N. Splanchnicus* к предпозвоночным узлам и через брыжеечные нервы к двигательным центрам кишечника. При двусторонней перерезке *N. Splanchnicus* эта задержка движений исчезает, при перерезке блуждающего нерва—остается.

Торможение деятельности кишечника при раздражении париетальной брюшины наступает также и после перерезки спинного мозга в верхней грудной части. Штерлинг подтверждает, что раздраже-

ние симпатического нерва вызывает остановку перистальтики, в то время как возбуждение блуждающего нерва вызывает усиление сокращения после короткого периода расслабления. Он предполагает, что расслабление состояния кишечника во многих случаях вызывается рефлекторным возбуждением симпатического нерва, который нейтрализует двигательные импульсы блуждающего нерва. Благоприятный эффект при параличе кишечника после спинномозговой анестезии вызывается, вероятно всего, тем, что тормозящий рефлекс симпатического нерва блокирован и двигательный рефлекс блуждающего нерва может проявиться полностью (Буэ).

Учитывая благоприятные отзывы о терапевтическом действии спинномозговой анестезии при послеоперационном паралитическом илеусе, наша клиника воспользовалась этим методом в двух следующих случаях.

1. Больная Б., 33 л. Оперирована 4.XII 1932 г. под общим наркозом по поводу разрыва матки при родах.

О п е р а ц и я: Абдоминальная надвлагалищная ампутация матки.

5.XII ночь провела беспокойно, температура 36° , п. 90 в 1 мин. удовлетворительного наполнения, живот вздут, газы не отходят.

6.XII т. $37,4^{\circ}$, п. 100—115 в 1 минуту удовлетворительного наполнения. Живот вздут, отрыжка, затрудненное дыхание. Больной придано полусидячее положение в постели; мыльная клизма, вскоре 2 сифонные клизмы; газы не отходят. Введен физиостигмин $0,1^{10}/_{10}$ 1,0 см³+питуитрин, но газы не отходят. В 12 ч. дня вторично промыт кишечник сифонной клизмой—безрезультатно. В 19 ч. живот резко вздут, отрыжка, затрудненное дыхание. Промывание желудка зондом, выкачено около литра желтоватого содержимого. Вскоре было повторное промывание желудка—без эффекта.

7.XII т. $36,6^{\circ}$, п. 120 в 1 минуту удовлетворительного наполнения. Живот резко вздут, отрыжка, дыхание еще больше затруднено. Введен физиостигмин $0,1^{10}/_{10}$ 1,0+питуитрин 1,0, 2 сифонные клизмы—газы не отходят.

После безуспешного применения ряда терапевтических мер при картине, исключаящей наличие инфекционного субстрата, было решено применить наиболее активный из известных консервативных методов воздействия на паралитическое состояние кишечника.

В 12 час дня была сделана спинномозговая анестезия стокаином $5^{\circ}/_{10}$ —2см³. Через 5 мин. наступил упадок сердечной деятельности; п. 120 нитевидный. Введен кофеин $10^{\circ}/_{10}$ —2см³, через 1—2 часа—3 раза. Улучшение состояния пульса. Через 7—10 минут ясно стала заметна перистальтика кишечника. Вскоре появился обильный жидкий стул с большим количеством газов. Живот резко опал, мягкий. Больная успокоилась и заснула. Дальнейшее послеоперационное течение осложнилось параметритом. Больная выписалась домой на 36 й день в хорошем состоянии.

2. Больная Д., 28 л. Оперирована 5.XII 35 г. под общим наркозом, по поводу прервавшейся внематочной трубной беременности.

О п е р а ц и я: Чревосечение, удаление заматочной кровяной опухоли, правых придатков и левой трубы.

6.XII ночь больная провела беспокойно, т. $36,6^{\circ}$, п. 84 в 1 минуту удовлетворительного наполнения, живот несколько вздут

7.XII т. $37,1^{\circ}$, п. 104 в 1 минуту, удовлетворительного наполнения, живот вздут, отрыжка, газы не отходят. Мыльная клизма+клизма с 5 каплями скипидара; газы не отходят.

8.XII т. $37,4^{\circ}$; п. 100 в 1 минуту; живот резко вздут; отрыжка, затрудненное дыхание. Мыльная клизма, сифонная клизма. Под кожу физиостигмин $0,1^{10}/_{10}$ —1см³+питуитрин 1,0; газы не отходят.

18 час т. $37,1^{\circ}$, п. 120 удовлетворительного наполнения. Живот резко вздут, отрыжка, Дыхание еще более затруднено. Состояние больной очень тяжелое, 2 сифонные клизмы, промывание желудка, под кожу вторично физиостигмин+питуитрин, газы не отходят.

При аналогичной картине, как и в первый раз исключаящей наличие инфекционного начала, и в этом случае было решено применить наиболее активный метод воздействия на паралитическое состояние кишечника, т. е. было сделана спинномозговая анестезия стоваином 5⁰/₀—1,5 см³. Через 15—20 минут начали отходить газы. Вскоре появился обильный жидкий стул, с примесью крови, живот опал, мягкий. Больная успокоилась и заснула.

Дальнейшее послеоперационное течение осложнилось бронхитом. Больная выписалась на 27-й день в хорошем состоянии.

Таким образом, на основании своего небольшого опыта, мы считаем возможным присоединиться к положительным отзывам о спинномозговой анестезии при послеоперационном паралитическом состоянии кишечника.

Поступила в ред. 5/IV 1938 г.

Из 2-й травматологической клиники (директор проф. М. О. Фридлянд) Центрального института усовершенствования врачей (директор д-р Шумаров) на базе больницы им. Боткина в Москве (главный врач Б. А. Шимелиович).

Травматическая жировая эмболия.

Г. П. Ларин.

В настоящее время ни для кого не должно бы являться новостью то обстоятельство, что почти каждый перелом или обширная травма с повреждением органов, богатых жиром, как правило, сопровождаются жировой эмболией главным образом респираторной формы. Об этом обстоятельстве было известно еще в конце прошлого столетия из работ Буша, Вагнера, Бергмана, Гольдберга, Скриба, Черни, Шервинского и других; к сожалению, это положение до сих пор не усвоено многими хирургами. Результатом является неверное толкование осложнений после переломов или операций на костях и отсюда—неуверенность в терапевтических мероприятиях. Для того, чтобы не быть голословным, я сошлюсь на заседание Киевского хирургического общества совместно с хирургами Закавказья, имевшее место 25 мая 1936 года, когда один из выступавших хирургов не без основания заявил, что „жировую эмболию мы часто на нашем материале просматриваем“. Гринштейн на II Всеукраинском съезде хирургов в докладе об эмболии указал, что на своем хирургическом и травматологическом материале он в 30% случаев наблюдал легочные осложнения, а в 10%—наличие крови в мокроте. Аничков пишет: „Жировая эмболия, возникающая при травмах костей, представляет собой чрезвычайно частое явление. Экспериментально удается доказать, что даже простое поколачивание по трубчатым костям ведет к возникновению жировой эмболии“. По мнению Андреева, с чем мы вполне согласны, легкие формы жировой эмболии остаются незамечен-