

## К ПАТОГЕНЕЗУ ПАРЕЗОВ КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ В ОБЛАСТИ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО УГЛА

Ю. М. Карпухин

Кафедра факультетской хирургии (зав.— проф. И. Ф. Харитонов), кафедра патологической физиологии (зав.— проф. М. А. Ерзин), Центральная научно-исследовательская лаборатория (зав.— канд. биол. наук С. В. Сенкевич) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Рецепторный нервный аппарат илеоцекального угла обладает высокой функциональной активностью и имеет тесную нервно-рефлекторную связь с различными отделами желудочно-кишечного тракта, особенно с пилорической частью желудка. Из клинической практики известно, что аппендэктомия нередко осложняется тяжелым послеоперационным парезом кишечника.

С целью выявления рефлекторных реакций некоторых отделов желудочно-кишечного тракта в ответ на механическое раздражение илеоцекального угла мы провели ряд исследований на собаках. Раздражителем служил тонкостенный резиновый баллончик, помещенный в просвет кишечника. Баллончик раздувался воздухом под контролем тонометра от 10 до 100 мм рт. ст. и выше.

Исследования, проведенные на 38 собаках, показали, что наиболее высокой возбудимостью по сравнению с другими отделами желудочно-кишечного тракта обладают механорецепторы слепой и подвздошной кишок вблизи баугиниевой заслонки. Порог их возбудимости равен давлению 40 мм, тогда как порог возбудимости механорецепторов толстой кишки на расстоянии 25—30 см от слепой равен давлению 60—70 мм, а тонкой в средней ее части — 80 мм.

Рефлекторные реакции в ответ на механическое раздражение илеоцекального угла во всех опытах были однотипными и выражались в угнетении или полном торможении моторики с падением тонуса пилорического отдела желудка, двенадцатиперстной и тонкой кишок. Особенно резко выраженными были рефлекторные ответы со стороны тонкого кишечника: угнетение моторики продолжалось от 60 сек. до 8 мин., тонус кишечной стенки падал на 20—35 мм водяного столба.

При одинаковой силе раздражения механорецепторов слепой, подвздошной, восходящей и тонкой кишок рефлекторные реакции были выражены резче в ответ на раздражение слепой и подвздошной кишок вблизи баугиниевой заслонки.

Продолжительность угнетения моторики и величина падения тонуса находились в прямой зависимости от силы раздражения рецепторного аппарата. После тщательной анестезии 0,25% раствором новокаина брыжейки илеоцекального угла, применение даже сверхпороговой силы раздражения (160—180 мм) не сопровождалось изменением моторики кишечника.

В клинической практике приходится наблюдать, что чем грубее манипуляции, чем продолжительнее оперативное вмешательство, тем сильнее будет выражен послеоперационный парез. Это можно объяснить ирритацией и возникновением патологических импульсов из очага перераздражения рецепторного аппарата, поскольку тщательная анестезия 0,25% раствором новокаина или применение ганглиоблокаторов (Ю. М. Гальперин, 1963) препятствуют развитию торможения моторики кишечника в ответ на применение даже сверхпорогового раздражения.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Вальтер В. Г., Чичков Ю. Ф. и Шептухина Е. М. Вестн. хир., 1963, 3. — 2. Гальперин Ю. М. Бюлл. эксп. биол. и мед., 1963, 5. — 3. Дыскин Е. А. Арх. анат., гист. и эмбриол., 1961, 7. — 4. Колосов Н. Г. Там же, 1964, 12.