

менно принимали и соответствующее лечение ($KMnO_4$ ионтофорез).

Выводы. 1. Результаты действия физупражнений, применяемых для урегулирования деятельности кишечника при запорах у больных, страдавших одновременно хроническими воспалительными заболеваниями половой сферы, очень благоприятны.

2. Лечение с помощью физупражнений запоров у лиц с воспалительными заболеваниями полового аппарата, при определенном отборе этих больных, обычно не дает обострений в половой сфере, а наоборот—ведет к значительному улучшению течения гинекологических заболеваний.

3. Трудоспособность, аппетит, сон больных под влиянием физупражнений, вследствие исчезновения запоров и улучшения воспалительного заболевания половой сферы, как правило, улучшаются.

4. Действие физических упражнений на течение месячных у больных хроническими воспалениями надо признать благоприятным.

Поступила в ред. 15.XII. 1937 г.

Из акушерско-гинекологической клиники Сталинского мединститута (директор проф. К. Н. Жмакин).

Непроходимость кишечника и беременность.

Я. М. Ландау.

Вопрос об ileus'е в акушерстве мало освещается в литературе. В руководствах по акушерству мы нашли краткие указания на это осложнение только у Груздева, Гентера и Штекеля. В 1928 г. Русин собрал из русской литературы 13 случаев, Крупский и Савицкий собрали в 1933 г. 30 случаев. В иностранной литературе мы находим работы Ван-дер-Гевена (1914 г. — 94 сл.), Лейтнера (с 1914 по 1925 г. им собран 81 случай), Прейса (мировая статистика до 1933 г. в 250 случаев).

В доступной нам отечественной литературе мы нашли еще 7 случаев непроходимости кишечника при беременности (1 сл. Иоффе, 2 сл. Давыдова, 1 сл. Шананиной, 1 сл. Арндта, 2 сл. Соловьева). Таким образом, вместе с нашими 3 случаями, в русской литературе будет опубликовано 40 случаев.

Надо полагать, что ileus при беременности наблюдается чаще, однако эти больные попадают к хирургам и входят в общую статистику ileus'ов; кроме того, несомненно часть случаев, закончившихся смертельным исходом, не опубликована. В виду сравнительной редкости ileus'a при беременности, нам кажется целесообразным еще раз коснуться этого вопроса.

Описанные в литературе случаи ileus'a при беременности зависели 1) от сдавления беременной маткой (внутреннее ущемление), 2) от перегибов и сдавления вследствие внутрибрюшных сращений и 3) от заворота кишок; таким образом, обычно имеет место непроходимость, вызванная механическими факторами.

Когда мы встречаемся с кишечной непроходимостью при беременности, то всегда возникает мысль: является ли ileus случайным осложнением или же зависит от беременности.

Людвиг отмечает 3 основных момента, благоприятствующих развитию ileus'a при беременности: 1) четвертый месяц беременности, когда матка поднимается из полости малого таза в большой, 2) конец беременности, когда головка вступает в таз и 3) начало послеродового периода, когда матка опорожнившись и, снизившись, занимает вход в таз. Гентер и Штеккель ко второму моменту добавляют еще начало родовой деятельности; Микулич-Радецкий оспаривает значение первого момента и указывает, что илеус чаще наблюдается на 6-м мес., а не на 4-м мес. беременности. По данным русской литературы илеус на 4-м мес. встретился в 3 сл.; на 5 мес.—в 4 сл.; на 6-м мес.—в 8 сл.; на 7-м мес.—в 1 сл.; на 8-м мес.—в 5 сл.; на 9-м мес.—в 2 сл.; при доношенной беременности—в 4 случаях; после родов—в 1 сл.; при внематочной беременности—в 6 сл. Таким образом мы как-будто должны согласиться с Микуличем-Радецким.

Ileus при беременности, вследствие первой из приведенных нами причин—сдавления кишки беременной маткой, наблюдался Атабековым, Александровым, Мусатовым, Давыдовым, Людвигом, Лейтнером, Микулич-Радецким и Турно. Во всех этих случаях, кроме одного (наблюдавшегося Турно) родоразрешение устранило непроходимость. В случае Турно проходимость кишечника восстановилась после того, как больной было придано коленно-локтевое положение. Чтобы лучше понять механизм излечения в случае Турно, мы произвели утерокимографию при 4-месячной беременности. Такие опыты произведены Окуновой, Штейнбах и Шегловой при изучении труда астраханских грузчиц. Мы упростили методику опыта: вместо сложного аппарата, предложенного упомянутыми авторами, мы взяли колпачок Миспа, тонкой резиной заклеили отверстие для шейки матки, в верхушку колпачка вклеили трубку и в таком виде подводили колпачок к шейке матки. Свободный конец резиновой трубки соединялся с барабанчиком Маррея Мы пользовались также колпачками Кафки: в боковую часть колпачка ввинчивалась металлическая трубка, на нее надевалась резиновая трубка, отверстие колпачка затягивалось тонкой резиной. Утерокимограмма показывает, что при наклонении беременной до земли, кривая опускается, т. е. матка поднимается вверх в брюшную полость, то же самое получается при положении беременной *à la vache*; в этот момент петля кишки, ущемленная между маткой и тазом, освобождается и отходит вверх.

Ван-дер-Гевен, Керер, Полосон, Пинар наблюдали ileus после

интересны, так как в ряде случаев (главным образом после кесарского сечения и в одном случае после кесарского сечения); во всех этих случаях, как и в большинстве случаев при илеусе, причиной является вследствие сдавления матки. Таким образом, при илеусе и запорах, связанных с беременностью, выделены следующие моменты, выделены следующие моменты, выделены следующие моменты при беременности.

Приведенные случаи указывают на возможность механического сдавления кишки при беременности в послеродовом периоде. Гентер, Штеккель также допускают такую возможность, однако, последний указывает, что для большинства случаев илеуса при беременности представление о чисто механическом давлении было бы слишком упрощенным. Это мнение подтверждается при изучении второй и третьей группы кишечной непроходимости, зависящей от перегибов и сдавления, вследствие внутрибрюшных сращений и от заворота кишечника.

Вегетативная нервная система поддерживает тонус гладкой мускулатуры мочевых органов и желудочно-кишечного тракта. Калий раздражает *p. vagus*; последний понижает тонус гладкой мускулатуры; кальций возбуждает *p. sympatricus*, который тонизирует гладкую мускулатуру. Новейшие исследования (по Шпигелю — цит. по проф. Шапиро) показали, что в 60% случаев количество калия в крови беременных повышается, а кальция — понижается. Таким образом нарушение физиологического электролитного равновесия обуславливает атонию кишечника при беременности. На это указывает также Зейтц. По Байшу, запоры во время беременности усиливаются обычно у страдавших ими раньше, а часто возникают и у беременных, не страдавших ранее запорами. Длительные же расстройства деятельности кишечника являются одним из этиологических моментов странгуляционного илеуса. Эти данные объясняют нам некоторые случаи кишечной непроходимости при беременности и более частое возникновение ее у повторнородящих (Зверев). По нашим суммарным данным, среди беременных с непроходимостью многоплодных было 85%, а первородящих только 15%.

Следующим моментом, способствующим возникновению кишечной непроходимости, следует считать растяжение растущей беременной маткой спаек и смещение кишечника, что на ряду с атонией его может способствовать ущемлению кишки. По статистике Лейтнера и Микулича-Радецкого спайки служили причиной илеуса при беременности в 18,7%, по Людвигу — 29,1%, по Ван-дер-Гевену в 32,9%; среди 34 случаев из русской литературы мы встретили эту причину в 25,3%.

Нам также пришлось наблюдать (*ante mortem*) в одном учреждении случай странгуляционного илеуса в послеродовом периоде. Срочные роды 17/X. Беременность и роды протекали без осложнений. В начале вторых суток после родов боли в области желчного пузыря, рвота 1 раз. Язык влажный, живот мягкий; к утру боли успокоились. Температура 37°; 19/X общее состояние удовлетворительное, температура 36,3°, дно матки на 2 п. ниже пупка. Вечером т-ра 38,1°; 20/X в 2 ч. 30' резкие схваткообразные боли внизу живота справа, рвоты, пульс 120 в 1', живот мягкий; признак Пастернацкого справа

резко положительный. Вызванный хирург предложил наблюдение, ввиду неясной картины заболевания. 20/X днем состояние больной тяжелое, т-ра 37,2°, пульс 132 в 1', слабого наполнения; язык суховат и слегка обложен. Больная испытывает мучительную жажду, но после питья воды вырывает. Живот резко вздут, при пальпации болезнен в нижней половине, больше справа, где прощупывается резко вздутая кишка. При промывании желудка выделилось много газов и коричневого цвета жидкость в количестве около литра. При повторной консультации с хирургом установлена тяжелая форма перитонита; в виду общего тяжелого состояния больной производство лапаротомии признано нецелесообразным; 21/X больной стало несколько лучше; после промывания желудка рвоты временно прекратились. Стула и газов нет. В дальнейшем явления перитонита нарастали, и больная умерла.

Аутопсия: в полости живота большое количество содержимого тонкой кишки. Петли кишок спаяны между собой и с прилегающими органами (маткой, придатками, печенью, селезенкой), рыхлыми фибринозными спайками; брюшина гиперемирована, мутна. Часть подвздошной кишки, длиною около 40 см, перекручена вокруг плотного фибринозного тяжа между петлями подвздошной кишки. Стенка кишки буро-красного цвета, имеет несколько сквозных отверстий, из которых выливается содержимое кишки. Таким образом, в данном случае был острый разлитой фибринозный перитонит в результате запущенного ileus'a.

Volvulus по данным Трэвса и Эдгрена поражает мужчин в 4 раза чаще, чем женщин; однако, беременные весьма часто заболевают заворотом кишечника: по Людвигу — в 13,6% всех случаев; по сборной статистике Лейтнера и Микулича-Радецкого — в 42,5%; по Ван-дер-Гевену — в 20%; по разработанному нами материалу — в 17,2%. Длинная брыжейка и запоры часто являются этиологическими факторами ileus'a. Мы выше уже упоминали, что вследствие нарушения физиологического электролитного равновесия, беременные часто страдают запорами. Кроме того, беременная матка приподнимает кишечник, и при наличии длинной брыжейки создается подобие двухстволки. Эти два момента, несомненно, облегчают возникновение *volvulus'a* при беременности. В русской литературе случаи заворота кишечника при беременности описаны Атабековым, Жаботинским, Крупским и Савицким, Найдичем, Юрасовским и Шананиной (мы не присоединяем сюда случаев, когда заворот возник при наличии перекрученной кисты).

В нашей клинике наблюдался один случай *volvulus* при беременности.

Б-ая Ф-ва, 20 л. (ист. бол. № 70 (670), доставлена в клинику каретой скорой помощи в 8 ч. 45' 18/I 1937 года Menses с 15 л. через 4 нед. по 3—4 дня, последние месячные 5/VIII 36 г. Половой жизнью живет с 27/VII 1936 г. До настоящего заболевания беременность протекала без осложнений. 17/I больная выпила стакан молока, после чего появились резкие боли в животе, рвоты и понос. 18/I в 3 ч. больная была доставлена в участковую больницу, откуда перевезена в клинику с диагнозом перитонита. Общее состояние больной тяжелое; дыхание поверхностное; цианоз конечностей и лица; пульс на а. *radialis* не прощупывается. Живот резко вздут, болезнен при пальпации. На брюшной стенке вырисовываются контуры резко вздутой кишки, идущей поперек живота. Перистальтика не прослушивается. При перкуссии живота — тимпанит. Дно матки из-за резкого вздутия живота и болезненности не определяется; сердцебиение плода не прослушивается. Р. в.: остроконечные кондиломы во входе во влагалище и внутри его; шейка матки размягчена; наружный зев закрыт; через передний свод неясно определяются мелкие части плода. Диагноз: *ileus sub graviditate*. Ввиду очень тяжелого общего состояния боль-

мой операция не произведена. Через 2 ч. 20' после поступления в клинику и к концу первых суток от начала заболевания больная скончалась.

Аутопсия: в брюшной полости около 400 см³ кровянистой жидкости; беременность 6 месяцев, S-Romanum перекручена у основания на 180° и в виде двухстволки уходит под диафрагму; кишка багрово-черная с серым отливом; толстые кишки вздуты, тонкие спались.

В 6 случаях (Атабеков, Кузьмин, Нейман, Судаков, Холодковский) непроходимость кишок при беременности, повидимому, зависела от перекручивания ножки яичниковых кист.

При прервавшейся внематочной беременности с образованием гематоцеле, кровяная опухоль обычно срастается с окружающими органами и кишечником. Однако в русской литературе мы встретили только 4 случая непроходимости кишок при внематочной беременности (Давыдов, Соколов, Соловьев, Эскин).

В нашей клинике мы наблюдали случай илеуса на 3-е сутки после операции по поводу внематочной беременности. Этот случай является уже пограничным между акушерским и гинекологическим илеусом.

Б-ная К-а, 35 л., доставлена в клинику каретой скорой помощи 24/X 1936 г. с жалобами на схваткообразные боли внизу живота. Menpes с 18 лет — через 4 нед. по 3 дня, умеренные, безболезненные, замужем 13 лет. 1-е роды через 1 год после замужества. После родов menpes стали обильнее и чаще; по этому поводу в 1929 году было произведено выскабливание полости матки. Последние месячные 29/VIII. С 7/X появились кровянистые выделения и схваткообразные боли внизу живота. Общее состояние удовлетворительное. Больная среднего роста, правильного телосложения, умеренного питания. Кожа и видимые слизистые нормально окрашены. Со стороны сердца и легких особых отклонений нет; живот слегка вздут, безболезнен. Р. v.: матка в anteflexio, слегка увеличена и мягковата. Придатки справа не определяются; слева и сзади определяется колбасовидная опухоль придатков, эластической консистенции, ограниченно подвижная, безболезненная; температура 36,9°, РОЭ — 30'. Предположена левосторонняя трубная беременность. При дальнейшем наблюдении диагноз подтвердился. 28/X произведено чревосечение; беременность в левой трубе, haematocoele peritubaria et retrouterina, к капсуле припаяны appendices epiploicae; справа труба также несколько утолщена; от appendix'a к правой трубе идет тяж; последний перевязан и перерезан. Левая труба удалена. После соответствующего туалета брюшная рана зашита наглухо.

Первые 2 дня после операции самочувствие больной удовлетворительное. 31/X состояние больной тяжелое, температура 37,5°, пульс 118 ударов в 1' мягкий, ритмичный; язык влажный, не обложен, живот резко вздут, мало болезнен, рвота темно-коричневыми массами, стула нет, газы не отходят. Гипертонические и сифонные клизмы эффекта не дали. После промывания желудка живот несколько мягче, состояние лучше. 16 часов состояние снова ухудшилось, рвоты, пульс 120 в 1'; после сифонной клизмы отошли в небольшом количестве газы. Самочувствие больной лучше.

1/XI — в 8 ч. Состояние больной тяжелое, рвоты темно-коричневыми массами, пульс 120 в 1', слабого наполнения, температура 36,9°. В виду нарастающих явлений непроходимости, произведено чревосечение. При осмотре брюшной полости: петля тонкой кишки перегнулась и спаялась с брыжейкой; после разъединения на стенке кишки и на брыжейке остались как бы язвенные поверхности размером 1×4 см. Выше этого участка кишка раздута, несколько цианотична. Ниже — кишечные петли в спавшемся состоянии, нормального цвета, перистальтируют. На 15—18 см выше измененного участка имеется темно-багровое пятно размером 2×3 см. Участок измененной кишки резецирован; произведен прямой энтероэнтероанастомоз; дефект в брыжейке ушит. Перелито 250 см³ крови.

Утром, на второй день после операции, состояние больной удовлетворительное; вечером — резкие боли в животе, рвота, пульс 120 в 1', слабого наполнения. На 3-й день после повторной операции больная скончалась.

Аутопсия: острый фибринозно-гнойный перитонит, кровоизлияние в слизистую тонкой кишки.

Смертность при кишечной непроходимости очень высока. В зависимости от вида *ileus'a* и времени операции она колеблется от 12 до 74%; при осложнении беременности *ileus'ом* смертность достигает 77% (Гандрон). Чем раньше производится операция, тем меньше смертность. Естественно, что ранняя диагностика чрезвычайно важна; но именно при беременности она затруднена. Каковы начальные симптомы илеуса? Боли в животе, задержка стула и газов (иногда в самых ранних стадиях заболевания может быть стул) и весьма часто рвота. Но беременные женщины вообще страдают запорами, рвотами и нередко болями в животе. Начало же родовой деятельности всегда сопровождается болями. Это совпадение начальных признаков *ileus'a* с не столь редкими жалобами беременных и рожениц дезориентирует врача и затрудняет раннюю диагностику. Так, в первом случае Жаботинского в начале заболевания отмечены боли внизу живота и в пояснице, был стул, общее состояние было удовлетворительное; через 9 часов развилась картина тяжелой непроходимости — *facies abdominalis*, каловые рвоты. Все же хирург, к которому была направлена больная с диагнозом илеус, не оперировал больную, повидимому, основываясь на благоприятном результате клизмы — был стул и отходили газы. Больная умерла; аутопсия подтвердила диагноз кишечной непроходимости.

В случае Найдича боли начались за несколько часов до поступления, утром был стул, состояние хорошее, пульс 74 в 1', температура нормальная, язык влажный. Резкие боли трактовались врачом как родовая деятельность, хотя при двукратном исследовании шейка оставалась закрытой. Только через 18 часов после поступления был поставлен правильный диагноз, и больная была оперирована.

Выздоровление при *ileus'e* возможно только после устранения непроходимости. Возможно ли консервативным путем излечить непроходимость при беременности? Приведенные выше случаи выздоровления после перемены положения больной и родоразрешения *per vias naturales* позволяют утверждать, что в некоторых случаях при сдавлении кишки беременной маткой это возможно. Однако мы не можем знать в каком состоянии ущемленный участок кишки и только при лапаротомии можно решить вопрос об изменениях в кишке и о необходимости резекции ущемленного отрезка кишечника. Ввиду этого консервативные методы лечения при *ileus'e* нерациональны. По Русину из 15 случаев непроходимости оперировано 12, родоразрешено *per vias naturales* 3. В первой группе умерла одна больная, во второй — две. По Ван-дер-Гевену смертность при оперативном лечении — 46%, при консервативном — 81%. Среди собранного нами материала русских авторов из 24 оперированных больных умерло 8, т. е. 33%, а на 10 больных, леченных консервативно, умерло 6, т. е. 60%. Гирголав, Левит, Шаак и Зверев также

считают наиболее целесообразным оперативное лечение. Лапаротомия должна быть произведена своевременно (по возможности раньше), хотя иногда и поздняя операция может спасти больную. В случае Крупского и Савицкого больная была в очень тяжелом состоянии, при операции было резецировано 304 см тонких кишок и все же жизнь больной была спасена. Несмотря на отдельные успешные случаи мы не можем согласиться с выводами Мусатова, что при непроходимости кишок во время беременности нужно произвести консервативное родоразрешение; в случаях Тарновского, Мейера, Абрамсона и Бара больные после родоразрешения *per vias naturales* погибли; Горнунгу и Жаботинскому после консервативного родоразрешения все же пришлось делать лапаротомию, так как явления *ileus'a* не проходили. Если мы примем во внимание, что выздоровление после операции во многом зависит от длительности заболевания и что с каждым часом шансы на выздоровление уменьшаются, то станет понятным, что не следует медлить с операцией.

Выводы. 1. *Ileus* при беременности может возникнуть на почве механического сдавления кишки беременной маткой.

2. При наличии общих причин, способствующих *ileus'u* (спайки, запоры, длинная брыжейка), беременные особенно предрасположены к этому заболеванию, ввиду нарушения физиологического электролитного равновесия и смещения кишок растущей беременной маткой.

3. Диагноз *ileus'a* при беременности затруднен, поэтому акушеры должны хорошо знать симптоматику и клинику *ileus'a*.

4. Несмотря на наличие случаев чисто механического сдавления кишки беременной маткой, когда одного родоразрешения бывает достаточно для излечения, надо предпочесть лапаротомию, дающую в два раза меньшую смертность.

Поступила в ред. 22.XII. 1937.

Из глазной клиники Винницкого медицинского института (зав. доц. И. А. Давилевский) и Вин. филии Укр. ин-та неотложной хирургии и переливания крови (зав. проф. Г. М. Гуревич).

Переливание крови при некоторых глазных заболеваниях.

Л. В. Прицкер.

Трансфузия крови, давно и успешно применяемая как лечебный метод в хирургии, терапии и других отраслях медицины, проникла в офтальмологию относительно недавно.

Первые шаги в этом направлении сделаны В. Н. Архангельским, применившим в 1931 году переливание крови при помутнениях стекловидного тела. Дальнейшие сообщения немногочисленны и касаются главным образом помутнений стекловидного тела (Баташев, Крылов).