

изменены. Больному дано положение Тренделенбурга. При обследовании Дугласова пространства слева обнаружено и довольно легко выведено в рану тело яйцевидной формы, величиной с небольшое яблоко, багрово-синего цвета с очагами некроза. Тело это находится на ножке, которая уходит в малый таз. Ножка перекручена больше чем на  $360^\circ$ . Перевязка ножки, пересечение ее и перитонизация культи. Послойное зашивание брюшной раны.

Вскрытие левого пахового канала и удаление небольшого брюшинного выпячивания, по типу обычного удаления грыжевого мешка (брюшной отросток вместе с остатками Гунтеровского тяжа). Пластика пахового канала по Жирану. Швы на кожу.

Послеоперационное течение гладкое. На 3-й день больной сидит и в палате занимается административными делами по больнице. На 7-й день сняты швы. Первичное заживление. На 10-й день больной выписался из отделения.

Микроскопическое исследование препарата, произведенное прозектором больницы д-ром Грузовой, показало, что удаленное тело является яичком. Ткань на всем протяжении пропитана большим количеством кровоизлияний. Местами ткань яичка подверглась некрозу, в силу чего клеточное строение не всюду ясно видно. Элементов злокачественного перерождения не найдено.

Случаев заворота внутрибрюшного яичка описано немного. В русской литературе известны единичные случаи Петрашевской, Бирюкова, Джанелидзе и Каменчик. Последний автор (Хир. № 1, 1937) приводит в своей статье тринадцать случаев, собранных им из мировой литературы.

Обычно диагноз правильно не ставится. Каменчик в своей статье приводит только два случая правильного распознавания заболевания до операции. В нашем случае мы тоже не имели перед операцией точного диагноза, хотя мысль о возможности перекручивания яичка у нас была, так как яичко в мошонке и паховом канале не обнаруживалось.

Клиническая картина вполне соответствовала той, которую описывает Каменчик. Особенно нужно отметить очень резкие боли в животе. Боли в нашем случае были настолько сильны, что больной, сам врач, умолял поскорее сделать ему лапаротомию. Налицо была также ригидность мышц живота, тошнота и т. д.

Признака Белера (прощупывание через прямую кишку твердого тела выше предстательной железы) мы у больного не отметили.

Причиной заворота, повидимому, послужили усиленные движения и напряжение брюшного пресса во время работы.

В течение последующих лет больной чувствует себя хорошо. Женится и имел ребенка.

Поступила в ред. 20.XII. 1937 г.

Из хирургического отделения (зав. доц. А. Б. Габай) Запорожской 6-ой советской больницы.

## О спастическом желудочно-кишечном блоке.

Доц. А. В. Габай.

Высокая желудочно-кишечная непроходимость, возникающая после операций на желудке, не всегда находит себе объяснение в явлениях порочного круга, зависящего от механических препятствий, или в явлениях паралитической непроходимости вследствие перитонита в окружности анастомоза. В 1921 г. Блонд, а за ним Рейшауер на основании разработки большого оперативного язвенного материала клиники Кютгнера предложили выделить все случаи высокой непроходимости после гастроэнтеростомий, где нет видимых механических или паралитических причин для нее, в понятие спастического желудочно-кишечного блока, считая, что операционная травма влечет за собой сильное повышение тонуса мускулатуры желудка и кишечника. Спастический желудочно-кишечный блок может наступить либо вскоре после операции (острые случаи), либо

спустя некоторый срок после нее (случаи подострые и хронические). По Гертелю при этом осложнении имеет место ретроградное прохождение кишечного содержимого в желудок.

Если все явления спазма ограничиваются только желудком, развивается клиническая картина „острого расширения желудка“; если спазм захватывает двенадцатиперстную кишку, создается картина „высокой артерно-мезентериальной непроходимости“; спазм может распространяться или даже захватывать отдельные участки тонкой и толстой кишки. Особенно предрасположены к подобным осложнениям истеро-неврастеники, ваготоники, длительно голодающие субъекты. Симптомы этого заболевания: чувство полноты, рвоты огромными количествами разнообразной жидкости (от слабо желтой без запаха до черно-бурой гнилостной, состоящей из разложившихся соков желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы и желчи; желудочный зонд выводит из желудка огромные количества жидкости, несмотря на то, что больной не вводит жидкость через рот; верхний отдел живота обычно вздут, а нижний запавший, мягкий, безболезненный; язык сух; стул задержан (реже понос); пульс учащен. Заболевание носит интермитирующий характер. Рентгеновское исследование выявляет ретроперистальтическое и обратное забрасывание контрастной массы в желудок. Прогноз этого состояния очень тяжелый и, по Хлюмски, дает 53,20% смертности.

Избегание предоперационной голодовки и слабительных, правильное выполнение операции являются профилактическими мерами в отношении этого заболевания. При наличии спастического желудочно-кишечного блока отказываются от питания через рот, применяют повторные промывания желудка, вводят атропин, п паверин, а также производят спинно-мозговую анестезию; Краузе рекомендовал вдвухание воздуха в прямую кишку при высоком положении таза; Спасокукоцкий—пневмоперитонеум; Эйнгорн—йеюнальный зонд. При безуспешности терапевтических мероприятий в течение 2—3 дней их применения прибегают к релaparотомии и устраняют недочеты предыдущей операции, если они обнаруживаются; добавляют анастомоз между приводящей и отводящей петлей, если эвакуация желудочного содержимого происходит в приводящую петлю; накладывают, по Гольбауму, анастомоз между двенадцатиперстной кишкой и тощей; по Биру, добавляют к заднему гастроэнтероанастомозу передний с Брауновским энтероэнтероанастомозом или накладывают анастомоз по Ру; по Рутковскому—гастротомию и дренаж через отверстие гастроэнтероанастомоза; по Гильровичу—постоянный внутренний дренаж желудка через новый гастроэнтероанастомоз с укрепленной внутри его длиной резиновой трубкой; йеюностомию (Успенский-Сегал, Киршнер); гастростомию (Нордманн, Кеню) и т. п. Рассчитывать на эффект какого-либо из перечисленных оперативных способов полностью не приходится, поскольку ни один из них не направлен на устранение причины спазма; опы же применения отдельных из перечисленных мероприятий не велик и ограничивается единичными случаями автора.

В отдельных случаях картина спастического желудочно-кишечного блока наблюдалась не только после операции гастроэнтероанастомоза, но и после простого зашивания язвы, а иногда после резекции желудка (случай Миротворцева, наш и др.).

У нас в Союзе теорию Блонда и Рейшауэра разделяют Сегаль (Успенский), Миротворцев, Кузьмин и др. В подтверждение правильности взглядов Блонда и Рейшауэра о спастическом происхождении желудочно-кишечного блока мы позволим себе привести 2 случая из желудочного материала нашего отделения.

Случай 1, история бол. № 466 Н. Б-ой Г., 60 лет, насосник водоканчки, оперирован 10/II 1934 г. по поводу калезной язвы пилоро-дуоденального отдела желудка; наложен задний гастроэнтероанастомоз с короткой приводящей петлей. На 7-ой день после операции начались обильные повторные рвоты с выпячиванием подложечной области. Повторные промывания желудка (при этом зонд выводит всякий раз огромное количество зловонной желчно-коричневой жидкости) дают ничтожное кратковременное облегчение; без успеха положение на животе с приподнятым ножным концом. Прогрессирующее ухудшение. Через 2 дня, после предварительного переливания крови, релaparотомия: к брюшине рыхло припаяны петли тонкой кишки. Тонкий кишечник спавшийся, желудок сильно расгнан; отверстие в мезоколон, чрез которое проходит анастомоз, несколько уплотнено; неясное впечатление некоторого сужения анастомоза. На-

ложен добавочный передний гастроэнтероанастомоз с Брауновским энтеро-энтероанастомозом. 4 дня продолжалося по-прежнему тяжелое состояние, обильные частые рвоты и выведение огромного количества желудочного содержимого зондом непосредственно вслед за рвотой. Затем явления начинают стихать и больной понемногу начал поправляться; на 52-ой день выписан в удовлетворительном состоянии. Через 1,5 года опрошен; чувствует себя удовлетворительно.

В истории болезни данного случая мы считаем нужным отметить, что клиническая картина заболевания протекала вполне типично и при релапаротомии не было обращено достаточного внимания на спадение тонкого кишечника (спазм) и растянутость желудка, а главное внимание было уделено кажущемуся сужению просвета анастомоза, вследствие чего и был наложен добавочный передний анастомоз. Между тем, причиной явлений был спазм, который не прекратился сразу после повторной операции. Если бы предположение о недостаточности просвета первого анастомоза, как причине блока, было бы правильным, блок должен был бы исчезнуть быстро после повторной операции и добавочного анастомоза, между тем явления блока начали стихать только спустя 4 дня после повторной операции.

Случай 2, ист. бол. № 1744, служащий, 32 лет, оперирован 27.IV.1936 г. по поводу язвы начальной части двенадцатиперстной кишки; произведена резекция антрального отдела желудка по типу Билльрот II. Через 2 дня после операции начались обильные рвоты темно-зеленой жидкостью; зондом выводилось из желудка огромное количество содержимого, промывания давали незначительное облегчение. Прогрессирующее ухудшение, несмотря на переливание крови. Через 4 суток повторная операция под местной анестезией: культи желудка перерастянута; щель в мезоколон как будто несколько инфицирована и сдавливает петлю анастомоза. Предполагая в этом причину блока, наложили передний гастроэнтероанастомоз с Брауновским энтероэнтероанастомозом. Туг же на операционном столе приступили к кормлению по Спасокукоцкому через вколотый в тощую кишку троакар; оказалось, что петли тонких кишок в состоянии резкого спазма и питательная масса чрез воронку, соединенную трубкой с троакаром не проталкивается в кишечник (резкий спазм); кормление удалось с трудом после проталкивания питательной жидкости в троакар шприцем Жиге под большим давлением; при этом перистальтики кишечника не видно. Переливание крови. В послеоперационном периоде срыгивания продолжаютя и зонд выводит огромные количества содержимого из желудка. Через трое суток после повторной операции смерть. На секции установлена картина диффузного фибринозного перитонита; оба анастомоза отлично проходимы.

Второй наш случай интересен тем, что здесь картина желудочно-кишечного блока наступила после резекции желудка; в этом случае с точностью эксперимента нам на операционном столе при попытке кормления по Спасокукоцкому удалось воспроизвести картину резкого спазма тонкого кишечника, каковой, безусловно, послужил причиной явлений желудочно-кишечного блока у нашего больного. Наши оба наблюдения являются несомненным доказательством в пользу правильности гипотезы Блонда и Рейшауэра о спастической природе желудочно-кишечного блока после операций на желудке в тех случаях где отсутствуют механические препятствия для эвакуации желудочного содержимого или нет наличия паралитической непроходимости от перитонита.

Поступила в ред. 29. I. 1938 г.