



Рис. 4. Рентгенологическое изображение желудка, реконструированного с помощью петли тощей кишки. Операция выполнена с помощью сшивающих аппаратов.

После наложения бокового анастомоза пищевода с трансплантатом аппаратом НЖКА при гастрэктомии вновь созданный «желудок» уже непосредственно после операции ритмично, небольшими порциями, пропускал контрастную массу в трансплантат, а затем в двенадцатиперстную кишку (рис. 4).

На рентгенограммах больных, у которых были наложены танталовые швы, уже через 6—7 месяцев после операции мы не видели ранее отчетливо выявлявшихся танталовых скобок.

ВЫВОДЫ

1. Применение сшивающих аппаратов НЖКА, УКЖ-8, УКЛ при гастроэюнопластических и при повторных реконструктивных операциях показало значительное преимущество этой методики.

2. Формирование соустьев с помощью танталового шва сокращает продолжительность оперативного вмешательства, уменьшает опасность инфицирования брюшной полости, исключает грубую деформацию анастомоза, создает лучшие условия для заживления наложенных соустьев, обеспечивает точное сопоставление линий шва, в значительно меньшей степени нарушает кровоснабжение. Все это особенно важно в пластической восстановительной хирургии.

3. Для гастропластических операций желательна разработка специальных аппаратов с погружными швами для наложения анастомозов конец в конец трансплантата с двенадцатиперстной кишкой и межкишечного анастомоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабичев С. И., Чудновский П. Д. Хирургия. 1963, 12. — 2. Белкин В. Р. Механический шов в хирургии пищевода и кардиального отдела желудка. Автореф. канд. дисс. М., 1962. — 3. Вилявин Г. Д., Белкин В. Р. Хирургия. 1963, 10. — 4. Геселевич А. М. Вест. хир. 1963, 11. — 5. Грицман Ю. Я. Танталовый механический шов при резекциях желудка. Автореф. докт. дисс. М., 1961. — 6. Ратнер Ю. А., Баширова Н. Г., Димитриевский В. Н., Еляшевич Б. Л., Колсанов Н. А., Харитонов Р. К., Мустафин М. А. Хирургия. 1964, 8.

Поступила 10 ноября 1964 г.

УДК 616.34—007.272—02.616.85

РОЛЬ ПСИХО-НЕВРОГЕННЫХ ФАКТОРОВ В ВОЗНИКНОВЕНИИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ¹

Ш. Х. Байбекова

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав. — проф. Р. А. Вяселев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Острая кишечная непроходимость в течение ряда столетий стоит в центре внимания врачей. Но и в настоящее время своевременная постановка диагноза острой кишечной непроходимости представляет трудности. Этим в основном и объясняется высокий процент летальности при этом тяжелом заболевании.

Острую кишечную непроходимость делят на две формы — механическую и динамическую. Наиболее полно изучена механическая кишечная непроходимость и чрезвычайно мало работ посвящено динамической. Недостаточность изучения данной формы кишечной непроходимости, очевидно, объясняется тем, что многие хирурги считают ее менее опасной, чем механическую непроходимость.

Наши многолетние наблюдения показали, что функциональные расстройства кишечника с изменениями моторики его, дающие симптомокомплекс острой кишечной непроходимости, наблюдаются нередко, и поставить точный диагноз при этом часто

¹ Доложено на заседании Хирургического общества ТАССР в марте 1964 г.

представляется затруднительным, а исходы заболевания не всегда бывают благоприятными.

Несомненно, при динамической кишечной непроходимости препятствие для прохождения кишечного содержимого создается функциональными расстройствами тонуса и перистальтики кишечника. Динамическая кишечная непроходимость наблюдается при болезнях желудочно-кишечного тракта, печени, почек, сердечно-сосудистой системы, при гинекологических и нервных заболеваниях, острых и хронических инфекциях и при различных травмах. Иногда причину, вызвавшую эту форму непроходимости, не удается выяснить.

Мы считаем безынтересным сообщить о наших наблюдениях, когда кишечная непроходимость возникла у больных, страдающих истерией.

Н. с 14-летнего возраста (с 1951 по 1962 гг.) находилась под нашим наблюдением. С детства страдала неврастенной, часто жаловалась на схваткообразные боли в животе и стойкие запоры. Менструально-овариальный цикл отсутствовал. В 1951 г. больная была оперирована по поводу катарального аппендицита, и этим было положено начало дальнейшему ухудшению течения ее болезни. Спустя некоторое время появились приступы болей в животе, сходные с симптомокомплексом острой кишечной непроходимости. Хирурги ставили диагноз «послеоперационные спайки», и с этим диагнозом больная начала странствовать по амбулаториям и стационарам лечебных учреждений Казани и Москвы. Дежурные хирурги часто предлагали больную операции, на которые она соглашалась, и даже охотно. До 1954 г. больная перенесла 5 чревосечений по поводу острой кишечной непроходимости.

8/X 1954 г., на 5-е сутки после очередного поступления в стационар, больная была оперирована в нашей клинике с диагнозом «спаечная кишечная непроходимость». На операции был обнаружен выраженный спаечный процесс в животе и в нескольких местах стойкий спазм тонкого кишечника и парез толстого кишечника. Механических препятствий на протяжении желудочно-кишечного тракта не было обнаружено. После введения новокаина в брыжейку кишечника и забрюшинное пространство спазм кишки исчез. В послеоперационном периоде у больной наблюдались характерные истерические припадки. Через 2 недели больная была выписана.

В дальнейшем больная многократно лечилась стационарно. Несмотря на то, что приступы кишечной непроходимости часто удавалось ликвидировать консервативными мероприятиями, все же в течение 10 лет она перенесла 19 чревосечений. Во время последней операции был наложен каловый свищ на тонкий кишечник. По состоянию здоровья больная не могла ни учиться, ни работать.

В 1962 г. больная умерла от бронхопневмонии. На вскрытии была обнаружена полная облитерация брюшной полости, гипоплазия аорты, кахексия.

Не менее демонстративна больная Д., 53 лет, инвалид II группы, которая находится под нашим наблюдением с 1940 г. Она перенесла менингит, многократно лечилась в психиатрической больнице с диагнозом «тяжелая форма истерии с изменением личности». Ее часто беспокоили схваткообразные боли в животе и упорные спастические запоры. С 1935 по 1958 гг. ей произведено 9 чревосечений. Первая операция — аппендэктомия, вторая — резекция желудка и 7 операций по поводу кишечной непроходимости. Частичная резекция тонкого и толстого кишечника по поводу спаечного процесса не изменила к лучшему течение болезни. Больная трижды была оперирована в нашей клинике. При операциях мы наблюдали стойкие спазмы тонкого кишечника на значительном протяжении и выраженный спаечный процесс в брюшной полости. Во время последней операции брюшная полость настолько была облитерирована, что выполнение каких-либо манипуляций не представлялось возможным.

За последние 5 лет больная совершенно не появлялась в лечебных учреждениях, и мы думали, что она уехала из Казани или умерла. В 1964 г. случайно мы узнали, что больная жива и чувствует себя вполне удовлетворительно. Свое относительное выздоровление больная объясняет улучшением условий жизни, устройством на работу, что подействовало на нее успокоительно. По мнению больной, ей очень помогли поясничные новокаиновые блокады и переливание крови.

Многим хирургам Казани известна больная Г., которая с 1944 г. находится под нашим наблюдением. Сейчас больной 40 лет, она инвалид II группы, работает в артели инвалидов. У нее с юных лет начались характерные истерические припадки, и она неоднократно лечилась в психиатрической больнице по поводу «энцефалопатии и истерии с изменением личности». Больную периодически беспокоили схваткообразные боли в животе и стойкие спастические запоры.

При обследовании живота определялась видимая перистальтика кишечника, при пальпации прощупывались спастические сокращенные петли кишечника, увеличенный застойный желчный пузырь, при рентгеноскопии определялся гиперкинез кишечника.

Приступы болей в животе удавалось ликвидировать консервативным лечением. Но у нашей больной имелось упорное желание во что бы то ни стало подвергнуться оперативному лечению, и она этого добилась. В 1949 г. во время очередного приступа болей в животе больной была произведена аппендэктомия. Червеобразный отросток оказался только катарально измененным. Через 6 месяцев в одной из клиник больная была оперирована по поводу калькулезного холецистита, но диагноз не подтвердился. В дальнейшем больная 4 раза была оперирована по поводу острой

кишечной непроходимости. В брюшной полости были обнаружены плоскостные спайки и спастически сокращенные отделы тонкого кишечника.

За последние 10 лет больная операциям не подвергалась, но боли в животе беспокоят ее и в настоящее время. Во время приступов она обращается в клинику и настойчиво требует производства поясничной новокаиновой блокады, после которой всегда чувствует облегчение. Такое относительно мирное течение болезни мы склонны объяснить ее трудовой деятельностью, что оказывает благоприятное действие на психику больной и в определенной степени отвлекает ее от неприятных ощущений в животе. Какое течение примет ее болезнь в дальнейшем, сказать очень трудно.

Представляет несомненный интерес больная Ж. 33 лет, инвалид I группы, проживающая в г. Свердловске. Во время поездки в Москву для лечения 17/XI 1963 г. она была снята с поезда с диагнозом «острая кишечная непроходимость». Находясь на лечении в двух клиникских городских больницах, причем от предложенной операции отказалась, 9/I 1964 г. больная была переведена из инфекционной больницы в нашу клинику. Удалось установить, что боли в животе больную беспокоят с 1950 г. В 1953 г. больной была произведена аппендэктомия, а затем она дважды оперирована по поводу острой кишечной непроходимости. Последняя операция произведена в Москве в институте им. Склифосовского. Больная лечилась также в больнице им. Боткина с диагнозом «хроническая форма бруцеллеза, поражение локомоторного аппарата, нарушение терморегуляции (дисцефальный синдром), спастический процесс в брюшной полости с явлениями спастической кишечной непроходимости, анацидный гастрит, хронический цистит, резко выраженная истерия». Больная годами находится на стационарном лечении в лечебных учреждениях различных городов, упорно отказываясь ходить. Объективно общее состояние больной удовлетворительное, наблюдается видимая перистальтика кишечника, очень звучные кишечные шумы. При рентгеноскопическом обнаружены горизонтальные уровни жидкости в кишечнике.

Диагноз — спастическая кишечная непроходимость, истерия».

Ввиду безрезультатности консервативного лечения на 10-й день с момента поступления больная была оперирована. Предполагалось произвести операцию Нобля. На операции было обнаружено, что весь тонкий кишечник находится в состоянии резко выраженного стойкого ленточного спазма, толстый кишечник умеренно вздут. Преград органического характера, мешающих опорожнению кишечника, на протяжении желудочно-кишечного тракта не обнаружено. Спаек между петлями кишечника нет. Придатки матки отсутствуют. В брыжейку тонкого и толстого кишечника введен новокаин, спазм на глазах разрешился. На 15-й день больная переведена в инфекционную больницу.

Под нашим наблюдением находится еще 11 человек, страдающих истерией, из них большинство подвергалось неоднократным чревосечениям.

Истерия как причина, ведущая к нарушениям моторики кишечного тракта, описывалась издавна и неоднократно. Еще в 1897 г. появилась работа А. П. Лангового под названием «О желудочно-кишечных расстройствах у больных, страдающих истерией и неврастенией».

Работы многих позднейших авторов (С. М. Эйбер, А. М. Заблудовский и С. П. Файберг, И. И. Греков и др.) говорят о том, что при заболевании истерией могут наблюдаться нарушения моторики кишечника в виде патологических спазмов, ведущих к проявлениям острой кишечной непроходимости.

Вопрос патогенеза разбираемого заболевания еще не полностью изучен. Несомненно, механизм развития этого тяжелого страдания должен рассматриваться с точки зрения учения И. П. Павлова и его школы. Но будет неправильно объяснить нарушения состояния вегетативной нервной системы при истерии изменениями только корковых процессов, т. к. нейрогуморальные и гормональные факторы не могут не участвовать в механизме развития данного заболевания.

В заключение считаем необходимым охарактеризовать клинику и лечение кишечной непроходимости у больных истерией на основании наших наблюдений.

Обычно истерическим илеусом заболевают женщины. Проявление болезни начинается в молодом возрасте. Начало своего заболевания больные очень часто связывают с перенесенными нервными потрясениями, или с заболеванием центральной нервной системы, или соматическими заболеваниями. Большинство больных являются инвалидами, постоянными пациентами хирургических, терапевтических, психиатрических, гинекологических лечебных учреждений. В прошлом они имеют повторные чревосечения, причем первое из них, как правило, по поводу аппендицита, а последующие — по поводу кишечной непроходимости.

Все наши больные были доставлены в клинику как нуждающиеся в экстренной хирургической помощи. Ведущим симптомом при поступлении были схваткообразные боли в животе с задержкой стула и газов. Рвота наблюдалась также часто.

Несмотря на наличие полного симптомокомплекса острой кишечной непроходимости, у большинства больных общее состояние оставалось удовлетворительным. Часто наблюдались тахикардия, лабильный пульс, глуховатые тоны сердца, умеренная гипотония. Отмечались вздутия живота, нередко с видимой перистальтикой кишечника. Болезненность была различной локализации и ярко выраженной. Иногда прощупывались болезненные, спастически сокращенные петли кишечника в виде

шнура. При перкуссии живота определялся тимпанит, при аускультации — переливы урчание.

При рентгеноскопии кишечника у отдельных больных определялись чаши с горизонтальными уровнями жидкости, при исследовании с контрастной массой преобладали выраженный гиперкинез кишечника. У всех больных были резко выраженные признаки функционального расстройства нервной системы: повышенная раздражительность, психическая неустойчивость, истерические припадки, нередко — депрессивные состояния.

Таким образом, подробно собранный анамнез и тщательное обследование больного могут помочь хирургу поставить правильный диагноз. Налицо, как правило, имеется истерия и симптомокомплекс острой кишечной непроходимости.

Какое же из этих заболеваний нужно считать первичным? Надо полагать, что развитие вегетоневроза предшествует нарушениям моторики кишечника. Но частые кишечные невралгии, повторные операции, развивающийся спаечный процесс в брюшной полости служат очагами посылки патологических импульсов в центральную нервную систему, а это в свою очередь еще более нарушает деятельность вегетативных центров — образуется замкнутый порочный круг.

При лечении подобных больных трудно бывает решить, механическая это или динамическая кишечная непроходимость.

Принято считать, что спаечная кишечная непроходимость относится к механической, но она может проявляться в двух разновидностях. В одном случае спайки могут вызвать странгуляционную непроходимость, в другом случае на фоне спаечного процесса в животе нарушается лишь двигательная деятельность кишечной стенки в виде пареза или спазма.

При истерическом илеусе чаще всего приходится наблюдать последний вид спаечной кишечной непроходимости с преобладанием спастической ее формы. Разграничить указанные разновидности кишечной непроходимости не всегда представляется возможным, и этим можно объяснить повторные неоправданные чревосечения, которые лишь временно разрешают очередные приступы болевого синдрома.

Тактику ведения этих больных мы представляем себе следующим образом. Во время острых приступов кишечной непроходимости должно проводиться консервативное лечение. Учитывая то, что у этих больных спазм чередуется с парезом кишечника, наряду с введением спазмолитиков не исключается применение также тонизирующих средств. По предложению Р. А. Вясева в последнее время в качестве стимулятора моторики кишечника мы начали успешно применять инъекции нибуфина (1:3000 по 3 мл внутримышечно). На больных благотворно действует паранефральная новокаиновая блокада. Показанными являются внутривенное введение гипертонического раствора, брома, новокаина и производство клизм. В более упорных случаях приступов кишечной непроходимости показано: переливание крови, кровозаместителей, подкожное введение жидкостей, промывание и наружное дренирование желудка зондом через нос. Проведение этих мероприятий не должно быть кратковременным.

Учитывая несоответствие между резко выраженным болевым синдромом и удовлетворительным общим состоянием без особых изменений со стороны крови, с оперативным вмешательством спешить не следует. Вследствие развития спаечного процесса и фиксации кишечника плоскостными спайками механическая кишечная непроходимость у этих больных наблюдается редко, а разъединение спаек при операции не только не приносит пользы, но, наоборот, еще более усиливает спаечный процесс в животе. Явления кишечной непроходимости у этих больных носят стойкий характер, иногда продолжают неделями и более, но в результате энергичного консервативного лечения они часто разрешаются.

Операция быстрее снимает болевой синдром. Этим и можно объяснить проявление настойчивости у больных во что бы то ни стало подвергнуться оперативному вмешательству. Но хирург всегда должен помнить о том, что подобные операции еще более ухудшают дальнейшее течение болезни. Оперативное лечение может быть предпринято только по строгим показаниям, при появлении явных симптомов ухудшения общего состояния на почве кишечной непроходимости.

Согласно последним литературным данным, при часто повторяющейся спаечной кишечной непроходимости рекомендуется операция Нобля. Эта операция имеет свои показания и противопоказания. Отдаленные результаты ее пока сравнительно мало изучены. Если эта операция избавит подобных больных от частых приступов кишечной непроходимости, то это явится большим достижением.

Таким образом, лечение кишечной непроходимости при истерии представляет большие трудности и требует дальнейшего изучения.

Для распознавания такого тяжелого страдания имеет большое значение подробно собранный анамнез, изучение нервной системы больного и полнота клинического обследования, а для профилактики дальнейшего развития заболевания — отказ от необоснованных оперативных вмешательств в брюшной полости.

Эти больные должны находиться под дистансным наблюдением и иметь на руках документ о своем заболевании. Лечение этих больных должно проводиться в тесном контакте с невропатологами и психиатрами. Психотерапия и трудотерапия имеют особое значение в лечении подобных больных.

1. Заблудовский А. М. и Файберг С. П. Нов. хир. арх. 1934, 3. — 2. X очередное заседание Русск. хир. общества Пирогова в Ленинграде 29/II 1928; Вест. хир. и погран. обл. 1928, 39. — 3. Эйбер С. М. Медицинское обозрение Нижнего Поволжья. 1927, 9—10. Изд. Астраханского госуд. мед. института, Астрахань.

Поступила 8 июля 1964 г.

УДК 616.381—007.274

ВЛИЯНИЕ ЛИДАЗЫ НА СПАЙКИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЧЕЛОВЕКА

А. А. Агафонов

Кафедра патологической анатомии (зав. — проф. Г. Г. Непряхин) и кафедра оперативной хирургии (зав. — проф. В. Х. Фраучи) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Основное или межтучное вещество соединительной ткани содержит много высокополимерных мукополисахаридов. По мнению Джексона (1954), главным моментом в его образовании является секреторная деятельность фибробластов.

В образовании основного вещества принимают участие и тучные клетки, продуцирующие гиалуроновую кислоту (кислый мукополисахарид — КМ), которая как бы цементирует клетки и волокна соединительной ткани.

Мы поставили перед собою задачу исследовать наличие КМ в спайках брюшной полости человека.

Из работ отечественных авторов (Б. С. Касавина и Л. И. Музыкант, 1958) известно, что при биохимических и гистохимических исследованиях в рубцовой ткани было обнаружено увеличенное содержание гиалуроновой кислоты. Применение гиалуронидазы тормозит развитие рубцовой ткани (Э. Е. Уманский и В. А. Самарова, 1953).

Хорошие результаты были получены при лечении гиалуронидазными препаратами контрактуры Дюпюитрена в начальных стадиях (И. Н. Шинкаренко, 1961).

При воздействии гиалуронидазы основное вещество набухает, растворимые части при этом могут уноситься током крови, что приводит к размягчению рубцов.

Наличие КМ во внутрибрюшных спайках человека, с нашей точки зрения, может дать основание применять гиалуронидазные препараты в целях воздействия на структуру спаек и сращений.

Нами исследовались спайки у 50 больных. Спайки иссекались во время операций, выполненных по поводу различных заболеваний органов живота, как острых, так и хронических. Спайки были взяты у 30 больных со спаечной болезнью живота, у 14 — с острым аппендицитом и у 6 — с острым холециститом.

Для выявления КМ с помощью толуидинового синего в спайках брюшной полости человека нами применялась методика, описанная Пирсом (1962). Наши наблюдения показали, что в свежих, состоящих из молодой клеточной, сосудистой и волокнистой грануляционной ткани спайках, взятых у одного и того же больного при остром воспалительном процессе в брюшной полости, обнаруживалось значительное содержание КМ (выраженная диффузная метакроматическая реакция межклеточного основного вещества). Заметных количественных различий содержания КМ в различных компонентах, образующих свежую спайку, не отмечено.

При исследовании различных спаек, взятых у одного и того же больного при хронических заболеваниях органов брюшной полости, было выявлено, что КМ находится в различных количественных соотношениях в разных компонентах, образующих спайку. Следует подчеркнуть, что эта особенность отмечалась в спайках больных, у которых имелось длительное существование спаечного процесса в брюшной полости.

Проведенные наблюдения в известной степени подтверждают наличие динамических преобразований, происходящих в спайках брюшной полости. Разнообразие реакций КМ может часто говорить о «возрасте спайки».

Следующим разделом нашей работы было исследование влияния гиалуронидазного препарата — лидазы на спайки брюшной полости. Мы использовали методику, применявшуюся И. Н. Шинкаренко: 0,1 лидазы растворяли в 20 мл ацетатного буфера (рН — 5,6). В этом растворе мы инкубировали гистологические срезы 24—48 часов в термостате при температуре 37°С.

По данным И. Н. Шинкаренко, инкубация гистологических срезов в ацетатном буфере без добавления лидазы не вызывала изменения метакромазии. В наших контрольных опытах мы также инкубировали срезы спаек в ацетатном буфере без добавления лидазы и не выявили какого-либо воздействия ацетатного буфера на метакромазию.