

Из клиники неотложной помощи и военно-полевой хирургии Казанского государственного института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.
(Директор профессор Гусынин В. А.).

Послеоперационный паралитический илеус, как показание к энтеростомии.

Ассистент В. Н. Помосов.

Каждый практический хирург пережил немало тяжелых минут, имея дело с грозным осложнением в послеоперационном периоде — с паралитическим илеусом. Сколько забот, зарождающихся сомнений вызывает затянувшаяся после операций тошнота, рвота, метеоризм, отсутствие газов и стула.

Тяжесть хирурга еще и в том, что парез кишечника может наступить после любой операции и всякого способа обезболивания, у рядовых и технически вооруженных хирургов. Так, Назаров паралитический илеус наблюдал после операций ущемленных грыж, аппендектомий, овариотомий; Бакушинский — после гастроэнтеростомии, резекции кишек, рассечения спаек; Жуков — после холецистектомии, холедохотомии. Некоторые виды операций — большие гинекологические, операции на мочевых путях, особенно предрасполагают к парезам кишек (Бруун, Жуков).

Счастье хирургов — редкость этого осложнения. У Назарова паралитический илеус отмечен 7 раз на 550 лапаротомии. В Тюбингенской клинике по данным, опубликованным Winternitz'ем и Vaish'ем на 2000 операций (1100 лапаротомии и 900 кольпотомии) зарегистрировано 32 случая илеуса, из них 13 паралитического. (Цитировано по Doderlein'у и Krönig'у). По данным проф. Грекова — за 15 лет в Обуховской больнице был 531 случай илеусов, паралитических — 8. Данные проф. Розанова — за 15 лет через Боткинскую больницу прошло 96 больных с непроходимостью, с паралитической — 1. По материалам нашей клиники за 1½ года 1 случай паралитического илеуса на 169 лапаротомии.

В патогенезе п. о. паралитической непроходимости, повидимому, играет роль травма и инфекция. На почве травмы и инфекции могут развиваться рефлекторные и воспалительные явления или временная механическая задержка, которые и являются ближайшими причинами непроходимости. При этом каждое из указанных явлений, как первопричина, имеет место в начальной стадии, в дальнейшем развитии болезненного процесса все три фактора так переплетаются, что трудно, а иногда и совсем невозможно сказать, который из них является начальным. И смотря потому, какой из них превалирует, п. о. паралитический илеус можно делить на септический, рефлекторный и механический.

Септическая форма паралитического илеуса чаще всего наблюдается после операции по поводу воспалительных процессов в брюшной полости. При этой форме парез кишечника вызывается бактериальными и токсическими изменениями стенок кишек, исходящими из основного очага заболевания или от соприкасающегося перитонита. Влияние бактерий и их токсинов на нервный аппарат кишечных стенок нарушает двигательную функцию кишечника. Воспалительные изменения в стенках кишек понижают резорбтивную способность их. Вследствие нарушения двигательной функции и понижения всасывательной способности, в кишечнике проис-

ходит накопление продуктов распада ферментативного пищеварения. Накопление веществ распада, особенно низших ступеней, облегчает бактериям химическое расщепление вплоть до простейших продуктов разложения — газов. (Shade). Усиленное газообразование вызывает вздутие кишек. Длительный метеоризм ведет к нарушению кровообращения, к образованию тромбов в мелких артериях. Сосуды ослабленного в питании, раздуваемого от газов, парализованного кишечника начинают трансудировать через стенки жидкое содержимое, которое усиленно всасывается брюшиной. Начинается местная и общая аутоинтоксикация. Последние еще более содействуют прогрессированию всех явлений. Создается порочный *circulus vitiosus*. На его почве прогрессивно развивается тромбоз сосудов и вздутие кишек, сопровождающиеся образованием язв, гангрены кишек и общим перитонитом. Таков патогенез септической формы паралитического илеуса. Каждый практический хирург, имеющий опыт многих лет оперативной деятельности, знает и наблюдал парезы кишек на почве начинающегося перитонита.

Наряду с этим существуют и другие формы паралитической непроходимости, при которых в брюшной полости на вскрытии не находили ни следов инфекции, ни признаков воспаления. Это, так называемые, асептические паралитические илеусы рефлекторного происхождения. При этих формах п. о. кишечной непроходимости причиной пареза кишек является рефлекс с места травмы на весь кишечный тракт. Еще Шлоффер в 1899 году писал, „что на основании нервных заболеваний могут развиваться различного вида нарушения кишечной перистальтики — общеизвестно и общепринято“. Всякая операция в брюшной полости неизбежно сопровождается травмой кишек. Во время инсультов повреждаются нервы, заложенные в стенках их. Опыты Торрака, наблюдения Лебедеико показали, что малейшее вмешательство в брюшной полости вызывает дегенеративные изменения в ганглиозных клетках и, что эти изменения в ганглиях результат самого вмешательства — травмы нервных окончаний, действия продуктов распада клеточных элементов. Повреждение нервов ведет к понижению двигательной функции кишек, последнее — к явлениям стаза кишечного содержимого. Стаз вызывает глубокие патологические изменения в тканях кишечника и последовательно приводит к явлениям непроходимости. Таков механизм возникновения и развития асептических паралитических илеусов рефлекторного происхождения. Больные с неустойчивой автономной вегетативной нервной системой особенно предрасположены к подобным парезам кишек, а погрешности в хирургической технике — грубое манипулирование, охлаждение и высыхание кишечных петель, воздействие химических агентов и тому подобное — еще более облегчают развитие их у такого рода больных.

Примером может служить случай Melchior'a с проф. Титце (Бреславль). После операций по поводу тяжелой формы аппендицита на 5-й день развилась картина тяжелой формы паралича кишечника. Была произведена релапаротомия. *И казавшийся полный паралич кишечника не был* (курсив наш). Но стоило только освободить петлю кишек от содержимого, в этой петле появилась перистальтика (цитировано по Короткевичу). Сюда же нужно отнести случай паралича кишек в Тюбингенской клинике после кесарского сечения. После тщетных усилий вызвать перистальтику кишек применением обычных средств произведена была

лапаротомия. Весь кишечник найден чрезвычайно вздутым, но *нигде не было ни сращений, ни признаков инфекции* (курсив наш). Кишечник опорожнен через проколы в нескольких местах. Больная выздоровела. Сюда же может быть причислен один случай из числа опубликованных Бакушинским. И несомненно рефлекторные паралитические илеусы встречаются значительно чаще, чем распознаются, так как легкие случаи проходят незначительными, тяжелые формы затушевываются картиной развивающегося перитонита.

Наконец, бывают парезы кишек, которые наступают в результате временных механических задержек — на почве анастомозитов, мезентеритов, перегибов кишек, вызванных вздутием и т. п. и т. д. Всякая операция вообще и на кишечнике в частности сопровождается то более, то менее выраженными воспалительными процессами, которые на кишечнике, на месте операции, протекают в форме анастомозитов, мезентеритов, сигмоидитов и т. п. Травма и воспалительный процесс, известно, вызывают отек тканей, на кишечнике, главным образом, на внутренних швах. Отек ведет к сужению просвета соустья. Создается временное механическое препятствие для прохождения кишечных масс. С другой стороны, разыгрывающиеся местные воспалительные процессы, несомненно, являются толчком к понижению двигательных функций кишечника и расстраивают процессы всасывания. Следствием этих явлений и изменений развивается стаз кишечника, усиление процессов расщепления, распада и газообразования, развиваются явления непроходимости, которая и наступает, если воспалительные процессы не утихают и не исчезает вызываемая ими временная механическая задержка. И вероятно, эта форма п. о. паралитических непроходимостей наиболее частая, после илеусов на почве септических перитонитов.

Таков по нашим представлениям патогенез п. о. паралитических илеусов. Однако, как многие другие, и это заболевание нельзя уложить в рамки определенной схемы представлений, процесс значительно сложнее, и помимо причин указанных, обязан многим другим, еще точно не разгаданным.

Клиническая картина п. о. паралитических илеусов разнообразна, иногда весьма причудлива, но выраженные формы характерны, известны и легко распознаваемы. Обычно заболевание начинается с того, что больной, чувствовавший себя удовлетворительно в течение 2—3 дней после операции, начинает жаловаться на появившиеся боли и начинающееся вздутие живота, тошноту, иногда рвоту, задержку стула. Объективно отмечается: нормальная температура, незначительное учащение пульса, равномерное и обычно не резкое вздутие живота, отсутствие газов и стула. При прогрессировании все симптомы нарастают медленно и иногда клиническая картина надолго остается в фазе мучительного метеоризма и вздутия кишек. В дальнейшем боли и метеоризм усиливаются, рвота, иногда, каловая, учащается, живот резко и куполообразно вздувается, напряжение и болезненность его нарастают, пульс становится нитевидным, частым, дыхание поверхностным, газов и стула нет, несмотря на все предпринимаемые мероприятия; в брюшной полости при аускультации мертвая тишина. В дальнейшем прогрессировании заболевания картина общего перитонита с роковым исходом.

Трудность не в распознавании илеуса, а в поведении врача у постели больного. Здесь, со стороны врача, как никогда, нужна сугубая бдительность, точная и своевременная оценка развивающихся явлений.

Задачами лечения паралитической непроходимости кишек является: дать немедленный отток застоявшемуся кишечному содержимому и вернуть кишечнику его тонус и функциональную способность. Арсенал терапевтических средств редко оказывается действительным, чаще приходится прибегать к активным оперативным мероприятиям. И такой операцией, по нашему мнению, является энтеростомия. Энтеростомия при п. о. парезах кишек — жизнеспасительная операция, оправдана экспериментом и проверена клиникой. Чрезвычайно интересны в этом отношении опыты Whipple, Stone, Berenheim, Essau, доказавших экспериментально-витальную ценность энтеростомии. Они перевязкой изолировали петлю кишки и вызывали у нормального животного явления непроходимости. Затем вводили в изолированную кишку дренаж, животное оправлялось и жило месяцами. Не то ли делает хирург, накладывая каловый свищ. Клиника полностью подтвердила эксперимент.

О целесообразности частичной разгрузки кишечника при парезах его писал еще Анротен (1893 г.). Melchior в частичной разгрузке кишечника видел могучее средство борьбы с парезом кишек. Melchior пишет: „Есть начальный общий паралич кишек, при котором перистальтика хотя и исчезла, но достаточно частичной разгрузке, чтобы восстановить проходимость“. В подтверждение он ссылается на вышеприведенный случай с проф. Титце. За целесообразность частичной разгрузки парализованного кишечника говорит и случай из Тюбингенской клиники, где опорожнение кишечника через проколы в нескольких местах вернуло функциональную способность его.

Энтеростомия в клинику вошла в 1838 году. Manod первый произвел ее у больного с явлениями илеуса. Но вскоре же была оставлена и нужен был авторитет Кохера, чтобы она снова вошла в клинику. Doyen, Heidenheim, Gebhard, Raue, Hoffmann, Hübener, Ali Krogius, из русских авторов: проф. Греков, Назаров, Грегори, Зыков, Оглоблина, Короткевич и др. широко применяют и настойчиво рекомендуют ее в случаях нарастающего пареза кишек. Особенно горячим сторонником энтеростомии является Melchior. По его мнению „эта операция (энтеростомия) не должна делаться *à-banquet*, а представляет собой операцию довольно разумную и имеющую виды на успех“. Ali Krogius энтеростомию сравнивает с трахеотомией. В большом ходу она у американских хирургов, в частности в клинике Mayo. Насколько энтеростомия популярна среди немецких хирургов, видно из замечания Петерса: „Интернисты укоряют хирургов в том, что они также охотно делают энтеростомию, как терапевты дают касторовое масло“. Заслуживают внимания отзывы о ней наших отечественных хирургов. Проф. Греков на I-м Всеукраинском съезде хирургов в прениях по поводу илеуса заявил: „Я должен категорически высказаться в пользу „неопратных“ кишечных свищей, спасительных для часто безнадежных больных и предостеречь от того радикализма при илеусе, к которому зовет Оппель“. Грегори, выступая на XIX-м съезде русских хирургов говорил: „При неослабевающих явлениях илеуса, несмотря на устранение препятствия и восстановления проходимости, последовательные оперативные вмешательства, в виде простой кишечной фистулы, могут иногда спасти организм, обреченный, казалось, на верную гибель“. Назаров в докладе на XVI съезде русских хирургов указывал: „В случаях наличия парезов кишек с явлениями илеуса у больных, перенесших перед тем операцию чревосечения, энтеростомия может быть операцией жизнеспасительной“. Того же мнения об энтеростомии Оглоблина, Короткевич и другие. Это единодушие авторов объяснимо, так как энтеростомия: 1) обычно уже в первые часы освобождает кишечник от застоявшегося, обычно высоко токсичного, содержимого, — прекращается интоксикация организма; 2) уменьшает метеоризм, исчезают перегибы, вызванные вздутием, предупреждается опасность образования спаек и перехода динами-

ческой непроходимости в механическую; 3) представляет малую травму, что весьма важно, так как делается у больных, уже перенесших операцию, иногда тяжелую; 4) во всех случаях осуществима под местной анестезией, что также весьма ценно, так как оперировать приходится на уже истощенном пациенте; 5) технически проста, выполнима в условиях мало оборудованных хирургических отделений рядовым хирургом. Длительность последующего лечения, затягивающегося иногда на многие месяцы, неопытное состояние больных для себя и окружающих, эти и все другие отрицательные стороны энтеростомии окупаются указанными преимуществами ее. Что касается неуспеха, который наблюдали некоторые хирурги при энтеростомии, в большинстве случаев он должен быть отнесен на поздний срок наложения ее, но не на самую операцию. Энтеростомия, своевременно сделанная, спасает больным жизнь, обреченным иногда на верную гибель.

Круг показаний для энтеростомии должен быть расширен. Энтеростомия — могучее средство в руках хирурга и при таких формах непроходимостей, в основе которых лежат механические или органические изменения, могущие подвергнуться обратному развитию. Сюда относятся илеусы на почве спаек, илеусы на почве анастомозитов, сигмоидитов после резекции кишек. Для иллюстрации считаю необходимым привести следующие случаи, прослеженные в нашей клинике и случай из Хирургической клиники проф. Боголюбова В. Л., опубликованный д-ром Садовским.

Наши случаи. Б-ной Х-ов, 47 лет, рабочий, доставлен в клинику каретой скорой помощи с диагнозом *hernia femoralis in cancer*. Заболел 4 дня назад, появились резкие боли в животе и припухлость в правой паховой области. Боли постепенно все усиливались, прекратился стул, присоединилась рвота, перестали отходить газы, что и вынудило больного вызвать врача скорой помощи. Status praesens: лицо осунувшееся, язык резко обложен, живот вздут, напряжен, болезнен, на глаз видна перистальтика кишечных петель, особенно справа и в верхнем отделе живота. Ниже правой паупертовой связки — опухоль с голубиное яйцо, плотная, болезненная, невправляющаяся, кожа над опухолью не изменена. Газы не отходят. Стула нет три дня Пульс—64, напряжен. Со стороны остальных органов — особых уклонений от нормы не обнаружено. Операция под местной инфильтрационной анестезией (проф. Гусынин) *Herniotomia, Resectio intestini ilei* (конец в конец). Первые два дня после операции самочувствие больного удовлетворительное. Жалоб нет. Живот мягкий. Р—70, Т—нормальна. 3-й день — жалобы на боли, вздутие живота. Р—84, правильный. Однократная рвота. Живот равномерно вздут, напряжен, повсюду болезнен. Газы не отходят. Сифонная клизма — без результата. 4-й день — состояние ухудшилось. Ночью повторно обильная рвота, боли интенсивнее, вздутие и напряжение живота больше, газы не отходят. Р—102 — слабого наполнения. Сифонная клизма также без результата. 5-й день — все явления усилились. Состояние больного резко ухудшилось. Операция — энтеростомия под местной анестезией. На операционном столе с шумом отошли газы и выделилось немного жидких каловых масс. К вечеру и ночи того же дня обильное выделение из свища каловых масс, состояние б-ного значительно улучшилось. Последующее течение: через 2 дня исчезли боли, метеоризм. На 3-й день отошли газы *per anum*, на 11-й день каловый пассаж *per anum*. С 11-го дня с периодическими задержками стул *per anum*, выделения из калового свища — незначительные. В дальнейшем течении б-ной проделал 7-х стороннюю пневмонию. Выписался из клиники в удовлетворительном состоянии на 87-й день. Каловый свищ самостоятельно закрылся. Б-ной в настоящее время чувствует себя хорошо.

Случай 2-й. Б-ная Ч-ва, 27 лет, домашняя хозяйка. Доставлена в Клинику 2/II 33 г. с явлениями острой кишечной непроходимости: схваткообразные боли в животе, каловая рвота, частый и слабый пульс, бурная видимая на глаз перистальтика кишек, отсутствие газа и стула. Раньше подобных приступов не было. В анамнезе боли в животе, хронические запоры, хронический аппендицит, туберкулезный перигонит, по поводу которого б-ная дважды лечилась. Со стороны легких понижение обеих верхушек — сужение полей Kröniga, бронхиальное дыхание над правой верхушкой и ослабленный выдох над левой. Со стороны сердца — явления миокардита. Общий *habitus phthisicus*. *Laparotomia* под

ингаляционным эфирным наркозом (проф. Гусынин); данные операции: перистальная брюшина на всем протяжении припаяна к серозе тонких кишек. Тонкие кишки в обильных сращениях, на отдельных участках их бугорчатые поражения. На ревизии брюшной полости лапаротомия закончена. Дополнительный разрез в правой илео-цекальной области. Энтеростомия. Вышло незначительное количество газов и жидкого кала. На другой день после операции общее состояние удовлетворительное, живот мягкий, на третий день газы per anum, на 24-й день — стул после клизмы. На 42-й день — стул самостоятельный. В дальнейшем стул самостоятельный через 1—2 дня, из свища — выделения незначительные. Выписалась на 65-й день в общем удовлетворительном состоянии со свищем. Через два месяца свищ закрыт по способу Сапожкова. Общее состояние 6-ной хорошее, значительно прибавила в весе. Таким образом, в 1-м случае энтеростомия спасла жизнь 6-ному, во 2-м — ликвидировала у больной явление острой кишечной непроходимости, избавила больную от хронических запоров и болей. В высшей степени демонстративным является случай, опубликованный д-ром Садовским из Хирургической клиники проф. Боголюбова. Приведу подробнее этот случай, заслуживающий исключительного внимания.

17 ноября 1928 г. в Хирургическую клинику доставлен каретой скорой помощи 6-ной Шов, 42 лет, чернорабочий. Диагноз *ulcus ventriculi perforativa*. Операция *laparotomia* под смешанным хлороформным наркозом (Гусынин). В области малой кривизны желудка, в препилорической части круглое прободное отверстие величиной с горошину, откуда непрерывно выделяется желудочное содержимое. Кисетный шов на отверстие и ряд добавочных погружных узловатых швов. В верхний отдел раны вставлены тампоны, подвешенные к малой кривизне. Послойное ушивание брюшной стенки. Послеоперационное течение гладкое. На 16-й день бурно развились явления непроходимости. В тот же день вечером экстренная релапаротомия под общим смешанным ингаляционным наркозом. На операции найдено: петли кишек спаяны между собой и с пристеночной брюшиной, особенно в области малого таза, образуя сплошной конгломерат. В илео-цекальной области довольно массивный тяж вызвал перетяжку и перегиб тонкой кишки. Выше этого места кишки растянуты, ниже его в спавшемся состоянии. Тяж рассечен. Разделение кишек от спаек друг с другом оказалось совершенно невозможным, так как при этом рвалась серозная оболочка кишек. Операционная рана зашита наглухо. Добавочный разрез в правой подвздошной области. Наложена энтеростомия. Послеоперационное течение: через свищ выделяется жидкий кал, на 12-й день — самостоятельный стул. В дальнейшем стул сначала через день. Через 2 месяца 6-ной выписался со свищем, из которого выделялось лишь небольшое количество слизистого выделяемого. Больной выписался с тем, чтобы спустя некоторое время, если свищ не закроется, обратиться в клинику. Однако, операция оказалась неотложно необходимой раньше, чем больной собрался к ней прибегнуть. Через 2 месяца больной в третий раз срочно доставлен в клинику с диагнозом: внедрение участка тонкой кишки в тонкую с выпадением через свищ и ущемлением в свищевом отверстии. Операция — лапаротомия (Гусынин) под общим смешанным наркозом. Правый параректальный разрез. Кишки найдены в нормальном состоянии без всяких между ними спаек (курсив наш). Произведено: резекция с эвагинацией через свищ резецированных отрезков кишки. Этот 3-й случай, прослеженный на операции, бесспорно убеждает в возможности обратного развития процессов в брюшной полости после операции энтеростомии. Все три случая еще раз подтверждают жизненную ценность энтеростомии при паралитической непроходимости и при непроходимости на почве свежих пластических перитонитов с преобладанием пареза кишек.

Техника энтеростомии проста и общеизвестна. Каловый свищ может быть наложен в любом месте живота, но предпочтительнее его накладывать в правой подвздошной области, где по состоянию слепой кишки лучше руководствоваться о локализации препятствия и распространенности кишечных паралитических явлений. Далее, каловый свищ следует накладывать возможно дальше на дистальном отрезке кишки, ближе к месту впадения в цекум, т. е. главным образом, в той же в правой подвздошной области.

На основании литературных данных, данных эксперимента, клиники и прослеженных случаев операций энтеростомии в нашей клинике позволим сделать следующие выводы:

1. Энтеростомия — жизнеспасительное средство в случаях послеоперационных паралитических илеусов.

2. Энтеростомия показана также для случаев илеусов, вызванных временным закрытием или сужением просвета кишки, вследствие воспалительных изменений в ней (спайки, анастомозиты), повлекших непроходимость и могущих подвергнуться обратному развитию.

3. Энтеростомия технически простая операция, доступна широкому кругу хирургов, выполнима в малооборудованных хирургических отделениях, что еще более выдвигает ее как ценный оперативный метод в грозных и тяжелых случаях послеоперационной непроходимости кишек.

Литература: 1. Проф. Г. Шаде „Физическая химия во внутренней медицине“. 2. Классические руководства по оперативной гинекологии. 3. Бир, Браун, Кюммель — оперативная хирургия. 4. Труды XVI Съезда российских хирургов. 5. Труды XIX Съезда российских хирургов. 6. Классические руководства по частной хирургии. 7. И. А. Бонч-Осмоловский — Вест. Хирург. 1931 г., кн. 70—71. 8. Козырев — В. Х. и П. О., 1927 г., кн. 32. 9. А. Г. Броун — В. Х. и П. О., 1929 г., кн. 48—49. 10. А. А. Немилов и Н. Д. Перумова — В. Х. и П. О., 1929 г., кн. 63. 11. С. Жуков — Вр. обозрение, 1923 г., № 6. 12. А. А. Короткевич — Б-л. медиц. думка. 1928 г., № 1. 14. Бакушинский — В. Х. и П. О., кн. 47. 15. С. И. Спасокукоцкий — Вест. совр. медицины, 1928 г., № 2. 16. В. Н. Смотров и А. Е. Успенский — Терапев. арх., 1930 г., № 4—5. 17. И. И. Садовский — Каз. мед. журн., 1929 г., № 10. 18. Кубанская научная мысль, 1928 г., №№ 7 и 8.

Из Акушерско-гинекологической клиники Казанского государственного медицинского института (директор проф. П. Маненков).

Опыт применения новокаинового блока при некоторых гинекологических заболеваниях¹⁾.

Проф. П. Маненков и асп. Е. И. Горелова-Бикчурина.

Трудами школы проф. Сперанского дано новое понимание этиологии, патогенеза, клиники и терапии патологических процессов. Эти труды устанавливают, что 1) многие и разнообразные патологические процессы в своем происхождении целиком обязаны нервным воздействиям и 2) нервно-трофический компонент входит как основной, во все без исключения патологические процессы, являясь от начала до конца фактором, определяющим их состояние²⁾. В результате намечаются новые пути воздействия на течение патологических процессов. Становится очевидным, что, вызвав перестройку внутривнервных отношений, можно так или иначе изменить течение патологического процесса. В поисках вмешательств, способствующих пере-

¹⁾ Доложено в акушерско-гинекологической секции IV научного съезда врачей Татарии.

²⁾ Сперанский А. Л. Нервная трофика в теории и практике медицины. Сборн. стат., Ленинград, 1934 г.