

имеется в литературе. А литературные данные говорят, что оба разбираемых способа в настоящее время должны, повидимому, иметь одинаковые права гражданства в гинекологии, выбор же между ними должен зависеть от индивидуальных особенностей каждого данного случая, а также от желания больных, от тех средств, которыми располагает гинеколог, от его опыта в том и другом способе лечения фибромиом и т. д.

---

Из Калачеевской районной больницы Воронежской области (глав. врач А. Н. Невский).

## Кишечная непроходимость и беременность.

А. Н. Невский.

Случаи заболевания кишечной непроходимостью (к. н.) во время беременности не вышли из стадии казуистики. Мировая литература по данному вопросу располагает материалом немногим более 200 случаев, русская литература насчитывает десятки сюда относящихся случаев.

При знакомстве с русской литературой выявляется, что некоторые авторы слишком широко трактуют данную тему и включают в нее материал, который мог бы составить обособленный вопрос в учении о кишечной непроходимости. Так, в таблице, составленной Русиным, приведен случай Соколова, где странгуляционная кишечная непроходимость связывалась с нарушенной внематочной беременностью.

Отдельные авторы, претендуя на исчерпывающую полноту случаев русской литературы, проглядели некоторые ранее опубликованные случаи. Так, Соловьев, сообщая о своих случаях в 1933 году, не учел случаев проф. Боголюбова, сообщенных им в 1926 году (Каз. мед. жур., № 5—6). Все же, если исходить из итога по Соловьеву, внеся поправки (исключить случаи Эскина, Ильина и Соколова по ранее приведенным мотивам, а также и один случай Соловьева, пополнить казуистику случаями проф. Боголюбова (2), Соловьева (1), Рождественского (1), Кимбаровского<sup>1)</sup>, то мой нижеприведенный случай окажется 35-м в русской литературе.

Не могу утверждать, что я точно учел все случаи, но их все-таки так мало, что каждый из них представляет интерес. Едва ли можно согласиться с утверждением Найдича, повторенном Соловьевым, что якобы „много случаев ileus'a при беременности попадают в руки хирургов, для которых эти случаи не представляют такого интереса, как для акушеров-гинекологов, почему они и не публикуются“. Только что закончившийся съезд хирургов Украины как раз говорит другое: в со-

<sup>1)</sup> Второй случай Кимбаровского не подлежит анализу за краткостью сообщения.

докладе по программному вопросу о кишечной непроходимости обособленно была поставлена тема „К. н. и беременность“ (этот материал не вошел в мою статью). И если на прежних хирургических съездах (как, например, XIX съезд хирургов) эта тема не выдвигалась, то не потому, что ею не интересовались хирурги, а потому, что материала на эту тему нет или очень мало. По сути дела в этих случаях основным патологическим процессом является хирургическое заболевание — непроходимость кишок при наличии беременности. Все этиологические моменты — спайки, сращения воспалительного характера и послеоперационные, ненормальная длина брыжейки, врожденные патологические карманы, внутренние грыжи, опухоли и прочее, все эти моменты свойственны к. н. при беременности. И только в небольшом проценте случаев (6,2% у русских авторов и до 15% по иностранным материалам) беременная матка является непосредственной виновницей к. н.

Вся симптоматология обычная, свойственная той или иной форме к. н., как хирургического заболевания: внезапная резкая боль в животе, задержка газов и стула, рвота, вздутие живота, симптом Wahl'я, симптом Грекова и других.

В вопросе терапии случаев к. н. в связи с беременностью трудности значительно возрастают в сравнении со случаями к. н. чисто хирургического характера. В сомнительных случаях, когда нет налицо всех необходимых симптомов, хирург бывает прав, решаясь на лапаротомию, как на последнее диагностическое средство. Однако в таких случаях не так-то легко пойти на пробную лапаротомию, которая может быть далеко не безразличной и для матери, и особенно для плода. Вместе с тем, ждать абсолютных признаков заворота кишок — каловой рвоты и пр. — так же, если не более, опасно как для заболевшей, так и для плода. Поэтому все эти случаи требуют исключительного внимания врача, требуют знания вопроса, соединенного с врачебным опытом.

Если вопрос разрешен, диагноз к. н. установлен, то единственным правильным путем разрешения к. н. нужно считать хирургическое вмешательство. Хотя в отдельных случаях наступивший в тот же момент родовой акт может иногда разрешить и к. н., но полагаться всегда при этом на благоприятный исход заболевания рискованно. По старым авторам, смертность при консервативном лечении достигает 80% и больше, тогда как хирургическое лечение дает смертность около 35%.

Решившись на лапаротомию, хирург неизбежно ставит себе вопрос — как быть с беременностью. Беременность первой половины (включительно до 5 месяцев) целесообразно сохранить, если нет каких-либо других противопоказаний. И если лапаротомия на беременности не отразится и беременность сохранится, то больная в течение последующих 4 месяцев вполне восстановит свои силы для предстоящего родового акта, наряду с тем и послеоперационный рубец достаточно окрепнет, чтобы противостоять напряжению в момент родовых потуг. Если же на-

ступит выкидыш, то он не потребует от больной больших физических затрат.

Табл. 1.

Случаи кишечной непроходимости при беременности до 5 месяцев включительно:

| А в т о р ы                                                                           | Исход для матери.       | Исход для плода                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| А) Судаков, Кузьмин, Русин, Аристова (2), Боголюбов, Холодковский, Федулов, Атабеков. | Выздоровление 9 случаев | Роды в срок 5 сл. Преждевременные роды после 2-й операции 1 сл. Нежизнеспособный плод при малом кес. сеч 1 сл. Неизвестно 1 сл. Выкидыш 1 сл. |
| Б) Тарновский, Боголюбов, Жаботинский, Аристова (2).                                  | Смерть 5 сл.            | Смерть 5 сл.                                                                                                                                  |

Из таблицы 1 видно, что 9 женщин, с беременностью в срок до 5 месяцев, остались живы и у 5 из них наступили впоследствии роды в срок, одна имела потом преждевременные роды на 8-м месяце, у одной ребенок погиб, как нежизнеспособный, после кесарского сечения, в одном случае результат неизвестен, и только в одном случае наступил выкидыш в результате операции.

Беременность во 2-й половине может представлять ряд вариантов.

Табл. 2.

Случаи кишечной непроходимости при беременности после 5 месяцев.

| А в т о р ы                                                                                                                                                                                             | Исход, для матери.                            | Исход для плода                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|
| А) Мусатов и Юровский<br>(Роды в момент операции)                                                                                                                                                       | Выздоровление                                 | Живы 2 случ.                       |
| Б) Судаков, Барский, Атабеков (2), Найдич, Жаботинский, Соловьев, Рождественский, Кимбаровский, Александров, Невский.<br>(Кесарское сечение в момент операции и др. форсирующие методы родоразрешения). | Выздоровление 9 случаев<br><br>Смерть—2 случ. | Живы 2 случ.<br><br>Смерть 9 случ. |
| В) Аристова (3), Нейман, Юрасовский, Жаботинский, Лимберберг, Иоффе.<br>(Без кесарского сечения и др. форсирующих методов родоразрешения).                                                              | Выздоровление 3 случая<br><br>Смерть 5 случ.  | Смерть 8 случ.                     |

Если родовая деятельность началась, то следует сначала действовать скорейшему окончанию родов, per vias naturales, а затем перейти к лапаротомии. Это условие для плода и для матери является, повидимому, наиболее благоприятным. Из таб-

лицы № 2 видно, что такая благоприятная ситуация встрети-лась только в 2 случаях, причем в обоих—остались живы и матери и дети.

Если же роды не наступили, то при лапаротомии одновре-менно следует произвести искусственное родоразрешение. Таким путем мы можем сохранить жизнь плода, если он жизнеспосо-бен, а устранив тяжелое заболевание, мы, благодаря искусствен-ному родоразрешению, облегчаем больной послеоперационный период, в котором возможны всякого рода осложнения, включая преждевременные роды. Из таблицы 2 видно, что на 9 кесар-ских сечений и двух других форсирующих методов родоразре-шения, 2 ребенка остались живы, остальные умерли, притом умерли и две матери. Без кесарского сечения—5 детей умерло вместе с матерями, в 3 случаях наступили преждевременные роды нежизнеспособным или мертвым плодом.

В исключительных случаях, когда больная будет настаивать на сохранении беременности, можно на это согласиться, преду-предив больную о могущих быть последствиях. В этом отно-шении поучителен экзквизитный случай Аристовой. Автор два раза оперировала свою больную по поводу к. н. на протяжении одной и той же беременности. В первый раз больная была оперирована при 2 $\frac{1}{2}$  месяце беременности, 2-й раз—при 7 ме-сяцах. Хирург считал целесообразным сохранить беременность, однако на 8-м месяце больная разрешилась мертвым плодом. Автор допускает, что причиной смерти плода „по всей вероят-ности является интоксикация, так как брюшная рана, в которой лежала матка, сильно гноилась“ (после 2-й лапаротомии). О судьбе матери автор сообщает: „повидимому за месяц, который протек с момента 2-й операции до родов, матка успела фикси-роваться к брюшной стенке настолько плотными спайками, что они уцелели и в послеоперационном периоде, несмотря на об-ратное развитие и сокращение матки. Только благодаря этому у нашей больной не развился перитонит, идущий от гноящейся брюшной стенки, и она осталась жива“.

Само собой разумеется, нагноение не является обязательным при лапаротомии, но ведь ни один хирург не может дать гаран-тии, что обойдется без нагноения, которое у беременной пред-ставляет исключительную тяжесть. Да и помимо нагноения воз-можен целый ряд осложнений, свойственных родовому акту, которые могут быть особенно тяжелы у больной, только что перенесшей большую операционную травму по поводу к. н. На основании всего изложенного следует сделать вывод: оставляя беременность 2-й половины при лапаротомии по поводу к. н., мы ставим под большое сомнение благополучие плода и под-вергаем исключительному риску жизнь и здоровье матери.

В заключение приведу личное наблюдение. Ист. болезни № 950. В час ночи 19/VI 1936 года в Калачеевскую больницу доставлена врачом участка больная Г., 30 лет, с жалобами на боль в животе и рвоту кровью (?). Считает себя бере-менной около 7 месяцев, никогда ничем не болела, имела одни нормальные роды, аборт не делала. Около суток назад появилась боль в животе, которую больная приняла за родовую, затем присоединилась рвота темными

массах. Общее состояние больной тяжелое. Больная правильного телосложения, видимые слизистые и конъюнктивы умеренно окрашены, кожа чистая, язык влажный, пульс слегка учащен. В области сердца и легких каких-либо отклонений от нормы не отмечается. Живот при осмотре равномерно вздут, болезнен, при перкуссии—тимпанит, матка не пальпируется. Per vaginam—зев матки закрыт. Размеры таза 25—27—29—20. Температура 37,5°. Больную беспокоит рвота с примесью желчи, клизму не держит. Больная оставлена под наблюдением. В 8 часов утра больная плохо себя чувствует, задержка стула и газов. Ночь провела без сна. Живот вздут менее, матка пальпируется через брюшные покровы, размеры ее соответствуют 7-месячной беременности. При аускультации прослушивается сердцебиение плода в правом нижнем квадранте. Ввиду тяжести состояния больной предложена операция.

Под спинномозговой анестезией—лапаротомия. По вскрытии полости живота—обильный, кровянистый экссудат. Найдена кишечная непроходимость. В первый момент произведено большое касарское сечение, извлечен живой плод, весом 1300 г. Затем перешли на разрешение к. н. Тонкий кишечник почти весь лежит в селезеночном углу, снизу вверх, слева направо, по направлению к середине левого подреберья тонкий кишечник прикрыт SR, ее брыжейка крепко перетягивает брыжейку тонкого кишечника, вследствие чего петля тонкого кишечника багрово-темного цвета. В ущемляющее кольцо проведен кончик пальца, затем листки брыжейки SR осторожно рассечены, через увеличившееся отверстие выведен ущемленный тонкий кишечник, и тем самым узел разрешен. Значительная часть петель тонкого кишечника с признаками гангрены, брыжейка затромбирована. Произведена резекция 240 см тонкого кишечника, анастомоз конец в конец, брюшная полость осушена от экссудата и ушита наглухо. Послеоперационный период протекал гладко. Больная выписана из больницы на 18-й день. Ребенок умер.

К особенностям моего случая нужно отнести обширную резекцию тонкого кишечника (240 см). Кимбаровский в статье „Об обширных резекциях тонких кишок“ считает, что „такие случаи являются казуистической редкостью, и каждый случай должен быть отмечен в медицинской печати“.

На основании анализа русской литературы по данному вопросу считаю нужным сделать следующие выводы:

1) Кишечная непроходимость при беременности относится к редким формам заболевания.

2. На основании этиологии к. н. этих случаев, а также симптоматологии и терапии их следует отнести к группе хирургических заболеваний, но при разрешении их всегда желательна консультация акушера-гинеколога, а в отдельных случаях последнему должна принадлежать ведущая роль.

3) К. н. при беременности должна разрешаться только хирургическим путем.

4) Беременность первой половины целесообразно сохранить, беременность второй половины наиболее целесообразно разрешить в момент лапаротомии, если одновременно не наступают роды.

5) К. н. при беременности является очень тяжелым заболеванием, со смертностью матерей около 35%, и исключительно неблагоприятно отражается на детях, давая 70% смертности их.