

3. Ввиду неполной механизации порционного цеха консервного завода работа с зайцами без самого тщательного бактер. анализа опасна для рабочих цеха.

4. При разрешении проблемы пищевой промышленности нужно осторожно подходить к выработке пищевых продуктов из мяса диких животных, проводя для этого каждый раз тщательный бактериологический анализ материала.

5. До перехода на полную механизацию производства необходимо снабжать рабочих достаточно прочной спецодеждой, защищающей главным образом руки их от поранения осколками костей и проникновения инфекции.

6. Для предотвращения эпидемии в будущем необходимо широко информировать о новом для нашего Союза чумоподобном заболевании с продолжительной и тяжелой картиной болезни, могущей, судя по литературным данным, повести даже к смерти.

Литература: 1) Л. М. Хатеневер. Гигиена и эпидемиология, № 8—9 за 1930 г.—2) Г. И. Зархи. Микробиология, № 3, том VIII, 1929 г.—3) Г. И. Зархи. Гигиена и эпидемиология, № 8—9, 1930 г.—4) Проф. С. Н. Никаноров, Голов, Князевский, Бердников, А. Вольферц. Вестник микробиологии, т. VII, в. 3, 1928 г.—5) Л. Рабин. Казанский медиц. журнал, № 2, 1931 г.—6) Б. Е. Несговоров. Вспышка туляремии на Курганском консервном заводе (Доклад в заседании научной ассоциации г. Кургана 20/V 1931).

Из Факультетской хирургич. клиники Казанского гос. медицинского ин-та.
Директор проф. А. В. Вишневский.

К вопросу о тотальной колектомии¹⁾.

Приват-доцента С. А. Флерова.

В настоящем сообщении дело касается большой По—вой, которой 1 г. 7 мес. тому назад проф. А. В. Вишневским произведена тотальная колектомия по поводу неизлечимого хронического запора.

Так как затронутый вопрос является вопросом чрезвычайного значения, а между тем он в медицинской прессе и медицинских о-вах фигурирует редко, то позволю себе краткое реферативное изложение его современного состояния.

Если рассматривать отдельные заболевания брюшных и забрюшинных органов в их взаимной связи, то очень часто найдем главного виновника этих заболеваний в лице толстого кишечника. Мало того, толстый кишечник при хронических запорах влияет своей инфекцией и токсинами непосредственно, или же чрез посредство других брюшных и забрюшинных органов (печень, панкреас, почки), и на весь организм, вызывая преждевременную старость и смерть последнего.

В свою очередь для толстого кишечника имеются свои вредные этиологические моменты. Они общеизвестны, их много, но, повидимому, одним из основных моментов является несоответствие бурных темпов жизни современного культурного человека с медленными жизненными темпами его т. наз. „висцерального животного“. Кишечник получает не

¹⁾ Доложено в Казанском о-ве врачей 18/III 30, с демонстрацией больной.

ту пищу, к которой привык исторически, получает не во-время и не в надлежащем количестве; не во-время также и опоражнивается. В результате получается разрыв между целым организмом и его „висцеральным животным“ к обоюдной их невыгоде. Улучшение и рационализация труда, быта и питания должны быть поставлены, поэтому, во главу угла вопроса борьбы с хроническими запорами, аутоинфекцией и аутоинтоксикацией, с преждевременной старостью и смертью. Что касается лечебной стороны данного вопроса, то наши мероприятия должны быть точно согласованы со степенью тех анатомических и функциональных изменений, которые мы в толстом кишечнике в состоянии будем обнаружить. Если мы возьмем процесс катаррального или язвенного колита, то, конечно, диета, физиотерапия и медикаментозное лечение в большинстве случаев будут достаточны. Но если катарральный процесс упорствует, то в ряде случаев показаны промывания толстых кишек или *per gestum*, или чрез просвет вшитого в брюшную стенку червеобразного отростка. Смысл всех этих мероприятий заключается как в том, чтобы излечить катарральный процесс, так и в том, чтобы не допустить распространения инфекции в толще лежащих снаружи от слизистой оболочки слоев кишечной стенки, не допустить перерождения мышц и заложеного в стенке кишки нервно-мышечного аппарата, т. е. Ауэрбаховского сплетения с его отдельными нервно-мышечными узлами (узлами Keith'a).

В другом ряде случаев инфекция и токсины уже проникли транспариетальным путем на серозный покров толстого кишечника, образовав на нем воспалительные спайки характера или плоскостного, или же в виде беловатых перламутрового вида тяжей. Если последние повели к ограничению нормальных движений кишки, к перегибам и сужениям ее просвета, то показано рассечение и иссечение таких спаек и тяжей. Необходимо упомянуть, что у многих людей, главным образом астенического типа, кроме упомянутых спаек встречаются и другого рода спайки, т.-наз. мембраны Джексона, которые отличаются от предыдущих своей прозрачностью, правильным расположением сосудов и которые как бы подвешивают кверху слепую и отдельные части ободочной кишки. Нужно ли оставлять эти мембраны, или их необходимо рассекать,—вопрос до настоящего времени еще окончательно не разрешенный. На основании главным образом взглядов Лане, который приписывает мембранам Джексона врожденный характер и физиологически целесообразное значение, мы лично склонны думать, что если эти мембраны вторично не подверглись воспалительно рубцовым изменениям, и сужений и перегибов не вызывают, то и трогать их не следует.

В более серьезных и запущенных случаях в толще стенок толстого кишечника происходит фиброзный процесс с дегенерацией мышц и нервно-мышечного аппарата. Этот процесс захватывает различные места толстой кишки, чаще справа, но нередко и слева. Наиболее частыми местами являются слепая кишка, углы печеночный и селезеночный и *flexura sigmoidea*. В результате толстый кишечник теряет в значительной мере свою пропульсивную силу, теряет свое физиологическое значение, приобретает противоположное качество вредного и опасного очага, источника инфекции и интоксикации для организма. Он становится, по выражению Лане, *sesspool*, т. е. сточной ямой для нечистот.

Отсюда английский хирург Lane¹⁾ сделал практический вывод и, как незаурядный хирург, первый начал производить в ряде подходящих случаев не только выключение толстого кишечника, но и операцию тотальной колектомии, причем как при выключении, так и при резекции содержимое из ileum направлял в flexura sigmoidea. Тотальных колектомий он произвел всего 50 с 8,8% смертности. Из его последователей известен Raucher, который произвел 15 тотальных колектомий с 6,6% смертности. Единичные случаи применения этой операции были и у других хирургов, но в общем у Lane подражателей было мало.

Остальные хирурги начали в соответствующих случаях с выключений толстого кишечника для того, чтобы кишечное содержимое миновало инвалидные участки. Чаще всего соединяли перерезанную ileum с flexura sigmoidea или с colon transversum, и в ряде случаев получили хороший результат. Но зато в другом ряде случаев состояние больных не только не улучшалось, но даже становилось хуже прежнего. Причина неудач заключалась в том, что выключенный участок кишки (напр. coecum) ретроградно наполнялся содержимым, превращаясь в большой застойный мешок. Возьмем для примера ileo-transversostomiю. Эта операция может быть хороша только при условии, если мы твердо уверены, что каудально от анастомоза нет никаких препятствий по ходу кишки. Если же какие-либо препятствия имеются, будь то в flexura lienalis или в flexura sigmoidea, или же препятствие состоит в функциональном дефекте опорожнения прямой кишки, т. е. такие вещи, которые легко не заметить и распознать, то перистальтика, по словам проф. Опеля, погонит содержимое в сторону меньшего сопротивления, обратно в слепую кишку. Поэтому в настоящее время выключения на толстых кишках при данном заболевании производятся редко, особенно большие выключения. Напротив, маленькие выключения, напр., анастомоз между спаявшимися между собой коленами печеночной и селезеночной кривизны, своего значения не утратили.

Далее, в связи с прогрессом брюшной хирургии, перешли к резекции правой половины толстого кишечника, правой потому, что она подвергается заболеванию чаще и сильнее, чем левая половина. Таких операций произведено много, но успех получался опять-таки не всегда, а лишь в тех случаях, когда проходимость левой половины толстого кишечника в анатомическом и функциональном смысле была хороша. В противном случае ретроградные волны содержимого производили растяжение слепых мешков в области соустья, вызывая боли и кишечные расстройства.

Поэтому является вполне логичным в случаях неизлечимого двустороннего нарушения анатомических и динамических свойств толстого кишечника прибегать к резекции слепой и ободочной кишки до нижней части сигмовидной кишки. Эта операция и была произведена нашей больной, краткая история болезни которой заключается в следующем.

Больная П., 54 лет, дом.-хоз., замужняя, двое детей, поступила в июне 1928 г. в Фак. хир. клинику с жалобами на постоянные упорные запоры, рвоту и боли в животе. Больна 8 лет (с 1920 года). Боли тянущего, тупого характера, связанные с приемом большого количества пищи. После приема пищи часто бывает

¹⁾ Lane раньше Мечникова обратил внимание на аутоинфекцию и аутоинтоксикацию из толстого кишечника.

обильная рвота. Все доступные виды терапевтического лечения (больная жила и лечилась в Казани) существенной пользы не приносили. Больная высокого роста, подкожная клетчатка слабо выражена; кожа и слизистые бледны. У верхушки сердца систолический шум. Прощупывается правая почка. Нижняя граница желудка на 5 пальцев ниже пупка. Хорошо прощупывается расширенная слепая кишка. Болезненности при пальпации живота нет. Натощак из желудка тонким зондом добыто 140 куб. Вес больной 49 к.—12/VI 1928 г. липаротомия (прив.-доц. Флеров) под местной инфльтрационной анестезией (625 куб. 1/4% новокаина на Рингеровском растворе). Правая половина толстых кишек найдена атоничной, расширенной. Произведено соединение подвздошной кишки, после перерезки ее, с левой половиной поперечно-ободочной кишки изоперистальтически, бок в бок. Послеоперационное течение гладкое. По выписке из клиники больная некоторое время чувствовала себя хорошо, но вскоре прежние явления возобновились.—Через 5 мес. после операции больная снова поступила в нашу клинику. Вес 49 к., т. е. как перед первой операцией. Гемоглобина 60%. При пальпации правой подвздошной области прощупываются плотные, слегка деформирующиеся при надавливании, галовые массы. Контрастная масса через 3 часа частью еще в желудке. Через 10 часов контрастная масса почти целиком в нисходящей части толстой кишки, а через 24 часа в flexura sigmoidea.—29/XI 1928 г. липаротомия (проф. А. В. Вишневский, под местной инфльтрац. анестезией по его методике). Всего потрачено 1700 куб.—1/4% новокаина на Рингеровском растворе. Резекция толстых кишек начата со слепой кишки. В области слепой, восходящей кишки, печеночной и селезеночной кривизны найдены Джаксоновские мембраны и воспалительные тяжи типа Резанова. Отделение толстой кишки произведено до нижней части flexurae sigmoideae. Здесь кишка перерезана. Оставшаяся часть флексуры зашита наглухо, после чего произведено соустье между нею и концом ilei по принципу бок в бок, изоперистальтически. Вся операция продолжалась около двух часов, происходила при полной эвентрации тонких кишек, протекла вполне безболезненно и была лишена всякого намека на какие-либо сосудистые расстройства и шок.

Макроскопически удаленный кишечник представил следующие изменения. Слепая кишка значительно расширена, ее слизистая оболочка бледна, складки сглажены. На серозной оболочке видны идущие снаружи спайки. Баугиниева заслонка сглажена. В области flexurae hepaticae спайки. Дистально от бывшего анастомоза в левой части поперечно-ободочной кишки сверху идут резко выраженные пластинчатые спайки. Сам анастомоз и его ближайшая окружность в безукоризненном состоянии. В области flexurae hepaticae значительное сужение просвета. Слизистая здесь не изменена; на серозной—спайки. Верхнее колено flexurae sigmoideae сильно расширено, слизистая сглажена, атрофична, бледна. Червеобразный отросток длиной 8 сант. уплотнен.

После операции на 3-й день рвота окрашенными желчью массами. После промывания желудка рвота прошла. С 7-го до 16-го дня жидкий стул по 4—6 раз в день, а далее постепенный переход к стулу нормальному. Болей в животе не отмечает. С момента операции течение двух месяцев имела отвращение к сахару. На 23-й день после операции выписалась при весе в 47 к., т. е. убыли на 2 к. сравнительно с весом при поступлении.—В настоящее время, т. е. чрез 1½ года после операции, вес больной 59,5 к. Гемоглобина 73,6%. Эритроцитов 5,360,000. Лейкоцитов 8,400. В желудке натощак 35 куб. содержимого. После пробного завтрака свободная HCl течение двух часов колеблется от 0 до 29, общая кислотн. 15—42, хлориды 70—126.

Спрашивается, что же интересного и поучительного представляет собою данный случай?

Этот случай, прежде всего, говорит об успешном применении тотальной колектомии по поводу хронического неизлечимого запора с далеко зашедшими изменениями в толстом кишечнике, где не помогли ни терапевтическое лечение, ни операция ileo-transversostomia. Нужно отметить, что тотальная колектомия представляет собою операцию редкую, на которую решались лишь немногие хирурги (Lape 50 случ., Raucheret 15 случ.). В нашей клинике эта операция производится проф.

А. В. Вишневским во второй раз, причем первый случай прошел тоже благоприятно.

Во 2-х, была применена при операции местная инфильтрационная анестезия по методике проф. А. В. Вишневского, причем израсходовано 1700 куб. 1/4% новокаина без малейших вредных последствий, при полной анестезии (как и в предыдущем случае). Серьезная операция, серьезное испытание для методики анестезии, дала блестящий результат.

В 3-х, послеоперационный жидкий стул (как и в предыдущем случае) длился недолго и особо вредных последствий не имел (большая убыль в весе, при выписке на 23-й день, всего на 2 к.).

В 4-х, эта больная, как и предыдущая, некоторое время после операции имела отвращение к сахару. К этим двум случаям можно присоединить третий. Так, недавно в нашу клинику, была доставлена больная со случайно получившимся (после гинекологической операции) каловым свищем сигмовидной кишки с полным выделением кала через свищ. С момента возникновения свища полное отвращение к сахару, но как только проходимость кишки была восстановлена, то отвращение к сахару прошло. Таким образом приведенные три случая могут представить собою материал для изучения физиологической роли толстого кишечника и его различных отделов во всасывании сахаристых веществ.

Наконец, приведенная в данном сообщении больная прослежена после операции на сроке в 1½ года. Она заявляет, что после операции как бы переродилась и помолодела. Действительно, внешний вид больной резко изменился к лучшему и не оставляет желать лучшего. Эта больная доказала, что без толстых кишек можно не только жить, но и значительно прибывать в весе. Она прибыла в весе на 10,5 к. Количество гемоглобина с 60% поднялось до 73,6%. Даже нижняя граница желудка, которая до операции была на 5 пальцев ниже пупка, теперь всего на один палец ниже пупка. Кроме бывающих иногда легких болей под ложечкой больная ни на что не жалуется. Стул ежедневно, нормальный.

Поэтому приведенные случаи могут говорить в пользу тотальной колектомии, при условии, конечно, если эту операцию производить по надлежащим показаниям и надлежащим образом.

Литература: 1) М. Резанов. Хирургия. 1913, № 194.—2) Проф. Опель. Клинические лекции.—3) Проф. Брайцев. Вестн. хирургии, 1929.—4) Прив. доц. Н. Савков. Ibid.—5) A. Lane. British Journal of Surgery. 1915.—6) A. Lane. The Consequences and Treatment of Alimentary Toxaemia. Proceeding of the Royal Society. 1913.—7) A. Keith. British. Journal of Surgery. 1915.—8) Mutch, Barclay, Barling, Huges, Mothersole. Ibid.—9) Walton Ibid.—10) Eastman. Ibidem of the American med. Ass. 1914.—11) W. Mayo. Ibid.—12) Pfaler. Ibid. 1912.—13) Bassler. Ibidem 1914.—14) Lardenois. Presse médicale. 1927.