

Из акушерско-гинекологической клиники Воронежского медицинского института (директор—проф. В. А. Мишин) и Россошанской городской больницы ЦЧО (завед. И. И. Поволоцкий).

Об ileus'е во время беременности.

Ординатор В. С. Соловьев.

Вопросу о кишечной непроходимости во время беременности и в послеродовом периоде русскими акушерами уделялось мало внимания. В то время как на Западе вопросу этому посвящена обширная литература и Ludwig уже в 1913 г. мог собрать 96 случаев, к которым Leitner и Mikulicz-Radecki в 1925 г. добавили еще 81 случай, у нас до недавнего времени подобные случаи насчитывались лишь немногими единицами. Только за последние годы случаи ileus'a во время беременности стали опубликовываться несколько чаще, и появился ряд более значительных работ по этому поводу.

Всего до настоящего времени в русской литературе описано 30 случаев (Аристова—5 случ., Атабеков, Судаков и Жаботинский—по 3 случ., Юрасовский и Русин—по 2 случ., Найдич, Барский, Нейман, Эскин, Ильин, Соколов, Александров, Мусатов, Холодковский, Кузьмин, Федулов, Тарновский—по 1 случ.), при чем в 1 случ. (Аристовой) больная оперирована была по поводу непроходимости в течение одной беременности два раза. Два случая (1 сл. Судакова и 1—Русина) являются не вполне достоверными, так как в обоих—ileus, хотя, повидимому, и возник в связи с беременностью, но развернулся уже через некоторое время после окончания его.

Причина такой разницы в частоте ileus'a во время беременности на Западе и у нас кроется, по мнению некоторых авторов (Русин, Найдич), главным образом, в том, что, несомненно, много случаев, окончившихся летально, не было опубликовано. С другой стороны, многие случаи, вероятно, не было опубликованы потому, что наблюдались хирургами, для которых они особенного интереса не представляют. Считая, что для выяснения действительной частоты этого грозного осложнения беременности имеет значение точный учет всех наблюдавшихся случаев, мы и находим возможным описать встретившиеся нам два случая один—в Россошанской б-це, второй—в клинике).

В Воронежской акушерско-гинекологической клинике за последние 5 лет наблюдались 3 случая ileus'a во время и в связи с беременностью. Первые два случая описаны были в 1928 г. ассистентами Я. И. Русиным. В первом из них имелся ileus вследствие сдавления кишечника беременной на 4-м месяце маткой, спаянной после бывшего ранее кесарского сечения плотными тяжами с сальником. Во втором (случай этот, как указывалось выше, является не вполне достоверным)—произведенный аборт вызвал обострение имевшегося воспалительного процесса в периметрии и придатках и образование новых сращений и тяжей, приведших к внезапно разыгравшимся явлениям острой кишечной непроходимости.

Третий случай (наш первый), в котором непроходимость вызвана была нарушенной внематочной беременностью, описан будет ниже.

Данные, касающиеся этого случая, сводятся к следующему:

Д-ва, 38 лет, направлена была в 1 час ночи на 28/IV 30 г. врачом в родильное отд. Россосанской гор. б-цы с диагнозом: начавшиеся родовые боли. Беременность 8 мес. Настоящая беременность—9-я по счету (7 родов и 1 аборт), протекала вполне благополучно; никаких отклонений от нормы, в частности—со стороны желудочно-кишечного тракта, не отмечено. Последний раз стул был, правда, в незначительном количестве, утром 27-го. Чувствовала себя хорошо до вечера 27-го, когда часов около 11, вскоре после ужина, внезапно начались очень сильные боли в животе, один раз была рвота. Вызванный врач эти явления приписал начинающимся родам и направил больную в родильное отделение.

Состояние больной не внушало дежурной акушерке опасений часов до 8 утра, когда боли значительно усилились, участился пульс и ухудшилось его наполнение и возобновилась рвота. Вызванный к больной, я застал ее в следующем состоянии: Больная выше среднего роста, удовлетворительного питания, видимые слизистые резко бледны. Пульс 114 ударов, слабого наполнения и напряжения, ритмичный, температура 37,2°. Живот резко болезнен при ощупывании, сильно вздут слева, справа уплощен. Слева расположены кишечные петли, перистальтика которых ясно видна через брюшные покровы, справа находится матка. Частая рвота. Родовых схваток нет, при внутреннем исследовании найдено: шейка сохранена, зев пропускает 1 палец, выделений нет. Поставленная клизма действия не оказала. Диагноз: ileus и беременность. На консультации с хирургом (И. И. Поволоцкий) диагноз подтвержден последним. Предложена была немедленная операция, на которую больная согласилась, и сейчас же (в 12 ч. дня, т. е. через 13 часов после появления первых симптомов) приступлено к операции (И. И. Поволоцкий и В. С. Соловьев).

В брюшной полости обнаружена в значительном количестве серозно-кровянистая жидкость с каловым запахом. Петли кишек—темно-вишневого и местами фиолетового цвета. За беременной маткой увидеть место ущемления не удалось; сделано кесарское сечение (продольный разрез тела матки) извлечен плод (2000 гр.) в бледной асфиксии (оживить не удалось). Матка зашита 3-х этажным непрерывным кетгутовым швом и приступлено к разрытию места непроходимости. Весь тонкий кишечник фиолетового цвета, умеренно вздут, слепая кишка повернута на 180° вокруг своей оси. С большим трудом заворот расправлен и проверена проходимость кишечника. Кишечник смочен физиологическим раствором, но цвет его почти не изменился. В виду того, что кишечник поражен на очень большом протяжении и вследствие крайне тяжелого состояния больной этими мероприятиями пришлось ограничиться, брюшная рана зашита и в нижней угол ее введен тампон по Микulichу.

После операции рвота была один раз, тошноты не было. В 11 час. вечера 28/IV больная скончалась при явлениях нарастающей сердечной слабости.

Если взять статистические данные, то заворот вообще является наиболее частой причиной непроходимости во время беременности. Так, по данным Ludwig'a, Leitner'a и Mikulicz-Radeck'ого, заворот встретился в 25,8% всех случаев, странгуляционный ileus—в 24,7%, обтурационный—в 16,5%, сдавление беременной маткой—в 15%. По данным русских авторов (на 32 случ.) заворот наблюдался в 31,2%, странгуляционный ileus—в 28,7%, обтурационный—в 34%, сдавление беременной маткой—в 6,2%.

Этиология ileus'a во время беременности очень разнообразна и точно еще до сих пор не установлена. По мнению Ludwig'a, наиболее благоприятны для возникновения этого осложнения 3 момента: 1) выход головки из полости малого таза кверху на 4-м месяце беременности, 2) опускание головки в конце беременности и 3) внезапное уменьшение матки в послеродовом периоде. Действительно, во многих случаях возникновение непроходимости относится именно к этим трем периодам. Однако, достоверных случаев непроходимости, вызванной одним только давлением беременной матки (не ущемленной и не ретрофлексированной) описано в ли-

тературе очень немного. Поэтому большинство авторов считает, что здесь играет роль не только механическое сдавление кишечника, но и понижение тонуса его, наблюдающееся в большей или меньшей степени при каждой почти беременности. „Одно механическое сдавление кишечника“, — говорит Судаков, — „при отсутствии в нем острых или остатков ранее бывших воспалительных явлений, несмотря на величину давящего тела, в громадном большинстве случаев не может вызвать непроходимости“. По мнению Stoeckel'я беременная и послеродовая матка обладают достаточной эластичностью, и если дело доходит до полного сдавления просвета кишки, то одновременно наблюдается и более значительное повреждение стенки ее. Наконец, Fleischhauer пришел к заключению, что изменения, претерпеваемые кишечной стенкой во время беременности, являются первопричиной, к которой позднее уже присоединяется давление беременной матки. По мнению Найдича, к этой группе относятся и большинство случаев заворота без каких-либо анатомических причин. Частое возникновение заворота во время беременности он объясняет сдавлением кишечника беременной маткой, после чего приводящий отрезок кишки, встретив препятствие, перекручивается вокруг своей оси. Таким же образом, вероятно, надо объяснить происхождение заворота и в нашем случае.

Наконец, в последнее время появились в литературе указания на то, что к числу причин, могущих иногда вызывать кишечную непроходимость во время беременности, надо отнести и тяжелые пиелиты (Luchs, Hilgenberg, Sennewald).

Здесь надо отметить, что некоторые случаи по своей этиологии являются совершенно экстраординарными, как, например, случай Kunkes'a. Дело касалось больной, у которой произошел на 6 месяце беременности разрыв матки по рубцу после бывшего 14 месяцев назад кесарского сечения. Выпавший в брюшную полость плод совершенно сдавил левым своим плечиком colon transversum в области flex. hepatica, что и явилось причиной непроходимости.

Переходя к описанию второго нашего случая, нужно сказать, что он стоит до известной степени особняком, так как в доступной нам русской литературе мы могли найти только два подобных случая, описанные Соколовым и Эскиным.

Больная П-ва, 36 лет, поступила в клинику 5/XI 30 г. с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, отдающие в правую руку. Замужем 18 лет, menses с 18 лет через 4 недели, по 4 дня. Последние menses 3 месяца назад. Родов 3, последние 9 лет назад, выкидышей не было. Считает себя больной около 1 месяца.

Больная среднего роста, истощена, видимые слизистые бледны. Пульс 128 ударов, удовлетворительного наполнения, температура 38,7°. Живот напряжен и резко болезнен, имеется симптом Блюмберга, внутреннее исследование невозможно. Реакция оседания эритроцитов—10 мин., лейкоцитов—13200. Назначено: лед на живот, наркотики.

Боли несколько уменьшились, и 10/XI произведено внутреннее исследование. Найдено: шейка несколько размягчена, тело матки отдельно не контурируется, так как к нему тесно прилегает округлой формы опухоль, находящаяся вправо и впереди, плотно-эластической консистенции, не подвижная, болезненная, величиной в два мужских кулака, левым своим краем доходящая до пупка. Опухоль совершенно отчетливо прощупывается снаружи через брюшные покровы. При исследовании выделялся стукот, напоминающий собою decidua.

Эти данные заставляли думать или об осложнившейся маточной беременности или о прервавшейся трубной беременности. Для уточнения диагноза 15/XI произ-

ведено было зондирование матки, показавшее, что длина полости ее равна 11 см. Теперь не оставалось сомнения в том, что в данном случае мы имеем дело с осложнившейся внематочной беременностью. Температура с момента поступления в клинику и до самой операции колебалась в пределах 38—40,2°.

С 19/XI у больной началась задержка стула, с 21-го начались схваткообразные боли и рвота, постепенно усиливавшиеся; с 22/XI газы не отходят, живот несколько вздут. Введенная газоотводная трубка и поставленные клизмы—обыкновенная и сифонная—действия не оказали. Пульс резко ухудшился, общее состояние больной очень тяжелое. В виду предположения о возникновении кишечной непроходимости на почве осложненной внематочной беременности 22/XI приступлено к операции (проф. В. А. Мишин и д-р М. А. Попов).

По вскрытии брюшной полости обнаружено, что часть сальника плотно спаялась с париетальным листком брюшины. Спайки разъединены и сальник частично резецирован. Между петлями кишок расположен плотной консистенции мешок, величиной в два кулака. К левой поверхности капсулы мешка, слева от *sigmoidea*, рыхлыми спайками припаяна тонкая кишка, припаянная также к дну матки плотным плоскостными спайками. Мешок замурован в сращениях и совершенно неподвижен. При отделении его капсула разорвалась, при чем выделилось незначительное количество темной крови с примесью гноя и выпал в брюшную полость плод 10—11-недельной давности. Капсула опухоли оказалась настолько интимно спаянной с кишечной стенкой, что отделить ее совершенно не удалось. Было намерение резецировать пораженную петлю, но от этого пришлось отказаться, вследствие крайне тяжелого состояния больной. Полость опухоли очищена, правая труба, сильно раздутая и наполненная кровяными сгустками, удалена и приступлено к освобождению кишечных петель. При этом обнаружен ясный перегиб кишки под прямым углом в области припайки ее к капсуле опухоли и углу матки и непроходимость. Выше этого места кишечник умеренно вздут. Серозный покров кишки отечен и цианотичен, имеются кровоизлияния как на серозной поверхности, так и на брыжейке. Петли кишки высвобождены, проверена проходимость ее, поврежденная сероза кишечника перитонизирована и брюшная полость зашита. В нижний угол раны введен тампон по Миклуличу, 22-го и 24-го—общее состояние тяжелое, пульс очень слабого наполнения, живот вздут и болезненен, газы не отходят, рвота. Но после двух сифонных клизм и промывания желудка газы отошли и в дальнейшем послеоперационный период протекал без осложнений.

Таким образом, в этом случае мы имели дело с обтурационным *ileus*’ом, вызванным нагноившейся внематочной беременностью, вероятно, вторичной брюшной.

В случае Соколова точно так же был обтурационный *ileus* на почве нарушенной вторичной брюшной беременности. В случае Эскина имелся заворот тонкой кишки, повернутой на 180° вокруг *appendix epiploica*, припаянного к беременной в интерстициальной своей части трубе. В обоих этих случаях вмешательство было предпринято по поводу непроходимости, наличие же внематочной беременности обнаружено только на операционном столе.

По мнению Ludwig’a и других авторов, непроходимость при нарушенной трубной беременности может зависеть или от механического сдавления (как например, в случае Lasarevic’a, где *ileus* вызван был сдавлением кишечника плодом при 7-месячной внематочной беременности), или же, что бывает чаще, непроходимость зависит от образования сращений и перегибов. В некоторых же случаях, вероятно, имеется комбинация обеих этих причин.

К последней группе надо отнести и наш случай. Перегиб и сращение кишки имелись здесь налицо. Но, кроме того, надо отметить еще и то обстоятельство, что в нашем случае реактивные явления со стороны кишечной стенки, с последующими глубокими изменениями ее, и механи-

ческое сдавление просвета кишки сыграли, несомненно, большую роль в происхождении непроходимости.

Что касается смертности, то, по статистике Leitner'a, она равняется 39,4%, т. е. процент выздоровления от ileus'a во время беременности (60,6) приближается к проценту выздоровления от чисто хирургического ileus'a (65). По данным русских авторов (на 32 сл.) смертность равняется 37,6%, но цифра эта, хотя и достаточно высокая, все же, вероятно, значительно ниже действительной.

В заключение нашей работы надо указать, что первый наш случай лишний раз подтверждает, как затруднительна бывает иногда ранняя диагностика ileus'a во время беременности. В самом деле, продромальные симптомы ileus'a (задержка стула, тошнота, рвота) легко могут быть приписаны беременности или наступающим родам и правильное распознавание ставится только тогда, когда ileus развернул уже в полном объеме весь свой грозный симптомокомплекс, когда зачастую больной не может уже помочь никакое оперативное вмешательство.

Из Патолого-анатомического института Казанского гос. университета. (Директор проф. И. П. Васильев).

К вопросу о поражении поджелудочной железы при приобретенном сифилисе.

Ассист. д-р А. В. Голяев.

Распознавание висцерального сифилиса, за исключением дольчатой печени, до недавнего времени представляло для клиницистов значительные затруднения, а ранние формы болезни даже и на секции совершенно просматривались. Прор. Р. А. Лурия в своей монографии „Сифилис и желудок“ пишет: „Ранние формы сифилитических заболеваний внутренних органов изучены еще очень мало, тем более что и самое распознавание функциональных изменений наталкивается в клинике на большие препятствия и допускает при одной и той же картине болезни совершенно различные толкования о патогенезе и происхождении их“.

Литература по врожденному сифилису вообще довольно обширна и мы здесь приводить ее не будем. Что же касается бесспорных наблюдений над заболеванием поджелудочной железы при приобретенном сифилисе, то число их невелико, как у клиницистов, так и у патолого-анатомов. В русских руководствах по патологической анатомии (Никифоров-Абрикосов, Пожарисский и др.), а также в известных иностранных (Aschoff, Kaufmann, Klebs, Ribbert, Schmaus и др.) кратко упоминается о том, что поражение поджелудочной железы при приобретенном сифилисе встречается очень редко. Rokitansky (1861) впервые описал поражение поджелудочной железы при приобретенном сифилисе и тогда уже различал две формы заболевания: гуммозную и индуратив-