

По нашему мнению, это средство является очень мощным и во многих кажущихся безнадежными случаях способно привести к выздоровлению. Что можно ожидать от кровавых методов эвакуации кишечного содержимого? Способ выжимания, «выдавливания» кишок по вскрытию брюшной полости и эвакуация кишечного содержимого из раздутых в спавшуюся часть кишечника (Нагелен, Скарлов) является очень травматичным и только усугубляет имеющийся парез кишок (Претков). Пункция кишок троакаром без сопутствующего выжимаения их, как мы неоднократно наблюдали, является явно недостаточной мерой для эвакуации кишечного содержимого. Наконец, энтеростомия тонкого кишечника (Назаров, Томас Орт), по нашему мнению, в тяжелых случаях эффекта не дает.

Из кровавых способов мы считаем наиболее подходящим и наименее травматичным вскрытие кишки, отсасывание ее содержимого электроасосом с последующим закрытием кишечного отверстия. Итак, отводя оперативному лечению последнего роль в борьбе с острой паралитической непроходимостью тонких кишок, мы для внесения в вопрос полной ясности должны сделать следующую оговорку: в случаях острой непроходимости кишечника, где мы не вполне уверены в динамическом характере непроходимости, не следует очень медлить с оперативным вмешательством. Надо помнить о тех коварных формах, где при задержке с оперативным вмешательством мы внезапно получаем прободную перитонит.

## Выводы

1. За последние годы произошло значительное улучшение случаев острой паралитической непроходимости тонкого ки-

шечника по отношению к другим формам непроходимости кишок.

2. Острая паралитическая непроходимость тонкого кишечника связана с потребностями в питании (чрезмерный прием пищи, прубая, непереаримая пища).

3. Большинство хирургов ошибочно принимает эту форму непроходимости кишок за заворот тонких кишок.

4. Острая паралитическая непроходимость тонких кишок имеет типичные симптомы, позволяющие дифференцировать ее от механических форм.

5. В лечении острой паралитической непроходимости тонких кишок основную роль играют консервативные методы, оперативное же лечение часто бывает губительным для больного.

6. Консервативные методы в лечении острой паралитической непроходимости тонких кишок преследуют две цели: борьбу с обезвоживанием и интоксикацией организма и декомпрессию кишечника.

7. Методом выбора в лечении тяжелых форм острой паралитической непроходимости тонких кишок надо считать длительный дренаж кишечника тонким зондом.

8. Оперативное лечение острой паралитической непроходимости тонких кишок надо считать крайней мерой. Оно должно иметь своей целью эвакуацию кишечного содержимого.

9. Из оперативных методов эвакуации кишечного содержимого мы считаем наиболее подходящей энтеротомию с отсасыванием кишечного содержимого насосом.

## ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

Проф. М. А. ДАНИАХИЙ (Саратов)

А. кал. В. П. Филатов, являющийся инициатором и создателем целой школы, изучающей методы применения и механизма действия тканевой терапии при различных заболеваниях, считает, что в качестве материала необходимо пользоваться консервированными на холоду в течение 6—10 дней при температуре от 2° до 4° выше нуля трупными или живыми тканями глаза, кожи, плаценты. Неконсервированные ткани, по его мнению, обладают антагоничным действием, но эффективность их значительно слабее. В связи с этим акад. Филатов полагает, что при хранении этих тканей на холоду и при несомненном сохранении их жизнеспособности при этом в них развиваются какие-то новые дополнительные «факторы консервации» или факторы сопротивления, обуславливающие стимулирующее действие этих тканей на большого реципиента. В клинике проф. И. И. Краузе (Саратов) тканевая терапия проводится по предложенному им методу пересадки и алликации мертвых тканей, химически обработанных хлорацидом. Сфера применения и эффективность действия их, однако, чрезвычайно напоминают таковые, описанные Филатовым и его школой. Мы применили у больных гинекологического отделения клиники методику, разработанную И. И. Краузе. Ткани, преимущественно употребляемые его клиникой, доставляются нашим родильным отделением и представляют собой амнионическую оболочку.

Техника их обработки следующая: собранные за сутки оболочки промываются в течение 6 часов чистой водой, лучше проточной. Затем оболочки погружаются в банку с 2% хлорацидом так, что в литр (по объему) раствора хлорацида помещается 250 г оболочки, и они остаются в нем на сутки. В течение этих суток хлорацид в банке полностью обезвреживается и должен заменяться свежим еще на сутки. Эта процедура повторяется в среднем 5—7 раз, пока хлорацид перестает обезвреживаться. Тогда оболочки готовы к употреблению и хранятся в растворе хлорацида. В процессе изучения этого метода клиника проф. Краузе установила, что для применения годны и гетерогенные ткани, например, брюшина и кишечник животных, но амнионические оболочки представляют собой более удобный по пластичности материал. Эти химически обработанные ткани применяются либо местно в виде алликации на рану, либо для воздействия на отделенный болезненный участок, инфилтрат, рубец в виде так называемых отделенных подкожных подсадок по Краузе. Отделенные подсадки производятся под местной анестезией (20 см<sup>3</sup> 0,5%

раствора новокаина). Под грудную железой делается разрез кожи большой длиной 1,5—2 см. Пинцетом Кохера в подкожной клетчатке делается тупым путем карман, куда помещается 5—6 г обработанных хлорацидом оболочек, предварительно отмытых в стерильном физиологическом растворе в течение 10 минут. Кожный разрез закрывается наложением 1—2 шелковых швов.

Два дня больные иногда жалуются на незначительную болезненность в области подсадки, но зато в районе большого очага, в месте инфилтрата, боли уменьшаются уже на 2—3-й день, а затем и вовсе исчезают. Подожженная ткань быстро превращается в детрит и через 1—2 дня начинает всасываться. Иногда она несколько просачивается наружу (из 40 наших больных у 4 наблюдалось такое просачивание), но эффективность подсадки от этого не уменьшается. Кожный шов снимают на 12-й день. Заживление идет всегда ретриптом. Рассасывание и действие подсадки длится 12—15 дней, после чего делается вторая подсадка под вторую грудную железу, затем снова под первую и т. д.

Эффект от подсадки при бимануальном исследовании инфилтратов у больных отмечается уже на 6—7-й день после подсадки, но в дальнейшем действие их еще нарастало до 12—15-го дня, после чего, если нужно, можно производить следующую подсадку. Явления анафилаксии у больных ни мы, ни Краузе не наблюдали.

Такие подсадки по вышеизложенным соображениям нами производились только тем больным, у которых имелись в малом тазу обширные плотные инфилтраты воспалительного происхождения, не поддававшиеся обычным методам лечения (компрессы, все виды физиотерапии и т. д.) минимум в течение 2—3 недель.

Для лечения нами отбирались больные с инфилтратами не в острой, а лишь в подострой стадии заболевания. С хроническими спаечными процессами мы отбирали лишь длительно страдающих хронических больных, у которых при отсутствии больших анатомических изменений со стороны половой сферы отмечались в основном боли и аномалии менструального цикла. В течение 2 лет нам удалось отобрать 40 больных первой группы и 10 человек второй группы и проследить на них эффективность тканевой терапии.

Инфилтраты у наших больных были главным образом типа экссудативных пельвиоэперионитов. С параметритом было всего 3 больных. Заболевание развивалось в связи с криминаль-

ным абортom у 4 больных, в связи с обострением старого воспалительного процесса со стороны половой сферы у 46 больных. Продолжительность лечения этих больных до применения тканевых подсадов колебалась от нескольких месяцев у 25 больных, 1 месца у 10 больных и до 2 недель у 15 больных. У всех применявшееся ранее лечение не дало никакого эффекта. Количество примененных этим больным подсадов было следующее: одна подсадка оказалась совершенно достаточной у 15 больных, 22 больных получили по 2 подсадки и только 13 понадобились 3 подсадки, чтобы ликвидировать инфильтраты и восстановить менструальный цикл.

Полному рассасыванию подвергались обычно экссудативные пельвеоперитониты, какой бы продолжительности и плотности они ни были. Целый ряд больных имел в брюшной полости доскообразной плотности инфильтраты, окружавшие некротизировавшиеся фиброматозные опухоли матки, двусторонние пиосальпинксы, тубоовариальные кисты. Эти неподвижные контломераты порой занимали всю нижнюю половину брюшной полости. Под влиянием подсадов инфильтрат рассасывался, опухоли становились подвижными, утерянная трудоспособность больных полностью восстанавливалась, часть больных в дальнейшем подверглась операции.

Подсадки химически обработанных тканей у большинства больных давали несомненный анальгезирующий эффект, а также же явно улучшали их общее состояние. Больные становились жизнедеятельными, охотно принимались за работу, чувствовали себя как бы обновленными после тяжелого заболевания. Интересно еще отметить, что инфильтраты ни у кого из них не нагнаивались, а именно рассасывались, уменьшаясь в своих размерах, начиная с периферии.

Гораздо медленнее пельвеоперитонитов рассасывались параметриты, требующие более длительного применения подсадов. Изменения РОЭ и морфологического состава крови у нас, как и у других авторов (Блохин), не проявляли какой-либо закономерности: то отмечалось небольшое увеличение лейкоцитов и ускорение РОЭ после подсадов, то оно отсутствовало.

Что касается группы больных с аномалиями менструального цикла на почве хронических воспалительных заболеваний, то анатомические изменения со стороны половой сферы выражались у них до лечения в смещении и увеличении матки (хронический метрит), в наличии хронических аднекситов, обусловливавших боли и поли- и гиперменорреею. Эти больные, получив амбулаторно обычно 2 подсадки, прекращали лечение, так как менструации у них начинали протекать правильно и боли исчезали. Однако мы полагаем, что более длительное применение тканевой терапии у этих больных было бы целесообразнее и подобные наблюдения нужно продолжать дальше.

Апликации химически обработанных тканей применялись нами также систематически в течение 3 лет у больших после операции Вертгейма по поводу рака шейки матки. Эта операция заканчивается в нашей клинике в большинстве случаев оставлением в брюшной полости тампона Микулича. Детально разобранной клиникой А. И. Соколова материал (905 операций) демонстрирует несомненную ценность тампона Микулича в деле снижения первичной смертности от этой операции. В целях предупреждения послеоперационных гроз у этих больных мы после извлечения мешка Микулича и очищения раны от гноя вкладываем химически обработанные ткани в количестве 3—5 г; вернее, мы тампонируем ими всю раневую полость и закрываем рану обычной повязкой на 3—4 дня. Практически мы это делаем в среднем с 12—16-го дня после операции, когда глубина раны равна 5—7 см, т. е. толщине брюшной стенки.

Здесь как раз очень существенной является апликация этих тканей. Обычно через 3—4 дня эту апликацию нужно повторить, так как весь тканевой тампон за это время обрастает в желеобразную массу и полностью впитывается грануляциями. От такого «питания» грануляции как бы быстрее выполнят раневое пространство и размер раны быстро уменьшится. На самом же деле, как мы в этом могли убедиться на сотне таких больных, под влиянием апликаций в ране интенсивнее происходит послойное стягивание краев так называемым концентрическим рубцеванием по Краузе и заживление происходит малым, мягким, почти линейным подвижным рубцом, а не тем большим безобразным звездчатым рубцом, заменяющим функционирующую ткань брюшной стенки, который мы наблюдали у этих больных раньше. До того, как стали применять апликацию.

Предположение акад. Филиатова, что сущность действия тканевых пересадок на организм больного обусловлена не временно факторами консервации тканей на холоду при объяснении их жизнеспособности, не подтверждается огромным материалом, уже опубликованным клиникой Краузе, и нашими наблюдениями. На этом материале при применении химических обработанных тканей получены результаты, аналогичные тем, какие получили акад. Филиатов. Но химически обработанная хлорацетидом ткань — это уже только тканевый белок, обработанный хлором, это мертвая ткань, а действие ее аналогично действию тканей Филиатова.

В настоящее время несомненно одно, что в тканевой терапии мы имеем заслуживающее внимание терапевтическое мероприятие. Метод обработки тканей по Краузе для этой цели является наиболее доступным.

## В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

### К МЕТОДИКЕ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Заслуженный деятель науки проф. М. ПЕВЗNER (Москва)

Директор клиники лечебного питания Института питания Академии медицинских наук. Заведующий кафедрой лечебного питания Центрального института усовершенствования врачей

Методика исследования больных, страдающих болезнями желудочно-кишечного тракта (особенно в условиях поликлинической практики), довольно сложна и далеко еще не совершенна; вследствие интимной связи желудка с кишечником и связи желудочно-кишечного тракта с другими органами пищеварения, а также зависимости пищеварения от эндокринной и нервной системы, мы имеем сложную клиническую картину. Часто на первый план выступают симптомы со стороны других органов, являющиеся первыми, а иногда единственными признаками острого или хронического заболевания желудочно-кишечного тракта; иногда же, наоборот, симптомы со стороны желудка или кишечника оказываются проявлением другого заболевания.

Обследование каждого больного не должно быть шаблонным; характер, детализация обследования определяются жалобами и особенно опросом больного. Необходимо самым

решительным образом высказаться против стремления ставить диагноз, решать вопрос эффективности лечения исключительно на основании данных исследования желудочного сока, кала, данных рентгенологического исследования или ректоскопии. Клиницист должен учитывать эти данные только в связи с другими клиническими симптомами.

Я мог бы привести сотни случаев ошибочного диагноза, неправильных заключений об эффективности терапии, основанных только на данных, а иногда и на заключениях рентгенолога или лаборанта.

Всякое обследование больного нужно начинать с опроса; если же состояние больного тяжелое, то с опроса близких ему людей.

Рассмотрение анализов и протоколов лабораторных обследований до опроса больного нецелесообразно; многие больные настаивают на рассмотрении представляемых анализов