

**ЛЕНИНГРАДСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ СКОРОЙ ПОМОЩИ**

**УСПЕХИ В ЛЕЧЕНИИ
НЕКОТОРЫХ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
ЗА 30 ЛЕТ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Сборник под редакцией
профессора Ю. Ю. ДЖАНЕЛИДЗЕ

Ленинград 1948

ЛЕНИНГРАДСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Директор
А. Р. ГРУШКИН

Научный руководитель
Ю. Ю. ДЖАНЕЛИДЗЕ

УСПЕХИ В ЛЕЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ ОСТРЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
ЗА 30 ЛЕТ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
(1917—1947)

Ленинград 1948

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО

Настоящий сборник составлен из докладов, сделанных на объединенном заседании Ленинградского Научно-Исследовательского Института Скорой Помощи и Совета Неотложной Хирургии, посвященном 30-летию советского здравоохранения.

*Ответственный редактор А. Р. ГРУШКИН
Технический редактор И. А. ПАСТЕРНАК*

Наше сегодняшнее собрание совпадает с юбилейной датой — 30-летием Великой Октябрьской Революции, которая видоизменила взаимоотношения между гражданами нашей страны, создала новое социалистическое общество и реконструировала всю экономику.

В результате этих преобразований наше государство из отсталой царской России стало великой державой, победоносно завершившей войну с немецким фашизмом. Влияние Великой Октябрьской Революции далеко вышло за пределы нашей страны. Народы всего мира с упованием и надеждой смотрят на нашу страну, восхищаясь ее достижениями.

Одним из таких достижений безусловно является организация Советского Здравоохранения, совершенно отличная от того, что знает в этой области капиталистический мир. Широко развитая система бесплатной медицинской помощи, доступная для каждого трудящегося, оказала значительное влияние на жизнь советских граждан.

Не нужно, конечно, полагать, что в царской России не было врачей, которые бы не понимали необходимости неотложной медицинской помощи. Еще в дореволюционный период выкристаллизовался облик земского врача, не имевшего себе подобного и равного ни в какой другой стране. Такие выдающиеся врачи как Н. А. Вельяминов, Г. И. Турнер, И. И. Греков и другие прекрасно понимали необходимость организации, которая бы позволила оказывать неотложную помощь в экстренных случаях. Но, не встречая никакой поддержки со стороны царского правительства, их попытки не увенчались успехом.

Быстрое развитие новой системы здравоохранения в после-революционный период сразу сказалось на всех разделах медицинской помощи, в особенности на том разделе хирургии, который носит название неотложной хирургии.

Именно эта область предъявляет особые требования к медицинской помощи: раннее распознавание болезни, ранняя госпитализация и, в случае необходимости, — раннее оперативное вмешательство. Для того, чтобы оказалось возможным осуществить эту помощь в массовом масштабе, потребовалась организация Скорой Помощи. Если наша страна с полным правом может гордиться

блестящими достижениями во многих областях, то медицинские работники могут прежде всего гордиться нашей Скорой помощью.

Эта сложная организация потребовала не только врача, который дежурит в лечебном учреждении в ожидании того момента, когда появится необходимость в его вмешательстве, но и наличия врачей скорой, неотложной и квартирной помощи с целью раннего распознавания болезни. Создание этого столь необходимого периферического звена, результат правильного разрешения задачи, которого достигло Советское Здравоохранение.

Но мало установить необходимость оказания неотложной помощи, необходимо еще и доставить больного в лечебное учреждение. Для гражданина нашей страны, нашего города нет надобности заботиться о том, какими средствами он будет доставлен до лечебного учреждения — наша Скорая Помощь позаботится об этом за него. Создание этого связующего звена — одно из многочисленных достижений Советского Здравоохранения.

Советский гражданин, доставленный в лечебное учреждение, не спросит, кто за него будет платить и не будет думать о том справится ли его бюджет с возлагаемыми на него расходами. Такие вопросы даже не промелькнут в его мыслях; в противоположность тому, о чем в первую очередь должен подумать житель любой капиталистической страны.

Советское Здравоохранение обеспечивает каждому гражданину нашей страны безвозмездную медицинскую помощь.

В лечебных учреждениях, оказывающих неотложную помощь, установлено круглосуточное дежурство не только хирургов, но и других специалистов. Когда стало очевидным, что очень часто при решении сложных вопросов, стоящих перед хирургами, приходится прибегать к помощи лаборантов и рентгенологов, Советское Здравоохранение пошло нам на встречу и были введены круглосуточные дежурства лаборантов и рентгенологов.

Мое поколение хирургов прекрасно помнит, при каких условиях оказывалась неотложная помощь в больницах царской России. Хирурги моего поколения являются сами участниками строительства системы Советского Здравоохранения. Мы имеем возможность сравнить «век нынешний и век минувший». Для того, чтобы это сравнение осуществить на основании фактических данных, мы позволили себе поставить ряд докладов, которые объективно освещают наши достижения в области оказания хирургической помощи при заболеваниях, носящих общее название «острого живота».

Как вы увидите из беспристрастной оценки фактов, наши достижения в этой области весьма велики. Этим мы обязаны Великой Октябрьской социалистической революции, этим мы обязаны руководителям нашей страны, которые умеют предвидеть будущее, этим мы обязаны правительству и коммунистической партии, и в первую очередь нашему Великому вождю тов. И. В. Сталину.

Директор Института А. Р. Грушкин

РОЛЬ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА СКОРОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЛЕНИНГРАДА

Ленинградский Научно-Исследовательский Институт Скорой Помощи основан в 1932 году.

Это было время, когда, благодаря успехам Сталинского плана индустриализации нашей страны, подъему материального благосостояния и расцвету нашей культуры, здравоохранение было уже радикально преобразовано согласно высоким и гуманным принципам советской медицины.

Это было время, когда на смену преимущественно профилактическому направлению, сыгравшему большую роль в деле ликвидации царского наследия — социальных и эпидемических болезней, пришло лечебное направление. От хирургии обособились и стали вести самостоятельное существование такие отрасли как онкология, травматология, нейрохирургия и т. п. Это подняло Советскую медицину еще на большую высоту и существенно улучшило результаты лечения.

Однако, одна область хирургии оставалась некоторым образом в тени и заметно отставала от общего уровня развития здравоохранения. Мы имеем в виду организацию экстренной хирургической помощи при острых заболеваниях органов брюшной полости.

К этому времени у весьма авторитетных хирургов Ленинграда, в том числе у инициатора создания Ленинградского Научно-Исследовательского Института Скорой Помощи проф. Джанелидзе, создалось твердое убеждение, что с диагностикой и оказанием помощи при острых заболеваниях органов брюшной полости во всех звеньях Здравоохранения, а также со своевременной госпитализацией дело обстоит явно неблагоприятно. Острые хирургические больные нередко доставлялись в стационары с неправильными распознаваниями и часто с большим опозданием.

Организация и работа стационаров, обслуживающих больных с экстренными хирургическими заболеваниями, отличалась крайней пестротой. Кроме того, распыление этих больных по разным учреждениям не давало возможности всестороннего изучения этого своеобразного материала.

Из всего вышеуказанного вытекала естественная потребность организации специализированного лечебного учреждения, в котором проводилась бы плановая работа по изучению и разработке наиболее эффективных лечебных и организационных мероприятий при острых заболеваниях органов брюшной полости во всех звеньях Здравоохранения.

Создание такого узко специализированного Института, в противоположность существовавшим в некоторых городах Институтам неотложной хирургии, вполне оправдывалось тем, что в Ленинграде имелись уже такие специализированные институты как Травматологический, Институт Переливания Крови и др. Включение в сферу деятельности нового Института изучения вопросов травматологии и переливания крови явилось бы нецелесообразным дублированием и параллелизмом в работе.

Таким образом, Ленинградский Институт Скорой Помощи явился не простой копией уже существовавших Институтков, а первой попыткой создания узко специализированного Института по острым заболеваниям органов брюшной полости. В этом заключалась первая отличительная черта Института.

Второй особенностью его являлось то, что Институт с первых дней своего существования, наряду с лечебной и научной деятельностью, проводил работу по изучению организации неотложной помощи во всех звеньях Здравоохранения, по разработке мероприятий для устранения имеющихся здесь недочетов, а также занимался широкой санитарно-просветительной работой среди населения.

Таким образом, деятельность Института протекала по трем основным направлениям: лечебном, организационно-методическом и санитарно-просветительном.

Осуществляя свои задачи, Институт занялся углубленным изучением постановки неотложной помощи во всех звеньях здравоохранения, проводя эту работу целеустремленно и по определенному плану. При поступлении больного особое внимание уделялось подробному выяснению всех обстоятельств, предшествовавших поступлению больного в стационар. Изучение этих данных показало, что в 1932 году процент больных с острым аппендицитом, поступивших после 48 часов, составлял — 30%, больные с ущемленными грыжами доставлялись спустя 12 часов в количестве 41%, больные с прободными язвами желудка, — спустя 6 часов доставлялись в 39% случаев, больные с кишечной непроходимостью в 70% случаев доставлялись спустя 12 часов.

Анализ этих цифр выяснил, что причина запоздалой госпитализации кроется частью в несвоевременном обращении больных к врачу, частью в недостаточной квалификации врачей внебольничной сети. Отсюда вытекала необходимость проведения работы по повышению квалификации врачей периферии и санитарно-просветительной работы среди населения.

Сложный и своеобразный контингент больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости предъявляет к врачам квартирной, неотложной и скорой помощи непреложное требование — умение быстро ориентироваться, и в короткий срок поставить правильный диагноз.

Между тем, многие врачи периферии, не видя патологоанатомической картины острых хирургических заболеваний, не имеют ясного представления о сущности и коварности этих заболеваний. Лишь присутствие самих врачей на операции, дающей им возможность убедиться воочию в частом несоответствии между клинической картиной и имеющимися патолого-анатомическими изменениями, является для них лучшей агитацией идеи ранней госпитализации. Ввиду этого стало практиковаться периодическое прикомандирование к Институту врачей периферии для стажирования, что имело весьма важное значение. Эти врачи имели возможность, помимо изучения дифференциальной диагностики, освоить также на практике основные принципиальные установки Института. Это мероприятие оказалось весьма полезным и сыграло большую роль в смысле повышения их квалификации.

После углубленного изучения работы врачей периферии, качества их диагностики и тактических ошибок Институтом периодически проводился цикл лекций для врачей периферии по диагностике острых заболеваний органов брюшной полости в условиях внебольничной сети. Лекции эти встречали большое одобрение и вызывали широкий обмен мнений среди врачей.

Ленинградским Институтом Скорой Помощи была издана многотысячным тиражом и распространена среди врачей периферии памятка об остром аппендиците.

Горздравотделом была издана, составленная Институтом Скорой Помощи, при непосредственном участии Ю. Ю. Джанелидзе, брошюра «О диагностике острых заболеваний органов брюшной полости в условиях внебольничной сети». Она была распространена среди врачей здравпунктов и поликлиник в количестве 3000 экземпляров. В настоящее время эта брошюра в переработанном и дополненном виде переиздана Институтом.

В качестве одной из форм связи с периферией, Институтом практиковалось также оповещение направляющих врачей специальной открыткой о правильности или ошибочности диагноза, с которым больной был направлен в стационар. Все эти формы общения с врачами внебольничной сети являлись в высшей степени целесообразными и эффективными. Не менее важное значение сыграла и проводимая Институтом широкая санитарно-просветительная работа среди населения.

Исходя из неоспоримой истины, что на результаты лечения при острых заболеваниях органов брюшной полости оказывает влияние поведение больного от начала заболевания до его поступления в стационар и, что в этом отношении огромное значение имеет осведомленность населения о первоначальных признаках заболева-

ния, Институт одной из своих важнейших задач поставил санитарно-просветительную работу среди населения.

Система Советского здравоохранения в отличие от платной медицины капиталистических стран, построенная на принципе самой широкой доступности и бесплатности, максимального приближения помощи к больному, обеспечивает любому гражданину возможность пользоваться всеми видами медицинской помощи и гарантирует каждому трудящемуся полную возможность своевременного обращения к врачу. Тем не менее, больные с острыми хирургическими заболеваниями подчас, не понимая грозящей им опасности, обращались к врачу лишь на 3—4-й день заболевания, пользуясь самочинным лечением и применяя, нередко, всякого рода домашние средства, которые оказывали весьма отрицательное влияние на самый болезненный процесс. Такое запоздалое обращение к врачу являлось результатом низкой санитарной грамотности населения и незнакомства как заболевших, так и их окружающих с основными признаками наиболее часто встречающихся форм острых хирургических заболеваний.

С целью поднятия санитарной грамотности населения, Институт помещались статьи в популярных журналах, издавались плакаты с указанием главных начальных признаков отдельных заболеваний. Население предупреждалось о вреде самочинных мероприятий и самолечения. Пропагандировалось своевременное обращение к врачу и опасность лечения «домашними средствами».

Результат этой работы, проводимой систематически органами Здравоохранения и Институтом, безусловно сказался как на улучшении диагностики, так и на своевременной обращаемости, что в свою очередь отразилось весьма благотворно на своевременной и ранней госпитализации.

Сроки госпитализации

Заболевание	Часы	Сроки госпитализации	
		1932 г.	1946 г.
Острый аппендицит . . .	После 48 час.	30%	14,6%
Ущемленные грыжи . . .	После 12 час.	41%	33,0%
Перфоративные язвы . . .	После 6 час.	39,0%	25,9%
Непроходимость	После 12 час.	70%	62,7%

Как видно из таблицы в вопросе госпитализации были достигнуты значительные сдвиги, которые безусловно должны были отразиться и на результатах лечения.

После первых лет своего существования, когда Институт нашел, как казалось, правильный путь к улучшению постановки дела вне-

больничной помощи, встал вопрос о создании более тесного общения со стационарами, занимающимися неотложной хирургией.

Изучение отчетов о деятельности стационаров по неотложной хирургии, представляемых в Горздравотдел, показало, что работа их отличается крайней пестротой и отсутствием какого-либо единого плана в обследовании и обосновании диагноза; крайне разнообразны были также показания к операции, методика их выполнения и результаты лечения.

Достаточно указать, что даже по такому распространенному заболеванию, как острый аппендицит смертность в 1934—1936 г. колебалась по гор, Ленинграду от 2—4%.

Целью Ленинградского Горздравотдела, понятно, являлось не только создание отдельных «показательных» стационаров; Горздравотдел был заинтересован в существовании сети учреждений во всем городе, в которых получались бы одинаково хорошие результаты такие, каких удалось добиться в специализированных Институтах. Нужно было поэтому организовать работу по идейному влиянию на хирургические учреждения города, работу по внедрению тех организационных форм, принципов и методов лечения, которые оказались наилучшими и наиболее эффективными. Однако, найти правильную и удовлетворяющую обе стороны форму и содержание работы оказалось задачей нелегкой. Простой, обычно принятый в таких случаях, метод собирания сведений анкетным путем и руководства посредством инструкции, казался мало привлекательным, так как это привело бы лишь к формальной отписке и далеко не объективному освещению вопроса. С другой стороны, многие увидели бы в инструкциях, составленных даже выдающимися хирургами, стеснение их «творческой» инициативы, насаждение и насильственное навязывание им чуждых мнений и идей. Тогда возникла мысль о создании центра, «штаба», состоящего из авторитетнейших хирургов города, который взял бы на себя организационное и идейное руководство работой всех хирургических стационаров города, участвующих в оказании неотложной хирургической помощи.

Инициативу, в этом отношении, взял на себя Ленинградский Научно-Исследовательский Институт Скорой Помощи, выдвинувший предложение о создании Совета Неотложной хирургии.

Так, в 1937 году в Ленинграде возник Совет Неотложной Хирургии под председательством проф. Джанелидзе. Ведущую роль в нем занял Научно-Исследовательский Институт Скорой Помощи. Это случилось не только потому, что научный руководитель Института является бессменным председателем Совета, и не потому только, что ответственные сотрудники Института вошли в состав членов Совета и принимали в нем активное участие, а, главным образом, потому, что в основу деятельности и рекомендации Совета были положены организационная структура, а также прин-

ципы и методы лечения, апробированные в Институте и оправдавшие себя на очень большом материале.

Первый период деятельности Совета был посвящен преимущественно организационным вопросам. Для устранения пестроты в документации, Институтом были разработаны и рекомендованы для всеобщего применения стандартные истории болезни.

Совет Неотложной Хирургии единодушно одобрил, впервые выдвинутые проф. Ю. Ю. Джанелидзе, предложения о введении в хирургических стационарах круглосуточных дежурств лаборанта и рентгенотехника. Совет признал, что гематологическое исследование при всех острых заболеваниях органов брюшной полости и рентгенологическое исследование при подозрении на острую кишечную непроходимость или перфорацию язвы желудка, должно безоговорочно производиться во всех хирургических отделениях в любое время суток. Это предложение было встречено со стороны Горздравотдела сочувственно, и в короткий срок круглосуточное дежурство лаборантов и рентгенотехников было введено почти во всех хирургических стационарах города. Это мероприятие является важным этапом в деле развития советской хирургии, и мы с большим удовлетворением можем отметить его в качестве одного из крупных достижений Ленинградского Горздравотдела и Совета Неотложной Хирургии.

В этот период Совет обсудил и принял соответствующее решение о введении в штат специальных наркотизаторов, о типовом составе дежурной бригады хирургического стационара, оказывающего неотложную помощь и т. п.

Во второй период деятельности, Совет перешел к планомерному и детальному ознакомлению с организацией и результатами лечебной работы стационаров Неотложной-Хирургии. Это проводилось путем отчетов хирургических отделений на выездных сессиях Совета.

Доклады хирургических отделений вызывали весьма оживленный обмен мнений и протекали в благожелательной обстановке деловой критики, являясь хорошей школой для хирургов и прекрасным стимулом для соревнования между больницами в борьбе за улучшение качества медицинской работы.

Очень ценным являлось постоянное участие в заседаниях Совета представителей Горздравотдела. Они получали точное, объективное и авторитетное заключение о качестве работы стационара, а также предложения по устранению недочетов. В свою очередь руководители стационаров, опираясь на выводы Совета, могли предъявлять свои претензии к Горздравотделу в значительно более солидно обоснованной форме. Такая согласованная работа, к тому же построенная на живом контакте, немало способствовала популярности Совета. Руководители стационаров были уверены, что в результате своих докладов они встретят не только критику и что им не будут даны лишь добрые советы, а оказана реальная и действенная помощь.

В результате этой планомерно проводившейся работы, имевшая место пестрота в проценте смертности при острых заболеваниях органов брюшной полости исчезла, а сама смертность значительно снизилась и стала почти одинаковой во всех стационарах города.

Снижение смертности по острым хирургическим заболеваниям по Ленинграду

З а б о л е в а н и я	1934	1945 г. (сводные данные 18-и больниц)
Острый аппендицит	2—4%	1,6%
Ущемленные грыжи	9%	3,44%
Непроходимость	29%	23%
Перфорации язв желудка и 12-ти перстной кишки	30%	16,3%

В основу научной работы Института был положен принцип коллективного и комплексного изучения какого-либо одного вопроса из разделов неотложной хирургии брюшной полости.

Этот отказ от многотемности и сосредоточение внимания коллектива на одном каком-либо вопросе сыграл существенную роль в детальном изучении всех многообразных сторон клиники этих сложных заболеваний.

Нам бы хотелось особо подчеркнуть, что результаты нашей научной работы всегда становились достоянием широкой хирургической общественности, таким образом, воплощая в жизнь завет тов. Сталина служения той науке, «которая не отгораживается от народа, не держит себя вдали от народа, а готова служить народу, готова передать народу все завоевания науки, которая обслуживает народ не по принуждению, а добровольно, с охотой».

Так, в 1934 году, когда Институтом был собран и обработан значительный материал по острому аппендициту, на основе которого коллектив Института мог уже сделать определенные выводы, Институтом была созвана Городская и Областная конференция по острому аппендициту. По количеству присутствующих, съехавшихся со всех концов нашей страны, и участию в ней многих иногородних высоко авторитетных профессоров, конференция по существу превратилась в общесоюзную и протекала на высоком научном уровне.

На этой конференции были поставлены и единодушно разрешены чрезвычайно важные вопросы клиники и лечения острого аппендицита. Коллектив Института мог доложить конференции, что смертность от острого аппендицита, равная еще в 1932 году 3,2%, постепенно снижалась и в то время, т. е. к середине 1934 года, равнялась 1,8%. Основные установки Института как организационные, так и лечебные были приняты с полным единодушием. Труды конференции были напечатаны в специальном но-

мере «Вестник Хирургии» за 1935 год. Конференция по острому аппендициту явилась несомненно знаменательным этапом в истории учения об остром аппендиците, ибо работа ее вновь привлекла интерес к этому, казалось, полностью изученному заболеванию. Уже одно только привлечение внимания широкой хирургической общественности к этому вопросу несомненно сыграло весьма положительную роль, значение которой трудно переоценить.

После детального изучения вопроса острой кишечной непроходимости, в 1938 г. была созвана Городская конференция по этому вопросу, которая была также чрезвычайно многолюдной, привлекла много иногородних участников и прошла с большим успехом. Все наиболее жгучие, имевшие принципиальное значение и далеко еще окончательно неразрешенные вопросы сложного учения об острой кишечной непроходимости были детально освещены, и были выработаны основные принципы лечения полностью отразившие современные, прогрессивные тенденции. И на этой конференции сотрудники Института могли доложить о значительном уменьшении смертности по острой кишечной непроходимости, доходившей ранее в стране до 50% и снижении ее до 31%.

Работы конференции по острой кишечной непроходимости были также напечатаны в сборнике «Вестника Хирургии» за 1938 год.

В дальнейшем были подвергнуты изучению и остальные формы острых заболеваний органов брюшной полости.

Институтом было уделено много внимания перфоративным язвам желудка и 12-ти перстной кишки, кровоточащим язвам, ущемленным грыжам и т. п. Эти вопросы широко освещены в ряде работ сотрудников Института.

Начиная с 1939 года, плановая тематическая работа Института была нарушена, и в течение 6 лет, вначале в связи с войной с белофиннами, а затем Второй Отечественной Войной Институт работал в качестве эвакуационного госпиталя.

Закончившаяся победоносная война с фашистской Германией и Японией, показала насущную необходимость пересмотра вопроса о лечении ожогов. Институт не мог остаться в стороне от этой актуальной темы и приступил к ее разработке, проведя при этом ряд организационных мероприятий. В качестве одного из главных нужно указать на организацию у нас в стране специального соответствующим образом оборудованного отделения обожженных больных.

Работа проводится по ставшему уже традиционным в Институте комплексному методу с привлечением ряда авторитетных специалистов: патофизиологов, бактериологов, биохимиков и т. д., и есть все основания полагать, что и в этом чрезвычайно важном, имеющем серьезное оборонное значение вопросе, будут получены ценные результаты.

Не останавливаясь подробно на лечебной работе Института, и характеризующих ее производственных показателях, укажем только, что через Институт прошло за период его существования

45 463 больных, из которых больные с острыми заболеваниями органов брюшной полости составляли 75%. Было проведено 18 000 операций. В это число не входят раненые бойцы, находившиеся на излечении в Институте в бытность его эвакуационным госпиталем.

Несмотря на то, что через Институт прошло за время его существования большое количество травмы и прочих заболеваний, однако, основной контингент Института составляли острые заболевания органов брюшной полости, и выводы, сделанные Институтом по этим формам заболеваний, основываются на 8673 случаях острых аппендицитов, 519 случаях перфораций язв желудка, 1282 — ущемленных грыж и 556 непроходимостей.

Подводя итоги вышеуказанному, мы с полным удовлетворением можем установить, что как научная, так и практическая деятельность Института, направленная на изучение сравнительно узкого круга вопросов, а также и организационная работа по улучшению постановки неотложной хирургической помощи в Ленинграде, были достаточно эффективны и отразились на уменьшении процента смертности по всем основным формам острых заболеваний органов брюшной полости в Ленинграде, как это было видно из приведенной таблицы.

Эти достижения, бесспорно, в первую очередь, объясняются гигантскими успехами социалистического строя в нашей стране. Быстрые темпы индустриализации, успешное выполнение сталинских пятилеток, рост социалистического сельского хозяйства, небывалый расцвет науки и техники, громадный рост общей и санитарной культуры населения, огромная забота партии и правительства и лично тов. Сталина о здоровье трудящихся — все это создало предпосылки для развития и прогресса здравоохранения и привело к тем достижениям, которые мы имеем на сегодняшний день.

Работа нашего Института оказалась эффективной и плодотворной также и потому, что в нем трудился крепко спаянный, во главе с проф. Ю. Ю. Джанелидзе, коллектив, все члены которого в своей повседневной работе руководствовались высокими идейными принципами, положенными в основу советской медицинской науки и практики.

Однако, наши достижения в этой области, связанные не только с углублением наших знаний, а, главным образом, с общим прогрессом нашей страны социализма, не являются предельным. Мы еще ни в коем случае не можем успокоиться на достигнутом. Многие вопросы неотложной хирургии брюшной полости, в настоящее время, еще являются нерешенными и требуют к себе пристального внимания и дальнейшего изучения. Огромный размах Советской медицинской науки, быстрый культурный и материальный расцвет нашей страны — являются залогом дальнейших успехов в лечении острых заболеваний органов брюшной полости.

*Старший научный сотрудник
М. А. Мессель*

ОСНОВНЫЕ ЧЕРТЫ ОРГАНИЗАЦИИ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЛЕНИНГРАДЕ

Среди ряда достижений, которыми может гордиться наше здравоохранение, одним из важнейших является организация неотложной хирургической помощи.

Надлежащая постановка работы этого участка здравоохранения требует соответствующей организации станций Скорой Помощи, призванных не только оказывать экстренную медицинскую помощь при несчастных случаях и внезапных заболеваниях, угрожающих жизни, но и своевременно госпитализировать пострадавших.

Еще в 1896 году Н. А. Вельяминов, придавая важное значение этого рода учреждениям, разработал и представил Красному Кресту проект организации подачи первой помощи в С.-Петербурге.

Проект этот был одобрен и первоначальная организация этого дела и выработка положения были поручены временному Комитету Красного Креста, состоявшему из трех лиц: Петербургского градоначальника, столичного городского головы и представителя Общества Красного Креста Н. А. Вельяминова. Временный Комитет решил организовать районные станции Первой Помощи и к 1 января 1899 года закончил свою деятельность, передав все свои дела и заготовленную для станций материальную часть вновь организованному Комитету Общества по подаче первой помощи в несчастных случаях и помощи пострадавшим от общественных бедствий.

В январе и феврале 1899 года были открыты 5 станций Первой Помощи в С.-Петербурге при следующих 5 пожарных частях: 1) Спасской — Садовая, 58; 2) Московской — Загородный, 17; 3) Нарвской — б. Ново-Петергофской (ныне ул. Газа); 4) Васильевской — Большой пр., 67; и 5) Шлиссельбургской — Шлиссельбургский пр.

Официально станции были открыты 7 марта 1899 года. Каждая станция была снабжена двумя параконными каретами, 4 парами ручных носилок и всем необходимым для подачи первой помощи. При каждой станции дежурило 2 санитары.

Станции ставили своей задачей оказание первой помощи всем пострадавшим на улицах и площадях, при каких бы условиях несчастие не произошло, и транспортировку жертв в ближайшую больницу или квартиру.

Первым Заведующим всеми станциями Первой Помощи и руководителем всего дела подачи первой помощи в Петербурге при Комитете Общества Красного Креста был Г. И. Турнер.

В 1909 году была организована Центральная Станция Скорой Помощи, направлявшая и регулировавшая работу всех районных станций и принимавшая все вызовы на оказание Скорой Помощи. При Центральной Станции находилось Управление Первой Помощи, дежурные, амбулатория для оказания первой помощи (Свечной пер., 6) и Отдел Транспортирования больных с 2 ландо. Заведывал Центральной Станцией доктор И. И. Греков — Председателем Управления Комитета Первой Помощи был проф. Н. А. Вельяминов.

Однако, с полным правом можно утверждать, что только что зародившаяся в С.-Петербурге скорая медицинская помощь едва ли оказывала в первые годы своего существования влияние на развитие неотложной хирургической помощи и, в частности, на развитие экстренной желудочно-кишечной хирургии. На самом деле, станции Скорой Помощи в Петербурге совершенно не имели дежурных врачей, и с конными каретами для оказания медицинской помощи выезжали простые санитары.

Так продолжалось до 1912 года, когда группа врачей в 50 человек изъявила согласие безвозмездно выезжать по вызову станции для оказания первой помощи. На Станциях Скорой Помощи были составлены таблицы с указанием адресов, номеров телефонов и часов, когда врачи бывают дома и могут выехать для оказания первой помощи. Таким образом, на каждый час в течение суток в распоряжении станции имелось несколько врачей, живших в различных частях города; извещенные по телефону станцией они выезжали на место случая, причем приглашался врач, ближайшей к адресу пострадавшего или больного. При такой организации говорить о своевременности подачи Скорой медицинской помощи и о влиянии ее на результаты экстренного хирургического вмешательства не приходилось. По отчету Станции за 1912 год врачи выезжали в течение года всего только 95 раз, т. е. в 1,72%, хотя обращений по поводу несчастных случаев и внезапных заболеваний было 5473, а в 1913 году врачебных выездов было 76 на 6298 вызовов.

Однако, и в таком виде станции Скорой Помощи просуществовали в С.-Петербурге недолго. С началом первой мировой войны, в 1914 году, станции были ликвидированы и Скорая Помощь в С.-Петербурге, таким образом, прекратила свое существование, возродившись снова в виде небольшого санитарного отряда, созданного по постановлению Городского Комитета Всероссийского Союза Городов для оказания помощи раненым в боях с полицией

во время Февральской революции. Формирование отряда Городской Комитет поручил своим уполномоченным Г. А. Иващенко, А. А. Фоллендорфу и П. Б. Хавкину. Начальником отряда, состоявшего из 30 медицинских братьев и 3-х санитарных машин, был назначен д-р П. Б. Хавкин. Отряд помещался на Варшавском распределительном пункте.

Лишь после Октябрьской Революции этот отряд получил материально-техническую базу в виде санитарных автомобилей, помещений, гаражей и оборудования, и был организован в Скорую Помощь, развившуюся к настоящему времени в крупнейшую медицинскую организацию с общим штатом в 1361 человек, включая автобазу с парком в 150 санитарных машин (в 1941 г.), с 7 районными станциями, на которых работают 125 врачей.

В деле развития экстренной желудочно-кишечной хирургии роль станций Скорой Помощи исключительно важна, особенно, если учесть огромное значение раннего распознавания и ранней госпитализации больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости. Ранняя госпитализация определяет собой и раннее оперативное вмешательство, а благоприятный исход таких заболеваний, как известно, находится в прямой зависимости от своевременного оперативного вмешательства.

Условия, при которых приходится оказывать неотложную хирургическую помощь при острых заболеваниях органов брюшной полости, далеко нельзя назвать благоприятными. Нередко врачи лишены возможности повторного и длительного исследования больного, не в праве иногда применять некоторые методы исследования, которые облегчили бы распознавание страдания, у них нет времени на длительную подготовку сердечно-сосудистой или других систем, даже если бы им удалось обнаружить явления их недостаточности.

Но если сложны условия работы больничных врачей, то еще большие трудности встают перед врачами Скорой и Неотложной помощи.

Оказание врачебной помощи в специфических условиях Скорой и Неотложной помощи требует от врача этих учреждений быстрой ориентировки в любой обстановке, находчивости и умения влиять на окружающих, правильного распознавания характера заболевания и, самое главное, правильной подачи первой помощи, от чего нередко зависит дальнейшая судьба пострадавшего. Эта работа усложняется еще и тем, что врач Скорой Помощи, обычно имея дело с тяжело больными, располагает ограниченным временем, нередко оказывает помощь среди толпы, мешающей ему работать и иногда в таких условиях, в которых, с уверенностью можно сказать, не приходится работать никакому другому врачу. В то же время, врач должен, не теряя времени, сразу принять то или иное решение, ибо ни в какой работе так не приложимо выражение «промедление смерти подобно», как к работе врача Ско-

рой Помощи. А если учесть, что обычно первым видит больного врач Скорой Помощи или Неотложной помощи, то станет понятной и ответственная роль этих врачей, и удельный вес их участия в правильном распознавании и лечении с первых же часов заболевания. Практика работы Скорой Помощи и Неотложной помощи показывает, что никогда положение врача не бывает столь трудным и ответственным, как перед лицом больных с острым, внезапно наступившим заболеванием органов брюшной полости, ибо от того, насколько быстро и правильно принято решение, зависит судьба больного, участь которого по сути предрешает первый врач.

Тем не менее, несмотря на всю сложность работы Скорой и Неотложной помощи, улучшение результатов хирургического вмешательства при этих заболеваниях не подлежит никакому сомнению, и это прежде всего следует отнести за счет ранних сроков госпитализации. Если в 1932—1934 гг. станции Ленинградской Скорой Помощи госпитализировали в первые сутки 50% больных с острыми аппендицитами (см. таблицу № 1), то в 1935—1938 гг. этот процент возрос до 62, а в 1939—1941 гг. до 62,2%, несколько снизившись в 1945—1946 г. из-за трудностей послевоенного времени, тормозивших развертывание станций Скорой Помощи и пунктов Неотложной Помощи.

Из этой же таблицы видно, как резко снижался по годам процент госпитализируемых во вторые, третьи и четвертые сутки.

Таблица 1

Распределение больных с острыми аппендицитами по срокам госпитализации (в процентах)

Сроки госпитализации	Распределение больных				В среднем за 1932—1946 г.
	1932—1934 г.	1935—1938 г.	1939—1941 г.	1945—1946 г.	
I сутки . . .	50,0	62,0	62,2	58,3	58,7
II	30,0	22,2	23,7	27,1	2,84
III	11,0	8,6	8,5	8,4	9,2
IV и больше .	9,0	7,2	5,6	6,2	7,3
Всего .	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Аналогичную картину мы имеем при ущемленных грыжах: процент госпитализированных в первые шесть часов дошел с 44,4 в 1932—1937 гг. до 45,8 в 1938—1941 гг. и до 57,7 в 1945—1946 гг. (см. таблицу № 2).

Таблица 2

Распределение больных с ущемленными грыжами по срокам госпитализации (в процентах)

Сроки госпитализации	Распределение больных		
	1932—1937 гг.	1938—1941 гг. 1-я половина	1945—1946 гг.
0—6 часов	44,4	45,8	57,7
6—12 „	17,8	16,4	10,6
12—24 „	12,3	12,2	16,3
II сутки	12,4	10,7	8,7
III и больше	13,1	14,9	6,7
Всего	100,0	100,0	100,0

Число больных с острой кишечной непроходимостью, госпитализированных в первые 12 часов возросло с 35,5% в 1932—1937 гг. до 37,3% в 1945—1946 гг. (см. таблицу № 3).

Таблица 3

Распределение больных с кишечной непроходимостью по срокам госпитализации (в процентах)

Сроки госпитализации	Распределение больных			
	1932—1937 гг.	1938—1940 гг.	1941—1942 гг.	1945—1946 гг.
До 12 часов	35,5	30,7	31,4	37,3
С 12—24 час.	19,5	26,7	25,8	25,5
С 24—48 „	14,7	9,3	5,7	13,7
Позднее	30,3	33,3	37,1	23,5
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0

При перфорации язвы желудка и 12-ти перстной кишки, где грозное начало — резкие боли заставляют больного или окружающих сразу обращаться в Скорую Помощь, процент госпитализируемых в первые шесть часов более высок по сравнению с остальными группами острых заболеваний органов брюшной полости. В 1932—1938 гг. процент больных с перфорацией язвы желудка и 12-ти перстной кишки, госпитализированных в первые шесть часов составлял 63,2; в 1939—1942 гг.—65,5, а в 1945—1946 гг. достиг уже 70,8 (см. таблицу № 4). В соответствии с этим резко уменьшилось число больных, госпитализированных в последующие сроки — через 6—12 часов, 12—24 часа и 24—48 часов.

Таблица 4

Распределение больных с перфорацией язвы желудка и 12-ти перстной кишки по срокам госпитализации (в процентах)

Сроки госпитализации	Распределение больных		
	1932—1938 гг.	1939—1942 гг.	1945—1946 гг.
0—6 часов	63,2	65,5	70,8
6—12 „	22,1	8,6	13,9
12—24 „	8,6	17,3	7,0
24—48 „	3,7	5,2	8,3
Больше 48 часов	2,4	3,4	—
Всего	100,0	100,0	100,0

Своевременная госпитализация, естественно, сказалась и на уменьшении смертности. Этот вывод легко подкрепляется обширным материалом, собранным Ленинградским Институтом Скорой Помощи за пятнадцать лет своего существования.

По данным Ленинградского Института Скорой Помощи, в 1932 г., в первой группе в 500 больных с острым аппендицитом мы имели 3,2% смертности; вторая группа в 1500 больных в 1933 и 1934 гг. дала 1,8% смертности, и в группе больных 1934—1938 гг. смертность упала до 0,94%. Эти цифры приобретают демонстративный характер при сопоставлении их с процентом смертности от острого аппендицита в 1895 г.—21% и в 1913 г.—12%.

При перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки смертность при операции в первые 6 часов была снижена до 7,5%, при ущемленных грыжах не превышала 2,1%. При непроходимости кишечника также имеется значительное улучшение результатов, хотя операция, произведенная в первые 6 часов при этом заболевании дает 22% смертности.

В свете этих цифр понятна огромная роль Скорой Помощи в снижении смертности от указанных заболеваний.

Широко развернутая после Великой Октябрьской Революции сеть станций Скорой Помощи, улучшение постановки дела благодаря подбору квалифицированных врачей, работающих на станциях Скорой Помощи, оснащение станций достаточным количеством санитарных машин и, самое главное, полная возможность для каждого тяжело и внезапно заблестшего получить в любое время суток совершенно бесплатно в течение 10—20 минут после вызова, квалифицированную скорую медицинскую помощь с последующей госпитализацией в хирургические отделения — позволили резко снизить смертность от острых заболеваний органов брюшной полости. Как было указано, процент смертности от острого аппендицита снизился у нас с 3,2% в 1932 году до 0,94% в последующие годы, т. е. больше чем в 3 раза, в то время как в США смертность от острого аппендицита равняется в среднем 5%.

Равным образом, по данным Ленинградского Института Скорой Помощи мы имеем снижение смертности и от острой непроходимости кишечника с 38,8% в 1932 году до 22% в 1935 году.

В то же время клиника Эйзельберга (Австрия) дает за 1926 — 1930 годы 46,5% смертности, а клиника Аншютца (Германия) 40,5%.

Столь высокий процент смертности в капиталистических странах объясняется тем, что за границей далеко не каждый заболевший имеет материальную возможность своевременно вызвать врача и вынужден откладывать обращение к врачу до последнего момента, когда оперативное вмешательство становится уже запоздалым.

Само собой разумеется, что значительный процент благоприятных исходов при острых заболеваниях органов брюшной полости у нас зависит именно от самой организации, а затем от улучшения постановки неотложной хирургической помощи.

Прежде всего оказание скорой и полноценной хирургической помощи обеспечивается готовностью почти любого стационара в Ленинграде, имеющего хирургическое отделение со штатом дежурных квалифицированных хирургов, операционных сестер и младшего персонала, к приему больных, нуждающихся в экстренной помощи. В Ленинграде все более или менее крупные больницы оказывают неотложную хирургическую помощь круглосуточно, — это основной принцип их работы.

Круглосуточная работа рентгеновского кабинета в крупных больницах и возможность вызова рентгенолога и рентгенотехника там, где такого дежурства нет, и дежурство лаборатории для производства срочных анализов облегчают хирургу дифференциальную диагностику.

Как правило, во всех стационарах с хирургическими отделениями организовано хранение запасов консервированной крови для трансфузии по срочным показаниям в течение круглых суток.

В сложных и запутанных случаях хирургические отделения имеют возможность воспользоваться консультацией отдельных специалистов: уролога, гинеколога, окулиста, ото-ларинголога, доставляемых в ночное время санитарными машинами Скорой Помощи.

Кроме того, необходимо отнести улучшение результатов и за счет усовершенствования хирургической техники.

Однако, можно совершенно определенно утверждать, что дальнейшие успехи в этой области будут еще в большей степени зависеть от раннего распознавания заболевания, немедленной госпитализации больного и безотлагательного оперативного вмешательства, чем от хирургической техники, которая в этой области настолько усовершенствовалась, что дошла почти до предела.

Нельзя не отметить и то значение, которое имеет у нас санитарная пропаганда.

Именно санитарно-просветительная работа среди населения, которой в СССР уделяется столь большое внимание, ознакомление населения с наиболее часто встречающимися формами перечисленных выше заболеваний, указания о допустимых и запрещенных способах самолечения, — все это способствовало и способствует снижению смертности от острых заболеваний органов брюшной полости.

*Старший научный сотрудник
С. Б. Будзинская — Соколова*

УСПЕХИ СОВЕТСКОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЗА 30 ЛЕТ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В работе хирургических отделений, занимающихся оказанием экстренной хирургической помощи, лечение острого аппендицита занимает доминирующее место. Если в начале текущего столетия операции по поводу острого аппендицита едва ли составляли доли процента, а в 1916 г. по данным Тихова только 5%, то в настоящее время на долю аппендектомий приходится до 60% всех оперативных вмешательств, производимых в порядке неотложной хирургической помощи.

Долгая и упорная борьба мнений по различным вопросам острого аппендицита, привела к настоящему времени к четко формулированным положениям. Организация Советского Здравooхранения дала возможность провести в жизнь в массовых масштабах основные положения — ранняя диагностика, ранняя госпитализация — срочная операция. Отечественные хирурги дооктябрьского периода неоднократно занимались вопросами острого аппендицита. До начала текущего столетия не имелось сколько-нибудь значительных статистик, которые позволили бы судить об эффективности лечения острого аппендицита.

Одним из убедительных показателей успешности лечения является снижение летальности. В течение первого десятилетия нашего века общая летальность была высока. Так, по данным Сарычева (Москва, 1910 г.) послеоперационная летальность равнялась 21%. Внедрение принципов ранней операции, пионерами которой в Петербурге были Г. Ф. Цейдлер и И. И. Греков (первое десятилетие нашего века) показало, что при своевременном поступлении больных и выполнении операции в первые 24 — 48 часов, послеоперационная летальность ничтожна и не превышает 1%. Эти блестящие успехи доказывали, что хирурги получили в свои руки мощное оружие для борьбы с тяжелым и опасным заболеванием. Однако, эти достижения не были в дооктябрьский период массовым явлением и были достоянием лишь отдельных хирургов. Неосведомленность населения, отсутствие организации здравоохранения приводили к запоздалым направлениям больных в лечебные учреждения. Первостепенные факторы — ранняя диагностика и ран-

няя госпитализация полностью вошли в жизнь лишь в наше, советское время, поэтому и общая летальность еще к 1916 году, по данным Тихова, была высокой и равнялась также, как и в 1910 году — 21%.

В первые годы после Октябрьской Социалистической Революции сдвиги в лечении острого аппендицита были еще невелики в силу ряда причин, основной из которых был период становления Советского Здравоохранения. По свидетельству ряда хирургов (Алипов 1922, Очкин 1924 г.) летальность от острого аппендицита оставалась еще довольно высокой, но уже уменьшилась по сравнению с 1916 — 1917 годами. Более заметное снижение намечилось к 1926 — 1928 годам, когда ранняя операция завоевывает общее признание и ранняя госпитализация больных с острым аппендицитом становится более частым явлением. В эти годы летальность повсеместно снизилась до 12 — 13%, т. е. почти вдвое по сравнению с 1916 годом (21%), а по данным ряда авторов (Милостанов, Брегадзе) и втрое — до 7 — 6%. Последующие годы характеризуются дальнейшим снижением летальности. Вступает новый фактор — систематическая операция при остром аппендиците, независимо от времени, протекшего от начала приступа. По данным Ленинградского Института Скорой Помощи в 1933 г. (М. В. Красносельский) летальность снизилась до 3%, а в последующие годы по отдельным сериям операций не было отмечено ни одной смерти. Не только в больших, но и в провинциальных городах советские хирурги добиваются разительных результатов. Так, Мануйлов (Днепрострой) отмечает исключительно низкую летальность — 0,1%.

Большая работа, проделанная советскими хирургами по внедрению идеи необходимости ранней госпитализации, среди врачей и населения, приносит свои плоды. Цифры летальности, в пределах 1% отмечаются в течение ряда лет перед Отечественной войной (Бочаров, Москва, Институт Склифосовского, 1935). По данным протоколов Совета Неотложной Хирургии в Ленинграде, летальность от острого аппендицита по больницам города к 1947 году не превышает 1 и даже достигает 0,5 — 0,6%. На 8 246 операций, произведенных по поводу острого аппендицита в Ленинградском Институте Скорой Помощи за 10 лет, летальность равна 1,33%.

Если в 1916 году из каждых пяти, оперированных по поводу острого аппендицита больных умирал один, то к 1947 году из каждых 1000 больных мы теряем только 6 — 7 — 10 человек. Другими словами, летальность от острого аппендицита уменьшилась за 30 лет более чем в двадцать раз. Этот примечательный успех явился результатом деятельности стройно организованной сети лечебных учреждений Советского Здравоохранения; разработка советскими хирургами вопросов диагностики, характера и техники оперативного вмешательства и критической оценки эффективности лечения.

Диагноз острого аппендицита, несмотря на общеизвестность основных признаков, далеко не всегда бывает прост. Небезынтересны высказывания терапевта, проф. Шервинского в докладе на объединенном заседании хирургического и терапевтического обществ в Москве в 1901 году, где он говорит: «диагностика аппендицита в выраженных случаях затруднений не представляет — более или менее резкое начало болезни, сильные боли, сосредоточивающиеся, большей частью, в области слепой кишки, местная гиперестезия всех покровов и рефлекторное сокращение мышц, рвота, чаще появляющаяся после коликообразных болей, запор или иногда понос, резкая болезненность в классической точке, более или менее повышенная температура — вот обычные, хотя и различные по группировке, признаки аппендицита. Если говорить о диагностике этой болезни, то необходимо коснуться следующих ее сторон — 1) скрытые, неясно выраженные формы, т. е. такие, где необходима диагностика по отношению к другим заболеваниям и 2) определение степени и качества изменений в отростке».

Таковы высказывания терапевта. В первом десятилетии текущего века в основном диагностировались 2 формы — простой аппендицит (неосложненный) и осложненный аппендицит. Методом диагностики служило только клиническое наблюдение, лабораторная диагностика вошла в употребление значительно позже, а детальная разработка ее развернулась только после Великой Октябрьской Революции. Советскими хирургами был выявлен ряд оригинальных признаков острого аппендицита. Волкович один из первых подметил, что в начале приступа, боли начинаются в подложечной области. Он же подчеркнул необходимость сравнительной пальпации для определения степени напряжения брюшной стенки, о чем говорил Образцов еще в 1892 году. Способ этот имеет повсеместное употребление в клинике и в наше время. В 1935 году Чугаев (Харьков) описал признак, которому он дал название, «струны аппендицита» — сокращение волокон наружной косой мышцы в виде отдельных тяжей. Действительно, эти более резко, чем другие, сокращенные мышечные пучки пальпируются как натянутые струны. Крымов (1922 и 1934 г.) предложил 2 новых признака: 1) болезненность при введении пальца в наружное паховое кольцо и 2) так называемый пупочный симптом Крымова — болезненность правого нижнего квадранта пупочного кольца. Болезненность в верхней полуокружности указывает на воспалительный процесс в желудке или желчном пузыре. Этот симптом вполне себя оправдал в дифференциальной диагностике. Общеизвестный симптом Блюмберга был у нас известен задолго до его опубликования. Алипов (Пенза, 1922 г.) говорит: «справедливость требует отметить, что этому симптому мы обязаны бывшему главному врачу Пензенской больницы — Д. С. Щеткину, долгое время применявшему его в Пензе, но, к сожалению, своевременно его не опубликовавшему. После долго-

летнего знакомства с этим симптомом пензенских врачей, он был опубликован Блюмбергом и явился к нам знатным иностранцем»

Лабораторные исследования являются обязательным компонентом клинического обследования. Срочные же клинические анализы введены только в наши дни. Еще в 1925 году Захаржевским и Шилловцевым было обращено внимание на качественное изменение лейкоцитоза, а Козловский на 3 Всеукраинском съезде в 1927 году придал этим данным решающее значение в установке показаний к операции. П. Н. Демидова, в докладе на Ленинградской Областной Конференции по острому аппендициту в 1934 году, выявила на основе изучения очень большого материала, закономерности в качественном и количественном изменениях белой крови. Данные Демидовой являются ценнейшим подспорьем в диагностике острого аппендицита. В настоящее время мы имеем возможность, в большинстве случаев, поставить правильное распознавание формы острого аппендицита и до операции.

Клинико-патологоанатомические несоответствия являются важнейшим фактором, имевшим очень большое значение в эволюции хирургической мысли по вопросам оперативного лечения острого аппендицита. В течение длительного времени, несмотря на неоспоримость этих противоречий, они не получали должной оценки. Г. Ф. Цейдлер на IX съезде хирургов в 1909 году отметил, что «грозный признак обманчивой клинической картины, не соответствующей тому, что происходит в животе, стоит перед хирургом». Истинное значение этого фактора было воспринято лишь Советскими хирургами, а особенно высокую оценку он получил на 3-м всеукраинском съезде в 1927 году. На этом же съезде клиника проф. Кудинцева (Харьков), в лице Милостанова, выступила сторонником систематической операции при остром аппендиците, независимо от сроков заболевания. Милостанов особенно подчеркивал, что именно из-за несоответствия между клиникой и патологоанатомическими изменениями, нельзя предвидеть осложнений приступа острого аппендицита, осложнения часто тяжелые, а нередко и смертельные.

По мере накопления наблюдений выяснилось, что эти несоответствия встречаются гораздо чаще, чем это представлялось раньше. Так, например, Коган (Мозырь, 1933) полагает, что несоответствия встречаются в 10% всех случаев. Очень большое значение придается этому факту и в настоящее время, (Красносельский). Абрамсон, 1934 г. указывает, что в первые 24—48 часов расхождение между клиникой и патологоанатомическими изменениями наблюдаются гораздо чаще — в 52%, т. е. почти у одного из двух больных с острым аппендицитом клиника обманчива и часто не выявляет истинный характер изменений в отрубке. В более поздние сроки процент расхождений снижается до 14. По разным авторам (Власенко, Глезер и др.) этот процент колеблется от 24 до 48. Понятно, что этот факт должен быть учтен в диагностике и установке показаний к операции.

Изучение отдельных вопросов острого аппендицита, в частности, клиники его при атипическом расположении отростка, особенности течения у детей и в старческом возрасте в значительной степени способствовали улучшению и уточнению диагностики. Все эти работы — достойные нашего времени и появились только после Октябрьской Революции.

Своеобразное течение ретроцекального аппендицита долго не привлекало специального внимания клиницистов. В работах М. С. Архангельской-Левиной и Э. Н. Степановой (1934 г.) указывается, что ретроцекальное расположение отростка встречается в 10—15% всех случаев. Особенности течения становятся понятными, если принять во внимание, что процесс разворачивается позади толстой кишки, которая прикрывает и ограничивает инфекционный очаг от свободной брюшной полости. Стертость симптомов характерна для часто наблюдаемой при ретроцекальном аппендиците, деструктивной форме. Знакомство с особенностями этого варианта расположения позволяет поставить правильное распознавание. Мезоцелиакальные аппендициты протекают еще более скрыто, чем указанная выше форма, что влечет за собою затруднения в диагностике. Послеоперационные осложнения наблюдаются чаще, чем при нормальном расположении отростка (Будзинская, 1936 г.).

Изучение особенности течения острого аппендицита у детей и в старческом возрасте способствовало дальнейшему улучшению распознавания. Ряд авторов отмечает преобладание у детей деструктивных форм (Шаак 1934, Краснобаев, 1938). На областной конференции по острому аппендициту (1934 г.) было отмечено, что дети болеют реже, но зато более тяжело, чем взрослые в силу ряда причин, (малая сопротивляемость к инфекции вообще, менее развитый фолликулярный аппарат, малое развитие сальника). Случая (засед. хир. общества в Москве в 1938 г.) на большом материале клиники проф. Краснобаева отметила, что очень высокая смертность у детей, доходившая в период 1925—1930 г. до 30% снизилась к 1938 г. до 5,2%. Проведенная санитарно-просветительная работа значительно увеличила обращаемость к врачам, вследствие чего увеличилась и ранняя госпитализация.

О таких же успехах сообщает Богорад по материалу Ленинградской больницы им. Пастера. На заседании Совета Неотложной Хирургии в Ленинграде в январе 1947 года были заслушаны доклады, хирургических отделений детских больниц, по экстренной хирургической работе. Заведующая хирургическим отделением больницы им. Н. К. Крупской сообщила о 224 операциях по поводу острого аппендицита у детей без единого случая смерти. Успехи лечения острого аппендицита у детей несомненны.

Острый аппендицит в старческом возрасте также представляет некоторые особенности, из которых основная — значительный, больше чем у других возрастных групп, процент несоответствия клинической картины патолого-анатомическим изменениям

(Н. Д. Каменская, 1934 г., Иоссет, 1940 г.). Вследствие ослабленной реакции ранняя диагностика представляет довольно значительные трудности; однако, знакомство с этими особенностями позволили значительно улучшить диагностику и тем самым — результаты лечения.

Проверка правильности диагноза путем гистологического исследования удаленных червеобразных отростков и изучение этих данных, безусловно способствовали улучшению постановки распознавания. Необходимо отметить две работы: Дмитриевой (клиника Розанова, 1924 г.) и В. М. Гаккеля (Институт Скорой Помощи, 1934 г.), основанные на очень большом числе исследований (800 и 1000). Ценные данные гистологических, проводимых систематически исследований, послужили основанием для введения в Ленинграде, по инициативе Совета Неотложной Хирургии, обязательного исследования всех удаленных отростков. Эти данные дают возможность объективной оценки качества распознавания острого аппендицита и его форм.

Эволюция хирургической мысли в оперативном лечении острого аппендицита сыграла большую роль в улучшении результатов. Идея ранней операции острого аппендицита в первые 24—48 часов после начала приступа была в свое время огромным шагом вперед. Блестящие результаты ранней операции, давшей разительное снижение смертности показали, что лечение острого аппендицита вступило в новую эру. «Сочетание целесообразного лечения припадков с одновременной операцией, говорил на IX съезде хирургов в 1909 г. Г. Ф. Цейдлер, составляет главное преимущество ранней операции; выгоды ее громадны, ибо она предупреждает всевозможные осложнения и что основным, главным препятствием проведения ее в жизнь, является отсутствие у врачей и больных убеждения в необходимости ранней операции». На XII съезде в 1912 году было установлено, что большинство хирургов стоит на позиции ранней операции и что ранняя операция является единственным правильным методом лечения острого аппендицита (А. А. Кадьян).

Впервые на этом съезде был поднят вопрос о важности ранней диагностики (Владимиров, Москва), как необходимым условием для ранней операции.

Первые годы после Великой Октябрьской Революции характеризуются очень большой тенденцией к ранней операции. Назаров (клиника Разумовского, Саратов, 1924 г.), подводя итоги работы клиники говорит: «Мы будем рады, когда русскому хирургу откроется эра для возможности производства ранней операции, так как опыт познакомил нас с опасностью невинного 2—3-х дневного припадка».

XVI съезд хирургов в 1924 году произносит веское слово в оценке результатов ранней операции. Аппендицит уже не делится на «простой», который не надо оперировать и на «сложный», подлежащий операции. Индивидуальный

подход отвергнут, хирурги призываются оперировать каждого больного с приступом острого аппендицита в течение первых 24—48 часов, за исключением стадии инфильтрата. К 1926—1927 годам положение об обманчивости клинической картины становится совершенно ясным. Горький опыт запоздалых, вынужденных операций после периода выжидания, заставил искать других путей и этот путь был найден в систематической операции острого аппендицита, независимо от сроков, прошедших с начала заболевания.

На 3 Всеукраинском съезде, в Киеве, в 1927 году, громко прозвучал голос сторонников систематической операции (клиника Кудинцева, Харьков и др.). Вступает в действие формула — диагноз «острый аппендицит» значит — «срочная операция». Пора дискуссий прошла, надо было покончить с выжидающим в «межуточном» периоде. Отсутствие объективных возможностей точного определения изменений в отростке и полная невозможность предвидеть осложнения — вот главные доводы сторонников систематической операции, заставившие их призывать к «спасательному шаблону».

Идея систематической операции, идея прогрессивная, ибо она вела к резкому улучшению результатов лечения, быстро завоевывает общее признание. Годы 1929—1934 характеризуются ростом числа сторонников этого метода. Эти же годы надо считать переломными в снижении смертности, благодаря росту поступления больных в первые сутки — результат улучшения организации здравоохранения и пропаганды идеи систематической операции (Минх, Саратов, 1929 г., Брегадзе, Баку, 1929, Красносельский, Ленинград, 1933, Коган, Мозырь 1933 г.).

В 1934 году на Ленинградской Областной Конференции по острому аппендициту в докладах различных авторов, обобщивших опыт 15 000 операций по поводу острого аппендицита, выяснилось, что подавляющее большинство хирургов являются сторонниками систематической операции.

В 1935 году все выступавшие в прениях по докладу Салищева в Московском Хирургическом Обществе были сторонниками систематической операции. Подразделение на стадии — раннюю, междуточную и позднюю выходит из употребления.

Крупные специализированные учреждения — Институт Склифосовского в Москве и Институт Скорой Помощи в Ленинграде стоят на позиции систематической операции, блестяще доказавшей свое право на существование резким снижением летальности.

В дооктябрьский период раннее поступление больных с острым аппендицитом не было правилом, а скорее исключением. Так, в 1910 г. по данным Сюева (Обуховская больница) только 11,5% поступали в первые 24—48 часов после начала заболевания. В круглых цифрах — из 100 больных только 10—20 поступало своевременно, а 80—90 с запозданием. Рост поступления в первые сутки намечается с 20-х годов. Так, Очкин (Москва) на

XVI съезде в 1924 г. дает 14%, Назаров (Саратов) — 30%. Есинов (Москва, 1925 г.) — 40%, Милостанов (Харьков, 1927 г.) — 50%. Но уже в 1929 году Минх (Саратов) имел возможность видеть 74% больных, поступивших своевременно.

В Ленинграде по данным Института Скорой помощи в 1933 г. 70% больных были доставлены и оперированы в первые 24 — 48 часов.

Большая работа по пропаганде идеи ранней госпитализации не только в городах, но и в провинциальных центрах значительно увеличила процент ранних поступлений. Так, Мануйлов (Днепро-строй) оперировал 91% больных с острым аппендицитом в первые сутки. Рагнер по гор. Свердловску (1932 г.) отмечает 84% ранней госпитализации. В 1937 г. Власенко (г. Горький, больница автозавода) уже имел возможность 95,3% больных оперировать рано — цифра самая высокая по литературным данным.

К 1947 г., по докладом, заслушанным в Совете Неотложной Хирургии в Ленинграде, около 85% больных поступают своевременно в лечебные учреждения города.

За 30 лет, прошедших с Великой Октябрьской Революции, процент поступления больных в первые сутки увеличился в 8—9 раз и если 30 лет тому назад из 10 больных только 1—2 поступали своевременно, то в наши дни мы видим обратное — из 10 человек 8—9 поступают рано и только 1—2 с опозданием.

Техника оперативного вмешательства при остром аппендиците претерпела значительные изменения. В настоящее время наибольшим распространением пользуется крестовый перемежающийся разрез Мак-Бурнея-Волковича. Волкович же за 8 лет до Госсе предложил видоизменение классического разреза — расщепление внутренней крестовой мышцы у перехода в апоневроз прямой мышцы живота. Давно уже оставлены широкие разрезы т. к. опыт показал, что разрез в 6—8—10 см вполне достаточен для успешного выполнения аппендектомии. Параректальный разрез, который многими хирургами признается более травматичным, применяется значительно реже крестового.

Одним из достижений Советской хирургии надо считать резкое сужение показаний к тампонаде брюшной полости. К 1916—1917 годам было широко распространено открытое лечение острого аппендицита, т. е. тампонада применялась во всех сколько-нибудь сомнительных случаях. Это дало повод И. И. Грекову отметить в свое время, что тампонада и широкие разрезы дали несколько выздоровлений и много смертей. В 20-х годах уже намечается тенденция к сужению показаний, но процент применения тампонады еще очень высок — 50%, по данным Очкина и Назарова, (1922 — 1923 годы). Противоразрезы, широко применявшиеся раньше при наличии гнойного экссудата, производятся все реже и реже, в исключительных случаях. Показанием к тампонаде служит наличие гноя в брюшной полости (Козырев, XVI съезд хирургов, 1926 г.). К 1926—1927 годам, когда идея ранней операции

являлась главенствующим направлением, глухой шов применяется все чаще и чаще — закрытое лечение завоевывает все больше сторонников. Широкая тампонада, правда, еще применяется (Зильберберг). На 3 Всеукраинском съезде в 1927 году призыв к глухому шву нашел отклик среди большого числа хирургов. Сторонников тампонады мало. Глухой шов оправдывает себя и при мутных экссудатах (Минх, 1927 г.). Ответившая традиция постепенно сменяется новой, более физиологической, учитывающей исключительные свойства брюшины по борьбе с инфекцией. Для тампонады остаются так называемые «запущенные» случаи, но уже она имеет применение лишь в 30% операций вместо 50% (Брегадзе, 1929 г.). Число сторонников глухого шва растет и не только среди хирургов больших городов, но и на периферии (Свешникова, Калуга 1930 г.). Ряд хирургов выставляет четко формулированные положения тампонировать только при: 1) невозможности удаления источника инфекции (отростка), 2) невозможности закрытия культи и 3) невозможности полной остановки кровотечения. Свешников сообщает, что он применяет глухой шов даже при деструктивных аппендицитах еще с 1924 года. Есипов (Москва, 1931 г.) широко применяет с 1925 года глухой шов брюшины и апоневроза с оставлением незашитой кожи при деструктивных аппендицитах. Процент применения тампонады снижается из года в год, Абрамсон (Ленинград) — 20%, Коган (Мозырь, 1933 г.) — 18%. М. В. Красносельский на Ленинградской конференции по острому аппендициту выставляет положение, что сами по себе изменения в отростке не являются показанием к тампонаде, также и время, протекшее от начала заболевания (1934 г.).

По материалам Института Скорой Помощи к 1934 году на 1330 флегмонозных и деструктивных аппендицитов тампонада была применена в 10,5% случаев; 95% флегмонозных и 60 деструктивных аппендицитов были защищены наглухо. Показания к тампонаде определены и четки, ибо — «ни время протекшее с начала заболевания, ни характер экссудата и его распространение, ни гангрена или перфорация не служат сами по себе показанием к тампонаде» (М. В. Красносельский, 1934 г.).

Следовательно, остаются только следующие показания: 1) аппендикулярный гнойник после его вскрытия, 2) наличие кровотечения, остановить которое не удалось и 3) невозможность полностью удалить источник инфекции. Перитонит не является показанием к тампонаде. Прения на конференции показали, что большинство хирургов является сторонниками глухого шва (Ю. Ю. Джанелидзе, С. С. Юдин, В. А. Шаак и др.).

Таким образом, если к 1927—1928 году глухой шов применялся в половине случаев, то к 1934 году он занял доминирующее положение. В 1935 г. ряд хирургов (Салищев, Бочаров и друг.) отмечают, что процент применения тампонады стал еще меньше — 5—6% и даже 1,5%. Все эти успехи идут параллельно росту по-

ступления больных в первые сутки. В последующие годы — 1936—1940, процент тампонированных после аппендэктомии больных держался на цифрах от 1,5 до 2,5% (данные Совета Неотложной Хирургии по год. Ленинграду).

Если в 1920—1929 годах тампонаде подвергался каждый 2-й больной, оперированный по поводу острого аппендицита, то к 1947 году только каждый сороковой или пятидесятый. Широкое применение глухого шва значительно сократило послеоперационный период и позволило сотням больных быстро вернуться к труду.

Небезинтересно отметить еще одно обстоятельство, также по нашему мнению, характеризующее успехи Советской хирургии — это процент удаленных червеобразных отростков при операции острого аппендицита.

По сообщениям Болярского (Обуховская больница, XII съезд, 1912 год) отросток мог быть удален лишь у 72% оперированных, у 28% он был оставлен неудаленным, а в 1933 году (М. В. Красносельский) лишь у 0,23% или в соотношении 1:500. По материалам Института Скорой Помощи на 8236 операций отросток не был удален в 0,1%, т. е. в соотношении 1:1000.

Следовательно в 1912 году эти соотношения могут быть выражены как 1:4, в 1934 г. — 1:500 и в 1946 г. — 1:1000! Цифры говорят сами за себя.

В свое время аппендикулярный инфильтрат считался обычной, нормальной стадией неоперированного осложненного аппендицита. С ростом ранних поступлений после Великой Октябрьской Революции количество больных с аппендикулярным инфильтратом значительно уменьшилось и в настоящее время такие больные встречаются редко.

Стучинский (1934 г., конференция по острому аппендициту) на материале Института Скорой Помощи указал, что в стадии инфильтрата поступало 6% больных. В настоящее время этот процент не превышает 2—3.

Инфильтрат есть единственная стадия аппендицита, при которой тактика не изменилась независимо от эволюции взглядов на характер лечения: инфильтрат признается основным противопоказанием к операции, если только нет перитонеальных явлений в свободной брюшной полости.

Огромное преобладание своевременно произведенных операций по поводу острого аппендицита является основой профилактики послеоперационных осложнений — абсцессов Дугласова пространства, каловых свищей, ранней смешанной непроходимости кишечника и самого грозного из них — пилефлебита. Мы еще имеем возможность, к сожалению, видеть эти осложнения, но в неизмеримо меньшем числе, чем хирурги предыдущих поколений. В процентном отношении все осложнения взятые вместе, составляют несколько больше 2%, в то время как 30 лет тому назад они соста-

вляли до 25% — т. е. наблюдались почти у каждого четвертого больного.

Широко развитая сеть лечебных учреждений, их доступность во всякое время дня и ночи, хорошо поставленная служба Скорой Помощи и санитарного транспорта как в больших городах, так и в районных центрах, оказали исключительное влияние на лечение острого аппендицита, как и других острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.

То, что в наши дни является естественным — возможность оперировать подавляющее большинство больных в первые часы и сутки после начала заболевания, есть подлинный триумф Советского Здравоохранения.

Летальность при ущемленных грыжах по годам

Автор и год опубликования работы	Число слу-чаев	За какое время соб-ран материал	% леталь-ности
М. А. Чалусов, 1912 г. Казань.	118	14 лет	20,3
П. И. Тихов, 1914 г.	677	Сборная статистика	25,3
Г. В. Алипов, 1923 г. Пенза	138	9 лет	18,1
Н. Ф. Гусев, 1926 г.	67	23 года	20,8
Введенский, 1926 г. Ленинград	389	14 лет	13,0
П. М. Михалкин, 1926 г.	377	23 года	10,3
А. А. Бочаров и Л. С. Островская, 1935 г. Москва.	944	8 лет	7,4
М. М. Макаров, 1935 г. Ленинград	350	1 г. 1) м.	7,0
Е. К. Реймерс, 1938 г. Ленинград	400	3 года	5,2
Материал Ленинградских больниц			
1939 г.	385	1 год	6,2
1943 г.	138	1 год	6,3
1944 г.	112	1 год	6,25
1945 г.	144	1 год	3,44
Материал Института Скорой Помощи			
1946 г.	85	1 год	2,4

Старший научный сотрудник
М. Г. Каменчик

УСПЕХИ В ЛЕЧЕНИИ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ ЗА 30 ЛЕТ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Наиболее частым и опасным осложнением свободных грыж является их ущемление.

Из 100 человек, страдающих грыжами у 12 по И. Э. Гаген-торну и Г. В. Алипову, у 13 по П. М. Михалкину и В. П. Мануй-лову, наблюдаются ущемления. Чаще всего оно бывает у мужчин в возрасте от 20 до 40 лет, у женщин после 40 лет. Обычно уще-мление наступает в конце рабочего дня (М. М. Макаров, 1935 г.).

Естественно, что внезапно наступающее осложнение, выводя-щее из строя наиболее трудоспособную часть населения, привле-кало с давних пор внимание русских хирургов.

Об ущемленных грыжах написаны диссертации (В. И. Лысян-ский, 1891 г. Г. Ф. Цейдлер, 1892 г.), ущемленные грыжи слу-жили программной темой многих русских хирургических съездов (1—1900 г. 3—1902 г. 6—1926 г. 18—1926 г. и 20—1928 г.); учению о грыжах посвящены монографии (П. И. Тихов, 1914 г., А. П. Кры-мов, 1929 г.), вышедшие в нескольких изданиях; много места от-ведено ущемленным грыжам на страницах отечественной периоди-ческой печати и в книге «Диагностика острого живота», вышедшей в 1940 году под редакцией Н. Н. Самарина.

Наиболее спорным и нерешенным является вопрос о лечении ущемленных грыж.

Пройден тернистый путь исканий, волнующих сомнений и спо-ров, пока не было найдено правильное решение. Большая заслуга в разрешении этой трудной проблемы принадлежит советским хи-рургам.

Чтобы составить себе ясное представление о том, как обстояло дело с лечением ущемленных грыж 30 лет назад, обратимся к цифрам, характеризующим результаты лечения этого осложне-ния и сравним их с современными.

Летальность от ущемленных грыж равнялась 25% по П. И. Ти-хову (1914 г.). В последующие годы, как видно из прилагаемой таблицы № 1 и рис. 1 летальность при ущемленных грыжах не-уклонно падает, достигнув, например, в 1946 году в Институте Скорой Помощи в Ленинграде 2,4%.

Сопоставляя цифры 1914 и 1946 гг., следует с чувством огром-ного удовлетворения и гордости отметить, что за последние три десятилетия летальность от ущемленных грыж уменьшилась в 10 раз.

Такие успешные результаты лечения отнюдь не являются слу-чайными.

Цель нашего обзора заключается в том, чтобы выявить при-чины, способствовавшие столь резкому подъему кривой выздоро-вления при этом опасном осложнении.

Среди причин, несомненно влияющих на исход лечения ущем-ленных грыж, решающая роль, бесспорно, принадлежит фактору времени. Чем меньше часов протекло от момента ущемления до оказания хирургической помощи, тем благоприятнее результаты. Как видно из приведенного рис. 2, ранее поступление в лечебные учреждения и неотложная оперативная помощь заболевшим является залогом успешного исхода.

Для осуществления раннего хирургического вмешательства требуется соблюдение следующих условий: 1) необходимость безотлагательного обращения к врачу при появлении первых при-знаков ущемления, 2) широко развернутая внебольничная и боль-ничная бесплатная врачебная помощь, 3) безотказное и неотлож-ное обеспечение населения санитарным транспортом.

Каково же было положение с организацией помощи при этом страдании в дореволюционной России и в ближайшие годы после Великой Октябрьской Революции, когда еще не была ликвидирована послевоенная разруха?

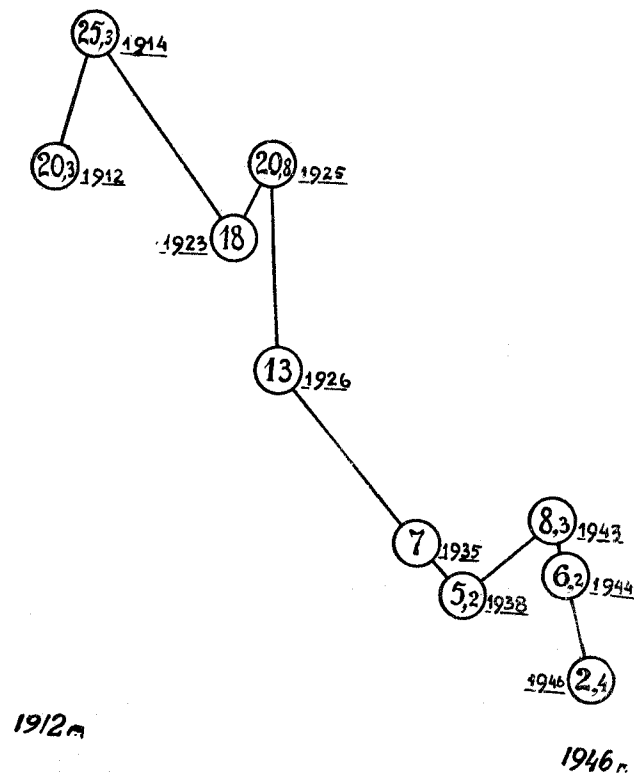


Рис. 1. Летальность при ущемленных грыжах по годам.

В дореволюционное время при наличии ущемления, больные редко обращались за медицинской помощью. Лишь после продолжительных, безуспешных попыток к вправлению самими больными, их окружающими и знахарями, измученные больные, нередко с кровоподтеками и ссадинами на мошонке и бедрах (Ф. А. Копылов, Пенза 1907 г.), доставлялись на телегах из деревень в городские больницы. Проехав по тряской дороге 20—30 иногда 100 километров до лечебного учреждения, они поступали в тяжелом состоянии с запущенными, многодневной давности, грыжами. Даже поступив своевременно в больницу, больной зачастую не соглашался на предложенную операцию. Неудивительно, что при таком положении вещей летальность достигала высоких

цифр. Например, по данным Ф. А. Копылова в 1907 году она равнялась 42%.

Мало изменилось положение с ранней госпитализацией этого рода больных и в первые годы после Революции. Ряд журнальных статей за 1923 год и доклады на съездах, трактующие о лечении флегмонозных и гангренозных грыж, свидетельствовали о продолжающемся неблагоприятии. «Несомненно важен вопрос, какую произвести операцию» — говорит С. П. Шиловцев (1925 г.), — «но еще важнее, чтобы не доставлялись в больничные отделения запущенные случаи, какие еще приходится наблюдать в России».

Но послереволюционные годы прошли не даром. Прделанная большая организационно-просветительная работа быстро привела к благоприятным результатам. Благодаря широкой пропаганде среди населения о необходимости безотлагательного оперативного вмешательства при ущемленных грыжах, в настоящее время можно констатировать отрядный факт обращения к врачам при первых признаках ущемления и готовность со стороны больных подвергнуться хирургическому лечению.



Рис. 2. Летальность при ущемленных грыжах по срокам госпитализации, в процентах

Образцовая организация и работа Скорой Медицинской Помощи и санитарного транспорта в городах обеспечивает быструю доставку заболевших в лечебные учреждения в любой час дня и ночи. Широко развернутая сеть районных больниц с хорошо оборудованными хирургическими отделениями, а также использование, в случаях надобности, санитарного авиотранспорта, дает

возможность и сельскому населению получить такую же срочную помощь.

Успехи, достигнутые в этом направлении иллюстрируются следующими цифрами: в то время, как в 1931 году, в Ленинграде (В. П. Мануйлов) в первые 6 часов госпитализировалось 17,8% больных с ущемленными грыжами, а в 1939 году (Н. Г. Сосняков) — 49%, в 1946 году в первые 6 часов доставлялось 55,3% больных с ущемленными грыжами (Институт Скорой Помощи).

Однако, мы все еще не достигли идеала, к которому не перестаем стремиться, а именно, добиться такого положения, чтобы все больные с ущемленными грыжами доставлялись в больницы в первые часы.

Несмотря на то, что бескровное вправление ущемленных грыж было осуждено видными русскими хирургами (А. А. Троянов, Г. Ф. Цейдлер, А. А. Кадьян), еще в дореволюционное время этот метод долго оставался весьма распространенным среди широкого круга врачей. В этом отчасти были повинны авторы популярных руководств, как П. И. Тихов, А. П. Крымов, В. Л. Боголюбов, которые, несмотря на отрицательное отношение к вправлению ущемленных грыж, очень подробно излагали правила ручного вправления и тем самым, как бы условно, санкционировали применение его при определенных показаниях.

Стремление избавить больного от ущемления, якобы более безопасным методом, еще долго побуждало даже больших хирургов пользоваться вправлением. Считалось правилом вначале пытаться ликвидировать ущемление консервативным путем и, лишь после безуспешных попыток, прибегать к оперативному вмешательству. В результате такого образа действия, промедление с операцией становилось неизбежным и больной, доставленный подчас, вскоре после наступившего ущемления, подвергался операции много времени спустя, с гораздо худшими шансами на выздоровление или становился жертвой ряда осложнений, связанных с вправлением ущемленной грыжи.

Если после продолжительных и разнообразных мероприятий иногда и удавалось добиться благополучного вправления, то все же больные, не избавленные от своего основного страдания, оставались кандидатами на повторные ущемления.

Наблюдавшиеся, в результате насильственного вправления ущемленных грыж такие тяжелые, иногда смертельные осложнения, как разрывы кишки, перитониты от вправления омертвевшей кишечной петли и различные виды мнимого вправления, вызывают беспокойство со стороны хирургов. Необходимость бороться с этим злом становится очевидной и служит поводом к появлению в периодической печати ряда статей, в которых авторы: Г. В. Алипов в 1936 году, В. П. Мануйлов в 1931 году, А. И. Зверев в 1936 году высказываются категорически о недопустимости насильственного вправления ущемленных грыж и настаивают на полном отказе от этого грубого и не врачебного приема.

К счастью, эта неразумная и вредная тактика, давшая немало человеческих жертв, оставлена и, в настоящее время, является для советской хирургии пройденным этапом. Большой сдвиг произошел и в лечении ущемленных грыж детского возраста.

Еще в 1925 г. (М. М. Гуляева клиника Т. П. Краснобаева) при ущемлении грыж у детей допускалось безбоязненно нефорсированное вправление. Основанием к этому служило, якобы, редко наблюдавшиеся у детей омертвения ущемленного органа, вследствие эластичности и растяжимости тканей у них. В настоящее время, срочное оперативное вмешательство у детей стало столь же обязательным, как и у взрослых.

Фактом огромного значения, несомненно улучшившим наши результаты, является отрицание советскими хирургами противопоказаний к оперативному вмешательству при ущемленных грыжах. По ныне существующим, четко выработанным, установкам — ни возраст, ни сопутствующие, даже серьезные, заболевания не могут явиться основанием для отказа от операции при наличии ущемления.

Применение даже таких безобидных средств, как атропин, морфий, грелка, ванна, способствующих вправлению, позволительно лишь при исключительных обстоятельствах, а выжидание эффекта не должно продолжаться больше одного-двух часов.

Дооперационная подготовка тяжелых больных с запущенными ущемленными грыжами, столь обязательная в наше время, не фиксировала на себе внимания прежних хирургов. Даже на съездах, где на повестке дня стоял вопрос об ущемленных грыжах, не встречается никаких упоминаний на этот счет. В доступной нам литературе только у Ф. А. Копылова мы нашли указания, что перед операцией он вводил своим тяжелым больным камфору и физиологический раствор под кожу. Эти мероприятия были безусловно недостаточными для выведения больных из состояния тяжелой токсемии, в которой они доставлялись при многодневной непроходимости кишечника, в связи с ущемлением кишки.

Иное понимание патогенеза непроходимости кишечника и применение, таких обыденных для современного хирурга, лечебных средств, какими являются глюкоза, протившоковая жидкость и кровь, — оказали свое благотворное влияние на исходы лечения.

Большая роль в успешном послеоперационном течении ущемленных грыж принадлежит также методу обезболивания. До 1926 года, как правило, применялся ингаляционный наркоз хлороформом или эфиром (М. А. Чалусов — 1912 г., М. Г. Бурлаков — 1913 г., Г. В. Алипов — 1923 г., П. Ф. Гусев — 1926 г.). Начиная с 1928 года (20-й съезд Российских хирургов), с легкой руки В. В. Шолкова (Торжок), общее обезболивание полностью заменяется местной анестезией, которая становится общепризнанным методом обезболивания при ущемленных грыжах.

В нашей стране, местная анестезия получила широкое распространение благодаря энергичной защите и пропаганде В. А. Шаака,

Л. А. Андреева и в особенности А. В. Вишневого, разработавшего свою, всем известную, методику обезболивания посредством тугой инфильтрации тканей с образованием ползучего инфильтрата.

Прогрессом, обеспечившим резкое улучшение результатов лечения ущемленных грыж, явился выбор соответствующего метода оперативного вмешательства.

Известно, что при операции по поводу ущемленной грыжи, центром внимания является ущемленная кишка, ибо от характера ее изменений зависит как образ действия хирурга, так и исход операции.

Несмотря на то, что при ущемленной грыже с неизменной кишкой, оперативное вмешательство не требует сложных приемов, все же понадобилось внесение коренных изменений в применявшихся оперативных методах.

Рассечение ущемляющего кольца с подведением тампона было обычным приемом при ущемленной грыже. С пропагандой в пользу восстановления пахового или бедренного канала с последующим глухим швом, выступили на 6-ом съезде Российских хирургов (1906 г.) Я. Е. Сарычев и И. Э. Гагенторн. Однако, лишь для хирургов послереволюционного периода радикальная операция при ущемленной грыже становится незыблемым правилом.

Применение радикальной операции, отказ от тампонады и переход к местной анестезии сказались на улучшении непосредственных исходов.

Для сравнения результатов лечения ущемленных грыж, до и после Великой Октябрьской Революции, приведем лишь две в достаточной мере показательные цифры. В 1914 году после операции по поводу ущемленных грыж с неизменной кишкой из каждых 100 оперированных выздоравливало 85 человек и умирало 15 (П. И. Тихов), а за годы 1941, 1945, 1946 из 162 больных, оперированных по поводу, ущемления (Институт Скорой Помощи) умер один человек.

Затруднения в выборе соответствующего способа оперативного вмешательства возникают при подозрении на нежизнеспособность ущемленной кишки.

Опасения, испытываемые хирургами перед операциями, связанными со вскрытием просвета кишки и отделением брыжейки, породили ряд оперативных способов, имеющих целью избежать этой опасности.

К таким паллиативным операциям относятся: «выжидательный-вооруженный способ» с выведением и оставлением сомнительной кишки между тампонами, ушивание стенки кишки при ее частичном омертвлении или анастомоз между приводящим и отводящим концами сомнительной кишки с выведением последней на тампонах (Н. М. Волкович, 1900 г.).

Консерватизм хирургов, зависящий, по всей вероятности, от низкого уровня развития хирургической техники, был причиной

того, что видные клиницисты А. А. Кадьян, В. И. Разумовский, оказались сторонниками метода ушивания стенки кишки, предложенного А. Б. Араповым (1901 г. Петербург) и широко его применяли в качестве безопасного вмешательства, не требующего вскрытия просвета кишки. Несмотря на решительные высказывания К. М. Сапезко против энтероанастомоза, эта операция еще долго применялась некоторыми хирургами (Г. В. Алипов, 1926 г.), в качестве добавочного приема после ушивания кишечной стенки при подозрении на ее омертвление.

Наиболее спорным представлялся вопрос о поведении хирурга при флегмонозных грыжах с омертвлением кишки. Все дебаты, как на хирургических съездах, так и на страницах печати касались именно этой формы запущенных ущемленных грыж.

Весьма распространенная, тогда, операция наложения свища на омертвевшую кишку давала огромную смертность, доходящую до 87%, а в случае выживания больного была сопряжена со второй резекцией кишки.

Модификация операции Н. М. Волковича для флегмонозных грыж, а именно: образование соустья между приводящим и отводящим отделом омертвевшей петли вдали от места ущемления с последующим расширением грыжевого кольца и вскрытием флегмоны, не на много улучшила послеоперационные исходы (58% В. В. Шолков). Высокая смертность после этих операций свидетельствовала о несовершенстве способов и заставляла искать лучших.

Некоторый сдвиг в сторону радикализма намечался давно. Уже в 1891 и 1892 гг. В. И. Лысянский и Г. Ф. Цейдлер в своих диссертациях, высказывались в пользу первичной резекции кишки, доказав ее преимущество перед наложением свища. Однако, мнения разделились; и на той и на другой стороне стояли корифеи хирургии: К. М. Сапезко был сторонником резекции кишки, А. А. Кадьян предпочитал более консервативные операции.

Следует отдать должное и вспомнить первых защитников первичной резекции — Я. Е. Сарычева, И. Э. Гагенторна, К. М. Сапезко, горячо отстаивавших в 1906 году, на 6-ом съезде Российский хирургов, ее право на существование, как единственно целесообразной и эффективной операции при омертвлении кишки. Правильно усматривая успех резекции в достаточно большом удалении приводящего отрезка кишки, эти хирурги в те времена еще не были точно осведомлены о протяженности изменений в приводящем отрезке. Об этом свидетельствует предложение И. Э. Гагенторна при резекции отступать от омертвевшей петли лишь на расстояние 2—3 пальцев.

Число последователей резекции омертвевшей кишки оставалось еще достаточно малым, хотя эта операция, как наиболее обоснованная, начинает все больше привлекать внимание, главным образом, провинциальных хирургов (М. А. Чалусов, 1912 г., М. Г. Бур-

лаков, 1913 г.), чаще всего имеющих дело с запущенными ущемленными грыжами.

Позже, в сторону производства резекции, начинают склоняться и представители клиник. Так например, в 1923 году С. П. Шиловцев, из клиники В. И. Разумовского, на I-ом Поволжском съезде выступает с пропагандой метода резекции нежизнеспособной кишки, представив материал в 40 случаев со смертностью в 17,9%. Преимущество резекции перед свищем, дающим 66 — 87% летальности от инфекции и истощения не оставляет никакого сомнения.

Горячая защита С. Н. Шиловцевым резекции вызвала не менее горячий протест со стороны заслуженного и опытного земского хирурга К. В. Волкова из Ядрина, слова которого мы считаем поучительным привести полностью: «Тезис С. Н. Шиловцева может произвести большой соблазн и граничит с хирургической ересью. Заранее всякому ясно, что операция легкая и моментальная, при прочих равных условиях, не может давать большей смертности, чем операция тяжелая и длительная. Хорош радикализм, но в меру и у места».

Как видно, не легко было сломить сопротивление консерваторов хирургов, предпочитающих придерживаться более безопасного, по их мнению, способа, а именно, наложения свища на кишку.

Несмотря на это, начиная с 1923 года, число приверженцев резекции нежизнеспособной кишки с каждым годом увеличивается (Г. В. Алипов, 1923 г., П. Ф. Гусев 1925 г., А. Н. Зибенгаар 1923 г.)

У хирургов намечается дифференцировка в выборе характера оперативного вмешательства, в зависимости от состояния кишки и наличия воспалительных явлений в окружающих тканях.

Операция образования кишечного свища применяется все реже и все чаще она уступает место резекции кишки.

Между тем, смертность, при резекциях нежизнеспособной кишки, хотя и несравненно меньшая чем при свище, в руках даже некоторых опытных хирургов все чаще продолжает оставаться значительной (37% у Г. В. Алипова 1925 г. и 44% у П. М. Михалкина 1926 г.).

Это обстоятельство вновь вызывает сомнения и вынуждает В. В. Шолкова (1928 г.), на основании изучения своего материала, придти к заключению, что при запущенных гангренозных грыжах кишечный свищ является целесообразным если он будет наложен не на ущемленной кишечной петле «in loco», а на приводящем ее отрезке на значительном расстоянии от нее. С этой целью, автор предложил вскрывать брюшную полость вдали от грыжи, найти приводящий отрезок и на нее наложить свищ. Этот способ, названный автором *anus per laparatomiam*, позволил ему снизить смертность в этих случаях до 38% вместо 87% при „*anus in loco*“.

Несмотря на то, что такой выход из тяжелого положения был одобрен В. А. Оппелем, председателем на 20 съезде Рос-

сийских хирургов в 1928 году, на котором В. В. Шолков сделал свое сообщение, против докладчика обрушился С. М. Шиловцев, считая недопустимым образование 2-х свищей, обрекающих больного на 2 повторные операции, из которых каждая сама по себе дает большую смертность.

Чтобы первичная резекция кишки получила всеобщее признание и более широкое распространение было необходимо сделать ее менее опасной.

В поисках более безопасных способов выполнения резекции кишки при флегмонозных грыжах, главным образом пупочных, П. Е. Трофимовым был предложен и описан Г. В. Алиповым в 1923 году остроумный способ удаления всей грыжевой опухоли *en bloc*. Цель этого способа заключается в том, чтобы удалить всю грыжевую опухоль вместе с покрывающими ее тканями без рассекания ущемляющего кольца. Для этого брюшная полость вскрывалась вне грыжевой опухоли через неинфицированные ткани, кишка резецировалась в здоровых пределах и проходимость восстанавливалась наложением бокового кишечного соустья. Эта операция, которой И. И. Греков пользовался с 1903 года и указал на нее лишь после появления статьи Алипова, является по меткой характеристике, данной И. И. Грековым, «целесообразной, асептической, наименее опасной и единственно гарантирующей благоприятный исход».

Постепенно, первичная резекция кишки завоевывает все больше сторонников и становится операцией выбора не только при запущенных ущемленных грыжах, но и при сомнительных по жизнеспособности кишках.

Большая смертность при ней зависела от недостаточно-разработанной техники резекции кишки, что тормозило широкое распространение этой операции. Загруднения в определении жизнеспособности кишки приводили к тому, что удаление омертвевшего участка производилось на недостаточном протяжении, в пределах еще нежизнеспособной кишки, кажущейся, однако по виду нормальной, вследствие чего наступало расхождение швов на месте анастомоза со смертельным исходом (В. В. Шолков — 1928 г., М. М. Макаров — 1935 г., Н. Г. Сосняков — 1939 г.). Подобного рода технические погрешности бесспорно увеличивали процент печальных исходов и омрачали результаты резекции кишки, незаслуженно задерживая ее признание.

В связи с указанными осложнениями, остро встал вопрос о более эффективных способах определения жизнеспособности ущемленной кишки. Оказалось, что все общеизвестные признаки (цвет, блеск, тонус, перистальтика), которыми пользовались для оценки жизнеспособности кишки, не оправдывали возложенных на них надежд. Исследования изменений в приводящем отделе кишки при ее ущемлении, дополненные экспериментальными данными И. Г. Руфанова (1927 г.) при непроходимости, способствовали правильному разрешению этого, до сих пор неясного, вопроса и содей-

ствовавали усовершенствованию техники резекции. И. Г. Руфанов доказал, что максимальные изменения в приводящем отрезке претерпевают мышечная и слизистая оболочки кишки. Эти изменения могут быть сплошными или чередоваться с нормальными участками и носить сегментарный характер.

Наиболее важным в этих исследованиях явилось установление факта, что серозная оболочка кишки может оставаться по виду нормальной, в то время как в мышечном и слизистом слое разгрыбаются тяжелые патологические изменения, начиная от тромбоза сосудов и эрозий, вплоть до образования язв. Из этих опытов вытекало несколько весьма существенных, в практическом отношении, положений.

1. Приводящий отрезок кишки, в котором происходят максимальные изменения (различной протяженности) следует резецировать на значительном протяжении;

2. Жизнеспособность кишки следует оценивать не по цвету и блеску серозного покрова; просвечивание сквозь серозу небольших, темного цвета, пятен указывает на наличие язв в слизистой и служит показателем неполноценности кишки.

Отсюда стало также очевидным, что не только явно гангренозная, но и сомнительная по жизнеспособности кишка подлежит резекции.

Эти данные явились важным приобретением и, наряду с работами, доказывающими преимущество наложения анастомоза конец в конец перед боковым соустьем, а также отказа от тампонады, в значительной мере содействовали улучшению послеоперационных результатов.

Усовершенствованная техника позволила хирургам значительно шире ставить показания к резекции кишки, что, в свою очередь, способствовало резкому увеличению процента выздоровления. Красноречивее всего об этом говорят цифры. Если у П. И. Тихова (1914 г.) после резекции кишки при ущемленных грыжах умерло 50% больных, у В. В. Шолкова (1926 г.) — 44%, то в последующие годы процент смертности начинает прогрессивно снижаться от 22% у С. П. Шиловцева, 24% у М. М. Макарова (1938) до 12,7% у Е. К. Реймерс (1939 г.). За 1945 и 1946 гг. по материалам Института Скорой Помощи, например, на 12 резекций кишки не было ни одной смерти.

Тактика современного хирурга в отношении омертвевшей или сомнительной кишки совершенно точно установлена. При малейшем сомнении в жизнеспособности кишки производится ее резекция, независимо от продолжительности болезни и состояния больного, не взирая на преклонный возраст, служивший в прежнее время к тому противопоказанием.

Размеры резецированного участка кишки, как это следует из работы К. Я. Кенингсберга (1939 г.) не должны быть меньше 30 см со стороны приводящего и не менее 15 см со стороны отводящего

конца кишки. Как показал опыт, наилучшим методом резекции является наложение кишечного соустья конец в конец.

При флегмонозных, паховых и бедренных грыжах операцией выбора является лапаротомия и резекция приводящего и отводящего отрезков кишки в пределах здоровых тканей со сшиванием их конец в конец; вскрытие пахового или бедренного канала, расширение кольца и извлечение ущемленной петли по способу Джанелидзе-Поль (1922 г.). Для флегмонозных пупочных грыж применяется операция Грекова-Алипова. *Наложение свища на ущемленную кишку является операцией отчаяния и не должно иметь места в условиях нашей действительности.*

Как видно из вышеизложенного, хирургическое лечение ущемленных грыж прошло за последние десятилетия через много этапов, прежде чем придти к единственно правильному решению этого вопроса в пользу резекции кишки, над чем немало потрудились советские хирурги.

В настоящее время, первичная резекция нежизнеспособной кишки единодушно признана всеми, и вопрос этот больше не подвергается дискуссии.

Прогресс современного лечения ущемленных грыж заключается и в том, что больной не только, в большинстве случаев, излечивается от смертельного осложнения, но операция, законченная радикальным восстановлением канала, избавляет его также и от основного страдания.

Немаловажное влияние на улучшение исходов оказал тот арсенал средств, которые современный хирург применяет в послеоперационном периоде.

Значение послеоперационного ведения не подлежит сомнению. Давным давно прошли времена когда говорили «Я его оперировал, а бог вылечит».

Общезвестно, что своевременно и технически безукоризненно выполненная операция может не дать желаемого результата без правильного послеоперационного ведения больных. Среди вспомогательных средств, значительную помощь оказывает, ныне распространенный, метод постоянного отсасывания желудочного содержимого тонким зондом, употребляемый при парезах кишечника, часто наступающих после обширных резекций кишек. Благоприятное влияние сульфамидов и пенициллина сказывается в борьбе с пневмонией и общей инфекцией, что помогает сохранить жизнь немалому числу тяжелых больных.

Вопрос о сроках и характере питания больных после резекции кишек получил новое разрешение. Голодание в послеоперационном периоде приводило к слабости и нарастанию ацидоза.

Исследования Г. А. Рейнберга и А. С. Копциовской о прочности кишечных швов (1935 г.) доказали, что перистальтика кишечника не угрожает прочности швов. Это позволило применять раннее кормление оперированных, что в значительной степени улучшило самочувствие последних и ускорило процесс выздоровления.

Коснувшись в настоящем обзоре основных вопросов лечения одной из частых форм «острого живота» и, сравнивая не давнее прошлое с настоящим, мы вправе с удовлетворением отметить достигнутые успехи

Этим достижениям мы обязаны, прежде всего, правильной организации советского здравоохранения по оказанию экстренной квалифицированной хирургической помощи и советским ученым, неустанно разрабатывавшим и внедрявшим в широкую практику более совершенные методы лечения.

*Старшие научные сотрудники
М. В. Красносельский и И. М. Фохкинд*

УСПЕХИ В УЧЕНИИ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЗА 30 ЛЕТ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Учение об острой кишечной непроходимости (о.к.н.) является одной из сложных глав брюшной хирургии. Несмотря на то, что врачи всех времен и народов уделяли этому заболеванию очень много внимания, ряд вопросов до сих пор остается еще неразрешенным. Русские хирурги уже давно плодотворно работали в этой области. Так, еще на 1-м съезде Российских хирургов в 1900 году, Шиман прочел доклад о завороте слепой кишки; отдельные сообщения были сделаны также на 4, 9, 13, 15, 16, 17 и 18 съездах Российских хирургов. Однако докладчики и все участвующие в прениях касались только частных вопросов о.к.н. и наблюдения их носили преимущественно казуистический характер. Все без исключения выступавшие указывали на чрезвычайно высокую, устрашающую смертность при этом заболевании.

Никакого углубленного изучения всего вопроса в целом тогда не производилось. Острая кишечная непроходимость рассматривалась как местное заболевание и высшим принципом лечения считалось возможно более быстрое опорожнение кишечного содержимого и восстановление проходимости кишечника. Результатом этого было очень мало выздоровлений и очень много смертей.

Так, по данным Золотарева, (Мариинская б-ца в Петербурге), смертность после операции по поводу о. к. н. составляла 83,1% (диссертация 1911 г.), по данным С. И. Спасокукоцкого 62% (Смоленская Губернская Земская больница).

В первые годы существования Советской власти, в годы экономической разрухи и иностранной интервенции, существенного улучшения результатов лечения о. к. н. не произошло. 19-ый съезд хирургов в 1927 году был первым, на котором вопрос об о. к. н. был программным. Этот съезд занимает особо важное место в развитии учения об о. к. н. Здесь впервые были поставлены теоретические доклады А. А. Козырева, Н. А. Гуревича и И. Г. Руфанова об экспериментальных исследованиях, касающихся вопроса патогенеза, причин смерти и патолого-анатомических изменений стенки

кишки при о.к.н. С этого времени начинается новое направление в изучении этого заболевания, совершенно изменившее взгляд на патогенез и задачи лечения.

В дальнейшем, изучение патогенеза и причин смерти в течение ряда лет проводилось преимущественно школами С. И. Спасокукоцкого и Н. Н. Самарина. Их исследования, проверенные на большом количестве тщательно продуманных и оригинально выполненных опытов, внесли много ценного в понимание клинической картины и позволили сделать ряд практических выводов. Из них главным является вывод о необходимости отказа от представления, что о.к.н. есть местное заболевание. Роковые последствия вызываются не только и не столько нарушением проходимости кишечника, сколько наличием ряда расстройств функций жизненно важных органов. Отсюда и следовало весьма ценное заключение о надобности отойти от механических представлений, что главной целью хирургического лечения о.к.н. является лишь устранение препятствия. Оперировать каждого больного только с этой целью — это значит лечить без понимания. Хирург должен ставить перед собой более широкие задачи, в числе которых борьба с имеющимся нарушением жизненно важных функций, отнюдь не ликвидированных самим актом оперативного вмешательства, является важнейшей.

Весьма серьезное значение в понимании патогенеза о.к.н. имел также ряд анатомических работ, вышедших из школы профессора В. Н. Шевкуненко, основателя учения о типовой анатомии.

Дополненные работами патофизиологического характера Гусынина, они сыграли существенную роль не только в понимании этиопатогенеза, но и оказали решающее влияние на разработку советскими хирургами ряда новых оригинальных методов операции.

Разумеется, эти изменения во взглядах произошли не сразу. На 19 съезде из доклада Козырева и других еще не было сделано соответствующих практических выводов. Никто из выступавших в прениях не подчеркивал всей важности рациональной подготовки больного для операции и применения ряда общих мероприятий в послеоперационный период.

На состоявшемся через 9 лет 6-ом Всеукраинском съезде хирургов, где вопрос об о.к.н. был также программным, предоперационной подготовке и соответствующему послеоперационному лечению уделялось значительно больше внимания (Юкельсон, Шапиро, Мельников и др.).

На Ленинградской конференции по о.к.н. в 1938 году красной нитью через все ее работы проходило требование о самой энергичной предоперационной подготовке, имеющей исключительно важное значение.

Подводя итоги работы одного из заседаний конференции, председательствующий Н. Н. Самарин, в качестве обстоятельства, характеризующего достижения Советских хирургов отметил, «что

участники конференции обсуждали не только технику восстановления проходимости кишечника, но говорили также о разнообразных мероприятиях, способствующих улучшению общего состояния больных с о.к.н., иначе говоря, занимались вопросами лечения больных с илеусами, а не только лечением самой болезни».

В связи с вопросом об общих мероприятиях при лечении о.к.н. необходимо упомянуть одну знаменательную дату в истории советской хирургии. На 4-м Всеукраинском съезде хирургов 7 сентября 1930 года С. И. Спасокукоцкий предложил переливание крови при илеусе, причем сделал это в форме предельно краткой и яркой: «многие опыты аспиранта нашей клиники Сельцовского, сказал он, дают почти право воскликнуть—нет больше смертности от илеуса».

Справедливость требует признать, что мы и по настоящее время не только не добились тех идеальных результатов, о которых говорил С. И. Спасокукоцкий, но и значительное снижение смертности пока еще остается мечтой, однако такой, о которой Писарев писал: «Если бы человек был совершенно лишен способности мечтать... если бы он не мог изредка забегать вперед и созерцать воображением своим в цельной и законченной картине, то самое творение, которое только что начинает складываться под его руками, тогда я решительно не могу представить, какая побудительная причина заставляла бы человека предпринимать и доводить до конца обширные и утомительные работы в области искусства, науки и практической жизни...»

В настоящее время переливание крови при илеусе получило очень широкое распространение. Трудно найти хирурга, который бы не видел, что переливание крови действительно творит иногда чудеса. Трудно найти хирурга, который, если к тому имеется малейшая возможность, отказался бы от этого крайне эффективного метода. Переливание крови при о.к.н. находится в такой стадии развития, что отказ от него составляет профессиональную ошибку врача. Таким образом, надежда С. И. Спасокукоцкого, что «практика жизни оправдает научную теорию и эксперимент и в книгу заслуг переливания крови будет внесена новая и яркая страница», полностью осуществилась. Переливание крови при о.к.н. является крупнейшим достижением и украшением советской медицинской науки.

За последние четверть века стало уже очевидной истиной, не требующей особых доказательств, что результаты лечения зависят от времени, протекшего от начала заболевания до операции. Для получения благоприятных результатов необходимы: ранняя диагностика, своевременная доставка в больницу и экстренное производство операции. Это стало возможным только в условиях Советского строя.

На 19 съезде хирургов в 1927 году докладов о диагностике отдельных форм о.к.н. не было. В 1930 году такой выдающийся хирург В. А. Опельсчел возможным написать в своей статье «Илеус», что «...практически можно довольствоваться распознаванием ост-

рого илеуса, предоставив выяснение детальной диагностики операции».

В настоящее время такое упрощение диагностических возможностей должно считаться устаревшим. Если еще 10 — 15 лет тому назад врачи считали допустимым и нужным сообщать в печати о каждом единичном наблюдении, касающемся той или иной формы непроходимости, то в настоящее время дифференциальные признаки отдельных разновидностей о.к.н. настолько хорошо разработаны, что появились обстоятельные статьи и даже монографии, касающиеся отдельных форм.

На 6-ом Украинском съезде были специально разобраны лишь узлообразование, инвагинации и непроходимость сигмовидной кишки. На Ленинградской конференции по о.к.н. уже были заслушаны специальные доклады, касающиеся всех без исключения отдельных форм. На основании значительного опыта выяснилась полная возможность точной диагностики каждой разновидности. В качестве примера, можно указать на то, что правильный дооперационный диагноз такой редко встречающейся и сложной формы непроходимости как узлообразование, в Институте Скорой Помощи был поставлен 4 раза из 9. Нечего говорить, конечно, о том значении, которое оказало это на результаты лечения.

Что касается клинических симптомов, описанных советскими хирургами, имеющих большое значение для правильного и раннего распознавания о.к.н., то в первую очередь нужно указать на описанный Склярным в 1922 г. на 15-м съезде хирургов — шум плеска. Симптом этот, честь описания которого неправильно впоследствии приписана немцу Аншютцу, имеет большое значение в диагностике и открытие его должно быть записано в актив Советской хирургии.

Впервые на 6-ом Всеукраинском съезде хирургов в 1936 году, Рихтер доложил о возможности применения блокады по Вишневскому для отличия распознавания динамической непроходимости от механической. Это чрезвычайно серьезное предложение, имеющее неопределимое практическое значение, действительно дает хирургу возможность легко и эффективно решить чрезвычайно трудный вопрос о том, какого рода непроходимость имеется у больного и избежать, таким образом, ненужных и потому вредных оперативных вмешательств. Применение поясничной блокады по Вишневскому уже по одному этому является большим достижением. Кроме того, эта же блокада является чрезвычайно эффективным лечебным мероприятием, позволяющим в короткий срок и относительно просто излечить динамическую кишечную непроходимость.

В ряду прочих диагностических приемов, очень большое распространение в советское время получили: исследование гумморального синдрома, клиническое исследование крови, бесконтрастное рентгенологическое исследование кишечника.

На 19-м съезде Российских хирургов в 1927 г. ни об одном из этих методов исследования не упоминалось. Через 9 лет, на 6-м

Украинском съезде хирургов, профессор Шапиро уже отводит гумморальному синдрому и изменениям красной крови соответствующее место в диагностике о.к.н. Он придает особое значение падению уровня хлоридов в крови, считая его в полном согласии с Сельцовским, Самаринным и друг. неизменным, наиболее специфичным признаком непроходимости на любом уровне пищеварительного тракта. Рентгенологический метод исследования при о.к.н. на 6-м съезде украинских хирургов не получил еще освещения.

На Ленинградской конференции по о.к.н. в 1938 году были поставлены специальные доклады, посвященные диагностическому значению вышеуказанных методов исследования (Пчелина, Демидова, Головиниц, Финкельштейн). Диагностическое значение исследования гумморального синдрома было единодушно признано всеми присутствовавшими на конференции весьма ценным.

Что касается рентгенологического метода исследования, то в лице Ю. Ю. Джанелидзе он нашел самого близкого последовательного сторонника. По справедливому замечанию С. С. Юдина, Ю. Ю. Джанелидзе правильно сделал, несколько преувеличив, в такой аудитории, значение рентгеновской диагностики, но это дало ему повод и право настойчиво требовать безоговорочного, в любое время дня и ночи, рентгеновского исследования больного с о.к.н. В обеспечение этого он считал необходимым установление во всех хирургических отделениях, где оказывают неотложную хирургическую помощь, круглосуточное дежурство рентгенотехников. Несколько раньше, в 1932 году, такая система круглосуточных дежурств рентгенологов по инициативе доктора С. В. Ивановой-Подобед была введена в Институте Склифосовского в Москве, а в 1934 г. в Ленинградском ГИДУВ'е при кафедре С. А. Рейнберга.

Это нововведение несомненно является крупным этапом в истории развития неотложной брюшной хирургии. По авторитетному свидетельству С. А. Рейнберга, такой системы круглосуточных дежурств рентгенологов, в то время, нигде в мире не существовало.

На 6-ом Украинском съезде и на Ленинградской конференции был подвигнут ревизии вопрос о противопоказаниях к операции и предоперационной подготовке. Положение, что при механической непроходимости кишечника требуется экстренная операция, разумеется, осталось неизменным, но в понятие экстренности было вложено несколько иное содержание. Было выдвинуто требование начинать лечение каждого больного с о.к.н. с самых энергичных мероприятий по борьбе с расстройством жизненно важных функций.

Выяснение роли предоперационной подготовки в деле лечения о.к.н. является несомненным достижением последних лет. В связи с убеждением о необходимости предоперационной подготовки и выяснением роли ее, советские хирурги значительно сузили противопоказания к операции.

Вопросам техники операции при о.к.н. русские и советские хирурги уделили очень много внимания. Выбор наилучшего метода

обезболивания при лапаротомиях по поводу о.к.н. имеет очень важное значение и нередко определяет исход операции. До наших дней не прекращается весьма оживленная дискуссия по этому вопросу. Еще не так давно огромное большинство авторитетных хирургов высказывалось за наркоз и лишь некоторые из них отводили очень скромное место спинномозговой анестезии, категорически отвергая местное обезболивание. На 19-м съезде все ведущие хирурги во главе с И. И. Грековым считали, что в «щекотливом» вопросе обезболивания предпочтение должно быть отдано эфирному наркозу. Интересно отметить, что на этом же съезде Б. В. Шолков, будущий ярый поклонник местной анестезии, заявил, что «о применении местной анестезии при о.к.н. не может быть и речи».

В 1929 году А. В. Вишневский распространил предложенный им метод ползучего инфильтрата и на операции в брюшной полости и при о.к.н.

Энергичная пропаганда Вишневского и его школы, прекрасные результаты, полученные ими, заставили многих хирургов пересмотреть отношение к вопросу об обезболивании при о.к.н. Тем не менее, основной докладчик на 6-м Всеукраинском съезде хирургов по программному вопросу «лечение о.к.н.» Юкельсон вообще обошел вопрос об обезболивании при операции о.к.н. и воздержался от каких-либо рекомендаций на этот счет. Но на этом съезде довольно громко и убедительно прозвучал голос Шолкова, настоятельно рекомендовавшего местную анестезию. Некоторые хирурги заняли среднюю позицию, отстаивая применение местного обезболивания с эфироглушением (например, А. В. Мельников). Прошло два года после этого и на Ленинградской конференции соотношение числа сторонников наркоза и местной анестезии резко изменилось. После доклада Шолкова, представившего результаты оперативного лечения о.к.н. при применении местной анестезии, Ю. Ю. Джанелидзе очень хорошо выразил мнение всей конференции, сказав: «Результаты Шолкова заставляют всех нас насторожиться и пересмотреть вопрос об обезболивании при илеусе в сторону расширения показаний к местной анестезии».

С тех пор число сторонников местной анестезии все увеличивается и результаты, получаемые ими непрерывно улучшаются.

Введение в практику лечения о.к.н. местной анестезии, безусловно, является одним из самых замечательных достижений Советской хирургии.

Значительные изменения произошли и во взглядах советских хирургов относительно лучшего доступа к месту непроходимости, относительно обращения с перитонеальным выпотом и кишечным содержимым, а также во взглядах о наиболее эффективных методах по отношению к нежизнеспособной кишке, тампонаде брюшной полости и проч. В первое десятилетие советского здравоохранения считалось правилом, что оперативное вмешательство при о.к.н. должно быть возможно меньше, как можно легче и как воз-

можно короче (Юкельсон). Эта точка зрения, утверждавшая консерватизм при выполнении операции, долгое время являлась серьезным препятствием на пути к разработке более эффективных и радикальных методов лечения. Требование максимального консерватизма (операция должна быть возможно меньше) всецело господствовала на 19-ом съезде.

Многие хирурги, во главе с И. И. Грековым, считали энтеростомию и выведение кишки наружу методом выбора.

Принимая во внимание высокий авторитет И. И. Грекова, вышеизложенная рекомендация была воспринята всеми присутствовавшими, как обязательная директива к действию. И действительно, даже через 9 лет, на 6-ом Украинском съезде в 1936 г., сторонники «паллиативных» операций были в значительном большинстве.

Но уже в 1938 г. на Ленинградской конференции по о.к.н., имевшей всесоюзное значение, наметился явный перелом в сторону расширения показаний к радикальным вмешательствам, в частности к резекции гангренозных кишек. В основных докладах совершенно четко была сформулирована мысль, что характер вмешательства должен зависеть от общего состояния больного и, что применять у таких больных паллиативные операции (энтеростомия, выведение кишек), т. е. идти по пути упрощения вмешательства это значит идти по неправильному пути.

Было ясно подчеркнуто, что единственным шансом на спасение больного при обширном омертвлении тонких кишек и наличии перитонита, является только первичная одномоментная резекция пораженного участка кишки.

Время, протекшее от начала заболевания, тяжесть общего состояния, наличие перитонита и длина подлежащей удалению кишки — каждое само по себе ни в какой мере не является препятствием для выполнения этого рационального метода лечения.

С этих пор число резекций по поводу о.к.н. возрастает с каждым годом. Все чаще и чаще появляются сообщения об удачных исходах после обширных резекций тонких кишек (4—5 метров) Перельман, Кенигсберг и многие другие.

В Институте Скорой Помощи в Ленинграде за 1946—1947 гг. из 14 больных, которым пришлось сделать резекцию тонких кишек по поводу о.к.н., выздоровели 12.

Доказательством того, что отказ от паллиативных операций при запущенных формах илеуса является прогрессом в деле лечения о.к.н., могут служить следующие сравнительные данные.

Значительные изменения произошли в отношении оперативных приемов при непроходимости толстой кишки. С начала текущего столетия методом выбора при нежизнеспособной толстой кишке являлась резекция, и разногласия существовали лишь по вопросу о самой методике. Русские и советские хирурги внесли ценный вклад в хирургию толстой кишки (Троянов, Греков, Мушкатин). Большинство авторов отвергло первичную одномоментную резек-

А в т о р		При гангренозных кишках	% смертности
Греков	1927	Операции паллиативные	80%
Брегадзе	1936	Резекция	50%
Институт Скорой Помощи в Ленинграде	1938	" "	39%

цию и весьма изобретательно и остроумно предлагало новые или усовершенствованные методы 2-х и 3-х моментных резекций. Все же, большое распространение имело выведение наружу омертвевшей кишки и наложение противоестественного заднего прохода. Такое поведение считалось аксиомой при тяжелом общем состоянии больного, либо при далеко зашедших изменениях в кишке и при сопутствующем перитоните.

Эта точка зрения была доминирующей на 19-м съезде хирургов. В дальнейшем произошла очень интересная эволюция во взглядах, представляющих собою несомненно значительный прогресс. Исходя из того обстоятельства, что предрасполагающим моментом к образованию заворотов разных отделов толстых кишек служат аномалии их формы и положения, врачебная мысль уже не довольствовалась уничтожением непроходимости, а считала обязательным произвести одновременно и такую операцию, которая избавляла бы больного от возможности рецидива.

Искания советских хирургов пошли по двум принципиально различным направлениям. Одни хирурги считали, что одновременно с раскручиванием кишки следует производить дополнительную операцию на ее брыжейке или париетальной брюшине — это так называемые фиксирующие способы (Пикин, Гаген-Торн, Павленко), другие же хирурги, учитывая, что подобные кишки в физиологическом отношении являются неполноценными, ненужными и даже вредными, предлагали одновременно производить одномоментную первичную резекцию.

Все Союзные съезды по традиции подытоживали достижения в определенных областях хирургии. По отношению к заворотам толстых кишек этот итог на 19-м съезде выразился в единодушном признании, что простое раскручивание толстых кишек не является достаточно эффективным для предупреждения рецидива заворота и, что крайне желательным является одновременно какое-либо дополнительное вмешательство, обязательно консервативного характера, заключающееся в применении какого-либо фиксирующего способа. Одномоментная резекция при жизнеспособной толстой кишке в качестве метода выбора была отвергнута.

Начиная с 6-го Украинского съезда отмечается постепенный, очень осторожный переход к более частому применению «идеальной» операции — первичной одномоментной резекции.

В настоящее время число сторонников этой операции и сообщений об ее удачных исходах значительно увеличилось (Юдин, Гнилорыбов, Перельман и друг.). У отдельных хирургов имеется уже достаточное число наблюдений, позволяющих сделать вывод, что переход от паллиативных к радикальным операциям при заворотах как правой, так и левой половины толстых кишек является несомненным достижением.

Значительно менее болезненно и не вызывая особых дискуссий был совершен переход к первичной резекции правой половины толстого кишечника.

На основании своих многочисленных исследований, советские ученые и, в первую очередь Гусынин из Казани, доказали, что завороты толстых кишек — слепой и сигмовидной нельзя рассматривать как случайное осложнение в их биодинамике, возникающее внезапно, а что это острое заболевание является медленным развитием патологического процесса вызванного врожденными особенностями и аномалиями в положении и фиксации толстых кишек. На почве этих аномалий обычно развиваются серьезные расстройства, выражающиеся в кишечном стазе, хронической интоксикации и, таким образом, в конечном счете, образуется анатомо-физиологическая неполноценность органов. Ввиду этого консервативные операции, как не оказывающие никакого воздействия на неполноценный орган, не могут считаться рациональными. Они лишь избавляют больного от острого осложнения, но не могут предохранить больного ни от опасности рецидива, ни от продолжающейся хронической интоксикации. Единственно разумной и радикальной операцией, учитывая только что изложенные данные, является первичная резекция. Говоря об успехах хирургии толстых кишек, необходимо еще раз подчеркнуть, что введение советскими хирургами в практику лечения о.к.л. переливания крови и местной анестезии внесло большой вклад в сокровищницу мировой науки.

Многочисленные экспериментальные и клинические исследования по вопросам техники операции при о.к.л., проведенные советскими хирургами позволили им и в этой области внести ряд ценных предложений. Подробнейшей ревизии в свете современных научных данных подвергались вопросы: разреза брюшной стенки, обращения с перитонеальным выпотом, с содержимым кишек, тампонады брюшной полости и проч.

Когда-то актуальный спор о наиболее рациональном разрезе брюшной полости в настоящее время окончательно разрешен в пользу достаточно длинных разрезов, позволяющих хорошо ориентироваться в брюшной полости и исключающих возможность пропустить одновременное наличие двух или более препятствий, что встречается не так уже редко. В последнее время некоторые Советские хирурги, в особенности И. П. Виноградов, рекомендуют при лапаротомии по поводу о.к.л., также как и при прочих острых заболеваниях органов брюшной полости, поперечный разрез.

Это предложение, хорошо обоснованное с анатомо-физиологической точки зрения и подкрепленное рядом клинических наблюдений, свидетельствующих об уменьшении числа эвентраций и количества послеоперационных пневмоний и грыж, обещает, в случае его подтверждения на более обширном материале, значительный успех.

Резюмируя сказанное относительно техники операции при о.к.н. необходимо указать, что на протяжении 30 лет проделана чрезвычайно интересная с практической и теоретической точки зрения работа, представляющая большой вклад в науку. Эти работы отличаются всеми высокими качествами, свойственными Советской науке, ясностью цели, настойчивостью в достижении ее и своей направленностью на пользу народу.

Серьезным достижением является также, укрепившееся в умах хирургов сознание, что выполнением той или иной операции для ликвидации о.к.н., отнюдь не исчерпывается задача хирурга. Перед ним еще стоит сложная задача, восстановления нарушенных самой болезнью и не ликвидированных операцией расстройств жизненно важных отделов организма. Была доказана чрезвычайная важность применения в послеоперационном периоде ряда мероприятий, как например, переливание массивных доз солевых растворов, переливание крови и другие.

Учитывая, что одним из главнейших симптомов, наиболее мучительных и опасных для больного является растяжение тонких кишек газами и жидкостью, с 1931 года хирурги стали применять постоянное дренирование желудка тонким зондом через нос. Дренирование по этому способу, по сути дела, ничем принципиально не отличается от опорожнения кишечника путем энтеростомии, но имеет громадные преимущества, заключающиеся в простоте применения и полной безопасности для больного.

Этот метод справедливо получил широкое распространение. По этому вопросу был поставлен специальный доклад на Ленинградской конференции по о.к.н. (М. Г. Каменчик). Выступавшие в прениях по этому докладу профессор Юдин и профессор Самарин дали очень высокую оценку этому методу. И действительно нужно признать, что введение в практику дренирование желудка тонким зондом является ценнейшим, первостепенной важности достижением в лечении о.к.н.

Благодаря ему удается не только побороть явления паралитической непроходимости, но и добиться значительного улучшения общего состояния больных с механической непроходимостью на почве спаек и перегибов.

Сравнение результатов лечения о.к.н. в разные периоды, показывает, что в период 1901—1911 гг. смертность колебалась от 83,8% (Золотарев) до 62,0% (Спасокукоцкий), в 1920—1930 гг. процент смертности снизился до 51, с 1930 по 1937 г. смертность

уменьшилась до 40,2%. В последнем же десятилетии смертность уменьшилась до 31% (Юдин, Джанелидзе)¹.

Таковы успехи Советской науки в одной из самых трудных и сложных областей неотложной брюшной хирургии.

Прогрессу в деле изучения и лечения о.к.н. немало способствовало еще одно характерное для советской науки явление, — изучение о.к.н. вышло из тесных рамок столичных клиник на широкий простор провинциальных городов и сел. Именно провинциальные хирурги внесли заметную лепту в изучение многообразных сторон этого грозного заболевания. Медицинская наука приобрела широкий демократический характер и совсем не случайно, что первая исчерпывающая монография об о.к.н. на русском языке написана в 1937 г. И. М. Перельманом на опыте 3-х провинциальных больниц Белоруссии. Не просто счастливым стечением обстоятельств объясняется также тот факт, что наименьшая смертность от операций по поводу о.к.н. получена В. Н. Шолковым в маленьком городке Торжке Калининской области.

По сравнению с успехами, достигнутыми при лечении других острых заболеваний органов брюшной полости, достижения при лечении острой кишечной непроходимости, кажутся очень скромными, но все же имеющееся неуклонное снижение смертности является чрезвычайно отрадным и многообещающим. Нет никаких сомнений, что при том развитии, которое получила у нас медицинская наука, при том внимании, которое уделяется повышению культурного уровня населения и делу организации здравоохранения, советские хирурги добьются таких результатов, которые немыслимы ни в какой другой стране.

¹ Указанный средний процент смертности высчитан на основании литературных данных соответствующего периода.

*Старшие научные сотрудники
М. В. Мухина и К. Я. Кенигсберг*

УСПЕХИ В ЛЕЧЕНИИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЗА 30 ЛЕТ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Первой печатной работой о прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишке в нашей стране была диссертация московского врача Диамонтопулоса (1864 г.). Автор рассмотрел причины возникновения прободения, описал продромальные симптомы, изучил интервалы между началом прободения и наступлением смерти, указал на то, что в редких случаях перитонит может ограничиться и больные иногда выздоравливают.

Судя по этой работе, надо полагать, что с симптомами перфоративной язвы желудка русские врачи в то время уже были знакомы. Значительно хуже обстояло дело с вопросами лечения. Брюшная хирургия еще не существовала, и больные с перфоративной язвой лечились исключительно у терапевтов по методу, рекомендованному Эйхорстом (Eichorst 1882 г.): «Если появляются признаки перитонита от прободения, то назначают большие дозы опиума и покрывают живот припарками. По окончании острых явлений следует осторожно лечить препаратами железа молочнокровие».

Но уже в начале нашего века, Юцевич (1906 г.) с успехом производит резекцию желудка по поводу прободной язвы; через два года Б. В. Шолков получает выздоровление после ушивания, а в 1909 г. вопрос о прободении язвы дебатировался на IX-м съезде Российских хирургов. Это первый удар по безраздельному господству терапевтов в лечении этих больных. Но результаты хирургического лечения перфоративных язв были крайне плачевны. Смертность после операции в среднем составляла 70%, у некоторых хирургов она доходила до 100% (В. М. Минц, 1909 г., потерял всех оперированных им 12 человек).

Даже в ведущих больницах обеих столиц смертность после операции была устрашающая: у Г. Ф. Петрашевской из Обуховской больницы (отделение И. И. Грекова) смертность равнялась 63% (1913 г.), Ф. А. Рейн до 1919 г. из 15-ти оперированных потерял 14. Эти данные не могли способствовать хирургическому энтузиазму, и значительное число больных попрежнему продолжало находиться на попечении терапевтов. По данным Н. Е. Дудко

(1900—1936 гг.) в киевских больницах до 40% умерших от прободения язвы поступали в прозекторскую из терапевтических отделений. На XX-м съезде Российских хирургов (1928 г.) П. С. Бабицкий указывал на то, что больные с перфорацией желудка поступают в хирургическое отделение не непосредственно из дому, а переводятся главным образом из терапевтических отделений, очень тщательно обследованные, но в таком состоянии, что оперировать их было нельзя. На этом же съезде Г. Ф. Петрашевская жаловалась на то, что «процент срочных операций в б. Обуховской больнице сведен к нулю, так как больные находятся в руках терапевтов». Участник съезда В. В. Успенский доказывал, что среди интернистов все еще имеется «вредная группа», которая считает, что больных с перфорацией желудка можно лечить терапевтическим путем, и что эти интернисты находятся не где-нибудь в провинции, а не далее пределов Москвы, а может быть и Девичьего поля, где происходили заседания съезда. Нападки на терапевтов были так велики, что Я. О. Гальперн вынужден был взять их под защиту, но эта защита для многих из них оказалась тем же обвинением. «Толковые терапевты считают прободную язву достоянием хирургов», — сказал он.

Вести борьбу приходилось не только с терапевтами, но и с некоторыми хирургами. На XVI-м съезде Российских хирургов (1924 г.) В. М. Троицкий (г. Ковров) заявил, что за последний год он у трех больных, находившихся в хорошем состоянии, воздержался от операции при прободной язве. Применялась терапия: голод, морфия, абсолютный покой. Все больные выздоровели. К счастью, раздражителей у этого хирурга не нашлось, а все растущие успехи экстренного оперативного лечения при перфорации заставили умолкнуть всех сторонников консервативного лечения.

Не подлежит никакому сомнению, что, за исключением внутренних кровотечений из крупных сосудов, операция по поводу прободения язвы является наиболее срочной из всех экстренных вмешательств, на органах брюшной полости. И это вполне понятно, так как ни при каком другом заболевании инфекционное начало и содержимое полого органа не поступают так быстро в свободную брюшную полость, как при перфорации. С каждым часом промедления значительно увеличивается смертность. Она возрастает с катастрофической быстротой даже не в геометрической прогрессии, а в прогрессии, возведенной в квадрат или в куб. Из 51 больного, оперированного в Ленинградском Институте Скорой Помощи за 1946 г., в первые шесть часов умерло три человека, т. е. один из 17; из оперированных позже шести часов — 21-го человека умерло 7, т. е. один из трех. Процент смертности у оперированных в первые три часа близок к нулю, у оперированных позже суток немногим не достигает 100%.

Такие данные имелись у всех хирургов, и нет ни одного врача, который отрицал бы, что интервал между прободением и оперативным вмешательством имеет огромное значение.

В дореволюционное время этот интервал был чрезвычайно велик. Больные доставлялись в больницу с большим запозданием. Только 10—12% оперировались в первые шесть часов, добрая треть больных попадала на операционный стол после суток. В. М. Минц (1909 г.) был настолько несчастлив, что ни одного из своих 12-ти больных не мог оперировать в первые сутки. Позднее поступление больных объяснялось плохой организацией здравоохранения.

С приходом Советской власти произошли коренные изменения в медицинском обслуживании населения. Бесплатная медицинская помощь, безотказное обслуживание больных врачами на дому и в поликлиниках, увеличение числа стационаров и медицинских работников, создание Институтов Скорой Помощи, организации станций Скорой Помощи и воздушных станций санитарного транспорта, санитарное просвещение и другие многочисленные мероприятия Советского здравоохранения способствовали тому, что экстренные хирургические больные начали поступать в больницу значительно раньше. При этом, персонал Скорой Помощи настолько хорошо инструктирован, что такие больные доставляются непосредственно в хирургические отделения, минуя терапевтов.

По данным Ленинградского Института Скорой Помощи за 1946 год—85% больных с прободной язвой желудка поступило в лечебные учреждения в первые 12 часов.

Послеоперационная смертность резко снизилась, и это снижение является не случайным, а растет из года в год во всех лечебных заведениях. Особенно показательно сравнение материала одних и тех же больниц. В Обуховской больнице до 1914 года смертность при прободной язве равнялась 62,9%; к 1928 г. она снизилась до 37,2%; в 1934 г. она составляла 32,1%.

В Институте Склифосовского в 1924 году из 16-ти оперированных умерло 8, иначе говоря, половина; к 1928 году смертность снизилась до 24,4% (из 123-х оперированных умерло 30), в 1934 г. до 17%; в 1936 г. до 12,7%; в 1942 г. до 12,2% в 1946 г. до 8,9

В Ленинградском Институте Скорой Помощи смертность в 1935 г. равнялась 16,7%; в 1946—13,9%; в 1947—9%.

Данные А. К. Сироткина (1924) по Сокольнической больнице в Москве, за 25 лет, где из 51-го больного с прободной язвой выздоровело только шесть человек, причем две трети больных совсем не оперировались, кажутся теперь невероятными. В настоящее время смерть от нераспознанной при жизни перфоративной язвы желудка не только не является законом, но рассматривается даже не как результат ошибки, а как особое несчастье у хирурга.

Было бы, однако, неверно полагать, что успех в лечении прободных язв явился следствием только ранней госпитализации. Не меньшую роль сыграла правильная и своевременная диагностика. Диагноз перфоративной язвы желудка ставится легко в первые часы заболевания, так как налицо обычно имеются почти все основные симптомы прободения. Резкие, ни с чем несравнимые,

внезапно наступившие боли, которые локализуются в первые часы возникновения в подложечной области или правом подреберьи и очень редко в левом—отмечаются всеми больными. Вторым основным признаком служит напряжение брюшной стенки, которое появляется одновременно с возникновением болей. Плоский и втянутый живот и сильнейшее напряжение прямых мышц—констатируется врачом при первом осмотре и исследовании больного. Ни одно острое заболевание органов брюшной полости не дает такого напряжения мышц живота, как прободная язва. Живот как «доска», «каменный живот»—отмечено почти во всех исторических болезнях.

Третьим, очень ценным распознавательным симптомом является желудочный анамнез. По данным Д. А. Лемберг он отсутствует у 12% больных. Надо принять во внимание, что больные с прободной язвой поступают в таком тяжелом состоянии, что собрать анамнез нередко не представляется возможным. Помимо того, боли, испытываемые больными в момент перфорации столь интенсивны, что больной иногда совершенно забывает о тех небольших постоянных болях, которые у него наступали после приема пищи и считает их столь незначительными, что не находит нужным рассказать о них врачу. В первые дни после операции часто выясняется, что хотя язвенный анамнез у некоторых и отсутствует, но небольшие боли или какие-то диспептические явления—отрыжки, изжога, тяжесть под ложечкой все же имели место. С. С. Юдин считает, что язвенный анамнез отсутствует только у 2% больных.

Из всех перечисленных трех признаков наиболее важным является напряжение брюшной стенки. С. С. Юдин, имеющий очень большое число наблюдений, говорит следующее: «больше всего смущает отсутствие самого классического из всех симптомов—ригидность брюшной стенки. Можно мириться на нехватке симптоматологии газового пузырька, сомнительных данных анамнеза, можно пренебречь необычно высокой температурой или частой рвотой; не должен окончательно смущать женский пол или неподходящий возраст, но ставить диагноз прободной язвы при наличии мягкого живота—дело все же рискованное». И действительно, когда налицо имеются резкие боли и «каменный» живот, диагноз прободной язвы несомненен, хотя бы все остальные симптомы и отсутствовали.

Но если диагноз перфорации в самом начале заболевания можно поставить без особого труда, то уже в ближайшие часы клиническая картина настолько меняется, что распознавание становится крайне трудным даже для весьма опытного клинициста. Боли значительно стихают, изменяются также степень и локализация напряжения брюшной мышцы. Живот не столь твердый, максимум напряжения определяется уже не в верхней его половине, а в правой подвздошной области, так как содержимое желудка, вышедшее через прободное отверстие, опускается в правую подвздошную область и вызывает раздражение брюшины. Налицо

выступает картина острого перитонита, исходную точку которого не всегда можно определить, и больные оперируются под другим диагнозом, — чаще всего ставится распознавание острого аппендицита.

В клинике Ф. А. Рейна (1924 г.) 8 больных из 32 были оперированы под этим диагнозом, т. е. 25% больных, у Н. Е. Дудко (1936 г.) процент таких ошибок равен 7, у Д. А. Лемберг (1935 г.) он доходит до 10%. Диагноз перфорации желудка бывает иногда столь труден, что некоторые хирурги рекомендуют операцию всегда начинать с разреза в правой подвздошной области (И. М. Перельман). Точно так же при прикрытой перфорации язвы желудка, когда по выражению М. М. Виккера «через полчаса и иногда совсем нелегко говорить о прободении», боли и напряжения брюшной стенки определяются в нетипичном месте. Повторяем, что в классически протекающих наблюдениях, где с начала заболевания прошло немного времени, диагноз прост, во всех остальных случаях он может оказаться очень затруднительным, так как первоначальные чрезвычайно ярко выраженные симптомы сгладились. Поэтому диагноз врача, видевшего больного на дому в первые часы заболевания, имеет большое значение.

Советское здравоохранение проявляет чрезвычайную заботу о повышении квалификации врачей внебольничной помощи, и эта квалификация все время увеличивается. Внебольничные врачи в настоящее время все чаще госпитализируют больных с точным диагнозом, а диагноз «острый живот» фигурирует все реже.

Органами здравоохранения созданы также благоприятные условия для уточнения диагноза врачами, работающими в больницах. В большинстве хирургических отделений теперь имеются дежурства рентгенологов и лаборантов. До революции дежурные врачи хирургических отделений и не мечтали иметь в своем распоряжении дежурного рентгенолога и лаборанта. Наличие свободного газа в брюшной полости, обнаруженного при просвечивании или на рентгенограммах, является ценнейшим подспорьем при установке диагноза. До введения этого метода исследования хирурги пользовались симптомом И. К. Спиджарного — тимпанит над печенью. Это важный признак, но он менее объективен, чем газовый пузырь, обнаруженный на рентгенограмме.

Данные анализа крови при прободной язве желудка не особенно характерны, но все же высокий лейкоцитоз (большой лейкоцитоз) и формула крови без значительного сдвига, как правило, имеются всегда всегда налицо в самом начале заболевания, когда перитонит еще не резко выражен.

Колоссальную роль в улучшении диагностики сыграла концентрация значительных контингентов больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости в специализированных стационарах. Это дало возможность врачам изучить ценность каждого отдельного симптома, научиться находить их и оценивать в должной мере. Некоторые хирурги сумели найти ряд новых признаков

прободения, которыми они пользуются с успехом в трудных случаях (А. П. Крымов, В. П. Дзбановский, Н. Е. Дудко).

Единичные высказывания отдельных хирургов, предлагавших «ждать с операцией пока минует тяжесть явлений первого шока» или переводить больных в «холодный период», ни у кого не встретили сочувствия, да и сами эти хирурги очевидно давно отошли от своих позиций. В данное время, все врачи совершенно единодушны в том, что единственным методом лечения прободной язвы является оперативное вмешательство, предпринятое немедленно после того, как поставлено распознавание. Противопоказанием к операции служит только агональное состояние. Наличие шока заставляет хирурга еще больше торопиться, так как самый верный способ выведения больного из шока — ликвидация поступления желудочного содержимого в свободную брюшную полость.

В лечении прободной язвы желудка за последние 20—30 лет также произошли большие изменения. Никто не промывает теперь брюшную полость десятками литров воды, никто не полощет кишечные петли в тазу с водой. Претерпел значительные изменения и вопрос о тампонаде. Стоит только вспомнить как Б. В. Шолков, оперируя в первый раз больного с прободной язвой желудка, тампонировал брюшную полость. Помимо основного параректального разреза он произвел еще два в обеих подвздошных областях и подвел тампоны к месту перфорации — между диафрагмой и верхней поверхностью печени, между восходящей ободочной кишкой и брюшной стенкой, тампоны в обе подвздошные области и малый таз. По сравнению с тем, как оперируют современные хирурги и в том числе и сам Б. В. Шолков, получается действительно дистанция огромного размера.

Между тем 30—40 лет тому назад такой метод оперирования казался совершенно естественным. Но уже на XVI-м съезде Российских хирургов (1924 г.) Ф. А. Рейн заявил, что после того, как он перестал тампонировать брюшную полость, результаты лечения значительно улучшились. При зашивании брюшной полости наглухо Рейн получил выздоровление у 10-ти человек из 17-ти оперированных, при тампонаде одно выздоровление из 15 оперированных. Автор объяснил это тем, что при зашивании брюшной полости наглухо восстанавливается нормальное дыхание, брюшина ставится в нормальные условия жизни и питания и проявляет свою бактерицидную силу. К этому времени отказалось от тампонады и отделение И. И. Грекова. Число хирургов, тампонирующих брюшную полость, становилось все меньше. В. П. Недохлебов на том же съезде предложил применять вместо тампонады дренаж на двое суток, который заводится в малый таз, для чего производится разрез над лобком. За тампонаду продолжали некоторое время ратовать провинциальные хирурги, имевшие большое число запущенных больных (В. В. Успенский и др.). К XX-му съезду Российских хирургов (1928 г.) и эти хирурги высказывались за тампонаду только при известных показаниях.

В настоящее время и промывание брюшной полости и тампонада оставлены всеми хирургами. Экссудат из брюшной полости удаляется водоструйным насосом или отсасывается марлевыми салфетками. Никто теперь не стремится брюшную полость вытирать насухо, зная, что это невозможно, да пожалуй и не нужно. Трудно себе представить, чтобы хирург, оперирующий под местной инфильтрационной анестезией, мог как следует осушить полость малого таза, между тем абсцесс Дугласова пространства развивается у больных с прободной язвой желудка крайне редко. По этому мы полагаем, что предложение Камбосева (Kambosseff) (1938) — после обработки язвы удлинить разрез брюшной стенки до симфиза, чтобы осмотреть Дугласово пространство и освободить его от желудочного содержимого — не будет иметь последователей. Повседневные наблюдения над оперированными больными показывают, что брюшина прекрасно справляется с попавшей инфекцией только при нормальном напряжении ее, т. е. при зашивании наглухо.

В отношении оперативного вмешательства, применяемого для ликвидации самого прободения, имеется много различных способов, и все они могут быть разделены на две группы — операции вынужденные и операции выбора. К первым относятся тампонада прободного отверстия и операция Неймана (Neumann). Обе операции применяются у больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии, когда прободное отверстие из-за прорезания швов зашить не удастся. Операция Неймана в нашей стране не имела большого распространения, тампонадой пользовались значительно чаще. Ее применял Н. Н. Петров, врачи старой Екатерининской больницы в Москве (в некоторых лечебных заведениях он был известен как московский способ). В настоящее время имеется много остроумных предложений, сделанных отечественными хирургами. Используя сальник для пластики или тампонады, перфорационное отверстие удается всегда зашить (Красинцев, Петрова, Поликарпов и др.).

К операциям выбора относятся ушивание прободного отверстия, ушивание с последующим наложением желудочно-кишечного соустья, резекция язвы желудка и резекция желудка.

У ш и в а н и е п р о б о д н о г о о т в е р с т и я является технически простым и наиболее легким для больного и применяется большинством хирургов. Многие хирурги к ушиванию добавляли гастроэнтеростомию. При этом они руководствовались следующими соображениями: 1) при ушивании язвы получается нередко сужение выхода из желудка и непроходимость его — что является прямым показанием к анастомозу, 2) по мнению некоторых хирургов (Ф. А. Рейн и др.), желудочно-кишечное соустье, способствует помимо того разгрузке желудка, давая покой швам. Вместе с тем, часть хирургов Г. М. Герштейн, А. Х. Бабасинов, С. С. Гирголав и др., считала, что гастроэнтероанастомоз способствует заживлению самой язвы.

Однако, в связи с тем, что анастомоз дает много осложнений, применение его в последние годы значительно уменьшилось. В то время как на XVI-м съезде российских хирургов (1924 г.) большинство хирургов считало добавление анастомоза к ушиванию язвы обязательным (Ф. А. Рейн, Г. М. Герштейн и друг.), на XX-м съезде российских хирургов многие хирурги возражали против анастомоза (Я. О. Гальперн, Н. И. Гуревич). В Ленинградском Институте Скорой Помощи до 1935 г. накладывали анастомоз очень часто — 182 раза у 228 больных, т. е. в 80%, боясь сужения выхода из желудка.

Позже мы убедились, что при зашивании язвы в поперечном направлении сужения почти никогда не получается. Рвоты, бывающие иногда в первые дни после операции, симулирующие непроходимость желудка, зависят больше от воспалительных явлений в области язвы и ликвидируются очень быстро после кратковременного зондирования желудка дуоденальным зондом. В 1935 году мы к ушиванию добавили анастомоз у 80% больных, в 1946 г. к 57 ушиваниям по поводу прободной язвы анастомоз был добавлен только один раз, т. е. меньше чем в 1%.

Некоторые хирурги пробовали применять при прободной язве резекцию самой язвы (И. А. Завьялов, 1936 г.), но скоро отказались от этого метода. Судя по литературным данным, эта операция распространения в нашей стране не получила.

Много споров вызывает вопрос о допустимости резекции желудка при прободной язве. В нашей стране пропагандистом этого метода является С. С. Юдин, которому удалось добиться исключительного эффекта при резекции желудка. Не вдаваясь в подробности спора и не предвещая исхода его, мы должны отметить, что самый факт возможности производства такой большой операции при таком тяжком заболевании говорит сам за себя. Особенно знаменательно то, что С. С. Юдин имеет много последователей: О. И. Стефаненко, Г. И. Фейтельберг и друг., которые оперируют с таким же прекрасным успехом. И если на XX-м Всероссийском съезде В. В. Успенский с глубокой горечью отмечал, что в лечении прободной язвы нашим хирургам далеко до зарубежных, то теперь — к 30-летию социалистического государства, советские хирурги могут смело соревноваться с любой зарубежной клиникой, так как смертность после перфоративной язвы желудка в наших больницах значительно ниже чем во многих иностранных клиниках.

О Г Л А В Л Е Н И Е

		Стр.
<i>Ю. Ю. Джанелидзе</i>	Вступительное слово	3
<i>А. Р. Грушкин</i>	Роль Научно-Исследовательского Института Скорой Помощи в си- стеме здравоохранения Ленин- града	5
<i>М. А. Мессель</i>	Основные черты организации неот- ложной хирургической помощи в Ленинграде	14
<i>С. Б. Будзинская- Соколова</i>	Успехи советской неотложной хирур- гии в лечении острого аппенди- цита за 30 лет Советского здраво- охранения	22
<i>М. Г. Каменчик</i>	Успехи в лечении ущемленных грыж за 30 лет Советского здравоохра- нения	33
<i>М. В. Красносельский и И. М. Рохкинд</i>	Успехи в учении и лечении острой кишечной непроходимости за 30 лет Советского здравоохране- ния	46
<i>М. В. Мухина и К. Я. Кенигсберг</i>	Успехи в лечении прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки за 30 лет Советского здра- воохранения	57

Сдано в набор 13/VIII-48 г.		Подп. к печати 12/X-48 г.
Печатных листов 4	Формат 60X92 см	Учт. авторских листов—4
Зак. № 2553	Тираж 3550 экз.	М 25475
