

**О ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
В УСЛОВИЯХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ СЕТИ**

Проф. Ю. Ю. ДЖАНЕЛИДЗЕ, И. В. КРАСНОСЕЛЬСКИЙ,
И. М. РОХКИН Д

ЛЕНИНГРАДСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Директор А. Р. ГРУШКИН, зав. научной частью проф. Ю. Ю. ДЖАНЕЛИДЗЕ

О диагностике острых заболеваний органов брюшной полости в условиях внебольничной сети

Проф. Ю. Ю. ДЖАНЕЛИДЗЕ, М. В. КРАСНОСЕЛЬСКИЙ
и И. М. РОХКИНД

I.

Работа врачей внебольничной сети, особенно квартирных, неотложной и Скорой помощи сложна. Роль этих врачей весьма ответственна и удельный вес их участия в правильном лечении, рациональном с первых же часов заболевания, огромен. Это положение можно без труда подтвердить множеством примеров. Но ни в одной, пожалуй, области роль эта не вырисовывается так рельефно, никогда положение врача не бывает столь трудным и ответственным, как перед лицом больных с острыми, внезапно наступившими заболеваниями органов брюшной полости. Именно здесь, от того, насколько быстро и правильно принято решение, зависит судьба больного, и не будет никаким преувеличением сказать, что участь его в значительной мере предрешает первый врач. С этой точки зрения представляется крайне интересным проследить, как же обстоит дело с диагностикой и врачебной тактикой при некоторых, наиболее часто встречающихся, острых, угрожающих жизни, заболеваниях на передовых пунктах нашего здравоохранения. Настоящая работа представляет попытку такого изучения. Основываясь на обширном материале Ленинградского института скорой помощи мы постараемся представить:

- 1) Объективный анализ ошибок и трудностей, какие встречаются на пути врача внебольничной сети.
- 2) Наметить некоторые пути и возможности к их ликвидации.

Материал, которым мы располагаем — это больные, поступившие за последние девять лет в Институт с диагнозом острых заболеваний органов брюшной полости, так наз. «острым животом».

За время с 1/V—32 г. по 1/I—1941 г. в порядке Скорой помощи таких больных доставлено 21828.

По диагнозам направления они распределяются следующим образом (таблица № 1).

Нижеследующая таблица № 2 показывает, как распределились эти же 21828 больных по заболеваниям, какие были установлены у нас в Институте.

Таблица 1

Диагнозы	Число больных	%
Острый аппендицит	14 387	66,0
Ущемленные грыжи	1 350	6,2
Непроходимость кишечника	1 337	6,1
Перфорации язвы желудка	309	1,4
Обострение язвы желудка	748	3,4
Острый живот	1 235	5,6
Разные и без диагноза	2 462	11,3
ИТОГО:	21 828	100

Таблица 2

Диагнозы института	Число случаев	%
А. Заболевания органов брюшной полости	19 306	88,5
Б. Заболевания забрюшинных органов . . .	1 341	6,1
В. Общие инфекционные заболевания . . .	782	3,6
Г. Заболевания органов грудной клетки . .	304	1,4
Д. Разные	95	0,4
ИТОГО:	21 828	100

Таким образом уже сейчас, не касаясь никаких подробностей, можно установить одно, крайне интересное обстоятельство, а именно: 11,5% заболеваний, распознанные на периферии, как относящиеся к органам брюшной полости, в действительности таковыми не оказываются; 6,1% приходится на забол. забрюшинных органов; 3,6% на общие инфекц. заб.; 1,4 — заб. органов грудн. клетки. Основными, наиболее часто встречающимися заболеваниями явились острые аппендициты (7941 случаев) перфорация язвы желудка и duodeni (349), непроходимость кишечника (428), ущемленные грыжи (852).

Они будут главными объектами нашего рассмотрения, так как число случаев по каждому из них достигает цифр, которые позволяют сделать некоторые выводы.

II.

Острые аппендициты.

Острый аппендицит хамелеоноподобное заболевание — его не находят там, где предполагают и наоборот — находят там, где о нем совсем не думают.

(И. И. ГРЕКОВ).

С диагнозом «остр. аппендицит» доставлено 14387 больных; у 7941 (55,0%) мы подтвердили это распознавание, у 6446 (45,0%) — он оказался ошибочным.

Последняя группа больных по окончательным диагнозам, установленным в Институте, распределяется следующим образом (Табл. № 3).

Большой % ошибочных диагнозов и самый перечень заболеваний, где острый аппендицит распознан там, где его нет, указывает прежде всего на то, что диагностика этого, столь распространенного, и казалось бы, всем столь хорошо известного страдания не всегда легка. Не только для врача внебольничной сети, оснащенного лишь своими органами чувств, но и в условиях клинических, % таких ошибок все еще достаточно велик и колеблется у разных авторов от 1 до 4—5%. Причины их таятся в сходстве начальных симптомов при острых заболеваниях различных органов брюшной полости, в вариантах анатомического расположения и весьма сложных висцеральных рефлексах, дающих отдаленную от заболевшего органа болевую иррадиацию. Как это видно из таблицы № 2, не всегда даже можно бывает выполнить основное диагностическое требование — решить в какой полости разыгрывается процесс: в брюшной, грудной, или же дело касается органов, расположенных внебрюшинно. В 142 случаях заболевания легких, плевропневмонии, преимущественно, но также и диафрагмальные плевриты были ошибочно распознаны, как острые аппендициты. Действительно, есть целый ряд случаев, когда воспалительный процесс с участием легочной, реберной и, особенно, диафрагмальной плевры — дает совершенно отчетливые симптомы раздражения брюшины и всецело фиксируют внимание врача на органах живота.

Наиболее яркая в этом отношении клиническая картина встречается при диафрагмальных плевритах. В виду высокого интереса, какое представляет это заболевание, а также практического значения, какое имеет правильное его распознавание — несколько замечаний к его семиотике¹⁾. Начинается оно обычно внезапно, приступом очень сильных болей, которые сосредоточиваются, преимущественно, в верхнем отделе живота. Вскоре же

¹ При описании клинической картины диафрагмальных плевритов мы кроме своего материала широко использовали прекрасные работы М. М. Виккера.

Заболевания, при которых неправильно диагностирован острый аппендицит
Окончательные диагнозы Института

А. Забол. др. орг. брюшн. полости 5094; 79% (кроме аппендицита)	В. Забол. забрюшин. орг. 740; 11.7%	С. Общ. инф. 423	D. Забол. орг. груди. клетки 142; 2,1%
Перфорация язвы желудка 12-перстной кишки 91 Обострен. язвы 92 Ущемленные грыжи 33 Кишечная непроходимость 118 Острый гастрит 449 Острый гастроэнтерит 839 Кишечные колики 1783 Пищевое отравление 22 Глисты 301 Туберкулез брюшины и забрюшинных желез 86 Холециститы острые и подострые 205 Перитонит хроническ., слипчивый 74 Доброкач. и злокач. опухоли брюшн. полости 98 Внематочн. и нормальная беременность 96 Острые гинек. заболевания 730	Цистит паранефрит 304 Почечные колики 380 Цистит и забол. мужских половых органов 56	Брюшной тиф и паратиф 49 Грипп 312 Малярия 36 Прочие 26	Плевропневмонии : 52 Плевриты 68 Сердечные заболевания 22 Разные 47

появляется ясно выраженная ригидность и резкая чувствительность на довольно большом протяжении — больше в верхнем отделе и на болевой стороне. Это внезапное наступление и триада диафрагмальных симптомов (боль, чувствительность при пальпации, ригидность брюшной стенки) настолько характерна для перитонеальных явлений, то обычно, и распознается острое внутрибрюшинное заболевание, в частности, аппендицит. Однако, уже в начале можно бывает выделить целый ряд интересных отличительных черт. Прежде всего — поведение больного. В то время, как больные с воспалительными процессами брюшины, лежат совершенно неподвижно с тетанически сокращенной брюшной стенкой и избегают всякого движения, связанного с действием брюшных мышц, при диафрагмальном плеврите больные относительно легко изменяют свое положение, легко и без резкого усиления болей поворачиваются с бока на бок, присаживаются и т. п. Обращает на себе внимание выраженная одышка. Особенное значение имеет относительная частота пульса и дыхания. Если отношение это вместо обычного 4 : 1 составляет 3 : 1 или даже 2 : 1, то это является ценным указанием на локализацию процесса в грудной полости. Верхняя половина живота и чаще одна его половина явно отстает при дыхании. Боли носят диффузный характер, распространяются по линии прикрепления диафрагмы и иррадиируют в надплечье и лопатку. Тщательная пальпация живота позволяет выявить еще одно, чрезвычайно ценное обстоятельство. Болезненность оказывается поверхностной в форме гиперестезии. При проникновении вглубь боли чрезвычайно мало усиливаются. Этот поверхностный характер чувствительности к давлению брюшной стенки и несоответствие ее (чувствительности) с ригидностью живота составляет чрезвычайно важный симптом, наличие которого уже само по себе требует самого подробного обследования грудной полости. Диагностика, особенно, если не удастся выявить ясные изменения со стороны легких или плевры, несомненно трудна и крайне ответственна. На все количество больных, доставленных, как острые заболевания брюшной полости, болезни легких и плевры встретились на нашем материале несколько больше чем в 1%.

Цифра эта говорит сама за себя. **Не следует в условиях внебольничной помощи при наличии явных перитонеальных симптомов, учитывать возможность их рефлекторного, с органов грудной полости, происхождения.** Такие больные должны быть немедленно госпитализированы. Решение этого чрезвычайно важного с хирургической точки зрения вопроса может быть без риска для больного проведено исключительно в больничной обстановке.

Мы не имеем никакой возможности подробно остановиться на всех заболеваниях, которые дали повод к диагнозу, острый аппендицит. К некоторым мы вернемся впоследствии. С большим

удовлетворением мы можем отметить, что в громадном большинстве случаев это были «законные» ошибки; неправильные диагнозы вытекали из действительного сходства болезненных симптомов и трудностей подробного обследования в неподходящих условиях. Небольшое количество «небрежных» диагнозов (ущемление грыжи, эпидимит, рожа конечностей и т. п.) нисколько не изменяет общей картины. И нужно сказать, что ошибки такого рода имеют для больного, при условии своевременной госпитализации, второстепенное значение. Наше отношение к ним вполне определено: мы приветствуем направление в стационары большого количества больных, хотя бы и с неуверенным распознаванием, при первом подозрении на острый аппендицит. Оно свидетельствует о все возрастающем чувстве ответственности за своих больных; оно свидетельствует, что единственная правильная при этом заболевании тактика — экстренная госпитализация — все больше и больше проникает в сознание врачей. Крайне интересно отметить (это подтвердит только что высказанное положение), что количество больных, доставляемых в лечебные учреждения Ленинграда с диагнозом острый аппендицит, неуклонно из года в год возрастает. По сведениям, любезно предоставленным нам Управлением Скорой помощи, оно равнялось в 1932 г. — 4380, 1933 г. — 5459, 1934 г. — 7938, 1935 г. — 11016, в 1936 г. — 12163, 1937 г. — 13935, 1938 г. — 17771, 1939 г. — 17967 и в 1940 г. — 18686. Параллельно с этим и увеличивалось и относительное количество диагностических ошибок. Так, на нашем материале оно составляет в 1932—1934 гг. — 22%, в 1936 г. оно достигает 39%, а в 1946 г. — 55%.

Тем не менее мы решительно настаиваем на безусловном и безотказном приеме всех таких больных в стационары. Беглый осмотр в приемном покое ни в какой мере не может исключить серьезного заболевания, и отказ в госпитализации не обеспечивает интересов больного, дискредитирует направившего врача и, несомненно, демобилизует его.

Для иллюстрации нижеследующее наблюдение. Б. А., 17 лет, слесарь (история болезни № 1036/4), поступил в Институт 23/III—34 г.

Заболел приступом сильных болей в животе; вызванный врач квартирной помощи поставил диагноз острого аппендицита и оставил его на дому. 22/III боли усилились, больной направился в амбулаторию, где был осмотрен хирургом и направлен пешком в б-цу. В клинику, куда он обратился, его не приняли, заявив б-ному, что ничего особенного у него нет. 23/III больной снова обратился в амбулаторию. Оттуда, на сей раз — в карете Скорой помощи направлен в Институт. Общее состояние удовл. t° — 39,3, пульс 84, ср. напол. Живот равномерно вздут, в дыхании участвует, мягок, не резко напряжен и болезнен в пр.

подвздошной области Blumberg ++. Затрудненное мочеиспускание. L 13.360, Э 0,5, Ю — 0,5, П. 14, С. 60,0, Л. 19,0, М. 6. Диагноз: острый аппендицит. Экстренная операция. Свободного экссудата нет. Отросток выводится с трудом, направлен к средней линии: между ним и тонкой кишкой абсцесс с колибацилярным запахом и свободно лежащим каловым камнем. Верхушка отростка оторвалась на месте перфорации Appendectomy; глухой шов.

Тяжелое послеоперационное течение, осложнившееся абсцессом Дугласа. Выздоровление. Выписан 8/VI—34 г.

Диагностика острых заболеваний брюшной полости должна быть не только правильной, но и ранней. Поэтому всякий запоздалый диагноз есть тем самым и ошибочный — ошибочный потому, что он обуславливает порочную, не редко вредную, тактику врача. Как же обстоит дело с ранним распознаванием и госпитализацией острого аппендицита? Явно неблагоприятно!

Таблица 4

Распределение больных по времени, прошедшему от начала заболевания до поступления в Институт

Время	Число больных	%
I сутки	3855	57,8
II "	1695	25,4
III "	627	9,4
IV " и позднее . . .	496	7,4
Всего	6673	100

Таким образом около 20% больных с острым аппендицитом доставлены в больницу в запущенном состоянии. Если проследить движение больных за последние пять лет, то оказывается, что % прибывших в б-цу после 48 часов от начала заболевания остается примерно на одном и том же уровне. Существенного улучшения во всяком случае не произошло (см. таблицу № 5).

Таблица 5

Сроки госпитализации при остром аппендиците

	I серия с 1/V-32 — 1/VII-36		II серия с 1/VII-36 — 1/I-41		Всего	
	число	%	число	%	число	%
I сутки	1801	52,3	2054	63,6	3855	57,8
II "	958	27,7	737	22,9	1695	25,4
III "	357	10,4	270	8,4	627	9,4
IV " и позже . . .	332	9,6	164	5,1	496	7,4
Всего	3448	100	3225	100	6673	100

Ошибки при о. аппендицитах крайне разнообразны, что совершенно логично, если знать, как многолико это коварное заболевание. Оно не распознается потому, во-первых, что начальные явления бывают выражены крайне слабо и не дают еще классических, всем известных, симптомов. Основная ошибка, которую при этом допускают, заключается в том, что забывают, или не знают, что для о. аппендицита в самых начальных стадиях, характерно то, что, если позволено будет говорить парадоксами, они не имеют ничего характерного. Знаменитые признаки, которые требуются для уверенного диагноза — повышение t° , рвота, *defense musculaire* и болезненность в пр. подвздошной области появляются значительно позже и тот, кто их ищет в начале заболевания и только по ним решается поставить диагноз, — тот неминуемо прозевает о. аппендицит.

Общая вялость, боли в подложечной области, тошнота, иногда рвота при, совсем не редко, нормальной или субфебрильной t° — вот обычные жалобы, с которыми являются больные в первые 4—6 часов своего заболевания. Исследование обнаруживает в этом периоде противоречие между объективными и субъективными симптомами. Субъективная боль в подложечной области, которую пальпация не обнаруживает и болезненность в пр. подвздошной, которую больные не ощущают, но которая открывается при пальпации. Нередко уже в этом периоде при очень деликатном и методическом обследовании всего живота, при том всей рукой (отнюдь не одним пальцем — скверный прием!), можно бывает выявить ту или иную степень *defense musculaire*, распространяющегося на всю пр. подвздошную область. Многочисленные «специфические» болезненные точки не имеют решительно никакого значения для диагноза. Нужно искать и уметь находить болезненные области.

Это ощущение боли в подложечной области и боль при давлении в пр. подвздошной в 9 случаях из 10 оказывается о. аппендицитом. Таким образом совершенно достаточно такого противоречия, чтобы больной рассматривался, как весьма подозрительный по о. аппендициту. Лечение и правила поведения для него должны быть безусловно такими же, как и для больного с уверенным диагнозом, а именно: немедленное освобождение от работы; никаких лекарств — направление в стационар, или же, если это по каким-либо причинам невозможно, обязательное повторное исследование через 4—6 часов.

Вторым источником ошибок является недостаточное исследование больного, вытекающее из незнания некоторых атипичских форм. Болезненность при пальпации ищут не там, где она действительно имеется. В немалом % случаев — на нашем материале в 10%, по некоторым авторам даже 15%, — отросток располагается позади *coeci* и все признаки воспалительного про-

цесса обнаруживаются не спереди со стороны брюшной стенки, а сзади. Начало заболевания, субъективные жалобы обычно те же, что и при нормальном положении отростка. Однако, вскоре же обычно присоединяются чувство неловкости, а затем боль и затруднение разгибания правого бедра. При внимательном исследовании уже в этой стадии можно констатировать, что при абсолютно мягком и безболезненном животе имеется ясно выраженная болезненность и ригидность правой поясничной области; нередко можно обнаружить здесь же гиперестезию и отечность кожи.

Эти формы вследствие вовлечения в процесс рыхлой забрюшинной клетчатки протекают иногда довольно бурно, давая высокие с ремиссиями t° , ознобы и сравнительно долго не обнаруживают никаких симптомов со стороны брюшной полости. В таких случаях думают о чем угодно, только не об аппендиците.

Заслуживают еще упоминания и редко встречающиеся формы, где воспалительные явления разыгрываются преимущественно в малом тазу, соответственно расположению там отростка. Болезненные явления сводятся к очень неопределенным жалобам на боль в животе. При подробном расспросе удается иногда выявить наличие дизурических явлений и учащенных позывов на низ. Местная болезненность при пальпации обнаруживается лишь при исследовании *per rectum* — приеме, который имеет большое диагностическое значение при многих острых заболеваниях живота, и о котором никогда не следует забывать.

Наконец, существует целый ряд случаев, где болезнь протекает действительно столь атипично, что диагноз наталкивается на очень большие, иногда непреодолимые трудности.

Пример 1. Л. Г., 15 л. (история болезни № 2917/6), доставлен в Институт 12/XI—35 г. Заболел внезапно 5/XI болями в животе, главным образом в нижней его половине. Рвоты и тошноты не было, t° с 6/XI в пределах 38,5—39,5, с небольшими ремиссиями. Больного в течение нескольких дней осматривал ряд врачей, которые высказывали самые разнообразные предположения, в том числе и о брюшном тифе. Была проделана реакция Видалья. Положение больного заметно ухудшалось и 12/XI, наконец, он был отправлен в б-цу с препроводительной запиской, которая заслуживает того, чтобы ее привести полностью: «Экстренно. В больницу. Направляется Л. Г. для стационарного лечения. Приступы резких болей в области живота. Аппендицит по заключению специалиста отрицается. Состояние тяжелое, t° 38 $^{\circ}$. Болен с 6/XI—36 г.». Осмотр в приемном покое не оставлял никаких сомнений в наличии диффузного перитонита, по всей вероятности на почве перфорации отростка. Экстренная операция. Обильный гнойный экссудат. Совершенно гангренифицированный отросток с перфорацией. Appendectomy Тампонада. Смерть 14/XI. Секция. Острый диффузный гнойный перитонит.

Пример 2. А. П. 33 л., служащая (№ истории болезни 1421/4), доставлена в Институт 21/IV—34 г. Заболела 17/IV вечером приступом болей в животе, однократная рвота, t° 37,2. Утром обратилась к врачу здравпункта, который измерил t° — она оказалась нормальной. В больничном листке было отказано. Боли в животе продолжались. Вечером 17 и 18 повышение t° до 38,5, озноб. 19/IV обратилась в поликлинику, но так как темп. была снова нормальной, то врач признал ее трудоспособной. Боли не прекращались, t° вечером до 39°, ознобы. 20/IV по собственной инициативе приняла касторку. Боли резко усилились и 21/IV был вызван частный врач, который и направил ее в больницу с диагнозом острый аппендицит. Очень тяжелое общее состояние; t° 40,1, пульс 110 ср. напол. Живот резко вздут, ясно выраженный *defense* в пр. подвзд. области, резчайшая болезненность и *Blumberg* по всей нижней половине живота. Диагноз: *Appendicitis acuta*. Экстренная операция. Небольшой серозный экссудат. Отросток длиной сантим. в 10, направлен кнутри, полностью гангренифицирован. Брызжейка его утолщена с тромбированными сосудами *appendectomy*: глухой шов.

Крайне тяжелое послеоперационное течение, осложнившееся пилефлебитом, от которого больная погибла 15/V—1933 года через 55 дней после операции. Секция: Гнойный пилефлебит, множественные абсцессы печени.

Из этого следует, насколько подробного исследования требуют эти больные и как часто неопределенные боли в животе, при отсутствии каких-либо привычных признаков острого аппендицита, все же вызываются им.

Безусловного осуждения заслуживает все еще часто встречающееся стремление врачей внебольничной сети на основании однократного и, при том далеко не подробного обследования, — **делить острые аппендициты на легкие формы, подлежащие амбулаторному или квартирному лечению и более серьезные, тяжелые, требующие экстренной госпитализации.** При этом не учитываются, что коварные свойства острого аппендицита в том и заключаются, что изменения в отростке развиваются буквально по часам, и что клиническая его картина отнюдь не соответствует патолого-анатомическим изменениям в отростке. Они обычно опережают ее. Однократное исследование больного ни в коей мере не дает каких-либо данных, указывающих на то, какое направление примет патолого-анатомический процесс в отростке. Более или менее обоснованный и уверенный прогноз при таких обстоятельствах становится просто невозможным. Мы могли бы привести сколько угодно примеров того, как случаи ранние, легкие по своему клиническому течению, в действительности оказываются стоящими уже на границе перфорации, а то и перфорированными. Смущение, даже опытных в этих делах хирургов бывает очень велико. Вот один из них.

Пример 3. Л. К., 33 л., служащий (ист. болезни 431/6), доставлен каретой Скорой помощи из поликлиники без диагноза. Заболел 10 часов тому назад приступом резких болей в животе, преимущественно в правой подвздошной области; один раз была рвота.

Общее состояние вполне удовлетворительное t° 36,8—37,2. Язык влажный, живот правильной конфигурации, равномерно участвует в дыхании, мягок. В правой подвздошной области умеренно выраженные *defense musculaire* и болезненность при пальпации. *Blumberg Rovsing* ++. Экстренная операция через 12 часов от начала заболевания. В брюшной полости значительный серозно-гнойный экссудат без запаха. Отросток расположен свободно; резко гиперемирован, покрыт фибриновым налетом; раздут. Брызгеечка отечна, утолщена. *Appendectomy*. Глухой шов. Гистологическое исследование отростка: *Appendicitis haemorrhagica necrotica. Periappendicitis fibrinosopurulenta*.

Гладкое течение и выздоровление.

Никогда нельзя забывать, что сведения о начале заболевания, как и все, что почерпнуто из анамнеза, крайне субъективны, неточны, и, что изменения в отростке начинаются значительно раньше, чем появляются болезненные расстройства. Врач, заподозривший острый аппендицит, не имеет никакого права представлять больного своей собственной судьбе. Пресловутое поликлиническое напутствие больному с острым аппендицитом — «если станет хуже, вызовите врача неотложной или Скорой помощи» — должно быть решительно изгнано из обихода. Мы считаем правильным выставить такое положение: направление в стационар больного с подозреваемым острым аппендицитом составляет такую же служебную обязанность врача, как при скарлатине, дифтерии, тифе и т. п.

Две, три иллюстрации к вышеуказанному.

Е. Б., студент 17 лет (ист. бол. № 601/4), поступила в Институт 16/II—34 г. 12/II приступ сильных болей в животе: была рвота. Частный врач, впервые осмотревший больного, распознал острый аппендицит и назначил салол с беладонной и опиум при сильных болях. Ночь на 12/II провел без сна, несмотря на прием опия, сильнейшие боли. 13/II квартирный врач подтвердил диагноз и назначил грелку. 14/II другой, тоже квартирный врач — посоветовал холод. Улучшения не наступило. 15/II по совету своего товарища математика, сына профессора-хирурга, доставлен в Институт. Общее тяжелое состояние. Пульс—110. Язык сухой, обложен. Живот равномерно вздут, напряжен, в дыхании почти не участвует. Резкая болезненность по всей нижней половине живота. *Blumberg* резко положительный. Инфильтрат не определяется. *Per rectum* без резких отклонений от нормы. В легких чисто. Диагноз: *Appendicitis acuta*. Экстренная операция. Обильный серозно гнойный экссудат. Перфорация в средней части сво-

бодно расположенного отростка. Appendectomy. Глухой шов. Тяжелое послеоперационное течение с явлениями паралитического ileus'а. Выздоровление. Выписан 15/III—34 г.

Больная Н. К., 36 л., рабочая (ист. бол. 1124/6), доставлена с диагнозом острый аппендицит 1/IV. 31/III приступ сильных болей в животе, вскоре рвота. Врач здравпункта, куда больная обратилась в тот же день, распознал подострый аппендицит и выдал ей бюллетень с явкой в поликлинику 2/IV. Но уже 1/IV днем резкое усиление болей; вызванный квартирный врач экстренно направил ее в Институт, куда она и прибыла 1/IV в 22 час. 25 м. через 47 часов после начала заболевания. Общее тяжелое состояние. Т° 38,6, пульс 110. Резко выраженная ригидность брюшной стенки справа и внизу. Блюмберг по всему животу. Болезненность преимущественно в пр. подвздошной области. Экстренная операция. Гнойный экссудат. Гангрена свободно расположенного отростка. Appendectomy. Глухой шов.

Смерть на 9-й день после операции.

Секция: Иخورозный пельвеоперитонит. Sepsis.

Не так уже редко приходится встречаться с тем, что больные не госпитализируются из-за того, что находятся в стадии, когда «уже слишком поздно для ранней операции и слишком рано для поздней». Эта знаменитая формула, выдвинутая еще у колыбели ранней операции по поводу острого аппендицита, усердно пропагандировалась в высшей школе и ставила предел для нее (операции) первые 24—48 часов. Она крепко засела в умы практических врачей. Мы не можем здесь входить в подробное рассмотрение важного спора о сроках операции, но должны только отметить, что учение это подвергается весьма серьезной критике и многие ленинградские больницы и клиники, наша в частности, оперируют все острые аппендициты вне зависимости от времени, протекшего от начала приступа. **Необходимо только подчеркнуть, что нет такой стадии острого аппендицита, при которой не было бы безусловно необходимо постоянное стационарное хирургическое наблюдение.** Это относится безоговорочно ко всем острым формам в частности к тем, где налицо уже имеется явное отграничение — периаппендикулярный инфильтрат. Лечение острого аппендицита на дому не может быть оправдано никакими соображениями, в частности отказом больного от госпитализации. Ему должно быть разъяснено, что то, относительное, благополучие, в котором он находится, является крайне неустойчивым; что в течение болезни, в любой момент, могут появиться такие изменения и ухудшения, которые безусловно потребуют самой экстренной операции. Всякая уступчивость в этом отношении может привести к роковым результатам.

Специального рассмотрения требует вопрос о неправильных терапевтических мероприятиях, оказывающих, большей частью,

крайне вредное влияние на течение заболевания. На первом месте должно упомянуть назначение слабительных или клизм. Все еще встречаются случаи, когда на основании наличия рвоты и болей в животе, особенно если они локализируются в подложечной области и наступают вскоре после еды, распознается пищевое отравление. Без того, чтобы тщательно обследовать брюшную стенку, довольствуются тем, что начинают вести борьбу с болезненными симптомами. Рвота, боль в животе, значит — гастрит, гастроэнтерит и... слабительное. Действие последнего при остром аппендиците в настоящее время изучено на большом материале и никогда не может быть излишним еще и еще раз указать на те пагубные последствия, какие оно вызывает. Из непринявших слабительное умирает 1 из 109, из принявших один раз 1 из 16, из принявших несколько раз — 1 из 10.

Врачи внебольничной сети не только сами должны быть осмотрительны и осторожны в назначении их, но, соприкасаясь каждодневно с большим количеством больных в их домашней обстановке, могут и должны вести в этом отношении чрезвычайно ценную санпросветительную работу, разъясняя при всяком случае вред самоличных приемов слабительных.

Вот пример пагубного действия слабительных: Б. В., 47 л., служащий (история болезни № 2983/5). Доставлен в Институт с диагнозом острый аппендицит. Заболел 8/IX приступом болей внизу живота. До 11/IX к врачу не обращался; 11/IX направился в поликлинику, где получил слабительное; 12/IX боли значительно усилились; был вызван врач неотложной помощи, который дал б-ному валерианку. 14/IX болей, на сей раз уже по собственной инициативе, принял слабительное. Врачи, посещавшие его в эти дни, думали об остром аппендиците, но утверждать не могли, а потому и оставляли б-ного дома. Лишь 18/IX болей был доставлен в Институт.

При приеме обнаружен плотный болезненный инфильтрат, занимающий пр. подвздошную область. Общее состояние довольно тяжелое. 21/IX вскрыт — периаппендикулярный абсцесс, из полости которого выделилось большое количество ихорозного гноя. Тампонада. При явлениях нарастающего перитонита, смерть 22/IX. Вскрытие. Диффузный острый гнойный перитонит. Гнойное расплавление червеобразного отростка. Ретроцекальный абсцесс и правостор. гнойный паранефрит.

О назначении при болях невыясненного происхождения наркотиков — мы скажем подробно в главе, посвященной прободным язвам желудка. Какие результаты дает оперативное лечение острого аппендицита и как на них отражается запоздалая госпитализация — показывают таблицы № 6 и № 7.

Данные эти не нуждаются в комментариях. Они иллюстрируют, что не распознать острого аппендицита там, где он действительно имеется, распознать правильно, но немедленно не

Таблица 6

Послеоперационная смертность от острого аппендицита по времени, протекшему от начала заболевания

Время	Число больных	Число смертей	% смертности
I сутки	3855	21	0,54
II "	1695	18	1,06
III "	627	20	3,20
IV "	496	30	6,05
Всего	6673	89	1,33

Таблица 7

Послеоперационная смертность при остром аппендиците по патолого-анатомическим изменениям в отростке

Изменения в отростке	Число случаев	Число умерших	% смертности
Остро катаральные . .	2056	—	—
Флегмонозные	3531	21	0,6
Деструктивные	1086	68	6,25
Всего	6673	89	1,33

госпитализировать; распознать правильно, но применить неверную тактику в его лечении — это тяжелые ошибки, за которые может расплатиться своей жизнью больной. По истине, лучше госпитализировать 100 больных с подозрением на острый аппендицит больных, которые не требуют операции — чем пропустить время для безопасного хирургического вмешательства у одного.

Несколько замечаний относительно течения острого аппендицита в детском возрасте. Все коварные свойства этой болезни находят свое крайнее выражение именно у детей. По единодушному мнению всех авторов — диагностика трудна, во-первых потому, что нет возможности собрать анамнез («родители чаще запутывают дело своими пояснениями, чем облегчают диагноз» В. А. Шаак). Она трудна потому, что начальная стадия болезни весьма часто рассматривается как обычное желудочно-кишечное расстройство и заботливые мамы начинают лечить ребят собственными «испытанными» средствами и тем самым искажают течение болезни. Она трудна еще и потому, что исследование брюшной стенки у детей и получение основного симптома о. аппендицита, — локализованного мышечного напряжения, требует большого опыта и специальной очень деликатной методики.

Один из самых авторитетных хирургов детского возраста маститый Т. П. Краснобаев придает этому обстоятельству очень

большое значение и следующим образом описывает правила пальпации: «Для того, чтобы найти у детей напряжение брюшной стенки в правой подвздошной области необходимо необычайно нежное исследование, сводящееся к поглаживанию и легкому ощупыванию мякотью пальцев, в котором не должно участвовать движение кистью. Его надо начинать с левой подвздошной области, итти далее к левой подреберной, потом к правой подреберной и только под конец к правой подвздошной области. При этом необходимо повторное, чередующееся исследование правой и левой подвздошной области, при котором и открывается даже небольшое напряжение брюшной стенки в правой подвздошной области».

«Я позволил себе писать он далее, так много времени уделить этому напряжению брюшной стенки, так как исследовать брюшную стенку врачи не умеют. Не это ли дало повод одному хирургу написать, злые, но, увы, справедливые слова: «Если терапевты спорят аппендецит это или нет, — то это есть аппендецит. Если они склонны допустить, что это аппендецит, то это случай, близкий к перфорации; если они уверены в диагнозе, то это уже перфорация с перитонитом». (Цитировано по В. А. Шааку)».

Все вместе взятое ведет к позднему распознаванию и госпитализации ребят. На детском материале проф. В. А. Шаак, опубликованном в 1935 г., % поступивших в первые сутки — 28,8 против 57,8% на нашем «взрослом» — материале.

Как это отражается на результатах, можно видеть из следующей таблицы послеоперационной смертности в б-це им. Филатова (проф. В. А. Шаак). (Мы не имеем собственного детского материала и потому вынуждены обращаться к литературным данным. См. таблицу № 8).

Таблица 8

Сроки	Смертность по времени, протекшему до операции	Общая смертность
0—24	1.4 ⁰ / ₀	8.5 ⁰ / ₀
24—48	7.4 ⁰ / ₀	
3— 5 дней	1.6 ⁰ / ₀	
Позже	20 ⁰ / ₀	

Насколько тяжелей протекает о. аппендицит у детей! После сказанного нет нужды особо подчеркивать, что все те требования, какие мы выдвинули по отношению к острому аппендициту у взрослых — еще в большей степени, не допускающей решительно никаких отклонений, относится и к детям.

Таким образом правила поведения врача внебольничной сети по отношению к этой большой группе больных могут быть уложены в следующие простые формулы.

1) **Всякая внезапно наступившая острая боль в животе, особенно, если она длится более 4—6 часов, всегда подозрительна**

на серьезное заболевание — чаще всего это острый аппендицит.

2) Безусловно воспрещается в таких случаях назначение слабительных, клизм и наркотиков.

3) Всякий больной, даже только с подозрением на о. аппендицит должен быть незамедлительно госпитализирован, каким бы легким ни казалось его заболевание и сколько бы времени ни прошло от его начала.

III.

Прободные язвы желудка и 12-перстной кишки

Следуя принятому нами плану приводим сначала данные, касающиеся диагностики этого заболевания на периферии и распределения больных по времени и доставления в б-цу.

Таблица 9
Распределение больных по диагнозам направляющих врачей

Правильный диагноз	128	36,60%
Ошибочные диагнозы		
1. Острый аппендицит	88	—
2. Непроходимость кишечника	23	—
3. Острый живот	39	—
4. Обострение язвы желудка	18	—
5. Перитонит	9	—
6. Желудочное кровотечение	2	—
7. Холецистит	3	—
8. Прободение тонкой кишки	1	—
9. Пищевое отравление	1	—
10. Почечные колики	1	—
11. Ущемленная грыжа	1	—
12. Гастрит	1	—
13. Без диагноза.	34	—
Итого ошибочн. диагнозов	221	63,40%
Всего	349	100%

Таблица 10

Распределение больных по времени, прошедшему от начала заболевания

С р о к и	Число случаев	%
От 1— 6 часов . .	218	62,6
„ 6—12 „ . .	72	20,6
„ 12—24 „ . .	31	8,9
„ 24—48 „ . .	14	4,0
Больше 48 „ . .	10	2,8
Не указан срок . . .	4	1,1
Всего . . .	349	100%

Рассмотрение последней таблицы показывает, что с направлением больного дело обстоит вполне благополучно: 83,2% — доставляется в б-цу в течение первых 12 часов; 62,6% общего числа уже в первые шесть. Однако это благополучие сильно омрачается тем, что правильный диагноз ставится лишь у одного больного из трех. На первый взгляд может показаться, что последнее обстоятельство, поскольку больной доставляется в б-цу своевременно, тотчас же после первого осмотра врача, имеет второстепенное значение и никакого существенного влияния на исход заболевания не имеет. Однако это не так.

Необходимо прежде всего подчеркнуть, что было бы грубейшим упрощением, совершенно не соответствующим уровню наших знаний и организации Советского здравоохранения сводить значение врача внебольничной сети к роли эвакуатора, — который лишь определяет, нуждается или не нуждается данный больной в стационарном лечении и выставляет первый, пришедший в голову диагноз из того списка, по которому больные безотказно перевозятся каретами Скорой помощи. Врач должен ориентироваться в характере заболевания; должен уловить наиболее важные и характерные проявления болезни — ибо это не только определяет его дальнейшую тактику, но может и действительно оказывает, существенную помощь при установлении правильного распознавания в лечебном заведении. Острые, внезапно наступающие заболевания органов брюшной полости, в частности те, которые протекают с явлениями перитонита, дифференцируются главным образом по самым начальным признакам. Впоследствии эти особенности стираются и диагностические трудно-

сти возрастают. Таким образом, осмотр первого врача и его обоснованное заключение является весьма важным подспорьем для клиники или больницы. Это одно из важнейших, так сказать, анамнестических данных. Несколько позже мы укажем — какие вредные терапевтические мероприятия следуют за неправильным диагнозом.

Наичаще и наибольшие диагностические трудности при перфорациях язв желудка и duodeni как это видно из таблицы № 9, возникают при дифференциации их с острым аппендицитом. Между тем, именно в начальной стадии картина болезни бывает выражена достаточно ярко и в общем мало сходна. Патолого-анатомической основой для такого различия служит то обстоятельство, что при перфорации желудка resp, duodeni содержимое их, в большем или меньшем количестве, внезапно и быстро изливается в свободную брюшную полость и тотчас же вызывает бурную реакцию всей брюшины. Налицо сразу же признаки общего перитонита, в то время, как при о. аппендиците вначале, всегда преобладают явления местного раздражения брюшины. Дальнейшее распространение процесса при о. аппендиците идет таким образом, что в страдание вовлекаются все новые и новые участки брюшины, прилегающие к пораженному органу, не оставляя на своем пути пощаженными ни одной области и не перескакивая через здоровые ткани, — инфекция распространяется, как степной пожар. Наоборот, при перфорации желудка первоначальные резко выраженные явления поражения всей брюшины с течением времени как бы стихают, экссудат, следуя по естественным анатомическим каналам, скопляется преимущественно в пр. подвздошной области и малом тазу. И здесь-то и можно констатировать наиболее резко выраженные изменения.

Каковы же особенности клинической картины начальной стадии перфорации желудка?

Дело обычно идет о мужчинах среднего возраста, у которых внезапно, нередко среди полного здоровья, во всяком случае без каких-либо предвестников, и без видимых причин появляется приступ чрезвычайно сильных, уничтожающих болей, преимущественно в верхней половине живота. Никто из них не остается на ногах. Изучение характера болей и их иррадиации имеет здесь, как и при всех болевых синдромах, высокое клиническое значение. Боли эти описываются, как крайне интенсивные, режущего характера и нередко отдают в предплечье. Последний симптом является крайне серьезным диагностическим подспорьем. Нужно только помнить о двух важных обстоятельствах.

1. Соответственно своему происхождению (рефлекс с окончаний *phrenici* в диафрагме на чувствительные нервы надплечья *nn supraclaviculares et nervi supraacromialis*) — это не боль при давлении, а чувство боли, не определяющееся при пальпации.

2. Никогда не следует подсказывать больному иррадиацию и спрашивать, не отдают ли боли в плечо; нужно задать вопрос, не отдают ли куда-либо боли. Положительный ответ с точной локализацией имеет, как мы уже сказали, высокое значение и сразу же должен навести на мысль о перфорации.

Несмотря на сильнейшие боли явлений шока, как правило, не наблюдаются. Пульс остается довольно долго полным, нормальной частоты и нередко даже замедленным (Рефлекс с *p. vagi*).

Рвота встречается не более чем в $\frac{1}{3}$ случаев и никогда не бывает упорной. Больные лежат обычно в вынужденном положении на спине; реже принимают сидячее, со сложенными в эпигастриальной области руками, крайне неохотно и с большой осторожностью изменяют свое положение, так как это резко усиливает боли. Язык долго остается влажным; живот ладьеобразно вздут; в дыхании не участвует, крайне напряжен, «как доска», преимущественно в верхнем отделе. Последний симптом появляется очень рано; некоторые авторы наблюдали его уже через 10 минут после наступившей перфорации. Резчайшая болезненность даже при самой поверхностной пальпации. Перкуссия живота дает иногда исключительно ценный, можно сказать патогномонический симптом. Мы имеем в виду исчезновение печеночной тупости и появление на ее месте высокого тимпанита.

Такое явление, вызванное скоплением под куполом диафрагмы свободного газа, выступившего из желудка, наблюдается почти исключительно при перфорации желудка. Однако количество его бывает не настолько велико, чтоб можно было постоянно его определить.

Если к этому добавить, что в подавляющем большинстве случаев у таких больных имеется более или менее выраженный язвенный анамнез, то нужно признать, что диагноз перфорации в начальных стадиях нельзя считать особо трудным. В дальнейшем течение дело значительно осложняется: t° повышается, пульс малый, частый, язык сухой; повторная рвота, живот вздувается; всюду резкая болезненность при пальпации; словом перед нами картина общего перитонита, определить источник которого очень трудно.

«Когда пылает весь дом — невозможно найти источник пожара».

Из вышеприведенного краткого описания, как нам кажется, ясно, насколько важно знать именно самые начальные проявления болезни. За два—три часа, которые обычно проходят между первым осмотром квартирного врача и доставлением в б-цу, первоначальная клиническая картина может настолько измениться и затухнуть, что правильный диагноз действительно наталкивается на очень серьезные трудности. Более того, существует це-

льный ряд случаев, когда весьма бурные явления «брюшной катастрофы», которые, как гром среди ясного неба, поражают больного, продолжатся весьма короткое время. Через 1—2—3 часа боли совершенно проходят, больной лежит спокойно; живот снова мягок, почти безболезнен. Ничто не свидетельствует о том, что пронесшейся грозе, разве только обычно остающиеся *defense musculaire* на ограниченном участке правого *m. recti*, да яркий рассказ больного. Это случаи — так называемых прикрытых перфораций. При особо счастливых обстоятельствах небольшое перфоративное отверстие быстро закупоривается кусочком пищи, припаявшимся салником и т. п. Прекращается поступление желудочного содержимого; явления раздражения брюшины стихают и обычно принимают строго местный характер воспалительного процесса вокруг перфорации. В этом периоде, не зная начальной картины, почти невозможно поставить правильное распознавание и, значит, предпринять соответствующее лечение.

Нижеприведенные наблюдения лучше всякого описания подтвердят сказанное.

Н. Б. 25 л., механик (ист. бол. № 1523/6) доставлен в Институт в ночь на 5/V—36 г. с диагнозом острый аппендицит. В течение последних дней с 30/IV пил запоем и вел крайне нерегулярный образ жизни. Часа за три до поступления в больницу после нескольких рюмок водки и солидной порции всяких закусок — внезапно очень сильные боли, преимущественно в подложечной области. Боли все усиливались. Вызванный врач Скорой помощи свез его в Институт, куда он поступил в 10 часов вечера. Общее тяжелое состояние. Бледен; резкое беспокойство, стонет от болей. Лежать не может. Пульс 66 пр. ср. напол., t — 36° . Язык влажный; живот слегка втянут, напряжен и болезнен в области правого *rectus'a*. На остальном протяжении мягок, безболезнен.

Пастернаций справа резко положительн. Лейкоцитов 13.400 с нерезким сдвигом влево. В моче единичные эритроциты и по 10—15 лейкоцитов в поле зрения, РОЭ 4/м.

Принимая во внимание образ жизни больного и неясную клиническую картину, решено некоторое время за ним понаблюдать. Через час—1,5 общее состояние без значительных перемен. Боли держатся. Живот слегка вздут — резко выраженный *defense* по всему правому *rectus'u* и болезненность в правой подвздошной яме. Blumberg справа. С предположительным диагнозом острый аппендицит — больному предложена операция, от которой он отказался, желая посоветоваться с братом — врачом. Еще через час согласие больного было получено. Когда его доставили в операционную нашим глазам представилась совсем иная картина. Больной совершенно спокоен, бледность исчезла; он заявил, что минут 15 назад боли «как рукой сняло», и он даже вздремнул. Живот ничтожно напряжен в правом подреберьи; в правой под-

вздошной области безболезненен. При таких обстоятельства мы решили отказаться от экстренной операции.

На утро больной, прошедший совершенно спокойную ночь, был осмотрен терапевтом, высказавшим предположение о диафрагмальном плеврите. Мы были очень довольны. Но проведенная вслед за этим рентгеноскопия показала «подвижность диафрагмы сохранена с обеих сторон. Серповидная полоска свободного газа между печенью и диафрагмой». Все сомнения были разрешены. У больного имелась прикрытая перфорация желудка. Дальнейшее течение без осложнений. Выписан в хорошем состоянии 3/VI.

Н. Н., 20 л (история болезни 1238/4), доставлен в институт 6/IV-34 г. прямо с работы с диагнозом «подозрение на перфорацию язвы желудка». Часа 2 назад внезапно сильнейшие боли в подложечной области. На медпункте получил опиум. При осмотре в приемном покое никаких сомнений в наличии перфорации не было. Больному предложена экстренная операция. Последняя несколько задержалась, так как в это время шли уже приготовления к операции по поводу инвагинации кишечника. Когда через 2 часа наш больной был доставлен в операционную, картина резко изменилась.

Больной спокоен; боли меньше и сосредоточились преимущественно справа внизу. *Defense musculaire* стал значительно меньше; определяется главным образом в пр. подвздошной области. На этом основании диагноз был изменен на острый аппендицит.

Разрез по Mc Burney'ю. Значительный, мутный, характерный для перфорации желудка экссудат. Отросток без изменений. *Lagaratoma in erigastro*. На передней стенке *duodeni* перфорация в центре каллезной язвы. Ушивание отверстия; задний гастроэнтероанастомоз. Гладкое выздоровление. Выписан 17/IV34 г.

Таблица 11

Послеоперационная смертность от перфорации язвы желудка и 12-перстной кишки по времени, протекающему от начала заболевания

Число часов	Число больных	Число смерти.	% смертн.
От 1—6 часов	218	19	8,7
" 6—12 " 	72	16	22,2
" 12—24 " 	31	9	29,0
" 24—48 " 	14	5	35,6
Больше 48 "	10	5	50,0
Не указано срока	4	2	50,0
Всего	349	56	16,0

Вряд ли достойно упоминания, что единственным методом лечения является немедленная операция. Если при остром аппен-

диците результаты, как мы видели, изменяются по суткам, прошедшим от начала заболевания, то здесь они резко ухудшаются уже по часам.

Поэтому все, что не направлено к тому, чтоб операция была произведена как можно раньше, должно быть признано безусловно вредным. С этой точки зрения тяжчайшей ошибкой является назначение таким больным наркотиков, в частности морфия. Мы понимаем, что иногда в условиях квартирной помощи перед лицом тяжело страдающего больного, настойчиво требующего вместе со всеми окружающими немедленной помощи бывает крайне соблазнительно одним ударом избавить его от болей. Эффект бывает действительно поразителен. Боли проходят; живот становится значительно мягче; нет и следа характерного доскообразного напряжения; наступает не только субъективное, но и объективное благополучие. Больные резонно недоумевают: для чего же требуется такое сильнодействующее средство, как немедленная операция, когда один «укол» так быстро, легко и, как кажется, совершенно, избавил его от ужасающих болей. Получить согласие на операцию становится много трудней. Да и хирург некоторое время испытывает законные «терзания», видя перед собой такого больного. Ведь выпадает основной, так сказать ведущий симптом — боль. В сумме на эти колебания больного и врача уходит несколько драгоценных часов; шансы на благополучный исход с каждым оборотом часовой стрелки катастрофически падают.

Острая кишечная непроходимость

Диагностика острой кишечной непроходимости во внебольничных условиях находится еще в зачатной стадии. Это крайне серьезное заболевание, где вся драма от начала и до конца разыгрывается иногда в течение нескольких часов, не представляет собой строго очерченной характерной клинической картины. Вышесказанное видно хотя бы из того, что правильный диагноз ставится врачами внебольничной помощи при некоторых формулах едва ли в $\frac{1}{4}$ случаев, а с другой стороны им довольно часто злоупотребляют. Так, например, в Институт Скорой помощи с диагнозом острой кишечной непроходимости было прислано 967 больных. Мы подтвердили этот диагноз лишь у 428 больных или в 44% случаев.

У 539 больных диагноз направляющих врачей был изменен в Институте на следующие:

	Число	%
I. Заболевания органов брюшной полости.	415	77
II. Заболевания забрюшинных органов	76	14,1
III. Заболевания органов грудной клетки	30	5,6
IV. Общие инфекционные заболева.	14	2,6
V. Прочие	4	0,7

Но если у этой группы больных диагноз острой кишечной непроходимости ставился довольно часто, то, с другой стороны он не ставился там, где в нем имелась реальная необходимость. Так, оказывается, что из 333 больных, оперированных нами с диагнозом острой кишечной непроходимости, с правильным распознаванием были присланы лишь 194 больных (58.0%). Остальные 139 (42.0%) были направлены со следующими диагнозами.

	Число больных	%
Острый аппендицит	61	44
Обострение язвы желудка	13	9,5
Ущемление грыжи	7	5,0
Острый живот и без диагноза	58	41,5

Вот несколько примеров.

Токарь, 36 лет, доставлен с диагнозом острого аппендицита 24.X.1936 г. Заболел 16 часов назад приступом сильнейших схваткообразных болей в животе. Повторяя рвота. Отхождение газов задержано. Врач квартирной помощи распознал кишечную колику. Боли не прекращались. Снова был приглашен врач, который подтвердил первый диагноз и оставил больного на дому. Состояние больного все ухудшалось. Врач Скорой помощи — третий врач за 16 часов, протекших от начала заболевания, — доставил его в Институт в крайне тяжелом состоянии. Пульс не сосчитывается. При лапаротомии — узел между сигмой и тонкими кишками. Узел развязан, омертвевшие кишки. Кровянистый экссудат с ихорозным запахом. Ввиду полной безнадежности от дальнейших оперативных мероприятий решено воздержаться.

В этом случае были налицо все классические признаки острой кишечной непроходимости, и тем не менее два врача поставили диагноз совершенно несоответствующий состоянию больного: третий врач, хотя и установил неправильный диагноз, но, по крайней мере, нашел необходимым немедленно госпитализировать больного (правда — уже слишком поздно).

Ограничимся приведением еще лишь одного наблюдения. Мужчина, 40 лет, заболел в 3 часа ночи на 29/I—1938 г. в вагоне поезда Kisловодск—Ленинград. Проснулся от резчайших болей в животе. Вызванный проводник дал больному какие-то капли, не принесшие никакого облегчения. В страшных мучениях, прерывающихся короткими светлыми промежутками, больной доехал до ст. Малая Вишера, где был осмотрен, повидимому, лекпомом, заверившим его, что ничего серьезного нет. Больному даны были капли и обещание позвонить на следующую станцию и вызвать медперсонал для вторичного осмотра. На ст. Любань, т. е. часов через 5—6 от начала заболевания, больной, испытывая попрежнему сильнейшие боли, вышел из вагона и пешком направился на здравпункт вокзала. Там ему дали слабительное и поставили 2 клизмы — разумеется без всякого эффекта. Поезд в это время

ушел. По просьбе больного из Ленинграда был вызван самолет, который из-за аварии и плохой посадочной площадки, доставил больного в Ленинград лишь около 19 часов. В Институт больной прибыл в 19 часов 20 мин. 29/1 и был оперирован через 1½ часа, т. е. через 17 часов от начала заболевания.

Найден узел между сигмовидной и тонкими кишками. Резецировано 2½ метра омертвевшего тонкого кишечника и 40 см. S—gumani. Смерть на 4-й день от перитонита.

В части подобных случаев безусловно повинны обстановка и условия, в которых периферическим врачам приходится ставить диагноз. У некоторых больных на неправильный путь врача толкает действительная трудность распознавания столь многоликого заболевания, каковым может явиться острая кишечная непроходимость.

Но было бы не соответствующим действительности, если всегда и во всех случаях причину неправильного распознавания искали в объективных обстоятельствах. Наряду с безукоризненно точным распознаванием и логическими действиями врача приходится видеть образцы обратного порядка: неправильное распознавание даже в простом и клинически ясном случае, необоснованное оставление больного дома, обращение за консультативной помощью к хирургу, который может явиться со значительным опозданием, наконец, применение наркотических средств, которые на время облегчают страдания больного, но вводят в заблуждение его самого, окружающих и следующего врача.

В этих случаях едва ли уместно говорить о небрежности или недобросовестности, халатности врача, правильно говорить об его недостаточной компетентности в этих вопросах.

От этих ошибок нас может избавить лишь повышение квалификации врачей. Обучение в правильном направлении должно начинаться еще на студенческой скамье. И если мы не последуем за советом Вика, который вопрос об острой кишечной непроходимости предлагает включить в каждый экзаменационный билет, то будет не лишним, чтобы руководитель клиники подробно знакомил своих слушателей со всеми возникающими в связи с этим тяжелым заболеванием вопросами. В дальнейшем этой главе хирургии должно уделяться должное внимание в институтах усовершенствования врачей. Возможно, что еще скорее нам удастся достигнуть цели путем пропаганды среди врачей своего района, проведенной врачами больничных учреждений, клиник или институтов. Кроме того крайне необходимо, чтобы врач, первый видевший больного, был осведомлен о его дальнейшей судьбе.

Не нужно, однако, полагать, что будучи доставлен в лечебное учреждение, т. е. попадая в более квалифицированные руки, больной вполне гарантирован от возможности дальнейших как диагностических, так и тактических ошибок.

Позволим себе иллюстрировать реальное положение вещей на основании нашего материала.

В течение первых шести часов после поступления, т. е. когда распознавание заболевания, повидимому, не было затруднительным и когда необходимость оперативного вмешательства не вызывала сомнений, нами было оперировано 279 больных из 333 (следовательно — 84,0% случаев); из них умерло 80 больных (28,6%).

У 22 больных (7,0%) мы выжидали до 12 часов и получили 36,2% смертности; у 12 больных (3,7%) мы ждали до 24 часов и потеряли 2 больных (16,7%). Наконец в 20 случаях (6,3%) мы ждали больше 2 суток и потеряли 13 больных, т. е. смертность равнялась 65,0%. В этой последней группе не всегда, разумеется, играло роль лишь отсутствие правильного распознавания. Одно не оставляет сомнения: **промедление с оперативным вмешательством в этой группе многим из больных стоило жизни.**

Не нужно, однако, думать, что даже располагая штатом опытных хирургов, имея в своем распоряжении все методы исследования, мы бывали свободны от диагностических ошибок. Из 333 случаев был поставлен у 249 больных (т. е. 74,8%) совершенно правильный диагноз; при этом до операции указывалось не только наличие непроходимости, но и ее разновидность. У 55 больных (т. е. в 16,5%) был поставлен частично правильный диагноз, т. е. ставилось распознавание непроходимости, без дальнейшей детализации. Наконец 29 больных (8,7%) мы оперировали с неправильным диагнозом. Среди этих 29 случаев неправильных диагнозов фигурируют все виды заболеваний, которые мы объединяем под общим названием **острого живота.**

В 21 случае мы оперировали под диагнозом **острого аппендицита**, в 3 — **перфоративной язвы желудка**, в 1 — **ущемленной грыжи**, в 2 — **злокачественной опухоли сигмовидной кишки**, в 1 — **внематочной беременности**, в 1 — **перекрученной кисты яичника.**

Как видно из вышесказанного, распознавание острой кишечной непроходимости, в особенности вначале, может быть сопряжено с большими затруднениями. Характерные признаки могут или совершенно отсутствовать, или быть настолько завуалированными, что вводят в заблуждение даже опытного клинициста. Между тем, как совершенно правильно говорит **Шолков**, на раннее вмешательство необходимо решаться, по едва намечающимся признакам, а не на основании полной клинической картины.

Таким образом, вопрос о раннем распознавании острой кишечной непроходимости приобретает в деле лечения этого заболевания чрезвычайно важное значение.

Признаки, которым в учебниках и монографиях об острой кишечной непроходимости уделяется иногда много внимания, являются нередко в той стадии заболевания, когда далеко за-

шедшая токсемия лишает нас возможности рассчитывать на благоприятный исход после вмешательства.

Поэтому мы коснемся лишь тех методов исследования и тех признаков, которые имеют значение в деле раннего распознавания острой кишечной непроходимости.

Как и при других заболеваниях, исследование этих больных должно начинаться с **анамнеза**. Нередко патологическое состояние желудочно-кишечного тракта обычно налицо с давних пор, то при внимательном и тщательно собранном анамнезе его часто и удается выявить.

Пол и возраст больного имеют немаловажное значение. Кому, например, неизвестно, что **линвагинация** более свойственна детскому возрасту, а **заворот сигмовидной кишки** — пожилому; что **спаечная непроходимость** преобладает у женщин, а **узлы** — у мужчин. Не следует оставлять без внимания и профессии больных, в особенности те из них, при которых больной приходит в соприкосновение со свинцом, ибо **свинцовая колика** может чрезвычайно походить на схваткообразные боли при острой кишечной непроходимости. Необходимо выяснить, **является ли данный припадок первым, или больной уже переносил что-либо подобное**, как это часто встречается при **завороте сигмовидной кишки** или **спаечной непроходимости**. Надлежит точно осведомиться, **не подвергался ли больной в прошлом травме или оперативному вмешательству на органах брюшной полости; не переносил ли воспалительных процессов (аппендицита, холецистита, сальпингоофорита, пери- и параметрита и туберкулеза).**

Наконец врач не могут не занимать причины, непосредственно предшествовавшие данному припадку: **не имело ли место нарушение диеты** и, в особенности, **не голодал ли больной в продолжение долгого времени до приема пищи**. Особое внимание должно быть уделено **началу заболевания, характеру болей**, имела ли рвота, когда в последний раз был стул и отходили газы.

Необходимо осведомиться о **примененном лечении**, выяснить не были ли употреблены наркотические вещества, которые могут маскировать картину болезни.

Клиническая картина острой кишечной непроходимости, как известно, складывается из признаков местных, т. е. со стороны живота, и общих, со стороны всего организма. В различные периоды заболевания эти признаки будут встречаться не с одинаковой интенсивностью и отчетливостью.

Условно принято делить течение острой кишечной непроходимости на три стадии.

Первая стадия — доминируют местные явления со стороны живота; сохраняющая двигательные свойства кишка ведет борьбу с препятствием.

Вторая стадия — кажущегося стихания явлений, на самом деле соответствует прогрессивному ослаблению моторной функции кишки, лежащей выше препятствия. Явления со стороны живота становятся более разлитыми и менее четкими; некоторые из ранее наблюдававшихся признаков могут ступшеваться (например перистальтика, кишечные шумы, местный метеоризм, асимметрия живота). Прогрессивно, крадучись, развивается картина общего отравления организма и инфекции.

Третья — терминальная стадия — далеко зашедшая картина общего отравления организма и инфекции, наряду с местными явлениями, не оставляют никакого сомнения в том, что печальная развязка не заставит себя долго ждать.

Если бы каждый отдельный случай острой кишечной непроходимости можно было уложить в приведенную схему, то нам едва ли бы пришлось иметь дело с таким большим числом случаев, трудно поддающихся расшифровке. Это отчасти происходит от того, что мы все еще говорим об общем понятии, объединяемом под названием «непроходимость кишечника», в то время как давно пришло время произвести расчленение этого комплекса на отдельные нозологические единицы, имеющие иногда мало общего между собой.

Тем не менее для распознавания ориентировочно полезно пользоваться вышеприведенной схемой.

Из всех постоянно встречающихся признаков острой кишечной непроходимости **кардинальным**, так сказать, **необходимо признать боль**. Мы не наблюдали отсутствия ее ни в одном из наших случаев.

Безусловно имеется начальный период острой кишечной непроходимости, когда боль является почти единственным признаком заболевания, но в этот момент нам редко приходится видеть больного. В этом периоде боль является настолько доминирующим признаком, что это дало основание **А. В. Мельникову** назвать первую стадию заболевания — стадией боли.

Боли обычно начинаются сразу, без предвестников, часто без всякой видимой причины; бывают сильными, порой жестокими, даже невыносимыми. Боли будят больного среди глубокого сна или заставляют бросать работу, иногда могут сопровождаться явлениями шока и коллапса; лицо больного бледнеет, покрыто холодным потом, он мечется от болей, часто меняет положение.

Реже боли начинаются мало-по-малу и достигают максимума лишь некоторое время спустя. Больные характеризуют боли как глубоко расположенные, сдавливающие, скручивающие, распирающие.

Если бы боли при острой кишечной непроходимости не имели других характерных черт, то они бы мало помогали распознаванию. Боли эти, не прекращаясь совершенно, прогрессивно

схваткообразно нарастают, сопровождаются криками больных, которые Виккер вполне правильно предлагает назвать «илеусным криком». Поэтому схваткообразные боли, если они сопровождаются тошнотой и рвотой, всегда необходимо рассматривать с точки зрения возможности острой кишечной непроходимости, особенно, если все это разыгрывается на фоне нормальной температуры.

Вначале боли сохраняют описанный характер, затем они стихают в связи с нарастающим утомлением больного, уменьшением возбудимости мозга или параличом нервного аппарата кишечника, вызванного токсическим влиянием на кишечную стенку.

При разнообразии причин, вызывающих острую кишечную непроходимость, и при многоликости клинических форм было бы нелогично полагать, что боль при всех формах имеет одни и те же характерные черты. Так, наиболее отчетливые и резкие боли, со схваткообразным нарастанием и стиханием, имеют место при обтурационной и некоторых видах странгуляционной непроходимости, — когда в процесс не вовлечены сосуды и нервы брыжейки.

Наоборот, при заворотах как толстого, так в особенности тонкого кишечника, когда вместе с кишечной стенкой в процесс вовлечен сосудисто-нервный пучок, наряду с жесточайшими схваткообразными болями появляются также и боли постоянного характера. Впоследствии, когда метеоризм захватывает большие участки кишечника, в особенности при развитии инфекции, кишки придавливают соседние органы и париетальную брюшину, вследствие чего боли приобретают постоянный характер.

Боли не имеют определенной локализации; они могут располагаться то в верхней, то в нижней половине живота, то около пупка, то в правой, то в левой подвздошной области. Если в самом начале заболевания они и имеют точную локализацию, то в дальнейшем они захватывают весь живот и могут иррадиировать в пах, в промежность, по направлению крестца или лопаток.

Вторым, чрезвычайно часто наблюдаемым признаком (70,5%) является тошнота и рвота. Вначале заболевания она может быть следствием рефлекторного раздражения нервного аппарата пораженной кишки или брюшины. По мере развития заболевания рвота повторяется все чаще и чаще. Всякое принятие пищи или питья сопровождается рвотой, что всегда сопряжено с усилением; но в отличие от того, что мы наблюдаем при пищевой интоксикации, рвота у больного с непроходимостью не вызывает облегчения, причем у него всегда остается ощущение, что она снова возобновится.

Если с первыми рвотными движениями опорожняется содержимое желудка, то в дальнейшем к рвотным массам примешивается желчь, а позже, вследствие появления индола и скатола

в результате разложения в тонких кишках белка, рвотные массы приобретают каловый запах. Но каловую рвоту необходимо уже рассматривать не как признак непроходимости, а как признак неминуемой смерти. Изредка (например при тромбозе мезентериальных сосудов) к рвотным массам примешивается кровь.

Задержка стула и газов считается классическим, даже патогномоническим признаком острой кишечной непроходимости. К сожалению — это один из тех симптомов, которые с трудом поддаются точному учету, в особенности у малокультурных больных. Поэтому особенно важно не только получить ответ на вопрос, когда у больного в последний раз был стул и отходили газы, но и выяснить нет ли у него ощущения, что при всем желании он лишен возможности выпустить газы или иметь стул. Помимо того всегда необходимо иметь в виду, что даже при полной острой кишечной непроходимости, в особенности высокорасположенной, возможно наличие стула и даже повторного. Так, на 11 случаев заворота слепой кишки у 4 больных имело место опорожнение кишечника. Это легко объяснить, если принять во внимание, что в самом начале заболевания раздражение пораженной кишки вызывает повышенную перистальтику, способствует начальной рвоте и опорожнению кишечника.

Мы наблюдали этот признак в 74,5%.

Переходя к осмотру, хорошо и равномерно освещенного живота, мы в начале заболевания можем обнаружить **ограниченный метеоризм**, дающий некоторые указания на локализацию препетствия; он занимает центральные или боковые части живота, подреберье или подвздошную область; может иметь постоянную локализацию или смещаться. Но при высокорасположенной непроходимости этот признак не всегда бывает налицо. Под ограниченным вздутием располагается одна или несколько петель кишек; при дальнейшем развитии процесса мы уже встречаемся с распространенным метеоризмом.

Ограниченный метеоризм является чрезвычайно важным признаком, однако он может потерять в своей ценности из-за того, что мы слишком поздно видим больного, или потому, что его маскирует наличие толстого жирового слоя.

Очень большое значение придается перистальтике кишек, которая становится заметной с первого же взгляда или после некоторого наблюдения; перистальтика может встречаться самостоятельно или быть вызвана раздражением брюшной стенки щелчком, щипком или легким похлопыванием. Более отчетливо она выражена при подострой или хронической непроходимости, которая подготовила гипертрофию кишечной стенки. Обычно начало перистальтики совпадает с усилением болей, а конец — с их уменьшением. Но по мере появления пареза и развивающегося впоследствии паралича кишек никакие раздражения брюшной стенки уже не способны возбудить потухшую двигательную функ-

цию кишки. Не удается определить этот признак и при наличии значительного жирового слоя брюшной стенки. Само собой понятно, что при осмотре необходимо учесть наличие на брюшной стенке рубца или нескольких рубцов от прежде перенесенных операций.

Путем ощупывания удается установить отсутствие гиперстезии кожи и ригидности брюшной стенки. Однако на месте прилегания наиболее раздутых петель кишек определяется некоторое эластическое сопротивление. Иногда при этом удается нащупать колбасовидную опухоль при инвагинации кишек, или клубок аскарид.

Соответственно максимально растянутой петле кишки при выстукивании определяется **высокий тимпанит**, которому Валь придавал большое значение; в отлогих частях живота, в особенности при завороте тонких кишек или тромбозе мезентериальных сосудов, легко определить **притупление**.

Тщательное, продолжительное выслушивание живота, лучше всего ухом, нередко дает возможность обнаружить (36,0%) **шумы различной высоты и продолжительности**, то в виде лопающихся пузырьков, то протяжные, то быстро обрывающиеся, отличающие непроходимость кишек механического происхождения от мертвенной тишины динамической непроходимости, сопровождающей перитонит. Этот признак приобретает еще большую ценность, если шумы совпадают с сокращением кишки и наступлением болей.

Шуму плеска мы, как все другие авторы (Скляров), придаем чрезвычайно большое значение; он указывает на наличие перерастянутой и парализованной кишки, наполненной жидкостью и газом, в то время как металлический кишечный шум может наблюдаться лишь в перистальтирующей кишке.

Весьма важные признаки, которые могут быть обнаружены при перкуссии и выслушивании живота, заставляют нас вполне согласиться с Habler, что эти методы исследования должны применяться здесь с такой же тщательностью, как на грудной клетке при заболевании легких.

Исследование нельзя считать законченным до тех пор, пока не произведено тщательное исследование больных *per rectum* и *per vaginam*. Иногда резко бросается в глаза пустая ампула прямой кишки, которую Греков называл признаком Обуховской больницы. Наряду с этим, хотя и редко, возможно нащупать конец инвагината, опухоль прямой кишки или растянутые и напряженные петли тонких кишек. Последнее обстоятельство, имевшее место у одной из наших больных, нелегко отличать от предполагавшегося инфильтрата.

Наконец позволим себе напомнить о безусловной необходимости самого **тщательного ощупывания грыжевых ворот**, в особенности у тучных субъектов, принимая во внимание, что 3 раза

из 333 мы оперировали больных с ущемленной грыжей под диагнозом острой кишечной непроходимости. То же случалось и с другими.

Из общих явлений отметим **частое наличие нормальной температуры**, в особенности в начальных стадиях заболевания (67,0%). Понятно, что при дальнейшем развитии страдания и присоединяющейся инфекции появляется повышение температуры. То же самое можно сказать и относительно пульса; нормальный, полный и спокойный вначале заболевания он ускоряется в моменты болей, а затем с момента наступления инфекции.

При заворотах толстого и в особенности тонкого кишечника, когда в процесс втянуто большое количество нервных элементов, налицо могут быть **явления шока**.

Мы не касаемся вопросов рентгенодиагностики, морфологических и химических исследований крови, как недоступных в условиях внебольничной помощи.

Поэтому, как правило, раннее распознавание острой кишечной непроходимости должно базироваться на самом тщательном анамнезе и полном клиническом исследовании больного.

Необходимо помнить, что острая кишечная непроходимость протекает иногда крайне быстро — «галопом» по определению Мондора.

Очень часто, особенно при некоторых формах, например, узлообразованиях, уже через 2—3 часа от начала приступа, больные находятся в крайне тяжелом состоянии: частый малый пульс, холодные конечности, заостренный нос, хриплый голос.

Вот пример такого молниеносного течения:

Пет-щ М. Н., 17 лет (история болезни № 1087/2), учащаяся, доставлена в Институт с диагнозом «перитонит». Заболела внезапно 8 часов тому назад приступом чрезвычайно сильных болей в животе. Повторная обильная рвота. Вызванный врач квартирной помощи определил «катарр желудка», но ввиду нарастающего ухудшения общего состояния больной направил ее в больницу. При поступлении крайне тяжелое общее состояние. Резкая бледность. Пульс не прощупывается. Язык сух. Живот резко вздут, в дыхании не участвует, и, насколько можно судить по слабой реакции больной, болезненный на всем протяжении. Видимой перистальтики нет. Шума плеска и кишечных шумов определить не удается.

Предположительный диагноз: внутреннее кровотечение, непроходимость. Через 30 минут после доставки в больницу смерть. Секция: обильный кровянистый экссудат в брюшной полости. Острая непроходимость кишек на почве заворота их. Огромное переполнение кишечных сосудов кровью. Паралич сердца на почве шока.

Само собой разумеется, что отнюдь не при всех формах непроходимости бывает так ярко выражена клиническая картина. Но

никогда не следует дожидаться «традиционной четверки» симптомов: боль, рвота, прекращение отхождения газов и кала, метезризм.

Выше мы отметили, что болезнь развивается «галопом», таким же темпом должен действовать врач внебольничной помощи. Если характер болезни в какой-либо мере сходен с таковыми при острой непроходимости, нужно без длинных размышлений и колебаний «сверхсрочно» госпитализировать больного. Нельзя в таких случаях, как это еще наблюдается, вызывать для консультации на дому хирургов. Они явятся тогда, когда уже пройдет время для спасительной операции. Диагноз кишечной непроходимости должен уметь ставить каждый врач.

Если взглянуть на таблицу, то это положение не потребует никаких доказательств.

Послеоперационная смертность от непроходимости кишечника

До операции протекло часов	Смертность в ‰	
	Институт Скорой помощи	Миллер
6	15,7	—
12	28,8	29,4
24	23,8	52,9
36	—	50,0
48	27,5	59,6
72	42,5	63,4
96	65,0	72,8
Больше	—	84,0

Более высокая, по сравнению со второй половиной суток, смертность в периоде от 6 до 12 час. объясняется исключительно тем, что среди оперированных в это время наиболее тяжелые формы — как, например, узлообразования. Такие больные, как мы могли убедиться из приведенной истории болезни, сплюшь и рядом не доживают до восхода солнца следующего дня. Еще более демонстративная разница получается, если проследить влияние времени на смертность при отдельных видах непроходимости. Так при узлообразованиях из 6 оперированных в первые 6 часов умер один, все без исключения оперированные позже этого срока погибли. При инвагинации из 13 оперированных в первые 24 часа все выжили; из 8 оперированных позже суток умерли 5.

Все, что сказано о вреде применений наркотиков, полностью относится и по отношению к этим больным.

Ущемленные грыжи

Казалось бы, что при диагностике ущемленных грыж, вряд ли могут встречаться какие-либо особые затруднения. Больные, в громадном большинстве случаев, сами ставят правильное распознавание. При этих условиях в таком городе, как наш, с хорошо организованными Скорой помощью и санитарным транспортом, меньше всего можно было бы ожидать, что целый ряд больных доставляется в запущенном состоянии. Однако это так.

Таблица 15

Сроки госпитализации		%
До 6 часов		40,3
" 6—12 часов		17,0
" 12—24 "		12,3
" 24—48 "		11,7
Больше 48 "		15,8
Не указано		—
В с е г о		100

И так из года в год.

Таблица 16

Сроки госпитализации при ущемленных грыжах за 1932—1940 гг. в %

	0—24	От 24—48	Больше 48	Не указано
1932 год	68,5	12,4	15,7	3,4
1933 "	66,3	11,4	20,4	1,9
1934 "	70,8	11,7	14,6	2,9
1935 "	64,1	16,3	15,5	4,1
1936 "	74,2	11,4	13	1,4
1937 "	74,0	17,0	9,0	—
1938 "	70,4	11,0	18,6	—
1939 "	78,4	11,8	10,8	—
1940 "	58,9	14,7	36,4	—

Несомненно, что существенную роль в этой неприглядной картине играет поздняя обращаемость больных. Но как то даже неловко писать о том, что и врачебные ошибки как в распознавании, так и тактические, внесли в это дело свою заметную лепту.

Мы приведем два наблюдения из наиболее экзотических.

К. П., 38 л., поступил с диагнозом ущемленная грыжа. Ущемление произошло накануне около 4 часов дня, т. е. свыше 30 ча-

сов назад. По счету—третье. 20/IX—32 г. был вызван врач, который после безуспешных попыток вправления рекомендовал больному, в случае, ежели грыжа не вправится, на следующий день направиться в б-цу. Диагноз Института: ущемл. бедренная грыжа. Экстренная операция. Ущемление тонкой кишки, последняя, на счастье, мало изменена и после рассечения ущемляющего кольца, совершенно вправилась. Резекция грыжевого мешка. Радикальная операция по Ruggi. Гладкое течение. Выздоровление. Выписан 1/X—32 г.

О. П. 56 л., иждивенка (история болезни № 1555/2), доставлена в Институт 20/VI—32 г. Диагноз направления не указан. С 30/V больна гриппом. С 5/VI резкое ухудшение общего состояния, боли в животе, повторная рвота; выпячивание в л. паху. Пользовавшие ее врачи распознали паратиф; выпячиванию же не придавали значения. Когда через несколько дней здесь появилось покраснение кожи, то один из врачей, весьма «находчивый» и, повидимому, неисправимый оптимист, заявил — «это хорошо — это значит, что зараза выходит наружу». В последующие дни ежедневная, многократная рвота с отвратительным запахом. Задержка стула. Через 15 дней от начала заболевания больная все же была доставлена в Институт в крайне тяжелом состоянии. Диагноз: ущемленная флегмонозная бедренная грыжа. Экстренная операция. Ущемление небольшого участка тонкой кишки с омертвением стенки и перфорацией. В грыжевом мешке жидкий кал. Оба конца омертвевшей кишки выведены в рану. 23/VI смерть.

Секция: Межмышечная и хорозная флегмона передней брюшной стенки слева. Брюшина никаких особенностей не представляла.

Бывают, конечно, случаи, когда остро развивающиеся лимфадениты могут дать повод к смещению с ущемленной грыжей. Но, обычно, уже анамнез и более или менее подробное обследование может сразу же вывести из затруднения. Для образования острого лимфаденита требуется, разумеется, наличие первичного инфекционного очага. Поэтому, кто разденет своего больного, осматривает его ноги, ягодицы, половые органы — тот вряд ли впадет в такую ошибку.

Признаки ущемленной грыжи настолько хорошо известны, что мы не считаем в какой-либо мере полезным о них напоминать. Несколько практических замечаний о тактике врача. Они тоже достаточно элементарны, но, повидимому, как это явствует из нашего опыта, иногда выпадают из памяти.

1. Безусловно воспрещаются какие-либо попытки к вправлению. Даже грубая пальпация особенно в несвежих случаях может повести к повреждению кишки.

2. Все мероприятия, как то: грелки, ванны, наркотики, направленные к самопроизвольному вправлению недопустимы. Никогда

нельзя знать какая кишка вправится. Оно может повлечь за собой не только непосредственную опасность от вправления нежизнеспособной кишки, но обусловить и отдаленные печальные результаты. К последним относится образование «поздней» непроходимости на почве сужения просвета поврежденной в своем питании кишки. Результаты оперативного вмешательства целиком зависят от времени, прошедшего от ущемления.

Таким образом и при этом заболевании немедленная госпитализация есть закон, не допускающий никаких исключений.

Таблица 17

Послеоперационная смертность от ущемленной грыжи по времени, прошедшему от начала заболевания

Сроки госпитализации	%
До 6 часов	1,06
„ 6—12 часов	3,24
„ 12—24 „	5,25
„ 24—48 „	6,30
Больше 48 „	24,20

Внематочная беременность

Проф., доктор медицинских наук К. Н. РАБИНОВИЧ

Среди многочисленных заболеваний, внезапно развивающихся в брюшной полости и проявляющихся в виде так называемого «острого живота» определенное место принадлежит заболеваниям органов половой сферы женщины. Нередко врачи квартирной или Скорой помощи бывают поставлены в тяжелое положение, затрудняясь из-за сходства клинической картины различных заболеваний, быстро ориентироваться и правильно поставить диагноз болезни. Что перед ним: прободной перитонит, острый аппендицит, внематочная беременность, перекрученная киста или острое воспаление органов половой сферы женщины? От правильного ответа на вопрос зависят и правильные мероприятия — направление больной в соответствующий стационар и применение надлежащей терапии.

Среди многочисленных больных И-та Скорой помощи мы имели возможность наблюдать сравнительно большое количество больных с внематочной беременностью, доставленных в И-т с другими диагнозами. Таких было 64 больных.

Прекрасно учитывая обстановку, в которую подчас бывает поставлен квартирный врач, трудности, вызванные необходимостью быстрой постановки диагноза и проч., я все же, полагаю,

что определенный проц. ошибок можно было бы избежать, если б этот врач помнил о существовании В. Б. и для постановки диагноза использовал бы все имеющиеся в его распоряжении средства (хорошо собранный акушерский анамнез и бимануальное исследование).

Целью моей краткой заметки является желание помочь врачу в его трудной задаче, указать на те моменты, которые могут облегчать ему диагностику внематочной беременности; однако я прекрасно сознаю, что на этом пути у меня встретится немало препятствий. Многообразная и путанная клиническая картина проявления В. Б. лишает меня возможности изобразить определенную, характерную для нее и **только для нее** картину болезни, с другой же стороны надо учесть и то, что в подавляющем проц. случаев, врачи Скорой и неотложной помощи недостаточно тщательно и отчетливо собирают акушерский анамнез и что, особенно важно, не владеют методикой бимануального гинекологического исследования. Без тщательно собранного анамнеза, без гинекологического исследования больной, без умения, наконец, разобраться в данных, полученных при исследовании, распознавание В. Б. возможно лишь в исключительных, особенно ясных случаях. Без применения вышеперечисленных методов, ошибки в диагностике В. Б. неизбежны.

Можно ли лишь на основании наличия болей, анемии, тошноты и проч. симптомов, наблюдающихся и при целом ряде других заболеваний, правильно диагностировать В. Б.? Конечно, нет!

Клиническая картина В. Б. так же, как и картина острого аппендицита, чрезвычайно многообразна и путанна.

Наряду с типичной, ясной и не для врача картиной В. Б., нередко наблюдается такая запутанная, что даже врачу-гинекологу приходится для выяснения диагноза направлять больную в стационар для длительного наблюдения.

С этой последней, вначале протекающей хронически, формой течения В. Б. редко приходится сталкиваться врачам Скорой помощи; им чаще приходится встречаться с остро развивающимися формами ее, которые я позволю себе обозначить как **анемическая и перитонеальная** формы В. Б. **Анемическая** форма В. Б. наиболее типичная; она легче диагностируется, благодаря преобладанию в ней симптомов остро развивающегося внутреннего кровотечения. Эта форма в большинстве случаев наблюдается в результате разрыва трубы.

Для нее характерны: внезапное, молниеносное наступление сильных, режущих, иногда схваткообразных болей, в нижней части живота, рвота, головокружение, шум в ушах и обморочное состояние. Кожные покровы и слизистые оболочки — бледны. (Не забудь стереть помаду с губ!). Пульс частый, слабый, временами нитевидный. Т° нормальна или даже ниже нормы. Конечности и кончик носа холодны. Язык влажный, не обложен. Живот не-

сколько вздут, болезнен при пальпации в нижних отделах. При перкуссии живота, нередко в его отлогих частях определяется тупость, меняющая свое положение, при перемене положения больной. *Defense musculaire* в большинстве случаев отсутствует. У этих больных нередко отмечается наличие боли в плече — *Phrenicus symptom* (чаще всего на одноименной с пораженной трубой стороне), давление на прямую кишку и задержка мочеиспускания. Из влагалища в большинстве случаев выделяются **незначительные мажущие кровянистые выделения шоколадного или дегтеобразного цвета** (очень важный симптом).

Не отрицая важности всех вышеперечисленных симптомов, я все же позволю себе усомниться в возможности, на основании их, и, только их, поставить правильный безошибочный диагноз. Характерны ли они исключительно для В. Б. или быть может нечто подобное может наблюдаться и при других заболеваниях? Ну, конечно, все эти симптомы нередко сопутствуют и другим болезням! И боли, и бледность, и тошнота, а также рвота, вздутие живота, боли в плече, частый малый пульс и т. д.; все эти симптомы, которые могут наблюдаться как при остром аппендиците так и при прободном перитоните. Это тот абдоминальный симптомо-комплекс, который может наблюдаться при целом ряде заболеваний органов брюшной полости, хотя, правда, при более вдумчивой оценке их, можно заметить некоторые отличительные черты, характерные для В. Б. и для острого аппендицита или прободного перитонита. Боли и рвота при перитоните будут более интенсивными, нежели при В. Б.; язык при перитоните будет сухой и обложен, тогда как при В. Б. он будет влажный и чистый. Т° при перитоните будет в большинстве случаев, повышенной, тогда как при В. Б. она преимущественно нормальна или ниже нормы. Кровяное давление понижено. При перитоните будет яснее выражен *defense* и будут отсутствовать кровянистые выделения из влагалища.

Все это так, все это верно, однако на основании одного лишь сопоставления всех этих симптомов, врач может только **заподозрить** наличие В. Б., окончательно же подтвердить диагноз он сумеет лишь тогда, когда к имеющимся симптомам присоединит целый ряд добавочных данных, добытых из анамнеза и бимануального гинекологического исследования. Правда, уже сам по себе факт подозрения В. Б. имеет немаловажное значение, так как заподозрить — это значит наполовину поставить правильное распознавание. Пожалуй, особенно большого несчастья не произойдет в этом случае от того, что врач верно не распознает заболевания, так как независимо от того: находится ли перед ним «острый аппендицит», прободной ли перитонит или В. Б., все равно все эти заболевания принадлежат к числу таких, которые требуют для спасения жизни больной необходимости немедленного вмешательства, и врач обязан такую больную **срочно транспортировать**

в стационар. Однако, мы должны стремиться к тому, чтобы уметь не только подозревать то или иное заболевание, но и быть в состоянии правильно диагностировать его еще у постели больной, еще до транспортирования ее в стационар.

Мне хотелось бы остановиться вкратце на нескольких моментах, на которых, при собирании анамнеза, необходимо особенно фиксировать свое внимание.

Существует мнение, что В. Б. обязательно должна предшествовать задержка менструации. Как заблуждался бы тот врач, который при наличии других подходящих симптомов, только на основании отсутствия этого признака, отверг бы наличие В. Б. у исследуемой больной. На нашем клиническом материале, обнимающем больше 1 000 случаев В. Б., задержка менструаций отмечена всего лишь в 75% случаях, при чем эта задержка временами бывает настолько ничтожна (1—2 дня), что только при тщательном выявлении этого вопроса, удастся ее установить. Нередко от больной мы можем услышать указания на то, что хотя менструации у нее были и в срок, однако они были не вполне нормальными, так как выделялись в меньшем, чем обычно, количестве или длились более короткое время.

Очень часто больная отрицает задержку менструаций еще и потому, что кровянистые выделения, наступившие после нарушения В. Б., обусловленные отделением децидуальной оболочки из матки, принимаются больной за очередные менструации.

Если тщательно присмотреться к этим кровянистым выделениям, то нередко на прокладке можно найти небольшие пленки, а иногда даже и большой кусок децидуальной оболочки. Эти пленки не надо выбрасывать, их необходимо захватить с собой и подвергнуть микроскопическому исследованию. Отсутствие ворсин в децидуальной оболочке — окончательно подтверждает наличие В. Б.

Эти длительные, незначительные («мажущие») кровянистые выделения очень характерны для В. Б.; характерны они своей продолжительностью, своим цветом (шоколадный или дегтеобразный), своей атипичностью, устойчивостью по отношению к кровоостанавливающим средствам и тем, что им обычно предшествуют боли внизу живота.

При собирании анамнеза необходимо расспросить о прошлых беременностях; обычно В. Б. предшествует более или менее длительное бесплодие (конечно, надо разузнать не вызвано ли оно презервацией. Этиологическими факторами, на базе которых нередко возникают В. Б., являются хроническое воспаление придатков, впрыскивание иода в полость матки, с целью предохранения от беременности, неоконченное половое сношение и т. д. Никогда не надо забывать расспросить об этих моментах. Воспаления могут развиваться или в результате патологически протекав-

ших родов и аборт, или же, как результат гонорройной инфекции.

Необходимо при опросе обращать внимание на инфантилизм, который делается вполне вероятным в тех случаях, когда из анамнеза удается установить позднее наступление менструаций (16—17) лет, их болезненность, атипичность и проч.

Инфантилизму половой сферы, как этиологическому моменту, при возникновении В. Б. принадлежит громадная роль, и я убежден, что тот катастрофический подъем кривой В. Б., который после империалистической войны наблюдался у нас в Союзе и других европейских странах, отчасти может быть объяснен тем, что громадное количество девочек формировалось тогда в чрезвычайно неблагоприятных условиях. Подтверждением этому могут служить наблюдения последнего времени, обнаруживающие тенденцию к снижению у нас в Союзе количества случаев В. Б. Это снижение кривой — результат того, что успело подрости уже новое, здоровое поколение, развивавшееся при благоприятных условиях.

В отношении болей, их характера, интенсивности, иррадиации, локализации и проч. ничего специфического, характерного только для В. Б. установить не удастся; можно сказать лишь одно, что они всегда наблюдаются при нарушенной В. Б. Прав один из английских авторов, который заявляет, что «рассматривать боли, как патогномичный признак В. Б. это почти то же, что видеть в каждом исхудании женщин признак развивающегося у нее рака матки».

Итак, если врачу из опроса удастся установить наличие у больной задержки менструаций или же указания на атипичские, длительно продолжающиеся кровянистые, шоколадного или дегтярного цвета выделения, узнать, что она страдает относительным бесплодием, выявить существование инфантилизма, или хронич. воспаления придатков; услышать о внезапном развитии болезни и резких болях внизу живота, иногда отдающих под лопатку, узнать о наблюдавшемся головокружении или обмороке, и при этом наблюдать вышеописанный клинический симптомокомплекс, то он безусловно должен в данном случае заподозрить наличие В. Б.

Это подозрение перейдет однако в уверенность лишь тогда, когда произведет бимануальное исследование, он к этим данным присоединит еще несколько увеличенную в размере матку, пульсирующую опухоль в области придатков и выпяченный задний свод.

Однако здесь же необходимо со всей ясностью подчеркнуть, что ни в коем случае не следует добиваться этой уверенности любой ценой и особенно потерей времени. При наличии обоснованного подозрения больные должны немедленно госпитализироваться.

Если эта **анемическая форма В. Б.** диагностируется сравнительно легко, доказательством чего может служить указание хотя бы на то, что эти формы чаще всего транспортируются в гинекологические отделения больниц, то **перитонеальная форма** ее определяется значительно труднее.

Под перитонеальной формой В. Б. я понимаю ту форму ее, где симптомы раздражения брюшины превалируют над явлениями остро развившейся анемии. Эта форма значительно реже распознается врачами Скорой и неотложной помощи, и эти больные чаще всего под видом острого аппендицита или прободного перитонита направляются в хирургические отделения.

В то время, как анемическая форма В. Б. развивается молниеносно, внезапно, и, раз начавшись, она в большинстве случаев прогрессивно нарастает, и при отсутствии своевременной и надлежащей помощи, может закончиться смертью больной, перитонеальная форма, хотя начинается так же внезапно — среди полного благополучия, однако протекает не так бурно, не так остро. Перитонеальная форма (большой частью трубный аборт) характеризуется приступами резких болей, напоминающих аппендикулярную колику, в промежутках между которыми больная может оправиться, чувствовать себя вполне хорошо до того момента, пока, наконец, после одного из приступов у нее не разовьются признаки острой анемии. Пульс за время приступа у этих больных нередко бывает несколько учащенным, приближаясь к нормальному в промежутках между ними. Т° в результате всасывания и разложения накопившейся, в брюшной полости крови, может быть несколько повышенной, достигая иногда до 38—38,5°. Живот во время приступов болезнен и несколько напряжен в нижнем отделе. Язык влажный, не обложен. Кровянистые выделения шоколадного цвета наблюдаются и при этой форме болезни. Сроки между отдельными приступами могут быть различными от нескольких часов до нескольких недель.

Чаще всего эта форма смешивается с острым аппендицитом. При дифференциальной диагностике необходимо обратить внимание на несколько меньшую интенсивность болей и реже наблюдающуюся рвоту при В. Б., на отсутствие *defense* на нормальную Т° и мажущие кровянистые выделения при ней.

Подводя итоги всему вышесказанному, мы видим, что при внематочной беременности вследствие многообразия ее проявления не всегда можно наблюдать наличие всего типичного для нее симптомокомплекса; нередко врачу приходится руководствоваться одним анамнезом и несколькими объективными симптомами, хотя бы и не вполне патогномичными. Однако, если врач, при наблюдающейся картине болезни, присоединит к ней хорошо и тщательно собранный анамнез и в особенности данные бимануального исследования, если он ими владеет, то я смею утверж-

дать, что в преобладающем проценте случаев он сумеет переправить больную в стационар для операции не только с подозрением, но и окончательно установленным диагнозом.

Размеры статьи не позволяют нам даже в самых общих чертах остановиться на всем разнообразии острых заболеваний брюшной полости, таящих в себе источники ошибок и опасностей при их распознавании. Мы не собирались писать курса дифференциальной диагностики. Наша задача много скромнее. Нам хотелось на основании собственного большого материала представить объективную картину современного состояния диагностики некоторых острых заболеваний, указать на ошибки, которые при этом допускаются и которых можно было в иных случаях и избежать. Но, вместе с тем, все написанное, отнюдь не есть обвинительный акт против врачей внебольничной сети. Много занимаясь хирургией «острого живота», мы, конечно, прекрасно знаем, какие трудности при этом встречаются; прекрасно знаем, какие самые разнообразные сюрпризы дарят эти «животы». Однако, нужно открыто сказать, что вовсе не все еще сделано для того, чтоб такие ошибочные диагнозы и действия встречались, по возможности реже. Прежде всего не налажена еще широкая связь больниц с периферией и не заключен еще действенный «пакт о взаимопомощи». Если врач внебольничной сети не проверяет своих диагнозов, ничего не знает о дальнейшей судьбе своих больных, то каждая его ошибка, причина иногда вред больному, ему, врачу, не приносит решительно никакой пользы. Он не учится на своих ошибках и не может двигаться вперед. Необходимо, чтоб с направлением в лечебное заведение интересы врача по отношению к своему больному не прерывались; он должен знать об участии своего пациента; больницы, в свою очередь, обязаны давать ему исчерпывающие сведения. Организационные формы такой связи могут быть найдены. Они не должны быть только формальными и ограничиваться стандартными извещениями: ваш диагноз подтвердился или не подтвердился. Все, наиболее интересные, показательные и серьезные по своему течению или последствиям случаи должны подвергаться всестороннему совместному анализу, который поможет выяснить все, что не продумано и, может быть, недоделано. Инициативу в этом отношении должны взять на себя больничные учреждения. Но и врачи периферии могут оказать существенную помощь больницам. Направление каждого больного с более или менее серьезным острым заболеванием брюшной полости должно сопровождаться подробным описанием тех симптомов, какие видел врач. Диагноз надо не только поставить, но и обосновать. Тогда в распоряжении больничных врачей будет не только «статика» заболевания, но и «динамика» его. И ничего,

что между этими двумя осмотрами пройдет иногда очень короткое время. Мы видели, какое колоссальное значение при всех острых заболеваниях имеют эти самые «часы».

Не может быть никаких сомнений, что такие, правильно налаженные и дружеские взаимоотношения принесут нашим больным огромную пользу.
