

Ю. Ю. ДЖАНЕЛИДЗЕ

ПЕЧАТАЕТСЯ
ПО ПОСТАНОВЛЕНИЮ
СОВЕТА МИНИСТРОВ
СССР
от 16 декабря 1950 г. № 4942

АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК СССР

Ю.Ю. ДЖАНЕЛИДЗЕ

СОБРАНИЕ СОЧИНЕНИЙ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

С.С. Гирголав (отв. редактор)

А.Н. Бакулев, П.А. Куриянов,

А.В. Мельников, Н.Н. Приоров

В.Г. Джанелидзе (секретарь)

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК СССР

Ю.Ю.ДЖАНЕЛИДЗЕ

ХИРУРГИЯ ОРГАНОВ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

ТОМ

IV

РЕДАКТОР

А.В.Мельников

М О С К В А 1 9 5 4



Ю. Ю. Джанелидзе (1944).

ПРЕДИСЛОВИЕ

В настоящем томе помещены труды Ю. Ю. Джанелидзе, посвященные вопросам хирургии органов брюшной полости. Хирургией органов брюшной полости Ю. Ю. Джанелидзе начал интересоваться, еще будучи молодым врачом. В 1914 г. им совместно с С. Н. Лисовской опубликована работа «К вопросу о вливании жидкого вазелина в брюшную полость с целью предупреждения сращений» — единственная экспериментальная работа Ю. Ю. Джанелидзе. В ней уже ярко отражаются основные черты творчества автора — тщательность подбора литературы, полный критический анализ затронутых вопросов и ясность выводов.

В 1922 г. вышла его работа (написанная совместно с З. В. Поль) «К технике закрытия противоестественного заднего прохода», в которой авторы сообщали о выполненной ими в январе 1921 г. новой операции, предложенной Ю. Ю. Джанелидзе, а именно: выворачивание кишки через свищ с целью защитить операционное поле от загрязнения. Этот метод полностью оправдал себя в клинике.

В последующий период внимание Ю. Ю. Джанелидзе привлекли вопросы, связанные с кровотечениями из язв желудка и двенадцатиперстной кишки. В результате всестороннего анализа личных наблюдений и изучения литературы он в 1933 г. опубликовал работу «Угрожающие жизни гастро-дуоденальные кровотечения язвенного происхождения и их хирургическое лечение».

Не прошло мимо внимания Ю. Ю. Джанелидзе и часто встречающееся в практике хирурга весьма тягостное для больного заболевание — свищи заднего прохода и прямой кишки, нередко весьма затруднительные для лечения. Ю. Ю. Джанелидзе разработал особую операцию, предложив модификацию уже известных операций этого типа; эта операция описана им в работе «Лечение свищей заднего прохода и прямой кишки частичным низведением слизистой оболочки прямой кишки» (1934). Практически эта модификация дала весьма хорошие результаты и до сих пор является одной из лучших операций, гарантирующей от рецидива.

Хирургии прямой кишки посвящена и работа Ю. Ю. Джанелидзе «Дермоидные кисты (тератомы) прямой кишки», в которой сообщается личное наблюдение, явившееся пятнадцатым из числа опубликованных к тому времени (1938). В этой работе подробно разбираются клиническая картина заболевания, патологоанатомические данные и техника оперативного лечения.

В декабре 1934 г. в Ленинграде происходила городская и областная конференция по вопросу «Острый аппендицит и его лечение», организованная городским и областным отделами здравоохранения по предложе-

нию Ю. Ю. Джанелидзе. Эта конференция превратилась фактически в хирургический съезд. Во вступительном слове Ю. Ю. Джанелидзе кратко охарактеризовал работу Ленинградского научно-практического института скорой помощи за два с половиной года его существования. На этой же конференции он сделал доклад «К дифференциальной диагностике острого аппендицита», в котором было суммировано большое число наблюдений и сделан ряд важных выводов и организационных предложений. И по настоящее время это сообщение является руководством к действию для всех хирургов.

Дальнейшее развитие организационные идеи Ю. Ю. Джанелидзе получили в его работах: «Эффективность лечения основных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости» (1936), «О диагностике острых заболеваний органов брюшной полости в условиях внебольничной сети» (1937) и «Значение раннего распознавания и ранней госпитализации при острых заболеваниях органов брюшной полости» (1937).

В апреле 1938 г. происходила городская и областная конференция по вопросам острой кишечной непроходимости, которая также была созвана по инициативе Ю. Ю. Джанелидзе и приняла столь же широкий характер съезда. На ней Ю. Ю. Джанелидзе прочитал основной доклад «К вопросу о диагностике острой кишечной непроходимости». В своем докладе он дал всесторонний разбор клинической картины этого тяжелого заболевания, при котором тогда отмечался высокий процент неудовлетворительных исходов, и описал правильную методику обследования и ряда оперативных вмешательств. И в настоящее время мы можем сказать, что значительное снижение опасности операций при острой кишечной непроходимости связано с выполнением хирургами основных заветов Ю. Ю. Джанелидзе.

В конце тома приводятся впервые публикуемые стенографические записи некоторых лекций по вопросам хирургии органов брюшной полости, читанных Ю. Ю. Джанелидзе. В этих лекциях не только ярко отражен блестящий преподавательский талант автора, но и излагаются его взгляды на многие вопросы хирургического лечения при заболеваниях органов брюшной полости. Ю. Ю. Джанелидзе продолжал интересоваться развитием этих вопросов и в последние годы жизни. Он руководил Советом неотложной хирургии при Ленинградском городском отделе здравоохранения, выступал в прениях на заседаниях Хирургического общества имени Н. И. Пирогова и на научных конференциях Военно-морской медицинской академии.

Блестящие успехи в деле лечения заболеваний органов брюшной полости в СССР достигнуты во многом благодаря выдающейся научной, лечебной и организационной деятельности Ю. Ю. Джанелидзе в возглавляемом им Институте скорой помощи, ныне носящем его имя.

А. В. МЕЛЬНИКОВ



СТАТЪИ

(1914 ~ 1939)

К ВОПРОСУ О ВЛИВАНИИ ЖИДКОГО ВАЗЕЛИНА В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ С ЦЕЛЬЮ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ СРАЩЕНИЙ

Способность брюшины отвечать на различного рода раздражения образованием сращений имеет громадное значение для организма. С одной стороны, эта способность является могучим средством борьбы с поступающими в брюшную полость заразными началами; с другой стороны, образование внутрибрюшинных сращений может оказаться очень вредным и даже губительным для организма, расстраивая перистальтику, вызывая явления сужения, а иногда и полную непроходимость кишечника.

В своем докладе на последнем съезде немецких естествоиспытателей Пайр (Paug) говорит о большом значении послеоперационных брюшинных сращений, образование которых часто омрачает предсказание при брюшных операциях. Для борьбы с ними он указывает на ряд профилактических мер, как строгая асептика, защита кишок от действия йода, избегание всяких не являющихся необходимыми повреждений брюшины, тщательная остановка кровотечения и т. д. Для лечения последствий уже образовавшихся сращений, как послеоперационных, так и зависящих от других причин, Пайр применяет разделение сращений с последующей перитонизацией, резекции кишок, наложение кишечного соустья и целый ряд других более или менее тяжелых операций, вплоть до наложения противоестественного заднего прохода. Процент летальности, по данным этого автора, на 153 случая равен 7,84. В $\frac{3}{4}$ случаев получились отдаленные хорошие результаты.

Из приведенного примера видно, что операции, применяемые при внутрибрюшинных сращениях, далеко не легки и не безопасны, и является вполне понятным стремление хирургов найти более простой способ лечения этого страдания.

Таким способом, казалось бы, вполне рациональным является часто употребляемое за последнее время введение в брюшную полость различных жирных веществ.

Мартин (Martin) еще до появления общеизвестной работы Глимма (Glimm) употреблял вливание масла в брюшную полость как средство для предупреждения образования сращений.

Гиршель (Hirschel), усиленно пропагандирующий свой способ лечения разлитых воспалений брюшины вливаниями 1% камфорного масла в брюшную полость, между прочим, указывает, что при этом способе предупреждается образование сращений. Основывает он этот взгляд на том, что в случаях смерти своих больных от различных осложнений, главным образом пневмоний, он не находил сращений в брюшной полости. Не находил он их и в тех случаях, где пришлось делать выздоров-

вевшим от перитонита больным вторичные чревосечения по поводу грыж брюшной стенки.

Блейк (Black) вливал кошкам в брюшную полость стерильное оливковое масло, предварительно вызывая раздражение брюшины соскабливанием эпителия. При этом он или совсем не получал сращений, или же получал значительно более нежные спайки, чем у контрольных животных.

Этот автор произвел вливание стерильного оливкового масла в брюшную полость четырем больным, у которых можно было ожидать образования послеоперационных сращений, и получил хорошие результаты, кроме одного случая, где, по всей вероятности, масло было недостаточно стерильным.

Уильки (Wilkie) на основании своих опытов убедился, что вливание стерильного масла в брюшную полость показано, во-первых, при разделении старых внутрибрюшинных сращений, чтобы воспрепятствовать их возобновлению, и, во-вторых, при разлитых и ограниченных воспалениях брюшины, где не удалось избежать значительных манипуляций с внутренностями.

Мэйо (Mayo) при лечении слипчивых воспалений брюшины разделяет сращения и перемычки, перитонизирует, насколько возможно, обнаженные от брюшины поверхности, а оставшиеся не покрытыми брюшиной места обильно смазывает стерильным вазелином.

Блехер (Blecher) в появившейся недавно работе говорит о пяти случаях общего воспаления брюшины, развившегося после воспаления червеобразного отростка, где в брюшную полость было влито камфорное масло. В этих случаях он наблюдал задержку в образовании сращений, что выражалось отсутствием развития последовательных осумкованных гнойников в верхних отделах брюшной полости и скоплением выпота в наиболее отлогих частях ее.

Казалось бы, все вышеприведенные наблюдения и опыты говорят в пользу применения различных жирных веществ для предупреждения образования сращений при воспалительных заболеваниях брюшины, а также после разделения уже имеющихся спаек в брюшной полости. Но за последнее время стали появляться сообщения, опровергающие этот взгляд.

Так, Момбург (Momburg) при повторном чревосечении после вливания камфорного масла в брюшную полость при перитоните убедился, что образование сращений не было предупреждено.

На то же самое указывает Ф. М. Пикин на XII съезде российских хирургов. Он считает даже, что камфорное масло в его наблюдениях способствовало развитию сращений.

Тот же автор произвел ряд опытов на кроликах с вливанием камфорного масла в брюшную полость после предварительного повреждения брюшинного покрова кишечника, причем оказалось, что у обработанных маслом животных получались обширные сращения кишок между собой и с пристеночной брюшиной. У контрольных животных, которым масло не вливалось, спаяк получилось меньше.

Новак (Nowak) у кроликов удалял участки пристеночной брюшины с частью мышечного слоя и вливал в брюшную полость несколько кубических сантиметров камфорного или оливкового стерильного масла.

Кроликов убивали через 20—30 дней и оказалось, что у кроликов, обработанных маслом, сращения кишок с лишенными брюшины поверхностями были не меньше, чем у контрольных.

Автор приходит к выводу, что во всех случаях масло оказалось бесполезным для предупреждения сращений, и думает, что склонность к образованию их даже повышается вследствие присутствия в брюшной полости инородного тела.

Кроме того, ряд авторов указывает, что вливание масла в брюшную полость далеко не является безразличным для организма.

Хаппих (Harrich) предупреждает о токсическом влиянии камфоры на организм, особенно у голодающих субъектов с пониженной выработкой глюкуроновой кислоты, в соединении с которой главным образом камфора выделяется из организма.

Рюбзамен (Rübsamen) приводит случай смертельного отравления камфорой при вливании камфорного масла в брюшную полость.

Всасываясь из брюшной полости, масло часто дает легочные эмболии. По данным Хёне (Höhne), проводившего исследования на кроликах, при вливании масла в количестве менее 10 мл получается только липемия в малом кругу кровообращения. При количестве 20—50 мл получают тяжелые легочные эмболии. При вливании до 100 мл масла в брюшную полость всасывание меньше, чем при средних количествах, но зато у животных развиваются тяжелые местные явления.

Шеппельман (Scheppelman) при вскрытии кроликов в первые часы после вливания в брюшную полость 1% камфорного масла всегда находил у них легочные жировые эмболии.

Момбург из 15 больных, которым было введено 1% камфорное масло в брюшную полость у трех наблюдал мучительный кашель, а у двух — пневмонию, от которой один больной погиб.

Эти осложнения Момбург приписывает жировым легочным эмболиям.

Сам Гиршель часто упоминает о развитии пневмоний у наблюдавшихся им больных.

Как видно из всего сказанного, вопрос о предупреждении сращений между брюшными органами путем введения ряда жирных веществ различно освещается авторами.

Некоторые из них придают этим веществам большое значение, приписывая им спасение многих больных; другие, отрицая за ними какое-либо полезное влияние, указывают даже на вредные стороны их действия.

Перехожу к нашим наблюдениям.

Вливание камфорного масла в брюшную полость было применено в нашей клинике несколько раз при острых гнойных и при слипчивых воспалениях брюшины, но положительных результатов этот способ лечения не дал.

Вливание жидкого вазелина после разделения внутрибрюшинных сращений для предупреждения возврата заболевания было применено один раз. Вазелин был выбран как вещество, медленно всасывающееся брюшиной и мало ее раздражающее.

Н. С., 27 лет, учительница, поступила в госпитальную хирургическую клинику Женского медицинского института 12/VI 1913 г. с жалобами на припадки схваткообразных болей в правой половине живота, причем появляется ограниченное вздутие кишок в правой подвздошной области. Бывают тошнота и отрыжка, запоры, иногда сменяющиеся поносами. Приступы схваткообразных болей начались у больной 5 лет назад. 3 года назад в одной из петербургских больниц ей была сделана операция удаления червеобразного отростка слепой кишки, но боли после этого несколько не уменьшились. Больная небольшого роста, плохого питания. Со стороны легких и сердца отклонений от нормы нет.

В правой подвздошной области имеется линейный послеоперационный рубец. При ощупывании подвздошной области в глубине определяется плотный тяж. При перкуссии по всему животу получается тимпанит. Печень и селезенка не прощупываются.

Вздутия живота нет. Температура 38,2°. Распознавание: слипчивый перитонит после аппендэктомии. В дальнейшем у больной наблюдалось временами вздутие в правой подвздошной области, сопровождавшееся урчанием в кишках, схваткообразными болями, тошнотой и отрыжкой. Температура колебалась между 37° и 37,8°.

Предпринято лечение синим светом, которое облегчения не дало.

28/VI—операция. Правосторонний разрез по наружному краю прямой мышцы живота. Червеобразный отросток отсутствует. На его месте небольшой рубчик. В окружности слепой и восходящей кишки — множество спаек, причем в начале восходящей кишки образуется перегиб. Спайки разделены. Перегиб расправлен. Освобожденные кишки политы стерильным жидким вазелином (15 мл). Брюшная рана зашита послойно наглухо.

Послеоперационное течение гладкое. Только в первый день были тошнота и рвота. Температура упала и за время пребывания больной в клинике не поднималась выше 37,4°. Схваткообразные боли, тошнота и отрыжка совершенно исчезли. Только один раз наблюдались боли в животе после двухдневного отсутствия стула; они исчезли после клизмы. Швы сняты на 10-й день. Заживление первичным натяжением.

Стул, за редким исключением, бывал самостоятельно ежедневно. Усиленной перистальтики и вздутия кишок не бывало.

11/VIII 1913 г. больная выписалась из клиники, чувствуя себя вполне здоровой.

1/II 1914 г. больная вновь поступила в клинику. Из расспроса выяснилось, что до ноября 1913 г. она чувствовала себя вполне здоровой, но с этого времени прежние припадки болей и вздутия кишок в правой подвздошной области возобновились.

При осмотре больной обнаружены те же явления, что и при первом поступлении в клинику. Применено лечение синим светом, от которого больная стала чувствовать себя лучше.

12/II выписалась, чтобы продолжать лечение на дому.

Мы поставили себе целью настоящей работы проверить экспериментально, насколько действенен употребленный упомянутый выше способ предупреждения сращений при посредстве введения в брюшную полость жидкого вазелина. Опыты наши производились на кроликах, причем мы предпочли оперировать на тонких кишках как на более подвижных и вследствие этого менее склонных к образованию сращений.

Для искусственного воспроизведения спаек на внутрибрюшных органах исследователи прибегали к различным способам. Гразер (Graser) еще в 1888 г. с этой целью сшивал друг с другом брюшинные листки или придавливал их один к другому посредством свинцовых пластинок. Для достижения того же результата Блейк прибегал к соскабливанию эндотелия брюшины, но получал таким путем только нежные спайки. Новак, частично удаляя на различном протяжении пристеночную брюшину, действительно получал ограниченные сращения между брюшными органами.

Более обширные сращения удавалось получать Ф. М. Пикину, который после чревосечения сшивал друг с другом различные отделы желудочно-кишечного тракта. При последующем чревосечении образовавшиеся сращения насильно разрывались и в брюшную полость вливалось камфорное масло, которое, однако, новому образованию сращений нисколько не препятствовало. Этим способом удается получить сращения на желаемом протяжении, но отрицательная сторона его заключается в том, что животных приходится два раза подвергать чревосечению.

Нам удалось еще более упростить технику воспроизведения сращений, причем последние часто были на значительном протяжении.

Прежде чем приступить к описанию нашей техники, скажем несколько слов об усыплении животных. Во всех случаях, за исключением одно-

го, мы усыпляли эфиром по способу, предложенному одним из нас (Ю. Джанелидзе). Эфир наливается в обыкновенную колбу, герметически закрытую каучуковой пробкой; от нее отходит резиновая трубка, соединенная на другом конце с двумя длинными, тонкими иглами. Иглы эти вкалываются в подкожную клетчатку живота с двух сторон вблизи пупартовых связок. Колба ставится в кастрюлю с горячей водой. Эфир быстро вскипает и пары его через иглы устремляются в подкожную клетчатку. При поступлении первых порций паров эфира животное вскрикивает, но тотчас успокаивается и на дальнейшее введение паров обыкновенно не реагирует. При введении паров у животного развивается подкожная эмфизема, быстро захватывающая обширную поверхность. Во избежание чрезмерного растяжения кожи и подкожной клетчатки, с одной стороны, а с другой, — чтобы предупредить поступление сразу большого количества эфира в кровь, необходимо время от времени прерывать введение эфирных паров. Кролику весом около 2 000 г вводится таким образом в продолжение 10—15 минут около 15—20 мл эфира. При этом важно обратить внимание на следующее обстоятельство. Часть паров, образовавшихся в колбе, действительно попадает в подкожную клетчатку еще в парообразном состоянии, в то время как незначительная часть, охлаждаясь, оседает в резиновой трубке в виде жидкого эфира. Если теперь снова поставить колбу с эфиром в горячую воду, то вновь образовавшиеся пары вгоняют в подкожную клетчатку жидкий эфир, накопившийся в резиновой трубке — явление нежелательное, так как эфир в жидком виде более раздражает ткани, чем в парообразном состоянии. Во избежание этого перед каждым новым нагреванием эфира необходимо опустить колбу вниз и таким образом дать возможность охладившемуся в резиновой трубке эфиру стечь обратно. При таких условиях в колбу иногда стекает до 0,5 мл эфира.

По наступлении глубокого усыпления иглы удаляют. Если предполагают оперировать более получаса, то удобнее оставить иглы в подкожной клетчатке и подбавлять усыпляющее вещество, когда животное начинает реагировать.

Следуя описанному способу и принимая вышеупомянутые меры предосторожности, мы всегда получали вполне удовлетворительный наркоз и не наблюдали осложнений¹.

На усыпленных таким образом кроликах мы приступали к операции. Разрезом по средней линии живота длиной около 6—7 см вскрывалась брюшная полость. Одна петля тонкой кишки вытягивалась из брюшной полости. Тонким пинцетом, употребляющимся при наложении сосудистого шва, мы старались надорвать серозный покров кишки. Немного трудным представлялся именно этот первый акт, но стоило лишь захватить пинцетом лоскут брюшинного покрова и перерезать его поперечно, как отслаивание остальной части брюшины на желаемую длину становилось делом 1—2 минут. Серозный покров отделяется от подлежащего мышечного слоя паразитально легко. При этом, как показало микроскопическое исследование, иногда вместе с отслоенной серозной оболочкой захватывается и нетолстый слой продольных мышеч-

¹ Способ этот был применен в нашей клинике в 20 случаях на людях для поддержания усыпления при операциях на лице и шее и дал удовлетворительные результаты. После предварительного усыпления больных с помощью маски наркоз поддерживался введением паров эфира в подкожную клетчатку живота. Подробно об этом способе будет сообщено впоследствии. — Ю. Д.

ных волокон кишки. Серозный покров отслаивался с $1/4$, с $1/3$, иногда с $1/2$ или с полной окружности кишки на протяжении около 1 м. Кишка, лишенная перитонеального покрова, резко сокращается; на ней появляются четкообразные перехваты. На обнаженной раневой поверхности ее выступают незначительные, точечные кровотечения.

Одновременно мы оперировали 2 кроликов, из которых один служил контрольным. Одному из них после отслаивания брюшины с части тонкой кишки вливалось в брюшную полость 20 мл стерильного жидкого вазелина. У другого, оперированного таким же способом, брюшная полость закрывалась без введения вазелина.

Мы позволим себе вкратце привести протоколы наших опытов.

Первым вопросом, подлежавшим нашему решению, был следующий: не вызывает ли жидкий вазелин, введенный в брюшную полость, сам по себе раздражения брюшины или сращений. С этой целью был поставлен следующий опыт.

Опыт № 1. Под местным обезболиванием кролику сделан кожно-мышечный разрез по средней линии живота. Брюшина проколота тупой иглой, и в брюшную полость впрыснуто 20 мл жидкого вазелина. Швы на кожно-мышечный разрез. Рана зажила первичным натяжением. Через 6 дней кролик убит. В брюшной полости найдено большое количество вазелина. Все органы живота обильно смазаны слоем вазелина и свободны от налетов, за исключением небольшого участка на пристеночной брюшине (не в месте прокола иглой), где виднеется фибринозный налет. Сращений брюшных органов нет. В легких и плевре макроскопических изменений не наблюдалось. Микроскопическое исследование фибринозного налета, взятого с пристеночной брюшины, показало, что в состав его входят волокна фибрина, между пучками которого вкраплено большое количество капель вазелина. Последний был обнаружен в большинстве органов брюшной полости: так, сальник был весь пропитан большим количеством капель вазелина, который находился также в грудобрюшной преграде, в ее лимфатических щелях, в центральных частях мезентериальных лимфатических желез. Утолщенная капсула печени также содержала небольшое количество вазелина. В капиллярах легких незначительное количество его; вокруг этих капилляров раздражения легочной ткани и кровоизлияний не определяется.

Из этого опыта явствует, что жидкий вазелин сам по себе сращений не вызывает, но указанные выше изменения в виде присутствия лейкоцитов, слившихся эндотелиальных клеток, выпота, фибринозного налета и утолщения капсулы печени заставляют думать, что в данном случае имеет место некоторое хроническое раздражение брюшины. Причину этого явления следует искать в длительном присутствии инородного тела — вазелина, всасывание которого из брюшной полости совершается чрезвычайно медленно, как это будет видно из дальнейших опытов.

Выяснив, таким образом, отношение брюшины к жидкому вазелину, мы постарались уяснить себе на ряде опытов, насколько введение жидкого вазелина в брюшную полость способствует предотвращению сращения между собой брюшных органов с поврежденным серозным покровом. Теоретически это представлялось вполне возможным, ввиду того что при продолжительном пребывании в брюшной полости вазелин образует как бы «постоянную смазку», которая, особенно при известной подвижности желудочно-кишечного тракта, могла бы препятствовать образованию спаек, мешая непосредственному соприкосновению органов с поврежденным серозным покровом между собой.

Опыт № 2. С тонкой кишки отслоена брюшина на протяжении 70 см, местами — с полной окружности, частично — с одной трети ее. Отделялась брюшина очень легко. На кишке, лишенной брюшинного покрова, минимальное кровотечение, брюшная полость закрыта наглухо. На 10-й день животное погибло.

Вскрытие. В брюшной полости выпота не имеется. К операционному рубцу припаян клубок кишок; состоит он исключительно из петель тонкой кишки; выделить

и проследить отдельные петли не представляется возможным. Ясно видны сильно раздутый и наполненный жидкими каловыми массами приводящий конец кишки и спавшийся, сократившийся отводящий конец ее. Небольшое количество нежных спаек между тонкими и толстыми кишками.

Таким образом, ясно, что животное погибло от непроходимости кишок, имевшей причиной сращение между собой петель тонкой кишки.

Опыт № 3. При отслаивании брюшины с петли тонкой кишки случайно был вскрыт просвет последней в двух местах. Наложено несколько узловатых швов в один ряд. Поврежденные места окутаны сальником, край которого прикреплен к кишке несколькими швами. С петель тонкой кишки брюшина отслоена на протяжении около 1 метра, причем отделялась она с одной трети окружности кишки, в брюшную полость влито 20 мл стерильного жидкого вазелина. На 10-й день кролик убит.

Вскрытие. Операционный рубец свободен от сращений. В местах случайного повреждения тонкой кишки швы держат хорошо. Пришитый сальник довольно плотно сросся с подлежащей кишкой. Вокруг сальника небольшие спайки. Тонкие кишки в двух местах спаяны между собой, образуя несколько перегибов, но проходимость кишечника этими спайками несколько не нарушена. Тонкие кишки на местах, лишенных брюшинного покрова, где они не спаяны между собой, имеют бархатистый вид. Все брюшные органы смазаны слоем вазелина; остатки его удается собрать в малом тазу (около половины чайной ложки). Местами на кишках и на печени небольшие фибриновые налеты.

Мы намеренно подчеркнули случайное повреждение кишки при отслаивании с нее брюшинного покрова. Поврежденные места, как сказано, были окутаны сальником. Вливание вазелина несколько не помешало приживлению сальника, т. е. не воспрепятствовало образованию спаек между ним и подлежащей поврежденной кишкой; впрочем, не помешало вазелин образованию спаек и на тонких кишках, хотя и в меньшем количестве, чем это наблюдалось на предыдущем контрольном животном. Нужно заметить, что раневая поверхность в этом случае была меньше, так как отслаивание брюшины здесь случайно произведено только с $\frac{1}{3}$ окружности.

Опыт № 4. С петли тонкой кишки отслоена брюшина на протяжении одного метра с $\frac{1}{4}$ окружности ее. Кишка, частично лишенная брюшинного покрова, резко сокращается, образуя многочисленные поперечные перехваты. Местами на ней выступают капли крови. Живот закрыт наглухо. Через 8 дней животное убито.

Вскрытие. К операционному рубцу припаяна петля тонкой кишки. На части ее, лишенной брюшинного покрова, имеются многочисленные спайки как между петлями тонких кишок, так и между тонкими и толстыми кишками.

Опыт № 5. В точности повторен предыдущий опыт с той лишь разницей, что по удалении брюшины с петель тонкой кишки в брюшную полость влито 20 мл жидкого вазелина. Через 8 дней кролик убит.

Вскрытие. Операционный рубец свободен от спаек. В брюшной полости остатки жидкого вазелина. Все брюшные органы покрыты вазелином. На части тонкой кишки, лишенной брюшины, имеется довольно много спаек; в одном месте — спайки тонких кишок с толстой кишкой. В жидкости, взятой из брюшной полости и состоящей из остатков вазелина и серозного выпота, при отслаивании и охлаждении вазелин сгущался, а серозный выпот как бы выжимался из него, образуя в цилиндре особый слой, найдены лейкоциты и сгустившиеся эндотелиальные клетки, в протоплазму которых как бы вкраплены капли вазелина различной величины. Брыжеечные лимфатические узлы увеличены и в центральных своих частях также содержат капли вазелина. В капиллярах и мелких венах легких найдены капли вазелина; вокруг этих сосудов инфарктов и кровоизлияний не наблюдалось.

В этих двух опытах получились почти тождественные результаты; следовательно, вливание вазелина пользы не принесло.

В следующих двух опытах мы проверили действие жидкого вазелина при более длительном наблюдении.

Опыт № 6. С тонкой кишки отделена брюшина на протяжении 1 м с одной трети окружности ее. Брюшная полость закрыта наглухо. Два месяца спустя кролик убит.

Вскрытие. Толстая кишка спаяна с операционным рубцом неплотными тяжами. Тонкие кишки спаяны между собой в трех местах. Имеются также незначительные спайки между сальником, толстой и тонкой кишками.

Опыт № 7. Точное повторение предыдущего опыта, но с вливанием 20 мл жидкого вазелина после отслаивания части брюшинного покрова с петель тонкой кишки. Через 9 недель кролик убит. За это время он прибавил в весе 500 г.

Вскрытие. В сальнике, брыжейке и брюшине имеется значительное отложение жира. Толстая кишка и несколько петель тонких кишок припаяны к операционному рубцу. Эти же петли кишок в нескольких местах обращены между собой умеренной толщины спайками. Все брюшные органы покрыты тонким слоем жирного вещества — вазелина.

Результаты обоих опытов, таким образом, получились тождественные.

В дальнейших трех опытах (№ 8, 9 и 10) мы отслаивали брюшину, как и в предыдущих случаях, и в брюшную полость вливали по 20 мл жидкого вазелина. Контрольных опытов мы не ставили, так как из предыдущего было очевидно, что без введения вазелина спайки всегда образуются.

Опыт № 8. Животное убито через 15 дней. Тонкие кишки многочисленными спайками соединены между собой. Печень передне-верхней своей поверхностью припаяна к операционному рубцу. В брюшной полости довольно много жидкого вазелина.

Опыт № 9. Через 33 дня кролик убит. Тонкие кишки соединены между собой многочисленными спайками. Операционный рубец свободен. В брюшной полости много жидкого вазелина.

Опыт № 10. Через 11 недель кролик убит. В брюшной полости вазелина нет, нет и выпота. Тонкие кишки многочисленными, плотными спайками сращены между собой. Операционный рубец свободен.

Во всех описанных опытах кишки лишались серозного покрова на значительном протяжении и, как уже было указано, результат этих опытов получился отрицательный, т. е. спайки между внутрибрюшными органами, несмотря на присутствие вазелина, все-таки получались. Ввиду этого нам показалось интересным проверить — не получатся ли более благоприятные результаты от применения вазелина при незначительных дефектах брюшины. С этой целью мы удаляли пристеночную брюшину на небольшом протяжении, как это делал Новак.

Опыт № 11. Из пристеночной брюшины вырезаны две полоски размером 1×4 см. Брюшная полость закрыта наглухо. Через 22 дня животное убито.

Вскрытие. К рубцу, образовавшемуся на месте дефекта брюшины, довольно плотными тяжами припаяны слепая кишка и сальник.

Опыт № 12. Дефект в пристеночной брюшине образован, как и в предыдущем случае; после этого в брюшную полость влито 20 мл жидкого вазелина. Живот закрыт наглухо. Через 22 дня животное убито. За это время кролик прибавил в весе 500 г.

Вскрытие. Значительное отложение жира в сальнике и брюшине. Между рубцом в пристеночной брюшине и слепой кишкой имеются обширные спайки. Все брюшные органы покрыты слоем вазелина. В отлогих частях брюшной полости скопилось некоторое количество вазелина. Под микроскопом — остатки вазелина, взятого из брюшной полости, содержат незначительное количество полинуклеаров и эндотелиальных клеток; в протоплазму этих клеток вкраплены капли вазелина.

Далее приводим опыты, в которых животные погибли от кишечной непроходимости в первые дни после операции.

Опыт № 13. Брюшина отслоена с тонкой кишки на протяжении 1 м с одной трети окружности кишки. Брюшная полость закрыта наглухо. Через 2 суток животное погибло от непроходимости, вызванной, как показало вскрытие, спайками между петлями тонких кишок. В брюшной полости имелся серозный выпот.

Опыт № 14. Такая же участь постигла животное, оперированное, как и предыдущее, но в брюшную полость которого было влито 20 мл жидкого вазелина. Через 36 часов животное погибло и вскрытие показало, что в верхней части тонких кишок

имеется заворот; в нижних частях тонких кишок имеются спайки. В брюшной полости много жидкого вазелина с небольшой примесью выпота. В выпоте — полинуклеары и эндотелиальные клетки, в протоплазме которых встречаются капли вазелина.

Гибель трех животных от непроходимости кишечника дает нам основание предполагать, что в наших опытах мы действительно приблизились к патологическим явлениям, наблюдающимся у человека, у которого непроходимость кишечника при сращениях — нередкое явление.

Подводя итоги нашим опытам, нам остается ответить на несколько вопросов.

Сколько времени вазелин остается в брюшной полости? Остается ли он достаточно долго для того, чтобы мешать непосредственному соприкосновению брюшных органов между собой и этим препятствовать образованию спаек?

Как видно из протоколов вскрытий, нам удалось еще 2 месяца спустя найти вазелин в брюшной полости, а этот срок следует считать вполне достаточным для восстановления эндотелия брюшины.

Каковы пути всасывания вазелина из брюшной полости? Часть вазелина оставляет брюшную полость через лимфатические щели диафрагмы, в которых он был определен под микроскопом. Как было указано выше, длительное присутствие вазелина, действующего как инородное тело, вызывает раздражение брюшины, сопровождающееся незначительным серозным выпотом и притоком лейкоцитов. Последние, поглощая капельки вазелина, разносят его по лимфатическим путям (присутствие вазелина в мезентериальных лимфатических узлах), откуда он уже попадает в общий ток кровообращения, где мы его находим в капиллярах легких.

Появление капель вазелина в общем токе кровообращения, как видно из наших опытов, не приносит вреда животным. Так, мы не потеряли ни одного животного от жировой эмболии. На нескольких опытах мы видели, что животные, которым в брюшную полость вливался вазелин, все время были бодрыми и прибавляли в весе.

Что касается влияния вазелина на брюшину, то мы имели возможность убедиться в том, что даже после длительного соприкосновения с вазелином в ней резких изменений не отмечается. Однако во всех случаях в остатках вазелина, взятого из брюшной полости, мы находили незначительное количество серозной жидкости, содержавшей полинуклеары и слущившийся эндотелий, что, безусловно, свидетельствует о раздражении брюшины.

Возникает вопрос: можно ли эти отрицательные результаты, полученные при операциях на тонких кишках, отнести также и к толстым? На этот вопрос следует дать положительный ответ ввиду того, что при прочих равных условиях опыта толстые кишки отличаются от тонких гораздо большей неподвижностью и вялостью сокращений, что могло бы еще более благоприятствовать возникновению спаек.

Если таковы результаты введения вазелина при опытах со здоровой брюшиной, то само собой понятно, что не приходится рассчитывать на большой успех в этом отношении в случаях, когда мы имеем дело с брюшиной патологически измененной (например, при слипчивом перитоните), пластическая способность которой, как известно, бывает значительно повышена.

Приводимое нами выше наблюдение (стр. 11—12) служит подтверждением этого предположения. Первое время после разъединения спаек и вливания вазелина в брюшную полость, казалось, все шло благо-

получно, и больная чувствовала себя хорошо и была вполне довольна результатами лечения. Спустя сравнительно короткий период времени — около трех месяцев — у больной снова появляются боли такого же характера, как до операции. Следует допустить, что образовавшиеся вскоре после разъединения спайки к этому времени начали сморщиваться и вызывать явления относительной непроходимости. Явления эти пока выражены сравнительно нерезко, но не будет ничего удивительного, если в дальнейшем разовьется более тяжелая картина заболевания. Это наблюдение приводит к заключению, что в данном случае было бы предпочтительнее не ограничиться простым разъединением спаек и вливанием жидкого вазелина, а прибегнуть сразу к более серьезной, но более обоснованной операции, а именно к наложению кишечного соустья между тонкой и поперечной ободочной кишкой.

Все опубликованные до сих пор клинические наблюдения с якобы благоприятными результатами, полученными при вливании в брюшную полость жирных веществ с целью предупреждения или лечения сращений, не вполне безупречны в смысле способов проверки результатов. Если Гиршель, например, на вскрытии больных с перитонитом, погибших от воспаления легких вскоре после вливания 1% камфорного масла, и не находил сращений, то объяснить это можно тем, что смерть последовала вскоре после операции, так что организм не успел реагировать образованием спаек, тем более что вследствие тяжелого состояния больных (перитонит и пневмония) защитные силы организма были значительно понижены. Нам неизвестна длительность наблюдений Блейка, а вначале, как мы видели у наблюдаемой нами больной, может получиться кажущийся благоприятный результат.

Экспериментальные данные Новака, Ф. М. Пикина и наши, полученные в опытах с различными жирными веществами, приводят к одинаковым, вполне отрицательным результатам: нам нечего ожидать от вливания этих веществ в брюшную полость с целью предупреждения сращений. Поэтому пока еще остаются в силе те самые меры, которые давно уже рекомендованы с целью предупреждения и лечения сращений и которые были снова подтверждены на последнем съезде немецких естествоиспытателей Пайром: безукоризненная асептика, бережное обращение с серозным покровом кишечника, тщательная остановка кровотечения, перитонизация раневой поверхности. При существующих сращениях — разъединение спаек, наложение соустья и в случае надобности резекция кишок.

Итак:

1. Подкожное введение паров эфира технически легко выполнимо, вызывает вполне удовлетворительное усыпление у кроликов и при соблюдении некоторых мер предосторожности безопасно.

2. В способе отслаивания брюшины от кишки мы располагаем простым и верным методом для экспериментального воспроизведения сращений.

3. Жидкий вазелин, введенный в брюшную полость, остается там продолжительное время, причем присутствие его как инородного тела вызывает на брюшине незначительное раздражение.

4. На общее состояние животного вливание вазелина в брюшную полость вредного влияния не оказывает.

5. Вливание в брюшную полость жидкого вазелина не предупреждает образования сращений.

ЛИТЕРАТУРА

- Ласточкин И. П., Хирургия, 1913, 33.
Пикин Ф. М., 12-й съезд российских хирургов.
Пикин Ф. М., Русский врач, 1913, 51.
Blake, реферат в Zentralblatt f. Chirurgie, 1908, 50.
Blecher, Münch. med. Wschr., 1913, 23.
Délone et Alamartine, Revue de Chirurgie, 1912, 45.
Glimm, Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1906, 83.
Graser, Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1888, 27.
Happich, Münch. med. Wschr., 1912, 12.
Happich, Münch. med. Wschr., 1912, 23.
Hirschel, Beiträge z. klin. Chirurgie, 1908, 58.
Hirschel, Münch. med. Wschr., 1910, 15.
Hirschel, Zentralblatt f. Chirurgie, 1911, 2, 30.
Hirschel, Münch. med. Wschr., 1912, 37.
Höhne, Münch. med. Wschr., 1909, 49.
Höhne, Zentralblatt f. Gynäkologie, 1911, 32.
Höhne, Archiv f. Gynäkologie, 1911, 93.
Höhne, Münch. med. Wschr., 1912, 16.
Mayo, Surg. Gyn. a. Obst., 1911.
Momburg, Deutsche med. Wschr., 1913, 12.
Nowak, Wiener med. Wschr., 1912, 29.
Payr, Zentralblatt f. Chirurgie, 1914, 4.
Rübsamen, Zentralblatt f. Gynäkologie, 1912, 31.
Seyffert, Monatschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie, 1912, 35.
Schepelmann, Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1912, 114.
Schepelmann, Archiv f. klin. Chirurgie, 1912, 99.
Wilkie, Surg. Gyn. a. Obst., 1910.

С. Н. ЛИСОВСКАЯ и Ю. Ю. ДЖАНЕЛИДЗЕ.

Русский врач, 29, 1914.



К ТЕХНИКЕ ЗАКРЫТИЯ ПРОТИВОЕСТЕСТВЕННОГО ЗАДНЕГО ПРОХОДА¹

В только что дошедшем до нас номере журнала «Zentralblatt für Chirurgie» (№ 21—27, май, 1922 г.) имеется статья Рейера (Reyher), озаглавленная «Zur Beseitigung des Anus praeternaturalis».

Автор описывает новый способ уничтожения противоестественного заднего прохода. Оригинальность метода заключается в эвагинации приводящего и отводящего отрезков кишки через противоестественное заднепроходное отверстие.

Аналогичная операция выполнена нами значительно раньше, чем появилась статья Рейера, как это будет видно из истории болезни и приводимых данных.

Однако условия нашей медицинской печати заставили нас молчать до сегодняшнего дня. Но появление поименованной статьи, с одной стороны, и более легкая возможность найти место для подобных сообщений в только что собирающейся возродиться нашей медицинской прессе дают нам возможность описать примененный нами способ и указать на его достоинства и полученные в нашем наблюдении результаты.

Женщина 36 лет, поступила в Центральный госпиталь Скорой помощи 28/X 1920 г. в 10 часов вечера (история болезни № 890) с явлениями ущемления правой бедренной грыжи.

Со слов больной можно было узнать, что у нее грыжа появилась 5 лет назад. За это время два раза бывали явления ущемления, которые уступали введению морфия и применению горячих ванн.

Три дня назад у нее появилась в правой паховой области опухоль, которая увеличивалась. На этот раз опухоль не поддавалась тем мерам, которые несколько раз были успешно применены. Больная вынуждена была слечь.

На 3-й день появилась каловая рвота, развились воспалительные явления в коже, покрывающей грыжу. Стула не было 3 дня, газы не отходили. Мочится сама. Состояние больной при поступлении очень тяжелое.

Пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения; непрерывная каловая рвота.

Под правой пупартовой связкой имеется опухоль величиной с кулак, покрытая воспалительно измененной кожей. Болезненность при пальпации; перкуторно — заглушенный тимпанит. Живот немного болезнен, не ригиден. Температура 37,4°. Глухие сердечные тоны.

Ввиду тяжелого состояния больной решено оперировать. Операция под хлороформным оглушением (З. В. Поль). После разреза отечной кожи и подкожной клетчатки из вскрытого грыжевого мешка выделилось значительное количество темной грыжевой воды с сильным каловым запахом и показалась петля тонкой кишки со стеной, гангренизированной на протяжении 8 см.

Ущемляющее кольцо рассечено, кишка обложена тампонами и укреплена к коже. Часть омертвевшей стенки удалена.

¹ Впервые эта работа была опубликована под названием «К технике закрытия anus praeternaturalis». *Ред.*

После операции пульс не сосчитывается. Введение больших количеств камфорного масла и солевого раствора не оказывает никакого влияния на больную. Рвота с каловым запахом продолжается, несмотря на промывание желудка. Температура 35,8—36°. На вторые сутки повязка сильно промокла калом. Произведена перевязка. Положение больной остается совершенно безнадежным. Пульс не удается сосчитать не только в лучевой, но и в более крупных артериях; кажется, что с минуты на минуту больной не станет. Так как введение камфорного масла и солевого раствора не оказывает совершенно никакого влияния на больную, на третий день ввиду кажущейся полной безнадёжности, отменено введение как того, так и другого.

На пятый день против всякого ожидания больная продолжает жить и даже можно отметить появление слабых признаков пульса. Этот день был поворотным в течении болезни. С этого дня больная начала медленно и прогрессивно поправляться. Перитонеальных явлений ни разу не отмечалось.

Весь кал выделяется через образовавшийся под пупартовой связкой свищ, через прямую кишку испражнений нет.

После клизмы, поставленной на 2-й неделе, выделилось через прямую кишку некоторое количество плотного сухого кала.

В дальнейшем течении можно отметить только сильную экзему на коже в окружности свища, которая довольно легко поддавалась лечению мазями.

К концу декабря больная настолько поправилась, что могла сама ходить. Через образовавшийся к этому времени губовидный свищ под правой пупартовой связкой все время выделяется жидкий кал, что сильно беспокоит больную. Клизмы, поставленные через прямую кишку, не сопровождаются стулом через нормальные пути.

Было решено избавить больную от противоестественного заднего прохода. Мы, конечно, не могли ожидать положительных результатов ни от простого зашивания свища снаружи, ни даже от применения способа В. М. Рокицкого, ввиду больших размеров свища и ввиду того, что мы не знали, в каком состоянии находится отводящий конец кишки.

Мы поэтому решились на лапаротомию, рассчитывая в дальнейшем или иссечь свищ, если бы он занимал только часть кишки, или произвести резекцию кишки, на которой имеется свищ, и наложить энтероанастомоз.

При этом было решено проникнуть в брюшную полость по возможности вдали от места свища, чтобы до известной степени оградить себя от инфекции — опасности, всегда угрожающей при вскрытии брюшной полости при таких условиях.

После тщательной подготовки больной 2/1 1921 г. вторичная операция. Оперирует З. В. Поль, ассистирует Ю. Ю. Джанелидзе. Дезинфекция операционного поля иодом. К брюшной стенке параллельно правой пупартовой связке пришито полотенце, которое совершенно отгораживает прикрытый компрессами свищ от будущего места разреза в брюшной стенке.

Косой разрез параллельно пупартовой связке на середине расстояния между пупком и передней верхней остью с правой стороны.

Легко найдена петля тонкой кишки, на которой находится свищ. Ясно видны приводящий и отводящий концы. Свищ расположен приблизительно на расстоянии 10 см от места впадения тонкой кишки в слепую.

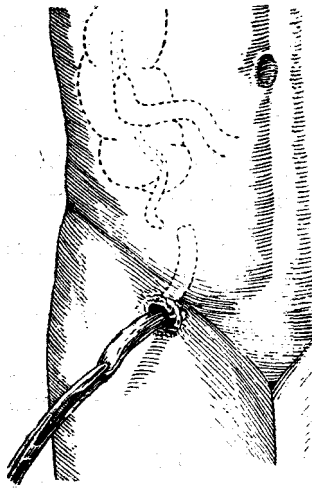
Произведено двустороннее выключение петли тонкой кишки, на которой расположен свищ. Наложена боковой анастомоз между приводящим концом тонкой кишки и восходящей толстой кишкой.

Явился вопрос, как поступить со слепыми концами тонкой кишки длиной около 8 см каждый, которые торчали свободно в брюшную полость. Конечно, можно было их оставить в брюшной полости, что обрекло бы больную, правда, на не опасный для жизни, но все же неприятный свищ с почти постоянным отделяемым и с вечными повяз-

ками. С другой стороны, не хотелось прибегнуть теперь к иссечению свища и куска кишки, так как это было бы безусловно сопряжено с неизбежным загрязнением брюшины.

Тогда по предложению одного из нас (Ю. Ю. Джанелидзе) мы прибегли к следующему приему, который очень легко и быстро вывел нас из затруднения.

Один из помощников проник в свищ с наружной стороны корнцангом до слепого конца кишки, захватил наглухо закрытый конец кишки,



и вывернул его кнаружи через свищ (см. рисунок), то же самое было сделано и с другим концом. Выворачивание слепых концов наружу через довольно широкий свищ удалось с поразительной легкостью, причем со стороны брюшной полости эта манипуляция еще более облегчилась легким придавливанием все больше и больше выворачиваемого кнаружи дна слепого кишечного мешка.

Когда вывороченные наружу концы кишки были вытянуты, то с внутренней стороны на брюшине образовалось углубление, на которое швы не наложены, что, однако, было бы все же выгодным.

У основания вывороченной кнаружи кишечной петли наложена снаружи лигатура и почти весь кусок кишки отрезан — до лигатуры.

Послеоперационное течение гладкое. Температура только один раз поднялась до 37,6°. На 7-й день появился самостоятельный стул. Рана зажила первичным натяжением. Из остатка кишки сначала были незначительные слизистые отделения, но скоро появились грануляции и уже 21 января больная выписалась с незначительной гранулирующей поверхностью на месте свища. Стул нормальный, самочувствие очень хорошее.

Примененный в данном случае способ выворачивания кишки через имеющийся свищ дал возможность оперировать совершенно асептически, что сказалось на абсолютно гладком послеоперационном течении. Цель — избежать загрязнения операционного поля — была вполне достигнута.

Несмотря на чрезвычайную простоту способа, мы все же считаем необходимым дать некоторые указания, касающиеся не сути самого способа, а скорее деталей, которые дадут возможность применить способ с полной гарантией.

1. При глухом закрытии конца кишки, которая будет впоследствии выворачиваться, выгодно наложить лигатуру на кишку из толстого шелка.

2. Чтобы совершенно оградить себя от возможности загрязнения, необходимо слепой конец кишки, кроме лигатуры, закрыть еще кисетным швом.

3. Произвести инвагинацию слепого конца по возможности глубоко, так как это даст впоследствии легко захватить втянутый конец корнцангом, что значительно облегчит выворачивание.

3. Произвести инвагинацию слепого конца по возможности глубоко, так как это даст впоследствии легко захватить втянутый конец корнцангом, что значительно облегчит выворачивание.

4. Нужно быть осторожным при освобождении кишки от спаек и брыжейки со стороны брюшины, чтобы у основания не подойти близко к свищу и не вскрыть его со стороны брюшины.

5. На образовавшееся после выворачивания кишки вдавление со стороны брюшины выгодно накладывать несколько швов, что даст возможность совершенно изолировать брюшину с внутренней стороны.

Врачебная газета, 1922, 10—11, 253—254,
Ю. Ю. ДЖАНЕЛИДЗЕ и З. В. ПОЛЬ



УГРОЖАЮЩИЕ ЖИЗНИ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Из многочисленных осложнений язв желудка и двенадцатиперстной кишки перфорация и острые кровотечения должны быть отнесены к наиболее тяжелым, так как они непосредственно угрожают жизни больного. При перфорации клиническая картина в большинстве случаев ясна и необходимый образ действий не вызывает никаких разногласий как среди хирургов, так и терапевтов. Активное немедленное вмешательство является законом, от которого не может безнаказанно отступить ни один врач.

Совершенно иначе складываются обстоятельства при острых желудочно-дуоденальных кровотечениях, которые вследствие своей интенсивности или повторяемости угрожают жизни больных. Здесь обычно сразу видно, что имеется кровотечение лишь в тех случаях, когда оно сопровождается кровавой рвотой, но если этого нет, то установить наличие внутреннего кровотечения из желудочно-кишечного тракта удастся лишь некоторое время спустя (через 1—2 дня), когда появится кровавый стул. Все остальное еще менее ясно. Нередко затруднительно выяснить причину, вызвавшую кровотечение, невозможно заранее определить, откуда кровоточит и каков калибр разъеденного сосуда. Мы лишены возможности точно учесть количество потерянной крови и предвидеть, придется ли иметь дело с однократным или повторным кровотечением. Нет также никакой уверенности в том, что кровотечение уступит мерам терапевтического воздействия, в частности, переливанию крови, и что не понадобится прибегнуть как к последнему средству к хирургическому вмешательству. Кроме того, и в настоящее время еще далеко не решен вопрос, допустимо ли оперативное лечение при этом осложнении и в чем оно должно заключаться.

Решившись на активное вмешательство, хирург не может быть уверен, что всегда отыщет источник кровотечения не только после вскрытия брюшной полости, осмотра и ощупывания желудка и двенадцатиперстной кишки, но и после широкой гастро-дуоденотомии и внимательного исследования их внутренней поверхности. Когда хирург решает оперировать на обескровленном больном и теряет его, то всегда возникают сомнения в целесообразности избранного пути: быть может, следовало предпочесть консервативную терапию и больной, несмотря на кажущуюся безнадежность, остался бы жив.

Многим клиницистам (Кюнео, Гартман и др.) неоднократно приходилось наблюдать таких совершенно обескровленных, безучастных ко всему окружающему, явно обреченных на гибель больных, от кото-

рых ввиду полной безнадежности операции отказывались даже хирурги и которые против всяких ожиданий выживали.

Поставленные вопросы начали привлекать внимание хирургов с того момента, когда желудочная хирургия стала твердо на ноги, т. е. со второй половины 80-х годов. В 1887 г. Микулич впервые оперировал по поводу кровоточащей язвы желудка; больная умерла. Лишь в 1897 г. вопрос во всей полноте был поставлен на XXVI съезде немецких хирургов, на котором Лейбе и Микулич, два крупнейших представителя немецкой терапии и хирургии того времени, ясно сформулировали границы и показания терапевтического и хирургического лечения при язвах и их осложнениях.

По мнению терапевта Лейбе, хирургическое вмешательство абсолютно показано при неукротимом, происходящем небольшими количествами кровотечении, в особенности при наличии расширения желудка. Операция относительно показана при профузных кровотечениях, но во всяком случае не показана, если имело место однократное обильное кровотечение. Микулич в основном согласился с точкой зрения, защищаемой Лейбе, в отношении кровоточащих желудочно-дуоденальных язв.

Проходит еще почти десять лет, но формула, узаконенная на XXVI съезде, остается почти неизменной, и на XXXV съезде в 1906 г. докладчик по хирургическому лечению язв желудка Кренлейн также выступает защитником выводов Лейбе, выставив одним из положений своего доклада, что «при угрожающих жизни, молниеносных кровотечениях выжидание и откладывание операции до того момента, пока больной не оправится от кровопотери, менее рискованно, чем немедленное оперативное вмешательство».

Обширная литература, накопившаяся за истекшие 45 лет, многочисленные суждения хирургических или объединенных с терапевтами съездов, посвященных этому вопросу, отличаются условностью выводов, в которых в большинстве случаев трудно найти определенную линию поведения. Так, если обратиться к литературе только послевоенного периода¹, то оказывается, что, например, на объединенном заседании лондонского хирургического и терапевтического общества (1924), где этот вопрос подвергся обсуждению, большинство (Патерсон, Герст, Вилькоккс и др.) высказалось за выжидательный образ действия. Патерсон развил крайне консервативную точку зрения. Хирургическое вмешательство, по его мнению, как более опасное, никогда не должно иметь места; кровотечение обыкновенно останавливается терапевтическими мерами. Иначе и не мог рассуждать врач, имевший, по его уверению, до конца 1921 г. под своим наблюдением 40 больных с тяжелым кровотечением, из которых ни один не погиб.

Но и на этом собрании раздавались отдельные голоса (Фатге, Гаск) в пользу активного вмешательства. Резюмируя прения этого заседания, Гетчинсон подчеркнул, что кровотечение из желудка и двенадцатиперстной кишки рассматривается многими как не особенно опасное осложнение. Лично он полагает, что здесь имеет место недооценка опасности, так как сам видел много случаев, когда больной погибал.

Не менее поучительными представляются прения, имевшие место в Парижском хирургическом обществе в 1931 и, в особенности, в 1932 г., когда председатель общества Дюваль, потеряв больного после операций

¹ Речь идет о войне 1914—1918 гг. *Ред.*

кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки, пожелал выяснить отношение своих товарищей к этому вопросу.

Последовавшие прения показали, во-первых, что парижские хирурги располагают сравнительно малым материалом в отношении оперативного лечения больных с кровоточащими язвами желудка — от одного до трех наблюдений, не более (Грегуар, Кюнео, Гартман, Мур, Робино). Многим из них приходилось видеть больных, погибших от обильного кровотечения, равно как и таких, которые казались совершенно безнадежными, но тем не менее остались в живых при одном терапевтическом лечении.

Что касается показаний к оперативному вмешательству, то Грегуар, например, считает, что в настоящее время мы не располагаем никакими определенными данными в пользу того или другого вида лечения. По мнению Кюнео, неизбежны колебания, когда хирургу приходится выбирать между воздержанием и операцией простой, но с сомнительным эффектом, или операцией радикальной, но связанной с некоторым риском. Мур в настоящее время обнаруживает склонность стать более радикальным. Гартман, в общем настроенный консервативно, считает операцию показанной лишь при больших кровотечениях, у больных с длительным заболванием, у которых можно предположить разедание сосуда в каллезной язве, ригидные стенки которой препятствуют спадению сосуда, вследствие чего кровотечение имеет все шансы повториться. Он склонен в этих случаях принять формулу Дюваля — переливание крови и немедленная операция.

«Против обильных кровотечений — обильные переливания крови», — формулирует свое мнение Робино и приводит примеры, когда в одном случае для остановки кровотечения понадобилось за 22 часа перелить 2,5 л крови, а в наблюдении Чанка за 5 дней было перелито 4,7 л. Когда и эта мера не приводит к цели, больных необходимо оперировать, продолжая переливание крови и во время операции.

Та же двойственность наблюдается среди немецких, английских и американских хирургов. На точке зрения консервативного лечения стоят Эндерлен, Нордман, Клермон, Бальфур, Патерсон. В пользу активной терапии высказываются Бир, Финстерер, Габерер, Фридеман, Шницлер, Нейгебауер, Делор, Жирардье и многие другие.

За последнее время немалое число хирургов, однако, было вынуждено пересмотреть свои позиции, потеряв одного или нескольких больных при консервативном лечении. Так, Петерман, который до 1925 г. придерживался выжидательной терапии, изменил ее на активную, после того как потерял 6 больных; Фридеман (1924) встал на эту точку зрения вслед за тем, как у него, несмотря на переливание крови, погибло 5 больных. Среди перешедших на сторону активной терапии можно назвать Крафта, Поше и др.

Само собой понятно, что если среди хирургов насчитывается немалое число сторонников выжидательного образа действия, то было бы странным требовать от терапевтов большей радикальности. И действительно, большинство из них считает, что кровоточащая язва желудка и двенадцатиперстной кишки требует исключительно терапевтического лечения.

Однако и среди терапевтов встречаются радикально настроенные. На этой точке зрения стоит, например, Шур, по мнению которого с выжиданием шансы на успех операции, в конце концов необходимой, уменьшаются. Зингер рассматривает желудочное кровотечение как *наи-*

более хирургическое из всех осложнений язвы желудка, для которого оперативное лечение представляет желанный идеал.

Наша отечественная литература небогата наблюдениями и работами по данному вопросу. Одним из первых его коснулся С. П. Федоров (1903) на основании двух своих наблюдений. Затем нужно отметить выступление О. Юцевича на VI съезде российских хирургов (1906). В прениях Березкин (терапевт) высказался за консервативную терапию, в то время как К. М. Сапежко, сообщивший о двух собственных наблюдениях, стоял за активное вмешательство.

В 1911 г. В. Р. Хесин посвятил этому вопросу отдельную главу в своей диссертации, привел три собственных наблюдения и также высказался за немедленное хирургическое вмешательство почти во всех случаях желудочных кровотечений. В довоенной литературе, кроме того, можно встретить лишь единичные наблюдения (М. А. Петунникова-Брянская, Р. Р. Бурсиан).

После войны (1914—1918 гг. — *Ред.*) на XV съезде российских хирургов (1922) А. И. Булавинцев (терапевт) сделал доклад «К вопросу о показаниях хирургической помощи при кровотечениях из язвы желудка». Из этого сообщения, нигде не напечатанного и представленного мне автором в рукописи, видно, что за 4 года (1918—1922 гг.) ему пришлось наблюдать 90 случаев острой круглой язвы желудка и двенадцатиперстной кишки; из них в 14 случаях (15,5%) было обильное профузное кровотечение. На основании своих наблюдений он приходит к заключению, что при всяком кровотечении из язвы желудка никогда не следует отдавать больного на операцию в самый момент кровотечения, равно как и в ближайшее после него время. Из этих 14 больных двое были оперированы немедленно и оба умерли; из 12 неоперированных умерло тоже двое. Само собой разумеется, что сравнение этих данных приводит автора в лагерь сторонников консервативной терапии.

В мае 1926 г. на заседании Хирургического общества Пирогова в ходе прений выяснилось, что большинство видных ленинградских хирургов стоит на выжидательной точке зрения (С. П. Федоров, И. И. Греков, В. А. Оппель, Н. Н. Петров). И. И. Греков заявил, что «он всегда был консервативен, консервативнее терапевтов, и не помнит ни одного случая, окончившегося смертью, даже у очень обескровленных больных».

Принимавший участие в прениях терапевт М. И. Аринкин высказался за активное вмешательство. Для части хирургов (С. С. Гирголав) вопрос о том, когда оперировать, когда нет, остался неразрешенным.

В 1928 г. по поводу доклада Я. Л. Меерсона развернулись аналогичные прения в Московском хирургическом обществе. В общем московские хирурги оказались радикальнее ленинградских. За активное вмешательство высказались Н. Ф. Микули, С. И. Спасокукоцкий, В. Н. Ходков, Я. Л. Меерсон; более сдержанную позицию занял П. А. Герцен.

Из вышеизложенного видно, что единодушия в вопросе о лечении острых желудочно-дуоденальных кровотечений как среди хирургов, так и среди терапевтов не существует.

Особняком среди хирургов давно стоит Финстерер, который в продолжение почти 25 лет с особенной настойчивостью работает над этим вопросом и занимает в нем вполне определенную ясную позицию. По его мнению, при первом сильном кровотечении из язвы, диагноз которой был твердо установлен путем анамнеза и предварительно собранных клинических данных, следует немедленно оперировать. В это время еще

отсутствуют повреждения паренхиматозных органов, вызванные малокровием, и поэтому предсказание должно быть лучше, чем у тех больных, которые оперируются только после того, как терапевтическое лечение оказалось безрезультатным. Свои выводы к 1918 г. он основывал на 17 наблюдениях со значительной (29%) смертностью, что, по его мнению, было вполне понятно, так как дело касалось почти исключительно больных, которых оперировали только после тщетно проведенной внутренней терапии и были в чрезвычайно плохом состоянии. Число оперированных к 1920 г. достигло 24, причем из них выздоровело 16 и умерло 8 (33,3%); к 1931 г. эта цифра повысилась до 93, причем выздоровело 74 и умерло 19, т. е. 20,4%.

Однако особого упоминания заслуживает тот факт, что в последних 42 случаях ранних операций он потерял только 2 больных, т. е. смертность не превышала уже 4,8%.

Вопрос о желудочно-дуоденальных кровотечениях давно привлекает наше внимание. За истекшие 6 лет, с 1927 по 1932 г. включительно, под нашим наблюдением находилось 62 больных с тяжелыми желудочно-дуоденальными кровотечениями. Из упомянутых 62 больных 36, т. е. немногим более половины, были проведены консервативно, а 26 оперированы. 36 неоперированных больных подвергались обычным терапевтическим мерам, как-то: полному прекращению приема пищи и питья через рот, абсолютному покою, применению мешка со льдом в надчревной области, аутогемотерапии и введению внутривенно гипертонического раствора соли, в нескольких случаях — переливанию крови. Из этой группы неоперированных больных умерло 5 человек.

За этот же промежуток времени, кроме упомянутых выше больных, через терапевтические и другие хирургические клиники 1-го Ленинградского медицинского института и больницу имени Первухина прошел 31 больной; все они лечились консервативно; из них умерло 3 человека.

Таким образом, из всех неоперированных больных в количестве 67 человек (36 нашей клиники и 31 терапевтических и других хирургических клиник) умерло 8 человек (12%), из них 6 мужчин и 2 женщины.

При более подробном изучении вопроса мы пришли к заключению, что многое, связанное с кровоточащими желудочно-дуоденальными язвами, еще более запутано, чем это нам представлялось раньше.

Так, например, в литературе трудно найти точные данные, указывающие, как часто при язвах желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдаются угрожающие жизни тяжелые кровотечения.

По моему поручению Э. Н. Степанова выяснила число больных с язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, наблюдавшихся в терапевтических и хирургических клиниках 1-го Ленинградского медицинского института и больницы имени Первухина за 1925—1930 гг. включительно. При этом оказалось, что всего больных с язвами было 970, из них лишь у 41, т. е. у 4,2%, наблюдались кровотечения.

С другой стороны, А. И. Булавинцев у 14 из 90 больных, т. е. у 15,5%, видел обильные кровотечения. Повидимому, такие резкие колебания в числах могут зависеть от того, что именно понимать под тяжелыми кровотечениями. Возможно, что здесь сыграли роль и плохие условия питания в указанные годы (1918—1922), когда А. И. Булавинцев наблюдал своих больных.

Вопрос о том, как часто эти кровотечения приводят к смерти, также пока нельзя считать решенным. По мнению одних (И. И. Греков, Патер-

сон), они никогда не грозят жизни больных, однако большинство авторов считает, что это осложнение нередко приводит к гибели.

**Смертность при тяжелых
желудочно-дуоденальных кровотечениях**

Автор	Процент смертности
Патерсон (1914)	0
Лейбе (1897)	1,1
Ленгарц (по Микуличу)	1,6
Мулен (по Микуличу)	2,5
Нордман (1928)	3,0
Вергард (по Микуличу)	3,0—5,0
Уоррен	4,8
Добов и Реймон (по Микуличу)	5,0
Штейнер	6,3
Гюффье	8,0
Мюллер (по Микуличу)	11,6
Ю. Ю. Джанелидзе и Э. Н. Степанова (1927—1932)	12,0
Бульмер (1902—1926)	12,7
Линч (по Финстереру)	12,9
Бернер (1925)	14,6
Финстерер (1912—1922)	15,4
Клермон (по Финстереру)	26,0

Из приведенных статистических данных особого рассмотрения заслуживают сведения Бульмера, собравшего и тщательно проанализировавшего 526 случаев тяжелых желудочно-дуоденальных кровотечений, наблюдавшихся за 24½ года (1902—1926) в больнице Бирмингама.

**Причины тяжелых желудочно-дуоденальных
кровотечений, по данным Бульмера (1902—1926)**

Заболевание	Всего больных	Умерло	Вскрыто
Острая язва	218	19	15
Хроническая язва	249	29	23
Цирроз печени	25	8	7
Рак желудка	7	6	4
Тромбоз воротной вены	1	1	1
Melaena neopatorum	2	1	1
Нет точных данных	24	3	2
Всего . . .	526	67 (12,7%)	53

Из этой таблицы с несомненностью явствует, что в большинстве случаев (467 из 526, т. е. 88,7%) причиной тяжелых желудочно-дуоденальных кровотечений являются острая (218 больных) и хроническая (249 больных) язвы; второе место (25 наблюдений, т. е. 4,9%) занимает цирроз печени и сопровождающее его расширение вен пищевода; далеко позади стоит рак желудка — 7 (1,3%); другие причины играют еще меньшую роль. Из данных этого же автора заслуживает внимания тот факт, что смертность в среднем равна при острой язве 8,3%, но в то время как у мужчин она составляет 16,8%, у женщин она не превышает 3,1%. При

хронической язве средняя смертность 11,6% (у мужчин—16,8%, у женщин — 8,7%). Иными словами, тяжелые кровотечения у мужчин по крайней мере в два раза опаснее, чем у женщин.

Анализируя свой материал, Бульмер делает вполне правильный вывод, что кровотечение из язвы желудка является тяжелым осложнением, дающим значительно большую смертность (12,7%), чем это обычно считают, и что хорошее предсказание, которое часто ставят при этих кровотечениях, не соответствует фактам.

Небезинтересно отметить, по данным Бульмера, увеличение процента смертности от тяжелых кровотечений из желудка и двенадцатиперстной кишки, начиная с 1917 г.

Об увеличении числа желудочно-дуоденальных кровотечений за последние годы говорят и данные Гинтона (1931), Bellevue Hospital в Нью-Йорке.

Мы не решаемся из наших наблюдений делать какие-либо выводы в этом направлении ввиду того, что материал наш отчасти искусственно концентрировался в одном месте.

У большинства наших больных имелся ясно выраженный желудочный анамнез, давностью от нескольких месяцев до нескольких лет. У незначительной части продолжительность болезненных явлений не превышала 2—3 недель и только у двоих со стороны желудка и двенадцатиперстной кишки ничего патологического в прошлом не наблюдалось. Одна из таких больных лишь накануне почувствовала жжение под ложечкой, затем хлынула кровь; другая страдала болями в подложечной области в продолжение нескольких дней, в течение последнего дня боли резко усилились и присоединилась кровавая рвота. Многие больные лечились в продолжение долгих лет амбулаторно, некоторые многократно побывали в больницах, санаториях, на курортах и имели на руках данные клинических и рентгенологических исследований. Один из них даже подвергался операции по поводу желудочного кровотечения.

Редко в анамнезе можно было отметить резкое усиление болей за несколько дней до однократного или многократных кровотечений. После начала кровотечения боли, как правило, утихали — явление, на которое впервые обратил внимание Бергман. Лишь у одного из больных боли оказались необычайно интенсивными. У него на наших глазах чрезвычайно сильное кровотечение настолько растянуло желудок, что он вырисовывался через брюшные покровы, как огромный мешок, лежащий поперечно между мечевидным отростком и пупком. После разреза брюшной стенки переполненный кровью желудок сразу выпятился в рану. Обычно живот оказывается втянутым, и даже значительное давление в надчревной области не вызывает резких болезненных ощущений.

Главным признаком, из-за которого в большинстве случаев поступали больные, была кровавая, обычно повторная, рвота; реже кровавый стул, иногда и то, и другое вместе.

Мы редко наблюдали однократные кровотечения — в большинстве случаев дело касалось повторных.

Лишь одного больного мы оперировали после однократной кровавой рвоты; за время наблюдения общее состояние его резко ухудшилось, пульс участился с 76 ударов в минуту до 116. У остальных больных операции предшествовали кровотечения, повторявшиеся от 2 до 5 раз.

Составить ясное представление о количестве потерянной крови часто не оказывается возможным. Показания больных и окружающих противоречивы и обычно преувеличены. Еще труднее судить об этом, когда

кровь выделяется через кишечник и примешивается к каловым массам. В редких случаях нам приходилось наблюдать большое количество рвотных масс. Обычно количество излившейся крови измерялось стаканами, тазиками, в нескольких случаях было от 0,5 до 1 л. Кровотечение появлялось без всякой видимой причины.

Картина острого малокровия была резко выражена во всех случаях, но в различной степени и форме. Больная с кровоточащей язвой двенадцатиперстной кишки ощущала слабость и головокружение, которые заставили ее слечь в постель; в других наблюдениях дело доходило до коллапса, при котором больные падали без чувств.

Кожные покровы и слизистые оболочки представляются резко обескровленными, кожа принимает иногда восковидный оттенок, лицо мертвенно бледно, пульс всегда учащен (100, 120 ударов в минуту), иногда нитевидный, в некоторых случаях не сосчитывался на лучевой, но еще определялся на бедренной артерии. Насколько тяжелым может быть состояние больных, показывает одно наблюдение, когда больной на второй день не помнил, что накануне был оперирован. Иногда больные поступали в больницу в описанном выше состоянии, а иногда эта картина развертывалась на наших глазах.

Картина крови была различна: гемоглобин чаще в пределах 30—50%, число красных кровяных шариков лишь в одном случае при поступлении было нормальным, во всех остальных — около 2 миллионов. Нередко нам приходилось наблюдать прогрессивное ухудшение как общего состояния больных, так и свойств крови, причем явления малокровия резко нарастали; процент гемоглобина у одного больного упал с 25 до 18, у другого с 60 до 35, а затем — до 29. Самая низкая цифра, при которой нам пришлось оперировать, была: 16% гемоглобина и 900 000 эритроцитов; больному сделано переливание крови. Выздоровление.

Как указано выше, у большей части больных консервативная терапия давала эффект; в некоторых случаях кровотечение останавливалось после переливания крови. Вопросы, связанные с переливанием крови, заслуживают особого рассмотрения.

Так, например, если больной доставлен по поводу бывшего несколько часов назад кровотечения, но в данный момент оно прекратилось, причем общее состояние больного остается удовлетворительным, то возникает вопрос, необходимо ли ему тотчас по поступлении перелить кровь. По мнению Элекера, при острых кровотечениях о переливании крови следует подумать, когда процент гемоглобина опускается ниже 40, но оно должно применяться, как правило, когда содержание гемоглобина не превышает 30—20%. Большое значение для решения вопроса имеет сумма клинических данных, как-то: вид больного, беспокойство или, наоборот, безучастное отношение к окружающему, окраска покровов, количество мочи, состояние пульса и кровяного давления.

Количество перелитой крови колебалось от 80 до 540 мл. К повторному переливанию прибегали несколько раз. Трудно заранее сказать, даст ли переливание крови желаемый эффект или останется безрезультатным. Имеется слишком много примеров того, что переливание крови сказывалось безрезультатным или действие его было весьма непродолжительным, так что нельзя после его применения быть абсолютно уверенным в том, что оперативное вмешательство не понадобится. В этом направлении представляют интерес наблюдения, из которых одно принадлежит Сенку и Блоху (1932).

Мужчина 52 лет, с длительным желудочным анамнезом. Первое тяжелое желудочное кровотечение в 1922 г. Многократное обострение болей 8/XII 1931 г. кровотечение, повторившееся 12, 16 и 18 числа этого же месяца, пульс 125 ударов в минуту, холодные конечности. 19/XII обильное кровотечение вновь повторилось. 20/XII перелито 150 мл крови. 23/XII обильный кровавый стул, перелито 200 мл крови. 24/XII новое кровотечение, перелито 500 мл крови. К больному возвращается сознание и частота пульса снижается до 100 ударов в минуту. 27/XII больной имеет вид умирающего, пульс не сосчитывается, кровяное давление 0, зрачки расширены, сознание сохранено. Операция. После операции перелито 800 мл крови. Выздоровление.

Менее стойкими были результаты в наблюдении Малле-Гюи.

Женщина 42 лет. 19/I 1932 г. многократные желудочные кровотечения. Явления тяжелого малокровия. Коллапс, перелито 300 мл крови и решено через день оперировать. На второй день кровотечение не возобновилось, но в ночь с 20 на 21/I кровавый стул и смерть. На вскрытии незначительная кровоточащая язва малой кривизны желудка.

У 6 больных, наблюдавшихся Гинтоном, из которых 3 погибли, переливание крови также производилось повторно; одному больному 500 мл, другому два раза по 500 мл и третьему 500 и 800 мл крови. Во многих случаях тот же хирург вслед за многократным переливанием крови, оказавшимся не эффективным, предпринимал операцию.

Приводя эти наблюдения, мы не имеем в виду умалять значение переливания крови при тяжелых желудочных кровотечениях.

Несколько раз мы сами получили прекрасные результаты от этого вмешательства; приведу лишь наиболее тяжелые случаи (из группы неоперированных больных).

1. И. И., 27 лет, поступила в больницу имени Первухина 10/VII 1932 г. Многократная кровавая рвота и дегтеобразный стул. 11/VII снова кровавая рвота, мертвенная бледность покровов. Гемоглобина 15%, эритроцитов 1 100 000. Перелито 300 мл крови. Сразу порозовела. Резкое возбуждение в ближайшие часы. 13/VII гемоглобина 16%, эритроцитов 900 000. 16/XII снова перелито 300 мл крови. 2/VIII при выписке состояние хорошее. Гемоглобина 32%, эритроцитов 1 800 000.

2. П. И., 36 лет, поступил в больницу имени Первухина 17/VII 1932 г. Многократно кровавая рвота и кровавый стул. Гемоглобина 64%. 21/VII больной неузнаваем. Картина острейшего малокровия. Гемоглобина 25%, эритроцитов 1 220 000. Перелито 300 мл крови. 23/VII ввиду уменьшения гемоглобина до 22% повторно перелито 300 мл крови. 14/VIII выписывается в хорошем состоянии. Гемоглобина 37%, эритроцитов 2 780 000.

3. И. С., 40 лет, поступил в больницу имени Первухина 4/X 1932 г. Многократная кровавая рвота и черный стул. Пульс 110 ударов в минуту, едва ощутим. Резкая бледность покровов. Гемоглобина 73%, эритроцитов 4 050 000. Снова кровавая рвота, холодный пот. Перелито 300 мл консервированной крови. На второй день опять кровавая рвота. Перелито 400 мл консервированной крови. Гемоглобина 49%, эритроцитов 2 590 000, тромбоцитов 215 000. Решено в случае нового кровотечения снова перелить кровь и оперировать. В дальнейшем многократно черный стул, гемоглобин спустился до 36%, эритроциты до 1 940 000, но общее состояние оставалось удовлетворительным и мы от операции отказались. Выписался 2/XI с гемоглобином 60% и количеством эритроцитов 3 120 000.

Эти и аналогичные наблюдения с очевидностью говорят о том, какую пользу можно извлечь от переливания крови, но из них же явствует, что это способ ненадежный, при котором заранее нельзя предвидеть, поможет ли это вмешательство и насколько действие его будет длительным. Теневой стороной переливания крови, не считая возможных осложнений, необходимо признать главным образом неуверенность в эффекте. Слишком длительное выжидание с операцией в надежде на то, что повторные переливания приведут к остановке кровотечения, может не оправдаться, а предпринятая в конце концов операция не спасет больного, что ярко иллюстрируется наблюдением Гинтона.

Мужчина 59 лет. Боли в надчревной области в продолжение года. Многократная кровавая рвота. Принят в клинику 3/II 1930 г. 11/II перелито 500 мл и 13/II 700 мл крови. 22/II перелито 600 мл крови и произведена резекция желудка. Обнаружена язва малой кривизны желудка. Смерть от шока.

Как видно из этого наблюдения, 20-дневное выжидание и трехкратное переливание крови не остановили кровотечения.

В настоящий момент накопился значительный материал по кровотечениям язвам желудка, леченным однократными и многократными переливаниями крови. Хотя итоги результатов этого лечения еще никем не подведены и едва ли это окажется возможным в скором времени, однако уже и сейчас можно сделать вывод, что, наряду с блестящим успехом, мы при применении этого способа нередко терпим неудачу.

Определение момента вмешательства представляется чрезвычайно легким для хирургов, оперирующих сразу при первом кровотечении, как это делает Финстерер. Просто решение вопроса и для тех, кто полагает, что кровоточащие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки вообще хирургическому лечению не подлежат. Значительно труднее положение хирургов, считающих, что часть кровоточащих язв подлежит терапевтическому лечению, а операция показана лишь при определенных условиях.

Перечисленные выше меры терапевтического воздействия с добавлением переливания 100—250 мл крови тотчас по поступлении больного в больницу должны явиться пробным камнем в деле остановки кровотечения. Если после этих мероприятий кровотечение снова возобновляется, то мы считаем более надежным немедленно оперировать. По мнению Делора и Жирардье (1928), «какова бы ни была тяжесть первого кровотечения, немедленное хирургическое вмешательство никогда не должно иметь места ввиду опасности операции в момент резкого обескровливания больного. Необходимо в продолжение нескольких часов или дней добиться исчезновения шока путем терапевтических мер и воспользоваться наступившим улучшением для оперативного вмешательства. Операция должна быть ранней, но не немедленной. Однако сам по себе факт, что кровотечение возобновилось независимо от количества потерянной при этом крови, является достаточным основанием для вмешательства».

Мы оперировали после однократного кровотечения один раз, после двукратного — 5 раз, после троекратного — 8 раз, после четырехкратного — 6 раз, после пятикратного — 2 раза и при отсутствии данных о количестве кровотечений — один раз (всего 23 раза).

Мы приняли во внимание только те из кровотечений, которые имели место в продолжение двух недель, предшествовавших операции.

Оперировано в день поступления 7 больных, через 2 дня — 6, через 3 дня — 2, через 5 дней — 4, через 7 дней — один больной, через 8 дней — один, через 14 дней — один и через 15 дней — один (всего 23 больных).

Мы можем упрекнуть себя в том, что иногда слишком медлили с операцией, опираясь на укоренившееся мнение, что кровотечение в конце концов от тех или других терапевтических мероприятий остановится.

Однако после того, как операция была признана необходимой, на пути ее осуществления может встретиться ряд препятствий, и главным окажется общее состояние больного, не зависящее от имевшего место кровотечения. Разумеется, наличие резких изменений со стороны

внутренних органов может заставить отказаться от оперативного вмешательства.

В то время как для выработки плана терапевтического лечения достаточно установления наличия язвы, для хирургического вмешательства было бы большим подспорьем располагать и топическим диагнозом. Между тем условия, непосредственно предшествующие операции, менее всего подходят для всестороннего обследования больного. Рентгеновское исследование, которое могло бы оказаться наиболее полезным для топической диагностики, в этих случаях неприменимо. Другие способы требуют иногда длительного промежутка времени и возможности наблюдения.

Не удивительно поэтому, что диагностические ошибки здесь должны иметь место чаще, чем в случаях, когда имеется возможность всесторонне и длительно обследовать больных. Так же, как и другие хирурги, мы отдали дань этим ошибкам. С их изложения и начнем разбор нашего материала.

С 1927 по 1932 г. включительно мы оперировали по поводу повторных предполагаемых желудочно-дуоденальных кровотечений 26 раз. Из них удалось обнаружить источник кровотечения в желудке и двенадцатиперстной кишке в 23 случаях. В трех случаях диагноз оказался неправильным.

Женщина 42 лет, раньше лежала в терапевтической клинике с подозрением на язву желудка или рак. Предполагался и цирроз печени. Многократная рвота с кровью. Переведена из терапевтической клиники в состоянии тяжелого коллапса. Под общим обезболиванием 18/IV 1931 г. операция (З. В. Оглобина). Срединная лапаротомия. Желудок больших размеров. При осмотре и ощупывании желудка и двенадцатиперстной кишки язвы не обнаружено. Большая печень. Продольный разрез желудка, наполненного огромным количеством крови. Из двенадцатиперстной кишки волной изливается кровь. В этот момент пульс почти исчез. Швы на рану желудка и брюшную стенку. Смерть на операционном столе.

Вскрытие. Цирроз печени. Кровотечение из расширенных вен пищевода.

Если не представляет большого труда поставить диагноз цирроза печени в далеко зашедших случаях, то не так обстоит дело в начальных стадиях, когда вены пищевода могут быть уже расширены. Диагностика расширенных вен пищевода и кровотечения из них до сих пор ставилась лишь косвенным путем; об этом думают при наличии цирроза печени и одновременном кровотечении. Насколько рентгеновское исследование, как это предполагают Вольф, Шацкий и др., даст возможность твердо обосновать этот диагноз, покажет будущее.

Между тем, как замечает Саварио, эти кровотечения могут вполне симулировать кровотечения язвенного происхождения. Распознавание иногда настолько затруднительно, что лучшим клиницистам не удавалось избежать ошибки. Об этом свидетельствует довольно богатая казуистика. Так, например, Петерману пришлось видеть два подобных случая.

1. Мужчина 56 лет. Из-за многократных кровавых рвот предположена язва желудка. Умер в ночь до операции. На вскрытии цирроз печени.

2. Мужчина 23 лет. Многократная кровавая рвота. При операции ничего патологического в желудке и двенадцатиперстной кишке обнаружить не удалось. Умер 2 месяца спустя от цирроза печени.

У П. Д. Соловова из 4 больных, оперированных по поводу желудочно-дуоденальных кровотечений, у одного имело место кровотечение из расширенных вен пищевода при циррозе печени. Об аналогичной ошибке упоминает Я. С. Меерсон (клиника С. И. Спасокукоцкого).

Об этом источнике кровотечения необходимо думать чаще, чем это делается, ибо, как мы видели из статистических данных Бульмера и Бернера, цирроз печени и расширенные вены пищевода как источник кровотечения занимают второе место после язвы.

Но дело может осложниться еще и тем обстоятельством, что установление цирроза печени и предположение о кровотечении из расширенных вен пищевода не исключают с полной уверенностью наличия язвы, как в одном из своих наблюдений пришлось убедиться Финстереру.

Мужчина 60 лет, алкоголик. Полное отсутствие язвенного анамнеза. Тяжелые повторные желудочные кровотечения. Несмотря на подозрение на тяжелый цирроз печени, пробная лапаротомия под местной анестезией. Тяжелый цирроз печени, огромные расширенные вены на поверхности желудка и каллезная, проникающая в малый сальник язва. Кровотечение из расширенных вен. Типичная резекция. Выздоровление.

Во всяком случае если до операции не думали о подобной возможности, а при осмотре и прощупывании желудка и двенадцатиперстной кишки источник кровотечения обнаружить не удастся, то раньше, чем приступить к гастродуоденотомии, необходимо произвести самое тщательное исследование печени. Наличие признаков цирроза должно служить противопоказанием для вскрытия желудка и двенадцатиперстной кишки.

Вторая ошибка хотя и исключительно редка, но заслуживает упоминания, чтобы показать, как иногда трудно ее избежать.

Г. Ц., 47 лет, крепкий, могучего телосложения кузнец. Дней 6 чувствует сильные боли и тяжесть в подложечной области. 19/VIII поужинал и лег спать. Ночью началась кровавая рвота; потерял много крови. Доставлен в клинику 20/VIII 1930 г. В клинике повторная кровавая рвота алой кровью. Общее состояние крайне тяжелое. Под местной анестезией с добавлением эфирного наркоза операция (З. В. Оглоблина). В желудке значительное количество кровавых сгустков. При осмотре желудка найдено несколько небольших эрозий, на которые наложены швы. Несколько часов спустя смерть.

Вскрытие. Первичный рак средней трети пищевода (скирр) с изъязвлением и гангреной, разрушение прилегающей части стенки аорты с кровотечением в желудочно-кишечный тракт.

Кровотечения не относятся к частым признакам рака пищевода; Мутье и Лами собрали 26 случаев истинных кровавых рвот при раке пищевода. Это немного, принимая во внимание значительное число этих больных.

Но если в описанном выше наблюдении разрушение началось со стороны пищевода и закончилось разъеданием аорты, то возможен и обратный ход процесса, как это описал И. С. Линденбаум (1931).

Мужчина 41 года доставлен 20/IX 1930 г. Два часа назад появились рвота с примесью крови и резкие боли в подложечной области. Тяжелое состояние, бледен, мечется, пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения. Живот напряжен, как доска, и болезнен. Поставлен диагноз перфорации желудка с одновременным кровотечением. После вскрытия брюшной полости обнаружено, что желудок наполнен кровью, но язвы нигде не видно. Высказано предположение о кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода. Рана зашита наглухо. Рвота большим количеством крови. Перелито 250 мл крови. Резкое улучшение. Повторно обильная кровавая рвота; без пульса, почти без сознания. Повторное переливание 200 мл крови. Появился пульс, больной пришел в сознание. Через 3 часа кровавая рвота и смерть. На вскрытии обнаружена аневризма начальной части аорты, прорвавшаяся в пищевод.

Хотя прорыв аневризмы аорты в пищевод наблюдается нечасто (4,7%, Шарко), но, повидимому, и эта возможность должна учитываться

при постановке распознавания, причем как клиническая картина, так и рентгеновское исследование могут предотвратить эту ошибку.

Это наблюдение с очевидностью показывает, что неправ Финстерер, утверждающий, что при желудочных кровотечениях не приходится учитывать прорыва аневризмы аорты в пищевод, так как при этом смерть якобы наступает настолько быстро, что едва ли возможно исследовать больного и высказать предположение об источнике кровотечения.

О том, что при прорыве аневризмы аорты в пищевод больной может прожить много дней, лучше всего свидетельствует наблюдение Мюллера.

Здоровая на вид женщина, 44 лет, поступила в больницу 1/VIII 1922 г. Неоднократная, внезапно наступающая рвота. Пульс 80 ударов в минуту, температура 36,8°. Черный, как смола, стул. 7/VIII по собственному желанию выписалась из больницы. Снова кровавая рвота; полный тазик темной крови. В ближайшие дни медленное улучшение. В предположении цирроза печени и расширения вен пищевода 14/VIII под местной анестезией пробная лапаротомия, которая, несмотря на вскрытие желудка, ничего не выяснила. В ближайшие дни улучшение. 18/VIII внезапная смерть.

Вскрытие. Аневризма нисходящей аорты величиной с яблоко, тотчас после отхождения больших сосудов, с перфорацией, покрытой тромбом, в пищевод. Резкое малокровие, много крови в желудке.

Наконец, третий ошибочный диагноз заслуживает особого рассмотрения и изучения.

Речь идет о враче 30 лет, оперированном мной раньше по поводу аппендицита и предполагаемого гнойника печени. После этого долго лечился по поводу язвы желудка в желудочно-кишечной поликлинике, лежал в терапевтической клинике. В анамнезе повторная кровавая рвота. Доставлен 25/III 1932 г. по поводу желудочного кровотечения, которое повторилось в клинике. После переливания 200 мл крови решено оперировать из-за повторных кровотечений и учащения пульса до 130 ударов в минуту. Диагноз язвы на основании анамнеза и повторных желудочно-кишечных кровотечений не вызывал никаких сомнений.

Под местной анестезией с добавлением эфирного наркоза—операция (Ю. Ю. Джанелидзе). Желудок переполнен кровью. На передней поверхности привратника белесоватый рубец, но без инфильтрата. Никаких изменений на других частях желудка и двенадцатиперстной кишки. Продольная гастродуоденотомия. Никаких изменений на слизистой этих органов. Гастротомия была настолько обширна, что пальцем легко удавалось пройти в пищевод, равно как обследовать двенадцатиперстную кишку. Раны зашиты. После операции в продолжение нескольких дней кровавые рвоты. Повторное переливание 150 мл крови осталось без эффекта. Затем кровотечение само собой прекратилось. 31/III гемоглобин 30%, эритроцитов 2 090 000, цветной коэффициент 0,75. Дальнейшие многократные исследования показали, что у больного имеется выраженная тромбопения; временами число тромбоцитов падает до 55 000, чаще около 100 000. При последней цифре он себя чувствует лучше и работоспособен и только при более низких показателях начинаются неприятные явления. Как выяснилось впоследствии, у больного в прошлом после удаления зубов бывали значительные и длительные кровотечения, из-за которых приходилось прибегать к тампонированию.

В литературе я нашел лишь одно подобное наблюдение Петермана.

Здоровый на вид больной, 46 лет, страдает явлениями, указывающими на язву двенадцатиперстной кишки. В последние месяцы неоднократно значительные кровотечения (черный стул). Так как и рентгеновская картина, и исследование желудочного сока указывали на язву, то опытный и осторожный домашний врач поставил диагноз язвы желудка. Приглашенный консультант-терапевт подтвердил диагноз и больной был передан для операции. При операции ни в желудке, ни в двенадцатиперстной кишке ничего патологического. В предположении, что дело могло идти о циррозе печени, произведена операция Тальма. При последующих исследованиях была обнаружена тромбопения.

«Удаление селезенки или рентгенотерапия были бы более уместны», — добавляет Петерман, в чем с ним нельзя не согласиться.

Об эссенциальных кровотечениях и возможности их смешения с желудочными кровотечениями упоминает П. А. Герцен.

Приведенные наблюдения представляются мне в высшей степени поучительными. Невольно хочется спросить себя, не было ли тромбопении у части тех больных, у которых ни при операции, ни на вскрытии не удавалось обнаружить источника желудочно-дуоденальных кровотечений. Только у Гинтона я нашел указание, что во всех случаях при кровоточащих язвах, наряду со многими другими лабораторными исследованиями, производился счет пластинок.

Нордман, напротив, жалуется на то, что у большинства хирургов данные относительно крови неполны. Мы должны принять этот упрек и на себя, так как до приведенного выше наблюдения при исследовании крови счета красных пластинок не производили.

Обычно существенное внимание уделяется картине красной крови, чтобы на этом основании составить себе представление о продолжении кровотечения или об его прекращении. Однако изучение литературы заставляет в неменьшей степени считаться и с картиной белой крови. Об этом убедительно говорят следующие наблюдения (Петерман).

Женщина 35 лет в течение многих месяцев страдает неясными, повторяющимися приступами в верхней половине живота. Диагноз колебался между холециститом, холелитиазом, язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Вскоре после рентгеновского исследования сильное кровотечение, от которого больная в несколько дней оправилась. Предположена язва и в связи с этим была предложена операция, но снова наступило профузное кровотечение, от которого больная умерла. На вскрытии установлена миелогенная лейкемия, а в желудке и двенадцатиперстной кишке язвы не оказалось.

Вследствие смерти больной хирург не оказался в неприятном положении, когда он при операции не только не нашел бы язвы там, где она предполагалась, но, помимо того, с трудом мог бы справиться с кровотечением из ран, которые сам нанес.

Важность этих данных настолько велика, что даже наличие всех признаков язвы как анамнестических, так клинических и рентгенологических не дает нам права отказаться от исследования крови, как это можно видеть из поучительного наблюдения Нордмана.

Мужчина 24 лет с тягчайшим желудочным кровотечением; перенес аналогичное кровотечение 4 года назад. Типичный язвенный анамнез, язва двенадцатиперстной кишки доказана рентгенологически. При обследовании больного обратило на себя внимание увеличение миндалин. При исследовании крови неожиданно обнаружено, что у больного имеется миелогенная лейкемия, от которой он несколько недель спустя умер. На вскрытии оказалось, что причиной смерти было кровотечение, вызванное лейкемией.

Резюмируя, приходится еще раз подчеркнуть важность всестороннего изучения картины красной и белой крови, равно как и тромбоцитов, для того чтобы исключить состояния, могущие вести к кровоточивости, и избежать операции тогда, когда она не требуется.

Внимательное исследование носоглотки позволит сравнительно легко распознать кровотечения из этих участков, как указывает Я. С. Меерсон, опираясь на несколько клинических наблюдений.

Отличить кровотечения из желудка от легочных теоретически как будто бы и нетрудно, а между тем на практике, как правильно отмечает Штраух, дифференциальная диагностика кровотечений из названных органов может оказаться чрезвычайно затруднительной. Бывают обстоятельства, которые даже опытного хирурга приводят к ошибочным действиям. Вот пример.

Мужчина 35 лет в течение трех лет страдает желудком. 11/1 поступил в хирургическую клинику из-за обильной кровавой рвоты, продолжающейся трое суток. Рвота

прекращалась, а затем снова возобновлялась, ввиду чего решено оперировать. Во время операции (С. И. Спасокукоцкий) при тщательных поисках ничего не было обнаружено, кроме узкого привратника и значительного увеличения вздутого желудка. Сочетание стеноза, расширения желудка, кровотечения и признаков язвы позволило решиться на резекцию желудка по Бильрот I. Слизистая иссеченной части желудка набухшая, синевато-красная (хронический катарр), но язвы или другого объяснения кровотечения не обнаруживается. 20/1 смерть. В легких две обширных туберкулезных каверны, которые патологоанатом (Баранов) признал за источник кровотечения.

У остальных 23 больных из 26 на операции в желудке и двенадцатиперстной кишке обнаружены изменения, объясняющие причину кровотечения.

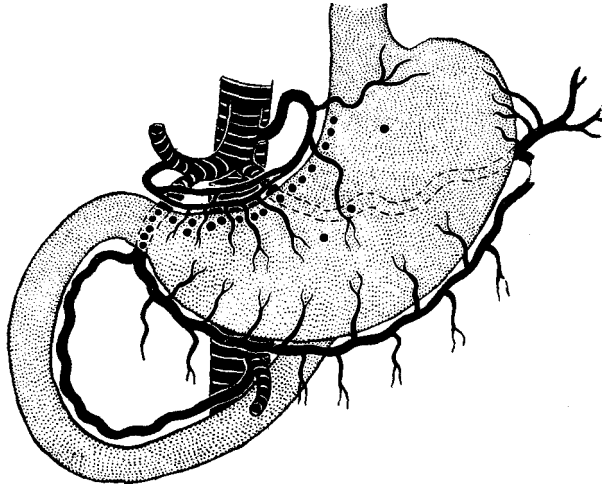


Рис. 1. Схема, показывающая расположение язв желудка и двенадцатиперстной кишки у оперированных нами больных.

У большинства больных (18 из 23) обнаружены каллезные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Небезинтересно отметить, что мужчин было почти в 3 раза больше (17 человек), чем женщин (6 человек). Из 18 больных с каллезными язвами было 16 мужчин и только 2 женщины.

Из 23 оперированных у 18 изменения были обнаружены в желудке и у 5 — в двенадцатиперстной кишке. В большинстве случаев язвы и эрозии в желудке располагались на малой кривизне, а в двенадцатиперстной кишке из 5 случаев в 4 язвы располагались на задней стенке и лишь одна — на передней. На прилагаемом схематическом рисунке видно расположение источников кровотечения в желудке и двенадцатиперстной кишке (см. рис. 1).

Из этого рисунка видно, что источник кровотечения находился преимущественно в области разветвления крупных артериальных стволов: *art. lienalis*, *art. coronaria ventriculi sinistra*, *art. coronaria ventriculi dextra* и *art. gastroduodenalis*.

По данным Саварио, кровотечение из язв желудка в большинстве случаев бывает артериальным, причем из 33 случаев, когда оно явилось причиной смерти, в 17 оно исходило из селезеночной артерии, в 6 — из венечных артерий желудка, в 10 случаях точно определить артерию не представлялось возможным. По данным Гюра (1921, цит. по Делору и Жирардье), источником кровотечения были: в 7 случаях *art. coronaria ventriculi sinistra* и *art. coronaria ventriculi dextra*, в двух — *art. gastro-*

epiploica, в двух — art. pancreaticoduodenalis, в двух — art. gastroduodenalis и в одном случае — art. lienalis.

Особенно отчетливо нам пришлось наблюдать кровоточащие сосуды при язвах двенадцатиперстной кишки, располагающихся преимущественно на задней стенке, соответственно ходу art. gastroduodenalis и ее продолжению — art. pancreaticoduodenalis. На этот источник кровотечения впервые обратил внимание Мельхиор. У двух больных нам пришлось видеть, что стоило лишь стереть тромб, прикрывавший кровоточащий сосуд (art. gastroduodenalis), как из него фонтаном начинала литься кровь, причем у одного из них диаметр бьющей струи достигал 2 мм. Понятно, что кровотечение из таких зияющих артерий быстро приводит к смерти. У Делора и Жирардые за короткий промежуток времени погибло 3 больных от кровотечения из art. gastroduodenalis.

Возобновление кровотечения в связи с улучшением общего состояния и повышением кровяного давления объясняется расположением в неподвижных краях каллезных язв сосудов, стенки которых уплотнены и потеряли присущую им эластичность. Этому же способствует переваривающее действие желудочного сока на образовавшийся тромб. Почему разведение крупных сосудов не всегда приводит к немедленной гибели больных, явствует из исследований Пайра, доказавшего, что при каллезных язвах сосудов поражаются эндартеритом, который может вести к полной их облитерации, так что фактически в момент разведения сосудов редко имеют свой нормальный калибр — они всегда сужены.

Искать причину неудержимых кровотечений в резких артериосклеротических изменениях сосудов у наших больных не представляется возможным, так как в большинстве случаев это были люди в возрасте от 30 до 45 лет.

Распределение больных по возрасту

Пол \ Возраст в годах	Возраст в годах							Неизвестно	Всего
	20—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	60—65		
Мужчины	1	1	4	3	6	1	—	1	17
Женщины	1	1	1	1	—	1	1	—	6
Итого	2	2	5	4	6	2	1	1	23

Как известно, одним из доводов, выдвигаемых против оперативного вмешательства при кровоточащих язвах, является невозможность найти источник кровотечения. И на самом деле иногда случается, что хирург, вскрывший брюшную полость, не находит источника кровотечения не только при наружном осмотре желудка и двенадцатиперстной кишки, но и после широкой гастро-дуоденотомии. Можно назвать целый ряд хирургов, которые оказались в таком положении. К сожалению, я не нашел указаний на то, как часто с этим явлением сталкивался Финстерер, проповедник активнейшей хирургии в отношении кровоточащих язв, обладающий в настоящее время наибольшим материалом по данному вопросу. Можно предположить, что и ему не раз приходилось иметь дело с этим явлением на основании оговорки, которую он вносит в свою точку зрения — оперировать немедленно при первом сильном кровотечении из язвы, диагноз которой был твердо установлен путем анамнеза и предвзительно собранных клинических данных.

Габерер идет еще дальше и оперирует лишь в том случае, когда местоположение язвы предварительно определено рентгеновским исследованием. Из сказанного следует, что точная причинная и топическая диагностика источника кровотечения не может не интересовать хирурга, желающего вмешаться при этом тяжелом осложнении.

Данные о выздоровевших больных с язвой желудка

№ п/п	Пол	Возраст в годах	Клинические данные	Дата операции	Найденные изменения	Что сделано
1	М.	20	Множественная кровавая рвота. Резкое малокровие. Гемоглобин 18%, эритроцитов 2 750 000	2 II 1927 г.	Язва пилорической части желудка	Гастротомия. Язва обшита. Шов на желудок. Гастроэнтероанастомоз
2	М.	42	Множественная кровавая рвота. Резчайшее малокровие	9 X 1929 г.	На задней поверхности малой кривизны желудка огромная, 7×9 см, язва. Кровотокающий сосуд	Гастротомия. Язва обшита
3	М.	47	Множественный черный стул и кровавая рвота	11/XI 1930 г.	Язва малой кривизны желудка	Гастротомия. Язва обшита
4	М.	38	Множественная кровавая рвота. Резкое малокровие	26 IV 1930 г.	Каллезная язва малой кривизны желудка	Гастротомия. Язва обшита
5	Ж.	29	Множественная кровавая рвота. Пульс плохо прощупывается	22/VII 1930 г.	Язва малой кривизны желудка	Гастротомия. Язва обшита
6	Ж.	63	Множественная кровавая рвота и черный стул. Резкое малокровие. Пульс не прощупывается	8/IX 1930 г.	Каллезная язва малой кривизны желудка	Гастротомия. Язва обшита
7	М.	30	Множественная кровавая рвота. Потеря сознания	9/I 1931 г.	Каллезная язва малой кривизны желудка	Гастротомия. Язва обшита
8	М.	43	Множественная кровавая рвота. Резкое малокровие. Гемоглобин 16%, эритроцитов 900 000	15 VI 1932 г.	Каллезная язва малой кривизны желудка	Гастротомия. Язва обшита
9	М.	—	—	30 VI 1932 г.	Язва малой кривизны желудка	Гастротомия. Язва обшита

Нахождение источника кровотечения в 19 из 23 наших наблюдений не представило труда. При наружном исследовании с уверенностью удавалось определить кровоточащее место на основании наличия рубцов, измененной и покрасневшей серозной оболочки, увеличенных лимфатических желез, сращений с соседними органами. Там, где имелись каллез-

ные язвы, иногда уже снаружи можно было, вдавливая пальцем стенку желудка, проникнуть в нишу. Желудочные кровотечения были обнаружены у 14 оперированных, из которых 9 выздоровели, а 5 умерли.

Данные об умерших больных с язвой желудка

№ п/п	Пол	Возраст в годах	Клинические данные	Дата операции	Найденные изменения	Что сделано	Причина смерти
10	М.	42	Множественные кровавые рвоты. Резкое малокровие	5/XII 1929 г.	Большая язва области привратника	Гастротомия. Язва обшита	Малокровие
11	М.	31	Множественные рвоты и черный стул	24 III 1931 г.	Язва малой кривизны желудка	Гастротомия. Язва обшита	Множественные язвы. Продолжающееся кровотечение
			Кровотечение после операции продолжалось	14 IV 1931 г.	Язвы малой кривизны желудка	Гастротомия. Язвы обшиты	
12	М.	41	Множественная кровавая рвота. Гемоглобина 34%, эритроцитов 1 700 000	24/III 1932 г.	Язва малой кривизны желудка	Гастротомия. Язва обшита	Ограниченный перитонит
13	М.	38	Множественная кровавая рвота	22/X 1932 г.	Каллезная язва малой кривизны желудка	Гастротомия. Язва обшита	Диффузный гнойный перитонит
14	М.	44	Множественная кровавая рвота	22/XII 1932 г.	Перфорация желудка и огромная каллезная язва малой кривизны желудка	Резекция желудка	Малокровие

По поводу кровотечений из двенадцатиперстной кишки было оперировано 5 больных: из них трое выздоровели, а двое умерли (см. табл. на стр. 42).

В последних 4 наблюдениях (из 23) при самом внимательном наружном исследовании на желудке и двенадцатиперстной кишке никаких патологических изменений нельзя было обнаружить. У всех 4 больных кровотечения оказались желудочными, причем двое из них выздоровели и двое погибли (см. табл. на стр. 43).

Невозможность в 4 последних наблюдениях обнаружить источник кровотечения при наружном исследовании объясняется изменениями, найденными после гастро-дуоденотомии. У одного больного (наблюдение № 23) «на малой кривизне имелось небольшое вдавление, размером с крупную булавочную головку, в глубине тромб черного цвета. После того, как тромб был стерт, началось артериальное кровотечение». У второго больного (наблюдение № 20) «обнаружены две свежие, поверхностные язвы и две эрозии». У третьего (наблюдение № 21) «кровотечение из расширенных вен». Наконец, у мужчины 33 лет (наблюдение № 22),

«уже однажды оперированного по поводу кровоточащей язвы желудка в другой больнице, после обширной гастротомии на задней поверхности желудка, ближе к основанию обнаружена кровоточащая струей расширенная вена».

Таким образом, мы, исходя, правда, пока из небольшого материала, должны прийти к заключению, что в одном случае из пяти при наружном исследовании можно кровоточащее место не обнаружить.

Данные о выздоровевших больных с язвой двенадцатиперстной кишки

№ п/п	Пол	Возраст	Клинические данные	Дата операции	Найденные изменения	Что сделано
15	М.	26 лет	Повторные кровавые рвоты и кровавый стул. Гемоглобина 30%, эритроцитов 2 400 000	29/III 1930 г.	Язва верхней поверхности двенадцатиперстной кишки. Непрерывное кровотечение	Язва обшита Задний гастроэнтероанастомоз
16	М.	39 лет	Кровавая рвота. Черный стул	7/X 1930 г.	Кровоточащая язва передней стенки двенадцатиперстной кишки	Язва обшита. Задний гастроэнтероанастомоз
17	М.	43 лет	Множественная кровавая рвота. Резкое малокровие	29/X 1932 г.	Кровоточащая язва задней стенки двенадцатиперстной кишки	Язва обшита. Задний гастроэнтероанастомоз

Данные об умерших больных с язвой двенадцатиперстной кишки

№ п/п	Пол	Возраст	Клинические данные	Дата операции	Найденные изменения	Что сделано	Причина смерти
18	Ж.	49 л.	Множественный черный стул. Резкое малокровие	24/VI 1927 г.	Язва задней стенки двенадцатиперстной кишки	Язва обшита. Задний гастроэнтероанастомоз	Пневмония
19	М.	32 л.	Множественные кровавые рвоты и черный стул	26/XI 1931 г.	Язва задней стенки двенадцатиперстной кишки	Язва обшита. Задний гастроэнтероанастомоз	Резкое малокровие

Отсюда следует, что в случае ненахождения источника кровотечения при наружном исследовании мы не имеем права останавливаться на полпути, а обязаны прибегнуть к гастро-дуоденотомии.

Разрез проводится продольно к длиннику желудка, посредине расстояния между малой и большой кривизной. Принимая во внимание более частое расположение язв в препилорической и пилорической частях желудка, необходимо сделать разрез сначала в правой половине его. Из этого разреза можно обследовать и начальную часть двенадцатиперстной кишки, в случае необходимости расширив разрез над ней.

Если источник кровотечения в этих участках не обнаруживается, то продолжают разрез на левую половину желудка по направлению к *cardia*. После вскрытия желудка кровоточащие сосуды захватываются, поверхность желудка и брюшная полость защищаются марлевыми салфетками, смоченными в теплом физиологическом растворе. Отсосав содержимое желудка, приступают к методическому исследованию его слизистой оболочки. Последнюю выворачивают в рану желудка или же с помощью искусственного света освещают в глубине различные участки желудка и двенадцатиперстной кишки. При обследовании слизистой оболочки необходимо бережно с ней обращаться, в противном случае легко образуются кровоточащие участки, так что будет трудно разобрать, где патологический процесс и где искусственно вызванное кровотечение.

Данные о больных, у которых патологических изменений в желудке и двенадцатиперстной кишке не было обнаружено

№ п/п	Пол	Возраст	Клинические данные	Дата операции	Найденные изменения	Что сделано	Исход	Причина смерти
20	Ж.	37 л.	Множественная кровавая рвота. Резкое малокровие	30/XI 1930 г.	Две свежие язвы на задней стенке желудка	Гастротомия. Язвы обшиты	Выздоровела	
21	Ж.	24 л.	Множественная кровавая рвота. Резкое малокровие	15·VI 1932 г.	Кровотечение из расширенных вен	Кровоточащее место обшито	То же	
22	М.	33 л.	Оперирован раньше по поводу кровотечений из желудка. Повторная кровавая рвота	19/IV 1931 г.	Кровотечение из расширенной вены	Гастротомия. Кровоточащее место обшито	Умер	Малокровие
23	Ж.	33 л.	Множественная кровавая рвота. Резкое малокровие	4/X 1932 г.	Очень маленькая сильно кровоточащая язва на малой кривизне желудка	Гастротомия. Язва обшита	Умерла	Разлитой перитонит

Следует не забывать, что гастротомия в данных условиях особенно сопряжена с опасностью инфекции, которой ослабленный и обескровленный организм противостоять не в состоянии, поэтому необходимы самые тщательные меры предосторожности. Из 9 наших умерших больных двое погибли от разлитого перитонита. В одном случае дело касалось совершенно обескровленного больного, у которого на вскрытии нашли старый порок сердца и бородавчатый эндокардит. У него язва легко определялась снаружи; гастротомия была произведена на ограниченном участке. У второй больной поиски язвы потребовали довольно много времени; на вскрытии, кроме свежего, был найден старый рубцовый перитонит; явился ли он источником вспышки инфекции или нет — сказать трудно.

У третьего больного, наряду с омертвлением легкого, был обнаружен ограниченный перитонит. У всех этих больных швы держали безукоризненно, так что искать в них исходную точку перитонита не приходилось.

Моричу из клиники Эйзельсберга пришлось наблюдать аналогичные послеоперационные перитониты в связи с операцией по поводу кровоточащих язв в трех случаях. Предпринятые им на морских свинках опыты показали, что на обескровленных животных в брюшине, зараженной стафилококками, для развития перитонита требуется доза, в три раза меньшая, чем на контрольных животных.

В вопросе о необходимости оперативного лечения вообще и о выборе способа операции мнения разноречивы.

Некоторое единодушие наблюдается лишь в вопросе об обезболивании. Этим больных безусловно рационально оперировать под местной проводниковой и инфльтрационной анестезией. К общему обезболиванию иногда приходится прибегнуть в момент обследования желудка, но во всяком случае на короткий срок и с небольшой тратой наркотического вещества.

Принципиально мы стоим на точке зрения минимума вмешательства на этих обескровленных больных, но при обязательном условии надежной остановки кровотечения. Поэтому мы считаем мало обоснованным ограничиться наложением только гастроэнтероанастомоза, как предложил в 1892 г. Дуайен. Распространение, которое эта операция получила при кровоточащих язвах желудка, объясняется легкостью ее выполнения, небольшой послеоперационной смертностью и тем обстоятельством, что предварительным условием ее выполнения не является необходимость точной локализации источника кровотечения.

Прекрасным результатам, полученным многими хирургами, особенно за последнее время, главным образом при язвенных кровотечениях, сопровождающихся сужением привратника, можно противопоставить ряд наблюдений, когда больные погибли от продолжающегося кровотечения.

Из того, что после наложения гастроэнтероанастомоза кровотечение остановилось, еще нельзя с уверенностью сделать вывода, что это случилось благодаря операции, ибо, как известно, кровотечение иногда останавливается само собой и без нашего содействия. Но гастроэнтероанастомоз приобретает все права при условии, что предварительно удалось надежно остановить кровотечение.

В 5 случаях при кровоточащих язвах двенадцатиперстной кишки мы после дуоденотомии, установив, что кровоточит из области разветвления *art. gastroduodenalis*, обшивали кровоточащее место несколькими кетгутовыми швами; дно язвы прожигали пакленом. После зашивания разреза на двенадцатиперстной кишке и привратнике, ввиду образовавшегося сужения, накладывался задний гастроэнтероанастомоз.

К тому же приему мы прибегли в двух случаях при язвах, расположенных в препилорической части желудка.

Из 7 оперированных этим способом больных мы потеряли трех. У двух больных, у которых язвы располагались не особенно далеко от привратника, после обшивания и прижигания кровоточащего места часть разреза в желудке зашивалась продольно, а ближайшая к привратнику — поперечно, по принципу пилоропластики по Гейнике-Микуличу во избежание сужения на месте швов; из двух больных одна умерла, один выжил.

Наибольшее число наших операций выполнено следующим образом: кровоточащее место обшивалось кетгутowymi швами, дно язвы прижи-

галось пакеленом и на рану желудка накладывался двухъярусный шов. Из оперированных 13 больных умерло четыре и выздоровело девять.

В одном случае при наличии кровоточащей язвы и перфорации желудка мы были вынуждены произвести резекцию последнего; больной умер.

Не подлежит сомнению, что резекция желудка является наиболее надежным способом ликвидации источника кровотечения, и не удивительно, что способ имеет многочисленных сторонников (С. С. Кузьмин, Я. Л. Меерсон, Финстерер, Габерер и многие другие). Нужно, однако, считаться с тем, что для обескровленных больных, с которыми нам приходится иметь дело, эта операция является тяжелым вмешательством даже в руках опытного хирурга, а иногда может оказаться технически невыполнимой в силу анатомических условий (случай С. С. Кузьмина). Лишь в одном наблюдении (№ 11), где мы ограничились прижиганием и обшиванием язвы, нам пришлось пожалеть, что мы не прибегли к резекции желудка, ибо, как выяснилось после повторной операции и на вскрытии, дело шло о множественных язвах, из которых не все оказались общитыми; больной погиб от продолжающегося кровотечения.

Однако ошибочно думать, что резекция вполне гарантирует от таких случайностей, как об этом свидетельствует наблюдение Нордмана.

Больной в продолжение многих лет страдал кровотечениями. Язва установлена рентгенологически. После гладко прошедшей резекции желудка по Бильрот II кровотечение продолжалось, и 6 дней спустя после операции больной умер. На вскрытии была обнаружена вторая язва, расположенная вблизи фатерова сосочка.

В результате из 23 больных, оперированных нами по поводу желудочно-дуоденальных кровотечений, выздоровело 14, умерло 9. Причиной смерти были: острое малокровие у 5 человек, разлитой и ограниченный перитонит у 3 больных (у одного и гангрена легкого), пневмония и дегенерация сердца у одного оперированного.

В общем нами получены приблизительно такие же результаты, как и другими хирургами в Советском Союзе: 60,9% выздоровевших и 39,1% умерших; по сводной статистике других авторов Советского Союза — 61,3% выздоровевших и 38,7% умерших.

Данные отечественных авторов

№ п/п	Автор	Всего оперировано	Выздоровело	Умерло
1	Федоров С. П. (1903)	5	3	2
2	Сапежко К. М. (1906)	2	2	—
3	Хесин В. Р. (1911)	3	1	2
4	Бурсиан Р. Р. (1914)	1	1	—
5	Петунникова М. А. (1914)	1	1	—
6	Марьянич Л. П. (1924)	1	1	—
7	Кузьмин С. С. (1924)	7	5	2
8	Соловов П. Д. (1925)	3	1	2
9	Микулин Н. Ф. (1928)	2	1	1
10	Ходков В. Н. (1928)	1	—	1
11	Меерсон Я. Л. (1929)	5	3	2
	Всего	31	19 (61,3%)	12 (38,7%)
12	Джанелидзе Ю. Ю. (1933)	23	14 (60,9%)	9 (39,1%)
	Итого	54	33 (61,1%)	21 (38,8%)

Составить в настоящее время ясное представление о точных результатах оперативного лечения кровоточащих язв желудка не представляется возможным, так как, без сомнения, опубликовываются скорее наблюдения с благоприятным исходом, нежели с неблагоприятным.

Наряду с явно плохими (3 операции Петрена, после которых все больные погибли), мы можем отметить блестящие результаты Финстерера, у которого из последних 42 больных при ранних операциях выздоровело 40 (умерло 4,8%). У других иностранных авторов процент смертности колеблется в широких размерах, как видно из таблицы.

Данные некоторых иностранных авторов

Автор	Всего оперировано	Выздоровело	Умерло	Процент смертности
Патерсон (1924)	19	12	7	36,8
Пайт (1924)	7	4	3	43,0
Линч (1928)	21	12	9	42,8
Финстерер (1918) }	93	74	19	20,4
Финстерер (1931) }				
Фридеман (1927)	18	17	1	5,5
Габерер	13	9	4	16,0
Он же	12	12	—	
Паточник (1927)	7	6	1	14,2

В различное время смертность у нас резко колебалась. В то время как за первые 4 года из 12 оперированных выздоровело 10 и умерло 2, за последние 2 года из 11 больных выздоровело 4 и умерло 7. Это объясняется тем, что нам пришлось иметь дело с несколькими исключительно тяжело больными.

Нам кажется, что наши малоутешительные результаты в значительной степени зависят от слишком длительного выжидания с вмешательством и чрезмерного доверия, которое мы питаем к консервативной терапии и переливанию крови.

На примере Финстерера мы видим, как благоприятно отражается на результатах переход от запоздалых операций к более ранним. Этот путь в дальнейшем напрашивается сам собой.

На основании того, что нам пришлось видеть и испытать за истекшие годы, нам кажется, что мы вправе сделать следующие выводы.

1. Желудочно-дуоденальные кровотечения язвенного происхождения при консервативной терапии чаще ведут к смерти, чем это многие считают.

2. Всякий больной с тяжелым желудочно-дуоденальным кровотечением без промедления должен быть направлен в хирургическое отделение и рассматриваться как субъект, жизни которого угрожает непосредственная опасность.

3. Тотчас по поступлении больной подвергается всестороннему клиническому исследованию терапевтом и хирургом, а в случае необходимости — другими специалистами; определяется картина красной и белой крови, количество тромбоцитов и групповая принадлежность и немедленно производится переливание 100—150 мл крови и применяются другие меры консервативной терапии.

4. Указанные мероприятия должны явиться пробным камнем в деле остановки кровотечения. Если, несмотря на это, кровотечение возобновляется, то надежнее немедленно оперировать, произведя до операции повторное переливание от 300 до 500 мл крови.

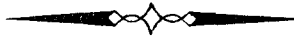
5. Принципиально следует ограничиться минимумом вмешательства при условии надежной остановки кровотечения, таковым может быть обшивание кровоточащего места с добавлением гастроэнтероанастомоза или без него и перевязка сосудов. Только в случае, если силы больного и анатомические условия позволяют, производится резекция желудка.

6. Улучшения результатов мы можем ожидать только от применения ранних операций.

ЛИТЕРАТУРА

- Бурсиан Р., *Врачебная газета*, 1914, 24, 950.
 Гиллерсон А., *Вестник хирургии и пограничных областей*, 1931, 23, 69, 210.
 Еланский Н., *Вестник хирургии и пограничных областей*, 1932, 27, 197.
 Кузьмин С., *Новый хирургический архив*, 1924, 6, 2—3, 347.
 Линденбаум И., *Вестник хирургии и пограничных областей*, 1931, 24, 70—71, 102.
 Марьянич Л., *Вестник хирургии и пограничных областей*, 1924, 4, 10—11, 109.
 Меерсон Я., *Врачебное дело*, 1929, 7, 466.
 Петровых А., *Вестник хирургии и пограничных областей*, 1931, 24, 70—71, 251.
 Федоров С., *Хирургический архив Вельяминова*, 1903, 19, 1, 236.
 Хесин В., *Диссертация*, Москва, 1911.
 Юцевич О., VI съезд российских хирургов, Москва, 1906.
 Alberts, *Dtsch. Z. Chir.*, 1914, 130, 398.
 Berner, *Norsk Mag. F. Laegevidenskaben*, 1925, 86, 1329.
 Borszékú, *Beitr. klin. Chir.*, 1908, 57, 56.
 Bulmer, *Lancet*, 1927, 168.
 Burk, *Beitr. klin. Chir.*, 1911, 76, 638.
 Clairmont, *Arch. klin. Chir.*, 1905, 76, 180.
 Cuneo, *Bull. Soc. Nat. Chir.*, Paris, 1932, 58, 828.
 Delore et Girardier, *Rev. Chir.*, 1928, 66, 429.
 Delore et Girardier, *Presse Med.*, 1928, 69, 1092.
 Dieulafoy, *Bull. de l'Acad. Med.*, 1898, 39, 49.
 Duval, *Bull. Soc. Nat. Chir. Paris*, 1932, 58, 531.
 Faucher, *Bull. Soc. Nat. Chir.*, Paris, 1931, 57, 1215.
 Fink, *Arch. klin. Chir.*, 1912, 99, 479.
 Finsterer, *Beitr. klin. Chir.*, 1909, 65, 621.
 Finsterer, *Klin. Wschr.*, 1922, 25, 1253.
 Finsterer, *Dtsch. Z. Chir.*, 1920, 158, 44.
 Finsterer, *Wien. klin. Wschr.*, 1931, 36, 37, 38, 1125, 1160, 1185.
 Friedmann M. M., *Wschr.*, 1924, 46, 1604.
 Haberer, *Dtsch. Z. Chir.*, 1927, 200, 212.
 Hinton, *Annals Surg.*, 1931, 93, 844.
 Hirschel M. M., *Wschr.*, 1907, 4, 167.
 Hurst, *Lancet*, 1924, 206, 1095.
 Gilbride, *J. Am. M. Assoc.*, 1930, 94, 1747.
 Gregoire, *Bull. Soc. Nat. Chir.*, Paris, 1932, 58, 796.
 Gödel, *Wien. klin. Wschr.*, 1924, 46, 1184.
 Graf, *Dtsch. Z. Chir.*, 1907, 90, 365.
 Kaupé, *Dtsch. Z. Chir.*, 1902, 62, 566.
 Kraft, *Arch. klin. Chir.*, 1910, 93, 557.
 Krönlein, *Arch. klin. Chir.*, 1906, 79, 644.
 Leube, *Arch. klin. Chir.*, 1897, 55, 69.
 Mallet-Guy et Peycelon, *J. Chir.*, 1932, 40, 809.
 Mayer, *Beitr. klin. Chir.*, 1909, 61, 150.
 Melchior, *Neue Dtsch. Chir. Enke. Stuttgart*, 1917.
 Mikulicz, *Arch. klin. Chir.*, 1888, 37, 79.
 Mikulicz, *Arch. klin. Chir.*, 1897, 55, 84.
 Moure, *Bull. Soc. Nat. Chir.*, Paris, 1932, 58, 913.

- Moritsch, Arch. klin. Chir., 1930, 160, 429.
Moleder, Arch. klin. Chir., 1923, 124, 60.
Neugebauer, Beitr. klin. Chir., 1929, 147, 86.
Nordmann, Chirurg, 1928, 1, 104.
Payr, Arch. klin. Chir., 1909, 90, 989.
Oehlecker, Chirurg 929, 1, 577.
Petersen, Lancet, 1924, 543.
Petersen und Machol, Beitr. klin. Chir., 1902, 33, 297.
Petermann, Zbl. Chir., 1926, 2591.
Petermann, Arch. klin. Chir., 1925, 135, 495.
Petrèn, Beitr. klin. Chir., 1911, 76, 305.
Savariaud, Gazette Hôpitaux, 1899, 12, 101.
Schatzki, Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, 1931, 44, 28.
Schloffer, Beitr. klin. Chir., 1901, 32, 310.
Schwarz M. M., Wschr., 1926, 3, 104.
Strauch, Dtsch. M. Wschr., 1927, 53, 153.
Singer, Med. Klin., 1912, 22, 893.
Tuffier, Bull. Med. Soc. Nat. Chir., Paris, 1903, 29, 877.
Tuffier et Jeanne, Rev. Chir., 1905, 31, 195.
Советская хирургия, 1933, 5, 1—3, 215—268.



ЛЕЧЕНИЕ СВИЩЕЙ ЗАДНЕГО ПРОХОДА И ПРЯМОЙ КИШКИ ЧАСТИЧНЫМ НИЗВЕДЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРЯМОЙ КИШКИ¹

Один из крупных современных французских хирургов Поше (Pauchet) писал в 1925 г.: «Подобно многим из моих коллег, я некогда пренебрегал этой главой (свищи ani) практической хирургии. Мне казалось мало интересным провести зонд в свищевой ход, разрезать над ним ткани, иссечь канал, затем наложить швы на рану или оставить ее гранулировать, в зависимости от наличия или отсутствия риска инфекции. Такова была упрощенная доктрина, из которой я исходил. Однако несколько неприятных случаев заставили меня призадуматься. Некоторые больные поправлялись плохо, требовались повторные операции. Иногда нагноение продолжалось месяцами, даже годами. Деформированный anus плохо функционировал: в некоторых случаях имелось частичное или полное недержание. У оперированных с неудачным результатом нередко приходилось наблюдать психастению и неврастению».

И в настоящее время, повидимому, многие из нас проявляют аналогичное пренебрежительное отношение к этому повседневному заболеванию и, нужно полагать, в большей или меньшей степени сталкиваются с осложнениями и неприятностями, о которых упоминает Поше. Не будучи удовлетворены результатами одной операции, мы заменяем ее другой. В свою очередь, больной, не получив исцеления у одного хирурга, обращается к другому. Хроническое течение заболевания, повторные вспышки воспалительного процесса по ходу свища, постоянное гнойное отделяемое, произвольное отхождение газов, а иногда и кала и, в особенности, недержание, оставшееся после операции, — все это делает судьбу этих больных тяжелой. Не редкость встретить среди них субъектов с неуравновешенной нервной системой, на законном основании изверившихся в результатах предлагаемой им помощи и, несмотря на это, согласных на новую операцию, которая гарантировала бы им избавление от страдания. Однако, к сожалению, и в настоящее время дать эту гарантию больному мы не можем, как это было и десятки лет назад.

«В то время как за последнее десятилетие, — писал в 1912 г. Эльтинг (Elting), — улучшились результаты лечения почти всех других хирургических заболеваний, лечение свищей заднего прохода осталось на том же уровне, на котором оно находилось 20 лет назад и результаты немногим удовлетворительнее, чем тогда». Последующие десятилетия, судя по дан-

¹ В первоначальной публикации работа называлась «Лечение свищей ani et recti частичным низведением слизистой прямой кишки». *Ред.*

ным Поше и многих других, не внесли в эту область ничего более утешительного.

Из различных операций, предложенных для устранения свищей заднего прохода и прямой кишки, наиболее старой является рассечение свищевого хода ножом или термокаутером после предварительного растяжения жома.

Вмешательство является простым и в некоторых случаях эффективным, в особенности для несложных свищей, расположенных в подслизистой и подкожной клетчатке, кнутри и книзу от жома. Однако если операция не сложна в момент ее выполнения, то она требует ежедневных, иногда повторных перевязок и чрезвычайного внимания со стороны хирурга, который лично обязан следить за рубцеванием во избежание легко наступающего рецидива. При самом щепетильном соблюдении всех этих условий продолжительность лечения, даже при свищах минимальных размеров, никогда не бывает меньше 5—6 недель; обычно, по данным Кеню-Гартмана (Quénu-Hartmann), лечение длится 2 месяца, порой 3—4, в исключительных случаях до 6 месяцев, и даже одного года. Ввиду невозможности держать больных столь продолжительное время в лечебном заведении многие из них выписываются с гранулирующей поверхностью, а впоследствии операция нередко оказывается безрезультатной.

При свищах, расположенных над жомом и вне его, рассечение свищевого хода вызывает необходимость перерезки волокон сфинктера, что может иметь последствием выпячивание слизистой прямой кишки, а иногда ее выпадение и недержание не только газов, но и кала. Особенно дурной славой пользуются свищи, внутреннее отверстие которых располагается на боковых стенках прямой кишки. Число оперированных с такими свищами, у которых после операции осталось недержание, чрезвычайно велико, как уверяет такой знаток вопроса, как Локхарт Маммери (Lockhart Mummery).

Неудивительно поэтому, что предложение Смита (Smith, 1886) иссекать свищевой ход на всем протяжении с наложением на образовавшуюся рану швов с целью получить первичное натяжение, не могло не найти горячих последователей. Мы также отдали дань этой операции, настойчиво применяя ее в продолжение многих лет. Однако следует отметить, что если операция сравнительно легка и мало повреждает ткани при простых свищах, то при сложных она становится непропорционально большой и травматичной. Необходимо иссекать не только грануляционную ткань свищевого хода, но и его фиброзную стенку, чтобы везде видеть здоровый жир ишио-ректального пространства, как того требует Дельбэ (Delbet), один из наиболее горячих защитников способа. Это требование настолько увеличивает размеры вмешательства, что, повидимому, был прав один из присутствовавших на аналогичной операции у Дельбэ врачей, который задал вопрос, не попал ли оперируемому больному снаряд в промежность. Несмотря на всю тщательность проводимой дезинфекции, безусловно иллюзорной в этих условиях, первичное натяжение получалось далеко не всегда: начиналось нагноение, приходилось распускать швы; нагноение длилось неделями и месяцами. В результате операции иногда оставался свищ, обогащенный новыми рубцами. Так как при этой операции, производимой в измененных тканях, нет никакой возможности пощадить подходящие к жому нервы, то неудивительно, что недержание, которое иногда приходилось наблюдать, являлось не только результатом пересечения волокон сфинктера, но и повреждения его нервного аппарата.

Неудовлетворенность результатами этих классических операций объясняет дальнейшие усилия хирургов уточнить технику вмешательства и улучшить послеоперационный уход. Наибольшие заслуги в этом отношении, бесспорно, принадлежат Кеню и Гартману и в особенности Локхарту Маммери, давшему в книге «Diseases of the rectum and colon» (1923) массу чрезвычайно ценных указаний, с которыми необходимо познакомиться каждому, желающему добиться лучших результатов.

Однако и после этих указаний последнее слово в этом вопросе еще не было сказано. По нашему мнению, среди многочисленных предложений, выдвинутых за последние десятилетия Мошкович-Клейншмидтом (Moszkowicz-Kleinschmidt, 1925), Петерманом (Petermann, 1931) и многими другими, особенного внимания заслуживает идея Эльтинга, указавшего на возможность воспользоваться операцией Уайтхеда (Whithead) для лечения свищей заднего прохода и прямой кишки. Эта операция должна была избавить больного не только от свищей, но одновременно и от геморроя, который нередко является первопричиной развития воспалительного процесса, приводящего в конечном счете к свищам. Операция Уайтхеда позволяла надежно закрыть внутреннее отверстие свища, источник постоянной инфекции, и разобщить полость прямой кишки от свищевого хода, что является важнейшим актом при лечении этих свищей. Операция Уайтхеда была применена Эльтингом у 105 человек; из них у 96 имелись свищи нетуберкулезного происхождения и у 9—туберкулезного. Всех больных с туберкулезными свищами удалось излечить. К сожалению, эти прекрасные результаты были омрачены осложнениями, которые вообще свойственны операции Уайтхеда. У 7 больных развились явления более или менее резко выраженного сужения прямой кишки; у четырех из этих семи — одновременно наблюдалось и недержание. Возможность тяжелых осложнений при операции Уайтхеда не могла не отразиться на ее применении для лечения свищей, ибо свищ и связанные с ним неприятности безусловно приходится предпочесть сужению прямой кишки и недержанию. Тем не менее правильная по замыслу идея представляется настолько заманчивой, что еще и в 1934 г. ее снова рекомендовал для лечения свищей Рен Е. (Rehn E.).

Джюд (Judd), как указывает Хорслей (Horsley, 1924), во избежание наступающего после операции Уайтхеда сужения прямой кишки видоизменил операцию Эльтинга, отслаивая слизистую оболочку лишь на той половине прямой кишки, где располагается свищ. Отсепарованный лоскут слизистой стягивается вниз, пересекается поперечно над свищом в здоровой части и сшивается с кожей.

Эта частичная операция Уайтхеда, освобожденная от тяжелых осложнений, как-то: сужение, выпадение кишки и недержание, — привлекает наше внимание лишь в 1932 г., когда Кунео (Cunéo) на заседании Парижского хирургического общества доложил «о простом способе радикального лечения свищей заднего прохода», предложенного Роблэ (Roblés) много лет назад. Не имея под руками ни оригинальной работы Джюда, ни данных самого Роблэ, мне пока еще трудно установить, которому из них принадлежит приоритет в этом вопросе.

Идея применения «обезвреженной» операции Уайтхеда для лечения свищей прямой кишки и заднего прохода показалась нам настолько заманчивой, что мы не замедлили ее выполнить при первом подходящем случае (16/X 1932 г.). В настоящее время мы располагаем еще ничтожным материалом—8 наблюдениями, но ободряющие результаты полученные с первых же шагов и подтвержденные впоследствии, дают нам осно-

вание рекомендовать эту действительно простую операцию для столь упорного страдания, каковым являются свищи заднего прохода и прямой кишки.

В кратком сообщении Кунео отсутствуют указания на показания и противопоказания, равно как и детали техники способа, а поэтому в дальнейшем я буду придерживаться описания способа в том виде, в котором мы его применяем.

Исходной точкой большинства свищей является воспаление, развившееся на почве нагноившегося тромба или трещины заднего прохода. Инфекция по лимфатическим путям распространяется в мало резистентную рыхлую клетчатку ишио-ректального пространства. Образуется гнойник, по вскрытии которого нередко остается свищ. Повторные вспышки воспаления усложняют ход свища, который с течением времени приобретает новые разветвления как в рыхлой клетчатке ишио-ректального пространства, так и под отслоенной слизистой оболочкой прямой кишки. В сравнении с этим туберкулезные свищи составляют меньшинство, как это следует из тщательных исследований Габриэля (Gabriel) из клиники Локхарта Маммери и Кеню-Гартмана. По мнению этих авторов, число туберкулезных свищей колеблется в пределах от 20 (Габриэль) до 30% (Кеню-Гартман), в противоположность утверждению Мельхиора (Melchior), который допускает, что туберкулезные свищи представляют большинство (61%).

В одном наблюдении при неправильном распознавании мы применили операцию Джюда-Роблэ; избавить больную от туберкулезного свища 12-летней давности не удалось; и вообще мы считаем эту операцию, связанную с отслойкой слизистой оболочки, у больных туберкулезом противопоказанной. Мы также воздерживаемся оперировать больных со свищами в острой стадии вспышки воспалительного процесса.

За день до операции больному дается слабительное, в день операции кишечник очищается клизмами до чистой воды и назначается опий, который продолжают давать первые три дня после операции.

Особого рассмотрения заслуживает вопрос об обезболивании. Если дело касается больных, оперируемых в первый раз, с незначительными изменениями в окружности заднего прохода, то можно ограничиться местным обезболиванием.

У многократно оперированных больных с расшатанной нервной системой и многочисленными рубцами в окружности заднего прохода и мало податливым жомом предпочтение следует безусловно отдавать общему обезболиванию.

Если установление этиологии свища имеет значение как для показания к операции, так и для предсказания, то не менее важно определение точного местоположения прямокишечного его отверстия. Внутреннее отверстие свища может располагаться против наружного; при простых—полных свищах в этих случаях, как всем известно, стоит лишь провести пуговчатый зонд через наружное отверстие, как конец его обнаруживается пальцем, введенным в прямую кишку. Но внутреннее отверстие может быть минимальным, микроскопическим, непроходимым для зонда или может находиться вдали от наружного отверстия, иногда даже на противоположной стороне. Наглядности ради я привожу классическую схему Кеню-Гартмана (рис. 1), дающую представление о вариантах свищевых ходов и расположении отверстий свищей. Из этих рисунков ясно видно, что при извилистом ходе свища поиски внутреннего отверстия зондом могут оказаться бесплодными. Форсированное исследование

неволею приведет к образованию ложного хода и к созданию нового отверстия на слизистой оболочке кишки.

Мы начинаем исследование свищевого хода тупым пуговчатым зондом через наружное отверстие. Введенный в прямую кишку палец иногда обнаруживает в ней конец зонда, но при малейшем препятствии мы, во избежание образования ложного хода, считаем ошибочным применять какое бы то ни было насилие. В этих случаях предпочтительно отложить исследование до операции и произвести его после расширения жома. Рентгенодиагностика с предварительным наполнением свищевого хода контрастным веществом пока не нашла распространения¹.

На глубоко спящем больном или при полном местном обезболивании приступают к медленному прогрессирующему расширению жома. В свежих и неоперированных случаях это удается легко. Совершенно иначе обстоит дело в случаях запущенных, со сложными свищевыми ходами, в особенности после многочисленных предшествовавших операций. Иногда распространенный воспалительный процесс, сочетающийся с омертвением, приводит к разрушению большей или меньшей части мышц сфинктера (Эльтинг). В этих случаях мышечная ткань заменяется рубцовой, чем и объясняются затруднения, с которыми мы встречаемся при растягивании жома. При наличии рубцов, оставшихся после предшествовавших операций, это может привести к полной невозможности расширить сфинктер, что в одном аналогичном случае заставило меня отказаться от операции, которая требовала предварительного расширения заднего прохода, и заменить ее другой.

После расширения сфинктера приступают к точной локализации свища на внутренней поверхности прямой кишки, если этого не удалось сделать до операции. Обычно мы имеем дело с единичными свищами, расположенными чаще всего на передней или задней поверхности кишки, на большем или меньшем расстоянии от сфинктера. Редко удается глазом ясно видеть отверстие: обычно имеется вдавление, втягивание на слизистой оболочке кишки, указывающее на местоположение свища. Можно, приблизительно ориентируясь, снова попытаться ввести пуговчатый зонд через наружное отверстие, найти ход и внутренний конец свища. Если это не удастся, то снабженный тупой иглой шприц наполняют метиленовой синькой в водном растворе или,

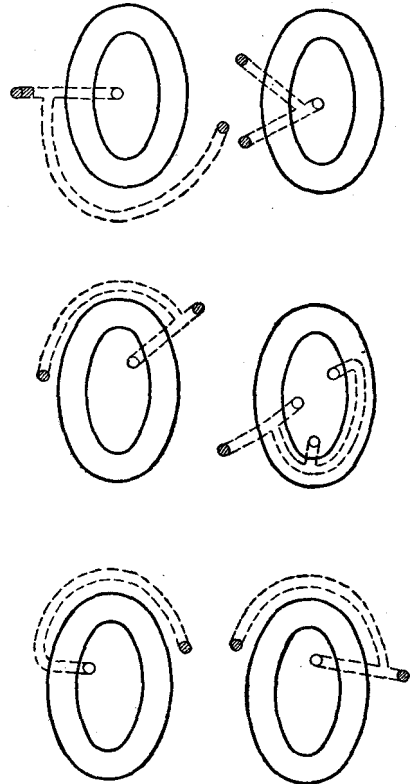


Рис. 1. Схема вариантов свищевых ходов и расположение свищевых отверстий.

¹ В настоящее время фистулография свищей заднего прохода и прямой кишки является обязательным методом исследования. *Ред.*

еще лучше, как то предлагает Петерман, в глицериновом растворе, и вводят краску через наружное свищевое отверстие под давлением. Втекающая в кишку синька указывает как точное местоположение, так и число свищей. При наличии нескольких наружных свищевых отверстий необходимо вводить синьку через каждое отверстие в отдельности.

После введения зеркала в прямую кишку, с той стороны, где расположено внутреннее отверстие свища, на границе между кожей и слизистой оболочкой прямой кишки проводят разрез—обычно длиной около 3 см. Два других разреза с каждой стороны свища, отстоящие от него приблизительно на 1 см, идут параллельно длиннику кишки (рис. 2, а);

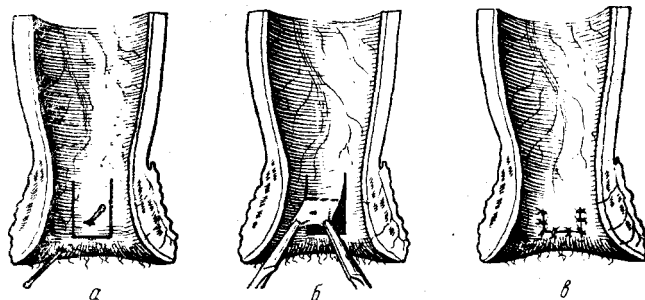


Рис. 2. Схема операции частичного низведения слизистой оболочки прямой кишки.

а — зонд проведен через свищ; очерчен лоскут слизистой; б — слизистая отслоена; пунктиром обозначена линия, по которой будет отсечена часть лоскута со свищевым отверстием; в — после отсечения части лоскута он подшит к слизистой прямой кишки.

разрезы проникают через слизистую и подслизистую ткань. Продольные разрезы должны иметь такую длину, чтобы верхний их конец по крайней мере на 2—3 см заходил выше расположения внутреннего отверстия свища. Очерченный таким образом лоскут слизистой оболочки, на котором располагается внутреннее отверстие свища, шаг за шагом отсепаровывается от подлежащих тканей. Особая осторожность требуется в области жома; обычно это удается легко. Труднее отсепаровать слизистую оболочку в области внутреннего отверстия свища, но и здесь при известной осторожности и тщательности лоскут отсепаровывается хорошо. На получившемся таким образом лоскуте имеется дефект (рис. 2, б), соответствующий внутреннему отверстию свища. После того как отсепарованный лоскут приподнят, острой ложечкой выскабливают внутреннее отверстие свищевого хода, во избежание оставления в нем эпителиального покрова, который иногда выстилает внутренний конец свищевого хода. Упущение этой детали может иметь последствием неудачу операции.

Отсепарованный лоскут стягивают вниз с таким расчетом, чтобы без всякого натяжения удалось притянуть к кожному разрезу здоровую часть слизистой оболочки, лежащую выше внутреннего отверстия свища. Если лоскут слизистой оболочки не поддается легко, то стоит немного удлинить боковые продольные разрезы и снова мобилизовать лоскут до обеспечения полной подвижности. Затем остается пересечь поперечно здоровую слизистую оболочку, приблизительно на 1—2 см выше внутреннего отверстия свища, а подтянутую часть слизистой с трех сторон пришить кетгутowymi швами как к коже, так и к слизистой оболочке

прямой кишки (рис. 2, в). Смоченный в жидком вазелине кусок марли закладывается у заднего прохода и сухая Т-образная повязка надежно обеспечивает защиту раны.

На 3-й день можно прекратить прием опия, и если на 5—6-й день не будет самостоятельного стула, то вызвать его с помощью нежного слабительного. Мы совершенно отказываемся выскабливать свищевой ход на всем протяжении в противоположность тому, что предлагает сам Роблэ, делая исключение лишь для внутреннего конца. Нам кажется, что выгодная сторона операции Джюда-Роблэ заключается именно в том, что, несмотря на то, что мы ничего не делаем со свищевыми ходами, последние в ближайшие дни начинают сами собой закрываться и вскоре совершенно зарубцовываются. Если у наружного отверстия свища имелись грибовидные разрастания, то их необходимо срезать; иначе на этом месте после окончания рубцевания остается небольшой бугорок, который беспокоит мнительного больного.

На описание этой простой операции уходит значительно больше времени, чем на ее выполнение.

Описанным способом нами было оперировано 8 больных. Об одной неудаче, у больной с туберкулезным свищом 12-летней давности, сказано выше. У остальных 7 больных со свищами после острых воспалительных процессов мы получили полное и длительное выздоровление (прослежены от 6 месяцев до 1½ лет). Многие из этих больных, страдавшие свищами в продолжение от 3 месяцев до 5 лет, были до этого безуспешно оперированы.

После применения описанной нами операции у этих больных никаких отклонений от нормы со стороны прямой кишки не наблюдалось. Эти положительные результаты были получены при пребывании больных в клинике после операции в среднем в течение 11 дней и при полном отсутствии какого бы то ни было лечения в дальнейшем.

Легкость выполнения операции, полная гарантия неповреждения сфинктера, отсутствие боязни получить сужение кишки или недержание, короткое послеоперационное течение и самопроизвольное запустевание свищевых ходов после закрытия внутреннего отверстия свища, равно как надежность результатов, должны обеспечить за ней одно из первых мест среди других вмешательств, предложенных для лечения свищей заднего прохода и прямой кишки.

З а к л ю ч е н и е

Автор указывает на неудовлетворительность результатов, получаемых при лечении свищей заднего прохода и прямой кишки классическими операциями, как рассечение свищевых ходов и иссечение его с наложением швов.

На основании 7 личных наблюдений с удачным исходом автор рекомендует после точной локализации внутреннего отверстия свища произвести частичную операцию Уайтхеда, как это было предложено Джюдом и Роблэ для лечения больных со свищами заднего прохода и прямой кишки.

После проведения разрезов, как указано на рис. 2, отсепааровывается слизистая оболочка; участок, соответствующий внутреннему отверстию свища, удаляется, и здоровая слизистая оболочка, подтянутая к кожному разрезу, пришивается кетгутowymi швами. Свищ в дальнейшем зарубцовывается самостоятельно.

Легкость выполнения операции, гарантия сохранения сфинктера, полное отсутствие боязни получить сужение кишки или недержание, короткое послеоперационное течение и надежность результатов должны обеспечить этой операции одно из первых мест среди других вмешательств, предложенных для лечения больных с этими упорными свищами.

ЛИТЕРАТУРА

- Cupéo (Roblès), Un procédé facile de la cure radicale des fistules à l'anus, Bull. Mem. Soc. Nat. Chir., 1932, 58, 676.
 Eiting, The Treatment of fistula in Ano, Ann. Surg., 1912, 56, 5, 774.
 Horsley, Operative Surgery, London, 1924, 713.
 Kleinschmidt, Die Operation der ausserhalb des Sphinkter gelegenen Mastdarmfisteln. Chirurg, 1929, 127, 1257.
 Lockhart-Mummery, Diseases of the Rectum and Colon, London, 1923.
 Petermann, Zur Behandlung der Mastdarmfistel, Chirurg, 1931, 3, 12, 556.
 Pauchet, La pratique chirurgicale illustrée, Paris, 1925, VI, 131.
 Quénu et Hartmann, Chirurgie du Rectum, Paris, 1895.
 Rehn, Zur Operation der Mastdarmfistel und Schleismuskellähmung, Zbl. Chir., 1934, 61, 3, 148.

Вестник хирургии, 1934, 34, 101 и 102, 76—82



ДЕРМОИДНЫЕ КИСТЫ (ТЕРАТОМЫ) ПРЯМОЙ КИШКИ

Среди доброкачественных опухолей прямой кишки, которые вообще наблюдаются редко, доминирующее место занимают эпителиальные новообразования — полипы или папилломы. Из других доброкачественных опухолей описываются лишь единичные фибромы, миомы, лейомиомы, липомы, миксомы, каверномы и лимфангиомы. Наиболее редкими нужно считать дермоидные кисты прямой кишки.

Поэтому неудивительно, что в самых распространенных учебниках по хирургии о них или совсем не упоминается [Дюваль-Гателье (Duvall-Gatelier), Форг (Forgue)], или им посвящены всего одна-две строчки [Кениг (König), Киршнер-Нордман (Kirschner-Nordmann)]. Не говорится о дермоидных кистах и в учебниках по дифференциальной диагностике де Кервен (de Quervain), Габерланд (Haberland), Дюплэй-Рошар (Duplay-Rochard); иногда дается только название заболевания [Капис (Kappis)] без указания его характерных черт.

Лишь в специальных монографиях [Дельбэ-Брешо (Delbet-Brechot)] этому заболеванию уделено немногим больше внимания. Подробнее всего о дермоидных кистах говорят Кеню и Гартман (Quélu et Hartmann) в своей фундаментальной монографии о хирургии прямой кишки. Текущая медицинская литература также небогата работами по этому вопросу; никаких данных нет и в отечественной литературе. Единственное наблюдение, принадлежащее Гельстрому (гинекологу из Севастополя), напечатано в *Zentralblatt für Gynäkologie* (1889) и, повидимому, осталось у нас мало известным. Поэтому я привожу из истории болезни наиболее интересные данные.

Дело касалось чрезвычайно толстой женщины, 24 лет, которая во время вторых родов (в 1885 г.) заметила выпадение опухоли из половых органов; третьи роды прошли благополучно, но при четвертых родах выпадение опухоли повторилось.

При исследовании было найдено, что из половых органов выпадает опухоль темносинего цвета, толщиной в 3—4 пальца, которую врачи принимали за кишку, выпавшую через ректо-вагинальный свищ. Температура поднималась до 38,5°. Опухоль была вытянута; наложенная на ее основание двойная лигатура прорезалась, оставив после себя кровоточащий участок, который был обшит.

В полости опухоли содержались пучки волос, продукты жирового распада, а в стенке находились две костные пластинки (зубы?); не оставалось никакого сомнения в том, что это образование является дермоидной кистой.

Четыре недели спустя, при более подробном исследовании, оказалось, что *septum vesico-vaginale* совершенно разрушен и отсутствует. На 2 дюйма выше дефекта, на передней стенке прямой кишки, имелся большой рубец, размерами около двухфранковой монеты (диаметр около 2,5 см. — *Ред.*) — место бывшего прикрепления опухоли.

По мнению Гельстрома, дермоидная киста исходила из дугласова пространства и очутилась на передней стенке прямой кишки после ее прорыва.

Первое детальное описание дермоидной кисты прямой кишки принадлежит Данцелю (Danzel), который опубликовал свое наблюдение в 1874 г. в работе под характерным названием «Опухоль с волосами в прямой кишке».

В 1895 г. Кеню и Гартман смогли насчитать в литературе всего 5 случаев [Баркер (Barker), Данцель, Порт (Port), Клюттон (Clutton) и Дюрэ (Duret)]. В этом же году ван Дюз (van Duuse) сообщает о 6 случаях [Хэнт (Hunt), Баркер, Данцель, Порт, Гельстром и Гольдинг-Бирд (Golding-Bird)]. В 1898 г. Лонге (Longuet) говорит лишь о трех наблюдениях (Баркер, Данцель и Порт). В 1902 г. Салманов (Salmanoff) приводит в своей диссертации 8 случаев [Снейрс (Snyers), Данцель, Баркер, Порт, Клюттон, Гольдинг-Бирд, ван Дюз и собственное наблюдение — больная была оперирована в 1901 г. Петерсенем (Petersen) из клиники Черни (Czerny)]. В 1925 г. Сафир (Saphir) насчитывает 13 случаев.

В 1930 г. появилась работа Фрида и Стоун (Fried and Stone), в которой указывается, что авторам, несмотря на тщательные поиски, удалось найти в литературе, кроме собственного, всего 3 наблюдения [Данцель, Порт, Бензод-Рашэ (Bensaude-Rachet)]. К этому же году относится работа Оттова (Ottow), в которой приводится наблюдение Штокеля (Stocckel).

Из-за недостаточности данных мы не нашли возможным внести в нашу статистику наблюдение Бернингера (Börninger), вкратце приводимое де Кервенем; на том же основании мы не упоминаем случая Гольдинг-Бирда (дермоидная киста в прямой кишке у девочки), приводимого Салмановым и ван Дюзом.

Точно так же не приходится отнести к дермоидам прямой кишки случай Дюрэ (Duret), подробное описание которого дается Кеню и Гартманом. В действительности здесь речь шла о врожденной кисте, расположенной на месте перехода слизистой оболочки прямой кишки в кожу — un kyste congénital de la marge de l'anus.

Всего нам удалось собрать из литературы 15 наблюдений, считая и наше собственное: Снейрс (1864), Баркер (1873), Данцель (1874), Порт (1879), Клюттон (1884), Гельстром (1889), ван Дюз (1895), Гонигман (Honigmann) (1911), Салманов (1902), Бензод-Рашэ (1924), Блэнд-Саттон (?), Сафир (1925), Фрид и Стоун (1930), Оттов (1930) и Ю. Ю. Джанелидзе (1935).

Ввиду того что работа Сафира осталась для нас недоступной в оригинале, мы лишены возможности утверждать, что нами собраны все опубликованные до сих пор наблюдения. Тем не менее полагаем, что приводимая цифра близка к действительности.

Подробное описание нашего наблюдения вполне оправдывается крайней редкостью заболевания.

С-ва Л., 21 года, поступила в клинику 19/IV 1935 г. с диагнозом выпадения прямой кишки. Больная жалуется на чувство тяжести в области заднего прохода. По ее словам, в начале дефекации задний проход чем-то закладывается, и часть кишки как будто выпадает. Чувствует себя больной с 13-летнего возраста. Запоров и поносов не отмечает, равно как и каких бы то ни было выделений из заднего прохода. Область заднего прохода отклонений от нормы не представляет; расслабленный сфинктер свободно пропускает указательный палец. На задней стенке прямой кишки, приблизительно на высоте 8 см от сфинктера, определяется круглая опухоль величиной с куриное яйцо, плотная, как хрящ, неподвижно сидящая на стенке кишки. Слизистая оболочка, покрывающая опухоль, казалась свободно подвижной. Со стороны других внутренних органов и нервной системы никаких отклонений от нормы не отмечено.



Рис. 1. На рентгенограмме крестца (прямая проекция) видна опухоль, содержащая костные образования.

Рентгенография, произведенная (Г. А. Зедгенидзе) в двух проекциях, показала, что в предкрестцовой области имеется опухоль в виде цветной капусты, местами костной контрастности, типа остеохондромы (рис. 1).



Рис. 2. Задняя поверхность удаленной опухоли напоминает затылок головы, лишенной волос; по бокам имеются длинные тонкие волосы.



Рис. 3. Передняя поверхность опухоли. Справа видны три зуба, два из которых напоминают передние, а один — коренной; слева находятся два зуба, один из которых похож на передний, а другой — на коренной.

Эти рентгенологические данные, наряду с результатами ощупывания, казались настолько убедительными, что расположение опухоли впереди крестца и позади слизистой оболочки прямой кишки не вызвало никаких сомнений, и поэтому мы нашли возможным отказаться от ректоскопии, что, как выяснилось впоследствии, явилось ошибкой.

Было поставлено распознавание сложной опухоли, расположенной позади слизистой оболочки прямой кишки в предкрестцовой области, и 30/IV 1935 г. больная была мной оперирована под эфирным наркозом.



Рис. 4. Рентгеновский снимок удаленной опухоли. Отчетливо видна костная пластинка, в которой укреплены зубы.

Проведен дугообразный разрез между копчиком и задним проходом, вогнутостью обращенный вперед, длиной около 20 см. Частью тупо, частью остро прямая кишка легко отделена от передней поверхности копчика и крестцовой кости. Однако при тщательном ощупывании передней поверхности крестца опухоли здесь не обнаружено. При дальнейшем исследовании удалось выяснить, что опухоль отошла вместе с отслоенной прямой кишкой и расположена в стенке последней.

После расширения заднего прохода в просвете кишки показалась белесоватого цвета опухоль, величиной с небольшое яблоко, которая сидела на довольно широком основании. Поверхность опухоли была покрыта длинной пряжей волос. Опухоль располагалась на задней стенке кишки, не совсем по средней линии. Белесоватый цвет опухоли, резко обрываясь, переходил в розовую окраску слизистой оболочки прямой кишки. Диагноз дермоидной кисты прямой кишки не вызывал никакого сомнения.

Вокруг ножки опухоли, через слизистую оболочку прямой кишки, был проведен разрез; при дальнейшем высвобождении опухоли пришлось вскрыть брюшину. Тогда стало совершенно очевидным, что к ножке опухоли тянется яичник (позви-

димому, левый), небольшой кусочек которого был удален вместе с опухолью. На дефект брюшины наложены одиночные кетгуттовые швы. Аналогичные швы — на стенку прямой кишки и ее слизистую оболочку. К этим швам был подведен тампон.

Через 1 час после операции состояние больной тяжелое; пульс стал нитевидным. С большим трудом удалось вывести больную из этого состояния.

Послеоперационное течение осложнилось воспалением легких и нагноением в ране. Вполне выздоровела и выписалась из клиники больная лишь через 2 $\frac{1}{2}$ месяца после операции.

Описание удаленной опухоли. Опухоль грушевидной формы, размерами 8×5×6 см, имеющая ножку толщиной в 3 см. Вся опухоль покрыта белесозагой кожей. Сзади она напоминает затылок головы, лишенной волос (рис. 2). Передняя поверхность опухоли неровная, расщеплена полоской ткани, напоминающей слизистую оболочку, на две половины, на которых сидят зубы. На правой половине три зуба, а на левой — два. Из трех зубов справа два напоминают передние, а один — коренной; слева один зуб похож на передний и один — на коренной (рис. 3). С боков опухоли растут тонкие волосы длиной около 10 см. Небольшое количество волос имеется спереди и сзади, на месте перехода опухоли в ножку. На разрезе опухоль представляет собой плотную массу, которая макроскопически состоит из жировой ткани. На рентгенограмме опухоли видно, что середина опухоли заполнена костным образованием шаровидной формы диаметром 3 см; кость производит впечатление губчатой, в ней закреплены зубы (рис. 4).

Микроскопическое исследование опухоли. На периферии кусочка ножки дермоидной кисты видна ткань, состоящая из веретенообразных клеток и тяжей, идущих в разных направлениях (напоминающая саркому); дальше располагаются волокна соединительной ткани, бедной клеточными элементами, затем — фокусы обызвествления. Местами встречаются волокна гладкой мускулатуры и сосуды. Со стороны покрова опухоли сзади обнаружены многослойный плоский эпителий и придатки кожи: редкие волосяные фолликулы и сальные железы, в большом количестве потовые железы. Соединительная ткань по строению напоминает саркому; клеточные элементы расположены в окружности сосудов, образуя центры роста. В редких местах встречаются гладкие мышечные волокна и большое количество жировой ткани (препараты любезно просмотрены Н. Г. Соболевой и Г. В. Шором, за что приношу им сердечную благодарность).

При повторном исследовании, произведенном 23/1 1938 г., почти через 3 года после операции, оказалось, что С-ва Л. чувствует себя вполне здоровой, никаких ненормальных явлений со стороны прямой кишки не ощущает, занимается спортом. При исследовании *per rectum* сфинктер легко пропускает палец. Нащупать чего-либо патологического не удается. Ректоскопия: слизистая оболочка прямой кишки совершенно нормальна; приблизительно на высоте 8—9 см с трудом удается увидеть белесоватый участок, повидимому, соответствующий месту бывшего прикрепления опухоли¹.

Казалось бы, что эти врожденные опухоли должны были бы давать о себе знать достаточно рано. На самом деле этого не бывает. Возможно, что этому препятствует их глубокое расположение, а может быть и тот факт, что первоначально они находятся в соседних органах и тканях, например, в рыхлой клетчатке малого таза, в малом тазу или в предкрестцовой области, и лишь впоследствии вторично оказываются в прямой кишке, и с этого момента выявляется ряд болевых ощущений и функциональных расстройств со стороны кишки.

В виде редкого исключения дермоидные кисты прямой кишки обнаруживаются на первом десятке лет жизни (наблюдение Клюттона — 9 лет), так же редко они встречаются в возрасте от 10 до 20 лет (наблюдение Порты, больной 16 лет), почти с одинаковой частотой — в возрасте от 20 до 30 лет (наблюдения Ю. Ю. Джанелидзе — больной 21 года, Салманова — 21 года, Гельстрома — 24 лет, Данцеля — 25 лет) и на четвертом десятке лет жизни (наблюдения ван Дюза — больной 32 лет, Снейрса — 39 лет, Бензод-Рапшэ — 39 лет); описано лишь два случая у лиц старше 40 лет (наблюдения Оттова — больной 42 лет и Гонигмана — 43 лет).

¹ Больная была демонстрирована на заседании Хирургического общества Пирогова 28/1 1938 г.

Начало заболевания дает о себе знать различно. Так, например, крепкая на вид девушка обращается к Данцелю с просьбой избавить ее от тягостного страдания, заключающегося в том, что из заднего прохода у нее растет пучок волос длиной в несколько сантиметров. С аналогичными жалобами приходят к врачу и многие другие больные (наблюдения Оттова, Фрида и Стоун, Бензод-Рашэ). Некоторые из них хотя и давно обнаружили рост волос из заднего прохода, однако, стесняясь своего уродства, обращаются к врачу со значительным запозданием. Так, например, у больной, наблюдаемой Данцелем, между моментом обнаружения роста волос и обращением к врачу прошло 11 лет; 8 лет выжидала больная, описанная Фридом и Стоуном, а больная, о которой сообщает Бензод-Рашэ, обратилась к врачу через год. Само собой понятно, что растущие из заднего прохода волосы чрезвычайно затрудняют содержание в чистоте этой области и нередко тяжело влияют на психику больных (наблюдения Оттова и Данцеля). Это тем более понятно, что срезывание волос помогает лишь на короткий срок, так как волосы растут чрезвычайно быстро.

Некоторые больные обращаются к врачу из-за неудобства и болей в прямой кишке, порой довольно сильных (Гонигман); иногда они испытывают ненормальное ощущение полноты или инородного тела в кишке. Наблюдаемая нами больная, например, жаловалась на то, что в начале дефекации «задний проход закладывается, и часть кишки как бы выпадает». Ряд больных испытывает при дефекации чрезвычайные затруднения (Порт), что заставляет их прибегать к клизме. Но у других, даже при наличии опухоли, достигающей больших размеров (величины яблока в наблюдении ван Дюза), могут отсутствовать какие бы то ни было расстройства при дефекации.

Рост волос из заднего прохода больные обнаруживают обычно случайно, иногда после клизмы (Бензод-Рашэ); волосы оказываются глупо сидящими в прямой кишке, и потягивание за волосы вызывает боль. Цвет волос, торчащих из заднего прохода, может быть иным, чем на остальных частях тела; например, у больной, описанной Фридом и Стоун, у которой из заднего прохода торчал пучок прямых темных волос, на голове и на лобке росли светлые волосы. Не имея возможности удалить волосы путем потягивания, больные переходят на систематическую их стрижку (наблюдения Данцеля, Фрида и Стоун, Бензод-Рашэ, Оттова и др.). Если они делают это очень тщательно, то может случиться, что в момент осмотра врач не найдет тех данных, о которых сообщает больной. И в таком случае врач может подумать о симуляции, как это случилось с Данцелем. Повидимому, Данцеля мало убедил и тот факт, что на следующий день после осмотра больная предстала перед ним с пучком волос, которые, по ее словам, она собрала во время предыдущих стрижек. Только 4 недели спустя, когда волосы вновь отросли, Данцель убедился в справедливости утверждений больной. Иногда из заднего прохода может выделиться пучок волос, что необходимо признать патогномичным.

У некоторых больных опухоль, покрытая волосами, выпячивается при натуживании (наблюдения Клюттона, Порта) или выпадает при дефекации (наблюдение Салманова); вправление выпавшей опухоли может сказаться затруднительным или невозможным (наблюдение Салманова) и она начинает омертвевать (наблюдение Порта). Иногда больные могут выдавить опухоль произвольно. В других случаях опухоль выдавливается во время родов (наблюдение ван Дюза), при наложении щипцов

(наблюдения Снейрса, Сафира) и даже может во время родов совершенно оторваться, как это описал ван Дюз. Наблюдались случаи самопроизвольного отхождения опухолей (Клюттон, Гонигман).

Значительно реже заболевание начинается остро, появляются боли в области прямой кишки, повышается температура тела, возникает рвота, поносы и даже кровотечения из заднего прохода (наблюдения Салманова, Клюттона, Бензод-Рашэ). Эти явления могут соответствовать моменту нагноения и прорыва дермоидной кисты в прямую кишку.

Обычно опухоль располагается на высоте 6—13 см выше сфинктера; она может лежать на передней стенке прямой кишки (Данцель, Бензод-Рашэ, Сафир, Салманов), на задней (Фрид и Стоун, Ю. Ю. Джанелидзе) или же на одной из боковых (Порт) и бывает доступна при исследовании пальцем. Иногда исследование пальцем удается произвести только при глубоком наркозе (Клюттон). При более глубоком расположении опухоль может оказаться недоступной для обследования пальцем (Бензод-Рашэ).

В этих случаях лишь ректоскопия дает возможность составить ясное представление об опухоли. Однако последний способ исследования связан с рядом затруднений. Во-первых, не всегда удается достаточно подготовить и очистить прямую кишку; этому препятствуют пучки волос, перемешанные с каловыми массами. Потягивание за волосы концом ректоскопической трубки, который смещает их вверх, может сопровождаться значительной болезненностью, что приводит к отказу от повторной ректоскопии (Оттов), несмотря на то, что при первом осмотре не было получено достаточно ясного представления о точном местоположении опухоли.

Однако в большинстве случаев с помощью ректоскопии получают вполне точные данные о местоположении и характере опухоли. Но и этот способ исследования не вполне гарантирует от просмотра опухоли небольших размеров, как это произошло в наблюдении Гонигмана, и объяснялось явлениями резко выраженного воспаления и набухания слизистой оболочки прямой кишки.

При наличии костной ткани или зубов, что наблюдается в большинстве случаев при подобных опухолях, удается получить отчетливое изображение на рентгеновских снимках, как в этом имели возможность убедиться Бензод-Рашэ и мы.

Размеры опухоли колеблются в довольно больших пределах: от величины вишни, ореха (Бензод-Рашэ), сливы (Фрид и Стоун) и до размеров небольшого яблока (Данцель, Ю. Ю. Джанелидзе), апельсина (ван Дюз), гусиного яйца (Снейрс) или даже кулака (Салманов).

Поверхность опухоли бывает гладкой или складчатой, иногда разделенной настолько глубокими бороздами, что опухоль выглядит многодольчатой (Салманов); она покрыта кожей, на которой растут волосы. Белесоватый цвет кожи резко отличается от окружающей розовой слизистой оболочки прямой кишки. Обычно опухоли плотны наощупь, содержат фиброзную, жировую и, почти как правило, компактную или губчатую костную ткань (Порт, Бензод-Рашэ, Снейрс, Ю. Ю. Джанелидзе и др.). Наряду с костной тканью, нередко можно видеть несколько зубов (от 1 до 5).

Эти плотные опухоли, содержащие довольно разнообразные ткани, правильнее, конечно, было бы называть тератомами, как это делают Фрид и Стоун и ван Дюз. Однако если допустить, что многие из них представляют собой прорвавшуюся в прямую кишку дермоидную кисту,

у которой внутренняя кожная поверхность вывернулась наружу, то, может быть, есть основание сохранить за ними название дермоидных кист. В виде редкого исключения (Порт) они в прямой кишке сохраняют характер кисты, высланной изнутри всеми элементами кожи.

При микроскопическом исследовании удается доказать наличие различного вида тканей: всех элементов кожи — эпидермиса, сосочков (Порт), волосяных мешочков, сальных желез; жировой ткани и мышечных волокон (Порт, Ю. Ю. Джанелидзе); в виде редкого исключения можно встретить и рудиментарную мозговую ткань, остатки твердой и мягкой мозговой оболочки (Данцель, ван Дюз), нервную ткань (Данцель), ткань щитовидной и слюнной железы (ван Дюз) и элементы рудиментарного глаза — эпителиальные пигментированные клетки. Обычно опухоль сидит на довольно широкой и короткой ножке; лишь в наблюдении Салманова имелась ножка длиной в 10 см.

Распознавание обычно больших затруднений не представляет, оно основывается как на характерном анамнезе, так и на данных клинического, рентгенологического и ректоскопического исследований. Если мы допустили ошибку в распознавании, то, конечно, не столько из-за трудности такового, сколько из-за того, что пренебрегли ректоскопией, которая, без сомнения, дала бы возможность получить совершенно ясное представление как о местоположении, так и о размерах опухоли и ее внешних характерных свойствах.

Некоторое затруднение могут представить дермоидные кисты, расположенные в ретроректальной клетчатке или прорвавшиеся в прямую кишку [Кальбэ (Calbet), Салманов, Локхарт Маммери (Lockhart Mummery)].

В окружности прямой кишки часто находят врожденные опухоли, обычно описываемые как дермоидные кисты; они могут возникать во время внутриутробной жизни как дефект развития образований, расположенных вокруг прямой кишки. Наряду с ними, изредка встречаются тератомы, которые представляют собой включенные части другого плода (Локхарт Маммери).

Наиболее часто наблюдаемой формой являются дермоидные кисты области крестца и копчика, обычно описываемые как копчиковые свищи. Более редкую форму представляют дермоидные кисты, расположенные в рыхлой клетчатке между задней поверхностью прямой кишки и передней поверхностью крестцовой кости (рис. 5); они содержат продукты сальных желез, иногда волосы и могут выпячивать стенку кишки, давая ощущение флюктуации. Поэтому неудивительно, что эти кисты легко принимают за гнойники. Так, Локхарт-Маммери наблюдал старую женщину, у которой 4 года назад хирург вскрыл и дренировал аналогичную кисту, приняв ее за абсцесс. Развилось жестокое нагноение, продолжавшееся 4 года. Удаление кисты, которая занимала всю заднюю часть таза и охватывала прямую кишку с двух сторон, потребовало много усилий.

Нам лично никогда не приходилось наблюдать эту разновидность, однако их описано немалое число. Локхарт Маммери упоминает, что ему несколько раз пришлось убирать подобные кисты, что всегда бывало сопряжено с большими затруднениями.

Аналогичные кисты могут располагаться и спереди прямой кишки, например, в *septum recto-vaginale*. Встречается большое число кист, расположенных в рыхлой клетчатке малого таза [Зенгер (Sänger)], де Кервен собрал из литературы 16 случаев (1898). Кисты эти могут достигать

значительных размеров и вызывают ряд чрезвычайно грозных явлений со стороны мочевого пузыря, прямой кишки и при родах. Наконец, особую группу составляют дермоидные кисты, располагающиеся на одной из стенок прямой кишки и как бы свисающие в ее просвет.

Есть основание полагать, что многие из этих кист попадают в прямую кишку вторично из малого таза и имеют близкое отношение к дермоидным кистам яичника (мнение, оспариваемое ван Дюзом).

За правдоподобность этого предположения говорят следующие соображения. Во-первых, обращает на себя внимание тот факт, что все описанные до сих пор дермоидные кисты прямой кишки наблюдались только у женщин. Во-вторых, имеются данные, устанавливающие связь кисты прямой кишки с яичником. К ним относится прежде всего наблюдение Штокеля. Во время операции было обнаружено, что правые половые органы нормальны, но слегка спаяны со стенкой малого таза. Левый яичник имеет нормальный вид, крепко припаян к стенке прямой кишки и составляет с находящейся здесь опухолью одно органическое целое. При удалении опухоли была вскрыта прямая кишка. Часть яичника, составляющая опухоль, вдававшуюся в кишку, была строго вырезана на границе опухоли (наличие ткани яичника в препарате было доказано впоследствии микроскопически). Нет никакого сомнения, что это была дермоидная киста яичника, которая прорвалась в прямую кишку (рис. 6).



Рис. 5. Схематический рисунок. Позади прямой кишки и впереди крестца и копчика располагается дермоидная киста.

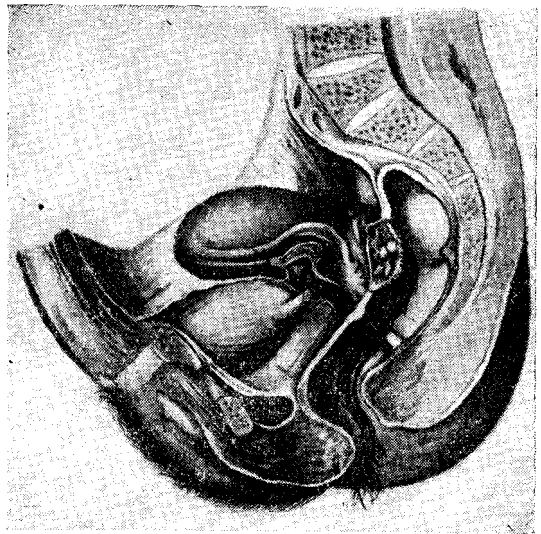


Рис. 6. Схематическое изображение дермоидной кисты, одна поверхность которой связана с яичником, а другая обращена в просвет прямой кишки и покрыта длинными волосами, торчащими из заднего прохода.

У наблюдаемой нами больной, после того, как для удаления опухоли была вскрыта брюшина, оказалось, что к опухоли одним своим концом тянется яичник, незначительная часть которого была иссечена во время операции.

Наконец, хотя в наблюдении Данцеля и нет точных данных относительно связи между опухолью и органами малого таза (на вскрытии яичники были найдены нормальными) и даже нет упоминания о том, что во время операции была вскрыта брюшная полость, больная тем не менее умерла от ограниченного пельвеоперитонита. Поэтому имеются все основания полагать, что и в этом случае при удалении опухоли была вскрыта брюшина и имелись тесные взаимоотношения между дермоидной кистой и половыми органами. В дальнейшем выворачивание внутренней поверхности кисты кнаружи облегчается натуживанием при каждой дефекации (Отгов) и потягиванием вниз за волосы.

Нельзя исключить также возможности прорыва или случайного вскрытия во время операции дермоидной кисты, расположенной в ретро-ректальной клетчатке и в рыхлой клетчатке малого таза.

Лечение. Полагаться на самопроизвольное отхождение опухоли, которое в редких случаях может иметь место (ван Дюз, Гонигман), едва ли есть достаточно оснований. Отказаться от операции, как то сделал Бензод, также нерационально. Не нужно забывать, что больным приходится постоянно стричь растущие из заднего прохода волосы, что им очень трудно поддерживать чистоту в этой области и что все это оказывает тягостное влияние на их психику. Необходимо также учитывать, что опухоли иногда выпадают при натуживании, вправление может оказаться затруднительным; опухоли могут омертвевать и тогда приходится прибегать к вмешательству при неблагоприятной обстановке. Наконец, нельзя забывать и того факта, что опухоль может выпасть и во время родов.

Незначительное число наблюдений не дает пока достаточных оснований для установления окончательного плана операции. Однако и сейчас можно сделать вывод, что едва ли стоит удалять путем лапаротомии опухоль, свисающую в прямую кишку. Этот путь вряд ли явится наиболее безопасным. Хотя Штекелю и удалось таким путем удалить опухоль, однако это не избавило его от ряда осложнений. В результате операции остался мочеточниковый свищ, который закрылся лишь много месяцев спустя.

Для предохранения швов прямой кишки Штекель наложил на слепую кишку *anus praeternaturalis*, а для закрытия последнего потребовалась через 3 месяца еще одна операция.

Поэтому мне представляется наиболее рациональным удаление опухоли снизу. Но едва ли для этой цели необходимо рассекать сфинктер заднего прохода, как это сделал Петерсен в наблюдении Салманова, тем более, что в этом случае больная сама произвольно, при натуживании выдавливала опухоль. Необходима до операции тщательная подготовка прямой кишки. После расширения сфинктера чрезвычайно легко вытянуть опухоль. Удаление опухоли, сидящей на широком основании, может оказаться очень простым, иногда достаточно перевязки ножки (Снейрс). Но нужно быть готовым к тому, что при этом может быть вскрыта брюшина, которую впоследствии потребуются тщательно зашивать. Ввиду сложности анатомических отношений, с которыми придется иметь дело хирургу, и во избежание ранения мочеточников рационально ввести предварительно в мочеточники катетеры.

Смертность небольшая; так, из оперированных больных умерла лишь в начале антисептической эры (1874) больная, которую наблюдал Данцель.

Резюме

Автор приводит случай чрезвычайно редкого заболевания — дермоидной кисты (тератомы) прямой кишки у женщины 21 года. После расширения сфинктера легко удалось обнаружить на задней стенке прямой кишки дермоидную кисту, покрытую длинными тонкими волосами. При выделении опухоли пришлось вскрыть брюшину, причем выяснилось, что к опухоли тянется полюс яичника, кусочек которого и был удален. Полное выздоровление.

Опухоль размерами 8×5×6 см. Поверхность опухоли неровная, покрыта длинными тонкими волосами, расщеплена полоской ткани, напоминающей слизистую оболочку, на две половины, из которых на каждой сидят 2 и 3 зуба. На разрезе много жировой и костной ткани. При микроскопическом исследовании обнаружены элементы кожи, волосяные мешочки, большое количество соединительнотканых клеток, напоминающих саркоматозную ткань, и местами — волокна гладкой мускулатуры.

Из литературы удалось собрать, кроме собственного наблюдения, 14 случаев дермоидных кист прямой кишки.

ЛИТЕРАТУРА

- Barker, Medical Press a. Circular., 1873, 15, 208.
 Bensaude et Rachtet, Observation d'une malade présentant une méche de cheveux faisant issue par l'anus. Contribution à l'étude des kystes dermoïdes du rectum. Bull. et Mém. de la Soc. des Hôpitaux de Paris 31/X 1924, 1473.
 Bensaude, Rectoscopie-Sygmoidoscopie, Paris, 1926.
 Calbet, Contribution à l'étude des tumeurs congénitales d'origine parasitaire de la région sacro-coccygienne, Paris, 1893.
 Danzel, Geschwülst mit Haaren im Rectum, Arch. f. klin. Chir., 1874, 17, 442.
 Delbet et Bréchet, Maladies de l'anus et du rectum, Paris, 1916.
 Van Duyse, Kyste dermoïde (tératoïde) avec encéphale et oeil rudimentaires, expulsé par le rectum pendant l'accouchement. Bull. de l'Acad. Royale de Médecine de Belgique, 1895, 9, 4, 585.
 Fried and Stone, Four rare rectal Tumors. Surg. Gyn. and Obst., 1930, 50, 762.
 Geilström, Vorfall einer Dermoidkyste per Rectum während der Geburt, Zbl. f. Gynäkol., 1889, 13, 44, 761.
 Honigmann, Ein Fall von spontanem Abgang eines Teratoms durch den Mastdarm, Berl. klin. Wschr., 1911, 27, 1232.
 Lockhart Mummery, Disease of the rectum and colon and their surgical Treatment, London, 1934.
 Longuet, Des tumeurs conjonctives bénignes du rectum, Le Progrès Médical, 1898, 8, 35, 137.
 Ottow, Secundäre Rektaldermoide, Zbl. f. Geburtshilfe und Gynäkologie, 1930, 97, 487.
 Quénu et Hartmann, Chirurgie du rectum, Paris, 1895.
 Quervain, Ueber die Dermoïde des Beckenbindegewebes, Arch. f. klin. Chir., 1898, 57, 129.
 Salmanoff, Ein Beitrag zur Casuistik der Rektaldermoid. Dissert., Berlin, 1902.
 Sängler, Ueber Dermoidkystem des Beckenbindegewebes und Operation von Beckengeschwülsten durch Perineotomie, Arch. f. Gynäkol., 1890, 37, 100.
 Saphir, True dermoid cyst of the anterior wall of the rectum, Med. Journ. a. Record., 1925, 121, 3, 144.
 Schulze, Retrorectale Dermoidkysten und ihre Extirpation, Deutsch. med. Wschr., 1895, 22, 352.

Вестник хирургии, 1938, 55, 3, 289—298.

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО¹
НА ГОРОДСКОЙ И ОБЛАСТНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ПО ВОПРОСУ
«ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ»

1 мая 1932 г. на базе больницы им. Первухина Ленинградским горздравотделом был создан Научно-практический институт скорой помощи. Среди других задач, поставленных перед Институтом, значилось и изучение клиники, профилактики и различных методов лечения больных с хирургическими заболеваниями, требующими неотложной помощи. Институт за 2½ года его существования накопил огромный материал. Мы пропустили 10 082 больных, из них хирургических 8 234; было произведено 4 403 операции.

Анализируя наш материал, мы смогли убедиться, что среди различных форм заболеваний преобладало острое воспаление червеобразного отростка, по поводу которого поступило 2 639 человек, что составляет 32% всех хирургических больных. По поводу именно этого заболевания нами было произведено 2 436 операций, что составляет 55,3% всех оперативных вмешательств.

Не удивительно поэтому, что среди различных проблем, изучавшихся нами за истекший период времени, углубленному анализу подвергся вопрос о воспалении червеобразного отростка.

Наши наблюдения вскоре убедили нас в том, что среди больных, направляемых к нам с диагнозом острого аппендицита, в 22% случаев распознавание оказалось неправильным. Но если в некоторых случаях это не причиняло больному вреда и он после поступления в Институт подвергался соответствующему лечению, то более прискорбным оказывался факт позднего поступления для больных с явно выраженными тяжелыми формами аппендицита, а в таковых, к сожалению, недостатка не было. В 1932 г. в первые 48 часов после заболевания к нам попадал 71% больных, в то время как 29% больных поступали на 3, 4, 5 и даже 6-й день болезни.

Отрадным представляется факт, что в последующие 1933 и 1934 гг. наметилась некоторое улучшение, выразившееся в том, что в первые 48 часов вместо 71% стало поступать 79% больных, тем не менее 21%, т. е. один из пяти больных, продолжает попадать в Институт со значительным опозданием — только на 3, 4 и 5-й день заболевания.

¹ В декабре 1934 г. по инициативе Ю. Ю. Джанелидзе Ленинградским научно-практическим Институтом Скорой помощи была организована городская и областная конференция по вопросу «Острый аппендицит и его лечение». Ниже на стр. 78—92 помещены выступления и доклад Ю. Ю. Джанелидзе на этой конференции. — *Ред.*

При наличии широко развитой сети квартирной помощи, здравпунктов и амбулаторной помощи, при хорошо налаженной Скорой помощи и безотказном приеме во все лечебные заведения города и, в частности, в Институт Скорой помощи, нам приходилось искать причины этого запоздалого поступления больных.

Изучение нашего материала убедило нас в том, что далеко не всегда в этом виноваты оказывались сами больные. Нередко имели место неправильные распознавание и лечение больных, равно как запоздалое направление врачом больного в лечебное учреждение.

Поэтому нам казалось необходимым обратить внимание врачей на существующее безотрадное положение вещей. С этой целью мной был прочитан ряд лекций для врачей о так называемом «остром животе», т. е. группе заболеваний органов брюшной полости, которые требуют в большинстве случаев подачи неотложной хирургической помощи; в частности, это относилось к острому аппендициту. Последствием этих лекций явилось на некоторое время увеличение числа направлений в Институт больных с диагнозом аппендицита, в то время как на самом деле речь шла о других заболеваниях. Мы по этому поводу, однако, никаких претензий не выражали.

Разумеется, лекциями мы смогли охватить лишь минимальный круг врачей, поэтому, с целью заострить внимание товарищей на всей важности вопроса об остром аппендиците, была отпечатана «Памятка врачу об остром аппендиците», которая в количестве 3 500 экземпляров была разослана не только лечебным учреждениям, амбулаториям и здравпунктам города, но и области.

ЛЕНИНГРАДСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Пр. К. Либкнехта, 100. Тел. — коммутатор Скорой помощи

ПАМЯТКА ВРАЧУ

об остром аппендиците

1. Всякая абдоминальная колика может оказаться острым аппендицитом.
2. Наступление болей в животе и рвота непосредственно или вскоре после еды отнюдь не исключают приступа острого аппендицита.
3. Приступ острого аппендицита нередко начинается с болей в подложечной области.
4. Всякий больной с жалобами на внезапно наступившие боли в животе должен быть тщательно исследован на наличие местной болезненности.
5. Наличие болезненности и мышечного напряжения где бы то ни было в области живота подозрительно на приступ острого аппендицита.
(Помни о возможности атипического расположения отростка).
6. Нормальные температура и пульс не исключают приступа острого аппендицита.
7. В сомнительных случаях больной должен быть подвергнут повторному исследованию обязательно в течение первых 6 часов после начала заболевания.
8. При малейшем подозрении на приступ острого аппендицита абсолютно воспрещается назначать больному слабительные и клизмы.
9. Воспрещается назначение наркотических средств, затушевывающих клиническую картину и препятствующих правильному и своевременному распознаванию и лечению.
10. Не должно существовать лечения больного острым аппендицитом на дому и тем более амбулаторно.
11. Всякий больной, у которого подозревается приступ острого аппендицита, должен быть немедленно транспортирован в стационар.
12. Острый аппендицит — коварная болезнь, опасность которой легко предупредить своевременным распознаванием и ранней операцией.
13. Единственным лечением острого аппендицита является немедленная операция. Осложнения и смертность при ней ничтожны.

Названными мероприятиями не исчерпывались наши усилия го установлению более тесной связи с врачами. Мы считали необходимым, в особенности после операции, извещать врача, что у присланного им больного диагноз подтвердился или было найдено другое заболевание. Для этой цели посылались специально отпечатанные бланки.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ СКОРОЙ
ПОМОЩИ

Пр. К. Либкнехта, 100. Тел.—коммутатор Скорой помощи

Многоуважаемый товарищ!

Извещаем Вас, что у направленного Вами _____
193 ____ г. больного _____, проживающего
по улице _____, д. № _____,
кв. № _____ Ваш диагноз _____
подтвердился.

При операции обнаружено: _____

Зав. профилактическим отделом

При разборе нашего клинического материала вскоре обнаружилась недостаточность наших записей в историях болезней, что привело нас к необходимости выработать типовую историю болезни, заполнение всех граф которой давало нам возможность правильно учитывать клинические данные.

Единообразие было введено и для записи в операционный журнал, что существенно облегчило работу врача и сделало ее более продуктивной и совершенной.

Для обследования отдаленных результатов была выработана особая карточка.

Все перечисленные документы мы предлагаем вашему вниманию, равно как и вниманию заведующего горздравотделом с пожеланием ввести в жизнь те из них, которые будут найдены целесообразными.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ СКОРОЙ
ПОМОЩИ В ЛЕНИНГРАДЕ

№ приемного журнала _____

Фамилия, имя, отчество _____

Болезнь: ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ.

1. Диагноз при направлении _____
2. Кем направлен: врачом здравпункта, амбулатории, квартирной помощи, ночной Скорой помощи.
3. Каким лечебным учреждением _____
4. Обращался ли по поводу настоящего заболевания к врачу, когда и куда _____

5. Какой приступ _____

6. Лежал ли в течение предыдущих приступов в больнице, какой, когда и сколько времени _____

7. Сколько времени прошло от начала приступа _____

8. Принимал ли слабительное, клизмы _____ да, нет, по назначению врача, по собственной инициативе.

1) Не обращался своевременно к врачу _____

2) Болезнь не была распознана _____

3) Не был своевременно направлен в больницу _____

А Н А М Н Е З

Заболевания, непосредственно предшествовавшие данному приступу:

Грипп, ангина и др.

Погрешности в диете:

Гинекологический анамнез:

Б О Л Ь

Начало:

Внезапное, постепенное нарастание

Первоначальная локализация:

В надчревной, около пупка, в правой, левой подвздошной области, по всему животу, пояснице, в правом подреберье

Окончательная локализация:

В правой, левой подвздошной области, по всему животу, пояснице

Интенсивность:

Слабая, умеренная, сильная

Характер:

Постоянный, схваткообразный

СОПУТСТВУЮЩИЕ РАССТРОЙСТВА

Рвота:

Была, нет

Тошнота:

Была, нет

Икота:

Была, нет

Стул:

Нормальный, запор, понос

Температура до поступления:

Был, нет, когда, однократный, повторный

Озноб:

О Б Ъ Е К Т И В Н Ы Е Д А Н Н Ы Е

Общее состояние больного:

Хорошее, удовлетворительное, тяжелое

Цвет покровов:

Нормальный, бледность, желтуха, цианоз

Положение больного:

Активное, вынужденное (на спине, правом, левом боку с согнутыми ногами)

Положение правой ноги:

Нормальное, согнута в тазобедренном суставе, болезненность при разгибании

Пульс:

Нормальное, грудной, брюшной тип, поверхностное

Дыхание:

Подмышкой...., в прямой кишке

Температура:

Влажный, сухой, обложен

Язык:

Живот:

Втянут, вздут; равномерно, асимметрично, участвует в дыхании: да, нет, вздутие слепой кишки. Урчание

Гиперестезия кожи:

Локализация

Отечность кожи живота или правой поясничной области:

Да, нет

Ригидность брюшной стенки — локализация:

Нет. В правой подвздошной, правой половине живота, по всему животу, правой поясничной, внизу живота

Интенсивность:	Слабая, умеренная, резко выраженная
Блюмберг:	Справа, слева, по всему животу
Ровзинг:	Да, нет
Болезненность при давлении:	Где
Тимпанит и притупление:	Где
Печеночная тупость:	Нормальна, прикрыта
Инfiltrат:	Да, нет, локализация, подвижность, болезненность, флюктуация, ясно выраженный без ясных границ
Исследование per rectum:	Напряжение сфинктера (нормальное, зияние), припухлость слизистой, инfiltrат, размягчение, болезненность
Исследование per vaginam:	Выпячивание сводов, справа, слева; положение матки, состояние придатков; удается прощупать, болезненны, увеличены
Мочепускание:	Нормальное, учащенное, задержка
Моча:	См. данные лаборатории №
Сердце:	
Кровь:	См. данные лаборатории №
Легкие:	
Нервная система:	Рефлексы—коленные, зрачковые

Примечание:
Врач

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ СКОРОЙ ПОМОЩИ
ЛЕНИНГРАДСКОГО ГОРЗДРАВ ОТДЕЛА

КАРТА ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

№ истории болезни _____ дата _____ 193 г. № операц. журнала _____

Фамилия, имя, отчество, возраст

НАРКОЗ

Хлороформ, эфир, новокаин	Количество _____ Аппарат _____
Начало анестезирования _____ Конец _____	Начало операции _____ Конец » _____
Осложнения наркоза	Рвота, западение языка, асфиксия, падение сердечной деятельности, смерть
Принятые меры	
Наркотизатор	

О П Е Р А Ц И Я

Разрез брюшной стенки по Мак Бурнею, Ленандеру. Длина его: 6, 8, 10 см	Продлен кверху, книзу
Состояние предбрюшинной клетчатки и париетальной брюшины	Без изменений, отечна, гиперемирована, утолщена, покрыта фибринозным налетом
Экссудат	Нет, серозный, геморрагический, серозно-гнойный, ихорозный, без запаха, с запахом кишечной палочки

Ограниченные гнойники	Мезоцекального типа, ретроцекальный
Состояние слепой кишки	Выводится легко, не выводится, без изменений; раздута, гиперемирована, шагреневого вида, покрыта фибринозным налетом, тифлит, перитифлит; сероза легко рвется
Состояние прилежащего отрезка тонкой кишки и ее брыжейки	Без изменений, раздут, гиперемирован, шагреневого вида, покрыт фибринозным налетом, брыжейка в точечных кровоизлияниях, железы в илеоцекальном углу: да, нет
Отросток (направление его)	Кнутри и книзу, кнутри и кверху, кнутри кнаружи, кзади кверху
Отросток	Длина в см, расположен свободно; в спайках: рыхлых, плотных. Перегибы. Без видимых изменений. Гиперемирован, раздут; покрыт фибринозным налетом, гангренифицирован на одном участке, полная гангрена, перфорация. Ретроградное выделение
Брыжейка отростка	Свободная, отсутствует, в спайках, отечна, утолщена, гиперемирована, тромбированы сосуды
Обработка культи отростка	Перевязка+перитонизация, перитонизация без перевязки (Мартинов, Лексер), перевязка без перитонизации, перитонизация ложа отростка: да, нет Брыжейка перевязана одной лигатурой, несколькими
Перитонизация слепой кишки	Да, нет
Туалет брюшной полости	Экссудат удален тампонами, насосом
Шов брюшной раны	Глухой; глухой, кроме кожи; тампонада к ложу, тампонада по Микуличу, дренаж (куда). Тампон: под апоневроз, под кожу
Повязка	Без повязки
Патологоанатомический диагноз	Макроскопически — без изменений; катарральный, флегмонозный; эмпиема; гангрена; перфорация. Микроскопически—

Особые замечания

Хирург

Ассистент

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

1. Безлихорадочное течение	
2. Лихорадочное: а) 1-й день, 2-й день, 3-й день, 4-й день, б) длительность	
3. Заживление операционной раны	Первичное натяжение, гематома, инфильтрат Нагноение: поверхностное, глубокое; отхождение лигатур; свищи: поверхностные, глубокие Вторичное натяжение (с тампонами) на какой день сменены тампоны » » » удалены тампоны
4. Осложнения со стороны дыхательных путей	Бронхит, пневмония; плеврит: сухой, выпотной; гангрена легких, абсцесс легких, инфаркт, эмболии
5. Осложнения со стороны органов кровообращения	Тромбозы, последовательное кровотечение, пилефлебит и другие осложнения
6. Осложнения со стороны выделительной системы	Задержка мочи, пиелит, гематурия
7. Осложнения со стороны пищеварительной системы	Парез кишечника, рвота, икота, желтуха
8. Прочие осложнения	
9. На какой день начал	Сидеть, ходить
10. На какой день после операции выписался	
11. Исход	Выздоровление, улучшение, смерть
12. Состояние раны при выписке	Линейный рубец, незажившая рана, свищи (лигатурный, каловый)
13. Выписан	Отпуск, амбулаторное лечение, лечение на дому

Нам удалось накопить значительный и разнообразный патолого-анатомический материал, часть которого наш музей выставил для обозрения. Библиотека Института располагает довольно большим количеством отдельных оттисков, касающихся острого аппендицита, равно как карточкой по литературе, посвященной этому вопросу, что может быть предоставлено для использования.

По мере разворачивания нашей работы все отчетливее вырисовывалась шаткость подразделения операций при остром аппендиците на раннюю, операцию в промежуточной стадии и позднюю. Когда у нас по этому вопросу установилась определенная точка зрения и накопился значительный материал, а именно 500 наблюдений, мы сочли возможным выступить перед хирургическим обществом Пирогова с докладом

(М. В. Красносельский), в котором защищали точку зрения, что больного с острым аппендицитом необходимо оперировать независимо от времени, прошедшего с момента заболевания; мы делали исключение лишь для больных с резко ограниченными инфильтратами, при условии отсутствия какой бы то ни было реакции со стороны остальной части брюшины. С этой точки зрения, получившей в дальнейшей нашей работе полное оправдание на весьма значительном материале, мы выступаем перед вами и в настоящее время.

Мы несколько раз меняли технику обработки культи червеобразного отростка, причем в конце концов остановились на перевязке культи без погружения. Об этом способе на основании нашего материала одним из моих помощников (М. Г. Каменчик) был сделан на заседании хирургического общества Пирогова доклад, который вызвал, как и следовало ожидать, горячие прения. На нашем дальнейшем материале способ себя вполне оправдал, и выступая снова перед вами с защитой этой техники, мы не сомневаемся, что найдем большее число приверженцев, так как наш опыт почти утроился и продолжительность наблюдений возросла.

Относительно процента летальности после операции по поводу острого аппендицита должен сказать, что по мере накопления материала и увеличения нашего опыта летальность прогрессивно падала. Если у первой группы больных из 500 человек она равнялась 3,2%, во второй она уже не превышала 3%, в третьей она снизилась до 2,16% и, наконец, в четвертой она не превышала 0,9% — и это несмотря на то, что тяжесть заболевания не изменилась.

Имея совершенно определенные показатели по интересующим нас вопросам по своему учреждению, нам представлялось чрезвычайно важным выяснить, как обстоит дело в других лечебных учреждениях нашего города. Многие заведующие хирургическими отделениями и клиниками нашли возможным предоставить нам для изучения свой архив, за что выражаем им всем искреннюю благодарность.

Доктор Беседин, заведующий статистическим отделом Института Пастера, с бригадой врачей обследовал по нашему заданию 12 больших больниц и клиник Ленинграда (всего 4215 больных) и выяснил ряд интересующих нас вопросов. Я коснусь лишь некоторых из них (подробнее о них скажет М. В. Красносельский). Оказалось, например, что в то время как мы в Институте оперируем в день поступления 83% всех больных с острым аппендицитом, в других учреждениях цифра эта не превышает 52,3%. Во-вторых, мы могли убедиться, что состояние больных, доставляемых в Институт Скорой помощи, не легче, а даже тяжелее, чем в других лечебных заведениях, что явствует хотя бы из того факта, что на 4-й и 5-й день к нам попадало 11,6% больных, а в другие учреждения — 7,4%. Мы могли отметить отрядный факт, что средняя послеоперационная смертность и в других лечебных учреждениях не превышает 3,4%, т. е. значительно меньше, чем в странах Западной Европы и Америки, где она достигает в среднем 5%.

Следующим этапом был опрос нами многочисленных руководителей хирургических отделений не только нашего, но и других городов путем рассылки анкет, причем нам удалось получить ответы от большого числа товарищей, которых мы также считаем необходимым здесь поблагодарить.

Когда, наконец, нам показалось, что мы располагаем достаточно ясным представлением по вопросам, связанным с острым воспалением червеобразного отростка, мы решили созвать настоящую конференцию.

Наше решение нашло полное сочувствие во всех организациях, в которые мы обращались.

Со стороны Городского и Областного отделов здравоохранения, а также и всех районных организаций мы встретили не только моральную, но и материальную поддержку.

Мы смогли сконцентрировать в стенах Института за короткий промежуток времени столь обширный материал лишь благодаря внимательному отношению к нашим потребностям главного врача Скорой помощи М. А. Месселя и его помощников.

Разрешите от имени института и конференции выразить всем помогавшим нам искреннюю благодарность.

Мы имели намерение созвать конференцию в городском и областном масштабе. Однако несколько товарищей из других городов нашли возможным приехать к нам поделиться своим опытом.

Среди них в первую очередь я должен назвать одного из старейших и виднейших хирургов нашей страны Т. П. Краснобаева. Он не только приехал обменяться с нами своими мыслями по интересующему нас вопросу, но был настолько любезен, что согласился сделать доклад по аппендициту у детей, т. е. по вопросу, по которому мы лично опытом не располагаем.

Затем я должен указать на С. С. Юдина, руководителя родственного нам института неотложной хирургии в Москве; В. Э. Салищева из Иванова, Е. В. Корчица из Минска, А. П. Минха — активного защитника аппендэктомии, независимо от срока, прошедшего с момента заболевания.

Кроме перечисленных, как вы увидите по программе, вы встретите имена и многих других товарищей, не работающих в нашем институте. Насколько позволяло нам время, мы шли навстречу всем заявлениям с их стороны. Но опыта по острому аппендициту оказалось у всех так много, что мы боимся, что назначенного нами для конференции времени окажется совершенно недостаточно.

Мы нашли возможным поставить в программу конференции лишь часть вопросов, связанных с лечением больных острым аппендицитом. Мы, например, совершенно не касаемся этиологии и патогенеза воспаления червеобразного отростка не потому, конечно, чтобы мы не понимали их значения, а потому, что не могли бы прибавить чего-либо нового к имеющемуся по данному вопросу в литературе.

Мы не упускали из виду, конечно, и того факта, что наш институт, кроме исследовательских функций, преследует и практические задачи. Поэтому мы обратили внимание на те именно пункты, уточнение которых даст возможность органам здравоохранения выявить слабые стороны в борьбе с острым аппендицитом и улучшить результаты лечения.

Настоящий, 1934, год является юбилейной датой. В этом году исполнилось 50 лет с момента, как Кренлейн (Kronlein) в Цюрихе произвел 18/II 1884 г. первую аппендэктомию у юноши 17 лет.

За истекшие полстолетия аппендицит стал одним из преобладающих среди других хирургических заболеваний. По данным Н. М. Волковича, им страдает 10% всех больных хирургических отделений; цифра эта у Розанова повышается до 25%, а по Бурлакову доходит даже до 31%. Неудивительно, что врачами, и в особенности хирургами всех стран, были затрачены огромные усилия на борьбу с этим заболеванием. Смертность, которая в 90-х годах прошлого столетия равнялась 20%, удалось к 1913 г. снизить до 12%, а в настоящее время она не превы-

шает 5%, спускаясь у некоторых хирургов до 1%. Не подлежит никакому сомнению, что этими отрядными результатами мы в значительной степени обязаны раннему распознаванию и ранней операции. Но и эти результаты не могут считаться еще окончательными — мы еще до сих пор не выполнили вполне законного требования, выдвинутого Мак Бурнеем в 1889 г.: «Наша задача заключается не в том, чтобы спасти половину из этих больных или четырех из пяти, мы обязаны спасти всех».

Ленинград имеет все предпосылки, чтобы содействовать успешному выполнению этой вполне реальной программы. Хотелось бы верить, что созванная нами конференция даст возможность объединить для совместной работы терапевтов, педиатров, гинекологов и хирургов, представителей Скорой помощи и лечебных учреждений, так как, лишь действуя объединенными усилиями, можно рассчитывать на успех в борьбе с этим коварным заболеванием.

С искренним желанием этого успеха я предлагаю приступить к работе конференции.

Вестник хирургии, 1935, 40, 112—113, 5—14



К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Первая аппендэктомия была произведена Кренлейном (Krönlein) 50 лет назад, а именно 18/II 1884 г.; с технической стороны аппендэктомия, в отличие от многих операций на других органах брюшной полости, например, на желудке, толстой и тонкой кишках и желчном пузыре, как бы сразу оказалась совершенной. Если не считать срединного разреза, которым воспользовался этот хирург, во всем остальном между первой аппендэктомией и операцией сегодняшнего дня нет никакой разницы. После двойной перевязки у основания и отделения брыжейки перфорированный отросток был удален и брюшная полость зашита наглухо.

Заслуживает упоминания тот факт, что до операции Кренлейн предполагал в случае обнаружения в отростке перфоративного отверстия закрыть его швами. Однако во время операции он и не пытался привести свое намерение в исполнение и сразу вполне правильно удалил большой отросток.

Тем не менее идея зашивать отверстие на месте перфорации в отростке найдет впоследствии исполнителя в лице нью-йоркского хирурга Сандса (Sands), который в 1887 г., обнаружив в отростке перфорацию, удалил торчавший в нем каловый камень и после освежения краев отверстия зашил его тремя узловатыми шелковыми швами и подвел иодоформенный тампон. Несмотря на то, что больной выздоровел, способ не получил распространения, и удаление червеобразного отростка стало нормальной операцией.

За истекшие 50 лет были предложены многочисленные разрезы для обнажения червеобразного отростка. Испытание времени выдержали, пожалуй, два из них: разрез Мак Бурнея (McBurney)¹ и параректальный разрез Жалажье-Ленандера-Камерера (Jalagier-Lennander-Kammerer). Из различных способов обработки культи мы вернулись к наиболее простому, атравматичному способу — перевязке культи без погружения, — которым оперировал Кренлейн, что впоследствии было рекомендовано Мак Бурнеем и тщательно разработано Зеелигом (Seelig).

Точно так же, как это было сделано при первой аппендэктомии, в настоящее время мы все чаще и чаще стараемся закрывать брюшную полость наглухо, если нет особых показаний для тампонады. Можно с полным основанием утверждать, что с технической стороны в настоящее время аппендэктомия достигла совершенства. Нет, конечно, ника-

¹ В настоящее время этот разрез носит у нас название разреза Дьяконова-Волковича по имени хирургов, разработавших его почти одновременно с Мак Бурнеем, независимо от него. *Ред.*

го сомнения, что в резком снижении процента смертности — с 20% в 90-х годах прошлого столетия до 5% к настоящему времени — улучшение техники имело значение. Но решающая роль в этом деле, несомненно, принадлежит распространению идеи ранней операции. В настоящее время мало кто оспаривает, что наиболее выгодной является операция, выполненная в первые 12—24 часа. Правильность этого утверждения обоснована огромным клиническим материалом.

И если бы во всех случаях удалось осуществить операцию в указанный промежуток времени, то сами собой прекратились бы споры о допустимости оперировать во все сроки, ликвидировался бы вопрос о том, необходимо ли зашивать брюшную полость наглухо или дренировать. Почти полностью закрылась бы глава о многочисленных и разнообразных послеоперационных осложнениях, которые нередко следуют за поздними операциями. Мы не знали бы больше ни ограниченных, ни неограниченных перитонитов, ни динамической, ни смешанной непроходимости, ни тяжелых по своему течению и безнадежных по исходу пилефлебитов. Возможность оперировать физиологическим разрезом Мак Бурнея при почти нормальной брюшине и небольших изменениях со стороны слепой кишки и отростка, при минимальном нанесении травмы, позволила бы улучшить не только ближайшие, но и отдаленные результаты.

Не нужно думать, что нарисованная мной картина фантастична. Все сказанное осуществится само собой, как только будет строго соблюдаться указанный ранний срок операции.

Но операция в начальном периоде острого аппендицита требует раннего распознавания заболевания и ранней госпитализации больного, и нам кажется, что в настоящее время эта сторона дела значительно больше нуждается в улучшении, чем дальнейшие попытки к усовершенствованию техники.

Само собой разумеется, что раннее распознавание острого воспаления червеобразного отростка начинается не в клиниках, больницах и институтах, а производится врачами квартирной помощи, амбулаторий и здравпунктов, т. е. всеми теми, к которым в первую очередь обращается заболевший. Конечно, и в настоящее время можно еще встретить малокультурного больного, который ждет не только часы, но и дни, раньше чем обратится к врачу. Тем более пристального внимания и изучения заслуживает работа врачей с момента, когда к ним обратился больной с острым воспалением червеобразного отростка.

Многочисленные примеры не оставляют никакого сомнения в том, что, наряду с безукоризненными и совершенно правильными действиями врачей, имеет место и ряд чрезвычайно нежелательных и печальных фактов. Вот несколько примеров, взятых мной из богатого в этом отношении материала.

Наблюдение № 1. Женщина 33 лет поступила 21/IV 1934 г. Заболела за 4 дня до поступления, т. е. 17/V. Боли в правой подвздошной области, рвота, температура 37,2°. Во время третьего приступа 19/IV обратилась к врачу поликлиники, который сказал больной, что она здорова; бюллетеня не дал. 20/IV с трудом работала; обратилась к врачу здравпункта, который дал больной касторку и послал обратно на работу. 21/IV с утра озноб, боли усилились. Вызванный врач Скорой помощи направил больную в Институт. Температура 40,1°. Тяжелое состояние. На операции флегмонозный отросток с резко измененной некротизированной брыжейкой. Больная погибла от пилефлебита.

Наблюдение № 2. Мужчина 45 лет поступил 10/VII 1933 г. Боли в животе с 8 числа, преимущественно в верхней половине. Всю ночь не спал. Утром вышел на работу, но работать не смог. В амбулатории завода ему больничного листа не дали, но больной сам ушел домой, не будучи в силах ничего делать. Утром 10/VII по соб-

ственной инициативе принял касторку. Боли резко усилились. По доставлении в Институт оперирован при клинической картине «прободного перитонита»; перфоративный аппендицит. Смерть через 48 часов от перитонита.

Если в двух предыдущих наблюдениях, повидимому, заболевание не было распознано, в результате чего последовало запоздание с госпитализацией, то в двух последующих примерах мы видим иную картину — при распознанном заболевании больные не были госпитализированы.

Наблюдение № 3. Женщина 28 лет. Заболела 24 часа назад, боли в правой подвздошной области. Дважды была рвота. Врач-терапевт, распознал «острый аппендицит», но оперироваться не советовал, ссылаясь на то, что больная слаба здоровьем. Утром на следующий день врач квартирной помощи подтвердил диагноз, но советовал оперироваться в интервале. Так как боли усилились, вызвали Скорую помощь, которая доставила больную в Институт. Приступ по счету третий. Ясная картина аппендицита. При поступлении больная на операцию не соглашалась, так как предыдущие врачи не советовали оперироваться. На операции эмпиема отростка. Выздоровление.

Наблюдение № 4. Мальчик М., 11 лет, поступил 23/XI 1933 г. Заболел три дня назад. Головная боль, боли в правой подвздошной области, рвота. 21/XI врач квартирной помощи заподозрил аппендицит, назначил клизму, обещал прислать хирурга, но пришел с хирургом только 23/XI и ребенок был направлен в Институт. На операции перфоративный аппендицит. Выздоровление.

Но если в наблюдениях № 3 и № 4 диагноз особых затруднений не вызывал, то в следующем случае это, без сомнения, имело место и привело к промедлению с операцией.

Наблюдение № 5. Мужчина 33 лет поступил 19/XI 1934 г. через 36 часов от начала заболевания. Дома больного видели 7 врачей: 4 терапевта и 3 хирурга. Диагноз колебался между холециститом и аппендицитом. Получал повторно клизмы. На операции деструктивный аппендицит, расположенный ретроцекально. Погиб на 8-й день от перитонита.

По всей вероятности, мы оказались бы в таком же затруднении, как вышеупомянутые 7 товарищей, так как дифференциальный диагноз между аппендицитом и холециститом действительно может быть весьма нелегким или даже совершенно невозможным. Однако, будучи в сомнении, мы не нашли бы для себя достаточных оснований, чтобы предписывать больному многократную клизму.

Я мог бы без труда намного увеличить число этих примеров, если бы не дорожил вашим и своим временем.

При дальнейшем анализе диагнозов направляющих врачей нам придется принять во внимание факт умышленного, неправильного распознавания, что иногда имеет место. Зная, что с некоторыми заболеваниями не всегда легко госпитализировать больного, например, с сальпингооофоритом или гастроэнтеритом, врач умышленно ставит распознавание острого аппендицита, вполне правильно учитывая, что с этим подложным паспортом больной пройдет через закрытую дверь любого лечебного заведения. Это явление нельзя не назвать печальным, так как у больницыного врача, знающего об этом способе госпитализации, невольно вырабатывается недоверие к диагнозу направляющего врача. Между тем врач, который первый видит больного в самом начале заболевания, иногда имеет возможность правильнее ставить распознавание, чем тот, которому приходится наблюдать больного впоследствии, в особенности после перевозки. Если после сказанного мы подвергнем рассмотрению диагнозы больных, направленных в Институт с распознаванием острого

аппендицита, то оказывается, что общее число поступивших с диагнозом острый аппендицит — 2 982; из них: правильный диагноз у 2 323 человек (78%), ошибочный диагноз — у 659 (22%).

Тотчас по поступлении или в ближайшие часы у 495 больных, т. е. у 16,6%, в институте удалось отвергнуть диагноз острого аппендицита и поставить правильное распознавание заболеваний, не потребовавших оперативного вмешательства.

У 94 больных, т. е. у 3,15%, было доказано в институте, что речь шла не об остром воспалении червеобразного отростка, но о заболеваниях других органов, требующих неотложной хирургической помощи: 50 больных с перфорацией желудка, 18 — с непроходимостью кишечника, один — с брюшнотифозной перфорацией, 18 — с внематочной беременностью, 6 — с перекручиванием ножки кисты яичника и, наконец, один больной — с перекручиванием семенного канатика яичка.

У нескольких больных правильный диагноз направляющего врача сначала нами был изменен на неправильный и исправлен лишь впоследствии.

Наконец, у 70 больных, т. е. у 2,5%, мы присоединились к ошибочному распознаванию острого аппендицита, поставленного направляющим врачом, и больные были оперированы, о чем подробнее будет сказано ниже.

Мы, конечно, не ставим себе задачей излагать сегодня всем хорошо известную клиническую картину острого аппендицита и давать полную дифференциальную диагностику. К тому же выступления предыдущих докладчиков существенно облегчили нашу задачу. Было сказано об особенностях течения аппендицита у детей (Т. П. Краснобаев) и о затруднениях, с которыми приходится сталкиваться при распознавании этого заболевания в старческом возрасте (Н. Д. Каменская), в котором оно распознается чаще, если думать об его возможности. Были приведены особенности течения часто встречающегося ретроцекального аппендицита (Э. Н. Степанова и М. С. Архангельская-Левина), равно как и редко попадающихся форм аппендицита слева (З. В. Польш) и в грыжевом мешке (М. М. Макаров). Из докладов лаборантов (П. Н. Демидовой и Е. П. Черняевой) и рентгенологов (О. О. Дена и Е. А. Пчелиной) видно, какую реальную и ценную помощь они могут оказать при распознавании трудных случаев.

Типичные случаи острого аппендицита распознаются относительно хорошо. Это доказывает хотя бы тот факт, что у 78% всех поступивших больных диагноз оказался правильным. Если к этому добавить, что у 3,15% больных в институте удавалось исправить ошибочный диагноз, то окажется, считая округленно, что у 80% всех больных, т. е. у четырех из пяти, распознавание больших затруднений не представляет. У остальных 20% больных поставить правильное распознавание трудно, а у части больных до операции вообще невозможно.

Хотя клиническая картина острого аппендицита за последние десятилетия и обогатилась многочисленными признаками, которые при наличии и достаточной отчетливости могут при распознавании принести большую пользу, как, например, признаки Ровзинга (Rovsing), Блюмберга (Blumberg) и др., однако, по моему мнению, клиническая картина острого аппендицита нуждается в уточнении.

Классическая картина острого аппендицита, нарисованная блестящими клиницистами Мак Бурнеем, Дьеулафуа (Dieulafoy) и многими другими, строилась на ничтожном материале. Так, например, для исключи-

тельно богатого по своему содержанию доклада, сделанного Мак Бурнеем 13/XI 1889 г., было использовано всего 8 наблюдений. На их основании было определено точное местоположение получившей мировую известность болевой точки. И разве удивительно, что на огромном материале по острому аппендициту, которым располагают современные клиники, вскоре выяснилось, что всего того, что классики выдавали за типичную картину, часто в действительности может не оказаться; врач, воспитанный на этих признаках, при их отсутствии легко впадает в ошибку. Так, например, в знаменитой триаде Дьелафуа «боль, *défense musculaire* и гиперестезия» часто может последнего признака не хватать. Иногда не только отсутствует точка Мак Бурнея, но в правой подвздошной области вообще нет болезненности, так как, по остроумному выражению Мондора (Mondor), боль при аппендиците не всегда назначает свидание хирургу в правой подвздошной области.

Из различных признаков, описанных при остром аппендиците, лишь только боль наблюдается во всех случаях. Другие встречаются то в большем, то в меньшем числе случаев, как это видно на приводимой таблице.

Наименование признака	Частота (в процентах)
Локализованная боль	100
Температура 37—38° (у 40%), 38—39° (у 48%)	88
Ригидность брюшной стенки	77
Признак Блюмберга	72
» Ровзинга	67
Пульс выше нормального	57
Рвота	42
Тошнота	41
Болезненность	40
Болезненность по всему животу	32
Запор	10
Понос	2

Эти наши данные почти совпадают с таковыми же, приведенными Б. П. Абрамсоном из клиники А. М. Заблудовского, и нужно полагать, что близки к действительности. Лишь некоторые из них остановят наше внимание. Это в первую очередь касается боли.

45 лет назад, на основании всего 8 наблюдений, Мак Бурней определил местоположение своей болевой точки в правой подвздошной области. По его мнению (цитирую по оригиналу), «в каждом случае острого аппендицита местоположение наибольшей болезненности, вызванной надавливанием одним пальцем, находится совершенно точно на расстоянии $1\frac{1}{2}$ или 2 дюймов (что соответствует $4\frac{1}{2}$ —5 см.—Ю. Д.) от передней верхней ости подвздошной кости, на линии, соединяющей этот костный выступ с пупком». До какой степени Мак Бурней придавал значение точной локализации этой точки, доказывает тот факт, что в примечании к своей работе он добавляет: «Я имел возможность наблюдать еще 3 больных; у двух из них болезненная точка располагалась на два дюйма, а у одного — на 1 и $\frac{7}{8}$ дюйма от передней верхней ости подвздошной кости». Переводчики вследствие неправильного перевода переместили эту точку на середину расстояния между передней верхней

остью подвздошной кости и пупком, вместо места соединения между наружной и средней третью, по той же линии. Среди многочисленных других авторов также ошибочно поместил ее и Ланц (Lanz). За ним следуют многие другие, например, Э. Г. Салищев у нас, Буркхардт (Burckhardt) в Германии. Как вполне правильно замечает Лежар (Lejars), посвятивший в 1908 г. этому вопросу обстоятельную статью, точка эта, ставшая классической, потеряла точную локализацию. И вот, казалось бы, переместившись, она не должна была бы служить маяком, указывающим хирургу точное место впадения червеобразного отростка в слепую кишку. На самом деле ничего подобного не случилось, и на новом незаконном месте эта точка оказывалась так же действительной, как и на законном.

Появившаяся в 1908 г. точка Ланца также нашла для себя место в правой подвздошной области, на месте соединения наружной трети со средней по биспинальной линии. Однако в конкурентах недостатка не было, и к точкам Кюммеля (Kümmel), Мориса (Moris), Монро (Munro) присоединилась мало известная у нас точка Тюссо-Жероди (Tussau-Gérodie).

Из всех перечисленных точек наибольшей популярностью продолжают пользоваться точки Мак Бурнея и Ланца; их всемирное признание настолько велико, что почти все авторы, даже такие, как Буркхардт и Тюссо, которые считают, что при остром аппендиците болезненной является не какая-либо определенная точка, а иногда целая область в правой подвздошной ямке, тут же начинают описывать по крайней мере только что названные две точки.

Нам кажется, что настало время сказать: при остром аппендиците болезненной является не какая-либо одна точка, а целая область и все эти болевые точки должны сохранить лишь историческое значение. Отказываясь от точек, мы должны будем отказаться и от методики исследования кончиком пальца, как это требовал Мак Бурней, и заменить ее исследованием болезненности всей поверхностью ладони.

Необходимо, чтобы со школьной скамьи будущий врач проникся сознанием того, чему учил Лежар, что нельзя говорить: «нет Мак Бурнея — нет аппендицита, равно как есть Мак Бурней — есть аппендицит».

Боль — этот наиболее постоянный признак острого аппендицита — требует еще нескольких слов для своей характеристики. Как все знают, она чрезвычайно часто начинается в подложечной области. Хирург редко видит больного в этой «эпигастральной фазе», по выражению Окинчица. Эта фаза принадлежит терапевту или педиатру. К сожалению, именно эта локализация боли, при наличии тошноты и рвоты и в особенности, если при этом больной отмечает погрешности в диете, часто толкает врача на ложный путь дачи слабительного. В дальнейшем боли локализуются около пупка, чтобы окончательно сконцентрироваться в правой подвздошной области. Если я позволил себе остановиться на этой всем известной истине, то только для того, чтобы настойчивее подчеркнуть тот факт, что при ретроцекальном аппендиците, как вы уже слышали, боли могут быть слабо выраженными в правой подвздошной области и ощущаться сзади в пространстве между XII ребром и гребешком подвздошной кости или в правом подреберье; при аппендиците слева они могут смещаться в левую сторону или странным образом удерживать свою нормальную локализацию в правой подвздошной области, а при тазовом аппендиците боль может быть выявлена лишь при исследовании *per rectum* или *per vaginam*, о чем, к сожалению, все еще

нередко забывают! О двух других болевых признаках Ровзинга и Блюмберга я говорить не буду.

Следующий важнейший признак, почти всегда идущий рука об руку с болью, — это *défense musculaire*. Но и здесь необходимо помнить, что при некоторых условиях, например, при совершенно вялой или жирной брюшной стенке, этот признак может отсутствовать.

Другие признаки, приведенные в таблице, заслуживают особенного внимания не столько частотой их нахождения, сколько тем, что они нередко могут отсутствовать; стоит напомнить, например, что мы не раз оперировали больных с воспалением червеобразного отростка при совершенно нормальной температуре.

Накопление огромного материала и выявление многоликостью физиономии острого аппендицита привели к созданию многочисленных клинических форм. Наряду с, так сказать, классической формой острого аппендицита выделился аппендицит детского и старческого возраста, ретроцекальный, тазовый и другие виды заболевания; особенное внимание было уделено так называемой токсической форме, протекающей при чрезвычайно тяжелых общих явлениях.

Много труда было потрачено на точное определение патологоанатомических изменений в отростке на основании клинических признаков; это было особенно важно тогда, когда при остром аппендиците вмешивались с выбором, оперируя при одних формах и воздерживаясь при других. Конечно, никто не спорит, что при наличии некоторых всем известных признаков можно поставить правильное распознавание перфоративного аппендицита, но не менее важным представляется нам усвоение того, ставшего очевидным факта, что патологоанатомические изменения опережают клиническую картину. Однако, наряду с тяжелыми изменениями в отростке при минимальных клинических изменениях, бывают случаи, когда при кажущейся тяжелой клинической картине хирурга поражает ничтожность изменений в червеобразном отростке; неудовлетворенный этой находкой и неуверенный в диагнозе, он с недоверием ждет следующего дня, пока резкое падение температуры и благоприятное клиническое течение не подтвердят ему, что он убрал истинного виновника заболевания.

«Поступают двое больных, — говорит по поводу аналогичных случаев Крэке (Kreske), — с легкими болями в животе и с незначительными объективными явлениями. У каждого из них приходится вообще сомневаться, имеется ли аппендицит, и у обоих долго обсуждается показание к операции. Что же находят при операции? У одного — тягчайшие изменения червеобразного отростка с разрушением слизистой, у другого — червеобразный отросток едва изменен и вообще в животе никаких других патологических явлений».

Попытки точно определить местоположение червеобразного отростка на основании клинических данных, предпринятые Крюгером (Krüger) и многими другими, часто оказываются несостоятельными и не имеют существенного значения.

Но иногда самого тщательного, систематического и всестороннего исследования оказывается недостаточно, чтобы прийти к определенному заключению, а между тем ранняя операция требует раннего распознавания заболевания. В этих случаях консультации опытных терапевта и гинеколога могут явиться совершенно необходимыми. И, наконец, когда наши клинические возможности исчерпаны, на помощь нам чрезвычайно часто приходят данные лабораторных, а иногда и рентгено-

логического исследований. Мы должны чистосердечно сознаться, что не будь в нашем распоряжении всех названных помощников, число наших ошибок безусловно увеличилось бы. Несколько больных не было оперировано лишь потому, что при невозможности решить вопрос, что у них — аппендицит или почечная колика, — лаборатория вовремя сообщала, что в исследуемой моче «все поле зрения усеяно эритроцитами».

Из сказанного необходимо сделать вывод, что учреждения, несущие круглосуточное дежурство по Скорой помощи и рассчитанные на большое количество больных, должны срочно получить соответствующие штаты. Существующая триада — дежурный хирург, дежурная операционная сестра и санитарка — должна быть дополнена дежурным лаборантом и врачом-рентгенологом. И мы несколько не сомневаемся в том, что хирург не вправе оперировать больного с острым аппендицитом без предварительного исследования мочи и крови.

Но, к сожалению, опыта не только одного хирурга, но и целой группы разных специалистов может оказаться в некоторых случаях недостаточно, чтобы немедленно поставить диагноз.

Всего таких больных, у которых мы не могли сразу решить вопрос о наличии острого аппендицита, было 47, из них 11 мужчин и в три раза больше женщин (36), что вполне понятно, так как ставить распознавание у последних, по понятным причинам, значительно труднее.

Из этих 47 больных мы потеряли трех. В конце концов мы у всех этих больных поставили до операции распознавание острого аппендицита, но безусловно с опозданием. Мы не погрешили в том, что Пайр (Paur) называет Organfehldiagnose, но не избежали Zeitfehldiagnose.

Насколько запутанным может быть положение, разрешите иллюстрировать лишь двумя примерами, которые я привожу из числа многих, имеющих в моем распоряжении.

Наблюдение № 1. Женщина 33 лет доставлена с диагнозом: острый аппендицит. Накануне была рвота и болел живот. Объективно — живот немного вздут, совершенно безболезненный. Температура 38,4°. Лейкоцитоз 13 400. Диагноз: грипп (?). На 2-й день умеренная болезненность справа и на уровне пупка; диагноз: аппендицит или холецистит. Позже в тот же день ригидность мышц справа и снаружи от пупка. Небольшая болезненность в правой подвздошной области. Операция — гангренозный аппендицит. Выздоровление.

Наблюдение № 2. Женщина 33 лет доставлена с диагнозом: острый аппендицит. За день до поступления начались боли в животе, рвота после съеденного мясного блюда, которого не смогла доест из-за неприятного вкуса. Все время рвота желчью. Живот шадит при дыхании; он болезнен в обеих подвздошных областях. Мышцы живота ригидны, при отвлечении внимания больной удается глубоко пальпировать. Лейкоцитоз 4 200, небольшой сдвиг. Диагноз врача приемного покоя: алиментарная интоксикация.

На следующий день пульс 120 ударов в минуту. Язык суховатый; живот вздут, Ясная ригидность по всему животу, преимущественно в обеих подвздошных областях. Из влагалища обильное гнойное отделяемое. Резкая болезненность в области обеих почек. Ввиду высокой температуры (39°), лейкопении можно было предположить брюшнотифозную перфорацию, но исключить с уверенностью гинекологический перитонит не представляется возможным. По консультации со мной решено оперировать под диагнозом «перитонит неясного происхождения». При операции установлен перфоративный аппендицит. Смерть на 3-й день после операции.

Наконец, перехожу к группе в 70 больных, у которых мы присоединились к ошибочному диагнозу острого аппендицита, и больные были под неправильным диагнозом оперированы, из них у 59 человек операция была безусловно показана, у 8 — относительно показана и у трех — безусловно противопоказана.

Если сделать расчет на всю группу поступивших и разобранных нами больных, то 70 ошибочных диагнозов составляет всего 2,5% ошибок; эта цифра находится, так сказать, в пределах нормы, если принять во внимание, что процент этот колеблется от 0,4 у Гартмана (Hartmann) до 10 у Ленормана (Lenormant). Вы слышали здесь на конференции, что у некоторых наших отечественных хирургов этот процент также если и существует, то поднимается немногим выше 1.

Однако я осмеливаюсь утверждать, что все мы ошибаемся чаще, чем об этом говорят наши цифры. Так, например, выше я указал, что в 47 случаях мы не сразу поставили диагноз, а должны были выждать; в конце концов, диагноз поставили правильно до операции. Куда же следует отнести этих 47 больных; в мою статистику ошибок они не вошли, так как ведь нельзя говорить об ошибке, если больной находится у меня под наблюдением и я, в конце концов, ставлю правильный диагноз! Но я указал выше, что из этих 47 больных мы потеряли трех.

Я прекрасно помню больную М., которую я самым добросовестным образом наблюдал изо дня в день в продолжение нескольких дней. В конце концов, мы поставили диагноз поддиафрагмального абсцесса, исходящего из аппендицита, и я решил ее на следующее утро оперировать. А в 2 часа ночи мне сообщили, что гнойник прорвался в бронхиальное дерево и больная задохлась.

Если мы при остром аппендиците требуем раннего распознавания и ранней операции, то должны были бы, во-первых, условиться, что диагноз, поставленный у больного позже, чем через 24 часа, должен считаться ошибочным. Во-вторых, если мы хотим честно приблизиться к выявлению наших реальных ошибок, то необходимо ввести один простой, но совершенно точный учет. Хирург безусловно до операции собственноручно пишет клинический диагноз, и не в виде целого перечня, что это может быть перитонит или непроходимость, или перекрученная ножка кисты яичника, а выставляет один единственный диагноз, который ему кажется верным или наиболее вероятным. Я предполагаю в ближайшее время проделать такую работу, и мне бы хотелось, чтобы и другие товарищи присоединились к такому способу учета. Я не сомневаюсь, что наши скромные цифры процента ошибок, которыми мы гордимся в настоящее время при постановке распознавания при так называемом остром животе, резко возрастут.

Тот малый процент ошибок, который нами был совершен, не должен служить для нас утешением, так как анализ этих случаев показывает ряд чрезвычайно нежелательных фактов. Дальнейшее изучение диагнозов института показывает, что среди заболеваний, с которыми чаще всего смешивают острый аппендицит, первое по частоте место занимают страдания желудочно-кишечного тракта (216 больных).

При этом оказывается, что если 180 из этих больных (83,3%) подлежали лишь консервативному лечению, то остальные 36 (16,7%) безусловно нуждались в немедленном оперативном вмешательстве.

Отличать эти заболевания от острого аппендицита при типичной картине сравнительно легко, но при необычном течении именно они ставят в затруднительное положение терапевта, назначающего слабительное и предписывающего клизмы, а за ним в таком же положении может оказаться и хирург, оперирующий больного, по той простой причине, что в том и другом случае дело идет о заболеваниях желудочно-кишечного тракта, дающих одинаковые признаки: боль, тошноту, рвоту и понос!

Среди этой группы, где больные были оперированы под диагнозом острого аппендицита и где операция была безусловно показана, я назыву: 23 больных с перфорацией желудка, 8 — с непроходимостью кишечника, 4 — с брюшнотифозной перфорацией, 1 — с перфорацией тонкой кишки и 2 — с перитонитом неизвестного происхождения.

Принимая во внимание, что, как учит опыт, иногда бывает трудно поставить распознавание между перфорацией желудка и острым аппендицитом, иногда даже с помощью рентгенологического исследования, мы считали бы практически правильным в этих трудных для распознавания случаях всегда начинать операцию с аппендикулярного разреза, так как при такой тактике больному наносится меньше вреда.

Второе место занимают заболевания женских половых органов (174 больных), причем преобладают воспалительные процессы: сальпинго-оофориты, пери- и параметриты, столь трудно отличимые от острого аппендицита. Эти больные также могут быть разделены на две группы: первую, большую по численности, составляют 150 человек, т. е. 86,2%, которые подлежали лишь консервативной терапии, и меньшую — всего 19 больных (11%), те, которые хотя и под неправильным диагнозом острого аппендицита, но все же подлежали операции. Среди этих больных четыре было с перекрученной кистой яичника, восемь — с внематочной беременностью, семь — с кровоизлиянием в яичник, к этой же группе мы причисляем 5 больных (2,6%) с сальпинго-оофоритом, у которых операцию можно считать относительно показанной, но у которых при правильном распознавании мы бы не вмешались.

Следующую по численности группу составляют заболевания мочевых путей (82 больных), преимущественно камни почек, мочеточников и сопровождающая их почечная колика, пиелит и перекручивание ножки подвижной почки. В этой группе, несмотря на ряд трудных для распознавания случаев, ни разу не было произведено ошибочного оперативного вмешательства. Но чтобы показать, насколько сложной может оказаться клиническая картина и насколько мы не вполне гарантированы от ошибочных операций, разрешите мне привести одно исключительное наблюдение.

Женщина 44 лет. Поступила 10/X 1934 г. Больна 5 дней. Боли в правой подвздошной области, рвота. 7/X врач поставил распознавание гастроэнтерита и больная приняла слабительное. В день поступления боли немного стихли. Стул 2 дня задержан. Температура 38,4°. Живот вздут, резкая болезненность в правой подвздошной области. Поясничная область справа сильно болезненна. Лейкоцитоз 13 970. Симптомы Ровзинга и Блюмберга положительные. Боли отдают в правую ногу. Моча без изменений. Диагноз: ретроцекальный аппендицит. Операция. Экссудата нет, отросток без видимых изменений, гистологически *appendicitis chron. fibr.* Во время операции удалась нащупать большую почку. После операции высокая температура и боли в поясничной области держатся. На 13-й день помочилась мутной мочой, появилась болезненность к концу мочеиспускания. В моче обнаружен маленький камешек. На рентгенограмме (27/X) большой коралловый камень, заполняющий всю лоханку; два маленьких пятна в устье мочеточника, подозрительные на камни. Впоследствии нефрэктомия. Выздоровление.

Большое число больных (70 человек) поступило с инфекционными заболеваниями. Среди них преобладали больные гриппом, было много больных тифом (20 человек), по одному больному сыпным тифом, скарлатиной, малярией и даже рожей.

Больным этой группы было произведено три операции (при брюшном тифе, малярии и, чтобы не дробить изложения, — плевропневмонии), которые при правильном распознавании были бы безусловно противопоказаны.

Мы не будем, конечно, утверждать, что при всестороннем и сугубо внимательном обследовании этих больных не удалось бы избежать ошибок.

Наконец, у довольно значительной группы больных (24 человека) было заболевание желчного пузыря. Низкое положение печени и желчного пузыря или, наоборот, высокое положение отростка, завернутого кверху или ретроцекально, делают понятным, что в некоторых случаях правильное распознавание будет трудным, порой невозможным. В сомнительных случаях приходится оперировать. При этом, по нашему мнению, необходимо придерживаться следующей тактики. Если операция начата с аппендикулярного разреза, то нерационально, при установлении нормального отростка, продолжать разрез вверх до желчного пузыря, так как это грозит перерезкой всех нервов, иннервирующих мышцы живота, а выгоднее сделать новый отдельный разрез, косой или парамедианный, по выбору оперирующего.

В этой группе при неправильном распознавании мы оперировали одного больного с острым холециститом, у которого операция была лишь относительно показана, а при правильном распознавании, согласно нашим установкам не оперировать большинство больных с острым холециститом, мы бы от операции воздержались.

К сожалению, в каждой клинике, располагающей аналогичным материалом, ошибки, подобные перечисленным выше, имеют место. Так, например, по статистике, опубликованной Кервеном (Quervain) в 1913 г., видно, что на 1723 операции по поводу острого аппендицита было 19 ненужных операций: семи больным с воспалением легких, трем — с брюшным тифом, одному — с корью, одному — с нефритом и семи страдающим истерией — при симуляции.

С момента опубликования этой статистики прошло больше 20 лет, число ошибочных распознаваний и ненужных операций резко уменьшилось; но мы должны громко сказать, что, к сожалению, они еще существуют! Это не может не действовать как сдерживающий фактор и может выставляться как козырь против принципа ранней операции. Тем упорнее мы должны работать над изучением многоликости физиономии острого аппендицита и стараться уменьшить или совершенно уничтожить эти нежелательные ошибки.

Резюме

Из 2982 больных, поступивших в институт с диагнозом острого аппендицита, последний подтвердился у 2323 человек (78%) и оказался неправильным у 659 (22%). Заболевания, с которыми чаще всего смешивали острый аппендицит, распределяются следующим образом: страдания желудочно-кишечного тракта — 216 случаев, женских половых органов — 174 случая, мочевых путей — 82 случая, инфекционные заболевания — 70 случаев и заболевания желчного пузыря 24 случая.

Тотчас по поступлении или в первые часы после него у 495 больных (16,6%) неправильное распознавание острого аппендицита удалось отвергнуть и поставить диагноз заболеваний, не требующих хирургического вмешательства. У 94 поступивших (3,15%) было выяснено, что речь шла не об остром аппендиците, а о других заболеваниях, все же требующих неотложной хирургической помощи, как-то: у 50 — перфорация желудка, у 18 — непроходимость кишечника, у одного — брюшнотифозная

перфорация, у 18 — внематочная беременность, у 6 — перекрученная киста яичника, у одного — перекрученный семенной канатик.

70 человек (2,5%) были оперированы под неправильным диагнозом; из них у 59 операция была безусловно показана, у восьми — относительно и у трех — безусловно противопоказана (брюшной тиф, плевропневмония и малярия).

У 47 больных для постановки правильного распознавания пришлось выждать от нескольких часов до нескольких дней.

Среди многочисленных признаков острого аппендицита наибольшую ценность представляет наличие болезненности, но не в какой-либо одной точке, а чаще всего в правой подвздошной области; болезненность иногда может быть выявлена в каком-либо другом месте (например, в поясничной области) в зависимости от положения отростка. Ввиду того что из-за изменчивости клинической картины в одном случае из пяти распознавание острого воспаления червеобразного отростка может представить значительные затруднения, необходимо сделать вывод, что знание различных клинических форм аппендицита должно стать достоянием широких врачебных масс. С другой стороны, хирург должен иметь в своем распоряжении данные лабораторного и рентгенологического исследований и возможность немедленной консультации с терапевтом, гинекологом и урологом.

Вестник хирургии, 1935, 40, 112—113, 170—180.



ВЫСТУПЛЕНИЯ В ПРЕНИЯХ НА ЗАСЕДАНИЯХ ГОРОДСКОЙ И ОБЛАСТНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ПО ВОПРОСУ «ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ»

10/XII 1934 г.

В о вступительном слове я уже сказал, что, считая необходимым распространение сведений по острому аппендициту, мы организовали в институте ряд лекций, которые, к сожалению, по причинам, от нас не зависящим, не получили должного развития.

Как вы слышали, патологоанатомы призывали нас к единению с ними. Мы, конечно, всецело приветствуем такое объединение. Должен, однако, сознаться, что многократные разборы этого вопроса совместно с ними нас мало подвинули вперед. В конце концов, мы с Г. В. Шором согласились на известный компромисс. С точки зрения чисто патологоанатомической деление, которое он в настоящее время предлагает, может быть, и не вполне выдерживает критику, но эта классификация, по нашему мнению, как раз соответствует тому, что необходимо клиницисту, что дает возможность не только учитывать настоящее, но и довольно точно предвидеть будущее. Согласно этой классификации, существует простой аппендицит; наряду с ним, имеется флегмонозная, более тяжелая форма. Хотя патологоанатомически обе эти формы как бы стоят довольно далеко друг от друга, но они объединены тем чрезвычайно важным фактором, что брюшинный покров при обеих формах микроскопически остается целым; если простой катаральный аппендицит почти не дает смертности, то при флегмонозных формах смертность не превышает 1%.

Картина сразу меняется, как только от этих форм мы переходим к деструктивным формам, к которым мы считаем необходимым отнести аппендициты: гангренозный (некротический) и перфоративный. При этих формах смертность была равна в среднем 8,3%.

Но расхождение между клиницистами и патологоанатомами существует не только в этом. На довольно значительном материале при довольно бурной клинической картине острого аппендицита, когда температура иногда доходила до 38,5° и явления со стороны брюшной полости не оставляли никакого сомнения в наличии острых воспалительных явлений, когда лаборатория подкрепляла своими данными этот диагноз, когда лейкоцитоз доходил иногда до 25 000 и когда после операции на второй день больной лежал веселенький и все шло гладко, от патологоанатома мы получали ответ, что имеется лишь *appendicitis chronica*. Я не сомневаюсь, что и в этих случаях при серийном исследовании были бы найдены данные, говорящие за острые изменения в червеобраз-

ном отростке. Кроме того, должен подчеркнуть, что эта форма в настоящее время хорошо известна; в частности, ей посвящена обстоятельная работа Клермона (Clairmont), который считает, что на его материале эта форма достигает 11%.

Еще о классификации. И без того запутанную классификацию хотят еще усложнить. Так, А. М. Заблудовский и Б. П. Абрамсон предлагают ввести еще два новых термина для межуточного периода: утихающая и нарастающая формы межуточного периода. В жизни не так-то легко отличить эти два состояния, как об этом можно было бы думать на основании тех ножниц, которые нам изобразил Б. П. Абрамсон. Я скажу больше, не только клинически трудно бывает отличить две формы друг от друга. Это иногда трудно и патологоанатомически у операционного стола, когда червеобразный отросток в руках.

Идея, которую мы защищаем, была ясна давно. 45 лет назад в своем блестящем и содержательном докладе Мак Бурней сказал: «Нельзя на основании клинических данных поставить диагноз патологоанатомических изменений».

Мне кажется, что созванная нами конференция достигла цели. В вопросе о сроках операции мы все ближе и ближе подходим друг к другу.

Вестник хирургии, 1935, 40, 112—113, 96—97.

* * *

12/XII 1934 г. (утреннее заседание)

Результаты обработки огромного материала П. Н. Демидовой и ее помощников по лаборатории института, как вы имели возможность убедиться из исчерпывающего доклада П. Н. Демидовой, не могли, конечно, остаться без влияния на работников института. Они убедили нас в том, что мы обязаны все более и более считаться с данными, которые сообщает нам лаборатория. Отсюда, конечно, нисколько не следует, что мы должны слепо идти на поводу у лаборатории. Но в общих рамках данных клинического исследования лаборатория должна будет занять подобающее и заслуженное ею место.

Нас спрашивают, почему мы не поставили на конференции отдельно вопроса «аппендицит и беременность»? Сравнительно не так давно этот вопрос дебатировался в Хирургическом обществе Пирогова, где был заслушан доклад Д. А. Лемберг. В настоящее время материал института оказался случайно настолько незначительным, что мы не нашли возможным выдвинуть его отдельной темой.

Принципиально мы присоединяемся к тем положениям, которые были здесь высказаны товарищами гинекологами.

Что касается замечаний по поводу моего доклада, то принципиальных возражений я не слышал. Многие из товарищей в своих выступлениях лишь дополняли то, что я уже сказал. Но я должен сказать несколько слов по поводу одного замечания.

Я, конечно, был бы в восторге, если бы мог утверждать, что обладаю по всем специальностям настолько совершенными познаниями, что не нуждаюсь в советах других специалистов. К сожалению, это не так, и я не раз видел явную пользу от консультации как с гинекологом, так и с урологом, а потому в дальнейшем не считал бы для себя зазорным следовать по тому же пути.

Вестник хирургии, 1935, 40, 112—113, 184.

* * *

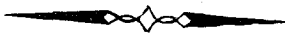
12/XII 1934 г. (вечернее заседание)

Оба вопроса, которые стоят сегодня в порядке дня, являются существенными. Что касается тампонады, то мы никого не стараемся убедить, что никогда к ней не прибегаем, если сами указываем, что тампонируем в 11% всех деструктивных случаев. Но если я припомню, как в то время, когда я молодым врачом начинал работать в хирургическом отделении, тампонировали чуть ли не каждый раз, когда находили гной в животе, то от этого момента мы ушли далеко. В настоящее время, если мне удалось убрать источник инфекции, хорошо остановить кровотечение, если не нарушена целостность брюшинного покрова, то я нахожу возможным не тампонировать, даже если в животе много гноя; я не буду тампонировать лишь потому, что я оперирую на третий день заболевания или позже.

Теперь относительно обработки культи. Я прекрасно понимаю, что способ перевязки отростка и погружения культи имеет настолько большое распространение, основан на таком большом числе клинических наблюдений, что трудно убедить хирургов, которые к этому способу привыкли, что можно совершенно тех же результатов достигнуть значительно проще — путем перевязки отростка, его отсечения и без погружения культи. Результаты от этого нисколько не будут хуже. Сначала, в первых своих наблюдениях, нам тоже казалось, что это, как будто страшновато, но наш материал сейчас настолько обширен, что мы со спокойной совестью можем предлагать способ товарищам.

Все наши соображения, которые можно привести в пользу или против защищаемого нами способа обработки культи, изложены в работе нашего сотрудника М. Г. Каменчик. Замечания П. А. Куприянова, конечно, не заставят нас отказаться от способа, в целесообразности которого мы убеждены не только на основании теоретических соображений, но и благодаря наличию достаточно солидно обоснованного фактического материала.

Вестник хирургии, 1935, 40, 112—113, 211.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОСНОВНЫХ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Для выполнения поставленной перед нами Народным Комиссариатом Здравоохранения СССР и Городским отделом здравоохранения задачи мы попытались вначале подойти к ее разрешению на базе всестороннего широкого обследования нескольких хирургических отделений города и сравнения полученных данных. Мы уже располагали в этом отношении некоторым опытом, приобретенным при обследовании амбулаторной сети Ленинграда в 1935 г., результаты которого нас кое-чему научили.

Так, например, мы пришли к заключению, что рассчитывать на получение необходимых данных на основании изучения записей в историях болезни не приходится. Несмотря на это, мы все-таки попытались разобрать предоставленный нам Горздравотделом материал одного из хирургических отделений Ленинграда за один год. Мы внимательно просмотрели 924 истории болезни. При этом оказалось, что записи настолько неточны, что сделать какие-либо даже приблизительные выводы на основании этого материала не представляется возможным, и предпочли от этого пути отказаться.

Тогда мы решили сузить нашу задачу и ответить на поставленные вопросы по крайней мере частично, но на основании материала учреждения, располагающего достаточно точными статистическими данными.

Мы остановились на данных Института скорой помощи в Ленинграде за 3½ года его существования (с 1/V 1932 по 1/I 1936 г.).

Этот путь нам представляется более правильным еще и потому, что при сравнении результатов многочисленных учреждений, работающих в различных условиях, приходится вносить значительное число коррективов, что делает картину менее отчетливой.

Для того чтобы не усложнять задачи, мы временно отказались от анализа некоторых факторов, которые, конечно, не остаются без влияния на результаты лечения, как-то: приспособленности помещения для данной работы, оснащенности учреждения оборудованием и инструментарием. Мы не сомневаемся, конечно, что улучшение в этом направлении только должно сказаться благоприятно.

Однако я позволю себе в нескольких словах указать на условия, в которых нам дано работать. Мы располагаем достаточным количеством квалифицированного персонала, мы имеем возможность пользоваться рентгенологическими и лабораторными исследованиями в продолжение круглых суток и в нашем распоряжении имеется квалифицированная терапевтическая и гинекологическая консультации, т. е. условия,

которые в значительной степени облегчают распознавание заболеваний и, конечно, не могут не оказать существенного влияния на результаты лечения.

Основным заболеванием, изучаемым в нашем институте, безусловно необходимо признать острый аппендицит как по числу наблюдений, так и по тому вниманию, которое сотрудники института имели возможность уделить этому страданию за истекший период.

Материал института по острому аппендициту за время с 1/V 1932 г. по 1/I 1936 г. обнимает 3 000 операций и подвергался уже неоднократно рассмотрению в печати.

В первой группе (1932 г.) на 500 операций отмечалась летальность в 3,2%; во второй (1933 г. и половина 1934 г.) на 1 500 операций — в 1,8% и, наконец, в третьей группе на 1 000 операций (вторая половина 1934 г. и 1935 г.) — в 0,94%.

Анализируя весь этот материал по группам, необходимо отметить, что основные черты его оставались неизменными. Время, прошедшее от начала заболевания и до момента операции, распределение по патолого-анатомическим изменениям в отростках, распределение по полу и возрасту — подвергались крайне незначительным колебаниям.

Таким образом, на уменьшение процента смертности не могли оказать существенного влияния внешние факторы и действительные причины его нужно искать в другом направлении. Объяснить можно более углубленным и по мере накопления опыта более уверенным проведением целого ряда принципиальных установок, применяемых в институте на основании изучения материалов первой серии.

Установки эти следующие: 1) оперировать всех поступивших с острым аппендицитом вне зависимости от стадии заболевания, за исключением тех больных, у которых имеется явно выраженный инфильтрат; 2) максимально ограничить тампонаду брюшной полости; 3) придерживаться определенной техники обработки культуры отростка (простая перевязка без перитонизации). Столь значительное падение летальности — свыше чем в 3 раза за такой короткий промежуток времени, как 3 года — не может быть, конечно, случайным и должно расцениваться как результат определенных методов.

Если сравнить наши данные (1,8% общей летальности, а в последней серии — 0,94%) с американскими, где летальность в среднем равна 5%, то, конечно, необходимо признать, что мы достигли огромных успехов.

Мы полагаем, что по Ленинграду в настоящее время летальность от острого аппендицита может колебаться в пределах от 1 до 3%. В первые же 48 часов она не должна превышать 0,8—1%.

Между тем нельзя закрывать глаза на тот более чем печальный факт, что из 3 010 больных, поступивших к нам с острым аппендицитом, в «благоприятный период» было доставлено только 2 396 больных, т. е. 79,6%, в то время как остальные 614 больных, т. е. 20,4%, поступали к нам на 3-й, 4-й и даже 5-й день болезни, т. е. в явно «неблагоприятный период», когда летальность начинает колебаться в пределах от 3 до 10,1% (табл. 1).

Чем же объяснить, что в нашем городе при налаженности скорой помощи, при наличии квартирной и неотложной помощи один из пяти больных поступает к нам с недопустимым опозданием?

Отчасти это, конечно, зависит от многоликости самого заболевания, которое иногда не под силу распознать даже очень опытному в этом вопросе клиницисту. Но, с другой стороны, многочисленные примеры

не оставляют никакого сомнения в том, что, наряду с безукоризненными и совершенно правильными действиями врачей, имеет место и ряд чрезвычайно нежелательных и печальных фактов.

Таблица 1

Летальность от острого аппендицита по времени, протекающему от начала заболевания

Серия наблюдений Длительность заболевания	1932 I и II 1933			1934 III 1935			Всего		
	поступило	умерло	летальность в %	поступило	умерло	летальность в %	поступило	умерло	летальность в %
1-е сутки	968	8	0,81	590	1	0,17	1558	9	0,6
2-е	580	6	1,0	258	1	0,39	838	7	0,84
3-и	218	10	4,6	101	3	3,0	319	13	4,05
4-е и 5-е сутки	178	18	10,1	117	5	4,2	295	23	7,8
Итого	1944	42	2,16	1066	10	0,94	3010	52	1,7

Вот среди многочисленных примеров один, взятый из нашего богатого в этом отношении материала.

Женщина 33 лет поступила 21/IV 1934 г. Заболела за 4 дня до поступления, т. е. 17/IV. Боли в правой подвздошной области, рвота, температура 37,2°, приступ — третий. 19/IV обратилась к врачу поликлиники, который сказал больной, что она здорова; бюллетеня не дал. 20/IV с трудом работала; обратилась к врачу здравпункта, который дал больной касторку и послал обратно на работу. 21/IV с утра озноб, боли усилились. Вызванный врач Скорой помощи направил больную в институт. Температура 40,1°. Тяжелое состояние. На операции — флегмонозный отросток с резко измененной некротизированной брыжейкой. Больная погибла от пилефлебита.

Если в этом случае заболевание не было распознано, то в следующем примере мы видим обратную картину — заболевание распознается, но больная не госпитализируется.

Женщина 28 лет заболела 24 часа назад, боли в правой подвздошной области. Врач-терапевт распознал «острый аппендицит», но оперироваться не советовал, ссылаясь на то, что больная слаба здоровьем. Утром следующего дня врач квартирной помощи подтвердил распознавание, но советовал оперироваться в интервале. Так как боли усилились, вызвали скорую помощь, которая доставила больную в институт. Приступ — третий. Ясная картина аппендицита. При поступлении больная на операцию не соглашалась, так как предыдущие врачи не советовали оперироваться. На операции эмпиема отростка. Выздоровление.

Я мог бы без труда привести большое число подобных примеров. Организационные выводы из сказанного напрашиваются сами собой; о них будет сказано впоследствии.

Что касается других показателей, то хотя они и имеют второстепенное значение, однако нужно указать, что процент диагнозов после острого аппендицита, в особенности после деструктивных форм, остается высоким (табл. 2).

В этом направлении в институте ведется сейчас работа, позволяющая надеяться, что путем технических усовершенствований и применения некоторых антисептических средств, может быть, удастся достигнуть положительных результатов.

Снижение различного рода осложнений со стороны легких и сердца достигнуто планомерным и последовательным проведением принципа раннего вставания.

Изучение отдаленных результатов сроком до 2½ лет у 1 109 больных показало, что у 73,3%, отмечались хорошие результаты, у 18,3% — удовлетворительные и только у 8,4% результат оказался неудовлетворительным (остались боли в животе). Срок нетрудоспособности с применением раннего вставания снизился с 39 дней до 33,3 дня.

Таблица 2

Тампонада и нагноение в последней серии острых аппендицитов

Форма аппендицита	Число аппендицитов	Тампонировано и не защищено наглухо	Защищено наглухо	Число нагноений	% нагноений
Без острых изменений	210	—	210	13	6,2
Остро-катарральные	168	3	165	14	8,5
Флегмонозные	569	26	543	89	15,6
Деструктивные	1 119	56	1 063	694	62,0
Итого					
В абс. цифрах	2 066	85	1 981	810	
В %	100	4,1	95,5		39,2

Второе по количеству место занимают больные с ущемленной грыжей.

Опыт свыше 500 операций показал, что лечение больных с этим заболеванием еще в настоящее время представляет значительные трудности.

Несмотря на легкость распознавания, немалая часть больных (более 20%) доставляется в крайне запущенном состоянии через 2—5 и более суток после ущемления, что резко повышает летальность (см. табл. 3 на стр. 98).

При таком положении вещей, когда около 1/5 больных с ущемленными грыжами продолжает поступать в институт со значительным запаздыванием, волей-неволей приходится в порядок дня ставить вопрос о наиболее рациональных операциях, сопровождающихся вмешательствами на кишках.

Преклонный возраст большинства больных и тяжелое общее состояние вынуждали нас в первый период работы института (1932—1933 гг.) при осложнениях омертвением кишки часто ограничиваться паллиативными операциями (выведением пораженной кишки и наложением искусственного заднего прохода — *anus praeternaturalis* и т. п.). Однако вскоре же выяснилась полная их несостоятельность. Из 9 больных, оперированных таким образом, умерло 8, что вполне соответствует и литературным данным.

Из 24 умерших от ущемления грыжи 6 больных, которым была произведена паллиативная операция, погибли в непосредственной зависимости от операции и могли быть, по всей вероятности, спасены применением более рациональных методов лечения. Поэтому с конца 1933 г. эти операции были совершенно нами оставлены и заменены радикальными — резекциями пораженных участков кишок.

Так, на 332 операции первого периода, в 46 случаях потребовалось вмешательство на кишках и были произведены: 37 раз резекция и 9 раз выведение кишок; во втором периоде на 226 наблюдений — 24 операции на кишках и во всех случаях была сделана резекция.

Результаты оказались вполне благоприятными — летальность в первой группе была 8,7%, во второй снизилась до 4,42%, в то время как, например, в Институте имени Склифосовского (Москва) она равна 8%.

На основании изложенного выше для ущемленных грыж может быть определен следующий показатель эффективности лечения. При существующем в Ленинграде положении с диагностикой и запоздалой госпитализацией ущемленных грыж послеоперационная летальность, при условии полного отказа от паллиативных операций и применения достаточно обширных резекций кишок в пределах безусловно здоровых тканей, не должна превышать 5% и может колебаться от 4 до 7%. Что касается других показателей (послеоперационных осложнений, койко-дней), то они по причинам, указанным при разборе острых аппендицитов, имеют определенную склонность к снижению.

Лечение больных с острой непроходимостью кишечника представляет одну из самых трудных глав неотложной хирургии, где за последние 20 лет не отмечалось никакого прогресса. Летальность продолжает оставаться очень высокой — в пределах 40%. Так, например, в Институте имени Склифосовского за 1934 г. смертность при непроходимости кишок равна 44,2%, в клинике Эйзельсберга за период 1921—1930 гг. — 46,5%, в клинике Аншютца за 1933 г. — 40,3% и т. д.

Наряду с диагностическими трудностями, важное значение приобретают подготовка к операции, выбор метода операции и ведение послеоперационного периода.

Поэтому, несмотря на обширный материал (250 операций), вопрос о наиболее эффективных методах лечения не является для нас окончательно решенным и составляет главную тему, разрабатываемую в Институте в 1936 г.

Результаты, полученные в Институте, более или менее удовлетворительны — намечается определенное снижение процента летальности. Если в 1932—1933 гг. из 144 оперированных умерло 55 человек, т. е. 38,2%, то в 1934—1935 гг. из 105 оперированных погибло 25 человек, т. е. 23,8% (см. табл. 4 на стр. 98).

Однако нужно отметить, что это снижение не может считаться вполне показательным. Во второй группе материал несколько иной, например, совершенно отсутствовали такие дающие крайне высокую летальность формы, как узлообразования, в то же время в первой серии они наблюдались 12 раз и в 7 случаях привели к смерти. Мы не можем не подчеркнуть, что значительное число больных доставлялось в крайне тяжелом, безнадежном состоянии и умерло бы без операции. Из 101 умершего от непроходимости 21 погиб без операции, от которой пришлось отказаться ввиду безнадежного состояния больных.

Эта цифра отчетливо указывает на тот путь, который нас может в первую очередь привести к улучшению результатов.

В настоящее время мы еще не можем указать среднего допустимого процента летальности при острой непроходимости кишечника — ориентировочно он должен быть в пределах 30—35%.

Основным моментом, определяющим результаты лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки, является время, протекшее от начала заболевания до операции.

В этом отношении чрезвычайно важно отметить, что хотя болезнь эта в условиях внебольничной помощи правильно диагностируется сравнительно редко — всего в 34% случаев, тем не менее основная часть больных доставляется в стационары в течение первых 6—12 часов, причем

Таблица 3

86

Легальность при ущемленных грыжах в зависимости от срока поступления

Год	Время поступления в часах после начала заболевания												Всего		% летальности
	0-6		6-12		12-24		24-48		позже 48		не указано		поступило	умерло	
	поступило	умерло	поступило	умерло	поступило	умерло	поступило	умерло	поступило	умерло	поступило	умерло			
1932	54	3	10	1	19	—	15	3	19	7	4	—	121	14	11,6
1933	92	1	28	1	20	2	24	2	43	9	4	—	211	15	7,1
1934	50	—	10	—	13	1	12	—	15	2	3	1	103	4	3,9
1935	50	1	12	1	17	1	20	1	19	2	5	—	123	6	4,9
Итого...	246	5	60	3	69	4	71	6	96	20	16	1	558	39	7,0
В % . . .	—	2,0	—	5,0	—	5,8	—	8,5	—	20,8	—	—	—	7,0	—

Таблица 4

Летальность при непроходимости кишечника в зависимости от срока поступления

Год	Время поступления в часах после начала заболевания												всего		% летальности
	0-6		6-12		12-24		24-48		позже 48		не указано		поступило	умерло	
	поступило	умерло	поступило	умерло	поступило	умерло	поступило	умерло	поступило	умерло	поступило	умерло			
1932	9	1	6	1	13	3	5	3	18	12	1	—	52	20	38,5
1933	27	10	11	6	13	4	12	5	26	10	3	—	92	35	38,0
1934	11	—	5	—	16	5	8	4	15	6	5	—	60	15	25,0
1935	7	1	9	2	8	2	7	2	10	3	4	—	45	10	22,2
Итого . .	54	12	31	9	50	14	32	14	69	31	13	—	249	80	32,1
В % . . .	—	20,0	—	29,0	—	28,0	—	43,8	—	44,9	—	—	—	32,1	—

Примечание. Из 135 больных, доставленных в первые сутки, умерло 35, т. е. 25,9%.

свыше 50% — в первые 6 часов и 85% — в первые 12 часов. Зависимость исходов от времени оперативного вмешательства ярко видна из таблицы 5 — смертность у оперированных в течение первых 6 часов равна 7,6%, от 6 до 12 часов — 20,7% и после 12 часов достигает 47%.

Таблица 5

Летальность при перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки в зависимости от сроков поступления

Время поступления в часах	1—6	6—9	9—12	12—24	24—48	Позже 48	Неизвестно	Всего
Поступило больных	132	45	13	20	9	3	2	224
Умерло больных	10	10	2	8	4	3	1	38
Летальность в %	7,6	22,2	15,4	40,0	44,9	—	—	16,9

Вторым существенным фактором, оказывающим значительное влияние на исход болезни, является правильное распознавание в больнице, ибо ошибочный диагноз зачастую ведет к промедлению с операцией и неправильному выбору вида оперативного вмешательства.

Процент диагностических ошибок в 1932 г. был равен 15, а в 1935 г. его удалось снизить до 8,3.

Характер оперативного вмешательства при прободных язвах желудка является сейчас предметом оживленной дискуссии.

Институт Скорой помощи в настоящее время стоит на точке зрения консервативных операций, считая первой задачей уничтожение источников перитонита.

Летальность при прободных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки у больных, поступивших в институт, была следующей:

В 1932 г.	13,2%
» 1933 »	19,7%
» 1934 »	22,5%
» 1935 »	8,3%

В среднем летальность оказалась равной 16,9% (табл. 6).

Таблица 6

Исходы оперативных вмешательств при перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки за 3 года 8 месяцев (с 1/V 1932 г. по 1/I 1936 г.)

Год	Поступило			Нагноение		Умерло	
	всего	мужчин	женщин	число	%	число	%
1932	53	48	5	10	19,0	7	13,2
1933	86	82	4	16	18,4	17	19,7
1934	49	47	2	8	16,3	11	22,5
1935	36	36	—	6	16,7	3	8,3
Итого . . .	224	213	11	40	17,8	38	16,9

Летальность по сравнению с литературными данными относительно невысокая. Так, в больнице имени Нечаева смертность при перфорации

желудка 32%; в Институте имени Склифосовского при радикальной операции за последние 6 лет — 14,8%.

Дальнейшее накопление материала и тщательное изучение результатов, которые сейчас проводятся в Институте скорой помощи, позволят выяснить окончательные преимущества того или иного метода лечения.

В условиях Ленинграда перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки может давать около 15% смертности.

* * *

Чтобы сделать еще более наглядным значение времени, прошедшего между началом заболевания и оперативным вмешательством, мы позволим себе привести сводную таблицу по отношению к рассмотренным четырем основным формам заболеваний органов брюшной полости (табл. 7).

Таблица 7

Процент смертности по формам заболеваний в зависимости от сроков операции

Заболевание	Операции			Общий процент
	в 1-е сутки	во 2-е сутки	позже 2 суток	
Острый аппендицит . . .	0,6	0,8	5,9	1,7
Ущемленные грыжи . . .	3,2	8,5	20,8	7,0
Непроходимость	27,4	43,8	44,9	32,1
Перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки	14,3	44,9	100	16,9

Наконец, о нагноениях при чистых операциях. Процент нагноений при чистых операциях достигает в институте высокой цифры — 5. Однако необходимо эту цифру расшифровать. В институте нагноения учитываются чрезвычайно строго на особых бланках; даже капля гноя при дальнейшем благоприятном течении и получении первичного натяжения считается нагноением. Кроме того, на процент нагноения при хронических аппендицитах оказывает влияние тот факт, что многие аппендициты, которые мы оперируем под рубрикой хронических, оказываются подострыми, ввиду того что мы не выжидаем классических 6 недель после острого приступа.

Несмотря на эти оговорки, процент нагноения необходимо признать высоким, и он должен быть снижен до 2—3.

Из сказанного необходимо сделать следующие выводы.

При современных условиях следует признать допустимыми для Ленинграда следующие показатели:

Летальность при остром аппендиците	не должна превышать	3%
» » ущемленных грыжах	» » »	7%
» » непроходимости кишечника	» » »	30—35%
» » перфорации язв желудка и двенадцатиперстной кишки	» » »	15%

Нагноение при чистых операциях — не больше 3—4%.

Сроки госпитализации больных по поводу основных острых заболеваний органов брюшной полости остаются и по настоящее время не имеют удовлетворительными и не имеют наклона к снижению.

Больные госпитализируются в следующие сроки:

При остром аппендиците:

В первые сутки	51,8%	больных
Во вторые »	27,8%	»
В третьи сутки и позже	20,4%	»

При ущемленных грыжах:

В первые сутки	67,2%	больных
Во вторые »	12,7%	»
В третьи сутки и позже	20,1%	»

При острой непроходимости кишечника:

В первые сутки	54,2%	больных
Во вторые »	12,9%	»
В третьи сутки и позже	32,9%	»

При перфорациях желудка и двенадцатиперстной кишки:

В первые сутки	93,8%	больных
Во вторые »	4,0%	»
В третьи сутки и позже	2,2%	»

При всех указанных формах время, прошедшее между началом заболевания и оперативным вмешательством, оказывает чрезвычайно большое влияние на исход заболевания.

Поэтому должны быть приложены максимальные усилия к тому, чтобы свести эти сроки до минимума. Для осуществления этого пожелания считать необходимым проведение в жизнь следующих мероприятий.

Предложить руководителям клиник усилить преподавание неотложной хирургии.

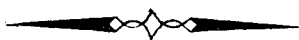
С этой целью предложить Скорой помощи увеличить доставку больных с неотложными хирургическими заболеваниями в клиники медицинских вузов.

В институтах усовершенствования врачей знакомить слушателей с современным состоянием вопросов неотложной хирургии.

Возложить на институты неотложной хирургии обязанность вести широкую информационную работу (лекции, брошюры, плакаты) среди населения и врачей по вопросам неотложной хирургии.

Для облегчения раннего распознавания заболеваний обеспечить все лечебные учреждения, куда поступают больные, нуждающиеся в оказании неотложной хирургической помощи, круглосуточными дежурствами как лаборантов, так и рентгенологов.

Рукопись доклада на Объединенном пленуме
больничного и поликлинического
Совета Наркомздрава, Л., 1936 г.



О ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В УСЛОВИЯХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ СЕТИ

Работа врачей внебольничной сети, особенно квартирных, неотложной и скорой помощи, по странным и непонятным причинам почти не изучается и в этом отношении находится на задворках научной медицины. Между тем роль этих врачей весьма ответственна и удельный вес их участия в правильном, рациональном лечении 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 в тех случаях, когда перед ним находится больной с острым, внезапно наступившим заболеванием органов брюшной полости. Именно здесь от того, насколько быстро и правильно принято решение, зависит судьба больного, и не будет преувеличением сказать, что участь его в значительной мере предreshает 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—на этапах внебольничной сети. Настоящая работа представляет попытку такого изучения. Основываясь на обширном материале Ленинградского института скорой помощи, мы постараемся представить:

1. Объективный анализ ошибок и трудностей, которые встречаются на пути врача внебольничной сети.

2. Наметить некоторые пути и возможности к их ликвидации.

Данные, которыми мы располагаем, основаны на изучении больных, поступивших за последние 4 года в институт с диагнозом острых заболеваний органов брюшной полости, так называемым «острым животом».

За время с 1/V 1932 г. по 1/VII 1936 г. в порядке оказания скорой помощи таких больных доставлено 10 271.

По диагнозам направления они распределяются следующим образом (табл. 1).

В табл. 2 показано, как распределялись эти же больные по заболеваниям, которые были установлены в институте.

Таким образом, уже сейчас, не касаясь никаких подробностей, можно установить одно крайне интересное обстоятельство, а именно: 10% заболеваний, распознанных вне больницы, как относящиеся к органам брюшной полости, в действительности таковыми не оказались; 6% приходится на заболевания забрюшинных органов; 3,2%—на инфекционные заболевания; 0,8% — на заболевания органов грудной клетки.

Таблица 1

Диагнозы при поступлении	Число больных	Процент
Острый аппендицит	6 418	62,5
Ущемленные грыжи	880	8,6
Непроходимость кишечника	704	6,8
Перфорации язвы желудка	131	1,3
Обострение язвы желудка	462	4,4
Разные и без диагноза	1 679	16,4
Итого	10 271	100

Таблица 2

Диагнозы, установленные в институте	Число больных	Процент
Заболевания органов брюшной полости	9 198	90
Заболевания забрюшинных органов	620	6
Инфекционные заболевания	364	3,2
Заболевания органов грудной клетки	89	0,8
Итого	10 271	100

Основными, наиболее часто встречающимися заболеваниями явились: острые аппендициты, перфорации язв желудка и двенадцатиперстной кишки, непроходимость кишечника и ущемленные грыжи.

Они и будут главными объектами нашего рассмотрения, так как число больных каждым из этих заболеваний достигает цифр, которые позволяют сделать некоторые выводы.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

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 «острый аппендицит» доставлено 6 418 больных; у 4 220 (65,6%) мы подтвердили этот диагноз, а у 2 198 (34,5%) он оказался ошибочным.

Последняя группа больных по окончательным диагнозам, установленным в институте, распределяется следующим образом (табл. 3).

Большой процент ошибочных диагнозов и самый перечень заболеваний, при которых поставлен диагноз острого аппендицита там, где его нет, указывают прежде всего на то, что диагностика этого столь распространенного и, казалось бы, всем столь хорошо известного страдания не всегда легка. Не только у врача внебольничной сети, оснащенного лишь своими органами чувств, но и в условиях клинических процент 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

Таблица 3

**Заболевания, установленные у больных,
ошибочно направленных с диагнозом
„острый аппендицит“**

**Заболевания органов брюшной полости
(кроме аппендицита) 1 671—76%**

Перфорация язвы желудка	62
Обострение язвы двенадцатиперстной кишки	46
Ущемление грыжи	16
Кишечная непроходимость	84
Острый гастрит	140
Острый гастроэнтерит	298
Кишечные колики	280
Пищевое отравление	14
Глисты	140
Туберкулез брюшины и забрюшинных желез	32
Холеститы острые и подострые	71
Перитонит хронический, слипчивый	50
Доброкачественные и злокачественные опухоли брюшной полости	44
Внематочная беременность	64
Острые гинекологические заболевания	330

Заболевания забрюшинных органов 307—14%

Пиелит, паранефрит	147
Почечные колики	139
Цистит и заболевания мужских половых органов	21

Инфекционные заболевания 154—7%

Брюшной тиф и паратиф	25
Грипп	108
Малярия	21

Заболевания органов грудной клетки 66—3%

Плевропневмонии	14
Плевриты	45
Сердечные заболевания	7

анатомического расположения и весьма сложных висцеральных рефлексов, дающих отдаленную от заболевшего органа болевую иррадиацию. Как это видно из табл. 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 66 случаях заболевания легких, преимущественно плевропневмонии 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 фиксирует внимание врача на органах живота.

Наиболее яркая в этом отношении клиническая картина встречается при диафрагмальных плевритах. Ввиду значительного интереса, который 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,

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

которые сосредоточиваются преимущественно в верхнем отделе живота. Вскоре же появляется ясно выраженная ригидность и резкая чувствительность на довольно большом протяжении — больше в верхнем отделе и на больной стороне. Это внезапное наступление и триада диафрагмальных симптомов (боль, чувствительность при пальпации, ригидность брюшной стенки) весьма характерны для перитонеальных явлений, вследствие чего обычно и распознается острое внутрибрюшинное заболевание, в частности, аппендицит. Однако уже вначале 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 себя внимание выраженная одышка. Особое 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 часть живота и чаще одна его половина явно отстает при дыхании. Боли носят диффузный характер, распространяются по линии прикрепления диафрагмы и иррадируют в надплечье и лопатку. Тщательная пальпация живота позволяет выявить еще одно чрезвычайно ценное обстоятельство. Болезненность оказывается поверхностной в форме гиперестезии. При проникновении вглубь боли совсем или чрезвычайно мало усиливаются. Этот поверхностный характер чувствительности брюшной стенки к давлению и несоответствие ее (чувствительности) с ригидностью живота составляет чрезвычайно важный симптом, наличие которого уже само по себе требует весьма подробного обследования грудной полости. Диагностика, особенно если не удастся выявить ясные изменения со стороны легких или плевры, несомненно, трудна и крайне ответственна. Из всех больных, доставленных с острыми заболеваниями брюшной полости, болезнь легких и плевры была несколько больше чем у 1%.

Цифра эта говорит сама за себя. Не следует в условиях внебольничной помощи при наличии явных перитонеальных симптомов учитывать возможность их рефлекторного происхождения с органов грудной полости. 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 диагностировать острый аппендицит. К некоторым мы вернемся впоследствии. Следует отметить, что в большинстве случаев это «законные» ошибки; неправильные диагнозы вытекают из действительного сходства болезненных симптомов и трудностей подробного обследования в неподходящих условиях. Небольшое количество «небрежных» диагнозов (ущемление грыжи, эпидидимит, рожа конечностей и т. п.) несколько 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 определенное: мы приветствуем направление в больницу большого количества больных, хотя бы и с неуверенным распознаванием, при

первом подозрении на острый аппендицит. Это по замечанию Аншютца (Anschütz) свидетельствует о все возрастающем чувстве ответственности за своих больных; это свидетельствует о том, что единственная правильная при этом заболевании тактика — экстренная госпитализация — все больше и больше проникает в сознание врачей. Крайне интересно отметить, что количество больных, доставляемых в лечебные учреждения Ленинграда с диагнозом острого аппендицита, неуклонно из года в год возрастает.

По сведениям, любезно представленным нам Управлением Скорой помощи, оно равнялось в 1932 г. 4 380, в 1933 г. — 5 459, в 1934 г. — 7 938, в 1935 г. — 11 016 и в 1936 г. — 12 163. Параллельно с этим увеличилось и относительное количество диагностических ошибок. Так, на нашем материале оно составляет в 1932—1934 гг. 22%, а в 1936 г. оно достигает 39%.

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 приводится следующее наблюдение.

Б. А., 17 лет, слесарь (история болезни № 1036/4), поступил в институт 23/III 1934 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 больницу. В клинику, куда он обратился, его не приняли, заявив больному, 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 удовлетворительное, температура 39,3°, пульс 84 удара в минуту, среднего наполнения. Живот равномерно вздут, в дыхании участвует, мягок, нерезко напряжен и болезнен в правой подвздошной области, симптом Блюмберга ++. Затрудненное мочеиспускание. Анализ крови: лейкоцитов 13 360, эозинофилов 0,5%, юных 0,5%, палочкоядерных 14%, сегментированных 60%, лимфоцитов 19%, моноцитов 6%. Диагноз: острый аппендицит. Экстренная операция. Свободного экссудата нет. Отросток выводится с трудом, направлен к средней линии; между ним и тонкой кишкой абсцесс с колибациллярным запахом и свободно лежащим каловым камнем. Верхушка отростка оторвалась на месте перфорации. Произведена аппендэктомия; глухой шов.

Тяжелое послеоперационное течение, осложнившееся абсцессом дугласова пространства. Выздоровление. Выписан 8/VI 1934 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, нередко вредную тактику врача. Как же обстоит дело с ранним распознаванием и госпитализацией острого аппендицита? Явно неблагоприятно! Приводим данные относительно распределения больных по времени, прошедшему от начала заболевания до поступления в институт (табл. 4).

Таким образом, около 30% больных сострым аппендицитом доставлены в больницу с запущенным процессом.

Если проследить распределение больных по времени, прошедшему от начала заболевания острым аппендицитом до момента поступления их в институт за последние четыре года, то оказывается, что процент

Таблица 4

Время	Число	Процент
	больных	
Первые сутки	2 080	49,0
Вторые сутки	1 045	24,8
Позже	1 095	26,2

прибывших в больницу после 48 часов от начала заболевания остается примерно на одном и том же уровне. Существенного улучшения во всяком случае не произошло (табл. 5).

Таблица 5

Срок госпитализации	I группа (с 1 мая 1932 г. по 15 июля 1934 г.)		II группа (с 15 июля 1934 г. по 1 июля 1936 г.)	
	число	процент	число	процент
	больных		больных	
Первые сутки	1 086	46,7	994	52,4
Вторые сутки	633	27,2	412	21,7
Позже	604	26,1	491	25,9
Всего	2 323	100	1 897	100

Ошибки при острых аппендицитах крайне разнообразны, что совершенно понятно, 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 острые аппендициты в самых начальных стадиях не имеют ничего характерного. Знаменитые признаки, которые требуются для уверенного диагноза, — повышение температуры, рвота, *défense musculaire* и болезненность в правой подвздошной области — появляются значительно позже, и тот, кто их ищет в начале заболевания и только по ним решается поставить диагноз, тот неминуемо прозеваает острый аппендицит.

Общая вялость, боли в подложечной области, тошнота, иногда рвота при нормальной или субфебрильной температуре (совсем не редко) — вот обычные жалобы, с которыми являются больные в первые 4—6 часов своего заболевания. При исследовании в этом периоде обнаруживается противоречие между объективными и субъективными симптомами. Субъективно — боль в подложечной области, которую пальпация не обнаруживает, и объективно — болезненность в правой подвздошной области, которую больные не ощущают, но которая отчетливо выражена при пальпации. Нередко уже в этом периоде при очень деликатном и методическом обследовании всего живота, притом всей рукой (отнюдь не одним пальцем — скверный прием!), можно бывает выявить ту или иную степень *défense musculaire*, распространяющегося на всю правую подвздошную область. Многочисленные «специфические» болезненные точки [Мак Бурнея (McBurney), Ланца (Lanz), Кюммеля (Kümmell), Морриса (Morris) и т. д.] 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 правой подвздошной области в 9 случаях из 10 свидетельствует об остром аппендиците. Таким образом, совершенно достаточно такого противоречия, чтобы больной рассматривался как весьма подозрительный на заболевание острым аппендицитом. Лечение и правила поведения для него должны быть безусловно такими же, как и для больного с установленным 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 атипических форм. Болезненность при пальпации ищут не там, где она действительно имеется. В немалом проценте случаев (на нашем материале—в 10, по некоторым авторам, даже в 15) отросток располагается позади слепой кишки и все признаки воспалительного процесса обнаруживаются не спереди со стороны брюшной стенки, а сзади. Начало заболевания и 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 удастся установить, 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 подъемы температуры с ремиссиями, ознобы, и при них сравнительно долго не обнаруживается никаких симптомов со стороны брюшной полости. В таких случаях думают о чем угодно, только не об аппендиците.

Заслуживают еще упоминания и редко встречающиеся формы, при которых 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, когда болезнь протекает действительно столь атипично, что диагноз наталкивается на очень большие, иногда непреодолимые трудности. Для иллюстрации приводим три наблюдения.

Наблюдение № 1. Л. Г., 15 лет (история болезни № 2917/6), доставлен в институт 12/XI 1935 г. Заболел внезапно 5/XI болями в животе, главным образом в нижней его половине. Рвоты и тошноты не было, температура с 6/XI держится в пределах 38,5—39,5°, с небольшими ремиссиями. Больного в течение нескольких дней осматривал целый ряд врачей, которые высказывали самые разнообразные предположения, в том числе и о брюшном тифе. Была проделана реакция Видаля. Состояние больного заметно ухудшалось, и 12/XI, наконец, он был отправлен в больницу 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, температура 38°. Болен с 6/XI 1936 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 гангренизированный отросток с перфорацией. Произведена аппендэктомия. Тампонада. Смерть 14/XI. Секция. Острый диффузный гнойный перитонит.

Наблюдение № 2. А. П., 33 лет, служащая, доставлена в институт 21/IV 1934 г. Заболела 17/IV вечером приступом болей в животе, однократная рвота, температура 37,2°. Утром обратилась к врачу здравпункта, который измерил температуру — она оказалась нормальной. В больничном листке было отказано. Боли в животе продолжались. Вечером 17 и 18 повышение температуры до 38,5°, озноб. 19/IV обратилась в поликлинику, но так как температура была снова нормальной, то врач признал ее трудоспособной. Боли не прекращались, температура 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 острого аппендицита. Очень тяжелое общее состояние; температура 40,1°, пульс 110 ударов в минуту среднего наполнения. Живот резко вздут, ясно выраженный *defense* в правой подвздошной области, резчайшая болезненность и положительный симптом Блюмберга по всей нижней половине живота. Диагноз: острый аппендицит. Экстренная операция. Небольшой серозный экссудат. Отросток длиной около 10 см. направлен кнутри, полностью гангренизирован. Брыжейка его утолщена с тромбированными сосудами. Произведена аппендэктомия. Глухой шов.

Крайне тяжелое послеоперационное течение, осложнившееся пилефлебитом, от которого больная погибла 15/VI 1934 г., 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 притом далеко не подробного обследования делить острые аппендициты на легкие формы, когда больные подлежат амбулаторному или квартирному лечению, и более серьезные, тяжелые, когда необходима экстренная госпитализация больных. При этом не учитывается, 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 патологоанатомическим изменениям в отростке. Патологоанатомические изменения обычно опережают клиническую картину. Однократное исследование больного ни в коей мере не дает каких-либо данных, указывающих на то, какое направление примет патологоанатомический 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 отростка, а то он оказывается и перфорированным. Смущение даже опытных в этих делах хирургов бывает очень велико. Приводимое нами третье наблюдение подтверждает сказанное.

Наблюдение № 3. Л. К., 33 лет, служащий, доставлен каретой Скорой помощи из поликлиники без диагноза. Заболел 10 часов тому назад приступом перекрестных болей в животе, преимущественно в правой подвздошной области; один раз была рвота.

Общее состояние вполне удовлетворительное, температура 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. Положительные симптомы Блюмберга и Ровзинга. Экстренная сперация через 12 часов от начала заболевания. В брюшной полости значительный серозно-гнойный экссудат без запаха. Отросток расположен свободно; резко гиперемирован, покрыт фибринозным налетом, раздут. Брыжеечка отечна, утолщена. Произведена аппендэктомия. 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 предоставлять 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., 17 лет, студент (история болезни № 601/4), поступил в институт 16/II 1934 г. 12/II приступ сильных болей в животе; была рвота. Частный врач, впервые осмотревший больного, распознал острый аппендицит и назначил салол с белладонной и опиум при сильных болях. Ночь на 13/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, сына профессора-хирурга, доставлен в институт. Общее состояние тяжелое. Пульс 110 ударов в минуту. Язык сухой, обложен. Живот равномерно вздут, напряжен, в дыхании почти не участвует. Резкая болезненность по всей нижней половине живота. Резко положительный симптом Блюмберга. Инфильтрат не определяется. *Per rectum* — без резких отклонений от нормы. В легких чисто. Диагноз: острый аппендицит. Экстренная операция. Обильный серозно-гнойный экссудат. Перфорация в средней части свободно расположенного отростка. Произведена аппендэктомия. Глухой шов. Тяжелое послеоперационное течение с явлениями паралитического *flaccidus*. Выздоровление. Выписан 15/III 1934 г.

Больная Н. К., 36 лет, рабочая (история болезни № 1124/6), доставлена с диагнозом «острый аппендицит» 1/IV 1934 г. 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 больную в институт, куда она и прибыла 1/IV в 22 часа 25 минут — через 47 часов после начала заболевания. Общее состояние тяжелое. Температура 38,6°, пульс 110 ударов в минуту. Резко выраженная ригидность брюшной стенки справа и внизу. Симптом Блюмберга по всему животу положительен. Болезненность преимущественно в правой подвздошной области. Экстренная операция. Гнойный экссудат. Гангрена свободно расположенного отростка. Произведена аппендэктомия. Глухой шов. Смерть на 9-й день после операции.

Секция: икхорозный пельвеоперитонит. Сепсис.

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 операции по поводу острого аппендицита, усердно пропагандировалась в высшей школе и ставила предел для производства 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 всех больных с острыми аппендицитами независимо от времени, протекшего от начала приступа. Необходимо только подчеркнуть, что нет такой стадии острого аппендицита, при которой не было бы безусловно необходимо постоянное стационарное хирургиче-

ческое наблюдение. Это относится безоговорочно ко всем острым формам, в частности, к тем, где налично уже имеется явное отграничение — периаппендикулярный инфильтрат. Лечение больных острым аппендицитом 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. В первую очередь следует упомянуть о назначении 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... рекомендуется 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 не принявших слабительное умирает 1 из 109, из принявших один раз — 1 из 16, из принявших несколько раз — 1 из 10 [Бовер (Bower)].

Врачи внебольничной сети не только сами должны быть осмотрительны и осторожны в назначении слабительных, но и, соприкасаясь каждодневно с большим числом больных в их домашней обстановке, могут и должны вести в этом отношении чрезвычайно ценную санитарно-просветительную работу, разъясняя при всяком случае вред самочинных приемов слабительных. В некоторых странах в аптеках вывешиваются плакаты на каждое отпускаемое лекарство, независимо от его назначения, наклеивается ярлык: «Предостережение... При наличии болей в животе никогда не применяй слабительных или клизм. Не принимай ничего через рот. Немедленно обратись к врачу. Боли в животе, которые продолжаются более четырех часов, обычно серьезное заболевание».

Достаточно вспомнить, как распространен у нас острый аппендицит, и взглянуть еще раз на данные Бовера, чтоб признать разумность такого предостережения. К сожалению, оно относится в значительной степени не только к пациентам, но и к практическим врачам.

Б. В., 47 лет, служащий (история болезни № 2983/5). Доставлен в институт 18/IX 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 больному валерианку. 14/IX больной, 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 больного дома. Лишь 18/IX больной был доставлен в институт.

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

О назначении при болях невыясненного происхождения наркотических веществ мы скажем подробно в главе, посвященной прободным язвам желудка.

Какие результаты дает оперативное лечение больных острым аппендицитом и как на них отражается запоздалая госпитализация, показывает табл. 6.

Таблица 6

Время, прошедшее от начала заболевания до операции	Число больных	Число умерших	Летальность в %
Первые сутки	1 801	9	0,5
Вторые »	960	8	0,83
Третьи »	355	15	4,2
Четвертые сутки	332	24	7,2
Всего	3 448	56	1,62

Влияние патологоанатомических изменений, обнаруженных в отростке, на исход операции демонстрирует табл. 7.

Таблица 7

Изменения в отростке	Число больных	Число умерших	Летальность в %
Острые катарральные	1 144	0	0
Флегмонозные	1 727	13	0,75
Деструктивные	577	43	7,5
Всего	3 448	56	1,62

Данные эти не нуждаются в комментариях. Они показывают, что, не распознать острый аппендицит или распознать правильно, но немедленно не госпитализировать, или же распознать правильно, но применить неверную тактику в лечении—это тяжелые ошибки, за которые может расплатиться своей жизнью больной. Поистине, лучше госпитализировать 100 больных с подозрением на острый аппендицит, больных, которые не нуждаются в 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). 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 острого аппендицита—локализованного мышечного напряжения—требует большого опыта и специальной очень деликатной методики.

Т. П. Краснобаев, один из самых авторитетных детских хирургов, 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 мягкостью пальцев, в котором не должно участвовать движение кистью. Его надо начинать с левой подвздошной области, идти 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, — пишет он далее, — так много времени уделить этому напряжению брюшной стенки, так как исследовать брюшную стенку врачи не умеют. Не это ли дало повод Bastionelli написать злые, но, увы, справедливые слова: „Если терапевты спорят аппендицит это или нет, то это есть аппендицит. Если они склонны допустить, что это аппендицит, то это случай, близкий к перфорации; если они уверены в диагнозе, то это уже перфорация с перитонитом”».

Все вместе взятое ведет к позднему распознаванию и к поздней госпитализации детей. В больницу имени Филатова (1934) лишь 28,8% детей поступили в первые сутки заболевания, в то время как взрослые поступают в первые сутки, по нашим данным, в 50% случаев.

Как время поступления заболевших детей в стационар отражается на результатах, можно видеть из таблицы послеоперационной смертности в больнице имени Филатова (табл. 8).

Таблица 8

Время поступления	Смертность после операции в %	Общая смертность в %
Первые сутки	1,4	8,5
Вторые »	7,4	
Третьи-четвертые сутки	1,6	
Позже	20	

Насколько тяжелей протекает острый 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, относятся 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 наркотических веществ.

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

ПРОБОДНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Следуя принятому нами плану, приводим сначала данные, касающиеся диагностики этого заболевания на периферии.

В институт с диагнозом прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки поступило 254 человека. Подтвержден этот диагноз только у 96 больных, т. е. у 38%. У 158 поступивших (62%) были установлены следующие заболевания (табл. 9).

Таблица 9

Диагнозы, установленные в институте	Число больных
Острый аппендицит	62
Непроходимость кишечника	15
«Острый живот»	18
Обострение язвы желудка	14
Перитонит	9
Желудочное кровотечение	2
Холецистит	1
Прободение тонкой кишки	1
Пищевое отравление	1
Почечные колики	1
Ущемленная грыжа	1
Гастрит	1
Без диагноза	32
Всего	158

При прободных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки основная масса больных поступила в стационар вскоре после начала заболевания.

Таблица 10

Время, прошедшее от начала заболевания до поступления в институт	Число и Процент больных	
	Число	Процент
От 1 часа до 6 часов	155	61
От 6 до 12 часов	63	24,8
От 12 до 24 часов	20	7,8
От 24 до 48 часов	10	3,9
Позже 48 часов	3	1,25
Срок не указан	3	1,25
Всего	254	100

Рассмотрение табл. 10 показывает, что с направлением больных дело обстоит вполне благополучно: 85% больных доставляется в больницу в течение первых 12 часов, а 60% общего числа уже в первые 6 часов. 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 больницу своевременно, тотчас же после первого осмотра врача, имеет второстепенное значение и никакого существенного влияния на исход заболевания не оказывает. 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 оказать 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 трудности возрастают.

Таким образом, осмотр первого врача и его обоснованное заключение являются 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.

Чаще всего и наибольшие диагностические трудности, как это видно из табл. 9, возникают при дифференциации перфораций язв желудка и двенадцатиперстной кишки с острым аппендицитом. Между тем именно в начальной стадии картина болезни бывает выражена достаточно ярко и в общем мало сходна. Патологоанатомической основой для такого различия служит то обстоятельство, что при перфорации желудка или двенадцатиперстной кишки 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 остром аппендиците вначале всегда преобладают явления местного раздражения брюшины. Дальнейшее распространение процесса при остром 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, по образному определению Кеннеди (Kennedy), 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 правой подвздошной области и малом тазу. И здесь-то можно констатировать наиболее резко выраженные изменения.

Каковы же особенности клинической картины начальной стадии перфорации желудка?

Дело обычно касается мужчин среднего возраста, у которых внезапно, нередко среди полного здоровья, во всяком случае без каких-либо предвестников и без видимых причин возникает 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, большое клиническое значение. Боли эти описываются как крайне интенсивные, режущего характера и нередко отдают в надплечье. Последний сим-

птом, предложенный не так давно Элекером (Oehlecker), является крайне серьезным диагностическим подспорьем. Нужно только помнить о двух важных обстоятельствах.

1. Соответственно своему происхождению (рефлекс с окончаний *p. phrenici* в диафрагме на чувствительные нервы надплечья *pp. supraclaviculares* и *supraaxillialis*) — это не боль при давлении, а чувство боли, не определяющееся при пальпации.

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

Несмотря на сильнейшие боли явления 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 у $\frac{1}{3}$ больных и никогда не бывает упорной. Больные лежат обычно в вынужденном положении на спине; реже принимают сидячее, со сложенными в эпигастральной области руками, крайне неохотно и с большой осторожностью изменяют свое положение, так как это резко усиливает боли. Язык долго остается влажным; живот ладьеобразно втянут, 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 газа бывает не настолько велико, чтобы можно было постоянно его определить.

Если к этому добавить, что в 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 течении дело значительно осложняется: температура повышается, пульс становится малым и частым, 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 приведенного выше 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 доставкой в больницу, первоначальная клиническая картина может настолько измениться и затухнуться, что правильный диагноз, действительно, наталкивается на очень серьезные трудности. Более того, существует целый ряд случаев, когда весьма бурные явления «брюшной катастрофы», которые, как гром среди ясного неба, поражают больного, продолжают весьма короткое время. Через 1—3 часа боли совершенно проходят, больной лежит спокойно; живот снова мягок, почти безболезнен. Ничто не свидетельствует о только что пронесшейся грозе, разве только обычно остающиеся *défense musculaire*.

на ограниченном участке правой прямой мышцы, 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 лет, механик, доставлен в институт в ночь на 5/V 1936 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 больного в институт, куда он поступил в 10 часов вечера. Общее тяжелое состояние. Бледен; резкое беспокойство, стонет от болей. Лежать не может. Пульс 66 ударов в минуту, правильный, среднего наполнения, температура 36°. Язык влажный; живот слегка втянут, напряжен и болезнен в области правой прямой мышцы. На остальном протяжении мягок, безболезнен.

Справа резко положительный симптом Пастернацкого. Лейкоцитоз 13 400 с нерезким сдвигом влево. В моче единичные эритроциты и по 10—15 лейкоцитов в поле зрения, РОЭ 4 мм в 1 час.

Принимая во внимание образ жизни больного и неясную клиническую картину, решено некоторое время за ним понаблюдать. Через 1—1½ часа общее состояние без значительных перемен. Боли держатся. Живот слегка вздут — резко выраженный *defense* по всей правой прямой мышце и болезненность в правой подвздошной яме. Справа симптом Блюмберга — положительный. С предположительным диагнозом острый аппендицит больному предложена операция, от которой он отказался, желая посоветоваться с братом — врачом. Еще через 1 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 подреберье; в правой подвздошной области безболезнен. При таких обстоятельствах 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, что «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 лет, доставлен в институт 6/IV 1934 г. прямо с работы с диагнозом «подозрение на перфорацию язвы желудка». Часа 2 назад внезапно появились 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. *Défense musculaire* стал значительно меньше, определяется главным образом в правой подвздошной области. На этом основании диагноз был изменен на острый аппендицит.

Разрез по Мак Бурнею. Значительный, мутный, характерный для перфорации желудка экссудат. Отросток без изменений. Второй разрез в эпигастрии. На передней стенке двенадцатиперстной кишки перфорация в центре каллезной язвы. Ушивание отверстия; задний гастроэнтероанастомоз. Гладкое выздоровление. Выписан 17/IV 1934 г.

Вряд ли стоит упоминать, что единственным методом лечения является немедленная операция.

Если при остром аппендиците результаты операции, как мы видели, зависят от времени, прошедшего от начала заболевания, причем время исчислялось сутками, то здесь имеют значение уже часы (табл. 11).

Таблица 11

Время от начала заболевания до операции	Число больных		Летальность в %
	поступивших	умерших	
От 1 до 6 часов	155	13	8,4
» 6 » 12 »	63	14	22,2
» 12 » 24 »	20	8	40
» 24 » 48 »	10	4	40
Позже 48 часов	3	3	—
Не указано срока	3	1	—
Всего...	254	43	16,9

Поэтому все, что направлено к тому, чтобы операция была произведена как можно раньше, должно быть признано безусловно вредным. С этой точки зрения, тягчайшей ошибкой является назначение таким больным наркотических веществ, 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 действительно одним уколом излечить его от болей. Эффект оказывается действительно поразительным. 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, а шансы на благополучный исход с каждым оборотом часовой стрелки катастрофически падают.

ОСТРАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА

Диагностика острой кишечной непроходимости во внебольничных условиях находится еще в зачаточной стадии. Это крайне серьезное заболевание, где вся драма от начала и до конца разыгрывается иногда в течение нескольких часов, не имеет строго очерченной характерной клинической картины. Это видно хотя бы из того, что правильный диагноз ставится на периферии при некоторых формах едва в $\frac{1}{4}$ случаев, а с другой стороны, им довольно часто злоупотребляют.

Доставлено с диагнозом острая кишечная непроходимость 704 человека; из них у 159, т. е. у 22,6%, диагноз подтвердился, а у 546, т. е. у 77,4%, оказался ошибочным.

Из 282 больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости, с правильным распознаванием прибыло 159 (56,3%), остальные 123 (43,7%) были направлены со следующими диагнозами (табл. 12).

Таблица 12

Диагноз при поступлении	Число больных
Острый аппендицит	52
Обострение язвы желудка	12
Ущемление грыжи	6
Острый живот	18
Без диагноза	35

В настоящее время невозможно, желая извлечь какую-либо пользу, рассматривать острую кишечную непроходимость как какое-то единое заболевание. Не непроходимость, а непроходимости кишечника во всем их разнообразии должны стать предметом изучения. Характер, механизм, локализация, время, прошедшее от начала заболевания, конституциональные особенности больного и многое другое настолько влияют на клиническую картину, что между отдельными формами не всегда можно найти что-либо общее. Мы не имеем возможности рассматривать каждый из многочисленных вариантов в отдельности и поэтому позволяем себе разделить весь наш материал лишь на две группы: 1) непроходимость тонкого кишечника и 2) непроходимость толстого кишечника. Такое деление, являясь абсолютно недостаточным для клиники, тем не менее позволит нам почерпнуть некоторые весьма ценные данные по наиболее интересующему нас вопросу — вопросу о состоянии диагностики этого заболевания на периферии.

1. Непроходимость тонкого кишечника

Изучая с точки зрения диагностики истории болезни, можно увидеть одно крайне интересное обстоятельство. Оказывается, что чем раньше от начала заболевания доставляются больные, тем реже встречаются правильные диагнозы.

Так, при узлообразованиях половина больных доставлена уже в течение первых 12 часов, треть — даже до 6 часов. Правильный диагноз, и то без указания на форму непроходимости, поставлен лишь у 25% больных. Почти такая же картина при инвагинации, особенно при внедрении тонкой кишки в слепую.

Наоборот, при завороте тонких кишок, когда 25% больных прибывает лишь в течение вторых-третьих суток, процент верных распознаваний доходит до 63. Такие же отношения встретились при непроходимости на почве тяжелой и хронического слипчивого перитонита (табл. 13 и 14).

Таблица 13

Форма непроходимости	Процент больных	
	доставленных в первые сутки заболевания	с правильным диагнозом
Узлообразования	83	38
Инвагинация	83	26
Заворот тонких кишок	67	63
Другие формы непроходимости тонких кишок	54,5	45

Распределение больных по времени, протекающему от начала заболевания до поступления в институт, представляется в следующем виде.

Таблица 14

Время от начала заболевания до поступления	Число	Процент
	больных	
До 12 часов	85	41
» 24 »	48	23,3
» 48 »	28	13,5
Позже 48	46	22,2

Внимательно просмотрев истории болезни, мы, как нам кажется, нашли истинную причину этого явления. Она заключается в том, что боль, как признак острой непроходимости, мало или совсем не учитывается; она сама по себе не наводит мысль врача на существование непроходимости.

Следующее наблюдение является иллюстрацией к сказанному.

Л. П., 36 лет, токарь (история болезни № 741/6), доставлен с диагнозом «острый аппендицит» 24/X 1936 г. Заболел 16 часов назад приступом сильнейших, схваткообразных болей в животе. Повторная рвота. Отхождение газов задержано. Вызванный врач квартирной помощи распознал кишечную колику. Боли не прекращались. Снова был приглашен врач, который присоединился к первому диагнозу и оставил больного на дому. Состояние больного все ухудшалось. Врач Скорой помощи, третий врач, исследовавший больного за 16 часов, протекавших от начала заболевания, в 11 часов доставил его в институт. Крайне тяжелое общее состояние. Пульс не считывается. Живот неравномерно вздут, в дыхании не участвует, резко напряжен и болезнен; всюду положительный симптом Блюмберга. Видимой перистальтики нет.

Диагноз: перитонит на почве перфорации желудка (?). Заворот тонких кишок (?). После обильных солевых вливаний и сердечных состояний несколько улучшилось и дано возможность пойти на последнюю попытку спасти этого в сущности безнадежного больного. Лапаротомия по средней линии от пупка до лобка. Кровянистый экссудат с икорозным запахом. Узел между сигмой и тонкими кишками. Узел развязан. Омертвевшие кишки. Ввиду полной безнадежности от дальнейших оперативных мероприятий решено воздержаться.

Смерть через 8 часов после операции, т. е. через 24 часа от начала заболевания.

Между тем, если придерживаться деления, предложенного Клейншмидтом, и различать начальные, основные и вспомогательные симптомы, то к первым относится именно боль и затем рвота. Характер болевых приступов имеет много специфических черт и должен самым внимательным образом изучаться. Недаром существует изречение — кто правильно анализирует боль, тот правильно и диагностирует.

Болезнь начинается всегда внезапно, часто среди ночи. Больные просыпаются от жесточайших болей в животе, локализующихся большей частью около пупка. Боли, что и является наиболее типичным, протекают приступами, прерываясь светлыми промежутками. Сильнейшие мучения сопровождаются крайним беспокойством, выражением ужаса на лице, значительным возбуждением, частой переменой положения, стоном («милеусный крик», по Виккеру), мольбой о помощи. Вдруг все стихает; больной лежит как бы в прострации, бледный, покрытый холодным потом, и ни на что не жалуется. Но вскоре, иногда уже через очень короткий промежуток времени, вся описанная выше картина во всех деталях повторяется вновь. Сравните только что данную характеристику болей с таковыми же при остром аппендиците, перфорациях желудка — и вы увидите, как много специфического они имеют.

Такие схваткообразные боли при мягком и еще безболезненном животе, да двигательное возбуждение сразу же должны заставить исследующего врача насторожиться. При установлении диагноза некоторую услугу может оказать и знание пищевого режима больного непосредственно перед заболеванием. Приемы грубой пищи в больших количествах после более или менее длительного голодания нередко являются одним из этиологических моментов.

К начальным симптомам относится и рвота. Она всегда повторная, упорная — тем чаще, чем выше расположена непроходимость. Рвота вначале пищевыми массами, потом желчью, далее слегка окрашенная в желтый цвет, но без запаха. Рвота с фекальным запахом появляется значительно позже; является признаком безнадежного состояния больного и потому интересна больше для патологоанатома, чем для клинициста. К основным симптомам относятся задержка отхождения газов и кала, метеоризм и видимая перистальтика. Уже в самой начальной стадии, в период резких болей, можно бывает констатировать, что та или иная петля тонкой кишки находится в раздутом, «ощепенелом» состоянии («Darmsteifung» — немецких авторов), а выше наблюдается усиленная перистальтика. Газы совершенно не отходят. Стул задержан. Необходимо помнить, что наличие неоднократного опорожнения кишечника уже после наступивших болей не исключает непроходимости: отходят каловые массы, содержащиеся в дистальном от места препятствия отделе кишечника. Живот обычно значительно, и притом неравномерно вздут, мягок и мало или совсем неболезнен. При пальпации нередко удается получить еще один кардинальный симптом — шум плеска. Симптом этот, подмеченный впервые нашим соотечественником И. П. Скляровым, является, несомненно, патогномичным: при отсутствии непроходимости ненормально большое жидкое содержимое, скапливающееся в тонких кишках, всегда выводится наружу. Еще один совершенно незаслуженно забываемый метод исследования — это аускультация живота. В полную прогнуположность паралитической непроходимости при перитоните, при котором царит мертвая тишина, при острой кишечной непроходимости выслушивается целая гамма самых разнообразных шумов, иногда с металлическим оттенком.

Болезнь протекает 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.

М. Н., 17 лет, учащаяся (история болезни № 1087/2), доставлена в институт с диагнозом «перитонит». Заболела внезапно 8 часов 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 кишок 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, по справедливому требованию того же Мондора, дожидаться «традиционной четверки» симптомов: боль, рвота, прекращение отхождений газов и кала, метеоризм. Выше мы отметили, что болезнь развивается «галопом» — таким же темпом должен действовать и врач внебольничной сети. Если характер болей в какой-либо мере сходен с таковым при острой непроходимости, нужно без долгих 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, показывающую зависимость исхода операции от времени ее производства, то это положение не потребует никаких доказательств (табл. 15).

Таблица 15

Время, прошедшее от начала заболевания до операции	Число больных		Летальность в %
	оперированных	умерших	
До 12 часов	85	25	29
» 24 »	48	12	25
» 48 »	28	12	43
Позже 48 часов	46	28	61
Всего	207	77	37,2

Более высокая по сравнению со второй половиной суток летальность оперированных в первые 12 часов объясняется исключительно тем, что среди оперированных в это время были больные с наиболее тяжелыми формами, как, например, узлообразования. Такие больные, как вы могли убедиться из приведенной истории болезни, сплошь 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 умерло пять. Все, что сказано о вреде применения наркотиков, полностью относится и к больным с непроходимостью кишечника.

2. Непроходимость толстого кишечника

Мы рассмотрим в этом отделе лишь острый заворот S-образной кишки. Эта форма непроходимости встречается относительно нередко. Непроходимость на почве злокачественных новообразований, как развивающихся большей частью подостро, мы оставим в стороне, тем более что у нас очень незначительный собственный материал.

По времени, прошедшему от начала заболевания до поступления в институт, больные распределялись следующим образом (табл. 16).

Таблица 16

Время, прошедшее от начала заболевания до поступления в институт	Число больных
До 12 часов	9
» 24 »	7
» 48 »	9
Позже 48 часов	31
Всего	56

Обращает на себя внимание, что большая часть больных поступила после вторых суток.

Поздняя госпитализация объясняется в большинстве случаев запоздалым обращением к врачу. Больные, обычно годами страдающие упорными запорами, рассматривают появляющийся у них симптомокомплекс непроходимости как очередной, ни чем не выдающийся приступ болей и задержки газов и стула, и прибегают к испытанному ими арсеналу средств, тем более упорно и дольше, чем меньший эффект они оказывают. И лишь потеряв веру в свое собственное искусство, обращаются к врачу.

Следует отметить удивительно частое, почти постоянно правильное распознавание непроходимости толстого кишечника.

Большое число правильных диагнозов (табл. 17) объясняется во все не тем, что эта форма непроходимости почему-либо наиболее известна и изучена врачами периферии, а поздней обращаемостью и механическим подходом к диагнозу: вздутие живота и 2—3 дня запор — значит непроходимость. И, действительно, количество больных, которые присылаются под таким диагнозом и которые страдают лишь кишечным стазом, — тоже очень велико. Одна хорошая клизма сразу ликвидирует такую непроходимость.

Таблица 17

Диагноз при поступлении	Число больных
Непроходимость	52
Аппендицит	1
Обострение язвы желудка	1
Перитонит	1
«Острый живот»	1
Всего	56

Течение заворота S-образной кишки своеобразно. Болезнь почти никогда не развивается среди полного здоровья. Всегда имеется длительный, если можно так сказать, кишечный анамнез, периодически появляющееся вздутие живота, весьма упорные запоры.

Больные являются, таким образом, как бы подготовленными к катастрофе, которая наступает все же более или менее внезапно. И здесь дело начинается с приступа болей. Однако характер и интенсивность их ни в какое сравнение с таковыми при заворотах тонких кишок не идут. Боли не носят столь выраженного схваткообразного характера; не имеют сколько-нибудь типичной локализации и обычно не очень резки. Они во всяком случае не доводят больных до отчаяния.

Ранний и доминирующий симптом — это чрезвычайно резко выраженное вздутие живота, причем бросается в глаза неравномерность этого вздутия; получается то, что Бауер назвал «косой живот». Обычно чаще всего раздувается подложечная область, справа от пупка. Левая подвздошная область, наоборот, западает. Иногда удается даже увидеть сильно раздутую с ясными контурами, совершенно неперистальтирующую петлю кишки, близко прилегающую к передней брюшной стенке и дающую при перкуссии тимпанит. Это симптом Валя. Нужно, однако, упомянуть, что значение его в настоящее время оспаривается. Мы на своем материале его тоже ни разу не видели. Во всяком случае описанное выше неравномерное вздутие живота, крайне напряженное и дающее высокий тимпанит, значительно более характерно. Полная, разумеется, задержка газов и стула.

Общее состояние больных может довольно долгое время оставаться вполне удовлетворительным. Организм их, в течение ряда лет привыкший к длительным кишечным стазам, находится в состоянии если не иммунитета, то во всяком случае повышенной резистентности по отношению к токсинам, развивающимся при наступлении непроходимости. Из этого, однако, не следует делать никаких терапевтических и прогностических заключений. В начале болезни совершенно невозможно решить, чем кончится данный приступ. Невозможно учесть степень участия в процессе брыжейки и по клинической картине судить о жизнеспособности кишки. Гангрена ее может наступить в самые разнообразные сроки, иногда очень короткие; в других случаях приходилось встречать совершенно не пострадавшую в своем питании кишку и на 3—4-е сутки заболевания. Таким образом, по отношению хорошему общему состоянию и времени, протекшему от начала заболевания, нельзя еще судить о патологоанатомической картине и такие больные должны быть срочно переданы хирургам. Промедление с операцией, кроме риска дожидаться гангрены кишки, еще опасно и тем, что и без того перерожденные жизненно важные органы таких больных (ведь дело идет большей частью о стариках) под влиянием интоксикации могут оказаться функционально недостаточными.

Результаты оперативного вмешательства в общем не плохие и стоят в прямой зависимости от времени, прошедшего от начала заболевания, состояния кишки и возраста больного. Летальность в среднем—20%.

УЩЕМЛЕННЫЕ ГРЫЖИ

Казалось бы, что при диагностике ущемленных грыж вряд ли могут встречаться какие-либо особые затруднения. Больные в 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 имеет место из года в год (табл. 18 и 19).

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.

Таблица 18

Время, прошедшее от момента ущемления до поступления в институт	Число	Процент
	больных	
До 6 часов	393	46
От 6 до 12 часов	112	13,1
» 12 » 24 »	111	12,8
» 24 » 48 »	92	10,8
Позже 48 »	118	13,8
Не указано	26	3,5
Всего	852	100

Таблица 19

Год	Время, прошедшее от момента ущемления до поступления в институт	Поступило больных (в %)			
		до 24 часов	от 24 до 48 часов	позже 48 часов	время не указано
1932		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	13,0	1,4

Мы приведем два наблюдения из наиболее экзотических.

К. П., 38 лет, поступил ночью 21/IX 1932 г. с диагнозом ущемленной грыжи. Ущемление произошло накануне около 4 часов дня, т. е. свыше 30 часов назад. По счету — третье. 20/IX был вызван врач, который после безуспешных попыток вправления рекомендовал больному, в случае, ежели грыжа не вправится, на следующий день направиться в больницу. Диагноз института: ущемленная 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 Руджи (Ruggi). Гладкое послеоперационное течение. Выздоровление. Выписан 1/X 1932 г.

О. П., 56 лет, иждивенка, доставлена в институт 20/VI 1932 г. Диагноз направления не указан. С 30/V больна гриппом. С 5/VI резкое ухудшение общего состояния, боли в животе, повторная рвота, выпячивание в левом паху. Пользовавшие больную врачи распознавали паратиф, выпячиванию же не придавали значения. Когда через несколько дней здесь появилось покраснение кожи, то один из врачей, весьма «находчивый» и, повидимому, несправимый 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 омертвлением 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 смешиванию их с ущемленной грыжей. Но обычно уже анамнез и более или менее подробное обследование больного могут сразу же вывести из затруднения. Для образования острого лимфаденита требуется, разумеется, наличие первичного инфекционного очага. Поэтому, тот, кто разделет своего больного, осмотрит 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 воспрепятствуются какие-либо попытки к вправлению. Даже грубая пальпация, особенно в несвежих случаях, может привести к повреждению кишки.

2. Все мероприятия — грелки, ванны, наркотические вещества, — направленные к самопроизвольному вправлению, недопустимы. Никогда нельзя знать, какая кишка вправится. Самопроизвольное вправление может повлечь за собой не только непосредственную опасность от вправления нежизнеспособной кишки, но и обусловить 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 (табл. 20).

Таблица 20

Время, прошедшее от момента ущемления до операции	Умерло после операции в %
До 6 часов	1,8
От 6 до 12 часов	4,0
» 12 » 24 »	5,6
» 24 » 48 »	7,7
Позже 48 часов	20,2

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

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ¹

Среди многочисленных заболеваний, внезапно развивающихся в брюшной полости и проявляющихся в виде так называемого «острого живота», немалое место принадлежит заболеваниям органов половой сферы женщины. Нередко врачи квартирной или скорой помощи бывают поставлены в затруднительное положение, не будучи в состоянии из-за сходства клинической картины различных заболеваний быстро ориентироваться и правильно поставить диагноз. 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. Не могу забыть о смерти известной пианистки Б., погибшей в Ленинграде несколько лет назад. Она погибла, как оказалось вскрытие, от внематочной беременности, тогда как лечили ее от острого пищевого отравления.

Среди многочисленных больных, поступающих в Институт скорой помощи, мы имели возможность наблюдать сравнительно большое число больных (64) с внематочной беременностью, доставленных в институт с другими диагнозами.

¹ Этот раздел написан К. Н. Рабиновичем.

Прекрасно учитывая обстановку, в которую подчас бывает поставлен квартирный врач, трудности от необходимости быстрой постановки диагноза и проч., я все же полагаю, что определенный процент ошибок можно было бы избежать, если бы этот врач не забыл о существовании внематочной беременности и для решения этой задачи 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 облегчить ему диагностику внематочной беременности; однако я прекрасно сознаю, что на этом пути у меня встретится немало препятствий. Многообразная и путаная клиническая картина внематочной беременности лишают меня возможности изобразить определенную, характерную для нее, и только для нее, картину болезни, с другой же стороны, надо учесть и то, что в подавляющем проценте 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 внематочной беременности возможно лишь в исключительных, особенно ясных случаях. Без применения вышеперечисленных методов ошибки в диагностике внематочной беременности неизбежны.

Можно ли лишь на основании наличия болей, анемии, тошноты и прочих симптомов, наблюдающихся и при целом ряде других заболеваний, правильно диагностировать внематочную беременность? Конечно, нет!

Клиническая картина внематочной беременности, так же как и картина острого аппендицита, чрезвычайно многообразна и путана.

Наряду с типичной, ясной и не для врача картиной внематочной беременности, 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 внематочной беременности 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 внематочной беременности. Анемическая форма внематочной беременности наиболее типичная; она легко диагностируется, благодаря преобладанию в ней симптомов остро развивающегося внутреннего кровотечения. Эта форма в большинстве случаев развивается 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. Температура нормальная или даже ниже нормы. Конечности и кончик носа холодны. Язык влажный, не обложен. Живот несколько вздут, болезнен при пальпации в нижних отделах. При перкуссии живота, нередко в его отлогих частях определяется тупость, меняющая свое положение при перемене положения больной. *Défense musculaire* в большинстве случаев отсутствует. У этих больных нередко отмечается наличие болей 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 перечисленных выше симптомов, я все же позволю себе усомниться в возможности на основании их, и только их, поставить безошибочный диагноз. Характерны ли они исключительно для внематочной беременности или, быть может, нечто подобное может наблюдаться и при других заболеваниях? 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 и при остром аппендиците, и при прободном перитоните. Это тот абдоминальный симптомокомплекс, который наблюдается при целом ряде заболеваний органов брюшной полости, хотя, правда, при более вдумчивой оценке их можно заметить некоторые отличительные черты, характерные для внематочной беременности и для острого аппендицита или прободного перитонита. Боли и рвота при перитоните будут более интенсивными, нежели при внематочной беременности; язык при перитоните будет сухой и обложен, тогда как при внематочной беременности он будет влажный и чистый. Температура при перитоните будет в большинстве случаев повышенной, тогда как при внематочной беременности она преимущественно нормальна. При перитоните будет яснее выражена *défense* и будут отсутствовать кровянистые выделения из влагалища.

Все это так, все это верно, однако на основании лишь сопоставления всех этих симптомов врач может только заподозрить внематочную беременность, окончательно же подтвердить диагноз он сумеет тогда, когда получит целый ряд добавочных данных из анамнеза и бимануального гинекологического исследования. Правда, уже сам по себе факт подозрения внематочной беременности 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 заболевание, так как независимо от того, находится ли перед ним больная с острым аппендицитом, прободным перитонитом или внематочной беременностью, все равно для спасения жизни больной необходимо немедленное вмешательство 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 необходимо при собирании анамнеза особенно фиксировать свое внимание.

Существует мнение, что внематочной беременности обязательно должна предшествовать задержка менструаций. Как заблуждался бы тот врач, который при наличии других подходящих симптомов, только на основании отсутствия этого признака, отверг бы наличие внематочной беременности у исследуемой больной. На нашем клиническом материале, обнимающем больше 1000 случаев внематочной беременности, задержка менструаций наблюдалась всего лишь в 75% случаев, причем эта задержка временами бывает настолько ничтожна (1—2 дня),

что только при тщательном выявлении этого вопроса удается ее установить. Нередко от больной мы можем услышать, 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. Такого рода явления нередко наблюдаются при внематочной беременности.

Очень часто больная отрицает задержку менструаций еще и потому, что кровянистые выделения, наступившие после нарушения внематочной беременности, 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 внематочной беременности.

Эти длительные, незначительные («мажущие») кровянистые выделения очень характерны для внематочной беременности; 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 внематочной беременности предшествует более или менее длительное бесплодие (конечно, надо разузнать, не вызвано ли оно презервативей). Этиологическими факторами, на базе которых нередко возникает внематочная беременность, являются хроническое воспаление придатков, впрыскивание иода в полость матки, как предохранительное средство от беременности, неоконченное половое сношение. Никогда не надо забывать расспросить об этих моментах. Воспаления могут развиваться или в результате патологически протекавших родов и аборт, или же в результате 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 пр.

Инфантилизму половой сферы как этиологическому моменту при возникновении внематочной беременности принадлежит громадная роль, и я убежден, что тот катастрофический подъем кривой внематочной беременности, который наблюдался после первой империалистической войны, отчасти может быть объяснен тем, что многие девочки формировались тогда в чрезвычайно неблагоприятных условиях. Подтверждением этому могут служить наблюдения последнего времени, свидетельствующие о тенденции к снижению количества случаев внематочной беременности. Это снижение кривой — результат того, что успело подрасти уже новое, здоровое поколение, развивавшееся при благоприятных условиях.

В отношении болей, их характера, интенсивности, иррадиации, локализации и пр. ничего специфического, характерного только для внематочной беременности установить не удастся; можно сказать лишь одно, что они всегда наблюдаются при нарушенной внематочной беременности. Прав один из английских авторов, который заявляет, что «рассматривать боли как патогномичный признак внематочной бере-

менности 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 атипические, длительно продолжающиеся кровянистые, шоколадного или дегтярного цвета выделения, узнать, что она страдает относительным бесплодием, выявить существование инфантилизма или хронического 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 внематочной беременности.

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

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

Если эта анемическая форма внематочной беременности 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 внематочной беременности я понимаю ту форму ее, при которой 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 внематочной беременности развивается молниеносно, внезапно и, раз начавшись, она в большинстве случаев прогрессивно нарастает и при отсутствии своевременной и надлежащей помощи может привести к смерти, перитонеальная форма хотя начинается так же внезапно — среди полного благополучия, — однако протекает не так бурно, не так остро. Перитонеальная форма (большей 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. Температура в результате всасывания и разложения накопившейся в брюшной полости крови может быть несколько повышенной, достигая иногда 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 внематочной беременности, на отсутствие *défense*, на нормальную температуру и мажущие кровянистые выделения при ней.

Подводя итоги всему сказанному выше, 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 утверждать, что в преобладающем проценте случаев он сумеет переправить больную в стационар для операции не только с подозрением, но и с 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 курс 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.

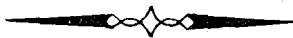
Прежде всего не налажена еще широкая связь больниц с периферией и не заключен еще действенный «пакт о взаимопомощи». Если врач внебольничной сети не проверяет своих диагнозов, ничего не знает о дальнейшей судьбе своих больных, то каждая его ошибка, причиняя иногда вред больному, ему, врачу, не приносит решительно никакой пользы. Он не учится на своих ошибках и не может двигаться вперед. Необходимо, чтобы с направлением в лечебное заведение интерес врача по отношению к своему больному не прекращался; он должен знать об участи 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, поучительные и серьезные по своему течению или последствиям случаи заболеваний должны подвергаться всестороннему совместному анализу, который поможет выяснить все, что не продумано и, может быть, не доделано. 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.

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

Сборник работ
Ленинградской скорой помощи,
под редакцией М. А. МЕССЕЛЬ и С. Н. ШУТЕНИНА,
Л., 1937, стр. 182—214.



ЗНАЧЕНИЕ РАННЕГО РАСПОЗНАВАНИЯ И РАННЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Среди других достижений, которыми с полным правом может гордиться наша страна, важное место должно быть отведено организации Скорой помощи. Я не сомневаюсь, что задачи и масштаб работы этого учреждения, имеющего уже вполне четкие очертания, получат дальнейшее и всестороннее освещение на этой конференции. Подача экстренной медицинской помощи в несчастных случаях и при внезапных заболеваниях, угрожающих жизни, подача скорой психиатрической помощи психическим больным, по характеру заболевания являющимся социально опасными, руководство ночной медицинской помощью, сигнализация неблагополучия по уличной травме, не говоря уже о работе санитарного транспорта, — вот многообразные функции, выполняемые этой весьма необходимой для нас организацией.

Поэтому понятно, что столь обширная работа не дает нам права рассматривать Скорую помощь лишь как своего рода связующее звено между периферийными врачами и лечебными учреждениями — ее роль значительно шире и глубже.

Наличие врача при карете Скорой помощи и работа врача ночной медицинской помощи, т. е. врачей, исследующих больного, ставящих распознавание, решающих вопрос о необходимости немедленной госпитализации больного или оставления его на месте, и явились одним из моментов, побудивших меня выступить сегодня перед вами, работниками Скорой помощи, с целью подчеркнуть роль и влияние раннего распознавания и ранней госпитализации на исход хирургического вмешательства при некоторых острых заболеваниях органов брюшной полости.

Мы решили поделиться с вами данными, касающимися одного ограниченного участка работы неотложной хирургии, а именно острых заболеваний органов брюшной полости, известных под общим названием «острого живота». Свои данные я обосновываю на обширном материале, который нам удалось собрать в Институте скорой помощи за 5½ лет его существования.

Организация первой медицинской скорой помощи в Вене в 1881 г. совпала с зарождением желудочно-кишечной хирургии, получившей к настоящему времени столь блестящее развитие. В 1880 г. Микулич впервые оперировал по поводу перфорированной язвы желудка, в 1881 г. Бильрот удачно произвел первую резекцию желудка, а в 1884 г. Кренлейн выполнил первую аппендэктомию.

Можно с полным правом утверждать, что только что зародившаяся скорая медицинская помощь едва ли оказывала в первые годы своего существования большое влияние на развитие экстренной желудочно-

кишечной хирургии. Сказанное, по-моему, подтверждается тем фактом, что даже значительно позже, а именно в 1912 г., у нас в Петербурге, как явствует из данных М. А. Мессель, при 5 473 вызовах по поводу несчастных случаев и заболеваний врачи выезжали всего 95 раз, т. е. в 1,75% случаев. При такой «интенсивной» работе Скорой помощи едва ли приходится говорить о ее влиянии на результаты экстренного хирургического вмешательства.

Только после Октябрьской революции, обеспечившей, с одной стороны, каждому гражданину Советского Союза право на бесплатную медицинскую помощь, а с другой — позволившей развить организацию Скорой помощи до невиданных нигде в мире размеров, влияние последней на результаты неотложного хирургического вмешательства становится резко ощутимым.

Условия, в которых приходится оказывать неотложную хирургическую помощь при острых заболеваниях органов брюшной полости, далеко нельзя назвать благоприятными. Нередко мы лишены возможности повторного и длительного исследования больного, мы не вправе иногда применять некоторые методы исследования, которые облегчили бы распознавание страдания, у нас нет времени на длительную подготовку сердечно-сосудистой или других систем, даже если бы нам удалось обнаружить явления их недостаточности. И тем не менее улучшение результатов нашего хирургического вмешательства при этих заболеваниях не оставляет никакого сомнения.

Наиболее демонстративным в этом отношении является резкое снижение летальности при остром аппендиците, которая с 21% в 1895 г. спустилась до 12% в 1913 г. и в настоящее время колеблется в пределах от 3,5 до 5%, а в некоторых лечебных учреждениях не превышает 1,5 и даже 1%.

Резкое снижение процента смертности мы наблюдаем также при перфорациях желудка и двенадцатиперстной кишки, а также при ущемленных грыжах; при острой кишечной непроходимости хотя и имеется значительное улучшение результатов, однако смертность и по сей день остается очень высокой, колеблясь в пределах от 35 до 50%.

Само собой разумеется, что это прогрессивное улучшение результатов в значительной степени приходится отнести и за счет лучшего знакомства с заболеванием, и за счет более раннего распознавания и вмешательства и, конечно, за счет улучшения хирургической техники.

Однако было бы неосторожным утверждать, что мы в этой области достигли предела и что не приходится рассчитывать на дальнейшее улучшение наших результатов в зависимости ли от более совершенных способов распознавания, прогресса хирургической техники или изменения нашей тактики.

Чтобы не быть голословным в этом предположении, я сошлюсь на следующие факты. В первой группе — 500 больных острым аппендицитом — в 1932 г. мы имели 3,2% смертности; во второй группе — 1 500 больных — в 1933 и 1934 гг. — 1,8% и, наконец, в последней группе — 1 900 больных — в 1934 и 1935 гг. смертность упала до 0,94%.

Принимая во внимание, что тяжесть заболевания у всех больных трех групп была одинаковой, причину улучшения результатов приходится искать в более уверенном проведении целого ряда принципиальных установок, а именно: 1) систематическом оперировании всех больных с острым аппендицитом, вне зависимости от стадии заболевания, за исключением тех, у которых был явно выраженный инфильтрат, 2) макси-

мальном ограничении тампонады брюшной полости и 3) простой перевязке культи червеобразного отростка, без перитонизации.

Вот второй пример: с 1932 по 1936 г. нами было прооперировано 650 человек с ущемленными грыжами. Среди них у 103 имелись осложненные грыжи, т. е. сопровождавшиеся омертвлением кишки. При этом в первой группе (1932—1934 гг.) из 56 больных умерло 19, т. е. 33% смертности, а во второй группе (1934—1936 гг.) из 47 больных мы потеряли всего 7 человек, иначе говоря, смертность не превышала 14,8% и, следовательно, за 2 года снизилась вдвое с 33 до 15% при той же тяжести заболевания.

Этим успехом мы частично обязаны улучшению техники, но значительно большую роль сыграл отказ от наложения противоестественного заднего прохода или от выведения пораженной кишки. В настоящее время при наличии омертвевшей кишки мы всегда считаем показанной резекцию последней с непосредственным анастомозом кишечных концов, независимо от преклонного возраста и тяжелого состояния больных.

Понятно, что прогресс техники и изменение тактики в том или другом направлении смогут в будущем улучшить результаты нашего вмешательства по отношению и к другим острым заболеваниям органов брюшной полости. Однако можно смело утверждать, что дальнейшие успехи в этой области еще в большей степени будут зависеть от раннего распознавания заболевания, немедленной госпитализации больного и безотлагательного вмешательства.

О том, какое исключительное значение при этом приобретает время, прошедшее между началом заболевания и вмешательством, красноречиво свидетельствуют следующие цифры. Так, например, смертность при остром аппендиците, по нашим данным, колеблется в следующих пределах: операция, произведенная в первые сутки заболевания, дает 0,6%, на вторые сутки — 0,8%, спустя 48 часов — 5,9%.

Значение времени, прошедшего между началом заболевания и хирургическим вмешательством, можно еще отчетливее проследить при перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки.

В этих случаях при операциях, произведенных в первые 6 часов, отмечается 7,5% летальности, от 6 до 12 часов — 20,7%, от 12 до 24 часов — 40%, от 24 до 48 часов — 44,9% и, наконец, по прошествии 48 часов нам, как правило, не удается спасти ни одного больного — смертность равна 100%.

Третье заболевание, при котором прогрессивное нарастание процента смертности в зависимости от времени, прошедшего между началом заболевания и операцией, сказывается очень отчетливо, — это ущемленная грыжа: в первые 6 часов операции смертность не превышает 2,1%, от 6 до 12 часов она доходит до 5%, от 12 до 24 часов равна 5,8%, от 24 до 48 часов — 8,5% и, наконец, спустя 48 часов — 21%.

Менее бросается в глаза, но все-таки значительно нарастает в связи с запоздалой операцией процент смертности при непроходимости кишечника: в первые 6 часов мы имеем 22,2% смертности, от 6 до 12 часов — 29%, от 12 до 24 часов — 28%, от 24 до 48 часов — 43,1%, свыше 48 часов — 42,3%.

Приведенные данные ни у кого из Вас не оставляют никакого сомнения в том, какое важное значение имеет время, прошедшее между началом заболевания и операцией. Поэтому казалось бы естественным, чтобы этому фактору уделялось то внимание, которого он заслуживает.

Между тем приходится с сожалением отметить, что факты говорят об обратном.

Так, при остром аппендиците в первые сутки, т. е. когда операция дает всего 0,6% смертности, госпитализируется только 46,6% больных; на вторые сутки доставляется 27,2% больных. Но что особенно печально, это тот факт, что позже 48 часов, т. е. когда смертность повышается в сравнении с первым днем в 10 раз и достигает 6%, все еще госпитализируется 26,2% больных.

Иными словами, из четырех больных, поступающих с диагнозом острого аппендицита, один доставляется недопустимо поздно.

Но если при остром аппендиците еще можно сослаться на то обстоятельство, что это заболевание многоликое, что иногда оно с трудом поддается распознаванию и поэтому нет ничего удивительного в факте запаздывания с доставкой больного, то это оправдание едва ли приложимо к ущемленной грыже, при которой, да будет мне позволено это выражение, диагноз как бы сам собой «болезненно выпирает из брюшной полости». Как же обстоит дело с госпитализацией этих больных? В первые сутки госпитализируется 68,5%, от 24 до 48 часов — 12,4%, позже 48 часов — 15,7%. Между тем уместно вспомнить, что по прошествии 48 часов смертность, которая в первые 48 часов составляла 8,5%, поднимается до 21%.

Так же неутешительно обстоит дело с госпитализацией больных с острой непроходимостью кишечника, при которой до 24 часов доставляется всего 53,8% больных, от 24 до 48 часов — 9,6% и позже 48 часов — 34,7%.

Если я вам напомню, что в первые 6 часов острая кишечная непроходимость дает 22% смертности, а по прошествии 48 часов эта цифра удваивается — 42%, то очевидно, что мы с полным правом можем говорить о недопустимом промедлении при доставлении этих больных. Пагубное влияние опоздания с госпитализацией больных с острой кишечной непроходимостью станет для вас еще более очевидным, когда я приведу следующие данные. За 5 лет (от начала 1932 по конец 1936 г.) нами было прооперировано 282 больных с острой кишечной непроходимостью, из них умерло 92 человека, т. е. 32,6%. Но, кроме того, за этот же промежуток времени к нам было доставлено еще 20 больных в таком состоянии, что несмотря на то, что мы располагаем кадрами опытных хирургов, имеем возможность безотказно пользоваться переливанием крови, чтобы предварительно поднять силы больного, тем не менее мы были вынуждены воздержаться от оперативного вмешательства, так как безнадежное состояние этих больных не давало никаких шансов на их спасение.

На первый взгляд может создаться впечатление, что лучше обстоит дело с больными с перфорацией желудка и двенадцатиперстной кишки, которые будто бы госпитализируются своевременно. При этом грозном осложнении в течение первых суток поступает 94% всех больных, на вторые сутки — 4%, на третьи и позже — всего 1,3%. Однако не будем себя обманывать. При этом заболевании опасность смертельного исхода нарастает не по дням, а по часам, и с такой быстротой, что мы вправе рассматривать каждого больного, доставленного спустя 6 часов, как поступившего с опозданием, а между тем в этот благоприятный промежуток времени (до 6 часов) поступает всего 59% больных, т. е. немногим больше половины.

Если влияние времени, протекшего между началом заболевания и операцией, на исход вмешательства вырисовывается с такой я бы сказал жуткой очевидностью, и этот факт не является открытием вчерашнего дня, то спрашивается, что нам удалось сделать за последние годы для того, чтобы сократить сроки госпитализации больных до минимума. Мне остается с сожалением констатировать значительное неблагоприятное на этом фронте. Разрешите подтвердить сказанное следующими данными.

Оказывается, что при остром аппендиците в 1932—1934 гг. в первые сутки госпитализировалось 46,6%, на вторые сутки — 27,2% и позже — 26,2% больных.

В промежуток времени с 1934 по 1936 г. госпитализация в первые сутки повысилась с 46,6% до 51,4%, т. е. всего на 5%, но остался без изменения процент больных, госпитализируемых на 3-й день и позже (26%), в явно неблагоприятном для операции периоде.

Возьмем другое заболевание — ущемленную грыжу. В 1932 г. в первые сутки госпитализировалось 68,5%, во вторые сутки — 12,4%, позже 48 часов — 15,7% больных. С 1933 по 1936 г. не приходится отметить почти никаких изменений. В 1936 г. намечается небольшое улучшение: в первые сутки вместо 68,5% госпитализируется 74,2%, тем не менее 13% больных (вместо 15,7%) поступает на 3-и сутки и позже.

Аналогичная устойчивость сроков госпитализации характерна и для больных с острой кишечной непроходимостью.

Невольно возникает вопрос, не имеем ли мы в данном случае дело с законным запаздыванием, можно ли рассчитывать на какое-либо улучшение или придется мириться с этими сроками и в дальнейшем?

Бесплатная медицинская помощь гарантирована каждому гражданину нашей страны; к его услугам находятся врачи здравпункта, амбулатории, неотложной и скорой помощи. При угрожающих жизни заболеваниях ему обеспечены скорая помощь и безотказная госпитализация. В таком случае спрашивается, почему же все-таки часто имеет место недопустимое запаздывание с госпитализацией больных?

Только тщательный анализ этого ненормального явления даст возможность выявить его причины и позволит сделать ряд организационных выводов, которые помогут ликвидировать запоздалую госпитализацию при острых заболеваниях органов брюшной полости.

Не подлежит сомнению, что прежде всего в этом случае громадную роль играет недостаточное знакомство больных и окружающих их с главными формами заболеваний, составляющих группу, известную под общим названием «острого живота», что ведет к запоздалому обращению к врачебной помощи. Повидимому, чаще, чем мы это предполагаем, больной и окружающие его не только не знают сущности заболевания, но и плохо разбираются в том, в какую именно инстанцию следует обратиться за помощью при внезапном заболевании.

В подтверждение правильности сказанного, разрешите привести интересную таблицу из работы С. Б. Будзинской-Соколовой. Оказывается, например, что в деле госпитализации больных различными учреждениями удельный вес их выражается в следующих цифрах (см. стр. 138).

Можно допустить, что многие больные заболевают на производстве и поэтому, естественно, обращаются в амбулаторию. Однако трудно себе представить, чтобы больной с перфорацией желудка, если бы он был точно осведомлен, кто его скорее доставит в лечебное заведение, обратился в амбулаторию, а не в Скорую помощь, которая, конечно, имеет воз-

возможность госпитализировать больного быстрее, чем все остальные организации.

Диагноз \ Учреждение	Скорая помощь	Квартирная помощь	Амбулатория
Острый аппендицит	13%	12%	65%
Перфорация желудка и двенадцатиперстной кишки	50%	9%	35%
Ущемленная грыжа	38%	20%	38%
Острая кишечная непроходимость	38%	15%	24%

Но если запоздалая доставка больных должна изживаться и будет изжита с течением времени, то уже в настоящее время внимательного изучения заслуживает работа врачей, оказывающих первую помощь, и, в частности, врачей здравпунктов и медицинской помощи на дому.

Многочисленные примеры безупречной работы этих врачей у нас перед глазами, но наряду с безукоризненными и вполне правильными действиями врачей имеет место и ряд чрезвычайно нежелательных и печальных фактов. Разрешите иллюстрировать сказанное на двух наиболее распространенных формах заболеваний — остром аппендиците и ущемленной грыже.

Вот несколько примеров:

Наблюдение № 1. Женщина 33 лет. Принята 21/IV 1934 г. Заболела за 4 дня до поступления, т. е. 17/IV. Боли в правой подвздошной области, рвота, температура 37,2°, приступ третий. 19/IV обратилась к врачу поликлиники, который сказал больной, что она здорова и бюллетеня не дал. 20/IV с трудом работала; обратилась к врачу здравпункта, который дал больной касторку и послал обратно на работу. 21/IV с утра озноб, боли усилились. Вызванный врач Скорой помощи направил больную в Институт. Температура 40,1°. Тяжелое состояние. На операции — флегмонозный отросток с резко измененной некротизированной брыжейкой. Больная умерла от перитонита.

Наблюдение № 2. Мужчина 45 лет. Поступил 10/VII 1933 г. Боли в животе, начиная с 8/VII, преимущественно в верхней половине. Всю ночь не спал. Утром вышел на работу, но работать не смог. В амбулатории завода ему большого листка не дали, но больной сам ушел домой, не будучи в силах что-либо делать. Утром 10/VII по собственной инициативе принял касторку. Боли резко усилились. По доставлении в Институт оперирован при клинической картине «прободного перитонита» — перфоративный аппендицит. Смерть через 48 часов от перитонита.

Если у двух предыдущих больных заболевание, повидимому, не было распознано, в результате чего последовало запоздание с госпитализацией, то в последующих примерах мы видим уже иную картину, когда при поставленном диагнозе больные госпитализированы не были.

Наблюдение № 3. Женщина 28 лет. Заболела 24 часа назад; боли в правой подвздошной области. Два раза была рвота. Врач-терапевт распознал острый аппендицит, но оперироваться не советовал, ссылаясь на то, что больная слаба здоровьем. Утром следующего дня врач квартирной помощи подтвердил распознавание, но советовал оперироваться в интервале. Так как боли усилились, вызвали Скорую помощь, которая доставила больную в Институт. Приступ третий. Ясная картина аппендицита. При поступлении больная на операцию не соглашалась, так как видевшие ее раньше врачи не советовали оперироваться. На операции — эмпиема отростка. Выздоровление.

Наблюдение № 4. Мальчик 11 лет поступил 23/XI 1933 г. Заболел 3 дня назад. Головная боль, боли в правой подвздошной области, рвота. 21/XI врач квартирной помощи заподозрил аппендицит, назначил клизму, обещал прислать хирурга, но пришел с хирургом только 23/XI, и ребенок был направлен в Институт. На операции перфоративный аппендицит. Выздоровление.

В приведенных четырех примерах мы имеем неправильное распознавание в сравнительно легких для диагностики случаях, ничем не оправданное оставление больных дома, в то время как они безусловно подлежали госпитализации, и неправильную терапию — назначение клизмы и слабительного.

Если можно иногда на законном основании сомневаться в наличии аппендицита, то при ущемленной грыже, когда нередко сам больной ставит правильное распознавание, со стороны врачей во всяком случае не должно было быть промахов. Но они все же встречаются.

Вот один из примеров.

Наблюдение № 5. Женщина 56 лет. В течение 5 дней больна гриппом. Внезапно резкое ухудшение состояния: боли в животе, рвота, появляется выпячивание в паху. Врачи ставят диагноз паратифа. Выпячиванию значения не придают. Несколько дней спустя на этом месте появилась краснота. В последующие дни ежедневно многократная рвота. Только через 15 дней больная доставлена в Институт. Ущемленная бедренная грыжа. Каловая флегмона. Операция — оба конца омертвевшей кишки выведены в рану. Смерть.

Врач, который первым видит больного и не желает пропустить тяжелого заболевания, может из сказанного сделать как бы законный вывод, что в случае сомнения лучше госпитализировать больного, и чем раньше, тем лучше. По правде говоря, в крайнем случае мы у него большего и не просим. Но тогда можно спросить себя, каковы будут результаты этой, казалось бы, на первый взгляд необоснованной госпитализации. Мы отнюдь не пропагандируем, чтобы каждого больного, у которого чуть заболит живот, помещать в лечебное заведение под этикеткой острого аппендицита, непроходимости кишечника, перфорации желудка или ущемленной грыжи.

Разве в приведенных мной выше примерах, где больные не были своевременно госпитализированы, речь шла о таких больных? Нисколько. Мы вполне допускаем, что при жестком требовании с нашей стороны «в случае сомнения госпитализировать», в больницы будет попадать ненужным образом большее число больных и, кроме того, больше больных с неправильными диагнозами. Факты это подтверждают. В то время как в 1932 г. в больницы Ленинграда Скорой помощью было доставлено 4 380 больных с острым аппендицитом, в 1936 г. с тем же диагнозом уже было доставлено 12 163 больных. Одновременно с этим нельзя не отметить, что если в 1932 г. процент диагностических ошибок равнялся 24, то в 1936 г. он вырос до 39,9, т. е. почти удвоился. Едва ли можно предположить, что за 5 лет у нас так резко увеличилось число больных острым аппендицитом или что снизилась квалификация врачей. Дело обстоит гораздо проще: не желая в сомнительном случае оставлять больного дома, его более часто, чем раньше, направляют в лечебное заведение; диагноз направления перестает при этом играть роль: что бы там ни случилось, а диагноз острого аппендицита всегда под руками, а там, в больнице разберутся...

Анализ приведенных данных не оставляет никакого сомнения, во-первых, в том, какое важное значение для исхода операции при перечисленных выше заболеваниях имеют раннее распознавание, ранняя госпитализация и немедленная операция. Во-вторых, необходимо признать, что очень часто больные госпитализируются с недопустимым запозданием; в-третьих, что число поступающих с запозданием больных с «острым животом» за последние 5 лет остается почти стабильным. В поздней госпитализации повинны прежде всего больные и их окружающие, но нередко

и врачи. Поэтому для ликвидации этого ненормального явления нам казалось бы необходимым следующее.

Усилить санитарно-просветительную работу среди населения для ознакомления его с наиболее часто встречающимися формами из перечисленных выше заболеваний и дать точные указания о допустимых и запрещенных способах самолечения. Это должно быть достигнуто с помощью организации публичных лекций, путем ознакомления школьников с указанными заболеваниями и выступления в печати с соответствующими статьями или брошюрами. Может быть, было бы рациональным создать соответствующий отдел в Доме санитарной культуры.

Необходимо обратить внимание руководителей кафедр в медицинских высших учебных заведениях на приведенные выше данные с указанием на имеющее место недопустимое запаздывание с распознаванием острых заболеваний органов брюшной полости и проистекающее отсюда вредное влияние на исходы хирургического вмешательства. Те же мероприятия должны быть проведены в институтах усовершенствования врачей.

Необходимо возложить на Институт скорой помощи обязанность вести широкую информационную работу по всем указанным вопросам.

Сборник работ
1-й Всесоюзной конференции
по организации и подаче
скорой медицинской помощи
(Ленинград, 20—24/XII 1937 г.),
Л., 1939, стр. 62—71.



К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ¹

Не простой случайностью и не недосмотром со стороны организаторов конференции нужно объяснить тот факт, что основные заслушанные вами сегодня доклады трактуют о причинах смерти при острой кишечной непроходимости.

Действительно, летальность при этом тягчайшем заболевании заслуживает самого внимательного изучения со многих точек зрения. Прежде всего бросается в глаза ее чрезвычайно высокий процент, который многие с полным правом называют ужасающим. Этот процент варьирует в довольно широких размерах как у нас, так и на Западе. Он колеблется в пределах от 62% (1908) у С. И. Спасокукоцкого до 25% (1936) у Б. В. Шолкова; почти аналогичные цифры приводят иностранные хирурги: Миллер (Miller, 1929) — 60%, Бергес (Burgess) — 23,5%.

Из этих данных явствует, что летальность при острой кишечной непроходимости во много раз превышает таковую при остром аппендиците, которую мы считаем в пределах от 1,5 до 5%, равно как при ущемленных грыжах, где она, по нашим данным, равняется 5,2%; она также значительно выше летальности при перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки, колеблющейся между 10 и 17%. Лишь при остром панкреатите летальность доходит до 68% [Брок, 1926 (Brosq)].

Другая характерная черта летальности при острой кишечной непроходимости — это ее стабильность. Было бы неправильным утверждать, что летальность несколько не снизилась и не продолжает снижаться, начиная с 80-х годов прошлого столетия (1880—1888), когда, по подсчетам Фитца (Fitz), она равнялась 70%; но уже начиная с 1900 г. и по настоящее время летальность обнаруживает чрезвычайно малую склонность к снижению.

Гибсон (Gibson) в 1900 г. высчитал, что на 1 000 больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости, летальность равнялась 43,2%. В 1925 г. ван Бейрен и Смит (van Beuren u. Smith), собрав 1 089 наблюдений, установили, что за истекшие 25 лет смертность снизилась до 41,1%, иначе говоря, понизилась всего на 2,1%.

В Советском Союзе, по данным, собранным М. М. Левиным в 1937 г. за последние 15 лет, из 1 165 больных с острой кишечной непроходимостью погибли 51%.

За последнее время у отдельных хирургов и в некоторых лечебных учреждениях можно отметить заметное улучшение результатов. Так, на-

¹ В апреле 1938 г. состоялась организованная по инициативе Ю. Ю. Джанелидзе городская и областная конференция по острой кишечной непроходимости. Ниже на стр. 141—158 помещены доклад Ю. Ю. Джанелидзе и его выступления. *Ред.*

пример, у Б. В. Шолкова процент летальности с 37 в 1927 г. снизился до 25 в 1936 г. В руководимой мной госпитальной хирургической клинике 1-го Ленинградского медицинского института, по подсчету З. В. Оглобиной, произведенному в 1927 г. за 23 года (1905—1928), на 335 оперированных по поводу острой кишечной непроходимости больных летальность равнялась 60%, а в Институте скорой помощи, за время его существования (1932—1938) на 333 больных она не превышает 31%.

Немало аналогичных примеров можно найти у иностранных хирургов; ограничусь одним: у ван Бейрена и Смита за 4 года (1916—1919) летальность была равна 66,6%, а в промежуток времени между 1932—1935 гг. этот процент снизился до 27,6. Имеются все основания полагать, что это еще не предел. И значение собраний, аналогичных сегодняшнему, в том, чтобы общими усилиями способствовать наметившемуся в этой области прогрессу.

Наконец, последняя особенность, отличающая летальность при острой кишечной непроходимости и являющаяся общей для острого аппендицита, перфорации желудка и ущемленных грыж, — это довольно строгая зависимость между началом заболевания, моментом оперативного вмешательства и исходом.

Привожу таблицу, показывающую зависимость послеоперационной летальности при острой кишечной непроходимости от времени вмешательства (в %).

Время, прошедшее с начала заболевания до операции	Институт скорой помощи	Миллер	Моор	Тютле	Тодио
6 часов	15,7	—	—	0	—
12 »	28,7	29,4	—	4,0	23,8
24 часа	23,8	52,9	0	15,4	31,0
36 часов	—	50,0	—	—	—
48 »	27,5	59,6	25,05	18,0	31,0
72 часа	42,5	63,4	33,0	24,3	49,0
96 часов	65,0	72,8	—	—	—
Больше 96 »	—	84,0	—	—	—

Как видно, почти одинаковые результаты имеются у нас, у Моора (Moore), Тютле (Tuttle), Тодио (Todyo) и многих других. Миллер даже находит возможным уточнить эту зависимость, полагая, что с каждым часом промедления летальность нарастает на 1%.

Между тем Деавер (Deaver), Мойнихан (Moynihan), Гревс (Graves) и Снеллинг (Snelling) находят, что послеоперационная летальность не должна превышать 10%, а более высокий процент должен быть отнесен за счет запаздывания с операцией. Подчеркивая эту зависимость, Мойнихан ввел термин «смертность от промедления» (mortality of delay).

Приведенные данные, по-моему, вполне оправдывают афоризм Элиасона (Eliason) «чем дольше больной с острой кишечной непроходимостью живет до операции, тем меньше он будет жить после нее».

Из сказанного, конечно, нельзя сделать вывод, что другие факторы не оказывают никакого влияния на исход оперативного вмешательства при острой кишечной непроходимости. Укажу хотя бы на значение возраста.

По нашим данным, в возрасте до 50 лет летальность не превышает 19,5%, а после этого возраста доходит до 50,5%.

Наряду с возрастом, большое влияние оказывает пол; летальность у мужчин — 36,2%, у женщин — 21,3%.

Кроме того, редко при каком-либо другом заболевании дооперационная подготовка, методика и техника операции и послеоперационное ведение больных так существенно влияют на исход заболевания, как это имеет место при острой кишечной непроходимости.

Тем не менее будет значительно лучше для больных, если исходной точкой тактики врача при острой кишечной непроходимости мы выдвинем требование необходимости раннего распознавания, ранней госпитализации и немедленного оперативного вмешательства, ибо от этого главным образом зависит судьба больного. Между тем даже в Ленинграде, где население обеспечено врачебной помощью в продолжение круглых суток, где прекрасно налажена Скорая помощь, где ни одно лечебное учреждение не откажет в немедленном приеме больному с диагнозом кишечной непроходимости, дело с ранней госпитализацией обстоит далеко не благополучно.

Оказывается, что до 6 часов, т. е. в промежуток времени, который мы можем считать благоприятным для операции, к нам поступает всего 9,6% больных, от 6 до 12 часов — 13,5%, от 12 до 24 часов — 26,4%; но особенно должен привлечь наше внимание тот факт, что позже 48 часов к нам попадает 35,2%.

А между тем, как видно из таблицы, если летальность в первые 6 часов равняется 15,7%, то после 48 часов она доходит до 42,5% и даже 65%.

Если бы удалось в полной мере осуществить раннюю госпитализацию больных, то едва ли бы мы встретились в дальнейшем с той печальной картиной, какую нам пришлось наблюдать и которая в большей или меньшей степени, без сомнения, знакома многим из вас. Наряду с оперированными нами 333 больными, мы имели 21 случай, когда ввиду безнадёжного состояния больных были вынуждены от операции воздержаться. Об их тяжелом состоянии можно судить хотя бы по тому, что пятеро из них прожили с момента поступления от 40 минут до 2 часов. К такому тяжелому состоянию особенно быстро приводят высоко расположенная острая непроходимость или узлы кишечника, при которых явления поражения кишечника, так же как и интоксикация организма, прогрессируют чрезвычайно быстро.

Придавая своевременному оперативному вмешательству столь важное значение, мы в каждом отдельном случае стараемся выявить причину, помешавшую нам провести в жизнь выставленное требование.

Промедление может зависеть от самого больного, от врача, который первый его видит, и, наконец, от хирурга, который по тем или иным соображениям воздерживается от немедленного оперативного вмешательства; бывает и так, что каждый из поименованных участников вносит в это дело свою лепту.

Несвоевременное обращение к врачебной помощи у малокультурных больных и их окружающих, не знакомых с тяжелыми последствиями промедления при острой кишечной непроходимости, вполне понятно и может быть изжито лишь по мере ознакомления всех слоев населения с этой опасностью. Но наряду с этими, существует другая категория больных, у которых запоздалое обращение к врачу можно до известной степени оправдать. Так, один из пяти, точнее 18,2% больных, попадает к нам с заворотом изгиба сигмовидной кишки, и один из трех — 32,5% — со спаечной непроходимостью. Среди них немало таких, которые раньше уже не раз поступали в лечебные учреждения. Они хорошо помнят, что простых, гипертонических и сифонных клизм оказывалось вполне доста-

точно, чтобы избавить их от угрожавшей операции. И разве удивительно, что такой выдавший виды больной на самом законном основании в продолжение нескольких часов и даже дней подражает действиям опытного хирурга и сдаётся лишь тогда, когда испытанные средства не помогли.

Часть больных отказывается от госпитализации и вмешательства и соглашается только тогда, когда далеко зашедшие токсемия и инфекция не дают уже никаких шансов на спасение. Это сравнительно редкие случаи; мы имели всего 4 подобных больных.

Распознавание острой кишечной непроходимости начинается, конечно, не в лечебных учреждениях, а на периферии, и в первую очередь производится врачами квартирной, скорой, ночной помощи, амбулаторий и здравпунктов. Ответить на вопрос, как обстоит дело с распознаванием острой кишечной непроходимости на этом участке, мы можем на основании анализа диагнозов, с которыми больные поступают в лечебное учреждение. Нельзя сказать, чтобы этот диагноз ставился редко. Так, например, в Институт скорой помощи с диагнозом острой кишечной непроходимости было прислано 967 больных; с этим диагнозом мы согласились в 44% случаев (428 больных), т. е., иными словами, из двух больных, присланных с диагнозом острой кишечной непроходимости, у одного этой болезни, безусловно, не оказалось. Из 967 больных, поступивших с диагнозом острой кишечной непроходимости, мы оперировали всего 194, или 20%, т. е. из 5 больных, принятых с диагнозом острой кишечной непроходимости, в операции нуждался лишь один.

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

Заболевания органов брюшной полости	415	больных	(77%)
» забрюшинных органов	76	»	(14,1%)
Инфекционные заболевания	14	»	(2,6%)
Заболевания органов грудной клетки	30	»	(5,69%)
Прочие заболевания	4	»	(0,7%)

Но если в этой группе больных диагноз острой кишечной непроходимости ставился широкой рукой, то, с другой стороны, более чем в половине случаев 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%). Остальные 139 (42%) были направлены со следующими диагнозами:

Острый аппендицит	61	случай	(44%)
Обострение язвы желудка	13	случаев	(9,5%)
Ущемленные грыжи	7	»	(5%)
Острый живот и без диагноза	58	»	(41,5%)

Судя по этим данным, нелегко учесть, как часто на этом участке имеет место правильное распознавание. Повидимому, в сумме 50% больных поступают с неправильным диагнозом. К таким же выводам приходит С. И. Спасокукоцкий.

Вот нескольких примеров.

Токарь, 36 лет, доставлен с диагнозом острого аппендицита 24/X 1936 г. Заболел 16 часов назад приступом сильнейших схваткообразных болей в животе. Повторная 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 сигмовидной 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 не соответствующий состоянию больного; третий врач хотя и поставил неправильный диагноз, но по крайней мере нашел необходимым немедленно госпитализировать больного (правда, уже слишком поздно).

Ограничусь приведением еще лишь одного наблюдения.

Мужчина 40 лет заболел в 3 часа ночи на 29/1 1938 г. в вагоне поезда Кисловодск — 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, фельдшером, заверившим его, что ничего серьезного нет. Больному даны были капли и обещано 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 минут 29/1 и был оперирован через 1½ часа, т. е. через 17 часов от начала заболевания.

Найден узел между сигмовидной и тонкими кишками. Резецировано 2,5 м омертвевшего тонкого кишечника и 40 см сигмовидной. Смерть на 4-й день от перитонита.

В части подобных случаев безусловно повинны обстановка и условия, в которых периферийным 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 искать 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, правильнее 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 совету Фика (Vick), который вопрос об острой кишечной непроходимости предлагает включать в каждый экзаменационный билет, то будет не лишним, чтобы руководитель клиники подробно ознакомил своих слушателей со всеми возникающими в связи с этим тяжелым заболеванием вопросами. В дальнейшем этому вопросу следует уделять должное внимание в институтах

усовершенствования врачей. Возможно, что еще скорее нам удастся достигнуть цели путем пропаганды, проведенной врачами больничных учреждений, клиник или институтов среди врачей своего района. Мы уже стали на этот путь. Сотрудники нашего института систематически читают лекции в районных поликлиниках по вопросам так называемого острого живота. Кроме того, крайне необходимо, чтобы врач, первый видевший больного, был осведомлен о его дальнейшей судьбе. Мероприятия, которые мы считаем необходимыми в этом направлении, были мной изложены во время первой нашей конференции; они напечатаны в 40 томе «Вестника хирургии» за 1935 г., но за недостатком времени я сегодня лишен возможности к ним возвратиться.

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.

Позволю себе иллюстрировать реальное положение вещей на основании нашего материала.

В течение первых 6 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%); из них умерло 80 больных (28,7%).

22 больных (7%) мы не оперировали и выжидали до 12 часов и из них погибло 36,2%; 12 (3,7%) — до 24 часов и потеряли 2 больных (16,7%). Наконец, 20 больных (6,3%) мы не оперировали больше двух суток и потеряли 13 человек, т. е. смертность равнялась 65%. 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 у 249 больных (т. е. 74,8%) был поставлен совершенно правильный диагноз; при этом до операции указывалось не только наличие непроходимости, но и ее разновидность. У 55 больных (т. е. у 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 неправильных диагнозов фигурируют все виды заболеваний, которые мы объединяем под общим названием «острого живота».

Мы оперировали 21 больного под диагнозом острого аппендицита, трех — под диагнозом перфоративной язвы, одного — ущемленной грыжи, двух — злокачественной опухоли сигмовидной кишки, одну — внематочной беременности, одну — перекрученной кисты яичника.

Как видно из сказанного выше, 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 Б. В. 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, но как на наших съездах, так и за границей ему уделяют недостаточное внимание. Не то чтобы о нем совершенно не говорили; кто-нибудь пожалуется на трудность распознавания или приведет какой-либо новый признак, который, по его мнению, должен облегчить диагностику, но не больше. Не отступил от укоренившихся традиций и XIX съезд российских хирургов в 1928 г. и VI Украинский съезд (1936), тщательно и всесторонне обсудившие вопросы, связанные с острой кишечной непроходимостью. На украинском съезде о диагностике говорили Э. Л. Шапиро, А. В. Мельников, И. М. Перельман и др., но вскользь, что, повидимому, дало основание председателю съезда проф. А. П. Герцену высказать сожаление, что о дифференциальной диагностике непроходимости говорилось мало.

Исключение составляет доклад, сделанный Гейссером (Heusser) в Цюрихе на годовичном собрании швейцарского хирургического общества в 1933 г., который целиком посвящен вопросу о диагностике острой кишечной непроходимости.

Признаки, которым в учебниках и монографиях об острой кишечной непроходимости уделяется иногда много внимания, выявляются нередко в той стадии заболевания, когда далеко зашедшая токсемия лишает нас возможности рассчитывать на благоприятный исход после вмешательства.

Поэтому я коснусь лишь тех методов исследования и тех признаков, которые имеют значение в деле раннего распознавания острой кишечной непроходимости. Я не буду излагать признаков, свойственных многочисленным формам этого страдания; о них вы услышите при разборе каждой формы в отдельности в докладах С. Б. Будзинской, М. В. Мухиной, Э. Н. Степановой, Б. Г. Стучинского, И. М. Рохкинда и др.

Как и при других заболеваниях, исследование этих больных должно начинаться с анамнеза. Если перечитать сотни историй болезней и внимательно изучить их с этой точки зрения, то все они как у нас, так, по всей вероятности, и у многих других страдают вопиющей неполнотой. Трудно, конечно, требовать от дежурного врача, чтобы он тратил целый час на выяснение всех деталей, когда у него в перспективе имеется еще 3—4 операции. Но все же никак нельзя мириться с тем пренебрежением, с которым мы иногда относимся к данным анамнеза. Тщательные поиски в этом отношении особенно важны потому, что, как вполне правильно замечает А. В. Мельников, непроходимость кишечника — не что иное, как осложнение течения первичного заболевания (нередко — заболевания кишки), и чаще является вторичным симптомокомплексом. Поскольку такое патологическое состояние желудочно-кишечного тракта обычно налично с давних пор, то при внимательном и тщательно собранном анамнезе его часто и удается выявить.

Пол и возраст больного имеют немаловажное значение. Кому, например, не известно, что инвагинация более свойственна для детей, а заворот сигмовидной кишки для пожилых людей; 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 коллика 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 непро-

ходимости. Надлежит точно осведомиться, не подвергался ли больной в прошлом травме или оперативному вмешательству на органах брюшной полости; не переносил ли воспалительных процессов (аппендицита, холецистита, сальпинго-оофорита, пери- и параметрита и туберкулеза).

Наконец, хирурга 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, имелась 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; сохранившая двигательную функцию кишка ведет борьбу с препятствием.

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

Третья стадия — терминальная — далеко зашедшая картина общего отравления организма и инфекции, наряду с местными явлениями, не оставляет 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, употребляемую большинством авторов [Мондор (Mondor), Клейншмидт (Kleinschmidt) и др.], 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 приведенной выше схемой.

Из всех постоянно встречающихся признаков острой кишечной непроходимости кардинальным, так сказать, необходимо признать боль. Мы не наблюдали отсутствия ее ни у одного из наших больных. Частота ее, по наблюдениям других авторов, также велика.

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 осно-

вание 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, покрывается холодным потом, он мечется от болей, часто меняет положение.

Реже боли начинаются мало-помалу 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 М. М. Виккер вполне правильно предлагает называть «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 и 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.

Поэтому нам кажется, что деление болей на обхватывающие, распирающие и воспалительные, якобы соответствующие различным видам непроходимости, не оправдывается клиникой и должно быть оставлено.

Боли не имеют однородной и фиксированной 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 (у 70,5% больных) являются тошнота и рвота. Вначале заболевания это 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 усилием; 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 рвота 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, по замечанию Хендлея (Handley), 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 патогномическим 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 высоко расположенной, возможно наличие стула и даже повторного. Так, из 11 больных с заворотом 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, способствуя начальной рвоте и опорожнению кишечника. Мы наблюдали этот признак у 74,5% больных.

Переходя к осмотру хорошо и равномерно освещенного живота, мы в начале заболевания можем обнаружить ограниченный метеоризм, дающий некоторые указания на локализацию препятствия; он занимает центральные или боковые части живота, подреберье или подвздошную область; может иметь постоянную локализацию или смещаться. Но при высоко расположенной непроходимости этот признак не всегда бывает налицо. Под ограниченным вздутием располагается одна или несколько петель кишок; 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 кишок, 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 кишок никакие раздражения брюшной стенки уже не способны возбудить потухшую двигательную функцию 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 гиперестезии кожи и ригидности брюшной стенки. Однако на месте прилегания наиболее раздутых петель кишок определяется некоторое эластическое сопротивление. Иногда при этом удается нащупать колбасовидную опухоль при инвагинации кишок или клубке 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 кишок или тромбозе мезентериальных сосудов, легко определить притупление.

Тщательное, продолжительное выслушивание живота, лучше всего ухом, нередко дает возможность обнаружить (у 36%) шумы различной высоты и продолжительности, то в виде лопающихся пузырьков, то протяжные, то быстро обрывающиеся, отличающие непроходимость кишок 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, 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 меня вполне согласиться с мнением Геблера (Häbler), 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 gestum* и *per vaginam*. Иногда резко бросается в глаза пустая ампула прямой кишки, что И. И. Греков называл признаком Обуховской больницы. Наряду с этим, хотя и редко, возможно нащупать конец инвагината, опухоль прямой кишки или растянутые и напряженные петли тонких кишок. Последнее имело место у одной из наших больных, у которой нелегко было отличить кишку от предполагавшегося инфильтрата.

Наконец, позволю 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 случилось и с другими.

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

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

Еще сравнительно недавно при острой кишечной непроходимости ограничивались перечисленными способами исследования, если не

считать обычного анализа крови и мочи, в которой искали индикан, причем последнему, как показателю гниения в тонких кишках, придавали большое значение.

В настоящее время эти условия в значительной степени изменились. Я имею в виду прежде всего рентгенодиагностику, а затем морфологическое и химическое исследование крови.

В мою задачу не входит излагать в деталях результаты этих методов исследований, так как им посвящены отдельные доклады нашей конференции.

Как известно, рентгеновский способ исследования для распознавания хронической непроходимости тонкого кишечника был предложен в 1911 г. Шварцем (Schwartz). Вначале казалось, что он не найдет применения при острой кишечной непроходимости, во-первых, потому, что способ якобы является обременительным для больных с острой кишечной непроходимостью, а во-вторых, в силу того, что необходимо было бы выждать в продолжение нескольких часов, пока контрастное вещество не достигнет места непроходимости.

С момента появления исчерпывающей работы Клойбера (Kloiber, 1919), предложившего рентгенодиагностику острой кишечной непроходимости без предварительной подготовки больного и без применения контрастного вещества, способ в значительной степени освобождается от упомянутых выше недостатков и, казалось, должен был бы сразу получить широкое распространение.

Однако этого не случилось. Наибольшее применение способ и сейчас находит в Германии и в Скандинавских странах. Наоборот, некоторые из современных американских хирургов, как Окснер (Ochsner, 1930), Гюбер (Hüber, 1931) и др., жалуются, что странным образом у них, в стране высокой техники, способ не нашел того распространения, которого он безусловно заслуживает. Во Франции понадобилось 15 лет для того, чтобы в конце 1934 г. об этом способе заговорили во французском хирургическом обществе. В прениях по докладу Мулонге и Руссе (Moulonguet и Rousset) 19/XII 1934 г. приняло участие ограниченное число ведущих хирургов [Дюваль (Duval), Госсе (Gosset) и др.] и было замечено, что хирурги Парижа располагают еще незначительным личным опытом.

Нас, конечно, больше интересует, как обстоит дело с рентгенодиагностикой острой кишечной непроходимости в нашей стране. Об этом способе исследования ни слова не говорится на XIX съезде российских хирургов в 1927 г., где программным вопросом был «Ileus». Не больше повезло этому вопросу на VI Украинском съезде хирургов (1936). Так, основной докладчик по острой кишечной непроходимости Э. Л. Шапиро ограничился дословно следующим: «В некоторых случаях, — сказал он, — при рентгеноскопии выявляется наличие так называемых чашек Клойбера».

Второй докладчик, А. В. Мельников, оказался к этому способу исследования не более благосклонным, заявив, что «симптом Клойбера (рентген) не всегда налицо и нередко сомнителен». Мимоходом коснулся этого способа В. В. Орнатский из клиники Н. Н. Самарина. Лишь И. М. Перельман указал, что он широко пользовался рентгеноскопическим исследованием больных при острой кишечной непроходимости, но полученным данным придает лишь относительное значение.

Наши учебники по хирургии или совершенно не упоминают о рентгенодиагностике, или делают это в недостаточной степени.

Я далек от мысли утверждать, что этим способом никто в нашей стране не пользуется. Я прекрасно осведомлен, что его систематически применяют в Институте имени Склифосовского в Москве, имеется немалое число и других лечебных учреждений и клиник, которые идут по этому же пути. Но полагаю, что буду совершенно прав, если скажу, что большинство наших хирургов прибегает к этому способу исследования лишь в сомнительных случаях или от случая к случаю, но не систематически.

Нежелание систематически пользоваться рентгенодиагностикой может иметь двойное объяснение; прежде всего виной этому может быть отсутствие круглосуточного дежурства врача-рентгенолога. Дежурящие во многих учреждениях рентгенотехники в большинстве случаев вполне удовлетворительно справляются с обслуживанием больных с травматическими повреждениями, но совершенно недостаточно квалифицированы для расшифровки сложной рентгенологической картины при острой кишечной непроходимости.

С другой стороны, в то время как при травматических повреждениях и при камнях мочевой системы никто из нас не желает ограничиваться данными только клинического исследования и считает рентгеновское исследование абсолютно необходимым, по отношению к острой кишечной непроходимости мы до этого сознания еще не дошли.

Наконец, мы сами еще часто не умеем разбираться в трудно читаемой рентгенограмме при острой кишечной непроходимости; нам необходимо изучать это с большой настойчивостью.

Между тем в руках опытных в этом деле клиницистов этот способ исследования может дать положительные результаты в 96% случаев (ван Бейрен и Смит); на нашем материале при непроходимости тонкого кишечника мы получили положительные данные в 87% случаев — процент, который с увеличением нашего опыта безусловно возрастет.

Рентгенодиагностика очень часто не только дает возможность своевременно ответить на вопрос, имеется ли непроходимость, но позволяет иногда поставить и топический диагноз, что может иметь немаловажное значение для выбора разреза брюшной стенки.

При наличии спаечной непроходимости у больных многократно оперированных, когда хирург не имеет большой охоты спешить с вмешательством, рентгеновское и гематологическое исследование, о чем подробно будет речь завтра, произведенное через короткие промежутки времени, если получаемые данные остаются неизменными, может заставить хирурга отказаться от выжидательной тактики. На съезде немецких хирургов в 1925 г. Гоц (Hotz) требовал, чтобы в сомнительных или неясных случаях кишечной непроходимости производился рентгеновский снимок. Мне бы казалось уместным вычеркнуть из этого требования слова «сомнительный или неясный» и настоять на необходимости рентгеновского исследования в каждом случае острой кишечной непроходимости. Это даст возможность как рентгенологу, так и хирургу в кратчайший срок накопить опыт, без которого нелегко давать толкование иногда довольно сложной рентгенологической картины. С этой же целью мы за последнее время ввели обязательное рентгеновское исследование каждого больного с ущемленной грыжей, представляющей собой одну из разновидностей острой кишечной непроходимости.

Несколько слов по поводу исследования химизма крови.

Химическое исследование крови и изучение обмена у больных с острой кишечной непроходимостью за последние 20 лет, после работ П. Л. Сельцовского, Н. Н. Самарина, Мак Коллума (McCallum), Госсе

и многих других, внесли чрезвычайно много ценного в вопрос о причинах смерти при этом заболевании и позволили применить некоторые способы лечения, существенно улучшившие наши результаты. Но все описанные до сих пор изменения состава крови, как-то: гипохлоремия, гипергликемия, увеличение остаточного азота, — пока мало что дали для постановки раннего распознавания.

Если судить по интересным экспериментальным данным П. Л. Сельцовского, то начало падения хлоридов в крови можно отметить только начиная с 16-го часа, даже при высоко расположенной непроходимости и, следовательно, этот признак приходится считать поздним.

Многочисленные исследования Гейссера привели его к заключению, что в настоящее время нет возможности высказаться за или против наличия острой кишечной непроходимости на основании химизма крови.

Наши немногочисленные данные пока заставляют нас разделить точку зрения этого автора.

Наряду с химизмом, должное внимание должно быть уделено морфологическому исследованию крови. Оно должно производиться опытным лаборантом, который не замыкается в своей лаборатории и не только поддерживает связь с хирургом с помощью записочек, в которых сообщаются данные анализа, а в полном смысле слова живет интересами операционной и ежедневно у операционного стола проверяет полученные данные.

При таком условии, наряду с результатами клинического и рентгенологического исследования, установление увеличения количества эритроцитов, повышенного, значительного лейкоцитоза и изменения лейкоцитарной формулы явятся ценным подспорьем при распознавании острой кишечной непроходимости, о чем в дальнейшем будет речь в докладе заведующей нашей лабораторией П. Н. Демидовой.

Поэтому на основании полученных нами данных я никак не могу разделить точку зрения Миллера, по мнению которого счет крови вреда не приносит, но редко имеет практическую ценность.

Я не приводил бы этого мнения, если бы аналогичные взгляды не находили у нас сторонников. Так, на I Всебелорусском съезде хирургов и гинекологов в Минске А. И. Коган указал, что ряд условий совершенно обесценивает диагностическое значение анализа крови, ввиду чего они ни исследования крови, ни анализа мочи не производили. Едва ли нам стоит в настоящее время идти по этому пути.

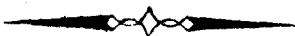
К сожалению, приведенные выше признаки свойственны не только острой кишечной непроходимости; некоторые из них в отдельности или вместе взятые могут наблюдаться и при других заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства: при аппендицитах, перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки, печеночной и почечной колике, панкреатите, перекрученной кисте яичника, внематочной беременности; они могут наблюдаться и при заболеваниях органов грудной клетки и нервной системы. Поэтому, как правило, распознавание острой кишечной непроходимости должно базироваться на самом тщательном анамнезе, полном клиническом исследовании больного, лабораторном и рентгенологическом исследовании.

Необходимость раннего распознавания и вмешательства не противоречит этому требованию, ибо состояние больных, у которых подозревается острая кишечная непроходимость, никогда не бывает настолько угрожающим, чтобы заставить нас отказаться от полного исследования и дооперационной подготовки.

Если такой подход к вопросу ранней диагностики требует от хирурга, с одной стороны, большого опыта и максимального напряжения его внимания, то, с другой стороны, возлагает и на органы здравоохранения обязанность обеспечить все хирургические отделения, оказывающие неотложную помощь, круглосуточным дежурством врачей—лаборанта и рентгенолога, причем оба они должны быть хорошо знакомы со всеми вопросами, в решении которых им придется принимать участие.

Заканчивая свой доклад, хотел бы выразить надежду, что в результате работ нашей конференции окажется возможным выяснить ряд сложных и запутанных вопросов патогенеза и причин высокой смертности при острой кишечной непроходимости и наметить пути рационального лечения, что неминуемо должно будет привести к резкому улучшению наших результатов.

Вестник хирургии, 1938, 56, 3—4, 333—347.



**ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ СЛОВО ПО ДОКЛАДУ «К ВОПРОСУ
О ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ»,
СДЕЛАННОМУ НА ГОРОДСКОЙ И ОБЛАСТНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
ПО ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

В своем докладе я старался довольно точно формулировать, какая доля вины в деле с запоздалой госпитализацией приходится на самого больного, в чем вина врача, первого видевшего больного, или хирурга, в руки которого он попадает. Я указал, что нередко в дело запаздывания с оперативным вмешательством каждый из них вносит свою лепту.

Особенно я подчеркнул, что даже после того, как больной попадает в учреждение, располагающее весьма квалифицированными врачами, возможны ошибки, что опять-таки может вести к запаздыванию с оперативным вмешательством. Я привел цифры, характеризующие наши собственные ошибки.

Для того чтобы учесть признаки заболевания и иметь возможность набросать точную клиническую картину, необходимо, чтобы эти признаки заносились врачом в историю болезни, что далеко не всегда имеет место. Поэтому нами и Н. Н. Самариним разработаны стандартные истории болезни, которые должны существенным образом помочь нам исправить наблюдавшиеся в этом деле недочеты.

Я согласен с И. М. Перельманом, что если бы все врачи систематически употребляли все методы исследования, то распознавание острой кишечной непроходимости ставилось бы раньше, и больные раньше бы подвергались оперативному вмешательству.

Между тем некоторые признаки, как, например, боль, требуют времени для точного изучения. Для того чтобы составить себе ясное представление об этих болях, необходимо нередко просидеть у постели больного довольно продолжительное время — только тогда выявляется схваткообразный их характер.

И. М. Перельман вполне правильно остановился на необходимости тщательного выслушивания живота. Однако я не могу с ним согласиться, что признак падающей капли бывает в 100% случаев. Этот признак имеет место лишь тогда, когда моторная функция кишечника сохранена; если при этом в кишке имеются жидкость и газы, то при усилиях протолкнуть жидкость может при выслушивании получиться впечатление падающей капли или какие-либо аналогичные шумы. Наоборот, при параличе кишечника, даже при наличии большого количества жидкости и газов никаких шумов не будет. Мы, так же как и другие, придаем большое значение признаку плеска.

Признавая всю ценность клинического систематического исследования больного, мы должны были с сожалением констатировать, что ино-

гда признаки кишечной непроходимости оказываются совершенно недостаточными, чтобы позволить нам ставить раннее распознавание. Поэтому понятно, что мы ищем себе помощников в лице рентгенологов и лаборантов, которые, само собой разумеется, работают с нами рука об руку.

Я рад, что органы здравоохранения начинают все более проникаться сознанием правильности наших требований, чтобы все хирургические отделения, оказывающие неотложную хирургическую помощь, наряду с дежурным хирургом, располагали также дежурным лаборантом и рентгенологом.

Во многих лечебных учреждениях нашего города это пожелание превращено в жизнь. Но положительное разрешение этого вопроса ставит перед нами, хирургами, другую не менее ответственную задачу. Необходимо взяться за изучение рентгенологической картины острой кишечной непроходимости. В этом деле большинство хирургов пока разбирается слабо, но это еще полбеды; к сожалению, и сами рентгенологи обладают в этом вопросе небольшим опытом. Понятно, что в этом направлении придется затратить много труда.

Существенную помощь в деле распознавания острой кишечной непроходимости нам может оказать, наряду с химическим, и морфологическое исследование крови, как об этом подробно вы слышали из доклада П. Н. Демидовой.

Вестник хирургии, 1938, 56, 3—4, 375—376





ВЫСТУПЛЕНИЕ НА ПОСЛЕДНЕМ ЗАСЕДАНИИ ГОРОДСКОЙ И ОБЛАСТНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ПО ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Дорогие товарищи, от имени организаторов конференции разрешите всем вам выразить нашу искреннюю благодарность. Сзывая конференцию, мы преследовали две цели. Первая — концентрировать все внимание на одном вопросе и подвести итоги наших знаний на сегодняшний день. Насколько это удалось нам сделать, судить надлежит вам, а не нам.

Вторая наша цель, цель каждого научно-исследовательского института — быть объединяющим звеном. Когда мы распределяли доклады, мы были в этом деле главными пайщиками. В конце концов, мы были ответственными за все дело, и ничего нет удивительного в том, что из 30 основных докладов 20 сделаны сотрудниками нашего института и 10 докладов мы предоставили сделать другим участникам нашей конференции.

Наша конференция носит название «Областной и городской конференции». Однако на деле она далеко вышла за пределы нашей области и привлекла участников даже из отдаленных городов Советского Союза. При выборе наших докладчиков мы не ограничивались всегда собственными силами и не стеснялись обращаться к работникам Москвы, Казани, Свердловска и т. д. Поэтому всем тем товарищам, которые отозвались на наш призыв, приехали издалека, потратив время и много труда, мы приносим особую благодарность.

За этой второй конференцией мы, надеюсь, созовем третью, исходя из этих же принципов.

ЛЕКЦИИ

(1943)

ОЖОГИ ПИЩЕВОДА

Профессор. Сегодняшнюю лекцию я начну с того, что представлю слово больному, который сообщит нам сведения из анамнеза.

Расскажите, пожалуйста, сколько Вам лет, чем Вы занимаетесь и что с Вами случилось.

Больной. Мне 27 лет. Я инженер-электрик. На военной службе с первого дня войны. По военной специальности я радиотехник.

Боец производил зарядку аккумуляторов. Он заливал в аккумуляторы щелочь, причем воспользовался той кружкой, из которой я обычно пил воду. В кружке случайно осталось немного щелочи. Когда я стал пить, то почувствовал боль во рту. Болевые ощущения некоторое время оставались. Я обратился в санитарную часть. Это было в июне месяце 1942 г.

Профессор. Что сделали в санитарной части?

Больной. Мне дали борную кислоту и врач советовал ею полоскать рот. Улучшения не наступило. Затем я стал полоскать новокаином, но сделалось еще хуже. Я почти был лишен возможности глотать, болевые ощущения во рту оставались. Меня направили в медико-санитарный батальон. Там я провел ночь, а затем был направлен в полевой подвижной госпиталь, в котором я пробыл один день. В госпитале мне произвели рентгенологическое исследование, изменений в пищеводе не нашли и направили в часть. В части некоторое время я ел обычно, но постепенно проходимость ухудшалась. Так продолжалось в течение 2 $\frac{1}{2}$ месяцев.

Профессор. Лечили Вас в течение этих 2 $\frac{1}{2}$ месяцев?

Больной. Нет. Так как мне говорили, что это явления спазматического характера, которые со временем пройдут, то я старался не обращать на них внимания.

Профессор. Какую пищу Вы могли употреблять?

Больной. Сначала я ел все. Потом перестал проходить черный хлеб, я перешел на гороховую кашу, затем и она перестала проходить. Периодически становилось то лучше, то снова хуже. Я вынужден был обратиться для консультации к ларингологу. Это было 8/VIII 1942 г. в прифронтовом госпитале. При рентгеноскопии обнаружили рубцовое сужение и спазм пищевода.

Профессор. Что Вам делали дальше?

Больной. Меня отправили самолетом в Сясьстрой, где я пробыл 3 дня. Там вновь произвели рентгеноскопию, сделали рентгенограмму и отправили меня снова самолетом в Вологду. Из Вологды я в тот же день приехал в Киров.

Профессор. Расскажите, что Вам делали в Кирове?

Больной. В Киров я прибыл 16 августа. Первое время мне ничего не делали. Через месяц мне наложили гастростомию.

Профессор. (Просит больного раздеться и демонстрирует его аудитории.) Имеется гастростомическое отверстие с введенной в него резиновой трубкой, через которую дают больному пищу.

Что Вам рассчитывали дальше делать?

Больной. Мне говорили, что нужно бужировать, но начать бужирование не пришлось.

Профессор. Я вам расскажу все сначала, потому что вам придется столкнуться с такими явлениями, которые бывают не так редко. Встречаются они и у мужчин, но значительно чаще у женщин.

Причины, вызывающие их, различны: 1) настоящая случайность, 2) случайность, когда в нетрезвом виде путают водку с кислотой или щелочью, 3) попытка к самоубийству путем приема щелочи или кислоты и, наконец, 4) явления, о которых вы здесь только что слушали, могут вызываться проглоченными инородными телами.

Ожоги пищевода, вызванные химическими веществами, сопровождаются местными и общими явлениями.

Местные явления зависят от концентрации и количества раствора и длительности его воздействия. Происходит омертвление не только поверхностных слоев слизистой, но и более глубоких. За этой первой фазой — фазой омертвления, следует вторая — отделение всего мертвого. На это уходит несколько дней, иногда недель. Вы видите, как отходят участки стенки пищевода. Мне пришлось наблюдать несколько случаев, когда отторгались не отдельные куски тех или иных размеров, а целые трубки.

Поражения касаются слизистой оболочки губ, языка, твердого и мягкого неба — дальше не видно глазом. Но если больной погибает, то на вскрытии оказывается, что пищевод обожжен на большем или меньшем протяжении, причем в местах физиологических сужений изменения наибольшие, что объясняется задержкой пищи и жидкости здесь на какой-то промежуток времени.

В этот же период, наряду с местными явлениями, наблюдаются и общие, которые проявляются в виде возбуждения или шока с падением кровяного давления. Эти явления тем резче, чем сильнее ожог. Вы должны помнить, что поражение не ограничивается только пищеводом.

Частенько, особенно у пьяниц, бывает так: была взята жидкость в рот, она быстро прошла через пищевод, произведя в нем незначительные изменения, поступила в желудок и остановилась в выходном отделе. Выходной отдел желудка оказывается наиболее пораженным, наступают жестокие боли, происходит отделение мертвого от живого. Затем, мало-помалу, эти явления спадают, через 2—3 недели мертвое отходит, образуется гранулирующая поверхность — на большем или меньшем протяжении, той или иной глубины. Чем распространеннее ожог и чем более глубокие ткани он захватывает, тем более печальна судьба больных.

Я говорил вам, что большая часть из них погибает. Однако часть этих несчастных выживает.

Мне подали записку: «Что должен был сделать врач, когда он увидел, что больной выпил щелочь? Не нужно ли было дать соляной кислоты?».

Больному можно было дать любую кислоту, которая нейтрализовала бы принятую щелочь. Однако я рекомендую кислоты не давать, а давать в большом количестве воду, в буквальном смысле слова ведрами. Анесте-

зируют глотку и через желудочный зонд промывают очень долго желудок и пищевод. Так как несчастные случаи бывают неожиданно, то в приемном покое любого лечебного учреждения обязательно должны быть такие элементарные вещи, как зонд, воронка и, само собой разумеется, вода. К сожалению, когда осматриваешь приемный покой, то зачастую оказывается, что неизвестно, куда девался зонд, нет воронки и не всегда можно найти воду.

Что же делать дальше? Нужно ли что-нибудь делать или ничего не надо делать? Вы слышали из слов больного, что ему смазали полость рта новокаином и отпустили в часть, а через 2 месяца началось медленное сужение пищевода. И это всегда так бывает. Мало-помалу больной лишается возможности глотать сначала жесткую пищу, затем кашу и, в конце концов, перестает проходить даже вода.

Ру (Roux) предложил способ лечения больных с ожогами пищевода, который не получил в нашей стране большого распространения. Способ этот заключается в следующем: как только прошли первые явления, прошли первые дни, больному дают глотать 0,5% раствор новокаина и в пищевод вводят толстый желудочный зонд, который оставляют там от нескольких дней до нескольких недель, пока все мертвое не отойдет и не начнет образовываться грануляционная рубцовая ткань, оболочка обволакивающая зонд.

Но когда мы вздумали заниматься этим способом лечения, то оказалось, что чрезвычайно трудно держать такой зонд во рту, так как больные перегрызают зубами толстую резину. Часть больных умирала от аспирационной пневмонии. Поэтому мы от этого способа отказались. Я о нем упомянул для того, чтобы у вас было представление, что кое-что в вопросе лечения этого страдания делалось.

В большинстве случаев нам не удается предотвратить следующий период — период рубцевания, который длится неделями, месяцами и даже годами и который иногда приводит к гибели больных.

Первый вопрос — это вопрос питания в остром периоде. В остром периоде нам удается справиться обычными мерами, мы даем растопленное масло, которое увлажняет поверхность пищевода, питаем больных молоком, жидкими кашами.

А что делается позже? Наступает рубцовое сужение. Запомните характерные черты этого сужения. Рубцовое сужение пищевода никогда не бывает в одном месте, а бывает распространенным (рис. 1).

Чаще всего мы встречаемся с этим видом сужения в наддиафрагмальном отделе пищевода, затем по частоте поражения следуют: начальная часть его (соответствующая уровню VI шейного позвонка) и на третьем месте — средний участок, прилегающий к дуге аорты. Как видите, это места физиологических сужений пищевода (рис. 2).

Наибольшая частота поражения наддиафрагмального отдела объясняется многими авторами спазмом мускулатуры, возникающим вследствие раздражения блуждающего нерва химическим раствором, вызвавшим ожог пищевода.

Глубина поражения стенок пищевода бывает разной; иногда поражается не только эпителий, но и подслизистая ткань, мышечный слой и даже ткань, окружающая пищевод.

Что делается дальше? Если в первый момент в клинической картине преобладают явления непроходимости со всеми последствиями (с исхуданием больного, с обеднением организма водой), то по мере развития процесса рубцевания происходит вот что (показывает на рисунке.—*Ред.*):

над местом сужения пищевод постепенно расширяется, начинают образовываться такие мешки (рис. 3). Я хочу, чтобы вы эту картину запомнили. Если врач о наличии этого мешка не помнит, то, когда он применяет буж, происходит следующее. Буж попадает в мешок и упирается в стенку его, а если врач приложит большую силу, то образуется ложный ход, отверстие в стенке пищевода; затем — медиастенит и смерть больного.

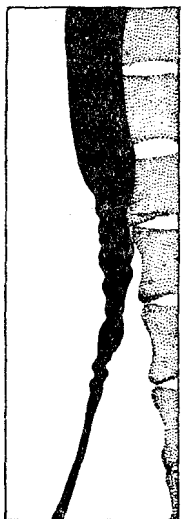


Рис. 1. Рубцовое сужение занимает значительную часть пищевода.

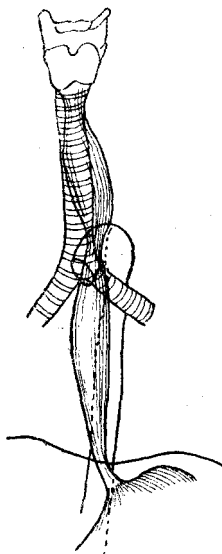


Рис. 2. Схема, иллюстрирующая местоположение физиологических сужений пищевода.



Рис. 3. Мешковидное расширение пищевода над местом сужения.

В большинстве случаев в первый период удается обойтись без гастростомии. Однако бывает и так, когда этого избежать невозможно и необходимо наложить гастростомию, причем она должна удовлетворять определенным требованиям. При накладывании гастростомического отверстия я выбираю обычно способ, предложенный русским хирургом Топровером, который удобен и для манипуляций в полости желудка (гастроскопия, ретроградное введение бужа в пищевод и т. п.) и в тех случаях, когда будет необходимость создать искусственный пищевод.

Но все же основная задача остается нерешенной. Я имею в виду сужение пищевода. Наиболее простым способом решения этого вопроса является бужирование. Но этому должна предшествовать точная диагностика.

Точная диагностика достигается двумя методами исследования. Первый метод — наименее болезненный — это рентгенологическое исследование (просвечивание и снимки).

При рентгенологическом исследовании удается определить: 1) размеры и форму расширенного мешка, располагающегося над местом сужения, 2) функцию пищевода (иногда видите антиперистальтику пищевода), 3) участок сужения пищевода в виде узкой с неровными конту-

рами той или иной длины полоски контрастного вещества, а в некоторых случаях не видно даже этой полоски.

Второй способ исследования, к которому вы должны прибегнуть, — это эзофагоскопия, дающая представление о том, как глубоко вы можете проникнуть эзофагоскопом в пищевод, как расположена суженная рубцово измененная часть пищевода по отношению к вышележащей — центрально или эксцентрично — и как выглядит слизистая оболочка пищевода.

Когда эти исследования произведены, вы имеете право прибегнуть к бужированию.

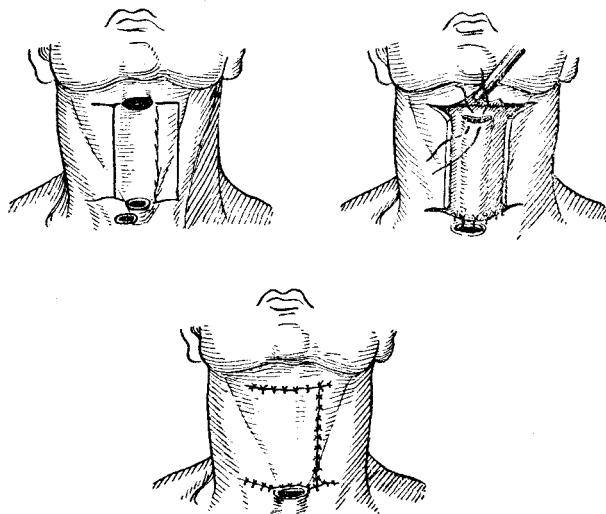


Рис. 4. Схема операции замещения шейного отдела пищевода.

Имеется два метода бужирования: медленный и быстрый. Последний способ, заключающийся в растягивании рубцов в наименее короткое время с помощью различных инструментов, применялся прежде довольно часто, но теперь он совершенно не употребляется, так как нередко приводил к смертельному исходу.

В настоящее время всюду применяют метод медленного, постепенного расширения рубцовых сужений пищевода с помощью введения каждый раз бужей все большего размера.

Перед употреблением бужи смазываются вазелиновым маслом или глицерином. Пищевод — хрупкий орган, стенка его повреждается очень легко, вводить буж, применяя большую силу, нельзя, поэтому предложена новая конструкция бужей, имеющих следующее устройство: полый буж наполняется дробью и спускается в пищевод, где он должен продвигаться в силу своей тяжести. У взрослых вы прекращаете расширение пищевода, когда доходите до бужа, имеющего диаметр 2 см.

Однако должен сказать, что бужирование — это почти бесконечная работа: сначала бужируют каждый день или через 1—2 дня, затем один раз в неделю, затем в две недели один раз — вы должны постоянно поддерживать это сужение на каком-то определенном уровне. Применение электролиза, веществ, которые расплавляют ткани, дает мало утешительные результаты.

В случае, если вам удалось войти узким нитевидным бужем, обратно его не вынимайте, оставьте на несколько часов его, закрепив у губы. Присутствие бужа уменьшает спастические явления и за этим маленьким бужем вам удастся ввести уже больший буж. Однако случается, что буж во что-то упирается и дальше не идет. Как я вам уже говорил, над местом сужения образуется мешковидное расширение, в стенку которого и упирается конец бужа.

Много раз мне приходилось заниматься бужированием — этим непростым делом, которое относится к категории бесконечно продолжительных и нередко кончающихся неудачей манипуляций. Но миновать этот способ мы не имеем права, так как очень часто удается таким путем поддержать больных в сносном состоянии.

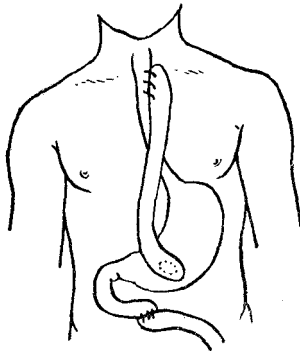


Рис. 5. Схема операции Ру.

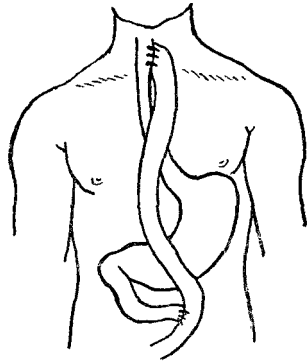


Рис. 5. Схема операции Герцена.

Однако современная хирургия не может примириться с таким положением вещей и не может не попытаться заменить эту непроходимую трубку.

В этом отношении в нашей стране сделано, пожалуй, больше, чем во всех других странах, вместе взятых.

Нет ничего удивительного в том, что современная хирургия старалась и старается как-либо заменить непроходимый пищевод.

Если бы дело касалось только начальной части пищевода, то хирургам не составило бы большого труда резецировать пораженный отдел и заменить его куском кожи (рис. 4).

Однако пищевод проходит через всю грудную полость и в таком месте как средостение, до которого добраться довольно трудно, и поэтому если бы даже удалось убрать суженную непроходимую часть пищевода, то заместить ее было бы очень трудно.

Существует ряд предложений образования пищевода из какого-либо аутопластического материала.

Одним из первых нужно считать предложение, сделанное знаменитым лозанским хирургом Ру, заменить пораженный пищевод петлей тонкой кишки, операция называется oesophagojejunogastrostomia (рис. 5). Петля тонкой кишки (тощая кишка) выделяется, нижний ее конец сшивается с желудком, длинный конец проводится под кожей впереди грудины и доводится до уровня нижней челюсти. Это первый момент. Второй момент: на шее делается разрез; казалось бы, не составляет большого труда соединить проксимальный конец пищевода с вытянутой тонкой

кишкой. Ру описал впервые эту операцию, произведенную им у одной больной (закончить операцию Ру не удалось).

В России видоизменение операции Ру дал П. А. Герцен (рис. 6), с успехом произведший операцию до конца. По имени этих двух авторов, операция и называется Ру-Герцена. Операция эта выглядит довольно сложной, и технически она представляет чрезвычайные трудности. Лучше всех она производится С. С. Юдиным, которому присуждена Сталинская премия «за научные работы по военно-полевой хирургии и по искусственному пищеводу». С. С. Юдин имеет 88 наблюдений. Операция разработана во всех деталях, и я сказал бы, она находит все большее и большее применение, чем другие операции, о которых я буду говорить дальше.

Недостатка в предложениях по этому вопросу нет и не было.

Операция создания искусственного пищевода из кожи производится следующим образом (рис. 7). Около гастростомического отверстия делается двусторонний разрез на коже, продолжающийся вверх до надключичной ямки. Кожный лоскут сворачивается в трубку наружной поверхностью внутрь, а кожа с обеих сторон лоскута освобождается, мобилизуется. Обычно мы вводим толстый резиновый зонд, над которым и зашиваем свернутую в виде трубки кожу. Нижний конец этой трубки сшиваем с желудком, а другой конец — с пищеводом.

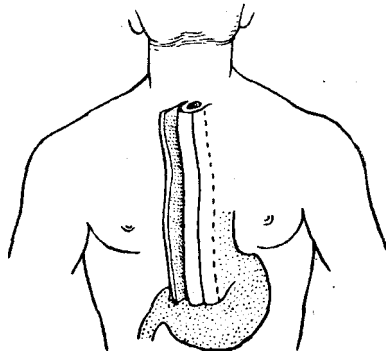


Рис. 7. Схема замещения грудного отдела пищевода кожей.

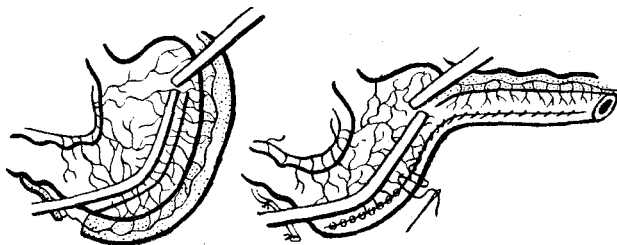


Рис. 8. Образование пищевода из большой кривизны желудка.

Два раза я производил эту операцию. Один раз мне удалось ее успешно довести до конца. Когда больная ела, то было видно, как под кожей мало-помалу передвигается пища, и как она попадает в желудок.

Однако эта операция имеет два слабых места. Сшивание кожи с желудком представляет немало трудностей, как бы вы артистически это ни делали. Всегда на месте соединения кожной трубки со стенкой желудка, принимая во внимание, что там находится желудочный сок, могут образоваться многочисленные свищи, которые имеют малую тенденцию к закрытию.

Не меньше затруднений бывает и на другом конце, когда нам нужно соединить верхний конец пищевода с кожной трубкой.

Недостатком этой операции, как и любой другой ее модификации, является то, что кожа имеет склонность суживаться как на месте

соединения с желудком, так и на месте соединения с пищеводом. Поэтому хирурги стараются все меньше и меньше пользоваться кожей и стремятся использовать органы, имеющие нормальную слизистую оболочку. К таким органам относятся: тонкая кишка, как вы только что слышали, желудок и толстая кишка.

Вот один из вариантов, который был предложен для создания пищевода из части желудка и который применяется крайне редко и сейчас.

На этом схематическом рисунке вы видите желудок, двенадцатиперстную кишку и систему кровеносных сосудов. Большая кривизна желудка питается прекрасно. Накладывается жом и выключается значительный участок большой кривизны желудка (рис. 8).

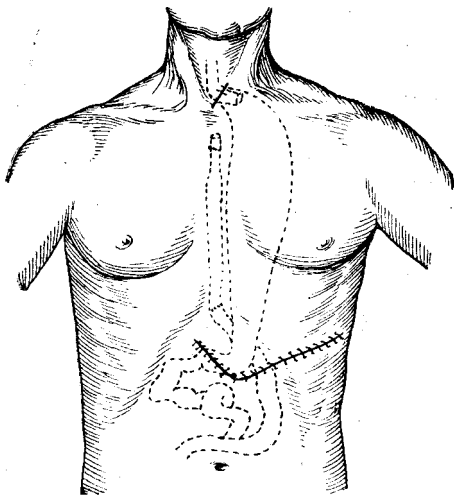


Рис. 9. Замещение грудного отдела пищевода желудком.

Накладывается ряд швов на оставшуюся часть желудка и на выключенный отдел большой кривизны. Последний представляет собой трубку и является вновь образованным пищеводом.

Обратите внимание на то, что и желудок, и выделенная его часть обладают перистальтикой, имеющей определенное направление, и как только вы закончите операцию, содержимое желудка начнет выходить через нос. Поэтому нет ничего удивительного в том, что этот вариант не получил распространения.

Немецким хирургом Киршнером был предложен иной вариант: желудок целиком передвинуть кверху и соединить с верхним отделом пищевода (рис. 9). Этот вариант тоже не удержался.

Суммирую: когда хирург встречается с ожогом пищевода, он должен прежде всего попытаться нейтрализовать вещество, вызвавшее повреждение, большим количеством воды; вывести больного из состояния шока и подумать о возможности введения толстого дренажа. Это иногда удается.

Не доводите до сужения пищевода, как это было с только что показанным вам больным, которому в течение долгого времени ничего не делали потому, что нет зонда, нет бужей. Хирургия — это одна из областей медицины, где одной головы и рук не хватает. Хирургу нужен огромный инвентарь.

Что касается этого больного, то я хочу, чтобы мой помощник, ввиду предстоящего моего отъезда, изложил бы вам, что он предполагает делать.

Ассистент. Мы выписали бужи из Москвы, попытаемся достать их и здесь. Как только их получим, так станем бужировать больного, начнем с дробинкой.

Профессор. Откуда, сверху или снизу?

Ассистент. Сверху.

Профессор. Сколько времени этот больной к нам ходит?

Ассистент. Неделю.

Профессор. А почему ничего не сделали? Бусинку можно было дать.

Ассистент. Положим его к нам и в первый же день дадим ему бусинку, начнем бужировать.

Профессор. Есть шансы, что сумеем добиться расширения пищевода?

Ассистент. Есть шансы, он начал глотать.

Профессор. Запомните выражение Томсона: «Там, где капля мочи находит дорогу, при терпении я тоже найду дорогу».

Может быть, мой помощник помнит больного, по имени Коля. Одиннадцать лет назад, когда это был мальчик 12 лет, я начал делать ему пищевод. Но и по сей день этот пищевод я так и не закончил. Однажды Коля сказал, что он начал глотать. Проходимость пищевода стала вполне удовлетворительной.

Раньше, чем вы начнете создавать новый пищевод, приметесь за крайне сложную операцию, постарайтесь восстановить проходимость рубцово суженного пищевода. Старый пищевод иногда бывает лучше, чем вновь созданный пищевод, потребовавший очень много труда и терпения как от врача, так и от больного.

Стенограмма лекции, прочитанной 8 апреля 1943 г.



КРОВОТОЧАЩИЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Сейчас я вам покажу больного из той области заболеваний, которая имеет большое значение в мирное время и, к сожалению, приобрела еще более важное значение во время войны. Дело касается колхозника 48 лет, считающего себя больным с 1937 г. Боли, на которые он жаловался раньше, локализовались в нижней части живота, не имели ничего характерного и ни с чем определенным не были связаны. Приблизительно два года спустя, в 1939 г., боли как бы поднялись и начали локализоваться в подложечной области. Одновременно с этим появился целый ряд постоянных и важных изменений, которые мы характеризуем как диспептические расстройства. Среди них обращают на себя внимание постоянные отрыжки с неприятным запахом, изжоги и главным образом боли, которые появлялись через 2—3 часа после еды, длились некоторое время, а затем утихали. Особенно сильные были боли после принятия грубой пищи.

Так как у больного чрезвычайно трудно собирать анамнез ввиду его глухоты, то разрешите мне дополнить сказанное теми данными, которыми мы располагаем.

В ноябре прошлого года больной пришел пешком из деревни в город. Придя сюда, он почувствовал себя очень плохо, резко усилилась слабость, появилась рвота. 27/1 1943 г. он был принят в терапевтическое отделение Областной больницы. И здесь произошло то, по поводу чего я фактически и показываю этого больного.

2/II внезапно началась кровавая рвота; рвота была один раз, вышло около 0,5 л темной жидкости. После этого (специально подчеркиваю) больной почувствовал облегчение; боли у него утихли. Признак этот носит название признака Бергмана. На большом числе больных, которых мне удалось видеть, только один раз мне пришлось наблюдать, что боли, вместо того чтобы утихнуть, значительно усилились. Оказалось, что у этого больного, кроме заболевания, о котором будет идти речь дальше, было сужение привратника, кровь не могла никуда уйти и это вызывало жестокие боли.

Почему стихают боли при кровавой рвоте? Это объясняется тем, что щелочная кровь нейтрализует находящуюся в желудке в большом количестве соляную кислоту и способствует затиханию болей.

Вслед за кровавой рвотой появляется дегтеобразного цвета стул, который быстро принимает нормальную окраску.

Больной из терапевтического отделения был переведен в хирургическое, где ему было сделано пять раз переливание крови; всего было перелито около 1,5 л крови.

Из этих данных следует, что речь идет о хроническом заболевании, которое началось в 1937 г., локализовалось сначала в нижней половине живота, затем приняло более четкий характер. На первый план выступают явления диспепсии, связанные с приемом пищи, появляется изжога, отрыжка и все это заканчивается рвотой. А затем к этому присоединяется обильное кровотечение, которое имело место один раз. По поводу этого осложнения основного заболевания, о котором каждый из вас догадывается, я и хочу поделиться своими мыслями.

Сведения, которые я вам сообщил, не оставляют никакого сомнения в том, что мы имеем дело с язвой желудка. Повторные рвоты говорят за то, что этот язвенный процесс располагается, по всей вероятности, в том месте, откуда пища выходит, т. е. в области привратника, и что здесь началось рубцевание. На фоне этого хронического течения заболевания наступило одно из осложнений. Из прошлогоднего курса вы знаете, что язва желудка может осложниться чрезвычайно тяжкими вещами. К таким тяжким осложнениям, не вызывающим разногласий среди хирургов и терапевтов ни с точки зрения распознавания, ни с точки зрения лечения, относится перфорация двенадцатиперстной кишки. Тут все ясно: жесточайшие боли, ригидность мышц живота, редко рвота, в ближайшие дни и часы присоединяется перитонит, который, как правило, приводит к смерти, если своевременно не будет оказана помощь.

Что больного нужно оперировать — с этим согласны все. Но как оперировать? Зашить ли отверстие, прибавить ли гастроэнтероанастомоз или резецировать желудок?

Второе осложнение, которое также не вызывает сомнений с точки зрения лечения, это — канцероматозная язва. Единственным спасением для этих больных является резекция желудка.

Третье осложнение, в котором все спорно, — это кровотечение: спорно распознавание, спорна тактика терапевта, спорна тактика хирурга, спорно предсказание. А когда поставлено распознавание, возникает вопрос, что нужно сделать. Тут, кроме разногласия, вы ничего не услышите.

Каждый из вас знает, что кровотечение есть один из основных признаков язвы желудка. И каждый из вас должен знать, что в случае поступления в отделение больного с кровотечением врач в первую очередь выясняет, как обстоит дело с консервированной кровью, которой должно быть достаточное количество. Необходимо помнить, что нельзя выписывать такого больного до тех пор, пока не будет сделана реакция Грегерсена на скрытую кровь.

Эти кровотечения одни называют профузными, другие — тяжелыми, а я их называю угрожающими жизни кровотечениями. Именно об этих осложнениях я и буду говорить.

Посмотрите на цвет кожи больного. Цвет этот говорит об обескровливании организма. Когда вы видите такого больного, вас поражает прежде всего его вид, цвет кожных покровов и слизистых оболочек. В этой мертвенной мраморности вы найдете все оттенки. Кроме того, при виде такого больного вас поражают явления со стороны желудочно-кишечного тракта. Вы видите больного, который все время делает движения губами — они у него сохнут и он просит пить. И так будет всегда — будет ли это касаться кровотечения в плевру, в брюшину или кровотечения из желудочно-кишечного тракта — всегда больные просят пить. Не только человек, но даже такие животные, как кролики, которые мало пьют, когда им выпускают большое количество крови, тоже ищут воду.

Следующий признак — резко учащенный пульс: 100, 120, 140 ударов в минуту, сначала правильный, затем появляются выпадения через каждые два-три удара. Выпадения пульсовой волны указывают на то, что сердце получает недостаточное количество крови.

Дыхательная система привлекает внимание врача при каждом нарушении или внутреннем кровотечении. Так как в крови осталось мало красных кровяных шариков, то нет ничего удивительного в том, что организм старается восполнить этот недостаток учащенным дыханием. Больной учащенно дышит, зевает, бледнеет; он просит: «доктор, дайте пить», — и вновь зевает. Каждый опытный врач при виде такого больного догадывается о кровотечении.

Следующая система — система выделения. Количество мочи уменьшается иногда настолько резко, что не превышает 200 г в сутки, а иногда и того меньше. Но об этом врач узнает впоследствии.

Далее идет весьма важная система, о которой должен помнить врач — я имею в виду нервную систему. Тут имеется, я бы сказал, довольно большая стойкость в организме. Получается впечатление, что организм старается спастись при помощи сужения сосудов. Бледность, которую вы видите, имеет две причины: уменьшение количества крови и сокращение стенок сосудов, расположенных в коже и слизистых оболочках.

Однако приходит момент, когда организм начинает реагировать иначе: больной становится возбужденным, сбрасывает одеяло, у него появляются некоординированные движения. Это плохой признак, он указывает на то, что кровотечение зашло слишком далеко и редко удается спасти такого больного.

Какие же вопросы встанут перед врачом, когда он видит, что из полости рта больного выливается кровь.

Первый вопрос — откуда кровотечение. Кровь течет из полости рта, но в полость рта (я хочу, чтобы вы это помнили!) открывается не только пищевод, сюда открывается и гортань, и носоглотка.

А иногда об этом забывают. Несколько дней назад врач, опытный терапевт, пошел к своему брату; поднимается по лестнице с первого этажа до третьего, в глазах темнеет и он падает. Он был доставлен в нашу клинику, и в первый момент ничего нельзя было разобрать. Только на второй день появился жидкий стул черного цвета, чрезвычайно зловонный. Догадались, что это язва двенадцатиперстной кишки. Мы вспомнили, что он часто жаловался на то, что у него «сосет под ложечкой».

Таким образом, при кровотечении из желудка или двенадцатиперстной кишки в первом случае кровь проходит короткий, а во втором — более длинный путь. Во втором случае только через 24—48 часов вы узнаете о кровотечении, когда появится черного цвета, обильный и зловонный стул.

Какие вопросы встанут перед хирургом? Во-первых, откуда кровотечение, из какого органа? А если врач установил, из какого органа, то из какого места этого органа, из какого сосуда? Как это ни кажется странным, но в этом отношении за последние годы происходят большие сдвиги. Нашим предшественникам было легче. Если вы возьмете учебники по диагностике и терапии, то там обнаружите главы о дифференциальной диагностике между кровавой рвотой и кровохарканиями. В жизни бывает совсем не так, как пишется в учебниках.

Чтобы вам было до известной степени легче разбираться, разрешите дать вам схему, которую я прошу вас запомнить на всю жизнь.

В первую очередь я буду говорить о тех причинах, которые лежат в самом желудке или в двенадцатиперстной кишке. Врач, видя, что имеется явная кровавая рвота, думает о поражении желудка либо двенадцатиперстной кишки. О чем я могу думать при наличии того анамнеза, который был только что мной здесь изложен? Я должен думать либо о язве желудка, либо о язве двенадцатиперстной кишки. Если это язва желудка, то где она расположена, т. е. территория какого сосуда может кровоточить?

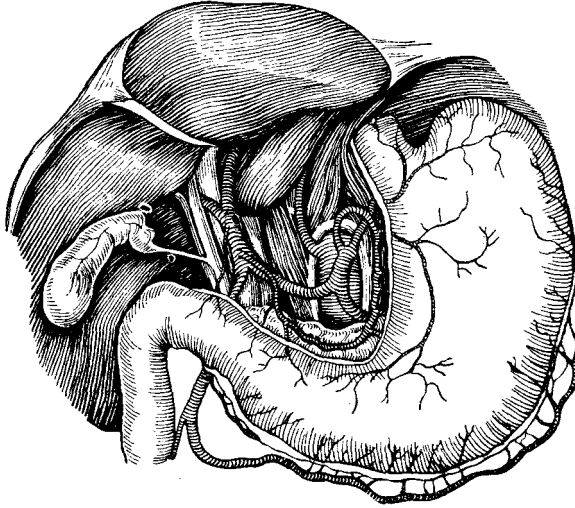


Рис. 1. Схема кровообращения желудка и двенадцатиперстной кишки.

Кровообращение желудка и кровообращение двенадцатиперстной кишки — органов, которые так нуждаются в крови, — не имеет собственной системы кровоснабжения, все заимствовано. Желудок снабжается кровью из *art. coeliaca*, отдающей три ветви: *art. gastrica sinistra*, *art. hepatica* и *art. lienalis* (рис. 1).

Art. gastrica sinistra идет кверху к началу малой кривизны желудка и вдоль нее и дает ветви к передней и задней поверхностям желудка. *Art. gastrica sinistra* анастомозирует с *art. gastrica dextra*, являющейся ветвью *art. hepatica*. От последней отходит и *art. gastroduodenalis* (идущая книзу между выходным отделом желудка и головкой поджелудочной железы), которая отдает *art. pancreaticoduodenalis* к головке железы и двенадцатиперстной кишке и *art. gastropiploica dextra* к большой кривизне желудка. *Art. gastropiploica dextra* анастомозирует с *art. gastropiploica sinistra*, являющейся ветвью *art. lienalis*.

Вот, в сущности говоря, артериальное кровообращение желудка. Артерии так тесно анастомозируют друг с другом, что если вы перевяжете три из этих артерий и оставите одну, желудок не омертвеет.

Одновременно с этими артериями идет венозная сеть, которая впадает в *v. lienalis* и *v. mesenterica superior*. Две последние вены вместе и образуют *v. portae*, которая заканчивается в печени.

Какой же из этих сосудов может кровоточить? Опыт показал, что из многих перечисленных сосудов чаще всего кровоточат следующие: 75% язв располагается в области выходного отдела желудка и двенад-

двенадцатиперстной кишки и в этих случаях чаще всего кровоточит *art. gastroduodenalis*. Одновременно могут кровоточить и вены.

Но язва желудка, кроме того, что она разъедает стенки желудка, проникает в соседние органы. Разрешите напомнить вам, что больные погибали от кровотечений из верхней полой вены и из левого желудочка сердца. Конечно, это бывает крайне редко, но раз это бывает, то мы, врачи, должны приложить все усилия для того, чтобы понять, откуда кровоточит.

Что нужно для того, чтобы было кровотечение? Существует предположение, что нужны какие-то добавочные факторы. Поэтому врач в анамнезе ищет продромальные признаки, которые говорят о возможности наступления кровотечения. К таким продромальным признакам относятся небольшие подъемы температуры. Если вы имеете дело с больным, который за собой следит и регулярно измеряет температуру, то он может дать вам такой опознавательный признак.



Рис. 2. Микроскопическая картина язвы желудка, в правой части которой виден дефект стенки кровеносного сосуда.

При этом хроническом заболевании (язве желудка или двенадцатиперстной кишки. — *Ред.*) в стенках сосудов наблюдаются очень важные изменения. Будет ли это *art. gastrica sinistra* или другая артерия, в них наблюдаются явления облитерирующего эндартериита. Просвет сосуда значительно уменьшается, от просвета остается маленькое отверстие. Если с одной точки зрения этот фактор является благоприятным, то с другой он исключительно неблагоприятен.

Допустим, что для остановки кровотечения вы перевязали *art. gastrica sinistra*. Что будет дальше? Артерия, благодаря продольным волокнам, расходится на месте повреждения, циркулярные волокна уменьшают просвет сосуда, а адвентиция, которая мало сокращается, натягивается в виде капюшона и кровотечение может прекратиться, даже из крупного сосуда.

Но если кровотечение происходит из сосуда, стенки которого изменены, то мы видим следующую картину (рис. 2). Язва расположена здесь, она проникает глубоко. Здесь проходит крупный сосуд, его разъело, просвет его уменьшен, но, принимая во внимание, что стенки сосуда плотно впаяны в соседние ткани, он не может сократиться ни в длину, ни в ширину. И тогда, даже маленький просвет, который остается, кровоточит очень сильно.

Но вот кровотечение остановилось, образовался сгусток крови. Сгусток крови представляет собой красные и белые кровяные шарики и нити фибрина, но появляется желудочный сок, который переваривает этот сгусток и снова начинается кровотечение.

Может ли хирург, стоя у кровати больного и наблюдая кровотечение, по цвету крови или другим признакам, сказать, что кровотечение происходит из вены или из артерии? Нет, не может. Не может потому, что кровь задерживается в желудке и меняет цвет, получается кровь цвета кофейной гущи.

Наоборот, наличие алой крови, которая выбрасывается из полости рта, заставляет думать, что кровоточит какой-то крупный артериальный ствол. Как я только что сказал, врач в первую очередь думает о кровотечении из самой полости желудка или двенадцатиперстной кишки. Я позволю себе привести вам данные, которые принадлежат английскому врачу Бульмеру, изучившему кровотечения на основании около 500 наблюдений за 25 лет. Оказалось, что при кровотечениях из полости желудка и двенадцатиперстной кишки в 89% случаев причиной кровотечения служат язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Однако в части случаев, около 5%, когда погибали больные, которым был поставлен диагноз язвы желудка, или когда оперировали больных по поводу язвы желудка, фактически кровоточил не желудок, а кровоточили расширенные вены пищевода вследствие цирроза печени.

Таким образом, бывают кровотечения из полости желудка, но причина их не в желудке или двенадцатиперстной кишке, а в соседних органах. Сюда относятся, во-первых, заболевания печени в виде цирроза, во-вторых, заболевания системы *v. portae* и тромбоз *v. lienalis*.

Разрешите вспомнить одну историю болезни, которую я сам, образно говоря, выстрадал 11 лет назад.

Около 7 часов вечера я был вызван в клинику 1-го Ленинградского медицинского института. Дежурный врач вместе со старшим ассистентом клиники сообщили мне, что доставили ассистента детской клиники, мужчину 30 лет, по поводу желудочного кровотечения. Кстати сказать, жена больного также была врач.

Несколько лет назад я оперировал этого больного по поводу аппендицита, вот почему, когда у него началось кровотечение, он попросил, чтобы его доставили ко мне в клинику.

Его начало рвать кровью в 5 часов дня; рвота повторилась трижды. Ему перелили кровь, это не помогло. Застал я этого больного с таким же цветом лица, как у того, который сейчас перед нами. Больной в продолжение нескольких лет лечился во многих клиниках по поводу язвы желудка, были рентгеновские данные, которые говорили о неровности слизистой оболочки желудка на почве язвы, и я решил, что у него язва. Взвесив все, мы пришли к заключению, что спасти его может только операция.

Что же я нашел? Я открыл живот, желудок был совершенно чист снаружи, я увидел только, что желудок переполнен кровью. Тогда, полагая, что имеется язва на малой кривизне, я сделал операцию, которая носит название гастротомии, т. е. я рассек все слои стенки желудка, отсосал из его полости кровь, обследовал пальцем всю малую кривизну, на которой ничего не нашел. Тогда я раскрыл двенадцатиперстную кишку, слизистая оболочка была совершенно гладкая и никакой язвы я там также не нашел. А во время операции за моей спиной все время стояла

жена больного. Мне ничего не оставалось сделать, как защитить желудок. Больной поправился.

Но если в желудке ничего нет, то, естественно, встал вопрос — откуда же было кровотечение? После того, как мы усомнились в правильности всех имевшихся прежде данных, мы начали тщательно исследовать больного. Оказалось, что у больного имеется типичная тромбопения. Количество тромбоцитов доходило до 55 тысяч вместо 300 тысяч.

Многим, кроме меня, приходилось сталкиваться с подобными вещами. Приведенное наблюдение является красочной иллюстрацией того факта, что причиной кровотечений могут быть заболевания крови. К ним относится в первую очередь тромбопения. Один из немецких хирургов потерял больного, у которого оказалась лейкопения. В заключение своей работы он говорит, что проще было не оперировать больного, или в лучшем случае лечить лейкопению.

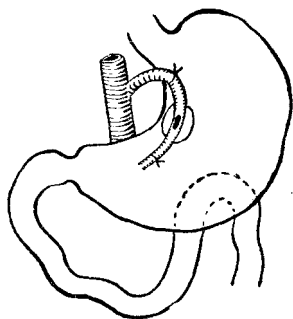


Рис. 3. Кровоточащая язва малой кривизны желудка.

Но не только эти ошибки переживают врачи. Один из моих помощников оперировал кузнеца 45 лет по поводу кровоточащей язвы желудка. Открывает живот — желудок полон крови. Осматривает — ничего не находит. Больной вскоре после операции погибает. На секции оказывается карцинома пищевода, проросшая стенку аорты, и перфорация последней.

Второе наблюдение принадлежит доктору Линдбергу (2-й Ленинградский медицинский институт) — аневризма аорты, прорвавшаяся в пищевод.

И, наконец, последнее наблюдение — наблюдение одного из крупнейших русских хирургов, одного из создателей русской желудочной хирургии, С. И. Спасокукоцкого. На основании ряда таких же признаков, которые я вам изложил, было поставлено распознавание кровоточащей язвы желудка и произведена резекция последнего. В желудке ничего не было найдено. Больной погиб, а на секции была найдена каверна в легком туберкулезного происхождения, которая кровоточила.

Суммируем: чаще всего кровоточит сам желудок.

Первый вариант: кровоточат настоящие язвы малой кривизны желудка (рис. 3) или язвы двенадцатиперстной кишки. Разъединенной оказывается *art. gastrica sinistra*, *art. gastrica dextra* или *art. gastroduodenalis*.

Второй вариант: сужение привратника, большой желудок, гипертрофия слизистой оболочки, застойные явления. Кровоточит слизистая оболочка.

Третий вариант: прежде была язва желудка, она зарубцевалась; образовалось сужение, через которое пища почти не проходит, желудок принял форму, так называемых, «песочных часов»; гипертрофия слизистой оболочки. Кровоточит слизистая оболочка.

В 1895 г. во Франции погиб от желудочного кровотечения больной, наблюдавшийся известным терапевтом Дьяляфуа. На секции на поверхности слизистой оболочки желудка были обнаружены небольшие изъязвления, которые с тех пор стали называться эрозиями. И эти пустяковые изъязвления дают смертельные кровотечения.

И, наконец, последний вариант — острые гастриты, которые могут послужить причиной жестоких кровотечений.

Поэтому когда хирург стоит перед больным, рядом с которым имеется газ, наполненный кровью, и когда он даже убежден, что кровоточит желудок, он должен перебрать в голове все то, о чем я только что сказал.

Но этого мало. Иногда в желудке бывает язва, но это не круглая язва желудка, а карциноматозная язва желудка. Я вам привел данные Бульмера, что в 89% случаев кровоточат язвы, в 5% кровоточат расши-

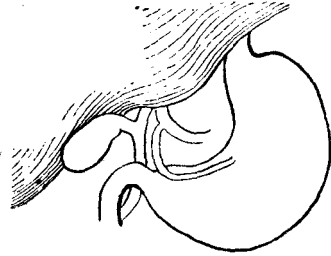


Рис. 4. Кровотечение, обусловленное заболеванием печени (схема сосудистых связей).

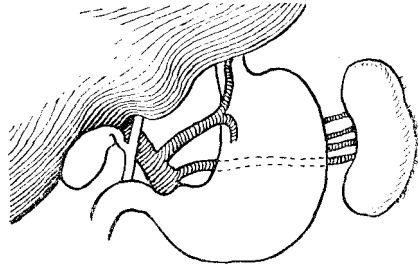


Рис. 5. Кровотечение, зависящее от изменений в селезенке (схема сосудистых связей).

ренные вены пищевода и 1,3% кровотечений приходится на язвы карциноматозного происхождения. Последнюю причину нельзя исключить. И вот когда вы смотрите на цвет покровов демонстрируемого мной больного, имеете целую сумму данных, то вы не можете и не должны забывать о том, что язвы иногда перерождаются карциноматозно.

Вторая группа кровотечений — кровотечения по вине органов, не расположенных в самой полости желудка, — это заболевания печени (рис. 4), заболевания селезенки (рис. 5), заболевания почек (рис. 6).

Наконец, причиной кровотечений могут быть органы, далеко лежащие от желудка, — легкие, при наличии туберкулезных каверн. Не верьте тому, что написано в книгах, что якобы при кровохаркании из легкого кровь бывает алая, пенящаяся и при этом бывает легкое покашливание. А кто из врачей, имеющих опыт, не видел, как больной, у которого имеется кровохаркание из легких, заглатывает эту кровь в желудок, а затем начинается рвота и кашель. Кровотечение может быть по поводу карциномы пищевода, расширения аорты — все это может ввести в заблуждения.

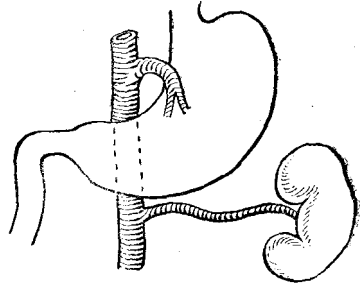


Рис. 6. Кровотечение, вызванное поражением почки (схема сосудистых связей).

И в последнюю очередь я хочу обратить ваше внимание на заболевания крови — тромбопения и лейкопения также могут привести к кровотечениям из желудка.

На основании своего опыта я пришел к следующему заключению: больной, доставленный в приемный покой с кровотечением из желудка, должен быть прямо направлен в хирургическое отделение. Почему? Потому, что один из основных методов лечения — переливание крови — делается в хирургическом отделении.

А для того, чтобы поставить распознавание, вот как врач должен поступить: прежде всего он должен собрать анамнез у такого больного. Эти больные делятся на три следующие группы.

Первая группа—больные с явно желудочным анамнезом, которые болеют в течение нескольких лет, имеются данные рентгенологических исследований. Это—группа больных с совершенно ясным анамнезом.

Вторая группа—больные, у которых желудочного анамнеза нет и первым признаком заболевания является жестокая рвота. Сколько вы этих больных ни будете расспрашивать, вы ничего в анамнезе не найдете. Разве вы не слышали, что у цветущего на вид человека оказывается каверна в легком? То же самое бывает и здесь.

Третья группа—больные во время кровотечения из желудка находят-ся в ужасном страхе. В этот момент вы от них ничего не можете добиться, они уверяют, что у них никогда ничего подобного не было; а через несколько дней, когда все успокаивается, вновь расспросите таких больных и они вам расскажут, что у них и прежде болел желудок.

Никогда нельзя забывать о продромальных явлениях, иногда они предсказывают очень важные вещи. Больной может вам рассказать, что лет 5—10 назад у него было кровотечение, а последнее время кровотечения его замучили. Вместе с другими данными это облегчает распознавание.

Я вам перечислил всевозможные ошибки. И вот когда врач думает, что он поставил правильное распознавание, он должен призвать к себе на помощь терапевта и лаборанта.

Не надо забывать, что все же язвы желудка еще не причислены к категории чисто хирургических заболеваний. Если вы поинтересуетесь развитием медицины за последние 25 лет, то вы увидите оригинальное явление. Сначала весь живот принадлежал терапевтам. Затем, засунув туда руку, хирург предъявил претензию на червеобразный отросток, потом на желудок, потом на двенадцатиперстную кишку. Таким образом, для терапевта как будто бы ничего не осталось. Но я хочу, чтобы вы так не думали и посоветовались с хорошим терапевтом.

Уважайте, пожалуйста, и лаборантов. Позвав лаборанта, вы должны попросить его о следующем: произвести исследование красной крови, определить процент гемоглобина, подсчитать состав белой крови и определить группу крови.

Когда вам приносят такого больного, не забудьте померить кровяное давление, а затем положите больного и подождите данных, о которых я вам говорил, ибо без них вы не можете ничего делать. Допустим, что на основании всех этих данных вы поставили распознавание язвы желудка, осложнившейся кровотечением.

Разрешите вам напомнить все фазы лечения больных с этим осложнением. Различают лечение консервативное и хирургическое.

Лечение консервативное подразделяется на три группы:

1. Лечение голодом, холодом и покоем (старо, как мир!).
2. Лечение едой, питьем, холодом и покоем.
3. К лечению едой, питьем, холодом и покоем добавляется переливание крови.

Старым врачам казалось, что при некоторых заболеваниях естественно не раздражать пораженный орган. Так, например, им казалось, что когда человек болен брюшным тифом, а при этом на тонких кишках имеются язвы, то ясно, что таких больных кормить не надо. И когда Чуд-

новский начал таких больных кормить коглетами, решили, что он сошел с ума.

То же самое разыгрывается сейчас относительно больных желудочными кровотечениями. Казалось, что если у человека имеется кровотечение, то первое, что нужно сделать, — это не кормить его. Сколько времени? Сколько он выдержит! Один день, два дня, неделю... Не поить его, не кормить, положить на живот лед и дать покой. А когда опытные врачи решили, что действие льда проникает не так далеко, чтобы сузить сосуды желудка, то начали давать глотать кусочки льда. Так делали наши предшественники, так делаем и мы. Однако жизнь оказалась разумнее.

Были больные, которым предписывали диету, а после ухода врача они звали кого-нибудь к себе, просили купить все, что им хотелось, и наедались. А после, когда врач приходил к подобному больному и говорил: «Смотрите, Иван Иванович, как я вас вылечил после нескольких недель голода», — то больной смиренно признавался, что он вовсе не голодал.

Второе, что поражало, это то, что некоторые больные не могли лечиться в лечебных заведениях. И вот внимательный врач, имя которого я назову, сделал из этого вывод: а может быть, эти больные не так глупы? И он заглянул в физиологию. Оказались очень интересные вещи. Почему мы не давали больным есть? Мы рассуждали так: поскольку имеется пустой желудок, секреция должна быть незначительной, движения должны быть малыми. А когда этот вопрос поставили перед физиологами, то оказалось, что в пустом желудке секреция продолжается, соляная кислота накапливается сколько угодно, а затем в пустом желудке движения есть и довольно большие. А когда в желудке оказываются сгустки крови и желудку нечего переваривать, то он переваривает сгустки крови. И тогда теория голодания целиком провалилась. Но к сожалению, не везде.

В 1903 г. хирург Ленгартц (Lenchartz) сделал доклад на заседании Гамбургского медицинского общества и сообщил то, что я изложил вам сейчас, и от теории перешел к практике — он начал кормить своих больных и из 60 больных потерял лишь одного.

А ваш покорный слуга, который оперировал этих больных, потерял 39%. А многие авторы указывают и значительно больший процент смертности при оперативном лечении.

С 1903 по 1931 г. эти колебания продолжались — кормить или не кормить?

В 1931 г. появились новые данные, принадлежащие датскому врачу, терапевту Мейленграхту (Meulengracht). С 1931 по 1939 г. под наблюдением этого врача находился 491 больной с кровоточащими язвами желудка, из числа которых умерло всего 10, т. е. 2%. А мы, хирурги, теряем до 70% из числа оперированных. Но имеется хирург, по данным которого, смертность снизилась до 4,5% — это Финстерер (Finsterer). Меня этот вопрос очень занимал и в 1936 г., когда я был в Вене, я побывал у него на операции. Нас было четверо и на всех нас операция произвела впечатление не блестящее. Мы шли после операции и недоумевали — как это может быть, что он теряет только 4,5%.

Видимо, Финстерер сообразил, какое впечатление произвела на нас его операция, — через 2 часа он прислал за нами машину и передал, что просит нас притти в платную лечебницу, где будет оперировать по поводу желудочного кровотечения. Он оперировал немного лучше, но не

на много. И мы поняли, почему он теряет так мало больных. Об этом я скажу позже.

Для того, чтобы перед вами развернуть картину, как обстоит дело с оперативным лечением, я должен буду коснуться старых вопросов.

Совершенно естественно, что до 1800 г., когда не было ни антисептики, ни асептики, хирурги не думали об этих вещах.

В 1887 г. Микулич оперировал больную по поводу кровоточащей язвы желудка. Больная погибла. Вопрос был поставлен на обсуждение хирургического съезда; выступали очень крупные представители как хирургии, так и терапии. В результате обсуждения пришли к выводу, что в момент большого кровотечения этих больных трогать нельзя потому, что они умирают.

Но самое интересное заключается в том, что если их не трогать, то иногда самые безнадежные больные с кровотечением из желудка или двенадцатиперстной кишки остаются в живых. Таких оставшихся в живых больных знает каждый врач, который много видел их.

С тех пор и по сей день этот вопрос является неразрешенным. То врачи решают его в пользу консервативной терапии, то — хирургического лечения.

Я расскажу вам, через какие фазы прошел сам. Я также лечил этих больных консервативно — голодом, холодом и покоем. Много лет назад я вместе с Г. Ф. Лангом был вызван в Ленинграде к больному 27 лет, химику по образованию. Мы нашли его мертвенно бледным, около кровати стоял таз, почти весь наполненный кровью. Из рассказов выяснилось, что он страдает язвой желудка. Посмотрели мы его, посоветовались, прописали консервативное лечение, перелили ему кровь и решили не оперировать. А в 4 часа утра следующего дня больной умер. Прошло несколько дней, из Москвы приехал брат больного, врач, пришел ко мне и говорит: «Что вам стоило оперировать моего брата? Ведь так, наверно, у вас умирают многие?». Я ответил ему, что мы с Г. Ф. Лангом так решили и ничего другого я добавить не мог. И тогда впервые я начал пересматривать этот вопрос. Может быть, то, что мы делали — неправильно, может быть, фактически этих больных надо оперировать? Я начал изучать литературу по настоящему вопросу. Я уже вам ранее говорил, что я этих больных стал оперировать и потерял 39% из них; я докладывал об этом в Хирургическом обществе Пирогова. Было много толков за и против. И. И. Греков тогда сказал, что он всегда был консерватором в этом вопросе и остается им и по сей день, ибо он не видел ни одного больного, который бы умер от кровотечения из желудка. На это я ответил: «Понятно, что вы их не видите, так как они погибают не в хирургических отделениях». Я демонстрировал тогда целый ряд препаратов желудков с очень большими дырками в сосудах.

Из-за чего же погибают эти больные? Что мы можем фактически для них сделать?

Несколько слов о терапии. Все операции, которые предлагались для этого тяжелого осложнения, могут быть разделены на две большие группы: операции, которые имеют целью воздействовать непосредственно на кровоточащий очаг, и операции, которые должны воздействовать на кровоточащее место не прямым путем.

Но раньше, чем приступить к выполнению одной из этих операций, хирургу приходится решить весьма существенный вопрос — когда эти операции показаны? На этот счет нет единого взгляда. Хирургов можно разделить на несколько групп.

К первой группе относятся хирурги, которые полагают, что в момент самого кровотечения этих больных оперировать не следует, так как по целому ряду причин, о которых я скажу ниже, эти больные погибают очень часто. Послеоперационная смертность колеблется от 70 до 4,5%.

Ко второй группе принадлежат хирурги, которые считают, что при однократном кровотечении этих больных оперировать не следует, а нужно прибегать к консервативной терапии. Однако если кровотечение повторяется, а тем более в продолжение нескольких дней, то больных нужно оперировать.

И, наконец, к третьей группе принадлежат хирурги (их меньше и они имеют наилучшие результаты), которые полагают, что таких больных нужно, безусловно, оперировать и при первом же кровотечении, как бы ничтожно оно ни было. Представителем такого направления является Финстерер, добившийся наилучших результатов — смертность у оперированных им больных не превышает 4,5%.

Почему же среди хирургов существуют такие, которые часто, не будучи очень скромными в деле решения вопроса об операции, по отношению к этим больным придерживаются отрицательной тактики?

Большинство хирургов придерживается такой тактики по следующим соображениям. Во-первых, потому, что поставить распознавание кровоточащей язвы желудка не так просто, как это казалось раньше. Я привел вам ряд примеров, показывающих, что это заболевание можно перепутать и с циррозом печени, и с тромбопенией, и с расширением вен пищевода, и с карциномой последнего, и многими другими болезнями, а в момент кровотечения применение всех методов исследования не только невозможно, а подчас и противопоказано.

Второе обстоятельство заключается в том, что, как это доказано на десятках наблюдений, один раз из пяти хирург, открыв живот, даже вскрыв желудок и двенадцатиперстную кишку, не находит кровоточащего места. Это случалось с очень опытными хирургами — с С. И. Спасокуцким, Финстерером и др.

Следует напомнить о том, что иногда больной умирает от кровотечения из желудка и даже на секции патологоанатом не находит участка, откуда было кровотечение.

Третье обстоятельство, которое заставляет воздерживаться от операции, заключается в том, что хирург не имеет точных показаний, по которым он мог бы судить, что в данном случае дело безнадежно, ибо все показания, которыми он располагает, условны. Возьмем, например, количество потерянной крови.

О количестве потерянной крови никогда не приводятся точные данные. Недавно в одном из госпиталей больной погиб от кровотечения. Я спросил, сколько он потерял крови. Мне ответили: «Тазик». Я попросил его мне показать. Мне принесли большой таз. Я спросил, был ли он полон крови. Ответили: «Полный». Измерили его. Оказалось, что он содержит 13 литров! Таких людей, у которых было бы 13 литров крови, я не видал.

Но хирург может обратиться к лаборанту и судить о потере крови по количеству красных кровяных шариков. Оказывается, что в первые часы после кровотечения потеря крови не сказывается на количестве красных кровяных шариков. Так что, когда лаборант показывает, что у больного имеется 4 миллиона красных кровяных шариков и 60% гемоглобина — это вам ничего не говорит, завтра при повторном анализе окажется, что у больного 25% гемоглобина — и это будет верно.

Следующий показатель — кровяное давление. Кровяное давление при кровотечении падает. Поэтому хирург обязан измерить кровяное давление.

Но самым лучшим показателем является общее состояние больного: та клиническая картина малокровия, которую я вам нарисовал здесь, всегда должна стоять перед глазами врача. И когда врач видит, что больной начинает разбрасываться, делается беспокойным, то он должен помнить, что положение стало угрожающим. И тогда хирург обязан немедленно решить, что ему делать.

Оказалось, что эти больные очень часто умирают, как бы хорошо хирург ни оперировал. Отчего же они погибают?

Часть из них погибает от перитонита. У обескровленного больного швы держатся плохо, брюшина теряет свои эластические свойства. Экспериментальные данные показывают, что у обескровленных животных перитонит наступает вскоре после оперативного вмешательства.

И следующий фактор (я хочу, чтобы вы это запомнили) заключается в том, что при повторных, длительных, многократных кровотечениях происходит белковое перерождение сердца, печени и всех паренхиматозных органов. Повторяю еще раз, что при повторных, длительных кровотечениях происходит белковое перерождение сердца, печени и всех паренхиматозных органов.

Отсюда было естественно сделать вывод, который и сделал Финстерер, что нечего ожидать больших или малых кровотечений в продолжение нескольких дней, а необходимо этих больных оперировать немедленно, как только началось кровотечение.

Однако когда я провожу параллель между блестящими результатами, полученными Финстерером, и тем, что это хирург, оперирующий ничуть не лучше, чем оперируют многие хирурги нашей страны (в чем я имел возможность убедиться лично), то я невольно спрашиваю себя — почему же могло так получиться? Объяснить это крайне просто. Если из 100 больных с кровотечением из желудка оперировать всех, даже по поводу пустячного кровотечения, то это весьма значительно разбавляет группу тяжелых больных и становится понятным столь малый процент смертности. А когда мы выбираем только тяжело больных, тогда половина из них после операции умирает.

Сейчас большинство хирургов воздерживается от операции. Почему — я скажу дальше.

Допустим, вы стоите на точке зрения, что в данном случае необходимо оперировать. Первый вопрос, который возникает при этом, это вопрос об обезболивании. Оперировать следует под местным обезболиванием. Принимая во внимание, что дело касается больных, у которых с момента начала кровотечения боли совершенно прошли, становится понятным, почему местное обезболивание удастся крайне легко. Обычно это делается 1/4 % раствором новокаина после предварительного введения морфия.

Следующий вопрос — что делать после вскрытия брюшной полости. Раньше, чем вы что-нибудь решите сделать, обследуйте брюшную полость.

Прежде всего помните о печени — увеличение или сморщенность печени, говорящие в пользу цирроза ее, заставят вас воздержаться от операции на желудке или двенадцатиперстной кишке.

Затем тщательно обследуйте желудок и двенадцатиперстную кишку. Иногда на малой кривизне, около привратника, через брюшину отчет-

ливо прощупывается инфильтрат, не оставляющий сомнений в наличии язвы.

В другой раз снаружи никаких патологических изменений обнаружить не удастся и тогда вы решаетесь на операцию, которая носит название гастротомии — вскрытия желудка.

Я вам приводил примеры, когда, открыв желудок, вы можете ничего не найти или найти лишь скопление крови, а источник кровотечения будет не в желудке и не в двенадцатиперстной кишке.

Но допустите на один момент, что вы открыли живот и на малой кривизне желудка, ближе к двенадцатиперстной кишке, обнаружили язву. Принимая во внимание, что вы находитесь в территории разветвления *art. gastroduodenalis* или *art. gastrica dextra*, — что вы должны сделать?

Вы можете прямо воздействовать на язву. Можно произвести клиновидное иссечение язвы (рис. 7), а кровоточащий сосуд с обоих концов (проксимального и дистального) перевязать. Так вот запомните, что этой операции делать не следует потому, что когда вы зашьете желудок, то к концу операции вы найдете такую картину (рис. 8). Сплошь и рядом в этом суженном месте начинаются явления непроходимости. Поэтому мы, как правило, иссечения язвы не делаем.

Вторая операция носит название каутеризации. Производится прижигание язвы для того, чтобы остановить кровотечение (рис. 9). Мы этой операции тоже не делаем по той простой причине, что после нее нужно заняться ушиванием, которое сплошь и рядом приводит к такой же деформации, как и в предыдущем случае.

Большинство хирургов считает, что следует делать резекцию желудка. Поскольку это место болезненное, поскольку оно кровоточит, постольку лучшим методом лечения больных язвой желудка считается резекция желудка. Эта часть желудка резецируется (рис. 10). Дальше остаются две возможности: либо сделать операцию Бильрот I (рис. 11), либо сделать операцию Бильрот II (рис. 12).

Опыт показал, что резекция желудка длится не менее 1 часа 30 минут — 1 часа 15 минут, трудно переносима для больного и поэтому в стадии острого кровотечения мы стараемся ее не делать.

Поскольку операции большого диапазона мало приносят пользы больному, решили обратиться к малым вмешательствам.

К такому малому вмешательству относится операция Витцеля (Witzel). Если желудок кровоточит, большой операции сделать нельзя и удастся нащупать кровоточащее место, допустим, между *art. gastrica dextra* и *art. gastrica sinistra*, то Витцель предлагает, не входя в желудок и не обследуя язвы, перевязать все сосуды, которые видны на передней и задней поверхностях.

При язвах на малой кривизне эта операция легко выполнима. Однако она не вполне надежна, так как может оказаться, что кровоточит сосуд, который проходит не по поверхности стенки желудка, а в толще ее. И тогда нет ничего удивительного в том, что эти больные, оперированные по способу Витцеля, погибают.

Есть места, где эта операция трудно выполнима. Я имею в виду кровоточащую язву, расположенную на задней стенке двенадцатиперстной кишки. В большинстве случаев язвы лежат на задней поверхности. Однако, несмотря на технические трудности, эту операцию удается сделать. К сожалению, я терял больных и после перевязки *art. gastrica sinistra* и после перевязки *art. gastroduodenalis*.

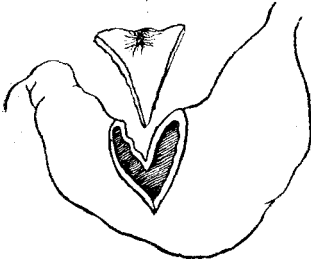


Рис. 7. Клиновидное иссечение язвы.



Рис. 8. Деформация желудка вследствие клиновидной резекции или каутеризации (схема).

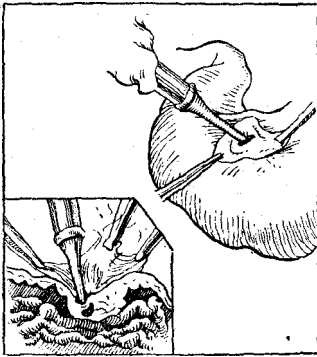


Рис. 9. Каутеризация язвы малой кривизны желудка.

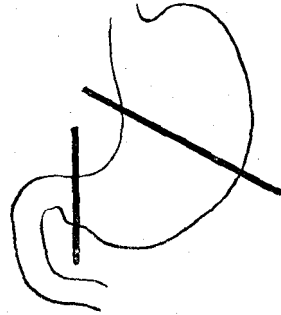


Рис. 10. Резекция пораженной части желудка (схема).

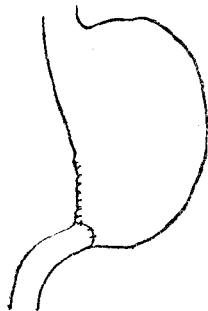


Рис. 11. Операция Бильрот I (схема).

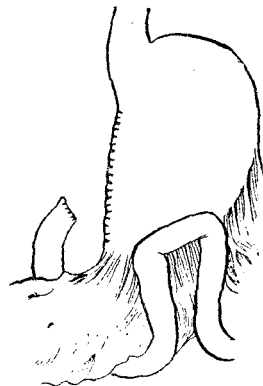


Рис. 12. Операция Бильрот II (схема).

Наряду с только что перечисленными операциями, которые должны быть названы операциями прямого воздействия на место кровотечения, имеется другая группа операций, которые не имеют логического обоснования для большинства случаев и логически обоснованы только для ограниченного количества наблюдений. Я имею в виду операцию, предложенную французским хирургом Дуаеном — это наложение гастроэнтероанастомоза при кровоточащей язве желудка. Автор способа получал хорошие результаты. Допустим, что я открыл живот, и не зная определенно, есть язва или ее нет, наложил бы таким образом гастроэнтероанастомоз (рис. 13).

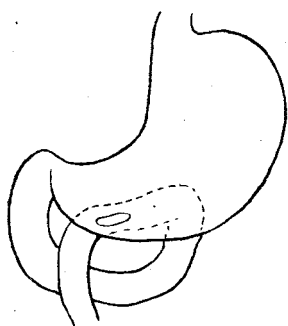


Рис. 13. Задний гастроэнтероанастомоз (схема).

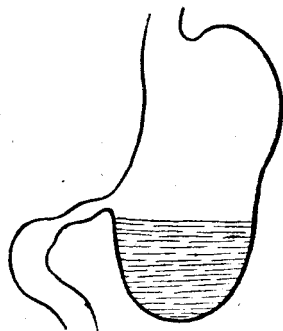


Рис. 14. Увеличение размеров желудка на почве сужения двенадцатиперстной кишки (схема).

Логично это или нет? Казалось бы, что нелогично. Однако, есть ограниченное число случаев, когда эта операция может быть логична. Припомните схему, которую я приводил ранее и где указывалось, что бывают варианты кровотечений из слизистой оболочки при застойных явлениях, при наличии стеноза привратника или двенадцатиперстной кишки. Тогда будет следующее.

Желудок значительно увеличен в размерах; имеется сужение в области двенадцатиперстной кишки (рис. 14). Если вы вскрыете желудок в выходном отделе, то увидите, что слизистая оболочка здесь резко гипертрофирована и напоминает кровоточащую губку. Если при таком варианте вы наложите гастроэнтероанастомоз, через который будет проходить пища, то явления стаза уменьшатся и вы получите хороший результат.

Наконец, есть еще одна операция, которой придерживается французский хирург Тиксье (Tixier) — это еюностомия. «Если вы будете убеждены, — говорит Тиксье, — что большой операции делать нельзя, что перевязка сосудов, так же как и гастроэнтероанастомоз, ничего не дадут, тогда желудок надо оставить в покое. Но больного кормить необходимо, и, отойдя на 40 см от луковицы двенадцатиперстной кишки, на петле тонкой кишки, надо сделать операцию, которая носит название еюностомии и через эту дыру кормить больного».

Я вам набросал разные возможности. Результаты мало утешительные. И поэтому нет ничего удивительного в том, что и у нас, и за грани-

цей появились работы хирургов, часть которых склоняется в пользу оперативного, а другая часть — консервативного лечения.

Сравним, что дает терапия и чему равняется смертность, если ничего не делать? На моем очень большом материале, который исчислялся цифрой в 900 наблюдений, собранных за много лет моим помощником Э. Н. Степановой, оказалось, что если лечить этих больных консервативно старыми способами, то умирает около 12%, в худшем случае умирает 15%.

Однако в только что сказанное мною вплелись новые нотки. Они появились в Германии в 1903 г., когда гамбургский врач Ленгартц сделал доклад, который заставил пересмотреть многое. Прежде, как я вам уже говорил, лечили этих больных голодом, холодом и покоем. Но выяснилось, что голод не освобождает желудок от перистальтики и не уменьшает желудочной секреции. Когда эти факты были точно установлены, тогда стали размышлять — а нельзя ли больных с желудочным кровотечением кормить? В работах, относящихся к периоду 1903—1931 г., ничего нового по вопросу лечения желудочных кровотечений не появилось. В 1931 г. были опубликованы работы датского врача Мейленграхта (Meulengracht).

С 1931 по 1939 г. в распоряжении этого врача накопилось около 500 наблюдений, причем летальность дошла до 2,0%. Пройти мимо этого факта стало невозможным. В чем же заключался способ лечения, который предлагал Мейленграхт? Если мы прежде длительное время таких больных не кормили, то, по мнению Мейленграхта, нужно кормить с первых же дней.

Причем больных можно подразделить на две категории: к первой относятся больные, которые раньше не раз лежали в различных лечебных учреждениях, где их морили голодом, клали им лед на живот. И эта группа больных, попадая в руки врача, который лечит по способу Мейленграхта, смотрит на него, как на сумасшедшего. Сначала больные высказывают свое удивление, а когда врач настаивает, то они решают, что этот врач, очевидно, ничего не понимает. И справиться с такими больными чрезвычайно трудно.

Со второй категорией больных справиться легче. Это больные, у которых кровотечение было впервые, которые я бы сказал, еще не «испорчены», так как не знают, что распространенным методом лечения являются покой, голод и холод. И они особенно не протестуют.

Из каких соображений Мейленграхт пришел к своему способу лечения? Он исходил из следующих соображений: «Несмотря на то, что мы морим наших больных голодом, кладем им на живот холод, часть из них все же умирает. Отсюда следует, что это не спасает. Второе соображение: некоторые больные, главным образом амбулаторные, которые, несмотря на все наши уговоры ничего не едят, все-таки едят и не умирают — значит есть какая-то возможность остаться в живых и при кормлении».

Принимая во внимание, что у этих больных очень плохой состав крови, необходимо подумать, как их следует кормить. У меня имеется выписка диеты Мейленграхта из диссертации одного из моих помощников, Б. К. Рабиновича. Кормим мы этих больных 5 раз в сутки. Первый завтрак: чай и белый хлеб с маслом. Через несколько часов второй завтрак: овсяная каша с молоком и белый хлеб с маслом. Обед: фрикадельки из мяса или рыбы, запеканка из овощей, мяса или рыбы, тертая картошка, супы овощные, пудинги из гречневой или рисовой каши, ком-

поты, мусы или кисель. Между обедом и ужином стакан какао. На ужин белый хлеб, масло, сыр, кусочки нарезанного мяса.

Есть ли в этом питании в нормальных условиях что-нибудь невыполнимое? Конечно, нет. В смысле медикаментозного лечения добавляются лекарственные вещества, которые фактически не являются кровоостанавливающими. Я даже не могу сказать, почему мы их применяем и почему их применяет Мейленграхт. Больному дается следующий лекарственный состав:

Natr. bicarb.
Magn. carb. \overline{aa} 150
Extr. Hyoscyami 0,5!!!

Эта смесь дается по 1 чайной ложке 3 раза в день. Наряду с этим, больному дается Ferrig lactici 0,5 3 раза в день. Вот фактически чем исчерпывается вся терапия, предложенная Мейленграхтом. Если при этом умирает 2,0% и если при этом хирург избавляется от труднейшей операции с неприятными последствиями, то совершенно естественно, что хирург, который, как и я, прежде таких больных оперировал, теперь перестал это делать.

И поэтому когда вы меня спросите, какова должна быть тактика молодых врачей по отношению к больным с желудочными кровотечениями на данном этапе, то я позволю себе ответить следующим образом:

1. Больного надлежит направить в хирургическое отделение.

2. Соединенными усилиями хирурга, терапевта, лаборанта, редко рентгенолога и других специалистов, должна быть сделана попытка поставить правильное распознавание. Необходимо срочно произвести исследование крови (красной и белой) и определить групповую ее принадлежность. Больному перелить от 150 до 250 мл крови не с целью возмещения кровопотери, а ввиду кровоостанавливающих свойств крови. Больного нужно кормить с первого часа поступления в хирургическое отделение так, как это предложено Мейленграхтом.

За последний год через руководимую мной клинику прошел 71 больной с желудочным кровотечением, причем ни одного из них мы не потеряли. Каждый из вас понимает, что если мы этого достигли, то твердо держимся указанного способа лечения.

С вопросом, который я сейчас разобрал, вы столкнетесь и будете сталкиваться каждый день. И я думаю, что большинство из вас, которые не могут претендовать на большой технический опыт, пойдут по тому пути, который я изложил сейчас.

Несколько слов по поводу принципиального решения вопроса о том, как следует лечить больных с язвой желудка.

Будучи старым хирургом и произведя на своем веку немало резекций желудка, я стою твердо на точке зрения, что язва желудка является терапевтическим заболеванием.

К сожалению, очень часто терапевтами не выполняются три заповеди: во-первых, больному с язвой желудка необходимо запретить курить; во-вторых, такому больному необходимо привести в порядок зубы, чтобы не было ни одного кариозного зуба, и, в-третьих, их надо заставить есть так медленно, чтобы они научились, образно говоря, жевать даже бульон.

Я хочу, чтобы вы помнили слова Мойнена, что нет в человеческом организме такого органа, который доставлял бы столько удовольствия и так часто, как желудок. Поэтому вырезайте его по возможности реже.

Стенограмма лекции, прочитанной 4 и 9 марта 1943 г.

ЖЕЛТУХА

Профессор. Я хочу, чтобы вы выслушали анамнез больной, рассказанный ею самой. (Обращаясь к больной.) Сколько вам лет?

Больная. 40 лет.

Профессор. Где работали?

Больная. На заводе.

Профессор. Расскажите, пожалуйста, коротко, как и когда вы заболели?

Больная. Я заболела 22 декабря 1942 г. Сначала появились головные боли, была высокая температура, начался насморк. Мне сказали, что у меня грипп.

Профессор. Сколько времени это продолжалось?

Больная. До 12 января 1943 г. Я стала чувствовать слабость, но работала, а работаю я на станке, работа тяжелая. Дали мне путевку в водолечебницу. Сначала я ходила туда, а потом не смогла ходить. Перестала есть, ничего не хотелось. С 1 по 7 января я лежала в постели дома, лечил меня врач завода.

Профессор. Что же говорил вам врач, чем вы больны?

Больная. Говорил, что у меня упадок сил. 16 января у меня пожелтели глаза, стало желтым лицо.

Профессор. Кто вам сказал, что у вас лицо желтое?

Больная. У меня стала желтеть грудь, а потом лицо. Врач определил желтуху.

Профессор. Что-нибудь болело?

Больная. Болело с правой стороны, боли отдавали ниже лопатки.

Профессор. В ребра боли не отдавали?

Больная. Нет.

Профессор. Температура была нормальная?

Больная. Да, нормальная. 26 января сделался приступ, меня начало знобить, повысилась температура до 38,4°, сдавило грудь, нечем стало дышать. Отогревали меня грелками, это мне помогло. 28 числа снова был приступ.

Профессор. А желтуха держалась?

Больная. Желтуха стала еще сильнее.

Профессор (обращаясь к аудитории). Запомните эту деталь, я к ней вернусь позже. (Обращаясь к больной.) Рассказывайте, пожалуйста, дальше.

Больная. 3 марта был снова такой же приступ, потом 5 и 6 марта опять были приступы.

Профессор. Температура повышалась?

Больная. Повышалась примерно до тех же цифр, что во время первого приступа. 7 числа меня отправили в больницу.

Профессор. Что вам делали с 7 числа по вчерашний день?

Больная. Делали только исследования.

Профессор. И грелок не клали?

Больная. Грелки я сама просила. Лекарств не давали.

Профессор. Вчера вечером по моей просьбе больная была переведена из областной больницы в клинику. Разрешите отметить некоторые детали заболевания.

Следует указать, что все началось с явлений гриппа. Как это часто бывает, осталась значительная слабость, потом последовал ряд довольно характерных приступов с болями в правом подреберье, отдающими в спину. Каждый раз приступы сопровождались повышением температуры до 38,4°. Затем наступила желтуха. Характерным и очень важным в данном случае является то, что желтуха была выражена резко, теперь она стала слабее.

После анамнеза заболевания следует анамнез жизни больной. (Обращаясь к больной.) Чем вы болели в своей жизни?

Больная. Совсем не болела, иногда только бывали головные боли.

Профессор. Раньше вы были полнее?

Больная. Да, была полнее.

Профессор. Сколько килограмм веса вы потеряли?

Больная. Я не взвешивалась.

Профессор. В семье кто-нибудь болел желтухой?

Больная. Нет.

Профессор. Таким образом, ни в анамнезе жизни, ни в семейном анамнезе я ничего особенного отметить не могу. Есть еще некоторые обстоятельства, которые я должен выяснить. Не было ли у больной явлений диспепсии, а если да, то с чем они были связаны? (Обращаясь к больной.) Вы переносите хорошо любую пищу? Жирная пища никаких неприятностей не причиняет?

Больная. С тех пор, как я заболела, я не хочу ни масла, ни сала.

Профессор. А что вам хочется есть?

Больная. Больше всего хочется соленого.

Профессор. После этого анамнеза разрешите перейти к осмотру больной. Больная явно желтушна, никаких сомнений в том, что это желтуха, нет. Вас учили и я повторю вам, что желтуху мы ищем на белках глаз, в углах рта, мы ищем ее на нижней поверхности языка, на передней поверхности груди. Все эти признаки у данной больной налицо. Нижние конечности тоже желты, но немного меньше. На ногах я ищу еще очень важный признак. (Обращаясь к больной.) Кожа чешется?

Больная. Нет.

Профессор. Днем этот признак найти легко, его не находят ночью при электрическом освещении, если он выражен в такой степени, как здесь.

Для того, чтобы поставить распознавание желтухи, не надо быть врачом.

Распознавание желтухи ставит либо сам больной, либо чаще всего окружающие. Если эта часть не представляет никакого труда, то все, о чем я буду говорить дальше, как с точки зрения распознавания, так и с точки зрения лечения будет трудно.

Вас учили по патологической физиологии, что все желтухи делятся на группы. Для того, чтобы мое изложение было вам ясно, разрешите:

напомнить вам ход выводных желчных протоков (рис. 1 и 2), хотя на пятом курсе этого не полагалось бы делать.

С правой и левой долей печени желчь собирается в печеночный проток — *ductus hepaticus*. С правой стороны от печеночного протока идет проток к желчному пузырю — *ductus cysticus*. Ниже этой развилки глав-

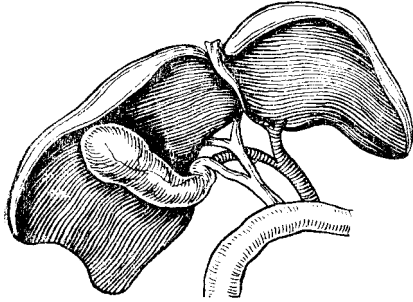


Рис. 1. Схема желчных путей — общий вид.

ный желчевыводящий проток называется общим желчным протоком — *ductus choledochus*. У конца своего общий желчный проток соединяется с протоком поджелудочной железы — *ductus pancreaticus*, и оба эти протока впадают в вертикальную часть двенадцатиперстной кишки через фатеров сосочек — *papilla Vateri*.

Принимая во внимание, что общий желчный проток представляет собой канал, совершенно естественно, что всякая закупорка этого канала изнутри каким-нибудь предметом, всякое сдавление этого канала

снаружи, или всякое уменьшение просвета утолщением стенок самого канала должно уменьшить или прекратить поступление желчи в двенадцатиперстную кишку. Такую желтуху называют механической, или обтурационной, или обструкционной, или застойной желтухой.

Распознается эта желтуха очень просто: с одной стороны, чего-то много, с другой стороны, чего-то мало; много пигментов желчи в коже, в слизистых оболочках, в моче; мало желчных пигментов, либо вовсе их нет в каловых массах. (Обращаясь к больной.) Вы заметили, что кал у вас не окрашен?

Больная. Кал был совершенно белый.

Профессор. Мы говорим, что кал, как замазка. Когда кал начал окрашиваться?

Больная. Дней пять назад.

Профессор. Признак очень важный. Кал может быть белый, как замазка, и чрезвычайно зловонный — совершенно специфический.

Следующее, что иногда видно макроскопически, — это впечатление, что жир почти не переварен. Однако, от этой макроскопической картины необходимо перейти к химическому способу исследования. Реакцией Шмидта приходится определять наличие пигментов в каловых массах.

Какие же причины могут являться факторами, прекращающими доступ желчи в двенадцатиперстную кишку?

В первую очередь, такой причиной является закупорка просвета каким-нибудь инородным телом. Я назову сначала инородные тела, которые чаще всего вызывают такие явления, затем укажу инородные тела, которые делают это реже, и, наконец, отмечу инородные тела, вызывающие закупорку в виде редкого исключения.

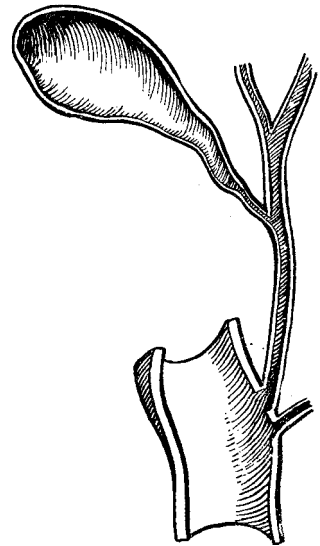


Рис. 2. Схематическое изображение желчных протоков и двенадцатиперстной кишки в разрезе.

Чаще всего просвет общего желчного протока, несущего желчь в двенадцатиперстную кишку, изнутри закупоривается желчными камнями. Камней может быть любое количество: 1, 2, 3, 10, 100 и больше. По своим размерам они могут быть весьма различны. Чаще всего они застревают вблизи фатерова сосочка (рис. 2).

Вокруг этого отверстия имеется восьмиобразный сфинктер, охватывающий оба протока (общий желчный и поджелудочной железы); при наличии какого-нибудь раздражения этот сфинктер закрывается и просвет становится еще меньше. Это наиболее частая причина. Однако возможны и более редкие причины.

Так, например, много лет назад я оперировал больного по поводу желчнокаменной болезни. Прошло пять лет со времени операции и он снова пришел ко мне с явлениями желтухи в крайне тяжелом состоянии. Было совершенно естественно предположить, что у этого больного имеется рецидив желчнокаменной болезни. Больной этот умер. При вскрытии Г. В. Шор нашел, что в общий желчный проток через фатеров сосочек влезла аскарида, которая совершенно закрыла проток. Это причина редкая, но бывают и еще более редкие причины.

В 1922 г. русский хирург Н. В. Шварц показал больного, который был ранен в 1915 г. пулей. В продолжение 7 лет он оставался почти здоровым. Через 7 лет он резко пожелтел, повысилась температура. Рентгенологическое исследование показало, что пуля лежит в общем желчном протоке и совершенно закрывает его. Таких наблюдений очень мало. Два из них принадлежат М. Г. Скундиной. Во время войны и после войны, если у больного имеется какое-нибудь ранение, то нужно думать и об этих редких случаях.

Но из всего того, что я сейчас сказал, естественно, что прежде всего нужно думать о желчнокаменной болезни. Однако желчнокаменная болезнь, как она ни распространена, не исчерпывает, в сущности говоря, всех неприятностей, связанных с нарушением желчеотделения. Канал общего желчного протока может быть сдавлен снаружи вследствие разных причин. Вокруг желчных протоков имеются нормально расположенные лимфатические узлы. Эти узлы могут в зависимости от патологических процессов увеличиваться.

Всего несколько дней назад на патологоанатомической конференции С. С. Вайль демонстрировал историю болезни погибшего больного, у которого при вскрытии нашли вокруг общего желчного протока резко увеличенные лимфатические узлы, пораженные туберкулезом.

Чаще всего причиной увеличения этих узлов бывает раковое поражение их, причем чаще первично рак расположен в выходном отделе желудка, реже — в поджелудочной железе.

Так обстоит дело, когда мы думаем о механических причинах, которые приводят к уменьшению просвета либо изнутри, либо снаружи. Чаще всего эти лимфатические узлы являются препятствием для свободного оттока желчи (вспомните, что общий желчный проток проходит через головку поджелудочной железы). Совершенно естественно, что все патологические процессы, которые вызывают уплотнение головки поджелудочной железы, должны сдавливать общий желчный проток до полного исчезновения его просвета и должны препятствовать свободному оттоку желчи.

Какие же это процессы, которые вызывают уплотнение головки поджелудочной железы? Их можно разделить на две группы: часто встречающиеся и редко встречающиеся процессы.

К часто встречающимся процессам относится карцинома головки поджелудочной железы.

О редко встречающихся процессах хирурги, к сожалению, также редко помнят. Это группа очень неясная по своей этиологии и не только в клинических проявлениях, но даже и в микроскопическом строении. Часто хирург, стоя у операционного стола, не может решить вопрос, с чем он имеет дело. Я имею в виду группу хронических панкреатитов. Есть гистологи, которые считают, что под этим именем мы часто имеем дело с заболеванием, которое протекает медленно и есть не что иное, как скirr.

Таким образом, я наметил вам все причины, о которых должен в первую очередь думать врач для постановки правильного распознавания.

Но кроме этой формы желтухи, имеется еще печеночноклеточная или паренхиматозная желтуха, в основе которой лежит изменение печеночной ткани. Эта группа представлена в клинике гипертрофическим циррозом Ганно. Нужно только помнить, что цирроз имеет следующие характерные черты: большая печень, большая селезенка и много желчи в моче и в кале.

Затем следует группа так называемых гемолитических желтух, к которым относятся быстро развивающиеся желтухи, возникающие вследствие избыточного количества билирубина в организме, образующегося в результате повышенного распада красных кровяных шариков.

Я счел необходимым клиническому исследованию больной предположить сведения, которые я вам сейчас сообщил. Принимая во внимание, что у этой больной имелся совершенно обесцвеченный стул, я должен был отбросить как паренхиматозную желтуху, так и гемолитическую и остановился на том, что у нее — обтурационная желтуха.

Сегодняшнюю лекцию я посвящаю обтурационной желтухе, при которой имеется утолщение стенок печеночного и общего желчного протоков. Я имею в виду процесс, называемый ангиохолитом, — воспаление желчных протоков.

Что мы знаем теоретически по поводу того, о чем я сейчас сказал? Теоретически и клинически мы знаем, что желтуха у молодых женщин часто вызывается желчнокаменной болезнью, а у мужчин старшего возраста чаще карциномой поджелудочной железы.

У нас в клинике лежит женщина 32 лет, аспирантка, очень талантливый работник, мать двоих детей. Как-то не верится, что у нее может быть карцинома головки поджелудочной железы. Два раза я ее оперировал и нашел иноперабельную карциному головки поджелудочной железы с многочисленными метастазами в печени.

Приведу второй пример. Дело касается нашего гениального физиолога И. П. Павлова. Много лет назад, когда ему было 79 лет, у него появилась желтуха без всяких продромальных проявлений. В это время в Ленинграде происходили заседания XVII съезда хирургов, на который съехались все знаменитые хирурги страны. Когда дело дошло до того, что нужно оперировать И. П. Павлова, тогда начали похаживать вокруг да около: что, мол, может быть у человека такого возраста, кроме карциномы головки поджелудочной железы, и поэтому наши блестящие хирурги по той или иной причине старались отклонить от себя честь оперировать И. П. Павлова. И эта честь была предоставлена блестящему московскому хирургу А. В. Мартынову, который и произвел операцию. Около операционного стола стояли все знаменитые хирурги нашей стра-

ны и ожидали, что там окажется карцинома, но велико же было удивление всех присутствующих, когда, проведя палец к фатерову сосочку, А. В. Мартынов заявил, что он нащупывает камень. Камень был убран.

Я привел вам эти два примера, чтобы вы запомнили, что молодость не гарантирует от карциномы, а старость не всегда дает карциному головки поджелудочной железы.

Однако у упомянутой мною больной был один признак, о котором следует говорить раньше, чем закончим обследование больных.

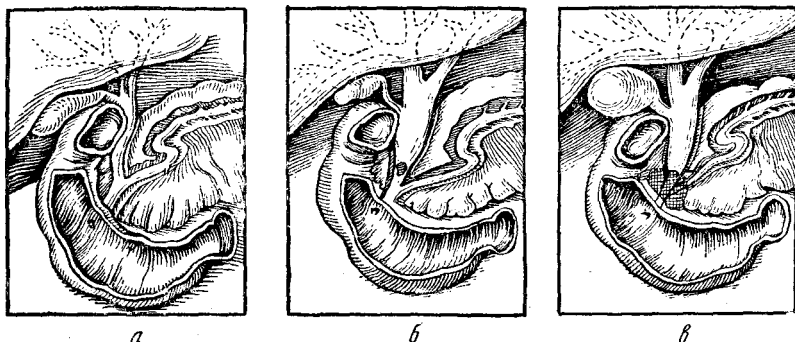


Рис. 3. Размеры желчного пузыря.

а — в норме; б — при закупорке общего желчного протока камнем; в — при раке головки поджелудочной железы.

Желчнокаменная болезнь — заболевание хроническое, которое вызывает изменения во всех желчных путях, а в желчном пузыре приводит к воспалению с утолщением стенок и обычно с уменьшением размеров желчного пузыря. Иногда это бывает настолько резко, что хирургу, когда он вскрывает живот, не всегда удается легко найти желчный пузырь, замурованный в спайках.

В противоположность этому, при карциноме головки поджелудочной железы желчный пузырь фактически не поражен и по мере того, как общий желчный проток закрывается головкой поджелудочной железы и затрудняется отток желчи, наступает резкое увеличение желчного пузыря. Если бы этому признаку (увеличению объема пузыря) мы придали должное значение при исследовании больной, которую я вам привел в пример, то поставили бы правильное распознавание карциномы поджелудочной железы.

Признак этот был описан французским хирургом Курвуазье (Courvoisier) и подтвержден французским хирургом Террье (Terrier).

На схеме (рис. 3) слева (а) изображены желчный пузырь и желчные пути без каких-либо патологических изменений. В центре (б) показана закупорка общего желчного протока камнем. Вследствие длительно текущего процесса изменены все желчные протоки и желчный пузырь; последний значительно уменьшился в объеме. Правая часть схемы (в) иллюстрирует иное заболевание — карциному головки поджелудочной железы. Расширены все желчные пути: общий желчный проток, пузырный и печеночные протоки. Желчный пузырь чрезвычайно большой и расширенный.

И вот у больной этот признак был положительный. Но она была слишком молода и поэтому, не оценив его, мы поставили неправильное распознавание.

Таким образом, я набросал вам вехи, которые должен хранить в памяти каждый врач. Повторяю, к ним относится прежде всего: пол и возраст больного, начало заболевания и течение его. Тут имеются важные вещи, с которыми врач должен считаться. Карцинома головки поджелудочной железы, развивающаяся чаще всего у мужчин в возрасте 50—60 лет, начинается мало-помалу, без болевых ощущений. Начало заболевания при карциноме головки поджелудочной железы бывает медленным, безболезненным, сопровождается обычно нормальной температурой.

Почему у этой больной, о которой я говорил, мы с А. Л. Мясниковым поставили неправильное распознавание? Повторяю, потому, что в жизни это бывает не совсем так. Эта молодая женщина попала в районную больницу с высокой температурой, лихорадила и было поставлено распознавание инфекционной желтухи. Ей давали большие дозы каломеля, настолько большие, что она попала к нам с явлениями ртутного отравления.

Иногда больной отмечает какие-то неясные, тянущие или давящие боли где-то в глубине. Правда, редко бывает, чтобы эти боли отдавали куда-либо.

В отличие от этого, желчнокаменная болезнь начинается иначе. Обычно дело касается женщины 40—50 лет с довольно длительным анамнезом, в котором имеются следующие чрезвычайно важные данные: во-первых, оказывается, что не только она болеет этой болезнью, но и мать болела желчнокаменной болезнью, во-вторых, она сообщает, что это у нее не первый приступ и они протекают по следующему типу. До приступа бывает нарушен пищевой режим. Чаще всего больные эти «грешат»—едят жирное мясо, гуся, утку, масло, ветчину, несмотря на то, что они знают, что им этого нельзя. Приступы начинаются очень часто ночью и бывают чрезвычайно жестокими с повышением температуры до 38—38,5°, сопровождаются рвотой, очень часто рвет желчью, боли бывают настолько жестокими, что больные не находят себе места. Больные, которые не первый раз испытывают такие приступы, обычно знают, что им помогает, знают, как избавиться от приступа. Если дело происходит в большом городе, вызывают скорую помощь, врач вводит морфий и на этом успокаивается. Обычно приступ длится два, редко три дня.

Характерным для этих приступов является не только локализация болей в правом подреберье, но и отдача болей в сторону спины, под лопатку. Еще более характерным является отдача болей в надплечье, в область дельтовидной мышцы.

Боли локализуются в правом подреберье потому, что здесь расположен желчный пузырь, который, преодолевая препятствие, резко сокращается, что вызывает болевые ощущения, а то, что боли отдают в лопатку объясняется тем, что около желчного пузыря проходят межреберные нервы, которые являются смешанными нервами, и, воспринимая боли, отдают их тому месту, из которого сами выходят.

Почему же для органа, расположенного в правом подреберье, характерна отдача болей в надплечье и в область дельтовидной мышцы? Это происходит оттого, что плечевое сплетение — *plexus brachialis* — и другие нервы принимают участие в иннервации диафрагмального нерва — *p. phrenicus*. Я хочу, чтобы вы помнили, что это есть нервы смешанные, которые иннервируют диафрагму, с одной стороны, а с другой стороны, воспринимают болевые ощущения, проходящие из верхних

конечностей и диафрагмы. Эти нервы выходят из III и IV или IV и V шейных сегментов; отсюда исходят и другие нервы. Поэтому вам должно быть понятно, почему эти больные держатся за плечо.

Все то, что я сказал сейчас, чрезвычайно важно для распознавания. Разрешите теперь перейти к разбору и обследованию нашей больной.

Заболевание началось с инфекции, болела голова, был насморк, была повышенная температура. После этого остается жестокая адинамия. Больная лежит в кровати, возникает первый приступ—появляются боли в подреберье, которые отдают куда-то в спину. Приступ длится несколько дней, затем появляется желтуха. В этой желтухе есть характерные особенности, которые вам следует запомнить.

Повторяю еще раз. Желтуха при карциноме головки поджелудочной железы начинается мало-помалу и прогрессирует. Цвет лица делается сначала желтый, потом шафранно-желтый, темножелтый, оливковый. Характерно, что в течении этой желтухи никогда не бывает просветлений. Каловые массы остаются обесцвеченными до самого конца. Все время в моче содержится большое количество желчных пигментов, которые полностью отсутствуют в каловых массах. Поэтому, если вы наблюдаете в продолжение нескольких месяцев немолодого мужчину с прогрессирующей, нарастающей желтухой, начавшейся без температуры, то можете безошибочно поставить диагноз карциномы головки поджелудочной железы.

Принимая во внимание, что при застое желчи печень увеличивается в размерах во всех направлениях, что нижний край ее выпирает из-под подреберья, не остается сомнения в том, что обнаруженное пальпацией у *spina iliaca anterior superior* эллипсоидальной формы тело (рис. 4), имеющее гладкую поверхность и ровные контуры, обладающее подвижностью, отчетливо связанной с дыхательными движениями, является желчным пузырем. Я обрисовал картину резко положительного симптома Курвуазье-Террье.

А что мы находим у этой больной? К счастью для нее мы видим другой вариант: повторяющиеся приступы, которые продолжаются по нескольку дней, сопровождаются повышением температуры и болями в правом подреберье, отдающими кзади. Что это такое? Это картина желчнокаменной болезни. Исходя из этого, приступим к осмотру больной.

Живот у нее ничего особенного не представляет. Я очень внимательно присматривался к ее животу. Живот не вздут. В подкожной клетчатке брюшной стенки довольно значительное количество жира. Одинаковая форма обеих половин живота. Ничего необычного ни справа, ни слева я не вижу.

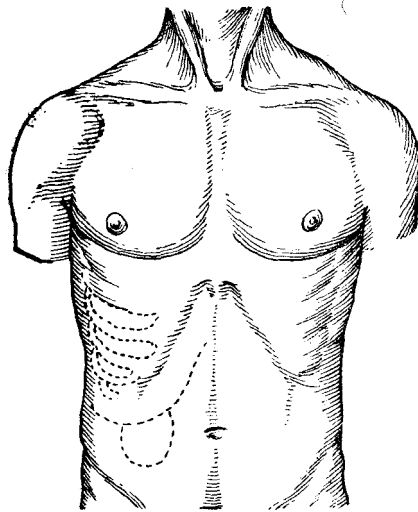


Рис. 4. Увеличение печени и желчного пузыря.

А у больного с карциномой головки поджелудочной железы в правой половине живота, при резких дыхательных движениях, ввиду наличия истонченной брюшной стенки, вы видите как ходуном ходит какое-то образование. Стоит только чуть-чуть приложить руку к этому месту, как вы ощутите под вашими пальцами опухоль, которая при каждом вдохе опускается, а выдохе—поднимается. Так подвижны только те опухоли, которые связаны непосредственно с диафрагмой и брюшиной. Ничего подобного у разбираемой нами больной нет.

Перехожу к дальнейшему исследованию. Я проверяю чувствительность брюшной стенки, все время посматривая на лицо больной — я смотрю нет ли у нее гипералгезии, т. е. повышенной чувствительности к болевым ощущениям. Ничего я не нахожу ни в правой подвздошной, ни в левой подвздошной области, ни в правом подреберье, ни в левом подреберье.

От этого я перехожу к исследованию состояния брюшной стенки. Брюшная стенка сдавливается совершенно свободно, ригидности в левой подвздошной области нет, передвигаясь в левое подреберье никакой ригидности не определяю и совершенно свободно могу проникнуть в глубину брюшной полости. Перехожу в правое подреберье, больная начинает резко реагировать, имеется некоторая ригидность брюшной стенки в области правой прямой мышцы живота в верхней ее половине. Продолжаю исследование дальше, в правой подвздошной области, — больная спокойна. Дойдя до этого места я перехожу к чрезвычайно важному признаку, которому некоторые врачи придают такое же значение, какое при остром аппендиците мы придаем болевым точкам в правой подвздошной области.

Посмотрите, как я буду это исследовать. Вот правый край прямой мышцы живота. В этом месте, между концом IX ребра и наружным краем прямой мышцы живота, располагается желчный пузырь. Здесь я ставлю ладонь и, чуть-чуть вдавливая ее, прошу больную вдохнуть глубоко. Она начинает вдох, но не кончает его. Эта прерывистость вдоха при таком исследовании всегда есть признак, говорящий о воспалительных явлениях в области желчного пузыря, описанный очень крупным, ныне покойным, хирургом Мерфи (Murphy).

В этом месте мне удается нащупать край печени, который чуть-чуть плотнее, чем обычно. Поверхность печени гладкая. Нащупать пузырь я не могу.

Слушайте внимательно выстукивание: тимпанит... тимпанит... тупо... тимпанит...

Больше мне обследование ничего не дает и остается решить вопрос о локализации патологического процесса. Либо процесс в желчном пузыре, либо в каком-нибудь органе, расположенном в этой же области. Область эта чрезвычайно богата органами и весьма трудна для диагностики. Как вы знаете, в правом подреберье лежат: выходной отдел желудка, двенадцатиперстная кишка, желчный пузырь, желчные протоки, головка поджелудочной железы, правая половина толстой кишки, правая почка, правый мочеточник, крупные сосуды, лимфатические узлы. Каждый из этих органов может заболеть.

Принимая во внимание целый ряд признаков: частоту повторения приступов, желтуху, которая не прогрессивно нарастает, а меняется (то делается более выраженной, то — менее), отсутствие похудания — у больной сохранилось еще достаточное количество жира, наличие повышения температуры — все это заставляет меня прийти к заключению,

что здесь нет ни карциномы головки поджелудочной железы, ни длительно текущего воспалительного процесса, который мы называем хроническим панкреатитом.

Есть ли какие-нибудь заболевания, при которых также может мяться желтуха? К сожалению, есть. Это карцинома фатерова сосочка; заболевание нечастое, встречающееся реже, чем карцинома головки поджелудочной железы. При этом заболевании также бывает, что прогрессивно нарастающая желтуха в один из дней начинает исчезать, но тогда в каловых массах появляется кровь. Это бывает в случаях, когда происходит распад опухоли фатерова сосочка.

Демонстрируемая вам больная лежит у нас со вчерашнего вечера, крови в кале не обнаружено. Хочется верить, что это не карцинома фатерова сосочка.

Однако я не отметил еще ряд возможностей: заболевание двенадцатиперстной кишки, заболевание правой почки.

Болевой синдром свойственен обычно язвенным процессам, которые мы должны иметь в виду, и особенно сейчас. В 1918—1919 гг. была эпидемия язвенной болезни. У меня получается впечатление, что сейчас начинается подобная эпидемия. На сегодняшний день в моей небольшой клинике находится трое больных, оперированных по поводу язвы двенадцатиперстной кишки и один больной с этим заболеванием будет на-днях оперирован. Если бы у нас было больше мест, то подобных больных было бы очень много. Вы должны помнить, что язвенная болезнь, особенно язва двенадцатиперстной кишки, имеет свои характерные черты. Прежде всего, обострение болей всегда связано с приемом пищи.

Профессор (обращаясь к больной). Боли у вас связаны с приемами пищи?

Больная. Нет, иногда во время еды бывает отрыжка.

Профессор. Когда вы едите кислую капусту, вы не замечали, что вам становится хуже?

Больная. Нет.

Профессор. Рвот никогда не было?

Больная. Нет.

Профессор. Это не язва. Одновременно я хочу напомнить вам, что язва двенадцатиперстной кишки протекает совершенно своеобразно и имеет две характерных черты: 1) боли носят характер голодных болей и 2) они совершенно исчезают на много недель, иногда на много месяцев. Запомните еще одну деталь, о которой редко пишут: в декабре, январе и феврале бывает обострение язв желудка, в апреле, мае и июне — обострение язв двенадцатиперстной кишки. Жизнь это полностью не оправдывается, но доля правды в этом есть. Запомните еще, что дело чаще всего касается курильщиков.

Чего мне нехватает для диагноза? Мне нехватает результатов анализов каловых масс и рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта для того, чтобы окончательно исключить язву двенадцатиперстной кишки и язву желудка. Это нужно делать потому, что у данной больной имеются диспептические явления. Когда обследование будет закончено, я скажу, что мы получим.

Но в этой же области есть еще один орган, о котором, к сожалению, думают редко. Я имею в виду правую почку и правый мочеточник.

О каких процессах правой почки может идти речь? Естественно, что прежде всего нам приходится думать о причине, которая могла бы вы-

звать это заболевание, — камнях правой почки и правого мочеточника. Мы знаем, что боли там также начинаются сразу, локализуются справа в подреберье, отдают в спину, но они отдают еще книзу по ходу мочеточника до наружных половых органов, до промежности. У этой больной ничего подобного нет.

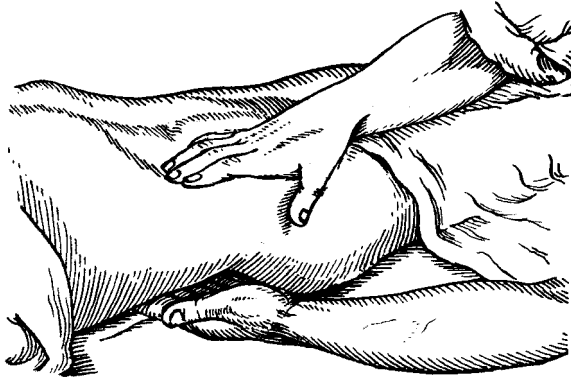


Рис. 5. Пальпация почки методом баллотирования.

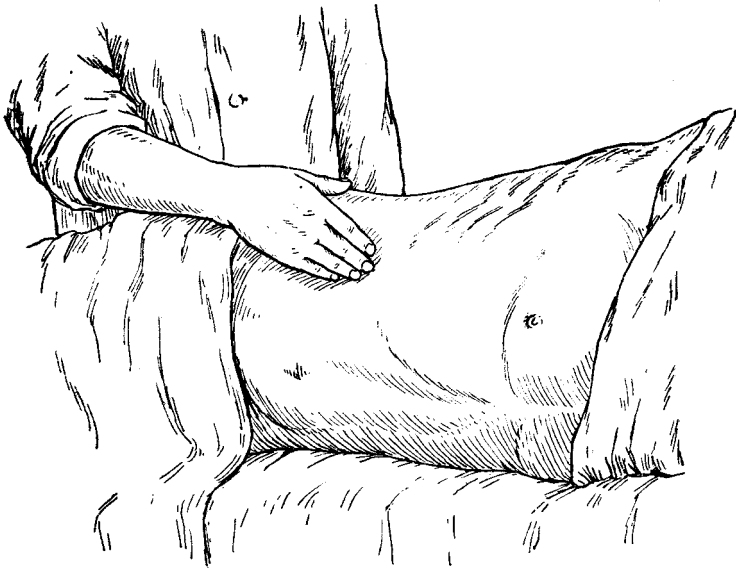


Рис. 6. Пальпация почки при положении больного на здоровом боку.

Я хочу, чтобы вы запомнили наиболее часто применяемые способы ощупывания почек. К этим способам относятся следующие.

Метод «баллотирования почки», предложенный Гюйоном (Guyon), заключающийся в следующем (демонстрирует на больной — рис. 5): под спину, соответственно уровню почки, т. е. под XII ребро, помещаем одну руку, противоположную обследуемой почки, ладонной поверхностью вверх, а вторую — на переднюю поверхность брюшной стенки. Пальцами первой руки делаем легкие отрывистые толчки по направлению кпереди, где лежит вторая рука, которая может прощупать измененную почку.

Есть еще другой, очень важный способ исследования. Больной укладывается на здоровую сторону (в данном случае такой стороной является левая) и чуть-чуть наклоняется вперед (рис. 6). Правая нога сгибается под углом в тазобедренном и коленном суставах, а левая выпрямляется. Хирург может стоять сзади, может стоять и спереди. Этот способ исследования носит название способа Израеля (Israel).

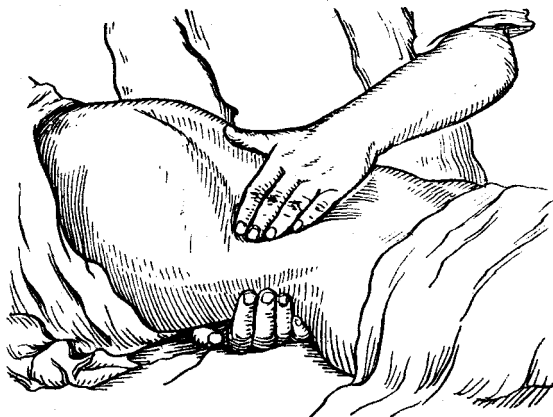


Рис. 7. Пальпация почки по Ж. Л. Пти.

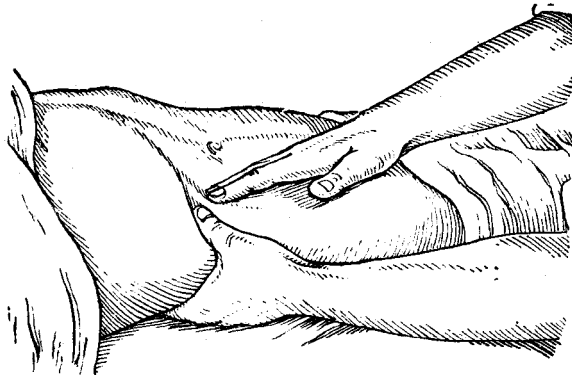


Рис. 8. Пальпация почки по Гленару.

К тому, что я сейчас показывал, имеются еще добавочные варианты. Один из них принадлежит французскому хирургу XVIII столетия Жану Луи Пти (Petit), который предложил турникет для остановки кровотечения. В 1731 г. он отказался принести присягу: «Обязуюсь во всех делах пристойных и честных всегда подчиняться терапевту...», которую до него приносили все хирурги, окончившие факультет и находившиеся в подчинении терапевтов. Как вы знаете, хирурги вышли из этого повиновения. Пти мог позволить себе роскошь отказаться от принесения присяги, он был блестящий хирург и имел доступ к королю.

Способ Пти¹ заключается в следующем (рис. 7). Больного укладываем на спину, врач становится со стороны, противоположной исследуе-

¹ В настоящее время у нас в стране этот способ ощупывания почек не имеет широкого распространения. — *Ред.*

мой почке, и проводит руку одноименную с почкой под спину больного. Другая рука врача кладется на переднюю брюшную стенку.

Четвертый вариант принадлежит лионскому терапевту французу Гленару (Glenard). Он создал теорию опущения органов и свой способ применял главным образом тогда, когда нужно было обследовать так называемую подвижную почку, причем сделать это удастся только у нетолстого больного. Способ этот состоит из трех моментов (рис. 8): большой палец руки, противоположной исследуемой почке, ставят на переднюю поверхность живота, четыре пальца ставят сзади, обследуемого просят сделать глубокий вдох. В этот момент подвижная почка попадает между вашими пальцами. Этот момент французы называют «а l'affût» (на лафете).

Второй момент называется «сартуге» (захват) и третий момент называется «l'échappement» (ускользание).

И, наконец, пятый способ ощупывания почки принадлежит одному из создателей русской терапии С. П. Боткину. При этом методе исследование производится следующим образом (рис. 9): больного ставят на ноги, он должен чуть согнуться. Врач стоит сбоку, одна его рука лежит спереди, другая — сзади. Больного просят глубоко вдохнуть, подвижная почка по своей тяжести опускается.

Мы не имеем никаких данных для того, чтобы у разбираемой больной доводить до конца все способы исследования почек. Я говорил об этом только потому, что бывают положения, когда это сделать необходимо.

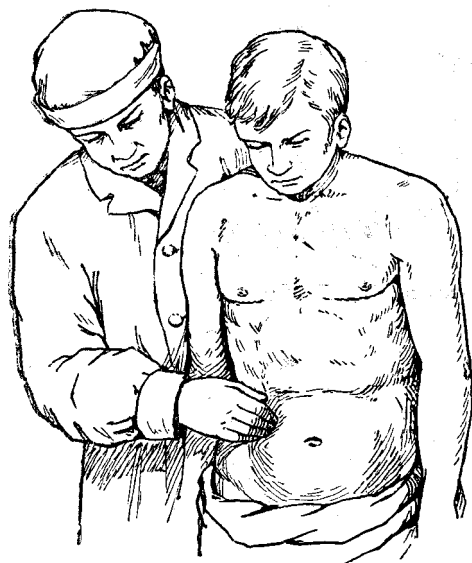


Рис. 9. Пальпация почки по С. П. Боткину.

Есть еще один способ, который носит название экспериментальной почечной колики. Мочевой пузырь наполняется 200 мл жидкости, в правый мочеточник вводят катетер и десятиграммовым шприцем наливают теплый физиологический раствор. Стоит только налить 8—10 мл, как больной начинает жаловаться на очень резкие боли. Вы в это время спрашиваете, похожи ли эти боли на те, которые больной испытывал во время приступов. Способ этот применяли часто в то время, когда рентгенодиагностика камней не стояла на должной высоте, на которой она находится сейчас; за последние 10 лет я к этому исследованию ни разу не прибегал.

Посмотрим, что мы должны еще сделать и что мы пока не доделали. Клинически мы больше ничего не можем сделать. Все, о чем я буду говорить дальше, касается лабораторных и рентгенологических исследований. Относительно лабораторных исследований следует отметить, что часть из них может быть произведена и малоквалифицированным лаборантом, но основная масса — только высококвалифицированным.

Каждый лаборант сделает реакцию Шмида и скажет, есть уробилиновые тела в каловых массах или нет. Каждый лаборант сумеет ответить на вопрос, имеются ли в моче пигменты или нет.

Труднее производить исследование количества желчи в крови. Для этого требуется не только высокая квалификация исследующего, но и специально оборудованная лаборатория. И еще труднее произвести исследование действия желчи в кишечнике.

В нормальных условиях у здорового человека, если он съест какое-то определенное количество жира, утилизируется приблизительно 95%, а 5% выводится из организма. Если общий желчный проток закрыт, то непереваренными оказываются 40—60% принятого жира. В случае же закрытия общего желчного протока и протока поджелудочной железы непереваренными оказываются 90% жира. Если имеется выключение поступления продуктов желчи в двенадцатиперстную кишку, то, исследуя кал микроскопически, вы найдете, что поперечная полосатость мышц, прошедшей через весь кишечник, сохраняется.

Для производства этих весьма сложных исследований требуется квалифицированный лаборант. Точно так же необходима высокая квалификация лаборанта для того, чтобы получить соответствующие данные относительно веществ, поступающих в двенадцатиперстную кишку, при обследовании последней тонким зондом.

* * *

В прошлый раз я показал вам женщину 40 лет с явлениями желтухи. Разобрав все признаки, которые были налицо, я должен был прийти к заключению, что в данном случае мы имеем заболевание обтурационной желтухой, в основе которой лежит желчнокаменная болезнь с закупоркой главного желчного протока — ductus choledochus.

Независимо от того, какова причина, вызвавшая закупорку желчных протоков — будет ли это изнутри или снаружи — желчь всасывается в организм и производит в нем целый ряд весьма важных изменений. Я не знаю ни одной системы в организме, на которой эти изменения не отразились бы.

Исключительно резко отражаются эти изменения на составе крови. Кровь насыщается желчными пигментами и качества ее становятся иными. Среди многочисленных изменений, которые происходят в крови, одно интересует меня в данный момент как хирурга больше всего, а именно — свертываемость крови.

Свертываемость крови понижается, а кровоточивость увеличивается. Меня это интересует постольку, поскольку все наши деяния связаны с разрезами тканей и с необходимостью борьбы с кровотечением. Я знаю из повседневного опыта, что многие из этих больных, оперированные по всем правилам искусства и науки, погибали от кровотечения. Поэтому, ставя вопрос о том, что необходимо будет делать с этой больной, я должен учитывать те изменения в крови, о которых я только что говорил.

Я посвящу значительное количество времени вопросу о том, как этих больных нужно лечить и правильна ли старая точка зрения, которая, к сожалению, распространена и по сие время как в клиниках внутренних заболеваний, так и в хирургических, что при наличии желтухи, в основе которой лежит закупорка желчного протока камнем, всегда следует выжидать от 25 дней до 6 недель.

На что рассчитывали врачи, и терапевты, и хирурги, при таком выжидании?

Хирургам прошлого столетия, начала нынешнего прекрасно были известны холемические кровотечения, они знали, как трудно с ними справиться и не брались поэтому оперировать.

С другой стороны, терапевты, к которым попадали эти больные, знали, что в части случаев камни проходят либо нормальным путем, через фатеров сосочек, либо ненормальным путем — при помощи образования свищей, открывающихся в один из следующих органов: двенадцатиперстную кишку, желудок и поперечноободочную кишку. Когда камни выходили последним путем, т. е. с образованием внутренних свищей, часть больных выздоравливала, часть же погибала.

В настоящее время эта длительная выжидательная тактика должна быть оставлена и вот по каким соображениям. Имеются две категории больных желтухой, вызванной закупоркой желчного протока камнями.

Первая категория — это лихорадящие, особенно тяжело больные.

Вторая категория — не лихорадящие больные, к числу которых относится и разбираемая нами больная.

Желтуха, протекающая с лихорадкой, ставит организм в чрезвычайно тяжелые условия, во-первых, потому что у этих больных отсутствует поступление желчи в кишечник и желчь в значительной степени наводняет кровеносное русло. Кроме того, эти больные страдают септическим заболеванием, носящим название холангита. Температура все время интермиттирующего типа, моментами достигающая 39°. Поэтому я полагаю, что больные первой категории подлежат срочному и неотложному оперативному вмешательству, каковы бы ни были опасности с ним связанные, ибо то состояние, в котором они находятся, более опасно.

Вторая категория больных — больные с желтухой, не лихорадящие или подлихораживающие. У них нет оснований ставить распознавание воспаления желчных путей. Если это так, и я знаю, что от хирургического вмешательства подобные больные только выигрывают, то совершенно естественно, что срок в 25 дней или 6 недель отпадает.

Повторяю: больные первой группы подлежат срочной операции, с вмешательством больным второй группы можно подождать 3—5, редко 8 дней. Этот срок получается потому, что он нужен для подготовки больных к операции.

Таким образом, я дал принципиальные установки. Возникает вопрос о том, как оперировать этих больных.

Поскольку я знаю, что во время операции я безусловно встречусь с малой свертываемостью крови и удлинением кровотоочивости, то совершенно естественно, что эти свойства крови должны быть тщательно проверены лабораторным путем. Если бы всегда было так, что лабораторные данные о свертываемости крови и о кровотоочивости обязательно соответствовали бы действительности, тогда все было бы ясно. Но бывает и так: лаборатория сообщает, что свертываемость крови нормальная и кровотоочивость не превышает средних цифр, а во время операции вынуждены бороться с жесточайшим кровотечением.

Поэтому таких больных нужно соответствующим образом подготовить. Из многочисленных способов, которые были для этого предложены, один занимает и по сие время выдающееся место. Таким способом является переливание крови. Переливание крови производится не как фактор, замещающий недостаток крови — таковой не имеет места. У разбираемой нами больной имеется около 4 миллионов красных кровяных шариков, которых вполне достаточно для нормального функционирования всех органов. Обычно переливают 150—200—250 мл. Но если пере-

ливание крови уже давно проникло в клинику, то то, о чем я вам сейчас сообщу, есть достояние сегодняшнего дня.

Подготовив соответствующим образом больного к хирургическому вмешательству, мы должны помнить, что в послеоперационном периоде этих больных не следует предоставлять самим себе и нельзя рассчитывать, что они спокойно перенесут операцию. Я прошу запомнить и записать: каждые 8 часов после операции следует переливать небольшие количества крови. Вы располагаете и другой возможностью — вы можете сразу после операции наладить капельное переливание крови.

Подготовив таким образом больного, вам остается решить вопрос о том, как выполнить операцию и в чем она должна заключаться. При этом следует запомнить, что первый вопрос, с которым вам придется столкнуться, это вопрос об обезболивании.

Принимая во внимание, что больные желтухой — это не просто люди, у которых не выделяется желчь, но это больные, у которых клетки печеночной ткани очень страдают, что в сущности они отравлены, применение всякого наркотического вещества, оказывающего большое влияние на печеночную ткань, совершенно исключается. К числу таких веществ в первую очередь относится гексенал, затем идет хлороформ и третье место занимает менее токсичное с теоретической точки зрения, но по отношению к этим больным крайне опасное — это закись азота, которая сама по себе чрезвычайно увеличивает кровоточивость. Таким образом, остается местное обезбоживание или местное обезбоживание в комбинации с общим (хлорэтил или эфир). Так мы и поступаем.

Следующий вопрос, который приходится решать, это относительно разреза брюшной стенки. Я покажу вам все то, что имеет в настоящее время употребление и укажу, какие из этих разрезов годятся и какие нет.

Все разрезы, употребляемые хирургами для обнажения желчных путей, могут быть разделены на следующие группы.

Первая группа — продольные разрезы (рис. 10). К ним относятся: срединный разрез от мечевидного отростка до пупка, парамедиальный разрез или трансректальный, идущий через толщу правой прямой мышцы живота, и последний — параректальный разрез.

Следующая группа — косые разрезы (рис. 11). К ним относятся: косой разрез в подреберье, предложенный Кохером (Kocher) и косой разрез, параллельный первому, но расположенный на 1—1,5 см выше его, в пределах костной части передней стенки живота.

Третья группа — поперечные разрезы (рис. 12). Поперечный разрез высокий, приблизительно на границе верхней и средней трети расстояния между мечевидным отростком и пупком, и поперечный разрез низкий.

И, наконец, сложные разрезы. Из них стоит помнить разрез, предложенный Рио-Бранко (Rio-Branco), который идет по средней линии от мечевидного отростка и вблизи пупка под углом сворачивает вправо (рис. 13).

Второй разрез — Грея (Gray) — очень похож на предыдущий, только сворачивает вправо под более острым углом (рис. 14).

Третий разрез — Бевана (Bevan) напоминает собой латинскую букву «S» (рис. 15).

И четвертый разрез Кера (Kehr) начинается у мечевидного отростка по средней линии, затем наискось пересекает прямую мышцу живота и заканчивается параректально (рис. 15).

Я продемонстрировал вам все разрезы не для того, чтобы вы их запомнили; их не надо помнить и большинство из них не надо употреблять. Я только хочу, чтобы вы поняли, что в этой области работало много хирургов и что в каждом отдельном случае необходимо все взвешивать, начиная с разреза.

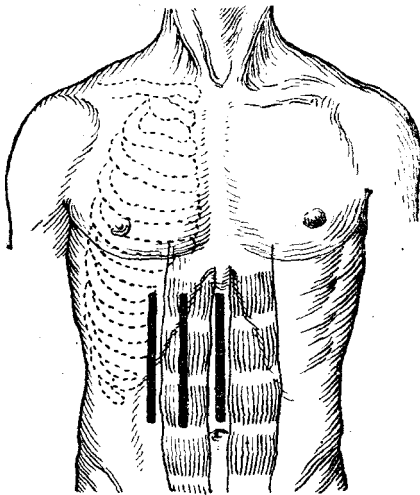


Рис. 10. Продольные разрезы.

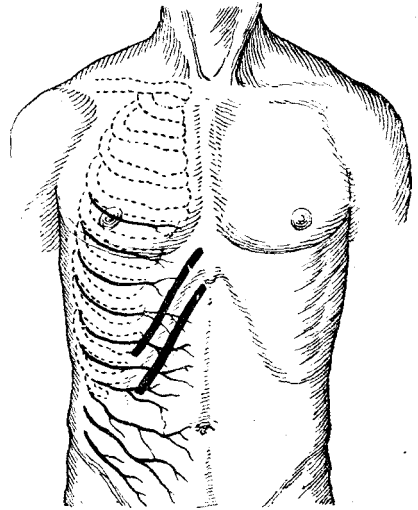


Рис. 11. Косые разрезы. Нижний разрез предложен Кохером.

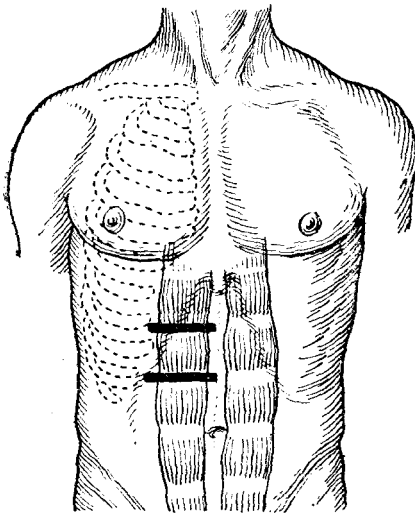


Рис. 12. Поперечные разрезы.

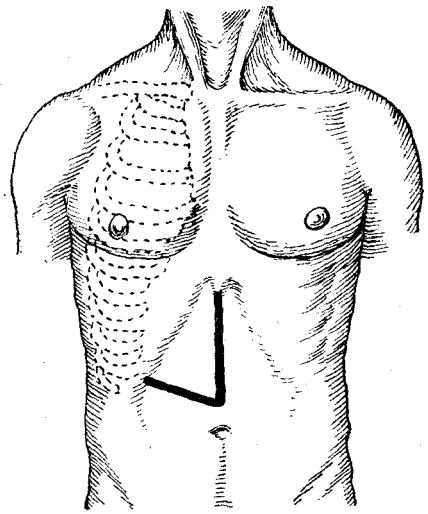


Рис. 13. Разрез Рио-Бранко.

Совершенно естественно, что если придется оперировать глубоко на желчных путях, то первое требование, которое предъявляется к разрезу—это чтобы он давал достаточный доступ. Следовательно, разрез должен быть большим.

Не меньшее значение имеет хорошее освещение операционного поля. Вы должны помнить, что даже самый яркий солнечный день не даст необходимого освещения для вмешательства на желчных путях. Среди многих вопросов, которыми занимается современная хирургия, вопросам освещения операционного поля отведено важное место. Поэтому хирург, который собирается делать такую операцию, должен помнить, что одной свечи или керосиновой лампы ему нехватит.

Какой из названных мною разрезов лучше гарантирует доступ? Наилучший доступ гарантирует косой подреберный разрез Кохера.

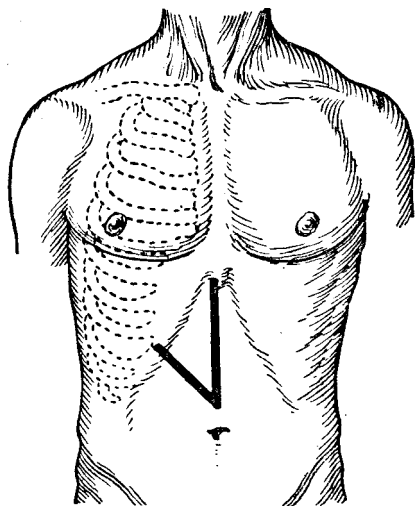


Рис. 14. Разрез Грея.

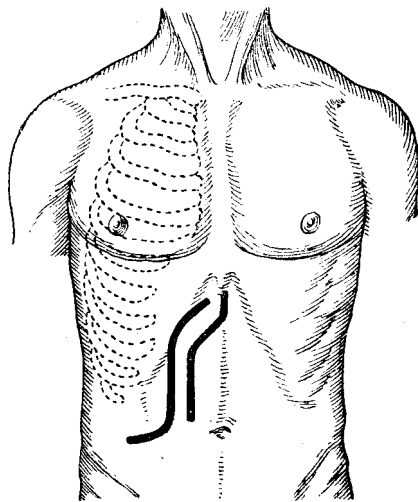


Рис. 15. S-образный разрез Бевана (латеральнее) и разрез Кера (медиальнее).

С помощью этого разреза можно проникнуть в брюшную полость. Однако при этом пересекается *art. epigastrica superior*, являющаяся ветвью *art. mammae internae*. Кроме этой артерии, в мышечных слоях имеется много мелких сосудов, которые кровоточат. Поэтому этот прекрасный во всех отношениях разрез имеет два минуса: много мелких кровоточащих сосудов и, кроме того, при этом косом разрезе все межреберные нервы, начиная от шестого (или седьмого) и до двенадцатого включительно, перерезаются, и совершенно естественно, что этот разрез приводит к послеоперационной грыже, с которой не так легко справиться. Поэтому, взвесив все «за» и «против», мы говорим, что если нет особых причин, требующих применения косых разрезов, то мы их как сильно кровоточащие и перерезающие нервы не употребляем.

Какой же разрез дает минимальное кровотечение и не пересекает нервы? Таким разрезом является либо срединный разрез, либо парамедиальный, которыми и пользуется большинство хирургов. В частности, французский хирург Госсе (Gosset), в течение многих лет оперировавший поперечным разрезом, последние годы перешел на срединный разрез. Некоторые наши хирурги также пользуются срединным разрезом, доходящим до пупка, либо, если нехватает места, обходят последний с правой стороны.

Представьте себе, что ваша больная — невысокая толстая женщина, с большим количеством жира, с широкой грудной клеткой, что у нее пупок и мечевидный отросток, образно говоря, подошли друг к другу. Тогда вы выбираете один из косых или поперечных разрезов.

Но мы знаем, что при всех разрезах, пересекающих прямую мышцу живота, увеличиваются шансы на кровотечение. Кроме того, следует учитывать и второй фактор — послеоперационную смертность. Опыт показал, что перерезка прямой мышцы живота сама по себе увеличивает возможность возникновения послеоперационной пневмонии. С этим каждый врач должен считаться, тем более что у больного желтухой изменяется деятельность сердца, так как желчные кислоты приводят к брадикардии. И если имеется такой признак, то совершенно естественно, что нужно помнить старую формулу французских терапевтов: «Заболевание легких опасно для сердца». Таким образом, боясь возникновения пневмонии, мы избегаем пользоваться этими разрезами.

Выбрав наркотическое вещество (чаще всего оперируют под местным обезболиванием), сделав заранее намеченный разрез, хирург углубляется в брюшную полость. Запишите и запомните, что чем меньше будет сделано, тем лучше. Что я этим хочу сказать? Больного всегда хочется сразу избавить и от желтухи, и от желчнокаменной болезни, поскольку это возможно. Так вот я повторяю вам, чтобы вы никогда этого не делали. Много лет назад, в 1936 г., я стоял у операционного стола в Париже, оперировал Госсе. Доставили больную с желтухой, ординатор доложил присутствующим краткую историю болезни. Госсе начал оперировать, оперировал прекрасно (причем всегда с одним и тем же ассистентом, ассистент меняется один раз в 3 года), вскрывает желчный проток, вытаскивает камень и обращается ко всем присутствующим: «А что я дальше буду делать?» Все начинают подавать советы. Один говорит, что нужно выбрать желчный пузырь ото дна, другой говорит, что следует убрать желчный пузырь от шейки и т. д. Госсе посмотрел и сказал: «Когда я был таким же молодым, я тоже делал эти глупости. А теперь я ничего больше делать не буду».

Что нужно делать и чего делать не надо?

Для того, чтобы приблизить желчные пути, у хирурга имеется один единственный способ: положить больного так, чтобы между XII грудным позвонком и V поясничным лежал большой валик, но набитый не стружками, а, скажем, песком. В таком положении желчные пути приближаются. Это очень важно. Когда вы открыли живот, то необходимо убедиться в правильности вашего диагноза. Очень часто в этом легко убедиться, а иногда очень трудно. Если общий желчный проток не замурован в спайках, то видно, что он увеличен (хирург не должен спутать ductus choledochus с тонкой кишкой, как это ни кажется странным, так как общий желчный проток может быть увеличен до размеров тонкой кишки), затем следует ввести указательный палец в сальниковое отверстие — foramen epiploicum (Winslowi) и прощупать сверху донизу весь общий желчный проток. Очень часто это удается сделать и вопрос решается просто тем более, если камень оказывается подвижным.

Иногда это бывает значительно труднее. Что-то есть, но что — не ясно и тогда хирургу приходится идти другим путем.

Представьте себе (рис. 16), что таким образом лежит желудок (показывает на рисунке.—*Ред.*), так расположена двенадцатиперстная кишка и здесь находится головка поджелудочной железы. Из-под нижнего края поджелудочной железы выходят артерия и вена mesenterica superiore

гий, сюда подходит общий желчный проток и тогда его не удастся нащупать.

У хирурга имеются две возможности: сделать разрез через брюшину (рис. 17), тогда очень легко отслаивается и выворачивается двенадцатиперстная кишка,

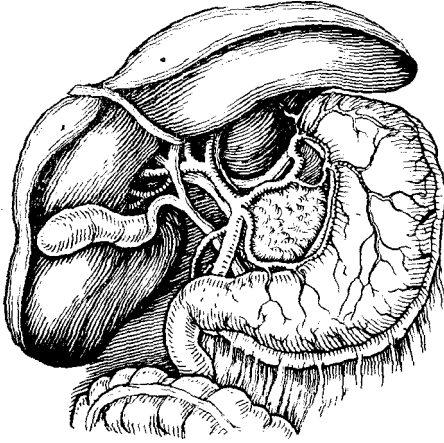


Рис. 16. Топографо-анатомическое взаимоотношение желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы.

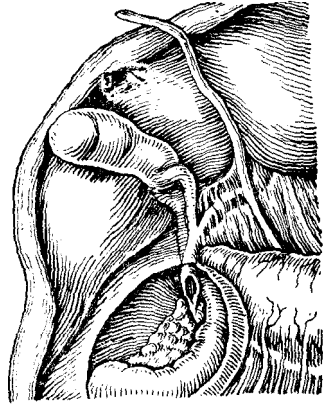


Рис. 17. После чрезбрюшинного разреза отслоена и повернута двенадцатиперстная кишка; открылся доступ к общему желчному протоку.

цатиперстная кишка и хирург нащупывает камень через стенку общего желчного протока. Следующий вариант, когда камень находится в самом фатеровом сосочке, тогда хирург может сделать поперечный разрез в двенадцатиперстной кишке через фатеров сосочек и найти камень (рис. 18).

Следующий вариант, легко распознаваемый на операционном столе: врач видит, что здесь (см. рис. 3 на стр. 193) имеется опухоль, которая сдавила общий желчный проток. Отчетливо выражена картина новообразования головки поджелудочной железы.

Я хочу, чтобы вы помнили, что, кроме карциномы головки поджелудочной железы, здесь бывают хронические панкреатиты, которые распространяются на всю поджелудочную железу. Иногда хирург долго стоит у операционного стола и не может разобраться, с каким заболеванием поджелудочной железы он имеет дело.

Допустите, что хирург нашел камни. Камни могут быть одиночными и множественными. Хирург должен помнить, что во время этой операции в 15% случаев камней не находят и оставляют их. Поэтому следует очень тщательно прощупать, чтобы не оставить камней. Допустим, что все это хирург знает и учитывает.

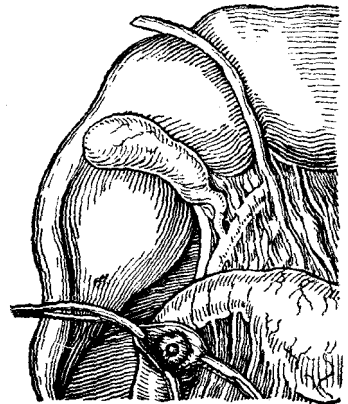


Рис. 18. При поперечном разрезе через двенадцатиперстную кишку отчетливо виден камень, закрывший фатеров сосочек.

Остаются еще некоторые важные технические детали. К ним относятся следующие: на передней поверхности общего желчного протока имеется венозная сеть. Перерезка венозной сети сопровождается значительным, трудно останавливаемым кровотечением. Отсюда следует, что передняя поверхность этого протока не есть хирургическая, а таковой является правая боковая поверхность. Где она лежит? Для этого вы обязаны помнить следующее мнемоническое правило — д в а, т. е. справа лежат: первым — *ductus choledochus*, второй — *vena portae* и третьей — *arteria hepatica*.

Найдя, что здесь где-то в глубине лежит камень, хирург должен сделать операцию, которая носит название холедохотомии, т. е. вскрытия желчного протока. На передней поверхности он не может делать разрез потому, что будет повреждена венозная сеть и начнется кровотечение. Причем легче всего эту операцию делать в той части общего желчного протока, которая находится над двенадцатиперстной кишкой.

Произведя разрез, хирург видит, что из протока вытекает желчь. Он правильно делает, если сразу возьмет эту желчь для посева. Затем он должен обеспечить себя от растекания желчи, поэтому необходимо ее отсосать, а все операционное поле тщательно обложить достаточным количеством салфеток. После этого хирург начинает поиски инородного тела, которое закупоривает просвет. Стоит только ввести палец в салниковое отверстие, как удастся нащупать камень; последний надо прижать пальцем и довести до разреза, а отсюда камень достают ложкой. Но вынув один камень, хирург не имеет права удовлетвориться этим, он должен помнить, что камней оказывается иногда 5—10, а то и более и камни бывают не только в области фатерова сосочка, но камнями может быть заполнен и печеночный проток. Поэтому хирург обязан проверить специальным зондом проходимость печеночного протока нижележащего общего желчного протока. Но сначала он должен проверять со стороны печени, а потом со стороны двенадцатиперстной кишки: в первом направлении инфекции меньше, а во втором ее больше.

Допустим, что хирург все проверил и установил, что больше камней нет и путь свободен. Что же делать дальше? Дальше он видит, что сбоку, т. е. в пузыре, имеется 1, 2, а может быть, и больше камней. Помните, что нельзя соблазняться делать какую-нибудь операцию на желчном пузыре.

А что можно было бы сделать с пузырем? Можно сделать две операции: одну страшную для больного и другую — менее страшную. Тем или иным путем убираете желчный пузырь, который лежит на печеночной ткани. Значит, печеночная ткань будет кровоточить. Можно ли захватить сосуды? Почти нельзя и остановить кровотечение нельзя. Поэтому лучше сделать меньше, но более надежно, т. е. освободить путь и ничего больше не делать. Эта точка зрения признана, я бы сказал, сейчас всеми.

Сделав отверстие и вытащив через него камень, хочется зашить стенку общего желчного протока. Этого делать нельзя. Почему? Потому, что эти большие инфицированы и поэтому, как правило, всегда следует дренировать желчные пути, хотя бы на некоторый промежуток времени.

Дренирование может быть обеспечено двумя способами. Первый способ — старый, о нем я скажу несколько позже, и второй способ конца XIX и начала XX столетия. На этом схематическом рисунке (рис. 19) вы видите желчный пузырь и всю систему желчных протоков (пузырный, печеночный и общий желчный протоки). В этом месте в общем желчном

протоке имеется отверстие, через которое вставлен резиновый дренаж. Слева показан отдельно этот дренаж, получивший название Т-образного дренажа Кера. К сожалению, этот дренаж выделялся из недостаточно хорошей резины, уязвимым местом являлся участок спайки. Сергей Петрович Федоров, всегда пользовавшийся этим дренажем, предложил место спайки обматывать толстой шелковой ниткой. Однако этот дренаж, который является удобным тем, что вертикальная часть его обеспечивает свободный отток желчи кнаружи, а перекрытие ее дает возможность направлять желчь и в кишечник, имеет целый ряд недостатков, о которых я скажу дальше.

Керовский дренаж, который одно время пользовался всемирным признанием, в настоящий момент все меньше и меньше употребляется, потому что от длительного лежания его в протоке образуются изъязвления стенок, которые приводят к сужениям.

Поэтому мы стараемся обходиться без него, пользуясь обыкновенным резиновым дренажем, который вставляется в направлении приводящего конца, закрепляется несколькими кетгутовыми швами и оставляется на 10—18 дней; устраивается сифон, желчь отходит, желтуха исчезает. Через 10—18 дней вы убираете дренаж, свищ закрывается при условии, если вы убрали все камни, и не закрывается, если вы оставили хоть 1—2 камня. Это будет уже тяжелым осложнением потому, что в образовавшихся спайках разобраться будет крайне трудно. Если вы оставили желчный пузырь полный камней, то через месяц — два большого снова придется оперировать.

Но может быть и такой вариант: поставив диагноз желчнокаменной болезни, хирург вместо этого обнаруживает карциному головки поджелудочной железы, которая закрывает общий желчный проток у самого фатерова сосочка. Что хирург тогда делает?

До сравнительно недавнего времени, до 1935 г., этот вопрос решался всегда одинаково — применением паллиативной операции. Поскольку убрать отсюда карциному головки поджелудочной железы нельзя по анатомическим соображениям, то образовывали соустье между желчным пузырем и желудком. Операция эта носит название холецистогастростомии. Но она крайне нефизиологична потому, что желчь поступает в желудок и таким образом переворачивается механизм закрытия и открытия привратника и перестраивается вся сложная налаженная работа желудка. Поэтому лучшим вариантом является холецистодуоденостомия или третий вариант — холедоходуоденостомия. Разрешите не останавливаться на технике этих операций; однако опять повторю, чтобы лишний раз заострить ваше внимание, что необходима крайне тщательная остановка кровотечения, ибо иначе эти больные погибают.

Хирургу трудно бывает мириться с фактом, что он чего-то не смог сделать. До сравнительно недавнего времени, несмотря на большое число исследований хирургов разных стран, только до известной степени удалось разрешить эту задачу, т. е. убрать карциному головки поджелу-

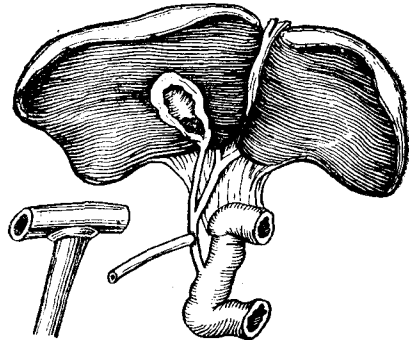


Рис. 19. В общий желчный проток введен Т-образный дренаж, который показан слева более крупно.

дочной железы. Это стало возможным с того момента, когда хирурги решили пожертвовать экскреторной функцией поджелудочной железы. Количество таких операций с длительно прослеженными результатами исчисляется единицами во всем мире. В нашей стране в 1922 г. И. И. Греков опубликовал свое наблюдение по поводу удаления почти всей поджелудочной железы, пораженной раковой опухолью, причем больной был прослежен в течение 9 лет.

Итак, разрешите резюмировать. Когда вы видите больного с желтухой, вы задаете себе вопрос, какой разновидности эта желтуха? Есть ли это механическая или гемолитическая желтуха?

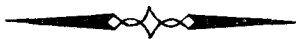
Наличие окрашенного стула склоняет вас в сторону гемолитической желтухи. Больной должен быть обследован целиком по той простой причине, что желчь оказывает влияние на все системы.

Если это механическая желтуха, то какие бывают причины, ее вызывающие? Частыми причинами являются обтурация общего желчного протока камнем или сжатие его карциномой головки поджелудочной железы.

Старая точка зрения, что с этими больными нужно выжидать от 25 дней до 6 недель, не имеет основания. Этих больных надо оперировать скоро; наши возможности больше, чем они были у наших предшественников, — мы имеем возможность готовить больных к операции и знаем, как вести борьбу с послеоперационными осложнениями.

Забыл сказать о витамине К. В 1929 г. один из крупных голландских ученых, Дан, проведя ряд экспериментов, нашел, что при определенной диете у цыплят можно вызвать своеобразное заболевание, сопровождающееся резкой геморрагией. Он тогда решил, что дело касается какого-то вещества, о котором он не имел представления. Дальнейшие опыты показали, что это именно так. Преимущественно из люцерны он добыл вещество, которое назвал витамином, способствующим коагуляции крови. Витамин этот — витамин К — находится в люцерне, в плодах каштановых деревьев. Влияние его было им доказано на гусятах и утятах. Что касается влияния витамина К на млекопитающих животных, то данные на этот счет пока разноречивы. Однако в жизни мы его употребляем. Помогает ли это или нет? Не знаю. Но больные, упомянутые мной ранее, которым мы после операций переливали через каждые 8 часов кровь и систематически давали витамин К, несмотря на большие потери крови, не погибли.

Стенограмма лекции, прочитанной 11 и 18 марта 1943 г.



РАК ПРЯМОЙ КИШКИ

В о время предыдущей лекции вы, вероятно, обратили внимание на то, что у рояля стоял больной, причем он простоял все время, пока шла лекция. На мое предложение сесть ординатор сообщил, что больному этого сделать не может. Тогда я попросил, чтобы больного положили. Вот в таком состоянии, как я покажу вам сейчас, этих больных удается видеть очень редко.

Один раз в жизни я видел 35-летнюю домработницу, хозяева которой были чрезвычайно довольны: она настолько проворна, что никогда не садится. Для нее эта «проворность» была вызвана тем обстоятельством, что около копчика имелась огромных размеров опухоль. После того, как я ее прооперировал, она могла сидеть сколько угодно — чем хозяева были не слишком довольны.

Здесь дело касается другого заболевания. Разрешите за анамнезом заболевания обратиться к самому больному.

Профессор (обращаясь к больному). Скажите, пожалуйста, сколько вам лет?

Больной. 64 года.

Профессор. Чем вы занимаетесь?

Больной. Служащий.

Профессор. Чем занимались в прошлом?

Больной. Работал кассиром, вел сидячий образ жизни.

Профессор. Было время, когда вы могли свободно сидеть?

Больной. Да.

Профессор. Расскажите кратко, что с вами случилось?

Больной. Около 4 месяцев назад я заметил с правой стороны заднего прохода шишку. Сначала я не обратил внимания на это. Через некоторое время я пошел в амбулаторию, откуда меня направили в кожный диспансер. Там меня посмотрели и сказали, что так как у них нет специалистов, то меня возьмут на 15—20 дней для исследования. Дали мне для присыпки стрептоцид, благодаря чему шишка подсыхала. Через 20—25 дней присыпку сменили желтой мазью. Из-за этой мази шишку разъело и она увеличилась в 3—4 раза. Направили меня потом к хирургу. Тот меня даже не посмотрел и дал направление в больницу.

В 1939 г. мне делали операцию по поводу геморроя в больнице им. Боткина. Мне сказали, что сделали выжигание, расширение и удалили все, что нужно.

Профессор. Разрешите восстановить из анамнеза, что больному 4 месяца назад в области заднего прохода впервые ощутил какое-то выпячивание. Выпячивание это посыпалось стрептоцидом.

Запомните, что в разные времена существуют какие-нибудь лекарственные вещества, пользующиеся заслуженной или незаслуженной сла-

вой. В 1886 г. все пахло иодоформом, сейчас всюду сыпят стрептоцид или сульфидин—нужно это или не нужно.

Из анамнеза ясно, что заболевание началось не остро, развивалось мало-помалу, в продолжение 3—4 месяцев, и беспокоило незначительно.

Из прошлого больного следует отметить, что он был оперирован в Москве, по поводу геморроя и сейчас он склонен данное заболевание связать с тем, что у него было в прошлом. Больше я в данный момент останавливаться на анамнезе не буду. Перейду к осмотру больного.

Поскольку поражение касается заднего прохода, я начну с осмотра этой области. В этом отношении совершается целый ряд ошибок, которые нежелательны. Поэтому я буду показывать так, как это нужно делать.

Во-первых, нельзя ставить диагноз на одетом; во-вторых, не нужно довольствоваться приблизительным осмотром, когда врач не видит самых существенных поражений. А здесь имеются вещи, которые требуют точного осмотра и достаточно хорошего освещения. Поэтому я спрашиваю моего помощника, можно ли при таком освещении (больной лежит головой к окну.—*Ред.*) посмотреть больного?

Ассистент. Нет, нельзя.

Профессор. Для осмотра области заднего прохода требуется достаточное обнажение и очень хорошее освещение. Одновременно с этим нужно, чтобы больной находился в удобном положении, тогда врач имеет возможность, не торопясь, исследовать эту область.

Больной укладывается преимущественно на левую сторону. Левая конечность находится в вытянутом положении, а правая — в согнутом до прямого угла как тазобедренном, так и коленном суставах.

Левой рукой, одетой в перчатку, врач поднимает ягодичную область. После того, как я это сделал (чуть приподнимает правую ягодичную область.—*Ред.*), свет падает хорошо и все становится достаточно ясным.

Что же мне видно? Область заднего прохода с правой стороны занята опухолью, сидящей на широком основании в несколько сантиметров (5 см в одном направлении и 3 см — в другом). Поверхность этой опухоли изъязвлена, в данный момент она не кровоточит, хотя время от времени кровотечения бывают.

Если пойти дальше, то мы видим, что из заднего прохода торчит геморроидальная шишка, причем, судя по виду, она уплотнена. Область заднего прохода на противоположной стороне носит следы рубцов. Из анамнеза мы знаем, что больной был оперирован.

То, что я вам сейчас говорил, далеко не всегда удается видеть так отчетливо. Иногда в области заднего прохода имеется целый ряд ненормальностей. Здесь, раздвигая складки, я ничего не вижу ненормального, никаких щелей, никаких свищей, никакого отделяемого.

Из жалоб больного, которые мне известны, заслуживают внимания: 1) постоянные боли в покоем состоянии и особенно усиливающиеся в момент дефекации и по окончании ее, 2) затруднение дефекации, 3) кровотечения, которые обычно не очень сильно выражены, но бывают и довольно жестокими.

Все эти жалобы заслуживают внимания. Когда вы имеете дело с таким больным, следует дополнить исследование ощупыванием. Ощупывание имеет целью не ограничиваться только областью видимого, оно имеет целью идти дальше, чтобы исследовать прямую кишку.

Помните, что в этом отношении совершается целый ряд недопустимых и грубых ошибок. И совершаются они потому, что больному неприятно показывать эту область, и врачу неприятно делать это обследование.

И из двух больных, которые придут к вам, один будет с неверным диагнозом только потому, что его неправильно обследовали; одного из двух будут посылать в продолжение нескольких месяцев с одного курорта на другой только потому, что во-время как следует его не посмотрели.

Мне помнится один больной, который из Ленинграда по поводу малокровия был направлен в Ялту. Там, желая надышаться воздухом, он направился на вершину Ай-Петри. Он туда едва-едва влез. Когда он обратился к местному врачу, тот был очень удивлен: «Неужели в Ленинграде ни один врач не сказал, что у вас такое?» Больной этот был отправлен в Ленинград и я его оперировал.

Делая самый тщательный осмотр, необходимо далее ощупывать прямую кишку в соответствующем положении; ввиду того, что неизвестны ни размеры, ни характер поражения, совершенно естественно, что в первый момент вы больного смотрите в том положении, в каком я показывал, т. е. в положении на левом боку. Однако с момента обнаружения патологии естественно, что нужно эту патологию обследовать более тщательно. Для этого необходимо, следуя правилам Гююна (Guyon), положить больного на тот бок, где вы обнаружили поражение.

Допустим, что поражение обнаружено на задней стенке прямой кишки, тогда больному придется положение на спине с приподнятыми вверх конечностями.

Если вы обнаружили поражение на правой стенке кишки — больного укладывают на правый бок.

Если поражение обнаружено на передней стенке прямой кишки, то больному придется коленно-локтевое положение.

Таким образом, приходится пользоваться различными положениями: на правом боку, на левом боку, на спине, коленно-локтевым и положением на короточках — в случаях высокого расположения процесса.

Для того, чтобы провести все исследования, хирург, естественно, надевает перчатки, а при отсутствии перчаток — резиновый напальчник. Пачкать свои руки хирургу вовсе не следует.

А чем надо смазывать перчатки?

Голос с места. Можно смазывать перчатки вазелиновым маслом.

Профессор. Этого я именно и не хочу, чтобы вы делали.

После вазелина перчатки очень плохо смываются и могут порваться. Нужно перчатки смачивать обыкновенной теплой водой, а затем взять мыло, но оно не должно быть соленым.

Надев на руки перчатки, мы переходим к ощупыванию. Ощупывание я здесь начну снаружи.

(Проводит обследование больного. — *Ред.*)

Образование плотное, я бы сказал, плотности хряща. Плотность эта распространяется на все части опухоли. Опухоль достаточно плотно лежит на подлежащих тканях.

Если бы я хотел полезть дальше в кишку, я должен был бы смочить перчатки в теплой воде. Запомните, что холодным инструментом не следует лезть ни в уретру, ни в прямую кишку.

Ощупывание прямой кишки дает представление о состоянии сфинктера. Нормальный сфинктер дает возможность пальцу свободно проходить, но достаточно крепко сжимает палец. Отсутствие этого сжатия есть важный признак.

Если хирург, который начинает исследовать сфинктер, видит, что палец проваливается и к этому добавляется еще высокая температура

(39°) и частый стул, то он сразу может сказать, что там имеется гнойник.

В данном случае имеется другое: первое, что обращает на себя внимание при исследовании, это наличие опухоли и то, что сфинктер напоминает корку. Дальнейшее исследование показывает, что продолжением опухоли является уплотнение, которое заходит в прямую кишку. (Продолжает исследование больного.—*Ред.*). Палец с трудом проходит из-за наличия целой гаммы узлов. Правая стенка прямой кишки значительно уплотнена. На другой стенке никаких патологических изменений не ощущается. Следовательно, вся патология расположена на правой стенке.

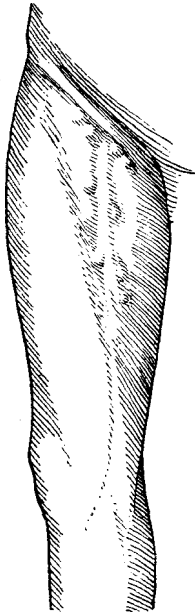


Рис. 1. Лимфатические узлы паховой области.

Значит, я должен был положить больного на правый бок. А почему больного укладывают на ту сторону, на которой имеется поражение? Когда рука находится в положении пронации, то это — положение покоя, при котором мы можем долго держать руку, а положение супинации — это не положение покоя. Если укладывать больного на тот бок, где расположен патологический процесс, то рука при исследовании находится в положении пронации и не устает, и поэтому врач может спокойно обследовать больного.

Найдя то, что я обнаружил, совершенно естественно спросить, какие же лимфатические узлы обслуживают эту область. Я хочу, чтобы вы помнили, что область заднепроходного отверстия и область наружных половых органов обслуживают паховые лимфатические узлы.

Запомните, что в области скарпова треугольника лимфатические узлы располагаются следующим образом (рис. 1): часть из них — параллельно пупартовой связке и часть — соответственно ходу бедренной артерии.

Внутренняя часть лимфатических узлов, расположенных у пупартовой связки, обслуживает область наружных половых органов, промежности, заднего прохода.

При заболевании наружных половых органов эти лимфатические узлы поражаются очень часто.

Наружная половина этой группы лимфатических узлов обслуживает нижние части спины и передней стенки живота.

Лимфатические узлы, идущие по ходу бедренной артерии, обслуживают нижнюю конечность.

Что же имеется в паху больного? Обследование этой области показывает следующее: при осмотре определяется припухлость с обеих сторон, причем с правой стороны она резко выражена, а слева — незначительная. Температурной разницы на ощупь не отмечается.

Ощупывание дает представление о том, что справа во внутренней части имеется достаточно плотный, совершенно неподвижный лимфатический узел размером с небольшой орех. На другой стороне также имеется лимфатический узел, несколько более крупный, чем на противоположной стороне. Характер этих лимфатических узлов как с правой, так и с левой стороны недостаточно отчетливо выражен, чтобы я мог сказать, о чем здесь идет речь.

Кроме лимфатической сети, эта область обслуживается целым рядом сосудов, преимущественно сетью венозных сосудов, образующих сплетение *plexus haemorrhoidalis*.

Прямая кишка обслуживается двумя венозными системами: *vv. haemorrhoidalis inferior* и *media* из одной системы, системы нижней полой вены, а *v. haemorrhoidalis superior*—из другой (рис. 2).

Скажите (обращается к одному из слушателей), куда впадает *v. haemorrhoidalis superior*?

Слушатель. В *v. mesenterica inferior*.

Профессор. А последняя куда впадает?

Слушатель. В *v. portae*, которая состоит из трех вен: *v. mesenterica superior*, *v. mesenterica inferior* и *v. lienalis*.

Профессор. Это я обязательно должен был припомнить, потому что необходимо понять, куда распространяется патологический процесс, о котором здесь идет речь.

Я попрошу вас прочитать в книгах все, что вы найдете относительно *carcinoma recti*.

* * *

В прошлый раз я вам показывал больного 64 лет. Этого больного сегодня снова привели. Вы помните, что в прошлый раз он простоял в продолжение часа, он не мог сесть. Из анамнеза выяснилось, что он заболел 4 месяца назад, не сразу. В области заднего прохода справа у него появилась шишка, которая с каждым днем росла. В прошлом, много лет назад, больной был оперирован по поводу геморроя. Была произведена операция, предложенная Уайтхедом (Whitehead), которую мы, хирурги, не любим делать по соображениям, изложенным вам, вероятно, еще на четвертом курсе.

Для того, чтобы осмотреть область заднего прохода, необходимо положить больного на левый бок, левая нога должна быть вытянута, правая нога согнута. Хирург надевает перчатки, приподнимает ягодичную часть и при падающем свете вся область становится ясно видимой и доступной для исследования.

В правой стороне, непосредственно у заднепроходного отверстия, имеется опухоль размером приблизительно $4 \times 3,5$ см, которая выдается над окружающими тканями. Поверхность этой опухоли изъязвлена. Ощупывание опухоли показывает, что она плотна, если не плотности хряща, то во всяком случае приближается к хрящевой плотности и сидит на довольно плотном основании.

Как осмотр, так и ощупывание никаких сомнений в том, что мы имеем дело с опухолью, не оставляет. Однако заболевание, о котором идет речь, приходится дифференцировать со следующими встречающимися заболеваниями.

Прежде всего в этой области попадаются кондиломы, которые бывают в результате гонорройного поражения и представляют собой мелкие

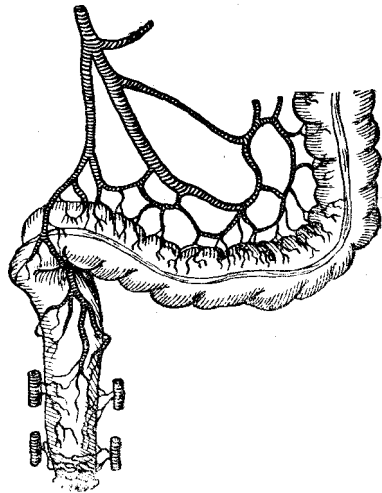


Рис. 2. Кровоснабжение прямой кишки.

кровооточающие опухоли, совершенно не похожие на то, что имеется здесь.

Второе заболевание — это запустевающие геморроидальные шишки. Обычно затруднение для диагностики представляют не пустые геморроидальные шишки, а тромбированные шишки, особенно если они изъязвлены. Я хочу, чтобы вы помнили, что расширенные вены дают изъязвление не только на нижних конечностях. О таких вариантах в области заднего прохода забывают и ставят диагноз заболевания, которого на самом деле нет.

Следующее заболевание, о котором нужно помнить, — это редко встречающееся заболевание. В прошлом году, приблизительно в сентябре — августе мы видели аналогичного больного, у которого была большая изъязвленная поверхность, но не сидящая в виде гриба, а целиком сливающаяся с окружающими тканями. Поверхность эта была очень болезненна, она легко кровоточила. В легких у больного был туберкулез и наличие туберкулезного процесса в этой области не оставляло сомнений. Я хочу, чтобы вы помнили о возможности туберкулезного процесса и в области заднего прохода, и в области прямой кишки.

Следующее заболевание, с которым приходится дифференцировать, это гуммозное поражение. У данного больного ни за туберкулез, ни за сифилис нет никаких данных. Поэтому мы отбрасываем это очень легко.

Можно думать еще и об актиномикозе в области прямой кишки. Это заболевание встречается чаще всего на лице, на шее, на нижней челюсти, значительно реже встречается в области прямой кишки. Характерным для актиномикоза являются многочисленные свищи, из которых выделяется жидкий гной, содержащий мелкие крупинки — актиномикотические друзы. У этого больного ничего похожего нет.

Разобрав таким образом всевозможные заболевания, о которых могла бы идти речь, я должен прийти к заключению, что это не хронический воспалительный процесс, что дело касается новообразования; а если это так, то приходится решать вопрос о доброкачественном или недоброкачественном характере новообразования.

Доброкачественные новообразования в этой области бывают больше в виде полипозных разрастаний и наблюдаются чаще у детей, в этом же возрасте наблюдаются много реже. Значит, это снова не то.

Наконец, остается одно заболевание, сущность которого до настоящего времени оставалась неясной. Я имею в виду стеноз прямой кишки. В старых учебниках, когда дело доходит до стеноза прямой кишки, это заболевание излагается так: чаще всего это заболевание встречается у женщин, причем процесс располагается на 5—3 см выше заднего прохода. Иногда это сужение сопровождается свищами. Когда дело дошло до этиологии заболевания, его приписывали гоноррее или сифилису. В книгах пишется, что это заболевание чрезвычайно редко поддается лечению, несмотря на разные ухищрения, к которым прибегают и терапевты, и хирурги. Заболевание это относится к четвертой форме венерических болезней.

В данном случае всего этого нет. Опухоль расположена снаружи, она видна, ощутима и сопровождается целым рядом клинических явлений, которые не оставляют никаких сомнений в том, что мы имеем дело с совершенно определенным заболеванием, которое в этой области наблюдается не так редко.

Заболевание, о котором идет речь, — коварное заболевание. Оно проходит, я бы сказал, через две стадии.

Первая стадия ограничивается рядом субъективных ощущений. К ним относятся учащающиеся позывы на низ и тенезмы, неприятные субъективные ощущения где-то в глубине прямой кишки. Больной отмечает появление слизи в каловых массах. Этот первый период сплошь и рядом ускользает от внимания как врача, так и больного. А если больной и приходит в этом периоде к врачу, то врач, к сожалению, ограничивается туманным ответом, что, повидимому, речь идет о глубоком геморрое.

За этим периодом приходит второй период. И все, что я буду говорить дальше, относится к этому периоду. Эта опухоль, расположенная на той или иной высоте, начинает изъязвляться и распадаться. Как и всякая язва, и это изъязвление сопровождается кровотечениями.

Эти кровотечения весьма коварны, нередко их путают с кровотечениями, сопровождающими расширение геморроидальных вен. А иногда они бывают у больного, который прежде обращался за медицинской помощью по поводу геморроя. Принимая во внимание геморрой в прошлом, врач легко связывает эти два процесса (появившееся кровотечение и расширение геморроидальных вен) и говорит о рецидиве.

Но характер кровотечения при расширении геморроидальных вен и характер кровотечения при заболевании, о котором идет речь, различен.

При расширении геморроидальных вен кровь окрашивает каловые массы с наружной поверхности. Если бы врач дал себе труд посмотреть внимательно каловые массы, то увидел бы, что здесь они окрашены кровью не с наружной поверхности, а достаточно интенсивно пронизаны кровью.

Иногда больной рассказывает, что вдруг появляется ощущение, что он промок, и тогда на белье оказывается измазанным кровью большое пространство. Вот когда кровотечение бывает вне акта дефекации, это должно насторожить врача и сделать его более внимательным.

Второй признак — примесь гноя и слизи к каловым массам.

И, наконец, появляются обрывки опухоли, что врач видит крайне редко, а больной, если и видит, то, конечно, не понимает, что это такое.

Таким образом, я вам набросал клиническую картину заболевания, независимо от локализации.

Теперь посмотрим, как меняется клиническая картина, как меняется наша хирургическая тактика, как меняются предсказания — в зависимости от того, где расположено заболевание, о котором идет речь.

На схематическом рисунке (рис. 3) показаны места, где локализуется заболевание. Новообразование это имеет излюбленное местоположение, но наблюдается и в других местах с разной частотой.

Здесь показана область сфинктера, показано пространство над сфинктером, затем расширенная часть кишки — *ampulla recti*, которая расположена между местом прикрепления мышцы, поднимающей задний проход (*m. levator ani*), и местом, где кончается дугласово пространство. Все, что заштриховано, это места, где располагается заболевание.

Реже всего оно локализуется там, где оно находится у этого больного. В 10% случаев оно располагается в области заднего прохода и сфинктера.

Чаще всего заболевание располагается в расширенной части прямой кишки, в ампуле, которая лежит на 5 см выше заднепроходного отверстия. Если вы возьмете длину среднего пальца или указательного, то это обычно бывает 8—9 см. Отсюда следует, что опухоль расположена так, что ее можно нащупать. На локализацию опухоли в расширенной части

прямой кишки (ампуле) падает 65%. Затем следует расположение выше ампулы прямой кишки, в части, называемой многими *colon pelvinum*. На эту часть (показывается по рисунку) падает 25%.

Таким образом, различают низко сидящие *Сг*, расположенные в расширенной части (ампуле) и высоко расположенные опухоли прямой кишки.

Кроме этих форм, очень редко, в 1—2% случаев, бывает тотальное поражение прямой кишки — когда она бывает поражена от заднего прохода до уровня сигмовидной кишки.

Я подробно разобрал кровоснабжение потому, что эта область обслуживается разными системами кровообращения и распространение процесса идет по различным путям.

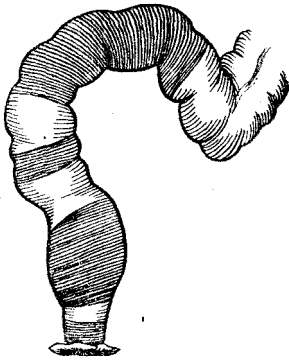


Рис. 3. Схема локализации рака прямой кишки.

Я останавливаюсь так долго на местоположении потому, что клиническая картина в зависимости от локализации поражения бывает разная.

Наконец, в зависимости от местоположения опухоли меняется наша хирургическая тактика.

Исходя из этих соображений, я и буду излагать материал в зависимости от местонахождения опухоли.

Если опухоль расположена снаружи, то ее можно видеть, ее можно ощупать. В области заднего прохода эти опухоли наблюдаются редко, всего в 10% случаев. Они чрезвычайно легки для распознавания.

Эта область имеет свою районную станцию лимфатических узлов в паху. Я показал вам в прошлый раз схему и сказал, что паховые лимфатические узлы делятся на две группы: горизонтальные и вертикальные лимфатические узлы. Я обратил ваше внимание на то, что они расположены под пупартовой связкой и только в 4% случаев они встречаются над пупартовой связкой. Я провел вертикальную линию соответственно бедренной артерии и обратил ваше внимание на то, что лимфатические узлы внутреннего угла обслуживают наружные половые органы, область промежности и заднего прохода. Наружная часть обслуживает часть живота и часть спины, а вертикальная часть лимфатических узлов обслуживает ногу.

Принимая во внимание, что у данного больного имеется поражение в области заднего прохода, совершенно естественно посмотреть паховую область. Я посмотрел при вас паховые области и нашел, что справа и слева имеется достаточно значительное увеличение лимфатических узлов, однако они не такой плотности, чтобы я мог сказать, что увеличение этих узлов зависит от процесса, который расположен в области заднего прохода. Между тем, в зависимости от того, что я там найду, я должен решить вопрос, к какой категории больных нужно отнести этого больного.

Поэтому мы сочли необходимым произвести биопсию. Ответа я еще не имею.

Опухоли, расположенные в этом месте, происходят из плоского эпителия, поэтому тут будет разновидность плоскоклеточного *Сг*. Они очень часто поражают сфинктер, поэтому и бывает недержание стула или наоборот — длительные запоры. Редкая форма, легко распознае-

мая и которая, как вы видите, распространяется в паховые лимфатические узлы.

Эта область обслуживается венозной сетью. Какая вена обслуживает эту область? (Обращается к одному из слушателей. — *Ред.*).

Слушатель. *V. haemorrhoidalis inferior.*

Профессор. А куда она впадает?

Слушатель. *V. iliaca.*

Профессор. Значит, она впадает в систему нижней полой вены.

Следующая, самая частая форма, это — опухоли, расположенные в расширенной части прямой кишки — ампулярные. Ст. Для клинической картины характерно: кровотечение, гноетечение и выделение слизи.

Эта форма заболевания проходит через две стадии. Первая стадия, если так можно выразиться, стадия внутрикишечного распространения, опухоль распространяется по лимфатическим путям, часто занимает половину или всю окружность кишки. Из этой стадии она переходит в следующую стадию, когда опухоль прорастает в стенку кишки, начинает поражать окружающую рыхлую клетчатку всех близлежащих органов. У мужчин спереди лежит предстательная железа, семенные пузырьки, мочеточники и мочеиспускательный канал, у женщин — влагалище и матка. Эти органы прорастают опухолью и начинают разрушаться.

Поэтому вы не должны удивляться, если к вам придет мужчина, который будет жаловаться на то, что в испражнениях у него появилась кровь, а спустя некоторое время из уретры начали выходить газы, и моча стала перемешанной с каловыми массами. Когда это так, то ясно, что получилось.

Все это грубые вещи, но, кроме этих грубых вещей, имеются такие, которые менее поддаются макроскопическому обследованию.

Вся клетчатка как сзади, так и сбоку и спереди, богата лимфатическими узлами и они поражаются процессом. Как только опухоль проходит за стенки кишки и окружающие ткани, меняется тактика, меняются хирургические возможности, меняется предсказание.

Несколько слов относительно технических деталей. Я имею в виду способ исследования пальцем. Я уже говорил, что следует надеть перчатку. Как врач при исследовании направляет палец? Нередко молодой врач при исследовании прямой кишки упирается пальцем в заднюю стенку кишки, больной кричит от боли, а врач удивляется, что больно не дает себя исследовать.

Помните, что каково бы ни было положение больного, конец вашего пальца должен, образно говоря, «смотреть в пуп больного».

Повторяю, что эта опухоль, о которой идет речь, всегда поддается распознаванию при исследовании пальцем, но беда заключается в том, что столь простого способа исследования сплошь и рядом не делают. Почему-то терапевт считает, что рот он может больному посмотреть, а вот когда нужно посмотреть прямую кишку, он пишет в истории болезни: «Прошу хирурга осмотреть больного через прямую кишку».

Значит, пальцем можно исследовать такую опухоль. Однако если мы можем пальцем исследовать нижний конец опухоли, то верхний конец опухоли не всегда можно достать, и тогда врач применяет для больного положение на корточках. Для этого сажают больного на край стола, врач подходит сзади, предлагает больному нагнуться и при этом опухоль всегда опускается ниже.

Повторите (обращается к одному из слушателей. — *Ред.*), какие существуют положения для осмотра таких больных.

С л у ш а т е л ь. Имеется пять положений: на левом боку, на правом боку, в коленно-локтевом положении, на спине и на корточках.

Профессор. При этой форме Сг врач обязан нащупать верхний конец опухоли, так как он должен помнить, что убирать эту опухоль следует в пределах здоровой ткани, т. е. на 3—5 см выше ее.

Однако и при такого рода опухолях бывает недостаточно сделать только то исследование, о котором я говорю, и приходится производить ректоскопию.

Врач, который предполагает произвести исследование прямой кишки, прежде всего должен предложить больному принять слабительное—очистить кишечник, потому, что нет никакой более грубой ошибки, как влезть пальцем в прямую кишку, нащупать плотные каловые массы и решить, что имеется карцинома. Среди русских хирургов был хирург Барнгаут. Этот немец так никогда и не научился писать и говорить порусски правильно. Он писал: «Когда вы щупаете опухоль в животе, нужно иметь кал в голове», желая этим сказать, что всегда при обследовании больного нужно помнить о наличии кала в кишке.

Вот поэтому, когда у вас появляется сомнение или вам не удастся нащупать верхний конец опухоли, то вы, безусловно, обязаны произвести ректоскопию.

Значит, в первую очередь, идет исследование прямой кишки пальцем, затем ректоскопическое исследование и после этого—рентгенологическое исследование больного.

Прямая кишка наполняется контрастной массой при помощи клизмы. Удастся установить локализацию опухоли и ее размеры. Кроме того, это единственный метод исследования, дающий возможность судить о состоянии всего толстого кишечника.

Перехожу к опухолям, расположенным над дугласовым пространством. Помните: опухоли, которые здесь развиваются, не похожи на те, которые бывают внизу. Здесь развивается преимущественно скирр, медленно протекающая опухоль, дающая сужение просвета. Отсюда следует, что клиническая картина будет другая, поставить диагноз труднее, способы исследования требуются иные. Какой бы ни был хирург, какой бы длины у него ни был палец, достать такую опухоль пальцем невозможно.

Клиническая картина: у больных появляются без определенных причин продолжительные запоры, которые длятся 2, 3, 5, 8, 10, 15 дней. Человек, который раньше испражнялся нормально, начинает жаловаться на запоры. Поскольку сужение может привести к закрытию просвета кишки, то появится перистальтика, сопровождаемая коликообразными болями, тошнота и рвота, и такие больные поступают в клинику с явлениями острой кишечной непроходимости.

Что нужно делать и чего совершенно нельзя делать?

Совершенно естественно, что такого больного прежде всего нужно расспросить. И вот оказывается, что в то время, как карцинома, расположенная внизу или в расширенной части прямой кишки, не меняет форму каловых масс, эта карцинома меняет форму каловых масс. Кал принимает форму овечьего кала. Это очень важный признак. А другой больной говорит, что каловые массы похожи на ленточки. Эта форма каловых масс опытному врачу говорит о том, где расположена карцинома.

При исследовании прямой кишки пальцем врач ничего ненормального не найдет; однако если он будет смотреть совершенно неподготов-

ленного больного, то отметит наличие абсолютно пустой прямой кишки при переполненных вышележащих отделах кишечника.

После подготовки больного врач обязан произвести ректоскопию, при этом он увидит, что на расстоянии 10—12 см имеется резкое сужение кишки, причем место это кровоточит. Этого достаточно, чтобы поставить правильный диагноз.

Следующий вид исследования, о котором приходится думать, это рентгенологическое исследование. (Обращаясь к одному из слушателей. — *Ред.*) Как его провести?

Слушатель. Сначала очищается кишечник, затем делается клизма из бария.

Профессор. А может быть, можно дать барий через рот?

Слушатель. Можно дать барий и через рот и через прямую кишку.

Профессор. Запомните, что через желудок никогда этих больных кормить барием нельзя, потому, что эта маленькая дырочка, маленький просвет кишки закроется и тогда через 4—5 часов вы увидите перепуганного рентгенолога и перепуганного врача, так как у больного появится картина самой настоящей непроходимости.

(Обращается к одному из слушателей. — *Ред.*). Принимая во внимание, что эта область расположена в верхней части прямой кишки, то какой венозной системой она обслуживается?

Слушатель. *V. haemorrhoidalis superior.*

Профессор. Которая куда впадает?

Слушатель. *V. mesenterica inferior.*

Профессор. Которая впадает?

Слушатель. *V. portae.*

Профессор. Отсюда следует, что вместе с веной идут лимфатические пути. Районная станция для этих лимфатических путей расположена у промонториума. Эта вена прямо ведет в печень. Поэтому понятно, что метастазы при этой опухоли будут в печени. Как вы видите, местоположение опухоли меняет все течение болезни.

Но независимо от местоположения опухоли в прямой кишке я обязан:

1. Весьма внимательно исследовать паховые лимфатические узлы.
2. Произвести тщательную пальпацию области промонториума, чтобы выяснить, нет ли увеличения лимфатических узлов.
3. Обследовать поверхность печени.
4. И, наконец, посмотреть всего больного, чтобы убедиться, что нигде нет никаких метастазов.

Таким образом, в большинстве случаев современные методы исследований дают возможность легко поставить правильное распознавание. Если мы иногда ошибаемся, то это касается не низко сидящих, высоко расположенных опухолей.

Какова же должна быть терапия? Я вам говорил, что терапия зависит, во-первых, от местоположения опухоли, во-вторых, от общего состояния больного и, в-третьих, от распространения процесса. Не подлежит сомнению, что единственной терапией для этих опухолей в настоящее время является оперативное вмешательство. Рентгенотерапия и радиотерапия пока еще дали очень мало. Применяют лучевую терапию в случаях, когда больной безнадежен, когда оперировать его уже невозможно.

Всех больных я могу разделить на три группы.

Первая группа, к сожалению, слишком большая. Это больные, которых радикально оперировать невозможно, потому что имеются метастазы в отдаленных органах — печени, костях, легких — и думать о радикальном лечении не приходится.

Вторая группа — больные, у которых нет метастазов в далеко лежащих органах, а имеется прорастание в соседние органы, например, в мочевой пузырь, в матку. В следующий раз я покажу вам больную, 24-летнюю женщину, у которой карцинома проросла во влагалище.

К третьей группе относятся больные, которым ничего нельзя сделать из-за плохого общего состояния. Это бывает крайне редко при раках прямой кишки. Общее состояние при этом страдании изменяется поздно.

Что с этими больными нужно делать? Принимая во внимание, что их беспокоят боли, кровотечение, гноетечение, единственный способ борьбы — это создать искусственный путь для отведения кишечного содержимого. Это мероприятие очень сложное, на которое больной решается с большим трудом.

Понятно, что местом создания искусственного пути для отведения кишечного содержимого не следует делать ни тонкую кишку, ни правую половину толстой кишки. Если вы это сделаете на слепой кишке, то больной будет всегда мокрый. А принимая во внимание, что организм не всосал всю воду, становится ясным, почему больные очень скоро обезвоживаются и погибают.

Как же создается такой искусственный путь?

Первый вариант: можно наложить так называемый каловый свищ (рис. 4). Тогда каловые массы будут идти частично через свищ, частично по старому пути. Это не годится.

Поэтому мы делаем операцию, предложенную французским хирургом Гартманом (Hartmann), которая носит название противоестественный задний проход — *anus praeternaturalis* (рис. 5). Здесь каловые массы целиком отводятся наружу.

Операция эта выполняется следующим образом. Делаем чрезмышечный разрез на левой половине брюшной стенки, аналогичный разрезу при аппендэктомии. Тщательно кетгутом подшиваем брюшину к коже. Вытягиваем в разрез петлю толстой кишки, в брыжейке делаем отверстие, берем кусок марли или бинта, сворачиваем в виде трубки и протягиваем через заранее приготовленное отверстие. Оба конца марли пришиваем к коже. Больше в этот раз ничего не делаем, в таком виде кишка оставляется на 48 часов.

Через 48 часов серозная оболочка, покрывающая кишку, пристанет к поверхности брюшины и опасность заражения исключается. Затем хирург термокаутером рассекает кишку.

Поэтому когда вас будут спрашивать, как следует делать самый простой противоестественный задний проход, нужно ответить, что его накладывают двухмоментно.

Но может случиться так, что больного принесут уже с последствиями карциномы, т. е. с непроходимостью, и время не терпит. Тогда хирург не ожидает 48 часов, обкладывает выведенную кишку салфетками, делает в ней маленькое отверстие, чтобы отошли газы, а затем через 48 часов кончает операцию.

Иногда у безнадежных больных, у которых все кругом проросло, эта простая операция улучшает общее состояние, избавляет их от стула

нормальным путем, от кровотечения. И, странным образом, опухоль, которой ничего не делали, начинает уменьшаться. Однако эти больные погибают от прорастания опухоли в соседние ткани или органы.

Какие же в нашем распоряжении имеются операции для той категории больных, которые могут быть оперированы по общему состоянию и по местным условиям?

В нашем распоряжении имеется самая старая операция, предложенная в 1826 г. французским хирургом Лисфранком (Lisfranck) — ампутация прямой кишки. Эта операция заключается в том, что удаляется вся пораженная часть кишки. Но при этом обязательно погибает сфинктер.

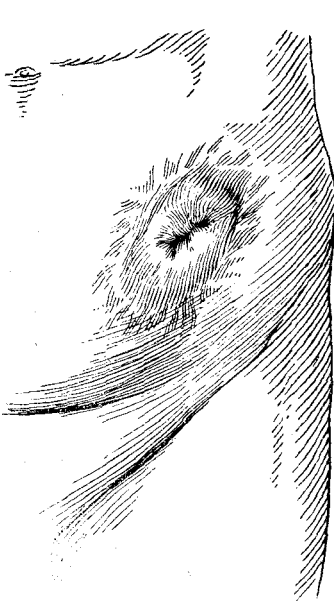


Рис. 4. Каловый свищ в левой подвздошной области.

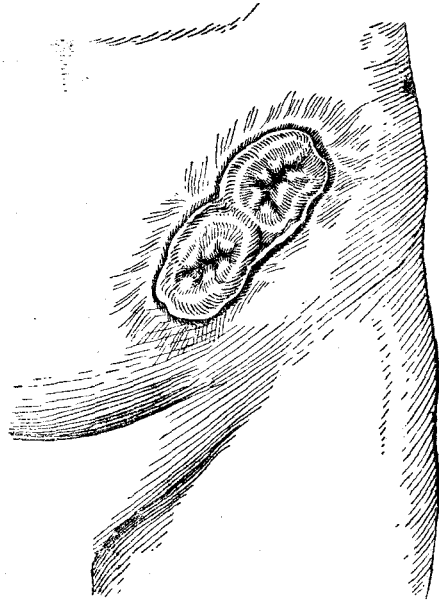


Рис. 5. Противоестественный задний проход в левой подвздошной области.

С развитием хирургии естественно было желание сохранить сфинктер. Этого, конечно, нельзя сделать при раках, локализующихся у самого сфинктера. Этого нельзя сделать и при низко сидящих ампулярных раках. Об этом может идти речь при высоко расположенных ампулярных раках и при раках, находящихся выше дугласова пространства.

Два человека главным образом приложили максимум труда для разрешения оперативного лечения рака прямой кишки. Один из них — швейцарский хирург Кохер (Kocher) и второй — венский хирург Краске (Kraske). Эти два хирурга разработали метод, который давал возможность резецировать кусок кишки. Это уже будет не удаление прямой кишки, а иссечение пораженного участка с сохранением сфинктера.

Как делается первая и как делается вторая операция? Какие преимущества имеет каждая из этих операций?

Первая операция — ампутация прямой кишки — производится снизу, со стороны промежности; задний проход обшивается, делается большой овальный разрез, жом иссекается, вся рыхлая клетчатка, расположен-

ная в этой области, убирается. Мышцы, поднимающие задний проход, перерезаются. Затем кишка крайне осторожно отделяется от органов, расположенных впереди (предстательная железа, семенные пузырьки, мочеточники, мочеиспускательный канал или матка и влагалище). Кишку подтягивают вниз, но она не идет — мешает брюшина. Тогда хирург вскрывает последнюю поперечным разрезом, дотягивает кишку вниз и перерезает ее по крайней мере на 3 см выше верхней границы опухоли. При низко расположенных раках это легко, то же самое это легко и при низко сидящих ампулярных раках. При высоко расположенных ампулярных раках это трудно, но возможно. Но эта операция в таких случаях будет протекать не асептично и большое число больных после нее погибает от инфекционных процессов.

При этой операции при низко сидящих раках смертность — 10%, при высоко расположенных опухолях — 15%.

Во избежание плохих результатов и тяжелого послеоперационного течения было правильно предложено предварительно наложить противоестественный задний проход, а затем уже ампутировать прямую кишку. Часть хирургов так и делает.

Однако при этой операции есть одно «но». Когда вы предложите больному эту операцию и скажете, что уберете жом и он будет всегда грязным, то очень часто не получите согласия. И тогда вы начнете предлагать целый ряд ухищрений.

Одним из таких ухищрений является операция, описанная Гершуни, заключающаяся в создании подобия сфинктера путем пришивания кишки после предварительного скручивания ее.

Образуется какое-то подобие жома, которое должно задерживать каловые массы любой консистенции (в том числе и жидкие). Этот способ Гершуни получил большое распространение. Однако с течением времени все это расслабляется и не выполняет своей функции. Поэтому современный хирург совершенно иначе смотрит на вещи и рассуждает таким образом: больной хочет во что бы то ни стало не отступать от природы и хирург говорит ему, что удобнее, лучше и чище иметь противоестественный задний проход в левой подвздошной области.

Если дело касается молодого человека, он на такой противоестественный задний проход не согласится, а если дело касается старика, то такой больной вам скажет: «Мне все равно недолго уже осталось жить — делайте, доктор, как хотите».

Но оказалось, что отдаленные результаты всех этих операций очень плачевны. Мы убираем все то, что расположено снизу, но не достаем желез, которые остаются сверху. И статистика показала, что 3 года после операции переживают 36%, 5 лет — 26%, 10 лет — 10%. А если вы вспомните, что такие больные и так живут 3—4 года, то наши операции идут как бы впустую. Поэтому не удивительно, что лисфранковский нижний, промежностный путь заменен путем Кохера и Краске, которые предложили делать операции сзади с иссечением копчика и части крестца.

Эта операция давала возможность в части случаев сохранить сфинктер и убрать железы, расположенные выше. Но операция эта очень продолжительная, для молодых врачей невозможная, улучшающая отдаленные результаты, но ухудшающая непосредственные, и смертность от этой операции очень велика.

Поэтому хирурги все более и более старались решать задачу другим путем — путем так называемой комбинированной операции, которая соче-

тает верхний, чрезбрюшинный путь, с одним из нижних путей — промежностным или крестцовым.

Что же преследуют хирурги этим «окольным» путем? Делается лапаротомия. Совершенно естественно спросить — всегда ли хирург пойдет на это и что он от этого получит?

Сделав такую лапаротомию, хирург смотрит, нет ли в печени метастазов. Если в печени он найдет метастазы, то ничего больше делать не станет и на этом операция будет закончена.

Операция эта дает возможность не только убедиться в том, есть или нет метастазы в печени, но и путем осмотра и ощупывания выяснить, имеются или нет увеличенные лимфатические узлы там, где чаще всего бывают метастазы, а именно в области промоториума. А если они есть, то убрать их, чего снизу сделать нельзя.

И третье — она дает возможность убрать всю рыхлую ткань из седалищно-прямокишечной ямки.

А если имеется высоко расположенная опухоль, то можно резецировать участок поражения и сохранить сфинктер.

В настоящее время хирурги пришли к заключению, что сфинктер сохранять не следует по той причине, что как бы мы ни оперировали, принимая во внимание, что кишку приходится сшивать во внебрюшинной части, швы расходятся и образуются каловые свищи, которые не имеют тенденции заживать. А если и заживают, то образуются значительные сужения кишки.

Когда вы пошли при этой операции сверху, перерезали кишку очень высоко, что же делать с верхним концом? Он выводится либо в верхний отдел операционной раны, либо в левую подвздошную область, либо в крестцовую область, и тут накладывается противоестественный задний проход. Дистальный же конец закрывается наглухо по линии разреза. Затем производится удаление прямой кишки.

Казалось бы, что операция радикальная, отдаленные результаты прекрасные, но и тут есть одно «но». В то время как операция снизу дает 10% смертности, эта операция дает 40% смертности.

У всех ли? Чем моложе хирург, тем меньше он умеет разбираться в том, что годится и что не годится. Мой вам совет пока делать операции снизу, когда вы будете подрастать — делайте сзади, а когда будете еще старше, тогда только вы разрешите себе делать операции через живот.

Современные хирурги очень много потрудились над тем, чтобы улучшить противоестественный задний проход, накладываемый при операциях по поводу рака прямой кишки. Были предложены различные способы, подчас требовавшие значительного времени для их осуществления. Однако опыт показал, что этим заниматься не следует. Жизнь этих больных недолговечна. Когда я был моложе, то очень любил делать такие противоестественные задние проходы. Впоследствии же я пришел к заключению, что следует накладывать самый простой противоестественный задний проход, предложенный Гартманом.

Я вам изложил очень сложный вопрос, встречающий многочисленные затруднения как с диагностической, так и с лечебной стороны. Однако большое количество ошибок делается потому, что врачи не производят нужного обследования больного.

Второй сложный вопрос — тактика хирурга. Больному 69 лет, живот толстый, сердце плохое, печень претерпела большие изменения. Поэтому, если вы имеете такого больного с ампулярным раком, то не занимайтесь лапаротомией — ваш больной умрет от пневмонии либо от перитонита.

Когда приходится решать вопрос по поводу хирургической тактики при наличии рака прямой кишки, то опытный врач примет во внимание возраст больного, его общее состояние и только тогда остановится на той или иной операции.

Буду суммировать: когда человек жалуется на кровотечения из прямой кишки, на вздутие живота — не рекомендуйте никакие консервативные способы лечения до тех пор, пока тщательно не обследуете прямую кишку. Когда вы будете придерживаться этого правила, число больных, которых можно будет оперировать, станет значительно больше, чем сейчас.

Стенограмма лекции, прочитанной 25 февраля и 2 марта 1943 г.



«ОСТРЫЙ ЖИВОТ»

Я вам обещал прочитать лекцию по поводу заболеваний, известных под названием «острого живота». Сегодня я свое обещание решил выполнить.

Под «острым животом» принято понимать группу самых разнообразных заболеваний, которые объединены между собой следующими общими чертами: острым, внезапным началом, обычно быстрым течением, отсутствием поносов; если не оказана своевременно хирургическая помощь, то в ближайшие часы или дни, как правило, больные погибают. Редко бывают исключения из этого правила.

Я назову эти заболевания. К ним относятся: острые воспалительные процессы в различных органах брюшной полости, перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки, непроходимость кишечника, ущемленные грыжи, воспаления половых органов у женщины, внематочная беременность, киста яичника и многие другие.

Столь разнообразным заболеваниям, объединенным только признаками острого начала, быстрого течения и смерти, если не оказана своевременно помощь, нельзя дать сколько-нибудь исчерпывающей характеристики. Поэтому в моем изложении будет много схематичности, и это понятно.

Я коснусь только наиболее часто встречающихся заболеваний. Я буду говорить об остром аппендиците, о перфорациях желудка и двенадцатиперстной кишки, о непроходимости кишечника, об ущемленных грыжах и, если хватит времени, несколько слов скажу о внематочной беременности.

Я только что сказал, что заболевания начинаются остро, протекают бурно и, как я уже говорил, требуют раннего распознавания и раннего оперативного вмешательства, чтобы спасти больного.

Значение фактора времени в постановке распознавания и в оказании своевременной хирургической помощи вам станет очевидным после того, как я назову следующие цифры.

Если оперировать больного с острым аппендицитом в первый день, смертность будет равна 0,5% — максимум 1%; если оперировать на вторые сутки, то с 0,5% смертность возрастает до 0,9%; если оперировать на третьи сутки, то смертность достигает 4,2%, а после трех суток эта цифра поднимется до 7,5%. Вот ясное доказательство того, для чего при этом заболевании нужно ставить раннее распознавание и применять раннее лечение.

Возьмем перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки. Если вы этих больных оперируете в первые 6 часов, то смертность равна 8,5%; от 6 до 12 часов — смертность будет равна 22%; от 12 до 24 часов — 40%, от 24 до 48 часов — столько же, а после 48 часов — 100% смертность.

Из того, что я сказал, следует, что недостаточно поставить правильный диагноз острого аппендицита или перфорации желудка или двенадцатиперстной кишки; имеет значение, когда это сделать. Поэтому первое и основное требование — это раннее распознавание. И если, например, я буду описывать вам признаки непроходимости кишечника, то уделю крайне мало внимания так называемому признаку каловой рвоты, который скорее говорит не о непроходимости кишечника, а о приближающейся смерти.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Острый аппендицит существовал, повидимому, всегда, но прошло приблизительно 60 лет с того времени, когда впервые швейцарский хирург Кренлейн сделал аппендэктомии. Это было 18/II 1884 г.

В 1889 г. хирург Мак Бурней (Mack Bigneу) воспользовался всего восемью наблюдениями, на основании которых и набросал клиническую картину острого аппендицита. С тех пор мало что прибавилось к этому описанию: увеличилось число болевых точек, предложен десяток различных разрезов брюшной стенки, но уменьшилось количество клинических форм; однако смертность с 20% в конце прошлого столетия снизилась у нас к настоящему моменту до 0,5—1%. Играла ли тут роль улучшение техники или более раннее распознавание аппендицита? Для того чтобы этот вопрос вам стал ясен, я назову три цифры, относящиеся к трем городам: Нью-Йорку, Парижу и Ленинграду.

Смертность от острого аппендицита равна: в Нью-Йорке—9%, в Париже—5% и в Ленинграде смертность от острого аппендицита колеблется от 0,5 до 3%, причем, если смертность доходит до 3%, то мы начинаем беспокоиться.

Что же мы, русские хирурги, оперируем намного лучше, чем оперируют хирурги Парижа или Нью-Йорка? А если так, то мы должны спросить, почему же лучше? Дело не в этом. А дело в том, что система здравоохранения у нас лучше; наша система здравоохранения лучшая во всем мире.

Когда у человека в Нью-Йорке заболевает живот, то он должен заплатить 10 долларов врачу, чтобы тот его посмотрел. И он начинает думать, итти или не итти к врачу. То же самое и в Париже.

У нас положение совершенно иное. Двери наших больниц открыты во всякое время дня и ночи. Если у нас так хорошо, то спрашивается, куда же вначале приходят больные; мы открыли двери наших больниц для приема больных — достаточно ли подготовили мы врачей, чтобы больные приходили к нам своевременно?

Я сошлюсь на цифры, которые мне хорошо знакомы, на цифры Института скорой помощи в Ленинграде, где я много лет работал и, надеюсь, буду работать и в дальнейшем. Цифры основаны на изучении 10 000 историй болезней больных, принятых в течение нескольких лет.

В первые сутки поступает 50% больных с острым аппендицитом, во вторые — 25%, в третьи — около 25% и лишь некоторые больные — позже.

Где же решается судьба больного? Решается ли она опытным профессором, который ставит лучше распознавание и лучше оперирует, или она решается врачами амбулаторной и квартирной помощи, врачом заводского пункта.

Руководитель большой клиники обязан иметь свои щупальцы по всему городу, там иметь уши, здесь — глаза.

Поэтому, говоря о диагностике вообще, я не могу не коснуться организации, которая создана в Москве, в Ленинграде и целом ряде других городов и которую я хотел бы видеть и там, где вы будете работать, — это Скорая помощь. Скорая помощь, одна из образцовых организаций нашего города, показывает, что через 15—20 минут больной может иметь в своем распоряжении карету Скорой помощи и врача Скорой помощи.

Как должен быть подготовлен этот врач; на основании каких признаков он ставит распознавание?

Я буду говорить о признаках, на основании которых больной зовет врача, дальше — я буду говорить о признаках, которые вы увидите, которые вы должны увидеть. Я буду говорить о тактике, которой должен придерживаться врач.

Из-за чего больной зовет врача?

Вся группа заболеваний, о которых я вам сегодня рассказываю, имеет один общий признак — боли. Больной, заснувший спокойно, просыпается оттого, что у него где-то болит, и поэтому прежде всего он зовет врача из-за болей. Я буду говорить о характере болей при различных заболеваниях, о локализации, об иррадиации и о продолжительности их. Поэтому с болями врач должен считаться и с этого начинать свои расспросы.

Иногда больной зовет врача потому, что его тошнит, его рвет. Я хочу, чтобы вы запомнили остроумное выражение французского хирурга Мондора: «Брюшина свое неудовольствие выражает тошнотой и рвотой». А при всех заболеваниях, о которых я буду говорить дальше, отличительным признаком бывает тошнота или рвота.

Иногда больной, если он привык измерять температуру, зовет врача потому, что у него к тому же еще и температура повышена.

Таким образом, допустите, что у пришедшего врача имеется уже ряд данных: больной говорит, что вчера он был совершенно здоров, потом наступили боли, появились тошнота и рвота и повысилась температура. Я беру самую начальную форму острого аппендицита. В различных странах, различными врачами дано описание этого заболевания. Одно из блестящих описаний дал французский терапевт Дельяфуа (Dieulafoy): 1) боли; 2) ригидность брюшной стенки и 3) гипералгезия брюшной стенки.

Пока я буду говорить о болях; о местоположении и характере болей. Острый аппендицит обычно начинается не там, где его ищут; боли появляются прежде всего сплошь и рядом в надчревной области — это так называемая эпигастральная фаза острого аппендицита. К этому добавляется иногда и тошнота. Очень часто из-за болей, расположенных в этой области, и из-за тошноты зовут терапевта, которому ничего иного не остается делать, как поставить диагноз гастрита. А раз гастрит, то он дает слабительное.

И получается из этого следующее: из не принимавших слабительное умирает 1 на 100 больных; из один раз принявших слабительное умирает 1 на 16 человек, а из принимавших его несколько раз умирает 1 на 10 больных. Отсюда вытекает и организационная структура. У американцев, людей сугубо практических, на каждое лекарство наклеивается марка, на которой написано: «Когда у тебя болит живот, не бери слабительного, не показавшись врачу».

Я хочу, чтобы вы, будущие врачи, всегда помнили, что нельзя делать три вещи: давать слабительное, ставить клизму и вводить морфий, — пока нет диагноза.

Появившиеся в надчревной области сначала не особенно жестокие боли, прогрессивно нарастают, имеют тенденцию приближаться к пупку и локализуются обычно в правой подвздошной области. Я употребил слово «обычно» умышленно, чтобы вы помнили, что червеобразный отросток — это коммивояжер, который бродит по брюшной полости, и для того, чтобы представить себе, почему мы ошибаемся, нужно знать причину.

В руководствах по анатомии нарисовано, что червеобразный отросток начинается на задней стенке слепой кишки ниже места впадения подвздошной кишки и направляется в сторону малого таза (рис. 1). Но только в 47% случаев он лежит так, как это нарисовано в книжках.

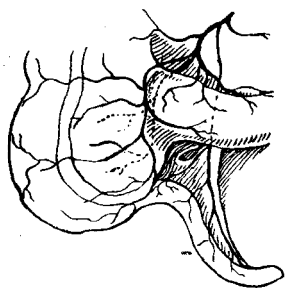


Рис. 1. Типичное положение червеобразного отростка.

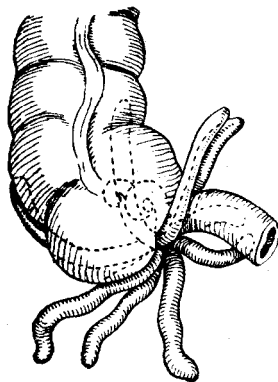


Рис. 2. Различные варианты положения червеобразного отростка.

В других же случаях червеобразный отросток имеет весьма различное направление (рис. 2). Он может загигаться кверху, а при значительной длине достигать печени или желчного пузыря. Он может идти влево и оказаться припаянным либо к аорте, либо к сигмовидной кишке. Поэтому нет ничего удивительного, что боли не всегда будут в подвздошной области. И запомните слова Мондора, блестящего клинициста и прекрасного писателя, который говорил: «Острый аппендицит назначает хирургу свидание не всегда в правой подвздошной ямке», желая этим подчеркнуть, что есть другие места, о которых обязан помнить врач. И врач не имеет права подтвердить или исключить наличие острого аппендицита до тех пор, пока он не обследовал следующие места: правую подвздошную ямку, правую поясничную область, прямую кишку и влагалище.

Если вы вспомнили, что боли при остром аппендиците локализуются в этих разных местах, то дальше, принимая во внимание, что червеобразный отросток бродит по всему животу, нужно не в меньшей степени помнить, что боли могут располагаться не там, где мы их предполагаем.

И поэтому врач считает, что боли, которые начинаются в животе, зависят от аппендицита. Творец клиники острого аппендицита Мак Бурней, располагая всего восемью историями болезней, нашел, что болезненной при этом заболевании является определенная точка. Точка эта в различных книжках указывается в различных местах. По описанию Мак Бурнея, болевая точка располагается в 1,5—2 дюймах от передней верхней ости

подвздошной кости на линии, соединяющей этот костный выступ с пупком (рис. 3). Но переводчики эту точку поместили в другом месте. Мак Бурней называл дюймы, переводчики, пересчитав на сантиметры, допустили ошибку и эту точку поместили посередине расстояния между пупком и передней верхней остью подвздошной кости. Ланц поместил эту точку также в правой подвздошной области по биспинальной линии на месте соединения наружной и средней трети.

Почти 9 лет тому назад, докладывая диагностику острого аппендицита на конференции, посвященной острому аппендициту и его лечению, созванной по моей инициативе, я утверждал, что при этом заболевании нужно искать не болевую точку, а болевую область. Такой болевой областью обычно является правая подвздошная ямка. Нужно положить целиком теплую, согретую ладонь на живот и, придавливая, выискать наиболее болезненную область.

Боли эти обычно никогда не иррадируют, и этим они отличаются от других болевых ощущений, которые могут походить на острый аппендицит.

Я имею в виду боли, которые наблюдаются при камнях в почках, мочеточниках,—боли, которые, как известно, иррадируют в промежность, наружные половые органы или бедро.

Этим они отличаются и от тех болей, которые иррадируют в другие места — в плечо и надплечье (я имею в виду боли, возникающие при воспалении желчного пузыря).

Иррадиация последних болей легко объяснима—ведь эти боли идут по п. *phrenicus*, который выходит из четвертого сегмента, так же как и п. *supraacromialis* и п. *supraclavicularis*.

Когда врач по характеру болей склонен думать, что это аппендицит, то он обязан собрать анамнез у больного. Имеет значение возраст больного и пол. Обычно дело касается здорового субъекта, который сообщает иногда, что вчера вечером он съел колбасу, все как будто было в порядке, а утром начались боли. Иногда при расспросе больного оказывается, что у него уже три раза были такие приступы.

Собирая анамнез, врач обращает внимание на наличие тошноты и рвоты, которые почти всегда бывают. Однако следует помнить, что, наряду с аппендицитами, для которых тошнота и рвота являются постоянными признаками, бывают и такие, при которых нет ни тошноты, ни рвоты. Я имею в виду ретроцекальное расположение червеобразного отростка, когда он замурован в спайках, и боли, на которые жалуется больной, располагаются в спине. Где же тут думать об остром аппендиците!

Третий признак, который бывает или не бывает,—это повышение температуры до $37,5$ — $38,5^{\circ}$, редко до 40° . Иногда температура остается совершенно нормальной. Я хочу, чтобы вы запомнили, что повышение температуры — коварный признак; он может быть или не быть. И на основании повышения температуры врач не имеет права ни ставить распознавание, ни отказываться от диагноза при наличии нормальной температуры.

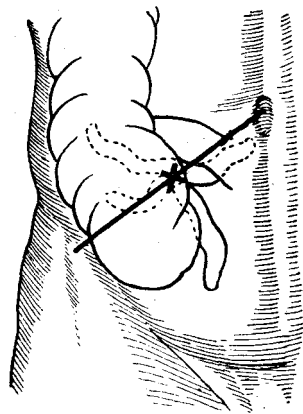


Рис. 3. Проекция болевой точки при пальпации правой подвздошной области.

Переходим к обследованию больного. Повторяю еще раз, что я имею в виду начальную форму заболевания, когда врачу нужно правильно поставить распознавание. Откинув одеяло, подняв рубашку до сосков, обнажив больного по крайней мере до коленных суставов, врач приступает к исследованию.

Я позволяю себе говорить о границах, до которых нужно обнажить больного потому, что не делает чести врачу, когда в Скорую помощь присылают больного с острым аппендицитом, а у него оказывается эпидидимит.

Раздевши больного, врач смотрит, как дышит больной и насколько часто он дышит. (Дальше я более подробно буду касаться этого вопроса.) Посмотрев на живот, врач садится и внимательно считает число дыханий и ударов пульса, затем подсчитывает соотношение числа дыханий и частоты пульса, делая сопоставление. Обычно соотношение бывает 1:4, 18 дыханий в минуту при пульсе, равном 72 ударам. Иногда врач видит, что по мере увеличения числа дыханий увеличивается и частота пульса, а иногда врач видит соотношение 1:3, 1:2. У больного пульс 100 ударов в минуту, а дышит он 40—50 раз в минуту. Это несоответствие наводит врача на мысль о том, что речь идет не об аппендиците.

Сосчитав пульс и дыхание, подсчитав соотношение частоты дыхания и пульса (я буду говорить медленно; я хочу, чтобы, где бы вы ни были, никогда не отходили от того, что сейчас услышите), врач кладет ладонь плашмя на одну подвздошную область, затем на другую и проверяет, нет ли повышения температуры. Затем берет кожу в складку сначала в правой подвздошной области, затем в левой и смотрит на лицо больного. То же делает в подреберье справа и слева. Врач находит участок гиперестезии или, вернее, гипералгезии. Как только врач доходит до этого места, больной кривится. Врач повторяет снова, больной снова кривится. Таким образом, к первому признаку заболевания, к боли, о которой говорит больной, присоединился новый признак — гипералгезия.

Врач кладет ладонь плашмя и, нежно надавливая, идет слева, с левой подвздошной ямки к левому подреберью, к эпигастральной области. Больной при надавливании жалуется на появление боли, но не там, где вы давите, а в правой подвздошной области. Признак этот описан датским хирургом Ровзингом (Rovsing) и носит название признака Ровзинга.

Врач, который положил таким образом руку на живот, я бы сказал, не теряет времени и, проводя рукой влево и вправо, он получает какие-то признаки. Проводя рукой в сторону левой подвздошной ямки, левого подреберья и эпигастральной области, он получает признак Ровзинга, а в сторону правой подвздошной ямки — признак Блюмберга, который говорит о раздражении брюшины.

Но среди признаков, которые мы ищем при поражении стенки брюшной полости, объединяемых общим названием «острого живота», есть один признак, который англичане очень склонны называть королем всех признаков, — я имею в виду так называемую ригидность брюшной стенки. Ее нужно уметь искать, и различно в зависимости от возраста (преимущественно различно у детей и взрослых), но при этом всегда будет одно общее — искать ее нужно не кончиками пальцев, а всей ладонью теплой руки, искать, медленно надавливая. При этом врач и получает различные ощущения по интенсивности и протяженности.

В нормальных условиях при надавливании брюшной стенки она поддается. При заболевании она может быть чуть-чуть ригидна, а иногда она ригидна, «как доска». Таким образом, интенсивность будет разная и протяженность будет различной. Врачи часто в истории болезни пишут: «Брюшная стенка ригидна», но забывают приписать, как она ригидна и на каком протяжении. Иногда она ригидна на участке не более ладони, а иногда — на протяжении всего живота.

Получив представление о признаках Ровзинга и Блюмберга, приступив к исследованию брюшной стенки, в «нормально» развивающихся случаях вы увидите, что больной жалуется на боль в надчревной области, где брюшная стенка у него не ригидна, а ригидна она в правой подвздошной области, хотя на боли в этой области больной не жалуется. А затем, спустя некоторое время, в правой подвздошной области будут три следующие признака: гипералгезия, боль при надавливании и ригидность. Если у врача имеется столько данных, то фактически у него имеется почти верный диагноз и он может сказать, что у больного, повидимому, острое воспаление червеобразного отростка.

Но как я уже говорил, все это может быть и сзади, в поясничной области, и там будут те же три признака: гипералгезия, боль и ригидность, но уже не брюшной стенки, а спины.

Но есть еще места, куда спускается червеобразный отросток. Я имею в виду малый таз. Отсюда следует, что врач не имеет права не только брать больных на операционный стол, но не имеет права ставить диагноз острого аппендицита, не посмотрев больных *per gestum*, а женщин — *per vaginam*. В зависимости от стадии острого аппендицита вы обнаружите различные вещи. В первые часы заболевания врач, одев перчатку и выбрав правильное направление, иногда ничего не ощутит, а другой раз в дуэласовом пространстве, в самой нижней части брюшины, он нащупает болезненную точку.

Этот признак никогда не надо упускать.

Таким образом, где-либо в этих трех областях, чаще всего, а иногда реже в других врач находит достаточно оснований, чтобы говорить об остром аппендиците.

Но иногда врачу требуется помощь, существенная помощь. Эта существенная помощь приходит со стороны исследования всего больного, и без этого никогда нельзя ставить диагноз острого аппендицита. Поэтому прошу помнить следующую схему, которая обязательна для всех заболеваний, о которых я буду говорить дальше.

К заболеваниям, которые могут симулировать острый аппендицит, могут относиться заболевания органов брюшной полости.

К заболеваниям, которые могут симулировать острый аппендицит, могут относиться заболевания органов, расположенных вне брюшной полости: иногда эти органы лежат выше диафрагмы — это касается плевры и перикарда, а иногда они лежат ниже пупартовой связки — это *testis* или лимфатические железы.

Наконец, заболевания, которые способны симулировать острый аппендицит, могут совершенно не касаться брюшной полости (я имею в виду грипп — заболевание, которое может поставить в неловкое положение врача).

Остановлюсь на заболеваниях органов, расположенных выше диафрагмы, которые путают нас и заставляют думать об остром аппендиците, когда такового нет. Кюммель в начале 90-х годов оперировал собственного сына по поводу острого аппендицита. Червеобразного отростка

Кюммель не нашел, а на 2—3-й день было установлено, что это воспаление легких. Надо сказать, что у детей эти два заболевания часто путают, особенно при наличии центральной пневмонии, при которой ничего не выстукивается и ничего не выслушивается, но, которая, к счастью, видна при рентгенологическом исследовании.

Таким образом, как вы видите, знаний одного хирурга не хватает и приходится прибегать к помощи других специалистов. В пневмониях лучше разбираются обычно терапевты. Но, оказывается, есть такие формы, в которых они не могут разобраться, и тогда нужно позвать рентгенолога.

Затем появляется еще одна специальность, без которой вам никак не обойтись потому, что имеется правило — никогда не оперировать больных острым аппендицитом, не исследовав у них кровь и мочу.

Как вы видите, необходим целый сонм людей. Если раньше врач считал, что он один может все сделать, то современный хирург очень «капризен», он требует, чтобы в его распоряжении были дежурный рентгенолог и дежурный лаборант. Но беда заключается в том, что иногда врач не пользуется знаниями этих специалистов, хотя они и находятся рядом с ним.

Заболеванием, которое путают с острым аппендицитом, является еще и плеврит, преимущественно его диафрагмальная форма. У хирурга, исследующего больного, имеется возможность разобраться, если он помнит то, о чем я говорил вам выше. Я указывал, что у здорового человека соотношение частоты дыхания и пульса 1:4, а когда имеется диафрагмальный плеврит, дыхание учащается до 30—40 в минуту, а частота пульса будет 72—80. Затем болезненность при плеврите расположена ближе к диафрагме, т. е. в подреберье, но не в подвздошной области.

К тем заболеваниям, которые, как я уже говорил, часто путают с острым аппендицитом, добавлю еще одно: перед вами больной среднего возраста или старше среднего возраста, он жалуется на жестокие боли, указать, где эти боли локализируются, он не может. Больной умирает, а на вскрытии оказывается, что в полости перикарда много жидкости. Из 10 случаев вы 9 раз пройдете мимо перикардита, не поставив диагноза.

Я назвал заболевания органов грудной полости, которые путают врача. Теперь несколько слов о заболевании органов, расположенных ниже пупартовой связки.

Я говорил вам, что больного при обследовании нужно обнажить до коленных суставов, желая напомнить вам, что есть заболевание острый эпидидимит. Затем посмотрите, не увеличены ли паховые железы.

Наконец, вы доходите до живота — и тут все заболевания, которые могут путать врача, делятся на две группы: 1) на заболевания органов, расположенных внутри брюшной полости, и 2) на заболевания органов, расположенных позади брюшной полости.

Я назову только основные, наиболее часто встречающиеся заболевания органов брюшной полости, которые могут путать врача при распознавании острого аппендицита.

1) Обычные гастриты, характеризующиеся болями, возникающими в подложечной области и там же остающимися; рвотами, которые могут быть резко выражены, и наличием в анамнезе явного нарушения диеты. Лейкоцитоз может оставаться нормальным.

2) Перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки.

3) Острое воспаление желчного пузыря; заболевание, которым болеют преимущественно лица среднего возраста и преимущественно поражающее женскую половину рода человеческого. Болезненность обычно бывает в правом подреберье, боли иррадируют или в правое предплечье, или в угол лопатки. Начинается заболевание после нарушения диеты, после употребления весьма жирной пищи (гусь, утка и т. п.).

4) Острая кишечная непроходимость.

5) Заболевания женских половых органов (воспаление труб, воспаление яичников).

Обычно хирургу (если дело касается женщины) сведений может нехватить и нужно звать на помощь гинеколога, что, кроме пользы, ничего не принесет.

Наконец, еще одно заболевание, касающееся органов, расположенных не внутри брюшной полости, а в забрюшинном пространстве. Я имею в виду камни в почках и мочеточниках. При почечной колике боли бывают другого характера; они схваткообразные, перемежающиеся, отдающие в промежность, наружные половые органы и в бедро. При этом заболевании признак Пастернацкого бывает положительный. Здесь для дифференциальной диагностики помощь лаборанта крайне нужна. Сколько раз бывало, что больного с диагнозом острого аппендицита доставляли в операционную, а затем мы видели входящего в предоперационную заведующего лабораторией, который сообщал, что «все поле зрения усеяно красными кровяными шариками».

Помощь лаборанта нужна не только в подобных случаях, но и для других целей. Я уже говорил, что имеется группа заболеваний общего характера, где врачу не так легко бывает поставить распознавание. Я имею в виду брюшной тиф. Если возникает сомнение, брюшной ли это тиф или нет и лаборант сообщает, что имеется гиперлейкоцитоз, имеются многочисленные белые кровяные шарики, то в большинстве случаев это помогает распознаванию.

Наряду с теми признаками, которые я изложил раньше, лаборант сообщает, что имеется лейкоцитоз 12—14 тысяч, имеется сдвиг формулы влево — все это при наличии целого ряда признаков склоняет скорее в сторону острого аппендицита. Однако иногда приходится идти дальше, когда нужно выбирать между общими другими заболеваниями и мерить температуру в прямой кишке. Если при измерении температуры в прямой кишке вы имеете нарастание ее до 38,2—38,5° при отсутствии повышения температуры в подмышечной области или небольшом ее увеличении, то этот признак говорит скорее за острый аппендицит, чем за какое-нибудь другое заболевание.

Все сведения, которые я вам сейчас сообщил, — сведения, почерпнутые из различных источников, — мы изложили в схеме истории болезни, которая отпечатана и которую мы вам раздадим. В этой истории болезни имеется анамнез заболевания, предшествующий непосредственно данному заболеванию, погрешности в диете, анамнез жизни, гинекологический анамнез и т. д.

Такие истории болезни заведены были в Ленинграде в Институте скорой помощи¹. Кроме того, в предоперационной имелась книга, в которой хирург должен собственноручно записать диагноз, и операционная сестра имеет право не подать инструментов для операции, если эта подробность не будет выполнена. Мои ассистенты иногда возмущались тем,

¹ См. настоящий том, стр. 70—72. *Ред.*

что я соподчиняю их операционной сестре, а мне нисколько не стыдно, что я сам подчиняюсь операционной сестре, ибо она принимает такое же участие в операции, как я и любой из моих помощников. К концу месяца вы проверяете себя, отмечаете, какие были вами сделаны ошибки.

Но этого мало. Для воспитания врачей периферии, для тех щупальцев, о которых я говорил, мы пошли дальше и организовали следующее: врач направляет больного с диагнозом (аппендицит, непроходимость и т. д.). Но врач не знает, что было с больным дальше. Мы посылаем врачу карточку и сообщаем: «У вашего больного с диагнозом острый аппендицит оказалась перфорация желудка». То же нужно делать и вам, нужно организовать дело таким же образом.

Но мы пошли дальше и решили, что если мы хотим вывести город из прорыва, добиться, чтобы не было вопиющих ошибок в деле распознавания и лечения заболеваний органов брюшной полости, то следует организовать лекции по «острому животу».

Разрешите прочитать несколько историй болезни.

1. Женщина 33 лет поступила на 4-й день заболевания. Появились боли в правой подвздошной области, была рвота, температура 37,2°. Прежде дважды были подобные приступы. Обратилась на второй день заболевания к врачу поликлиники, который сказал, что она здорова, и отказался дать больничный лист. На следующий день больная с трудом работала и обратилась к врачу здравпункта, который дал касторовое масло и послал обратно на работу. На следующий день — с утра озноб, боли усилились. Вызванный врач Скорой помощи направил больную в хирургическое отделение. Состояние тяжелое, температура 40,1°. На операции — флегмонозный аппендицит, с резко измененной некротизированной брыжейкой. Больная погибла от пилефлебита.

2. Мужчина 45 лет поступил на 3-й день. Началось заболевание с болей в животе, преимущественно в верхней половине. На следующий день вышел на работу, но работать не смог. В амбулатории завода выдать больничный лист отказались, но больной сам ушел домой. На 3-й день по собственной инициативе принял касторовое масло; боли резко усилились. Скорой помощью доставлен в клинику. Оперирован по поводу прободного перитонита вследствие перфоративного аппендицита. Через 48 часов после операции смерть от перитонита.

3. Мужчина 33 лет поступил через 36 часов от начала заболевания. Больного дома видели четыре терапевта и три хирурга. Диагноз колебался между аппендицитом и холециститом. Делались позторно клизмы. На операции — деструктивный аппендицит, отросток расположен ретроцекально. Больной погиб от перитонита на 8-й день после операции.

Я мог бы очень долго читать подобные печальные листы. И чтобы вы, молодые врачи, не попадали в такое положение, я прошу помнить все то, что я сказал по поводу острого аппендицита, и придерживались бы правильной тактики при остром аппендиците.

Хирургия мало-помалу дошла до того, о чем я скажу сейчас.

В 1887 г. хирург Сандс (Sands) нашел перфоративный аппендицит, зашил отверстие, положил иодоформный тампон, и больной выздоровел.

Следующий период — операция аппендэктомии в первые 24 часа и через 48 часов, а затем в холодном периоде.

Когда я уезжал из Ленинграда, мы начали производить седьмую тысячу аппендэктомий. То, к чему мы пришли, было не только нашим достоянием. И вот какой тактики мы придерживаемся в данный момент.

Раннее распознавание решает судьбу больного! Но раннего распознавания заболевания еще мало. Тот врач, который, распознав заболевание, оставил больного дома, уже совершил ошибку, даже преступление. Распознав заболевание, не оставляйте больного дома и направляйте в лечебное учреждение. В лечебном учреждении больной подлежит

тщательному, всестороннему обследованию, в котором принимают участие хирург, терапевт, гинеколог, рентгенолог, лаборант. Мы оперируем больных с острым воспалением червеобразного отростка в любой срок и делаем исключение только, если обнаруживаем ясно ощутимый инфильтрат.

Но если все просто, почему же мы все-таки ошибаемся? Запомните, что в 80% случаев легко поставить распознавание, а в 20%, т. е. у одного больного из пяти, это трудно.

Трудно поставить распознавание у детей и стариков. У детей трудно поставить распознавание потому, что они не могут сообщить анамнез — где ни тронешь, они плачут. Трудно еще и потому, что у них часто бывает так называемая токсическая форма. У стариков трудно поставить распознавание потому, что мало думают об аппендиците у стариков, и поэтому ошибаются.

Несколько слов по поводу техники. Предложено много десятков разрезов для обнажения червеобразного отростка. Мы почти всегда употребляем разрез Мак Бурнея. Второй принцип — делать сразу широкий доступ, а не копать где-то в глубине. Мы очень осторожно выделяем воспаленный червеобразный отросток и перевязываем брыжейку всегда кетгутом, а основание червеобразного отростка — шелком. При серозном выпоте в брюшной полости, даже при гнойном выпоте в брюшной полости, если мы имеем дело с катарральным или даже флегмонозным, но не перфоративным и не гангренозным аппендицитом, брюшную полость зашиваем наглухо. При катарральном и флегмонозном аппендиците зашиваем и кожу, а при гангренозном и перфоративном зашиваем все слои, за исключением кожи.

Когда открылся Институт скорой помощи, первые результаты были такие: 3% смертности, затем 0,9%. Были группы по 700 больных без единой смерти, затем 1—2 смерти; в общем мы дошли до цифры 0,5%.

Повторяю, в деле уменьшения процента смертности от острого аппендицита играет роль не техническая сторона, а раннее распознавание заболевания, ранняя госпитализация больных.

К чему привела наша агитация? Число аппендицитов растет из года в год. Мы этого не боимся. Лучше принять 50% больных напрасно, чем потерять одного больного — наша страна может позволить себе эту роскошь.

Хирурги морские, береговые обязаны обучить врачей своих частей тем элементарным правилам, о которых я говорю сейчас. Если вам прислали больного, то врач части обязан разобраться в этом. Если он не умеет разбираться, надо его обучить. Это организационная сторона дела.

Что касается записи операции, то мы имели в этом отношении тоже свою схему. Мы составили такую же схему послеоперационного периода. Я передам эти схемы для раздачи вам. Прошу сохранить эти листки. Те из вас, которым придется оперировать, пусть заглядывают в эти схемы, а еще лучше попросите, чтобы вам такие схемы отпечатали. Я добиваюсь, чтобы эти схемы были посланы на все флоты.

ПЕРФОРАЦИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Следующее заболевание из этой категории, где результаты наши резко улучшены благодаря современному положению вещей, где смертность с 50% дошла до 40%, а теперь колеблется в пределах 15%, — это

перфорация желудка или двенадцатиперстной кишки. Я особенно должен остановиться на этом заболевании потому, что во время войны, в связи с явлениями авитаминоза, с большой нервной нагрузкой, резко увеличилось число больных с перфорациями. Одновременно с этим отмечены некоторые особенности, которые не наблюдались в мирное время. Если в мирное время на 50 мужчин приходилась одна женщина с перфорацией желудка или двенадцатиперстной кишки, то теперь число женщин резко возросло. Увеличилось число больных с перфорациями вообще. Поэтому врач должен быть готов каждый раз встретиться с этим заболеванием.

Как при остром аппендиците, так и при перфорации желудка или двенадцатиперстной кишки доминирующим признаком является боль. В отличие от острого аппендицита боли при перфорации имеют невероятно острый характер, напоминая удар ножом, раздирающие, не дающие больному абсолютно никакого покоя. Я видел больного, который от боли слез с кровати и залез под кровать, откуда он со мною и разговаривал. Местоположение болей, как правило, в надчревной области, иррадиация болей — в надплечье справа, иногда слева.

Такие жестокие боли с иррадиацией в надплечье сразу наводят врача на размышление о трех заболеваниях: перфорация желудка или двенадцатиперстной кишки, острый панкреатит и тромбоз сосудов.

Вы знаете уже из клиники, что язва располагается чаще всего в пилорической части желудка или в двенадцатиперстной кишке. Если дырка от перфорации в выходном отделе желудка достаточно велика, то при перистальтике выходит соляная кислота, которая поливает брюшину на всем протяжении. Такое обилие соляной кислоты в брюшной полости раздражает окончания п. vagus и сразу начинается замедление пульса. И когда врач видит больного с жесточайшими болями и при этом пульс 60—70 ударов в минуту, то ему следует сразу подумать о перфоративной язве желудка. Однако, наряду с этими признаками, имеются еще и другие.

Очень много дает анамнез больного. Большей частью речь идет о больном, в продолжение многих лет страдающем язвой желудка или двенадцатиперстной кишки. При таком анамнезе не надо быть мудрецом, чтобы подумать о перфорации желудка. Однако запомните, что будет приблизительно $\frac{1}{4}$ или $\frac{1}{3}$ больных, у которых в анамнезе никаких указаний вы не найдете, или же они, по крайней мере в данный момент, об этом не помнят.

И следующий признак: вы откидываете рубашку, больной лежит на спине, совершенно не шелохнувшись, прямые мышцы живота с обеих сторон резко напряжены, больной как бы совершенно застыл, дышит прерывисто и только шепчет: «Не могу, доктор, не могу...». Если посмотреть на лицо больного, то вы видите, что оно бледное и покрыто потом; а пульс хороший. Такая картина дает возможность врачу поставить распознавание, если он что-то понимает.

Много лет тому назад мне послали одного адъюнкта. Желая посмотреть, какой из него выйдет преподаватель, я попросил его сесть и спросил: «Можно ли поставить диагноз перфоративной язвы желудка?». Он говорит: «А может быть и можно, кто его знает». Я его отправил туда, откуда он приехал. Эти элементарные вещи надо знать!

Врач садится и начинает ощупывать больного, и тут он обнаруживает следующие признаки: ригидность и гипералгезию брюшной стенки; видит, что живот, «как доска». Если врачу известно начало заболевания,

если имеются жестокие боли, гипералгезия и ригидность брюшной стенки и отмечается такой диссонанс — пульс хороший, хорошего наполнения, а лицо бледное, — то как будто врач может поставить правильный диагноз. Если бы это было так, почему мы делали бы ошибки?

Не всегда вы видите больного в первый час. Со временем картина становится иной. Соляная кислота, вылившись, вызвала боли. Боли стали меньше. Лицо больного приобрело обычную окраску, а если положили грелку, то и живот стал мягче. Картина такая: как будто есть перфорация и как будто нет перфорации.

Вспомним о поперечноободочной кишке. Эта поперечноободочная кишка расположена таким образом (показывает на рисунке.—*Ред.*), а тут лежит желудок, в выходном отделе которого имеется отверстие (рис. 4), а через него выливается кислое желудочное содержимое и течет через петли кишок, стекая, таким образом, по восходящей кишке в подвздошную ямку.

При пальпации такого больного определяет-ся болезненность и в эпигастральной области, и в правой подвздошной области. Аппендицит ли это или перфорация желудка? Число ошибок, которые мы делаем при обследовании подобных больных, доходит почти до 20%.

Я сразу коснусь тактики хирурга в случае, если он не может разобраться, с чем имеет дело. Не следует делать разреза живота до тех пор, пока не будет тщательно обследована правая подвздошная ямка. К тем признакам, о которых я сказал, могут присоединиться сразу или позже и другие, которые дают возможность врачу разобраться.

К этим признакам относится тот, который мы получаем, когда начинаем выстукивать печеночную область. Наряду с жидкостью, из желудка выходят газы; как более легкие, они идут вверх в область печени (если больной лежит на спине) и поэтому при выстукивании печени на последней вместо тупости определяется тимпанит.

Однако это хорошо в первые часы и плохо тогда, когда появляется выпот в брюшной полости, и начинает действовать так называемый закон Штокса, который гласит, что когда брюшина воспалится, то всякая мышца, поперечнополосатая или гладкая, находящаяся под серозной или слизистой оболочкой, приходит в состояние пареза или паралича. Прошу хорошо помнить этот закон и вот почему: вы входите к больному, спрашиваете, как его зовут, а он в ответ вам шепчет свое имя, громче он говорить не может. Если врач понимает, что такое закон Штокса, он сразу соображает, что брюшина, покрывающая диафрагму, уже парализована и соответственно оценивает этот признак.

Когда больной говорит, что живот распирает, что его всего раздуло и он не может мочиться, то врач, зная закон Штокса, понимает, что брюшина, покрывающая мочевой пузырь, вызвала паралич мочевого пузыря и поэтому больной не может мочиться.

Повторяю, если бы все было так просто и к этому присоединилась еще рвота, то разобраться было бы легче. Однако бывает, что боли отмечаются не там, где я указывал, — они уже успели сместиться, и вот



Рис. 4. Взаимоотношение желудка и толстого кишечника.

мы пошли дальше и не стесняемся прибегнуть к рентгенологическому исследованию, считаем его даже обязательным. Больного помещаем за экран и видим, что между верхней поверхностью печени и нижней поверхностью диафрагмы скопились газы. Картина становится совершенно ясной.

Это бывает 99 раз из 100 перфораций желудка и один раз из 100 перфораций двенадцатиперстной кишки. Но на основании суммы данных и начальной стадии заболевания поставить диагноз перфорации желудка или перфорации двенадцатиперстной кишки нетрудно.

Однако есть одна форма перфорации, которая иногда путает врача не только молодого, но и опытного. Все началось так, как и должно было начаться: и были жестокие боли, и была ригидность брюшной стенки, а когда вас позвали через 5—6 часов, то все это выглядит и так, и не совсем так. Вы предлагаете больному операцию, он говорит, что ему стало лучше и что оперироваться он не хочет. Раньше мы считали, что, видимо, мы ошиблись в распознавании. Но теперь мы знаем, что не ошиблись, что это перфорация, но отверстие закрылось или салником, или печенью. Этих перфораций мало.

Первое, что не следует делать — это промывать желудок у больных, у которых вы поставили диагноз то ли гастрита, то ли перфорации желудка. Не следует давать морфия. Вы поставите в тяжелое положение следующего врача, который застанет больного в веселом настроении, а окружающих — успокоившимися.

До сих пор продолжаются споры по поводу того, как надо поступать, когда имеется перфорация желудка.

Я не буду говорить о картине, которая развивается тогда, когда имеется уже перитонит. Пока нет воспаления брюшины — температура будет нормальной.

Перфорация желудка знаменует собой необходимость немедленного безоговорочного оперативного вмешательства. Я вам назову некоторые цифры. Если вы оперируете в первые 6 часов, выздоравливает много, погибает мало — 8% смертности; если больше 12 часов — умирает около 22%, а после 48 часов — 100%.

Что мы делаем, открыв брюшную полость? Мы зашиваем в стенке желудка отверстие, редко накладываем гастроэнтероанастомоз. Другие хирурги, имея перед собой больного молодого и свежую перфорацию, резецируют желудок, т. е. лечат и перфорацию, и язву желудка.

КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Следующая группа заболеваний объединяется общим названием кишечной непроходимости.

Если перфорация желудка или двенадцатиперстной кишки гонит сразу больного в клинику, так как боли бывают настолько жестокими, что редко кто остается дома; если при остром аппендиците боли заставляют больного пойти на первый-второй день в больницу, то при непроходимости кишечника бывает иначе.

Нужно помнить, что некоторые виды непроходимости бывают преимущественно в детском возрасте, другие, как заворот слепой кишки или сигмовидной, — в старческом возрасте. Но бывает непроходимость, которая встречается в любом возрасте после операций, проводившихся на органах брюшной полости.

Но есть еще непроходимость обтурационная и непроходимость странгуляционная. Я хочу, чтобы вы помнили, что для организма обтурационная непроходимость менее опасна, чем странгуляционная.

Под странгуляционной непроходимостью мы понимаем два вида непроходимости: непроходимость просвета кишки и непроходимость сосудов. Что из этого вытекает — каждый из вас поймет. Как только сосуд скручивается, просвет суживается, жизнеспособность кишки понижается и кишка погибает.

Кроме того, непроходимость делится на динамическую и механическую. Зная закон Штокса, вы поймете, когда будет непроходимость динамическая. При этой непроходимости будет период, когда динамическая непроходимость присоединяется к механической: сосуды сжались, кишка перестала питаться, омертвевает.

Я хочу, чтобы вы помнили, что среди этого многообразия заболеваний все же есть общие черты, благодаря которым если врач не может сразу поставить распознавание, то какой-то порядок в голове навести может.

Первым признаком при кишечной непроходимости являются опять-таки боли. Но этот признак имеет совершенно другой характер. Для того чтобы понимать то, о чем я буду говорить дальше, нужно каждую непроходимость, независимо от местоположения и характера ее, совершенно схематически разделить на следующие три периода: первый период — компенсированная стадия непроходимости, второй период — декомпенсированная стадия непроходимости и третий период — токсическая, инфекционная стадия непроходимости.

Первый период — допустим, где-нибудь завернулась толстая или тонкая кишка. При этом совершенно естественно, что кишка, расположенная выше, продолжает перистальтировать. Дойдя до места препятствия, она старается протолкнуть через него газы и кишечное содержимое. Сделать это не удастся, однако работа продолжается.

Какой же должен быть характер болей в момент скручивания? Боли острые, непостоянные, схваткообразно увеличивающиеся, очень напоминающие те боли, которые бывают при сокращении матки во время родов. Я как-то привел в клинику мальчика лет 12 с непроходимостью кишечника. Я его держал минут 10. Он кричал. Этот крик получил свое название «илеусный крик», он сопровождает боли, причем одновременно с нарастанием болей усиливается и крик больного.

Итак — внезапное, острое начало. Больной кричит: «Ой, как больно!»; затем пауза, боли стихают, потом опять то же самое. Это продолжается часами, затем успокоение, боли переменили свой характер, они стали менее интенсивными, но они стали более распространенными. А что же случилось? Устала кишка, наступила интоксикация организма. Всякая мышца может работать до определенного предела, а дальше действует закон Штокса.

Присоединился парез, наступил период декомпенсированной непроходимости. Так же, как не может работать уставшая сердечная мышца, так же не может работать кишка, которая находится выше препятствия.

Наконец, приходит третий период, когда организм целиком отравлен, когда присоединилась инфекция, когда налицо картина развившегося перитонита. Лицо больного резко изменилось — это «лицо Гиппократата».

В этот третий период местная болевая картина ступенчатая.

Наряду с названным только что мной признаком — болью — я назо-

ву ряд признаков, которые имеют различные последовательность и интенсивность (я делю признаки на субъективные и объективные).

Чем выше расположена непроходимость, тем скорее наступают тошнота и рвота. Если непроходимость в начале тонкой кишки, то рвота наступает сразу и будет жестокой; если на середине тонкого кишечника, то она наступит позже, если же имеется непроходимость толстого кишечника, то рвота или наступит еще позже, или ее может и не быть.

Характер рвотных масс меняется: сначала это будет жидкость, имеющая кислый запах, затем присоединяются желчь и появляется каловый запах.

Если эти признаки — боли, затем тошнота и рвота — легко оценить, то есть следующий признак, который бывает, но определить его трудно.

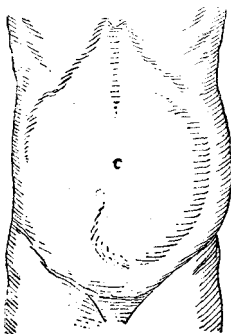


Рис. 5. Асимметричный живот при завороте сигмовидной кишки.

Я имею в виду прекращение отхождения газов и каловых масс. Стул может быть, но из той части кишки, которая расположена ниже непроходимости.

Раздев больного, врач внимательно смотрит на живот и первое, что его поражает, это асимметрия живота — живот стал косым. Что это значит? При некоторых видах непроходимости, скажем, при завороте сигмовидного изгиба, вы видите, что живот становится асимметричным, в левом подреберье или слева у пупка появляется вздутие (рис. 5). Иной раз живот вздут посредине, иной раз вздут с боков, а иногда, постояв таким образом, наблюдая за животом, врач видит, что живот меняется — то он симметричный, то он косой, что-то в нем происходит. Если врач при этом шелкнет по брюшной стенке, то он увидит, как появляется перистальтика. Вот все, что можно видеть глазами.

Я хочу, чтобы вы запомнили следующее: если бы хирург так же часто выслушивал и выстукивал живот, как терапевт слушает и выстукивает грудь, то мы чаще ставили бы правильное распознавание.

Что же дают выстукивание и выслушивание брюшной полости при непроходимости кишечника?

1) Если похлопать ладонью по боковой стенке живота, то при скоплении в кишечнике газов и жидкости получается шум плеска, которому при постановке распознавания мы придаем очень большое значение.

2) Каждый раз, когда имеется нарушение венозного кровообращения, бывает пропотевание серозно-кровоянистого экссудата и поэтому в отлогих частях брюшной полости очень скоро выстукивается притупление, в то время как в частях, лежащих выше, где имеется раздутый газом кишечник, отмечается тимпанический звук.

В первой стадии, стадии компенсированной непроходимости, кишечник сокращается и при выслушивании определяются различные шумы, возникающие в то время, когда через измененный участок кишки проталкиваются газы и кишечное содержимое. Это разнообразие шумов сменяется мертвенной тишиной, когда наступают явления перитонита и кишечник перестает сокращаться.

Наряду с данными анамнеза и наличием более изменчивого характера, выстукивание и выслушивание иногда приносят много пользы.

Если перейти к исследованию больного *per rectum*, то оказывается, что прямая кишка пуста. Признак этот, получивший название «обуховского признака», впервые сообщен И. И. Грековым.

На основании только что перечисленных признаков можно поставить распознавание непроходимости тонкого или толстого кишечника.

За отсутствием времени я привожу только грубую схему. Современная наука дает возможность поставить диагноз обтурационной или странгуляционной непроходимости. Если не всегда наше распознавание точно, то все же очень часто оно бывает весьма точным. Однако если бы все было так просто, то не было бы большого количества ошибок.

Если в течение 40 лет смертность при аппендиците с 20% снизилась до 0,5—1%, если при внематочной беременности смертность со 100% упала почти до 0, то при острой кишечной непроходимости смертность остается еще очень высокой и колеблется от 20 до 65%. В чем же тут разгадка?

Разгадка заключается в следующей фразе, которая принадлежит хирургу Элиасону (Eliason): «Чем больше больной с острой кишечной непроходимостью живет до операции, тем меньше он проживет после операции». Хирург Мойнихен (Moynihan) ввел даже термин — «смертность от промедления», и другой английский хирург подсчитал, что с каждым часом промедления смертность увеличивается на единицу.

К тем признакам, которые я только что изложил сейчас, добавились разные вспомогательные методы исследования, к которым принадлежит и рентгеновский способ исследования, предложенный в 1911 г. Шварцем. Способ этот не находил широкого применения почти до 1919 г.

В 1919 г. появилась работа Клойбера (Kloiber), который показал, что для того, чтобы исследовать больного с непроходимостью кишечника, вовсе не надо давать барий. Для подтверждения диагноза достаточно, поместив больного в вертикальном (стоя или сидя) положении либо в положении на правом боку за экран, обнаружить наличие множественных газовых пузырей с горизонтальными уровнями жидкости (рис. 6).

Тот из врачей, кто хотя раз видел, до чего рентгенологическое исследование помогает распознаванию, не может не оценить его по достоинству, особенно если рентгенолог хорошо умеет разбираться в патологии брюшной полости. Становится понятным мое требование, которое я выдвинул несколько лет тому назад, чтобы в Институте скорой помощи непременно всегда были хирург, рентгенолог, лаборант и операционная сестра. К этому нужно добавить постоянных и очень опытных консультантов — терапевта и гинеколога. Так как мы располагаем этим, то число ошибок с каждым годом уменьшается.

Я не буду сейчас давать подробное описание того, что делает врач, когда он ставит диагноз непроходимости кишечника. Укажу только, что если при перфорации желудка или двенадцатиперстной кишки вопрос идет только об операции, если при аппендиците вопрос идет только об операции, то при наличии непроходимости должен быть сначала применен целый ряд мероприятий. К ним относятся: клизма, промывание желудка, тепло, поясничная блокада; но если все это в ближайший час не поможет, то хирург должен думать о необходимости операции.

Следующая группа заболеваний, которые я отношу к «острому животу», — это ущемленные грыжи.

УЩЕМЛЕННЫЕ ГРЫЖИ

Ущемленные грыжи делятся на две группы: на наружные и на внутренние. Ущемленную внутреннюю грыжу я вам как-то показывал, это был больной с диафрагмальной грыжей.

Мы говорили, что нелегко поставить распознавание непроходимости кишечника, что нелегко поставить распознавание и острого аппендицита. Казалось бы, что может быть проще, чем поставить диагноз ущемленной грыжи. Между тем мы сами под видом непроходимости оперировали больного с ущемленной грыжей. И это бывало не только с нами, но и со многими, многими другими.

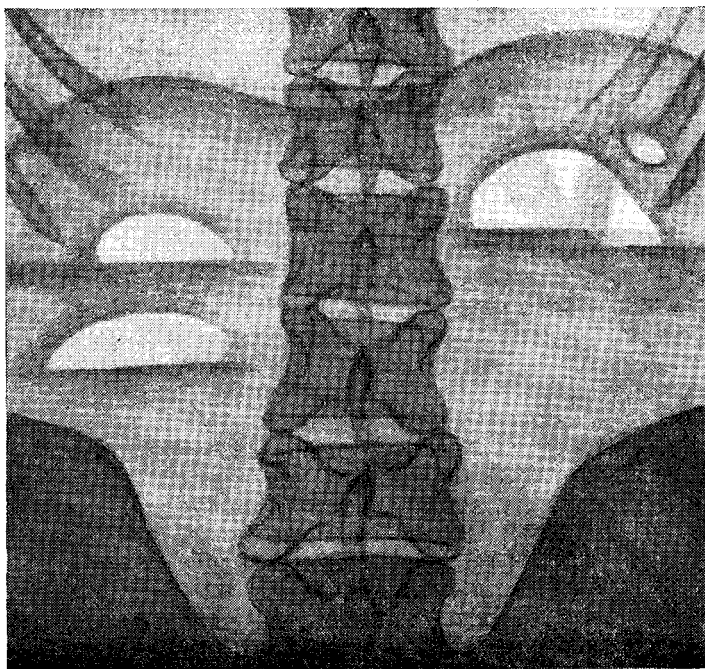


Рис. 6. Пузыри газа над горизонтальными уровнями жидкости при непроходимости кишечника.

Раньше, чем вы решитесь оперировать, тщательно посмотрите те места, где бывают грыжи. Чаще всего они наблюдаются в паховой области — над и под пупартовой связкой, реже — в надчревной области, редко — в поясничной области и совсем редко — высоко на бедре.

Почему же мы все-таки ошибаемся? Мы часто ошибаемся от невнимательности, потому что врач Скорой помощи бывает перегружен; а иногда мы ошибаемся и не по своей вине; представьте себе очень толстую старую женщину, у которой все заплывло жиром, не разберешь, где живот, где бедра, и если что-то ущемилось под пупартовой связкой, то ошибиться тут нетрудно.

Однако некоторые признаки все же заслуживают внимания.

Бывают больные с длительным грыжевым анамнезом и без анамнеза. Человек знает, что у него имеется грыжа, он ее холит, лелеет, не дает до нее дотронуться. Вдруг этот человек похудел, грыжевое отверстие стало больше, и когда он поднял тяжесть, грыжа ущемилась.

Другая категория больных, когда больной не знает, что у него имеется грыжа.

Возьмем первую группу больных. Грыжа могла быть двоякая — вправимая и невправимая; грыжа была относительно безболезненная и стала болезненной. Вправимая грыжа перестала вправляться, появилась болезненность, а затем появились два признака: большого тошнит и рвет, газы и кал у него не отходят. Но бывает частичное ущемление, когда газы и кал могут отходить, так называемая рихтеровская грыжа. Бывают и такие случаи: в Ленинграде, против моей клиники, на Петропавловской улице, заболела женщина 45 лет. В продолжение пяти дней 7 врачей смотрели ее. На 5-й день она была доставлена в клинику с каловым перитонитом. Значит, и тут можно ошибиться, поэтому внимание врача должно быть очень концентрировано.

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

И, наконец, последнее заболевание из группы «острого живота», о котором я обещал вам рассказать, — это внематочная беременность. Я не буду говорить о причинах, которые ее вызывают, скажу только о клинических формах.

Женщина 29—30 лет жалуется на боли в животе; боли сильные, отдают иногда вправо, температура нормальная или чуть повышенная. При расспросе — месячные то ли нормально прошли, то ли опоздали на 1—2 дня. Проще всего поставить диагноз аппендицита.

И вот когда вы вскрываете живот, вас приветствует лужа крови вместо серозной или гнойной жидкости. И так как эти ошибки бывают часто, то мы и требуем от врача, чтобы больную осмотрел гинеколог.

На основании каких данных гинекологи ставят диагноз? Прежде всего на основании анамнеза: были ли в прошлом явления сальпинго-оофорита? Относится ли матка больной к типу инфантильных? Были ли беременности? Дальше он смотрит на отделяемое из влагалища, имеет ли оно красный цвет или шоколадный. На основании всей суммы данных ставится распознавание, которое подтверждается пункцией заднего свода. Получив сумму данных, говорят, что это внематочная беременность.

От внематочной беременности при современном положении вещей не должна погибнуть ни одна женщина. Однако она погибает, если будет направлена не по назначению или несвоевременно.

* * *

Я вам набросал сумму самых разнообразных заболеваний. Все они имеют острое начало, быстрое течение, все они или почти все требуют хирургического вмешательства.

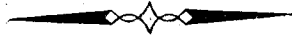
Каковы наши результаты в деле лечения больных с «острым животом», я показал вам выше, разбирая каждое заболевание в отдельности. В заключение мне хочется напомнить, что иногда бывают очень странные ошибки. Врач вскрывает живот, никаких патологических изменений там нет, но некоторые при этом убирают червеобразный отросток. Проходит месяц. У больного опять появляются боли, его вновь оперируют и опять не находят изменений, и так бывает по несколько раз — и вдруг вспоминают, что есть еще *tabes* — заболевание, которое дает такую неприятную картину.

Или бывает так: больной приходит с жалобами на боли в животе. Врач долго его осматривает и, наконец, просит показать зубы. Больной говорит, что имеет дело со свинцовыми белилами, работает маляром.

Я хочу, чтобы вы помнили следующее: кроме живота, есть весь человек, и чтобы вы, когда ставите распознавание, думали не только о животе, но и о всех частях человека и раньше, чем полезть в живот, нужно посмотреть всего человека.

Итак, основа всего — раннее распознавание и ранняя госпитализация. Лучше лишнего больного направить туда, где в заболевании разберутся, чем оставить дома больного с нераспознанным заболеванием!

Стенограмма лекции, прочитанной 26 ноября 1943 г.



СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	5
Статьи (1914—1939)	
К вопросу о вливании жидкого вазелина в брюшную полость с целью предупреждения сращений	9
К технике закрытия противоестественного заднего прохода	20
Угрожающие жизни гастро-дуоденальные кровотечения язвенного происхождения и их хирургическое лечение	24
Лечение свищей заднего прохода и прямой кишки частичным низведением слизистой оболочки прямой кишки	49
Дермоидные кисты (тератомы) прямой кишки	57
Вступительное слово на городской и областной конференции по вопросу «Острый аппендицит и его лечение»	68
К дифференциальной диагностике острого аппендицита	78
Выступления в прениях на заседаниях городской и областной конференции по вопросу «Острый аппендицит и его лечение»	90
Эффективность лечения основных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости	93
О диагностике острых заболеваний органов брюшной полости в условиях внебольничной сети	102
Значение раннего распознавания и ранней госпитализации при острых заболеваниях органов брюшной полости	133
К вопросу о диагностике острой кишечной непроходимости	141
Заключительное слово по докладу «К вопросу о диагностике острой кишечной непроходимости», сделанному на городской и областной конференции по острой кишечной непроходимости	156
Выступление на последнем заседании городской и областной конференции по острой кишечной непроходимости	158
Лекции (1943)	
Ожоги пищевода	161
Кровоточащие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	170
Желтуха	188
Рак прямой кишки	211
«Острый живот»	227

Джанелидзе Юстин Юлианович
Собрание сочинений, том IV

* * *

Редактор *С. Т. Захарьян*
Техн. редактор *К. К. Сенчило*
Корректор *З. И. Иванова*

Сдано в набор 6.III.1954 г. Подписано
к печати 19.VI 1954 г. Формат 70×108^{1/16}.
7,75 бум. л. 21, 24 печ. л.+0,34 печ. л. (вкл.)
19,94 уч.-изд. л. Тираж 5000 экз. Т 03886.
МН-75.

Медгиз, Москва, Петровка, 12.
Заказ 3047. 3-я типография, Медгиза,
Москва, Солянка, 14.
Цена 10 р. 10 к. Переплет 2 руб.