

го лечения получался хороший, то мы считали, что в данном случае болезненный синдром функционального характера. Это мнение мы высказываем на основании некоторого опыта с оперированными больными, которые, несмотря на улучшение, требовали производства операции на основании точно поставленного клинического исследования. В одном случае был поставлен диагноз рака желудка. Ни в одном из 5 подобных случаев не было обнаружено заметных деструктивных изменений ни в желудке, ни в 12-перстной кишке.

19) При остеомиелитах хронического течения определенного эффекта не получено.

20) При рожистом воспалении получился неясный терапевтический эффект (под наблюдением была одна больная).

21) При тромбофлебитах хороший терапевтический эффект мы наблюдали при заболеваниях в молодом возрасте, удовлетворительный—при травматических и слабый—при варикозном расширении.

Что касается зависимости эффекта от различных форм введения раствора, то, по нашим впечатлениям, наилучший эффект получается от инъекции в почечную область, затем от местного и циркулярного введения, и очень слабый—от шейного.

**Кроме того, получение хорошего эффекта во многом зависит от правильной техники инъекций.**

Еще большее значение имеет количество введенного раствора. Все случаи осложнений необходимо отнести за счет нарушения правил инъекции раствора. Поэтому приходится пожелать, чтобы техника инъекций, форма их и дозировка раствора продолжали в дальнейшем разрабатываться как в клиническом, так и в экспериментальном отношениях.

В заключение мы должны сказать, что способ новокаиновых инъекций, предложенный проф. А. В. Вишневым, есть наилучший современный способ легкого раздражения с целью вызвать реакцию в организме для ликвидации в нем того или другого болезненного процесса.

---

## **ПРОБОДНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПО ДАННЫМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОБУХОВСКОЙ ИМЕНИ НЕЧАЕВА БОЛЬНИЦЫ В ЛЕНИНГРАДЕ <sup>1)</sup>.**

Проф. Б. Г. Герцберг (Казань).

В настоящей статье мы решили поделиться теми данными, которые получены нами при изучении прободных язв желудка и 12-перстной кишки по материалу хирургического отделения Обуховской имени Нечаева больницы в Ленинграде, с каковой целью нами были использованы сохранившиеся истории болезни,

<sup>1)</sup> Доложено на объединенном заседании хирургического и терапевтического обществ г. Казани 15. I. 1937 г.

отчеты больницы, протоколы научных совещаний врачей больницы и печатные работы сотрудников больницы.

Весь материал хирургического отделения Обуховской имени Нечаева больницы за период с 1904 по 1934 гг. составляет 410 больных с прободной язвой желудка и 12-перстной кишки.

Цифра эта, при сравнении с другими данными в литературе, является значительной.

Из 410 больных мужчин было 384, т.е. 93,7%, женщин—26 или 6,3%. Число мужчин с прободной язвой желудка и 12-перстной кишки значительно выше, чем число женщин; по литературным данным процент женщин с прободной язвой колеблется от 1/2 до 8%. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки встречается в любом возрасте. Наиболее часто поражается возраст 20—50 лет. На материале Обуховской больницы самому молодому больному было 17 лет, самому старому—68. Огромное большинство больных в возрасте 23—50 лет. На нашем материале большинство прободных язв падает на осенние и зимние месяцы.

В 410 случаях язвы число язв желудка значительно преобладало (78,5%) над язвами 12-перстной кишки (21,5%). Этот факт преобладания язв желудка отмечен многими авторами. Но у Юдина на 419 случаев (статистика 1933 г.) прободной язвы язва 12-перстной кишки определена в 363 случаях. Объяснение такого расхождения может быть следует искать в том, что дуоденальные язвы не всегда распознаются правильно и показываются как язвы пилорической и препилорической части желудка. Для окончательного разрешения этого вопроса должно сыграть огромную роль дальнейшее развитие резекции желудка и 12-перстной кишки, как метода выбора операции при прободной язве.

У более молодых субъектов прободная язва располагается у привратника, у более пожилых—на малой кривизне.

Огромное большинство прободных язв имеет своей локализацией переднюю стенку желудка и 12-перстной кишки, и частота подобной локализации прободения вполне объясняется незначительной подвижностью и малой смещаемостью задней стенки желудка, а также тем, что при локализации язвы на задней стенке происходит слипание серозных поверхностей желудка с соседними органами—брыжейкой толстой кишки или поджелудочной железой.

Из оперированных 303 случаев прободной язвы, по поводу которых в истории болезни имелись указания относительно локализации процесса, на привратник падает 110 случаев, на малую кривизну—121, на 12-перстную—68 случаев, на область кардии—4.

Одновременное прободение 2-х язв на всем материале, прошедшем через хирургическое отделение Обуховской больницы, зарегистрировано было в 2 случаях.

Наличие желудочного страдания в анамнезе у больных, поступивших в Обуховскую больницу с явлениями прободения язвы, отмечается в 60%.

В ряде случаев перед наступлением прободения у лиц с язвенным анамнезом отмечались некоторые предвестники прободения:

общее недомогание, чувство тяжести в области желудка, отрыжка, изжога, а также обострение болевых ощущений.

На эти так называемые *ulcera perforatuae* обращали внимание в своих сообщениях Мануйлов и Петрашевская.

Прободение язвы у большинства больных наступало совершенно внезапно, в период полного покоя. Но у части больных следует отметить некоторые моменты, могущие быть истолкованы как повод к острой перфорации. Так, из 162 больных, оперированных за последние 6 лет, трое указали на физическое напряжение, предшествовавшее моменту прободения. В одном случае прободение наступило у больного вслед за ударом, нанесенным ему в живот. У двоих больных прободение наступило во время исследования: у одного при введении желудочного зонда, у другого после введения бариевой каши в рентгенологическом кабинете. 20 чел. указывали на погрешность в питании (прием большого количества жидкости, холодной минеральной воды, алкоголя). У одного больного прободение наступило вслед за сильными психическими переживаниями после получения им неприятного известия.

Симптоматология заболевания на материале Обуховской больницы является чрезвычайно типичной для прободной язвы.

Острая боль в момент перфорации является первым характерным симптомом. Вслед за этим наступают явления шока. Рвота на нашем материале наблюдалась, приблизительно, в 40%, кровавая рвота по материалу в 162 сл. последних лет отмечена всего у 9 больных.

Основным объективным симптомом является напряженный доскообразный живот, который на 162 сл. отмечен 152 раза. Мягкий живот на этом же материале наблюдался в 2 случаях.

Интересно указать, что локализация болей в 77 сл. из 162 отмечена в подложечной области, в 58 сл. определялась по всему животу, в 8 сл. — в правой подвздошной области.

Но, несмотря на типичную картину прободной язвы желудка и 12-перстной кишки, ошибки в диагнозе при этом заболевании отмечаются у всех авторов. За последние годы в Обуховской больнице количество ошибочных диагнозов невелико: из 162 сл. разработанного нами, совместно с студ. Захаровой, материала правильный диагноз был поставлен в 138 сл., т.-е. в 85,2%. Обычно смешивают прободную язву с острым прободным аппендицитом или с острым холециститом. Из 24 сл., где клинический диагноз не совпадал с диагнозом, полученным при операции, 13 были приняты за острый аппендицит, 4—за непроходимость кишок, 7—за холецистит. В 9 сл., где врачами квартирной помощи и в первые часы поступления больного в больницу был поставлен диагноз отравления и острого гастрита, через несколько часов диагноз был изменен и больные оперированы. Среди больных, оперированных с ошибочным диагнозом прободной язвы, в Обуховской больнице имеются два случая, когда во время операции был обнаружен острый панкреатит. В одном случае была

найдена флегмона желудка на почве распавшейся раковой язвы. Двое больных были взяты на операционный стол с диагнозом прободной язвы желудка, но по вскрытии брюшной полости патологических изменений в ней не было найдено: эти случаи оказались острым гастритом.

Таким образом, диагностика прободной язвы желудка и 12-перстной кишки требует дальнейшей разработки, и в этом отношении рентгенологическое исследование, которое до сих пор в Обуховской больнице не производилось, должно сыграть свою положительную роль в случаях, подозрительных на прободную язву.

Хотя в литературе имеются указания на возможность спонтанного излечения прободной язвы желудка и 12-перстной кишки, однако в настоящее время никто не сомневается в том, что единственным методом лечения при прободении язвы является срочное оперативное вмешательство. Всякое промедление с операцией или отказ от нее влекут за собой гибель больного. На материале Петрашевской (1913 г.) из 52 неоперированных случаев прободной язвы лишь в одном случае образовался ограниченный перитонит, все же остальные больные погибли.

Тот процент смертности, который можно было бы вывести на основании первых сообщений из Обуховской больницы (Гессе, Клопфер) при прободной язве желудка и 12-перстной кишки, так же велик, как и у других авторов того периода, когда значительная часть больных оставалась неоперированной и когда более половины больных были доставлены в больницу позже чем через 12 час. после заболевания.

Петрашевская на XX съезде хирургов в 1928 году представила следующие цифры смертности из Обуховской больницы при прободной язве: до 1914 г. общий процент смертности был равен 62,9; с 1914 по 1928 г. он снизился до 37,2; на материале с 1928 по 1934 г. он равнялся 32,1%.

Из 108 случаев, о которых сообщала Петрашевская, подверглось операции 56 чел. Часть не была оперирована вследствие того, что заболевание у них не было распознано, больные доставлены были в очень поздние часы от начала заболевания и в таком тяжелом состоянии, что оперировать их не представлялось возможным. Из 162 случаев последних лет все были оперированы.

Меньший процент смертности за последние годы следует отнести за счет лучшей организации скорой помощи, усовершенствования оперативной техники и ранней и правильной диагностики.

Перитонит дает наибольшее количество смертных случаев при прободной язве желудка и 12-перстной кишки. Перитонит при прободной язве, в первые часы после прободения, является сравнительно невинным. Позднее в экссудате обнаруживается уже вирулентная микрофлора, в большинстве случаев *bact. coli*, дающая смертельный исход. Что успех операции после прободения язвы желудка зависит от числа часов, прошедших с момента прободения до операции, подтверждают статистические данные и данные бактериологического исследования содержимого брюшной



полости, добытого при операции по поводу прободной язвы желудка и 12-перстной кишки.

На материале Обуховской больницы, смертность в случаях, доставленных в первые 10 час., составила 4,3%; от 10 до 18 час.—26,6%; от 18 до 36 час.—75%; от 1½ до 4 суток—94,5%.

Из 162 больных последних лет, 104 были оперированы в первые 12 часов. Процент смертности равнялся 21,1. Из оперированных в промежуток между 12 до 36 час. погибло 57,7% б-ных. Из 7 чел., оперированных в промежутке от 36 до 52 час., умерло 5 чел. Герцберг, Скобельцева и Агулова в пищеварительной клинике ВИЭМ при Обуховской больнице, исследовав микрофлору брюшной полости у 23 больных с прободной язвой желудка и 12-перстной кишки, доказали закономерную связь послеоперационного течения и исхода заболевания от бактериальных находок. Случаи выздоровления больных, оперированных в поздние часы после прободения, возможность прикрытых перфораций и зависимость течения от вирулентности бактериальной флоры в брюшной полости, вполне подтверждают то положение, что и при поступлении больного через поздний срок от начала заболевания все же не следует отказываться от оперативного вмешательства, если имеется хотя бы небольшая надежда на благополучный исход. Необходимо считать за правило оперировать немедленно при малейшем подозрении на прободную язву. Каждый пропущенный час уменьшает шансы на спасение больного. Поэтому вопрос о раннем распознавании в таких случаях приобретает особое значение. Весьма существенным является тщательное собиране анамнестических данных.

Со времени первой операции, произведенной по поводу прободной язвы желудка (1880 г.), до сих пор нет еще общепринятого метода операции при прободной язве желудка и 12-перстной кишки.

Что касается методов обезболивания, то при операции по поводу прободной язвы желудка и 12-перстной кишки в Обуховской больнице в подавляющем большинстве случаев применялся наркоз — эфирный или хлороформный. Лишь за последние 2 года у ряда больных операция производилась под спинномозговой анестезией, которая протекала успешно.

С целью профилактики гнойных заболеваний в брюшной полости и предупреждения послеоперационных пневмоний аспирационного характера, а также для облегчения ориентировки и последующих манипуляций в брюшной полости на желудке и 12-перстной кишке, перед операцией вводится желудочный зонд для эвакуации желудочного содержимого. Благодаря этому приему, введенному в практику Обуховской больницы Грековым, желудок спадается, и наложение швов на месте прободения значительно облегчается.

Наиболее простым оперативным вмешательством при прободной язве является шов, накладываемый вне инфильтрата с целью закрыть прободное отверстие. В случае наклонности швов к прорезыванию, к линии швов подтягивается сальник. В случае невоз-

возможности наложить швы из-за их прорезывания, прободное отверстие прикрывается сальником на ножке с последующим введением тампона. Из 4-х случаев Петрашевской при подобном способе операции трое больных выздоровело.

На XII съезде хирургов Петрашевская стояла на той точке зрения, что оперативное вмешательство при прободной язве желудка и 12-перстной кишки должно быть наиболее простым и состоять хотя бы и в нетщательном зашивании места прободения, но с пластикой сальником, высушиванием брюшной полости и тампонадой ее.

Мужская Обуховская больница встала на точку зрения первичной гастро-энтеростомии при прободной язве желудка и 12-перстной кишки. Греков и Гессе уже в 1912 г. считали гастро-энтеростомию безусловно показанной при прободной язве привратника и язве 12-перстной кишки, при обязательном условии общего хорошего состояния больного.

Такие неблагоприятные моменты, как растягивание желудка, давление на свежесложенный шов, должны предотвращаться последующей гастро-энтеростомией, независимо от локализации язвы. Кроме того, благодаря покою желудка возможно раннее питание больного, и пища при этом минует наиболее часто поражаемые отделы желудка — привратник и 12-перстную кишку. В настоящее время гастро-энтеростомия считается показанной в случаях, где язва расположена в привратнике или на 12-перстной кишке, ибо пренебрежение этой операцией в таких случаях может вызвать сужение просвета и непроходимость.

На материале Обуховской больницы в одном случае наблюдался стеноз привратника. Один больной был подвергнут повторному чревосечению на 9-й день после первой операции наложения швов в области привратника. В другом случае стеноза привратника больной отказался от операции, выписался из больницы и исчез из-под наблюдения.

Что соустье не предохраняет от последующего кровотечения из язвы и от дальнейшего прогрессирования болезненного процесса, подтверждено случаями Петрашевской. Двое больных погибли через месяц после прободения привратника. Третий больной погиб на 8-й день после наложения анастомоза.

Ушивание прободного отверстия с последующей гастро-энтеростомией в Обуховской больнице было произведено 206 раз. Простое ушивание с пластикой сальником и без пластики было сделано в 107 случаях.

Выдвинутая за последние годы операция резекции желудка при прободной язве желудка и 12-перстной кишки в Обуховской больнице была произведена всего 6 раз, причем в 4 сл. операция окончилась выздоровлением.

Из методов обработки брюшной полости известны два: обильное промывание или «сухой» метод. Хирургическое отделение Обуховской больницы, возглавлявшееся Грековым, всегда стояло за высушивание брюшной полости тампонами и никогда не применяло промывания брюшной полости при прободной

язве. Особенно тщательно с целью профилактики гнойных заболеваний очищались печеночный и селезеночный карманы, а в необходимых случаях и область малого таза.

Наиболее рациональный при прободной язве желудка и 12-перстной кишки глухой шов брюшной полости применялся в Обуховской больнице с 1914 г. С 1920 г., как правило, в ранних случаях производилось зашивание брюшной полости наглухо. В более поздних случаях, при явлениях общего гнойного перитонита, применялся дренаж, тщательная тампонада брюшной полости по принципам, высказанным Грековым на XII съезде хирургов. Особенно тщательно производилось дренирование поясничных областей обенх подвздошных ямок и малого таза.

За последние годы брюшная полость не закрывалась наглухо только в исключительно тяжелых случаях: так, из 162 сл. рана была оставлена под тампоном всего 12 раз.

Послеоперационный период при прободной язве желудка и 12-перстной кишки в подавляющем количестве случаев протекал с различными осложнениями: так, из 162 больных последней серии в 70% случаев наблюдались осложнения со стороны разных органов и только в 29,7% случ. не было никаких осложнений.

Наибольшее количество осложнений наблюдалось со стороны дыхательных органов (68 чел. из 162). Бережное обращение с тканями во время операции, дезинфекция вскрытой слизистой оболочки желудка и кишки, оберегание внутренних органов салфетками от охлаждения, а также и другие профилактические меры должны уберечь больных от осложнений в послеоперационном периоде. Кроме осложнений со стороны брюшины и дыхательных путей, наблюдались сужение привратника, недостаточность анастомоза, желудочное кровотечение, разрыв брюшной раны, поддиафрагмальный абсцесс, абсцесс Дугласа и др.

В среднем койко-день, на основании материала в 162 сл., равен был 29.

Относительно отдаленных результатов операции прободной язвы мы еще не можем определенно высказаться, за отсутствием достаточного количества обследованных случаев.

---

Из факультетской хирургической клиники (дир. проф. Н. И. Напалков) и кафедры микробиологии (дир. проф. А. А. Миллер) Ростовского государственного медицинского института.

## О КАЧЕСТВЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТРУНЫ.

А. М. Дыхно и С. Е. Ольштейн.

Введенный в хирургическую практику Листером кэтгут быстро стал неотъемлемой частью хирургического обихода, и своего значения он не потерял до настоящего времени. Несмотря на всю мощь современной асептики хирургия и сейчас не может обходиться без рассасывающегося материала для швов и лига-