

С. В. ПОЛИКАРПОВ

К распознаванию и лечению прободного брюшнотифозного перитонита

По материалу Хабаровской областной больницы

Перфорация кишечника, встречаясь приблизительно в 2-3% случаев брюшного тифа, является одним из самых серьезнейших его осложнений.

Начиная с Микулича (1884), литература изобилует сообщениями о случаях позднего распознавания прободения кишечника. Не менее часто перфорация остается нераспознанной.

Наш материал, касающийся диагностики и оперативного лечения перфораций кишечника в Хабаровской областной больнице с 1933 по 1937 г., охватывает 60 больных.

Количество прободений увеличивается обычно в августе—октябре, что отражает общеизвестный рост заболеваемости брюшным тифом в осенние месяцы,—явление характерное для многих стран. У нас приходилось на январь—7 случ., февраль—1, март—5, апрель—1, май—1, июль—7, август 8, сентябрь—5, октябрь—15, ноябрь—9, декабрь—1 сл.

Мужчин было в 6 раз больше, чем женщин. Преобладание мужчин среди пораженных перфорацией отмечают все авторы. Причины данного явления не вполне ясны. Чаще всего поражаются люди в возрасте от 20 до 30 лет. У нас в этом возрасте имелось 34 больных, т. е. около 50% всех случаев.

Интересные данные мы получили о времени перфорации. Ранняя перфорация описывается как редкое исключение, между тем мы видели кишечное прободение на первой неделе болезни 11 раз (в 18% случаев), из них в 1 день болезни—3 случая, в 3-й—1, в 4-й—2, в 5-й—3, в 6-й—1, в 7-й—1 случай.

О дне начала болезни мы судим на основании анамнестических данных. Хотя он и не соответствует патолого-анатомическим изменениям кишечника и истинному сроку заболевания, все же это имеет большое значение при распознавании прободения.

Три раза мы наблюдали перфорацию и в очень поздние сроки, а именно, на 45, 60, 101-й день болезни. Причины столь поздней перфорации, за исключением случаев затянувшегося тифа и протекавших с рецидивами, мы видим в самом состоянии больного. Анемизированный, ослабленный и истощенный больной, долго находившийся под влиянием интоксикации, впадает, кроме того, в состояние гиповитаминоза С. Указанные факторы ведут к задержанной регенерации кишечной стенки, вызывают длительно существующую опасность перфорации. Последняя тем более вероятна, что реконвалесцент чувствует себя вне опасности и теряет всякую осторожность в диете и в

своим поведением. Та же самая причина лежит в основе неблагоприятного течения ран у брюшнотифозных больных.

Клиническая картина перфорации складывается из местных и общих явлений, возникающих и протекающих на фоне основного заболевания. Поэтому свой материал мы делим на три части по формам брюшного тифа: 1) легкая форма (т. н. амбулаторный тиф), 2) форма средней тяжести и 3) тяжелая форма.

При легкой форме тифа интоксикация бывает выражена настолько незначительно, что больные обычно не прекращают своего труда. Больные этой группы или чувствовали себя здоровыми до момента перфорации, или лечились амбулаторно при диагнозе: грипп, лихорадочное состояние, ангина, холецистит, малярия и др. Наш материал содержит 25% амбулаторных форм. К форме средней тяжести мы относим случаи тифа со всеми умеренно выраженными его явлениями (интоксикация, поражение желудочно-кишечного тракта, метеоризм и т. д.). К тяжелой форме отнесены случаи, протекавшие с резким поражением центральной нервной системы, бредом, потерей сознания ночью и днем. Для этой формы характерно тяжелое поражение сердечно-сосудистой системы, длительное тифозное состояние, повторное высыпание розеол и т. д.

Кардиальным признаком в клинической картине перфорации является боль. Наш опыт позволяет сказать, что боль почти всегда — ранний признак перфорации. Все трудности оценки болей, все разнообразие их характерно только для тяжелой, менее для средней формы брюшного тифа. При амбулаторном тифе боль вынуждает больных обращаться в больницу. Сроки обращения их в больницу различны, что в известной степени объясняется различной выносливостью к болям. Локализация болей в основном соответствует расположению язвы и чаще всего возникает в правом нижнем квадранте живота.

Потрясающий озноб бывает сравнительно редко при стационарном тифе, и у нас он не являлся признаком, облегчающим диагноз перфорации. Наоборот, при амбулаторном тифе в анамнезе больных часто отмечались ознобы, которые задолго предшествовали прободению. Рвота констатирована в первые часы после перфорации в 16 случаях, что позволяет считать этот признак сравнительно редким, если вспомнить, что Джанелидзе на 2639 случаев острого аппендицита исчислил частоту рвоты в 42%. В стадии диффузного перитонита рвота бывает несколько чаще, но тоже далеко не всегда. Диаррея при тифе средней тяжести встречалась в нашем материале больше, чем в половине случаев.

При перфорации постоянно наблюдались напряжение мышц брюшной стенки и грудной тип дыхания. В случаях „амбулаторного“ тифа вся брюшная стенка резко напряжена (как доска), иногда напряжение захватывает лишь правую половину живота, и значительно реже — только правую подвздошную область.

Приблизительно в половине случаев отсутствовала печеночная тупость, в остальных — она была сохранена. Рентгеноскопически определять пневмоперитонеум по Кервену мы не имели возможности. Наличие свободной жидкости в брюшной полости, несомненно, относится к поздним признакам перфорации, т. е. к диффузному или осумкованному перитониту. Перистальтика кишечника, определяемая аускультативно, отсутствовала лишь в единичных случаях.

Температурные колебания были весьма изменчивы и диагностиче-

ского значения не имели (таково же мнение большинства современных авторов). У больных с амбулаторной формой брюшного тифа, которых мы видели не раньше 3—6 часов после перфорации, температура была всегда высокой—реже 38,5°, чаще же—выше (до 40,0°). Пульс дает значительные изменения уже в первые часы после прободения. В среднем частота его определялась 100—120. Подобная тахикардия наблюдалась и при тяжелой общей интоксикации без перфорации.

По нашим данным количество лейкоцитов в первые часы после перфорации выражалось обычно цифрой 4000—6000. Во всех случаях отмечено отсутствие эозинофилов и падение числа лимфоцитов до 8—18%, хотя в отдельных случаях лимфоцитоз доходил до верхней границы нормы (35%). Следовательно, исследование крови у стационарных больных не облегчает раннего диагноза перфорации. В случаях же амбулаторного тифа, при ясной клинической картине перфорации, лейкопения указывает лишь на диагноз брюшного тифа.

В виду исключительной трудности распознавания перфорации при стационарном тифе (средняя и тяжелая форма), оперативное лечение показано и при предположительном диагнозе. Несомненно, лучше иметь хотя бы предположительный, но ранний диагноз. Лишь в этих случаях можно рассчитывать на успех оперативного вмешательства, которое является единственно рациональным методом лечения, т. к. самопроизвольные выздоровления встречаются редко (у нас 1 случай „самопроизвольного“ выздоровления). Бесспорно, лишь оперативное лечение дает надежду на выздоровление. Из 69 больных нами оперировано 60. Местная анестезия применена в 52 случаях, у 8 больных мы пользовались эфирным наркозом. Осторожная, нетравматичная операция вполне может быть произведена под местной анестезией. Зашивание язвы мы произвели в 58 случаях и 2 раза применили метод Эшера там, где зашивание язвы оказалось затруднительным из-за значительной инфильтрации кишечной стенки.

Оперативный материал отдельных иностранных хирургов в период 1930—1937 г. г. дает 8—25% выздоровлений.

Русские хирурги в последнее пятилетие достигли крупных успехов, получив в среднем 35% выздоровлений, тогда как в предыдущем десятилетии имели всего 14%. Но наряду с высоким процентом выздоровлений у одних авторов (Мир-Касимов, Ахутин, Ковальский и др.), у других получены довольно плохие результаты (Постников, Гольдгаммер, Шабанов, Рубан, Макаренко-Мануйлов), хотя все упомянутые авторы располагают материалом, относящимся к последнему десятилетию.

По нашему мнению, сравнительная редкость кишечной перфорации, трудности диагностики и накопления опыта—основные причины неодинаковых успехов хирургов в лечении перфорации кишечника.

На 1-й неделе оперировано 11 чел., умер 1; на 2-й неделе оперировано 13, умерло 9; на 3-й неделе—10 и 6 (соответственно), на 4-й неделе—7 и 6; на 5-й—5 и 3; на 45—60 день оперированы 2 человека, оба умерли. В ранний период болезни, когда больные еще не ослаблены интоксикацией и брюшина целиком не потеряла своих пластических возможностей, результаты оперативных вмешательств значительно лучше.

Свой оперативный материал в соответствии со схемой, приведенной выше, мы разделили по форме брюшного тифа следующим обра-

зом: тяжелая форма 18, выздоровлений нет; форма средн. тяж. 27 выздоров. 7 (26%); амбулатор. форма 15, выздор. 14 (93%). Всего из 60 оперированных выздоровел 21 (35%).

В 14 случаях амбулаторного тифа операция была нами произведена в первые сутки после перфорации; тем не менее все больные выздоровели. В группе средней и тяжелой формы оперировано до 12 часов — 11 чел., а выздоровел лишь 1.

По нашим данным форма брюшного тифа—важнейший фактор, определяющий исход. Второе место по своему значению занимает срок операции от момента прободения. В группе тяжелых брюшнотифозных больных нередко операция была вынужденной, без всякой надежды на успех.

Стопроцентная смертность тяжелых брюшнотифозных больных приводит нас к убеждению, что на выздоровление среди них можно рассчитывать лишь при сверхраннем диагнозе к операции. Лишь при операции в стадии перфорации без явлений перитонита мы будем иметь лучшие результаты.

Поступила 7. XII. 1939.

П. С. ПОПЦОВА

Лейкоцитарная картина при брюшном тифе

Из фак. и госпит. терапевтической клиники санфака Казанского государственного медицинского института (директор клиники проф. В. И. Катеров.)

Большинством авторов для брюшного тифа признается характерной лейкопения, и лишь единичные авторы (Лове, Бонна) отмечают лейкоцитоз в течение всего брюшного тифа. Негели, Тюрк, Петров и др. считают, что количество лейкоцитов при брюшном тифе не постоянно, а изменяется различно в зависимости от периода болезни, тяжести заболевания, исхода и других моментов.

Все авторы признают наличие нейтропении. Однако по вопросу о том, когда нейтропения появляется, когда достигает своего максимума и как долго держится в течение заболевания, — такого единодушия нет.

Так же разноречивы данные и относительно наличия эозинофилов при брюшном тифе. Тут мы находим указания на анеозинофилию (Дробный, Негели, Петров и др.), наличие эозинофилов при легко протекающих тифах (Негели, Тюрк, Штехелин и др.), наличие эозинофилов во всех случаях брюшного тифа, кроме случаев, заканчивающихся смертельно (Лове).

Относительно содержания лимфоцитов при брюшном тифе имеется единодушное мнение, что оно увеличивается по мере снижения количества нейтрофилов.

В клинике нам неоднократно приходилось отмечать расхождение в картине крови у брюшнотифозных больных с имеющимися литературными данными; так, при всех прочих признаках, говорящих за диагноз брюшного тифа (температура, селезенка, розеола, брадикардия), в лейкоцитарной формуле мы находили иногда эозинофилы и вместо ожидаемой лейкопении наблюдали лейкоцитоз.