

через 1 год и 3 месяца после дегастроэнтеростомии новой операции—резекции желудка.

Удаление патологически измененных органов (червеобразного отростка, желудочного пузыря и т. д.) вместе с дегастроэнтеростомией дает при „желудочно-кишечном соустье как болезнь“ еще больший эффект, чем одна только дегастроэнтеростомия.

Наши наблюдения, согласно с литературными данными, говорят о том, что после дегастроэнтеростомии не всегда наступает длительное улучшение и что может развиваться рецидив язвы, от которого быть может предохраняло существование „желудочно-кишечного соустья как болезни“.

Единственным методом лечения у подобных предрасположенных к язве больных является резекция желудка, что и было выполнено нами в нашем 4-м случае. Отсюда становится понятным необходимость длительного проведения социально-профилактических мероприятий (в первую очередь диетотерапии) у больных, подвергшихся дегастроэнтеростомии.

Выводы: 1. „Желудочно-кишечное соустье как болезнь“—определенный клинический синдром, требующий оперативного лечения дегастроэнтеростомией.

2. Результат оперативного лечения этого заболевания дегастроэнтеростомией не всегда дает полный и длительный эффект; возникающие иногда рецидивы язв требуют оперативного лечения резекцией желудка.

3. Желудочно-кишечное соустье должно применяться только по строго взвешенным показаниям, особенно у истероневрастеников.

Литература. 1. Блюменталь, Новый хир. архив, № 101—102, 1932.—2. Гирголав, Журн. соврем. хир., т. III, в. 4 (16), 1928.—3. Кох, Нов. хир. архив, № 74, 1929.—4. Минц, Советская хир., т. IV, вып. 1, 1933.—5. Оглоблин, Вест. хир. и погран. областей, № 32, 1927.—6. Орнатский, Вест. хир. и погран. областей, № 114—116, 1935.—7. Промтова, Советская хир., т. VI, вып. 5, 1934.—8. Тонпровер, там же.—9. Федоровский, Врач. дело, № 9, 1933.—10. Хайнис, Советская хир., № 9, 1936.—11. Hilarovics, Zbl. f. Chir., № 25, 1929.—12. P. Réaume, Technique chirurgicale Estomac et duodenum, Masson Paris 1932.—13. Thaleimer, Journal de Chirurgie, т. XXX, № 4, 1921.

Поступила в ред. 10.II.1938.

Из пропедевтической терапевтической клиники (дир. проф. А. Г. Тергулов)
Казанского государственного медицинского института.

О рентгенодиагностике хронических аппендицитов.

К. А. Маянская.

Рентгенодиагностика хронических аппендицитов, несмотря на ряд обстоятельных работ, посвященных этому вопросу (Григорьев, Лемберг, Гредель, Готгеймер, Чепе, Опенгеймер, Донер, Кон и др.), не имеет достаточного распространения в клинике.

Между тем встречаются случаи, где у больного вместо хронического аппендикита нередко предполагаются самые разно-

образные заболевания — холецистит, гастрит, язва желудка, опущение почки и пр.

Это обстоятельство выдвигает перед клиницистом необходимость искать более объективные пути для правильного распознавания заболевания аппендицитом, и в этом отношении большую помощь может оказать рентгеновское обследование.

Попытки рентгеновского исследования аппендикса относятся еще к 1906—7 годам (Беклер, Левен, Барре, Лирц, Ридер и др.) Первым, кто доказал, что отросток доступен рентгеновскому обследованию и заполняется контрастной массой во всех случаях, когда его сообщение с соеситом не нарушено, был Григорьев (1911). В дальнейшем исследования Григорьева подтвердились рядом авторов (Чепа, Готгейнер, Кон, Донер, Опенгеймер, Израельский и др.).

Методика обследования в основном сводится к следующему: контрастная масса применяется обычно путем приема внутрь в виде обычной смеси бария в воде, или с примесью небольших доз слабительной соли, что, усиливая перистальтику, способствует лучшему заполнению отростка (Чепа). Исследовать можно как в вертикальном, так и в горизонтальном положении больного в зависимости от положения соесита и отростка. Необходимо просвечивать больного в течение исследования несколько раз через известные промежутки времени (8, 12, 24, 48 часов после приема контрастной массы). Данные просвечивания желательно дополнять снимками. В случае незаполнения отростка при однократном приеме контрастной массы необходимо повторить исследование, чтобы исключить возможность случайных моментов, препятствующих проникновению бария в отросток, заполнение каловыми массами в момент исследования, случайные перегибы и пр.

Нормальный отросток в рентгеновском изображении, по описанию Григорьева, Лемберга и др., имеет вид полоски контрастной массы, шириной в среднем с гусиное перо. Длина отростка сильно варьирует. Положение в громадном большинстве случаев медиально и книзу от соесита; реже отросток направлен вверх (при короткой брыжейке); еще реже имеется латеральное положение. Контуры тени в норме гладки, верхушка закруглена. При длинном отростке тень может быть сегментированной. Подвижность отростка значительная — до 90° вокруг соесита. Время заполнения варьирует, нередко отросток заполняется только через 24 ч. после начала исследования. Нормальный отросток опорожняется раньше соесита или вместе с ней, лишь в некоторых случаях опорожнение отростка запаздывает по сравнению со слепой кишкой.

При рентгеновском исследовании, по литературным данным, различают ряд прямых и косвенных симптомов, говорящих за изменения отростка.

К прямым симптомам следует отнести: 1) стойкое незаполнение отростка контрастной массой; 2) недостаточное заполнение; 3) деформацию контуров тени отростка, в особенности

в области верхушки; 4) наличие конкрементов в просвете аппендикса; 5) наличие сращений; 6) болезненность при надавливании в области тени отростка.

Разными авторами эти симптомы оцениваются различно. Так, Чепе придает большое значение симптому незаполнения отростка. Опенгеймер, Кон, Готгейнер, не отрицая диагностического значения симптома незаполнения, находят, однако, что он, как вообще отрицательный симптом, имеет слабые стороны, так как не дает возможности судить о степени и характере изменений—отросток может не заполняться вследствие облитерации просвета, спаечного процесса или, наконец, оттого, что он заполнен воспалительным экссудатом. В таких случаях на помощь приходит исследование чувствительности в илеоцекальной области—при активном воспалительном процессе отросток резко болезнен при пальпации, облитерация же обычно не сопровождается болезненностью.

Недостаточно заполненный отросток имеет вид исходящего из соесим короткого луковичеобразного выпячивания с небольшим диаметром. Не надо только забывать, что и нормальный отросток может быть иногда очень короток. Чтобы избежать ошибки, следует обращать внимание на форму дистального конца тени аппендикса, которая в норме, как уже указывалось, имеет всегда закругленный характер. Резко обрывающийся, расширенный, вогнутый или заостренный конец тени отростка указывает на изменения в этом отделе.

Каловые камни в просвете отростка дают в рентгеновском изображении округлые дефекты в тени заполненного контрастной массой аппендикса и рассматриваются большинством авторов как показатель изменений, требующих оперативного вмешательства.

К прямым симптомам изменений отростка большинство авторов относит также и сращения. На спаечный процесс указывает стойкое фиксированное положение тени отростка, не меняющееся при попытках смещения и при перемене положения больного. Характерна для сращений и вогнутая под углом и фиксированная в таком положении тень отростка; подобные изгибы не следует смешивать с физиологическими, обычно округлой формы, непостоянными изгибами, легко расправляющимися при пальпации.

К косвенным симптомам изменений отростка относятся: 1) замедленное опорожнение *pars coecalis ilei*; 2) изменение формы соесим; 3) ряд симптомов рефлекторного порядка, как-то: спазм привратника, спазм сфинктеров Бузи и Гирша, а также гиперкинетические явления со стороны толстой кишки.

Особо нужно остановиться на вопросе о замедленном опорожнении аппендикса, так как по этому поводу в литературе имеются расхождения; в то время как одни считают ретенцию контрастной массы в отростке после опорожнения соесим явлением безусловно патологическим, указывающим на инфильтрацию, на рубцевание стенки отростка или на фиксацию его сращениями,

другие, на основании своих наблюдений, указывают, что аппендостаз является частой рентгенологической находкой у вполне здоровых субъектов. Френкель считает аппендостаз показателем рубцовых изменений на почве бывшего аппендицита или, в некоторых случаях, следствием динамической неполноценности отростка, зависящей от слабости мускулатуры; особенно часто это бывает при длинных отростках.

Наши наблюдения показывают, что стаз, при отсутствии других симптомов и клинических данных, говорящих за изменение отростка, еще не указывает на патологическое состояние, но, как сопутствующее явление, при наличии других данных, может иметь известное диагностическое значение.

Таким образом, рентгенологическое исследование дает представление о положении отростка, о его форме, величине и физиологическом состоянии (время заполнения, характер перистальтики), о взаимоотношении его с соесит и смежными органами. Чрезвычайно велика роль рентгеновского исследования при дифференциальной диагностике с заболеваниями смежных органов, могущими в некоторых случаях давать картину, весьма сходную с хроническим аппендицитом. Холецистит с нехарактерной локализацией болей, изменения со стороны желудка гастритического или язвенного порядка, опущение или камни правой почки, аднекситы у женщин, аномалии развития и положения соесит, спастические запоры—все это может давать повод к неправильной диагностике. Между тем в таких случаях больные могут быть избавлены от ненужной операции, если при рентгеновском исследовании у них обнаруживается неизменный отросток. С другой стороны, на литературном и своем материале мы можем отметить случаи, где больные трактовались как желудочные, почечные и пр. и только тщательно произведенное рентгеновское исследование позволяло исключить ранее предполагавшиеся диагнозы и давало возможность определить заболевания червеобразного отростка, которое и подтверждалось оперативно.

Таким образом рентгеновское исследование является ценнейшим диагностическим методом, если оно производится тщательно и в тесной связи с клиникой.

Наш материал охватывает 104 случая, куда входят как хронические рецидивирующие и первично хронические аппендициты, так и случаи, где на ряду с заболеваниями других органов брюшной полости имелся болезненный симптомокомплекс, заставлявший думать о сопутствующих изменениях отростка.

Исходя из литературных данных и собственного опыта, мы остановились на следующей методике исследования: после обычной подготовки для рентгеновского исследования желудочно-кишечного тракта, больной получал порцию бариевой жидкой взвеси (150,0 бар. sulf. на 200,0 воды) с примесью к ней 2 десертных ложек глауберовой соли (по Чепу). Первое исследование производилось через 10—12 часов после приема контрастной массы; если отросток к этому времени не заполнялся, больному

давалась еще порция взвеси бария уже без слабительного. Дальнейшие исследования производились через 24, 48 ч. и дольше, смотря по надобности, вплоть до опорожнения кишечника от контрастной массы. Исследование производилось в вертикальном положении; при низком расположении соесит делалось дополнительное просвечивание на трохоскопе. Во всех случаях попутно с изучением состояния аппендикса проводилось исследование и всего желудочно-кишечного тракта.

По клиническим данным наших больных можно разделить на три группы: 1) с хроническим рецидивирующим аппендицитом; 2) с первично хроническим аппендицитом; 3) с болезненным симптомокомплексом со стороны аппендикса при заболеваниях смежных органов.

Первая группа охватывает 35 случаев выраженного хронического рецидивирующего аппендицита, из которых 29 проверены оперативно. Все больные этой группы имели в анамнезе от одного до нескольких типичных приступов.

При рентгеновском исследовании были констатированы следующие данные: заполнение отростка — 3; незаполненное в первом и повторном исследованиях — 24; недостаточное заполнение — 8; пальпаторная болезненность в илеоцекальной области — 35; фиксация на почве сращений — 3; деформация контуров отростка — 11; стаз в *pars coecalis ilei* — 14; изменение медиального контура соесит а) на почве сращений — 17, б) спастического характера — 5; спазм *pylorus'a* — 3; гиперперистальтика желудка — 2; спазм сфинктера Бузи — 8; дискинезия толстой кишки — 4.

Бросается в глаза большой процент незаполнения и неполного заполнения отростка контрастной массой. Из косвенных симптомов наиболее часто встречалось изменение медиального контура соесит, в большинстве случаев сопровождавшееся ограничением смещаемости слепой кишки, что указывало на спайки. Однако в нескольких случаях смещаемость соесит была при этом сохранена, и деформация зависела, вероятно, от спазма, тем более, что во всех подобных случаях одновременно имелись и другие спастические явления — спазмы сфинктера Бузи, гаустрация спастического характера. Из других симптомов частой находкой был стаз *pars coecalis ilei*.

Сл. 1. Характерная для хронического аппендицита клиническая картина. Рентгеновский диагноз заболевания отростка поставлен на основании незаполнения его, деформации медиального контура соесит, стаза *pars coecalis ilei*, ограничения смещаемости соесит и выраженной болезненности у ее медиального контура. Перечисленные симптомы говорили за наличие грубых органических изменений в отростке и спайки в илеоцекальной области. Случай подтвержден оперативно.

Сл. 2. Клинический диагноз — хронический рецидивирующий аппендицит с 3 приступами в анамнезе. Рентгенологически: тень отростка ненормально коротка — имеет вид небольшого выпячивания у нижнего сигмента соесит, медиальный контур которой предстает сглаженным. К нец тени отростка прямолинейно обрывается. Отросток фиксирован, резко болезнен при пальпации. При операции обнаружены грубые спайки у основания отростка, притягивающие его к соесит. Отросток утолщен у основания; посредине отрост-

ка рубцовая перетяжка, закрывающая почти весь просвет, чем и объясняется неполное заполнение отростка контрастной массой и деформация дистального конца тени его.

Приведенные случаи с достаточной ясностью показывают возможность правильного диагноза изменения отростка при рентгеновском исследовании.

Во всех случаях, входящих в первую группу, правильное распознавание облегчалось наличием выраженной клинической картины заболевания. Значительно сложнее в этом отношении обстоит дело там, где клинически подозревался первично хронический так называемый бесприпадочный аппендицит и жалобы больных не всегда имели ясный характер. Эти больные объединены во вторую группу, куда входят 48 случаев. Весь этот материал можно разбить на 3 подгруппы:

1. Клинически и рентгенологически определяются изменения отростка — 13 случаев.

2. Клинически можно было заподозрить первично хронический аппендицит, но при рентгенологическом обследовании изменений отростка не обнаружено — 27 случаев.

3. Клинически имелось подозрение на заболевания смежных органов, рентгенологически же было доказано, что в основе заболевания лежат изменения отростка — 8 случаев.

13 случаев, объединенные в первую подгруппу, расценивались клинически как первично хронический аппендицит. При рентгеновском исследовании во всех этих случаях имелись явные изменения отростка, подтвердившиеся в 11 случаях.

Рентгенологически найдено: заполнение отростка — 7; неполное заполнение — 5; незаполнение — 1; болезненность в области тени отростка — 12; фиксация сращениями — 6; деформация контуров отростка — 8; наличие конкрементов в просвете отростка — 3; аппендикулярный стаз 2; стаз в *pars coealis ilei* — 3; изменение формы *coeum* — 5; спазм сфинктера Бузн — 2; дискинезия толстой кишки — 2.

Здесь ценность рентгеновского исследования заключалась в том, что оно давало подтверждение клиническому диагнозу первично хронического аппендицита, поставленному в некоторых случаях без достаточной уверенности. В качестве примера приведу один случай из этой группы.

В течение нескольких месяцев больная жалуется на постоянные тупые боли в правой подвздошной области. Острых приступов болей не было. Клинически — подозрение на первично хронический аппендицит. При рентгеновском исследовании тень отростка представляется изогнутой и фиксированной; дистальный конец тени вогнут, нечетко контурируется; в области верхушки округлый дефект наполнения; медиальный контур *coeum* выпрямлен; тень отростка болезненна при пальпации. Рентгеновский диагноз: сращения в области аппендикса; органические изменения в области верхушки; каловый камень в просвете отростка.

Диагноз подтвердился на операции.

Из больных второй подгруппы многие поступили в клинику с намерением оперироваться по поводу предполагавшегося у них хронического аппендицита.

Результаты рентгеновского обследования этой группы больных таковы: не найдено изменений со стороны желудочно-кишечного тракта—6; соесит mobile—5; макросигма—1; энтероптоз—3; дискинезия толстой кишки—7; пилородуодениты—5. У 2 больных из числа тех, у которых не найдено было вообще изменений со стороны желудочно-кишечного тракта, клинически были в дальнейшем установлены воспалительные изменения правых придатков, чем и могли быть объяснены имеющиеся у них болезненные явления. В одном случае соесит mobile и во втором, где имелась картина дискинезии толстой кишки, все же было применено оперативное вмешательство, подтвердившее рентгеновское заключение об отсутствии изменений отростка.

Приведенные случаи подчеркивают значение рентгеновского исследования при подозрении на первично хронический аппендицит, так как оно обеспечивает правильную диагностику в тех случаях, когда какое-либо из заболеваний смежных органов протекает под флагом первично хронического аппендицита.

Наибольший интерес представляет третья подгруппа, состоящая из 8 случаев, из которых 7 были проверены оперативно, где клинически трудно было предполагать изменения отростка, и только рентгеновское исследование дало возможность поставить правильный диагноз.

Эти больные шли под клиническим диагнозом: язва желудка и 12-перстной кишки—3; холецистит—1; камни правой почки—1; пилородуоденит—2; субфебрилитет—1.

Все они лечились от предполагаемых у них заболеваний в различных клинических учреждениях, не получая видимого облегчения.

Позволю себе привести два случая из этой подгруппы.

Сл. 1. Жалобы на постоянные боли в подложечной области, усиливающиеся через 1½—2 часа после еды, изжогу, тошноту, по временам рвоту после приема пищи. Продолжительность заболевания около 2 лет. Клинически у больного предполагалась язва желудка, рентгенологически желудок без изменений. Аппендикс расположен медиально от соесит, направлен вверх, вытянут в длину, в дистальном отделе крючкообразно изогнут; фиксирован на всем протяжении; у основания тени округлый дефект наполнения, говорящий за наличие камня в просвете. Соесит со сглаженным медиальным контуром. Выраженная болезненность в области тени аппендикса. По опорожнению толстого кишечника отросток длительно изолированно заполнен.

Операция—отросток и соесит в спайках с салъником и задним листком париетальной брюшины. Отросток утолщен, слизистая гипертрофирована, местами покрыта эрозиями. В просвете несколько мелких каловых камней. После операции прекращение всех болезненных явлений. Только рентгеновское исследование дало здесь возможность установить правильный диагноз.

Еще показательнее в этом отношении случай 2-й с больным, который, в течение ряда лет долго и безуспешно лечился от язвы желудка. Рентгенологически при исследовании желудка, кроме усиленной перистальтики и небольшого птоза, никаких других отклонений от нормы не было найдено. При исследовании кишечника обнаружено ненормально высокое положение соесит. Отросток расположен почти под печенью, изогнут петлеобразно, фиксирован; стойкая сегментация тени отростка; округлые дефекты наполнения на ходу

тени. По опорожнении кишечника отросток остается длительно изолированно заполненным; на основании улучшения видимости отростка по опорожнении сосисит можно было думать о ретроцекальном положении. Операция — подпеченочно ретроцекально расположенный отросток. Соесит и отросток замурованы в спайках. Отросток утолщен, гиперемирован; в просвете несколько каловых камней, слизистая покрыта эскорициями. После удаления отростка все болезненные явления прекратились.

В последнюю, третью группу, входит 21 случай, где, при ясном заболевании одного из смежных органов, были данные, говорящие за изменения отростка.

По роду заболевания больные распределялись следующим образом: заболевания желчного пузыря—7; пилородуоденит—6; язва 12-перстной кишки—1; перивисцерит—2; аднексит—5.

При исследовании больных с холециститом только в одном случае рентгенологически были найдены сопутствующие изменения отростка: фиксация его, наличие каловых камней в просвете, локализованная в области тени отростка болезненность. При исследовании больных с клиническим диагнозом пилородуоденита изменений отростка не обнаружено. У больного с язвой 12-перстной кишки, жаловавшегося на боли в илеоцекальной области, найдены при рентгеновском исследовании сопутствующие изменения отростка, подтвердившиеся при операции. В обоих случаях перивисцерита рентгенологически были определены обширные спайки отростка. Во всех случаях аднекситов также были обнаружены сращения в илеоцекальной области. В двух случаях имелись налицо при этом одновременные изменения отростка, заключающиеся в наличии конкрементов в просвете, болезненности тени отростка и деформации контуров.

Наших случаев слишком мало для того, чтобы делать выводы о частоте патологического состояния отростка при заболеваниях смежных органов. Но здесь важно только указать, что жалобы на илеоцекальную область или объективно определяемые болезненные явления в этой области, часто сопутствующие заболеваниям различных органов брюшной полости, легко могут найти себе подтверждение или быть отвергнуты путем рентгеновского исследования.

Заканчивая свое сообщение, которое имеет предварительный характер, позволю себе сделать следующие выводы:

1. Рентгенологическое изучение червеобразного отростка представляет ценный и объективный метод при распознавании первично хронических аппендицитов.

2. При хронических рецидивирующих аппендицитах рентгенологическое исследование хотя и не имеет решающего значения в смысле распознавания, но ценно с точки зрения установления анатомических соотношений в илеоцекальной области и суждения о наличии и степени сращений, что далеко небезразлично для хода оперативного вмешательства.

3. Рентгенологическое исследование червеобразного отростка, должно все больше и больше внедряться в повседневную практику во всех случаях с неясным болезненным симптомокомп-

лексом со стороны брюшной полости, как один из методов дифференциальной диагностики.

Литература. 1. Albrecht, die Röntgendiagnostik des Verdauungskanaals, Tieme, 1931.—2. Assmann, Klinische Röntgen diagnostik der inneren Erkrankungen, 1928.—3. Беюль и Гольст, В. х-и п. о. Т. XXX, 87—89.—4. Crämer, Münch. med. Woch., № 12, 1912.—5. Czepa, D. Med. Woch. № 27, 1924.—6. Cohn, Münch. med. Woch. № 19, 1913.—7. Döhner, Fortschr. Röntgenstr. Bb. XXXV.—8. Felsen, Amer. Journ. Röntg., vol. 31, № 3.—9. Fränkel, Verhandlungen der Berliner med. Gesellschaft, 1926.—10. Григорьев. Новейшие точки зрения в рентгенологии, 1920.—11. Gottheiner, Fortschr. Röntgenstr., Bd. XXXV, H. 1.—12. Croedel, M. med. Woch. N 14 и 19, 1913.—13. Israelski, Fortschr. Röntgenstr. B. 45, H. 5, 1932.—14. Knothe, Röntgenpraxis, H. 23, 1930.—15. Kröker, Fortschr. Röntgenstr. B. 45, H. 3, 1932.—16. Лемберг, Экспер. и клинич. рентгенология, Сб. 1, 1926.—17. Liertz, D. med. Woch. Bd. XXXVI, Juli, 1910.—18. Oppenheimer, Fortschr. Röntgenstr., Bd. ZIV. 5.—19. Scholz, Amer. Journ. Roentgenol, vol. 31, № 6.—20. Thom, Röntgenpraxis, H. 15. 1931.—21. Walton, and Woinstein, Amer. Journ. Roentgenol, vol. 24, p. 631.

Поступила в ред. 28.VI.1938.

Из 1-й хирургической клиники (директор проф. Н. Н. Назаров) Воронежского государственного мед. института.

Оперативное лечение паховых и бедренных грыж и его отдаленные результаты.

(По материалам 1-й хирургической клиники за 10 лет).

Прив.-доц. Ф. К. Кессель.

Весь наш материал обнимает 832 больных, страдавших грыжами, что составляет 6,8% всего стационарного материала. Эта цифра весьма близка к данным других авторов (Михалкин —8,68%, Стеблин-Каминский—6,01%). Мужчин было 92%. Только в 16 случаях мы нашли указания на крипторхизм.

Чаще всего мы наблюдали грыжи у лиц, занимающихся физическим трудом: у 49% всех больных, страдавших паховой грыжей.

В анамнезе наших больных мы имеем ряд указаний на различные причины, которые могли способствовать образованию грыжи. В одном случае паховая грыжа появилась после ушиба копытом паховой области. У некоторых наших больных развитию грыжи способствовала тяжелая физическая работа вскоре после перенесенных длительных изнуряющих заболеваний.

Время, протекшее от момента появления паховой грыжи до операции, в наших случаях было весьма различной длительности: до 1 года—177 случаев, до 3 лет—158, до 6 лет—119, до 9 лет—55, до 12 лет—74, до 15 лет—46 сл., до 20 лет—66 сл., до 25 лет—8 сл. и больше 25 лет—34 сл. (в том числе три случая, где грыжа появилась у больного за 50 лет до поступления в клинику).

Весь наш материал мы делим на 3 группы: обыкновенные грыжи (неущемленные), ущемленные и рецидивные грыжи, такого же деления мы придерживались и при изучении бедренных грыж.