

Лечение гематом передней брюшной стенки в основном консервативное (И. Б. Колондер). При осложнениях нарастающим кровотечением, нагноением гематомы необходимо вскрытие, лигирование сосудов, тампонада.

Приводимые нами наблюдения показывают, что самопроизвольные гематомы передней брюшной стенки встречаются нередко, необходимо помнить об этой патологии и дифференцировать ее от острых заболеваний органов брюшной полости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бирюкова В. В. Вестн. хир., 1964, 1. — 2. Колондер И. Б. Там же, 1929, 18. — 3. Эмиров Н. А. Там же, 1965, 11.

УДК 616—002.45—616.346.2—002

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ И ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

И. Л. Певцов

*Центральная больница Кировского района г. Куйбышева
(главрач — М. В. Терентьев)*

Из 623 чел., оперированных в отделении по поводу перфораций, 31 был взят на операционный стол с ошибочным диагнозом острого аппендицита. Целью работы служит попытка выяснения причин допущенных ошибок.

Лишь 7 больных поступили в рабочее время, остальные 24 доставлены в вечерние и ночные часы. С диагнозом перфоративной язвы поступил 1 больной. У 5 больных был диагноз «острый живот», у 2 — «обострение язвенной болезни», у 21 — «острый аппендицит», у 1 — «гастроэнтерит», у 1 — «холецистит». При первичном осмотре хирургов в больнице лишь у 7 больных заподозрена язва. При повторном осмотре мнение менялось в пользу острого аппендицита. У 16 больных поставили диагноз «острый аппендицит», у 8 — «перитонит аппендикулярной этиологии».

Затруднения в диагнозе возрастают в связи с продолжительностью заболевания. Недостаточно четкая клиническая картина стирается развивающимся перитонитом. В сроки до 2 часов от начала заболевания были госпитализированы 8 больных, от 2 до 6 часов — 12, от 6 до 12 — 4, через сутки — 7 и больше. Одна больная доставлена через 3 суток после перфорации. Приведенные цифры указывают на встречающиеся ошибки не только в запущенных случаях, но и в начальном периоде после перфорации (в первые 6 часов госпитализировано 20 больных).

15 больных при первичном осмотре жаловались на боли по всему животу без четкой локализации, 7 указывали на боль в правой половине живота, 5 — в правой подвздошной области и лишь 4 жаловались на боли преимущественно в эпигастральной области.

У 27 больных боли появились внезапно, сразу же были сильными, но лишь у 5 они начались в эпигастрии, у 9 — в правой подвздошной области. Боли были сразу же распространенными по всему животу у 6. Не уточнено место появления первых болей у 7 больных. У 4 больных заболевание началось нетипично, с неинтенсивных болей в эпигастральной или правой подвздошной области, которые затем постепенно усиливались.

Рвота считается неспецифическим симптомом для перфоративной язвы желудка. Она чаще отмечается при деструктивном аппендиците, сопровождается развивающимся перитонитом. Среди большого числа больных с перфорацией, наблюдавшихся Б. С. Розановым, рвота была у 12%. Среди наших больных рвота была отмечена у 11 из 31. Иногда рвота появлялась одновременно с болью. На тошноту жаловалось 16 чел.

У 20 больных был язвенный анамнез. Некоторые из этих больных раньше лечились по поводу язвенной болезни. Указаний на перенесенные ранее приступы острого аппендицита не было ни у одного больного.

Пульс у большинства поступивших до двух часов был 70—80 в мин., при более поздней госпитализации он был учащен. Лишь у одного больного через 2 часа от начала заболевания был замедленный «вагусный» пульс (50).

Отмечается более тяжелое состояние язвенных больных, а также большая выраженность у них перитонеальных симптомов по сравнению с поступающими в те же сроки с острым аппендицитом. Но с увеличением продолжительности заболевания это различие стирается. У многих больных, поступивших в первые два часа, отмечен «ладьеобразный» живот. В более поздние сроки он был несколько втянутым, иногда уплощенным, слабо участвовал в дыхании, особенно в правой половине. У доставленных через сутки наблюдалось умеренное вздутие живота, напряжение. Передняя брюшная стенка не участвовала в акте дыхания.

При объективном исследовании у 20 больных была распространенная боль по всему животу, особенно сильная в правой подвздошной области. У 8 больных отмечена боль в правой половине живота, как в верхнем этаже, так и в правой подвздошной области. Боль в нижнем отделе живота справа при перфоративной язве вызывается стеканием сюда желудочного содержимого. Лишь у 2 больных максимальная боль обнаружена в эпигастрии. У 1 больного, поступившего в первые два часа, участок максимальной боли, определявшийся при первичном осмотре в эпигастрии, вскоре переместился в илеоцекальную область. Это дезориентировало хирурга. Напряжение мышц передней брюшной стенки соответствовало локализации боли, но имело большую распространенность. Напряжение в эпигастрии было почти у всех больных. Лишь у 3 больных при локализации максимальной боли в правой подвздошной области напряжение было сильнее выражено в эпигастрии. По степени напряжения мышц живота иногда предполагалась перфорация язвы. Дезориентировало сохранение печеночной тупости и нетипичная локализация болей.

Среди наших больных лишь у 3 напряжение передней брюшной стенки было нечетливым. Симптом Щеткина — Блюмберга был резко выражен почти у всех больных, особенно в правой подвздошной области. Тимпанит на месте печеночной тупости, свободный газ в брюшной полости при обзорной рентгеноскопии, симптом Эликера обычно отсутствовали.

Наибольшие трудности в диагностике наблюдались у 4 больных с постепенным началом заболевания, 2 из них были госпитализированы в ранние сроки. Нехарактерное начало заболевания у них сочеталось со слабой выраженностью изменений в эпигастральной области, распространенностью перитонеальных симптомов по всему животу. Могли помочь в распознавании заболевания распространенность и степень напряжения мышц передней брюшной стенки, а также желудочный анамнез, но на это не обратили внимания.

У 2 больных, поступивших через сутки, постепенное начало заболевания послужило одной из причин позднего обращения за медицинской помощью. У них обнаружили разлитой перитонит. Максимальные боли локализовались в правой подвздошной области, а из-за тяжести заболевания у них трудно было детально собрать анамнез.

У 5 больных с острым началом заболевания, с типичной интенсивностью и локализацией первых болей, с напряжением мышц передней брюшной стенки также не был поставлен правильный диагноз. 3 из них поступили в первые 1,5—3 часа. У них был язвенный анамнез. Клиническую картину расценили как обострение язвенной болезни, преперфоративное состояние. Больные наблюдались в течение 4—16 часов. Ввиду усиления болей в правой подвздошной области с нарастанием картины перитонита больных взяли на операцию, но с неправильным диагнозом острого аппендицита. Остальные 2 больных поступили через 11 часов и сутки. Интенсивность болей в проекции червеобразного отростка в момент обследования послужила причиной ошибки.

У лиц молодого возраста перфоративные язвы, особенно прикрытые перфорации, могут протекать при хорошем общем состоянии. Это может дезориентировать врача. По-видимому, с этим связано относительно большее количество ошибок, относящихся к лицам молодого возраста. Больных, оперированных с ошибочным диагнозом, в возрасте от 14 до 20 лет было 6, от 20 до 30 лет — 13, от 30 до 40 лет — 8, от 40 до 50 лет — 3 и старше — 1.

Затруднения увеличиваются при осмотре больных, находящихся в алкогольном опьянении: они бурно реагируют на пальпацию, хуже определяют локализацию боли.

Червеобразный отросток был, как правило, изменен вторично, лишь у 2 больных обнаружен флегмонозный аппендицит.

В брюшной полости находили обычное для перфоративной язвы содержимое, чаще в большом количестве, реже незначительное, с пленками фибрина. У 5 больных обнаружен гной, но без калового запаха. Несоответствие изменений в отростке выпоту и клинической картине заболевания приводило к ревизии желудка. Положение ухудшается, если хирург успокаивается, удалив лишь малоизмененный отросток.

Затруднения в диагнозе обычно наблюдаются при перфорации язв привратника и двенадцатиперстной кишки. Такая локализация была у 23 больных. У остальных перфоративное отверстие располагалось на передней стенке антрального отдела желудка или на малой кривизне. Летальных исходов не было.

Внимание, уделенное нами вопросам дифференциальной диагностики перфоративных язв, позволило в последующем у ряда больных со стертой клинической картиной заболевания избежать диагностических ошибок.

ВЫВОДЫ

1. Больных с перфоративной язвой, протекающей с болями в правой подвздошной области, куда стекает желудочное содержимое, с сохраненной «печеночной тупостью» часто оперируют с ошибочным диагнозом «острый аппендицит»

2. Боли в эпигастральной области при перфорациях со стертым клиническим течением могут с самого начала быть неинтенсивными, а сильные вначале боли иногда позднее стихают, поэтому они не обращают на себя внимания на фоне косвенного

симптома перфорации — более в правой подвздошной области или распространенных болей в животе.

3. Трудности в дифференциальном диагнозе возрастают с продолжительностью заболевания.

4. В запутанных случаях с развившимся разлитым перитонитом помогает ориентироваться подробный расспрос больного, учет предшествующего желудочного анамнеза. Быстрое распространение болей по всему животу с ранним развитием перитонита характерно для перфоративной язвы.

5. При несоответствии клинической картины изменениям в червеобразном отростке, а также обнаружении характерного выпота в брюшной полости необходима ревизия желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айтаков Э. Мед. журн. Узбекистана, 1958, 1. — 2. Бидер В. М. Врач. дело, 1954, 9. — 3. Иванов В. А. Вестн. хир., 1961, 9. — 4. Казанский В. И. и Харитонов Л. Г. Хирургия, 1958, 4. — 5. Неймарк И. И. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Медгиз, М., 1958. — 6. Розанов Б. С. В кн.: Руководство по хирургии, 1960. — 7. Сосняков Н. Г. Вестн. хир., 1940, 6. — 8. Усов Н. И. и Ветштейн Э. К. Хирургия, 1959, 3. — 9. Усов Д. В. Вестн. хир., 1962, 1.

УДК 612.014.482—616—073.66

РАДИОТЕЛЕМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ В ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ

И. А. Шевченко

*Кафедра военно-морской и госпитальной терапии (нач. — проф. З. М. Волюнский)
Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С. М. Кирова*

Применяемые в настоящее время методы исследования желудочно-кишечного тракта имеют существенные недостатки. Нередко исследование вызывает неприятные, иногда болезненные ощущения у больного. Не всегда удается получить сведения о таких важных физиологических данных, как температура, давление, кислотность в желудке и кишечнике.

В связи с этим большое значение имеет разработанная в последнее время методика радиотелеметрического исследования различных функций желудочно-кишечного тракта. С помощью миниатюрной радиокапсулы можно в течение длительного времени измерять температуру, давление и активную реакцию водородных ионов во всех отделах желудочно-кишечного тракта.

Радиотелеметрические системы были разработаны в различных странах. В 1957 г. в США известные специалисты в области радиоэлектроники Фаррар, Зворыкин и Баум изготовили радиокапсулу для измерения давления в желудочно-кишечном тракте. В том же году радиокапсула была разработана в Швеции Маккеем и Якобсоном. В дальнейшем к работам в области радиотелеметрического измерения функций органов пищеварения присоединились Арденне и Спрунг (1958) в ГДР, Неллер (1959) в ФРГ, Роуландс и Вольф (1960) в Англии.

В 1961 г. группа ленинградских инженеров под руководством А. М. Сорина разработала радиотелеметрическую систему, с помощью которой можно в течение длительного времени (1—3 суток) непрерывно измерять в желудочно-кишечном тракте температуру, давление и рН.

Принцип работы радиотелеметрической системы основан на регистрации радиоприемным устройством сигналов миниатюрной радиокапсулы, которая, после проглатывания, проходя по пищеварительному тракту, реагирует на определенные физические, химические и физиологические изменения среды.

Установка для радиотелеметрического исследования желудочно-кишечного тракта состоит из радиокапсулы, приемной антенны, приемно-анализирующего и регистрирующего устройства. Кроме того, имеется специальное тарировочное устройство, снабженное ультратермостатом.

Самой существенной частью радиотелеметрической системы является миниатюрная радиокапсула (рис. 1), выполненная в виде цилиндра, длина которого — 18 мм, диаметр — 8 мм, вес — до 2 г. Радиокапсула для измерения температуры состоит из датчика, генератора электромагнитных колебаний высокой частоты и источника питания. В качестве датчика использован сегнетокерамический конденсатор (вариконд). Применение вариконда, включаемого как емкость контура генератора, позволяет простым путем управлять частотой генератора в зависимости от изменений температуры окру-