

широко и с пользой применена при различных заболеваниях верхних дыхат. путей. Наиболее широкое распространение данного вида терапии обязано научной инициативе проф. М. Ф. Цытовича. В данное время хлор применяется не только с профилактической, лечебной, но и с диагностической целью. Острые процессы поддаются хорошо действию хлора, из хронических — только риниты без особой гипертрофии; атрофические процессы, озена — плохо поддаются хлорному лечению. Туберкулез противопоказует применение хлора. Что лежит в основе действия хлора — вопрос еще мало изученный, предполагается, что хлор обладает бактерицидными свойствами. В борьбе с гриппозной инфекцией хлор, несомненно, оказывает большую услугу.

В прениях: проф. Трутнев, д-р Бобровский, Вольфсон, Матвеев, Просвирнов, Никитин.

Постановили: 1) считать необходимым применение хлор-терапии с профилактической и лечебной целью в борьбе с гриппозной инфекцией; 2) считать целесообразным поднять вопрос перед НКЗдравом об организации и устройстве хлор-камер на фабриках и заводах; 3) в совузреждениях организовать особые комнаты для проведения сеансов хлор-терапии; 4) установить самый тщательный предварительный осмотр хлорируемых; 5) изготовление газа проводить на местах, т. е. транспортировка газа неудобна по техническим соображениям.

Секретарь секции Б. Соколов.

4) Объединенные заседания терапевтической, хирургической и рентгенологической секций.

Заседание 23 января 1934 г.

1. Проф. Н. В. Соколов. — Язва желудка и двенадцатиперстной кишки с хирургической точки зрения.

2. Прив.-доц. А. И. Миркин и д-р М. С. Морозова. — Клиника осложнений после операций на желудке.

3. Проф. Р. Я. Гасуль и прив.-доц. М. И. Гольдштейн. — Рентгенологическая картина осложнений оперированного желудка и ее значение для терапевта и хирурга.

Заседание 5/II 34.

1. Проф. Р. Я. Гасуль. — Рентгенотерапия пептической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

2. Д-ра Э. М. Могилевский, В. Л. Рапиовец, Д. Е. Потехин и Е. И. Медведев. — Ахлоридная диета как метод лечения гиперацидных гастритов и язв желудка.

3. Д-ра Э. М. Могилевский и С. И. Биткова. — Лечение гиперацидных гастритов и язв желудка откачиванием желудочного сока.

4. Д-р Н. Н. Ковязин. — Лечебное значение отведения желудочного сока при пептических язвах и кислотных катарах.

Прения. Проф. Н. К. Горяев. В материале Н. В. Соколова я хотел бы отметить следующие детали: 1. Очень высокий % случаев с повышенной кислотностью — 295 сл. (900/0). 2. Сравнительно высокий % случаев, где при операции диагноз пептической язвы подтвердился. В этом материале значительное число случаев прошло предварительно через нашу клинику. По отношению к этой части случаев я не стал бы проводить резкую грань между случаями с рентгенологическим исследованием и случаями без такового. Дело в том, что рентгенография, если вообще была применена, то лишь в совершенно единичных случаях. Рентгеноскопия же в подавляющем большинстве случаев давала лишь более или менее убедительные косвенные признаки язвы. % совпадений предварительного диагноза и диагноза при операции я считаю сравнительно высоким, учитывая большой скептицизм в этом отношении многих крупных авторитетов (Moynihan, Gutmann и др.). — Указанные две детали, кажется, могут свидетельствовать о достаточно осторожном направлении больных на операцию (обоснование диагноза и, между прочим, на верное длительное течение). Мне кажется, что нас — терапевтов нельзя упрекнуть, что мы слишком легко передаем б-ных хирургам, как и наших хирургов — в том, что они недостаточно взвешивают показания к вмешательству.

По вопросу о хир. вмешательстве при острых кровотечениях клиника С па-сокукоцкого высказывается в пользу операции при бурном кровотечении (Вр. Д., 1929, №—7). Личные впечатления заставляют меня сочувственно относиться к такому мнению: мы потеряли 6-го с кровотечением из эрозированной артерии в дне язвы duodeni; калибр сосуда и величина отверстия не оставляли сомнения, что 6-го могла спасти только своевременная (т. е. ранняя) операция. Однако, прибегнуть к хир. вмешательству при остром кровотечении нам не пришлось, хотя мы ставили в некоторых случаях на обсуждение с хирургами вопрос о вмешательстве.

А. И. Миркин в своем докладе отметил, что в ряде случаев развитие гастрита (после операций на желудке) нужно поставить в связь с диететическими погрешностями, алкоголизмом и др. влияниями, т. е. гастрит не является непосредственным следствием хир. вмешательства. В настоящее время как будто никто уже не думает, что операция делает излишним применение в дальнейшем лечебных мероприятий—диететических и др., напротив, все указывают на их необходимость.

Мы заслушали обстоятельные доклады о лечении гипераци. гастритов и пептических язв откачиванием желуд. сока (ахлоридная диета). Первое впечатление я бы формулировал так: исходя из правильного представления, что названные заболевания не есть чисто местное страдание, а являются следствием и выявлением общих расстройств в организме, предлагают метод лечения, который имеет целью устранить местное функциональное расстройство путем грубого воздействия на всю экономику организма и, как видно, может вести к достат. тяжелым общим расстройствам.

В вопросе о рентгенотерапии п. я., повидимому, еще многое остается невыясненным: сущность действия, индивидуализация дозировки и т. д.

Вполне присоединяясь к мнению, высказанному м. проч. и Н. В. Соколовым,—что будущее в лечении п. я. принадлежит не хирургии, что прогресс наших знаний в этой области, разработка методов леч. и ранней диагностики сделают хир. вмешательство не нужным. Но это—будущее, м. б. недалекое. На данном этапе хир. вмешательство занимает и должно занимать достаточно видное место в ряду наших попыток воссоздать трудоспособность 6-го, облегчить его страдания, уменьшить опасность тяжелых, иногда непоправимых осложнений.

Герbst (Клин. Мед., 1931, № 6), сопоставляя результаты при терап. и при хир. лечении язв (60—75% успешных при тер. и 55—70% при хир.), приходит к признанию преимуществ тер. лечения. Я сделал бы из приведенных цифр диаметрально противоположный вывод, учитывая, что на операционный стол попадают 6-е, подвергавшиеся уже тер. лечению, при безрезультатности последнего или при наличии осложнений.

Проф. А. Г. Терегулов. Лично я не имел возможности присутствовать на докладе проф. Н. В. Соколова, поэтому не могу высказываться по существу вопросов, затронутых докладчиком.

С точки зрения интерниста, при язвах желудка и двенадцатиперстной кишки оперативное вмешательство относительно показано, если налицо имеются повторные желудочные кровотечения, каллезная язва,—трудно поддающаяся консервативному лечению, перигастритические изменения или деформация duodenum'a, вызывающие нарушения эвакуации желудка, рубцовые песочные часы или, наконец, профессиональные моменты.

Мне кажется, в настоящее время, в связи с возможностью применения трансфузии крови при желудочных кровотечениях, вопрос о хирургическом вмешательстве отпадает, за исключением отдельных случаев, когда имеются специальные показания. При желудочных кровотечениях я всегда получаю хорошие результаты при консервативном методе лечения.

В тех случаях, когда приходится решать вопрос в пользу оперативного вмешательства, я лично предпочитаю резекцию желудка. Гастроэнтеростомия, хотя и является более физиологичной, чем резекция желудка, дает неутешительные результаты. Язва часто рецидивирует, не устраняется возможность осложнений, как кровотечения, прободения язвы, злокачественные перерождения и, по данным авторов, в 2—8% осложняется *ulcus jejunii peritum*.

В данный момент я не располагаю цифровыми данными, но мое впечатление по материалу клиники таково, что процент осложнений гастроэнтеростомированных больных *ulcus jejuni pepticum* во всяком случае больше, чем в 2—3⁰/₀.

Процент осложнений при резекции желудка *ulcus jejuni pepticum* в среднем держится в пределах 0,8⁰/₀. Но это обстоятельство ни в коем случае не может стимулировать интереса к расширению рамок показаний к оперативному вмешательству при язвенной болезни. Метод этот недостаточно физиологичен и далеко еще не изучено последующее влияние операции на организм. Гастрит, панкреатит, кишечные расстройства, гипо и гиперхромная анемия, развивающиеся после операции, заставляют быть весьма осторожными при решении вопроса о хирургическом лечении язвенной болезни.

Систематическое диететическое лечение в комбинации с лекарственным—дают удовлетворительные результаты и к операции следует прибегать только тогда, когда имеются действительные показания к таковой.

Лечение бессолевой диетой в комбинации с отведением желудочного сока в смысле эффективности—проверено на относительно большом материале Straus, Katsch-Mellinghoff. Авторы отмечают удовлетворительные результаты, полученные ими при этом методе лечения. Высокая кислотность и усиленная секреция в числе причин, тормозящих излечение язвы желудка,—являются наиважнейшими факторами. Авторы, в относительно короткий срок, получали понижение секреции, отчасти кислотности, исчезновение субъективных жалоб больных. Это обстоятельство и побудило нас проверить метод Straus'a и Katsch на нашем клиническом материале.

По нашим наблюдениям, этот метод является безразличным: активное и трудно дозируемое воздействие на хлорный обмен организма, хотя и сопровождается исчезновением в той или иной мере субъективных жалоб больных, понижением секреции и частью кислотности желудочного сока, однако, как мы видели, это вмешательство связано с нежелательными изменениями организма—сильным сдвигом хлоридов и накоплением продуктов азотистого обмена. По техническим условиям мы не имели возможности рентгенологически проверить антифлогистическое действие лечения на слизистую желудка. Но из того количества фактов, которое накопилось у нас за время наблюдений—мы можем сказать, что этот метод лечения не может быть рекомендован для широкого применения. Он может быть показан в отношении больных, нарушающих рекомендуемые им систематические лечебные мероприятия или когда имеется язва, действительно трудно поддающаяся консервативному лечению.

Д-р В. И. Пшеничников. В вопросе о показаниях к той или иной операции на желудке до сих пор еще нет единства. Строго придерживаясь выработанных показаний, факультетская хирургическая клиника в многосотенном материале операций на желудке не имеет последующих осложнений. В нашем материале смертность после гастроэнтеростомий составляет 1⁰/₀, после обширной резекции желудка по поводу язвы—3,4⁰/₀, по поводу рака—9⁰/₀.

Заслушанные доклады дают повод привести материал, касающийся консервативного лечения язв желудка и 12 п. к. Новокаиновый блок нервных сплетений мы применяли у 73 б-ных. После вливаний, в течение 1—2 дней мы наблюдали обострение язвенного симптомокомплекса, вслед за чем устанавливалось стойкое улучшение. Со стороны объективных данных мы наблюдали значительное снижение кислотности желудочного сока, снижение лейкоцитоза, и ацетон мочи. Кровяное давление, щелочной запас крови, функциональная проба почек—оставались без изменений. Срок наблюдения около 2-х лет.

Большого внимания заслуживает доклад д-ра Потехина. Упреком способам откачивания или отведения желудочного сока является опасность последующего возникновения гипохлорэмической азотемии, алкалоза, а также и небезопасное пребывание, в течении 8 час., в желудке оливы.

Терапия язвенной болезни должна быть быть щадящей. Вероятно, поэтому рентгенотерапия при язве и не получила широкого применения (биоотрицательный фактор).

Проф. Р. И. Лепская. Проф. Н. В. Соколов в своем докладе сделал одно интересное заявление, которое очень знаменательно в устах хирурга, а именно о том, что в будущем лечение язвы желудка будет принадлежать терапевту. Докладчик—хирург солидаризируется, следовательно, с той точки зрения, которая в местных изменениях большого органа—язве—видит выражение общего

процесса язвенной болезни. Необходимо подчеркнуть, что показания к оперативному вмешательству при язве ставятся врачами, особенно хирургами, слишком широко, что оперативному лечению подвергаются широко не только случаи с абсолютными показаниями, как перфорирующие язвы, стенозы, пенетрирующие язвы, каллезные и часто рецидивирующие формы или подозрительные в отношении рубцового перерождения, но, сплошь и рядом, больные оперируются на основании одного лишь клинического синдрома язвы, которому стали придавать слишком решающее, чуть ли не патогномическое значение. Клиника показывает на каждом шагу, как часто этот синдром, даже ярко выраженный, является лишь реакцией на заболевание другого органа брюшной полости—аппендицита, холецистита, иногда—панкреатита, и как велико число напрасных операций, наносящих ущерб дальнейшему нормальному функционированию желудочно-кишечного тракта. Язвенный синдром, без рентгенологических или других точных данных, служит лишь показанием к дальнейшему уточнению диагностики.

Что касается вопроса об отдаленных результатах операции, то статистика докладчика более благоприятна в сравнении с цифрами, например, клиники Bergman'a или Kalk'a. Последний считает, что 50% гастроэнтеростомированных больных вновь заболевают. Наш материал, изложенный в докладе доц. А. И. Миркина, иллюстрирует тяжесть явлений, с которыми нередко снова попадают к нам больные после операций на желудке.

Отсутствие до сих пор единого взгляда на патогенез язвы, многочисленность и сложность факторов, играющих роль в патогенезе ее, не дали нам до сих пор еще найти единый эффективный метод терапевтического воздействия; однако, несомненная роль функциональных расстройств, воспалительного процесса, тканевого предрасположения—наследственного и приобретенного обязывают нас подняться над упрощенной терапией местного жажения.

Учет перечисленных факторов, отраженный в различных терапевтических приемах, объясняет то, что разные методы могут давать положительный результат. К такому же стремлению искать новые пути воздействия на воспалительный процесс путем перестройки обмена относятся и сегодняшние доклады о бессолевой диете и откачивании желудочного содержимого.

Считаю нужным прибавить, что, при правильно поставленном контроле и правильной дозировке, те сдвиги, которые намечаются в обмене при этом методе, как напр., тенденция к повышению остаточного азота, не велики и опасности не представляют. Выполнение же такого контроля все же не требует обстановки более сложной, чем хирургическое лечение.

5) Протоколы научных конференций Кукморского филиала Н. М. А.

Заседание 3-го октября 1933 г.

1. *Организационная часть.* Выборы президиума филиала, в составе дд. Ф. Л. Лукманова, С. А. Смирнова и Г. А. Абдрахимовой.

2. *Научная часть:* сообщение д-ра С. А. Смирнова на тему „Аппендикулярные инфильтраты“.

Прения: дд. Лукманов, Пестова, Абдрахимова и Рождественский.

Заседание 15-го октября 1933 г.

1. Д-р Л. Е. Черкасский. Демонстрация больного со „спонтанной гангренной“ (до лечения).

Прения: дд. Смирнов, Земскова, Пестова и Рождественский.

Заседание 1-го ноября 1933 г.

1. Д-р А. Н. Кокушина. Демонстрация двух больных после операции френикоэкзереза (операции произведены в Казани).

2. Д-р А. Н. Кокушина. Демонстрация б-ного со свежим легочным туберкулезом (бытовая инфекция).

Прения: дд. Смирнов, Пестова и Рождественский.

3. Д-р С. А. Смирнов. Благоприятный результат лечения варикозных язв голени цинк-желатиной повязкой (демонстрация б-ной).

4. Д-р Г. А. Абдрахимова. Случай акрианоцефалии (демонстрация пат. анат. препарата).