

9. Больные малярией, при наличии увеличенной застойной селезенки, подлежат освобождению от тяжелых физических работ, физкультуры, бокса, футбольных занятий и других видов спорта.

Литература. 1. Архангельская-Левина, Нов. хир. арх., т. IX, кн. 4, 1926.—2. Березов, Монограф., 1925.—3. Березнеговский, Рус. хир., 1909.—4. Боголюбов, Каз. мед. жур., № 6—7, 1927.—5. Бржозовский, Нов. хир. арх., т. IX, кн. 3, 1926.—6. Вальтер, Сов. хир., № 4, 1935.—7. Горяев, Каз. мед. жур., № 11—12, 1931.—8. Горяев, Каз. мед. жур., № 6, 1934.—9. Дурмашкин, Каз. мед. жур., № 4, 1928.—10. Зильберберг, Нов. хир. арх., т. 28, кн. 3—4, 1933.—11. Кочетков и Маненков, Жур. акуш. и жен. бол., кн. 42, 1931.—12. Клячкин, Воен.-мед. жур., т. 2, 1931.—13. Лядский, Нов. хир. арх., т. 33, кн. 129, 1935.—14. Липкин, Сов. хир., № 3, 1936.—15. Постников, Сов. хир., № 6, 1936.—16. Стефаненко, Сов. хир., № 6, 1936.—17. Ситковский, Мед. мысль Узбек., № 9—10, 1929.—18. Чайшвили, Нов. хир. арх., т. 16, кн. 61—64, 1928.—19. Финкельштейн, Русск. врач, № 8, 1914.—20. Фаерман, Диссерт., 1929.

Из клиники неотложной и военно-полевой хирургии Казанского гос. института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина (директор проф. Г. М. Новиков).

О перфорациях язвы желудка при рентгеноскопии.

В. А. Суворов.

В числе непредвиденных осложнений при рентгеноскопии могут быть случаи перфорации язвы желудка. К счастью эти случаи редки. В мировой литературе описано всего 16 случаев, так или иначе связанных с рентгеноскопией. Конечно, это ничтожная цифра по сравнению с теми бесчисленными тысячами больных, которые ежедневно проходят через руки рентгенологов. Все же помнить об этом, хотя бы и ничтожном, проценте осложнений необходимо, ибо для больного такое осложнение представляет смертельную опасность.

На III съезде украинских хирургов в прениях по докладу д-ра Шварца „Перфорации желудка“ выяснилось, что многие хирурги имели не один случай перфорации желудка вслед за рентгеноскопией (Скляр, Шварц).

Проф. Юдин, в своей статье: „О резекции при прободных язвах желудка и 12-п. к.“¹⁾ вскользь упоминает о трех своих случаях перфорации желудка после рентгеноскопии и одновременно заявляет, что он знает не мало подобных случаев и у других хирургов.

В нашей советской литературе мне удалось найти только 3 случая перфорации желудка при рентгеноскопии. Один случай описан Багдасаровым и Неперент из клиники проф. Зеленина²⁾, второй—Рабиновичем из клиники проф. Мыш³⁾ и третий случай—Гнилорыбовым из Института неотложной помощи в Ростове на Дону⁴⁾.

¹⁾ Новый хирург, архив, том XXI, стр. 212.

²⁾ Врачеб. дело, № 11—12, 1932.

³⁾ Нов. хир. архив, т. XXVII, кн. 1, 1933.

⁴⁾ Сов. хир., № 4, 1936.

Заграницей впервые выступил по этому вопросу Панек, на основании материала венских клиник—8 случ., затем Штейнгер—1, Биттрельф—3, Габерер—2, Альбрехт—1.

Переходя к вопросу о причинах перфорации язв желудка и 12-п. к., мы должны к сожалению отметить, что до сих пор эта причина неизвестна. Является ли перфоративная язва особой специфической формой с самого момента ее возникновения, или же прободение это только заключительный аккорд того деструктивного, прогрессирующего процесса, который характерен для круглой язвы,—на эти вопросы современная патология ответа еще не дала.

Так, ряд американских авторов считает причиной перфорации инфекцию типа стрепто-энтерококка. Большинство же авторов причиной перфорации считает внезапное повышение давления в желудке, которое может быть связано с большим приемом пищи, внезапной травмой, поднятием тяжестей и т. д. Однако всем хорошо известны случаи, когда перфорация наступает среди полного покоя, например, во время глубокого сна.

Повидимому, причиной как образования язвы, так и перфорации ее нельзя считать только один какой-либо этиологический момент, вероятно в отдельных случаях они будут различны, соответственно чему течение, патолого-анатомическая картина и даже локализация язв будет неодинакова. Поэтому не все язвы желудка могут быть предметом опасений во время рентгеновского исследования.

В первую очередь наше внимание должны привлекать язвы, расположенные в пилорическом отделе желудка. Здесь, как правило, будет язва с ровными подрытыми краями, дно язвы гладкое, иногда шероховатое и кровоточащее. Вначале она будет залегать в слизистом, затем и мышечном слоях и, наконец, дном ее будет только серозная оболочка. Этот момент в течении язвы, самый коварный вообще, и рентгеноскопия здесь может быть особенно опасной.

Следующим этапом в развитии язвенной болезни могут быть рубцовые изменения, в результате чего образуется стойкая непроходимость. В этом случае мы можем наблюдать усиленную перистальтику желудка. Это так называемый стадий компенсации за счет гипертрофии мышечного слоя. В дальнейшем будет развиваться стадий декомпенсации. Непроходимость может нарастать за счет рубцового процесса. Мышечный слой уже не в состоянии будет справиться с нарастающей непроходимостью, в результате чего—застой пищевых масс, расширение и атония желудка с атрофией стенок. Последняя может достигать буквально до толщины бумаги и вдобавок еще сама может оказывать не вполне зарубцевавшейся.

Вот в таких случаях может произойти перфорация во время рентгеноскопии. Перфорация может наступить или в результате перегрузки тяжелой бариевой смесью, или в результате форсированной пальпации, когда рентгенолог пытается „протолкнуть“ контрастную смесь через стенозированный привратник.

Точно так же большую опасность представляет пользование при рентгеноскопии желудка таким мало „изящным“ инструментом как дистинкатор Гольцкнехта. Случаи, описанные Багдасаровым, Неперент и Штейнгером, очень ярко иллюстрируют только что высказанные нами предположения.

Так, больной Багдасарова и Неперент перфорацию получил в разгар рентгеноскопии. Будучи под экраном, он почувствовал внезапную сильную боль в области желудка. Исследование было прекращено. Больному предписан строгий постельный режим и со 2-го дня диета Яроцкого. Через 10 дней б-го просвечивали вторично без бариевой смеси. На экране в брюшной полости видны отдельные темные пятна, совершенно не смещаемые при пальпации, следовательно, не связанные с полостью кишечника. Б-ной был под наблюдением в течение 3 месяцев. При просвечивании брюшной полости на экране получалась всегда одна и та же картина. Интересно, что этот случай закончился выздоровлением и без оперативного вмешательства.

В случае Штейнгера дело касалось б-ной 37 лет, с 20-летним язвенным анамнезом. Исследования производились в специальном институте. Введенная бариевая смесь (количество не указано) обнаруживает язву на малой кривизне. Через час вводится дополнительная бариевая смесь, у б-ной это вызывает резкие боли и тут же под экраном обнаружено выходение бариевой каши в брюшную полость¹⁾. Этот случай с несомненностью доказывает, что бариевая смесь в результате перегрузки может вызвать перфорацию язвы желудка.

Тут дело, повидимому, касалось настолько сильно патологически измененной стенки желудка, что дополнительная порция бария была здесь тем последним моментом, который привел к столь печальному исходу.

Случаи, подобные только что описанным, когда катастрофа произошла под экраном, не могут вызвать сомнений в том, что перфорация здесь связана с рентгеноскопией. Впрочем, в печати приводятся случаи (Панек), когда перфорация произошла хотя и в рентгеновском кабинете, но еще до начала приема бариевой смеси. Случись это несколькими минутами позднее, и перфорация была бы отнесена за счет рентгеноскопии.

Проф. Рейнберг тоже упоминает о 2 аналогичных случаях.

В большинстве же опубликованных случаев дело касалось перфораций, которые произошли вне стен рентгеновского кабинета. Это были перфорации в ближайшие часы после рентгеноскопии, или же на более поздних сроках, через несколько суток. Панек делит свои случаи на 2 группы: I группа—перфорация наступила в ближайшие часы после исследования; II группа—перфорация наступила на 2-е сутки и больше; у него даже фигурирует случай перфорации на 6-й день. С практической точки зрения нам кажется удобнее будет все случаи перфорации делить на 4 группы: I группа—перфорация в момент

¹⁾ История болезни цитирована по Рабиновичу.

просвечивания, II группа—в ближайшие часы (1—5) после рентгеноскопии, но до приема обычной пищи; III группа—перфорация в первые сутки и после приема пищи; IV группа—перфорации после рентгеноскопии на 2-е сутки и больше. Выделение II группы нам кажется целесообразным потому, что после 5 часов больные обыкновенно уже успевают принять пищу, а это уже новый момент, могущий форсировать перфорацию, как это и было в одном случае у нас.

Все опубликованное советской и заграничной печатью случаи (16 случаев и 3 случая наших), дают по нашей классификации следующую картину: I гр.—4 сл. (Френкенталь 1, Панек 1, Штейнгер 1, Багдасаров 1). II гр.—7 сл. (Панек 3, Биттрельф 2, Суворов 1, Гнилорыбов 1). III гр.—4 сл. (Суворов 2, Биттрельф 1, Рабинович 1). IV гр.—4 сл. (Панек 4—группа спорная)

В первой группе причинным моментом перфорации безусловно является рентгеноскопия. Случаи II, III и в особенности IV группы, конечно, могут быть предметом спора. И все же, нам кажется, когда мы имеем перфорацию в первые часы после рентгеноскопии, будет правильнее считать виновницей этой тяжелой трагедии именно рентгеноскопию.

Картина перфорации может наступить в двух случаях. Во-первых, в случае непроходимости в стадии компенсации. Здесь привратник может быть частично еще проходим. Но пища, проходя через язвенную поверхность, будет вызывать путем раздражения длительный спазм привратника до полной его непроходимости. Желудок будет реагировать на это бурной перистальтикой. Пальпация же под экраном еще больше будет способствовать спастическому сокращению желудка. Во-вторых, когда дном язвы, как уже говорилось, оказывается серозная оболочка, то в разгар исследования может разыгаться тяжелая картина перфорации желудка (случай Багдасарова). Так как процесс освобождения желудка при стенозах может быть очень длительный, до 3 суток и даже больше, то в течение всего этого периода больной может находиться под угрозой перфорации.

Нам могут возразить, что ведь и до рентгеноскопии больной подвергался почти ежедневно этой опасности, так как у него обычная пища тоже не проходит. Да, но обычный прием пищи регулируется естественными рефлексам, и б-ные прекрасно чувствуют, когда у них желудок переполнен. Во время же рентгеноскопии, во-первых, вводится смесь с значительно большим удельным весом, чем обычная пища, а во-вторых,—против желания больного.

Вторым моментом, могущим дать перфорацию, является перегрузка атонического желудка бариевой смесью. В этом отношении очень интересен случай Альбрехта. У больного при рентгеновском исследовании, во время прохождения контрастной смеси через привратник развились явления прободения язвы желудка. На операции же найден разрыв спаек 12-перстной кишки с желчным пузырем на почве холецистита.

Если б-ной получил много бариевой смеси и все же ушел из рентгеновского кабинета без порфорации, то, придя домой, он может принять пищу и этим дать дополнительную нагрузку для стенок желудка, которые до этого могли еще сдерживать тяжесть бариевой каши. Пища здесь может оказаться той последней каплей, которую не в состоянии удержать и без того уже перегруженная стенка желудка. Один из наших случаев может быть подтверждением только что высказанной мысли.

Больной С., 52 л. (история болезни № 543), был доставлен каретой скорой помощи 21/III 37 г. в 9 ч. 30 м. вечера с диагнозом: „перфоративная язва желудка“. Язвенный анамнез с 1921 г. Лечился у многих врачей безрезультатно. Больной прибыл из района (Вятские поляны) в Казань специально для лечения. 20/III утром подвергся рентгеноскопии, причем перед этим ему делали промывание желудка (очевидно в связи с застойными явлениями.) При рентгеноскопии найдено: желудок атоничен, расширен, нижняя его граница на ширину ладони ниже *lin. bicristarum*. Желудок имеет форму чаши, перистальтика умеренная, болевая точка в подложечной области.

Отшнуровки пилоруса и прохождения бария в *duodenum* за время исследования не обнаружено.

В тот же день, после обеда, б-ной почувствовал сразу острую боль в животе, „точно кто ударил пожом“. Живот стал твердым, как доска. Больной думал, что это обычный приступ болей, принял лекарство, выписанное ему накануне в поликлинике, лег в постель, на живот положил грелку, но боли не утихали. Больной только на другой день, т. е. 21/III вечером обратился на станцию скорой помощи и был госпитализирован в клинику неотложной хирургии ГИДУВ, где ему через 20 мин. произведена операция (проф. Новиков). Под местной инфильтрационной анестезией по Вишневскому произведена *laparotomia mediana superior*. По вскрытии брюшной полости выделяется в большом количестве серозно-гнойная жидкость с примесью бариевой каши. На петлях тонких кишок и сальнике множественные фибриновые пленки. На границе пилорической части желудка с *duodenum* имеется перфорированная язва, прикрытая печенью. Язва ушита узловатыми швами, с пластикой сальником. Брюшная полость закрыта наглухо. Послеоперационное течение сравнительно гладкое. Больной на 20-й день выписан в хорошем состоянии. По нашему мнению, пища, принятая б-ным во время обеда, и была той перегрузкой, добавок к барию, которая вызвала окончательный прорыв дна язвы.

Второй аналогичный случай. Б-ной Е., 52 л., (ист. болезни № 2252), доставлен каретой скорой помощи 6/XI 1936 г. в 9¹/₂ ч. вечера по поводу острых болей в животе. Из анамнеза выяснилось, что 5/XI вечером был на рентгеноскопии желудка. Болен около 2 лет. При рентгеноскопии в желудке найдено значительное количество жидкого содержимого. Желудок в форме чаши, атоничен, *bulb, duodeni* формируется очень медленно. Перистальтические волны не отмечаются. Опорожняемость крайне медленная. Придя домой вечером, он кушал чай с булкой, утром позавтракал, после чего почувствовал резкую боль в области желудка. Лег в постель, положив грелки; боли немного уменьшились. Вечером боли снова усилились. Была вызвана карета скорой помощи, доставившая б-ного в клинику неотложной хирургии с явлениями частичной непроходимости. Живот умеренно вздут, прямые мышцы напряжены, но умеренно. При пальпации болезненность в области желудка. Пульс 110 ударов в мин., напряжен, t° 36.

Операция (проф. Новиков): под местной инфильтрационной анестезией (1¹/₄% раствор новокаина). Разрез по средней линии от мечевидного отростка книзу до пупка. При вскрытии брюшной полости найдена серозно-гнойная жидкость с примесью газов и кусочков пищи. Жидкость аспирирована. В пилорической части желудка найдена перфорированная язва. Ушивание язвы двухрядным швом. Ввиду значительного сужения привратника сделан С. Е. А. *retrocolicu posterior verticalis*. Брюшная стенка зашита наглухо. Тут же после операции перелито 150 к. см. крови одноименной группы. Больной скончался на 10-й день при явлениях сердечной слабости на почве развившегося перитонита.

И, наконец, третий наш больной может быть истолкован, как

случай, где перфорация наступила в результате усиленной перистальтики желудка.

Больной М, 50 лет (история болезни № 28), доставлен каретой скорой помощи 4/1 в 5 час. вечера с диагнозом „перфоративная язва желудка“; больной испытывает сильные боли. Два часа назад была рентгеноскопия желудка (данные рентгеноскопии больным утеряны). Идя с рентгеноскопии домой, больной вдруг почувствовал сильную боль в животе, „точно ножом кто ударил“. Он упал, и его тут же доставили в клинику неотложной хирургии с ясно выраженными признаками прободной язвы желудка. Резкие боли в животе, брюшные мышцы напряжены как доска. Печеночная тупость исчезла. В животе перкуторно определяется жидкость. Пульс 110, напряжен. Срочно операция (д-р Розанов). Под местной инфильтрационной анестезией ($1/4\%$ новокаин) *laparotomia median superior*. В брюшной полости большое количество мутной жидкости. Из-под печени выходят газы и жидкость с примесью бариевой каши. Желудок весь укрыт печенью. При поднятии края печени обнаружена перфорированная язва желудка, расположенная по малой кривизне. Содержимое брюшной полости удалено. Язва ушита двухрядным швом с пластикой салъником на пошке; зашивание брюшной полости. После операции состояние больного очень тяжелое. Пульс 120 слабого напряжения. Несмотря на принятые меры (камфора, кофеин и переливание крови) больной скончался при явлениях сердечной слабости.

В заключение нам хотелось бы высказать следующие соображения.

Несмотря на то, что для диагностики язвы желудка и 12-перстной кишки рентгеновское исследование имеет исключительно важное значение (с ведением метода исследования рельефа слизистой рентгенологи научились в 94,4% ставить безошибочно диагноз круглой язвы¹⁾), приходится, к сожалению, констатировать, что этот метод не является абсолютно безопасным. Об этом всегда необходимо помнить и быть особенно осторожным при исследовании тогда, когда предполагается, что язва глубоко проникает в стенку желудка. Определение же глубины язвы возможно, хотя и не всегда, по глубине ниши, ее опорожнению. При неглубоком кратере язвы опорожнение будет происходить сейчас же после того, как уровень контрастной смеси опустился ниже уровня язвы. При глубокой язве ниша еще некоторое время остается заполненной и после опорожнения желудка (Шлезингер). Углубление ниши при повторных исследованиях крайне подозрительно на прогрессирующую склонность к пенетрации resp. перфорации (Берг²⁾).

В этих случаях пальпация и размазывание бариевой смеси по слизистой желудка должны быть особенно осторожны и нежны. Да и вообще нужно сказать, что при рентгеноскопии желудка в грубой и форсированной пальпации нужды никогда не бывает. И безусловно нельзя в этих случаях пользоваться дистинктором Гольцкнехта. Этот инструмент особой симпатией у большинства рентгенологов не пользуется и надо пожелать, чтобы остальные постарались от него избавиться.

Язвы желудка, давшие в результате своего развития стеноз привратника и на почве этого атонию с атрофией, могут во время рентгеноскопии перфорироваться в результате перегрузки

¹⁾ Рейнберг и Штерн. Вестн. хир. и погр. областей, т. XXX, кн. 87, 88, 89.

²⁾ Цитир. по Фораджан. Руков. по рентгенодиагностике.

бариевой смесью. Поэтому, когда мы имеем пред экраном больного, у которого контрастная смесь сразу оказывается в горизонтальной части желудка, занимающей поперечное положение и заходящей далеко вправо от средней линии, когда перистальтики не заметно, или она поверхностна, *bulb. duodeni* не намечается, когда расстояние между малой и большой кривизной велико, и воздушный пузырь имеет широкое основание, — тогда бариевая смесь в течение длительного периода не освобождается из желудка. Отпускать таких больных с большим запасом бариевой смеси в желудке опасно. Их необходимо госпитализировать на один—два дня для наблюдения, ~~так~~ как, если перфорация язвы произойдет на глазах у врача, то это будет лучше, чем если бы перфорация наступила дома, в этом случае больной может быть доставлен к хирургу слишком поздно, когда шансы на благоприятный исход оперативного вмешательства становятся уже проблематичными.

Из хирургической клиники имени В. Л. Боголюбова Казанского гос. института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина (директор проф. Ю. А. Ратнер)

О лечении циститов хлорацидом¹⁾

С. П. Вилесов и Н. И. Любина.

При лечении хронических циститов устранение предрасполагающих причин далеко не во всех случаях обеспечивает успех. Существующий долгое время воспалительный процесс ликвидируется только после рационально предпринятого местного лечения в виде промываний и инстиляции мочевого пузыря (Хольцов).

Промывание мочевого пузыря обычно производится стерильной водой, физиологическим раствором, растворами марганцовокислого калия и борной кислоты. Дезинфицирующее действие последних двух веществ в концентрациях, применяемых в урологической практике, ничтожно. Терапевтический эффект здесь следует усматривать в механической очистке слизистой оболочки от гнойной инфицированной мочи, в физиотерапевтическом воздействии на состояние тонуса стенки и кровообращение в слизистой мочевого пузыря.

Более активными агентами являются прижигающие и дезинфицирующие средства, как-то: азотнокислое серебро, колларгол, риваноль и окисианистая ртуть. Наиболее ценными признаются растворы азотнокислого серебра. Но некоторые авторы (Петрова, Кнох) предпочитают пользоваться риванолом. Фронштейн подходит к выбору лечебного средства дифференцированно; он советует применять растворы ляписа и колларгола при стафилококковой инфекции и окисианистую ртуть при ко-

¹⁾ Доложено на хирургической секции конференции молодых ученых в Казани 14 января 1937 года.