

жественными абсцессами, кровотечениями, смертность составляла 42%.

В заключение мы можем сказать, что главное внимание при лечении легочных абсцессов должно быть обращено на своевременность оперативного лечения, которое может быть установлено при тщательном наблюдении за больным. В среднем этот срок может быть установлен в 1½--2 мес. В отдельных случаях, при тяжелом состоянии больного и безуспешности терапевтического лечения, он должен быть сокращен, при благоприятном же течении болезни он может быть продлен в ожидании выздоровления. Во всяком случае должны быть приняты все меры к тому, чтобы предусмотреть наступление осложнений дающих высокий процент смертности при всех способах лечения.

Из хирургического отделения Тульской больницы (главрач П. Ф. Висденский)

Клиника и лечение острого панкреатита.

А. Н. Спиридонов (Москва).

За 1932 год в хирургическом отделении Тульской больницы, в бытность мою заведующим этим отделением, было произведено 4 операции по поводу острого панкреатита, и 1 случай был обнаружен на аутопсии. Во всех случаях макроскопические находки с убедительностью доказали острое поражение поджелудочной железы, сопровождавшееся в двух случаях обычным и характерным для панкреатита свободным кровянистым выпотом в брюшной полости и бляшками жирового некроза.

В 2 случаях наблюдалась отечность поджелудочной железы, в 1 случае она при операции не осматривалась, и в 4 представляла значительные патолого-анатомические изменения, в 1 сл.— обширную кисту.

Предоперационный диагноз острого панкреатита был поставлен лишь в одном случае, остальные же оперировались с другими диагнозами: двое по поводу прободной язвы желудка и 12-перстной кишки, а один по поводу воспаления желчного пузыря с вовлечением в процесс и протоков. Если ко всему этому прибавить, что ни одного случая острого панкреатита до этого в данном учреждении не наблюдалось (б. земская больница) и не оперировалось, можно будет сделать вывод, что острые панкреатиты встречаются чаще, чем мы думаем, но остаются нераспознаваемыми, не только перед операцией, но и во время ее, как и было в первом случае.

Причиной нашего незнания с этим заболеванием являются относительная редкость заболеваний и значительная трудность диагностики. Eliason и North (1930) приводят свои 13 случаев острого панкреатита за 5 лет и 238 случаев из мировой лите-

ратуры за тот же период (1923—1928 гг.) и приходят к выводу, что правильный предоперационный диагноз может быть поставлен лишь в 30% случаев. Самая большая сборная статистика острых панкреатитов в 1284 случая за 8 лет принадлежит Schmieden и Sebening (1927 г.), которые также отмечают высокий процент неправильных диагнозов.

Острым панкреатитом поражается возраст от 30 до 60 лет; однако отмечены случаи острого панкреатита у 2½, 3, 4 и 7-летних и у 70-летнего.

По Eliason и North женщины поражаются чаще, именно в 59%, по De Tacats и Mackenzie на 30 случаев: женщин—18, мужчин—12. Среди наших 5 случаев мужчин было 4 и 1 женщина.

На первом месте в симптоматологии стоит безусловно острая боль в эпигастрии. Она абсолютно не поддается каким-нибудь терапевтическим мероприятиям. Moynihan назвал эту боль „наихудшей из всех, которые человек когда-нибудь испытывает“. Ogilvie приводит интересную дифференциальную диагностику болей: при острой перфоративной язве пациент не двинется с места, при остром же панкреатите он может пойти на работу после приступа. Katsch указывает, что, если при появившихся острых болях в животе ставится предположительный диагноз печеночной колики и назначенный неоднократно морфий не дает облегчения, это—острый панкреатит. Больного следует передать хирургу для экстренной операции.

По Bircher'y боли иррадиируют во все направления. Из 96 случаев по Eliason и North они в 62 случаях локализовались в эпигастрии или в правом подреберье, в 27%—иррадировали в спину, в 7%—в одно или оба плеча. Tussini, наоборот, отмечает больше слева, по Hinton'y боли в верхней половине живота больше справа, хотя и он отмечает неопределенность их локализации. Sebening считает важным признаком локализацию болей как справа, так и слева. Приступы длятся от нескольких до 48—72 часов.

Aub для дифференциальной диагностики болей при остром панкреатите и при желчных и почечных коликах пользуется внутривенным введением 20 см³ 5% *calcii chlorati*. Боли при почечных и желчных коликах проходят, а при остром панкреатите остаются. Надо сюда прибавить, что они не проходят и при холециститах без камней и при язвах желудка и 12-перстной кишки, что ослабляет, конечно, значение этого метода.

Руфанов отмечает большей частью отсутствие напряжения мышц. Hinton, наоборот, его находил в обоих верхних квадрантах. У наших пациентов мы наблюдали напряжение мышц живота настолько выраженное, что это дало нам повод в 2 случаях ставить диагностику прободных язв.

Другой постоянный симптом—упорная рвота, являющаяся очень мучительной для больных. De Tacats и Mackenzie на 30 своих случаях наблюдали ее в 23, Tussini, Руфанов, Mognihau, Fraser, Bircher и др. также указывают на сильную и упорную рвоту.

Третьим, но непостоянным симптомом является частый пульс и пониженное кровяное давление.

Четвертым и очень значительным симптомом является цианоз, отмеченный большинством авторов. По Halstead'у он ограничивается верхней частью тела. Объясняют его рефлекторным сжатием диафрагмы. Это, однако, может наблюдаться и при других катастрофах в брюшной полости, например, при перфорациях.

Многие придают большое значение определению сахара в крови и в моче. Так, например, Skoog, сделавший 3000 исследований мочи у 350 пациентов с острым животом, пришел к следующим выводам: 1) повышение диастазы в моче выше 256 показывает заинтересованность в процессе или желчного протока или поджелудочной железы; 2) отсутствие этого признака при остром животе, если исследование производится в первые I—1½ дня от начала приступа, исключает острый панкреатит. Однако, Eliason и North в своих наблюдениях не находили глюкозурию.

Понвидимому, этот признак может быть в арсенале других подсобных симптомов и не играет решающей роли. Другое дело с сахаром в крови.

De Tacats и Mackenzie в своей работе, основанной на 30 собственных случаях и обзоре мировой литературы, говорят о положительном значении признака гипергликемии при остром панкреатите: 1) высокое содержание сахара (выше 160 мг % говорит за острый панкреатит); 2) высокое содержание, но меньше этого % за другой, гнойный процесс в животе.

Krotoski, изучая 125 больных, из них 20 с заболеваниями поджелудочной железы, определил во всех случаях сахар в крови.

В 4 случаях острого некроза сахар в крови был от 0,168 до 0,226 на 100 см³ крови. Однако сахар был высок и при других гнойных процессах (0,154—0,185). При ранних перфорациях, остром аппендиците и острой непроходимости сахар в крови был в норме или слегка повышен, при острых заболеваниях желчного пузыря от 0,120 до 0,144.

В наших 4 случаях исследованию сахара в крови подвергся лишь один (случай 4-й), где сахар был 0,125. Данный случай нельзя считать чистым в смысле патолого-анатомической картины и длительности процесса, поэтому о диагностическом значении исследования сахара мы на основании своего опыта говорить не можем.

Подсобным признаком может служить наличие непереваренных мышечных волокон в кале, если нет поноса.

Одним из важных диагностических признаков является высокий лейкоцитоз: он достигает 30 и даже 60 тысяч.

Этот симптом является бесспорным и очень важным, если принять во внимание, что температура обычно остается нормальной.

Таким образом, симптоматология острых поражений поджелудочной железы довольно полна, и диагностика не представляется уже такой безнадежной. Характерная боль в эпигастрии, по своей силе ни с чем несравнимая и одновременно несопровождающаяся значительным напряжением заинтересованной части

брюшного пресса, очень высокий лейкоцитоз при нормальной температуре, упорная рвота, цианоз, часто наблюдающееся значительное увеличение диастазы в крови, а иногда и в моче, наличие непереваренных волокон мышц в кале, состояние шока, — вот признаки панкреатита.

К этому нужно прибавить, что припадок случается у сытых субъектов на высоте пищеварения (Руфанов).

Körte приходит к выводу, что диагноз труден, но чтобы не пропустить подходящего момента для лечения во всех случаях острого заболевания живота, где диагноз не ясен, нужно искать острый панкреатит.

Хирургическое лечение поджелудочной железы начал Cussenbauer, сделавший в 1882 г. первую операцию по поводу кисты поджелудочной железы, затем успешную операцию произвел Körte в 1895 г., и после него Разумовский в 1898 г. В вопросе о лечении хирургическое направление превалирует, но наряду с требованиями немедленной операции имеются отдельные голоса видных клиницистов, призывающих к выжиданию.

Joimg, оперируя в первые сутки, имел 22% смертности, а при операциях в последующие дни — 60%. Seidel приводит следующие цифры: при операции в 1-й день смертность достигает 33%, в 3-й день — 66%, в 5 — 12-й день — 100%.

De Tacats и Maskenzie пришли к таким выводам: 1) Операция хороша в самом раннем периоде, когда имеется лишь отек поджелудочной железы. 2) Никогда не следует оперировать в состоянии шока. 3) При неясном диагнозе надо оперировать немедленно, чтобы не пропустить перфорации.

При легком приступе нужно выжидать выздоровления, чтобы впоследствии оперировать на желчных путях, являющихся прямой причиной панкреатита, т. е. делать профилактическую операцию. Следовательно, в основном авторы высказываются за немедленную операцию в течение первых 24 часов.

По иностранным авторам смертность равна в среднем 50%.

А в т о р	Год	Число случаев	Проценты смертности
Körte	1911	103	60
Gucke	1924	437	52,2
Schmieden	1927	1278	51,2

Сборная статистика Руфанова дает на 160 операций 65% смертности. Однако этот высокий процент смертности нельзя относить только за счет тяжести процесса и времени производства. Играет большую роль и то мероприятие, которое было применено в том или другом случае. Из отчетов видно, что в некоторых случаях процент смертности увеличивается от неполноценности оперативных мероприятий: не были удалены желчные камни, не был вскрыт абсцесс, не была дренирована поджелудочная железа и т. д.

Nordmann с 1913 года, стоя прочно на точке зрения участия

желчных путей в этиологии панкреатита (что подтверждается многими другими авторами и мировой статистикой) применял во время операции обследование одновременно и желчного пузыря. Желчный пузырь им всегда удалялся или дренировался общий проток. Он сообщает о 27 случаях операции этого типа с 50% смертности. В 2 случаях из-за плохого состояния пациентов операция не производилась, в обоих случаях образовались абсцессы в bursa omentalis, которые и были затем вскрыты обычным путем. Это дало ему толчок к консервативному лечению, что он и применил в последующих 7 случаях. Т. о. он пришел к выводу, что каждый случай нужно индивидуализировать и в подходящих случаях проводить консервативное лечение.

При анализе статистики отдельных авторов, имеющих значительный опыт в хирургии острого панкреатита, становятся ясными выводы относительно современного лечения острого панкреатита: 1) Немедленная операция в первые 24 часа и выжидание в последующие. 2) Операция должна заключаться в рассечении капсулы и дренировании железы, а в случае наличия некротических масс и в их удалении. 3) При наличии поражения желчных путей должна быть сделана добавочная операция в виде cholecystectomy при наличии камней или дренажа общего протока при его закупорке.

В послеоперационном лечении, по свидетельству больших статистик, показаны глюкоза и инсулин, кроме того расстройства со стороны поджелудочной железы, связанные с выпадением части ее функции, ослабляются дачей экстракта поджелудочной железы.

Анализируя наши собственные случаи, мы видим, что диагноз поставлен лишь в 4-м случае, первые два шли под диагнозом перфоративных язв, а 3й — под диагнозом холецистита.

Нашими операционными находками были: геморрагический экссудат — 2 (1 и 2); бляшки жирового некроза — 3 (1, 2, 4); отек поджелудочной железы — 2 (2, 4); киста поджелудочной железы — 1 (3).

Истории болезни.

1. Ут-н, рабочий, 28 лет, экстренно оперирован 21.II 1932 г. с подозрением на перфорацию язвы желудка. Разрез по средней линии. В брюшной полости обнаружен кровянистый экссудат и рассеянные бляшки жирового некроза. Случай остался нераспознанным, и хирург закрыл рану наглухо. В послеоперационном течении обнаружен под диафрагмой абсцесс, который не был вскрыт из-за нежелания б-го, пожелавшего выписаться.

2. Сиб-в, 32 лет, экстренно оперирован 26.III 1932 г. через 12 часов после начала прис ула с подозрением на перфорацию язвы. В брюшной полости обнаружен кровянистый экссудат и бляшки жирового некроза. Однако тем же хирургом случай также не был распознан, капсула железы не была рассечена, а просто к этому месту был поставлен тампон. Больной умер на 6-й день.

На аутопсии — острый геморрагический панкреатит.

3. С-кий, 35 лет, инж. Заболел внезапно 31. III 1932 г., перед этим плотно поел. Боли, начавшиеся внезапно, настолько усилились, что никакие терапевтические мероприятия не могли помочь, и больной был доставлен в больницу, где он пролежал с перемежающимися приступами 18 дней с диагнозом желчно-каменной болезни. Температура первые дни не повышалась, затем достигала по вечерам 37,2°. В начале болезни была упорная рвота.

Пробыв дома 3 дня, б-ной с обострившимися приступами болей в эпигастрии, отдававшими вправо и влево, был вновь доставлен в больницу и 15.V оперирован под предположительным диагнозом холецистита. Температура была в тех же пределах, лейкоцитоза не было.

При операции было обнаружено: раздутый желчный пузырь, по внешнему виду без резких изменений и без камней. Сделано разделение lig. gastro-colicum и на поджелудочной железе обнаружены рубцы и некротические участки. При легком покабливании ложечка погрузилась в полость, откуда стала вытекать слегка мутная жидкость в обильном количестве (при исследовании она содержала трипсин), на этом операция закончена; в полость кисты вставлены тампоны и дренаж, замененные потом сифоном. Сахар в крови, исследованный через несколько дней, не превышал 126 мг. Было произведено переливание 400 см³ цитратной крови, и больной, медленно поправляясь, выписался в хорошем состоянии с зажившей раной через месяц после операции.

После этих 3 случаев, где диагнозы не были поставлены из-за недостаточного знакомства с симптоматикой заболевания, поступил 4-й больной.

4. Неф-ов, 22 лет, крестьянин. Поступил 1.VI в терапевтическое отделение, отсюда 2.VI был переведен в хирургическое отделение и 4.VI оперирован с диагнозом острого панкреатита.

Симптомы: острая боль в эпигастрии, не прекращающаяся от инъекций морфия. Тяжелое состояние. Частый, слабого наполнения пульс. Умеренный цианоз. Напряжение всего живота, но более умеренное, чем при перфорациях. Утренняя рвота.

4.VI операция. Разрез по б. линии: обнаружены бляшки жирового некроза, рассеянные по сальнику, и отек поджелудочной железы (подход к ней, как и в 3-м случае был сделан через lig. gastro-colicum). Капсула поджелудочной железы была рассечена, и к этому месту поставлен дренаж и тампон. Рана максимально сужена. Боли, как только пациент очнулся от наркоза, прошли совершенно и не возвращались. Через несколько дней дренаж и тампон были удалены, больной быстро поправился и выписался в хорошем состоянии 19.VI, т. е. через 15 дней после операции.

5. Ток-а, 22 лет, лечился в терапевтическом отделении. Умерла 12.XII 1932 с клиническим диагнозом сепсиса. На вскрытии обнаружено: в области поджелудочной железы имеется осумкованная опухоль, состоящая из распадающегося черно-коричневого сгустка. Прилегающая хвостовая часть поджелудочной железы распадается, она такого же кирпичного цвета. Остальная часть железы представляется уже более нормальной. Желчный пузырь распянут. Патолого-анатомический диагноз: геморагия и некроз поджелудочной железы.

Заключение. Острый панкреатит является заболеванием более частым, чем мы предполагаем, и во многих случаях остается нераспознанным. При ближайшем знакомстве с клиникой заболевания процент предоперационных диагнозов значительно возрастает, а раннее распознавание и ранняя операция значительно понижают смертность.

Важные клинические признаки, характеризующие симптоматику острого панкреатита и позволяющие ставить правильный предоперационный диагноз:

1) Внезапно появляющиеся сильные и упорно непрекращающиеся даже под влиянием болеутоляющих средств боли в эпигастрии. 2) Шок. 3) Нормальная температура. 4) Частый и слабого наполнения пульс. 5) Цианоз, иногда занимающий только верхнюю половину туловища. 6) Hyperglycaemia и glycosuria. 7) Наличие непереваренных волокон мышц и жира в кале.

Лечение только хирургическое в первые 24 часа, но не в состоянии шока. Лучшим разрезом нужно считать разрез по б. линии над пупком, а подход к железе через lig. gastro-colicum. Настоятельно рекомендуется рассечение капсулы поджелудочной железы и дренаж ее.

Литература. 1. Bircher, Schweiz, med. Wchnschr., 1929.—2. Skoog, Intern. Abstr. S. G. O. May, 1930.—3. Breyer, Там же.—4. Nordmann, Die Chirurgie, 1929. 1929.—5. Charbonnel и Augistrou, Intern Abstr. S. G. O. June, 1930.—6. Eliason и North, S. G. O. Aug. 1930 г.—7. Stetten, Intern. Abstr. S. G. O. Jun. 1931.—8. Bernhard, Klin. Wchnschr. 1930.—9. Foord, S. G. O. March 1931.—10. W. Sebening, Mediz. Klinik № 4, 1933.—11. Krotoski, Int. abstr. S. G. O. March 1932.—12. Nowicki, Там же.—13. Руфанов, Монография. Он же. Б. мед. энци.—15. Fraser, Surg of the Childhood. 1925.—16. Da Costa. Modern Surgery, 1926.—17. Арихль, Клин. мед. Сент. 1931.—18. Traver Annals of surgery Jan. 1932.—19. Gassbarini и Tussmi, the Journal of the Am. мед. Assoc, febr. 1932 (письма).—20. Popper D. Ztschr. für. Chir. May 1932.—21. Stocker, D. Ztschr. für. Chir oct. 1932.—22. de Tacats и Mackenzie, Annals of surgery. Sept. 1932.—23. Боголюбов, Неотл. хирургия, 1931.

Из отделения неотложной травматологии Центрального государственного травматологического института им. проф. Р. Р. Вредена НКЗдрава РСФСР в Ленинграде (зав. отделением проф. С. С. Гирголав, директор Ф. И. Машанский).

Сравнительная оценка способов оперативного лечения задних маргинальных переломов большеберцовой кости на основании анализа сосудистого снабжения.

А. М. Жолондзь.

23 декабря 1930 г. в Гос. травматологический институт была доставлена больная 37 лет. За час до поступления она подвернула правую стопу и получила задний маргинальный перелом большеберцовой кости с наружной стороны. Большое кровоизлияние и быстро нарастающая отечность в области голеностопного сустава препятствовали репозиции отломков, и двукратная попытка установить смещенные отломки по оси не увенчалась успехом. Тогда же на рентгене отмечено наличие двух отломков в области заднего края большеберцовой кости, между которыми имеется щель шириной в 2,5 см. Соотношение костей, образующих вилку, нарушено. Несмотря на фиксацию конечности гипсовой повязкой, нестерпимые боли оставались вдоль всей конечности, больная не спала.

16.1 1931 г. больной была произведена операция (А. Д. Озеров). Вертикальным разрезом между малоберцовой костью и Ахилловым сухожилием с горизонтальной ветвью, располагающейся на 1 см ниже наружной лодыжки, рассечено Ахиллово сухожилие по Байеру. После перерезки глубокого листка фасции выделен п. flexor hallucis longus, и мышца оттянута кнутри. Рассечена и отслоена надкостница задней поверхности большеберцовой кости. Смещенный кверху отломок (в виде повернутого червоного туза) мобилизован и установлен на место. Над ним имеется продольная щель в кости, шириной в 2,5 см, ведущая к завитку винтообразного перелома большеберцовой кости на протяжении 8 см выше указанного отломка заднего края этой кости. Удалены из костной щели организовавшиеся сгустки крови. Латеральная часть винтообразного перелома соединена с большеберцовой костью трехногой пластинкой Лена, и этим устранена имевшаяся до того щель. Нижнюю часть щели удалось закрыть соединением отломков с помощью прямой короткой пластинки Лена. Отломок заднего края большеберцовой кости фиксирован винтом на свое место. Послойные швы. Дренаж к задней поверхности большеберцовой кости. Гипсовая шина.

Сильные боли в послеоперационном периоде, отсутствие сна при нормальной температуре вынудили переменить повязку через 3 дня. Во время перевязки отмечено омертвление кожи на двух участках: в медиальной части кожного лоскута под пяткой и у верхнего угла разреза на протяжении 2 см. Несмотря на раскрытие кожной раны развившиеся воспалительные явления распространялись на глубже-лежащие слои. В результате образовался гнойник в области