

К клинике прободных язв желудка и 12-перстной кишки *).

И. М. Перельмана и В. В. Бабука.

Вопросу о прободных язвах желудка и 12-перстной кишки в новейшее время уделяется много внимания как в заграничной, так и в русской литературе, что объясняется значительным учащением этого тяжелого заболевания в последние годы. Отдельные авторы в заграничной литературе сообщают о десятках, даже сотнях собственных наблюдений. Так, Brütt сообщил о 165 собственных случаях этого рода, Steichele—о 60 случаях из одного учреждения. Сборная же немецкая статистика Brunner'a обнимает 470 случаев, а Schaemacher'a—748 случаев; далее, сборная статистика Radoievitch'a из французской литературы обнимает 718 случаев.

В русской литературе, напротив, число работ по данному вопросу сравнительно невелико. Наиболее крупными по количеству опубликованного материала являются у нас работы Петрашевской и Мануйлова из Обуховской больницы: первая сообщила, в 1913 г., о 56 случаях за 11 лет, второй—на XV Съезде Российских Хирургов—сообщил о 60 случаях за 10 лет. Недавно появившееся сообщение Оглоблиной о 61 случаях относится к трем Ленинградским больничным учреждениям за 15 лет. На XV же Съезде Хирургов покойный профессор Рейн сообщил о наблюдавшихся им 32 случаях за 12 лет. Далее, Пейлет, из Тверской больницы, опубликовал 43 случая прободения, наблюдавшиеся за 3 года (с 1919 г.) на 1510 оперированных по поводу язв желудка больных, Герштейн—22 случая, наблюдавшихся в течение 2½ лет, и Амбрумянц—15 случаев. Другие сообщения по этому вопросу в русской литературе касаются немногочисленных или лишь единичных наблюдений (Блументаль, Шапиро, Юзенович, Гальперн, Завьялов).

Через все работы по этому вопросу, опубликованные в последнее время, красной нитью проходит факт значительного учащения случаев прободных язв в связи с увеличением числа язвенных больных вообще. Так, Герштейн, приводя 22 случая прободных язв желудка и 12-перстной кишки за последние 2½ года, указывает на то, что за предшествовавшие 2½ года он не наблюдал ни одного случая прободения. О том же говорят авторы других работ по этому вопросу—Reinhardt, Brunner, Бабицкий, Шапиро, Блументаль.

В то же время в вопросе о прободных язвах желудка и 12-перстной кишки существует еще много спорного и невыясненного, особенно

*) Доложено в Научном Об-ве Минских Врачей, в декабре 1925 г.

что касается вопроса о диагнозе и способе хирургического лечения этого заболевания. Это-то обстоятельство и побуждает нас поделить материал в 12 случаев перфораций язвы желудка и 12-перстной кишки, наблюдавшихся и оперированных за последние 2½ года в Хирургическом отделении быв. Минской Губ. Земской Больницы и в Хирургической Факультетской клинике Белорусского Госуд. Университета, и высказать свои соображения по поводу некоторых моментов, касающихся этого практически важного вопроса.

Что касается частоты перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки, то такой авторитет, как Leube, определял их число в 1,2% по отношению ко всему количеству больных с язвами желудка и 12-перстной кишки; современные же хирурги в опубликованных за последнее время работах исчисляют этот % по отношению ко всему числу оперированных по поводу язв желудка и duodeni в 20 и более. Так, Мануйлов наблюдал 60 случаев перфоративных язв, что составляет 17% по отношению ко всему числу больных с непроходными язвами желудка и 12-перстной кишки, оперированных за последние 10 лет в Обуховской больнице. Наши 12 случаев составляют тоже 17% по отношению к 70 случаям с непроходными язвами желудка и duodeni, оперированным за указанный промежуток времени.

Если в довоенное время прободение язвы желудка и 12-перстной кишки, как и язвенная болезнь желудка вообще, по литературным данным, чаще наблюдалось среди женщин, то литературные данные последнего десятилетия указывают на подавляющий перевес мужского пола в этом отношении; перфоративные же язвы желудка и duodeni почти исключительно наблюдаются у мужчин. Так, все 12 случаев прободения желудка у Завьялова относятся к мужчинам; в 22 случаях Герштейна прободение наблюдалось также лишь у мужчин; у Оглобиной на 61 случай только 3 относятся к женщинам. Наши больные все были мужчины в возрасте от 24 до 73 лет, кроме одной лишь женщины 56 лет. Быть может, такой перевес мужского пола в нашем материале зависит от того, что большинство прободных язв относится у нас к duodenum, а язвы duodeni перфорируются чаще у мужчин. Нижеследующая таблица подтверждает это наглядно:

	Прободение язв желудка.		Прободение язв 12-перст. кишки.	
	Мужчин.	Женщин.	Мужчин.	Женщин.
Schoemaker	115	123	—	—
Brunner	68	273	74	8
Perry u. Schaw	—	—	42	8
Brütt	61	28	74	2
Petren	33	43	16	2
Наши случаи	3	1	8	—

Исход операции в наших случаях, в зависимости от времени ее производства, указан в следующей таблице:

Время, протекшее от начала заболевания до момента операции.	Число случаев.	Выздоровело.	Умерло.
До 6 часов	3	1	2
6—12 часов	5	3	2
12—24 часов	1	1	—
2 суток	1	—	1
7 суток	1	1	—
10 суток	1	1	—
В С Е Г О	12	7	5

Итак в нашем материале мы получили 7 выздоровлений (58%) и 5 смертей (42%). По литературным данным % смертности колеблется от 25 до 65% (у Герштейна смертность—45%, у Оглоблиной—68%, у Пейлета—54%).

Переходя далее к разбору нашего материала в отношении этиологии, локализации язв, симптоматологии, диагностики и метода оперативного вмешательства при этом заболевании, заметим прежде всего, относительно патогенеза последнего, что можно себе представить двоякий механизм прободения язвы желудка или duodeni: либо язва постепенно раз'едает стенку желудка, а в конце концов разрушает и серозу, вследствие чего происходит истечение желудочного содержимого в брюшную полость со всеми вытекающими отсюда последствиями, либо те или иные механические причины, как перенапряжение, переполнение желудка и т. д., ведут к разрыву желудка в более слабом его месте. Механические моменты, которые можно поставить в связь с прободением, отмечаются в 5 наших случаях, причем в одном имела место плотная закуска с выпивкой, в другом, у больного с прикрытой перфорацией туберкулезной язвы, 3 раза после поднятия тяжестей появлялись острые явления прободения в область, ограниченную сращениями, в третьем и четвертом прободение язвы наступило тоже после перенапряжения желудка, а в пятом заворот верхнего отдела тонких кишек вызвал сильное расширение желудка (констатированное sub operatione), которое и послужило этиологическим моментом для прободения язвы.

В одном из трех случаев Блументаля прободение наступило также после более, чем плотного, обеда, в другом после поднятия 5 пудов муки. Brunner считает, что большинство прободений наступает после физических усилий, в пользу чего говорит преобладание перфорации у мужчин. Ряд авторов указывает, далее, в этиологии прободения язв желудка и duodeni на значение климата, времени года, токсических влия-

ний, как курение, алкоголь. Все эти факторы следует, однако, скорее поставить в связь с этиологией язвы вообще, а не с ее перфорацией в брюшную полость. В прочих наших случаях, за исключением упомянутых пяти, никакого механического момента отметить не удалось, и перфорация здесь наступала без всякой видимой причины, иногда даже в постели.

По локализации прободения на первом месте в наших случаях стоит 12-перстная кишка (8 случаев), затем желудок (4 случая). Вообще оказывается, что за последнее время значительно чаще наблюдается перфорация язв 12-перстной кишки, чем язв желудка, тогда как ранее наблюдалось обратное соотношение. Чаще всего прободная язва располагается в дуодено-пилорической области, реже по малой кривизне желудка и в области кардии, еще реже на передней или задней поверхности и вдоль большой кривизны. Из 4 случаев прободных язв желудка в 3 они располагались в привратниковой части его и в 1—на малой кривизне.

В отношении размера прободных язв наблюдается также значительное многообразие; чаще язвы бывают не больше горошины величиною, но наблюдаются, — что подтверждается и нашим материалом, — и прободения, пропускающие свободно конец пальца в просвет желудка или кишки. Значительному вытеканию содержимого из желудка или кишки в брюшную полость препятствует в некоторых случаях прикрытие этих язв соседними органами — чаще печенью или сальником.

Хотя картина разбираемой болезни хорошо известна и сопровождается типичными симптомами, все же диагностика прободения в некоторых случаях представляет значительную трудность. Чрезвычайно важным является здесь язвенный анамнез больного. До 80—90% больных с прободением язв желудка и duodeni, по указанию целого ряда авторов, как Brunner, Prader, Steichele, — имеют такой именно анамнез. Нередко, впрочем, и такие случаи, когда больные совершенно не знают о своем страдании, считая себя всегда здоровыми, как это и было в 3 из наших случаев; в 9 остальных больные указывали на бывшие у них ранее желудочные боли, связанные с приемами пищи, и другие симптомы язвы.

В одном из наших случаев, именно, у женщины с типичным язвенным анамнезом, в течение нескольких дней до перфорации наблюдались явления, характерные для status praeperforativus, — резкое усиление болей в области epigastrii, повторные рвоты с кровотечением и т. д.; несмотря на примененный здесь строгий постельный и диететический режим, у этой больной все же произошла перфорация язвы, своевременно диагностированная.

Самым характерным из симптомов прободения язвы является внезапное наступление резких болей по всему животу. Быстрый переход от кажущегося полного здоровья к тяжелому состоянию отмечается всеми авторами (Britton, Зильберберг, Лессен, и др.). При этом больной редко локализует боли в области желудка и подложечной области, как о том говорят некоторые авторы (Герштейн, Блументаль, Маслов), — гораздо чаще больные жалуются на боли по всему животу. Боли эти усиливаются при давлении рукой на живот — в противоположность болям при ileus'e, часто уменьшающимся при надавливании на брюшную стенку.

Следующим не менее важным признаком прободения является *defense musculaire*, — плоский, иногда втянутый или несколько вздутый живот с неподатливыми, как будто окостеневшими брюшными стенками. Такой вид живота патогномоничен для прободения. Лессен только на основании одного напряжения брюшных стенок предлагает предпринимать пробную лапаротомию.

Указанные симптомы настолько постоянны, что не знают почти исключения, что подтверждается также и нашими случаями, среди которых только в одном отсутствовал *defense musculaire*, во всех же остальных случаях наблюдались все указанные симптомы полностью.

Исчезновение печеночной тупости, впервые отмеченное Robert'om, считается многими также важным признаком прободения. Герштейну на основании одного только этого симптома удалось однажды распознать прободение желудка. Исчезновение это обуславливается выходением в брюшную полость, через прободное отверстие, газов, которые, благодаря своей легкости, помещаются под диафрагмой, над печенью, и дают тимпанит там, где в норме определяется, при перкуссии, тупость печени. Признак этот наблюдается, однако, лишь при значительном выходе газов из желудка в брюшную полость, в противном случае он может и не проявляться. Надо иметь еще в виду, что исчезновение или уменьшение печеночной тупости через много часов после наступившей перфорации может быть вызвано парезом и вздутием кишечных петель, помещающихся над печенью; поэтому данный признак имеет значение лишь в первые часы заболевания. Ценность этого признака еще умалывается тем, что он наблюдается не во всех случаях прободения, а только, — по литературным данным, — приблизительно в 50% случаев. У нас, напр., он был ясно выражен лишь в некоторых случаях.

Шок принадлежит к числу редких признаков перфорации. Среди нашего материала он наблюдался, напр., только в 2 случаях. При этом, если даже шок при перфорации в первое время и наблюдается, то спустя несколько часов явления его исчезают и не констатируются исследующим больного врачом.

Рвоту, как и предыдущий симптом, нужно отнести к нечастым признакам прободения. Шапиро считает на основании своих 3 случаев отсутствие рвоты даже характерным для перфорации язв желудка — факт, впервые отмеченный Traube; однако, хотя, этот припадок при прободении желудка действительно бывает гораздо реже, чем при прободном аппендиците, — нельзя не отметить и довольно частых случаев, где уже очень скоро после прободения желудка или duodeni наступает рвота. Яркими примерами этого служат наши три случая. В литературе различными авторами на этот счет приводятся различные цифры, — Brunner, напр., наблюдал рвоту в $\frac{2}{3}$ своих случаев.

Состояние пульса скорее имеет прогностическое значение, чем диагностическое, — по той причине, что частый и малый пульс не является признаком прободения, а указывает лишь на то, что перитонит зашел уже далеко, и что предпринимаемая операция имеет мало шансов на успех. Вначале же прободения в большинстве случаев пульс бывает нормальной частоты или даже замедлен, что объясняется рефлекторным раздражением блуждающего нерва.

Температура в большинстве случаев прободения язв бывает нормальной или слегка повышенной. Нужно отметить при этом, что при

перитоните аппендикулярного происхождения она гораздо чаще повышается, чем при прободении желудка. Вместе с тем можно отметить, что язык у больных, вначале влажный, к концу суток после прободения начинает становиться обложенным и сухим.

Следует еще указать при прободении на лопаточную боль (Schulterschmerz), характерную для острых заболеваний живота с раздражением нижней поверхности диафрагмы. Симптом этот объясняется тем, что раздражение п. *frénici*, в котором проходят также и чувствительные волокна от диафрагмы, передаваясь центрипетально, переходит на смежные III и V шейные сегменты, иннервирующие своими чувствительными волокнами область лопатки.

Принимая во внимание все, сказанное выше, можно думать, что из симптомов перфорации наиболее типичными и постоянными являются внезапное наступление болей в животе, резко выраженный *defense musculaire*, усиление болей при давлении на живот и, в большинстве случаев, язвенный анамнез больного; все же остальные симптомы, как шок, повышение температуры, учащение пульса, рвота, исчезновение печеночной тупости и др., не могут считаться патогномичными для данного заболевания.

Если диагноз прободения желудка в типичных случаях нетруден, то встречаются и такие случаи, когда его постановка представляет большие затруднения. Именно относительно таких случаев Самгородский, на II Одесском Съезде, сказал: „Картина болезни в первые периоды нетипична и дает повод подозревать, что угодно. Иногда при наличии перфорации мы имеем настолько слабые общие и местные явления, что оперируем по истечении законного времени, когда надежда на успех уже не имеет оснований“. В таких неясных случаях Лигин предложил, для выяснения диагноза, производить „минимальную лапаротомию“, заключающуюся в маленьком разрезе брюшной стенки в 3—4 см. длиной. Целый ряд хирургов также настаивает в сомнительных случаях на пробной лапаротомии, чтобы не прозевать те несколько часов, которые могут оказаться роковыми для больного.

При дифференциальной диагностике прободения язвы желудка и 12-перстной кишки следует иметь в виду следующие заболевания: заболевания органов грудной полости, как плеврит, перикардит, пневмония и т. п., острые отравления, печеночную, почечную и свинцовую колику, *ileus*, геморрагический панкреатит, тромбоз брыжеечных сосудов и, главным образом, перитониты разного происхождения, в особенности при остром аппендиците. Brütt в одном случае принял разрыв малярийной селезенки за прободную язву желудка.

Все эти заболевания имеют, однако, свои особенности, позволяющие поставить правильное дифференциальное распознавание. Затруднения для последнего могут возникнуть в особенности во втором, предательском периоде течения перитонита, между 6 и 12 час. после прободения, когда острые, бурные явления стихают, самочувствие больного несколько улучшается, и только нарастание явлений перитонита указывает на тяжесть и грозность заболевания.

Течение и развитие клинической картины при перфорации желудочно-кишечного тракта зависят от тех патолого-анатомических изменений, которые сопровождают перфоративный процесс: от острого или под-

острого характера последнего, оттого, происходит прободение в свободную полость брюшины, или в оsumкованную, с образованием ограниченных гнойников, или перфорация происходит в ретроперитонеальную клетчатку, либо в соседние органы, а также от образования т. наз. прикрытой перфорации (*gedeckte Perforation*). Не вдаваясь в подробности этого вопроса, остановимся вкратце на нашем материале.

В двух наших случаях, при существовании уже перитонита, была поставлена неправильная топическая диагностика, а именно, распознан перитонит на почве перфоративного аппендицита—на том основании, что болезненные явления и *defense* резко были выражены справа от пупка; имело здесь также значение отсутствие в анамнезе больных указаний на язв. Локализация болезненных явлений в правой подвздошной области, при перфорации язвы желудка и 12-перстной кишки, как известно, объясняется тем, что очень скоро после прободения содержимое желудка или *duodeni* стекает по наружной поверхности *colonis ascendentis* в *ileo-coecal*'ную область, где и обостряется перитонический процесс (*Lehnander, Moynihan, Kulenkampf*). Поэтому ошибки здесь неизбежны, и они отмечаются всеми авторами. Особой беды в том, что операция, благодаря им, начинается с разреза справа внизу живота, нет, а напротив, есть даже известная выгода, так как при подобном разрезе легче очистить брюшную полость от гнойного экссудата, который стекает в своей массе вдоль *colon ascendens*.

У одного из наших больных, доставленного с явлениями ограниченного абсцесса вокруг пупка, был поставлен диагноз абсцесса на почве перфоративного аппендицита с нетипичной локализацией; абсцесс этот был вскрыт, больной постепенно поправился, и только через год, при операции по поводу образовавшейся у больного в области пупка послеоперационной грыжи, было обнаружено, что *appendix* здесь нормален, и абсцесс был вызван перфорацией язвы желудка, которая к этому времени уже послужила исходным пунктом развития рака с обширными метастазами в железах малого и большого сальников.

Еще в одном из наших случаев, где имелось не вправляющееся выпячивание в области бедренного канала, была распознана ущемленная бедренная грыжа, несмотря на то, что явления разлитого перитонита и др. симптомы прободения были налицо. *Sub operatione* выяснилось, что, при повышенном брюшном давлении, грыжевой мешок наполнился жидким содержимым брюшной полости и симулировал ущемленную грыжу. Подобные же ошибки были в свое время допущены *Brüttom, Petrenom, Brentano, Steinthalem* и *Stichele*.

Во всех остальных наших случаях диагноз был поставлен правильно. Таким образом из 12 случаев в 4 нами был поставлен неправильный диагноз. У Рейна из 32 случаев ошибочный диагноз был поставлен в 8 случаях.

Говоря о распознавании прободных язв желудка и *duodeni*, нельзя не указать на тот вред, который причиняют в данном отношении вспрыскивания больным морфия. После такого вспрыскивания наступает успокоение болей, даже расслабление брюшной стенки, врач и больной успокаиваются, и драгоценное время ранней операции откладывается. Поэтому до постановки точного диагноза при остром заболевании живота ни в коем случае не следует спешить успокаивать боли вспрыскиванием морфия,—

к последнему надо прибегать, лишь убедившись в том, что мы имеем дело с какой-либо коликой, при которой не показана немедленная операция.

В постановке диагноза „перфоративная язва“ предугадывается и терапия этого заболевания—немедленная операция, имеющая целью остановить дальнейшее поступление желудочного содержимого и удалить образовавшийся в брюшной полости выпот. Однако, если в вопросе необходимости оперативного вмешательства среди врачей почти нет разногласия, то по вопросу о методе оперативного вмешательства здесь еще не сказано последнего слова, как не сказано его и вообще в вопросе о хирургическом лечении непрободной язвы желудка и 12-перстной кишки.

В отношении удаления выпота из брюшной полости применяются обычно два способа: обильное промывание брюшной полости и удаление скопившегося выпота сухими или влажными салфетками. Метод обильного промывания брюшной полости со всеми ее углублениями и карманами теплым физиологическим раствором требует значительного количества (до 20 литров и более) последнего и некоторых, хотя и простых, специальных приспособлений для производства этого промывания. Промывание незначительным количеством раствора может только способствовать распространению инфекции по карманам брюшной полости и не должно применяться. В одном из наших случаев, оперированном через 7 часов после прободения, именно такое недостаточное промывание брюшной полости, вероятно, и послужило причиной развившегося у больного после операции, несмотря на тампонаду брюшной полости, перитонита.

Некоторые авторы (Lejars, Friedrich) принципиально отвергают метод промывания брюшной полости, считая его вредным и опасным, причем первый автор образно называет промывание брюшной полости больного обмыванием перед похоронами. Поэтому большим распространением пользуется метод сухого туалета брюшины, т. е. удаление скопившегося выпота сухими или влажными салфетками. Точно также в последнее время подвергается пересмотру вопрос о тампонаде и дренаже брюшной полости в начальных стадиях перитонита. Вместо тампонады и дренажа брюшной полости, затрудняющих дыхание больного, вредно влияющих на перистальтику кишок и дающих очень мало в смысле действительного выведения инфекции из брюшной полости, все больше сторонников в настоящее время находит метод зашивания брюшной полости наглухо.

Еще более существенным и вместе спорным является вопрос о методе операции на желудке или кишке в связи с происшедшей перфорацией. Как и при лечении непрободной язвы желудка вообще, и здесь предложен целый ряд способов, начиная с таких простых, как вшивание прободного отверстия в рану брюшной полости, тампонады прободного отверстия дренажной трубкой, обернутой сальником, простое зашивание прободного отверстия с гастро-энтеростомией или без таковой, и кончая более радикальными способами, как выжигание язвы, резекция ее и резекция части желудка вместе с язвой. По поводу многих из этих методов можно было-бы повторить все то, что известно уже по поводу хирургического лечения непрободных язв желудка вообще. Большинство хирургов применяют зашивание отверстия и обязательная, если позволяют силы больного, гастро-энтеростомия с последующим высушиванием брюш-

ной полости салфетками и зашиванием брюшной раны наглухо в начале болезни и тампонадою—при далеко зашедшем перитоните. Такой именно способ был применен и почти во всех наших случаях за исключением одного случая, где не было сделано гастро-энтеростомии (результат хороший), и другого, где применялось промывание брюшной полости (с плохим результатом для больного).

Коснувшись вопроса о терапии прободных язв желудка и 12-перстной кишки, мы не можем, хотя в нескольких словах, не остановиться на тех разногласиях, которые существуют по поводу оперативного лечения этих язв. Многие хирурги (Brütt, Haberer, Rovsing, Krogius и др.) предлагают в подобных случаях производить резекцию, желая раз навсегда избавить больного от его страданий и указывая на то, что при резекции смертность не больше, чем при обычных способах оперирования. Нужно признать, однако, что этот метод не может пока получить всеобщего признания по следующим соображениям: такое тяжелое вмешательство должно сопровождаться и большей послеоперационной смертностью; одинаковая смертность, отмечаемая резекционистами, объясняется просто тем, что к резекции прибегают обычно лишь хирурги с высокой хирургической техникой, которые при обычных способах оперирования имели бы, может быть, еще меньший процент смертности; кроме того, повидимому, далеко не все печальные случаи применения резекции опубликовываются в печати. Достаточно вспомнить, далее, случаи Гальперна, в одном из которых после резекции незаживавшей язвы при повторной операции были обнаружены язва на месте резекции и пептическая язва тонкой кишки, а в другом при 2-й операции, в связи с незаживавшей язвой, была произведена резекция желудка, при третьей же снова найдена язва на месте резекции,—чтобы сказать, что не всегда можно и ценой такой тяжелой операции получить излечение, а иногда после нее хирург рискует вместо одной язвы получить две. Правда, подобные случаи встречаются не так часто, но все же с возможностью их надо считаться. Вообще применять радикальную операцию, ухудшающую прогноз, в то время, когда дело идет прежде всего о спасении жизни больного, по нашему мнению, едва ли целесообразно. Кроме того, сторонники резекции предлагают ее для случаев свежих, рано поступающих к хирургу, и при хорошем общем состоянии больного.

Что касается дополнительной гастро-энтеростомии, то большинство авторов (Завьялов, Гальперн, Мануйлов, Герштейн, Шапиро) присоединяет ее к зашиванию язвы, если позволяют силы больного, так как операция эта создает условия, способствующие заживлению как прободного отверстия, так и самой язвы.

При слабости больного и при отсутствии после зашивания язвы сужения выхода из желудка можно обойтись и без дополнительной гастро-энтеростомии—тем более, что такой метод вмешательства дает полную возможность сделать операцию под местной анестезией, прибегая лишь к легкому эфирному оглушению, если это будет необходимо во время манипуляций в брюшной полости.

В 2 случаях проф. Micheyda, где при операции автор ограничился лишь зашиванием прободного отверстия и пластикой сальником, и которые окончились смертью больных от пневмонии на 7-й день после операции, вскрытие обнаружило, что язвы хорошо зажили. Подобных

наблюдений, касающихся быстрого зжизвления язвы после простого зашивания прободного отверстия и доказанных на аутопсии, имеется в литературе уже несколько.

По вопросу о методе оперативного вмешательства нужно высказаться в том смысле, что каждый случай необходимо индивидуализировать, принимая во внимание как состояние и силы больного, так и обстановку и технику хирурга. Лучший результат дает хирургу тот способ операции, к которому он привык и которым он лучше владеет. Не шаблон, не трафарет, а индивидуализация, учет всех моментов и обстоятельств случая—дают наилучшие результаты вмешательства.

Вопрос о прогнозе и непосредственных результатах операции прободных язв желудка и duodeni достаточно освещен в литературе. Прогноз этот стоит в непосредственной связи со временем, протекшим от момента прободения до времени оперативного вмешательства. В последнее время в иностранной литературе вопрос о прогнозе оперативного вмешательства при прободных язвах, кроме того, все больше связывается с характером и вирулентностью проникшей в брюшную полость инфекции. Очень часто брюшинный выпот при перфорации язвы желудка оказывается стерильным, что объясняется бактерицидным действием желудочного сока. В этом смысле перфорация язвы желудка прогностически является более благоприятной, чем перфорация язвы duodeni, при которой выпот в брюшную полость бывает чаще щелочным. Произведенные в отдельных случаях посевы брюшинного выпота давали как смешанный рост, так и рост чистых культур бактерий (стафилококков, пнеймококков, стрептококков и *b. coli*). Многие смертельные исходы при, казалось-бы, ранней операции можно объяснить именно тяжестью проникшей в брюшную полость инфекции. Немаловажную роль для исхода операции играет здесь, конечно, и хорошая оперативная техника хирурга, быстрая ориентировка его в брюшной полости и применение соответствующего случаю метода оперативного вмешательства.

По статистике Hartmann'a операция при прободении язвы желудка и duodeni в первые 12 часов дает 61% выздоровления, от 12 до 24 часов—уже только 44%, а после этого срока—19% выздоровлений. У Steichele из 32 больных, оперированных в первые 12 часов после перфорации, умерли 2—6%, а из 21 случая, оперированного после 12 часов, кончились смертью 18—86%. Эти цифры с убедительностью указывают на важность ранней операции для исхода ее. Среди нашего материала мы имели 4 смерти на 7 больных, оперированных в первые 12 часов после перфорации. Объяснить этот сравнительно высокий процент смертности можно целым рядом моментов. В одном из наших случаев, оперированном через 8—10 часов после прободения, через значительное перфорационное отверстие duodeni вытекло много содержимого желудка, переполненного плотной закуской, имевшей место перед перфорацией; кроме того, больной с состоянием перфорации проехал на обыкновенной крестьянской телеге 10 верст до больницы. Очевидно, тяжесть инфекции и распространение ее по всей брюшной полости сыграли здесь важную роль в развитии общего гнойного перитонита, послужившего причиной смерти больного. В 2 других случаях, оперированных через 7 ч. и 3 часа после прободения при сравнительно хорошем общем состоянии больных, также развился перитонит, несмотря на примененные

в этих случаях дренаж и тампонаду брюшной полости. Здесь причину перитонита следует усматривать, очевидно, в тяжести попавшей в брюшную полость инфекции, а в одном из этих случаев—и в промывании брюшной полости. Наконец, еще в одном случае, оперированном через 2 часа после прободения, причиной перфорации послужил заворот верхнего отдела тонких кишок с последовавшим колоссальным расширением желудка и прободением язвы duodeni, пропускаявшей два пальца. Смерть после операции последовала отчасти от интоксикации, вызванной заворотом, а также, возможно, от особенно-вирулентной инфекции, попавшей в этом случае в брюшную полость и вызвавшей, как показало вскрытие, развитие перитонита.

Процент смертности после операции при прободении язвы желудка и duodeni колеблется у различных авторов между 30% и 70%. Наши 42% смертности (5 смертей и 7 выздоровлений), если только можно выводить % при таком незначительном количестве случаев,—не выходят т. о. из рамок смертности у других авторов. Непременным условием успеха операции при перфорации язвы желудка и duodeni является правильный диагноз и возможно ранняя операция. Всякий практический врач, диагностируя или только предполагая у больного возможность перфорации, обязан немедленно привлечь хирурга к лечению такого больного, дабы не упустить благоприятного момента для оперативного вмешательства. Если до сих пор еще нам приходится встречаться с фактами поздней доставки врачами больных для операции при тяжелых с самого начала формах аппендицита, хотя здесь сознание широкой массы уже подготовлено в смысле понимания пользы раннего вмешательства, то и в отношении важности и необходимости возможно более ранней операции при перитонитах, вызванных перфорацией язвы желудка и 12-перстной кишки, должно быть также достигнуто полное единомыслие врачебной массы, дабы отступления от ранней доставки больных для операции наблюдались возможно реже.

Необходимо уделить больше внимания и следующему моменту: в русских крестьянских условиях, при отдаленности больниц вообще, а хирургической помощи в особенности, своевременная диагностика прободения язвы желудка и доставка таких больных для экстренной операции представляется подчас затруднительной, а иногда даже и совсем невозможной. Расширение и приближение хирургической помощи к крестьянскому населению должно явиться ближайшей задачей органов здравоохранения, и только тогда % благоприятных исходов целого ряда неотложных операций, в том числе и при прободной язве желудка и duodeni, повысится и достигнет западно-европейского уровня.

Изучение нашего материала позволяет нам сделать следующие выводы:

1) Если клиническая картина прободной язвы желудка или 12-перстной кишки в первые часы заболевания является типичной и легко допускает постановку правильного диагноза, то при более позднем поступлении больных к хирургу диагностика является более затруднительной. Развивающиеся к этому времени перитонитические явления, особенно справа и внизу живота, заставляют нередко предполагать наличие гнойного или перфоративного аппендицита. Небольшой разрез брюшной полости справа внизу живота с выяснением состояния аппендикса и характера имею-

щегося в брюшной полости выпота, а иногда лишь вскрытие удаленного аппендикса—выясняют природу заболевания. При отсутствии в подобных случаях аппендицита диагноз прободной язвы становится более вероятным, и следует сейчас же, проведя второй разрез по средней линии, приступить к осмотру желудка и 12-перстной кишки.

2) Для лучшего исхода заболевания необходимы правильная диагностика и ранняя операция.

3) Печальные исходы и при ранней операции (производимой ранее 12 часов от начала заболевания) могут быть объяснены характером прободения, вирулентностью попавшей в брюшную полость инфекции, а также и методом примененной операции.

4) Наиболее простым способом оперативного вмешательства при прободной язве является обшивание язвы с прибавлением гастро-энтеростомии или,—в тех случаях, где после зашивания язвы не получается сужения выхода желудка,— без таковой, затем удаление выпота из брюшной полости марлевыми салфетками и, при отсутствии гнойного воспаления брюшины, зашивание брюшной раны наглухо.

5) Вообще же способ анестезии и метод применяемой операции подлежат индивидуализации и находятся в зависимости как от состояния и сил больного, так и от подготовки и навыков хирурга.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Завьялов. Хир. этюды. Киев, 1920.—2) Рубашев. Рус. Хир. Арх., 1909, № 5.—3) Мануйлов. Труды XV Хир. Съезда.—4) Петрашевская. Ibid.—5) Блюменталь. Нов. Хир. Арх., 1922, № 6.—6) Герштейн. Нов. Хир., № 2.—7) Спасокукоцкий. Нов. Хир. Арх., 1923, № 9.—8) Гальперн. Ibid., № 9.—9) Гальперн. Ibid., № 10.—10) Богораз. Ibid., № 10.—11) Протопопов. Ibid., № 12.—12) Брайцев. Ibid.—13) Савков. Ibid., 1922.—14) Страдынь. Ibid.—15) Wolf. Вр. Об., 1922, № 11.—16) Левит. Нов. Хир. Арх., 1922, № 7.—17) Финкельштейн. Ibid.—18) Риттер. Ibid., 1923, № 11.—19) Пейлет. Вр. Газ. 1923, № 9.—20) Зильберберг. Труды II Одесского Съезда Хирургов.—21) Самгородский. Там же.—22) Маслов. Там же.—23) Лигин. Там же.—24) Болярский. Там же.—25) Заблудовский. Введение в хир. клинику.—26) Иозефович. Сб. Тринклера.—27) Зорохович. Вр. Дело, 1924, № 3—5.—28) Шапиро. Ibid., № 6.—29) Percival. Практ. Врач, 1925, № 5, реф.—30) Micheyda. Вр. Газ. 1925, № 15—16, реф.—31) Амбрумянц. Рус. Клин., 1924, № 6.—32) Соловьев. Там же.—33) Одинов. Там же, 1925, № 19.—34) Оглоблина. Вест. Хар. и Погр. Обл., кн. 14.—35) Guendet. Реф. Z. Organ. f. d. g. Chir., Bd. 33, H. 7.—36) Goth. Ibid., Bd. 32, H. 2.—37) Meyer. Z. f. Chirurgie, 1925, № 50.—38) Oehlecker. Arch. f. klin. Chir., Bd. 127.—39) Brütt. Erg. der Ch. und Orthop., Bd. 16.—40) Pavlovsky. Z. Org. f. d. ges. Chir., Bd. 32, H. 4.—41) Radoievitch. Ibid., H. 10.—42) Riese. Arch. f. kl. Chir., Bd. 127.—43) Racic. Münch. m. W., 1925, № 13.—44) Kolb. Z. f. Ch., 1924, № 34.—45) Suermond. Z. Org. f. die ges. Ch., Bd. 32, H. 8.—46) Steichele. Arch. f. kl. Chir., Bd. 123.

D-r I. M. Perelman und D-r W. W. Babuk (Minsk). Zur Klinik der perforierten Ulcera des Magens und des Duodenums.

Auf Grund der Analyse von 12 operierter Fälle des perforativen Ulcus ventriculi und duodeni (todlicher Ausgang in 5 Fällen) kommen die Autoren zum Schlusse, dass das klinische Bild der Perforation des Ulcus in den ersten Stunden so typisch ist, dass man die richtige Diagnose leicht stellen kann; in folgendem aber führen die sich entwickelnden Peritonealerscheinungen nicht selten zu diagnostischen Irrtümern, indem sie das Vorhandensein einer Appendicitis vermuthen lassen. In diesen Fällen empfehlen die Autoren zuerst einen kleinen Schnitt der Bauchwand, wie bei der Operation der Appendicitis auszuführen und dann, falls eine Appendicitis nicht zu finden ist, einen anderen Schnitt zur Besichtigung des Magens und Duodenum auszuführen. Für das einfachste Operationsverfahren beim perforativen Ulcus halten die Autoren den Verschluss des Ulcus mittels Naht mit nachfolgender Gasro-enterostomie oder ohne solche (in Fällen, in welchen die Ulcusnaht eine Verengerung des Magenausganges nicht herbeiführt).
