

угрожающие явления, с которыми все же удалось справиться, так как до операции производилась соответствующая подготовка.

На основании наших наблюдений в количестве 100 мы пришли к следующему заключению:

1. Функционально достаточным сердцем надо считать такое, которое дает учащение пульса после нагрузки от 10 до 15 ударов в минуту и повышение кровяного давления до 10 мм. ртутного столба. Учащение дыхания должно быть не выше 10, причем все явления должны вернуться к состоянию, бывшему до исследования, не позже 3 минут.

2. Исследованию функциональной деятельности сердца—должны подвергаться все больные, назначенные на операцию.

3. В зависимости от результатов исследования производится выбор обезболивания и проводится соответствующая предоперационная подготовка.

Из Хирургической клиники Украинского государственного рентгенологического и радиологического института им. д-ра С. П. Григорьева (Директор—проф. Г. И. Хармадарьян. Заведующий клиникой проф. А. Мельников).

К вопросу о субдиафрагмальных абсцессах и операциях при них.

Ассистента клиники Я. Л. Поволоцкого.

Диагностика субдиафрагмального абсцесса, в особенности ранняя, представляет чрезвычайно часто исключительные трудности. Эта трудность усугубляется еще тем, что субдиафрагмальный абсcess представляет вторичное страдание, осложняющее какое-нибудь заболевание, как-то: отторжка, слепой кишки, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, заболеваний печени и желчных путей, реже заболевания селезенки, исключительно редко заболевания поджелудочной железы, почек, дыхательных путей, женских половых органов, остальных отделов кишечника.

По данным Rigaud'a (1909 г.) из 890 случаев субдиафрагмальных абсцессов, собранных им в литературе, причиной, послужившей к образованию их, явились в 234 случаях перфорации язв желудка, в 191 случае аппендицит, в 136 случаях заболевания печени и желчных путей, в 40—селезенки, в 32—органов грудной полости, в 28—почек, в 27—поджелудочной железы, в 20—других кишечных перфораций, неизвестной причины 69 раз. По данным клиники Mayo из 100 случаев субдиафрагмальных абсцессов в 35 причиной его явилось заболевание печени и желчных путей, в 22 случаях—заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки и в 22 случаях—заболевания отторжка слепой кишки. Mayo считает на основании своего материала, что заболевания печени должны быть поставлены также на первом месте среди причин, вызывающих субдиафрагмальный абсcess. По данным Grüneisen'a отторжок слепой кишки, как причина субдиафрагмальных абсцессов, должен быть поставлен на первом месте.

Разнообразие по локализации абсцессов (по Barnard'y—6 форм), а также то, что субдиафрагмальный абсcess является следствием чрез-

вычайно разнообразных заболеваний других органов, должно естественно привести к большому разнообразию симптомокомплекса субдиафрагмального абсцесса, в особенности, если принять во внимание, что и разным стадиям его будет соответствовать неодинаковая клиническая картина. Если учесть, что субдиафрагмальный абсцесс может возникнуть и на почве метастатического заноса гематогенным путем или через лимфатическую систему даже из весьма отдаленных очагов, то станет еще более понятно разнообразие клинической картины этого страдания и сложность его диагностики.

Сама по себе диагностика перечисленных основных заболеваний, являющихся причиной субдиафрагмальных абсцессов, представляет часто значительные трудности.

Чем резче выражен симптомокомплекс основного страдания, чем больше показаний для неотложного оперативного вмешательства, в особенности в тех случаях, где основное страдание представляет непосредственную угрозу для жизни, тем труднее распознать сопровождающий его субдиафрагмальный абсцесс, так как симптомокомплекс основного страдания может покрывать собою частично или целиком симптомокомплекс субдиафрагмального абсцесса, тем самым затемняя клиническую картину его.

Под этим углом зрения и представляют интерес приводимые ниже случаи субдиафрагмальных абсцессов.

Вместе с тем ранняя диагностика и своевременное оперативное вмешательство представляют в случаях субдиафрагмальных абсцессов исключительную ценность. Если по Maydl'ю на 104 неоперированных случая субдиафрагмальных абсцессов смертность составляет 94%, по Lang'у на 81 случай—88% смертности и по Perytz'у на 53 случая 85% смертности, то по Körte в оперированных случаях субдиафрагмальных абсцессов смертность составляет 33.75%, по Maydl'ю 48%, а по новейшим данным смертность не превышает 20%. Из 4-х оперированных случаев в нашей клинике все больные выздоровели. Привожу историю болезни.

Б-ой В-ик, 35 лет, поступил в клинику Института 22 декабря 28 г. с жалобами на постоянную боль в подложечной области, а также в мезогастрii. Боль усиливается через $\frac{1}{2}$ часа—1 ч. после еды. Б-ной жалуется также на изжогу и пустую отрыжку, которая бывает изредка, на урчание в животе, на исхудание за последние 2½ месяца на 10 кило, на слабость и уменьшение количества мочи. За последнюю неделю боли значительно усилились и носят почти постоянный характер. Считает себя больным 9 лет. На протяжении указанного периода боли в мезогастрii наступали после приема грубой пищи и продолжались от $\frac{1}{2}$ до 4-х часов, иррадиировали в подреберную область и носили ноющий характер, временами значительно усиливаясь, но никогда не имели характера приступов.

Общий вид больного изможденный. Кожа и слизистые сильно анемичны. Лимфатические железы не прощупываются. Сердце норма. Со стороны легких: укорочение перкуторного тона над правой верхушкой с жестким вдохом и удлинненным выдохом. Мокроты нет. Уменьшенное за последнее время количество мочи до 2—3 стаканов в сутки, несмотря на обильное питье. При пальпации сильная боль посредине между мечевидным отростком и пупком; боль несколько меньше в эпигастриуме и левом гипохондриуме; незначительная боль в илеоцекальной области. В желудочном соке: свободной соляной кислоты 1,9%, молочной кислоты нет, общая кислотность 76%. Исследование крови: лейкоцитов 19600, нейтрофилов 83%. Температура с момента поступления больного до операции 29 декабря колеблется от 36,3° до 37,4°. На основании клинических данных и рентгеновского исследования поставлен диагноз язвы двенадцатиперстной кишки.

29 декабря операция. Обнаружено: язва с наклоном к прободению, расположенная на нижнем крае *pars superior duodeni* около привратника. Язва ушита. Наложен типичный задний гастроэнтероанастомоз с короткой петлей.

Послеоперационный период до 7 дня протекал без каких-либо особых осложнений. Самочувствие больного было вполне удовлетворительным; температура колебалась от 36,6° до 37,2°—37,3°.

4/1 29 г. утром 1° 37,8°. 5/1—сняты швы. Заживление *per primam*, 1° 36,8° утр., 37,3° веч. 6/1—9-й день 1° 37,9—37,4°. 7/1—Утром 1° 36,5°, веч. 38,0°, больной заметно исхудал. Жалуются на боли в гипохондриуме справа и слева. 8/1—11-й день, 1° 37,3°—37,3°. Б-ной жалуются на сильные поты, в особенности по ночам, а также боли и на метеоризм. В виду частых осложнений со стороны легких, наблюдающихся в связи с применением эфирного наркоза, и предположения, что у больного имеется абсцедирующая пневмония, назначена рентгеноскопия грудной клетки. Рентгенологически никаких особых изменений со стороны органов грудной клетки. 9/1 1° утром 36,8°—36,9°. Данные аускультации и перкуссии легких: слева от середины лопатки книзу укорочение перкуторного тона, жесткий вдох с бронхиальным выдохом. Аналогичные явления справа выражены несколько меньше. 10/1 1° утром 37,1°—37,1°. Состояние больного то же. Данные исследования крови: лейкоцитов 29400, нейтрофилов 83%. 11/1—1° утром 38,2—36,2. Данные перкуссии и аускультации легких дают основание предполагать абсцедирующую пневмонию или казеозную пневмонию. 12/1. 1°—36,2°—37,8°. Данные рентгеновского исследования грудной клетки (проф. Хармадарьян): «довольно значительные изменения обоих легких характера по всей вероятности *tbc* (масса очагов с расплывчатыми краями, утолщение корней, тяжи, понижение прозрачности легких). Обращает на себя внимание высокое стояние правого купола диафрагмы (нет ли субдиафрагмального абсцесса)».

19-й день. 1° утром 38°. В виду предположения о субдиафрагмальном абсцессе произведена пункция справа (появилась пастозность кожи) Пункция безрезультатна. 1° вечером 37,1°. Ночные поты. В легких те же явления. 22/1—25-й день. Утром 1° 36,4°, вечером 36,6°. Имеется значительная пастозность кожи и слева от нижнего угла лопатки до гребешка подвздошной кости. Повторная пункция субдиафрагмального пространства слева оказалась безрезультатной.

25/1—28-ой день. 1° утром 38,9, вечером 38,2° После повторной пункции слева добыт гной, вслед за чем, не вынимая иглы произведена под местной анестезией проф. А. Мельниковым резекция 9-го и 10-го ребер слева и через *spatium praediaphragmaticum*¹⁾ (экстраплеврально по методу проф. Мельникова) вскрыт абсцесс слева, и 6-ой 25/II выписался здоровым.

Помимо указанного случая, представляющего значительный казуистический интерес, в нашей клинике наблюдали еще три случая субдиафрагмальных абсцессов.

2-й случай. Б-ой В-ев, 52 лет, поступил 18 мая 28 г. с жалобами на постоянные боли в области правого подреберья и на боли временами в области мезогастриум. Боли иррадируют вниз живота и усиливаются через час после еды. Диспептических явлений нет. Болен 9 месяцев. После перенесенной крупозной пневмонии появились боли в правом боку. 1° 37, 4—37, 5° держалась около месяца, после чего боли локализовались в правом подреберье. Врачами, по словам больного, было диагностировано заболевание печени, в связи с чем назначена диета и тепло. Облегчения не наступило. Другой врач, к которому после безрезультатного лечения обратился больной, нашел правостороннюю паховую грыжу и боли объяснил наличием грыжи. В связи с этим больной оперировался по поводу грыжи месяц тому назад, однако облегчения не получал. Боли стали нарастать, больной стал худеть (за время болезни похудел на 18 фун.), сильно ослабел. При пальпации болезненность в области печени. Печень выступает на один поперечный палец из под реберной дуги; селезенка не прощупывается. При по-

¹⁾ Пространство между нижней границей *sinus costo-diaphragmaticus* и диафрагмой—*spatium praediaphragmaticum* впервые описано проф. А. Мельниковым в 1921 г. Walter Graf в статье «Критические заметки к диагностике и терапии субдиафрагмальных абсцессов», помещенной в *Bruns Beitrage z. klin. Chirurgie* Bd. 128. Н. 3.) называет его именем Мельникова.

колачивании поясницы отмечается особенно резкая боль справа. Данные рентгеновского исследования: правый купол диафрагмы просцируется на уровне 6 го ребра спереди и почти не экскурсирует, тень печени значительно увеличена. Рентгенологически нет данных за органическое заболевание желудка и двенадцатиперстной кишки. Резкая болезненность в правом подреберье вне тени желудка в области печени. Почти полное отсутствие экскурсии правого купола диафрагмы, по видимому, рефлекторного характера, свидетельствующего о патологии со стороны органов, расположенных в правом гипохондрии. Исследование крови: лейкоцитов 11400, нейтрофилов 74%, лимфоцитов 17%, моноцитов 7,5%, эозинофилов 1,5%, базофилы изредка.

Предположен субдиафрагмальный абсцесс. Путем пункции на уровне 10—11 ребер по задней аксиллярной линии добыто 150,0 гноя. Операция (проф. А. Мельников)—резекция 10—11 ребер и через spatium praediaphragmaticum Мельникова экстраплеврально вскрыт абсцесс. Выздоровление.

3-й случай. Б-ная III-на, 21 года, поступила 21 июня 1928 г. в клинику с жалобами на постоянную тупую боль в правом боку, на субфебрильную t^0 до 38^0 , слабость, сухой кашель ночью. Больна 3 месяца. Заболела внезапно. Появились боли в правом боку. Капляла слегка около недели. На ногах была около полутора месяца, после чего вынуждена была лечь в постель. В это время t^0 колебалась от 37^0 до $38,4^0$. Около месяца тому назад у больной стал заметен выпячиваться правый бок внизу, в связи с чем возникло предположение о плеврите.

При пальпации в области 10—11 межреберья по задней подмышечной линии резкая болезненность. При легком поколачивании поясницы резкая болезненность справа. Справа спереди притупление с 4-го ребра, в аксиллярной области с 5-го межреберья, а сзади на 1—2 пальца ниже угла лопатки. В области притупления чуть чуть ослабленное дыхание и понижение fremitus pectoralis, в подмышечной области одиночные субкрепитирующие хрипы. На остальном протяжении обихих легких очень жесткое дыхание, местами с бронхиальным оттенком. Предположен субдиафрагмальный абсцесс. Исследование крови: лейкоцитов 22000, нейтрофилов 72% (Sb—11%, Sg—61%, лимфоцитов 21%, моноцитов 6%, эозинофилов 0,5%, базофилов 0,5%).

2-го июля 28 года. Произведена пункция на уровне 10—11 ребер, добыт густой гной. Произведена операция (проф. А. Мельников). После резекции 10 го ребра через spatium praediaphragmaticum экстраплеврально вскрыт субдиафрагмальный правосторонний абсцесс, образовавшийся на почве актиномикоза. В дальнейшем сеанс глубокой рентгенотерапии. В виду закрытия клиники больная переведена в одну из Харьковских больниц.

4-й случай. Б-ая И-ва, 27 лет, жена врача, обследована и оперирована проф. А. Мельниковым в Чугуевской окружной больнице. Поддиафрагмальный метастатический абсцесс на почве тяжелого послеродового сепсиса. Исследование крови: гемоглобина 28%, эритроцитов 2000000, лейкоцитов 15000. Жалуются на боли в правом боку. Предположен правосторонний субдиафрагмальный абсцесс. Путем пункции получен жидкий гной. Произведена одномоментная операция (проф. А. Мельников) обычным способом через полость плевры. Область синуса занята содружественным выпотом с резким неприятным запахом. Легкое приращение к диафрагме и к грудной клетке. Вскрыта диафрагма и лежащий под ней абсцесс. Через неделю вскрыт абсцесс в области трохантера. В дальнейшем благоприятное течение и выздоровление в течение 2-х месяцев с полным восстановлением крови до нормы.

Приведенный 1-й случай является подтверждением изложенной выше точки зрения, что при наличии: 1) резко выступающих на первый план симптомов основного страдания, в данном случае язвы двенадцатиперстной кишки, покрывающего собой симптомы субдиафрагмального абсцесса, 2) симптомов прободения язвы, угрожающих жизни и требующих неотложного вмешательства, 3) картины крови до операции не характерной ни для прободящей язвы, ни для даже резко выраженных явлений перигастрита,—возможны диагностические ошибки как в дооперационном, так и в послеоперационном периоде в постановке своевременного диагноза субдиафрагмального абсцесса.

В послеоперационном периоде при наличии: 1) вполне благоприятного течения, как в смысле общего самочувствия, так и t^o до 7—8 дня после операции, некоторых изменений к худшему, не внушивших однако каких-либо реальных опасений течение 9—10 до 11 дня после операции, 2) довольно частые пневмонии, отмечаемые всеми и связанные с вынужденным применением чистого эфирного наркоза, в связи с недостаточной доброкачественностью хлороформного наркоза, 3) данных аускультации и перкуссии легких и исследований крови—заставили ошибочно трактовать вначале ухудшения в состоянии больного как результат абсцедирующей пневмонии, казеозной пневмонии. Рентген указывал на тbc легких. Высказанное клиникой мнение и подтвержденное после исследования проф. Хармадарьяном о наличии субдиафрагмального абсцесса, появление вслед за этим пастозности в области ниже лопатки, при учете всей клинической картины, можно было почти с уверенностью диагностировать абсцесс справа, не подтвержденный пункцией, а затем те же явления слева, неудачная пункция и, наконец, удачный прокол и операция. В этом случае нужно думать, что субдиафрагмальный абсцесс развился еще до операции (t^o , картина крови, боли, ночные поты, сильное исхудание больного) справа, а затем спустился в область левого субдиафрагмального пространства. По данным Rigaud в 497 случаях абсцесс локализовался справа, в 324 случаях—слева и в 28 случаях—с обеих сторон.

Запоздавшая диагностика субдиафрагмального абсцесса, в связи со спутанной клинической и рентгенологической картиной его, все же не отразилась на интересах больного, так как он выписался совершенно здоровым после операции.

Все приведенные случаи говорят о громадной трудности диагностики субдиафрагмальных абсцессов, причем 2-ой случай представляет интерес в том отношении, что боли и общее состояние больного ошибочно были вначале истолкованы врачами, лечившими больного, как заболевание печени, а затем наличием правосторонней грыжи, в связи с чем и произведена была ему операция вне Института. На самом же деле у 6-ного легко был диагностирован в клинике Института субдиафрагмальный абсцесс, подтвержденный произведенной операцией.

Причину субдиафрагмального абсцесса также не легко, а иногда и невозможно установить. Так, в нашем 2-ом случае причина субдиафрагмального абсцесса не могла быть установлена. В 3-ем же случае у 6-ной III-ой диагностирован в клинике Института субдиафрагмальный абсцесс, но лишь после вскрытия его удалось установить наличие в основе его актиномикотического процесса, хотя первоисточник так и остался нераспознанным.

Как показал опыт нашей клиники, операции по поводу субдиафрагмальных абсцессов необходимо вести обязательно экстраплеврально через *sp. praediaphragmaticum* Мельникова, так как этот путь является наиболее рациональным экстраплевральным доступом к субдиафрагмальному пространству вместе с тем наиболее безопасным при правильном техническом выполнении для жизни больного.

В первых 3-х случаях абсцесс вскрыт без ранения плевры, в последнем случае умышленно был вскрыт синус, в виду гнилостного плеврита, при таких явлениях этот путь нужно считать операцией выбора.