

К вопросу о разрыве малярийной селезенки *).

Ординагора В. М. Дурмашкина.

Разрыв селезенки является довольно частым в тропических странах, где патологическая селезенка представляет обычное явление, и где это повреждение наблюдается нередко от ничтожных травм. Так, Crawford, работая в Индии, собрал там 477 случаев разрыва селезенки, причем из тех 387 случаев, где вес этого органа был известен, лишь в 18 он был в пределах нормы. У авторов, собиравших материал нетропических стран (Крюков, Leverenz, Berger, Финкельштейн), обычно причиной разрывов была очень тяжелая травма—в большинстве случаев здоровой селезенки. Так, по статистике Крюкова, составленной на основании иностранных источников, из 54 случаев разрыва селезенки последняя оказалась измененною лишь в 15; по Berger'у на 300 случаев изменения имели место в 44%,—преимущественно на почве малярии. У нас преобладающей причиной подкожных разрывов селезенки являются также сильные травмы. Собрав из русской печати 32 случая изолированных разрывов селезенки, я нашел, что причинами разрыва были:

| | |
|---|---------------|
| падение с большой высоты (нескольких сажен) | в 11 случаях, |
| падение с поезда и трамвая на ходу | в 4 „ |
| падение и ушиб левого бока о выдающийся предмет . . . | в 3 „ |
| удар копытом лошади | в 6 „ |
| удар тупым орудием, жестокие побои | в 4 „ |
| сдавление экипажем, автомобилем, машиной | в 4 „ |

Судить о частоте травматических разрывов селезенки и об этиологической роли перенесенной малярии можно по следующим данным: по Роклицкому в Петропавловской больнице в Ленинграде за 15 лет было 7 случаев травматического разрыва селезенки на 95 случаев подкожного повреждения органов живота; Подобедова сообщила о 6 оперированных случаях этого разрыва на 83 случая подкожных повреждений органов брюшной полости за период времени 1913—20 г.г. в Обуховской больнице, что составляет 7%, причем лишь в 1 случае селезенка была патологически увеличена; между тем Финкельштейн за 5 лет работы на Кавказе наблюдал 8 случаев травматического разрыва малярийной селезенки, каковое повреждение в его материале занимает первое место и дает более 30% всех подкожных повреждений органов живота.

Что касается т. наз. произвольных разрывов селезенки, т. е. происшедших при отсутствии значительной, или даже всякой внешней

*) Доложено в заседании Научного Общества Врачей при Нижегородском Гос. Университете 1/IV 1927 г.

травмы—под влиянием кашля, рвоты, поворота в постели и т. п., то они наблюдались при всех тифах (преимущественно при возвратном), при малярии, при различных формах спленомегалий, очень редко при lues'e, туберкулезе селезенки и др. заболеваниях, связанных с острым и хроническим ее увеличением. В нашей довоенной печати подобные разрывы отмечались главным образом при возвратном тифе (литература собрана Д о б р о з р а к о в ы м), очень редко при брюшном (К а д ь я н, Щ е р б а к о в), не менее редко при малярии,—я мог найти в довоенной нашей литературе всего 2—3 кратких указания на такие случаи, наблюдавшиеся у нас в малярийных местностях (Кавказ, Волынская губ.). Лишь в последние годы,—повидимому, в связи с усилением заболеваемости малярией и большим распространением тропических ее форм, — из разных мест России начинают поступать более многочисленные сообщения такого рода.

Так, Либскеров, (Ростов-на-Дону) 2 раза наблюдал разрыв селезенки во время малярийного приступа, причем ближайшим поводом к этому повреждению была рвота. В случае Городинского (Киев) разрыв произошел при совершенно спокойном положении больного в постели. У одного из больных Герштейна (Москва), хронического малярика, разрыв произошел в то время, когда он шел по улице, через 2 дня после последнего приступа. В сл. Зубкова (Тамбов) у больного 22 лет, $1\frac{1}{2}$ года назад болевшего малярией, причиной разрыва селезенки был легкий удар кулаком, после чего больной оставался вполне здоров, работал и спокойно лег спать, а через 14 часов, во время сна, у него внезапно появились бурные симптомы (первично-подкапсулярная гематома). Самгородский (Зиновьевск) на III С'езде Одесских Хирургов привел 3 наблюдения: в одном причиной разрыва было падение с небольшой высоты на ягодичную область, в другом заболевание наступило внезапно ночью, и больной был оперирован при диагнозе прободной язвы, у третьего больного, мальчика 12 лет, разрыв громадной малярийной селезенки произошел при резком повороте в постели и повлек внезапную смерть. Если к этому перечню прибавить один секционный случай Голыако, где разрыв произошел при работе в лесу, и 2 случая подострого развития у маляриков субкапсулярной гематомы, описанных Либскеровым, в одном из которых, впрочем, более повинен был возвратный тиф, чем малярия,—то этим, повидимому, и исчерпывается вся русская казуистика данного вопроса. Поэтому я считаю нелишним привести здесь следующее свое наблюдение:

Больной В., 25 лет, доставлен в больницу в 4 часа дня 3/V 1926 г. в крайне тяжелом состоянии. Накануне вечером, возвращаясь домой, он сделал легкий прыжок через небольшую канаву и тотчас почувствовал очень сильную, острую боль в животе, после чего сразу ослабел. Ночью повторная рвота, боли не прекращались. При поступлении пульс 130 уд. в минуту, слабого наполнения, $ю\ 38,5^{\circ}$, больной говорит с трудом, резкая бледность, небольшой цианоз, поверхностное грудное дыхание. Язык сух, живот вздут, сильно напряжен и болезнен, больше сверху, в подложечной области. Газы не отходят. При перкуссии живота ясного притупления нигде не обнаружено. 4 последних года В. болеет малярией, трехдневной формой, которую получил, служа во флоте. Последний приступ был за день до заболевания, на следующее утро больной немного выпил.

Диагноз в этом случае был неясен, клиническая картина давала повод предполагать прободный перитонит. Немедленная операция (д-р В. А. Листов) через 20 часов после заболевания, под эфирным наркозом, начата срединным разрезом живота сверху. В брюшной полости очень много жидкой и частью свернувшейся

крови, источником кровотечения служит селезенка, на внутренней поверхности которой определяются два надрыва. Кишки вздуты, слегка гиперэмированы. Сделан добавочный поперечный разрез влево, большая селезенка с трудом подведена к ране и удалена. Брюшная полость осушена, разрез брюшной стенки зашит наглухо, сделано солевое вливание в вену. Пульс 130. К утру смерть.

Вскрытие ни перитонита, ни кровотечения не обнаружило; в области культи и ложа селезенки найдено лишь небольшое кровянистое пропитывание. Вес удаленной селезенки 1000,0, размеры ее $20 \times 14 \times 8$ см. Ткань ее мягка, на внутренней поверхности две поперечно расположенные трещины, идущие через область ворот к переднему краю, длиной по 10 см., — одна неглубокая, другая глубиной 4 см. Отслойки капсулы за пределами разрывов не обнаружено. Микроскопическое исследование удаленного органа (д-р Н. И. Сметанкин) обнаружило утолщение капсулярных трабекул, огрубение ретикулярной ткани, гиперплазию пульпы за счет крупных одноклеточных и частью многоклеточных клеток, среди пульпы много распавшейся крови и громадное количество меланина, лежащего частью внутри клеток, частью свободно.

Механизм подкожного разрыва селезенки до сих пор точно не выяснен. Анатомическая картина нашего случая довольно типична. Реже встречаются разрывы органа на отдельные куски, редко также наблюдаются разрывы только паренхимы с подкапсулярным кровоизлиянием при целостности капсулы, или изолированные разрывы капсулы. Разрывы селезенки чаще наблюдаются на внутренней ее поверхности, ближе к воротам, что объясняют меньшей эластичностью здесь капсулы. Множественные разрывы чаще одиночных.

Симптоматология данного заболевания сводится к признакам нарастающего внутреннего кровотечения и явлениям раздражения брюшины. В первые часы характерно напряжение брюшных мышц, особенно вверху слева, и местная болезненность. Часто бывает начальный шок; при тяжелом шоке, когда рефлексы подавлены, живот может оставаться мягким и безболезненным, как это было в одном случае Финкельштейна. При больших количествах излившейся крови она может быть констатирована перкуторно, но перкуссия далеко не всегда дает ясные указания, особенно при метеоризме, который нередко развивается уже спустя несколько часов. Позже, когда превалируют явления раздражения брюшины и паралич кишок, диагностика становится труднее, и часто разрыв селезенки, особенно т. наз. произвольный, принимали за прободение язвы, за перфоративный перитонит (Белинович, Самгородский, Зубков и др.). В случаях с медленным поступлением крови в брюшную полость симптомы внутреннего кровотечения (бледность, жажда, падение пульса) могут быть мало заметны, и тогда разрыв селезенки трудно отличить от простого ушиба живота, — тем более, что и при этих последних могут быть налицо все симптомы, характерные для повреждения органов брюшной полости: шок, рвота, напряжение мышц, падение пульса и др., как это видно из материала Обуховской больницы, приводимого Подобедовой. Кратковременное выживание больными частью решает вопрос, но в сомнительных случаях при подозрении на повреждение селезенки не следует откладывать пробной лапаротомии, так как и остановившееся кровотечение каждый час может возобновиться и привести к быстрой смерти (сл. Самгородского); при подкапсулярной же гематоме кровотечение наступает лишь вторично (сл. Зубкова, Рокицкого), нередко спустя несколько дней.

Смертность при разрыве селезенки у неоперированных больных, по сборным статистикам, равняется от 86 до 97%. Переход излившейся крови в нагноение наблюдается редко. По статистике Крюкова из 101

умерших неоперированных больных лишь 5 погибли от перитонита, остальные—от кровотечения. Большинство больных не переживает первых суток: по Крюкову 77%, по Berger'y—86%, причем из умирающих в первый день больше половины погибает в течение первого часа после повреждения. Смертность при оперативном лечении, по литературным данным,—около 40%.

Если исключить один случай операции на 8-й день, где кровотечение ликвидировалось само собою уже раньше, и два случая операции по поводу субкапсулярной гематомы, то исходы оперативного лечения в собранном мною русском материале изолированных разрывов селезенки (травматических и малярийных) могут быть сведены в виде следующей таблицы:

| | | | |
|---|-----|--------|-----|
| до 4 часов после разрыва оперировано | 5, | умерло | 0; |
| от 5 ¹ / ₂ до 16 час. после разрыва оперировано | 10, | „ | 5; |
| от 20 час. и выше суток после разрыва оперировано | 17, | „ | 10; |
| время не указано—после разрыва оперировано | 3, | „ | 0. |

35 „ 15 (%)

Выздоровление при консервативном лечении разрывов селезенки у нас описал лишь Рокицкий (в 3 случаях). Довольно большой % благоприятных исходов при поздней операции объясняется тем, что в число переживших без операции первый день вошли случаи вообще более легкие, затем такие, где операция производилась при явлениях вторичного кровотечения.

Метод выбора операции — спленэктомия. Тампонада кровоточащего разрыва селезенки редко может достичь цели и ведет к опасности вторичной инфекции. Лучшим методом было бы наложение шва с прикрытием (тампонадой) свободным салъником, но рыхлость ткани патологической селезенки, малая доступность внутренней и задней ее поверхностей ограничивают сферу применения этого способа. В литературе известны случаи, где по наложении шва больные позже погибли от кровотечения из просмотренного разрыва (сл. Lamarch'a, Linkenheld'a).

В собранном мною материале спленэктомия была применена у 28 больных, с 12 смертельными исходами, тампонада—у 6, причем трое погибли от последующего нагноения и один—от повторного кровотечения, и шов со свободным салъником применен также в 3 случаях (сл. Рокицкого, Подобедовой и Крикента)—во всех с благоприятным результатом.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

Финкельштейн. Р. Врач, 1905, № 32.—Он же. Хир. Арх. Вельям., 1908.—Рокицкий. Хир. Арх. В., 1913.—Подобедова. Сборник Нечаева, 1922.—Либскеров. Ю.-Вост. Вестн. Здрав., 1923, № 9.—Герштейн. Нов. Хир. Арх., кн. 13.—Перцовский. Там же, кн. 44.—Зубков. Там же, кн. 40.—Крикент. Там же, кн. 45.—Самгородский. Труды III Съезда Одес. хир.—Белина-Белинович. Там же.—Городинский. Труды XVI Съезда Рос. Хир.—Голынько. Врач. Дело, 1926, № 2.—Рабинович. Хир., 1905, 18.—Павлов-Сильванский. Хир., 1907, т. 21.—Троянов. Врач, 1900, № 28.—Березнеговский. Р. Хир., 1915.