

## ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ АЛИМЕНТАРНОЙ ДИСТРОФИИ

Доц. Е. С. Драчинская

Из факультетской хирургической клиники

Если диагностика острых процессов в брюшной полости и раньше нередко представляла значительные трудности, то у больных, находящихся в той или иной степени дистрофии, распознавание этих процессов стало еще во много раз труднее. Прежде всего следует указать, что изменилась частота отдельных форм заболеваний.

Острый аппендицит по частоте стоял в мирное время на первом месте, но мы редко оперировали в последнее время по поводу острого аппендицита, так как у больных, поступавших с этим диагнозом, все явления обычно быстро проходили, и тяжелых форм мы почти не видели. Так, за 6 месяцев (с августа 1942 г. по февраль 1943 г.) с диагнозом «острый аппендицит» поступило 27 больных; из них мы оперировали только 2. Этот факт не является для нас неожиданным. В прошлую мировую войну была та же картина — количество острых аппендицитов резко упало. Это падение стоит в тесной зависимости от изменения качественного состава пищи, и алиментарная теория Lucas Champignonier еще раз получила свое подтверждение. Среди этого небольшого числа больных каких-либо диагностических трудностей мы не отмечали.

Ущемленные грыжи встречались в это время чаще, чем в мирное время. За 6 месяцев на 405 больных мы имели 9 ущемленных грыж, в то время как прежде за целый год на 2500 больных обычно поступало от 16 до 20 больных с ущемленной грыжей. Это увеличение частоты ущемленных грыж стоит, видимо, в связи с физическим напряжением, изменением пищевого режима и похуданием. И в этой группе больных диагностических затруднений мы не наблюдали.

Самые большие трудности в диагностическом отношении представляют перитониты и кишечная непроходимость. За этот период времени мы имели 18 больных с кишечной непроходимостью, из них у 4 она была полной, у 14 — частичной. Это показывает, что кишечная непроходимость встречается чаще, чем в мирное время. Раньше мы на 2500 больных имели в среднем 40—50 больных с кишечной непроходимостью. Увеличение числа этих больных имеет те же причины: тяжелая работа и изменение качества пищи. В большинстве случаев распознавание кишечной непроходимости было правильным, но у одной больной мы встретили большие затруднения.

Привожу краткие данные из истории болезни.

Больная Т-ва, 45 лет, поступила в клинику 27/X 1942 г. по поводу болей в животе. Был поставлен диагноз частичной кишечной непроходимости. Общее состояние вполне хорошее. После сифонной клизмы больная настолько хорошо стала себя чувствовать, что возникло сомнение в необходимости ее госпитализации. На следующее утро наступило животу и некоторое напряжение брюшной стенки. При пальпации — резкая боль по всему на операцию. На операции обнаружено: в брюшной полости кровянистый экссудат с фибринозными хлопьями, заворот терминальной части тонкой кишки на 360°; эта часть

тонкого кишечника была совершенно черного цвета. Произведена резекция 2,5 м тонкой кишки. Больная хорошо перенесла операцию, но позже, через 2,5 месяца, умерла от истощения и резких изменений со стороны печени.

В данном случае нас поразила вялая клиническая картина той формы кишечной непроходимости, которая обычно дает бурные и ярко выраженные клинические признаки. Но еще более вяло протекающую клиническую картину мы наблюдали при перитонитах, которые порой не проявляли себя никакими клиническими признаками. Приведу кратко три истории болезни.

1. Больная К-ва, 46 лет, поступила в клинику 10/VIII 1942 г. по поводу острых болей в животе с диагнозом — ущемленная грыжа. При осмотре ущемления уже не было, так как больная накануне сама себе вправила грыжу, после чего появились боли и жидкий стул несколько раз. При поступлении поставлен диагноз энтероколит и дистрофия II—III степени. Никаких признаков перитонита не было. Вызван консультант — терапевт. Его запись: «Общее состояние удовлетворительно, язык влажный, чистый, живот вздут, безболезнен, стенка дряблая». Иначе говоря, все признаки противоположны тем, которые мы наблюдаем при перитоните. На утро — резкое ухудшение общего состояния: рвота с каловым запахом, живот вздут, видна перистальтика, при пальпации довольно резкая болезненность по всему животу. С диагнозом кишечная непроходимость и перитонит больная взята на операцию. Произведена срединная лапаротомия, обнаружен разлитой гнойный перитонит вследствие перфорации тонкой кишки и спаечная непроходимость в области flexurae coli lienalis. Через сутки больная умерла.

2. Больной М-в, 56 лет, поступил в клинику 20/VIII 1942 г. в тяжелом состоянии на 9-й день после начала заболевания. Начало заболевания и данные при поступлении говорили за кишечную непроходимость. Живот был резко вздут, особенно в верхнем отделе. Напряжения брюшной стенки и болезненности не было, рвоты не было. Одним словом, опять-таки симптомов, говорящих за перитонит, не было. На 3-й день больной умер. На секции — разлитой гнойный перитонит, развившийся вследствие перфорации старой язвы тощей кишки.

3. Больной Ж-в, 44 лет. Был переведен из терапевтической клиники 9/XI 1942 г. с диагнозом перфоративная язва желудка. Несмотря на небольшое число часов, прошедших от начала острых явлений, у этого больного тоже не было самого классического признака перфорации язвы желудка — резкого напряжения всей брюшной стенки. Диагноз был поставлен правильно лишь потому, что к этому времени наши наблюдения над особенностями клинической картины «острого живота» дали нам уже некоторый опыт.

У всех этих 3 больных имелся разлитой гнойный перитонит на почве перфорации тонкого кишечника или желудка, и ни в одном случае мы не имели одного из самых существенных симптомов прободного перитонита — активного напряжения брюшной стенки. Этот симптом для распознавания острых воспалительных процессов в брюшной полости является чрезвычайно важным, и его отсутствие ставит диагноз под большой вопрос. Ценность этого признака всем хорошо известна, но все же хочется привести слова некоторых хирургов, характеризующих этот симптом. Так, Лесен пишет: «Всем замечательным прогрессом внутрибрюшной неотложной хирургии за последние 20 лет мы в огромной степени обязаны распознаванию и оценке этого раннего симптома — истинного сокращения брюшной стенки». Гаукес называет этот симптом «сверхпризнаком». Пайр называет его признаком, заслуживающим наибольшего доверия. Само собой понятно, что если в настоящее время этот симптом слабо выражен или отсутствует, диагностика острых процессов в брюшной полости делается очень трудной.

Мы полагаем, что отсутствие этого признака у наших больных объясняется тем, что атрофичные мышцы брюшной стенки при алиментарной дистрофии не могут дать активного напряжения. Подобные случаи мы наблюдали и в мирное время у людей истощенных, старых или очень полных, у многорожавших женщин с дряблой брюшной стенкой, т. е. у таких больных, мышцы которых не полноценны.

Но и другие симптомы заболевания не так ярко выражены, как обычно: температура небольшая, общая реакция организма вялая. Такую общую вялую реакцию организма мы видели и в мирное время у ослабленных и старых больных, у которых диагноз острых заболеваний брюшной полости представлял большие трудности и нередко из-за этого опаздывал.

В настоящее время независимо от возраста больного хирург часто ходит в большом затруднении, и если раньше каждый «острый живот» доставлял много волнений, то в настоящее время сомнений значительно больше.

Если в мирное время являлось аксиомой прибегать к пробной лапаротомии в сомнительных случаях, то при алиментарной дистрофии к этому вполне законному диагностическому приему мы так легко прибегать не могли, так как боялись оперировать ослабленных больных. И приобретя за истекшее время некоторый опыт по отношению к операциям больных с алиментарной дистрофией, я начинаю приходить к выводу, что наша боязнь оперировать этих больных преувеличена. Выносливость к оперативному вмешательству у больных дистрофией не так мала.

За 6 месяцев нами произведено около 40 операций у больных с алиментарной дистрофией, из которых было 8 операций по поводу ущемленной грыжи, 2 ампутации грудной железы по поводу рака и др. Все эти больные хорошо перенесли вмешательство, мы не наблюдали никаких осложнений как общего, так и местного характера. Ни нагноений, ни гематом не было ни в одном случае. Даже у больной с бедренной грыжей, у которой анатомические соотношения были несколько необычны, что повлекло за собой длительные поиски грыжевого мешка, заживление раны прошло без нагноений и без гематомы. Обе ампутации грудной железы несмотря на обширность вмешательства, протекали очень хорошо, без каких-либо осложнений, причем одна из больных поступила с такой тяжелой формой дистрофии, что сама идти не могла. Очень поучителен в этом отношении больной Г-в, который был оперирован по поводу ущемленной грыжи. Перенес он операцию прекрасно, несмотря на туберкулезный плеврит и перитонит, обнаруженный во время операции. Больная И-р, 70 лет с тяжелым повреждением черепа прекрасно перенесла тяжелую травму, операцию и поправилась. Ряд других больных тоже прекрасно и без осложнений перенес оперативное вмешательство. Особенно нас поражало отсутствие гематом, несмотря на наличие гиповитаминоза С.

Хотя наши наблюдения невелики, все же отнести указанные факты за счет случайного состава больных мы не можем. И прежде хирурги предпочитали оперировать худощавых больных ввиду того, что у более полных наблюдалось больше осложнений, как общих, так и местных. Отсутствие жировой клетчатки благоприятно сказывается на течении раны. Давно известен факт плохой сопротивляемости жировой клетчатки по отношению к инфекции, давно уже хирурги при опасении нагноения в ране зашивают все ткани, кроме кожи с подкожной клетчаткой. Понятно, мы не склонны только этим объяснять тот факт, что больные алиментарной дистрофией хорошо переносят операции. Для уточнения этого вопроса необходим ряд исследований. Но в практическом отношении мы можем сделать вывод, что выносливость к операциям у больных дистрофией не так мала, как это нам казалось вначале, что безусловно дает нам право расширить показания к пробной лапаротомии в сомнительных случаях, т. е. поступать так же, как и у больных, не страдающих алиментарной дистрофией.

---