

ных препаратов в лечении больных с данной патологией является неоправданным, поскольку по мере клинического и морфологического улучшения достоверно повышается и активность ККС крови.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дегтярева И. И., Кушнир В. Е. // Язвенная болезнь. — Киев, 1983.

2. Макаревич Я. А., Балашов В. И., Панова Т. Н. и др. // Тер. арх. — 1977. — № 5. — С. 89—92.

3. Степанова И. В. // Врач. дело. — 1979. — № 7. — С. 8—11.

4. Циммерман Я. С. // Клин. мед. — 1983. — № 2. — С. 101—105.

Поступила 11.11.88.

УДК 616.346.2—089.87

## О ТАКТИКЕ ПРИ КАТАРАЛЬНОМ АППЕНДИЦИТЕ

Я. Б. Юдин, С. А. Габинский

Кафедра детской хирургии (зав. — проф. Я. Б. Юдин)

Новокузнецкого ордена Трудового Красного Знамени института усовершенствования врачей

Вопросы диагностики и лечения острого аппендицита систематически освещаются в периодической печати, однако при этом недостаточно внимания уделяется тактике при неструктивной (катаральной) форме аппендицита, выяснению причин довольно частого удаления у больных морфологически неизменных отростков при наличии клиники острого аппендицита и мероприятиям по снижению напрасных аппендэктомий.

Некоторые авторы считают аппендэктомию обязательной во всех случаях болевого синдрома в правой подвздошной области. Так, по данным С. Д. Лебедева [5], больным, поступившим с подозрением на аппендицит аппендэктомии выполняют в 84,4% случаев. Удаляемые неизменные червеобразные отростки, обуславливающие, по мнению автора, высокую оперативную активность, способствуют снижению заболеваемости аппендицитом.

Большинством морфологов неструктивная форма аппендицита вообще не рассматривается как воспаление червеобразного отростка. Изменения, характерные для этой формы, обнаруживают в попутно удаленных червеобразных отростках у детей, ранее не страдавших выпятия в животе [1, 3, 4]. Тем не менее многими авторами данная форма признается за аппендицит, частота аппендэктомий при отсутствии структуртивных изменений составляет у них 30—60% [6, 9] и не имеет тенденции к снижению. Несоответствие в подобных случаях клинического и морфологического диагнозов выявляется в 20—70% случаев. Усомниться в подобной частоте неструктивного аппендицита заставляет тот факт, что у детей с подобным диагнозом уже на операции, в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки после аппендэктомии выявляются заболевания, послужившие причиной абдоминального синдрома [7, 8].

Осложнения, случающиеся при аппендэктомиях по поводу катарального аппендицита, показывают, что эти операции далеко не безобидны.

В последних работах стала определяться принципиальная позиция в отношении неструктивной формы острого аппендицита, смысл которой состоит в том, что морфологические изменения в подобных червеобразных отростках в большинстве случаев не являются специфическими, не могут объяснить болевой синдром и, следовательно, не должны удаляться [3, 7]. Таким образом, под маской катарального аппендицита в большинстве случаев удаляют неизменные отростки, что позволяет считать операцию в подобных ситуациях диагностической ошибкой.

Мы провели анализ историй болезни 1278 детей, оперированных в клинике по поводу катарального аппендицита с 1975 по 1986 г. Большую часть этой группы составляли девочки (66%), что связано с гипердиагностикой аппендицита, особенно в периоде полового созревания.

У 1137 (89%) детей на операции был поставлен диагноз катарального аппендицита, у 105 (8,2%) обнаружены спайки червеобразного отростка, у 36 (2,8%) — каловые камни в его просвете. Во всех случаях была выполнена аппендэктомия. Морфологическое исследование удаленных червеобразных отростков, проведенное на многочисленных срезах, позволило выявить следующие изменения (табл. 1). Из табл. 1 видно, что клинический диагноз подтвердился в 5,7% случаев. В остальных отростках изменения носили неспецифический характер или отсутствовали. Морфологический диагноз «расстройство кровообращения» был поставлен в группе детей, у которых во время операции были обнаружены или спайки, деформировавшие червеобразный отросток, или каловые камни в его просвете.

Таблица 1

Морфологические изменения, выявленные в червеобразных отростках у детей с клиническим диагнозом катарального аппендицита

Патологоанатомический диагноз	Число наблюдений	% от общего числа простых аппендицитов
Катаральный аппендицит	73	5,7
Реакция иммунного ответа	69	5,4
Расстройства кровообращения	32	2,5
Энтеробиоз отростка	51	4,0
Склероз отростка	21	1,6
Изменений в отростке нет	1032	80,8

Таблица 2

Частота проявлений клинических симптомов у больных с морфологически подтвержденным диагнозом катарального аппендицита

Симптомы	% наблюдений
Время от начала заболевания от 1,5 до 6 ч	74,0
Симптом Кохера	49,3
Болезненность в правой подвздошной области	93,2
Напряжение мышц	57,5
Симптом Щеткина	52,1
Болезненность при ректальном исследовании	35,6
Лейкоцитоз, $9-12 \cdot 10^9/\text{л}$	65,8
Сдвиг лейкоформулы влево	89,0

Эти изменения могли быть следствием повышения внутриполостного давления, связанного с нарушенной дренажной функцией червеобразного отростка, что обусловило клиническую картину острого аппендицита.

Анализ историй болезней детей с совпавшими клиническим и морфологическим диагнозами катарального аппендицита выявил определенную закономерность в клинической картине заболевания (табл. 2).

Из табл. 2 видно, что морфологически подтвержденному диагнозу катарального аппендицита соответствует клиническая симптоматика, иногда недостаточно выраженная вследствие ранних сроков поступления детей, но в достаточной мере определенная для постановки правильного диагноза. Такие ранние поступления больных стали возможными из-за определенной настороженности родителей и врачей службы скорой помощи к болевому абдоминальному синдрому у детей. Там, где морфологически диагноз не был подтвержден или изменения были неспецифичными,

у 256 (20%) детей уже во время операции были обнаружены заболевания, симулировавшие клинику острого аппендицита. У 47,2% прооперированных был выявлен неспецифический мезаденит, у 21,8% — гинекологические заболевания, у 15,2% — первичный перитонит, у 15,7% — заболевания илеоцекального угла.

В ближайшем послеоперационном периоде у 30 детей были диагностированы инфекционные заболевания (ОРВИ, ангины, детские инфекции), у 6 — пневмония, у 8 — гельминтоз, у 4 — кишечная инфекция, у 12 — пиелонефрит, у 10 — прочие заболевания.

При изучении отдаленных результатов у 156 детей, ранее оперированных по поводу катарального аппендицита, нами были выявлены болезни желудочно-кишечного тракта (у 74), урологические заболевания (у 48), патология желчевыделительной системы (у 18), гинекологические заболевания (у 16).

Нередко во время операции, предпринятой по поводу острого аппендицита, диагноз катарального аппендицита ошибочно ставился при наличии у детей врожденных заболеваний илеоцекального угла. Ущербная интраоперационная диагностика из-за недостаточного знакомства хирургов с этой патологией приводила к неадекватной хирургической тактике, не устранявшей основной причины и обрекавшей пациентов на повторные боли в животе. Мы наблюдали 127 детей с патологией илеоцекального угла, сопровождавшейся рецидивирующим абдоминальным синдромом в правой подвздошной области. У 47 из них была недостаточность илеоцекального запирающего аппарата, у 39 — спайки илеоцекального угла, деформирующие и переключивающие червеобразный отросток, у 19 — спайки, фиксирующие отросток в атипичном положении, у 3 — мембраны Джексона, у 2 — спайки Лейна, у 7 — дивертикул Меккеля, у 7 — незавершенный поворот толстой кишки, у 13 — подвижная слепая кишка.

В настоящее время особую актуальность приобретает разработка объективных методов диагностики острого аппендицита, так как оценка местных симптомов в большинстве случаев страдает субъективизмом и увеличивает вероятность необоснованной аппендэктомии.

Помимо почасового наблюдения за динамикой местных симптомов со стороны брюшной полости и исследованием периферической крови в сомнительных для диагностики случаях используют скринирующие методы исследования, позволяющие не только подтвердить или опровергнуть диагноз острого аппендицита, но и верифицировать истинное заболевание у ребенка. Так, пациентам выполняют рентгенографию грудной клетки при подозрении на

пневмонии, исследуют активность трансаминаз для дифференциальной диагностики вирусного гепатита и острого аппендицита, по показаниям делают неотложную экскреторную урографию, когда предполагают, что болевой синдром является проявлением уропатий и т. д. Диагностика острого аппендицита у детей должна предусматривать своевременное распознавание явных форм воспаления до развития осложнений и максимальное сокращение аппендэктомий. Когда воспалительные изменения в червеобразном отростке не определяются. Несомненное преимущество среди используемых для этой цели методов имеет лапароскопия. Диагностика острого аппендицита при этом исследовании строится на выявлении признаков аппендицита, а при их отсутствии — на установлении причины болевого синдрома.

Нами проведена лапароскопия у 802 детей, поступивших с подозрением на острый аппендицит. Оказалось, что этот метод обладает самой высокой диагностической информативностью. Так, у 131 (16,3%) ребенка был подтвержден диагноз деструктивного аппендицита, у 221 (27,6%) был выявлен первичный перитонит, у 187 (23,3%) — мезаденит, у 73 (9,1%) — апоплексия яичника, у 58 (7,2%) — воспалительные заболевания гениталий, у 38 (4,7%) — спайки в области илеоцекального угла, у 31 (3,9%) — терминальный илеит, у 26 (3,2%) — перекрут гидатид маточных труб, у 13 (1,6%) — тубулярный рефлюкс, у 24 (3,0%) детей изменения в брюшной полости отсутствовали.

Дальнейшее наблюдение за детьми, у которых воспалительные изменения в червеобразном отростке не обнаруживались или носили вторичный характер, показало, что развитие воспалительного процесса в отростке у них не наступало, и никто из них в дальнейшем не был оперирован. Последовательное клиническое обследо-

вание, применение объективных методов диагностики, правильная трактовка операционных находок позволяет в большинстве случаев разграничить острый аппендицит и другие, сходные с ним по клинической картине, заболевания и, следовательно, снизить частоту ошибочных диагнозов, избежать необоснованные аппендэктомии. При таком подходе за два года (1985 — 1986 гг.) количество операций, выполненных в клинике по поводу катарального аппендицита, снизилось до 8,7% от общего числа аппендэктомий при неструктивном аппендиците.

Принципиально сдержанная тактика отказа от операции при катаральном аппендиците не влечет за собой увеличения числа деструктивных форм острого аппендицита, однако она должна применяться при должной объективизации подозреваемого патологического процесса.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдовский И. В. // Патологическая анатомия и патогенез болезней человека. — М., Медгиз, 1956.
2. Исаков Ю. Ф., Степанов Э. А., Дронов А. Ф. // Острый аппендицит в детском возрасте. — М., Медицина, 1980.
3. Исаков Ю. Ф., Степанов Э. А., Дронов А. Ф. и др. // Хирургия. — 1986. — № 2. — С. 151—152.
4. Калитеевский П. Ф. // Болезни червеобразного отростка. — М., Медицина, 1970.
5. Лебедев С. Д. // Хирургия. — 1984. — № 12. — С. 32—34.
6. Портной Ю. М., Петрушенко А. М. // Клиническая хирургия. — 1986. — № 6. — С. 48—49.
7. Степанов Э. А., Гераськин В. И., Дронов А. Ф. и др. // Вестн. хир. — 1983. — № 6. — С. 85—89.
8. Bower R. J., Bell M. J., Ternberg J. L. // Arch. Surg. — 1981. — Vol. 116. — P. 885—887.
9. Harrison M. W., Linder D. J., Campbell T. B., Campbell T. J. // Amer. J. Surg. — 1984. — Vol. 47. — P. 605—610.

Поступила 09.02.88.

УДК 616.432—07

## ЗАВИСИМОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ СИНДРОМОВ И РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ ЭНДОКРАНИОЗА

М. К. Михайлов, Ф. З. Миндубаева

Кафедра рентгенологии (зав.— проф. М. К. Михайлов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, Республиканский онкологический диспансер (главврач — Р. Ш. Хасанов) МЗ ТАССР

Большая частота нейроэндокринных нарушений в гинекологии требует выяснения их патогенетических механизмов для разработки эффективных методов лечения и дальнейшей реабилитации больных. При нейроэндокринных нарушениях у женщин часто выявляется эндокрания в различных

проявлениях. Рентгенологическая картина эндокрания весьма разнообразна и включает в себя различные виды гиперостозов костей свода и основания черепа, обызвествления твердой мозговой оболочки и отдельных участков мозга [1—4]. Наиболее выраженным проявлением эндокрания