

Острый аппендицит (статистика, распознавание и хирургическая помощь¹⁾).

Проф. В. Гусынин.

Аппендицит, как определенная нозологическая единица с известным патологоанатомическим субстратом, типической клинической картиной и хирургическими методами лечения, является в настоящее время хорошо изученной главой частной хирургии.

Аппендицит, как социальная проблема, требующая для своего разрешения не только биологических знаний, но и понимания динамики распространения заболеваний среди населения, а также учета организационно-технических средств борьбы с ним, во многом остается актуальной задачей, подлежащей теоретическому и практическому изучению.

Распространение аппендицита во всех странах мира необычайно велико. Грудные младенцы и подростки, и люди цветущего рабочего возраста, и старики,— все становятся жертвой этой болезни.

Тысячи больных с аппендицитом ежедневно обращаются к врачам всего мира за помощью. Тысячи врачей в повседневной практике имеют дело с этим заболеванием. Хирургические отделения в значительной части своего коечного состава (у Волковича—10%, Розанова—25%, Бурлакова—30%) заняты больными с воспалением червеобразного отростка. Операция аппендицита представляет собой одно из наиболее частых, если не самое частое, оперативных вмешательств.

Растущая активность хирургической борьбы с аппендицитом, конечно, не осталась без результата; хирургия оказалась могущественным фактором снижения смертности от острого аппендицита. Смертность, по суммарным больничным данным, снизилась с 20% в конце прошлого века до 5% в настоящее время, а в некоторых лечебных учреждениях и того меньше, до 3—2 и даже 1%.

Однако одной хирургической активности и усовершенствования оперативной техники недостаточно. Реальные результаты борьбы мыслимы при условии организованной защиты населения.

Для характеристики динамики развития заболеваемости и смертности от аппендицита лучше всего воспользоваться статистическими данными из статьи Gunde'я и Ma'yer'a, а также из трудов Ленинградской областной конференции 1934 г.

Заболеваемость аппендицитом в Германии с 1923 по 1929 гг. растет с каждым годом.

В 1923 г. число заболевших равнялось 87842, в 1924—110025, в 1925—147334, в 1926—156014, в 1927—172870, в 1928—203628, в 1929—210512.

¹⁾ Доклад на Всетатарском съезде врачей в июне 1936 г.

За последние 18 лет (1911—1929) заболеваемость увеличилась в 3 раза. Один больной приходится на каждые 300 ч. населения. То же отношение 1 на 300 мы находим в Швеции (Nyström). В Америке дело обстоит еще хуже. По данным Campich'a, в США ежегодно из каждых 200 чел. один заболевает аппендицитом. В Швейцарии за последние 10 лет население увеличилось на 5,8%, а число больных аппендицитом— на 82,7%.

В Ленинграде, по данным скорой помощи, один случай острого аппендицита приходится на 630 ч. в 1932 г., в 1933 г.— один на 490 ч. и в 1934 г.— один на 370 ч. В абсолютных числах эти отношения представляются в следующем виде: число госпитализированных случаев острого аппендицита в 1932 г. было 4280, в 1933 г.—5459 и в 1934 г.—7833. В течение этих трех лет заболеваемость аппендицитом возрасла на 83% (Рохнинд).

Конечно, улучшение дела здравоохранения и лучше поставленная госпитализация больных имели немалое влияние на выявление и учет случаев болезни, остававшихся ранее без регистрации.

Рост заболеваемости имеет соответствующее отражение и на движении смертности. Во всех странах, за исключением Испании и Англии, имеется ясно выраженная тенденция к увеличению смертности от острого аппендицита.

Число смертей от аппендицита в разных государствах Европы на 100.000 населения:

Страны	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929
Италия . .	2	2	2	2	2	2	—	—	—	—	2	2	3	3	3	4	4	4	—
Испания . .	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Франция . .	4	4	4	5	4	4	4	4	4	—	5	—	—	—	3	3	4	4	—
Бельгия . .	5	4	6	—	—	—	—	—	5	5	8	6	6	7	7	8	8	—	—
Германия . .	6	6	6	6	5	5	5	5	4	5	5	5	5	6	7	7	8	8	9
Англия . .	8	6	7	7	7	8	7	7	7	7	7	7	8	7	7	7	7	7	7
Норвегия . .	7	6	7	7	7	7	6	6	6	—	5	—	6	7	5	5	8	—	—
Швеция . .	8	8	8	8	8	7	10	8	8	8	—	—	9	9	9	9	9	—	—
Шотландия,	9	8	9	10	8	9	9	8	9	9	10	9	11	10	10	10	10	9	10
Швейцария.	11	11	11	11	9	—	—	—	—	—	11	10	10	10	10	11	11	12	13

Особенно велик коэффициент смертности в Швеции, Шотландии и Швейцарии. Если коэффициент смертности перевести на абсолютное исчисление для одной только Германии, то смертность от аппендицита выразится в следующих четырехзначных цифрах: 1923 г.—2030 смертей, 1924 г.—2270, 1925 г.—3197, 1926 г.—2807, 1927 г.—2811, 1928 г.—3191, 1929 г.—3319 смертей.

Самый большой коэффициент смертности в США. По данным Baland он поднялся с 9,7 в 1900 до 15,2 в 1929 г. В абсолютном выражении

это дает для одного только 1925 г. 250000 смертей, или 55 смертей в день.

В Ленинграде за последние 10 лет умерло от острого аппендицита 1311 ч., из них мужчин 795, или 61% и женщин 516, или 39% (Рохнинд, Ленинградский институт нестложной помощи).

Следующая таблица дает наглядное изображение общего роста смертности и распределения ее по полам в Ленинграде.

Число смертей от аппендицита в Ленинграде за 1924—1933 гг.:

Г о д	Абсолютное число смертей			Число смертей на 100.000 населения		
	Мужчин	Женщ.	Об. пола	Мужчин	Женщ.	Об. пола
1924	35	17	52	4,5	2,6	4,3
1925	65	35	100	10,0	4,8	7,3
1926	54	44	98	7,3	5,5	6,4
1927	62	34	96	7,9	4,0	5,9
1928	76	47	123	9,3	5,3	7,2
1929	78	70	148	8,9	7,4	8,1
1930	110	81	191	11,4	7,5	9,3
1931	108	81	189	9,4	9,5	8,3
1932	119	57	176	9,3	4,0	6,5
1933	88	50	138	6,9	3,7	5,1

Из таблицы видно, что смертность от острого аппендицита на расчетную единицу населения достигла максимума в 1930 г., а затем она стала постепенно снижаться и в 1933 г. остановилась на 5,1%.

В этой же таблице содержатся и характерные указания на сравнительную смертность по полам: число смертей от аппендицита среди мужчин больше, чем среди женщин.

Эта особенность подтверждается и статистическими данными Gundel'я и Мауег'а для целого ряда других стран (см. табл. на стр. 1169).

Большая смертность среди мужчин свидетельствует о большей тяжести острого аппендицита у них. Преобладание легких форм у женщин объясняется анатомическими и иммунологическими особенностями тазовой брюшины. Соседство придатков матки, большая тренировка сосудов брюшины вследствие циклических приливов крови при менструациях, а отсюда более легкая и быстрая мобилизация защитных средств и большая склонность к пластическим формам воспаления,—все это ведет к смягчению острого процесса, ограничению и осумкованию воспалительного экссудата и предпрещает благоприятный исход. Только беременность нарушает эту закономерность, в значительной степени повышая смертность от аппендицита.

Возраст больных дает характерное распределение смертности от аппендицита. Наибольшее число смертей так же, как и заболеваний, падает на наиболее цветущий и активный возраст—от 20 до 40 лет. Но эта возрастная группа является как раз и наиболее многочисленной среди населения.

	Голландия 1920—23		Пруссия 1925—26		Швеция 1911—20		Швейцария 1901—20	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
До 1	—	0,3	1,7	0,8	—	—	3,4	2,8
1—5	1,6	1,0	6,2	4,8	4,3	3,7	13,4	12,7
5—15	3,5	2,4	6,4	5,7	6,0	7,3	15,8	13,5
15—20	4,8	2,4	8,6	5,7	10,9	9,3	17,8	10,8
20—30	4,3	2,2	8,5	5,3	10,3	7,1	10,5	7,0
30—40	3,7	1,8	6,5	4,9	9,4	5,7	7,0	6,4
40—50	2,9	1,8	9,3	5,1	8,9	6,0	8,1	6,6
50—60	3,5	2,5	12,4	4,8	12,4	5,8	11,9	7,4
60—70	4,0	3,1	13,9	8,1	12,6	6,9	12,9	9,0
70—80	—	—	12,7	8,3	9,3	6,8	11,0	13,2
Старше 80	3,2	0,8	13,7	10,4	—	—	16,8	13,3
	3,2	2,1	8,4	5,7	8,9	6,6	11,9	9,2

Относительная частота смертности для различных возрастов характеризуется высоким стоянием кривой у ее концов, т. е. смертельные исходы от аппендицита чаще наблюдаются в младенческом и старческом возрастах, чем у больных промежуточного возраста. Младенческий организм, еще не успевший приспособиться к условиям жизни, менее стоек к борьбе с инфекцией, брюшина маленьких детей не отличается склонностью к слипчивым формам воспаления, вследствие чего—большая опасность диффузных перитонитов.

У стариков, вследствие истощения резервных защитных сил, сопротивляемость организма значительно понижена.

В настоящее время не представляется еще возможным установить зависимость заболевания и смертности от профессионально-производственного фактора, однако, по данным Gundel'я и Mayer'a, городское население более подвержено заболеванию аппендицитом, чем сельское. Смертность от аппендицита в городе в 1925—26 гг. была в 5 раз больше, чем в деревне. Оппель, Греков, Розанов в свое время отмечали резкое падение заболеваемости аппендицитом во время войны и голода. В Англии обеспеченные классы дают в два раза больше смертей от аппендицита, чем прочие слои населения. Все это, повидимому, говорит за то, что грубая пища не играет заметной роли в этиологии аппендицита.

Наиболее мощным средством борьбы со смертностью от аппендицита является нож хирурга. Трудно представить себе, какие размеры приняла бы смертность, если она не нашла бы для себя противодействия в хирургических методах лечения. Послеоперационная смертность резко снижается. В Германии при абсолютном увеличении числа смертей по годам в связи с ростом заболеваемости относительная смертность уменьшилась с 2,3% в 1923 г. до 1,58% в 1929 г.

У Fumeu'я послеоперационная смертность равна 3,8%, у Krecke—3,9%. В Ленинградском институте неотложной помощи послеоперационная смерт-

ность доведена до 0,8%. В Казанской клинике неотложной помощи и военно-полевой хирургии ГИДУВ смертность после операции острого аппендицита равнялась 2,7%.

Послеоперационная смертность зависит от тяжести случая и времени операции после начала заболевания. Фактор времени является решающим в послеоперационном течении и исходе оперативного вмешательства. С каждым днем промедления операции смертность быстро возрастает. Успешная борьба со смертностью от аппендицита основана главным образом на ранней госпитализации больного и ранней операции, по возможности, в первый же день заболевания. Ранняя госпитализация предполагает наличие двух основных условий — ранней диагностики и незамедлительной транспортировки больного, т. е. хорошо действующей скорой помощи.

В рамках настоящей статьи я не имею возможности останавливаться на патогенезе аппендицита и его патологической анатомии. Анализ патологических факторов обнаруживает множественность и разнообразие способов и путей поражения appendix'a. В происхождении аппендицита нет единого этиологического источника.

Все пути распространения инфекции могут вести к воспалению червеобразного отростка. Мы различаем аппендициты гематогенного, лимфогенного, энтерогенного происхождения, а также аппендициты, возникающие по способу контактной передачи воспалительного процесса. За последнее время немало указывается на возникновение рецидивных вспышек из гнездносептического мезентериолита с его хроническим тромбофлебитом и лимфангиомом (Прибрам, Брун, Ферид, Яуре). Учитывается также известная роль в патогенезе страдания аномалий возрастных изменений в appendix'e: гиперплазия лимфатических фолликул при замедленной редукции в зрелом возрасте или ранней инволюции отростка с его атонией и задержкой каловых масс. Аппендикопатия, висцеральные невроты умножают причины аппендикулярной колики. Множественность источников и путей поражения отростка заставляет искать этиологические условия заболевания не столько в экзогенных факторах, сколько в биологической неполноценности отростка и функциональной его дисгармоничности в физиологии органов пищеварения.

Отсюда понятно, что основная установка в борьбе с аппендицитом заключается не столько в профилактике заболевания, сколько в профилактике смертности посредством ранней операции заболевшего.

Распознавание острого аппендицита в большинстве случаев не представляет трудности. По мнению Джавелидзе, приблизительно $\frac{4}{5}$ всех больных дают типическую картину заболевания, описывать которую я не стану ввиду общезвестности ее.

Диагностика острого аппендицита в этих случаях легко доступна врачам амбулаторной, квартирной и скорой помощи. При своевременном обращении больного к врачу, различные последствия и осложнения в течении болезни целиком ложатся на врача, если он не озаботится немедленной госпитализацией больного. Всякие терапевтические мероприятия вне хирургического отделения, не говоря уже о назначении слабительных клизм, наркотиков, опасны, т. к. связаны с промедлением и отсрочкой хирургической помощи.

В этом отношении особенно опасен скользкий путь выжидания при так называемых легких формах аппендицита. Теперь уже стало азбучной истиной положение о несоответствии клинической картины анатомопато-

логическим изменениям в аппендиксе между клиникой и анатомией. С этой точки зрения легкие случаи являются и наиболее ответственными.

Особому рассмотрению подлежат остальные 20% острых аппендицитов, в отношении которых встречаются большие диагностические трудности. К числу таковых относятся отдельные формы, характеризующиеся неполным симптомокомплексом, атипической локализацией клинических явлений, маскировкой их участием припадков со стороны смежных органов и т. п.

Только знание этих форм аппендицита и их характерных особенностей может уберечь врача от ошибки.

К их числу относятся прежде всего острые аппендициты старческого и младенческого возраста. Атипичность первых заключается во встречающемся иногда отсутствии или слабой выраженности болевого синдрома и мышечной защитной реакции, а опасность — в слабой сопротивляемости организма.

Младенческий аппендицит требует большого опыта в его распознавании и вообще редко диагностируется. Ребенок попадает к хирургу в финальной стадии с явлениями перитонита. Отсюда и высокий процент смертности у детей, достигающий в позднем сроке до 16—20% по Шааку.

Большие диагностические трудности создаются атипической или ненормальной локализацией отростка. Ретроцекальная форма аппендицита в отдельных случаях может не сопровождаться обычными кардинальными симптомами со стороны живота. Пальпаторная болезненность и мышечное напряжение перемещаются с переднебоковой стенки живота в поясничную область. К этому часто присоединяются согнутое положение ноги и болезненность при разгибании.

Между тем именно ретроцекальный аппендицит чреват опасными осложнениями в виде паранефрита, субдиафрагмального абсцесса, гнойного плеврита и развития общих септикопиемических состояний.

Высокое стояние соесі передвигает местный симптомокомплекс, боли и мышечную ригидность, в печеночный угол. Дифференциальная диагностика с холециститом и острым пиелитом иногда превращается в трудно разрешимую задачу.

Левосторонний аппендицит при *situs viscerum inversus*, грыжевой аппендицит распознаются обычно только при операциях. С картиной левостороннего аппендицита протекает также воспаление червеобразного отростка, оттянутого спайками влево и фиксированного к *S-Romanum*.

Затруднительное положение хирурга увеличивается при дифференциации между острым аппендицитом и кишечной непроходимостью, когда механические и воспалительные расстройства напластываются друг на друга и спутывают картину. Но еще более коварными, в смысле последствий неправильного распознавания, являются случаи смещения аппендицита с различными гастрическими и кишечными расстройствами (острые гастриты, энтериты, колиты).

Я не имею возможности останавливаться на бактериологическом анализе различных форм аппендицита. До настоящего времени остается более признанным взгляд на катаральную, флегмонозную и деструктивную форму аппендицита, как на отдельные фазы в развитии единого патологоанатомического процесса (Ашоф, Абрикосов). Однако не подлежит сомнению возможность быстрого перехода от легких форм к тяжелым осложнениям

в зависимости и от вирулентности септической инфекции (стрептококковая, анаэробная инфекция). Развитие резких септических и токсических явлений сопровождается иногда параличом реактивных сил организма. Человек гибнет от гангренозного аппендицита при почти бессимптомном течении его (Левц, Керте).

Из настоящего беглого перечня отдельных форм аппендицита можно видеть крайнее разнообразие и изменчивость клинической картины и течения острого аппендицита, а также происходящую отсюда трудность своевременной диагностики его. Нужно быть хорошо осведомленным о них, чтобы в каждом отдельном случае уметь найти основное звено в спутанной дифференциальной диагностике.

Правильное распознавание атипических острых аппендицитов в амбулаторной и домашней практике невозможно. Отсюда—большое количество ошибок, доходящих до 22% по Джанелидзе.

Никто не будет винить амбулаторного или районного врача в допущенной ошибке при встрече с такими формами аппендицита. Дело стационарного исследования исправить и уточнить диагноз. Поведение амбулаторного врача определяется не стремлением к уточнению диагноза, а заботой о немедленной госпитализации больного с явлениями острого живота. Лучше, если в квалификации страдания врач переоценит тяжесть его и поспешит отправкой больного в стационар, нежели в погоне за точностью диагноза оставит больного под наблюдением и упустит срок спасительной операции.

Положение больничного врача в смысле диагностики острого аппендицита лучше амбулаторного. К его услугам лаборатория, консультация с опытным специалистом, а главное возможность более тщательного исследования. Поэтому процент ошибок у больничного врача гораздо меньший. В Ленинградском институте скорой помощи с ошибочным диагнозом было оперировано 70 человек из 2982 больных, что составляет 2,5%.

Не подлежит сомнению, что и больничный врач может встретить непреодолимые трудности в распознавании заболевания; выходом из затруднения в отдельных случаях может быть только лапаротомия.

Диагностика страдания для хирурга связана с вопросом о показаниях к операции.

В отношении острого аппендицита операция показана во всех случаях, где болезнь распознана в первые 48 часов. Эти показания имеют абсолютный характер не столько в смысле вынужденности операции в данный момент, сколько в смысле профилактики смертности вообще. Ввиду частого несоответствия патологии и клиники аппендицита, операция производится независимо от интенсивности болевого синдрома: как при резко выраженном страдании, так и при умеренной клинической картине.

Однако, я считаю, что, если в начале болезни болевой синдром и мышечная ригидность не могут считаться надежным и объективным критерием для оценки действительной тяжести поражения, то в дальнейшем течении клинический симптомокомплекс приобретает все более и более патогномическое и сигнальное значение.

Мы придаем несколько различное истолкование болям, их происхождению и интенсивности в начале заболевания и в дальнейшем течении.

В начальном периоде (приблизительно первые два дня) резкие субъективные боли чаще имеют более широкую область распространения, чем в последующем течении, при наличии очагового происхождения. Боли часто распространяются по всему животу, держатся в области пупка или подчревьѣ вследствие висцеро-висцерального рефлекса внутри брюшной полости, вызывающего спазм и болезненные сокращения различных органов.

При катаральном аппендиците болевой рефлекс происходит из спастической перистальтики червеобразного отростка, при флегмонозной—из напряжения его стенок или натяжения инфильтрированной брыжейки.

Боли характеризуются обширной зоной коллатеральной иррадиации. Висцеростинальный моторный рефлекс через *plexus solaris* и *rami communicantes* создает напряжение передне-боковой стенки живота на большем или меньшем протяжении. Болевой резонанс в брюшной полости может вызвать преувеличенное впечатление о размерах и типе поражения. Объективная болезненность и *defense musculaire* приобретают характер более резко выраженного местного симптома, как только на почве деструктивного или флегмонозного аппендицита воспалительный процесс переходит на париетальную брюшину и дает начало местному перитониту.

Поэтому в последующие дни соотношение между болями и анатомическими изменениями несколько меняются. Болевые рефлексы идут уже проторенными путями и не создают так клиническую картину коллатеральной иррадиацией болей, как в начале.

Они находятся в более прямом соотношении с внутренними изменениями, и колебания их представляют собой более точное выражение развития глубокого процесса.

Поэтому мы с большим доверием можем отнестись к болевым и рефлекторным реакциям и обосновать на них показания к оперативному вмешательству в междуточном периоде.

С этой точки зрения хирург должен быть более клиницистом в оценке случая и не ограничиваться схематической догмой.

Если в междуточном периоде боли быстро стихают, а общее состояние резко улучшается, я считаю, что перемена к лучшему отображает собой динамику обратного развития воспалительного процесса, и подобно многим хирургам предпочитаю в этих случаях отложить операцию до полного исчезновения болевой реакции.

Известно, и с этим согласны и сторонники операции во всякое время независимо от срока болезни, что операция в междуточном периоде опаснее, чем в начальном периоде или в холодном.

Всякое ухудшение, в виде усиления болей, стойкого *defens*, отягчения общего состояния или даже стойкий *status idem* на третий или четвертый день показывают немедленную операцию. Исключение составляет, как известно, инфильтративная форма аппендицита.

Мы вплотную подошли к вопросу об оперативном лечении острого аппендицита. Позвольте мне не останавливаться подробно на тех положениях и общих задачах, хирургической и врачебной деятельности в борьбе с аппендицитом, которые в настоящее время являются общепризнанными. Это—необходимость ранней аппендектомии с идеальным сроком для нее в первые 24 часа от начала заболевания; необходимость широкой пропаганды среди населения идеи о пользе ранней операции; необходимость

солидаризации всей врачебной массы на принципе немедленной передачи всякого больного с острым аппендицитом хирургу; отказ от терапевтического метода лечения острого аппендицита; строгое осуждение таких „лечебных“ мероприятий, как дача слабительных, назначение клизм и наркотиков при всяких подозрительных на аппендицит заболеваниях; немедленная транспортировка больного с острым аппендицитом или подозрительным на него страданием в хирургическое отделение; необходимость немедленной операции во всякое время дня и ночи больного с острым аппендицитом.

Техника аппендектомии многообразна, как и клиническая картина и патогенез аппендицита, и зависит от особенностей случая. Вот почему я не сторонник прокламации какой-либо методики аппендектомии для всех случаев.

Из различных разрезов для аппендектомии, мне кажется, разрез MacBurney'a является менее всего удобным. Хорошим разрезом нужно признать такой, который, не повреждая важных анатомических образований, дает широкий доступ в брюшную полость. Как раз для операции острого аппендицита это особенно важно. С этой точки зрения, лучшими разрезами нужно признать параректальный Lennander'a и поперечный Sprengel'a. Я с 1926 г. оперирую при помощи поперечного разреза и считаю его одним из наиболее целесообразных. Он позволяет при нужде увеличить рану в направлении того или другого из его концов, доведя ее до широкого раскрытия. Прямая мышца, в случае необходимости расширения раны в медиальную сторону, после вскрытия влагалища, отодвигается к срединной линии живота, поперечным сечением задней стенки влагалища прямой мышцы удлиняется рана брюшины. Чаще всего можно обходиться без этого дополнительного расширения.

В исключительных случаях, и не столько для аппендектомии, сколько для других, более крупных операций в этой области, пересекается поперек и прямая мышца живота, что не противоречит анатомичности разреза, т. к. сегментарная иннервация прямой мышцы живота делает неопасным поперечное сечение ее, в смысле последующего развития послеоперационной грыжи.

Из описанного поперечного разреза мною были произведены правосторонняя гемиколектомия, операция по поводу внематочной беременности и друг.

Неожиданная находка при данном разрезе не может озадачить и затруднить хирурга.

Для ретроцекального аппендицита и ретроградного отделения отростка может потребоваться, легко выполнимое, удлинение разреза со стороны заднего его конца.

Способ обработки культи аппендикса находится сейчас в центре хирургического внимания. Намечается пересмотр техники обработки. Старый манжетный способ и современный инвагинационный не удовлетворяют некоторых хирургов. Сложность обработки, а, главное, усматриваемая некоторыми хирургами в погружении культи опасность последующего развития интрамуральных гноевиков заставляет их отказаться от инвагинации культи и перейти к упрощенному способу посредством простой перевязки отростка и оставления культи его свободной без всякой перитонизации.

Снова возвращаются к старому методу обработки по Mac-Burney'ю, Seelig'ю.

Едва ли такое упрощение способа, особенно, возведенное в принцип, противоречащее основным положениям брюшной хирургии о герметической перитонизации ран полых органов, можно признать правильным. Почему культя желчного пузырного протока после холецистэктомии, которую хирург не оставляет без перитонизации или тампона более опасна, чем культя червеобразного отростка, выпадающего в гораздо более септическую полость.

Как раз при острых аппендицитах оставление культи отростка с перетяжкой у основания может быть чревато осложнениями в виде калового свища и перитонита. Лигатура инфильтрированного отростка легко может перерезать культю раньше, чем последняя успеет облитерироваться. Успешная проба способа на 2—3 тысячах больных не способна еще убедить в равноценности метода испытанным способам, основанным на принципе Lembert'овского шва. Уже появились сообщения о смерти после аппендектомии по способу простого лигирования отростка (Гилярова, Каган, Гарвин). Да и в клинике Джанелидзе он не дал лучших результатов по сравнению с инвагинационным методом.

Способ простой перевязки культи, мне кажется, более допустим при операции хронических неосложненных аппендицитов, чем острых.

Более 10 лет я употребляю при аппендектомиях способ усеечения верхушки слепой кишки (основания отростка) с последующим швом на рану по правилам кишечного шва.

Техника способа заключается в следующем: после отделеция отростка от брыжейки, у его основания на верхушку соесі накладывается зажим Кохера или Бильрота; рядом с ним вплотную на основание отростка накладывается другой клемм, кольцами в противоположную сторону. Между обоими зажимами кишка рассекается, отросток ампутируется у своего основания. На рану слепой кишки, вокруг сжимающего ее зажима, делается обвивной шов в 3—4 спирали. Зажим снимается и удаляется из ниточной спирали, шов затягивается, концы кишечной раны стягиваются в одной точке. Делается узел, который погружается кيسетным швом.

Полость, которая остается между затянутой спиралью и кисетным швом, не содержит источника инфекции (культи) и к тому же через несколько дней открывается в кишку, т. к. обвивной шов прорезывается, и нить (узел) выпадает в полость кишки. К этому времени края раны прочно спаивы. Способ лишен недостатков и опасности, проистекающих от погружения культи, и основан на биопластических свойствах брюшины. За указанный выше период мною оперирована по этому способу не одна сотня больных с острым и хроническим аппендицитом и без каких-либо осложнений на почве недостаточности шва.

Теперь несколько слов о так называемом инфильтративном аппендиците. Все соглашуются с тем, что инфильтративный аппендицит подлежит консервативному лечению и оперируется только при размягчении инфильтрата и переходе его в гнойник. Однако среди инфильтративных аппендицитов встречаются такие, которые характеризуются плотной воспалительной опухолью в подвздошной области и в то же время прогрессивным и быстрым развитием септических общих явлений. Злокачественный характер течения их может угрожать появлением септикопиемиче-

ских или токсических осложнений. Может быть, это бывает не часто и случается особенно при ретроцекальной форме аппендицита. Вот в таких-то случаях является целесообразным производство разреза на глубину брюшной стенки с расщеплением брюшины. Последняя обычно плотно прилежит к воспалительной опухоли. За разрезом следует введение тампона в рану. И все. Я несколько раз наблюдал на следующий день резкое улучшение в состоянии больного с падением температуры. Причины перемены—в отсасывании токсинов, в прекращении или уменьшении поступления их в кровь, может быть, в прекращении инвазии бактерий, в ослаблении напряжения опухоли. Тампон в этих случаях является провокатором, ускоряющим вскрытие глубокого гнояника в рану. Такой разрез, своевременно сделанный, имеет профилактическое значение в отношении приемических осложнений.

И, наконец, в заключение—о глухом шве после операции аппендектомии. Аппендектомия в пределах первых 48 часов, как правило, должна заканчиваться глухим зашиванием раны. Исключение составляют аппендектомии по поводу гангренозного и перфоративного аппендицитов со зловонным пихорозногнойным экссудатом. В сомнительных случаях, особенно тогда, когда операция продолжалась долго из-за трудности выделения отростка в инфицированном поле, шов на рану ограничивается зашиванием одной только брюшины. Кожномышечная рана остается открытой на 1—2 дня, а затем суживается швом и она, если не появляется нагноительного осложнения.

Острый аппендицит по материалам госпитальной хирургической клиники Казанского медицинского института.

(Зав. кафедрой профессор Н. В. Соколов).

Ст. асс. П. А. Гулевич.

Вопрос об аппендиците имеет за собой давнюю историю; ему посвящены тысячи работ; он отображен в сотысячных статистиках; он был предметом высокоавторитетных суждений на многочисленных хирургических съездах и конгрессах всех стран. И если, тем не менее, вопрос этот попрежнему продолжает привлекать внимание хирургов и, время от времени, служить предметом ожесточенных дискуссий, то это свидетельствует как о высокой актуальности самого вопроса, так и об отсутствии достаточной ясности в вопросах статистики, патологической анатомии, клиники, и, главным образом, показаний к операции.

Дискуссия, имевшая место недавно в нашей печати, а также дебаты, происходившие на Ленинградской конференции, заставляют каждого проверить правильность занимаемых позиций, проследить, какое преломление получили наиболее спорные вопросы на его материале, и внести, если потребуется, в тактику соответствующие коррективы.

Предметом моего сообщения является обзор материала по аппендициту Госпитальной хирургической клиники Казанского медицинского института за 1930—1935 гг.—период моей работы в клинике в качестве ассистента и врача, обслуживающего неотложную хирургию Областной больницы.