

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 гнойника в рану. Такой разрез, своевременно сделанный, имеет профилактическое значение в отношении пиемических 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.

Около 70% этого материала наблюдалось лично мною, значительная часть оперирована мною или при ближайшем моем участии. Таким образом с этими материалами у меня ассоциируются представления о совершенно конкретных людях и фактах.

Прежде чем перейти к обзору нашего материала, отмечу, что казанские хирурги сравнительно поздно встали на точку зрения активного вмешательства при остром аппендиците, что видно из работы проф. Н. В. Соколова, вышедшей из нашей клиники в 1928 г., в которой сообщается о 488 случаях аппендицита, наблюдавшихся в Госпитальной хирургической клинике в период 1922—1928 годов, причем на долю острого аппендицита падает лишь 78 случаев. Работа эта носит пропагандистский характер за операцию в острой стадии. Так, как Областная больница, хирургическое отделение которой является и Госпитальной хирургической клиникой, в этот период сосредоточивала почти всю экстренную хирургию города,—то можно без натяжки допустить, что эти 78 случаев представляют если не весь, то почти весь материал по хирургическому лечению острого аппендицита в Казани за упомянутый период.

На 8345 больных, прошедших через хирургическое отделение Областной больницы в период 1930—35 гг., на долю больных аппендицитом падает 896 человек. Из них на долю острой и межуточной стадий—366 случаев, холодной стадии—410 и на долю так называемого хронического бессимптомного аппендицита—120. Удельный вес аппендицита в материале клиники (9,3%) весьма незначителен, что объясняется в значительной мере отрицательным отношением клиники к операции бессимптомного аппендицита, составляющего иногда большой контингент хирургических отделений.

Потери на весь наш материал по аппендициту во всех стадиях, включая перитониты, происхождение которых было связано с аппендицитом, составляет 18 летальных исходов на 776 случаев аппендицита (2,3%).

Из 5809 операций, произведенных в клинике за этот период, на долю аппендицита падает 635, т. е. 11,1%; на 610 неотложных операций, произведенных за этот период в клинике (операции по поводу малых травм сюда не включены), на долю острого аппендицита падает 225 (35,2%). Таким образом в неотложной хирургии этого периода работы клиники острый аппендицит уже занимает довольно значительное место, что может свидетельствовать о происшедших сдвигах в деле хирургического лечения острого аппендицита в Казани, особенно, если принять во внимание, что Областная больница в указанный период концентрировала уже далеко не весь материал по острому аппендициту.

Наш материал в 366 случаев острого аппендицита принадлежит не целиком городу; около 10% его составляют приезжие из районов.

Данные о возрасте, национальности и полу отражены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1.
Распределение больных по возрасту.

Возраст	Количество	%
до 15 лет	21	5,7%
От 16 до 30 лет	237	64,7%
От 31 до 40 лет	75	20,5%
От 41 до 50 лет	21	5,3%
Свыше 50 лет	12	3,3%

Эти данные совпадают с большинством статистик и свидетельствуют о наибольшей распространенности аппендицита в молодом и среднем возрастах.

Таблица 2.

Распределение больных по полу и национальности и по отношению к операбильности.

Национальность	Оперированные		Неоперированные		Всего
	Мужчин	Женщин	Мужчин	Женщин	
Русских	100	81	54	46	281
Татар	25	19	21	20	85
Всего	125	100	75	60	366

По отношению ко времени, протекшему от начала заболевания до поступления, имеем следующие отношения: 222 человека (60,6%) поступили до 48 часов и 144—после 48 часов.

При позиции клиники—лечить оперативно всякий диагностически ясный случай острого аппендицита, поступивший до 48 час. (resp., если только нет противопоказаний, исключающих производство хирургической операции вообще), а после 48 часов оперировать лишь по неотложным показаниям (о них ниже)—30 чел., поступивших до 48 ч., однако не подвергались операции: из них 16 (4,7%) вследствие отказа и 14 человек (3,8%) по разным причинам (противопоказания со стороны общего состояния, кожи, неясности диагноза и пр.).

Заслуживает быть отмеченным, что отказы на нашем материале встречаются довольно редко и относятся, главным образом, к детям; 2 из отказавшихся от ранней операции были оперированы впоследствии по вынужденным показаниям.

Не подвергавшиеся ранней операции (174 человека—47,6%)—выдерживались в клинике до исчезновения всех симптомов и часть из них (см. ниже) оперировалась впоследствии по вынужденным показаниям.

Таким образом клиника имеет довольно значительный контингент больных, леченных консервативно.

Ведение этих больных в клинике не отличалось какими-либо особенностями. Голодная диета, белладонна, лед или грелка и полное воздержание от слабительных и клизмы—основные наши мероприятия по отношению к этой группе. В тяжело протекавших случаях, где особенно строго проводилась диета, мы часто прибегали к внутривенным (иногда подкожным) инъекциям глюкозы с инсулином.

Сведения о продолжительности пребывания этих больных в клинике отражены в таблице 3.

Таблица 3.

Неоперированные. Продолжительность пребывания в кл-ке.

Сроки пребывания	Количество больных	‰
1—3 дня	55	} 59,6‰
4—5 дней	29	
6—8 дней	34	24,1 ‰
9—20 дней	21	} 16,3‰
21—25 дней	2	
Всего	141 человек.	

33 человека (т. е. 8,5‰ всех поступивших) были оперированы в межуточном периоде, причем 27 по неотложным показаниям и 6¹⁾ по расширенным показаниям.

Как показаниями для операции в межуточной стадии мы руководствовались нарастанием клинических явлений параллельно с ухудшением картины крови, образованием гнояников и неподдающимся рассасыванию инфильтратом, с одновременно нарастающей картиной интоксикации. В частности, показанием к операции в наших случаях были: разлитые общие перитониты—4 (умерло 3); аппендикулярные абсцессы—11 (умер 1); абсцессы Дугласова пространства—4 (умер 1); бурное нарастание клинических явлений—8 (умер 1); и на 6 случаев, оперированных в порядке расширенных показаний—умер 1.

Исход операций в межуточной стадии выражается в следующих цифрах: в день поступления оперировано 6, умерло 3; из 6 оперированных на 2-й день умер 1, из 9 оперированных на 3-й день умерло 2, из 4 на 4-й день умер 1, оперированные на 6-й день (3), на 7-й день (4) на 12-й день (1) остались живы.

Потери при операциях по неотложным показаниям падают исключительно на оперированных в первые три дня по поступлении. 4 из 6 летальных исходов относятся к больным, доставленным из районов.

Общий уровень наших потерь при операциях в межуточной стадии (7:33) очень высок и уступает лишь потерям клиники Гессе (26,7‰); это обусловлено тем, что в половине случаев наших потерь мы имели дело с далеко зашедшими общими перитонитами, под каким диагнозом эти больные и оперировались.

Поскольку эти потери являются потерями не только операционными, но при нашей тактике и потерями на всей межуточной поздней стадии нашего материала,—общая смертность в этой стадии на нашем материале равна (7:174) 4‰, а если вести расчет лишь на потери, понесенные при операциях по неотложным показаниям (6:168), процент снизится до 3,9‰. (Потери ленинградских больниц по Красносельскому—7,7‰; по Заблудовскому—3,8‰).

¹⁾ Эти 6 операций являются отступлением от принципиальной позиции клиники и являются данью стремлению расширить рамки сроков оперативного вмешательства при остром аппендиците.

Потери авторов, систематически оперирующих в межлужной стадии, выражаются: у Милостанова—6,3%, Коган—4,6%, Красносельского (Институт скорой помощи в Ленинграде)—7,07%.

Сведения об оперированных в порядке ранней операции отображены в таблице 4, содержащей общую сводку результатов лечения нашего материала и сравнительные данные за два периода.

Таблица 4.

	1922—1928 гг.		1930—35 гг.	
	Число	%	Число	%
Поступило	79	—	366	—
Оперировано	54	68,9	225	61
Оперировано в 48 часов от начала заболевания	16	20,2	192	52,4
Оперировано после 48 час. .	38	48,7	33	8,6
Общая смертность по остр. аппендициту	22	27,7	12	3,2
Общ. операц. смертность .	16	29	12	4,8
Смертность операц. в 48 час.	4	25	5	2,1
Смертность после 48 часов .	12	31,5	7	21,2
Смертность неопериров. . .	6	—	0	—

Сравнительные данные этой таблицы дают право установить, что идея о раннем вмешательстве при остром аппендиците внедряется в сознание населения и врачей; больных начинают доставлять в больницу на раннем сроке. Мы можем констатировать, что за второй период было не более 12% больных, доставленных после применения слабительных, наркотиков (после начала приступа), в то время как за первый период таких больных было достаточно много.

Приписывая доминирующее значение в деле снижения смертности во втором периоде этим факторам, мы не должны отрицать некоторого значения и хирургического фактора, т. е. концентрации операционного материала в одних руках.

Переходя к патолого-анатомической характеристике нашего материала, мы должны подчеркнуть, что наши данные в этом разделе не могут претендовать на большую точность, поскольку микроскопическому исследованию подвергалась лишь часть материала—по выборочному методу, а большинство данных основывается главным образом на микроскопическом исследовании препарата (с обязательным вскрытием отростка). Выделяя деструктивные формы и флегмонозные, мы объединяем катаральные отростки с отростками без изменений, так как дифференциация этих форм микроскопически часто совершенно невозможна.

Наши данные отражены в таблице 5, в которой имеется также сводка материала ленинградских учреждений.

Таблица 5.
Патологическая анатомия.

Авторы	% без из-менения	% катар.	% флегм.	% деструк.	% тампо-нир.	% опериров. после 48 ч.	Общий % операбель-ности
Красносельский	17,3	14,2	50	18,5	10,5	20,0	87
Кл. Заблудовского	1,7	50	26,3	41,7	17,5	7	73,3
Коган	1	53	26,3	41,7	16,5	—	—
Кл. Гессе	1	41	22,8	26,6	17,4	14,8	84,6
Петрашевская	0,4	38	20,5	21,3	14	—	—
Автор 1)	22		44	28	20,1	14,2	61,5

При разборе этой таблицы обращают на себя внимание большие колебания в цифрах, касающиеся удаленных отростков „без изменений“. В то время как у Петрашевской количество неизмененных отростков равняется 0,4%, у Красносельского этот процент достигает 17,3. Мало того, большая разница в показателях в отношении этой же категории отмечается на материале отдельных учреждений, ведущих статистику на различных сроках и сериях. В Институте неотложной помощи Ленинграда—на первой 1000 отростков при систематическом исследовании (Гаккель) без острых изменений отмечено 33,2%, а на сводном материале на 1944 случая того же учреждения (Красносельский) на отростки без острых изменений падает лишь 17,3%.

Все это может свидетельствовать, по нашему мнению, только о том, что клинко-анатомическое противоречие (доходящее у некоторых авторов до 50%)—требует еще пристального изучения.

Обращает внимание большой процент больных, которым после операции вводились тампоны. Это находит объяснение отчасти в тяжести нашего материала (60% принадлежит ко вторым суткам), в то время как на Ленинградском материале соответствующий процент колеблется между 20—30), отчасти должен быть отнесен за счет более широких показаний к тампонаде в начале нашей работы, особенно в отношении флегмонозных форм.

В дальнейшей своей работе мы убедились, что показания к введению тампонов могут быть значительно сужены. Но, суживая показания к введению тампона в брюшную полость, мы расширили их по отношению кожной раны. При гнойных экссудатах, а у жирных субъектов и при серозно-гнойном содержимом брюшной полости, мы, как правило, прибегаем к полоске в кожную рану, удаляемой через 24—48 часов. Такой образ действий сократил число нагноений, часто продолжительных в послеоперационном периоде.

Послеоперационное течение отражено в таблице 6, содержащей сведения о продолжительности пребывания на койке оперированных:

1) В 6% (т. е. у 16 больных) отростки не были удалены при операции в острой стадии. 12 чел. из них были оперированы впоследствии.

Таблица 6.

Оперированные	Койкодень	
До 10 дней	103 чел.	
От 11 до 19	60 "	
„ 20 „ 29	31 }	22,6%
„ 30 „ 40	11 }	
„ 40 „ 56	9 }	
	214 чел.	

В таблицу не включены умершие 11 чел. Из них 10 умерло до 10 дней, 1—на 26-й день и 1—на 40-й день.

22,6% оперированных провело на койке от 20 до 56 дней. За исключением 2 случ. (тромбоз бедренной вены и поддиафрагмальный абсцесс) причиной столь продолжительного пребывания больного на койке были главным образом жестокие флегмоны брюшной стенки.

8 случаев из этой группы падает на оперированных из Ленандеровского разреза, остальные—на оперированных из Мак-Бурнеевского разреза.

Применяя Ленандеровский разрез приблизительно в 40% при операциях по поводу острого аппендицита и, особенно часто, при операциях на вторые сутки, мы не можем отделаться от впечатления, что наиболее тяжкие нагноения падают на оперированных из Мак-Бурнеевского разреза. Объяснение этому следует искать, по нашему мнению, в анатомических особенностях Мак-Бурнеевского разреза, открывающего широкий доступ в ретроперитонеальную и межмышечную клетчатку, неустойчивость которой к инфекции общеизвестна.

Впечатления, полученные от применения Ленандеровского разреза при операциях по поводу острого аппендицита, самые благоприятные, так как ни один из предложенных разрезов не обеспечивал такого доступа и возможности широкой обсервации, а также возможности наиболее бережного оперирования *ad oculos*, чему мы придаем большое значение при оперированиях в случаях осложненного аппендицита; ради этого мы готовы мириться с теневыми сторонами этого разреза (перерезка обычно 1 веточки нерва).

Применяя широко местную анестезию в повседневной работе (до 90% всех операций клиники производятся под местной анестезией), при остром аппендиците, в особенности при операциях на 2-е сутки, мы нередко прибегали к эфирному наркозу. К этому нас побуждало, главным образом, опасение, что впрыскиванием раствора в воспаленную брыжейку мы можем способствовать генерализации имеющейся в брыжейке инфекции, тем более, что при сравнительно скромном числе наших операций по поводу острого аппендицита под местной анестезией в числе осложнений мы имели 1 случай сепсиса и 1 случай тромбоза бедренной вены.

Обработка культи у нас общепринятая: отжигание Пакеленом и, после лигирования кетгутом, перитонизация. В случаях, где погружение сопряжено с затруднениями (сильная отечность стенки слепой кишки), мы

оставляли культю непогруженной (4 случ.). Брюшную полость в этих случаях не закрывали наглухо. Случаи эти закончились благополучно.

Считаем нелишним напомнить, что такой образ действий применялся и рекомендовался слушателям проф. Геркен еще лет 20 тому назад. Но, применяя этот метод без перитонизации культы по вынужденным показаниям, мы не видим достаточных оснований для превращения его в метод выбора. Опасности, приписываемые в настоящее время перитонизированной культе, носят, повидимому, больше теоретический, чем практический характер и встречаются крайне редко.

Если все же, как показывает опыт Ленинграда, непогружение культы не сопряжено с непосредственной опасностью для больного, то это еще не говорит за преимущество самоперитонизаций перед перитонизацией, производимой хирургом, поскольку при последней отпадают многие случайности, всегда возможные при самоперитонизации (спайки с петлями кишок и т. д.).

Из других важнейших осложнений, наблюдавшихся в послеоперационном периоде, отметим: каловые свищи—1 (закрылся самостоятельно), тромбоз бедренной вены (выздоровление), поддиафрагмальный нарыв—1 (лет.), пилефлебит—1 (лет.), общий сепсис—1 (лет. исход на 40-й день), кишечная непроходимость—2 (1 лет.), пневмоний—12 случ.

Диагноз аппендицита, в огромном большинстве случаев не представляющий затруднений, в ряде случаев является чрезвычайно трудным. Ошибки диагноза, наблюдавшиеся на нашем материале, можно разделить на ошибки предварительного диагноза лечащих врачей и ошибки наши. Большой интерес представлял бы процент расхождения диагноза лечащих врачей и клиники. К сожалению, в виду неполноты регистрации, выявить это расхождение не представляется возможным. Если руководствоваться впечатлением, то процент этот у нас не меньше отмеченного на материале Ин-та неотложной помощи в Ленинграде (22%).

Из других ошибок первоначального диагноза чаще всего встречались гинекологические заболевания, затем колиты, холециститы, 2 случая перфоративной язвы желудка, 1 сл. внематочной беременности, 3 сл. почечной колики, 1 сл. перекрутившейся кисты, 1 случай брюшного тифа, 1 случай ущемленной бедренной грыжи и 1 случай остеомиелита бедра.

Переходя к изложению наших ошибок, мы должны подчеркнуть, что не всегда является возможным решить вопрос даже после операции, имела ли место ошибка или нет. Быстрое исчезновение после операции болезненных явлений, иногда на долгий период, как будто подтверждает правильность диагноза, однако, последующее течение в ряде случаев разубеждает в этом.

В качестве примера могу привести историю болезни Ж.

Ж., 37 л., сапожник, доставлен 16/II 1932 г. экстренной помощью с жалобами на боли в илеоцекальной области. Заболел внезапно на работе. До этого больной не наблюдал таких приступов, но отмечает давно чувство тяжести в правой половине живота и пояснице. В анамнезе сыпной тиф, трипер, 8 лет тому назад лечился от солитера. Пьет и курит очень много. Объективно: больной крепкого телосложения, жировой слой и мускулатура развиты хорошо. Т-ра нормальна. При пальпации живот болезнен в илеоцек. области. Напряжение брюшных мышц выражено неясно. Симптом Пастернацкого положителен. Лейкоцитоз — норма. Формула Sg—57, St—4, L—27, Mn—6, Eos—2.

В моче эритроциты (единичные). В удаленном, на вид нормальном, аппендиксе обнаружен небольшой каловый камень. Послеоперационное течение гладкое, выписан на 9-й день.

Через 3 года больной снова доставляется стан. скорой помощи с диагнозом—острый живот. Явления в основном те же, но выражены гораздо резче. Моча и кровь не исследуются. Больной подвергается пробной лапаротомии с подозрением на перфоративную язву желудка. Обсервация брюшной полости не дала ничего. Брюшная полость закрыта наглухо.

В послеоперационном периоде у больного выявляется пневмония, по ликвидации которой появляется кровохаркание, и больной переводится в тубдиспансер, где остается в течение 3 недель. На третий день после выписки из тубдиспансера у больного наступает рецидив очень резких болей в животе, на этот раз с выраженной иррадиацией в половые части. Больной снова доставляется ст. скорой помощи в б-цу с картиной острого живота. Кровь—норма, в моче много эритроцитов. Больной проводится консервативно. Двукратная рентгенография почек не дает определенных данных. Явления стихают, больной выписывается. Через несколько дней больной снова поступает с явлениями острого живота, быстро стихнувшими при постельном режиме, грелках и наркотиках. После хромоцистоскопии, произведенной в период затишья, у больного снова наступает сильный приступ болей, после чего с мочей выделяются 2 камешка, и все явления проходят. Больной выписывается и с тех пор не обращается в больницу.

Приведенный случай наводит на мысль, что и первая операция была обусловлена почечной коликой (картина крови, наличие крови в моче, отсутствие выраженного напряжения мышц при резко выраженных болевых симптомах), которая нередко вводит в заблуждение хирурга: У Гораша на 450 случаев почечной колики встретились 150 сл., оперированных по поводу острого аппендицита. Подобные факты отмечены у Михельсона, Готлиба и др.

Из других ошибок, отмеченных на нашем материале, заслуживает внимания случай илеуса, нераспознанного при операции и расцененного, как аппендицит.

Б-ной Е. 3/II 34 г. доставлен в нашу клинику с диагнозом—острый аппендицит. Начало внезапное. Боли в правой половине живота, рвота. В прошлом приступов не отмечает. Болезненность при пальпации в правой половине живота. При операции (разрез Мак-Бурнея) в правой половине живота обнаружена сигма. Разрез расширен к середине через заднюю стенку влагалища прямой мышцы, в левой половине живота обнаружен аппендикс, торчащий из таза. Выведение слепой кишки в рану не удается. In loco произведена аппендэктомия. Рана зашита наглухо. В послеоперационном периоде на 4-й день диагностирован илеус. Повторная операция. Разрез по средней линии; по вскрытии брюшной полости обнаружено правостороннее положение сигмы, слепая и восходящая кишки, имеющие длинную брыжейку и лишенные фиксации к печеночному углу, повернулись вокруг своей оси, отошли в левую половину и фиксировались в глубине малого таза. По освобождении их произведена резекция гангренизированной слепой кишки и части толстой. Наложено соустье с тонкой кишкой бок о бок. В послеоперационном периоде перитонит. Смерть.

Приведенный случай указывает, как важна обсервация брюшной полости в неясных случаях. Если бы оператор не „самоуспокоился“ на диагнозе левостороннего аппендицита и перешел на лапаротомию, случай был бы своевременно расшифрован, и печальный исход мог быть предупрежден.

Один случай перфоративного аппендицита был оперирован под диагнозом перфоративной язвы желудка, 1 случ.—под диагнозом инвагинации, 1 сл.—под диагнозом перекрутившейся кисты. Операция во всех случаях выяснила ошибку. В последнем случае диагноз был поставлен высококвалифицированным гинекологом. При операции оказался аппендицит в стадии инфильтрата и неперекрутившаяся киста правого яичника.

К числу этих ошибок мы могли бы присоединить еще несколько случаев острого воспаления придатков матки и 1 случ. холецистита.

Несколько слов по поводу значения исследования крови при аппендиците. Широко пользуясь этими исследованиями в нашей работе по неотложной хирургии, мы вынесли впечатление, что эти исследования являются ценным диагностическим подспорьем к клиническим данным и оказывают иногда неоценимые услуги в дифференцировке запутанных случаев. Нами

впечатления, вынесенные на нашем скромном материале, в общем совпадают с выводами Демидовой, обоснованными значительным материалом Инст. скор. помощи в Ленинграде.

Заканчивая на этом обзор нашего материала, мы стоим перед необходимостью формулировки выводов.

Наш материал слишком скромен для далеко идущих выводов. Но он слишком велик для того, чтобы можно было пройти мимо.

Процент потерь (2,3%) на всем нашем материале (776 сл.), при сравнении с 5% больших статистик, не кажется нам большим.

Сравнение наших потерь по острому аппендициту—3,2% с 4,55% статистики Блэка и 7,2% статистики Ратнера—как будто тоже не позволяет считать наши результаты плохими.

Но сравнение наших потерь с цифрами некоторых учреждений Ленинграда (И-т скорой помощи) заставляет признать наши цифры худшими. Чем объяснить это? Недостатками нашей тактики или другими причинами? Но мы уже видели, что на операциях в межуточной стадии это учреждение несет потери большие, чем мы. Следовательно, лучшие результаты ин-та получены не благодаря этим операциям, а вопреки им.

Последние две графы табл. 5 разъясняют это недоумение. Ин-т скорой помощи при операбельности на 26,5% выше нашей, оперируя систематически в межуточной стадии, оперирует в этой стадии лишь на 5% чаще нас, оперирующих в межуточной стадии лишь по вынужденным показаниям.

Очевидно, что в этом и только в этом заключается секрет лучших результатов ин-та. А если это так, то как будто нет стимулов для перехода на новые позиции: улучшение результатов сулит нам не расширение операбельности в межуточной стадии, а расширение операбельности в оптимальные сроки, т. е. улучшение своевременной доставки больных в хирургические стационары, улучшение внебольничной помощи. К этому должны быть направлены все наши усилия.

Улучшение диагностики должно стать очередной задачей. Лабораторные исследования, дающие ценные указания, должны применяться шире, чем обычно. Мы тоже „не сомневаемся, что хирург не вправе оперировать больного с острым аппендицитом, без предварительного исследования мочи и крови“ (Джанелидзе).

Шире должна применяться консультация с представителями смежных областей, особенно гинекологами.

Показания для операций в межуточной стадии должны устанавливаться лишь опытными клиницистами. Производство этих операций не должно поручаться молодым хирургам.

Показания к зашиванию брюшной полости наглухо при остром аппендиците должны быть расширены.