

Из Ульяновской межрайбольницы.

За раннюю операцию при остром аппендиците.

Д-р мед. Д. М. Емельянов.

Ленинградская областная конференция, проведенная с 10/XII по 12/XII 1934 г., по вопросу „острый аппендицит и его лечение“, с достаточной четкостью определила отношение к этому заболеванию. По докладам и прениям конференции вопрос о лечении острого аппендицита с исчерпывающей полнотой разрешается в пользу ранней операции и, казалось бы, что в этом пункте все ясно: страница уже закончена, ее можно перевернуть и к ней больше не возвращаться. Однако на фоне дружного разрешения конференцией вопроса в пользу ранней аппендектомии, хочется выявить и свое отношение к проблеме острого аппендицита. Тем более, что, знакомясь с другими литературными источниками по вопросу об „остром аппендиците“, убеждаешься в существовании „позиций“, с которыми трудно примириться: аппендектомия преимущественно в холодном периоде, в разные сроки межжуточного периода, включая сюда вмешательство и при инфильтратах.

Расхождение между авторами идет по линии подхода к б-ному, заболевшему острым приступом аппендицита: оперировать ли в ранние сроки, или выжидать по возможности холодного периода и уже тогда оперировать „легко и изящно“.

Я начну с того, что позволю себе предложить вниманию читателя для иллюстрации развиваемых ниже положений истории болезней трех б-х с острым аппендицитом.

1. Л-в П., 26 лет, истор. бол. № 13094; поступил в хирург. отд. Ульяновской б-цы 27/XII 35 г. с диагнозом: острый аппендицит. Заболел около суток, второй приступ. Первый — в конце 1934 г. Экстренная операция под общим наркозом. Отросток свободный, величиной в указательный палец, резко гиперемирован, с фиброзным налетом. Облитерация просвета на границе средней и дистальной $\frac{1}{3}$; в изолированной полости — кровянистое содержимое, слизистая разрыхлена, с кровоизлиянием. В брюшной полости — серозно-гнойный выпот. Аппендектомия. Глухой шов брюшной стенки.

3/I 36 г. выписан в удовлетворительном состоянии.

2. Л-в Н., 24 л., ист. бол. № 4; поступил в хирург. отд. 1/I 36 г. с диагнозом: острый аппендицит. Болен $1\frac{1}{2}$ суток; второй приступ. Первый — весной 1935 г. Экстренная операция под общим наркозом (люмбальная анестезия не удалась). Отросток около 11 см длиной, толщиной в палец, напряжен, имеет темно-фиолетовый оттенок, занимает ретроцекальное положение, с припаявшимся к нему небольшим участком салника. Полость отростка у основания плотно закупорена каловым камнем величиной в лесной орех. Аппендектомия. Вся полость отростка наполнена темной жидкостью с запахом кала. Омертвление слизистой и мышечной оболочки. Глухой шов брюшной стенки. Ввиду нагноения в швах, б-й выписан 15/I 36 г.

3. С-ва Т., 28 л., ист. бол. № 1921; поступила в терапевт. отдел. б-цы 10/III 36 г. с диагнозом: острый аппендицит. Заболела 9/III, днем. Год тому назад перенесла первый приступ. 11/III — переведена в хирург. отд. для экстренной операции. Люмбальная анестезия. Отросток был свернут дугообразно, прижат рыхлыми спайками к слепой кишке; напряжен, весь позеленевший. Аппендектомия. Отросток наполнен ихорозным гноем. Глухой шов брюшной стенки. 17/III — б-я выписана в удовлетворительном состоянии.

Можно было бы привести ряд не менее демонстративных случаев, оперированных мною и моими сотрудниками за 14 лет моей работы в хир. отд. Ульян. б-цы.

Указанные трое б-х подверглись аппендектомии (Емельянов), как это видно по историям болезней, на протяжении 48 часов от начала приступа. По отношению к этим б-м мною был выдержан тот модус, который я установил у себя в отделении, а именно: оперировать б-го с острым аппендицитом, как только установлен диагноз, независимо от того, укладывается ли случай на основании клинической картины в форму катаральную, или деструктивную.

Для нас, работников хирург. отд. Ульян. б-цы, решающим моментом является поставленный диагноз острого аппендицита; за диагностикой следует немедленно операция. Что является, с нашей точки зрения, противопоказанием к ее выполнению? Прежде всего, противопоказания общего характера. Чисто внешние причины иногда вынуждают нас откладывать раннюю операцию на несколько часов. Сомнения в диагнозе являются, естественно, сдерживающим моментом для оперативного вмешательства. В таких случаях приходится прибегать ко всему арсеналу диагностических методов, включительно до рентгенограмм верхних мочевых путей, в частности, до цистоскопии с функциональной пробой правой почки. К счастью, эти случаи редки.

В большинстве же случаев клиническая картина острого аппендицита обычно настолько выпукла, что освобождает от необходимости прибегать к сложным диагностическим методам.

Мы должны, однако, у постели б-го с острым аппендицитом помнить о существовании тех заболеваний, которые могут повести нас по ложному диагностическому следу (внематочная беременность, перекрутившаяся киста яичника, камни почки, сухой правосторонний плеврит, воспаление легкого и др.).

То, что мы временами переживаем сомнения диагностического свойства и тем самым теряем уверенность в показаниях к производству ранней операции, отнюдь не может служить принципиальным возражением против последней. Сомнения в диагнозе должны навести хирурга на мысль об осторожном поведении у постели такого б-го. Хирург вправе иногда отложить момент операции, пока время и использование добавочных диагностических методов не дадут ему полной уверенности в диагнозе аппендицита, или помогут обнаружить другое заболевание.

Не могу согласиться с тем, что аппендектомия в холодном периоде всегда „легка и изящна“. Утверждать это безоговорочно—значит умышленно закрывать глаза на факты другого порядка. Мне припоминается случай, который я оперировал 14 лет назад на первых порах моей работы в заведываемом мною в настоящее время отделении. Б-й—с рецидивирующим аппендицитом, в холодном периоде. Переднее положение отростка способствовало вовлечению в инфильтрат в момент обострения и передней брюшной стенки. В результате выделения отростка из плотных рубцовых масс остался дефект париетальной брюшины на передней стенке, который пришлось закрыть свободным куском салъника.

Мы наблюдали еще один не менее рельефный случай. Тот же холодный период аппендицита. Отросток впаив плотными рубцами в брюшину и подлежащие ткани подвздошной ямки; в частности, сращен с под-

вздошными сосудами настолько интимно, что при отделении его был риск их поранить. Пришлось отказаться от его выделения, а по отсечении его от слепой кишки по зонду он был вскрыт на всем протяжении, слизистая выжжена Пакеленом; перитонизация, глухой шов. Есть основание бросить мне упрек в том, что я привожу крайности. С этим можно согласиться. Но, с другой стороны, сбросить эти случаи со счетов тоже нельзя, и они приобретают свое значение в целом ряде других, м. б. более легких, но все же не „изящных“. Вспомним аппендектомии, где в поисках измененного отростка приходится прибегать к расширенным разрезам, чтобы облегчить себе к нему доступ, причем это диктуется не столько анатомическими вариантами в расположении отростка, сколько фиксацией его в малодоступных местах воспалительными процессами при острых приступах. Особенно нужно подчеркнуть, что трудность оперативного вмешательства может увеличиваться по мере нарастания числа рецидивов, при ретроцекальных аппендицитах. В частности, интрамуральные требуют сугубой осторожности в виду крайне подчас интимного сращения отростка со стенкой слепой кишки. Пропущенная возможность ранней операции в первом приступе уже создает условия к развитию технических трудностей при аппендектомии в последующем холодном периоде.

Не могу обойти молчанием еще одно неприятное обстоятельство, присущее холодному периоду аппендицита. Речь идет о длительно-остающихся инфильтратах, ясно прощупывающихся при объективном обследовании б-го. Проходят все обычно принятые сроки выжидания, инфильтрат прощупывается, и б-й продолжает жаловаться на непрекращающиеся боли с серией на их фоне „схваток“, следующих одна за другой через короткие промежутки времени. В результате мы имеем клиническую картину, требующую от нас оперативного вмешательства во что бы то ни стало, не взирая на инфильтрат. Поневоле идешь на заведомо тяжелые препятствия, с которыми несомненно знаком каждый хирург; подобные случаи—результат неслучайной в остром периоде ранней операции. Нельзя не согласиться со сторонниками аппендектомии в холодном периоде в том, что при вмешательстве в остром периоде бывают трудности в процессе выделения отростка из спаек. Но в это положение приходится внести существенные коррективы. Дело в том, что в подавляющем большинстве таких случаев мы имеем б-х, страдающих рецидивирующим аппендицитом, не один раз обострившимся. Естественно, что операция в ранние часы может быть и не легка, но не потому, что сам по себе данный острый период связан с большими патолого-анатомическими изменениями, а в силу тех осложнений, которые являются результатом прежних воспалительных процессов, неоднократно имевших место в отростке. Следовательно, приходится вступать в борьбу не столько со свежими спайками, сколько со старыми. Сам по себе напрашивается вывод: чтобы избежать технических трудностей при аппендектомии в остром периоде, необходимо изживать рецидивирующие аппендициты, оперируя б-ых в ранние часы первого приступа, раз только диагноз поставлен. Воспалительный процесс в отростке, выливаясь в форму флегмонозную или деструктивную, сопровождающуюся гангреной или перфорацией, и вовлекая в страдание окружающие части, может вызывать слипчивый перитонит в правой подвздошной области и в малом тазу. В результате,

при операции мы находим конечные петли тонких кишок окутанные, как паутиной, спайками, отдельные петли плотно спаянные с париетальной брюшиной, петли в положении двустволок,—одним словом, картину во всех отношениях характерную для хронического ileus'a. Она имеет отражение и в клинических симптомах. Такие случаи не раз останавливали наше внимание. Из-за близкого соседства к отростку правые придатки матки всегда под угрозой воспалительного процесса; это могут подтвердить нам гинекологи. Не остается без влияния аппендицит и на патогенез заболевания других органов брюшной полости, в частности—желчного пузыря, желудка, двенадцатиперстной кишки. Трудно сказать, на каком этапе своего развития воспалительный процесс в отростке способствует развитию холецистита, язвенной болезни. Не исключается, что это влияние имеет место с первого приступа и нарастает по мере того, как затягивается процесс. Моя точка зрения такова, что ранняя операция аппендицита есть могучее профилактическое средство в борьбе со многими заболеваниями брюшной полости.

Есть и еще одна сторона вопроса, которая заставляет высказаться за операцию в остром периоде. Большая нужда в хирургической койке заставила нас максимально рационализировать методы оборота койки. Если б-й не оперируется в острой стадии аппендицита, он должен выжидать холодного периода часто неопределенное время и, конечно, с бюллетенем, освобождающим его от работы. Как бы хорошо ни чувствовал себя б-й после перенесенного приступа, прошедшего под консервативным лечением, все же он не может считать себя здоровым. Изю дня в день его преследует мысль о возможности последующего приступа и о перспективе предстоящей операции. Сроки для последней сплошь и рядом пропускаются, и он является тогда, когда его анамнез обогащается еще „парочкой“ приступов. Это случается в силу субъективных и объективных причин. Первые включают в себе и элементы недоверия к врачу, и небрежность к собственной персоне, и малодушие перед предстоящей операцией, в основе которого лежит и надежда, что приступ может не повториться. Объективные причины замыкаются в круг общественно-бытовых условий б-го и, в частности, постановки дела здравоохранения на местах. Больной с хроническим рецидивирующим аппендицитом нередко является неполноценным работником; он—частый посетитель поликлиник и амбулаторий, тяжелое бремя для страхкасс и предприятий, а иногда и аггравант.

Оперируем б-х с острым аппендицитом в первые 48 часов, как только поставлен диагноз; после этого срока мы оперируем только при особых показаниях, которыми являются: ограниченный абсцесс, развивающийся перитонит и, вообще, если процесс в отростке неудержимо идет вперед, угрожая катастрофой. Иногда мы позволяем себе оперировать б-го и на протяжении третьих суток, если характер процесса допускает это сделать, но дальше этого срока мы не заходим. Мы не можем разделить точку зрения тех, кто оперирует „во все сроки по доставлении б-го, если нет инфильтратов“. Практика нам показывает, что брюшная стенка не всегда дает возможность исследовать брюшную полость пальпаторно так надежно, чтобы исключить патолого-анатомические неожиданности, а они могут создать хирургу непреодолимые препятствия и стоить жизни б-му. Никак не разделяем показаний к аппендектомии во все сроки даже при

наличии инфильтрата. Операции при последних создают угрозу тяжелых исходов, в чем мы убедились на личном опыте.

Я убежден, что девиз Дельфуа „от аппендицита не должен умирать никто“ может быть осуществим только с помощью аппендектомии в самые ранние часы первого острого приступа непосредственно за установкой диагноза. (Раннюю операцию необходимо обеспечить устранением некоторых препятствий. Начать с того, что у некоторых б-х еще живет скептицизм к медицине вообще, в частности, к хирургии, а в данном случае—к операции аппендектомии, как к единственному радикальному средству в лечении заболевшего червеобразного отростка). К сожалению, мы еще недостаточно проводим среди населения санитарно-просветительную работу, а потому в нашей практике бывают случаи отказов оперироваться по поводу острого аппендицита, больные просят заменить операцию медикаментозным лечением. Естественно, что с ростом доверия к хирургической помощи будет суживаться контингент желающих лечиться от аппендицита консервативно. В наших возможностях—сделать аппендектомию безопасной, а потому и популярной. Доверие пациента и его окружающих к хирургу обеспечивается и правильным диагнозом острого аппендицита, диагностику которого мы не считаем для себя затруднительной. Сомнения в диагнозе дают хирургу право выждать необходимое время, лишний раз подвергнуть б-го обследованию—и только за установкой диагноза немедленно следует и операция в экстренном порядке. Но последняя неосуществима, если б-му не обеспечена своевременная его доставка в хирург. стационар. Это обстоятельство еще и по настоящий момент является „узким местом“: к сожалению, приходится констатировать случаи острого аппендицита, доставленные уже по прошествии „48 часов“. В проблеме острого аппендицита организация скорой помощи должна сыграть существенную роль.

В заключении хочется сказать несколько слов по поводу обработки культи отростка, которая на последнем отрезке времени оказалась на положении „именинницы“. Мы в отделении не делаем „проблемы“ из обработки культи и справляемся с ней, сообразуясь с патолого-анатомическими моментами, различными способами, но только не применяем открытого способа. От инвагинации культи мы не наблюдали ничего плохого на протяжении 23-летней хирургической работы и считаем, что опасность прокалывания стенки слепой кишки при наложении кисетного шва, и ранение сосуда, и развитие воображаемого гнояника вокруг культи,—все это—натяжка в защиту оригинальности открытого способа. Мы всегда инвагинируем культю и тщательно перитонизируем место брыжейки отростка. Культю же или отжигаем Пакеленом, или смазываем иодной настойкой, или *acid. carbol.* после перевязки, для чего употребляем шелк, нитку, кетгут,—что есть под руками. Последние два года в некоторых случаях, после предварительного наложения кисетного шва вокруг основания отростка, мы отжимаем его у самой стенки слепой кишки энтеротрибом. На месте отжимания участок отростка превращается в пластинку толщиной в полмиллиметра. Эта пластинка перерезается посредине, и остающийся на стенке слепой кишки гребешок инвагинируется. Сокращение срока аппендектомии на 2—3 минуты применением открытого способа обработки культи не убеждает меня в его преимуществах.

Оперируя под местной анестезией, мы обычно не считаемся с количеством лишних затраченных минут, и это обстоятельство отнюдь не является противопоказанием к применению местного обезболивания. Почему же 2—3 минуты на погружение культи вырастают в доказательство против закрытой обработки культи отростка? Сторонники открытого метода грешат против элементарных правил брюшной хирургии, которая предусматривает перитонизацию всякой культи, всякого дефекта на париетальной и висцеральной брюшине. Непогруженная культя отростка—источник сращений, а, следовательно, и предпосылка к развитию непроходимости. В какой процент в дальнейшем это выльется, покажет будущее. Отрицать эту возможность, значит—не отдавать себе отчета в патологии брюшной полости. Как правило, при аппендектомиях и в холодном, и в остром периоде мы применяем спинномозговую анестезию и очень довольны. Реже пользуемся или общим наркозом, или местной анестезией, последней с ограниченным по возможности введением анестезирующего вещества.

Позволю себе сделать следующий вывод: проблема аппендицита должна найти свое разрешение в равней операции первого приступа, следующей непосредственно за диагнозом заболевания.

Из Хирургической клиники сан.-гиг. факультета Казанского государственного медицинского института и из Коллектора неотложной медицинской помощи горздрава (директор проф. Г. М. Новиков).

100 случаев острого аппендицита.

Асс. Ф. Я. Благовидов.

Накопившийся до настоящего времени обширный литературный материал об остром аппендиците не исчерпывает еще всей глубины вопроса. Аппендициту посвящаются еще много новых работ.

Наш материал, которым мы хотим поделиться, небольшой—всего 100 случаев, но он представляет известный интерес в смысле принятых нами установок в отношении обработки культи, зашивания наглухо брюшной полости и введения в послеоперационном периоде ранних движений и раннего вставания.

Вопрос об обработке культи червеобразного отростка¹⁾ при аппендектомии уже не раз был выносим на обсуждение широких врачебных масс как за границей, так и у нас в СССР,—особенно в последнее время. В результате мы имеем два лагеря хирургов: сторонников обязательной инвагинации культи ч. о. и защитников способа Рутье, предложившего, как известно, не инвагинировать культю отростка. Защитники погружения культи считают, что при простом лигировании ч. о. без инвагинации возможно соскальзывание лигатуры с последующим кровотечением и перитонитом. Кроме того, культя, будучи неперитонизированной, может явиться местом образования обширных спаек и сращений, чем создаются благоприятные условия для развития непроходимости.

¹⁾ В дальнейшем обозначаем: ч. о.