

Несколько слов по поводу заметки д-ра В. П. Мануйлова относительно статьи д-ра М. П. Шаткинскогo „О гнойном аппендиците“¹⁾.

М. П. Шаткинскогo.

Зав. Хир. отд. I Сов. больницы г. Саратова.

Действительно, в вышеупомянутой моей статье я при перечислении авторов, оперирующих в межуточной стадии, не упомянул фамилию д-ра В. П. Мануйлова. Это сделано, конечно, не с целью игнорирования большого статистического материала операций аппендицита в межуточной стадии, каковым я считаю материал д-ра В. П. Мануйлова. Дело в том, что на III Всеукраинском съезде хирургов, где был сделан доклад д-ром В. П. Мануйловым, лично я не был, статья же вышеупомянутого автора вышла, повидимому, в феврале 1929 г., когда она и попала к нам в Саратов (напечатана в № 1 Н. хирургии за 1929 г.). Как раз в этом же месяце была отправлена в Казанский мед. журнал и моя статья о гнойном аппендиците, и статистические данные д-ра В. П. Мануйлова, естественно, в нее не попали. Во-вторых, моя статья написана, главным образом, о гнойных аппендицитах, операцией же аппендицита во всех стадиях, в том числе и межуточной, всецело был занят другой хирург нашей больницы д-р А. П. Минх, к статье которого я позволю себе отослать читателя (напечатана в Вест. хир. и погранич. областей за 1929 г., кн. 52). Лично же я считаю, что вопрос об операции аппендицита в межуточной стадии и вообще в любой момент в настоящее время у нас в СССР находится в стадии накопления фактического материала, деятельного обмена мнений по этому поводу между отдельными хирургами, которые до сего времени еще не вынесли категорического решения по данному вопросу.

Материал Хирургического отделения I-ой Советской больницы г. Саратова за последние 2 г. 9 м. равняется приблизительно 600 случаям, прооперированным в острой стадии, в том числе около 18% в так называемой межуточной стадии. За всю же свою более чем 20-летнюю хирургическую работу как в клинике, так и больничном отделении мне приходилось видеть и оперировать, конечно, гораздо больше. Никто теперь не станет спорить о целесообразности немедленной операции при остром аппендиците в первые 24—48 часов, немедленной же операции при перфорации, флегмоне, гангрене и гнойнике аппендикса. Не так ясно обстоит дело об указанной операции в подострой, межуточной стадии, и во всякое время. Я постараюсь это пояснить на ряде отдельных случаев этой операции в вышеупомянутых стадиях. Каждый из нас переживал неприятные минуты при операции аппендицита при массе твердых, мощных спаек, благодаря чему вмешательство превращалось в тяжелую и продолжительную операцию, подчас очень рискованную для больного. Всякий из нас пробовал также откладывать подобного рода операции на бесконечно долгие сроки, несколько месяцев и год. Но и это иногда очень мало помогало делу, так как при операции можно было убедиться в наличии обширных и мощных спаек и, благодаря этому,

¹⁾ Каз. мед. журн., 1929, №№ 7—8 и 11.

в трудности операции. Так, у одной больной такого типа аппендицит тянется чуть ли не 10 лет, операция же все откладывалась в надежде, что все-таки когда-нибудь спайки рассосутся. При операции с большим трудом удалось выделить аппендикс весь в мощных рубцовых твердых спайках. В другом случае инфильтрат таял у больной в течение более 3-х месяцев, операция через 3 месяца после этого. Аппендикс едва удалось выделить из мощных спаек. Брыжейка аппендикса имела вид кисты с грецкий орех, в которой оказалось несколько крупинок риса, а в самом аппендиксе 2 старых перфорационных отверстия, ведущие в указанную кисту. Очевидно, что в обоих случаях, сколько бы мы ни ждали, вряд ли бы улучшился характер и тяжесть операции. С другой стороны, не могу не упомянуть также о двух других аналогичных случаях, где выживание дало совершенно другой результат. В обоих случаях аппендицит был принят за хроническое воспалительное страдание придатков матки. При операции широко вскрыта брюшная полость, аппендикс оказался впаиванный в конгломерат кишек, освобождение из которых, несомненно, было бы сопряжено с большой травмой кишечника, при этом, конечно, не исключалось наличие в спайках или около аппендикса и гноя. В обоих случаях аппендикс был оставлен на месте. Через год обе больные были оперированы мною по поводу аппендицита. В обоих случаях легко и свободно был удален безо всяких спаек аппендикс из обыкновенного Риделевского разреза, одним словом „раз на раз не приходится“... Не могу не упомянуть здесь о только что бывшем случае аппендицита, по поводу которого был создан большой консилиум. Случай острого тяжелого аппендицита на 3—4 сутки после преждевременных родов. Лишь один терапевт стоял за немедленную операцию, остальные же, в том числе и сторонники операции аппендицита во всех стадиях, категорически высказались против немедленной операции, учитывая общее состояние организма после родов и перспективу попасть на только что описанную выше форму аппендицита. Через 7—10 дней процесс удачно ликвидировался. Не раз нам приходилось наблюдать, что активность хирургов при подострой и междуточной стадиях часто исчезала по мере того, как инфильтрат у больного начинал уменьшаться. Желая проверить, каков аппендикс в только что упомянутых случаях, я не так давно прооперировал одного военного врача в междуточной стадии, когда у него быстро стал уменьшаться инфильтрат. Исследовав предварительно картину крови и определив лейкоцитоз (7 тыс.), мы приступили к операции. Найдено: нежные свежие спайки окутывают аппендикс и окружающие кишки. При наложении кيسетных швов сероза оказалась настолько неустойчивой и рыхлой, что швы прорывались. Послеоперационное течение без температуры и осложнений. Из вышеприведенных историй болезней ясно, что во многих случаях мы не в состоянии заранее определить ту форму аппендицита, которую мы будем оперировать, в смысле патолого-анатомической картины и, следовательно, не можем учесть те трудности операции, которые нам предстоят. Если относительно острого аппендицита мы не можем сказать, что будет с больным, если мы его не будем оперировать: будут ли нарастать явления, и тогда, быть может, получится перфоративный или гнойный аппендицит, или же явления пойдут на убыль и такой аппендицит можно будет оперировать в холодной стадии. Относительно же подострого аппендицита и междуточной его стадии можно

все-таки кое-что и сказать. Здесь процесс тянется не 1—2 суток, а несколько больше и поэтому можно яснее себе представить, что явления или идут на убыль и инфильтрат рассасывается, или же, наоборот, клиническая картина становится грозной, и обычная катаральная форма аппендикса переходит в перфоративную или гангренозную и т. п., когда все равно оперировать нужно тотчас же. Гораздо страшнее для нас то, что часто вот этих-то форм межжуточной стадии мы подчас точно также не можем диагностировать. Такой аппендицит настолько коварен, что часто кажется, что как будто бы при операции аппендикс и не должен иметь больших изменений, так как анамнез и *s. praesens* особых указаний на это не дают. Тем не менее при операции я находил грозную патолого-анатомическую картину. Так, несколько дней тому назад, при осмотре больного в приемном покое, кстати сказать, явившегося пешком в больницу, не было найдено ни напряжения мускулатуры, выраженного в достаточной степени, ни других каких-либо изменений, даже чуть повышена температура. Тем не менее при операции (на 3—4 день) мы нашли гангрену аппендикса почти на всем протяжении. В другом случае, у мальчика 15—16 лет, *s. praesens* ясно говорил за мирную картину аппендицита: живот совершенно мягкий, t° 37,6, общее состояние хорошее, больной пришел в больницу сам. Между тем в анамнезе есть указание на бывшие 3—4 дня тому назад внезапные боли, появление после этого холодного пота, после чего через некоторое время больной почувствовал значительное облегчение. При операции найдена перфорация аппендикса. Ясно, пока мы можем констатировать то, что для операции аппендицита в межжуточной и подострой стадии в настоящее время точного трафарета нет и что сами сторонники операции аппендицита от этого правила часто отступают, индивидуализируя значительное количество случаев, что в свою очередь имеет большое значение как на показание к вмешательству, так и на исход его. Кроме того, я позволю себе прибавить, чтобы избежать всевозможных сюрпризов при указанной операции, нужно помнить, что хорошо в таких случаях исследовать и картину крови, и лейкоцитоз, что особенно возможно при межжуточной стадии.

Из Гинекологической поликлиники Ленинградского госуд. ин-та для усовершенствования врачей. (Завед.—проф. Р. В. Кипарский).

Биологический метод лечения воспалительных заболеваний влагалища.

Т. С. Андрейчука.

Вопрос о флоре и его терапии благодаря целому ряду работ последнего времени (Döderlein, Zweifel, Menge, Loeser, Jaschke и др.) значительно подвинулся вперед; и все же решение проблемы белей далеко еще не достигнуто. Стоящий в центре всего вопроса о флоре, вопрос о вагинальных белях остается неразрешенным, т. к. и по настоящее время нет достаточных данных разрешить основной вопрос, что является причиной белей,—микробизм и биохимизм ли вагинального секрета,