

П. В. НАЗАРОВ

К вопросу о лечении аппендикулярных инфильтратов

Из клиники неотложной и военно-полевой хирургии Казанского государственного института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина (директор профессор Г. М. Новиков)

Если вопрос о лечении острого аппендицита в начальной стадии его развития (в первые 24—48 часов) окончательно разрешен в пользу ранней операции, то вопрос о лечении аппендицита на более поздних сроках до настоящего времени является спорным.

Наша клиника придерживается правила—немедленно оперировать каждого больного с острым аппендицитом, независимо от прошедшего с момента заболевания срока. Исключением из этого правила являются ясно прощупываемые ограниченные инфильтраты, по отношению к которым мы придерживаемся выжидательной терапии и до поры до времени лечим их консервативно.

Под аппендикулярным инфильтратом понимается, как известно, местный отграниченный перитонит, развивающийся по типу воспалительной опухоли, которая образуется в результате ответной реакции тканей на раздражение, в частности брюшины и соседних органов, примыкающих к червеобразному отростку. Благодаря пластическим свойствам брюшины и сальника, вокруг воспалительного очага образуются многочисленные нежные спайки, которые окутывают червеобразный отросток со всех сторон, изолируя его от остальной части брюшной полости. Усиленный процесс эмиграции форменных элементов, экссудация и пролиферация обуславливают собою развитие той воспалительной опухоли, которая так хорошо прощупывается через брюшные покровы.

Различают следующие типы расположения аппендикулярных инфильтратов: передний тип, илео-ингвинальный тип, тазовый тип, мезоцекальный тип и ретроцекальный тип. К более часто встречающимся инфильтратам относятся первые два типа: передний и илео-ингвинальный. При этих типах расположения инфильтрата последний ясно прощупывается через переднюю брюшную стенку в форме отграниченной с трех сторон воспалительной опухоли, совершенно неподвижной, очень болезненной и сливающейся своим наружным краем с гребешком подвздошной кости. При ретроцекальном и тазовом типе расположения червеобразного отростка из-за глубокой локализации инфильтрата, последний через передние брюшные покровы не прощупывается. В этих случаях приходится прибегать к исследованию *per rectum* и со стороны поясницы. В некоторых случаях, как, например, при мезоцекальном типе расположения инфильтрата, опухоль может быть смешиваема с илео-цекальной формой кишечной инвагинации и наоборот.

Сроки рассасывания инфильтрата колеблются в довольно широких пределах. В среднем инфильтраты рассасываются в течение 3—4 недель. По наблюдениям же некоторых авторов (Оппель, Розанов и другие) они не рассасываются даже в течение многих месяцев, несмотря на упорное применение тепловых процедур и прочих методов лечения (кварц, диатермия, рентген и др.). Поэтому в ряде случаев больные вынуждены на протяжении долгого времени быть прикованными к постели.

Всякий воспалительный процесс нужно рассматривать как сложнейший биохимический процесс с участием в нем нейтрофильского компонента. Общеизвестен тот факт, что боль ухудшает течение воспалительных процессов. Это было подмечено многими авторами еще в прошлом столетии. Так, например, Шписс с успехом применял растворы кокаина при карбункулах с целью уменьшения болей и достигал при этом блестящих результатов. Он видел, что в связи с уменьшением болей в ране наступало улучшение в течении воспалительного процесса. Отсюда становится понятным стремление к применению таких средств для лечения аппендикулярных инфильтратов, которые могли бы воздействовать на нервную систему и повести к ускорению и к улучшению течения воспалительного процесса. В качестве такого средства проф. А. В. Вишневский предложил применять новокаиновый блок.

„В настоящее время в борьбе с перитонитами один нож хирурга бессилён“, говорит проф. Шамов. „Дальнейшую разработку проблемы перитонитов хирурги должны вести в тесном контакте с иммуно-биологами“. Следовательно, все стремление хирурга должно быть направлено на повышение иммунно-биологических свойств организма. Не исключена возможность, что новокаиновый блок по Вишневскому повышает эти свойства.

За время с 1936 по 1938 г. на 844 случая острого аппендицита, прошедших через нашу клинику, мы имели 26 случаев аппендикулярного инфильтрата (3%), из них 5 случаев закончились образованием гнойника и в одном случае больной доставлен с наличием гнойника и явлениями общего перитонита. Всего 6 случаев гнойника по отношению к общему числу больных с острым аппендицитом составляет 0,7%. По данным других авторов процент случаев острого аппендицита, осложненных гнойником, колеблется в пределах значительно больших цифр.

Из 26 больных с аппендикулярным инфильтратом было 12 мужчин и 14 женщин.

Распределение больных по возрасту: от 1 до 10 лет—1; 11—20 л.—6; 21—30 л.—8; 31—40 л.—6; 41—50 л.—3; 51 и выше—2 б. Таким образом, наибольшее число больных падает на возраст от 15 до 40 лет (20 случаев).

Время, прошедшее от момента заболевания до поступления больного в клинику: 2 дня—3 случ; 3 д.—5; 4 д.—3; 5 д.—3; 6 д.—2; 8 д.—2; 9 д.—2; 10 д.—2; от 11 до 14 д.—4. В среднем больные поступали на 5—7-й день. Число приступов, бывших у наших больных: 1—8 случ.; 2—4; 3—1; 4—1. В 12 случаях мы в историях болезни не нашли указаний на количество бывших приступов. Как видно из таблицы, большая часть аппендикулярных инфильтратов развивалась после первого приступа.

Большая часть наших больных поступила в клинику в тяжелом состоянии, с наличием болей, высокой температуры и ясно выраженного отграниченного инфильтрата в правой подвздошной области, иногда достигавшего огромных размеров. В день поступления, а иногда и значительно позднее всем больным производился поясничный новокаиновый блок (60—70 см³ 1/4% раствора новокаина) справа или слева. Одновременно назначалась соответствующая диета, покой и лекарственное лечение (salol). У 20 больных блокада была произведена в первый же день поступления в клинику, у 6 больных—на 3-й и 4-й день. Последняя группа больных рассматривалась нами как контрольная, где мы пытались лечить инфильтраты обычными консервативными методами: грелка, соллюкс, кварц, диатермия. Не получая при этом методе лечения сколько-нибудь заметного сдвига в течении болезни, мы имели возможность убедиться в резком улучшении состояния больного после новокаинового блока. Для иллюстрации приведу одну историю болезни.

Б-ной Ха-н М., 17 лет. Ист. б. № 326. 18.11.37 г. поступил с жалобами на выраженные боли в правой подвздошной области, начавшиеся неожиданно три дня тому назад. Боли прогрессируют. Рвоты нет. Объективно: язык сухой, температура 38,5°, пульс 106, при пальпации определяется инфильтрат в правой подвздошной области величиной с куриное яйцо. Salol внутрь, диета и полный покой; под кожу 0,1 сальфаргата 5 см³ 3 раза. На протяжении 5 дней температура не падает, боли держатся, инфильтрат не рассасывается. К концу 5-го дня произведен поясничный новокаиновый блок справа (60 см³). Через 20 минут боли уменьшились, спустя час—полтора ни исчезли совершенно. На 2-й день температура снизилась до нормы. Инфильтрат к 8-му дню рассосался полностью. Больной выписан.

Клинический эффект новокаинового блока обычно выражается в следующем: спустя час или два после блока, иногда и раньше, значительно стихают боли; больные имеют возможность заснуть и активно производить движения в постели; они указывают на улучшение общего самочувствия, становятся бодрее и живее. Резко бросающимся в глаза фактом является повышение общей температуры тела до 38—39°. На другой день после блока температура резко падает и, почти как правило, к концу второго или третьего дня достигает нормы. Правда, в некоторых случаях, температура вновь повышалась, но после повторного блока окончательно приходила к норме. Больных, которым новокаиновый блок производился повторно, у нас было всего трое. Картина крови после блока изменяется на другой же день в сторону уменьшения лейкоцитоза и приближения лейкоцитарной формулы к норме. Приведем типичную историю болезни:

Б-ная Сус-ва Н., 36 лет, ист. б. № 538. Поступил в клинику с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, по преимуществу в правой подвздошной области, начавшиеся 6 дней тому назад. Была многократная рвота. Стул жидкий, до 4 раз в сутки, с примесью крови. Приступ первый. Объективно: среднего роста, правильного телосложения, хорошего питания. Язык обложен, сухой. Температура 38,6°, пульс 100. Живот мягкий, очень болезненный в правой подвздошной области, где прощупывается опухоль величиной с гусиное яйцо, совершенно неподвижная, сливающаяся своим наружным краем с гребешком подвздошной кости. Картина крови: палочкоядерные 1,5; сегментоядерные—7; эозинофилы 3; моноциты 6; лимфоциты 21,5; лейкоциты—10200, эритроциты—433000; Hb—80%; РОЭ—45 мм в час. Через 8 часов после поступления произведен двусторонний новокаиновый блок в поясничную область—по 10 см³ с каждой стороны. Через 2 часа после блока боли стихли, больная уснула. Повторное исследование крови на следующий день: палочкоядерные—1,5; сегментоядерные—7; эозинофилы—4; моноциты—4; лимфоциты—16,5; лейкоциты 9800; эритроциты 509000; Hb—85%. В течение 6 дней инфильтрат полностью рассосался. Больная выписана домой в хорошем состоянии.

При поступлении больного мы обычно очерчивали границы инфильтрата химическим карандашом и в дальнейшем после блокады наблюдали за изменением его размеров. После блока размеры инфильтрата заметно уменьшаются, а в отдельных случаях он рассасывается буквально на глазах: в течение 3—4 дней от него не остается никакого следа. Однако наряду с этим мы наблюдали обратное. Несмотря на двустороннюю поясничную блокаду и систематическое применение тепла и холода во всех видах, процесс рассасывания инфильтрата шел очень медленно. Однако в подавляющем большинстве случаев новокаиновая блокада ускоряет процесс рассасывания воспалительного инфильтрата, в более редких случаях способствует образованию гнояника.

В 5 случаях мы получили быстрое абсцедирование инфильтрата, где потребовалось оперативное вмешательство, состоявшее в простой инцизии гнояника с оставлением отростка на месте. Активные вмешательства на отростке, с нашей точки зрения, в этих случаях нецелесообразны. Конечно, если червеобразный отросток свободно

„плавает“ в гное и хорошо доступен рукам оператора, его следует удалить. Чаще он бывает впаян в окружающие ткани между слипшимися петлями тонких кишок и сальником. Выделение отростка при такой ситуации сопряжено с большим риском для больного. По вскрытии гнойника мы вводим в его полость тампоны с мазью Вишневского. В результате такого лечения аппендикулярного инфильтрата мы выписали 14 больных с полным исчезновением инфильтрата на 3—5-й день; 6 б-х с неполным исчезновением, но с нормальной температурой и без болей на 6—9-й день; у 6 больных на 3—4-й день образовался гнойник, потребовавший оперативного вмешательства.

Выводы

- 1) Новокаиновый блок по Вишневскому с успехом может применяться в хирургии как метод для лечения воспалительных процессов в брюшной полости.
- 2) Новокаиновый блок вызывает общую реакцию организма, которая заключается в повышении общей температуры тела.
- 3) Новокаиновый блок является прекрасным болеутоляющим средством.
- 4) Новокаиновый блок в одних случаях ускоряет процесс рассасывания воспалительных инфильтратов, а в других, наоборот, ведет к быстрому абсцедированию их.
- 5) Лечение аппендикулярного инфильтрата новокаиновым блоком в значительной степени сокращает срок пребывания больного в лечебном заведении. По данным нашего материала—до 40%.

Поступила 13.VI.1939.

В. М. АРИСТОВСКИЙ

Опыт лечения гнойных ран серебряной водой, приготовленной по способу проф. В. А. Углова.

Из хирургического отделения (зав. д-р мед. наук В. М. Аристовский) 2-й Советской больницы г. Казани

В 1933 г. Негели открыл так называемое олигодинамическое действие тяжелых металлов, которое заключается в том, что перешедшие в воду ничтожно-малые, невесомые количества этих металлов, убивают находящиеся в ней водоросли или бактерии. Негели при своих опытах погружал куски металлической меди и металлического серебра в воду, в которой находились водоросли (*Spigogyna*). Действию на водоросли малых концентраций тяжелых металлов Негели противопоставлял воздействие на водоросли больших концентраций солей этих металлов и считал, что действие малых концентраций нельзя объяснить химическими процессами, как это, по его мнению, имеет место при применении больших концентраций. Вслед за Негели большинство работ по олигодинамическому действию тяжелых металлов производилось над бактериальными культурами. Большею частью наблюдения производились путем наложения на агаровую пластинку, засеянную бактериальной культурой, кусочка металлической проволоки, причем при росте культуры вокруг проволоки отмечался стерильный