

явно флегмонозный характер, следует производить резекцию кишки в пределах здоровых тканей.

Из литературы известны и другие виды хирургического вмешательства при флегмонах кишечного тракта различной локализации: создание обходного анастомоза между кишечными петлями, наложение разгрузочной подвешной энтеростомии, выведение пораженной кишечной петли из брюшной полости наружу, подведение тампонов к очагу воспаления и пр. Все эти методы не являются радикальными и могут быть рекомендованы лишь у тяжелых, ослабленных больных, когда резекция кишки связана с большим риском потери больного.

За 10 лет (1951—1961) мы наблюдали 5 женщин и 2 мужчин с терминальным илеитом. Все подверглись срочному оперативному вмешательству с предположительным диагнозом: острый аппендицит.

Все больные, находившиеся под нашим наблюдением, выздоровели. Повторным операциям никто из них не подвергался. В данное время все 7 человек практически здоровы, трудоспособны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авидон Д. Б. Вестн. хир., 1939, 5; 1952, 5.— 2. Бурба Б. Э. Вестн. хир., 1957, 2.— 3. Галайко Г. М. Нов. хир. арх., 1961, 3.— 4. Микеладзе Т. Б. Вестн. хир. 1941, 3.— 5. Пунин Б. В. Вестн. хир. 1952, 5.— 6. Федорова А. Д. Вестн. хир., 1953, 2.— 7. Фраткин Г. М. Вестн. хир., 1947, 4.— 8. Crohn B. Surg. etc., 1939, 68, 2A.— 9. Landois F. Zbl. chir., 1923, 20.— 10. Lewisohn D. Surg. etc., 1938, 66.— 11. Mixter. Surg. etc., 1939, 68, 2A.

Поступила 15 февраля 1962 г.

К ВОПРОСУ ОБ АППЕНДИЦИТЕ

З. А. Зарипов

Уруссинская райбольница (и. о. главврача — Ф. Г. Гильмуллин) ТАССР

Необходимость изучения и обсуждения вопроса об аппендиците диктуется и тем, что аппендэктомии составляют до 85,3% всех операций, произведенных при острых заболеваниях живота, и тем, что отмечается значительный рост экстренных операций при остром аппендиците. По нашим данным, аппендэктомии составляют 85,9% операций при острых заболеваниях живота.

Для анализа своей работы и улучшения лечебной помощи населению нашего района мы изучили истории болезни больных, направленных в стационар с диагнозом «аппендицит».

По нашим данным, также отмечается рост заболеваемости аппендицитом, в том числе и острым. Динамика заболеваемости аппендицитом по годам и количество оперированных приведены в таблице 1.

Таблица 1

Годы	На 10 000 населения			
	заболело	оперировано	в том числе острым аппендицитом	
			заболело	оперировано
1959	50	45	29	26
1960	54	50	31	28
1961	68	63	38	35
В среднем	57	52	33	30

Ежегодно из каждых 303 человек населения один заболевает острым аппендицитом. По данным В. И. Колесова, из каждых 250 человек аппендицитом заболевает один.

Расхождение клинических и патогистологических диагнозов бывает как в крупных клиниках с постоянным высококвалифицированным штатом врачей и опытным руко-

водителем, так и в районных больницах, но в разных пропорциях. Процент расхождений диагнозов у А. В. Русакова равен 35, у П. Н. Напалкова — почти 35, у Л. Н. Леоновой — 21,2, у К. В. Мещеряковой — 42, у Д. А. Арапова — в $\frac{1}{3}$ наблюдений. Причинами клинико-анатомических несоответствий при остром аппендиците в основном считают диагностические ошибки и несовершенство техники и методики гистологического исследования (В. И. Колесов, Л. Н. Леонова).

Мы не исследовали удаленные отростки гистологически. Об изменении отростка судили лишь по макроскопическим признакам самого отростка, по изменениям окружающих органов и тканей.

Когда при явной клинической картине острого аппендицита (острый простой аппендицит Б. или деструктивный острый аппендицит А. по классификации В. И. Колесова и И. И. Неймарка) отросток макроскопически не был изменен, мы находили заворот и непроходимость отростка. О возможности возникновения заворота отростка упоминает лишь А. А. Русанов (Руководство по хирургии, т. 7, стр. 465). О завороте червеобразного отростка не упоминается и при описании непроходимости кишечника. А между тем червеобразный отросток, имея достаточную длину, тонкую (узкую) брыжейку, может иметь множество вариантов положения по отношению к другим органам.

Было бы ошибкой считать заворот отростка единственной первопричиной аппендицита. Но ясно одно, что заворот и непроходимость отростка могут явиться одной из причин изменений в отростке.

За 3 года в Уруссинскую больницу поступили 803 человека с диагнозами: острый аппендицит, хронический аппендицит, аппендицит с инфильтратом. Из этого числа у части больных (98) клинически установлены другие диагнозы и у 28 выявлены другие заболевания во время операции, то есть не совпал диагноз направления с клиническим (12,2%) и клинический — с послеоперационным (3,97%).

Большой процент (12,2%) несоответствия диагноза при направлении с клиническим указывает на необходимость дальнейшего улучшения дифференциальной диагностики аппендицита путем постоянного повышения опыта медработников.

Хотя некоторый процент несоответствия клинического и послеоперационного диагнозов при современном развитии медицины неизбежен из-за таких заболеваний, как болезнь Крона, заворот салника, дивертикулит, тифлит, заворот червеобразного отростка, тем не менее наши ошибки можно уменьшить путем улучшения клинической диагностики таких заболеваний, как аппендицит с инфильтратом, разрыв и заворот кисты яичника, нарушения внематочной беременности и т. п.

В хирургическое отделение за 3 года поступило с хроническим аппендицитом 298, с острым аппендицитом — 373, с аппендицитом, вызвавшим инфильтрат, — 20 человек. В том числе детей с хроническим аппендицитом — 65, с острым аппендицитом — 74 и с аппендицитом, вызвавшим инфильтрат, — 5 человек.

Из больных острым аппендицитом с инфильтратом оперированы 359 (мужчин — 133, женщин — 226).

В возрасте до 15 лет было 73 больных, с 16 до 30 — 115, с 31 до 45 — 102, с 46 до 60 — 55 и старше — 14.

Только 26% больных (93) поступило в стационар в срок до 6 часов от начала заболевания, 42% (152) — до 24 часов и 32% (144) — позже суток.

Произведена аппендэктомия при катаральном аппендиците у 129, при флегмонозном — у 161, при гангренозном и прободном — у 51, при эмпиеме — у 10 и при аппендиците с инфильтратом — у 8.

В число катаральных аппендицитов включены аппендициты без макроскопических воспалительных изменений самого отростка, когда при этом были изменения на брыжейке отростка (рубцы, спайки), изменения слепой кишки (тифлит) или перекрученное положение отростка.

Возможно, заворот отростка, вызывая клиническую картину острого и хронического аппендицитов, в разных случаях приводит к разной степени патоморфологических изменений, а может при этом и не возникать воспалительных макроскопических изменений. Исходя из этого, можно считать имеющим права «гражданства» и термин «аппендикулярная колика». Критерием обоснованности аппендэктомии в этих случаях надо считать полное клиническое выздоровление прооперированных и хорошие отдаленные результаты.

Среди оперированных по поводу острого аппендицита послеоперационные осложнения наблюдались в 5,9% (21 человек). Нагноение раны было у 15, пневмонии, бронхиты — у 4. Нагноение эхинококка печени после удаления флегмонозно-воспаленного аппендикса — у 1 и лигатурный свищ — у 1 больного.

Летальный исход наступил у 2 больных. У одной больной острый гангренозный аппендицит с околоаппендикулярным абсцессом развился на фоне тяжелой формы болезни Боткина и не был клинически диагностирован. Диагноз установлен на вскрытии. Больная умерла от желтой атрофии печени и сепсиса на почве гнойного аппендицита. У другого больного вначале была установлена дизентерия. Два дня больной лечился в инфекционном отделении, затем развилась картина острого аппендицита. На операции установлены флегмонозный аппендицит и тифлит. На 4-й день больной умер. На секции тромбоз сосудов брыжейки тонкого кишечника.

Возможно, тромбоз был уже и при операции, но не был диагностирован. Таким образом, летальность при остром аппендиците составила 0,51%.

Среднее количество дней пребывания больных на койке составляет 7—8 дней: при флегмонозном — 8—9 дней, при гангренозном — 15 дней, при эмпиеме отростка — 10 дней, при аппендиците с инфильтратом — 14 дней. Самое длительное пребывание на койке было при гангренозном аппендиците — 73 дня, и лишь в одном случае — 135 дней при нагноении эхинококка печени в послеоперационном периоде.

ВЫВОДЫ

1. Ежегодно по поводу острого аппендицита оперируется от 26 до 35 человек на 10 000 населения.

2. Диагностические ошибки составляют 3,97%.

3. Помимо диагностических ошибок, одной из причин расхождений клинического и операционного диагнозов надо считать развитие заворота (непроходимости) отростка с клинической картиной острого аппендицита; устранение этой причины расхождений диагноза требует дальнейшего изучения.

5. Хотя показатели сроков госпитализации, по нашим данным, не хуже, чем у других авторов, необходимо добиться госпитализации и операции больных в первые сутки от начала заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арапов Д. А. Тр. 1-й Всероссийской конф. хир., 1956, Куйбышев.—2. Баринов Г. А. Вест. хир., 1961, 11.—3. Галин Н. С. Вест. хир., 1961, 11.—4. Долецкий С. Я. и Кучегурова М. М. Хирургия, 1962.—5. Иосетт Г. Я. Тр. 1-й Всеросс. конф. хирургов.—6. Колесов В. И. Острый аппендицит. Л., 1959.—7. Леонova Л. Н. Вест. хир., 1959, 12.—8. Макаренко А., Спасокукоцкий С., Петров В. Заворот кишок. БМЭ, т. 10.—9. Мещерякова К. В. Тр. I Всеросс. конф. хирургов.—10. Напалков П. Н. Там же.—11. Петров Б. А. Аппендицит, БМЭ, т. 2.—12. Чухриенко Д. П. Руководство по хирургии. Медгиз, М., 1960, т. 7.

Поступила 30 декабря 1962 г.

КРУПНОКАДРОВАЯ ФЛЮОРОГРАФИЯ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ДЕТЕЙ¹

М. А. Берзак, К. С. Шендрик и Ю. Г. Шендрик

14 детская консультация медсанчасти (нач. — Е. И. Каганова)
и Куйбышевская областная больница им. М. И. Калинина (главврач —
Е. И. Пугачева). Научный руководитель — проф. М. Х. Файзуллин

Несколько уступая качественно стандартной рентгенографии, крупнокадровая флюорография выгодно отличается простотой, быстротой, экономичностью, массовостью, относительной профессиональной безвредностью при достаточно высокой разрешающей способности. Необходимым условием является наличие мощной, острофокусной рентгеновской трубки (с вращающимся анодом) и высококачественной оптики (с разрешающей способностью 1:0,85), высокочувствительного флюорографического экрана и пленки. С помощью стандартной рентгенографии проведение массовых исследований придаточных пазух носа с организационной стороны неприемлемо.

Доза облучения на крупнокадровом флюорографе, по дозиметрическим данным А. И. Бухман (1959), при напряжении 95 *kV*, силе тока 40 *mA*, фокусном расстоянии 85 *cm* и времени экспозиции 2,5 *сек* не превышает 3 *р*.

Главная задача флюорографии — своевременное обнаружение и ликвидация клинически бессимптомных патологических состояний слизистой оболочки околоносовых пазух для предотвращения возможных хронических воспалительных и других заболеваний со всеми неблагоприятными для организма последствиями.

Преимуществом групповых рентгено-флюорографических исследований перед спорадически проводимой стандартной рентгенографией является то, что она прово-

¹ Доложено на заседании Куйбышевского областного научного медицинского общества оториноларингологов 28 ноября 1962 г.