

2—3 мин и, когда мазки высохли, красили по Романовскому — Гимза (2 капли на 1 мл воды) до 10 мин.

Микроскопировали вначале с увеличением в 300 раз, а затем отдельные клетки и группы клеток рассматривали под иммерсионной системой. При раке уже в нативном препарате хорошо заметны различия в размерах клеток, большие ядра и ядрышки, опалесцирующие в проходящем свете, дегенеративные изменения в протоплазме, особенно жировое перерождение, нарушение ядерно-протоплазменных отношений в сторону ядра. В окрашенных препаратах клетки злокачественного новообразования полиморфны и полихромны, чаще с большими ядрами и крупными ядрышками в ядре. Встречаются многоядерные клетки, где ядра одной клетки имеют различную ступень созревания. Ядерно-протоплазменные отношения нарушены в сторону увеличения ядер. Протоплазма клеток представлена в виде узкого ободка, или бесформенного хвоста, или совсем отсутствует. Иногда встречаются перстневидные клетки. В щелочной моче клетки легко разрушаются, деформируются и поэтому в окрашенных препаратах можно встретить много лизированных и голоядерных клеток.

У 7 больных было произведено исследование окрашенного препарата осадка мочи, затем отпечатка опухоли с операционного материала и, наконец, гистологическое исследование опухоли. Данные описанного цитологического и последующего гистологического исследования совпали.

При хронических, длительно протекающих циститах в осадке мочи обнаруживались так называемые «атипичные клетки», с измененной формой и величиной, но без других признаков, присущих бластоматозным клеткам. Диагностика затрудняется еще больше, когда цисторентнограмма дает дефект заполнения, а цистоскопия невозможна из-за малой емкости мочевого пузыря.

Как показали наши наблюдения, нахождение атипичных клеток не может служить признаком рака мочевого пузыря.

## ВЫВОДЫ

1. Цитологическая диагностика заслуживает обязательного включения в комплексное исследование всех больных с подозрением на опухоль мочевого пузыря.

2. Признаком злокачественной опухоли мочевого пузыря является обнаружение в осадке мочи даже отдельных характерных клеток. Более достоверно обнаружение скопления этих клеток.

3. Результаты цитодиагностики должны интерпретироваться путем сопоставления с данными других методов исследования.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов М. Г. Клиническая цитология. Медгиз, М., 1962. — 2. Альтгаузен А. Я. Морфологическое исследование пунктатов опухолей. Медгиз, М., 1962. — 3. Арзуманян Г. А., Мартиросян Г. С. Урология. 1957, 1. — 4. Викторов И., Петрашков Т., Цолов Ц., Наков Э. Там же. 1963, 6. — 5. Малышкевич А. Б. Там же, 1956, 1.

Поступила 11 июня 1964 г.

УДК 616.346—002.1

## ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

(по материалам клиники за 15 лет)

*А. И. Шишкина, И. А. Салихов, Ф. Г. Хафизов*

Клиника госпитальной хирургии № 1 (зав. — проф. Р. А. Вяселев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института на базе 1 гор. больницы (главврач — З. А. Синявская)

По данным различных авторов, летальность при остром аппендиците в среднем составляет 0,12—0,2% (С. Г. Рукосуев, Г. П. Зайцев, А. Н. Шабанов). Если при своевременной операции эта цифра уменьшается до 0,04%, то при запоздалой поднимается до 0,5% (А. И. Миронов, Г. Я. Иоссет). Некоторые авторы приводят еще более высокие показатели летальности. По данным Росс, Зарем и Моргана, смертность при остром аппендиците составляет 0,89%, а среди лиц старше 50 лет — 5,6%. Сходные данные приводят Габел, Бартон, Соломон и др. По данным Палумбо, летальность достигает 0,2%.

Наиболее частой причиной летальности, по материалам большинства авторов и нашим данным, является разлитой перитонит, развивающийся вследствие поздней госпитализации больных и запоздалой операции.

Причиной поздней госпитализации больного нередко является ошибочный диагноз. Известно, что у ряда больных диагностика острого аппендицита трудна вследствие большого разнообразия клинических проявлений болезни, в зависимости от возраста больного, расположения червеобразного отростка, анатомической формы его и от сопутствующих явлений.

За 15 лет в клинике оперировано 14 117 больных острым аппендицитом, из них умерло 53 (0,37%).

Только 6 больных из числа умерших оперированы в течение первых суток болезни, тогда как 47 поступили и оперированы спустя 24—48 и более часов с момента начала заболевания.

При изучении истории болезни нами выявлены следующие причины запаздывания операций: а) недооценка больными серьезности заболевания; б) диагноз не был своевременно установлен врачами амбулаторно-поликлинической сети; в) заболевание не распознано и в стационаре; г) затянулось наблюдение в стационаре, что привело к значительной потере времени.

26 больных в течение первых суток болезни «лечились» домашними средствами (грелками, клизмами, слабительными). У всех у них на операции был обнаружен прободной аппендицит и разлитой перитонит.

4 больных своевременно обратились в дежурную хирургическую клинику, но не были госпитализированы. Лишь при повторных осмотрах спустя 24—48 и более часов от начала заболевания у них были установлены признаки острого аппендицита.

У 21 больного диагноз не был установлен врачами амбулаторной службы.

В связи с этим правильным будет всех больных с болями в животе неясного происхождения госпитализировать в хирургическое отделение. Нередко лишь при таком условии удастся своевременно произвести операцию. Без преувеличения можно сказать, что оставлять таких больных на дому значит подвергать их большому риску.

Двое наших больных были госпитализированы своевременно, но ввиду того, что оперативное вмешательство было выполнено с опозданием, они также погибли от перитонита.

Изучение послеоперационных осложнений при остром аппендиците показывает, что у подавляющего большинства оперированных развивается острый разлитой перитонит, протекающий с тяжелым парезом кишечника.

В нашей клинике ранее оперативное лечение аппендицита сочетается с интенсивным использованием антибиотиков и комплекса средств, направленных на устранение пареза кишечника. Чаще всего назначается пенициллин по 100—150 тыс. ед. внутримышечно через каждые 4 часа в сочетании с инъекциями стрептомицина по 250—500 тыс. ед. 2 раза в сутки. Одновременно вводится 500 000—1 000 000 ед. пенициллина и 500 тыс. ед. стрептомицина непосредственно в брюшную полость по дренажным или ирригационным трубкам 1—2 раза в день. В зависимости от результатов исследования микрофлоры экссудата на чувствительность к антибиотикам по ходу лечения производится замена вышеуказанных антибиотиков на те, к которым выявлена наибольшая чувствительность. Предпочтение отдается при этом инъекционным препаратам, поскольку пероральное назначение антибиотиков не всегда достигает цели из-за пареза желудка и рвоты.

Наряду с антибактериальной терапией в клинике большое значение придается коррекции функционального состояния нервного аппарата органов брюшной полости. По данным Н. В. Соколова (1958), Р. А. Вясева (1961), И. А. Салихова (1960, 1963) и других авторов, нервные элементы внутренних органов поражаются в условиях перитонита наиболее интенсивно. Наряду с общепринятыми способами стимуляции кишечника клиника по предложению Р. А. Вясева применяет антихолинэстеразный препарат нибуфин, который по сравнению с другими средствами выгодно отличается мягкостью и вместе с тем эффективностью действия при отсутствии побочных влияний. Нибуфин назначается 1 раз в сутки по 2—3 мл раствора в разведении 1:3000 внутримышечно. Через 3 часа после инъекции препарата производится гипертоническая клизма. Лечение парезов кишечника по методике Р. А. Вясева оказалось весьма эффективным и с успехом применяется теперь во многих клиниках г. Казани и республики.

Кроме того, в целях воздействия на состояние нервного аппарата органов брюшной полости в клинике широко применяется также новокаиновая блокада чревных нервов и пограничных стволов.

Мы подробно остановились на вопросах борьбы с перитонитом и парезом кишечника потому, что эти осложнения являются основными причинами летальности при остром аппендиците и заслуживают самого серьезного внимания. Так, у 39 из 53 умерших больных был аппендицит, осложненный разлитым перитонитом и выраженным парезом кишечника. Другие осложнения, по нашим данным, более редки. У 9 больных воспалительный процесс осложнился механической непроходимостью, развившейся вследствие спаечных изменений в брюшной полости.

Согласно экспериментальным исследованиям И. А. Салихова (1960, 1962), склонность к спаечным процессам в брюшной полости резко усиливается в условиях сенсибилизации организма (перенесенные инфекции, воспалительные процессы, введение некоторых гетерогенных белковых препаратов и т. п.). При остром аппендиците такой сенсибилизирующей причиной могут быть предшествующие приступы болезни. Это

осложнение имело место у 9 больных. Все они были повторно оперированы и погибли от перитонита.

В возникновении кишечной непроходимости в послеоперационном периоде немало-важную роль играют нарушения режима питания.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вяसेлев Р. А. Казанский мед. ж., 1961, 2. — 2. Зайцев Г. П. Тр. 26 Всес. съезда хир. М., 1956. — 3. Зайцев Г. П., Корнеев А. И. Хирургия, 1963, 11. — 4. Иоссет Г. Я. В кн. «Острый аппендицит». Медгиз, М., 1959. — 5. Мионов А. И., Рукосуев С. Г. Тр. 1 Всесоюз. конф. хир., М., 1958. — 6. Салихов И. А. Казанский мед. ж., 1960, 2. — 7. Соколов Н. В. Там же. 1958, 4. — 8. Шабанов А. Н. Тр. 1 Всерос. конф. хир. Куйбышев, 1958. — 9. Hubel D. S., Barton W. K. and Solomon O. D. Surg. Gynec. Obstet. 1960, 110. — 10. Palumbo L. T. Am. J. Surg. 1959, 11. — 11. Ross F. P., Zarem H. A. and Morgan A. P. Arch. Surg. 1962, 6.

Поступила 16 января 1964 г.

УДК 616—089.5—053.2—616.31—89

## ОПЫТ ПОТЕНЦИРОВАННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЛИЦЕ И ЧЕЛЮСТЯХ

*Л. А. Кольцова и К. Е. Шерпутовская*

Кафедра хирургической стоматологии (зав. — проф. Е. А. Домрачева)  
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

В задачу анестезиологии входит искусственное создание такого функционального состояния организма, при котором в наибольшей степени обеспечивается полноценность и безопасность обезболивания при наименьшей реакции на хирургическую травму. Особенно необходимо создание таких условий при хирургических вмешательствах у детей.

За последние годы широкое распространение и в детской хирургии получил интубационный наркоз.

Широкое применение интубационного наркоза при некоторых челюстно-лицевых операциях в детском возрасте нам кажется не всегда оправданным, потому что сама по себе интубация — далеко не безразличная манипуляция. У нас создавалось впечатление, что ряд операций у детей (цистэктомия, хейлопластика и др.) более целесообразно проводить под местным обезболиванием с применением потенцирующих средств. При подобном обезболивании дети во время операции находятся в дремотном состоянии. Анальгезия, возникающая под действием потенцирующих средств, углубляет местную анестезию, уменьшает расход новокаина во время операции. Использование нейроплегиков и ганглиоблокаторов при местном обезболивании благотворно влияет на общее состояние больных, их эмоциональную сферу.

Потенцирующие средства мы применяем и при общем эфирном наркозе, тем самым устраняем чувство страха перед операцией, перед наркозом. Кроме этого, применение потенцирующих средств при общем наркозе позволяет устранить ощущение удушья, наблюдаемое в начале наркоза, уменьшить дозу эфира, исключает возможность вторичного шока и улучшает послеоперационное течение.

Потенцирование общего эфирно-кислородного наркоза и местного новокаинового обезболивания мы применяли у детей в возрасте от 9 месяцев до 16 лет при операциях на лице и челюстях.

До 1 года было 2 ребенка, до 3 лет — 8, до 6 лет — 11, до 9 — 10, до 12 — 8, до 16 — 9 детей.

Потенцированное обезболивание применялось при следующих операциях (в числителе — при общем наркозе, в знаменателе — при местной анестезии): уранопластика — 10/3, хейлопластика — 0/12, резекция верхней челюсти — 2/0, резекция нижней челюсти — 3/2, удаление сосудистых опухолей — 0/4, иссечение рубцов — 2/1, иссечение пигментных пятен — 0/3, остеотомия нижней челюсти — 0/2, при других операциях — 0/4.

Если операции планировалось проводить под общим эфирным наркозом или большие операции — под местной анестезией, предоперационная подготовка больного начиналась накануне операции. На ночь назначали снотворное (нембутал, барбитал или фенобарбитал) в дозировке соответственно возрасту. За 30—40 мин до операции, а при общем обезболивании — до дачи наркоза внутримышечно вводили следующую смесь: аминазина 2,5% — 1 мл, промедола 1% — 1 мл, метацина 0,1% — 1 мл, этизина 2% — 1 мл (приведена дозировка взрослого человека).

У детей применяли следующие дозировки потенцирующих средств: до года — 1/4 дозы взрослого, от года до 6 лет — 1/3, от 6 до 12 лет — 1/2, с 12 лет — полная доза.