

Из Хирургической клиники Казанского гос. медицинского института. (Директор
клиники проф. А. В. Вишневский).

Рецидивы болей после аппендэктомий.

Ассистента Г. М. Новикова.

Воспаление червеобразного отростка представляет из себя настолько важный отдел в патологии брюшной полости и настолько часто с ним приходится иметь дело не только клиницисту, но и рядовому участковому врачу, что нет ничего удивительного в потоке статей и целых монографий по этому вопросу, заполняющих медицинскую прессу последнего времени не только у нас, но и за границей. Проделавшее в своем развитии определенный цикл, учение об аппендиците, как будто бы и очень стройное, сегодня — в результате всем понятной тенденции пересмотреть его снова — ставит перед нами целый ряд недоуменных вопросов, ответить на которые можно лишь путем широкого обмена мнений и опыта. Поэтому, в противоположность утверждению прив.-доц. Савкова, что здесь „в полемических спорах нередко страдает истина“, — мы хотели бы выставить другой тезис: „только в борьбе мнений рождается истина“. Это последнего рода обстоятельство и побудило нас тоже выступить в печати хотя бы и с небольшим материалом по поводу вопроса о рецидивах болей после аппендэктомий.

Волна увлечения аппендэктомией, а затем и последующего разочарования в ней, начавшись в своей родине, Америке, прокатилась по всему миру. Основной причиной этого разочарования являются частые рецидивы болей на том или ином послеоперационном сроке. Всем известно, что это отнюдь не относится к аппендэктомиям в остром периоде, которые в смысле благоприятности дальнейшего послеоперационного течения больших споров как будто бы ни у кого не вызывают. Копья ломаются лишь на так называемых хронических, бессимптомных аппендицитах (*appendicitis larvata*, *app. dyspeptica*).

С рецидивами болей после аппендэктомий приходится иметь дело, несомненно, почти всем хирургам, но удивительнее всего то, что цифры эти очень пестры и колеблются от 3,9% у Розанова (на материале в 4.193 случ.) до 57,8% у Радзиевского. Этот громадный диапазон характерен для русских хирургов, что же касается иностранных авторов, то здесь разрыв цифр не так велик (от 21% по Ноггю до 50% по Coffes'у), но они (цифры) все-таки поражают количеством неудач при аппендэктомиях. Подобная пестрота картины у разных авторов еще лишний раз подтверждает наше бессилие отыскать некий общий критерий для расшифровки тех болей в брюшной полости — по преимуществу в ее правой половине, — с которыми приходят к нам больные. В порядке критики и самокритики надо открыто сказать, что высокие цифры неудач после аппендэктомий безусловно объясняются тем, что диагнозом „аппендицит“ мы часто злоупотребляем, не умея внимательно улавливать разнообразные нюансы сложного симптомокомплекса заболеваний правой половины живота. Обладатели высоких процентов неудач обязаны твердо помнить, что если это и не самая главная причина неудач, то уж во всяком случае одна из главных.

Подходя к вопросу о многочисленных неудачах аппендэктомий, хирурги в качестве порождающих их причин выставляют обычно самые разнообразные моменты, которые схематически можно сгруппировать следующим образом:

1. Ошибочная диагностика (Ситковский, Лидский, Савков, Liesk, Melchior и др.);

2. Просматривание взаимозависимости и совместного заболевания червеобразного отростка, желчного пузыря, желудка, 12-перстной кишки, правой опущенной почки, правого яичника и пр. (Вишневский, Рубашев, Греков, Федоров, Эдебольс, Алексеев и др.);

3. Наличие вирулентной флоры в брыжжейке отростка (Яуре, Рубашев, Савков, Салищев).

4. Невралгия п. sympathici abdom. (Радзиевский);

5. Послеоперационные спайки и сращения (Гаусман, Минх, Синакевич, Брайцев, Греков и др.);

6. Различные патологические состояния слепой кишки в виде ее расширения, тифлита, тифликолита, соесит mobile и др. (Розанов, Поленов, Wilms, Ильин, Барятинский и др.);

7. Спазм кишечника и в частности спазм в области Баугиниевой заслонки (Волкович, Греков) и т. д.

Мы в своем сообщении хотим особенно резко подчеркнуть первые четыре пункта из перечисленных, т. к. их роль в общей сумме причинных моментов является, по нашему мнению, главенствующей. Опыт и исследования нашей клиники приводят нас к твердому убеждению, что корень зла частых неудач аппендэктомий находится: 1) в частоте диагностических ошибок, 2) в просматривании зависимости и совместного заболевания органов правой половины живота, среди которых львиная доля падает на комбинацию нефроптоза с аппендицитом, 3) в наличии инфицированной брыжжейки отростка даже после удаления последнего и 4) в отсутствии в наших руках верного и надежного способа воздействия на симпатическую нервную систему.

Опыт нашей клиники подтверждает значительную частоту совместных заболеваний малых органов правой половины брюшной полости. Анализируя материал клиники за 5 академических лет, мы нашли, что на 1954 операции подобные случаи встретились 74 раза, что составляет около 4% общего числа операций. Во всех случаях произведены одномоментные операции через один и тот же разрез при наличии определенных и строгих к тому показаний: 1) nephropexia et. appendectomy 46. 2) та или иная операция на желудке (gastroenteroanastomos, resectio ventr., perigastritis, periduoden.) и аппендэктомия 11. 3) Cholecystectomy et appendectomy 12. 4) Триада ¹⁾ — операция через один разрез на почке, печени и слепой кишки 4. 5) Операция на желчных путях, желудке и червеобразном отростке 1.

На одновременном заболевании смещенной почкой и аппендицитом я вынужден остановиться несколько больше, так как этот вопрос, дебатировавшийся и на последнем Всеукраинском Съезде хирургов, как будто

¹⁾ А. В. Вишневский. Одномоментная через один разрез операция на почке, желчном пузыре и слепой кишке под местной анестезией. Каз. мед. журн., № 8 за 1931 г.

бы не нашел еще всеобщего признания. Проф. Радзиевский, выступая здесь по программному вопросу „о подвижной почке“, говорит: „Я сам у больных, которые, как это нередко бывает, являлись с диагнозом хронического аппендицита и у которых была найдена подвижная почка, по требованию больного производил обе операции из одного разреза, находил отросток нормальным и иногда умышленно его не трогал“. Нельзя, конечно, спорить и утверждать, что отросток в его случаях был не „нормальный“, и обязательно подлежал удалению, но мы знаем, что отсутствие макроскопически видимых органических изменений в отростке еще совсем не говорит о том, что он совершенно здоров, ибо функциональные расстройства наступают гораздо раньше органических— это с одной стороны. Разве для нас недостаточно авторитетны имена таких ученых, как Абрикосов, Ашофф, Эндерлен, Кюттнер, Зонненбург и др., мнение которых в общем и целом сводится к тому, что „нормальные“ отростки встречаются как редкость при микробиологическом их исследовании. Исходя именно из такого постулата, наша клиника еще 15 лет тому назад стала пристально всматриваться и изучать подобного рода больных и к сегодняшнему дню мы располагаем материалом больше, чем в 150 случаев, где пришлось через один разрез производить фиксацию почки и аппендэктомию одновременно. Надо сказать, что труды клиники даром не пропали, ибо при наблюдении этих больных на очень долгих сроках (до 12 лет) мы имеем неизменно прекрасные результаты.

Частота нефроптоза и аппендицита бывает по разным авторам различна: Edebohes 80—90%, Вишневский—53%, Manton—42%, Федоров—30%, Дьяконов—29% и т. д. (по С. М. Алексееву). Прив. доц. Савков тоже убедился в том, что в случаях возврата болей после аппендэктомии он чаще всего наткнулся на симптомы подвижной почки, которая была просмотрена до операции. Д-р Алексеев в своей диссертации замечает: „коль скоро мы поставлены перед необходимостью разгадать источник болей правой половины живота у астеника, мы прежде всего должны иметь в виду правую смещенную почку и хронический аппендицит, памятуя при этом, сколь многообразно клиническое выявление астении, как таковой“. Не вдаваясь в подробности перечисления существующих теорий происхождения подобной комбинации заболевания, мы хотели бы еще раз обратить внимание на следующее обстоятельство. Правая смещенная почка, сама по себе могущая совершенно не давать какой-либо клинической картины, в дальнейшем весьма часто *заражается лимфогенным путем из кишек* (Вишневский), так как исследованиями Franke установлено наличие непрерывного лимфатического тока (путем широкого анастомозирования) между правым отрезком толстой кишки и правой почкой; лимфатические же сосуды аппендикса в свою очередь анастомозируют с лимфатическими сосудами слепой кишки. Следовательно, переход инфекции с заболевшей почки на аппендикс и обратно вполне возможен. Тем более, что по исследованиям Юре, Рубашева и Савкова мы знаем, что на брыжжейку отростка нельзя смотреть, как на нечто стерильное, даже после удаления самого отростка. Больше чем в половине всех случаев, брыжжейка инфицирована сильно вирулентной флорой, могущей быть в послеоперационном периоде источником тяжелых осложнений. Юре говорит, что лимфатические сосуды

брыжжейки отростка несут в себе бактерии, которые при пересеве их в питательные среды дают пышный рост и, находясь до поры до времени в состоянии дремлющей инфекции, могут оказывать при определенных благоприятных условиях очень вредное действие. По указанным авторам брыжжейка оказалась стерильной лишь в 10 случаях у Савкова и в 43 случ. у Яуре. Все остальные препараты были наводнены стафилок., *b. coli*, *b. Parat. A*, *enterococcus*, *streptococcus* и т. д. Таким образом, сопоставив все это вместе взятое, мы неизбежно должны будем сделать и вывод о том, что одновременное заболевание правой смещенной почкой и аппендицитом—явление вполне закономерное и нередко встречающееся в практике.

Остается сказать несколько слов о борьбе с инфицированной брыжжейкой, могущей, как мы уже отметили выше, давать в послеоперационном течении целый ряд расстройств, из-за чего больные иногда снова приходят к нам с болями. Здесь для большей ясности необходимо сделать маленькое отступление: все без исключения аппендэктомии мы делаем под местной анестезией по методу „тугих ползучих инфильтратов“ проф. Вишневого ¹⁾. В качестве растворителя новокаина всегда применяем Рингеровскую жидкость ($\frac{1}{4}\%$ раствора новокаина с прибавлением 3-х капель адреналина на 100 см.³ раствора), ибо, как думают некоторые ученые, применение для этой цели гипотонических жидкостей не может быть безразличным, как для всего организма в целом, так и в смысле послеоперационного заживления. Поэтому применение дистиллированной воды или очень слабого раствора поваренной соли должно считаться вредным и неприемлемым. С другой стороны, как показали экспериментальные работы д-ра А. А. Вишневого, при изотонических растворителях скорость наступления анестезии лишь чуть-чуть замедлена. Поэтому, а также в виду того, что Рингеровская жидкость, *caeteris paribus*, обладает еще в некотором роде и бактерицидными свойствами (как будет видно ниже), мы и остановились на ней, как на идеальном растворителе в такой прописи: NaCl —0,5%, CaCl_2 —0,0125% и KCl —0,0075%. Жидкость же Рингера в ее полной прописи, как известно, выглядит так: NaCl —0,6%, CaCl_2 —0,01%, KCl —0,0075% и NaHCO_3 —0,01%.

Наша методика анестезии при аппендэктомиях и в частности процесс отыскивания отростка в тех трудных случаях, когда он сильно замурован в спайках и сращениях, связан с пропитыванием раствором адмахиум не только самой брыжжейки аппендикса, но и всех окружающих спаек и сращений. Раствор в этом случае не только дает нам полную безболезненность манипулирования на слепой кишке, но и „вытаскивает“ отросток наружу даже тогда, когда, казалось бы, его нельзя даже достать без расширения разреза. Сращения, благодаря их пропитыванию жидкостью, резко дифференцируются, приподнимаются и как бы сами напрашиваются на ножницы. Следовательно, мы имеем возможность *легко и тщательно их разъединить не только по окружности слепой кишки, но и далеко выше по ходу colon ascendens.* При

¹⁾ Подробное описание см. д-р Г. М. Новиков. Местная анестезия по методу проф. Вишневого в условиях участковой больницы. Монография 1931 г. Изд. Каз. мед. журн.

операции под общим наркозом этой возможности мы в значительной степени лишены из-за плохой подчас выраженности указанных спаяк, а между тем факторы возникновения болей различной интенсивности в правой половине живота спайки и сращения уже сами по себе являются, насколько известно, существенно важными. Такой образ действий для устранения одного из причинных моментов послеоперационных рецидивов болей применяется нами—так сказать—попутно. Главная же цитадель, которую мы стремимся покорить своим новокаиново-Рингеровским раствором, это та инфекция, которая гнездится в брыжжейке отростка и может являться источником самых разнообразных болевых ощущений в послеоперационном периоде. На первый взгляд такое утверждение может показаться несколько странным и противоречивым, ибо Рингеровский раствор, как раствор по своим биологическим свойствам и химическому составу близко приближающийся к плазме крови и к тканевым жидкостям, является хорошей питательной средой. Перед нами как будто бы две диаметрально противоположные вещи: хорошая питательная среда для микробной флоры, с одной стороны, и в некотором роде стерилизующее ее действие на ту же инфекцию—с другой. Однако, нет ничего странного в том, что именно в этом противоречии и кроется истина. В самом деле: со времени введения асептики целая группа антисептических средств как будто бы совсем отошла в область предания. Мировая же война, а также большие успехи в области биологии вообще и—если так можно выразиться—в области хирургической биологии в частности, снова оживили антисептику и заставили многих хирургов искать таких биологических растворов, которые могли бы, действуя бактерицидно, совершенно не вредить тканевым клеткам и не нарушать таким образом сложного процесса самозащиты организма. Само собой понятно, что такая антисептика резко отличается от Листеровской антисептики. И действительно, благодаря трудам ряда ученых (Carré, Dakin, Deebet, Губарев, Гаврилов) такие растворы были найдены и с успехом применяются в хирургии. В частности гипертонические растворы солей, оказывается, не влияют вредно на ткани и в то же время действуют бактерицидно на микроорганизмы или даже окончательно приостанавливают их рост (Тринклер); может быть бактерии здесь и не убиваются, но рост их резко задерживается в силу ошеломления или ослабления (Гаврилов). Исследования Невядомской, Раул'a, Krönig'a, Навкин'a и Leumann'a показали, что растворы некоторых щелочных солей действуют определенно задерживающим образом на рост бактерий и т. д. Излюбленными растворами в хирургической практике являются, однако, растворы не гипертонические, а изотонические (физиологический раствор поваренной соли, жидкость Tavel'a, Ringer'a, Ihrich'a). Обладают ли и последние—в условиях внутритканевого их введения—качествами первых? Оказывается, да. Например, жидкость Tavel'a по утверждению автора обладает бактерицидными свойствами, при применении ее в брюшной полости она предупреждает развитие сращений, вызывая сильный лейкоцитоз и совершенно не раздражая клеток. Растворы Ringer'a и Ihrich'a приобретают большое значение благодаря тому, что в их состав входит хлористый кальций, который поднимает общий тонус тканей и производит какое-то укрепляющее действие на клеточные элементы (проф. Петров). По мнению Тринклера

хлористый кальций повышает бактерицидные свойства указанных жидкостей. Таким образом, резюмируя все сказанное, мы приходим к убеждению, что новокаиново-Рингеровский раствор, резко повышая жизнедеятельность тканевых клеток, повышая их тонус, вызывая усиление лейкоцитоза и действуя бактерицидно своими солями кальция, помогают организму в той подчас неравной борьбе, которая разыгрывается в брюшной полости. Наш опыт как будто довольно надежно свидетельствует о стерилизующем действии новокаиново-Рингеровской жидкости на инфицированную брыжжейку отрезка, а это не может, конечно, не отражаться на послеоперационном течении.

Однако, обработка брыжжейки отрезка в нашей методике аппендэктомии не исчерпывается только этим. Отрезок мы перевязываем очень низко у самой нижней границы основания для того, чтобы унести его (отрезок) весь; тщательно отжигаем наложенном и погружаем культу при помощи накладываемого на расстоянии $1\frac{1}{2}$ см. от края кисетного шва; но последний мы накладываем не по типу общепринятого трафарета, а делаем его посланным навстречу друг другу концами той же нитки, которой перевязана брыжжейка. Здесь еще одно преимущество, заключающееся в том, что короткая культя брыжжейки в виде пробки как бы затыкает сверху культу инвагинированного отрезка и таким образом перитонизируется без наложения добавочных швов. То, чего можно достичь путем лишь наложения отдельных швов на стенку слепой кишки (а для организма это, конечно, безразлично), при нашей модификации получается быстро, просто и изящно.

И наконец, симпатическая нервная система, роль которой до сих пор вообще оставалась довольно туманной, как фактор возникновения разного рода расстройств в области правой половины живота, имеет, по видимому, не последнее значение (Радзиевский). Работы школы проф. Павлова, в жизнедеятельности каждой клетки придают большое значение трофическим нервам. Расстройство этих последних неизбежно понижает способность тканей сопротивляться различным вредным воздействиям, так как нарушается регулировка поступления и усвоения питательного материала, а также и удаления из клеток продуктов их жизнедеятельности. Последние работы в данной области как будто бы говорят за то, что эти трофические функции принадлежат именно симпатической нервной системе (Созон-Ярошевич, Поленов). Наша клиника этим вопросом давно уже занимается и в частности, целый ряд случаев спонтанной гангрены мы успешно лечим путем блокирования соответствующих нервных сплетений новокаиновым раствором в Рингеровской жидкости. Беря конкретно область правой половины живота и в данном случае плеоцекальную ее часть, мы в условиях сильного разрыхления и пропитывания тканей раствором, очевидно, так воздействуем на симпатическую нервную систему, что ее функция в этом отделе как-то видоизменяется. Новокаиновый раствор на Рингеровской жидкости, обильно орошая не только область слепой кишки далеко по ее окружности, но и все пространство под париетальной брюшиной этой области, — очевидно рвет рефлекторную дугу симпатической нервной системы и, таким образом, ведет к выравниванию здесь трофики, в результате чего мы и имеем наш более благоприятный эффект после аппендэктомий. Дальнейшие работы клиники, нужно думать, дадут нам возможность окончательно под-

вести итог этой в высшей степени интересной проблемы, пока же мы говорим об этом только лишь в виде предварительной рабочей гипотезы.

В целях подтверждения высказанных нами положений осталось кратко продемонстрировать свой материал. Мы взяли материал клиники за 5 акад. лет, начиная с осени 1926 года по 1930 год. За это время нами произведено 346 аппендэктомий, не считая те из них, кои были в комбинации с другими заболеваниями и которых мы слегка коснулись выше. К общему числу произведенных операций аппендэктомии составляют 17,7%. По возрастам:

От 1—10 лет проопер.	7	От 31—40 проопер.	89
„ 11—20 „ „	51	„ 41—50 „ „	38
„ 21—30 „ „	156	Свыше 50 „ „	5

Таким образом, самым ранним возрастом, очевидно, нужно считать возраст от 10 до 30 лет (60%), что подтверждает мнение и других авторов (Рубашев, Шпренгель, Нотгагель и др.). Количество мужчин и женщин почти одинаково: 176 и 170. В остром периоде прооперировано всего 29 челов., что составляет около 9% общего числа аппендэктомий. Если принять во внимание, что экстренная хирургия в Казани сконцентрирована по преимуществу в других больницах, то наши цифры свидетельствуют о значительном количестве острых случаев за последние годы. На весь свой материал мы не имели ни одной смерти, как в остром, так и в холодном периоде.

Для выявления состояния наших больных на продолжительном послеоперационном сроке, мы выбрали 150 случаев хронического аппендицита за 1926, 27 и 28 годы и завязали с ними переписку в форме подробной анкеты. Только небольшая часть больных гор. Казани обследована нами лично. Наименьший послеоперационный срок у нас равняется 1½ годам. Всего ответов имеем 109. Результаты характеризуются следующими данными:

1. „Полное выздоровление“ — 78 ответов, что составляет	71,5%
2. „Наступило улучшение“ — 19 „ „ „	17,5%
3. „Без перемен“ — 8 „ „ „	7,3%
4. „Наступило ухудшение“ — 4 „ „ „	3,7%

Итого . 109 ответов „ „ 100%

Сложивши условно первую и вторую цифры, мы получаем красноречивое выражение эффективности наших вмешательств—89%. Заранее предвидя всем понятную возможность получения в определенном проценте случаев неясных и запутанных ответов, мы в своих анкетах решили четко разграничить описание больными собственных ощущений. Для этого в анкете фигурирует вопрос: „каков характер болей и похожи ли они на те, которые были до операции“? Много ответов очень курьезных, о чем не место здесь говорить, но большинство пишет примерно так: „а боли все-таки не похожи на прежние“. Жалобы же их обычно сводятся к тому, что иногда после тяжелой работы появляется колотье где-то в области раны, другой пишет о запоре, третий о том, что он не полнеет, а между тем „все говорят, что после этой операции здорово поправляются“ и т. д. и т. п. Следовательно, мы имеем все основания две первые группы больных соединить, ибо они могут считаться практи-

чески здоровыми людьми. Относительно последней группы больных („наступило ухудшение“) надо сказать, что здесь мы очевидно просмотрели какое-то совместное заболевание в том смысле, в каком говорили выше. Между прочим, одна из больных этой группы пишет, что ее уже оперировали в другой больнице по поводу воспаления желчного пузыря, и теперь она чувствует себя хорошо. Свести на нет эту категорию больных — в наших силах и возможностях.

Совершенно другое дело — больные третьей группы под рубрикой „без перемен“. Они составляют у нас 7,3% и являются, по всей вероятности, той „законной нормой“ неудач аппендэктомии, о которой мы говорили выше. Здесь много еще непонятного. Может быть, это — случай просмотренного табетического криза (проф. Топорков и проф. Синякевич), а может быть — и случаи тех „без вины виноватых“ аппендицитов, когда имеются какие-либо дефекты со стороны вегетативной нервной системы и когда боли только проэцируются в илео-цекальную область, а сам отросток здоров. Только дальнейшее изучение этого вопроса выведет нас из создавшегося тупика.

К патогенезу перемежающейся водянки суставов.

Врача Киевской больницы Западных жел. дорог Е. Я. Гурвича.

Перемежающаяся водянка суставов представляет собой крайне редкое страдание. В литературе имеется описание приблизительно 100 случаев.

Впервые *Hydrops articul-intermittens* описана Perrin'ом в 1845 г. За ним следует ряд сообщений, а Schlesinger даже посвящает этому вопросу целую монографию в руководстве Nothnager'я. Из русских авторов о большом количестве случаев упоминает Вельяминов.

Заболеванию этому подвержены оба пола, но женщины болеют перемежающейся водянкой суставов чаще мужчин. Так, Schlesinger в своей монографии сообщает о 32 женщинах и 26 мужчинах. Вельяминов же к этому прибавляет, что женщины заболевают главным образом в периоде полового развития (из 24 женщин 8 было в возрасте от 11—20 лет) и в периоде полового расцвета (9 в возрасте 21—30 лет).

Локализация водянки по суставам распределяется следующим образом: на первом месте стоит один коленный сустав, на втором месте оба коленных сустава, затем следуют поражения коленных суставов совместно с другими и, наконец, на последнем месте стоят поражения других суставов без коленных.

Клиническая картина перемежающейся водянки суставов складывается из периодически повторяющейся через правильные промежутки времени водянки того или иного сустава. В светлых промежутках сустав не представляет собой ничего ненормального. Иногда страдание это чередуется с припадками астмы, крапивницы, вазомоторным насморком и т. д. Болезнь протекает чаще безлихорадочно, но иногда припадки протекают при повышенной температуре. Имеются описания единичных случаев, протекающих при высокой температуре с явлениями озноба и последующего пота. Продолжительность припадков — несколько дней. Перемежающаяся водянка суставов может протекать как без болей, так и с болями, как без покраснения кожи, так и с краснотой и жаром ее. Промежутки между приступами бывают большей частью в 5—13 дней. Водянка на-