

7) Для этого ударной задачей следует поставить самое тщательное изучение особенностей этих болезней. Борьба с врагом, рассчитывая на успех, можно только тогда, когда мы изучили его главные свойства и особенности.

8) Это изучение должно вестись всеми врачами, которые являются наиболее заинтересованными в этом деле. В особенности должны быть привлечены к этой работе амбулатории, больницы, единые диспансеры, ясли, санатории, колонии, площадки, дома отдыха и проч., в особенности же специальные терапевтические и педиатрические институты для глубокого изучения причин болезней, которые обязательно должны возникнуть в ближайшее время.

Из Госпитальной хирургической клиники Днепропетровского мединститута
(Директор проф. Я. О. Гальперн).

О ранней операции при остром аппендиците¹⁾.

Д-ра В. А. Рабиновича.

Не останавливаясь на историческом развитии вопроса о лечении острого аппендицита, следует отметить, что в последние годы, когда принцип ранней операции стал широко применяться, смертность от аппендицита значительно снизилась, имея тенденцию приближаться к нулю. Если общая смертность от аппендицита раньше при выжидательно-оперативном методе лечения у Koter'a достигала 12%, то с переходом на раннюю операцию общая смертность снизилась до 2%. У Kйтмел'я в 1904 г. смертность была 12,9%, с широким применением ранней операции, начиная с 1905 г., процент смертности постепенно падает, достигнув в 1910 г. 2,2%. У Болярского общая смертность от аппендицита, достигая в период с 1905 г. по 1908 г. 38,4%, с переходом на широкое применение ранней операции с 1909 г. по 1912 г. падает больше чем на половину, достигнув 15,9%. Ранняя операция в первые 48 часов заболевания дала у него 1,5% смертности. Статистика целого ряда других авторов, указывающая на значительное снижение смертности от аппендицита с переходом на раннюю операцию, побуждала к тому, что последняя приобретала все больше и больше сторонников и в настоящее время получила повсеместно полные права гражданства.

Чем же может быть оправдано оперативное вмешательство в раннем периоде?

Клинический симптомокомплекс, каковым может сопровождаться острый аппендицит в раннем периоде заболевания, не всегда дает возможность судить о тех изменениях, какие происходят в брюшной поло-

¹⁾ Доложено объединенному заседанию Днепропетровских хирургического и терапевтического обществ 14 апреля 1930 г.

етп. и зачастую мы имеем случаи, когда у больных при довольно слабо выраженных клинических явлениях на операционном столе обнаруживаются перфоративные, гангренозные аппендициты с гноем в брюшной полости. Для примера приведу случай из нашего материала:

1. *Ист. бол. № 571.* Б-ая В., 24 л., 7. V. 28 г. доставлена К. С. П. Перенесла два приступа. Последний, третий, начался накануне в 9 часов вечера болями в правой подвздошной области и рвотой. При поступлении—живот мягкий, незначительная болезненность при пальпации в прав. подвздош. области, t^0 37,2 $^{\circ}$, P.—72 в 1 мин., хорошего наполнения. Экстр. операция через 13 часов от начала приступа. Слепая кишка извлекается с трудом. В аппендиксе на поперечный патет от основанья перфоративное отверстие, через которое выделяется содержимое—кал. Аппендикс удален. Выписалась на 21-й день.

2. *Ист. бол. № 929.* Б-ой Т., 22 л., 23. IX. 29 г. доставлен К. С. П. в 2 ч. ночи. Заболел накануне в 10 ч. вечера, появились режущие боли во всем животе, которые сосредоточились затем в прав. подвздош. области. Дважды рвота. Приступ 2-й. При поступлении в клинику 6-ой самостоятелно вышел из кареты, t^0 36,7 $^{\circ}$, P.—72 в 1 мин., хорошего наполнения. Живот мягкий. Точка М.-В. болезненна, симптом Rovsing'a положительный. Через минут 20 6-го сильно знобит, головная боль, боль в животе слабее. Экстренная операция через 4½ часа от начала заболевания. Апп. верхушкой припаян к задней стенке парет. брюшины, с трудом выделяется. При выведении в рану выделилась гнойная жидкость, вытекавшая из перфоратив. отверстия у основания отростка. Апп. удален. Рана залита наглухо. Выписался на 19-й день.

3. Случай, наблюдавшийся в последние дни. Б-ой поступает в клинику к концу первых суток заболевания. Заболевает впервые. Началось болями внизу живота, рвотой. При поступлении в клинику t^0 , P. в пределах нормы, живот мягкий, нерезкая болезненность внизу справа. Явления настолько слабо выражены, что дежурн. врач (6-ной поступил ночью) считает возможным оставить 6-го без экстр. оператив. вмешательства. Утром самочувствие 6-го хорошее, t^0 —N. Болей в животе нет, живот мягкий. Заставляет на себя обратить внимание учащенный пульс. P.—100, 104 в мин. Операция (в начале 2-х сут. заболел.): аппендикс в рыхлых спайках, резко утолщен, гангренозный, с намечающейся перфорацией у основания.

Данные случаи являются примерами аналогичных чрезвычайно часто наблюдающихся случаев, которые должны заставлять при острых заболеваниях брюшной полости всегда иметь в виду коварность остр. аппендицита. Не имея „объективного мерила для суждения о тяжести процесса в брюшной полости“ (Волкович) в ранние часы заболевания мы лишены возможности предвидеть дальнейшее течение процесса. Veillard и Vignard по этому поводу пишут: „Мы видели, что приступы аппендицита, вначале легкие, кончались через 3 дня общим перитонитом, и, наоборот, тяжелые с повышенной t^0 до 39,5 $^{\circ}$ —40 $^{\circ}$ проходили через сутки при покойном положении в постели подо льдом и с соблюдением диеты“.

Данное положение может быть подтверждено следующим случаем.

Ист. бол. № 552. Б-ой Р., 29 л. 18. III. 28 г. доставлен К. С. П. с явлениями начинающегося перитонита. В анамнезе приступов аппендицита не отмечал. Заболел 2 дня т. н. болями в нижнем отделе живота. Изредка боль переходила в правую часть. t^0 36,8—37,1, P.—76—78 в 1 м. Рвоты не было. Стул после клизмы. Живот мягкий, слегка вздут. На следующий день состояние ухудшилось, болезненность локализуется справа. Стула нет. Газы отходят. Живот нерезко напряжен. На 3-й день к вечеру рвота с примесью желчи. Ночью внезапная, резкая схваткообразная боль в нижнем отделе живота. Живот напряжен., t^0 37,2, P.—112 в 1 м. В таком состоянии 6-ой доставлен в клинику. Экстренная операция (через 54 ч. от начала заболевания). В брюшной полости серозно-гнойная жидкость. Аппендикс в спайках, сильно утолщен, темно-красного цвета. У основания его намечающаяся перфорация. Апп. удален. Брюшная рана залита

наглухо. Под кожу тампон. В послеоперационном периоде на 18-й день рег. гестив. вскрыт абсцесс Дугласа и на 25-й день поддиафрагмальный абсцесс. На 30-й день смерть при явлениях упадка сердеч. деятельности.

Таким образом в этом случае при слабо выраженных явлениях с t^0 36,8—37,1 и нормальном пульсе в первые сутки заболевания мы в начале 3-х суток имели уже явления перитонита, причем инфекция распространилась настолько, что и операция уже не предотвратила печального конца.

Острые ап., оставленные без оператив. вмешательства в ранние часы заболевания, в последующем могут дать целый ряд типичных осложнений, из них на первом месте стоит перитониты, которые дают большой процент смертности. Бол. Ярский указывает, что до введения ранней операции с 1905 г. по 1908 г. в Обуховской б-це перитониты составляли 46,1% всего числа аппендицитов, с широким же применением ранней операции с 1909 г. по 15/V 12 г. процент перитонитов снизился до 14,8%.

Из других довольно частых осложнений нужно отметить еще поддиафрагмальный абсцесс, встречающийся по указанию Рубашева в 2% всех остр. ап. и затем абсцесс Дугласа. Нередко о. а. осложняется еще кишечной непроходимостью, которая может наблюдаться и в начале приступа, когда она большей частью бывает динамической, зависящей от воспалительного паралича кишек, или же она может наблюдаться уже в поздние периоды заболевания, являясь следствием механической причины—сращений, сдавлений и т. д. На нашем материале мы наблюдали 2 случая о. а., осложненных в позднем периоде кишечной непроходимостью.

Ист. бол. № 211. Б-ой К., 21 г., 31. VIII. 25 г. доставлен с явлениями непроходимости на 10-й день заболевания. Заболевание началось запорами и болями справа в животе. На 4-й день принял слабительное. 1. IX. Р. 86 в 1 мин., t^0 37°. 2. IX. Операция: в брюшной полости большое количество гнойной жидкости (с каловым запахом). Толстые кишки в спайках. В брюш. полости дренаж. На следующий день смерть. На аутопсии: гангренозно-перфоратив. апп., окруженный салывиком, припаянным к нему. Сальвик образует петлю, которая я послужила перетяжкой для кишечных петель.

Ист. бол. № 124. Б-ой Х. 26 л., 8. XII. 24 г. доставлен на 12-е сутки заболевания с явлениями непроходимости, t^0 —N. Р. 90 в 1 мин. В начале заболел боли в животе, рвота и повышенная t^0 . Операция: периферич. ковед аппендикса разрушен, весь в спайках. Appendectomy. При осмотре лев. подздоши. впадины между кишками показался густой зеленовый гной в большом количестве. Дренаж. Выздоровление.

Таким образом, в первом случае условия для непроходимости создали спайки, образовавшиеся вокруг воспалит. очага, а в другом—гноиник. Остр. ап. могут сопровождаться и целым рядом других неприятных осложнений, как-то: абсцессы печени, паранефриты и т. д.

Если приступ о. а. и проходит благополучно, то этим не исключается возможность его повторения, причем последующие приступы, как указывают некоторые авторы и как это мы могли убедиться на нашем материале, в большинстве случаев бывают тяжелее предыдущих и каждый из приступов чреват неприятными последствиями.

На нашем материале мы имели в 53,2% случаев повторные приступы (1 приступ наблюдался в 27,2%, 2 пр.—в 22,2%, 3 пр.—в 17,8%, 4 и больше в 13,2%, в 19,6% количество приступов не ука-

зано). Даже наиболее тяжелые приступы с образованием огранич. абсцесса не исключают возможности повторного приступа не менее тяжелой формы. Взгляд, что ап., осложненные абсцессом, редко дают рецидивы (якобы вследствие того, что аппендиксы, дающие абсцессы разрушаются), отвергается целым рядом авторов. Так Фомме указывает на 20% рецидивов у таких больных. У Попперта рецидивы наблюдались в 20,7%, у Pels-Leusden'a в 43,2% (Юкельсон). Юкельсон приводит материал в 32 сл., перенесших аппендикулярный абсцесс и повторно оперированных, из них у 17 отросток сохранился целиком, у 9 отросток сохранился частично и только в 6 случ. отросток был разрушен. Нам пришлось в одном случае повторно оперировать в холодной стадии после перенесенного аппендикулярного абсцесса и в этом случае аппендикс был найден целиком без спаек.

Наконец, основным моментом, говорящим в пользу ранней операции, является низкий % смертности при ней. На нашем материале мы имели на 171 операционном в раннем периоде (первые 48 часов) один смертельный случай—0,58%. У других авторов % смертности в раннем периоде равен 0% (Греков, Назаров, Милостанов и др.).

Таким образом, принимая во внимание все вышесказанное, становится несомненным, что ранняя операция имеет все преимущества перед другим методом лечения, т. к. ею мы приближаем % смертности к 0 и тем самым почти приближаемся к идеалу: „на одной смерти от аппендицита“ (Dieu-la-fait), к которому стремится хирургическая мысль.

Осуществлению же принципа широкого применения ранней операции в значительной степени мешает позднее поступление б-ых. В этом отношении все же следует отметить, что в последние годы намечается перелом в отношении поступления больных в клинику по времени заболевания.

ТАБЛ. № 1.

	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Ранние поступления	11%	13,5%	40,7%	22,6%	57%	63%	76%	80,5%
Поздние	89%	87,5%	59,3%	77,4%	43%	37%	24%	19,5%

Если за период времени с 1923 г. по 1926 г., как видно из табл. № 1, больший % падает на поздние поступления, то с 1927 г. постепенно начинает увеличиваться % поступлений в ранние часы заболевания: это обстоятельство можно объяснить, с одной стороны, тем, что врачебная масса постепенно начинает осознавать все преимущества ранней операции, а с другой, и тем, что и среди населения уж много хорошо осведомленных о данном заболевании и о тех опасностях, какими чревато оно. Мы зачастую уже отмечаем у нас случаи непосредственного обращения в клинику б-ых без предварительного осмотра амбулаторным врачом с самостоятельно поставленным диагнозом „аппендицит“. Но % поздних поступлений в клинику все же еще остается большим, а этим и увеличивается % смертности от ап. На нашем материале мы имели возможность убедиться, что все еще имеются врачи, которые считают возможным воздержаться от оперативного вмешательства в раннем периоде заболевания. Желательно было бы присутствие консервативно-настроенных врачей на операции остр. ап., чтобы они, увидев „картину томистого, набухшего, грязно-коричнево-зеленовато-красноватого гангре-

возного отрезка при еще незначительных симптомах болезни“ (Гравер), могли понять всю опасность промедления с ранней операцией.

Если ранняя операция имеет все преимущества и должна быть обязательна в отношении всех больных ост. ан., ибо „грозный призраок обманчивой клинической картины, ее несоответствие с тем, что происходит в брюшной полости, всегда стоит перед хирургом“ (Цейдлер), что должно быть отнесено к раннему периоду заболевания, когда по клинической картине никак невозможно судить о тех изменениях, подчас коварных, каковые происходят в брюшной полости, то этого нельзя отнести к междуточному и позднему периодам, когда картина заболевания в громадном большинстве случаев уже ясно определяется.

Мы возражаем против систематической операции в междуточном и позднем периодах, ибо, с одной стороны, при благоприятном течении процесса в междуточном периоде все клинические явления начинают регрессировать и, с другой, потому что в междуточ. периоде в большинстве случаев мы имеем ограниченное воспалительное очага от здоровой брюшной полости с последующим рассасыванием инфильтрата.

Случаи же, сопровождающиеся улучшением состояния, должны быть оперированы в холодном периоде, ибо последний дает значительно меньший % смертности. Замечательным в том отношении, следует ли систематически вмешиваться в междуточ. и позднем периодах, является материал Reschke (из клиники Pels-Leusden'a), которому, по его собственному выражению, представилась счастливая возможность сравнить результаты вмешательства и выжидания в междуточном и позднем периодах при ост. ан. Из материала в 431 сл. (без разлитых перитонитов), поступивших в междуточном и поздн. периодах, им прооперировано 200 сл. с 7 смерт. исходами и консервативно проведено 231 сл. с 1 смертью. Для доказательства целесообразности выжидания в междуточн. периоде Reschke отобрал совершенно аналогичные по клиническому течению случаи с местным перитонитом, из которых в 62 сл. было произведено оператив. вмешат. с 7 смерт. исходами; в 120 консервативно проведенных случаях наблюдалась 1 смерть. В 6 оперированных случаях причину смерти Reschke приписывает оператив. вмешательству, так как во всех этих случаях с огранич. перитонитом вслед за оператив. вмешательством наступали общие прогрессирующие перитониты.

Возражая против систематич. вмешательства в междуточ. и позднем периодах, мы не можем также согласиться и с предложением Jungbluth'a—оперировать только в первые 8—12 часов от начала заболевания, в последующие же часы выжидать. Вышеприведенные случаи из нашего материала говорят против этого предложения.

В Госпитальной хир. клинике Днепропетровского мединститута принципом является обязательная операция в отношении всех больных, поступающих в первые 48 часов от начала заболевания, что же касается 6-ых, поступающих после этого срока, то в отношении их, как я уже сказал, проводится выжидательно-консерватив. метод.

Через клинику за период с 1923 г. по май 1930 г. прошло 342 чел. с ост. ан., из них подвергнулось оперативному лечению—189 чел., консерватив.—153 чел. По годам наш материал распределяется следующим образом (табл. № 2).

ТАБЛ. № 2.

	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930 по май	Итого
Оперир.	1	2	3	6	11	56	75	35	189
Консерват.	8	6	24	25	19	41	24	6	153
Всего	9	8	27	31	30	97	99	41	342

В таблице № 2 интересно отметить увеличение с каждым годом количества б-ых, поступающих с остр. ап. и одновременно, начиная с 1927 г., увеличение количества больных подвергнутых оперативному лечению.

По полу наш материал распределяется так: мужчин - 196, женщин - 146. По возрасту наш материал не представляет отклонений от других статистик, подтверждающих преобладание заболеваний аппендицитом в третьем десятилетии, а именно: до 10 л.—6 сл., от 11 до 20—92, от 21 до 30—162, от 31 до 40—48, от 41 до 50—22, от 51 и старше—7, возр. не указ. в 5 случ.

Из табл. № 3 мы видим, что оперированные случаи по дням заболевания распределяются следующим образом: в 1-е сутки заболевания оперировано 130 б-ых без смертных случаев, на 2-е сутки—оперировано 41 б-ой с одним смертным исходом, что составляет 2,43% смертности по отношению к оперированным на 2-е сутки и 0,58% по отношению ко всему количеству оперированных в данном периоде.

ТАБЛ. № 3.

Периоды	Количество случ.	Распределение по формам					Gara-rotomia	Смерт. случ.
		App. simp-lex.	App. gang-renos.	App. perforat.	Empyema.	Аппен-двкул. абсцесс		
1-ые сутки	130	101	14	7	8	—	—	—
2 с.	41	18	10	11	2	—	—	1
3 с.	6	1	2	3	—	—	—	3
4 с.	3	—	1	—	—	—	2	1
5 с.	1	—	—	—	—	—	1	1
7 с.	1	—	—	—	—	—	1	—
11 с.	1	—	—	—	—	1	—	—
12 с.	4	1	—	1	—	1	1	1
13 с.	1	—	1	—	—	—	—	1
32 с.	1	—	—	—	—	1	—	—

Оставляя в стороне распределение наших б-ых по формам заболевания, что ясно видно из таб. № 3, хочу только отметить, что в 2-х случаях, оперированных через 4—4½ часа от начала приступа, мы имели дело уже с перфоративными аппендицитами. Другие авторы указывают на случай перфорации уже через 2—3 часа от начала приступа (Аляпов, Милостанов).

Придерживаясь принципа выжидательно-консервативного метода лечения в межд. и позднем периодах, мы вынуждены были из всего ко-

личества 137 б-ых, поступивш. в эти периоды, прибегнуть к оператив. вмешательству только в 18 случаях, из них, как видно из таблицы, на 3-и сут. оперировано 6 б-ных с 3-мя смертными исходами, 3 б-ых на 4-е сутки с одним смертным исходом, на 5-е сутки—1 б-ой со смертным исходом, на 7-е сутки—1 б-ой, выздоровление, на 11-е сутки—1 б-ой, выздоровление, на 12-е сутки оперировано 4 б-ых с 1-м смерт. исходом, на 13-е сутки—1 б-ой со смертным исходом и на 32-е сутки оперирован 1 б-ой, выздоровление.

Показания к оператив. вмешательству в межтот. и позднем периодах, мы ставили только в тех случаях, когда мы имели дело с явлениями разлитого перитонита или если наблюдалось нагноение ограниченного инфильтрата, причем в последних случаях мы ограничивались лишь вскрытием гнояника.

Показателем того, что не следует систематически вмешиваться в межтот. и позднем периодах при наличии инфильтрата, может послужить то обстоятельство, что на нашем материале из 39 б-ых, поступивших с инфильтратами, к вскрытию абсцесса пришлось прибегнуть в 3-х случаях с последующим выздоровлением во всех случаях. У Reschke из 107 случаев, поступивших с инфильтратами, нагноение с последующим вскрытием абсцесса наблюдалось в 32-х случаях. Во всех случаях выздоровление.

Petrén приводит материал — 132 случая острого аппендицита с инфильтратами, из них в 38 случаях было проведено консервативное лечение без смертных исходов, в 41 случае был произведен разрез и в 53 случаях—аппендектомия. Последние дали 3 смерти.

Для того, чтобы проанализировать наши смертные случаи, приведу кратко историю болезни.

Ист. бол. № 995. Б-ой А., 19 л., 29/XII 29 г. доставлен в Клинику КСП к концу 2-х суток от начала заболевания. Заболел впервые, боли по всему животу, рвота. При поступлении в клинику состояние тяжелое, язык сухой. Живот напряжен. При пальпации резкая болезненность, особенно в прав. подвздош. области, т° 38,4°. Р. 128 в 1 м. Экстр. операция: в брюшной полости много гнойной жидкости. Соедин. артерий покрыты фибриновым налетом, у основания последнего—перфоративное отверстие. Островок удален. Под кожу тампон. Смерть на 5-й день при явлениях упадка сердечной деятельности.

Ист. бол. № 884. Б-ой М., 22 л., 19/VII 29 г. доставлен КСП с явлениями общего перитонита. Заболел 17/VII, боли в животе, рвота. В тот же день—слабительное, после чего боли усилились, локализуются в пр. подвзд. области. 18/VII состояние ухудшилось, подкожное вспрыскивание (врачем). Вечером снова боли вторичная инъекция. 19/VII с утра рвота, боли по всему животу. В 3 ч. дня доставлен в Клинику—т° 38,8°, Р. 140—150 в 1 м. Живот резко напряжен, болезнен. Язык сухой. Экстр. операция (через 52 часа от начала заболевания): в брюшной полости много гнойной (зловонной) жидкости. Петли кишек покрыты фибринов. налетом. Арр. в спайках, гангренозный, у основания перфоратив. отверстия. Апп. удален. В брюш. полость дренаж. Смерть на 3-й день после операции при упадке сердечной деятельности.

Ист. бол. № 277. Б-ая Н., 27 л., 28/VI 26 г. доставлена вечером на 4-й день заболевания. Живот вздут, напряжен, резкая болезненность в нижнем отделе (больше справа), т° 38,5°. Р. 140 в 1 м. Язык слегка влажный. 29/VI операция: в брюш. полости много гнойной жидкости. Петли кишек покрыты фибринов. налетом. Сохранилась лишь проксимальная часть аппендикса (в 3 смт. длиной) с узким просветом, дистальный отдел не обнаружен. Арр. удален. Резецированы омертвевшие участки салыника. В брюшную полость дренаж. Смерть вечером того же дня.

Ист. бол. № 647. Б-ой В., 14 л., 21/IV 28 г. в час ночи доставлен КСП по поводу резких болей в животе и рвоты. Заболел 18/IV, впервые, боли в нижней

правой половине живота, рвота. Врач назначил слабительное, клизму и под кожу морфий (9). 19/IV боли меньше, рвота частая, газы отходили. 20/IV боли, рвота, живот раздуло. Снова морфий. К ночи резкое ухудшение и 6-ой доставлен в клинику. При поступлении: живот вздут, напряжен, болезнен Р. 112—120 в 1 м., $^{\circ}$ 38,4⁰. В 5 часов операции: в брюш. полости много гнойной жидкости. Арр. гангренозный, в средней части его перфорация. Арр. удален. Дренаж. На другой день смерть.

Ист. бол. № 279. Б-ой М. 5/III 26 г. доставлен на 5-е сутки заболевания с явлениями перитонита, $^{\circ}$ 38,9⁰. Р. 98 в 1 м. Живот вздут, язык сухой. Экстр. операция: в брюш. полости гнойная жидкость. Арр. замуровая (снайки не тронуты). Дренаж. Умер. 8/III.

Ист. бол. № 726. Б-ой П. 29/XII 28 г. доставлен на 13-е сутки заболевания с явлениями разлитого перитонита. Экстр. операция: в брюшной полости много зловонной гнойной жидкости. Арр. гангренозный у верхушки, Appendicostoma. Дренаж. 31/XII умер при уявке сердечной деятельности.

Две истории болезни приведены выше.

Из приведенных историй болезней мы видим, что причиной смерти больного, оперированного к концу 2-х суток, был перитонит, который развился уже до операции и прогрессировал несмотря на последнюю. Что касается причины смерти б-ых, оперированных в межут. и позднем периодах, то в одном случае, оперированном на 3-и сутки, причиной был развившийся в послеоперационном периоде абсцесс Дугласа и вслед за тем—поддиафрагмальный абсцесс. в другом случае, оперированном на 12-е сутки, причиной была непроходимость с последующим перитонитом, и во всех остальных случаях причиной был перитонит.

Все эти случаи лишний раз подчеркивают всю целесообразность, всю необходимость ранней операции, ибо только ею мы можем предотвратить такие осложнения, дающие огромный % смертности. А из этого следует сделать вывод, что все больные с острым заболеванием брюшной полости где может быть заподозрен острый аппендицит, должны быть направляемы в хирургические отделения, где, наблюдая б-ого из часа в час, может быть вырешен вопрос о необходимости хирургического вмешательства.

Из 120 б-ых, поступивших в межуточн. и позднем периодах и проведенных исключительно консервативно, наблюдалось 2 смертных случая. В 1-м случае ребенок 4 $\frac{1}{2}$ л. и в другом б-ая 19 л. доставлены с явлениями разлитого перитонита с общим тяжелым состоянием, почему и оставлены были без оператив. вмешательства.

Нужно отметить совпадение, что во всех тех случаях, где предварительным терапевтическим мероприятием было слабительное, мы имели дело с тяжелыми формами аппендицита.

Осложнения в послеоперационном периоде были отмечены следующие: в одном случае абсцесс Дугласа и поддиафрагмальный абсцесс с последующей смертью (ист. бол. приведена), в одном случае абсцесс Дугласа на 2-й неделе после операции, вскрыт per rectum (выздоровление). Со стороны грудной клетки наблюдался в одном случае гнойный плеврит, развившийся на 27-й день после операции у больного, оперированного к концу 2-х суток, с явлениями разлитого перитонита (подтверждено операцией).

В 13 случаях наблюдались пневмонии, все закончились выздоровлением. Что касается осложненной со стороны операционной раны, то таковые наблюдались в виде нагноений в 31 случае. По формам заболевания случаи, давшие нагноения, распределяются след. образом: простые

аппендициты (при наличии серозно-гнойной жидкости в брюш. полости) дали нагноение в 17 случаях, перфоративные—в 6 случаях, гангренозные в 7 случаях и в 1-м случае при эмпиеме отростка.

Наличие в брюшной полости серозно-гнойной жидкости и резко-деструктивных изменений со стороны отростка в раннем периоде заболевания не должно служить противопоказанием к зашиванию брюшной полости наглухо.

Из всего количества б-ых, подвергнувшихся оперативному вмешательству, appendix не был удален в 8-ми случаях; в 3-х случаях, ограничившихся только вскрытием аппендикулярного абсцесса и в 5-ти случаях, оперированных в межтотч. и позднем периодах с разлитыми перитонитами. Это обстоятельство тоже нужно отнести к минусам оперативного лечения б-ных в межтотч. и позднем периодах.

Переходя к вопросу о диагностике, нужно сказать, что она в большинстве случаев бывает не трудна. Диагностические ошибки при распознавании остр. апп. по Кйтмеллю определяются в 3,3%. У De Quevain'a на 1723 сл. ранней операции в первые 24 часа диагностические ошибки наблюдались в 5,5% случаев. Очкин указывает, что в Боткинской б-це на 328 операций остр. апп. ошибочный диагноз был в 3-х случаях. В клинике Миротворцева (Минх) на 319 случаев было 8 ошибок. Милостанов приводит 4 ошибочных диагноза на 250 случаев. На нашем материале мы отметили 5 ошибочных диагнозов, из них в одном случае обнаружен перфоратив. холецистит, в 2-х случаях перфоративная язва желудка и в 1-м случае диагноз колебался между аппендицитом и внематочной беременностью. Операция обнаружила последнее. Такие ошибки возможны, ибо дифференцировать данные заболевания от острого аппендицита зачастую не представляется возможным. Оправданием такого характера ошибок является то обстоятельство, что все они требуют немедленного хирургического вмешательства.

Что касается случаев, которые не требуют хирургического вмешательства, то таковые, как показывают и литературные данные, как в этом мы убеждаемся и на нашем материале, бывают чрезвычайно редко. Мы на нашем материале (на 189 операций ост. апп.) имели один случай, когда оперативное вмешательство было излишне. Привожу данный случай.

Б-ая В., 18 л. доставлена КСП по поводу приступа остр. апп. Заболела накануне: после обеда у больной внезапно появились острые боли в прав. подвздош. области, через некоторое время рвота, t° 38°. При поступлении в клинику t° 37,4°, Р. 124 в 1 м., жалобы на острую боль в прав. нижней половине живота. Б-ая все время стонет. Пальпация вызывает резкую болезненность в прав. подвздош. области. Точка МВ болезненна. Симптом Rovsing'a положительный. Живот мягкий. Гинекологом со стороны половой сферы ничего патологического не обнаружено. Б-ая—virgo. Анализ крови: лейкоцитов—18500. Картина заболевания как будто ясна. 3/IV—операция (к концу 1-х суток заболевания): в брюшной полости никаких изменений. Appendix нормален. 4/IV t° —38,2°. Р. 120 в 1 м. Жалоба на боли в правом ухе, на правой щеке покраснение с маленькими пузырьками (erysipelas). Боли в животе отсутствуют. 5/IV t° —38,7°. Из правого уха вытекает гноившая жидкость. Осмотр отоларингологом—*otitis externa purulenta*. На 7-й день сняты швы, заживление *prima intentia*. На 10-й день выписалась из клиники.

Таким образом в данном случае t° , Р и лейкоцитоз могут быть объяснены *erysipelas* и *otit'*ом. Что же касается болей в животе, то та-

ковые не имеют под собой видимой анатомической подкладки. Возможно, что здесь имели место явления психогенного характера, как об этом можно было предположить на основании отдельных восклицаний б-ой.

Клиническая картина острого аппендицита может быть чрезвычайно разнообразна и зачастую мы не имеем всех ярких симптомов данного заболевания. Картина крови также не всегда может дать нам представление о характере процесса, происходящего в брюшной полости. Во всяком случае неполный симптоматикомплексе не должен останавливать операции в ранние часы заболевания. „Лучше удалить здоровый червеобразный отросток“, говорит Дивер, „и излечить больного, чем удалить тяжело пораженный отросток и потерять больного“. Проявив это положение, мы и подойдем к намеченному идеалу.

Выводы: 1. Все большие остр. апп., как правило, должны подвергаться оперативному лечению в первые 48 часов, ибо только таким образом можно предотвратить тяжчайшие осложнения и тем самым приблизить % смертности к 0.

2. В межд. и позднем периодах большие должны проводиться консервативно, подвергая их оперативному лечению в этих периодах лишь при прогрессирующих явлениях.

3. При наличии абсцесса оперативное вмешательство должно быть ограничено только вскрытием его.

Литература: 1) Н. М. Волкович Аппендицит, желчнокам. б., туберкул. перитонит. 1926 г. — 2) Н. А. Вельяминов. Русский врач, 1910, № 43. — 3) Г. В. Алипов Новая хирургия, 1926 г., т. II. — 4) Н. В. Соколов. Казан. мед. журн., 1928 г., № 7. — 5) М. П. Шаткинский. Каз. мед. журн., № 7—8, 1929 г. — 6) Н. Н. Болярский. Русский врач, № 45, 1912 г., № 34, 1913 г. — 7) Г. В. Алипов. Нов. хир. арх., т. II, кн. 3. — 8) А. Д. Очкин. Русская клиника, 1924 г. — 9) Труды I и II Всеукраинск. съездов хирургов в 1926, 1927 гг. — 10) Труды IX, XII съездов Российских хирургов в 1909, 1912 гг. — 11) С. М. Рубашев. Аппенд. и его влияние на заболев. орган. брюш. полости. 1928 г. — 12) Н. Н. Назаров. Нов. хир. арх., т. III, кн. 2, 1923 г. — 13) М. Б. Юкельсон. Ibid., т. XI, кн. 4, 1927. — 14) Н. Н. Милостанов. Вест. хир. и погр. обл. 1928 г., № 41. — 15) Драчинская. Ibid., № 43—44, 1928. — 16) Минк. Ibid., № 52, 1929. — 17) Брегадзе. Нов. хир. арх., № 75, 1929 г. — 18) Petren. Но реф. во Врач. газ. № 2, 1930 г. — 19) Бир, Браун, Кюммель 1929 г., т. III (русский перевод). — 20) Reschke. Deutsch. Zeitschrift. f. Chir. 1926, Bd. 197, № 1—6. — 21) Jungbluth. Zentralblatt f. Chir. 1930, № 11.

Из Хирургической клиники Казанского государственного института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина. (Директор проф. В. Л. Боголюбов).

К технике операций при ущемленных грыжах.

Ассистента **Б. Е. Панкратьева.**

(С 2 рис.)

Различные формы ущемленных грыж—это одно из самых частых заболеваний, когда приходится прибегать к немедленному оперативному вмешательству. При огромном количестве производящихся в этих случаях грыжесечений, где оперативная техника разрабатывается с древних времен, на первый взгляд кажется, что здесь уже сделаны все усовершенствования, какие только возможны.