

## К ДИАГНОСТИКЕ АППЕНДИЦИТА

Э. Э. Алимов

Из 1-го хирургического отделения (научный руководитель — проф. В. Н. Шубин) Республиканской клинической больницы (главврач — Ш. В. Бикчурин)

На основании изучения отдаленных результатов у 308 больных, оперированных по поводу хронического и острого аппендицита и прослеженных на протяжении 1—2 лет, выявлено, что процент диагностических ошибок остается высоким (по нашим данным, при хроническом аппендиците в 24% и при остром — в 10% случаев) и свидетельствует, с одной стороны, о недостаточном качестве диагностики врачей, с другой — о трудностях распознавания, ввиду разнообразия жалоб, неясной клинической картины и из-за недостаточности объективных симптомов для распознавания аппендицита.

Диагностические ошибки возникают при заболеваниях, которые дают сходную с аппендицитом клиническую картину — это заболевания правой почки, придатков матки, желудка, желчного пузыря, кишечника и др. Как известно, в поликлинических учреждениях в отношении аппендицита (особенно хронического) господствует гипердиагностика. Диагноз ставится и заносится в амбулаторную карту на основании жалоб на боли в правой подвздошной области, без дополнительных исследований, причем недоучитывается возможность ряда заболеваний смежных органов. С этого момента больной уверен, что у него хронический аппендицит; с этим диагнозом он поступает в больницу, где врачи нередко так же не задумываются над вопросом об уточнении диагностики.

Ошибки диагностики ведут к необоснованной госпитализации и неоправданным операциям, которые, в свою очередь, вызывают ухудшение общего состояния больного из-за последующего спаечного процесса в брюшной полости (по нашим данным, в 29% при хроническом и в 15% — при остром аппендиците), нервозности и т. д.

Используемые для определения хронического и острого аппендицитов диагностические приемы (болезненность, симптомы Щеткина — Блюмберга, Ровзинга, Ситковского и др.) и болевые точки (Мак-Бурнея, Ланца, Кюммеля и др.) в основном носят субъективный характер и могут быть и при других заболеваниях; поэтому возникает необходимость разработки объективных признаков аппендицита и тщательного исследования больных с хроническим и острым аппендицитами.

Мы, наряду с общепринятыми признаками для диагностики аппендицита, применяли так называемую баночную пробу, которая основывается на определении сосудистого тонуса в кожно-мышечной зоне Захарьина — Геда при заболеваниях органов брюшной полости и на учении Леннандера о широком вовлечении в воспалительный процесс при аппендиците соседних тканей. Эта проба дает возможность объективно судить о патологии в зоне червеобразного отростка по интенсивности гиперемии.

Методика пробы заключается в следующем: на подвздошной области, на середину расстояния между пупком и передне-верхней остью подвздошных костей на 10 мин симметрично ставят обычные сухие банки. При обострении хронического аппендицита и так называемом остром катаральном аппендиците образовавшаяся при этом гематома в правой подвздошной области значительно интенсивнее и держится дольше, чем слева (результат читать через 20—30 мин после снятия банок). При остром гнойном аппендиците, наоборот, гематома выражена слабее и исчезает быстрее справа, а слева держится более длительно.

Проба проведена на 550 больных, причем в 65—70% получено совпадение результатов баночной пробы с патологистологическим диагнозом, и в 80—85% удалось дифференцировать патологоанатомические формы аппендицита.

Параллельно с баночной пробой, проверялась чувствительность кожи специально приспособленной иголкой в этих же областях. При этом в 65—70% наблюдалось, что при обострении хронического аппендицита и остром катаральном аппендиците имеется гиперэстезия, а при гнойном аппендиците — гипэстезия.

Баночная проба проверена на 100 больных с острыми заболеваниями смежных с червеобразным отростком органов (желудка, правой почки, придатков матки, желчного пузыря, кишечника), аппендикулярным инфильтратом, абсцессом и перитонитом, причем получены отрицательные результаты.

Особенно уместно применять баночную пробу у больных с функциональными расстройствами нервной системы истерического или истеро-неврастенического характера и больным, которым внушена болезнь отростка и которые при исследовании проявляют субъективные симптомы аппендицита.

В диагностике клинических форм острого аппендицита большую роль играют данные гемограммы.

Мы проанализировали гемограммы у 365 больных с различными анатомическими формами острого аппендицита и у 94 с почечной коликой.

Лейкоцитарная формула и РОЭ при остром катаральном аппендиците и почечной колике изменяются одинаково, за исключением сегментоядерных нейтрофилов, которых при почечной колике в 2 раза больше, чем при остром катаральном аппендиците. При остром катаральном аппендиците лейкоцитоз повышается до 12 000 у большинства больных (по нашим данным, у 73%), палочкоядерные увеличиваются до 9% у 83%, эозинофилы отсутствуют у 39%, РОЭ остается в норме у 61%. С нарастанием воспалительно-деструктивного процесса увеличивается количество палочкоядерных нейтрофилов, уменьшается число эозинофилов и лимфоцитов, повышается РОЭ.

Мы изучали данные анализа крови во время аппендэктомии у 44 больных. Брали кровь трижды: до операции, после лапаротомии и во время перевязки брыжейки червеобразного отростка, когда больше всего травмируются его нервы и сосуды и, несмотря на анестезию по Вишневному, больные ощущают сильные боли.

После лапаротомии, когда поступающий в брюшную полость воздух, по-видимому, раздражает брюшину (А. М. Аминев), РОЭ повышается в 77% случаев, палочкоядерные увеличиваются в 50% и лейкоциты на 2000—3000 в 50%.

При перевязке брыжейки червеобразного отростка в 82% наблюдается повышение лейкоцитоза на 4000—5000, количество палочкоядерных в 40% увеличилось до 9%, сегментоядерных — в 77% (как и при почечной колике), эозинофилы отсутствовали в 73%. Следовательно, для болевого синдрома характерны повышение лейкоцитоза, в среднем, до 12 000 и увеличение количества сегментоядерных нейтрофилов, то есть сдвиг вправо, а при присоединении и нарастании воспалительного процесса наблюдаются нарастание количества палочкоядерных (сдвиг влево) и уменьшение сегментоядерных нейтрофилов. Повышение РОЭ, по нашим данным, зависит от раздражения брюшины (воздухом, выпотом, воспалительным процессом), поэтому при деструктивных формах острого аппендицита высокая РОЭ возникает более часто.

Таким образом, по лейкоцитарной формуле и РОЭ можно в большинстве случаев дифференцировать болевой лейкоцитоз от воспали-

тельного, а также определить анатомические формы острого аппендицита.

#### ЛИТЕРАТУРА

Аминов А. М. Вест. хир., 1949, 3.—2. Греков И. И. Избр. труды, 1952.—3. Захаржевский В. П. Нов. хир. арх., т. 13 и 15.—4. Шамонов В. Н. Вест. хир., 1953, 2.

Поступила 10 августа 1959 г.

## РАЗРЫВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

*Доц. Ш. Х. Байбекова*

Из кафедры госпитальной хирургии № 1 (зав.—проф. Н. В. Соколов) Казанского медицинского института, на базе 1-й гор. больницы (главрач — З. А. Синявская)

Разрыв поджелудочной железы при закрытых травмах живота в хирургической практике встречается редко. Исходя из этого, мы и решили опубликовать свое наблюдение.

Б-ной С., 29 лет, поступил в госпитальную хирургическую клинику в 7 час. 12/IX-58 г. с диагнозом «закрытая травма живота». Жалуется на боли по всему животу и затрудненное дыхание. Шесть часов тому назад получил удар в живот лебедкой. В здравпункте речного порта была произведена инъекция морфина.

Общее состояние больного тяжелое, стонет, придерживает руками живот. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Температура — 37°, пульс — 86, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД — 145/90. Органы грудной клетки без патологии. Язык влажный, не обложен. Живот нормальной конфигурации, верхний его отдел отстает в акте дыхания. В эпигастральной области кожные садины. При пальпации отмечаются напряжение передней брюшной стенки и разлитая болезненность в верхнем отделе. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный. Притупление в боковых отделах живота не определяется. Печеночная тупость сохранена.

Нв.—95%, Л.—2400, с.—72,5%, п.—15%, л.—8,5%, м.—3,5%, клетки Тюрка — 0,5%. Моча без изменений.

Больному подкожно введена камфара и произведен двухсторонний шейный вагосимпатический блок. Через час состояние ухудшилось. Было решено оперировать больного с предположительным диагнозом: повреждение внутренних органов живота.

Экстренная операция (Ш. Х. Байбекова). Брюшная полость вскрыта верхним срединным разрезом под эфирным наркозом. Свежая кровь в брюшной полости, под печенью в области желчного пузыря сгустки крови, поступающие через Винслово отверстие из полости сальниковой сумки. После обнажения области поджелудочной железы через желудочно-ободочную связку обнаружена обширная забрюшинная гематома, доходящая до диафрагмы и спускающаяся до корня брыжейки тонкого кишечника. В области тела поджелудочной железы имеется глубокий поперечный разрыв длиной 3 см. Ткань железы кровотоцит. Забрюшинно идущие крупные сосуды не повреждены, но обнажены вследствие повреждения и отслойки брюшины гематомой. На стенке желудка и тонкого кишечника имеется множество подсерозных гематом. Других повреждений органов брюшной полости не обнаружено. После удаления сгустков крови произведена перевязка кровоточащих сосудов. Рана поджелудочной железы ушита кетгутowymi швами и перитонизирована местными тканями и кусочком свободного сальника. Ввиду невозможности полного гемостаза, в область поджелудочной железы подведены марлевая турунда и резиновый дренаж для введения антибиотиков. После орошения брюшной полости пенициллином и стрептомицином рана послойно зашита. Во время операции перелито 500 мл одногруппной консервированной крови.

13/IX — диастаза в моче 16 ед.; сахара в крови — 124 мг%. В послеоперационном периоде больной получал сердечные, антибиотики, наркотики, подкожные вливания жидкостей. Послеоперационный период протекал тяжело, с высокой температурой. Из раны выделялось значительное количество мутной кровянистой жидкости. В дальнейшем начали отторгаться кусочки некротизированного сальника и мышечной ткани. На 25-й день после операции появилось профузное желудочное кровотечение, которое повторялось в течение 4-х дней. Больной ослаб, развились симптомы острой анемии. В этом периоде диастаза в моче снизилась до 2-х ед. После внутривенного введения раствора кальция, инъекций викасола, эрготина и повторных переливаний крови кровотечение прекратилось. Некротические ткани постепенно отторглись, рана очистилась, хорошо заэпителизовалась, но в центре ее осталось небольшое свищевое отверстие, через которое выделялась светлая прозрачная жидкость — панкреатический сок. Диастазы в этой жидкости определялось 250 ед. Вначале после операции количество панкреатического сока достигало 400 мл. После приема белково-жировой диеты с