

Из Хирург. отделения соматич. больницы в г. Туле (б. Завед. отд. А. Н. Спиридонов).

К вопросу о времени операции при остром аппендиците.

Д-р А. Н. Спиридонов.

Возобновляемая нами дискуссия о времени операции при остром аппендиците не претендует на исчерпывающее разрешение вопроса, а является лишь попыткой уточнить некоторые моменты, наиболее актуальные и до сих пор еще не решенные. Эта попытка делается нами на основании изучения литературы, с преобладанием американской, и нашего собственного опыта на материале большого промышленного города.

Вопрос об остром аппендиците не сходит со страниц мировой печати. По вычислениям Болэнд (Boland) число работ по аппендициту достигло за последние 20 лет значительных цифр и прогрессивно увеличивается:

Г о д	Число работ по аппендициту	По острому
1916—20 г.	512	209
1921—25 „	836	308
1926—30 „	1735	538

По сообщению Бэлей (Bailey) за последние только 2 года вышло 500 работ. Этот рост литературы обуславливается актуальностью вопроса в связи с отмечающимся ростом случаев аппендицита во всех странах и особенно в Америке.

В САСШ в 1926 г. умерло от аппендицита 17.335 чел., а в 1928 г. уже 25.000 и это несмотря на прогресс науки и техники и в частности хирургической техники, когда лапаротомия сделалась простой операцией.

По сообщению Мартенса в Германии в 1925 г. умерло от аппендицита 4163 чел., а в Англии в 1928 г. — 2868 чел., в САСШ в 1925 г. зарегистрировано 500.000 6-ных аппендицитом.

Виллис (Willis), отмечая, что большинство заболевших и умерших от аппендицита падает на продуктивный возраст жизни, что отмечается и в нашей статистике, указывает, что смертность от аппендицита равняется вместе сложной смертности от сальпингита, тазовых гнойников, хирургич. заболеваний поджелуд. железы, селезенки, щитов. железы, желчных камней и язв 12 п. к. и желудка. Бенкхед Бенкс (Bankhead Banks) высчитал, что смертность от аппендицита в 1928 г. повысилась на 50% в сравнении с 1915 г. и в возрасте до 50 лет она в 4 раза превышает смертность от бича человечества — рака.

До настоящего времени аппендицит среди других заболеваний относится к разряду тяжелых и коварных по своему течению.

Миллер (Miller) характеризует аппендицит как угрозу человечеству и позор медицины.

Еще недавно, в 1930 г. Дивер (Deaver) перед своими коллегами — американскими хирургами на поставленный им же самим вопрос: „какая операция доставляет нам больше неприятности“, отвечает: „плохой аппендикулярный случай“.

Анализируя смертность при аппендиците на основании своего материала и литературных данных, бросаются в глаза главные причины смертности—позднее обращение к врачу и склонность населения лечиться домашними средствами — гл. обр. слабительными и в меньшей степени опиятами.

Боуэр (Bower) сложил результаты работы 27 б-ц с общей суммой случаев аппендицита в 6123 со смертностью от 1,64% до 11,29% в разных больницах. Средняя часов, проведенных от начала приступа до поступления в б-цу, равнялась 61.17 часов.

По данным Фосса (Foss'a) на его 1000 случаев — средняя равнялась 4 дням. Смертность до 24 часов равнялась 2,55% и поднималась до 11.83% там, где б-ые поступили после 72 час. (данные сообщены Белей (Bailey) на последн. конгрессе американских хирургов). На его же собственные 100 случаев перфоративного аппендицита с перитонитом продолжительность заболевания до операции равнялась в среднем 5,4% дня. Более $\frac{2}{3}$ из них подверглись домашнему лечению слабительными и болеутоляющими. По данным Фосса (Foss'a) около 50% его б-ных с перитонитом принимали слабительные. По официальным данным департамента здравоохранения САСШ из 17.000 умерших в 1926 г. от аппендицита—12.000 принимали слабительные.

На это указывает и Иордан (Jordan) в анализе своих 587 случаев. Миллер (Miller) дачу слабительных при остром аппендиците сравнивает со взрывом динамита, настолько эта привычка является катастрофической.

Интересные цифровые данные дает Болэнд (Boland) по одному штату (Atlanta):

4270 б-ных острым аппендицитом с 1927 по 1931 г. оперированы 197 хирургами в 8 б-цах штата. По отношению к населению это составило 1,3% всех жителей или 1 на 380 человек. $\frac{1}{3}$ населения были негры. Частота заболевания наблюдалась у белых в 6 раз больше, чем у негров.

Всего из 4.270 чел. умерло 188 т. е. 4,4%.

Смертность распределялась следующим образом:

	число случаев	число умерш.	% смертности
Белых	3.984	146	3,6%
Негров	286	42	14,0%

Поразительные по своим соотношениям цифры становятся легко объяснимыми, если принять во внимание, что средняя часов заболевания белых равнялась 51 часу, а негров — 104 часам, и учесть особую склонность негров лечиться слабительными (принимают касторку до 10—12 ложек).

Бэрри (Berry) выставляет две причины смерти:

1) Кормление, когда нельзя давать пищу, 2) попытка избавиться от метеоризма слабительными и клизмами в то время, когда сам метеоризм является лечебным средством.

Он, как и все авторы в вопросе об остром аппендиците, останавливается на кардинальном вопросе — времени операции и сопоставляет два исторических факта:

Эдуард VII заболел в 1902 году. Лечился 9 дней консервативно, после чего подвергся инцизии для вскрытия гнойника и остался жив.

В 1925 г. президент Германии—Эберт также заболел аппендицитом и был подвергнут ранней операции в пределах 48 часов. Он умер на 4-й день после операции.

Лейб-хирург, лечивший Эдуарда, назвал сравнение острого аппендицита с перфорацией язвы желудка неслыханным делом. Он считает, что перфорация отростка не обязательно дает тяжелые явления, как перфорация желудка, так как при аппендиците имеется подготовленная склонность брюшины образовать спайки, что реже бывает при перфорациях желудка. Приведенные два случая, конечно, не могут идти в счет при решении вопроса, зато статистики с большими цифрами открывают нам путь к решению вопроса и, если не разрешают его, то безусловно приближают к разрешению.

У нас в Союзе этот вопрос хорошо освещен в работах (за последнее время) Минха, Назарова, Шаткинського, Брегадзе, Мануйлова, Очкина, Алипова и др.

В клинике Кудинцева в Харькове (Элькин) операция производилась в любое время в момент поступления б-го и установки диагноза. Также поступал и Мануйлов в б-це Днепростроя. Того же направления, как удалось выяснить при посещении и личной беседе, придерживаются клиники Гессе и Опцеля, а также Милостанов, Кюкин, Мартынов, Спасокукоцкий, Розе, Минх и др.

Смертность после операции острого аппендицита по различным авторам (статистика последних лет).

А в т о р	Число случ.	°/о смерт- ности	Примечание:
Р и а н (Ryan)	100	4°/о	
Хейле (Heile)	700	3,4°/о	
Болдуин (Baldwin)	843	6,8°/о	
Уолтон (Walton)	601		Все случаи у детей: до 24 час.—0,24°/о } до 48 час.—1,44°/о } после 48 час.—4,7°/о
Шиф (Sheaf)	394	2,28°/о	Операции делались во всякое время.
Блек (Black) (1500 хирургов)	83.144	4,09°/о	Остр. — 4,88 Гнойн. — 10,15 Гангр. — 8,73 } общ. перит.—21,19°/о
Иордан (Jordan)	587	5,11°/о	

А в т о р	Число случ.	‰ смерт- ности	Примечание
Боленд (Boland)	4270	4,4‰	до 6 час. — 219—0‰ 7—12 — 578—1‰ 13—18 — 204—1‰ 19—24 — 826 — 2,6‰ 25—30 — 178 — 1,2‰ 37—48 — 595 — 5‰ 49—72 — 339 — 6,5‰ Более — 578 — 8,0‰
Мануйлов (Днепростр.)	560	0‰	Операции во всякое время.
Минх (Саратов)	319	1,8‰	Операции во всякое время.
Мек Кенти (Mc Kenty) (1920—32)	17.916	6‰	Отчеты американских и британских хи- рургов.
Торнер (Turner)	913	6‰	
Алленде (Allende)	103	10‰	
Ле-Гранд Гверри	1534	1,2‰	
Назаров (Саратов)	61	1,6‰	В 1-ые сутки — 0‰ во 2-ые — 0‰ в 3-ьи — 21‰
Элькин (Харьков)	251	3,2‰	Операция во всякое время.

В таблице нетрудно отметить разноречивой цифр: у одних при операциях во всякое время (Мануйлов) получается 0‰ смертности, у других, при удалении от 24 часов, ‰ смертности растет.

В этом отношении небезынтересно сопоставить цифры Очкина (Боткинская больница): 995 случаев острого аппендицита, из них 607 лечатся консервативно и дают 0,5‰ смертности, а 328 оперируются, как острые, и дают 23,2‰ смертности.

Так. обр. эта статистика говорит определенно за консервативное отношение к острому аппендициту. Повидимому, имело место деления материала по тяжести: тяжелые случаи с гангреной, перфорацией и местным или общим перитонитом оперировались, более легкие случаи лежали с инфильтратами и дожидались их рассасывания. Об этом говорит Минх. Он считает причину высокого ‰ смертности при острых аппендицитах у некоторых авторов именно в несистематичности операции, т. е. авторы выбирают для операций наиболее тяжелые случаи, в то время, когда другие авторы, достигшие низких ‰ смертности, оперируют подряд всех в пределах установленного срока. Мы уже установили, что у некоторых этим сроком является 24 часа, у других — 48 часов и у третьих (Мануйлов, Кудинцев, Минх, Sheaf и др.) — всякое время.

На чем же основываются эти сроки и где искать правильного решения?

Элькин из кл. Кудинцева обуславливает время операции находками, которые они имели при операции. Прооперировано 250 случаев, из них 51‰ с первым приступом. До 24-х часов перфорация и гангрена наблюдались в 22,5‰, а уже в течение 24—48 часов (43 случая — смертных случаев не было) перфорация и гангрена наблюдались в 51,1‰.

Сводная таблица статистик дает следующие цифры:

А в т о р:	% перфораций	
Дэ Кэрвен (De Quervain) . .	42%	до 48 час.
Наш материал	38%	
Боуэр (Bower)	42,73%	
Кольп (Colp)	34,9%	

Эти цифры нам с убедительностью говорят об опасности выжидания. Никто не будет отрицать опасности, которая заключается в перфорации отростка, влекущего к общему перитониту.

На 5.121 случай острого аппендицита Боуэра (Bower'a) в 2.200 он наблюдал перитонит. Общий перитонит, конечно, не является уже легким заболеванием и у нас, следовательно, нет данных подвергать риску 6 го, выжидая с операцией.

Шиф (Sheaf), сторонник операции в любое время, на 272 неосложненных случая не имел ни одной смерти, а на 57 случаев, осложненных перитонитом, имел уже 4 смерти и на 65, осложненных абсцессом, тоже 2 смерти, а между тем эти результаты нужно считать наилучшими.

На своем материале, за два года, мы имели 71 операцию по поводу острого аппендицита, из них в 27 случ. при операции была гангрена и перфорация. Как следствие их было 10 перитонитов и 3 абсцесса. Из 8 смертей, к-рые мы имели на это количество, в 5 случаях к моменту операции был общий перитонит и в 2 аппендикулярный абсцесс. Эти цифры и предыдущие указания подтверждают сторонников ранней операции.

Чтобы не быть механистами в вопросе о времени операции Вильки (Wilkie) совершенно правильно замечает, что не всякий случай аппендицита является похожим на другой.

Каждый случай аппендицита нужно рассматривать с точки зрения наличия или отсутствия препятствия в просвете отростка. При наличии такого препятствия образуется эмпиема отростка, прорывающаяся затем в полость живота и дающая по вычислениям Вильки 90% всех смертей от аппендицита. Другой тип аппендицита менее грозный, при нем просвет остается проходимым, а воспаление касается лишь самой стенки отростка, т. е. имеется флегмона стенки. Этот тип не дает перфораций, следовательно, разрешает выжидательное, консервативное лечение.

Весь вопрос поэтому нужно рассматривать с точки зрения дифференциальной диагностики обоих типов. Отсюда и различие в тактике. Вильки — сторонник 48 часов для операции при остром аппендиците, причем в случае флегмоны он считает операцию показанной, но не обязательной, в случаях же с обструкцией просвета — обязательной.

Следующие признаки являются патогномичными для того и другого типа:

1. Флегмона стенки. Характеризуется вообще признаками всякого воспалительного процесса в брюшной полости: учащением пульса и повышением t°, рвотой, мучительной болью и местным напряжением.

II. Обструкция просвета. Дает в отличие от первого симптомокомплекс острой непроходимости: внезапное начало, спазматические боли, рвота, но не начальное учащение пульса или повышение t°. (Raw) Роу при-

бавляет еще один признак, наблюдающийся в начальном периоде эмпиемы отростка: приступы сильной рвоты прямо пропорциональны степени растяжения полости отростка. Лихорадящее состояние, учащение пульса, сухой язык нужно уже считать поздними признаками, характерными для перитонита.

Дивер и Миллер (Deaver и Miller), на основании своего материала, указывают на факт прекращения болей и временного улучшения состояния в момент перфорации и рекомендует в таких случаях немедленную операцию.

Во всяком случае, диагноз может быть затруднен неясностью симптомов, а опасность от этого не уменьшается. В таких случаях интернисты склонны выжидать более определенного диагноза, но, как правильно указывает Миллер (Miller), исходя из анализа своих 239 смертных случаев, „они рискуют видеть своих пациентов в морге“ — „лучше“, говорит он в заключении, „несколько разрезов у живого, чем один у мертвого“.

Мэрфи (Murphy) ожидание правильной диагностики при аппендиците назвал воровством, а Боленд (Boland) выразился так: „лучше, если раннюю операцию сделает обычный врач, чем позднюю—профессор“. Дьеллафуа (Dieulafois) еще в 1896 году сказал, что недостаточно настаивать на хирургическом вмешательстве, необходимо настаивать на операции в правильное время.

Наш материал состоит из 71 операции при остром аппендиците за 2 года (1931—32 г.) со смертностью в 11,2%.

Смертность по времени от начала до операции распределилась след. образом:

Время до операции	Число случаев	Число умерших
До 12 час.	9	0
12—24 час.	13	0
24—84 „	18	1
48—72 „	3	0
3—5 дней	5	1
5 дней и выше	23	6

Средняя пребывания в б-це равнялась 13,3 дня.

Число дней, проведенных в больнице	Число б-ных
8 дней	32 чел.
8—16 дней	10 чел.
16—24 „	11 чел.
больше	остальные

35 чел. были в возрасте от 20 до 30 лет, т. е. 50% пало на самый продуктивный возраст со значительным преобладанием мужчин: из 71 мужчин было 50 чел.

Обращает на себя внимание отсутствие в нашей статистике детей, за исключением одного 8 лет и другого 13 лет. А именно у детей-то и рекомендуется операция во всякое время, учитывая крайнюю тяжесть и коварность процесса. На этом настаивают у нас Краснобаев, Греков, а из иностранных авторов Герстлей (Gerstley). По вычислениям последнего 60% всех лапаротомий у детей делается по поводу аппендицита, а 95% всех перитонитов бывает у них также на почве перфоративного аппендицита.

Средняя часов от начала приступа до операции была 45,6 час., что значительно ниже указанных выше американских цифр и объясняется безусловно бесплатной

помощью и широко развитой системой диспансеризации трудящихся Союза ССР. Если бы не крестьянское население, наша средняя была бы меньше, а отсюда и смертность.

В своей работе 1-го года мы ограничивались 24-часовым сроком для операции, второй же год это время было расширено до 72 часов и выше, за исключением случаев с выраженным инфильтратом. В этих случаях всегда проводилось консервативное лечение.

Во всех случаях, в пределах 72 часов, при операции нельзя было отметить сколько-нибудь значительно выраженные спайки и удаление отростка удавалось сравнительно легко. Отросток не был удален лишь в 5 случаях, но эти случаи касались абсцессов и общ. перитонитов. Легко отметить из приведенных цифр, что отросток был удален и в случаях общего перитонита, но это не было правилом нашей техники. Мы, как и большинство хирургов, при тяжелом состоянии больного старались не отягощать его поисками отростка и удаляли лишь тогда, когда он легко находился. Преимущество удаления отростка доказывать нечего: удаляется источник перитонита, исчезает возможность образования свища, дается возможность закрытия брюшной полости наглухо.

Дренажи или тампоны, или то и другое вместе вставлялись в полость 23 раза, т. е. почти в 30% и 4 раза небольшие тампоны вставлялись только под кожу.

Вопросу дренажа при перитонитах уделяется немалое место в литературе. В 1930 г. этот вопрос был полно освещен Миллером (Miller'ом), который, на основании детального изучения мировой литературы и собственных экспериментов, пришел к следующим выводам: 1) дренаж задерживает выздоровление, 2) увеличивает послеоперационное неудобство для б-го и 3) ведет часто к повторным операциям, вследствие получающейся нередко непроходимости.

Холль (Hall) также является противником дренажей и употребляет их лишь при абсцессах.

Также поступают Стэнлей и Бэнкс (Stanley и Banks). Против дренажа при перитоните выступил также на конгрессе американских хирургов в 1932 г. Бейлей (Bailey). Два года назад в течение нескольких недель его 4 пациента с дренажем дали механическую непроходимость и 2 из них умерли. После этого он перешел к закрытому способу. 48 последующих случаев с общим перитонитом не дренировались и из них не наблюдалось ни одной смерти. Случай протекал без серьезных осложнений. Он предлагает избранную методику, давшую ему лучшие результаты: Разрез Мэк Бурней (Mc Burney) с пересечением, если нужно, влагалища прямой мышцы. Отросток удаляется, полость сухо вытирается, меняются перчатки, инструменты и белье. Края раны очищаются алко-голем и зашиваются. Этот вопрос хорошо освещен также в работе Марчини (Marchini). Он систематизировал материал с 1908 по 1930 г.

1. 237 случаев неосложненного острого аппендицита.

2. 301 сл. острого аппендицита с местным перитонитом.

3. 142 с диффузным перитонитом. На 25 сл. острого аппендицита 1-й группы, где полость дренировалась, было 2 смерти, а в остальных 212 без дренажа не было ни одной смерти.

На 184 сл. из II-й группы, проводившихся с дренажем, было 9 смертей, а из остальных 117 без дренажа умерло только 2.

Из 101—3-й группы с дренажем умерло 31, а из 41 без дренажа только 7. Автор против дренажа и оставляет для него только случаи, где отсутствует абсолютно реакция брюшины (отсутствие экссудата и сдвек) и где не было полного удаления отростка.

У Сворн и Фитцгibbon (Sworn и Fitzgibbon) на 120 чел. с общим перитонитом. леченным без дренажа, умерло 21, а на 106 с дренажем уже 23.

Нами разрез Леннандера (Lennander'a) был употреблен 48 раз, косой—18 и срединный—5.

В применении разреза мы руководствовались удобствами операции в различных периодах болезни: при остром аппендиците в пределах 1—36 часов удобным нужно считать, на основании нашего опыта, обычный кошой разрез, с которым конкурирует разрез Леннандера (Lennander'a), являющийся зато в более поздних случаях более удобным.

При абсцессах и перитонитах более целесообразным считаем применение разреза Мэк Бурней (Mc Burney), если нужно с добавлением надсечения влагалища прямой мышцы. Это дает хороший простор для удаления отростка и ведет прямо к месту нагноения обычно без риска попадания в свободную брюшную по-

лость, и, наконец, разрез удобен для дренирования, если это является необходимым. Разрез Леннандера (Lennander'a) в этих случаях считаем вредным, вследствие склонности прямой мышцы закрывать просвет и действовать в качестве клапана, что мы и наблюдали особенно ярко в одном случае молодой девушки с перфоративным общим перитонитом, закончившимся смертью.

Заключение. Острый аппендицит осложняется уже в первые сутки в значительном % случаев перфорацией и следующим за этим местным или общим перитонитом. Этот % перфораций и, следовательно, перитонитов увеличивается по мере удлинения времени от начала приступа. Более безопасным лечением поэтому нужно считать хирургическое, принятая возможно раньше, желательно в 1-ые сутки. Но, принимая во внимание повышающуюся опасность перфорации в последующие вторые и 3-и сутки и отсутствие еще значительных спаек, осложняющих и затрудняющих операцию, операция может и должна быть рекомендована и в эти дни, и во всяком случае до 48 час.

В последующие дни случаи могут быть индивидуализированы. В этих случаях нужно считаться с положением, что патолого-анатомическая картина процесса неодинакова и делится на два типа: флегмона стенки и эмпиема отростка, дающих различную клиническую картину.

В то время, как для первого типа операции может быть условной, для второго типа она является абсолютно необходимой,—вследствие повышенной склонности этого типа давать перфорации. Инфильтрат является прямым противопоказанием к операции и лишь только в случае образования гнояника должна быть предпринята операция—разрез и дренаж.

Операция должна заканчиваться глухим швом брюшной стенки со вставлением в исключительных случаях небольшого тампона под кожу к жировой клетчатке, как ткани мало способной бороться с инфекцией.

Такая методика—отрицания дренажей диктуется тремя преимуществами:

- 1) более короткий срок заживления;
- 2) удобство послеоперационного положения больного;
- 3) пониженная смертность, что объясняется склонностью дренажей и тампонов давать послеоперационную непроходимость.

Обращает на себя внимание почти полное отсутствие в наших статистиках операций как острых, так и хронических аппендицитов у детей. А между тем почти 95% смертельных перитонитов у детей бывают как раз на почве перфораций отростка. Такое положение объясняется или незнакомством врачей с картиной острого аппендицита у детей, или, что чаще всего, консервативным отношением детских врачей к заболеванию.

По утверждению многих авторов (Краснобаев, Греков), аппендицит у детей именно и отличается особой коварностью течения с большой склонностью к перфорациям, а поэтому у детей должна быть рекомендована операция в любое время.

Отмечено всеми статистиками, что смертность от острого аппендицита повышается в зависимости от позднего обращения за помощью и от домашнего предварительного лечения слабительными и опиатами. Поэтому, в нашей повседневной профилактической работе мы должны обратить особое внимание врачей и публики на эти отрицательные моменты и тогда аппендицит из тяжелого заболевания превратится в сравнительно легкое.