
ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ ПО ДАННЫМ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ

Профессор И. Б. ОЛЕШКЕВИЧ,
зав. кафедрой госпитальной хирургии Витебского медицинского института

Острый аппендицит относится к числу наиболее изученных заболеваний в хирургии. Ему посвящено большое количество клинических сообщений и экспериментальных исследований. Однако в патогенезе аппендицита и сейчас еще имеется ряд неясных вопросов, требующих своего раз-

решения. Не полностью ликвидирована летальность при остром аппендиците, тогда как при современном состоянии советской хирургии ни один человек не должен умереть от этого заболевания.

В этом сообщении подвергается анализу клинический материал по острому аппендициту, собранный нами из лечебных учреждений Витебской области за 6 лет, с 1949 по 1954 г. включительно. На излечении находилось 6 148 больных, из которых оперативному лечению подверглись 5 596 (99,9 проц.), не оперированы по разным причинам 552 больных. В дальнейшем речь будет идти о больных, подвергшихся оперативному лечению.

Поступление больных в лечебные учреждения по годам представляется в следующем виде.

Лечебные учреждения	1949 г.	1950 г.	1951 г.	1952 г.	1953 г.	1954 г.	Всего
Обл. клиническая б-ца	162	188	197	239	272	372	1430
Гор. клиническая б-ца	108	139	125	164	185	211	932
Полоцкая гор. б-ца .	—	—	—	—	250	252	502
Оршанская больница им. Ворошилова . .	98	81	123	135	55	98	590
Оршанская больница им. Семашко . . .	—	82	55	59	91	99	386
Районные больницы	24	51	226	318	486	651	1756
Всего: . . .	392	541	726	915	1339	1683	5596

Рассматривая приведенную таблицу, можно отметить ежегодное увеличение количества больных. Это увеличение следует объяснить как приростом населения, так и повышением культуры населения, особенно сельского; крестьяне чаще стали пользоваться хирургической помощью. С другой стороны, год от года увеличивается количество больных, оперированных в районных больницах, что является большим достижением советского здравоохранения.

В отношении сроков поступления больных с острым аппендицитом мы имеем следующую картину:

из 3 840 больных, поступивших в областную клиническую больницу и городские больницы, в первые 6 часов госпитализировано 829 чел. (21,6 проц.), в срок от 6 до 24 час. 1 414 чел. (36,8 проц.) и позднее 24 часов 1597 чел. (41,6 проц.);

из 586 больных, доставленных в районные больницы из данного населенного пункта, в первые 6 часов госпитализирован 251 чел. (42,8 проц.), в срок от 6 до 24 часов 159 чел. (27,2 проц.) и позднее 24 часов 176 чел. (30,0 проц.). Из 1 170 больных, доставленных в эти больницы из сельских местностей, в первые 24 часа госпитализировано 553 чел. (47,3 проц.) и позднее 24 часов 617 чел (52,7 проц.).

Как в городах, так и в районных центрах от 30,0 до 52,7 проц. больных с острым аппендицитом госпитализированы позднее 24 часов от начала заболевания, т. е. в поздней стадии болезни.

В целях выяснения, насколько улучшилась госпитализация, нами для сравнения взяты 1949 и 1954 гг. Из 309 больных, оперированных в 1949 г.

в областной и городских больницах, в первые 6 часов поступил 51 чел. (16,5 проц.), в срок от 6 до 24 часов 111 чел. (35,9 проц.) и позднее 24 часов 147 чел. (47,6 проц.). В 1954 г. поступление больных в эти больницы характеризуются следующими данными: в первые 6 часов поступило 266 чел. (30,7 проц.) между 6 и 24 часами 347 чел. (40,1 проц.) и после 24 часов 253 чел. (29,2 проц.).

Приведенные данные показывают, что имеется некоторый сдвиг в сторону более ранней госпитализации больных с острым аппендицитом, но далеко не достаточный. Из этого можно сделать заключение, что врачи как в городах, так и в районных центрах, всё еще недостаточно уделяют внимания своевременной госпитализации больных. Поздняя госпитализация этой категории больных зависит от несвоевременного обращения самих больных за медицинской помощью, запоздалой диагностики врачами в результате недостаточной их квалификации и от несвоевременного предоставления транспортных средств, особенно на селе.

Наблюдения показывают, что из числа больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости позднее госпитализируются больные с острым аппендицитом. Больные с прободной язвой, печеночной коликой, почечной коликой и некоторыми другими острыми заболеваниями органов брюшной полости быстрее поступают в лечебные учреждения; эта группа больных раньше осматривается врачами на дому, в поликлинике, в амбулатории.

Чем объяснить более позднюю госпитализацию больных с острым аппендицитом по сравнению, например, с госпитализацией больных с почечной коликой? На этот вопрос можно ответить так: основным симптомом острых заболеваний органов брюшной полости является боль, которая вынуждает больных обращаться за медицинской помощью. При остром аппендиците боли в животе, в отличие от почечной колики, часто носят «терпимый» характер. С другой стороны, в условиях Белоруссии аналогичные с острым аппендицитом боли в животе зависят от глистных инвазий, к которым население привыкло и не считает их опасным заболеванием.

Для иллюстрации привожу выписки из двух историй болезни.

1. О. П., 44 лет. 26 декабря 1954 г. утром появились острые боли в животе. В этот же день на квартире осмотрен фельдшером, который оставил больного дома, ничего не сообщив хирургам районной больницы. Утром следующего дня больной на квартире осмотрен молодым хирургом, после чего он был госпитализирован. Во время операции обнаружена гангренозная форма аппендицита с перфорацией отростка и наличием перитонита. Несмотря на энергичное лечение антибиотиками и консультацию нескольких опытных хирургов, 3 января больной умер от разлитого перитонита.

2. Ц. Х., 17 лет. 18 января 1955 г. появились острые боли в животе, тошнота, рвота. Врач-терапевт железнодорожной поликлиники в течение двух суток лечил его от глистной инвазии. 20 января больной госпитализирован в нашу клинику. При операции обнаружен гангренозный аппендицит с перфорацией отростка и наличием перитонита. В послеоперационном периоде у больного развились осложнения в виде тазового перитонита и межкишечных гнойников; с большими трудностями удалось вывести его из тяжелого состояния.

Вывод: оба больные (один в районном центре, другой в областном центре) с гангренозной формой аппендицита поздно госпитализированы и оперированы, по вине медицинских работников. Врач и фельдшер совершили диагностическую ошибку, которая одного больного привела к роковому исходу.

Врачи и фельдшера обязаны овладеть диагностикой острого аппендицита, для этого имеются все условия. Они должны твердо знать, что иногда под «невинными» болями в животе может скрываться тяжелая форма аппендицита. Значительно должна быть повышена медицинская

культура населения путем улучшения санитарно-просветительной работы. Широкая сеть лечебно-профилактических учреждений в городах и сельских местностях делает эту задачу вполне осуществимой.

Диагноз острого аппендицита, протекающего с классической клинической картиной, нетруден. Значительно усложняется задача при атипичном его течении. Причины атипичического течения разнообразны; сюда относятся: реактивность организма, пол, возраст, анатомо-физиологические особенности слепой кишки и червеобразного отростка и многое другое.

Реактивность организма зависит от общего состояния больного, состояния нервной системы, в первую очередь высших ее отделов — коры головного мозга. Хирургам хорошо известно, что при наличии небольших морфологических изменений в червеобразном отростке клиническое течение может быть бурным, и наоборот. Большие трудности иногда встречаются при осмотре женщин, особенно, если в анамнезе отмечаются гинекологические заболевания. Резко влияет на клинику острого аппендицита возраст больного. У детей, кроме более бурного течения, клиническая картина аппендицита может характеризоваться симптомами, характерными для воспаления легких. У стариков, наоборот, острый аппендицит чаще протекает с нерезко выраженными симптомами. Необычное расположение слепой кишки и червеобразного отростка также извращает клиническую картину острого аппендицита. При высоком расположении этих органов аппендицит может симулировать заболевания желчного пузыря, желудка, 12-перстной кишки и др. Низко расположенный червеобразный отросток дает клиническую картину цистита, правостороннего аднексита у женщин и др.

Рамки статьи не позволяют остановиться на диагностике этого заболевания. Считаю нужным подчеркнуть, что для раннего распознавания острого аппендицита необходимо полное обследование больного и умение врача выявлять симптомы, характерные для этого заболевания. В диагностике острого аппендицита имеет значение как правильно собранный анамнез, так и полно проведенное объективное исследование. В сомнительных случаях больных следует направлять в хирургические лечебные учреждения.

Операции нами производятся независимо от стадии аппендицита. Исключением являются больные с наличием аппендикулярного инфильтрата, которых лечим консервативно до рассасывания инфильтрата и оперируем в «холодной» стадии.

Детей оперируем и при наличии инфильтрата. Такая тактика основана на том, что у детей, вследствие низкой реактивности организма, пониженных пластических свойств брюшины, относительно короткого сальника, есть большая опасность перехода местного перитонита в диффузный. С другой стороны, операция у детей с наличием инфильтрата технически легче, чем у взрослых, и менее опасна, чем выжидание. Операция в этой стадии должна быть закончена аппендектомией, в противном случае исход ее может быть печальным.

Основным методом обезболивания при аппендектомии у нас является местная анестезия. Под эфирным наркозом оперируются только дети, значительная часть их (около 25 проц.) свободно переносит местное обезболивание.

Разрез при аппендиците мы предпочитаем косой, через точку Волкович — Дьяконова, параректальный разрез считаем менее физиологичным. Отросток перевязывается кетгутом, культя его инвагинируется при помощи шелкового кисетного шва с добавлением Z-образного. При наличии флегмонозного или гангренозного аппендицита в брюшную полость

вводится 300—500 тысяч ед. пенициллина. В этих случаях брюшина зашивается кетгутом наглухо, но к ней подводится марлевый или резиновый выпускник; на апоневроз накладываются кетгутовые, на кожу шолоковые швы. В редких случаях брюшная полость дренируется также при помощи марлевого или резинового выпускника; дренаж подводится к ложу отростка.

В послеоперационном периоде в показанных случаях пенициллин в течение нескольких дней вводится внутримышечно, а при наличии воспалительного инфильтрата в области операционной раны производится опрыскивание раствором новокаина с пенициллином (1000 ед. пенициллина в 1 мл 1/4-проц. раствора новокаина). Все эти лечебные мероприятия значительно сокращают число послеоперационных осложнений. Швы снимаются на седьмые сутки.

В больницах г. Витебска удаленные червеобразные отростки подвергаются гистологическому исследованию. В течение 6 лет исследовано 2 231 отросток. В 1 047 отростках обнаружены изменения характерные для острого аппендицита: в 180 отростках были найдены явления периаппендицита; в 376 отростках были изменения, характерные для хронического аппендицита. Наконец, 628 отростков микроскопически оказались неизмененными, следовательно, в 28 проц. удаленных червеобразных отростков отсутствовали органические изменения, характерные для острого аппендицита. По литературным данным, микроскопически не находили изменений в 18—25 проц. всех удаленных отростков; по мнению проф. Еланского, в этих случаях была функциональная стадия острого аппендицита. Нам кажется, что у части больных аппендектомия производится при отсутствии аппендицита.

Результаты лечения больных острым аппендицитом у нас таковы: из 5 596 оперированных выздоровело 5 566 чел., умерло 30 чел. (0,5 проц.). Причиной смерти больных явился перитонит и другие осложнения (пневмония и пр.), развившиеся на фоне перитонита.

Летальность по годам проводится в следующей таблице.

Г о д ы	Опериро- вано	Умерло	
		колич.	проц.
1949	392	4	1,0
1950	541	5	0,9
1951	726	5	0,7
1952	915	4	0,4
1953	1339	6	0,4
1954	1683	6	0,3
Всего	5596	30	0,5

Летальность от острого аппендицита по отдельным лечебным учреждениям такова:

	Опериро- вано	Умерло	
		колич.	проц.
Обл. клиническая б-ца . .	1430	8	0,6
Гор. » » . .	932	5	0,5
Полоцкая гор. » . .	502	2	0,4
Оршанская им. Ворошилова .	590	5	0,8
Оршанская им. Семашко .	386	5	1,3
Районные больницы	1756	5	0,3

Из 30 умерших больных 4 поступили в течение вторых суток от начала заболевания, 26 поступили на третьи сутки и позднее. Летальные исходы среди больных, доставленных в течение вторых суток от момента заболевания, наступили от перитонита на почве перфоративного аппендицита. Отсюда следует, что госпитализация больных с деструктивной формой острого аппендицита в течение вторых суток является запоздалой.

Летальность при остром аппендиците с каждым годом становится ниже. Она должна быть ликвидирована полностью. Порукой этому является расширяющаяся сеть лечебных учреждений, приближение квалифицированной хирургической помощи к сельскому населению, увеличение количества хирургов и повышение их квалификации. Значительно должна быть повышена квалификация врачей скорой помощи и терапевтов, к которым больные с острым аппендицитом чаще всего обращаются.

