

ОРГАНИЗАЦИЯ И ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

(заседание за «Круглым столом» в редакции журнала «Здравоохранение Белоруссии»)

11 мая 1979 г. редакцией журнала «Здравоохранение Белоруссии» было проведено заседание за «Круглым столом». Предметом обсуждения явилась проблема острых заболеваний органов брюшной полости. Выбор такой темы для обсуждения за «Круглым столом» не случаен. Несмотря на несомненные успехи полостной хирургии, применение высокоэффективных лекарственных препаратов, бурное развитие службы реанимации, все еще остается высокой смертность вследствие острых заболеваний органов брюшной полости. Еще часты случаи поздней госпитализации больных, неоправданное удлинение сроков дооперационного исследования, недостаточный уровень санитарной пропаганды. Вот почему редакция журнала «Здравоохранение Белоруссии», по согласованию с министром здравоохранения БССР академиком Н. Е. Савченко, решила провести такое заседание, пригласив на него ведущих ученых-хирургов, акушеро-гинекологов, педиатров, главных специалистов Минздрава БССР, областных отделов здравоохранения, районных хирургов.

Открывая заседание, главный редактор журнала «Здравоохранение Белоруссии» профессор И. А. ИНСАРОВ сказал, что стало уже традицией проведение таких заседаний за «Круглым столом». В мае прошлого года было проведено заседание, посвященное проблеме деонтологии и соблюдению врачебной тайны. Материалы обсуждения были опубликованы в 11-м номере журнала «Здравоохранение Белоруссии» за 1978 г. Редакция получила много отзывов от читателей, которые одобрили это начинание. Тема острых заболеваний органов брюшной полости не нова, и врачи сталкиваются с этой проблемой постоянно. В общей структуре болезней заболевания органов брюшной полости занимают 3-е место. И хотя летальность при этой патологии стабилизировалась, но до сих пор встречаются диагностические и тактические ошибки. Поэтому беседа за «Круглым столом» принесет определенную пользу практическому здравоохранению.

О путях улучшения лечения больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости в Белорусской ССР рассказал главный хирург Минздрава БССР профессор В. Г. АСТАПЕНКО. Он отметил, что за последние годы в Белоруссии значительно улучшилось качество хирургической помощи населению, расширился объем и улучшилось качество поликлинической помощи, усилилась профилактическая направленность в работе хирургов, улучшилась организация экстренной хирургической помощи. Проведено ряд мероприятий по улучшению качества неотложной хирургической помощи больным с острыми заболеваниями органов брюшной полости.

Острые заболевания органов брюшной полости в практике хирургов общего профиля встречаются часто. Так, в 1978 г. в республике более 70% операций на органах брюшной полости произведены по поводу острых заболеваний (прободная и кровотокающая язвы желудка и 12-перстной кишки, острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, кишечная непроходимость, ущемленные грыжи, закрытые травмы живота).

Острым аппендицитом—наиболее частое острое заболевание органов брюшной полости, а аппендэктомия в остром периоде—самая частая операция. Так, из всех оперативных вмешательств по поводу острых

заболеваний органов брюшной полости 85% произведены по поводу острого аппендицита.

В. Г. Астапенко обратил внимание на то, что от 19,5 до 20,6% больных острым аппендицитом доставляются в хирургические стационары позже 24 часов от начала заболевания, в связи с чем хирургам приходится прилагать много усилий для спасения жизни таких больных.

К великому сожалению, причиной позднего поступления больных в стационар являются диагностические ошибки на догоспитальном этапе. Эти ошибки допускаются работниками фельдшерско-акушерских пунктов, врачами участковых больниц, поликлиник и скорой медицинской помощи. Многие практические врачи заблуждаются в том, что острый аппендицит развивается постепенно, с переходом простой катаральной стадии в деструктивную. А между тем, данные института им. Н. В. Склифосовского свидетельствуют о том, что все формы острого аппендицита развиваются в первые 24 часа и являются совершенно самостоятельными, а не переходными стадиями; осложнения деструктивного аппендицита также возникают в ранние сроки (в первые 48 часов); несовпадение клинических и морфологических данных, короткие сроки развития острого деструктивного процесса в червеобразном отростке исключают наблюдательную консервативную тактику; диагноз острого аппендицита является абсолютным показанием к срочной операции; только раннее активное хирургическое вмешательство может предупредить опасные осложнения и снизить летальность при этом заболевании.

Важную роль в диагностике острых заболеваний органов брюшной полости играет приемное отделение, где диагноз должен быть подтвержден или обоснованно отвергнут.

Каждый больной, поступающий в приемное отделение с жалобами на боли в животе, тщательно исследуется, ему измеряется температура, определяются частота пульса и уровень артериального давления, производятся анализы мочи и крови. Обязательно осуществляются ректальное, а у женщин — и вагинальное исследование. При необходимости производятся обзорная рентгеноскопия и рентгенография органов брюшной полости, почек и мочевого пузыря.

Исключение острого хирургического заболевания органов брюшной полости на основании однократного осмотра больного, без описания в журнале приемного отделения запрещается.

О каждом больном, у которого хирург в приемном отделении отверг диагноз острого заболевания органов брюшной полости, дежурный врач обязан сообщить на станцию или в отделение скорой медицинской помощи, в поликлинику по месту жительства — для активного посещения такого больного через несколько часов после отправки его из приемного отделения.

Все дети до трех лет, поступившие в приемное отделение с болями в животе, подлежат обязательной госпитализации.

Больные, направляемые из приемного покоя в инфекционное отделение с диагнозом «пищевая интоксикация» и другими острыми кишечными заболеваниями, предварительно должны быть исследованы хирургом.

На догоспитальном этапе и в приемных отделениях нельзя ставить диагноз «подострый аппендицит», «частичная кишечная непроходимость», «прикрытая прободная язва желудка», «невправимая грыжа с частичным ущемлением» и др. Это усыпляет бдительность врачей. В направлениях и при поступлении больных в стационар следует писать «острый аппендицит», «кишечная непроходимость», «прободная язва желудка», «ущемленная грыжа» с вопросительным знаком или без него. Такой диагноз настаивает врача, призывает его подтвердить или отклонить диагноз.

На догоспитальном этапе необходимо быть особенно внимательным, если боли в животе возникают у лиц пожилого и детского возраста. У них течение заболевания, как правило, атипичное. Необходимо помнить образное выражение И. И. Грекова, что острый аппендицит — хамелеоноподобное заболевание, его находят там, где о нем не думают и ищут там, где его нет.

Недопустима также задержка в производстве операции при уже установленном диагнозе острого аппендицита.

До настоящего времени в технике оперативного вмешательства по поводу острого аппендицита допускаются ошибки, которые прямо влияют на увеличение послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности. Допускают неправильные доступы в брюшную полость, грубое обращение с тканями, производят аппендэктомию в условиях аппендикулярного инфильтрата, неправильно решают вопросы о дренировании брюшной полости, о сроках удаления тампонов и дренажей и т. д.

Острый холецистит занимает второе место после острого аппендицита.

За последние годы в нашей стране значительно увеличилось количество больных с патологией желчевыводящей системы.

Это обусловлено увеличением длительности жизни людей. А если учесть, что холецистит чаще встречается у лиц старшего и пожилого возраста, то становится понятным имеющееся учащение заболеваний холециститом.

В последние годы при остром холецистите все советские хирурги придерживаются активной тактики.

Суть ее заключается в следующем:

- экстренная операция производится по жизненным показаниям в связи с перфорацией, гангреной или флегмоной желчного пузыря или когда эти изменения не удастся исключить;

- неотложная операция производится при безуспешности энергичного консервативного лечения в течение первых 24—48 часов от начала заболевания;

- при затихающем приступе острого холецистита операция производится в «холодном периоде» по показаниям в срок от 5 до 14 дней после специального клинического исследования.

Послеоперационная летальность при остром холецистите в Белоруссии остается относительно высокой (9,1%).

Это объясняется тем, что значительная часть больных оперируется по экстренным жизненным показаниям с явлениями желчного перитонита, который протекает исключительно тяжело, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, а 33,2—38,3% больных острым холециститом поступают в стационар позже 24 часов.

Соотношение количества экстренных и плановых операций по поводу холецистита равно примерно 1 к 1, но летальность после плановых операций значительно ниже (3,7%), поэтому целесообразно расширить показания к превентивным (профилактическим) операциям при желчнокаменной болезни. Однако плановые операции необходимо производить в тех лечебных учреждениях, где имеются для этого необходимые условия (подготовленные хирурги, возможность проведения интраоперационной холеграфии и др.).

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки является одной из основных и главных проблем современной гастроэнтерологии.

Как правило, большинство больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки лечатся у терапевтов, однако от 20 до 30% таких больных нуждаются в хирургическом лечении. А между тем, послеоперационная летальность при прободной язве желудка остается сравнительно высокой. Это обусловлено тем, что во многих лечебных учреждениях укоренилась неправильная выжидательная консервативная тактика при гастродуоденальных кровотечениях выясненной этиологии.

Плановые операции при язвенной болезни производятся в 45% по отношению ко всем операциям.

Показания для плановой операции при язвенной болезни должны обязательно обсуждаться терапевтом и хирургом.

Для улучшения качества хирургического лечения больных с осложненной язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки необходимо:

— повысить удельный вес плановых операций по отношению к экстренным, установить четкие показания к их проведению;

— расширить показания к научно обоснованным органосохраняющим операциям (стволовая ваготомия, селективная ваготомия, проксимальная селективная ваготомия, ваготомия с экономной резекцией желудка);

— осуществлять активное и целенаправленное ведение больных в послеоперационном периоде;

— в послеоперационном периоде продолжать лечение больных в терапевтическом стационаре, где и осуществлять их реабилитацию.

Количество больных, оперированных по поводу ущемленных грыж в последние пять лет, стабилизировалось, а послеоперационная летальность достигает 3,6%. В большинстве случаев с ущемленными грыжами в хирургические стационары поступают больные пожилого и старческого возраста.

Пути снижения послеоперационных осложнений и летальности при ущемленных грыжах заключаются прежде всего в профилактике ущемлений, для чего необходимо выявлять больных с грыжами и осуществлять их плановое оздоровление.

Ежегодно увеличивается и количество больных с острым панкреатитом и острым холецистопанкреатитом. Это обусловлено тем, что у большинства больных острый панкреатит имеет этиологическую связь с заболеваниями желчевыводящей системы.

При лечении острого панкреатита применяется преимущественно консервативная тактика (воздействие на местный патологический процесс; дезинтоксикация, профилактика и лечение нарушений микроциркуляции крови; корригирующая заместительная терапия и профилактика осложнений).

Применяя современные методы патогенетической терапии (антиферменты, внутривенное введение полиглюкин-новокаиновой смеси, лапароскопический диализ, дренирование грудного лимфатического протока и др.), удалось улучшить результаты лечения таких больных. Ежегодно улучшаются и исходы хирургического лечения.

Плановое оздоровление больных, страдающих желчнокаменной болезнью, хроническим холециститом, применение современных методов консервативной терапии дают нам реальную возможность улучшить результаты лечения этого тяжелого заболевания.

Закрытые травмы живота являются сложной проблемой неотложной хирургии. Закрытая травма органов брюшной полости, как правило, сопровождается шоком, внутренним кровотечением и перитонитом. В зависимости от характера травмы, эти проявления выражены в различной степени и дают сложный комплекс непостоянных симптомов. Все это требует от врача большого опыта, быстрой ориентации и принятия правильного решения, от которого зависит исход заболевания.

Основной причиной летальности при закрытых травмах живота является их тяжесть, сочетанность с поражением других органов, в ряде случаев запоздавшая диагностика, особенно при повреждениях паренхиматозных органов. Несмотря на некоторое увеличение количества случаев закрытых травм живота, послеоперационная летальность снижается.

Улучшение показателей лечения больных с закрытой травмой живота связано: с улучшением общей организации неотложной помощи больным с острыми заболеваниями органов брюшной полости, в том числе и с закрытой травмой; с использованием более совершенных методов диагностики повреждений органов брюшной полости, шока и внутреннего кровотечения; с более ранними оперативными вмешательствами; с применением новых средств патогенетической терапии; с развитием анестезиолого-реанимационной службы.

При хирургическом лечении больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости необходимо особенно строго соблюдать принципы деонтологии. К сожалению, в ряде случаев они грубо нарушаются, что порождает жалобы со стороны родственников. Еще существуют факты ненормального отношения между хирургами, между хирургами и администрацией, между хирургами и средним медицинским персоналом; разглашение

врачебной тайны, бездушное и невнимательное отношение к больным, их родственникам.

Для дальнейшего улучшения неотложной хирургической помощи больным с острыми заболеваниями органов брюшной полости необходимо:

- улучшить организацию и повысить качество диспансеризации больных с хроническими заболеваниями органов брюшной полости и, в первую очередь, с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, а также с хроническим холециститом;

- коренным образом улучшить качество санитарно-просветительной работы среди населения по вопросам острых заболеваний живота, вести ее целенаправленно и дифференцированно;

- устранять ошибки и дефекты в оказании экстренной помощи больным на догоспитальном этапе;

- организовать четкую работу приемных отделений;

- минимально сократить сроки пребывания больных в хирургических отделениях до операции при установлении к ней показаний;

- постоянно повышать квалификацию хирургов, организовав для этого тематические семинары, конференции, симпозиумы, заседания хирургических обществ;

- повышать знания врачей всех специальностей по диагностике, тактике и лечению острых заболеваний органов брюшной полости;

- широко внедрять в практику лечебно-профилактических учреждений новые методы диагностики, оказания хирургической помощи больным с острыми заболеваниями органов брюшной полости;

- своевременно диагностировать послеоперационные осложнения и применять эффективные меры к их лечению;

- в неясных случаях широко прибегать к организации консилиумов, привлекая для этого врачей других специальностей, своих коллег, даже имеющих меньший стаж практической работы;

- при выборе метода обезболивания, характера операции, ведения больных в послеоперационном периоде особое внимание обращать на лиц пожилого и старческого возраста;

- всех больных, умерших от острых заболеваний органов брюшной полости, подвергать обязательному патологоанатомическому вскрытию с последующим обсуждением результатов вскрытия на клиничко-анатомических конференциях;

- усилить работу с врачами и средним медперсоналом по выполнению принципов хирургической деонтологии и соблюдению врачебной тайны.

Эти мероприятия необходимо проводить целенаправленно, постоянно, что даст возможность улучшить хирургическую помощь больным с острыми заболеваниями органов брюшной полости, резко снизить потерю дней временной и постоянной нетрудоспособности.

Особенностям течения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у детей посвятил свое выступление главный детский хирург Минздрава БССР В. Д. ЛАПИЦКИЙ.

Хирургические вмешательства на органах брюшной полости по экстренным показаниям у детей чаще обусловлены заболеваниями воспалительной природы, механической кишечной непроходимостью, травмой паренхиматозных или полых органов.

Ведущее место в группе воспалительных заболеваний принадлежит острому аппендициту, которым болеют дети всех возрастов, но наиболее часто в 7—13 лет. Острый аппендицит у детей встречается чаще, чем у взрослых. Не являются редкостью, особенно у девочек, так называемые первичные или бактериальные перитониты, реже встречаются прободной язвенно-некротический энтероколит, панкреатит, к редким формам относятся деструктивные холециститы. Острый аппендицит у детей протекает весьма variabельно. Клиническое его проявление зависит от сопротивляемости организма, времени, прошедшего от начала заболевания, и в значительной мере — от возраста ребенка.

Нередко начало заболевания у малышей просматривается даже роди-

телями из-за отсутствия «жалоб», а изменившееся поведение ребенка расценивается как каприз.

При остром аппендиците у детей первых 3 лет жизни общие явления преобладают над местными, то есть ведущей является интоксикация. Как правило, заболевание протекает с высокой температурой ($39-40^{\circ}$), многократной рвотой, частым жидким стулом. Разлитая боль в животе наблюдается почти у $2/3$ больных и только у $1/3$ детей отмечается локальная болезненность в правой подвздошной области.

Общепринятые симптомы Щеткина—Блюмберга, Ровзинга, Воскресенского и др. у маленьких детей не имеют практического значения, поскольку они не могут быть определены. Следует пользоваться лишь двумя признаками: напряжением передней брюшной стенки и симптомом провоцированной боли (симптом Филатова).

Первичный или бактериальный перитонит чаще встречается у девочек 3—6 лет. Это обусловлено тем, что у них возможно попадание бактериального начала в полость брюшины из внешней среды по половым путям.

Течение таких перитонитов может быть гиперэргическим или подострым. Гиперэргическое течение встречается редко и свойственно детям младшего возраста. В клинической картине наблюдается гипертермия ($39-40^{\circ}$), неукротимая рвота, сильные боли в животе, иногда потеря сознания. Живот вздут, резко напряжен и болезнен. Чаще наблюдается подострое течение (умеренное повышение температуры, тошнота, иногда рвота, боль в животе умеренная, имеются выраженные симптомы раздражения брюшины).

Язвенно-некротический энтероколит, как правило, наблюдается у детей первых месяцев жизни, особенно у недоношенных. В происхождении заболевания несомненную роль играет дисбактериоз, часто возникающий на фоне антибактериальной терапии. У детей с прободной формой язвенного энтероколита наблюдается частая рвота, вздутие живота. Кожа брюшной стенки становится блестящей, возникает сосудистый рисунок, отеки в низу живота и в области наружных половых органов.

В отличие от взрослых, у детей различают 2 вида кишечной непроходимости (**врожденная**, связанная с нарушением развития кишечной трубки, расстройствами в периоде внутриутробного вращения кишечника или нарушением функции ферментативных систем, и **приобретенная**). Удельный вес врожденной непроходимости невелик и составляет около 10% по отношению к прочим видам непроходимости.

Острая приобретенная механическая кишечная непроходимость у детей имеет также ряд отличительных черт, зависящих от возраста. Самым распространенным видом непроходимости у детей в возрасте до одного года является инвагинация. У старших детей встречаются такие же виды непроходимости, как и у взрослых.

По частоте возникновения инвагинация занимает первое место и наблюдается в 40—50% случаев среди прочих видов непроходимости. В 20% отмечается спаечная кишечная непроходимость. Другие же виды странгуляционной и обтурационной непроходимости встречаются реже.

Инвагинации кишечника обычно предшествуют функциональные нарушения, связанные с началом прикорма или кишечными инфекциями. Клиническое проявление этого заболевания очень характерно. Возникают внезапные приступообразные боли в животе, рвота, задержка стула и газов, а в дальнейшем — кровянистые выделения из заднего прохода. Живот в первые 1—2 суток остается мягким, часто удается пропальпировать инвагинат. Решающее значение в диагностике принадлежит рентгенологическому исследованию.

Больной ребенок с синдромом острого живота, прежде чем попасть под наблюдение хирурга, обычно встречается с педиатром, — так начал свое выступление профессор И. Н. УСОВ, заведующий кафедрой педиатрии Минского медицинского института. От того, насколько квалифицированно будет проведена эта встреча, во многом зависит судьба больного.

Всем известно, как часто дети жалуются на боли в животе. Каждая

мать считает, что если грудной ребенок кричит и сучит ножками, — значит у него болит животик. Чаще оно так и бывает. Скопившиеся газы в какой-либо кишечной петле или спазм участка кишки ведут к так называемой «кишечной колике». В таком случае бывает достаточно теплой рукой слегка помассировать переднюю брюшную стенку и ребенок успокаивается. Однако этот простой прием не всегда помогает, и врач должен проявить к ребенку с болями в животе предельное внимание.

Нередко родители объясняют происхождение болей в животе у своих детей глистными заболеваниями. Некоторые врачи легко соглашались с этим, что порой является источником диагностических ошибок. Боли в животе у детей бывают связаны с острыми энтероколитом и колитом, ущемлением грыжи, острым мезаденитом, перитонитом, ангиохолециститом, панкреатитом, мочекаменной болезнью и др.

При внезапно наступившей острой боли в животе у ребенка первого года жизни всегда нужно подумать о возможной инвагинации. Для этого заболевания характерна приступообразная боль, длящаяся одну—две минуты, сменяющаяся короткими интервалами успокоения. На фоне приступов боли появляется рвота, часто с желчью, затем отмечается прекращение отхождения газов и испражнений, развиваются признаки тяжелой интоксикации. В первые часы при пальпации брюшной полости можно прощупать опухоль продолговатой колбасовидной формы, располагающуюся чаще в правом подреберье, тогда как правая подвздошная область остается свободной. Позже, когда непроходимость приводит к вздутию живота и перитониту, прощупать опухоль труднее. При ректальном исследовании обнаруживаются кровь и слизь на пальце, но этот признак появляется относительно поздно — через 5—6 часов. При инвагинации бариевая взвесь не доходит до илеоцекальной области и образуется дефект наполнения кишки в виде «кокарды» или полулунной тени.

Боль у грудных детей является первым признаком и при развивающемся аппендиците. Обычно она носит менее определенный характер. Ребенок держит себя скованно, боится активных движений, часто лежит в полусогнутой в коленном и тазобедренном суставе правой ножкой. Дети дошкольного и школьного возраста более точно локализируют боль, порой указывая на болевую точку в илеоцекальной области. Характерно, что у детей частота пульса не соответствует температуре (пульс более учащенный).

У детей симптомы аппендицита могут появиться при ангине, но нередко случается и так, что после исчезновения ангины развивается тяжелый аппендицит. При подозрении на аппендицит всегда следует тщательно исследовать легкие, ибо сливная, а тем более крупозная правосторонняя пневмония может вызвать появление признаков, подобных тем, которые бывают при аппендиците.

К относительно частым ошибкам при решении вопроса о диагнозе и оперативном вмешательстве приводит клиническая картина геморрагического васкулита (болезнь Шенлейна—Геноха). Это заболевание иногда начинается с болей в животе, обусловленных кровоизлияниями в слизистую, отеком и спазмами отдельных участков кишки. Одновременно могут быть и боли в суставах, геморрагические высыпания на конечностях. Одного мальчика, которого дважды оперировали в районной больнице в связи с острыми болями в животе, затем, когда диагноз геморрагического васкулита был уже ясен, и он лечился в Минске, оперировали в третий раз в связи с подозрением на инвагинацию.

Другое инфекционно-аллергическое заболевание у детей — ревматизм — тоже может начинаться с болезненных проявлений со стороны живота. При этом наблюдаются признаки раздражения брюшины, рвота, гиперестезия, болезненность живота при пальпации, симптомы интоксикации. Такой симптомокомплекс обусловлен своеобразным ревматическим перитонитом. Отдифференцировать его от других заболеваний органов брюшной полости помогает наличие изменений в суставах и в сердце, отсутствие высокого лейкоцитоза, положительные иммунологические пробы на ревматизм, хороший эффект от лечения салицилатами.

У детей дошкольного и младшего школьного возраста с признаками

нервно-артритического диатеза при погрешностях в диете (избыточное употребление жирной пищи, копченостей и др.) нередко развивается неконтролируемая рвота, появляются боли в животе, обезвоживание, общая слабость, частый пульс слабого наполнения и т. д. Естественно, в таких случаях в первую очередь стараются исключить острое заболевание органов брюшной полости. В диагностике помогает обнаружение выраженного запаха ацетона в выдыхаемом воздухе и ацетонурия. Живот при ацетонемической рвоте мягкий, в анамнезе могут быть указания, что подобные приступы уже были, кроме того, выясняются и грубые нарушения в диете.

Боли с почти непрерывным криком ребенка, тошнота, рвота — постоянные ранние симптомы ущемленных грыж живота. В случае ущемления, при несвоевременной диагностике и без соответствующего лечения, происходит омертвление зажатых в грыжевом кольце вышедших внутренностей и развитие перитонита.

Боли в животе в связи с усиленной перистальтикой и спазмом тонких и особенно толстых кишок всегда наблюдаются при диспепсиях, остром энтероколите и колите у детей. При этом, кроме тошноты, рвоты, бывает понос, причем стул может быть типично диспепсическим, слизисто-кровянистым или гнойным. Одновременно с этим отмечаются и ранние признаки общей интоксикации и обезвоживания организма ребенка.

Затруднения в диагностике острых заболеваний брюшной полости у детей возникают часто. Точный диагноз не всегда удается поставить сразу. В таких случаях важно ребенка госпитализировать и обеспечить наблюдение за развитием заболевания в динамике. Одновременно необходимо предпринимать меры по углубленному исследованию больного для уточнения диагноза и проведения мероприятий по эффективной терапии.

Заведующий кафедрой факультетской хирургии Гродненского медицинского института профессор С. И. ЮПАТОВ поделился своими мыслями об ошибках в диагностике и лечении острого аппендицита.

Он сказал, что ежегодно в нашей стране производится свыше 1 млн. операций по поводу острого аппендицита. Летальность много лет колеблется в пределах от 0,15 до 0,2%. Поэтому своевременная диагностика и лечение острого аппендицита сохраняют свою актуальность и в настоящее время.

Ошибки при распознавании острого аппендицита могут быть связаны с особенностями клиники у беременных, у детей, у лиц пожилого и преклонного возраста, у тучных больных, у больных, страдающих другими тяжелыми хроническими заболеваниями, и т. д. Ошибки могут быть обусловлены также неполноценно собранным анамнезом и поверхностным осмотром больного, недооценкой или, наоборот, переоценкой отдельных симптомов. Различают также тактические ошибки, ошибки при лечении, в том числе погрешности операционной техники.

Всегда ли нужно для распознавания заболевания определять все или хотя бы большинство признаков, свойственных острому аппендициту? Несомненно, при остром аппендиците можно выделить сочетание ряда симптомов (группа болевых симптомов, локальное напряжение в правой подвздошной области), при наличии которых мы уверенно ставим диагноз. И бывают ситуации, когда приходится прибегать к тактическому приему: «показана операция, так как нельзя исключить острого аппендицита».

Большинство острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости сопровождается болевым синдромом. Причем, начало, локализация, иррадиация и характер болей для каждого из них имеют свои особенности. Весьма часто боли при остром аппендиците вначале появляются в подложечной или околопупочной области и только спустя 30 мин. — 4 часа перемещаются в правую подвздошную область (симптом Кохера — Волковича). Такое начало болей при невыраженности других симптомов в первый момент заболевания может служить причиной диагностических ошибок, когда врач на основании только болей в подложечной области диагностирует острый гастрит.

Следует помнить и о том, что при омертвлении отростка и нарастании интоксикации боли в правой подвздошной области могут затихать или да-

же временно прекращаться. В этом случае должны быть использованы другие признаки. Если спустя некоторое время, боли возобновляются и становятся более интенсивными, это уже характеризует начало перитонита.

К важнейшему признаку острого аппендицита следует отнести симптом локального напряжения в правой подвздошной области. Однако, у лиц пожилого и преклонного возраста, у больных, страдающих тяжелыми хроническими заболеваниями, у детей, у беременных и у некоторых других больных напряжение может отсутствовать или быть слабовыраженным даже при деструктивном аппендиците. У больных с чрезмерно развитой подкожной жировой клетчаткой напряжение может плохо выявляться.

Помогают в диагностике острого аппендицита симптомы Ровзинга, Ситковского, Образцова, Бартомье — Михельсона, Воскресенского, перкуторная болезненность по Раздольскому, симптом Щеткина — Блюмберга. К сожалению, приходится встречаться с таким явлением, когда врач, выявив ряд симптомов острого аппендицита, делает запись в истории болезни, что симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный, и продолжает выжидать. Забывает при этом, что симптом Щеткина — Блюмберга является признаком воспаления брюшины. Для распознавания острого аппендицита этот симптом имеет ценность только в том случае, если он определяется только в правой подвздошной области. Поэтому вряд ли оправдано выжидать появления местного перитонита.

Клиническая картина острого аппендицита весьма варьирует в зависимости от локализации червеобразного отростка. При медиальном положении отростка боли носят характер колик. При тазовой локализации отростка возникают трудности в дифференциальной диагностике с воспалительными заболеваниями внутренних женских половых органов, внематочной беременностью, апоплексией яичников, а в ряде случаев — с острой дизентерией. При ретроцекальном положении отростка боли локализуются в поясничной области или имеют неопределенную локализацию. А в поздние сроки в клинической картине заболевания преобладают явления интоксикации.

Различные инфекционные заболевания, перенесенные непосредственно перед острым аппендицитом (грипп, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, ангина), и лекарственная терапия (лечение антибиотиками и гормонами) приводят к изменению реактивности организма. В результате этого приступ острого аппендицита протекает с нечеткими местными явлениями, а в картине заболевания доминируют явления интоксикации. Атипичной клиника заболевания может стать и под влиянием различных способов самолечения.

Перенесенные травмы и операции на органах брюшной полости, сопровождающиеся повреждением нервных образований и формированием спаек, сращений, являющиеся причиной снижения болевых явлений, напряжения, и в то же время создаются условия для иррадиации болей в атипичных направлениях, что может изменить клинические проявления заболевания.

Неполноценно собранный анамнез и поверхностный осмотр могут привести как к гипердиагностике острого аппендицита, так и к нераспознаванию его. При заболеваниях органов брюшной полости (перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки, деструктивный холецистит, панкреатит) содержимое желудка, 12-перстной кишки, желчь, выпот, распространяясь по правому боковому каналу и достигая правой подвздошной области, вызывают в этой области локальную симптоматику. Без учета анамнестических данных ошибка неизбежна.

Учитывая возможное изменение локальной симптоматики в зависимости от ряда факторов, исследование больного должно производиться очень тщательно. Осмотр и ощупывание живота необходимо делать не только в положении на спине, но и на левом боку. Если болевые симптомы (локальная боль, симптом Ровзинга) и напряжение в положении на спине не выявляются, то в положении на левом боку они могут выявляться более четко. Не следует пренебрегать ректальным, а у женщин и вагинальным исследованием.

Многие хирурги придают большое значение определению количества

лейкоцитов в 1 мм^3 периферической крови. Однако у некоторых вполне здоровых людей количество лейкоцитов составляет всего 3000—4000. Наши исследования показали, что у 5% больных с деструктивными формами острого аппендицита количество лейкоцитов в крови было меньше 6000. Следовательно, только определение количества лейкоцитов в крови не является доминирующим в распознавании острого аппендицита. Лишь полный анализ крови с развернутой лейкоцитарной формулой (наличие воспалительного нейтрофильного сдвига) может быть подспорьем в диагностике острого аппендицита.

Микрогематурия, альбуминурия, лейкоцитурия и цилиндрурия могут быть следствием тяжелой интоксикации организма и зачастую наблюдаются при деструктивных формах острого аппендицита. Иногда они выявляются и при сопутствующих заболеваниях мочевыделительной системы или являются отражением патологического процесса в мочевыделительных органах при интактном червеобразном отростке. Следовательно, наличие эритроцитов, лейкоцитов и других изменений в моче еще не исключает острого аппендицита. При сомнении в диагнозе, помимо анализа мочи, необходимо использовать хромоцистоскопию и выделительную пиелографию.

При решении тактических вопросов необходимо помнить, что не всегда имеется соответствие между клинической картиной и глубиной патоморфологических изменений в червеобразном отростке. При маловыраженной клинике могут быть деструктивные изменения и, наоборот, при наличии четкой локальной симптоматики изменения в отростке могут быть незначительными. Поэтому необходимо придерживаться общепринятой тактики. При подозрении на острый аппендицит больной должен быть госпитализирован в хирургический стационар. При установленном диагнозе показана экстренная операция. Если же диагноз неясный, но в течение нескольких часов наблюдения в отделении не удастся исключить острый аппендицит, также показана срочная операция. При этом, если при операции отросток мало или совершенно не изменен, показана ревизия органов брюшной полости.

Предоперационная подготовка проводится индивидуально.

При производстве аппендэктомии могут использоваться как местное обезболивание, так и наркоз. Несомненно, возможности наркоза в последние десятилетия несравненно выросли. Следует считать ошибкой операцию под местным обезболиванием у детей, у лиц с неуравновешенной нервной системой, при ожирении, при нарушении состояния свертывающей системы крови, при хорошо выраженной мускулатуре, у тех больных, где можно предположить наличие спаечного процесса или необходимость дополнительной ревизии органов брюшной полости.

Доступ по Волковичу—Дьяконову при неосложненном аппендиците является наилучшим. Однако, при этом нельзя применять чрезмерно малые разрезы. Длина разреза должна быть не меньше 7—8 см. При признаках разлитого перитонита операция должна производиться через срединный доступ, так как только при этом возможна тщательная обработка брюшной полости, удаление гноя, выпота.

Тщательная обработка культи отростка и его сосудов, по-видимому, остается важнейшим требованием, при нарушении которого возможны кишечные свищи, гнойники и другие осложнения.

Серьезным является вопрос о применении дренажей и тампонов после аппендэктомии. Использование тампонов показано при локальных гнойниках, в случаях, когда необходимо отграничить зоны гнойников от окружающих органов и тканей. Если нет кровотечения и гнойно-инфильтрированных тканей, даже при разлитом перитоните после тщательной обработки брюшной полости операцию можно закончить вставлением в наиболее пологие области брюшной полости хлорвиниловых дренажей. Если же выпот не имел гнойного характера, после обработки брюшную полость можно ушить наглухо. При постановке дренажей и тампонов нельзя допустить, чтобы они соприкасались с воспалительно измененными кишечными петлями.

В послеоперационном периоде необходимо учесть возможность пареза кишечника, возможность развития или дальнейшего прогрессирования па-

ритонита, сердечно-сосудистых расстройств, осложнений со стороны органов дыхания. Длительное неподвижное пребывание в постели способствует возникновению не только указанных осложнений, но и тромбозов или тромбэмболий крупных сосудов жизненно важных органов. Кормление больного разрешается лишь в тех случаях, когда нет пареза кишечника. Если при аппендэктомии обнаружена воспаленно-инфильтрированная слепая кишка, необходимо принимать меры к снижению внутрикишечного давления (воздержание от пищи, прием угля, применение газоотводных трубок, очистительных клизм, назначение средств, возбуждающих моторную функцию кишечника). Параллельно с этим назначаются средства, корригирующие сердечно-сосудистую деятельность, осуществляются мероприятия по профилактике осложнений со стороны органов дыхания, профилактика и лечение гнойных и других осложнений.

От своевременности госпитализации больного с острым хирургическим заболеванием органов брюшной полости зависит тактика хирурга, исход лечения и прогноз. Вот об этой сложной проблеме говорил в своем выступлении заведующий кафедрой госпитальной хирургии Витебского медицинского института профессор И. В. ПЕТУХОВ.

Наиболее частыми причинами запоздалой госпитализации больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости, — сказал он, — являются: позднее обращение за медицинской помощью, поздняя госпитализация вследствие ошибок диагностики на догоспитальном этапе, отказ больного от своевременной госпитализации.

При разборе диагностических ошибок, допускаемых хирургами стационара, нередко приходится слышать ссылки на авторитет В. А. Оппеля, который в 1926 году писал: «Применяя все методы клинического исследования больного, все-таки приходится думать о диагнозе и ошибаться. Можно пожелать, чтобы этих ошибок не было. Но для меня лично это оказалось неосуществимым». В настоящее время, когда хирурги стационаров, оказывающие круглосуточную помощь по неотложной хирургии, помимо своего клинического опыта и физических методов исследования, могут использовать лабораторные, рентгенологические и эндоскопические методы исследования больного, ссылки на авторитет В. А. Оппеля, на наш взгляд, неосновательны.

По-видимому, до настоящего времени при диагностике острых заболеваний не утратили своего значения рекомендации Коупа, который считал, что «если сильная острая боль в животе, возникающая на фоне полного благополучия, продолжается более шести часов, требуется срочная операция. Причина боли — острое хирургическое заболевание». Хирурги, работающие в стационарах, должны помнить правило Лежара: «Поводом к экстренной операции на органах брюшной полости являются три признака, изменяющиеся в течение ближайшего часа: нарастание боли, учащение пульса и раздражение брюшины».

Одной из частых ошибок, допускаемых хирургами стационаров, является злоупотребление термином «частичная кишечная непроходимость». Этот диагноз нередко ставится как при острой кишечной непроходимости, так и при других заболеваниях и осложнениях, сопровождающихся нарушением пассажа содержимого по кишечнику, особенно в тех случаях, когда заболевание осложняется перитонитом, развивается парез кишечника и затрудненное отхождение газов. После проведения лечебных мероприятий наступает временная разгрузка кишечника и это еще больше способствует заблуждению при постановке диагноза и ведет к запоздалым операциям и плохим исходам.

По нашему глубокому убеждению, такие диагнозы как «острый живот», «частичная кишечная непроходимость» в хирургическом стационаре не должны иметь места.

Для того, чтобы правильно решать вопросы о хирургической тактике при позднем поступлении больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости, необходимо прежде всего проанализировать летальность этой категории больных.

Наиболее грозным осложнением острых заболеваний органов брюшной

полости является перитонит, который является самой частой причиной смерти больных.

По нашим данным за 1946—1963 гг., в 66,2% случаев причиной летальных исходов больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости явился перитонит. По данным Д. Ф. Скрипниченко (1967), 72% больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости погибают от перитонита.

Следовательно, основной причиной смерти больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости является перитонит. Исходя из этого и должна строиться тактика хирурга при позднем поступлении таких больных.

Наибольшее количество диагностических и лечебно-тактических ошибок допускается при остром аппендиците и острой кишечной непроходимости.

Перитонит аппендикулярного происхождения в общей структуре перитонитов составляет от 36,2% (М. Э. Комахидзе с соавт., 1971) до 58,5% (Н. А. Петухов с соавт., 1969), а из причин смерти больных острым аппендицитом на долю разлитого перитонита приходится от 69,7% (В. Г. Кучмаева с соавт., 1971) до 80% (Д. Ф. Скрипниченко, 1967).

Чем должен руководствоваться хирург у постели больного, поступившего поздно, с острым хирургическим заболеванием? Дело в том, что острые заболевания органов брюшной полости в поздних стадиях, как правило, осложняются перитонитом. В таких случаях у больных наступают тяжелые нарушения сердечно-сосудистой системы за счет интоксикации, гиповолемии (секвестрация большого количества жидкости в виде перитонеального экссудата); значительное нарушение газообмена за счет пареза диафрагмы, нарушения водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного состояния, белкового состава крови, ферментных систем, биохимических констант крови и др.

Поэтому при позднем поступлении больных первой задачей хирурга является проведение интенсивной предоперационной подготовки для осуществления адекватной коррекции выявленных нарушений.

Выраженная интоксикация вследствие нарушения обмена и кислотно-щелочного состояния характерна и для больных с острой кишечной непроходимостью без явлений перитонита. И в этих случаях в предоперационном периоде требуются экстренные мероприятия по их коррекции. Однако, предоперационная подготовка не должна слишком долго затягиваться. Ее необходимо осуществить в течение 1—2 часов. В 1934 г. Элиасон и Эбелинг писали: «Чем больше больной с острой кишечной непроходимостью проживет до операции, тем меньше он будет жить после нее». Лечебные мероприятия, входящие в комплекс предоперационной подготовки, должны проводиться одновременно с исследованием больного. Больной, доставленный в хирургическое отделение с явлениями перитонита или с острой кишечной непроходимостью, должен быть сразу направлен в предоперационную. Там он подвергается детальному осмотру дежурными хирургами и сразу же назначается интенсивная терапия, которую должен проводить дежурный реаниматолог и хирург. Одновременно должно проводиться дальнейшее исследование больного (морфологический и биохимический анализы крови, определение кислотно-щелочного состояния, рентгенологическое и ЭКГ исследование, консультации терапевта, других специалистов). К сожалению, бригады дежурных врачей не всегда проявляют достаточную оперативность и четкость.

Таким образом, при позднем поступлении больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости в первую очередь необходимо провести неотложные мероприятия для снятия интоксикации и нарушений гомеостаза. Эти мероприятия должны быть кратковременными, но высокоэффективными. В противном случае оперативные вмешательства дадут высокую летальность, а часть больных попадет в разряд неоперабельных.

При лечении перитонита основной задачей хирурга является ликвидация источника перитонита. При этом необходимо думать прежде всего о спасении жизни больного, а не о полном его излечении, так как последнее может быть осуществлено позже. Поэтому объем оперативного вмеша-

ства должен быть минимальным. Так, если в конкретной ситуации можно применить резекцию или ушивание, то лучше сделать ушивание.

Важное место в тактике хирурга занимает выбор вида обезболивания. Эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами и управляемым дыханием должен быть не только достаточным и адекватным оперативному вмешательству, но и обеспечить проведение реанимационных мероприятий по регуляции жизненных функций организма и для непрерывной коррекции патофизиологических сдвигов, наступивших в организме больного.

Разрез брюшной стенки при перитоните должен быть достаточным, чтобы можно было произвести широкую, тщательную ревизию брюшной полости, найти и удалить источник перитонита, провести эффективную санацию брюшной полости. Этим задачам в наибольшей степени отвечает срединный разрез. При остром холецистите можно использовать разрез в правой подреберной области. При остром же аппендиците с явлениями разлитого перитонита срединная лапаротомия является единственно целесообразной.

Основной задачей операции является устранение источника перитонита—удаление патологического очага (червеобразный отросток, желчный пузырь, некротизированная петля кишки и др.), ушивание дефектов полых органов или их резекция. Во время оперативных вмешательств часто допускаются тактические ошибки—хирурги неправильно оценивают жизнеспособность ущемленной кишки и в связи с этим ошибочно сужают границы ее резекции. В результате этого в послеоперационном периоде некроз кишки прогрессирует, что приводит к тяжелым последствиям для больного.

Второй задачей операции является тщательная санация брюшной полости. Хирург нередко переоценивает сопротивляемость брюшины к инфекции и после ликвидации источника перитонита оставляет часть выпота в брюшной полости. А между тем, необходимо тщательно удалить выпот, промыть брюшную полость и в послеоперационном периоде вводить в нее антибиотики для борьбы с остаточной инфекцией. Перитонеальный экссудат и содержимое полых органов необходимо тщательно удалить механически—марлевыми салфетками, отсасывающими аппаратами. После этого следует брюшную полость промыть большим количеством (18—20 л) жидкости. Можно использовать раствор фурацилина; 0,85%-ный раствор хлорида натрия с антибиотиками из расчета 1 млн. ЕД на 1 л раствора. Показание к промыванию брюшной полости тем настоятельнее, чем больше она загрязнена содержимым полых органов.

Мероприятия по декомпрессии кишечника проводятся при разлитом перитоните. С этой целью предлагалось много различных способов, но чаще всего прибегают к наложению кишечных разгрузочных свищей по С. С. Юдину или используют другие способы. Мы для декомпрессии кишечника отдаем предпочтение наложению свища на подвздошную кишку и вводим в нее ретроградно, до связки Трейца длинную трубку с боковыми отверстиями. Через 5—6 дней трубка извлекается, а отверстие, как правило, закрывается самостоятельно.

Дренаж брюшной полости производится из дополнительных разрезов в обеих подвздошных областях. У женщин, помимо этого, обязательно производится дренирование через влагалище—задняя кольпотомия.

В послеоперационном периоде через проколы передней брюшной стенки в подреберных и подвздошных областях вводят четыре тонких полихлорвиниловых или ниппельных дренажа и через них в течение первых 2—3 суток осуществляют постоянное орошение брюшной полости антибиотиками.

Об особенностях работы районного хирурга по выявлению и лечению острых хирургических заболеваний органов брюшной полости рассказал заведующий хирургическим отделением Несвижской центральной районной больницы **Н. Н. ПОДГАЙСКИЙ**.

Один из важнейших пунктов Постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения» —сближение уровней и качества медицинской помощи городскому и сельскому населению. Вопросам сельского здравоохранения в нашей стране уделяется большое внимание. В докладе министра здравоохранения БССР

Н. Е. Савченко на расширенном пленуме республиканского совета по кадрам и НОТ (29—30 ноября 1978 г., Ивацевичи) было отмечено, что сельское здравоохранение республики в своем развитии достигло качественно нового уровня, построены крупные областные, районные и сельские больницы, созданы все условия для оздоровления жителей села. Органы здравоохранения БССР проводят постоянную работу по укреплению районных и центральных районных больниц — ведущего звена по оказанию квалифицированной и специализированной медицинской помощи сельским труженикам. Центром оказания медицинской помощи сельскому населению становятся районные и особенно центральные районные больницы. В настоящее время районная больница является своеобразным специализированным центром. Примером этому может служить Несвижская центральная районная больница, в которой функционирует ряд специализированных отделений, некоторые из них выполняют функции межрайонных отделений (хирургическое, урологическое, оториноларингологическое).

В настоящее время в Несвижской центральной районной больнице выполняют плановые операции на желудке, желчных путях, почках и мочеточнике, щитовидной железе и др.

Неотложная хирургическая помощь занимает одно из ведущих мест в деятельности хирургов сельских районов и затрагивает интересы больших групп населения. В Несвижской центральной районной больнице организовано круглосуточное дежурство хирургов и операционных медсестер, осуществляется динамическое наблюдение за больными в послеоперационном периоде с регистрацией данных по часам в карте усиленного наблюдения, открыты реанимационные палаты и отделение переливания крови. Внедрены в практику лапароскопия, холангиография на операционном столе, методика «лаваж» при перитонитах и др. Все это не могло не сказаться на объеме оказания хирургической помощи больным с острыми заболеваниями органов брюшной полости. Много внимания мы уделяем обучению фельдшеров и акушеров района диагностике острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.

Исходы острых заболеваний органов брюшной полости зависят от сроков госпитализации больных. Поэтому мы из года в год проводим целый комплекс мероприятий в этом направлении, пропагандируем в районе раннее обращение больных при возникновении у них болей в животе, проводим занятия с врачами нехирургического профиля, с фельдшерами и акушерками района по повышению знаний клиники и диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, разбираем диагностические ошибки. Ежегодно выпускаем листовки и санбюллетени, читаем лекции об острых хирургических заболеваниях.

Все это способствовало снижению показателя поздней госпитализации больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости с 25 % в 1964 г. до 10 % в последние годы, снизилась и послеоперационная летальность (с 1,5 % до 0,5 %).

В течение многих лет в районе не было летальности от прободной язвы желудка, ущемленной грыжи. Не было летальности и у детей от острых хирургических заболеваний.

Главный врач Минской городской станции скорой медицинской помощи И. С. КУДЛАЧ свое выступление посвятил роли врача скорой помощи в раннем выявлении больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

В структуре заболеваемости населения, обслуженного станцией скорой и неотложной медицинской помощи, болезни органов пищеварения занимают третье место после болезней системы кровообращения и болезней органов дыхания.

А из болезней органов пищеварения значительный удельный вес приходится на острые хирургические заболевания (острый аппендицит, холецистит, прободная язва желудка, непроходимость кишечника, острый панкреатит).

Процент ошибочных диагнозов врачей скорой помощи остается высоким. Так, в 1978 г. с ошибочным диагнозом «острый аппендицит» было

доставлено в приемные отделения 47% больных, с прободной язвой желудка — 23%, с непроходимостью кишечника — 39%, с острым панкреатитом — 49,3% больных.

Большое значение для прогноза имеет ранняя госпитализация больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Это зависит от сроков обращения больных за медицинской помощью, от точности диагноза при первичном осмотре больного и от своевременной доставки больных в стационар.

Анализ показывает, что несмотря на проводимую санитарно-просветительную работу, показатель поздних поступлений в стационар остается высоким. Так, в 1978 г. поздно обратились к врачу по поводу острого аппендицита 1180 человек (18%). 91% больных острым аппендицитом были доставлены в лечебные учреждения города до 1 часа с момента обращения на скорую помощь и 98,9% больных — до 2 часов.

В практике работы врачей скорой медицинской помощи нередки случаи, когда острый аппендицит своевременно не распознается.

Так, это заболевание в 1976 г. не было распознано у 152 больных, в 1977 г. — у 126, в 1978 г. — у 123. В этих случаях чаще всего диагностировался острый гастрит (31%). Поэтому при диагнозе «острый гастрит» мы не делаем никаких промываний, а больных обязательно доставляем в приемные отделения больницы.

Ошибки в диагностике встречаются не только при остром аппендиците, но и при прободной язве желудка и 12-перстной кишки, кишечной непроходимости и даже при таком заболевании, как ущемленная грыжа.

Поэтому на Минской городской станции скорой медицинской помощи мы уделяем большое внимание подготовке врачей по диагностике острых заболеваний органов брюшной полости. На всех подстанциях ежегодно читается цикл лекций по этой проблеме. К чтению лекций и семинарских занятий привлекаются сотрудники кафедр Минского медицинского института, Белорусского института усовершенствования врачей, ряда научно-исследовательских институтов.

Все случаи расхождения диагнозов доводятся до сведения врачей, а грубые ошибки обсуждаются на врачебных конференциях и врачебно-квалификационной комиссии больницы скорой медицинской помощи.

В последние годы, в связи с объединением скорой медицинской помощи и неотложной помощи детям, увеличилось количество вызовов к детям с острыми болями в животе, поэтому несколько возросло и количество ошибочных диагнозов. В настоящее время все дети до 3-летнего возраста с острыми болями в животе обязательно госпитализируются.

Таким образом, в организации медицинской помощи больным с острыми хирургическими заболеваниями важную роль играют станции скорой помощи и приемные отделения больницы. В работе скорой помощи основное внимание должно быть уделено повышению уровня диагностических знаний у врачей.

В приемном отделении должны быть использованы все возможные методы специального исследования (рентгенологические, лабораторные, эндоскопические) для проведения дифференциальной диагностики.

Для сокращения сроков поступления в стационар больных с острыми хирургическими заболеваниями необходимо усилить санитарно-просветительную работу и повысить уровень диагностических знаний у врачей-терапевтов, педиатров и инфекционистов поликлиник.

Одним из грозных острых заболеваний органов брюшной полости является **внематочная беременность**. Об особенностях клиники и тактики врача при этом заболевании рассказал профессор **И. М. СТАРОВОЙТОВ**.

Гинекологи и хирурги нередко испытывают затруднения при дифференциальной диагностике внематочной беременности, аппендицита, перитонита, почечной колики и др.

Симптоматология внематочной беременности сложна и разнообразна. Она зависит от места развития внематочной беременности, от механизма нарушения связи плода с его местом, от срока беременности, скорости кровотечения в брюшную полость. Трубный аборт может долго проте-

кать с маловыраженными симптомами. Даже свойственные нарушенной трубной беременности симптомы не всегда проявляются. Так, боли в животе наблюдаются у 97,9% больных, маточные кровотечения — у 88,7%, задержка менструаций — у 75,0%. Общее состояние больных может долго оставаться вполне удовлетворительным. Известно, что внематочная беременность в 60—75% случаев развивается на фоне воспаления придатков матки, кроме того, на внедрение плодного яйца организм реагирует воспалительной реакцией (повышение температуры тела и СОЭ, появление кровянисто-гнойных выделений из матки, нарушение общего состояния и др.).

При неясности диагноза не следует спешить с хирургическим вмешательством, памятуя что и острая гонорея может протекать с воспалением придатков и местным перитонитом. В подобных случаях антибиотики и сульфаниламидные препараты быстро купируют воспаление и появляется возможность исследовать состояние матки и придатков. Если же состояние больной не улучшается или даже ухудшается, следует приступить к операции. Нередки случаи, когда вместо внематочной беременности во время операции диагностируют аппендицит. Это может произойти при атипичном расположении отростка. Иногда и гинекологи, клинически исключив внематочную беременность, обнаруживают ее во время операции. Причиной таких ошибок могут быть: плохо собранный анамнез, неполное исследование больной, неиспользование инструментальных методов диагностики, недооценка либо переоценка отдельных симптомов и др.

При диагностике нельзя придавать слишком большое значение отдельным симптомам либо результатам инструментальных исследований. Так, пункция брюшной полости через задний свод влагалища является одной из важных манипуляций в диагностике внематочной беременности. Однако к ней прибегают в 31,8—92,5%, а подтверждение получают в 91,7% (Л. С. Шевлягина, 1974).

Во избежание ложных результатов пункции мы рекомендуем придерживаться следующих правил: перед проколом стенки свода необходимо проверить проходимость иглы; продвижение иглы вести строго по средней линии, анестезируя окружающие ткани раствором новокаина; проводить пункцию в полусидячем положении больной, что обеспечит смещение крови в нижний карман Дугласа; тщательно осматривать пунктат, подвергая его в сомнительных случаях микроскопическому исследованию (выщелачивание и распад эритроцитов свидетельствует о наличии старых сгустков крови).

Наибольшие затруднения возникают при дифференциальной диагностике между трубным выкидышем и аппендицитом. Для этих заболеваний присущи общие симптомы: состояние больных долго может не нарушаться, имеются боли в животе, повышение температуры тела, напряжение мышц брюшного пресса, симптом Щеткина — Блюмберга. Но эти симптомы по-разному проявляются при внематочной беременности и при аппендиците. Так, боли в животе при внематочной беременности носят приступообразный характер, а при аппендиците они бывают более постоянными; температура тела при внематочной беременности повышается редко и незначительно, а при аппендиците нарастает быстро; при аппендиците быстро нарастает лейкоцитоз, а при внематочной беременности этот симптом встречается редко.

Решающими для дифференциальной диагностики являются симптомы, свойственные каждому из указанных заболеваний. Так, для внематочной беременности характерны: увеличение матки и придатков, кровянистые выделения из половых путей, обмороки при изменении положения тела. И, наконец, важным вспомогательным методом является пункция дугласова пространства. Все это правомочно при типичном течении острого аппендицита и внематочной беременности. А так как клиническое течение трубного выкидыша у каждой больной протекает по-своему, то поспешная операция может оказаться напрасной, а промедление с операцией у больной с развившимся разрывом трубы — трагическим.

Поскольку внематочная беременность зачастую развивается на фоне воспаления, то при затруднении в установлении диагноза необходимо проводить противовоспалительное лечение (аутогемотерапия, УВЧ, диатермия и др.). Такое лечение будет также способствовать правильной диагностике.

При внематочной беременности стали широко использовать консервативно-щадящие операции, направленные на сохранение функции яйцеводов. В зависимости от места прикрепления хориона могут проводиться: резекция воронок, ампутация фимбрий труб, рассечение и пересадка труб в матку. Операции не сложные, но требуют навыков и определенного опыта техники оперирования и дренирования труб. А между тем, многие хирурги при внематочной беременности удаляют одну или обе трубы, что делает невозможным в дальнейшем наступление беременности и родов. Перед хирургами и акушерами стоит важная, неотложная задача овладеть современными методиками консервативно-щадящих операций на трубах и яичниках и внедрять их в практику.

В заключение хочется сказать, что внематочная беременность — это тяжелое физическое и моральное страдание для женщины. Все усилия медицины и достижения науки должны направляться на уменьшение осложнений, на восстановление нарушенных функций организма.

Ошибки врача — тяжелая и сложная тема для разговора. Так начал свое выступление заведующий кафедрой патологической анатомии Минского медицинского института профессор **И. Н. МИРОНЧИК**. Что же такое врачебная ошибка? Врачебная ошибка — это добросовестное заблуждение врача в результате неправильности его мыслей и действий. От ошибок других специалистов она отличается тем, что последствия ее непосредственно связаны со здоровьем и жизнью человека, а зачастую с судьбами его семьи, родственников и других людей. Вокруг врачебной ошибки нередко создается отрицательное общественное мнение. Ведь у людей распространено мнение, что врач не должен ошибаться. Это, как справедливо указывает И. В. Давыдовский, скорее девиз, под которым медицина стремится к идеалу. Опыт же показывает, что врачебные ошибки были, есть и, очевидно, будут в будущем. Более того, они неизбежны, во-первых, потому, что врачу, как и любому другому человеку, свойственно ошибаться и на ошибках учиться; во-вторых, медицина — не точная наука, основанная на математических расчетах и, в-третьих, болезни не имеют определенных стандартов, а у каждого человека они проявляются по-своему. Поэтому никакие методические указания, инструкции, а тем более административные воздействия не могут гарантировать абсолютную правильность мыслей и действий врача. С развитием медицинской науки процент диагностических ошибок снижается. Однако, даже в экономически развитых странах и в настоящее время он остается еще высоким. В США и Франции процент ошибочных диагнозов составляет более 40% и за последние 25 лет не изменился (J. Prutting). В БССР и РСФСР по всем группам заболеваний у больных всех возрастов процент ошибочных диагнозов колеблется около 10.

Причины всех диагностических ошибок подразделяются на объективные и субъективные. К объективным относятся: тяжелое бессознательное состояние больного, непродолжительное пребывание в стационаре, отсутствие условий и технических средств для исследования больного.

К субъективным ошибкам относятся: недостаточное исследование больного, недоучет анамнестических и клинических данных, недооценка или переоценка лабораторных, рентгенологических данных, диагноза консультантов и др. При прочих равных условиях, основной причиной врачебных ошибок является недостаточная квалификация врача.

Диагноз важно установить не только правильно, но и своевременно, так как исход заболевания зачастую зависит от своевременности начатого лечения. Последнее должно быть проведено правильно и уж ни в коем случае не должно причинить вред больному.

Сказанное всецело относится и к острым хирургическим заболеваниям органов брюшной полости. Проблема предотвращения смертельных исходов от этих заболеваний остается актуальной. Обычно исходы связаны с теми или иными дефектами диагностики заболеваний и лечения больных. Вот несколько примеров.

Больной Л., 41 года, в течение 15 месяцев находился на стационарном лечении в медсанчасти Гомельского стеклозавода с диагнозом: хроническая пневмония в стадии обострения. На секции обнаружена хроническая язва желудка, осложненная профузным кровотечением.

Диагностическая ошибка произошла из-за недооценки клинических данных и недостаточного исследования больного.

Больная Л., 17 лет, оперирована в Телеханской горпоселковой больнице на 5-й день после поступления по поводу перитонита неясной этиологии. Во время операции диагностирован гангренозный аппендицит с прободением, разлитой перитонит. В данном случае аппендицит выявлен слишком поздно, когда уже развился перитонит.

Больной Ж., 43 лет. В Браславской центральной районной больнице произведена аппендэктомия, но состояние больного не улучшилось, а ухудшилось. Переведен в Витебскую областную больницу в связи с тяжестью состояния (перитонит). Из-за тяжести состояния больного заболевание также не было распознано. Больной умер. На секции диагностированы язва 12-перстной кишки с пенетрацией в поджелудочную железу, кровотечение из язвы и разлитой перитонит.

В данном случае вторично измененный аппендикс был принят за основное заболевание.

Больная Р., 66 лет. В Бельничской центральной районной больнице диагностирована ишемическая болезнь сердца. Больная умерла. На секции выявлены флегмонозно-язвенный аппендицит с прободением, разлитой перитонит.

Больная И., 31 года, находилась в Светлогорской центральной районной больнице 37 дней. Клиническая диагноз: рак культи желудка с метастазами в печень. Патологоанатомический диагноз: левосторонняя нижнедолевая пневмония.

Время от времени патологоанатомам приходится встречаться с фактами, когда инфаркт миокарда, пневмония, сепсис и другие заболевания с абдоминальной симптоматикой не диагностируются, а ошибочно, из-за недостаточного исследования больных, диагностируются острые хирургические заболевания живота и делаются хирургические операции, которые для таких больных часто бывают смертельными. Встречаются и противоположного характера ошибки, когда при наличии острых хирургических заболеваний живота, ошибочно диагностируются другие заболевания (ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда и др.). Вот еще пример.

Больной Ф., 27 лет, обратился в одну из поликлиник г. Минска по поводу болей в животе. Направлен во 2-ю клиническую больницу, где заболевание брюшной полости исключили и больного отпустили домой. В тот же день опять поступил в клинику и через 18 часов от начала заболевания был оперирован, удален воспаленный червеобразный отросток в рыхлом инфильтрате. Во время операции был десерозирован участок тонкой кишки, который был ушит двумя шелковыми швами. На 9-й день после операции развился перитонит. Произведена релапаротомия, удалено 1,5 литра гноя. Ошибочно была диагностирована гангрена тонкой кишки и 2,5 м подвздошной кишки было резецировано. Больной умер. Как выяснилось в результате патологоанатомического исследования, перитонит развился вследствие прободения стенки кишки в месте десерозирования, где были наложены швы. В удаленной части кишки было воспаление стенки без гангрены.

Имеются и другие, аналогичные случаи смерти больных от острых хирургических заболеваний брюшной полости в результате тех или иных врачебных ошибок. Такие ошибки должны анализироваться на клинических конференциях, вскрываться корни этих ошибок.

Правовое и деонтологическое воспитание медицинских работников — один из факторов профилактики ошибок в работе хирургов, — такова была тема выступления главного судебно-медицинского эксперта Министерства здравоохранения БССР С. С. МАКСИМОВА.

В Постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения» в числе основных проблем, требующих постоянного внимания, особо выделена работа по воспитанию медицинских работников в соответствии с требованиями присяги врача Советского Союза, формированию у них марксистско-ленинского коммунистического мировоззрения, сознательной государственной дисциплины, высокой гражданской ответственности за выполнение своего долга перед народом и государством.

Большинство руководителей медицинских учреждений и медицинских работников республики правильно поняли поставленные перед ними задачи и своим самоотверженным трудом с честью оправдывают высокое доверие партии и государства. Благодаря их труду мы достигли несомненных успехов в деле оказания хирургической помощи труженикам республики.

В докладе главного хирурга Минздрава БССР профессора В. Г. Астапенко указано, что наряду с несомненными успехами абдоминальной хирургии, имеются еще и некоторые недостатки. Он вскрыл основные причины их возникновения и определил конкретные задачи по их устранению.

Среди дефектов в работе В. Г. Астапенко отметил имеющие место грубые нарушения принципов медицинской деонтологии, бездушное и невнимательное отношение медицинских работников к больным и их родственникам.

Проведенный нами анализ так называемых «врачебных дел» за 1973—1977 гг. показал, что основанием для возбуждения всех дел послужили жалобы больных и их родственников. Большинство жалоб возникло в случаях неблагоприятных исходов при лечении острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, среди которых ведущее место занимали острый аппендицит и кишечная непроходимость. Из этого следует, что обсуждаемая сегодня проблема действительно заслуживает пристального внимания.

Не затрагивая вопросов организации работы хирургических отделений, тактики и техники хирургической деятельности, мы считаем необходимым обратить внимание на то, что в основе многих дефектов и упущений в работе, наряду с недостаточной квалификацией отдельных специалистов и сложностью диагностики, в некоторых случаях многие врачи и иные медицинские работники недостаточно точно знают свои профессиональные права и обязанности, недооценивают важность соблюдения принципов медицинской деонтологии и имеют весьма слабое представление об ответственности за профессиональные правонарушения.

Между тем, профессиональная деятельность медицинских работников, как известно, достаточно полно регламентирована официальными юридическими документами: положениями, правилами, инструкциями, методическими письмами и специальными приказами Министерства здравоохранения СССР. Многие специалисты плохо осведомлены о Постановлении ВЦИК и СНК РСФСР от 1 декабря 1924 г. «О профессиональной работе и правах медицинских работников», об основных положениях Конституции БССР, положениях Закона Белорусской ССР о здравоохранении, об инструкциях и положениях, регламентирующих их непосредственную работу, и об основных статьях уголовного кодекса БССР, предусматривающих меру уголовного наказания за профессиональные правонарушения и иные преступления, совершаемые медицинскими работниками при исполнении служебных обязанностей.

Некоторые врачи к оформлению медицинской документации относятся недостаточно серьезно, считая это ненужной писаниной. Между тем известно, что в случаях неблагоприятного исхода заболевания всегда может возникнуть необходимость не только служебного, но и уголовного расследования, где в основу объективного доказательства будет положен медицинский документ — карта амбулаторного или стационарного больного, операционный журнал, журнал регистрации больных в приемном отделении и другие официально утвержденные формы медицинской документации. И от того, как оформлен этот документ, во многом будет зависеть судьба врача — оправданием невиновности или же изобличением преступных действий или бездействия врача. К сожалению, надо отметить, что еще встречаются случаи, когда с целью «исправления» небрежно оформленного документа делаются всевозможные приписки, подчистки и даже составляются двойники историй болезни и иных документов. Как правило, такие запоздалые действия только усугубляют положение врача, о чем надлежит всегда помнить и строго руководствоваться в повседневной практике.

Анализ материалов «врачебных дел» позволяет нам сделать вывод о том, что большинство неблагоприятных исходов острых хирургических заболеваний органов брюшной полости прежде всего обусловлены несвоевременностью оперативного вмешательства. Основные причины запоздалого лечения обуславливались, в основном, двумя факторами: поздней обращаемостью больных за медицинской помощью и дефектами в диагностике этих заболеваний на разных этапах наблюдения за больными. Позднюю обращаемость больных за медицинской помощью, по нашему мнению, надлежит рассматривать как дефекты в работе санитарного просвещения. Здесь надо отметить два основных момента издержек в этой работе. С одной стороны то, что у населения пока нет должной настороженности при

появлении симптомов острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, и некоторые больные занимают выжидательную тактику, не зная о том, что им грозит, и, с другой стороны, — это **чрезмерное восхваление** достижений хирургии и замалчивание тех трудностей, которые возникают при определенных обстоятельствах, в том числе и при запоздалых вмешательствах. У людей создается представление о всесильности хирургии и многие убеждены в том, что, независимо от того, когда они обратятся за помощью, исход операции должен быть благоприятным. Когда же на практике встречаются неблагоприятные исходы операций на фоне кажущегося полного благополучия, родственники обвиняют врачей в невежестве, халатности, преступной самонадеянности и т. д., так как твердо убеждены, что в таких случаях виновны только врачи. Не случайно, что 90—95% «врачебных дел» после проведения судебно-медицинской экспертизы прекращаются на стадии предварительного расследования из-за отсутствия состава преступления.

Однако, к сожалению, приходится констатировать, что абсолютно необоснованные жалобы встречаются редко. В процессе проведения судебно-медицинских экспертиз, по так называемым «врачебным делам», зачастую вскрываются серьезные дефекты в организации работы хирургических отделений; в диагностике, оперативном вмешательстве и послеоперационном периоде. Чаще всего при разборе жалоб отмечаются грубые нарушения принципов медицинской деонтологии, и мы твердо убеждены, что именно эти дефекты являются основной причиной написания жалоб.

В тех лечебных учреждениях, где строго соблюдаются принципы деонтологии, жалобы не возникают, так как не создаются конфликтные ситуации и люди правильно понимают, что любая операция даже при самых благоприятных условиях и идеальном соблюдении всех технических правил таит в себе опасность.

Подводя итог вышеизложенному, необходимо отметить, что в деле улучшения оказания помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости имеются немалые резервы. Вскрыть эти резервы и использовать их в повседневной практике — долг каждого медицинского работника и, в первую очередь, каждого руководителя структурного подразделения медицинского учреждения.

В целях профилактики дефектов и упущений в работе необходимо своевременно вскрывать эти недостатки, выявлять причины их порождающие и принимать меры по их устранению. Большой вред в этом важном деле приносит боязнь «выносить сор из избы». Уместно при этом вспомнить слова венского хирурга Бильрота, который писал: «Только слабые духом, хвастливые болтуны и утомленные жизнью боятся открыто высказаться о своих ошибках. Кто чувствует в себе силу сделать лучше, тот не будет иметь страха перед сознанием своей ошибки».

Большую роль в предупреждении ошибок и дефектов в работе играет уровень профессиональной подготовки и строгое соблюдение правил и положений, регламентирующих деятельность специалистов. В связи с чем необходимо параллельно с работой по повышению квалификации врачей постоянно уделять внимание деонтологическому и правовому воспитанию медицинских работников. Особо поучительные случаи и анализ дефектов и ошибок в работе предавать широкой огласке на страницах журнала «Здравоохранение Белоруссии» и в специальных письмах.

В дискуссии, развернувшейся после основных выступлений, приняли участие ученые и организаторы здравоохранения республики.

Заведующий кафедрой факультетской хирургии Минского медицинского института профессор А. В. ШОТТ обратил внимание присутствующих на некоторые вопросы, связанные с обсуждаемой проблемой. Он сказал, что, несомненно, за последние годы достигнуты определенные успехи в ранней диагностике и лечении острых заболеваний органов брюшной полости. Но мы на фоне наших успехов порою забываем о некоторых «мелочах», которые отрицательно сказываются на результатах нашей работы. Говоря об этих «мелочах», надо особое внимание обратить на воспитание у больного правильного отношения к симптомам болезни, особенно, если это касается

болей в животе. В этом большую роль должна сыграть служба санитарного просвещения. Надо, чтобы знания, пропагандируемые службой санитарного просвещения, нашли отклик в каждой семье. Полагаю, что именно недостатки в этой работе способствуют распространению такого пагубного для здоровья явления, как самолечение различными травами, а зачастую и сильнодействующими лекарственными препаратами. Далее А. В. Шотт подчеркнул, что необходимо больше внимания уделять учебе молодых врачей, участковых терапевтов, хирургов да и ординаторов-хирургов клиник, способствовать повышению их профессионального уровня и мастерства. Следует также обратить внимание на разумную специализацию хирургических стационаров, лучше использовать диагностическую и лечебную аппаратуру, привести в соответствие штаты хирургических стационаров с возросшим и усложнившимся объемом работы. Пора более активно внедрять в практику новые методы лечения, сделать диспансеризацию активным методом оздоровления больных. Много еще надо работать над решением таких проблем как подбор кадров хирургов, их постоянное совершенствование, повышение роли средних медицинских работников в выхаживании больных и улучшении санитарного состояния хирургических стационаров. Врачебные ошибки... Их каждый из выступавших касался в той или иной степени. Конечно, ошибка ошибке рознь. Ведь работа хирурга не может быть регламентирована только инструкцией или методическим указанием. Работа хирурга должна быть творческой. Поэтому ошибки могут быть и от них никто не застрахован. Но для того, чтобы ошибок было меньше, надо более активно повышать свои профессиональные знания, чаще советоваться с коллегами и старшими товарищами, вскрывать, а не замалчивать собственные ошибки, учиться на них.

Доцент Б. И. МАЦКЕВИЧ (кафедра детской хирургии Гродненского медицинского института) сказал, что смерть каждого ребенка противоестественна. Зачастую такой исход зависит от врачебных ошибок. А ведь не всегда легко правильно диагностировать острое заболевание органов брюшной полости у ребенка на догоспитальном этапе. Поэтому целесообразно всех детей, у которых появились боли в животе, госпитализировать в хирургический стационар под наблюдение хирурга. В Гродно госпитализируются все дети с болями в животе, поэтому за последние 5—6 лет по городу не было ни одного случая смерти детей от острого аппендицита. Назрела необходимость в оснащении детских хирургических стационаров более современной аппаратурой, следует больше внимания уделять районным больницам, где зачастую работают 1—2 хирурга, которые не в состоянии обеспечить круглосуточное активное дежурство.

Доктор медицинских наук А. И. БОРИС (главный хирург Белорусской железной дороги) отметил, что вопросы, обсуждаемые за «Круглым столом», злободневны. В выступлениях много внимания уделялось клинике и лечению острых заболеваний органов брюшной полости, что несомненно важно и нужно. Но выступающие мало внимания обращали на организационную сторону обсуждаемой проблемы. Многие практические хирурги плохо осведомлены об официальных документах по организации хирургической службы, недобросовестно относятся к ведению медицинской документации. Все это порождает ошибки в организации, а значит и в лечении больных. Необходимо еще с первых курсов медицинского института прививать студентам любовь к профессии, воспитывать у них ответственность за больных, доверивших им свое здоровье, знакомить с основами организации различных служб здравоохранения, с принципами деонтологии и медицинской этики.

Перед собравшимися с интересной лекцией «Лечение больных после родовыми и гинекологическими перитонитами» выступил заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Витебского медицинского института профессор Н. Ф. ЛЫЗИКОВ (лекция будет опубликована в одном из номеров журнала «Здравоохранение Белоруссии»).

В заключение профессор И. А. Инсаров поблагодарил присутствующих за интересные выступления, которые еще раз подчеркнули важность об-

суждаемой проблемы. Необходимо и в дальнейшем совершенствовать свое профессиональное мастерство, добросовестно, честно и с любовью относиться к больным, которые доверяют нам свою жизнь и здоровье.