

Клиническая и практическая медицина.

ОБ АППЕНДИЦИТАХ.

(Настоящий доклад посвящаю памяти дорогого и близкого моему „я“ Александра Александровича Паперны, по просьбе которого я его писал для медработников нашего уезда)

Др В. О. Моразон

Вопрос об аппендицитах сравнительно нов; только к концу 18 века и началу 19 появилось учение о нарывах, возникающих в подвздошной ямке и только в 90-ых годах 19 века введен был самый термин „аппендицит“. Это было результатом победы нового учения над старым, между которыми происходила борьба в вопросе о том, что является исходным началом данного заболевания слепая кишка или червеобразный отросток? Вопрос об аппендицитах будет всегда новым поскольку это заболевание лечится оперативно, а здесь то устанавливаются те или другие особенности случаев, объясняющие разные клинические картины заболевания.

Всех случаев аппендицита, протекавшие под моим наблюдением до 1922 г. было 93. Из них 22 прошли при консервативном лечении и 71 случай оперирован. Все больные были до 30 л. возраста за исключением 4 х случаев, которым было свыше 30 лет. Когда я оперировал, то всегда старался сравнивать патолого-анатомическую картину с клинической и старался установить соответствие между той и другой.

Патолого-анатомич. данные установленные при операциях: а) Положение слепой кишки и червеобразного отростка и его длина. Один раз слепая кишка и червеобразный отросток были слева в левом грыжевом мешке; 2 раза они находились в области пупка, 1 — червеобразный отросток был завернут кверху и находился у нижнего края печени; 2 раза в тазу, 1 лежал за брюшиной, так что я принужден был частично его резецировать; остальные находились в нормальном месте, в подвздошной ямке. Длина отростка колебалась от 2 до 18 сантиметров. б) Изменения в состоянии червеобразного отростка и слепой кишки:

В одном случае червеобразный отросток был нормален, а слепая кишка воспаленно изменена, ее стенки были плотны и толсты, белесоваты.

В одном случае полное зарощение червеобразного отростка и изменение стенок слепой кишки; сальник был приращен к слепой кишке плотными спайками.

В 4-х случаях червеобразный отросток был зарощен частично; слепая кишка воспалительно изменена; сальник прикреплен

спайками к слепой кишке; в одном из этих случаев он был сращен и с тонкими кишками.

В 2 х случаях червеобразный отросток представлял из себя крошковатую плотную ломающуюся массу; слепая кишка была изменена; окружающие кишки и сальник спаяны.

В 6-ти случаях червеобразный отросток был перфорирован: перфорирующая язва в одном из этих случаев находилась у основания отростка, в другом посредине и червеобразный отросток был разделен на две части, в четырех у конца отростка. Слепая кишка изменена; окружающие тонкие кишки и сальник спаяны. В десяти случаях червеобразного отростка не искал (это были случаи гнойного перитонита).

В остальных 47 случаях червеобразный отросток представлял ту или другую картину воспаления: утолщенный сочный, утолщенный красный плотный, утолщенный белесоватый, твердый. В 2 случаях было туберкулезное поражение червеобразного отростка. В 16 случаях из 47 слепая кишка была нормальна. Окружающие тонкие кишки свободны. Сальник в 7 случаях легко спаян со слепой кишкой в) Содержимое червеобразного отростка: 11 — остицы и кал; 6 — камни; 4 — кал; 1 — гной; 1 — ячменное зерно; 38 — слизь различных видов: кровянистая, гнойно-видная, каловая; 10 — не искал.

При сопоставлении анатомич. картины с клинической получалось следующее: все 13 случаев представлявшие глубокие изменения червеобразного отростка протекали клинически при тяжелых приступах с высокой температурой.

Десять неразрысанных червеобразных отростков относятся к тем случаям, где процесс протекал в пяти случаях как разлитой перитонит и в пяти случаях как ограниченный гнойный перитонит.

Остальные 47 случаев распределяются следующим образом: в 15 острых приступах не было, а было хроническое течение с небольшим повышением температуры, чувством давления под ложечкой и ноющими болями в правой подвздошной области; в 32 случаях были острые приступы с температурой различной высоты.

На случаи хронического течения приходится и два случая туберкулезного поражения.

Если принять во внимание, что среди хронических случаев только в трех было изменение слепой кишки и ни в одном слу

чае не было спаек сальника и кишек, то становится ясным, что между продолжительностью страдания при хронич. течении нет соответствия в анатомических изменениях, но это не значит еще, что каждый хронический случай не может стать острым.

Привожу пример: Больная Ц. в течении двух лет страдает ноющими болями в правой подвздошной области, чувством давления под ложечкой, но временно вздутием живота и иногда легким повышением температуры. Во время операции находим в червеобразном отростке камень, который уже образовал пролежень слизистой и мышечной оболочки. Еще момент и перфорация, а дальше перитонит.

Еще при рассмотрении патологоанатомической картины приходится обратить внимание на то, что первопричиной аппендицитов и перитифлитов являются червеобраз. отростки, потому что они бывают всегда изменены, а кишка часто не участвует в процессе воспаления.

Группировка аппендицитов:

Излагая патологоанатом. картину случаев аппендицита оперированных мною и усматривая соответствие между патологической и клинической картиной, я полагаю что в основу деления аппендицитов следует положить, как это сделано проф. Ростовцевым анатомич. распространение болезненного процесса и с этой точки зрения разделить их на 4 группы: первая группа: изменения касаются только червеобразного отростка: в эту группу входят хрон. катарральные аппендициты и ненормально расположенные отростки, которые клинически характеризуются коликой в области червеобразного отростка без анатомического его изменения.

Вторая группа—Изменения касаются не только червеобр. отростка, но и слепой кишки. В эту группу входят отчасти хронич. катар процессы и остро протекающие аппендициты с высокой температурой, но без нагноения.

Третья группа: Изменения захватывают и окружающие кишки и сальник. Клинически это будут остро протекающие заболевания и в большинстве случаев с нагноением (огранич. перитонит)

Четвертая группа: Различные перигониты.

Еще в особую группу следует отнести туберкулезные заболевания червеобр. отростка и слепой кишки.

Диагностика аппендицитов.

Из изложенных выше особенностей в положении слепой кишки следует предостережение не ставить диагноз аппендицита только там где находим болезненность в Мак Буревской точке: не всегда там аппендицит, где болезненность есть и не всегда там нет аппендицита, где этой болезненности в этой точке нет. Для правильной диагностики следует всегда помнить о ненормальных положениях слепой кишки и отростка, и помня, нужно уметь искать и находить слепую кишку упражняясь в изследовании внутренностей брюшной полости по Образцову.

Далее нужно всегда дифференцировать между аппендицитом, страданием правостороннего яичника, псоитом, нейралиями области подвздошной ямки и другими болезненными явлениями всех органов полости живота

В этих случаях больные жалуются на чувство давления под ложечкой, тошноту по