

В.И. Колесов

Острый аппендицит

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 617
ББК 54.5
В11

В11 **В.И. Колесов**
Острый аппендицит / В.И. Колесов – М.: Книга по Требованию, 2023. – 266 с.

ISBN 978-5-458-32932-3

ISBN 978-5-458-32932-3

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2023
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2023

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первоизданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

Успехи лечения острого аппендицита зависят от применения ранней операции — удаления воспаленного червеобразного отростка. Несмотря на попытки ревизии идеи ранней операции, она по-прежнему имеет огромное значение для лечебной практики. Повсеместное внедрение ранней операции привело к резкому снижению летальности при остром аппендиците, исчисляемой теперь долями процента.

Раннее оперативное лечение острого аппендицита и применение антибиотиков дало небывалое уменьшение числа осложнений. Сепсис, пилефлебит и другие тяжелые гнойные и гнилостные процессы, столь нередкие в недалеком прошлом, теперь почти исчезли.

Идея раннего оперативного лечения острого аппендицита получила широкое признание. Однако практическая реализация ее все еще встречает известные трудности. И здесь с прежней остротой встают проблемы своевременной госпитализации больных и точного распознавания острого аппендицита.

Широкое распространение раннего оперативного лечения острого аппендицита, кроме огромной пользы, имело и некоторые отрицательные следствия. Срочное оперативное вмешательство стали иногда применять без должного обследования больных и без выяснения точного диагноза. Можно полагать, что в настоящее время нет нужды в изменении сложившихся методов лечения острого аппендицита, но имеется необходимость в улучшении его диагностики.

Особого рассмотрения заслуживает вопрос о лечении больных с быстро проходящим приступом острого аппендицита. В подобных случаях практические врачи испытывают затруднения в выборе лечебной тактики: одни склоняются к оперативному лечению, другие находят его излишним, третьи, предусмотрительно избегая обозначения «острый аппендицит», ставят диагноз «аппендикулярной или кишечной колики», чтобы найти оправдание отказу от оперативного вмешательства.

Освещение поставленных здесь и ряда других вопросов дано в соответствующих главах этой книги.

Глава I

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

Руководствуясь характером принятых в разное время оперативных вмешательств и показаний к ним, историю учения об аппендиците целесообразно разделить на четыре периода.

Первый период, продолжавшийся несколько веков, вплоть до 1884 г., характеризуется тем, что хирурги в то время производили лишь вскрытие гнойников правой подвздошной области, не удаляя самого червеобразного отростка.

Второй период охватывает приблизительно 25 лет (с 1884 - 1909 гг.) и знаменателен тем, что отросток стали удалять в остром периоде заболевания, но только при наличии разлитого или ограниченного перитонита.

Третий период длился около 20 лет (с 1909 по 1926 гг.). В эти годы применяли оперативное лечение острого аппендицита в первые 24-48 часов от начала заболевания. В более поздние периоды болезни при отсутствии тяжких гнойных осложнений (перитонит, аппендикулярные гнойники) применяли консервативное лечение.

Четвертый период (с 1926 г. по настоящее время) проходит при господстве доктрины оперативного лечения всех форм острого аппендицита независимо от срока заболевания.

Первый период. О существовании гнойников правой подвздошной области знали давно. Нередко эти гнойники связывали с воспалительными изменениями в мышцах и называли «псоитами»; предполагали также, что указанные гнойники являются послеродовыми осложнениями, поэтому в старину их называли «маточными нарывами».

В начале XIX столетия французским клиницистом Дюпюитреном (Dupuytren) было создано учение о воспалении слепой кишки как причине подвздошных нарывов. Дюпюитрен ошибочно считал, что слепая кишка имеет мезоперитонеальное расположение, т. е. покрыта брюшиной только - с трех сторон, а потому процессы, развивающиеся в слепой кишке, могут быстро переходить на забрюшинную клетчатку и вызывать в ней обширное нагное-

ние. Это учение было поддержано немецким врачом Альберсом (Albers, 1838), который причиной воспаления слепой кишки считал копростаз.

Так возникли термины «тифлит», «пери- и паратифлит», которыми стали обозначать заболевания слепой кишки, ее брюшинного покрова и окружающей клетчатки.

Учение Дюпюитрена и Альберса вскоре прочно вошло в медицину и долго было серьезным препятствием на пути к выяснению истинной причины «подвздошных нарывов».

Несмотря на всеобщее признание этого учения, в литературе все же стали появляться указания на возможность заболевания червеобразного отростка. Сначала были приведены лишь отдельные наблюдения (Ваглер и Родер — Wagler a. Roder). В 1828 г. Мелье обнаружил прободение червеобразного отростка и высказал предположение о возможности оперативного лечения таких больных.

В 1842 г. венский патологоанатом Рокитанский (Rokitansky) указал на возможность катарального воспаления в отростке. Это послужило толчком к тому, что червеобразному отростку стали уделять больше внимания. Так, Бурне (Burne), Фольц (Folz), Бамбергер (Bamberger) и др. одной из причин подвздошных нарывов уже считали воспаление отростка.

Немалую роль в борьбе с теориями Дюпюитрена и Альберса сыграли работы русских ученых, которые в числе первых выступили с критикой этого ложного учения.

Еще в 1850 г. в лекциях слушателям Медико-хирургической академии П. Ю. Неммерт указывал, что прободение червеобразного отростка, наступающее будто бы в результате попадания в него инородных тел, может послужить причиной образования подвздошных нарывов.

П. С. Платонов (1853) посвятил изучению перитифлита диссертацию, в которой доказывал, что одной из причин подвздошных нарывов является воспаление червеобразного отростка.



П. Ю. Неммерт (1819 - 1858)

Наконец, врач-тульской больницы Г. Шахтингер (1861) в специальном исследовании рассматривал воспаление червеобразного отростка как самостоятельную нозологическую единицу.

Тем не менее немногочисленных секционных находок и отдельных наблюдений того времени было недостаточно для того, чтобы полностью отказаться от мысли о возможности образования подвздошных абсцессов в результате воспаления слепой кишки. Конечно, при таком состоянии клинических знаний, к тому же в доантисептическом периоде, лечение острого воспаления червеобразного отростка могло быть только консервативным.

Оперативному лечению подвергали лишь немногих больных с ограниченными гнойниками. Обычно делали небольшой разрез в правой подвздошной области соответственно припухлости, вызванной скоплением здесь гноя.

Показания к операции ставили лишь при вовлечении в нагноительный процесс брюшной стенки. Вскрытие таких гнойников осуществлялось легко и даже в доантисептических условиях не представляло опасностей.

Нередко такие гнойники опорожнялись самопроизвольно, производя значительное разрушение брюшной стенки. Естественно, что в то время подвздошные гнойники были очень опасным заболеванием, так как больные, не дождавшись операции, нередко умирали от сепсиса. Больных же с перитонитом не оперировали вообще.

Внедрение в хирургическую практику асептики и антисептики и в связи с этим быстрое развитие хирургии брюшной полости привели к существенному изменению тактики при лечении подвздошных нарывов.

В 1881 г. московский хирург А. И. Шмидт впервые в мире произвел лапаротомию при разлитом гнойном перитоните с блестящим результатом. Вскоре эта операция получила более широкое распространение и стала применяться не только с лечебной, но и с диагностической целью. Многие больные с перитонитом аппендикулярного происхождения, которые в прежние времена были обречены на смерть, стали выздоравливать благодаря оперативному лечению (А. Кармилов, П. Ф. Боровский и др.).

Одновременно с развитием хирургии углублялись знания в области анатомии. Так, работы русских ученых А. И. Таренцкого (1881), а в последующем Г. И. Турнера (1892), посвященные топографии слепой кишки и червеобразного отростка, способствовали установлению правильных взглядов на происхождение подвздошных нарывов. Было установлено, что слепая кишка располагается внутрибрюшинно, а потому при ее воспалении процесс не может переходить на забрюшинную клетчатку.

Приблизительно в это же время удалось доказать, что червеобразный отросток часто является причиной внутрибрюшинных гнойников, которые не обязательно располагаются в правой подвздошной области, а занимают и другие отделы брюшной

полости, так как отросток имеет брыжеечку, и положение его может варьировать.

По мере накопления фактов, отвергающих роль слепой кишки в образовании подвздошных нарывов, стала неуместной и терминология, укрепившаяся в медицине после выхода в свет работ Альберса.

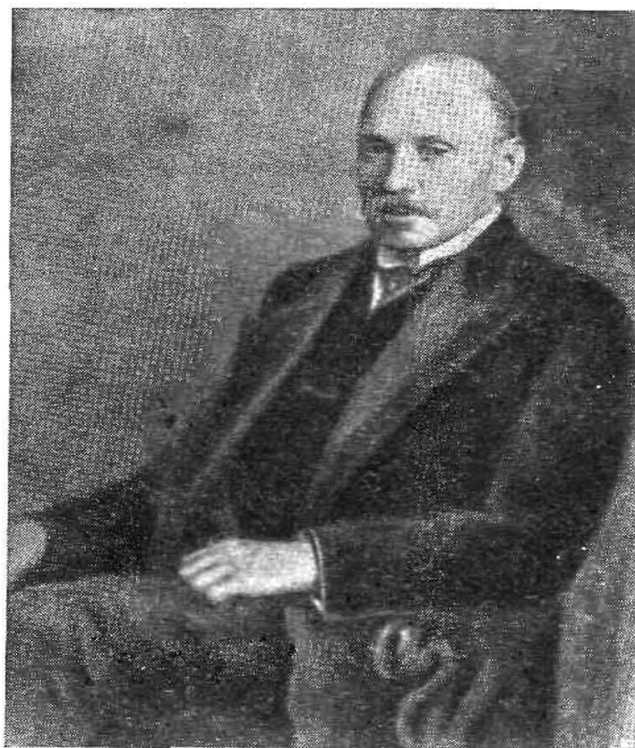
В конце 80-х годов прошлого столетия комиссией американских врачей во главе с Фитцем (Fitz) был предложен термин «аппендицит». Название это наиболее точно и правильно отражало анатомическую природу заболевания. Уже в то время анатомы и клиницисты нередко называли червеобразный отросток (*processus vermicularis*) «придатком» кишки (*appendix*). Отсюда и появился термин «*appendicitis*».

С середины 80-х годов прошлого столетия начинается второй период в развитии учения об аппендиците. В это время удаление червеобразного отростка производили лишь при наличии перитонита и аппендикулярных гнойников.

Впервые червеобразный отросток был удален в 1884 г. Независимо друг от друга эту операцию выполнили в Англии Махомед (Mahomed) и Германии Кронлейн (Kronlein) при осложненных формах аппендицита. В первом случае отросток был удален при наличии гнойника; во втором — при разлитом гнойном перитоните.

К 1888 г. во всем мире были произведены операции на червеобразном отростке только у 9 больных. В числе оперировавших хирургов встречаются такие имена, как Махомед (1884), Кронлейн (1884), Брайент (Brayant, 1886), Вейр (Weir, 1887), Розенберг (Rosenberg, 1887), Мортон (Morton, 1887), Тревес (Treves, 1887). Трое из оперированных больных вскоре умерли.

При упоминании первых попыток, направленных на расширение объема оперативного лечения острого аппендицита, следует назвать имена наших соотечественников, труды которых пока не отражены в литературе.



К. П. Домбровский (1852-1919).

28/IV 1888 г. К. П. Домбровский оперировал в Петропавловской больнице 3-летнего ребенка по поводу аппендикулярного гнойника и произвел перевязку червеобразного отростка у его основания. Операция эта описана К. И. Змигородским в докладе «О внебрюшинных нагноениях стенок живота и таза», сделанном 5/III 1890 г. на заседании хирургического общества Пирогова.

В 1889 г. А. А. Бобров удалил часть червеобразного отростка у больного с аппендикулярным инфильтратом.¹

Операции К. П. Домбровского и А. А. Боброва были первыми попытками русских хирургов расширить объем оперативного вмешательства при воспалении червеобразного отростка.



А. А. Бобров (1850 - 1904).

В 1890 г. А. А. Троянов выполнил первую в России аппендэктомию.² В последующем эту операцию стали производить не только в клинических и городских больницах, но и в провинциальных лечебных учреждениях. В дальнейшем на протяжении почти полвека (до 30-х годов текущего столетия) показания к аппендэктомии составляли наиболее важный вопрос в проблеме острого аппендицита.

В конце XIX и в начале XX столетий подавляющее большинство врачей всего мира стояло на по-

зиции выжидательно-консервативного лечения острого аппендицита. Это означало, что больных с острым аппендицитом должен был лечить только хирург; в начале приступа все больные подвергались консервативному лечению (покой, диета, опий или слабительное, тепло или холод) и лишь при наличии осложнений в виде перитонита или аппендикулярных гнойников применялось оперативное вмешательство. Такую тактику оправдывали в то время тем, что не в каждом случае воспаление червеобразного отростка давало осложнения и что, наблюдая за больным, хирург имеет возможность в любой момент произвести операцию при угрозе перитонита.

Одновременно с этим некоторые врачи придерживались более

¹ Г. И. Барадулин. Аппендицит. М., 1903.
² Ф. Л и б и х. Дисс., СПб., 1904.

радикальной тактики в лечении аппендицита. Так, некоторые американские и английские хирурги (Фитц, Вейр, Мак-Бурней — McBurney, Тревес) рекомендовали оперировать больных еще до развития осложнений.

В Германии их поддерживали Шпренгель (Sprengel), Ридель (Riedel) и др.; в России — А. А. Троянов, Г. Ф. Цейдлер, Ф. И. Березкин, И. Д. Сарычев и др.

Французский клиницист Дьелафуа (Deilafoy) говорил, что от аппендицита никто не должен умирать, а этого можно добиться, если всех больных этим заболеванием будут оперировать.

Желание предотвратить заболевание червеобразного отростка привело к тому, что в Америке некоторое время производилась профилактическая аппендэктомия при всякой лапаротомии даже у здоровых людей и новорожденных. Однако подобная тактика вскоре была осуждена и оставлена. Не оправдало надежд и диаметрально противоположное направление — сугубо консервативное лечение, т. к. оно было сопряжено со всеми опасностями тяжких осложнений (разлитой перитонит, аппендикулярные абсцессы и пр.).



А. А. Троянов (1848 - 1916)

В целях профилактики перитонита и гнойников в это же время стали удалять отросток по поводу хронического аппендицита, а также в период затихания острого воспалительного процесса в целях предотвращения рецидивов. В конце XIX и в начале XX столетия операция в холодном периоде была, пожалуй, больше распространена, чем в остром.

В России хирурги Обуховской больницы во главе с А. А. Трояновым и Г. Ф. Цейдлером оперировали больных преимущественно в остром периоде заболевания, тогда как хирурги московских клиник во главе с А. А. Бобровым и П. И. Дьяконовым, а также хирурги большинства московских городских больниц оперировали больных в период «затишья».

Однако выжидательно консервативная тактика лечения аппендицита давала неблагоприятные результаты. Летальность при

перитоните в эти годы достигала 80 - 90%, а при наличии гнойников — до 30%.

В результате запоздалых операций хирурги, даже пользуясь широкими разрезами, не всегда имели возможность удалить измененный червеобразный отросток. В тех случаях, когда отросток удавалось найти, обрабатывали культю недостаточно надежно (лигатурный способ), а брюшную полость тампонировали

из-за наличия в ней гноя. Это часто приводило к образованию каловых свищей и вентральных грыж.

Неутешительные результаты оперативного лечения осложненного аппендицита побуждали пересмотреть вопрос о хирургической тактике при этом заболевании и расширить показания к аппендэктомии. Начался третий период развития оперативного лечения острого аппендицита, характеризующийся удалением червеобразного отростка в первые 24 — 48 часов от начала заболевания.

Решающую роль в переходе русских хирургов на новые позиции в отношении лечения острого аппендицита сыграл IX съезд - Российских хирургов (1909), на котором



П. И. Дьяконов (1855—1908).

Г. Ф. Цейдлер обосновал преимущества ранней операции. Начало этого периода в других странах относится также к первому десятилетию XIX столетия. Так, из доклада де Кервена (De Qervain), сделанного на заседании Швейцарского хирургического общества в 1913 г., следует, что в 1908 - 1913 гг. 84% больных острым аппендицитом подвергались оперативному лечению и только 6% больных лечились консервативно, причем 60% операций были выполнены в ранние сроки. По статистике же Сали, относящейся к 1895 г., эти соотношения были обратными: 0% больных оперировано и 84% лечено консервативно.

В 1910 г. на съезде германских хирургов Кюммель (Kummel) указал, что в течение последних 3 лет, т. е. с 1908 г., он оперировал больных в первые 24-48 часов от начала заболевания. Не-

сколько раньше его подобной тактике стали придерживаться Шпренгель, Ридель, Рен (Rehn).

В начале текущего столетия ранняя операция производилась только у больных с подозрением на деструктивную форму аппендицита. При более легком течении заболевания, как и раньше, применялось консервативное лечение.

При подобной тактике оставалась высокой летальность, хотя она и снизилась по сравнению с предыдущим периодом. Так, по данным Обуховской больницы, летальность при разлитом перитоните аппендикулярного происхождения в 1903 г. достигала 79,7%, а после применения ранней операции (1909) снизилась до 32,2%. Наилучшие результаты были получены при операции в течение 2 суток от начала заболевания, причем даже при наличии разлитого перитонита умерло только 2,8% больных. Общая послеоперационная летальность при остром аппендиците снизилась с 50,7% (1905-1908) до 21,1% (1909-1912).

Такие же результаты были получены и в московских городских больницах — Старо-Екатерининской и имени братьев Бахрушиных. Здесь после применения ранней операции в остром периоде летальность снизилась с 36,8 и 44,4% до 7,5%; при лечении разлитого перитонита летальность все еще оставалась высокой и достигала соответственно 18,4 и 69,5%. Естественно, что такие результаты не удовлетворяли хирургов, поэтому в последующие годы ранняя операция стала применяться у всех больных вне зависимости от формы заболевания и лишь ограничивалась временем, прошедшим с момента приступа (вмешательство производилось не позднее 48 часов от начала заболевания).

Подобная тактика оправдывалась тем, что клиническое течение аппендицита, особенно в первые часы заболевания, не соответствует патологоанатомическим изменениям в отростке, и предсказать исход заболевания удастся не всегда. В то время думали, что по прошествии 48 часов воспалительный процесс либо стихает, либо ограничивается. Оперировать больных в межуточной стадии, т. е. на 3-7-е сутки, считали опасным из-за разрушения естественного ограничительного «барьера» и возможности распространения инфекции. В то время операция в межуточном периоде считалась показанной только при нарастании общих явлений и угрозе разлитого перитонита.

Применение ранней операции, даже производимой в первые 48 часов от начала заболевания, резко уменьшило число больных с осложненным острым аппендицитом и снизило послеоперационную летальность.

В то время было обращено внимание на улучшение техники операции. Был оставлен метод промывания брюшной полости, применявшийся раньше при лечении перитонита. Резко сузились показания к тампонаде брюшной полости. Вместо больших травматичных разрезов перешли к применению тех же разрезов, которые употребляются и при лечении хронического аппендицита.

Наибольшее распространение получили разрез Леннандера и разрез, предложенный Н. М. Волковичем и Мак Бурнеем. Перитонизация культи червеобразного отростка считалась обязательной во всех случаях. Таким образом, техника операции при остром и хроническом аппендиците стала почти одинаковой.

Однако принцип ранней операции как на Западе, так и в условиях дореволюционной России не всегда мог быть осуществлен из-за поздней обращаемости больных к врачу. Большинство больных с аппендицитом поступало в стационар по прошествии 48 часов, нередко с наличием тяжелых осложнений. Причина поздней обращаемости больных лежала в непонимании ими опасности острого аппендицита, а также в отсутствии надлежащей медицинской помощи, особенно в провинции царской России.

Только с победой Великой Октябрьской социалистической революции стало возможным решение проблемы лечения острого аппендицита. Благодаря бесплатной медицинской помощи, широкой сети лечебных учреждений, санитарно-просветительной работе среди населения и поднятию материально-культурного уровня населения удалось добиться ранней обращаемости больных к врачу и своевременной госпитализации, а это привело почти к полной ликвидации летальности при остром аппендиците.

Четвертый период в развитии оперативного лечения острого аппендицита характеризуется применением ранней операции вне зависимости от срока и формы заболевания.

Современное понятие ранней операции означает выполнение аппендэктомии в первые часы после поступления больных в стационар. Подобная тактика является наиболее правильной, так как позволяет избежать осложнений, связанных с выжиданием. Такой вопрос, как несоответствие клинической и патологоанатомической картины заболевания, в значительной мере потерял свою остроту вследствие применения раннего оперативного лечения всех больных острым аппендицитом.

Началом этого периода мы условно считаем 1926 г., хотя до 30-х годов текущего столетия единодушие во взглядах хирургов по вопросу о показаниях к операции не существовало.

Как видно из анкеты, разосланной журналом «Хирургия» в 1927 г., большинство хирургов нашей страны оперировало больных с острым аппендицитом в первые 48 часов от начала заболевания.

К 30-м годам текущего столетия большинство хирургов всего мира стало производить операцию при остром аппендиците вне зависимости от формы и срока заболевания.

Решающую роль в деле перехода хирургов нашей страны на новые позиции в вопросах оперативного лечения острого аппендицита сыграла Ленинградская городская и областная конференция, организованная в 1934 г. Институтом скорой помощи при непосредственном участии и руководстве Ю. Ю. Джанелидзе.

На конференции было показано, что своевременная госпита-