

И. Х. ГЕВОРКЯН

## ХРОНИЧЕСКИЙ АППЕНДИЦИТ — АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ\*

Среди хирургических заболеваний органов брюшной полости аппендицит занимает ведущее место. Однако если по поводу острого воспаления червеобразного отростка имеются более или менее четкие методические указания, то в отношении ряда вопросов хронического аппендицита в литературе до сих пор много спорных и неясных положений, в частности в вопросе о существовании первично-хронического воспалительного процесса в червеобразном отростке и вытекающих отсюда вопросах классификации, клиники, диагностики и хирургической тактики лечения. Доминирующее в литературе мнение, будто хронический аппендицит возникает в результате острого воспалительного процесса в отростке, приводит к недооценке роли хронического воспалительного процесса в червеобразном отростке в патологии брюшной полости, что отрицательно сказывается на дальнейшей научной разработке многих вопросов хронического аппендицита. Этому обстоятельству способствовало необоснованное увлечение в прошлом диагнозом «хронический аппендицит» и широкое применение аппендектомии без достаточных на то оснований. В результате этого наблюдались частые диагностические ошибки, а в послеоперационном периоде — значительный процент рецидива дооперационных жалоб больных, в частности болей в правой подвздошной области.

Все сказанное привело к тому, что многие хирурги стали отрицательно относиться к проблеме хронического аппендицита, а органы здравоохранения даже установили своеобразный, правда неофициальный, лимит частоты допустимости аппендектомии по поводу хронического аппендицита по сравнению с частотой аппендектомии, произведенной по острым показаниям (1:5).

Между тем жизнь показывает иное. Ежегодно в СССР производится свыше 500 тысяч аппендектомий по поводу хронического воспаления червеобразного отростка с различными осложнениями, процент которых колеблется от 1 до 11. Одним из грозных послеоперационных осложнений является спаечная болезнь с летальностью до 14% [4]. Только в од-

\* Доложено на научной сессии ЕрМИ 9/IV 1970 г.

ной УССР ежегодно производится свыше 100.000 аппендектомий по поводу хронического аппендицита с летальностью в 0,04% [3]. По данным А. Г. Караванова [3], из плановых оперативных вмешательств в хирургических стационарах Украины наиболее часто производят аппендектомию по поводу хронического аппендицита. Так, в 1967 году аппендектомия по поводу хронического воспаления червеобразного отростка составила 22,7% всех плановых операций.

В госпитальной хирургической клинике Ереванского медицинского института в течение последних 10 лет больные с диагнозом хронического аппендицита составили от 5,5% до 16,2%, в среднем 11,5% всех больных, поступивших на стационарное лечение, а аппендектомия по поводу этого заболевания в то же время составила от 15,4 до 26,5%, в среднем 20,9% всех плановых оперативных вмешательств.

Таким образом, хронический аппендицит является весьма распространенным заболеванием в нашей стране, имеющим социальное значение и с этой точки зрения являющимся актуальной проблемой современной хирургии.

Возникает необходимость с помощью современных методов комплексного исследования дать окончательный ответ на ряд спорных вопросов, тем более, что разностороннее изучение воспалительного процесса в червеобразном отростке с позиций взаимосвязи и взаимообусловленности острого и хронического воспаления, с одной стороны, может открыть новые возможности в деле профилактики тех грозных осложнений, которыми еще чреват острый аппендицит, а с другой, лучше распознать и обоснованно лечить больных с хроническим аппендицитом.

Более 15 лет на кафедре госпитальной хирургии Ереванского медицинского института проводились разносторонние исследования больных и удаленных у них червеобразных отростков.

Детальному изучению были подвергнуты истории болезни 5.073 больных, оперированных в клинике с диагнозом аппендицита, из них 2716 человек по поводу острого и 2357 человек — хронического аппендицита. Кроме изучения вопросов симптоматологии, клиники, распознавания, дифференциальной диагностики, лечения и его ближайших и отдаленных исходов, были проведены следующие исследования.

В группе больных с острым аппендицитом у 420 человек была исследована белая кровь, взятая из периферии (палец руки), и у 127 больных — белая кровь, взятая из брыжейки отростка во время операции, у 466 больных изучен полученный из брюшной полости экссудат, произведено исследование содержимого 158 червеобразных отростков и бактериологический анализ 157 удаленных отростков. 253 отростка были подвергнуты патоморфологическим исследованиям: макроскопически изучалась длина и окружность отростков, толщина и слоистость их стенок, диаметр просвета, частота его облитерации и состояние брыжейки; микроскопически были исследованы цитология, морфология и интрамуральная нервная система червеобразных отростков.

В группе больных с хроническим аппендицитом у 853 больных бы-

ла проведена клинико-рентгено-морфологическая параллель, исследована микрофлора 46 отростков, длина, окружность, толщина стенок, просвет отростка, его содержимого и состояние брыжейки 160 отростков, микроскопическая картина около 1700 удаленных отростков, цитология — 34, интрамуральная нервная система — 28 и гистохимия — 15 червеобразных отростков.

С целью контроля были проведены микроскопические исследования, в том числе интрамуральной нервной системы, 54 червеобразных отростков, взятых из трупов преждевременно родившихся детей и умерших от родовой асфиксии и пневмонии.

Анализ и сопоставление результатов клинических наблюдений и разнообразных исследований дали нам основание прийти к заключению, что хронический аппендицит возникает не только после перенесенного острого воспаления, а может развиваться самостоятельно, в виде первичного воспалительного процесса. Более того, результаты наших исследований показали, что в 98,0% удаленных по поводу острого аппендицита червеобразных отростков имеет место, наряду с острым, наличие хронического воспалительного процесса.

Итак, с фактом существования в практической медицине первично-хронического аппендицита необходимо считаться.

Сами анатомические особенности червеобразного отростка создают необходимые предпосылки (застой, инородные тела, повреждения слизистой оболочки отростка и др.) для развития в нем хронического воспалительного процесса. Последний возникает исподволь, протекает часто скрыто. В отдельных случаях, сопровождающихся тупыми болями и другими диспептическими расстройствами, в частности запорами, больные не придают им значения или же у них диагностируется хронический колит, от которого они и лечатся годами. И только при усилении этих болей и возникновении ряда субъективных жалоб и объективных изменений больной попадает к хирургу. Однако и последнему нелегко разобраться в бедном и весьма пестром симптомокомплексе хронического аппендицита, чтобы поставить правильный диагноз заболевания. Отсюда важность дальнейшего изучения симптоматологии, клиники и распознавания хронического аппендицита, в частности его первично-хронической формы.

Прежде всего о его классификации. Мы считаем целесообразным придерживаться следующей клинической классификации хронического аппендицита: первично-хронический и вторично-хронический аппендицит. Последний имеет остаточную и рецидивирующую формы и может возникнуть как в результате перенесенного острого воспалительного процесса, так и по другим причинам, в частности при наличии патологической подвижности правой половины толстой кишки.

Мы выступаем против таких терминов, как аппендикулярная колика, псевдоаппендицит, аппендикопатия и обострение хронического аппендицита, приводящих к путанице и тактическим ошибкам, и считаем, что всякий рецидив хронического аппендицита должен рассматриваться

как острый приступ с вытекающими отсюда показаниями для срочного оперативного вмешательства.

Как было отмечено, симптоматология хронического аппендицита весьма пестрая и бедная. Основными жалобами больных, страдающих этим заболеванием, являются боли и диспептические расстройства. Боли носят постоянный характер, иногда обостряются и имеют самую разнообразную иррадиацию. Среди диспептических расстройств преобладают запоры. Данные объективного исследования также весьма скудные. Кроме болезненности в подвздошной области, как правило, других изменений не удается констатировать. Это обстоятельство приводит к частым диагностическим ошибкам, к неправильной постановке показаний к оперативному лечению и большому проценту рецидива в послеоперационном периоде дооперационных жалоб больных. Частота этого рецидива, по данным различных авторов, колеблется от 2 до 76%.

Поэтому диагноз хронического аппендицита должен ставиться на основании всестороннего анализа жалоб и анамнеза больного, данных объективного обследования и дополнительных исследований, а также тщательно проведенной дифференциальной диагностики со всеми теми заболеваниями, которые сопровождаются болевым синдромом в правой подвздошной области.

Из дополнительных исследований больных с диагнозом хронический аппендицит мы придаем большое значение рентгеновскому обследованию (рентгеноскопии и рентгенографии) илео-цекальной области. Результаты наших исследований позволяют дать высокую оценку этому методу. Так, проведенные нами клинико-рентгено-морфологические параллели у большого числа больных показали, что рентгеновский диагноз хронического аппендицита получил свое морфологическое подтверждение в 99,5% всех отростков, удаленных с диагнозом указанного заболевания. Совпадение же клинического диагноза с рентгенологическим имело место у 86,2% всех больных, обследованных этим методом.

Показания к оперативному лечению больных с хроническим аппендицитом, в частности первично-хроническим аппендицитом, должны ставиться весьма строго. Единственным показанием к оперативному лечению является достоверность диагноза, не вызывающего никаких сомнений у хирурга. При неуверенности в диагнозе оперативное лечение нужно считать противопоказанным и продолжать дальнейшее наблюдение и обследование больного с целью исключения всех тех заболеваний, которые могут протекать с синдромом хронического аппендицита. Пора многим молодым хирургам понять, что необоснованно произведенная аппендектомия под диагнозом хронического аппендицита приносит больным большой вред, в частности способствует развитию спаечной болезни живота с вытекающими отсюда весьма серьезными осложнениями, а произведенная по правильным показаниям аппендектомия при хроническом воспалении червеобразного отростка дает хорошие как непосредственные, так и отдаленные результаты.

Мы изучили отдаленные результаты оперативного лечения хронического аппендицита у 461 больного в сроки от 2 до 10 лет. Выяснилось, что рецидив дооперационных жалоб имел место у 4,0% больных, из них у 1,7% был хронический рецидивирующий аппендицит, у 4,8% — резидуальный и у 7,7% — первично-хронический аппендицит.

96,0% хороших отдаленных исходов нужно считать определенным успехом оперативного лечения больных, страдающих хроническим аппендицитом.

Итак, распознавание и организация хирургического лечения больных хроническим аппендицитом с хорошими исходами сегодня вполне реально и не встречает больших затруднений. Для этого необходимо хирургам нашей страны прийти к единому мнению относительно спорных вопросов хронического аппендицита, иметь общепризнанную классификацию, продолжать дальнейшую разработку вопросов симптоматологии, диагностики и показаний к оперативному лечению этого распространенного заболевания и дать по этим вопросам практическим врачам четкие методические указания.

Госпитальная хирургическая клиника  
Ереванского медицинского института

Поступило 21/IV 1970 г.

Ի. Խ. ԳԵՎՈՐԳՅԱՆ

ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԱՊԵՆԴԻՑԻՏԸ ԺԱՄԱՆԱԿԱԿԻՑ ՎԻՐԱՔՈՒԺՈՒԹՅԱՆ  
ԱԿՏՈՒԱԼ ՊՐՈՔԼԵՄ Է

Ա մ փ ն փ ն ի մ

Վերլուծման են ենթարկվել որդանման ելունի բորբոքումով տառապող 5073 հիվանդների հիվանդության պատմությունները և բազմակի հետազոտությունների արդյունքները (պաթոմորֆոլոգիական, հիստոքիմիական, ռենտգենյան և այլն): Այդ տվյալների հիման վրա հեղինակը գալիս է այն եզրակացություն, որ առաջնային խրոնիկական ապենդիցիտը գոյություն ունի, և որ ժամանակակից հետազոտման մեթոդները հնարավորություն են տալիս այն ճիշտ ախտորոշել և որոշել օպերատիվ բուժման ցուցմունքները:

#### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Геворкян И. Х. Материалы VII съезда хирургов Закавказских республик. Баку, 1967, стр. 16.
2. Геворкян И. Х. Материалы XI пленума Правления научного общества хирургов УССР. Киев, 1968, стр. 32.
3. Караванов А. Г. Там же, стр. 35.
4. Коломийченко М. И. Там же, стр. 22.
5. Шатахян М. П. Диссертация. Ереван, 1963.
6. Шахмурадян М. Т. Диссертация. Ереван, 1968.