

ENSV V VABARIKLIK KIRURGIDE

TEADUSLIK KONVERENTS

PUHENDATUD N. I. PIROGOVI MÄLESTUSELE

TARTU, 9.—11. MAINI 1957. A.

(ETTEKANNETE TEESID)

V РЕСПУБЛИКАНСКАЯ

НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ХИРУРГОВ ЭССР, ПОСВЯЩЕННАЯ ПАМЯТИ Н. И. ПИРОГОВА

TARTU, С 9 ПО 11 МАЯ 1957 Г.

(ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ)

TARTU — TARTU 1957

ENSV V VABARIKKLIK KIRURGIDE

TEADUSLIK KONVERENTS

PÜHENDATUD N. I. PIROGOVI MÄLESTUSELE

Tartu, 9.—11. maini 1957. a.

(Ettekannete teesid)

V РЕСПУБЛИКАНСКАЯ

НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ХИРУРГОВ ЭССР, ПОСВЯЩЕННАЯ ПАМЯТИ Н. И. ПИРОГОВА

Тарту, с 9 по 11 мая 1957 г.

(Тезисы докладов)

TARTU — ТАРТУ 1957



N. I. Pirogov 1832. a. Tartus.

MÕNINGAID KÜSIMUSI KIRURGILISE TEENINDAMISE OLUKORRAST EESTI NSV-S 1956. AASTAL.

Professor L. J. Sostak (Tallinn).

Vabariiklike ja rajoonidevaheliste haiglate kirurgia osakonnad on kohustatud vahetult ravitöö kõrval oma tegevusrajoonis kindlustama kõigi kirurgilise teenindamise harude organiseerimise.

Siiski esineb enamikul neist haiglatest käesoleva ajani nii ravigi kui ka meetodilises töös suuri puudusi seoses nõukogude kirurgilise koolkonna põhiliste taktikaliste ja organisatsiooniliste printsiipide mitteküllaldase juurutamisega praktikasse. Seetõttu on

isegi vabariiklikes haiglais letaalsus põhiliste kirurgiliste haigestumiste puhul jäänud põhjendamatult kõrgeks, tunduval osal juhtudest isegi kõrgemaks vabariigi keskmistest näitajatest, ehkki nendesse haiglatesse ei hospitaliseerita antud haigusgrupi kõige raskemaid juhtusid. Ainult pitsunud songa puhul on neis haiglais saavutatud häid tulemusi.

Letaalsus %-des.

	Tallinna Vabar. Haigla	Tartu Vabar. Haigla	Vabariigi keskmine
Äge ussjätkepõletik	0,3%	0,4%	0,2%
Mulgustunud maohaavand	6,0%	0%	5,4%
Soolesulgus	28,0%	36,8%	22,0%
Pitsunud song	0%	0%	1,9%
Maoreseksioon haavandtöve puhul	6,0%	2,2%	3,3%
Traumaatilised vigastused	2,8%	1,5%	2,7%

Vältimatut kirurgilist abi vajavate haigete hilise hospitaliseerimise protsent on ikka veel väga kõrge — 33,1%. Kirurgid peaaegu ei võta osa võitlusest õnnetusjuhtumite arvu vähendamise eest tööstuses ja põllumajanduses, mistõttu õnnetusjuhtumite sagedus ei vähene, vaid isegi suureneb.

Traumade raskuse kasvamise, s. t. traumahaigete ravi kestuse pikenemise eest lasub suur vastutus kirurgidel, kes ei õpi tundma selle põhjusti.

Me seisame ülesande ees likvideerida suurem ussjätkepõletiku ja pitsunud songa puhul ning alandada suuremust perforeerunud maohaavandi ja soolesulguse puhul vähemalt 2 korda.

See on saavutatav, kui

1) võideldakse nimetatud haigete gruppi varajase hospitaliseerimise eest ja

2) juurutatakse nõukogude kirurgilise koolkonna taktika kõik põhiprintsiibid oma töösse.

Kirurgide lülitamine võitluse tööstus- ja põllumajandustraumatismi vähendamise ning traumaatiliste vigastuste ravi parandamise eest on riikliku tähtsusega ülesanne.

APPENDICITIS ACUTA KIRURGILISE RAVI TULEMUSI TÄNAPÄEVAL.

Prof. A. Linkberg (Tartu).

1) Kliiniline pilt esmakordse appendicitis acuta hoo puhul ei vasta alati laboratoorse uuringu andmetele ja patoloogilis-histoloogilisele leiule ussjätkes.

2) Appendicitis acuta operatiivse ravi näidustuste määramisel tuleb lähtuda peamiselt kliinilisest haiguspildist, sealjuures muidugi arvestades laboratoorseid ja muid uuringuid.

3) Appendicitis acuta kahtluse korral tuleb haige kohe saata kirurgiaosakonda ja mitte jätta kodusele-ambulaatorsele ravile.

4) Väikesed lapsed ei oska sageli valusid lokaliseerida ja seepärast tuleb lapse valukaebuste korral sagedamini mõelda appendicitis acuta'le.

5) Enne lõplikku appendicitis acuta diagnoosi panekut ei ole soovitatav antibiootikumide manustamine, mis mõjustades edaspidiseid uuringuid raskendab nende hindamist.

6) Veelgi paremate tulemuste saavutamiseks appendicitis acuta operatiivses ravis on vaja elanikkonna hulgas tõhustada sanitaarhariduslikku selgitustööd, rõhutades, et ussjätkepõletik on tõsine haigus, mida tuleb ravida operatiivselt, ja mida varem, seda parem.

APPENDICITIS ACUTA RAVIST TALLINNA LINNA II HAIGLAS 1951.—1956. a.

J. Saks (Tallinn).

Tallinna Linna II Haiglas oli ravil 1951.—1956. aastani 1939 appendicitis acuta diagnoosiga haiget, neist destruktivsete apenditsiidi vormidega 940 haiget, sealhulgas apendiksi mulgustusega 164 haiget ja apendikulaarse infiltraadiga 62 haiget. Operatsioonijärgne suremus oli 0,3% (suri 6 apendiksi mulgustusega haiget).

Haiglas kasutatakse kõhukelme põletiku raviks kõhuõõne kuivaks tamponeerimist, kõhuõõnde viiakse penitsilliini ja streptomütsiini pulbri kujul ja peritoneumi õõs suletakse. Operatsiooni-

haava desinfitseeritakse rivanoolilahusega 1:500, furatsilliini-
lahusega 1:4500, penitsilliinilahusega või sublimaadilahusega
1:1000 ja haav suletakse kihtide viisi. Kõhuõont dreneeritakse
eri lõike kaudu sisseviidud kummitoru abil, nii et kummidraän
asetseks haige selili lamades horisontaalses asendis.

J ä r e l d u s e d.

1. Haava desinfitseerimine võimaldab appendicitis perforativa
puhul operatsioonihaava kinni õmmelda, kusjuures haava mäda-
nemine tekib ainult üksikjuhtudel. Kõhuõont on otstarbekas dre-
neerida eri lõike kaudu sisseviidud kummitoru abil.

2. Operatsiooni ajal on soovitav antibiootikume kõhuõõnde
viia pulbrina.

3. Vaja on tõsta elanikkonna meditsiiniliste teadmiste taset,
et vältida haigete hilinenud hospitaliseerimist, mis võimaldaks
apendektoomia järgset suremust vähendada nullini.

MEIE KOGEMUSI PENITSILLIINI KASUTAMISEST ÄGEDA APENDITSIIDI KORRAL.

Med. tead. kand. A. M. Marcinkevičius (Kaunas).

Ägeda apenditsiidi ravi kujutab enesest kuni käesoleva ajani
tähtsat probleemi. Kirurgide kogemused näitavad, et opereeritud
haigetel tekib postoperatiivselt sageli tüsistusi. Võitluses nende
vastu on soovitatud rakendada rida profülaktilisi abinõusid. Vii-
mastel aastatel on penitsilliin leidnud järjest laialdasemat raken-
damist postoperatiivsete tüsistuste profülaktikas. Kuid leidub
võrdlemisi vähe avaldatud materjale penitsilliini rakendamise
tulemustest apendektoomiade puhul.

1953.—1954. a. rakendasime profülaktiliselt penitsilliini 1043-l
ägeda apenditsiidiga opereeritud haigel. Pärast igat apendektoo-
miat kõik ussjätked uuriti patohistoloogiliselt. Opereeritud hai-
getest esines 368-l katarraalne, 395-l flegmonoosne, 175-l
gangrenoosne ja 105-l perforatiivne apenditsiit. Mikrobioloogilisi
uuringuid teostati 170-l juhul. Ussjätke sisaldise mikrofloora
määrati 150-l haigel, seinamuutused 100-l haigel, kõhuõõne
eksudaat määrati 100-l haigel. Ussjätke sisaldise mikrofloora
uuringutel leiti 32 liiki mikroorganisme: aeroobe 16 ning
anaeroobe 16 liiki.

Postoperatiivsetest tüsistustest seisavad kirjanduse andmeil
esikohal mädaprotsessid haavas. See küsimus püsib aktuaalsena
niikaua, kui operatsioonijärgselt esineb eelmainitud tüsistusi.

Meie kliiniku andmetel pärast ägeda apenditsiidi operatiivset ravi juhtudest, mil haav suleti täielikult, esines mädanikke 1946. a. 22%, 1947. a. 16% ja 1950.—1951. a. 14,3%.

Analüüsides meie 1953.—1954. a. kliinilist materjali nähtub, et haigetel, kellele operatsiooni ajal manustati penitsilliini, esines haavamädanikke 1950.—1951. a. 3,5%-l juhtudest ja 1953.—1954. a. 5,9%-l juhtudest.

Penitsilliini profülaktiline rakendamine apendektoomiade puhul annab häid tulemusi, s. o. võimaldab tunduvalt vähendada postoperatiivseid tüsistusi ja seega lühendada haigete statsionaaris viibimise aega. See omakorda aitab kaasa nende töövõimelisuse kiireks taastamiseks, mis omab suurt praktilist tähtsust. Ägeda apenditsiidiga haiged veetsid meil kliinikus keskmiselt 7,9 voodipäeva.

Meie andmed kinnitavad penitsilliini kui võimsa profülaktilise vahendi väärtust võitluses postoperatiivsete tüsistustega. Penitsilliini profülaktiline kasutamine võimaldab täiesti sulgeda haava pärast destruktiivselt muutunud ussjätke eemaldamist.

APENDITSIIDI KIRURGILISEST RAVIST TÄISKASVANUI L TARTU LINNA KLIINILISE HAIGLA HAVAOSAKONNA ANDMEIL 1947.—1956. a.

E. Kivivare (Tartu).

1. Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas viibis 1947.—1956. a. ussjätke põletikuga ravil 2847 haiget. Vaadeldavas ajavahemikus esines ussjätke põletik enam naishaigetel (60,9%). Suuremas enamikus viibisid ussjätke põletikuga ravil haiged elueas 21—30 a. (38,7%).

2. Ussjätke ägeda põletiku puhul on esimese 24 tunni jooksul pärast haigestumist hospitaliseeritud suhteliselt vähe haigeid (55,5%), mis nõuab edasist sanitaar-profülaktilise selgitustöö tõhustamist.

3. Valdavas enamikus on teostatud ussjätke põletiku puhul selle operatiivne eemaldamine 24 tunni jooksul peale hospitaliseerimist (89,6% juhtudest). Tuimastuse valikmeetodiks operatsioonil osutub lokaalanesteesia (91,2%).

4. Ussjätke põletikuga haigeist surid vaadeldavas ajavahemikus 10 haiget (0,3%).

5. Ussjätke kroonilise põletikuga haigusjuhtude puhul saab kliinikus viibimise aega tunduvalt lühendada haige eelneva ambulatoorse uurimisega.

AGEDA APENDITSIIIDI VORMID.

Professor L. Šostak (Tallinn).

1. Ettekujutus ägedast apenditsiidist kui ühtsest patogeneetilisest vormist tuleb käesoleval ajal ümber hinnata seoses andmete kogunemisega, mis suurel määral eitavad tema staadiumilist arengut.

2. Meie poolt on teostatud Tallinna Vabariikliku Haigla kirurgia osakonnas 3500 haigusloo analüüs 1950.—1955. a. perioodil.

Teostatud analüüs lubab järeldada, et eksisteerivad mitmesugused ägeda apenditsiidi vormid ja nimelt:

- 1) esmane katarraalne vorm,
- 2) esmane mädane vorm,
- 3) esmane gangrenoosne vorm.

Esmane katarraalne vorm esineb lapseas ja eas üle 55 a. harva, seejuures tekib see vorm sagedamini naistel kui meestel. Katarraalse apenditsiidi tekkel etendab osa aastaaeg. Tallinnas esineb katarraalne apenditsiit kõige sagedamini sügis-talve kuudel.

Esmane mädane vorm esineb samuti harvemini lastel ja raugaas. Tekib ühesuguse sagedusega nii naistel kui meestel.

Esmane gangrenoosne vorm tekib ühesuguse sagedusega naistel, lastel ja meestel. Aastaaegade mõju mädaste või gangrenoossete apenditsiitide tekkele ei saa täheldada.

Käesoleval ajal seoses antibiootikumide laialdase kasutamisega esinevad surmajuhud ainult gangrenoossete apenditsiidi vormide puhul. Meie andmetel on letaalsus lastel kuni 15 a. 1,8%, noorukitel 2,2%, täiskasvanuil 2,3% ja raukadel 4,5%.

Tavalise letaalsuse % väljaarvestamisel on laste suremus kõrgem, sest täiskasvanutel sagedamini esinev katarraalne ja mädane vorm ei anna surmajuhte.

Antud seisukohtadest lähtudes oleks otstarbekohane kõigil ägeda apenditsiidi juhtudel operatsioonieelses perioodis teostada lumbaalblokaad, nagu seda soovitab Višnevski. Katarraalse apenditsiidi vormi korral kahtlemata blokaad kupeeriks protsessi ja suur protsent asjatuid operatsioone jääks ära.

Mädaste ja gangrenoossete apenditsiitide korral oleks blokaad baasisanesteesiaks ja intoksikatsioonivastase võitluse faktoriks, mis parandaks nende vormide ravitulemusi.

5. Mitmesuguste apenditsiidi vormide letaalsuse analüüs tuleb teostada eraldi. Ainult selline analüüs võib näidata üksikute

kirurgide kollektiivide taktika väärtust, mis käesoleval ajal on maskeeritud hüperdiagnostika või antud rajooni haigestumuse spetsiifikaga.

6. Leukotsütoos ja temperatuur ei võimalda kindlalt määrata antud haigel üht või teist apenditsiidi vormi, sest katarraalse vormi puhul on leukotsütoos kõrgenenud lastel 60%-l juhtudest ja täiskasvanuil 50%-l. Mädase vormi puhul on leukotsütoos kõrgenenud täiskasvanuil 75%-l ja lastel 83%-l kõigist juhtudest. Gangrenoosse apenditsiidi korral aga täiskasvanuil 52,5%-l ja lastel 85%-l kõigist juhtudest.

Temperatuuri reaktsioon mitmesuguste apenditsiidi vormide puhul on identne leukotsütaarse reaktsiooni andmetega.

MÕNINGAIST APENDITSIIDI DIAGNOSTIKA, KULU JA RAVI KÜSIMUSTEST TÄISKASVANUIL.

Med. tead. kand. A. Kliiman ja J. Sarv (Tartu).

Mõningad ussjätkepõletiku diagnostilised raskused ja kulu iseärasused, samuti postoperatiivsete tüsistuste olemasolu sunnivad kirurge korduvalt tähelepanu pöörama sellele võrdlemisi sagedasele haigusele.

Käesolevas töös teostatud uurimiste ülesandeks on näidata apenditsiidi kliiniliste nähtude, ussjätke patoloogilis-histoloogiliste muutuste ja organismi üldreaktsiooni (valgeverre ja leukotsüütide fagotsütoosivõime osas) vahekorda mitmesuguste apenditsiidi vormide korral. Püstitatud ülesande lahendamiseks teotati rida täiendavaid uurimisi 53-l mitmesuguste apenditsiidi vormidega haigel, neist

1) 23-l haigel määrati valgeverre morfoloogiliste uurimiste kõrval leukotsüütide fagotsütoosivõime ja patoloogilis-histoloogilised muutused eemaldatud ussjätkeis;

2) 30-l haigel määrati Višnevski järgi teostatud paranefriumi blokaadi mõju kliiniliselt ägeda apenditsiidi nähtudele. Samal ajal (enne ja pärast blokaadi) määratakse valgeverre morfoloogilised muutused. Kõigil neil haigeil oli teostatud apendektoomia ja eemaldatud ussjätke patoloogilis-histoloogiline uurimine.

Apenditsiidi klassifikatsiooni, diagnostika ja kirurgilise taktika kohta meil hinnangu andmiseks illustreeritakse ettekannet 2454 mittetüsistunud apenditsiidijuhu analüüsiga täiskasvanuil, keda raviti Vabariikliku Tartu Kliinilise Haigla haavaosakonnas

ajavahemikus 1950.—1956. a. 2454 mittetüsistunud apenditsiidiga haigest olid 1563 naised ja 891 mehed. Diagnoosi järgi oli

1167 juhtu ägedaid apenditsiite,
446 juhtu ägedaid vaibuvastadiumis ja
841 juhtu kroonilisi apenditsiite.

Meie haigete kontingendis esines apenditsiit kõige sagedamini 11—20 ja 21—30-aastaste vanuserühmas, neist esimeses 979 ja teises 751 juhtu.

J ä r e l d u s e d.

I. Kliiniliste tähelepanekute ja täiendavate uurimiste alusel tuleb otstarbekaks pidada järgmist kliinilist mittetüsistunud apenditsiidi klassifikatsiooni täiskasvanuil:

- 1) äge progresseeruv apenditsiit (katarraalne, flegmonoosne, gangrenoosne);
- 2) äge apenditsiit vaibuvastadiumis;
- 3) krooniline apenditsiit (primaarselt ja sekundaarselt krooniline);
- 4) apendikulaarne koolika.

II. Õige diagnoosi püstitamiseks (ussjätke põletikulise protsessi iseloomu ja faasi määramiseks) on vaja tugineda kõigi kliiniliste nähtude arvestamise kõrval valgeverre täieliku analüüsi andmetele.

III. Kõigil ägeda apenditsiidi kahtlusega haigeil on soovitatav teostada paranefriumi blokaad Višnevski järgi, mille abil real juhtudel on võimalik diferentsida ussjätkes asetleidnud patoloogilisi muutusi, funktsionaalseid morfoloogilistest, ning kindlaks teha nende osatähtsus akuutse apenditsiidi kliiniliste nähtude ilmnemisele.

IV. Paranefriumi blokaad Višnevski järgi on enne operatsiooni heaks baasisanesteesiaks, eriti flegmonoossete ja gangrenoossete apenditsiidi vormide puhul.

V. Apenditsiidi puhul on otstarbekas kinni pidada järgmisest kirurgilisest taktikast:

1) Ägeda apenditsiidi puhul (mittetüsistunud juhtudel) on vajalik edasilükkamatu operatiivne vahelesegamine. Operatsiooni on soovitatav läbi viia peale haige lühiajalist jälgimist (eriti paranefriumi blokaadi osas) ja võimalikult laiemat valgeverre uurimiste teostamist.

2) Ägedat apenditsiiti vaibuvastadiumis ja kroonilist apenditsiiti on soovitatav opereerida plaanilises korras, peale täielikku kliinilist uurimist.

3) Apendikulaarsete koolikate puhul konservatiivse või operatiivse ravi näidustuste määramiseks on vaja suhtuda rangelt individuaalselt. Tugevate, retsidiveeruvate apendikulaarsete koolikate puhul on näidustatud ussjätke eemaldamine.

VI. Lõpliku kliinilise diagnoosi püstitamiseks apenditsiidi puhul on vaja eemaldatud ussjätkeid uurida patoloogilis-histoloogiliselt, eriti atüüpilistel juhtudel, kuna sageli kliinilised nähud ja ussjätke patoloogilis-histoloogilised muutused ei ole kooskõlas.

VII. Leukotsüütide fagotsütoosivõime määramine apenditsiidi puhul on täiendavaks objektiivseks testiks, mis võimaldab eraldada ussjätke ägedat põletikku kroonilisest.

LEUKOTSÜTAARNE REAKTSIOON ÄGEDA APENDITSIIIDI KORRAL.

N. P. Tšernobrovõi (Võru).

Kaasaegne kliinik paneb suurt rõhku valgeverre muutustele ägeda apenditsiidi korral, kusjuures aga valgeverre nihked ei väljenda alati ussjätke põletikuliste muutuste astet. Võru Haigla kirurgiaosakonnas on uuritud 632 ägeda apenditsiidiga haiget. Põhilisteks näitajateks on võetud leukotsüütide hulk, sõltuvus leukotsüütide hulga ja haigestumise ning hospitaliseerimise aja vahel, erinevus üldise ja kohaliku leukotsütoosi vahel (viimase sõltuvus ägeda apenditsiidi vormist ja hospitaliseerimise ajast). Kõik haiged jaotatakse kahte rühma:

- 1) äge apenditsiit täiskasvanuil — 475 juhtu;
- 2) äge apenditsiit lastel — 157 juhtu.

1. Mõlemast uuritud haigete grupist moodustab katarraalne apenditsiit 50—70% kõigist vormidest, olenemata hospitaliseerimise ajast.

2. Lastel katarraalse apenditsiidi korral oli leukotsütoos kuni 10 tuhat 71,8%-l ja 10—19 tuhat 28,2%-l.

Täiskasvanuil katarraalse apenditsiidi puhul oli leukotsütoos kuni 10 tuhat 76%-l ja 10—19 tuhat 24%-l.

Lastel flegmonoosse ja gangrenoosse apenditsiidi korral oli leukotsütoos kuni 10 tuhat 60%-l juhtudest ja 10—35 tuhat 40%-l juhtudest.

Täiskasvanuil samade vormide puhul oli leukotsütoos kuni 10 tuhat 35%-l juhtudest ja 10—19 tuhat 60%-l.

3. Ägeda apenditsiidi katarraalne vorm esineb enamasti nais-
tel, meie materjali andmeil 64,2%.

4. Üldise ja lokaalse leukotsütoosi erinevus suureneb olene-
valt ägeda apenditsiidi patoloogilis-anatoomilisest vormist, kuid
seda ei saa kasutada teiste kõhuõone organite haiguste diferent-
siaaldiagnostikas, kus lokaalne leukotsütoos olenevalt põletiku-
lisest protsessist samuti suureneb.

PERFORATIIVSE APENDITSIIDI RAVIST VABARIIKLIKU TARTU KLIINILISE HAIGLA HAAVAOSAKONNA ANDMEIL 1947.—1956. a.

E. Siliksaar ja V. Mandel (Tartu).

1. Perforatiivse apenditsiidiga Tartu Vabariikliku Kliinilise
Haigla haavaosakonda hospitaliseeritud haigetel, kellel ei olnud
välja kujunenud apendikulaarset infiltraati, teostati kõigil apen-
dektoomia.

2. Üksikujuhtudel on soovitav operatsiooni ajal kõhuõone revi-
siooni paremaks teostamiseks lokaalsele anesteesiale lisada üld-
narkoos.

3. Apendektoomia teostamisel osutus enamikul juhtudel kül-
laldaseks vahelduv löige Djakonovi järgi.

4. Perforatiivse apenditsiidiga kaasneva peritoniidi raviks on
vaja:

a) mädane eksudaat operatsiooni ajal kõhuõonest ettevaatli-
kult tampooniga eemaldada, kusjuures tähelepanu pööratagu väi-
kese vaagna kuivaks tamponeerimisele, et vältida Douglas'e õone
abstsesside teket;

b) rohkema eksudaadi esinemisel kasutada selle eemaldami-
seks aspiratsiooni;

c) operatsiooni lõpul viia kõhuõonde antibiootikumide lahust
(penitsilliin, streptomütsiin);

d) operatsioonihaava sulgemisel asetada sama haava kaudu
kõhuõonde väikesemõõduline kummitoru antibiootikumide (penit-
silliin, streptomütsiin) operatsioonijärgseks manustamiseks. Anti-
biootikumide kõhuõonde manustamise kestus ja annus sõltub
peritoniidi kulust ja iseloomust.

APENDIKULAARSE INFILTRAADI DIAGNOSTIKAST JA RAVIST VABARIIKLIKU TARTU KLIINILISE HAIGLA HAAVAOSAKONNA ANDMEIL 1947.—1956. a.

R. Purre ja H. Kokk (Tartu).

Statsionaarsel ravil on apendikulaarse infiltraadi diagnoosiga viibinud 214 haiget, mis moodustab 4,1% kõigist apenditsiidi juhtudest. Haiged on hospitaliseeritud 17 Eesti NSV rajoonist.

1. Kõiki haigeid, kes on viibinud ravil apendikulaarse infiltraadiga, võib kliinilise kulu iseloomu järgi jagada 3 gruppi:

a) Progresseeruva infiltraadiga haiged. Sellistel infiltraadiga túsistunud ägeda apenditsiidi juhtudel on infiltraat halvasti palpeeritav tema halva piirdumise ja kõhuseina lihaste pinge tõttu. Siia gruppi kuulub 55% haigetest.

b) Piirdunud infiltraadiga haiged. Neil juhtudel, teiste infiltraadile iseloomulikkude tunnuste olemasolul, infiltraat on palpaatoorselt kergesti sedastatav. Sellesse gruppi kuulub 35% haigeist.

c) Resorbeerumisfaasis oleva apendikulaarse infiltraadiga haiged. Vaatamata palpeeritava infiltraadi olemasolule ei diagnoosita mitte apendikulaarset infiltraati teiste iseloomulikkude sümptomide puudumise tõttu. Siia gruppi kuulub 10% haigeist.

Ainult anamneesi, objektiivseid andmeid, laboratoorseid uurinuid ja ägeda infiltraadiga túsistunud apenditsiidi kulu iseärasusi arvestades võime asetada õige diagnoosi ja seega alustada õigeaegset ning kohast ravi.

2. Ägeda infiltraadiga túsistunud apenditsiidi juhtudest enamikul on näidustatud konservatiivne ravi: voodirežiim, külma manustamine, dieet jne.

Infiltratiivse apenditsiidi progresseeruvate vormide puhul, mis viivad abstsessi tekkele, või kui areneb välja üldine peritoniit, on näidustatud edasilükkamatu operatiivne ravi (apendiksi eemaldamine, kõhuõõne drenaaz, antibiootikumide manustamine jne.).

Pärast apendikulaarse infiltraadi konservatiivset ravi on kõige otstarbekam operatiivne ravi — apendektoomia — läbi viia mitte enne 3 kuud pärast infiltraadi imendumist.

ORGANISMI REAKTIIVSUSE JA FAGOTSÜTOOSIVÕIME MUUTUSI KIRURGILISE RAVI PERIOODIL.

J. Sarv (Tartu).

Kirurgilise ravi (operatsiooni) vältel on haige organism allutatud reale psüühilist ja füüsilist laadi mõjustustele, mis kutsuvad esile tunduvald nihkeid organismi mitmesugustes süsteemides. Organism reageerib aktiivselt oma kaitsejõudude mobiliseerimisega, millele seas omab tähtsat kohta leukotsüütide fagotsütoosivõime.

Fagotsütoosivõime ja perifeerse vere morfoloogilistest uurimistest (1308 uurimist 92-l vaatlusalusel) nähtub, et operatsioonieelses perioodis emotsionaalse erutus seisundi baasil kujunenud neurohumoraalsete ümberkõlastuste tõttu tekivad fagotsütoosivõime nihked suurenemise suunas, sõltumata eelseisva operatsiooni suurusest.

Operatsioonijärgne periood jaguneb organismi fagotsütoosivõime ja reaktiivsuse muutuste seisukohalt kahte faasi, kusjuures faaside omavaheline vahekord sõltub operatsiooni suurusest ja tema kulu iseärasustest. Operatsioonile vahetult järgnevas esimeses faasis iseloomustab organismi reaktiivsuse nihet vere eosinofiilide arvu järsk langus või nende kadumine, millega kaasub ka lümfotsüütide ja monotsüütide arvu langus. Samal ajal esineb neutrofiilne leukotsütoos vasakule nihkega. Selles faasis on fagotsütoosivõime tugevasti tõusnud, väljendudes nii üksikleukotsüüdi neelamisvõime kui ka fagotsütoosiprotsessist osavõtnud leukotsüütide arvu tõus. Postoperatiivse perioodi teises faasis on reaktiivsuse nihe vastupidine esimese faasi muutustega, teda iseloomustab eosinofiilide, lümfotsüütide ja monotsüütide arvu tõus. Fagotsütoosivõime selles faasis langeb, jäädes aga püsima kogu operatsioonihaava paranemise vältel normist veidi kõrgemale väärtusele.

Fagotsütoosivõime dünaamika muutused kirurgilise ravi vältel on objektiivseks haige seisundi näitajaks, mis võimaldab varakult avastada ähvardavaid komplikatsioone. Seepärast peaks fagotsütoosivõime uurimine kliinilises töös leidma laialdasemat rakendamist.

Fagotsütoosivõime määramisel on soovitatav preparaatide lugemist teostada kunstliku (elektri-) valgusega, mis võimaldab paremini diferentsida neelatud mikroobide intra- ja ekstratsellulaarset asetust.

S. J. Kušner (Riia).

Viimase kahe aasta jooksul on ägeda apenditsiidi küsimust kirjanduses üha sagedamini valgustatud. Suurt tähelepanu pühendatakse diagnostika täpsustamise küsimusele, soovitatakse isegi ümber hinnata kirurgilist taktikat ägedate apenditsiitide puhul, eriti haiguse kõige varajasemas staadiumis ja ebaselge kliinilise pildi puhul. Ägeda apenditsiidi kahtluse korral on haigete jälgimist võimalik teostada ainult statsionaari tingimustes, see ei ole lubatav kodustes oludes.

Diagnostilised vead ägeda apenditsiidi puhul esinevad veel 15—20%-l juhtudest ja olenevad peamiselt ussjätke asetusest, põletikulise protsessi faasist, haigete east ja seisundist. Meie andmetel ambulatoorsete ja kliiniliste diagnooside lahknevus esineb 11,9%-l juhtudest, kuna kliinikus vigade protsent ulatub 2—3-ni.

Ägeda apenditsiidi puhul esinevate vigade ja ohtude selgitamiseks on kõige otstarbekam surmajuhude analüüsi teostamine.

10 viimase aasta jooksul (1946—1955) viibis Riia Linna I Kliinilises Haiglas ravil 3828 ägeda apenditsiidiga haiget, nendest surid 34 haiget, mis moodustab 0,88%, samal ajal postoperatiivne letaalsus oli 0,83%. Kuigi letaalsuse protsent aasta-aastalt väheneb (1947. a. — 3,9%, 1955. a. 0,3%), on ta siiski Nõukogude Liidu keskmistest arvudest kõrgem ja sõltub peamiselt organisatoorsetest puudustest, haigete hilisest pöördumisest arsti poole, kauasest haigete jälgimisest kodus, isegi erinevate arstide poolt, valuvaigistite, lahtistite ja teiste ebaõigete ravivõtete kasutamisest.

Letaalsus ägeda apenditsiidi puhul sõltub haigete east, operatsiooni teostamise ajast ja patoloogilis-anatoomilistest muutustest. Raugaeas on letaalsus 16 korda kõrgem keskmisest letaalsuse protsendist. Pooled surmaga lõppenud juhtudest kuulusid raugaikka.

Opereeritute letaalsuse protsent jaguneb järgnevalt: opereeritud 1. ööpäeva vältel haigestumise algusest — 0,1%, 2. ööpäeva vältel — 1,5%, 3. ööpäeva vältel — 3,8%, 4. ööpäeval ja hiljem — 6,6%.

Katarraalsete apenditsiitide vormide puhul surmajuhte ei esinenud. Flegmonoossete puhul — 1 juht, gangrenoossete puhul — 5 juhtu, perforatiivseist — 28 juhtu ehk 82,5% surmajuhude üldarvust.

Peamiseks vahetuks surma põhjuseks oli üldine peritoniit — 24 juhtu e. 70,6%. 24-st peritoniiti surnud haigest olid 21 hospitaliseeritud 24 tunni möödudes ja 16 haiget 48 tunni möödudes haigestumise algusest.

Hilise hospitaliseerimise põhjuseks 15 haigel oli nende hiline pöördumine arsti poole. 9-l juhul oli tegemist diagnostiliste ja taktikaliste vigadega polikliiniku arstide poolt.

18 surmajuhu puhul (34-st juhust) oli tegemist diagnostiliste vigadega, kusjuures naishaigeil oli vigu tehtud 2 korda rohkem kui meeshaigeil.

Ettekanne toob ära lühida vigade loetelu ja iseloomustuse. Vigu vaadeldakse üksikgruppina ja tuuakse ära vastavad haiguslood.

1. grupp kuuluvad haiged, kel elupuhuselt ägeda apenditsiidi diagnoosi ei olnud püstitatud. Selliseid juhte oli 7.

2. grupp kuuluvad haiged mitmesuguste letaalsuse põhjustega, muuhulgas ka hiline hospitaliseerimine, kus operatsiooniga ei õnnestunud vältida -exitus letalis't. Sellesse grupp kuulub 18 haiget.

3. grupi puhul on tehtud taktikalise iseloomuga vigu nii operatsioonil kui ka postoperatiivselt.

Ägeda apenditsiidi puhul tehtavate vigade ja ohtude arutelu näitab, et peamiseks puuduseks on haigete hiline pöördumine arsti poole, hiline hospitaliseerimine, diagnostilised vead haigete uurimisel ja taktikalised vead.

Nende puuduste vältimine sanitaarharidusliku töö tugevdamise teel elanikkonna hulgas, jaoskonnaarstide kvalifikatsiooni tõstmine ja võitlus operatsiooni õigeaegse läbiviimise eest võimaldavad likvideerida apenditsiidi puhul raskeid tüsistusi ja surmajuhte.

ÄGEDA APENDITSIIDI ISEÄRASUSTEST LASTEL.

Professor A. P. Biezin (Riia).

1. Äge apenditsiit lastel kulgeb sageli omapäraselt ja võib viia pediatra ja kirurgi eksiteele. Seepärast nimetatakse ägeda apenditsiidi kulgu lastel salakavalaks ja haigust ennast peetakse ohtlikumaks kui täiskasvanutel.

2. Üheks iseärasuseks lastel on ägeda apenditsiidi võrdlemisi harv esinemine varases lapseas, samal ajal aga on esiplaanil mitmesugused mao-sooletrakti teised häired.

3. Ägeda apenditsiidi kliinilise pildi iseärasused lastel sõltu-

vad tunduval määral ussjätke morfoloogilisest ehitusest, tema asetusest ja lapse organismi reaktiivsusest.

4. Lapseeas omab ägeda apenditsiidi korral erilist tähendust haiguse faasilisus. Mõnedes faasides võib valulikkus olla minimaalne, vaatamata sügavatele muutustele ja haige seisundi ohtlikkusele.

5. Ettekannet illustreeritakse tähelepanekutega Riia Linna Laste Kliinilisest Haiglast ja Riia Ortopeedia ja Taastava Kirurgia Teadusliku Uurimise Instituudist.

APENDITSIIIT LAPSEEAS.

Med. tead. kand. **H. Petlem** (Tartu).

Vabariikliku Tartu Kliinilise Haigla haavaosakonnas raviti 7 aasta vältel 1950.—1956. a. 469 kuni 10 aasta vanust last apenditsiidi mitmesuguste vormide tõttu, mis moodustab 14,0% samas ajavahemikus ravitud täiskasvanud haigete arvust. Vastavalt kliinilistele vormidele esines nendest ägedat apendiksi perforatsiooni 11%-1 kõikidest juhtudest.

Operatiivset ravi rakendati 99,5%-1, neist suri 4 haiget, mis moodustab 0,9% opereeritud haigete arvust (nendest oli 3-1 haigel üldine apenditsiidist tingitud peritoniit).

Töös esitatud haigematerjali kliinilisel läbitöötamisel tulime alljärgnevatele järeldustele.

1. Ägeda apenditsiidi diagnostika lapseeas on tunduvalt raskendatud objektiivse, haige enese poolt antud anamneesi puudumise või puudulikkuse tõttu, samuti haiguse kliiniliste nähtude atüüpilise esinemise tõttu.

2. Apenditsiidi diferentsiaaldiagnostikas lapseeas peab arvestama selles eas esinevaid teisi haigusprotsesse, mis võivad simuleerida apenditsiidi pilti, nagu pneumoonia — eriti selle tsentraalne vorm, pneumokokkide peritoniit, mesenteriaalsed ja retroperitoneaalsed mahlanäärmete põletikulised protsessid jne.

3. Apenditsiidi kliiniliste nähtude raskus ei ole lapseeas sageli kooskõlas põletikust tingitud morfoloogiliste muutustega apendiksis ja nad ei kajasta nende muutuste ulatust ega raskust.

4. Patoloogilis-anatoomilised muutused apendiksis lapseeas, eriti väikelastel kulgevad tormiliselt ja lühema ajaga kui täiskasvanutel, põhjustades sagedamini apendiksi perforatsiooni ja madast üldperitoniiti.

5. Apendikulaarseid infiltraate ja abstsesse esineb lastel tunduvalt harvemini kui täiskasvanutel.

6. Apenditsiidist tingitud valudel on lapseas enamasti koolikaline iseloom.

7. Apendikulaarsete koolikate intensiivistumine ja hoogudevaheline intervallide lühenemine koos teiste kliiniliste nähtude ägenemisega, nagu t^o kõrgenemine, leukotsütoosi tõus ja peritoneaalsete ärritusnähtude süvenemine räägivad raskete patoloogilis-anatoomiliste muutuste poolt apendiksis.

8. Varajase või mädase eksudaadi leidumisel kõhuõõnes on vaja enne kõhuõõne sulgemist, väikese vaagna abstsessi profülaktika eesmärgil kuivaks tamponeerida väikese vaagna õõs. Mädase eksudaadi leidumisel süstida kõhuõõnde ja Douglas'e ruumi 0,25 g streptomütsiini 0,5%-lises novokaiinilahuses.

APENDITSIIDI RAVIST LASTEL TARTU LINNA KLIINILISE HAIGLA HAAVAOSAKONNA ANDMEIL AJAVAHEMIKUS 1947.—1956. a.

L. Vainer ja D. Kuldeva (Tartu).

Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas viibisid 10 aasta vältel ravil 526 ussjätkepõletiku diagnoosiga last vanuses kuni 14 a. Ussjätke ägedat põletikku diagnoositi 314-l juhul, mis moodustab apenditsiitide üldarvust 59,6%, ning kroonilisi apenditsiite esines 212-l juhul, s. o. 40,4% üldarvust. Ussjätke ägeda põletiku eri vormide esinemise sagedus oli järgmine: katarraalseid 137 ehk 43,8%; flegmonosseid 50 ehk 16%; gangrenoosseid 58 ehk 18,5%; perforatiivseid 59 ehk 18,8% ja infiltriivseid 9 ehk 2,9% juhtudest.

Apenditsiiti haigestunud lastest suri 4. Neil kõigil esines mulgustunud ussjätkepõletik kaasneva mädase kõhukelme põletikuga.

J ä r e l d u s e d.

1. Ussjätke ägeda põletiku eduka ravi tagatiseks lastel on varajane diagnoosimine ning hospitaliseerimine haavaosakonda ja õigeaegselt teostatud operatiivne ravi.

2. Viimastel aastatel on märgata tunduvalt paranemist ussjätkepõletiku varajases diagnostikas ja hospitaliseerimises lastel.

3. Pediaatrite ja kirurgide koostöö peab muutuma tihedamaks, et parandada lastel ussjätkepõletiku kirurgilise ravi resultaate. Ebaselgetel juhtudel või ussjätkepõletiku kahtluse puhul on

otstarbekohane laste hospitaliseerimine haavaosakonda diagnoosi täpsustamiseks ja vastava ravi määramiseks.

4. Üldmainitud abinõusid tarvitusele võttes on Tartu linna lastel viimase 6 a. jooksul ussjätke põletiku puhul välditud letaalseid tulemusi.

5. Ussnugiliste esinemine lastel omab suurt tähtsust ussjätke põletiku diferentsiaaldiagnoosi seisukohalt.

Viimaste aastate vältel on ussnugiliste esinemine lastel vähenenud 11%-lt 5%-ni.

LASTE ÄGEDA APENDITSIIDI JA MITTESPETSIIFILISE MESADENIIDI DIAGNOSTIKA RASKUSTEST.

R. J. Kuzmaite (Kaunas).

Lapseeas üheks haiguseks, mille puhul sageli pannakse ägeda apenditsiidi diagnoos, on äge mittespetsiifiline mesadeniit. See haigestumine esineb sagedamini, kui arvatakse. Literatuuri andmed ja meie kliiniline materjal näitavad, et äge mittespetsiifiline mesadeniit moodustab 8—10% ägeda apenditsiidi juhtude arvust. Ägeda mittespetsiifilise mesadeniidi puhul ei ole operatiivne vahelesegamine näidustatud, sest see võib haige seisundit halvendada.

Üldkirurgia kliinikus olid ajavahemikus 1953.—1956. a. ravil 23 last ägeda mittespetsiifilise mesadeniidiga. Nendest 10-l haigel teostati operatsioon. Samas ajavahemikus teostati 205 operatsiooni ägeda apenditsiidi puhul.

J ä r e l d u s e d.

1. Diferentsiaal-diagnoos ägeda apenditsiidi ja ägeda mittespetsiifilise mesadeniidi vahel on täiesti võimalik, kui pühendada küllaldast tähelepanu viimase võimalusele.

2. Diagnostiliste vigade ja seoses sellega ka asjatute operatsioonide ärahoidmiseks on vaja perioodilises ja mitteperioodilises meditsiinilises kirjanduses sagedamini valgustada ägeda mittespetsiifilise mesadeniidi diagnostika ja ravi küsimusi.

PNEUMOKOKKIDE PERITONIIT.

A. Tuhh (Tallinn).

1) Pneumokokkide peritoniit esineb enamasti lapseeas ja enamikus tütarlastel.

2) Pneumokokkide peritoniidi patogenees on seniajani ebaselge.

3) Pneumokokkide peritoniidil on real juhtudel ägedaloomuline kliiniline pilt ja seepärast ei või olla alati kindel, et pneumokokkide peritoniidi taga ei peitu teise päritoluga peritoniit.

4) Pneumokokkide peritoniidi diferentsiaaldiagnostikas osutub kõige raskemaks äge apenditsiit lapseas.

5) Ebaselge etioloogiaga ja ilmselt pneumokokkilise päritoluga peritoniitide puhul on käesoleval ajal näidustatud varajane operatsioon kompleksis kaasaegsete peritoniidi ravi võtetega.

6) Suur protsent apendektoomiaid pneumokokkide peritoniidi puhul teostatakse nii literatuuri kui ka meie andmetel seetõttu, et pneumokokkide peritoniiti on operatsiooni ajal raske diagnoosida.

7) Pneumokokkide peritoniidi kahtluse korral operatsiooni ajal on vaja kõhuõõs dreneerida antibiootikumide manustamiseks.

KIRURGI TAKTIKAST ÄGEDA KOLETSÜSTIIDI RAVIS.

Prof. V. I. Strutškov (Moskva).

1. Letaalsus ägedate koletsüstiitide puhul püsib veel kõrgena.

2. Kaldutakse alahindama rohkearvulisi ohte ning komplikatsioone, mida toovad kaasa äge ja krooniline koletsüstiit.

3. Üheks peamiseks kõrge letaalsuse põhjuseks ägedate koletsüstiitide puhul on nende haigete hiline opereerimine.

4. Kliinik omab ravikogemusi 600 ägeda koletsüstiidiga haige kohta viimase 7 aasta vältel. Operatsiooninäidustuste ulatuse määrasid haiguskulu ohtlikkus, terapeutilise ravi võimalikkus ja operatsiooni ohtlikkus. Operatsiooninäidustuste õigeks väljatöötamiseks aitab kaasa nende haigete surmapõhjuste põhjalik analüüs.

5. Kogemused näitavad varase operatsiooni otstarbekust valdaval osal ägeda koletsüstiidiga haigetel.

6. Ägeda koletsüstiidiga haigeid on vaja jaotada järgmistesse gruppidesse kliinilise kulu ja operatsiooni teostusaja vajalikkuse järgi:

a) Kahtlusel perforatsioonile, gangreenile, flegmoonile on näidustatud erakorraline operatsioon elulistel näidustustel.

b) Kliinilise pildi pideval raskenemisel või efekti puudumisel, vaatamata energilisele ravile koos antibiootikumide manustamisega 48—72 tunni vältel on näidustatud edasilükkamatu operatsioon.

c) Haigetele korduvalt vaibuvate ägedate koletsüstiidi hoogudega on näidustatud operatsioon protsessi vaibumisstaadiumis, 14—21-l päeval hoo algusest, kusjuures haiget ei kirjutata statsionaarist välja.

d) Esimeste kergete vaibuvate hoogude puhul on näidustatud terapeutiline ravi.

KOLETSÜSTIIDI KIRURGILISE RAVI KÜSIMUSTEST.

Dots. Sjurkus (Kaunas).

Viimase aastakümne (1947—1956) jooksul oli Kaunase I Nõukogude Kliinilises Haiglas ravil 174 ägeda ja kroonilise sapipõiepõletikuga haiget. Neist 96-l kasutati operatiivset ravi. Surid 7 haiget (7,25%). 32-l esines krooniline retsiveeruv sapipõiepõletik. Sellest grupist suri üks haige kopsuarteri emboolia tagajärjel. Ülejäänud 64 opereeritud haiget kannatasid ägeda sapipõiepõletiku all. Sellest haigete grupist surid 6 haiget. Oma vaatluste analüüsil võime teha järgmisi järeldusi.

1) Kõik sapipõiepõletikuga, eriti ägeda sapipõiepõletikuga haiged vajavad hospitaliseerimist kirurgiaosakonda.

2) Ägedate koletsüstiitide puhul ei ole alati näidustatud erakorraline operatsioon, nagu seda kasutatakse ägeda apenditsiidi puhul. Real juhtudel konservatiivse ravi kasutamisel mööduvad põletikunähud kiiresti.

3) Kui põletikunähud ägeda sapipõiepõletiku konservatiivsel ravimisel 2—3 päeva jooksul süvenevad, on operatsioon möödapääsematu.

4) Ikteruse ilmunisel sapiteede sulgumise tõttu on sapipõiepõletikuga haigetel näidustatud operatiivne ravi, selleks et vältida destruktiivsete muutuste väljakujunemist maksas, sapiteedes või sapipõies ja peritoniidi teket. Eriti ohtlik on mainitud tüsistuste teke elatanud haigetel, sest just nendel areneb kiiresti välja sapipõie destruktioon kõigi oma tagajärgedega.

5) Haige kõrge iga ei ole ägeda koletsüstiidi puhul vastunäidustuseks operatsioonile.

6) Sageli retsiveeruv äge koletsüstiit läheb konservatiivse ravi puhul üle kroonilisse staadiumi. Nendel juhtudel päästab õigeaegne operatsioon haige kannatustest ja hoiab ära tüsistuste väljakujunemise.

7) Retsiveeruvate krooniliste koletsüstiitide puhul on vaja alati operatsiooni ajal teostada cholecystographia ja põhjalikult uurida sapijuhasid. Kui esinevad obturatsiooniikteruse nähud, on

vaja sondeerida sapijuhased ning võimaluse korral kasutada cholecystographia't sapiteede sulguse lokalisatsiooni ja põhjuse kindlakstegemiseks.

8) Kõigil sapipõiepõletiku juhtudel tuleb püüda teostada cholecystectomy't. Ainult rasketel juhtudel võib piirduda traumaatilise operatsiooni cholecystostomia'ga.

KOLETSÜSTIIDIIHAIGETE RAVI TULEMUSEST VABARIIKLIKUS TARTU KLIINILISES HAIGLAS 1947.—1956. a.

E. Teeäär ja E. Ruus (Tartu).

Käesolevas töös on analüüsitud Vabariikliku Tartu Kliinilise Haigla kirurgiaosakonnas 1947.—1956. a. sapipõiepõletiku tõttu ravil viibinud 114 haige ravitulemusi ja võrdluseks kasutatud sama haigla siseosakonnas 1952.—1956. a. ravil viibinud 287 haige ravimaterjale.

Kirurgiaosakonnas ravitud haigetest ühtis saatediagnoos 66%-l ja vastuvõtudiagnoos 83,4%-l juhtudest kliinilise diagnoosiga.

Operatiivset ravi rakendati kirurgiaosakonnas 59-l ravil viibinud haigel. 50-l haigel teostati sapipõie eemaldamine, kellest operatsioonijärgses perioodis surid 5 haiget. Operatsioonil leiti sapikive 53%-l haigeist. Sapikive avastati ainult 8,8%-l siseosakonnas ravil viibinud sapipõiepõletikuga haigetel.

Kaugtulemusi saadi teada 26 haige kohta: häid tulemusi saavutati 14-l, rahuldavaid 8-l haigel ja mitterahuldavaid 4-l haigel. Analüüsitud materjali alusel võime teha järgmisi järeldusi.

1. Sapipõiepõletikuga haigete operatiivse ravi näidustuste suhtes puudub senini veel terapeutide ja kirurgide vahel ühine seisukoht.

2. Kõik ägeda sapipõiepõletikuga haiged tuleb hospitaliseerida kirurgiaosakonda.

3. Ägedate destruktiivsete sapipõiepõletiku vormide puhul tuleb kasutada kohest operatiivset ravi, sest hilise operatsiooni puhul on ravitulemused halvad — letaalsus ja komplikatsioonide arv suurenevad.

4. Krooniliste retsidiveeruvate koletsüstiitide puhul annab kirurgiline ravi paremaid tulemusi kui konservatiivne ravi.

5. Cholecystectomy abil ei ole kõrvaldatavad kroonilise gastriidi ja kolangiidi nähud, mida tuleb arvestada operatiivse ravi näidustuste määramisel.

6. Sapiteede operatsioonide puhul on vaja operatsiooni ajal teha sapiteedest ülesvõtteid.

KIRURGI TAKTIKA KOLETSÜSTIITIDE OPERATIIVSEL RAVIL.

P. L. Abramjants, Š. A. Gulordava (Tallinn).

Viimase 20—25 aasta jooksul pooldatakse üha järjekindlamalt operatsiooni obligatoorsust ägeda sapipõiepõletiku staadiumis. See mõte leiab üha enam ja enam pooldajaid, kuid ei ole saanud veel selget ja ühtset lahendust. Seepärast pakub üksikute ravi-asutuste kliiniliste kogemuste üldistamine ja tundmaõppimine küllaldast huvi.

Tallinna Vabariikliku Kliinilise Haigla kirurgiaosakonnas opereeritud 125 ägeda ja kroonilise sapipõiepõletikuga haigusjuhu analüüs lubab teha järgmisi järeldusi.

1. Kliiniline pilt sapipõiepõletiku puhul on mitmekesine ega vasta alati patoloogilis-anatoomilistele muutustele.

2. Äge sapipõiepõletik kulgeb peaaegu ühtemoodi, olenemata kivide olemasolust või puudumisest sapipõies.

3. Sapipõiepõletiku ravi küsimuse otsustamisel osutub määravaks haigestumise raskus antud momendil. Kerge sapikoolika hooga haiged kuuluvad konservatiivsele ravile. Keskmise raskusega kliiniliste nähtude puhul, kui ravi ei anna 2—3 päeva jooksul tulemusi, on näidustatud kirurgiline vahelesegamine. Tüsistunud sapipõiepõletiku (gangrenoosne, flegmonoosne ja perforatiivne vorm) raske hoog on absoluutseks indikatsiooniks kohesele operatsioonile.

4. Varajane operatsioon — cholecystectomy hoiab ära haigestumise retsidiive, kolangiite, sapipõie perforatsiooni, intra-peritoneaalseid liiteid ja teisi tüsistusi.

Mainitud juhtudel päästab operatsioon haiged sageli pikaldasest ja ebaotstarbekast konservatiivsest ravist.

Kõhuõõne kirurgia kaasaegse arenemistaseme puhul ei ole operatsiooni ohtlikkus suur ja igal juhul hüvitab saatuslike tüsistuste rasked tagajärjed. Vastunäidustusi cholecystectomy'ks tuleb sapipõiepõletiku puhul maksimaalselt piirata.

KOLETSÜSTIIDI RAVIST TARTU LINNA KLIINILISE HAIGLA HAAVAOSAKONNA ANDMEIL 1947.—1956. a.

M. Mukk (Tartu).

Käesolevas ettekandes on analüüsitud Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas koletsüstiidi operatiivset ravi ajavahemikus 1947.—1956. a. Antud ajavahemikus viibisid Tartu Linna

Kliinilise Haigla haavaosakonnas koletsüstiidi diagnoosiga 148 haiget. Neist opereeriti 76, kuna 72 lahkusid kirurgilise vahelesegamiseta.

76-st opereeritust oli tegemist 27 akuutse koletsüstiidiga, 46 kroonilise koletsüstiidiga ja 3-l juhul sapipõie kartsinoomiga. Exitus letalis esines 7-l juhul.

27-st akuutse koletsüstiidi haigusjuhust oli 3-l tegemist primaarse hooga. 18-l haigel esines äge retsidiveeruv koletsüstiit, kelledest 11 olid viibinud 1—30 a. vältel korduvalt terapeutilisel ravil. Sapipõie peritoniiti ja gangreeni esines 12-l juhul.

Akuutsetest koletsüstiitidest opereeriti 1. ööpäeval 12, 4.—8. ööpäeval 7 ja hiljem kui 8. ööpäeval 8 haiget. Operatsioonimeetodeist on kasutatud kõige enam cholecystectomy't — 69-l korral, 5-l korral choledochotomy't, neist 3-l korral koos cholecystectomy'ga, kuna laparotoomiaga on piiratud 7-l juhul.

Operatsioonil on kasutatud 52-l juhul eeternarkoosi, 18-l juhul $N_2O + O_2 +$ eeternarkoosi, 2-l korral mindi lokaalanesteesiast üle üldnarkoosile ja 5-l korral kasutati lokaalanesteesiast.

Opereeritud haigeist on kontrollitud 42. Neist 26 on praegu subjektiivsete kaebusteta, 11 rahuldava enesetundega ja 3-l püsivad endised vaevused.

J ä r e l d u s e d.

1. Krooniliste retsidiveeruvate koletsüstiitidega haiged, kes korduvalt on viibinud terapeutilisel ravil, tuleb suunata operatiivsele ravile. Selleks on vajalik tihedam koostöö terapeutide ja kirurgide vahel.

2. Akuutsed retsidiveeruvad koletsüstiidid tuleb hospitaliseerida esimesel haigestumise päeval kirurgiaosakonda.

3. Tuleb tõsta kirurgilist aktiivsust ägedate retsidiveeruvate koletsüstiitide operatiivses ravis ja antud haigeid opereerida esimese ööpäeva jooksul.

4. Sapipõie operatsioonil ei saa lokaalanesteesiast meie materjali põhjal lugeda valikmeetodiks.

SAPIKIVITÕVE OPERATIIVSE RAVI MITTERAHULDAVATE TULEMUSTE PÕHJUSED.

B. A. Landa (Riia).

Hinnates meie 321 ägeda ja 104 kroonilise koletsüstiidi operatiivse ravi tulemusi ning tutvudes surma põhjustega ning kaugtulemustega, me järeldame, et operatsiooni tulemus sõltub

oluliselt haiguse vältusest, naaberorganite haaratusest, makroorganismi seisundist ning operatsiooni tehnilisest teostamisest.

Nii meie kui ka teiste kirurgide poolt on korduvalt märgitud, et postoperatiivne suremus haiguse hilisstaadiumis, kui operatsioon teostatakse elulistel näidustustel („meeleheiteoperatsioon“), ulatub 33%-ni, komplikatsioonideta koletsüstiidi puhul aga ei ületa 3%.

Jääknähte ja retsidiive oleme oma haigeid kontrollides täheldanud 19%-l.

Hilised postoperatiivsed kaebused on väga mitmekesised. Osa haigeid kaebab koolikate esinemist, mis meenutavad eelnenud hoogusid, vaatamata sellele, et kivid täiesti eemaldati. Teisel osal esineb erineva iseloomuga „vöötaolisi“ valusid või tumedaid valusid ülakõhus, eriti paremas hüpokondriumis. Esineb ka düspeptilisi vaevusi. Meie arvates on vaieldamatu fakt, et sellised kaebused ei ole mitte kõigil juhtudel tingitud eelnenud operatsioonist.

Isegi kordusoperatsioonid (meil 17) ei selgita alati postoperatiivsete vaevuste põhjusi: koolikate retsidiivid tekivad väga sagedali isegi pärast radikaalseid, tehniliselt laitmatult õnnestunud operatioone.

Kordusoperatsioonide näidustusteks on lakkamatud valud või väga sagedased koolikatehood, ühise sapijuha intermitteeruv sündroom ja obturatsiooniikterus.

Meie haigeil olid koletsüstektomia mitterahuldavate kaugtulemuste põhjused järgmised.

1. Tõelised kivide retsidiivid, kivide taasteke (intra- ja ekstrahepaatilistes sapiteedes).

2. Mittetõelised kivide retsidiivid (esimesel operatsioonil eemaldamata kivid).

3. Sapipõie mittetäielik eemaldamine ja ductus cysticus'e mitteküllaldane eemaldamine.

4. Ühise sapijuha stenoos (armistumisest või põletikulise geneesiga).

5. Sapijuhade ligeerimine vääralt tõlgendatud variantide puhul.

6. Hepatiidid, mädased kapseldunud perihepatiidid, hepatorenaalne sündroom.

7. Sapiteede või sphincter Oddi ja kogu mao-sooletrakti düskineesia vegetatiivse innervatsioonihäire tagajärjel.

8. Pseudoretsidiivid, mille põhjuseks on:

a) ebaõigest algdiagnoosist või

b) kaasnevatest haigustest tingitud ja

c) kõigi teise etioloogiaga kaebuste neurootiline või psüühiline fikatsioon teostatud operatsiooni piirkonda.

Sapiteedel teostatud operatsioonide mitterahuldavate tulemuste analüüs peab täpsustama näidustusi sapikivitõve operatiivseks raviks, viima aktiivsemale vahelesegamisele destruktiivse protsessi ja naaberorganite protsessist haaratuse võimaluse kahtluse korral, vältima kiirustamist „kroonilise” koletsüstiidi, eriti aga sapiteede düskineesia puhul.

Tähelepanu tuleb pöörata sapipõie ja d. cysticus'e eraldamise tennilisele küljele ja ühise sapijuha kontrollile operatsiooni käigus. On vaja meie kliinikus seni vähe kasutatud kolangiograafiat ja kolangiomanomeetriat rakendada operatsiooni ajal. Vähem tähtis ei ole ka naaberorganite ja subdiafragmaalse ruumi kontroll. Postoperatiivses perioodis kasutatagu kõige efektiivsemaid antibiootikume mäda ja sapipõie sisaldise uuringu tulemuste alusel, kasutades selleks mikrobioloogilisi teste. On vältimatult vaja kindlaks teha kaasuvad haigused ning neid ravida, sest see toob kaasa sapikivitõve operatiivse ravi mitterahuldavate tulemuste vähenemise.

LAMBLIOOSSE INVASIOONI OSATÄHTSUS SAPITEEDE PATOLOOGIAS.

N. V. Elštein (Tallinn).

1. Käesolev ettekanne on literatuuri andmete, isiklike tähelepanekute, haiguslugude ja 150 lambliosisiga haige ambulatoorsete kaartide analüüside kokkuvõte. Nimetatud ambulatoorsetest haigeist 62,6%-l oli maksa ja sapiteede kahjustus. Meie andmetel on igal viiendal sapiteede haigusega haigel leitud lambliaid. A. L. Mjasnikovi andmeil esineb see 5—10%-l juhtudest, N. B. Stšupaki järgi 11,7%-l Turbini järgi 54,4%-l.

Sapiteede lambliosisi sagedus on pöördvõrdeline haigete eaga.

2. Lambliate parasiteerimise võimalus sapiteedes ei tekita mingit kahtlust. Suurt osa haiguse etioloogias etendab lambliate omadus esile kutsuda funktsionaalseid häireid. Tähtsust omab mitte ainult lambliate ärritav mõju sapiteede interoretseptoritele, vaid ka nende poolt bakteriaalsele infektsioonile „tee rajamine.”

3. Lambliosse etioloogiaga koletsüstiidile ei ole omased tüüpilised sümptoomid. Tähelepanu äratav sageli järkjärguline algus ja pikk haiguse kulg, subfebriilne temperatuur, väljakuju-

nenud vegetatiivsed häired, neurasteenilised nähud, mõõdukas hüpokroomne aneemia ja vere eosinofiilia. Kõige selle foonil on võimalikud järsud haigushood, mis meenutavad sapikivitõbe. Sapipõie ja kaksteistsõrmiksoole üheaegne kahjustus peab eriti vihjama lambliosse etioloogiaga haiguse võimalusele.

4. Sapiteede lambliossi diagnostikas on otsustava tähtsusega parasiitide leidmine. Selleks tuleb tihti mitmekordselt uurida väljaheidet ja duodenaalmahla kõiki kolme fraktsiooni.

5. Kroonilise koletsüstiidiga haigetel, kellel ei ole näidustatud edasilükkamatu operatsioon, on vajalik enne operatiivse ravi küsimuse lõplikku lahendamist välja lülitada lambliosis. Lambliatevastase raviga võib operatsioonivajadus ära jääda. Pika anamneesi ja ebaefektiivse konservatiivse ravi puhul võib operatiivne ravi osutada ka lambliosse etioloogiaga koletsüstiitide puhul otstarbekaks.

POLETUSTE RAVIST.

Professor **B. A. Petrov** (Moskva).

Teesid pole saabunud.

PIKKADE TORULUUDE MURDUDE FIKSATSIOONI TÄHTSUSEST METALLNAELAGA.

Med. tead. doktor **S. M. Lišnevski** (Riia).

1. Intramedullaarne fikatsioon metallnaelaga on instituudis kasutusel alates 1949. aastast.

Selle meetodi rakendamise seitsme-aastane kogemus 146-l haigel värskete luumurdudega ja pseudoartroosidega võimaldas saada ülevaate vigadest ja tüsistustest, täpsustada meetodikat ja välja töötada kindlad näidustused.

2. Pikkade toruluude värskete murdude fikatsioon metallnaelaga teostatakse ainult juhtudel, kus pole võimalik saavutada fragmentide rahuldavat seisu ja fiksatsiooni tavaliste meetoditega (skelettvenitus või ühemomentne repositsioon järgneva gipsimmobilisatsiooniga).

3. Kõige efektiivsem on intramedullaarne fikatsioon reieluu ristmurdude ravis. Kükunarvarre mõlema luu analoogilise murru juhtudel on kõige otstarbekam naelastada ainult kodarluu, viies nael sisse perforeeritud distaalse fragmendi kaudu, kusjuures

küünarluu teravdatud perifeerse fragmendi ots kiilutakse tsentraalsesse fragmenti.

Õlaluu liigesesiseste ja liigeselähedaste murdude hea fikatsioon metallnaelaga võimaldab varast funktsionaalset ravi ja RKK-i, säilitades samaaegselt õla- ning küünarliigeses vajaliku liikuvuse.

Õlaluu distaalse ja keskmise kolmandiku murdudel retrograadselt sisestatud nael tuuakse välja läbi condylus lateralis'e, õlaluu kaela murdudel — läbi pähiku lateraalse serva.

Eriti näidustatud on repositsiooniks ja naelastamiseks ära-rebitud pähiku luksatsiooniga juhud.

Arvestades asjaolu, et õlaluu pähiku liigesesisesed murrud põhjustavad liigese liikuvuse piiratust, sõltumata valitud ravi-meetodist, sealhulgas ka naelastatud juhtudel, on vaja jäse immobiliseerida abduktsioonlahasel kuni konsolidatsioonini.

Sääreluu murdude ravis omab naelastusmeetod küllaltki pii-ratud näidustusi.

Naelastamisele ei kuulu väikeste tõruluude murrud (metatar-saal-, metakarpaalluud, falangid). Rangluu murdude fikseeri-mine metallnaelaga annab hea funktsionaalse kui ka kosmee-tilise efekti.

4. Operatsiooni eel tuleb valida oma mõõtmeilt sobiv nael. Tuleb vältida liigselt jämedaid naelu, mis vigastavad endosti ja eemaldavad luuüdi peaaegu täielikult. Naela kuju ei oma mää-ravat tähtsust; kõige otstarbekamad on lamedad naelad üma-raks painutatud otstega ja avaga, mis lihtsustab naela eemal-damist. Sellised naelad, valituna vastavalt luu diameetrile, on meie instituudis leidnud laialdast rakendust.

Murru fikatsioon metallnaelaga ei väldi vajadust lisaimmobi-lisatsiooniks gipsmähisega, mis tuleb teostada igal juhul.

5. Pseudartrooside osteosüntees metallnaelaga on lubatav ainult kombinatsioonis täiendava luutransplantaadiga (tavali-selt külgmine autotransplantaat).

6. Metallnaelaga teostatud osteosünteeside järgsed sagedase-mad tüsistused (naela kõverdumine, murdumine, korrosioon) on välditavad: a) kõrgekvaliteedilisest roostevabast terasest naelte kasutamisel, b) luu läbimõõdule ja pikkusele kõigiti sobiva naela valikul ja c) õige operatsioonimetoodika, vastava kirurgilise teh-nika ning tehnilise varustuse rakendamisel.

PIKKADE TORULUUDE LAHTISTE LUUMURDUDE OPERATIIVSE RAVI KÜSIMUSEST.

P. Daukšis (Kaunas).

Pikkade toruluude lahtiste luumurdude ravi küsimus on käesoleval ajal küllalt aktuaalne, kuna selle küsimuse lahendamisel esineb palju erinevaid seisukohti. Viimastel aastatel rea kodumaiste autorite (Priorov, Jelanski, Sokolov jt.) kogemuste alusel on pikkade toruluude lahtiste luumurdude ravil tunnustust leidnud primaarse osteosünteesi meetod. Pärast lahtiste luumurdude kirurgilist haavakorrastust heade ravitulemuste saavutamisel osutub põhitingimuseks hoolikas repositsioon ja kindel fikatsioon. Mainitud tingimuste täitmise saavutamiseks on soovitatud mitmekesiseid meetodeid: roostevaba traadiga, siidiga, konserveeritud närviga (Kuzme), luulise auto-heterotransplantaadiga, intramedullaarse metalse varvaga ja teisi.

Järeldused.

1) Pikkade toruluude värskete lahtiste luumurdude puhul tuleb kasutada primaarset osteosünteesi:

a) pikkade toruluude spiraalsete lahtiste fraktuuride korral võib kasutada fragmentide fikseerimist traadiga.

b) Pikkade toruluude diafüüsi lahtiste ristfraktuuride korral tuleb fikseerimiseks kasutada metallvarbu.

c) Pikkade toruluude metafüüsi fraktuuride korral on otstarbekas kasutada fikseerimiseks transplantaati — os purum.

2) Kõigile haigetele, kellele teostati primaarne osteosüntees alajäseme pikkade toruluude lahtiste fraktuuride korral, tuleb postoperatiivselt 8—10 päeva jooksul manustada reiearterisse penitsilliini 200 000—300 000 ühikut päevas.

NEERUTALITLUSE MUUTUSI SEOSSES OPERATSIOONI- TRAUMAGA.

A. Lang (Tartu).

1. Kirurgilise vahelesegamise piiride laiendamisega on leidnud igakülgset uurimist ja hindamist peaaegu kõigi organsüsteemide füsioloogiline seisund operatsioonitrauma vältel. Vaatamata kirjanduses leiduvatele andmetele valuärrituse ja šokogeensete impulsside mõjust neerutalitlusele, ei leia selle elu-

tähtsa organi funktsioonihäirete hindamine seoses haigele tekitava traumaga kliinikus praktilist kasutamist.

2. Neeru eritustalitluse häired suurte kirurgiliste operatsioonide vältel ning vahetult pärast seda on nii kvalitatiivsed kui ka kvantitatiivsed. Operatsioonitrauma järgselt kujuneb osal haigeist välja uriinileid, mis sarnaneb ägeda glomerulonefriidi pildiga.

3. Kerge ja keskmise raskusega operatsioonitrauma järel diurees normaliseerub operatsiooni lõppedes. Raske operatsioonitrauma järgselt jääb diurees tugevasti normaalsest maha, püsides sellisena tunde, vahel ka päevi.

4. Seisund, kus uriinieritus postoperatiivselt ei taastu ning anuuria operatsioonile järgnevatel tundidel püsib, peab äratama tähelepanu, sest see on raske postoperatiivse šoki üheks väljenduseks.

5. Traumaatiku seisundi hindamine neeru eritalitluse häire aspektist on otstarbekas, sest diureesi kõikumine kui sümptom täiendab vererõhu, pulsi jt. näitajaid, osutades mõningatel juhtudel neist isegi tundlikumaks.

POLIOMÜELIIDI ORTOPEEDILISEST RAVIST.

Professor A. P. Biezin (Riia).

1. Ortopeediliste ravimenetlustega on vaja alata haiguse esimestel päevadel, juba nakkusosakonnas. Oluline on haige keha ja jäsemete õige asend, millega välditakse ülesirutus ja kontraktuuride väljakujunemine.

2. Erilist tähtsust omavad ortopeedilised ravimenetlused taastumisperioodis: kõva ning siledapõhjaline ase, jäsemete õige asend, õige režiim, liivakottide kasutamine, gips-, želatiin-formaliin- jt. šiiinid.

3. Väga oluline on otstarbekas ravi väljakujunenud paralüüside ja pareesidega isikuile kuni seisundi tunduva paranemiseni. Tugiliikumisaparaat peab saama funktsioonivõimeliseks igapäevase elu vajaduste piirides. Ortopeediline ravi vastavates asutustes — sanatooriumides, spetsiaalsetes lasteravilates — peab keskmise raskusega kulgenud haigusjuhtude järel kestma 1—2 aastat.

4. Taastumisperioodis on vaja haige režiim ja koormus kooskõlastada tugi-liikumisaparaadi vähenenud jõudlusega. Seetõttu tuleb läbi viia neuro-muskulaarse aparaadi süstemaatiline kont-

roll kaasaegsete meetoditega — elektrodiagnostika, kronaksimetria, elektromüograafiaga.

5. Ravimenetluste kompleksis kuulub tähtis koht balneoloogilisele ravile, massaažile, ravikehakultuurile, füsioteraapiale, oluline on ravikompleksi süstemaatiline läbiviimine koos ortopeedilise kontrolliga; juhtudel, kus jäse jääb kasvus maha, tuleb rakendada biostimulatsiooni.

6. Residuaalstaadiumis muskulatuuri säilinud jõudlust kasutatakse ratsionaalselt vastavalt haige vajadustele, seepärast tuleb ravi käigus arvestada iga haige individuaalseid vajadusi ja soove, teiselt poolt aga rajada tulevased töötingimused, arvestades olemasolevaid võimalusi.

7. Residuaalstaadiumis võiks osutada otstarbekaks kõõluste siirdistutus, mille sihiks on tasakaalu taastamine, mis kergendab ortopeediliste aparaatide, tuutorite ning jalatsite kasutamist.

Stabiliseerivad operatsioonid — artrodeesid, artroriisid on vähem näidustatud, välja arvatud öla- ning hüppeliigese artrodeesid.

8. Suurt praktilist tähtsust omavad spetsiaalsed kool-internaadid koos töökodadega, kus samaaegselt viiakse läbi ortopeediline režiim ning ortopeedilised ravimenetlused.

ÄGEDATE JA KROONILISTE APENDITSIIITIDE KIRURGI- LISE RAVI ANALÜÜS 2 AASTA VÄLTEL TALLINNA VABARIIKLIKU HAIGLA ANDMEIL.

B. Lehepuu, Gerassimtšuk, Luur ja Skorodko (Tallinn).

Teesid pole saabunud.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ СОСТОЯНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ЭСТОНСКОЙ ССР В 1956 ГОДУ

Проф. Л. Я. Шостак (Таллин)

Хирургические отделения республиканских и межрайонных больниц обязаны, помимо непосредственной лечебной работы, обеспечивать в районе своей деятельности методическое руководство по организации всех разделов хирургической службы.

Однако, как в лечебной, так и в методической работе значительного числа этих больниц имеются до настоящего времени крупные недочеты в связи с недостаточным внедрением в практику основных тактических и организационных принципов советской хирургической школы.

В результате даже в республиканских больницах летальность при основных хирургических заболеваниях остается неоправданно высокой и в значительной части выше средне-республиканских данных, хотя в эти больницы по этой группе заболеваний не госпитализируются наиболее тяжелые случаи. Только при ущемленной грыже в этих больницах достигнуты хорошие результаты.

Летальность в %:

Таллинск. республ. б-ца	Тартуская республ. б-ца	Всего по республике
Острый аппендицит	0,3%	0,4%
Проб. язва желудка	6,0%	0%
Кишечн. непроходим.	28,0%	36,8%
Ущемленная грыжа	0%	0%
Резекция желудка при язв его и 12-перстной кишки	6%	2,2%
Травматические повреждения	2,8%	1,5%
		0,2%
		5,4%
		22,0%
		1,9%
		3,3%
		2,7%

Процент поздней госпитализации при неотложных хирургических заболеваниях остается очень высоким — 33,1%.

Хирурги почти не участвуют в борьбе за снижение числа несчастных случаев на производстве и в сельском хозяйстве, в результате чего коэффициент частоты несчастных случаев не только не падает, но даже увеличивается.

Еще большая ответственность ложится на хирургов, не изучающих причин этого, за рост коэффициента тяжести, т. е. продолжительности лечения больных с травматическими повреждениями.

Перед нами поставлена задача ликвидировать летальность при остром аппендиците и ущемленной грыже и снизить летальность при прободной язве желудка и кишечной непроходимости не менее, чем в два раза.

Это достижимо при соблюдении следующих условий:

1. Борьба за раннюю госпитализацию этих групп больных.
2. Внедрение в свою работу всех основных принципов тактики советской хирургической школы.

Делом государственной важности является включение хирургов в борьбу за снижение производственного и сельскохозяйственного травматизма и за улучшение качества исходов при травматических повреждениях.

О СОВРЕМЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Проф. А. Линкберг (Тарту)

1. Клиническая картина при первичном приступе острого аппендицита не всегда соответствует данным лабораторных исследований и патогистологическим изменениям в отростке.

2. При определении показаний оперативного лечения острого аппендицита необходимо прежде всего основываться на клинической картине, учитывая при этом данные лабораторных и других исследований.

3. При подозрении на острый аппендицит больных нельзя оставлять на домашнем или амбулаторном лечении, а необходимо сразу же направлять в хирургическое отделение.

4. Дети раннего возраста часто не умеют локализовать боли, вследствие чего при их жалобах на боли следует чаще думать об остром аппендиците.

5. До окончательного диагностирования острого аппендицита не следует назначать антибиотиков; в противном случае затрудняется исследование больных и оценка данных исследований.

6. Для достижения еще лучших результатов оперативного лечения острого аппендицита необходимо усилить санитарно-просветительную работу среди населения, обращая внимание на то, что воспаление червеобразного отростка является серьезным заболеванием, которое следует лечить оперативно, и чем раньше, тем лучше.

О ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ВО II-й ТАЛЛИНСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ЗА ПЕРИОД С 1951 ПО 1956 г.

Ю. Сакс (Таллин)

В Таллинской городской больнице находилось на лечении за период с 1951 по 1956 г. 1939 больных с острым аппендицитом. Деструктивные формы аппендицита имелись у 940 больных, из них перфоративных аппендицитов 164 и аппендикулярных инфильтратов 62 случая.

Для лечения перитонита аппендикулярного происхождения в больнице применяют после аппендэктомии осторожное высушивание брюшной полости от выпота и введение в нее порошкообразного пенициллина и стрептомицина. После дезинфекции операционной раны раствором риваноля 1 : 5000, раствором фурацилина 1 : 4500, раствором пенициллина или раствором сублимата 1 : 1000, рана послойно зашивается. Брюшная полость дренируется через дополнительный разрез введением резиновой трубочки так, чтобы она была расположена горизонтально при лежачем положении больного.

В ы в о д ы.

1. Дезинфекция раны позволяет производить первичное ушивание операционной раны, причем в ране воспалительного порядка осложнения возникают только в единичных случаях. Дренаж брюшной полости целесообразно производить через дополнительный разрез.

2. Во время операции введение в брюшную полость антибиотиков целесообразно в порошкообразном виде.

3. Необходимо поднять уровень медицинских знаний среди населения для того, чтобы избежать поздней госпитализации больных аппендицитом, что позволило бы снизить послеоперационную летальность до нуля.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕНИЦИЛЛИНА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

Канд. мед. наук А. М. Марцинкевичус (Вильнюс)

Лечение острого аппендицита до настоящего времени представляет собой важную проблему. Опыт хирургов свидетельствует о том, что у оперированных больных нередко после операции возникают осложнения. Для борьбы с ними предложено применять разные профилактические меры. За последние годы с этой целью все шире используется пенициллин. Однако имеется сравнительно мало опубликованных материалов по применению пенициллина при аппендэктомиях.

За 1953—1954 гг. пенициллин был применен нами профилактически у 1043 больных, оперированных по поводу острого аппендицита. После каждой аппендэктомии, как правило, производилось патолого-гистологическое исследование червеобразных отростков. У оперированных больных обнаружено 368 катаральных, 395 флегмонозных, 175 гангренозных и 105 перфоративных отростков. Микробиологические исследования были проведены в 170 случаях. Микрофлора содержимого червеобразного отростка была установлена у 150 больных, стенки — у 100 больных и эксудата брюшной полости — у 100 больных. При исследовании микрофлоры содержимого червеобразных отростков было выделено 32 вида микроорганизмов: аэробов — 16 и анаэробов — 16.

Среди послеоперационных осложнений, по литературным данным, первое место занимают нагноительные процессы ран. Этот вопрос не утратит своей актуальности до тех пор, пока операции будут осложняться этими процессами. Борьба с ними остается острой проблемой.

По данным нашей клиники, при хирургическом лечении больных с острым аппендицитом, где раны зашивались наглухо, наблюдалось их нагноение в 1946 году в 22,7%, в 1947 г. — в 16%, а в 1950—1951 гг. — в 14,3% случаев.

Путем анализа нашего клинического материала за 1953—1954 годы установлено, что у больных, которым во время операции профилактически вводился пенициллин, нагноение ран наблюдалось в 1950—1951 гг. — в 3,5%, а в 1953—1954 гг. — в 5,9% случаев.

Профилактическое применение пенициллина при аппендэктомиях дает хорошие результаты, т. е. резко уменьшает количество послеоперационных осложнений, вследствие чего сокра-

щаются сроки пребывания больных в стационаре. Это, в свою очередь, способствует быстрейшему восстановлению их трудоспособности, что имеет большое практическое значение. Наши больные с острым аппендицитом находились в клинике в среднем в течение 7, 9 койко-дней.

Полученные нами данные подтверждают большую ценность пенициллина, как могучего профилактического средства в борьбе с послеоперационными осложнениями. Профилактическое применение пенициллина дает возможность наглухо ушивать раны после удаления деструктивно измененных червеобразных отростков.

О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АППЕНДИЦИТОВ У ВЗРОСЛЫХ ПО ДАННЫМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ТАРТУСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА ПЕРИОД С 1947 ПО 1956 гг.

Э. Кививаре (Тарту)

1. В хирургическом отделении Тартуской городской клинической больницы с 1947 по 1956 гг. находилось на излечении 2847 больных с различными формами аппендицита. За этот период женщины были подвергнуты оперативному лечению по поводу аппендицита в 60,9% всех случаев. Наибольшее число случаев аппендицита отмечено в возрасте 21—30 лет (38,7%).

2. В первые сутки с начала заболевания аппендицитом больные были госпитализированы в 55,5% случаев. Эти данные говорят о необходимости повышения качества санитарно-просветительной работы среди населения.

3. В подавляющем большинстве случаев при остром аппендиците оперативное лечение применялось в течение 24 часов после госпитализации (89,6%). При операциях по поводу аппендицита наиболее приемлемым методом обезболивания является местная анестезия (91,2%).

4. Летальный исход в период хирургического лечения аппендицита имел место в 10 случаях, что составляет 0,3% общего числа оперированных больных.

5. При хронически протекающих аппендицитах продолжительность стационарного лечения можно значительно сократить, если производить необходимые исследования у этих больных в амбулаторных условиях.

ФОРМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Проф. Л. Я. Шостаk (Таллин)

1. Представление об остром аппендиците как о единой патогенетической форме в настоящее время подвергается пересмотру в связи с накоплением данных, в известной степени противоречащих стадийности его развития.

2. Нами был произведен анализ 3500 историй болезни больных, прошедших через хирургическое отделение Таллинской Республиканской больницы за период с 1950 по 1955 г.

Произведенный нами анализ позволил прийти к выводу, что существуют различные формы острого аппендицита, а именно:

- 1) первично катарральная форма,
- 2) первично гнойная форма,
- 3) первично гангренозная форма.

Первично катарральная форма реже встречается в детском возрасте, а также в возрасте свыше 55 лет, причем у женщин значительно чаще, чем у мужчин.

На возникновение приступа катаррального аппендицита оказывает влияние время года. В Таллине катарральный аппендицит чаще всего наблюдается в осенне-зимние месяцы.

Первично гнойная форма также встречается реже в детском и пожилом возрасте, но с одинаковой почти частотой у мужчин и женщин.

Первично гангренозная форма встречается с одинаковой частотой у мужчин, женщин и детей. Влияние времени года на возникновение у больных гнойного или гангренозного аппендицита не отмечается.

3. В настоящее время, в связи с широким применением антибиотиков, смертельные исходы наблюдаются только при гангренозной форме; при этом по нашим данным у детей до 15 лет летальность составляет 1,8%, у юношей — 2,2%, у взрослых — 2,3% и у стариков — 4,5%.

При обычном вычислении процента летальности детская смертность выше, так как у взрослых чаще встречаются катарральная и гнойная формы, не дающие смертельных исходов.

4. С данных позиций было бы целесообразно во всех случаях острого аппендицита в предоперационном периоде проводить поясничную блокаду, как это предлагает делать Вишневский.

Несомненно, что при катарральной форме аппендицита бло-

када в большинстве случаев куировала бы приступ, и большой процент напрасных операций был бы избегнут. При гнойных и гангренозных аппендицитах блокада являлась бы базис-анестезией и фактором борьбы с интоксикацией, что улучшило бы исходы и при этих формах.

5. Анализ летальности при различных формах аппендицита следует проводить раздельно. Только такой анализ может показать ценность той или другой хирургической тактики отдельных хирургических коллективов, что в настоящее время маскируется или гипердиагностикой, или спецификой заболеваемости в данном районе.

6. Лейкоцитоз и температура не позволяют с уверенностью определять ту или другую форму аппендицита у данного больного, однако при катарральной форме лейкоцитоз повышен в 50% случаев у взрослых и в 60% у детей; при гнойной форме лейкоцитоз повышен у взрослых в 75%, а у детей в 83% всех случаев и при гангренозной форме — у взрослых в 62,5%, а у детей в 85% всех случаев.

Данные температурной реакции при различных формах аппендицита идентичны с данными лейкоцитарной реакции.

О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ ДИАГНОСТИКИ, ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ АППЕНДИЦИТА У ВЗРОСЛЫХ

Канд. мед. наук А. Клийман и Ю. Сарв (Тарту)

Некоторые трудности в установлении точного диагноза и особенности клинического течения аппендицита, а также возможность развития послеоперационных осложнений, — все это требует еще более глубокого изучения этого заболевания.

Сущность наших исследований заключается в установлении соответствия между клиническими проявлениями аппендицита, с одной стороны, и патоморфологическими изменениями отростка и характером общей реакции организма со стороны белой крови и фагоцитарной способности лейкоцитов, с другой стороны, при различных неосложненных формах аппендицита.

Для решения поставленной задачи нами были произведены дополнительные исследования у 63 больных.

Из них: 1) у 23 больных была исследована фагоцитарная способность лейкоцитов параллельно с морфологическими исследованиями белой крови, и установлены патогистологические изменения в отростке.

2) У 30 больных было изучено действие паранефральной блокады по Вишневскому на клинические проявления острого аппендицита. Одновременно (до и после операции) были установлены сдвиги в белой крови. У всех этих больных была произведена аппендэктомия и патогистологические исследования удаленного отростка.

Для получения полного представления о классификации, диагностике и хирургической тактике доклад иллюстрируется данными анализа 2454 случаев неосложненных форм аппендицита у взрослых (старше 10 лет) больных, находившихся на хирургическом лечении за период 1950—1956 гг. Из них женщин было 1563 и мужчин 891.

По клиническим формам аппендицита имелось следующее распределение больных:

1. Острый аппендицит — 1167 случаев.
2. Острый аппендицит в стадии затихания — 446 случаев.
3. Хронический аппендицит — 841 случай.

Наиболее часто встречался аппендицит в следующих возрастных группах больных:

1. В возрасте от 11 до 20 лет — 979 больных.
2. В возрасте от 21 до 30 лет — 751 больной.

В ы в о д ы:

1. На основании клинических наблюдений и дополнительных исследований мы считаем более целесообразным проводить следующую клиническую классификацию неосложненных форм аппендицита у взрослых:

а) Острый прогрессирующий аппендицит (катарральные, флегмонозные и гангренозные).

б) Острый аппендицит в стадии затихания.

в) Хронический аппендицит (первично и вторично хронический аппендицит).

г) Аппендикулярная колика.

2. Для установления правильного диагноза, соответствующего фазе и характеру воспалительного процесса в отростке, необходимо опираться на все клинические проявления различных форм аппендицита с учетом сдвигов в белой крови.

3. Всем больным с подозрением на острый аппендицит следует производить паранефральную блокаду по Вишневскому, с помощью которой в ряде случаев можно дифференцировать патологические изменения отростка функционального и морфологического порядка и их роль в клиническом проявлении признаков, характерных для аппендицита.

4. Паранефральная блокада по Вишневскому при остром аппендиците, особенно при его флегмонозных и гангренозных формах, является хорошей базис-анестезией перед операцией.

5. При неосложненных аппендицитах следует применять следующую хирургическую тактику:

а) При остром неосложненном аппендиците необходимо неотложное оперативное вмешательство после кратковременного клинического обследования (исследование белой крови, действия паранефральной блокады и т. д.).

б) При остром аппендиците в стадии затихания и хронических аппендицитах аппендэктомия следует производить в плановом порядке после полного клинического обследования больного.

в) При аппендикулярных коликах в определении показаний оперативного лечения необходим строго индивидуальный подход. При сильных рецидивирующих аппендикулярных коликах показано оперативное удаление отростка.

6. При постановке окончательного клинического диагноза следует основываться на патогистологических исследованиях отростка, особенно в неясных случаях, так как клинические проявления аппендицита часто не совпадают с патогистологическими изменениями в отростке.

7. Исследование фагоцитарной способности лейкоцитов при аппендиците является дополнительным объективным тестом в определении фазы воспалительного процесса в отростке.

ЛЕЙКОЦИТАРНАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

Н. П. Чернобровый (Выру)

Современная клиника придает большое значение изменению белой крови при диагнозе острого аппендицита, однако сдвиги ее не всегда отражают степень воспалительных процессов в червеобразном отростке.

В хирургическом отделении Вырусской больницы были исследованы 632 больных с острым аппендицитом. Основными показателями брались: количество лейкоцитов, зависимость между их количеством и сроком от начала заболевания до госпитализации, разница между общим лейкоцитозом и местным, зависимость последней от срока госпитализации и формы острого аппендицита.

Все больные разделяются на две группы: а) острый аппендицит у взрослых в 475 случаях, б) острый аппендицит в детском возрасте в 167 случаях.

1. В обеих группах исследованных больных катарральный аппендицит составляет 50—70% по отношению других форм, независимо от срока госпитализации.

2. В детской группе больных при катарральном аппендиците до 10 тысяч лейкоцитов имелось у 71,8%, от 10 до 19 тысяч — у 28,2% больных. В группе взрослых больных при катарральном аппендиците до 10 тысяч лейкоцитов имелось у 76%, от 10 до 19 тысяч — у 24% больных. В детской группе при флегмонозном и гангренозном аппендиците до 10 тысяч лейкоцитов имелось у 60% и от 10 до 35 тысяч — у 40% больных. В группе взрослых при той же форме аппендицита до 10 тысяч лейкоцитов имелось у 34%, от 10 до 19 тысяч у 66% больных.

3. Катарральная форма острого аппендицита встречается преимущественно у больных женского пола — по нашим данным 64,2%.

4. Различие между общим и местным лейкоцитозом увеличивается в зависимости от патолого-анатомической формы острого аппендицита, но не может быть признаком для исключения других заболеваний брюшной полости.

О ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНОГО АППЕНДИЦИТА ПО ДАНЫМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ТАРТУСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ С 1947 ПО 1956 гг.

Э. Я. Силиксаар и В. Ю. Мандель (Тарту)

1. Всем больным, госпитализированным в хирургическом отделении Тартуской Республиканской клинической больницы по поводу перфоративного аппендицита без наличия аппендикулярного инфильтрата, производилась аппендэктомия.

2. В отдельных случаях для более успешного проведения ревизии брюшной полости во время операции под местной анестезией необходимо переходить на общий наркоз.

3. Для проведения аппендэктомии в большинстве случаев оказался достаточным операционный доступ по Дьяконову.

4. Для лечения сопутствующего перфоративному аппендициту перитонита необходимо:

а) проводить осторожное высушивание брюшной полости от экссудата тампоном, причем особое внимание обращать на тщательное тампонирование полости малого таза во избежание развития абсцесса дугласового пространства;

б) при наличии большого количества экссудата производить его аспирацию из брюшной полости;

в) в конце операции вводить в брюшную полость растворы антибиотиков (пенициллина и стрептомицина);

г) перед зашиванием операционной раны вставлять тоненькую резиновую трубочку в брюшную полость для последующего введения антибиотиков (пенициллина, стрептомицина и др.). Количество вводимых в брюшную полость антибиотиков и продолжительность их применения определяются особенностями течения перитонита.

О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА ПО ДАННЫМ ТАРТУСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ ЗА ПЕРИОД 1946—1956 гг.

Р. Пурре и Х. Кокк (Тарту)

На стационарном лечении находилось 214 больных с аппендикулярным инфильтратом, что составляет 4,1% общего числа больных, оперированных по поводу аппендицита. Больные были госпитализированы из 17 районов южной части ЭССР.

Всех больных, находившихся на лечении с аппендикулярным инфильтратом, по характеру клинического течения болезни можно разделить на 3 группы:

1. Больные с прогрессирующим инфильтратом. При таких острых аппендицитах, осложненных инфильтратом, в ряде случаев трудно пальпаторно определить инфильтрат в результате плохого ограничения его и напряжения мышц брюшной стенки. К этой группе относится 55% больных.

2. Больные с ограниченным инфильтратом. В этих случаях при наличии других признаков, характерных для аппендикулярного инфильтрата, последний легко определяется пальпаторно. К этой группе относится 35% больных.

3. Больные с аппендикулярным инфильтратом в стадии рассасывания. Несмотря на пальпаторно определенный инфильтрат, диагноз не всегда бывает правильным вследствие отсутствия других выраженных признаков, характерных для воспа-

лительного инфильтрата аппендикулярного происхождения. К этой группе относится 10% больных.

Только при учете данных анамнеза, объективных и лабораторных исследований и особенностей течения острого аппендицита, осложненного инфильтратом, можно поставить правильный диагноз и, следовательно, подвергнуть больных своевременному и правильному лечению.

При острых аппендицитах, осложненных инфильтратом, в подавляющем большинстве случаев показано консервативное лечение (постельный режим, холод, щадящая диета и т. д.).

При прогрессивных формах аппендикулярного инфильтрата, приводящих к образованию абсцесса или развитию общего перитонита, показано неотложное оперативное лечение (удаление червеобразного отростка, дренирование брюшной полости, введение антибиотиков и т. д.).

Аппендэктомия, после консервативного лечения аппендикулярного инфильтрата, целесообразно проводить не ранее чем через 3 месяца после его рассасывания.

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА И ФАГОЦИТАРНОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕЙКОЦИТОВ В ПЕРИОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

И. Сарв (Тарту)

В период оперативного лечения больной подчинен ряду воздействий психического и физического характера, вызывающих значительные сдвиги в различных системах организма. Организм реагирует активно мобилизацией своих защитных сил, в числе которых фагоцитарная способность лейкоцитов занимает важное место.

Исследования фагоцитарной способности и морфологии периферической крови (1308 исследований у 62 больных и 30 доноров) показывают, что в предоперационный период наступают сдвиги фагоцитарной способности в сторону увеличения. Эти изменения обусловлены нейрогуморальными сдвигами, вызываемыми эмоциональным возбуждением, вне зависимости от тяжести предстоящей операции.

Послеоперационный период в отношении фагоцитарной способности и изменений реактивности организма делится на две фазы, причем взаимные соотношения изменений в обеих фазах

зависят от тяжести и особенностей оперативного вмешательства.

Непосредственно после операции в первой фазе сдвиги реактивности организма характеризуются резким уменьшением или полным отсутствием эозинофильных лейкоцитов в крови, а также уменьшением числа лимфоцитов и моноцитов. Одновременно появляется нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево. Фагоцитарная способность в этой фазе значительно возрастает за счет повышения способности поглощения лейкоцитов, а также и увеличения числа лейкоцитов, принимающих участие в процессе фагоцитоза. Во второй фазе послеоперационного периода сдвиги реактивности организма противоположны. Характерной особенностью этой фазы является увеличение числа эозинофильных лейкоцитов, лимфоцитов и моноцитов. Фагоцитарная способность в противоположность этому явлению падает, однако остается во время заживления операционной раны незначительно повышенной по отношению к норме.

Динамические сдвиги фагоцитарной способности в период хирургического лечения является объективным показателем состояния больного, облегчающим раннее распознавание развития опасных осложнений, вследствие чего необходимо более широко применять в клинических работах исследования фагоцитарной способности лейкоцитов.

При определении фагоцитарной способности изучение препаратов целесообразнее производить при искусственном (электрическом) освещении, что позволяет более достоверно дифференцировать интра- и экстрацеллюлярное расположение поглощенных микробов.

ОШИБКИ И ОПАСНОСТИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

С. И. Кушнер (Рига)

За последние 2 года вопрос об аппендиците все чаще освещается в печати. Большое внимание уделяется вопросу уточнения диагностики, имеются даже призывы к пересмотру тактики при острых аппендицитах в очень ранней стадии заболевания и с неярко выраженной клинической картиной. Однако наблюдение за больными возможно только в условиях стационара и отнюдь недопустимо при подозрении на острый аппендицит в домашних условиях.

Диагностические ошибки при остром аппендиците встречаются еще в 15—20% случаев и зависят в основном от положения отростка, от фазы воспалительного процесса, от возраста и состояния больного. По нашим данным расхождений между амбулаторными и клиническими диагнозами встречается 11,9%, тогда как в клинике процент ошибок равен 2—3%.

Для изучения ошибок и опасностей при остром аппендиците наиболее поучительным является разбор смертных случаев.

За 10 лет (1946—1955) в I Рижской городской клинической больнице лечилось 3828 больных острым аппендицитом, из них умерло 34 человека, что составляет 0,88%, тогда как послеоперационная летальность была 0,83%. Хотя процент летальности из года в год уменьшается (в 1947 — 3,9%, в 1955 — 0,3%), однако он еще выше средних цифр по Союзу и зависит в основном от организационных недочетов, запоздалого обращения больных, длительного наблюдения их на дому, часто также разными врачами, применения болеутоляющих, слабительных и других видов неправильного лечения.

На летальность от острого аппендицита влияют: возраст больных, сроки операции и патолого-анатомические изменения. Среди больных пожилого возраста летальность в 16 раз выше среднего процента летальности. Из всех умерших половина больных была в пожилом возрасте. Среди оперированных в течение 1-х суток от начала заболевания процент смертности составлял 0,1%, до 2 суток — 1,5%, до 3 суток — 3,8%, на 4-е сутки и позже — 6,6%.

При катарральных формах смертей не было, при флегмонозных — 1, при гангренозных — 5, при перфоративных — 28, или 82,5% общего числа умерших.

Основной непосредственной причиной смерти являлся разлитой перитонит — 24 случая, или 70,6%. Из 24 больных, умерших от перитонита, 21 был доставлен в клинику спустя 24 часа, а 16 больных — спустя 48 часов после начала заболевания. Причинами поздней госпитализации у 15 больных было позднее обращение за врачебной помощью, а в остальных 9 случаях — диагностические и тактические ошибки врачей поликлиники и помощи на дому.

У 18 умерших (из 34) имели место те или иные диагностические ошибки, причем у женщин в 2 раза больше, чем у мужчин.

В докладе приводится краткое описание этих ошибок, а также обусловленных ими тактических ошибок. Ошибки рассмат-

риваются по отдельным группам с приведением соответствующих историй болезни.

В первую группу вошли больные, у которых при жизни диагноз острого аппендицита не был поставлен — 7 случаев. Во вторую группу вошли больные, где из-за различных ошибок, а также из-за позднего обращения диагноз был поставлен с большим опозданием, когда операция уже не могла предотвратить смертельный исход. В этой группе было 18 больных.

В третьей группе были допущены тактические ошибки как во время операции, так и в послеоперационном периоде.

Разбор ошибок и опасностей при остром аппендиците показывает, что основными недостатками экстренной помощи остаются: позднее обращение больных за помощью, запоздалая госпитализация, диагностические ошибки и упущения в обследовании больных, тактические ошибки.

Изжитие этих недостатков путем усиления санитарно-просветительной работы среди населения, повышение квалификации участковых врачей и борьба за своевременную операцию приведут к ликвидации тяжелых осложнений и смертности от аппендицита.

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Проф. А. П. Биезинь (Рига)

1. В детском возрасте острый аппендицит нередко протекает весьма своеобразно и в ряде случаев вводит в заблуждение хирурга. Течение острого аппендицита в детском возрасте по праву считается более опасным, чем у взрослых.

2. Одной из особенностей раннего детского возраста является сравнительно редкая заболеваемость острым аппендицитом в противоположность частым желудочно-кишечным расстройствам.

3. Своеобразная клиническая картина острого аппендицита у детей в значительной степени зависит от особенностей морфологического строения отростка, анатомического расположения его и от реактивности детского организма.

4. В детском возрасте при остром аппендиците исключительное значение приобретает фазность заболевания. В некоторых фазах заболевания болезненность может быть весьма незначительной, несмотря на глубокие изменения и опасность состояния.

5. Доклад иллюстрируется наблюдениями из Рижской городской детской клинической больницы и Рижского научно-исследовательского института ортопедии и восстановительной хирургии.

АППЕНДИЦИТ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Канд. мед. наук **Х. Петлем** (Тарту)

В хирургическом отделении Республиканской клинической больницы находилось на лечении за период 1950—1956 гг. 469 детей до 10-летнего возраста с различными формами аппендицита, что составляет от общего числа оперированных больных с этим заболеванием 14,0%.

По клиническим формам имелось следующее распределение больных: острых аппендицитов — 71%, хронических аппендицитов — 18% и перфоративных аппендицитов — 11%.

Оперативному лечению было подвергнуто 99,5% больных, из них умерло 4, что составляет 0,9% общего числа оперированных случаев. В трех летальных случаях имелся общий перитонит аппендикулярного происхождения.

На основании клинического изучения материала больных приходим к следующим выводам:

1. Диагностика острого аппендицита в детском возрасте значительно затруднена, так как в ряде случаев невозможно получить объективные данные анамнеза больных, а также вследствие своеобразного клинического течения аппендицита.

2. В дифференциальной диагностике аппендицита у детей необходимо учитывать присущие данному возрасту заболевания, которые могут симулировать клиническую картину аппендицита. Сюда относятся пневмония, особенно центральной формы, пневмококковый перитонит, воспалительные процессы мезентериальных и ретроперитонеальных лимфатических узлов и т. д.

3. Выраженность клинических симптомов аппендицита в детском возрасте не всегда совпадает со степенью морфологических изменений воспалительного порядка в отростке, вследствие чего не всегда может характеризовать тяжесть течения аппендицита.

4. Патолого-анатомические изменения воспалительного порядка в отростке у детей протекают более бурно и быстро, чем у взрослых, в результате чего ранее наступает перфорация отростка и развитие разлитого перитонита.

5. Аппендикулярные инфильтраты и абсцессы встречаются у детей значительно реже, чем у взрослых.

6. Боли при аппендиците в детском возрасте имеют коликообразный характер.

7. Усиление аппендикулярных колик и укорочение интервалов между ними наряду с другими клиническими проявлениями аппендицита (повышенная температура, лейкоцитоз, усиление воспалительного процесса брюшины и т. д.) свидетельствуют о тяжелых патолого-анатомических изменениях в отростке.

8. При обнаружении выпота в брюшной полости необходимо перед ее зашиванием, с целью профилактики развития абсцесса дугласового пространства, тщательно высушивать полость малого таза тампоном. При наличии гнойного выпота следует в брюшную полость и дугласовое пространство вводить 0,25 г стрептомицина, разведенного в 0,5% растворе новокаина.

О ЛЕЧЕНИИ АППЕНДИЦИТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ПО ДАННЫМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ТАРТУСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА ПЕРИОД 1947—1956 гг.

А. Вайнер и Д. Кулдева (Тарту)

В хирургическом отделении находилось на оперативном лечении в течение 10 лет по поводу аппендицита 526 больных детского возраста (до 14 лет). Острый аппендицит был диагностирован у 314 больных (59,6%) и хронический аппендицит у 212 больных (40,4%).

По отдельным формам аппендицита имелось следующее количественное распределение больных: катарральных аппендицитов 137 случаев (43,8%), флегмонозных — 50 случаев (16%), гангренозных — 58 случаев (18,5%), перфоративных — 59 случаев (18,8%), аппендикулярных инфильтратов 9 случаев (2,9%). Летальный исход наблюдался в 4 случаях. У всех умерших детей развивался разлитой гнойный перитонит после перфоративного аппендицита.

В ы в о д ы:

1. Ранняя диагностика, госпитализация и своевременная операция больных являются залогом успешного лечения острого аппендицита в детском возрасте.

2. В последние годы отмечаются значительные сдвиги в сторону улучшения ранней диагностики и госпитализации больных аппендицитом в детском возрасте.

3. В целях дальнейшего улучшения результатов хирургического лечения аппендицита в детском возрасте необходимо чаще пользоваться консультативной помощью педиатров и хирургов. В неясных случаях или при подозрении на аппендицит целесообразно проводить госпитализацию ребенка в хирургический стационар для уточнения диагноза.

4. Указанные мероприятия позволили нам избежать летальных исходов при аппендиците среди городского контингента детей за последние 6 лет.

5. За последние годы в результате уменьшения глистных инвазий у детей (с 11% до 5%) значительно уменьшилась возможность диагностических ошибок в отношении аппендицита.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ В СЛУЧАЯХ ОСТРОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО МЕЗАДЕНИТА И ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Р. И. Кузьмайте (Каунас)

В детском возрасте одним из заболеваний, при котором нередко ставится диагноз острого аппендицита, является острый неспецифический мезаденит. Это заболевание встречается чаще, чем его удастся установить. Литературные данные и наш клинический материал показывают, что острый неспецифический мезаденит составляет 8—10% по отношению к числу случаев острых аппендицитов. Часто при остром неспецифическом мезадените производится непоказанное оперативное вмешательство, приводящее в ряде случаев к ухудшению состояния больного.

В клинике общей хирургии в течение 1953—1956 гг. находилось под наблюдением 23 больных детского возраста с острым неспецифическим мезаденитом. Из них 10 больных были подвергнуты оперативному вмешательству. За тот же период было произведено 205 операций по поводу острого аппендицита.

Выводы:

1. Дифференциальный диагноз в случаях острого аппендицита и острого неспецифического мезаденита вполне возможен, если будет обращено внимание на вероятность последнего заболевания.

2. Во избежание диагностических ошибок и, как следствия, бесполезных операций необходимо в медицинской периодической и непериодической печати чаще освещать вопросы диагностики и лечения острого неспецифического мезаденита.

ПНЕВМОКОККОВЫЙ ПЕРИТОНИТ

А. Тух (Таллин)

1. Пневмококковый перитонит чаще всего встречается в детском возрасте и преимущественно у девочек.

2. Патогенез пневмококкового перитонита до сих пор полностью не выяснен.

3. Пневмококковый перитонит в ряде случаев не имеет ярко очерченной клинической картины, вследствие чего не всегда можно быть уверенным, что за ним не скрывается перитонит другого происхождения.

4. В дифференциальной диагностике пневмококкового перитонита наиболее трудным является исключение острого аппендицита в детском возрасте.

5. При перитонитах неясного происхождения и явно пневмококковых перитонитах в настоящее время ранняя операция в комплексе с современными методами лечения является показанной.

6. Большой процент аппендэктомий при пневмококковых перитонитах как по литературным, так и по нашим данным является следствием трудности установления пневмококкового перитонита во время операции.

7. При подозрении во время операции на пневмококковый перитонит следует дренировать брюшную полость с целью введения антибиотиков.

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ХОЛЕЦИСТИТОВ

Проф. В. И. Стручков (Москва)

1. Летальность при острых холециститах остается еще высокой.

2. Существует определенная недооценка многочисленных опасностей и осложнений, которые влекут за собой острый и хронический холецистит.

3. Одной из главных причин большой летальности при остром холецистите является позднее оперирование этих больных.

4. Клиника располагает опытом лечения 600 больных с острым холециститом за последние 7 лет. Широта показаний к операции определялась опасностью течения заболевания, возможностью его терапевтического излечения и опасностью операции.

Правильной разработке показаний к операции содействует тщательный анализ причин летальности этих больных.

5. Опыт свидетельствует о целесообразности ранней операции у значительной части больных с острым холециститом.

6. Больных с острым холециститом по клиническому течению и степени срочности необходимой операции следует разделить на следующие группы:

а) При подозрении на перфорацию, гангрену, флегмону пузыря показана экстренная операция по жизненным показаниям.

б) При неуклонных ухудшениях клинической картины или при отсутствии улучшения, несмотря на энергичное лечение с применением антибиотиков в течение 48—72 часов — показана неотложная операция.

в) Больным с повторными затихающими приступами острого холецистита показана операция в стадии затихания процесса на 14—21 день от начала приступа, но не выписывая больного из стационара.

г) При легких затихающих первых приступах показано терапевтическое лечение.

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТИТОВ

Доц. Т. Шюркус (Каунас)

В течение последнего десятилетия (1947—1956) в Каунасской I Советской клинической больнице находилось на лечении 174 больных с острым и хроническим холециститом. Из них в 96 сл. было произведено оперативное лечение. Умерло 7 больных (7,25%). В 32 случаях имелся рецидивирующий хронический холецистит. Из этой группы умер один больной вследствие эмболии легочной артерии. Остальные оперированные больные (64 сл.) страдали острым холециститом. Из этой группы больных наблюдался в 6 сл. летальный исход.

Анализ наших наблюдений позволяет сделать следующие выводы:

1. Все холециститы, особенно их острые формы, должны подвергаться лечению в хирургическом стационаре.

2. При острых холециститах не всегда показана срочная операция, как это принято при остром аппендиците. В ряде случаев при применении консервативной терапии воспалительные явления быстро проходят.

3. Если воспалительные явления при консервативной терапии острого холецистита в течение 2—3 суток усиливаются, то операция становится необходимой.

4. При появлении желтухи при холециститах вследствие обтурации протоков показано неотложное оперативное вмешательство для того, чтобы не допустить развития деструктивных изменений в печени, холангита или билиарного перитонита. Особенно необходимо остерегаться появления указанных осложнений у больных пожилого возраста, так как у них быстро развиваются деструктивные изменения желчного пузыря со всеми их последствиями.

5. Пожилой возраст больного не является противопоказанием для оперативного вмешательства по поводу острого холецистита.

6. Нередко рецидивирующий острый холецистит при консервативном лечении переходит в хроническую стадию. Своевременная операция в этих случаях надежно устраняет страдания больного и предупреждает развитие тяжелых осложнений.

7. При рецидивирующих хронических холециститах необходимо всегда производить холецистографию. Во время холецистэктомии необходимо хорошо исследовать желчные протоки. Если наблюдаются явления обтурационной желтухи, то следует проводить зондирование желчного пузыря и по мере возможности применять холедохографию с целью установления локализации закупорки протока и вызвавших ее причин.

8. Во всех случаях холециститов целесообразно производить холецистэктомию. Только в тяжелых случаях допустима более щадящая операция — холецистостомия.

О РЕЗУЛЬТАТАХ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОЛЕЦИСТИТОМ В РЕСПУБЛИКАНСКОЙ ТАРТУСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ЗА ПЕРИОД 1947—1956 гг.

Э. Теэяр и Э. Руус (Тарту)

В работе проведен клинический анализ результатов лечения 114 больных холециститом в хирургическом отделении клиники за последние десять лет. Для сравнения одновременно приведены данные анализа 287 больных холециститом, леченных в терапевтических отделениях клиники за период 1952—1956 гг.

У больных, госпитализированных в хирургическом отделении, диагноз направления совпадал с клиническим диагнозом в 66% случаев, диагноз поступления — в 83,4% случаев.

Оперативное лечение было применено в 59 случаях из общего числа 114 больных холециститом различной формы, находившихся на лечении в хирургическом отделении. Холецистэктомия была произведена у 50 больных, причем летальный исход наблюдался в 5 случаях в послеоперационном периоде. Камни желчного пузыря у оперированных больных холециститом обнаружены в 53% случаев. У больных, леченных в терапевтических отделениях, калькулезный холецистит был диагностирован только в 8,8% случаев. Отдаленные результаты оперативного лечения установлены у 26 больных. Из них с хорошими отдаленными результатами было 14 больных, с удовлетворительными — 8 больных и с неудовлетворительными — 4 больных. На основе клинического анализа материала больных холециститом можно сделать следующие выводы:

1. Среди хирургов и терапевтов отсутствует единство взглядов на определение показаний оперативного лечения больных холециститом.

2. Больных с острым холециститом надо госпитализировать в хирургическое отделение.

3. При деструктивных формах острого холецистита необходимо применять неотложное оперативное лечение, так как отсрочка операции значительно ухудшает результаты лечения, прежде всего в отношении развития осложнений.

4. При хронических рецидивирующих холециститах оперативное лечение дает лучшие результаты, чем консервативное.

5. После холецистэктомии сохраняются явления хронического гастрита и холангита, с чем необходимо считаться при определении показаний к операции.

6. При осуществлении операции на желчных путях по поводу обтурации следует производить их рентгенографию во время операции.

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕЦИСТИТОВ

П. Л. Абрамянц, Ш. А. Гулордава (Таллин)

За последние 20—25 лет все настойчивее раздаются голоса об обязательности операции в стадии острого холецистита. Эта идея приобретает все большее число сторонников, но она не получила еще четкого и единообразного решения. Поэтому изучение и обобщение опыта клинических наблюдений отдельных лечебных учреждений представляет определенный интерес.

Анализ 125 оперированных больных с острым и хроническим холециститом в хирургическом отделении Таллинской Республиканской больницы позволяет придти к следующим выводам:

1. Клиническая картина при холециститах многообразна и не всегда соответствует патолого-анатомическим изменениям.

2. Острый холецистит протекает почти одинаково с наличием и отсутствием камней в желчном пузыре.

3. При решении вопроса о лечении различных форм холециститов определяющей является тяжесть текущего момента заболевания. Больные с легким приступом желчной колики подлежат консервативной терапии. При средней тяжести клинической картины холециститов, в случае отсутствия лечебного эффекта в течение 2—3 суток показано хирургическое вмешательство. Тяжелый приступ осложненного холецистита (гангренозная, флегмозная и перфоративная формы) является абсолютным показанием к срочной операции.

4. Ранняя операция — холецистэктомия предотвращает рецидивы заболевания, холангиты, перфорации желчного пузыря, спайки внутрибрюшных образований и другие осложнения. В показанных случаях операция нередко избавляет больных от длительной и бесцельной терапии.

При современном прогрессе хирургии брюшной полости опасность операции невелика и во всяком случае искупает тяжелые последствия опасных осложнений. Противопоказания к холецистэктомии при холециститах должны быть в максимальной степени сужены.

О ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕЦИСТИТОВ ПО ДАННЫМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ТАРТУСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

1947—1956 гг.

М. Мукк (Тарту)

В настоящей работе дан анализ оперативного лечения больных холециститом хирургического отделения Тартуской Городской Клинической больницы за период 1947—1956 гг. За данный период на лечении с различными формами холецистита находилось 148 больных. Из них оперативному лечению было подвергнуто 76 больных, а в 72 случаях хирургическое лечение не было применено.

Из 76 оперированных больных в 27 случаях наблюдался острый холецистит, в 46 случаях — хронический и в 3 случаях — рак желчного пузыря. Летальный исход наступил в 7 случаях.

Из 27 случаев острого холецистита первичный приступ имелся у 9 больных. Острый рецидивирующий холецистит наблюдался в 18 случаях, из числа которых 11 больных неоднократно подвергались консервативному лечению в течение 1—30 лет. Гангренозный холецистит с явлениями перитонита был установлен в 12 случаях.

С острым холециститом в первые сутки оперировано 12 больных, на 4—8 сутки — 7 больных и в более поздние сроки — 8 больных.

Из операционных методов наиболее часто применялась холецистэктомия — 69 случаев, в 5 случаях была произведена холедохотомия, из них в 3 случаях одновременно и холецистэктомия, и в 4 случаях ограничилась только лапаротомией.

Для обезболивания в 52 случаях применялся эфирный наркоз, в 18 случаях $N_2O + O_2 +$ эфир, в 2 случаях проводилось местное обезболивание с переключением на общий наркоз, и в 5 случаях применялась только местная анестезия.

У оперированных больных отдаленные результаты были проверены в 42 случаях. Из них в 26 случаях имелись вполне хорошие отдаленные результаты, в 11 случаях — удовлетворительные, и у 3 больных сохранились прежние жалобы.

В ы в о д ы:

1. Больным с хроническим рецидивирующим холециститом, подвергавшимся неоднократно терапевтическому лечению, показано оперативное лечение.

2. Острые рецидивирующие холециститы подлежат госпитализации в хирургический стационар с первого дня заболевания.

3. Необходимо в наших условиях повысить хирургическую активность при лечении острых рецидивирующих холециститов.

4. При оперативных вмешательствах на желчном пузыре и протоках местную анестезию нельзя считать показанным видом обезболивания.

ПРИЧИНЫ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

В. А. Ланда (Рига)

Рассматривая наши данные 321 операции по поводу острого и 104 операций по поводу хронического холецистита, а также изучая причины летальности и отдаленные результаты, мы приходим к выводу о весьма большом значении для исхода операции длительности и запущенности заболевания, вовлечения в болезненный процесс соседних органов и состояния макроорганизма, а также технической стороны операции.

Нами, как и другими хирургами, неоднократно отмечалось, что послеоперационная смертность в запущенной стадии заболевания, когда операция производится по жизненным показаниям («операция отчаяния»), достигает 33%, в то время как при неосложненном холецистите она не превышает 3%, а у больных в возрасте до 60 лет — 1,5%.

Остаточные явления и рецидивы при проверке нами больных отмечены у 19%.

Поздние послеоперационные жалобы очень разнообразны. Иногда больные жалуются на колики, похожие на прежние приступы, несмотря на то, что камни полностью удалены. У других больных встречаются опоясывающие боли разного характера или тупые боли в верхней части живота, особенно в правом подреберье. Наблюдаются также диспептические явления. По нашему мнению, несомненным следует признать тот факт, что такие жалобы не во всех случаях обусловлены только предшествовавшей операцией.

Даже повторные операции (у нас 17) не всегда дают возможность выяснить причины послеоперационных страданий: рецидивы колик очень часто наступают даже после радикальных, технически безупречных и вполне удачных операций.

Показаниями к повторным операциям являются непрекращающиеся боли или очень частые приступы колик, интермиттирующий синдром со стороны общего желчного протока и обтурационная желтуха.

У наших больных неудовлетворительные отдаленные результаты после холецистэктомии были обусловлены следующими причинами:

1. Истинные рецидивы камней (новообразование камней во внутри- и внепеченочных ходах).

2. Не истинные рецидивы камней (камни, оставленные при первой операции).

3. Неполное удаление желчного пузыря и недостаточное удаление пузырного протока.

4. Стеноз общего желчного протока рубцевого воспалительного происхождения.

5. перевязка желчных путей при нераспознанных вариациях.

6. Гепатиты, гнойные осумкованные перигепатиты, гепаторенальный синдром, панкреатиты и спаечные процессы.

7. Дискинезии как желчных путей, так и оддиевского сфинктера и всего желудочно-кишечного тракта, вследствие нарушения вегетативной иннервации.

8. Псевдорецидивы были обусловлены: а) первичным неправильным диагнозом и сопутствующими заболеваниями; б) невротической или психической фиксацией всех жалоб другой этиологии на область произведенной операции.

Изучение причин неудовлетворительных результатов после операции на желчных путях должно привести к уточнению показаний к оперативному лечению желчнокаменной болезни, к более активным действиям при подозрении на деструктивные процессы и к более осторожным действиям при «хроническом» холецистите, в особенности при дискинезиях желчных путей. Необходимо обратить внимание на техническую сторону выделения пузыря и пузырного протока и на проверку общего желчного протока в ходе операции. Целесообразно ввести в нашей клинике пока еще мало применяемую холангиографию и холангионометрию во время операции. Не менее важным моментом является проверка соседних органов и поддиафрагмального пространства. В послеоперационный период рекомендуется применять наиболее эффективные антибиотики на основании исследования гноя и содержимого желчного пузыря, пользуясь при этом микробиологическими тестами. Необходимо

выявлять сопутствующие заболевания и проводить правильное лечение их, что приведет также к сокращению неудовлетворительных результатов после операции по поводу желчнокаменной болезни.

РОЛЬ ЛАМБЛИОЗНОЙ ИНВАЗИИ В ПАТОЛОГИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Н. В. Эльштейн (Таллин)

1. Настоящее сообщение — результат обобщения литературных данных, личных наблюдений, анализа историй болезней и амбулаторных карточек 150 больных ламблиозом. Среди всех форм последнего поражение желчных путей и печени составило 62,6%. По нашим данным ламблии обнаруживаются у каждого пятого больного с заболеваниями желчных путей, по А. Л. Мясникову в 5—10% случаев, по Н. Б. Шупаку — в 11,7%, по Б. Н. Турбину — в 54,4%. Частота ламблиоза желчных путей обратно пропорциональна возрасту больных.

2. Возможность паразитирования ламблий в желчных путях не вызывает сомнения. Большая роль в возникновении заболевания принадлежит свойствам ламблий вызывать функциональные расстройства. Имеет значение не только раздражающее влияние ламблий на интерорецепторы желчных путей, но и «прокладывание» ими пути бактериальной инфекции.

3. Холециститам ламблиозной этиологии не присущи определенные патогномические симптомы. Обращает, однако, на себя внимание обычно постепенное начало и длительное течение болезни, субфебрильная температура, выраженные вегетативные расстройства, ипохондричность больных, признаки неврастении, умеренная гипохромная анемия и эозинофилия крови. На фоне всего этого возможны резкие болевые приступы, напоминающие желчнокаменную болезнь. Одновременные поражения желчного пузыря и двенадцатиперстной кишки должны особенно настораживать в отношении возможности ламблиозной этиологии заболеваний.

4. В диагностике ламблиоза желчных путей решающее значение имеет обнаружение паразитов. Обследование больных на наличие ламблий включает многократные поиски их в кале и во всех трех фракциях дуоденального содержимого.

5. У больных хроническим холециститом, там, где нет срочных показаний к операции, необходимо до решения вопроса об

оперативном вмешательстве исключить ламблиоз. Противоламблиозное лечение может снять необходимость операции. В случаях с длительным анамнезом и при неэффективности консервативного лечения операция может оказаться целесообразной и при холециститах ламблиозной этиологии.

ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВ

Проф. Б. А. Петров (Москва)

Тезисы не поступили.

ЗНАЧЕНИЕ ФИКСАЦИИ МЕТАЛЛИЧЕСКИМ СТЕРЖНЕМ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Доктор мед. наук С. М. Лишнеvский (Рига)

1. Внутрикостная фиксация металлическим штифтом применяется в Рижском научно-исследовательском институте ортопедии и восстановительной хирургии с 1949 года.

Семилетний опыт применения этого метода при фиксации свежих переломов и ложных суставов и изучения результатов лечения у 146 больных дали возможность изучить ошибки и осложнения, уточнить методику и выработать определенные показания.

2. При свежих переломах длинных трубчатых костей фиксация металлическим стержнем проводится лишь в случаях невозможности добиться удовлетворительной репозиции и фиксации отломков более щадящими методами (скелетное вытяжение или одномоментная репозиция с наложением гипсовой повязки).

3. Наиболее эффективно применение внутрикостной фиксации при поперечных переломах бедренной кости. При аналогичных переломах обеих костей предплечья наиболее целесообразно фиксировать металлическим стержнем, проведенным через перфорированный дистальный отломок, лишь одну лучевую кость, производя в области локтевой кости вклинение заостренного проксимального конца периферического отломка в центральный.

При внутри- и околосуставных переломах плеча надежная фиксация с помощью металлического стержня обеспечивает возможность проведения ранней функциональной терапии и ЛФК и сохранение таким путем достаточного объема движений

в локтевом и плечевом суставах. При переломах плеча в средней и нижней третях введенный ретроградно штифт выводится через наружный мыщелок, при переломах шейки — через латеральный край головки. Особенно уместны репозиция и фиксация с помощью металлического штифта при вывихах оторванной головки плеча. Учитывая, что внутрисуставные переломы головки плеча почти всегда ведут к ограничению движений в этом суставе при любом методе лечения, в том числе и при применении металлических штифтов, до появления консолидации необходимо обеспечить отведение конечности с помощью соответствующей абдукционной шины.

При переломах костей голени применение металлических штифтов имеет весьма ограниченные показания.

Не следует применять штифты для фиксации переломов мелких трубчатых костей (кости пястья, плюсны, фаланги). Применение металлического штифта для фиксации переломов ключицы дает хороший как функциональный, так и особенно косметический эффект.

4. Перед операцией штифт должен быть подобран соответствующих размеров. Нельзя применять слишком толстые штифты, повреждающие эндост и почти полностью лишаящие кость костного мозга.

Форма штифта существенного значения не имеет, но наиболее удобны плоские штифты с закругленными концами и с отверстием на одном конце для облегчения последующего извлечения. Такие штифты, соответствующим образом подобранные по диаметру кости, нашли в нашем институте наиболее широкое применение.

Фиксация перелома металлическим штифтом не исключает необходимости дополнительной фиксации гипсовой повязкой, которая должна применяться, как правило.

5. При псевдоартрозах остеосинтез с помощью металлических штифтов допустим лишь в комбинации с дополнительной костной пластикой (обычно — боковым автотрансплантатом).

6. Наиболее часто встречающихся осложнений после остеосинтеза металлическим штифтом (искривление штифта, переломы его, коррозия) можно избежать при соблюдении следующих условий: а) применение штифтов, изготовленных только из доброкачественной нержавеющей стали (кустарное изготовление штифтов недопустимо); б) правильный выбор перед операцией стержня соответствующего диаметра и длины; в) правильное соблюдение методики операции при наличии соответствующей техники хирурга и технического оснащения.

К ВОПРОСУ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

П. Даукшис (Каунас)

Лечение открытых переломов трубчатых костей является по настоящее время весьма актуальным, так как существуют еще различные подходы к решению этого вопроса.

В последние годы по опыту ряда отечественных авторов (Приоров, Еланский, Соколов и др.) получил признание метод первичного остеосинтеза при лечении открытых переломов длинных трубчатых костей.

После необходимой хирургической обработки раны при открытых переломах длинных трубчатых костей основным условием для получения хороших результатов лечения является тщательная репозиция и надежная фиксация отломков. Для достижения указанных условий предложены различные способы остеосинтеза: нержавеющей проволокой, шелком, консервированным нервом (Кузьме), авто-гетерокостным трансплантатом, внутрикостным металлическим штифтом и др.

В клинике общей хирургии Каунасского мединститута более широко стал применяться первичный остеосинтез при открытых переломах длинных трубчатых костей с 1956 года. Для осуществления остеосинтеза при поперечных диафизарных переломах длинных трубчатых костей нами применялась внутрикостная фиксация металлическим штифтом ЦИТО, Богданова и др. При открытых спиральных переломах длинных трубчатых костей производилась фиксация отломков нержавеющей проволокой или шелком. При метафизарных переломах применялся трансплантат. Во всех случаях в послеоперационном периоде вводился ежедневно внутриаптериально пенициллин в течение 8—10 дней по 200.000—300.000 ед.

Первичному остеосинтезу были подвергнуты 28 больных с открытым переломом длинных трубчатых костей. Из них имелось переломов голени 16 сл., бедра 2 сл., плеча 3 сл., предплечья 2 случая. Во всех этих случаях была достигнута хорошая консолидация отломков без развития осложнений.

В ы в о д ы:

1. Свежие открытые переломы длинных трубчатых костей должны подвергаться первичному остеосинтезу:

а) при открытых поперечных диафизарных переломах длин-

ных трубчатых костей в качестве штифта необходимо применять металлические гвозди;

б) при открытых спиральных переломах длинных трубчатых костей можно применять проволочную фиксацию отломков;

в) при метафизарных переломах длинных трубчатых костей в качестве штифта целесообразно применять трансплантаты — os rigidum.

2. Всем больным, подвергнутым первичному остеосинтезу после открытых переломов длинных трубчатых костей нижних конечностей, необходимо вводить в бедренную артерию пенициллин в течение 8—10 дней по 200.000—300.000 ед.

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ ВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ ОПЕРАТИВНОЙ ТРАВМЕ

А. И. Ланг (Тарту)

1. В связи с расширением пределов хирургических вмешательств было уделено много внимания всестороннему изучению и оценке состояния физиологических функций организма в период операционной травмы. Несмотря на имеющиеся убедительные литературные данные о действии болевых импульсов и раздражений шокогенных зон на почечную функцию, в клинической повседневной практике редко уделяется внимание расстройствам функции этого жизненно важного органа при операционной травме.

2. Наши исследования подтверждают наличие расстройств выделительной функции почек у больных во время крупных хирургических вмешательств, а также непосредственно после них, как качественного, так и количественного порядка. При тяжелой операционной травме к концу операции, а также и в ближайшие часы после нее, у ряда больных патологические изменения в моче сходны с картиной острого гломерулонефрита.

3. После легких и средней тяжести операций диурез приближается к норме по окончании операции. Тяжелая операционная травма сопровождается полным прекращением диуреза или резко выраженной олигурией.

4. Не восстановившееся мочеотделение после операционной травмы в последующие часы требует особого внимания лечащего врача, так как этот признак является объективным показателем состояния тяжелого операционного шока.

5. Колебания диуреза у оперируемого больного следует рассматривать как один из критериев в оценке его состояния. Этот показатель в некоторых случаях является даже более чувствительным, чем определение артериального давления и пульса, а в иных случаях успешно их дополняет.

ОБ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЛИОМИЕЛИТА

Проф. А. П. Биезинь (Рига)

1. Ортопедические мероприятия необходимы с первых дней заболевания, еще в инфекционном отделении. Они заключаются в правильном положении тела и конечностей больного, с предупреждением перерастяжения и образования контрактур.

2. Особое значение ортопедические мероприятия имеют в восстановительной стадии с применением ровной и жесткой постели («щита»), правильного положения конечностей, правильного режима, пользования мешочками, гипсовыми, желатиноформалиновыми и другими шинами.

3. Весьма важно обеспечить преемственность лечения лицам с выраженными параличами и парезами до значительного улучшения состояния, чтобы опорно-двигательный аппарат в обычных условиях жизни мог выполнять повседневные запросы без ущерба для больного. Ортопедическое лечение в соответствующем учреждении (санатории, специальном детдоме) в случаях средней тяжести необходимо проводить в течение 1—2 лет.

4. Во время восстановительной стадии важно режим больного и нагрузку согласовать с уменьшенной силой опорно-двигательного аппарата. Поэтому необходима систематическая углубленная проверка нервно-мышечного аппарата современными методами физиологического исследования: электродиагностики, хронаксиметрии, электромиографии или определения лабильности мышц.

5. В комплексе лечебных мероприятий весьма большая роль принадлежит бальнеологическому лечению, массажу, лечебной физкультуре, физиотерапии. Существенное значение имеет систематичность проведения данного комплекса, в котором видное место занимают ортопедический контроль, ортопедические мероприятия, ортопедические снабжения, а также некоторые вмешательства, например, биостимуляция при отставании роста конечностей.

6. В резидуальной стадии оставшаяся сила мышц рацио-

нально используется для нужд больного. Поэтому при лечении необходимо, с одной стороны, считаться с запросами и желаниями каждого больного, а с другой — планировать его будущность с учетом имеющихся возможностей.

7. В резидуальной стадии могут быть весьма полезными перемещения сухожилий с целью создания нового равновесия, облегчающего применение ортопедических аппаратов, тугоров и обуви.

Стабилизирующие операции в виде артрорезов и артроризов имеют меньше показаний, за исключением артрореза плечевого и голеностопного суставов.

8. Весьма большое практическое значение имеет обеспечение обучения в специальных школах с интернатами и с мастерскими для трудового обучения с одновременным обеспечением ортопедического режима и ортопедических мероприятий.

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ АППЕНДИЦИТОВ ПО МАТЕРИАЛАМ ТАЛЛИНСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА 2 ГОДА

Б. Лехепуу, Герасимчук, Луур и Скородько (Таллин)

Тезисы не поступили.

Ladumisele antud 15. IV 1957. Trükkimisele antud
6 V. 1957. Paber 60×92. Trükipoognaid 4,125. Trüki-
arv 400. Tellimise nr. 1200. MB-03507. Hans Heidemanni
nimeline trükikoda Tartu, Vallikraavi tn. 4.

На эстонском и русском языках.

Tasuta.

Tasuta

TARTU ÜLIKOOLI RAAMATUKOGU



1 0300 00000406 1