

**Острый аппендицит.
Ошибки диагностики острого
аппендицита.
Осложнения острого аппендицита.**

Кафедра хирургических
болезней №2

к.м.н. Перескоков С.В.

Степанов Ю.А.

Острый аппендицит – острое воспаление червеобразного отростка.

- Острый аппендицит продолжает оставаться одной из важнейших проблем хирургии. Достаточно сказать, что аппендэктомия составляет около 20-30 % ко всем хирургическим операциям. Учение об аппендиците прошло много этапов, прежде чем была создана стройная система этиологии, патогенеза, клиники и лечения. Это коварное заболевание. Бытующее представление о нём, как о простом страдании легко опровергается статистикой. Летальность казалось бы невелика, она редко превышает 0,2-0,3 %, но за этими цифрами, учитывая частоту заболевания, стоят десятки тысяч жизней.
- Мы многого не знаем из истории этого “безобидного” заболевания. Очевидно, прошедшие века несут в себе печать трагедии многих миллионов людей. Ведь лишь 100 лет назад блестящий профессор Гарвардского университета R. Fitz (1886) произнёс слово “острый аппендицит” и рекомендовал хирургам при наличии последнего оперировать больных незамедлительно. Очень ярко роль R. Fitz выразил Ganz (1910):”Если я только вспомню о тех смутных представлениях, которые были связаны с чрезвычайно растяжимым понятием “тифлит”, “перитифлит”, то мне кажется, что мы имеем основание быть благодарными тому практичному американцу, который в 1886 году придумал название “аппендицит” и тем положил конец всякой неточности в определении локализации”.
- Первые аппендэктомии сделаны Kronlein в 1883 г., Malomed в 1884 и А.А. Трояновым в 1890 году.

ЭТИОЛОГИЯ

Единого мнения о возникновении острого аппендицита не существует. Имеется ряд теорий, объясняющих причины заболевания и его патогенез. Наиболее известны механическая (теория застоя), инфекционная и Ангионевротическая теории. Кроме этого, в различные периоды развития учения об аппендиците разрабатывались отдельные концепции, порой очень оригинальные. Очевидно все теории и концепции, отражая тот или иной этиологический фактор, не лишены логики и смысла. В то же время многообразие форм и стадий острого аппендицита заставляет думать о полиэтиологичности возникновения этого заболевания, которое развивается в результате изменившихся биологических соотношений между организмом человека и микробами. Причём, острый аппендицит - это неспецифическое воспаление червеобразного отростка. Возбудителями инфекции могут быть стафилококки, кишечная палочка, смешанная и анаэробная флора. Попытки выделить какой-либо особый возбудитель заболевания и придать острому аппендициту форму специфического воспаления не увенчалось успехом.

Классификация

В основу положены морфологические критерии изменений червеобразного отростка и особенности клинического течения:

- по морфологическим изменениям:

- катаральный (простой, поверхностный) аппендицит;
- флегмонозный;
- гангренозный;
- перфоративный.

Выделяют еще эмпиему червеобразного отростка – скопление гноя (абсцесс) в просвете обтурированного отростка, в виде «булавовидного» утолщения;

- В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСЛОЖНЕНИЙ:

- неосложненный;
- осложненный:
 - а) аппендикулярным инфильтратом;
 - б) периаппендикулярным абсцессом;
 - в) местным перитонитом;
 - г) разлитым перитонитом;
 - д) межкишечные, поддиафрагмальные, подпеченочные, тазовые (дугласова пространства) абсцессы;
 - е) пилефлебит и пр.

- по клинической картине:

- с типичной клинической картиной;
- стертой;
- атипичной:
 - а) с дизурическими расстройствами;
 - б) диареей;
 - в) с клиникой острого холецистита;
 - г) с признаками тяжелой гнойной интоксикации.

Расположение червеобразного отростка

По данным литературы типичное (нисходящее)

Расположение червеобразного отростка встречается у 79,1% больных, у 20,9% оно нетипичное:

ретроцекальное – 5,6%;

забрюшинное (околопочечное) – 1,4%;

тазовое – 1,4%; левостороннее – 1,4%;

мезоперитонеальное – 4,2%;

подпеченочное – 6,9%.

Это нередко определяет и клиническую картину.

Клиника

Острый аппендицит характеризуется многообразием клинических проявлений. И.И. Греков в связи с этим образно назвал его “хамелеоноподобным заболеванием”, Ю.Ю. Джанелидзе - “многоликим” и “коварным”. Почти все симптомы острого аппендицита неспецифичны, т.е. могут быть и при других болезнях живота. Поэтому в диагностике огромное значение имеет не сам симптом, а его характеристика и сочетание с другими симптомами и последовательность их возникновения. Причём, один и тот же симптом в различных стадиях заболевания и при различных его формах имеет свои особенности.

Осмотр больного

В первой стадии болезни состояние больного удовлетворительное. Выражение лица спокойное, кожный покров обычной окраски или слегка бледен. Состояние и внешний вид больного изменяются при деструктивных формах аппендицита. Появляется бледность кожного покрова, лихорадочный блеск глаз, страдальческое, тревожное выражение лица, черты больного при развитии перитонита заостряются (**лицо Гиппократ**). Больные, как правило, малоподвижны, апатичны, неохотно, с трудом, односложно отвечают на вопросы. Плохим признаком является эйфория. Нужно помнить, что в ряде случаев уже в ранней стадии острого аппендицита чётко выражен токсический компонент, резкая бледность кожного покрова, гиперемия склер, лихорадочный блеск глаз, высокая температура, тахикардия, озноб, бред, эйфория. Здесь существует реальная опасность токсического шока. Интересно, что сведения об остром аппендиците с выраженной токсемией, который ещё **Г. Мондор (1939)** называл **молниеносным и фатальным**, практически исчезли из современной литературы об аппендиците. В то же время токсическая форма острого аппендицита реально существует и таит в себе значительную угрозу для жизни больного.

Температура

Температура в начале заболевания колеблется между 37-38⁰С. Пульс при этом соответствует температуре - 80-100 уд. в 1 мин. Лишь при деструктивных формах аппендицита температура достигает 38,5-39⁰С, а тахикардия возрастает до 130-140 уд. в 1 мин. **(симптом токсических ножниц)**.

Определённое диагностическое значение имеет сравнение ректальной и подмышечной температур. Выявление значительной разницы (более 1,5⁰С) объективно свидетельствует об острой патологии в брюшной полости **(симптом Паскалиса-Маделунга-Ленандера)**.

Тошнота и рвота

Наблюдается у 60-80 % больных (В.И. Колесов, 1972). Тошнота обычно предшествует рвоте, но иногда является самостоятельным симптомом. Важно, что эти симптомы никогда не предшествуют болям, а возникают в течение первого или второго часа от начала заболевания. В первой её стадии рвота имеет рефлекторный характер, обычно одноразовая, слизью или съеденной пищей. Во второй и третьей стадиях острого аппендицита рвота возникает вновь, но здесь её частота и характер больше зависят от выраженности перитонита, интоксикации и развивающейся динамической (паралитической) кишечной непроходимости.

Задержка стула и газов

Это неизменные спутники острого аппендицита. Но, если в первой стадии заболевания задержка стула и газов возникает как физиологическая, рефлекторная реакция на посторонние раздражения, то в дальнейшем - она результат паралитической кишечной непроходимости при перитоните. Жидкий стул бывает исключительно редко, чаще у детей, при распространении воспалительного процесса на сигмовидную или прямую кишки. При тазовом расположении и соприкосновении его со стенкой мочевого пузыря, возможны дизурические расстройства.

Язык

В первой стадии болезни язык влажный, обложенный белым налётом. С развитием деструктивных изменений в червеобразном отростке и перитоните язык становится сухим, покрытым грязно-серым налётом.

Боль

Боли, чаще постепенно нарастающие, постоянные, вначале в эпигастральной области, в области пупка, правом подреберье, а затем локализуются в правой подвздошной области (**симптом Кохера**). Реже боли могут возникать в области таза, пояснице, по всему животу, а затем локализоваться справа.

По характеру боли постоянные, умеренные, но могут быть резкими, схваткообразными. Обычно не иррадируют. Иррадиация зависит от локализации: в лопатку – при подпеченочном; в поясницу, низ живота, пах, правую ногу – при ретроцекальном расположении; в паховую область, промежность, ногу – при тазовом расположении; в левую половину живота – при левостороннем расположении.

Локальные болевые точки – Мак Бурнея, Ланца.

Искусный хирург начинает поверхностную пальпацию вдали от предполагаемого болезненного очага, обычно в левой половине живота, продвигаясь слева направо против хода толстой кишки. Причём, чем ближе он подходит к правой подвздошно-паховой области, тем осторожнее и щадяще пальпирует.

Пальпация – сравнительная, выявляется наличие напряжения мышц брюшной стенки в правой подвздошной области (defans musculae); **может отсутствовать:**

- в раннем периоде заболевания, когда боли еще не локализованы;
- при тазовом расположении отростка;
- при ретроцекальном и забрюшинном, околопочечном расположении (дефанс может быть в боковом отделе, над крылом подвздошной кости);
- у пожилых и истощенных больных;
- в поздние сроки заболевания, после перфорации гангренозного аппендицита, в период «мнимого благополучия»;

Симптомы острого аппендицита

- **Симптом Щеткина-Блюмберга** – медленное надавливание на правую подвздошную область и быстрое отнятие руки. Усиление боли при отнятии руки. Может быть отрицательным при ретроцекальном расположении; снижении реактивности организма.
- **Симптом Ровзинга** - при толчкообразном надавливании в левой подвздошной области, боль появляется или усиливается в правой.
- **Симптом Ситковского** - появление или усиление болей в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок.
- **Симптом Воскресенского “симптом рубашки”** - через натянутую книзу рубашку производится скользящее движение с легким нажимом из подложечной области косо вниз к правой подвздошной области. Появляется резкое усиление боли.
- **Симптом Раздольского** - усиление боли при перкуссии в правой подвздошной области.
- **Симптом Крымова** - болезненность в правом паховом канале при пальцевом его исследовании.
- **Симптом Бартомье-Михельсона** - болезненность при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку.

- **Поясничный симптом Варламова** - появление боли в правой подвздошной области при поколачивании по XII ребру или по мышцам поясничной области.
- **«Кашлевой» симптом** - усиление или появление болей в правой подвздошной области при кашле. Тоже при глубоком вдохе с придавливанием ладонью с появлением или усилением болей при резком выдохе в правой подвздошной области.
- **Ряд симптомов, наблюдаемых при остром аппендиците, возникает в результате напряжения тех или иных мышц.**
- **Симтом Образцова** - определяется следующим образом: исследующий правой кистью придавливает брюшную стенку в правой подвздошной области; осторожное поднятие выпрямленной правой нижней конечности вызывает ощущение боли или усиление боли в правой подвздошной ямке.
- **Симптом Коупа** - наблюдается при напряжении подвздошно-поясничной и внутренней запирательной мышц. Больного укладывают на спину и производят ротационные движения правой нижней конечностью, согнутой в коленном и тазобедренном суставах. При наличии воспалительного процесса и тазовом расположении отростка появляется боль в правой подвздошной области.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

В ранней стадии заболевания наблюдается умеренный лейкоцитоз. При катаральном воспалении от $10 \times 10^9/\text{л}$ до $12 \times 10^9/\text{л}$, при деструктивных формах достигает $14 \times 10^9/\text{л}$ - $18 \times 10^9/\text{л}$, а иногда и выше. Всегда настораживает нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Увеличение (до 10-16%) палочкоядерных нейтрофилов и появление юных форм свидетельствует о высокой интоксикации.

Лабораторные исследования крови можно расширить исследованием С-реактивного белка, фагоцитарной активности нейтрофилов, изучением щелочной фосфатазы, пероксидазы, оксидазы, цитохромоксидазы. Однако, неспецифичность этих реакций и значительная трудоёмкость снижает их диагностическую ценность в неотложной хирургии. Исследование мочи выявляет патологические изменения при тяжёлой интоксикации и перитоните.

Лапароскопия

При неясной диагностике острого аппендицита практическое значение приобретает лапароскопия, которая примерно в 90% случаев снимает сомнения в диагнозе. Особенно часто необходимость в лапароскопии возникает при дифференциальной диагностике с заболеваниями гениталий и почечной коликой.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Существует мнение, что острый аппендицит может симулировать любую болезнь органов живота и забрюшинного пространства. И наоборот, болезнь любого из этих органов может дать клиническую картину, похожую на острый аппендицит. С этим можно согласиться, если рассматривать боль единственным симптомом заболевания. Если же хирург ясно представляет себе синдром острого аппендицита с учётом всех его возможных атипичных форм, то оказывается, что это заболевание всё же несёт в себе строго определённые черты.
- Более логично и правильно начинать дифференциальную диагностику острого аппендицита с группой заболеваний “острого живота”, многим из которых присущи однотипные симптомы: боль, рвота, отсутствие стула и задержка газов, сухость языка, болезненность при пальпации живота и напряжение мышц брюшной стенки, симптомы интоксикации.

Перфоративная язва желудка или 12-ти перстной кишки

- Имеет в большинстве случаев настолько яркий и типичный симптомокомплекс, что практически трудно спутать это грозное осложнение язвенной болезни с острым аппендицитом. Жестокая внезапная боль в верхних отделах живота, страдальческое выражение лица, доскообразный живот, отсутствие печёночной тупости, язвенный анамнез или косвенные признаки язвенной болезни - вот этот синдром, который позволяет с большей долей достоверности поставить диагноз перфоративной язвы и отвергнуть острый аппендицит.
- Между тем, опасность ошибки всё же существует, особенно, при стёртых формах перфоративной язвы у больных в состоянии алкогольного опьянения и острого аппендицита.

Острый холецистит

Для **острого холецистита** характерен ряд симптомов, практически никогда не наблюдающихся при остром аппендиците: симптом Ортнера, симптом Мюсси Георгиевского, симптом Мерфи. Для больных острым аппендицитом не характерны повторные рвоты желчью, иктеричность склер и желтушность кожных покровов, иррадиация в спину и в угол лопатки. Локализация боли и симптом Щёткина также характерны. Особенно трудно отличить эти два заболевания при высоком, подпечёночном расположении слепой кишки и червеобразного отростка или, наоборот, при низком расположении печени и желчного пузыря у больных с висцероптозом. Температура тела при остром холецистите уже в начале приступа значительно выше (до 38-39⁰С), чем при остром аппендиците. Характерны высокий лейкоцитоз, до 15-20x10⁹ л, ускорение СОЭ, билирубинемия. Сомнения отпадают, если удаётся прощупать увеличенный, резко болезненный желчный пузырь. К анамнезу следует относиться с известной долей критики. Желчно-каменная болезнь очень распространена. У этих больных вполне может однажды случиться острый аппендицит.

Острый панкреатит

В чём опасность? При других острых хирургических заболеваниях неправильно установленный диагноз часто всё же обязывает хирурга произвести экстренную операцию, во время которой диагностическая ошибка исправляется. Острый же панкреатит в большинстве случаев начинают лечить консервативно, применяя массивную антибактериальную терапию, ингибиторы ферментов протеолиза, спазмолитики, дезинтоксикационные средства и т.д. Таким образом, если у больного острый аппендицит, то, протекая под маской панкреатита, он может привести к тяжёлым осложнениям.

Острый панкреатит

При дифференциальной диагностике острого аппендицита и **острого панкреатита** имеет значение то, что при последнем боли в эпигастрии более значительны и более мучительны, чем наблюдается при симптоме Кохера. Рвота многократная, не приносящая облегчения. Боли очень часто носят выраженный опоясывающий характер. Живот длительное время остаётся мягким, без признаков перитонита. Резко ослаблена пульсация брюшного отдела аорты, **симптом Робсона, симптом Бонде, симптом Керте, симптом Куллена, симптом Грея-Турнера, симптом Мондора-Лагерлофа** положительны. Пальпаторно и перкуторно определяется вздутие поперечно-ободочной кишки. Для больных с острым панкреатитом характерны гипотония, слабый, малый пульс, иногда брадикардия в начале приступа. Повышение количества амилазы крови и диастазы в моче подтверждают острый панкреатит, но не исключают острый аппендицит. Нормальные же цифры анализов этих ферментов не говорят против острого панкреатита.

Дивертикул Меккеля

С тех пор, как в 1598 году Иоганн Меккель дал классическое описание этого рудиментарного органа, мало кто из хирургов может похвастать такой диагностикой, оба заболевания имеют много одинаковых симптомов. Однако, считается, что острый дивертикулит отличается более тяжёлым и бурным течением с выраженной интоксикацией и температурной реакцией. Боль чаще локализуется ближе к пупку. Эти различия не имеют существенного дифференциально-диагностического значения. Больных обычно оперируют по поводу острого аппендицита. Несоответствие клинической картины изменениям, обнаруженным в червеобразном отростке, обязывает хирурга производить ревизию подвздошной кишки на протяжении не менее 1 метра от илеоцекального угла.

Почечная колика

В типичных случаях острого аппендицита и **почечной колики** отличить их друг от друга довольно просто. Уже сам вид больного и его поведение могут насторожить врача. При почечной колике больной очень беспокоен, мечется, не может найти удобного положения, в котором боль бы уменьшилась. Он то замирает в самой неудобной позе, то через минуту вскакивает, бежит, сгибается, громко стонет от невыносимых болей. В отличие от острого аппендицита, боли не нарастают, постепенно усиливаясь, а возникают сразу внезапно, часто носят приступообразный характер. Нередко больной, длительное время страдая болезнью почек, сам подробно рассказывает врачу о своём заболевании. Типична и локализация боли в поясничной области с иррадиацией по ходу мочеточника вниз, в пах, перемедиальную поверхность правого бедра, в наружные половые органы. Почечная колика нередко сопровождается расстройствами мочеиспускания, такими, как дизурия, поллакиурия, олигоурия, полиурия, иногда анурия. При осмотре живота, несмотря на очень сильные боли, не удаётся выявить не интенсивной болезненности в животе, не симптомов раздражения брюшины. Рвота носит рефлекторный характер, обычно однократная. Язык остаётся влажным. В анализах мочи часто обнаруживаются свежие эритроциты. На обзорной урограмме можно отметить увеличение размеров тени почки, наличие тени конкремента в проекции мочеточника. Кроме мочекаменной болезни и другие урологические заболевания могут сопутствовать болям в животе, напоминая острый аппендицит. Это нефроптоз, гидронефроз, опухоли правой почки, острый пиелонефрит, острый орхоэпидидимит, острый цистит.

Гинекологические заболевания

Дифференциальная диагностика с гинекологическими заболеваниями бывает очень сложна. Анатомическая близость червеобразного отростка и гениталий, а также исключительная вариабельность клиники заболеваний этих органов нередко приводят к настолько выраженной однотипности наблюдаемых симптомов, что ни хирург, ни гинеколог не могут с уверенностью утверждать об отсутствии острого аппендицита. Причём, в более сложном положении оказывается хирург, так как подавляющее большинство воспалительных гинекологических заболеваний, даже пельвиоперитонит, не нуждаются в такой мере, как острый аппендицит, в экстренной операции. Не случайно, среди больных с ошибочным диагнозом острого аппендицита преобладают женщины.

Помимо гинекологического анамнеза, кардинальными, отличительными симптомами гинекологических заболеваний являются: общее состояние больных в начале заболевания не бывает тяжёлым, внешний вид больных не изменяется; боли сразу начинаются внизу живота и иррадиируют в поясницу, влагалище, промежность, область заднего прохода; нередко наблюдаются обильные, зловонные, слизисто-гнойные выделения из влагалища; рвота бывает редко; температура сразу высокая, сопровождающаяся ознобами; пульс соответствует температуре; лейкоцитоз чаще умеренный, лишь при сальпингоофорите - резко повышен; при пальпации живота боль определяется ниже, чем при типичном расположении червеобразного отростка.

Правильно поставить диагноз помогают вагинальные исследования. Прощупывание утолщённой и болезненной фаллопиевой трубы или яичника часто имеет решающее значение. Болезненность при маятникообразных смещениях матки также показывает на воспалительный процесс в гениталиях.

Внематочная беременность

Классическая клиническая картина **внематочной беременности** не сопровождается трудностями в диагностике. Сочетание таких ярких симптомов, как внезапная боль в животе и коллаптоидное состояние, развившиеся на фоне беременности небольших сроков, заставляют заподозрить разрыв трубы при внематочной беременности и внутрибрюшное кровотечение. Хирург обращает внимание на восковидную бледность кожного покрова, нитевидный пульс, болезненный живот без чёткой локализации болей и очень слабо выраженные симптомы раздражения брюшины, притупление перкуторного звука в отлогих местах живота, а при вагинальном исследовании - нависание и резкая болезненность соответствующего свода влагалища, кровянистые выделения из влагалища, размягчение шейки матки. Больные ведут себя беспокойно, пытаются менять положение тела. Напряжение мышц брюшной стенки обычно отсутствует, а вот симптом Щёткина-Блюмберга положителен.

Трудности в дифференциальной диагностике с острым аппендицитом возникают тогда, когда внематочная беременность протекает атипично, без таких очевидных признаков, как острая анемия и острая боль в животе. Это обычно наблюдается при трубном аборте, когда нет разрыва или перфорации патологически изменённой маточной трубы. Кровотечение в брюшную полость в таких случаях может быть умеренным, периодически повторяющимся с образованием отграниченной гематомы у маточной трубы или позади матки. Боль в животе может быть небольшая, а если к тому же она локализуется справа (при правосторонней трубной беременности), клиническая картина бывает очень похожей на острый аппендицит. Тахикардия, высокий лейкоцитоз, однократная рвота, боли в правой подвздошной области с положительными симптомами раздражения брюшины - **все эти симптомы также могут создавать такой диагностический фон, при котором даже опытный хирург может допустить ошибку.**

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Аппендикулярный инфильтрат

- Встречается у 0,9-2,9% больных, госпитализированных позже 48 часов от момента заболевания с заметным преобладанием лиц пожилого и старческого возраста.
- Морфологическая и клиническая суть инфильтрата в том, что воспалительный очаг в червеобразном отростке отграничивается от свободной брюшной полости сальником и близлежащими тканями и органами, которые также вовлекаются в воспалительный процесс, объединяясь в один сплошной конгломерат, плотно связанный с передней, задней или боковой стенками живота.
- Величина инфильтрата может быть различной, от небольшой, величиной с кулак, до огромной, занимающей всю правую половину живота. Границы инфильтрата, как правило, чёткие, подвижность обычно ограничена.
- В целом, для формирования плотного аппендикулярного инфильтрата необходимо 2-5 суток, при этом он проходит несколько стадий (А.И. Краковский и соавт., 1986):

Рыхлый инфильтрат

В типичных случаях расположен впереди слепой кишки, с умеренной перитонеальной реакцией, гнойным выпотом в малом тазу, с участием слепой кишки, флегмонозно или гангренозно изменённого аппендикса, сальника и тонкокишечных петель.

Плотный инфильтрат

Может в дальнейшем или рассосаться, или абсцедировать.

Лечение аппендикулярного инфильтрата

Лечение аппендикулярного инфильтрата консервативное и заключается в назначении щадящей диеты, физиопроцедур (УВЧ, электрофорез, токи Бернара), антибиотиков, спазмолитиков, противовоспалительных и десенсибилизирующих средств, витаминов, рассасывающих препаратов, лечебных клизм. После рассасывания инфильтрата **производится аппендэктомия через 3-4 месяца**. Этого времени вполне достаточно для регрессии воспаления и исчезновения спаек. Более раннее производство оперативного вмешательства грозит осложнениями: повреждение кишечника, возникновение свищей.

Периаппендикулярный абсцесс

Диагностика нередко представляет значительные трудности. Достаточно сказать, что до операции удаётся точно поставить диагноз лишь, примерно, у половины больных. Иногда для этого имеются и вполне объективные причины, например, атипичное расположение червеобразного отростка и, соответственно, инфильтрата в малом тазу или позади слепой кишки; чрезмерная тучность больных с обильным слоем подкожно-жировой клетчатки; невозможность глубокой пальпации из-за резкой болезненности и защитного напряжения мышц брюшной стенки. Но, нередко в основе диагностической ошибки лежит недостаточно тщательное и полноценное клиническое обследование.

Инфильтраты и абсцессы в области малого таза

Тазовые инфильтраты и абсцессы обычно обозначают как инфильтраты или абсцессы дугласова пространства. Однако известно, что термином «дугласова пространство» обозначается *excavatio rectouterina*, поэтому применение его по отношению к больным мужского пола будет неправильным, так как речь идет об инфильтратах и абсцессах в области *excavatio rectovesicalis*. Частота этого осложнения в последние годы не превышает 0,1-0,5% по отношению ко всем больным острым аппендицитом.

Наиболее вероятными причинами тазовых инфильтратов и абсцессов при остром аппендиците являются:

- деструктивный аппендицит при тазовом расположении отростка;
- затекание гнойного экссудата при остром аппендиците, осложненном перитонитом, в условиях обычного расположения червеобразного отростка;
- микробное загрязнение экссудата или крови, попавших в малый таз при аппендэктомии;
- отграничение гнойного экссудата как исход или осложнение разлитого гнойного перитонита.

Клиническая картина тазового инфильтрата и абсцесса

Складывается из признаков воспалительного процесса в области малого таза: боли внизу живота и над лонном, субфебрильная или повышенная до 38° С и более температура тела, тенезмы, жидкий учащенный стул с примесью слизи, склонность к метеоризму, задержка мочеиспускания или, наоборот, болезненные учащенные позывы.

Большое значение в диагностике этого осложнения имеет пальцевое исследование прямой кишки: снижение тонуса сфинктера заднего прохода, болезненность, уплотнение с последующим размягчением и нависанием передней стенки прямой кишки с большой вероятностью указывают на наличие тазового инфильтрата и образование абсцесса. Поэтому всем больным, оперированным по поводу деструктивного аппендицита (независимо от расположения червеобразного отростка), а также при неблагоприятном течении послеоперационного периода показано пальцевое исследование прямой кишки у мужчин и вагинальное исследование у женщин.

Лечение больных с тазовым инфильтратом

Консервативное лечение больных с тазовым инфильтратом состоит в применении местных тепловых процедур (микроклизмы температуры 38-40°C, диатермия), антибиотикотерапия и обязательно соблюдение постельного режима в фовлеровском положении. При появлении признаков абсцедирования (размягчение ранее плотного инфильтрата при пальцевом исследовании прямой кишки, нависание ее передней стенки, повышение температуры тела с ознобами, боли чаще в левой подвздошной области и др.) показано оперативное вмешательство.

После местного или общего обезболивания и растяжения сфинктера заднего прохода, осмотра прямой кишки с помощью зеркала и обработки ее спиртом уточняется место определявшегося размягчения и производится пункция этого участка иглой. Если при аспирации в шприце оказывается гной, то, не вынимая иглы, осторожно производят небольшой вертикальный разрез по средней линии передней стенки прямой кишки, а затем это отверстие тупо расширяют корнцангом или пальцем. В гнойную полость вводят дренажную трубку, которую фиксируют повязкой или швами к коже промежности.

Диагностическая пункция очага размягчения «вслепую», вне условий операционной и отсутствия готовности произвести вскрытие абсцесса, опасна и не должна применяться.

При правильной топической диагностике после вскрытия и опорожнения гнойной полости состояние больного быстро улучшается.

Аппендикулярный перитонит

Трудности и опасности острого аппендицита при общем перитоните достигают апогея. Частота этого осложнения колеблется от 0,6 до 4,1%. Следует заметить, что среди причин общего перитонита вообще острый аппендицит занимает первое место, достигая 50-55% (А.А. Шалимов, 1990). Клиника, диагностика и лечение общего перитонита изложены в соответствующей лекции.

ПИЛЕФЛЕБИТ

Гнойный тромбофлебит в системе верхней брыжеечной и воротной вен является одним из самых грозных осложнений острого аппендицита. Встречается он сравнительно редко, от 0,06 до 0,15% случаев от общего числа больных с этим заболеванием. Течение исключительно тяжёлое, заканчивается у большинства больных летальным исходом. **Так, В.С. Савельев в 1986 году высказал мнение, что достоверных наблюдений излечения пилефлебита не известно.** Более оптимистично выглядит сообщение Н.В. Карамана об успешном лечении 11 больных с пилефлебитом. Залогом успеха является своевременность диагностики. Всегда должно настораживать появление на фоне клиники острого аппендицита озноба, гектической лихорадки, болей в правом подреберье, желтухи и других, в том числе и лабораторных, признаков тяжелейшей интоксикации.

Клиническая картина пилефлебита

- Характеризуется следующими симптомами, общее состояние больного тяжелое, резко выраженная слабость, лицо больного бледное, с желтушной окраской, боли в правой половине живота, в правом подреберье, иррадиирующие в спину и правое плечо, потрясающие ознобы, высокая температура (39-40°), часто с большими колебаниями, пульс частый (100-120 в 1 минуту), слабого наполнения; частое, затрудненное дыхание; живот мягкий, почти безболезненный, не вздут, печень увеличена, болезненна. При пальпации и перкуссии области печени боли усиливаются. При образовании абсцессов в правой доле печени может развиваться контактный правосторонний плеврит. При абсцессах в левой доле печени может определяться припухлость в подложечной области.
- В крови определяют лейкоцитоз до 20-30 тысяч с нейтрофилией и сдвигом лейкоцитарной формулы влево, количество гемоглобина и эритроцитов прогрессивно снижается. В моче появляются, хотя и не всегда, желчные пигменты.
- При рентгеноскопическом исследовании определяется высокое стояние диафрагмы, ограничение ее подвижности и увеличение тени печени.

Лечение пилефлебита

Заключается в выполнении оперативного вмешательства в сочетании с антибиотиками. Оперативное вмешательство при пилефлебите заключается в перевязке вены выше места тромбоза и вскрытии гнойников в печени.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Лечение оперативное, альтернативы нет. Промедление с операцией грозит быстрым прогрессированием процесса и развитием тяжелейших осложнений. **Единственным противопоказанием к экстренной операции является Наличие плотного аппендикулярного инфильтрата**, да и то лишь тогда, когда нет признаков абсцедирования или перитонита.

В зависимости от клинической ситуации операция может быть выполнена как под местным, так и под общим обезболиванием. Общий наркоз предпочтительнее. Применяются три основных доступа к червеобразному отростку: по **Волковичу-Дьяконову**, по **Ленандеру** и **срединная лапаротомия**.

Во всех случаях острого аппендицита со строго локализованной клиникой в правой подвздошной ямке показан разрез **Волковича-Дьяконова**. С его помощью создаются оптимальные условия при типичном расположении слепой кишки и при других расположениях червеобразного отростка.

Параректальный **разрез Ленандера** применяется в случаях неясной диагностики. Его можно продлить анатомично и быстро книзу и кверху. Но при ретроцекальном расположении отростка, а также при локальных периаппендикулярных гнойниках разрез Ленандера менее удобен.

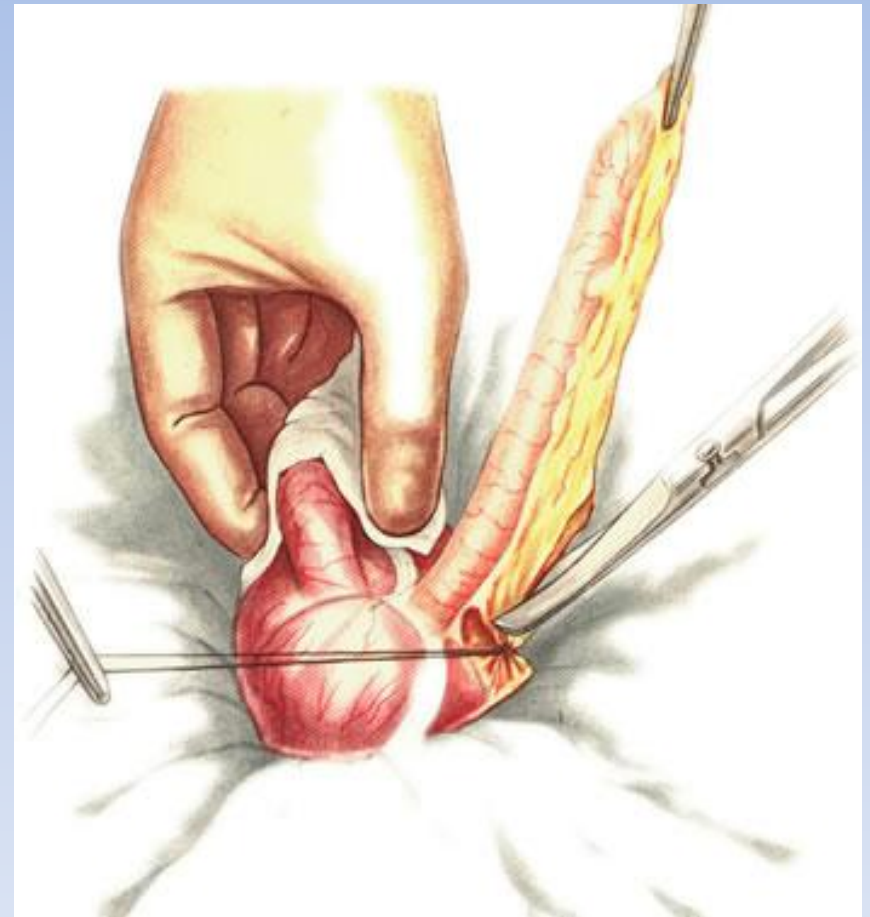
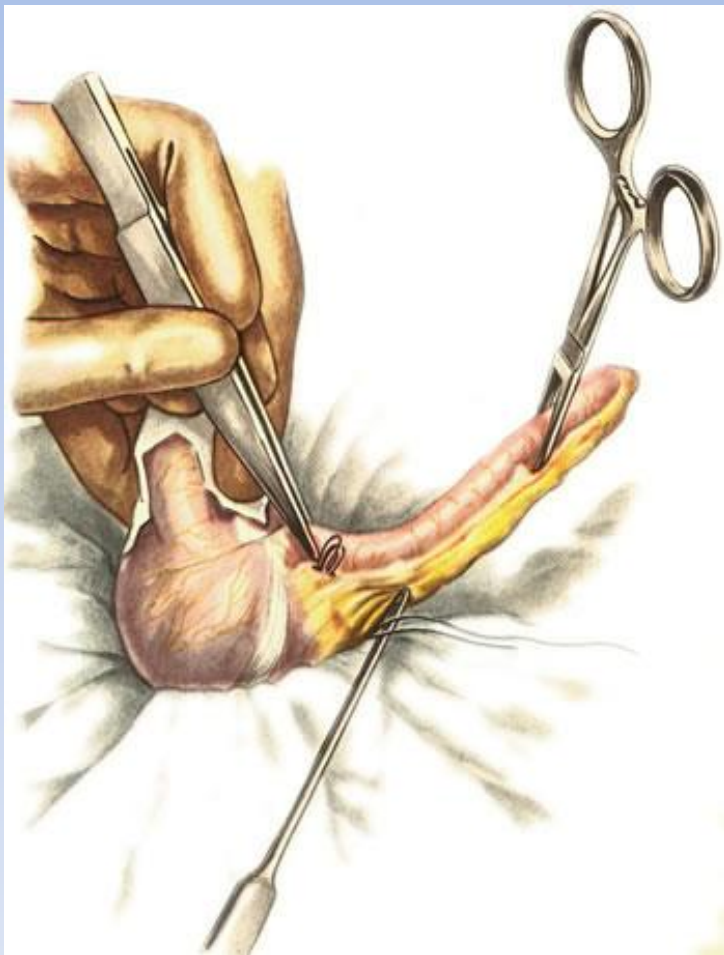
Средне-срединная или **нижне-срединная** лапаротомия показана при клинических признаках диффузного или общего перитонита.

Техника операции

Разрез передней брюшной стенки производят по Волковичу—Дьяконову. Рассекают кожу и подкожную клетчатку, кровотокающие сосуды захватывают зажимами и перевязывают тонким кетгутом. Края кожной раны обкладывают салфетками и по зонду Кохера или пинцету рассекают по ходу волокон апоневроз наружной косой мышцы живота. Края рассеченного апоневроза тупыми крючками растягивают в стороны, рассекают перимизий и тупо раздвигают внутреннюю косую и поперечную мышцы живота по ходу волокон. Мышцы растягивают крючками по длине кожной раны, а затем сдвигают предбрюшинную клетчатку с париетальной брюшины. Брюшину захватывают двумя анатомическими пинцетами и, приподняв ее в виде конуса, рассекают на небольшом протяжении скальпелем или ножницами. Разрез брюшины расширяют кверху и книзу. К краям брюшины зажимами Микулича фиксируют марлевые салфетки.

При наличии в брюшной полости экссудата его удаляют аспиратором или марлевыми салфетками. Края раны растягивают тупыми крючками. Затем отыскивают слепую кишку, осторожно захватывают ее анатомическим пинцетом, извлекают в рану и удерживают марлевой салфеткой. Если червеобразный отросток сразу не вывелся с кишкой в рану, то для отыскания его перебирают кишку по *taenia libera* до появления в нижнем углу раны основания отростка. В брыжейку отростка вводят 5—6 мл 0,5 % раствора новокаина. Затем червеобразный отросток осторожно захватывают анатомическим пинцетом и извлекают из брюшной полости. В тех случаях, когда червеобразный отросток не выводится в рану, его извлекают указательным пальцем. При наличии рыхлых сращений их осторожно расслаивают, плотные же сращения рассекают между зажимами. Выведенный отросток фиксируют мягким зажимом Шапи, наложенным на брыжейку вблизи его вершины. После этого толстой шелковой нитью при помощи иглы Дешана или кровоостанавливающего зажима перевязывают брыжейку у основания отростка. Очень низко накладывать лигатуру на брыжейку не следует, чтобы не перевязать артериальных ветвей, питающих стенку слепой кишки. При короткой брыжейке ее перевязывают двумя — тремя участками. Концы нитей берут на зажим и ножницами пересекают брыжейку, держась ближе к червеобразному отростку.

**Перевязка брыжейки червеобразного отростка.
Рассечение брыжейки червеобразного отростка.**



После мобилизации отростка на расстоянии 1—1,5 см от него на слепую кишку накладывают тонким шелком серозно-мышечный кисетный шов. Основание отростка пережимают двумя зажимами Кохера. Один из них — нижний — снимают и по образовавшейся борозде отросток перевязывают нитью. Между лигатурой и оставшимся зажимом червеобразный отросток пересекают скальпелем, а культю его смазывают настойкой йода и погружают кисетным швом. Иногда поверх кисетного шва для большей герметичности накладывают Z-образный шов.

Культи брыжейки отростка может припаяться к соседним органам брюшной полости (сальник, петли кишок), что может привести к кишечной непроходимости, поэтому целесообразно подвязывать ее к кисетному или Z-образному шву. После удаления червеобразного отростка слепую кишку погружают в брюшную полость.

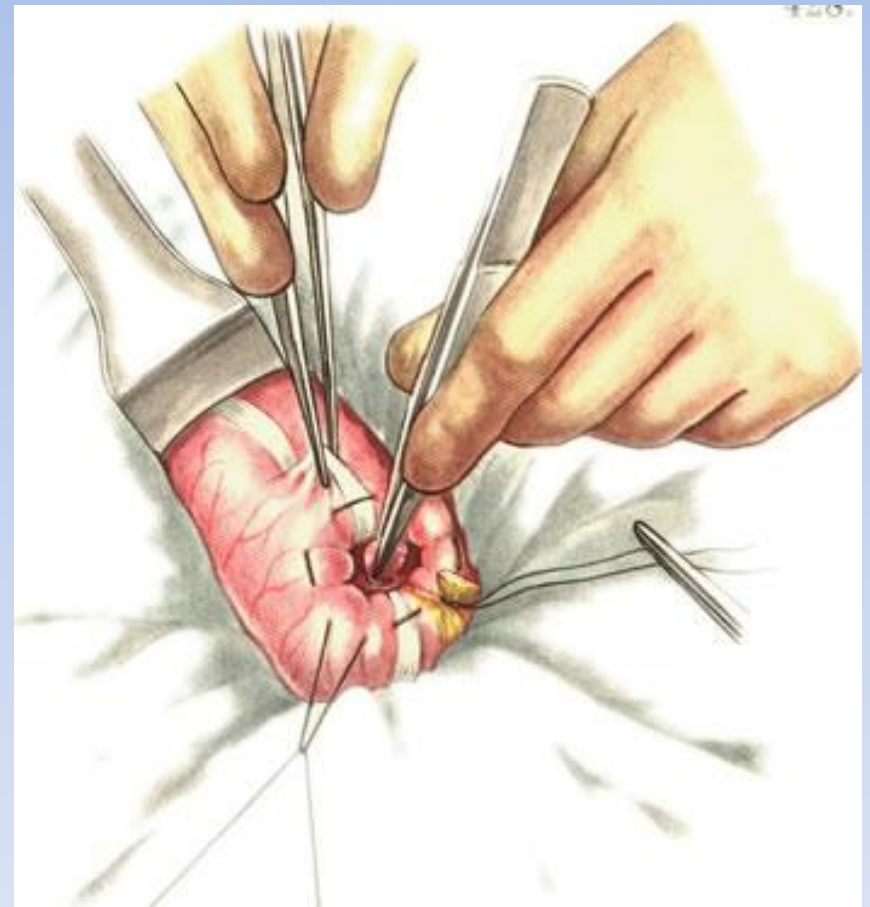
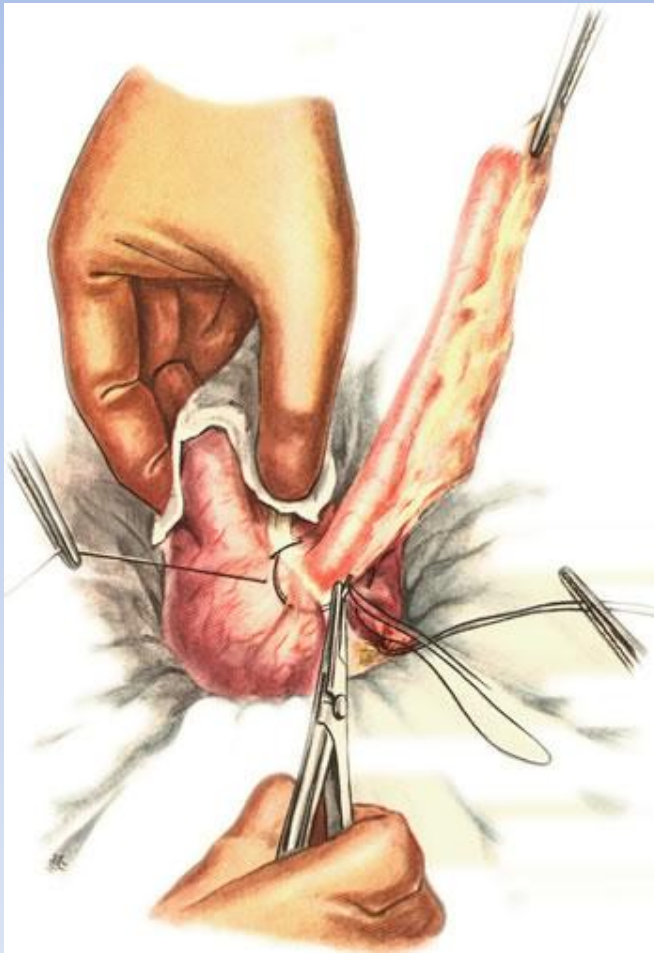
Убедившись в отсутствии кровотечения из брыжейки отростка, рану брюшной стенки послойно зашивают наглухо. Брюшину зашивают непрерывным кетгутовым швом, мышцы, апоневроз и подкожную жировую клетчатку — узловыми кетгутовыми швами. На кожу накладывают узловые шелковые швы.

В некоторых случаях острого аппендицита брюшную полость дренируют тонкой резиновой или хлорвиниловой трубкой.

Введение резиновой трубки показано в тех случаях, когда в брюшной полости имелся гнойный выпот, а также при флегмонозных изменениях слепой кишки. После вскрытия аппендикулярного абсцесса вместе с резиновой трубкой в брюшную полость вводят один—два марлевых тампона.

Наложение кисетного шва на слепую кишку вокруг основания отростка.

Погружение культи червеобразного отростка кисетным швом.



Спасибо за внимание!