

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Департамент здравоохранения г. Москвы

Московский Государственный
Медико-Стоматологический Университет
им. А.И. Евдокимова
Московский клинический научно-практический центр

А.И. Станулис, А.А. Панкратов

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Москва
2014

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Департамент здравоохранения г. Москвы

Московский Государственный
Медико-Стоматологический Университет
им. А.И. Евдокимова
Московский клинический научно-практический центр

А.И. Станулис, А.А. Панкратов
ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТИ

Москва

2014

Кафедра факультетской хирургии № 2 МГМСУ им. А.И. Евдокимова и МКНЦ выпускает серию учебных пособий по хирургии для студентов 4–6 курсов под редакцией зав. кафедрой проф. И.Е. Хатькова и проф. А.И. Станулиса.

В пособиях освещены клиника, диагностика и лечение хирургических заболеваний грудной и брюшной полости. Описаны современные методы диагностики и лечения. Предлагаемые учебные пособия будут полезны студентам, ординаторам и аспирантам для более углубленного изучения предмета.

1. Введение

Острому аппендициту посвящено большое число научных работ. Многие поколения хирургов трудились над разрешением проблем этиопатогенеза, своевременной диагностики и лечения данного заболевания. Несмотря на несомненные успехи современной медицины в лечении, проблема острого аппендицита не теряет своей актуальности и в наши дни. Актуальность проблемы острого аппендицита объясняется высокой частотой встречаемости заболевания, сохраняющимся уровнем диагностических ошибок, послеоперационных осложнений и летальности.

Определение

Аппендицит — неспецифическое инфекционное воспаление червеобразного отростка.

Из истории заболевания

В XVI веке — Парс описал червеобразный отросток, вскрыл гнойники в правой подвздошной области.

На границе XVIII и XIX веков — Дюпинетрен сформулировал теорию тифлита, перитифлита.

Цельс, Гален и даже Пирогов описывали заболевание как подвздошный абсцесс. Впервые мнение, что причиной «подвздошного абсцесса» является червеобразный отросток высказал Мелье в 1828 году. Российский хирург Платонов в 1840 году доказал роль аппендикса в возникновении заболевания. В 1884 г. — Р. Фитц ввел термин «аппендицит», который впервые был официально признан в 1890 году Американской ассоциацией хирургов. Первая аппендэктомия выполнена в 1884 году Кренлейном, а в России в 1890 году Трояновым.

Основные периоды в формировании лечебной тактики:

1. До 80 гг. XIX века — вскрытие гнойников в правой подвздошной области.
2. 1880–1910 г. — удаление отростка в остром периоде при перитоните.
3. 1910–1926 гг. — удаление отростка в первые 24–48 часов от начала заболевания.
4. С 1926 — по настоящее время — современная тактика.

Статистические данные

Частота встречаемости заболевания — 1/150–200 чел., чаще в 20–40 лет, чаще женщины (1:1,5 раза), составляют 50–60 % всех экстренных хирургических больных, летальность 0,1–0,6 %.

Анатомо-физиологические данные

Эмбриональное развитие: 2–3 месяц внутриутробного развития, из первичной кишечной петли, при противочасовом повороте.

Червеобразный отросток отходит от задне-медиальной стенки слепой кишки, где сходятся все три её *taenia*, на расстоянии 0,5–5 см от места впадения подвздошной кишки, в области илеоцекального угла.

Длина отростка от 1,2 см до 50 см, в среднем 7–10 см, диаметр 4–5 мм, в слепую кишку открывается еще более узким просветом. У детей — воронкообразный, широкий, у стариков стенки атрофичны, просвет часто облитерирован.

Червеобразный отросток имеет собственную брыжейку треугольной формы, направляющуюся к слепой кишке и конечному отделу подвздошной. Брыжейка содержит жировую ткань, сосуды, нервы и несколько мелких лимфатических сосудов. Кроме того, часто отросток имеет еще одну постоянную связку — *Lig. Appendico-ovarien Clodo*, идущую к правому яичнику. В этой связке есть небольшая артерия и лимфатические сосуды, тесно связывающие кровеносную и лимфатическую системы правого яичника и червеобразного отростка. У основания червеобразного отростка имеются складки и карманы брюшины, которые способствуют в ряде случаев ограничению воспалительного процесса.

Кровоснабжение червеобразный отросток от *a. ileocolica* через *a. appendicularis*, которая проходит в толще брыжейки отростка и может быть представлена одной или несколькими ветвями. Венозный отток осуществляется по одноименным венам в верхнюю брыжеечную и далее в *воротную вену*. Кроме того, имеются тесные коллатеральные связи с нижней полой веной, а также с венами почек, правого мочеточника, забрюшинного пространства. Лимфатические сосуды начинаются в виде капилляров в слизистой оболочке червеобразного отростка. У основания крипта образуется первая капиллярная сеть, которая соединяется с более мощной подслизистой сетью. Последняя опутывает лимфатические фолликулы. Затем

лимфатические сосуды, сливаясь и проникая через мышечную оболочку, дrenируется в лимфатические узлы брыжейки, расположенные в области илеоцекального угла и далее — в общий ток лимфы из кишечника. Главными лимфатическими узлами червеобразного отростка являются две группы: аппендикулярные и илеоцекальные. Следует отметить, что имеются тесные связи лимфатических систем червеобразного отростка и других органов: слепой кишки, правой почки, двенадцатиперстной кишки, желудка. Существование столь разветвленных сосудистых связей делает понятной возможность различных путей распространения инфекции при остром аппендиците и развития гнойных осложнений, как восходящий тромбоз вен брыжейки, тромбофлебит воротной вены (пилефлебит), флегмона забрюшинной клетчатки, абсцессы печени. Иннервация червеобразного отростка осуществляется за счет ветвей верхнего брыжеечного сплетения и, частично, за счет нервов *солнечного сплетения*. Это объясняет разнообразную локализацию болей в начале заболевания, в частности — симптом Кохера: первичную локализацию болей в эпигастральной области. Стенка червеобразного отростка представлена серозной, мышечной и слизистой оболочками. Мышечная оболочка имеет два слоя: наружный — продольный, и внутренний — циркулярный. Важен в функциональном отношении подслизистый слой, в котором располагаются множественные лимфатические фолликулы. Их количество достигает 1200–1500. Слизистая оболочка образует складки и крипты. В глубине крипты располагаются клетки Панета, а также клетки Кульчицкого, продуцирующие серотонин. Эпителий слизистой оболочки однорядный призматический с большим числом бокаловидных клеток, вырабатывающих слизь.

В большинстве случаев (55–80 %) слепая кишка с отростком лежит в правой подвздошной ямке, располагаясь на фасции, покрывающей подвздошно-поясничную мышцу. Большая вариабельность в топографо-анатомическом положении слепой кишки и червеобразного отростка является основанием для понимания и объяснения многообразия клинической картины, наблюдаемой при остром аппендиците и его осложнениях.

Различают расположения положения червеобразного отростка по отношению к слепой кишке (рис. 1):



Рис. 1. Варианты расположения червеобразного отростка

- 1) боковое (латеральное) положение — типичное;
- 2) внутреннее (медиальное) положение;
- 3) переднее (вентральное) положение;
- 4) нисходящее (тазовое) положение;
- 5) восходящее (подпеченочное);
- 6) ретроцекальное положение отростка имеет следующие варианты расположения:
 - a) внутрибрюшинное расположение, когда отросток свободно располагается между задней стенкой слепой кишки и париетальной брюшиной,
 - b) забрюшинное — отросток располагается полностью или частично в забрюшинной ретроцекальной клетчатке,
- 7) левостороннее — при различных аномалиях развития.

Вариабельность расположения слепой кишки и самого аппендициса является одним из факторов, обуславливающих различную локализацию болей и многообразие вариантов клинической картины при развитии воспаления червеобразного отростка, а также возникающие иногда трудности его обнаружения во время операции.

Физиологические функции червеобразного отростка:

- двигательная функция обеспечивается мышечным слоем. При ее недостаточности в просвете отростка происходит застой содержимого, образуются каловые камни, задерживаются инородные тела, гельминты;
- секреторная функция обеспечивает продукцию слизи и некоторых ферментов;
- продукция иммуноглобулинов.

Классификация

Основная классификация острого аппендицита носит клинико-морфологический характер и основана на степени выраженности воспалительных изменений.

Морфологические формы острого аппендицита:

1. Острый катаральный (простой) аппендицит.
2. Острый деструктивный аппендицит:
 - флегмонозный (с перфорацией и без перфорации);
 - гангренозный (с перфорацией и без перфорации).

По клиническому течению

- острый;
- хронический.

Патанатомия

Катаральный: утолщение, гиперемия, отечность, дефекты слизистой стенки, ткани инфильтрированы, мышечный слой неизменен, в просвете обычное кишечное содержимое.

Флегмонозный: отросток значительно утолщен, синюшно-багрового цвета, ткань плотная, отложение фибрина на брюшине, в просвете гнойно-геморрагическое содержимое, клеточно-гнойная инфильтрация стенок.

При эмпиеме отросток представляет собой мешок, заполненный гноем.

Гангренозный: черного цвета, гнилостный запах, наложения фибрина, стенка утолщена, местами тонкая, в просвете — жидкое геморрагическое содержимое.

Этиопатогенез

Острый аппендицит — полииатиологическое заболевание. Наибольшей известностью пользуются следующие теории патогенеза острого аппендицита:

1. Теория застоя. Нарушение перистальтики при узком просвете отростка нередко ведет к застою в нем содержимого, богатого разнообразной бактериальной флорой.

2. Воспаление червеобразного отростка под влиянием глистной инвазии.

3. Ангионевротическая теория (Риккер).

4. Инфекционная теория или теория первичного аффекта (Ашофф).

5. Червеобразный отросток богат лимфоидной тканью. Это обстоятельство побудило искать связь между воспалительными изменениями в миндалинах (ангинах) и острым аппендицитом.

В основе воспалительного процесса лежит бактериальный фактор. По своему характеру флора может быть специфической и неспецифической. Специфическое воспаление отростка может быть при туберкулезе, бациллярной дизентерии, брюшном тифе. Кроме того, заболевание может быть вызвано простейшими: балантидиями, патогенными амебами, трихомонадами. Однако, в преобладающем большинстве случаев острый аппендицит связан с неспецифической инфекцией смешанного характера: кишечная палочка, стафилококк, стрептококк, анаэробные микроорганизмы. Наиболее характерным возбудителем является кишечная палочка. Эта микрофлора постоянно находится в кишечнике, являясь необходимым фактором нормального пищеварения. Лишь при появлении неблагоприятных условий возникающих в червеобразном отростке, она проявляется свои патогенные свойства.

Способствующими факторами являются:

1. Обструкция просвета червеобразного отростка, вызывающая застой содержимого или образование замкнутой полости. Закупорка может быть обусловлена копролитами, лимфоидной гипертрофией, инородными телами, гельминтами, слизистыми пробками, деформациями отростка.

2. Сосудистые нарушения, приводящие к развитию сосудистого застоя, тромбозу, появлению сегментарного некроза.

3. Неврогенные нарушения, сопровождающие усиливанием перистальтики, растяжением просвета, повышенными слизеобразованием, нарушениями микроциркуляции.

Существуют также общие факторы, способствующие развитию острого аппендицита:

1. Алиментарный фактор.

2. Существование в организме очага инфекции, из которого происходит гематогенное распространение.

3. Заболевания, сопровождающиеся выраженным иммунными реакциями.

Под влиянием этиологических факторов начинается серозное воспаление, нарушающее в еще большей степени микроциркуляцию, развивается некробиоз. На этом фоне усиливается размножение микроорганизмов, повышается концентрация бактериальных токсинов. В результате, серозное воспаление сменяется деструктивными формами, развиваются осложнения.

Клиническая картина

В зависимости от возраста и физиологического состояния пациента индивидуальных особенностей строения и локализации отростка, стадии заболеваний и распространенности воспалительного процесса, а также по целому ряду других причин, **клиническая картина острого аппендицита имеет большое число различных вариантов**, что в ряде случаев делает правильную и своевременную диагностику этого заболевания весьма затруднительной. **По выражению П.И. Грекова, острый аппендицит —**

«хамелеоноподобное заболевание». Заболевание начинается внезапно среди полного здоровья. Боли обычно средней интенсивности, постоянные, могут усиливаться при движениях, кашле. Начинаются иногда сразу в правой подвздошной области, чаще в эпигастре или по всему животу, либо в области пупка, и лишь спустя несколько часов локализуются в правой подвздошной области — **симптомом Кохера–Волковича**. Однако при пальпации часто уже в первые часы болезненность определяется и в правой подвздошной области. При атипичном расположении отростка локализации болей меняется соответственно. Тошнота и однократная рвота наблюдается в половине случаев, не приносит облегчения. Стул может быть задержан (10 %), учащен (2 %) — обычно при тазовом расположении отростка, чаще не нарушен. Мочеиспускание — нормальное, может быть учащено при тазовом расположении. Пульс учащен. Гипертермия субфебрильная. Язык обложен белым налетом. **Локальная болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области при пальпации — основной клинический симптом острого аппендицита.** Может определяться **положительный симптомом Щеткина–Блюмберга в правой подвздошной области.**

Аппендикулярные симптомы:

1. Воскресенского («симптом рубашки») — появление боли в правой подвздошной области при быстром проведении ладонью через натянутую поверх живота рубашку.

2. Ровзинга — при толчкообразных движениях в левой боковой области боль появляется в правой подвздошной области.

3. Ситковского — усиление болей в положении больного на левом боку.

4. Бартомье–Михельсона — в положении больного на левом боку болезненность при пальпации в правой подвздошной области усиливается.

5. Образцова — боль в правой подвздошной области в момент поднятия правой выпрямленной ноги, характерен для острого аппендицита с ретроперитонеальным расположением отростка.

6. Раздольского — болезненность при поверхностной перкуссии в правой подвздошной области в результате кожной гиперестезии.

Вагинальное и ректальное исследование строго обязательны. При остром аппендиците с тазовым расположением отростка могут выявляться признаки воспаления тазовой брюшины — «крик Дугласа», болезненное нависание свода справа. Для дифференциальной диагностики с

гинекологической патологией — **симптом Промптова** (резкая боль при поднятии шейки матки вверх). **Симптом Краузе** — разница между ректальной и подмышечной температурой более одного градуса.

Диагностика

Лабораторные исследования: в крови отмечается лейкоцитоз со сдвигом влево, анализ мочи чаще без особенностей.

При УЗИ — отмечается увеличение размеров отростка, утолщение стенки, наличие выпота.

Лапароскопия выполняется при неясности в диагнозе.

Особенности течения заболевания у различных категорий больных

I. У детей. Острый аппендицит встречается чаще в возрасте 8–13 лет. Это объясняется тем, что у детей в раннем возрасте отросток имеет воронкообразное строение, а также особенностями питания в раннем детском возрасте. Заболевание протекает тяжелее, более бурно, в связи с тем, что отросток богат лимфоидной тканью и недоразвитостью большого сальника и менее выраженными пластическими свойствами брюшины. В связи с чем процесс не склонен к ограничению. В связи с этим у детей преобладают деструктивные формы (до 75 %), через 24 часа в 50 % случаев наступает перфорация, перитонит сразу носит характер разлитого и протекает с тяжелой интоксикацией.

Диагностика часто затруднена, т.к. дети плохо локализуют боль (чаще указывают на болезненность в области пупка), трудно выявить специальные симптомы. У детей характерны симптомы: «подтягивания ножки», «отталкивания руки». Чем более агрессивен ребенок, тем вероятнее заболевание. Характерна поза на правом боку. Рвота наблюдается чаще, чем у взрослых, тахикардия выражена в большей степени. Решающий признак — локальное напряжение мышц, его проверять можно во сне или под действием седативных средств. Важно ректальное исследование с измерением ректальной температуры.

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с вирусным мезоденитом, энтеровирусной инфекцией, а также с ангиной, корью, скарлатиной, которые могут симулировать аппендицит в связи с вовлечением в процесс лимфоидной ткани червеобразного отростка. Необходимо собирать эпидемиологический анамнез, обязательно осматривать зев и миндалины,

внутреннюю поверхность щек (пятна Филатова–Коплика), исключить наличие сыпи.

II. У беременных. В первые 4–6 месяцев течение обычное. Со второй половины беременности слепая кишка маткой смещается вверх. Местные проявления часто стерты, боли в животе более разлитые — по всему правому фланку, в правом подреберье и эпигастрии, нередко в поясничной области. Напряжение мышц и перитонеальные симптомы менее выражены из-за смещения матки и растяжения брюшной стенки.

Необходим осмотр в положении на левом боку, наибольшую ценность представляют симптомы Воскресенского, Щеткина–Блюмберга. Описан симптом Михельсона — усиление боли в правой половине живота в положении на правом боку, вследствие давления матки на воспалительный очаг при деструктивном аппендиците у беременных. При наличии симптоматики острого аппендицита неотложная операция показана при любых сроках беременности.

III. У стариков. Аппендицит протекает часто со смазанной картиной. Боли менее выражены, часто разлитые, сопровождаются вздутием живота; напряжение мышц мало выражено, симптомы стерты. Общая реакция — повышение температуры, лейкоцитоз незначительный, иногда отсутствует. Это связано с понижением общей реактивности и уменьшением количества лимфоидной ткани в отростке в пожилом возрасте, поэтому аппендицит у стариков встречается редко, но в связи с поражением сосудов гангrena и перфорация у них наблюдаются в 5 раз чаще. В связи с этим диагностика часто запаздывает, возникают инфильтраты, абсцессы (осложнения наблюдаются в 14 % случаев), летальность значительно выше обычной от 2–4 до 6 %.

Диагноз и дифференциальный диагноз

Диагноз ставится на основании сопоставления всех данных. В начальной стадии допустимо стационарное наблюдение в течение первых 2–3 часов. При наличии перитонеальных явлений операция проводится безотлагательно. На основании степени клинических проявлений нельзя определить патологоанатомическую форму, степень деструктивных изменений. Самым достоверным признаком является локальная болезненность и защитное напряжение мышц (А.А. Русанов).

Дифференциальный диагноз проводится с перфоративной язвой, почечной коликой, острым холецистопанкреатитом, острым гастритом,

непроходимостью кишечника, спастическим колитом, правосторонней нижнедолевой пневмонией. У женщин — обязательно с гинекологическими заболеваниями, острой гонореей. У детей — с вирусной инфекцией, ангиной, скарлатиной, корью, пневмонией.

- Правосторонняя почечная колика** (при ущемлении камня в правом мочеточнике) может сопровождаться сильными болями в правой подвздошной области и вздутием живота. В этом случае будет болезненным поколачивание по поясничной области справа и положительный симптом Пастернацкого, что не характерно для острого аппендицита, за исключением тех случаев, когда отросток расположен ретроцекально. При почечной колике имеют место дизурические явления (учащенное и болезненное мочеиспускание). При исследовании мочит отмечается макро- или микрогематурия. В сомнительных случаях необходима обзорная рентгенография мочевыводящих путей, при которой может быть обнаружена тень конкремента в проекции правого мочеточника, признаки пиелозэктазии. Может быть произведена хромоцистоскопия, ультразвуковое исследование. Иногда с целью дифференциальной диагностики полезно осуществить новокайновую блокаду правого семенного канатика или круглой связки матки. Это ведет к быстрому исчезновению болей при почечной колике и не оказывает существенного эффекта при остром аппендиците.
- Острый холецистит** (особенно часто приходится дифференцировать с острым аппендицитом у лиц пожилого возраста). Увеличенный желчный пузырь может опускаться до уровня пупка и даже ниже. В этих случаях болезненность и напряжение передней брюшной стенки определяется во всей правой половине живота и трудно бывает определить их точную локализацию. В то же время, воспаление червеобразного отростка, расположенного подпеченоочно, может симулировать острый холецистит. Помогает установить правильный диагноз тщательно собранный анамнез (указания на признаки желчно-каменной болезни у пациента в прошлом), напряжение в правом подреберье, иррадиация болей в правое плечо или лопатку, прощупываемый желчный пузырь, результаты ультразвукового исследования.
- Острый панкреатит.** При этом заболевании боли, как правило, локализуются в эпигастральной области. Они часто бывают

опоясывающего характера, отдают в грудную клетку и спину. Почти всегда бывает многократная рвота. В отличие от острого аппендицита, температура часто не повышается. Живот умеренно вздут в верхних отделах. Здесь же определяется напряжение и положительный симптом Щеткина–Блюмберга. Характерным для острого панкреатита является повышение содержания в плазме альфа-амилазы и в моче — диастазы.

4. **Острая кишечная непроходимость.** Иногда симптомы этого заболевания заставляют отличать его от острого аппендицита. Особенно часто это бывает у больных пожилого возраста с опухолью толстой кишки. В дифференциальном диагнозе помогают такие признаки, как характерный для непроходимости схваткообразный характер болей, вздутие и асимметрия живота, задержка стула и газа, пальпируемое в животе образование, усиление перистальтических шумов. Рентгенологически выявляются «чаши» Клойбера.
5. **Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки.** Для перфоративной язвы характерно острое начало заболевания с появлением «кинжалных» болей в эпигастральной области, которые затем могут переместиться в правую подвздошную область. Интенсивность их затем несколько уменьшается. Уже в начале заболевания имеется выраженное напряжение передней брюшной стенки, которое затем также ослабевает. При перкуссии живота — отсутствие печеночной тупости, притулание в отлогих местах живота за счет наличия свободной жидкости в брюшной полости. Свободный газ в брюшной полости можно также выявить при обзорной рентгенографии.
6. **Заболевания внутренних женских половых органов.**

Острые воспалительные заболевания. При остром воспалении придатков матки боли чаще всего возникают после менструации, локализуются в нижних отделах живота (над лоном) и менструации, локализуются в нижних отделах живота (над лоном) и иррадиируют в крестец. Отмечается болезненность при смещении шейки матки (положительный симптом Промптова). Пальпируется инфильтрат в области правых придатков. При окраске по Грамму мазков влагалищного содержимого выявляются внутриклеточные диплококки.

Наруженная внематочная беременность. Боли в нижних отделах живота, сопровождаются при этом клиническим признаками кровопотери, гиповолемии: головокружение, слабость, сухость во рту, тахикардия. Иногда бывает коллапс. В анамнезе удается выяснить факт задержки menstrualных. При вагинальном исследовании можно обнаружить опухолевидное образование в области придатков матки стой или другой стороны. Пункция свода влагалища может выявить наличие крови. При анализе крови — анемия.

Перекрут кисты или опухоли яичника справа. Боли носят резкий характер, локализуются в нижних отделах над лоном, часто не сопровождаются подъемом температуры. При бimanualном исследовании (через брюшную стенку и влагалище) определяется болезненное образование.

Разрыв Графова пузырька возникает в середине менструального цикла. Имеются боли и определяется болезненность над лоном. Отсутствуют лихорадка и аппендикулярные симптомы.

В трудных для дифференциальной диагностики острого аппендицита и заболеваний внутренних женских органов случаях необходимо выполнять лапароскопию. Если это невозможно, хирург должен прибегнуть к лапаротомии.

7. **Мезаденит.** Чаще бывает у детей и подростков. Может следовать за инфекцией верхних дыхательных путей и сочетаться с генерализованной лимфаденопатией. В 6 % случаев бывает обусловлен иерсиниозом. Боли часто локализуются по линии от правой подвздошной области до пупка.
8. **Дивертикулит (воспаление дивертикула Меккеля).** Обычно не диагностируется до операции или диагностической лапароскопии. Также как и острый аппендицит является показанием для экстренной операции. Важно, чтобы это заболевание было обнаружено, для чего необходима интраоперационная ревизия до 100 см подвздошной кишки.
9. **Болезнь Крана** сопровождается болями в нижних отделах живота, лихорадкой, иногда — диареей, гиперлейкоцитозом. В правой подвздошной области может пальпироваться болезненное образование. Чаще впервые это заболевание диагностируется во время операции в

связи с ошибочным диагнозом острого аппендицита. Для этого при ревизии брюшной полости не следует забывать, что если выявленные изменения червеобразного отростка не соответствуют имевшейся у больного перед операцией клинической картине, следует осмотреть подвздошную кишку. Для дооперационной диагностики болезни Крона полезной может оказаться лапароскопия.

10. Острый гастроэнтероколит, в том числе — при острой пищевой интоксикации, также иногда приходится дифференцировать с острым аппендицитом. Боли при этом часто носят разлитой, спастический характер, сопровождаются тошнотой, рвотой, урчанием и вздутием живота, поносом, тенезмами. Не характерны аппендикулярные симптомы.

11. Правосторонняя нижнедолевая пневмония или плевропневмония. Это заболевание может сопровождаться болями в правой половине живота, лихорадкой, гиперлейкоцитозом. Часто при этом наблюдается кашель. При аусcultации в легких выслушиваются ослабленное дыхание, хрипы. При плевропневмонии, правостороннем плеврите — шум трения плевры. При наличии выпота в правой плевральной полости — ослабление или отсутствие дыхательных шумов и притупление перкуторного тона.

Лечение

A. Показания и противопоказания к оперативному лечению

Острый аппендицит является абсолютным показанием к экстренной операции. Единственным противопоказанием служит аппендикулярный инфильтрат.

B. Оперативные доступы и способы выполнения аппендэктомии (рис. 2).



Рис.2. Оперативные доступы

Чаще всего применяется доступ по Волковичу–Дьяконову (Мак-Бурнею). Парапектальный Ленандера рекомендуется при подпеченочном расположении отростка. Нижнесрединная лапаротомия показана при осложнении аппендицита распространенным

перитонитом, дает широкий доступ, возможности хорошей ревизии и санации брюшной полости и полноценного дренирования.

Удаление воспаленного червеобразного отростка производится типичным или ретроградным путем. Типичная аппендэктомия начинается с тщательной перевязки (обычно — с прошиванием) и пересечения брыжечки отростка. После завершения мобилизации червеобразного отростка вокруг его основании на стенку слепой кишки накладывается кисетный шов. Затем на основание отростка накладывается кетгутовая лигатура и дистальнее нее — зажим. Между лигатурой и зажимом отросток пересекается и удаляется.

Кулья обрабатываются антисептиком и погружаются кисетным швом. Дополнительно сверху накладывается Z -образный шов.

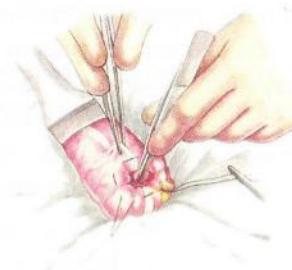


Рис.3. Наложение кисетного



Рис.4. Наложение z-образного шва

Ретроградная аппендэктомия выполняется в случае невозможности выведения отростка в рану, чаще при ретроцекальном расположении последнего. В этом случае сначала отросток отсекается от купола слепой кишки на уровне основания, кулья его погружается в кисетный и Z -образный швы, а затем производится мобилизация и удаление отростка. В последние годы все большее распространение приобретает лапароскопическая аппендэктомия, которая, наряду с меньшей травматичностью, имеет ряд других преимуществ перед традиционным способом. При выполнении аппендэктомии классическим способом в некоторых случаях удаляется неизмененный отросток.



Рис. 5 Удаление отростка лапароскопическим методом

Лапароскопическая методика (Рис. 5) позволяет избежать подобных «необоснованных» аппендэктомий, кроме того значительно облегчает удаление атипично расположенного червеобразного отростка, что при открытом доступе нередко вызывает немалые технические трудности и требует расширения доступа, увеличивая травматичность операции. Также применение лапароскопии позволяет провести дифференциальный диагноз с другой острой хирургической и гинекологической патологией и, при необходимости, произвести хирургическое лечение выявленных заболеваний, не расширяя доступа.

«Осложнения острого аппендицита»

Без проведения своевременного адекватного лечения возможно развитие осложненных форм острого аппендицита, что связано с различными вариантами распространения и течения воспалительного процесса. Каждая из этих форм имеет свои клинические проявления:

1. Перитонит

Острый аппендицит, осложненный диффузным или разлитым перитонитом. Распространение воспаления на значительную часть брюшины происходит на 3–4 сутки и ранее в результате гангрены или перфорации червеобразного отростка. При этом болезненность, вначале локализованная в правой подвздошной области, начинает быстро распространяться по всему животу. В этот период на смену напряжению передней брюшной стенки появляется вздутие живота. Это отличает начальные стадии перитонита при остром аппендиците от такового при перфорации полого органа, когда брюшная стенка с самого начала напряжена «как доска». Симптом Щеткина–Блюмберга выражен во всех отделах живота,

постепенно его выраженность ослабевает. При аусcultации живота не выслушиваются кишечные шумы. Имеется задержка газов и стула. Внешней больной беспокоен, глаза его тревожные, черты лица заострены, кожа приобретает серо-зеленый оттенок. Все это можно характеризовать как лицо Гиппократа. Температура тела повышается до 39–40 градусов, пульс резко учащается до 120 и более ударов в минуту. Артериальное давление постепенно снижается по мере прогрессирования перитонита. При исследовании периферической крови выявляется нарастание лейкоцитоза и СОЭ, усиливается сдвиг лейкоцитарной формулы влево. При рентгенологическом исследовании живота можно обнаружить скопление жидкости и газа в слепой кишке и в различных отделах тонкой кишки (чаши Клойбера).

Лечение: экстренная операция — срединная лапаротомия, аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости.

2.Аппендикулярный инфильтрат

Воспалительный конгломерат органов брюшной полости вокруг деструктивно измененного червеобразного отростка. Инфильтрат может образовываться уже на 3–4 сутки от начала заболевания. Он является следствием отграничения воспалительного процесса за счет большого сальника, петель тонкой кишки, карманов и складок париетальной брюшины, которые склеиваются между собой. В центре инфильтрата располагается воспаленный червеобразный отросток. Вначале инфильтрат рыхлый, спаянные органы легко разъединить. Но через 2–3 дня после образования инфильтрат становится плотным и тогда разъединить его элементы без повреждения невозможно. Клинические проявления аппендикулярного инфильтрата в начале заболевания те же, что и при остром аппендиците. Состояние больного, как правило удовлетворительное. В правой подвздошной области прощупывается больших размеров или меньших размеров, болезненное при пальпации образование с довольно четкими контурами. Нижний полюс образования иногда может быть доступен пальпации при пальцевом исследовании прямой кишки или вагинальном исследовании у женщин. Живот в остальных местах умеренно вздут, мягкий, безболезненный. Температура повышенна. Тахикардия, умеренный лейкоцитоз.

Лечение: консервативная антибактериальная, дезинтоксикационная, противовоспалительная терапия. Попытки удаления червеобразного отростка из инфильтрата категорически запрещены. Возможны два исхода аппендикулярного инфильтрата. Первый, благоприятный, завершается рассасыванием инфильтрата в течение 4–6 недель. В этом случае показана плановая аппендэктомия через 3–4 месяца во избежание рецидива заболевания.

3. Абсцессы различной локализации.

Неблагоприятный, вариант течения аппендикулярного инфильтрата приводит к абсцедированию последнего. Образование гнойника сопровождается ухудшением общего состояния больного. Лихорадка приобретает гектический характер с большими суточными колебаниями, нарастает лейкоцитоз. Инфильтрат увеличивается в размерах и становится более болезненными. Через брюшную стенку иногда удается определить симптом флюктуации. Размягчение инфильтрата можно также определить при пальпации через стенку прямой кишки или правую стенку влагалища у женщин.

Дуглас-абсцессы — ограниченное скопление гноя в прямокишечно-пузырном углублении у мужчин или в прямокишечно-маточном углублении (дугласовом кармане) у женщин. Встречаются в 0,2 % случаев. Клинически: на 4–5 день, нередко позже поднимается температура, могут быть несильные боли в животе, иногда дизурия, неприятные ощущения в прямой кишке, учащенные позывы к дефекации. При пальцевом исследовании прямой кишки выявляется нависание передней стенки кишки, может быть пропальпирован болезненный инфильтрат или абсцесс.

Лечение: при выявлении очага размягчения (формирование абсцесса) — вскрытие через прямую кишку (у женщин можно через влагалище) и дренирование полости абсцесса.

Поддиафрагмальный абсцесс — ограниченное скопление гноя в поддиафрагмальном пространстве над печенью. Встречаются реже, чем Дуглас-абсцессы, но отличаются более бурным клиническим течением с выраженной гнойной интоксикацией и тяжелым общим состоянием больного. Клинически: значительный подъем температуры, боли в правой половине грудной клетки, затрудненное дыхание, сухой кашель (симптом Троянова), большой щадит позвоночник при движениях туловища (симптом Сенатора). При объективном обследовании — живот мягкий, может определяться увеличение размеров печени и болезненность при ее пальпации, ослабленное дыхание в нижних отделах легких справа. Для подтверждения диагноза, уточнения локализации абсцесса и выбора оптимального хирургического доступа важное значение имеет УЗ или рентгенологическое исследование.

Лечение. В зависимости от локализации абсцесса его вскрытие производится передним или задним внебрюшинными доступами или чрезплеврально.

Межкишечный абсцесс — ограниченное скопление гноя между петлями тонкой кишки. При остром аппендиците встречаются в 0,02 % случаев. На уровне абсцесса определяется локальное напряжение мышц брюшной стенки, болезненность, симптомы раздражения брюшины. Часто пальпируется инфильтрат. Повышение температуры, лейкоцитоз.

Лечение: вскрытие, санация и дренирование полости абсцесса в срочном порядке. Предпочтение отдается внебрюшинным способам вскрытия абсцесса, наиболее оптимальным из которых является чрезкожное дренирование абсцесса под контролем лучевых методов диагностики, при невозможности использования данной методики применяется вскрытие абсцесса по Пирогову либо трансректальным доступом при локализации абсцесса в Дугласовом пространстве.

4.Пилефлебит

Восходящий септический тромбофлебит воротной вены ее притоков. Распространение тромбофлебита на воротную вену происходит из аппендикулярной вены через v. Neocolica а далее v. Mesenterica superior, что приводит к развитию гнойников печени. До 1935 года встречался в 0,4 % всех аппендицитов. Сейчас значительно реже. Развивается через 2–3 дня или через 2–3 недели от начала заболевания. Клинически: потрясающие ознобы и лихорадка (39–40 градусов) с размахами в 1–2 градуса, лицо бледное, черты заостряются, тахикардия, гипотония. Беспокоят боли в правой половине живота и в эпигастральной области. Увеличенная и болезненная печень, появляется иктеричность. При значительном нарушении оттока через воротную вену может быть асцит. Живот мягкий, иногда вздут. В лабораторных анализах крови отмечается выраженный лейкоцитоз со

значительным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, признаки печеночно-почечной недостаточности . Прогноз для жизни неблагоприятный.

Лечение: интенсивная дезинтоксикационная терапия, массивная антибактериальная, антикоагулянтная и фибринолитическая терапия.

Литература

1. Кузин М.И. Хирургические болезни, учебник для студентов. М., 2006 г.
2. Дехтарь Е.Г. «Острый аппендицит у женщин», Москва, 1971 г.
3. Колесов В.И. «Клиника и лечение острого аппендицита», Ленинград, 1972 г.
4. Арсений А.К. «Диагностика острого аппендицита», Кишинев, 1978 г.
5. Седов В.М., Стрижелецкий В.В., Рутенбург Г.М. и др. «Лапароскопическая аппендэктомия», Санкт-Петербург, 1994 г.
6. Шевченко Ю.Л. Частная хирургия. С-Пб. 1998 г.
7. Хирургические болезни под редакцией В.С. Савельева. М., ГОЭТАР-Медиа, 2005 г.
8. Матяшин И.М., Балтайтис Ю.В., Яремчук Н.Г., «Осложнения аппендицита», Киев, 1974 г.
9. Утешев Н.С. и др. «Острый аппендицит», Москва, 1975 г.
10. Комаров Н.В., Макаров Н.Н., Мамаев Ю.П. «Профилактика гнойно-септических осложнений при остром аппендиците», Н. Новгород, 1995 г.
11. Ротков И.Л. «Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците», Москва, 1988 г.