

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования "Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской
Федерации
«Красноярский государственный медицинский университет им.
проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России»**

Реферат:

Острый аппендицит

**Выполнил: ординатор Петряев Михаил Валерьевич
Кафедральный руководитель: д.м.н. проф. Кафедры
общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана
Тюхтева (Маркелова) Надежда Михайловна**

Красноярск 2019

План реферата:

- 1. Понятие острого аппендицита.**
- 2. Встречаемость острого аппендицита.**
- 3. Топографическая анатомия, строение, кровоснабжение, лимфатический отток червеобразного отростка.**
- 4. Клинико-морфологическая классификация аппендицита.**
- 5. Дифференциальная диагностика острого аппендицита.**
 - *Правосторонняя почечная колика*
 - *Острый холецистит*
 - *Острый панкреатит*
 - *Острая кишечная непроходимость*
 - *Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки*
 - *Заболевания женских внутренних половых органов*
 - *Мезаденит*
 - *Дивертикулит*
 - *Болезнь Крона*
 - *Острый гастроэнтероколит*
 - *Правосторонняя нижнедолевая пневмония или плевропневмония*
- 6. Дифференциальная диагностика осложнений аппендицита:**
 - *Перитонит*
 - *Аппендикулярный инфильтрат*
 - *Гнойники различной локализации*
 - *Пилефлебит*
 - *Кишечные свищи*

Определение.

Острый аппендицит - острое воспаление червеобразного отростка слепой кишки.

Эпидемиология

Острый аппендицит является одним из наиболее част встречающихся заболеваний и занимает первое место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Заболеваемость острым аппендицитом составляет 4-6 случаев на 1000 населения. В течение своей жизни 6% современных жителей планеты имеют шанс перенести это заболевание. Принимая во внимание высокую частоту встречаемости и серьезную опасность острого аппендицита, при обследовании любого пациента с жалобами на боли в области живота врач в первую очередь должен исключить именно этот диагноз.

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.

Все вышесказанное является одной из причин того, что летальность при остром аппендиците на протяжении последних 20 лет практически не изменилась, оставаясь в пределах 0.05-0.11%. диагностические ошибки при этом заболевании встречаются в 12-31% случаев. При выполнении аппендэктомии классическим способом часто в (10-15%) случаев, удаляется неизмененный отросток. Современные лапароскопические методики позволяют значительно снизить число подобных "необоснованных" аппендэктомий. Осложнения острого аппендицита отмечаются в среднем у

10% больных, частота их резко возрастает у детей и людей пожилого и старческого возраста и не имеет тенденции к снижению.

Анатомия и физиология червеобразного отростка.

Аппендикс - отросток, отходящий от медиальной поверхности слепо кишки и являющийся выростом ее стенки. Слепая кишка - начальный отдел толстой кишки, который располагается ниже впадения в нее терминального отдела подвздошной кишки, который располагается ниже впадения в нее терминального отдела подвздошной кишки. Величина и форма слепой кишки переменны. Длина ее составляет от 1.0 до 13.0 см (в среднем 5-7 см), диаметр - 6.0 - 8.0 см. Чаще всего (в 80%) случаев она располагается в правой подвздошной области. Дно (купол) слепой кишки проецируется на 4 - 5 см выше середины пупартовой связки, а при наполненном состоянии - непосредственно над этой связкой. Наиболее частыми отклонениями от нормального положения слепой кишки являются высокое, или подпеченочное - на уровне 1 поясничного позвонка, и низкое, или тазовое, - на уровне 2-3 крестцовых позвонков. Слепая кишка в 90-96% случаев со всех сторон покрыта брюшиной, то есть располагается интраперитонеально, что обуславливает ее подвижность.

Червеобразный отросток отходит от слепой кишки в месте слияния трех частей на 2-3 см ниже уровня впадения подвздошной кишки в слепую. Средняя длина его 8-10 см, однако, описаны случаи нахождения очень коротких и очень длинных (до 50 см) отростков. Свободный конец (верхушка) отростка может находиться в различных положениях. Ретроцекальное расположение отростка наблюдается в 10-15% случаев, при этом в очень редких случаях отросток лежит не только позади слепой кишки, но и внебрюшинно (ретроперитонеальное положение отростка).

Переменность расположения слепой кишки и самого аппендикса 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.

Червеобразный отросток имеет собственную брыжеечку 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-ovarigen 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 отграничению воспалительного процесса.

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

Иннервация червеобразного отростка осуществляется за счет ветвей верхнего брыжеечного сплетения и, частично, за счет нервов солнечного сплетения. Это объясняет широкое распространение и 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. Он пронизан крестообразно перекрещивающимися коллагеновыми и эластическими волокнами. Между ними располагаются множественные лимфатические фолликулы. У взрослых число фолликулов на 1 см² достигает 70-80, а общее их количество достигает 1200-1500 при диаметре фолликула 0.5 - 1.5 мм. Слизистая оболочка образует складки и крипты. В глубине крипт располагаются клетки Панета, а также клетки Кульчицкого продуцирующие серотонин. Эпителий слизистой оболочки однорядный призматический с большим числом бокаловидный клеток, вырабатывающих слизь.

Физиологические функции червеобразного отростка немногочисленны:

- 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.

Этиопатогенез острого аппендицита.

Острый аппендицит - полиэтиологическое заболевание. 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, не только не оказывая вредного влияния, но являясь необходимым фактором нормального пищеварения. Лишь при появлении неблагоприятных условий возникающих в червеобразном отростке, она проявляет 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, сопровождающиеся усилением 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 выраженными иммунными реакциями.

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

Патологическая анатомия.

При остром аппендиците возможны все варианты острого воспаления. По распространенности они могут быть очаговыми и диффузными.

Патологоанатомические формы острого аппендицита.

1. серозный (очаговый и диффузный)
2. Очаговый гнойный
3. Флегмонозный
4. Флегмонозно-язвенный
5. Апостематозный с образованием мелких внутрстеночных абсцессов
6. Гангренозный

Классификация острого аппендицита.

Классификация острого аппендицита носит клинико-морфологический характер и основана на степени выраженности и разнообразности воспалительных изменений и клинических проявлений.

Формы острого аппендицита.

1. Острый простой (поверхностный) аппендицит.

2. Острый деструктивный аппендицит.
 - Флегмонозный (с перфорацией и без перфорации)
 - Гангренозный (с перфорацией и без перфорации)
3. Осложненный острый аппендицит
 - Осложненный перитонитом - местным, ограниченными, разлитым, диффузным
 - Аппендикулярный инфильтрат
 - Периаппендикулярный абсцесс
 - Флегмона забрюшинной клетчатки
 - Сепсис, генерализованная воспалительная реакция
 - Пилефлебит

Дифференциальная диагноз острого аппендицита.

Дифференциальный диагноз острого аппендицита проводится с целым рядом заболеваний.

1. Правосторонняя почечная колика (при ущемлении камня в правом мочеточника) может сопровождаться сильными болями в правой подздошной области и вздутием живота. В этом случае будет болезненным покалывание 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 пиелозктазии. Может быть произведена хромоцистоскопия, ультразвуковое исследование. Иногда с целью дифференциальной диагностики полезно осуществить новокаиновую 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.

2. 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 подпеченочно, 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.
3. 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. При остром панкреатите уже в начале заболевания состояние больного бывает тяжелым. снижается артериальное давление. 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 удается выявить "чаши" Клойбера.

5. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Для перфоративной язвы характерно острое начало заболевания с появлением "кинжальных" 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, притупление в отлогих местах живота за счет наличия свободной жидкости в брюшной полости. Свободный газ в брюшной полости можно также выявить при обзорной рентгенографии. При трудном дифференциальном диагнозе в стадии разлитого перитонита хирург обязан и при том, и при другом заболевании выполнить лапаротомию.
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 иррадиируют в крестец. Отмечается болезненность при смещении шейки матки (положительный симптом Промптова). Пальпируется инфильтрат в области правых придатков. При окраске по Граму мазков влагалищного содержимого выявляются внутриклеточные диплококки.
 - Нарушенная внематочная беременность. Боли в нижних отделах живота, сопровождаются при этом клиническими признаками кровопотери, гиповолемии: головокружение, слабость, сухость во рту, тахикардия. Иногда бывает коллапс. В анамнезе удастся выяснить факт задержки месячных. При вагинальном исследовании можно

обнаружить опухолевидное образование в области придатков маточной 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 бимануальном исследовании (через брюшную стенку и влагалище) определяется болезненное образование.
- Разрыв Граафова 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 возможно, хирурги должны 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 Крона (илеоцекальный регионарный илеит или терминальный илеит). Сопровождается болями в нижних отделах живота, лихорадкой, иногда - диареей, гиперлейкоцитозом. В правой подвздошной области может прощупываться 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 аускультации 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.

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. Острый аппендицит, осложненный разлитым или диффузным 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 аускультации 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 охарактеризовать как лицо Гиппократового. 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).

2. Аппендикулярный инфильтрат. Аппендикулярный инфильтрат может образовываться уже на 3-4 сутки от начала заболевания. Он является следствием отграничения воспалительного процесса за счет большого сальника, петель тонкой кишки, кармано 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 повышена. Тахикардия, умеренный лейкоцитоз. Возможны два варианта течения аппендикулярного инфильтрата. Первый, благоприятно протекающий, завершается рассасыванием инфильтрата в течение 4-6 недель. Второй неблагоприятный, вариант течения аппендикулярного инфильтрата связан с абсцедированием. Образование гнойника сопровождается ухудшением общего состояния больного. Лихорадка приобретает гектический характер с большими суточными колебаниями, нарастает лейкоцитоз. Инфильтрат увеличивается в размерах и становится более болезненным. Через брюшную стенку иногда удается ощутить зыбление. Размягчение инфильтрата можно также определить при пальпации через стенку прямой кишки или правую стенку влагалища у женщин. Гнойник может прорваться в брюшную полость с развитием перитонита. Иногда гной находит самостоятельный выход и опорожняется через слепую кишку, расплавляя ее стенку. При этом у больного отмечается жидкий зловонный стул, после чего резко снижается температура. Известный случай прорыва гнойника в одну из прилежащих петель тонкой кишки или в мочевой пузырь.

3. Гнойники различной локализации.

- 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. 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 шадит 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 рентгенологическое исследование. В зависимости от локализации абсцесса его вскрытие производится передним или задним внебрюшинными доступами или чрезплеврально.

- Межкишечные 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.

4. Пилефлебит - распространение тромбофлебита на воротную вену (из аппендикулярной вены через v. ileocolica 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. У некоторых больных понос. Прогноз для жизни весьма серьезен. Лечение: массивные дозы антибиотиков с гепарином, введение фибринолизина (лучше использовать введение через сосуды круглой связки печени), вскрытие гнойников печени.

5. Кишечные свищи. Причины возникновения: вовлечение в воспаление стенок прилежащих кишечных петель с последующей их деструкцией; грубая хирургическая техника, сопряженная с десерозированием стенки кишки или неправильная обработка культи червеобразного отростка; пролежни, обусловленные давлением твердых дренажей и тугих тампоном, длительно удерживаемых в брюшной полости. Клиника: через 4-7 дней после аппендэктомии появляются боли в правой подздошной области, там определяется глубокий болезненный инфильтрат. У некоторых больных наблюдаются симптомы частичной кишечной непроходимости. Если рана не была зашита, то уже на 6-7 день по тампону начинает выделяться кишечное содержимое и формируется свищ. При зашитой ране клиническая картина тяжелее: больного лихорадит, симптомы перитонита и интоксикации нарастают, могут образовываться затеки кала. Самопроизвольное вскрытие свища происходит на 10-30 день или раньше, после активного вмешательства хирурга. Обычно формируется трубчатый свищ (слизистая кишки открывается в глубине, сообщаясь с наружной средой через ход, выстланный грануляциями), реже губовидный (слизистая срастается с кожей). Кишечные свищи аппендикулярного происхождения в 10% случаев дают летальные исходы.

Лечение индивидуально. В процессе формирования свища противовоспалительная и общеукрепляющая терапия, вскрытие затеков, восполнение потерь белка и др. Трубчатые свищи обычно закрываются консервативно.

Лечение острого аппендицита:

Единственно радикальным методом лечения острого аппендицита является операция - аппендэктомия.

Срочная операция показана во всех случаях, когда установлен диагноз острого аппендицита, при наличии гноя или перитонита. Исключением является наличие плотного аппендикулярного инфильтрата без признаков абсцедирования. При неясной клинической картине можно обследовать больного в течение 6-12 часов с целью проведения дифференциального диагноза. Если при этом диагноз острого аппендицита не удастся исключить, показано хирургическое вмешательство (лапароскопическое или посредством лапаротомии).

Предоперационная подготовка кратковременная и включает:

1. Опорожнение мочевого пузыря.
2. Опорожнение желудка (если после последнего приема пищи прошло менее 4-6 часов).
3. Подготовку операционного поля.
4. Премедикацию.

Аппендэктомия может быть выполнена с использованием местной анестезии; регионарной анестезии (спинномозговой, эпидуральной) или общего обезболивания. Последнее является предпочтительным.

Аппендэктомия, как и любое оперативное вмешательство, состоит из трех основных этапов: оперативного доступа, собственно оперативного приема и этапа завершения операции.

Оперативный доступ в большинстве случаев осуществляется разрезом Волковича-Дьяконова. Это косой разрез в правой подвздошной области, проходящий через точку Мак-Бурнея перпендикулярно линии, соединяющей пупок и верхнюю переднюю ость правой подвздошной кости. При расположении червеобразного отростка под печенью, между петлями тонкой кишки или в полости малого таза, требуется расширение разреза путем рассечения апоневроза наружной косой мышцы. Реже применяются разрез Ленандера по наружному краю правой прямой мышцы живота и поперечный разрез Шпренгеля. При трудном диагнозе (когда нельзя исключить другое заболевание органов брюшной полости) и при разлитом перитоните необходима средняя лапаротомия, чтобы кроме аппендэктомии произвести также тщательную санацию и адекватное дренирование брюшной полости.

В последнее время все большее распространение получает лапароскопическая аппендэктомия, которая выполняется по специальной технологии.

Удаление воспаленного червеобразного отростка производится типичным или ретроградным путем. Типичная аппендэктомия начинается с тщательной перевязки (обычно - с прошиванием) и пересечения порций брыжеечки отростка. После завершения мобилизации червеобразного отростка вокруг его основания 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. Культя его обрабатывается антисептиком и погружается кисетным швом. Дополнительную сверху накладывается Z-образный шов или серозно-мышечные узловатые швы.

Список литературы.

1. Арсений А.К. "Диагностика острого аппендицита", Кишинев, 1978г.
2. Дехтярь Е.Г. "Острый аппендицит у женщин", Москва 1971г.
3. Колесов В.И. "Клиника и лечение острого аппендицита", Ленинград, 1972г.
4. Матяшин И.М., Балтайтис Ю.В., Яремчук Н.Г., "Осложнения аппендицита", Киев, 1974г.
5. Русанов А.А. "Аппендицит" Ленинград, 1979г.
6. Седов В.М., Стрижелецкий В.В., Рутенбург Г.М. и др. "Лапароскопическая аппендэктомия"., Санкт-Петербург, 1994г.
7. Утешев Н.С. и др. "Острый аппендицит", Москва, 1975г.