

Кыргызско-Российский Славянский университет

Медицинский факультет

Х. С. Бебезов, Н.И. Ахунбаева, Б.Х. Бебезов, С.Б. Боронбаев

КЛИНИКА И ОСЛОЖЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Учебно-методическое пособие

Бишкек 2005

Аннотация.

Среди острых заболеваний брюшной полости аппендицит занимает по частоте первое место. В хирургических отделениях городских и районных больницах операции, предпринимаемые по поводу аппендицита, составляют около половины всех производимых оперативных вмешательств.

Проводя операцию аппендэктомии, начинающие хирурги делают свои первые шаги в освоении брюшной хирургии.

В настоящее время летальность от острого аппендицита составляет 0,1 – 0,3 %; послеоперационные осложнения – 5 – 9%. Трудности диагностики острого аппендицита, тяжесть осложнений, связанных с поздней диагностикой, свидетельствует о том, что проблема лечения острого аппендицита не потеряла своей актуальности.

В данном методическом пособии рассматриваются вопросы клиники, особенности течения острого аппендицита в зависимости от стадии заболевания, возраста больного, локализации червеобразного отростка в брюшной полости; возможные осложнения до и после операции и их лечения.

Методическое пособие рассчитано на студентов, аспирантов и практикующих врачей.

Рецензент: доктор медицинских наук,
профессор Д. Н. Нурманбетов.

Некоторые данные по анатомии илеоцекального отдела кишечника и червеобразного отростка.

Илеоцекальным отделом кишечника называют три анатомические образования:

1. Конечный отрезок тонкой кишки,
2. Слепую кишку с червеобразным отростком,
3. Илеоцекальную или баугинову заслонку.

Слепая кишка (соесит) является той частью толстой кишки, которая находится ниже места впадения конечного отрезка тонкой кишки.

Червеобразный отросток в своём развитии образуется из стенки слепой кишки. Он покрыт со всех сторон брюшиной и имеет брыжейку, которая начинается у основания отростка, соединяясь со слепой кишкой, и оканчивается у его верхушки. Брыжейка придаёт червеобразному отростку подвижность, вследствие чего он может занимать в брюшной полости различное положение. Длина червеобразного отростка резко варьирует. Средняя длина – 7-8 см, толщина – 5-8 мм. В червеобразном отростке имеются серозная и мышечная оболочки, подслизистый слой и слизистая. В подслизистом слое встречаются лимфоидные фолликулы, которые составляют специфическую особенность гистологической структуры червеобразного отростка.

Необычайное положение слепой кишки червеобразного отростка имеет важное практическое значение. Различают пять положений червеобразно отростка:

1. переднее,
2. медиальное,
3. латеральное,
4. тазовое,
5. ретроцекальное.

При переднем положении червеобразный отросток лежит впереди слепой кишки, прикрытый большим сальником или одной из кишечных петель, а иногда почти прилегая к брюшной стенке.

При медиальном положении червеобразный отросток откинут к средней линии, располагаясь между кишечными петлями, при латеральном – смещён в направлении переходной складки брюшины, а иногда соприкасается с брюшиной боковой стенки живота.

При тазовом положении червеобразный отросток лежит низко и нередко соприкасается с органами малого таза (мочевым пузырём, прямой кишкой, маткой и её придатками).

Червеобразный отросток в случае ретроцекального расположения направлен назад и вверх; он располагается позади слепой кишки в ретроцекальном пространстве между задней её стенкой и париетальной брюшиной задней стенки брюшной полости.

Положение червеобразного отростка оказывает существенное влияние на клиническую картину и течение острого аппендицита.

Кровоснабжение илеоцекального отдела кишечника осуществляется, главным образом, из подвздошно-ободочной артерии, которая отходит от верхней брыжеечной артерии. Подвздошно-ободочная артерия идёт забрюшинно, направляясь вниз вправо. Она достигает илеоцекального угла и здесь распадается на ветви, приносящие кровь к нижней части подвздошной кишки, к слепой кишке и червеобразному отростку.

Венозная система. Кровь, оттекающая от илеоцекального отдела кишечника, собирается в подвздошную вену, которая впадает в верхнюю брыжеечную вену, а она уносит кровь в воротную вену.

При инфицированном тромбофлебите указанных вен патологический процесс может достигнут воротной вены, что вызывает тяжелое заболевание – пилефлебит.

Иннервация илеоцекального отдела кишечника осуществляется ветвями верхнего брыжеечного сплетения, которые имеют связи с солнечным сплетением.

Червеобразный отросток, как и другие отделы желудочно-кишечного тракта, богато иннервирован. Раздражения нервных элементов червеобразного отростка при его воспалении объясняют локальные боли, а связь этих элементов с отдалёнными частями нервной системы (например, с солнечным сплетением) – временное возникновение болей за пределами расположения червеобразного отростка.

Функции червеобразного отростка и его значение для организма мало изучен.

Острый аппендицит

Острый аппендицит – воспаление червеобразного отростка слепой кишки. Заболеваемость острого аппендицита составляет 4-5 человек на 1000 населения. Наиболее часто острый аппендицит

встречается в возрасте от 20 до 40 лет, женщины болеют в 2 раза чаще, чем мужчины. Летальность составляет 0,1-0,3 %, послеоперационные осложнения – 5-9% .

Этиология и патогенез острого аппендицита.

Острый аппендицит – воспалительное заболевание, вызываемое микробами. Основным путём инфицирования стенки отростка является энтерогенный. Из просвета червеобразного отростка происходит внедрение микробов в его слизистую оболочку и глубжележащие слои. Здесь в сложном взаимодействии с живыми тканями микробы находят условия для своей жизнедеятельности. Гематогенный и лимфогенный варианты инфицирования встречаются достаточно редко и не играют решающей роли в патогенезе заболевания. Высказывались мнения о возможности возникновения аппендицита после перенесённой ангины. Непосредственными возбудителями воспаления являются разнообразные микроорганизмы (бактерии, вирусы, простейшие), находящиеся в отростке. Среди бактерии чаще всего (до 90 %) обнаруживают анаэробную неспорообразующую флору (бактероиды и анаэробные кокки). Аэробная флора встречается реже (6 – 8 %) и представлена прежде всего кишечной палочкой, клебсиеллой, энтерококками и другими.

Определённую роль в этиологии острого аппендицита играет алиментарный фактор. В странах, где население питается в основном мясной пищей, заболеваемость аппендицитом значительно выше, чем в странах, население которых предпочитает вегетарианскую пищу. Пища, богатая животным белком, в большей мере, чем растительная, имеет тенденцию вызывать гнилостные процессы в кишечнике, которые способствуют нарушению его эвакуаторной функции, что следует считать предрасполагающим фактором в развитии острого аппендицита.

К предрасполагающим причинам можно отнести изменение реактивности организма после перенесённых заболеваний, застой содержимого червеобразного отростка, тромбоз сосудов, а также спазм или парез сосудов и другие.

Аппендицит – процесс двухсторонний. В нём участвуют организм и микробы.

И так, патогенез острого аппендицита можно себе представить в следующем виде.

Ослабление общих защитных сил организма при одновременном влиянии предрасполагающих причин изменяет физиологические свойства эпителия слизистой червеобразного отростка. Эпителиальные клетки не обеспечивают своей защитной функции; они утрачивают роль живого барьера, преграждающего проникновение гноеродных микробов из просвета червеобразного отростка в подслизистый слой и глубже лежащих тканей аппендикулярной стенки. В результате начинается воспалительный процесс. Формирующийся воспалительный очаг приводит к мобилизации защитных реакций организма. Совокупность этих факторов (воспалительного очага и ответных реакций организма) создаёт клиническую картину острого аппендицита со всеми специфическими особенностями и различными его формами.

Классификация.

Выделяют следующие формы острого аппендицита: катаральный, флегмонозный, гангренозный и перфоративный. В виду особенностей клинического течения особо описывают эмпиему червеобразного отростка, которая по морфологическим признакам ближе всего находится к флегмонозной форме аппендицита.

Перечисленные формы острого аппендицита по существу отражают степень воспалительных изменений в червеобразном отростке, т. е. стадию воспалительного процесса. Каждая форма заболевания имеет не только морфологические отличия, но и характеризуется присущими её клиническими проявлениями.

В связи с этим в окончательном диагнозе должны содержаться сведения о соответствующей форме заболевания. Разделение острого аппендицита на отдельные формы, которые имеют разную клинику и клиническое течение, даёт возможность выработать наиболее правильную хирургическую тактику, облегчить выбор лечебных способов при разных формах острого аппендицита.

Различаются следующие осложнения острого аппендицита:

1. Аппендикулярный инфильтрат;
2. Разлитой перитонит;
3. Локальные абсцессы в брюшной полости: полости малого таза,
4. поддиафрагмальный, межкишечный и др.;
5. Забрюшинную флегмону;
6. Пилефлебит.

Все они непосредственно связаны с острым аппендицитом.

Патологическая анатомия

Морфологические изменения при остром аппендиците зависят от стадии воспалительного процесса.

Начальную форму воспаления червеобразного отростка обозначают как острый катаральный аппендицит. В начальных фазах воспаления отмечается лишь расширение сосудов серозной оболочки червеобразного отростка. Брыжейка может выглядеть неизменной, но иногда бывает утолщённой и гиперемированной. На разрезе слизистая оболочка отростка отёчна, серозно-красного цвета, в подслизистом слое видны пятна кровоизлияний. В просвете червеобразного отростка нередко содержится сукровичного вида жидкость. Микроскопически удаётся отметить небольшие дефекты слизистой оболочки, покрытые фибрином и лейкоцитами. Имеется умеренная лейкоцитарная инфильтрация слизистого слоя. Мышечная оболочка не изменена. Микроскопические изменения брыжейки иногда проявляются расширением сосудов и отёком. В сальнике иногда отмечается гиперемия, иногда – гиперемия париетальной брюшины. Изредко в брюшной полости встречается прозрачный стерильный выпот.

Следующей стадией воспалительного процесса является острый флегмонозный аппендицит. Под флегмоной червеобразного отростка понимают разлитое или ограниченное воспаление всех слоёв. При этом отросток значительно утолщён, его серозная оболочка и брыжейка отёчны, ярко гиперемированы. В брюшной полости нередко обнаруживается экссудат в различных количествах. Последний бывает серозным, серозно-гнойным или гнойным. Иногда гной имеет каловый запах вследствие нахождения в нём кишечной палочки. Стенки отростка представляется резко утолщённой, отёчной, отдельные её слои плохо дифференцируются. Слизистая полнокровная, набухшая, багровой окраски, на отдельных её участках видны дефекты и изъязвления.

Микроскопические изменения при флегмонозном аппендиците выражаются лейкоцитарной инфильтрацией всех слоёв отростка. Слизистая в местах поражения нередко подвергается нагноению или частичному отторжению. Микроскопические изменения имеются и со стороны брыжейки отростка, сальника, брюшины, жировых привесок. Париетальная брюшина полнокровная, имеется массовое выходение нейтрофильных лейкоцитов в ткани.

Разновидностью флегмонозного воспаления является эмпиема червеобразного отростка, при которой в результате закупорки каловым камнем или рубцовым процессом в просвете отростка образуется замкнутая полость, заполненная гноем. Червеобразный отросток при эмпиеме колбовидно вздут и резко напряжен, определяется явная флюктуация. Наряду с этим серозная оболочка червеобразного отростка выглядит как при катаральной форме острого аппендицита: она тусклая, гиперемирована, но без наложений фибрина. В брюшной полости может наблюдаться серозный стерильный выпот. При вскрытии червеобразного отростка изливается большое количество зловонного запаха гноя. Микроскопически в слизистой оболочке и подслизистом слое имеется значительная лейкоцитарная инфильтрация, которая убывает к периферии червеобразного отростка.

После флегмонозной стадии следует гангренозный аппендицит, характеризующийся некротическими изменениями в червеобразном отростке.

Макроскопически некротизированный участок грязно-зелёного цвета, рыхлый и легко рвётся. В брюшной полости часто содержится гнойный выпот с каловым запахом. Микроскопически в участке деструкции слои червеобразного отростка не удаётся дифференцировать, в остальных отделах отростка наблюдается картина флегмонозного воспаления.

Следующим по стадии развития является гангренозный аппендицит, характеризующийся некротическими изменениями в червеобразном отростке. При этом тотальный некроз бывает сравнительно редко, в подавляющем большинстве случаев зона некроза охватывает сравнительно небольшую часть отростка. Макроскопически некротизированный участок грязно-серого цвета, рыхлый, легко рвётся, остальная часть червеобразного отростка выглядит так же, как при флегмонозной форме острого аппендицита. На органах и тканях, окружающих воспалённый орган, имеются фибриновые наложения. В брюшной полости часто содержится гнойный выпот с каловым запахом. Если острый гангренозный аппендицит не подвергается лечению, то наступает перфорация и гангренозный аппендицит переходит в следующую стадию, так называемый перфоративный аппендицит. При этом в брюшную полость изливается содержимое червеобразного отростка. Вследствие этого возникает гнойный перитонит. Макроскопически

мало отличается от гангренозной формы. Участки некроза имеют одно или несколько перфоративных отверстий. В брюшной полости содержится обильный гнойный выпот. Прободное отверстие, как правило располагается на стороне, противоположной брыжейке, и может находиться в любом участке отростка – от верхушки до основания. Прилежащие к отростку кишечные петли, сальник, брыжейка, жировые привески имеют признаки острого воспаления.

СИМПТОМАТОЛОГИЯ, КЛИНИКА И ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Острый аппендицит начинается внезапно болями в животе. Боли возникают, как правило, в эпигастральной области, или имеют неопределённый блуждающий характер по всему животу без какой-либо определённой локализации. В начальном периоде боли неинтенсивные, они тупые, постоянные, иногда могут быть схваткообразными. Спустя 2-3 часа от начала заболевания боли постепенно усиливаясь, перемещаются в правую подвздошную область, к месту локализации червеобразного отростка и это смещение болей носит название симптома Кохера – Волковича. Он объясняется наличием тесной связи висцеральной иннервации отростка с нервными узлами корня брыжейки и чревным сплетением, расположенным в эпигастральной области.

В первые часы заболевания в стадии катарального воспаления червеобразного отростка может наблюдаться рвота, которая носит рефлекторный характер гораздо чаще наблюдается тошнота, носящая волнообразный характер.

При объективном исследовании в первые часы заболевания общее состояние больного страдает мало. Живот равномерно участвует в акте дыхания, не удаётся выявить каких-либо особенностей. При осторожной перкуссии брюшной стенки в симметрических точках правой и левой подвздошных областей отмечается зона гиперестезии в правой подвздошной области (положительный симптом Раздольского). При глубокой пальпации здесь же удаётся определить явную болезненность.

В катаральной стадии воспаление червеобразного отростка не всегда удаётся выявить симптомы раздражения брюшины. Тем не менее, можно выявить симптом Ровзинга, вызываемый таким образом: левой рукой сквозь брюшную стенку прижимают

сигмовидную ободочную кишку к крылу левой подвздошной кости, перекрывая её просвет. Правой рукой выше этой зоны производят толчкообразные движения передней брюшной стенки. При этом возникает боль в правой подвздошной области, что связывают с перемещением газов, находящихся в толстой кишке. Нередко оказывается положительный и симптом Ситковского, который заключается в появлении или усилении болей в правой подвздошной области при положении больного на левом боку. В положении больного на левом боку проверяют и симптом Бартомье-Михельсона. Он характеризуется усилением болезненности при пальпации правой подвздошной области, так как в этом случае петли тонких кишок и большой сальник, ранее прикрывавшие червеобразный отросток, отходя влево и он становится более доступной для пальпации.

Одним из ранних объективных симптомов острого аппендицита является повышение температуры тела, которая при катаральной форме находится в пределах $37-37,5^{\circ}\text{C}$. К таким же ранним симптомам относится повышение числа лейкоцитов, которые при катаральном аппендиците находятся в пределах $10 \times 10^9 - 12 \times 10^9 / \text{л}$.

Боли при флегмонозном аппендиците довольно интенсивны и постоянны. Они чётко локализуются в правой подвздошной области и нередко принимают пульсирующий характер. Пульс учащён до 90 ударов в минуту. Язык обложен и суховат. При осмотре живота можно заметить умеренное отставание правой подвздошной области при дыхании, а при поверхностной пальпации здесь же, кроме гиперестезии, определяется защитное напряжение мышц брюшной стенки, что свидетельствует о том, что воспалительный процесс перешёл на брюшинный покров. Выявляются и другие симптомы раздражения брюшины. К ним относится симптом Щёткина-Блюмберга – при быстром отдёргивании руки после надавливания на брюшную стенку больной ощущает внезапное усиление боли вследствие сотрясения брюшной стенки в области воспалительного очага. Симптом Воскресенского (симптом «рубашки», или «скольжения»), которые определяют следующим образом: «Исследующий врач располагается справа от больного и левой рукой затягивает рубаху больного за нижний его край. Это необходимо для равномерности самого «скольжения». Кончики 2, 3, 4 пальцев правой руки устанавливают в подложечной области и во время выдоха больного, при наиболее расслабленной

передней брюшной стенки, кончиками названных пальцев с умеренным давлением на живот проделывают скользящее быстрое движение косо вниз к области слепой кишки и там останавливают скользящую руку, не отрывая её от живота, как это делается при симптоме Блюмберга. В момент окончания такого «скольжения» больной отмечает резкое усиление аппендикулярных болей и нередко выражает мимикой». (М. В. Воскресенский, 1940). По мнению М. В. Воскресенского, в момент «скольжения» происходит изменение кровенаполнения вен. Внезапное усиление кровенаполнения вен брыжейки червеобразного отростка даёт резкое обострение боли. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона сохраняют своё значение. Температура может достигать $38-38.5^{\circ}\text{C}$, число лейкоцитов $12 \times 10^9 - 20 \times 10^9 / \text{л}$.

При гангренозной стадии острого аппендицита вследствие некроза стенки и развития гнилостного воспаления нервные окончания отростка отмирают и субъективное ощущение боли значительно снижается и может даже совершенно исчезнуть. Нарастают симптомы системной воспалительной реакции.

При исследовании живота напряжение брюшной стенки в правой подвздошной области менее интенсивное. Симптомы раздражения брюшины выражены. Температура тела при гангренозном аппендиците нередко бывает или нормальной (до 37°C) или даже ниже нормы (до 36°C).

Число лейкоцитов значительно снижается ($10 \times 10^9 - 12 \times 10^9 / \text{л}$) или находится в пределах нормы ($6 \times 10^9 - 8 \times 10^9 / \text{л}$), но воспалительный сдвиг в формуле белой крови может достигать значительной степени в сторону увеличения юных форм нейтрофилов.

При перфоративном аппендиците момент прободения стенки отростка проявляется возникновением резчайшей боли в правой подвздошной области. Боль остается постоянной и интенсивность ее нарастает. Возникает неоднократная рвота, связанная с раздражением брюшины и развивающейся эндотоксикацией.

При осмотре больного обращает на себя внимание тахикардия, сухой обложенный коричневатым налетом язык. Брюшная стенка, ригидность которой, уменьшается при гангренозной форме острого аппендицита, снова становится напряженной. Резко выражены все симптомы раздражения брюшины, живот постепенно становится все более вздутым, перистальтика

отсутствует, что свидетельствует о развивающемся разлитом гнойном перитоните. Отмечается значительное повышение температуры тела, которая иногда принимает гектический характер. Число лейкоцитов повышено или даже снижено, но всегда наблюдается резкий нейтрофильный сдвиг в формуле крови.

Эмпиема червеобразного отростка встречается в 1 – 2 % случаев острого аппендицита. Эта форма заболевания, хотя морфологически стоит ближе всего к флегмонозному аппендициту, в клиническом отношении имеет существенные от него отличия. Прежде всего, при эмпиеме червеобразного отростка боли в животе не имеют характерного смещения (отрицательный симптом Кохера-Волковича), а начинаются непосредственно в правой подвздошной области. Эти боли тупые, медленно прогрессируют, достигают максимума лишь к 3 – 5 дню заболевания. К этому времени они нередко принимают пульсирующий характер, наблюдается однократная и двукратная рвота. Общее состояние больного в первый период страдает мало, температура тела нормальная или незначительно повышена, но на фоне пульсирующих болей появляется озноб с повышением температуры до 38 – 39⁰ С. При объективном исследовании даже в поздних стадиях заболевания брюшная стенка не напряжена, отсутствуют также другие симптомы раздражения брюшины. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона чаще всего положительны. При глубокой пальпации правой подвздошной области выявляют значительную болезненность, у худощавых людей удаётся прощупать резко утолщенный, болезненный червеобразный отросток. Эмпиему червеобразного отростка нередко удаётся обнаружить при УЗИ брюшной полости. Число лейкоцитов в первые сутки остаётся нормальным, в последующем наблюдается быстрое его увеличение до 20х10 /л и выше с нарастанием нейтрофильного сдвига.

РЕТРОЦИКАЛЬНЫЙ острый аппендицит. Частота расположения червеобразного отростка позади слепой кишки, в среднем составляет 5-7%. В 2 % случаев червеобразный отросток полностью располагается забрюшинно, и тогда он не имеет брыжейки. Ретроцекально расположенный червеобразный отросток, как правило, тесно прилежит к задней стенке слепой кишки, имеет короткую брыжейку, что обуславливает его изгибы и деформации.

Ретроцекальный аппендицит может начинаться с болей в эпигастральной области или по всему животу, которые в

последующем локализируются в области правого бокового канала или в поясничной области. Тошнота и рвота наблюдаются несколько реже, чем при типичном положении червеобразного отростка.

При исследовании живота даже при деструкции отростка не всегда удаётся выявить типичные симптомы аппендицита, за исключением болезненности в области правого бокового канала или несколько выше гребня подвздошной кости. Симптомы раздражения брюшины в этом случае также не выражены. Только при исследовании поясничной области нередко удаётся выявить напряжение мышц в треугольнике Пти.

Ретроцекальный аппендицит чаще чем другие разновидности этого заболевания, заканчивается деструкцией отростка. В связи с этим наряду со скудными симптомами аппендицита со стороны брюшной полости нередко имеются признаки развивающейся системной воспалительной реакции. Температура тела и лейкоцитов чаще всего повышается несколько больше, чем при типичной локализации червеобразного отростка.

ТАЗОВЫЙ острый аппендицит. Низкое (тазовое) расположение червеобразного отростка встречается у 16% мужчин и у 30% женщин. Начало заболевания и в этом случае чаще всего типично: боли начинаются в эпигастральной области или по всему животу, а спустя несколько часов локализируются над лобком, либо над паховой связкой справа. В связи с близостью прямой кишки и мочевого пузыря, нередко возникает частый стул со слизью и дизурические расстройства. При исследовании живота далеко не всегда удаётся отметить напряжение мышц брюшной стенки и другие симптомы раздражения брюшины. В ряде случаев оказывается положительным симптом Коупа – болезненное напряжение внутренней запирающей мышцы (в положении больного лежа на спине сгибают правую ногу в колене и ротируют бедро к наружи. При этом больной ощущает боль в глубине таза справа).

При подозрении на тазовый аппендицит исключительную ценность приобретают вагинальное и ректальное исследования. Температура и лейкоцитарная реакция при тазовом аппендиците выражены слабее, чем при обычной локализации червеобразного отростка.

ПОДПЕЧЁНОЧНЫЙ острый аппендицит. Изредка наблюдается высокое медиальное (подпечёночное) расположение

червеобразного отростка, что очень затрудняет диагностику острого аппендиците. Болезненность в области правого подреберья, наличие здесь же напряжения мышц и других симптомов раздражения брюшины скорее всего порождает мысль об остром холецистите. Между тем в этом случае типичный для приступа острого аппендицита анамнез является отправной точкой для установления правильного диагноза. Помимо этого, в большинстве случаев острого холецистита удаётся пальпировать увеличенный желчный пузырь.

ДИАГНОСТИКА И ДЕФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Диагностика острого аппендицита сложна тем, что построена только на основании клинических данных – изучения анамнеза, жалоб больного, данных осмотра, ощупывания передней брюшной стенки, выявления аппендикулярных симптомов, в то время диагноз других заболеваний органов брюшной полости (язвенная болезнь, рак желудка, холецистит и др.) уточняется многочисленными лабораторными, рентгенологическими показателями, проверяется рядом приборов и подтверждается специальными исследованиями. В диагностике острого аппендицита ничего этого нет. Практически у больного исследуют кровь на лейкоцитоз и лейкоцитарную формулу, производят клинический анализ мочи, определяют С-реактивный белок и др. Лабораторные данные в диагностике острого аппендицита ничего специфически связанного с патогенезом этого заболевания не имеют. Они с таким же успехом свидетельствует о наличии воспалительного процесса и интенсивности воспаления. Даже характерные, казалось бы, именно для острого аппендицита симптомы Ровзинга, Ситковского, Образцова и др. не специфичны и, как и симптом Щёткина-Блюмберга, свидетельствует только о наличии воспаления брюшины в правой подвздошной области. Но в этой области воспалительный процесс может быть вызван не только патологией червеобразного отростка, а например, перфорацией или воспалением слепой или подвздошной кишки, наличием правостороннего сальпингита, разрывом кисты и т.д. Вагинальное и ректальное исследования также не специфичны и указывают только у наличии воспалительного очага, расположенного близко к правой подвздошной области. Именно в диагностике острого аппендицита выявляется уровень клинического мышления врача. В диагностике острого аппендицита фраза «симптомы не подсчитываются, а

взвешиваются» наиболее точно передаёт ту особую ситуацию, которое нередко возникает.

Острый аппендицит приходится дифференцировать почти от всех острых заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

В начальной стадии, когда боль ещё не имеет чёткой локализации в правой подвздошной области, а наблюдается преимущественно в эпигастральной или мезогастральной области, чаще всего приходится дифференцировать острый аппендицит от острого гастроэнтерита, острого панкреатита и реже – от прободной язвы желудка и двенадцатипёрстной кишки.

ОСТРЫЙ ГАСТРОЭНТЕРИТ в отличие от острого аппендицита начинается с довольно сильных схваткообразных болей в верхних и средних отделах живота. При расспросе больного почти всегда удаётся выявить провоцирующий фактор в виде изменения диеты, например, приём большого количества жирных и острых продуктов, алкоголя и пр. Почти одновременно со схваткообразными болями возникает неоднократная рвота вначале съеденной пищей, а затем и желчью. Спустя несколько часов, на фон схваткообразных болей нередко проявляется частый жидкий стул. При объективном исследовании живота обращает на себе внимание отсутствие локализованной болезненности, симптомов раздражения брюшины и симптомов, характерных для острого аппендицита. При аускультации живота выслушивается усиленная перистальтика. Пальцевое ректальное исследование выявляет наличие жидкого кала с примесью слизи. Лейкоцитоз возрастает умеренно, палочкоядерный сдвиг отсутствует.

ПИЩЕВАЯ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯ иногда даёт повод думать об остром аппендиците. Употребление в пищу недоброкачественных продуктов сопровождается проявлениями острого гастрита или острого энтерита. Больные жалуются на ухудшение самочувствие, рвоту, боли в подложечной области. Установление того факта, что такую же пищу ели другие члены семьи и поражение имеет групповой характер и на первый план выступает тяжёлая интоксикация организма, даёт возможность исключить острый аппендицит.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ, так же как и острый аппендицит начинается внезапными болями в животе. Нередко этому заболеванию сопутствует упорная рвота. Общее состояние больного

меняется соответственно характеру анатомических изменений в поджелудочной железе (отёк, острый некроз, абсцесс), по мере нарастания интоксикации и прогрессирования заболевания может наблюдаться шок, кожные покровы бледные, иногда с некоторым акроцианозом, пульс значительно учащён, температура остаётся нормальной. При объективном исследовании живота обращает на себя внимание несоответствие между тяжестью общего состояния и относительно невыраженной болезненностью в эпигастральной области, живот несколько вздут. Напряжение мышц или отсутствует, или слабо выражено. Выявляются характерные симптомы для острого панкреатита: отсутствие пульсации брюшной аорты в эпигастрии, болезненность левого рёберно – позвоночного угла (симптом Мэйо – Робсона), паретическое состояние желудка и поперечно – ободочной кишки (симптом Керте), чего не бывает при остром аппендиците. При остром панкреатите исследование крови и мочи показывает высокое содержание амилазы.

Острый холецистит по клинической картине и течению имеет много общего с острым аппендицитом. Действительно, оба заболевания начинаются внезапно и остро, дают боли, сопровождаются признаками раздражения брюшины. При остром холецистите боли бывают в правом подреберье и иррадируют в правую лопатку и правое плечо. При осмотре выявляется болезненность, напряжение брюшных мышц и положительный симптом Щёткина – Блюмберга в правом подреберье. Иногда удаётся прощупать увеличенный желчный пузырь. При трудности дифференциации этих двух заболеваний показано оперативное вмешательство.

Перфоративная язва желудка и двенадцати – перстной кишки также вызывает диагностические трудности. Оба заболевания начинаются внезапно, характеризуются болями в животе, оба могут приводить к разлитому гнойному перитониту. При прободении язвы в типичных случаях имеются яркие клинические проявления (внезапно возникает сильнейшая боль в верхнем отделе живота, издавна сравниваемая с ударом кинжала: доскообразное напряжение брюшных мышц: резкая болезненность, исчезновение печёночной тупости, скопление свободного газа в брюшной полости, устанавливаемое при рентгенологическом исследовании). При невозможности поставить точный диагноз целесообразно вскрыть брюшную полость разрезом Волковича – Дьяконова. Если диагноз

острого аппендицита не подтвердится, следует прибегнуть к срединной лапаротомии. По окончании операции рану в правой подвздошной области можно использовать для периодического введения в брюшную полость антибиотиков посредством трубочки.

ПРАВСТОРОННАЯ ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА часто симулирует острый аппендицит, появлением внезапными острыми болями в поясничной области справа. Боли часто иррадируют в бедро или в яичко и половой член у мужчин и большие половые губы у женщин. Симптом Пастернацкого положительный. Живот мягкий и неболезненный. Боли сопровождаются учащением мочеиспускания, возможна микрогематурия.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Если диагноз острого аппендицита не вызывает сомнений хирургами всего мира твердо установлена ранняя операция- аппендэктомия. Принцип ранней операции должен оставаться незыблемым. При современном состоянии науки нет пока оснований для его ревизии. Аппендэктомию, как и любое другое полостное вмешательство, предпочтительнее выполнять под общей анестезией. При этом бесспорное преимущество имеет современный эндотрахеальный наркоз, создающий в случае необходимости возможность широкой ревизии и свободы манипуляций в брюшной полости. При невозможности наркоза допустимо выполнение операции под местной анестезией. Типичную аппендэктомию производят с помощью косого переменного доступа в правой подвздошной области, известного в отечественной литературе под названием доступа Волковича-Дьяконова.

Во время операции, всегда следует придерживаться следующего правила: нельзя удалять червеобразный отросток, не убедившись в том, что изменения в нём не являются вторичными и не вызваны воспалительным процессом в окружающих органах.

При флегмонозном аппендиците возможно выпотевание жидкости в правой подвздошной области. В связи с этим необходимо взять экссудат для посева на микрофлору, тщательно осушить от скопившегося выпота и после аппендэктомии парентерально ввести антибиотики, действующие на кишечную флору, оставит дренаж в брюшной полости через небольшую контрапертуру вне операционной раны на 3-4 дня. Такая же тактика при аппендэктомии по поводу гангренозного аппендицита.

Оперативное вмешательство по поводу перфоративного аппендицита должно быть выполнено широким доступом и дренирование брюшной полости обязательно.

Показания к оставлению тампона в брюшной полости при аппендэктомии: 1) невозможность или отсутствие уверенности в полном внутрибрюшинном гемостазе; 2) невозможность удаления воспалённого червеобразного отростка или части его. Первое может наблюдаться при ошибочной операции в стадии аппендикулярного инфильтрата, второе – при случайном отрыве глубоко фиксированной в брюшной полости верхушки червеобразного отростка, которую невозможно удалить; 3) наличие сформированного аппендикулярного гнойника; 4) наличие флегмоны забрюшинной клетчатки. Тампонаду брюшной полости следует всегда сопровождать введением трубчатого дренажа.

Особо следует остановиться на том случае, когда во время оперативного вмешательства обнаруживают аппендикулярный инфильтрат, не распознанный до операции. Выделять из плотного сформированного инфильтрата червеобразный отросток недопустимо, так как при этом не только легко можно повредить инфильтрированную и трудно дифференцируемую кишку, но и, разрушив защитный барьер, способствовать возникновению разлитого перитонита.

В связи с этим, обнаружив аппендикулярный инфильтрат, ограничиваются оставлением трубчатого дренажа, а также подведением к инфильтрату перчаточко – марлевых тампонов. Делают это обычно через основную рану, которую зашивают лишь частично. Иногда при ощупывании инфильтрата удаётся выявить участок размягчения, что является несомненным признаком формирующегося гнойника. В этом случае тупым путём по париетальной брюшине боковой стенки живота подвздошной ямки удаётся вскрыть и дренировать аппендикулярный гнойник.

Осложнения острого аппендицита.

К осложнениям острого аппендицита относятся аппендикулярный инфильтрат, локальные абсцессы в брюшной полости (межкишечный, тазовый, поддиафрагмальный), разлитой гнойный перитонит и септический тромбофлебит воротной вены и её притоков.

Термином «аппендикулярный инфильтрат» принято обозначать конгломерат рыхло спаянных между собой органов и

тканей, располагающихся вокруг воспалительного червеобразного отростка. В образовании его принимают участие париетальная брюшина, большой сальник, слепая кишка и петли тонкого кишечника. Инфильтрат является следствием защитной реакции со стороны брюшинных образований, участвующих в ограничении воспалительного процесса в брюшной полости.

Типичная картина аппендикулярного инфильтрата развивается спустя 3 – 5 дней от начала заболевания. Имевшиеся в дни болезни самостоятельные боли в животе почти полностью стихают, самочувствие больных улучшается, хотя температура остаётся ещё субфебрильной. Общее состояние больных тоже улучшается. При объективном исследовании живота не удаётся выявить мышечного напряжения или других симптомов раздражения брюшины. В то же время в правой подвздошной области можно прощупать плотное, малоблезненное и малоподвижное опухолевидное образование. Размеры инфильтрата могут быть различными, иногда он занимает всю правую подвздошную область. При исследовании крови определяется умеренный лейкоцитоз и небольшой сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

При благоприятном течении воспалительного процесса общее состояние больных полностью восстанавливается. Воспалительный инфильтрат вскоре чётко отграничивается и становится плотнее, его граница ясно контурируется, болезненность уменьшается. Размеры инфильтрата день ото дня становятся меньше и, наконец он вовсе перестаёт прощупываться. В последнее десятилетие при диагностике аппендикулярного инфильтрата с успехом используется ультразвуковое исследование, при котором можно определить внутреннюю структуру образования, динамику воспалительных изменений с течением времени и под влиянием проводимого лечения, что позволяет уточнить лечебную тактику.

Исходом аппендикулярного инфильтрата может быть либо его полное рассасывание, либо абсцедирование.

Операция противопоказана при спокойном течении аппендикулярного инфильтрата.

Из лечебных мероприятий в первые дни после поступления назначают постельный режим, холод на правую подвздошную область, легкоусвояемую диету, антибиотики. Затем грелку и физиотерапевтические процедуры (УВЧ, диатермию). После полного

рассасывания инфильтрата через 2-3 месяцев производят операцию аппендэктомиию.

ПОДВЗДОШНЫЕ АППЕНДИКУЛЯРНЫЕ АБСЦЕССЫ.

Воспалительные инфильтраты нередко нагнаиваются и служат источником формирования аппендикулярных абсцессов. У больных повышается температура, усиливаются боли в правой подвздошной области, прощупывается плотное болезненное образование, в центре его возможно участок размягчения, появляются ознобы, резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево, то следует предположить абсцедирование аппендикулярного инфильтрата, что можно подтвердить с помощью ультразвукового исследования.

Сформированный периаппендикулярный абсцесс представляет собой полостное образование округлой формы с однородным гипо- или анэхогенным содержимым и плотной пиогенной капсулой от 5 до 8 мм толщиной. В этом случае показано хирургическое вмешательство – вскрытие гнойника, желательна опорожнить гнойник внебрюшинным доступом Пирогова.

Тазовые абсцессы (абсцессы дугласова пространства) встречаются чаще всего после операции по поводу деструктивного аппендицита. Время появления такого абсцесса колеблется между 5 – 25 днями после приступа острого аппендицита. Больные жалуются на нарушение акта дефекации и мочеиспускания. Учащённый жидкий стул с примесью слизи, частые тенезмы. Частое болезненное мочеиспускание. Нерезкие боли в животе над лобком. Живот не вздут, мягкий, болезненный. Температура тела высокая. Общее состояние больных может оставаться удовлетворительным или иногда средней тяжести. При пальцевом исследовании прямой кишки отмечается расслабление жома заднего прохода, зияние ануса, на передней стенке прямой кишки можно прощупать болезненный инфильтрат, в центре размягчение. Скопление гноя в дугласовом пространстве является показанием к вскрытию и дренированию.

Поддиафрагмальные абсцессы. Диагностика поддиафрагмального абсцесса затруднительна. Температура при нём высокая, ремиттирующая, часто с ознобами и обильным потоотделением. Больной жалуется на боли в нижнем отделе грудной клетки и в верхнем квадранте живота. Часто больные принимают вынужденное положение: полусидячее, реже на боку с приведёнными ногами. Боли усиливаются при глубоком вдохе, кашле, перемене положения тела, нередко иррадируют в правую

лопатку и плечо. При осмотре грудной клетки удаётся выявить отставание правой её половины при дыхании, а в поздних стадиях поддиафрагмального абсцесса – выбухание нижних межреберий. Живот остаётся мягким, редко определяется лёгкое напряжение в области правого подреберья. Желтухи нет. Печень оттесняется вниз и выступает из подреберного края. Для распознавания поддиафрагмального абсцесса необходимо рентгенологическое, ультразвуковое исследование, компьютерная томография. Для лечения поддиафрагмального абсцесса в настоящее время предпочтительнее чрезкожное вскрытие и дренирование абсцесса под контролем УЗИ и КТ. Для вскрытия абсцесса поддиафрагмального пространства ранее были предложены чрезплевральные и внеплевральные доступы. Вскрытие абсцесса такими доступами является довольно тяжёлым вмешательством для больного, поэтому такие операции желательно провести после предварительной подготовки в течение 1 – 2 дней.

Межкишечный абсцесс. В формировании межкишечного абсцесса участвуют петли тонких кишок, располагающиеся в нижней половине живота, и так же как и при других гнойниках в брюшной полости и здесь характерен светлый промежуток, продолжающийся 5-7 дней с момента аппендэктомии до первых его симптомов. Этими симптомами являются вялость, потеря аппетита, гектическая лихорадка, нейтрофильный сдвиг в крови. При объективном исследовании живота можно выявить плотное, без чётких контуров опухолевидное образование, аналогичное аппендукулярному инфильтрату, располагающееся несколько медиальнее подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины при этом отсутствуют, может быть умеренный парез кишечника. В начальных стадиях, когда ещё абсцесса нет, а имеется лишь воспалительный инфильтрат, допустима консервативно – выжидательная тактика: покой, холод на область инфильтрата, антибиотики, динамическое наблюдение за картиной крови и температурой. При появлении выраженных признаков системной воспалительной реакции показано вскрытие абсцесса. У ряда больных УЗИ позволяет выявить жидкостное эконегативное, либо анэхогенное образование различной формы.

Разлитой гнойный перитонит является основной причиной летальности от острого аппендицита. Перитониты аппендикулярного происхождения занимают первое место среди

перитонитов различной этиологии. Если во время операции будут установлены распространения воспалительного процесса за пределы подвздошной области и переход его на большую часть брюшины можно считать разлитым перитонитом.

У больного, поступившего в стационар с нелечённым прободением червеобразного отростка, выявляются классические признаки воспаления брюшины: бледность, адиномия, неоднократная рвота, учащённый пульс, сухой язык, резко выраженное напряжение брюшной стенки. Легко выявляются и другие симптомы раздражения брюшины: Щёткина – Блюмберга, Воскресенского, резкая болезненность при исследовании пространства малого таза.

Несколько иначе выглядит клиническая картина при перитоните, развивающемся в послеоперационном периоде. Боли носят постоянный характер, живот остаётся умеренно вздутым за счёт пареза кишечника и равномерно болезненным во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины положительны. Гектический характер температурной кривой, гнойно – токсический сдвиг в формуле крови и другие признаки системной воспалительной реакции помогут установить правильный диагноз. Разлитой гнойный перитонит является показанием к неотложной лапаротомии.

Лечебные мероприятия предусматривают: 1) устранение источника перитонита, 2) обеспечение широкого и беспрепятственного оттока гноя из брюшной полости, 3) ослабление и подавление жизнедеятельности микроорганизмов, 4) дезинтоксикацию, 5) создание наиболее благоприятных условий для мобилизации защитных иммунологических реакций организма.

Особое внимание заслуживает одна из форм гнойного тромбоза – п и л е ф л е б и т, который распространяется на портальную систему, источником его являются вены червеобразного отростка. Тромбоз, начавшись в венах червеобразного отростка, переходит на *v. ileocolicae* и дальше по верхней брыжеечной вены на *v. portae* и её разветвления в печени, где на этой почве возникают множественные гнойники. В случае пилефлебита после аппендэктомии не бывает никакого светлого промежутка: у больных повышается температура тела с первого же дня после операции, характерно бурно развивающаяся картина системной воспалительной реакции. При осмотре живота выявляется метеоризм, равномерная болезненность в правой половине без резко

выраженных симптомов раздражения брюшины. В последующем после перехода процесса на печёночные вены возникает желтуха, увеличивается печень, прогрессирует печёночно – почечная недостаточность и больные умирают через 7 – 10 дней от начала заболевания. При массивной антибиотикотерапии может наблюдаться затяжное течение пилефлебита. При медленном развитии тромбофлебита печёночных вен может возникнуть картина синдрома Киари (увеличение печени и селезёнки, появление асцита) на фоне общего септического состояния больного.

Лечение пилефлебита: антибактериальная терапия, антикоагулянты, искать и вскрывать гнойники в печени. Лекарственные препараты лучше вводить трансумбиликальным путём.

Трагическим осложнением после аппендэктомии является эмболия легочной артерии. Средством профилактики тромбозов и эмболий после аппендэктомии является ранняя операция, соблюдение строгой асептики, раннее вставание после операции и назначение соответствующих антикоагулянтов.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ встречается реже, чем у взрослых. Это объясняется тем, что червеобразный отросток до 5 – летнего возраста имеет воронкообразную форму, способствующую хорошему опорожнению отростка и лимфоидный аппарат его ещё слабо развит. Острый аппендицит у детей протекает бурно, чем у взрослых. Это обусловлено недостаточной сопротивляемостью детского организма к инфекции, слабыми пластическими свойствами детской брюшины, недостаточным развитием сальника, который не доходит до червеобразного отростка и таким образом не участвует в создании ограничивающего барьера.

Острый аппендицит у детей возникает большей частью внезапно, без всяких предвестников, часто во время игры или занятий в школе. Начинается он с появлением нерезких болей в животе тянущего, ноющего характера. Эти боли имеют тенденцию к постепенному усилению. В начале приступа боли не имеют определённой локализации, но в дальнейшем они переходят на правую половину живота и, наконец, сосредоточиваются в правой подвздошной области. С течением времени боли в животе становятся настолько сильными, что ребёнок теряет сон, отказывается от еды, становится вялым. Приняв вынужденное положение на правом боку с приведёнными к животу ногами, лежит такой ребёнок неподвижно, стараясь избегать всяких движений. Помимо болей, уже в первый

день заболевания наблюдается рвота и тошнота. При осторожной пальпации живота удаётся выявить гиперестезию, напряжение мышц и зону наибольшей болезненности. Даже в первые часы заболевания бывают выражены симптомы Щёткина – Блюмберга, Воскресенского, Бартомье – Михельсона. Температура уже с самого начала заболевания значительно выше, чем у взрослых. Лейкоцитоз тоже высокий с нейтрофильным сдвигом. В случае значительных затруднений в диагностике острого аппендицита у детей допустимо динамическое наблюдение в течение 6-12 часов. У детей хирургическая тактика в целом должна быть более активной, чем у взрослых.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА встречается несколько реже, чем у лиц молодого и среднего возраста. Число больных пожилого и старческого возраста составляет около 10% от общего количества больных с острым аппендицитом.

В пожилом и старческом возрасте преобладают деструктивные формы аппендицита. Это обусловлено с одной стороны, сниженной реактивностью организма, а с другой – атеросклеротическим поражением его сосудов, что служит непосредственной причиной быстрого нарушения кровоснабжения с развитием некроза и гангрены червеобразного отростка.

Симптомокомплекс острого аппендицита у больных этой группы нередко имеет стёртую картину. Боли обычно слабо выражены, поэтому они долго не привлекают к себе серьёзного внимания. Лишь в редких случаях при деструктивном аппендиците появляются сильные боли в животе. Напряжение брюшной стенки в правой половине живота или в правой подвздошной области встречается редко. Это можно объяснить ослаблением рефлексов у старых людей, дряблостью мышц брюшной стенки, но симптом Щёткина – Блюмберга, как правило, выражен. Часто оказываются положительными симптомы Воскресенского, Ситковского.

При деструктивных формах заболевания может проявиться метеоризм вследствие пареза кишечника. Температура тела даже при деструктивной стадии повышается умеренно или остаётся нормальной. Число лейкоцитов нормально, или повышено незначительно, нейтрофильный сдвиг не выражен.

В виду того, что распознавание острого аппендицита у стариков затруднено, необходимо предпринять активную

хирургическую тактику.

Во время операции и в послеоперационном периоде основные мероприятия следует направить на профилактику и лечения нарушений дыхания, циркуляторных расстройств, почечной недостаточности и метаболических сдвигов, профилактику тромбоэмболии легочной артерии.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У БЕРЕМЕННЫХ встречается в 0,7 – 1,2% случаев. Среди факторов, предрасполагающих к патологическим изменениям в червеобразном отростке при беременности, главная роль отводится смещению вверх и кнаружи слепой кишки и её отростка увеличивающейся маткой и связанный со смещением поворот слепой кишки и отростка, перегиб, растяжение отростка, разрыв спаек, застой содержимого в просвете отростка и нарушение кровообращения в его стенке, что способствует развитию инфекционных и деструктивных процессов.

Обычно острый аппендицит у беременных начинается внезапно болями в животе. Боли, начавшиеся в других отделах живота (например, в надчревии), обычно вскоре перемещаются в правую подвздошную область.

Клиническое течение острого аппендицита в первой половине беременности почти не отличается от его течения вне беременности. Существенные отличия от его течения лишь аппендицит, осложняющий вторую половину беременности. Рвота не имеет решающего значения, так как она нередко наблюдается при беременности вообще.

При пальпации живота локальная болезненность при остром аппендиците во второй половине беременности будет определяться значительно выше правой подвздошной области, локальное напряжение мышц выражено слабо. Могут быть отрицательные симптомы раздражения брюшины: Щеткина-Блюмберга, Воскресенского и т. д. В этот период, как правило, хорошо выражен псоас-симптом Образцова и в ряде случаев симптомы Ситковского и Бартомье-Михельсона. Температурная реакция выражена слабее, чем вне беременности. Число лейкоцитов умеренно повышается.

При обезболивании следует предпочесть общую анестезию. Оперативный доступ при второй половине беременности должен быть модифицирован по принципу: чем больше срок беременности, тем выше разрез. После операции аппендэктомии помимо обычной

терапии необходимо назначить лечение, направленное на профилактику преждевременного прерывания беременности. Назначают строгий постельный режим, введение 25% раствора сульфата магния по 5 – 10 мл 2 раза в сутки внутримышечно, введение токоферола ацетата в дозе 100 – 150 мг в сутки в виде инъекции 10% масляного раствора по 1 мл 1 раз. При отсутствии лабораторного контроля за гормональным фоном следует избегать назначения гормональных препаратов (прогестерон и др.), так как в ряде случаев передозировка их может дать противоположный эффект. Категорически противопоказано введение прозерина, гипертонического раствора хлорида натрия как средств, способствующих сокращению матки. По этой же причине не следует применять гипертонические клизмы.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Послеоперационные осложнения могут быть ранними: 1. осложнения раны брюшной стенки: гематома, инфильтрат брюшной стенки, нагноение; 2. Осложнения в брюшной полости: инфильтрат илеоцекальной области, абсцесс Дугласова пространства, поддиафрагмальный абсцесс, распространённые перитониты, кишечные свищи, спаечная непроходимость, внутрибрюшинное кровотечение, пилефлебит, абсцессы печени. 3. Осложнения общего характера: пневмония, сердечно – сосудистая недостаточность, тромбоз, тромбоз, тромбоз, сепсис; и поздними : лигатурные свищи, спаечная непроходимость, послеоперационные грыжи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воскресенский В. М. - Журнал « Советская Медицина», 1940, 10, 20 - 21 страницы.
2. Колесов В. И. – Клиника и лечение острого аппендицита. Л. 1978.
3. Кригер А. Г. , Фёдоров А. В., Воскресенский П. К. , Дронов А. Ф.- Острый аппендицит. М. 2002.
4. Матяшин И. М. – Осложнения аппендэктомии. К. 1974.
5. Савельев В. С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М. 2004.