

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ



Н. С. УТЕШЕВ, Т. А. МАЛЮГИНА, Т. Н. БОГНИЦКАЯ,
Г. В. ПАХОМОВА

РЕФЕРАТ. Книга посвящена одной из важных проблем практического здравоохранения — острому аппендициту. В ней приводится большой клинический материал Научно-исследовательского института скорой и неотложной помощи имени Н. В. Склифосовского, позволяющий на современном уровне осветить многие стороны проблемы. Описаны механизмы клинического развития и морфологические изменения при остром аппендиците, клиника, диагностика, осложнения и лечение этого распространенного заболевания. Особое внимание уделяется трудностям диагностики осложненных форм острого аппендицита, приводятся особенности течения острого аппендицита у больных пожилого и старческого возраста. Разбираются вопросы послеоперационных осложнений. На основании чисто практических задач предлагается ряд последовательных приемов техники операции, разработанной коллективом хирургов института. Авторы останавливаются на ошибках врачебной тактики, неправильной оперативной технике, высказывают свою точку зрения на некоторые спорные нерешенные вопросы, на генез острого аппендицита, дают анализ летальности.

Книга рассчитана на хирургов, врачей скорой и неотложной помощи.

О $\frac{51100-380}{039(01)-75}$ 182—75

ПРЕДИСЛОВИЕ

За последние два десятилетия хирургия в своем развитии шагнула далеко вперед. С прогрессом науки и техники на помощь хирургу пришли современная электронная аппаратура и инструменты, что положительно сказалось на вопросах диагностики и результатах оперативного лечения сложнейших заболеваний человека. В таких областях хирургии, как сердечно-сосудистая, легочная и др., в настоящее время достигнуты значительные успехи. Но вопросы неотложной хирургии волновали и продолжают волновать практического хирурга. И сегодня мы вынуждены сказать, что лечение таких заболеваний, как острый аппендицит, ущемленная грыжа, кишечная непроходимость и др., оставляет желать лучшего. Смертность и процент послеоперационных осложнений при них остаются еще на достаточно высоком уровне, что требует большого внимания к этим распространенным заболеваниям и углубленного изучения многих нерешенных вопросов, касающихся диагностики, тактики и методов оперативного лечения.

Мы стремились показать читателю сложности и опасности, подстерегающие врача, занимающегося неотложной хирургией. Острый аппендицит — не банальное, заболевание, а чрезвычайно сложная патология, требующая от хирурга клинического опыта, больших знаний, а главное — вдумчивого отношения к больному. Если все изложенное в какой-то мере поможет практическому врачу разрешить тяжелые сомнения у постели больного и правильно оценить имеющееся заболевание, то мы будем считать свою цель достигнутой.

В основу настоящей книги положен клинический материал и огромный опыт хирургов Института скорой помощи имени Н. В. Склифосовского, где многие поколения врачей занимались и разрабатывали вопросы лечения больных острым аппендицитом.

ВВЕДЕНИЕ

Острый аппендицит — самое распространенное хирургическое заболевание, с которым приходится повседневно встречаться хирургам, терапевтам, гинекологам и врачам других специальностей. Жизнь заставила многие поколения врачей заниматься изучением острого аппендицита. Казалось бы, проблема решена и нет нужды возвращаться к ее рассмотрению. Но такая точка зрения ошибочна, так как не выяснены многие вопросы, касающиеся острого аппендицита.

Широко распространено мнение, что диагноз острого аппендицита прост, а аппендэктомия является несложной операцией, которая, как правило, приводит к выздоровлению. Между тем жизнь говорит об обратном. Диагностические ошибки совершают врачи на всех этапах оказания медицинской помощи.

Низкие цифры общей смертности при аппендиците скрывают за собой тревожные данные летальности при его деструктивных формах. В этой группе больных доли процента превращаются в единицы. Если общая летальность при остром аппендиците на протяжении последних двух десятилетий остается на одном и том же уровне, то при деструктивных формах она заметно увеличивается. Стабильность общей летальности сохраняется за счет большого числа операций при простой форме аппендицита. Это хорошо иллюстрируется данными, приведенными К. С. Симоняном (1971). Если в 1952 г. в больницах Москвы оперировано по поводу острого аппендицита 19 919 больных, то в 1966 г. оперированных в связи с этим заболеванием было уже 31 334. Увеличение же числа случаев деструктивных форм аппендицита менее выражено: соответственно за эти же годы с 7256 до 8890. Однако в 1951 г. от перитонита аппендикулярного происхождения в Москве умерли 15 больных, а в 1966 г. — 66 больных. Эти цифры говорят сами за себя.

А. Н. Бакулев справедливо отмечал: «...при отсутствии сомнений — оперировать, при сомнении в диагнозе — наблюдать». Это положение далеко от предложения В. Минца (1909), который утверждал, что операция должна быть продиктована намеками, а не вполне развившимися клиническими симптомами. К сожалению, значительное число хирургов следуют этому давнему предложению, несмотря на то что расширенный президиум Всесоюзного хирургического общества в 1963 г. отметил, что при неясных явлениях, если состояние больного позволяет, необходимо врачебное наблюдение в госпитальных условиях с использованием дополнительных методов обследования — рентгенологического, лабораторного, урологического, после чего необходима лапаротомия даже в случаях, подозрительных на аппендицит. Лапаротомия у этих больных производится, когда исключены все заболевания, которые могут симулировать аппендицит и не требуют хирургического вмешательства. Следует отметить, что чрезмерное увлечение операцией, иногда легкомысленный подход к вопросам диагностики острого аппендицита приводит к тому, что аппендэктомия производится в тех случаях, когда она клинически не обоснована. Более чем у 70% больных, страдающих от спаечной болезни, первой операцией в анамнезе было удаление неизмененного червеобразного отростка.

Отдельные авторы, основываясь на отсутствии гистологических изменений в удаленных червеобразных отростках, считают оперативное вмешательство ошибочным; между тем в ряде случаев операция диктовалась ярко выраженной клинической картиной: сильной болью в правой подвздошной области, соответствующей местной симптоматикой, увеличением количества лейкоцитов в крови и др. По-видимому, для окончательного суждения об остром аппендиците данных только микроскопического исследования отростка недостаточно. Операция безусловно показана в случаях, когда выражен клинический симптомокомплекс острого аппендицита, несмотря на отсутствие макроскопических изменений в червеобразном отростке.

В последнее время значительно возросло число пожилых больных с острым аппендицитом, которые, как правило, страдают сопутствующими заболеваниями. Особенности симптоматики острого аппендицита в стар-

ческом возрасте, обусловленные сниженной реактивностью организма, несоответствием клинических проявлений и лабораторных показателей, приводят к запоздалой диагностике и высокой послеоперационной летальности. Улучшение диагностических возможностей в этой группе больных — актуальная задача нашего времени.

Вопросы диагностики острого аппендицита требуют дальнейшей разработки. В ряде случаев при остром аппендиците в условиях стационара необходимо динамическое наблюдение — от 1 до 3 ч, а иногда и более. Это говорит о том, что для правильной диагностики кратковременного, однократного наблюдения за больным недостаточно. Диагностические ошибки часто зависят не только от сложности клинической картины, но и от неполного обследования. Однако еще редко применяются полные лабораторные, рентгенологические, гинекологические, урологические и другие методы обследования, которые в ряде случаев позволяют установить правильный диагноз и избежать напрасной аппендэктомии.

Надо сказать, что и вопрос дифференциальной диагностики разработан недостаточно. Особенно отстает лабораторная и инструментально-аппаратная диагностика. Множество предложенных симптомов острого аппендицита не всегда имеют диагностическую ценность; следует выявлять наиболее достоверные, определять круг необходимых дифференциальных приемов и методов.

Одной из главных причин летальности при остром аппендиците является поздняя госпитализация и запоздалое оперативное лечение. Известно, что наибольший процент из всех поздних госпитализаций приходится на несвоевременную обращаемость больных к врачу. Задержка госпитализации после первичного осмотра объясняется главным образом диагностическими ошибками врачей поликлиники, скорой помощи, иногда отказом больных от госпитализации. Большинство умерших после аппендэктомии относятся к группе поздно госпитализированных.

Часто летальность зависит от тактических и технических погрешностей, допущенных хирургами во время операции или в послеоперационном периоде. Как правило, операция при остром аппендиците производится под местной анестезией, но, если этот метод обезболивания применим в случаях, когда воспалительный процесс не распространился за пределы червеобразного

отростка, то при наличии перитонита или атипичного расположения отростка местная анестезия не обеспечивает адекватного обезболивания и не позволяет хирургу выполнить полноценное оперативное вмешательство. До сих пор окончательно не решен вопрос о применении тампонады при операциях по поводу острого аппендицита. Правильно принятое решение о тампонаде брюшной полости при осложненном аппендиците не только позволяет избежать опасных осложнений, но нередко и спасает больных от гибели, и, наоборот, отказ от тампонады порой приводит к летальному исходу.

Глава 1

О МЕХАНИЗМАХ КЛИНИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

Современное представление о любой болезни значительно отличается от понимания ее в прошлом. Однако раскрыть сущность патологического процесса без обращения к истории его развития чрезвычайно трудно, а подчас и невозможно. Поэтому, прежде чем излагать материал настоящей главы, мы сочли необходимым вспомнить основные вехи развития учения об аппендиците.

Аппендицит был известен еще египтянам, на мумиях находили послеоперационные рубцы в правой подвздошной области. Но описано это заболевание было всего около двух столетий назад. Оириулген (1833) высказывает мысль, что в гнойниках правой подвздошной области повинен червеобразный отросток и его нужно удалить. МерНп§ (1835) впервые четко разделяет заболевания слепой кишки и червеобразного отростка, считая, что последний вызывает воспаление брюшины вследствие его перфорации или гангрены.

В 1886 г. американский хирург РИг окончательно определил воспаление червеобразного отростка как «аппендицит» и он же высказался за аппендэктомию до образования абсцесса. Это послужило мощным толчком к развитию нового направления в хирургии данной патологии. Почти во всех странах мира, а также в России стали оперировать больных острым аппендицитом до образования гнойников (А. А. Бобров, 1896, и др.).

В 1902 г. на заседании Парижского хирургического общества было принято решение о том, что, если установлен диагноз острого аппендицита, то оперировать нужно в любое время от начала заболевания.

Большой вклад в учение об остром аппендиците внесли отечественные хирурги. А. А. Бобров (1896) написал фундаментальный труд «Воспаление червеобразного отростка, брюшины и ее лечение», в котором изложил причины, клинику, распознавание и исходы хирургиче-

ского лечения острого аппендицита. Высказываясь в пользу ранней операции, автор предостерегает от последней в стадии инфильтрата. Эти положения остаются непоколебимыми и в настоящее время. На съездах российских хирургов (IX, X, XI и XII) широко обсуждались многие вопросы патогенеза, диагностики и лечения острого аппендицита. В 1934 г. по инициативе Ю. Ю. Джанелидзе в Ленинграде была проведена Всероссийская конференция, посвященная проблеме острого аппендицита. Все ее участники высказались за раннюю операцию во всех стадиях, исключая случаи с явным инфильтратом, в которых необходимо тщательное наблюдение. Определены наиболее выгодные сроки операции для острого аппендицита — от 12 до 24 ч.

Со времени АзсЬоП (1908) патогенезом острого аппендицита занимались многие исследователи, создавшие несколько теорий возникновения острого аппендицита. Самой старой является инфекционная теория, до сих пор разделяемая многими учеными (Д. А. Арапов, 1942; В. Р. Брайцев, 1946; Н. И. Гуревич, 1951; В. И. Колосов, 1959; А. А. Грейман, 1969, и др.). При этом одни авторы считают, что воспалительный процесс в червеобразном отростке обусловлен заносом гематогенной инфекции, чаще из миндалин, другие признают энтерогенный путь, т. е. попадание кишечной флоры из слепой кишки. По мнению АзспоК (1908), происходит усиление вирулентности микрофлоры отростка и последующее внедрение ее в слизистую оболочку, поврежденную микробными токсинами. Через измененную слизистую оболочку инфекция проникает в глубокие слои отростка, образуется «первичный аффект». При дальнейшем развитии инфекционного процесса происходит деструкция всего отростка.

Изучение анатомических структур червеобразного отростка, особенно его кровоснабжения и внутриорганный нервной системы, привело к созданию нейротрофической теории. Впервые Шскег (1927) объяснил воспалительные изменения в отростке сегментарным нарушением питания стенки (спазм). В дальнейшем РеБеп и Бешз (1939), Шапдензлееп (1944), А. В. Русаков (1957), И. В. Давыдовский (1964), А. А. Федоровский и В. И. Петрушев (1966), П. Ф. Калитеевский (1970), изучая различные морфологические формы острого аппендицита, совершенствовали эту теорию. А. А. Федо-

ровский и В. Н. Петрушев (1966) объясняют патогенез заболевания следующим образом. Острый аппендицит имеет фазное развитие. Начальная функциональная фаза без морфологических изменений развивается по времени от нескольких часов до месяцев, затем следует короткая переходная фаза с последующим развитием воспаления и некроза. Подобная авторская трактовка механизмов острого аппендицита в жизни не находит подтверждения. Трудно представить развитие функциональной фазы в течение нескольких месяцев с последующим быстрым переходом ее в деструктивную фазу, причем ни один морфолог, в том числе и авторы, не дают характеристики ни переходной, ни функциональной фазы.

Более совершенным можно считать вариант нейротрофической теории, предложенной А. В. Русаковым (1957), Д. А. Араповым (1957), П. Ф. Калитеевским (1967). Особенно убедительной является трактовка П. Ф. Калитеевского. Он отмечает, что заболевание имеет всегда один определенный пусковой механизм и несколько этиологических факторов. При остром аппендиците таким пусковым механизмом являются раздражение местных многочисленных интрамуральных вегетативных нервных аппаратов, вызывающее мышечные сокращения стенки с сегментарными нарушениями кровоснабжения, развитие очаговой деструкции слизистой оболочки и нарастающий отек всей стенки. Отек ведет к нарушению опорожнения и повышению давления в просвете отростка. Все это способствует развитию патогенной флоры и внедрению ее в измененную стенку. Продолжительность первичных нарушений определяет интенсивность и распространенность патологического процесса; развиваются либо деструктивный воспалительный или гангренозный аппендицит, либо функциональные обратимые очаговые изменения в слизистой оболочке (простой аппендицит). Автор не исключает влияния и других вторичных факторов — питания, климатических воздействий, возраста, сопутствующих заболеваний и т. п., которые так часто разнообразят клиническое течение заболевания.

Сторонники механической теории придают первостепенное значение механическим факторам (инородные тела, каловые камни, глисты, перегибы отростка и т. д.), которые создают препятствие для оттока и повреждают

слизистую, что приводит к очаговому инфекционному воспалению с поражением лимфоидного аппарата, расплавлением стенки и перфорацией ее.

В последние годы все чаще стали появляться работы, в которых ведущая роль отводится аллергическому фактору (В. В. Кожарский, 1966; Г. Н. Захарова и В. П. Шехов, 1968; А. М. Иванов, 1969). Г. Н. Захарова и В. П. Шехов (1968), тщательно изучая анамнез больных с различными формами острого аппендицита, выявили аллергический фактор в 30% случаев; при гистологическом исследовании отростка в этих случаях обнаружены элементы аллергических реакций — фибриноидный некроз, эозинофильные клеточные инфильтраты и др.

Л. П. Очеленко, В. П. Любовская (1966) провели эксперимент с иммунизацией кишечной палочкой и тканью червеобразного отростка и получили отчетливую аллергическую реакцию в виде острого аппендицита (простой и флегмонозный) на повторное введение антигена. Авторы считают, что острый аппендицит развивается по типу замедленных аллергических реакций. Эндоаллергены в этих случаях относятся к комплексным антигенам. Аллергическая теория созвучна современным представлениям о многих патологических процессах, однако в генезе острого аппендицита она требует дальнейшего углубленного изучения.

Все изложенные теории в какой-то мере имеют право на существование и в настоящее время. Каждая по-своему трактует механизм возникновения воспалительного процесса в червеобразном отростке. Однако в них мы все-таки не находим ответа на трудные, но практически чрезвычайно важные вопросы: как же проходит развитие острого аппендицита, будет ли первичный аффект в слизистой развиваться последовательно от фазы простого до фазы деструкции с дальнейшим развитием осложнений или каждой форме острого аппендицита свойственно свое развитие?

На протяжении многих лет среди большинства клиницистов укрепилось представление о стадийном развитии острого аппендицита; отсюда вытекает «выжидательная тактика» в ранние часы, когда симптомы болезни выявлены неотчетливо. Н. Н. Самарин (1940) пишет: «Не подлежит сомнению, что патологоанатомические изменения в отростке зависят от длительности заболевания». И. Д. Аникин (1952) утверждает, что «формы

острого аппендицита являются только этапами воспалительного процесса в отростке».

Теория фазового развития острого аппендицита в свое время сыграла прогрессивную роль. Она заставила хирургов перейти к срочной операции в ранние сроки болезни. Но скоро выявилась и отрицательная сторона этой позиции: у многих больных из-за поспешности операции удаляли неизмененный отросток. Морфологи до сих пор не могут объяснить и оправдать подобные аппендэктомии. Ничего ясного не вносят гистохимические исследования и специальные исследования нервных элементов отростка. Клинико-морфологические несовпадения чрезвычайно колеблются — от 5 до 50% (О. А. Левин, 1941; П. Н. Напалков, 1954; Н. М. Лисянская, 1956; В. И. Колесов, 1959; П. А. Маценко, 1967; П. Ф. Калитеевский, 1970, и др.). Если придерживаться взгляда о стадийном развитии острого аппендицита, то не нужно «ломать копыта», считая «простой аппендицит» функциональной ранней фазой других форм аппендицита. Но практика показала, что эта «ранняя функциональная» фаза затягивается на сутки и более. В то же время в ранние часы заболевания наблюдаются деструктивные формы и осложнения, такие, как перфорация отростка. Кроме того, многочисленные клинические наблюдения позволяют отметить увеличение деструктивных форм острого аппендицита в период вспышек эпидемий гриппа и кишечных инфекций. Эти факты вносят сомнения в реальность стадийного развития острого аппендицита.

Д. А. Арапов, являясь сторонником инфекционной теории, еще в 1935 г. высказал совершенно новое положение: «каждая форма является заболеванием своего рода и не является переходной фазой для другой». Эту разницу в патологическом процессе он объясняет качеством инфекции. Позднее эта точка зрения о самостоятельности каждой формы нашла сторонников в лице морфологов Ю. А. Павловой (1955), А. В. Русакова (1957), П. Ф. Калитеевского (1970), которые трактовали острые изменения в червеобразном отростке с позиций нейро-сосудистой теории и особенностей кровоснабжения червеобразного отростка. Изучение обширной литературы и клинического материала Института скорой помощи имени Н. В. Склифосовского с достоверностью позволяет отметить существенное влияние на клиниче-

ское проявление острого аппендицита многих факторов, как внешней среды, так и внутренних, заложенных в отростке и в организме (питание, условия жизни и труда, время года, функция пищеварения, сопутствующие заболевания, анатомические варианты расположения и анатомо-физиологические особенности червеобразного отростка и др.).

Если раньше червеобразный отросток принимали за ненужный атавистический и даже вредный орган, то за последние годы все чаще появляются сообщения о физиологической значимости его в жизнедеятельности организма. Обращают большое внимание на огромное количество солитарных лимфоидных фолликулов и лимфоидных клеток в подслизистом слое стенки отростка. Одни авторы приписывают им не только иммунологическую роль, но и секреторную пищеварительную функцию (А. В. Русаков, 1957), другие считают их инфекционным барьером; некоторые называют червеобразный отросток «кишечной миндалиной» — резервным защитным аппаратом в чрезвычайных условиях.

Наряду с мощным лимфоидным аппаратом в червеобразном отростке имеются многочисленные лимфатические сосуды, через которые он связан с лимфатической системой печени, желудка, двенадцатиперстной кишки, околопочечной клетчаткой, половыми органами (Д. А. Жданов, 1962; Б. В. Огнев, 1966). Богатство лимфатических и нервных его связей несомненно указывает на его физиологическую значимость в жизнедеятельности организма и определяет характер развивающегося патологического процесса в нем.

Таким образом, острый аппендицит нельзя рассматривать как локальный органный процесс независимо от целостного организма, а отросток — как атавистический придаток.

Человеческий организм обладает сложным, синхронно действующим механизмом защитных барьеров, представленных функциональными системами и анатомическими образованиями. К таковым относятся кожа, слизистые оболочки, брюшина, соединительная и лимфоидная ткань, эндокринные и другие образования. Эти барьеры реагируют на любое вредное воздействие, и, пока не нарушена их целостность, не произошел «полом защитных механизмов» (И. П. Павлов, 1954), болезнь не возникает. Можно полагать, что деструктивный ап-

пендицит возникает по такому же принципу. Только в условиях повреждения слизистой оболочки возникает воспалительный или некротический процесс в отростке. Чаще повреждение слизистой происходит в результате нарушения ее питания (сегментарное или тотальное). Механические факторы играют вторичную роль, создавая условия застоя и повышенного давления, благоприятные для развития инфекции. Следовательно, пусковым механизмом развития воспалительного процесса в червеобразном отростке являются интра- или экстра-органные нейро-сосудистые нарушения в виде спазма, тромбоза или эмболии с последующим повреждением слизистой оболочки. Характер и распространение этих изменений определяют форму острого аппендицита.

При простой форме острого аппендицита отросток гиперемирован с выраженным сосудистым рисунком, брыжейка не изменена. В ряде случаев отмечается гиперемия серозного покрова слепой и подвздошной кишки, а также прилежащего сальника. При пальпации отросток обычно мягкий, не напряженный, в просвете иногда прощупываются каловые камни. На разрезе в полости отростка могут быть слизь, кал, каловые камни, острицы и т. п. Слои стенки отростка отчетливо дифференцируются, слизистая оболочка несколько отечна, гиперемирована, иногда имеются точечные кровоизлияния на отдельных участках или на всем протяжении. Подслизистый и мышечный слои обычно не изменены, реже отечны.

Гистологические изменения при простой форме острого аппендицита либо отсутствуют, либо минимальны даже в поздние сроки, после 48 ч. При микроскопическом исследовании многие авторы обнаруживают старые рубцовые изменения в виде склероза и липоматоза подслизистого и мышечного слоев, либо изменения отсутствуют. Другие морфологи описывают сосудистые нарушения в виде венозного и артериального стаза, полнокровия, отека слизистой оболочки и подслизистого слоя с реакцией лимфоидных фолликулов. В. И. Колесов (1959) утверждает, что при серийном исследовании в большинстве подобных случаев выявляются очаговые воспалительные изменения. Некоторые морфологи относят эти изменения к физиологической норме или артефактам (А. В. Русаков, 1957; П. Ф. Калитеевский, 1970). Исследование нервного аппарата, гистохимические ме-

тоды также ничего утвердительного при этой форме не дают (В. П. Сильченко, 1966; А. А. Вишневский, 1963-В. В. Кожарский, 1967, и др.)- Все новые методики, направленные на раскрытие функциональных изменений при простой форме острого аппендицита, пока не выходят за рамки эксперимента.

Простой аппендицит с яркой клиникой и отсутствием отчетливых анатомических изменений нужно рассматривать как особую функциональную форму, которая может возникать при временных моторных и сосудистых нарушениях (спазм) в отростке или аллергических воздействиях (З. И. Бесфамильная, 1954; А. А. Федоровский, 1966; Е. П. Евсеев, 1967; Г. Н. Захарова, 1968; П. Ф. Калитеевский, 1970, и др.).

Мы, как и многие авторы, считаем, что пора отказаться от термина «катаральный аппендицит», так как никто и никогда не видел катарального воспаления слизистой червеобразного отростка.

При деструктивном флегмонозном аппендиците червеобразный отросток увеличен, утолщен, напряжен, ярко-красного, порой багрового и даже землистого цвета. На утолщенной гиперемированной сочной брюшине имеются фибриновые наложения. Брыжейка в большинстве случаев отечна, утолщена, гиперемирована, плотна и ломка; редко она остается интактной. Жировые подвески также утолщены, гиперемированы и покрыты фибрином. Описанные изменения наблюдаются на всем протяжении отростка или на отдельных его участках. В просвете отростка гнойная, иногда геморрагическая жидкость с каловым запахом. Стенка отростка чаще утолщена, отечна, слои не дифференцируются; слизистая оболочка отечна, багрово-красного цвета, местами изъязвлена; возможно чередование нормальных ее участков с измененными. Флегмонозный процесс в отростке при бурном его развитии нередко переходит на стенку слепой кишки и окружающие ткани (париетальная брюшина, забрюшинная клетчатка). При закупоре выхода из отростка развивается его эмпиема с истончением стенок.

Морфологические изменения в отростке могут быть разнообразными как по интенсивности, так и по распространенности процесса. Это может быть очаговая деструкция с отеком и гиперемией на остальном протяжении, флегмона всей стенки с изъязвлением слизистой и образованием множественных абсцессов в стенке, эмпи-

ма отростка с истончением стенки, массивное кровоизлияние в стенку и просвет отростка.

Микроскопическая картина в легких случаях дает очаговую лейкоцитарную инфильтрацию всех слоев с мелкими очагами некроза слизистой оболочки, которые соответствуют первичному аффекту Ашоффа; они могут быть одиночными и множественными. В других случаях лейкоцитарная инфильтрация и отек стенки носят диффузный характер, в слизистой оболочке наблюдаются гиперемия, множественные изъязвления. Никакой закономерности между видом деструкции и сроком заболевания выявить не удастся. Нередко наблюдается воспалительный процесс в брыжейке и окружающих тканях в виде мезентериолита и периаппендицита с лейкоцитарной инфильтрацией, отеком и тромбозом.

Развитие патологического процесса при флегмонозной форме острого аппендицита чаще обусловлено интрамуральными сосудистыми нарушениями с первичным повреждением слизистой оболочки. По-видимому, это чаще происходит вследствие перистальтической дисфункции отростка (П. Ф. Калитеевский, 1970) или перерастяжения его стенки, реже — за счет спазма или тромбоза экстрамуральных ветвей.

Морфологически деструктивный гангренозный аппендицит разделяется на первичный с начальным нарушением кровоснабжения отростка и вторичный, когда некроз развивается вследствие прогрессирования флегмонозного процесса с тромбированием сосудов (тромбартериит, тромбофлебит) отростка или его брыжейки.

Первичный гангренозный аппендицит, по литературным данным, встречается сравнительно редко — в 1—6% случаев. Он может быть очаговым с циркулярным некрозом стенки на протяжении нескольких сосудистых сегментов или тотальным. Стенка отростка дряблая, истончена, грязно-серого цвета, легко рвется. В просвете отростка имеется зловонная жидкость грязно-серого цвета. Слизистая оболочка отсутствует, структура остальных слоев также не дифференцируется. Микроскопическая картина при гангренозном аппендиците довольно типична и однообразна: в зоне некроза отсутствуют структурные элементы слоев, резко выражены кровоизлияния, лейкоцитарная инфильтрация, стаз и отек, очаги гомогенных масс, тромбированные сосуды.

Вторичный гангренозный аппендицит встречается значительно чаще, носит обычно сегментарный характер и редко захватывает большую часть отростка; как правило, он сопровождается перфорацией и даже самоампутацией. Гангренозный участок чаще локализуется у верхушки или основания отростка. В последнем случае в процесс всегда вовлекается слепая кишка. Стенка ее резко инфильтрирована, покрыта фибрином, при проколе иглой ткань рвется. При гистологическом исследовании измененных некротических участков отростка картина аналогична таковой при первичном некрозе. На остальных участках имеются изменения, соответствующие флегмонозно-язвенному аппендициту. Некротические изменения в стенке слепой кишки могут быть причиной развития кишечных свищей и несостоятельности культи отростка.

Прободной аппендицит является осложнением деструктивных форм. Вследствие прогрессирующего гнойного или некротического процесса нарушается целостность стенки червеобразного отростка. Перфоративное отверстие может быть почти невидимым (микроперфорация), когда разрываются мелкие внутристеночные абсцессы; оно может достигать больших размеров, через которое вываливается каловый камень. Большие перфоративные отверстия чаще располагаются в области верхушки или основания отростка.

Микроскопическая картина соответствует таковой при первичной форме деструктивного аппендицита с обязательными морфологическими изменениями в брыжейке—отек, кровоизлияния, тромбоз и массивная лейкоцитарная инфильтрация. Таким образом, в понятии «острый аппендицит» обобщены различные формы воспалительного инфекционного процесса в червеобразном отростке, которые имеют определенную, присущую ей морфологическую структуру.

Отсутствие единого понимания этиологии и патогенеза острого аппендицита естественно приводит к созданию многих классификаций, нередко противоречащих одна другой. Так, например, одни авторы пишут о простом аппендиците с изменениями, соответствующими первичному аффекту Ашоффа, другие, отнеся к начальной фазе деструктивного аппендицита. Большинство хирургов определяют его как катаральный аппендицит без морфологических изменений!

По-разному трактуется и определение «деструктивный аппендицит». По мнению одних авторов, в эту группу входят флегмонозная и гангренозная формы, другие относят к ней только гангренозную форму. Некоторые морфологи не выделяют осложненного аппендицита, а включают осложнения в соответствующие морфологические формы флегмонозного и гангренозного аппендицита; в то же время они выделяют особую форму прободного аппендицита. Нужно ли доказывать, что подобное разногласие не приносит пользы ни практическому врачу, ни науке? В свое время А. А. Бобров (1896) заявил, что все случаи аппендицита никогда не удастся подвести под определенную классификацию, слишком разнообразны стадии воспаления и их зависимость от анатомических и других условий. Однако многие авторы (В. П. Образцов, 1895; А. И. Абрикосов, 1946; Н. Н. Еланский, 1952; Zogenfel, 1906, и др.) стремились создать классификацию, отвечающую клинико-морфологическим представлениям.

Наиболее приемлемой и отвечающей правильному пониманию клинического развития и генеза острого аппендицита является классификация А. В. Русакова (1957).

I. Острый аппендицит.

1. Простой аппендицит.
2. Деструктивный аппендицит (флегмонозный, гангренозный):
 - а) без перфорации;
 - б) с перфорацией;
 - в) с абсцессом;
 - г) с инфильтратом.

II. Хронический аппендицит.

1. Простой.
2. Рецидивирующий.

— Для практических целей и научной разработки мы упростили эту классификацию, придав ей некоторый клинический оттенок.

1. Простой острый аппендицит без анатомических изменений (аппендикулярная колика).
2. Деструктивный аппендицит (флегмонозный, флегмонозно-язвенный, гангренозный).

- 3 Осложненный острый аппендицит (перфорация, инфильтрат, перитонит разлитой и ограниченный, абсцессы различной локализации, перитифлит, пилефлебит, забрюшинная флегмона, септикопиемия).

По этой классификации простой аппендицит является заключительным диагнозом при клинической картине острого аппендицита и отсутствии морфологических изменений в отростке. Если больного не оперируют, то в заключительном диагнозе указывают аппендикулярную колику. Диагноз деструктивного и осложненного аппендицита часто может быть установлен по клинической картине до операции с детализацией в окончательном диагнозе на основании морфологических находок.

Глава II

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Трудно найти хирургическое заболевание, имеющее такое разнообразие проявлений, как острый аппендицит. На протяжении многих десятилетий врачи постоянно делали попытки установить наиболее важные признаки и симптомы острого аппендицита. Но жизнь показала, что нельзя придавать чрезмерно большое значение отдельным симптомам острого аппендицита, так как отсутствие того или иного классического симптома может повести хирурга по ложному пути отрицания этого заболевания. Только тщательно собранный анамнез, внимательное изучение объективных данных в сочетании с лабораторными показателями, оценка поведения больного, особенно в динамике наблюдения, в большинстве случаев определяют истинную болезнь.

В свете высказанных положений мы изучили клинический материал и протоколы вскрытия умерших от острого аппендицита в Институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского за 5-летний период (1965—1969), всего 3431 случай.

Утверждение многих авторов, что увеличение числа больных пожилого возраста является причиной всех хи-

ругических бед — диагностических, тактических и лечебных ошибок, не всегда подтверждается в жизни.

Как можно видеть из табл. 1, возрастной состав больных (дети не поступают в институт) широко варьи-

Таблица 1

**ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ
ФОРМАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА**

Форма острого аппендицита	В том числе в возрасте			Всего больных
	до 30 лет	31-60 лет	61 год и старше	
Простой (катаральный)	182	175	23	380
Флегмонозный	1124	1294	188	2606
Флегмонозно-язвенный	150	181	50	381
Гангренозный	15	40	9	64

руют, но преобладает молодой и средний возраст; больных старше 60 лет значительно меньше. Следовательно, острый аппендицит, как и в прошлые времена, остается болезнью молодого и зрелого возраста. Деструктивные формы острого аппендицита встречаются в пожилом возрасте значительно чаще, чем другие. Эта закономерность отмечается всеми авторами, изучающими данную патологию. Клинические наблюдения позволяют утверждать, что в молодом и зрелом возрасте первичные функциональные нарушения и анатомические изменения возникают в стенке отростка, в то время как в пожилом возрасте преобладают органические изменения в экстраорганной сосудистой сети отростка, что и приводит к ранней гангрене и перфорации.

Несмотря на эти очевидные морфологические различия в формах острого аппендицита, среди практических хирургов прочно сложилось убеждение, особенно подкрепленное Киевской конференцией 1966 г., что острый аппендицит развивается постепенно, от легкой стадии к тяжелой (Г. В. Шор, 1935; Н. И. Гуревич, 1951; И. П. Сакович, 1964; И. В. Давыдовский, 1964; В. И. Колесов, 1972, и др.). Это позволяет врачу внебольничной сети и хирургу стационара наблюдать больного до четкого выявления всего симптомокомплекса болезни. Подобная тактика нередко является причиной запоздалых госпитализации и оперативного вмешательства. Изучение развития каждой формы острого аппендицита на

большом материале института показало ошибочность и опасность подобного представления (табл. 2).

Динамическое изучение отдельных форм острого аппендицита позволяет отметить определенные законо-

Таблица 2

**СРОКИ ОТ МОМЕНТА ЗАБОЛЕВАНИЯ ДО ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ
С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА**

Форма острого аппендицита	Всего больн	Б том числе по срокам до операции					
		до 6 ч	до 12 ч	до 24 ч	до 48 ч	до 72 ч	свыше 72 ч
Простой (катаральный)	380	22	79	201	43	28	7
Флегмонозный	2606	202	131	1026	457	128	62
Флегмонозно-язвенный	381	3	50	189	90	29	20
Гангренозный	64	2	3	28	15	9	7

мерности в их развитии. В первые 6 ч клиническое проявление острого аппендицита любой формы у большинства больных не имеет определенной картины; в эти сроки оперировано только 6—7% больных, причем в половине случаев отросток не имел изменений. Даже через 12 ч четкая клиническая симптоматика выявляется только в 25—30% случаев. Вполне выраженная клиника болезни определяется к концу суток; она позволяет даже предполагать форму острого аппендицита. К этому времени оперируют около 80% больных.

В те же сроки оперируют несколько меньшее число больных с гангренозным и перфоративным аппендицитом. Уменьшение числа оперативных вмешательств при всех формах острого аппендицита в поздние сроки также свидетельствует о раннем развитии воспалительного процесса в отростке. Все наши больные, поздно оперированные, имели уже осложненный аппендицит.

Относительно малую частоту простой формы в поздние сроки от начала заболевания некоторые авторы (А. А. Грейман, 1969; А. А. Федоровский, 1966, и др.) объясняют переходом ее в деструктивную. Подобная трактовка представляется нам не совсем правильной. У большинства больных простым аппендицитом все клинические симптомы затихают в первые 12—24 ч и больных выписывают без операции с различными диагнозами: аппендикулярная колика, стихающий приступ ап-

пендицита и т. п.; эта группа больных, по материалам института, составляет 30—40%.

Анализ клинического материала показал, что в ранние сроки острого аппендицита отмечается некоторая идентичность клинического проявления всех форм. Как будет протекать деструктивная форма аппендицита, клинически определить (даже при учете современных диагностических методов) совершенно невозможно. Воспалительный процесс может ограничиться отростком, не выходя за его пределы, на протяжении суток и более, особенно когда отросток располагается в брюшинном кармане. В других случаях бурного развития воспалительного или гангренозного процесса возникают ранняя перфорация, инфильтрат и другие осложнения.

Многочисленные литературные сообщения, практические наблюдения свидетельствуют о частом атипичном течении острого аппендицита, при котором неизбежно возникают и более частые диагностические ошибки, особенно в поздние сроки болезни (А. И. Барышников, 1963; Т. У. Алимов, 1965; Г. И. Волков, 1965; Ш. Х. Мурлага, 1965; А. Ф. Кондратюк, 1967; А. Н. Баранов, 1968; Н. И. Блинов, 1968; Л. Г. Завгородний, 1968; Г. Ф. Рычковский, 1972; А. В. Авдей, П. Д. Карнаух, 1974; Нашк, 1950; Рогзкг, 1957; Ваьсоск, 1959; Нед§Пп, 1960).

Воусе (1944) установил, что около 60% больных острым аппендицитом имеют нетипичную историю заболевания. По нашим данным, атипичное начало заболевания острого аппендицита наблюдалось у 19% больных на 3051 случай деструктивных форм острого аппендицита.

СИМПТОМАТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Боль и болевые симптомы. Острая боль является основным и ранним проявлением острого аппендицита. Она возникает обычно среди полного здоровья. Ее локализация, продолжительность, интенсивность различны в каждом отдельном случае.

У большинства больных первичная боль возникает в эпигастрии или около пупка с последующим переходом в правую подвздошную область. В отдельных случаях первичная боль возникает сразу в правой подвздошной области. Эта локальная боль обычно продолжительна, усиливается при движениях.

При ретроцекальном или забрюшинном положении червеобразного отростка боль может ощущаться в поясничной области, иррадиировать в правое бедро, область заднего прохода. При медиальном расположении отростка боль может возникать около пупка. Боль ниже паховой складки может указывать на локализацию воспаленного отростка в малом тазу или распространение воспаления на заднюю брюшину и ретроперитонеальную клетчатку малого таза. Нельзя забывать о возможном расположении отростка в левой подвздошной области (при полном обратном расположении внутренних органов или подвижной слепой кишки), тогда боль локализуется с самого начала в левой подвздошной области.

В начальной фазе заболевания боль, как правило, локализована в одной точке. Однако с распространением процесса за пределы отростка локализация ее становится менее определенной.

По своей интенсивности боль в животе может быть различной. Иногда она незначительна и больной продолжает выполнять физическую работу, иногда она носит острый нарастающий характер, что чаще наблюдается при деструктивных формах и перфорации червеобразного отростка. Иногда встречаются случаи с сильнейшим болевым синдромом, но с минимальными анатомическими изменениями в отростке. При прогрессирующем воспалительном процессе в отростке боль может стихнуть или прекратиться. Нужно помнить о возможности такого течения, иначе может произойти ошибка в диагностике.

Объективное обследование живота при остром болевом приступе должно начинаться с минимально травмирующих манипуляций: активного движения брюшного пресса при глубоком дыхании, пальпации (поверхностной и глубокой), начиная с противоположных от локализации болей областей, и, наконец, перкуссии. Как правило, эти исследования дают возможность определить отчетливую локальную болезненность в правой подвздошной области при типичном расположении отростка. У наших больных локальная болезненность в правой подвздошной области определялась в 74,2% случаев.

Ретроперитонеальная форма острого аппендицита при пальпации дает менее выраженные болевые признаки. Однако даже в этом случае при тщательном об-

следовании живота можно обнаружить отчетливую болезненность.

При диагностике острого аппендицита часто помогают перкуторные данные. Высокий тимпанит в правой подвздошной области в сочетании с локальной болезненностью в начале заболевания указывает на вовлечение червеобразного отростка в воспалительный процесс. Притупление перкуторного звука в этой области и правом боковом канале живота при резко выраженной болезненности свидетельствует о наличии воспалительного выпота.

Несмотря на множество симптомов, распознавание острого аппендицита иногда бывает далеко не совершенным и встречаются диагностические ошибки. Это объясняется многими причинами: вариабельностью расположения червеобразного отростка и его брыжейки, особенностью расположения илео-цекального отдела кишечника, конституциональными особенностями, сопутствующими заболеваниями; большое значение имеет возрастной фактор. Все это свидетельствует о том, что нет абсолютно достоверных симптомов острого аппендицита и все болевые симптомы должны быть использованы в комплексе с другими данными обследования больного.

Мышечное напряжение передней брюшной стенки.

Истинная мышечная защита при остром заболевании органов брюшной полости является одним из кардиальных признаков. Однако ее нельзя отождествлять с рефлекторным мышечным напряжением, которое возникает в ответ на грубый пальпаторный прием или другое раздражающее воздействие, например прикосновение холодной руки.

Ригидность мышц брюшной стенки при остром аппендиците зависит от локализации червеобразного отростка и от степени распространения воспалительного процесса на окружающие ткани. У большинства больных отмечаются изменения в тонусе мышц брюшной стенки, лежащих над остро воспаленным червеобразным отростком. Распространение инфекции в брюшной полости при остром аппендиците приводит к увеличению площади мышечной ригидности. Однако даже в случаях разлитого перитонита аппендикулярного происхождения точка наибольшей мышечной ригидности остается около источника перитонита,

При остром аппендиците мышечное напряжение, как правило, происходит за счет нижней части правой прямой, косой и поперечной мышц живота, лежащих над правой подвздошной ямкой. В ранней стадии заболевания рефлекторная тоническая реакция мышц брюшной стенки направлена на ограничение движения их при дыхании в месте патологического очага, в поздних стадиях сокращение мышц становится спастическим. Если отросток и аппендикулярная зона воспаления находятся за слепой кишкой или позади тонкой кишки, то ригидность мышц передней брюшной стенки может отсутствовать даже при гангренозном аппендиците.

При оценке степени мышечного напряжения передней брюшной стенки следует иметь в виду и общее состояние больных. При выраженной интоксикации может быть снижен мышечный тонус. У больных старческого возраста даже при запущенных формах острого аппендицита ригидность может быть минимальной и при обычной локализации отростка. У больных с атоничными мышцами при остром аппендиците также может отмечаться незначительная мышечная ригидность. У тучных людей мышечное напряжение порой нельзя определить из-за чрезмерно развитой жировой клетчатки. В то же время у молодого человека с острым простым аппендицитом может наблюдаться резкая мышечная ригидность.

Симптом раздражения брюшины Щеткина—Блюмберга. Симптом основан на болевой реакции при колебаниях брюшной стенки в условиях воспалительного процесса в париетальной брюшине. При внезапном удалении руки после постепенного нажатия на любой участок передней стенки живота возникает острая боль. Это довольно постоянный признак при остром аппендиците. Степень выраженности его зависит от распространения воспалительного процесса и локализации червеобразного отростка. У худых больных при близости воспаленного червеобразного отростка к передней брюшной стенке симптом этот наиболее выражен. При ретроцекальном аппендиците симптом Щеткина—Блюмберга может отсутствовать. Локализация симптома зависит от тяжести деструктивного процесса и его распространности в брюшной полости. При наличии воспалительного экссудата в брюшной полости симптом Щеткина—Блюмберга носит распространенный характер и резко

выражен. По нашим данным, у больных деструктивным аппендицитом этот симптом был положительным в 85,1% случаев.

Симптом Ровсинга. В 1907 г. Роуз¹ описал появление боли в правой подвздошной области у больных острым аппендицитом при давлении или легких толчках на левую половину толстой кишки. С тех пор считалось, что при давлении на левую половину толстой кишки газ перемещается в слепую кишку и, растягивая ее, вызывает боль. Бауеу (1956) из 303 больных острым аппендицитом обнаружил положительный симптом Ровсинга только в 5 случаях и на основании монометрических экспериментов на трупах и радиографических исследований сделал заключение, что только в редких случаях наблюдается непрерывный поток газа в толстой кишке, который передает давление при пальпации. В тех же редких случаях, когда симптом Ровсинга был положительным, автор обнаружил, что воспаленный отросток был в непосредственном контакте с брюшиной передней брюшной стенки. ШПНатз (1956) обращает внимание на то, что симптом Ровсинга может проявляться при любых условиях, связанных с воспалением в правой подвздошной ямке, и говорит о том, что этот симптом не может быть связан с передачей газа через толстую кишку.

Симптом Ситковского. При перемещении больного на левый бок боль в правой подвздошной ямке усиливается. Болевая реакция объясняется натяжением воспаленной брюшины в области слепой кишки и брыжейки червеобразного отростка. Этот симптом имеет диагностическую ценность, но чаще только в поздние сроки заболевания. По нашим данным, он был отмечен у 36,5% больных с деструктивным аппендицитом.

Симптом подвздошно-поясничной мышцы. При разгибании правого бедра назад в положении больного на левом боку возникает резкая боль. Это явление обусловлено распространением воспалительного процесса в ретроперитонеальных тканях, лежащих на подвздошно-поясничной мышце, и имеет значение при определении острого ретроцекального аппендицита.

Тошнота и рвота. Диспептические явления в виде рвоты и тошноты наблюдаются у больных острым аппендицитом довольно часто. По нашим данным, из 3051 больного, оперированного по поводу деструктивного аппен-

дицита, эти симптомы были отмечены у 45%. Рвота наиболее часто наблюдается при деструктивном аппендиците. Рвота как симптом не является специфичной для острого аппендицита, она может быть первым признаком любого острого заболевания органов брюшной полости. При остром аппендиците она почти всегда сопровождается тошнотой.

Дизурические расстройства. Нарушения мочеиспускания при остром аппендиците в виде изменения частоты мочеиспускания, болевых явлений, гематурии обычно указывают на то, что червеобразный отросток расположен около мочеточника или мочевого пузыря или воспалительный процесс вышел за пределы отростка и вступил в контакт с этими органами. Тазовое расположение воспалительно измененного червеобразного отростка часто связано с нарушенным мочеиспусканием. У женщин с тазовым расположением воспаленного червеобразного отростка может наблюдаться задержка мочи, которая иногда бывает основной и единственной жалобой больной. Гематурия у больных острым аппендицитом встречается очень редко и при этом чаще всего указывает на тяжелый деструктивный процесс при ретроцекальном остром аппендиците.

Обычно нарушения мочеиспускания при остром аппендиците являются быстро проходящими и исчезают после операции. Длительная дизурия после операции указывает на наличие тазового абсцесса, который находится в контакте с мочевым пузырем.

Симптомы дизурических расстройств, наблюдавшиеся до приступа острого аппендицита, очень важны, так как они помогают в дифференциальной диагностике с такими заболеваниями, как цистит, пиелит, мочекаменная болезнь.

Нарушения функции кишечника. Задержка стула у некоторых больных острым аппендицитом отмечается на протяжении короткого времени перед началом заболевания. У ряда больных острый аппендицит может возникнуть на фоне энтерита или колита.

В некоторых случаях воспаленный червеобразный отросток лежит близко к подвздошной кишке, усиленная перистальтика которой может вызывать понос. Близость деструктивно измененного червеобразного отростка к прямой или сигмовидной кишке также может вызывать расстройства кишечника, тенезмы.

Нарушение функции кишечника в клинике острого аппендицита не играет существенной роли ни в диагностике, ни в характеристике начальной фазы процесса. Только в поздней фазе заболевания, особенно при наличии инфильтрата или абсцесса, диагностическая ценность указанных симптомов значительно возрастает.

Ректальный симптом. Важным моментом в диагностике острого аппендицита является измерение ректальной температуры и пальцевое исследование прямой кишки. Разница в ректальной и кожной температуре больше 1°C говорит об остром воспалительном процессе в брюшной полости. Резкая болезненность при пальцевом исследовании ампулы прямой кишки, наличие болезненного инфильтрата, плотного или флюктуирующего, указывает на осложненный аппендицит.

Температура тела и частота пульса. Большая вариабельность обнаруживается при изучении частоты пульса и температуры тела у больных острым аппендицитом. Учащение пульса и лихорадка, как правило, говорят о наличии воспалительного процесса, однако отсутствие их не исключает острого аппендицита. По нашим данным, у 41% больных деструктивным аппендицитом не отмечалось повышения температуры. С точки зрения экстренной диагностики острого аппендицита показатели температуры и пульса в отрыве от других симптомов острого аппендицита не имеют решающего значения.

ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Изучение состава периферической крови у больных с различными формами острого аппендицита в динамике развития воспалительного процесса показало ряд существенных изменений. Меньше всего эти изменения касаются красной крови; только в поздней фазе тяжелых осложнений наблюдаются значительная анемия и изменения эритроцитов.

Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)¹ в начале заболевания при любой, даже деструктивной, форме

¹ В повседневной практике обычно говорится о «реакции оседания эритроцитов» — РОЭ. Это неправильно по существу, так как специфических химических реакций, ускоряющих или замедляющих оседание в капиллярах с цитратной кровью, не происходит и ответ лаборатории дается в единицах измерения скорости оседания эритроцитов — СОЭ.

острого аппендицита имеет низкие цифры, что важно при дифференциальной диагностике с гинекологическими заболеваниями. СОЭ нарастает при появлении осложнений.

Наиболее существенны изменения в белой крови. Обычно наблюдается увеличение числа лейкоцитов. При простом аппендиците в первые часы заболевания нередко может быть высокий лейкоцитоз (12 000—15000) с постепенным снижением его цифр в последующие часы; при деструктивном аппендиците в первые часы, как правило, отмечается умеренное повышение количества лейкоцитов и нарастание их с развитием болезни. Характерны также изменения в лейкоцитарной формуле крови. При деструктивных процессах в отростке уже в ранние часы отмечаются сдвиг лейкоцитарной формулы влево и появление незрелых форм лейкоцитов. Чем тяжелее процесс, тем резче эти изменения. В последнее время появилось сообщение о биохимических изменениях в форменных элементах крови у больных острым аппендицитом. П. К. Андрунь (1968), А. Б. Ахмеров (1970), К. С. Симонян (1971), Ш. Х. Касымов (1973) отмечают большую диагностическую ценность изменениям фосфатазы лейкоцитов. Все изложенные лабораторные изменения приобретают существенное значение только в сочетании с клиническими данными.

Трудность диагностики острого аппендицита, с которой нередко приходится сталкиваться хирургам, заставляет изыскивать более совершенные методы обследования. В последние годы делаются попытки выявить новые симптомы заболевания с помощью электронных приборов. При остром аппендиците изучаются электромиографические изменения мышц передней брюшной стенки, сегментарный лейкоцитоз. Предлагается много новых тестов, которые в некоторых случаях помогают хирургу установить правильный диагноз.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

В диагностике острого аппендицита определенное место занял рентгенологический метод обследования.

При деструктивных формах острого аппендицита на рентгенограммах наиболее часто выявляются вздутие кишечных петель в илео-цекальной области (рис. 1); горизонтальный уровень жидкости в слепой кишке, более



Рис. 1. Ограниченное вздутие кишечных петель в илео-цекальной области



Рис. 2. Горизонтальный уровень жидкости в слепой кишке (латерограмма)

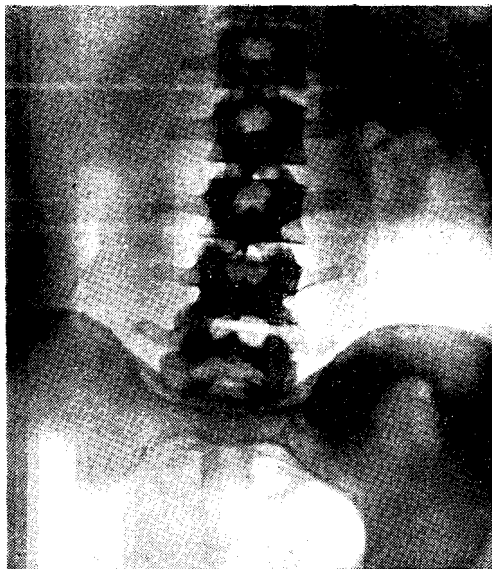


Рис. 3. Симптом затемнения контура правой подвздошно-поясничной мышцы.

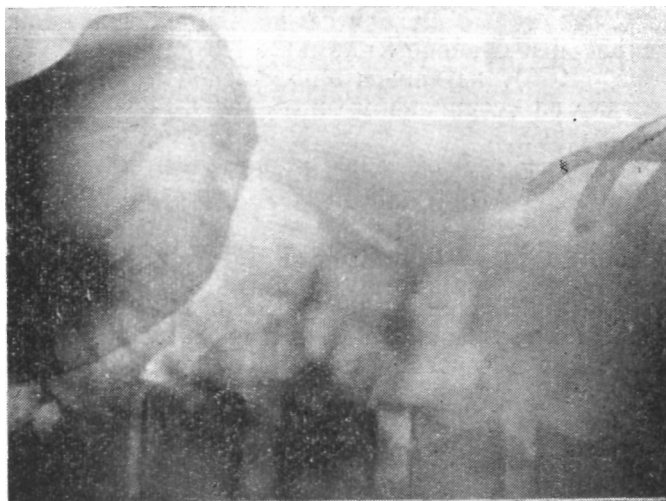


Рис. 4. Наличие газа в отростке, свободный газ в брюшной полости.

четко наблюдаемый на латерограмме и являющийся наиболее важным признаком острого аппендицита (рис. 2); небольшое количество газа и мелкие уровни жидкости в терминальных петлях тонкой кишки; затемнение правой подвздошной области, обусловленное наличием жидкости в слепой и подвздошной кишках, отеком окружающих тканей и воспалительным процессом в отростке; небольшой левосторонний сколиоз поясничного отдела позвоночника и затушевывание наружного контура нижней половины правой подвздошно-поясничной мышцы в горизонтальном положении больного (рис. 3). К более редким рентгенологическим признакам острого аппендицита относятся наличие газа в отростке, свободный газ в брюшной полости (рис. 4).

Рентгенологическое обследование больных при подозрении на острый аппендицит нашло довольно широкое применение (Институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского), однако диагноз острого аппендицита может быть установлен только при сочетании этого метода с клиническими и лабораторными данными.

РЕТРОЦЕКАЛЬНЫЙ АППЕНДИЦИТ

Ретроцекально расположенным следует считать тот отросток, который находится позади слепой кишки и фиксирован в брюшном кармане. По данным К. Т. Назырова (1966), изучавшего положение червеобразного отростка на секционном материале, ретроцекальное расположение его наблюдалось у 15,32% больных.

Острый ретроцекальный аппендицит представляет собой наиболее тяжелую форму заболевания червеобразного отростка, так как вследствие атипичного его расположения затрудняется своевременное распознавание воспалительного процесса, что в свою очередь приводит к поздней госпитализации. При операции в таких случаях обнаруживаются тяжелые деструктивные изменения как в червеобразном отростке, так и в окружающих его тканях.

Ретроцекальный аппендицит чаще имеет атипичную клиническую картину: симптомы его нарастают медленно и не всегда резко выражены. Как при обычном расположении воспалительно измененного отростка, так и при ретроцекальном деструктивном аппендиците лока-

лизация боли и ее начальное проявление различны, но чаще боль отмечается в правой подвздошной области и лишь в небольшом проценте случаев сочетается с болью в правой поясничной области. Болезненность в поясничной области наводит на мысль о заболевании почки, мочеочечника или какой-либо другой патологии. По нашим данным, из 320 больных ретроцекальным аппендицитом 154 (около 50%) поступили спустя 24 ч с момента заболевания. В эти сроки подавляющее число больных поступило с правильным диагнозом (острый аппендицит), но ошибки в диагностике на догоспитальном этапе все же имели место. Более того, атипичность течения заболевания и трудность диагностики приводят к диагностическим ошибкам и в стационаре. Так, из 320 больных ошибочный диагноз был установлен у 15, а это в свою очередь привело к тому, что они были оперированы поздно, в сроки от 1 до 6 сут с момента поступления в стационар.

Хотя повышение температуры и увеличение количества лейкоцитов в крови нельзя считать патогномоничным признаком острого аппендицита, все же при ретроцекальном положении отростка, особенно при деструктивных формах его, температурная реакция и лейкоцитоз достаточно выражены. Так, из 320 больных у 245 температура была выше 37°C, а у 80 из них — выше 38°; у 172 больных лейкоцитоз был выше 8000, а у 116 — выше 12 000.

Поскольку при ретроцекальном положении отростка воспалительный процесс локализуется ближе к задней брюшной стенке, такие ведущие симптомы деструктивного аппендицита, как мышечное напряжение и раздражение брюшины, в ранние сроки болезни встречаются реже, чем при типичном положении воспаленного червеобразного отростка. По нашим данным, симптом Щеткина—Блюмберга был выражен у 261 больного, а мышечное напряжение — у 239 из 320 больных ретроцекальным аппендицитом.

РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ АППЕНДИЦИТ

Особую трудность для диагностики представляют больные с ретроперитонеальным расположением червеобразного отростка, которое наблюдается в 1—2% случаев. При ретроперитонеальной форме острого аппенди-

цита отросток находится целиком в забрюшинном пространстве.

Ретроперитонеальный аппендицит отличается своеобразием клинического течения. Больные жалуются на боль в правой половине живота, в пояснице, иногда болезненное мочеиспускание. Местные симптомы в начальной фазе выражены слабо, напряжение мышц передней брюшной стенки наблюдается исключительно редко, болезненность при пальпации не имеет определенной локализации и не всегда отчетлива, симптом Щеткина—Блюмберга часто бывает отрицательным, также непостоянны и другие симптомы острого аппендицита.

Поздним симптомом этой формы острого аппендицита, при распространении патологического процесса в забрюшинной клетчатке, является сгибательная контрактура правого бедра: при попытке пассивно разогнуть правую ногу внизу живота справа возникает резкая боль. Часто при мягком животе выявляется положительный симптом Пастернацкого. У многих больных в моче обнаруживаются свежие и выщелоченные эритроциты.

Необходимо помнить, что у подавляющего большинства больных с ретроперитонеальным расположением червеобразного отростка наблюдается деструктивная форма аппендицита. В начальной фазе заболевания не наступает резких изменений в самочувствии больных, отсутствуют местные симптомы воспаления, и только в последующей, поздней фазе деструкции развивается картина тяжелой интоксикации и местных симптомов перитонита.

АППЕНДИЦИТ У БЕРЕМЕННЫХ

Некоторую особенность в клиническом течении представляет острый аппендицит у беременных. Объясняется это прежде всего физиологическими сдвигами, наступающими в организме женщины во время беременности, и топографо-анатомическими изменениями в брюшной полости, вызываемыми увеличенной маткой. Особенно большие диагностические трудности возникают у больных во второй половине беременности. Основным симптомом острого аппендицита у беременных является боль в правой половине живота. Боль, как правило, возникает внезапно, носит ноющий характер. Эту боль иногда относят за счет сдавления правого мочеточника,

что приводит к поздней госпитализации в хирургический стационар.

При осторожной пальпации живота у этой категории больных удастся установить болезненность в правой подвздошной области; напряжение мышц живота отмечается реже, особенно во второй половине беременности, так как матка растягивает брюшной пресс. Диагностическая ценность симптомов Щеткина—Блюмберга, Ровсинга, Ситковского также несколько уменьшается. Тошнота, рвота являются признаками, имеющими малое диагностическое значение, ибо эти явления могут быть связаны и с беременностью. Следует отметить, что клинические проявления острого аппендицита у беременных, особенно во второй ее половине, не всегда соответствуют морфологическим изменениям в червеобразном отростке. От хирурга требуется тщательное изучение всех симптомов заболевания, анамнеза. Госпитализация этих больных обязательна.

Глава III

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Несмотря на существование характерной картины развития острого аппендицита, следует помнить, что любой диагностический признак этого заболевания возможен и при других острых заболеваниях органов брюшной полости. Каждый хирург располагает случаями, когда при предоперационном диагнозе острого аппендицита на операции обнаруживалось острое заболевание других органов брюшной полости.

Острые заболевания органов живота часто ошибочно принимают за острый аппендицит. Это и не удивительно, так как симптомы и признаки острого аппендицита часто сочетаются с симптомами местного перитонита, а иногда и с симптомами динамической кишечной непроходимости. Атипичное расположение отростка также изменяет местную картину. Но нельзя представлять картину мрачной. Разумный учет всех имеющихся дан-

ных анамнеза и тщательного клинического обследования больного вознаграждает в большинстве случаев хирурга точным предоперационным диагнозом.

По нашему мнению, с практической точки зрения целесообразнее рассмотреть дифференциальную диагностику острого аппендицита с тактических позиций, разделив заболевания на три группы. Прежде всего должна быть выделена группа заболеваний органов грудной клетки, симулирующих острый аппендицит, при которых операция не показана и может принести больному только вред. Вторая группа заболеваний — это те, которые не требуют срочного оперативного вмешательства. Заболевания третьей группы могут быть клинически похожими на острый аппендицит, но требуют иного оперативного доступа, обезболивания и оперативного вмешательства.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ

Острые плевральные и легочные заболевания. Острые плевральные и легочные заболевания могут сопровождаться болью в животе и напряжением мышц брюшной стенки, особенно при правосторонней их локализации. Подобные явления обусловлены вовлечением в воспалительный процесс диафрагмы; кроме того, при пневмонии нередко развиваются парез кишечника и задержка стула, что также может привести к болевому синдрому. Эти заболевания протекают с общей реакцией организма и интоксикацией (ухудшение общего состояния, повышение температуры, учащение пульса, сдвиг лейкоцитарной формулы влево), присущими и острому аппендициту, что приводит иногда к ошибочной операции.

Острый аппендицит в подобных случаях можно исключить, если хирург внимательно обследует грудную клетку. Ригидность мышц брюшной стенки при этом может быть различной в зависимости от дыхательных движений, но после тщательной пальпации охранительное напряжение мышц уменьшается. При сомнении необходимо рентгенологическое обследование. Наиболее трудными для диагностики являются базальные плевриты. Самая сложная ситуация возникает при редком сочетании пневмонии с острым аппендицитом. Динамическое наблюдение за клинической картиной и лабора-

торными показателями позволяют определить правильную тактику.

Острые сердечные заболевания. Заболевания коронарных сосудов со стенокардией или инфарктом миокарда иногда можно принять за острый аппендицит. Внезапно возникающая при инфаркте боль в эпигастрии, небольшое повышение температуры заставляют иногда подозревать острый аппендицит. Острое набухание печени при сердечной недостаточности также может быть причиной боли в животе и правосторонней ригидности мышц передней брюшной стенки. Внимательное и детальное изучение анамнеза, артериального давления и показателей ЭКГ позволяет установить правильный диагноз и избежать губительной для больного операции.

ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРИ КОТОРЫХ НЕ ТРЕБУЕТСЯ СРОЧНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Эта группа включает гинекологические заболевания, заболевания мочевой системы, желчного пузыря, при которых срочное оперативное вмешательство не является ведущим лечебным фактором.

Острое воспаление придатков матки. Эта патология женской половой сферы имеет ряд клинических проявлений, сходных с острым аппендицитом, и дифференциальная диагностика их иногда оказывается сложной. Основное значение в дифференциальной диагностике имеет вагинальное обследование. Прощупывание увеличенных и болезненных труб, яичников указывает на воспаление придатков матки. Иногда бывает доступен пальпации яичник, увеличенный под влиянием воспаления. При заполнении труб экссудатом или гноем их удастся прощупать или же определить воспалительный инфильтрат. В таких случаях имеются веские объективные данные, позволяющие дифференцировать острый аднексит с острым аппендицитом.

Иногда же хирургу приходится иметь дело с больными, у которых аднексит трудно отличить от острого аппендицита. Большое значение в таких случаях имеет правильно собранный анамнез. Наличие в анамнезе нарушений менструального цикла, указания на перенесенное воспалительное заболевание придатков матки, осложнения после аборта, гнойные выделения из влага-

лица — все эти моменты позволяют заподозрить аднексит. При обследовании больной аднекситом болезненность живота обычно локализуется над лобком, боль часто иррадирует в промежность. Пока воспалительный процесс не распространился за пределы малого таза, напряжение брюшных мышц может отсутствовать. Заболевание обычно сопровождается высокой температурой. При исследовании крови характерным является повышение СОЭ (А. Т. Лидский, 1973). Значительные трудности в дифференциальной диагностике этих заболеваний возникают в тех случаях, когда воспаленный червеобразный отросток расположен в малом тазу. В этих случаях особую роль играют анамнез и данные вагинального и ректального обследований. Прощупывание утолщенной и болезненной трубы или яичника либо изменения этих органов с одной или двух сторон подчас имеют решающее значение для правильной диагностики острого аднексита, особенно при наличии других клинических проявлений данного заболевания.

Пельвеоперитонит. Чаще всего пельвеоперитонит является следствием острого воспаления придатков матки. Заболевание проявляется объективными симптомами, сходными с перитонитом любого происхождения, в том числе и аппендикулярного, особенно в тех случаях, когда воспалительный процесс распространяется за пределы малого таза. Для дифференциальной диагностики важны следующие данные: наличие в анамнезе воспалительных заболеваний женских половых органов и течение заболевания. Пельвеоперитонит протекает значительно легче, чем аппендикулярный, с менее выраженной интоксикацией; состояние больной обычно удовлетворительное. Брюшная стенка при пельвеоперитоните мягкая; если имеется умеренное мышечное напряжение, то оно ограничивается только нижним отделом надлобковой области; болезненность обычно определяется над лоном и обеими паховыми областями. Здесь же выявляется и симптом Щекина—Блумберга. Резкая болезненность и нависание заднего и боковых сводов при вагинальном обследовании свидетельствуют о гинекологической патологии.

При нарастающих симптомах пельвеоперитонита активная тактика будет единственно правильной.

Заболевания правой почки и мочевыводящих путей. В проблеме острого аппендицита особое место зани-

мает дифференциальная диагностика с патологией правой почки и мочевыводящих путей. Ошибочная диагностика острого аппендицита наблюдается достаточно часто и ведет к ненужной аннектомии.

Среди заболеваний органов мочевой системы правосторонняя почечная колика чаще других заболеваний является причиной ошибочных диагнозов. Надо сказать, что при типичной клинической картине каждого из этих заболеваний, с которыми хорошо знакомы хирурги, ошибки допускаются редко. Чаще они имеют место в трудных атипичных случаях, которые возникают в результате необычного расположения червеобразного отростка, перехода воспалительного процесса с последнего на мочеточник или мочевой пузырь, сращения его с этими органами и т. д.

Типичная почечная колика проявляется тремя классическими симптомами: болью, расстройством мочеиспускания и гематурией. Основным симптом — боль доминирует также в клинической картине острого аппендицита, нередко протекающего в виде аппендикулярной колики. Боль при почечной колике локализуется в поясничной области, иррадирует по ходу мочеточника в пах и половые органы, тогда как при остром аппендиците боль, как правило, локализуется в правой подвздошной области, иррадирует в пупок и подложечную область. Однако иррадиация в половые органы при почечной колике наблюдается лишь в 60% случаев. В остальных 40% случаев почечной колики наблюдается иррадиация боли не типичная, а в подложечную область, плечо, крестец, задний проход и т. д., т. е. в места, более характерные для острого аппендицита. Кроме того, довольно часто при тазовом или ретроцекальном расположении червеобразного отростка боль при его воспалении локализуется в поясничной области, иррадирует в половые органы и сопровождается дизурическими явлениями. В таких случаях следует учитывать характер боли: при остром аппендиците она постоянно нарастает и не имеет «светлых» промежутков; при почечной колике она приступообразна и более интенсивна. Расстройство мочеиспускания, характерное для почечной колики, выражается в учащенных, болезненных, иногда ложных позывах к нему. Дизурические явления встречаются и при остром аппендиците, но сравнительно реже.

Таким образом, основные классические симптомы в некоторых случаях не позволяют дифференцировать острый аппендицит с правосторонней почечной коликой. Это заставляет прибегать к другим признакам, характерным для каждого из заболеваний. К ним относятся симптомы мышечного напряжения передней брюшной стенки и раздражения брюшины, рвота, парез кишечника, картина крови и мочи.

Напряжение мышц передней брюшной стенки, так же как симптом Щеткина—Блюмберга, характерно для острого аппендицита и значительно реже встречается при почечной колике и правостороннем пиелонефрите.

Рвота наблюдается при том и другом заболевании. Однако при остром аппендиците она, как правило, бывает однократной в начале болевого приступа, а при почечной колике повторяется при каждом приступе болей. Парез кишечника, как и рвота, встречается при обоих патологических состояниях. Нередко разлитая боль по всему животу и рефлекторный парез кишечника бывают так же выражены, как у больного с острой кишечной непроходимостью.

Повышение температуры тела — признак, более характерный для острого аппендицита. Однако если уrolитиаз осложняется острым пиелонефритом, то всегда наблюдается высокая температура с потрясающим ознобом.

При обследовании больного не нужно забывать о ценных диагностических данных, которые можно получить при ректальном и вагинальном обследованиях. Болезненность дугласова пространства — признак, характерный для острого аппендицита и не встречающийся при почечной колике.

В дифференциально-диагностическом отношении о многом можно судить по поведению больного. При остром аппендиците он лежит спокойно, неподвижно, так как каждое движение приводит к усилению боли в животе. При почечной колике, наоборот, больной беспокоен, мечется в постели и даже по комнате, принимает разнообразные положения для облегчения боли.

Большую помощь в дифференциальной диагностике острого аппендицита и почечной колики оказывает наблюдение за динамикой показателей крови. Высокий лейкоцитоз в начале приступа с тенденцией к снижению в последующие часы — более характерный показатель для

почечной колики. Наоборот, нарастание лейкоцитоза должно склонить к мысли об остром аппендиците.

Изменения в моче являются одним из очень важных признаков заболеваний почек и мочевыводящих путей и значительно реже встречаются при остром аппендиците.

Данные анамнеза, клинических и лабораторных исследований не всегда являются достаточными для окончательного решения вопроса о наличии у больного острого аппендицита или заболевания правой почки, мочеточника. В этих случаях до операции необходимо произвести рентгенологическое и специальное урологическое обследование — обзорную рентгенографию мочевого тракта и хромоцистоскопию. Важность этих исследований в неясных случаях иллюстрируется следующим примером.

Больная А., 18 лет, поступила с жалобами на боль в правой половине живота с иррадиацией в правую поясничную область. Дизурических расстройств нет. При поступлении температура 36,8°C, лейкоцитоз 14 600, Нб 66 единиц.

Наблюдалась в отделении в течение суток. Болезненность постепенно локализовалась в правой подвздошной области. Здесь же слабо положительный симптом Щеткина—Блюмберга. Симптом Пастернацкого справа резко положительный. Лейкоцитоз вырос до 23 600 со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Учитывая нарастание лейкоцитоза и сдвиг формулы влево, а также резко положительный симптом Пастернацкого, хирург заподозрил острый ретроцекальный аппендицит. Произведена операция. На операции обнаружен нормально расположенный гиперемированный и утолщенный червеобразный отросток. Другой патологии не выявлено. В послеоперационном периоде отмечается высокая температура, до 38°C, в течение 5 дней.

При внутривенной пиелографии обнаружен перегиб правого мочеточника с некоторым его расширением над перегибом при нормальной выделительной функции почек. Клинический анализ мочи до и после операции в пределах нормы.

При гистологическом исследовании удаленного червеобразного отростка патологии в нем не выявлено.

У данной больной была допущена диагностическая ошибка. Патология правого мочеточника симулировала острый аппендицит. Урологическое обследование, проведенное после операции, установило истинную причину заболевания.

Острый холецистит. Дифференциальная диагностика острого аппендицита и острого холецистита основана прежде всего на локализации боли. При остром холецистите боль локализуется в правом подреберье, иррадии-

рует в правую лопатку, плечо. Диспепсические явления также отличаются от таковых при остром аппендиците—повторная мучительная рвота. Напряжение мышц, локальная болезненность, увеличенный желчный пузырь, симптомы раздражения брюшины отмечаются, как правило, в правом подреберье. Однако у пожилых больных атоничный желчный пузырь может опускаться почти до подвздошной области, в которую перемещается локальная симптоматика. В этом случае только тщательное изучение анамнеза и характера развития острого приступа позволяют правильно диагностировать заболевание до операции.

Воспаленный червеобразный отросток, если он расположен под печенью, в свою очередь может симулировать острый холецистит, и при отсутствии анамнестических указаний на хроническое заболевание желчного пузыря дифференциальная диагностика без операции может оказаться невозможной. В таких сомнительных случаях показана срочная операция с применением параректального разреза, из которого может быть удален необычно расположенный воспалительный отросток или выполнено вмешательство на желчном пузыре.

ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРИ КОТОРЫХ ТРЕБУЕТСЯ ИНОЕ СРОЧНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, как и острый аппендицит, требует срочного оперативного вмешательства. Однако план и объем операции, оперативный доступ различны, а поэтому при ошибке больной подвергается дополнительной операционной травме. Заболевания трудно дифференцировать при позднем поступлении больных в стационар с картиной разлитого перитонита. В дифференциальной диагностике помогает тщательно собранный анамнез. Язвенный анамнез, внезапно возникшая резкая боль в животе (сравниваемая с «ударом кинжала») говорят о наличии перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки.

При перфоративной язве резкое мышечное напряжение, болезненность и симптом Щеткина—Блюмберга определяются по всему животу, особенно в эпигастральной области. При остром аппендиците эта картина ярче

выражена в правой подвздошной области. Однако наблюдаются случаи, когда при прободной язве излившееся по правому латеральному каналу содержимое желудка проникает в правую подвздошную область и собирается там, симулируя картину острого аппендицита.

Важное место в дифференциальной диагностике занимает рентгенологическое обследование больного. Обнаружение свободного газа под куполом диафрагмы—один из достоверных признаков прободной язвы. **При** перфоративном аппендиците этот симптом встречается крайне редко.

При невозможности установить точный диагноз целесообразнее начать операцию под наркозом и прибегнуть к срединному разрезу брюшной стенки, продление которого кверху или книзу дает возможность выполнить операцию по поводу прободной язвы или острого аппендицита.

Острый илеит. В 1932 г. Стоп описал неспецифическое воспаление конечного отдела подвздошной кишки. Однако неспецифические воспаления могут наблюдаться в любых отделах кишечника. Патологические изменения в этих участках могут быть различными, включая некроз и перфорацию ее стенки. Брыжейка кишки в этой области обычно отечна, воспалена. Клиническая диагностика заболевания трудна и почти невозможна, чаще больных оперируют с ошибочным диагнозом. Приводим соответствующее наблюдение.

Больная Г., 32 лет, поступила с диагнозом острого аппендицита. Жалобы на боль в правой подвздошной области, тошноту. Больна 5 дней—появились боль в эпигастрии, тошнота, рвота. В последующем боль локализовалась в правой подвздошной области, температура повысилась до 38°C. Лечилась амбулаторно. За медицинской помощью обратилась в связи с ознобом, ухудшением самочувствия.

При поступлении: количество лейкоцитов в крови 14 000, температура 37,5°C, пульс 100 ударов в минуту, ритмичный. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, мягкий, не вздутый. В правой подвздошной области пальпируется плотный, малоподвижный, резко болезненный инфильтрат размером 8Х6 см; здесь же нечетко выражен симптом Щеткина—Блюмберга. Печень и селезенка не увеличены. Диагноз: острый аппендицит 6-суточной давности.

Произведена операция. Косым переменным разрезом в правой подвздошной области вскрыта брюшная полость. В рану предлежит петля тонкой кишки, покрытая фибринозным налетом. Конечный отдел подвздошной кишки резко гиперемирован. У брыжеечного края на протяжении 6 см участок наложений фибрина. В нleo-цекальном

углу имеется рыхлый воспалительный инфильтрат, включающий купол слепой кишки, сальник и подвздошную кишку, Червеобразный отросток вне инфильтрата. Купол слепой кишки воспален и отечен. При ревизии илео-цекальной области довольно легко разъединяются «слипшиеся» петли кишечника. Серозный покров нигде не нарушен. Произведена типичная аппендэктомия. К месту инфильтрата подведены два тампона и дренаж, вокруг которых защита брюшной стенка.

Гистологическое исследование отростка: слизистая оболочка сохранена, некоторая атрофия мышечного слоя. Субсерозный слой отечный, с полнокровием сосудов и густым лимфоцитарным инфильтратом, в котором имеется значительная примесь лейкоцитов. Флегмонозный аппендицит.

Послеоперационное течение гладкое. Послеоперационный диагноз: неспецифическое воспаление терминального отдела подвздошной кишки (илеит), сопутствующее воспаление слепой кишки и червеобразного отростка.

Клиническая картина илеита обычно более ярко выражена, чем при остром аппендиците. Боль носит нестерпимый характер, общее состояние больных обычно тяжелое. Болезненность живота, напряжение мышцы, симптомы раздражения брюшины выражены тем сильнее, чем глубже анатомические изменения в стенке кишки. Эта патология встречается относительно редко. В Институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского за последние 10 лет было оперировано 12 больных острым илеитом (у 10 из них дооперационным диагнозом был острый аппендицит, что свидетельствует о трудности дифференциальной диагностики этих заболеваний). Если во время операции при ярко выраженной клинической картине катастрофы в брюшной полости хирург обнаруживает червеобразный отросток с вторичными изменениями, то он обязательно должен осмотреть кишечник для исключения сегментарного неспецифического его воспаления.

Острый дивертикулит. Острое воспаление солитарного дивертикула слепой кишки или дивертикулов восходящей толстой кишки встречается редко. Эти случаи обычно принимают за острый аппендицит, и истинная патология выявляется во время операции. Дивертикулит сигмовидной кишки могут трактовать как «левосторонний аппендицит». Характерной симптоматики для этого заболевания нет. Лишь в некоторых случаях анамнез заболевания и результаты ранее проводимого рентгенологического обследования толстой кишки позволяют заподозрить у больного дивертикулит.

Воспаление меккелева дивертикула и его перфорация. Воспаление или перфорация меккелева дивертикула, как правило, симулирует острый аппендицит. При воспалении меккелева дивертикула боль появляется внизу живота, здесь же выражены симптомы раздражения брюшины. Перфорация обычно возникает внезапно, проявляется сильнейшей болью в животе и выраженной картиной перитонита.

Важное диагностическое значение имеют кишечные кровотечения и ранее перенесенные приступы болей в животе. В Институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского эта патология была выявлена за 10 лет у 18 больных, у которых дооперационный диагноз был острый аппендицит.

Острая кишечная непроходимость. Все виды острой кишечной непроходимости могут вызывать трудность при дифференциальной диагностике. Особенно трудно дифференцировать это заболевание с острым аппендицитом в начальной фазе, когда основной жалобой больного является боль в животе. В таких случаях большое значение имеет характер боли; при кишечной непроходимости боль чаще носит схваткообразный характер, усиливаясь в момент кишечной перистальтики.

При любой острой кишечной непроходимости чрезвычайно важно проводить последовательное обследование живота: осмотр выявляет асимметрию, активные перистальтические волны. Перкуторно определяются разной высоты звук, симптом Валя, притупление в отлогих местах живота. При пальпации определяются резистентность брюшной стенки, болезненность, инфильтрат (при инвагинации). При выслушивании четко выявляются патологические кишечные шумы, усиление перистальтики или полная «тишина». Симптомы раздражения брюшины при кишечной непроходимости появляются в поздней фазе.

Большое значение имеет рентгенологическая картина брюшной полости. Наличие уровней жидкости, чаш Клойбера говорит в пользу кишечной непроходимости. Однако у больных острым аппендицитом и выраженным перитонитом при рентгенологическом обследовании также наблюдаются уровни жидкости, но они, как правило, множественные. Решающее диагностическое значение имеет выяснение первоначальной локализации боли и ее характер. Только взвесив все данные о начале

заболевания и его развитии, можно высказать предположение о причине, приведшей к разлитому перитониту.

Разрыв кисты яичника. При разрыве кисты яичника часто ошибочно устанавливают диагноз острого аппендицита. Это объясняется трудностью дифференциальной диагностики этих заболеваний.

Несмотря на сходство клинических проявлений острого аппендицита и разрыва кисты яичника, последней патологии присущи некоторые особенности. При разрыве кисты яичника боль обычно возникает внезапно, носит сильный схваткообразный характер, локализуется над лобком, в паховой области, распространяется в малый таз. Иногда наблюдается иррадиация боли в прямую кишку, промежность, крестец. Болевой синдром обычно сопровождается головокружением, слабостью, обморочным состоянием. Могут отмечаться учащенное мочеиспускание и дефекация. При обследовании больной отмечается разлитая болезненность внизу живота. В большинстве случаев живот мягкий, лишь иногда отмечается умеренное напряжение мышц. Симптом Щеткина—Блюмберга чаще положительный. Признаки острого малокровия зависят от интенсивности внутрибрюшного кровотечения. При обследовании через влагалище обычно не находят четких изменений.

Установить правильный диагноз перед операцией удается довольно редко, и большинство больных оперируют с диагнозом острого аппендицита. При большом внутрибрюшинном кровотечении вследствие разрыва кисты яичника на первый план выступают признаки острой кровопотери; таких больных оперируют с диагнозом внематочной беременности. Трудность дооперационной диагностики иллюстрируется данными Института скорой помощи имени Н. В. Склифосовского. За 10 лет в институте было оперировано 46 больных с разрывом кисты яичника. За исключением 3 больных, все они были взяты на операцию с диагнозом острого аппендицита, и истинная патология была обнаружена лишь при вскрытии брюшной полости.

Перекрыт кисты яичника. Перекрыт кисты яичника дает картину «острого живота». Внезапная сильная боль в животе, тошнота и рвота являются основными симптомами. При омертвлении кисты появляются симптомы раздражения брюшины.

Распознавание кисты основано на прощупывании ее через брюшную стенку или при вагинальном обследовании. Известную трудность представляет дифференциальная диагностика перекрута кисты с аппендикулярным инфильтратом. Следует учесть отличительные особенности этих заболеваний: киста обычно имеет округлую форму и отчетливые контуры, чего не бывает у аппендикулярного инфильтрата. Перекрученная киста вначале не дает повышения температуры. Острый аппендицит, напротив, начинается болью в животе и некоторым повышением температуры. До развития омертвления и присоединения воспалительного процесса перекрученная киста яичника не вызывает лейкоцитоза и сдвига лейкоцитарной формулы влево, что, как правило, наблюдается при остром аппендиците.

Внематочная беременность. Острый аппендицит и внематочная беременность могут иметь сходную клиническую картину, что иногда приводит к диагностической ошибке. Как правило, принимают внематочную беременность за острый аппендицит, обратная ошибка чрезвычайно редка.

Для внематочной беременности характерны бледность лица, частый пульс, головокружения, обмороки. В пользу диагноза внематочной беременности говорят расстройства функции мочевого пузыря, прямой кишки. Парез кишечника выражен слабее, чем при остром аппендиците. Боль при внематочной беременности возникает внезапно, как правило, в надлобковой области или же по всему животу, часто с иррадиацией в прямую кишку. Общее состояние больной может оставаться удовлетворительным (трубный аборт). При значительном кровотечении наблюдается учащение пульса и падение кровяного давления, при перкуссии живота может определяться свободная жидкость в брюшной полости. В таких случаях дифференциальная диагностика острого аппендицита и внематочной беременности, как правило, не представляет больших трудностей.

При внематочной беременности с небольшим кровотечением диагностика сложнее. Большую помощь в таких случаях может оказать вагинальное обследование, которое позволяет определить кровянистые выделения, дает возможность прощупать увеличенную матку более мягкой консистенции, чем у небеременных женщин. В ряде случаев удается прощупать утолщенную маточную

трубу и нависание заднего свода. И все же иногда хирурги ошибаются и у больной с подозрением на острый аппендицит во время операции выявляется внематочная беременность. В Институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского за последние 10 лет такая ошибка была допущена у 28 больных, несмотря на тщательное обследование больных до операции как хирургом, так и гинекологом.

В заключение следует сказать, что дифференциальная диагностика острого аппендицита подчас бывает трудна и успех ее зависит от квалификации хирурга, хорошего знания неотложной хирургии органов брюшной полости и пограничных областей. Приведенные выше заболевания, которые приходится дифференцировать с острым аппендицитом, не исчерпывают полностью круга патологических состояний, которые могут симулировать воспаление червеобразного отростка, но они встречаются наиболее часто и представляют иногда большую трудность для дифференциальной диагностики.

Глава IV

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

В большинстве монографий, руководств и статей, посвященных клинике острого аппендицита, нет четкого разграничения осложнений острого аппендицита, возникающих до операции, с осложнениями, развивающимися в послеоперационном периоде. В. И. Колесов (1972), предлагая свою классификацию острого аппендицита, выделяет осложненный острый аппендицит как самостоятельную форму заболевания.

Многолетний опыт лечения больных острым аппендицитом в Институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского дает право говорить о том, что осложненный острый аппендицит необходимо выделить как самостоятельную клиническую форму течения острого аппендицита среди других форм. Мы выделяем послеоперационные осложнения острого аппендицита, которые имеют иные генез и течение.

Наиболее частыми и опасными осложнениями острого аппендицита являются ограниченные или распространенные гнойные процессы в брюшной полости, среди которых особое место занимает перитонит.

Больные осложненным острым аппендицитом обычно поступают в тяжелом состоянии, плохо переносят оперативное вмешательство, послеоперационный период протекает у них тяжело, летальность же значительно повышается. Предупреждение осложнений, знание клинических проявлений, оказание полного объема лечебной помощи этой группе больных являются чрезвычайно важными в деле улучшения результатов лечения больных острым аппендицитом.

Развитие осложнений в большинстве случаев наступает вследствие позднего обращения больных за врачебной помощью, отказа их от госпитализации и допущенных на догоспитальном этапе диагностических ошибок. Диагностировать осложненную форму острого аппендицита более трудно, поэтому и процент диагностических ошибок в этой группе больных значительно возрастает. Если в ранней стадии острый аппендицит обычно имеет четкую клиническую картину, то в поздние сроки клиническая картина принимает атипичное течение. Присоединяющиеся осложнения резко меняют симптоматику заболевания, типичные признаки острого аппендицита, как правило, отсутствуют. Местные симптомы иногда отступают на второй план, в то время как общие нарушения (интоксикация, высокая температура, сердечно-легочные, дизурические явления, иногда желтуха) дают повод подозревать заболевания, требующие консервативного лечения (пищевая токсикоинфекция, желчнокаменная болезнь, камни мочеточника и др.).

Следует помнить о том, что осложнения могут возникнуть не только в поздние фазы развития острого аппендицита, но и значительно раньше, причем такое опасное осложнение, как перфорация червеобразного отростка, может наступить в ранние сроки заболевания.

Осложненная форма острого аппендицита включает:

- 1) перфорацию червеобразного отростка; 2) перитонит местный и разлитой; 3) аппендикулярный инфильтрат; 4) аппендикулярный абсцесс различной локализации; 5) флегмону забрюшинной клетчатки.

За период с 1964 по 1969 г. в Институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского была проведена 3051 операция при деструктивных формах острого аппендицита, причем осложненный аппендицит был у 412 больных, что составило 13,6%.

Осложнения, которые мы наблюдали у больных, приведены в табл. 3.

Таблица 3

**ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ
ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА**

Форма аппендицита	Общее число больных	Всего больных с осложне- ниями	В том числе				
			местный перитонит	разлитой перитонит	аппендику- лярный ин- фильтрат	аппенди- кулярный абсцесс	забрюшин- ная флег- мона
Флегмонозный	2606	68	20	1	38	5	4
Флегмонозно-язвенный	381	281	177	44	48	9	3
в том числе перфورا- тивный	156	156	78	39	31	5	3
Гангренозный	64	63	48	3	6	4	2
в том числе перфورا- тивный	14	14	4	3	1	4	A
Итого . . .	3051	412	245	48	92	18	9

ПЕРФОРАЦИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Перфоративный аппендицит развивается при нарушении целостности стенки у больных с деструктивными формами — флегмонозной, или гангренозной.

При перфорации стенки червеобразного отростка клиническая картина заболевания резко меняется и дальнейшее течение болезни будет зависеть от многих факторов: а) расположения отростка (обычное или атипичное — медиальное, подпеченочное, тазовое или ретроцекальное); б) места, в которое происходит перфорация (свободная или отграниченная брюшная полость, забрюшинное пространство); в) характера микробной флоры; г) размера и расположения перфорационного отверстия; д) общего состояния больного и сопутствующих заболеваний и т. д.

Острый аппендицит, возникающий у здорового человека и у человека, ослабленного предшествующим хро-

ническим или острым заболеванием, имеет значительные различия в клиническом течении. У ослабленных и отягощенных другими заболеваниями больных проявление симптомов чаще бывает стертое, и установить диагноз у них порой очень сложно. Существенное значение имеет и возраст больных. У стариков и детей пластические процессы слабо выражены, у них чаще наблюдается картина генерализации воспалительного процесса.

Перфорация червеобразного отростка возникает в различные сроки от начала заболевания. Она может наступить и в первые часы заболевания, и спустя неделю. Многие авторы считают, что перфорация червеобразного отростка наступает, как правило, через 2—3 сут и позже от начала заболевания (И. Л. Глезер, 1940; В. Р. Брайцев, 1946; П. Г. Соколова, 1960; В. А. Кубышкин, 1973, и др.).

По данным Института скорой помощи имени Н. В. Склифосовского, из 3051 операции перфорация отростка была установлена на операции у 170 больных (табл. 4).

Таблица 4

**СРОКИ РАЗВИТИЯ ПЕРФОРАЦИИ У БОЛЬНЫХ
ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ**

Сроки от начала заболевания до операции, ч	Больные с перфорацией отростка	
	число	%
До 6	3	1,7
6—12	9	5,3
12—24	39	23,0
Свыше 24	119	70,0
Всего . . . ,	170	100,0

Из табл. 4 видно, что у 51 больного перфорация отростка наступила в первые сутки заболевания. Об этом должен помнить и хирург, и врач, осматривающий больного с острой болью в животе, так как время, прошедшее от момента перфорации до оказания больному медицинской помощи, играет существенную роль в развитии патологического процесса и исхода болезни.

Развитие воспалительного процесса после наступления перфорации зависит от первичных патоморфологических изменений в отростке и от иммунологической защитной реакции организма. Если перфорация возникает на фоне первичной гангрены отростка, создаются условия для более бурного распространения кишечной и анаэробной инфекции. При эмпиеме отростка инфекционный процесс выражен менее интенсивно; воспаление ограничивается областью червеобразного отростка и прилежающих к нему органов.

Момент перфорации червеобразного отростка в свободную брюшную полость проявляется внезапной или быстро нарастающей сильнейшей болью в животе. Боль может сопровождаться рвотой и чувством распирания живота. Общее состояние больного резко ухудшается. Кожа покрывается холодным, липким потом. Цвет лица становится землисто-серым. Пульс учащается до 120—130 ударов в минуту, наполнение его малое. Язык сухой. В правой подвздошной области или по всему животу появляется резкое мышечное напряжение, положительный симптом Щеткина—Блюмберга. Пальцевое исследование прямой кишки позволяет определить резкую болезненность тазовой брюшины. При исследовании периферической крови отмечается значительное увеличение количества лейкоцитов — до 15 000—18 000, значительный палочкоядерный сдвиг, исчезновение эозинофилов. Если описанная клиническая картина развивается на глазах хирурга, диагноз прободного аппендицита совершенно ясен.

Клиническая картина при перфорации отростка, расположенного ретроперитонеально, имеет свои отличительные особенности. После наступления острой боли и кратковременного ухудшения общего состояния больного на фоне существующего заболевания в правой подвздошной области наступает некоторое «успокоение». Ввиду того что воспалительный процесс остается замкнутым, изолированным от брюшной полости, прогрессирующие деструктивные изменения в червеобразном отростке протекают без местной реакции со стороны брюшины. Живот остается мягким, никакого напряжения мышц брюшной стенки не отмечается.

Так как заболевание протекает с картиной резкой общей интоксикации, то именно эту форму аппендицита наиболее часто принимают за острое пищевое отравле-

ние и больных госпитализируют в инфекционную больницу. По данным Г. Н. Захаровой и Л. И. Скатина (1969), из 1066 больных деструктивным аппендицитом 143 (13,4%) были госпитализированы в инфекционную больницу. Б. Л. Осповат и А. И. Копылков (1971) сообщают, что у 300 больных, поступивших в больницу имени С. П. Боткина с диагнозом острой пищевой токсикоинфекции, оказался острый аппендицит.

Примером поздней диагностики прободного аппендицита с развитием перитонита может служить приводимое наблюдение.

Больная Б., 20 лет, поступила в одну из городских больниц Москвы с диагнозом острого аппендицита. Сравнительно удовлетворительное состояние больной, отсутствие симптомов со стороны брюшной стенки, умеренно выраженный лейкоцитоз позволили отвергнуть диагноз острого аппендицита. Болезнь сопровождалась легкой желтушностью кожных покровов, вследствие чего без достаточных оснований был заподозрен острый холецистит. Больной проводилась консервативная терапия — вливания глюкозы с витамином С, лед на живот, антибиотики. Через 10 ч после поступления в стационар у нее появились резкая боль в животе, частый пульс — до 120 ударов в минуту. После инъекции морфина и атропина острая боль прошла, а позже исчезла полностью. Через 5 дней температура стала нормальной, оставалось лишь общее недомогание, а по вечерам отмечался озноб. От дальнейшего лечения и пребывания в стационаре больная и ее родственники отказались, и через 8 сут после поступления она была выписана домой с диагнозом острого холецистита. Через 2 сут пребывания дома внезапно наступило резкое ухудшение. Появилась резчайшая боль в животе. Больная была доставлена в Институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского через 2 ч от начала боли в крайне тяжелом состоянии. Больная вялая, адинамичная, жалуется на тупую боль в животе. Лицо покрыто холодным потом, частая рвота. Пульс 130 ударов в минуту, едва сосчитывается. Живот умеренно вздут, разлитая болезненность и положительный симптом Щеткина—Блюмберга во всех отделах. Клиническая картина разлитого перитонита.

На операции, произведенной из ниже-срединного разреза, установлен прорыв гнойника из забрюшинного пространства в свободную брюшную полость, большое количество гнойного выпота. Почти полностью расплавленный отросток располагался ретроперитонеально, вокруг него образовался гнойник. Гнойное пропитывание имелось позади купола слепой кишки и восходящего отдела толстой кишки, стенки которых были резко отечны и гиперемированы. Отросток легко удален. Брюшная полость осушена. Произведен дополнительный разрез в правой поясничной области, через который выведены тампоны и дренаж, подведенные к гнойной полости в забрюшинной клетчатке. Больная выздоровела.

Из приведенного наблюдения очевидно, что врачи, лечившие больную, не думали о возможности ретроперитонеального расположения отростка. Образовавшийся

ся инфильтрат временно снизил остроту симптомов, а токсический гепатит, который имел место у больной, неправильно расценен как проявление острого холецистита. В последующем произошли абсцедирование инфильтрата и прорыв гноя в брюшную полость, после чего больная была доставлена в институт в крайне тяжелом состоянии с картиной разлитого перитонита.

ПЕРИТОНИТ

Острый аппендицит, как и другие заболевания брюшной полости, может сопровождаться перитонитом, который является наиболее частой причиной летального исхода при остром аппендиците (Д. А. Арапов, 1935; В. Р. Брайцев, 1946; К. С. Симонян, 1971; А. Н. Поляков 1972; В. Д. Федоров, 1974, и др.).

Течение перитонита зависит от возраста больного, скорости развития воспалительного процесса в червеобразном отростке, характера бактериальной флоры и иммунозащитных сил организма.

Учитывая особенности клинического течения и исходы заболевания, необходимо выделить местный и разлитой перитонит.

Под местным перитонитом мы понимаем ограниченный воспалительный процесс брюшины, который выходит за пределы червеобразного отростка. По данным литературы, местный перитонит при остром аппендиците встречается в диапазоне от 5% (А. Н. Бубнов, В. Б. Войтяцкий, 1969) до 13,7% (К. М. Тагиров, Н. М. Тачмурадов, 1969, и др.) случаев. Мы отмечали местный перитонит в 8% случаев при всех формах деструктивного аппендицита. Диагноз местного перитонита чаще устанавливался во время операции, однако детальное изучение симптомов в динамике позволяет выявить это осложнение раньше.

В клинической картине местного перитонита постоянным симптомом является нарастающая боль, которая усиливается при поверхностной пальпации брюшной стенки. Общее состояние больного удовлетворительное. Явления интоксикации обычно отсутствуют. Живот имеет нормальную конфигурацию, однако активные движения брюшной стенки ограничены, в акте дыхания отстает правая половина живота. В этой же области имеются болезненность, приглушение перкутор-

ного звука (наличие выпота) или, наоборот, более звонкие тоны (парез). При явлениях местного перитонита определяется значительное мышечное напряжение, которое служит первым признаком вовлечения пристеночной брюшины в воспалительный процесс. Мышечное напряжение в большинстве случаев ограничивается правой подвздошной областью; при забрюшинном расположении отростка можно отметить сокращение поясничных мышц правой стороны. При тазовом расположении червеобразного отростка, сопровождающемся местным перитонитом, мышечное напряжение передней брюшной стенки может отсутствовать и только резкая болезненность тазовой брюшины при вагинальном или ректальном исследовании будет свидетельствовать о вовлечении ее в воспалительный процесс. Положительный симптом раздражения брюшины также является характерным для местного перитонита. В наших наблюдениях он был отмечен у 86% больных с местным перитонитом. Зона раздражения брюшины, как правило, ограничена правой подвздошной областью и реже правой половиной живота. В значительном числе наблюдений температура с момента заболевания бывает повышенной и достигает 38—38,5°C. Большое диагностическое значение имеют клинические анализы крови в динамике. Увеличение лейкоцитоза, сдвиг формулы белой крови влево часто свидетельствуют о прогрессировании воспаления.

Во время операции при местном перитоните всегда обнаруживают серозно-фибринозный выпот, отечность и гиперемию брюшины, находящейся в непосредственной близости от очага воспаления.

Разлитой перитонит — наиболее тяжелое осложнение острого аппендицита — в наших наблюдениях имел место у 48 больных из 3051 оперированных по поводу острого деструктивного аппендицита.

Клиническая картина разлитого перитонита разнообразна и не всегда соответствует имеющимся патолого-анатомическим изменениям в червеобразном отростке и брюшной полости, однако у большинства больных острым аппендицитом и разлитым перитонитом она выражена довольно четко.

В ранней стадии развития перитонита больные жалуются на боль в животе, которая имеет постоянный характер и локализуется в зоне деструктивно измененного червеобразного отростка. По мере распространения

процесса боль распространяется по всему животу. Больной животом не дышит, лежит неподвижно, малейшее движение усиливает боль. Появляются сухость во рту, рвота, возбуждение с лихорадочным румянцем на щеках, температура повышается до 38°C , пульс частый — 100—110 ударов в минуту. При осторожной пальпации живота выявляются локальное напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность по всему животу, наиболее резкая в очаге деструкции червеобразного отростка. Симптом Щеткина—Блюмберга резко выражен во всех отделах живота. При перкуссии живота часто выявляется высокий тимпанит. При аускультации кишечные шумы могут отсутствовать. При пальцевом ректальном обследовании определяется резкая болезненность тазовой брюшины. Перестают отходить газы и кал. В этот период, как правило, увеличивается количество лейкоцитов в крови (до 10000—20 000), исчезают эозинофилы, изменяется формула белой крови: нейтрофилез со сдвигом влево, лимфопения.

При дальнейшем прогрессировании перитонита общее состояние больного ухудшается. Быстро нарастают явления интоксикации. Больной испытывает чувство тоски, у него осунувшееся лицо, сухой язык, лихорадочный блеск глаз, отмечается рвота застойным содержимым. Температура повышается до $38\text{—}39^{\circ}\text{C}$ и принимает гектический характер. Пульс становится частым, мягким. Артериальное давление снижается. В этот период защитное напряжение мышц в правой подвздошной области, т. е. в области наиболее частой локализации червеобразного отростка, уступает равномерному вздутию живота. Симптом Щеткина—Блюмберга резко выражен. Перкуссия живота резко болезненная, в отлогих частях можно определить небольшой выпот. При выслушивании живота кишечные шумы отсутствуют. В крови нарастает лейкоцитоз, увеличивается нейтрофилез со сдвигом влево до миелоцитов. Наблюдается значительное сгущение крови (высокий гематокрит).

Именно в этих случаях перитонит трудно дифференцировать с кишечной непроходимостью, которая начинается с боли в животе и рвоты.

В терминальной стадии перитонита резко нарастает интоксикация. Больной становится адинамичным; сознание спутанное. Черты лица заостряются. Кожа влажная, цианотичная. Артериальное давление снижается.

Пульс частый, а позднее нитевидный. Учащение пульса и падение артериального давления происходят в соответствии с нарастанием перитонеальных явлений. Живот резко вздут вследствие паралича кишечника. Происходит выраженное разрушение слоев брюшного покрова. Брюшина становится матовой, шероховатой, покрывается пленками фибрина. Выпот приобретает гнойный характер. На фоне нарастающей интоксикации развиваются глубокие нарушения в жизненно важных системах организма, которые часто становятся необратимыми, несмотря на соответствующее корригирующее лечение.

Как было отмечено выше, 48 больных были доставлены в Институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского с картиной разлитого гнойного перитонита, который был подтвержден во время операции. Из них 27 больных умерли от продолжающегося перитонита. Низкие цифры летальности при разлитом гнойном перитоните, приводимые одними авторами (В. Я. Шлапоберский, 1958; Б. И. Чуланов, 1965; В. И. Колесов, 1972, и др.), и 100% выздоровление при перитоните у других (П. И. Логвиненко и др., 1959), можно объяснить разной оценкой данных, обнаруженных во время операции. Одни хирурги склонны гипертрофировать, другие — недооценивать количество гнойного выпота в брюшной полости, степень его распространения, состояние брюшины. А ведь именно эти данные и позволяют проводить дифференциальную диагностику между местным и разлитым перитонитом.

АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ

Наиболее «спокойно» протекающим осложнением острого аппендицита является аппендикулярный инфильтрат. Аппендикулярные инфильтраты встречаются у 0,2—2,7% больных острым аппендицитом (В. Н. Репин, 1969; В. Е. Брызгалов, 1969; В. И. Колесов, 1972; НоНтап, 1973; Нткел, 1972). В Институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского из 3051 больного деструктивным острым аппендицитом аппендикулярный инфильтрат имел место у 92, что составило около 3%.

В определении инфильтрата мы подразумеваем ограниченную воспалительную опухоль, образовавшуюся во-

круг пораженного отростка, к которому фибринозными наложениями прикрепляются петли кишечника, сальник и близко расположенные органы. Поэтому естественно локализация инфильтрата будет соответствовать месту положения отростка в брюшной полости. Так как отросток наиболее часто располагается в правой подвздошной области, то и инфильтраты в основном локализуются в этом районе. По нашим данным, у 61 больного аппендикулярный инфильтрат локализовался в правой подвздошной области, у 14 больных — в области малого таза, у 16 — в правой поясничной области и у 1 больного — в подпеченочном пространстве.

В клиническом проявлении воспалительного инфильтрата следует различать раннюю и позднюю фазы течения, так как это обстоятельство необходимо учитывать для дальнейшей тактики лечения.

В ранней фазе аппендикулярного инфильтрата только начинается его формирование. Инфильтрат мягкий, расплывчатый, резко болезненный, не имеет четкого отграничения от свободной брюшной полости. Его клиническое течение имеет очень сходную картину с клиникой острого деструктивного аппендицита. Больной и в том, и в другом случае жалуется на боль в правой подвздошной области. Общее состояние его относительно удовлетворительное. Живот не вздут, безболезнен, за исключением правой подвздошной области. Заподозрить формирующийся инфильтрат можно только на основании пальпаторных данных. К концу 2-х суток заболевания на фоне выраженной болезненности в правой подвздошной области и положительного симптома Щеткина—Блюмберга можно иногда пальпировать болезненный, без четких границ инфильтрат. Данные лабораторного исследования периферической крови не имеют большого диагностического значения для отличия деструктивного аппендицита от ранней фазы аппендикулярного инфильтрата, так как и в том, и в другом случае будут иметь место умеренный лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

При решении вопроса о методе лечения больных с инфильтратами в ранней фазе развития даже самые опытные хирурги часто испытывают затруднения. Как лучше поступить хирургу в подобной ситуации: оперировать больного или повременить с операцией? Наш опыт убеждает, что при инфильтрате, протекающем с

вовлечением в воспалительный процесс брюшины, больных следует оперировать. Во-первых, у хирурга никогда нет полной уверенности в том, как будет развиваться заболевание дальше: наступит полное ограничение инфильтрата или же возникнет перитонит. Во-вторых, инфильтрат в ранние сроки обычно рыхлый, с нежными, легко разъединяющимися спайками, и выделение червеобразного отростка не представляет большого труда. Поэтому в ранней фазе развития инфильтрата, когда имеются резко выраженная болезненность, симптомы раздражения брюшины, показана немедленная операция. Оправданность такой тактики видна на следующем примере.

Больная 23 лет утром почувствовала боль в животе, которая к вечеру усилилась. Появились рвота, понос. Больная связывала появление боли в животе со съеденной недоброкачественной пищей. К врачу не обращалась и 3 сут лечилась самостоятельно. Боль продолжалась, но стала меньшей интенсивности и локализовалась внизу живота. Вызван врач, который направил больную в хирургический стационар с диагнозом острого аппендицита.

При поступлении состояние больной удовлетворительное. Температура 37,8°C, пульс 96 ударов в минуту. Живот умеренно напряжен и резко болезнен в правой нижней половине, где определяется мягкий инфильтрат размером 7X5 см. Симптом Щеткина—Блюмберга положительный. Клинический анализ крови: л. 18000, п. 10%, с. 67%, лимф. 19%, мон. 4%. Диагноз: деструктивный аппендицит.

Произведена экстренная операция. Выпота в брюшной полости нет. К ране предлежит слепая кишка, покрытая фибринозными наложениями. Отросток находится в инфильтрате, состоящем из салника и подвздошной кишки. Инфильтрат удалось легко разъединить. Отросток флегмонозно изменен, с точечным перфорационным отверстием у верхушки. Произведена аппендэктомия. К области инфильтрата подведен тампон и дренаж. Послеоперационное течение гладкое. Выписана в удовлетворительном состоянии.

Дооперационная диагностика аппендикулярных инфильтратов в ранней фазе их развития трудна, чему нередко мешают мышечное напряжение передней брюшной стенки, сильно развитая подкожная жировая клетчатка у тучных больных, довольно мягкая консистенция формирующегося инфильтрата. По нашим данным, из 92 больных с инфильтратом рыхлый инфильтрат имелся у 57, причем у 43 он был обнаружен только во время операции.

Трудными для диагностики являются также рыхлые инфильтраты при тазовом и особенно при ретроцекальном расположении отростка. При локализации инфильт-

рата в малом тазу дифференциальная диагностика обычно проводится с острыми гинекологическим заболеваниями (воспаление придатков матки, перекрут кисты яичника и др.). и, как правило, он своевременно не выявляется. Одинаковая клиническая картина может быть и при рыхлом аппендикулярном инфильтрате, и при остром гинекологическом заболевании. Поэтому, если в течение короткого динамического наблюдения не удастся определить очаг воспаления, больную необходимо оперировать.

В фазе плотного инфильтрата клиническое течение характеризуется общим удовлетворительным состоянием больного. К этому времени боль в животе уменьшается и беспокоит очень незначительно. Температура колеблется в пределах $37,5—37,8^{\circ}\text{C}$, иногда может быть и нормальной. Пульс не учащен, в пределах 80—90 ударов в минуту. Язык влажный, не обложен. Живот имеет обычную форму, активно участвует в акте дыхания. При пальпации его определяется малоболезненный плотный инфильтрат, имеющий четкое ограничение от свободной брюшной полости. Со стороны белой крови отмечается нормальное или умеренное число лейкоцитов — 9000—11 000. Однако в этой стадии не всегда удается пальпировать плотный инфильтрат. По нашим данным, плотный инфильтрат имелся у 35 больных; 12 из них были подвергнуты операции, и только во время осмотра илеоцекальной области выявлен плотный инфильтрат. У 23 больных инфильтрат выявлен до операции.

В поздней фазе плотного инфильтрата при тазовом расположении отростка пальцевое обследование прямой кишки и вагинальное обследование у женщин могут быть единственным методом определения инфильтрата. Пальпация живота при данном расположении отростка может не дать соответствующей информации, так как отросток значительно удален от передней брюшной стенки. Поэтому при поступлении больных в поздние сроки заболевания нельзя забывать о таком простом методе, как пальцевое обследование прямой кишки. Г. Мондор (1937) писал, что «упущение из виду этого приема ежегодно стоит многих человеческих жизней».

В ряде случаев, когда через влагалище определяется уплотнение, приходится проводить дифференциальную диагностику между кистой яичника и аппендикулярным инфильтратом. Правильно установить диагноз помогают

хорошо собранный анамнез и характерные для каждого из этих заболеваний объективные признаки.

Если инфильтрат длительное время не рассасывается и сохраняется плотным на протяжении 4—5 нед, необходимо исключить опухоль слепой кишки. С этой целью следует рекомендовать ирригоскопию. Однако и рентгенологически не всегда легко отличить воспалительную инфильтрацию купола слепой кишки от раковой опухоли. И все же, если рентгенологически выявляются неровность контура и дефект заполнения слепой кишки, это, как правило, указывает на злокачественное образование. При подобном обследовании в Институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского у 3 больных был выявлен рак слепой кишки.

Больная 61 года поступила по поводу аппендикулярного инфильтрата, довольно четко пальпировавшегося в правой подвздошной области, размером 6X8 см. Подвижность его была резко ограничена, пальпация сопровождалась незначительной болезненностью, температура при поступлении 37,4°C, умеренный лейкоцитоз—11200 без палочкоядерного сдвига. Было проведено консервативное лечение на протяжении 3 нед, однако инфильтрат не уменьшался в размерах. Было высказано предположение о раке слепой кишки, в связи с чем произведена ирригоскопия. Рентгенологи на основании полученных данных не могли окончательно высказаться о природе инфильтрации купола слепой кишки и рекомендовали повторную ирригоскопию через 2 нед. И только при повторном рентгенологическом обследовании была четко установлена опухоль слепой кишки. Была произведена радикальная операция — резекция правой половины толстой кишки с наложением илеотрансверзоанастомоза.

При ретроцекальном расположении деструктивно измененного червеобразного отростка возможно развитие инфильтрата в поясничной области. Вначале, когда вокруг очага воспаления развивается воспалительный отек тканей, определить инфильтрат практически невозможно. Позже, когда, кроме окружающей клетчатки, в воспалительный процесс вовлекаются поясничная и подвздошная мышцы, париетальная брюшина, слепая, восходящая кишки и мочеточник, формируется конгломерат, который удастся пальпировать. Инфильтрат всегда бывает неподвижным, имеет гладкую поверхность, без четко определяемых границ. В поясничной области он обычно вытянут по длине, инфильтрат же подвздошной области лежит более поперечно или же косо.

При благоприятном течении заболевания величина инфильтрата может постепенно уменьшаться и он пол-

ностью рассасывается в течение 2—6 нед. О самостоятельном рассасывании инфильтрата свидетельствуют полное прекращение боли, урежение пульса, снижение температуры до нормы, постепенная нормализация лейкоцитарной формулы крови и исчезновение пальпируемого инфильтрата.

Аппендикулярный инфильтрат может иметь совершенно иное течение — массивное развитие соединительной ткани продолжается много времени спустя после острого приступа без всякой тенденции к рассасыванию. В. Р. Брайцев (1946) называет эту форму фибропластическим аппендицитом. Больные отмечают ноющую боль, прощупывается «опухоль» в правой подвздошной области; в анамнезе выявляются симптомы перемежающейся кишечной непроходимости. Даже рентгенологически создается впечатление опухолевого процесса. Только гистологическое исследование после гемиколэктомии выявляет истинную причину. Мы также встретились с подобной формой инфильтрата.

Больная А., 58 лет, поступила с диагнозом острой кишечной непроходимости. Острую схваткообразную боль в правой половине живота, запоры, плохой аппетит больная отмечала в течение последних 5—6 мес. Обращалась в местную больницу, где ее обследовали и предложили операцию, от которой больная отказалась.

Состояние удовлетворительное, питание значительно пониженное. Сердечно-сосудистая и дыхательная системы без грубых нарушений. Пульс 82 удара в минуту, удовлетворительного наполнения; артериальное давление 145/80 мм рт. ст. В правой подвздошной области прощупывается плотное болезненное неподвижное образование без четких контуров. Мочеполовая система без особенностей. Рентгенологическое обследование выявило картину опухоли с изменением рельефа слизистой оболочки и деформацию слепой кишки с нарушением опорожнения подвздошной кишки. В стационаре у больной повторились приступы перемежающейся кишечной непроходимости.

Больная оперирована под интубационным наркозом. Обнаружена большая (до 18 см) плотная бугристая опухоль, занимающая всю слепую кишку с переходом на подвздошную кишку. Червеобразный отросток не виден. Видимых метастазов в печени и лимфатических узлах не выявлено. Произведена резекция правой половины толстой кишки с илеотрансверзоанастомозом конец в бок. Рана брюшной стенки зашита наглухо. Дренаж выведен через дополнительный разрез в поясничной области.

Опухоль на разрезе имеет белесоватую ткань хрящевой консистенции, захватывает баугиниеву заслонку и подвздошную кишку.

При гистологическом исследовании обнаружено, что слизистая оболочка слепой кишки сохранена, на отдельных участках она замещена воспалительными инфильтратами из лимфоидных и плазматических клеток; подслизистый, мышечный слои пронизаны рубцо-

вой тканью с большим числом вновь образованных сосудов, среди которых имеются очаговые лимфоидные инфильтраты; в брыжейке слепой кишки имеется скопление гиперплазированных лимфоидных фолликулов, в стенке слепой кишки — хронический воспалительный процесс с исходом в рубцевание, червеобразный отросток отсутствует.

Послеоперационное течение гладкое. Больная выписана на 17-й день после операции.

Можно полагать, что первоначально больная перенесла деструктивный аппендицит с переходом в инфильтрат; отросток самоампутировался и явился толчком для неудержимого развития рубцового инфильтрата, который не только клинически, но и по локализации и внешнему виду ничем не отличался от злокачественной опухоли.

Подобные фиброзные инфильтраты с прогрессирующим ростом в отдельных случаях наблюдаются и после аппендэктомий, произведенных по поводу хронического аппендицита, причем эти инфильтраты рецидивируют и после повторных операций.

АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС

Аппендикулярный абсцесс — одно из осложнений острого деструктивного аппендицита, возникающее в различные сроки болезни. По нашим данным, он имел место у 18 больных. Одна из самых частых причин образования абсцесса — нагноение аппендикулярного инфильтрата.

Локализация абсцесса зависит от положения червеобразного отростка. Возможные локализации аппендикулярного абсцесса приведены на рис. 5. Чаще он располагается в правой подвздошной области, где прощупывается резистентное образование различной величины и глубины залегания, болезненное при пальпации. У худощавых людей иногда даже заметно на глаз выпячивание в этой области брюшной стенки.

Наряду с симптомами острого аппендицита при абсцессе наблюдаются общие симптомы — высокая температура, обычно интермиттирующая, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, интоксикация. Лишь в редких случаях — у ослабленных больных или при низкой вирулентности инфекции — общие проявления могут отсутствовать.

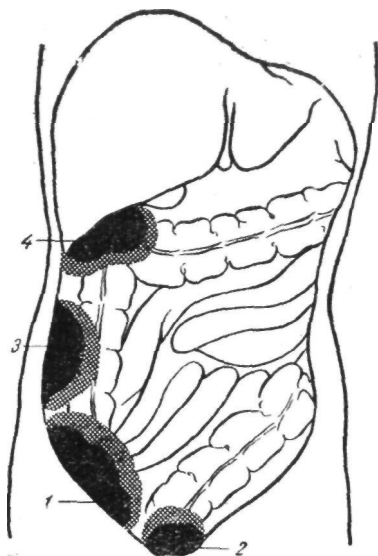


Рис. 5. Локализация абсцессов в брюшной полости.

1 — абсцесс в правой подвздошной области; 2 — тазовый абсцесс; 3 — ретроцекальный абсцесс; 4 — подпеченочный абсцесс.

Среди наших больных лишь у 6 имелись аппендикулярные абсцессы, расположенные в правой подвздошной области. Относительно небольшое число больных, поступивших с указанным осложнением, можно объяснить тем, что обычное, типичное положение червеобразного отростка дает характерную клинику острого аппендицита и несравненно реже приводит к ошибочному диагнозу, а следовательно, и к развитию серьезных осложнений. В то же время аппендикулярные абсцессы в малом тазу были отмечены у 11 больных. Тот факт, что число тазовых абсцессов было почти в 2 раза больше подвздошных, можно объяснить

тем, что воспалительный очаг вокруг деструктивного червеобразного отростка располагается глубоко в брюшной полости и дает минимальные локальные симптомы со стороны передней брюшной стенки.

Классическая картина аппендикулярных абсцессов различной локализации, особенно тазового абсцесса, может маскироваться антибиотикотерапией. Болезнь в этих случаях принимает хроническое или подострое течение; больных длительно наблюдают, вплоть до катастрофы — прорыва абсцесса в свободную брюшную полость. Особенно трудны для диагностики абсцессы, располагающиеся между прямой кишкой и мочевым пузырем. Размеры тазовых абсцессов могут быть различные — от небольших, содержащих около 50 мл густого гноя, до абсцессов, содержащих гной в количестве 300 мл и более.

Ранними симптомами формирования абсцесса дугласова пространства являются частое и болезненное моче-

испускание, боль в области прямой кишки, понос. Появление поноса свидетельствует о раздражении и вовлечении в воспалительный процесс стенки прямой кишки. В этот период врачи нередко думают о дизентерии и с этой целью предпринимают бактериологическое исследование испражнений. Однако диагноз дизентерии отвергается тотчас, как только производится пальцевое обследование прямой кишки, при котором обнаруживаются болезненное выпячивание передней стенки прямой кишки, отечность и неподвижность ее. В запущенных случаях, когда абсцесс дугласова пространства достигает больших размеров, наряду с общей выраженной интоксикацией имеются местные симптомы со стороны живота. Живот обычно вздут, пальпация его в нижних отделах резко болезненна, присоединяются симптомы раздражения брюшины. Указанная симптоматика свидетельствует об угрожающем для больного состоянии — о том, что ограниченный абсцесс перестал быть изолированным от свободной брюшной полости и резкое увеличение размеров воспалительной опухоли может привести к прорыву абсцесса в свободную брюшную полость, развитию гнойного перитонита. Прорыву абсцесса обычно предшествуют усиление боли, распространение ее на прилегающие отделы живота, нарастание перитонеальных явлений.

Больная К., 57 лет, доставлена с диагнозом «острого живота». Больна неделю, когда появилась ноющая боль в животе с иррадиацией в поясницу. Подобная боль, но менее интенсивная, беспокоит периодически в течение нескольких лет. Лечится у гинеколога по поводу хронического воспаления придатков матки. За день до поступления в институт больную осматривал гинеколог и высказал предположение о воспалительной кисте яичника. Ночью наступило резкое ухудшение состояния, что заставило больную вызвать врача скорой помощи.

При поступлении состояние больной тяжелое. Жалуется на боль по всему животу. Температура $38,2^{\circ}\text{C}$, лейкоцитов в крови 14 600. Живот правильной конфигурации, вздутый, резко болезненный при пальпации, отмечается разлитой симптом раздражения брюшины. При вагинальном обследовании шейка матки цилиндрическая, задний свод укорочен, резко болезнен, определяется округлое флюктуирующее образование. При осмотре прямой кишки определяется резкая болезненность передней стенки, симптом зыбления опухолевидного образования. Диагностирован перитонит, вызванный прорывом тазового абсцесса в брюшную полость.

Спустя 1/2 ч после поступления больная была оперирована. Под эндотрахеальным наркозом из ниже-срединного разреза вскрыта брюшная полость, в которой обнаружено значительное количество гнойного содержимого. Полость малого таза занимает инфильтрат,

из которого при надавливании выступает гной. Брюшная полость осушена, область инфильтрата отгорожена от свободной брюшной полости салфетками. Из полости абсцесса отсосом удалено около 350 мл густого гноя. Перфорационное отверстие, ведущее в полость абсцесса, расширено, обнаружен черного цвета червеобразный отросток, который отвалился при попытке его захватить. Основание отростка перевязано кетгутом. Погрузить его в купол слепой кишки из-за инфильтрации окружающих тканей не представлялось возможным. Полость абсцесса промыта фурацилином, установлены тампон и дренаж, выведенные через задний свод влагалища. Через контраппертуры в правой и левой подвздошной области введены дренажи для антибиотиков.

Послеоперационный период протекал тяжело. Длительное время держались парез кишечника, явления интоксикации. Через 3 нед воспалительный инфильтрат в малом тазу почти полностью рассосался. Через 1 мес больная выписана в удовлетворительном состоянии.

В данном наблюдении примечательно то, что у больной, страдавшей гинекологическим заболеванием, своевременно не был диагностирован острый аппендицит,

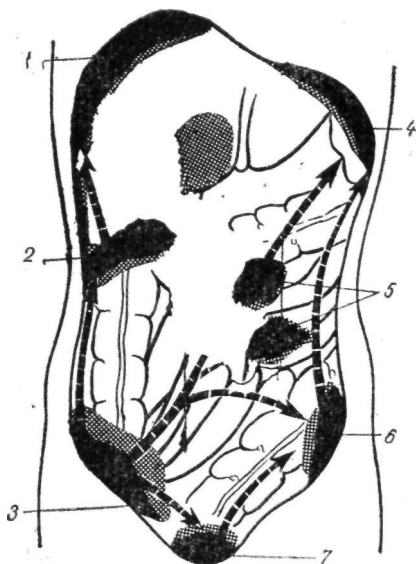


Рис. 6. Схема распространения гнойников в брюшной полости.

1 — правый поддиафрагмальный абсцесс; 2 — подпеченочный абсцесс; 3 — правый подвздошный абсцесс; 4 — левый поддиафрагмальный абсцесс; 5 — межкишечные абсцессы; 6 — левый подвздошный абсцесс; 7 — тазовый абсцесс.

тазовое его расположение. И даже в период уже сформировавшегося абсцесса было высказано предположение о возможной кисте яичника. Утвердившись в своем диагнозе, гинеколог не считал необходимым показать больную хирургу. Если бы больной, кроме вагинального обследования, провели обследование прямой кишки, то, возможно, диагноз абсцесса был бы установлен своевременно. Как бы ни был выражен воспалительный процесс, вызванный кистой яичника, таких изменений, как при абсцессе аппендикулярной этиологии, со стороны прямой кишки не бывает.

Судьба тазового аппендикулярного гнойника может быть и другой — он может прорваться в кишку. При этом боль сразу же уменьшается и самочувствие больного значительно улучшается. Момент прорыва абсцесса сопровождается поносом с выделением гноевидных испражнений, к которым примешивается кровь как результат кровотечения из места разрыва стенки прямой кишки. Однако следует всегда помнить о том, что верхний барьер, образованный петлями кишечника и сальником, менее прочен, чем стенка прямой кишки, а вероятность прорыва абсцесса в свободную брюшную полость более высокая. С аппендикулярными абсцессами могут быть связаны такие тяжелые осложнения, как появление абсцессов в других местах брюшной полости (рис. 6), септицемия и вторичные осложнения в прилежащих органах.

Лечение больного с аппендикулярным абсцессом должно проводиться в хирургическом стационаре под постоянным наблюдением хирурга. Нарастание боли, увеличение интоксикации служат показанием к оперативному вмешательству — дренированию абсцесса.

ЗАБРЮШИННАЯ ФЛЕГМОНА

Известным своеобразием как в проявлении, так и в течении отличаются гнойные осложнения при ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка. В зависимости от исходного фона воспалительный процесс может принять характер флегмоны, инфильтрата или гнойника. У пожилого, истощенного, ослабленного больного воспаление чаще принимает характер быстро распространяющейся забрюшинной флегмоны. У молодых, физически крепких людей развивается небольшой по распространенности ограниченный воспалительный участок — инфильтрат, который рано принимает особенности гнойника.

По нашим данным, забрюшинная флегмона имела место у 9 больных.

Боль при забрюшинной флегмоне является частым симптомом. Она имеет постоянный характер, как правило, сопровождается повышением температуры до 38—39°C, реже наблюдается «скачущая» температура, с подъемами до 40°C. Важное значение в распознавании забрюшинных флегмон имеет пальпация поясничной

области и живота, причем исключительное значение приобретает пальпация симметричных областей на противоположной стороне, так как боль в поясничной области является основным симптомом. При пальпации живота боль может отсутствовать, если воспалительный процесс хорошо отграничен от свободной брюшной полости. Однако совершенно безболезненного живота при этом мы ни разу не наблюдали. Всегда на глубокую пальпацию правой подвздошной области больной реагировал умеренно выраженными болезненными проявлениями. Напряжение мышц передней брюшной стенки при забрюшинной флегмоне, как правило, отсутствует.

Температура кожных покровов на той стороне, где локализуется воспалительный очаг, всегда выше, чем на здоровой стороне. Данный признак особенно характерен при переходе инфильтрата в гнойник. Увеличение забрюшинного инфильтрата обычно происходит не за счет развития процесса в соседних тканях и органах, а за счет распада и расплавления тканей в/ центре его при переходе инфильтрата в гнойник. При абсцессе в забрюшинной полости флюктуации его мы ни разу не наблюдали.

Как показывает наш опыт, при ретроцекальных и ретроперитонеальных локализациях червеобразного отростка даже такие тяжело протекающие гнойные осложнения, как забрюшинная флегмона и абсцессы, своевременно не распознаются. Не думая об остром аппендиците, больных длительное время лечат консервативно.

Глава V

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Проблема острого аппендицита у больных пожилых и старческого возраста занимает одно из важных мест в геронтологии и гериатрии. Больные пожилого и старческого возраста, как правило, отягощены сопутствующими заболеваниями: атеросклерозом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, эмфиземой легких, пневмо-

склерозом, калькулезным холециститом и пр. Эти болезни могут существенно влиять на симптоматику и исход острого аппендицита, а порой являются основным источником послеоперационных осложнений и причиной летальных исходов. Известно, что у стариков часто отмечается «молчание симптомов» на фоне общей адинамии. Дряблость брюшной стенки и ожирение маскируют напряжение мышц передней брюшной стенки. С возрастом притупляется тактильная, температурная, болевая чувствительность, что снижает диагностическую ценность многих симптомов при остром аппендиците.

Диагностические ошибки при распознавании острого аппендицита у лиц пожилого и старческого возраста встречаются чаще, чем у молодых (Л. Н. Коваленко, 1954; И. Г. Андреев, 1956; Л. И. Артишевский, 1965; П. К. Андрунь, 1968; У. М. Муканов, 1972, и др.). Это объясняется не только стертой клинической картиной болезни и выраженной ареактивностью больных, но и морфологическими изменениями, наступающими в червеобразном отростке в этом возрасте. Изучение морфологического материала, проведенное В. Я. Маковенко (1968), показало, что с увеличением возраста появляется атрофия как всего червеобразного отростка, так и отдельных его слоев; уменьшается количество фолликулов и сосудов в червеобразном отростке; происходит облитерация его просвета. Эти изменения являются предпосылкой для возникновения деструктивного аппендицита. Раннее развитие некротических процессов, склонность к тромбообразованию — важнейшие особенности течения острого аппендицита в старческом возрасте (А. В. Смольяnnиков, 1963).

При остром аппендиците у большинства пожилых больных не удается отметить начало заболевания, и основные симптомы у них менее постоянны, чем у молодых больных. Один из ведущих симптомов острого аппендицита — острая боль носит менее интенсивный характер и часто локализуется вне пределов правой подвздошной области. В 41% случаев у больных пожилого возраста температура нормальная, в 14,7% случаев отмечается нормальное число лейкоцитов в крови. У старых людей при остром аппендиците изменения со стороны белой крови обычно появляются поздно (спустя 2—3 дня и более).

Если у пожилых больных неярки основные острые симптомы аппендицита, то у них почти всегда можно наблюдать задержку стула, сухость языка и общее недомогание. Чем старше больной, тем резче выражены эти явления.

При атипичном расположении червеобразного воспаленного отростка у больных этой группы отмечается не только малая интенсивность, но и неопределенность локализации боли в животе, однако чаще она бывает в нижних отделах живота, поясничной области или носит разлитой характер. Довольно часто этому сопутствуют дизурические расстройства.

В пожилом возрасте значительно чаще наблюдается осложнение острого аппендицита аппендикулярным инфильтратом (А. А. Бочаров, 1963; И. Г. Гарбуз, 1965; О. В. Богословский, 1969; З. К. Забегальская, 1969; А. Н. Поляков, 1972; Шешег, 1971, и др.). По данным А. В. Николаева (1967), это осложнение отмечалось в 4,1% случаев, т. е. в 4 раза чаще, чем у лиц молодого и среднего возраста. Аппендикулярные инфильтраты у пожилых больных имеют свои особенности: они нередко появляются без характерного предшествующего острого приступа, течение их обычно вялое, что часто затрудняет дифференциальную диагностику с новообразованием слепой кишки. У пожилых людей нередко временно не распознаются тазовые аппендикулярные гнойники или расположенные в области таза инфильтраты, которые протекают вяло, атипично. С целью уменьшения подобных диагностических ошибок в старческом возрасте необходимо обязательно проводить пальцевое обследование прямой кишки (и вагинальное обследование у женщин).

Замедленная ответная реакция организма на патологический очаг, смазанность симптомов в пожилом и старческом возрастах приводят к запоздалой операции и последующим осложнениям, что дает высокую летальность после аппендэктомии. По некоторым данным, она в 30 раз выше общей летальности при этом заболевании, а послеоперационные осложнения наблюдаются почти у 73 больных.

Клиническая настороженность, тщательное динамическое наблюдение с применением экстренных рентгенологических и лабораторных обследований позволили в Институте скорой помощи имени Н. В. Склифосов-

ского половину больных описываемой группы оперировать в первые 3 ч от момента поступления в стационар.

Основным принципом лечения острого аппендицита у пожилых больных является ранняя операция. У этой группы больных требуется больше времени как для уточнения диагноза в стационаре, так и для подготовки больного к операции. Однако целенаправленная подготовка к операции не должна задерживать ее. Применение сердечных и дезинтоксикационных средств, гормонотерапия — обязательный минимальный комплекс предоперационной подготовки.

Большинство операций у больных в старческом возрасте проводится под местной анестезией, позволяющей успешно выполнить оперативное вмешательство. В некоторых случаях — при атипичном расположении червеобразного отростка, явлениях разлитого перитонита, перфорации отростка — целесообразнее сразу же производить срединную лапаротомию под масочным или интубационным наркозом.

Наряду с правильным выбором метода обезболивания немаловажное значение имеют техника выполнения оперативного вмешательства, щадящее отношение к тканям. Таких больных должны оперировать более опытные хирурги.

Существующая точка зрения на тампонирующее и дренирование брюшной полости при осложненном остром аппендиците у больных молодого возраста требует некоторых поправок в сторону расширения показаний у больных пожилого возраста в связи с пониженными пластическими свойствами брюшины у этой группы больных. По данным Института скорой помощи имени Н. В. Склифосовского, у 1/3 больных пожилого и старческого возраста с деструктивным острым аппендицитом было произведено тампонирующее, а у 1/4 — дренирование брюшной полости.

Вследствие особенностей старческого организма послеоперационный период у этой группы больных протекает значительно тяжелее. Чаще отмечаются парез кишечника, пневмония, сердечно-легочная недостаточность, тромбоэмболические осложнения. Особое внимание необходимо уделять послеоперационному ведению больных с деструктивными формами острого аппендицита, сопровождающимися перитонеальными явлениями. Целенаправленная антибиотикотерапия с учетом

чувствительности флоры брюшной полости, внутривенные переливания глюкозы с физиологическим раствором, плазмы, крови — необходимые мероприятия борьбы с явлениями имевшего места перитонита.

Одним из важнейших вопросов послеоперационного периода является борьба с послеоперационным парезом кишечника, который наблюдается у лиц старческого возраста значительно чаще и переносится ими тяжело. Постоянное вздутие петель кишечника, переполнение их содержимым и газом — все это ведет к высокому стоянию диафрагмы, нарушению легочной вентиляции и сердечной деятельности, в результате чего развиваются осложнения — пневмония, ателектаз легких, острая сердечно-сосудистая недостаточность. Борьбу с парезом кишечника следует начинать с первых часов после операции. Одним из наиболее эффективных мероприятий в борьбе с этим осложнением является постоянная аспирация содержимого желудка.

Большое значение приобретает профилактика сосудистых осложнений, в частности, тромбоза и эмболии. Учитывая часто наблюдаемую у пожилых больных сердечно-легочную недостаточность, необходимо широко применять в послеоперационном периоде дыхательную гимнастику и комплекс сердечных средств. Такие общепризнанные мероприятия, как банки, горчичники, кислородотерапия, возвышенное положение тела, раннее вставание, являются надежной профилактикой этих осложнений. Необходимо постоянно следить за опрятностью больных и состоянием кожи, чтобы предупредить развитие пролежней, которые иногда могут привести даже к гибели больного.

Глава VI

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Единственным методом лечения больных острым аппендицитом является ранняя экстренная операция. «Когда все врачи проникнутся этой мыслью, когда **они** поймут необходимость быстрой диагностики и немедленного оперативного вмешательства, им не придется

больше иметь дело с тяжелым перитонитом, со случаями тяжелого нагноения, с теми отдаленными инфекционными осложнениями, которые и в настоящее время слишком часто омрачают прогноз аппендицита» (Г. Мондор, 1937).

В СССР достигнуты значительные успехи в лечении больных острым аппендицитом. В настоящее время принцип ранней операции при остром аппендиците должен оставаться неизменным, ибо твердо установлено, что чем раньше произведена операция, тем лучше результаты. Однако не всегда результаты лечения острого аппендицита оказываются благоприятными. Общую картину благополучия хирургического лечения острого аппендицита в ряде случаев омрачают смертельные исходы.

Смерть больных от острого аппендицита заставляет вновь анализировать ошибки, допускаемые при диагностике, в процессе лечения, изучать причины неудач. Интерес к этой проблеме проявляют не только практические хирурги, но и организаторы здравоохранения, которых справедливо беспокоят неснижающаяся летальность и осложнения при остром аппендиците.

При ясном диагнозе острого аппендицита срочная операция в ранние сроки является основой лечения. Это положение нашло отражение в материалах X пленума хирургов Украины и 3-й Всесоюзной конференции хирургов, травматологов и ортопедов (1967). В настоящее время нет оснований для изменения тактики раннего оперативного лечения острого аппендицита в пользу консервативной терапии. Следовательно, диагноз острого аппендицита диктует немедленную операцию. Исключением являются больные с отграниченным аппендикулярным инфильтратом, не подлежащие экстренному оперативному вмешательству, и больные осложненным аппендицитом, требующие проведения предоперационной подготовки. Нельзя настаивать на немедленной операции в неясных случаях, когда общее состояние больного не вызывает угрозы. Несколько часов, потраченных на обследование и наблюдение за больным, способствуют уточнению диагноза, а в ряде случаев позволяют отказаться от диагноза острого аппендицита и от оперативного вмешательства.

Приступ острого аппендицита может наступить у больных с тяжело протекающей пневмонией, инфарктом

миокарда, декомпенсированным пороком сердца, острыми нарушениями мозгового кровообращения и т. д. В таких случаях не следует приступать к оперативному лечению тотчас после установления диагноза, так как для больного операция может оказаться непереносимой. Воздержание от немедленного оперативного лечения должно быть четко аргументировано консилиумом врачей, а за больным необходимо установить динамическое наблюдение. Подобная тактика иногда оказывается оправданной, воспалительный процесс может ограничиться и принять обратное развитие. Если в процессе наблюдения клиническая картина острого аппендицита не затихает, следует по жизненным показаниям прибегнуть к оперативному вмешательству. В случаях же острого осложненного аппендицита, несмотря на тяжесть соматического заболевания, необходимо оперировать больного после соответствующей подготовки.

В комплексе лечебных мероприятий при остром аппендиците важное значение имеет предоперационная подготовка, которая должна предшествовать операции (Б. А. Петров, 1958; Д. А. Арапов, 1958; С. Я. Долецкий, 1962; В. И. Стручков, 1965; В. С. Маят, 1969; В. А. Кубышкин, 1973, и др.). Она является одним из средств уменьшения риска оперативного вмешательства, способствует улучшению общего состояния больного, нормализует гуморальные нарушения, повышает иммунозащитные механизмы в борьбе с инфекцией.

Необходимо выделить два вопроса, связанные с предоперационной подготовкой: о составе больных, нуждающихся в подготовке, и о длительности и объеме ее проведения. Чем больший срок прошел от начала заболевания острым аппендицитом и чем тяжелее состояние больного, тем более интенсивная подготовка должна предшествовать операции. Однако подготовка больного острым аппендицитом в таких случаях не должна быть чрезмерно длительной, так как быстрое прогрессирование патологического процесса в брюшной полости создает прямую угрозу жизни больного. Предоперационная подготовка, как правило, не должна занимать более 1—2 ч. Лечение, начатое до операции и продолженное на операционном столе, часто оказывается достаточным для выведения больного из тяжелого состояния.

Прежде чем приступить к предоперационной подготовке больного острым аппендицитом, необходимо, не-

смотря на тяжесть его состояния, провести ряд экспресс-диагностических исследований. Они не займут много времени, но могут оказать неоценимую помощь в выборе рациональных лечебных мероприятий. К числу обязательных исследований надо отнести клинический анализ мочи и крови, электрокардиографию, определение количества сахара и остаточного азота в крови, коагулографию, а при аппендиците, осложненном перитонитом,— определение электролитного состава крови. Полученные данные имеют большое практическое значение для целенаправленной предоперационной подготовки.

В процессе подготовки к операции больному с осложненной формой острого аппендицита необходимо с помощью толстого зонда опорожнить желудок, а при выраженном парезе кишечника наладить постоянную аспирацию содержимого из желудка, верхних отделов тонкого кишечника с помощью тонкого зонда и аспираторской системы. Парез кишечника при остром аппендиците чаще всего является следствием разлитого гнойного перитонита. Это тяжелое осложнение острого аппендицита требует выполнения операции под общим обезболиванием. И если не принять меры для разгрузки верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, возможно развитие осложнений во время проведения наркоза (аспиратория).

У больных разлитым перитонитом аппендикулярного происхождения предоперационная подготовка дополняется мероприятиями, направленными на уменьшение интоксикации, коррекцию гуморальных сдвигов. Достаточно хороший дезинтоксикационный эффект обычно получается при введении больному внутривенно 100 мл неокompенсана или гемодеза, сухой или нативной плазмы в количестве 200—250 мл, 400 мл желатиноля в сочетании с полиглюкином. При тяжелой интоксикации хорошие результаты дают переливание 250 мл свежей донорской крови, введение электролитов (500 мл раствора Дарроу). Больным с симптомами почечной недостаточности, высоким остаточным азотом целесообразно ввести 500 мл 5% раствора глюкозы, 4% бикарбоната натрия в количестве 200—400 мл.

При выявлении изменений в миокарде, указывающих на нарушение коронарного кровообращения, следует особое внимание уделить профилактике острой сердеч-

ной недостаточности. Хороший лечебный эффект оказывает вливание 40% раствора глюкозы со строфантином или коргликоном.

Для повышения общей сопротивляемости организма наряду с введением белковых препаратов важно насыщение организма комплексом витаминов, особенно группы С и В, которые играют важную роль в окислительно-восстановительных процессах.

Примером важности предоперационной подготовки может служить следующее наблюдение.

Больная Н., 62 лет, поступила через 3 сут от начала заболевания, которое проявилось сильной болью в подложечной области. Позднее боль распространилась по всему животу. Неоднократная рвота, стул жидкий. Больная осмотрена врачом только на 3-й сутки, картина заболевания не совсем ясна. Госпитализирована с диагнозом «острого живота».

Состояние больной средней тяжести. Язык густо обложен белым налетом. Пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, мягок, защитного напряжения мышц нигде нет, резкая болезненность во всех отделах. Разлитой симптом раздражения брюшины. Клинически картина перитонита.

Проведена предоперационная подготовка. Через зонд, введенный в желудок, одномоментно эвакуировано около 2 л застойного желудочно-кишечного содержимого, после чего зонд подключен к системе постоянной аспирации. Внутривенно капельно введено 300 мл 5% раствора глюкозы с добавлением 10 мл витамина С и 400 мл полиглюкина. В процессе подготовки состояние больной заметно улучшилось. Пульс стал реже — 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 130/85 мм рт. ст. По отсосу дополнительно выделилось еще около 2 л застойного содержимого.

Через 2 ч после поступления больной в стационар произведена операция под наркозом. Срединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружен гнойный экссудат с каловым запахом. Купол слепой кишки фиксирован, вывести его в рану невозможно. Червеобразный отросток резко утолщен, гиперемирован, с перфорационным отверстием у основания. Произведена аппендэктомия. Наступило выздоровление.

Важное значение в успехе хирургического лечения больных острым аппендицитом имеет правильно выбранное обезболивание. Оно должно быть безупречным, поскольку развитие осложнений находится в определенной зависимости от вида обезболивания. Не так давно, всего 18—20 лет назад, метод обезболивания определялся хирургом. В настоящее время метод обезболивания, учитывая особенности заболевания и состоя-

ния больного, определяют совместно хирург и анестезиолог.

Оперативные доступы, как и методы обезболивания, нередко определяются привычками хирурга и установками, принятыми в том или ином лечебном учреждении. Для удаления червеобразного отростка применяют различные оперативные доступы. Правильно выбранный доступ имеет решающее значение для успешного проведения операции.

Наиболее распространенным доступом при неосложненных формах острого аппендицита является косой переменный разрез Мак-Бурнея в правой подвздошной области. Н. М. Волкович и П. И. Дьяконов (1899) несколько видоизменили этот разрез: вместо рассечения наружной косой мышцы живота они предложили послойное разъединение мышцы по ходу ее волокон. Довольно распространен и параректальный разрез Леннандера. Редко употребляется трансректальный разрез, идущий через правую прямую мышцу живота и другие слои брюшной стенки. И совсем почти оставлен поперечный разрез Винкельманна. Преимущество разреза Волковича—Дьяконова заключается в том, что он соответствует проекции слепой кишки; при нем не повреждаются нервы и мышцы, что сводит до минимума частоту развития послеоперационных грыж. В Институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского считают, что разрез Волковича—Дьяконова при аппендэктомии наиболее удобен и его следует рекомендовать в подавляющем большинстве случаев.

В отдельных случаях при выполнении аппендэктомии могут встретиться технические трудности. Атипичное расположение червеобразного отростка, спаечный процесс в брюшной полости, наличие инфильтрата могут потребовать расширения разреза брюшной стенки, которое достигается методом Богоявленского — рассечением косой внутренней и поперечной мышц по наружному краю влагалища прямой мышцы вверх и вниз.

Разрез Леннандера для доступа к слепой кишке при остром аппендиците иногда оказывается удобным при атипичном расположении червеобразного отростка, когда возникает необходимость продлить разрез кверху при подпеченочном расположении отростка или вниз при тазовой его локализации. Однако мы считаем, что эти преимущества разреза уступают его отрицательным ка-

чествам. Неизбежное рассечение большого числа нервных ветвей, иннервирующих прямую мышцу живота, ведет к ее атрофии. Кроме того, создаются большие неудобства при необходимости дренировать и тампонировать брюшную полость. Выводить тампоны в этот же разрез нецелесообразно, так как будет затруднен отток гноя из правой подвздошной ямки и создадутся благоприятные условия для нагноения операционной раны.

Важно сказать и о длине разреза. Она должна быть такой, чтобы имелся достаточный обзор илео-цекального угла. При малом разрезе приходится оперировать в трудных условиях, чрезмерно травмируя слепую кишку. При этом может произойти надрыв брыжейки или серозного покрова купола слепой кишки, иногда же отрывается часть отростка. Малый разрез брюшной стенки хирург вынужден восполнить чрезмерным растяжением операционной раны, что приводит к большей травме тканей. При осложненном остром аппендиците из малого разреза брюшной стенки правильно выполнить операцию практически невозможно. При малой длине разреза передней брюшной стенки невозможна также достаточная ревизия брюшной полости, что может привести к грубой ошибке. Примером может служить следующее наблюдение.

Больная И., 34 лет, поступила через 2 сут от начала заболевания. Без всякой связи с приемом пищи у нее внезапно появилась боль в подложечной области и правой половине живота, несколько раз были рвота, озноб. При поступлении больная жаловалась на боль в правой половине живота. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, температура 38,2°С. Живот обычной конфигурации. При пальпации его отмечаются напряжение и болезненность всей правой половины. Лейкоцитоз 12 800. Заподозрен острый аппендицит.

Под местной анестезией произведен косой переменный разрез длиной 12 см в правой подвздошной области. Выпота нет. Отросток со слегка инъецированными сосудами располагается в правом латеральном канале. Произведена аппендэктомия.

При гистологическом исследовании отростка острых воспалительных изменений в нем не найдено.

Тяжелое послеоперационное течение, не снижающаяся высокая температура, болезненность в правом подреберье, значительные изменения в формуле крови заставили предположить деструктивную форму острого холецистита.

Через 3 сут после аппендэктомии под эндотрахеальным наркозом произведена верхне-срединная лапаротомия, во время которой найден флегмонозно-гангренозный желчный пузырь. Произведена холецистэктомия, брюшная полость дренирована. Постепенное выздоровление.

В данном случае небольшой разрез в правой подвздошной области не позволил хирургу произвести осмотр правого подреберья, в результате чего была допущена диагностическая ошибка.

При осложненном остром аппендиците с клинической картиной разлитого перитонита показана нижне-срединная лапаротомия. Этот разрез дает возможность провести ревизию брюшной полости и правильно оценить имеющуюся патологию, хорошо удалить экссудат, что важно для дальнейшего благоприятного течения. Неоценимую услугу может оказать этот разрез, если источник перитонита не совсем ясен.

Большое значение в успехе операции по поводу острого аппендицита имеет правильное удаление воспалительно измененного червеобразного отростка. В момент мобилизации отростка важно правильно лигировать сосуды его брыжейки. При отечной брыжейке целесообразно прошивание ее с последующей перевязкой. Следует помнить о том, что лигирование брыжейки одной лигатурой опасно. При уменьшении отека в послеоперационном периоде возможно ослабление лигатуры, что может привести к кровотечению в свободную брюшную полость.

Методике обработки культи червеобразного отростка посвящено много исследований. Рекомендации, сделанные в этом направлении, также многочисленны. В настоящее время существуют два основных метода обработки культи червеобразного отростка: удаление отростка с оставлением неперитонизированной культи (лигатурный метод) и удаление отростка с последующей перитонизацией культи.

Лигатурный метод без перитонизации культи отростка впервые применил Кюплет (1886), а в России Ф. Л. Сегет (1891). Лигатурный метод обработки культи широко использовался в 40—50-е годы (Ю. Ю. Джанелидзе, С. С. Юдин). Сторонниками этого метода были В. Р. Брайцев, С. В. Лобачев, которые считали, что лигатурный метод обработки культи более физиологичен и не опасен. По данным В. Р. Брайцева (1946), на 1515 операций по лигатурному способу умерли 2 больных. Однако смертельный исход автор ставил в связь не с методом, а с техникой его выполнения.

Обработку культи червеобразного отростка с перитонизацией ее двухрядным шелковым швом впервые

произвел Треуэз (1889). Зепп (1890) перитонизировал культю отростка с помощью подшивания к ней серозного покрова слепой кишки. Преимуществом этого способа обработки является отсутствие возможности инфицирования брюшной полости содержимым культи отростка, так как просвет ее полностью закрыт погруженным швом. Однако из-за боязни нагноения в замкнутой полости после завязывания кисета над культей червеобразного отростка некоторые хирурги предпочитают метод Дьяконова, который заключается в раздавливании основания отростка зажимом с последующим погружением кисетным швом в просвет слепой кишки.

В Институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского при аппендэктомии наиболее широко распространен метод погружения предварительно перевязанной культи червеобразного отростка в купол слепой кишки кисетным и 2-образным швами. В качестве шовного материала используется тонкий шелк. На основании большого количества наблюдений можно утверждать, что эта методика обработки культи червеобразного отростка дает наименьшее количество осложнений.

По окончании обработки культи червеобразного отростка необходимо тщательно проверить гемостаз. При прободном аппендиците, осложненном разлитым гнойным перитонитом, после удаления отростка целесообразно произвести тщательную обработку брюшной полости. Однако множество карманов, образованных брюшиной, создает большие трудности при удалении гноя.

Взгляды хирургов на способы удаления гноя из брюшной полости весьма разноречивы. Так, Бартс, Саллтопх не рекомендуют протирать брюшину салфетками. По их мнению, подобное удаление гноя вызывает разрушение мезотелия брюшины. В. С. Левит (1946) также возражает против грубой травмы поверхности кишок, считая, что удаление фибриновых пленок бесполезно и, кроме травмы и повреждения тканей, ничего не дает. По этой же причине нельзя положительно относиться к рекомендации К. С. Симоняна (1971), предлагающего поверхность брюшины и петли кишечника обрабатывать мыльной пеной с помощью мягкой щетки.

Удобным и эффективным методом осушивания брюшной полости от выпота является метод аспирации, с помощью которого удастся почти полностью вывести

гнойный экссудат без дополнительной травмы брюшинного покрова.

Одновременно с удалением гноя необходимо принимать меры к дезинфицированию брюшной полости. В. Д. Федоров (1974) считает самым эффективным и наиболее нежным способом санации брюшной полости массивное ее промывание изотоническим солевым раствором с антибиотиками. При этом должна применяться щадящая техника. В практике Института скорой помощи имени Н. В. Склифосовского широко применяется санация брюшной полости большим количеством теплого раствора фурацилина, который затем отсасывают аспиратором.

После удаления деструктивно измененного отростка и санации брюшной полости часто возникает вопрос о необходимости ее дренирования.

В тех случаях, когда воспалительный процесс ограничивается только червеобразным отростком, после его удаления брюшную полость следует зашивать наглухо, так как неизменная брюшина хорошо справляется с оставшейся инфекцией. Тампон же вводят в брюшную полость в тех случаях, когда в ней остается неудаленный источник инфекции {некротические ткани, гематома, обширные грануляции, инфицированная забрюшинная клетчатка) или когда у хирурга нет достаточной уверенности в прочности наложенных на слепую кишку швов, а также при невозможности добиться тщательного гемостаза в брюшной полости.

Если во время операции обнаруживается плотный воспалительный инфильтрат, хорошо отграниченный от свободной брюшной полости, то целесообразно отказаться от поисков червеобразного отростка и ограничиться подведением тампонов и дренажа к инфильтрату. Искать отросток в подобной ситуации опасно, так как при разделении инфильтрата можно легко повредить стенку кишки и не найти отростка. Едва ли можно согласиться с В. Е. Брызгаловым (1969), который настаивает на радикальном оперативном вмешательстве при аппендикулярном инфильтрате, отрицая возможность осложнений. На основании многочисленных наблюдений в Институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского мы пришли к убеждению, что оперативное вмешательство у больного с аппендикулярным инфильтратом в стадии затихания воспалительного процесса

является тактической ошибкой. Но если хирург обнаружил плотный аппендикулярный инфильтрат во время операции, вмешательство должно быть минимальным.

Иная тактика хирурга должна быть в отношении больного, у которого при вскрытии брюшной полости обнаруживается рыхлый, легко разделяемый аппендикулярный инфильтрат в ранние сроки его образования. В этой стадии развития инфильтрата хирург не может быть абсолютно уверен, что наступило надежное отграничение воспалительного очага и процесс не закончится развитием перитонита. В таких случаях очень опасно оставлять червеобразный отросток, который, как правило, гангренозно изменен и имеет перфоративное отверстие. Поэтому, не производя грубых разделений инфильтрата, следует удалить червеобразный отросток, закончив операцию подведением тампонов и дренажа.

При гангренозном или перфоративном аппендиците, осложненном ограниченным перитонитом, при наличии значительных воспалительных изменений в окружающих тканях показано применение дренажа для последующего введения антибиотиков.

Нередко деструктивный процесс в червеобразном отростке выходит за его пределы и распространяется на стенку слепой кишки в виде образования очаговых некрозов. Надеяться на активную регенерацию тканей в этом случае нельзя. Каждому оперирующему хирургу известна подобная ситуация, чреватая опасностью возникновения кишечного свища. Поэтому отграничивающая тампонада и дренирование брюшной полости в этих случаях являются обязательными и позволяют у ряда больных избежать смертельных осложнений.

Воспалительная инфильтрация заднего листка париетальной брюшины и забрюшинной клетчатки при деструктивном ретроперитонеальном аппендиците также является показанием к применению тампона и дренажа. Рыхлая забрюшинная клетчатка очень восприимчива к инфекции, которая легко и быстро распространяется по всей забрюшинной клетчатке, переходя на клетчатку паранефрия, поддиафрагмального пространства, таза и даже бедра. Поэтому очень важно своевременно и правильно произвести дренирование забрюшинного пространства. Ретроперитонеальную клетчатку целесообразно дренировать сзади через широкую контр-

аппертуру в задне-боковой стенке живота, подводя тампоны и дренаж, что способствует ограничению процесса и свободному оттоку гноя.

При неполном удалении червеобразного отростка, а также в случаях невозможности остановить капиллярное кровотечение во время операции, особенно у больных с заболеванием крови, необходимо закончить операцию подведением тампонов и дренажа к ложу отростка.

При разлитом инфекционном перитоните вопрос о дренировании брюшной полости решается индивидуально в зависимости от фазы перитонита. В ранней фазе разлитого перитонита введение тампонов в брюшную полость не показано. Необходимо провести дренирование ее. Дренажи целесообразнее ввести в четырех местах—правой и левой подвздошной области, правом и левом подреберье. У женщин необходимо дренировать полость малого таза через задний свод влагалища, т. е. дренировать те места, где можно ожидать развития гнойников. При прободном аппендиците и ихорозном гнилостном перитоните в поздней фазе полностью удалить гнойный очаг почти не представляется возможным. В брюшной полости часто остается источник инфекции и нагноения в виде остатков некротической ткани в зоне расположения червеобразного отростка. Поэтому необходимо подвести тампон и дренаж в правую подвздошную область, так как возможно формирование абсцесса или забрюшинной флегмоны, а в некоторых случаях образование кишечного свища вследствие прогрессирующего некроза стенки слепой кишки.

При введении тампонов и дренажей в брюшную полость необходимо обращать внимание на весьма важный момент: ушитая операционная рана не должна сдавливать тампоны, чтобы не препятствовать свободному оттоку гноя; при тугом ушивании мышц, апоневроза и кожи они превращаются в пробку. Тампоны должны лежать рыхло. Извлекать их следует не ранее 7—8-го дня; к этому времени обычно происходит полное отграничение очага воспаления от свободной брюшной полости. Раннее извлечение тампонов (на 3—4-й день при незакончившемся отграничении воспалительного очага) может привести к генерализации инфекции и развитию разлитого гнойного перитонита, а также к травме кишечной стенки. Преждевременное закрытие

послеоперационной раны брюшной стенки также ведет к развитию тяжелых осложнений.

Дренажные трубки, вводимые в брюшную полость, должны быть эластичными и иметь диаметр не более 3—5 мм. Антибиотики по ним следует вводить до 3 раз в сутки. Дренажные трубки удаляются на 3—4-й день.

Для предупреждения гнойных осложнений со стороны операционной раны ее следует во время операции тщательно ограничивать салфетками от гнойного очага. Если же не удастся избежать загрязнения раны (обильный гнойный экссудат), то лучше подкожную клетчатку и кожу оставить незащитными, поместив в подкожной клетчатке салфетку, смоченную раствором фурацилина. Многие хирурги, дренируя подкожную клетчатку, накладывают отсроченные кожные швы и, если рана через 3—4 дня находится в хорошем состоянии, края ее сближают завязыванием провизорных швов.

Лечение такого осложнения острого аппендицита, как ограниченный плотный инфильтрат в правой подвздошной области, при благоприятном его течении должно заключаться в строгом постельном режиме, введении антибиотиков, соблюдении диеты. В первые дни для окончательного ограничения процесса применяют лед, а в дальнейшем для рассасывания инфильтрата рекомендуется сухое тепло — грелка. К назначению физиотерапевтических процедур больным пожилого возраста мы не рекомендуем прибегать до тех пор, пока не будет окончательно установлена природа инфильтрата. Весьма эффективное действие оказывает противовоспалительная рентгенотерапия.

Консервативное лечение инфильтрата дугласова пространства проводится так же, как и при инфильтратах другой локализации. Однако для более быстрого рассасывания воспалительного процесса назначают 2 раза в день небольшие теплые ромашковые клизмы (75—100 мл) с температурой воды не более 40°C. Хороший эффект оказывает применение теплых масляных клизм (подсолнечное или вазелиновое масло).

Если инфильтрат под влиянием проведенного лечения не рассасывается, а, наоборот, имеет тенденцию к увеличению и абсцедированию, необходимо вскрыть гнойник.

При абсцессе в правой подвздошной области его опорожняют боковым внебрюшинным доступом (способ Келли). Для этого разрез кожи длиной 10 см проводят параллельно правой пупартовой связке. После рассечения кожи в том же направлении рассекают наружную косую мышцу живота. Внутреннюю косую и поперечную мышцы рассекают перпендикулярно к предыдущему разрезу и тупо раздвигают. Чтобы приблизиться к абсцессу с боковой стороны, отодвигают на значительную глубину париетальную брюшину. В месте расположения абсцесса предбрюшинная клетчатка и брюшина обычно воспалены, отечны, а в глубине чувствуется зыбление. Через стенку абсцесса необходимо пройти тупым путем. При появлении гноя отверстие надо расширить и пальцем обследовать полость абсцесса. Удалять отросток следует только в том случае, если это не сопряжено с техническими трудностями.

Типичный косой разрез для опорожнения подвздошного абсцесса производить не рекомендуется из-за опасности инфицирования брюшной полости.

После опорожнения абсцесса полость его дренируют. Дренажирование преследует цель — обеспечить хороший отток гноя, поэтому рекомендуется применение толстой мягкой резиновой трубки и тампонов, «смоченных мазью Вишневского. Обычно через неделю тампоны удаляют, дренажи заменяют новыми. При хорошем дренировании полость абсцесса быстро уменьшается и обычно к концу 3-й недели наступает выздоровление.

Если же отток гноя из полости абсцесса затруднен (узкий дренаж, узкое раневое отверстие) или рано удаляют тампон и дренаж, что приводит к слипанию краев раны, полость абсцесса может вновь наполниться гноем. Об этом свидетельствуют не уменьшающаяся интоксикация, гектическая температура, возрастание лейкоцитоза. Следует расширить рану повторно и дать гною свободный отток. Выполнять операцию необходимо в операционной под наркозом. В противном случае частичное, неполное опорожнение гнойника приводит к распространению гнойного процесса.

В некоторых случаях подвздошный абсцесс может спускаться в область малого таза или же первоначально локализоваться в этой области. Если при пальцевом исследовании прямой кишки обнаруживается выпячивание передней ее стенки и подозревается абсцесс

дугласова пространства, производят вскрытие абсцесса через прямую кишку или влагалище. Под местным обезболиванием в прямую кишку хирург вводит сначала один, затем два, три и, наконец, четыре пальца, постепенно расширяя кольцо сфинктера. После растяжения сфинктера в прямую кишку вводят ректальное зеркало. Отыскивают наиболее выпячивающееся место прямой кишки и после смазывания слизистой йодом производят пункцию толстой иглой. При появлении гноя по игле скальпелем вскрывают полость абсцесса и удаляют гной. В полости абсцесса устанавливают толстую дренажную трубку, которую фиксируют к бедру липким пластырем.

При вскрытии абсцесса через влагалище шейку матки захватывают пулевыми щипцами и поднимают вверх, после чего открывается доступ к заднему своду. Пункционную иглу проводят через него в полость абсцесса. Ткани рассекают по ходу иглы, затем тупо расширяют раневое отверстие и вводят дренаж, который фиксируют также к бедру. На 3—4-й день его извлекают. Состояние больных после опорожнения абсцесса значительно улучшается. Температура снижается до нормы, при хорошем оттоке выделения гноя прекращается к концу первой недели.

Ни у кого не возникает сомнения в том, что после полного рассасывания инфильтрата червеобразный отросток подлежит удалению. Однако все еще является спорным вопрос о сроках выполнения аппендэктомии. Одни авторы (А. Я. Каплан, 1949; В. И. Колесов, 1972) считают, что операцию удаления червеобразного отростка следует производить тотчас после полного клинического рассасывания инфильтрата, не выписывая больного из стационара. Другие (Б. А. Петров, 1959; А. А. Русанов, 1960; М. А. Козлов, 1969; А. В. Вельский, 1969) наиболее выгодным сроком аппендэктомии после рассасывания инфильтрата считают период 1—4 мес.

По нашим наблюдениям, оптимальным сроком аппендэктомии после рассасывания аппендикулярного инфильтрата является период 1—2 мес, когда воспаление полностью ликвидируется и аппендэктомия осуществляется, как правило, без больших технических трудностей. Больному же, перенесшему периаппендикулярный абсцесс, когда произведена только эвакуация гноя,

а отросток не удален, аппендэктомию производят через более длительный срок — от 3 до 6 мес. У детей этот интервал может быть сокращен.

Основным методом лечения поддиафрагмального абсцесса является оперативный. Диагностическая пункция допустима лишь на операционном столе, чтобы при получении гноя из поддиафрагмального пространства сразу же приступить к операции.

Доступ к поддиафрагмальному абсцессу можно осуществлять чресплеврально и внеплеврально. Чресплевральный доступ более травматичный, таит в себе опасность инфицирования плевральной полости и последующего развития эмпиемы.

Для вскрытия и дренирования поддиафрагмального абсцесса мы отдаем предпочтение внеплевральному доступу по Мельникову. Так как наиболее часто встречается правосторонний поддиафрагмальный абсцесс, опишем методику правостороннего доступа. Операцию производят под эндотрахеальным наркозом в положении больного на левом боку. Разрез кожи длиной 10—15 см по средней подмышечной линии. Резецируют участки XI и XII ребер длиной 5—6 см (рис. 7, а). Обнажается плевра, которую тупо отслаивают вверх, после чего рассекают диафрагму (рис. 7, б). Тупо отделяют париетальную брюшину от внутренней поверхности диафрагмы до стенки абсцесса (рис. 7, в). Перед рассечением стенки абсцесса целесообразно сделать пункцию и, получив гной, широко раскрыть полость абсцесса. После опорожнения гнойника полость его дренируют и вводят тампоны с мазью Вишневского и резиновые дренажи. Первый раз тампоны меняют на 6—7-й день.

Правильное ведение послеоперационного периода в значительной степени определяет результаты операции, особенно при осложненных формах острого аппендицита. При неосложненных формах острого аппендицита состояние больных обычно удовлетворительное и не требует специального лечения в послеоперационном периоде.

Активное поведение больных после операции предупреждает развитие многих осложнений: пневмонии, тромбоза, эмболии, задержки мочеиспускания. Сразу же после операции больному можно разрешить поворачиваться на бок, менять положение тела, глубоко дышать, откашливаться. К концу 1-х суток больной может

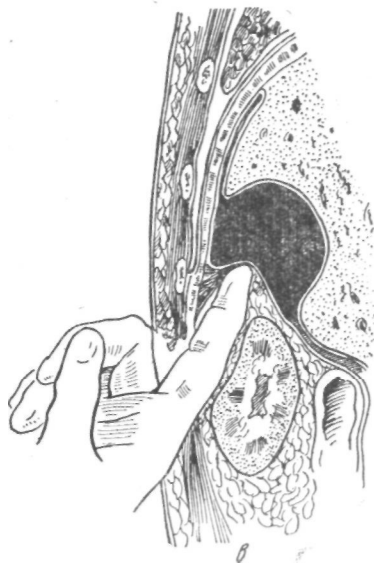
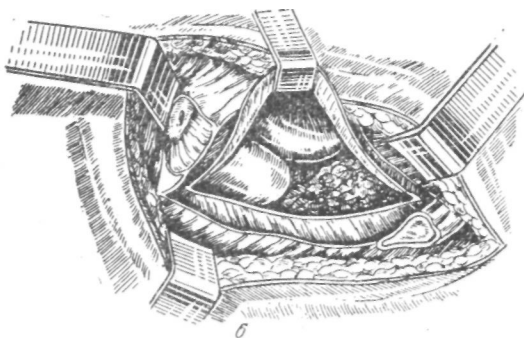
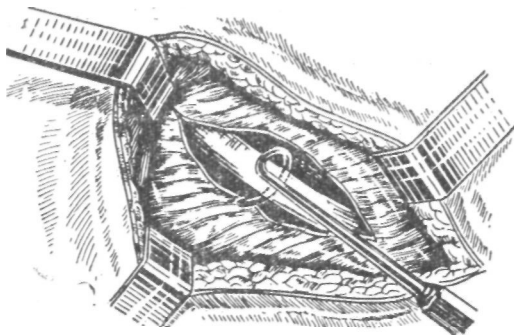


Рис. 7. Этапы вскрытия под-
диафрагмального абсцесса.

а — поднадкостничная резекция
XII ребра; *б* — рассечение диа-
фрагмы; *в* — вскрытие абсцесса
тупо пальцем через разрез в
диафрагме.

вставать около кровати, на 2-е сутки ходить. Огромный опыт хирургов Института скорой помощи имени Н. В. Склифосовского говорит о том, что количество осложнений у больных, активно двигающихся после операции, значительно меньше, чем у длительно лежащих неподвижно. Раннее питание уменьшает частоту послеоперационных парезов кишечника, способствует нормальной функции органов пищеварения и быстрейшему заживлению раны. Больному назначают легкоусвояемую пищу в небольших количествах, чтобы не перегружать желудочно-кишечный тракт. С 6-го дня его переводят на общий стол. Активный метод послеоперационного ведения больных хорошо дополняет лечебная физкультура, которая показана всем больным.

Глава VII

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

Снижение частоты послеоперационных осложнений у больных острым аппендицитом является важным фактором в исходе заболевания. В настоящее время частота непосредственных послеоперационных осложнений при остром аппендиците остается на высоком уровне и достигает, по данным различных авторов, 10—12%. Столь высокий процент послеоперационных осложнений во многом зависит от позднего поступления в стационар больных острым осложненным аппендицитом и от допускаемых хирургами технических и тактических ошибок у больных с этой патологией.

В данной главе мы остановимся на наиболее часто встречающихся грозных послеоперационных осложнениях у больных острым аппендицитом.

ПЕРИТОНИТ

Причиной развития послеоперационного перитонита является кишечное содержимое, попавшее в брюшную полость во время операции в результате разрыва напряженного отростка при его удалении; грубых манипу-

ляций во время отделения сальника, прикрывающего перфоративное отверстие; выхода гноя в свободную брюшную полость при разделении аппендикулярного инфильтрата или абсцесса; плохого осушвания брюшной полости от гнояного экссудата. Перитониты наблюдаются даже после аппендэктомии по поводу хронического аппендицита как результат технических погрешностей, допущенных на операции, и инфицирования брюшной полости.

Перитонит, развивающийся в послеоперационном периоде, обычно не дает яркой клинической картины, как это бывает при перфорации червеобразного отростка или прорыве аппендикулярного абсцесса, поэтому его часто своевременно не диагностируют и не принимают соответствующих мер.

Основным клиническим проявлением послеоперационного перитонита является боль в животе, однако она не столь интенсивна, как при перфорации червеобразного отростка, носит постоянный характер и имеет тенденцию к усилению. Боль чаще начинается в правой подвздошной области, затем принимает более разлитой характер. У некоторых больных этот симптом менее выражен, доминируют резкое вздутие живота и чувство распирания в брюшной полости. Рвота, тошнота являются почти постоянными симптомами послеоперационного перитонита. Нередко больного беспокоит икота, не отходят газы и кал. Характерен внешний вид больного: лицо бледное с сероватым оттенком, позже — заостренные черты лица, адинамия. Появляются бессонница, частый пульс, артериальное давление снижается. Несоответствие частоты пульса и температуры тела является характерным признаком перитонита.

В ранней стадии послеоперационного перитонита отмечается напряжение мышц брюшной стенки, затем этот признак становится менее выраженным, преобладает вздутие брюшной стенки с последующей картиной паралитической кишечной непроходимости. Прекращается кишечная перистальтика, появляется шум плеска в брюшной полости. Выражен симптом Щеткина—Блюмберга. При пальцевом исследовании через прямую кишку можно определить болезненные места брюшины или нависание передней стенки прямой кишки, указывающее на скопление экссудата в малом тазу. Характерна для перитонита картина крови; динамическое наблюде-

ние за ней при развивающемся перитоните показывает прогрессивное увеличение количества лейкоцитов (до 30 000—35 000) и сдвиг формулы белой крови влево. В редких же случаях изменения в крови при перитоните могут оставаться минимальными.

При развитии перитонита после аппендэктомии только ранняя релапаротомия спасает больного. Повторное оперативное вмешательство целесообразнее проводить под общим обезболиванием с использованием срединного разреза брюшной стенки. Это позволит произвести тщательную ревизию брюшной полости, установить источник перитонита, осушить брюшную полость.

Последующее лечение таких тяжелых больных требует от врача чрезвычайно энергичных лечебных мероприятий, направленных на борьбу с инфекцией, интоксикацией, коррекцию гуморальных нарушений, стимуляцию кишечной перистальтики.

АБСЦЕСС В ОБЛАСТИ УДАЛЕННОГО ОТРОСТКА

При прободном аппендиците зона расположения отростка является местом потенциальной инфекции, и трудно полагать, что патогенная флора во время операции может быть полностью удалена. В ряде случаев оставление фекальных масс, участка червеобразного отростка является причиной образования абсцесса в этой области. Особенно опасно развитие абсцесса при зашитой наглухо брюшной полости.

Абсцесс может быть большим и вызывать тяжелую послеоперационную интоксикацию. Иногда он может распространиться в малый таз, и тогда его легко прощупать при обследовании через прямую кишку или влагалище.

Профилактикой образования абсцессов в зоне отростка являются тщательный гемостаз, удаление некротических тканей, а когда это не удается, проведение во время операции дренирования и тампонады брюшной полости.

АБСЦЕСС ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА

Абсцессы дугласова пространства встречаются редко, частота их колеблется от 0,11% (И. В. Гуртовой, 1952) до 1—3% (Б. И. Чуланов, 1965).

Тазовые абсцессы развиваются по-разному: то остро и быстро, то медленно и незаметно, распространяясь в сторону свободной брюшной полости или в направлении операционной раны. Чаще это осложнение появляется после операции по поводу деструктивного аппендицита при наличии гнойного выпота в брюшной полости. В Институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского оно имело место у 6 из 3051 больного, оперированного по поводу деструктивного аппендицита.

Причина образования тазовых гнойников заключается в недостаточном осушивании и санации брюшной полости во время операции: оставшийся инфицированный экссудат в силу тяжести скапливается в малом тазу и продолжает развиваться, вовлекая прилежащие ткани. Тазовые абсцессы могут образоваться в результате кровотечения из сосудов культи червеобразного отростка, тазовой локализации гангренозного отростка, особенно осложненного прободением. Интермиттирующая температура с 5—6-го дня после операции, ноющая боль в животе, лейкоцитоз, наличие слизи или крови в кале, тенезмы, болезненное мочеиспускание позволяют заподозрить развитие абсцесса дугласова пространства.

Тазовый абсцесс может опорожниться самостоятельно через прямую кишку или влагалище. Обнаружение мягкого инфильтрата через прямую кишку позволяет решить вопрос о дренировании абсцесса — вскрытии его через своды влагалища или прямую кишку.

Иногда небольшие тазовые абсцессы локализуются в карманах между прямой кишкой и маткой, определяются длительное время в виде инфильтратов без тенденции к увеличению или рассасыванию, вызывают небольшие подъемы температуры, умеренную интоксикацию, кишечный дискомфорт.

Образованию абсцесса дугласова пространства после удаления деструктивно измененного отростка предшествует стадия инфильтрации в малом тазу. В этот период возможно обратное развитие инфильтрата без нагноения при своевременной консервативной терапии: применение антибиотиков направленного действия с учетом чувствительности к ним кишечной флоры, теплые ромашковые клизмы. Это лечение необходимо проводить под постоянным контролем; при появлении признаков размягчения инфильтрата требуется оперативное лечение.

Острый аппендицит занимает не последнее место среди причин возникновения поддиафрагмального абсцесса. Это осложнение возникает при остром аппендиците при различных обстоятельствах. Прежде всего абсцесс в поддиафрагмальном пространстве развивается при высоком расположении червеобразного отростка, когда аппендикулярный гнойник локализуется у края печени и проникает через щелевидное пространство между нею и диафрагмой. Возможно затекание в поддиафрагмальное пространство гноя по латеральному каналу брюшины. При тромбофлебите воротной вены вследствие острого деструктивного аппендицита в печени могут образоваться многочисленные гнойники, которые, вскрываясь, ведут к развитию поддиафрагмального абсцесса. Забрюшинная флегмона при ретроперитонеальном деструктивном аппендиците имеет тенденцию распространяться вверх и может также привести к развитию внебрюшинного поддиафрагмального абсцесса.

Наконец, при разлитом перитоните аппендикулярного происхождения во время операции может остаться скопление гноя между печенью и диафрагмой, что в последующем вызовет развитие поддиафрагмального абсцесса.

Такую же этиологию и патогенез имеют и абсцессы, располагающиеся под печенью: они часто встречаются одновременно с абсцессом, расположенным непосредственно под диафрагмой.

Анатомия поддиафрагмального пространства такова, что там наблюдаются три правосторонних (передне-верхнее, задне-верхнее и нижнее) и три левосторонних (верхнее, передне-нижнее, задне-нижнее) пространства, которые могут служить местом формирования абсцесса (рис. 8, 9). Поддиафрагмальный абсцесс возникает на правой стороне в 7 раз чаще, чем на левой (И. Литтман, 1970).'

Диагностика поддиафрагмального абсцесса не всегда проста. Симптомы его бывают неясными, особенно в первые дни формирования. Первые проявления этого осложнения в послеоперационном периоде обычно начинаются с подъема температуры, потери аппетита, плохого самочувствия. Позже лихорадка принимает гектический характер; нередко появляется озноб с пролив-

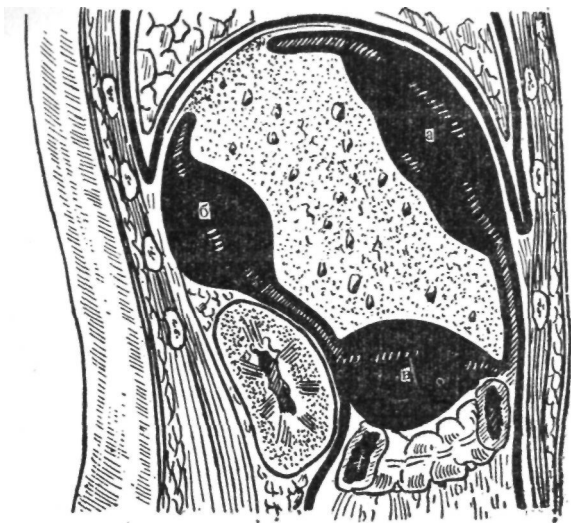


Рис. 8. Локализация правосторонних поддиафрагмальных абсцессов.
я — передне верхний; б — задне-верхний; в — нижний.

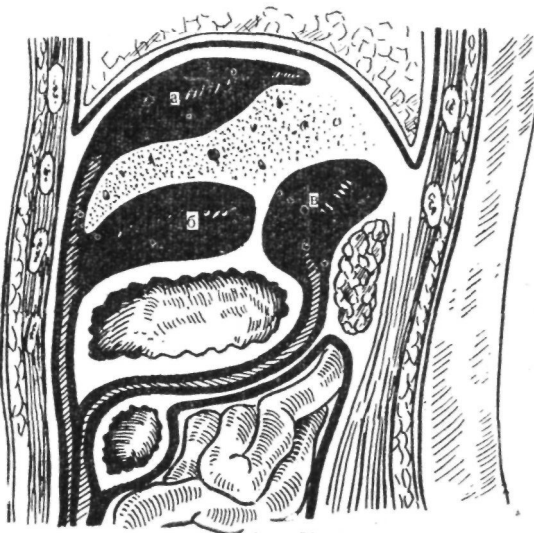


Рис 9. Локализация левосторонних поддиафрагмальных абсцессов.
а — верхний; б — передне-нижний; в — задне-нижний.

ным потом, наблюдается сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Эти симптомы свидетельствуют о наличии гнойного очага. В таких случаях хирург прежде всего должен исключить нагноение в области операционной раны, абсцесс в полости малого таза. При их отсутствии наиболее вероятным местом скопления гноя является поддиафрагмальный или межкишечный абсцесс. При диагностике поддиафрагмального абсцесса следует иметь в виду, что гнойник далеко не всегда занимает все поддиафрагмальное пространство: он может локализоваться спереди, сзади или в верхней части. При задней локализации абсцесса воспалительная припухлость может располагаться у XII ребра и симулировать паранефриты. При передней локализации иногда возникает припухлость и резкая болезненность в области реберной дуги.

При поддиафрагмальном и подпеченочном абсцессах почти закономерными являются наличие сопутствующего реактивного плеврита и отсутствие подвижности диафрагмы.

Наибольшую диагностическую ценность при поддиафрагмальном абсцессе представляет рентгенологическое обследование. Как правило, абсцесс содержит некоторое количество газа, который образуется гнилостными бактериями. Под ясно очерченной высоко приподнятой диафрагмой видны светлый пузырь газа и уровень жидкости. При отсутствии газа рентгенологический диагноз менее четок, и о наличии абсцесса можно судить лишь по дугообразно приподнятой и неподвижной тени диафрагмы.

Поддиафрагмальный абсцесс подлежит широкому вскрытию и хорошему дренированию. Абсцесс следует вскрывать по возможности экстраперитонеально и экстраплеврально, чтобы избежать развития перитонита или эмпиемы плевры. Оперативный подход к поддиафрагмальному абсцессу зависит от его локализации.

ПИЛЕФЛЕБИТ И АБСЦЕСС ПЕЧЕНИ

Пилефлебит является одним из тяжелейших осложнений деструктивного аппендицита и в настоящее время встречается довольно редко. На материале института за последние 10 лет с подобным осложнением мы встретились только у одной больной.

Источником пилефлебита являются тромбированные вены червеобразного отростка, откуда септические тромбы переходят или заносятся током крови в брыжеечные и воротную вены, вызывая тромбофлебит печеночных разветвлений последней с образованием в дальнейшем множественных абсцессов в печени. У больных, оперированных уже с тяжелыми осложнениями деструктивного аппендицита, симптомы пилефлебита обычно развиваются бурно на 2—4-й день после операции, реже в более поздние сроки. Проявляется пилефлебит тяжелым общим состоянием больного, болью в животе неопределенного характера и локализации, слабостью, отсутствием аппетита, бледностью кожных покровов с желтушным окрашиванием. Позже боль локализуется в правой половине живота, в правом подреберье, редко в эпигастральной области. Живот остается мягким, мало болезненным при пальпации, в ряде случаев наблюдается увеличение печени. Характерным проявлением пилефлебита является повторяющийся озноб с повышением температуры тела до 39—40°C с проливным потом; температура носит гектический характер. Высокие цифры лейкоцитоза (15 000—20 000 и более) с левым сдвигом лейкоцитарной формулы являются почти постоянным признаком этого осложнения.

Диагностика пилефлебита в ранние сроки чрезвычайно трудна, так как нет ни одного характерного признака для этого осложнения. Развивающийся гнойный процесс в брюшной полости дает достаточно много симптомов интоксикации и септического состояния. Только в динамике наблюдения, при ухудшении состояния больного и перемещении болевого синдрома в верхний этаж брюшной полости, появление легкой иктеричности склер и кожных покровов заставляет подумать о пилефлебите или назревающем гнойнике в печени.

Постепенное увеличение размеров печени на фоне описанной клинической картины делает диагноз пилефлебита несомненным. К сожалению, это относится уже к поздней фазе образования гнойников в печени. Некоторую помощь в диагностике печеночного абсцесса, когда гнойники достаточно большие, оказывает рентгенологическое обследование.

Множественные абсцессы печени в результате пилефлебитов, как правило, приводят к смерти больного.

С целью профилактики этого тяжелого осложнения целесообразно при обнаружении во время операции тромбированных вен червеобразного отростка производить блокирование брыжеечной вены раствором новокаина с антибиотиками. При ретроперитонеальном расположении отростка нужно производить широкую тампонаду забрюшинной клетчатки и постоянное капельное введение в эту область антибиотиков по дренажу. Необходимо массивная антибиотикотерапия. При развитии пилефлебита и абсцессов печени к перечисленным выше мероприятиям нужно добавить канюлирование пупочной вены с целью подведения антибиотиков и других лечебных препаратов непосредственно к печени.

КРОВОТЕЧЕНИЕ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ПОСЛЕ АППЕНДЕКТОМИИ

Внутрибрюшное кровотечение после аппендэктомии является редким, но опасным осложнением. Частота его выражается сотыми долями процента. В Институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского это осложнение на протяжении последних 20 лет наблюдалось у 3 больных. Источником кровотечения в брюшную полость после аппендэктомии чаще оказываются сосуды брыжейки червеобразного отростка или пересеченные во время операции спайки и сращения. Причины возникающего кровотечения разнообразны: не полностью перевязаны сосуды брыжейки; соскальзывание лигатуры при уменьшении отека брыжейки; недостаточно надежный гемостаз в спайках; повышенная кровоточивость окружающих тканей вследствие общих заболеваний (гемофилия, лейкомия, цинга). Как правило, кровотечение возникает в тех случаях, когда операция протекает с большими техническими трудностями. Особенно следует соблюдать осторожность при манипуляциях в случае тромбированной жирной брыжейки и при ретроперитонеальном расположении отростка, когда брыжейка всегда короткая и не имеет брюшинного покрова.

Общераспространенное мнение, что в трудных случаях капиллярного кровотечения можно ограничиться применением тампона и гемостатической губки, нельзя считать правильным. Это очень опасный прием. Хирург обязан произвести полную остановку кровотечения, прежде чем приступить к зашиванию раны. Тщатель-

ная перевязка сосудов брыжейки червеобразного отростка и всех кровоточащих тканей почти всегда удаётся и является профилактикой послеоперационного кровотечения в свободную брюшную полость.

Диагностика внутрибрюшных кровотечений после аппендэктомии чрезвычайно сложна, особенно если оно происходит из мелких сосудов. Для правильной оценки кровотечения после аппендэктомии необходимо помнить, что часто оно происходит постепенно и первые симптомы появляются относительно поздно. Лишь в случаях кровотечения из более крупных сосудов брыжейки признаки кровопотери выявляются рано — через 5—6 ч (М. И. Быстрицкий, 1954; А. А. Беляев, Л. В. Золотов, 1962). Поэтому клиническое проявление кровотечения в брюшную полость весьма разнообразно и зависит от количества излившейся крови и сроков кровотечения. При большой кровопотере преобладают симптомы острой анемизации ■ — бледность кожных покровов, снижение показателей гемоглобина, гематокрита, падение артериального давления, причем количество гемоглобина в первые часы кровотечения может оставаться высоким. При постепенном небольшом накоплении крови в зоне операции и нижнем отделе живота часто наблюдается картина раздражения брюшины без общих признаков кровопотери, иногда лишь через несколько дней выявляются признаки анемии. В таких случаях выявление резкого уменьшения числа эритроцитов при перитонеальных явлениях может способствовать правильной диагностике.

У ряда больных с кровотечением в брюшную полость после аппендэктомии в поздние сроки может появиться желтушность склер и кожных покровов как следствие нарастающей интоксикации.

Кровотечение в брюшную полость после аппендэктомии требует релапаротомии. Часто во время релапаротомии источник кровотечения не обнаруживается и операцию заканчивают удалением крови и сгустков, подвешиванием тампона и дренажа к месту предполагаемого кровотечения.

Правильное послеоперационное ведение этих больных имеет решающее значение в исходе заболевания. Кровозамещающая, дезинтоксикационная терапия, профилактика осложнений и тромбообразования, целенаправленная антибиотикотерапия имеют важное значе-

ние. После повторной операции всегда наблюдается парез кишечника, который чрезвычайно отягощает послеоперационное течение. Поэтому борьба с парезом кишечника приобретает первостепенное значение. Большая роль в этом должна отводиться постоянной аспирации содержимого из желудка с помощью аспирирующей системы.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

По данным различных авторов, частота послеоперационной острой кишечной непроходимости колеблется в пределах 0,1—2,5% (Г. Ю. Бахур, 1970). В Институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского острая кишечная непроходимость после аппендэктомии по поводу осложненного деструктивного аппендицита возникла у 6 больных.

Диагностика ранней острой кишечной непроходимости часто бывает затруднительной. Нередко ухудшение состояния больного объясняют послеоперационным парезом кишечника, продолжающимся перитонитом, пропуская ранние сроки оперативного лечения. Особенно сложно установить правильный диагноз, когда механическая кишечная непроходимость возникает на 2—3-й день после операции. Основным и первым сигналом развития острой кишечной непроходимости в послеоперационном периоде является изменение характера боли в животе. Боль либо сразу принимает резкий схваткообразный характер, либо нарастает постепенно, а в дальнейшем также становится схваткообразной.

Часто боль локализуется в области пупка, правой подвздошной области, сопровождается тошнотой, прогрессирующей рвотой, которая быстро принимает каловый характер. Наступает задержка отхождения кала и газов, а очистительная клизма не дает облегчения даже после отхождения каловых масс. Состояние больного быстро ухудшается, поведение его становится беспокойным, нарастает тахикардия.

Наряду с болью, ухудшением общего состояния значительно изменяются местные симптомы: увеличивается вздутие живота, в ряде случаев наблюдается его асимметрия и видимая кишечная перистальтика во время болевой схватки, выявляется симптом Валя в зоне препятствия, причем в этой зоне иногда можно пальпировать нечеткий болезненный инфильтрат. При выслуши-

вании живота в ранней фазе совершенно отчетливо определяются патологические шумы и шум плеска над препятствием. В поздние сроки картина меняется: появляются мышечное напряжение, симптом Щеткина—Блюмберга, притупление в отлогих местах живота и «полный штиль» при выслушивании кишечника. При ректальном исследовании в поздней фазе сфинктер зияет, ампула пустая.

Со стороны крови в первые часы заболевания значительных изменений не отмечается. Обычно имеется небольшой лейкоцитоз, связанный с основным заболеванием. Позднее в крови отмечается уменьшение количества хлоридов.

Большую ценность в ранней диагностике острой кишечной непроходимости имеет рентгенологическое обследование. Обзорная рентгенограмма брюшной полости во всех случаях констатирует появление чаш Клойбера в тонкой кишке, а позднее и в толстой.

При ухудшении состояния больного и подозрении на кишечную непроходимость следует в первую очередь применять активные консервативные мероприятия — постоянную аспирацию желудочного содержимого, паранефральную новокаиновую блокаду, очистительную клизму, парентеральное введение жидкостей. Если эти мероприятия дали положительный эффект, но рентгенологическая картина остается прежней или нарастает, показана срочная повторная операция. Большой ошибкой являются чрезмерно длительное наблюдение и дальнейшая консервативная терапия у таких больных. Срок наблюдения не должен превышать 3—5 ч с момента появления признаков кишечной непроходимости.

Операцию целесообразнее проводить под общим обезболиванием, если нет противопоказаний. Лучший доступ создается при срединной лапаротомии. При тщательной ревизии брюшной полости выявляют причины кишечной непроходимости, которыми чаще всего бывают инфильтраты в области операции или спайки, деформирующие петлю кишечника (перетяжки, перегибы) и создающие препятствие. После устранения причины кишечной непроходимости необходимо удалить избыточное содержимое из тонкой кишки. Если кишечные петли растянуты не резко, то освобождение от содержимого удастся осуществить путем нежного «сдаивания» в толстую кишку. При чрезмерном переполнении

тонкой и растянутой толстой кишки этот прием не дает успеха и приходится прибегать к пункции тонкой кишки, которую нужно производить после наложения кисетного шва на стороне, противоположной брыжеечному краю. Для этого берут наиболее подвижную петлю, выводят ее из брюшной полости и изолируют от последней полотенцем и стерильной клеенкой. Трояком с особым устройством (препятствующим присасыванию кишечной стенки), соединенным с вакуум-прибором, прокалывают подготовленную кишечную петлю. Помощник постепенно осторожно поднимает вышележащие кишечные петли, освобождая их от содержимого. Опустевшие петли розовеют и начинают перистальтировать. Обкладывание их полотенцем, смоченным теплым физиологическим раствором, и введение 0,5% раствора новокаина в брыжейку благотворно влияют на перистальтику. Наложение илеостомы при переполненном кишечнике обычно эффекта не дает.

Если во время операции хирург устанавливает нежизнеспособность петли кишки, показана ее резекция в пределах здоровых тканей.

При выполнении операции по поводу острого аппендицита хирург должен принять возможные профилактические меры против развития кишечной непроходимости. Они должны заключаться в следующем: широкий оперативный доступ к червеобразному отростку, исключающий грубую травматизацию брюшины и кишечника; ушивание всех десерозированных участков кишки и дефектов на брюшине. В послеоперационном периоде активное ведение больного и лечебная физкультура с первых дней являются эффективными мерами профилактики послеоперационной кишечной непроходимости.

КИШЕЧНЫЕ СВИЩИ

Не менее опасными осложнениями послеоперационного периода при остром аппендиците являются кишечные свищи. Причинами образования кишечных свищей могут быть: прогрессирующий деструктивный процесс, распространяющийся с червеобразного отростка на слепую кишку, тактические и операционные технические ошибки, послеоперационные осложнения (межкишечные абсцессы, забрюшинные флегмоны, эвентрация и др.).

За 10 лет в Институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского лечились 42 больных с кишечными

ми свищами после аппендэктомии, у 41 больного причиной их образования был осложненный деструктивный аппендицит.

Чаще кишечные свищи возникают на 7—12-й день. Наиболее ранний срок образования кишечных свищей у наших больных — на 2-й день, наиболее поздний — на 130-й день. Ранние сроки образования кишечных свищей свидетельствуют о том, что основной причиной их возникновения является деструктивный процесс в стенке слепой кишки. Нельзя считать, что причиной образования свищей в этих случаях были тампоны и дренажи. Ведь они потому и устанавливаются, что оперирующий хирург ждет образования свища. Тампонада и дренирование при этом являются спасением для больного, так как рано выявляют осложнение, чего не происходит при закрытии раны наглухо. В случае образования кишечного свища тампоны способствуют ограничению деструктивного процесса и предотвращению попадания кишечного содержимого в свободную брюшную полость.

Локализация кишечных свищей при деструктивном аппендиците может быть различной, но преимущественно они возникают на слепой кишке или прилежащей петле подвздошной кишки.

Клиническое проявление кишечных свищей зависит от механизма их образования. Если свищ образуется после аппендэктомии в результате прогрессирующего деструктивного процесса, переходящего на брюшину и забрюшинную клетчатку, клиническое течение характеризуется тяжелым общим состоянием с выраженной интоксикацией, интермиттирующей высокой температурой, изменениями в периферической крови (высокий лейкоцитоз с левым сдвигом и исчезновением эозинофилов). К моменту открытия свища всегда наблюдается глубокое нагноение в ране всей толщи брюшной стенки.

Если кишечный свищ образуется вследствие расхождения швов культи отростка, то это проявляется клиникой прободения полого органа: внезапное резкое ухудшение состояния больного на фоне относительного благополучия, частый пульс, острая боль в животе, локальное или распространенное резкое напряжение мышц живота.

В ряде случаев кишечные свищи образуются поздно **как следствие** межкишечных абсцессов, забрюшинных

и тазовых флегмон, вяло текущего перитонита. Но в ряде случаев клинически не выявляемый свищ вызывает эти осложнения, нередко приводящие к смертельному исходу.

Дальнейшее клиническое течение кишечных свищей зависит от характера (трубчатый или губовидный свищ), локализации и глубины его расположения.

Трубчатые свищи при правильном лечении и дренировании раны заживают самостоятельно, не вызывая общих расстройств и местных осложнений. Губовидные свищи протекают более тяжело, вызывая значительные местные изменения в окружающих тканях, самостоятельно не заживают.

Тяжесть состояния больных со свищами зависит от уровня их расположения на кишечнике. Особенно большие общие и местные нарушения наблюдаются при высоких тонкокишечных свищах. Массивная потеря кишечного содержимого с пищеварительными соками не только нарушает процесс всасывания из кишечника, но очень быстро ведет к нарушениям водно-электролитного равновесия, белкового и углеводного обмена. Больной чрезвычайно быстро истощается. Значительно страдает регенеративный процесс в ране и в прилегающих отделах брюшной полости, куда затекает кишечное содержимое. Кожа в окружности повреждается переваривающими ферментами кишечного содержимого.

Низкие свищи подвздошной и толстой кишок в начальном своем развитии, как правило, не вызывают значительных общих нарушений. Им свойственны местные гнойные изменения: флегмона брюшной стенки и забрюшинной клетчатки, гнойные затеки, изолированные абсцессы брюшной полости, приводящие к септическому состоянию.

Глубина расположения свища оказывает большое влияние на дальнейшее течение заболевания. Особенно тяжело протекают свищи, расположенные глубоко на дне раны или в брюшной полости: развиваются межкишечные абсцессы, забрюшинные флегмоны, открываются вторичные кишечные свищи, приводящие к смертельному исходу. Очень опасны кишечные свищи, возникающие при закрытой наглухо брюшной полости.

Ранняя правильная диагностика кишечных свищей предопределяет благоприятный исход лечения этого тяжелого осложнения. Наряду с клиническим обследо-

ванием важное значение приобретает рентгенологическое обследование — фистулография в сочетании с контрастным исследованием кишечника.

Лечение больных с кишечными свищами — чрезвычайно трудное дело. Оно разделяется на два периода — ранний и поздний. Лечение в раннем периоде заключается в ликвидации острого воспалительного процесса в патологическом очаге и в ране. С этой целью проводят хорошее дренирование раны, местно применяют биостимуляторы, усиливающие регенеративный процесс, и дубильную смесь танина с белой глиной, уменьшающую раздражающее действие кишечного содержимого на окружающую кожу и прилежащие ткани. Указанная методика в сочетании с широкой антибактериальной терапией и общими мероприятиями, направленными на нормализацию гуморальных сдвигов, предопределила в наших наблюдениях самостоятельное закрытие кишечных свищей у 23 больных. Наряду с изложенным немаловажную роль отводят общеукрепляющей терапии в сочетании с большими дозами витаминов групп С и В и специальной диете. У истощенных больных, особенно в пожилом возрасте, большое значение придает парентеральному введению белковых жидкостей, переливанию крови и солевых растворов с применением гормональных препаратов (АКТГ). Этот ранний период нельзя растягивать надолго, так как массивное истечение кишечного содержимого наружу никогда полностью не компенсируется самым мощным комплексным лечением. Поэтому определение, поздний период лечения является чисто условным.

Поздний период лечения складывается из хирургического вмешательства, срок которого определяется характером кишечного свища, и общим состоянием больного. Более раннего оперативного вмешательства требуют тонкокишечные губовидные свищи. Техника закрытия кишечного свища должна быть строго индивидуальной в зависимости от локализации его на различных участках тонкой и толстой кишок.

НАГНОЕНИЕ РАНЫ

Наиболее частым послеоперационным осложнением при остром аппендиците является нагноение операционной раны. Причинами нагноения операционной раны мо-

гут быть: а) недостаточный гемостаз с образованием гематомы и последующим ее инфицированием; б) грубое раздавливание мышц и инфицирование предбрюшинной клетчатки; в) вскрытие поверхностного гнойника брюшной полости или формирование кишечного свища.

В наших наблюдениях нагноение раны имело место у 116 больных из 3051 больного с флегмонозными и гангренозными формами аппендицита. Поверхностные нагноения отмечены у 52, глубокие — у 64 больных.

Скопление гноя в операционной ране может ничем не проявляться на протяжении нескольких дней, затем повышается температура и появляется болезненная припухлость.

Своевременное снятие двух—трех кожных швов при инфильтрированной и болезненной ране, разведение ее краев приводят к опорожнению гнойника и быстрому заживлению раны. При несвоевременном раскрытии раны у больных может развиваться обширная флегмона брюшной стенки. Это осложнение характеризуется быстрым развитием в подкожной клетчатке местного воспалительного процесса, чаще некротического, с явлениями интоксикации и высокой температурой.

Выбор правильного разреза брюшной стенки и отграничение раны от брюшной полости салфетками, щадящая техника операции, тщательное осушивание брюшной полости и тщательный гемостаз во время операции, введение в подкожную клетчатку дренажа на одни сутки для оттока раневого отделяемого, а в отдельных случаях — отсроченные швы на кожу и клетчатку, как правило, предупреждают нагноение раны.

ЭВЕНТРАЦИЯ

Это послеоперационное осложнение наблюдается довольно редко, преимущественно после аппендэктомии по поводу осложненного острого аппендицита с разлитым перитонитом. Мы наблюдали эвентрацию у 5 больных, из них 4 были старше 60 лет.

Причинами эвентрации являются продолжающийся перитонит и нагноение срединной послеоперационной раны с расхождением швов апоневроза. Реже осложнение происходит при косом разрезе в правой подвздошной области. Эвентрация наступает обычно на 7—12-й день после операции при выраженной картине нагное-

ния раны. В разошедшуюся рану могут выпасть сальник, одна или несколько петель кишечника; возможно предлежание их на дне зияющей раны. При эвентрации кишечных петель в срединную рану обязательно повторное оперативное вмешательство. Если же петля кишки предлежит в области косого разреза в правой подвздошной области, то можно попытаться прибегнуть к сведению краев раны лейкопластырем и обертыванию живота простыней. В некоторых случаях это оказывается достаточно эффективным мероприятием, однако необходим постоянный контроль во избежание ущемления кишки в глубине разошедшейся раны. У 4 наших больных потребовалось ушивание разошедшейся раны, у одного больного дело ограничилось стягиванием краев раны пластырем.

Вправление петель кишечника и ушивание раны в ряде случаев удается выполнить под местной анестезией. При выпадении большого количества петель кишечника целесообразнее прибегнуть к наркозу. Прошивание краев раны необходимо производить через все слои передней брюшной стенки, используя толстый шелк и применяя П-образные швы с прокладками из марлевых шариков.

Своевременно не устраненная эвентрация является одной из главных причин образования свищей тонкой кишки, серозный покров которой высыхает, эпителий слущивается, что в свою очередь приводит к деструкции кишечной стенки. Профилактика эвентрации должна идти по пути предупреждения нагноения послеоперационной раны, о чем говорилось выше.

ПАРОТИТ

Воспаление околоушной железы наблюдается в послеоперационном периоде у ослабленных, тяжелых больных, у которых имеются кариозные зубы и нарушена саливация. При остром аппендиците это осложнение сравнительно редко.

Первые проявления паротита заключаются в возникновении болезненной припухлости в околоушной области. Отмечаются сильная боль при жевании и затруднение при раскрытии рта, повышается температура. Если процесс прогрессирует, появляются покраснение, инфильтрация кожи и резкая болезненность при пальпации. Гнойное размягчение при паротите наступает

чрезвычайно поздно, после того как воспалительный процесс разрушит плотную капсулу железы. Воспаление железы, как правило, носит гнилостный характер со значительным распадом ее вещества.

При первых же признаках паротита необходимо проводить энергичные консервативные мероприятия: физиотерапевтическое лечение; антибиотикотерапию; санацию полости рта (частое полоскание и протирание дезинфицирующими растворами — фурацилином, риванолом и др.); массаж слюнного протока; ежедневное внутривенное введение трасилола по 50 000 единиц, жевание резинки или сухарей с целью вызвать саливацию.

У больных пожилого и старческого возраста в послеоперационном периоде с первого дня необходимы самые энергичные меры профилактики паротита, уход за полостью рта, жевательные движения и раннее кормление.

При неэффективности консервативных мер и развитии абсцесса показано оперативное лечение. При доступе к гнойнику железы необходимо соблюдать два важных положения: а) правильный разрез, не повреждающий нижнюю ветвь лицевого нерва; б) обязательное вскрытие плотной капсулы железы, обследование пальцем полости гнойника, раскрытие всех карманов. Рану необходимо дренировать для постоянного оттока гноя.

ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Тромбоэмболические осложнения в послеоперационном периоде у больных острым аппендицитом среди причин смерти занимают второе место после перитонита. Совершенно очевидно, что в определенном проценте наблюдений послеоперационные пневмонии также являются следствием тромбоза и эмболии мелких сосудов легких.

В Институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского из 3051 больного деструктивным острым аппендицитом у 10 в послеоперационном периоде развился тромбофлебит нижних конечностей, у 2 — тромбоэмболия легочной артерии и у 1 больного — тромбоз мозговых сосудов. Как правило, тромбоэмболические осложнения возникают у больных пожилого и старческого возраста, оперированных по поводу деструктивных форм острого аппендицита при наличии гнойного процесса

в брюшной полости, при тазовом или ретроцекальном расположении отростка.

Мероприятия, предупреждающие тромбоэмболические осложнения, должны проводиться до операции, во время нее и в послеоперационном периоде. Техника выполнения операции имеет важное значение: бережное обращение с тканями, тщательность гемостаза, строжайшая асептика являются мерами профилактики тромбоэмболических осложнений. В послеоперационном периоде следует обращать большое внимание на общие методы профилактики (раннее вставание больного, лечебная гимнастика, нормализация функции желудочно-кишечного тракта, поддержание сердечно-сосудистой деятельности). Целесообразно наблюдение за показателями коагулограммы. При необходимости следует в лечебно-профилактических целях применять антикоагулянты. Все это особенно важно у больных пожилого и старческого возраста.

Таким образом, у больного острым аппендицитом в послеоперационном периоде могут возникнуть осложнения, среди которых одни являются легкими и лишь удлиняют послеоперационный период, другие очень тяжелые и подчас угрожают жизни больного. Причина этих осложнений в ряде случаев зависит от позднего обращения больных за врачебной помощью, длительного применения самолечения. В ряде случаев трудность диагностики приводит к запоздалому оперативному лечению. Нередки случаи, когда хирургами допускаются тактические и технические ошибки при выполнении оперативного вмешательства и в ведении больных в послеоперационном периоде. Устранение этих причин является важнейшим путем снижения частоты послеоперационных осложнений у больных острым аппендицитом.

Глава VIII

ОШИБКИ И ОПАСНОСТИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

Чем сложнее техническое оснащение и хирургическое вмешательство, тем больше опасностей и осложнений, от которых не гарантированы даже опытные специа-

листы. Ни один хирург, каким бы опытом и эрудицией он ни обладал, не может заявить, что его трудный профессиональный путь пройден без ошибок. Как бы проста ни была операция, она всегда несет потенциальную вероятность опасности и тревоги как для больного, так и для хирурга. Не менее существенной теневой стороной хирургической деятельности являются осложнения, возникающие в послеоперационном периоде.

Признание и особенно ретроспективный анализ своих ошибок являются до некоторой степени актом гражданского мужества.

К сожалению, за последние годы как в отечественной, так и в зарубежной литературе редко встречаются работы, освещающие важный и нужный раздел — об ошибках в хирургической практике.

В 1923 г. впервые было выпущено руководство 81лп и Макказ «Рѣблег ипа де{аbгеп т аег Сгппгиг§1е», в котором систематизирован опыт больших клиник и периферийных больничных учреждений, ошибки и опасности хирургического лечения.

Значительно шире, с охватом и диагностических ошибок и вопросов общей хирургии, вышло руководство в двух томах наших отечественных хирургов (Э. Г. Гессе, С. С. Гирголав, В. А. Шаак, 1937).

Помня об этом, мы позволили себе ввести главу, посвященную ошибкам и опасностям, возникающим при лечении острого аппендицита.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ И ИХ ОПАСНОСТИ

Смертельный исход и осложнения при остром аппендиците зависят в значительном числе случаев от неправильной и несвоевременной диагностики заболевания.

Диагностические ошибки при остром аппендиците зависят от гиподиагностики или гипердиагностики. Что опаснее, трудно ответить. Позднее оперативное вмешательство при прободном аппендиците так же опасно для больного, как и ошибочная аппендэктомия у престарелого больного с крупозной пневмонией.

Большинство диагностических ошибок в ранние сроки острого аппендицита зависят или от недостаточно внимательного анализа анамнестических и объектив-

ных данных или от недостаточной осведомленности врачей догоспитального этапа о ранних симптомах и вариабельности клинического проявления болезни.

Диагностические ошибки встречаются и в хирургических стационарах, что приводит к многодневному наблюдению, вплоть до появления симптомов катастрофы в брюшной полости. Изучение истории болезни умерших от острого аппендицита также убедительно доказывает, что запаздывание операции реже обусловлено атипичной клинической картиной, чем недостаточно внимательным анализом имеющихся объективных данных, оценкой общего состояния и жалоб больного.

Больная К., 49 лет, поступила с диагнозом острого аппендицита. Заболела остро 12 ч назад — появилась боль в эпигастрии, тошнота, был озноб, затем боль усилилась, переместилась к пупку и в правую подвздошную область. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Состояние больной удовлетворительное, она тучная, кожа нормальной окраски, температура $38,9^{\circ}\text{C}$, пульс 86 ударов в минуту. Лейкоцитов в крови 10 600. Живот мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области, симптомов раздражения брюшины нет. Заключение: заболевание гениталий, показаний к операции нет.

На следующий день резкая боль внизу живота, рвота желчью, озноб, температура $37,6\text{—}38,4^{\circ}\text{C}$, пульс 98 ударов в минуту. Появилась легкая желтуха. Живот «вполне доступен пальпации» во всех отделах; ректальное обследование — мягкие геморроидальные узлы. Диагноз неясен. Не исключается болезнь Боткина.

В дальнейшем — многочисленные консультации различных специалистов. Среди многочисленных и пространственных записей проскальзывают диагнозы: «острый аппендицит? аппендикулярный инфильтрат?». Между тем лечащие врачи останавливаются на диагнозе острого гепатита, не придавая особого значения нарастающим болям внизу живота и в правой подвздошной области.

Продолжается консервативное лечение. Через 17 сут — резкое ухудшение состояния больной, лейкоцитоз 17 000, левый сдвиг формулы белой крови, клиническая картина разлитого гнойного перитонита. Больная оперирована под эндотрахеальным наркозом. В малом тазу обнаружен аппендикулярный инфильтрат с абсцессом, почти полностью распавшийся, червеобразный отросток и вторично измененные правые придатки. Удалены 300 мл зловонного гноя, остатки отростка и придатки. Дефект в слепой кишке (основание отростка) ушит отдельными швами. К ложу отростка подведены тампон и дренаж, выведенные в отдельный разрез.

Послеоперационное течение тяжелое: уже на 3-й день обильное истечение кишечного содержимого через боковую рану, вечерний подъем температуры до 39°C , нагноение срединной раны. Комплексное консервативное лечение не дает улучшения. В глубине раны выявлен кишечный свищ, однако повторное оперативное вмешательство из-за тяжести состояния больной считается непоказанным. Только через 3 мес произведена под наркозом релапаротомия с широкой ревизией раны. В малом тазу обнаружена полость, куда открывается свищ подвздошной кишки и второй свищ слепой кишки.

Расширены боковые раны и введены тампоны. Срединная рана ушита П-образными швами. Состояние больной не улучшалось, нарастали явления интоксикации, истощение, и через 5 мес от начала заболевания она скончалась.

Патологоанатомический диагноз: состояние после операции по поводу язвенного некротического аппендицита, пельвиоперитонит, перитонит, свищи подвздошной и слепой кишки, дистрофия внутренних органов, язвенный эзофагит.

Данное наблюдение поучительно во многом. Во-первых, опасно отвергать первичный диагноз без достаточно веской мотивировки и обследования. Больную осматривали многие хирурги и специалисты и никто не дал обоснованного заключения до «катастрофы», наступившей через 17 дней от начала заболевания. Во-вторых, записи объективных данных (особенно в неясных случаях) должны быть подробными, точными и сравнимыми в динамике. В-третьих, при привлечении консультантов (и тем более повторно) необходимо совместное обсуждение больного с окончательным решением. Наконец, при возникновении кишечных свищей в глубине брюшной полости нельзя рассчитывать на самоизлечение; требуется своевременное оперативное вмешательство, направленное на ликвидацию их. Так, диагностическая ошибка повлекла за собой тактические ошибки.

Если гиподиагностика острого аппендицита, опасна непосредственными осложнениями и трагическим концом, то гипердиагностика реже приводит к летальному исходу, зато у многих больных является причиной тяжелых последствий в отдаленные сроки. При удаленном неизмененном отростке часто остается нераспознанным истинное заболевание, потому операция не приносит облегчения. Но еще хуже, когда операция влечет за собой более сложное заболевание, нередко приводящее к инвалидности в молодом возрасте. Спаечная болезнь с явлениями перемежающейся кишечной непроходимости часто в качестве первоначальной причины имеет подобную аппендэктомию. До сих пор остаются неясными причины неудержимого развития спаечного процесса в брюшной полости после удаления неизмененного отростка. Многократные операции, предпринимаемые по поводу острой кишечной непроходимости, делают этих больных тяжелыми инвалидами.

Ненужная аппендэктомия у больных с заболеваниями других органов и систем представляет уже непо-

средственную опасность для жизни. Поэтому хирург, прежде чем установить показание к срочной операции, должен продумать полученные объективные данные со стороны живота, помня о возможности отражения боли с других патологических очагов и сопоставляя полученные результаты с динамикой предшествующего заболевания.

Больная П., 68 лет, поступила с диагнозом острого аппендицита. Заболела остро 14 ч назад — появилась боль в правой подвздошной области и пояснице; до этого было «плохо с сердцем».

Общее состояние средней тяжести, температура $37,2^{\circ}\text{C}$, пульс 98 ударов в минуту, лейкоцитов в крови 10 300. При рентгенологическом обследовании брюшной полости патологии не выявлено. При поступлении разлитая боль во всем животе, больше справа, чувство раздувания живота, при пальпации определяется болезненность около пупка и в правой подвздошной области.

Через 6 ч после поступления больная с диагнозом острого аппендицита оперирована под местной анестезией. Выпота в брюшной полости нет. Отросток слегка гиперемирован (при гистологическом исследовании — воспалительных изменений нет). Произведена аппендэктомия. Рана зашита наглухо.

В послеоперационном периоде больную беспокоит боль в сердце, одышка, головокружение, общая слабость. Пульс 100 ударов в минуту. На 4-е сутки после операции наступило резкое ухудшение состояния. Больная бледная, резко выраженная одышка, временами теряет сознание. Пульс 100 ударов в минуту, аритмичный, слабый. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Живот вздут, умеренно болезнен. Подозрение на частичную кишечную непроходимость. В желудок введен постоянный зонд, медикаментозная терапия, сделана очистительная клизма. После клизмы резко усилилась боль в сердце, больная впала в бессознательное состояние, артериальное давление упало до нуля, и через несколько часов она скончалась.

Патологоанатомический диагноз: гипертоническая болезнь, резко выраженный атеросклероз, язвенный атероматоз аорты, рубцующийся интрамуральный инфаркт миокарда передней и боковой стенок левого желудочка, обширные рубцы после давних инфарктов, массивная тромбоэмболия основного ствола легочной артерии, геморрагический инфаркт правой почки.

В данном наблюдении хирург неправильно диагностировал острый аппендицит и произвел аппендэктомию у больной с серьезнейшей сердечно-сосудистой патологией.

Не менее опасна для больного аппендэктомия при нераспознанном во время операции другом остром заболевании органов брюшной полости. Тяжелое послеоперационное течение оценивается не всегда правильно и истинная болезнь устанавливается только на секционном столе.

Больной Д., 46 лет, поступил с диагнозом острого аппендицита. Заболел 8 ч назад остро — боль в верхнем отделе живота, повторная рвота, жидкий стул. Боль нарастала и стала нестерпимой. Ранее перенес кровоизлияние в мозг, инфаркт миокарда; страдает облитерирующим эндартериитом.

Больной тучный, губы цианотичные, акроцианоз. Пульс 90 ударов в минуту, артериальное давление 160/90 мм рт. ст. Тоны сердца глухие. Живот вздут и резко болезнен в правой половине, здесь же мышечное напряжение и положительный симптом Щеткина—Блюмберга, температура 36,2°C, лейкоцитоз 16 400. Без достаточного обследования, динамического наблюдения и подготовки через 2 ч с диагнозом острого аппендицита больной был оперирован под местной анестезией. Обнаружен мутный серозный экссудат. С трудом выведен купол слепой кишки с неизменным отростком, расположенным ретроцекально. Произведена аппендэктомия. Рана зашита наглухо.

После операции состояние больного прогрессивно ухудшалось, нарастали боли, вздутие живота, симптомы перитонита и явления сердечно-сосудистой недостаточности. Через 3 сут после операции отчетливо определялся выпот в боковых отделах живота, а после клизмы из прямой кишки выделилось много крови. С диагнозом тромбоза мезентериальных сосудов больной повторно оперирован под интубационным наркозом. В брюшной полости мутный, геморрагический экссудат с гнилостным запахом. Петли тонкой кишки и толстая кишка до печеночного угла темно-зеленого цвета; только 1,5 м тощей кишки нормального цвета с определяемой пульсацией сосудов в брыжейке. Произведена резекция омертвевшей кишки в пределах видимой нормальной окраски с наложением илео-транsverзоанастомоза бок в бок. Тяжелое послеоперационное течение: картина разлитого перитонита, желтуха, нагноение раны. Через 6 сут после первой операции внезапная резкая боль в животе и явления коллапса. С подозрением на несостоятельность швов анастомоза произведена третья операция. Обнаружен гнойно-геморрагический экссудат, нагноение всех швов операционной раны брюшной стенки. Кишечник нормальной окраски, несостоятельность швов анастомоза не выявлена. Установлены дренажи. Швы на рану. В последующие дни — нагноение раны и обильное истечение гнойно-кишечного содержимого из брюшной полости. При нарастании явления перитонита и сердечно-легочной недостаточности через 27 сут после первой операции больной скончался.

Патологоанатомическое исследование: несостоятельность швов анастомоза с образованием кишечного свища; гнойно-фибринозный перитонит с множественными абсцессами большого сальника и гнойным расплавлением передней брюшной стенки; поддиафрагмальный абсцесс слева с расплавлением селезенки, стенки желудка и диафрагмы с выходом абсцесса в левую плевральную полость; массивный абсцесс в области ворот печени с образованием забрюшинной флегмоны; общее малокровие, дистрофические изменения внутренних органов, распространенный умеренный атеросклероз; тромбы в мелких ветвях верхней брыжеечной артерии; организовавшийся тромб в левой подвздошной артерии; рубцы после инфарктов передней и задней стенок левого желудочка; пристеночный внутрисердечный тромб с распадом, камни в почках, двусторонняя нижнедолевая пневмония, бурая киста в зрительном бугре головного мозга.

Диагностическая ошибка в данном случае была обусловлена не клиническими затруднениями, а поспешностью и необоснованностью диагноза острого аппендицита и показаний к срочной операции без учетаотягочающего сосудистого анамнеза. Она не исправлена и во время операции. Хирург удалил неизмененный отросток и на этом успокоился, а в результате последовала повторная операция в поздней фазе сосудистого тромбоза и некроза кишечника. Во время второй операции также была допущена тактическая ошибка, так как границы жизнеспособности кишки чрезвычайно трудно определимы на глаз, особенно при тромбозе брыжеечных сосудов. Видя обширный некроз, хирург должен был думать о возможности его прогрессирования; при наличии разлитого гнойного перитонита правильнее было закончить операцию выведением дистального конца поперечной ободочной кишки в виде свища на брюшную стенку для декомпрессии анастомоза.

Таким образом, положения, высказанные Г. Мондором много десятилетий назад об источниках диагностических ошибок при остром аппендиците, не устарели и в наше время. О них должен помнить каждый хирург, имеющий дело с ургентными больными: 1) ошибки вследствие недостаточного клинического обследования или неправильной оценки симптомов; 2) клинический синдром заболевания при отсутствии последнего; 3) ошибки вследствие «ложного затишья» в стадии мнимого благополучия; 4) клинический синдром заболевания при болезни органа вне брюшной полости.

Что же является главным в предупреждении ошибок в диагностике острого аппендицита? Скрупулезное соби́рание анамнеза с детализацией всех мелочей в развитии настоящей болезни, бережное всестороннее обследование больного, критический и вдумчивый анализ полученных данных в большинстве случаев позволяют правильно и своевременно распознать болезнь и оценить состояние больного. При неясной клинической картине пристальное динамическое наблюдение за поведением больного и изменениями объективных признаков, внимательное отношение к жалобам больного позволяют хирургу утвердить предполагаемый диагноз или отвергнуть его. Необходимо обратиться к старшему товарищу с большим клиническим опытом, прежде чем отвергнуть диагноз острого аппендицита, особенно если

больного отпускают из приемного отделения. Острый аппендицит — простое и в то же время коварное заболевание, которое нельзя всецело возлагать на плечи молодого хирурга.

ОШИБКИ И ОПАСНОСТИ, СВЯЗАННЫЕ С ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ

Операция аппендэктомии, как правило, производится под местной анестезией. У некоторых хирургов это привело к трафаретности действий без учета конституции, возраста больного и трудностей предстоящей операции. Между тем больной с неуравновешенной психикой совершенно не переносит болевых манипуляций и операция проходит под крики больного и сердитые окрики хирурга. Пожилые больные с явлениями сердечно-легочной недостаточности также не должны быть оперированы под местной анестезией.

Многодневный деструктивный аппендицит, особенно с атипичным расположением, разлитой перитонит исключают технически правильное и безболезненное проведение операции под местной анестезией. Прежде чем приступить к операции, хирург должен продумать ожидаемые технические трудности, оценить состояние больного и совместно с анестезиологом определить вид обезболивания. При осложненном аппендиците, разлитом перитоните, особенно у пожилого больного, операция должна проводиться под общим обезболиванием. Современный наркоз обеспечивает хорошую оксигенацию крови, восстанавливает и улучшает сердечно-сосудистую и дыхательную функции, обеспечивает свободу действий хирургу, позволяет произвести необходимую ревизию и осушивание брюшной полости.

Вреден и опасен в смысле осложнений смешанный наркоз, когда хирург начинает операцию под местной анестезией и, встретившись с трудностями, переходит при открытой брюшной полости на наркоз. У больных, не подготовленных к наркозу, он протекает не всегда гладко, давая подчас опасные осложнения (асфиксия рвотными массами, бронхоспазм и др.).

Больной Г., 67 лет, поступил с диагнозом острого аппендицита. Заболел 20 ч назад остро — боль в правой подвздошной области, тошнота, рвота. Температура 38,5°C, пульс 112 ударов в минуту, артериальное давление 160/80 мм рт. ст., лейкоцитов в крови 12 400. Резкая болезненность и мышечное напряжение в правой подвздошной области.

Через 7 ч больной с диагнозом острого аппендицита оперирован под местной анестезией. Произведен разрез в правой подвздошной области. В брюшной полости много зловонного гнояного экссудата, прилежащие кишечные петли резко раздуты и покрыты фибрином. Слепая кишка в рану не выводилась. Дан наркоз. Обнаружен гангренозный червеобразный отросток. Произведена аппендэктомия. Операция проходила с большими техническими трудностями. К ложу отростка подведены дренаж и тампон.

Тяжелое послеоперационное течение, нарастали явления сердечно-сосудистой недостаточности и пареза кишечника. Лечебные мероприятия не давали успеха, наступила смерть.

Патологоанатомическое исследование: состояние после аппендэктомии по поводу гангренозного аппендицита, резко раздутые кишечные петли тонкой и толстой кишок. В области купола слепой кишки марлевая салфетка размером 35X30 см, пропитанная гноем, прикрытая петлей подвздошной кишки, оба легких полностью ателектазированы; в плевральных полостях около 200 мл желтоватой жидкости: гипертоническая болезнь, атероматоз аорты венечных артерий сердца и сосудов основания мозга, артериолонефросклероз.

В данном наблюдении наряду с диагностической ошибкой (не определен перитонит до операции) неправильно выбран вид обезболивания, что привело к техническим затруднениям при проведении операции и оставлению инородного тела в брюшной полости, которое несомненно явилось отягощающим фактором в развитии послеоперационных осложнений.

Больные с осложненным аппендицитом (перфорация, перитонит, нагноившийся инфильтрат и др.) часто поступают в тяжелом состоянии, с нарушением многих жизненных функций. Будет грубейшей ошибкой подвергать их немедленной операции: она для них непереносима. Только после проведения предоперационной подготовки можно приступить к хирургическому пособию. Наркоз и операция протекают в спокойной обстановке, уменьшается число непосредственных случаев смерти после операции.

ОШИБКИ И ОПАСНОСТИ, СВЯЗАННЫЕ С ОПЕРАТИВНОЙ ТЕХНИКОЙ

Оперативный доступ решает очень многое в проведении и исходе операции. Длина разреза определяет травматичность операции, степень визуального обозрения патологического очага и возможность определения его взаимоотношений с окружающими органами. А ведь многие хирурги считают доблестью малые («микро») разрезы. Некоторые даже умудряются вслепую удалять ретроцекально расположенный червеобразный отросток.

Осмотреть и правильно провести операцию возможно только при достаточной длине разреза.

Большинство отечественных хирургов для неосложненного аппендицита используют косой переменный разрез Волковича — Дьяконова в правой подвздошной области, сохраняющий сосуды и нервы. В случае необходимости его можно расширить вверх и вниз; чаще рассекают мышцы. Некоторые хирурги рассекают поперек влагалище прямой мышцы. Мы считаем, что этот прием таит в себе опасность повреждения нижней надчревной артерии, перевязка которой чрезвычайно трудна, так как ее нижний конец, сокращаясь, теряется в глубине клетчатки. Наиболее удобным и нетравматичным является прием Богоявленского — рассечение мышц по наружному краю влагалища прямой мышцы: при этом отсутствует кровотечение, сохраняются мышцы и легко достигается анатомическое восстановление. Ошибочно применять косой разрез при разлитом перитоните, затрудняющий правильное проведение операции и удаление экссудата, что приводит к образованию осумкованных гнойников. Только ниже-срединная лапаротомия устраняет эти дефекты. Хирург широко ревизует брюшную полость, тщательно удаляет экссудат и, если необходимо, правильно осуществляет дренирование и тампонаду через дополнительный разрез. Ошибочным также будет применение косо-переменного разреза при аппендикулярном нагноившемся инфильтрате, когда почти неизбежна опасность опорожнения гнойника в свободную брюшную полость. Наиболее целесообразен в этой ситуации внебрюшинный доступ; разрез проводят непосредственно у ости подвздошной кости, заднюю париетальную брюшину отслаивают с гнойником кпереди и после отграничения тампонами вскрывают гнойник. Тампонада гнойника из этого разреза позволяет избежать будущего грыжевого выпячивания.

К опасным ошибкам нужно также отнести отказ от ревизии брюшной полости при неизменном червеобразном отростке. Быстро проведенная аппендэктомия из небольшого разреза может закончиться неприятными последствиями — оставлением патологического очага (гангрена меккелева дивертикула, прободной холецистит, гнойный аднексит, трубная беременность и др.). Поэтому, прежде чем произвести аппендэктомию, хирург должен оценить клинику и найденные изменения в от-

ростке. При малых изменениях в отростке необходима широкая визуальная ревизия через увеличенный разрез. При деструктивном аппендиците хирург обязан осмотреть полость малого таза, чтобы выяснить, нет ли затекания гноя.

Выделение червеобразного отростка, особенно при атипичном расположении, не всегда бывает легким. Выделение «вслепую», особенно в глубине у тучных больных, представляет значительную опасность: можно оставить часть отростка, повредить кишечную стенку или органы малого таза, особенно в условиях инфильтрата и спаек. Обильное кровотечение при ретроперитонеальном аппендиците не так уж редко при отделении «вслепую». Только постепенное выведение отростка «на глаз» с тщательным лигированием всех спаек и сосудов позволяет избежать осложнений. Особенно это правило нужно соблюдать при высоком забрюшинном или глубоком тазовом расположении отростка. Ретроградное выделение в подобных условиях оказывает неоценимую услугу.

Перевязка брыжейки — простая манипуляция, неоднократно приносившая хирургам неприятности и бессонные ночи. Некоторые хирурги перевязывают брыжейку отростка одной лигатурой. В условиях деструктивного аппендицита наблюдается отек или воспалительная инфильтрация брыжейки (мезентериолит). При затихании острой воспалительной реакции после аппендэктомии объем брыжейки уменьшается, лигатура ослабевает и спадает; возникает позднее кровотечение, которое может быть настолько массивным, что приводит к острому малокровию и коллапсу. Значительно сложнее клиника медленной кровопотери, особенно у пожилых больных с измененной склерозированной сосудистой стенкой. В подобных случаях нередко допускают диагностические ошибки и неправильные действия: кровотечение не диагностируют и не производят релапаротомию. Поэтому правильнее при деструктивном аппендиците перевязывать брыжейку по частям, а при обилии жировой ткани или чрезмерном утолщении вследствие воспаления необходимо ее прошивать. При измененной или очень жирной брыжейке необходимо очень осторожно затягивать лигатуру, помня о чрезвычайной ломкости ткани и опасности ее отрыва вместе с лигатурой; особенно часто это осложнение наблюдается при ретро-

перитонеальном расположении отростка, где брыжейка не имеет брюшины. Нельзя согласиться с авторами, которые в трудных случаях остановки кровотечения используют тампонаду и гемостатическую губку. Это очень опасный прием, так как кровотечение из а. арреп- (Hsiao⁵ всегда активно. Хирург обязан произвести тщательный гемостаз, и при нежных манипуляциях это всегда удастся (если нет заболеваний крови). Чем заканчиваются подобные ошибки, иллюстрирует приведенный ниже пример.

Больной Б., 31 года, поступил повторно с диагнозом обострения хронического аппендицита. Около месяца назад был выписан с диагнозом стихающего приступа острого аппендицита. Последние 7 дней боль в правой подвздошной области не затихает, ухудшилось самочувствие. Девять дней назад перенес грипп, осложнившийся арахноидитом. Общее состояние удовлетворительное. Температура 36,6°C, пульс 76 ударов в минуту, артериальное давление 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области, изменения со стороны других органов и систем не обнаружены. С диагнозом обострения хронического аппендицита оперирован под местной анестезией. Вывести отросток в рану не удалось ввиду припаивания его в малом тазу, в забрюшинном пространстве. Произведены ретроградное выделение и обычная аппендэктомия. В месте расположения отростка имелось кровотечение, которое остановлено прошиванием и гемостатической губкой. Рана брюшной стенки зашита наглухо.

Первые 3 сут — удовлетворительное состояние, беспокоит умеренная боль в месте операции, пульс 76 ударов в минуту, дыхание 18 в минуту, температура 37,4 — 37,8°C. Нормальный диурез. На 4-е сутки — резкое ухудшение: слабость, озноб, судороги, температура 40°C, пульс 110 ударов в минуту, артериальное давление 100/50 мм рт. ст. В правой подвздошной области нечетко пальпируется болезненное образование (гематома, инфильтрат?). Больной осмотрен невропатологом и терапевтом — состояние тяжелое, резко заторможен, явления интоксикации, обострение арахноидита. В дальнейшем присоединились симптомы почечной недостаточности: за сутки 350 мл мочи, лейкоцитов в крови 13 500, остаточный азот 61 мг%, мочевины 105 мг%, билирубин 2,38 мг%, K⁺ 16,5 мг%, N⁸⁺ 290 мг%. Нарастали явления печеночно-почечной недостаточности. Высказано предположение о сдавлении гематомой правого мочеточника с нарушением функции почек и печени (заключение нефролога). Лечебные мероприятия не дали результатов — нарастали парез кишечника, интоксикация. Через 10 сут наступила смерть.

Патологоанатомическое исследование: состояние после аппендэктомии по поводу хронического аппендицита; в правой подвздошной области чистая рана, в брюшной полости слепая кишка темного цвета, раздута, позади нее и выше — плотные старые сгустки крови, около 350 мл, брюшина прокрашена кровью, в малом тазу 50 мл сливкообразной грязной красноватой массы, петли тонкой кишки спаяны фибринозными пленками; двусторонняя пневмония, дистрофия миокарда, почек, печени, желтук.

Не остановленное и продолжающееся в первые дни кровотечение явилось причиной развития вирулентной инфекции с присоединением печеночно-почечной недостаточности.

Обычно перитонизацию культи червеобразного отростка производят кистным и 2-образными швами. Некоторые хирурги для этой цели пользуются кетгутом, однако это таит в себе опасность несостоятельности культи и развития перитонита. Кетгут — грубый материал для серозного шва. Лучшим шовным материалом для перитонизации являются синтетическая нить или тонкий шелк.

В условиях измененной стенки слепой кишки не всегда удастся хорошо погрузить культю, прорезываются швы. В подобных случаях лучше использовать прием «лодочки», а именно перитонизацию производить отдельными швами, начиная с периферии в нормальных тканях и заканчивая последними швами над культей. Это устраняет натяжение, и культя погружается самостоятельно без усилий. Дополнительное прикрытие сальником обеспечивает хорошую герметичность.

Если стенка слепой кишки изменена на значительном участке, то ушивание инвагинационными швами может привести к развитию инфекций в этой замкнутой полости с последующей перфорацией стенки. Выгоднее в подобном случае прикрыть участок некроза сальником и подшить его к париетальной брюшине передней стенки.

В настоящее время нет четкого представления о том, когда зашивать брюшную полость наглухо при деструктивном осложненном аппендиците и когда ее тампонировать и дренировать. Даже специальное решение Всесоюзной конференции в Воронеже (1966) по данному вопросу не вполне это разъясняет: «...тампонада допустима при неостановленном кровотечении и оставлении воспалительного очага». А как это понимать? Тампонада при неостановленном кровотечении опасна осложнениями, малоэффективна. Что значит «оставление воспалительного очага» — оставление остатков отростка или наличие абсцесса?

Многие хирурги, удалив отросток и гнойный экссудат, зашивают брюшную полость наглухо, оставляя дренаж для антибиотиков в надежде, что брюшина справится с оставшейся инфекцией. Однако они часто забы-

вают анатомо-физиологические особенности брюшной полости, в частности, брюшины, и получают в результате этой погрешности смертельные осложнения — абсцессы, кишечные свищи, перитонит, забрюшинную флегмону и др. Только неповрежденная брюшина хорошо справляется с инфекцией, восстанавливает нарушенные иммунобиологические местные реакции и репаративный процесс. В условиях «тлеющего» воспалительного очага с анаэробной флорой при измененной брюшине (многодневный перитонит) эти свойства отсутствуют и никакие антибиотики и общее лечение не в силах восстановить нормальный регенеративный процесс в брюшной полости.

Удалить экссудат, насыщенный анаэробной инфекцией, инфицированную клетчатку, особенно в забрюшинном пространстве, практически невозможно, поэтому понятие «удален воспалительный очаг» при осложненном аппендиците часто умозрительное. Патолого-анатомические вскрытия умерших подтверждают это: осумкованные гноиники, кишечные свищи, флегмоны брюшной стенки, забрюшинные флегмоны и другие тяжелые гнойные осложнения обнаруживает прозектор при зашитой наглухо брюшной полости после аппендэктомии по поводу гангренозного прободного аппендицита. Зашитая операционная рана без видимой воспалительной реакции, отсутствие симптомов раздражения брюшины гипнотизируют хирурга, и он не подозревает о прогрессирующем гнойном процессе в животе. Ареактивное состояние больного расценивается как благополучное. Только прорыв осумкованного гноиника выявляет опасное положение.

При осложненном аппендиците в поздней фазе болезни, когда имеются значительные местные изменения в кишечной стенке, клетчатке и брюшине, нельзя уповать только на антибиотики. Основная задача в этих случаях — восстановить иммунозащитную функцию брюшины и локализовать, отграничить патологический очаг от свободной брюшной полости тампонадой в сочетании с мягкими дренажами. Правильная тампонада и своевременное удаление тампонов никогда не приводят к осложнениям и предупреждают развитие гноиников и кишечных свищей, а если последние и возникают, то их рано выявляют и изолируют от свободной брюшной полости.

Почему тампонада позволяет избежать тяжелых осложнений в брюшной полости? Кишечная флора по своей природе является факультативным анаэробом. В условиях герметично закрытой полости и при нарушенных иммунобиологических реакциях (общие и местные) она, энергично развиваясь, приводит к образованию осумкованных гнойников различной локализации.

В последние годы с целью ликвидации инфекции некоторые авторы при разлитом гнойном перитоните стали широко пользоваться перитонеальным диализом, давая положительную оценку этому методу. В Институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского, где этот метод широко используется при отравлениях, в острой хирургической патологии не применяется. Диализ брюшной полости с использованием больших количеств жидкостей не принесет большой беды при нормальной брюшине — жидкость будет всасываться ею. Но эта длительная механическая манипуляция не безразлична и даже вредна в условиях разлитого многодневного перитонита, когда париетальная и висцеральная брюшина резко изменена и покрыта на значительном протяжении фибринозными наложениями; раздутые кишечные петли спаяны между собой. В таких условиях постоянный ток жидкости способствует генерализации оставшегося гнойного очага, травмирует кишечную стенку, нарушает репаративный процесс брюшинного покрова — этого главного защитного барьера брюшной полости. При смывании фибринозного налета со стенки кишки возникает опасность развития кишечных свищей, особенно в местах расположения дренажей. Не менее опасная ситуация создается, когда при диализе нарушается отток жидкости, задержка ее способствует развитию осумкованных гнойников, так как воспаленная брюшина теряет свою функцию всасывания. Отрицательно мы относимся и к процедуре полоскания кишечника и брюшной полости в различных мыльных и порошковых растворах. Кроме излишней травмы и рассеивания инфекции, эта процедура ничего не дает.

Больной С, 79 лет, поступил в городскую больницу с диагнозом ущемления паховой грыжи. Болен 2 сут — боль в животе, рвота, тошнота. Состояние тяжелое, температура 38,8°C, пульс 120 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, артериальное давление 160/80 мм рт. ст. Возрастные изменения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Язык сух, обложен. Живот умеренно

вздут, напряжен и болезнен во всех отделах, больше внизу справа. Мочиспускание самостоятельное, стул был накануне. В правой паховой области безболезненное грыжевое выпячивание, свободно вправляющееся в брюшную полость. Лейкоцитов в крови 11600. Диагноз: острый аппендицит, перитонит, после подготовки больной оперирован через 8 ч с момента поступления под эндотрахеальным наркозом. Срединная лапаротомия. В правом боковом канале и малом тазу имеется гнойный экссудат без запаха, около 100 мл. При ревизии органов брюшной полости обнаружен перфоративный червеобразный отросток длиной 8 см с точечной перфорацией, прикрытой фибрином. Произведена аппендэктомия с перитонизацией культи кистным и 2-образным швами. Осушена брюшная полость. Наложен перитонеальный диализ. Операционная рана зашита наглухо.

Тяжелое послеоперационное течение с явлениями сердечно-сосудистой и легочной недостаточности. Диализ продолжался 3 сут, в течение которых нарастали явления перитонита с резким парезом кишечника. Через 6 сут после операции рентгенологическое обследование — под правым куполом диафрагмы газ, уровней нет; в правой плевральной полости небольшой выпот; легкие эмфизематозны. Через 14 дней после операции раскрыта операционная рана — выделилось много гноя, поступающего из брюшной полости. В дальнейшем проводимая терапия не давала заметного улучшения, больной слабел, из раны отделялось много гноя. Через месяц после операции больной скончался. Патологоанатомическое исследование: состояние после аппендэктомии и наложения перитонеального диализа по поводу флегмонозного перфоративного аппендицита и перитонита; адгезивный перитонит; межпетлевые и поддиафрагмальные абсцессы; абсцесс малого таза; гнойные раны брюшной стенки, умеренный атеросклероз аорты и артерий сердца; дистрофические изменения внутренних органов; правосторонний гидроторакс, истощение.

Анализируя данный случай, когда у больного имелись ограниченный экссудат в правом боковом канале и точечная перфорация в отростке, можно уверенно утверждать, что возникшее смертельное осложнение в виде множественных гнойников обусловлено диализом. Между тем правильная тампонада в правой подвздошной области явилась бы более целесообразным мероприятием.

ОШИБКИ, ДОПУСКАЕМЫЕ ПРИ ВЕДЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Большинство больных острым аппендицитом поступают в удовлетворительном состоянии и, как правило, не нуждаются в предоперационной подготовке и специальном лечении после операции; с операцией приходит выздоровление. Совершенно иное положение создается у больного перфоративным аппендицитом, осложненным перитонитом. В подобных случаях оперативное

вмешательство не только не излечивает больного, но нередко даже ухудшает его состояние, и приходится использовать весь существующий арсенал реанимационных мероприятий. Неправильно проведенный наркоз, грубые и длительные манипуляции хирурга, кровопотеря отрицательно сказываются на уже нарушенной сердечной и дыхательной деятельности; развиваются шоковые реакции на фоне имеющейся гнойной интоксикации. К сожалению, это тяжелое состояние не всегда оценивается правильно, так как больные предъявляют мало жалоб, объективные симптомы скудны и поначалу невелики изменения лабораторных данных. Непосредственные осложнения после операции чаще всего относятся к сердечно-сосудистой и легочной системам.

Больные в состоянии интоксикации парентерально получают большое количество жидкости, в отдельных случаях до 4—5 л в сутки. У пожилых больных бесконтрольное введение жидкостей в кровяное русло может перегрузить малый круг кровообращения, вызвать острый отек легких и другие осложнения. Чтобы предупредить и уменьшить эти грозные осложнения, наряду с лечебными мероприятиями чрезвычайно важно правильно организовать уход и наблюдение за этими больными в специализированных палатах с реанимационным оснащением. Совместно с терапевтом сразу после операции уточняют состояние сердечно-сосудистой и легочной функций и назначают необходимое лечение. Постоянный контроль за пульсом, ЭКГ, артериальным и, венозным давлением, дыханием, диурезом позволяет предупредить передозировку вводимых жидкостей и опасные осложнения. Пожилым людям выгоднее вводить жидкости подкожно в сочетании с диуретиками.

Нередко хирурги пользуются стандартными схемами лечения в зависимости от существующего «модного увлечения», забывая об индивидуальных особенностях организма, повышенной чувствительности к лекарственным препаратам.

В последние годы все авторы отмечают резкое увеличение тромбоэмболии легочной артерии у оперированных больных. У больных перитонитом, особенно в септическом состоянии, нередко возникают обострения старого тромбофлебита или острые тромбозы вен нижних конечностей, которые могут вызвать эмболию легочной артерии. Второй причиной тромбоэмболии нередко яв-

ляются острые флебиты вен верхних конечностей после длительных введений гипертонических растворов. Своевременное применение антикоагулянтов при сопутствующих иногда тромбофлебитах вен нижних конечностей и бинтование их в порядке профилактики являются действенной мерой для предупреждения тромбоэмболии легочной артерии.

При повторных введениях белковых препаратов, плазмы, крови, особенно у септических больных, могут развиваться аллергические реакции, печеночно-почечная недостаточность. Об этом следует всегда помнить и соблюдать должную осторожность.

В лечении гнойных осложнений острого аппендицита в комплекс лечебных мероприятий обязательно входят антибиотики, которые вводят в больших дозировках внутривенно, внутримышечно и в брюшную полость во время и после операции. Положительные свойства этих препаратов известны не только врачам, но и больным. Отрицательные же, подчас опасные последствия их стали выявляться только за последнее время. На Международном конгрессе хирургов в Москве (1971) этому вопросу было посвящено специальное заседание. Широкое применение антибиотиков при различных заболеваниях вызвало ряд осложнений антибактериальной терапии (кандидомикоз, аллергические реакции вплоть до анафилактического шока). Снизилась чувствительность микробов к антибиотикам, появились их устойчивые штаммы, дающие тяжелые гнойные заболевания и осложнения. Изменилась реактивная способность макроорганизма, снизилась иммунная защитная реакция. Поэтому все докладчики конгресса призывали к осторожному и целенаправленному использованию антибиотиков.

Больная К., 30 лет, поступила, с диагнозом острого аппендицита. Заболела 5 ч назад остро — боль в правой подвздошной области. Клинически — картина острого аппендицита. Лекарственных аллергий не отмечает, перенесла хронический аднексит. Пульс 90 ударов в минуту, артериальное давление 190/50 мм рт. ст. Изменений со стороны сердца и легких не выявлено. Срочная операция под местной анестезией. В брюшной полости обнаружено много мутного экссудата, удален флегмонозно измененный червеобразный отросток. В брюшную полость введено 0,5 г стрептомицина. Рана зашита наглухо. Через 3 ч внутримышечно введено 500 000 ЕД пенициллина и 0,5 г стрептомицина. Через 10 мин у больной появились крапивница и резкий зуд, вскоре она потеряла сознание, артериальное давление снизилось до 60 мм рт. ст. Реанимационные мероприятия в течение 2 ч остались безуспешными. Больная умерла.

Патологоанатомическое исследование: полнокровие внутренних органов; жидкое состояние крови; отек легких; жировая инфильтрация печени; состояние после аппендэктомии по поводу флегмонозного аппендицита с периаппендицитом. Заключение: смерть от анафилактического шока.

У данной больной повторное введение антибиотиков вызвало смертельное осложнение.

Прогрессирующий перитонит и другие гнойные осложнения в брюшной полости по-разному отражаются на поведении больного. Чаще это страдающие больные, безучастные к окружающей среде. Иногда же они внезапно впадают в состояние эйфории и резкого возбуждения, которое ошибочно принимают за алкогольный или старческий психоз. Больных направляют в психиатрическое отделение, где они погибают, а на вскрытии выявляется истинная причина — катастрофа в брюшной полости в виде прорыва гнойника в свободную брюшную полость. Подобные ошибки не так уж редки в хирургической практике, поэтому во всех случаях прежде всего необходимо обоснованно исключить основное заболевание как причину возникшего психоза.

Всем хирургам известно тяжелое и самое раннее осложнение перитонита — парез кишечника с мучительной непрерывной рвотой застойным кишечным содержимым. Раздутый кишечник высоко поднимает диафрагму, нарушая сердечную деятельность и легочную вентиляцию. Обильное извержение кишечных соков, вынужденное голодание ведут к тяжелым, трудно коррегируемым гуморальным сдвигам. К сожалению, на это осложнение хирурги обращают внимание слишком поздно и часто лечат больных неправильно. Промывание желудка и одномоментное удаление застойного содержимого дают только кратковременное облегчение больному. С. С. Юдин и его ученики долго отстаивали метод подвесной энтеростомии, однако эта операция не оправдала надежд, так как при отсутствии перистальтики кишечника не происходит опорожнения вышележащих петель. В последнее время предлагается новая методика — дренирование подвздошной кишки через слепую с нанизыванием петель на зонд. Реакция баугиниевой заслонки на длительно стоящий зонд и соприкосновение его с измененной кишечной стенкой едва ли могут не повести к осложнениям. Между тем своевременная ранняя, сразу же после операции активная постоянная эвакуация

кишечного содержимого дает положительный эффект — избавляет больного от мучительной рвоты и восстанавливает кишечную перистальтику. По окончании операции следует ввести через нос тонкий зонд в двенадцатиперстную кишку и присоединить его к аппарату с отрицательным давлением (трехбаночный отсос и др.)- Сочетая эту процедуру с медикаментозной стимулирующей терапией и околопочечной новокаиновой блокадой, а в отдельных случаях дополняя ее невысокими сифонными или масляными клизмами, удастся ликвидировать парез кишечника. Однако при использовании постоянного зонда следует не забывать и об отрицательных его моментах. При отсутствии саливации у больных могут развиваться евстахииты, язвенный стоматит, эзофагит.

Чрезвычайно важным лечебным фактором является кормление больного естественным путем. С давних пор замечено, что, как только больной начинает есть, меняется весь его облик. Раннее кормление в любых ситуациях является обязательным; пища должна быть соответствующей консистенции, высококалорийная, насыщенная витаминами.

Больные с гнойными осложнениями острого аппендицита длительное время пребывают в постели почти в неподвижном состоянии. Хирурги, как правило, направляют все свое внимание на лечебные мероприятия, особенно когда имеется опасность для жизни, и совершенно забывают о лечебной физкультуре, столь необходимой больным. Активизация больных с первых дней после операции играет решающую роль в предупреждении многих осложнений. Методист или обученная дежурная сестра сразу же после операции должны провести комплекс дыхательных упражнений; очень хорошо использовать при этом периодическое раздувание большими детских резиновых игрушек, объем которых подбирают соответственно возрасту и конституции больного. Послеоперационные нижнедолевые ателектазы легких и застойные пневмонии часто являются результатом неправильного дыхания и пассивного пребывания больного в постели. Последующие активные движения конечностей, повороты в постели, присаживание и раннее вставание (если нет противопоказаний) значительно сокращают сроки болезни, улучшают самочувствие и общий тонус больного. После операции по поводу деструктивного аппендицита при благоприятном течении

можно разрешить больному вставать на ноги к концу первых суток. Больных же, перенесших перитонит и другие гнойные осложнения, постепенно подготавливают к мышечной нагрузке и активным движениям в конечностях. Правильно дозируемая лечебная физкультура не только позволяет избежать многих осложнений, но и сокращает сроки пребывания больного в лечебном учреждении. Особенно большое значение мы придаем этой процедуре у больных пожилого возраста, у которых чрезвычайно важно поддерживать активный тонус во всех системах организма.

На фоне множественных тяжелых общих нарушений и резко сниженной реактивности организма местные проявления патологического процесса бывают иногда малоприметными и ускользают от внимания хирурга. Просматриваются или поздно распознаются опасные послеоперационные осложнения в брюшной полости: вторичное медленнее нарастающее кровотечение, образование осумкованных гнойников, несостоятельность швов культи отростка, перфорация кишки с образованием кишечных свищей в глубине брюшной полости; иногда даже прорыв гнойника в свободную брюшную или плевральную полость протекает без симптомов катастрофы. Внимательное повседневное наблюдение за общими и местными изменениями, особенно когда нет положительной динамики, должно настораживать в отношении возможности формирования гнойников, особенно при наглухо зашитой брюшной стенке, после осложненного аппендицита и перитонита. Единственная спасающая мера в этих случаях — ранняя релапаротомия. Никакие оговорки на тяжелое состояние больного и отказ его от операции не могут быть оправданием в подобном положении.

Примером нераспознанных осложнений может служить приводимая история болезни.

Больная К-, 79 лет, поступила с диагнозом острого аппендицита через 3 сут от начала заболевания. Врач поликлиники расценивал заболевание как гипертоническую болезнь, и только вызванный на консультацию хирург направил больную в стационар.

Состояние больной средней тяжести, боль в правой подвздошной области, здесь же мышечное напряжение, резкая болезненность, неотчетливый симптом Щеткина—Блюмберга, пальпируется инфильтрат. Лейкоцитов крови 12 000. Температура 37,7°C, пульс 90 ударов в минуту, аритмичный; артериальное давление 180/90 мм рт. ст. В связи с нарастающей болью и явлениями раздражения брюшины

больная череа 3 ч оперирована под местной анестезией. Из косо-го разреза в брюшной полости обнаружен инфильтрат, в центре кото-рого гнойник и червеобразный отросток с перфорацией. С техниче-скими затруднениями произведена аппендэктомия с перевязкой и перитонизацией культи. Тампон, дренаж. Швы до тампона.

Послеоперационное течение, судя по записям в истории бо-лезни, в первые дни не вызывало тревоги. Однако живот длитель-ное время оставался болезненным, удерживались мышечное напря-жение передней брюшной стенки в нижней половине живота и не-постоянная боль; пульс 90—100 ударов в минуту. Через 7 сут после операции подтянут тампон, который имел неприятный запах, а че-рез 2 дня тампон и дренаж удалены и заменены новым дренажем. В ране появилось кишечное отделяемое. В дальнейшем у больной появились боль над лобком и дизурические явления; отделяемое из раны умеренное: этим жалобам не придано значения. Через 34 сут после операции при катетеризации мочевого пузыря получена моча с примесью кала, в ране также появилось кишечное содержимое. Кишечно-пузырный свищ подтвержден рентгенологически. Развилось лихорадочное состояние. Ввиду тяжести ее состояния повторная операция не предпринималась, хотя из раны с мочой выделялось обильное кишечное содержимое. Через 2½ мес после операции боль-ная умерла.

Патологоанатомическое исследование: спаечный процесс в пра-вой подвздошной области после аппендэктомии по поводу флегмо-нозного аппендицита; очаги некроза и множественные свищи в под-вздошной кишке; разлитой каловый перитонит, свищ задней стенки прямой кишки, соединяющейся с мочевым пузырем; некроз око-лопузырной клетчатки; распространенный атеросклероз; атероматоз аорты, венечных сосудов сердца и мозга; дистрофия внутренних органов.

Данное наблюдение поучительно по многим причи-нам. Во-первых, врачи внебольничной сети поздно диагностировали острый аппендицит. Во-вторых, при наличии осложненного аппендицита с инфильтратом и перитонита операция произведена под местной анесте-зией, что несомненно привело к значительным техниче-ским трудностям и дефектам операции — не осмотрен малый таз, не удален гнойный экссудат, не выявлены некрозы в подвздошной кишке, а возможно, она была десерозирована при разделении инфильтрата. Тампоны и дренаж не обеспечивали хорошего оттока (в записи — «рана сухая»). В-третьих, в послеоперационном перио-де рано (на 7-е сутки после операции) выявилось не-благополучие в брюшной полости, появилось подозре-ние на кишечный свищ, однако широкая ревизия раны не произведена, а это была единственная мера, которая могла бы предупредить последующие осложнения.

Изучение летальности от острого аппендицита в боль-ницах Москвы показало, что частой причиной смерти

больных являются кишечные свищи, возникающие в различные сроки после операции. Консервативная тактика при губовидных кишечных свищах, располагающихся в глубине раны, никогда не может привести к выздоровлению больного. Она пригодна только как подготовительное мероприятие, и то на короткие сроки; особенно опасна она при тонкокишечных свищах. Изолировать брюшную полость от кишечного содержимого невозможно, а это приводит к развитию множественных гнойников. В связи с этим поздние операции заканчиваются неудачами.

Нельзя также признать правильными сверхрадикальные операции у ослабленных, истощенных больных. Эти операции, как правило, имеют смертельный исход.

Больная С, 42 лет, поступила в городскую больницу с диагнозом острого аппендицита 2-суточной давности. Страдает комбинированным ревматическим пороком митрального клапана. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 90 ударов в минуту, артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Живот напряжен, болезнен в правой подвздошной области; явления раздражения брюшины.

Произведена срочная операция под местной анестезией по поводу острого аппендицита. Обильный мутно-гнойный выпот в брюшной полости, червеобразный отросток располагается ретроперитонеально; по отделении слепой кишки обнаружен гнойник с каловым запахом. С техническими трудностями выделен гангренозный отросток с тремя отверстиями на верхушке. Произведена аппендэктомия с перитонизацией культи кистетным и 2-образным швами. Брюшная полость осушена и зашита с дренажем. На 3-й сутки после операции между швами начал просачиваться гной с гнилостным запахом. Швы сняты, края раны разведены. На 9-е сутки сформировался свищ слепой кишки с обильным отделением кала. После общей подготовки произведена операция. Срединная лапаротомия. В малом тазу обнаружены кишечный конгломерат, подпаянный к матке, и межкишечный абсцесс. Петля подвздошной кишки выделена и пересечена; дистальный ее конец ушит; между проксимальным концом и поперечной ободочной кишкой наложен анастомоз бок в бок, толстая кишка вблизи печеночного угла пересечена, концы ее ушиты. Гнойник тампонирован и в полость его введен дренаж. Рана зашита до тампонов. Со следующего дня после операции производятся промывания через свищ слепой кишки. Состояние больной продолжает оставаться тяжелым, присоединяются озноб, лихорадка с высокой температурой. Энергичное лечение не дало успеха, через 40 дней после аппендэктомии и 16 дней после релапаротомии наступила смерть.

Патологоанатомическое исследование: остаточные явления ограниченного перитонита в области ложа червеобразного отростка и правого бокового канала; флегмона в области раны правой подвздошной области; дистрофия внутренних органов; субарахноидальное кровоизлияние в затылочной области справа; ревматический сочетанный порок митрального и аортального клапанов; гипостатическая пневмония.

Тактические ошибки во время первой операции при осложненном ретроперитонеальном перфоративном аппендиците и забрюшинном абсцессе привели к развитию некротической флегмоны, прогрессированию местного перитонита и свищу слепой кишки. Без рентгенологического обследования — выяснения причины, характера и направления свища, а также проходимости контрастной взвеси по кишечнику — предпринята вторая операция, сложная и нецелесообразная. Повторное вмешательство у ослабленной больной в условиях перитонита следовало бы выполнить минимальное по объему и травматичности: подшивание слепой кишки со свищем к брюшной стенке с хорошей тампонадой и отдельное дренирование тазового гнояника. Возможно, это позволило бы вывести больную из угрожающего состояния и произвести последующую (при незакрывшемся свище) радикальную операцию.

В настоящей главе мы изложили наиболее часто встречающиеся ошибки, устранение которых может сохранить жизнь многим больным. Внимательное, продуманное изучение состояния больного, правильное тактическое решение и техническое проведение операции являются основами успеха в лечении больного с острым заболеванием. Профилактика, своевременное выявление и ликвидация осложнений в послеоперационном периоде позволяют снизить летальность при остром аппендиците.

Глава IX

О НЕКОТОРЫХ НЕРЕШЕННЫХ ВОПРОСАХ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

В предыдущих главах изложены различные вопросы проблемы острого аппендицита — особенности клинического течения, диагностические трудности и современные методы лечения, особенно осложненного аппендицита. И как можно было убедиться из чтения каждой главы, нигде нельзя поставить окончательную точку над 1. Многие вопросы остаются спорными. Различная авторская трактовка их приводит нередко к тактическим

ошибкам, а подобная ошибка может окончиться для больного трагично. Поэтому мы попытались в данной главе высказать свои соображения на некоторые спорные нерешенные вопросы, исходя из значительного числа практических наблюдений и нашей точки зрения на генез острого аппендицита.

Чем объяснить несоответствие клинической картины и морфологических изменений в отростке при остром аппендиците?

Этот вопрос волнует клиницистов и патологов со времени появления термина «аппендицит». С того времени опубликовано множество работ и произведено бесчисленное количество аппендэктомий, а процент клинических ошибок остается значительным и сравнительно стабильным. По данным большинства хирургов, он колеблется в пределах 10—30% (В. Р. Брайцев, 1946; Н. И. Гуревич, 1951; З. И. Бесфамильная, 1954; А. В. Русаков, 1957; Д. А. Арапов, 1958; И. В. Давыдовский, 1964; А. А. Грейман, 1969; П. Ф. Калитеевский, 1970, и др.). Особенно много ошибок допускается при простом (катаральном) аппендиците.

В. И. Колесов (1959) считает, что число несовпадений клинической картины и морфологических изменений в червеобразном отростке, которые приводят многие авторы, не является истинным, так как оценка морфологических данных при простой форме острого аппендицита сложна и обычный гистологический метод в подобных случаях недостаточен. Исходя из этого, автор проводил серийное исследование отростка и обнаруживал на отдельных участках воспалительные изменения. На 191 случай операционной диагностики простого аппендицита автор получил гистологическое подтверждение в 151 случае (79%). При операционной же диагностике деструктивного аппендицита у 110 больных расхождение с гистологическим диагнозом было только в 4 случаях. Проведенные исследования показали, что несоответствие между клиническим и морфологическим диагнозом часто только кажущееся и в значительной степени вызвано несовершенством методики гистологических исследований.

После Ленинградской конференции (1934) и в последующие годы Ю. Ю. Джанелидзе возражал против невозможности установить до операции клинико-морфологический диагноз острого аппендицита. Он требовал

от дежурного хирурга уточнить форму острого аппендицита. Для контроля на карте анестезиолога указывали дооперационный диагноз (а также послеоперационный), только после этого хирург получал скальпель от операционной сестры. Подобная тактика несомненно заставляла хирурга внимательно анализировать клиническую симптоматику и лабораторные показатели. Коллективный разбор допущенных диагностических ошибок выявлял либо недостатки клинического обследования, либо несоответствие морфологических изменений в отростке и клинического проявления болезни. Многолетний опыт Института скорой помощи имени Ю. Ю. Джанелидзе дал положительные результаты — не только уменьшилось число дооперационных ошибок и ненужных аппендэктомий, но и значительно усовершенствовалось диагностическое мастерство врачей. Исходя из этого можно утверждать, что часть клинических и морфологических несовпадений при остром аппендиците нужно отнести и к недостаточной квалификации врачей.

Несоответствие клинических признаков и морфологических изменений в отростке, по нашему мнению, целесообразнее рассматривать с позиций гипер- и гиподиагностики.

Наиболее часто возникает спор по поводу простого (катарального) аппендицита. Если клинически простой острый аппендицит имеет свою симптоматику, то в морфологическом понятии эта форма многими патологами отрицается (А. В. Русаков, 1957; И. В. Давыдовский, 1964; П. Ф. Калитеевский, 1970). Гистологические изменения, принимаемые некоторыми авторами за патологию (кровоизлияние, нейтрофильная единичная инфильтрация, отек слизистой оболочки), могут быть в норме или являться результатом манипуляций хирурга. Поэтому П. Ф. Калитеевский (1970) считает, что только при согласованном обсуждении с клиницистом и исключении других заболеваний можно в отдельных случаях признать эти изменения за патологию.

Когда мы говорим об истинном простом аппендиците, то имеем в виду типичную клинику острого аппендицита и отсутствие острых макроскопических и микроскопических изменений в отростке. Мы считаем, что отсутствие изменений при общепринятых гистологических методиках еще не значит, что их нет. Уже намечаются

новые пути исследования: гистохимические методики, электронная микроскопия и др., которые несомненно расширят диагностические возможности и частично разрешат неясные вопросы.

В ряде случаев наблюдается типичный анамнез, характер боли и симптоматика острого аппендицита. Во время операции обнаруживают, что отросток резко гиперемированный, «сочный», напряженный, а при гистологическом исследовании острые воспалительные изменения отсутствуют. Подобные наблюдения нужно рассматривать как функциональную форму острого аппендицита, имеющую в основе заболевания общего характера или других органов. Часто в основе этой формы можно выявить и аллергический фактор.

Поскольку развитие и отчетливое выявление любой формы острого аппендицита определяется в большинстве случаев к 12 ч после начала заболевания, можно согласиться с предложением ряда авторов (Г. Н. Захарова, 1968, и др.), которые в неясных случаях, особенно у молодых женщин, проводили в первые часы заболевания антигистаминовую терапию. При простой форме наблюдался положительный эффект. При деструктивном аппендиците это лечение не изменяло клиническую картину, острая симптоматика нарастала. Однако подобная тактика допустима только в стационаре и в руках опытного хирурга. Направление больных в стационар с подозрением на острый аппендицит составляет такую же служебную обязанность, как при инфекционном заболевании.

Если гипердиагностика в большинстве случаев не несет непосредственной опасности больному, то совсем иное дело — гиподиагностика при деструктивном аппендиците, приводящая к тяжелым, смертельным осложнениям. Летальность при остром аппендиците в преобладающем числе случаев связана с запоздалой диагностикой. Ю. Ю. Джанелидзе правильно считал, что поздняя диагностика острого аппендицита равносильна ошибочной диагностике.

Почему при тяжелых деструктивных изменениях в отростке в ряде случаев бедна клиника болезни? Практическим врачам хорошо известно, что чем внезапнее и острее возникает болезнь, тем раньше подавляются защитные реакции, обусловленные нарушением нейро-гуморальных механизмов. Такое же положение создается

и при деструктивном аппендиците, особенно гангренозной его форме. Если в первые часы болевой приступ и местные симптомы всегда характерны для острого аппендицита, то в дальнейшем, когда местные информативные рецепторы разрушаются и вовлекаются другие системы, клиническое проявление болезни делается многоликим; затушевываются болевой приступ и местные симптомы, на смену им появляются общие нарушения различной степени. Ввиду гибели рецепторных приборов отростка изменяется ответная реакция со стороны защитных механизмов.

Чрезвычайно важное значение в диагностике и оценке заболевания приобретает возраст больного. У детей и больных старческого возраста внешние проявления болезни особенно бедны. У детей подобную картину можно объяснить не вполне сформированными нейро-гуморальными структурами и адаптационно-защитными барьерами. У пожилых больных с возрастом резко снижается функция адаптационно-защитных механизмов; возрастные нейро-гуморальные сдвиги влияют на восприимчивость рецепторных приборов, а следовательно, и на информацию о случившемся, т. е. о болезни. Сопутствующие заболевания: сердечно-сосудистые, легочные, желудочно-кишечные, обменные нарушения, являясь негативным фоном, также значительно влияют на симптоматику острого процесса в отростке.

Немалая роль в клиническом проявлении острого аппендицита принадлежит и вариантам расположения отростка. Если при наиболее частом медиальном расположении отростка прилежащая брюшина и кишечник реагируют уже в первые часы болезни, то при ретроцекальном, тазовом и забрюшинном расположении его клиническая симптоматика резко изменяется. Только всестороннее углубленное клиническое обследование (не считать симптомы, а глубоко их анализировать), тщательное динамическое наблюдение в пределах 3—6 ч позволяют правильно диагностировать и своевременно оперировать больного.

Как поступить, если при лапаротомии по поводу острого аппендицита отросток оказался неизменным?

Каждый хирург имеет в своей практической деятельности наблюдения, когда, производя операцию по поводу острого аппендицита, обнаруживает неизменный, так называемый бледный отросток.

Много лет назад, когда отросток считали атавистическим, ненужным придатком, большинство хирургов удаляли его. В пользу подобных действий выдвигался довольно веский аргумент. Хирургическая «отметка» в правой подвздошной области больного может ввести в заблуждение хирурга в будущем, при истинном остром аппендиците. Больной может забыть, а часто и не знать о том, удален ли у него червеобразный отросток. Подобные случаи нередко встречаются, когда при повторной лапаротомии через много лет после первой обнаруживали деструктивный аппендицит. Несмотря на серьезность подобной мотивировки, указанная тактика не может быть оправдана по ряду более существенных причин.

Во-первых, в последние годы появляется все больше высказываний в пользу физиологической активности червеобразного отростка в акте пищеварения. Выраженная секреторная и моторная активность отростка играет роль в предупреждении попадания инфекции в тонкую кишку и регулирует функцию баугиниевой заслонки. Нельзя исключить и участие лимфоидного аппарата отростка в иммунных реакциях организма.

Во-вторых, больные после ненужной аппендэктомии продолжают болеть, так как не раскрыта истинная причина болезни, и выписываются из стационара без всестороннего обследования. При этом может быть пропущено серьезное заболевание других органов, как, например, калькулезный пионефроз.

В-третьих, после удаления неизмененного отростка иногда возникает опасное осложнение — спаечная болезнь, которой подвержены в основном молодые женщины. Они превращаются в инвалидов, подвергаясь последующим множественным операциям. Неудержимо развивающийся спаечный процесс в брюшной полости после аппендэктомии при отсутствии аппендицита заставляет предполагать наличие пока нам неизвестных гормональных нарушений, которые, возможно, обусловлены выключенной функцией нормального отростка.

К сожалению, иногда приходится констатировать, что хирург при другой патологии органов брюшной полости (гнойный аднексит, внематочная беременность и др.) попутно убирает «как будто бы измененный» отросток. При воспалительном процессе в брюшной полости (соседство больного органа или затекание экссуда-

та) могут возникать вторичные изменения в отростке. Но эти изменения всегда ограничиваются только серозным покровом и никогда не приводят к деструкции стенки. Между тем аппендэктомия в подобных случаях может оказаться роковой для больных, так как при этой операции всегда имеет место выход кишечной флоры в брюшную полость. Многолетний опыт хирургических и гинекологической клиник Института скорой помощи имени Н. В. Склифосовского показал, что подобного рода аппендэктомии приносят больным только вред.

При отсутствии изменений в отростке хирург не имеет права зашить брюшную полость без тщательной ее ревизии путем расширения раны и осмотра глазом. Ощупывание прилежащих органов через аппендикулярный разрез под местной анестезией только причиняет беспокойство больному и не дает хирургу никакой информации. Примером может служить следующая история болезни.

Больная 3., 77 лет, поступила с диагнозом острого аппендицита. Заболела 2 сут назад — острая боль в животе схваткообразного характера, чувство жжения в эпигастрии. В начале заболевания была рвота с примесью желчи. При поступлении температура 37,6°C, пульс 92 удара в минуту удовлетворительного наполнения, лейкоцитов в крови 7600. Общее состояние больной средней тяжести. Живот умеренно вздут, болезнен справа, но больше в правой подвздошной области. Печень и желчный пузырь не прощупываются. Явлений раздражений брюшины нет.

С диагнозом острого аппендицита через 10 ч по поступлении больная оперирована под местной анестезией. В брюшной полости выпота нет. Червеобразный отросток «мало изменен». Произведена аппендэктомия. Рана зашита наглухо.

Тяжелое послеоперационное течение: явления сердечно-легочной недостаточности; нарастание боли в животе; желтуха, мышечное напряжение, резкая болезненность в верхних отделах живота, выраженный симптом Щеткина—Блюмберга. Пульс 110 ударов в минуту, аритмичный, лейкоцитов 22 000, билирубина 3,85 мг%. Диагноз: острый холецистит, перитонит. От повторной операции больная отказалась. При нарастающей желтухе и явлениях перитонита она скончалась через 12 сут после аппендэктомии.

Патологоанатомическое исследование: желчно-гнойный разлитой перитонит; внутрипеченочное расположение желчного пузыря с хроническим его воспалением; перфорация стенки холедоха над большим дуоденальным соском, где застрял камень, здесь же отверстие в двенадцатиперстную кишку; обильное пропитывание желчью забрюшинной клетчатки, расширенные холедох и желчные ходы, умеренная дистрофия внутренних органов, атероматоз аорты и общий атеросклероз.

С каким диагнозом выписывать больного, если начальная клиника соответствовала острому аппендициту

и все явления затихли без операции, а другого заболевания при обследовании не выявлено? Некоторые хирурги считают возможным выписывать таких больных с диагнозом острого аппендицита. Подобная тактика представляется нам неправильной с различных точек зрения. Во-первых, она противоречит решению конференции по острому аппендициту, которое является обязательным для всех отечественных хирургов. Если хирург не оперировал больного, значит не было показаний для операции, следовательно, и уверенности в диагнозе. Во-вторых, диагноз острого аппендицита ставит в сложное положение врача поликлинической сети: как поступать в подобных случаях — лечить амбулаторно, наблюдать или посылать повторно на стационарное лечение?

На основании этих соображений и многолетнего клинического опыта мы полагаем, что выписывать больных с затихшим острым приступом боли в правой подвздошной области, сходным с болью при остром аппендиците, нужно с диагнозом «аппендикулярная колика». Этот диагноз так же правомочен, как почечная или печеночная колика. В основе аппендикулярной колики лежат функциональные нарушения, которые могут быть обусловлены самим отростком (простой аппендицит), слепой кишкой, баугиниевой заслонкой, прилежащей петлей подвздошной кишки. Нельзя забывать и об отраженной реакции в этой области с других патологических очагов.

Как исчислить летальность при остром аппендиците?

Послеоперационная летальность при остром аппендиците, по различным зарубежным и отечественным статистикам, колеблется от 0,1 до 3,7% (В. Р. Брайцев, 1946; Г. Я. Иосетт, 1959; В. И. Стручков, 1965; М. И. Кузин, 1966; Д. А. Луценко, 1968; А. А. Грейман, 1969; Е. А. Колодистая, 1969; И. Д. Корабельников, 1970, и др.). На заре хирургического лечения острого аппендицита, когда не придерживались принципа ранней аппендэктомии, летальность составляла 30% и выше (И. И. Греков, 1927, и др.) и резко снизилась, до 1,8—0,82%, как только больных стали оперировать в ранние от начала заболевания сроки, до развития осложнений. Иными словами, летальность при остром аппендиците находится в прямой зависимости от его осложнений.

Если учесть, что в 20—30% случаев удаленный отросок не имеет острых воспалительных изменений, то истинная летальность будет выглядеть совершенно по-иному. Больные после операции по поводу простого аппендицита, как правило, не умирают; фактически почти все умершие имели деструктивный аппендицит. К сожалению, в принятой статистической форме отсутствует это разделение и летальность исчисляется на общее число аппендэктомий, что приводит к парадоксальным заключениям (Д. А. Арапов, 1966); чем больше хирург производит «ненужных аппендэктомий», тем благополучнее у него статистика.

Раннее оперативное вмешательство при остром аппендиците у большинства больных как в молодом, так и в пожилом возрасте не дает опасных послеоперационных осложнений. Поздняя операция при осложненном аппендиците в любом возрасте делает прогноз сомнительным и нередко требует от врача героических усилий в послеоперационном периоде, которые, однако, часто не приносят успеха; в 70—80% случаев причиной смерти при остром аппендиците являются перитонит и другие его гнойные осложнения. Только в единичных случаях смерть наступает от острой сердечно-легочной недостаточности, пневмонии и других причин. Но и эти осложнения чаще развиваются на фоне тяжелого течения основной болезни. Поэтому мы считаем обязательным наряду с общей летальностью исчислять летальность при деструктивном аппендиците.

Определяя истинную летальность при остром аппендиците, очень важно соблюдать правильное распределение по статистическим группам больных, которые умерли от заболеваний, сопутствующих острому аппендициту, и от основных заболеваний (инфаркт миокарда, пневмония и др.) при ошибочной лапаротомии или аппендэктомии. Чтобы решить этот сложный вопрос правильно, необходимо многое учесть и взвесить. Поэтому разберем наиболее часто встречающиеся подобные варианты.

Больному, отягощенному сопутствующим заболеванием, произведена аппендэктомия по поводу деструктивного или осложненного аппендицита. В послеоперационном периоде развилось смертельное осложнение — тромбоэмболия легочной артерии, пневмония с острой сердечно-сосудистой недостаточностью при полном бла-

гополучии со стороны брюшной полости. В подобной ситуации несомненно деструктивный аппендицит и операция оказали отрицательное влияние на существующее хроническое заболевание важных систем и органов. Не будь аппендицита, больной был бы живым, поэтому смерть должна быть отнесена к острому аппендициту.

Больная А., 75 лет, поступила с диагнозом острого аппендицита через 2 сут от начала заболевания. Состояние удовлетворительное. Умеренная боль в правой подвздошной области, температура 38°C, пульс 80 ударов в минуту, артериальное давление 140/80 мм рт. ст. Лейкоцитов в крови 10 600.

Срочная операция под местной анестезией. В брюшной полости мутный экссудат, гангренозный отросток расположен забрюшинно, там же небольшой гнойник. Аппендэктомия. Послеоперационное течение гладкое, с 3-го дня больная ходит. Заживление раны вторичным натяжением. Перед выпиской наступило внезапное ухудшение с расстройством сердечно-сосудистой деятельности и смерть.

Патологоанатомический диагноз: состояние после операции по поводу флегмонозного аппендицита с небольшим воспалительным ретроцелочным инфильтратом и абсцессом, тромбозом болия основного ствола легочной артерии, дистрофия миокарда; пневмосклероз, умеренный общий артериосклероз.

Иногда вторично измененный червеобразный отросток принимают за основную болезнь. После аппендэктомии больной умирает, и на вскрытии выявляется истинная причина заболевания.

Больная З., 72 лет, поступила с диагнозом острого аппендицита через 2 сут от начала заболевания. Внезапно появилась сильная боль в правой половине живота, а затем она локализовалась внизу в правой подвздошной области. Состояние больной удовлетворительное, температура 37,6°C, лейкоцитов в крови 14 000, пульс 84 удара в минуту. Умеренная боль в правой подвздошной области, здесь же умеренная болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки отсутствует. Больная наблюдалась около суток с подозрением на тромбоз мезентериальных сосудов; проводилась соответствующая консервативная терапия. Через 33 ч после консилиума больную решено оперировать по поводу строго аппендицита. Операция произведена под местной анестезией. Обнаружен флегмонозный аппендицит. Произведена аппендэктомия. Рана зашита наглухо. Послеоперационное течение было тяжелым. Нарастала картина перитонита и острой сердечно-сосудистой недостаточности. Больная умерла.

Патологоанатомический диагноз: гипертоническая болезнь; тромбоз верхней брыжеечной артерии; хронический аппендицит, начинающийся некроз подвздошной кишки.

Эту смерть нужно отнести к основному первичному заболеванию, а не к заболеванию, по поводу которого больная была ошибочно оперирована.

В практике встречается, что при клинической картине (чаще у пожилых больных) острого аппендицита во время операции отросток оказывается мало или совсем не измененным. Производят аппендэктомию, и в дальнейшем выявляется основное острое заболевание, предшествовавшее операции (например, крупозная пневмония), от которого больной умирает. На вскрытии в брюшной полости патологии не находят; причиной смерти явилось основное заболевание. Подобный случай также нельзя занести в графу острого аппендицита, так как такового не было.

Больная К., 96 лет, поступила с диагнозом острого аппендицита. Заболела остро несколько часов назад — боль в правой половине живота, тошнота. Состояние больной удовлетворительное, имеются возрастные изменения со стороны сердечно-сосудистой и легочной систем, без значительного нарушения их функции. Температура 35°C, пульс 86 ударов в минуту, ритмичный, артериальное давление 180/100 мм рт. ст., лейкоцитов в крови 8600. Живот мягкий, болезненность в правой половине. Нечеткие симптомы острого аппендицита. В течение суток боли не затихают, более резко выражены местные симптомы. Ех сопзШо решено оперировать больную с диагнозом острого аппендицита под местной анестезией. Во время операции отросток оказался интактным, не обнаружена и другая патология в брюшной полости. Произведена • аппендэктомия. Тяжелое послеоперационное течение, спутанное сознание, температура 39°C, частый аритмичный пульс; позднее выявлена двусторонняя пневмония. За 3 дня до смерти больная впала в глубокое коматозное состояние. Смерть через 12 сут после операции.

Патологоанатомический диагноз: общий атеросклероз и артериосклероз. Размягчение серого вещества правой половины головного мозга; дистрофия внутренних органов; пневмосклероз, эмфизема легких. Червеобразный отросток без изменений. Смерть от нарушения функции головного мозга.

Таким образом, если исключить случаи смерти, подобные приведенным, и «ненужные аппендэктомии» без гистологических изменений, то получим истинную летальность при остром деструктивном аппендиците.

Когда больному можно разрешить вставать и когда его выписывать из стационара без ущерба для здоровья?

Эти вопросы не столь сложны, но практически не имеют однозначного решения. В то же время, учитывая колоссальную цифру аппендэктомии в Советском Союзе, можно себе представить, какое значение будет иметь правильное определение пребывания больного на больничной койке.

Многие авторы, особенно в недалеком прошлом, считали, что больной может после аппендэктомии уходить с операционного стола в палату на ногах. Другие хирурги по сей день держат больных в постели в течение 5—6 дней.

Активное поведение больного после любой операции способствует раннему восстановлению всех жизненных функций и предупреждает послеоперационные осложнения. В Институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского это положение неукоснительно проводят в послеоперационном периоде при всех оперативных вмешательствах, сообразуясь с индивидуальными особенностями больного, объемом операции и течением болезни. Однако заставить больного идти с операционного стола в палату нам представляется не только чрезмерной, но и излишней активностью. Любое оперативное вмешательство является травмой, оставляющей после себя боль, и усиливать ее не к чему. Психический и физический покой для всего организма и операционной раны в первые 24 ч оказывает благотворное действие на больных, и они спокойно поднимаются с постели к концу суток. Такова тактика в отношении больных с неосложненным аппендицитом.

Иное дело, когда больные оперированы в поздние сроки заболевания, при наличии осложненного аппендицита (перфорация, перитонит, абсцесс) или тяжелых сопутствующих нарушений в других системах и органах. В этих случаях активные мероприятия также обязательны, но они должны быть строго индивидуализированы, и лучше, если будут проводиться под контролем методиста лечебной физкультуры или обученной палатной сестры. Определение среднего срока выписки больного из стационара возможно только при неосложненном течении послеоперационного периода. Обычно он исчисляется 6—7 днями с некоторым удлинением для лиц пожилого возраста.

Некоторые зарубежные хирурги выписывают больных в ближайшие 2—3 дня после операции. Если в условиях платной медицинской помощи это связано с экономическим вопросом, то для советских хирургов подобную тактику нельзя оправдать, так как в ряде случаев осложнения выявляются при снятии швов. Применение антибиотиков приглушает в первые дни инфекцию в наглухо зашитой ране, а в отдельных случаях и в

брюшной полости. В дальнейшем развиваются инфильтраты, нагноение раны, лигатурные свищи и т. п. Нередко больной, выписанный из стационара с зажившей первичным натяжением раной, в последующем длительное время лечится в поликлинике по поводу ее нагноения и лигатурных свищей. Поэтому для определения исходов лечения острого аппендицита очень важно проводить повторные осмотры больных через месяц. Это значительно повышает ответственность хирурга за свою деятельность.

Когда можно считать больного трудоспособным после аппендэктомии, т. е. практически здоровым?

По этому вопросу также нет ясности ни у хирургов стационаров, ни у хирургов поликлиник. Практически этот вопрос решает по своему усмотрению поликлинический хирург.

Мы считаем, что в определении трудоспособности нужно учитывать следующие основные факторы.

1. Тяжесть заболевания, течение его в послеоперационном периоде, заживление раны. При неосложненном остром аппендиците и благоприятном течении послеоперационного периода репаративный процесс в ране заканчивается к 3-й неделе. Это и есть срок, когда больной может приступить к работе.

2. Профессия и условия труда. Тяжелый физический труд, особенно связанный с напряжением мышц брюшного пресса, требует удлинения срока поликлинического лечения. Работа, связанная с длительными поездками, неправильным режимом питания, также удлиняет период нетрудоспособности.

3. Возраст больного. Чем старше больной, тем чаще наблюдаются общие нарушения даже при благоприятном послеоперационном течении болезни. Вопрос о степени восстановления трудоспособности после этих нарушений нередко приходится решать совместно с терапевтом, определяя функциональную компенсацию.

Таким образом, решение по определению трудоспособности для каждого больного является индивидуальным. Особенно это относится к больным с осложненным аппендицитом, у которых было тяжелое послеоперационное течение. Они требуют всестороннего клинического обследования. Существенным фактором в восстановлении общих нарушений и заживлении раны является санаторно-курортное лечение больных.

Глава X

ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

Современный подход к лечению острого аппендицита, принцип срочного оперативного вмешательства независимо от сроков и стадий заболевания (за исключением больных с аппендикулярным инфильтратом) дали положительные результаты и привели к снижению летальности. В Институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского за период с 1941 по 1950 г. летальность при остром аппендиците составила 0,73%, а с 1950 г. она колеблется в пределах 0,28%.

Однако, несмотря на достигнутые успехи, послеоперационная летальность в течение последнего десятилетия не имеет тенденции к снижению.

Летальность при прободном аппендиците выражается цифрами 3—5%. Летальность при разлитом перитоните аппендикулярного происхождения, по данным X пленума хирургов УСССР (1967), достигает 70%.

Следует рассмотреть причины, существенно влияющие на цифры летальности при остром аппендиците. Главная причина — поздняя госпитализация и задержка операции, которые еще имеют место в повседневной практике. Больной и его родственники не обращаются своевременно за помощью, прибегая к самолечению. Трудности диагностики или неправильная оценка врачом ранних признаков и симптомов также приводят к поздней диагностике и госпитализации.

Санитарно-просветительная работа среди населения в сочетании с повышением квалификации врачей на догоспитальном и госпитальном этапах дают ощутимые результаты, уменьшая число поздних поступлений и поздних операций. Однако, несмотря на постоянную и настойчивую пропаганду раннего обращения больных в медицинские учреждения, они и в настоящее время все же продолжают поступать в стационар в поздние сроки заболевания, о чем свидетельствуют сообщения многих авторов (В. И. Стручков, 1952; А. З. Амелин, 1957; А. А. Бочаров, 1963; Н. Н. Новодережкин, 1963; Г. П. Зайцев, 1963; Д. А. Арапов, 1966; Л. В. Авдей,

П. Д. Карнаух, 1974, и др.). По данным Института скорой помощи имени Н. В. Склифосовского за 13 лет (1960—1972), из 104 больных, умерших от острого аппендицита, только 41 поступил в стационар в первые 48 ч с момента заболевания.

С целью выявления причин таких ошибок при остром аппендиците мы провели анализ клинического материала, касающийся деструктивных форм острого аппендицита. За последние 5 лет (1965—1969) в Институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского с данной патологией был оперирован 3051 больной.

Прежде всего обратила на себя внимание частота случаев поздней госпитализации больных, которая, как правило, зависела от несвоевременного обращения их в лечебные учреждения. Так, через 24 ч после начала заболевания обратились за медицинской помощью и было госпитализировано 1326 больных, через 48 ч — 456 больных; довольно большая группа больных (234 человека) обратились за врачебной помощью лишь через 3 сут и позже (до 9 сут), уже в тяжелом состоянии, иногда с картиной разлитого перитонита. Нередки случаи, когда больные при нарастающих болях в животе применяли самолечение (грелки, клизмы, слабительное, антибиотики и пр.), что существенно меняло картину заболевания, усложняло диагностику и нередко способствовало развитию тяжелых осложнений.

В единичных случаях поздняя госпитализация явилась результатом задержки при транспортировке или отказа больных от госпитализации. Часть больных была поздно госпитализирована по вине врачей поликлиник и отделений неотложной помощи, не распознавших вовремя картину острого аппендицита.

У 1,8% больных, направленных врачами в приемное отделение Института скорой помощи имени Н. В. Склифосовского, были допущены диагностические ошибки и вместо заболеваний, указанных в диагнозе врача догоспитального этапа, был выявлен острый аппендицит. Иногда, наоборот, диагноз острого аппендицита, правильно распознанного амбулаторным врачом, который видел больного в начальной стадии заболевания, без достаточных оснований отвергался врачом стационара. Это можно объяснить тем, что симптоматика деструктивного аппендицита, выраженная в первые часы, в дальнейшем может принять стертое, атипичное течение.

Уменьшение местной болезненности при деструктивной форме аппендицита и отсутствие перитонеальных явлений говорят не об обратном развитии воспалительных явлений, а, наоборот, о гангрене отростка. Г. Мондор (1937) указывает, что, если спонтанная боль уменьшается или исчезает, это значит, что «червеобразный отросток умер и уже не способен жаловаться».

Иногда диагностические ошибки возникали из-за плохо собранного анамнеза, из-за недостаточно полного обследования больных, из-за стертой картины заболевания и атипичного течения. По ряду причин диагностические ошибки чаще допускаются при аппендиците у детей, у людей пожилого возраста, а также у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями других органов или психически неполноценных людей.

Все хирурги продолжают наблюдать случаи перитонита, причиной которого являются поздние операции при остром аппендиците. Причина этого прежде всего кроется в трудности диагностики как на догоспитальном этапе, так и в стационаре. Проходит время до того момента, когда хирургом устанавливается диагноз острого аппендицита; больного оперируют уже при наличии тяжелых осложнений острого аппендицита, что не всегда кончается благополучно.

Использование антибиотиков значительно снизило летальность за последние годы. Особенно заметно это при прободном аппендиците и разлитом перитоните. Однако многие хирурги допускают ошибки при применении в послеоперационном периоде антибиотиков у больных с деструктивными формами аппендицита. Назначение малых доз, применение антибиотиков без учета чувствительности к ним патогенной флоры не только не дают положительного эффекта, но иногда отрицательно влияют на течение патологического процесса.

В некоторых случаях истинная причина смерти остается невыясненной. Часто больные с перфоративным аппендицитом умирают от комплекса причин: интоксикации на почве перитонита, паралитической непроходимости, вторичной сердечно-легочной недостаточности.

Немалое значение в летальных исходах при остром аппендиците имеют ошибки, допускаемые при операции. Прежде всего это относится к выбору метода обезболивания. В некоторых случаях наблюдается стремление хирурга произвести операцию при остром аппендиците,

даже с картиной разлитого перитонита, под местной анестезией. Это приводит к травматичности вмешательства, не дает возможности произвести тщательную ревизию брюшной полости, осушить ее от выпота, что в свою очередь приводит к развитию абсцессов брюшной полости самой различной локализации. Некоторые хирурги стремятся произвести аппендэктомию через небольшой разрез брюшной стенки. Это является грубейшей ошибкой. Оперативное вмешательство при остром аппендиците должно быть максимально щадящим, а с этой целью необходимо делать достаточно широкие разрезы брюшной стенки. Использование малых разрезов иногда приводит к травме слепой кишки, развитию в последующем таких тяжелых осложнений, как перитонит, кишечный свищ, которые иногда приводят к летальному исходу.

Иногда причиной смерти больного деструктивным аппендицитом является незнание хирургом правил применения тампона и дренажа. Отказ от применения тампона, когда он показан, чрезмерное ушивание раны вокруг него, удаление тампона раньше положенного времени, применение жестких дренажных трубок, особенно в течение длительного времени, часто приводят к развитию тяжелых, смертельных осложнений. Неправильное дренирование забрюшинной клетчатки при ретроперитонеальном остром деструктивном аппендиците, приводящее к забрюшинной флегмоне, подчас является роковой ошибкой хирурга. Казалось бы, такая небольшая ошибка, как зашивание наглухо кожи брюшной стенки при аппендикулярном перитоните, иногда является причиной развития смертельного осложнения.

Все это свидетельствует о том, что каждый хирург должен относиться к операции при остром аппендиците как к чрезвычайно ответственному оперативному вмешательству, помня, что пренебрежение основными правилами этой операции может привести к тяжелым, а иногда смертельным осложнениям.

Для изучения причин летальности при остром аппендиците мы взяли клинический материал Института скорой помощи имени Н. В. Склифосовского за больший промежуток времени (1960—1972), так как это, с нашей точки зрения, позволит более четко представить, отчего чаще погибают больные острым аппендицитом. За это время произведено 32 579 операций больным острым ап-

пендицитом. Из них 94 больных умерли после операции, без операции погибло 10 больных.

Первое место среди причин смерти при остром аппендиците занимает перитонит (34 случая). Чаще всего перитонит являлся следствием деструктивных изменений в червеобразном отростке и прогрессировал после операции. Реже (7 случаев) причиной развития послеоперационного перитонита у больных, перенесших операцию по поводу деструктивного острого аппендицита, являлась несостоятельность швов культи удаленного червеобразного отростка. Одной из причин летальных исходов при остром деструктивном аппендиците были обширные забрюшинные флегмоны (12 случаев), которые приводили к развитию тяжелой интоксикации и сепсису. От тромбоэмболии легочной артерии умерли 19 больных. Предупреждение и лечение этого грозного осложнения представляют собой трудную и на сегодня не разрешенную проблему.

Другими причинами, приведшими к летальному исходу, явились тромбоз брыжеечных сосудов с некрозом кишечных петель, тромбоз селезеночной артерии, пилефлебит.

Таким образом, анализируя летальность при остром аппендиците, следует сказать, что одной из главных ее причин являются поздние операции, которые в свою очередь объясняются: 1) запоздалым обращением больных за врачебной помощью; 2) поздним поступлением их в стационар вследствие несвоевременной диагностики острого аппендицита врачами догоспитального этапа; 3) атипичными, трудно диагностируемыми формами острого аппендицита, которые встречаются и в стационарах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Острый аппендицит относится к самым коварным заболеваниям среди всей ургентной патологии, где допускаются ошибки не только молодыми, но и квалифицированными специалистами. Ни одно заболевание не обладает таким многообразием симптомов, как острый

аппендицит. В то же время он может протекать бессимптомно в бурную фазу деструкции, пока не наступят опасные осложнения. А кто из хирургов не встречал типичный классический симптомокомплекс при отсутствии морфологических изменений в отростке? Иными словами, мы чаще наблюдаем атипичность острого аппендицита, чем его классические проявления. Больному свойственно индивидуальное проявление этой патологии.

Поэтому мы убеждены, что прежде чем отвергнуть диагноз острого аппендицита, хирург должен всегда подумать о нем. Только при такой позиции лечение острого аппендицита будет успешным. Массовость заболевания, многие тысячи аппендэктомий нивелируют диагностические и лечебные ошибки, снижают процент летальности при остром аппендиците, однако за долями процентов смертельных исходов стоит большое число потерянных человеческих жизней.

Что омрачает исходы лечения острого аппендицита? В целом ответить на этот вопрос легко, и это известно каждому практическому врачу: запоздалая диагностика, до- и послеоперационные осложнения, реже технические погрешности и сопутствующие заболевания. Предупредить же эти ошибки в каждом отдельном случае чрезвычайно трудно. Приводя примеры из историй болезни для иллюстрации основных положений, мы старались вспомнить случаи наиболее тяжелого течения острого аппендицита, часто заканчивающегося смертью больного. Нередко эти исходы были следствием ошибочного диагноза и неправильного лечения.

Результаты клинических наблюдений, анализа летальности в больницах скорой помощи Москвы и данные литературы свидетельствуют о том, что главными причинами смерти при остром аппендиците являются гнойные осложнения и прогрессирующее течение основного воспалительного процесса.

Выявлена прямая зависимость между давностью заболевания и частотой тяжелых гнойных осложнений. При любом остром хирургическом заболевании органов брюшной полости, в частности при остром аппендиците, одним из решающих как в развитии гнойных осложнений, так и в исходах заболевания является фактор времени. Тем не менее вопрос о своевременной госпитализации больных острым аппендицитом нельзя считать решенным, несмотря на совершенствование службы ско-

рой медицинской помощи и наличие условий для оказания своевременной хирургической помощи.

Теперь никто не оспаривает, что острый аппендицит, осложненный тяжелым гнойно-воспалительным процессом в брюшной полости (разлитой перитонит, абсцессы и т. д.), протекает более тяжело и сравнительно чаще заканчивается смертью больного, чем острый аппендицит, протекающий без осложнений.

В подавляющем большинстве случаев острый аппендицит в ранний период заболевания не представляет угрозы для жизни больного и в результате своевременного и квалифицированного лечения заканчивается полным выздоровлением больного.

Лечение своевременно диагностированного острого аппендицита при любой локализации и в любом возрасте больного почти всегда просто. Все ошибки начинаются при осложненном остром аппендиците, что приводит к еще большему запаздыванию оперативного вмешательства и последующим опасным осложнениям, которые часто при жизни больного выпадают из поля зрения хирурга и обнаруживаются прозектором на секционном столе. Однако и при тяжелых гнойных процессах можно добиться улучшения результатов лечения осложненных форм острого аппендицита. Исключительно велико значение своевременно примененного комплекса лечебных мероприятий, проводимых в послеоперационном периоде. Клинический опыт показывает, что тщательное наблюдение за больным и надлежащий уход позволяют рано заметить проявления осложнений, а своевременно принятые лечебные меры предотвращают дальнейшее развитие осложнений.

Попытки в трудных случаях использовать для диагностики современные лабораторные технические методы пока не приносят осязаемых результатов. Только тщательное наблюдение за больным, пристальное изучение анамнеза и объективных данных, вдумчивое динамическое наблюдение за развивающимся патологическим процессом позволяют избежать ошибок. Наряду с совершенствованием методов диагностики и хирургического лечения острого аппендицита важное значение приобретает профилактика его тяжелых гнойных осложнений. Она неразрывно связана с результатами своевременной диагностики и лечения острого аппендицита. Ранняя госпитализация, своевременно проведенная операция зна-

чительно сокращают частоту тяжелых гнойных осложнений, что несомненно способствует улучшению результатов лечения острого аппендицита.

Своевременно установленный диагноз, атравматично проведенная операция, продуманное последующее лечение, направленное на предупреждение осложнений, и раннее выявление последних — таковы главные положения успешного лечения острого аппендицита.

ЛИТЕРАТУРА

- Авдей Л. В., Карнаух В. Д. Ошибки в диагностике и лечении острых заболеваний органов брюшной полости в сельских районах. Минск, 1974, 191 с.
- Алимов Т. У. Ошибки в диагностике острого аппендицита. — «Хирургия», 1965, № 11, с. 29—31.
- Андреев И. Г. Острый аппендицит в пожилом и преклонном возрасте. Дис. канд. М., 1956.
- Андрунь П. К. К диагностике острого аппендицита у крайних возрастных групп. — «Тр. Целиноградск. мед. ин-та», 1968, т. 2, с. 284—288.
- Арапов Д. А. Хирургическое лечение острых аппендицитов. — «Сов. хир.», 1935, № 6, с. 173—190.
- Арапов Д. А. Серотерапия острого аппендицита. — «Анналы Московск. научно-исслед. ин-та им. Н. В. Склифосовского», М, 1942, с. 233—239.
- Арапов Д. А. Патогенез, клиника и лечение острого аппендицита. — «Тр. 1-й Всероссийской конференции хирургов», Куйбышев, 1958, с. 10—21.
- Арапов Д. А. Против гипердиагностики и сверхрадикализма. — В кн.: Аппендицит. Киев, 1966, с. 19—22.
- Арапов Д. А., Назыров К. Т. Анализ летальности при остром аппендиците по данным Ин-та им. Н. В. Склифосовского. — В кн.: Аппендицит. Киев, 1966, с. 85—97.
- Арапов Д. А., Яновская Э. М. Особенности течения острого аппендицита у пожилых людей. — «Тр. Науч.-исслед. ин-та скорой помощи им. Н. В. Склифосовского», 1963, т. 9, с. 20—24.
- Арапов Д. А., Симонян К.-С., Каплан Б. С. Парадоксы острого аппендицита. — «Вестн. хир.», 1969, № 11, с. 22—26.
- Артишевский Л. И. Клиника, диагностика и лечение острого аппендицита у больных в возрасте старше 50 лет. — «Тр. 19-й Республиканец конференции хирургов». Рига, 1965, с. 137.
- Ахмеров А. Б. Активность фосфатаз в червеобразном отростке при остром аппендиците. — «Казанск. мед. журн.», 1970, № 4, с. 81.
- Баранов А. Н. О гипердиагностике острого аппендицита. — «Сов. мед.», 1968, № 11, с. 114—117.
- Барсуков Г. П., Гуров П. И. О тактике при лечении острого аппендицита. — «Хирургия», 1969, № 5, с. 62—66.
- Барышников А. И. «Поясничный симптом» острого аппендицита и холецистита. — «Клин. хир.», 1963, № 9, с. 79—80.

- Бахур Г. Ю. Странгуляционная кишечная непроходимость как позднее осложнение после аппендицита. — «Хирургия», 1970, № 1, с. 107—108.
- Вельский А. В. К патогенезу, диагностике и лечению плотных аппендикулярных инфильтратов. — В кн.: Материалы межобластной конференции хирургов. Пермь, 1969, с. 124—125.
- Беляев А. А., Золотое Л. В. Об экстренной релапаротомии. — «Вестн. хир.», 1962, № 4, с. 20—27.
- Бесфамильная З. И. Ошибки клинической диагностики острого аппендицита. — «Хирургия», 1954, № 10, с. 42—46.
- Бесфамильная З. И. О клинико-анатомических параллелях при остром аппендиците. — «Вестн. хир.», 1956, № 8, с. 76—79.
- Блинов Н. И. Некоторые спорные вопросы хирургического лечения острого аппендицита. — «Вестн. хир.», 1956, № 8, с. 120—125.
- Блинов Н. И. Аппендэктомия при болевом синдроме в правой подвздошной области. — «Научные труды Ленинградск. ин-та усовершенствования врачей, 1968, вып. 63, с. 45—49.
- Бобров А. А. Аппендицит и его лечение. — «Мед. обзор», 1896, т. 46, вып. 16, с. 281—303.
- Богословский О. В., Яловецкий Д. М., Сиверский А. И. Диагностика и лечение аппендикулярных инфильтратов. — «Вестн. хир.», 1969, № 1, с. 51—54.
- Бородянский В. И. Острый аппендицит у лиц пожилого и старческого возраста. — В кн.: Аппендицит. Киев, 1966, с. 252—254.
- Бочаров А. А. О хирургическом лечении пожилых людей с острыми заболеваниями органов живота. — «Тр. Науч.-исслед. ин-та скорой помощи им. Н. В. Склифосовского». 1963, т. 9, с. 25—29.
- Брайцев В. Р. Острый аппендицит. М., 1946, 49 с.
- Бржозовский А. Г. Аппендицит. Куйбышев, 1960, 218 с.
- Брызгалов В. Е. Удаление червеобразного отростка при аппендикулярном инфильтрате. — В кн.: Материалы межобластной конференции хирургов. Пермь, 1969, с. 129—130.
- Быстрицкий М. И. О кровотечениях после операций по поводу аппендицита. — «Сов. мед.», 1954, № 3, с. 41—42.
- Вишневский А. А., Фомин Н. Н. Новое в физиологии и патологии червеобразного отростка. — «Тр. 1-й Всесоюз. конференции хирургов и травматологов-ортопедов». Воронеж, 1967, с. 79—80.
- Волков Г. И. Ошибки в диагностике острого аппендицита. — «Тр. Ижевск. мед. ин-та», 1965, вып. 1, с. 104—109.
- Гарбуз И. Г. Острый аппендицит в стадии инфильтрата. — В кн.: Актуальные вопросы клинической хирургии. Львов, 1965, с. 118—120.
- Гессе Э. Р., Гирголав С. С., Шаак В. А. Ошибки, опасности и непредвиденные осложнения при лечении хирургических заболеваний. Т. 2. Л.—М., 1936—1937.
- Глезер И. Л. Соответствие и расхождение между патологоанатомической картиной и клинической при остром аппендиците. — «Нов. хир. арх.», 1940, кн. 4, с. 45.
- Греков И. И. Острый аппендицит. Выступление в прениях. — «Тр. 1-го Всеукраинск. съезда хирургов». Днепропетровск, 1927, с. 10.
- Гуревич Н. И. Острые хирургические заболевания брюшной полости. М., 1951, 132 с.
- Гуртовой И. В. Аппендикулярные абсцессы. — «Хирургия», 1952, № 5, с. 86.

- Давыдовский И. В., Юдина В. С. К вопросу о нормальных червеобразных отростках в хирургической практике. Методика морфологического исследования червеобразных отростков и замечания к классификации аппендицита. — «Клин. мед.», 1964, № 6, с. 8—12.
- Двуужильная Е. Д. Клиника и морфология острого аппендицита. Киев, 1964, 178 с.
- Дехтярь Е. Г. Острый аппендицит у женщин. М., 1965, 194 с.
- Джанелидзе Ю. Ю. К дифференциальной диагностике острого аппендицита. — «Вестн. хир.», 1935, № 40, с. 112—113; 170—171.
- Долецкий С. Я., Кучегорова М. М. Некоторые вопросы лечения аппендицита. — «Хирургия», 1962, № 6, с. 81—89.
- Евсеев Е. П., Локтев И. А. Об операционной травме червеобразного отростка или аппендэктомии. — «Клин. хир.», 1967, № 11, с. 74.
- Жданов Д. А. Общая анатомия и физиология лимфатической системы. М., 1962, 198 с.
- Забегальская З. К. Патогенез и лечение аппендикулярного инфильтрата. Автореф. дис. докт. Оренбург, 1969.
- Завгородний Л. Г., Подоненко А. П., Оберемченко А. И. Ошибки в диагностике острого аппендицита. — «Тер. 2-го съезда хирургов Украины». Киев, 1966, с. 127—128.
- Зайцев Г. П., Корнеев А. И. Анализ послеоперационной летальности при остром аппендиците по материалам клиники за 17 лет. — «Хирургия», 1963, № 11, с. 37—44.
- Закиров Т. З. Тромбозмболические осложнения после операций по поводу острого аппендицита. Дис. канд. Ташкент, 1973.
- Захарова Г. Н., Шехов В. П. Роль аллергического фактора в патогенезе острого аппендицита — «Клин. мед.», 1958, № 8, с. 19—24.
- Захарова Г. И., Скотин Л. И., Финогенов Ф. К. Ошибки и осложнения в лечении острого аппендицита. — В кн.: Материалы Межобластной конференции хирургов. Пермь, 1969, с. 77—79.
- Иванов А. М. Особенности клиники, диагностики и лечения острого аппендицита ретроцекальной локализации. — В кн.: Материалы 2-й научной конференции Саратовск. мед. ин-та. Саратов, 1969, с. 169—174.
- Иосет Г. Я. Анализ летальности при остром аппендиците. — «Вестн. хир.», 1956, № 8, с. 107—113.
- Исаков Ф. И., Шапкина Н. С., Кошелев П. И. О дефектах в распознавании и лечении острых аппендицитов. — «Тр. 6-го съезда хирургов». Воронеж, 1961, с. 21—25.
- Калитеевский П. Ф. К вопросу о патогенезе и классификации заболеваний червеобразного отростка. — В кн.: Актуальные вопросы неотложной хирургии. М., 1967, с. 27—35.
- Калитеевский П. Ф. Болезни червеобразного отростка. М., 1970, 202 с.
- Касымов Ш. Х. Некоторые клинико-лабораторные показатели в диагностике различных форм острого аппендицита. Дис. канд. Ташкент, 1973.
- Коваленко Л. Н. Острый аппендицит в пожилом и старческом возрасте. Дис. канд. Днепропетровск, 1954.
- Коваленко Л. И. Аппендицит и его осложнения. — «Тр. 1-й Всесоюз. конференции хирургов и травматологов-ортопедов». Воронеж, 1967, с. 144—164.

- Кожарский В. В.* Об изменении секреторной функции слизистой оболочки червеобразного отростка при остром аппендиците. Автореф. дис. канд. Л., 1966.
- Кожарский В. В.* Некоторые данные о патоморфологии так называемого простого аппендицита. — «Тезисы докл. 3-й Всесоюз. конференции хирургов». Воронеж, 1967, с. 76—79.
- Козлов М. А.* Опыт лечения некоторых осложнений острого аппендицита. — В кн.: Материалы Межобластной конференции хирургов. Пермь, 1969, с. 152.
- Колесов В. И.* Острый аппендицит. Л., 1959, 285 с.
- Колесов В. И.* Клиника и лечение острого аппендицита. Л., 1972, 290 с.
- Колодистая Е. А.* Ближайшие и отдаленные результаты лечения острого аппендицита по материалам областной больницы за 10 лет. — В кн.: Хирургия органов пищеварения. Л., 1969, с. 38—40.
- Коломийченко М. И.* Проблемы хронического аппендицита. — «Клин. хир.», 1969, № 4, с. 1—6.
- Коломийченко М. И., Бейлин П. Е.* Летальность после аппендэктомии, ее причины и пути борьбы с ней. — «Тр. 3-й Всесоюз. конференции хирургов и травматологов-ортопедов». Воронеж, 1969, с. 170—177.
- Комаровский Ю. Т.* Нужен ли пересмотр техники аппендэктомии. — «Клин. хир.», 1968, № 2, с. 50—55.
- Корабельников И. Д.* Парадоксы острого аппендицита истинные и кажущиеся. — «Вестн. хир.», 1970, т. 104, № 3, с. 46—48.
- Кубышкин В. А.* Лечение перфоративного аппендицита и аппендикулярного перитонита. Дис. канд. М., 1973.
- Кузин М. И.* Актуальные вопросы диагностики и лечения аппендицита. — «Клин. мед.», 1966, № 10, с. 3—5.
- Левин О. А.* Ошибки клинической диагностики некоторых важнейших заболеваний. Л., 1941, с. 88—125.
- Лечение разлитых гнойных перитонитов.* — «Хирургия», 1973, № 10, с. 125—131. Авт.: М. П. Кузин, О. С. Шкроб, М. И. Сорокина, М. М. Циденов.
- Лидский А. Т.* Симптоматическая диагностика хирургических заболеваний. М., 1973, 227 с.
- Лисянская Н. М.* О клинических и патологических диагнозах аппендицита. — «Врач. дело», 1956, № 7, с. 689—692.
- Луценко Д. А.* Некоторые вопросы тактики хирурга при остром аппендиците. — «Сов. мед.», 1968, № 3, с. 111—115.
- Маковенко В. Я.* Острый аппендицит в старческом возрасте. Дис. канд. М., 1968, 230 с.
- Малюгина Т. А., Богницкая Т. Н.* Кишечные свищи после аппендэктомии. — «Вестн. хир.», 1972, № 1, с. 117—122.
- Маценко П. А.* Острый живот. Иркутск, 1967, 496 с.
- Маят В. С., Федоров В. Д.* Комплексное лечение при перитоните. — В кн.: Материалы 1-го съезда хирургов Средней Азии и Казахстана. Ташкент, 1969, с. 48.
- Маят В. С., Федоров В. Д., Никитин А. М.* Перитонит у больных с острым аппендицитом. — «Хирургия», 1970, № 4, с. 86—96.
- Музыка К. А.* Кишечные свищи на почве аппендицита и их лечение. «Клин. хир.», 1966, № 11, с. 34—38.
- Муканов У. М.* Острый аппендицит у лиц пожилого и старческого возраста. — Дис. канд. Караганда, 1972.

- Мурлага Ш. Х.* Сравнительная оценка симптоматики различных форм острого аппендицита. — «Хирургия», 1965, № 11, с. 32—36.
- Назыров К. Т.* Ретроцекальный аппендицит. — В кн.: Материалы к учению об остром аппендиците. М., 1965, с. 109—120.
- Назыров К. Т.* Диагностические ошибки и анализ летальности при ретроцекальном аппендиците. — «Клин. мед.», 1966, № 10, с. 32—38.
- Назыров К. Т.* Диагностика острого аппендицита. — В кн.: Аппендицит. Киев, 1966, с. 129—133.
- Напалков П. Н.* Попытки разработки более современной клинико-анатомической классификации аппендицита. — «Вестн. хир.», 1954, № 7, с. 42—43.
- Напалков П. Н.* Принципы лечения разлитого гнойного перитонита. — «Вестн. хир.», 1971, № 1, с. 152.
- Напалков П. Н., Шафер И. И.* О клинико-анатомической классификации аппендицита. — «Вестн. хир.», 1956, № 8, с. 114—120.
- Некоторые вопросы Госпитализации, исходов, течения и хирургической тактики при остром аппендиците по материалам больницы.* — В кн.: Материалы Межобластной конференции хирургов. Пермь, 1969, с. 163—164. Авт.: А. Н. Бубнов, В. Б. Войтяцкий, Н. И. Гальсман и др.
- Новодережкин Н. Н.* Дифференциальная диагностика в условиях работы скорой помощи между острым аппендицитом, острым холециститом и прободной язвы желудка. — В кн.: Вопросы скорой медицинской помощи. М., 1963, с. 197—199.
- Огнев Б. В.* Лимфатическая система в норме и патологии. (Актовая речь к 36-летию Центрального ордена Ленина ин-та усов, врачей. 13/ХН 1966 г.) М., 1966, 29 с.
- Осват Б. Л., Копылов А. И.* Острые хирургические заболевания брюшной полости под маской пищевой токсикоинфекции. М., 1971, 195 с.
- Очеленко Л. П., Любовская В. П.* Патогенез острого аппендицита и значение эндоаллергии в их возникновении. — В кн.: Аппендицит. Киев, 1966, с. 98—102.
- Павлова Ю. А.* Клинико-анатомические параллели при остром аппендиците по материалам госпитальной хирургической клиники 1-го Московск. мед. ин-та. — «Сов. мед.», 1955, № 12, с. 50—55.
- Петров Б. А.* Заключительное слово председательствующего на 1-й Всероссийской конференции хирургов РСФСР. — «Тр. 1-й Всерос. конференции хирургов». Куйбышев, 1958, с. 173—177.
- Петров Б. А., Беляев А. А.* Актуальные вопросы лечения больных перитонитом. — «Тр. 1-го съезда хирургов Российской Федерации». Л., 1959, с. 24—32.
- Поляков А. Н.* Осложнения острого аппендицита, причины их возникновения и хирургическое лечение. Дис. канд. Л., 1972.
- Резников Б. Д.* Некоторые вопросы диагностики и тактики при остром аппендиците. Дис. канд. Саратов, 1971.
- Репин В. Н., Болотова Л. И., Рогозина В. П.* Осложнения острого аппендицита. — В кн.: Материалы Межобластной конференции хирургов. Пермь. 1969, с. 178—180.
- Русаков А. В.* К вопросу о этиологии, патогенезе и классификации аппендицита. — «Тр. Московск. научн.-исслед. ин-та скорой помощи им. Н. В. Склифосовского. 1957, т. 4, кн. 1. М., с. 26—51.

- Рычковский Г. Ф.* Дифференциальная диагностика острого аппендицита и внематочной беременности. — «Вестн. хир.», 1972, № 3, с. 32—34.
- Рычковский Г. Ф.* Значение ректальных и ректо-вагинальных исследований в диагностике острого аппендицита у женщин. — «Хирургия», 1972, № 10, с. 59—63.
- Самарин И. Н.* Диагностика «острого живота». Л., 1940, 359 с.
- Сакович И. П., Виноградов С. А.* Морфологические изменения в червеобразном отростке при аппендиците. — «Вестн. хир.», 1964, т. 92, № 4, с. 60—64.
- Сильченко В. П.* Гистохимическое исследование стенки червеобразного отростка при различных формах аппендицита. Дис. канд. Киев, 1966.
- Симонян К. С.* Перитонит. М., 1971, 295 с.
- Смольянников А. В., Наддачина Т. А., Пермяков Н. К.* Клинико-анатомические характеристики острых хирургических заболеваний брюшной полости в пожилом возрасте. — «Тр. Научн.-исслед. ин-та скорой помощи им. Н. В. Склифосовского». 1963, М., т. 9, с. 13—19.
- Соколова П. Г.* Аппендикулярные инфильтраты и их лечение. Дисс. канд. М., 1960, 186 с.
- Стручков В. И.* О показаниях к методике дренирования брюшной полости при остром аппендиците. — «Хирургия», 1965, № 11, с. 10—15.
- Стручков В. И., Маршак А. М.* Причины летальности при остром аппендиците и пути ее снижения. — «Сов. мед.», 1952, № 6, с. 17—20.
- Тагиров К. М., Тачмурадов Н. М.* Ранние послеоперационные осложнения при деструктивном остром аппендиците. — В кн.: Материалы 1-го съезда хирургов Средней Азии и Казахстана. Ташкент, 1969, с. 67.
- Утешев Н. С., Маковенко В. Я.* Летальность после аппендэктомии в старческом возрасте. — «Хирургия», 1969, № 12, с. 74—76.
- Утешев Н. С., Богницкая Т. П., Цепяева Г. В.* Послеоперационные осложнения при деструктивных формах острого аппендицита. — «Хирургия», 1972, № 2, с. 119—12В.
- Утешев Н. С., Пахомова Г. В., Бычкова Т. И.* Осложнения при прободном аппендиците. — В кн.: Антибиотики в хирургии, ошибки и осложнения при остром аппендиците. Пермь, 1969, с. 104—105.
- Утешев Н. С., Пахомова Г. В., Бычкова Т. И.* Ранние осложнения и их профилактика при остром прободном аппендиците. — В кн.: Материалы 1-го съезда хирургов республик Средней Азии и Казахстана. Ташкент, 1969, с. 74^75.
- Федоров В. Д.* Лечение перитонита. М., «Медицина», 1974.
- Федоровский А. А., Петрушев В. Н.* О клиническом и патогистологическом диагнозах острого аппендицита. — В кн.: Аппендицит. Киев, 1966, с. 70—73.
- Чуланов Б. И.* Осложнения после аппендэктомии, результаты лечения и профилактика. Дис. докт. Омск, 1965.
- Чуланов Б. И.* Некоторые особенности развития воспалительных опухолей после аппендэктомии. — «Клин. хир.», 1970, № 10, с. 53—56.
- Шлапоберский В. Я.* Острые гнойные перитониты. М., 1958, 188 с.

- Шор Г. В. Острый аппендицит в патологоанатомическом отношении.—Вести, хир.», 1935, т. 40, кн. 112—113, с. 34—38.
- Щербатенко М. К., Береснева Э. А., Евдокимов В. Н. Рентгенологическое исследование в диагностике острого аппендицита. — «Вести, рентгенол.», 1970, № 1, с. 18—23.
- АЩапаго В., РаV^OVзку I. ЕуептасИоп МегзИаа! роз^аррепаес-
ьгта.— „Зет. теа." (Виепоз Акез), 1966, V. 128, p. 1431—1433.
- АзскоjI Е. Бег аррепш'сШзье АпГаЙ зете Алюодле ипс! РаШПо-
еепезе. ВегНп, 1930, 125 5.
- Вабсск I. Р., Шпйеу ^7. 47. Асиле аррепсИсШз. Ап апаузе о! 1962
сопзесИйе сазез.— „Апп. Зигд.", 1959, V. 190, p. 131.
- Волев Е. Т., Izelon P. !., CealШозШу Н. !7. Асиле аррепсИсШз т
сЫЫгеп.— „Асб. Зигд.", 1959, V. 79, p. 447—454.
- ВигнеП Н. А. Тпе РегГогагеа аррепсНх.— „Ат. X ЗигвЛ 1949,
V. 78, p. 213—215.
- Согга Р. Ип Iета а'аррепш'сИе сгошса.— „Апп. Iпгеп. Мей.",
1965, V. 70, p. 381—400.
- Ожй Н. С, Натке Е. Р. ВгуегтШоЛит оГ Iье АррепсНх.—„Л. 3.
Агтеа Р. Меа.", 1956, V. 6, p. 343.
- Ендк J., Негхищ Н. Ете ипде\убЫНспе Из^еЫИип^ пась
Аррепёекгоге.—„2Ы. СЫг.", 1966, Vcl 91, 5. 1755—1759.
- Реппезу I., EVan5 P. Н. АррепсНсо-Пеал ПзИла ргезепКпц аз ап
Леа! тазз.—„Ат. X (Не. В'т", 1969, V. 13, p. 1012—1916.
- Ро\$leg I. Н., ЕйхюагЛв 47. Н. Асиле аррепш'сШз т тГапсу апа
сЫПапоа.—„Апп. !. Зигд.", 1957, V. 146, p. 70—77.
- Нахюк I. С, Вескег 47. Е., Еектап Е. Р. АсГЛе аррепсНсШз апс!
апаузI5 о! 1003 сазез.—„Апп. 5иг§;.", 1950, V. 132, p. 729—741.
- Не\$дИп Р. БШетеИа^а^поз тпегег КрапКиеНеп, ЗтиНдагт., 1960,
913 3.
- КпнЫЫеуеь Р. АррепсНсШз тИ ОигсЫапа'егип^зруоперпгозе.—
„2Ы. СЫп.", 1962, Ва 87, 5. 2104—2108.
- Кузг 47., Ju\$1 47. 2иг Пра§;е аег 2ипапте аег АррепсНсШз регГо-
гала.—„2Ы. сЫг.", 1972, Ва 39, 5. 1365—1368.
- Ееб !. Ип аеп зглоIа!еп Вгисьзаск регIопегIе АреепсИх.—„2Ы.
сЫг.", 1966, Ва 91, 5. 141&—1417.
- МсВигнеу С. Загсота о! тсШеу.—„Апп. Зиг^.", 1894, у. 20,
p. 38—43.
- МсОге\$ог !. К., Мс^геуог Б. О. Айепосагстота оГ Ше аррепсНх.—
„Зиг^егу", 1960, V. 48, p. 925—935.
- Монйог Н. (Мондор Г.) Неотложная диагностика (пер. с фран.)
Т. 2. М—Л., 1937.
- РеШ В. Б. АррепсНсо-уезкаI ГIзИла.—„Ш. АизI. сНп.", 1966,
V. 2, p. 297—301'.
- РоIкенБег§ 5. е. а. Сотрапзоп оГ Iье еШсасу оГ (пегареиьс
а§:епIз т Iье ТгеаIтепI оГ екрептепIаIly такеа сШГизе регИо-
пШз оГ тт.езIтаI оп§;т.—„Апп. 8иг§;.", 1948, у. 128,
p. 1148—1163.
- 5я550 Р. й., Нанпа Е. А., Мооге й. Е. БеикосуЫс апг! пей^гопШс
соппIз Ип асиге аррепсИсШз.—„Ат. ^. Зигд.", 1971, у. 120,
p. 503—566.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.	4
Глава I. О механизмах клинического развития и морфологических изменениях при остром аппендиците	8
Глава II. Клиника и диагностика острого аппендицита	19
Глава III. Дифференциальная диагностика острого аппендицита	35
Глава IV. Осложнения острого аппендицита.	48
Глава V. Острый аппендицит у больных пожилого и старческого возраста	68
Глава VI. Лечение острого аппендицита.	72
Глава VII. Послеоперационные осложнения у больных острым аппендицитом.	89
Глава VIII. Ошибки и опасности при остром аппендиците .	108
Глава IX. О некоторых нерешенных вопросах острого аппендицита	131
Глава X. Причины летальности при остром аппендиците .	144
Заключение.	148
Литература.	152

Утешев Николай Сергеевич,
Малюгина Тамара Антоновна,
Богницкая Тамара Николаевна,
Пахомова Галина Васильевна

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Редактор **В. Г. Добкин**
Художественный редактор **Т. М. Смага**
Техн. редактор **Л. Н. Вязьмина**
Корректор **В. И. Федорова**

Сдано в набор 11/У 1975 г. Подписано к печати 24АП 1975 г. Формат бумаги 84X108'/32. Печ. л. 5,0 (условных 8,40 л.) 9,04 уч-изд. л. Бум, тип. № 2 Тираж 15 000 экз. МБ—55. Цена 45 коп.

Издательство «Медицина». Москва,
Петроверигский пер., 6/8

Типография им. Смирнова Смоленского облуправления
издательств, полиграфии и книжной торговли,
г. Смоленск, пр. им. Ю. Гагарина, 2.
Заказ 2169.

I , ,