

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ

Н. М. ЯНЧУР (Витебск)

Острый аппендицит — самое распространенное хирургическое заболевание среди острых заболеваний органов брюшной полости.

Больные острым аппендицитом в общехирургических стационарах составляют 20—25%, а среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости удельный вес острого аппендицита достигает 80,8% (А. И. Беккер, 1966; Н. Н. Фомин, 1966; Т. Ф. Бякина, 1967 и др.).

В БССР за последние 17 лет количество срочных аппендэктомий увеличилось в 7 раз. Так, в 1950 г. было произведено 5329, в 1960 — 24 924, в 1967 — 38 962 аппендэктомии.

Мы, как и другие исследователи, не располагаем точными данными об истинной заболеваемости аппендицитом: растет заболеваемость или хирургическая активность. Однако, на основании многочисленных литературных данных (Д. А. Арапов, Н. Н. Еланский, А. А. Вишневский, В. И. Колесов), отмечен рост заболевания в годы, предшествующие Великой Отечественной войне, резкое снижение количества заболеваний аппендицитом во время войны и повышение заболеваемости в послевоенный период.

Часть хирургов, особенно с недостаточным опытом, не сделала выводов из дискуссии по проблеме аппендицита, проведенной на страницах «Медицинской газеты», по-прежнему ставятся широкие показания к удалению отростка, что безусловно увеличивает число неоправданных аппендэктомий.

Совершенно справедливо утверждает Т. Я. Арьев (1956): «многие хирурги усвоили взгляд, что низкая летальность, техническая легкость аппендэктомий оправдывают резкое расширение показаний к лапаротомии в сомнительных случаях».

Как известно, наиболее распространенными теориями, объясняющими возникновение аппендицита, являются: инфекционная, алиментарная, нервнорефлекторная и др. Д. А. Ара-

пов высказывает мнение, что все эти теории не исключают, а дополняют друг друга. Однако издавна придавалось особое значение алиментарному фактору. Так, еще в 1901 г. Л. Шампионьер обратил внимание на резкое увеличение заболеваемости острым аппендицитом при обильном мясном питании. В дальнейшем это наблюдение подтвердилось рядом наших отечественных хирургов (Д. А. Арапов, Н. Н. Еланский, А. А. Вишневский, Б. А. Петров и др.). Клинический опыт показывает, что аппендицит чаще наблюдается при нарушении режима питания, обильной мясной пище, перегрузке желудочно-кишечного тракта. Кроме того, отмечено, что в период стихийных бедствий, голода, когда питание ограничено, количество заболеваний аппендицитом резко уменьшается.

Предложено много классификаций острого аппендицита, однако все они не могут полностью отразить особенности патологоанатомического процесса и удовлетворить практических потребностей.

Мы считаем возможным пользоваться несколько измененной классификацией В. И. Колесова (1959), в основу которой положено патологоанатомическое деление острого аппендицита. Острый аппендицит разделен на три группы:

I. Простой или катаральный аппендицит.

I. Деструктивный аппендицит:

- а) флегмонозный;
- б) гангренозный;
- в) перфоративный.

III. Осложненный аппендицит:

- а) аппендикулярный инфильтрат;
- б) аппендикулярный абсцесс;
- в) разлитой перитонит.

Для диагностики острого аппендицита большое значение имеет тщательно собранный анамнез и детальное исследование больного с учетом индивидуальных особенностей.

Как известно, симптомы острого аппендицита разнообразны и зависят от анатомических изменений в червеобразном отростке, времени, прошедшего от начала заболевания, и ряда других условий. Диагностические трудности и ошибки чаще всего наблюдаются при атипичном расположении отростка — ретроцекальном, тазовом и др.

Основным принципом хирургической тактики при остром аппендиците остается ранняя операция. Попытки пересмотра этого положения и ограничения показаний к оперативному

лечению острого аппендицита неосновательны и опасны. Чем раньше от начала заболевания удаляется воспаленный червеобразный отросток, тем лучше исход заболевания. В тех случаях, когда клиническая картина неясна, для уточнения диагноза необходим период для динамического наблюдения в течение 5—6 часов.

В этом отношении справедливо отмечал А. Н. Бакулев, что «... при отсутствии сомнений нужно оперировать, при сомнении в диагнозе — наблюдать».

Единственным исключением из приведенного положения служит наличие плотного отграниченного аппендикулярного инфильтрата.

Наиболее высокая заболеваемость острым аппендицитом отмечена в возрасте от 20 до 40 лет. По данным В. Ф. Анищенко (1966), число женщин, оперированных по поводу катарального и хронического аппендицита, более чем в три раза превышает число оперированных мужчин. При деструктивном аппендиците соотношение между женщинами и мужчинами примерно равное. По данным Б. П. Кириллова, Р. А. Дрониной, С. М. Потехинского (1966), деструктивные формы встречаются чаще у мужчин, составляя 72% к общему числу, у женщин — 56%.

По БССР в первые сутки по поводу острого аппендицита оперировано 68%.

Лечение острого аппендицита — не только медицинская, но и организационная проблема. В нашей стране аппендэктомии производятся во все сроки от начала заболевания и показания к операции ставятся по клинической картине болезни, а не по ее продолжительности; принцип ранней операции остается неизменным.

Преобладающим видом обезболивания при остром аппендиците по БССР является местная инфильтрационная анестезия по А. В. Вишневскому, иногда применяется общее обезболивание. Кроме того, применяется местное обезболивание в сочетании с умеренной нейроплегией.

Разрез брюшной стенки производится по способу Волковича-Дьяконова. Если червеобразный отросток макроскопически оказывается неизмененным, показана ревизия брюшной полости. При отсутствии патологических изменений в других органах брюшной полости червеобразный отросток следует удалить.

До настоящего времени нет единого мнения в отношении

введения тампонов и дренажей в брюшную полость при деструктивных формах аппендицита. Некоторые хирурги указывают на вред этого мероприятия (В. И. Стручков, Б. В. Федоров, И. М. Надвецкая, 1966).

При деструктивных формах аппендицита (флегмонозных и гангренозных) без гнойного выпота в брюшную полость обычно зашивают наглухо, но оставляют тонкий дренаж для фракционного введения антибиотиков.

Тампонаду брюшной полости следует применять по строгим показаниям, когда возможность поступления инфицированного содержимого в брюшную полость не исключается и после операции, при разлитом гнойном перитоните, при кровотечении из ложа отростка и в некоторых других случаях.

Послеоперационные осложнения встретились в 2,5—3% всех случаев. Наиболее частые осложнения были со стороны операционной раны: гематомы, нагноение раны, инфильтраты брюшной стенки, лигатурные свищи. Профилактика осложнений должна состоять в тщательном гемостазе раны, строгом соблюдении асептики, щадящем обращении с тканями. Послеоперационные воспалительные инфильтраты подлежат консервативному лечению, при нагноении инфильтрата показано раскрытие гнойника.

Распознавание аппендикулярного инфильтрата не представляет больших трудностей. Из анамнеза выясняется, что больной за 3—5 дней до поступления в лечебное учреждение перенес приступ острого аппендицита. При пальпации живота в правой подвздошной области прощупывается аппендикулярный инфильтрат, границы которого с каждым днем становятся все более четкими.

Диагностированный аппендикулярный инфильтрат при затихании воспалительного процесса: нормальной температуре, отсутствии болей, исчезновении напряжения мышц в правой подвздошной области, ограничении уплотнения — подлежит консервативному лечению. Паранефральная блокада по А. В. Вишневскому, антибиотики, переливание крови, небольшие дозы хинина, холод и затем УВЧ-терапия в большинстве случаев приводят к рассасыванию инфильтрата в течение 2—3 недель. После исчезновения инфильтрата аппендэктомия производится не ранее чем через 4—5 недель.

При абсцедирующих инфильтратах с прогрессирующим развитием, высокой температурой и болями показано оперативное лечение — вскрытие и дренирование гнойника.

У ряда больных может быть неожиданно во время операции обнаружен недиагностированный инфильтрат. Характер вмешательства в этих случаях должен быть строго индивидуализирован. При начальном формировании инфильтрата червеобразный отросток удаляется и подводится к ложу отростка ниппельная трубочка для введения антибиотиков. При обнаружении большого инфильтрата с недифференцирующими тканями, когда выделение отростка сопряжено с опасностями повреждения кишки, аппендэктомия не производится, применяется ограничивающая тампонада с подведением дренажа.

Необходимо отметить, что по данным В. И. Стручкова, А. В. Григоряна, А. И. Беккер, около 20% больных раком толстого кишечника госпитализируются с подозрением на патологию червеобразного отростка, и в частности на аппендикулярный инфильтрат. Больные с нерассасывающимися инфильтратами подлежат ирригоскопии, париетографии и др., после чего определяется характер последующего лечения.

Летальность после аппендэктомии по поводу острого аппендицита по БССР в 1967 г. составила 0,29%. Основными причинами летальных исходов явились перитонит и тромбоэмболические осложнения.

Нами проведен подробный анализ хирургического лечения 4474 больных острым аппендицитом, находившихся на лечении в клинике факультетской хирургии Витебского медицинского института в 1958—1967 гг.

По нашим данным, больные острым аппендицитом в общехирургическом стационаре составляли 20—28%, а среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости удельный вес острого аппендицита достигал 80,0%. На протяжении последних 10 лет число заболевших острым аппендицитом подвергалось небольшим колебаниям в сторону повышения заболеваемости.

Заболеваемость острым аппендицитом у женщин встречалась почти в два раза чаще, чем у мужчин.

При опросе больных, поступивших в клинику с острым аппендицитом, у подавляющего большинства отмечены погрешности как в режиме, так и в характере питания.

Гистологически нами изучены удаленные червеобразные отростки у 4422 больных. Катаральный аппендицит диагностирован в 45,8%, деструктивный аппендицит — в 54,2%.

21 больной (0,4%) был доставлен с аппендикулярным инфильтратом.

Несовпадение клинического и гистологического диагнозов наблюдалось у 376 больных (8,4%).

В первые сутки от начала заболевания поступило 69,8%, позже суток — 30,2%.

Причинами поздней госпитализации явились: поздняя обращаемость к врачу, она занимает первое место, диагностические ошибки врачей, которые первыми встречаются с больными до стационара, запоздалое посещение больного врачом и запоздавшая доставка больных в хирургическое учреждение.

Возможности улучшения госпитализации заключены в проведении известных, но тем не менее недостаточно используемых мероприятий, таких как пропаганда среди населения знаний об опасности острого аппендицита и необходимости раннего обращения за медицинской помощью.

Послеоперационных осложнений было 208 (4,6%). Нагноение операционной раны наблюдалось в 10% от общего числа осложнений, инфильтрат — в 10%. Перитонит отмечен в 71%. Во всех случаях послеоперационный перитонит являлся дальнейшим развитием предоперационного перитонита. Кишечный свищ наблюдался в 1%. Послеоперационная пневмония отмечена в 8%, инфаркт легкого — в 1%.

Из 4474 оперированных больных умерло 6, то есть летальность равна 0,1%. Основной причиной смерти у 5 больных явился продолжающийся перитонит, один умер от тромбоэмболии. Летальные исходы наблюдались у больных пожилого и старческого возраста, поздно поступивших в клинику.

В лечении острого аппендицита общей тенденцией являлось стремление к ограничению дренирования брюшной полости, тампонирование применялось по строгим показаниям.

Под местной инфильтрационной анестезией в сочетании с умеренной нейроплегией произведено 2829 операций (63,2%), только под местной анестезией — 1564 (35%), под общим обезболиванием — 81 аппендэктомия (1,8%).

У оперированных под местным обезболиванием в сочетании с умеренной нейроплегией мы каких-либо осложнений, связанных с этим видом обезболивания, не наблюдали.

В лечении острого аппендицита хирурги достигли больших успехов. Летальность снизилась в десятки раз. Однако острый аппендицит и до настоящего времени остается самым распространенным хирургическим заболеванием.

Необходимо дальнейшее выявление истинной заболеваемости острым аппендицитом, а также изучение патогенеза, диагностики и лечения острого аппендицита.