

УДК 616.346.2—002.1—06

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ

Н. М. ЯНЧУР

Из клиники факультетской хирургии (заведующий — профессор Н. М. Янчур) Витебского медицинского института (ректор — доцент Е. Н. Медведский)

Представленное сообщение основано на изучении литературы и исследовании 4474 больных острым аппендицитом, лечившихся в клинике

факультетской хирургии Витебского медицинского института с 1958 г. по 1967 г.

Больные острым аппендицитом в общехирургических стационарах составляют 20—28%, а среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости — 80,8% (А. И. Беккер, 1966; Н. Н. Фомин, 1966; Т. Ф. Брякина, 1967; Н. М. Янчур, 1968 и др.).

Аппендицит изучается около 100 лет, однако некоторые вопросы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения недостаточно выяснены. Среди хирургических заболеваний наибольшее количество диагностических ошибок допускается при аппендиците.

Наблюдения показывают, что количество больных острым аппендицитом, особенно на селе, с каждым годом увеличивается. Так, в БССР за последние 17 лет количество срочных аппендэктомий увеличилось в 7 раз: в 1950 г. произведено 5329 операций, в 1960 г. — 24924, в 1967 г. — 38962.

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

Допуская повышение заболеваемости аппендицитом, надо признать, что часть хирургов, особенно с недостаточным опытом, не сделали правильных выводов из дискуссии, проведенной на страницах «Медицинской газеты», и теперь допускают широкие показания к удалению отростка, что увеличивает число неоправданных аппендэктомий. Совершенно справедливо утверждает Т. Я. Арьев (1956), что «многие хирурги усвоили взгляд, что низкая летальность, техническая легкость аппендэктомий (кстати сказать, при истинном аппендиците часто иллюзорная) оправдывают резкое расширение показаний к лапаротомии в сомнительных случаях».

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 мужчин. По нашим данным, женщины с острым аппендицитом наблюдались почти в два раза чаще, чем мужчины (отношение 1,8:1). По данным Б. П. Кириллова, Р. А. Дрониной, С. М. Потехинского (1966) и др., деструктивные формы аппендицита встречаются чаще у мужчин (72%), у женщин они наблюдаются реже (50%).

Как известно, наиболее распространенными теориями, объясняющими возникновение аппендицита, являются инфекционная, алиментарная, нервнорефлекторная и др. Д. А. Арапов 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. Шампилье 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. В период же недоедания количество заболеваний аппендицитом уменьшается.

Предложено много классификаций острого аппендицита, однако все они не могут полностью отразить особенности патологоанатомического процесса и удовлетворить практические потребности. С нашей точки зрения, наиболее приемлемой классификацией для практических хирургов является следующая: 1) острый катаральный (простой) аппендицит, 2) острый флегмонозный аппендицит, 3) острый гангренозный аппендицит. Осложнения острого аппендицита: 1) перфорация отростка, 2) аппендикулярный инфильтрат, 3) аппендикулярный абсцесс, 4) перитонит (местный, диффузный, тотальный).

Гистологически нами исследовано 4422 удаленных червеобразных отростка. Острый катаральный аппендицит обнаружен в 46%, острый флегмонозный — в 44%, острый гангренозный аппендицит — в 7,7%, перфорация отростка — в 2,3%.

В течение первых суток госпитализировано 69,8%, позднее — 30,2%. Причинами поздней госпитализации явились: 1) поздняя обращаемость к врачу, 2) диагностические ошибки врачей, к которым больные впервые обратились, 3) позднее посещение больного врачом, 4) запоздалая доставка больных в хирургические лечебные учреждения.

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 пола, возраста, расположения отростка, патолого-анатомической формы, времени, прошедшего от начала заболевания, и ряда других условий. Постоянным и наиболее ранним симптомом острого аппендицита являются боли в животе, возникающие обычно внезапно в любое время суток. Вначале ощущаются боли в области пупка, подложечной области, постепенно перемещаясь в правую подвздошную область. За возникновением болей часто, но не постоянно, появляется тошнота, рвота. Стул обычно с самого начала заболевания задержан. Температура бывает нормальной или повышенной в пределах 37—38,5°. Пульс учащается до 80—90, иногда независимо от температуры. Ранним и довольно постоянным симптомом является напряжение мышц в правой подвздошной области или правой половине живота. Очень важным в диагностике острого аппендицита является симптом Щеткина-Блюмберга. Известное значение имеют симптомы Ровзинга, Воскресенского, Ситковского, Образцова и др. У большинства больных отмечается лейкоцитоз, увеличивающийся с развитием воспалительного процесса.

Приведенные симптомы встречаются не одинаково часто, и практическая ценность их различная. Диагностические трудности и ошибки чаще всего наблюдаются при атипичном расположении отростка, что встречается в 20%, и среди них диагностические ошибки наблюдаются в 3—10%. Нередко допускаются диагностические ошибки при ретроцекальном, тазовом, левостороннем, высоком расположении червеобразного отростка.

Особенно трудна диагностика при ретроцекальном и ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка. Некоторыми хирургами эта форма острого аппендицита не распознается даже во время операции.

В целях облегчения диагностики, кроме обычных методов исследования, необходимо проверить поясничные симптомы: болевую точку Петитова треугольника (симптом Юре-Розанова) и симптом Габая — усиление болезненности в этой области после надавливания и быстрого отнятия ладони.

Весьма важно исключить токсическую диспепсию у детей и пищевую

токсикоинфекцию у взрослых. Это обусловлено тем, что у таких больных после операции развивается тяжелая динамическая кишечная непроходимость, с которой трудно бороться. Для дифференциальной диагностики большое значение имеет анамнез и консультация с педиатром и терапевтом.

Решающее значение в диагностике острого аппендицита, особенно неясных его форм, имеет динамическое наблюдение за больным. В этом отношении справедливо отмечал А. А. Бакулев, что «при отсутствии сомнений нужно оперировать, при сомнении в диагнозе — наблюдать».

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.

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 воспалительный червеобразный отросток, тем лучше исход.

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

Преобладающим видом обезболивания при остром аппендиците является местная инфильтрационная анестезия по А. В. Вишневскому, иногда используется общее обезболивание, местное обезболивание в сочетании с умеренной нейроплегией. По нашим данным, местная анестезия с умеренной нейроплегией применена у 63,2% больных, чистая местная анестезия — у 35%, наркоз — у 1,8%.

Разрез брюшной стенки производится по способу Волковича-Дьяконова. Если червеобразный отросток макроскопически оказывается не измененным, показана ревизия органов 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. Медвецкая, 1966 и др.).

При флегмонозном и гангренозном аппендиците без гнойного выпота брюшную полость обычно зашивают, оставляя 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 перитоните, кровотечении из ложа отростка и в некоторых других случаях.

При ограниченном аппендикулярном инфильтрате, протекающем с умеренно выраженной болью, исчезновением дефанса, с нормализацией температуры и пульса и пр., показано консервативное лечение. Паранефральная блокада по А. В. Вишневскому, антибиотики, переливание крови, небольшие дозы хинина, холод, а затем УВЧ-терапия в большинстве случаев приводят к рассасыванию инфильтрата. После исчезновения инфильтрата аппендэктомия производится через 4—5 недель. При инфильтратах с прогрессирующим течением (обострившаяся боль, вы-

сокая температура, частый пульс, нарастающий лейкоцитоз) рекомендуется оперативное лечение — вскрытие гнойника, при возможности аппендэктомия, дренирование.

У некоторых больных во время операции неожиданно может быть обнаружен недиагностированный инфильтрат. Характер вмешательства в этих случаях должен быть строго индивидуальным. При начальном формировании инфильтрата червеобразный отросток удаляется, к ложу его подводится ниппелевая трубочка для введения антибиотиков. При большом инфильтрате с недифференцирующими тканями, когда выделение отростка сопряжено с опасностями повреждения кишки, аппендэктомия не производится. Брюшная полость закрывается наглухо. После операции лечение этих больных проводится так же, как и при ограниченном инфильтрате.

Необходимо отметить, что, по данным В. И. Стручкова, А. Г. Григоряна, А. И. Беккер, около 2% больных раком слепой и восходящей кишки госпитализируются с подозрением на аппендикулярный инфильтрат. Такие больные подлежат тщательному клиническому и рентгенологическому исследованию, после чего делается соответствующее заключение.

Согласно литературным данным, послеоперационные осложнения наблюдаются в 2,5—3%. У нас они были у 208 больных (4,6%). Характер их таков: перитонит и кишечная непроходимость — в 70% случаев; нагноение операционных ран — в 10%, воспалительные инфильтраты их — в 10%, послеоперационные пневмонии — в 8%, кишечные свищи — в 1% и инфаркт легкого — в 1%. Послеоперационный перитонит у всех больных являлся дальнейшим развитием предоперационного. Для уменьшения послеоперационных осложнений весьма важны строгое соблюдение асептики во время операции, тщательный гемостаз, нежное обращение с тканями.

При развивающемся перитоните, кишечной непроходимости больные нуждаются в повторном оперативном вмешательстве. Брюшная полость вскрывается по средней линии живота с таким расчетом, чтобы можно было произвести ревизию и осушивание ее, ликвидировать кишечную непроходимость, обработать раствором антибиотиков. Для орошения антибиотиками в послеоперационном периоде в брюшную полость вводятся ниппелевые или пластмассовые трубочки через дополнительные проколы брюшной стенки. Срединная рана закрывается. Разрез в правой подвздошной области, а иногда и в левой, используется для дренирования.

Всем этим больным, а также оперированным первично по поводу диффузного перитонита, в послеоперационном периоде назначаются сердечные средства, антибиотики, гормональные препараты, внутривенное введение капельным способом изотонических растворов солей, белковых препаратов, витамины и др.

Летальность при остром аппендиците по БССР в 1967 г. составила 0,29%. Основными причинами летальных исходов явились перитонит и тромбоэмболические заболевания. Из 4474 нами оперированных больных умерло 6, что составляет 0,1%. Причиной смерти 5 больных был продолжающийся перитонит, у 1 больного — тромбоэмболическая болезнь. Летальные исходы относятся к больным пожилого и старческого возраста и притом поздно поступившим в клинику.

ЛИТЕРАТУРА

Арапов Д. А. Патогенез, клиника и лечение острого аппендицита. Тр. I Всерос. сийск. конф. хирургов, 1958. — Беккер А. И. Острый деструктивный аппендицит и

вопрос дренирования брюшной полости. Автореф. канд. дисс. М., 1966. — Брякина Т. Ф. Некоторые актуальные вопросы острого аппендицита. Автореф. канд. дисс., Алма-Ата, 1967. — Бр ж о з о в с к и й А. Г. Аппендицит, 1960. Е л а н с к и й Н. Н. Острый аппендицит. Хирургические болезни, 1964. — К о л е с о в В. И. Острый аппендицит, 1959. Н а у м о в В. И. К вопросу об аппендэктомии при остром аппендиците. Здравоохранение Белоруссии, 1966, с. 10. П е т р о в Б. А. Аппендицит, т. 2, 1957, БМЭ. Ф о м и н Н. Н. К физиологии и патологии червеобразного отростка. Автореф. докт. дисс., 1966.
