

данные.

Червеобразный отросток отходит от задне-внутреннего сегмента слепой кишки, где сходятся все три её taenia, на расстоянии 0,5 – 5 см от места впадения подвздошной кишки, в области илеоцекального угла.

Длина отростка от 1,2 см до 50 см, в среднем 7 – 10 см, диаметр 4 – 5 мм, в слепую кишку открывается еще более узким просветом. У детей – воронкообразный, широкий, у стариков стенки атрофичны, просвет часто облитерирован.

Стенки отростка повторяют все слои кишечника, очень богаты нервными элементами – илеоцекальная область является рефлексогенной зоной.

Кровоснабжается a. appendicularis (от colica dextra), имеет магистральный тип строения; вены отростка впадают в верхнебрыжеечную вену. Отросток богат лимфоидной тканью – «миндалины брюшной полости», лимфоидный аппарат особенно развит у детей. Лимфоотток в лимфоузлы илеоцекального угла, затем - корня брыжейки, анастомозируют с лимфатическими путями тонкой и толстой кишки, печени, поддиафрагмального пространства, правой почки, малого таза.

- а) типичное – в правой подвздошной ямке;
- б) тазовое – вниз к малому тазу;
- в) подпеченочное – высокое, под печенью;
- г) медиальное – по направлению к корню брыжейки тонкой кишки;
- д) ретроцекальное – (внутрибрюшинное, внутривентральное, ретроперитонеальное);
- е) левостороннее – при situs viscerum inversus, недовороте толстой кишки.

Положение отростка:

- Функция – мало изучена и не вполне ясна. Большинство теорий признают барьерную, защитную (как лимфоидный орган), секреторную (выделяет амилазу), гормональную (выделяет перистальтический гормон), иммунологическую функции. По наблюдениям НИИ проктологии у лиц, перенесших аппендэктомию, в 8 раз чаще встречается рак толстого кишечника

- Общие сведения. а) Наиболее частое хирургическое заболевание, до 75% неотложных хирургических операций выполняется по поводу аппендицита;
- б) Средний возраст 20-40 лет, встречается и в детском, и в старческом возрасте, по данным клиники больные до 40 лет составляют 73,5%;
- в) несколько чаще встречается у женщин, в 54,8% случаев (по материалам клиники).

- История вопроса. Цельс, Гален и даже Пирогов описывали заболевание как подвздошный абсцесс. Впервые мнение, что причиной «подвздошного абсцесса» является червеобразный отросток высказал Мелье в 1828 году. Российский хирург Платонов доказал роль аппендикса в возникновении заболевания в 1840 году. Термин «аппендицит» впервые был официально признан в 1890 году Американской ассоциацией хирургов. Первая аппендэктомия выполнена в 1884 году Кренлейном, а в России в 1890 году Трояновым.

- **Этиология и патогенез. Теории:** застоя, глистной инвазии, инфекционная, ангионевротическая, иммунологическая, аллергическая и др.
- **Способствующие факторы:** выраженность лимфоидного аппарата, глубокое расположение крипт слизистой оболочки, близость баугиниевой заслонки, наличие застоя и дисбактериоза в толстой кишке, избыточное употребление мяса, сенсibilизация организма, снижение защитных сил разного генеза и т.п.

Классификация. (по Колесову)

- ▣ 1.Простой – катаральный. Выраженная инъекция сосудов, гиперемия, отек, лейкоцитарная инфильтрация.
- ▣ 2.Деструктивный – флегмонозный, в т.ч. эмпиема отростка,
 - ▣ - гангренозный,
 - ▣ - перфоративный.
- ▣ 3) Осложненный - аппендикулярный инфильтрат, распространенный или тотальный
 - ▣ перитонит, абсцессы брюшной полости, пилефлебит, абсцессы
 - ▣ печени, сепсис.

Клиническая картина

- ▣ Заболевание начинается внезапно среди полного здоровья.
- ▣ 1. Боли- в 100% случаев, обычно средней интенсивности, иногда резкие, постоянные, реже периодически усиливающиеся, но терпимые(в отличие от колики). Часто отдают в ногу, усиливаются при движениях, кашле. Начинаются иногда сразу в правой подвздошной области, чаще в эпигастрии или по всему животу, у детей- в области пупка, и лишь спустя несколько часов локализуются в правой подвздошной области - симптом Кохера-Волковича. Однако при пальпации часто уже в первые часы болезненность определяется и в области отростка (!!!). Боли уменьшаются при положении больного на правом боку в связи с чем он чаще так и лежит. Это имеет диагностическое значение, особенно у детей. При атипичном расположении отростка локализации болей меняется соответственно
- ▣ 2. Тошнота(41%) и рвота(в 42% случаев однократная) наблюдается в половине случаев, не приносит облегчения.
- ▣ 3. Стул может быть задержан (10%), учащен (2%) - обычно при медиальном расположении отростка,чаще не нарушен.
- ▣ 4. Мочеиспускание-нормальное, может быть учащено при тазовом расположении. В моче в тяжелых случаях отмечается белок, эритроциты.
- ▣ 5. Пульс учащен, раньше повышения температуры.
- ▣ 6. Температура-субфебрильная, изредка высокая, иногда с ознобом.
- ▣ 7. Язык обложен белым налетом - в тяжелых случаях сух. При осмотре языка одномоментно обязателен осмотр миндалин для исключения ангины.
- ▣ В анамнезе- аналогичные приступы. Обязателен гинекологический анамнез.

Местные изменения - со стороны живота:

- Живот вначале участвует в дыхании, затем может отставать правая нижняя часть его, может быть уплощен, асимметрия пупка за счет смещения его вправо как результат напряжения мышц.
- Б) Активные движения, покашливание, поднятие головы вызывают болезненность в правой подвздошной области.
- В) Локальная болезненность и защитное напряжение мышц в правой подвздошной области - самый главный признак (мало выражен у стариков, ослабленных людей).
- Г) Перитонеальные симптомы: Щеткина-Блюмберга, Менделя (72%) - в правой подвздошной области.
- Д) Гиперестезия кожи в правой подвздошной области.
- Е) При перкуссии - притупление в правой подвздошной области при наличии выпота, инфильтрата.
- Ж) При аускультации - ослабление перистальтики

Аппендицит – обезьяна всех болезней

- Специальные симптомы острого аппендицита: 1/ с-м Ровзинга, 2/ с-м Воскресенского (скольжения, "рубашки"), по Русакову положителен у 97% больных,
- 3/ с-м Ситковского, 4/ с-м Бартомье-Михельсона, 5/с-м Образцова(псоас), при ретроцекальном расположении, 6/с-м Ауре-Розанова(при ретроцекальном расположении отростка).
- 10. Вагинальное или ректальное исследование- строго обязательно! Выявляется воспаление тазовой брюшины - "крик Дугласа", болезненное нависание свода справа. Для дифференциальной диагностики с гинекологической патологией – симптом Промптова (резкая боль при поднятии шейки матки вверх.) С-м Краузе-разница между ректальной и подмышечной температурой более одного градуса.
- 11. Лабораторные исследования: крови - лейкоцитоз со сдвигом влево, мочи – чаще без особенностей, обзорная урография и хромоцистоскопия - по показаниям.
- 12. УЗИ– увеличение размеров отростка, утолщение стенки, наличие выпота.
- 13. Лапароскопия- при неясности в диагнозе.
- При атипичном расположении отростка картина заболевания может в значительной мере изменяться - по выражению П.И.Грекова острый аппендицит - "хамелеоноподобное заболевание".

Особенности течения

- У детей. Острый аппендицит встречается обычно в возрасте старше 3-4 лет, чаще в возрасте 8-13 лет. Это объясняется тем, что у детей в раннем возрасте отросток имеет воронкообразное строение, а также особенностями питания в раннем детском возрасте. Протекает тяжелее, более бурно, в связи с богатством отростка лимфоидной тканью и недоразвитостью большого сальника и менее выраженными пластическими свойствами брюшины, в связи с чем процесс не склонен к отграничению. В связи с этим у детей преобладают деструктивные формы (до 75%), через 24 часа в 50% случаев наступает перфорация, перитонит сразу носит характер разлитого и протекает с тяжелой интоксикацией.
- Диагностика часто затруднена, т.к. дети плохо локализируют боль (чаще указывают на болезненность в области пупка), трудно выявить специальные симптомы. У детей характерны симптомы: "подтягивания ножки", "отталкивания руки". Чем более агрессивен ребенок, тем вероятнее заболевание. Характерна поза на правом боку. Рвота наблюдается чаще, чем у взрослых, тахикардия выражена в большей степени. Решающий признак - локальное напряжение мышц, его проверять можно во сне или с дачей седативных средств, даже дроперидола. Важно ректальное исследование с измерением ректальной температуры. Рекомендуется пальпировать только теплыми руками, "ручкой самого ребенка".
- Дифференциальный диагноз необходимо проводить с вирусным мезоаденитом, энтеровирусной инфекцией, а также с ангиной, корью, скарлатиной, которые могут имитировать аппендицит в связи с вовлечением в процесс лимфоидной ткани червеобразного отростка. Необходимо собирать эпидемиологический анамнез, обязательно осматривать зев и миндалины, внутреннюю поверхность щек (пятна Филатова-Коплика), исключить наличие сыпи. В сомнительных случаях склоняются к операции.

- У беременных. В первые 4-6 месяцев течение обычное. Со второй половины беременности слепая кишка маткой смещается вверх, при этом она отдавливается, ухудшается кровоснабжение. Местные проявления часто стерты, боли в животе более разлитые - по всему правому фланку, в правом подреберье и эпигастрии, нередко в поясничной области. Напряжение мышц и перитонеальные симптомы менее выражены из-за смещения маткой и растяжения брюшной стенки. Необходим осмотр в положении на левом боку, наибольшую ценность представляют с-мы Воскресенского, Менделя, Щеткина-Блюмберга. Описан симптом Михельсона - усиление боли в правой половине живота в положении на правом боку, вследствие давления матки на воспалительный очаг при деструктивном аппендиците у беременных. При наличии симптоматики острого аппендицита неотложная операция показана при любых сроках беременности. Во второй половине - разрез делается несколько выше обычного в положении больной с приподнятым правым боком.

- У стариков. Аппендицит протекает частот со смазанной картиной. Боли менее выражены, часто разлитые, сопровождаются вздутием живота; напряжение мышц мало выражено, симптомы стерты. Общая реакция - повышение температуры, лейкоцитоз незначительный, иногда отсутствует. Это связано с понижением общей реактивности и уменьшением количества лимфоидной ткани в отростке в пожилом возрасте, поэтому аппендицит у стариков встречается редко, но в связи с поражением сосудов гангрена и перфорация у них наблюдаются в 5 раз чаще. В связи с этим диагностика часто запаздывает, возникают инфильтраты, абсцессы (осложнения наблюдаются в 14% случаев), летальность значительно выше обычной от 2-4 до 6%.

дифференциальный

- **Диагноз** ставится на основании сопоставления всех данных. В начальной стадии допустимо стационарное наблюдение в течение первых 2-3 часов. При наличии перитонеальных явлений операция проводится безотлагательно. На основании степени клинических проявлений нельзя определить патолого-анатомическую форму, степень деструктивных изменений. Самым достоверным признаком является локальная болезненность и защитное напряжение мышц (А.А. Русанов). Правильный диагноз по статистическим данным ставится примерно 80% случаев. По материалам клиники из числа направленных скорой помощи и поликлиниками больных с диагнозом острого аппендицита он был подтвержден в 48,5% случаев. Дифференциальный диагноз проводится с перфоративной язвой, почечной коликой, острым холецистопанкреатитом, острым гастритом, непроходимостью кишечника, спастическим колитом, правосторонней нижнедолевой пневмонией. У женщин - обязательно с гинекологическими заболеваниями, острой гонореей. У детей - с вирусной инфекцией, ангиной, скарлатиной, корью, пневмонией

- Острый аппендицит является абсолютным показанием к неотложной операции. Единственным противопоказанием служит аппендикулярный инфильтрат (если он не абс-цедировал). При неясности в диагнозе шире должна применяться лапароскопия. Лучшим временем для операции является начальная стадия, но операция производится в любые сроки.
- Перед операцией- премедикация, если больной ел - выпускается содержимое желудка зондом. При наличии явлений перитонита проводится дезинтоксикационная терапия на операционном столе.
- Обезболивание чаще местное (у 80% б-х) но тщательное (илеоцекальная область-рефлексогенная зона).Общее обезболиваниепоказано у детей, психически неуравновешенных лиц, а также при осложненных формах, иногда при неуверенности в диагнозе. Приместном обезболиваниипо ходу операции в случае необходимости необходимо добавлять нейролептаналгезию (дроперидол, фентанил) или переходить к общему обезболиванию.

Какая самая
простая операция?

-аппендэктомия

Какая самая
сложная операция?

-аппендэктомия

- Доступы - чаще всего косой по Волковичу-Дьяконову (Мак-Бурнею), достаточно широкий («маленькие хирурги» - маленькие разрезы!). Параректальный (кулисный) Ленандера (его положительные и отрицательные стороны).3/
Нижнесрединная лапаротомия (3,3%)- при осложненных формах, когда перитонеальные явления выходят за пределы правой
- подвздошной области, в случаях сомнения в диагнозе - дает широкий доступ, возможности хорошей ревизии и санации брюшной полости и полноценного дренирования.

- **Ход операции-** последовательность рассечения тканей при разных доступах, суть операции. Шовный материал - на брыжейку – шелк (капрон), на основание отростка-кетгут, кисетный шов – шелк (капрон), брюшная стенка послойно кетгутом, кожа- шелком.
- **Виды зашивания раны.**1. Глухой шов- при простом и хроническом аппендиците у лиц с незначительным слоем подкожной клетчатки.2. "Лодочка" в клетчатку - а/ при простом и хроническом аппендиците у лиц с избыточно развитой подкожной клетчаткой, б/ при деструктивных формах без явлений перитонита у лиц с небольшим слоем клетчатки,

- 3. Дренирование брюшной полости: а/ при гнойном перитоните, б/ при флегмоне забрюшинной и предбрюшинной клетчатки, в/при недостаточном гемостазе.4. Кожа не зашивается или накладываются провизорные швы -при гнойном перитоните, флегмоне клетчатки, особенно у лиц с избыточной клетчаткой.5. Марлевый тампон- при необходимости отграничения процесса, тампон с α -аминокапроновой кислотой - при кровоточивости.
- Значение бережного отношения к тканям, тщательности гемостаза соблюдение асептики!

- Послеоперационный период:1. Анестетики, наркотики, метилурацил.2. Антибиотики парентерально и в дренажи.3. Метронидазол при деструктивных, особенно гангренозных
- формах.4. Облегченная диета. 5.При деструктивных формах с явлениями перитонита - лечение по всем правилам лечения перитонита.
- Вставание с постелипри отсутствии дренажадо второго дня после операции, приналичии дренажа- после его удаления.
- «Лодочки»удаляются на второй день,дренажи- на 4-ый день заменяются на короткие и при отсутствии отделяемого удаляются на следующий день.
- Очистительная клизма ставится на 4-ый день после операции,швы снимаются на 7-ой день.Сроки выписки - при неосложненных формах - 7-8 день, приосложненных - индиви-дуально. Необходимые указания при выписке.
- Сроки временной нетрудоспособности- при неосложненных формах 20-30 дней после выписки, при осложненных - больше. Намечается тенденция к снижению дней нетрудо-способности: у лиц физического труда около 28 дней, интеллектуального - 21 день.
- Исходы.Летальность в среднем колеблется 0,2-0,5%.

- Осложнения после операции.
- 1/ Со стороны раны - а/ гематомы, серомы, б/ инфильтрат, в/ нагноение (в подкожной клетчатке, под апоневрозом).2/ Со стороны брюшной полости -а/ кровотечение - чаще всего из культи брыжеечки отростка - картина анемии, затем перитонеальные симптомы, притупление (часто поздно диагностируется, тяжело протекает - с последующим инфицированием гематомы),б/ недостаточность культи отростка - перитонеальные симптомы,
- в/ инфильтраты и абсцессы разной локализации (см. следующую лекцию), г/ разлитой перитонит, сепсис, д/ ранняя спаечная непроходимость, е/ эмболия легочной артерии.
- Поздние осложнения. а/ лигатурные свищи, б/ кишечные свищи (0,6 - 6,0%), в/спайки брюшной полости, г/ послеоперационные грыжи.

- Ранний период(первые двое суток) характеризуется отсутствием осложнений, процесс обычно не выходит за пределы отростка, хотя могут наблюдаться деструктивные формы и даже перфорация, особенно часто у детей и стариков.
- В межуточном периоде(3-5 сутки) обычно возникают осложнения: 1)перфорация отростка, 2) местный перитонит, 3) тромбофлебит вен брыжеечки отростка, 4)аппендикулярный инфильтрат.
- В позднем периоде (после 5 суток) наблюдаются: 1)разлитой перитонит,2)аппендикулярные абсцессы (вследствие абсцедирования инфильтратаили в результате отграничения после перитонита), 3) тромбофлебит воротной вены-пилефлебит,4) абсцессы печени, 5) сепсис.
- Следует отметить несколько условный характер деления осложнений по стадиям течения.

- Перфорация-развивается обычно на 2-3 день от начала приступа при деструктивных формах аппендицита, характеризуется внезапным усилением боли, появлением выраженных перитонеальных симптомов, картиной местного перитонита, нарастанием лейкоцитоза. В некоторых случаях при наличии нерезких болей в раннем периоде момент перфорации указывается больными как начало заболевания. Летальность при перфорации по Кузину достигает 9%. Перфоративный аппендицит наблюдался у 2,7% больных, поступивших в ранние сроки, среди поступивших в поздние сроки - у 6,3%.

- Аппендикулярный инфильтрат -это конгломерат спаявшихся вокруг червеобразного отростка воспалительно измененных внутренних органов - сальника, тонкой и слепой кишки, образуется по разным статистическим данным от 0,3-4,6 до 12,5%. Редко диагностируется на догоспитальном этапе, иногда только во время операции. Развивается на 3-4 день после начала приступа, иногда как следствие перфорации. Характеризуется наличием плотного опухолевидного образования в правой повздошной области, умеренно болезненного при пальпации. Перитонеальные симптомы при этом в результате отграничения процесса стихают, живот становится мягким, что позволяет пальпировать инфильтрат. Температура обычно держится на уровне до 38°, отмечается лейкоцитоз, стул задержан, При атипичном расположении отростка инфильтрат может пальпироваться в соответствии с местом расположения отростка, при низком расположении его можно пальпировать через прямую кишку или влагалище. Диагностике помогает ультразвуковое исследование. В сомнительных случаях производится лапароскопия.
- Наличие инфильтрата является единственным противопоказанием к операции (до тех пор пока он не абсцедировал), т.к. попытка выделения отростка из конгломерата припаявшихся к нему органов влечет опасность повреждения кишечника, брыжейки, сальника, что чревато тяжелыми осложнениями.
- Лечение инфильтрата должно быть консервативным (проводится в стационаре): 1/ холод местно, 2/ антибиотики широкого спектра действия, 3/ двухсторонняя паранефральная блокада через день или блокада по Школьникову, 4/ АУФОК или лазерное облучение крови, 5/ метилурапил, 6/дезагриганты крови, 7) протеолитические ферменты, 8) диета - протертые супы, жидкие каши, кисели, фруктовые соки, белые сухари. Инфильтрат рассасывается в 85% случаев, обычно это происходит в сроки от 7-19 дней до 1,5 месяцев. Медленное рассасывание инфильтратов подозрительно на наличие опухоли. Перед выпиской обязательно производится ирригоскопия – для исключения опухоли слепой кишки.
- После исчезновения всех клинических признаков больной выписывается с обязательным указанием о необходимости операции - аппендэктомии через 2 – 2.5 месяца после рассасывания инфильтрата.
- Если инфильтрат не был диагностирован до операции и явился находкой на операционном столе, удалять отросток нецелесообразно - операция заканчивается введением дренажа и антибиотиков в брюшную полость.

- Аппендикулярные абсцессы- развиваются в позднем периоде чаще являясь следствием нагноения аппендикулярного инфильтрата (до операции) или отграничение процесса при перитоните (чаще после операций). Развивается на 8-12 сутки после начала заболевания. В 2% следствие осложненных форм. По локализации различают: 1/ илеоцекальный (парааппендикулярный), 2/ тазовый (абсцесс дугласова пространства), 3/ подпеченочный, 4/ поддиафрагмальный, 5/ межкишечный. Все они подлежат операции - вскрытию, санации и дренированию по общим правилам хирургии (ubirpusibievacuo)
- Общие признаки абсцедирования- а/ ухудшение общего состояния, б/ повышение температуры тела и ее гектический характер, иногда с ознобами, ж/ нарастание лейкоцитоза и сдвига лейкоцитарной формулы влево, лейкоцитарного индекса интоксикации.

- Илеоцекальный абсцесс-развивается в большинстве случаев при неудаленном отростке в результате абсцедирования аппендикулярного инфильтрата. Признаками абсцедирования, помимо общих явлений, является увеличение в размерах инфильтрата или отсутствие уменьшения его, Нельзя рассчитывать на появление флюктуации, как это рекомендуется рядом авторов!
- Вскрывается под кратковременным наркозом внебрюшинно разрезом Пирогова: снаружи от точки Мак-Бурнея почти у гребня подвздошной кости, в полость абсцесса входят со стороны боковой стенки, полость осушают, обследуют пальцем (возможно наличие каловых камней, которые нужно удалить) и дренируют. Рана заживает вторичным натяжением. Отросток удаляют спустя 2-3 месяца. При ретроцекальном расположении отростка абсцесс локализуется забрюшинно кзади - псоас-абсцесс.
- Все остальные локализации абсцесса наблюдаются обычно после аппендэктомий при деструктивных формах с явлениями перитонита.

- Тазовый абсцесс-наблюдается 0.2-3,2% по Кузину, по материалам нашей клиники - в 3,5% при гангренозном аппендиците. Помимо общих явлений характеризуется учащенным жидким стулом со слизью, тенезмами, зиянием ануса или учащением мочеиспускания, иногда с режями (из-за вовлечения в процесс околопрямокишечной или околопузырной клетчатки).
- Характерна разница в температуре между подмышечной впадиной и ректальной (1-1,5 при 0,2-0,5 в норме), Необходимо ежедневное ректальное или вагинальное исследование, при котором вначале определяется нависание сводов и плотный инфильтрат, затем размягчение, зыбление.
- Лечение. Вначале, в стадии инфильтрата- антибиотики, теплые клизмы 41-50°, спринцевание; при абсцедировании - появлении размягчения - вскрытие. Предварительно обязательно опорожнение мочевого пузыря катетером!! Обезболивание общее. Положение на столе как на гинекологическом кресле. Прямая кишка или влагалище раскрываются зеркалами, пальцем определяется участок размягчения - на передней стенке кишки или заднем своде влагалища. Здесь производится пункция толстой иглой и при получении гноя, не вынимая иглы, абсцесс вскрывается по игле небольшим разрезом, который тупо расширяется, после чего полость промывается и дренируется. Дренаж подшивается к коже ануса или малой половой губе.

- Подпеченочный абсцесс- вскрывается в области правого подреберья, имеющийся инфильтрат предварительно отгораживают от брюшной полости салфетками, после чего вскрывают и дренируют

- Поддиафрагмальный абсцесс-(встречается относительно редко - в 0,2% случаев) - скопление гноя между правым куполом диафрагмы и печенью. Инфекция сюда попадает по лимфатическим путям забрюшинного пространства. Наиболее тяжелая форма абсцессов, летальность при которой достигает 30-40%.
- Клиника: одышка, боли при дыхании в правой половине грудной клетки, сухой кашель (симптом Троянова). При осмотре - отставание правой половины грудной клетки в дыхании, болезненность при поколачивании; при перкуссии - высокое стояние верхней границы печени и опускание нижней границы, печень становится доступной пальпации, выбухание межреберных промежутков, френикус-симптом справа. Общее состояние тяжелое, высокая температура с ознобами, потами, иногда желтушность кожных покровов.
- При рентгеноскопии- высокое стояние и ограничение в подвижности правого купола диафрагмы, выпот в синусе - "сотружественный экссудативный плеврит". При формировании абсцесса горизонтальный уровень жидкости с газовым пузырем (за счет наличия газообразующих форм флоры).
- Лечение-хирургическое. Доступ затруднителен, ввиду опасности инфицирования плевры или брюшной полости.

- Внеплевральный доступ (по Мельникову) - по ходу одиннадцатого ребра с резекцией его, рассекается задний листок надкостницы, отыскивается переходная складка плевры (синус), который тупо отслаивается от верхней поверхности диафрагмы кверху, рассекается диафрагма и вскрывается гнойник, который дренируется.
- 2. Внебрюшинный (по Клермону) - по краю реберной дуги через все слои доходят до поперечной фасции, которая вместе с брюшиной отслаивается от нижней поверхности диафрагмы, после чего гнойник вскрывается. Оба эти способа опасны возможностью инфицирования плевры или брюшной полости из-за наличия инфильтрата и спаек, затрудняющих выделение.
- 3. Трансабдоминальный - вскрытие брюшной полости в правом подреберье, отграничение ее салфетками с последующим проникновением в полость абсцесса по наружному краю печени.
- 4. Трансторакальный - через грудную стенку в области 10-11 межреберья или с резекцией 10-11 ребра а)одномоментное, если при достижении плевры она оказывается непрозрачной, экскурсии легкого не видно, синус запаян; производится пункция толстой иглой и вскрытие по игле, б)двухмоментное- если плевра прозрачна - видны экскурсии легкого - синус не запаян, плевра смазывается спиртом и йодом, -/химическое раздражение и туго тампонируется - (механическое раздражение) (1-ый этап)Через 2-3 дня тампон удаляется и, убедившись что синус запаян, производится пункция и вскрытие с дренированием абсцесса (2-й этап). В некоторых случаях, при нежелательности отсрочки, вскрытие абсцесса синус подшивается к диафрагме по окружности диаметром около 3 см стебельчатым швом атрауматической иглой и в центре подшитого участка абсцесс вскрывается.
- 5. По Литтману (см. монографию),

- Пилефлебит -тромбофлебит воротной вены, является следствием распространения процесса с вен брыжеечки отроска по брыжеечным венам. Встречается в 0,015-1,35% (по Кузину). Представляет собой крайне тяжелое осложнение, сопровождается высокой, гектической температурой, повторными ознобами, цианозом, иктеричностью кожных покровов. Наблюдаются острые боли по всему животу. В последующем - множественные абсцессы печени. Обычно заканчивается смертью через несколько дней, иногда сепсисом.(В клинике было 2 случая пилефлебита на 3000 наблюдений). Лечение: антикоагулянты в сочетании с антибиотиками широкого спектра действия, желательно с непосредственным введением в систему воротной вены путем катетеризации пупочной вены или пункцией селезенки.