

Первый Московский Государственный Медицинский Университет
Кафедра факультетской хирургии №2

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

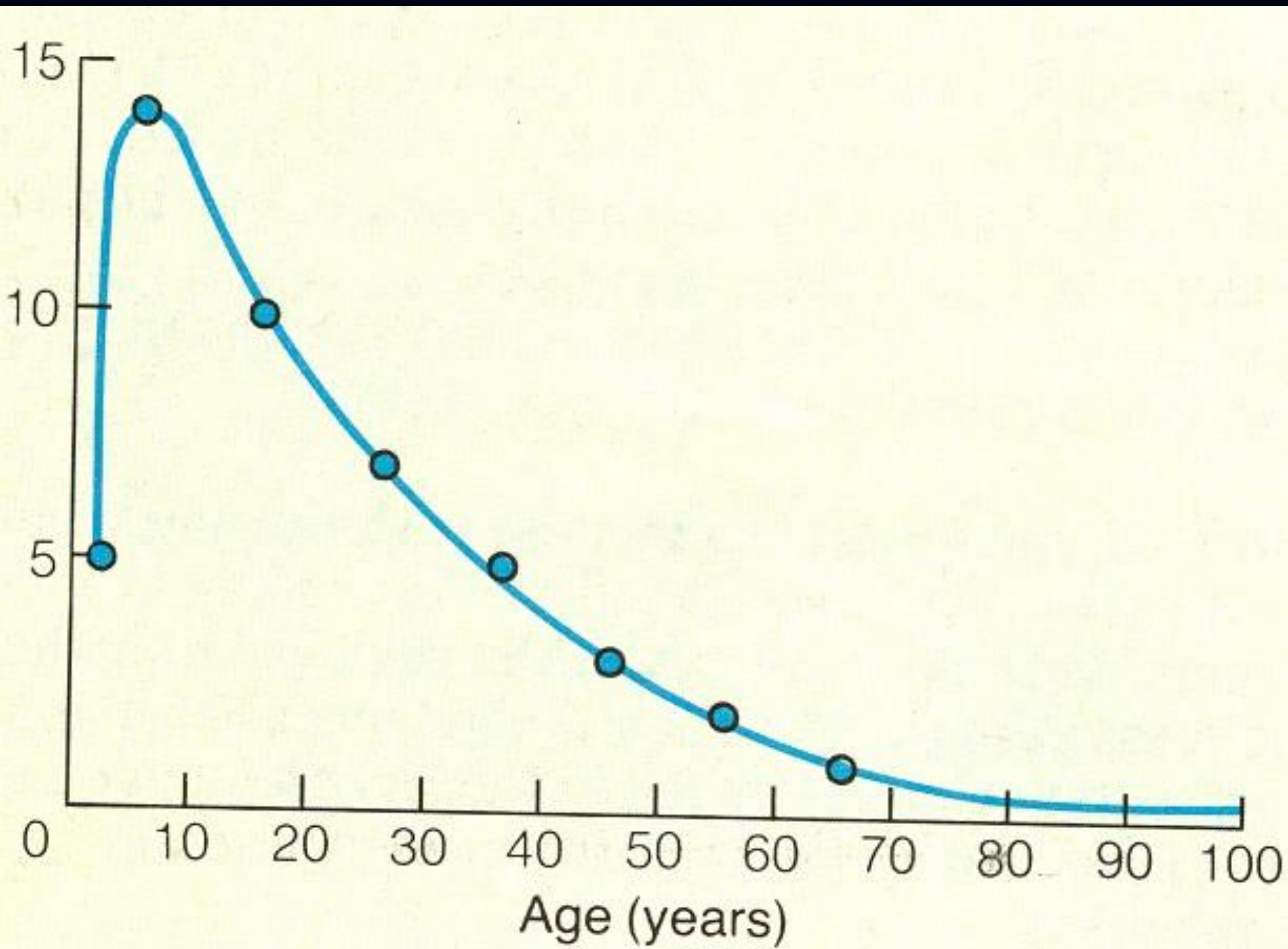
Лекция

доц. Моисеев А.Ю.

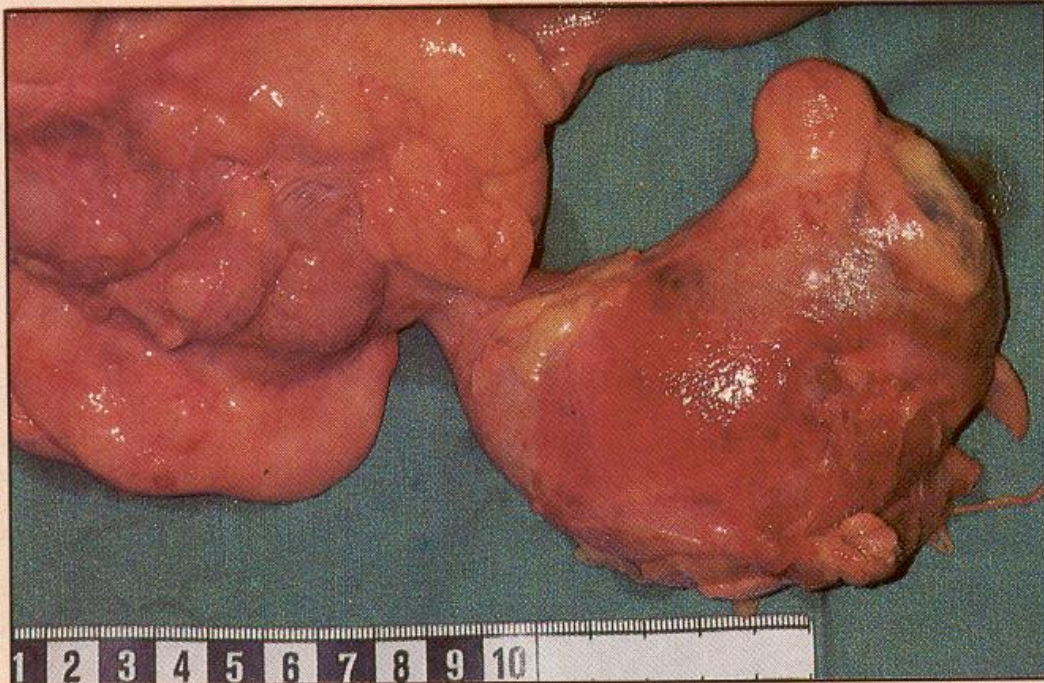
- Аппендицит - хлеб ургентной абдоминальной хирургии, хлеб, который жадно, как единственно доступный, поедают неокрепшими зубами молодые хирурги, но об который могут обломать свои клыки и их наставники.

- Острый аппендицит – самый частый диагноз в экстренной хирургии, а аппендэктомия – самое частое экстренное хирургическое вмешательство. Поэтому почти в любой студенческой аудитории найдется хотя бы один, кто может продемонстрировать рубец после аппендэктомии. Что касается остальных, то вероятность заболеть острым аппендицитом у них уже меньше, чем в прошлом, потому что для этой болезни они уже начинают «стареть». Интересно, что и коэффициент полезного действия хирурга максимально велик, когда он выполняет именно аппендэктомию, несложным, как правило, вмешательством, спасая молодую, как правило, жизнь.

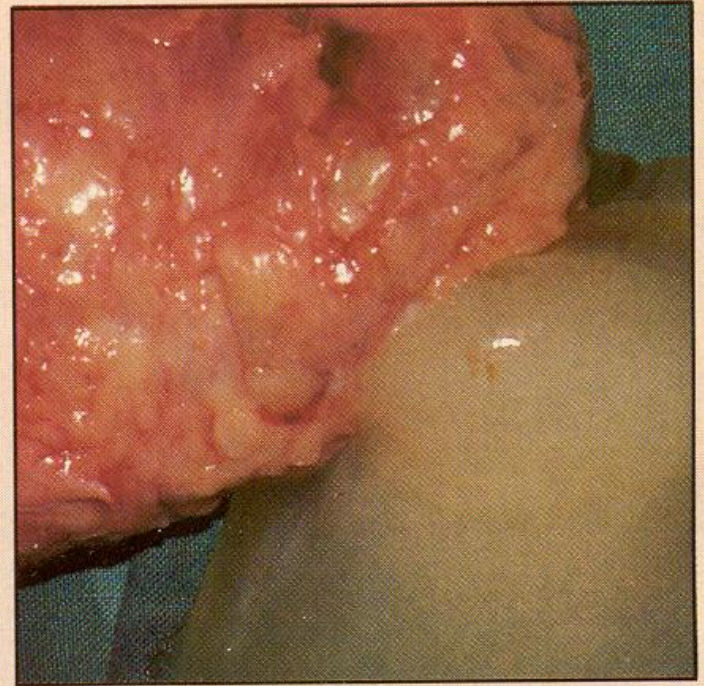
- С позиций патфизиологии любой аппендицит начинается с острой окклюзии его просвета. Что же является причиной ее? Увещевания родителей из детских воспоминаний о том, что съеденные с шелухой семечки , приведут к аппендициту, не имеют ничего общего с реальностью. В действительности причиной окклюзии является набухание лимфоидных фолликулов в подслизистом слое аппендикса. Скопление их в червеобразном отростке напоминает таковое в Пейеровых бляшках подвздошной кишки и является максимальным на второй декаде жизни; именно в эти сроки чаще всего и случается острый аппендицит /рис.1/



- В раннем детском и старческом возрасте аппендицит является нечастым заболеванием, но именно эти маргинальные возрастные категории дают максимальную летальность. «Разбавленная» минимальной летальностью в группе молодых больных, она составляет в сумме примерно 1%. Легко себе представить, что в абсолютном исчислении цифра эта будет весьма значительной и по России может составить несколько тысяч человек в год.
- Исключительной редкостью является «асептический» вариант такой окклюзии, когда вместо острого воспаления развивается мукоцеле червеобразного отростка за счет скопления в нем продуцируемой стенкой слизи, не имеющей оттока в слепую кишку /рис.2/.



a Mucocele of the appendix.



b Contents of mucocele of appendix.

- Главным в проблеме аппендицита является диагностика, потому что дальнейшая тактика абсолютно однозначна — больному показана экстренная аппендэктомия. Правильная диагностика же аппендицита — это исключительно производная опыта, и, к сожалению, даже самое внимательное ознакомление с лекцией мало подвигнет студента к успеху в диагностике этого заболевания. Утешением студенту может служить то обстоятельство, что даже самый опытный хирург не может обойтись без ошибок в этом вопросе, то есть он вряд ли пропустит аппендицит, но, по крайней мере, в каждом десятом случае поставит показания к операции там, где их нет, и удалит неизменный червеобразный отросток.

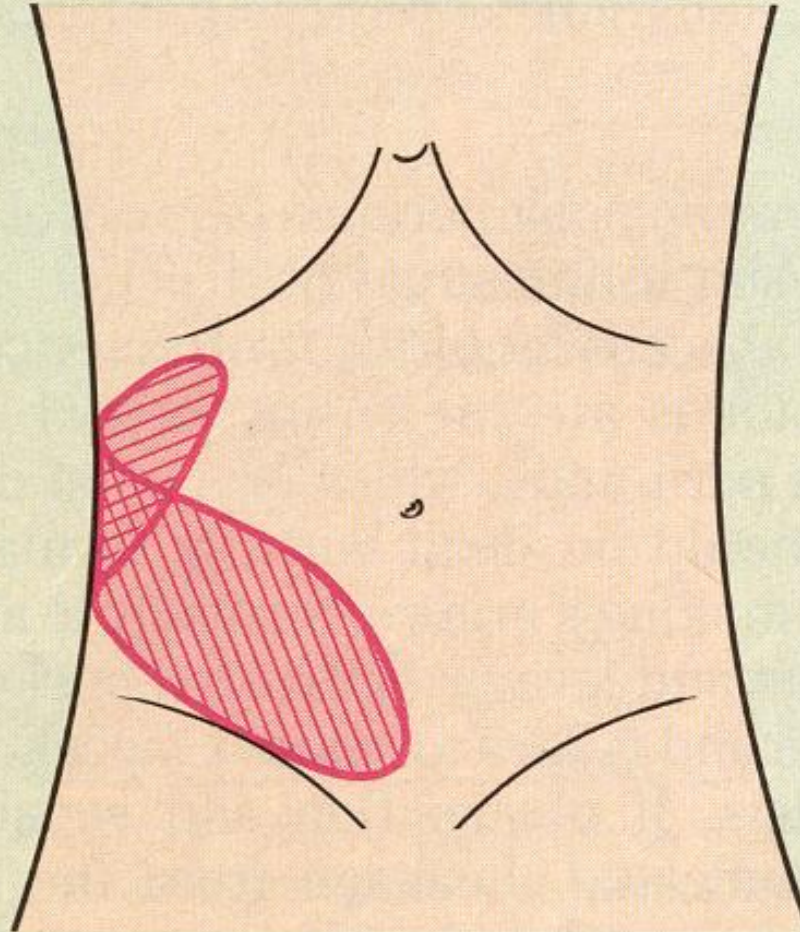
- В диагностике острого аппендицита важнейшее значение имеет анамнестический поиск феномена миграции болей, или симптома Кохера. Патфизиологической основой этого симптома является трансформация висцеральной боли в соматическую. Острая окклюзия червеобразного отростка, имеющего висцеральную иннервацию, приводит к резкому повышению внутрипросветного давления, что субъективно воспринимается как нелокализованная боль в животе или боль в параумбиликальной и эпигастральной области. По мере того, как воспаление переходит на окружающие аппендикс ткани, в том числе париетальную брюшину, имеющую соматическую иннервацию, боли перемещаются в правую подвздошную область, где он чаще всего находится.

- Если в случае мальротации червеобразный отросток находится в правом подреберье или в левой подвздошной области при обратном расположении органов, то боль переместится именно туда. Обычно на реализацию симптома Кохера уходит несколько часов, и к моменту госпитализации и осмотра эта ценнейшая анамнестическая находка уже работает на правильный диагноз. Иногда симптом Кохера не реализуется до конца даже в течение суток, и подозрение на острый аппендицит может ошибочно уступить место диагнозу острый гастрит. Если при этом больной будет отпущен домой, то диагностическая ошибка станет ошибкой стратегической.

- Важно помнить, что помимо нелокализованной или эпигастральной боли висцеральными проявлениями аппендицита являются тошнота, иногда рвота, то есть больной с острым аппендицитом почти всегда аноректичен и не отличается хорошим аппетитом. Поэтому, если госпитализированного с подозрением на аппендицит больного вы находите не на койке, а в больничном буфете, то диагноз должен вызывать большие сомнения.

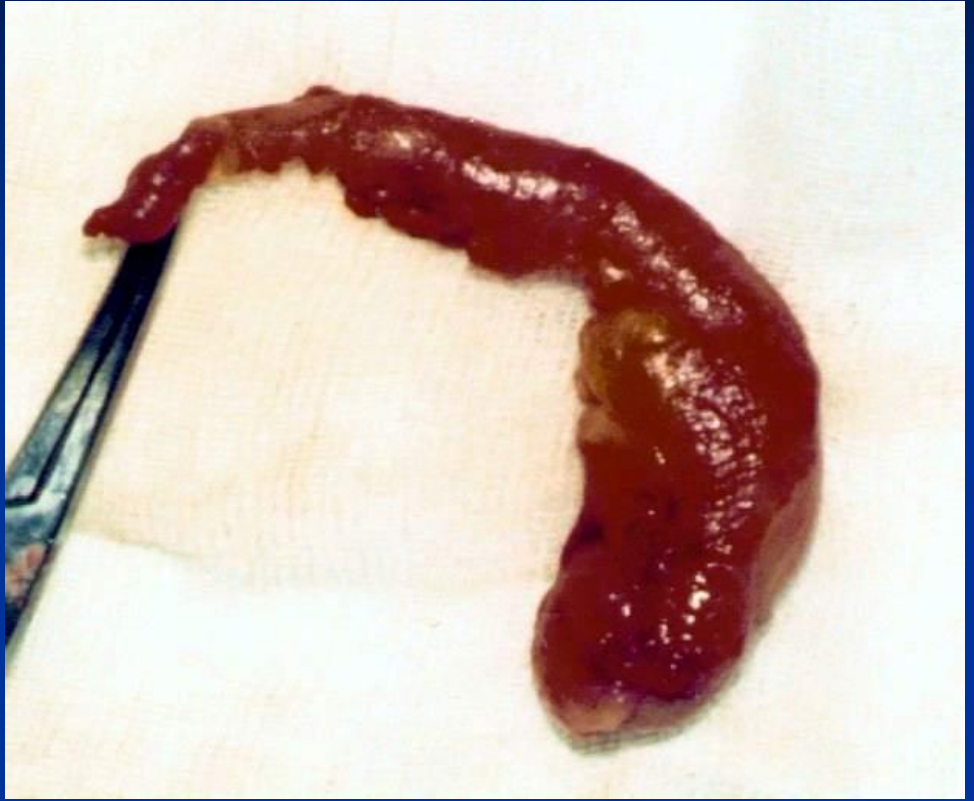
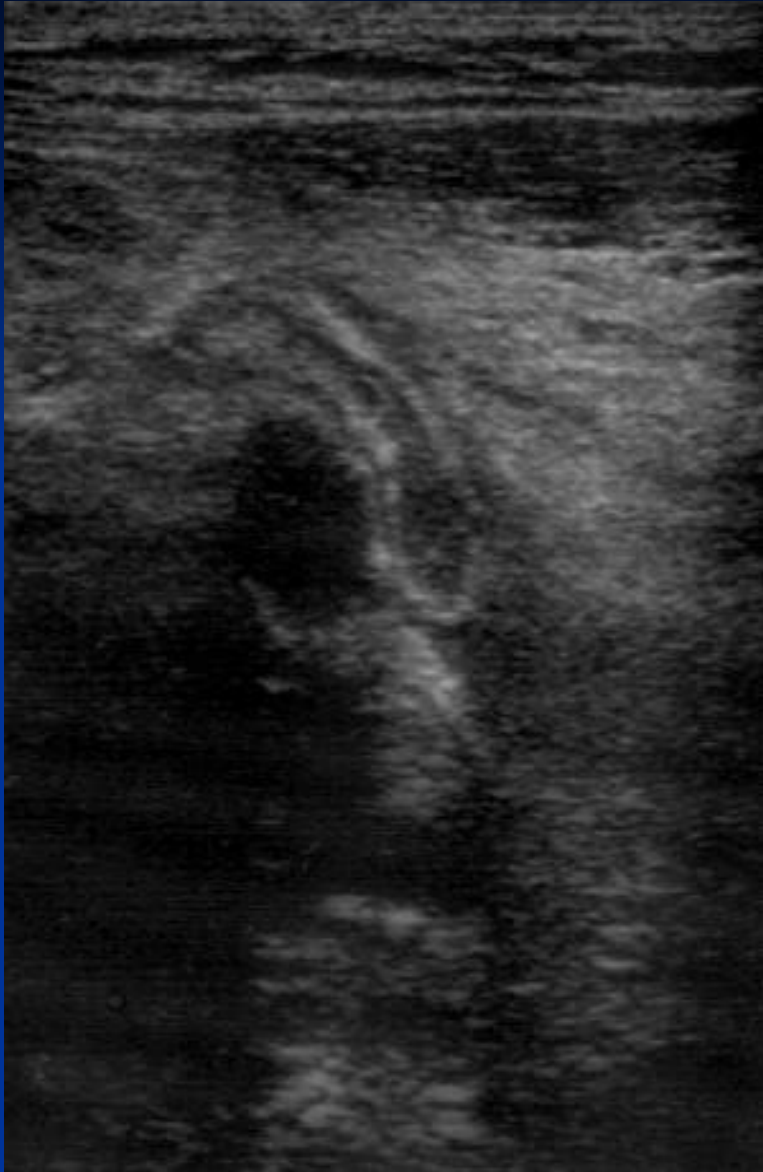
- Несмотря на большое количество описанных симптомов аппендицита, для постановки диагноза необходимо и достаточно наличие локальной болезненности, которая, правда, иногда выходит за рамки правой подвздошной области соответственно возможным вариантам расположения червеобразного отростка

Point of maximal tenderness in acute appendicitis¹



¹ The point of maximal tenderness lies within this area, and depends on the position of the appendix.

- Наличие там же перитонеальных симптомов лишь подтверждает правильность предполагаемого диагноза, хотя и не является обязательным, если в диагностической корзине уже есть симптом Кохера и анорексия.
- Последние годы хорошим подспорьем в диагностике острого аппендицита является ультразвуковое исследование. Если неизмененный червеобразный отросток увидеть сложно, то воспаленный, то есть с утолщенной стенкой и растянутый содержимым, аппендикс может быть обнаружен в большинстве случаев. На Рис.4 видно, как ультразвуковой имидж воспаленного отростка удивительно совпадает с операционным препаратом:



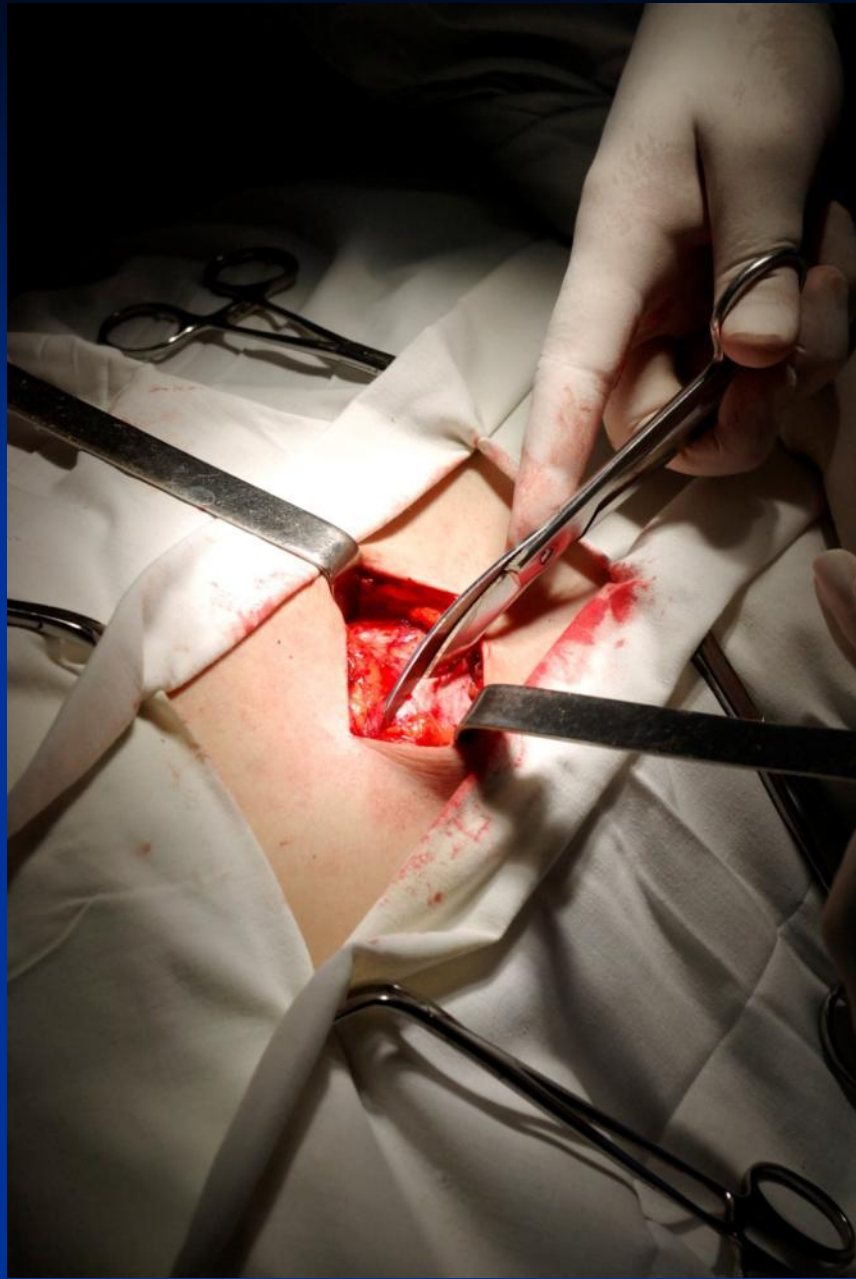
- При отсутствии убедительной клиники аппендицита обычно практикуется тактика «активного наблюдения». Здесь могут играть некоторую роль изменения в лейкоцитозе и температуре тела, хотя первоначальные значения этих параметров мало значимы в постановке диагноза острого аппендицита.

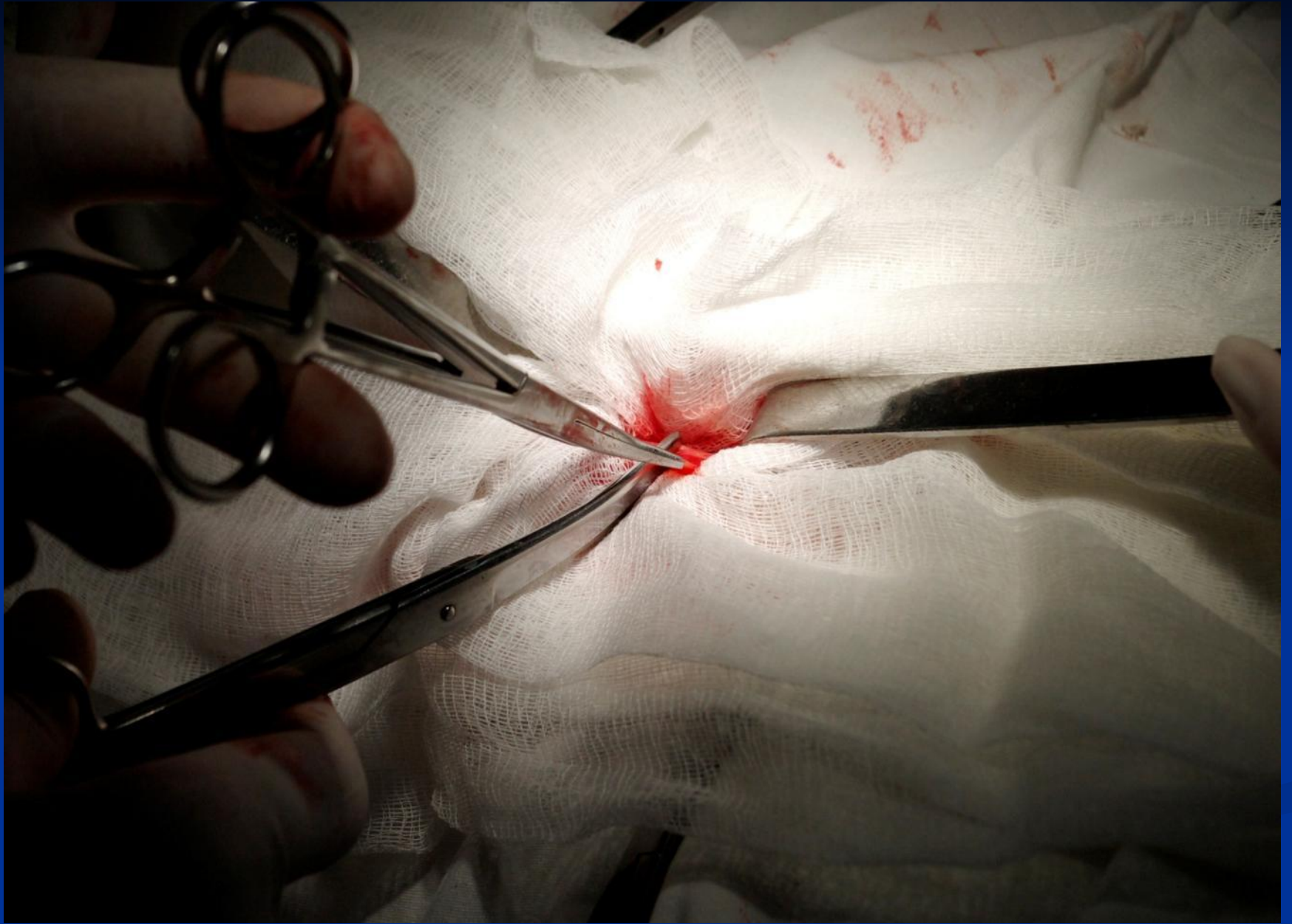
- Как ни при каком другом экстренном хирургическом заболевании при подозрении на острый аппендицит имеет значение пол больного. Множество гинекологических заболеваний, способных симулировать аппендицит, определяет гораздо больший процент диагностических ошибок у женщин. Поэтому в осмотре женщины с подозрением на острый аппендицит непременно участвует гинеколог. Другое дело, что некоторые из экстренных гинекологических заболеваний /внематочная беременность, перекрут или разрыв кисты с кровотечением и др./ даже будучи отвергнуты гинекологом, все равно требуют urgentного вмешательства. Выполненная при этом хирургом экстренная операция в связи с предполагаемым аппендицитом будет всегда оправдана и не явится стратегической ошибкой.

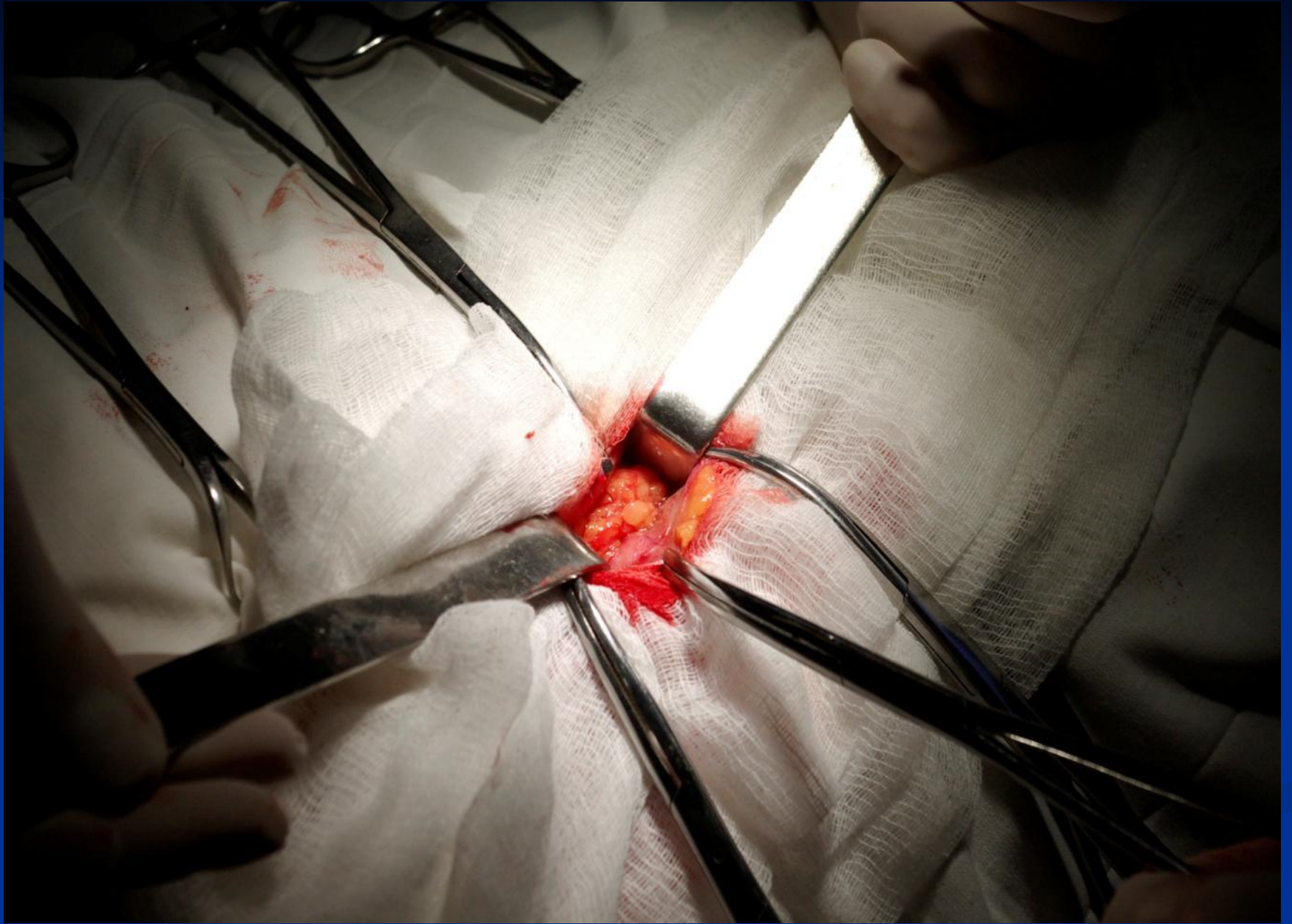
- Аналогичная ситуация возникает и при прободной язве, когда содержимое желудка и 12-перстной кишки затекает в правую подвздошную яму и может симулировать острый аппендицит. Выполняемая при этом косым переменным доступом лапаротомия вряд ли может быть расценена как стратегическая ошибка, потому что позволяет поставить, в конце концов, правильный диагноз и выполнить нужное вмешательство из другого доступа.

- Наградой хирургу, правильно поставившему диагноз и показавшему экстренную операцию, будет обнаружение деструктивного аппендицита. Вопреки расхожему обывательскому мнению сама аппендэктомия не всегда является простым и безопасным вмешательством и может доставить массу хлопот и неприятностей даже опытному хирургу. К счастью, чаще всего, аппендэктомия выглядит следующим образом:

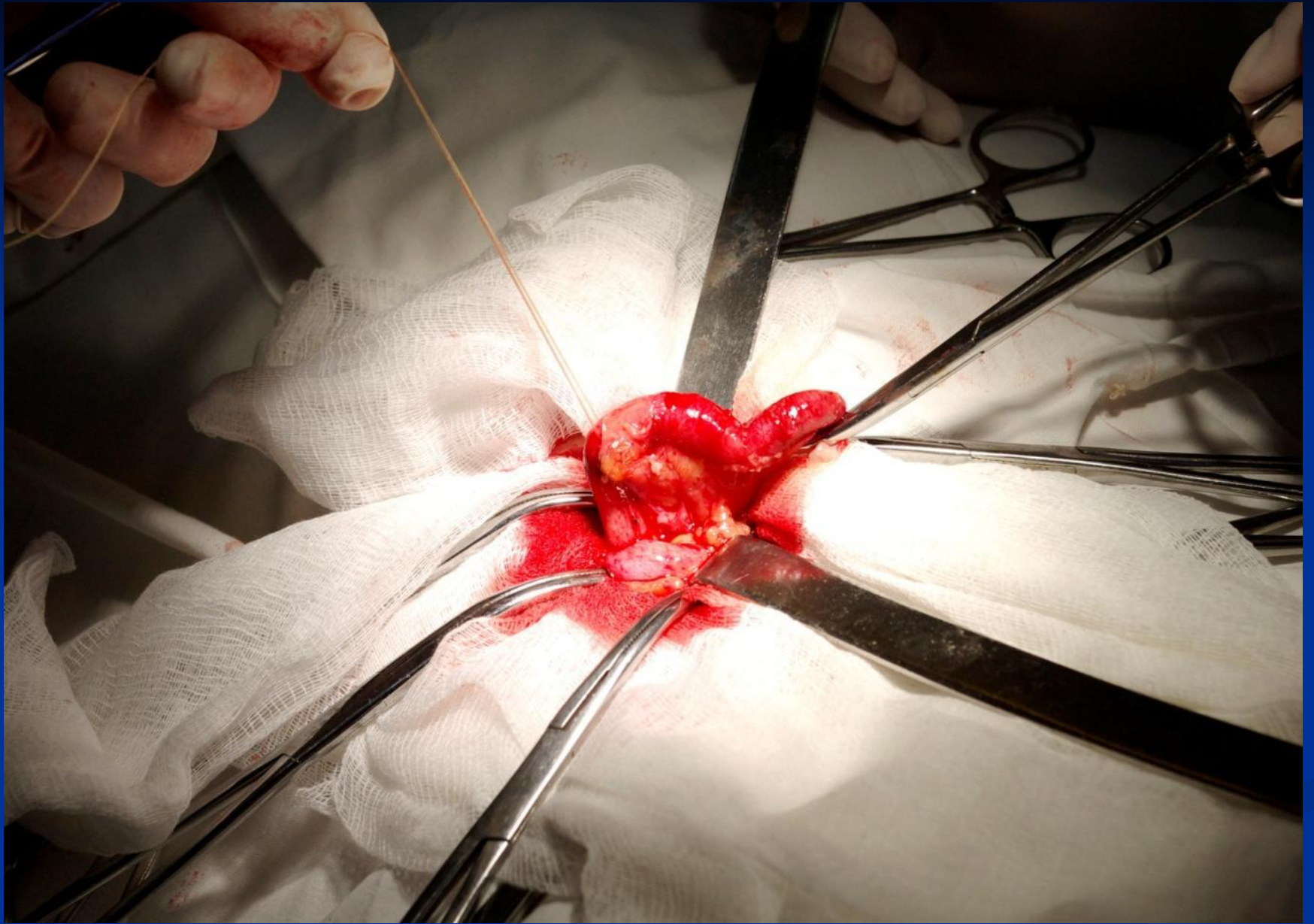




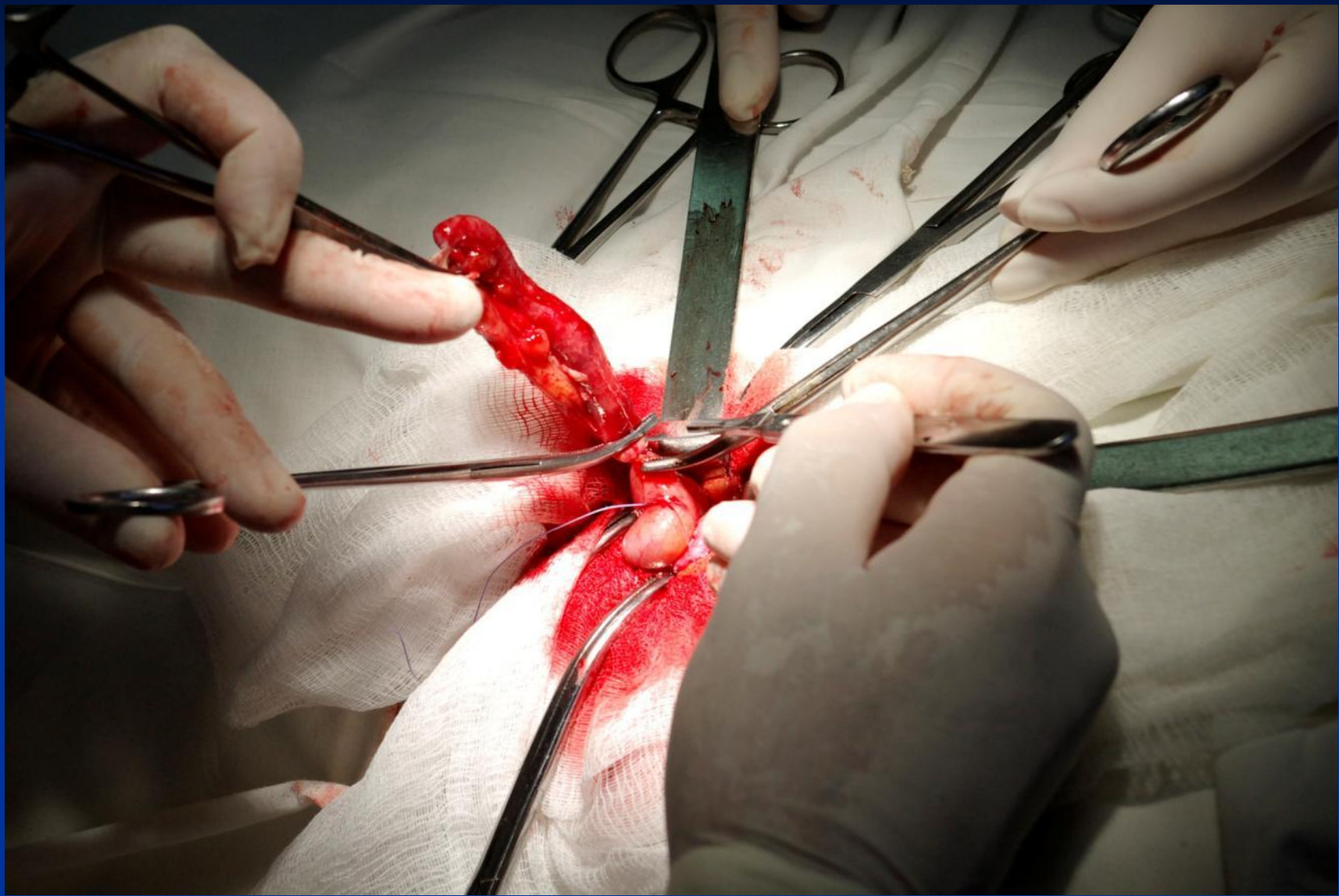


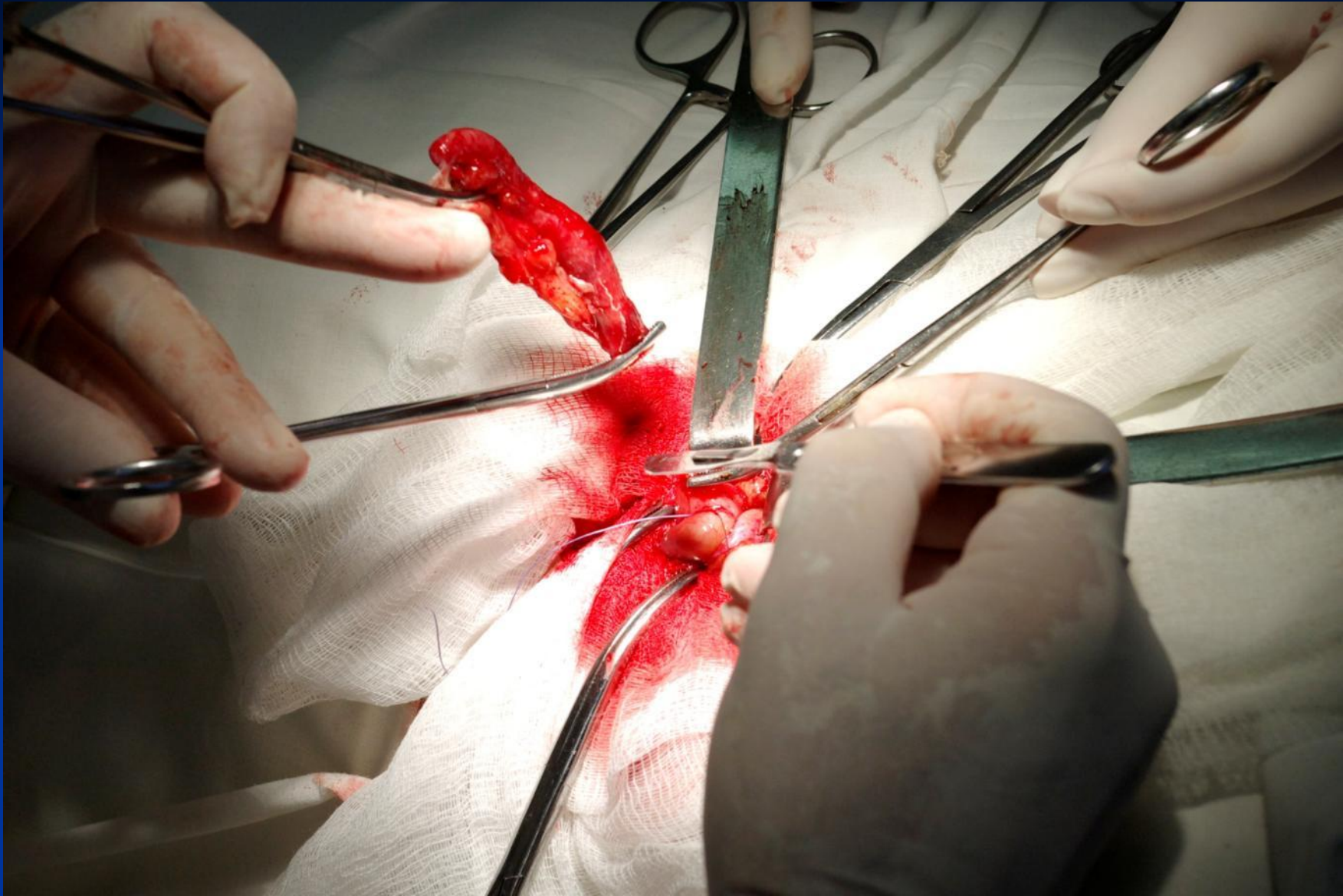


- **Косым переменным доступом** /в России иногда именуется доступом Волковича-Дьяконова, на Западе — доступом Мак Берни/ **вскрывается брюшная полость.**
- **В рану выводится илео-цекальный угол с червеобразным отростком, который в данном случае деструктивно изменен /утолщен, гиперемирован, покрыт фибрином, с инфильтрированной брыжеечкой/.**

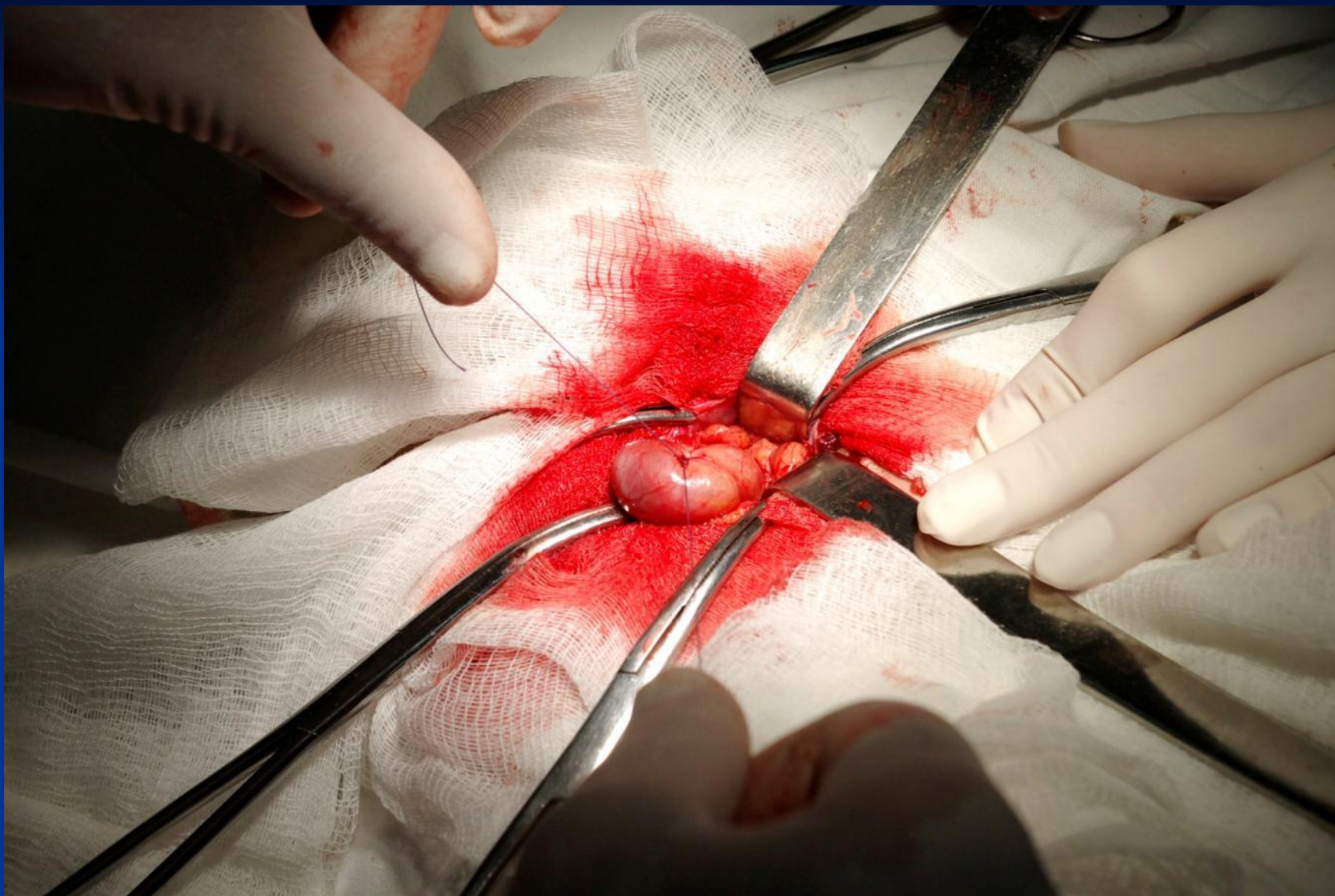


После лигирования брыжеечки и предварительного наложения
кисетного шва аппендикс отсечен:

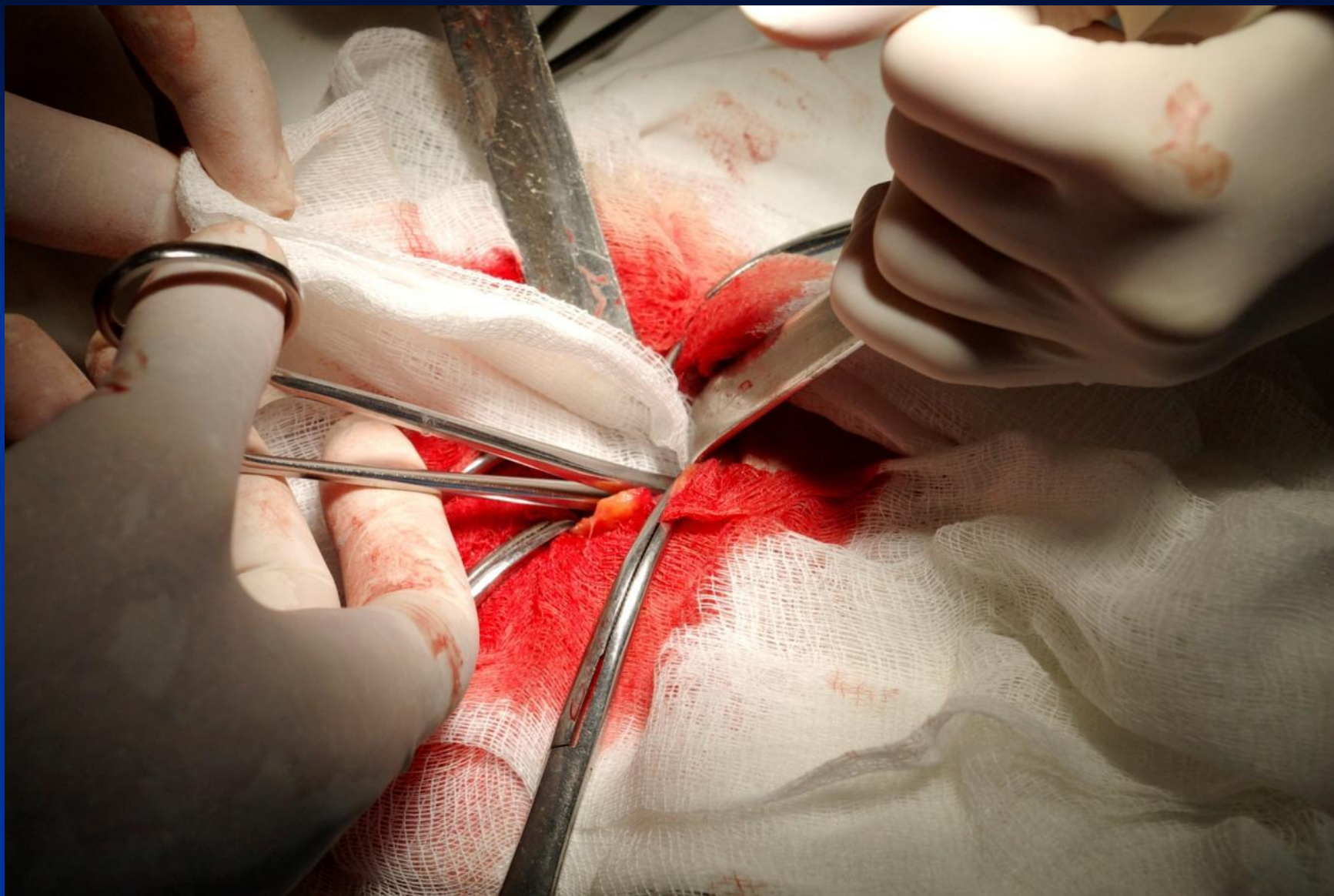


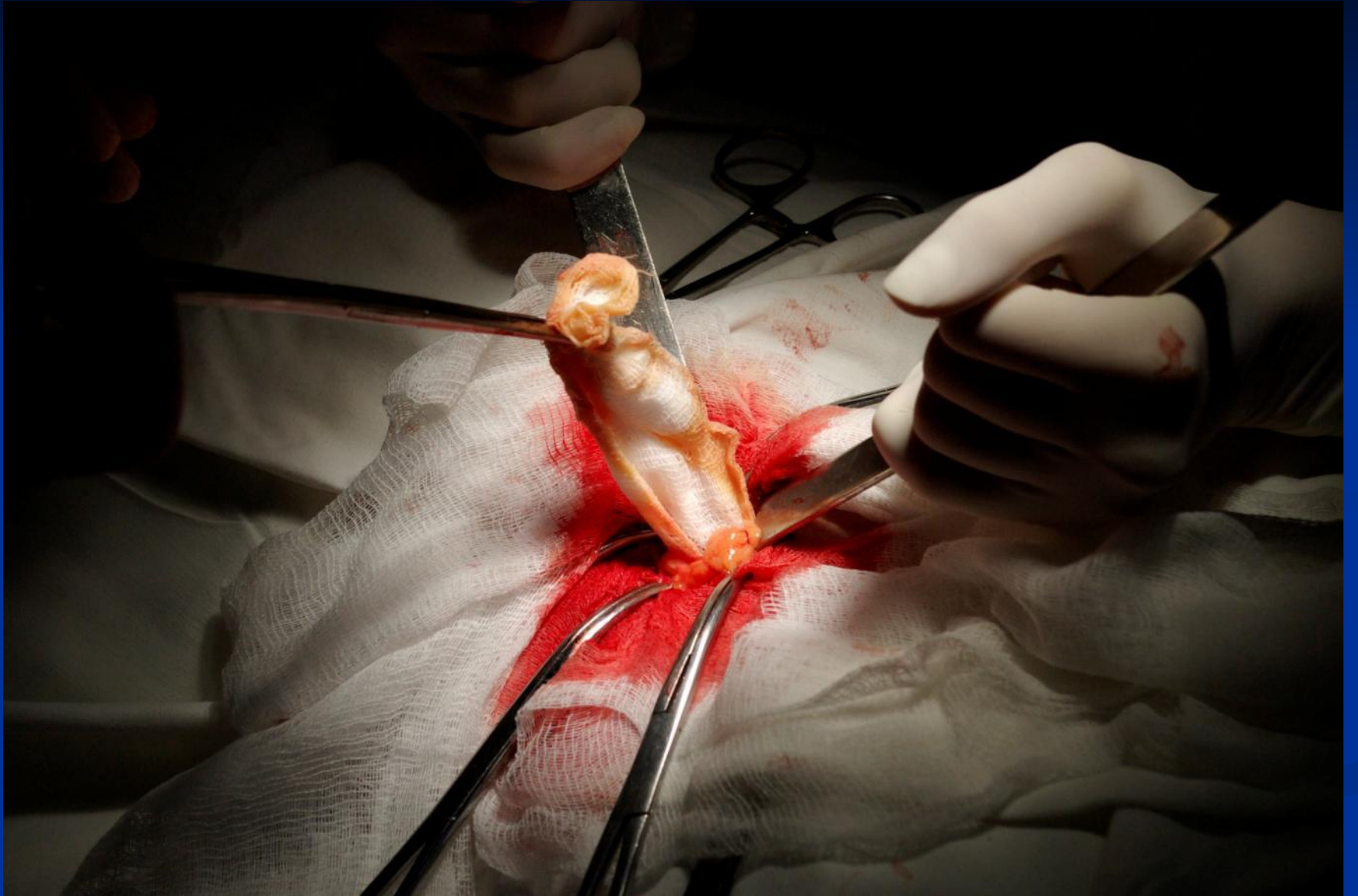


Культя его погружена в кисет и дополнительно перитонизирована:



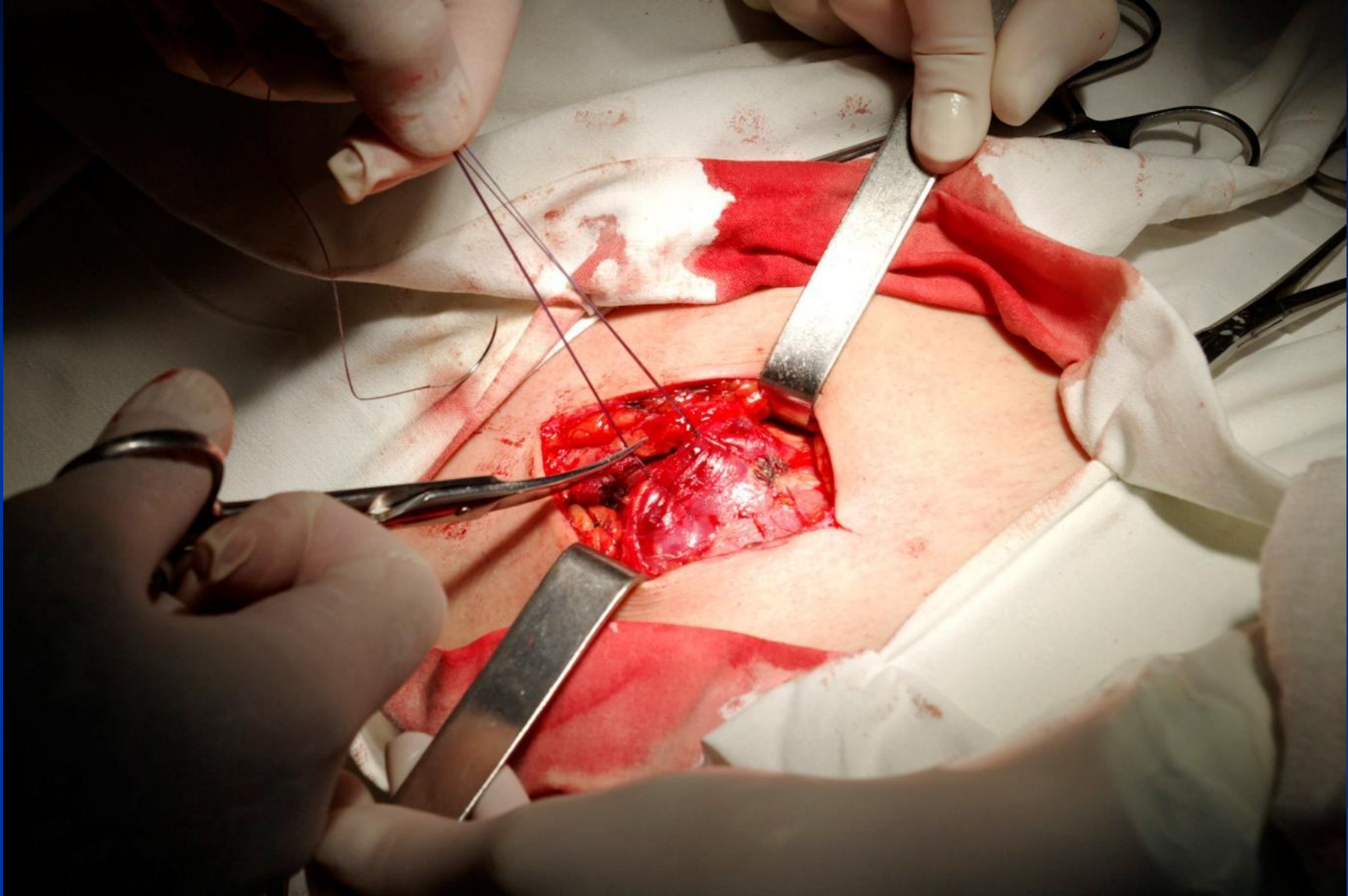
Тампонами осушена правая подвздошная яма и малый таз:

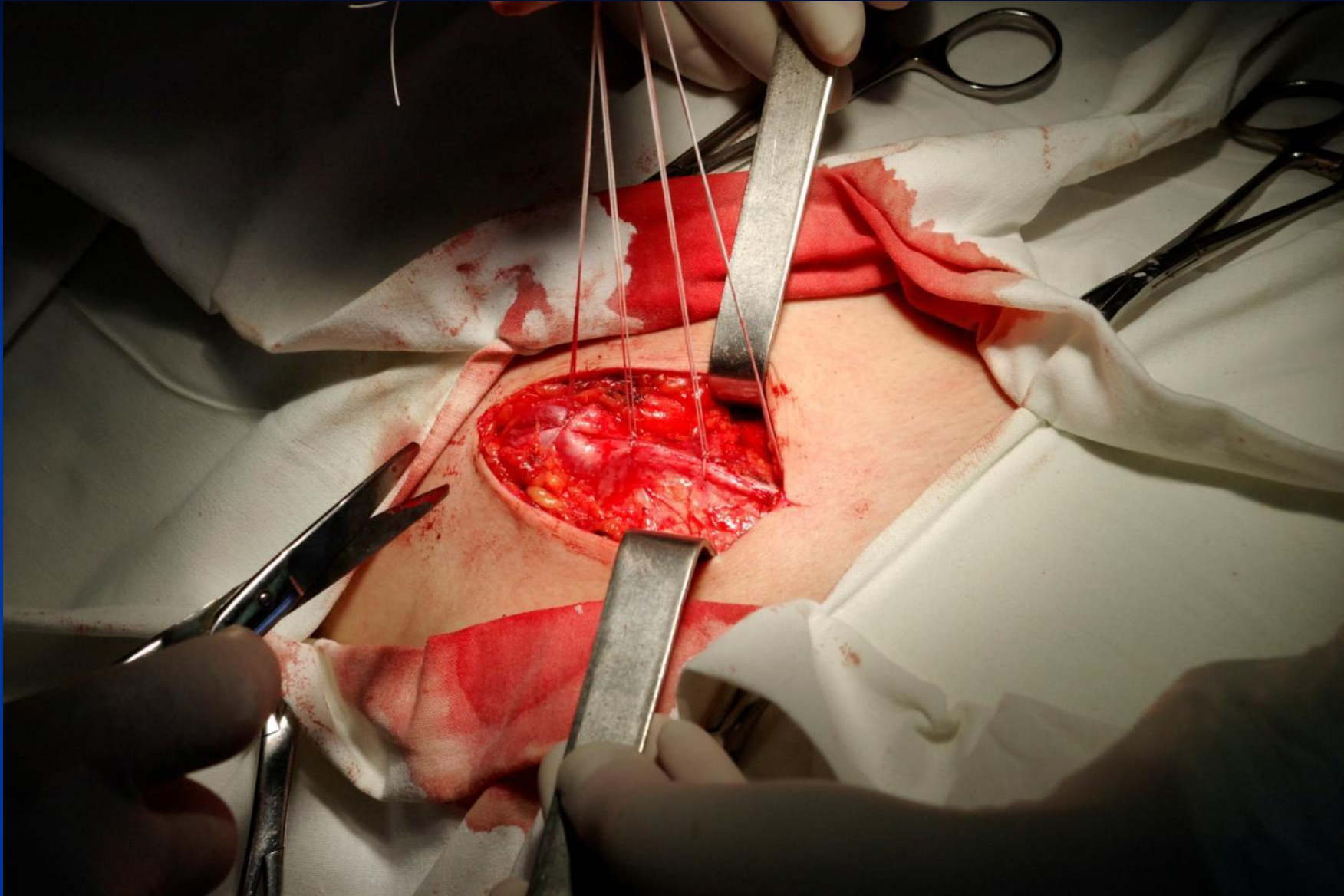




Брюшная полость послойно ушита:









- В случае отсутствия изменений в червеобразном отростке хирург обязан ревизовать малый таз и придатки у женщины и во всех случаях дистальный отрезок /около метра/ подвздошной кишки на предмет возможного, хотя и маловероятного в силу их редкости, обнаружения двух заболеваний, способных симулировать острый аппендицит.
- Первое из них – воспаление дивертикула Меккеля /не до конца заращенный пупочно-кишечный проток/.
- Второе – терминальный илеит, или болезнь Крона.

- В первом случае показано удаление дивертикула вместе с червеобразным отростком. Во втором случае целесообразно удовлетвориться постановкой диагноза и воздержаться от резекции подвздошной кишки /если нет флегмоны ее или явлений непроходимости/, предоставив после операции лечение больного проктологам.

- Особым вариантом течения острого аппендицита является аппендикулярный инфильтрат, который в каком-то смысле можно рассматривать как этап самоизлечения за счет отграничения воспалительного процесса с привлечением близлежащих анатомических образований /сальник, подвздошная и слепая кишка, париетальная брюшина, придатки матки/. В такой ситуации предпочтение отдают не операции, которая несет риск повреждения этих органов и технически сложна, а антибактериальной терапии.

- Результатом консервативной терапии чаще всего является «рассасывание» инфильтрата. В этом случае больной может быть выписан, лучше после колоноскопии для исключения опухоли слепой или восходящей кишки. В редких случаях инфильтрат завершится формированием аппендикулярного абсцесса, который предпочтительнее пунктировать или дренировать под УЗИ-контролем либо же вскрыть традиционным, лучше внебрюшинным, доступом.

- Любопытно, что вопреки мнению большинства студентов, и не только студентов, острый аппендицит в случае отказа больного от операции далеко не всегда приведет к фатальному исходу. В большей части случаев и даже без помощи антибиотиков произойдет обратное развитие заболевания и выздоровление. Еще у части больных сформируется аппендикулярный инфильтрат, о котором уже сказано.

- Лишь у некоторой части больных произойдет прогрессирование воспаления до гангрены и перфорации в свободную брюшную полость с развитием перитонита. Но именно эти больные будут иметь все шансы погибнуть, и чтобы избежать этого, всем больным с подозрением на аппендицит следует настойчиво предлагать экстренное вмешательство, руководствуясь известным постулатом: напрасная аппендэктомия менее опасна, чем пропущенный гангренозный аппендицит и перитонит.