**ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ.**

 Острый аппендицит самое широко распространенное хирургическое заболевание органов брюшной полости. Оно сохраняет лидирующие позиции и встречается среди всех групп населения, независимо от пола и возраста . Проблемы диагностики острого аппендицита остаются актуальными по сей день, не смотря на развитие современных методов обследования. Это в первую очередь касается ранней диагностики атипичных форм острого аппендицита и аппендицита у детей младшего возраста. Как правило это связано с запоздалой диагностикой на догоспитальном этапе, распознование данного заболевания происходит уже на стадии наступивших осложнений. Что в свою очередь ведет в дальнейшем к трудностям при курировании пациентов в послеоперационном периоде, тяжелое течение болезни приводит к удлинению сроков временной нетрудоспособности, а в отдельных случаях развитию осложнений что может привести к неблагоприятному исходу заболевания . По статистике смертность от острого аппендицита составляет 0,4-1,9 случаев на 100000 населения по данным ВОЗ. Поэтому особенно важную роль в процессе обучения студентов медицинских профессиональных учреждений является глубокое изучение диагностики всех форм острого аппендицита, обучение приемам анализа полученной информации при сборе жалоб, анамнеза заболевания; а так же правильной оценки данных обьективного обследования.

 Для лучшего понимания данного заболевания необходимы знания анатомо-физиологических особенностей данной области.

 Червеобразный отросток отходит от слепой кишки в месте схождения трех лент. Длинна червеобразного отростка в среднем составляет 5 – 10 см ,диаметр отростка 4 – 5 мм. У места впадения червеобразного отростка в слепую кишку имеется складка слизистой оболочки – заслонка Герлаха. Эта заслонка препятствует поступлению кишечного содержимого в червеобразный отросток.

 Серозная оболочка чаще всего покрывает червеобразный отросток со всех сторон. Мышечная оболочка представлена двумя слоями мышц: поверхностным(продольным) и глубоким (циркулярным). Слизистая оболочка покрыта

цилиндрическим эпителием, содержит многочисленные лимфатические фолликулы. Подслизистый слой состоит из соединительной ткани в которой находятся кровеносные и лимфатические сосуды. Кровообращение отростка осуществляется аппендикулярной артерией. Иннервация осуществляется из верхнего брыжеечного сплетения.

 Расположение червеобразного отростка может быть разнообразным. Редко имеет место его врожденная атрезия или перемещение вместе со слепой кишкой в левую подвздошную область (при situs viscerum inversus). Бывает так, что при недоразвитии правой половины толстой кишки когда имеет место неполный поворот толстого кишечника он может располагаться высоко под печенью вместе с куполом прямой кишки, а при подвижной слепой кишке (caecum mobile) – перемещаться в самые различные отделы брюшной полости. Чаще случается так, что при “нормальном” расположении слепой кишки, расположение самого отростка может варьировать.

 Наиболее часто червеобразный отросток направляется от слепой кишки

книзу и медиально находясь в правой подвздошной ямке, это его типичное расположение. Но он так же может опускаться в малый таз и достигать мочевого пузыря, прямой кишки, яичников, маточных труб. Отросток может идти от слепой кишки в медиальном направлении и находится у корня брыжейки, а также располагаться латерально на передней поверхности слепой и восходящей кишки, достигая нижней поверхности печени и дна желчного пузыря. Иногда (в 9 - 15 % случаев) червеобразный отросток распологается позади слепой кишки (ретроцекально) и даже ретроперитонеально прилегая к правому мочеточнику или почке. Такое различное расположение отростка при его воспалении в начальных заболевания может выдавать симптоматику не похожую на классическую клиническую картину острого аппендицита, что порой затрудняет диагностику не только на догопитальном этапе. И только наступившие деструктивные формы аппендицита позволяют заподозрить не типичное расположение отростка и склонить хирурга в пользу оперативного вмешательства.

**Острый аппендицит.Этиология и патогенез.**

 В результате дисфункции нервно-регуляторного аппарата червеобразного отростка в нем происходит нарушение кровообращения, что ведет к трофическим изменениям в червеобразном отростке.

 Дисфункцию нервно-регуляторного аппарата могут вызывать три группы факторов:

1. Сенсибилизация (аллергический компонент – пищевая аллергия, глист

 ная инвазия).

2. Рефлекторный путь (болезни желудка, кишечника, желчного пузыря).

3. Непосредственное раздражение (инородные тела в червеобразном отростке, каловые камни, перегибы).

 Дисфункция нервно-регуляторного аппарата приводит к спазму мышц и сосудов червеобразного отростка. В результате нарушений кровообращения в червеобразном отростке происходит отек его стенки. Набухшая слизистая оболочка закрывает устье червеобразного отростка, скапливающееся в нем содержимое растягивает его, давит на стенку отростка, еще больше нарушая ее трофику. Слизистая оболочка в результате этого теряет устойчивость по отношению к микробам, которые всегда есть в его просвете (кишечная палочка, стафилококи, стрептококи, энтерококи). Они внедряются в стенку червеобразного отростка, и возникает воспаление. Когда воспалительный процесс захватывает всю толщу стенки червеобразного отростка, в процесс вовлекаются окружающие ткани. Появляется серозный выпот, который затем

становится гнойным. Распространяясь по брюшине, процесс приобретает характер разлитого гнойного перитонита. При благоприятном течении заболевания из эксудата выпадает фибрин, который скеивает петли кишок и сальник, отграничивая очаг воспаления (аппендикулярный инфильтрат).

Аппедикулярный инфильтрат может рассосаться или нагноиться. При нагноении аппендикулярного инфильтрата образуется периаппендикулярный гнойник, который может прорваться в свободную брюшную полость (что ведет к разлитому перитониту), в кишку, в забрюшинное пространство, может осумковываться и вести к септикоэмии. При прорыве гнойника в забрюшинное пространство возникает флегмона забрюшинной клетчатки. Очень редко может развиться пилефлебит (тромбофлебит воротной вены) с последующим развитием гнойников в ткани печени.

**Клиника, диагностика**

 Классификация острого аппендицита.

1. Катаральный аппендицит.

2. Деструктивный аппендицит.

 а) флегмонозный

 б) гангренозный

 в) прободной (перфоративный)

3. Аппендицит осложненный перитонитом

А) отграниченная форма: аппендикулярный инфильтрат, аппендикулярный абсцесс

Б) не отграниченная форма: общий, разлитой , диффузный перитонит

 4. Прочие осложнения острого аппендицита (пилефлебит, сепсис,

 поддиафрагмальный абсцесс и др.)

 Клиническая картина.

 Клиническая картина острого аппендицита характеризуется большим

 разнообразием, что связано не только с формой заболевания, но и с

 особенностями локализации червеобразного отростка, наличием или

 отсутствием осложнений, реактивностью организма больного. Наиболее постоянным и обязательным симптомом острого аппендицита являются боли, вызванные раздражением нервных окончаний в отростке. Именно с этого симптома начинается заболевание.

 В начале приступа острого аппендицита боли ощущаются в эпигастральной области, около пупка, и по мере развития заболевания перемещаются в правую повздошную область (симптом перемещения болей Кохера – Волковича). Локализация болей соответствует месту расположения воспаленного

 червеобразного отростка, поэтому они могут ощущаться не только в правой повздошной области, но и в области пупка, в низу живота (при тазовом расположении отростка), в поясничной области ( при ретроцекальном расположении отростка). При прогрессировании воспалительного процесса в возникновении –диффузного перитонита четкая локализация болей утрачивается, зона их распространения увеличивается, они охватывают весь живот.

 Для острого аппендицита характерно внезапное появление болей, но

 интенсивность которых прогрессирует по мере развития воспалительных изменений в червеобразном отростке. Боли при остром аппендиците постоянны, в редких случаях схваткообразно усиливающиеся, интенсивность их не очень велика, а иррадиации их, как правило, нет. В случае разрыва отростка боли в первое время несколько уменьшаются, затем усиливаются за счет прогрессирования перитонита. С началом гангрены отростка и неизбежном при этом омертвении его нервного аппарата боли стихают .

 Признаки острого аппендицита: тошнота которая начинается вскоре после начала болей, которая может сопровождаться однократной рвотой; задержка стула – бывает часто с самого начала заболевания в следствии пареза кишечника; слабость, недомогание; температура тела повышена до 37,2 – 37,6 градусов, иногда сопровождается ознобом; увеличенная частота пульса, но соответствующая температуре тела ( с началом перитонита соответствие нарушается); язык влажный, обложенный ( с развитием перитонита становится сухим).

 Лабораторные исследования, следует обратить внимание на состав

 периферической крови: в крови отмечается умеренный лейкоцитоз (10000 – 12000), при усугублении процесса лейкоцитоз снижается, но появляется сдвиг лейкоцитарной формулы влево, что является неблагоприятным прогностическим признаком. В моче при тяжелой интоксикации появляются признаки токсического нефрита (белок, цилиндры, эритроциты).

 Острый аппендицит у детей. Клинические проявления у детей во многом зависят от реактивности организма, анатомического положения червеобразного отростка и возраста ребенка. Симптомы острого аппендицита у детей старшей возрастной группы более отчетлива.

 Начальный симптом заболевания – внезапно возникающая тупая боль без четкой локализации в верхней половине живота или области пупка. Через 4–6 ч (с колебаниями от 1 до 12 ч) боль перемещается в правую подвздошную область. Родители отмечают, что дети становятся менее активными, отказываются от еды. Для аппендицита характерна непрерывная боль, не исчезающая, а лишь несколько стихающая на время.

 Один из наиболее постоянных симптомов острого аппендицита у детей – рвота, развивающаяся почти у 75% больных и носящая рефлекторный характер.

 При осмотре живота может отмечаться отставание правого нижнего квадранта брюшной стенки при дыхании. При пальпации обнаруживают напряжение мышц и резкую болезненность в правой подвздошной области. Здесь же могут определяться положительные симптомы раздражения брюшины (симптом Щеткина – Блюмберга, Раздольского, Воскресенского). Боль, как правило, усиливается при положении больного на левом боку (симптом Ситковского), особенно при пальпации (симптом Бартомье – Михельсона). В крови – лейкоцитоз до 5–17\*109 /л со сдвигом формулы влево.

 Диагноз острого аппендицита в типичных случаях несложен. Намного сложнее диагностика в раннем детском возрасте.

 Вследствие функциональной незрелости нервной системы в этом возрасте почти все острые воспалительные заболевания имеют сходную клиническую картину (высокая температура тела, многократная рвота, нарушение функции кишечника).

 Если у детей старшего возраста ведущее значение имеют жалобы на боль в правой подвздошной области, то у детей первых лет жизни прямых указаний на боль нет, судить о наличие этого симптома можно лишь по косвенным признакам. Наиболее важный из них – изменение поведения ребенка. Более чем в 75% случаев родители отмечают, что ребенок становится вялым, капризным, малоконтактным. Беспокойное поведение больного следует связывать с нарастанием боли. Непрерывность боли ведет к нарушению сна, что является характерной особенностью детей младшего возраста и встречается почти у трети больных.

 Повышение температуры тела при остром аппендиците у детей первых лет жизни бывает почти всегда. Нередко температура тела достигает 38–390 С. Довольно постоянный симптом – рвота. Для детей раннего возраста характерна многократная рвота (3–5 раз).

 Почти в 15% случаев отмечают жидкий стул. Расстройство стула наблюдают в основном при осложненных формах аппендицита и тазовом расположение червеобразного отростка.

 Обычно боль дети этой возрастной группы локализуют около пупка. Такая локализация связана с анатомо-физиологическими особенностями: неспособностью точно локализовать место наибольшей болезненности вследствие недостаточного развития корковых процессов и склонностью к иррадиации нервных импульсов, близким расположением солнечного сплетения к корню брыжейки. Так же важную роль играет быстрое вовлечение в воспалительный процесс мезентеральных лимфатических узлов.

 При диагностике ориентируются на основные симптомы, что и у детей старшего возраста (пассивное мышечное напряжение и локальная болезненность в правой подвздошной области). Однако обнаружить указанные признаки у детей первых лет жизни чрезвычайно трудно. Это обусловлено возрастными особенностями психики, в первую очередь двигательным возбуждением и беспокойством при осмотре.

 При проведении пальпации живота важно внимательно следить за поведением ребенка. Появление двигательного беспокойства, реакции мимической мускулатуры могут помочь оценить болезненность осмотра. Оправдан метод осмотра детей в состоянии сна. При этом сохраняются пассивное мышечное напряжение передней брюшной стенки и локальная болезненность.

 У детей младшего возраста при остром аппендиците чаще всего отмечают увеличение количества лейкоцитов в периферической крови до 15–20\*109 /л. Нередко наблюдают и гиперлейкоцитоз (25–30\*109 /л).

Острый аппендицит у новорожденных встречается крайне редко и как правило дигностируется при наличии наступивших осложнений.

 Заболевание развивается преимущественно у недоношенных детей с массой тела от 1 до 2 кг в возрасте 7–20 дней. В анамнезе у всех детей – перенесенная перинатальная гипоксия, инфицирование, нарушение мозгового кровообращения. Заболевание начинается остро, с нарастанием симптомов инфекционного токсикоза появляются рвота с примесью желчи, вздутие живота, задержка стула. При осмотре в первые 12 ч от начала ухудшения удается выявить местные симптомы: локальную болезненность в правой подвздошной области, пассивное напряжение мышц, симптом Щеткина-Блюмберга, а при тенденции процесса к ограничению можно пальпировать инфильтрат. Температурной реакции, как правило, не бывает, количество лейкоцитов колеблется в больших пределах (от7 до 18\*109 /л) с тенденцией к повышения. Позднее в связи с быстрым прогрессированием воспалительного процесса и нарастанием токсикоза выявляют симптомы разлитого перитонита.

**Атипичные формы острого аппендицита.**

 Аппендицит при тазовом расположении отростка. Тазовое расположение отростка у женщин составляет до 30%, у мужчин - до 16%. Начало заболевания чаще всего типичное: боли начинаются в эпигастрии или по всему животу и спустя несколько часов локализуются либо над лоном, либо над паховой связкой справа. Возможны дизурические расстройства (учащенное болезненное мочеиспускание), тенезмы, частый кашицеобразный стул со слизью. Температурная реакция в связи с ранним отграничением воспалительного процесса выражена незначительно. При пальпации живота боли выявляются в надлобковой области, либо в подвздошно-паховой области справа. Защитное напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины не выражены, либо появляются поздно. Не характерны типичные симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона. В ряде случаев определяется положительный симптом Коупа - болезненное напряжение внутренней запирательной мышцы. Методика выявления в положении больного лежа на спине сгибают правую ногу в колене и ротируют бедро кнаружи. При этом больной ощущает боль в глубине таза справа. В диагностике основное значение имеют влагалищное и ректальное исследования. Лейкоцитарная реакция выражена слабее, чем при типичном расположении отростка. Возможны изменения в моче - микрогематурия, появление белка, лейкоцитов и цилиндров.

 Острый аппендицит при ретроцекальном расположении отростка. Расположение отростка позади слепой кишки, в среднем составляет 10-12% при этом ретроперитонеально - в 1-2%. Начало заболевания чаще всего типичное с возникновения болей в эпигастральной области или по всему животу, которые в последующем локализуются в области правого бокового канала или поясничной области справа. Тошнота и рвота наблюдаются реже. Возможна иррадиация болей в поясничную область, правое бедро, половые органы. Если червеобразный отросток расположен в тесном соседстве с почкой или мочеточником, то могут возникать дизурические расстройства. Температура тела повышается несколько больше, чем при типичном расположении отростка. При развитии забрюшинной флегмоны температура тела повышается до 38-39°С. Может наблюдаться сгибательно-приводящая контрактура правой нижней конечности. При пальпации живота болезненность локализуется в области правого бокового канала или несколько выше гребня подвздошной кости. Напряжение мышц брюшной стенки в правой подвздошной области и симптомы раздражения брюшины часто отсутствуют или выражены незначительно. Может отмечаться напряжение мышц заднебоковой стенки живота справа, положительные симптомы Варламова, Яуре-Розанова, Габая, Образцова, Островского. В связи со слабо выраженной клинической картиной, зачастую острый аппендицит диагностируется на фоне развивающейся флегмоны поясничной области. При этом лейкоцитарная реакция несколько больше. В моче может быть белок, эритроциты.

 Подпечоночный острый аппендицит.Частота - 0,4-1,9% случаев (Изимбергенов Н.И.,1984). Такая клиническая форма острого аппендицита проявляется болью в правом подреберье различной интенсивности, что порождает мысль об остром холецистите. Однако и в этом случае типичный для приступа острого аппендицита анамнез является отправной точкой для установления правильного диагноза, при этом можно выявить симптом перемещения болей из надчревья в правое подреберье. Нередко боль сопровождается тошнотой и рефлекторной рвотой, которая никогда не бывает многократной. При прогрессирующем воспалении в отростке, свободно лежащим на передней или медиальной стенке слепой кишки, появляется защитное напряжение мышц брюшной стенки. При пальпации правого подреберья может обнаруживаться инфильтрат. В отличие от острого холецистита боли при аппендиците не сопровождаются характерной иррадиацией в правое плечо и надплечье. Специфичные симптомы острого холецистита не выражены совсем или же выражены очень слабо только отдельные из них ( с-м Ортнера). При пальпации наибольшая болезненность определяется латеральнее и несколько ниже зоны расположения желчного пузыря. Во многих случаях отмечаются нерезко выраженные симптомы Ровзинга, Ситковского и Бартомье-Михельсона.

Острый аппендицит с медиальным расположением отростка.При данной локализации червеобразного отростка клиническая картина развивается более бурно, за счет вовлечения в воспалительный процесс серозной оболочки прилегающих петель кишечника. Болевой синдром при этом выражен резче, характерно ранее возникновение перитонеальных симптомов, довольно быстро присоединяется вздутие живота и парез кишечника. Возможен частый жидкий стул. При пальпации живота обнаруживается разлитая болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки более выраженное в правой подвздошной области.

 Острый аппендицит с левосторонней локализацией отростка. Локализация червеобразного отростка в левой половине живота может быть обусловлена несколькими причинами: обратным расположением внутренних органов (1:15000 людей), наличием удлиненной брыжейки слепой кишки при медиальном расположении отростка, смещением длинного отростка в сторону сигмовидной кишки и другими аномалиями развития тонкой и толстой кишок. При обратном расположении внутренних органов развивается типичная клиническая симптоматика острого аппендицита с левой стороны. Диагностическое сомнение в пользу острого аппендицита разрешается, когда имеется подтверждение о тотальном обратном расположении органов. При этом, сердце находится с правой стороны, печень - с левой. При частичном обратном расположении органов брюшной полости создаются дополнительные трудности в постановке правильного диагноза, поскольку слева может располагаться только восходящий отдел толстой кишки с отростком.

 Особенности острого аппендицита в старческом возрасте. Частота острого аппендицита в возрасте старше 60 лет от 1,1 до 8,9%. Летальность среди больных старческого возраста в 3 раза выше и достигает 3%. Особенности клиники острого аппендицита у лиц пожилого и старческого возраста принято связывать с инволюцией лимфоидного аппарата. Следует учитывать возрастную психологию больных. Пожилые пациенты, как правило, терпеливо относятся к различным болевым ощущениям, путают анамнез, возникающие изменения могут вызвать клиническую симптоматику других самостоятельных заболеваний или привести к обострению сопутствующих хронических заболеваний, имеющихся у этой категории больных. Многие авторы отмечают, что у больных данной возрастной группы заболевание начинается постепенно, у них даже не удается выявить характер его начала. Боль, как правило, не выражена, локализуется за пределами правой подвздошной области, нередко носит неопределенный характер. При обследовании больных можно обнаружить большинство симптомов острого аппендицита, типичных для молодых, но у пожилых эти симптомы выражены не резко, поэтому нужна правильная оценка симптоматики. Напряжения мышц брюшной стенки может отсутствовать, живот кажется мягким доступным пальпации, но при проведении сравнительной пальпации правой и левой подвздошных областей, можно уловить разницу и некоторое напряжение мышц справа. Болезненность при этом нерезкая, но все же имеется и ее не следует недооценивать. Температурная реакция часто отсутствует (90% больных). Лейкоцитоз может быть невысоким, и то, что мы принимаем за его отсутствие, для них может быть удвоением числа лейкоцитов по сравнению с нормой.

**Лечение острого аппендицита**

 Лечение острого аппендицита хирургическое. Оно заключается (при отсутствии осложнений заболевания) в аппендэктомии, выполняемой в экстренном порядке.

 Для выполнения аппедэктомии обычно используют местную анестезию, наркоз показан у детей, людей с лабильной психикой, при неуверенности в диагнозе, когда во время операции может потребоваться расширение операционного доступа.

 Доступ – косопеременный в правой повздошной области (Мак-Бурнея – Волковича – Дьяконова). При неуверенности в точности диагноза предпочтение отдают параректальному разрезу (нередко в этих случаях используют срединную лапаротомию). Купол слепой кишки вместе с червеобразным отростком выводят в рану, лигируют сосуды брыжейки отростка, отросток перевязывают у основания и отсекают, а его культю погружают кисетным и Z- образным швами. Брюшную полость осушают салфетками, особенно полость малого таза, если на операции диагностировано не убедительное воспаление отростка необходимо произвести осмотр 50см подвздошной кишки на наличие дивертикула Меккеля, воспаление которого может маскироваться под клиникой острого аппендицита, затем переднюю брюшную стенку послойно ушивают на глухо. В случаях деструктивных форм аппендицита при наличии значительного выпота, целесообразней ушивание передней брюшной стенки произвести с оставлением трубчатого дренажа.

 При ретроцекальном или тазовом расположении червеобразного отростка, когда вывести его верхушку в рану не удается, целесообразно ретроградное удаление отростка.

**Осложнения острого аппендицита**

 **Аппендикулярный инфильтрат**

 Под аппендикулярным инфильтратом понимают формирование вокруг воспаленного червеобразного отростка конгломерата из большого сальника, тонкой и слепой кишки, париетальной брюшины. В целом, формирование инфильтрата носит целесообразный для организма характер, так как только в случае полного отграничения отростка от свободной брюшной полости может наступить самопроизвольное выздоровление при деструктивном аппендиците. Аппендикулярный инфильтрат осложняет течение острого аппендицита в 3-5 % случаев. Тактика при этом осложнении зависит от следующих особенностей, представленных в классификации.

 Аппендикулярный инфильтрат классифицируют по следующим критериям:

1. По отграничению отростка от свободной брюшной полости:

А. Полный - в этом случае отросток полностью отграничен от свободной брюшной полости, риск развития распространенного перитонита минимален.

Б.Неполный - в этой ситуации часть деструктивно измененного отростка находится в свободной брюшной полости. Эта форма инфильтрата потенциально опасна перфорацией отростка в свободную брюшную полость и развитием распространенного перитонита.

2. По клиническому течению.

 Этот классификационный признак применим в случае динамического наблюдения за пациентом с полным аппендикулярным инфильтратом, госпитализированным для медикаментозного лечения. Эффект от медикаментозного лечения оценивается в динамике. При этом возможны два варианта развития инфильтрата:

А. Прогрессирующий - воспалительный процесс распространяется на окружающие органы и ткани, либо наступает абсцедирование инфильтрата. Это свидетельствует о неэффективности медикаментозной терапии и требует применения хирургических технологий.

Б. Регрессирующий - на фоне медикаментозного воспаления купируются проявления воспалительного синдрома, инфильтрат уменьшается в размерах. В этом случае медикаментозной лечение эффективно, неотложное оперативное лечение не требуется. В исходе регрессирующего инфильтрата формируется хронический резидуальный аппендицит.

3. По характеру инфильтрата:

 Этот критерий оценивается интраоперационно. При ревизии инфильтрата, выявленного при лапаротомии важно оценить возможность его разделения без травматизации органов, входящих в его состав. При интраоперационной ревизии инфильтрат подразделяют на:

 А. Рыхлый - разделение инфильтрата тупым путем без травматизации органов, входящих в его состав, возможно, аппендэктомия технически выполнима.

Б. Плотный - в этом случае воспалительный инфильтрат невозможно разделить тупым путем. В случае «острого» разделения инфильтрата имеется риск перфорации входящей в инфильтрат тонкой или слепой кишки. В этом случае разделение инфильтрата категорически противопоказано.

 Клиническая картина аппендикулярного инфильтрата.

 Клинике аппендикулярного инфильтрата всегда предшествуют проявления деструктивного аппендицита, которые могут укладываться как в типичный, так и атипичные варианты проявления этого заболевания. Как правило, клиническая картина аппендикулярного инфильтрата развивается, на 3-5 сутки заболевания.

 1.Болевой синдром

 Для аппендикулярного инфильтрата характерно снижение интенсивности болевого синдрома на 3-5 сутки. При этом полного купировании боли не наступает.

 2. Диспепсический синдром:

 Проявления желудочной диспепсии для аппендикулярного инфильтрата нехарактерны. Возможны симптомы кишечной диспепсии в виде умеренного пареза ободочной кишки (умеренное вздутие живота, метеоризм, задержка стула).

 3. Интоксикационный синдром:

 Этот синдром в случае развития аппендикулярного инфильтрата, как правило, выходи на первый план. У больного сохраняются:

- слабость, общее недомогание

- субфебрилитет (37,2 - 37,4 С)

- сухость во рту

- познабливание.

 Отличительной особенностью аппендикулярного инфильтрата является субфебрилитет. Фебрильной лихорадки гектического типа, характерной для интраабдоминальных абсцессов, при инфильтрате не бывает.

 При сборе анамнеза необходимо акцентировать внимание на первичном симптомокомплексе (симптом Кохера-Волковича, другие характеристики, характерные для острого аппендицита), предшествовавшем клиническим проявлениям инфильтрата за 3-5 суток.

 Задачей первичного объективного обследования является дифференциация полного и неполного инфильтрата.

 При полном аппендикулярном инфильтрате самочувствие больных улучшается..Общее состояние больных расценивается как удовлетворительное. Как правило, имеется субфебрильная температура, умеренная тахикардия. При осмотре полости рта фиксируют внимание на обложенном суховатом языке. При осмотре живота можно отметить его незначительное симметричное вздутие, при этом обе половины брюшной стенки симметрично участвуют в дыхании. При поверхностной пальпации для полного аппендикулярного инфильтрата характерно отсутствие мышечного напряжения, а также специфических аппендикулярных и перитонеальных симптомов. При глубокой пальпации в правой подвздошной области определяется плотное, малоболезненное и малоподвижное опухолевидное образование.

 При ректальном исследовании в ряде случаев возможно достичь нижний полюс инфильтрата, представляющего собой плотное образование без признаков флюктуации.

 Для неполного аппендикулярного инфильтрата характерны проявления неотграниченного перитонита. Как правило, в большей степени страдает общее состояние пациента, расцениваемое как средне тяжёлое. При осмотре живота, помимо признаков пареза кишечника, выявляется ограничение в дыхании правой подвздошной области. При пальпации отмечают наличие мышечного напряжения и болезненности, не совпадающих с локализацией собственно инфильтрата. При этом фиксируются положительные симптомы раздражения брюшины (Щёткина-Блюмберга и Менделя), а также положительные аппендикулярные симптомы (Воскресенского, Ровзинга, Ситковского).

 Методы дополнительной диагностики.

Лабораторные методы диагностики:

 1. Общий анализ крови.

- Лейкоцитоз, ускорение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево

 2. Общий анализ мочи и биохимические показатели крови не имеют специфических проявлений.

 Инструментальные методы диагностики:

 1. Ультразвуковое исследование.

 Позволяет определить наличие объемного образования в правой подвздошной области, в состав которого входят петли тонкой и слепая кишки. УЗИ, выполненное в динамике, позволяет контролировать течение процесса во время проведения медикаментозной терапии, своевременно диагностировать абсцедирование инфильтрата.

 2. Диагностическая лапароскопия.

 В случае уверенности в диагнозе полного инфильтрата не показана, так как

несет потенциальный риск разрушения инфильтрата. Как правило, применяется при сомнениях в диагнозе: для исключения неполного инфильтрата, в случае проведения дифференциальной диагностики с другой ургентной патологией брюшной полости.

Хирургическая тактика при аппендикулярном инфильтрате.

 1.Bce пациенты с аппендикулярным инфильтратом экстренно госпитализируются в хирургический стационар.

 2. Задачей первичного диагностического комплекса является установление формы аппендикулярного инфильтрата (полный или неполный). Клинический диагноз с указанием клинико-морфологической формы острого аппендицита и формы инфильтрата должен быть установлен в первые 2 часа пребывания пациента в стационаре.

 3. Установленный диагноз полного аппендикулярного инфильтрата является показанием для динамического наблюдения и проведения медикаментозной терапии.

Экстренная операция в случае полного аппендикулярного инфильтрата не показана.

 4. Установленный диагноз неполного аппендикулярного инфильтрата является абсолютным показанием к экстренному хирургическому вмешательству. В случае тяжелого состояния пациента проводится кратковременная (не более 2 часов) предоперационная подготовка, объем которой должен быть согласован с реаниматологом.

 5.В ходе динамического наблюдения и медикаментозного лечения пациента с полным аппендикулярным инфильтратом оценивается клиническая, лабораторная и УЗИ-динамика течения заболевания. В случае прогрессирующего инфильтрата (абсцедирование) больному показано неотложное хирургическое вмешательство. В случае регресса инфильтрата больной выписывается из стационара под наблюдение

терапевта поликлиники.

 Особенности оперативного лечения при аппендикулярном инфильтрате.

 Главной задачей хирургического вмешательства при аппендикулярном инфильтрате - адекватный контроль очага инфекции, которым является воспалительный конгломерат. Вопрос об аппендэктомии решается индивидуально и зависит от характера инфильтрата (полный или неполный).

 Возможными методами обезболивания - спинальная анестезия, многокомпонентная сбалансированная анестезия с применением мышечных релаксантов и ИВЛ.

Этапы оперативного вмешательства:

 1. Доступ.

 Вмешательство при инфильтрате без распространенного перитонита выполняется из локального лапаротомного доступа в правой подвздошной области (лапаротомия по Волковичу-Дъяконову).

 2. Ревизия брюшной полости.

 При ревизии оценивается возможность разделения инфильтрата тупым путем.При рыхлом инфильтрате разделение возможно, при плотном - невозможно.

 3. Оперативный приём

 При рыхлом инфильтрате показана аппендэктомия. При плотном инфильтрате аппендэктомия не производится. Операция заканчивается подведением к инфильтрату сигарного тампона (дренажа Пенроза). Смысл тампонирования брюшной полости при аппендикулярном инфильтрате состоит в дополнительном отграничении воспалительного очага от свободной брюшной полости. Являясь инородным телом для организма, сигарный тампон вызывает формирование канала из брюшной полости на переднюю брюшную стенку, в дне которого находится аппендикулярный инфильтрат. В случае абсцедироаания инфильтрата или перфорации отростка инфицированное содержимое будет оттекать по этому каналу наружу, не вызывая развития распространённого перитонита. Формирование канала вокруг сигарного тампона занимает не менее 6-7 дней, поэтому удаление тампона из брюшной полости ранее 7-8 суток недопустимо.

 4.3авершение операции.

 В случае выполнения аппендэктомии вмешательство завершают послойным ушиванием операционной раны. В случае высокого риска инфекционных осложнений со стороны раны (длительная, травматичная операция, интраоперационная контаминация раны) выполняют дренирование предбрюшинной клетчатки.

 Принципы медикаментозной терапии при полном аппендикулярном инфильтрате имеют цель обеспечить максимальный охранительный режим, препятствующий прогрессированию инфильтрата:

 1. Постельный режим.

 2. Холод на правую подвздошную область.

 3. Полное исключение тепловых процедур (УВЧ и др.)

 4. Легкоусвояемая диета с исключением растительной клетчатки

 5. Нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак, индометацин, ксефокам)

 6. Антибактериальная терапия

 Препаратами выбора являются амоксициллин/ клавуланат в режиме монотерапии или цефалоспорины II и III поколения в сочетании с метронидазолом. Продолжительность антибактериальной терапии определяется сроком регресса инфильтрата.

Тактика при хроническом резидуальном аппендиците.

 Исходом консервативного лечения деструктивного аппендицита (в случае полного регрессирующего аппендикулярного инфильтрата, технически невозможной аппендэктомии при плотном инфильтрате или периаппендикулярном абсцессе) является формирование хронического резидуального (оставленного) аппендицита.

 Существование хронического очага инфекции неизбежно приводит к повторной атаке острого воспаления. В связи с этим пациентам, перенесшим деструктивный аппендицит без выполнения аппендэктомии, показано плановое оперативное лечение. Этой категории пациентов по поводу хронического резидуального аппендицита должна быть выполнена плановая аппендэктомия через 3 месяца после перенесенного острого аппендицита.

 Выбор этих сроков обусловлен купированием острого воспаления в отростке и окружающих тканях, что позволяет выполнить аппендэктомию в «холодном» периоде, минимизировав риск осложнений. Таким образом, единственным показанием к плановой аппендэктомии при неопухолевых заболеваниях червеобразного отростка является диагноз хронического резидуального аппендицита.

**Периаппендикулярный абсцесс.**

 Как правило, является следствием абсцедирования аппендикулярного инфильтрата. Клинические проявления развиваются на 5-7 сутки от начала заболевания.

 Характерной клиникой является появление в эти сроки проявлений системной реакции на воспаление (гипертермия, ознобы), усугубление проявлений интоксикационного синдрома. При этом сохраняется малоинтенсивная боль в правой подвздошной области, которая может приобретать пульсирующий характер и усиливаться при движении. Характерны симптомы умеренного пареза кишечника..При сборе анамнеза у не оперированных больных необходимо акцентировать внимание на выявление клиники деструктивного аппендицита в предшествующие 5-7 суток.

 При объективном исследовании состояние средней тяжести. Имеются проявления интоксикационного синдрома (гипертермия, одышка, тахикардия). При осмотре полости рта язык сухой, обложен.

 При осмотре живота можно отметить его незначительное симметричное вздутие, при этом ограничения в дыхании нет. При поверхностной пальпации характерно отсутствие мышечного напряжения и четкой локальной болезненности, а также специфических аппендикулярных и перитонеальные симптомов. При глубокой пальпации в правой подвздошной области можно определить наличие инфильтрата без четкой флюктуации.

Ректальное исследование, как правило, малоинформативно.

Методы дополнительной диагностики.

Лабораторные методы диагностики:

 1. Общий анализ крови.

- Лейкоцитоз, ускорение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево

Инструментальные методы диагностики:

 1. Ультразвуковое исследование.

 Позволяет определить наличие объемного жидкостного образования в правой

подвздошной области. В полости, имеющей четкую капсулу, определяется уровень жидкости с газом над ней.

 2. Обзорная рентгенография брюшной полости.

 3. Компьютерная томография брюшной полости.

Рентгенологическими признаками интраабдоминальных абсцессов является наличие осумкованного жидкостного образования с уровнем газа или пузырьками воздуха.

Хирургическая тактика при периаппендикулярном абсцессе.

 1. Наличие периаппендикулярного абсцесса является абсолютным показанием к его дренированию.

 2. При развитии абсцесса в результате прогрессирования деструктивного аппендицита показано вскрытие и дренирование абсцесса.

 3. При появлении клиники периаппендикулярного абсцесса в послеоперационном периоде возможно использование малоинвазивной технологии - пункции и дренирования гнойника под контролем УЗИ или КТ.

Особенности оперативного вмешательства при периаппендикулярном абсцессе:

 1. Доступ.

 Вскрытие периаппендикулярного абсцесса выполняют под общей анестезией разрезом Волковича-Дьяконова. Необходимо стремиться вскрыть гнойник внебрюшинно, не допуская контаминации свободной брюшной полости.

 2. Ревизия.

 После обнаружения и вскрытия гнойной полости эвакуируют гной, санируют полость антисептиками, после чего оценивают технические возможности выполнения аппендэктомии.

 3.Оперативный прием

 Аппендэктомию выполняют лишь при четкой визуализации отростка. При наличии технических трудностей от аппендэктомии следует воздержаться. Вмешательство заканчивают установкой сигарного тампона (дренажа Пенроза).

 4. Завершение операции.

Операционную рану послойно ушивают до тампонов.

Принципы ведения послеоперационного периода:

 В послеоперационном периоде назначают адекватное обезболивание, антибактериальную терапию, показания к инфузионной терапии оценивают индивидуально.Тампоны удаляют на 7-8 сутки послеоперационного периода, а образовавшуюся гнойную рану лечат в соответствии с фазой раневого процесса.

 При оставленном червеобразном отростке при выписке пациенту рекомендуют плановую аппендэктомию через 3 месяца.

**Гнойные осложнения в послеоперационном периоде после аппендэктомии.**

 Тазовый абсцесс.

 Как правило, является послеоперационным осложнением и развивается вследствие отграничения инфицированного выпота в пузырно-прямокишечном (у мужчин) или маточно-прямокишечном (у женщин) пространстве при неполноценной брюшной полости. Характерно развитие клинических проявлений на 5-7сутки послеоперационного периода.

 Особенности клинической картины тазового абсцесса следующие:

 1 .Неопределенные боли внизу живота, иррадиирующие в промежность.

 2.Симптомы реактивного проктита

- учащенная болезненная дефекация;

- тенезмы;

- патологические примеси (слизь, кровь) в кале.

 3. Дизурические расстройства.

 Объективное исследование, как правило, малоинформативно. Возможно выявление неспецифических проявлений интоксикационного синдрома. Специфическая симптоматика при рутинном обследовании системы пищеварения, как правило, отсутствует. Возможно выявление умеренного пареза кишечника, болезненности и инфильтрата над лобком без выраженных симптомов раздражения брюшины.

 Наибольшую ценность в диагностике тазового абсцесса представляет ректальное исследование, у женщин дополняемое вагинальным. В заднем свода влагалища или по передней стенке прямой кишки обнаруживают малоподвижный болезненный инфильтрат с очагом флюктуации.

 Методы дополнительной диагностики.

 Лабораторные методы диагностики:

Общий анализ крови.

Лейкоцитоз, ускорение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево

 Инструментальные методы диагностики:

 1. Ультразвуковое исследование.

 Особенностями исследования является использование ректального и (или) вагинального (у женщин) датчиков.

 2.Компьютерная томография брюшной полости.

 Обзорная рентгенография брюшной полости для диагностики тазового абсцесса не используется, так как тазовые кости не позволяют оценить состояние малого таза.

Хирургическая тактика при тазовом абсцессе.

 1. Наличие тазового абсцесса является абсолютным показанием к его дренированию.

 2. Вскрытие тазового абсцесса необходимо выполнять внебрюшинно, как правило, у женщин - через задний свод влагалища, а у мужчин - через переднюю стенку прямой кишки.

 Межкишечный абсцесс.

 Развивается в послеоперационном периоде в результате скопления инфицированного перитонеального экссудата в складках брыжейки и между петлями тонкой кишки..Так же как и при других гнойниках в брюшной полости, для межкишечного абсцесса характерно развитие на 5-7 сутки после аппендэктомии. При этом данная локализация абсцесса практически не имеет специфической клиники. Помимо симптомов, характерных для всех интраабдоминальных абсцессов, при объективном исследовании возможно выявление плотного малоподвижного инфильтрата в гипо- или мезогастрии. Как правило, имеются проявления пареза кишечника.

 Методы дополнительной диагностики.

 Лабораторные методы диагностики:

 Общий анализ крови.

Лейкоцитоз, ускорение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево

 Инструментальные методы диагностики:

 1. Ультразвуковое исследование.

 2. Обзорная рентгеноскопия брюшной полости.

 3.Компьютерная томография брюшной полости.

Хирургическая тактика при межкишечном абсцессе.

 1. Наличие межкишечного абсцесса является абсолютным показанием к оперативному вмешательству.

Особенности оперативного вмешательства при межкишечном абсцессе:

 1. Доступ.

Для вскрытия межкишечного абсцесса используют лапаротомию над предполагаемым очагом.

 2. Ревизия.

Выполнив лапаротомию, тупым путем вскрывают гнойник и эвакуируют содержимое.

 3.Завершение операции.

 В полость абсцесса устанавливают сигарные тампоны (дренажи Пенроза). Операционную рану послойно ушивают до тампонов.Ведение послеоперационного периода аналогично лечению других локализаций абсцессов.

 Подциафрагмальный абсцесс.

 Причиной образования считается скопление инфицированного выпота в поддиафрагмапьном пространстве справа в результате распространения его по правому боковому каналу. Для аппендикулярного поддиафрагмального абсцесса типичная локализация в правом заднем поддиафрагмальном пространстве.

Особенности клинической картины:

 1. Болевой синдром. Характерны тупые боли в правом подреберье и нижних отделах грудной клетки справа, усиливающиеся при глубоком вдохе.

 2. Диспепсия, как правило, отсутствует.

 3. Плевропульмональный синдром:

- наличие сухого малопродуктивного кашля

- клинические проявления экссудативного плеврита справа

- развитие пневмонии в нижней доле справа.

 При объективном исследовании состояние средней тяжести. Имеются проявления интоксикационного синдрома (гипертермия, одышка, тахикардия). При осмотре грудной клетки имеется отставание правой её половины при дыхании, больной старается щадить её при глубоком дыхании, ограничивая её подвижность. При перкуссии выявляется типичная картина экссудативного плеврита в виде характерного притупления легочного звука в виде линии Дамуазо. Аускультативно обнаруживают ослабление дыхания. Возможно выявление симптоматики правосторонней базальной пневмонии. При исследовании живота обращают внимание на ограничение подвижности правого подреберья при дыхании. Характерным для поддиафрагмального абсцесса является симптом Крюкова - наличие болезненного выбухания в области расширенных 6-8 межреберий между задней и средней подмышечными линиями справа.

 Методы дополнительной диагностики.

Лабораторные методы диагностики:

 1. Общий анализ крови.

- Лейкоцитоз, ускорение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево

Инструментальные методы диагностики:

 1. Ультразвуковое исследование.

Позволяет определить наличие уровня жидкости с газом над ним в поддиафрагмальном пространстве справа.

 2,Обзорная рентгенография брюшной полости и грудной клетки.

 3. Компьютерная томография брюшной полости и грудной клетки.

 Прямым признаком поддиафрагмального абсцесса является наличие осумкованного жидкостного образования с уровнем газа или пузырьками воздуха. К косвенным признакам относят:

- ограничение подвижности правого купола диафрагмы

- высокое стояние правого купола диафрагмы

- экссудативный плеврит справа

- пневмония в нижней доле справа.

Хирургическая тактика при поддиафрагмальном абсцессе.

 1.Наличие поддиафрагмального абсцесса является абсолютным показанием к его дренированию.

 2.0птимальным вариантом является пункция и дренирование гнойника под контролем УЗИ или КТ.

 З.При отсутствии эффекта от пункционного способа лечения показано вскрытие и дренирование гнойника.

 Варианты доступов, применяемые для вскрытия поддиафрагмального абсцесса:

Принципиальной задачей является вскрытие гнойника внеплеврально и внебрюшинно, чтобы предотвратить развитие гнойного плеврита и перитонита.. С этой целью используют следующие варианты доступов:

А. Торакальные доступы.

 1 .Трансплевральный:

- одномоментный - разрез выполняют по ходу 8 или 9 ребер между лопаточной и задней подмышечной линиями. Ребро резецируют, через ложе ребра получают доступ к реберно-диафрагмальному синусу. При облитерации синуса, что исключает контаминацию плевральной области, производит сначала пункцию, а затем и вскрытие гнойника, в полость которого после санации антисептиками устанавливают сигарный тампон и трубчатый дренажам.

- двухмоментный доступ используется в случае отсутствия облитерации реберно-диафрагмального синуса. В этом случае после резекции ребра к синусу подводят тампоны, которые вызывают асептическое воспаление и облитерацию синуса. Через 2-3 дня, убедившись в облитерации реберно-диафрагмального синуса, завершают вскрытие и дренирование абсцесса.

 2. Внеплевральный доступ по Мельникову. Принцип метода состоит в отслаивании плеврального синуса кверху после резекции ребер. Через освободившуюся площадку дна диафрагмы производят вскрытие гнойника.

Б. Абдоминальные доступы:

 I.Внебрюшинный доступ Клермона - параллельно и ниже реберной дуги рассекают ткани до брюшины, затем брюшинный мешок тупо отслаивают вниз, попадая в полость абсцесса.

 2.Чрезбрюшинные доступы:

- одномоментный - наиболее неблагоприятный вариант, как правило, вынужденный. Выполняют лапаротомию над гнойником, вскрывают его, в полость устанавливают сигарные тампоны.

- двухмоментный - на первом этапе отграничивают проекцию гнойника от свободной брюшной полости посредством экстраперитонизации с подведением тампонов. Через 5-6 дней, убедившись в отграничении зоны вмешательства от свободной брюшной полости, выполняют вскрытие гнойника.

Принципы ведения послеоперационного периода:

 Ведение послеоперационного периода аналогично лечению других локализаций абсцессов.

**АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ПЕРИТОНИТ**

 Классификация перитонита по распространенности процесса

I. Местный:

А. Ограниченный (воспалительный инфильтрат, абсцесс);

Б. Неограниченный {ограничивающих сращений нет, но процесс локализуется только в одном из карманов брюшины).

II. Распространенный:

A. Диффузный (брюшина поражена на значительном протяжении, но процесс

охватывает менее двух этажей брюшной полости);

Б. Разлитой (поражена целиком брюшина ■ более двух этажей брюшной полости, т.е. почти вся);

B. Общий (тотальное воспаление всего серозного покрова органов и стенок

брюшной полости).

Тактика.

 Установленный диагноз перитонита является абсолютным показанием к операции. В случае тяжёлого состояния пациента возможно проведение предоперационной подготовки, её длительность не должна превышать двух часов.

Этапы оперативного вмешательства:

 1. Доступ.

 При местном перитоните адекватным доступом является разрез над источником перитонита (лапаротомия при Волковичу-Дьяконову при местном перитоните аппендикулярного генеза). При вскрытии внутрибрюшных гнойников следует стремиться к внебрюшинному доступу, чтобы предотвратить контаминацию брюшной полости содержимым абсцесса.

Распространенные формы перитонита для обеспечения адекватной ревизии и санации брюшной полости требуют выполнения широкой, как правило, срединной лапаротомии.

 2. Ревизия брюшной полости.

 Определяется источник перитонита, оценивается распространенность поражения брюшины и характер выпота, устанавливается адекватность выбранного доступа.

 3. Ликвидация источника перитонита.

 Цель операции - устранение источника перитонита (аппендэктомия) или отграничение очага от свободной брюшной полости (периаппендикулярный абсцесс).

 4. Интраоперационная санация брюшной полости. '

 Цель этого этапа - добиться максимального удаления выпота, микрофлоры,

свободно лежащего фибрина.

 При местном и диффузном перитоните инфицированный выпот и свободно лежащий фибрин удаляются путём аспирации или с помощью влажных салфеток и шариками. Насильственное удаление наложений фибрина нецелесообразно, так как ведет к травматизации брюшины и стенки кишечника, что чревато развитием кровотечения и перфорацией кишки. Применение промывания брюшной полости при местном и диффузном перитоните недопустимо, так как приводит к распространению инфицированного экссудата на интактные отделы брюшной полости.

 При разлитом и тотальном перитоните для эвакуации токсичного выпота используется перитонеальный лаваж. Для этой цели используют не менее 10 л. растворов. Принципиального значения качественный состав растворов не имеет, так как задача перитонеального лаважа состоит в механическом удалении экссудата и фибрина. Рекомендуют применять препараты, которые можно вводить внутривенно, так как это позволяет избежать интоксикации, вызванной всасыванием антисептиков в кровь. С этой же целью рекомендуемая температура растворов должна быть близка к температуре тела. Добавление к растворам антибактериальных средств нецелесообразно. Критерием завершения перитонеального лаважа служит появление чистой оттекающей жидкости.

 После эвакуации промывных вод возможно применение для санации брюшной полости различных методик физического воздействия:

- расфокусированное низкоинтенсивное лазерное излучение;

- ультразвук низкой частоты;

- внутрибрюшинный электролиз на активированных углях и др.

 Завершение операции.

 1. Ушивание брюшной полости наглухо без установки дренажа.

 Показано при местном серозном и серозно-фибринозном перитоните при условии полноценной интраоперационной санации.

 2. Установка тампона в брюшную полость.

 Показания:

- Местный отграниченный перитонит (абсцесс, аппендикулярный инфильтрат);

- Невозможность или неуверенность в полном внутрибрюшном гемостазе;

- Невозможность удаления источника перитонита;

 Тампон устанавливается с целью отграничения очага воспаления от свободной брюшной полости, в связи с чем удаление тампона производят не ранее 7-8 суток после операции.

 3. Дренирование брюшной полости применяется для удаления оставшегося выпота, контроля за состоятельностью анастомозов и для выполнения перитонеального лаважа в послеоперационном периоде. Область первичного очага, а также отлогие места брюшной полости (малый таз, подциафрагмальные и подпеченочное пространства) дренируют хлорвиниловыми или резиновыми трубками, которые выводят наружу кратчайшим путём. Для предотвращения пролежня кишки дренаж располагается в удалении от неё. Виды дренирования:

- Пассивное. Экссудат оттекает из брюшной полости под действием силы тяжести.

- Активное. Дренажная трубка соединена с устройством, создающим в системе

отрицательное давление.

- Дренирование с целью проведения перитонеального лаважа в послеоперационном периоде.

 Использование с дренажной целью резиново-марлевых тампонов нецелесообразно, так как тампон способен впитывать в себя экссудат не более 2-3, часов, в последующем становясь дополнительным источником инфекции.Установлено, что дренаж всей брюшной полости ни физически, ни физиологически невозможен, так как вследствие быстро развивающегося слипчивого процесса, дренаж оказывается расположенным "экстратерриториально" по отношению к брюшной полости. В связи с этим пребывание дренажной трубки в брюшной полости более 3 суток нецелесообразно.

 Методы послеоперационной санации брюшной полости.

 При разлитом и общем перитоните купировать гнойный процесс однократным вмешательством, как правило, не удаётся. Невозможность одномоментной санации очага, особенно при абдоминальном сепсисе, диктует необходимость неоднократных оперативных вмешательств.

 Классификация методов послеоперационной санации брюшной полости

 1. Закрытый

 К закрытым методам относится перитонеальный или ретроперитонеальный лаваж физиологическим раствором и антисептиками через дренажные системы, функционирующие в проточном или фракционном режиме. Недостатком способа является ограничение зоны действия антисептиков развивающимся спаечным процессом.

 2. Полуоткрытый метод.

 Позволяет проводить этапные ревизий и санации брюшной полости и забрюшинного пространства в программируемом режиме с интервалом 12 — 48 ч. В межоперационный возможно проведение перитонеального диализа через дренажи, установленные во время операции в латеральные каналы и полость малого таза. Для сведения лапаротомной раны используются специальные фиксирующие устройства(крючки, застежки-молнии, вентрофилы и т-Д-)-

 3. Открытый метод.

 Заключается в открытом ведении брюшной полости, при этом петли кишечника укрываются сальником и марлевыми тампонами, пропитанными антисептиками (Макоха Н.С.). Отрицательными сторонами такой методики является образование абсцессов, поздние раневые осложнения и формирование кишечных свищей. К открытому методу дренирования брюшной полости (лапаростомии) при распространенном перитоните прибегают в вынужденных ситуациях — только тогда, когда имеется обширный дефект передней брюшной стенки при значительном нагноении лапаротомной раны.

**ПИЛЕФЛЕБИТ**

 Пилефлебит — инфицированный тромбоз воротной вены в результате гематогенного распространения инфекции из вен червеобразного отростка.

 Несмотря на свою редкость — это наиболее тяжелое осложнение острого аппендицита, цифры летальности при котором достигают 95%.

 Как правило, причиной пилефлебита является гангренозный аппендицит, при котором инфекция из тромбированных вен брыжейки отростка распространяется проксимально по подвздошно-ободочным, брыжеечным венам, в исходе обуславливая развитие тромбоза ствола воротной вены и формирование пилефлебитических абсцессов печени.

 Особенности клинической картины:

 1. Наличие проявлений ангиогенного сепсиса с первых суток послеоперационного периода:

- гипертермия;

- тахикардия;

- органная дисфункция.

 2. Остро возникшая портальная гипертензия с подпечёночным уровнем блока:

- асцит;

- спленомегалия;

- подчёркнутость венозного рисунка передней брюшной стенки.

 3. Клиника не разрешающегося пареза кишечника.

 При объективном исследовании состояние пациентов тяжелое за счет септического синдрома. Может наблюдаться желтуха, признаки органной дисфункции(одышка, тахикардия, гипотония). При осмотре живота обращает внимание его симметричное вздутие, наличие асцита. При пальпации определяется болезненность в правой половине без выраженных симптомов раздражения брюшины. Обращает внимание наличие спленомегалии. При распространении процесса на печеночные вены присоединяется и гепатомегалия.

 Как правило, развитие пилефлебита является фатальным осложнением. Причиной смерти является прогрессирующий сепсис с развитием полиорганной, в первую очередь печеночной, недостаточности в результате формирования пилефлебитических абсцессов печени.

 В связи с ограниченными возможностями современной хирургии в лечении этого заболевания основное значение имеет хирургическая профилактика пилефлебита.

В связи с этим, при выявлении признаков тромбоза вен брыжейки отростка

при аппендэктомии, следует удалять всю брыжейку, опережая распространение процесса на подвздошно-ободочную вену

Острый аппендицит остается актуальной проблемой как в диагностике на разных этапах развития болезни, так и в лечении осложненных форм. Необходимо внимательно производить осмотр больного с подробным выяснением анамнеза заболевания. Знания клинических проявлений острого аппендицита при атипичных формах расположения отростка , позволит исключить ошибок в диагностике . Правильно выбранная хирургическая тактика снизит риск развития осложнений в послеоперационном периоде, что приведет к более быстрому выздоровлению пациента.