

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Утверждаю
Руководитель направления подготовки
31.08.67 «Хирургия»
Владимирова О.В.
«29» августа 2024 год

**Методические рекомендации к лекциям для ординаторов
по дисциплине**

31.08.67 «ХИРУРГИЯ»

Модуль 2 «Неотложная хирургия»

Тема 1. Острый аппендицит.

Лекция № 6 Острый аппендицит. Этиология. Диагностика. Клиника. Лечение.
Особенности клиники, диагностики острого аппендицита, в детском и пожилом возрасте,
у беременных и при атипичном расположении отростка.

Методические рекомендации
обсуждены и одобрены на совместном заседании кафедр госпитальной хирургии
(зав.кафедрой Айдемиров А.Н.), хирургии и эндохирургии с курсом сосудистой хирургии
и ангиологии (зав.кафедрой Байчоров Э.Х.), факультетской хирургии (и.о. зав. кафедрой
Печенкин Е. В.), общей хирургии (зав. кафедрой Лаврешин П.М.)
«24 » августа 2024 год,
протокол № 1

Ставрополь, 2024

Модуль 2 «Неотложная хирургия»

Тема 1. Острый аппендицит.

Лекция № 6 Острый аппендицит. Этиология. Диагностика. Клиника. Лечение.

Особенности клиники, диагностики острого аппендицита, в детском и пожилом возрасте, у беременных и при атипичном расположении отростка.

Цели, задачи, компетенции

Цели и задачи – Подготовка квалифицированного врача-специалиста хирурга, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности врача-хирурга.

Требования к результатам освоения дисциплины

формируемые компетенции:

универсальными компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

профессиональными компетенциями:

Профессиональные компетенции:

- *профилактическая деятельность:*
 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя проведение пропаганды здорового образа жизни при общении с родственниками и близкими пациентов, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний среди населения, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
 - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- *диагностическая деятельность:*
 - готовность к определению у пациентов транзиторных и патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- *лечебная деятельность:*
 - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);
 - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- *реабилитационная деятельность:*
 - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- *психолого-педагогическая деятельность:*
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- *организационно-управленческая деятельность:*
 - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
 - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
 - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

Вопросы, рассматриваемые на лекции:

1. Понятие об остром аппендиците.
2. Современная классификация
3. Основные клинические признаки.
4. Методы диагностики и лечения острого аппендицита.

Основная литература:

Основная литературы:

1. Общая хирургия: учебник. Гостищев В.К. 5-е изд., перераб. и доп. 2013. - 728 с.: Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425749.html>
2. Неотложная хирургия органов брюшной полости [Текст]: учеб. пособие / Н. Ю. Коханенко, Н.В.Ананьев, Э.Л. Латария, Г.А. Белый [и др.] ; под ред. В.В. Левановича. - М : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 288 с.
4. Хирургия печени [Текст]: рук. /Б. И. Альперович. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 352 с.
5. Хирургия: учебник/ Ковалев А.И. 2014-576 с.: ил
6. Военно-полевая хирургия: учебник/ под ред. Е. К. Гуманеко 2-е изд., испр. И доп. 2015. - 768 с. : ил.
7. Детская хирургия: учебник / под редакцией Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского, - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014-1040с.: ил.

Дополнительная литература:

1. Актуальные вопросы неотложной хирургии: материалы Выездного пленума Проблемной комиссии "Неотложная хирургия" и Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 65-летию научного хирургического общества и 20-летию Ассоциации врачей хирургического профиля на Кавказских Минеральных Водах. Пятигорск 6-7 октября 2011 года [Текст] / под ред. А.С. Ермолова. - Пятигорск : РИА-КМВ, См. след. карт. 2 2011. - 324 с. :
2. Лапароскопическая хирургия [Текст] : атл. / под ред. Т. Н. Паппаса, А. Д. Приор, М. С. Харниша ; пер. с англ. под ред. С. С. Харнаса. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 384 с.
3. Эфферентная терапия в хирургической клинике [Текст] / А.Г. Рожков, В.И. Карандин. - М.: Миклош, 2010. - 256 с.

ТЕКСТ ЛЕКЦИИ

Острый аппендицит – острый неспецифический процесс воспаления червеобразного отростка - придаточного образования слепой кишки. Клиника острого аппендицита манифестирует с появления тупой боли в надчревной области, которая затем смещается в правую подвздошную область; отмечаются тошнота, рвота, субфебрилитет. Диагностика острого аппендицита основывается на выявлении характерных симптомов при исследовании живота, изменений в периферической крови, УЗИ; при этом исключаются другие заболевания брюшной полости и малого таза. При остром аппендиците выполняется аппендэктомия – удаление измененного червеобразного отростка.

Острый аппендицит

Острый аппендицит является наиболее частым хирургическим заболеванием, на долю которого в оперативной гастроэнтерологии приходится более 80%. Острый аппендицит чаще встречается у лиц в возрасте 20-40 лет, хотя также может возникнуть в детском или пожилом возрасте. Несмотря на достижения в области диагностики и совершенствование хирургических методов лечения, послеоперационные осложнения при остром аппендиците составляют 5-9%, а летальность – 0,1-0,3%.

Причины острого аппендицита

В вопросе о причинах развития острого аппендицита до сих пор не существует единого мнения. Среди этиологических теорий острого аппендицита обсуждаются механическая, инфекционная, ангионевротическая, аллергическая, иммунологическая и др. Считается, что ведущим фактором воспаления аппендикса (аппендицита) выступает механическая блокада просвета червеобразного отростка, вызванная каловым камнем, инородным телом, паразитами, гиперплазией лимфоидной ткани. Это приводит к скоплению в отростке слизи, активизации бактериальной флоры, воспалению стенок аппендикса, сосудистому тромбозу.

Согласно инфекционной теории, инициировать развитие острого аппендицита могут различные инфекционные заболевания – амебиаз, паразитарные инфекции, туберкулез, иерсиниоз, брюшной тиф и др. Сторонники ангионевротической теории придерживаются мнения о первостепенности трофических нарушений в стенке червеобразного отростка, связанных с нарушением его иннервации.

В определенной степени способствовать развитию острого аппендицита может алиментарный фактор. Известно, что употребление преимущественно мясной пищи способствует нарушению моторно-эвакуаторной функции кишечника, склонности к запорам, что, в свою очередь, предрасполагает к развитию острого аппендицита. Также к неблагоприятным фоновым факторам относят дисбактериоз кишечника,

снижение резистентности организма, некоторые виды расположения аппендикса по отношению к слепой кишке.

Острый аппендицит вызывается неспецифической микробной флорой: анаэробными неспорообразующими микроорганизмами (бактероидами и анаэробными кокками – в 90% случаев), аэробными возбудителями (кишечной палочкой, энтерококками, клебсиеллой и др. - 6-8 %), реже – вирусами, простейшими, присутствующими в отростке. Основным механизмом инфицирования червеобразного отростка – энтерогенный; лимфогенный и гематогенный пути проникновения инфекции не играют ведущей роли в патогенезе острого аппендицита.

Классификация острого аппендицита

Острый аппендицит может протекать в простой (катаральной) или деструктивной форме (флегмонозной, апостематозной, флегмонозно-язвенной, гангренозной).

Катаральная форма острого аппендицита (катаральный аппендицит) характеризуется расстройствами лимфо- и кровообращения в стенке отростка, его отеком, развитием конусовидных фокусов экссудативного воспаления (первичных аффектов). Макроскопически аппендикс выглядит набухшим и полнокровным, серозная оболочка – тусклой. Катаральные изменения могут носить обратимый характер; в противном случае, при их прогрессировании, простой острый аппендицит переходит в деструктивный.

К исходу первых суток от начала острого катарального воспаления лейкоцитарная инфильтрация распространяется на все слои стенки аппендикса, что соответствует флегмонозной стадии острого аппендицита. Стенки отростка утолщаются, в его просвете образуется гной, брыжейка становится отечной и гиперемированной, в брюшной полости появляется серозно-фибринозный или серозно-гнойный выпот. Диффузное гнойное воспаление аппендикса с множественными микроабсцессами расценивается как апостематозный острый аппендицит. При изъязвлениях стенок червеобразного отростка развивается флегмонозно-язвенный аппендицит, который при нарастании гнойно-деструктивных изменений переходит в гангренозный.

Симптомы острого аппендицита

В развитии острого аппендицита выделяют раннюю стадию (до 12 часов), стадию деструктивных изменений (от 12 часов до 2-х суток) и стадию осложнений (от 48 часов). Клинические проявления острого аппендицита манифестируют внезапно, без каких-либо предвестников или продромальных признаков. В отдельных случаях за несколько часов до развития клиники острого аппендицита могут отмечаться неспецифические явления – слабость, ухудшение самочувствия, потеря аппетита. Для стадии развернутых клинических проявлений острого аппендицита типичны болевой синдром и диспепсические нарушения (тошнота, рвота, задержка газов и стула).

Боль в животе при остром аппендиците – наиболее ранний и непреходящий симптом. В начальной стадии боль локализуется в эпигастрии или околопупочной области, носит неинтенсивный, тупой характер. При кашле, резкой перемене положения туловища боль усиливается. Через несколько часов от появления боль смещается в правую подвздошную область и может характеризоваться пациентами как дергающая, колющая, жгущая, режущая, острая, тупая. В зависимости от расположения червеобразного отростка боли могут иррадиировать в пупок, поясницу, пах, подложечную область.

При остром аппендиците, как правило, отмечаются симптомы нарушения пищеварения: тошнота, однократная рвота, метеоризм, запор, иногда – жидкий стул. Температура тела обычно повышается до субфебрильных значений.

В стадии деструктивных изменений болевой синдром усиливается, что заметно отражается на состоянии больных. Температура тела увеличивается до 38,5-39,0С, нарастает интоксикация, отмечается тахикардия до 130-140 уд. в мин. В некоторых случаях может наблюдаться парадоксальная реакция, когда боли, напротив, уменьшаются или исчезают. Это довольно грозный признак, свидетельствующий о гангрене отростка.

Деструктивные формы острого аппендицита часто сопровождаются осложнениями – развитием аппендикулярного абсцесса, периаппендицита, мезентериолита, абсцесса брюшной полости, перфорацией стенки отростка и перитонитом, сепсисом.

Диагностика острого аппендицита

В процессе диагностики острый аппендицит необходимо дифференцировать от гастрита, язвенной болезни желудка или 12-ти перстной кишки, острого холецистита, панкреатита, мочекаменной болезни, ЖКБ, внематочной беременности, аднексита, острого орхоэпидидимита, острого цистита и др. заболеваний, протекающих с абдоминальными болями.

Для острого аппендицита характерен ряд абдоминальных симптомов: отставание правых отделов живота при дыхании (симптом Иванова), напряжение мышц передней брюшной стенки, симптом раздражения

брюшины (Щеткина-Блюмберга), болезненность в правой подвздошной области при перкуссии (симптом Раздольского), усиление боли в положении на левом боку (симптом Ситковского, Бартомье-Михельсона) и др. Изменения в лейкоцитарной формуле крови нарастают в соответствии со стадиями острого аппендицита – от $10-12 \times 10^9/\text{л}$ при катаральном воспалении до $14-18 \times 10^9/\text{л}$ и выше – при гнойно-деструктивных формах.

С целью дифференциальной диагностики проводится ректальное или вагинальное исследование. Для исключения другой острой патологии живота выполняется УЗИ органов брюшной полости, которое также обнаруживает увеличение и утолщение отростка, наличие выпота в брюшной полости. При неясной клинико-лабораторной картине прибегают к проведению диагностической лапароскопии.

Лечение острого аппендицита

При остром аппендиците показано как можно более раннее удаление воспаленного червеобразного отростка – аппендэктомия. В типичных случаях острого аппендицита используется доступ к червеобразному отростку по Волковичу-Дьяконову – косой разрез в правой подвздошной ямке.

В диагностически неясных ситуациях используется параректальный доступ по Ленандеру, при котором операционный разрез проходит параллельно наружному краю правой прямой мышцы выше и ниже пупка. К средне-срединной или нижне-срединной лапаротомии прибегают в тех случаях, если течение острого аппендицита осложнилось перитонитом.

В последние годы, с развитием малоинвазивной хирургии, операция нередко выполняется через лапароскопический доступ (лапароскопическая аппендэктомия).

Прогноз при остром аппендиците

Своевременное обращение за медицинской помощью и раннее хирургическое вмешательство являются залогом благоприятного исхода острого аппендицита. Возвращение к обычной физической и трудовой активности обычно разрешается через 3 недели после аппендэктомии.

В случае развития осложнений острого аппендицита (аппендикулярного ин-фильтрата, локальных абсцессов в брюшной полости - тазо-вого, межкишечного, поддиафрагмального, разлитого перитонита, пилефлебита, спаечной кишечной непроходимости и др.) прогноз серьезный.

Острый аппендицит у детей это самое распространенное хирургическое заболевание в этом возрасте. Операции при остром аппендиците составляют 75% всех экстренных оперативных вмешательств. Со-общается следующая заболеваемость острым аппендицитом: от года до 3 — 0,6 на 1000; от 4 до 7 — 2,6 на 1000; 13 лет — 8 на 1000. Анатомо-физиологические особенности илеоцекального от-дела и аппендикса у детей. Высокая подвижность слепой кишки в возрасте до трех лет из-за длинной брыжейки и нарушения процесса эмбрионального разви-тия оказывает существенное влияние на клинические проявления заболевания. У детей первого года жизни аппендикулярный клапан отсутствует или слабо развит, что обуславливает сво-бодное отхождение кишечного содержимого из аппендикса в слепую кишку, отсутствие возможности формирования каловых камней и застойных процессов в отростке. Вариабельность расположения червеобразного отростка: нисходящее положение (35%); медиальное и срединное положе-ние (26%); ретроцекальное положение (20%); латеральное поло-жение (15%), что обуславливает разнообразие симптомов острого аппендицита у детей. У детей до трех лет червеобразный отросток формы конуса, что не способствует возникновению застойных явлений, и редкость заболевания в этом возрасте. Тонкость стенки червеобразного отростка и слабое развитие мышечных слоев обуславливают более раннее развитие острого аппендицита у детей до 3 лет. Недостаточное развитие фолликулярного аппарата черве-образного отростка, играющего важную роль в патогенезе аппен-дицита. Наличие анастомозов между лимфатическими сосудами илеоцекального отдела кишечника с лимфатической системой внутренних органов брюшной полости и забрюшинного простран-ства, создающих условия для генерализации воспалительного про-цесса лимфатическим путем. Морфофункциональная незрелость нервных сплетений чер-веобразного отростка, особенно у детей младшего возраста, чем объясняется тяжесть острого аппендицита у детей в первые годы жизни. Недоразвитие сальника у детей в первые годы жизни обуслов-ливает генерализацию воспалительного процесса при осложненном аппендиците. Обильное кровоснабжение брюшины, быстрое вовлечение ее в воспалительный процесс, с низкой способностью к отграниче-нию воспалительного процесса и высокой всасывающей способ-ностью. Патогенез острого аппендицита у детей существуют две теории, объ-ясняющие механизм развития воспаления в отростке: нерв но-сосудистая и теория застоя. Нервно-сосудистая теория объясняет возникновение острого аппендицита через нарушения деятельности ЖКТ и висцеро-висцеральную импульсацию, которая отражает-ся на сосудистой трофике аппендикса. Спазм гладких мышц и сосудов приводит к нарушению питания стенки отростка вплоть до некроза. Изменяется про-ницаемость слизистой оболочки для микрофлоры с последующим развитием воспаления. Теория застоя объясняет развитие острого аппендицита об-струкцией червеобразного отростка кишечным

содержимым с последующим повышением давления в его просвете, ухудшением лимфатического оттока, ведущим к отеку и набуханию ткани отростка. Нарушение венозного оттока в условиях высокого внутрипросветного давления и отека приводит к ишемии слизистой оболочки и инвазии микрофлоры. Патология. Катаральный аппендицит у детей характеризуется отеком и гиперемизированной серозной оболочкой. Микроскопически определяются дефекты слизистой оболочки, покрытые фибрином и лейкоцитами. Флегмонозный аппендицит у детей проявляется гнойным воспалением всех слоев червеобразного отростка. Макроскопически отросток гиперемизирован, напряжен и утолщен, покрыт фибрином. Микроскопически определяется микроциркуляторная инфильтрация всех слоев отростка, в слизистой оболочке отмечаются изъязвления, нагноение и частичное отторжение. Гангренозный аппендицит у детей характеризуется глубокими деструктивными изменениями всей стенки червеобразного отростка. Макроскопически отросток утолщен, темно-серого цвета, с гнойно-фибринозными наложениями. Микроскопически — некроз стенок отростка. Признаки острого аппендицита у детей Боль в животе постоянного характера, возникающая постепенно, с локализацией в эпигастральной области или околопупочной области, перемещающаяся в правую подвздошную область, не исчезающая во время сна. Рвота рефлекторного характера, одно- или двукратная, не приносящая облегчения. Температурная реакция в пределах до 38 °С. Расхождение пульса и температуры: при повышении температуры тела на один градус частота пульса учащается на 8-10 в минуту. Нарушения функции кишечника проявляются в виде задержки стула. Напряжение мышц брюшной стенки при пальпации. Симптом Филатова — усиление боли при пальпации в правой подвздошной области. Боль в правой подвздошной области при глубокой пальпации живота. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга — усиление болезненности в животе после постепенной глубокой пальпации с последующим снятием руки от брюшной стенки.

Особенности симптоматики и клинического течения острого аппендицита у беременных. Ведущий симптом острого аппендицита - боли в нижнем отделе правой половины живота - наблюдается лишь в 89,5% случаев. Как правило, такие боли возникают внезапно, постоянны, ноющего характера; значительно реже они приобретают острый режущий характер и становятся схваткообразными.

В редких случаях острому приступу болей предшествуют постоянные ноющие боли в правой половине живота. Боли, обычно умеренные, не вызывают потери трудоспособности; сами больные объясняют их развивающейся беременностью. Только тщательно собранный анамнез дает возможность установить, что болевой приступ, вызванный острым аппендицитом, отличается от всех предыдущих болевых ощущений, которые могли сопутствовать развитию беременности. В большинстве случаев больные отмечают, что боли в нижнем отделе живота ощущались и раньше, но подобного приступа болей в период беременности они не испытывали ни разу.

Таким образом, боли в правой половине живота (в нижнем его отделе) являются одним из наиболее постоянных признаков острого аппендицита у беременных. В то же время иная локализация их не исключает острого аппендицита. При беременности локализация болей носит менее постоянный характер, чем при остром аппендиците у небеременных женщин.

Далее, одним из самых постоянных признаков острого аппендицита является локализованная болезненность при пальпации в правой половине живота, чаще всего в правой подвздошной области.

Перечисленные выше три признака (внезапность заболевания, боли в правой половине живота и локализованная болезненность при пальпации) являются основными симптомами острого аппендицита, так как встречаются в подавляющем большинстве случаев. Остальные признаки имеют также весьма важное значение в диагностике этого заболевания, но встречаются с меньшим постоянством.

Повышение температуры тела. У большинства больных температура субфебрильна.

Тошнота и рвота, как симптомы острого аппендицита, не имеют большого значения у беременных женщин, так как они нередко сопутствуют беременности, особенно в начальном ее периоде.

Нарушение функции кишечника при остром аппендиците является непостоянным признаком.

Напряжение мышц живота у больных с острым аппендицитом и беременностью наблюдается сравнительно редко. Этот признак удается выявить в первой половине беременности, во второй же половине установить его бывает трудно. Увеличивающаяся матка растягивает брюшную пресс, поэтому мышечное напряжение улавливается с трудом. Итак, мягкая брюшная стенка или отсутствие ясного напряжения мышц живота отнюдь не исключают острого аппендицита. Чтобы лучше определить напряжение брюшной стенки, рекомендуется исследовать беременных в положении на левом боку. Смещающаяся влево увеличенная матка освобождает правую половину живота, которая становится более доступной для пальпации. В результате напряжение брюшных мышц выявляется отчетливее.

Симптом Щеткина-Блюмберга при беременности встречается реже, чем у небеременных женщин. Выраженность этого симптома может быть различной. Симптом Щеткина-Блюмберга, указывающий на вовлечение в воспалительный процесс брюшины, является весьма важным признаком, но он может отсутствовать при самых тяжелых гнойных и гангренозных формах острого аппендицита, причем это сравнительно часто бывает у беременных.

Таким образом, при беременности, особенно во второй ее половине, клиническая картина острого аппендицита часто бывает неясной. Наиболее типичные симптомы этого заболевания проявляются реже и менее отчетливо. Это создает диагностические трудности, особенно у больных с острым аппендицитом во второй половине беременности. Клинические проявления острого аппендицита часто не соответствуют тяжести морфологических изменений червеобразного отростка.

Острый аппендицит, особенно у женщин во второй половине беременности, является коварным заболеванием. Предвидеть характер патологоанатомических изменений в червеобразном отростке трудно, а предсказать прогноз невозможно.

Особенности оперативного лечения острого аппендицита у беременных. Общие принципы лечения острого аппендицита у беременных те же, что и при отсутствии беременности. При небольших сроках беременности аппендэктомия проводится по общим правилам и трудностей не представляет.

Оперативное вмешательство по поводу острого аппендицита у женщин во второй половине беременности несколько отличается от обычной аппендэктомии. Хотя в большинстве случаев используется косой разрез Волковича-Мак-Бернея, однако проекция разреза намечается выше, чем обычно, так как слепая кишка бывает оттеснена вверх беременной маткой. Если мысленно соединить линией передне-верхнюю ость правой подвздошной кости с пупком, то большая часть операционной раны будет находиться выше этой линии. Длина разреза также соответственно увеличивается и делается тем большей, чем больше срок беременности.

Срединная лапаротомия при беременности может быть показана в том случае, когда диагноз колеблется между аппендицитом и другими острыми заболеваниями, требующими экстренной операции. При ясном диагнозе острого аппендицита срединная лапаротомия не нужна и приносит гораздо больше вреда по сравнению с типичными доступами, принятыми для удаления червеобразного отростка.

У больных с большим сроком беременности (16-20 недель и больше) увеличенная матка мешает отысканию и удалению червеобразного отростка. Однако при бережном оперировании и минимальном травмировании матки удается, как правило, сохранить беременность и избежать осложнений. Даже при достаточно высоком расположении операционной раны нередко к ране прилежит правая стенка матки или ее придатки. Возвышенное положение правой половины живота, достигаемое соответствующим поворотом операционного стола или подведением валика под правый бок, вызывает смещение матки в левую половину брюшной полости и облегчает доступ к слепой кишке. При недостаточном оттеснении матки допустимо осторожное смещение ее к середине и удержание в таком положении рукой помощника или с помощью широких плоских инструментов. Если эти приемы недостаточны для обнаружения слепой кишки и червеобразного отростка, то следует продлить разрез сверху и искать слепую кишку под печенью, куда она может переместиться у женщин с большим сроком беременности.

Нередко червеобразный отросток располагается позади матки, и если он фиксирован еще спайками, то удаление его представляет большие трудности.

При остром аппендиците у пожилых людей значительно чаще, чем в молодом возрасте, наблюдается некроз всех слоев воспаленного червеобразного отростка и в особенности его слизистой. Это объясняется склерозом сосудов отростка и атрофией фолликулярного аппарата. У стариков также значительно чаще встречается перфорация отростка и нахождение в его просвете каловых камней и гноя.

Особенности клинического течения острого аппендицита в старческом возрасте объясняются, с одной стороны, пониженной реактивностью организма и, с другой - быстротой развития воспалительных изменений в червеобразном отростке. Одним из постоянных симптомов острого аппендицита является боль. Известно, что у стариков признаки острого аппендицита бывают выражены слабо и распознавание заболевания затруднено. Тошнота и рвота у стариков бывает чаще, чем у молодых, что объясняется более тяжелым клиническим течением у них острого аппендицита.

При остром аппендиците у пожилых больных часто встречаются нарушения моторной функции кишечника. Приблизительно у 1/4 части больных задержан стул. Задержка стула связана с парезом кишечника, наступающим рефлекторно при воспалении брюшины. Учитывая, что у пожилых больных деструктивные формы аппендицита встречаются чаще, становится понятным частота у них пареза кишечника и динамической кишечной непроходимости. Эту особенность заболевания у стариков весьма важно

учитывать. Бывают случаи, когда вздутие кишечника при наличии запора и слабых местных признаках острого аппендицита симулирует острую кишечную непроходимость.

При остром аппендиците у больных старческого возраста, чаще, чем у молодых больных, наблюдается сухость языка. Важным симптомом, показывающим реакцию организма на воспалительный процесс, является повышение температуры. У стариков довольно часто встречается при остром аппендиците нормальная температура, что является одним из показателей понижения реактивности организма в этом возрасте.

Следует критически отнестись к предложениям о воздержании от операции при неясном диагнозе и стертых симптомах заболевания. Напротив, при всяком подозрении на острый аппендицит у стариков надо решаться на операцию, не откладывая ее под предлогом прояснения клинической картины заболевания. У больных преклонного возраста при остром аппендиците наблюдается чрезмерное учащение пульса в сравнении с температурой. Клиницистам хорошо известен этот признак как неблагоприятный. При появлении этого симптома приходится думать о безотлагательном удалении червеобразного отростка, несмотря на кажущуюся легкость клинической картины заболевания.

Симптомы, наблюдаемые при объективном исследовании живота, являются ведущими. Нередко только они позволяют ставить диагноз острого аппендицита у больных старческого возраста. Однако вследствие меньшей остроты восприятия боли, а также атрофии и потери эластичности мышц брюшной стенки, эти симптомы у людей преклонного возраста выражены тоже слабее, чем у молодых больных. Одним из важнейших и постоянных симптомов при остром аппендиците является болезненность в правой подвздошной области. Другим весьма частым и указывающим на раздражение брюшины является симптом Щеткина-Блюмберга. Несмотря на преобладание у стариков гангренозных и флегмонозных форм острого аппендицита, симптом Щеткина-Блюмберга у них бывает выражен слабее, чем у молодых. Это обстоятельство имеет большое значение и заставляет врача быть осмотрительным при диагностике острого аппендицита у стариков.

При ретроцекальном расположении воспаленного червеобразного отростка характерным является напряжение подвздошно-поясничной мышцы и положительный симптом Пастернацкого справа.

Повышение числа лейкоцитов у пожилых больных не всегда имеет место даже при деструктивном остром аппендиците, что объясняется пониженной реактивностью организма.

Из анализа основных симптомов острого аппендицита у лиц старческого возраста можно сделать следующее заключение. При остром аппендиците у старых людей менее интенсивно выражены боли, напряжение брюшных мышц и симптомы раздражения брюшины. Острый аппендицит у таких больных часто сопровождается парезом кишечника. В ряде случаев даже при деструктивных формах отсутствует температурная реакция и повышение числа лейкоцитов. Итак, атипичное течение острого аппендицита у старых людей встречается часто.

Нередкие нарушения обмена веществ, явления склероза сосудов и понижение сопротивляемости в старческом возрасте способствует развитию деструктивных процессов в червеобразном отростке. Клиническая картина заболевания часто не соответствует патологоанатомическим изменениям, что приводит к диагностическим ошибкам.

Учитывая вышеизложенное, можно сделать следующие рекомендации. Если клиническая картина позволяет предполагать даже наиболее легкую форму острого аппендицита, то старых больных следует оперировать при первом приступе. Отказ от операции вследствие плохого общего состояния и изменений со стороны внутренних органов обычно опаснее операционной травмы.

Техника операции при остром аппендиците у больных старческого возраста обычная. Методом выбора надо признать местное обезболивание. При операции по поводу острого аппендицита у больных старческого возраста следует обращать особое внимание на гемостаз, так как наличие гематомы вызывает расхождение краев раны, которая в дальнейшем крайне медленно заживает, особенно у больных с обильным подкожным жировым слоем.