

**БІЛИЙ В.Я., РУСИН В.І., ГОНЧАРУК В.С.,
МАКАРОВ Г.Г., ЧОБЕЙ С.М**

НАРИСИ ХІРУРГІЇ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

Монографія



Ужгород
Всеукраїнське державне
видавництво «Карпати»
2024

Книга присвячена вічно актуальній проблемі невідкладної абдомінальної хірургії – гострому апендициту і його ускладненням. В ній розглянуті питання етіології, патогенезу, діагностики, лікування, які ґрунтуються на високому досвіді авторів. Детально описані як традиційні, так і сучасні методи, широко використовувані у клінічній практиці, дана їх об'єктивна оцінка.

Книга рекомендована для загальних практикуючих хірургів, слухачів Української військово-медичної академії, студентів медичних університетів.

Рецензенти:

Дзюбановський І.Я. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії факультету післядипломної освіти Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України. Заслужений діяч науки і техніки України.

Пинтюк О.В. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії стоматологічного факультету Івано-Франківського національного медичного університету

*Рекомендовано до друку:
Рішенням ради медичного факультету
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
(протокол № 6 від 20 червня 2024 року)*

*«Нариси хірургії гострого апендициту» – 4661 книга
Всеукраїнського державного видавництва «Карпати»
від часу його заснування (1945)*

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1	
ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЧЕРВОПОДІБНИЙ	
ВІДРОСТОК ТА ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ	7
1.1. Статистика	7
1.2. Коротка історична довідка	9
1.3. Хірургічна анатомія та фізіологія червоподібного	
відростка	16
1.4. Етіологія гострого апендициту	32
1.5. Патогенез гострого апендициту	34
1.6. Патологічна анатомія гострого апендициту	35
1.7. Класифікація гострого апендициту	38
РОЗДІЛ 2	
МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З ГОСТРИМ АПЕНДИЦИТОМ	40
РОЗДІЛ 3	
КЛІНІКА ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ	51
РОЗДІЛ 4	
ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ	56
РОЗДІЛ 5	
ДІАГНОСТИКА УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ	63
5.1. Апендикулярний інфільтрат	63
5.2. Місцевий перитоніт	67
5.3. Розлитий перитоніт	68
5.4. Абсцеси черевної порожнини	70
5.5. Гостра кишкова непрохідність	79
5.6. Пілефлебіт	81
5.7. Гострі виразки шлунково-кишкового тракту	81
5.8. Заочеревинна флегмона	83
РОЗДІЛ 6	
ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА	84
РОЗДІЛ 7	
ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ	92
7.1. Доступ	93

7.1.1 Доступ Волковича – Мак-Бурнея.....	96
7.1.2 Поперечний доступ	101
7.2. Апендектомія	103
7.3. Інтраопераційні ускладнення при операціях з приводу гострого апендициту.....	114
РОЗДІЛ 8	
ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ	116
8.1. Апендикулярний інфільтрат	116
8.2. Розлитий перитоніт	120
8.3. Внутрішньочеревні абсцеси	122
8.4. Заочеревинна флегмона	130
8.5. Флегмона сліпої кишки	131
8.6. Пілефлебіт.....	131
РОЗДІЛ 9	
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ	132
РОЗДІЛ 10	
ЛАПАРОСКОПІЧНА АПЕНДЕКТOMІЯ	139
10.1. Техніка лапароскопічної апендектомії	143
10.2. Ускладнення лапароскопічної апендектомії	147
РОЗДІЛ 11	
ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ У ОКРЕМОЇ КАТЕГОРІЇ ХВОРИХ	155
11.1. Гострий апендицит у вагітних.....	155
11.2. Гострий апендицит у пацієнтів старшого віку	158
11.3. Гострий апендицит у дітей.....	159
РОЗДІЛ 12	
ПІЗНІ УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯ АПЕНДЕКТOMІЇ	161
РОЗДІЛ 13	
ІНШІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЧЕРВОПОДІБНОГО ВІДРОСТКА.....	162
РОЗДІЛ 14	
НЕЗВИЧАЙНЕ В ХІРУРГІЇ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ	164
Заключення	175



*Автори присвячують цю книгу 75-й річниці
з дня народження видатного українця –
Василя Івановича Русина, з яким плідно співпрацюють
протягом багатьох років з щирими побажаннями
здоров'я і творчих успіхів.*

ВСТУП

Наш невеликий авторський колектив за останні кілька років випустив у світ низку «Нарисів», присвячених актуальним питанням абдомінальної хірургії мирного та воєнного часу – виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки, перитоніту, гострої кишкової непрохідності, холелітіазу, раку товстої кишки, бойовим ушкодженням живота, органів сечостатевої системи, оперативній абдомінальній хірургії, променевої діагностиці гострих захворювань органів черевної порожнини та іншим. Залишається невеликий борг – гострий апендицит. Здавалося б, про нього написано практично все, але... попри все зроблене, проблема залишається. Особливо вона гостро відчувається при наших невдачах, важких ускладненнях самого захворювання та наших операцій, які нерідко призводять до інвалідизації і навіть загибелі пацієнтів. Недарма багато відомих хірургів, які прославилися в інших галузях хірургії – раку стравоходу, шлунка (А.А. Русанов); серцево-судинній хірургії, хірургії стравоходу, раку шлунка (В.І. Колесов), звертали свою увагу і на гострий апендицит. Їхні монографії стали «настільною книгою» для багатьох поколінь хірургів. Ми також вирішили узагальнити свій практичний досвід, який налічує кілька тисяч операцій, проаналізувати його, допомогти молодим хірургам уникнути багатьох неприємностей при лікуванні пацієнтів з цим, здавалося б, простим, але таким підступним і важким захворюванням, особливо при атиповому його перебігу та тяжких ускладненнях. Сподіваємося, що книга виявиться корисною і пізнавальною.

Пам'ятайте:

«Гострий апендицит ніколи не втратить своєї актуальності: він може вбити навіть сьогодні і може зганьбити найдосвідченішого хірурга»

М. Шайн

«Є дві речі в житті, які я ніколи не зрозумію: жінки і гострий апендицит»

М. Равіч

РОЗДІЛ 1

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЧЕРВОПОДІБНИЙ ВІДРОСТОК ТА ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ

1.1. Статистика

Статистичний аналіз гострого апендициту є досить складним. Це найпоширеніше захворювання, при якому виконується найбільша кількість операцій. За цими показниками гострий апендицит є безперечним хірургічним лідером, значно випереджаючи своїх найближчих «суперників». І в цьому полягає головна проблема статистичного аналізу. Пацієнтів з гострим апендицитом оперують всюди – від дільничних лікарень та лазаретів підводних човнів до лікарень швидкої медичної допомоги, клінік інститутів, центральних і головних військових госпіталів. У деяких з них – це десятки випадків на рік, в інших – стільки ж, але протягом доби. Різні умови, різні (неспівставні) можливості, різний рівень підготовки хірургів – звідси і два види статистики – статистика окремих лікувальних закладів та зведена – від міської до загальнодержавної. У зв'язку з цим на різних рівнях статистичні показники будуть абсолютно різними. Наприклад, летальність: у невеликій дільничній лікарні при 10 операціях на рік і одному померлому становитиме 10%. У той же час у великій лікарні при сотнях операцій вона складатиме десяті частки відсотка. І все ж. Почнемо із загальної інформації та поступово перейдемо до конкретної.

Захворюваність на гострий апендицит становить 4-5 осіб на 1000 населення. На долю гострого апендициту припадає до 80% усіх випадків гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Найчастіше хворіють люди у віці від 20 до 40 років (найбільш працездатна частина населення), жінки – удвічі частіше за чоловіків.

Найбільш варіабельні показники **летальності**. Вони надзвичайно неоднозначні і залежать від багатьох факторів аналізу. Чим вищий рівень звітності, тим вони кращі. Так, у масштабах

країни, при мільйоні і більше виконаних операцій (СРСР, США, Україна та інші) вона становить 0,2-0,4%, доходючи в окремі роки до 0,05%. Здавалося б, все нормально, особливих проблем немає. Але чи так це? Виявляється, що при **деструктивних формах** гострого апендициту вона вже близько 1%, іноді становить 4-5%. При **розлитих перитонітах** апендикулярного походження – це 15-20%. Значення мають і **терміни від початку захворювання**: у першу добу вона становить 0,07%, у більш пізні – 0,6-0,9%. Ще більше значення має **вік пацієнтів**: у групі до 60 років – це 0,1-0,2%; 60-69 років – вже 3-4%; 70-79 років – 5%; 80 років і більше – 30%. Навіть ці дані дозволяють визначити групи ризику – **пацієнти з деструктивними формами апендициту та його ускладненнями, ті, хто пізно звернувся за медичною допомогою, а також пацієнти похилого віку.**

Особливий інтерес представляють результати аналізу пито-
мої ваги окремих форм гострого апендициту. При цьому дані клі-
ніцистів і патологоанатомів можуть значно відрізнятися. Колись
на кафедрі хірургії Військово-медичної академії імені С.М. Кірова
був проведений аналіз 2,5 тисяч апендектомій. За хірургічними
протоколами, простий гострий апендицит був виявлений (за
описом препарату) у 40% хворих, флегмонозний – у 50%, гангрен-
нозний – у 10%. Аналіз патологоанатомів був абсолютно іншим:
кількість незмінених відростків становила 30%, катараль-
них – 15%, флегмонозних – 45%, гангренозних – 10%. Є над чим
подумати (про це далі). Це важлива проблема, вона заслуговує
уваги, хоча багато хірургів старанно її «обходять». У виписних
документах, як правило, фігурує клінічний діагноз, дуже рідко
пишуть про те, що був видалений незмінений відросток.

*«Так, люди можуть вижити без апендикса, але для хірургів
це може бути викликом»*

Р. Вірхов

*«Якщо у пацієнта є біль в правому нижньому квадранті і
відсутній рубець від апендектомії – варто зробити його»*

М. Шайн

Приблизно у 5% хворих на гострий апендицит патологічний процес не обмежується червоподібним відростком, він виходить за його межі, що за тяжкістю та небезпечністю може значно перевищувати основне захворювання. До них відносяться: флегмона сліпої кишки, апендикулярний інфільтрат (пухкий, щільний, з утворенням абсцесу), периапендикулярні та апендикулярні абсцеси, місцевий (обмежений та необмежений) та розлитий перитоніт в різних фазах його розвитку, позаматкова флегмона, пілефлебіт, гостра кишкова непрохідність, кишкові нориці, тромбоемболічні ускладнення, утворення гострих виразок шлунково-кишкового тракту та інші. Про них необхідно знати, передбачати їх появу, чітко уявляти механізми їх розвитку та вміло діяти у разі потреби.

Отже, короткий статистичний аналіз проблеми гострого апендициту дає всі підстави стверджувати, що це не просте захворювання, особливо небезпечно, коли воно проявляється в зазначених «групах ризику», здатне призвести до дуже небезпечних для життя ускладнень, справжні втрати від яких приховані великою кількістю проведених операцій.

1.2. Коротка історична довідка

До історичного розділу будь-якої книги автори ставляться з певним «тремтінням». Користуючись досягненнями сучасної хірургії, завжди важливо й корисно знати, як попередні покоління хірургів прийшли до цього, про що думали, з чим і як боролися, які проблеми вирішували, де помилялися, а де досягали істинного прогресу. Це стосується не лише хірургії, але й усіх сфер діяльності людини. Не даремно на історичному полі не вщухають битви, не даремно історію переосмислюють та переписують постійно і скрізь. Будучи «історією», вона в багатьох відношеннях визначає і сучасність, в тому числі і в медицині, і в хірургії – зокрема. Багато ідей минулого знаходять своє друге життя в наш час, важливо при цьому згадати і їхніх авторів.

«Великі істини занадто важливі, щоб бути новими»

С. Моем

«Сьогодні, щоб стати майбутнім, потрібно минуле»

І. Бродський

«У дослідженні деяких нових проблем ми часто досягаємо успіхів завдяки вивченню праць великих людей минулого»

Чарльз Мейо

Вся історія – це зміна епох, доктрин, поглядів. На кожному її етапі щось переважало, певний період часу щось домінувало, було загальноприйнятим, тому в певному сенсі було матеріальною силою. Накопичувалась інформація, проводилась об'єктивна оцінка, яка дозволяла зрозуміти стан проблеми, з'являлися «бунтарі», реформатори, творці нового. Так було завжди і так буде. Навіть серед найближчих учнів Христа був Фома, який сумнівався у всьому, у «Вічному поклику» був персонаж, який починав обговорення будь-якого питання словами: «сумніваюсь я...». Така сама історія і з проблемою гострого апендициту – протягом неї можна виділити кілька етапів, періодів, які змінюючи один одного привели нас до сьогодення. На кожному етапі була більшість однодумців, але були і ті, що сумнівались та мали сміливість висловлювати і захищати свою точку зору, в результаті забезпечуючи прогрес.

З найдавніших часів люди знали про наявність у людини червоподібного відростка.

Апендикс на латині означає «**додаток**». Існує синонім цього терміну – **червоподібний відросток**. Перший опис цього органа був зроблений медиком з Каппадокії **Аретеусом** у 30-х роках нашої ери. Ми припускаємо, що про цей орган знали й раніше, наприклад, давні єгиптяни, які широко практикували бальзамування з обов'язковим видаленням нутрощів. Проте, описів у відомих медичних папірусах немає, ймовірно, йому не надавали особливого значення. Перше зображення червоподібного відростка було зроблено значно пізніше великим **Леонардо да Вінчі** (1452-1519). Вже після смерті Леонардо у 1524 році італієць Да Карпі визначив апендикс як реальний анатомічний орган

людини. Далі описів і ідентифікації не відбувалось, відростку не приділяли ніякої уваги, але всі були добре знайомі з наслідками його запалення – гнійниками в черевній порожнині та заочеревинному просторі. Природа гнійників потребувала пояснення. Протягом тривалого часу вважалося, що їх причина – або запалення м'язів («псоїти»), або захворювання жіночих статевих органів («маткові кісти»), про червоподібний відросток і навіть сліпу кишку не говорилося. Тільки наприкінці XVIII і на початку XIX століть звернули увагу на сліпу кишку, її визначили винною у всіх лихах ілеоцекальної ділянки. Відомий французький хірург **Дюпюїтрен** (1834) запропонував теорію **тифлітів**, запалення сліпої кишки – причина утворення ілеоцекальних інфільтратів та абсцесів. Правда сам термін **тифліт** був запропонований німецьким хірургом Альберсом – учнем і послідовником Дюпюїтрена в 1837 році. Він та його учні також користувались таким поняттями як «перитифліт» та «паратифліт» – при включенні в процес навколишніх тканин. Погляди Дюпюїтрена та його послідовників домінували практично протягом всього XIX століття, все, що їм суперечило, серйозно не сприймалося. Лікування таких хворих було консервативним, успіхом вважалося випорожнення гнійника або назовні, або в просвіт порожнини органа. Окремі хірурги проявляли сміливість і розкривали гнійники, забезпечуючи їх зовнішнє дренажування, беручи приклад із великого французького хірурга **Амбруаза Паре**, який ще в XVI столітті розкривав гнійники в правій здухвинній ділянці. Але й у цей час були відомі факти, що не вписувалися в загальноприйнятту теорію тифлітів: у 1711 році Л. Гістер описав перфорацію червоподібного відростка з формуванням абсцесу; у 1735 році англієць **К. Аманд** вперше виконав апендектомію – під час операції з приводу ускладненої кишки, у її вмісті був виявлений перфорований апендикс – його видалили, традиційно завершили операцію зі сприятливим результатом. Революцію міг здійснити француз Ф. Міллер – він у 1827 році припустив, що причиною всіх лих в ілеоцекальній ділянці є червоподібний відросток, він першим запропонував його видаляти, але ... його не зрозуміли і не почули. Кількість тих, що сумніваються збільшувалося. У 1839 році англійці **Брайт** і **Аддісон** опи-

сали симптоми гострого апендициту; **П.С. Платонов** у 1854 році довів, що основна причина утворення гнійників в правій здухвинній ділянці – гангрена і перфорація апендикса; **Г. Шахтінгер** (Росія) у 1861 році виділив запалення червоподібного відростка в самостійне захворювання. Багато хірургів на свій страх і ризик почали видаляти запалені відростки – Тойт (Англія, 1880), Гроувс (Канада, 1883), Саймондс (Англія, 1883). Але вони не повідомляли про свої операції і не були почуті. І лише в **1884** році в Німеччині (Кренлейн) і Англії (Махоумд) були опубліковані повідомлення про **цілеспрямоване** видалення запаленого червоподібного відростка. **Почалася ера апендектомій**, з такою ж бурхливою і повною протиріччю історією, як і вся попередня.

Однак, зрозуміти роль червоподібного відростка в розвитку захворювання – це лише початок. Необхідно було вирішити вічне питання – хто і як буде лікувати хворих на гострий апендицит (термін ввів у практику у 1886 році Фіц (США). Спочатку це було доручено терапевтам. Вони навіть взяли за лікування перитонітів: консервативні заходи – спокій, холод на живіт, дієта, компреси, клізми з протизапальними компонентами, тощо. Все це не мало впливу на перебіг основного процесу і призводило до розвитку флегмон, гангрен, перфорацій, перитонітів. Саме у цьому стані, хворих (близько 6%) передавали хірургам. Результати були жалюгідними. Саме **висока післяопераційна смертність** при тяжких ускладненнях змушувала багатьох прихильників триматися консервативної тактики – за її умов летальність була нижчою. Знадобилося багато часу, щоб зрозуміти – **гострий апендицит належить до хірургічних захворювань**. Хірургічна ера гострого апендициту почалася наприкінці XIX століття і триває донині.

Але визнати це як істину було недостатньо. Отримавши хворих, хірурги не відразу приймали рішення про тактику лікування. «Обтяжлива спадщина» виконувала свою роль, і вона виявлялася в надмірній обережності. На першому етапі більшість хірургів дотримувалась **вичікувально-оперативної тактики** (за В.І. Колесовим): вони починали з консервативних заходів (спокій, дієта, холод на живіт, опій тощо). При зменшенні проявів запалення, операцію виконували «у холодному періоді», при

прогресуванні – проводили «примусову операцію», як правило, в надзвичайно невідповідних умовах. Результати поліпшилися, але незначно. Наступним кроком у тактиці було визнання необхідності хірургічного лікування **протягом перших 24-48 годин від початку захворювання**. Рішення про це було прийнято хірургами різних країн на початку минулого століття (1913 рік). Але це рішення не було прийняте всіма, кількість скептиків була достатньою. Це перешкоджало прийняттю **єдиної тактики**, хоча результати були достатньо переконливими – летальність різко знизилась. До 20-30-х років минулого століття всі переконалися у беззаперечній користі ранніх операцій.

Було прийнято рішення: хворих з гострим апендицитом госпіталізувати в хірургічні відділення і терміново оперувати на всіх стадіях захворювання. Результат не змусив себе чекати — летальність знизилася в 25-30 разів і становила в середньому 0,2-0,5%! Залишилося ще багато невирішених проблем, але головне питання було вирішено на користь ранньої госпіталізації і ранньої операції. Згадаємо епізод з класики нашого кіно — «Покровські ворота», коли жінка-хірург схвильовано кричала в трубку: «... до чорта сумніви ... операція ... не чекати перитоніту...».

Згадаємо і нашого земляка, відомого харківського хірурга М.М. Мілостанова, гвардії полковника, який працював у Харківському військовому госпіталі, керівника однієї з клінік Харківського НДІ переливання крові та невідкладної хірургії. Коли летальність при гострому апендициті вдалося знизити до 0,2%, він в одній із статей написав: «...нас не задовольняють і ці цифри... при гострому апендициті взагалі не повинно бути летальних випадків...». Такі побажання вельмишановного Миколи Миколайовича зрозуміти можна, заперечень немає, хірурги не проти. Але... почули їх організатори охорони здоров'я, медичні чиновники, і зрозуміли їх абсолютно буквально. Відтоді у багатьох лікарнях та містах усі випадки смерті від гострого апендициту підлягають розгляду на клініко-експертних комісіях (КЕК), часто з негативними організаційними висновками. Багато хірургів старшого покоління пережили ці неприємні ситуації.

Після радикального вирішення питань організації лікування хворих із гострим апендицитом хірурги постійно займаються

цією проблемою: діагностикою, методиками оперування, способами дренування черевної порожнини, впровадженню малоінвазивних технологій тощо. Але – не все так однозначно. Періодично виникають дискусії щодо доцільності, обґрунтованості загальноприйнятої тактики, з'являються заклики до її ревізії, перегляду. Ініціатором однієї з таких дискусій став відомий військовий хірург, лауреат Державної премії, начальник кафедри термічних ушкоджень ВМА ім. С.М. Кірова Тувій Якович Ар'єв (вчитель одного з авторів монографії). Будучи висококваліфікованим загальним хірургом під час роботи в Саратові (1965), він виголосив відому актову промову, яка схвилювала всю хірургічну спільноту. Які ж питання порушив Т.Я. Ар'єв?

1. Про роль червоподібного відростка:

«...Червоподібний відросток, ймовірно, має важливу функцію, і компенсація останньої при апендектомії, яку виконують постійно, жодним чином не виключає цієї функції. Це так само, як функція нирок та інших парних органів не виключає компенсацію, що настає після видалення однієї нирки чи одного з парних органів...».

2. Про доцільність видалення відростка на основі лише клінічної картини:

«...У групі катаральних апендицитів, жінки хворіють у 3,3 рази частіше ніж чоловіків. Чим це можна пояснити? Можливо тільки одне пояснення: не менше ніж половина, а може бути й не менш ніж дві третини жінок **піддаються апендектомії, не хворіючи на апендицит**. Останній часто імітується у них правобічним аднекситом...».

«...Необхідно піддати критиці дивний погляд, що клінічна картина гострого апендициту не повинна, як правило, мати еквівалентну патологоанатомічну картину. Нікому не спаде на думку видаляти шлунок хворого, у якого клінічно були симптоми виразкової хвороби шлунка, а під час операції виразка не була виявлена. Ніхто не робить нефректомію хворому, у якого клінічно підозрювався туберкульоз нирки, а під час операції нирка виявилася незміненою. У таких випадках хірурги зашивають операційну рану. Чому для апендициту робиться виняток?».

Найцікавіше те, що у Т.Я. Ар'єва знайшлися послідовники, які мали величезний досвід у хірургії гострого апендициту – до 1000 операцій і більше. До них можна віднести київських професорів М.І. Коломійченка і П.Є. Бейліса, І. Шеремета, В. Свягуліна, М. Ковальова, Б. Франкенберга та Р. Свідлера (Одеса). Вони висловлювалися більш обережно, але не менш чітко:

«...як не здається це дивним на перший погляд, **догматизм** у здійсненні принципів лікування гострого апендициту призводить до **гіпердіагностики і не виправданої активності** багатьох хірургів. Активну хірургічну тактику при гострому апендициті, на жаль, часто підмінюють розширенням показань до операції лише за підозрою на апендицит, на випадок апендикулярної коліки. При цьому часто єдиною ознакою захворювання є болісне відчуття в правій здухвинній ділянці...».

«...на хірурга тисне «адміністративний прес» – оперувати якомога швидше...».

Ми коротко процитували фрагменти з робіт так званих «ревізіоністів». Їх тоді засудили, закликали до «каяття» (В.І. Колесов). Ми в цю дискусію в цьому короткому огляді вступати не будемо, зробимо це в інших розділах. Задаймо тільки одне питання – як бути з 30% хворих із видаленими незміненими відростками?

Без коментарів наведемо кілька висловлювань хірургів минулого, зроблених у період становлення, формування хірургічної тактики при гострому апендициті:

- Терапевт **лікує** апендицит, а хірург його **виліковує** (Кюмбель);
- Краще занадто рано, ніж занадто пізно (Карл Бек);
- Краще видалити здоровий червоподібний відросток і вилікувати хворого, ніж видалити змінений запальним процесом відросток і втратити хворого (Дивер);
- Кого ж вони хочуть законсервувати – хворого чи відросток (Гуссебауер);
- Відросток краще мати в спирті, ніж у животі (Ендерлен);
- Загалом рання операція є безсумнівно найідеальнішим методом лікування, тому що вона, не чекаючи подальшого розвитку процесу, припиняє його миттєво (Ейзельберг).

Пройшов час, а суперечки не вщухають. На початку минулого століття Бір, Браун і Кюммель, аналізуючи особисте ставлення практичних лікарів і терапевтів до ранньої операції, виділили три групи – **консерватори**, група **центру** та **радикали**. Першу групу перекопати неможливо; друга коливається і не визначилась, спирається на свій досвід і практику; третя група діє рішуче і не готова до жодних компромісів – безальтернативна операція. Питання – чи багато що змінилося з того часу і не лише стосовно апендициту. Думайте і вирішуйте.

Завершуючи короткий історичний огляд, зробимо висновок – проблема гострого апендициту, незважаючи на тривалий «анамнез», до кінця не вирішена, багато питань потребують свого висвітлення та чітких відповідей. Є над чим працювати. Але про це далі.

1.3. Хірургічна анатомія та фізіологія червоподібного відростка

Народна мудрість говорить: «Мала штучка червінчик, а ціна велика». Це цілком стосується червоподібного відростка. Незважаючи на його невеликі розміри та приписуваний йому статус малозначного рудименту, проблеми, які він створює для хворого та хірургів, змушують вважати його повноцінним органом черевної порожнини. Важливо знати його анатомію, зокрема варіанти розташування в черевній порожнині, особливості кровопостачання, лімфовідтоку та іннервації. Ці знання дозволять хірургу уникнути багатьох несподіванок, а отже, і проблем.

Але почнемо не з відростка. Шлях до нього лежить через передню черевну стінку, численні запропоновані розрізи якої вимагають досконального знання її анатомії. З дев'яти областей передньої черевної стінки нас цікавить права здухвинна, яку найбільш часто використовують при відкритих, традиційних операціях. Саме тут виконують доступи за Мак-Бурнеєм-Волковичем, Леннандером, поперечний, правий параректальний та інші. Передня черевна стінка складається з поверхневого, середнього та глибокого шарів: поверхневий шар включає шкіру, підшкірну жирову клітковину та поверхневу фасцію; середній шар складається

ся з м'язів передньої черевної стінки та їх сухожильних листків; глибокий шар включає поперечну фасцію живота та очеревину. Знання цих шарів та їх розташування має вирішальне значення для хірургічних втручань, забезпечуючи доступ до червоподібного відростка з мінімальними ризиками та ускладненнями.

У різних пацієнтів шкіра в правій здухвинній ділянці має різні характеристики. У молодих людей нормальної конституції вона добре зміщується, пружна, еластична. У літніх людей вона стає тоншою, дряблою та сухою. У пишних жінок вона може висіти у вигляді підборіддя з мацерацією на згині. У жінок, які народили, часто виявляються шрами, спричинені розтягуванням під час пізньої вагітності – так звані *striae gravidarum*. Все це потрібно враховувати при виконанні розрізу, місцевої анестезії та порожнинних операцій.

Під шкірою розташована жирова клітковина, розділена глибоким та зовнішнім листком поверхневої фасції на два шари. У міжфасціальних жирових шарах може накопичуватися запальний екссудат, цю особливість потрібно враховувати при проведенні місцевої анестезії – новокаїном слід інфільтрувати обидва жирових шари. У підшкірній жировій клітковині розташовані дрібні артеріальні та венозні судини, що складають мережу. Їх перерізання не призводить ані до вираженої кровотечі, ані до порушення кровопостачання. Тут же розташовані лімфатичні судини, а також дрібні гілки нижніх міжреберних нервів.

Середній (другий) шар передньої черевної стінки представлений трьома м'язами з їх сухожильними тяжами, дуже важливіми для хірургів. Його необхідно «проходити» швидко, безкровно, бережно. І для цього, як у «Отче наш», треба чітко уявляти собі хід м'язових волокон і розташування апоневротичних тяжів, влаштування м'язового покриву передньої черевної стінки. Саме розташування м'язів, їх апоневрозів і нервів визначають спосіб і напрямок розрізу передньої черевної стінки.

Нагадаємо, що передня черевна стінка має своєрідну будову, вона цілком складається з м'яких тканин. Основна їх маса – це досить потужні м'язи з їх широкими та щільними апоневрозами між хребтом, ребрами та тазом. Саме вони забезпечують на-

дійний захист для внутрішніх органів, і плануючи доступ, необхідно цьому захисту завдати якомога меншої шкоди, без якої, на жаль, увійти в черевну порожнину неможливо. Цей природний бар'єр в побуті називають «черевним пресом». Головне в ньому – це поперечно та косо розташовані м'язи – *m. obliquus externus*, *m. obliquus internus* та *m. transversus abdominis*. Поздовжні м'язи – *m. rectus abdominis* та *m. pyramidalis* – відступають на задній план, хоча також дуже важливі. Та частина черевної стінки, яку займають ці м'язи, своєю міцністю, надійністю, головним чином, зобов'язана апоневрозам широких м'язів, які розділяються, утворюючи піхву *m. rectus abdominis* і зрощуються по серединній лінії утворюючи білу лінію живота.

У правій здухвинній ділянці напрямок волокон зовнішнього косого м'язу живота повністю відповідає найпопулярнішому розрізу Мак-Бурнея – **зверху вниз і справа наліво**. Волокна внутрішнього косого м'язу перетинають лінію розрізу і проходять **знизу вгору і справа наліво**. У нижніх частинах ділянки вони проходять майже у поперечному напрямку. Волокна поперечного м'язу живота проходять **горизонтально, справа наліво**. Таким чином, волокна всіх трьох м'язів проходять у різних напрямках, їх напрямок змінюється, що зумовлює також назву доступу Мак-Бурнея **як змінного**.

Щодо апоневрозів згаданих м'язів, всі вони беруть участь у формуванні передньої та задньої стінок піхви прямого м'язу живота. У різних ділянках передньої черевної стінки це відбувається по-різному. Вище лінії *semicircularis* Douglasi (приблизно на 5 см нижче пупка) апоневроз зовнішнього косого м'язу живота цілком переходить на передню стінку піхви прямого м'язу живота; апоневроз внутрішнього косого м'язу розділяється на два листки, з яких передній переходить на передню, а задній – на задню стінку піхви прямого м'язу живота; апоневроз поперечного м'язу живота повністю лежить на передній стінці. Нижче вказаної лінії ситуація інша: апоневроз внутрішньої косого м'язу цілком переходить на передню стінку піхви *m. recti*; апоневроз поперечного м'язу повністю лежить на задній стінці. Зазначене ілюструють рисунки 1, 2, 3.

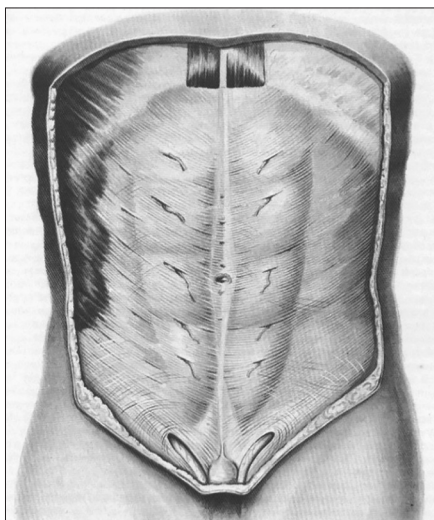


Рис. 1. Зовнішні м'язово-апоневротичні шари передньо-бокової стінки живота
(з атласу під редакцією О.М. Максименкова).

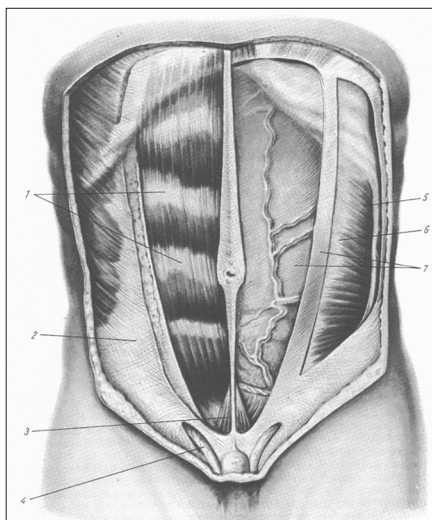


Рис. 2. М'язи передньо-бокової стінки живота після часткового видалення зовнішніх шарів
(з атласу під редакцією О.М. Максименкова).
1 – intersectio tendinea; 2 – апоневроз м. obliqui externi abdominis; 3 – m. pyramidalis; 4 – funiculus spermaticus; 5 – m. obliquus internus abdominis; 6 – апоневроз внутрішнього косого м'язу; 7 – передня та задня стінки піхвової оболонки прямого м'язу живота.

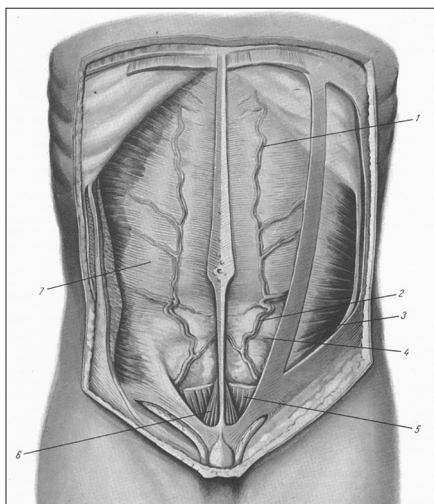


Рис. 3. Глибокі м'язово-апоневротичні шари передньо-бокової стінки живота
(з атласу під редакцією О.М. Максименкова).
1 – верхня черевна артерія; 2 – нижня черевна артерія; 3 – внутрішній косий м'яз живота; 4 – лінія Дугласа; 5 – прямий м'яз живота; 6 – пірамідальний м'яз; 7 – поперечний м'яз живота.

Усі структури передньої черевної стінки добре кровопоста-
чаються за рахунок гілок верхньої і нижньої черевних, міжре-
берних та поперекових артерій, які широко анастомозують між
собою, утворюючи досить щільну судинну мережу. Так само ор-
ганізована і венозна система (рис. 4).

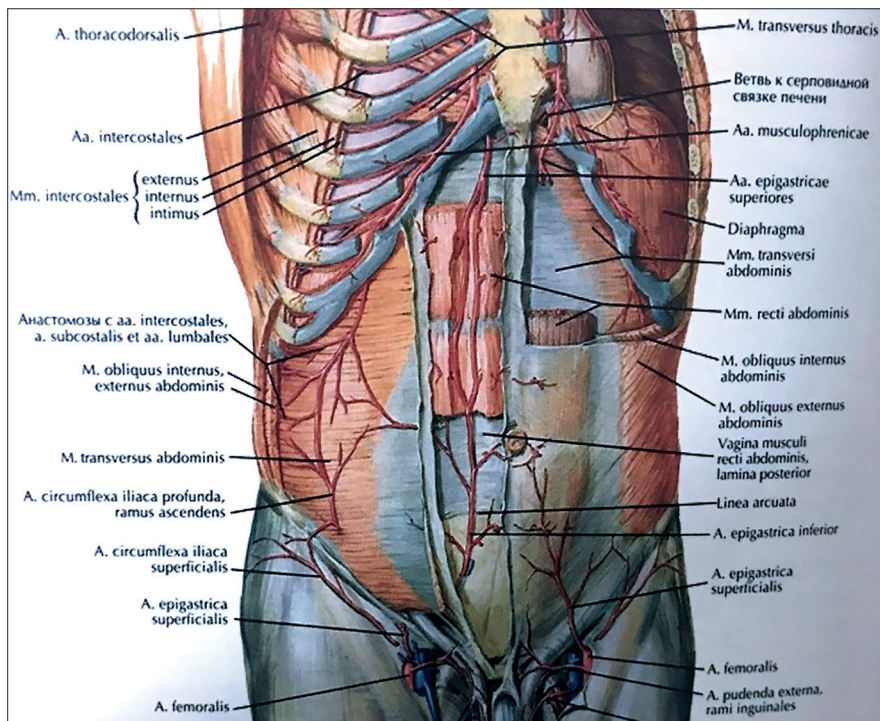


Рис. 4. Артеріальне кровопостачання передньої черевної стінки
(Посібник для лікарів за редакцією С.П. Галича та співавт.).

Відтік лімфи здійснюється до пахових, здухвинних, міжре-
берних та поперекових лімфатичних вузлів.

Основні нервові стовбури відходять від міжреберних, здух-
винно-черевних та здухвинно-пахових нервів. Усі гілки прохо-
дять вздовж м'язових волокон і, за умови обережного їх розді-
лення, як правило, не пошкоджуються (не повинні!) – рис. 5, 6.

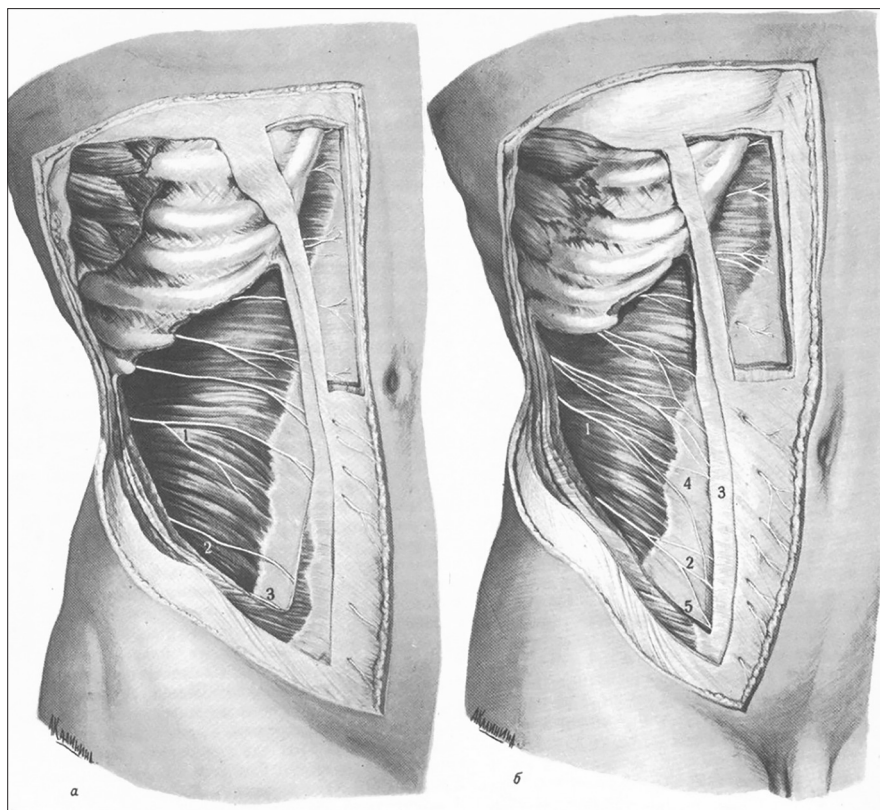


Рис. 5. Інєрвація передньо-бокової стінки живота

(з атласу під редакцією О.М. Максименкова).

- а – мало зв'язку між нервами: 1 – n. subcostalis; 2 – n. iliohypogastricus;
 3 – n. ilioinguinalis; б – багато зв'язку між нервами: 1 – n. subcostalis;
 2 – n. iliohypogastricus; 3 – апоневроз зовнішнього косого м'язу живота;
 4 – апоневроз внутрішнього косого м'язу живота; 5 – n. ilioinguinalis.

Аналізуючи **хірургічну анатомію апендикса**, слід зазначити, що вона одночасно проста та складна. Проста в «класичному» варіанті, складна при різних «атипіях» та умовах запалення. Проте почнемо не з самого апендикса, а з ілеоцекального кута, з яким він нерозривно пов'язаний, майже як «нитка з голкою». Саме з ним в багатьох відношеннях пов'язане розташування апендикса у черевній порожнині.

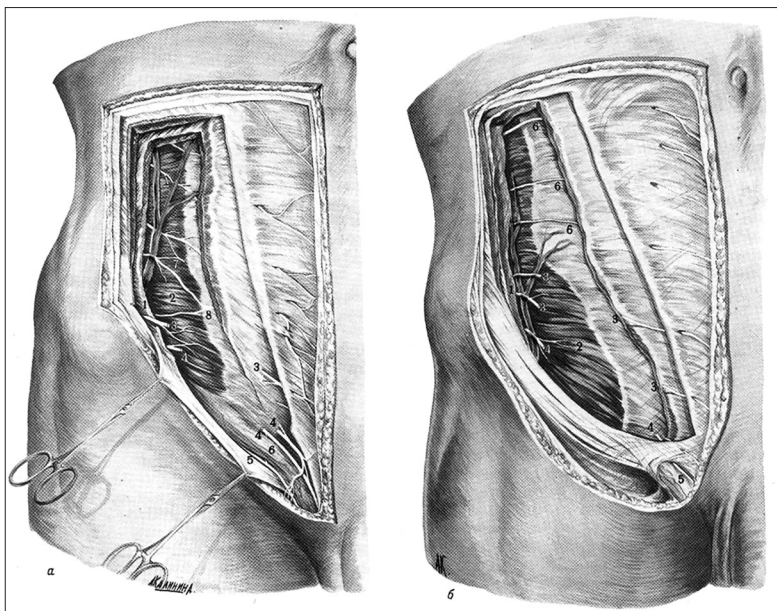


Рис. 6. Нерви нижнього відділу передньо-бокової стінки живота (глибокі шари пахової ділянки)

(з атласу під редакцією О.М. Максименкова).

- а – при великій кількості зв'язків : 1 – внутрішній косий м'яз живота; 2 – поперечний м'яз живота; 3 – n. iliohypogastricus; 4 – n. ilioinguinalis; 5 – n. spermaticus ext.; 6 – сім'яний канатик; 7 – міжреберні нерви; 8 – зв'язки між 12 міжреберним нервом и n. iliohypogastricus; б – при малій кількості зв'язків: 1 – внутрішній косий м'яз живота; 2 – поперечний м'яз; 3 – n. iliohypogastricus; 4 – n. ilioinguinalis; 5 – n. spermaticus ext.; 6 – міжреберні нерви.

Ілеоцекальний відділ кишківника – одне з найскладніших анатомо-функціональних утворень шлунково-кишкового тракту. Він розташований на межі тонкої (здухвинної) кишки з товстою і включає в себе термінальний відділ тонкої кишки, сліпу кишку з Баугінієвською заслінкою та апендиксом, а також початковий відділ висхідної ободової кишки. Усі її складові відрізняються морфологічно, але це єдине анатомо-функціональне утворення, де всі компоненти нерозривно пов'язані між собою: загальною стінкою (ілеоцекусом), єдиною функцією регулятора моторної діяльності кишківника та «внутрішнього аналізатора»,

який забезпечує ритмічне проходження хімусу з тонкої кишки в товсту. Він містить потужні венозні сплетення, численні нервові закінчення, складний лімфатичний апарат – вони успішно забезпечують його функції у здорової людини та легко дизбалансують в умовах патології – особливо запалення, деструкції пухлин.

Хірургам, які вивчають анатомію ілеоцекального кута, слід звертати увагу, передусім, на варіанти (форми) з'єднання тонкої кишки з товстою. Різноманітні форми представлені на рисунку 7.

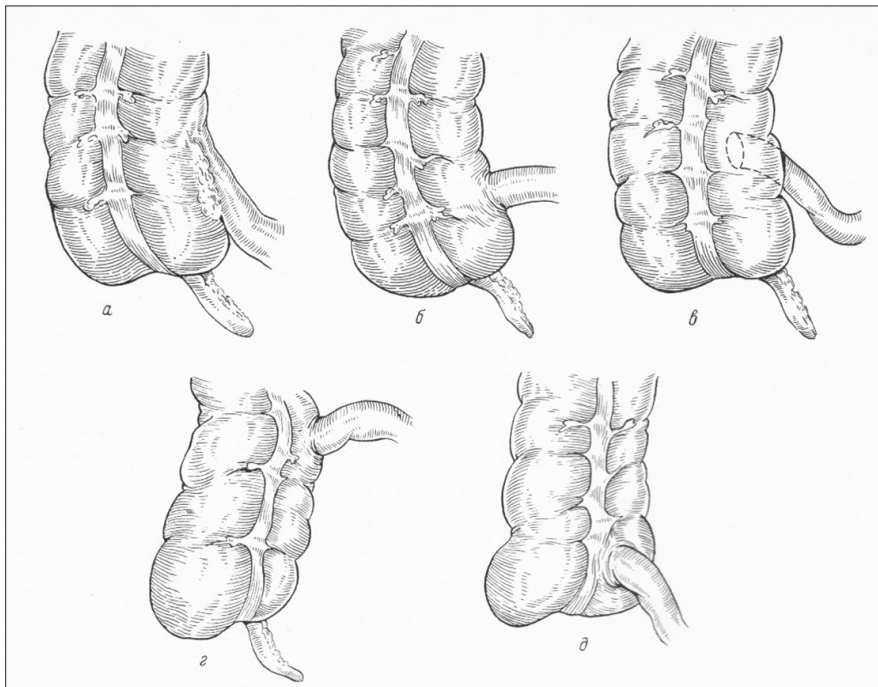


Рис. 7. Форми впадіння термінального відділу тонкої кишки в товсту
(з атласу під редакцією О.М. Максименкова).

а – висхідна спрямованість термінального відділу тонкої кишки та його впадіння у медіальну стінку товстої кишки; б – горизонтальна спрямованість термінального відділу тонкої кишки та його впадіння у медіальну стінку товстої кишки; в – висхідна спрямованість термінального відділу тонкої кишки та його впадіння у задню стінку товстої кишки; г – низхідна спрямованість термінального відділу тонкої кишки та його впадіння у медіальну стінку товстої кишки; д – висхідна спрямованість термінального відділу тонкої кишки та його впадіння у передню стінку товстої кишки.

У більшості людей кінцевий відрізок здухвинної кишки йде у висхідному напрямку від правої частини тазу до медіальної стінки сліпої кишки, утворюючи дугу, спрямовану вліво. В місці з'єднання утворюється кут. Часто зустрічається варіант, коли тонка кишка впадає в товсту під прямим кутом, коли кінцевий відрізок здухвинної кишки знаходиться горизонтально. Набагато рідше вихід тонкої кишки розташований на задній стінці сліпої. Ще рідше з'єднання відбувається через передню стінку. Останній варіант особливо небезпечний. Нам відомі випадки, коли в умовах запалення хірурги **вважали здухвинну кишку червоподібним відростком** і проводили «його видалення» ретроградним методом. Потрібно знати варіанти з'єднання здухвинної кишки з сліпою через медіальну, задню і передню стінки товстої кишки та уникати технічних помилок при невірній верифікації органів, не вважати здухвинну кишку за червоподібний відросток у випадку атипових варіантів.

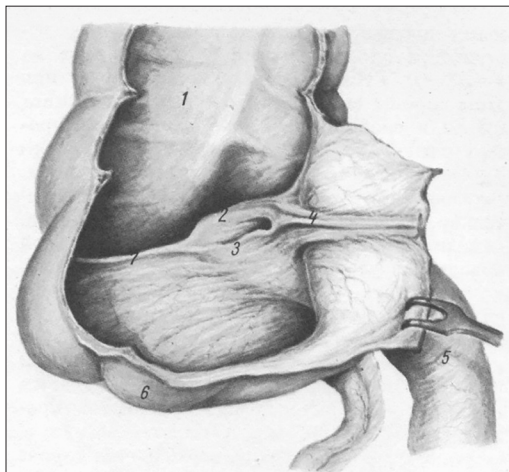


Рис. 8. Ілеоцекальний відділ після розкриття його передньої стінки (з атласу під редакцією О.М. Максименкова).

- 1 – висхідна кишка; 2 – верхня губа ілеоцекальної заслінки; 3 – нижня губа ілеоцекальної заслінки; 4 – медіальна пліка ілеоцекальної заслінки;
- 5 – кінцевий відділ здухвинної кишки;
- 6 – сліпа кишка; 7 – латеральна пліка ілеоцекальної заслінки.

Ще одним важливим компонентом ілеоцекального кута є **Баугінієва заслінка**. За цією, здавалося б, простою назвою приховано складний, але дуже вразливий механізм, який запобігає зворотному викиду вмісту з товстої кишки в тонку, регулюючи ритмічний **односторонній** пасаж вмісту. Ззовні він виглядає як циліндр, вбудований у просвіт сліпої кишки з боку здухвинної. Це підштовхнуло багатьох хірургів до створення так званих клапан-

них, інвагінаційних анастомозів, особливо після правосторонньої геміколектомії. Цей «циліндр» має верхню і нижню губи, з яких до стінки сліпої кишки виходять дві високі постійні складки слизової – пліки. Ці дві губи і дві пліки разом складають ілеоцекальний клапан, який хірурги називають Клапаном Баугіна – за ім'ям одного з численних авторів, які його описали – Тюльпа (1641), Фаллопій (1561), Брандін (1849). Але першим був Баугін (1605). Зовнішній вигляд клапана зображено на рис. 8.

Основна необхідність згадати про Баугінієву заслінку у контексті хірургії гострого апендициту виникає принаймні двічі:

- під час необхідності, в умовах розповсюдженого гнійного перитоніту інтубувати тонку кишку через цекостому. Без знання спеціальних методик (про які буде згадано нижче), ввести зонд в здухвинну кишку наосліп дуже складно. Надмірна наполегливість та травматичність неухильно призведуть до її ушкодження;
- в пізньому періоді після апендектомії у зв'язку з деструктивним апендицитом внаслідок ураження нервового апарату стінки кишки може розвинутися недостатність заслінки. Це призводить до постійного рефлюксу вмісту товстої кишки, багатого анаеробною флорою, в тонку кишку з розвитком хронічного запального процесу – термінального рефлюкс-ентериту з виснажливою клінікою для пацієнта, яка важко піддається лікуванню. В таких випадках потрібна коригуюча операція (Я. Д. Вітебський).

Наступною складовою частиною ілеоцекального кута є **сліпа кишка**. У всіх випадках здухвинна кишка впадає в одну зі стінок товстої кишки, але завжди **бічну**. У всіх випадках **нижче місця впадіння** залишається ділянка ободової кишки, що лежить поза «маршрутом» кишкового вмісту, своєрідний **глухий кут**, що послужило присвоєнню йому назви **«сліпа» кишка**. Незважаючи на невеликі (в порівнянні) розміри, з точки зору анатомії та топографії, сліпа кишка має багато варіантів розміщення – від форми до місцеположення в черевній порожнині. Ця варіабельність породжує багато клінічних проявів при її захворюваннях.

Давайте розглянемо саму сліпу кишку. Почнемо з її зовнішніх характеристик і, перш за все, з форми. Описано безліч варіантів, навіть існують класифікації. Всі їх можна звести до двох основних:

- горизонтальні розміри перевищують вертикальні; кишка має незначну висоту, але широку основу; у цьому варіанті здухвинна кишка, як правило, впадає в сліпу кишку через її медіальну стінку; товщина стінок достатня, добре виражена, складки слизової чітко визначаються — як при іриго- так і при колоноскопії;
- вертикальний розмір перевищує горизонтальний, кишка вузька і висока; здухвинна кишка в термінальному відділі має горизонтальний напрямок і також впадає в медіальну стінку; стінки кишки тонкі, складки слизової слабо виражені, згладжені.

З цими варіантами пов'язані і розміри сліпої кишки: від 1 до 3 см до 13 см (за довжиною) і від 5 до 14 см (за шириною).

Надзвичайно важливо знати, що сліпа кишка може займати найрізноманітніші положення в черевній порожнині: найчастіше у правій здухвинній ямці, рідше – під печінкою, у порожнині малого таза, навіть ліворуч (при аномаліях розвитку ободової кишки). Це має надзвичайно важливе значення у формуванні клініки гострого апендициту, відросток завжди поруч із сліпою кишкою, принаймні – своєю основою, «голка – вушко – нитка».

Не менш важливими є співвідношення сліпої кишки і очеревини. Традиційно вважається, що кишка з усіх сторін вкрита очервиною. Але цій традиції не так уже й багато років. Ще в XIX столітті багато людей були **впевнені**, що вона знаходиться в єдності з висхідною ободовою кишкою, на задній стінці вільна від очеревини, прилягає до парієтального листка заочеревинної клітковини. Звідси і стійкі переконання в тому, що всі запальні процеси правої здухвинної ділянки відбуваються через запалення сліпої кишки. Тільки наприкінці XIX століття цю помилку було виправлено. Але бувають варіанти – як вроджені, так і набуті. Сліпа кишка може мати власну вісцеральну зв'язку, що призводить до так званого «соесит мобіле». Іноді зв'язка є й у висхідної кишки, тоді рухомість ще вища. До набутих змін слід віднести на-

слідки запальних процесів з утворенням щільних зрощень, які фіксують сліпу кишку в тому чи іншому положенні. Сліпа кишка також може змішуватись і фіксуватися під час вагітності.

Нарешті – **червоподібний відросток**. Говорячи про його анатомію, можна з упевненістю стверджувати, що двох однакових просто не існує. Вони схожі лише після витягнення в рану разом із сліпою кишкою.

Він завжди відходить від сліпої кишки, з того місця, де зливаються всі три тяги Вальсальви – тенії – *libera mesocolica omentalis*. У складних випадках пошук та виділення відростка починаються саме з цієї точки. Найчастіше відросток з усіх сторін вкритий очервиною та має сітку. Його довжина різноманітна – від 5-6 см до 20 і навіть до 40 см. Зазвичай його діаметр становить 0,5-0,8 см, але він може бути більшим, до 8 см у діаметрі з товщиною стінки до 1,5 см (рекорд). Відросток – порожнистий орган, який відкривається в сліпу кишку у вигляді устя або отвору. Вхід в нього прикритий складкою слизової оболонки. Це важлива обставина – в області входу може розвинути закупорка (фекальними камінцями або залишками їжі), що є причиною так званого обструктивного апендициту (дуже схоже на ситуацію з жовчним міхуром).

Через брижу, яка визначає рухомість відростка, він може знаходитися верхівкою в різних ділянках черевної порожнини: тазовій, підпечінковій, латеральній, медіальній, передній, ретроцекальній. Крім того, він може розташовуватися поза черевною порожниною та внутрішньостінно (або за рахунок щільних зрощень, або всередині шарів стінки сліпої кишки).

Не варто прив'язуватися до описаних у літературі «точок апендикса». По-перше, їх неможливо всі перерахувати, а по-друге, варіантів розташування відростка все одно більше.

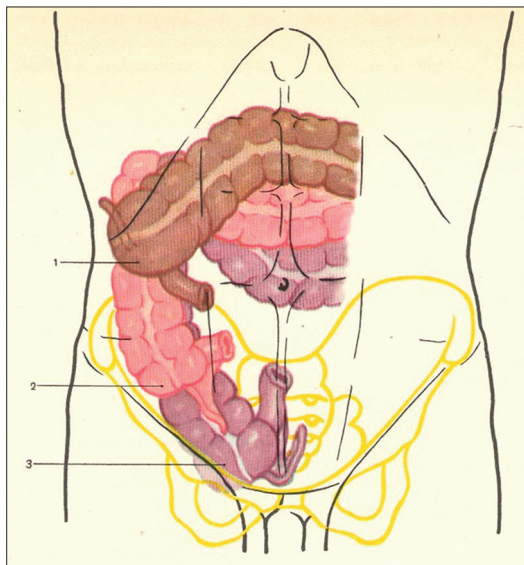
Говорячи про будь-який орган черевної порожнини, в його характеристиках обов'язково згадують артеріальне кровопостачання, венозний та лімфатичний відтік, іннервацію.

Артеріальне кровопостачання ілеоцекального кута здійснюється за рахунок гілок здухвинно-ободової артерії, яка бере свій початок від верхньої брижової артерії. Не досягаючи ілеоцекального кута, вони розгалужуються на дрібні гілки, що йдуть

до термінального відділу здухвинної кишки, сліпої кишки та червоподібного відростка. Артерія останнього навіть має власну назву – а. appendicularis, яка проходить вздовж краю черевної оболонки відростка, подаючи йому кілька гілок. Останні входять у стінку апендикса, розгалужуються на дрібні судини, створюючи плоскі мережі.

Венозний відтік повторює артеріальну структуру. Відходячи від органів, гілочки збираються в здухвинно-ободову вену, яка впадає в верхню брижову і подальшу – ворітну вену. Це має досить важливе значення. При деструктивних апендицитах ускладнених тромбофлебітом місцевих вен, патологічний процес може поширюватися шляхом русла крові аж до ворітної вени з розвитком важкого ускладнення – пілефлебіту (див. нижче).

Лімфатичний відтік здійснюється традиційно: лімфа з капілярів, розташованих у всіх шарах стінки органів ілеоцекального кута, зокрема апендикса, відтікає у декілька лімфатичних судин, розташованих вздовж артеріальних і венозних судин (а. et v. ileocolica) з лімфатичними вузлами. Подальший шлях веде до брижових лімфатичних вузлів (центральної групи). Важливо пам'ятати, що лімфовузли також присутні у брижі відростка.



Інервація здійснюється з двох джерел. Симпатичні нерви – це гілки кількох сплетінь верхньо- та нижньобрижового, а також сліпокишкового; парасимпатичні – блукаючого нерву (правого). Це проілюстровано на рисунках 9 – 14.

Рис. 9. Варіанти розташування сліпої кишки.

1 – підпечінкове;
2 – здухвинне; 3 – тазове.

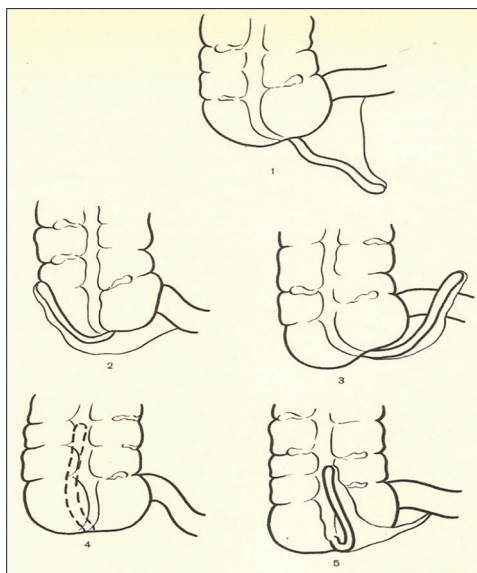


Рис. 10. Варіанти розташування червоподібного відростка відносно сліпої кишки.

1 – низхідне; 2 – бічне (латеральне); 3 – внутрішнє (медіальне); 4 – заднє (ретроцекальне, дорсальне); 5 – переднє (вентральне).

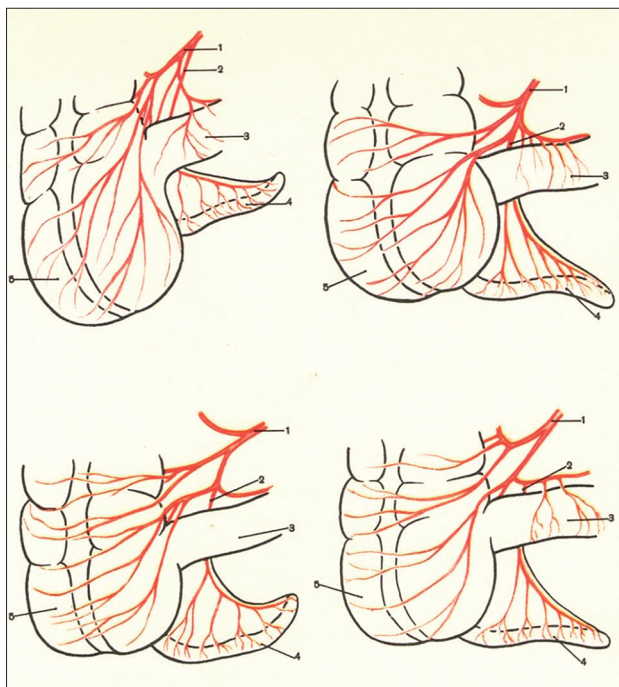


Рис. 11. Варіанти відходження а. appendicis vermiformis.

1 – а. ileocolica;
2 – а. appendicis vermiformis; 3 – ілеум;
4 – апендикс vermiformis;
5 – сліпа кишка.

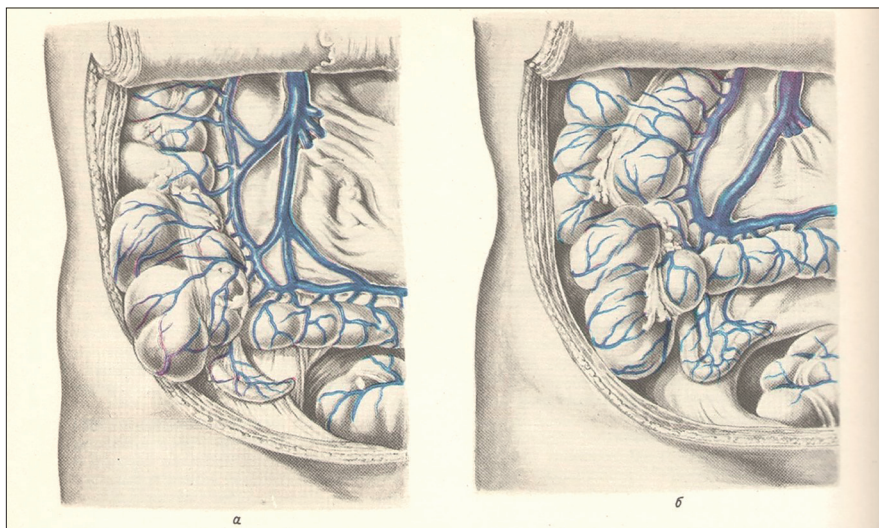


Рис. 12. Різноманітні форми здухвинно-ободової вени
(з атласу під ред. В.Н. Шевкуненка).

а – v. ileocolica має сітчасту будову, v. colica dextra впадає в v. mesenterica superior одним стовпчиком з v. ileocolica; б – v. ileocolica має магістральну форму.

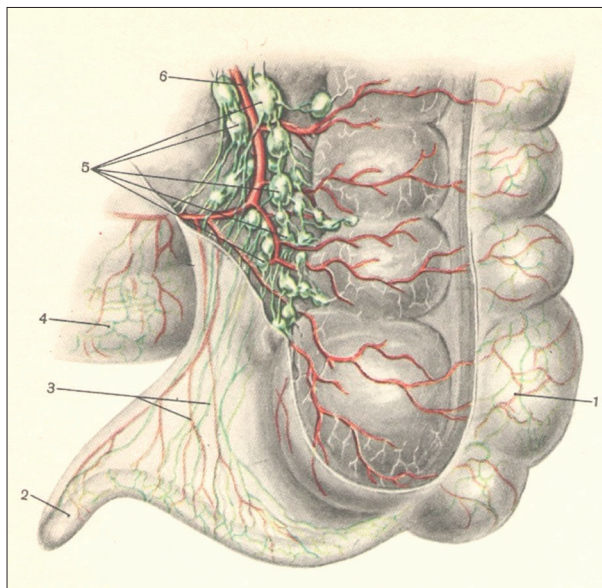


Рис. 13. Лімфатичні судини та вузли ілеоцекального кута (вид ззаду).

1 – Цекум;
2 – червоподібний відросток;
3 – лімфатичні судини брижі відсічку червоподібного відростка; 4 – ілеум;
5 – ілеоцекальні вузли; 6 – а. ileocolica.

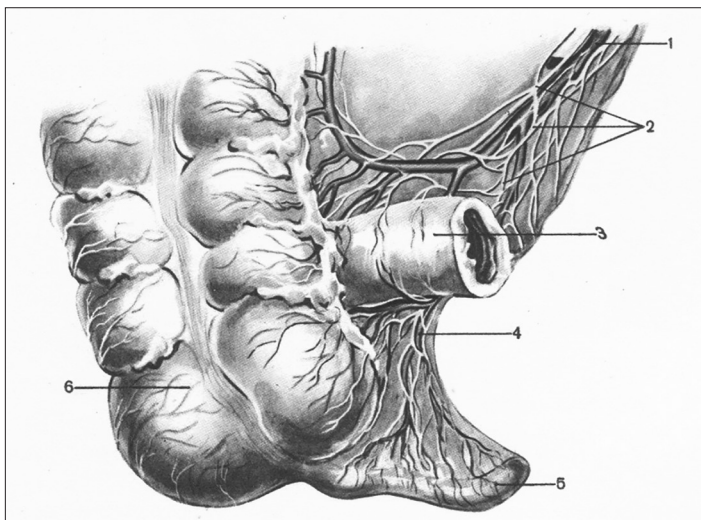


Рис. 14. Іннервація ілеоцекального кута.

1 – a. ileocolica; 2 – нервові гілки plexus mesenterici superioris; 3 – ileum;
4 – a. appendicis vermiformis; 5 – appendix vermiformis; 6 – caecum.

Розглядаючи червоподібний відросток, не можна не згадати його фізіологію. Як кажуть, у вчених розділились думки: деякі вважають його рудиментарним органом (недорозвиненим, зникаючим, втратившим свою функцію), інші, навпаки, відносять його до молодих органів, що тільки починають набирати свою силу і вже досить активно проявляють себе. Значна кількість хірургів взагалі про це не думають, легко зважуються на апендектомію при найменших проявах гострого апендициту. Саме друга група вчених, активно вивчаючи його функції, виявила наступне:

- секреторна функція: відросток виробляє до 5 мл секрету на добу, що має лужну реакцію і містить біологічно активні речовини;
- лімфоїдна система апендикса виробляє В-лімфоцити, основне джерело антитіл;
- слизова оболонка відростка містить лімфатичні фолікули, здатні впродовж хвилини(!) виробляти до 36000 лейкоцитів з кожного квадратного сантиметра поверхні;

- клітини Кульчицького, розташовані в слизовій, виробляють ряд пептидів для травлення;
- його власна функція – скорочувальна; не дуже виражені м'язові структури стінки періодично скорочуються, виштовхуючи вміст апендикса в сліпу кишку, де секрет відростка сприяє посиленню перистальтики сліпої та ободової кишок.

Отже, цей так званий «рудимент» має певну фізіологічну активність. Вона не є виключною, оскільки дублюється багатьма іншими структурами, тому після апендектомії достатньо легко і швидко компенсується.

Пам'ятайте:

«Зазвичай апендикс з'єднується із сліпою кишкою»

М. Бавич

1.4. Етіологія гострого апендициту

Питання етіології гострого апендициту розглядаються в різних монографіях та обговорюються на лекціях – традиція вимагає. Практичні хірурги мало цікавляться ними, перед ними стоять інші завдання – вчасно діагностувати захворювання і вчасно виконати операцію. Ми проаналізували близько 200 історій хвороб пацієнтів з гострим апендицитом, заповнених досвідченими хірургами. Не вдалося знайти жодної інформації, яка б розкрила причину розвиненого неспецифічного запалення. Тому ми перерахуємо етіологічні теорії, згадані в літературі:

- інфекційна теорія: збудник проникає в стінку відростка через слизову оболонку, і при підвищенні його вірулентності розвивається апендицит;
- теорія застою калових мас і «закритих порожнин»: калові маси затримуються в просвіті відростка, утворюють конкременти, які пошкоджують слизову оболонку з подальшим запаленням; те саме відбувається при відсутності

відтоку, але без утворення каменів – роль агресивного фактору виконує накопичений секрет з швидким розмноженням мікроорганізмів в ньому; близька до них теорія «перегинів»; теорія баугіноспазма;

- гематогенна теорія: мікроорганізми потрапляють в стінку відростка гематогенним шляхом, частіше це відбувається при ангінах, ГРВІ, пневмоніях і т. д.;
- ортико-вісцеральна теорія: патологічні імпульси, «бомбардуючи» відросток в підсумку, призводять до рефлекторного стійкого спазму судин і гладкої мускулатури, в результаті чого розвиваються судинні стази, набряк, запалення;
- аліментарна теорія: прийом білкової їжі (м'яса) постійно і у великих кількостях призводить до застою та посилення процесів гниття в товстій кишці, для мікрофлори якої потрібна клітковина;
- алергічна теорія: прийом їжі, багатої алергенами, може призвести до реакції типу феномена Артюса; інфекція в таких випадках є вторинною;
- теорія тромбозу артерій: в зоні тромбозу розвиваються ділянки ішемії та некрозу з подальшим приєднанням інфекції.

Дійсно, існують і інші теорії. Ймовірно, всі вони в тій або іншій мірі обґрунтовані. Практичному хірургу важко перевірити їх правильність, достовірність та отримати з них користь. Однак сумнівів вистачає – наскільки часто у вилучених відростках зустрічаються гельмінти? Чи часто апендикс деформований, розділений на окремі порожнини і т.д.? Чітко уявити собі справжні причини розвитку гострого апендициту в кожному конкретному випадку практично неможливо. Всі теорії, описані вище, дещо **одноманітні** та **неповні**, хоча описані причини можуть мати місце.

Дещо простіше випадки так званого **специфічного** запалення відростку, коли етіологічний фактор можна виявити. Це гельмінти (аскариди), найпростіші – амеби, балантидії, трихомонади та інші; грибки (актиномікоз і гістоплазмоз), черевний тиф, туберкульоз і інші.

Отже, як і в багатьох інших випадках, теорій багато, ясності мало. Зрозуміло, проблема потребує подальшого дослідження.

1.5. Патогенез гострого апендициту

Вище ми привели кілька теорій етіології гострого апендициту. Очевидно одне – діє багато факторів, що сприяють розвитку основного процесу – **інфекційного**, без якого не буває ні флегмонозного, ні гангренозного апендициту, а також його місцевих і загальних ускладнень – інфільтратів, абсцесів, місцевого і розповсюдженого перитоніту. Під їх впливом порушуються місцеві та загальні захисні механізми. Гнійні мікроорганізми проникають в різні шари стінки відростку. Приєднується ще один, на цей раз **вирішальний** фактор агресії – інфекційний. Запальна відповідь переходить на інший рівень. Поки сили захисту переважають, гострий апендицит залишається переважно **місцевим захворюванням**, всі зміни обмежуються відростком. Якщо агресивні фактори не вдається стримати, **запалення** стає **системним**, з усіма наслідками (детальніше – в наступних розділах). Єдине правильне рішення в цій ситуації – раннє (до розвитку ускладнень) видалення червоподібного відростку, переривання розвитку запальної реакції, забезпечення її зворотного розвитку. Ще раз згадаємо епізод з «Покровських воріт».

Щодо стадійності змін у червоподібному відростку, прив'язка стадій до часових рамок, що вимірюються годинами і днями, нас не переконує. Можна припуститися великої помилки. Добре відомі випадки тривалих клінічних проявів (кілька днів) простого апендициту та блискавичного розвитку гангренозного – протягом 2-3 годин від початку захворювання. Необхідно орієнтуватися на результати обстеження хворого, ретельний аналіз клінічних даних, терміни від початку захворювання не дають переконливих підстав для заспокоєння. Можливо, фази розвитку запального процесу існують і вони чітко змінюють одна одну – від ексудативного запалення до гангрені, але чітких часових рамок у них немає.

1.6. Патологічна анатомія гострого апендициту

При гострому апендициті патологоанатомічні (морфологічні) зміни у відростку оцінюються як мінімум двічі: перший раз це робить хірург під час операції візуально, другий – морфолог у лабораторії. На жаль, результати цієї оцінки не завжди збігаються. Це стосується, як правило, простих, або катаральних апендицитів, рідко який хірург у протоколі операції записує, що видалено незмінений відросток.

При простому (катаральному) апендициті червоподібний відросток дещо збільшений, напружений, набряклий. Серозний покрив блискучий, але в ньому розширені кровоносні судини, виявляються точкові субсерозні крововиливи. Іноді вдається пропальпувати, що знаходиться в просвіті відростка, калові «камінці», гельмінти (дуже рідко). Деякі хірурги при «блакитних» відростках досягають перерахованих ознак катарального апендициту розминаючи відросток між пальцями (що є, то є). При гістологічному дослідженні визначається набрякла слизова, численні точкові крововиливи в стінках, розширені судини, наліт фібрину в серозному шарі, лейкоцитарна інфільтрація підслизового шару.

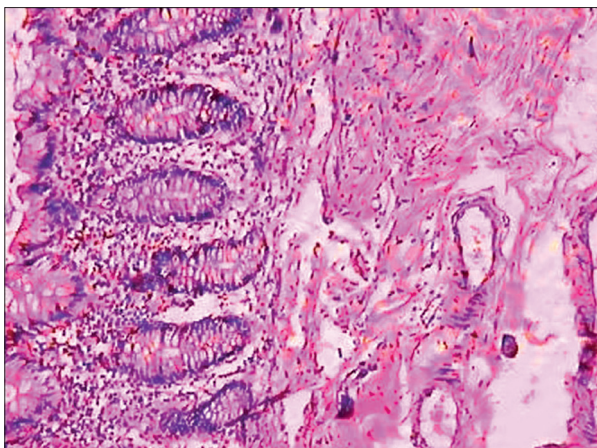


Рис. 15а. Патоморфологічне зображення катарального апендициту (Фото з інтернету).

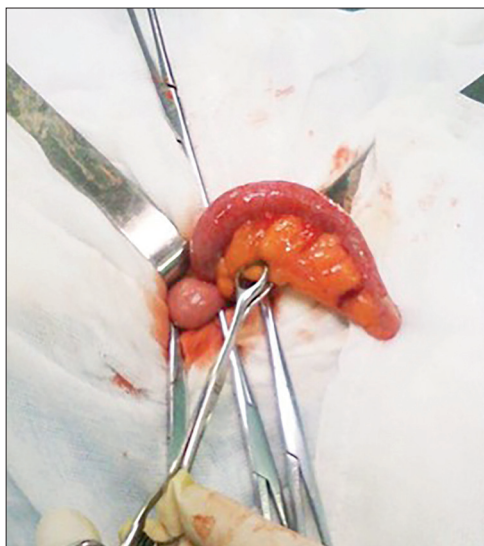


Рис. 156. Макропрепарат катарального апендициту
(Фото з інтернету).

При флегмонозному апендициті патоморфологічна картина більш виразна: сам відросток різко збільшений, вкритий матовою слизовою з вираженими фібринозними нальотами, синюшній. Змінена і брижа – вона також набрякла, збільшена, має нальоти фібрину. Фібрин може бути і на сусідніх органах – петлях здухвинної кишки, кишеньях великого чепця. В правій здухвинній ділянці можуть бути каламутні виділення. Такі самі виразні зміни фіксує і гістолог: шари стінки не мають чітких меж і струк-

турування, набряклі, багрова слизова з численними виразками, крововиливами, лейкоцитарною інфільтрацією всіх шарів, слизова оболонка ціла, «тримає форму», покрита фібрином.

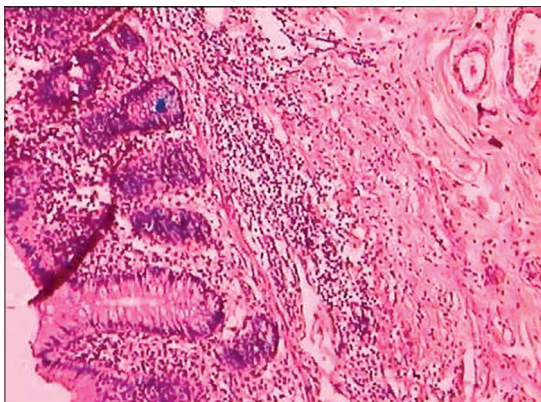


Рис. 16а. Патоморфологічна картина флегмонозного апендициту
(Фото із інтернету).



Рис. 166. Макропрепарат флегмонозного апендициту
(Фото із інтернету).

При гангренозному апендициті зовнішній вигляд апендикса не залишає сумнівів: він різко потовщений, напружений, місця найглибшого некрозу м'які на дотик; має потужний наліт фібрину; дуже неприємний запах; колір такий самий – чорно-багрово-зелений. Таке саме відбувається і з брижею – набрякла, покрита фібрином, судини не пульсують. При гістологічному дослідженні – загальний некроз слизової оболонки, некроз інших шарів стінки, гнійна інфільтрація.

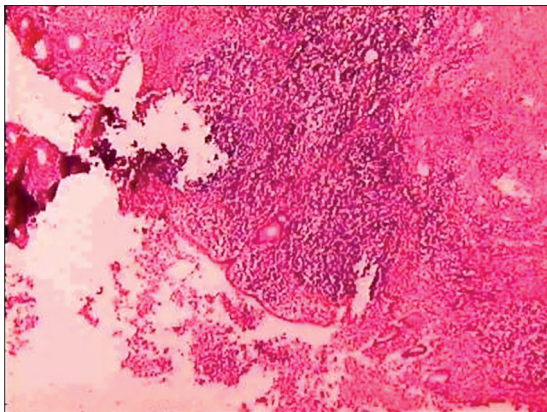


Рис. 17а. Патоморфологічна картина гангренозного апендициту
(Фото із інтернету).

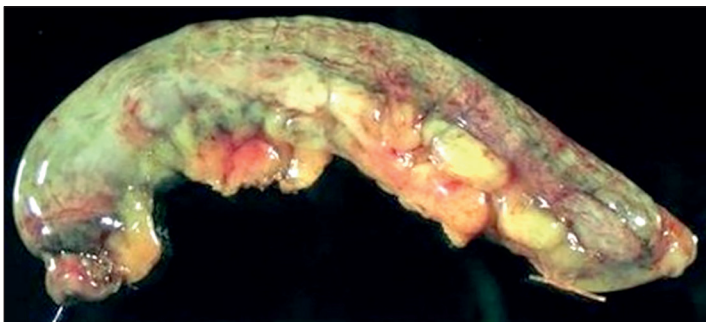


Рис. 176. Макропрепарат гангренозного апендициту
(Фото із інтернету).

Так, ми вже писали, що візуальна оцінка не завжди збігається з думкою гістолога. Важливо не забути включити у виписний епікриз висновки останнього.

1.7. Класифікація гострого апендициту

Запитання виявилось не таким простим, як здавалося на перший погляд. Ми проглянули цілий ряд монографій, присвячених невідкладній хірургії черевної порожнини та гострому апендициту і ... не виявили двох однакових класифікацій. У монографії В.А. Проніна та В.В. Бойка їх наведено 12, а також одна власна. Серед них є класифікації таких відомих хірургів, як Мак-Бурнея, В.П. Образцова, М. Вейнберга, Зонненбурга, Цеге-Мантейфеля, Г.В. Шора, Н.Н. Еланського, В.І. Колесова та інших. Деякі з них прості, інші занадто громіздкі, треті змішують в одне різні класифікаційні ознаки – клінічні, морфологічні, часові і т. д. – без групування, «в розбіжності». Класифікація повинна бути зрозумілою, простою, відповідати потребам практичного хірурга. На наш погляд, у класифікації повинні відображатися основні критерії морфологічних змін у відростку, а також перераховані ускладнення гострого апендициту. Цього достатньо, щоб отримати об'єктивне уявлення про ситуацію. У зв'язку з цим ми користуємося наступною класифікацією:

I. За характером морфологічних змін:

- простий (катаральний);

- флегмонозний;
- гангренозний.

II. За поширеністю патологічного процесу:

- неускладнений;
- ускладнений:

1. перфорацією;
2. апендикулярним інфільтратом (рухливим, щільним);
3. периапендикулярним абсцесом;
4. місцевим (обмеженим, необмеженим) перитонітом;
5. розлитим перитонітом;
6. механічною кишковою непрохідністю;
7. іншими ускладненнями: заочеревинною флегмоною, пілефлебітом, абсцесами черевної порожнини, гострими виразками ШКТ з перфорацією або кровотечею та іншими.

Ця класифікація не потребує особливих пояснень, ми користуємося нею протягом кількох десятиліть – вона ніколи нас не підводила.

Наведемо ще два підходи. Перший – з книги «Наглядна хірургія» Грейс і Борлей, Ірландія, Англія. Автори ділять гострий апендицит на флегмонозний та ускладнений – з перфорацією, утворенням інфільтрату, абсцесу, перитоніту. Просто й зрозуміло. Другий – із «Стандартів надання невідкладної допомоги хворим із хірургічною патологією органів черевної порожнини та грудної клітки» (Київ, 2008). Гострий апендицит розділяється:

I. За формою запалення:

- простий;
- флегмонозний;
- гангренозний.

II. За ускладненнями:

- периапендикулярний інфільтрат;
- периапендикулярний абсцес;
- локальний перитоніт;
- розповсюджений перитоніт;
- пілефлебіт.

Так, в основі всіх цих класифікацій лежать морфологічні ознаки та ускладнення, що розвиваються, але при формуванні діагнозу список може бути значно розширений.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З ГОСТРИМ АПЕНДИЦИТОМ

Діагностика апендициту може бути дуже простою і швидкою, а може, завдяки атиповості клінічної картини, стати складною, важкою, затягнутою у часі. Головне в діагностичному процесі – це наполегливість і послідовність дій, його можна завершувати тільки у двох випадках – при підтвердженні діагнозу або його виключенні, причому – надійному. До прийняття остаточного рішення хворий повинен знаходитися постійно в полі зору хірурга. Нехтування цього правила нерідко призводило до тяжких помилок і наслідків.

«Bene dignoscitur, bene curatur»

Найважливіші питання, на які під час діагностики повинен відповісти хірург:

- чи є у пацієнта гострий апендицит?
- чи розвинулися ускладнення гострого апендициту?
- якої передопераційної підготовки потребує пацієнт?
- який метод знеболення обрати?
- яким способом оперувати – традиційним (відкритим) чи за допомогою малоінвазивних технологій (лапароскопічно)?

Традиційно обстеження починають з опитування хворого. Перше завдання – розташувати до себе пацієнта, вселити йому довіру, зняти психологічне напруження, почуття страху. Останнє відчуває більшість пацієнтів. Як говорив один старий хірург: «нічого не боятися тільки психічно хворі люди...».

Необхідно зібрати **детальний анамнез життя та даного захворювання**: чим страждає пацієнт; як лікується; чи перебуває під динамічним спостереженням у фахівців; чи були операції на органах черевної порожнини – коли, які, планові або екстрені. Особливо важливий анамнез захворювання, яке привело паці-

єнта до приймального відділення: початок; послідовність появи скарг, динаміка їх розвитку; чи займався пацієнт «самолікуванням» – що приймав і з яким ефектом. Опитування необхідно проводити активно – знаючи клініку гострого апендициту, хірург повинен задавати «навідні» питання – нічого не повинно бути втрачено. Кожна скарга пацієнта повинна бути ретельно деталізована, «розшифрована» – **дрібниць немає!**

Уже під час опитування досвідчений хірург, як правило, приходить до певного висновку. Залишається тільки грамотно підтвердити його або відкинути.

Після опитування приступають до **огляду пацієнта**. Оцінюють вираз обличчя, положення тіла, ходу. Як правило, легко визначити почуття тривоги, блиск очей, гіперемію або блідість щок. При розвитку перитоніту спостерігається «обличчя Гіппократа». При деструктивних апендицитах пацієнт намагається (лежачи на кушетці) зайняти позу, при якій зменшується інтенсивність болю – лежачи на спині, на правому боці, притискаючи при цьому до живота зігнуті в колінах ноги. При ходьбі характерні зміни в ході – тулуб нахилений вперед і вправо, рука притиснута до правої клубової області, відзначається кульгавість на праву ногу (частіше при ретроцекальному та заочеревинному розташуванні відростка).

Провівши загальний огляд, уважно вивчають живіт. Оцінюють наявність на передній черевній стінці післяопераційних рубців (або їх відсутність), форму живота (здуття, симетричність, участь у акті дихання).

Далі переходимо до **фізикального обстеження**. Перший і найважливіший інструмент хірурга – його руки. Про них написано багато – і «золоті», і сильні, і ніжні, і чутливі, і... З їх допомогою дійсно можна отримати дуже цінну інформацію. На жаль, все менше і менше хірургів вміло користується даним інструментом, а марно. Покладання на сучасні інструментальні методи обстеження – УЗД, КТ, МРТ і т.д. – часто призводить до непотрібного витрачання як дорогоцінного часу, так і коштів. Крім того, це віддаляє хірурга від пацієнта, знижує рівень його компетентності.

Зазвичай ми починаємо з підготовки рук до обстеження – вони повинні бути теплими і сухими.

Перкусія – дуже корисний і інформативний метод. В нашому переліку – це перший. Перкусія – швидкий, поверхневий спосіб обстеження, який не викликає відповідної реакції пацієнта, що часто трапляється при пальпації, особливо глибокій. Спочатку необхідно проперкутувати (простукати) всю поверхню живота, скласти уявлення про характер, відтінки перкуторного звуку над усіма його ділянками, фіксуючи в пам'яті локалізацію ділянок тимпаніту і приглушення – їх розташування, поширеність, зміщуваність при зміні положення тіла. Заодно перкутують і грудну клітку – там може бути плевральний випіт.

Пальпація живота. Виконана «старими», досвідченими хірургами – це справжній ритуал. Перед початком дослідження вони просили пацієнта добре відкашлятися. І не дарма. Хворі з гострим апендицитом, особливо ускладненим перитонітом, кашляють «поверхнево», обережно, тримають при цьому живіт руками – будь-яке поштовхування призводить до підвищення внутрішньочеревного тиску і, звичайно ж, до збільшення болю. Далі необхідно попросити хворого чітко вказати на місце локалізації болю. Після цього починають пальпацію. Вона проводиться у **два етапи**. Спочатку всією поверхнею долоні м'яко, обережно, поверхнево, з боку від місця найбільшої болючості, послідовно, методично пальпують живіт, поступово наближаючись до болючої точки. Таким чином обстежують всю поверхню передньої черевної стінки, отримавши попереднє уявлення про патологічний процес. На другому етапі тиск долоні (не кінчиків пальців!) на передню черевну стінку посилюють, повторюють «маршрут» першого етапу. Зупинитися «на перерву» потрібно тоді, коли з'являється посилення болей. Треба дати їм заспокоїтися, і лише після цього продовжити обстеження. Таким чином визначають ділянки напруги м'язів передньої черевної стінки, виявляють конгломерати і так далі. Якщо передбачається подальше спостереження, підозрілі зони можна позначити на шкірі (шариковим олівцем).

Заодно пальпують всі ділянки можливої локалізації кил – пупкових, інгвінальних, стегнових і т. д.

Ще один важливий метод мануального обстеження – **пальцеве дослідження прямої кишки**. При гострому апендициті

воно обов'язкове! У жінок проводять вагінальне обстеження. Позиція пацієнта – лежачи на спині з підігнутими у кульшових і колінних суглобах кінцівками, на правому або лівому боці з підтягнутими до живота ногами. Перед дослідженням надівають гумову рукавичку, вказівний палець змащують теплим вазеліном. Пальцеве дослідження прямої кишки необхідно проводити з обережністю, повільно – потрібно дати час сфінктерам розслабитися. Після введення пальця на деякий час слід зупинитися, пацієнт повинен до нього звикнути, розслабитися. Пальпуючи стінки ампули прямої кишки можна виявити інфільтрат в параректальній клітковині, звуження прямої кишки, визначити стан передміхурової залози, при ускладненому апендициті – інфільтрат, рідину в Дугласовому просторі, болючість та нависання стінки кишки. В жінок огляд завершують бімануальним дослідженням, вводячи вказівний палець другої руки через піхву.

Схожа методика використовується і для **вагінального дослідження**. Краще це доручити гінекологові. Він, крім того, збере гінекологічний анамнез, кваліфіковано оцінить стан жіночих статевих органів, захворювання яких часто або симулюють клініку гострого апендициту, або викликають у ньому вторинні зміни.

Дуже корисна при діагностиці ускладнень гострого апендициту **аускультация живота**. Знаючи «аускультативну картину» здорового живота, можна за її змінами, «відтінками звучання» досить точно передбачити діагноз. При розлитому перитоніті у реактивній фазі можливе її посилення, у токсичній – гостре ослаблення, аж до зникнення. Те саме відбувається при розвитку низької злукової тонкокишкової непрохідності, коли її причиною стають спайки або змінений appendix самостійно, або в складі інфільтрату.

Традиційно при першому обстеженні проводять дослідження периферичної крові, ЕКГ, біохімічні дослідження, **вимірюють частоту пульсу і температуру – в пахвовій впадині та прямій кишці, внутрішньочеревного тиску**. На останніх зупинимось докладніше.

Частота пульсу – дуже важливий показник. Він реагує на будь-яке запалення в черевній порожнині **раніше, ніж інші**, зокрема при

гострому апендициті, проявляючись тахікардією. Дуже корисно поєднувати його з вимірюванням температури, як у паховій ділянці, так і в прямій кишці. Виявлено наступні закономірності:

- підвищення температури тіла на 1°C призводить до збільшення частоти серцевих скорочень на 10 ударів на хвилину; при гострому апендициті це співвідношення змінюється, приріст ударів на хвилину більше 10;
- під час вимірювання температури тіла в паховій впадині та прямій кишці у здорових людей отримують різні результати: в прямій кишці вона приблизно на 1°C вище. Збільшення цієї різниці на користь ректальної свідчить про можливу появу гострого апендициту.

Згадаємо також лабораторні дослідження крові. У хворих на гострий апендицит виявляється лейкоцитоз, прискорена ШОЕ, «зміщення формули вліво». Багато хірургів розраховують лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) за Я.Я. Кальф-Каліфу. Існують і інші тести. Проте слід пам'ятати: специфічних показників у лабораторних дослідженнях при гострому апендициті немає. Клінічні дані набагато важливіші. Говорячи про них, не можна не згадати про так звані «апендикулярні симптоми». Їх багато. Автори деяких монографій наводять по 30-40, і цей список далеко не повний. І всі вони за прізвищами авторів. Проштовхуючись через нього, не припиняєш дивуватися – скільки хірургів протягом всіх років хірургії гострого апендициту «приклали до цього року». Але слід пам'ятати:

«Точність доказів не в їх кількості, а в їх якості»

Латинське прислів'я

«Люди охоче вірять у те, у що бажать вірити»

Ю. Цезарь

«Симптоми повинні не підраховуватись, а зважуватись»

Е. Пайр

Тих хірургів, які бажають ознайомитися з повним переліком апендикулярних симптомів, ми направляємо до монографії А.А. Проніна та В.В. Бойка «Патологія червоподібного відростка та апендектомія». Автори виконали велику роботу, список симптомів займає 10 сторінок тексту. Засвоївши всі вказані симптоми, можна збити з пантелику будь-якого досвідченого хірурга запитанням (наприклад): «...а що на рахунок симптома Ландуа, або Маннаберга, або Пейсаха...». І це не жарт. На кафедрі одного з авторів монографії проходив підготовку клінічний ординатор Б. Він захоплювався назвами операцій і симптомів за іменами авторів, і в кінці кожної лекції задавав професору запитання, подібне до вищезазначеного. В перший раз професор збентежився, а потім також ввів собі за правило – записував запитання і відповідав на нього на початку наступної лекції. Це тривало 2 роки. Результат також передбачуваний – після ординатури направлення в гарнізонний госпіталь.

Досвідчені хірурги також не прагнуть засвоїти весь список. Вони користуються кількома симптомами, перевіреними їх досвідом, і пам'ятають, що з використанням лише симптомів неможливо з достовірністю на сто відсотків встановити діагноз гострого апендициту, визначити відмінності між окремими його формами. Все оцінюється в комплексі.

Ми також користуємося декількома традиційними для наших клінік симптомами:

- **симптом Щоткіна-Блюмберга:** при натисканні на живіт в правій здухвинній ділянці біль посилюється, а потім послаблюється; при раптовому піднятті руки вона різко посилюється – від несподіваності деякі хворі вигукують;
- **симптом Ровзинга:** виконується двома руками; лівою рукою натирають на сигмоподібну кишку в лівій здухвинній ділянці, а правою в проекції низхідної кишки роблять кілька поштовхоподібних рухів, під час яких збільшуються болі в правій здухвинній ділянці;
- **симптом Ситковського:** хворий протягом 1-2 хвилин лежить на спині, потім швидко перевертається на лівий бік – біль в правій здухвинній ділянці посилюється;

- **симптом Воскресенського:** лежачому на спині хворому опускають сорочку донизу, натягують; під час ковзного руху долоні вниз біль в правій здухвинній ділянці посилюється;
- **симптом Бартомье-Міхельсона:** хворого кладуть на лівий бік; при глибокій пальпації правої здухвинної ділянки біль посилюється;
- **симптом Образцова:** хворий у положенні лежачи на спині; долонею натискають в правій здухвинній ділянці; біль посилюється, а потім слабшає; при підніманні випрямленої правої ноги вона різко збільшується;

Є і інші, але перелічених досить.

І ще один показник – **величина внутрішньочеревного тиску**. Він сигналізує про компартмент-синдром, що розвивається, ознака ускладненого перебігу гострого апендициту розлитим перитонітом. Нажаль, не всі клініки використовують його в динамічному спостереженні навіть у відділеннях інтенсивної терапії та реанімації при поставленому сечовому катетері, а даремно. Методика дуже проста. Потрібно мати катетер Фолея та лінійку. Сечовий катетер від'єднують від сечоприймача, у сечовий міхур вводять приблизно 50 мл фізіологічного розчину, термінальний кінець катетера піднімають вгору, перпендикулярно лежачому пацієнту і ліжку. За допомогою лінійки вимірюють висоту стовпця рідини в катетері від передньої верхньої ості здухвинної кістки. Отримують величину внутрішньочеревного тиску в см водяного стовпа, перемножуючи на коефіцієнт рівний 0,735, отримують значення в мм ртутного стовпа. В нормі цей показник складає від 0 до 5 мм.рт.ст., при інтраабдомінальній гіпертензії – 12 мм.рт.ст. і вище, при синдромі абдомінальної компресії – понад 20. Визначення інтраабдомінального тиску корисно як для первинної діагностики, так і в післяопераційному періоді для оцінки ефективності проведеного лікування.

Крім клінічних методів, описаних вище і доступних кожному хірургу, які не потребують залучення інших спеціалістів, матеріальних витрат і спеціального обладнання, існує ще цілий ряд спеціальних методів, які використовують у склад-

них випадках діагностики, зазвичай, при атипівій клініці або ускладненнях.

Рентгенографія (-скопія) – це найбільш традиційний і масовий метод діагностики у невідкладній абдомінальній хірургії. Переважна більшість хворих з гострим апендицитом все-таки обходяться без нього. Рентгенологічне дослідження призначають скоріше не для встановлення (підтвердження) гострого апендициту, а для виключення інших, конкуруючих у процесі диференційної діагностики захворювань – перфоративної виразки шлунка або дванадцятипалої кишки, гострої кишкової непрохідності і т.д. Причина проста: для діагностики апендициту метод абсолютно неспецифічний – червоподібний відросток без застоювання контрасту **не візуалізується**, патогномонічних симптомів його запалення немає. У минулому ми проводили аналіз рентгенограм хворих з підтвердженим на основі комплексного підходу до діагностики діагнозом гострого апендициту. Які ознаки можуть допомогти припустити запалення червоподібного відростка?:

- виявлення у передбачуваному місці розташування червоподібного відростка тіней кальцинованих апендиколітів (конкрементів), розміщених або компактно – при «цілому» апендиксі, або «розкидано» – у правому бічному каналі, порожнині малого тазу, тощо – при перфорації та руйнуванні стінки;
- щільна локальна тінь у правому здухвинному відділі – між бічною стінкою черева та сліпою кишкою, або поширена у напрямку малого тазу, свідчить про можливе формування інфільтрату або абсцесу; при виявленні на тлі тіні дрібних множинних бульбашок газу логічно припустити наявність анаеробної флори (газоутворюючої); інфільтрат або абсцес можуть зміщувати сліпу та висхідну кишку, а також сечоводи; пневмоперитонеум при перфоративному апендициті надзвичайна рідкість – в умовах гострого набряку слизової та інших шарів стінки просвіт відростка відсутній, а сполучення з порожниною сліпої кишки надійно перекрите;

- локальний пневматоз сліпої та сусідніх петель здухвинної кишки свідчить про деструктивний апендицит та формування пухкого або щільного апендикулярного інфільтрату;
- роздуті петлі тонкої кишки з рівнями рідини у них, відсутність перистальтики, рідина в порожнині малого тазу дозволяють припустити розвиток розлитого перитоніту.

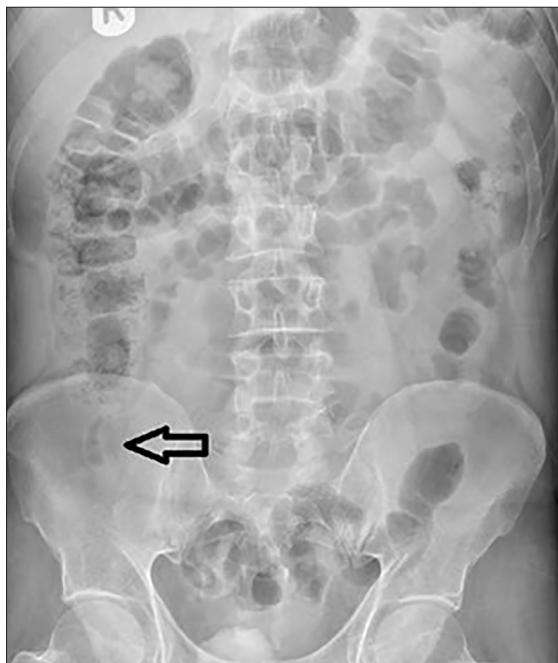


Рис. 18. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини
(Фото із інтернету).

Так, ці ознаки можуть допомогти підтвердити або відхилити підозру на гостре запалення додатка, коли їх враховують разом з результатами клінічного обстеження та іншою інформацією.

Ультразвукове дослідження широко застосовується у діагностиці гострого апендициту через доступність та поширеність на ринку апаратів УЗД. Навіть якщо незмінений апендикс (без конкрементів) не візуалізується на УЗД, поява його на екрані

вже свідчить на користь гострого апендициту, оскільки він стає видимим при запаленні. Велику роль відіграє досвід та кваліфікація спеціаліста. Важливо не лише розпізнати апендикс, але й оцінити його з різних ракурсів, маніпулюючи датчиком. Запалений апендикс, як правило, є набряклим, жорстким, з діаметром близько 10 мм або більше. На поперечному перерізі він має багатоварову структуру з чергуванням гіпо- та гіперекогенних ша-

рів, значно збільшених через інфільтрацію. Це дозволяє фахівцям УЗД порівнювати «картинку» з мішенню для стрільби або «бичим оком». При розвитку деструктивних процесів, некрозів, це шарування зникає. Крім того, за допомогою УЗД можна виявити накопичення рідини – обмежені та вільні в черевній порожнині, набряклі ділянки кишківника.

Останнім часом в діагностиці гострого апендициту широко використовується **ендосонографія** (ендо УЗД). Ректальні та вагінальні датчики дозволяють повністю оцінити ситуацію в порожнині малого тазу та правій здухвинній ямці.

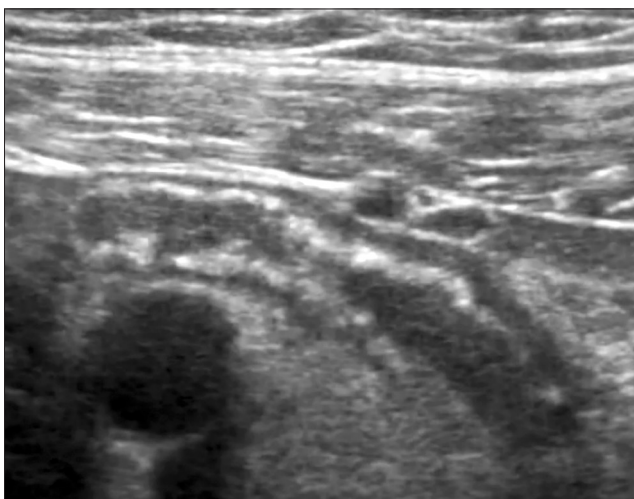


Рис. 19. УЗД гострого апендициту

Комп'ютерна томографія є останнім варіантом у діагностиці гострого апендициту серед неінвазивних методів. Вона застосовується, коли всі вищезазначені методи не дозволили прийти до остаточного висновку, і лікар-хірург вимушений приймати радикальне рішення – виконання лапаротомії, проте з якихось причин вона є небажаною. Саме за її допомоги можна обґрунтовано відмовитися від операції, уникнути неприємностей, пов'язаних з її виконанням. Крім того, КТ досить зручна – сучасні швидкі сканери працюють майже миттєво, затримка виникає через необ-

хідність введення *per os* контрасту (за 1 годину до дослідження). Хірург в нічний час може отримати інформацію, яку не в змозі у такому обсязі і якості надати всі інші методи обстеження – вільний газ і рідина в черевній порожнині, запальні зміни, тканинні шари порожнистих органів, конкременти, пухлини тощо. Це стосується і червоподібного відростка. Добре видно запалений червоподібний відросток (більше 6 мм у діаметрі), стан його стінок, наявність у просвіті конкрементів, збільшення товщини стінки сліпої кишки, абсцеси з вмістом та стінками, рідину в малому тазу або в черевній порожнині між петлями тонкої кишки, флегмонозні зміни в підбрюшному просторі та передній черевній стінці тощо. При цьому є одна надзвичайно важлива обставина (як і при рентгенологічному дослідженні, УЗД) – хірург повинен бути присутнім під час обстеження, спільно з «комп'ютерником» обговорювати отримані зображення, з'єднувати та аналізувати дані «живої анатомії» з клінічним зображенням, забезпечуючи таким чином ефективність «синдрому взаємного збагачення».



Рис. 20а. КТ гострого апендициту



Рис. 20б. КТ гострого апендициту

Отже, очевидний висновок – діагностика гострого апендициту може бути дуже складною і вимагати використання різних діагностичних методів, перелік яких досить «важкий». Важливо майстерно, грамотно володіти усіма цими засобами, пам'ятаючи про головний фактор успіху діагностики та лікування – час. Кожна марно витрачена хвилина може призвести до тяжких наслідків.

РОЗДІЛ 3

КЛІНІКА ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

Починаємо цей розділ із висловлювання класика невідкладної абдомінальної хірургії Г. Мондора: «...нам потрібно навчитися говорити не про «апендицит», а про «апендицити», оскільки саме до цього захворювання більше, ніж до будь-якого іншого, вірна формула: існують хворі, а не хвороба. Завжди розраховувати на однакову картину і дотримуватися певної схеми – це означає приректи себе в багатьох випадках на сліпоту...» Непередбачуваність чатує на хірурга на кожному кроці. Кожен, хто постійно має справу з хворими на гострий апендицит, легко згадає випадки не співпадіння результатів діагностичних заходів і висновків з реальною картиною, яка виявлялася під час операції. Скільки разів ми йшли на операцію з твердим переконанням, наприклад, про тазове, ретроцекальне, підпечінкове і т. д. розташування відростка, а знаходили його на традиційному місці і навпаки; скільки разів припускали деструктивні зміни у відростку, а виявляли «з натяжкою» катаральний апендицит; скільки разів гангренозно-перфоративний апендицит обмежувався місцевими змінами в правій здухвинній ділянці, а флегмонозний призводив до розлитого перитоніту і т. д. і т. п. Суворий паралелізм між клінікою та морфологічними змінами у зв'язку з цим краще розглядати не як правило, а як виняток. Тому головне завдання хірурга – **якнайшвидше розпізнати наявність у хворого гострого апендициту як такого, без особливого зволікання**, і прийняти єдине правильне рішення про операцію, також **без зволікання** – «... майбутнє гострого апендициту не може бути передбачене...» (Г. Мондор). Кожний гострий апендицит створює сукупність клінічних проявів, в яких потрібно розібратися. Зупинимося на характеристичні основних клінічних проявів гострого апендициту.

Біль. Це **ранній і постійний** симптом більшості випадків апендициту. Безболісні форми можна вважати винятками, свого роду артефактами. У деяких пацієнтів болі можуть передувати

вати так звані симптоми-попередники, такі як загальна слабкість, втома, втрата апетиту, важкість в епігастрії, неприємні відчуття в правій здухвинній ділянці при ходьбі тощо. Всі вони об'єднуються терміном «дискомфорт», пацієнтові зрозуміло, що щось не так, щось змінилося, але що саме – невідомо. Проте найчастіше захворювання починається саме з появи болю у животі. Біль може локалізуватися в різних областях – в правій здухвинній ділянці, в епігастральній ділянці і ділянці пупка, в попереку, в паху, в правому підребер'ї, навіть у лопатці.

Цей біль може мати різний характер: колючий, ріжучий, тупий, тягнучий, гострий. Один з пацієнтів описав його так: «... таке враження, ніби в животі гаряча праска...». Від місця розташування біль може іррадіювати – в поперек, у тазову ділянку, стегно і т. д. Біль може мати як чітко локальний характер (його можна вказати пальцем), так і розлитий (дифузний). Останній варіант часто вводить хірургів в оману – саме розлитий характер болю схиляє їх на користь харчових розладів. Проте з часом він переміщується на своє законне місце, що дуже радує хірургів, особливо молодих, які з задоволенням констатують у пацієнта симптом Кохера – біль з епігастрії перейшов у праву здухвинну ділянку. У цьому також є елемент щастя – добре, якщо це сталося ще до госпіталізації. Адже багато хворих з болями в епігастрії або направляються додому, або в відділення гастроентерології. Перевірити себе просто: **апендикулярні болі в епігастрії під час пальпації не посилюються або навіть не відчуються, а при пальпації в безболісній правій здухвинній ділянці – з'являються.**

Висновок з цього розділу простий – болі при апендициті характеризуються величезним поліморфізмом і відрізняються в кожного пацієнта. У зв'язку з цим порада проста – при будь-яких болях у животі можна висловлювати різні припущення про їх походження, але серед усіх варіантів на **першому місці повинен бути гострий апендицит**. Ніколи не відправляйте пацієнтів додому, не госпіталізуйте їх у терапію, не розібравшись до кінця. Наслідки помилки можуть бути різними – як для пацієнта, так і для хірурга, а **розвиток недіагностованого апендициту непередбачуваний!** Теорії про поступовий, поетапний розвиток

запального процесу, особливо з часовими проміжками в 10-12 годин для кожної фази, на наш погляд, глибоко неправильні, вони розслабляють хірурга, переконують його в тому, що поспішати немає куди. Все може статися дуже швидко, протягом 1-2 годин від початку захворювання. Приведемо один приклад з досвіду авторів: «У приймальне відділення була доставлена жінка 28 років із скаргами на тупі, ниючі болі в правій здухвинній ділянці. Болі з'явилися приблизно за одну годину до госпіталізації на тлі повного здоров'я. Появу болісних відчуттів пацієнтка пов'язувала з ударом в живіт. Після роботи, вдома, вона лягла відпочити. По спинці дивану повзав її однорічний син. Не втримавшись, він впав їй на живіт. З'явилися болі, відчуття тривоги. При пальпації живота визначалась чітка болючість в правій здухвинній ділянці, позитивні апендикулярні симптоми, включаючи подразнення черевної порожнини. Діагноз не викликав сумнівів. Довелося проявити наполегливість, переконати пацієнтку госпіталізуватися і погодитися на операцію. **Через 2 години від початку захворювання на операції був виявлений гангренозний апендицит.** Не хочеться думати про те, що сталося б, якби хірург зупинився на діагнозі «забій передньої черевної стінки», встановленим пацієнткою, і відпустив її додому».

Ще один приклад: «... у приймальне відділення клініки був доставлений пацієнт, 16 років, із діагнозом харчове отруєння. Зі слів батька, великого міського посадовця, на дачі син з'їв банку рибних консервів, у компанії однолітків, після чого з'явилась загальна слабкість, нудота, блювання, розлиті болі по всьому животу. «На всякий випадок» батько привіз сина до клініки. Черговий терапевт із попереднім діагнозом погодився, але проконсультувався з молодим хірургом. Той оглянув хворого, підтвердив припущення колеги, хоча і записав, що при пальпації найбільша болючість зафіксована в правій здухвинній ділянці. За проханням родичів пацієнта відпустили, і він відправився на дачу – догулювати вихідні. Через тиждень «розгорнулась» буря – через два дні після огляду у приймальному відділенні хворий був доставлений до іншого лікувального закладу із діагнозом «розлитий перитоніт, токсична фаза, поліорганна недостатність», а ще через 5

днів він помер. Підсумок – міська комісія по вивченню летальних наслідків і подальше звільнення хірурга.»

«Хірурги! Будьте уважними»

майже за Ю. Фучиком

Нудота і блювання – досить часті симптоми гострого апендициту, зустрічаються у 50 – 70% хворих. На початку захворювання вони мають чисто рефлекторний характер, причина – подразнення блювотного центру. Блювання у хворих з неускладненим апендицитом, як правило, одноразове. При ускладненому перебігу (локальний і розлитий перитоніт, динамічна і паралітична кишкова непрохідність) вона має зовсім інший характер, її причини – інтоксикація, парез і параліч кишківника.

Сухість в роті – ознака дегідратації, що розвивається внаслідок інтоксикації, особливо часто у хворих з деструктивними формами апендициту, ускладненими перитонітом.

У деяких хворих визначаються симптоми, характерні для захворювань інших органів, більше того – вони домінують у клінічній картині уводячи хірургів від правильного діагнозу.

Дизуричні прояви – імперативні, часті позиви на сечовипускання. Потрібний ретельний анамнез щодо послідовності їх появи. Незважаючи на їх прояви, вдається все ж з'ясувати, що їм передували болі в правій здухвинній ділянці, внизу живота, нудота, одноразове блювання, підвищення температури, загальне нездужання. Більшість авторів пов'язують появу дизуричних проявів з тазовим розташуванням запального відростка, його контактом з сечовим міхуром, з впливом на нього випоту, що накопичився в порожнині малого тазу.

Діарея. Нетипово для гострого апендициту. Частіше все ж відмічається затримка стільця і газів. Але подразнення прямої кишки деструктивно зміненим відростком, випотом, загальна інтоксикація і розвиток ентеральної недостатності виводить діарею на перше місце – у хворих з'являються розлиті болі по всьому животу, печія, частий рідкий стілець, тенезми, слиз і навіть домішки крові в калі.

Гіпертермія не є характерною для більшості хворих на гострий апендицит. Вона як правило рідко перевищує 38°C, і то пов'язана з деструктивними формами або розвиненими ускладненнями – інфільтратами, перитонітом, абсцесами. Але у деяких випадках захворювання проявляється підвищенням температури до 40°C і вище. Починається швидкий пошук причин – пневмонії, пієліту та інших. Вихід – **пам'ятати про апендицит!**

Симптоми захворювань жовчовивідних шляхів розвиваються при високому розташуванні сліпої кишки з відростком, верхівки довгого відростка, які подразнюють жовчний міхур при своєму запаленні. У таких випадках з'являються симптоми печінкової коліки і гострого холециститу.

Отже, аналізуючи розділ, присвячений клініці гострого апендициту, знову звертаємо увагу на багатогранність цього захворювання, що вимагає від хірурга максимальної концентрації при постановці діагнозу. Згадується казка про доброго доктора Айболіта. По дорозі до Африки він постійно повторював: «Лімпопо, Лімпопо, Лімпопо!» Нам варто брати з нього приклад – «апендицит, апендицит, апендицит!».

«Якою б не була клінічна картина, якими б не були абдомінальні прояви – завжди тримайте в думках гострий апендицит»

А. Ассалія

РОЗДІЛ 4

ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

«Гострий апендицит не знаходять там, де про нього думають, і знаходять там, де про існування його навіть і не підозрюють»

І. Греков

У попередніх розділах ми досить детально описали методи діагностики та клініку гострого апендициту. Для того, щоб поставити правильний діагноз, визначити показання до операції і уникнути помилок, залишилося зовсім трохи – вміло розпорядитися всім цим, пам'ятаючи при цьому, що головна роль належить хірургу – його досвіду, здатності зібрати окремі факти крок за кроком, згрупувати їх разом, аналізувати та робити висновки. При цьому потрібно користуватися лише найнеобхіднішим, час у дефіциті.

«Бог дав нам вуха, очі та руки; використовуйте їх на хворому в тій же послідовності»

В.К. Фрай

Так що ж хірург почув під час опитування пацієнта (йдеться про неускладнений апендицит)? Анамнез життя ми не будемо детально розглядати. А от анамнезу захворювання потрібно приділити особливу увагу. Два однакових майже неможливо зустріти, але є моменти, що об'єднують всі варіанти.

Зазвичай напад хвороби, який привів пацієнта до клініки – перший. Він розвивається «серед спокою і благополуччя», достатньо несподівано для пацієнта, проте проміжні моменти фіксуються досить рідко. Основна скарга – біль. Вона може з'явитись в будь-якому відділі живота – в правому підребер'ї, гіпогастрії, в

області пупка і т. д., але рано чи пізно (протягом кількох годин) основне джерело болю переміщується в праву здухвинну ділянку. До більш можуть приєднатися такі прояви захворювання, як часте сечовипускання, діарея, нудота, блювання, сухість у роті, але болі в правій здухвинній ділянці залишаються. Це дуже важлива ознака.

Огляд пацієнта також надає корисну інформацію. Вираз обличчя звичайний, риси не змінені. Але привертає увагу блиск очей, сухість язика і почуття тривоги. Воно викликано не стільки фізичним станом, скільки відчуттям страху перед можливою операцією. Його відчують практично всі психічно нормальні люди. Проявляється воно як легким почуттям тривоги, так і, у рідких випадках, вираженими вегетосудинними і психічними реакціями. Згадується пацієнт – громадянин Еміратів, який надійшов до клініки для планового оперативного лікування через пупкову килу. Будь-яка спроба доставити його в операційну призводила до істерики, падіння артеріального тиску, тахікардії і т. д. Вихід знайшли – у вечірній час, після завершення операційного дня його везли в операційну, і він лежачи на ношах адаптувався до такого страшного для нього середовища. Після кількох тренувань все пройшло нормально.

Дуже важливий огляд живота. «Первинний» огляд проводять у стані повного спокою пацієнта, який лежить на спині, з витягнутими вздовж тулуба руками. Оцінюють його форму, симетрію, участь у дихальному акті, якщо є – ступінь надування. У більшості хворих з гострим апендицитом відхилень немає. Проте, при розвитку на ранніх стадіях деструктивних змін відмічається здуття або в правій здухвинній ділянці, або у всьому животі, при диханні права половина починає відставати, при глибокому диханні це особливо помітно. Звичайно, необхідно звернути увагу на місця можливих кил. У деяких пацієнтів відмічається легка гіперемія шкіри в правій здухвинній ділянці.

Закінчивши огляд живота, передають «естафету» рукам – долоням. Проводять обстеження за описаною вище схемою. Перша знахідка – підвищена чутливість шкіри в правій здухвинній ділянці, невелика гіпертермія в цій зоні. Поглиблюючи поступово

занурення долоні в живіт, «за колом» звужують зону максимальної болючості, визначають її локалізацію, площу. Тільки після цього починають обстежувати її. При апендициті перш за все відмічається напруження м'язів передньої черевної стінки в цій області. У худих пацієнтів вдається пропальпувати болюче випинання – запалений відросток. В запущених випадках – інфільтрат. Обов'язкові і традиційні симптоми – їх багато, у кожного хірурга свій набір. Багато з них – позитивні, що говорить на користь апендициту, але головні з них – вказують на подразнення очеревини. За Г. Мондором – це надзвичайні ознаки черевної недостатності. Вибирають симптоми, характерні для традиційного розташування відростка, а також для «атипових» варіантів – ретроцекального, заочеревинного.

Розуміння **перкусії** так само важливе. Ми проводили її перед пальпацією, а багато хірургів – після. Це дозволяє уточнити контури інфільтрату та визначити наявність вільної рідини в животі.

Найважливіший і обов'язковий етап – **ректальне дослідження** (у жінок – вагінальне). Методика описана вище. Головні ознаки гострого апендициту – болючість стінок прямої кишки, їх нависання. Вони досить ранні. Така ж інформація визначається й при вагінальному дослідженні у жінок, але краще довірити це гінекологу.

Щодо лабораторних досліджень, ми писали про це. Вони не патогномонічні. Найчастіше від інших показників, особливо вночі, визначають рівень лейкоцитозу. У поєднанні з іншою інформацією це допомагає встановленню діагнозу. Проте не варто переоцінювати його значення. К.С. Симонян (1970) провів цікаве дослідження. Кров для аналізу відбирали у дисертантів за дві години до захисту і у студентів за дві години до екзамену. У всіх випадках у обстежених відзначався високий лейкоцитоз – від 10 до 18 тисяч лейкоцитів у 1 мл крові. Повторний аналіз проводили через 2 години після випробувань – кількість лейкоцитів різко зменшувалася – у 2-3 рази. У зв'язку з цим, ізолювано від клінічних даних хвороби аналізувати цей показник не рекомендуємо – він може свідчити не стільки про апендицит, скільки про стрес.

Не відстав від К.С. Симоняна і відомий американський хірург М. Шайн. Аналізуючи триаду показників, що визначають наявність системної запальної реакції – температура $> 38^{\circ}\text{C}$, частота серцевих скорочень – > 90 уд/хв., частота дихання – > 20 в хвилину, він зауважив, що вони присутні у багатьох хірургічних хворих після звичайної планової операції, а в домашніх умовах – в результаті енергійного сексу.

Нагадаємо для підвищення загальної ерудиції методику П.М. Ворошилова, який навчився вимірювати нашкірний електричний потенціал за допомогою спеціального приладу, розробленого ним у співпраці з групою інженерів. Чутливий датчик сканує шкіру і фіксує величину потенціалу в зонах, характерних для того чи іншого органу. При наявності в животі запального органу в зоні його «екранування» потенціал різко (у десятки разів) зростає. Дослідження займає 2-3 хвилини, в результаті П.М. Ворошилов за допомогою кулькового пензлика зображував точну локалізацію запального відростка – ні разу не помилився. Нажаль, його роботи були секретними і не були впроваджені у широку практику. Можливо, хтось захоче продовжити цю роботу?

Такий основний хід клінічного обстеження з гострим апендицитом. Об'єктивної інформації, отриманої цим шляхом, достатньо для постановки діагнозу і прийняття рішення про операцію. Але є так звані сумнівні випадки, коли переконливого підтвердження немає, а сумніви залишаються. Головне правило при цьому – не відпускати хворого і госпіталізувати в хірургічне відділення для динамічного спостереження, а не пасивного перебування «під рукою». Таких хворих хірург повинен оглядати кожні дві години, фіксуючи і пояснюючи для себе, а головне – фіксуючи їх в історії хвороби. Є робота і для середнього персоналу. В клініці невідкладної абдомінальної хірургії ВМА ім. С.М. Кірова хірург малював в історії хвороби таблицю для динамічного спостереження контрольних показників (Таблиця 1).

Таблиця 1

**Динаміка змін контрольних показників у хворих з підозрою
на гострий апендицит**

Показники	Час доби				
	20.00	22.00	24.00	02.00	04.00
частота пульса	+	+	+	+	+
t-аксиллярна	+	+	+	+	+
t-ректальна	+	+	+	+	+
лейкоцитоз	+	-	+	-	+

Так, ці показники дуже прості, але дуже чутливі і інформативні. Збільшення тахікардії, зростання різниці між пахвинною і ректальною температурою, збільшення лейкоцитозу свідчать на користь гострого апендициту, прогресування процесу.

«Не споглядання, а активне спостереження»

Діагностичні методи дослідження повинні застосовуватися в невизначених випадках, у випадках складної диференційної діагностики, якщо потрібно уточнити поширеність і характер ускладнень для прийняття обґрунтованого рішення щодо методу операції та її обсягу.

Якщо ми впевнені у об'єктивності діагнозу гострого апендициту, отриманого на основі клінічних даних, то вони зайві, а іноді і шкідливі – марно витрачають дорогоцінний час. Декілька цитат:

«Ці необґрунтовані дослідження виникають через поєднання невігластва, недовіри та брехні»

М. Шайн

«Чим більше ви призначаєте непотрібних досліджень, тим більше отримуєте хибнопозитивних результатів, які, в свою чергу, змушують вас призначати ще більше досліджень і призводять до додаткових, потенційно небезпечних, діагностичних та лікувальних заходів»

М. Шайн

При призначенні інструментальних методів дослідження мова йде про прагнення хірурга до візуалізації черевної порожнини. У розпорядженні більшості клінік є три методи: рентгенологічний, УЗД та КТ. Про їх можливості ми вже писали вище.

Рентгенологічні дослідження практично не призначають при неускладненому гострому апендициті, користі від них немає. Інше питання – ускладнення, які дають право лікарю швидкої допомоги сформулювати діагноз – гострий живіт. У таких випадках більшість хірургів вже в приймальному відділенні виконують оглядову рентгенографію черевної порожнини – і це правильно. Пізніше ці знімки будуть великою допомогою, наприклад, виявлення вільного газу та рідини в черевній порожнині. У разі гострого апендициту хірург повинен зуміти знайти ті непрямі ознаки, які є йому притаманні (про це писали вище) – не більше того.

УЗД – більш інформативний метод. Його використовують для швидкої діагностики ускладнених форм гострого апендициту. Метод неінвазивний, «мобільний» – апарат легко доставляється до ліжка важкого хворого, а не навпаки. З його допомогою вдається візуалізувати вісцеральний додаток («сосиска» – трубчата структура), виявити інфільтрат, вільну рідину, абсцес. Головне – для його виконання не потрібно багато часу, дослідження можна повторювати багато разів.

Комп'ютерна томографія (КТ) – найінформативніший метод. Головне – використовувати його за показаннями. Інформація, яку можливо отримати за допомогою нього, коштує дорого, в усіх сенсах. До негативних аспектів цієї великої вартості слід віднести вартість самого дослідження, витрати часу, радіаційне навантаження – воно в сотні разів вище, ніж при оглядовій рентгенографії.

І ще одне правило, яке ми постійно повторюємо: хірург повинен **брати участь у проведенні інструментальних досліджень особисто**. Будь-які зображення досліджень, додані до історії хвороби, зроблені без присутності хірурга – це порожня, мертва картинка. Поеднання на екрані знань спеціаліста та клінічної інформації хірурга – гарантія уникнення помилок.

Говорячи про діагностику гострого апендициту, про найрадикальнішу візуалізацію черевної порожнини, не можна оминати **лапароскопію та діагностичну лапаротомію**, «ultima ratio» діагностичного процесу. Це вже операції під наркозом, підстава для їх виконання повинна бути вагомою, добре обґрунтованою, рішення краще приймати в складі **консилиуму**. Нам можуть заперечити – кожного дня в будь-якому відділенні абдомінальної хірургії виконується декілька лапароскопічних операцій без будь-яких консилиумів. Правильно. Але одне – йти на планову чи екстрену операцію з заздалегідь встановленим діагнозом та стандартною технікою операції, інше – розбиратися в «чорній скриньці» з невизначеною причиною погіршення стану з можливими неочікуваними та складними сюрпризами. Таку операцію можна довірити лише досвідченим, до всього готовим хірургам, тим більше, що після встановлення остаточного діагнозу може виникнути потреба у конверсії.

У випадку відсутності умов для виконання лапароскопічної операції використовують діагностичну лапаротомію. Про неї добре висловився відомий американський хірург да Коста:

«Відкрити живіт і шукати хворобу так само легко, як відкрити ящик комода в пошуках білизни; для хірурга – ніякого розумового перенапруження, але для пацієнта це жах!»

Таким чином, обидві ці операції виконуються в тих випадках, коли діагнозу немає, а стан хворого погіршується, і зволікання стає надзвичайно небезпечним!

ДІАГНОСТИКА УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

На жаль, досить часто гострий апендицит, особливо його деструктивні форми, призводять до різних ускладнень. Їх діагностика до операції вкрай важлива, оскільки характер багатьох з них змінює зміст, хід і обсяг втручання.

5.1. Апендикулярний інфільтрат

За нашими даними, апендикулярний інфільтрат зафіксований у 2,5% пацієнтів з деструктивними формами гострого апендициту. Як правило, ці пацієнти поступають до хірургічного відділення на 2-3 добу від початку захворювання. Частіше серед них зустрічаються пацієнти старших вікових груп.

Що ж відбувається у цих хворих? У біології є таке поняття, як **таксис** (у перекладі з грецької – розташування, положення). Під ним розуміють рухову реакцію рухливих організмів, окремих клітин, а у нашому випадку – мобільних органів черевної порожнини у відповідь на дію подразника, до якого їх або притягує (позитивний таксис), або відштовхує (негативний таксис). При гострому апендициті є всі умови для позитивного таксиса – деструктивно змінений відросток (подразник) «приваблює» рухливі органи живота – петлі тонкої кишки, великий чепець, придатки, сліпу кишки. Мета зближення – відмежувати осередок деструкції від вільної черевної порожнини, захистити її від розвитку розлитого перитоніту. Отже, можемо вважати цю реакцію захисною. Для того, щоб вона реалізувалася в повному обсязі, необхідно виконати ще одну дію – зафіксувати наближені органи, сформувати органний захисний вал. Організм включає ще один механізм – злукоутворення.

Існує декілька теорій, що пояснюють механізми утворення злук. Найстаріша з них – теорія Вірхова, теорія запалення, в умовах якого на ушкоджені, інфіковані серозні поверхні органів ви-

падає фібрин з подальшим їх склеюванням і подальшим «скріпленням» колагеновими волокнами, які надають злукам особливу міць. Ця сполучнотканинна організація не лише зміцнює конструкцію, але й приносить певну шкоду на майбутнє – тривале розсмоктування.

Розрізняють два види інфільтратів – пухкі та щільні. Можливо, це стадії одного єдиного процесу, можливо, це різні процеси. Хірургам важливо знати, що при пухких інфільтратах можливе його розділення на окремі складові з виконанням апендектомії, при щільних радикальна операція протипоказана – вона небезпечна (див. нижче).

В одних випадках апендикулярні інфільтрати діагностуються досить легко – при типовому їх розташуванні в правій клубовій ямці, у худих пацієнтів. В інших – виникають проблеми. Це стосується атипового розташування відростка. Важко діагностувати у гладких хворих, особливо у жінок.

Хворі з апендикулярними інфільтратами поступають, як правило, на другу-третю добу від початку захворювання, «переживши» напад гострого апендициту. Інтенсивність скарг різко знижується, але вони залишаються – хворих турбують тупі ниючі болі в правій клубовій ділянці, відчуття жару, іноді вони самі виявляють (пальпацією живота) пухлиноподібне утворення. Все це змушує їх звернутися до лікаря.

При ретельному зборі анамнезу найчастіше вдається виявити типові скарги, характерні для гострого апендициту на початку захворювання з подальшим згасанням. При огляді нічого особливого виявити не вдається, іноді (у худих пацієнтів) видно випинання в зоні розташування інфільтрату. Світло на ситуацію проливає пальпація – у правій клубовій ділянці визначається пухлиноподібне утворення щільної консистенції з неясними або чітко окресленими контурами. Температура тіла помірно підвищена, різниця між аксиллярною і ректальною температурою перевищує 1°C , у крові помірний лейкоцитоз зі зсувом формули вліво. При ректальному пальцевому дослідженні через праву стінку кишки інфільтрат вдається пропальпувати. На підставі цих даних вдається встановити попередній діагноз. Але він потребує уточнення, необхідно визначати лікувальну тактику. На

допомогу приходять спеціальні дослідження, в цьому випадку їх використання абсолютно обґрунтовано.

Найбільш доступним, популярним і достатньо достовірним методом є **ультрасонографія (УЗД)**.

При **пухкому інфільтраті** його контури нечіткі, в складі видно тонкі рідинні прошарки, що пронизують тканини, судинний стаз. При натисканні сканером інфільтрат зміщується. Петлі тонкої кишки, залучені в процес, перистальтують. Відросток виглядає як однорідна «трубка» з зоною перифокального запалення. В порожнині малого тазу є рідина.

При **щільному інфільтраті** визначається ригідне, нерухоме, незсунуте датчиком утворення з високою щільністю, з ехогенністю печінки або селезінки. Контури чіткі, петлі тонкої кишки, що входять до складу інфільтрату, не перистальтують. Дуже важливим є положення червоподібного відростка – воно або центральне, або знаходиться на одному з країв, що є поганим прогностичним знаком – ризик прориву в вільну черевну порожнину підвищується.

Дуже важливою є присутність при дослідженні хірурга – він разом з «узістом» повинен визначити ступінь зрілості інфільтрату і прийняти грамотне, обґрунтоване рішення щодо тактики лікування.

Ще більш точну інформацію можна отримати за допомогою **комп'ютерної томографії (КТ)**. При пероральному контрастуванні (прийом контрасту за 1 годину до дослідження) чітко видно всі структури, що утворюють інфільтрат.

У щільних інфільтратів є декілька шляхів розвитку: тривалий з поступовим розсмоктуванням; абсцедуванням з можливим проривом або в кишку, або в черевну порожнину. Дуже важливо вчасно зафіксувати момент абсцедування і прийняти необхідні заходи.

При розвитку цього ускладнення (вже самого інфільтрату) клінічна картина змінюється. На тлі відносного благополуччя після затихання гострого нападу апендициту з'являються симптоми інтоксикації – тахікардія, сухість у роті, лихоманка гектичного характеру. Раніше майже безболісна пальпація зони інфільтрату стає різко болючою, з симптомами подразнення очеревини, в крові зростає лейкоцитоз зі зсувом формули вліво. Ректальне обстеження різко болюче, ректальна температура значно

перевищує аксилярну. Все прояснюють УЗД і КТ. На УЗД в товщі інфільтрату визначається рідина у вигляді неоднорідного утворення, є і ехопозитивні включення – фібрин, конкременти, жирові секвестри. Важлива особливість – піогенна капсула майже у всіх випадках відсутня, стінки – залишки інфільтрату і сусідні органи, що входять до його складу. Іноді видно червоподібний відросток, частково зруйнований. Приблизно таку ж картину дає і КТ. Сказане ілюструють рис. 21, 22, 23.



Рис. 21. Пухкий апендикулярний інфільтрат на УЗД
(Фото з інтернету).



Рис. 22. Щільний апендикулярний інфільтрат на УЗД
(Фото з інтернету).

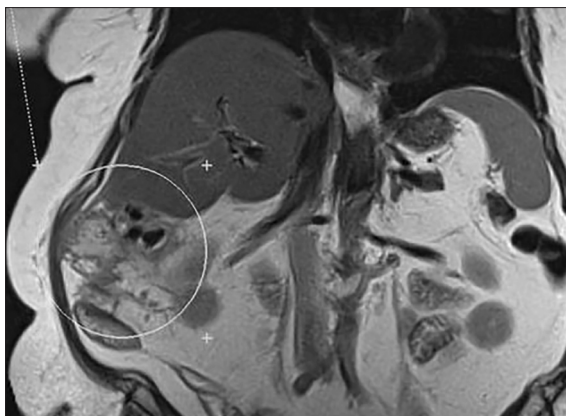


Рис. 23. Щільний підпечінковий апендикулярний інфільтрат на КТ
(Фото з інтернету).

5.2. Місцевий перитоніт

Реакція очеревини на локальний запальний осередок у її порожнині цілком прогнозована ситуація, тобто практично в усіх випадках деструктивного апендициту вона проявляється перитонітом. Перший, початковий його етап – місцевий перитоніт. Його прийнято ділити на відмежований і невідмежований.

Відмежований перитоніт – це практично пухкий апендикулярний інфільтрат, при якому залучені в запальний процес сусідні органи відмежовують відросток від вільної черевної порожнини і не дають випоту поширитися за межі зони розташування відростка. Принципи та хід діагностичного процесу такі ж, як і при пухких інфільтратах.

При невідмежованих місцевих перитонітах таких зрощень немає. Відросток знаходиться на своєму місці, а випіт (серозний, серозно-фібринозний і навіть гнійний) розташовується в правій клубовій ямці або стікає по шляху природного поширення – в порожнину малого тазу. У таких випадках при УЗД виявляють, окрім деструктивного відростка, вільну рідину навколо нього або в порожнині малого тазу. Рідину в порожнині малого тазу визначають і при пальцевому дослідженні прямої кишки – бо-

лючість і нависання стінок прямої кишки. Клінічні прояви через розвивається запалення і інтоксикацію виражені більш яскраво – сухість у роті, тахікардія, високий лейкоцитоз зі зсувом вліво, висока ректальна температура. Природно, ступінь залучення в процес очеревини остаточно уточнюється під час операції.

5.3. Розлитий перитоніт

Розлитий перитоніт – одне з найнебезпечніших і найважчих ускладнень гострого апендициту. Є три основні варіанти розвитку цього ускладнення: хворий поступає з перитонітом; перитоніт ускладнює перебіг апендикулярного інфільтрату під час лікування у відділенні; перитоніт розвивається після операції (або прогресує).

У першому варіанті клініка перитоніту розвивається поступово, вона як би продовжує прояви місцевого деструктивного запального процесу, поступово нарощуючи як місцеві, так і загальні прояви. Як правило, така ситуація реалізується або при пізньому зверненні, або при помилковому первинному діагнозі, пропущеному деструктивному апендициті. Біль, що локалізувався у правій клубовій ділянці, поширюється на весь живіт. Він має інтенсивний характер, посилюється при будь-яких рухах, що змушує хворого шукати вимушене положення, яке полегшує страждання. Часто приєднується блювання, яке не приносить полегшення. Перестають відходити гази, стілець відсутній.

При огляді привертає увагу вимушене положення – частіше на правому боці з підтягнутими до живота колінами. На обличчі тривожний вираз, шкірні покриви бліді, вкриті холодним потом. При перкусії – тимпаніт навколо пупка, притуплення по боках і в інших низько розташованих місцях. При аускультатії – різке ослаблення або відсутність активної перистальтики. При пальпації – болючість у всіх відділах живота, також позитивний симптом Щоткіна-Блумберга. Позитивний «сверх-признак» запалення в животі – напруження м'язів передньої черевної стінки. *Per rectum* – болючість і нависання стінок. Очевидні ознаки

інтоксикації – тахікардія, сухість у роті, підвищення аксиллярної та ректальної температури, лейкоцитоз зі зсувом вліво.

На рентгенограмах, УЗД і КТ – рідина в черевній порожнині, роздуті петлі тонкої кишки з рівнями рідини, газ у товстій кишці. Перитоніт стає основним захворюванням, а джерело його розвитку, не применшуючи його важливості, відступає на другий план.

У другому варіанті на фоні стабілізації і проведеного лікування настає різке погіршення. Раптово з'являється різкий біль у животі, що поширюється на всі відділи. Картина типова для перфорації будь-якого порожнистого органу з наступним переходом клінічної картини в описану вище. Факт раптової катастрофи – сигнал до негайних дій: чим раніше буде виконана операція, тим більше шансів на зворотний розвиток системної запальної реакції, а значить і на одужання.

Найбільш складний варіант – третій. Це післяопераційні перитоніти. Є два варіанти їх розвитку: прогресування перитоніту, який вже мав місце на першій операції; поява нового джерела перитоніту – перфорація гострих виразок, злукова непрохідність, розкриття недиагностованих або сформованих після операції абсцесів (наприклад, міжпетельних). Діагностика цих перитонітів вкрай складна, симптоми на тлі щойно виконаної операції, запальної реакції, введення знеболювальних засобів, епідуральної анестезії та інших факторів «змазують» клінічну картину прогресуючого перитоніту. Вихід один: чіткий контроль за станом хворого після першої операції, контроль дренажів (кількість і характер виділень, прохідність), контроль показників, які характеризують рівень запальної реакції та ендотоксикозу, реєстрація будь-яких відхилень від передбачуваного перебігу післяопераційного періоду, об'єктивне тлумачення всіх патологічних симптомів, а не проста їх реєстрація тощо. Якщо після 2-3 днів післяопераційного періоду покращення не настає – необхідно «бити на сполох» і думати насамперед про прогресуючий перитоніт. При різкому погіршенні стану варто припустити появу нового джерела. Ретельний аналіз клінічної картини, підкріплений спеціальними дослідженнями – рентгенографія, УЗД, КТ, дозволить своєчасно поставити діагноз і не запізнитися з лікуванням.

5.4. Абсцеси черевної порожнини

При гострому апендициті ми виділяємо два види абсцесів: перші ускладнюють перебіг апендикулярних інфільтратів (про них ми писали вище), другі є наслідком інфікованого випоту, що скупчився поза ілеоцекальною зоною, найчастіше після апендикулярного розлитого перитоніту. Їх утворення пов'язане як зі станом реактивності організму, так і з якістю виконання першої операції – повноцінною інтраопераційною санацією і схемою постановки дренажів, а також ретельного контролю за їх роботою в післяопераційний період. Локалізуватися абсцеси можуть у різних областях живота, їх так і поділяють на тазові, міжкишкові, під- та надпечінкові, піддіафрагмальні, параколітні та інші. Крім того, вони можуть бути поодинокими і множинними. Ускладнюючи перебіг перитоніту, вони й самі можуть служити причиною ускладнень: прориву вмісту в черевну порожнину, порожнистий орган, ерозивної кровотечі, механічної кишкової непрохідності, сепсису тощо.

Діагностика внутрішньочеревних абсцесів може бути простою, а може бути і складною – вимагати інтуїції, досвіду, складних діагностичних методик. У явних випадках, на тлі сприятливого перебігу захворювання, при вже знятих швах, розвивається клініка рецидивного інфекційно-запального процесу в животі. З'являється чіткий осередок болю – постійного, ниючого, без тенденції до зменшення. Наростають симптоми інтоксикації – загальна слабкість, тахікардія, сухість у роті. Частина симптомів зумовлена локалізацією абсцесу: при піддіафрагмальних – утруднене дихання; при тазових – часті сечовипускання, тенезми або проноси; при міжпетельних – здуття живота тощо. Гірший стан повної тиші, коли клінічні прояви нівелюються потужною антибактеріальною терапією, знеболювальними, а ще на тлі пригніченої імунної відповіді. Тоді на перший план виходить механічний фактор, фактор «присутності, відчуття» стороннього тіла в животі, тиск на сусідні органи, їх подразнення і зумовлені цим симптоми, аж до розвитку непрохідності.

Справа за хірургом. Він має аналізувати кожен симптом, думати про долю перитонеального ексудату, передбачати можли-

вість формування абсцесу. Саме хірург фіксує перші ознаки формування абсцесу – пальпує болючий інфільтрат, визначає зони перкуторної «тупості», виявляє симптоми інтоксикації та механічної присутності абсцесу. Без зволікань використовують методи інструментальної діагностики – рентгенологічний, УЗД, КТ.

Основні рентгенологічні ознаки внутрішньочеревних абсцесів в залежності від локалізації:

1. Правобічні піддіафрагмальні абсцеси. Абсцеси, що вміщують газ мають досить ясну картину: визначається високе розташування купола діафрагми, її тень розширена до 6 – 10 мм внаслідок залучення до запального процесу і відкладення на покриваючих її листках очеревини і плеври фібрину. В плевральній порожнині може бути реактивний випіт. Під діафрагмою – газовий пухирець над тінню рідини. При відсутності газу рентгенологічна картина менш виражена: високе розташування діафрагми, обмеження або повна відсутність її рухливості, реактивний випіт у плевральній порожнині, щільна тень між діафрагмою і печінкою (рис. 24).

2. Лівобічні піддіафрагмальні абсцеси.

Діагностика абсцесів цієї локалізації дещо складніша. Необхідно чітко вміти розпізнавати газовий пухирець шлунка, а також газ і рідину в прилеглих ділянках товстої кишки. Допомагає водорозчинний контраст, даний під час дослідження *per os*, за можливості – введений у товсту кишку у вигляді



Рис. 24. Правобічний піддіафрагмальний абсцес – під діафрагмою визначається порожнина, що містить газ і рідину (пряма проекція).

клізви. Ознаки абсцесу ті ж – зміни діафрагми, випіт у плевральній порожнині, вільний газ і рівень рідини в ньому (рис. 25, 26).

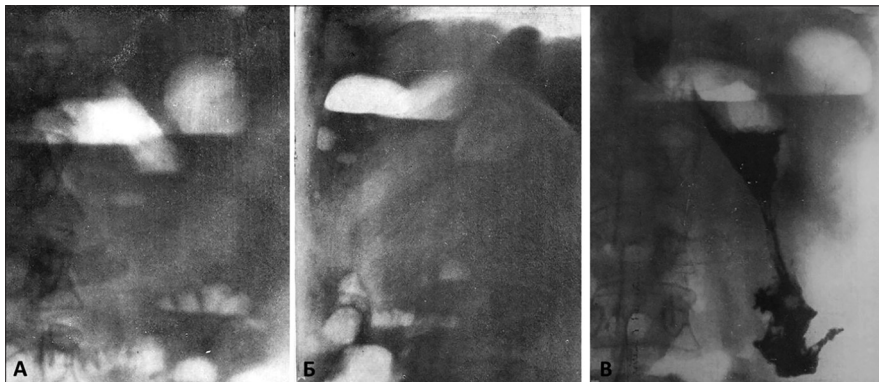


Рис. 25. Лівобічний піддіафрагмальний абсцес:

- А) пряма проекція – під діафрагмою визначається декілька горизонтальних рівнів рідини; Б) бічна проекція; В) після контрастування шлунка відзначається, що порожнина абсцесу займає всю ліву половину піддіафрагмального простору (пряма проекція).

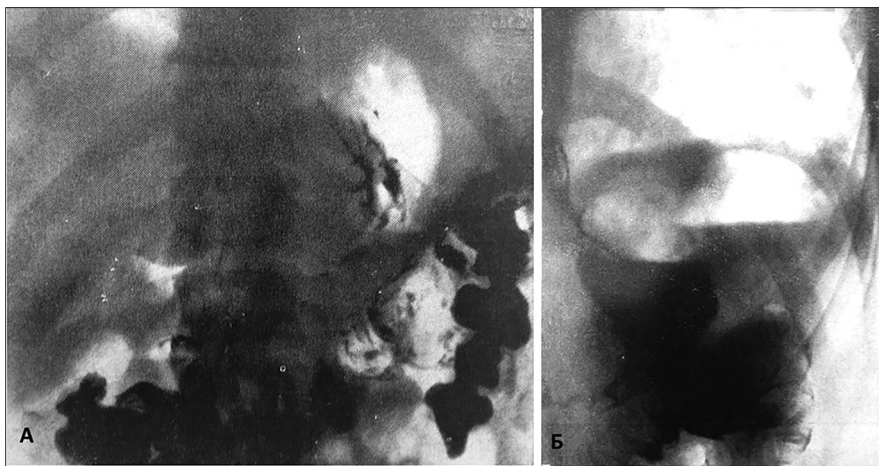


Рис. 26. Лівобічний піддіафрагмальний абсцес:

- А) ліворуч від кукси шлунка визначається повітряна порожнина з чіткими контурами, селезінковий кут товстої кишки зміщений вниз;
Б) через 24 години після прийому барієвої суспензії – визначається чіткий горизонтальний рівень рідини поза контрастованою куксою шлунка.

3. Піддіафрагмальні абсцеси середньої локалізації. Найчастіше вони зустрічаються після різних операцій на шлунку при перфоративних виразках, ускладнених розвитком перитоніту. На рентгенограмах по середній лінії на рівні мечоподібного відростка або трохи нижче абсцес визначається у вигляді газового пухирця з горизонтальним рівнем рідини під ним шириною від 6 до 10 см. При бічному дослідженні видно, що гнійник прилягає до передньої черевної стінки (рис. 27).

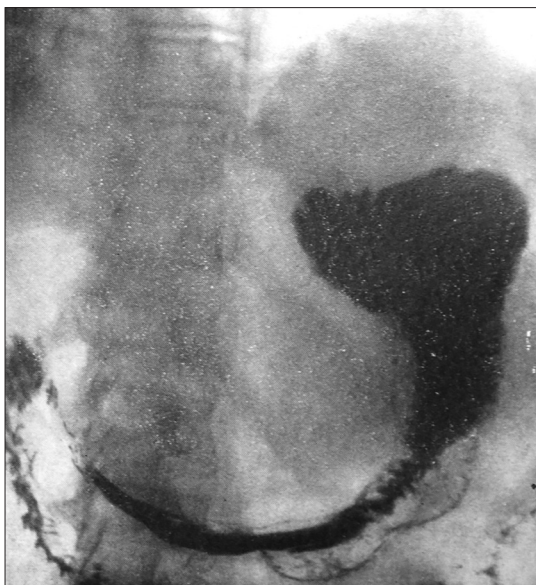


Рис. 27. Дугоподібне відтиснення шлунка вліво і вниз – серединний безгазовий абсцес (пряма проекція).

4. Підпечінкові абсцеси. Визначаються у вигляді відмежованого горизонтального рівня з газом над ним. Для виключення ролі дванадцятипалої кишки у рентгенологічній картині корисно використати водорозчинний контраст per os та у вигляді контрастної клізми, виконуючи знімки в декількох позиціях (рис. 28).

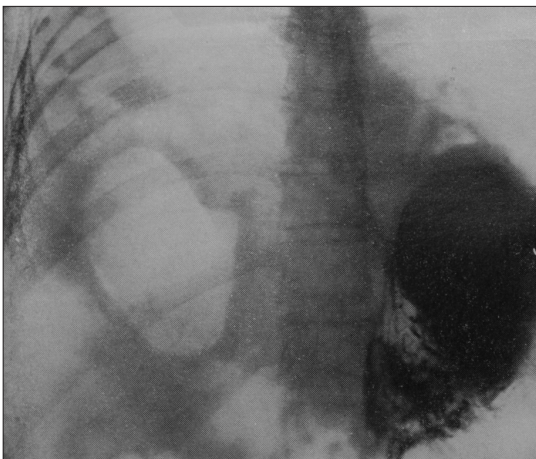


Рис. 28. Підпечінковий абсцес – праворуч на тлі тіні печінки визначається повітряна порожнина з чіткими межами, порожнина абсцесу розкрилася.

5. Міжпетельні та тазові абсцеси є найбільш складними для рентгенологічної діагностики. При достатніх розмірах гнійника на знімках можна виявити круглу порожнину (або порожнини) з горизонтальним рівнем рідини та газу над нею (рис. 29 – 31).



Рис. 29. Періапендикулярний абсцес у зоні правого латерального каналу: поза висхідною кишкою на тлі затемнення видно дрібні просвітлення – бульбашки газу, що створюють рисунок перлин.

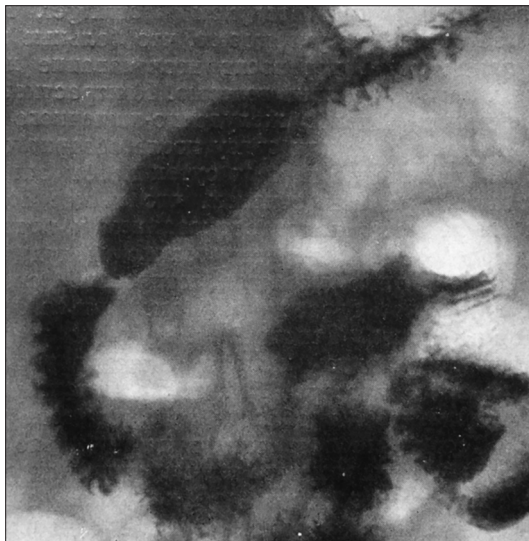


Рис. 30. У проекції головки підшлункової залози видно порожнину з горизонтальним рівнем рідини. Шлунок з контрастним речовиною зміщений вправо та вгору, розгортання петлі дванадцятипалої кишки.

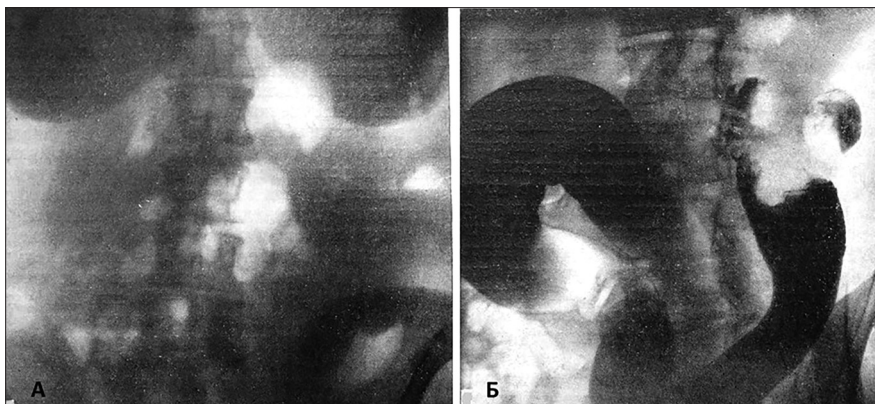


Рис. 31. А) Абсцес в області лівого латерального каналу – на проекції низхідної кишки визначається горизонтальний рівень рідини.
Б) Під час контрастного дослідження товстої кишки чітко визначається утворення у низхідному відділі; в порожнині абсцеса – невелика кількість барієвої рідини.

Для тазового (заднього Дугласового простору) розташування ситуація аналогічна. У таких випадках, особливо при відсутності газу в порожнині абсцеса, необхідні додаткові методи дослідження – УЗД і КТ.

Наступний вид інструментального обстеження хворого з підозрою на абсцес черевної порожнини – **ультразвукове дослідження**. Метод має безліч переваг: мобільність (може виконуватися в палаті, операційному відділенні і т. д.), неінвазивний, контактний, багатопозиційний, інформативний. Внутрішньочеревні абсцеси виглядають як обмежені зони зниженої ехогенності, різної форми з ехопозитивними включеннями. Для ілюстрації наводимо матеріали співробітника кафедри військової хірургії Української військово-медичної академії Е.В. Світличного (рис. 32 – 44).



**Рис. 32. Правосторонній
піддіафрагмальний абсцес**
(за матеріалами Е.В. Світличного).



**Рис. 33. Правосторонній
піддіафрагмальний абсцес**
(за матеріалами Е.В. Світличного).



**Рис. 34. Лівосторонній
піддіафрагмальний абсцес**
(за матеріалами Е.В. Світличного).



Рис. 35. Підпечінковий абсцес
(за матеріалами Е.В. Світличного).



Рис. 36. Підпечінковий абсцес
(за матеріалами Е.В. Світличного).



**Рис. 37. Внутрішньоорганний абсцес
правої долі печінки**
(за матеріалами Е.В. Світличного).



Рис. 38. Паравезикальний абсцес
(за матеріалами Е.В. Світличного).



Рис. 39. Абсцес калитки яєчка
(за матеріалами Е.В. Світличного).



Рис. 40. Міжпетельний абсцес
черевної порожнини
(за матеріалами Е.В. Світличного).

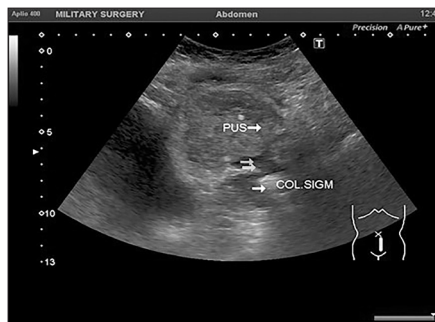


Рис. 41. Міжпетельний абсцес
черевної порожнини
(за матеріалами Е.В. Світличного).



Рис. 42. Апендикулярний абсцес
(за матеріалами Е.В. Світличного).



Рис. 43. Абсцес простору Дугласа
(за матеріалами Е.В. Світличного).



Рис. 44. Абсцес заочеревинного простору
(за матеріалами Е.В. Світличного).

За допомогою УЗД можна абсолютно точно визначити локалізацію абсцесу, його розміри, характер вмісту, зв'язок (контакт) з іншими органами, і, нарешті, їх кількість. Приблизно такими ж якостями володіє і комп'ютерна томографія з контрастуванням. Але УЗД портативний, мобільний і, головне, значно дешевший, хоча

КТ більш точний. Тому до КТ необхідно звертатися тоді, коли після УЗД залишаються питання без відповідей (рис. 45, 46, 47).

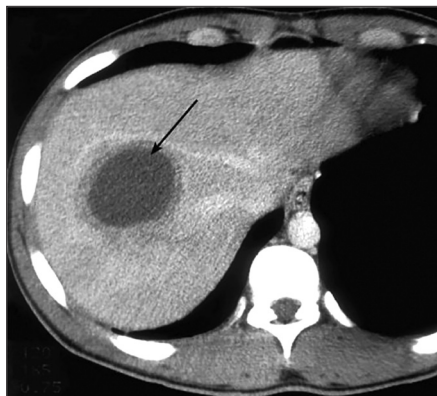


Рис. 45. Абсцес правої легені.

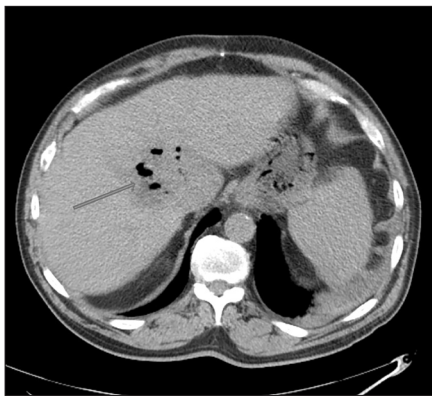


Рис. 46. Абсцес правої легені.



Рис. 47. Абсцес лівої долі печінки.

5.5. Гостра кишкова непрохідність

Переглядаючи монографії, присвячені гострому апендициту, а також розділи на цю тему в керівництвах з невідкладної хірургії черева, ми не знайшли докладного опису цього ускладнення. Проте хірурги з великим досвідом пам'ятають пацієнтів, у яких гостра кишкова непрохідність була обумовлена гострим апендицитом, і пам'ятають проблеми, які виникали в таких ситуаціях.

Зазвичай пацієнти з «апендикулярною» гострою кишковою непрохідністю надходять до хірургічних відділень через 2-3 дні з моменту початку захворювання з симптомами гострої непрохідності кишківника – нудотою, блюванням, здуттям живота, відсутністю відхідних газів, відсутністю стільця. Ці скарги домінують, і на них зосереджена увага хірурга. Тут важливо проявити розуміння і професійну дисципліну та ретельно виконати всі правила обстеження пацієнта з «гострим животом». За такого підходу вдасться з'ясувати, що захворювання розпочалося з появи болю в правій здухвинній ділянці, а всі «головні скарги» приєдналися через 1-2 дні й стали переважаючими. При об'єктивному обстеженні виявляються апендикулярні симптоми – біль та напруга при пальпації, переважно в правій клубовій ямці, більш виражені

симптоми подразнення черевної порожнини. Часто в таких випадках вдається визначити апендикулярний інфільтрат.

Додаткові дослідження, такі як рентгенографія, ультразвукове дослідження та комп'ютерна томографія, необхідні для оцінки ситуації в правій здухвинній ділянці та виявлення ознак гострого апендициту в поєднанні з ознаками гострої кишкової непрохідності. При розшифровці їхньої інформації необхідно оцінити признаки не лише гострої кишкової непрохідності – вони очевидні, але й оцінити ситуацію в правій здухвинній ділянці, ознаки гострого апендициту, описані вище.

Яким є роль **червоподібного відростка** у розвитку гострої кишкової непрохідності? Зазвичай він відіграє роль **механічного фактора**, що перекриває прохід по кишці. Як ми вже писали, червоподібний відросток може займати будь-яке положення в черевній порожнині і мати різну довжину. У нормальних умовах він і тонка кишка ведуть мирне співіснування, не заважаючи один одному. Проте при запаленні відростка ситуація змінюється – він може фіксуватися до тонкої кишки достатньо міцно, перистальтичних рухів для «розриву відносин» стає недостатньо. Відросток може, як струна, стиснути просвіт кишки; вона може обмотатися навколо нього (в тому числі і сліпа кишка), сформувати згин. Так утворюється механічна перешкода, що призводить до непрохідності.

Другий варіант – причиною непрохідності стають ускладнення гострого апендициту – інфільтрат та абсцес. Термінальний відділ товстої кишки, сліпа кишка можуть бути залучені в цей процес, «невдало» прифіксуватись та створити непрохідність.

У цих ситуаціях важливо розумно розібратися, виконати весь обсяг необхідних досліджень, не віддавати перевагу очевидному, звертати увагу на, здавалося б, вторинне.

Багато берегів зберігають на дні потонувші кораблі. Часто моряк на щоглі, побачивши берег, радісно кричав: «Берег! Берег!». Втоmlена команда та капітан швидко направляли корабель до заманливого відпочинку і забували про невидимі рифи. Ситуація схожа.

Правильно, і головне вчасно встановлений діагноз, виявлена причина непрохідності кишківника, дозволять прийняти адекватні заходи, зокрема – не витратити дорогоцінний час на безплідне лікування та тривалу діагностику (прохід контрасту).

5.6. Пілефлебіт

Це досить рідке ускладнення. Розвивається на 2-3 день від початку захворювання, як правило при деструктивних апендицитах. По суті, це гнійний тромбофлебіт портальної системи. Джерело – вени червоподібного відростка, з поширенням процесу до ворітної вени, до утворення внутрішньопечінкових абсцесів. Для пілефлебітів характерні: озноби, холодний піт, слабкість, адинамія, розпираючі болі в правому підребер'ї з іррадіацією в попереk, поява крові в шлунковому вмісті, рідині в черевній порожнині (асцит), рідкий частий стілець. На УЗД з доплерографією – зміни в ворітній вені та абсцеси в паренхімі печінки. Теж на комп'ютерній томографії.

5.7. Гострі виразки шлунково-кишкового тракту

Важкі форми гострого апендициту, ускладненого локальним і розлитим перитонітом, формуванням апендикулярного інфільтрату, абсцесів супроводжуються розвитком системної запальної реакції, важким ендотоксикозом. Це може викликати утворення гострих ерозій і виразок шлунка і кишківника, які, в свою чергу, можуть призвести до кровотеч та перфорацій. В основі їх генезу лежать порушення мікроциркуляції в стінці органів, різке зниження захисних властивостей слизових з одночасним зростанням агресивності їх вмісту. Гострі ерозії і виразки можуть заживати в процесі одужання, а можуть призвести до серйозних ускладнень – кровотеч і перфорацій. Потрібно бути готовим до цього.

Кровотечі традиційно проявляються раптовою слабкістю, головокружінням, блідістю шкіри, тахікардією, падінням арте-

ріального тиску, зниженням гемоглобіну та гематокриту крові, кров'янистим блюванням та меленою. Якщо джерело знаходиться в шлунку або дванадцятипалій кишці, діагностика не становить особливої проблеми – негайна діагностична ендоскопія. Якщо це тонка або товста кишка – діагностика дуже складна, візуалізувати джерело практично неможливо. Під спостереженням авторів був пацієнт, 15 років, який потрапив до клініки з діагнозом гострий апендицит, ускладнений розлитим перитонітом. Після інтенсивної передопераційної підготовки йому була проведена операція, на якій було виявлено гангренозно-перфоративний апендицит з медіальним розташуванням вершини відростка, розлитий гнійний перитоніт. Операція була виконана в належному обсязі – апендектомія, санація та дренування черевної порожнини. Тонка кишка активно перистальтувала, показань до її інтубації не було. Найближчий післяопераційний період проходив благополучно, однак на 3-й день з'явилася клініка гострої кишкової кровотечі важкого ступеня, що проявилася меленою – до 2 літрів. На терміновій ФГДС в шлунку і дванадцятипалій кишці патологічних змін не виявлено. Застосовувалася консервативна гемостатична терапія. Через 6 годин – повторна атака, мелена в тому ж обсязі. Проведено релапаротомію. У кишківнику – в дистальному відділі здухвинної кишки (приблизно 1 м від ілеоцекального кута) виявлено кров. Джерело кровотечі при огляді і пальпації не виявлено. Стінки кишківника – набряклі, з потовщенням, з багатьма субсерозними крововиливами. Через 5 годин після завершення операції настала рецидивна кровотеча, пацієнт помер. Під час розтину – в сліпій кишці було виявлено 3 гострих виразки діаметром приблизно 1,5 см в межах слизової з ерозією судин. Кров проникла в здухвинну кишку через недостатність Баугінієвської заслінки.

Діагностика перфорації гострих виразок, як правило, проходить без особливих проблем. На фоні благоприємного післяопераційного періоду розвивається клініка перфорації порожнистого органа і перитоніту. Остаточний діагноз встановлюється під час операції.

5.8. Заочеревинна флегмона

Дуже рідке ускладнення гострого апендициту. Розвивається у перші дні захворювання при деструктивних формах та ретроперитонеальному розташуванні відростка, або при прориві абсцесу в заочеревинний простір при ретроцекальному розташуванні. У таких випадках з симптомами гострого деструктивного апендициту, присутні ознаки запального процесу в заочеревинному просторі: розпираючі болі в поперековій ділянці, інфільтрація, набряк-пастозність м'яких тканин поперекової, стегнової, промежнинної областей, можлива їх гіперемія, гіпертермія. Часто визначається позитивний симптом Пастернацького, також псоас-симптом. Остаточний обсяг ураження визначається під час операції.

Отже, так виглядає клініка і діагностика наймасовішого захворювання органів черевної порожнини ургентної хірургії. У типових випадках все здається досить просто, настільки, що близько 30% видалених відростків не мають морфологічних змін. У атипових ситуаціях все значно складніше, доводиться зіштовхуватися з великими труднощами, що неминуче призводить до втрати дорогоцінного часу, до затримки оперативного втручання, розвитку важких ускладнень. Хворих з підозрою на гострий апендицит не можна пасивно спостерігати, діагностичний процес повинен бути безперервним, а головне – активним. Всі зміни у стані хворого повинні бути зафіксовані, не залишатися непоміченими, а найважливіше – зрозумілими. Тільки за такої тактики можна уникнути помилок та їх неприємних наслідків.

РОЗДІЛ 6

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА

Це обов'язковий, традиційний розділ для всіх монографій і розділів керівництв, присвячених гострому апендициту. Поліморфізм клінічних проявів і даних об'єктивного обстеження настільки широкий, підступний апендицит настільки багатолитий, що немає такого гострого захворювання черевної порожнини, за яким би «не ховалися» симптоми червоподібного відростка, і навпаки. Ознаки будь-якого з них можуть домінувати, відводячи хірурга від правильного діагнозу. При цьому виникають дві різні ситуації. Одна більш сприятлива – у випадках, коли «конкуруюче» захворювання вимагає екстреного оперативного втручання, і діагноз стане остаточним під час операції. Гірше, коли захворювання-двійник можна лікувати консервативно, а значить не поспішати з операцією, а це, по відношенню до апендициту, призводить до втрати часу і дає патологічному процесу можливість прогресувати. Ще складніше, коли обидва конкуруючих захворювання існують одночасно. За цих обставин залишається покладатися виключно на досвід хірурга, його здатності до аналізу і правильних висновків. Важлива не тільки швидкість реакції, але й знання того, що робити, як робити і коли. Головне завдання – об'єднати аналіз клінічних даних (анамнез, скарги), даних фізикального та інструментального обстеження і об'єктивно підтвердити або відхилити діагностичні припущення, при цьому постійно пам'ятаючи про відросток: **він нікуди не поспішає, але завжди встигає.**

Перелік конкурентних діагнозів обширний, будь-які запальні захворювання (процеси) в черевній порожнині можуть імітувати гострий апендицит. Зупинимося на найбільш частих варіантах, що зустрічаються. На нашу думку, це перш за все ті, які супроводжуються розвитком місцевого невідмежованого і розлитого перитоніту з утворенням ексудату, який при поширенні по черевній порожнині може накопичуватися в правій клубовій

ямці та стимулювати реакцію з боку червоподібного відростка, що проявляється симптомами гострого апендициту.

Перфоративна виразка шлунка або дванадцятипалої кишки. Перш за все, показники, які досить чітко відрізняють перфорацію виразок зазначених органів від гострого апендициту. Анамнез: погрішності в дієті; гострий початок – раптова поява сильних болів в епігастрії – інтенсивних, порівняних з «ударом ножем», що паралізують волю і рухи, викликають страх, блідість шкірних покривів, холодний піт, змушують з перших секунд появи шукати вимушене положення, іррадіують в руку або плече, швидко поширюються на весь живіт (на відміну від апендициту, коли вони переміщуються через деякий час). Крім того, з'являються симптоми інтоксикації – тахікардія, падіння артеріального тиску, сухість у роті, нудота і рефлексорне блювання. Огляд: живіт втягнутий, схожий на дошку, який поступово «здувається». Перкуторно, аускультативно, пальпаторно, при дослідженні *reg rectum* – ознаки перитоніту. В крові лейкоцитоз зі зсувом формули вліво. Кардинальна ознака – газ у черевній порожнині (оглядова рентгенографія, пневмогастроскопія, знімок після ФГДС). При всьому цьому можуть з'явитися і апендикулярні симптоми внаслідок подразнення відростка агресивним ексудатом, але вони **приєднуються** до описаних вище, розвиваються пізніше. Остаточну «діагностичну точку» ставлять після інтраопераційної ревізії. Операція виконується в екстреному порядку, затримок не передбачає. При атипівих перфораціях – у порожнину малого чепця, в заочеревинний простір випіт по черевній порожнині не поступає, накопичується в обмежених просторах, апендикулярні симптоми не виявляються.

Гострий холецистит також може супроводжуватися появою симптомів гострого апендициту, так само як і при підпечінковому розташуванні червоподібного відростка можуть бути ознаки гострого холециститу. У таких випадках ситуація ускладнюється – більшість хворих на гострий холецистит починають своє лікування в стаціонарі з консервативних заходів, які тривають добу і більше. Якщо у них дійсно деструктивний атипічний апендицит, це занадто велика втрата часу, здатна призвести до важ-

ких ускладнень. Вихід один – увага, увага і ще раз увага. Перш за все необхідно оцінити анамнез – у хворих з гострим холециститом напад, як правило, не перший, при гострому апендициті він вперше. Є нюанси і при аналізі скарг. У пацієнтів з гострим холециститом болі переважно локалізуються в правому підребер'ї, іррадіюють у праву лопатку і праве плече. Часто вони супроводжуються нудотою, блюванням – на висоті нападу зі значною домішкою жовчі. Хворі відчувають озноб, температура тіла підвищується до 38°C і вище. Сеча темніє. Склери та шкіра можуть пожовтіти. Часто пальпується напружений жовчний міхур, напруження м'язів передньої черевної стінки в правому підребер'ї, тут же позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. Правильному діагнозу допомагають УЗД і КТ – вони чітко виявляють зміни жовчного міхура – розміри, стан стінок, вміст (конкременти), діаметр і вміст холедоху, оцінюють ситуацію навколо органу – рідину, інфільтрат, абсцес. Але так буває при типовому перебігу нападу гострого холециститу. Складнощі виникають при атипіях, при «русі», «зближенні» жовчного міхура і червоподібного відростка: останній може розташовуватися своєю верхівкою під печінкою, «піднятися» туди разом з аномально розташованою сліпою кишкою; жовчний міхур може мати брижу і дном досягати правої клубової ямки. Тоді диференційну діагностику провести, навіть із використанням УЗД і КТ, досить складно, тим більше у випадках, коли запалені обидва органи. У такому разі необхідно схилитися до безпосередньої візуалізації запалених органів, тобто до операції, яку краще почати з лапароскопії. При значних технічних труднощах – не наполягати, застосувати конверсію.

Гострий панкреатит. Одне з найнебезпечніших і найважчих у всіх сенсах захворювань органів черевної порожнини – особливо гнійно-некротичні його форми з безліччю місцевих і загальних ускладнень – від некрозів заочеревинної клітковини і перитоніту до ДВЗ-синдрому. Такому складному захворюванню відповідають і не менш складна клініка та об'єктивна інформація, важливо в усьому розібратися, все розкласти по своїх місцях, **постійно** контролюючи ситуацію, яка може змінюватися, як картини в калейдоскопі. Серед них можуть загубитися і симптоми

гострого апендициту, що нерідко й трапляється. Перерахуємо основні «віхи» діагностики гострого панкреатиту: **в анамнезі** – погрішності в дієті, переїдання, алкоголь, жовчнокам'яна хвороба; **серед скарг** – гострий початок, нестерпні оперізуючі болі в епігастрії з іррадіацією в попереки; нудота, стійке блювання з рясною домішкою жовчі; спрага, сухість у роті; **при огляді** – лихоманковий блиск очей, збудження, яке змінюється адинамією; здуття живота, ділянки ціанотичних плям на передній черевній стінці, попереку; **при пальпації** – болючість і симптоми подразнення очеревини в епігастрії або по всьому животу, щільний інфільтрат в епігастрії; **при перкусії** – притуплення в епігастрії і низько розташованих місцях живота; **при аускультції** – млява або відсутня перистальтика.

На **УЗД і КТ** – набряк підшлункової залози і парапанкреатичної клітковини при набрякових формах панкреатиту; ділянки некрозів залози з можливою секвестрацією, гнійний парапанкреатит, інфільтрація і розплавлення заочеревинної клітковини, рідина у вільній черевній порожнині. Особливу увагу приділяють сліпій кишці і червоподібному відростку – тут може сформуватися другий, не менш важливий гнійно-запальний осередок. Дуже корисна **лапароскопія** – вона дозволяє візуалізувати всі органи і дає можливість виконати санацію і дренування черевної порожнини, а за необхідності – апендектомію.

Гостра кишкова непрохідність. Диференційну діагностику між гострою кишковою непрохідністю (ГКН) і гострим апендицитом найчастіше доводиться проводити при механічній її природі, коли перешкода знаходиться в області ілеоцекального кута. Це може бути апендикулярний інфільтрат, запалений червоподібний відросток, який прикріпився до петлі клубової кишки і перекрив її просвіт ззовні. Є й інші причини – заворот сліпої кишки; інвагінація тонкої кишки в тонку в термінальному відділі або клубової в сліпу; запалений дивертикул Мекеля; нарешті – пухлина сліпої кишки. У всіх описаних випадках клінічні прояви з перших хвилин обумовлені процесами в цій області, непрохідність – низька, розвивається поступово, протягом доби і більше. Тому дуже важливий аналіз анамнезу і скарг із застосуванням

спеціальних методів дослідження – УЗД, КТ (див. вище), аж до лапароскопії. Головне – не упустити дорогоцінний час.

Гострі гінекологічні захворювання. Близьке сусідство (у жінок) внутрішніх статевих органів і апендикса обумовлює схожу клінічну симптоматику при їх гострих захворюваннях: порушеній позаматковій вагітності, апоплексії яєчника. Ситуація досить складна. Усі захворювання жіночої статевої сфери – компетенція гінекологів, це окрема медична спеціальність з профільними відділеннями, де проходять лікування хворі з перерахованими захворюваннями. Більшість же пацієнтів з «гострим животом» поступають до хірургічних відділень, де всі діагностичні проблеми необхідно вирішувати хірургам. Очевидно, що це призводить до «конфлікту інтересів». Згадуються молоді роки одного з авторів у Ленінградській лікарні швидкої допомоги імені Коняшина (клінічна база кафедри). Через проспект знаходилася лікарня швидкої гінекологічної допомоги. До всіх пацієнток зі спірними діагнозами (хірургія – гінекологія?) завжди запрошували колег-гінекологів. Як правило, у кінці запису консультанта була фраза: «...при виключенні діагнозу гострого апендициту хвора може бути переведена до гінекології...». У ті часи не було ні УЗД, ні КТ, були лише хірурги-клініцисти. Доводилося «виключати». Але вихід знайшли – огляд пацієнтки проводили спільно, обговорюючи всю отриману інформацію. Якщо були визначені показання до термінової операції – її виконували також спільно. Якщо показань не було – планували спостереження, діагностичні заходи та повторне спільне обговорення. Нині, з появою і широким використанням УЗД, КТ, лапароскопії, ендосонографії, «жити стало легше», візуалізація області розвитку патологічного процесу дозволяє уникнути помилок.

Про симптоми і дані інструментального та клінічного обстеження, включаючи атипові форми, ми писали вище. Для хірургів зупинимося на ознаках «конкуруючих» гінекологічних захворювань.

Порушена позаматкова вагітність для діагностики без застосування спеціальних засобів (УЗД, КТ) буває досить складною, особливо якщо **не відбувається розриву стінки труби**.

У таких випадках, при мізерній абдомінальній симптоматиці, необхідно ретельно оцінювати кожен симптом. Головний патологічний процес, який може проявитися, – це крововиливи в порожнину труби. З неї кров може потрапити в черевну порожнину – тоді з'являться ознаки подразнення очеревини, болі в нижніх відділах живота, при пальпації іноді вдається пропальпувати саму трубу – потовщену, болісну; при вагінальному дослідженні визначають збільшену, болісну матку. Для крові з труби є й інший вихід – через матку у піхву. У таких випадках визначаються кров'яністі виділення, які часто приймають за позачергові місячні. Дуже інформативні УЗД і КТ.

При розриві стінки труби розвивається клініка місцевого тазового перитоніту та внутрішньочеревної кровотечі. Саме ці хворі поступають за невідкладною допомогою. Зазвичай вони скаржаться на раптову появу болю над лобком або по всьому животу. Біль іррадіює в спину, лопатку, пряму кишку. Часто він має переймоподібний характер. При сильній кровотечі пацієнтки відзначають запаморочення, слабкість, можливі непритомність. У деяких – нудота, блювання. При об'єктивному обстеженні виявляють тахікардію, зниження артеріального тиску. При перкусії можливе притуплення в низьких місцях живота, при пальпації – болючість над лобком або паховою зв'язкою. При дослідженні *per vaginam* можуть бути виявлені кров'яністі виділення, збільшена болюча матка. При пальцевому дослідженні прямої кишки – болючість передньої її стінки. Раніше в таких випадках широко використовували пункцію заднього склепіння піхви. Голку вводили в місці найбільшої флюктуації, за допомогою шприца відсмоктували рідину: при позаматковій вагітності з місцевим невідмежованим перитонітом – серозно-фібринозний випіт або навіть гній. Наразі пункцію надійно замінило УЗД, але деякі гінекологи продовжують її використовувати.

Розриви яєчника. Під цим загальним назвою зустрічаються такі патологічні процеси як крововиливи в тканину яєчника, розриви його кіст, розриви графового пухирця, жовтого тіла. Захворювання починається, як правило, гостро – з раптової появи різких болів внизу живота, нудоти, блювання, часто – непритом-

ності. Обстеження: напруження м'язів і болючість внизу живота, більш виражені на стороні ураження; слабо позитивний симптом Щоткіна-Блумберга; при вагінальному та ректальному дослідженні – болючість стінок. Діагностика надзвичайно ускладнена через слабкість симптоматики. При значних кровотечах допомагає пункція заднього склепіння. За такими хворими зазвичай організовують динамічне спостереження в хірургічному стаціонарі. При наростанні симптомів – оперують. Переважно використовують лапароскопічні методики. Особливу увагу необхідно звертати на прояви інтоксикації та внутрішньої кровотечі. На операції в таких випадках обов'язкова присутність гінеколога, а ще краще – його участь. Яечник бажано зберегти.

Перекрут ніжки кісти яєчника. Це становище може виникати не лише у дорослих жінок, але й у дівчат. З різних причин може відбуватися перекрут ніжки кісти, що проявляється раптовими болями внизу живота, нудотою, блюванням. Якщо при перекруті порушується прохідність живильних судин, можливе некроз стінок кісти, їх розрив з виливом вмісту в черевну порожнину та розвиток перитоніту. Дуже інформативна пальпація – можна відчутти через передню черевну стінку (у жінок – через вагінальний шлях) округлу пухлину з чіткими гладкими контурами. При розривах це ускладнюється – напруження м'язів передньої черевної стінки заважає.

Ниркова хвороба. Найбільш часта причина помилкового діагнозу гострого апендициту. Однак завдяки УЗД це число останніми роками різко знизилося, але проблема залишається, особливо коли конкременти знаходяться у нижній третині сечового міхура, або червоподібний відросток розташований ретроцекально або заочеревинно. Ниркові коліки, як правило, починаються з сильного больового приступу, спричиненого різким підвищенням тиску у видільній системі вище перешкоди у вигляді конкременту. Болі можуть іррадіювати в стегно, у статевий член у чоловіків і великі піхви у жінок. Позитивний симптом Пастернацького – класика. Якщо розвивається інфекційний процес в мисці нирки – ситуація ускладнюється. Підвищується температура тіла, наростають симптоми інтоксикації. Багато симптомів

коліки та апендициту стають дуже схожими. Дуже допомагає УЗД – добре видно конкремент в сечовому міхурі і розширення сечових шляхів над ним. Головне все ж – ретельний аналіз анамнезу та симптомів захворювання, оцінка ситуації в комплексі, своєчасне використання спеціальних методів дослідження – УЗД, КТ, вивідна урографія, ретроградне введення контрасту. Замість пасивного спостереження – активний діагностичний пошук разом з урологом. Операція може нічого не дати – відросток може залишитися незмінним, а після втручання – розчарування як у пацієнта, так і у хірурга – клінічна картина залишається незмінною, все потрібно починати спочатку.

Ми зупинились на захворюваннях, які часто зустрічаються та потребують диференційної діагностики з гострим апендицитом. Анатомія червоподібного відростка і сліпої кишки, численні варіанти їх розташування в черевній порожнині, а отже і локалізація запального вогнища, змушують відрізнати апендицит **практично від усіх гострих захворювань органів черевної порожнини**. Лише ретельний, послідовний **аналіз всієї інформації**, отриманої під час фізичного обстеження і за допомогою спеціальних методів дослідження, дозволяє визначити правильний діагноз. Вміння відхилити одні можливі діагнози і переконатися в правильності обраного – ось і кваліфікація хірурга.

РОЗДІЛ 7

ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

Історичний нарис зазначав, що після наполегливих суперечок, дебатів і т. д. практично всі хірурги світу прийшли до одноголосного висновку – при встановленому діагнозі гострого апендициту єдиним методом лікування є операція, і чим раніше з початку приступу – тим краще. Важливо не лише забезпечити сучасний рівень діагностики і хірургії в тій чи іншій лікувальній установі, але й створити таку систему організації невідкладної допомоги, яка дозволить усунути основну причину багатьох невдач і ускладнень – пізню госпіталізацію. Професор В.І. Колесов у своїй книзі зазначав («Клініка і лікування гострого апендициту», 1972 р.): «У нашій країні населення звертається за лікарською допомогою, **не витрачаючи на це особистих матеріальних засобів**. Хворому не треба турбуватися про оплату ліжка в лікарні, про внесення гонорару за операцію і про найми персоналу, що доглядає. Усе це надається безкоштовно. І так – це перше умова раннього оперативного лікування – **загальнодоступність і безкоштовність медичної допомоги...** Друга умова – це робота швидкої і невідкладної допомоги і санітарного транспорту... Третя умова – ставлення хворого до свого здоров'я і своєчасність звернення за медичною допомогою...».

Характеризуючи сучасний стан нашого охорони здоров'я, ми можемо з повною відповідальністю констатувати – старе зруйнували, нового нічого не створили і навіть не запропонували. Молоді хірурги, сформовані вже в часи «змін», навіть не уявляють собі, що колись було інакше, а пацієнти, повністю дезорієнтовані нововведеннями, заощаджують у повсякденному житті кожную копійку, покладаючись більше на «а може», ніж на здоровий глузд. Один з них під час огляду в палаті сказав таку фразу: «... у нас найбільша кара, яка може спіткати людину – це захворіти...». Довели до такого.

Повернемося до гострого апендициту. І так – діагноз гострого апендициту, встановлений в хірургічному відділенні, є пока-

занням до операції. Підготовка до неї може бути короткочасною, традиційною. При ускладненнях – перитоніті (місцевому, розлитому) – більш суттєвою, узгодженою з анестезіологом, терапевтом, іншими спеціалістами, залежно від наявності у хворого тих чи інших супутніх захворювань, вплив на які потрібно мінімізувати. З таким підходом вдається уникнути багатьох неприємностей, але є, як завжди, і зворотна «сторона медалі» – видалені «блакитні» відростки, при повній впевненості хірурга у правильності попереднього діагнозу.

Частина пацієнтів не оперують негайно – вони перебувають під активним динамічним спостереженням з періодичним визначенням обраних контрольних показників (див. вище). У цих пацієнтів ознаки гострого апендициту виражені слабо, **симптоми інтоксикації та місцевого перитоніту відсутні**, існує припущення про наявність інших захворювань органів черевної порожнини, які не потребують термінового хірургічного лікування. При цьому необхідно дотримуватись чіткого правила – категоричний відмова від призначення препаратів, «змазуючих» клінічну картину – знеболювальних, антибіотиків, спазмолітиків тощо. Можна обмежитись «холодом на живіт». Протягом періоду спостереження корисно скористатися консультацією уролога, гінеколога та інших спеціалістів, провести спільний огляд та обговорення інформації. Найчастіше гострий апендицит протягом періоду спостереження або проявить себе більш виразно, або приступ розчиниться.

7.1. Доступ

Коли мова йде про неускладнені форми гострого апендициту, більшість хірургів використовують два основні доступи: косий перемінний (доступ Волковича-Мак-Бурнея) і поперечний. Ми маємо досвід застосування обох, і ось наші враження про кожен з них:

Доступ **Волковича-Мак-Бурнея** має кілька переваг:

- відповідність кожної проекції: в подавляючому більшості випадків кожна проекція цього доступу відповідає місцю розташуванню сліпої кишки і основи червеподібного

відростка в черевній порожнині. Це дозволяє хірургові швидко зорієнтуватися в операційному полі і впевнено приступити до необхідних маніпуляцій;

- мінімальна травматичність: доступ мінімально травматичний для нервів передньої черевної стінки та судин. Апоневроз зовнішньої косої м'язової оболонки не перерізається, а розрізається вздовж волокон. Це сприяє збереженню цілісності структур і зменшує ризик ушкодження;
- пошарове ушивання рани: строго пошарове ушиття рани відновлює її природний стан, що майже повністю гарантує запобігання виникненню вентральних гриж. Це особливо важливо для уникнення ускладнень після гнійного запалення рани або некоректного введення дренажів через неї.

Всі переваги доступу Волковича-Мак-Бурнея втрачаються в разі необхідності його розширення вгору, вниз або в середину. Анатомічні утворення, зазначені вище, доводиться **пересікати** в різних напрямках, і вся «краса» миттєво втрачається. Це стає необхідним досить часто при обширних зрощеннях, при атиповому розташуванні сліпої кишки та відростка, а також при супутній патології, що вимагає хірургічної корекції. Відоме «стискання» рани значно обмежує огляд і свободу маніпуляцій у хірурга.

Поперечний доступ є також популярним, особливо у США та інших країнах Заходу. Чому?

- він має кращий косметичний ефект, що має велике значення для любителів пляжного відпочинку – його практично не видно;
- він також досить анатомічний – також по багатьох позиціях змінний (розшарування глибоких м'язів), кількість післяопераційних гриж мінімальна;
- в типових ситуаціях він забезпечує доступ до сліпої кишки і вісцерального додатка;
- він зручніше розширюється – спочатку з перерізанням правого прямого м'язу живота, а при необхідності – і лівого, з можливою трансформацією (за необхідності) у широку поперечну лапаротомію, яку використовують багато абдомінальні хірурги під час інших операцій.

Якщо говорити про недоліки, то вони не дуже істотні: при поперечному розтині кількість пересічених нервів і судин більша, ніж при косому доступі, апоневроз зовнішнього косого м'яза доводиться перетинати майже упоперек ходу волокон, а не розшаровувати.

Наступна група доступів (розрізів) – подовжні. Впродовж багатьох років, а в нашій країні досі, багато хірургів використовують серединний доступ, що виконується на різній висоті, залежно від локалізації зони операції. На перший погляд – це ідеальний розріз – він не завдає ні анатомічної, ні фізіологічної шкоди. По лінії розрізу не ушкоджуються ні нерви, ні судини, ні м'язи – розтинають тільки шкіру, підшкірну клітковину, білу лінію живота, очеревину. Розріз може бути будь-якої довжини, дозволяє оперувати без обмежень. Так само легко він зашивається. Але виявилось, що він досить травматичний – при ньому перетинається найважливіше анатомічне утворення – біла лінія, що є **складним переплетенням** сухожильних волокон черевних апоневрозів, фортецею, яку відновити після операції в повному об'ємі **неможливо**. Зшита біла лінія насилу протистоїть постійній, потужній тязі широких і косих м'язів живота, тим більше в умовах поганого кровопостачання. Якщо після операції виникають такі ускладнення, як нагноєння, евентрація та ін., післяопераційна грижа гарантована.

Було запропоновано білу лінію не розсікати, а йти в черевну порожнину через піхву прямого м'яза живота, зрушуючи її медіально з подальшим створенням з нього своєрідної прокладки між швами на передній і задній стінці піхви. Але й цей спосіб не прижився – при мобілізації прямого м'яза з латерального боку доводилося перетинати нерви та судини, що призводило до подальшого її паралічу та атрофії з утворенням випинання (хибної грижі).

Ще гіршим виявився параректальний розріз через сухожилля вздовж піхви прямого м'яза живота. Причини ті самі.

Становище виправив **Ленандер**. Він запропонував розсікати шкіру та підшкірну клітковину в 1-3 см вправо (або вліво) від середньої лінії, розсікати піхву прямого м'яза живота, м'яз зміщувати вправо (або вліво), далі розсікати задню стінку піхви біля латерального краю. Доступ виходить змінний, іннервація

прямого м'яза та його кровопостачання не порушується, після операційний рубець виходить міцним.

Такими є загальні зауваження щодо доступів. Хірургу треба про них знати, але вибір за ним.

Далі про техніку виконання двох найбільш популярних доступів – Волковича – Мак-Бурнея та поперечного.

7.1.1. Доступ Волковича – Мак-Бурнея

Опис розрізу ми поєднаємо з описом техніки виконання операції під місцевою анестезією за А.В. Вишневському. Сьогодні молоді хірурги слабо уявляють, що це таке. Різні види наркозу витіснили її майже повсюдно. Але бувають ситуації, коли без місцевої анестезії не обійтися, хоча б у тих випадках, коли наркоз протипоказаний, або відсутність анестезіолога. Адже в колишні часи переважна більшість апендектомій виконувалася під місцевою анестезією. Правда, було різне – у досвідченого хірурга все проходило в повній тиші, без ексцесів; в інших ситуаціях операція йшла «під крикаїном», коли кричали дві головні дійові особи – хворий і хірург, щоправда, з різних причин. Висновок простий – все необхідно вміти робити грамотно.

«Хірург – закрійник із матеріалу замовника»

Починають із «розмітки» – планування розрізу, визначення його місця на передній черевній стінці. Його лінію хірург має чітко бачити. Бувають різні «перешкоди» – у хворих шкіра разом із шкірно-жировим фартухом легко зміщується; після обкладання простирадлами вони можуть зміститися в будь-який бік і т.д. «Розмітка» не займе багато часу, не принизить авторитет хірурга, але застереже від багатьох помилок. Нам не раз доводилося включатися в операцію, що виконувалась молодими хірургами, коли «промахнувшись», вони або маніпулювали в заочеревинному просторі, приймаючи за відросток одну з клубових судин, або «врубалися» у піхву прямого м'яза живота, гублячись у різних здогадах.

«До використання стерильних простирадл, після обробки шкіри передньої черевної стінки, за допомогою палички з ваткою на кінці, змоченої в «зеленці» проводять дві лінії: перша – від пупка до правої передньо-верхньої ості клубової кістки, друга – перетинає першу, в її середині, строго перпендикулярно, довжиною 8-10 см, причому $\frac{1}{3}$ лінії знаходиться вище точки перетину (точки Мак-Бурнея), а $\frac{2}{3}$ – нижче. Тільки після цього використовують простирадла обкладки таким чином, щоб в центрі «укладання» утворилося ромбоподібний отвір з лінією розрізу в центрі.

Далі приступають до знеболювання. Його необхідно провести так, щоб хворий випробував, відчув біль тільки при першому «уколі», далі він повинен відчувати тільки почуття «розпирання» від новокаїну, що вводиться, і оніміння тканин. Інфільтрація тканин повинна проходити суворо пошарово, поетапно, крок за кроком, без квапливості, з невеликими паузами (20-30 секунд) між кроками.

У нижній частині лінії розрізу за допомогою найтоншої голки для підшкірних ін'єкцій проводиться перший укол (про нього треба обов'язково попередити хворого). Новокаїн вводять **внутрішньошкірно**, створюючи «п'ятачок лимонної скоринки». Змінивши голку на внутрішньом'язову, працюють її у верхній частині п'ятачка і знову інфільтрують шкіру. Так, крок за кроком знеболюють шкіру на всьому протязі лінії розрізу із «запасом» догори і донизу на 2-3 см. Через знеболену шкіру вводять новока-

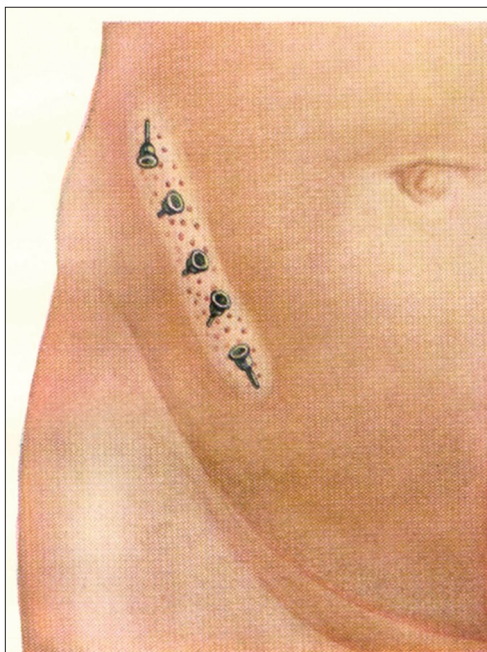
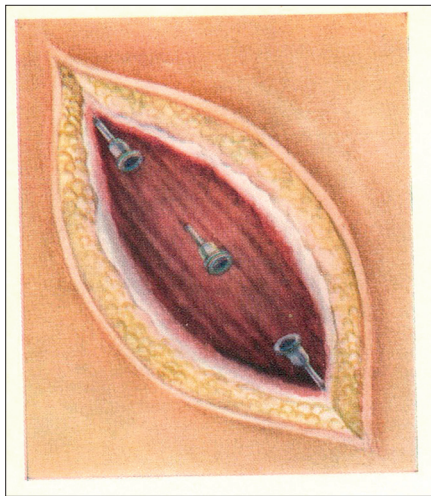


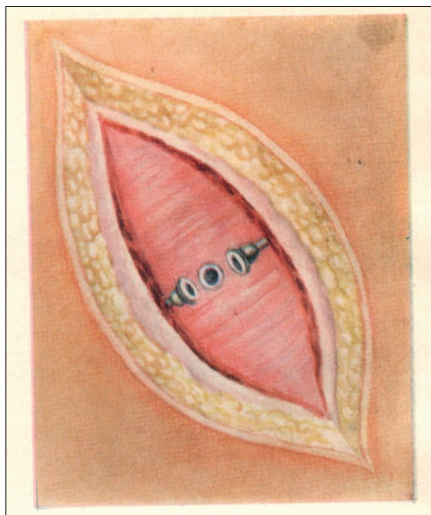
Рис. 48. Знеболення шкіри
за А.В. Вишневським
(з атласу за редакцією В.І. Колесова).

ін у підшкірну клітковину: а) над пластинкою Томпсона; б) під пластинку Томпсона.

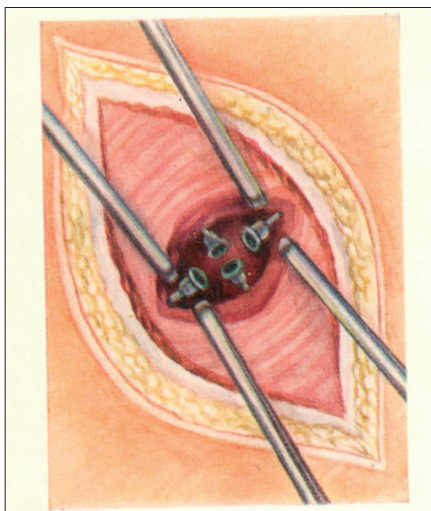
Далі приступають до інфільтрації глибших шарів – попереднє знеболювання, не поспішайте все робити відразу (Рис. 49-51).



**Рис. 49. Знеболення м'язового шару
черевної стінки**
(З атласу за редакцією В.І. Колесова).



**Рис. 50. Знеболення м'язового шару
черевної стінки
(поперечний м'яз живота)**
(З атласу за редакцією В.І. Колесова).



**Рис. 51. Знеболення
передочеревинної клітковини**
(З атласу за редакцією
В.І. Колесова).

Голку змінюють на довшу. У середній частині «лимонної скоринки» перпендикулярно шкірі роблять укол і просуваються до апоневрозу зовнішньої косої м'язи живота. Дійшовши до нього вводять новокаїн, який повинен поширюватися на його поверхні, потім проколюють його (відчуття «провалу») та інфільтрують розташовані під ним м'язи. Пауза. За цей час виконують блокаду по Школьникову: цю ж голку направляють до верхньої передньої здухвинної ості, постійно «посилаючи» вперед струмись новокану, не доходячи ості проколюють передню черевну стінку, упираються в кістки таза і вводять в заочеревинний простір новокаїн, досягаючи знеболювання ямки. Це дуже корисний етап місцевої анестезії. Тільки після описаних маніпуляцій розпочинають розріз. За допомогою звичайного скальпеля або електроножа, строго по наміченій лінії та перпендикулярно до поверхні передньої черевної стінки розсікають шкіру, підшкірну клітковину з пластинкою Томпсона, доходять до апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота. Ретельний гемостаз усіх осередків точкової кровотечі. Рану «обшивають», фіксуючи вологі, добре віджаті тампони до пластинки Томпсона або шкіри за допомогою лігатур, кінці яких не зрізають і розташовують під тампонами. За допомогою гачків Фарабефа розсувають краї рани. Новокаїн вводять під апоневроз зовнішньої косої м'язи живота і у видиму у верхньому кутку рани у вигляді трикутника вершиною донизу її м'язову частину. Апоневроз розсікають по ходу волокон по всій довжині шкірної рани, краї по лінії розрізу зрушують в сторони. Добре інфільтрують м'язи, що глибше лежать, і передочеревинну клітковину. Після невеликої паузи розщеплюють м'язи по ходу волокон і розтягують убик «гачками» Фарабефа, пінцетом захоплюють і піднімають очеревину, на вершину «конуса» накладають затискач Пеана. Оцінюють ситуацію в черевній порожнині – випіт, зазвичай добре видно. Навколо «конуса» акуратно укладають тампони, і під контролем відсмоктування (ні одна крапля ексудату не повинна «забруднити» рану) надсікають очеревину. Її розсікають уздовж осі рани вгору

і вниз і фіксують затискачами до обкладувальних тампонів. Під очеревину вводять новокаїн. Доступ завершено. (Рис. 52 – 56).

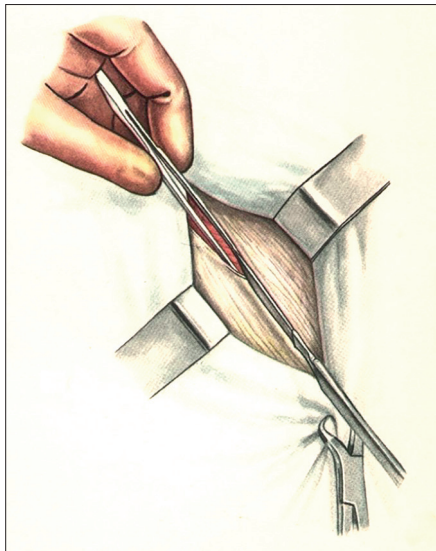


Рис. 52. Розріз передньої черевної стінки по Волковичу-Дьяконову-Мак Бурнею

(З атласу під редакцією В.М. Войленка).

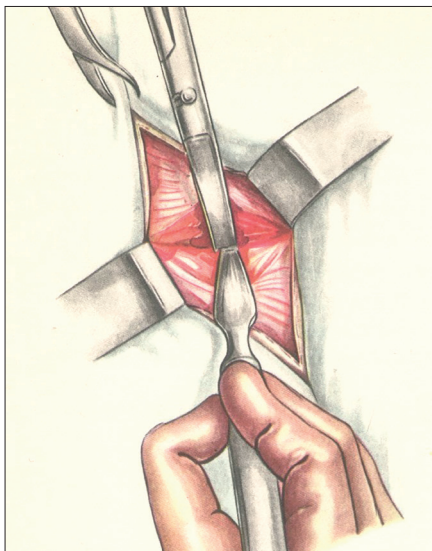


Рис. 53. Розшарування внутрішньої косої та поперечної м'язів живота

(З атласу під редакцією В.М. Войленка).

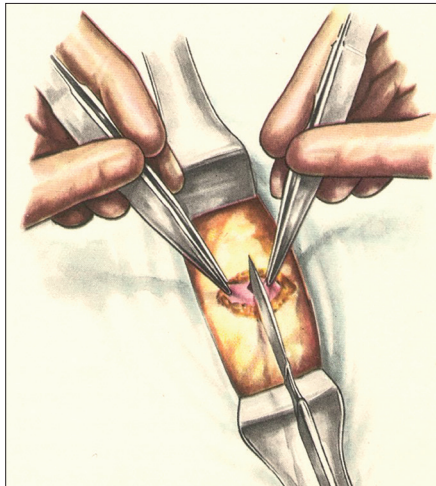
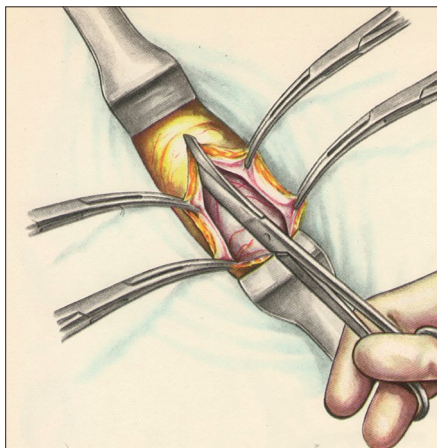
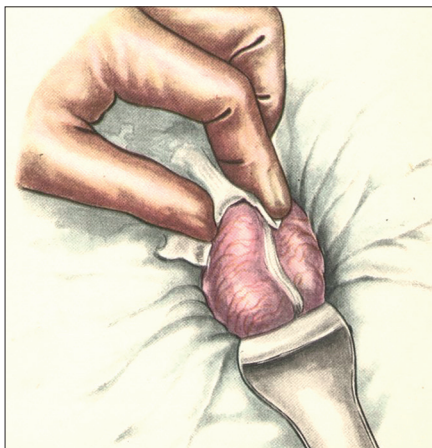


Рис. 54. Розсічення парієтальної очеревини між двома пінцетами
(З атласу під редакцією В.М. Войленка).



**Рис. 55. Розсічення парієтальної
очеревини по довжині рани**

(З атласу під редакцією В.М. Войленка).



**Рис. 56. Виведення сліпої
кишки у рану**

(З атласу під редакцією В.М. Войленка).

7.1.2. Поперечний доступ

Порядок його виконання (інфільтрація новокаїном і розтин шарів передньої черевної стінки) той же, що і в описаному вище варіанті. Також починають із «розмітки». Лінія розрізу йде відступивши на 2-3 см від верхньої передньої клубової ості в напрямку перпендикулярному серединній лінії живота у напрямку до прямого м'яза, але закінчується не доходячи до неї. Найчастіша помилка – розташування лінії надто медіально, над прямим м'язом. Завжди треба залишатися латеральнішими від неї. Розширюватися в цей бік можна і потрібно лише у випадках реальної необхідності, при ускладнених формах гострого апендициту. При суворому дотриманні пошарової новокаїнової інфільтрації по наміченій лінії розсікають шкіру, підшкірну клітковину, апоневроз зовнішнього косого м'яза живота, розшаровують волокна внутрішнього косого та поперечного м'язів живота, далі – поперечна фасція та очеревина. Обов'язкове використання тампонів для обкладання, такий же ретельний гемостаз. Основні етапи доступу подано на рис. 57-59.

Описані доступи – основні, що найчастіше застосовуються. Багатьма авторами описані різні їх модифікації, але вони мало змінюють суть наведених вище.



Рис. 57. Розріз шкіри та підшкірної жирової клітковини
(Фото з журналу Langenbeck's Archives of Surgery – інтернет ресурс).

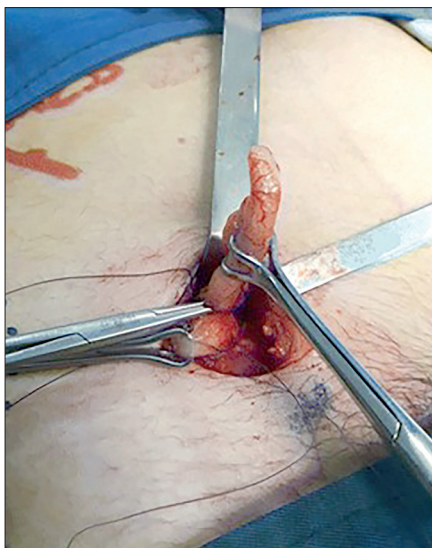


Рис. 58. Виведення апендикулярного відростка в рану
(Фото з журналу Langenbeck's Archives of Surgery – інтернет ресурс).

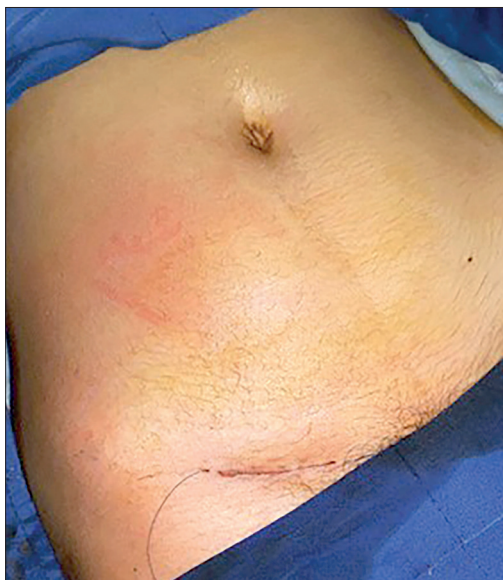


Рис. 59. Накладений косметичний шов
(Фото з журналу Langenbeck's Archives of Surgery – інтернет ресурс).

7.2. Апендектомія

Піднявши дзеркалами передню черевну стінку і розтягнувши краї рани у бік поздовжньої осі виконують першу візуальну ревізію – з'ясовують, чи є випіт, і верифікують прилеглі органи. Випіт одразу видаляють електровідсмоктувачем, проводячи його наконечник уздовж внутрішніх стінок живота і опустивши (акуратно) у порожнину малого тазу. Найчастіше до рани належить купол сліпої кишки, можливо разом із червоподібним відростком (при передньому його розташуванні). Сліпу кишку за допомогою пальців або гладкого анатомічного пінцету (у жодному разі не використовувати хірургічний – зубчастий) виводять у рану. Якщо разом з кишкою не з'являється червоподібний відросток, черевну порожнину нижче купола сліпої кишки вводять палець, намагаються відросток, оцінюють його рухливість, і виводять його в рану вже разом зі сліпою кишкою. Перш ніж виводити відросток у рану бажано зорієнтуватися щодо його патологічного стану – оцінити характер випоту, зміни біля основи. Якщо він омертвів, необхідно виявляти особливу обережність – маніпулювати вкрай акуратно, намагаючись не зруйнувати стінки, підготувати рану до його прийому – додати серветки обкладачки, сам відросток огорнути марлевою серветкою і зафіксувати її за допомогою затиску із захопленням не відростка, а його брижі. Якщо відросток та сліпу кишку вдалося вивести в рану, приступають до його антеградного видалення. Починають з перетину брижі, проробивши біля основи відростка за допомогою затиску «вікно», охоплюють її затиском Кохера, відсікають від відростка, прошивають і перев'язують. Якщо брижа особливо широка, набрякла, інфільтрована – краще обробляти її частинами, починаючи від верхівки відростка. Звільнивши відросток, приступають до його видалення: біля основи накладають кисетний шов на стінку сліпої кишки, відросток перетискають у основи, місце перетискання накладають кетгутутову лігатуру і зав'язують. Вище її накладають затискач, відросток відсікають. Культю занурюють, «кисет» зав'язують. Забирають верхні шари обкладувальних тампонів, миють руки або змінюють рукавички. Для більш надійного закриття кукси поверх кисетно-

го шва накладають серозно-м'язовий z-подібний. Сліпу кишку занурюють у черевну порожнину. Є й інші способи обробки кукси – занурюють не перев'язану куксу; перев'язують і не занурюють тощо. Усі впевнені у своїй правоті. Старше покоління хірургів звикло занурювати куксу кисетним і z-подібним швами, теж ні в чому не сумнівається, ні з ким не сперечається: «...питання про спосіб закриття кукси відростка – це не наука, це релігія».

Якщо червоподібний відросток через зрощення не виводиться, є реальна загроза його пошкодження в черевній порожнині, змінюють тактику. Головне – обережність, здоровий глузд замість зайвої рішучості. Відросток видаляють атипово – **ретроградно**. Суть методу полягає в тому, що спочатку обробляють основу відростка, занурюють його куксу, а вже потім, маніпулюючи затискачем, накладеним на відсічену проксимальну частину, поетапно відсікають відросток від брижі з ретельною перев'язкою судин, що проходять в ній. Ретроградного видалення відростка можна уникнути, розширивши рану та збільшивши огляд. Це потрібно робити тільки в тому випадку, якщо і ретроградний метод протікає з технічними труднощами.

Основні етапи апендектомії в неускладнених випадках представлені на рис. 60-67.

Є серед апендектомій такі, що потребують спеціального підходу, особливої техніки оперування, одним словом – нестандартні. Вони пов'язані з ускладненнями, які увійшли до класифікації – інфільтратами, абсцесами, перитонітами тощо. При них запальний процес обмежується відростком, а труднощі пов'язані з рубцево-злуковим процесом у зоні розташування відростка, зумовленим, швидше за все, з нападами апендициту, перенесених на ногах, з нестандартною його локалізацією, іншими обставинами. На повний перелік таких ситуацій ми не претендуємо, опишемо лише ті, що зустрічалися у нашій практиці.

До першої групи таких ситуацій ми віднесли випадки різних деформацій відростка, викликаних рубцево-злуковими процесами, внаслідок перенесених гострих нападів, або свіжими зрощеннями, але з пізнім поводженням. Відросток може «скластися» у вигляді гачка, «равлика», двостволки і т.д., зафіксуватися в контакті зі сліпою кишкою, здухвинною кишкою, її брижею і т.д. Зрощення

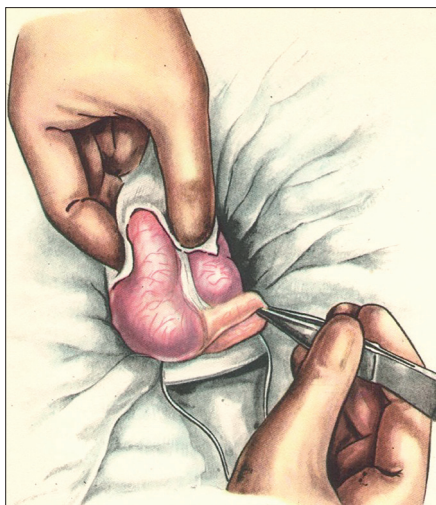


Рис. 60. Вилучення червоподібного відростка в рану
(З атласу під редакцією В.М. Войленка).

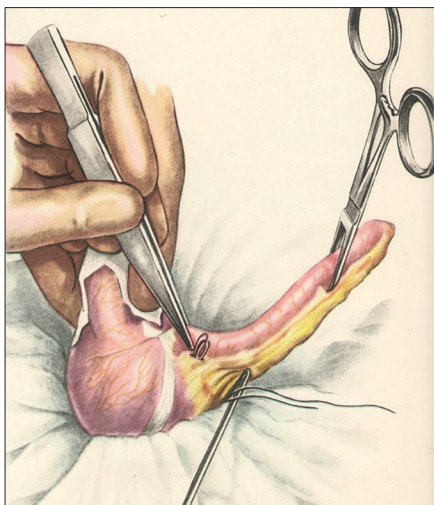


Рис. 61. Перев'язка брижі червоподібного відростка
(З атласу під редакцією В.М. Войленка).

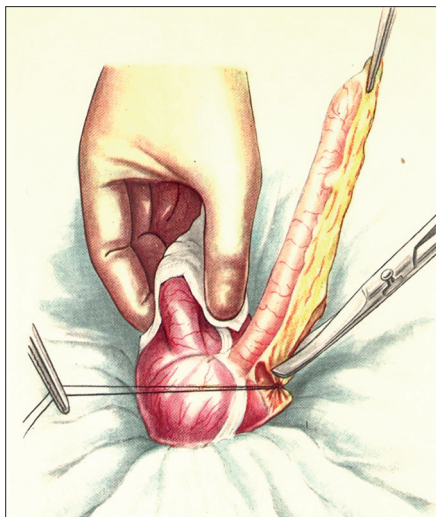


Рис. 62. Розсічення брижі червоподібного відростка
(З атласу під редакцією В.М. Войленка).

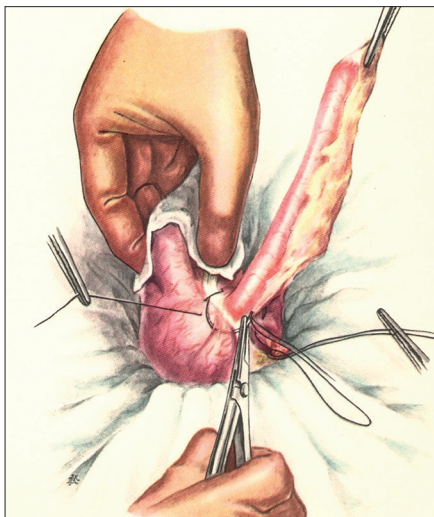


Рис. 63. Накладення кисетного шва на сліпу кишку навколо основи відростка
(З атласу під редакцією В.М. Войленка).

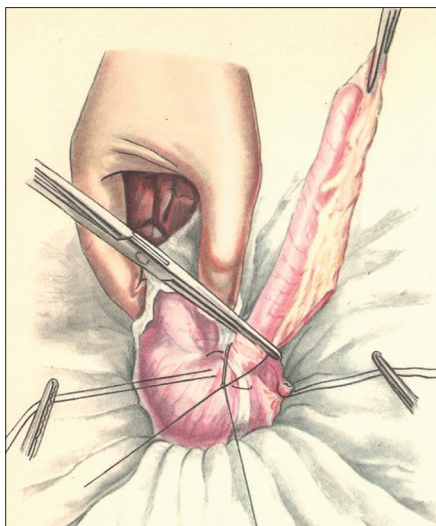


Рис. 64. Перев'язка червоподібного відростка
(З атласу під редакцією В.М. Войленка).

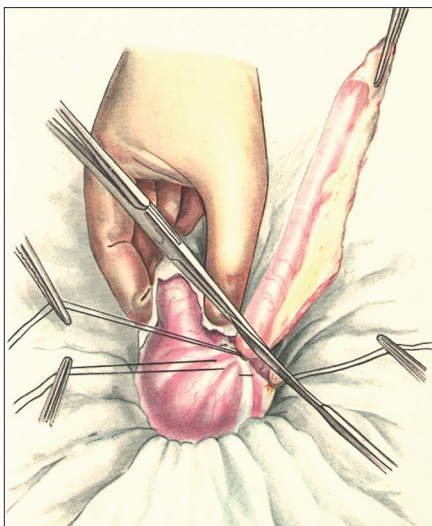


Рис. 65. Відсікання червоподібного відростка
(З атласу під редакцією В.М. Войленка).

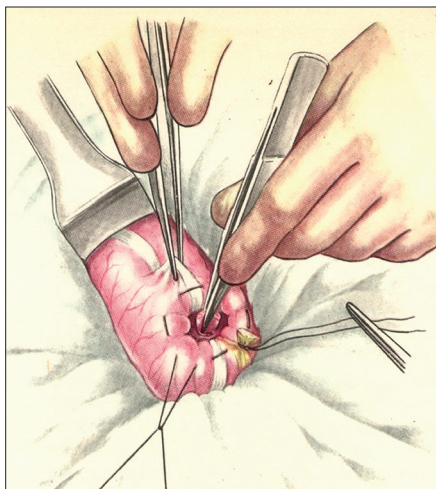


Рис. 66. Занурення кукси червоподібного відростка кисетним швом
(З атласу під редакцією В.М. Войленка).

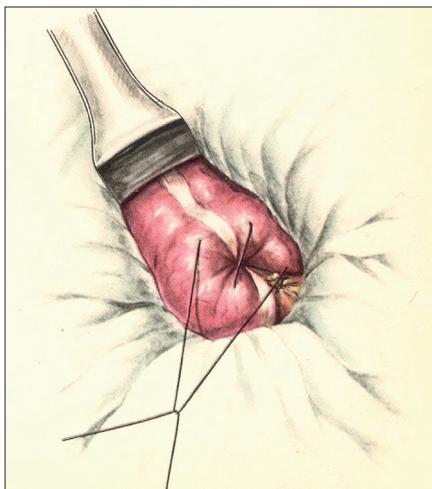


Рис. 67. Накладення Z-подібного шва
(З атласу під редакцією В.М. Войленка).

можуть бути дуже щільними (старі), що по міцності значно перевищують міцність стінок самого відростка, а можуть бути пухкими (свіжими). Варіантів деформацій може бути безліч, хірург повинен вирішити всі «ребуси», не допускати ушкодження відростка та сусідніх органів, уникнути додаткового інфікування. Важливо пам'ятати, що разом з відростком деформується і брижа з судинами, що проходять в ній. Найвдаліша ситуація – якщо разом зі сліпою кишкою в рану вдалося вивести і відросток. Препарування значно полегшується. Важливо сліпу кишку та апендикс відгородити від черевної порожнини вологими марлевими серветками. Пухкі зрощення найпростіше розділити пальцем – розправити відросток і брижу і виконати типову апендектомію. При щільних зрощення доводиться звільняти відросток і брижу крок за кроком, на невеликих ділянках. Дуже допомагає гідропрепарування – нагнітання у зрощення новокаїну. Користуватися краще «тупими» інструментами-пінцетами, зондом, пальцями. При зрощення зі сліпою кишкою важливо не пошкодити її стінку, препарування необхідно проводити тримаючись ближче до відростка. Іноді доводиться застосовувати прийом, схожий на операцію Прібрама при деструктивних холециститах – залишати частину серозного покриву відростка на куполі сліпої кишки (наприклад). Дуже корисно починати виділення з перев'язки відростка біля основи та занурення його кукси. Для покращення свободи маніпуляцій можна протягом відростка підвести лігатури під нього (прошити) та використовувати їх як трималки для зміни позицій при виділенні. Таким чином крок за кроком відросток виділяють та видаляють. Якщо відросток лежить «медіально» і його верхівка спаяна з брижею тонкої кишки або її стінкою, у жодному разі не слід із зусиллям витягувати його з черевної порожнини – можна пошкодити і відросток, і кишку, і її брижу. У таких випадках відросток необхідно видаляти ретроградним способом, поступово просуваючись до його верхівки та поетапно звільняючи його від спайок.

До другої групи ми відносимо «важкі» апендектомії, пов'язані з аномальним розташуванням відростка – внутрішньостінковим (стосовно сліпої кишки), ретроцекальним, заочеревинним.

Внутрішньостінне (справжнє) розташування відростка може бути вродженим, а може бути наслідком утворення пло-

щинних спайок, що щільно фіксують апендикс до стінки сліпої кишки. І в тому, і в іншому випадку важливо розумно розібратися в ситуації. Наведемо випадок із практики одного з авторів монографії. На недільному чергуванні (у клініці на вихідний день) він працював у парі з таким самим молодим хірургом. В одного з тих, що спостерігалися з минулої доби пацієнта, були виявлені чіткі ознаки апендициту, його було взято в операційну. Під місцевою анестезією доступом Волковича – Мак-Бурнея виконано лапаротомію. Досить легко в рану було виведено сліпу кишку, практично весь її купол. При пальцевій ревізії правої клубової ямки червоподібного відростка не виявилось: було все – сліпа кишка, термінальний відділ клубової, була клініка гострого апендициту, не було самого апендикса. Врятував черговий анестезіолог, досвідчений хірург – В.Ф. Клименко. Він підключився до операції та подав молодим колегам «майстер-клас». Пройшовши пальцями по «тенії», він у її закінчення пропальпував потовщену основу червоподібного відростка, що йде в товщу стінки, на її задню поверхню. Орієнтуючись на основу, вдалося виявити поздовжнє ущільнення довжиною близько 5 см і діаметром до 1,5 см з гіперемійованою серозою над ним. Далі акуратно відпрепарували основу протягом близько 1 см, перетиснули і перев'язали відросток, відсікли його, куксу занурили кисетним і Z-подібним швами. Уздовж пальпованого тяжу під серозну оболонку ввели новокаїн, розсікли її і тупо виділили флегмонозно змінений відросток. Двома затискачами перетиснули судини, що живлять appendix і видалили його. Дефект, що утворився, в серозному покриві сліпої кишки вшили кількома серозно-м'язовими швами. Пошаровий шов рани. Післяопераційний період протікав без особливостей. Через окремий прокол передньої черевної стінки було поставлено двопросвітний дренаж. То був дуже корисний урок. Надалі такі варіанти зустрічалися ще кілька разів, але труднощів не було. Починали з виявлення основи відростка, його перетину та занурення кукси, потягуючи за лігатуру, накладену на appendix дистальніше місця перетину, використовуючи гідропрепаровку, виділяли та видаляли відросток. Судини перев'язували вздовж стінки, не виділяючи брижу. Обов'язково вшивали «ложе» відростка і дренивали черевну порожнину.

Ретроцекальне розташування відростка трапляється досить часто. Якщо appendix лежить вільно, його разом з куполом сліпої кишки виводять у рану і виконують типову апендектомію. Якщо є пухкі спайки, їх акуратно розділяють пальцем і продовжують апендектомію. У тих випадках, коли спайки щільні, спроби їх поділити не вдаються, є реальна загроза пошкодження відростка, брижі та судин – треба зупинитися. Максимально можливо вивести в рану сліпу кишку, знайти основу відростка, мобілізувати його на необхідному протязі, перетнути, куксу занурити і почати ретроградну апендектомію (Рис. 68-73). При цьому помічник підтягує сліпу кишку вгору і медіально, а хірург за допомогою затиску або лігатури, накладених на проксимальному кінці відростка – у протилежний бік. Поетапно розтинають спайки та брижу. Корисне гідропрепарування. Здухвинну ямку необхідно дрениувати.

Заочеревинне розташування відростка трапляється дуже рідко. Найчастіше за нього приймають ретроцекальне становище з вираженим спайковим процесом. Треба завжди розбиратися.

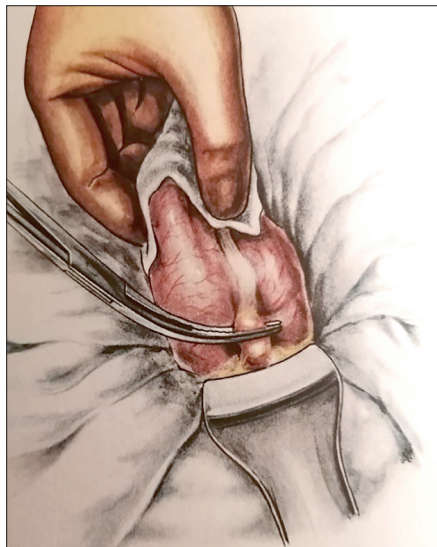


Рис. 68. Виведення купола сліпої кишки разом із основою червоподібного відростка у рану (З атласу під редакцією В.М. Войленка).

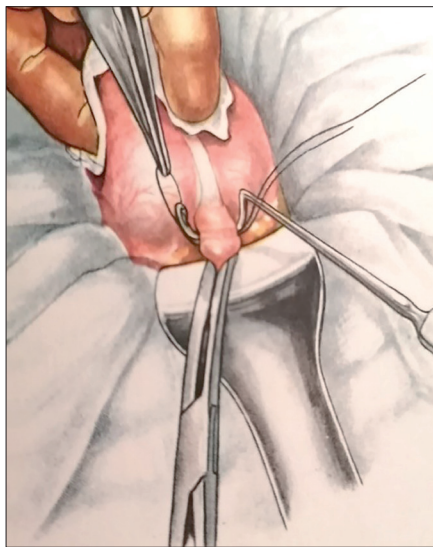


Рис. 69. Заведення лігатури під основу червоподібного відростка (З атласу під редакцією В.М. Войленка).

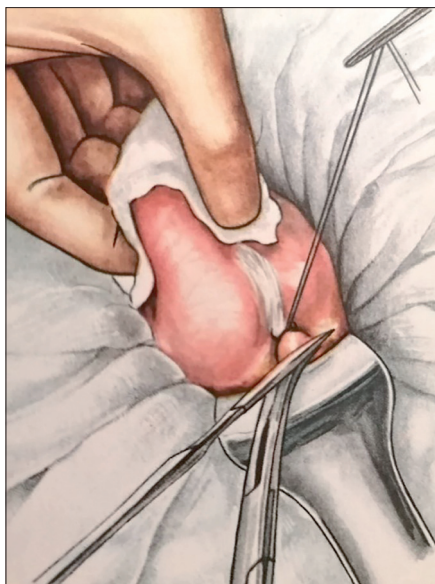


Рис. 70. Перев'язка червоподібного відростка у його основи
(З атласу під редакцією
В.М. Войленка).

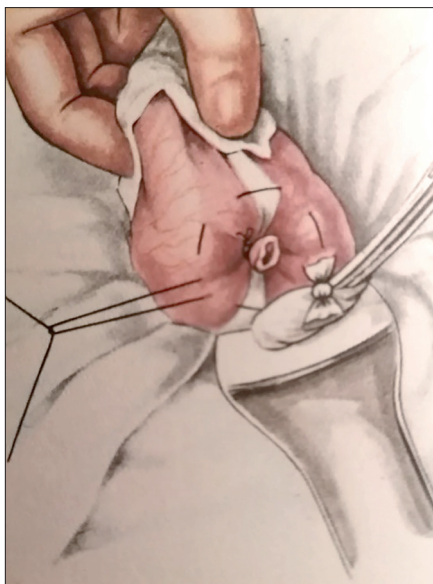


Рис. 71. Накладання кисетного шва на купол сліпої кишки
(З атласу під редакцією
В.М. Войленка).

Природньо, при цьому варіанті вивести appendix у рану неможливо. Тому починають із купола сліпої кишки. Його часто теж доводиться «визволяти» – акуратно розсікти спайки, що пов'язують його з парієтальною очеревиною і вивести в рану. Наступний етап – виявлення основи відростка і мобілізація його початкової частини, після чого переконаються в тому, що він дійсно йде в заочеревинний простір. Розсікають парієтальну очеревину вздовж правого фланка (розріз довжиною 8-10 см), відшаровують її листок медіально і проникають у клітковину, де і виявляють відросток. Потрібно бути при цьому вкрай обережним. Ми знаємо випадки, коли за відросток приймали сечовід або судину. Щоб не помилятися у всіх випадках заочеревинного розташування апендикса **апендектомію слід проводити ретроградно**, «береженого Бог береже». Після видалення відростка очеревину необхідно ушити, а **заочеревинний простір дреновати** (Рис. 74-78).

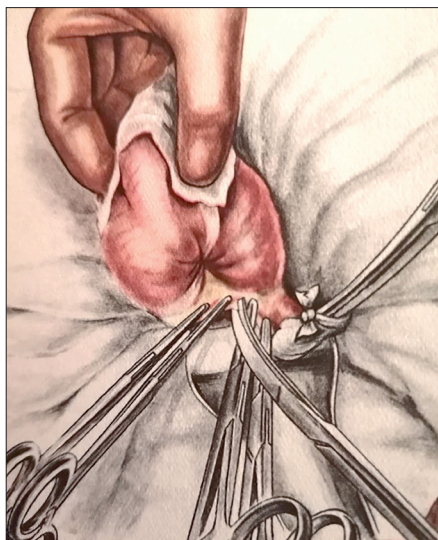


Рис. 72. Хірургічна обробка брижі червоподібного відростка
(З атласу під редакцією В.М. Войленка).

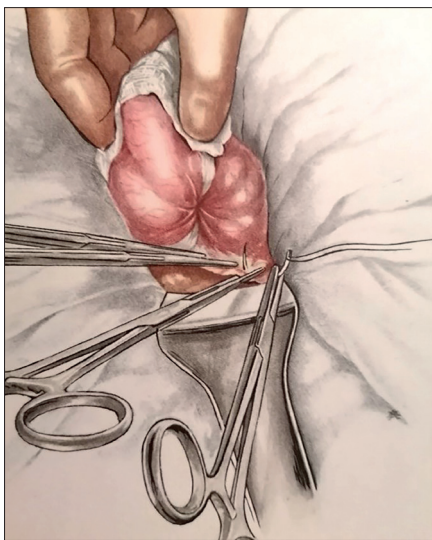


Рис. 73. Прошивання брижі червоподібного відростка
(З атласу під редакцією В.М. Войленка).

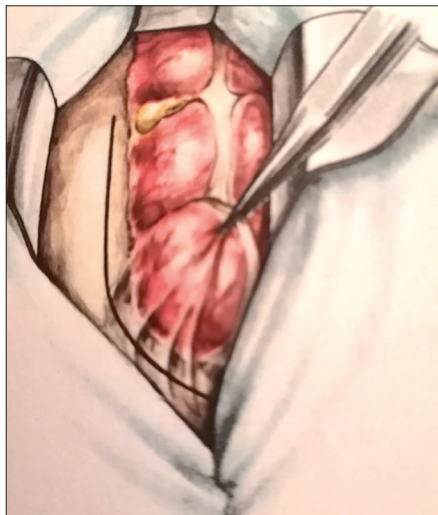


Рис. 74. Виведення купола сліпої кишки у рану
(З атласу під редакцією В.М. Войленка).



Рис. 75. Виділення основи червоподібного відростка
(З атласу під редакцією В.М. Войленка).

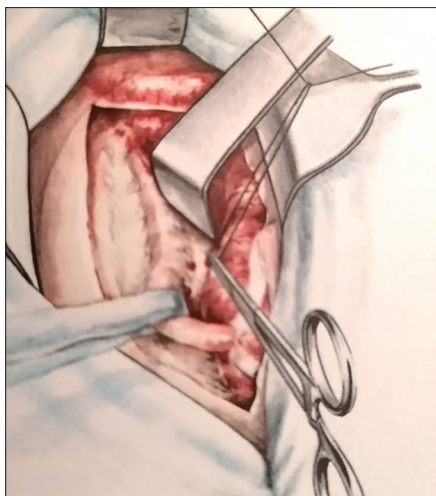


Рис. 76. Перев'язка червоподібного відростка
(З атласу під редакцією В.М. Войленка).

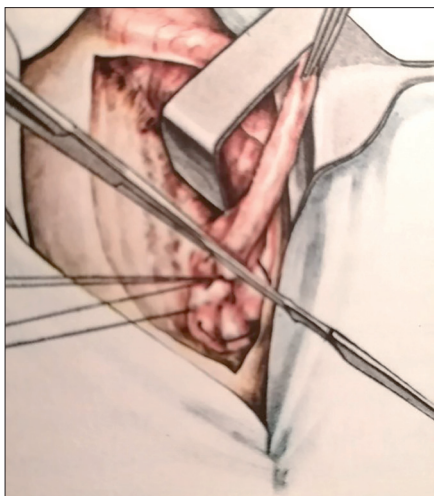


Рис. 77. Відсічення червоподібного відростка
(З атласу під редакцією В.М. Войленка).

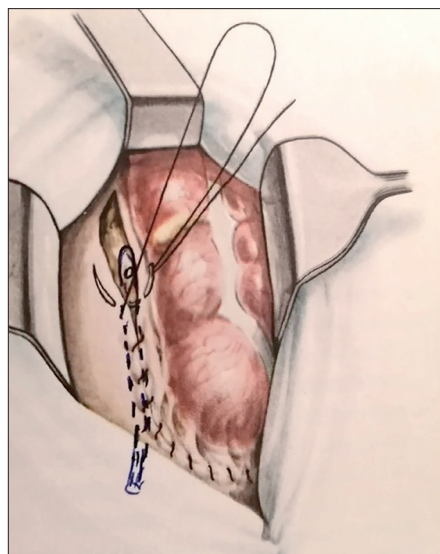


Рис. 78. Дренування заочеревинного простору
(З атласу під редакцією В.М. Войленка).

Такі основні варіанти «важких» апендектомій. Головне в таких випадках – увага, обережність, ніякого фізичного насильства над зміненим відростком, його брижею, судинами, сліпою кишкою.

Часто в таких випадках виникають проблеми з розмірами доступу – операційне поле виявляється «тісним». Багато хірургів розширюють його – перетинають м'язи (а з ними судини та нерви), апоневротичні компоненти передньої черевної стінки тощо. Без цього в більшості випадків можна обійтися, головне забезпечити

адекватне знеболювання. Вже багато років усі операції з приводу неускладненого гострого апендициту, що виконуються під місцевою анестезією, йдуть у супроводі внутрішньовенної інфузійної терапії. «Бути у вені» завжди корисно, багатьом хворим потрібна медикаментозна підтримка серця, легень тощо. З появою проблем завжди можна скористатися внутрішньовенним наркозом із збереженням самостійного дихання. Тоді розширення за рахунок розтину буде мінімальним, достатньо буде гарного розтягування країв рани за допомогою дзеркал.

На рис. 79 представлені різні варіанти зрощень та перегинів червоподібного відростка, зафіксовані різними хірургами.

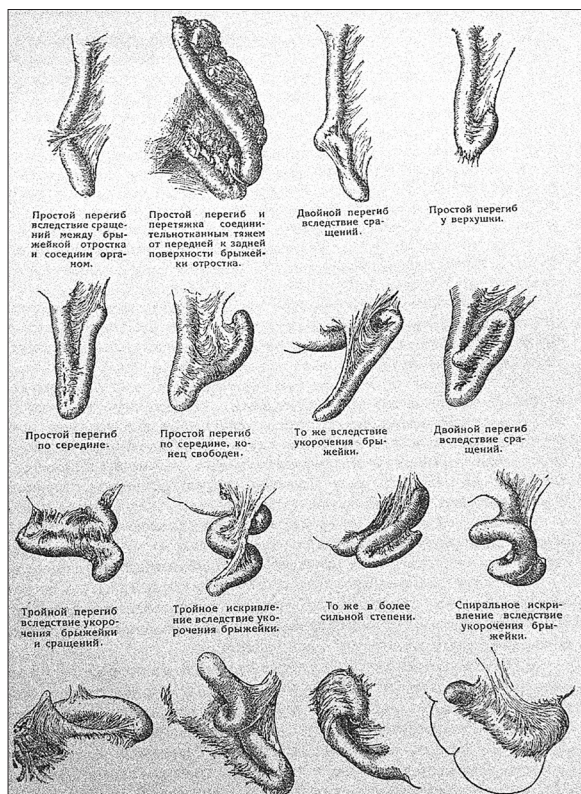


Рис. 79. Варіанти зрощень та перегинів червоподібного відростка по Келлі (з атласу Bier, Braun, Kummel).

7.3. Інтраопераційні ускладнення при операціях з приводу гострого апендициту

Апендектомія, що сприймається багатьма хірургами як досить проста операція, може супроводжуватися вкрай неприємними ускладненнями, викликаними діями хірурга. «Потрапивши в пастку», молоді, з недостатнім досвідом хірурги втрачають найчастіше витривалість – досить «тісний» доступ і кров, що інтенсивно надходить з живота, вимагають міцних нервів.

Кровотеча. Найчастіше кровотечі розвиваються із судин брижі відростка. Причини пошкодження судин різні – розриви при грубих тракціях, прорізування під браншами затискачів або під лігатурою при гнійній інфільтрації брижі, пухкості тканин. Якщо це сталося при виведеному в рану куполі сліпої кишки з відростком – проблем не буде. Достатньо повторно накласти затискач на брижу, прошити її та акуратно, але надійно перев'язати. При вислизанні брижі необхідно повернути навколо осі сліпу кишку, відкриваючи її задньомедіальну стінку, саме там прикріплюється брижа відростка, накласти затискач, прошити і перев'язати судини. Якщо ускладнення відбулося під час ретроградного видалення відростка, судина, що кровоточить, знаходиться в рубцях і зрощеннях, візуалізувати її неможливо – необхідно туго затампонувати праву здухвинну ямку, хворого ввести в наркоз і виконати серединну лапаротомію. Повноцінний огляд дозволить швидко знайти джерело кровотечі та зупинити його. **Не забувайте про тампон!**

Джерелом кровотечі можуть бути і судини брижі тонкої кишки. Ми спостерігали кілька таких випадків, коли хірург намагався за рахунок фізичної сили відокремити верхівку червоподібного відростка від брижі. Відросток відокремили, але разом із стінкою брижових судин.

Нерідко зустрічаються **пошкодження стінки кишки** – сліпої, клубової, сигмоподібної (при доліхосигмі). Як правило, це буває в двох ситуаціях – при вході в порожнину очеревини, коли за неї хірург приймає стінку кишки, що припаялася, а також при виділенні відростка зі зрощень, особливо при використанні рі-

жучих інструментів або надмірної сили. Діагностувати пошкодження кишки нескладно – в рану починає надходити кишковий вміст та газ. Головне при цьому – не допустити забруднення черевної порожнини. Саме для цього при складному препаруванні необхідно використовувати додаткові серветки, у помічника в руці повинен бути наконечник увімкненого електровідсмоктувача. Дефект, що утворився, необхідно негайно ушити: два шви на краї ранки, потім третій – в середній частині (необхідно звузити просвіт), і вже потім – інші. Шов має бути дворядним. Якщо це клубова або сигмоподібна кишка, що вислизнули в черевну порожнину – серединна лапаротомія, ушивання ушкодження, санація черевної порожнини.

Непоодинокі **пошкодження самого відростка**: відриви верхівки, розриви протягом, відрив біля основи. Під контролем електровідсмоктування необхідно продовжити апендектомію і постаратися повністю видалити апендикс.

Таким чином, апендектомія при неускладненому апендициті – операція і проста, і складна одночасно. Несподіванки підстерігають хірурга щокроку. Про них треба знати, і до вирішення проблем необхідно бути готовим. Головне – ретельність, неквапливість, дотримання принципу здорового глузду у всьому, дрібниць немає, бо в них ховається диявол.

ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

Ускладнений гострий апендицит – це хірургічна проблема зовсім іншого рівня, порівняно з неускладненим. Ускладнення стають самостійними захворюваннями, відтіснивши на другий план змінений відросток, а організація лікування вимагає зовсім іншого підходу та методів. На найважливіших із них ми й зупинимосся.

8.1. Апендикулярний інфільтрат

Всім відоме Гамлетівське питання «Бути чи не бути?» Перифразуємо його стосовно апендикулярного інфільтрату: «Оперувати чи не оперувати?», додаймо – «коли і як?» Багато що визначає діагностика інфільтрату та його вид (пухкий, щільний). Що стосується діагностики – то ми маємо на увазі обставини, за яких він був виявлений. Їх дві: до операції, та під час операції. Дуже часто хірурги, при передопераційному обстеженні пацієнта, особливо в не дуже сприятливих умовах (гладкий хворий, вагітна і т.д.) ставлять діагноз – «деструктивний апендицит, місцевий перитоніт» і йдуть на операцію, під час якої виявляють інфільтрат. Як ми вже писали, інфільтрати бувають пухкі та щільні. У першому випадку зрощення розділяються без особливих труднощів і травматичності. Необхідно звільнити всі органи та виконати типову апендектомію. Якщо до деструктивно зміненого відростка припаяне пасмо чепця, його треба обережно поетапно резектувати і видалити разом із відростком. Черевну порожнину необхідно дрениувати обов'язково.

У тих випадках, коли виявляється щільний апендикулярний інфільтрат, з чіткими межами, що не створює механічної перешкоди для кишкового пасажу – його краще не чіпати, це дуже небезпечно, високий ризик ушкодження органів, а це абсолютно

зайва проблема. Необхідно його ще раз ревізувати – пропальпувати, таким, хоча б способом, виключити пухлину (вона щільна, горбиста, інфільтрат щільний, але еластичний), ввести антибіотики в заочеревинний простір і в черевну порожнину, до інфільтрату підвести дренаж: одні хірурги виводячи її через окремий прокол, інші «відгороджують» інфільтрат від вільної черевної порожнини марлевими, акуратно розправленими у вигляді стрічок, серветками, треті використовують і трубчастий дренаж, і серветки. Після операції проводять консервативну терапію з ретельним спостереженням для своєчасної діагностики наступних можливих ускладнень – абсцедування та прориву у живіт. Близько 80% щільних апендикулярних інфільтратів зрештою розсмоктуються. Звичайно, з цим справляється організм пацієнта – адже інфільтрат по суті – це прояв високих захисних можливостей організму. Припустимо, що сказавши «А», він скаже і «Б». Але просто спостерігати за цим процесом неслід, тому призначають консервативне лікування: ощадливий режим, спокій, дієта, тепло на живіт, УВЧ, діатермія, антибіотикотерапія – загальна (внутрішньовенна) та місцева – блокади за Шкільниковим з антибіотиками. Йде пошук і радикальніших і ефективніших заходів. Одним із способів, що прискорюють розсмоктування апендикулярного інфільтрату – протизапальна променева терапія. Його запропонував та активно пропагував начальник кафедри рентгенології ВМА ім. С.М. Кірова, професор А.Х. Дударев, а при апендикулярних інфільтратах широко застосовував О.А. Урманчєєв, співробітник кафедри одного із співавторів монографії. Використовували рентгенотерапевтичний апарат РУМ-17 за наступних фізико-технічних умов: напруга генерування – 200-220 кВ, сила струму – 10 мА, фільтр – 1,0 мм міді + 1,0 мм алюмінію, шар половинного ослаблення – 2,0 мм міді, відстань «джерело – шкіра» – 40 см. Опромінювали два поля: зону інфільтрату та рефлексогенну зону сонячного сплетення. Опромінення проводили в 1-шу, 3-ту, 5-ту і 7-му добу з моменту надходження хворого. Разові дози склали – на зону інфільтрату – 200 рад, на зону сонячного сплетіння – 160 рад. У відповідь на опромінення в зоні запалення покращувалася мікроциркуляція, різко знижувався

тканинний ацидоз, інтенсивність больового синдрому, прискорювався протизапальний процес. Крім того, змінювалися показники, що характеризують рівень імунітету – наростала фагоцитарна та ензимна активність лейкоцитів, різко зростала активність кислотої та лужної фосфатази лізосом лейкоцитів, лізосомальна активність сироватки крові. Відсоток зворотного розвитку інфільтратів вдалося збільшити з 80 до 93%. На жаль, метод не набув широкого поширення через відсутність апаратури у більшості лікувальних закладів. У Києві, у ГВКГ, така апаратура була. Її широко використовували при лікуванні різних запальних інфільтратів м'яких тканин, при «п'яткових шпорах». Але відділення було закрито, про метод просто забули. Можливо, наша коротка довідка надихне когось із молодих дослідників і протизапальна променева терапія відродиться. А поки що молоді хірурги про неї просто нічого не знають, а «старі» заспокоїлися.

У щільного запального інфільтрату два шляхи розвитку: перший – це поступове розсмоктування (75-80%). Але у решти 25% це не виходить. Другий шлях рано чи пізно призводить до операції – або з приводу абсцедування інфільтрату, або з приводу прориву абсцесу у вільну черевну порожнину. Вчасно діагностуючи абсцес, можна уникнути розвитку перитоніту, при цьому діяти необхідно рішуче та грамотно.

«Ви чи герой, чи жертва – дійте, або програєте»

Конфуцій

Головне правило при цьому – абсцес має бути дренований, процес повинен бути зупинений. Згадайте класику: «...Карфаген має бути зруйнований!», «...зłodий має сидіти у в'язниці!». Є два шляхи: традиційна у таких випадках операція або використання малоінвазивної методики – дреновання під контролем УЗД. Останній метод під силу лише спеціально підготовленому фахівцеві, він повинен потрапити в порожнину, не пошкодивши оточуючі абсцес порожнисті органи. Якщо він за справу не береться – оперуйте.

Ми користуємося двома способами розкриття гнійника, їх вибір залежить від локалізації абсцесу, близькості його до пере-

дної черевної стінки, крила клубової кістки. Оцінці ситуації допомагає УЗД, КТ. У першому випадку під ендотрахеальним наркозом над місцем локалізації абсцесу виконуємо поперечний розріз за описаними вище правилами. Досягнувши очеревини, необхідно переконатися, що це саме вона, що за нею порожнина абсцесу, а не порожнистий орган. Можна виконати пункцію. Якщо отримано гній – обережно надсікають очеревину, далі працюють пальцем під контролем електровідсмоктування. Потрапивши в порожнину абсцесу, у неї вводять кінчик відсмоктувача і видаляють весь гній (обов'язково направити на бакпосів). У порожнину абсцесу вводять дренажну трубку, краще двухпросвітну, що дозволяє поєднувати аспірацію та зрошення. На видаленні відростка у цих умовах наполягати не варто, але в окремих випадках це можливо.

Якщо гнійник розташований латерально, ближче до крила клубової кістки, використовують доступ М.І. Пирогова: черевну стінку розсікають у безпосередній близькості від гребінця і передньоверхньої ості клубової кістки. М'які тканини разом з очервиною зміщують медіально, підходять до правої стінки абсцесу, пунктують, розкривають, спорожнюють і дренують.

Протягом кількох тижнів настає одужання. Розтин абсцесів ілюструє рис. 80, 81.



Рис. 80. Доступ до гнійника через черевну порожнину
(З атласу Bier, Braun, Kummel).



Рис. 81. Доступ до гнійника через заочеревинний простір за М.І. Пироговим
(З атласу Bier, Braun, Kummel).

8.2. Розлитий перитоніт

Розлитий гнійний перитоніт – мабуть найнебезпечніше ускладнення гострого деструктивного апендициту. Найчастіше він розвивається внаслідок перфорації гангренозно зміненого відростка: або найближчим часом після початку нападу, або «прогресує» у післяопераційному періоді, або є наслідком перфорації абсцесу всередині інфільтрату. Програма апендикулярних перитонітів розвивається швидко, більшість із них – у токсичній фазі, нерідко досягають термінальної. Апендицит, «зробивши свою справу» відступає на другий план, **головні зусилля – і хірургічні, і інтенсивну терапію спрямовують на лікування перитоніту.**

При первинній операції дуже важливо правильно оцінити поширеність перитоніту – місцевий невідмежований чи розлитий? Для цього, **осушивши** електровідсмоктувачем праву здухвинну ямку і порожнину малого таза, необхідно підняти дзеркалами краї рани і натиснути на передню черевну стінку. Якщо випіт (серозно-фібринозний, гнійний) надходить із різних напрямків – перитоніт розлитий, черевна порожнина потребує **ретельної інтраопераційної санації** – інфекція скрізь, провести її з місцевого доступу неможливо. Потрібна **середньо-серединна лапаротомія.**

Після серединної лапаротомії, виконаної за загальними правилами, в першу чергу видаляють випіт зі всіх відділів черевної порожнини за допомогою електровідсмоктувача. Це найбільш атравматичний, ощадний спосіб. Використання тампонів, рушників неминуче призводять до множинних мікротравм вісцеральної та парієтальної очеревини, а значить – до подальшого спайкоутворення. Після цього виконують ретельну ревізію – можливі інші патологічні осередки. Особливо важливо оцінити стан тонкої кишки – якщо її петлі роздуті, не перистальтують, заповнені газом і рідиною, покриті нальотом фібрину, серозний покрив тьмянний з точковими крововиливами – кишка потребує інтубації (ентеростомії) за одним із прийнятих в клініці методів. Попередньо в обов'язковому порядку порожнину очеревини необхідно санувати – промити стерильним розчином (фурациліном) з додаванням антибіотиків. Закінчивши санацію проводять

контрольний огляд, особливу увагу – зоні апендектомії. Встановлюють дренажі. Завершують операцію. Подальше лікування проводиться у відділенні інтенсивної терапії та реанімації – лікування комплексне, багатокомпонентне, з ретельним контролем основних параметрів гомеостазу.

Перитоніт, що неправильно оцінений при первинній операції, може прогресувати. Очікуваного після апендектомії поліпшення не настає. Наростають явища інтоксикації та місцеві симптоми перитоніту – здуття живота, відсутність перистальтики, тимпаніт навколо пупка, притуплення у пологих місцях живота, болючість та нависання стінок при ректальному дослідженні. На рентгенограмах та на УЗД – роздуті петлі тонкої кишки, вільна рідина в черевній порожнині. Після інтенсивної передопераційної підготовки – серединна лапаротомія з описаним вище обсягом операції.

Розлитий перитоніт може бути наслідком прориву гнійника, що сформувався в глибині апендикулярного інфільтрату в черевну порожнину. Це відбувається досить раптово, на тлі певної стабілізації стану хворого, що проходить лікування з приводу щільного апендикулярного інфільтрату. Клінічно перитоніт проявляється так само, як при перфорації порожнистих органів – раптовий початок, різкі болі, наростання явищ інтоксикації та парезу. Такі хворі потребують екстреної операції. Хід її такий самий, як і описаної вище з одним «але»... Джерело перитоніту не усунуто – це абсцес в інфільтраті, а в порожнині абсцесу – некротизований відросток. Що робити з ним? Ми вважаємо за краще діяти обережно. Якщо з боку черевної порожнини інфільтрат продовжує оцінюватися як щільний, а поділ його компонентів небезпечний – радикалізм зайвий. Перфоративний отвір необхідно спробувати або ушити, або прикрити пасмом чепця, а абсцес – дрениувати, краще заочеревинно, використовуючи доступ за Н.І. Пирогову. Операція щодо перитоніту проводиться в описаному вище обсязі.

На лікуванні перитоніту в післяопераційному періоді ми докладно не зупинятися. Воно докладно описано у нашій монографії «Нариси хірургії перитоніту» (2018).

8.3. Внутрішньочеревні абсцеси

При гострому апендициті внутрішньочеревні абсцеси, розташовані поза зоною апендикулярного інфільтрату – наслідок місцевого невідмежованого або розлитого перитоніту, як своєчасно діагностованого та лікованого, так і не розпізнаного вчасно. В останньому випадку є факт «самолікування» організму, що намагається локалізувати, відмежувати інфікований випіт, результатом чого і є внутрішньочеревні абсцеси. При «лікованих» перитонітах абсцеси – наслідок неповноцінної інтраабдомінальної санації, неадекватного дренивання, неефективної антибактеріальної терапії тощо. Про класифікацію та діагностику внутрішньочеревних абсцесів ми писали вище. У цьому розділі мова піде про їх хірургічне лікування.

У колишні часи, якщо не настало самовиліковування (прорив абсцесу в порожнистий орган або назовні) єдиним методом лікування була традиційна операція. В даний час, як і в багатьох інших ситуаціях, широко використовуються малоінвазивні методики – пункції та дренивання абсцесу під контролем УЗД. У багатьох клініках працюють спеціально підготовлені хірурги, які володіють усіма методами діагностики та дренивання, у їхньому розпорядженні наявне спеціальне оснащення. Лікарні, які не мають подібних фахівців, часто переводять своїх хворих для надання їм необхідної допомоги. Звичайно, черезшкірне дренивання і прямий хірургічний доступ не повинні конкурувати, протиставлятися один одному. Хірургу відділення та фахівцю з пункцій доцільно спільно обговорити ситуацію та прийняти адекватне рішення.

В даний час використовують кілька варіантів: тонкоголковою пункцією з евакуацією гною, поєднання пункції та черезшкірного дренивання, черезшкірне дренивання. Усі маніпуляції виконують під контролем УЗД, під місцевою анестезією. Майстерність фахівця полягає в умінні знайти найкоротший, безпечний шлях від передньої черевної стінки до порожнини абсцесу. Гнійники невеликих розмірів (менше 50 мл) виліковуються пункціями, порожнини більшого обсягу необхідно дренивати одним або двома дренажами. При потребі налагоджують промивну систему. За порожниною

здійснюють постійний контроль, як і за дренажами: перевіряють їхню прохідність, виконують рентгеноконтрастні дослідження.

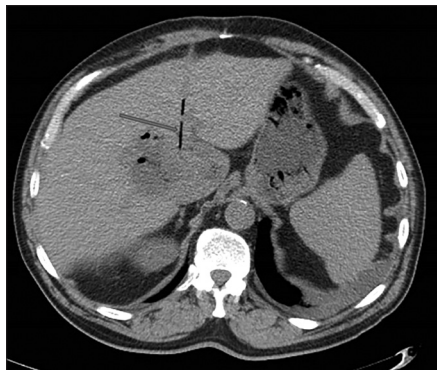


Рис. 82. Черезшкірне дренування абсцесу печінки, дренаж у порожнині абсцесу.

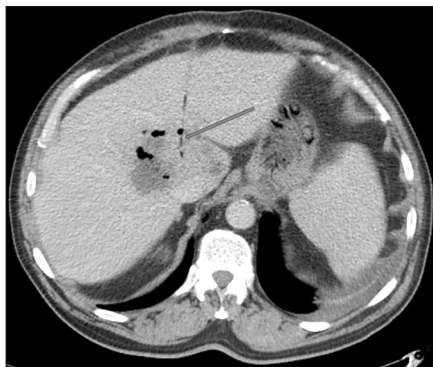


Рис. 83. Черезшкірне дренування абсцесу печінки, дренаж у порожнині абсцесу.

За нашими даними, у такий спосіб вдається вилікувати до 75% абсцесів, значно знизити кількість ускладнень відкритих операцій, летальність. Але залишається ще 25% «невдалих». Тоді показано традиційне хірургічне втручання. Ці операції можуть бути досить складними, виконуватися за спеціальними методиками, вимагають хорошої технічної підготовки хірурга.

Якщо абсцес «підійшов» до передньої черевної стінки (у цьому дає можливість перекопатися огляд передньої черевної стінки, пальпація, перкусія, УЗД) над ним розсікають на обмеженій ділянці всі її шари, розкривають порожнину абсцесу, електровідсмоктувачем видаляють вміст, санують пальцем. Кілька разів нам доводилося видаляти марлеві серветки. Потім дренують товстою двухпросвітною трубкою, рану зашивають. Щодня порожнину абсцесу промивають розчинами антисептиків. Як правило, трубку видаляють на 5-6 день.

Найчастіше при гострому апендициті формуються **тазові абсцеси**. У хірурга до них кілька шляхів:

- **через передню черевну стінку:** заочеревинно за М.І. Пироговим; через черевну порожнину – при пальпації «вищої точки» абсцесу;

- **через пряму кишку:** після обов'язкового спорожнення сечового міхура хворого укладають у положення, яке застосовується для каменесічення; за допомогою дзеркал забезпечується доступ до передньої стінки прямої кишки; пальцем визначають місце найбільшої флюктуації; за допомогою гострого скальпеля роблять поздовжній (до 1,5 см довжини) розріз; за допомогою електровідсмоктувача видаляють гній; в порожнину абсцесу вводять силіконову двухпросвітну трубку, яку необхідно фіксувати шовним матеріалом, що резорбується, до стінки кишки. У палаті хворий повинен перебувати у напівсидячому положенні. Порожнину абсцесу промивають розчином антисептика за Н.Н. Каншиним (з постійною іригацією та видаленням, крапельно або струмінно), або фракційно – 4-5 разів на добу. Промивання триває 5-6 днів, після чого проводять контрольне рентгенівське дослідження з контрастом – при благополучному перебігу дренаж видаляють;

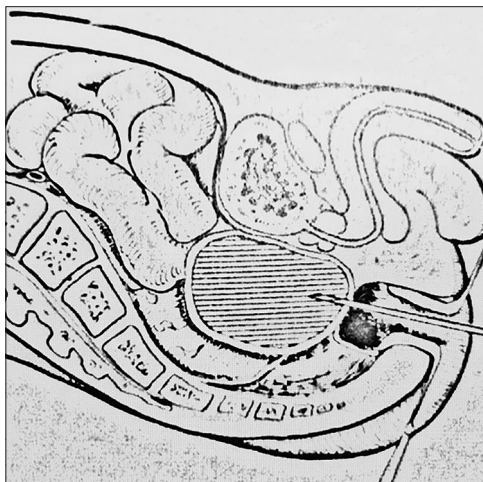


Рис. 84. Дренування абсцесу черевної порожнини через пряму кишку

- **через піхву:** застосовують у жінок, для дітей та дівчат він не годиться; після введення дзеркал та низведення матки відкривають доступ до задньої стінки піхви; паль-

цем визначають місце флюктуації; далі все за описаною вище методикою;

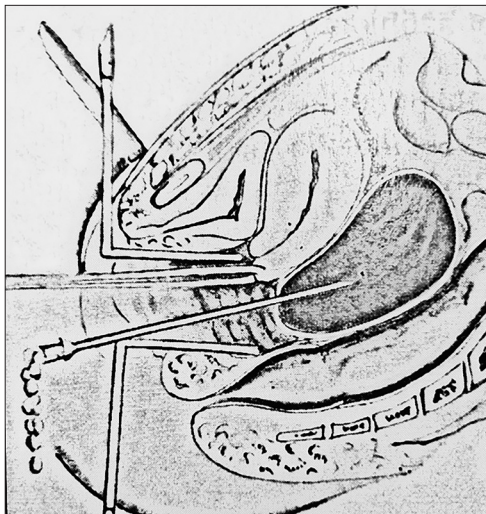


Рис. 85. Дренування абсцесу черевної порожнини через піхву

- **ексклюзивні методи:** в даний час рідко застосовуються через їх складність, але іноді використовуються досвідченими хірургами «старої школи» (нам доводилося бачити):
 - парасакральний метод Гохенегга: з розрізу праворуч від куприка з надсиченням *lig. sacrospinousum* розкривають *savum ischio-rectale*; пряму кишку відсувають тупо і проходять у Дугласовий простір до стінки абсцесу, розкривають, випорожнюють і дреновують;
 - ішео-ректальний метод Штіда: роблять дугоподібний розріз, що починається на кілька сантиметрів попереду заднього проходу, розтинають шкіру між заднім проходом і сідничним бугром, закінчують його в області куприка; збоку від прямої кишки тупо проникають у *savum ischio-rectale* до *m. levator ani*, який перетинають на рівні переднього кола прямої кишки; по передній стінці прямої кишки проникають у Дугласовий простір і порожнину абсцесу; далі – за стандартом.

Можливо, ці доступи зацікавлять хірургів, особливо проктологів.

Розлиті апендикулярні перитоніти можуть ускладнюватись формуванням **піддіафрагмальних абсцесів**. Найчастіше використовують два шляхи до абсцесу:

- **заочеревинний доступ Лаунштейна-Клермана:** паралельно реберній дузі на боці абсцесу пошарово розсікають передню черевну стінку до поперечної фасції; останню тупо відводять донизу, досягають стінки абсцесу, заочеревинно розкривають його невеликим розрізом; в порожнину абсцесу вводять наконечник електровідсмоктувача, видаляють вміст; вводять двухпросвітний силіконовий дренаж; у післяопераційному періоді ведуть за наведеними вище правилами – постійне або фракційне промивання з періодичним рентгенівським контролем – необхідно стежити за розмірами порожнини, формуванням набряків, недренованих ділянок і т.д.;
- **Доступ О.В. Мельникова:** він трохи складніший, вимагає хорошого знання анатомії та хірургічного досвіду; в даний час методика застосовується досить рідко, в посібниках описують її по-різному, тому ми наведемо і хід операції, і малюнки автора – О.В. Мельникова: «...як відомо, між краєм реберно-діафрагмального синуса та місцем прикріплення діафрагми до грудної клітки є щілинний простір різної висоти (1,5 – 3 см) – spatium praediaphragmaticum (рис. 86).



Рис. 86. Доступ до піддіафрагмального простору через spatium praediaphragmaticum
а – діафрагма; б – плевральний синус; в, г – краї резектованих ребр
(Фото з атласу О.В. Мельникова).

У цій ділянці діафрагма прилягає до грудної стінки, відокремлюючись від неї лише пухкою клітковиною, тому тут вдається проникнути у простір під діафрагмою як спереду, так і збоку та ззаду. Цей простір охоплює майже всю половину грудної клітки і тому операція є універсальною. Вона показана як для розкриття передніх, бічних, задніх та високих піддіафрагмальних гнійників, розташованих у синусі очеревини, так і для розтину заочеревинних гнійників, розташованих позаду печінки. Доступ абсолютно однаковий і праворуч і ліворуч. Зліва цим шляхом можна розкрити гнійник над лівою часткою печінки, за шлунком і в чепцевій сумці, збоку – гнійники над куполом шлунка і біля полюса селезінки, спереду – гнійники біля селезінки. Операція проводиться під місцевим знеболенням. Розріз ведеться паралельно передбачуваному краю синуса та плеври, тобто. на 2-3 поперечних пальця вище реберного краю, стосовно ребр він є косим. Довжина шкірного розрізу до 15 см.

На рис. 87 видно, як широко визначається синус плеври та верхня ділянка переддіафрагмального простору. Плевра на цій ділянці діафрагми легко від неї відокремлюється і тому може бути відшарована на 2-3 см догори, причому найкраще досягається легким відтісненням її лопаткою Буяльського. При грубому відділенні плеври від діафрагми легко розкрити її синус, що не становить суттєвої небезпеки; необхідно зараз же притиснути рану плеври пальцем і накласти через синус та діафрагму вузлові шви з тонкого



Рис. 87. Доступ до піддіафрагмального простору через spatium praediaphragmaticum після відділення плеври

а- діафрагма; б – край реберно-діафрагмального синуса;

в, г – краї резектованих ребр
(Фото з атласу О.В. Мельникова).

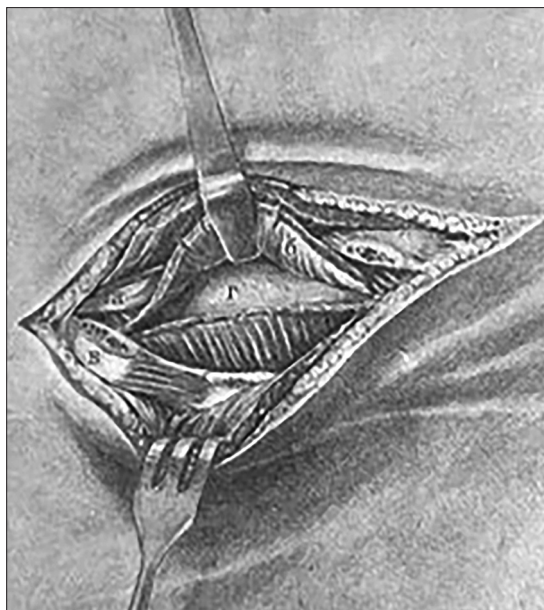


Рис. 88. Діафрагма розсічена, верхній край її підшитий до м'язів грудей; візуалізується піддіафрагмальний простір

а – край реберно-діафрагмального синуса;
б – діафрагма; в – край резектованого ребра;
г – fascia endoabdominalis та парієтальна очеревина

(Фото з атласу О.В. Мельникова).

шовку. Одночасно виконується пункція плеври поза місцем операції голкою з насадженою на неї гумовою трубкою, закритою затискачем, а потім за допомогою великого шприца з плеври відсмоктується повітря. Потім розтинають діафрагму вздовж рани і верхній край діафрагми зашивають вузловими кетгутувими швами з м'язами грудної клітки, як це показано на рис. 88.

Цей прийом дозволяє повністю ізолювати видимий синус плеври, а також пересічені верхні краї двох ребр. У глибині рани лежить fascia endoabdominalis і парієтальна очеревина.

Ізолювавши купол діафрагми від цієї фасції, обстежують пальцем тканини, що глибше лежать, з'ясовуючи – де локалізується гнійник. Розкрити гнійник нескладно. Після розтину та спорожнення гнійник дренують.

Особливі проблеми хірургам доставляють так звані **центральні гнійники**: підпечінкові, навколоселезінкові, гнійники чепцевої сумки, гнійники брижового синуса, міжкишкові гнійники. Майже більшу частину перерахованих абсцесів вдається дрениувати під контролем УЗД черезшкірно.

Особлива група – **міжкишкові абсцеси**. Вони можуть бути поодинокими і множинними, розміри різні, конфігурація – та-

кож. Стінки таких абсцесів утворюються за рахунок кишкових петель, їх бриж, парієтальної очеревини. Для їх розкриття використовують, як правило, серединну лапаротомію. Насамперед петлі тонкої кишки акуратно відокремлюють від парієтальної очеревини, єдиним конгломератом, без спроби негайного поділу кишкових петель. Далі – або від зв'язки Трейця, або від ілеоцекального кута обережно починають розділяти петлі, що спалися. Весь конгломерат необхідно відгородити від вільної черевної порожнини вологими рушниками. Розділяючи петлі, доходять до «конструкції», що містить абсцес. Ізолюють її тампонами, під контролем відсмоктувача починають розділення складових, тобто практично розкривають абсцес. Весь гній видаляють, порожнину абсцесу промивають антисептиком, змінюють тампони та рукавички. Далі проводять спробу повного розділення стінок кишки та її брижі – обережно, намагаючись не пошкодити кишку та судини брижі. Усі звільнені петлі витягають із черевної порожнини, оточують серветками та ретельно ревізують. Висікають залишки стінок абсцесу, десерозовані ділянки перитонізують, контролюючи при цьому збереження прохідності кишки. При необхідності виконують інтубацію тонкої кишки. У деяких випадках при виражених змінах, що входять в абсцес петель тонкої кишки, невеликій їх довжині – доцільно резектувати конгломерат з формуванням ентеро-ентероанастомозу. Це найрадикальніший спосіб вирішення проблеми, що знімає масу післяопераційних хвилювань – спайкоутворення, перфорацію стінок, рецидив абсцесу тощо, залишається одна тривога – доля анастомозу, але це вже справа техніки. У всіх випадках черевна порожнина має бути дренована.

Таким чином, головне в лікуванні абсцесів черевної порожнини – своєчасна діагностика та розсічення, недопущення прориву в черевну порожнину, рецидив розлитого перитоніту на тлі ослаблених захисних можливостей організму. Абсцес – це постійне джерело інтоксикації, що підтримує рівень ендотоксикозу та системної запальної реакції, він повинен бути усунений описаними вище способами, при чому кожному хворому свій, оптимальний.

8.4. Заочеревинна флегмона

Вкрай неприємне ускладнення – **заочеревинна флегмона** – важко діагностувати, важко розібратися в анатомії та топографії гнійно-запального ураження, шляхах поширення, важко лікувати, досить висока летальність. Зустрічається при заочеревинному та ретроцекальному деструктивному апендициті. Розрізняють дві форми поширення процесу – субсерозну та субфасціальну – поза fascia iliaca. Операцію проводять під наркозом. Положення хворого – на лівому боці. Лінія розрізу йде над гребінцем здухвинної лінії у напрямку до попереку. Розсікають шкіру, підшкірну жирову клітковину, апоневроз зовнішнього косого м'яза живота, тупо відшаровують внутрішній косий і поперековий м'язи. Далі обережно відшаровують і зсувають поперечну фасцію та очеревину. Гній знаходиться або за зрощеннями з очеревиною сліпої кишки, або поширюється по заочеревинній клітковині вгору і до заду. Ретельно видаляють усі некротичні тканини, проводять обробку антисептиками та встановлюють дренажі. У післяопераційному періоді проводять комплексну інтенсивну терапію, яка за своїм змістом повторює обсяг заходів, що застосовуються при лікуванні сепсису.

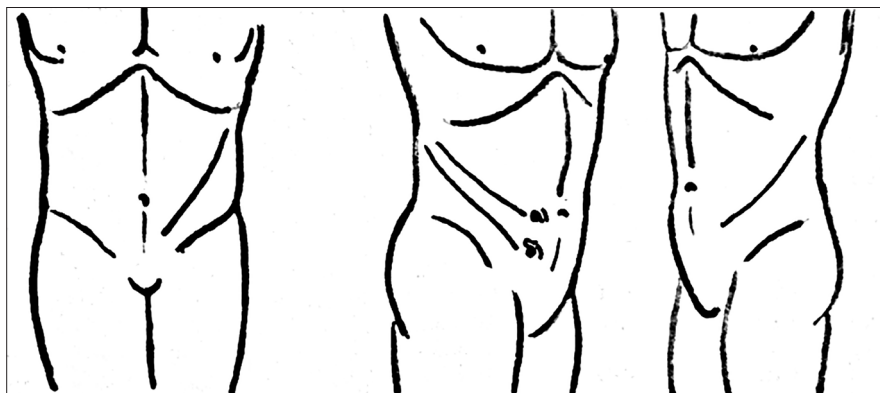


Рис. 89. Шкірні розрізи при люмботоміях:
по Чакліну, по Федорову (а), по Бергману (б), по Саутвину

8.5. Флегмона сліпої кишки

При деструктивних формах гострого апендициту може постраждати і найближчий сусід червоподібного відростка – сліпа кишка. У ній також нерідко розвиваються запальні зміни – від застійної гіперемії та набряку стінки до **флегмони сліпої кишки**. В останньому випадку виникає вкрай неприємна ситуація – з'являються проблеми з зануренням кукси червоподібного відростка, а також турбує доля самої кишки – у її стінці можливі осередкові некрози, аж до гангрени з подальшою перфорацією та розвитком важкого перитоніту.

При життєздатній кишці хірург, оцінивши ситуацію, змінює звичний спосіб занурення кукси за допомогою кисетного та Z-подібного швів на використання окремих серозно-м'язових вузлових швів, накладених у два ряди. Корисно лінію швів прикрити пасмами великого чепця. Можна вивести купол сліпої кишки у рану (екстраперитонізація). При малорухливій кишці використовувати тампони (як при апендикулярному інфільтраті). При гангрени сліпої кишки виконують її резекцію. У всіх випадках необхідно дрениувати черевну порожнину, а в післяопераційному періоді проводити лікування за схемами, які застосовуються при розлитому перитоніті.

8.6. Пілефлебіт

До тяжких ускладнень гострого апендициту відноситься і **пілефлебіт**, він же гнійний тромбофлебіт портальної системи. Основний вид лікування – консервативний: антикоагулянти, антибіотики, антисептики, дезінтоксикаційна та підтримуюча терапія. Обов'язковий періодичний УЗД-контроль за печінкою – можливий розвиток абсцесів – одиночних та множинних. Корисна реканалізація пупкової вени для внутрішньопортального введення антибіотиків та гепатотропних препаратів.

Такими є основні ускладнення гострого апендициту, що вимагають своєчасної діагностики та грамотного енергійного лікування.

РОЗДІЛ 9

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ

Як і за будь-яких хірургічних втручань, після операцій з приводу гострого апендициту розвиваються ускладнення. Вони зумовлені як патологічним процесом так і діями хірурга. Як би це не було неприємно для оператора, про них треба відкрито говорити та вживати належних заходів, іншого шляху профілактики немає.

«Правило «двійки»: коли ви чуєте від хірурга кількість виконаних ним операцій, діліть на два. Коли він говорить про частоту ускладнень – множьте на два»

І так – післяопераційні ускладнення бувають у всіх хірургів. У тих, хто дотримується всіх правил профілактики під час операції – від ретельного гемостазу до запобігання інфікуванню, їх менше. Головне – їх своєчасна діагностика, постійна участь оператора у веденні хворого, особистий контроль за всім, дотримання головного правила: «...я повинен завжди шукати джерело проблем у зоні своєї операції, **я не страус**, я завжди повинен шукати...» (М.А. Шайн).

Інфекційні ускладнення у рані. Найчастіше ускладнення.

«Хірурги, у яких мало ранових інфекцій, страждають від «виборчої забудькуватості»»

Н.С. Полк

Інфекційний процес може розвинутиися у поверхневих шарах рани – шкірі, підшкірно – жировій клітковині; може захопити більш глибокі шари – м'язові шари доступу, фасції; може поширитися на черевну порожнину (перитоніт). Крім традиційних методів профілактики інфекційних ускладнень у рані – ретельний гемостаз, використання обкладувальних тампонів та серве-

ток, електровідсмоктування, тощо, у різні часи вживали й спеціальні заходи:

- при гангренозних апендицитах підшкірну клітковину та шкіру не зашивали, рану на 2-3 дні дренивали турундами з антисептиками, гіпертонічним розчином і лише переконавшись у відсутності гнійного запалення накладали шви; у деяких колективах це правило було законом – із зашитих ран наглухо при гангренозних відростках знімали шкірні шви;
- використовують методику активного дренивання за М.М. Каншиним: на апоневроз (зашитий) кладуть двухпросвітний дренаж і виводять назовні через окремих прокол, шкіру зашивають;
- застосовують непряме ендолімфатичне введення антибіотиків для запобігання нагноєнню в зашитій рані: у нижній третині правого стегна накладають пневматичну манжетку, роздмухують її; на гомілки під шкіру вводять половину добової дози антибіотика; через венозний стаз відбувається всмоктування антибіотика в лімфатичні судини, після зняття манжетки він рухається у бік рани; у шкірі концентрація препарату в 3 рази перевищує рівень внутрішньом'язових ін'єкцій, тримається в терапевтичних дозах 12 годин; через 12 годин повторюють процедуру; ентузіасти стверджують, що метод ефективний. Для ендолімфатичної терапії використовують також введення препаратів усередині та підшкірно в точках Юр'їна.

Наскільки ефективними є ці методи? Найнадійніший – не зашивати інфіковану рану. При цьому усуваються причини, які ведуть до розвитку інфекційного процесу – нагноєнню. Для хірургів це дуже зручно, для пацієнтів – не дуже. Подовжуються терміни лікування, не втішають і косметичні результати. Можна рану зашити і дренивати по М.М. Каншину. Метод досить надійний. Що стосується ендолімфатичної антибіотикопрофілактики, то досвід авторів виявився швидше негативним, ніж позитивним – відсоток нагноєння ран суттєво знизити не вдалося.

Значна частина малих ранових ускладнень – це дрібні гематоми, сероми, мінімальний некроз країв шкіри, дрібні шовні абсцеси тощо. Усі вони не вимагають спеціального тривалого лікування, розкривати рану немає потреби, достатньо ретельного догляду за раною.

Інша ситуація виникає **при розвитку в рані інфекційного процесу – нагноєння**, по суті ранового абсцесу. При постійному контролі під час перев'язок легко виявити його ознаки – гіперемію та набряк шкіри, «занурення» в неї швів, болючість при пальпації. Зволікати не можна. У місці найбільших змін необхідно зняти кілька швів, видалити гній, промити порожнину розчином антисептика, переконатися, що гній не надходить з-під ушитого апоневрозу, ввести турунди з гіпертонічним розчином хлориду натрію (міняти їх треба мінімум двічі на день), дочекатися затухання запальних проявів та зашити рану. Якщо гній знаходиться під апоневрозом – роблять так само: знімають з нього шви і санують тканини під ним. Дуже допомагає визначення глибини ураження УЗД. Якщо гній надходить з черевної порожнини – знімають шви з очередини і дренують черевну порожнину, як при абсцесі в правій здухвинній ямці. Проводять інтенсивну терапію – антибіотики, інфузійні середовища тощо. За наявності ознак розлитого перитоніту діють за описаною вище методикою. При змінних доступах у правій здухвинній ділянці проблеми нагноєння післяопераційної рани вирішуються сприятливо. Якщо використовувалися серединні розрізи, ускладнення у рані можуть бути різноманітними. З них найнеприємніші – **розходження країв рани та евентерація**. Перший їхній прояв – місцеві запальні зміни по ходу швів – гіперемія, набряк, різка болючість при пальпації. Після зняття швів (часткового чи повного) видаляють гній. При ревізії дна рани виявляють розходження апоневрозу – часткове чи повне. При повному тотально «розходяться» всі шари післяопераційної рани, петлі кишок або випадають назовні (евентрація), або на всьому протязі виповнюють дно рани. Дном рани може бути великий чепець, якщо хірург при завершенні першої операції **завбачливо** вкрив їм петлі тонкої кишки.

«Небагато речей, більш неприємних для хірурга, ніж вид нещодавно прооперованого хворого із зіяючим животом і кишками, що випали».

М. Олівер

Розходження країв рани розвивається або внаслідок нагноєння рани, або внаслідок підвищення внутрішньочеревного тиску (парез, непрохідність, перитоніт). Крім нагноєння рани, яке потребує місцевого лікування, хірурга тримають у стані постійної тривоги думки про можливі інші ускладнення – прогресування перитоніту, утворення спайок та гостру кишкову непрохідність, гострі виразки з перспективою перфорації та формування свищів, утворення абсцесів. У такій ситуації необхідно забезпечити найретельніший контроль за станом хворого, «маючи на увазі» усі перелічені ускладнення.

При частковому розходженні лікуванні консервативне, схоже на те, що застосовується при нагноєнні рани. При цьому особливий контроль за станом стінок петель кишки, що прилягають, пасажом по кишківнику. Мета – туалет петель кишки, ревізія органів черевної порожнини з усуненням усіх причин – спайок, абсцесів, перитоніту і т. д.

«Закриття живота без усунення «глибинної» причинної патології еквівалентне закриттю кришки труни над живим пацієнтом»

P. Rogers

Декілька слів про місцеве лікування гнійних ран. В даний час у розпорядженні хірургів безліч препаратів – розчинів антисептиків, мазей, складних рецептур з іммобілізованими антибіотиками, фізичні методи впливу – від ультразвукової кавітації до ВАК-систем. Все під рукою, звичайно, доступно. Але є й інший бік такого лікування – хіміопрепарати руйнують не лише мікроорганізми, видаляють некротичні тканини, а й діють на здорові клітини (чим вони кращі?), можуть бути причиною алергічних реакцій. Крім того, при невеликих ранах застосування дорогих

методик (ВАК-терапія) економічно невиправдане. Деякі хірурги мають альтернативні методи. Почнемо з дитячих спогадів одного із авторів. На риболовлі йому було доручено порубати сухих гілок для багаття. Сокирка невдало відскочила і встромила в гомілку – в великогомілкову кістку в середній її третині. Наклали пов'язку, використовували якісь традиційні мазі, але справа не просувалася, запалення трималося, рана (довжиною 4 см) не загоювалася. З відпустки прибув начальник медсанчастини, старий фронтовий хірург. Він оглянув рану, ретельно промив її перекиснем водню, осушив, прикрив рану тонким шаром марлі і вилив на неї чайну ложку рідкого меду, наклав пов'язку. Через тиждень рана загоїлася вторинним натягом. Вже при роботі в клініці академії автор зауважив, що досвідчені колеги, які пройшли війну, використовують мед при лікуванні «своїх» хворих. Молодь посміювалася. І ось у наших руках одна з найпопулярніших серед хірургів книга: «Здоровий глузд Шайна у профілактиці та лікуванні хірургічних ускладнень». Читаємо: «мед – простий і дешевий продукт із супермаркету – єдиний засіб догляду за раною, який використовується автором протягом багатьох років для всіх «проблемних» ран (післяопераційних та інших). Мед був відомий протягом тисячоліть і використовувався через свої властивості при лікуванні інфікованих ран. Він вбиває бактерії, будучи осмолярним він «висмоктує» гній та рідину з рани, зменшує набряк. Мед не пошкоджує власні тканини пацієнта, він набагато дешевший і доступніший, ніж інші препарати». Наводимо рекомендації щодо його застосування:

- Кількість меду, необхідного для рани, відповідає кількості рідини, що виділяється з рани, яка розбавляє його. Частота перев'язок буде залежати від того, як швидко мед розбавляється ексудатом (найчастіше це одна перев'язка на день);
- Мед повинен бути поміщений на пов'язку (марлю), що адсорбує. Поміщається прямо в рану, він прагне розтектися, перш ніж пов'язка, що утримує його, укладена. Прикривайте мед декількома шарами марлі (4x4), користуйтеся пластиром або бинтом для утримання на місці;

- Щодня видаляйте пов'язку, промивайте рану до очищення, кладіть нову пов'язку. **Рану не протирайте;**
- Мед не повинен застосовуватись на нормальну (не залучену) шкіру за межами рани;
- Будь-яке поглиблення або порожнина в рані потребує заповнення медом;
- Деякі пацієнти протягом 10-15 хвилин можуть скаржитися на печіння відразу після застосування меду. Воно швидко минає.

Вкрай рідко рана може призвести до важкого інфекційного ускладнення – **прогресуючої епіфасціальної гангрені передньої черевної стінки**. При ній різко посилюються болі в ділянці рани, виявляється перифокальне ущільнення тканин навколо, гіперемія шкірних покривів, гіпертермія загальна та місцева, через кілька днів – поява на шкірі темних плям з подальшим виразкою. Виділення з рани і виразок стає смердючим. При клініці тяжкого ендотоксикозу лікування має бути енергійним та швидким: широке розкриття рани, висічення некротизованих тканин, часті перев'язки. Дуже ефективна ВАК-терапія. Загальне інтенсивне лікування за програмою сепсису є обов'язковим.

Про абсцеси черевної порожнини та перитоніти ми писали вище. Але на одному виді абсцесів зупинимось окремо. **Це абсцеси кукси відростка**. Вони формуються вкрай рідко – у сотих частках відсотка. Терміни прояву – 6-8 доба після операції. У нашій практиці таких випадків не зустрічали. Застосовувана методика обробки та занурення кукси «не давала осічок». У літературі є інформація про причини та клініку цього ускладнення. Вважається, що абсцес кукси утворюється досить часто, але на 2-3 добу після операції через ослаблення кетгутової лігатури на основі відростка, він спорожнюється в сліпу кишку. Якщо такого спорожнення не відбувається – лігатура, з одного боку, не прорізується, а з іншого міцно тримають кисетний та Z-подібний шви, гній залишається у стінці кишки. Абсцес проявляється рецидивом болів у правій здухвинній ділянці, симптоми практично ті ж, що і при гострому апендициті, крім того, з'являються симптоми інтоксикації. Проводять вичікувальну тактику: частіше абсцес

все ж таки розкривається в сліпу кишку, цей «бар'єр» слабший. Але може статися й інша ситуація – він проривається в черевну порожнину, спричиняє перитоніт і всі наслідки. Профілактика абсцесів кукси – грамотне виконання операції.

Іноді після апендектомії розвиваються **кровотечі**, пов'язані безпосередньо з втручанням. Вони бувають двох видів: у рані та в черевній порожнині. Кровотечі у рані виявляються або просяканням крові у проміжках між швами, або утворенням гематоми. Якщо було поставлено дренажі чи випускники – кров надходить ними. Діагностика нескладна. Лікування теж – необхідно зняти шви, виконати коагуляцію судин, що кровоточать, спорожнити рану від крові і зашити. Складніше, якщо кровотеча внутрішня. Як правило, це судини брижі відростка. Причина – зісковзування лігатури. Якщо черевна порожнина дренована, головна ознака – надходження дренажу крові. Якщо рана зашита наглухо, це – тахікардія, зниження гематокриту та гемоглобіну крові, ознаки перитоніту – місцевого або розлитого. Допомагає УЗД, ректальне чи вагінальне дослідження. Вихід один – термінова лапаротомія, санація черевної порожнини, виявлення джерела, перев'язка судини, що кровоточить. Часто кровоточивий посуд не виявляють – на брижі відростка видно фіксовані згустки крові. Брижу необхідно обробити повторно – прошити і перев'язати. Після операції – інтенсивна терапія за програмою лікування постгеморагічних станів та перитоніту.

Про післяопераційні абсцеси та перитоніти ми писали вище.

Після апендектомії можуть розвиватися ускладнення, властиві будь-якій абдомінальній операції – пневмонії, післяопераційний панкреатит, утворення гострих виразок ШКТ з кровотечами та перфорацією, тромбоемболічні ускладнення та ін. Їх діагностика та лікування проводиться за загальними правилами. Про них потрібно знати, ситуацію потрібно контролювати. Будь-яке відхилення від «нормального» перебігу післяопераційного періоду має бути зафіксовано, їх природа та суть мають бути пояснені, вжито заходів.

ЛАПАРОСКОПІЧНА АПЕНДЕКТОМІЯ

Складний для написання розділ, особливо у разі, коли частина авторів відносить себе до «традиційних» хірургів, здатних об'єктивно оцінити все «що було» і «що є». Це добре, так легше з'ясувати істину. Така обережність на користь, «справжній джентльмен завжди старомодний», говорить англійська приказка. Декілька цитат класиків:

«У жодній іншій лапароскопічній операції межа між користю та ризиком не здається такою малою»

H. Walczek, C. Hegelmaier

«Коли технологія пан, результат кошмарний»

М. Шайн

«Лапароскопічна хірургія – єдиний випадок, де резидент може зруйнувати надії на життя хворого та ваше душевне здоров'я одним натисканням кліпаплікатора або одним розрізом ножицями»

Y. Yong

«Не будьте першими, хто випробовує новинку, і не останніми, хто оперує по-старому»

A. Harken

Звичайно ж, лапароскопічна хірургія – це прорив в абдомінальній хірургії, це абсолютно новий рівень її розвитку. Значна частина внутрішньочеревних операцій виконується саме за допомогою малоінвазивних технологій. Затьмарює ситуацію одна обставина – часто ці операції стають небезпечними для пацієнта (технічні труднощі, інтраопераційні ушкодження і т.д.), потрібна

конверсія, тобто перехід до відкритої операції, але все менше і менше хірургів здатні впоратися з проблемами, що виникають, вони – майстри стандартних ситуацій. У зв'язку із цим кілька загальних зауважень.

- Хірург, який передбачає зайнятися лапароскопічною хірургією, повинен пройти спеціальну підготовку в центрах, які мають право проводити навчання та видавати відповідний сертифікат – допуск до самостійної роботи. Самоучкам не повинно бути місця в операційній. За всіма медичними спеціальностями здобувачі проходять навчання з подальшим періодичним удосконаленням, навіть майбутній водій автомобіля в цивілізованих країнах отримує право на керування транспортним засобом або з коробкою – автоматом, або з так званою «механікою». Дистанційне навчання схоже на «заочний обід». Жоден «інструктор» у своїх відеокліпах не дає інформацію про помилки, у тому числі свої: пошкодження судин, аж до аорти; про невидалені повністю відростки; про неповноцінні санації черевної порожнини при розлитому перитоніті; про пошкодження при спробі розділення апендикулярних інфільтратів та багато іншого, що абсолютно немислимо при відкритих операціях. Лапароскопічні операції – доля кваліфікованих хірургів, які володіють традиційними та малоінвазивними втручаннями однаково успішно, здатних грамотно оцінити ситуацію та вчасно прийняти адекватне рішення, у тому числі і зробити конверсію.

Тому перша вимога до «хірургів-лапароскопістів» – підготовка в спеціалізованих центрах, які несуть хоча б моральну відповідальність за якість його роботи.

- Хірурги – лапароскопісти повинні бути добре орієнтовані у можливих ускладненнях операцій, бути поінформовані про небезпечні наслідки помилок, грамотно їх аналізувати та вживати профілактичних заходів. За даними об'єктивних звітів до них відносяться: внутрішньочеревні абсцеси, розлитий перитоніт – наслідок поширення інфекції з осередку запалення на вільну від нього черев-

ну порожнину, а також неповноцінного видалення з неї «промивних вод» та ексудату; злукова кишкова непрхідність через механічне пошкодження вісцеральної та парієтальної очеревини; термічні ураження сечового міхура, інших порожнистих органів, що призводять до подальшої перфорації; «повторний апендицит» при надмірно довгій та незануреній культі відростка; пошкодження судин передньої черевної стінки при введенні троакарів та судин у черевній порожнині при технічних похибках оператора; ускладнення, пов'язані з карбоксиперитонеумом; механічні пошкодження у хворих із раніше перенесеними операціями на органах черевної порожнини та злуковим процесом, тощо.

Може скластися враження, що автори «зводять рахунки» з «ендоскопічною апендектомією» – у жодному разі. Ми просто попереджаємо молодих хірургів про можливі наслідки некваліфікованих дій.

- А що ж «за» лапароскопічні операції при гострому апендициті? Переваги очевидні: значно менша вираженість больового синдрому, отже, і швидша реабілітація; значно менша кількість випадків ранової інфекції; гарний косметичний результат; можливість повноцінної ревізії черевної порожнини при незрозумілих випадках, виконання необхідних втручань при встановленому діагнозі без відкритої лапаротомії; зменшення кількості післяопераційних вентральних кил. Остання перевага справедлива лише для тих випадків відкритих операцій, коли виконувалася серединна лапаротомія – змінний доступ Волковича – Мак-Бурнея кил не дає.

Таким чином, можна зробити однозначний висновок: лапароскопічна апендектомія міцно зайняла своє місце в хірургії гострого апендициту – метод повинен розвиватися, удосконалюватися, а хірурги повинні постійно працювати над підвищенням рівня хірургічної техніки та клінічного мислення. При прийнятті рішення на вибір методу втручання повинен переважати здоровий глузд, а це буває тільки в тому випадку, якщо хірург універсальний і його особистий досвід і знання дозволя-

ють уникнути помилок, будь-які дрібниці призводять до трагічних наслідків.

Як і в інших випадках важливо знати показання та протипоказання до тієї чи іншої операції.

Показання до лапароскопічної апендектомії:

1. Неясні в діагностичному відношенні ситуації, коли поряд з гострим апендицитом «на рівних» конкурують інші захворювання, що вимагають для свого лікування операції, які виконуються з використанням серединної лапаротомії, коли в процесі спостереження клінічні прояви не тільки не зазнали зворотного розвитку, а й прогресують, особливо симптоми інтоксикації та запалення.

2. При встановленому діагнозі гострого неускладненого апендициту, але при конституційних особливостях пацієнта, які потребують широкого розрізу, наприклад, при ожирінні.

3. При супутніх захворюваннях, що сприяють розвитку гнійних ускладнень у рані – цукровому діабеті, гормональних розладах та ін.

4. Особистий вибір пацієнта, який прагне мінімальної косметологічної шкоди.

А ось американський хірург Ахмад Ассалія, співавтор М. Шайна: «...відкрита операція є прийнятною для більшості хірургів. Але я дивлюся на речі трохи інакше: я відбираю на лапароскопічну апендектомію **практично кожен випадок раннього гострого апендициту**...». Секрет простий – вартість ендоскопічної апендектомії під наркозом у рази вища за операцію під місцевою анестезією. Можливо А. Ассалія хірург-лапароскопіст – віртуоз, який може собі дозволити все, але ми не рекомендуємо молодим хірургам дотримуватися цього правила. До речі – наприкінці глави М. Шайн зробив зноску – спростування, де застерігає від такого радикального підходу.

Протипоказання до лапароскопічної апендектомії:

1. Розлитий перитоніт, що вимагає ретельної санації черевної порожнини та інтубації тонкої кишки.

2. Апендикулярний інфільтрат – пухкий або в стадії абсцедування, що вимагає ексклюзивних технічних рішень і мануального втручання, на відміну від механічного, яке значно підвищує ризик ушкоджень.

3. Злукова хвороба після перенесених раніше операцій.

4. Ризик негативного впливу карбоксиперитонеуму при різних захворюваннях серця, легень, гематологічних хворобах, тощо.

5. Вагітність, ризик негативної дії наркозу та карбокси-пневмоперитонеуму.

Хірург повинен чітко уявляти і показання, і протипоказання. Наївно все зводити до менших розрізів при доступі до черевної порожнини, називаючи це меншою травматичністю операції. Хіба у цьому проблема? А наркоз, а тривалість втручання, а пневмокарбоксиперитонеум, а вартість втручання нарешті? Є над чим подумати.

*«...в жодній іншій лапароскопічній операції межа між ко-
ристю та ризиком не здається такою малою ...»*

Валежек

10.1. Техніка лапароскопічної апендектомії

Ми вирішили почати розділ не з опису ходу операції в класичному варіанті, а з рекомендацій згаданого вище американського хірурга А. Ассалія, настільки вправного в лапароскопічних апендектоміях, що він їх назвав: «Технічні хитрощі лапароскопічної апендектомії»:

1. Переконайтеся, що хворий випорожнив сечовий міхур безпосередньо перед процедурою, і не дозволяйте своєму анестезіологу переливати бідного пацієнта розчинами; повний сечовий міхур ускладнить вам огляд, і ви можете проткнути його, вставляючи нижній троакар.

2. Хворий повинен лежати на спині з відведеною лівою рукою. Це дозволить вам та вашому асистенту працювати з лівого боку від пацієнта.

3. Пацієнта закріпіть вище колін до столу. Це запобіжить зісковзуванню хворого під час обертання столу вліво і в глибоке положення Тренделенбурга.

4. Використовуйте хорошу оптику 5 мм. Це дозволить вам переміщати її між троакарами при подальшому вилученні апендикса.

5. Існує багато способів встановлення троакарів залежно від укладки пацієнта, але я знаходжу найзручнішим наступний: встановіть спочатку 10-мм троакар відразу під пупком для оптики та подальшого видалення апендикса; другий робочий 5-мм троакар розташовується в ЛНК або надлобковій ділянці; третій робочий 5-мм троакар встановлюється по середній лінії на 5-6 см вище за пупок. Можлива альтернативна установка троакарів: 5-мм троакар у пупка для камери, 5-мм у ЛНК та 10-мм у надлобковій ділянці для вилучення відростку.

6. Операційний стіл повинен бути нахилений вліво і головним кінцем вниз так, щоб вся тонка кишка зрушила вліво та краніально, таким чином відкриваючи сліпу кишку та апендикс.

7. Використовуйте ультразвуковий скальпель або 5-мм Лігашу для дисекції та відсікайте брижу апендикса. В якості альтернативи ви можете використовувати біполярну або монополярну діатермію та кліпси. Вам не знадобиться ендостеплер. Після відсічення брижі апендикса і виявлення його основи, що виходить зі сліпої кишки, двічі накладіть лігатуру за допомогою ендопетлі на апендикс. Якщо він дуже широкий або основа апендикса бере участь у запальному процесі, ви можете використовувати ендостеплер (35 мм), включаючи іноді захоплення навіть незміненої стінки сліпої кишки. Однак переконайтеся, що ви не захопили ілеоцекальний перехід (клапан).

8. Якщо апендикс розташований ретроцекально, ви можете частково мобілізувати сліпу кишку. Не зволікайте з цим. У більшості випадків у вас не буде жодних проблем із правим сечоводом.

9. Видаліть апендикс через пупковий троакар. Якщо він маленький, то немає потреби використовувати спеціальний мішок. Але якщо великий, краще використовувати мішок для видалення. Не соромтеся розширювати пупковий розріз для видалення.

10. Аспіруйте (і зрошуйте якщо хочете) з бічних каналів та порожнини малого таза. Для тазу вам необхідно помістити пацієнта у положення глибокого Тренделенбурга та витягнути весь кишківник звідти. В кінці, перед виходом з черевної порожнини, не забудьте остаточно оглянути брижу і куксу.

Такими є рекомендації (технічні хитрощі) американського колеги. Сподіваємося, вони стануть вам у пригоді.

Далі наведемо методику апендектомії, якою користуються в наших клініках.

- Знеболення та підготовка: операцію проводять під ендотрахеальним наркозом, передопераційну підготовку призначає анестезіолог.
- Положення хворого на операційному столі: лежачи на спині з обов'язковою фіксацією до операційного столу – під час операції потрібно змінювати положення тіла – Тренделенбурга, повороти на бік тощо.
- Склад бригади: хірург, асистент, операційна сестра.
- Доступ: після накладання пневмоперитонеуму відразу вище або нижче пупка (параумбілікально) вводять основний 10 мм троакар; через нього вводять лапароскоп зі скошеною оптикою (він дасть найкращий огляд); уточнюють діагноз гострого апендициту, приймають рішення з його видалення; при використанні двох робочих троакарів (10 і 5 мм) роблять проколи в мезогастрії праворуч і в лівій здухвинній ділянці; для більшої зручності оперування можливий ще один прокол – у гіпогастрії (5 мм троакар).
- Використання троакарів: 10 мм троакар у мезогастрії праворуч використовують для введення затискача Бебкока, кліппатора або ендопетлі; через один 5 мм троакар вводять атравматичний затискач чи дисектор, через другий – біполярний коагулятор чи ножиці.
- Хід апендектомії: при необхідності проводять мобілізацію червоподібного відростка та сліпої кишки, розсікаючи злуки ножицями без коагуляції, при їх васкуляризації – після біполярної коагуляції; пухкі зрощення розділяють тупо; допомагає утримання відростка біля основи за допомогою затиску Бебкока, за верхівку – атравматичним затискачем; розтягнувши відросток між двома затискачами поетапно за допомогою біполярної коагуляції «пропалюють» брижу відростка і так само поетапно пе-

ретинаять її ножицями; при вираженій та добре видимій а. appendicularis на неї накладають кліпси, або прошивають, перетинають брижу якомога ближче до відростка; після відсікання брижі накладають ендопетлю: затискач Бебкока витягають, в троакар вводять спочатку перехідник (5 мм), потім – ендопетлю; через неї проводять 5 мм затискач, захоплюють верхівку відростка, останній протягується назад через петлю, яку підводять до основи відростка, який за допомогою маніпулятора знаходиться в натягнутому стані; основу відростка пережимають затискачем, ендопетлю зтягують; всього накладають три ендопетлі; замість них можна використовувати кліпси (при невеликому діаметрі відростка); відросток перетинають між другою та третьою петлями (або кліпсами), за основу витягають через 10-мм троакар, який відразу видаляють; якщо діаметр відростка більше 10 мм, троакар змінюють на 20 мм; можна скористатися спеціальним контейнером; куску відростка обробляють антисептиком, просвіт можна прокоагулювати; ретельна аспірація вмісту з черевної порожнини; встановлення дренажу. Ушивання ран.

Ми описали базовий метод ендоскопічної апендектомії. Можливі інші варіанти, з використанням іншого інструментарію – зшиваючих апаратів, наприклад.

При неускладнених апендицитах лапароскопічна апендектомія під силу більшості абдомінальних хірургів. Труднощі починаються в «атипових» випадках: наявності зрощень, ретроцекальному або заочеревинному розташуванню відростка, формуванню пухкого або щільного інфільтрату, зрощенні відростка зі сліпою кишкою, тонкою кишкою або її брижею, сечовим міхуром, додатками матки. У таких ситуаціях хірург повинен чітко зіставляти свої реальні можливості з труднощами, що виникли. **Головний принцип – не нашкодь!**

Ще один найважливіший момент – це ревізія органів черевної порожнини, зіставлення клінічної картини та результатів візуалізації, грамотна оцінка побаченого і нарешті – ухвалення рішення. Недотримання цього правила призводить до трагічних наслідків. Наводимо клінічне спостереження. Чоловік, 46

років, поступив до приймального відділення зі скаргами на біль у животі, що локалізувалась у верхній половині живота та правий здухвинний ділянці, нездужання, нудоту, сухість у роті, підвищення температури тіла до 37,5 °С. Оглянуто черговим хірургом, який поставив діагноз – гострий апендицит. Хворого підготували до операції лапароскопічним методом. При ревізії черевної порожнини було виявлено серозно-геморагічний випіт, змінений червоподібний відросток (набряковий, потовщений, з ін'єкцією судин). Зроблено апендектомію без технічних труднощів. **Хірурга не насторожило наявність у животі геморагічного випоту, набряклість заочеревинної клітковини, особливо за ходом висхідної кишки.** Операція була закінчена постановкою дренажу та швами на рани. Після операції на повну силу розгорнулася клінічна картина гострого панкреатиту. Інтенсивну терапію розпочато через дві доби. Незважаючи на вжиті заходи, процес прогресував – некротичний панкреатит з інфікуванням, флегмона заочеревинної клітковини. Знадобилося кілька сануючих операцій, у тому числі і правостороння геміколектомія (некроз ділянок висхідної кишки). Розвинулася системна запальна реакція, поліорганна недостатність, сепсис. Хворий, попри вжиті заходи, загинув. **Ревізія та оцінка виявлених змін не менш важливі, ніж технічне дійство – апендектомія.**

10.2. Ускладнення лапароскопічної апендектомії

Традиційно лапароскопічні операції, при гострому апендициті в тому числі, відносять до малоінвазивних, малотравматичних втручань. На наш погляд – це помилка, точка зору, яка «розхолоджує» хірурга. Насамперед – це хірургічна операція, яка виконується під наркозом, її суть – та сама, що і при «традиційному» втручанні з однією важливою особливістю – після і під час неї виникають як «традиційні» ускладнення, так і, на додаток, ті, які обумовлені особливостями лапароскопічних втручань. Перші з них описані вище, на других зупинимось окремо.

Дуже важливі профілактичні дії як хірурга, так і анестезіолога. Необхідно ретельно оцінити стан хворого, наявність супутніх захворювань, спрогнозувати його реакцію на підвищення внутріш-

ньочеревного тиску (по суті – модель абдомінального компартмент синдрому) і токсичну дію газової суміші, яка використовується при створенні карбоксиперитонеуму. У переважній більшості випадків хворі успішно з цим справляються, але, на жаль, не всі. Люди поважного віку з хронічними захворюваннями серцево-судинної, дихальної, нервової системи, печінки, нирок та ін. можуть неадекватно відреагувати з подальшим розвитком гострої недостатності перерахованих систем і органів, що змусить анестезіолога зупинити операцію і перейти до реанімаційних заходів. Про це потрібно пам'ятати і ретельно готуватись до операції.

До ускладнень, які притаманні будь-якій лапароскопічній операції відносять такі:

- Екстраперитонеальна інсуфляція і підшкірна емфізема, передочеревинна інсуфляція, пневмоперитонеум, пневмомедіастinum, пневмоторакс, пневмоперикард.
- Пошкодження судин передньої черевної стінки з кровотечею в черевну порожнину або з утворенням гематоми в стінці живота.
- Пошкодження внутрішніх органів і судин – механічні, електричні.
- Газова емболія.
- Ішемічні ускладнення.

Всі перераховані ускладнення можливі при лапароскопічній апендектомії. Будьте уважні!

Найчастіше зустрічаються:

- Кровотечі з судин черевної стінки.
- Кровотечі з брижі червоподібного відростка.
- Кровотечі з пересічених спайок.
- Електротравми брижі апендикса, стінок порожнистих органів (найчастіше – сліпої кишки), крупних судин, сечоводів та ін.
- Інфікування черевної порожнини з локального вогнища запалення.
- Механічні пошкодження органів і судин при введенні троакарів.
- Інші ускладнення.

Усі ускладнення необхідно своєчасно виявляти і вживати всіх заходів по їх адекватному контролю. При цьому вкрай важливо оцінити їх важкість, а також власні можливості. Не соромтесь терміново викликати старшого, більш досвідченого хірурга, застосувати конверсію. В одній із дисертацій нам довелося прочитати таку фразу: «... рішення про конверсію – вкрай важке рішення, хірургу потрібно **переступити через своє его** ...». Думка дивна. Хірург повинен, зобов'язаний діяти виключно в інтересах хворого, думати і дбати про його благополуччя, а не про свій так званий авторитет. Пам'ятайте:

«Ми ніколи не бачили пацієнтів, які померли через конверсію; ми бачили хворих, які померли чи майже померли, бо їм не виконали конверсію»

М. Шайн

Конверсію потрібно використовувати і в інших ситуаціях:

- При виявленні під час ревізії захворювань, які потребують відкритої операції.
- При технічних труднощах пов'язаних із видаленням відростка, які можуть призвести до його пошкоджень.
- При розлитому гнійному перитоніті в токсичній фазі розвитку.
- При розповсюдженому спайковому процесі, який потребує ентеролізу.
- При інших будь-яких сумнівах.

Важливо виконати конверсію «з розсудливості», а не доводити справу до «необхідності».

При лапароскопічних апендектоміях можливі різноманітні ускладнення в післяопераційному періоді, як «традиційного» характеру, так і специфічні. До них відносяться:

- Ранова інфекція у місцях введення троакарів і видалення з черевної порожнини апендикса.
- Внутрішньоабдомінальна інфекція: перитоніт, абсцеси, інфільтрати та ін., як наслідок розповсюдження інфекції на черевну порожнину з вогнища запалення, неадекватної її санації і дронування.

- Рецидив гострого апендициту з деструктивними змінами в культурі червоподібного відростку надмірної довжини (2-4 см.).
- «Синдром п'ятого дня»: гострий тифліт, як наслідок електричних опіків купола сліпої кишки, отриманих під час маніпуляцій з нею.
- Рання спайкова кишкова непрхідність.

Ускладнень достатньо, вони всі серйозні, можуть стати великою проблемою в післяопераційному періоді. Наводимо цитату М. Шайна і ілюстрації до неї:

«... вірусне розповсюдження лапароскопічної апендектомії розширило спектр ускладнень, у тому числі і з боку апендикулярної кукси. Те, що можна було знайти лише в глибині клінічних звітів, стало часто спостерігатися повсюди...»

Сказане ілюструють рисунки 90-92, надлишково довга кукса (3-4 см.) ускладнилась гангреною з утворенням інфільтрату, абсцесу, перитоніту, гострою низькою тонкокишковою непрхідністю.

Таким чином, лапароскопічна апендектомія, яка в останні роки стала для багатьох хірургів «золотим стандартом» – операція складна і серйозна. Вона може супроводжуватись різноманітними ускладненнями як під час втручання так і після нього. Запорука успіху – ретельний відбір хворих, їх підготовка до операції, технічний рівень хірурга і його здатність дотримуватись в своїх діях «здорового глузду».

На закінчення розділу приводимо рисунки і фотографії стандартної лапароскопічної апендектомії (рис. 93-99).

І все таки, уявіть собі грецьку Феміду із зав'язаними очима та вагами правосуддя в руці. Заслуховується справа про операції щодо неускладненого апендициту. На одній чаші терезів – традиційна апендектомія, під місцевим знеболюванням (з можливим потенціюванням через вену), з розрізом у 6 см, з часом виконання 35-40 хвилин; на іншій – лапароскопічна апендектомія, наркоз, карбоксиперитонеум, три-чотири розрізи, 1-1,5 години

тривалістю. Як ви вважаєте – кого вибере Феміда? Ускладнення на чашу терезів не поклали, і того, що є – достатньо.

І на останнє – цитуємо відомого американського хірурга М. Suter:

«... на сьогодні багато хто з хірургів продовжують захоплено насолоджуватись лапароскопічними операціями ...»

Це вірно. Але потрібно пам'ятати і про зворотній бік медалі, крім насолоди можливі і протилежні відчуття. Це складні операції, їх технікою потрібно володіти досконало, чітко уявляти собі можливі негативні наслідки (ускладнення), постійно бути насторожі і завжди керуватись здоровим глуздом!



Рис. 90. Надлишкова кукса червоподібного відростку.

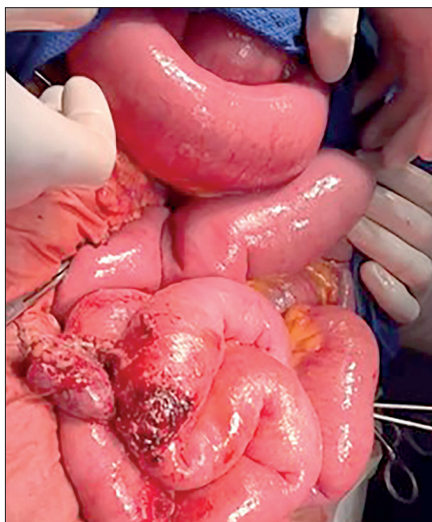


Рис. 91. Збільшені в розмірах петлі тонкої кишки.

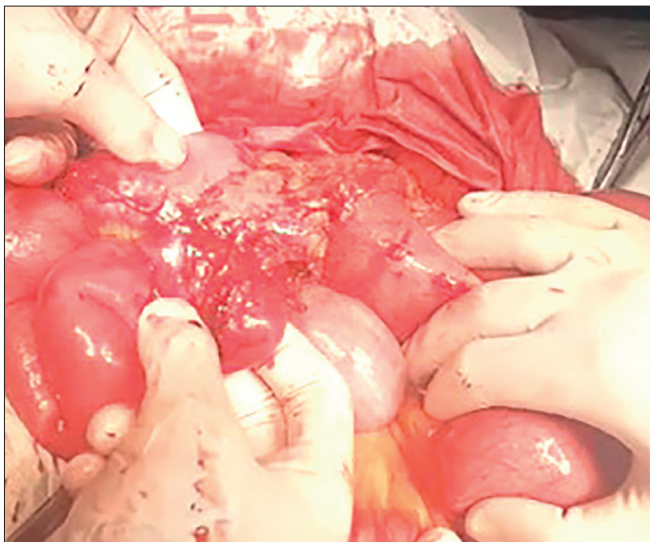


Рис. 92. Запальний інфільтрат із залученням чепця
(причина тонкокишкової непрохідності).

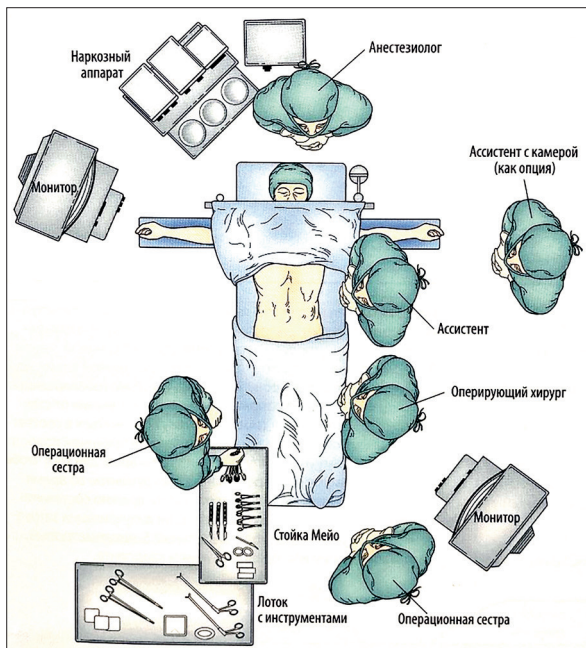


Рис. 93. Розміщення
операційного
обладнання для
лапароскопічної
апендектомії
(З атласу під редакцією
Теодора Н. Паппаса).

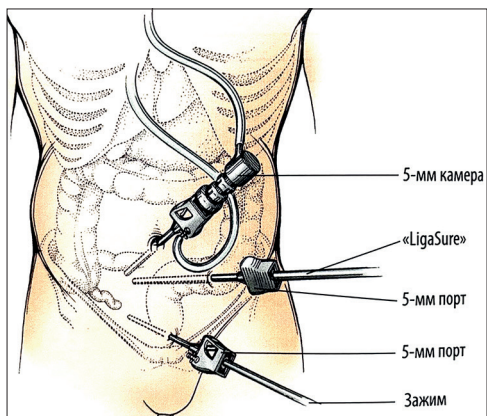
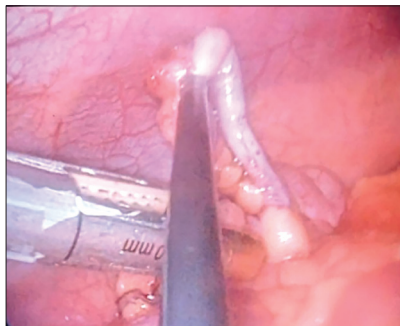
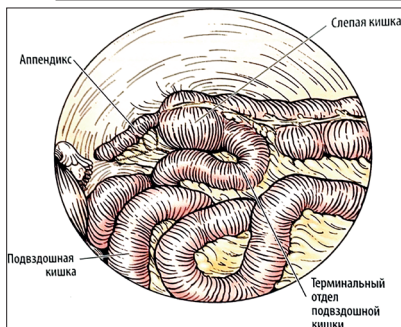


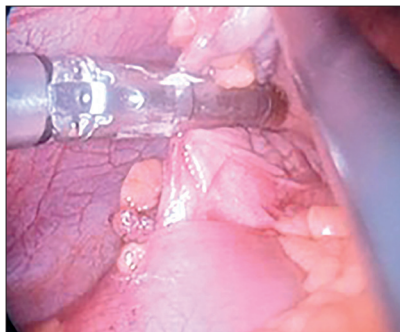
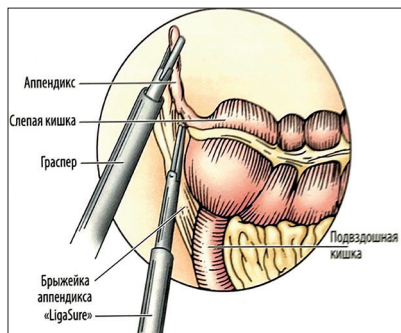
Рис. 94. Розташування троакарів
(З атласу під редакцією Теодора Н. Паппаса).



А

Б

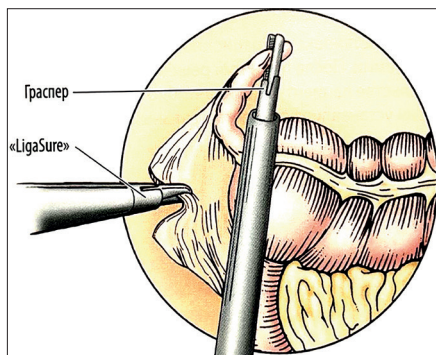
Рис. 95. Візуалізація червоподібного відростка
(А – з атласу під редакцією Теодора Н. Паппаса; Б – фото Є. Космача).



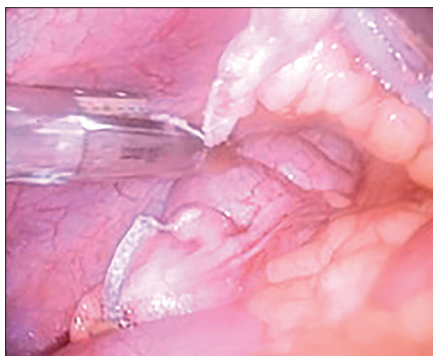
А

Б

Рис. 96. Дисекція брижі червоподібного відростка
(А – з атласу під редакцією Теодора Н. Паппаса; Б – фото Є. Космача).

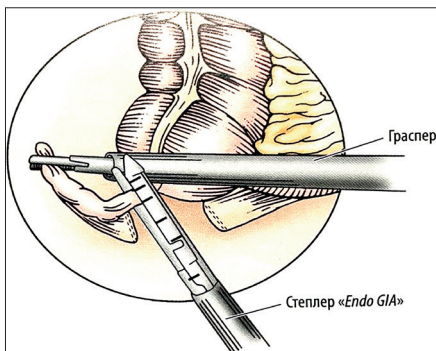


А

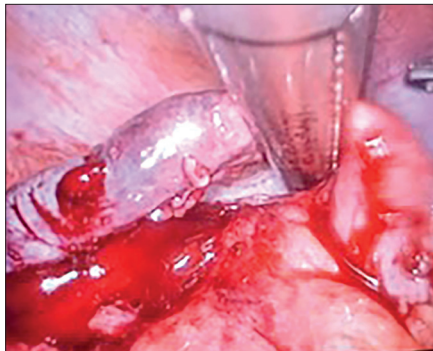


Б

Рис. 97. Перетин брижі червоподібного відростка
(А – з атласу під редакцією Теодора Н. Паппаса; Б – фото Є. Космача).



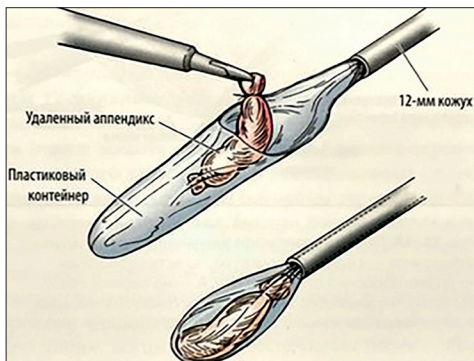
А



Б

Рис. 98. Перетин червоподібного відростка
(А – з атласу під редакцією Теодора Н. Паппаса; Б – фото Є. Космача).

**Рис. 99. Евакуація
червоподібного відростка
за допомогою
ендоскопічного контейнера**
(З атласу під редакцією
Теодора Н. Паппаса).



ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ У ОКРЕМОЇ КАТЕГОРІЇ ХВОРИХ

У певних категорій хворих, в силу різних причин, гострий апендицит протікає атипово, що становить певні труднощі при його діагностиці, крім того, вони змінюють загальноприйняту тактику, вимагають грамотного вибору методу знеболювання, доступу і т.д.

11.1. Гострий апендицит у вагітних

Діагностика та лікування гострого апендициту у вагітних завжди були важким завданням для хірурга. Поряд із суто «медичними» проблемами приєднується ще одна – висока відповідальність не за одне, а два життя – матері та дитини, яка ще не народилася. Не всі хірурги готові до цих випробувань, справу можна довірити найдосвідченішим із них. Обов'язковою є участь гінеколога, акушера. Незважаючи на те, що вагітні жінки складають від 0,5 до 5% від усіх жінок з гострим апендицитом, кожен такий випадок надовго залишається в пам'яті лікаря – хірурга.

Теорій розвитку гострого апендициту у вагітних досить багато. Ми спеціально цим питанням не займалися, можливо, всі вони справедливі і об'єктивні. Відзначимо лише, що з 1000 вагітних тільки одна хворіє на гострий апендицит, а серед хворих більшість припадає на першу половину вагітності, хоча найбільші незручності відросток, сліпа кишка, та й інші органи, через «тісноту» в черевній порожнині відчувають саме в другий.

Що потрібно знати хірургу? Поступово збільшуючись, матка, завойовуючи життєвий простір у черевній порожнині, обережно зміщує сусідні органи, у тому числі сліпу кишку з відростком. Прийнято вважати, що при вагітності строком до 3 місяців вони

залишаються на первинному місці, в 6 місяців можуть досягти середини висхідної кишки, в 8-9 місяців – підпечінкового простору. Разом з ними можуть зміщуватися і великий чепець, і петлі тонкої кишки, а це означає, що вони не завжди можуть прийти на виручку організму, утворити з деструктивно зміненим відростком інфільтрат, убезпечивши черевну порожнину від поширення інфекції.

Практично у всіх прооперованих нами хворих (понад 150 жінок) захворювання починалося з **появи болю у животі**. Вона з'являлася серед «повного спокою», мала постійний, ниючий характер. У переважній більшості випадків біль локалізувалась все ж таки у правій здухвинній ділянці, значно рідше – у надчеревній, поперековій, пупковій, над лоном, іноді – без чіткої локалізації, по всьому животу. Дуже важливо – розпочавшись у різних відділах живота, вона все ж таки через кілька годин переміщувалась в праву здухвинну ділянку. Підступність гострого апендициту у вагітних полягає в тому, що багато хто з них не відчуває особливої тривоги при появі болю – вони пов'язують її із самою вагітністю, тим більше, що щось подібне вони відчували на початку вагітності, і не раз. Оглядаючий хвору хірург не повинен йти на поводу у пацієнтки – наявність постійних ниючих болей, що раптово з'явилися, без іррадіації в правій здухвинній ділянці **зобов'язують його зробити все для підтвердження або виключення діагнозу гострого апендициту**.

Починають традиційно зі збору анамнезу та аналізу скарг. Тільки ретельне розпитування допоможе відрізнити всі попередні болі від справжніх, в момент огляду, їх локалізацію, силу, тривалість. Вкрай важлива пальпація живота. Вона має свої особливості у вагітних. Насамперед вона має бути **порівняльною**: промацують усі зони живота, доходячи до найболючіших – болючість буде найбільшою у місці розташування запаленого відростка. Таким чином за гострий апендицит говорять раптовий початок захворювання, біль у животі, локальна болючість при пальпації. Можна спробувати традиційні апендикулярні симптоми, але краще – специфічні, для апендициту у вагітних:

- Симптом Брендо – при натисканні на матку зліва біль посилюється праворуч.
- Симптом Тараненка – у положенні лежачи на правому боці біль посилюється.
- Симптом Тараненко – Богданової: зворотній попередньому – у положенні лежачи на лівому боці біль праворуч зменшується.
- Симптоми подразнення очеревини – зазвичай визначаються праворуч.

Огляд per vaginam краще довірити гінекологу, це його хліб, він краще орієнтується в ознаках апендициту при вагітності. Обов'язковими є дослідження крові, сечі. Зі спеціальних методів дослідження можна лише УЗД, все, що пов'язано з променями – протипоказано. Корисна також консультація уролога – треба думати про пієліт.

Якщо є сумніви в діагнозі – хвору необхідно госпіталізувати та активно спостерігати, фіксуючи найменші зміни у симптоматичі, даних лабораторних досліджень, УЗД. І знову має бути поруч акушер – гінеколог. Гострий апендицит провокує підвищення тону мати, провокує передчасні пологи, потрібні грамотна медикаментозна підтримка, їх профілактика. Пам'ятайте – тягнути з операцією при встановленому діагнозі не можна, це небезпечно.

Операцію проводять під ендотрахеальним наркозом. Анестезіолог повинен бути поінформований про особливості допомоги у різні терміни вагітності, погодити обрану методику з гінекологом, включити до складу внутрішньовенної терапії препарати, що запобігають викидням. Дуже важливими є киснева підтримка – необхідно пам'ятати про плід.

Застосовують різні розрізи. Важливо, щоб він розташовувався над епіцентром зони, що пальпується, найбільшій болючості. Це може бути традиційний косий доступ Волковича-Мак-Бурнея в ранні терміни вагітності, а також поперечний рівень якого підвищується зі збільшенням термінів – на рівні пупка, в правому підребер'ї. При виявленні відростка оцінюють його зміни і виконують типову апендектомію, проводячи всі дії з крайньою

обережністю. Дуже корисний новокаїн – його необхідно вводити в спайки, що розсікаються, під парієтальну очеревину, в брижу відростка – вся патологічна імпульсація повинна бути знята. Обережніше з інструментами для розширення операційного поля – краще за рук хірурга нічого немає.

Випіт необхідно видаляти лише електровідсмоктувачем, тампони дратують. Дренажі тільки з силікону, з ПХВ – жорсткі, грубі, дратівливі.

Тактика при ускладненнях – інфільтратах, місцевому та розлитому перитоніті така сама, як і та, що описана вище. Одна поправка – все необхідно проводити вкрай обережно. Переривати вагітність не слід. У разі сумнівів – вирішувати питання у консилиумі на чолі з акушером-гінекологом. Все необхідно грамотно та чітко відображати в історії хвороби – необхідно пам'ятати про юридичні наслідки. І ще один важливий аспект – робота із родичами. Будьте уважні – кожне необережне слово може спрацювати проти вас. Справа хірурга – своєчасний діагноз та атравматичне оперування.

11.2. Гострий апендицит у пацієнтів старшого віку

Дуже актуальною є проблема, особливо для нашої країни. Незважаючи ні на що, тривалість життя зростає, молодь їде, найближчому майбутньому люди похилого та старечого віку становитимуть значну частину населення. До цього мають бути готові й хірурги.

«Хірург – закрийник із матеріалу замовника»

М.І. Литкін

У цій групі хворих є дві проблеми – пізня госпіталізація та труднощі діагностики. Про першу ми говорити не будемо, з нею все ясно. Скажімо лише, що значна частина пацієнтів у цьому віці (до 60%) надходить у стаціонар через 2-3 доби від початку захво-

рювання та пізніше. Що стосується діагностичних ознак, то вони приблизно такі самі, що і у молодих, але, висловлюючись мовою музикантів, «на 1-2 тони нижче»: болі слабо виражені, особливо хворих не турбують; напруга м'язів передньої черевної стінки при пальпації – незначна, симптоми подразнення очеревини – часто сумнівні, температурна реакція слабка, аналізи крові мають цінність тільки при дослідженні формули – при нормальній кількості лейкоцитів різке зрушення вліво. При ускладненнях допомагають: ректальне дослідження, УЗД, КТ – вони дозволяють виявити інфільтрати, рідину у животі, абсцеси.

Операції за загальними правилами, але з подвоєною увагою, особливо при ускладненнях та втручаннях під ендотрахеальним наркозом. Супутні захворювання можуть сказати своє вагоме слово. Післяопераційний період краще проводити у відділенні інтенсивної терапії та реанімації, багато вітальних функцій потребують підтримки та корекції. Не забувайте про кисень.

11.3. Гострий апендицит у дітей

Відповідно до чинного законодавства, хірургічну допомогу дітям надають хірурги-педіатри, або як їх називали раніше – дитячі хірурги. Це з багатьма обставинами – особливе функціонування організму різних етапах розвитку, особливості клініки, особлива фармакодинаміка і фармакокінетика лікарських засобів, спеціальні дозування тощо. і т.п. Але бувають ситуації виняткового характеру, коли допомогу доводиться надавати у найближчому лікувальному закладі «дорослому» хірургу. Тому необхідно мати уявлення про особливості гострого апендициту у дітей.

На відміну від дорослих, у дітей появі гострого болю часто передують **закреп**. Біль починається в різних відділах живота, іррадіює в пупок, але врешті-решт концентрується в правій здухвинній ділянці. Інтенсивність болю поступово знижується та загострюється після перфорації відростка, тобто. протягом больового синдрому при зборі анамнезу вдається виявити характерні для дітей дві фази. Дітей турбують нудота, блювання, вони ляга-

ють на правий бік, підтягують до живота коліна. Апендикулярні симптоми позитивні. При цьому необхідно стежити за правою ногою – при будь-якому натисканні на праву здухвинну ділянку вона підтягується. При цьому працює і рука дитини – вона намагається відштовхнути долоню хірурга. Частота пульсу може ввести хірурга в оману – вона у дітей вища, ніж у дорослих: у віці від 3 до 5 років становить у нормі 100-105 уд/хв, від 5 до 7 років – 94 уд/хв, від 7 до 9 років – 84 уд/хв, від 9 до 16 років – 75-72 уд/хв. У дітей при гострому апендициті частіше, ніж у дорослих, підвищується температура – до 38 °С і вище. Також відзначається лейкоцитоз зі зсувом формули вліво. І тут необхідно пам'ятати, що молодша дитина, то більше в нормі лейкоцитів. Так, у дорослих дітей їх кількість становить 8×10^9 /л, у дошкільнят – $10-12 \times 10^9$ /л. Усіх дітей із гострим апендицитом необхідно госпіталізувати та оперувати. Техніка операцій при гострому апендициті та його ускладненнях така сама, як і у дорослих.

ПІЗНІ УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯ АПЕНДЕКТОМІЙ

Пізнє ускладнення після апендектомії не носять специфічного характеру, вони можуть розвинути після будь-якої операції на органах черевної порожнини – як екстреної, так і планової. При перших вони бувають частіше – операції у недостатньо підготовлених хворих, інфікування рани та черевної порожнини, подразнення очеревини агресивними рідинами, промивання порожнини живота, дренажі, тощо мають свій вплив.

Післяопераційні вентральні ки́ли. При змінних доступах у правій здухвинній ділянці зустрічаються дуже рідко. А ось серединні розрізи, рани, що нагноєнням ускладнилися, призводять до них часто. Це загальнохірургічна проблема, способи діагностики, ускладнення, методи хірургічного лікування, добре відомі хірургам.

Ускладнення з боку рани. Їх перелік досить великий: це запальні пухлини передньої черевної стінки, лігатурні нориці, келоїдні рубці, невриноми. Лікування, як правило, проводять в умовах поліклініки, у денних стаціонарах, іноді – у хірургічних відділеннях. Лікування або консервативне, або хірургічне.

Більш серйозні ускладнення з боку черевної порожнини. До них відносять злукову хворобу і гостру злукову кишкову непрохідність, повторний апендицит або культит при довгій культі червоподібного відростка (особливо після лапароскопічних операцій), пізнє внутрішньочеревні інфільтрати та абсцеси, кишкові нориці різних типів, недостатність Баугінієвої заслінки. Хворі з переліченими ускладненнями в животі повинні проходити обстеження та лікування в умовах стаціонару, де їм після встановлення діагнозу проводять або консервативне лікування, або оперують. Ускладнення функціонального характеру, пов'язані з видаленням червоподібного відростка, відсутністю його функцій довести складно – організм успішно компенсує втрату.

ІНШІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЧЕРВОПОДІБНОГО ВІДРОСТКА

Гострий апендицит та його ускладнення – найважливіша, але не єдина проблема, яку може доставити своєму «власникові» червоподібний відросток. Є ще цілий перелік захворювань та станів, про які хірургу потрібно знати. Зупинимося на деяких із них.

Карциноїд червоподібного відростка. Після гострого апендициту карциноїд – найчастіше захворювання відростка. Сам карциноїд – це переважно доброякісна нейроепітеліальна пухлина, переважно локалізується в органах шлунково-кишкового тракту, причому на апендикс припадає 90%. Основу пухлин складають ентерохромофіноцити, здатні продукувати **серотонін**. У пухлин досить характерний вигляд – це щільні, округлі, пухлинноподібні утворення, що перевищують 2 см у діаметрі. На розрізі – жовтуватого кольору. Вони можуть бути поодинокими та множинними. Пухлини можуть спокійно існувати, нічим себе не проявляючи, а можуть, за достатньої серотонінової та гістамінової активності, досить помітно себе проявляти у вигляді пароксизмів: раптовим дифузним або плямистим почервонінням шкіри обличчя, грудей, плечей; гіперемією глотки; відчуттям шкірного жару, кон'юнктивітом. Ці напади можуть виникати спонтанно, а можуть бути пов'язані з емоційними факторами, гострою їжею, міцним алкоголем. Часто зростає пульс і падає артеріальний тиск. Можливі спастичні болі у животі. На шкірі, при тривалому перебігу, часто з'являються телеангіоектазії, ділянки пігментації шкіри. Що важливо для хірургів – при локалізації карциноїду у червоподібному відростку напад проявляється клінікою гострого апендициту, великі пухлинні вузли можуть стати причиною кишкової непрохідності. У таких випадках під час операції, виявивши карциноїд, виконують апендектомію. У нашій практиці були випадки ураження відростка та сліпої кишки з розвитком

гострої кишкової непрохідності. На екстреній операції, вважаючи карциноїд злоякісною пухлиною, хірурги виконували правосторонню геміколектомію. Точку над "і" ставило гістологічне дослідження. При злоякісних карциноїдах пацієнтів направляють до онкологів для хіміотерапії.

Вкрай рідко в червоподібному відростку розвивається **аденокарцинома**. Під нашим спостереженням було лише троє таких хворих, усі чоловіки старше 80 років. У всіх була клініка гострої низької тонкокишкової непрохідності. Розміри пухлини досягали 4-5 см у діаметрі з переходом на стінку сліпої кишки. Усім була виконана правостороння геміколектомія.

У кількох випадках у видалених з приводу гострого апендициту відростках при гістологічному дослідженні під серозною оболонкою у вузликах – щільних, ціанотичних, було виявлено екстрагенітальні осередки **ендометріозу**. Жоден хірург щодо віддаленого препарату діагноз не поставив, обмежилися висіченням вузликів. Усі пацієнтки були спрямовані на лікування до гінекологів.

Так само рідко у хворих на гострий апендицит (з переконливою клінічною картиною) при вивченні препаратів були виявлені невеликі **дивертикули** стінки, **кісти** відростка, що містять або серозну або слизову рідину.

Крім типового запалення, гострий апендицит може стати причиною інших гострих станів: описані **заворот** апендикса, **інвагінація** відростка, **сторонні тіла** в просвіті, що призводять до закупорки (обструктивного апендициту) або пролежнів з некрозом стінки.

Всі перелічені захворювання та стани зустрічаються не часто, але про них треба знати, вони не повинні бути сюрпризом для хірурга.

НЕЗВИЧАЙНЕ В ХІРУРГІЇ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

Як і при багатьох гострих захворюваннях органів черевної порожнини в практиці будь-якого хірурга зустрічалися випадки незвичайного перебігу захворювання, клінічні прояви яких протікали незвичайно, значно відрізняючись від «звичної» картини, що призводило до серйозних труднощів у їхній діагностиці, нестандартній хірургічній тактиці. Наведемо деякі з них.

- Хвора К., 55 років, потупила до клініки «швидкої допомоги» з діагнозом «гострий апендицит». З анамнезу з'ясовано, що за два дні до надходження серед повного спокою з'явилися гострі болі у верхній половині живота. Прийняла дві таблетки но-шпи – ситуація змінилася: болі сконцентрувалися у правому підребер'ї, набули постійного ниючого характеру, іррадіювали у праву ключицю. Було одноразове блювання. Підвищилася температура тіла – до 38,5 °С. Раніше таких нападів не було. За місяць до приступу перенесла ангіну, лікувалася вдома. Під час огляду: пацієнтка збуджена, тривожна. Гіперемія шкіри обличчя, блиск очей. Пульс-94 уд/хв, АТ – 120/70. Живіт помірно піддутий, правильної форми, при глибокому подиху болю у правому підребер'ї посилюються. При пальпації – напруження м'язів передньої черевної стінки та болючість у правому підребер'ї, тут же пальпується гладке, еластичне дно жовчного міхура, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. Перистальтика ослаблена без патологічних акцентів. Перкуторно – тимпаніт навколо пупка. Притуплення у пологих місцях живота немає. Per rectum – без особливостей. У крові – лейкоцитоз ($12 \times 10^9/\text{л}$), температура тіла 38 °С. Діагноз – «гострий холецистит». Розпочато консервативну терапію, розцінену і як передопераційну під-

готовку. Через 2 години повторний огляд – ситуація не покращилася, всі перелічені симптоми збережені, з'явилися і нові – блювання з домішкою жовчі, посилення болю. Взято в операційну. Під ендотрахеальним наркозом виконано верхньо-серединну лапаротомію. У черевній порожнині – незначна кількість серозного випоту. Під печінкою – пухкий інфільтрат, що складається з атипово розташованої сліпої кишки, поперечно-ободової кишки, великого чепця. Зона інфільтрату відмежована від вільної черевної порожнини тампонами, під контролем електровідсмоктувача він розділений, при цьому видалено близько 40 мл смердючого гною. Виявлено гангренозно змінений червоподібний відросток, інтимно спаяний із тілом жовчного міхура. Виконано апендектомію. Ретельно оглянуто жовчний міхур – у місці контакту з червоподібним відростком ділянку деструктивних змін його стінки. Зроблено холецистектомію «від шийки». Ложе міхура зашито. У просвіті видаленого міхура конкрементів не було. Холедох дренований через куксу протоки міхура, виконана інтраопераційна холангіографія: холедох діаметром 1,0 см, конкрементів не містить, контраст у 12-палій кишці. Через окремий прокол підпечінковий простір введений двухпросвітний дренаж. Рана зашита наглухо. Гістологічний висновок: гангренозний апендицит, деструктивні зміни стінки жовчного міхура. Виписана через 12 днів після операції.

У цьому спостереженні атипово розташовані сліпа кишка і гангренозно змінений червоподібний відросток, вступивши в контакт з жовчним міхуром, призвели до деструктивних змін його стінки. Правильний діагноз було встановлено лише під час операції. Довелося виконувати і апендектомію, і холецистектомію.

- Хворий 3., 35 років, вступив до клініки з діагнозом – «гостра кишкова непрохідність». При зборі анамнезу виявлено, що раніше пацієнт не мав операцій на органах черевної порожнини. Захворювання почалося за добу

до надходження з появи різкого болю в епігастрії, який потім перемістився в область пупка. Біль прийняв переймоподібний характер, було одноразове блювання. Пацієнт скористався, за порадою родичів, грілкою, прийняв спазмолітики. Ситуація не покращилась. З'явилося здуття у верхній половині живота, тричі було блювання, останнє – зеленим вмістом. Звернувся за допомогою, був доставлений до клініки. При огляді: шкірні покриви та видимі слизові бліді. Язик сухий, обкладений біля кореня сіро-жовтим нальотом. Пульс – 90 уд/хв. АТ – 115/70 мм.рт.ст. Живіт помірно здутий у верхній половині, асиметричний. При пальпації болісний у всіх відділах, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга у всіх відділах. У верхніх відділах живота перистальтика ослаблена, у нижніх – шуми не прослуховуються. У пологих місцях живота – притуплення перкуторного звуку. На оглядовій рентгенограмі органів живота три тонкокишкові рівні з чашами Клойберга – у верхніх його відділах, нижче – кишка не візуалізується. Per rectum – болючість стінок. При глибокій пальпації в ділянці пупка (нижче) визначається болісний інфільтрат. Діагноз – запалення дивертикула Меккеля (?), гостра механічна тонкокишкова непрохідність. Після 1,5-годинної підготовки – операція. Середньо-серединна лапаротомія. У черевній порожнині до 1 літра серозного випоту (видалений електровідсмоктувачем). При ревізії виявлено запальний інфільтрат, що складається з петель тонкої кишки та пасма великого чепця. Інфільтрат рухливий, легко виведений у рану, відгороджений тампонами. Спорожняти кишку, не довелося – вона була розширена, але активно перистальтикувала. Під контролем відсмоктування інфільтрат (пухкий) розділений. Виявлено флегмонозно змінений дивертикул Меккеля і червоподібний відросток, що припаявся до нього, з гангренозно зміненою верхівкою, що містить округлої форми конкrement діаметром 2 см. Виконана резекція дивертикула з ентеро-ентероанастомозом в $\frac{3}{4}$ за А.В. Мельникову. Пет-

лі кишок очищені від нальоту фібрину. Під час резекції дивертикула, привідний відділ кишки звільнений від вмісту за допомогою електровідсмоктувача. Виділено і червоподібний відросток. Його довжина становила ≈ 18 см. Деструктивні зміни були лише в області верхівки (конкременти). Типова апендектомія. При ревізії показання до інтубації тонкої кишки не встановлено – після спорожнення вона набула нормального діаметру, активно перистальтикувала, з блискучим серозним покривом. Санація черевної порожнини, дренування порожнини малого таза за допомогою двухпросвітної трубки. При гістологічному дослідженні виявлено флегмону дивертикула Меккеля та гангренозні зміни у стінці червоподібного відростка (пролежень від конкременту). Швидше за все саме appendix ініціював непрохідність.

Особливість спостереження – рідкісна причина механічної кишкової непрохідності – поєднання патології червоподібного відростка та дивертикула Меккеля.

- Хвора С., 35 років, вступила до клініки з діагнозом «гострий апендицит». Під час обстеження діагноз сумнівів не викликав – типова клініка гострого апендициту з ознаками місцевого перитоніту. Особливості – тривалість захворювання 2 години; гострий початок – різко виниклі болі в правій здухвинній ділянці, характером властиві перфорації порожнистого органу. Під ендотрахеальним наркозом доступом Мак-Бурнея-Волковича у правій здухвинній ділянці виконано лапаротомію. Передую купол сліпої кишки, з правої клубової ямки та порожнини малого таза видалено близько 250 мл серозно-фібринозного випоту. У рану виведений купол сліпої кишки разом із червоподібним відростком довжиною ≈ 8 см. На всьому протязі відросток набряклий, з ін'єктованими судинами; біля основи – ділянка гангренозно-зміненої стінки з перфоративним отвором, «запломбованим» зсередини конкрементом діаметром 1,5 см. Виконана апендектомія. Культя відростка занурена дворядними серозно-м'язовими шва-

ми, стінка сліпої кишки підшита до парієтальної очеревини. Дренаж у порожнину малого тазу. Пошаровий шов рани з активним дренажуванням підшкірної клітковини.

Особливість спостереження – чітко визначена причина гангренозно-перфоративного апендициту – конкремент в основі відростка з некрозом та перфорацією стінки.

- Хворий К., 70 років, вступив до клініки на 4-ту добу від початку захворювання з діагнозом «розлитий гнійний перитоніт, ймовірно апендикулярного генезу». Діагноз сумнівів не викликав, після передопераційної підготовки операція: апендектомія, санація та дренажування черевної порожнини, інтубація тонкої кишки по Дедереру. У відділенні інтенсивної терапії та реанімації лікування протягом 7 днів за повною програмою терапії розлитого перитоніту. З'явилася надія на благополучний результат – пацієнта було переведено до загального відділення, почав самостійно харчуватися, ходити. На десятю добу – раптова втрата свідомості та смерть. На секції в черевній порожнині ознаки запального процесу. Причиною смерті виявився абсцес головного мозку із проривом у шлуночки.

Особливість спостереження – незвичайне недіагностоване ускладнення апендикулярного гнійного перитоніту – абсцес головного мозку із проривом у шлуночки. Абсцеси формуються у черевній порожнині, а й далеко її межами. Їх важко діагностувати, вони можуть призвести до тяжких наслідків.

- Хворий Д, 35 років, офіціант ресторану. Під час обслуговування клієнтів відчув різкий кинджальний тип біль у животі. Випустив піднос із замовленням, ліг на підлогу (на правий бік), підтягнув коліна до живота, різко збліднів, покритися холодним потом. Бригада швидкої допомоги доставила його до приймального відділення за 30 хвилин від початку нападу. При огляді – типова клініка перфорації порожнистого органу: блідість шкірних покривів, вимушене становище (лежачи на боці з підтягнутими до живота ногами), тахікардія, втягнутий до-

шкоподібний живіт, відсутність перистальтики, притуплення у пологих місцях живота при перкусії, болючість при ректальному дослідженні 38 °С, ректальна – 40,5 °С. В анамнезі – виразкова хвороба 12-палої кишки. У чергового хірурга діагноз перфоративної виразки шлунка сумнівів не викликав, від оглядової рентгенографії вирішив утриматися. Після короткої підготовки – операція. Під ендотрахеальним наркозом виконано верхньо-серединну лапаротомію. У черевній порожнині до 1 л серозно-фібринозного випоту, видалений електровідсмоктувачем. Перфоративну виразку не виявлено. Ревізія продовжена – розпочато огляд тонкої кишки від зв'язки Трейця у дистальному напрямку. Перші 3-4 петлі лежали вільно, наступні були фіксовані фібрином. При їхньому поділі між листками брижі виявлено гангренозно змінений червоподібний відросток довжиною до 15 см з перфорацією верхівки. Виконано типову апендектомію, ретельну санацію та дренування черевної порожнини.

Особливість спостереження: при переконливій клініці перфоративного перитоніту хірург відмовився від оглядової рентгенографії, на якій природно, не був би виявлений вільний газ в черевній порожнині. Це могло б зупинити хірурга, організувати спостереження, призначати та виконувати різні діагностичні дослідження тощо, а отже, втратити час, дати прогресувати перитоніту. Клінічний діагноз визначив показання до екстреної операції, а операція дозволила виявити справжню причину розвитку перитоніту та зробити все у повному обсязі та вчасно.

- Хворий Ф., 72 років, вступив до клініки з діагнозом «гостра кишкова непрохідність». Клініка низької тонкокишкової непрохідності сумнівів не викликала – повільне наростання симптомів з поступовим їх посиленням, поява ознак ендотоксикозу, типова рентгенівська картина: множинні тонкокишкові рівні по всьому животу, вільна рідина в черевній порожнині. У правій здухвинній ділянці при глибокій пальпації визначалося пухлиноподібне зміщене утворення діаметром до 5 см. Після 3-х

годинної консервативної терапії поліпшення не настало, прийнято рішення оперувати. Середньо-серединна лапаротомія. Петлі тонкої кишки розтягнуті, переповнені рідиною та газом. У черевній порожнині близько 1,5 літрів каламутного випоту. При подальшій ревізії виявлено (пальпаторно) пухлину сліпої кишки, на її медіальній стінці. Сама кишка своєю задньою стінкою припаяна до парієтальної очеревини. При акуратній її мобілізації виділилося близько 20 мл густого гною, а на задній стінці – припаяний до неї гангренозно змінений червоподібний відросток. Виконано правосторонню геміколектомію з формуванням клапанного ілеотрансверзоанастомозу за типом «кінець-в-кінець», інтубація тонкої кишки по Дедереру, дренивання черевної порожнини та заочеревинного простору (по ходу висхідної кишки). Одушання.

Особливість спостереження: поєднання раку сліпої кишки та ретроцекального гангренозного апендициту, що призвело до розвитку низької механічної тонкокишкової непрохідності. Показанням до операції була кишкова непрохідність, причини вдалося встановити під час операції. Наполягати на чіткому її встановленні до втручання було б помилкою, втратою часу з можливими наслідками.

Особливу групу складають пацієнтки з конкуруючими, маскуючими один одного симптомами, що однаково дають припускати наявність гострого апендициту та запальних гінекологічних захворювань. У таких випадках мудро іє той хірург, який госпіталізує хвору до свого, хірургічного відділення. Спостереження та лікування в гінекології може призвести до важких наслідків, відповідати за які доведеться хірургу, який передав пацієнтку колегам. Нам доводилося неодноразово спостерігати за такими ситуаціями. Приклади:

- Хвора Ш., 40 років, вступила до приймального відділення з діагнозом «гострий живіт». З анамнезу вдалося з'ясувати, що протягом останніх 5 років вона перебувала під наглядом гінеколога районної поліклініки щодо запалення придатків матки з періодичними загостреннями.

Останнє розвинулося за два дні до вступу, виявлялося «як зазвичай», але з деякими відмінностями: болі почалися в епігастрії, а потім перемістилися в нижні відділи живота, вони були значно інтенсивнішими за попередні, температура тіла піднялася до 38,5 °С, а головне – виникло почуття тривоги, навіть стресу. При обстеженні: температура тіла – 39 °С, частота пульсу 100 уд/хв, АТ – 130/80. Мова суха, обкладена білим нальотом. Живіт помірковано здутий, при диханні хвора явно його щадить. Пальпація болюча над лоном, у здухвинних областях вона помірна. Слабко позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга, теж, переважно, над лоном. Тут же помірковано виражена напруга м'язів передньої черевної стінки. Лейкоцитоз – $12 \times 10^9/\text{л}$. Per rectum – болючість стінки. Запрошений із сусідньої лікарні черговий гінеколог, який знав хвору за колишніми загостреннями запалення придатків. Після огляду запропонував госпіталізувати пацієнтку до них – не вперше. Черговий хірург викликав до приймального відділення відповідального чергового хірурга, після огляду він прийняв рішення – госпіталізувати хвору, але до хірургічного відділення під спільне спостереження. За дві години ситуація погіршилася, наростали явища інтоксикації. Визначено показання до операції – деструктивний апендицит (тазове розташування відростка), місцевий невідмежований перитоніт. Не виключалася і гінекологічна причина. Під ендотрахеальним наркозом виконано нижньо-серединну лапаротомію. У порожнині малого тазу – каламутний випіт і гангренозно змінений червоподібний відросток, що знаходиться в тісному контакті із задньо-бічною стінкою матки та правими придатками. Хірург виконав типову апендектомію. До операції включився черговий гінеколог. Права маткова труба гіперемована, набрякла, містить гній. Гінеколог виконав її вилучення – це важливий момент, саме він має юридичне право на це. Операція закінчена дренажуванням черевної порожнини.

Особливість випадку: правильне рішення чергового хірурга, що не дозволило розвинутися розлитому перитоніту; правильне правове рішення – видалення правої маткової труби гінекологом.

- Хвора Б., 42 років, вступила до клініки на 3 добу від початку захворювання з діагнозом – «гострий живіт». З анамнезу вдалося з'ясувати, що захворювання почалося гостро з появи різкого болю в правій здухвинній ділянці, вельми інтенсивного, що змусили хвору стогнати з переходом у крик. За рекомендацією «сусідів» приймала спазмолітики. Через 1 годину болі пройшли, залишилося почуття тяжкості у правій половині живота. По медичну допомогу не звернулася. Але поступово ситуація змінилася – з'явилися переймоподібні болі по всьому животу, нудота, одноразове блювання з'їденої напередодні їжею. Далі – загальна слабкість, і, нарешті, рідкий стілець із рясним домішкою крові. Це миттєво змусило пацієнтку викликати швидку. При огляді – помірно здутий живіт, активна перистальтика, болючість у всіх відділах, позитивний симптом Щоткіна-Блумберга. На оглядовій рентгенограмі множинні тонкокишкові рівні у всіх відділах живота, вільного газу та рідини немає. При ректальному дослідженні – болючість стінки, на рукавичці – рідкий кал із рясним домішкою крові. Запідозрена інвагінація у дистальних відділах клубової кишки, змішана форма непрохідності. Хвора після передопераційної підготовки взята на операцію. Виконано серединну лапаротомію. Випоту в черевній порожнині немає. Прилеглі петлі тонкої кишки помірно роздуті, містять рідину та газ, перистальтують, серозний покрив блискучий. При ревізії по ходу кишки сягнули ілеоцекального кута – по ходу кишки інвагінації не виявилось. Виявлено інвагінацію рухомої сліпої кишки у висхідну разом із червоподібним відростком. Проведено мобілізацію висхідної кишки, вона виведена в рану, відгороджена від вільної черевної порожнини тампонами. При

спробі «видавити» сліпу кишку з висхідної з'явилась некротизована стінка. Дез-інвагінація припинена. Виконано правосторонню геміколектомію з формуванням ілеотрансверзоанастомозу за типом «кінець-в-кінець». Типове завершення операції із постановкою дренажів. «Препарат»: висхідна ободова кишка з інвагінованою в її просвіт сліпою кишкою з червоподібним відростком з гангренозними змінами їх стінок.

Особливості випадку: здавалося б, йдеться про інвагінацію сліпої кишки, у процесі брав участь і червоподібний відросток, гангренозно змінений. Що було первинним – залишилося під питанням. Але поєднання незвичайне.

- Хворий Ф., 40 років, вступив до клініки швидкої допомоги з діагнозом: ущемлена правостороння коса пахова грижа, флегмона грижового мішка. З анамнезу: грижа виявили за 3 роки до надходження. Від запропонованої операції хворий відмовився. Заповнення грижового мішка порожнім органом ліквідував самостійно – лягав на спину і обережно вправляв орган, що «урчить». За добу до госпіталізації звична ситуація не повторилася – вправити грижу не вдалося. Навпаки – наростав больовий синдром, у ділянці випинання з'явилася набряклість, гіперемія, різка болючість при обмацуванні. Під час огляду діагноз «швидкої допомоги» підтверджено. Під ендотрахеальним наркозом виконано нижньо-серединну лапаротомію: випоту немає, петлі кишок у звичайному стані, активно перистальтують. Сліпа кишка припаяна до парієтальної очеревини в ділянці внутрішнього пахового кільця, виявлено основу червоподібного відростка, що йде в грижовий мішок. Виконано апендектомію (ретроградно). Черевна порожнина зашита наглухо з дрениванням порожнини малого тазу. Типовим розрізом у правій пахвинній ділянці розкрито грижовий мішок. Вміст – гангренозно змінений відросток довжиною 12 см, гній з геморагічним компонентом. Після санації мішка на його шийку накладено кисетний шов, тампонада рани.

Наведений випадок демонструє можливість утиску червоподібного відростка в гризовому мішку, що призвів до його гангрені та флегмони гризового мішка.

- Хворий С., 19 років, вступив до клініки з діагнозом «розлитий перитоніт» через 10 годин від початку захворювання, яке почалося гостро з появи різкого болю по всьому животу. Болі мали інтенсивний характер, «скували» пацієнта. Клініка перитоніту сумнівів не викликала, після передопераційної підготовки під ендотрахеальним наркозом виконано середню лапаротомію. У черевній порожнині близько 1 л серозно-геморагічного випоту з прожилками фібрину. Візуалізовано 2 петлі тонкої кишки – роздуті, з тьмяною очеревиною, множинними субсерозними крововиливами. Виявилося, що вони «беруть участь у завороті», фіксована точка якого опинилася під печінкою. Заворот ліквідований, кишка поступово набула звичайного вигляду. При ревізії виявилося, що висхідна кишка відсутня, сліпа знаходиться під печінкою, червоподібний відросток флегмонозно змінений, від сліпої кишки до парієтальної очеревини відходить зв'язування (зв'язок Ladd). Остання пересічена, виконана типова апендектомія, розсічені множинні спайки, створено положення, при якому дванадцятипала кишка і худа вміщена в правій половині черевної порожнини, а сліпа і товста – в лівій. Кишка, яка бере участь у завороті, визнана життєздатною.

Наведений випадок ми відносимо до рідкісних – у хворого з мальотацією розвинувся флегмонозний апендицит. Через 15 днів хворого було виписано.

Заключення

Книга призначена в основному для молодих хірургів, які йдуть на зміну старшого покоління. Автори ставили перед собою головне завдання – розвіяти міф про простоту проблеми гострого апендициту, показати, що труднощі чекають хірурга на всіх етапах ведення таких хворих – під час діагностики, операції, лікування ускладнень як інтраопераційних, так і самого захворювання, можливих віддалених наслідків. Для їх подолання необхідні увага, здатність збирати та аналізувати всю отриману інформацію, робити правильні висновки та визначати оптимальну тактику, володіти технікою виконання хірургічних втручань, грамотно організувати та здійснювати післяопераційне спостереження та лікування. Все це не приходить раптом, воно досягається старанням, досвідом, здатністю визнавати та аналізувати помилки. І головне:

«Якою б не була клінічна картина, якими б не були абдомінальні прояви, завжди тримайте в думці гострий апендицит»

А. Ассалія

«Неправда, що апендикс непотрібний, він посадив тисячі хірургів у дорогі автомобілі».

М. Шайн

«Але він також небезпечний, як автомобіль!»

Автори

Бажаємо успіху!

Наукове видання

**Білий Володимир Якович,
Русин Василь Іванович,
Гончарук Віктор Степанович,
Макаров Георгійович Георгійович,
Чобей Степан Михайлович**

НАРИСИ ХІРУРГІЇ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

*В авторській редакції
Верстка – Юрій Гандера*

Підписано до друку 28.08.2024 р. Формат 60х84/16.
Обл. вид. арк. 9,8. Умов. друк. арк. 10,6.

Всеукраїнське державне видавництво «Карпати»,
Директор – Віктор Браславець
88000, м. Ужгород, пл. Жупанатська, 17.
Тел./факс: (03122)3-23-66, тел.: (0312)61-26-93
e-mail: vidkarpaty@gmail.com

Свідectво про внесення до Державного реєстру видавців, виготівників
і розповсюджувачів видавничої продукції: Серія ДК № 512 від 27.06.2001 р.,
видане Державним комітетом інформаційної політики,
телебачення та радіомовлення України

Віддруковано у ТОВ «Спектраль ЛТД»,
88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 36

Свідectво про внесення до Державного реєстру видавців, виготівників
і розповсюджувачів видавничої продукції: Серія ЗТ № 14 від 09.07.2001 р.

Білий В.Я., Русин В.І., Гончарук В.С. та ін.

Н 28 Нариси хірургії гострого апендициту : монографія. – Ужгород : Карпати, 2024. – 176 с., іл.

ISBN 978-966-671-588-6

Книга присвячена вічно актуальній проблемі невідкладної абдомінальної хірургії – гострому апендициту і його ускладненням. В ній розглянуті питання етіології, патогенезу, діагностики, лікування, які ґрунтуються на високому досвіді авторів. Детально описані як традиційні, так і сучасні методи, широко використовувані у клінічній практиці, дана їх об'єктивна оцінка.

Книга рекомендована для загальних практикуючих хірургів, слухачів Української військово-медичної академії, студентів медичних університетів.

УДК 616.346.2–002–089