

Случайно это несовпадение или оно носит закономерный характер? Нам представляется, что это не случайно и обусловлено следующими обстоятельствами: при ретроцекальной позиции червеобразного отростка последний как бы изолирован от свободной брюшной полости, в связи с этим воспалительный процесс в начале заболевания носит, условно говоря, «доброкачественный» характер, и только по мере развития деструктивных явлений (осложненный аппендицит) в отростке и окружающих тканях он приобретает характер агрессии. Все перечисленное и обуславливает позднее поступление пациентов, причем в основном больных старшей возрастной группы со сниженной реактивностью организма и иммунологической незащищенностью.

У больных с типичной позицией червеобразного отростка воспаление с отростка быстро переходит на висцеральную и париетальную брюшину. Больные четко реагируют, разумеется, за исключением лиц пожилого и старческого возраста, болевой реакцией и в связи с этим раньше поступают в хирургические стационары. Если у больных с перфоративным аппендицитом при типичной локализации отростка преимущественно возникают диффузные перитониты, то у пациентов с ретроцекальным расположением червеобразного отростка — местные, ограниченные, перитониты (4,5 %). Это различие также объяснимо, исходя из вышеизложенных позиций, и подтверждено нашими наблюдениями.

Воспалительные заболевания забрюшинного пространства — нечасто встречающееся осложнение деструктивного аппендицита с ретроцекальной, ретроперитонеальной позицией червеобразного отростка. Клиническая картина при забрюшинной флегмоне проявляется выраженной болью в поясничной области, высокой температурой тела до 38° С с ознобами. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правой половине (правой подвздошной области), но преимущественно лишь при глубокой пальпации. Симптомы раздражения брюшины — отрицательные или сомнительные. При осмотре поясничной области можно отметить сглаженность ее контуров справа и даже отек, редко проявляется кожный венозный рисунок. Боль является главным признаком забрюшинной флегмоны. При перитонитах производилась н/срединная лапаротомия, при абсцессах и флегмонах забрюшинного пространства предпочтение отдавали внебрюшинному доступу по Пирогову.

В наших наблюдениях вовлечение забрюшинной клетчатки в воспалительный процесс отмечено в 8 случаях, из них в 3 случаях — забрюшинная флегмона, в 5 — ретроперитонеальные аппендикулярные инфильтраты, осложненные абсцедированием. Умерла одна больная от инфаркта миокарда.

В.Р. Корита, С.А. Вавринчук, И.Н. Стрельцова, П.М. Косенко

АБСЦЕССЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ

ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава» (г. Хабаровск)

Абсцессы брюшной полости — это ограниченные скопления гноя в тех или иных отделах ее, окруженные пиогенной оболочкой, капсулой. По классификации В.Д. Федорова, их следует отнести к местному ограниченному перитониту. Суть его сводится к тому, что гнойный экссудат, чаще всего в области патологического очага и оперативного вмешательства, ограничивается от брюшной полости, а защитные силы организма велики, вирулентность инфекции мала для отграничения гнойного процесса. Гнойники образуются в тех случаях, когда недостаточно тщательно производится санация и осушивание брюшной полости при перитонитах: оставление в ней обрывков тканей, фрагментов червеобразного отростка, каловых камней.

Абсцессы брюшной полости могут прорваться в свободную брюшную полость и вызвать распространенный (диффузный) перитонит. Реже гнойники опорожняются в полые органы, что ведет к образованию внутреннего свища. Длительное существование гнойников может привести к абдоминальному сепсису. Антибиотикотерапия при абсцессах малоэффективна ввиду плотной пиогенной оболочки, которая препятствует проникновению антибиотиков в полость гнойника, поэтому только раннее оперативное лечение гнойников является альтернативным методом лечения.

Наиболее частым осложнением после аппендэктомии, и особенно деструктивного аппендицита, являются межкишечные абсцессы.

Клиническая картина этих гнойников разнообразна, но преимущественно складывается из местных и общих признаков. К последним мы относим: интоксикацию (головную боль, слабость, разбитость, потерю аппетита, повышение температуры тела, ознобы, проливные поты). К местным признакам — локальную боль, напряжение мышц брюшной стенки, тимпанит или притупление перкуторного звука, симптомы кишечной непроходимости. В диагностике гнойников большое место отводим данным УЗИ брюшной полости.

Е.В. Николаев и соавт. (1999), А.Ю. Малхасян (2002) считают, что диагностика ранних послеоперационных абсцессов брюшной полости должна основываться на последовательном проведении клини-

ко-лабораторного, рентгенологического, ультразвукового, лапароскопического методов исследования и диагностической лапаротомии. Возможности лапароскопии в диагностике ранних послеоперационных абсцессов брюшной полости, по данным этих авторов, составляет 92,3 %.

Диагноз межкишечного гнойника обычно диктует необходимость немедленного оперативного лечения. Разрез производится над пальпируемым образованием, послойно до брюшины. Далее тупым путем в месте наибольшего размягчения «опухоли» вскрывается гнойник. Полость абсцесса санитруется фурацилином, диоксицином, осушается и дренируется ПВХ-дренажами, дренажами Пен-Роуза. В случае наличия множественных гнойников целесообразно произвести широкую лапаротомию, вскрыть все абсцессы, провести тщательный туалет брюшной полости, дренировать каждый гнойник и соответствующие карманы. В послеоперационном периоде следует проводить интенсивную комплексную терапию, включая антибиотико-иммунотерапию.

Е.В. Николаев и соавт. (1999), А.Ю. Малхасян (2002) рекомендуют широкое применение санационной лапароскопии при ранних послеоперационных абсцессах брюшной полости, что способствует снижению послеоперационной летальности с 21 % в контрольной группе до 5,2 % в основной группе.

Практически ежегодно мы встречались с подобными осложнениями. За последние 10 лет был 21 больной с межкишечными гнойниками, из них с множественными — 6 пациентов. При аппендэктомии с типичной позицией червеобразного отростка было 10 больных, при атипичном расположении аппендикса — 11 (3 — с тазовой, 2 — с медиальной и 6 — с ретроцекальной позицией отростка).

Основным методом диагностики абсцессов было УЗИ. В 4-х случаях произведена лапароскопия с последующей санацией гнойника. В 17 наблюдениях осуществлено вскрытие и санация гнойников открытым способом. При множественных абсцессах производились многократные лапаротомии — от 2 до 4. В послеоперационном периоде проводилась дезинтоксикационная терапия с включением активных методов детоксикации (плазмаферез, УФО-крови), антибиотико-иммунотерапия. Динамический контроль брюшной полости с применением ультрасонографии.

Мы убеждены, что при больших абсцессах и множественных гнойниках брюшной полости рационально больным производить лапаротомию. В наших наблюдениях летальных исходов не отмечено.

В.Р. Корита, С.А. Вавринчук, И.Н. Стрельцова, П.М. Косенко

АБСЦЕССЫ ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ

ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава» (г. Хабаровск)

Абсцессы Дугласова пространства встречаются редко, и частота их колеблется от 0,1 до 3 % (Утешев Н.С. и соавт., 1975; Савчук Б.Д., 1979; Савицкий В.И. и соавт., 1982).

Время появления абсцесса колеблется между 5 и 25 днями после аппендэктомии, а размеры гнойника — от 50 до 600 мл и более.

Мы наблюдали гнойник Дугласова пространства в 11 случаях. В 2-х — после аппендэктомии с типичным расположением червеобразного отростка, в 1 — при медиальной позиции отростка, в 5 — при тазовой позиции аппендикса и в 3-х — при ретроцекальном (5 позиция отростка). Диагностировали данное осложнение на 6–8 сутки.

С учетом клинической картины заболевания и данных операционных находок, считаем целесообразным различать воспалительные инфильтраты в малом тазу (2 случая), абсцессы только Дугласова пространства (4 случая), абсцессы типа «запонки» — при сообщении гнойника подвздошной области с абсцессом Дугласова пространства (2 случая), тазовый гнойник на фоне разлитого перитонита (2 случая) и при сочетании кишечного свища с абсцессом Дугласова пространства (1 случай). В двух случаях встречались тазовые абсцессы в сочетании с межпетлевыми, причиной которых были распространенные перитониты при ранениях тонкой и толстой кишки.

Деструктивные изменения в червеобразном отростке отмечались в 9 наблюдениях, в одном случае был простой аппендицит.

При «чистой» локализации гнойника в Дугласовом пространстве боль в животе практически не беспокоила. Основные жалобы больных сводились к нарушению дефекации (частый жидкий стул, поносы) и мочеиспускания (учащенное, болезненное мочеиспускание, задержка мочи). У всех пациентов отмечались умеренные боли над лоном при глубокой пальпации. Температура была повышена у всех больных до 38°. В анализах крови, как правило, — высокий лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В анализах мочи — лейкоцитурия и иногда эритроцитурия.

Основным диагностическим приемом является пальцевое исследование прямой кишки. Обращают внимание на тонус сфинктера прямой кишки и состояние ее передней стенки. В начале осложнения (4–5 сутки) определяется локальная боль в точке Ротера, либо болезненное уплотнение. На 6–8 сутки