

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Харківський національний медичний університет**

# **ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ**

***Методичні вказівки  
зі спеціальності  
"Медицина невідкладних станів"  
для підготовки лікарів-інтернів,  
слухачів передатестаційних циклів***

Затверджено  
вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 11 від 26.12.2013.

**Харків  
ХНМУ  
2014**

Гострий апендицит : метод. вказ. зі спеціальності "Медицина невідкладних станів" для підготовки лікарів-інтернів, слухачів передатестаційних циклів / упор. А.А. Хижняк, С.С. Дубівська, М.Д. Бітчук, С.М. Скоропліт. – Харків : ХНМУ, 2014. – 12 с.

Упорядники     А.А. Хижняк  
                         С.С. Дубівська  
                         М.Д. Бітчук  
                         С.М. Скоропліт

## НЕСПЕЦИФІЧНЕ ІНФЕКЦІЙНЕ ЗАПАЛЕННЯ ЧЕРВОПОДІБНОГО ВІДРОСТКА (processus vermicularis)

*Анатомо-фізіологічні дані.*

Червоподібний відросток відходить від задньовнутрішнього сегмента сліпої кишки, де сходяться всі три її лінії, на відстані 0,5–5 см від місця впадіння ободової кишки, в ділянці ілеоцекального кута. Довжина відростка – від 1,2 до 50 см (в середньому 7–10 см), діаметр – 4–5 мм; в сліпу кишку він відкривається ще більш вузьким просвітом. У дітей – лічкоподібний, широкий, у старих стінка атрофічна, просвіт часто облітерований. Стінки відростка повторюють всі шари кишечника, дуже багаті на нервові елементи – ілеоцекальна ділянка є рефлексогенною зоною.

Кровопостачання (a. appendicularis – від colicadextra) має магістральний тип будови; вени відростка впадають у верхньобрижову вену. Відросток багатий на лімфоїдну тканину – "мигдалина червоні порожнини", лімфоїдний апарат особливо розвинений у дітей. Лімфовідтік: до лімфатичних вузлів ілеоцекального кута, потім – кореня брижі, анастомозів із лімфатичними шляхами тонкої і товстої кишки, печінки, піддіафрагмального простору, правої нирки, малого таза.

Положення відростка:

- а) типове – у правій здухвинній ямці;
- б) тазове – вниз до малого таза;
- в) підпечінкове – високе, під печінкою;
- г) медіальне – у напрямку до кореня брижі тонкої кишки;
- д) ретроцекальне (внутрішньоочеревинне, внутрішньостінкове, ретроперитонеальне);
- е) лівостороннє – при situs viscerum inversus.

Функція мало вивчена і не цілком ясна. Більшість теорій визнають бар'єрну, захисну (як лімфоїдний орган), секреторну (виділяє амілазу), гормональну (виділяє перистальтичний гормон), імунологічну функції. За спостереженнями НДІ проктології, у осіб, які перенесли апендектомію, у 8 разів частіше зустрічається рак товстого кишечника.

Загальні відомості:

- а) найбільш часте хірургічне захворювання, до 75% невідкладних хірургічних операцій виконується з приводу апендициту;
- б) середній вік – 20–40 років; зустрічається і в дитячому, і в старечому віці; за даними клініки, хворі до 40 років становлять 73,5%;
- в) дещо частіше зустрічається у жінок: у 54,8% випадків (за матеріалами клініки).

*Історія питання.* Цельс, Гален і навіть Пирогов описували захворювання як клубовий абсцес. Вперше думка, що причиною "клубового абсцесу" є червоподібний відросток висловив Мельє в 1828 р. Російський хірург Платонов довів роль апендикса у виникненні захворювання

в 1840 р. Термін "апендицит" вперше був офіційно визнаний у 1890 р. Американською асоціацією хірургів. Перша апендектомія виконана в 1884 р. Кренлейном, а в Росії в 1890 р. Трояновим.

*Етіологія і патогенез.* Теорії: застою, глистової інвазії, інфекційна, ангіоневротична, імунологічна, алергічна та ін.

*Фактори, що сприяють:* вираженість лімфоїдного апарату, глибоке розташування крипт слизової оболонки, близькість баугінієвої заслінки, наявність застою і дисбактеріозу в товстій кишці, надмірне вживання м'яса, сенсibiliзація організму, зниження захисних сил різного генезу та ін.

*Класифікація* (за Колесовим, 1972):

1. Слабо виражений (апендикулярна коліка).
2. Простий (поверхневий).
3. Деструктивний (флегмонозний, гангренозний, проривний).
4. Ускладнений апендикулярний інфільтрат (апендикулярний абсцес, розлитий гнійний перитоніт, інші ускладнення апендициту – пілефлебіт, сепсис).

## **ТИПОВІ КЛІНІЧНІ СИМПТОМИ НЕУСКЛАДНЕНОГО ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ**

*Скарги хворих та дані анамнезу*

1. Біль – у 100% випадків, зазвичай середньої інтенсивності, іноді різкий, постійний, рідше періодично посилюється, але терпимий (на відміну від коліки). Часто віддає в ногу, посилюється при русі, кашлі. Починається іноді відразу в правій клубовій ділянці, частіше в епігастрії або по всьому животу, у дітей – в ділянці пупка, і лише через кілька годин локалізується в правій здухвинній ділянці – симптом Кохера-Волковича. Однак при пальпації часто вже у перші години болючість визначається і в ділянці відростка (!). Біль зменшується при положенні хворого на правому боці, у зв'язку з чим він частіше так і лежить. Це має діагностичного значення, особливо у дітей. При атиповому розташуванні відростка локалізація болю змінюється.

2. Нудота (41%) та блювання (у 42% випадків одноразова) спостерігається у половині випадків, не приносить полегшення.

3. Випорожнення може бути затриманим (10%), прискореним (2%) – зазвичай при медіальному розташуванні відростка, частіше не порушеним.

4. Сечовипускання – нормальне, може бути прискорене при тазовому розташуванні. У сечі у важких випадках відзначається білок, еритроцити.

5. Пульс прискорений, раніше підвищення температури.

6. Температура – субфебрильна, зрідка висока, іноді з ознобом.

7. Язик обкладений білим нальотом – у важких випадках сухий. При огляді язика одночасно обов'язковий огляд мигдалин для виключення ангіни.

В анамнезі – аналогічні напади. Обов'язковий гінекологічний анамнез.

8. Місцеві зміни – з боку живота:

- Живіт спочатку бере участь в диханні, потім може відставати права нижня його частина; може бути напруженим, асиметрія пупка внаслідок зміщення його вправо як результат напруження м'язів.

- Активні рухи, покахування, підняття голови викликають болючість у правій здухвинній ділянці.

- Локальна болючість і захисне напруження м'язів у правій здухвинній ділянці – найголовніша ознака (мало виражений у людей похилого віку, ослаблених людей).

- Перитонеальні симптоми: Щоткіна-Блюмберга, Менделя (72%) – в правій клубовій ділянці.

- Гіперестезія шкіри у правій здухвинній ділянці.

- При перкусії – притуплення в правій здухвинній ділянці при наявності випоту, інфільтрату.

- При аускультатії – послаблення перистальтики.

9. Специфічні симптоми гострого апендициту:

1) Ровзінга; 2) Воскресенського (ковзання, "сорочки"), за Русаковим позитивний у 97% хворих; 3) Ситковського; 4) Бартом'є-Міхельсона; 5) Образцова, при ретроцекальному розташуванні; 6) Ауре-Розанова (при ретроцекальному розташуванні відростка).

10. Вагінальне або ректальне дослідження – строго обов'язково! Виявляється запалення тазової очеревини – "крик Дугласа", больове звищення склепіння справа. Для диференційної діагностики з гінекологічною патологією – симптом Промптова (різкий біль при піднятті шийки матки догори). Симптом Краузе – різниця між ректальною і паховою температурою більше одного градуса.

11. Лабораторні дослідження: крові – лейкоцитоз зі зсувом вліво; сечі – частіше без особливостей; оглядова урографія і хромоцистоскопія – за показаннями.

12. УЗД – збільшення розмірів відростка, потовщення стінки, наявність випоту.

13. Лапароскопія – при неясності в діагнозі.

*Особливості перебігу*

I. У дітей. Гострий апендицит зустрічається зазвичай у віці старше 3–4 років, частіше у віці 8–13 років. Це пояснюється тим, що у дітей в ранньому віці відросток має ліycopодібну будову, а також особливостями харчування в ранньому дитячому віці. Протікає важче, більш бурхливо, що пов'язане з великою кількістю лімфоїдної тканини і недорозвиненістю великого сальника і менш вираженими пластичними властивостями очеревини, у зв'язку з чим процес не схильний до відмежування. У дітей переважають деструктивні форми (до 75%), через 24 год у 50% випадків настає перфорація. Перитоніт відразу набуває розлитого характеру і протікає з важкою інтоксикацією.

Діагностика часто ускладнена, тому що діти погано локалізують біль (частіше вказують на болючість у ділянці пупка), важко виявити спеціальні симптоми. У дітей характерні симптоми "підтягування ніжки", "відштовхування руки". Чим більш агресивна дитина, тим імовірініше захворювання. Характерна поза на правому боці. Блювання спостерігається частіше, ніж у дорослих, тахікардія виражена більшою мірою. Вирішальною ознакою є локальне напруження м'язів, яке перевіряють уві сні або із застосуванням седативних засобів, навіть дроперидола. Важливе рек-

тальне обстеження з вимірюванням ректальної температури. Рекомендуються пальпувати лише теплими руками, "ручкою самої дитини".

Диференційний діагноз необхідно проводити з вірусним мезоаденітом, ентеровірусною інфекцією, а також з ангіною, кором, скарлатиною, які можуть симулювати апендицит у зв'язку з залученням у процес лімфоїдної тканини червоподібного відростка. Необхідно збирати епідеміологічний анамнез, обов'язково оглядати зів і мигдалини, внутрішню поверхню щік (плями Філатова-Коплика), виключити наявність висипу. У сумнівних випадках схильються до операції.

II. *У вагітних.* Протягом перших 4–6 міс без особливостей. З другої половини вагітності сліпа кишка маткою зміщується вгору, при цьому вона стискається, погіршується кровопостачання. Місцеві прояви часто стерті, болі в животі більш розлиті – по всій правій половині живота, у правому підребер'ї та епігастрії, нерідко в поперековій ділянці. Напруження м'язів і перитонеальні симптоми менше виражені через зміщення маткою і розтягування черевної стінки. Необхідний огляд в положенні на лівому боці, найбільшу цінність представляють симптоми Воскресенського, Менделя, Щоткіна–Блюмберга. Описано симптом Міхельсона – посилення болю в правій половині живота в положенні на правому боці внаслідок тиску матки на запальний осередок при деструктивному апендициті у вагітних. За наявності симптоматики гострого апендициту невідкладна операція показана при будь-яких термінах вагітності. У другій половині – розріз робиться трохи вище звичайного в положенні хворої з піднятим правим боком.

III. *У людей похилого віку* апендицит протікає часто зі змазаною картиною. Біль менш виражений, часто розлитий, супроводжується здуттям живота; напруження м'язів мало виражене, симптоми стерті. Загальна реакція – підвищення температури, лейкоцитоз незначний, іноді відсутній. Це пов'язано зі зниженням загальної реактивності й зменшенням кількості лімфоїдної тканини у відростку в літньому віці, тому апендицит у людей похилого віку зустрічається рідко, але у зв'язку з ураженням судин гангрена й перфорація у них спостерігаються в 5 разів частіше. У зв'язку з цим діагностика часто запізнюється, виникають інфільтрати, абсцеси (ускладнення спостерігаються у 14% випадків), летальність значно вища за звичайну – від 2–4 до 6%.

## ДІАГНОЗ І ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ

Діагноз ставиться на підставі зіставлення всіх даних. У початковій стадії допустимо стаціонарне спостереження протягом перших 2–3 год. За наявності перитонеальних явищ операція проводиться невідкладно. На підставі ступеня клінічних проявів не можна визначити патологоанатомічну форму, ступінь деструктивних змін. Надійною ознакою є локальна болочість і захисне напруження м'язів (А.А. Русанов). Правильний діагноз за статистичними даними ставиться приблизно у 80% випадків. Диференційний діагноз проводиться з перфоративною виразкою, ниркової колікою,

гострим холецистопанкреатитом, гострим гастритом, непрохідністю кишечника, спастичним колітом, правобічною ніжньочастковою пневмонією. У жінок – обов'язково з гінекологічними захворюваннями, гострою гонореєю. У дітей – із вірусною інфекцією, ангіною, скарлатиною, кором, пневмонією.

## ЛІКУВАННЯ

Гострий апендицит є абсолютним показанням до невідкладної операції. Єдиним протипоказанням служить апендикулярний інфільтрат (якщо немає абсцесу). При неясності в діагнозі ширше повинна застосовуватися лапароскопія. Найкращим часом для операції є початкова стадія, але операція проводиться в будь-які терміни.

Перед операцією – премедикація, якщо хворий їв – випорожняється вміст шлунка зондом. При наявності явищ перитоніту проводиться дезинтоксикаційна терапія на операційному столі.

Знеболювання частіше місцеве (у 80% хворих), але ретельне (ілеоцекальна ділянка – рефлексогенна зона). Загальне знеболювання показано у дітей, психічно неврівноважених осіб, а також при ускладнених формах, іноді при невпевненості в діагнозі. При місцевому знеболюванні у ході операції у разі необхідності необхідно додавати нейролептаналгезію (дроперидол, фентаніл) або переходити до загального знеболювання.

Доступи – найчастіше косий за Волковичем–Дьяконовим, досить широкий ("маленькі хірурги" – маленькі розрізи!); параректальний (кулісний) Ленандера (його позитивні й негативні сторони); ніжньосерединна лапаротомія (3,3%) – при ускладнених формах, коли перитонеальні явища виходять за межі правої клубової ділянки, у сумнівних випадках в діагнозі – широкий доступ дає можливість хорошої ревізії і санації черевної порожнини і повноцінного дренивання.

Хід операції – послідовність розсічення тканин при різних доступах – суть операції. Шовний матеріал: на брижі – шовк (капрон), на основу відростка – кетгут, кисетний шов – шовк (капрон), черевна стінка – пошарово кетгут, шкіра – шовком.

### *Види зашивання рани*

1. Глухий шов – при простому і хронічному апендициті в осіб із незначним шаром підшкірної клітковини.

2. "Човник" в клітковину: а) при простому і хронічному апендициті в осіб із надлишково розвиненою підшкірною клітковиною; б) при деструктивних формах без явищ перитоніту в осіб із невеликим шаром клітковини.

3. Дренивання черевної порожнини: а) при гнійному перитоніті; б) при флегмоні заочеревинної та передочеревинної клітковини; в) при недостатньому гемостазі.

4. Шкіра не зашивається або накладається провізорний шов – при гнійному перитоніті, флегмоні клітковини, особливо в осіб із надлишковою клітковиною.

5. Марлевий тампон – при необхідності відмежування процесу, тампон з  $\Sigma$ -амінокапроною кислотою – при кровоточивості.

*Післяопераційний період:*

1. Анестетики, наркотичні аналгетики, метилурацил.
2. Антибіотики парентерально і у дренажі.
3. Метронідазол при деструктивних, особливо гангренозних формах.
4. Полегшена дієта.
5. При деструктивних формах з явищами перитоніту – лікування за всіма правилами лікування перитоніту.

Вставати хворому з ліжка дозволяється за відсутності дренажу з другого дня після операції, за наявності дренажу – після його видалення.

"Човники" видаляються на 2-й день. Дренажі – на 4-й день замінюються на короткі й за відсутності відокремлюваного видаляються на наступний день.

Очисна клізма ставиться на 4-й день після операції, шви знімаються на 7-й день. Терміни виписки: при неускладнених формах – 7–8-й день, при ускладнених – індивідуально. Необхідні вказівки при виписці.

Строки тимчасової непрацездатності: при неускладнених формах – 20–30 днів після виписки, при ускладнених – більше. Намічається тенденція до зниження днів непрацездатності: в осіб фізичної праці – близько 28 днів, інтелектуальної – 21 день.

Летальність у середньому коливається в межах 0,2–0,5%.

**Залежність летальності від деяких факторів**

Форма апендициту	Летальність, %	Строки операції, доба	Летальність, %
Простий	0,1%	1-а доба	0,1–0,3
флегмонозний	0,26%	2-а доба	1
гангренозний	1,1%	3-я доба	4
перфоративний	9,0%	4–5-а доба	до 10
Вік, роки	Летальність, %	Діти	Летальність, %
До 40	0,1–0,4	До 2 років	6
40–50	1,3	До 3 років	3–5
51–60	2,6	При перфорації	4,1
Більше 60	5,0	У середньому	0,3

Висока летальність в літньому віці часто пов'язана з такими факторами:

1. Пізня госпіталізація хворих (важливість санітарно-освітньої роботи серед населення!).
2. Діагностичні помилки лікарів (важливість підвищення кваліфікації лікарів догоспітального етапу).
3. Тактичні та технічні помилки хірургів.

*Ускладнення після операції:*

1. З боку рани: а) гематоми; б) інфільтрат; в) нагноєння (в підшкірній клітковині, під апоневрозом).

2. З боку черевної порожнини: а) кровотеча – найчастіше з кукси брижі відростка – картина анемії, потім перитонеальні симптоми, притуплення (часто пізно діагностується, тяжко протікає – з наступним інфікуванням гематоми); б) недостатність кукси відростка – перитонеальні симптоми; в) інфільтрати і абсцеси різної локалізації; г) розлитий перитоніт, сепсис; д) рання спайкова непрохідність, е) емболія легеневої артерії.



Пізні ускладнення: а) лігатурні свищі; б) кишкові свищі (0,6–6,0%); в) спайки черевної порожнини; г) післяопераційні грижі.

*Ускладнення гострого апендициту* (за стадіями перебігу).

Ранній період (перші дві доби) характеризується відсутністю ускладнень. Процес, як правило, не виходить за межі відростка, хоча можуть спостерігатись деструктивні форми і навіть перфорація, особливо часто у дітей і людей похилого віку.

В проміжний період (3–5-а доба) зазвичай виникають ускладнення: 1) перфорація відростка; 2) місцевий перитоніт; 3) тромбофлебіт вен брижі відростка; 4) апендикулярний інфільтрат.

У пізній період (після 5 діб) спостерігаються: 1) розлитий перитоніт; 2) апендикулярні абсцеси (внаслідок абсцедування інфільтрату або в результаті відторгнення після перитоніту); 3) тромбофлебіт ворітної вени – пілефлебіт, 4) абсцеси печінки; 5) сепсис.

Слід відзначити дещо умовний характер поділу ускладнень за стадіями перебігу.

Перфорація розвивається зазвичай на 2–3-й день від початку нападу при деструктивних формах апендициту, характеризується раптовим посиленням болю, появою виражених перитонеальних симптомів, картиною місцевого перитоніту, наростанням лейкоцитозу. У деяких випадках при наявності нерізкого болю в ранньому періоді момент перфорації вказується хворими як початок захворювання. Летальність при перфорації за Кузіним досягає 9%. Перфоративний апендицит спостерігався у 2,7% хворих, що надійшли в ранні терміни, серед госпіталізованих в пізні терміни – у 6,3%.

Апендикулярний інфільтрат – це конгломерат спаяних навколо червоподібного відростка запально-змінених внутрішніх органів – сальника, тонкої та сліпої кишки, утворюється за різними статистичними даними від 0,3–4,6 до 12,5%. Рідко діагностується на догоспітальному етапі, іноді тільки під час операції. Розвивається на 3–4-й день після початку нападу, іноді як наслідок перфорації. Характеризується наявністю щільного пухлиноподібного утворення в правій клубовій ділянці, болючого при пальпації. Перитонеальні симптоми при цьому в результаті відмежування процесу стихають, живіт стає м'яким, що дозволяє пальпувати інфільтрат. Температура зазвичай тримається на рівні до 38°C, відзначається лейкоцитоз, випороження затримане. При атиповому розташуванні відростка інфільтрат може пальпуватись відповідно до місця розташування відростка, при низькому його розташуванні можна пальпувати через пряму кишку або піхву. Діагностиці допомагає ультразвукове дослідження. У сумнівних випадках проводиться лапароскопія.

Наявність інфільтрату є єдиним протипоказанням до операції (до тих пір, поки він не абсцедував), тому спроба виокремлення відростка з конгломерату органів, що спаяні з ним, тягне небезпеку пошкодження кишечника, брижі, сальника, що загрожує важкими ускладненнями.

Лікування інфільтрату повинно бути консервативним (проводиться в стаціонарі): 1) холод місцево; 2) антибіотики широкого спектра дії;

3) двобічна паранефральна блокада через день або блокада за Школьниковим, 4) АУФОК чи лазерне опромінення крові; 5) метилураціл; 6) дезагреганти крові; 7) протеолітичні ферменти; 8) дієта – протерті супи, рідкі каші, киселі, фруктові соки, білі сухарі. Інфільтрат розсмоктується у 85% випадків; зазвичай це відбувається в терміні від 7–19 днів до 1,5 міс. Повільне розсмоктування інфільтратів з підозрою на наявність пухлини. Перед випискою обов'язково проводиться іригоскопія – для виключення пухлини сліпої кишки.

Після зникнення всіх клінічних ознак хворого виписують зі вказівкою про необхідність операції – апендектомії через 2–2,5 міс після розсмоктування інфільтрату.

Якщо інфільтрат не був діагностований до операції і виявився "знахідкою" на операційному столі, видаляти відросток недоцільно – операція закінчується введенням дренажу та антибіотиків у черевну порожнину.

Апендикулярні абсцеси розвиваються в пізньому періоді частіше як наслідок нагноєння апендикулярного інфільтрату (до операції) або відмежування процесу при перитоніті (частіше після операцій). Розвивається на 8–12-у добу після початку захворювання, у 2% – наслідок ускладнених форм. За локалізацією розрізняють: 1) ілеоцекальний (параапендикулярний); 2) тазовий (абсцес дугласова простору); 3) підпечінковий; 4) піддіафрагмальний; 5) міжкишковий. Усі вони підлягають оперативному лікуванню, санації й дренажу за загальними правилами хірургії (ubirupisibievacuо).

Загальні ознаки абсцедування: а) погіршення загального стану; б) підвищення температури тіла та її гектичного характеру, іноді з ознобом; в) наростання лейкоцитозу й зсуву лейкоцитарної формули вліво, лейкоцитарного індексу інтоксикації.

1. Ілеоцекальний абсцес розвивається у більшості випадків при невиданні відростка в результаті абсцедування апендикулярного інфільтрату. Ознаками абсцедування, крім загальних явищ, є збільшення в розмірах інфільтрату або відсутність його зменшення, можна розраховувати на появу флуктуації.

Розкривається під короткочасним наркозом позачеревним розрізом Пирогова: назовні від точки Мак-Бурнея майже у гребінці клубової кістки, в порожнину абсцесу входять з боку бічної стінки, порожнину осушують, обстежують пальцем (можлива наявність калових каменів, які потрібно видалити) та дрениують. Рана гоїться вторинним натягом. Відросток видаляють через 2–3 міс.

Всі інші локалізації абсцесу спостерігаються зазвичай після апендектомії при деструктивних формах з явищами перитоніту.

2. Тазовий абсцес спостерігається в 0,2–3,2% (за Кузіним). Крім загальних явищ характеризується прискореним рідким випорожненням зі слизом, тенезмами, зянням ануса або почастішанням сечовиділення, іноді з різями (через залучення до процесу поряд з прямою кишкою або сечовим міхуром).

Характерна різниця в температурі між пахвовою западиною і ректальною 1–1,5 при 0,2–0,5 у нормі). Необхідно щоденне ректальне або вагінальне дослідження.

*Лікування.* Спочатку, у стадії інфільтрату – антибіотики, теплі клізми 41–50 °С, спринцювання; при абсцедуванні – появі розм'якшення – розтин.

Попередньо обов'язкове випорожнення сечового міхура катетером! Знеболювання загальне. Положення на столі як на гінекологічному кріслі. Пряму кишку або піхву розкривають дзеркалами, пальцем визначають ділянку розм'якшення – на передній стінці кишки або задньому склепінні піхви. Тут проводять пункцію товстою голкою і при отриманні гною, не виймаючи голки, абсцес розкривають по голці невеликим розрізом, котрий розширюють тупим способом, після чого порожнину промивають й дренують. Дренаж підшивають до шкіри ануса або малої статевої губи.

3. Підпечінковий абсцес – розкривають в ділянці правого підребер'я, при наявності інфільтрату попередньо відгороджують від черевної порожнини серветками, після чого розкривають та дренують.

4. Піддіафрагмальний абсцес (зустрічається відносно рідко – у 0,2% випадків) – скупчення гною між правим куполом діафрагми і печінкою. Інфекція сюди потрапляє по лімфатичних шляхах заочеревинного простору. Найбільш важка форма абсцесів, летальність при якій сягає 30–40%.

*Клініка:* задишка, біль при диханні в правій половині грудної клітки, сухий кашель (симптом Троянова). При огляді – відставання правої половини грудної клітки під час дихання, болючість при постукуванні; при перкусії – високе стояння верхньої межі печінки і опускання нижньої межі, печінка стає доступною пальпації, випинання міжреберних проміжків, френікус-симптом справа. Загальний стан тяжкий, висока температура з ознобом, потовиділенням, іноді жовтушність шкірних покривів.

При рентгенокопії – високе стояння і обмеження рухливості правого купола діафрагми, випіт в синусі – "співдружній ексудативний плеврит". При сформуванні абсцесу – горизонтальний рівень рідини з газовим міхуром (за рахунок наявності газоутворюючих форм флори).

Лікування – хірургічне. Доступ утруднений, зважаючи на небезпеку інфікування плеври або черевної порожнини.

1. Позаплевральний доступ (за Мельниковим) – по ходу одинадцятого ребра з його резекцією, розсікають задній листок окістя, знаходять перехідну складку плеври (синус), яку тупим способом відшаровують від верхньої поверхні діафрагми догори, розсікають діафрагму і розкривають гнійник, який дренують.

2. Позаочеревинний (за Клермоном) – по краю реберної дуги через всі шари доходять до поперечної фасції, яку разом з очервиною відшаровують від нижньої поверхні діафрагми, після чого гнійник розкривають. Обидва ці способи небезпечні – можливість інфікування плеври або черевної порожнини через наявність інфільтрату й спайок, що ускладнюють виділення.

3. Трансабдомінальні – розтин черевної порожнини в правому підребер'ї, відмежування її серветками з наступним проникненням у порожнину абсцесу по зовнішньому краю печінки.

4. Трансторакальний – через грудну стінку в ділянці 10–11-го міжребер'я або з резекцією 10–11-го ребра: а) одномоментне, якщо при досягненні плеври вона виявляється непрозорою, екскурсії легені не видно, синус запаяний; проводять пункцію товстою голкою та розтин по голці;

б) двоментне – якщо плевра прозора – видно екскурсію легені – синус не запааний, плевру обробляють спиртом та йодом (хімічне подразнення) і туго тампонують – (механічне подразнення) (1-й етап). Через 2–3 дні тампон видаляють і, переконавшись що синус запааний, проводять пункцію і відкриття з дренованням абсцесу (2-й етап).

#### 5. За Літманном.

Пілефлебіт – тромбофлебіт ворітної вени, є наслідком поширення процесу з вен брижі відростка по брижових венах. Зустрічається в 0,015–1,35% (за Кузіним). Являє собою вкрай важке ускладнення, супроводжується високою, гектичною температурою, повторними ознобами, ціанозом, іктеричністю шкірних покривів. Спостерігаєть гострий біль по всьому животу. В подальшому – множинні абсцеси печінки. Зазвичай закінчується смертю через кілька днів, іноді сепсисом. Лікування: антикоагулянти в поєднанні з антибіотиками широкого спектра дії, бажано з безпосереднім введенням в систему ворітної вени шляхом катетеризації пупкової вени або пункцією селезінки.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Бондаренко В.О. Гострий апендицит / В.О. Бондаренко, В.І. Лупальцев – К. : Здоров'я, 1993. – 200 с.
2. Калви Т.Н. Фармакологія для анестезіолога / Т.Н. Калви, Н.Е. Уильямс ; пер. с англ. – М. : Изд-во БИНОМ, 2007. – 176 с.
3. Невідкладна медична допомога : навч. посібник / К.М. Амосова, Б.Г. Безродний, О.А. Бур'янов та ін. ; за ред. Ф.С. Глумчера, В.Ф. Москаленка. – К. : Медицина, 2006. – 632 с.
4. Невідкладні стани : навч. посібник / В.М. Коновчук, В.І. Ротар, С.О. Акентьев та ін. – Чернівці : БДМУ, 2006.
5. Неговский В.А. Очерки по реаниматологии / В.А. Неговский. – М. : Медицина, 1986.
6. Основи інтенсивної терапії : навч. посібник / за ред. Л.В. Усенко. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2002.– 332 с.
7. Руководство по анестезиологии /под ред. А.А. Бунятына. – 2-е изд., стереотип. – М. : Медицина, 1997. – 656 с.
8. Руководство по интенсивной терапии : пособие / А.В. Беляев, М.В. Бондарь, А.М. Дубов и др. ; под ред. А.И. Трещинского, Ф.С. Глумчера. – К. : Вища шк., 2004. – 582 с.
9. Сумин С.А. Неотложные состояния / С.А. Сумин. – 2-е изд., стереотип. – М. : Фармацевтический мир, 2000. – 464 с.

*Навчальне видання*

# Гострий апендицит

**Методичні вказівки  
зі спеціальності  
"Медицина невідкладних станів"  
для підготовки лікарів-інтернів,  
слухачів передатестаційних циклів**

Упорядники      Хижняк Анатолій Антонович  
                         Дубівська Світлана Станіславівна  
                         Бітчук Микола Денисович  
                         Скоропліт Сергій Миколайович

Відповідальний за випуск      А.А. Хижняк



Редактор М.В. Тарасенко  
Коректор Є.В. Рубцова  
Комп'ютерна верстка О.Ю. Лавриненко  
Комп'ютерний набір С.С. Дубівська, С.М. Скоропліт

План 2014, поз. 103.  
Формат А5. Ризографія. Ум. друк. арк. 0,8.  
Тираж 150 прим. Зам. № 14–3220.

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Леніна, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmu@mail.ru, izdat@knmu.kharkov.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництва, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.

# **Гострий апендицит**

*Методичні вказівки*