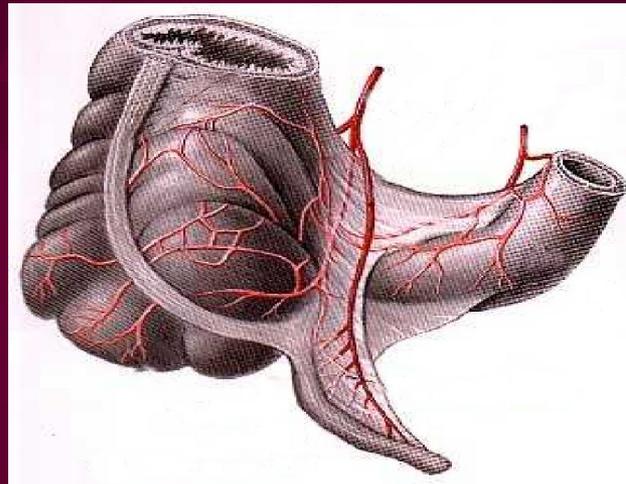


# Лекция

## ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ



**Острый аппендицит** - одно из самых распространенных хирургических заболеваний.

**Заболеваемость** аппендицитом **4-5** человек на **1000** населения,

Составляет **25-30%** всех хирургических больных, **50-60%** всех экстренных хирургических больных.

**Наибольшая частота** - в возрасте от **20** до **40** лет, при этом женщины болеют в **2** раза чаще, чем мужчины.

16 век - **Парс** описал червеобразный отросток, вскрыл гнойники в правой подвздошной области.

18-19 век - **Дюпюитрен** сформулировал теорию тифлита, перитифлита.

19 век - высказывания о значении червеобразного отростка в развитии гнойников в правой подвздошной области. (1827г. - **Мелье**, - 1842г.-

**Рокитанский**)

1884г. - **Фитц** вводит термин аппендицит.

## Первые операции:

Кренлейн (нем.) удалил в 1884г.

Домбровский - перевязал 28.04.1884г.

Бобров - удалил часть отростка в 1889г.

Троянов удалил полностью в 1890г.

# Основные периоды в лечении червеобразного отростка

1. До 80 гг. 19 века - вскрытие гнойников в правой подвздошной области.

2. 1880-1910 гг. - удаление Ч.О. в остром периоде при перитоните.

3. 1910-1926 гг. - удаление Ч.О. в первые 24-48ч. от начала заболевания.

4. 1926-1992 гг. - операции в любом периоде острого аппендицита (кроме

## Теории патогенеза:

**Ашофф** - инфекционная (первичный аффект).

**Рейндорф** - глисты, инородные тела, каловые камни.

**Дьелофуа** - застой, перегибы, нарушение оттока.

**Риккер** - ангионевроз (нарушения в сосудах).

**Давыдовский** - роль лимфатической системы (воспаление).

**Греков** — связь с пилорическим отделом желудка, общность иннервации (аппендицит на фоне язвы, гастрита).

**Шамов, Русаков, Еланский** - аллергическая теория

## Современная концепция

**Функциональные спастические явления** со стороны илеоцекального угла (баугиноспазм), слепой кишки и червеобразного отростка.

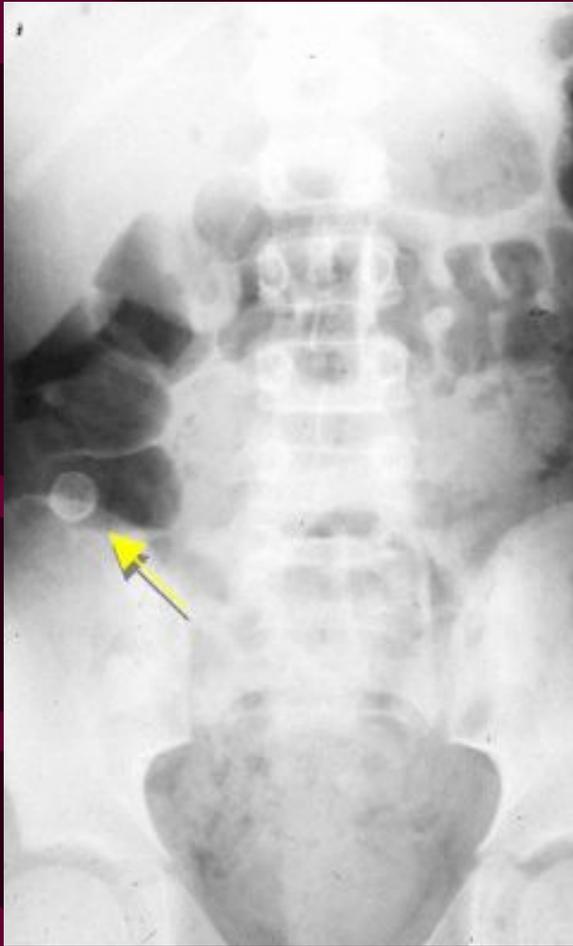
**Провоцируют:** глистная инвазия, каловые камни, инородные тела и др.

Спазм гладких мышц сопровождается **сосудистым спазмом**.

Застой в червеобразном отростке → локальное нарушение питания слизистой оболочки, → первичный **аффект Ашоффа** (ограниченное повреждение слизистой оболочки червеобразного отростка).

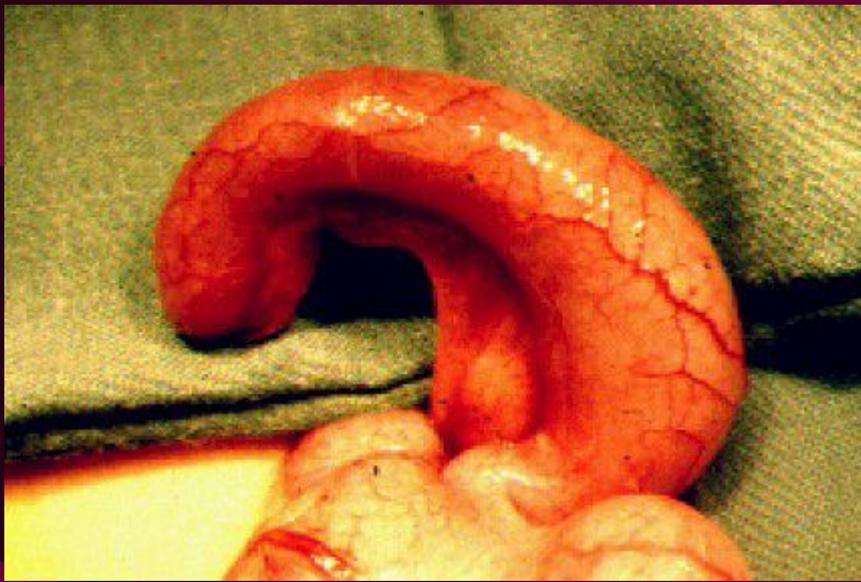
Наличие некротической ткани в области первичных аффлектов → появление патологических ферментов нагноения: калликреина, цитокиназы, других лизосомных протеиназ. Ферменты способствуют дальнейшей деструкции стенки воспаленного органа.

Общие реакции возможны и со стороны лимфатической системы: возникновения острого аппендицита на фоне или вскоре после острого тонзиллита.

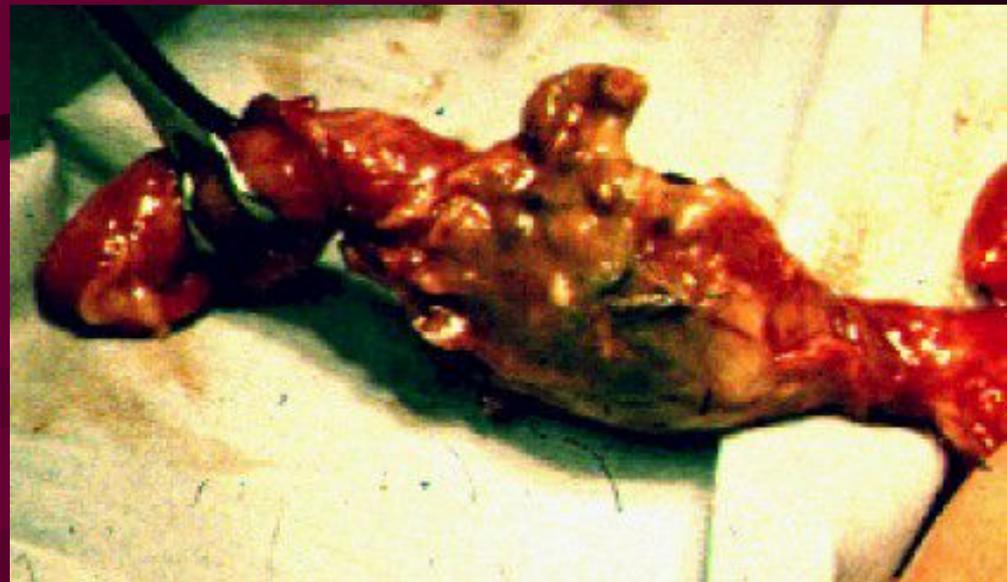


# Классификация

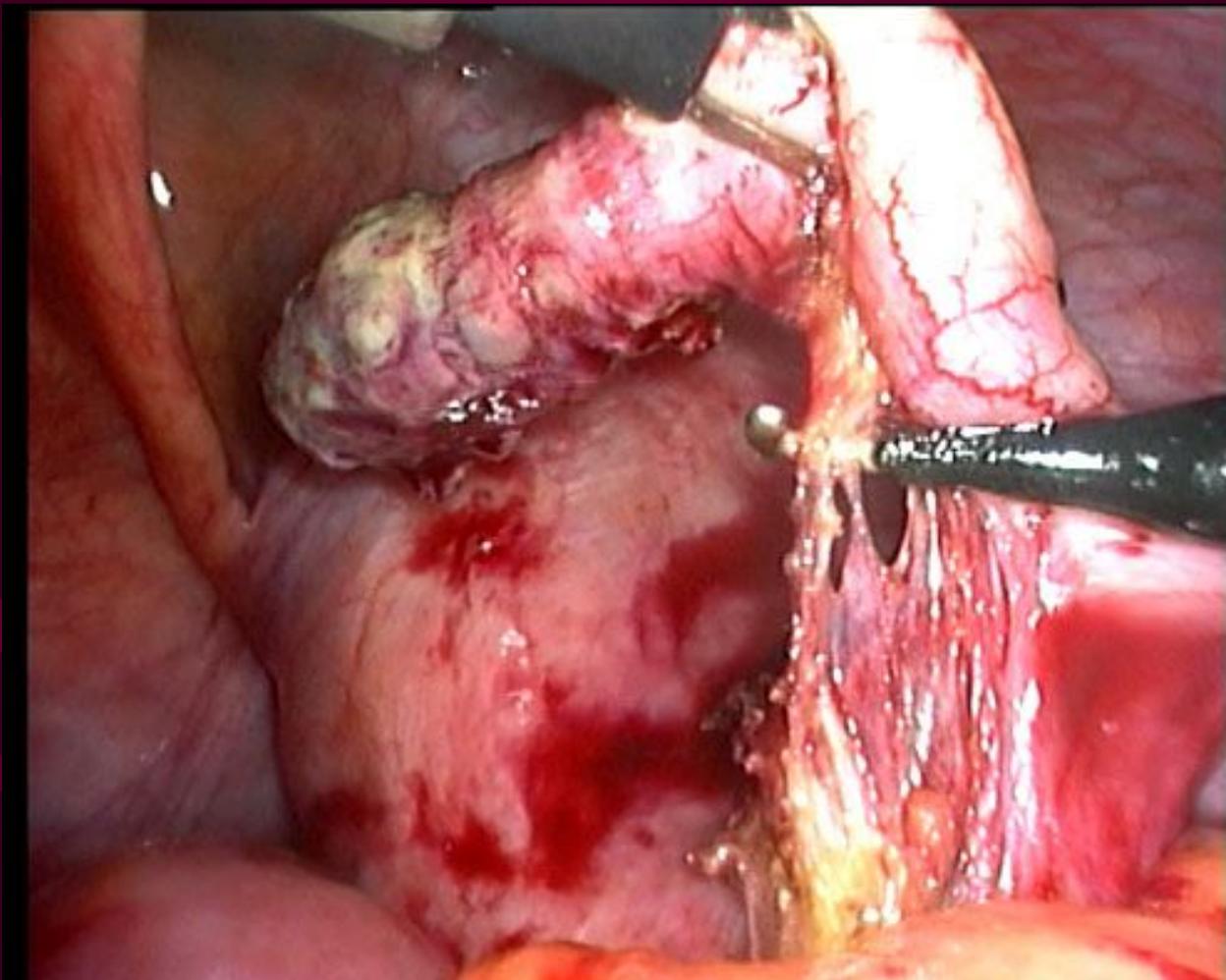




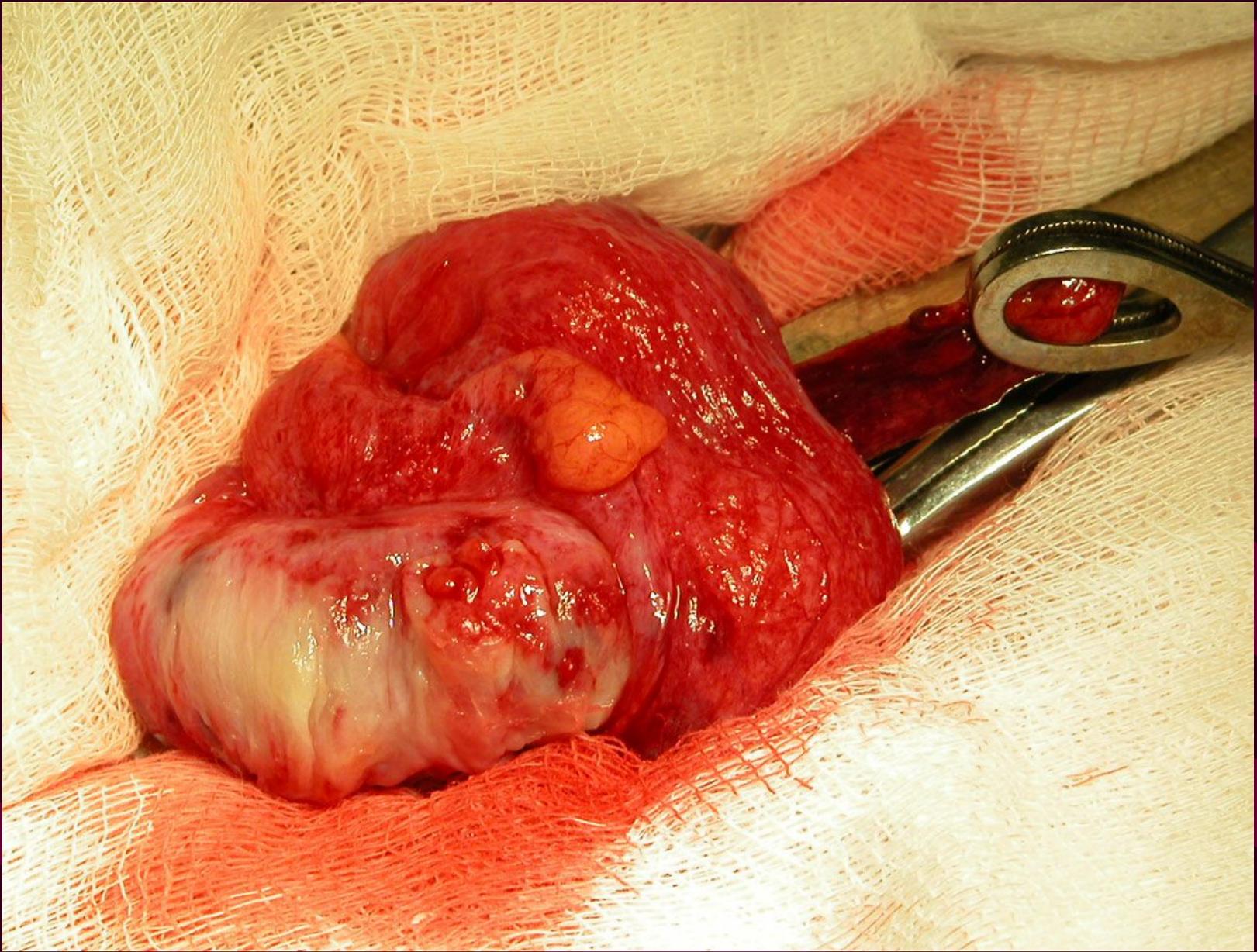
Острый флегмонозный  
аппендицит.



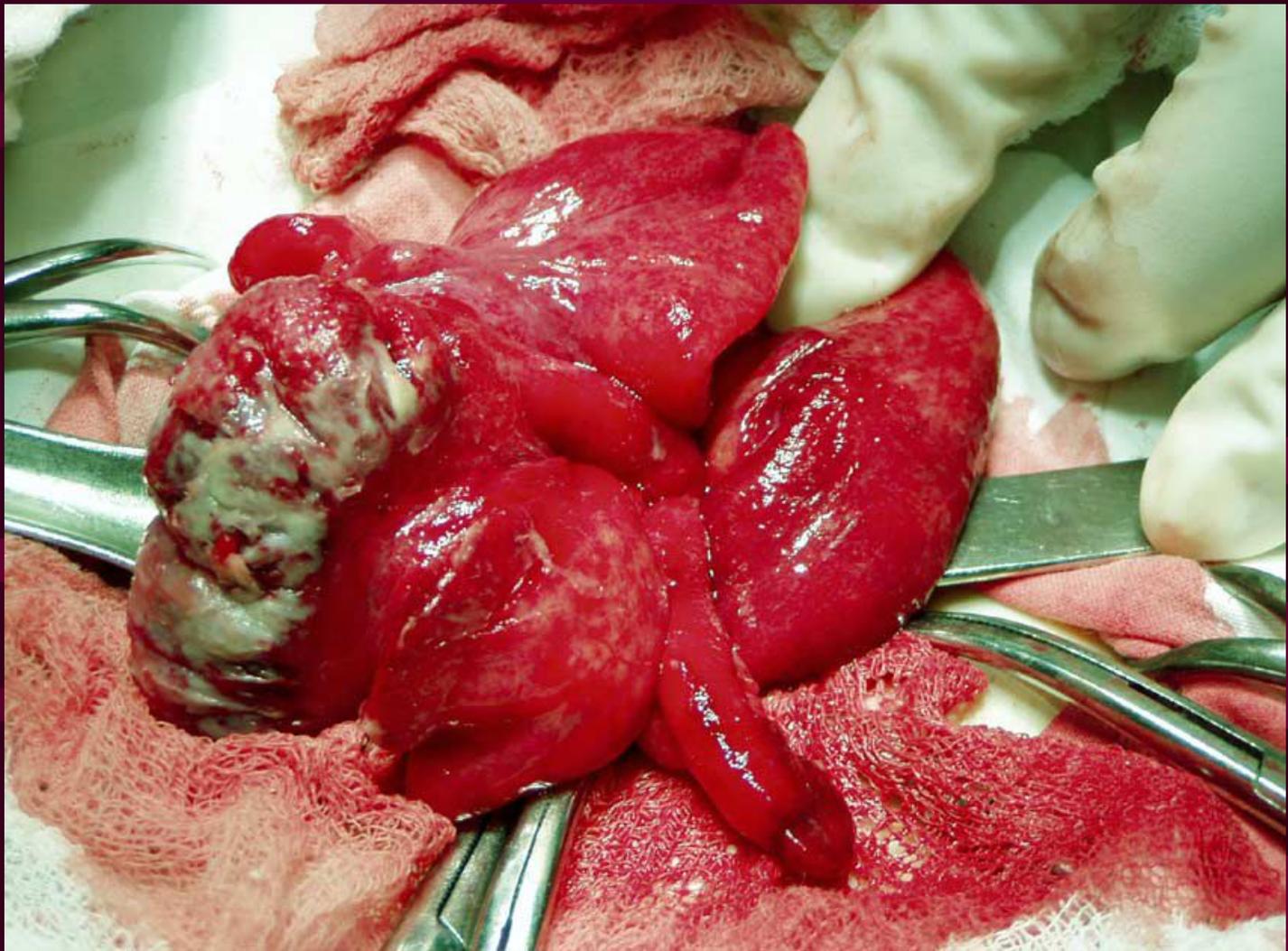
Острый гангренозный  
перфоративный  
аппендицит.



Эндоскопическая аппендэктомия.  
Острый гангренозный аппендицит.



Острый флегмонозный аппендицит. Тифлит.

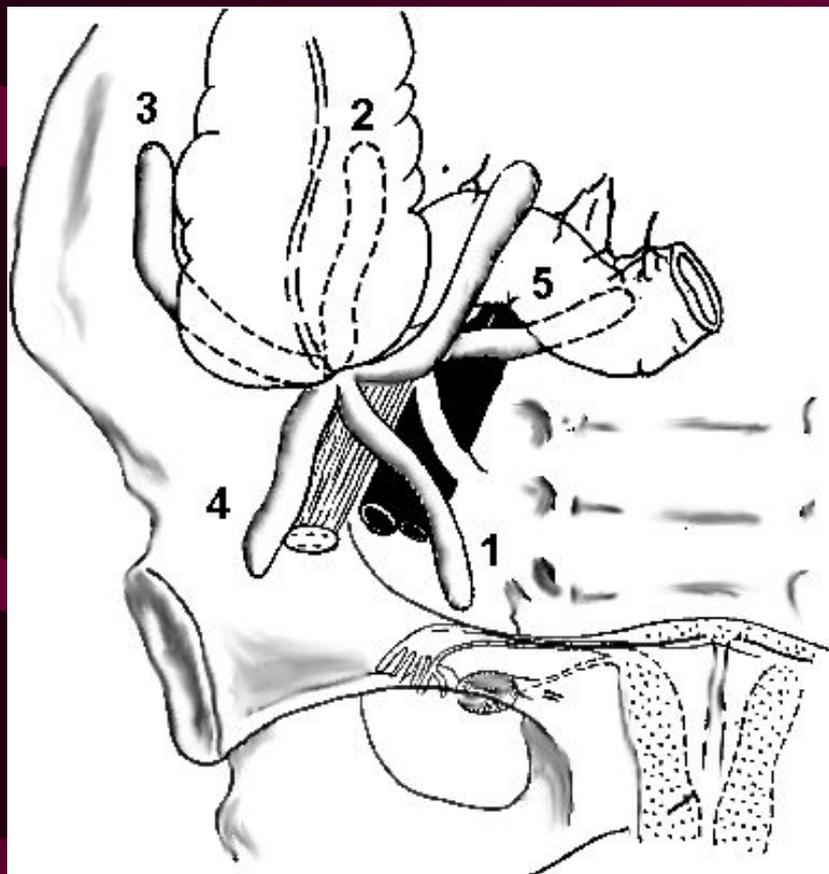


Острый флегмонозный аппендицит. Тифлит.

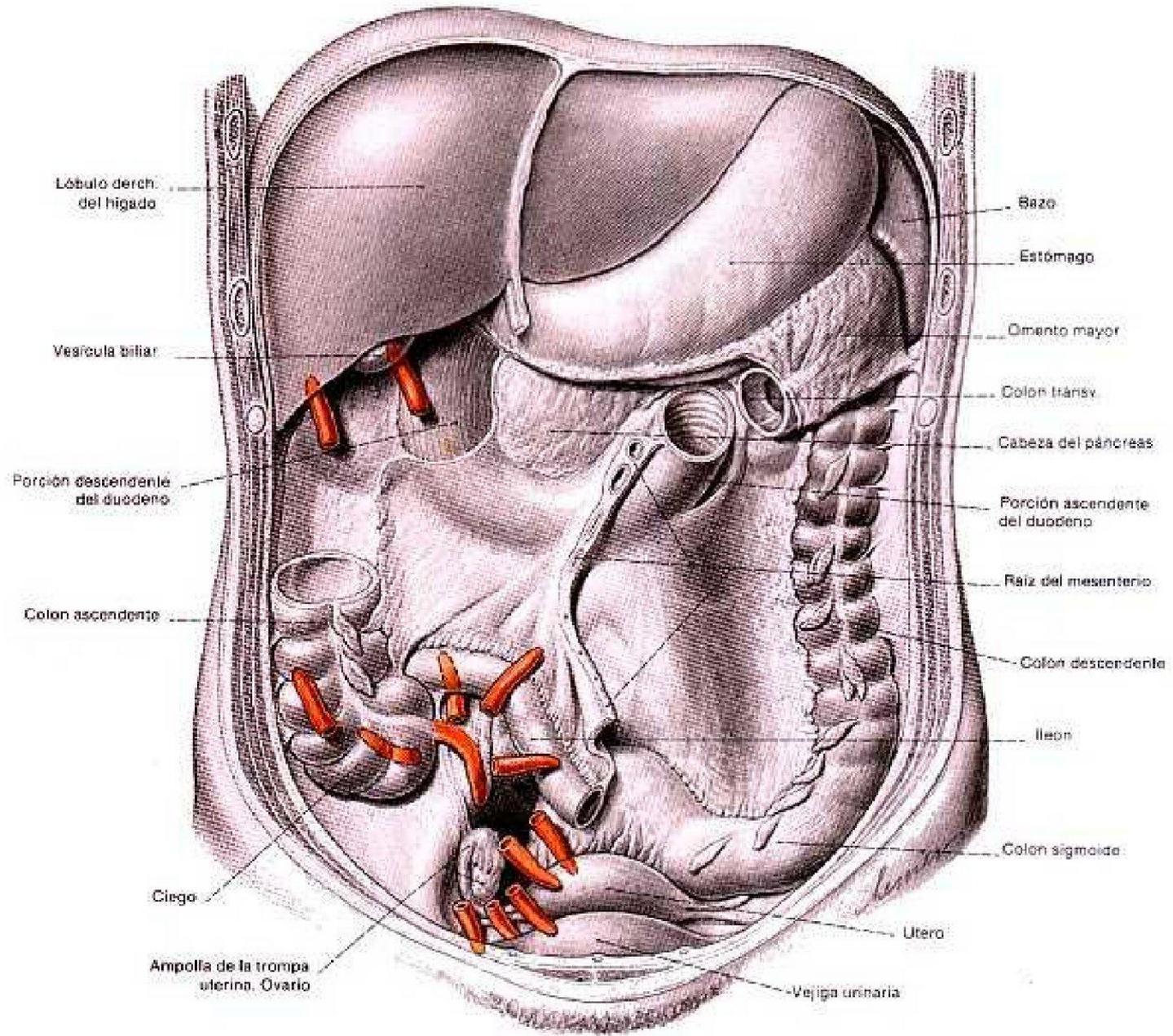
# Синдромы:

- болевой
- перитонеальный
- воспалительный
- диспептический

## Анатомическое расположение червеобразного отростка



1 - отросток, свисающий в малый таз; 2 - отросток в восходящем положении, расположенный за слепой кишкой; 3 - восходящий отросток, расположенный вдоль слепой кишки; 4 - отросток, расположенный на подвздошной кости; 5 - отросток, расположенный между кишечными петлями.



# Аппендикулярные симптомы

**Волковича-Кохера** - боль начинается в эпигастрии, спустя 2—3 ч боли, постепенно усиливаясь, перемещаются в правую подвздошную область.

Объясняется тесной связью висцеральной иннервации червеобразного отростка с нервными узлами корня брыжейки и чревным сплетением.

**Ровсинга** - левой рукой прижимают сигмовидную ободочную кишку, полностью перекрывая ее просвет. Правой рукой производят толчкообразные движения в левой подвздошной области. При этом возникает боль в правой подвздошной области, что связано с ретроградным перемещением газов, находящихся в толстой кишке.

**Ситковского** - появление или усиление болей в правой подвздошной области при положении больного на левом боку. Симптом характерен для повторных приступов аппендицита, когда в правой подвздошной области уже имеется спаечный процесс, обуславливающий появление болей при изменении положения тела.

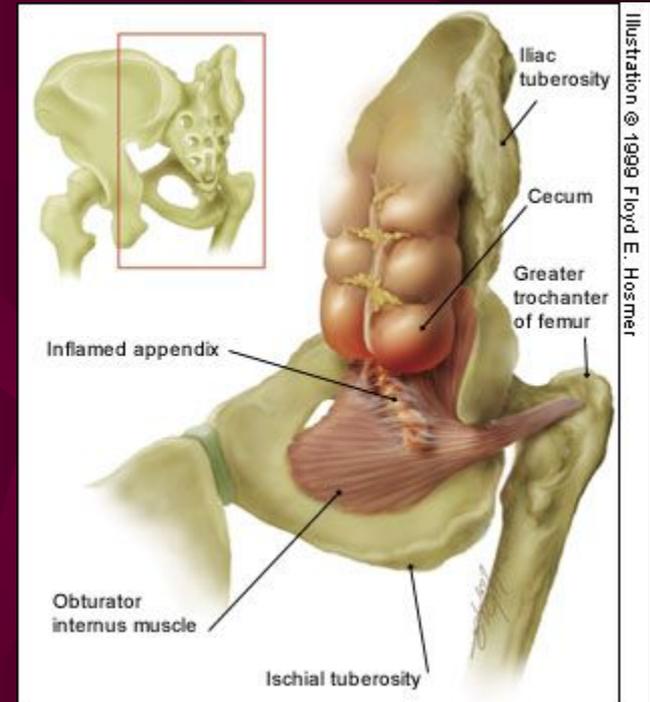
**Бартомье—Михельсона** - усиление боли при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку (в этом случае петли тонких кишок и большой сальник, ранее прикрывавшие червеобразный отросток, отходят влево, и он становится более доступным для пальпации).

**Воскресенского** (симптом «рубашки», симптом «скольжения») - через рубашку больного быстро производят скользящее движение рукой вдоль передней брюшной стенки от реберной дуги до паховой связки и обратно. Это движение делают попеременно, вначале слева, а затем справа.

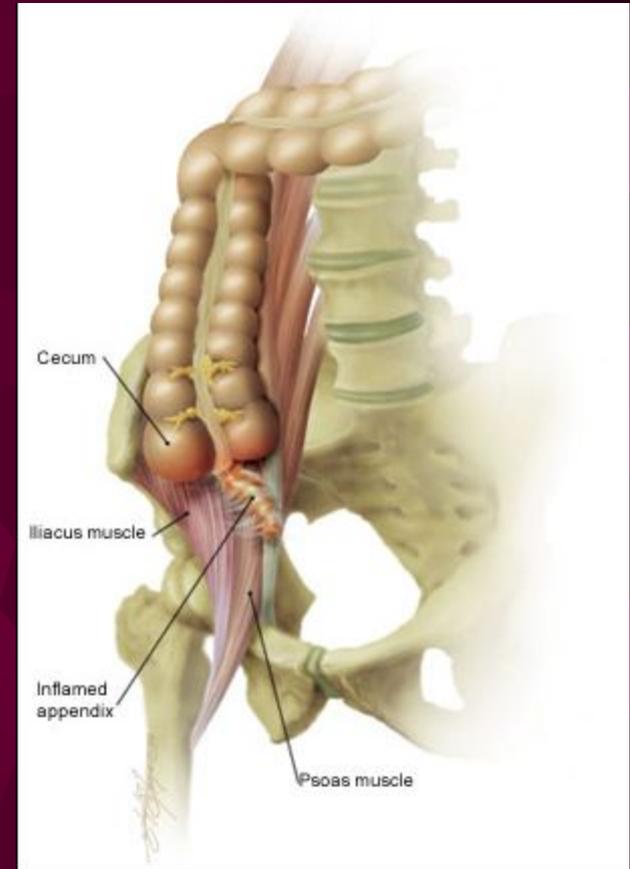
**Крымова** — появление значительной болезненности при введении пальца в правый паховый канал, что объясняется легкой доступностью париетальной брюшины при этой манипуляции.

**Образцова** - выявление болезненного напряжения правой подвздошно-поясничной мышцы: больного укладывают на кушетку, поднимают кверху его вытянутую правую ногу, а затем просят самостоятельно опустить ногу. При этом больной ощущает глубокую боль в поясничной области справа.

**Коупа** — болезненное напряжение внутренней запирающей мышцы. Вызывают его следующим образом: в положении лежа на спине больному сгибают правую ногу в колене и ротируют бедро кнаружи. При этом больной ощущает боль в глубине таза справа.



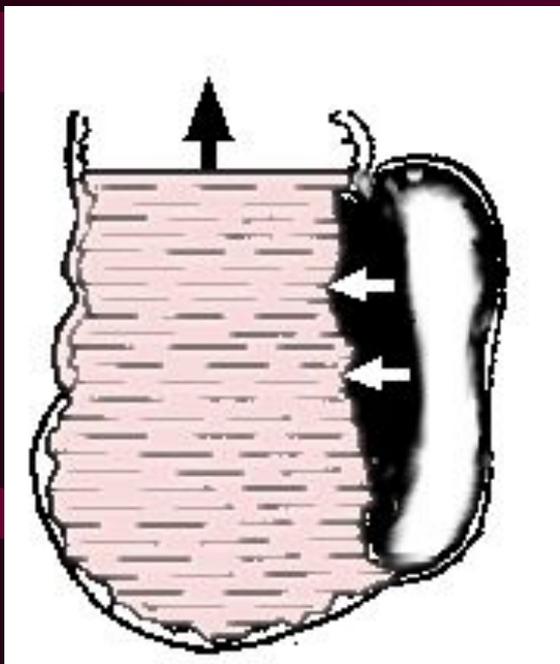
# Псоас-симптом – усиление боли при смещении ноги кзади



**Боли** в животе возникают чаще всего вечером, ночью или в предутренние часы, что связывают с преобладающим влиянием блуждающего нерва в это время суток.

**Рвота** носит рефлекторный характер - у 40% больных.

**Отсутствие стула.** Исключение составляют лишь случаи ретроцекального и тазового расположения червеобразного отростка.



**Поносы** бывают довольно часто при **ретроцекальной** локализации червеобразного отростка, когда прикасающийся к слепой кишке воспалительно измененный червеобразный отросток раздражает стенку кишечника.

**Повышение температуры** тела 37—37,5°

С - один из ранних объективных симптомов острого аппендицита является.

К таким же ранним симптомам относится **повышение числа лейкоцитов**, которое при катаральном аппендиците находится в пределах  $10—12 \cdot 10^9$ /л.

**Для деструктивных форм** - «токсические ножницы» (несоответствие выраженной тахикардии уровню температуры)

**Эмпиема** червеобразного отростка встречается в 1—2% случаев острого аппендицита.

**Начинаются** непосредственно в правой подвздошной области (**отрицательный симптом Волковича-Кохера**).

Боли тупые, они медленно прогрессируют, достигают максимума лишь к 3—5 дню заболевания.

Общее состояние больного в первый период заболевания страдает мало, температура тела нормальная или незначительно повышена, но на фоне пульсирующих болей появляется **озноб** с **повышением температуры до 38—39°C**.

Брюшная стенка не напряжена, отсутствуют также другие симптомы раздражения брюшины.

**Лейкоцитоз** характерен для всех стадий острого аппендицита.

Абсолютное число лейкоцитов не является решающим в диагностике.

**Характерно** увеличение содержания молодых форм (палочкоядерных нейтрофилов, миелоцитов и промиелоцитов) в ущерб содержанию зрелых (сегментоядерных) нейтрофилов. При бурном развитии воспалительно-деструктивного процесса общее число лейкоцитов может быть даже снижено.

**У детей:** - редко до 2 лет;

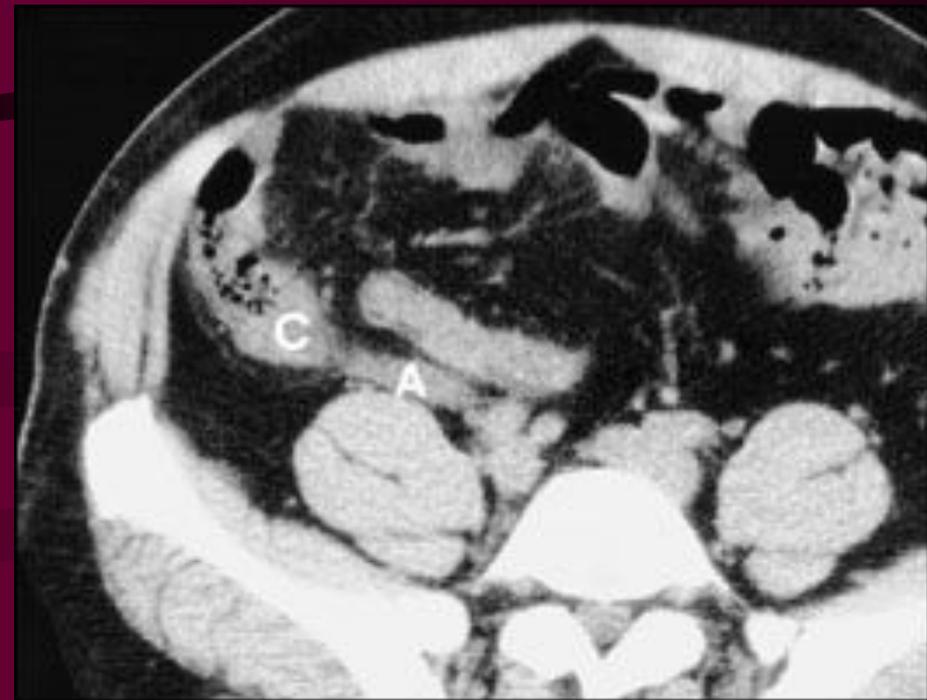
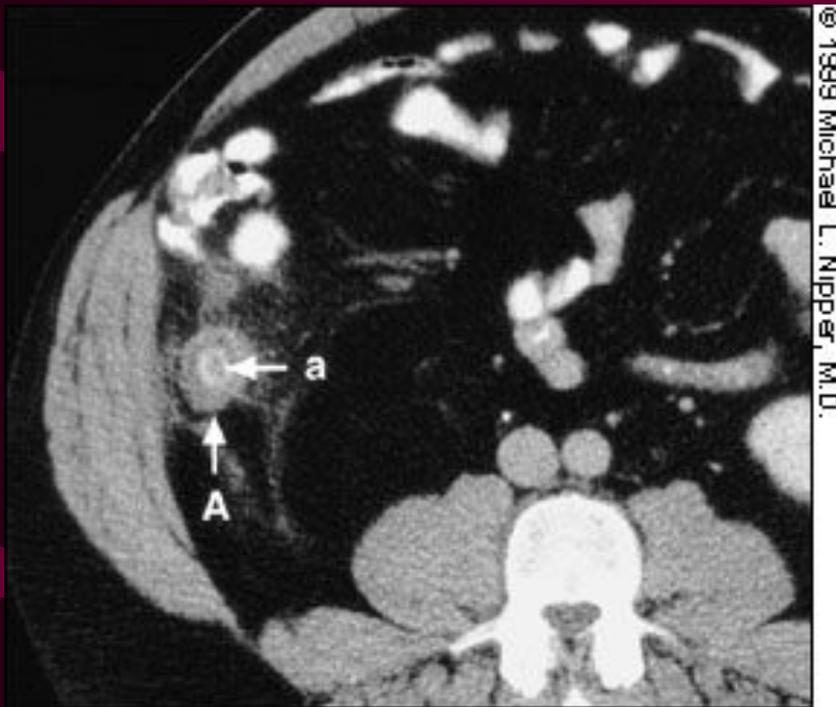
- слабые пластические свойства брюшины;
- маленький сальник;
- трудно обследовать;
- преобладают общие симптомы;
- часто токсические формы;
- трудно дифференцировать от пневмонии;

**У беременных:** - изменяется положение Ч.О.;

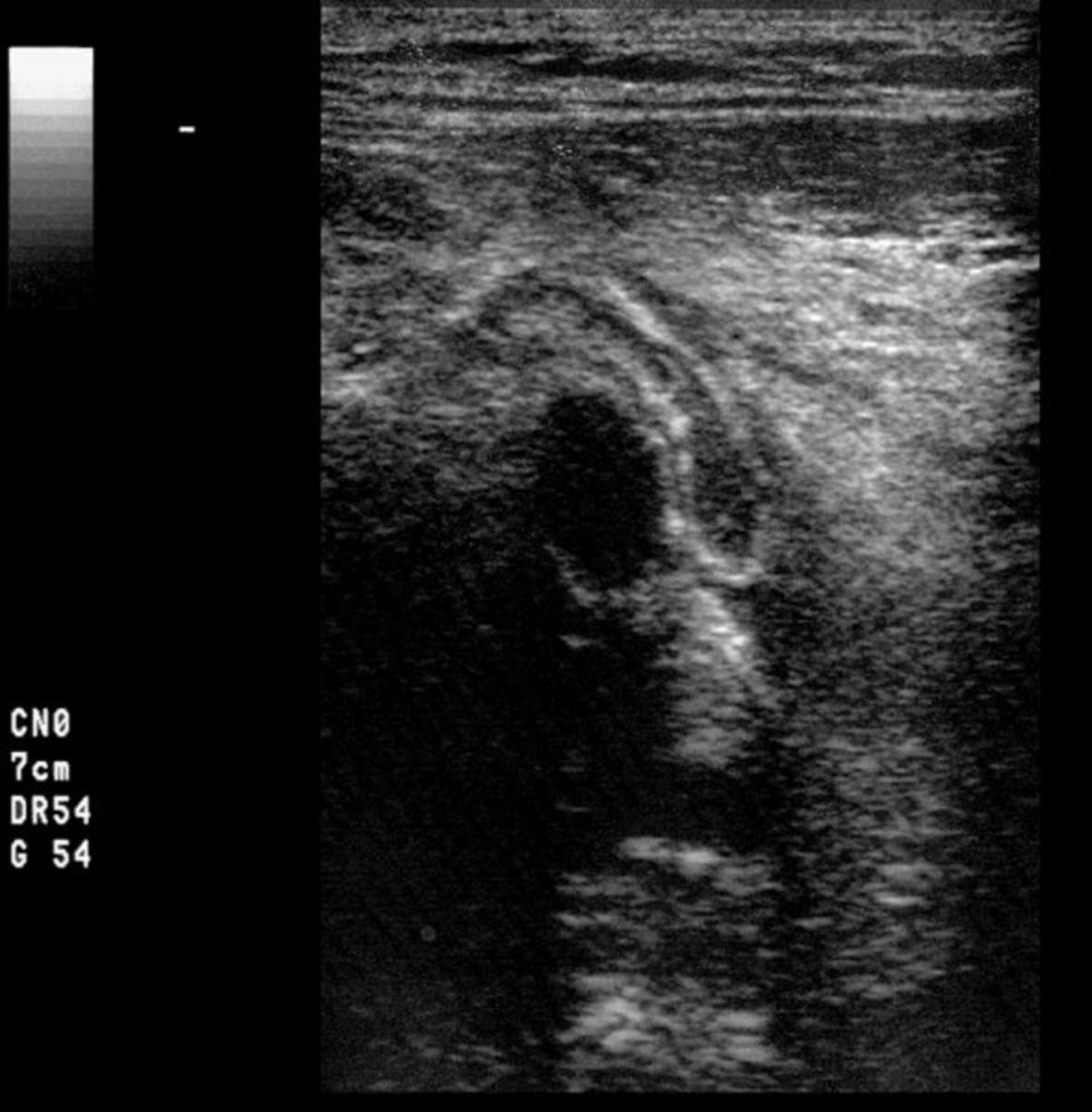
- трудно определить напряжение мышц;
- есть условия для перитонита;
- труден диагноз в родах;
- можно удалить маточную трубу вместо Ч.О.;
- после операции возможен выкидыш.

**У стариков:** - смазаны все симптомы;

- чаще деструкции;
- трудно отличить инфильтрат от рака слепой кишки;
- после операции чаще наблюдается осложнения



1. КТ. Острый аппендицит (А), аппендиколит (а).
2. КТ. Воспаленный утолщенный аппендикс (А) отстоит от слепой кишки (С).

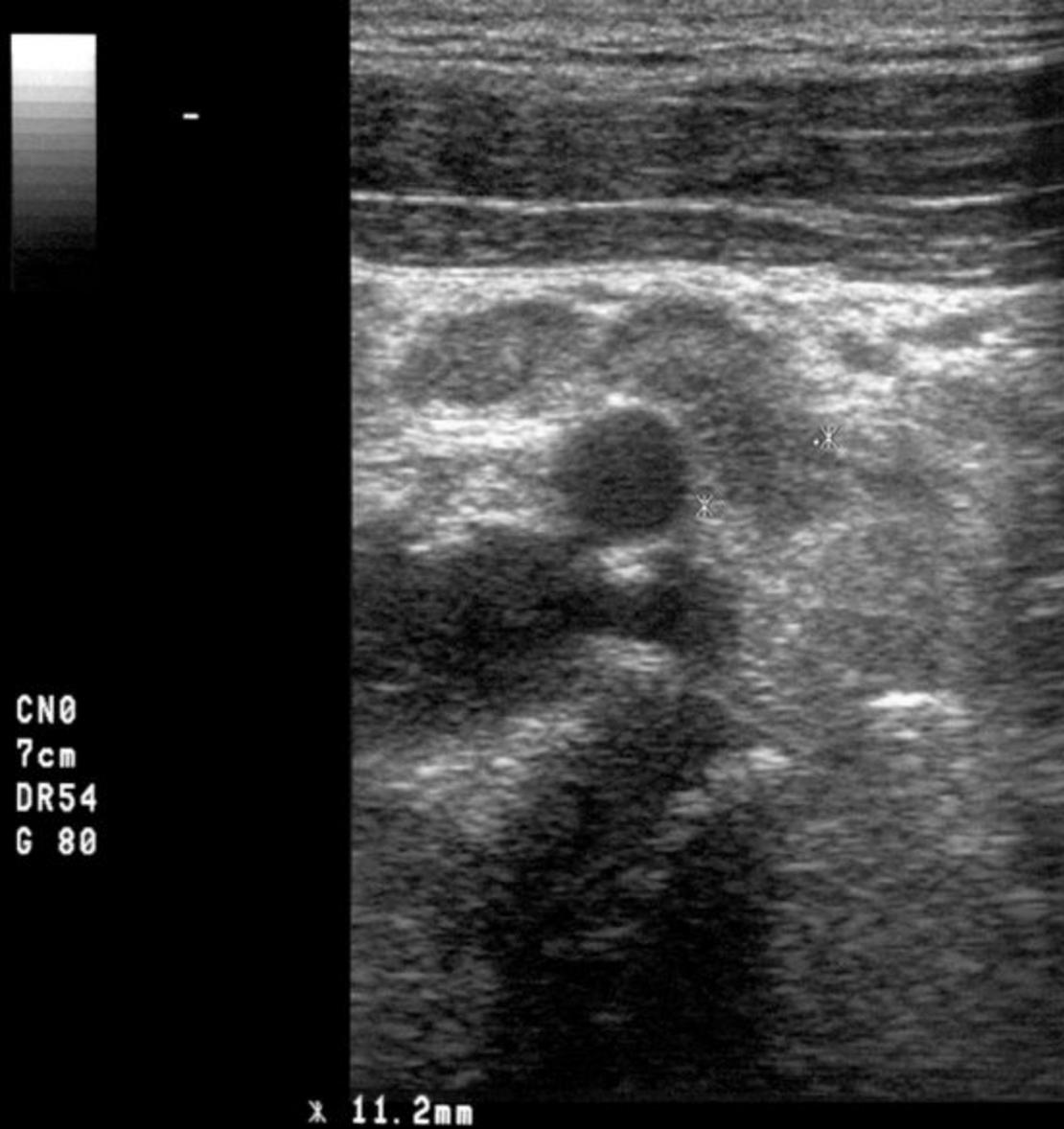


## Острый

## флегмонозный аппендицит.

При ультразвуковом исследовании в правой подвздошной области выявлена слепо

оканчивающаяся трубчатая структура, отходящая от купола слепой кишки, несжимаемая при дозированной компрессии.

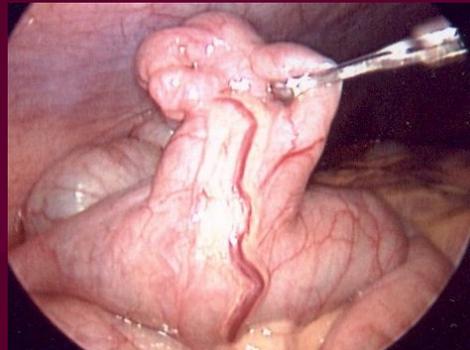
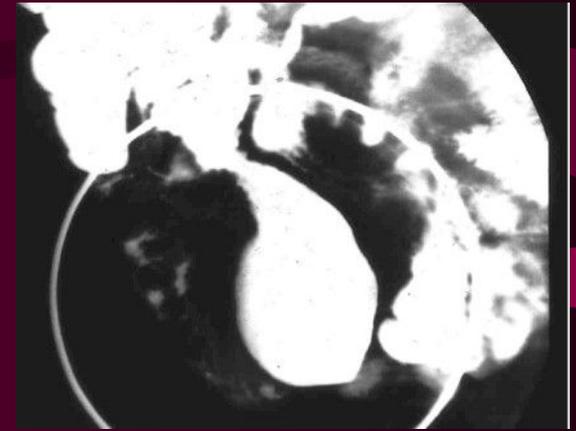


## Острый гангренозно-перфоративный аппендицит.

Больной через 5 суток от начала заболевания с жалобами на умеренные ноющие боли в нижних отделах живота. При ультразвуковом исследовании в правой подвздошной области визуализирована гипоэхогенная трубчатая структура, несжимаемая при дозированной компрессии.

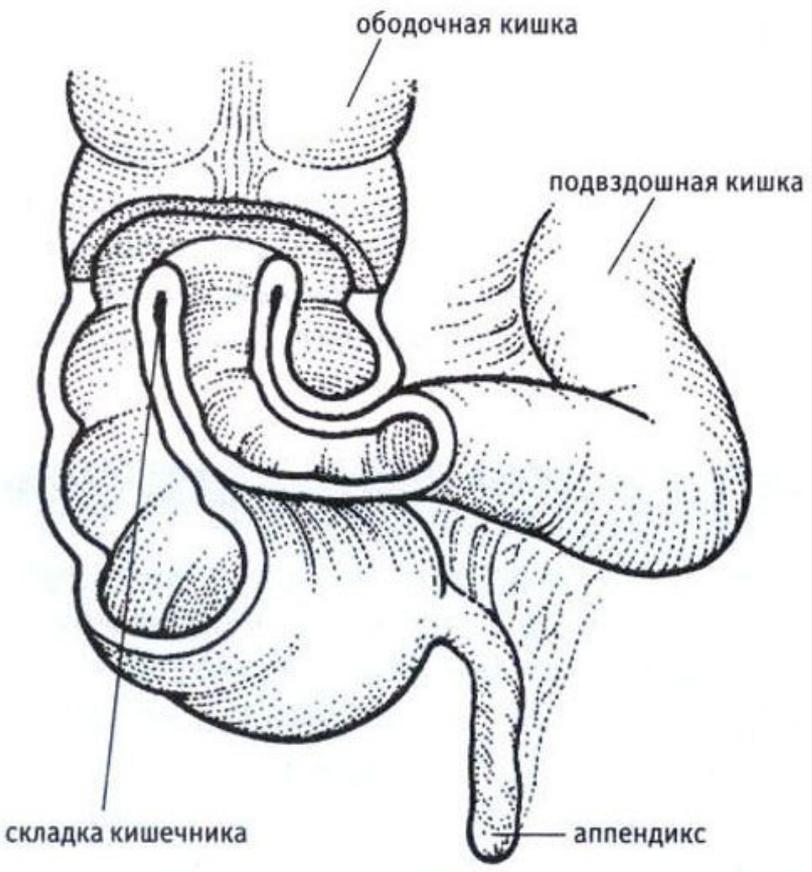
## Дифференцировать от:

1. Заболевания грудной полости (пневмония, плевриты, инфаркт миокарда).
2. Заболевания желудка: (гастрит, пищевая интоксикация, прободная язва желудка, прободение опухоли).
3. Заболевания печени, желчных путей, 12 п. к-ки, поджелудочной железы (абсцесс, печени, холецистит, ЖКБ, прободение язвы, панкреатит).
4. Заболевания кишечника (мезаденит, воспаление Меккелева диверкула, кишечная непроходимость, болезнь Крона - воспаление конечных отделов подвздошной кишки).



## Дивертикул Меккеля

# Инвагинация

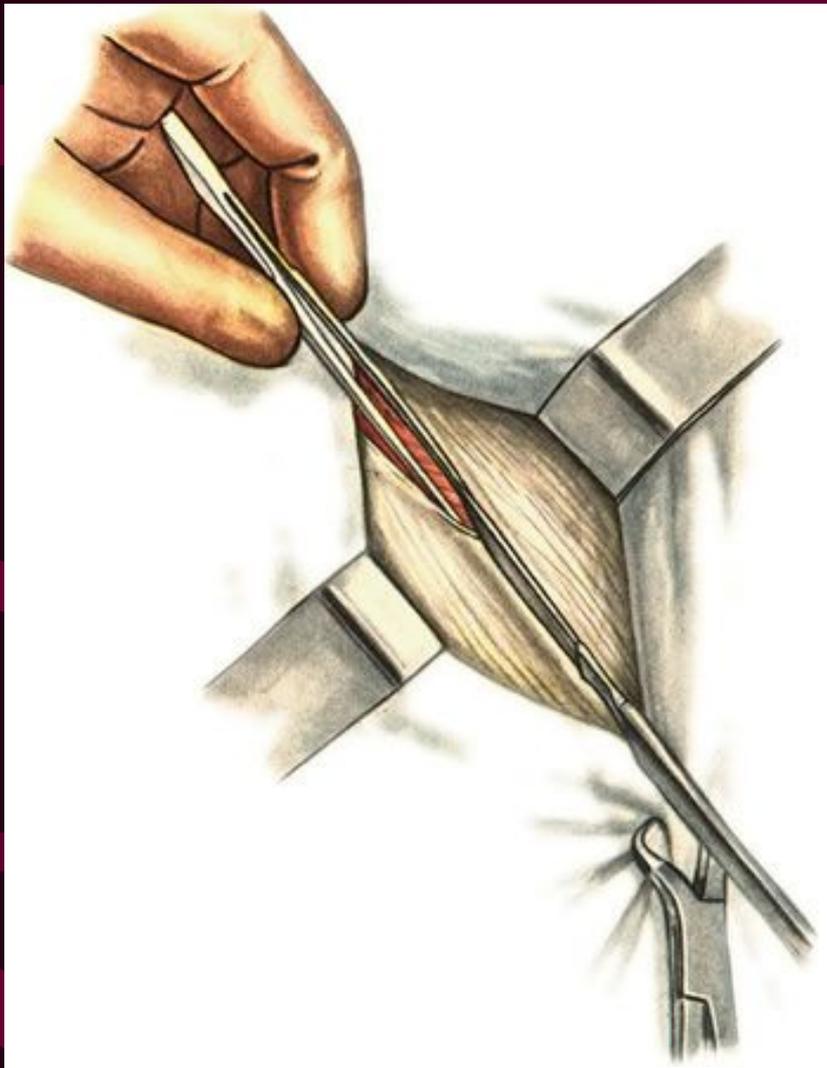


## Тонко-толстокишечная инвагинация

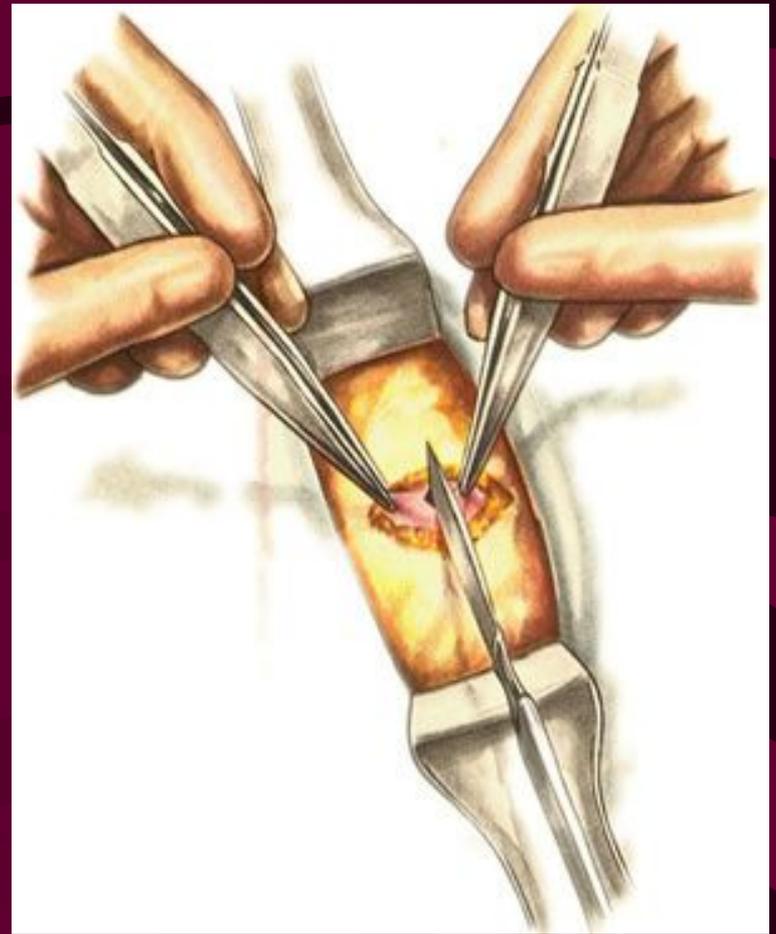
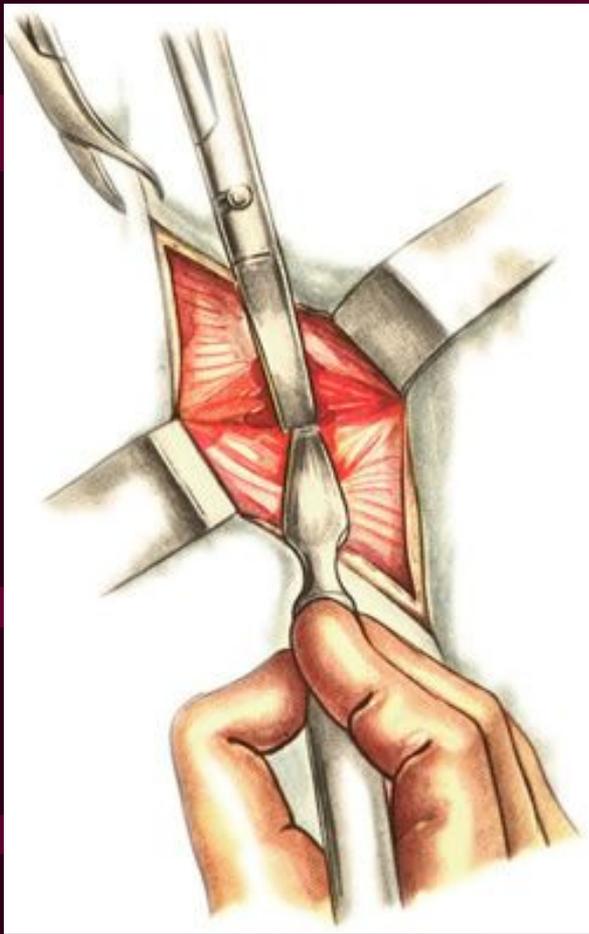


# Осложнения острого аппендицита

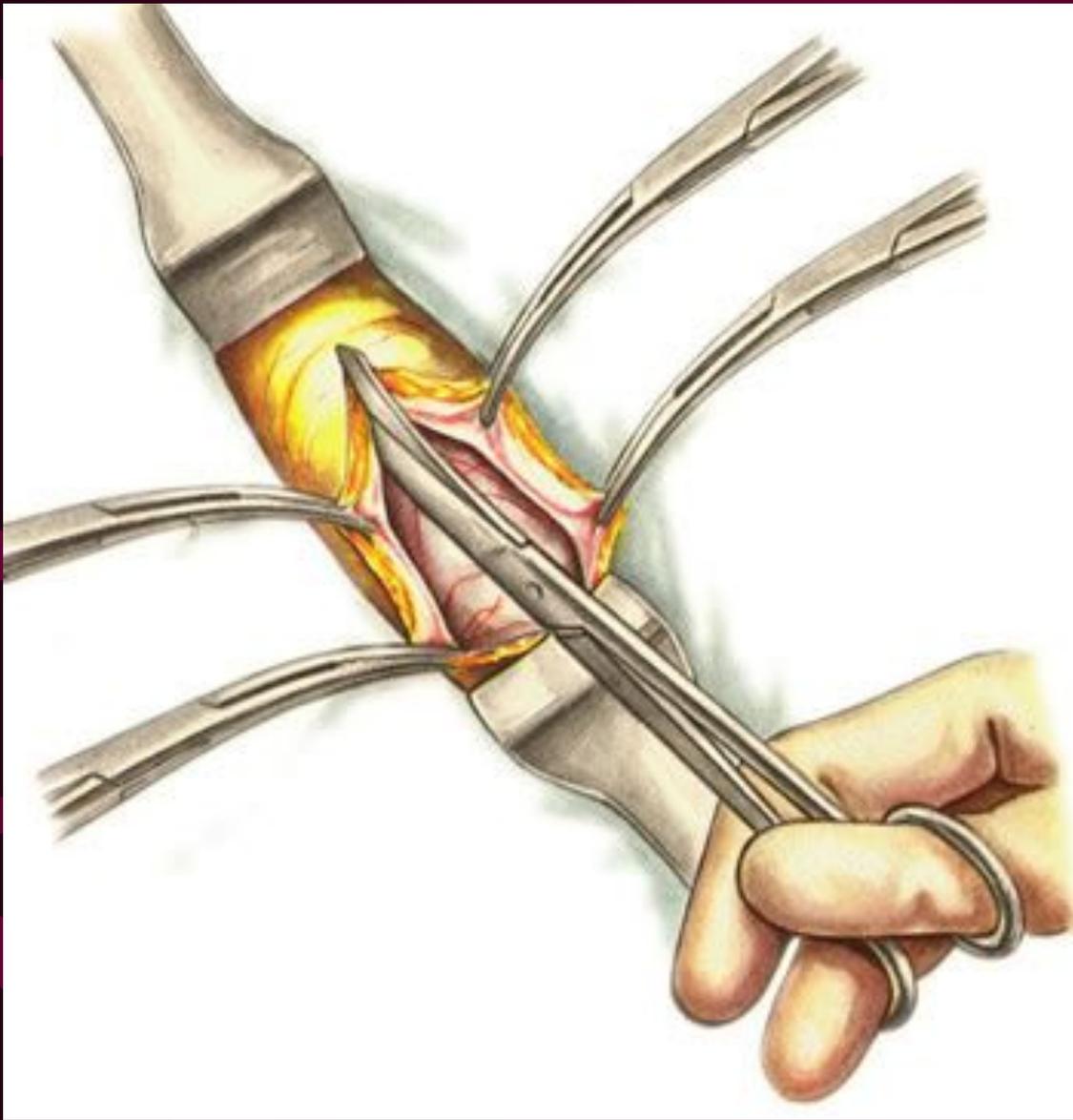
- аппендикулярный инфильтрат
- локальные абсцессы в брюшной полости (межкишечный, тазовый, поддиафрагмальный)
- разлитой гнойный перитонит
- септический тромбофлебит воротной вены и ее притоков (пилефлебит)



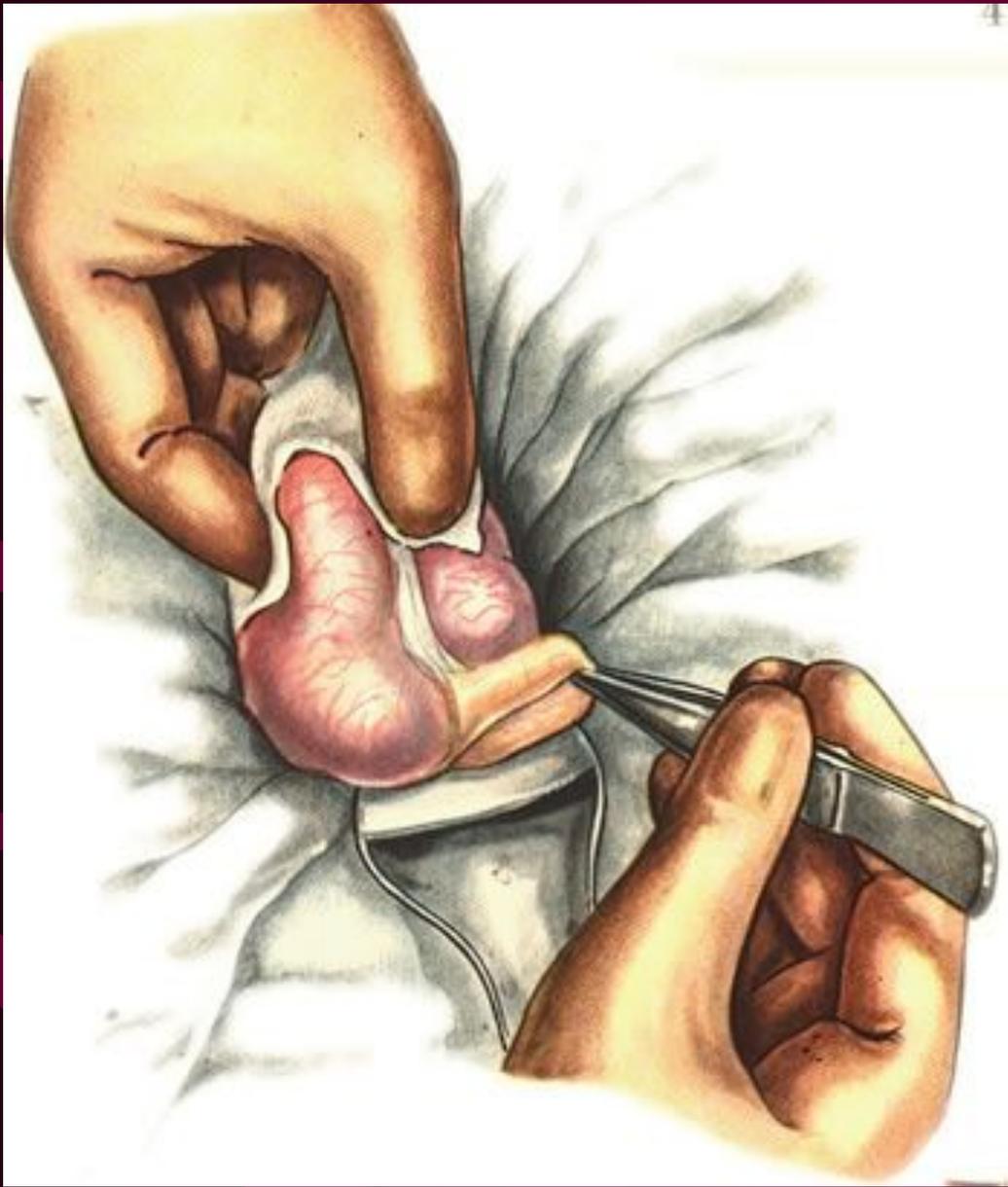
Разрез передней брюшной стенки производят по Волковичу—Дьяконову—Мак Бурнею. Рассекают кожу и подкожную клетчатку, кровоточащие сосуды захватывают зажимами и перевязывают тонким кетгутом. Края кожной раны обкладывают салфетками и по зонду Кохера или пинцету рассекают по ходу волокон апоневроз наружной косой мышцы живота.



Расслаивание внутренней косой и поперечной мышц живота. Рассечение париетальной брюшины между двумя пинцетами.

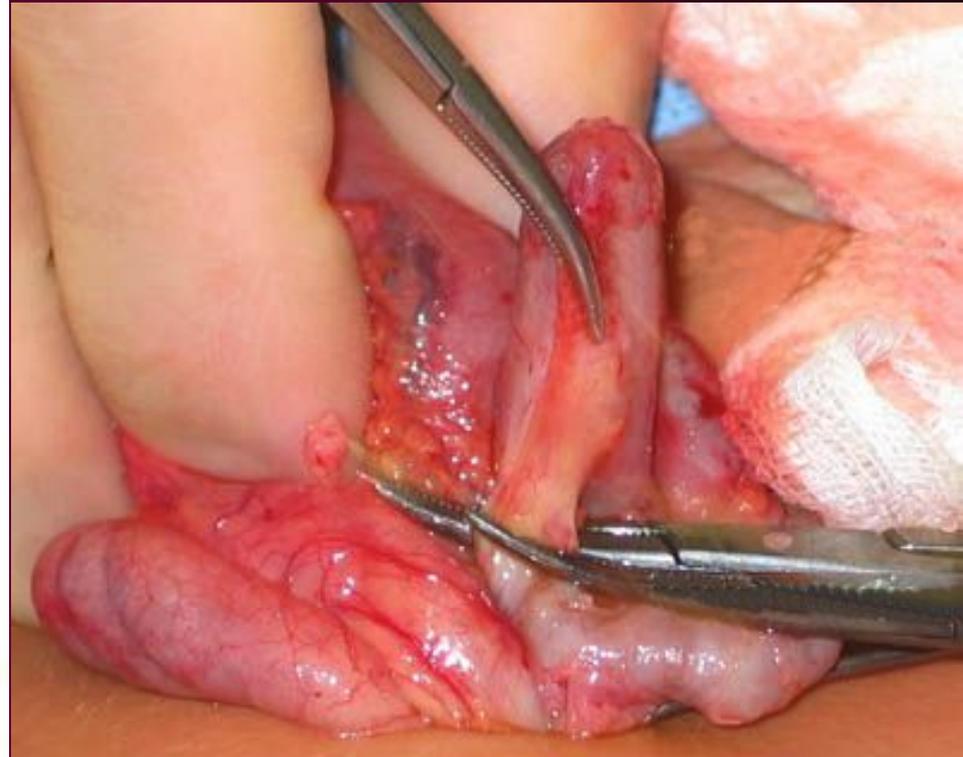
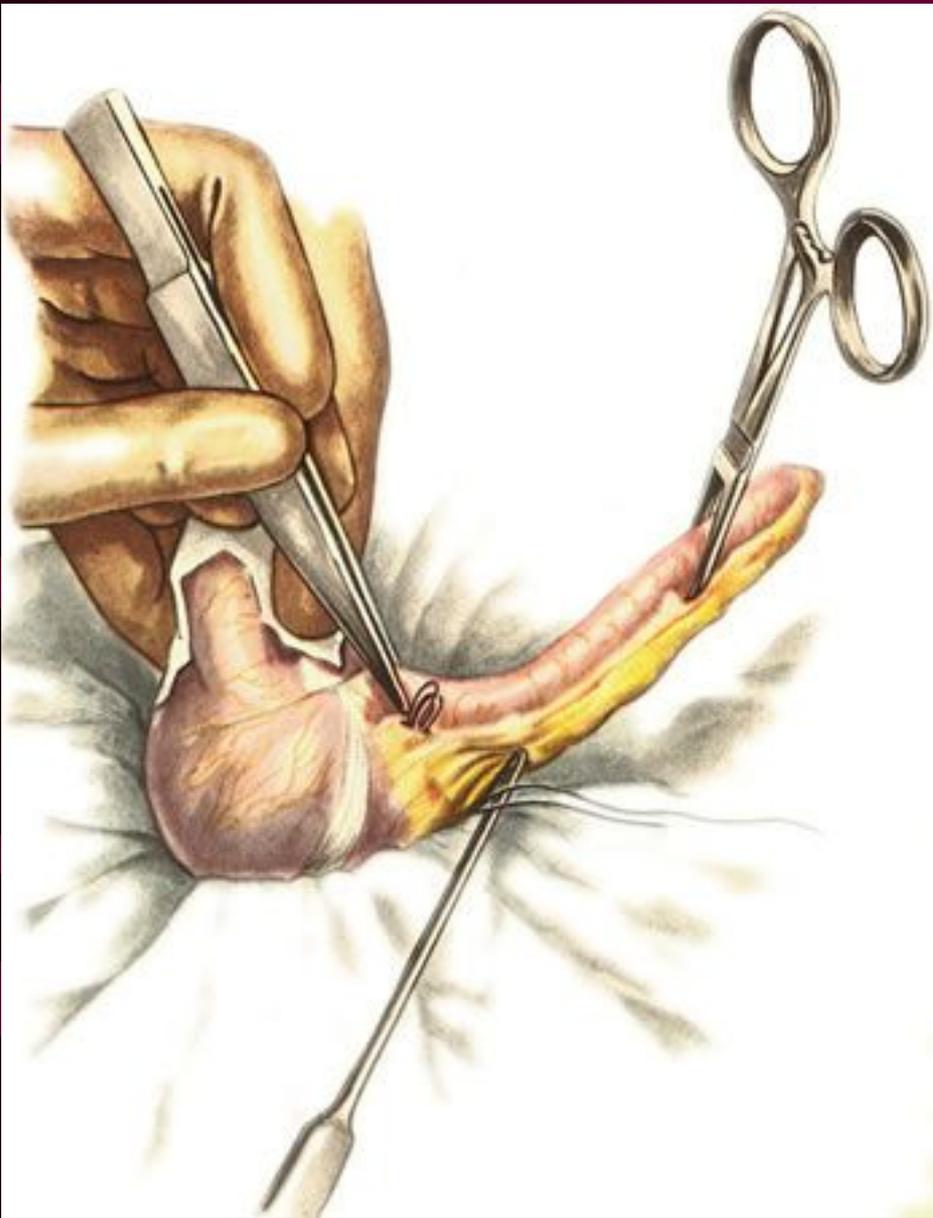


Рассечение  
париетальной  
брюшины по  
длине раны.

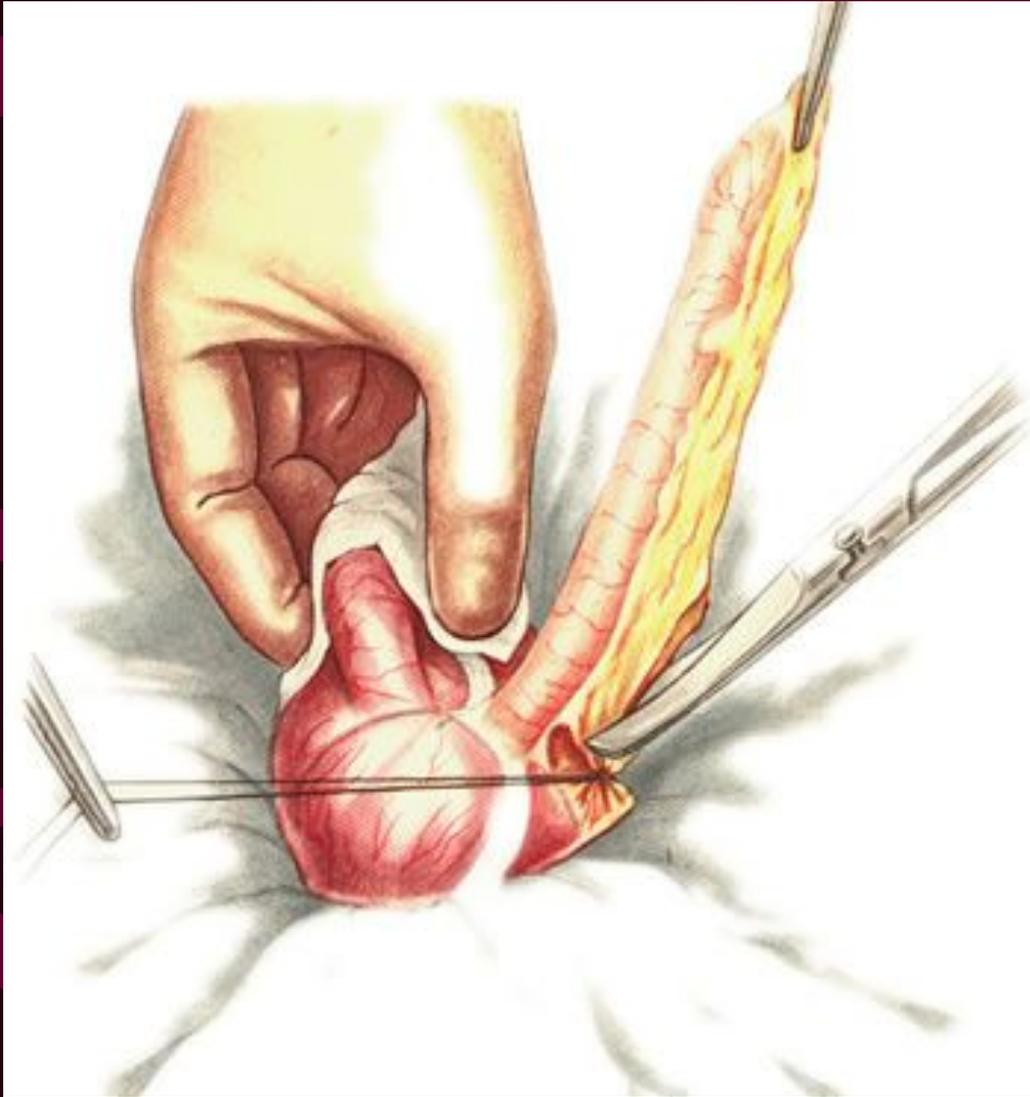


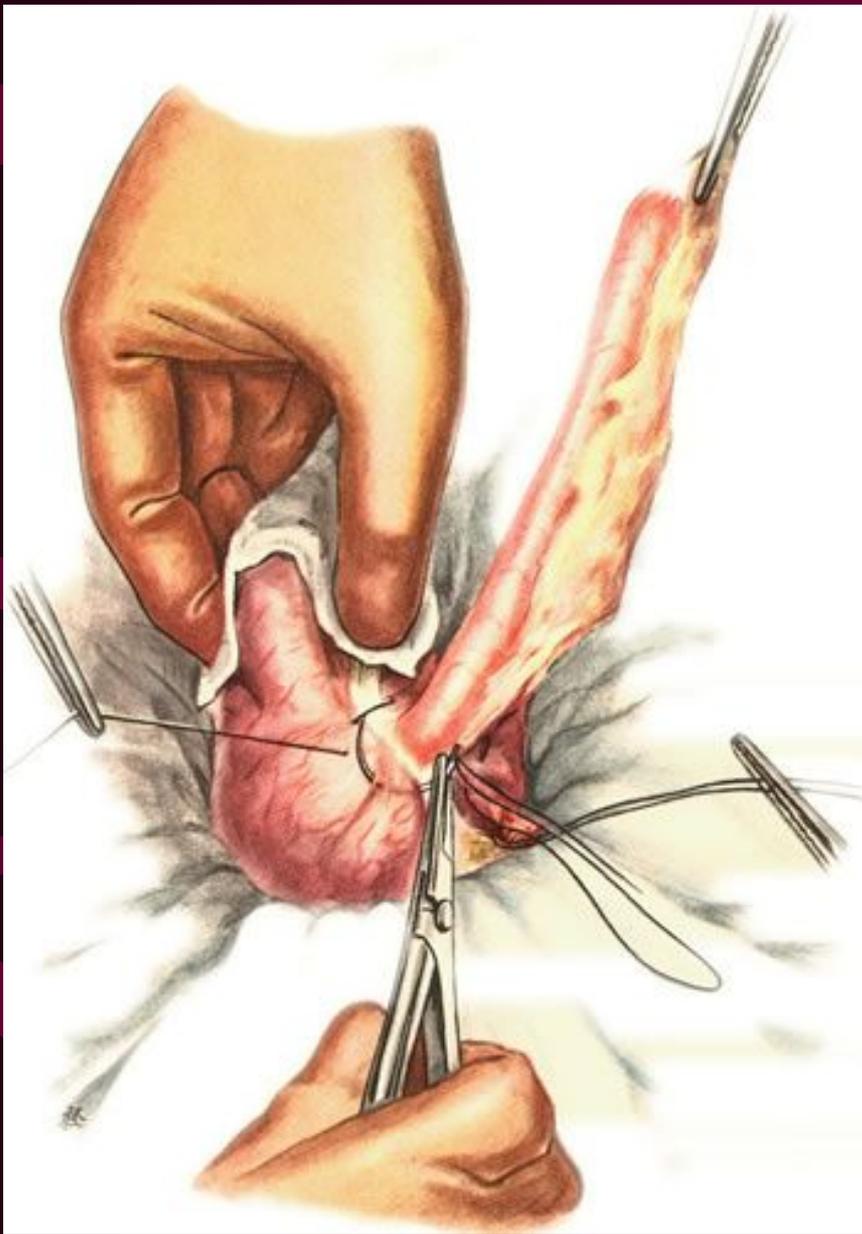
Извлечение  
червеобразного  
отростка в рану.

# Перевязка брыжейки червеобразного отростка.

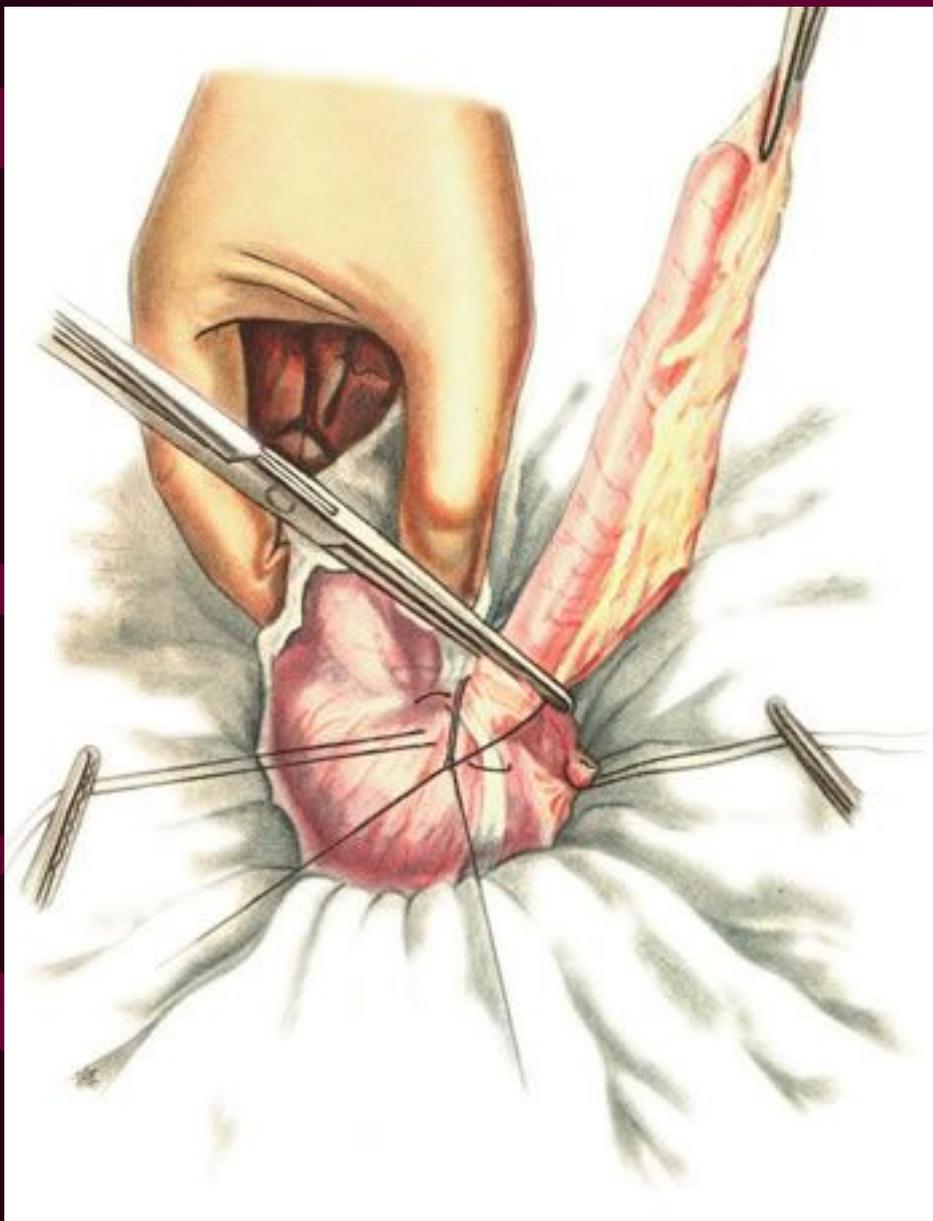


# Рассечение брыжейки червеобразного отростка.



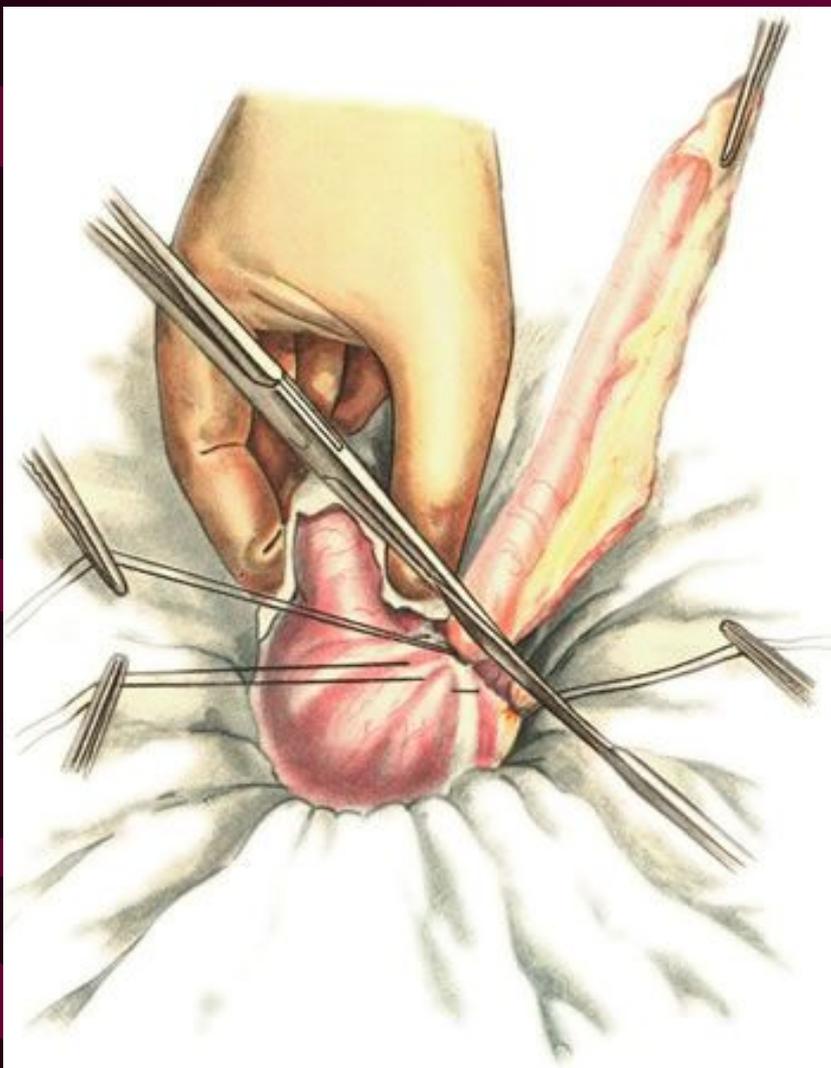


Наложение кисетного  
шва на слепую кишку  
вокруг основания  
отростка.

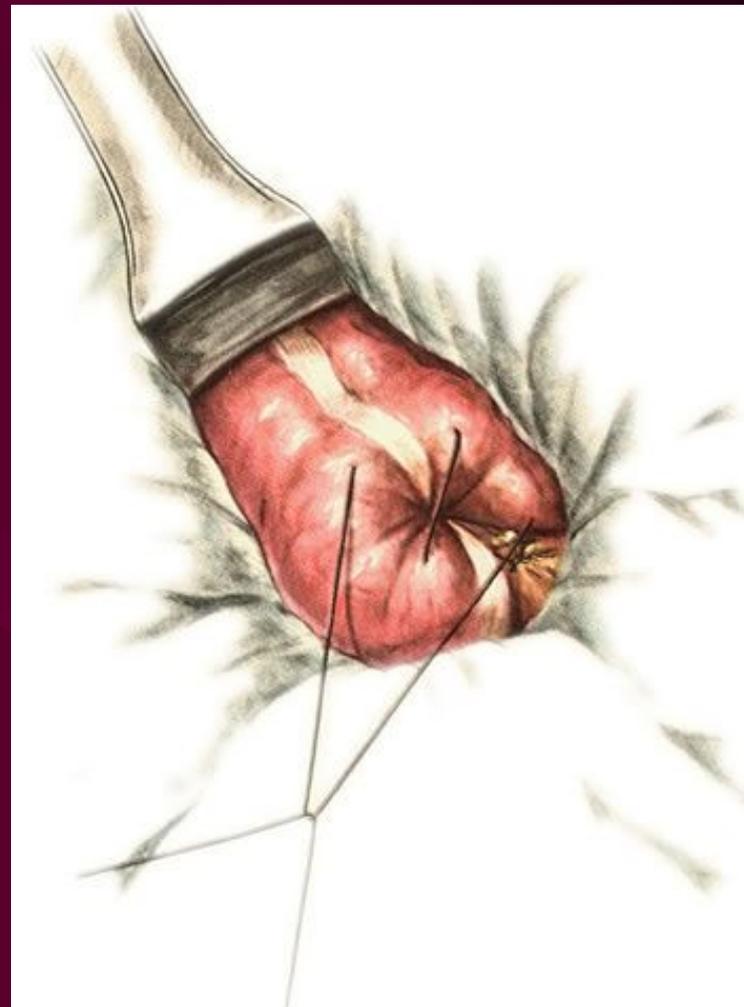
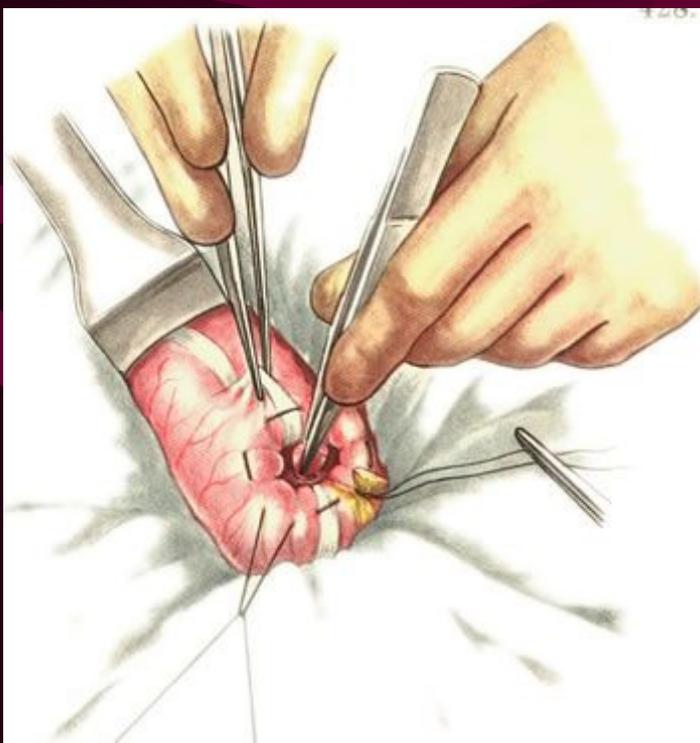


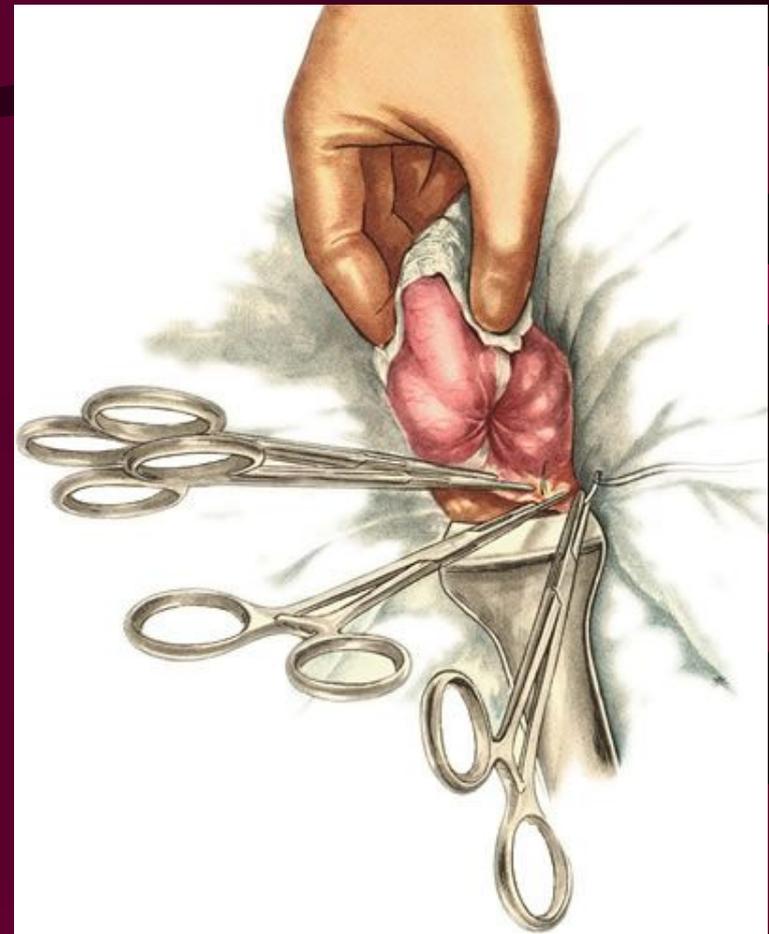
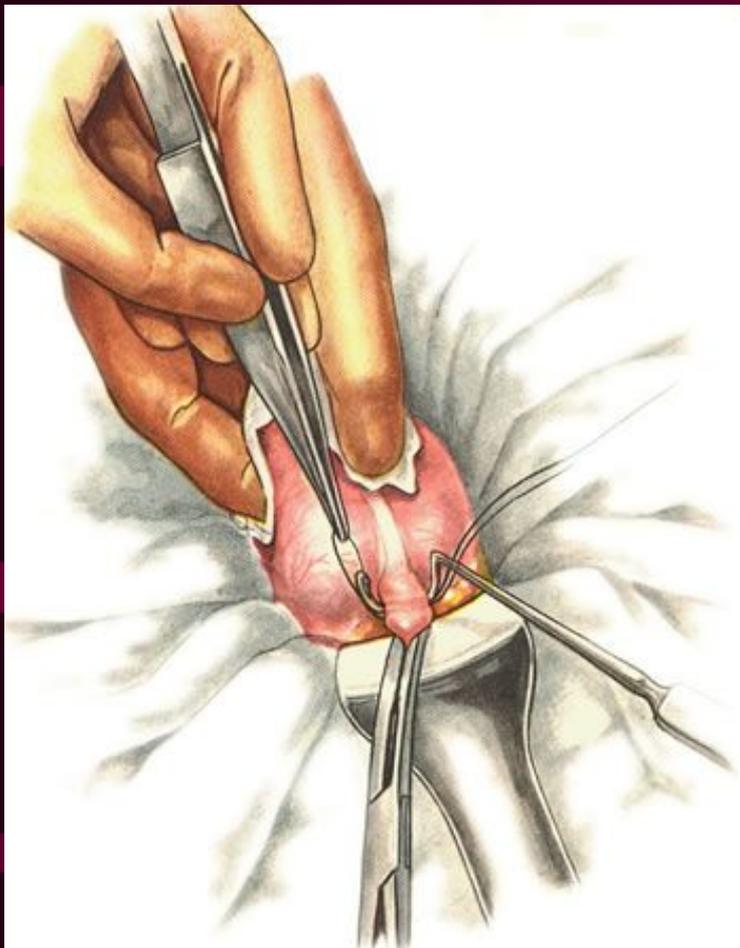
Перевязка  
червеобразного  
отростка.

# Отсечение червеобразного отростка.



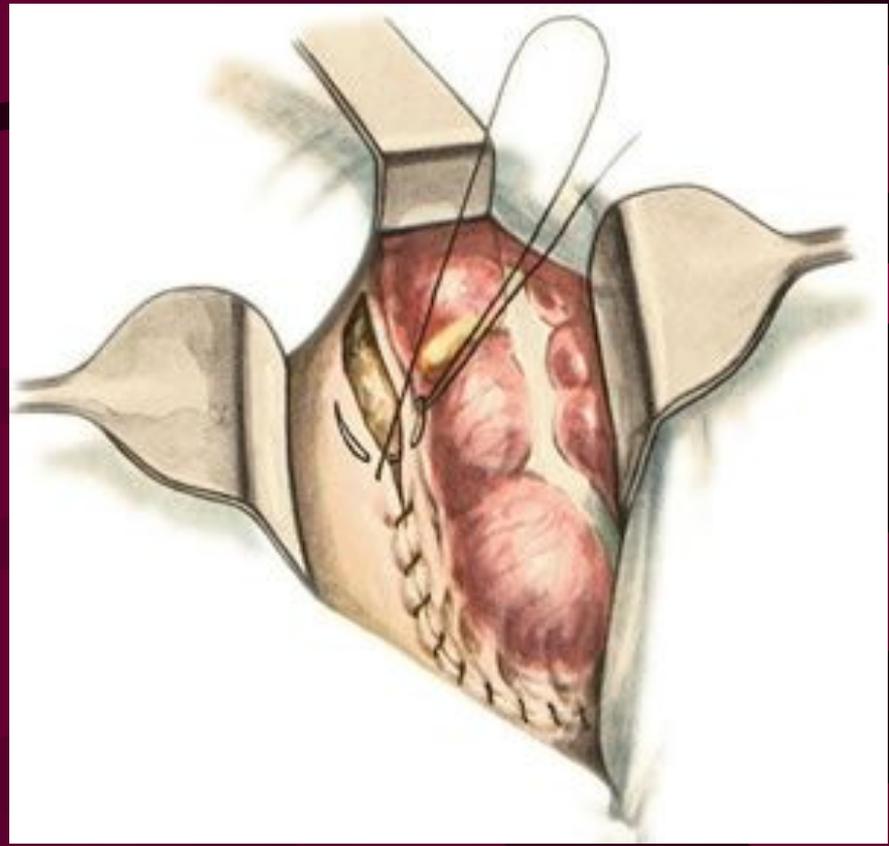
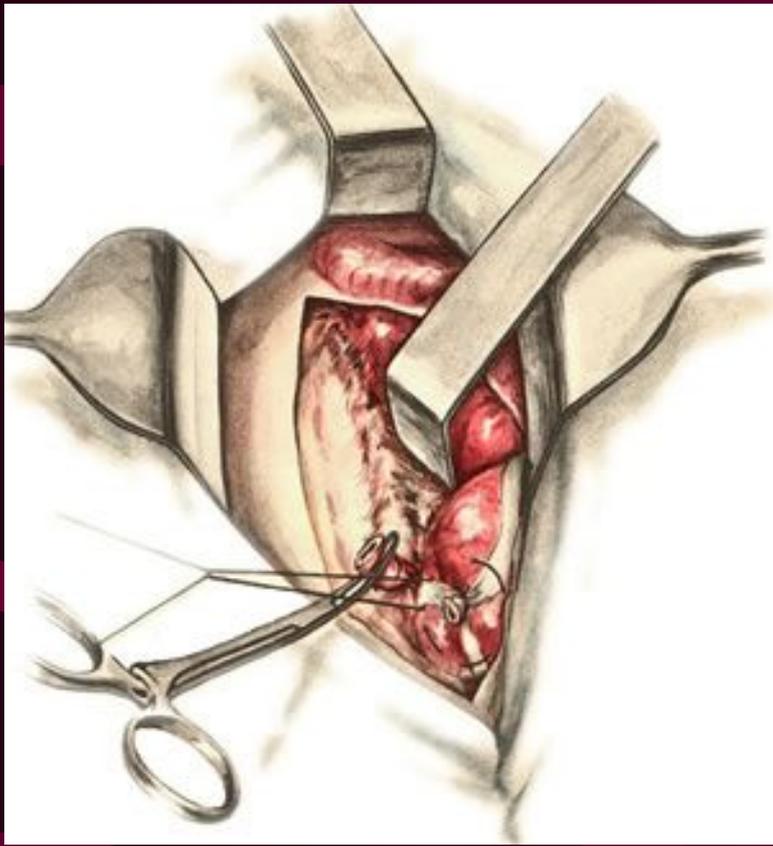
Погружение культи  
червеобразного отростка  
кисетным и Z-образным  
швами.





## Ретроградная аппендэктомия.

Перевязка червеобразного отростка у основания.  
Прошивание и перевязка брыжейки червеобразного отростка.



Ретроградная аппендэктомия при забрюшинном положении отростка. Червеобразный отросток пересечен. Культия его погружается кисетным швом. Зашивание париетальной брюшины.

