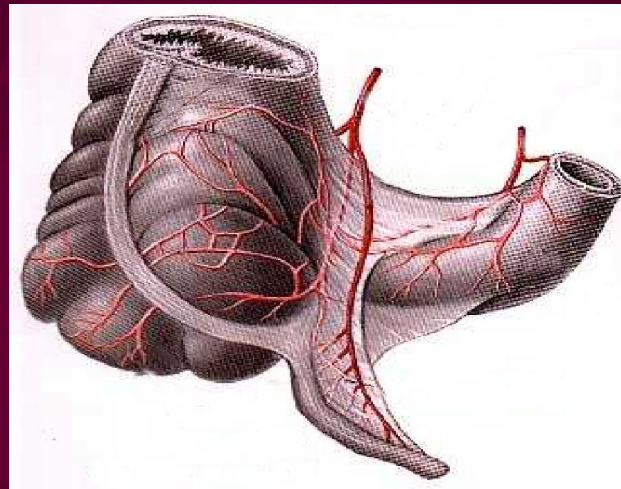


Лекция

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.

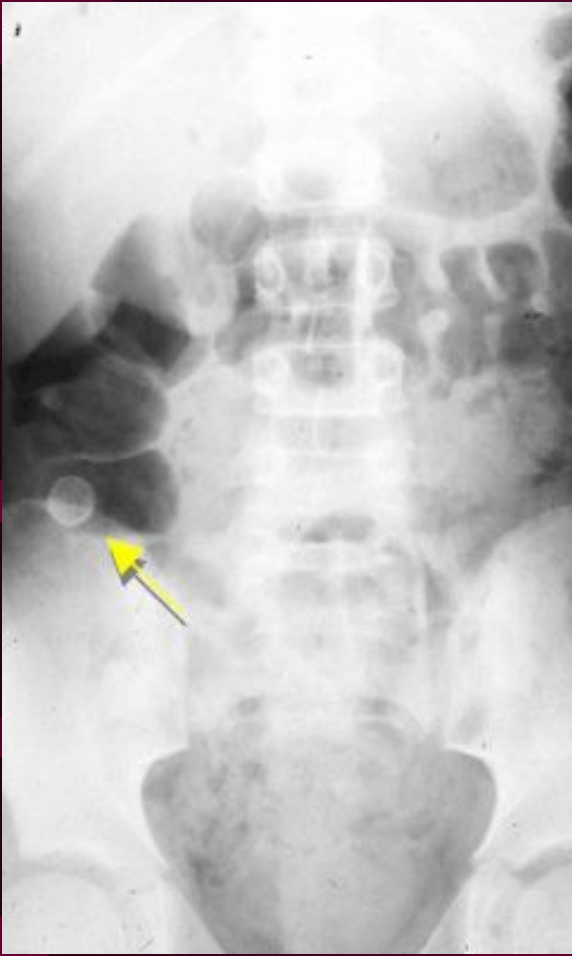
Провоцируют: глистная инвазия, каловые камни, инородные тела и др.

Спазм гладких мышц сопровождается **сосудистым спазмом**.

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

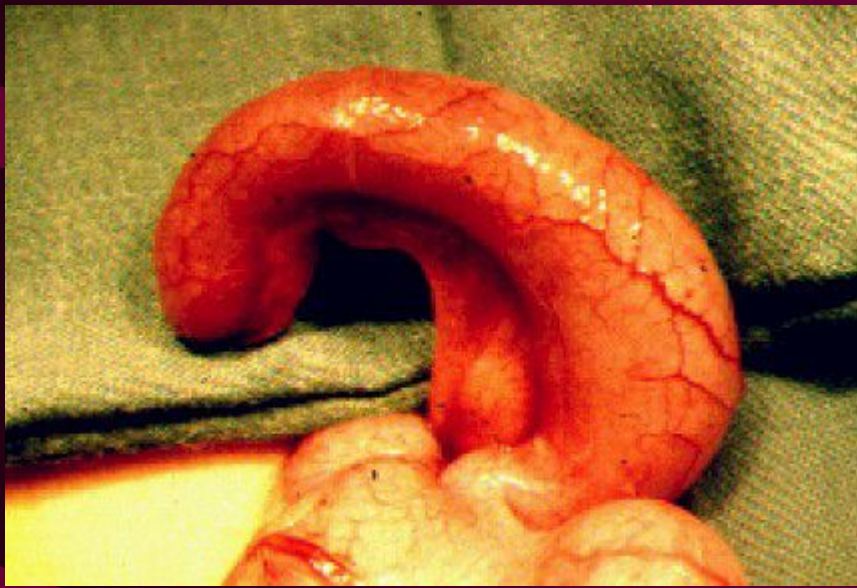
Наличие некротической ткани в области первичных аффлектов → появление патологических ферментов нагноения: калликреина, цитокиназы, других лизосомных протеиназ. Ферменты способствуют дальнейшей деструкции стенки воспаленного органа.

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



Классификация

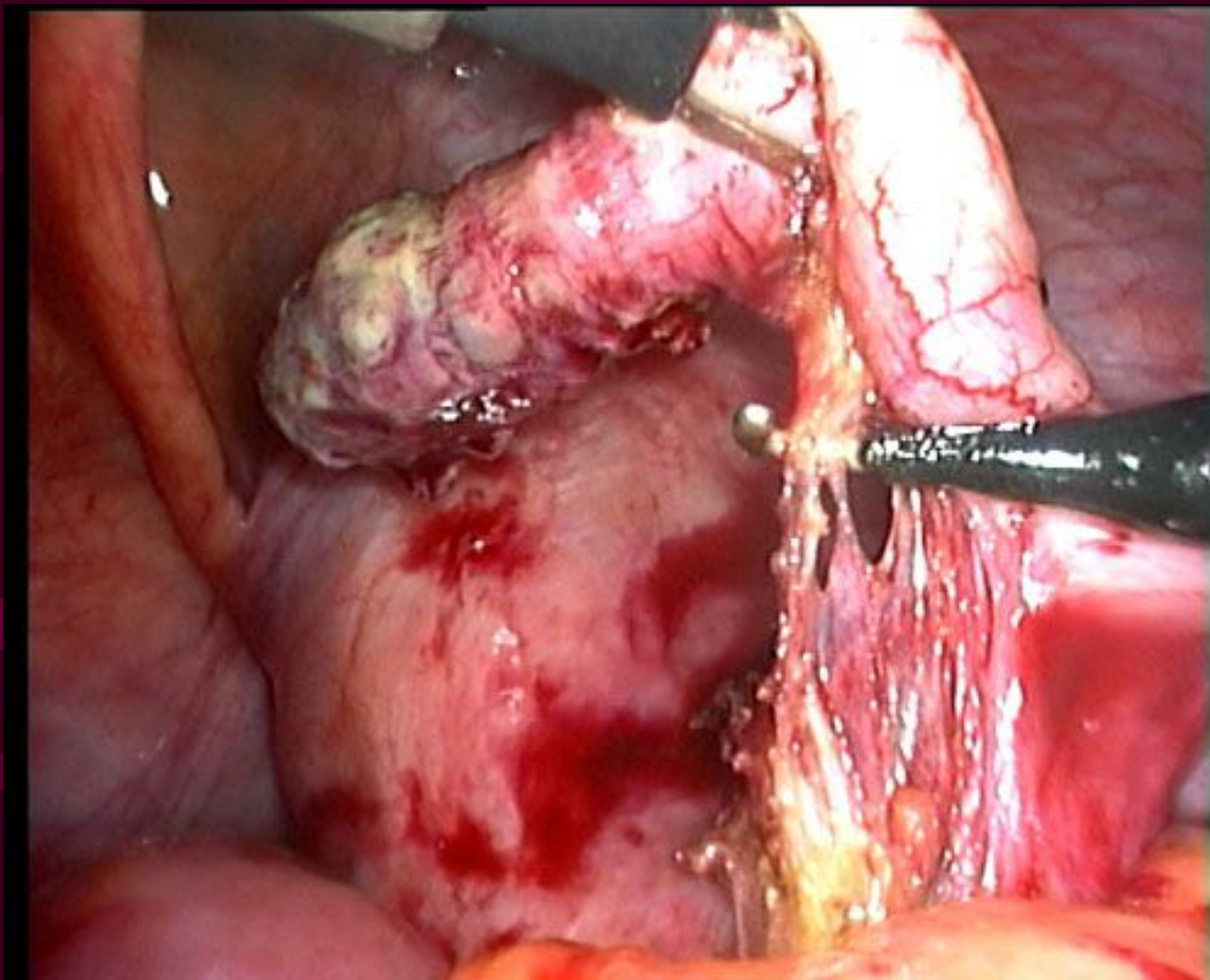




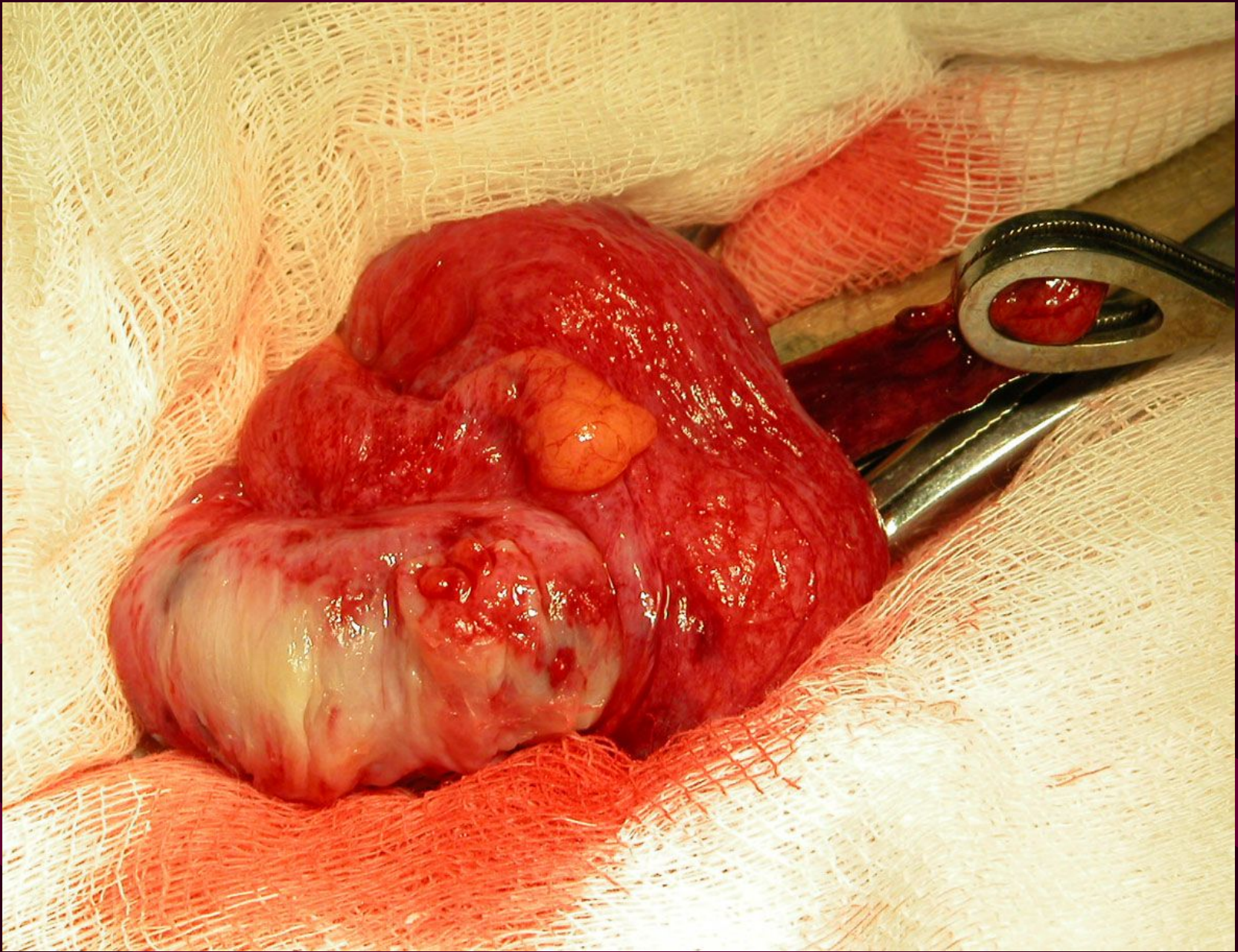
Острый флегмонозный
аппендицит.



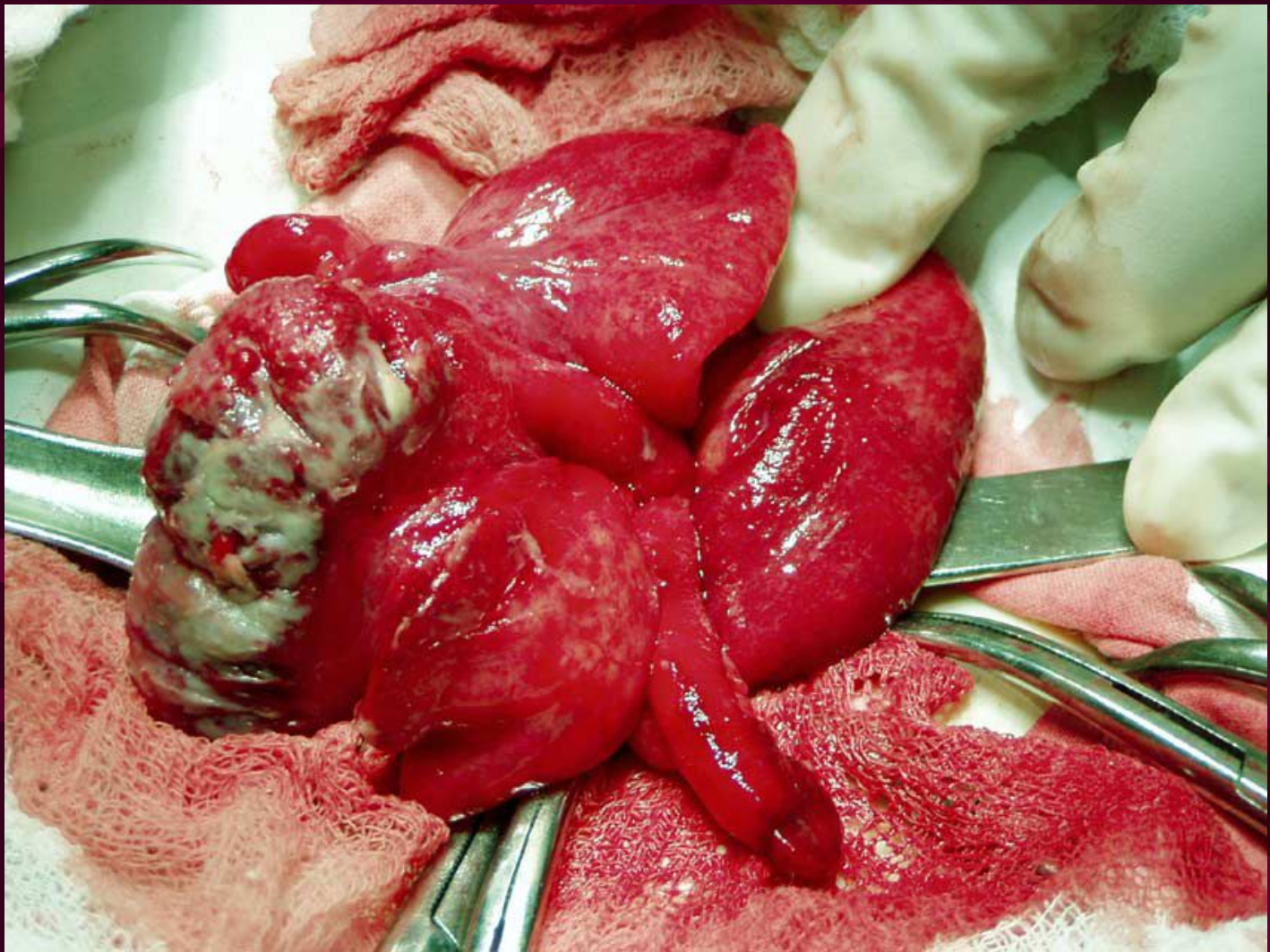
Острый гангренозный
перфоративный
аппендицит.



Эндоскопическая аппендэктомия.
Острый гангренозный аппендицит.



Острый флегмонозный аппендицит. Тифлит.

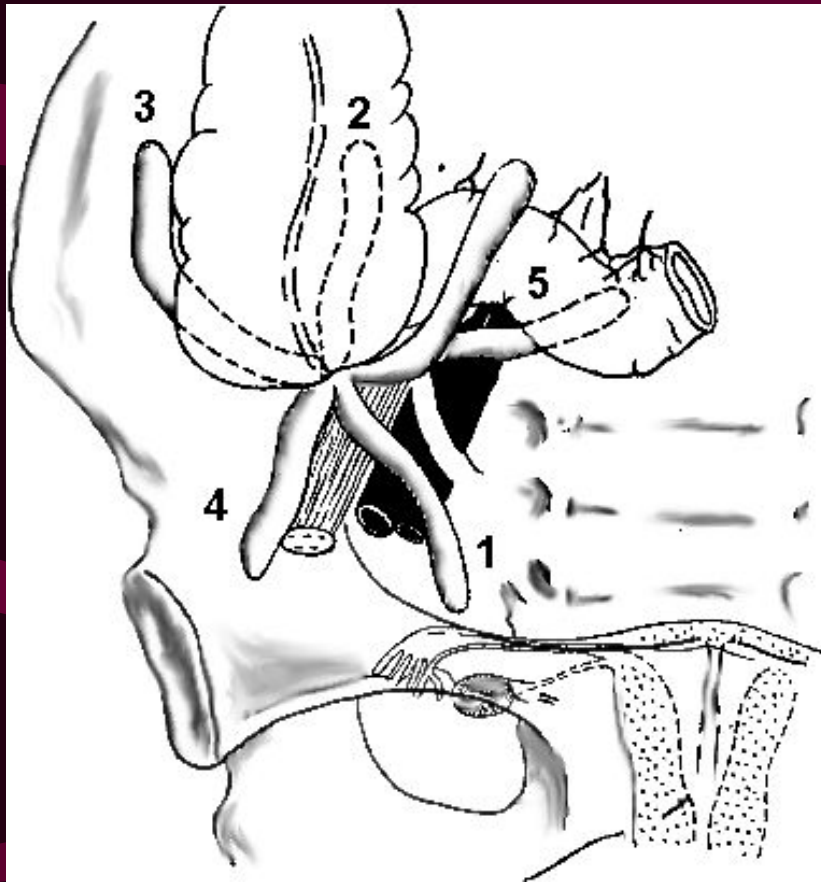


Острый флегмонозный аппендицит. Тифлит.

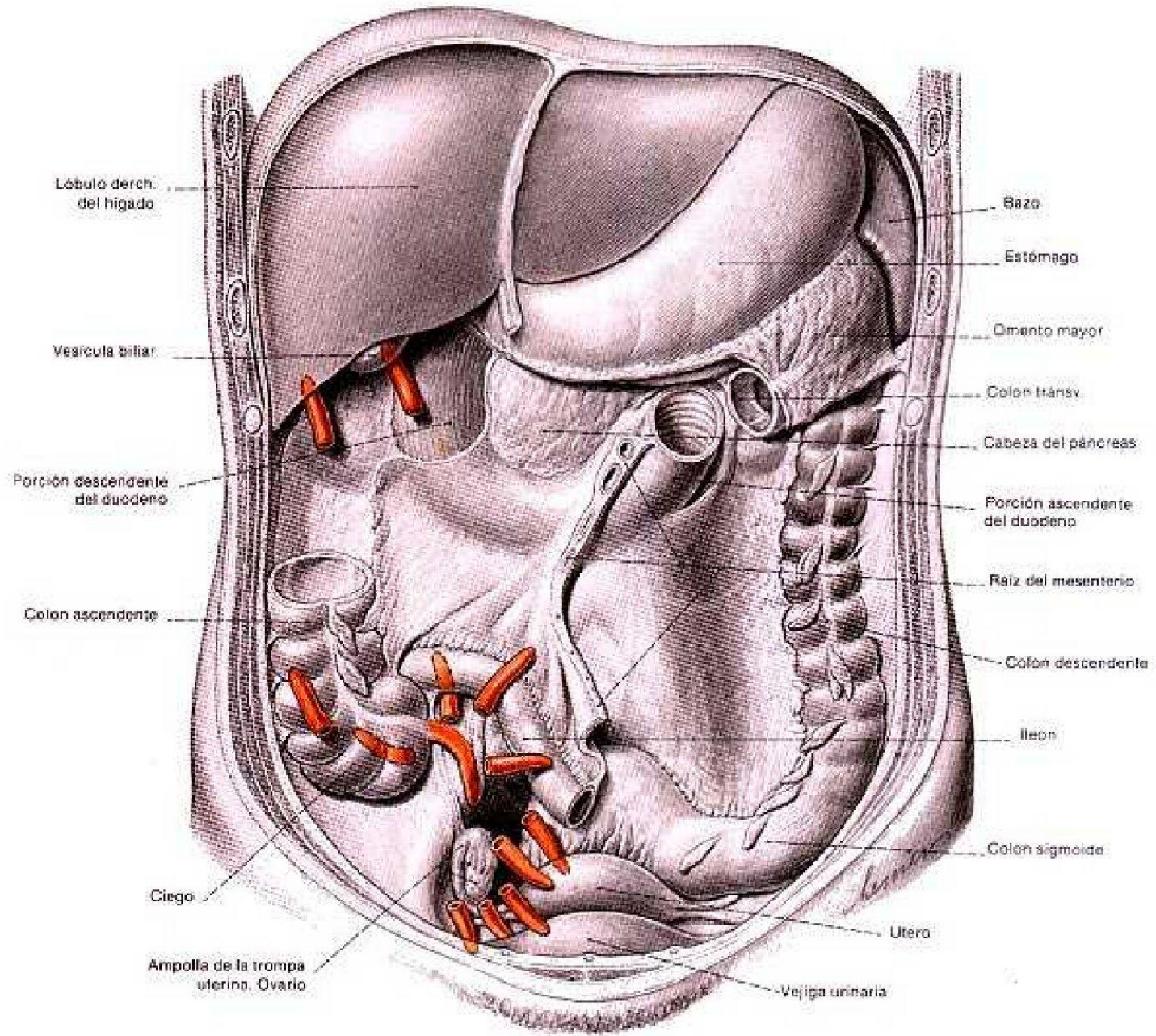
Синдромы:

- 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.

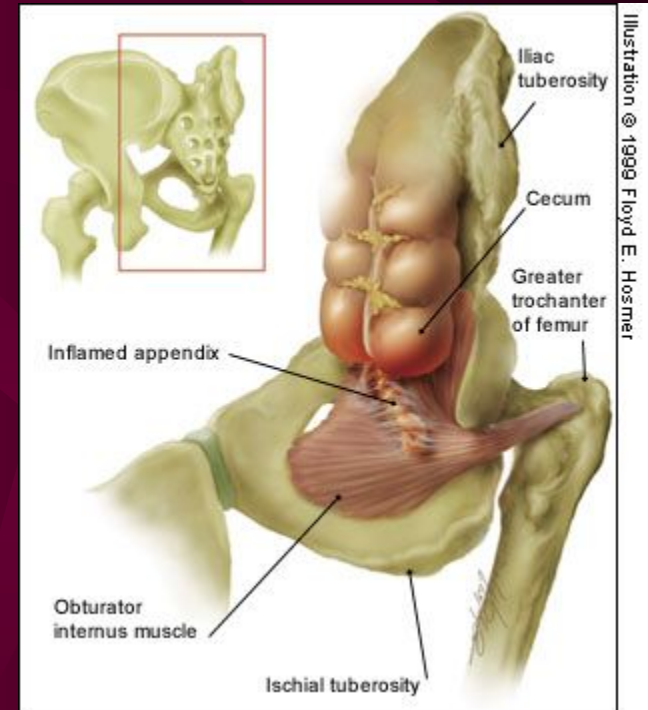
Бартомье—Михельсона - усиление боли при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку (в этом случае петли тонких кишок и большой сальник, ранее прикрывавшие червеобразный отросток, отходят влево, и он становится более доступным для пальпации).

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.

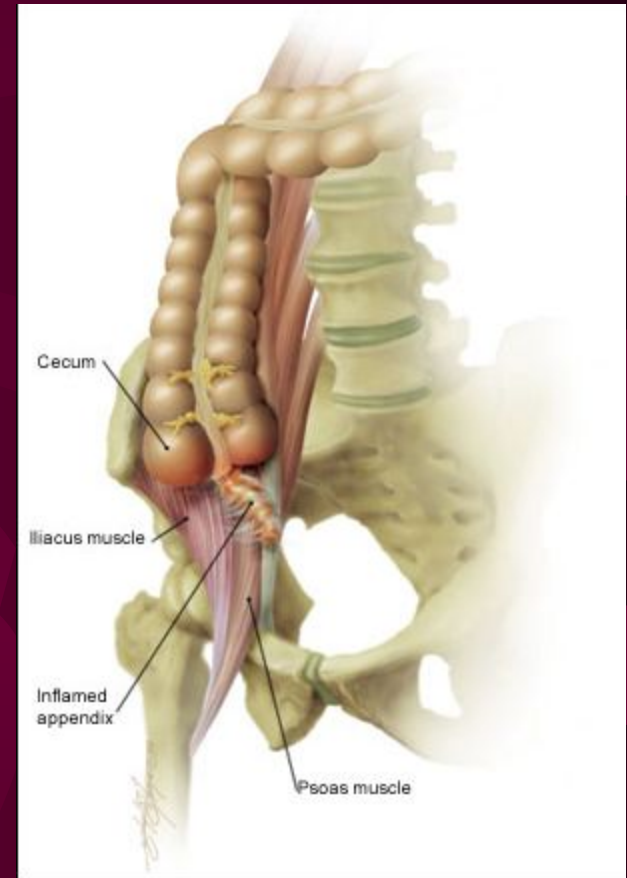
Крымова — появление значительной болезненности при введении пальца в правый паховый канал, что объясняется легкой доступностью париетальной брюшины при этой манипуляции.

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.



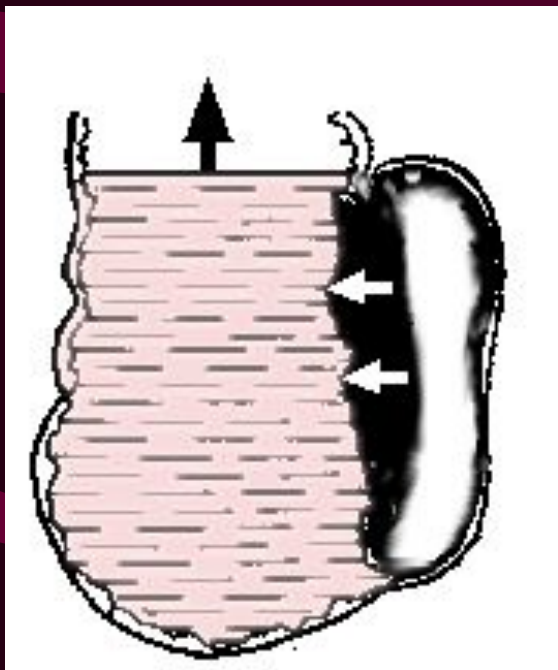
Псоас-симптом – усиление боли при смещении ноги кзади



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 $10—12 \cdot 10^9/\text{л}$.

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;

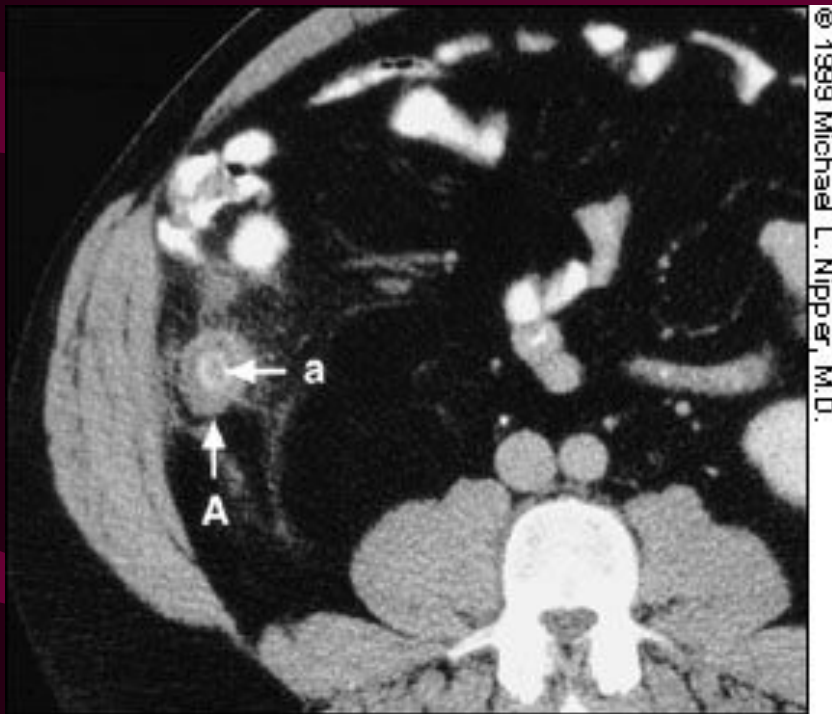
- слабые пластические свойства брюшины;
- маленький сальник;
- трудно обследовать;
- преобладают общие симптомы;
- часто токсические формы;
- трудно дифференцировать от пневмонии;

У беременных: - изменяется положение Ч.О.;

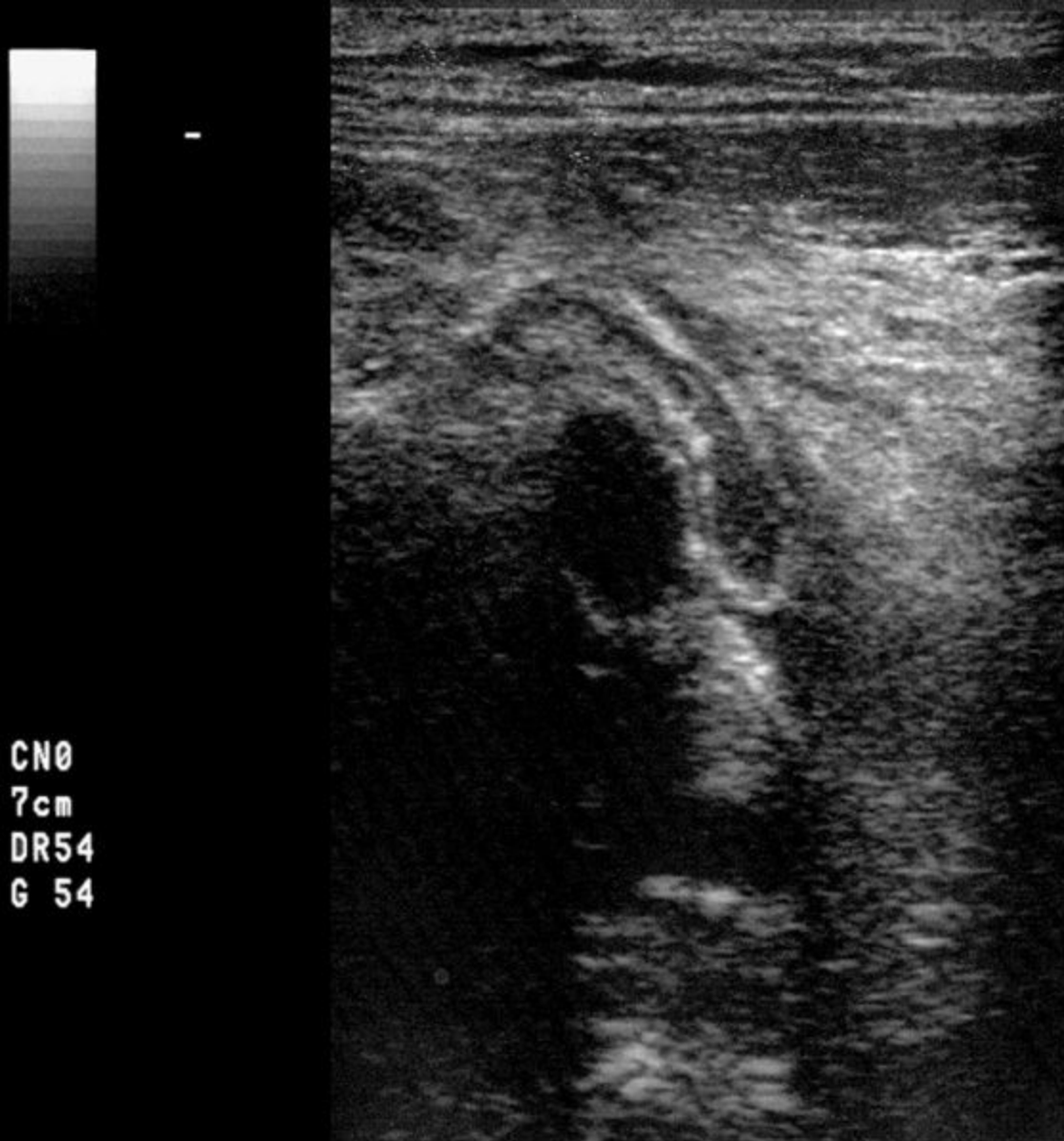
- трудно определить напряжение мышц;
- есть условия для перитонита;
- труден диагноз в родах;
- можно удалить маточную трубу вместо Ч.О.;
- после операции возможен выкидыш.

У стариков: - смазаны все симптомы;

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

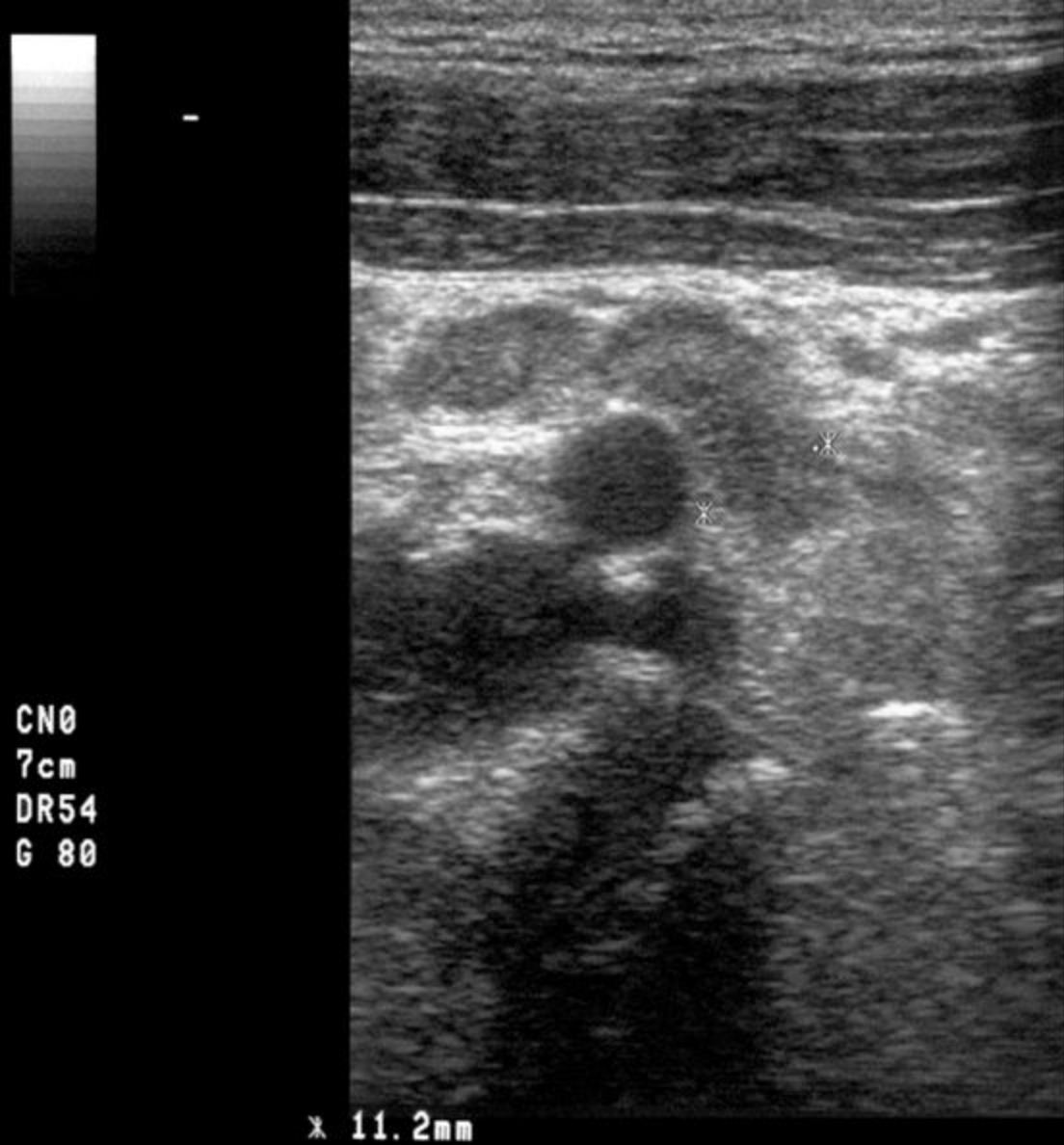


1. КТ. Острый аппендицит (А), аппендиколит (а).
2. КТ. Воспаленный утолщенный аппендикс (А) отстоит от слепой кишки (С).



CN0
7cm
DR54
G 54

**Острый
флегмонозный
аппендицит.**
При ультразвуковом
исследовании в
правой подвздошной
области выявлена
слепо
оканчивающаяся
трубчатая структура,
отходящая от купола
слепой кишки,
несжимаемая при
дозированной
компрессии.

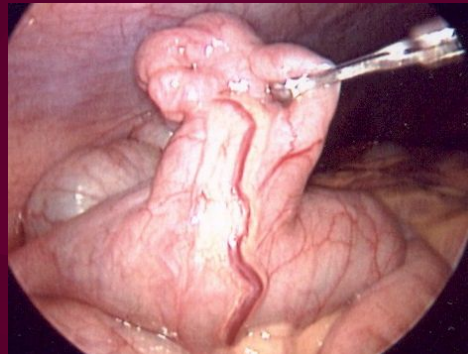
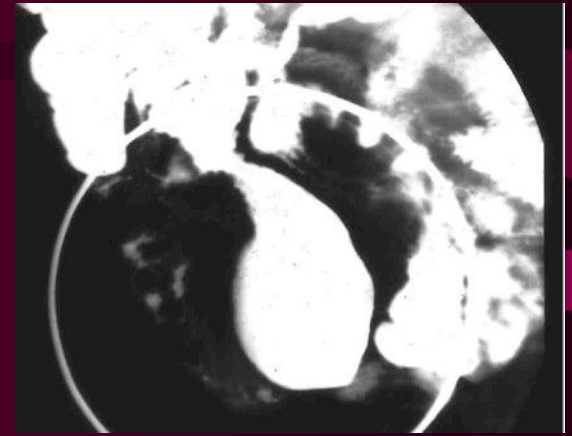


Острый гангренозно-перфоративный аппендицит.

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.

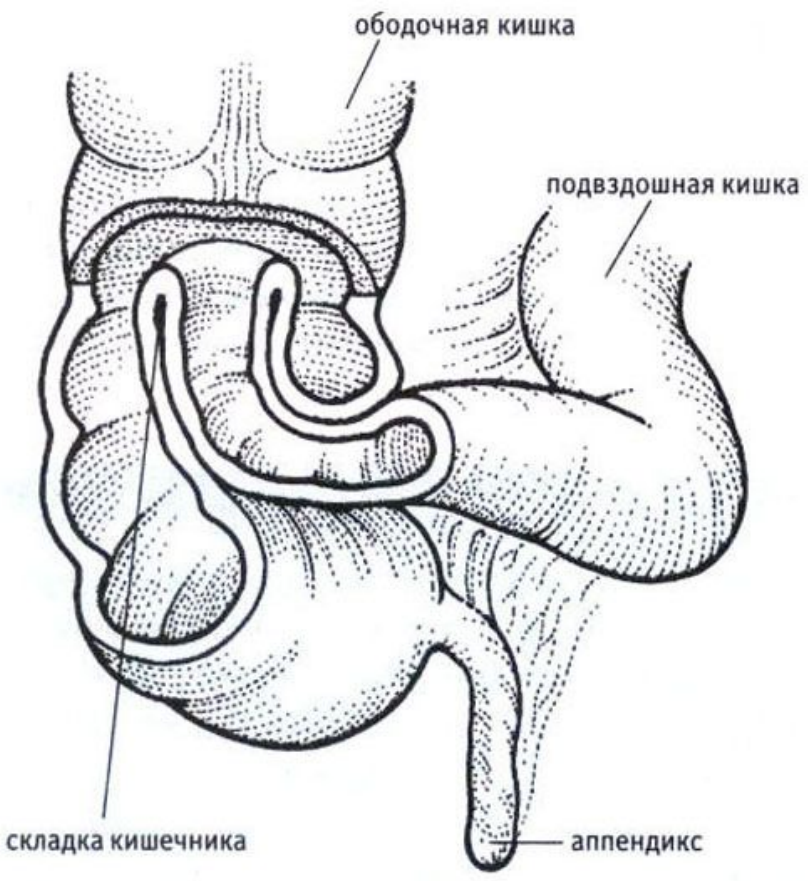
Дифференцировать от:

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

5. **Заболевания матки и придатков** - аднексит; кровотечения из яичника; внематочная беременность.

6. **Заболевания мочеполовой системы:**

- почечная колика; - подвижная почка;
- пиелит - цистит;
- почечно-каменная б-нь; - орхоэпидимит;
- гидропионефроз;

7. **Заболевания слепой кишки:** туберкулез, рак, амебиаз, заворот.

8. **Перитониты:**

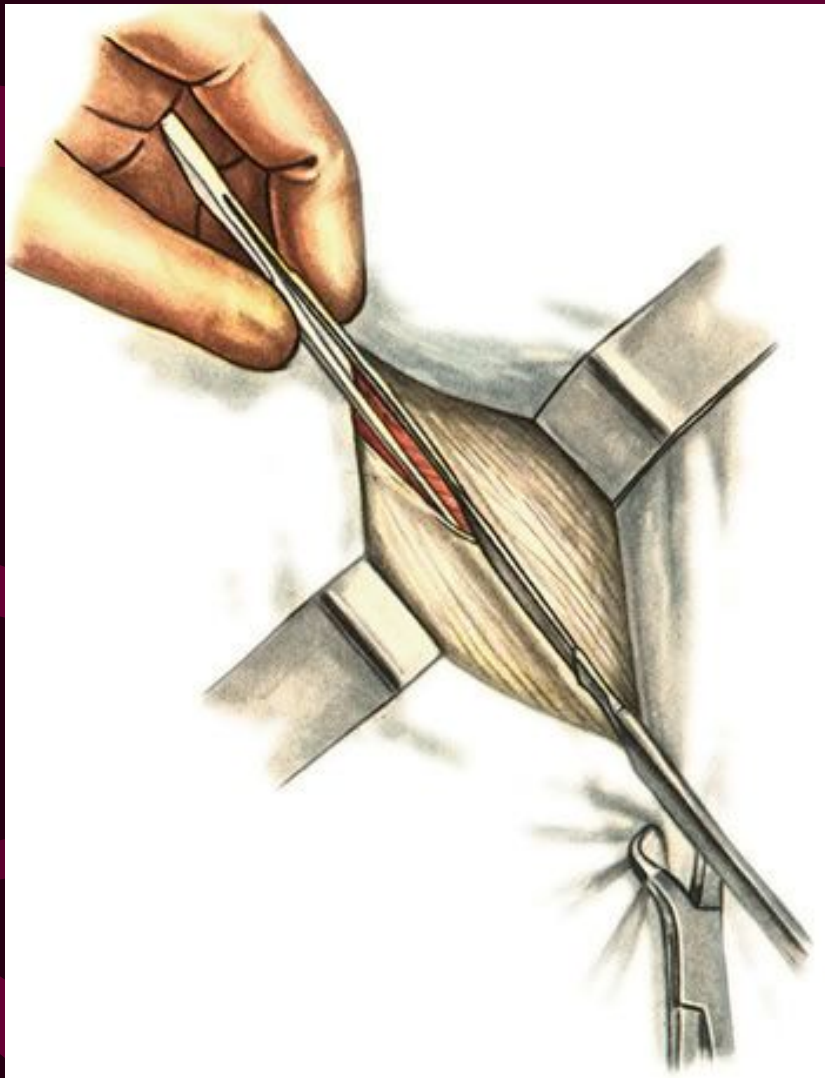
- пневмококковый; - травматический;
- туберкулезный; - криптогенный.
- стрептококковый;

9. **Инфекционные и др. заболевания:**

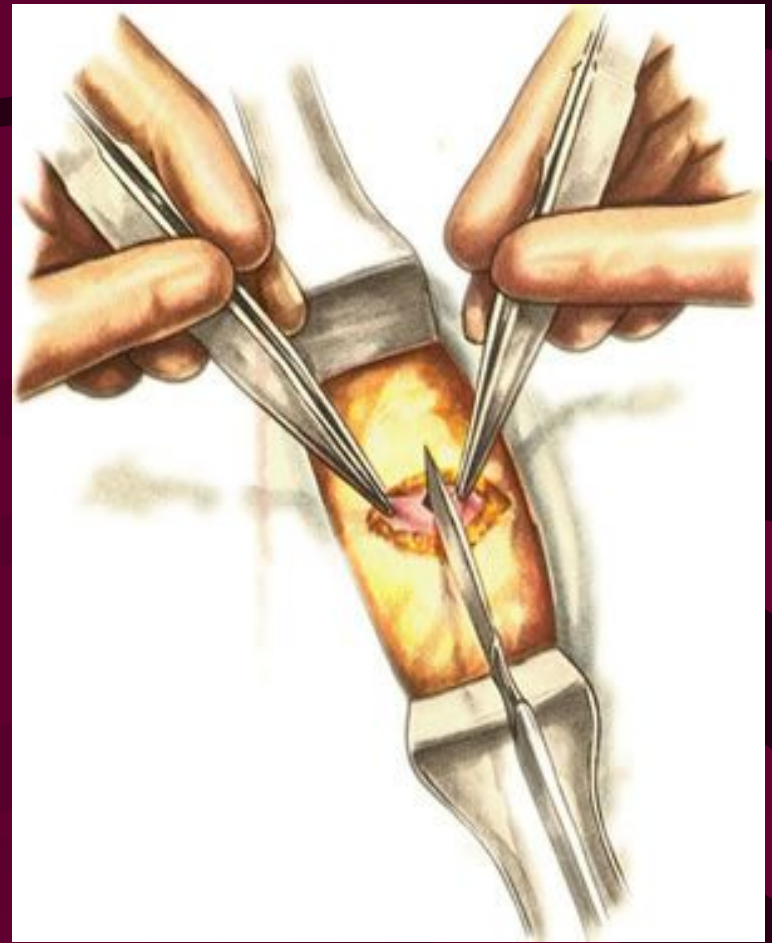
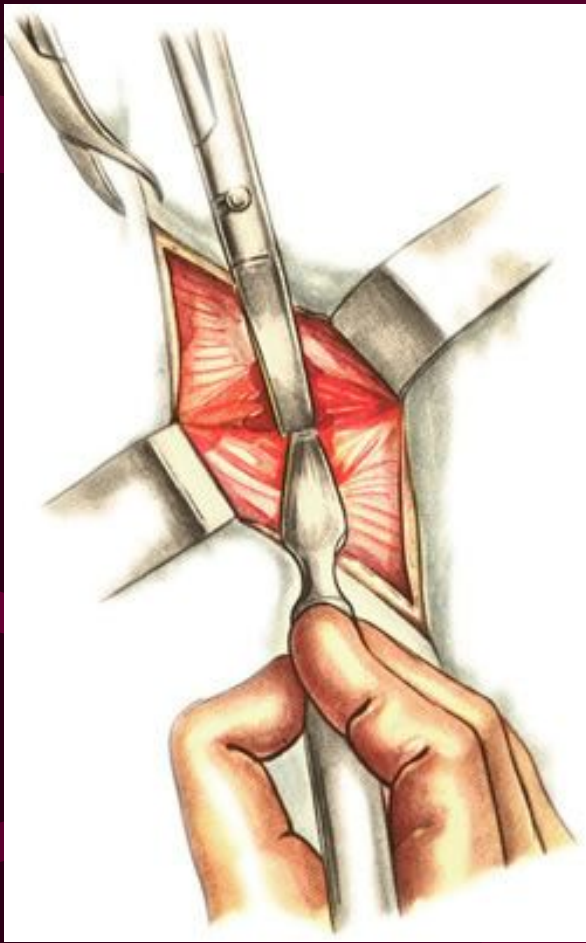
- брюшной тиф; - тромбоз подвздошных вен;
- опоясывающий лишай; - радикулит.

Осложнения острого аппендицита

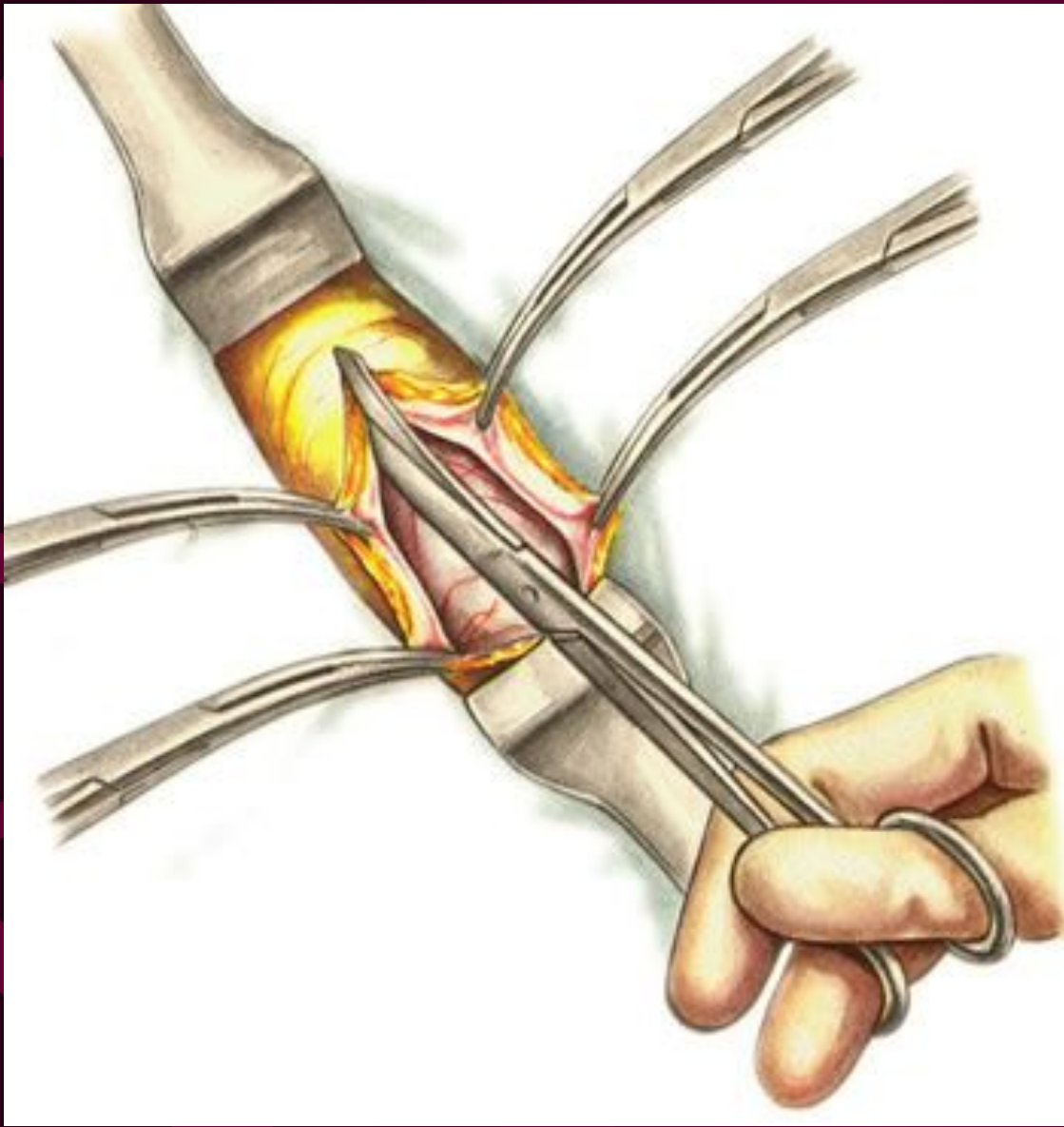
- аппендикулярный инфильтрат
- локальные абсцессы в брюшной полости (межкишечный, тазовый, поддиафрагмальный)
- разлитой гнойный перитонит
- септический тромбофлебит воротной вены и ее притоков (пилефлебит)



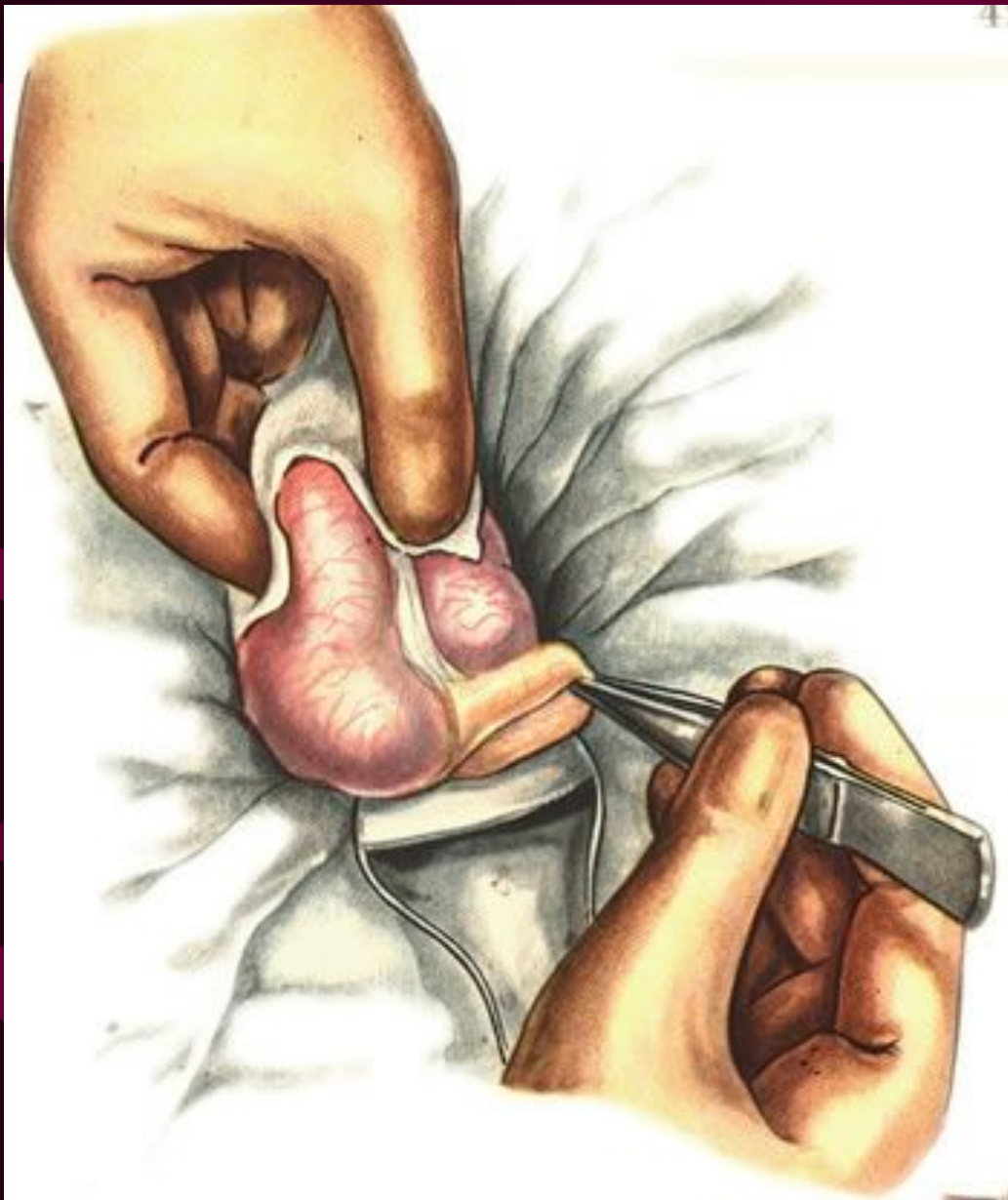
Разрез передней брюшной стенки производят по Волковичу—Дьяконову—Мак Бурнею. Рассекают кожу и подкожную клетчатку, кровоточащие сосуды захватывают зажимами и перевязывают тонким кетгутом. Края кожной раны обкладывают салфетками и по зонду Кохера или пинцету рассекают по ходу волокон апоневроз наружной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



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

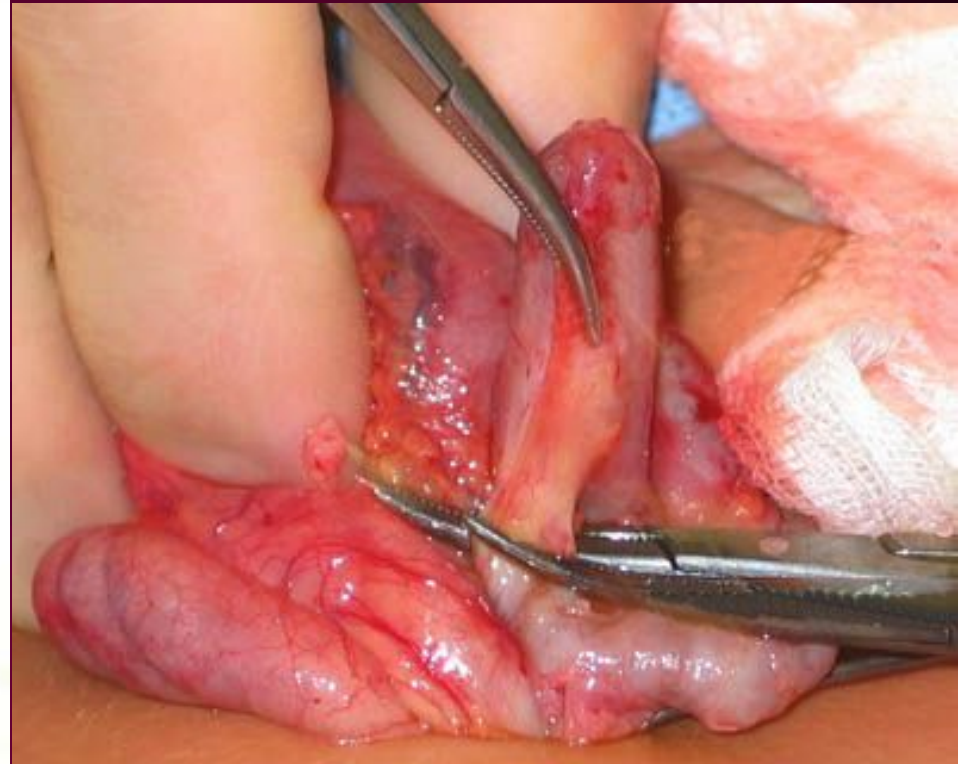
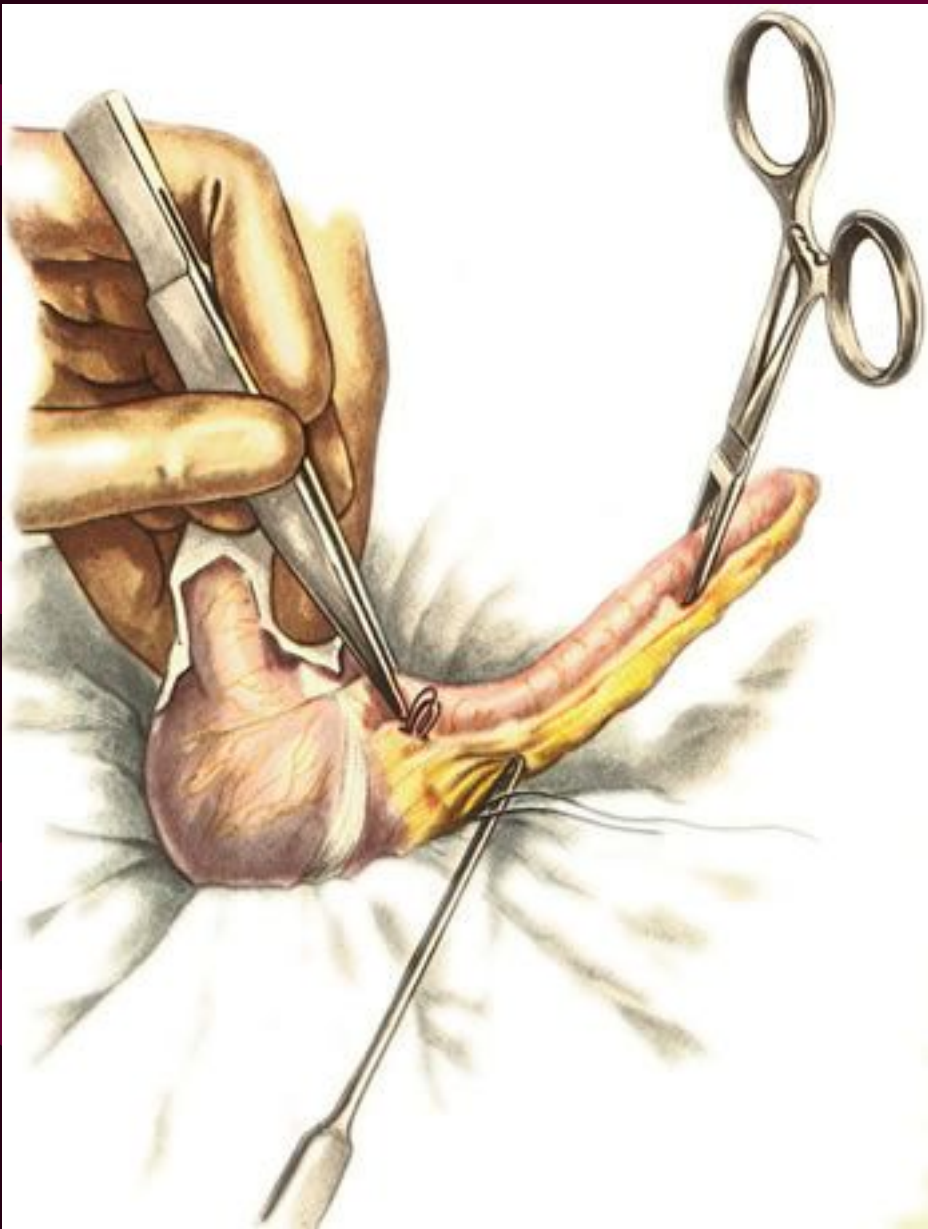


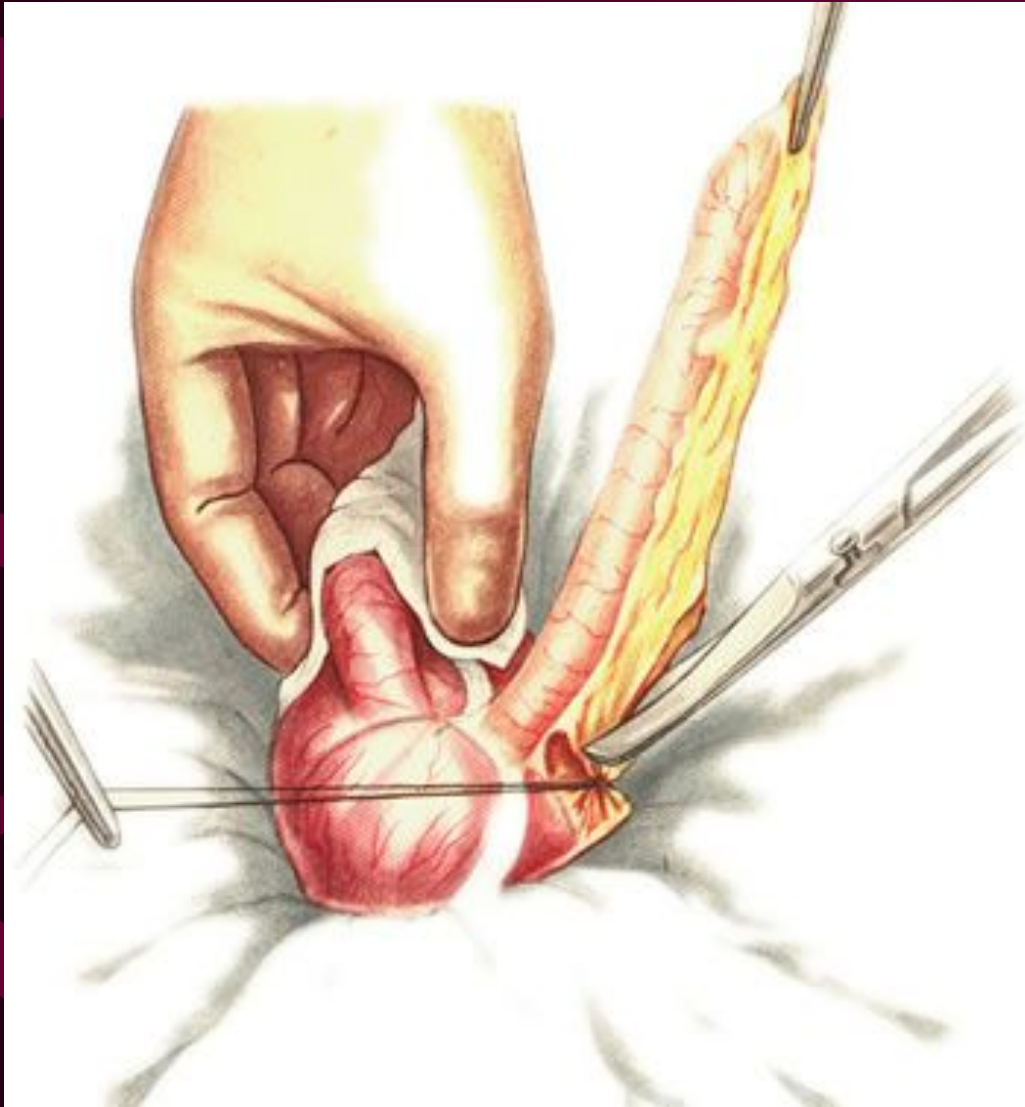
Рассечение
париетальной
брюшины по
длине раны.



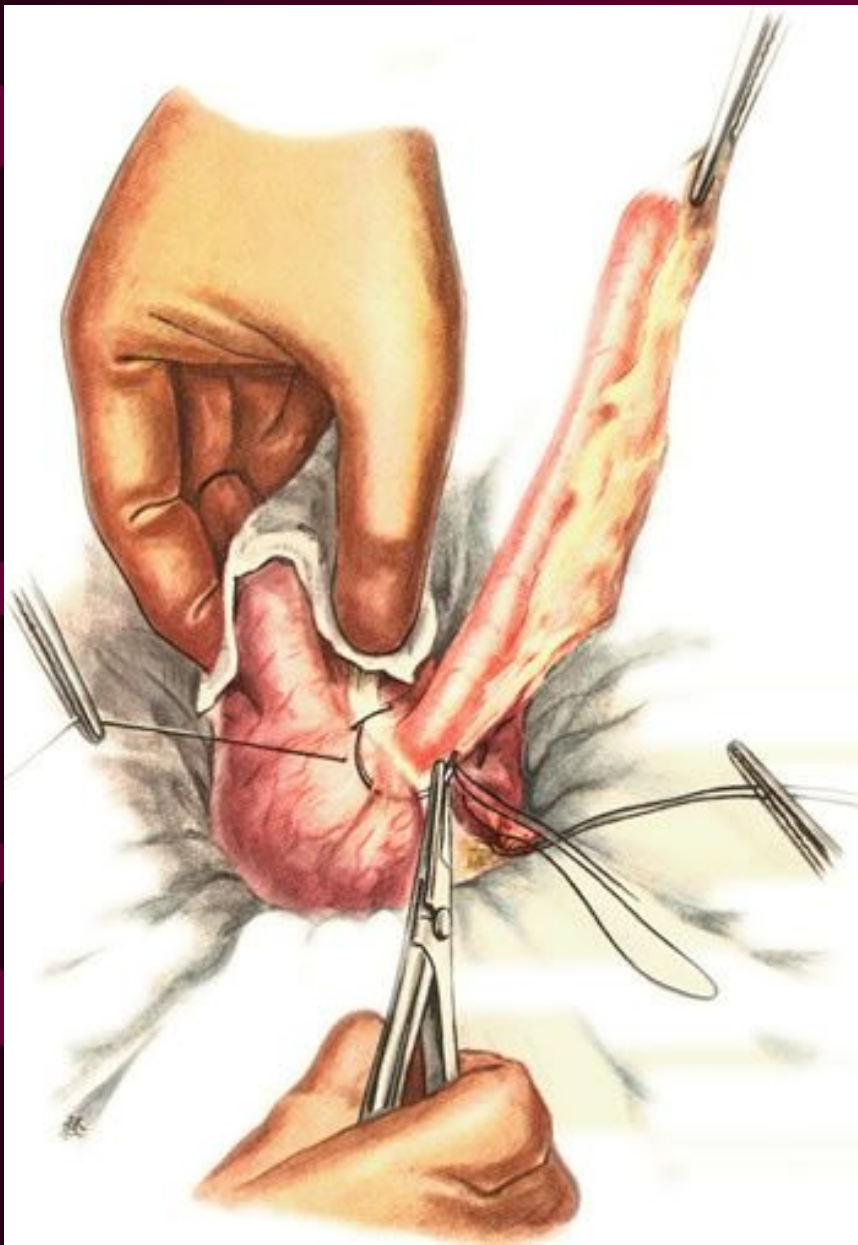
Извлечение
червеобразного
отростка в рану.

Перевязка брыжейки червеобразного отростка.

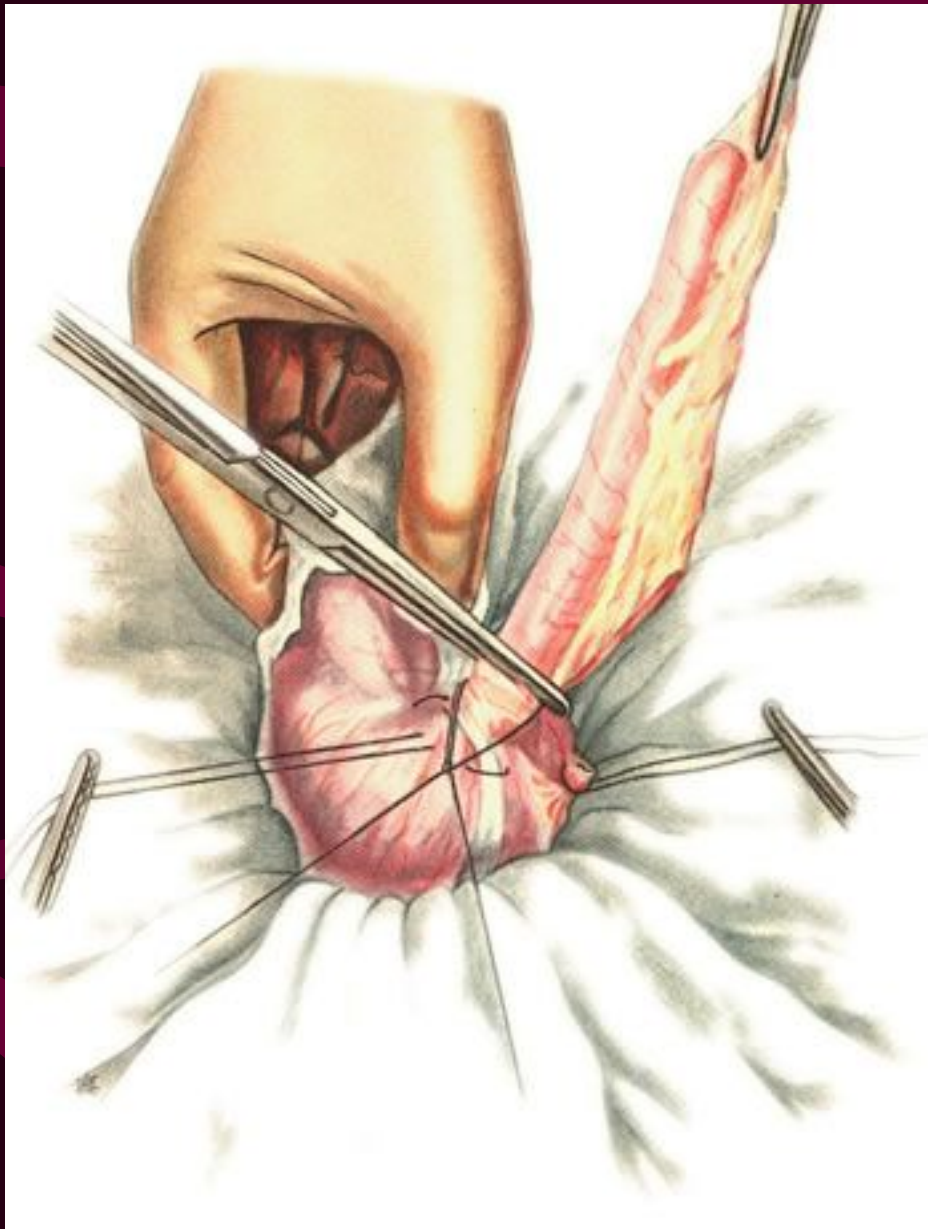




Рассечение
брыжейки
червеобразного
отростка.

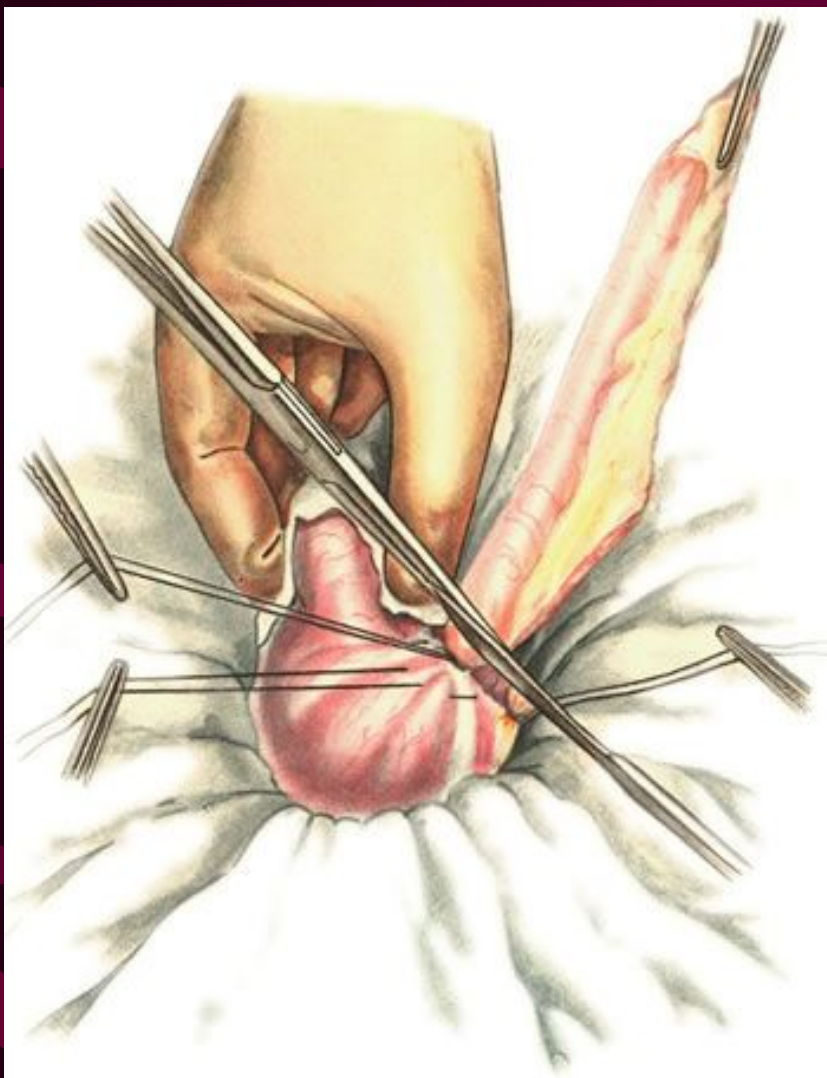


Наложение кисетного
шва на слепую кишку
вокруг основания
отростка.

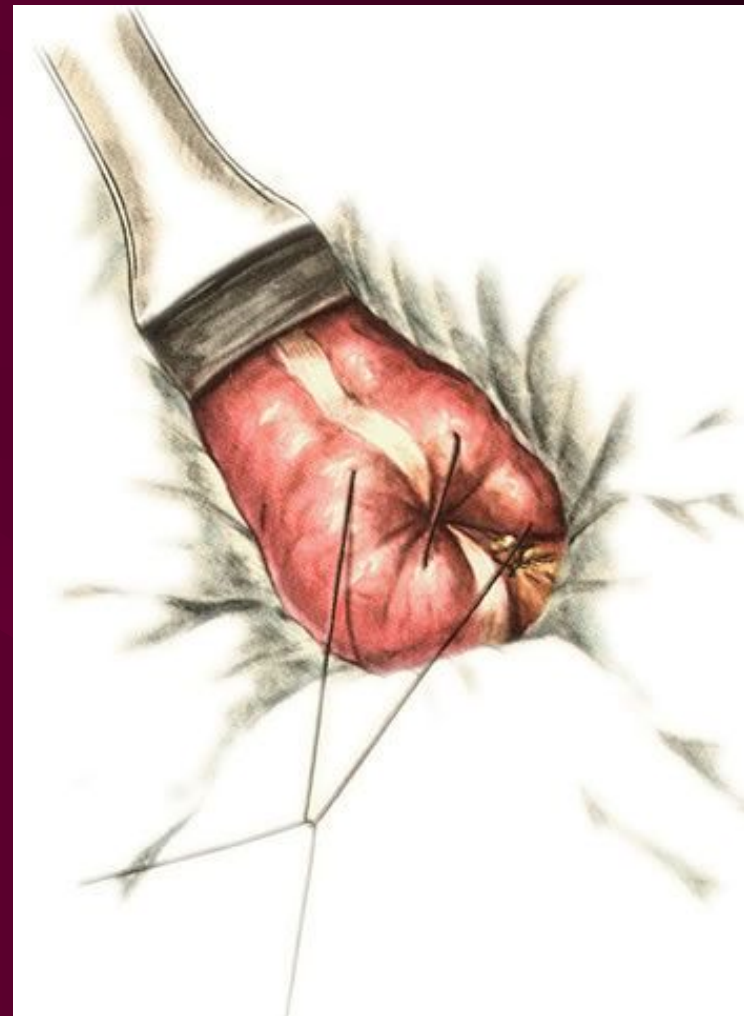
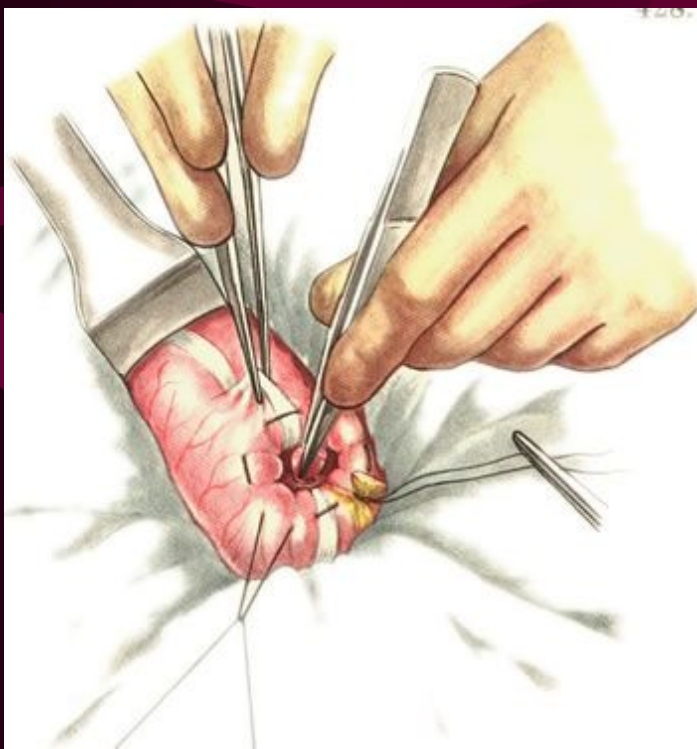
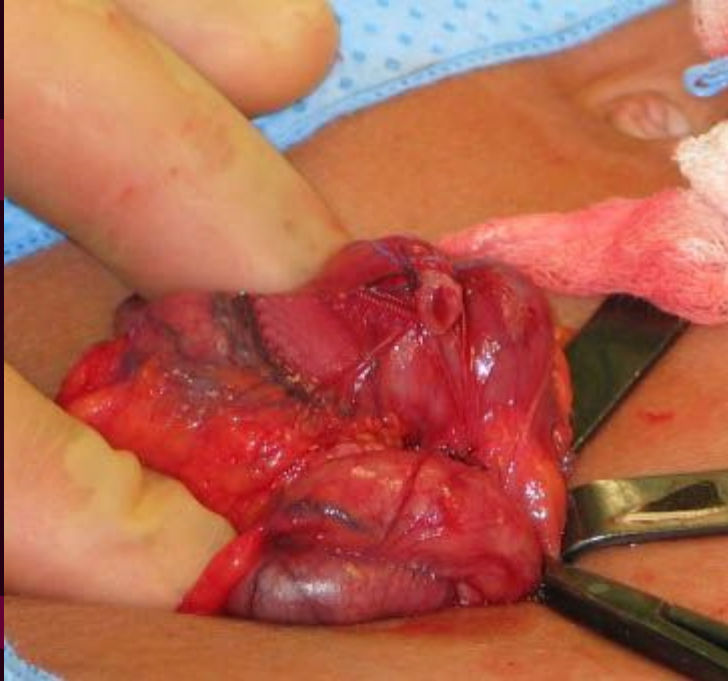


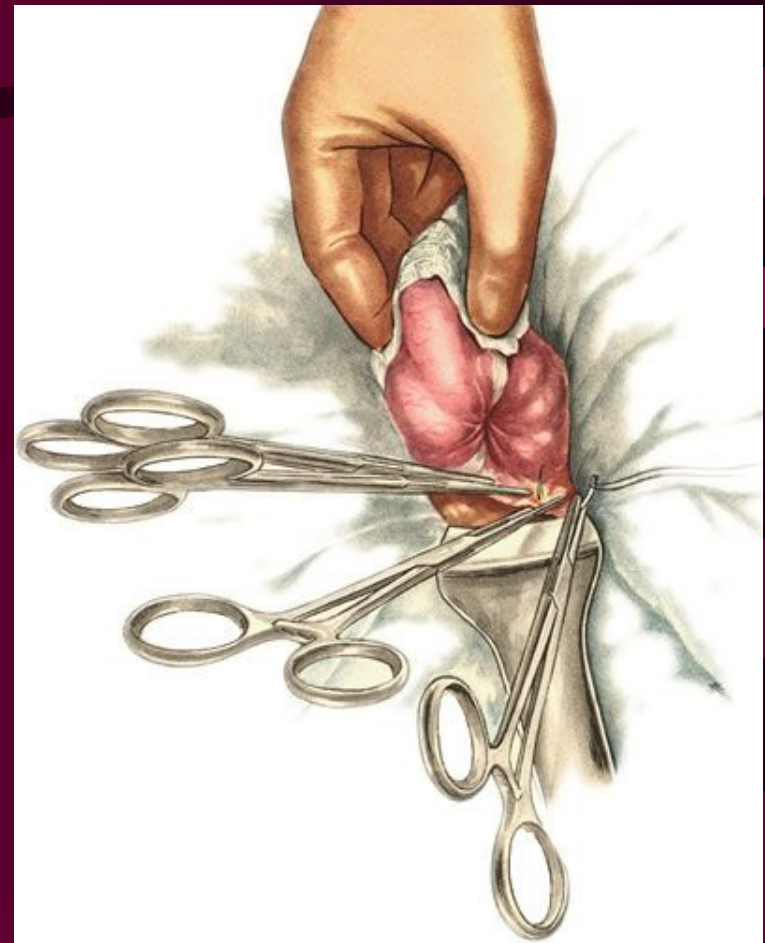
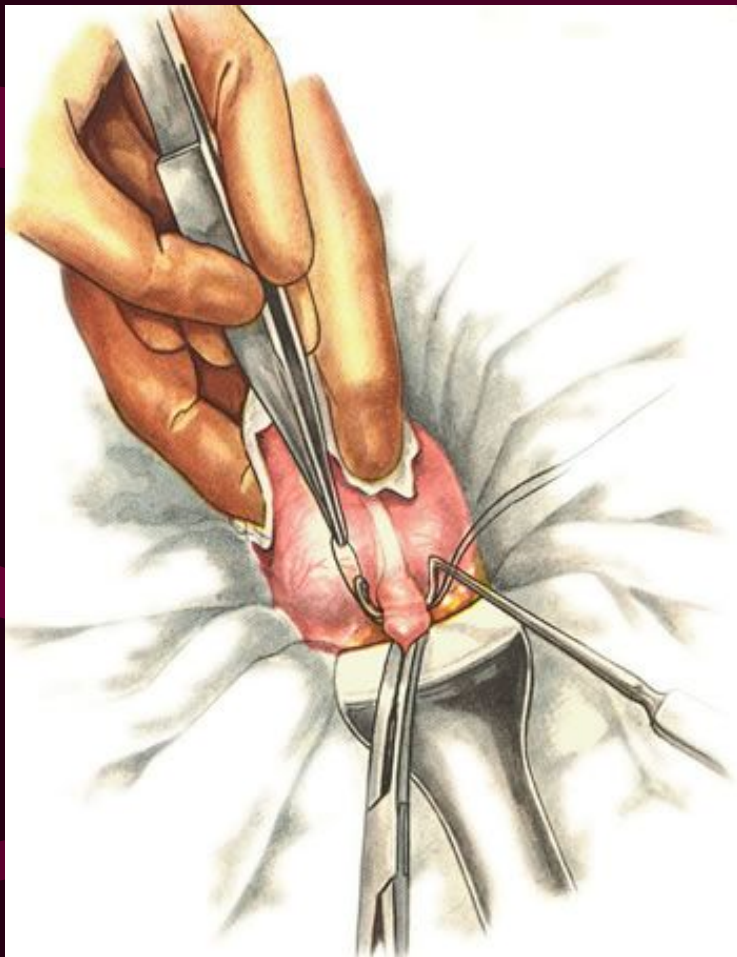
Перевязка
червеобразного
отростка.

Отсечение червеобразного отростка.



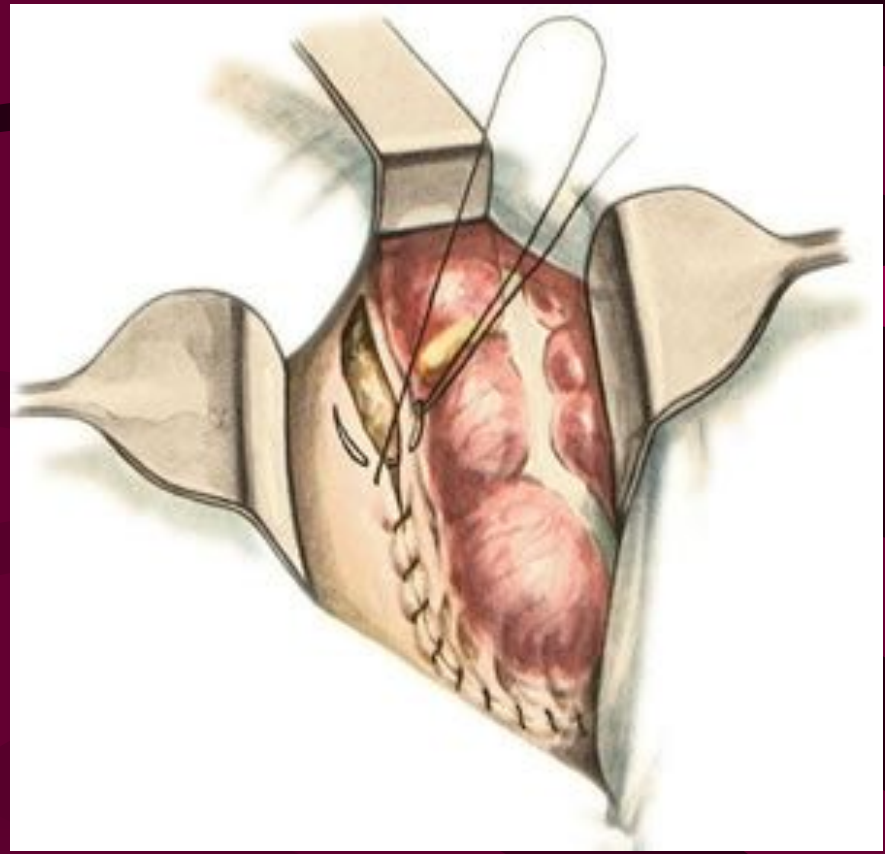
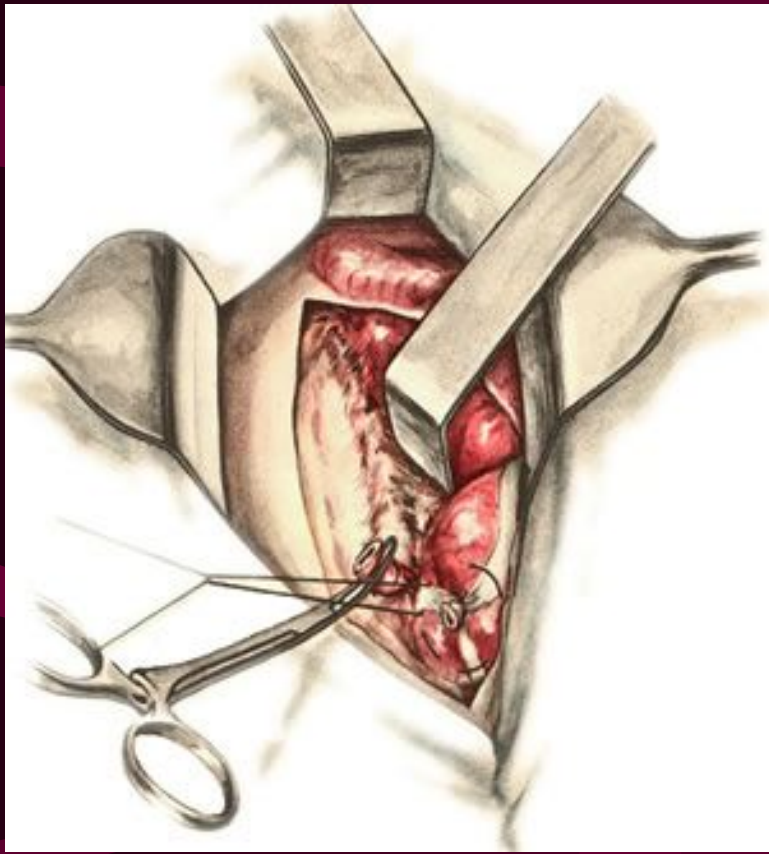
Погружение культи
червеобразного отростка
кисетным и Z-образным
швами.





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.

