

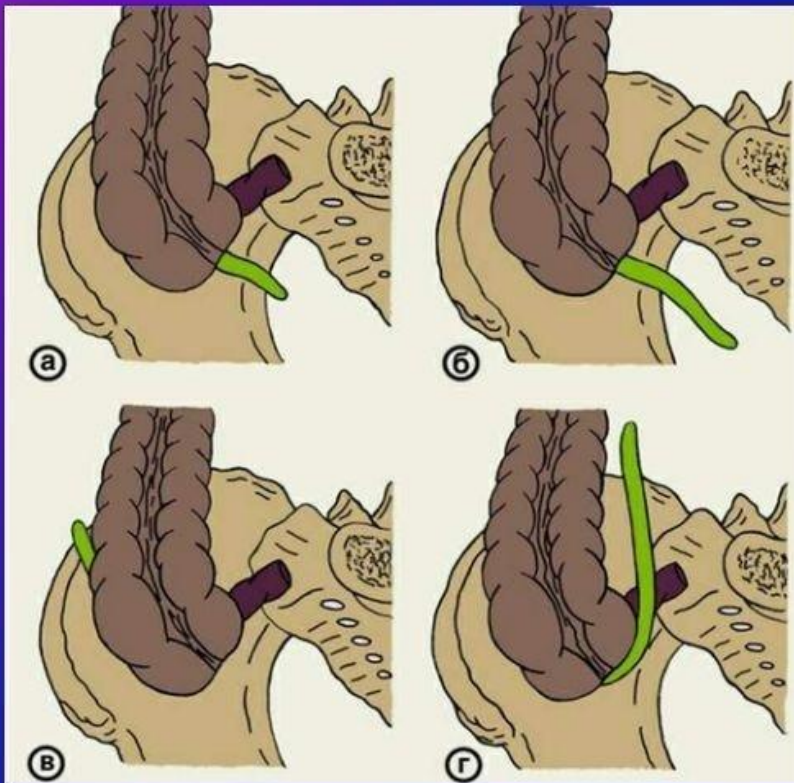
Атипичные формы острого
аппендицита
Современные методы
диагностики и оперативного
лечения ОА

Выполнил: студент
группы МЛ-502
Ахунов Ш.Ш.

Атипичные формы ОА

- Ретроцекальный аппендицит
- Тазовый острый аппендицит
- Подпеченочный аппендицит
- Левосторонний
- Острый аппендицит у детей
- Острый аппендицит у лиц пожилого возраста
- Острый аппендицит у беременных

Варианты расположения аппендикса



Варианты
расположения
аппендикса

а — медиальное
положение;

б — нисходящее (тазовое
положение);

в — восходящее
(ретроцекальное)
положение;

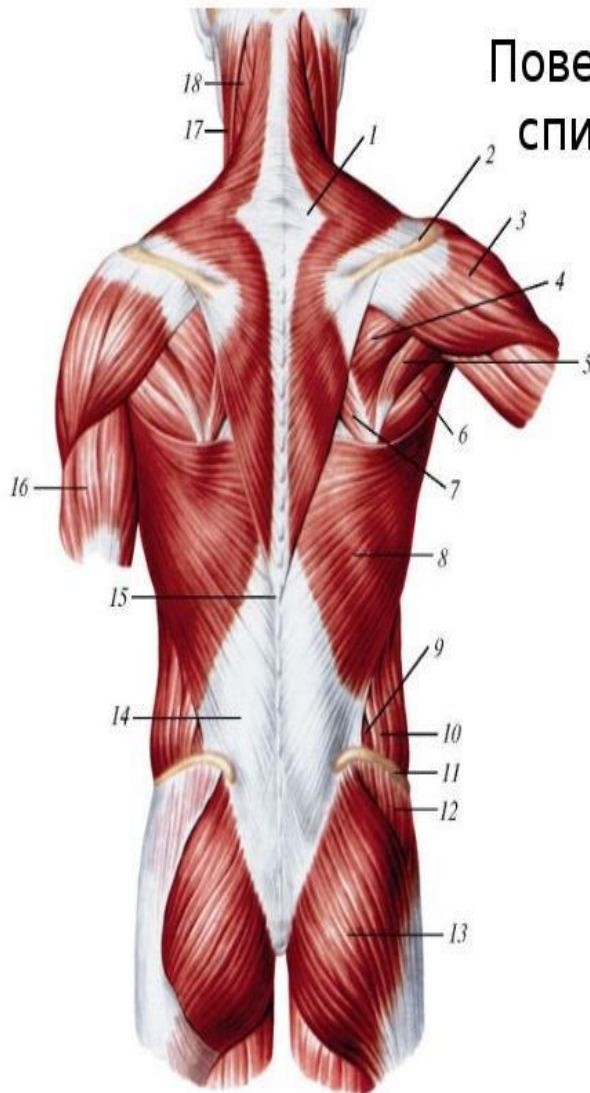
г — восходящее (переднее)
положение.

Ретроцекальное

расположение

- Частота расположения отростка позади слепой кишки 17%
- Отросток, как правило деформирован, с изгибами и в 20% находится полностью забрюшинно и в этом случае не имеет брыжейки
- Как и другие формы начинается с боли в эпигастральной области или по всему животу, в конце боли в поясничной области (и/или область правого латерального канала)
- Напряжение мышц в правой подвздошной области незначительно (т.к. прилежит к задней стенке БП) и обнаруживается напряжение мышц в правой поясничной области, а в треугольнике Пти – положительные симптомы Щеткина-Блюмберга и Образцова
- Воспалительный процесс быстро переходит на забрюшинную клетчатку, возникают деструктивные изменения; появляется сгибательная контрактура правого бедра, дизурия, в моче эритроциты (вовлечение в воспалительный процесс (ВП) мочеточника)

Треугольник Пти

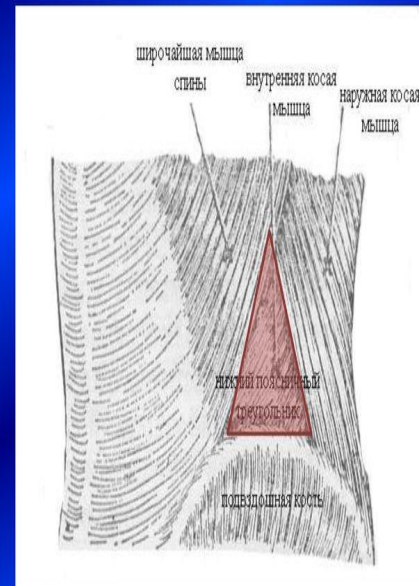


Поверхностные мышцы спины (первый слой)

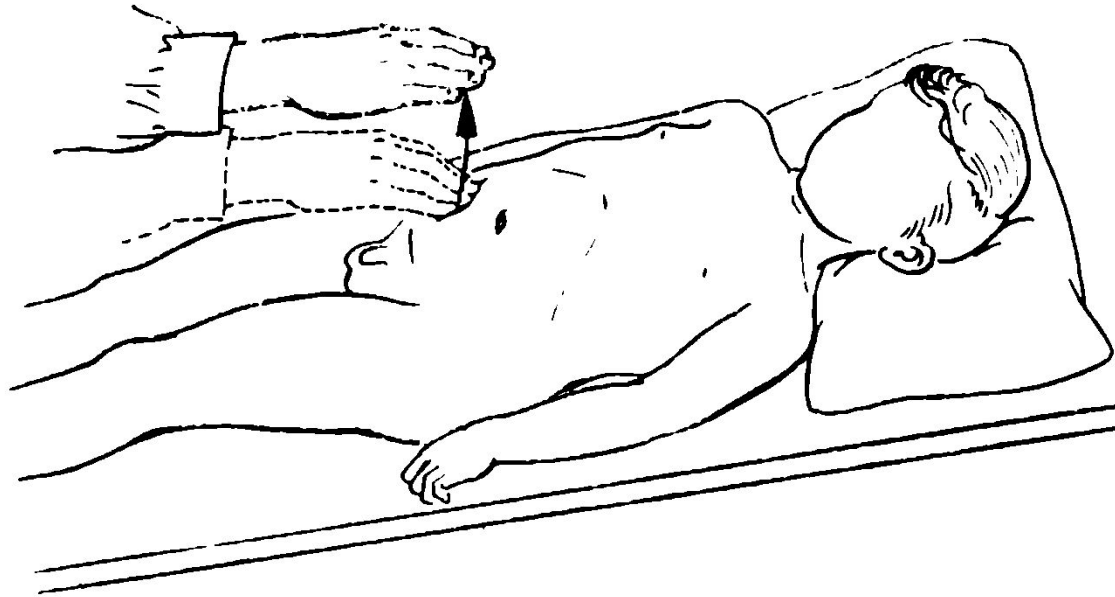
- 1 - трапециевидная мышца
- 2 - ость лопатки
- 3 - дельтовидная мышца
- 4 - подостная мышца
- 5 - малая круглая мышца
- 6 - большая круглая мышца
- 7 - большая ромбовидная мышца
- 8 - широчайшая мышца спины
- 9 - поясничный треугольник
- 10 - наружная косая мышца живота
- 11 - подвздошный гребень
- 12 - средняя ягодичная мышца
- 13 - большая ягодичная мышца
- 14 - апоневроз широчайшей мышцы спины
- 15 - остистый отросток XII грудного позвонка
- 16 - трехглавая мышца плеча
- 17 - грудино-ключично-сосцевидная мышца
- 18 - ременная мышца головы

Поясничный треугольник (треугольник Пти)

- m. latissimus dorsi
- m. obliquus externus abdominis
- crista iliaca



Симптом Щеткина-Блюмберга - резкое усиление боли в животе при быстром снятии пальпирующей руки с передней брюшной стенки после надавливания.



Симптом Образцова

Острый аппендицит.

Симптом Образцова.

Усиление болезненности при давлении на слепую кишку и одновременном поднимании пациентом выпрямленной в коленном суставе правой ноги.

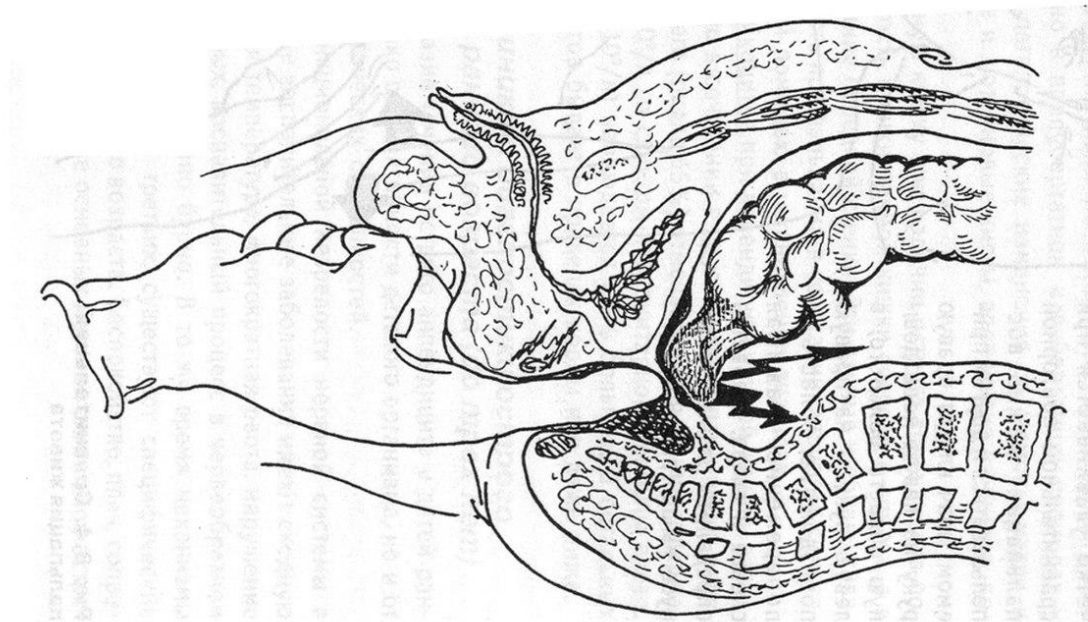


Р и с. 11. Симптом Образцова

Тазовый острый аппендицит

- Частота у мужчин 16% и у женщин 30%
- Начало типичное, спустя несколько часов боль локализуется над лобком или над паховой складкой справа
- Частый кашицеобразный стул со слизью и дизурия (в связи вовлечение ПК и МП)
- Напряжение мышц незначительно, другие симптомы типичные не характерны
- Болезненные зоны и наличие выпота в дугласовом пространстве и брюшной полости при вагинальном и ректальном исследованиях
- В связи с быстрым отграничением ВП температурная и лейкоцитарная реакция выражены слабее

Ректальное исследование при тазовом аппендиците



Подпеченочный аппендицит

- Наблюдается при высоком (подпеченочном) расположении отростка
- Боли в области правого подреберья, а появление в этой области напряжение мышц - клиника острого холецистита
- Также при ОХ, пальпируется увеличенный желчный пузырь

Левосторонний острый аппендицит

- Встречается редко – при обратном расположении внутренних органов либо при слишком мобильной слепой кишке, имеющей брыжейку
- Все типичные симптомы аппендицита наблюдаются в левой подвздошной области
-

Острый аппендицит у детей

- Анатомо-физиологические особенности
- Острое начало с резких или схваткообразных болей
- Многократная рвота и поносы
- Признаки интоксикации, высокая температура тела (до 40*С)
- «Болевые» симптомы и симптомы местного перитонита
- С-мы «подтягивания ножки» и «отталкивания руки»

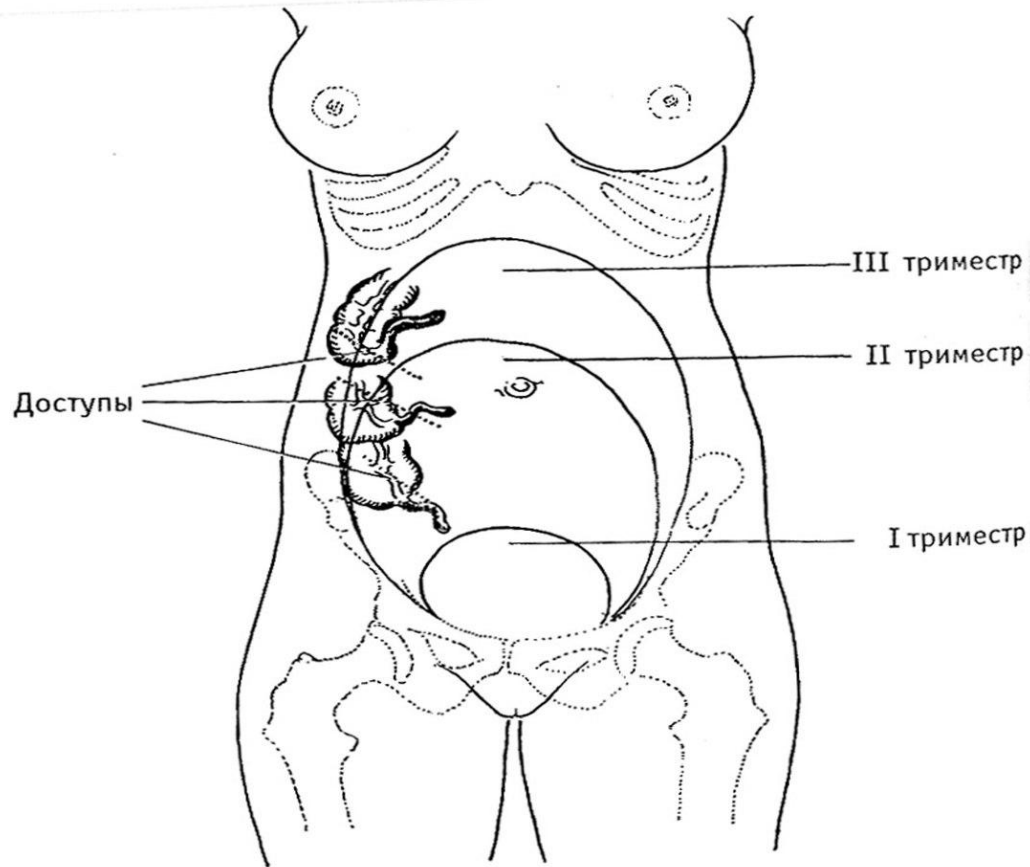
Острый аппендицит у лиц пожилого возраста

- Стертое течение, слабая клиника
- Преобладание деструктивных форм (первично-гангренозный аппендицит – отсутствие катаральной и флегмонозной стадии воспаления при атеросклерозе или тромбозе аппендикулярной артерии)
- Позднее появление «болевого» симптомов и признаков перитонита.

Острый аппендицит у беременных

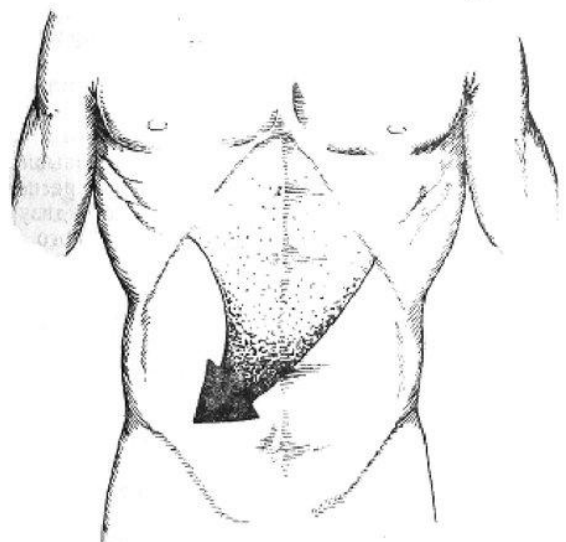
- Клиника в первой половине не отличается
- Особенности в клинике при сроке беременности более 20 недель
- Положительные симптомы Кохера-Волковича, Бартомье-Михельсона, Воскресенского и Щеткина-Блюмберга
- Скучная местная симптоматика
- Отсутствие или слабое локальное мышечное напряжение
- Позднее выявление симптомов перитонита
- Изменение локализации и зоны болей в разные сроки беременности (из-за смещения слепой кишки и отростка увеличенной маткой)
- Все беременные с острым аппендицитом подлежат хирургическому лечению

Доступы от срока беременности

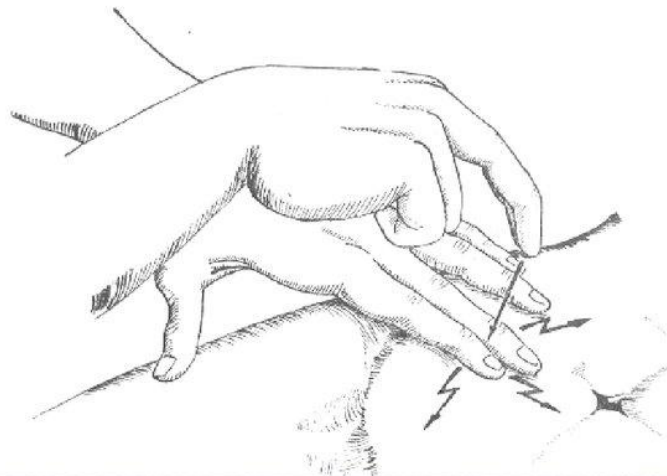


Симптом Кохера-Волковича

Симптом
Кохера

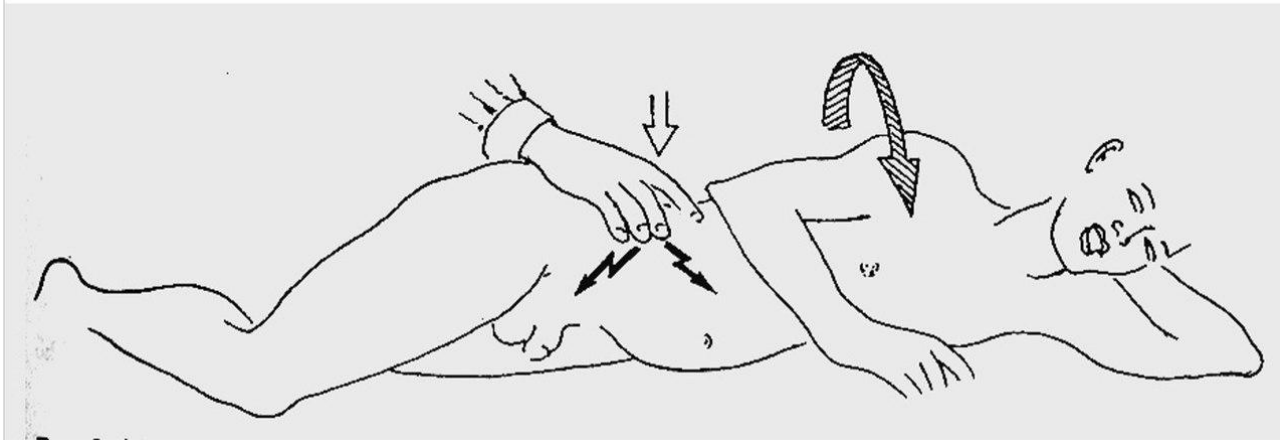


Симптом
Раздольского



Симптом Бартомье-Михельсона

**Симптом Бартомье-Михельсона –
усиление болезненности при
пальпации правой подвздошной
области в положении больного на
левом боку**



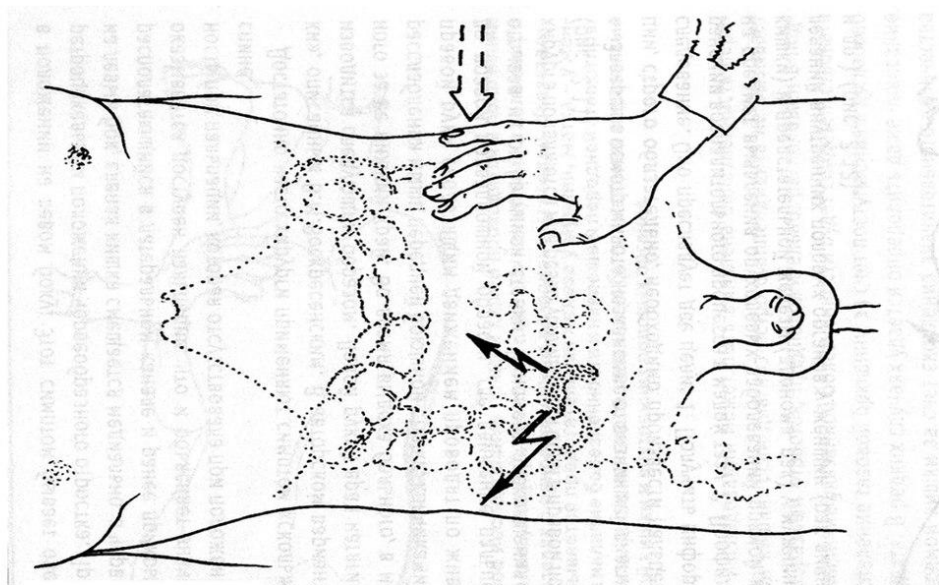
Симптом Воскресенского

Симптом Воскресенского - врач, располагаясь справа от больного, левой рукой натягивает его рубашку, а правой производит по ней скольжение кончиками пальцев от подложечной области по направлению к правой подвздошной. В конце скольжения больной ощущает резкую боль (симптом считается положительным).



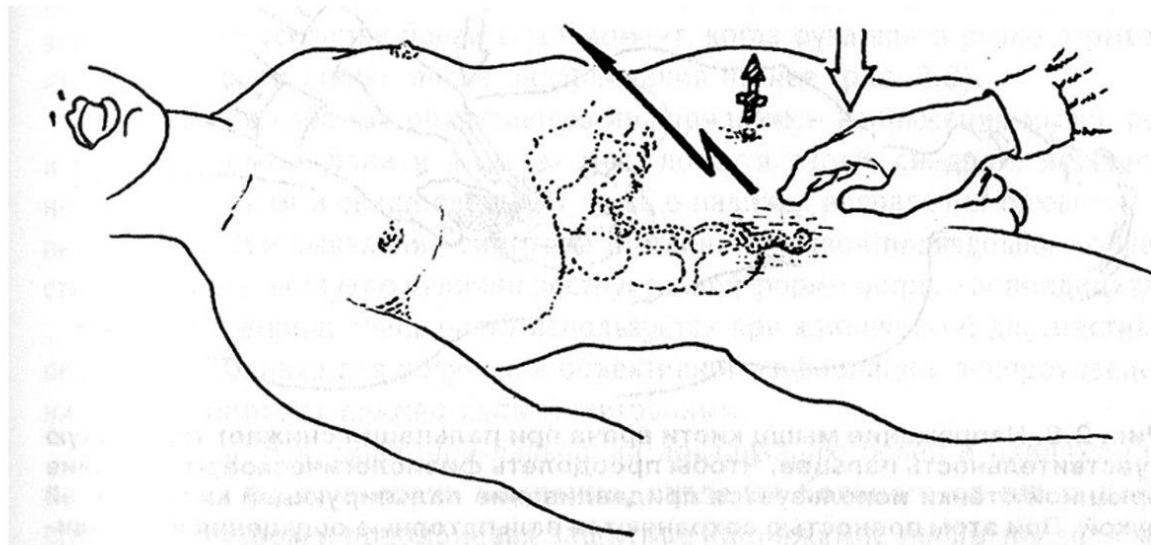
Другие симптомы при диагностике ОА

**Симптом Ровзинга – болезненность в
правой подвздошной области при
толчкообразных движениях рукой в
проекции сигмы**



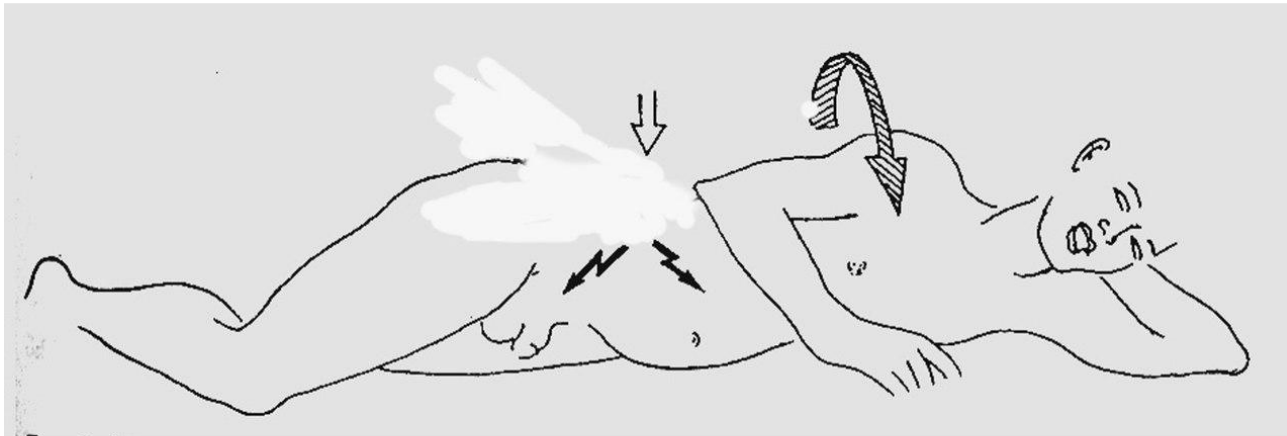
Другие симптомы при диагностике ОА

**Симптом Мондора – болезненность
при пальпации в правой подвздошной
области**



Другие симптомы при диагностике ОА

Симптом Ситковского – усиление болей в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок



ДИАГНОСТИКА

- **Анамнез и обследование:** обще-клинические: термометрия, исследование ЧСС (пульса), АД, температуры тела, ЭКГ (всем пациентам старше 40 лет, а также при наличии клинических показаний),
- **Лабораторная диагностика**
- **Шкала Альварадо**
- **Специальные исследования:** пальцевое исследование прямой кишки, вагинальное исследование (осмотр гинекологом) женщин, УЗИ брюшной полости, КТ и МРТ брюшной полости, рентгенография легких, экскреторная урография, ФГДС и диагностическая лапароскопия— по клиническим показаниям.

Шкала Альварадо

ПРИЗНАКИ	
Болезненность в правой подвздошной области	+2
Повышение температуры $>37,3^{\circ}\text{C}$	+1
Симптом Щеткина	+1
СИМПТОМЫ	
Миграция боли в правую подвздошную область (симптом Кохера)	+1
Потеря аппетита	+1
Тошнота / рвота	+1
ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ	
Лейкоцитоз $> 10 \times 10^9/\text{л}^2$	+2
Сдвиг лейкоцитарной формулы влево (нейтрофилов $> 75\%$)	+1
Всего	10

Шкала Альварадо

Оценка данных:

МЕНЕЕ 5 БАЛЛОВ	острый аппендицит маловероятен
5-6 БАЛЛОВ	острый аппендицит возможен и пациент нуждается в наблюдении
7-8 БАЛЛОВ	острый аппендицит вероятен
9-10 БАЛЛОВ	острый аппендицит имеется и пациенту требуется экстренное хирургическое вмешательство.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ

Показания:

1. Подозрение на острый аппендицит.
2. Наличие острого аппендицита (для выполнения лапароскопической аппендэктомии при наличии оборудования и подготовленной бригады)

Противопоказания:

1. Выраженное снижение функций дыхания.
2. Выраженное снижение функции кровообращения (снижение систолического АД ниже 100 мм рт столба, снижение фракции выброса по данным ЭХО КГ менее 40)
3. Перитонит с выраженным парезом ЖКТ (наличие компартмент-синдрома, резкое вздутие живота).
4. Невозможность установки первого троакара из-за спаечного процесса брюшной полости.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ

- Выполняется под общим обезболиванием
- Оптимальная точка введения 1-ого троакара – сразу над пупком.
- необходим послойный доступ в брюшную полость, вскрытие париетальной брюшины под контролем зрения.
- косвенные признаки острого аппендицита: гиперемия париетальной и висцеральной брюшины в правой подвздошной области, светлый или мутный выпот в правой подвздошной ямке, в малом тазу, по правому латеральному каналу.

Определение показаний к аппендэктомии во время лапароскопии.

- При визуализации ЧО: макроскопические признаки деструктивных форм ОА: утолщение диаметра ЧО и его ригидность, гиперемия или багровый цвет отростка, наложения фибрина, перфорация ЧО.
- При выявлении деструктивного аппендицита предпочтительнее трансформировать диагностическую лапароскопию в лапароскопическую аппендэктомию

Определение показаний к аппендэктомии во время лапароскопии.

- Если отмечается только лишь инъекция сосудов ЧО при отсутствии других признаков деструктивного воспаления, то ключевым методом определения ригидности ЧО отростка является его пальпация браншами инструмента и «вывешивание» на инструменте. Если ЧО не свисает на инструменте «симптом карандаша «+»», то необходимо расценивать это как флегмонозный аппендицит и выполнять аппендэктомию, если же имеется свободное свисание на инструменте «симптом карандаша «-»», то необходимо отказаться от аппендэктомии и выполнить дальнейшую ревизию органов брюшной полости, малого таза, лимфоузлов брыжейки тонкой кишки (вирусная лимфаденопатия, онкология, туберкулез и т.д.).

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА.

- Антеградная (типичная) – когда отросток свободно выводится в рану
- Ретроградная – когда верхушка отростка в рану не выводится
- Видеоэндоскопическая

Доступы

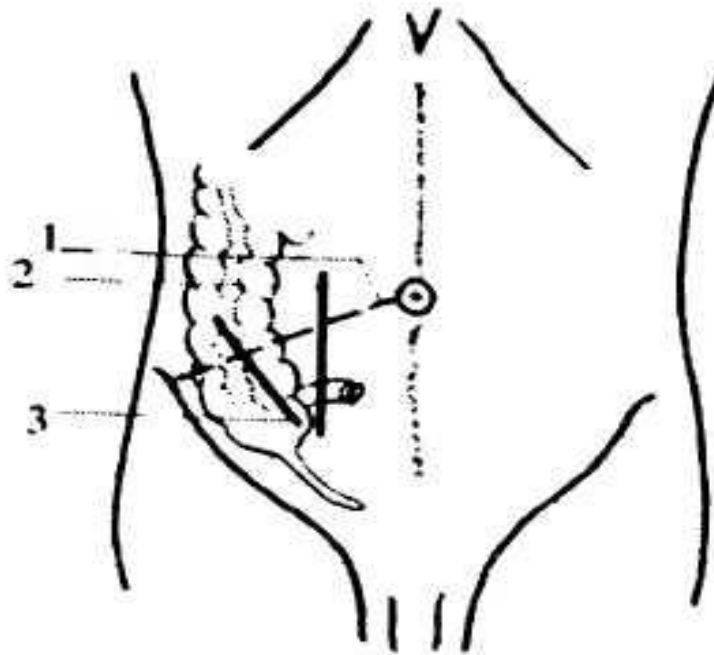
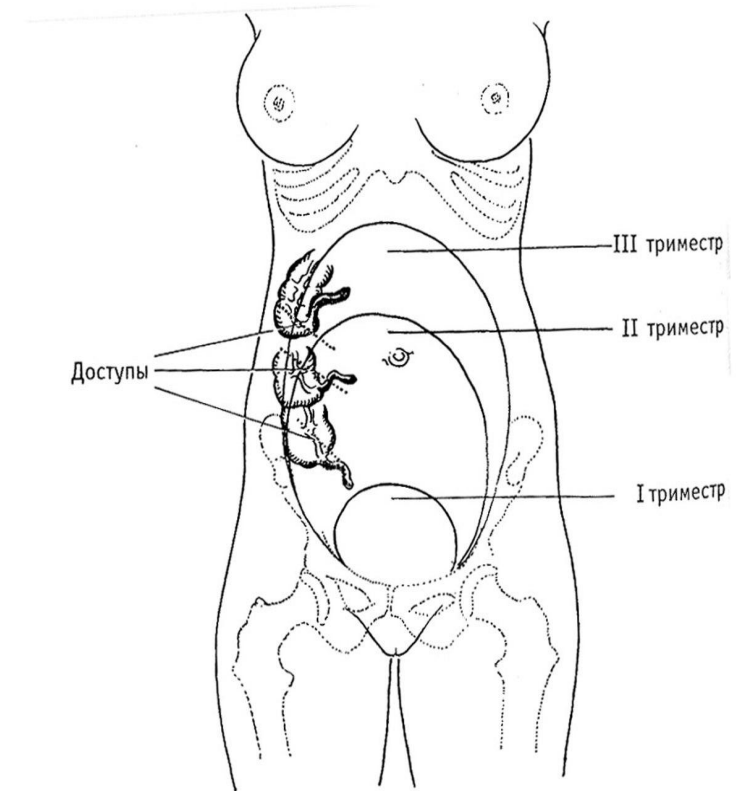
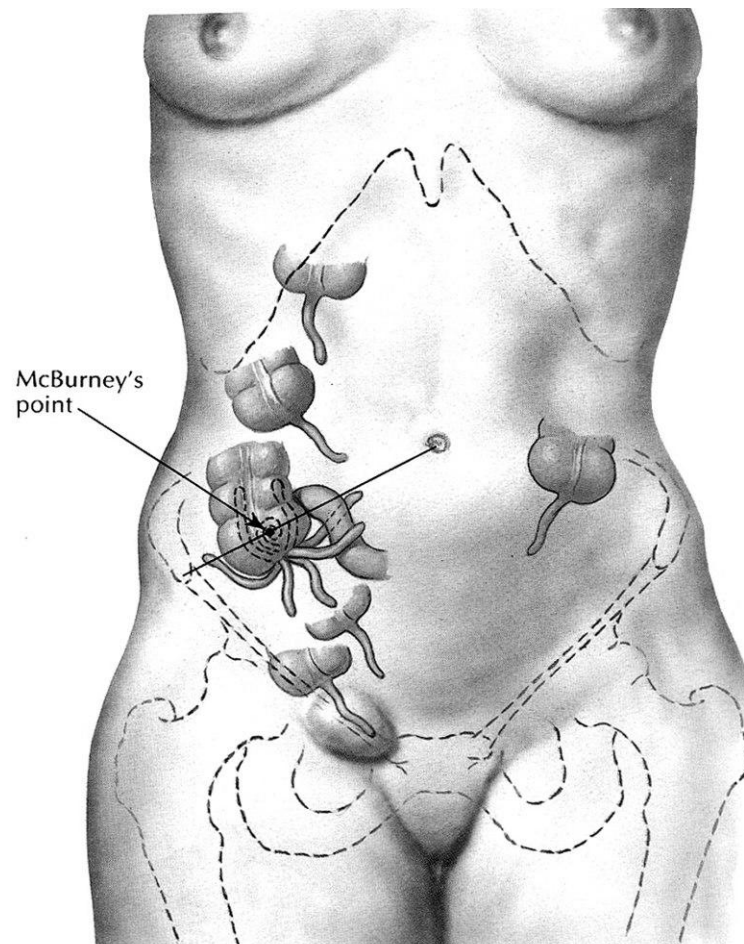
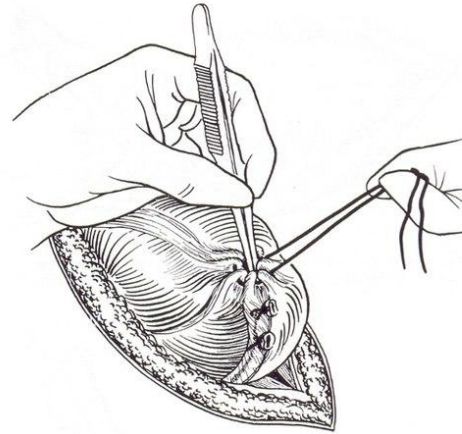
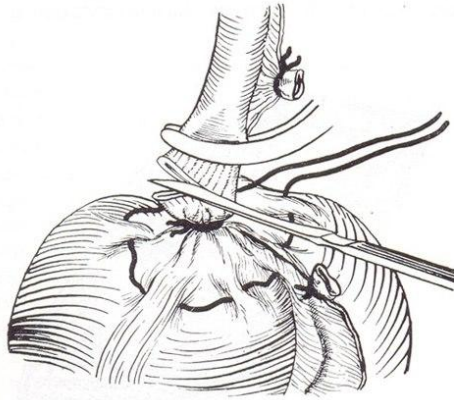
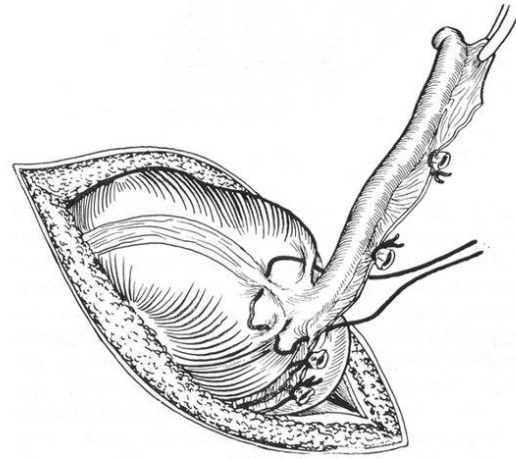
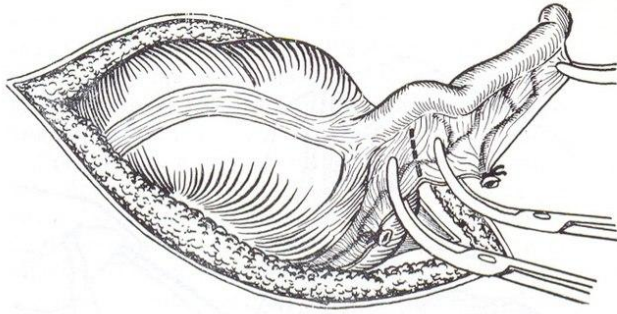


Рис. 20. Разрезы передней брюшной стенки для доступа к червеобразному отростку:
1 - линия McBurney; 2 - разрез Lapandey; 3 - разрез Волковича Дьяконова



Доступ McBurney





ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

- **Острый аппендицит –показание к экстренной операции.**
- Противопоказания к аппендэктомии:
- **Аппендикулярный инфильтрат**, выявленный до операции (показано консервативное лечение).
- **Плотный неразделимый инфильтрат**, выявленный интраоперационно (показано консервативное лечение)..
- **Периаппендикулярный абсцесс**, выявленный до операции без признаков прорыва в брюшную полость (показано перкутанное дренирование полости абсцесса, при отсутствии технической возможности – вскрытие абсцесса внебрюшинным доступом).
- **Периаппендикулярный абсцесс**, выявленный интраоперационно при наличии плотного неразделимого аппендикулярного инфильтрата.
- Крайняя тяжесть больного (снижение систолического АД ниже 100 мм рт ст)

Спасибо за внимание!!!

