

«Чтобы выразить свою мысль в
нескольких словах, я заявляю, что ни один
больной не должен умереть от острого
аппендицита»

Жорж Дьелафуа

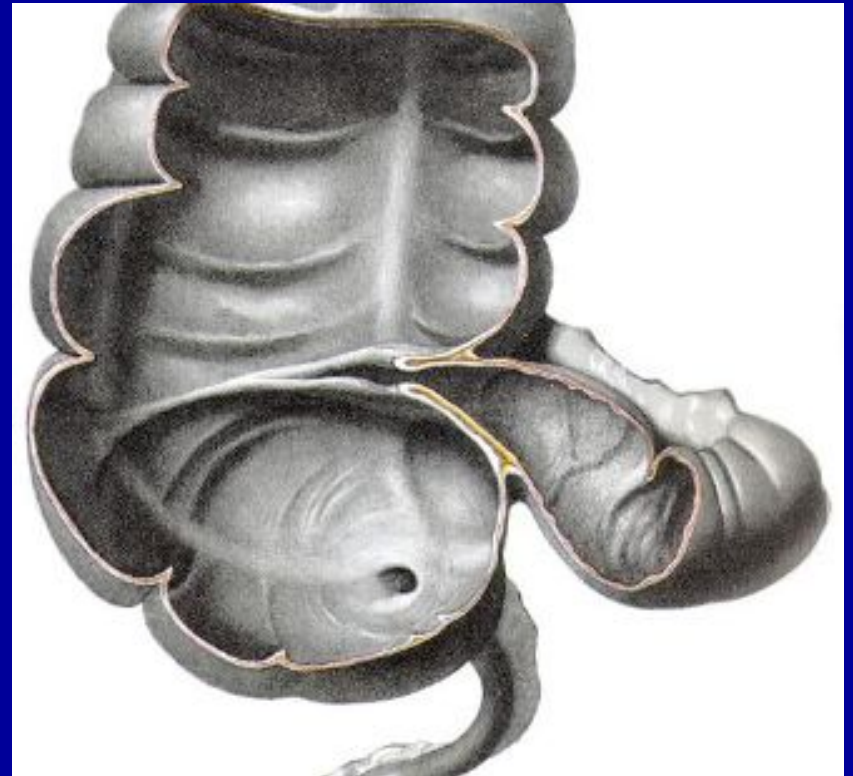
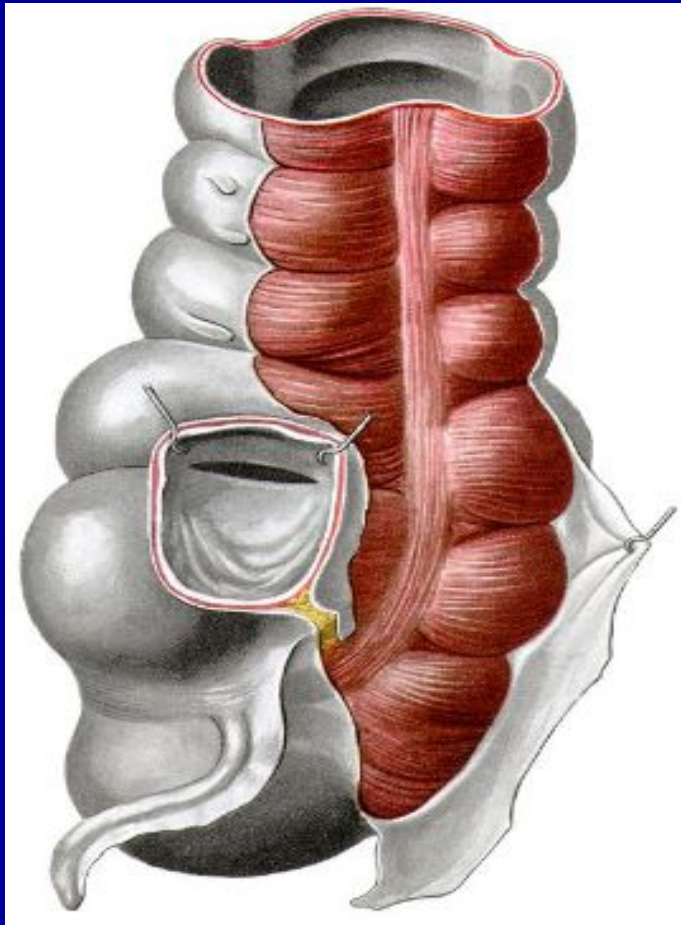
АППЕНДИЦИТ

Кафедра госпитальной хирургии
ГОУ ВПО «РязГМУ им. акад. И.П.
Павлова» Минсоцздрава РФ

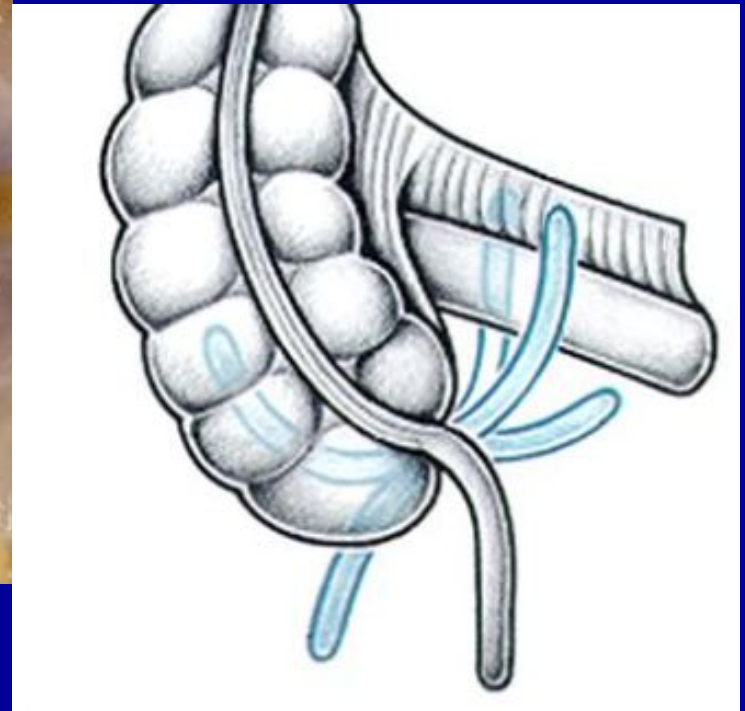
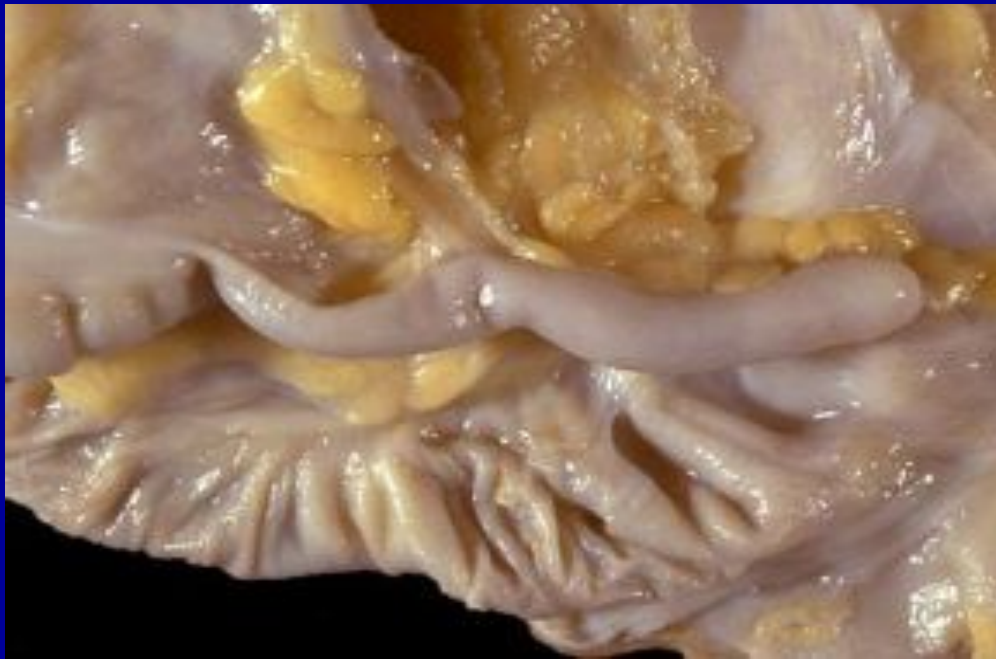
Немного цифр

- Заболеваемость ОА – около 40 на 10 000 населения (США, Европа, Россия)
- Летальность при ОА:
 - - если оперировать 0,1-0,2%
 - - без операции и антибиотикотерапии около 10%
- Частота в структуре экстренной абдоминальной патологии - 50-70% (в последние годы снижается)
- Частота п/о осложнений - около 10-20%
- Наиболее частое осложнение п/о периода - нагноение раны – 5-10%, наиболее грозное - перитонит
- Атипичная клиническая картина - у каждого третьего
- Соотношение мужчины:женщины 1:1,7
- Удаление неизмененного отростка - у 1 из 5 больных с клиникой ОА
- Максимальная длина червеобразного отростка (из книги биологических рекордов Гиннеса) - 40 см.

Анатомия слепой кишки и червеобразного отростка



Неизменный аппендикс. Варианты расположения



ИСТОРИЯ ВОПРОСА

- **1828** год – французский врач Meüer впервые правильно оценил значение тех изменений, которые находили в червеобразном отростке. Господствовала теория «перитифлита», предложенная Гийомом Дюпюитреном.
- **1884** год первая аппендэктомия (Mahomed (Англия)– удален аппендикс предбрюшинным доступом. Kronlain (Германия) – аппендэктомия из срединного доступа у юноши 17 лет с перитонитом 3 дневной давности. Иоганн Микулич также выполнил аппендэктомию в Кракове. Все трое больных умерли в раннем послеоперационном периоде.
- **1886** год – патоморфолог из Гарварда Reginald H. Fitz предложил термин «аппендицит», принятый лишь в 1890 году специальной комиссией американских врачей, избранной для изучения вопроса о перитифлите.
- **1887** год американец Т. Morton - первая успешная аппендэктомия при аппендикулярном абсцессе.
- **1890** год – первая успешная аппендэктомия в России выполнена А. А. Трояновым в Петербурге, в Обуховской больнице.
- **1934** год – И.И. Джанелидзе (Всероссийская конференция в Ленинграде приняла постановление о необходимости ранней операции при всех стадиях острого аппендицита.
- **1983** год первая лапароскопическая аппендэктомия (гинеколог Semm из Кильского университета, Германия).

В чем проблема?

- отсутствие четкого представления о патогенезе аппендицита
- нет однозначности в классификации форм и стадий (целесообразность стадирования вообще?) аппендицита
- самые современные методы лабораторной и инструментальной диагностики «нельзя признать великолепными»
- спорными остаются выбор сроков (продолжительность наблюдения в неясных случаях) и метода оперативного лечения, возможность излечения интенсивной антибиотикотерапией, предпринятой в ранние сроки развития инфекции (неосложненный аппендицит)
- показания к дренированию брюшной полости и антибиотикопрофилактика п/о раневой инфекции

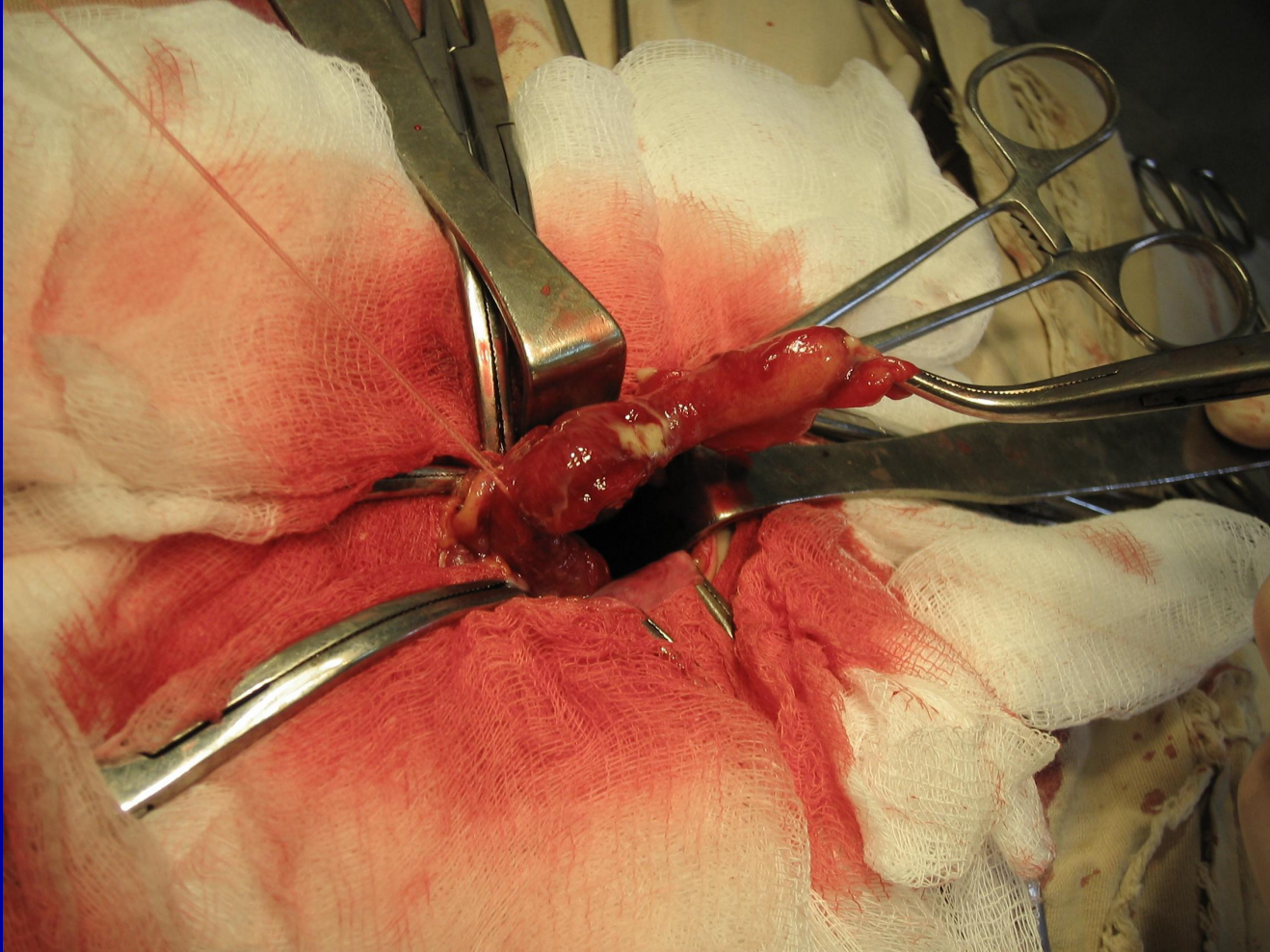
ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- **АППЕНДИЦИТ** (вермикулит) R. Fitz, 1886 г.— неспецифическое инфекционное заболевание с **изначальным вовлечением в экссудативный гнойно-воспалительный процесс (по типу флегмоны) подслизистого слоя червеобразного отростка с тенденцией к некрозу стенки аппендикса и распространению воспаления на окружающие органы и ткани.**

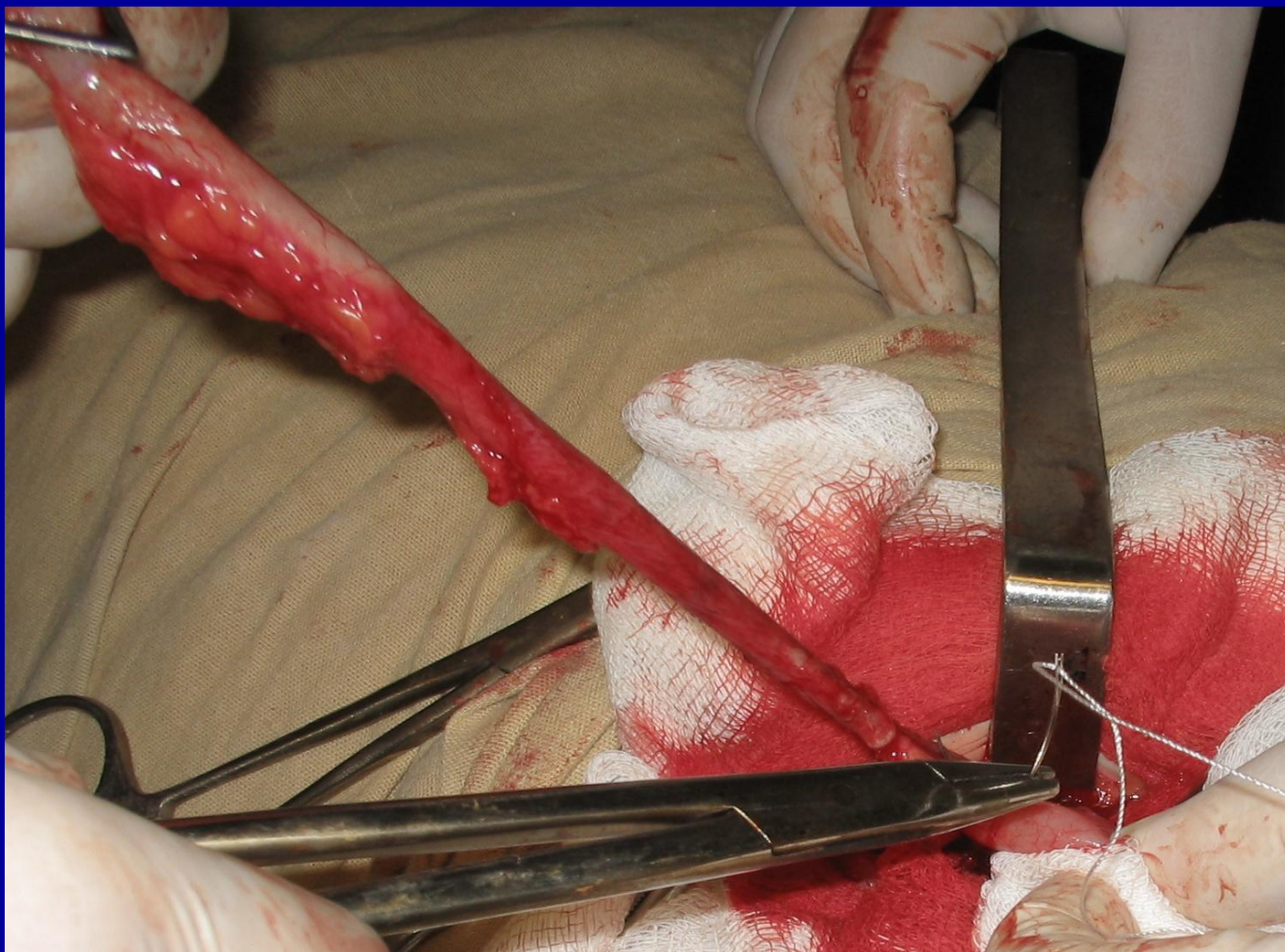
Классификация аппендицита

- **Флегмонозный**
- **Гангренозный**
- **Осложненный аппендицит:**
 - инфильтрат
 - абсцесс (с указанием локализации)
 - гнойный перитонит

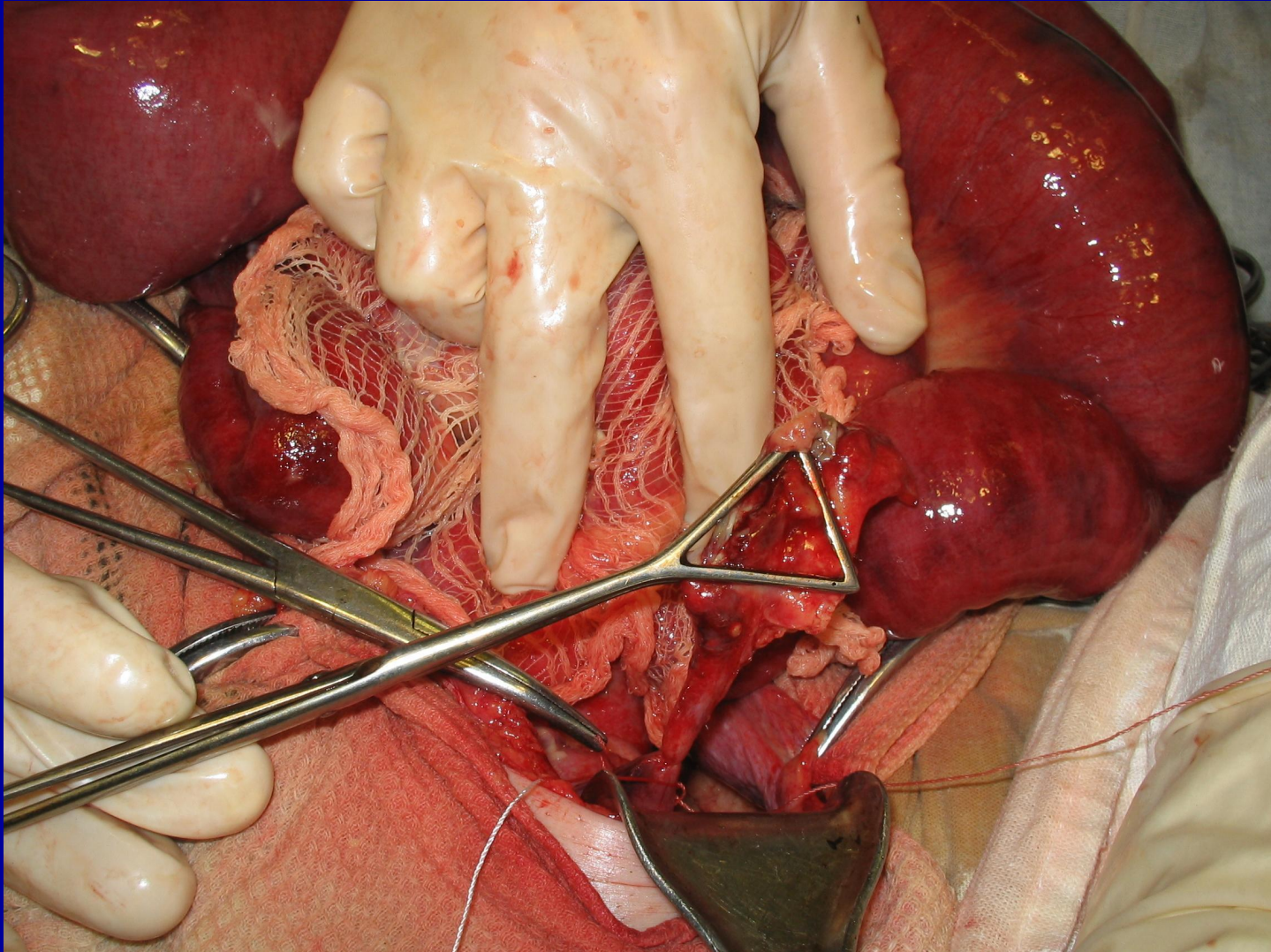
Флегмонозный аппендицит



«Катаральный» аппендицит



Флегмонозный аппендицит □ инфильтрат □ ОКН



Классификация аппендикулярных абсцессов

- **Внутрибрюшинные пристеночные:**
 - подвздошный
 - поясничный
 - подпеченочный
 - тазовый
- **Внутрибрюшинный медиальный (межпетлевой)**
- **Внутрибрыжеечный абсцесс (ретроилиакальное расположение отростка)**
- **Забрюшинный ретроцекальный абсцесс (при забрюшинном ретроцекальном расположении червеобразного отростка)**

ДИАГНОСТИКА

- **Синдром мезентериолита (10-15%)** – напоминает пищевую токсикоинфекцию, острый панкреатит, обострение язвенной болезни
- Интенсивная постоянная нарастающая в процессе наблюдения, **локализованная** боль в правой подвздошной (правой боковой) области живота
- Выраженная стойкая болезненность при глубокой пальпации даже при отрицательных симптомах отдергивания руки и отсутствии напряжения мышц живота

Показания к дополнительным методам исследования

- когда подозревается аппендикулярный инфильтрат или абсцесс
- когда исключение другой, терапевтической патологии, играет решающее значение для больного (напр., нейтропенический энтероколит у больного с иммуносупрессией, выраженном ожирении)
- или небезразлично для врача (боль в животе у больного со СПИД, вирусным гепатитом, RW +++)

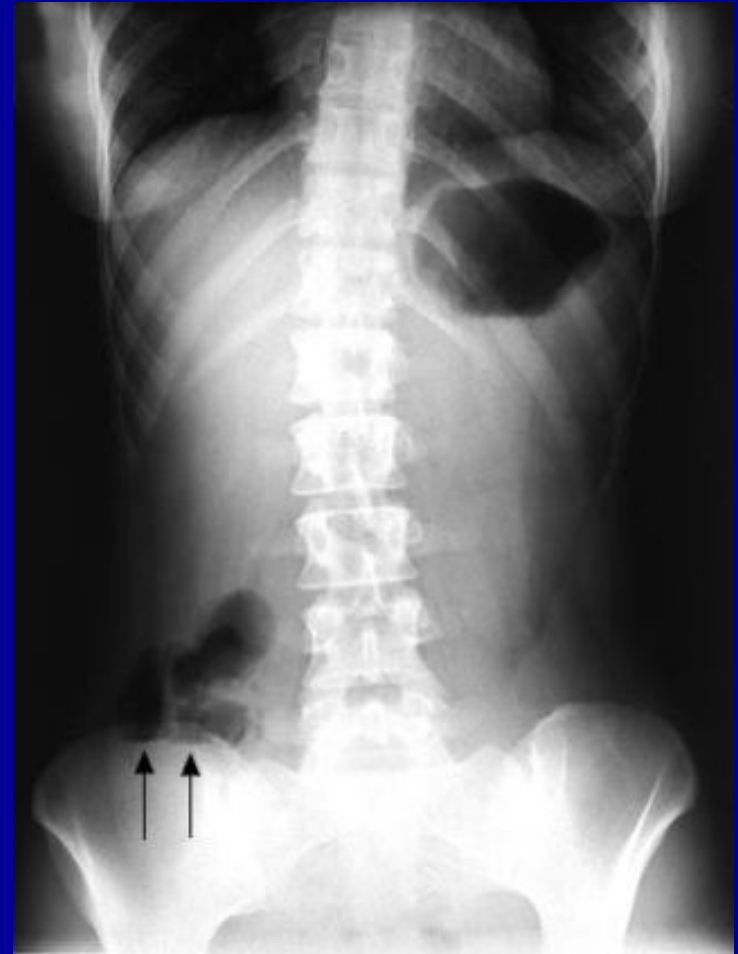
УЗИ. КТ

- Увеличение диаметра отростка до 1-1,5 см, эхонегативные включения парааппендикулярно



ИРРИГОСКОПИЯ

- Горизонтальные уровни в правой подвздошной области

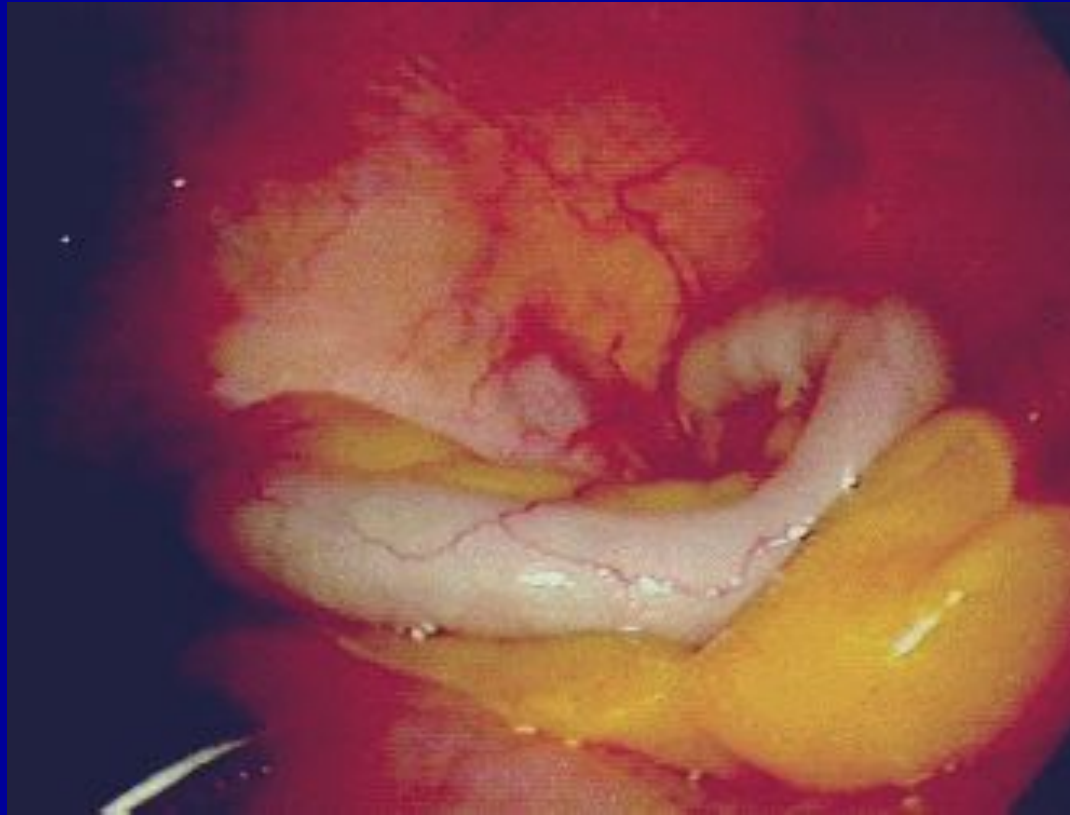


ИРРИГОСКОПИЯ

- Утолщение стенки слепой кишки и заполнение газом подвздошной кишки в правом нижнем квадранте

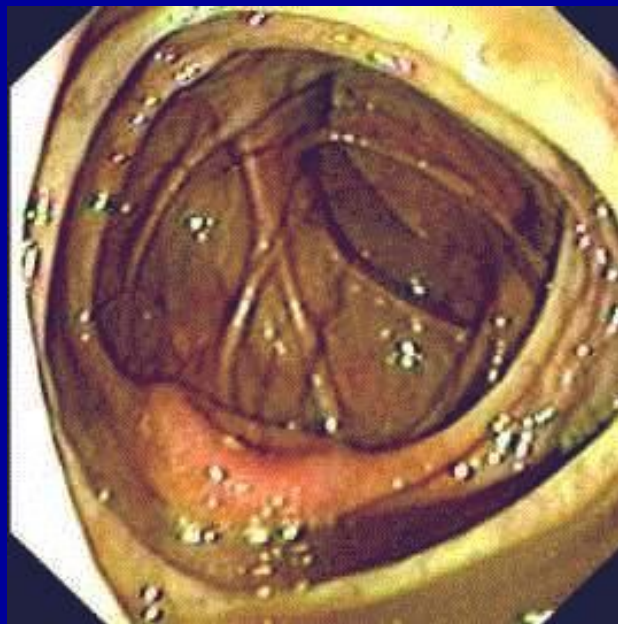
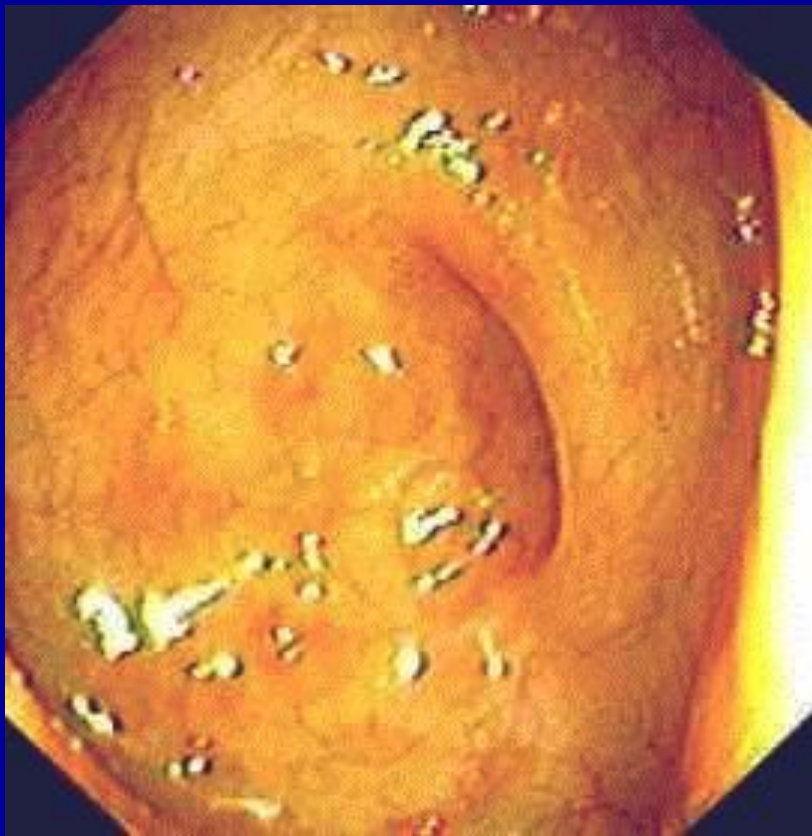


ЛАПАРОСКОПИЯ



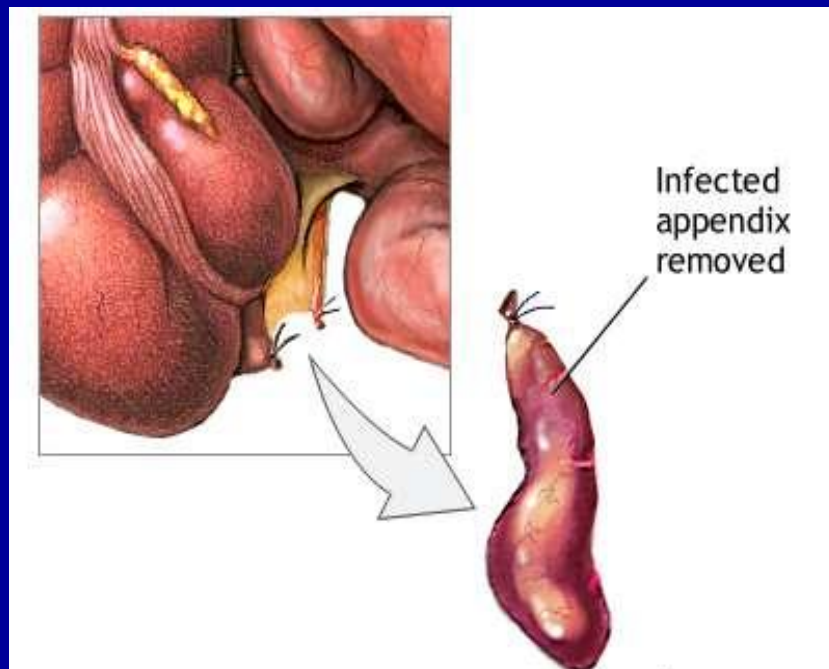
- Лапароскопическая картина неизмененного червеобразного отростка

КОЛОНОСКОПИЯ



Дифференциальная диагностика

- Грыжевой аппендицит
- «Appendicitis epiplonica»
- 6 групп гинекологической патологии:
 - - сопровождающейся *гемоперитонеумом* (апоплексия яичников, внематочная беременность, разрыв венозных сплетений связочного аппарата придатков матки во время менструации, так называемый «заброс крови через маточные трубы»)
 - - *гидроперитонеумом* (разрыв кист яичника, Граафова пузырька, пузырчатых привесков (*appendices vesiculosae*))
 - - острая ишемия матки или ее придатков (перекруты связок, узлов матки)
 - - аднекситы (помнить о пиосальпинксе, требующем срочного оперативного лечения)
 - - пельвиоперитониты (специфические и нет).
 - - функциональные боли (альгодисменорея)
- Аппендикс «Valentino»



- При разумном подходе 1 или 2 из 10 удаленных червеобразных отростков будут нормальными («голубыми»). Если их будет больше, то Вы – «КОВБОЙ», если меньше – Вы ОПАСНО БЛАГОРАЗУМНЫ (М. Шейн)

литература

- Andersson RE, Hugander A, Ravn H: Repeated clinical and laboratory examinations in patients with an equivocal diagnosis of appendicitis. *World J Surg* 2000 Apr; 24(4): 479-85; discussion 485[[Medline](#)].
- Azaro EM, Amaral PC, Ettinger JE: Laparoscopic versus open appendectomy: a comparative study. *JLS* 1999 Oct-Dec; 3(4): 279-83[[Medline](#)].
- Carr NJ: The pathology of acute appendicitis. *Ann Diagn Pathol* 2000 Feb; 4(1): 46-58[[Medline](#)].
- Ciani S, Chuauqui B: Histological features of resolving acute, non-complicated phlegmonous appendicitis. *Pathol Res Pract* 2000; 196(2): 89-93[[Medline](#)].
- Craig S: Appendicitis, Acute. *eMedicine Journal* [serial online]. 2001; Available at: <http://www.emedicine.com/emerg/topic41.htm>[[Full Text](#)].
- Freedman SN: The role of barium enema in detecting colorectal disease. A radiologist's perspective. *Postgrad Med* 1992 Sep 1; 92(3): 245-51[[Medline](#)].
- Friedell ML, Perez-Izquierdo M: Is there a role for interval appendectomy in the management of acute appendicitis? *Am Surg* 2000 Dec; 66(12): 1158-62[[Medline](#)].
- Giamarellou H: Anaerobic infection therapy. *Int J Antimicrob Agents* 2000 Nov; 16(3): 341-6[[Medline](#)].
- Govani RV: Prenatal perforated appendicitis. *J Indian Med Assoc* 1996 Feb; 94(2): 83[[Medline](#)].
- Graffeo CS, Counselman FL: Appendicitis. *Emerg Med Clin North Am* 1996 Nov; 14(4): 653-71[[Medline](#)].
- Guss DA, Richards C: Comparison of men and women presenting to an ED with acute appendicitis. *Am J Emerg Med* 2000 Jul; 18(4): 372-5[[Medline](#)].
- Hopkins JA, Wilson SE, Bobey DG: Adjunctive antimicrobial therapy for complicated appendicitis: bacterial overkill by combination therapy. *World J Surg* 1994 Nov-Dec; 18(6): 933-8[[Medline](#)].
- Horton MD, Counter SF, Florence MG: A prospective trial of computed tomography and ultrasonography for diagnosing appendicitis in the atypical patient. *Am J Surg* 2000 May; 179(5): 379-81[[Medline](#)].
- Koch A, Zippel R, Marusch F: Prospective multicenter study of antibiotic prophylaxis in operative treatment of appendicitis. *Dig Surg* 2000; 17(4): 370-8[[Medline](#)].
- Korner H, Soreide JA, Pedersen EJ: Stability in Incidence of Acute Appendicitis. a population-based longitudinal study. *Dig Surg* 2001; 18(1): 61-6[[Medline](#)].
- Korner H, Sondenaa K, Soreide JA: The history is important in patients with suspected acute appendicitis. *Dig Surg* 2000; 17(4): 364-8; discussion 368-9[[Medline](#)].
- Kraemer M, Franke C, Ohmann C: Acute appendicitis in late adulthood: incidence, presentation, and outcome. Results of a prospective multicenter acute abdominal pain study and a review of the literature. *Langenbecks Arch Surg* 2000 Nov; 385(7): 470-81[[Medline](#)].
- Lee CC, Ylagan LR, Mittal K: ED presentation of abdominal pain misdiagnosed as appendicitis. *Am J Emerg Med* 1999 Oct; 17(6): 614-5[[Medline](#)].
- Lee JF, Leow CK, Lau WY: Appendicitis in the elderly. *Aust N Z J Surg* 2000 Aug; 70(8): 593-6[[Medline](#)].
- Lelli JL Jr, Drongowski RA, Raviz S: Historical changes in the postoperative treatment of appendicitis in children: impact on medical outcome. *J Pediatr Surg* 2000 Feb; 35(2): 239-44; discussion 244-5[[Medline](#)].
- Liberman MA, Greason KL, Frame S: Single-dose cefotetan or cefoxitin versus multiple-dose cefoxitin as prophylaxis in patients undergoing appendectomy for acute nonperforated appendicitis. *J Am Coll Surg* 1995 Jan; 180(1): 77-80[[Medline](#)].
- Lowe LH, Penney MW, Stein SM: Unenhanced limited CT of the abdomen in the diagnosis of appendicitis in children: comparison with sonography. *AJR Am J Roentgenol* 2001 Jan; 176(1): 31-5[[Medline](#)].
- Merhoff AM, Merhoff GC, Franklin ME: Laparoscopic versus open appendectomy. *Am J Surg* 2000 May; 179(5): 375-8[[Medline](#)].
- Morgenstern L: Charles McBurney (1845-1913). Afield from the appendix. *Surg Endosc* 1996 Apr; 10(4): 385-6[[Medline](#)].