

Острый аппендицит

Профессор Курбанова З.В.

- Острый аппендицит – неспецифическое воспаление червеобразного отростка слепой кишки.

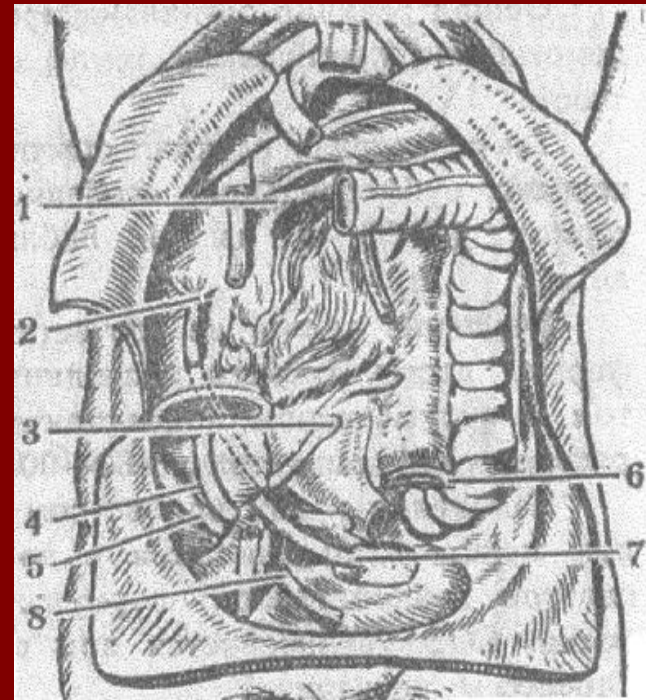
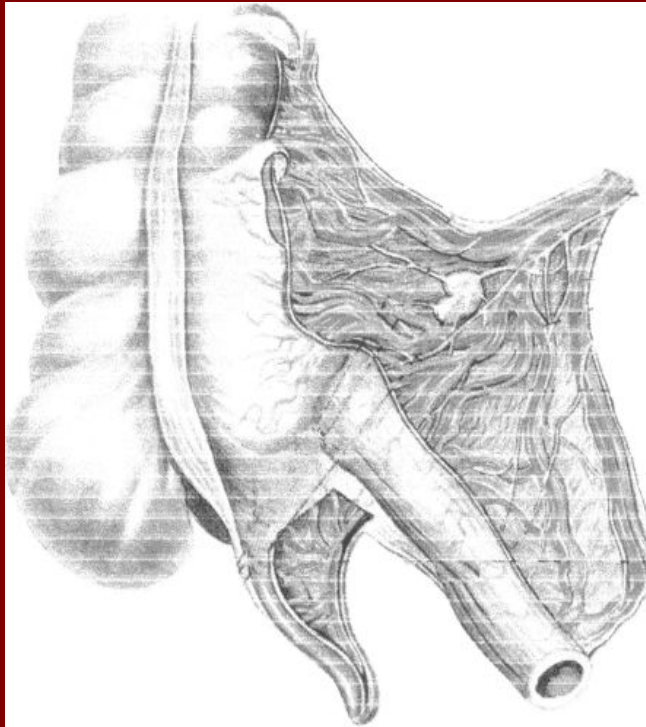
Встречается в возрасте от 20 до 40 лет, причем у женщин в 2 раза чаще чем у мужчин.

Составляет более 30% пациентов хирургического стационара.

Историческая справка

- 1711г – L.Heister сообщил об абсцессах в правой подвздошной области на почве аппендицита
- 1735г- Cl. Amyand (Лондон) выполнил успешную аппендэктомию.
- 1759г- J. Mestivier удалил отросток по поводу его перфорации.
- 1827г- G. Dupuytren причиной абсцессов в правой подвздошной области считал тифлит или перитифлит.
- 1884г- F.Mahomed (Англия) произвел аппендэктомию по показаниям.
- 1884г- R.Kronlein (Германия) произвел аппендэктомию по показаниям.
- 1886г- R. Fitz (Бостон) ввел термин « острый аппендицит».
- 1886г – К.П.Домбровский выполнил перевязку отростка без удаления.
- 1889г- С.McBurney описал клинику и разработал оперативный доступ
- 1890г- А.А.Троянов выполнил первую аппендэктомию в России.
- 1898г-Н.М.Волкович и П.И.Дьяконов предложили доступ для аппендэктомии
- 1982г-Kurt Semm выполнил первую лапароскопическую аппендэктомию

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ



Этиология и патогенез

- Нарушение пассажа содержимого из полости аппендикса:
- копролиты
- глистная инвазия
- пищевые массы
- лимфоидная гипертрофия
- новообразования
- Патогенез:
- повышение внутрипросветного давления
- застой содержимого червеобразного отростка
- присоединение бактериальной микрофлоры
- ишемия слизистой оболочки отростка
- тромбоз венул при сохраненном артериальном кровотоке
- увеличение и уплотнение аппендикса
- истончение слизистой с изъязвлением
- инфаркт и некроз всех слоев стенки и перфорация

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА(2016г)

Виды острого аппендицита (морфологические формы)

а)Катаральный

б)Флегмонозный.

в) Гангренозный.

Осложнения:

перфорация отростка

аппендикулярный инфильтрат,

аппендикулярный абсцесс

перитонит

забрюшинная флегмона

пилефлебит.

Морфология острого аппендицита



Алгоритм обследования и лечения



ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ И ДИАГНОСТИКА

Первая помощь

- 1. В случае проявления признаков аппендицита следует сразу вызвать врача!
- 2. До приезда доктора не рекомендуется использовать анальгетики и спазмолитики, потому что это помешает поставить правильный диагноз.
- 3. Строго запрещается прикладывание тепла к месту болезни. Благодаря теплу создается риск распространения гнойного процесса. Поэтому, рекомендуется положить лед.
- 4. Промедление может привести к осложнениям болезни!

Диагностика

жалобы

анамнез

осмотр пациента

- консультация гастроэнтеролога
- консультация гинеколога
- общеклиническое обследование
- ультразвуковое и рентгеновское исследования.
- МСКТ и КТ
- лапароскопия

Инструментальные признаки

УЗИ признаки острого аппендицита

- утолщение и увеличение размеров аппендикса
- наличие в просвете копролитов
- ригидная неперистальтирующая структура
- симптом «мишени»
- выпот в правой подвздошной ямке

Лапароскопические признаки острого аппендицита

наличие выпота в брюшной полости

отечность и гиперемия париетальной и висцеральной брюшины

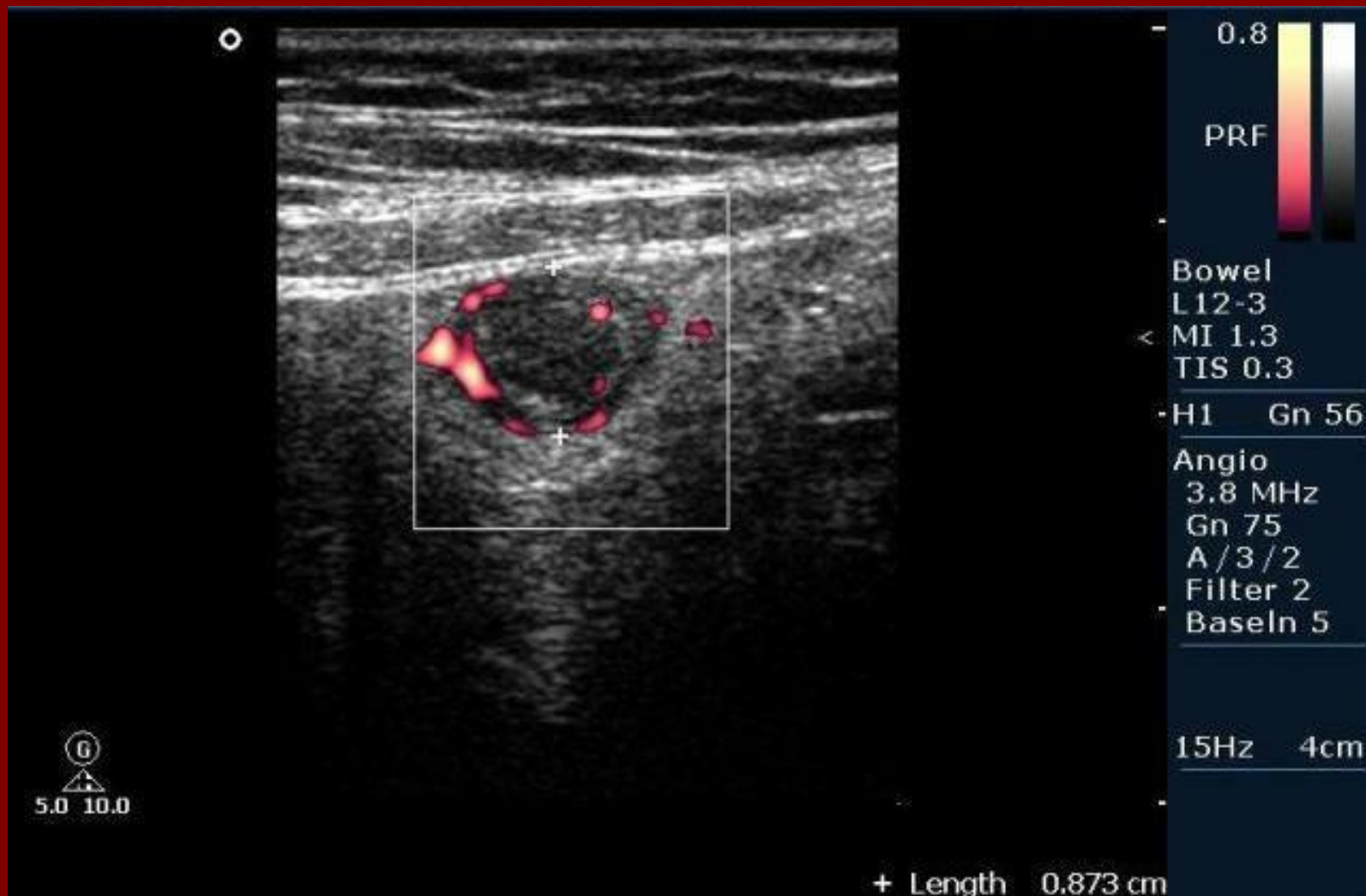
наложение фибрина в илеоцекальной области

симптом « карандаша» – ригидность отростка.

Симптом неперистальтирующей трубчатой структуры



Симптом «мишени»



Симптом «мишени»



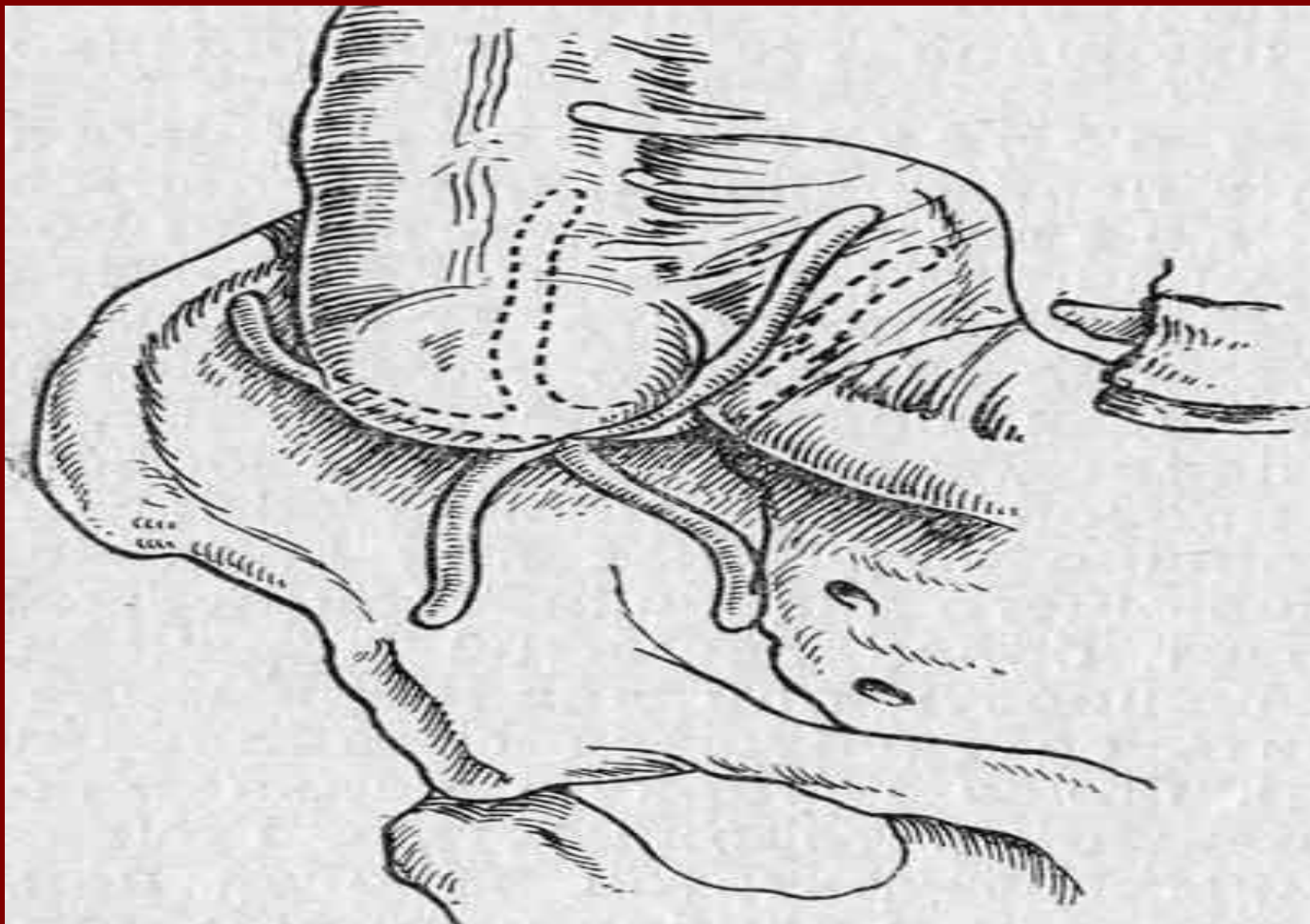
Симптом «карандаса»



Дифференциальная диагностика

- Острый гастроэнтерит
- Острый панкреатит
- Острый холецистит
- Прикрытая прободная язва желудка или ДПК
- Терминальный илеит
- Дивертикул Меккеля
- Мезаденит
- Острая гинекологическая патология
- Урологические заболевания

Атипичный аппендицит



Атипичный аппендицит

- Подобные проявления заболевания встречаются у 20—30% больных. Атипизм клинической картины объясняется многообразием вариантов расположения червеобразного отростка по отношению к куполу слепой кишки и врожденной аномалии развития восходящего отдела толстой кишки и мальротации, а также возрастными и физиологическими вариантами индивидуальной реактивности организма, наличием или отсутствием признаков системной реакции организма на воспаление.
- **Ретроцекальный аппендицит.** В этом случае отросток может тесно предлежать к правой почке, мочеточнику, поясничным мышцам. Заболевание начинается обычно с боли в эпигастрии или в правой половине живота. Если происходит ее миграция, то она локализуется в правой боковой или поясничной области. Боль постоянная малоинтенсивная, как правило, усиливается при ходьбе и движении в правом тазобедренном суставе. Развивающаяся контрактура правой подвздошно-поясничной мышцы может приводить к хромоте на правую ногу. Тошнота и рвота бывают реже, чем при типичном расположении отростка, но раздражение купола слепой кишки обуславливает возникновение 2—3-кратного жидкого и кашицеобразного стула. Ирритация почки или стенки мочеточника приводит к возникновению дизурии. При объективном исследовании отмечают отсутствие ключевого симптома — повышения тонуса мышц передней брюшной стенки, но выявляют ригидность поясничных мышц справа. Зона максимальной болезненности локализуется около гребня подвздошной кости или в правой боковой области живота. Симптом Щеткина—Блюмберга на передней брюшной стенке сомнителен, его можно вызвать лишь в области правого поясничного треугольника (Пти). Характерными для ретроцекального аппендицита являются симптом Образцова и болезненность при перкуссии и пальпации поясничной области справа. При исследовании лабораторных данных следует обратить внимание на анализ мочи, где обнаруживают лейкоциты, свежие и выщелоченные эритроциты. Близость забрюшинной клетчатки, плохое опорожнение отростка вследствие изгибов и деформаций, обусловленных короткой брыжейкой, а значит, и худшие условия кровоснабжения вместе со скудной атипической клинической картиной определяют склонность к развитию осложненных форм аппендицита.

АТИПИЧНЫЙ ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

- **Медиальное** расположение отростка встречается у 8 – 10% больных с атипичными формами аппендицита. При этом отросток смещен к средней линии и располагается близко к корню брыжейки тонкой кишки. Именно поэтому аппендицит при срединном расположении органа характеризуется бурным развитием клинических симптомов. Боль в животе вначале носит разлитой характер, но затем локализуется в области пупка или правом нижнем квадранте живота, сопровождаясь многократной рвотой и высокой лихорадкой. Локальная болезненность, напряжение мышц живота и симптом Щеткина— Блюмберга наиболее ярко выражены около пупка и справа от него. Вследствие рефлекторного раздражения корня брыжейки рано возникает и быстро нарастает вздутие живота из-за пареза кишечника. На фоне увеличивающейся дегидратации появляется лихорадка.

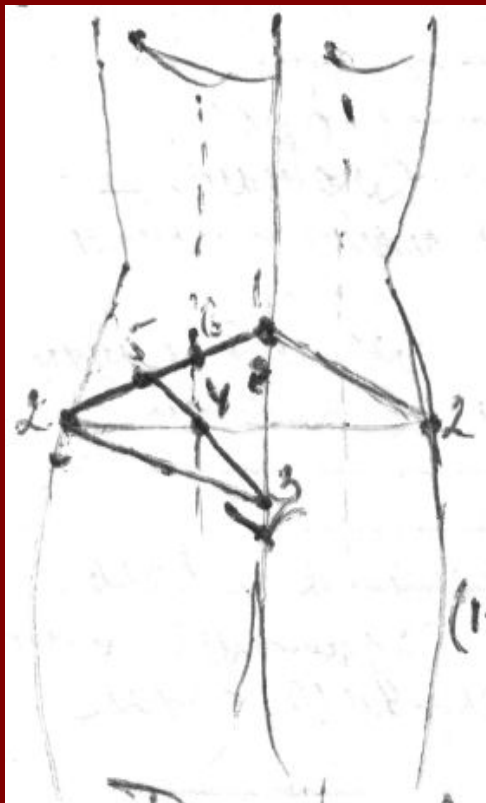
Подпеченочный вариант острого аппендицита (2—5% атипичных форм) боль, первоначально появившаяся в подложечной области, перемещается затем в правое подреберье, обычно локализуясь латеральнее проекции желчного пузыря — по переднеподмышечной линии. Пальпация этой области позволяет установить напряжение широких мышц живота, симптомы раздражения брюшины, иррадиацию боли в подложечную область. Симптомы Ситковского, Раздольского, Ровзинга бывают положительными. Верифицировать высокое расположение купола слепой кишки можно при обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости. Полезную информацию может дать УЗИ.

АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

- Левосторонний острый аппендицит наблюдают крайне редко. Эта форма обусловлена обратным расположением внутренних органов или избыточной подвижностью правой половины ободочной кишки. Клинические проявления заболевания отличаются только локализацией всех местных признаков аппендицита в левой подвздошной области. Диагностика заболевания облегчается, если врач обнаруживает декстракардию и расположение печени в левом подреберье.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

(точки локализации болей)



1. **Точка Мак Бурнея** – линия соединяющей (1-2) пупок с гребешком подвздошной кости, делят на 3 части и на границе между наружным и с/3 (**5**).
2. **Точка Ланца** – lin. bispinalis (2-2) делят на 3 части и между правой наружной и с/3 (**4**).
3. **Точка Кюммеля** – расположена вправо и ниже пупка на ,5-2 см.
4. **Точка Зонненбурга** – расположена на линии biiliaca, пересечение этой линии с наружным краем правой прямой мышцы живота.
5. **Точка Морриса** – расположена на пупочно-подвздошной линии справа на 4 см. ниже пупка.
6. **Точка Монро** – расположена у наружного края прямой линии по пупочно-подвздошной линии.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

СИМПТОМЫ

- Главным симптомом аппендицита является боль в животе. Вначале боль ощущается по всему животу, преимущественно в верхней области живота, больной не в состоянии понять где точно у него болит. Нечетко локализованная болезнь - типичное выражение болезни, если причина оказывается в тонкой или ободочной кишке, а также в аппендиксе. Истинная зона болезни настолько неопределима, что если спросить больного где у него болит, то чаще всего человек покажет область центра живота.

Нагноение аппендикса распространяется, на всю стенку к его серозному слою и передается брюшине. Вследствие нагноения брюшины, боль усиливается и локализуется более ясно, в правой подвздошной области живота. В случае перфорации аппендикса, происходит распространение инфекции по всей брюшине. Среди других симптомов при аппендиците замечается тошнота и рвота, вызванные (но не обязательно) расстройством стула. Также, нормальное явление при аппендиците - это *повышение температуры* тела, означая, что организм борется с инфекцией. Нагноение аппендикса не всегда вызывает повышения температуры, поэтому повышенная температура не является главным симптомом и не определяет наличие аппендицита.

СИМПТОМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Среди острых хирургических заболеваний органов живота, требующих экстренной операции, чаще других встречается острый аппендицит. Врачи уделяют много внимания этой патологии, проявляя исключительную наблюдательность.

- **СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА**

- * **Точка Абражанова** -болевая, располагается к середине от точки Мак Бурнея.
- * **Симптом адаптации к боли.** В норме ощущение болевого раздражения (уколов) обычно притупляется симметрично на обеих половинах тела через 3-7 сек. При остром простом аппендиците в максимально чувствительных зонах в правой подвздошной области чувство боли значительно удлиняется (иногда в 8-15 раз по сравнению с нормой и левой подвздошной областью у больных). При флегмонозно-гнойном аппендиците время адаптации к боли в правой подвздошной области замедляется в 4-5 раз, при гангренозно-перфоративной форме в 15-20 раз.
- * **Симптом Асатуряна.** Кулаком правой руки давят на левую подвздошную область. При этом выпячивается правая подвздошная область. Лево́й рукой пальпируют слепую кишку и находят болезненную точку, которая соответствует острому и хроническому аппендициту.
- * **Симптом Бартомье-Михельсона** - болезненность при, пальпации слепой кишки усиливается в положении больного на левом боку.
- * **Симптом Басслера** - болезненность при надавливании посередине, между пупком и передней верхней остью подвздошной кости по направлению к ости подвздошной кости.
- * **Симптом Бен-Ашера** - появление боли в правой подвздошной области в результате надавливания кончиками двух пальцев в левом подреберье во время глубокого, дыхания или покашливания больного.
- * **Симптом Брендо** - боль справа при надавливании на левое ребробеременной матки. Встречается при аппендиците во время беременности.

СИМПТОМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

- **Симптом Бриттена** - при пальпации стенки живота в месте максимальной боли наблюдают сокращение брюшных мышц и подтягивание правого яичка вверх - верхней части мошонки. С прекращением пальпации прекращается подтягивание яичка. Симптом характерен для деструктивного аппендицита.
- **Симптом Булынина** - боли при надавливании в точках, расположенных на 3-4 см. вправо от остистых отростков 1 и 2 поясничных позвонков.
- **Симптом Варламова** - боль в правой подвздошной области при постукивании в области XII ребра справа.
- **Точка Губергрица** - болезненность, возникающая при надавливании под пупартовой связкой в скалярном треугольнике. Определяют при тазовом расположении воспаленного червеобразного отростка.
- **Симптом Доннелли** - появление боли при пальпации, над и под точкой Мак-Бурнея при одновременном разгибании больным правой ноги, что характерно для ретроцекального аппендицита.
- Триада Дьелафуа - боль, мышечное напряжение и гиперестезия кожи в правой подвздошной области.
- **Симптом Жендринского** - больной в положении лежа, врач нажимает на брюшную стенку в точке Кюммеля (2 см вправо и ниже пупка) пальцем и, не снимая его, предлагает встать. Усиление боли свидетельствует об аппендиците, уменьшение об остром сальпингоофорите
- **Симптом Затлера** - у больных в положении сидя при поднятии выпрямленной правой ноги возникает боль в правой подвздошной области.
- **Симптом Икрамова** - усиление боли в правой подвздошной области при прижатии отравой бедренной артерии.
- **Симптом Илиеску** - болезненность при давлении в шейной точке правого диафрагмального нерва.

СИМПТОМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

- **Симптом Кадена.** Частые позывы и жидкие испражнения у взрослых говорят против аппендицита. Этот симптом используют для дифференциальной диагностики аппендицита и инвагинации кишечника.
- **Симптом Клемма** - скопление газа в илеоцекальной области, определяемое при рентгенологическом исследовании.
- **Симптом Котена-Мейера и Ко Туи** - смещение белой линии живота и пупка в больную сторону. Наблюдают при остром аппендиците, прободной гастродуоденальной язве. Место максимального сокращения больной стороны соответствует локализации патологического процесса.
- **Симптом Коупа** - усиление боли в правой подвздошной области при ротации правого бедра
- **Симптом Крымова** - появление или усиление боли в правой подвздошной области при исследовании пальцем наружного отверстия правого пахового канала
- **Симптом Ланца** - ослабление или исчезновение кремашер-рефлекса справа.
- **Точка Ланца** - болезненная точка на линии, соединяющей обе верхнепередние ости подвздошных костей, в 5 см от правой ости.
- **Симптом Ларока**- подтянутое положение правого или обоих яичек, возникающее самопроизвольно или при пальпации передней брюшной стенки.
- **Симптом Ленандера**- разность подмышечной и ректальной температуры более 1 градуса. Наблюдается при остром деструктивном аппендиците.
- **Симптом Локвуда** - урчание или шум переливающейся жидкости, определяемое при пальпации правой подвздошной области у больного, лежащего на спине с несколько согнутыми в коленных суставах ногами. Определяют при аппендиците и спайках брюшной полости.

СИМПТОМЫ ОСТРОГО АППЕДИЦИТА

- **Точка Мак Бурнея** - болезненная точка на границе средней и наружной трети линии, соединяющей правую передневерхнюю ость подвздошной кости с пупком.
- **Точка Маро** - болезненная точка на пересечении линии, соединяющей пупок с правой верхней передней остью подвздошной кости, с наружным краем правой прямой мышцы живота.
- **Симптом Михельсона** - усиление боли в правой половине живота в положении больной на правом боку, когда матка давит на воспаленный червеобразный отросток. Характерен для деструктивных форм острого аппендицита у беременных.
- **Симптом "мышечной защиты"** - напряжение мышц живота в правой подвздошной области.
- **Симптом Мэрфи** -при перкуссии правой подвздошной области четырьмя пальцами подряд (как при игре на рояле) обычный тимпанический звук отсутствует.
- **Симптом Образцова** - болезненность при пальпации правой подвздошной области усиливается, если заставить больного поднять выпрямленную в коленном суставе правую ногу.
- **Симптом Островского.** Больному предлагают поднять вверх (до угла 130-140градусов) .выпрямленную ногу и удерживать ее в этом положении. Врач быстро разгибает ее, укладывая горизонтально. Появляется боль в правой подвздошной области, вызванная мышечным напряжением.

СИМПТОМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

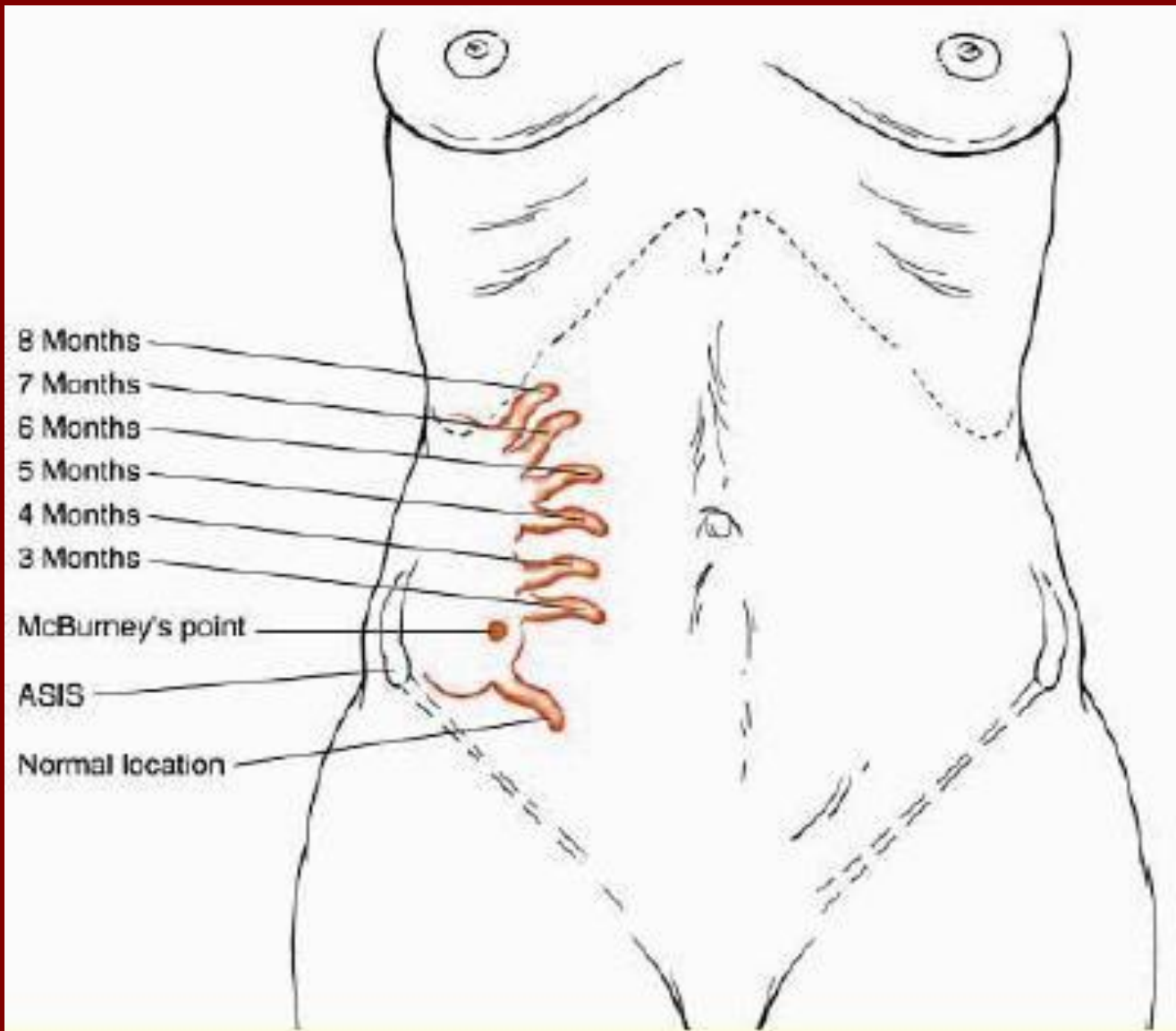
- **Симптом Пайра** - гиперестезия сфинктера с тенезмами и спастическим стулом. Наблюдается при тазовом расположении воспаленного червеобразного отростка.
- **Симптом Пасквалиса**. Расхождение ректальной и подмышечной температуры менее чем на 1 градус при температуре 38 градусов или более соответствует ретроцекальному аппендициту или скрытому аппендициту любой другой локализации. Ректоаксиллярное температурное расхождение более чем на 1 градус свидетельствует о воспалении отростка, свободно лежащего в брюшной полости.
- **Симптом Раздольского** - болезненность в правой подвздошной области при перкуссии молоточком или пальцем.
- **Симптом Ровзинга**. Левой рукой надавливают на брюшную стенку в левой подвздошной области, соответственно расположению нисходящей части толстой кишки, не отнимая придавливающей руки, правой рукой производят короткий толчок через переднюю брюшную стенку на вышележащий отрезок толстой кишки. При аппендиците боль возникает в правой подвздошной области. По мнению автора, газы толстой кишки перемещаются при толчке проксимально, достигая стенки слепой кишки.
- **Точка Роттера** - при ректальном исследовании, достигнув пальцем дугласова пространства, против передней стенки прямой (Кишки, свержу и оправа удаётся получить реакцию со стороны брюшины, ее реагиовавшей при исследовании живота, в воде гиперестезии, сильной боли. Эта болевая точка свидетельствует о наличии деструктивного аппендицита.
- **Симптом Руткевича** - усиление боли при отведении слепой кишки внутрь.
- **Симптом Ситковского** - возникновение или усиление боли в правой подвздошной области при положении больного лежа на левом боку.
- **Симптом Сорежи** - боль в правой подвздошной области, возникающая при покашливании и одновременной пальпации правого подреберья у больного, лежащего на спине с согнутыми ногами.

СИМПТОМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

- **Симптом Супольта-Сейе** - боль за мочевым пузырем при глубоком вдохе наблюдается при воспалении отростка, расположенного в тазу.
- **Симптом Трессдера** - уменьшение боли в положении лежа на животе.
- **Симптом Филатова** - усиление локальной болезненности на определенном участке в правой) подвздошной области при пальпации живота у детей.
- **Симптом Чейса** - боль, возникающая в правой подвздошной области при быстрой и глубокой пальпации по ходу поперечно-ободочной кишки - слева направо, при прижатии другой рукой нисходящей ободочной кишки.
- **Симптом треугольника Шеррена** - гиперестезия, определяемая в правой подвздошной области в границах треугольника, образованного линиями, соединяющими правую передне-верхнюю ость подвздошной кости, пупок и правый лонный бугорок.
- **Симптом Шиловцева.** В положении лежа на спине выявляют болевую точку в правой подвздошной области и, не отнимая руки, предлагают больному повернуться на левый бок. Если нет спаечного процесса и слепая кишка смещается, то боль в найденной точке уменьшается и смещается ниже и левее.
- **Симптом Щеткина-Блюмберга.** После мягкого надавливания на брюшную стенку резко отрывают пальцы. При воспалении брюшины болезненность больше при отпускании руки врача от брюшной стенки, чем при надавливании на нее.
- **Симптом Яворского-Мельтцера.** Больной, лежа на спине, старается поднять вытянутую правую ногу, в то время как врач удерживает ее, надавливая на колено. При аппендиците возникает боль в области слепой кишки, зависящая от напряжения подвздошно-поясничной мышцы и воспалительного процесса в червеобразном отростке,
- **Симптом Яуре-Розанова** - болезненность при надавливании пальцем в области петитова треугольника. Наблюдают при ретроцекальном аппендиците.
- Перечисленные симптомы острого аппендицита встречаются неодинаково часто и различны по своей значимости. Наиболее яркими симптомами аппендицита являются симптомы Кохера, Ров-зинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Воскресенского, Образцова, Раздольского, Ленандера и Щеткина-Блюмберга. Все остальные симптомы являются дополнительной информацией и нередко помогают в уточнении диагноза.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Беременная женщин подвергается более высокому риску нагноения аппендикса, чем другие женщины. Также, более чем 60 случаев из 100, признаки наступают в начальный срок беременности, главным образом до десятой недели. Все-таки, острый аппендицит способен проявиться на всяком этапе беременности и часто завершается разрушительным образом, в итоге чего гной ассимилирует аппендикс и подлежащий покров. Многократное проявление аппендицита и определенный ход болезни обоснованы следующими физическими трансформациями, вызваны беременностью в организм женщины. Увеличение матки служит причиной перемещения вверх и кнаружи аппендикса и слепой кишки. Запоры один из симптомов беременной женщины, вызывают расстройство стула и предрасположение брюшной микрофлоры к инфекциям. Перестраивается иммунная система, а также режим лимфоидного узла слепой кишки. У беременной женщины снижается иммунитет, меняется кровяное качество и создается риск выявления сосудистых тромбозов и спазмов. Нагноение происходит следующим образом: Разнородная микрофлора (кишечные палочки, стафилококки, стрептококки, анаэробы) пробуждает нагноение, и прививается в стенку аппендикса прямо из его просвета, точнее энтерогенным способом. Причиной тому является стагнация заполненного аппендикса, как результат разных факторов (перегибом, сдавливанием и др.). Из-за сильного сдавливания внутри просвета, образуются сгустки крови в сосудах аппендикса, следовательно, прерывается рацион стенки и повышается численность микробов. Важное значение к возникновению гноя имеют способствующие обстоятельства, а именно рацион и разнообразное положение аппендикса.



ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ

В большинство случаев дети жалуются на болезнь в зоне пупка, сравнительно с взрослыми, которые определяют боль в правом подвздошном регионе живота. Болезнь способна передаваться половым органам, и бывает непрерывной или периодичной. Обычно активность болезни проявляется в течение некоторых часов, после чего боль уменьшается, но, тем не менее, скорую помощь вызывать следует,

В случае неумения ребенка ясно выражать свое самочувствие, стоит следить за его действиями и поступками, и заметить, если он сворачивается в клубочек, больше лежит на правом боку, прижимая ноги к животику, барабанит ножками, оказывает сопротивление при смене положения, предпочитает не шевелиться, и имеет болезненный обеспокоенный взгляд. Любое желание потрогать животик ребенка, обернется неудачей, так как он не потерпит никакого прикосновения. Если малыш выявляет некоторые из вышеуказанных симптомов, рекомендуется оставить пеленки горшок с экскрементами, для того чтобы представить доктору. До приезда врача стоит осмотреть малыша, с целью выявить, нет ли у него каких-нибудь ран, которые могли подвергнуть его к химическому отравлению. Припомнить, что составляло последний и предпоследний рационы ребенка, частота и время испражнения и рвоты.

Вышеуказанные симптомы доказывают в равной степени наличие аппендицита или других болезней принуждающие или нет к проведению хирургической операции. Тем не менее, настоятельно рекомендуется звонить доктору, и не следует проводить самолечение или использовать болеутоляющие лекарства, так как это приведет к опасным осложнениям. Нельзя ждать, когда боль успокоится, потому что у крохотных людей аппендицит формируется быстро, и несколько часов могут привести к разрыву аппендикса и воспалению брюшины. Главный принцип заключается в том, что каждый ребенок до трех лет с критической болезнью в животике обязан быть представлен в больницу на осмотр. Под аппендицит скрываются много других болезней обязывающих показаться врачу. К таким болезням относятся острые желудочно-кишечные (дизентерия, гастроэнтериты), урологические патологии, бронхопневмония, детские инфекционные заболевания (корь, скарлатина), инфекционный гепатит. Все эти заболевания, естественно, должны быть срочно определены и излечены.

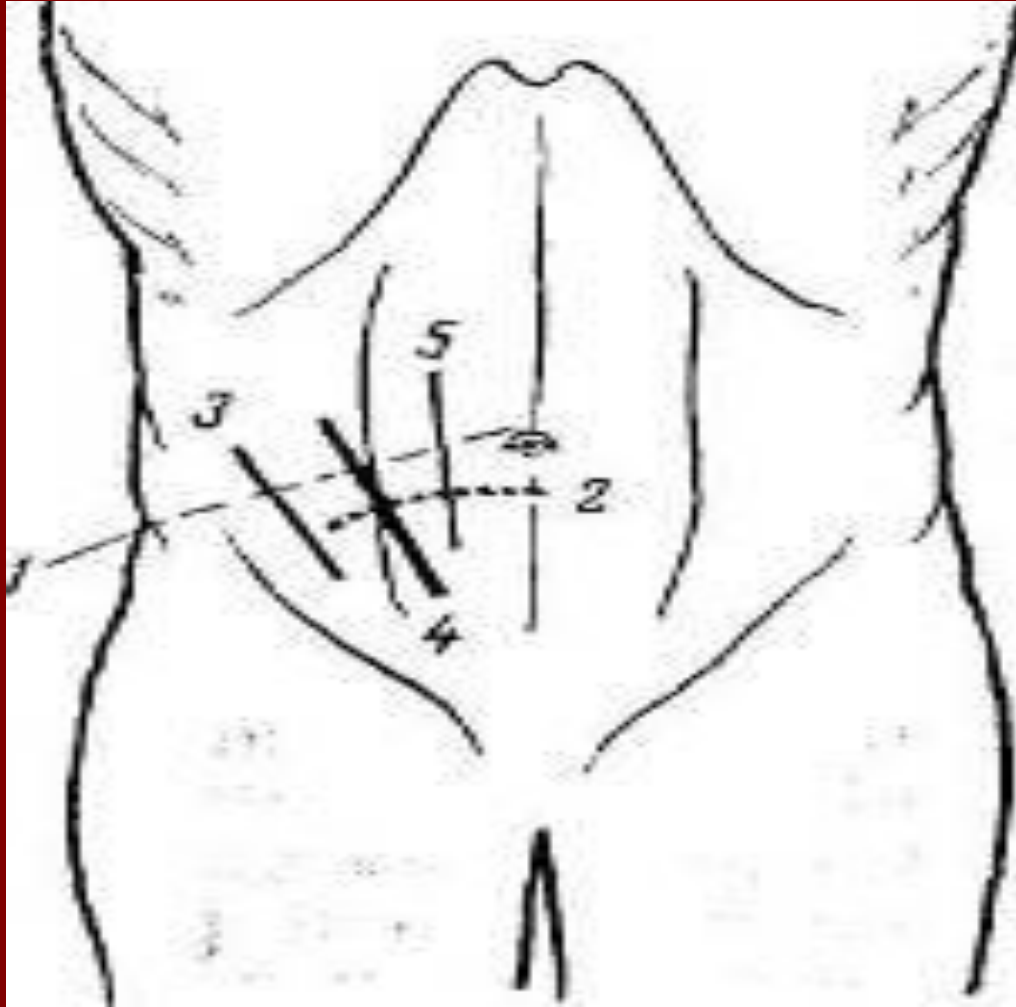
Острый аппендицит у пожилых

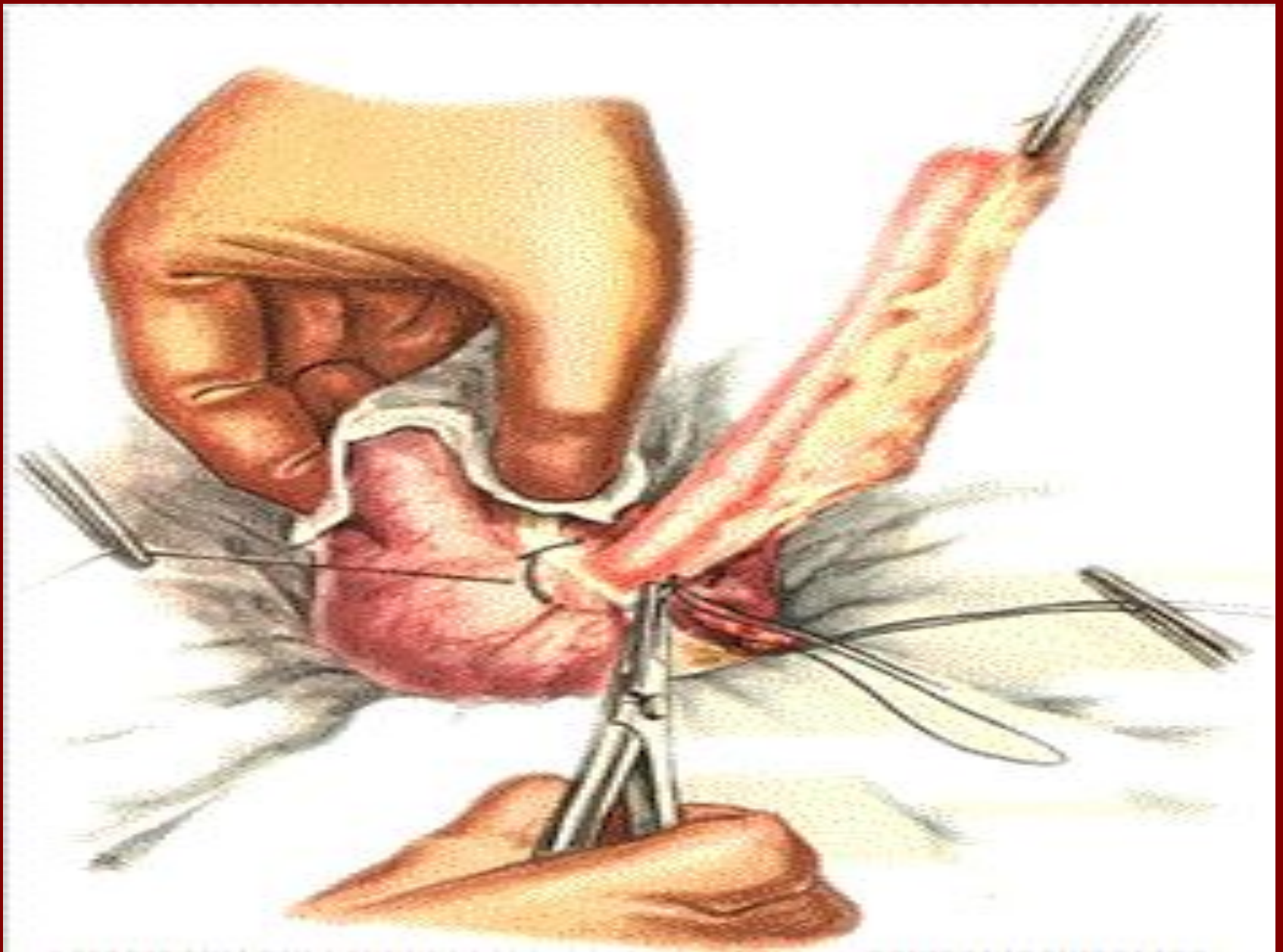
- У больных пожилого и старческого возраста (около 10% всех пациентов) с острым аппендицитом пониженная реактивность организма, склероз всех слоев стенки отростка, а также кровеносных сосудов, питающих аппендикс, определяют, с одной стороны, стертость к типическим проявлениям острого аппендицита, с другой — преобладание деструктивных форм.
- Физиологическое повышение порога болевой чувствительности приводит к тому, что многие пациенты упускают из виду возникновение эпигастральной фазы болей и связывают начало болезни с болью в правой подвздошной области, интенсивность которой варьирует от сильной до незначительной. Тошнота и рвота возникают реже, чем у людей
- зрелого возраста. Задержку стула, характерную для аппендицита, больные часто объясняют привычным запором.
- При обследовании следует обратить внимание на выраженное общее недомогание. сухость слизистых оболочек полости рта на фоне вздутия живота, обусловленного парезом кишечника. Хотя вследствие возрастной релаксации брюшной стенки мышечное напряжение над очагом поражения выражено незначительно, кардинальный симптом — локальную болезненность при пальпации и перкуссии над местом расположения червеобразного отростка — обычно выявляют. Часто симптомы Щеткина—Блюмберга, Воскресенского, Ситковского, Ровсинга выражены нечетко, имеют стертую форму. Температура тела даже при деструктивном аппендиците остается нормальной или повышается до субфебрильных значений. Количество лейкоцитов также нормально или повышено до $8-12 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофильный сдвиг не выражен. У стариков чаще, чем у лиц среднего возраста, возникает аппендикулярный инфильтрат, характеризующийся медленным вялотекущим течением. Отсутствие указаний на острый приступ боли в животе, первое обращение к врачу в фазу плотного инфильтрата в правой подвздошной области заставляют врача проводить дифференциальный диагноз между аппендикулярным инфильтратом и раком слепой кишки.

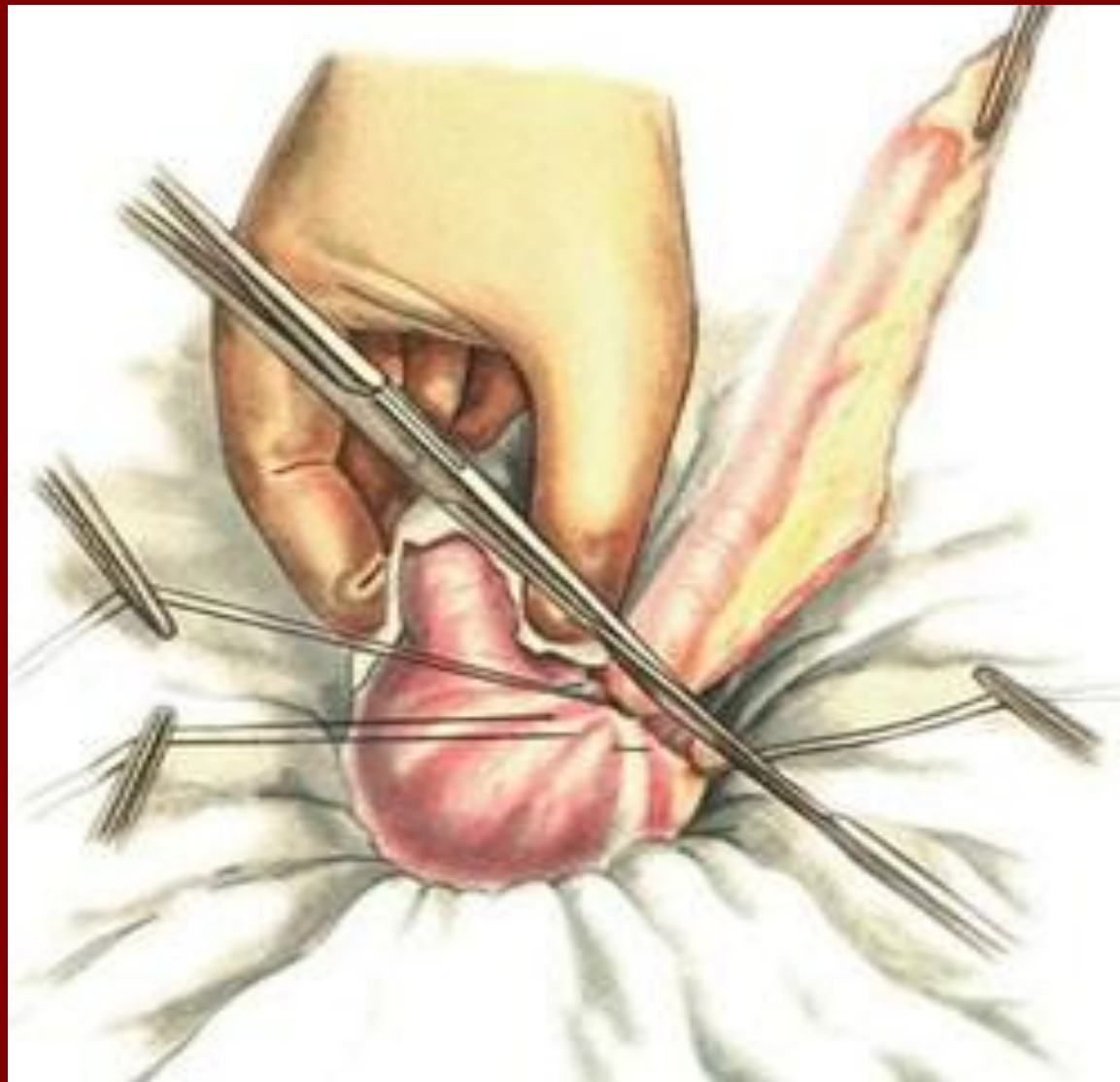
Лечение острого аппендицита

- Экстренное хирургическое вмешательство при любой форме заболевания и большинстве осложнений.
- Открытая аппендэктомия
 - ретроградная
 - антеградная
- Этапы антеградной аппендэктомии
 - вскрытие брюшной полости
 - мобилизация купола слепой кишки
 - лигирование брыжейки отростка с апп.артерией
 - перевязка основания отростка
 - наложение кисетного шва
 - отсечение отростка с обработкой культи и погружением в кисетный и Z-образный швы
 - контрольный осмотр , при необходимости дренирование брюшной полости
- Послойное ушивание раны.

Хирургические доступы при традиционной аппендэктомии





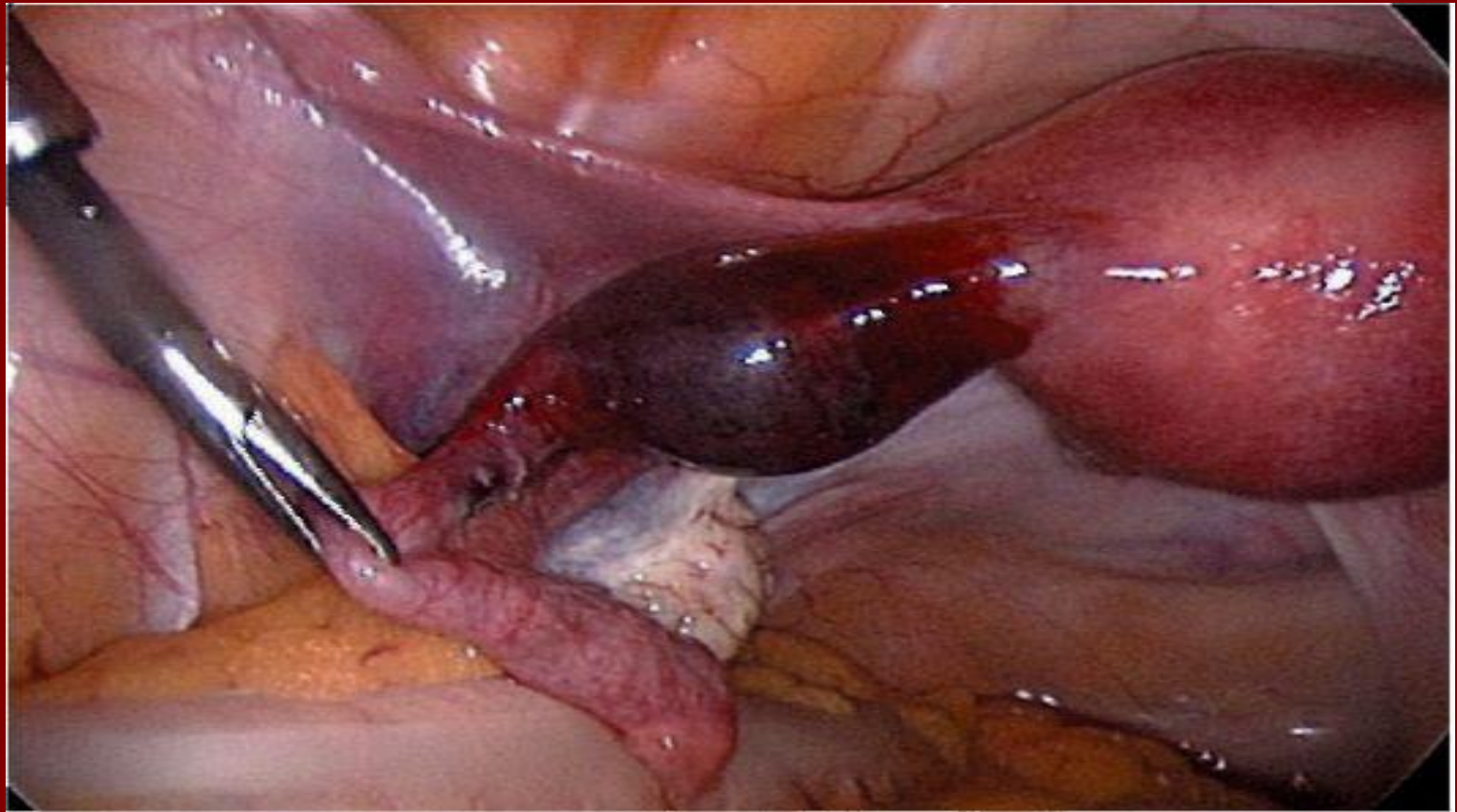


Лапароскопическая аппендэктомия

- Этапы лапароскопической аппендэктомии
Троакар D=10мм с лапароскопом располагают над пупком, второй такой же устанавливают над лоном, 5мм троакар – в левой подвздошной области.
- Пациент в положении Тренделенбурга с ротацией на левый бок.
- Отросток подтягивают и с помощью Liga-Sure отсекают брыжейку отростка.
- На основание аппендикса накладывают дважды эндопетлю и отсекают. Удаляют в контейнере.
- Санация правой подвздошной ямки и полости малого таза.
- Извлекают лапароскоп и накладывают швы на раны.



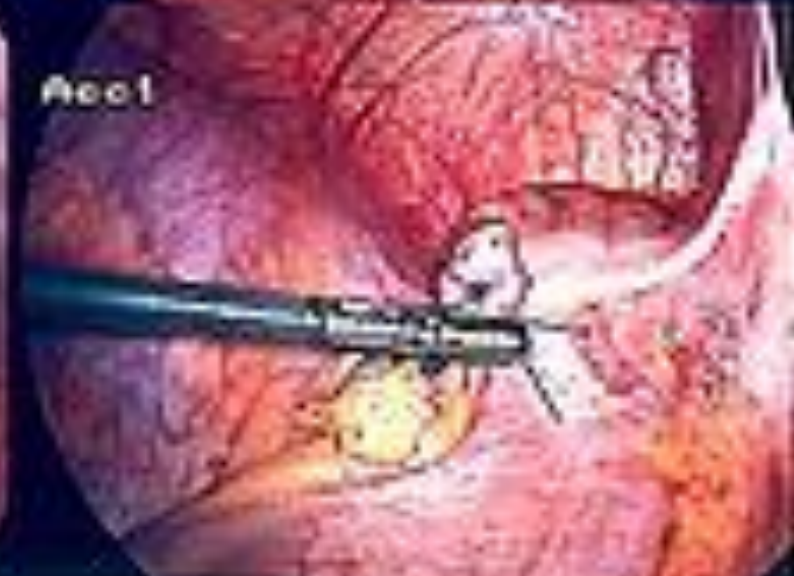
Апоплексия яичника



Лапароскопическая аппендэктомия



Этапы л/а



Аппендикулярный инфильтрат

- аппендикулярным инфильтратом называется конгломерат спаянных между собой петель тонкого и толстого кишечника и прядей большого сальника центром которого является измененный и воспаленный червеобразный отросток

Клиника и лечение

- Проявляется на 4-5 день от начала заболевания
- Субфебрилитет
- Болезненность при пальпации в правой подвздошной области
- Определение болезненного малоподвижного образования.
- Симптомы раздражения брюшины отсутствуют.
- В крови: умеренный лейкоцитоз
- УЗИ, МСКТ в динамике.
- Лечение консервативное
- Щадящая диета
- Антибиотики
- Дезинтоксикационная терапия
- Физиотерапия
- После рассасывания инфильтрата , через 6-8 недель, рекомендованна плановая аппендэктомия , с предварительным УЗИ и МСКТ обследованием пациента для исключения рака толстой кишки.

Аппендикулярный абсцесс

- аппендикулярным абсцессом называется конгломерат спаянных между собой петель тонкого и толстого кишечника и прядей большого сальника центром которого является расплавленный и плавающий в гною червеобразный отросток

Клиника и лечение аппендикулярного абсцесса

- Нарастание синдрома воспалительной реакции
- Усиление болей в животе
- Пальпируемое болезненное флюктуирующее образование в правой подвздошной области у нетучных пациентов
- Гектический характер температуры
- Стойкая тахикардия
- Ознобы
- **Лечение** оперативное
- Вскрытие и дренирование абсцесса доступом Пирогова
- Комбинированная антибиотикотерапия
- Дезинтоксикационная терапия
- Иммуномоделирующая терапия
- Через 6-9 месяцев после стабилизации тканей в илеоцекальной зоне плановая аппендэктомия по поводу резидуального (остаточного) аппендицита

Пилефлебит

- Пилефлебит- гнойный тромбофлебит ветвей воротной вены , с развитием множественных абсцессов печени.
- Чаще возникает при ретроцекальном и ретроперитонеальном расположении отростка у пациентов с деструктивными формами острого аппендицита. Может возникнуть как до так и после аппендэктомии

Клиника и лечение

- Гектическая температура с ознобами
- Потливость
- Желтушность кожных покровов
- Боли в правом подреберье с иррадиацией в спину и правую ключицу
- Сопровождается сепсисом
- В крови : лейкоцитоз со сдвигом влево,повышение СОЭ,анемия, гиперфибринемия
- R- логически:высокое стояние правого купола диафрагмы, реактивный выпот справа. Увеличение тени печени с очагом.
- УЗИ, КТ и МСКТ- гепатомегалия, зоны пониженной эхогенности , тромбоз воротной вены.
- Несмотря на высокую летальность проводят лечение в ОРИТ.
- Массивная антибиотикотерапия,антикоагулянты, профилактика печеночной и почечной недостаточности.
- Вскрытие и дренирование больших гнойников печени.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

(причины диагностических ошибок)

- Количество операций по поводу острого аппендицита за последние 10-15 лет снизилось на 30-40%, но, тем не менее, эти оперативные вмешательства составляют от 20% до 40% от числа всех экстренных оперативных вмешательств, выполняемых в общехирургических стационарах.
- Летальность при остром аппендиците за последнее десятилетие не имеет тенденции к снижению и составляет 0,1%-0,2% (в среднем по России в 2016 г. - 0,13%). Частота послеоперационных осложнений - 8%-10% также не может удовлетворить хирургов.
- Основными причинами осложнений и летальности является позднее поступление больных и диагностические ошибки. На основании анализа лечения 17000 больных с острым аппендицитом, С. М. Шкода с соавт. (Саратов) приводит данные, что позже 24 час. от начала заболевания были госпитализированы 29% больных, а в группе больных с деструктивными формами аппендицита поздняя доставка составила 47,7%.
- По данным М. П. Королёва с соавт. (Санкт-Петербург), 76% больных с гангренозным аппендицитом поступили на 3-й сутки от начала заболевания, причем, не обращались к врачу только 17% из них, наблюдались врачами поликлиники с другими диагнозами 61% и отказались от госпитализации (в основном, ссылаясь на невозможность пропустить работу) 22% больных. На стационарном этапе задержка с операцией имела место у 24% пациентов этой группы: 15% - установлен ошибочный диагноз, 6% - отказ больного от операции, 3% - неоправданно длительное наблюдение в стационаре для исключения острого аппендицита. По мнению А. М. Шулуто с соавт. (Москва), проблема своевременной диагностики острого аппендицита остаётся далеко нерешённой - частота диагностических ошибок достигает 25% у мужчин и 47% у молодых женщин.
- Таким образом, диагностика на основании только клинической картины является недостаточно точной более чем у трети пациентов, что неприемлемо на современном этапе развития хирургии. По мнению большинства авторов, особенные трудности вызывает диагностика острого аппендицита у больных старше 60 лет, беременных женщин и детей младшего возраста.

- Спасибо за внимание