



Лектор: ассистент кафедры детской
хирургии

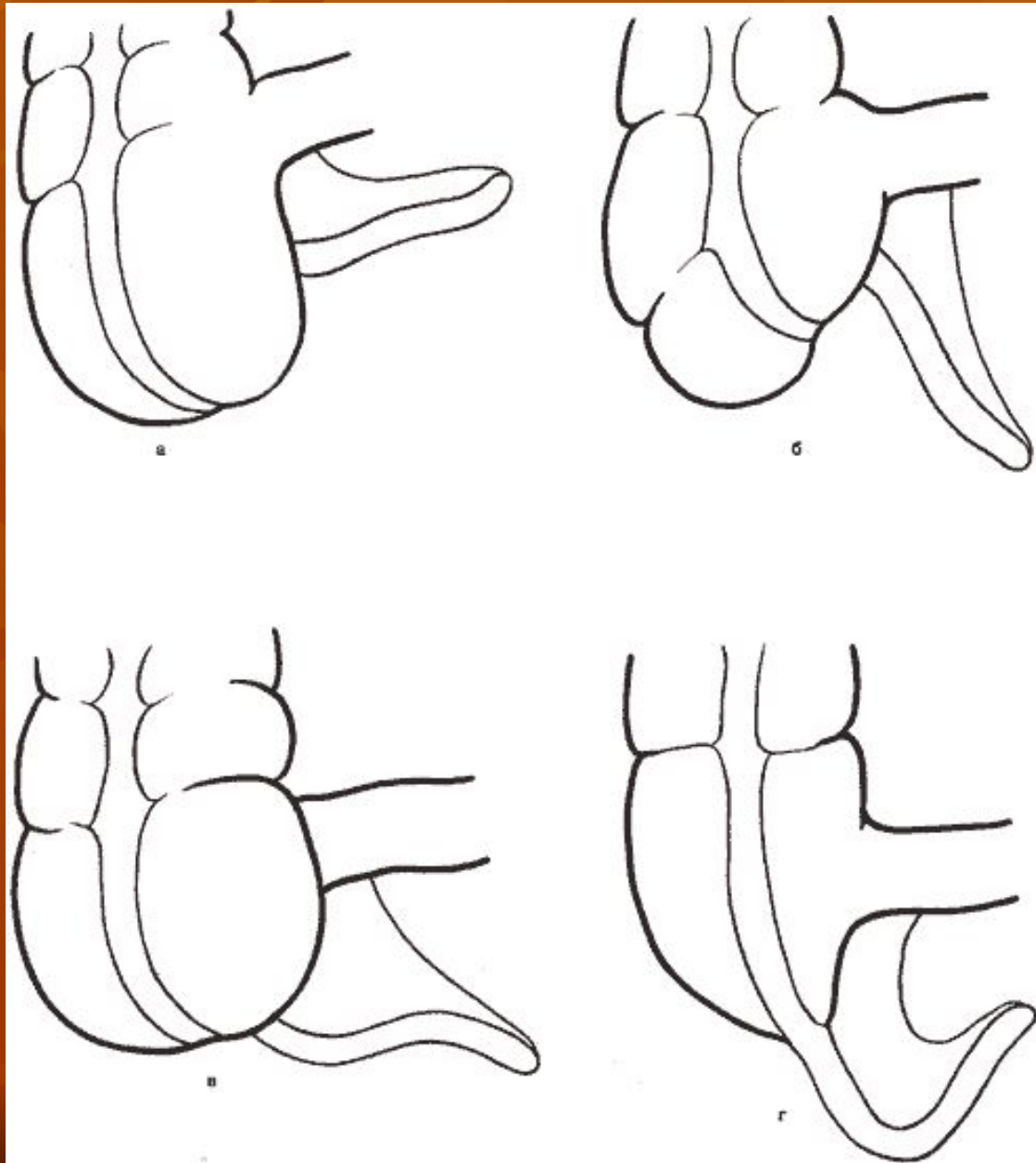
Портенко Юрий Геннадьевич

- **Острый аппендицит – самое распространённое хирургическое заболевание в детском возрасте.**
- **Аппендэктомия составляет 75 % экстренных оперативных вмешательств у детей.**
- **В своей практической деятельности каждый врач встречается с данным заболеванием**

- **Летальность от острого аппендицита у детей в среднем составляет всего 0,2 – 0,4 % .**
- **Число ошибочных диагнозов при аппендиците в последние годы не уменьшается , а имеет тенденции к увеличению .**

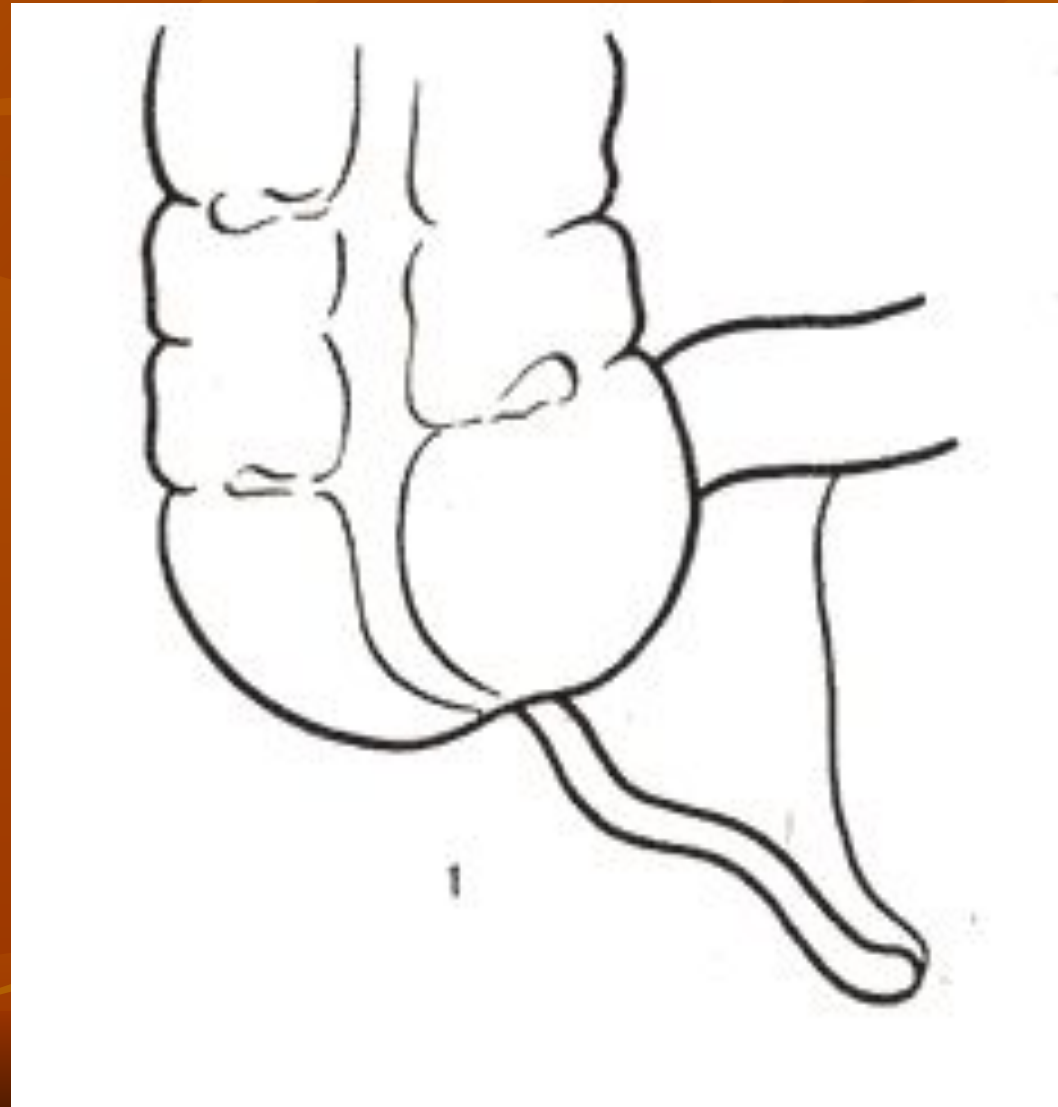
Формы слепой кишки.

- мешковидная;
- полусферическая;
- бухтообразная;
- конусообразная.



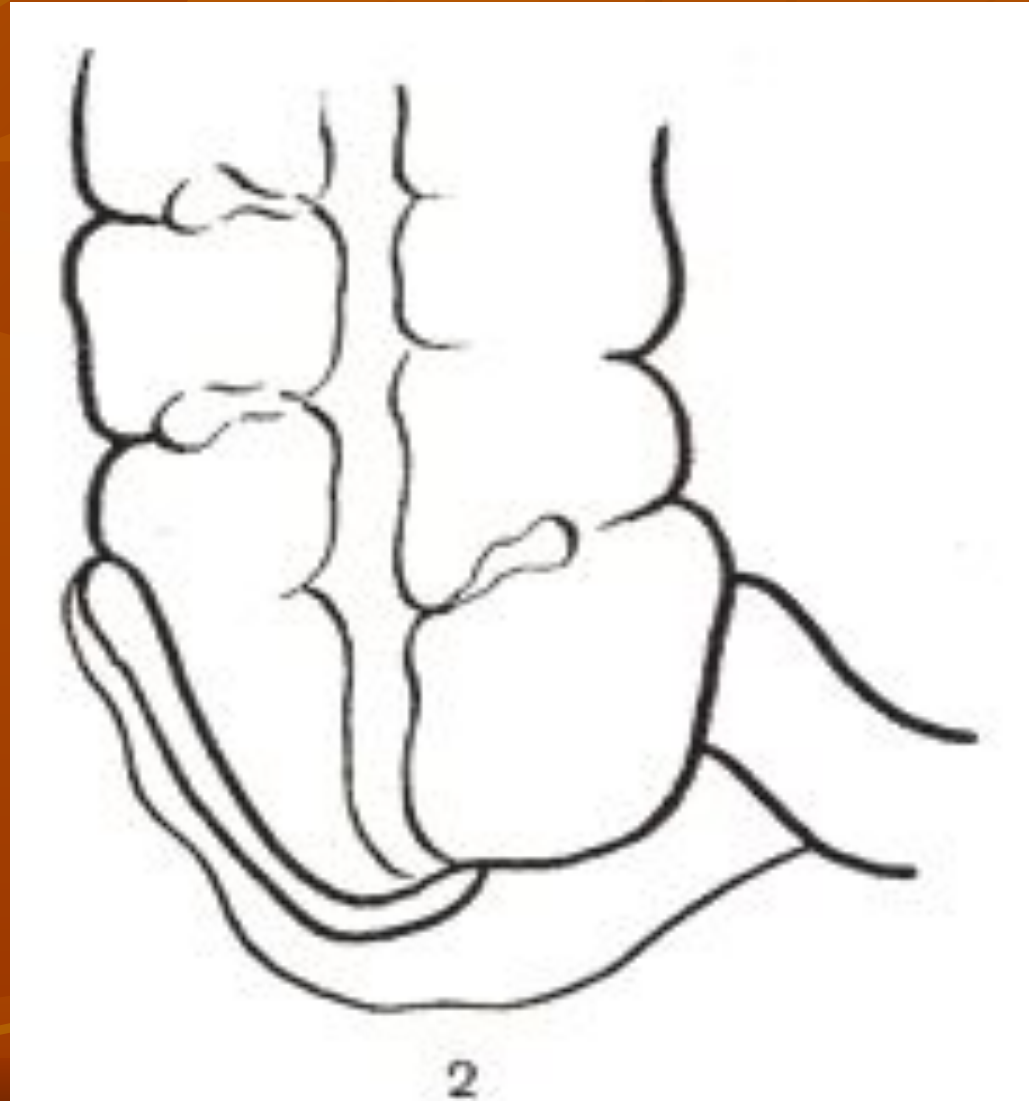
Варианты положения червеобразного отростка по отношению к слепой кишке.

- нисходящее положение — отросток направляется в сторону малого таза



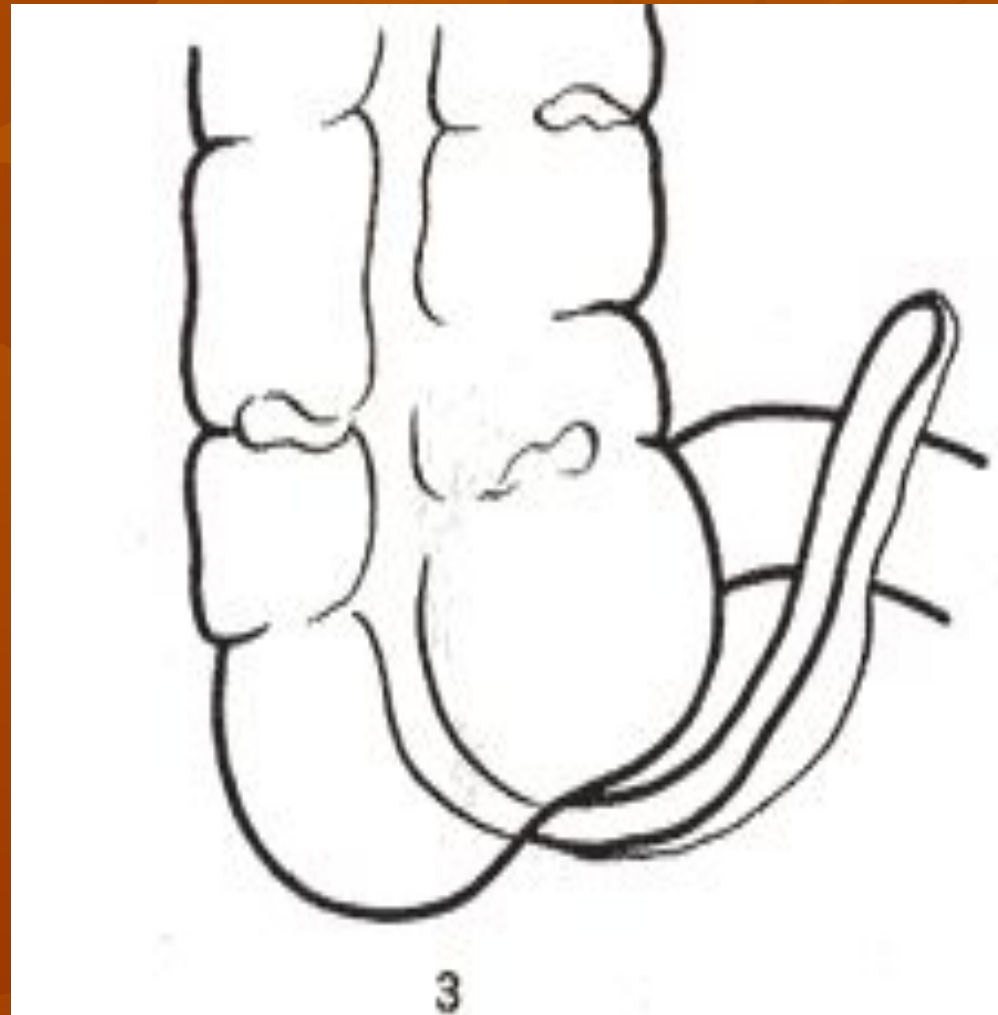
Варианты положения червеобразного отростка по отношению к слепой кишке.

- латеральное положение — червеобразный отросток располагается кнаружи от слепой кишки, между ней и переднебоковой стенкой живота



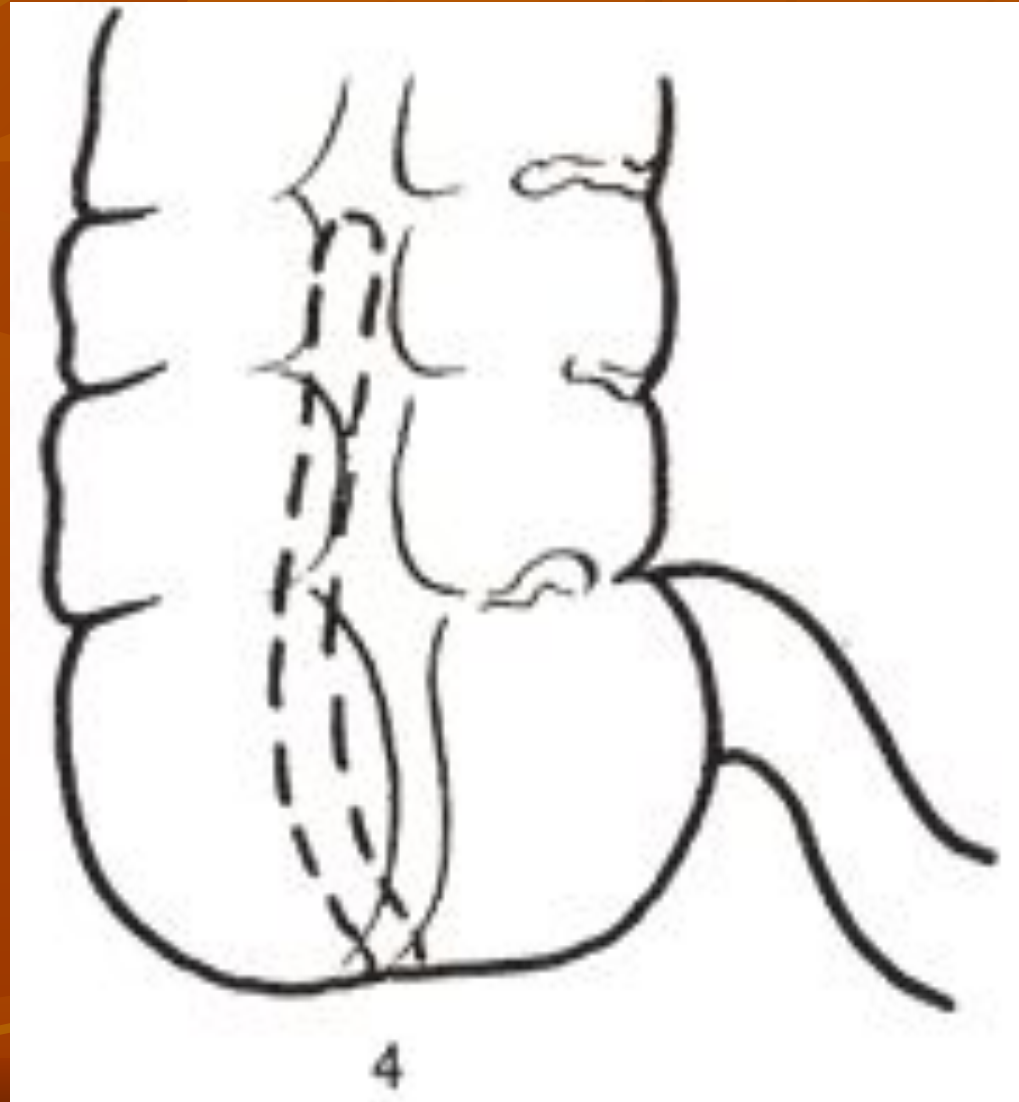
Варианты положения червеобразного отростка по отношению к слепой кишке.

- медиальное или срединное положение — отросток лежит кнутри от слепой кишки и своей верхушкой направлен к средней линии



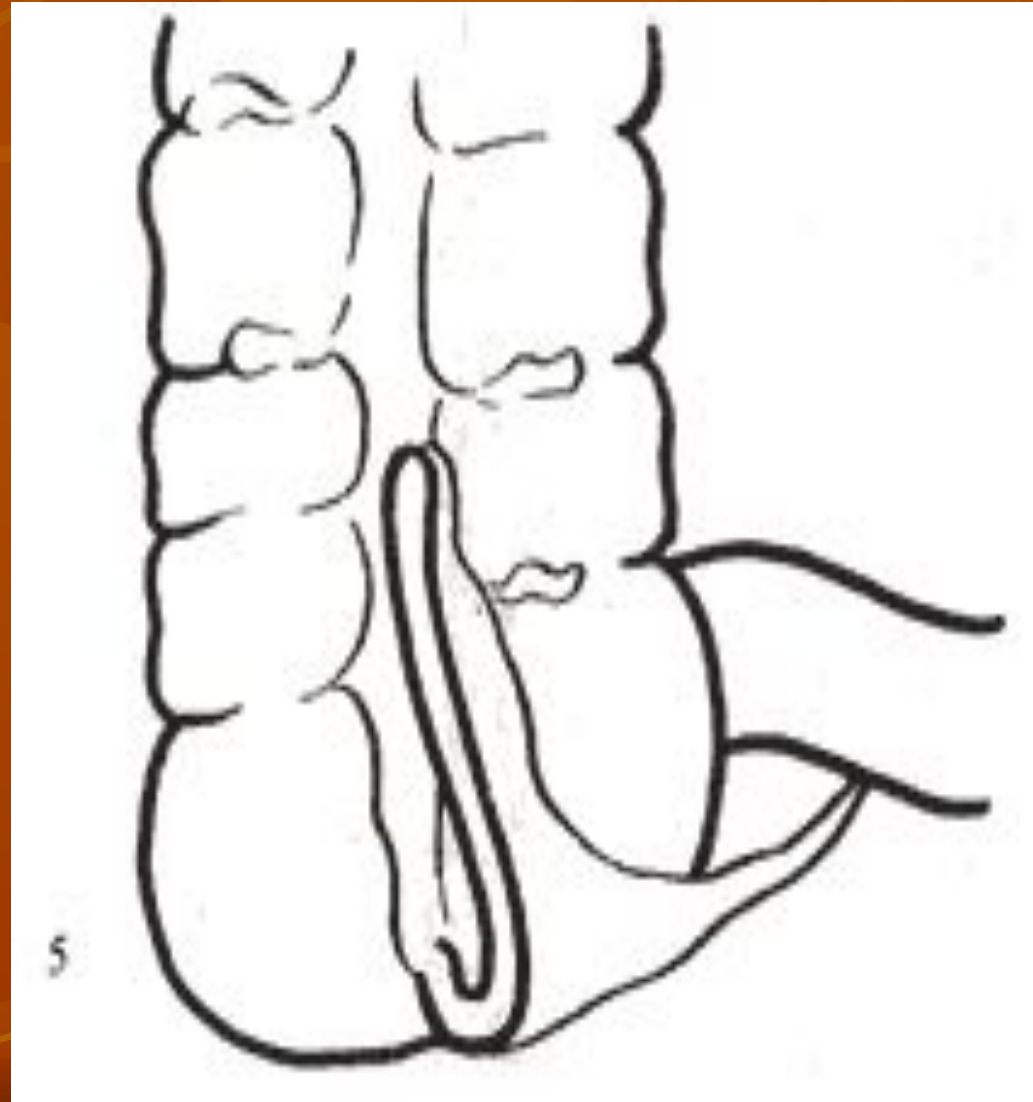
Варианты положения червеобразного отростка по отношению к слепой кишке.

- ретроцекальное положение — отросток располагается позади слепой кишки и прикрыт ею



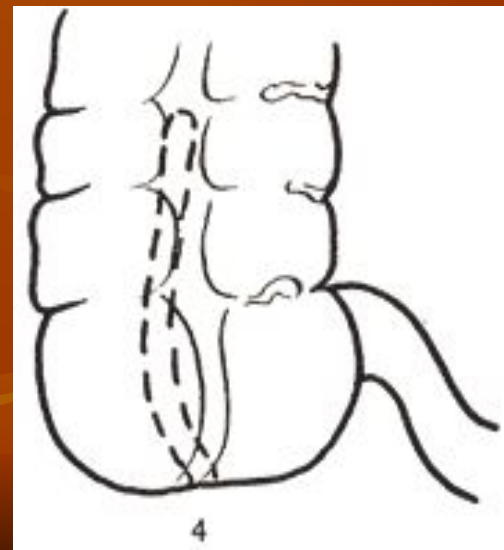
Варианты положения червеобразного отростка по отношению к слепой кишке.

- переднее (вентральное).



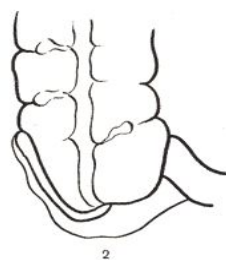
Особенности диагностики

- Ретроцекальное расположение отростка , особенно если он расположен в забрюшинном пространстве , создаёт при аппендиците наибольшие диагностические трудности ввиду стёртой и полиморфной клинической картины заболевания .



Особенности диагностики

- Латеральное положение . Обычно отросток находится кнаружи от слепой кишки , направляется несколько кверху . Диагностика заболевания при такой локализации не представляет особых трудностей . Подобное расположение даже при возникновении периаппендикулярного абсцесса благоприятно в отношении ограничения воспалительного процесса .



Особенности диагностики

- Медиальное расположение отростка встречается в 15 % случаев . Отросток направлен к средней линии и верхушка его обращена к корню брыжейки тонкой кишки . В данной ситуации клиническая картина нетипична . Воспалительный процесс с отростка распространяется на всю брюшную полость , вызывая разлитой перитонит или образование меж петлевых абсцессов .

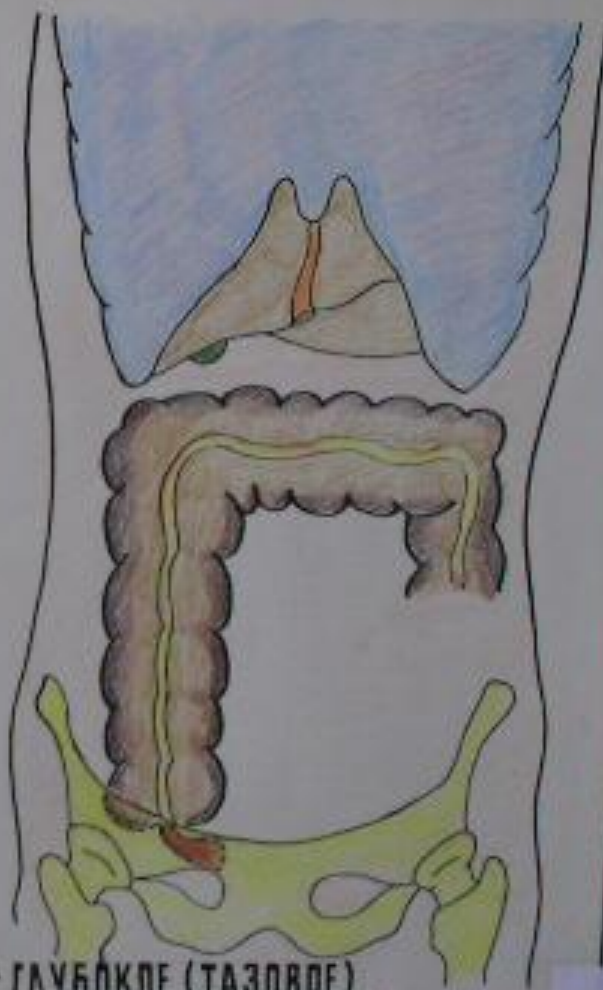
РАЗЛИЧНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ СЛЕПОЙ КИШКИ И ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА.



А - высокое расположение
слепой кишки;



Б - ретроцекальный
отросток;



В - глубокое (тазовое)
расположение слепой кишки.

Брюшинный покров, брыжейка.

- Червеобразный отросток покрыт брюшиной со всех сторон. Он имеет свою брыжейку, которая в большинстве случаев представляет собой дубликатуру брюшины треугольной формы. Одна сторона брыжейки фиксирована к червеобразному отростку, другая — к слепой кишке и конечному отделу тонкой кишки. В свободном крае брыжейки проходят основные лимфатические и кровеносные сосуды, а также нервные сплетения.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА .

- Специфического микробного возбудителя при остром аппендиците нет . Многие авторы считают , что микробы , которые принимают участие в развитии воспаления червеобразного отростка , находятся в самом отростке : кишечная палочка , энтерококк , стафилококк , стрептококк , синегнойная палочка и др .

Факторы:

- характер питания ,
- перенесённые соматические или инфекционные заболевания ,
- врождённые аномалии червеобразного отростка / перекруты , изгибы / ,
- попадание в отросток инородных тел , кишечных паразитов .

Основные теории:

- 1 . теория застоя ;
- 2 . теория «замкнутых полостей » ;
- 3 . паразитарная глистная инвазия ;
- 4 . нервно – сосудистая ;
- 5 . инфекционная;
- 6 . гематогенная ;
- 7 . теория баугиноспазма .

Ведущее место занимает инфекционная и нервно – сосудистая теории .

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА (классификацией Шпренгеля – 1906 г)

Согласно этой классификации различают
четыре формы процесса при остром
аппендиците :

- *простую / катаральную / ,*
- *флегмонозную ,*
- *гангренозную,*
- *перфоративную.*

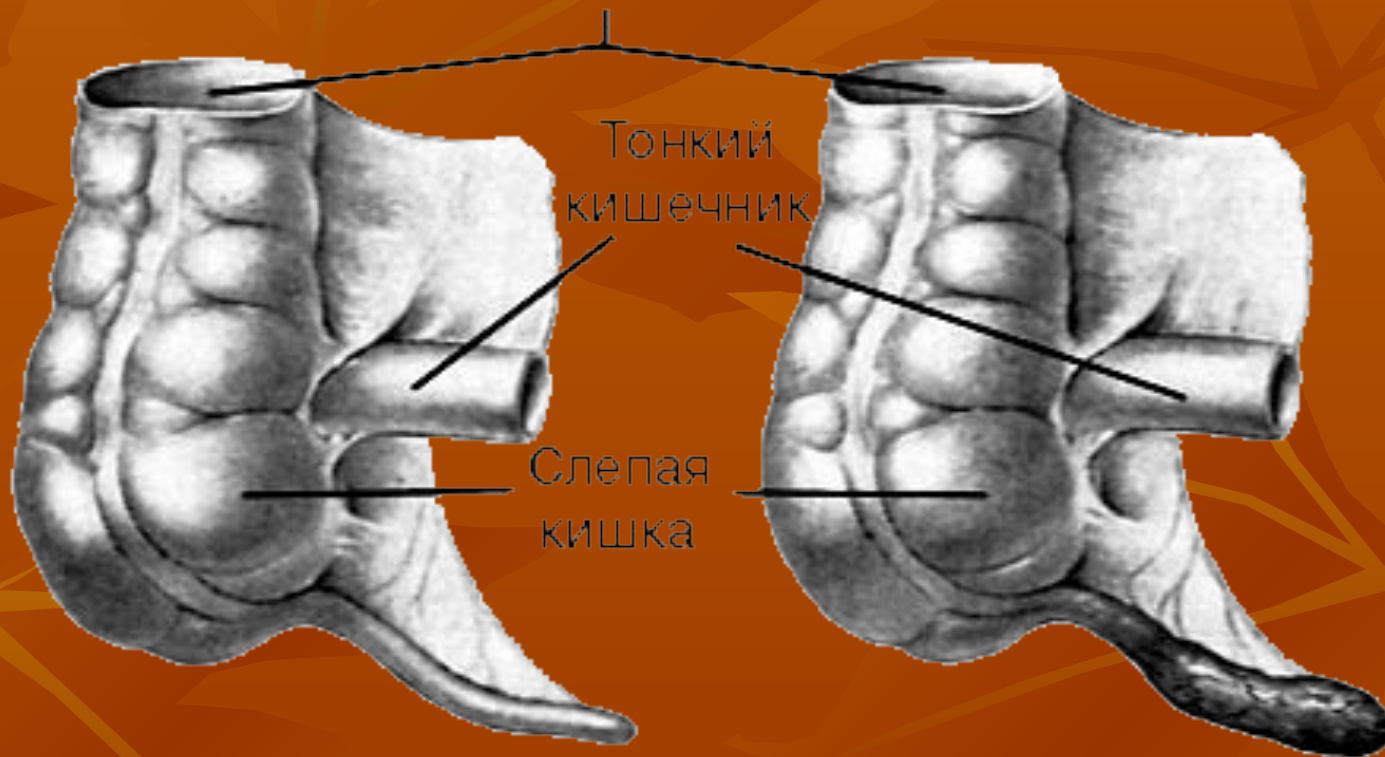
Толстый кишечник
(восходящий отдел)

Тонкий
кишечник

Слепая
кишка

НОРМАЛЬНЫЙ
АППЕНДИКС

ИНФИЦИРОВАННЫЙ
АППЕНДИКС



- При простом / катаральном / аппендиците червеобразный отросток выглядит макроскопически несколько наряженным , отёчным , серозная оболочка его умеренно гиперемирована , набухшая , иногда имеются изъязвления .

- Флегмонозный аппендицит характеризуется гнойным воспалением всех слоёв червеобразного отростка . Брюшина нередко бывает гиперемирована , тусклая , уплощена. В брюшной полости часто обнаруживается экссудат , который может быть серозным , серозно – гнойным и гнойным . Макроскопически отросток на всём протяжении или на отдельных участках гиперемирован , напряжен , утолщен , иногда покрыт фибрино- гнойным налётом . Иногда верхушка отростка бывает колбообразно вздута , при пальпации определяется флюктуация за счёт скопления гноя . В данном случае имеется эмпиема червеобразного отростка .

- При флегмонозном аппендиците возможно образование аппендикулярного инфильтрата , представляющего собой опухолевидное образование , покрытое фибрином и состоящее из инфильтрированного отростка , петель тонкой кишки , сальника , слепой кишки .

- **Гангренозный аппендицит характеризуется глубокими деструктивными изменениями всей стенки червеобразного отростка . Париеетальная брюшина чаще бывает изменена / тусклая , отёчная / . При вскрытии брюшной полости примерно в 75 – 80 % случаев выделяется серозно – гнойный экссудат , иногда с колибацилярным запахом .**

- **Макроскопически сам отросток значительно утолщен , землисто – серого цвета , с гнойными наложениями . Стенка его довольно дряблая и при манипуляциях легко может наступить перфорация . При осмотре слепой и подвздошной / терминальный отдел / кишок отмечается воспалительная инфильтрация их стенок с гиперемией серозной оболочки .**

- Перфоративный аппендицит возникает в результате гангрены или гнойного расплавления стенки червеобразного отростка . Эта форма заболевания чаще наблюдается у детей младшего возраста , что обусловлено в первую очередь запоздалой диагностикой и быстротой возникновения и нарастания деструктивных изменений в отростке у маленького ребёнка .
- Прободение червеобразного отростка у детей , особенно раннего возраста , часто приводит тяжелому генерализованному перитониту . Деструктивные изменения в отростке почти всегда сопровождается воспалительными изменениями в брюшной полости . Во всех её отделах определяется гной с резким каловым запахом . Перфоративное отверстие всегда расположено на стороне , противоположенной брыжейке , и чаще находится у верхушки в следствие худших условий питания в этом отделе отростка . В просвете отростка обнаруживаются гной , каловые камни .

Ю . Ф . Исаков , Э . А . Степанов , А . Ф . Дронов /
1980 / разделяют все наблюдения на две группы :

- *1 . Деструктивно – гнойные формы , к которым относят флегмонозный , гангренозный , гангренозно – перфоративный аппендицит .*
- *2 . Недеструктивные формы воспаления .
В эту группу относят больных с катаральными формами , а также тех , у которых , согласно морфологическому заключению , имеются хронический аппендицит , обострение хронического аппендицита , не измененный червеобразный отросток .*

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

- Клиническая картина острого аппендицита у детей очень разнообразна и характеризуется не только полиморфизмом , но и частой атипичностью .
- Наиболее общей характеристикой клинической картины является преобладание общих неспецифических симптомов над местными .

- Сложность диагностики усугубляется трудностями обследования детей и выявления объективных местных признаков . Их достоверность зависит от ряда факторов / степень контакта с ребёнком , владение методикой обследования , индивидуальный опыт врача и т. д. / .
Учитывая эти обстоятельства , целесообразно вопросы клиники и диагностики рассматривать в двух основных группах : *у детей первых 3 – х лет и более старшего возраста .*

Типичная клиническая картина острого аппендицита у старших детей

- **заболевание начинается с нелокализованных болей / рефлекторная фаза / .**
- **Боли возникают постепенно и носят постоянный характер .**
- **В начале заболевания они отмечаются по всему животу или в эпигастральной области , иррадиируют часто в зону пупка .**
- **Затем болезненность определяется в правой области живота , усиливаясь при движении , смехе , кашле .**
- **Значительно реже / 20 % / боли в животе возникают внезапно , среди полного здоровья , без каких либо предвестников .**
- **Характерна для аппендицита непрерывность боли , которая не проходит даже во сне .**
- **Иногда болевой синдром бывает значительной интенсивности : дети периодически жалуются на резкие боли в животе , мечутся , принимают вынужденное положение .**

Типичная клиническая картина острого аппендицита у старших детей

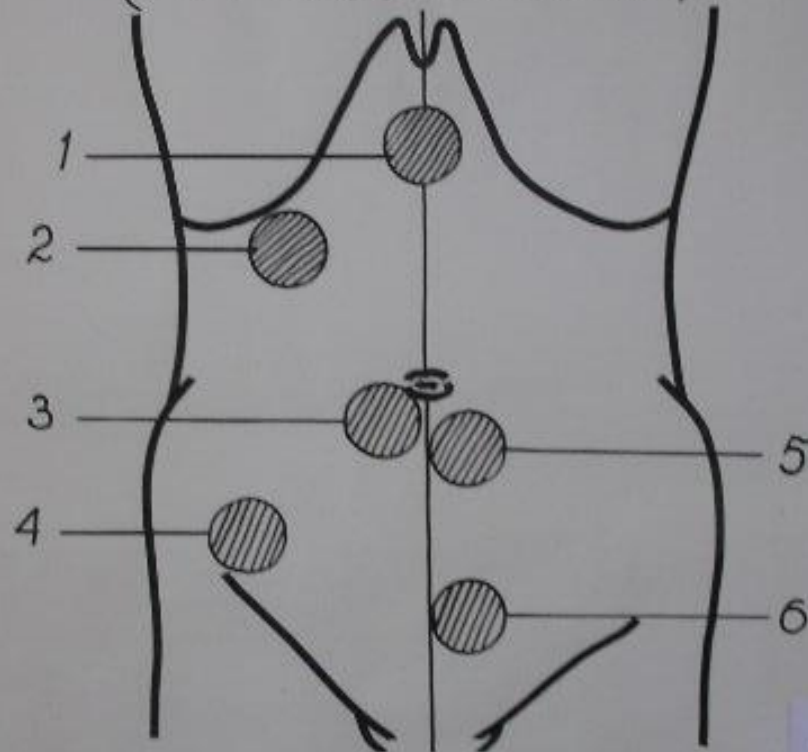
- Рвота – довольно постоянный симптом . В основном рвота отмечается в первый день заболевания / 70 % / . У 18 % детей заболевание сопровождалось тошнотой без рвоты .
- Температурная реакция в основном умеренная . Лишь при тяжелых осложнениях аппендицита / диффузный перитонит , периаппендикулярный абсцесс , инфильтрат в стадии абсцедирования / температура поднимается до 39 градусов и выше . В некоторых случаях / около 15 % / температура может быть нормальной во всех стадиях заболевания . Симптом расхождения пульса и температуры у детей встречается очень редко .

Распознавание острого аппендицита в старшей возрастной группе при типичной клинической картине обычно не представляет больших сложностей . При обследовании живота ориентируются на три главных симптома :

- **наличие локализованной болезненности при пальпации справа , ниже пупка ;**
- **умеренное , но постоянное напряжение передней брюшной стенки там же ;**
- **положительный симптом Щёткина – Блюмберга .**

Все остальные симптомы у детей малоспецифичны .

Зоны болевой чувствительности при перкуссии брюшной стенки (по Раздольскому):



1 - зона желудка; 2 - зона желчного пузыря; 3 - зона слепой кишки; 4 - аппендикулярная зона; 5 - почечная зона; 6 - яичниковая

ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ПРИ АТИПИЧНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ОТРОСТКА.

- При низком расположении отростка болезненность и ригидность брюшной стенки чаще локализуется над лоном , здесь же выявляются симптом Щёткина – Блумберга . Особую ценность приобретает ректальное исследование стенок прямой кишки и её отёчность .

ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ПРИ АТИПИЧНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ОТРОСТКА.

- Если верхушка воспалённого отростка находится вблизи корня брыжейки , то наиболее выраженный симптом – болезненность и положительный симптом Щёткина – Блюмберга ближе к пупку .

ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ПРИ АТИПИЧНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ОТРОСТКА.

- При ретроцекальной локализации основной признак – умеренная но постоянная локальная болезненность при пальпации . Показательно , что при таком расположении отростка ректальное пальцевое исследование позволяет отметить болезненность стенки прямой кишки спереди и сзади .

ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ПРИ АТИПИЧНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ОТРОСТКА.

- Особую трудность представляет высокий вариант ретроцекального / подпеченочного / расположения отростка . В этой ситуации чаще всего приходится проводить дифференциальный диагноз между острым аппендицитом и острым холециститом . Если состояние ребёнка ухудшается / нарастают явления интоксикации , держится высокая температура / , а местно , в области правого подреберья держится защитное мышечное напряжение , то необходимо склониться в сторону оперативного вмешательства .

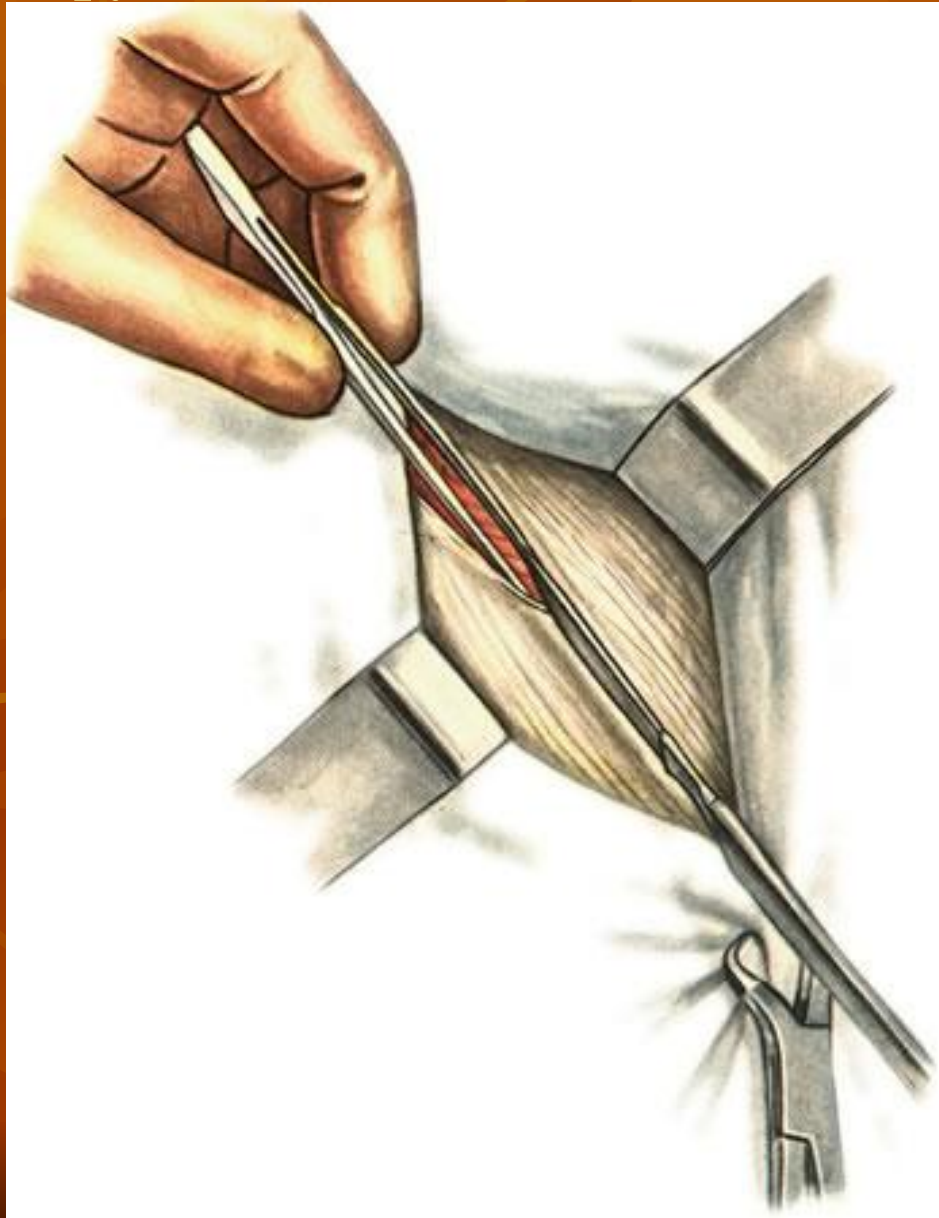
Дополнительные методы:

- УЗС брюшной полости
- Лапароскопия

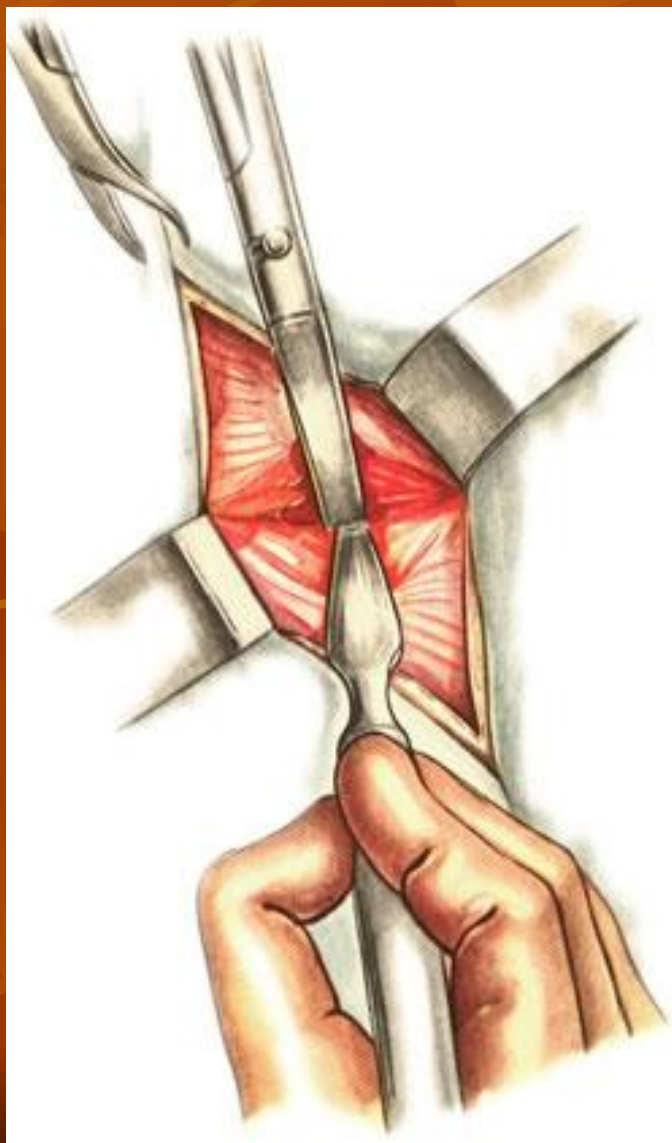
Алгоритм:

- Жалобы
- Анамнез заболевания
- Объективный осмотр
- Лабораторные данные
- УЗИ
- Лапароскопия

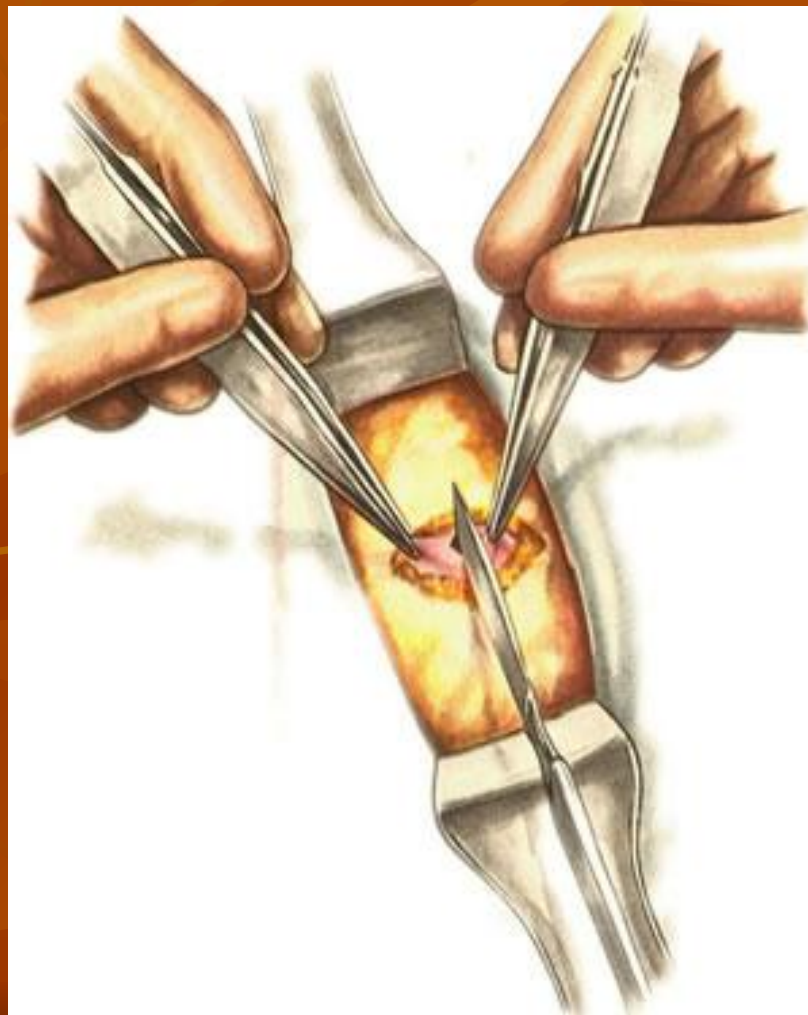
**Разрез передней брюшной стенки по Вол-ковичу—
Дьяконову—Мак Бурнею. Рассечение апоневроза
наружной косой мышцы живота.**



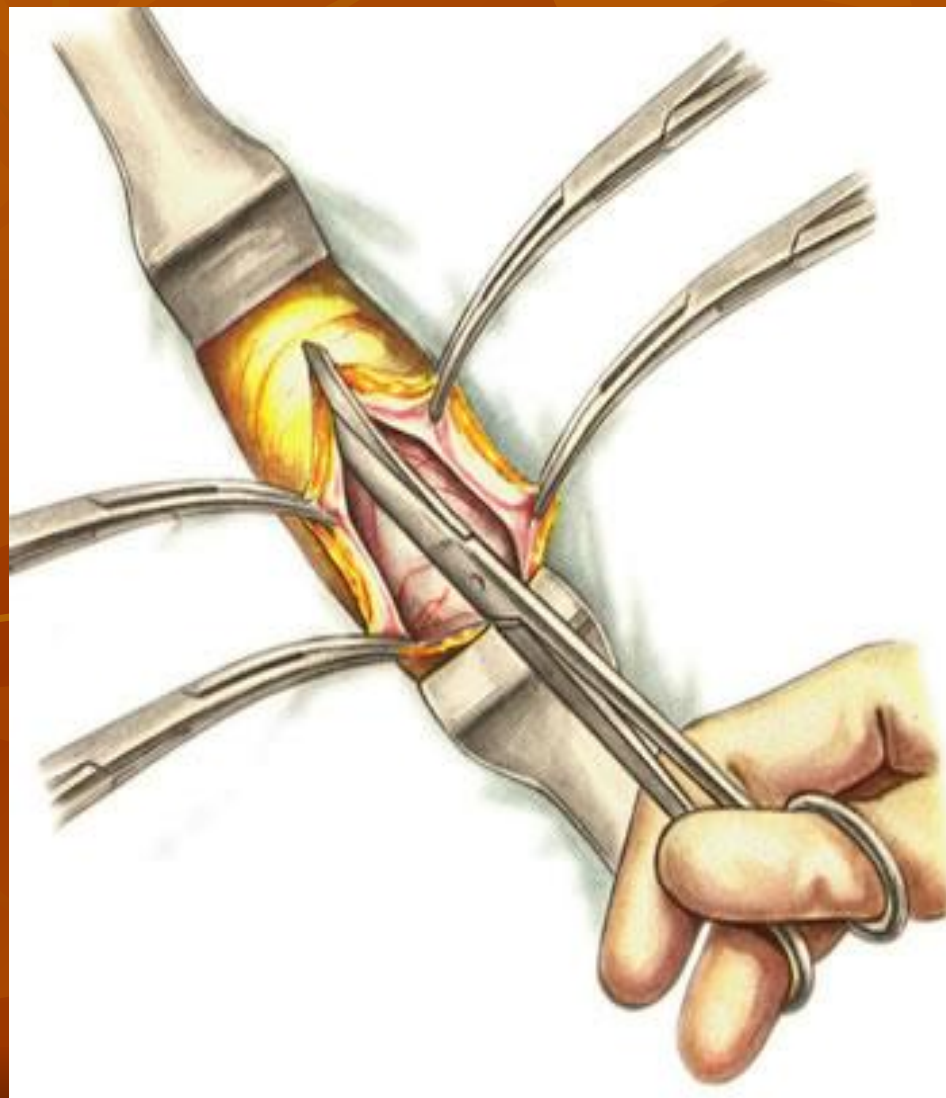
Расслаивание внутренней косой и поперечной мышц живота.



Рассечение париетальной брюшины между двумя пинцетами.



Рассечение париетальной брюшины по длине раны.



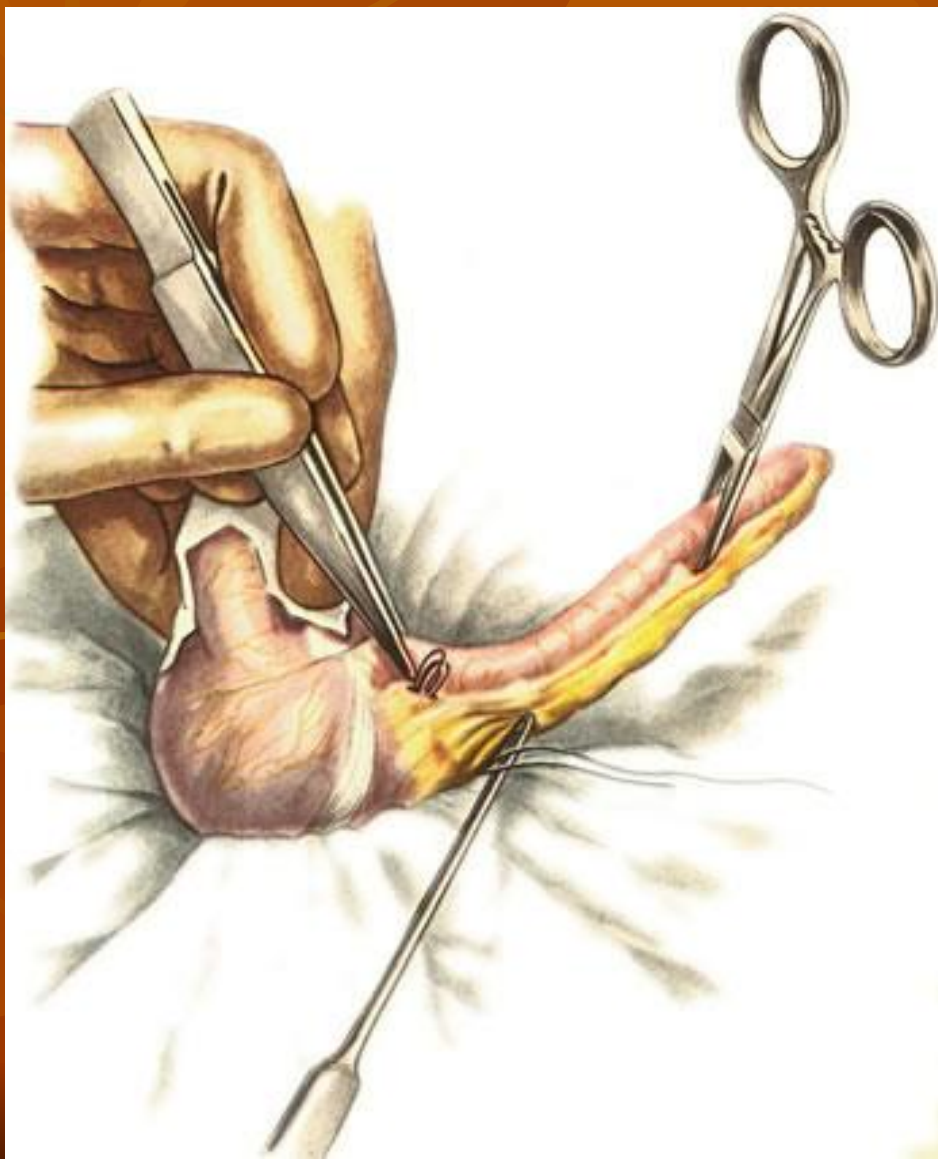
Выведение слепой кишки в рану.



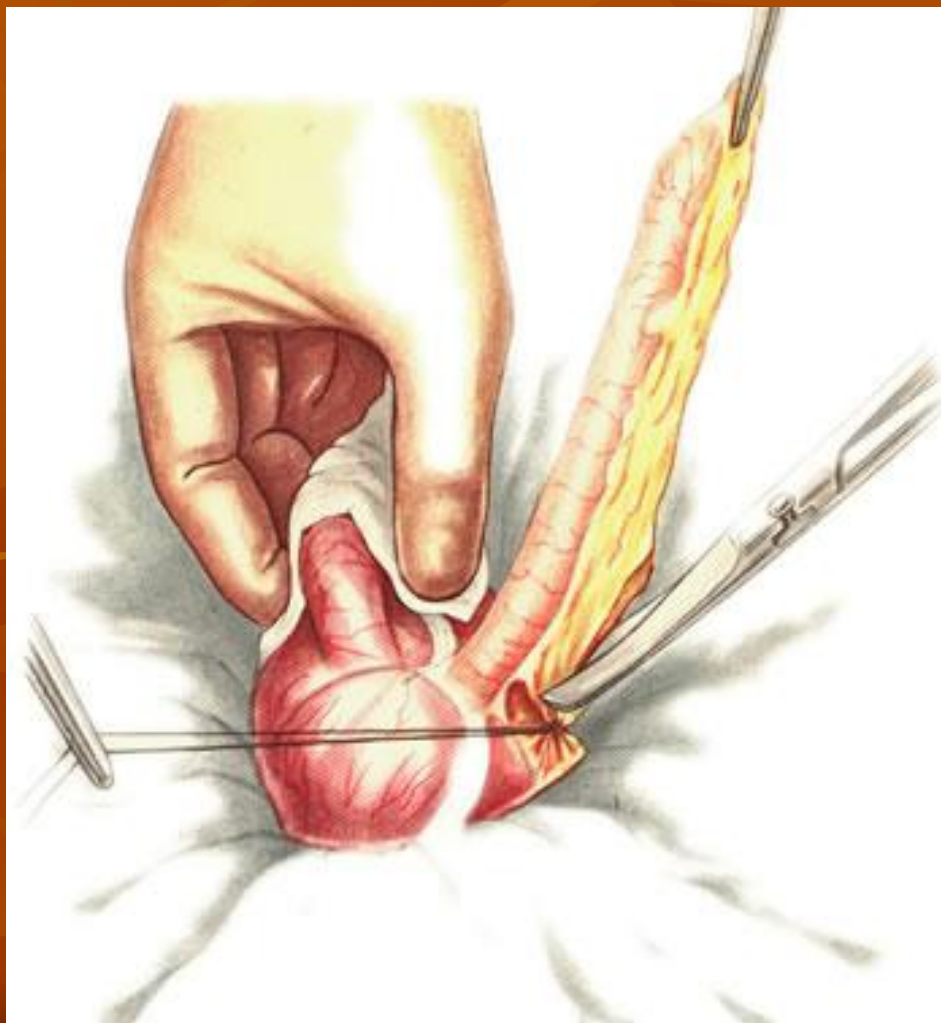
Извлечение червеобразного отростка в рану.



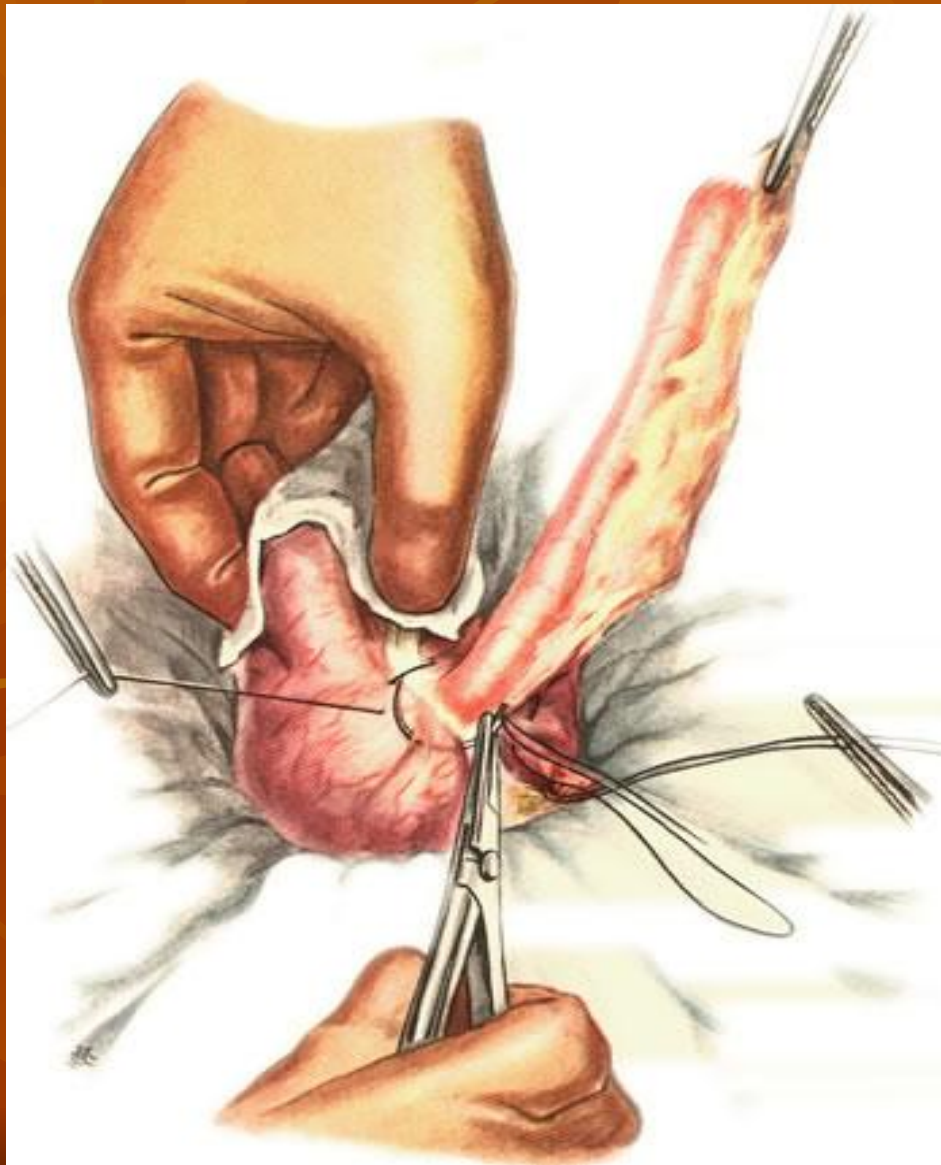
Перевязка брыжейки червеобразного отростка.



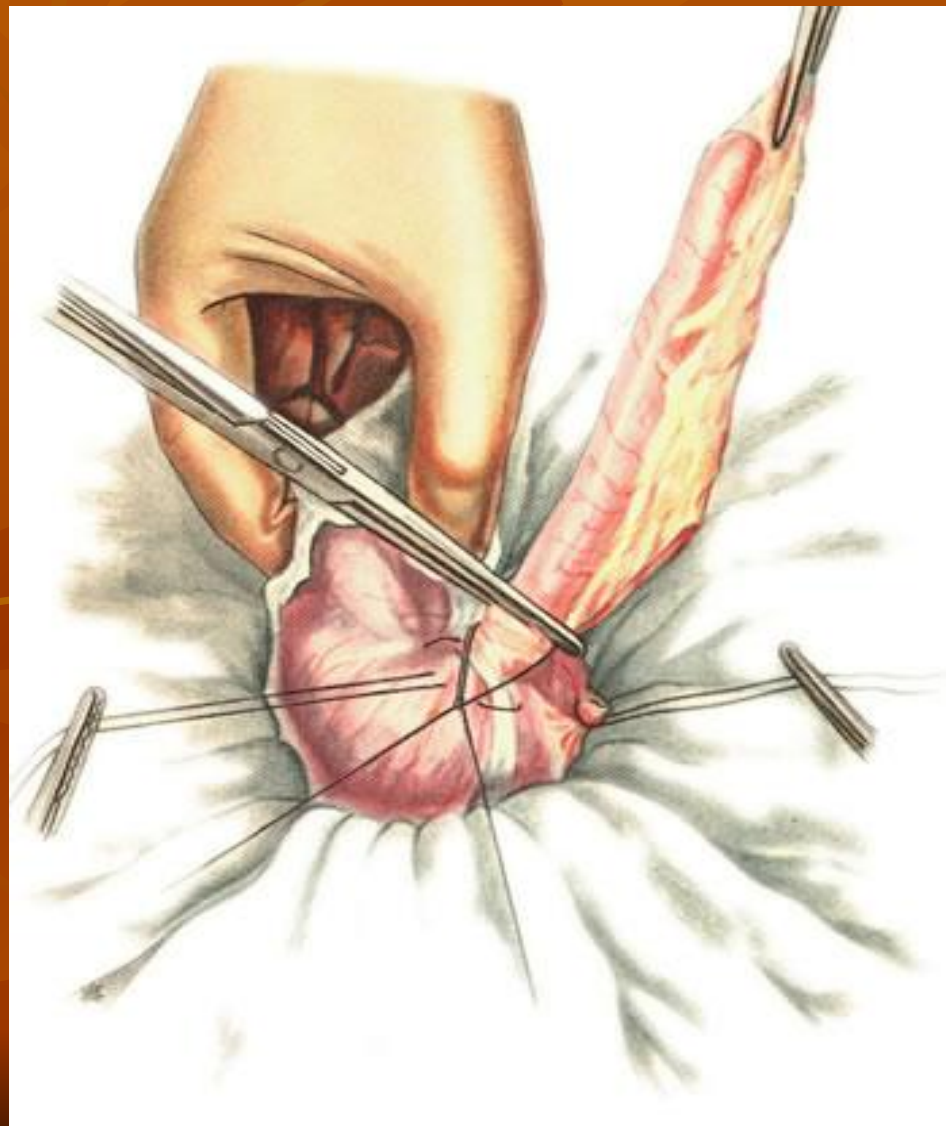
Рассечение брыжейки червеобразного отростка.



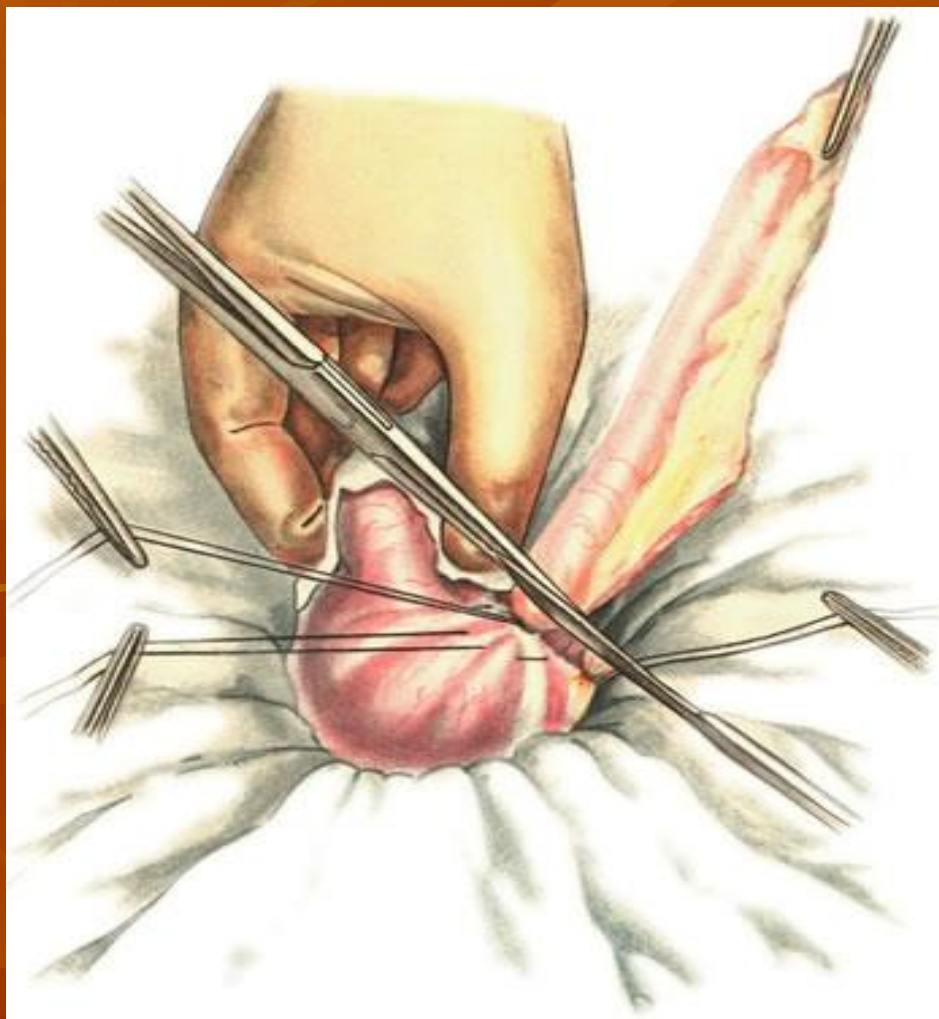
Наложение кисетного шва на слепую кишку вокруг основания отростка.



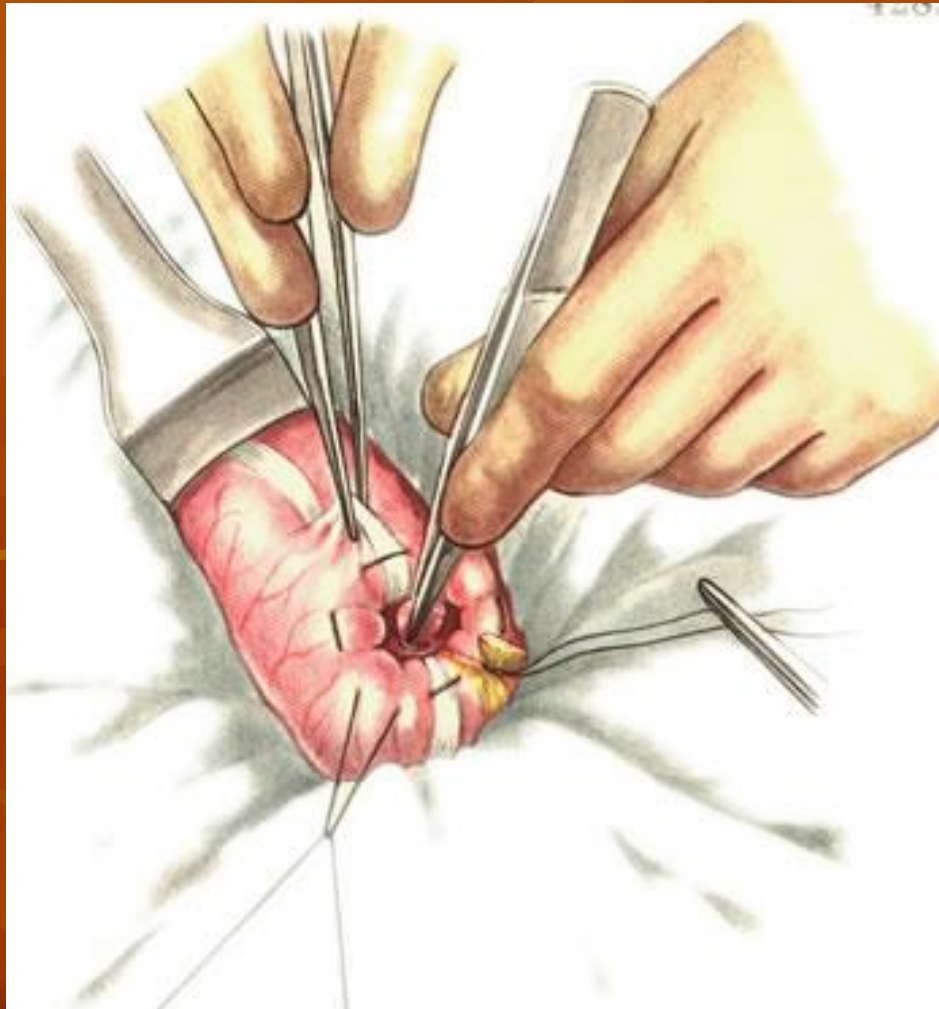
Перевязка червеобразного отростка.



Отсечение червеобразного отростка.



Погружение культи червеобразного отростка кисетным швом.



Наложение Z-образного шва.



Пережатие червеобразного отростка.





