

Острый аппендицит.



Историческая справка

- 1735 г. Клаудиус Аманд (Англия) выполнил первую в мире аппендэктомию, причем случайно, Врач оперировал грыжу, осложненную кишечным свищом. Во время вмешательства обнаружил, что источником свища является червеобразный отросток, Аппендикс был удален, а культя перевязана лигатурой. Также была выполнена пластика грыжевых ворот. Больной выздоровел.
- 1884 г. Фредерик Махоумд (Англия) и Рудольф Кренлейн (Германия) впервые в мире произвели целенаправленную аппендэктомию при осложненных формах аппендицита с благоприятным исходом. Их приоритет общепризнанный.
- 1886 г. Реджинальд Фитц (США) предложил ввести термин «аппендицит», В своем докладе описал клинику заболевания и призвал к хирургическому удалению отростка.
- 1890 г. А. А. Троянов (Россия) впервые в Санкт-Петербурге, в Обуховской больнице выполнил аппендэктомию с благоприятным исходом.
- 1898 г. Н.М.Волкович и П.И. Дьяконов (Россия) разработали операционный доступ для выполнения аппендэктомии, который впоследствии в отечественной хирургии приобретает качество «универсального».
- 1908 г. Д. С. Щеткин (Россия) предложил «симптом раздражения брюшины», который впоследствии на территории России становится «главным» симптомом острого воспаления в брюшной полости, определяющим хирургическую тактику.
- 1983 г, Курт Семм (Германия) выполнил первую в мире полную лапароскопическую аппендэктомию.

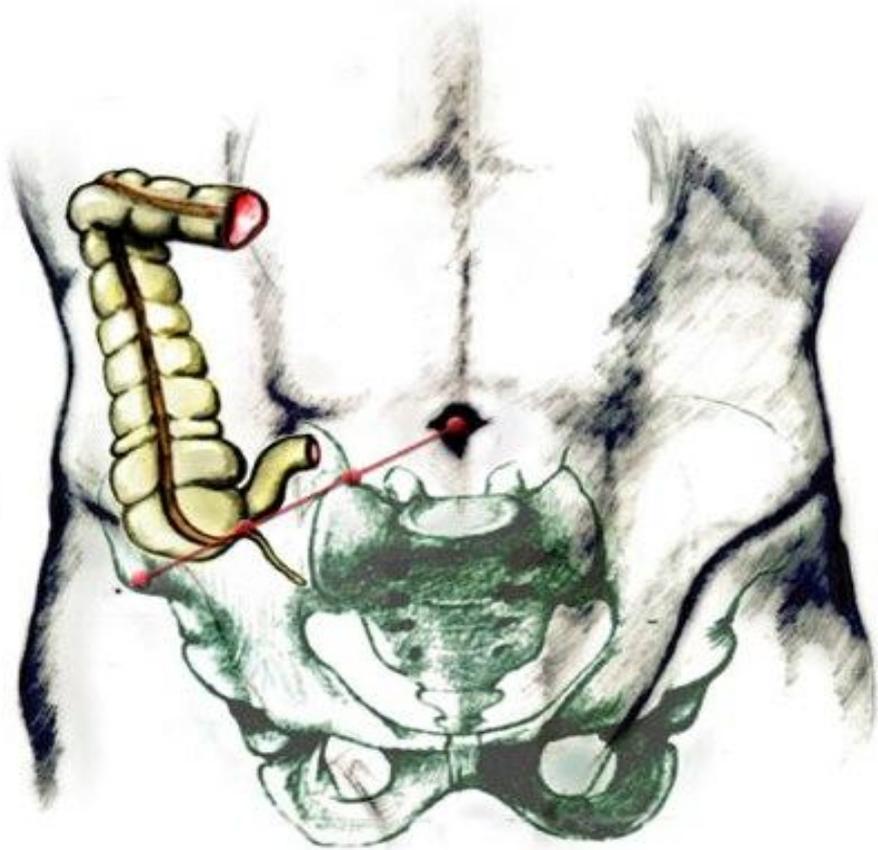
Анатомические особенности.

- обычно располагается в правой подвздошной области;
- отходит от слепой кишки в том месте, где сходятся все три ее ленты (taenia);
- длина отростка от **0,5 до 30см**, в среднем от **7 до 10см**;
- диаметр отростка не превышает **0,4-0,5см**. канал его открывается в слепую кишку узким отверстием, где имеется **клапан Герлаха**.

Анатомические особенности.

- Слизистая оболочка покрыта цилиндрическим эпителием и содержит многочисленные лимфатические фолликулы;
- Подслизистый слой- самый толстый, очень богат лимфоидными клетками соединительной ткани;
- Кровоснабжение отростка происходит из **a. Iliocolica** от которой отходит **a. appendicularis** и проходит в брыжеечке червеобразного отростка (**mesoappendix**).
- Венозный отток - по одноименным венам впадает в систему **верхней брыжеечной** вены.
- Иннервация обеспечивается **верхним брыжеечным** сплетением.

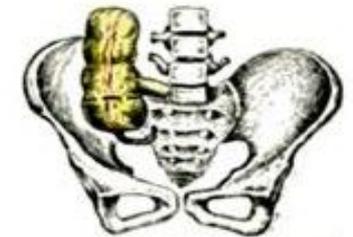
Голотопия слепой кишки и червеобразного отростка (варианты)



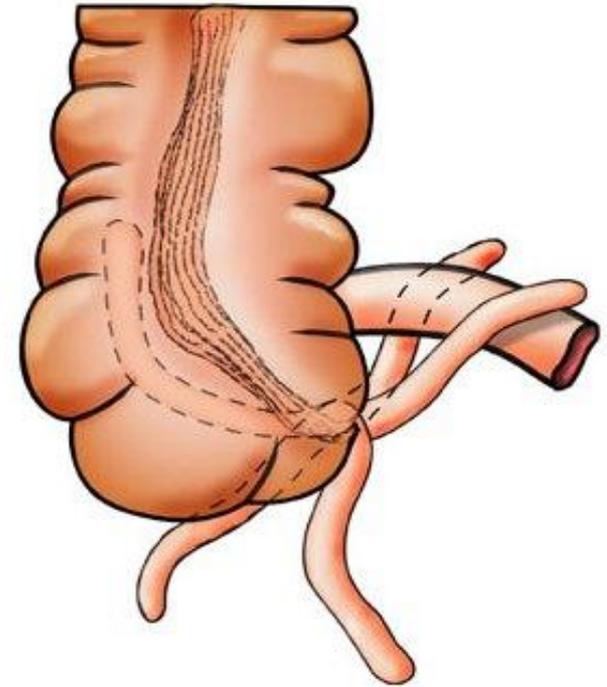
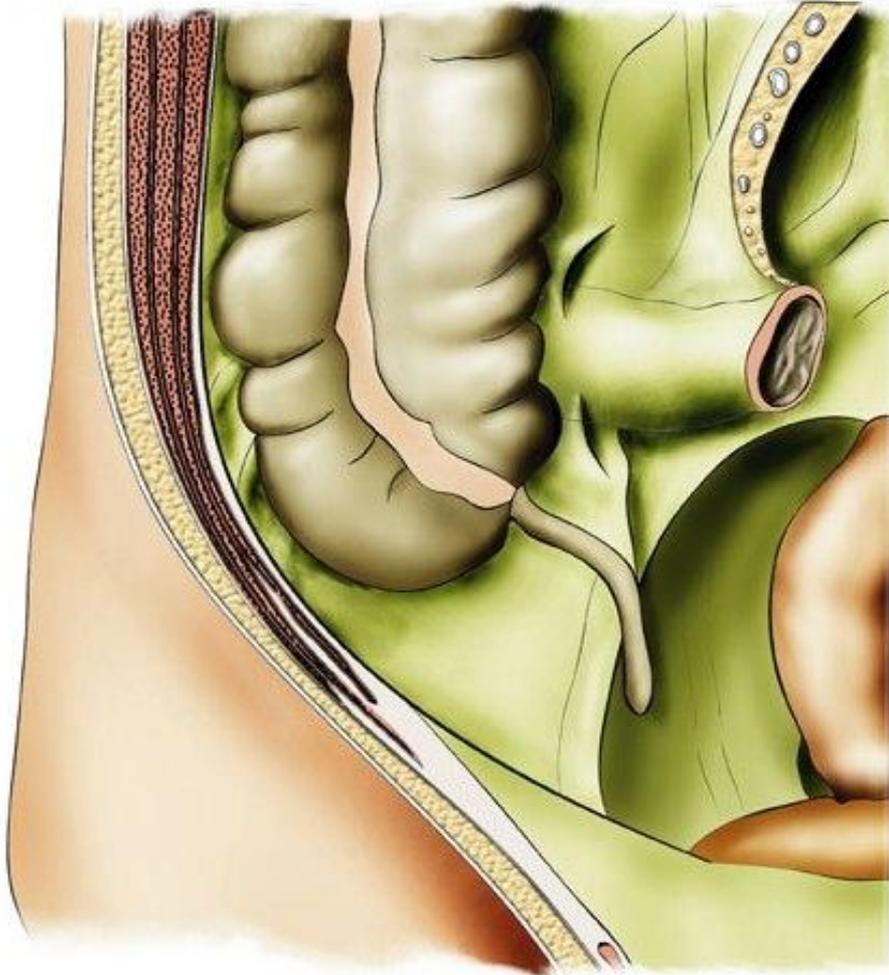
Высокое положение
слепой кишки



Низкое положение
слепой кишки

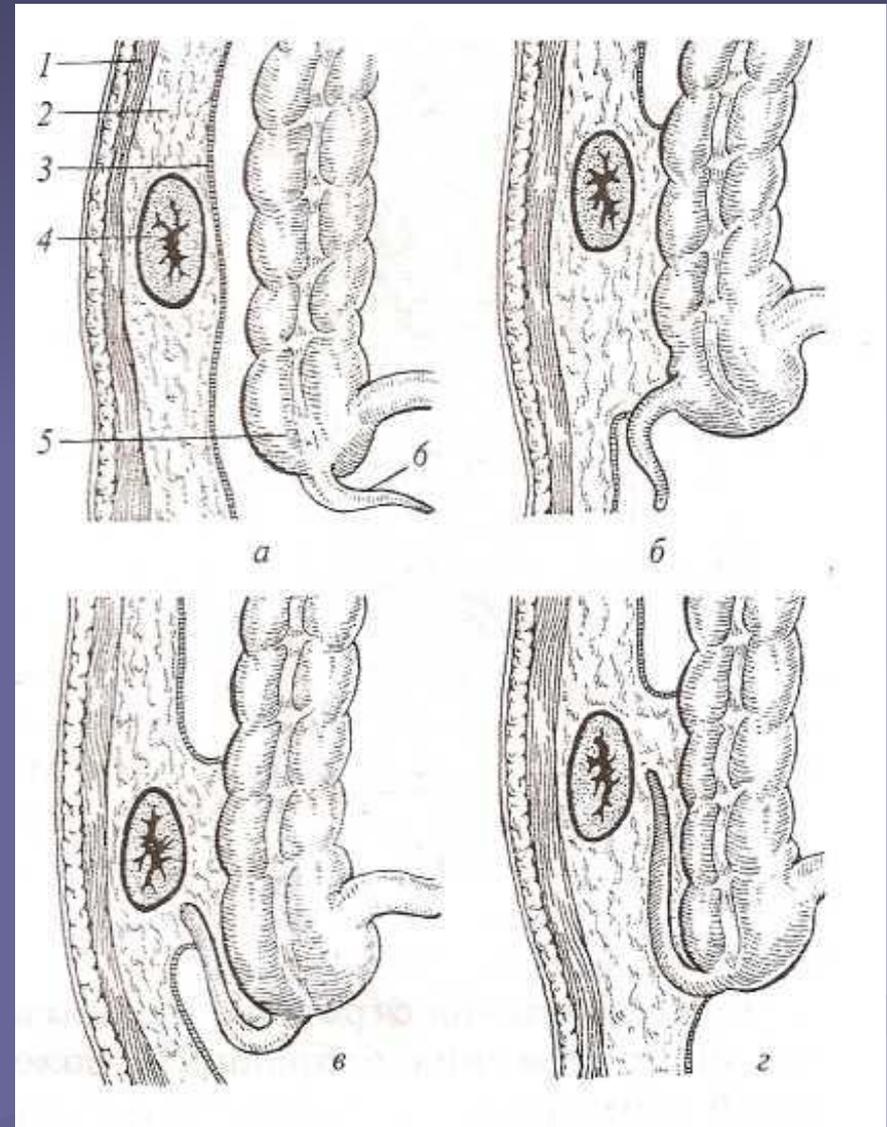


Варианты расположения червеобразного отростка



□ Варианты взаимоотношения червеобразного отростка с брюшиной:

- ✓ *а* - полностью внутрибрюшное расположение кишки и отростка;
- ✓ *б, в* — частично забрюшинное расположение;
- ✓ *г* - полностью забрюшинное расположение отростка;
- ✓ 1 – мышцы;
- ✓ 2 - забрюшинная клетчатка;
- ✓ 3 –брюшина;
- ✓ 4 - почка;
- ✓ 5 - слепая кишка;
- ✓ 6 — червеобразный отросток



Этиология и патогенез.

□ Инфекционная теория.

- ✓ причиной воспаления является развитие инфекции, вызванной внедрением в его стенку кишечной флоры; первоначальное развитие инфекции объяснялось повышением вирулентности микробов при застое содержимого в просвете отростка в результате его перегибов, сдавления рубцами, закупорки инородными телами и каловыми камнями.

Этиология и патогенез.

□ Нервно-сосудистая теория.

- ✓ Yott, Ricker (1927) показали, что воспаление первоначально распространяется по ходу питающего сосуда и в вегетативной нервной системе, в частности, в солнечном сплетении.

□ Кортико-висцеральная теория (Русанов А.В., Давыдовский И.В.).

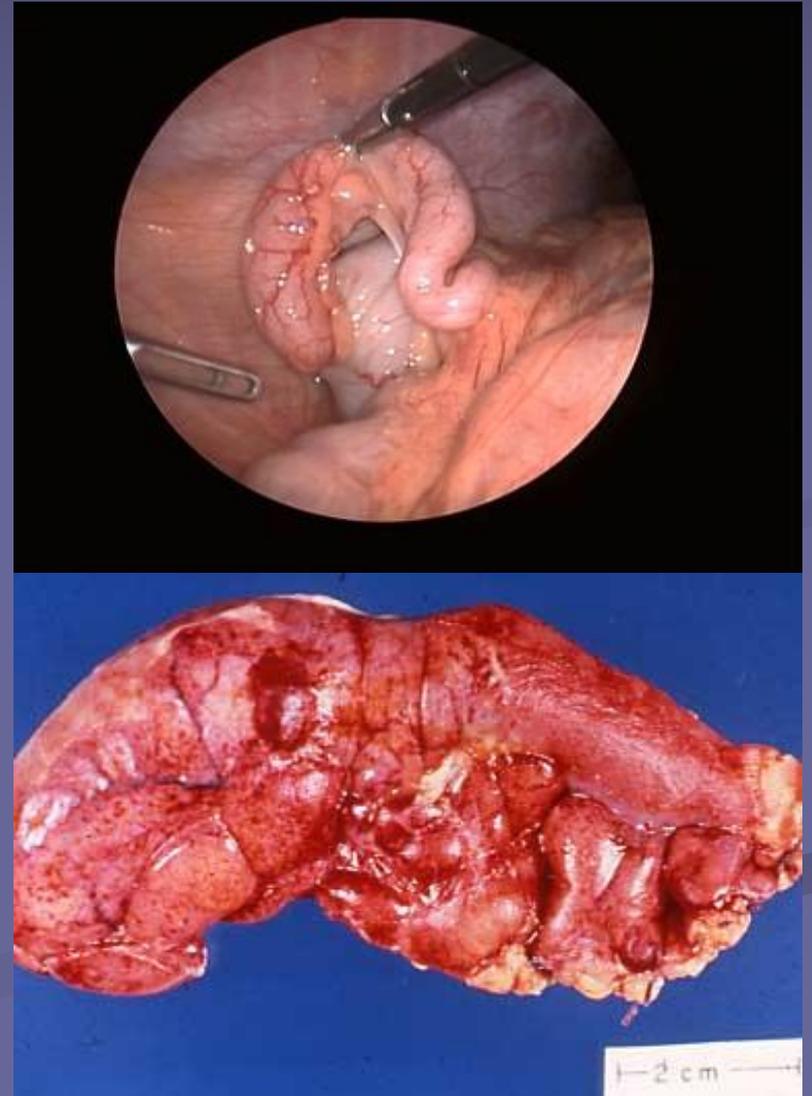
- ✓ Вначале возникают трофические расстройства в стенке отростка, в происхождении которых главную роль играет нарушение кровообращения, обусловленное дисфункцией нервно-регуляторного аппарата.

Патологическая анатомия.

- аппендикулярная колика - состояние когда функциональные расстройства не приводят к морфологическим изменениям;
- катаральный аппендицит (*appendicitis catarhalis*), простой ар. *simplex*, поверхностный аппендицит (*ар. superficialis*), страдает слизистая;

Патологическая анатомия.

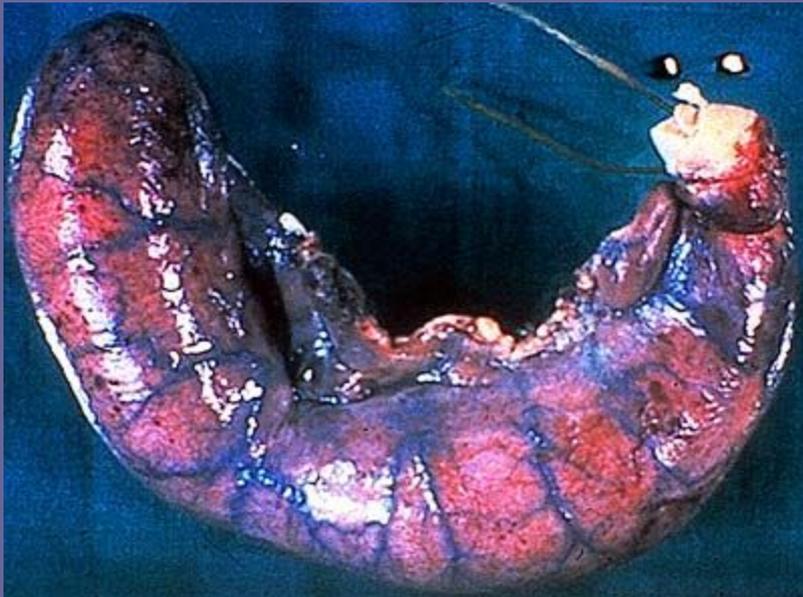
- **app. phlegmonosa** – флегмонозный аппендицит - отросток резко утолщен и напряжен, серозная оболочка гиперемирована, покрыта фибринозным или гнойным налетом, в полости гнойное содержимое;



Патологическая анатомия.



- ▣ *app. gangrenosa* – гангренозный аппендицит – отросток грязно-зеленого или черного цвета, стенка рыхлая, на окружающих органах имеются массивные фибриновые или фибринозно-гнойные наложения, в полости гнойно-геморрагическое содержимое;



Патологическая анатомия.

- эмпиема отростка – устье отростка полностью обтурировано, вследствие чего он превращается в ретенционную полость, наполненную гноем;
- аппендикулярный инфильтрат;
- аппендикулярный абсцесс.

Классификация.

1. *По характеру морфологических изменений в отростке:*

- ✓ простой (поверхностный, катаральный) аппендицит;
- ✓ флегмонозный аппендицит;
- ✓ эмпиема червеобразного отростка;
- ✓ гангренозный аппендицит;
- ✓ перфоративный аппендицит.

Классификация.

II. По распространенности патологического процесса:

- ✓ неосложненный аппендицит;
- ✓ осложненный аппендицит:
 - аппендикулярным инфильтратом;
 - аппендикулярным абсцессом;
 - местным перитонитом;
 - распространенным перитонитом;
 - распространенным отграниченным перитонитом (межкишечные, подпеченочные и поддиафрагмальные абсцессы, абсцесс Дугласова пространства);
 - пилефлебитом;
 - брюшинной флегмоной.

Клиническая картина.

- Боли – различного характера, умеренные, чувство распирания в подложечной области.
- Тошнота, рвота, температура повышается постепенно.
- Внезапное усиление боли бывает при перфорации отростка.
- Повторная рвота - чаще признак выраженных изменений в отростке и тогда она может быть бурной и обильной; рвота чаще у больных, у которых отросток лежит свободно в брюшной полости.
- Язык сухой, обложен.
- Отмечается отставание при дыхании нижних отделов живота.

Основные симптомы острого аппендицита.

- ▣ *Симптом Щеткина-Блюмберга* - при надавливании пальцами ладони в правой подвздошной области – возникает боль, которая усиливается при отнятии руки (сущность - реакция воспаленной брюшины).
- ▣ *Симптом Ситковского* – появление или усиление боли в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок вследствие перемещения органов илеоцекального угла и натяжения брыжеечки червеобразного отростка.

Основные симптомы острого аппендицита.

- *симптом Воскресенского* - левой рукой натягивают нательную рубашку (для равномерного скольжения), а кончиками 2-4 пальцев правой кисти проделывают быстрое скользящее движение с умеренным давлением на живот от мечевидного отростка косо вниз — в момент окончания скольжения резкое усиление боли (симптом рубашки или скольжения).

Основные симптомы острого аппендицита.

- ▣ *симптом Ровзинга* – ребром левой ладони надавливают на брюшную стенку в левой подвздошной области, не отнимая её, правой рукой производят короткие толчки через брюшную стенку на вышележащий участок нисходящей ободочной кишки.
- ▣ *симптом Бартомье-Михельсона* – возникает боль при пальпации в правой подвздошной области в положении больного на левом боку.
- ▣ *симптом Раздольского (1927)*- гиперестезия кожи в правой подвздошной области.

Другие симптомы.

- ▣ *пахово-мошоночный симптом А.П.Крымова* (1922) - появление или усиление боли в подвздошной области при исследовании пальцем наружного отверстия пахового канала справа.
- ▣ *брюшинно-пупочный симптом Д.Н.Думбадзе* (1935) - болезненность при исследовании пальцем пупка.
- ▣ *симптом Образцова* - боль при пальпации правой подвздошной области усиливается при поднимании выпрямленной правой ноги.
- ▣ *симптом Коупа*- боль в правой подвздошной области при ротационных движениях в тазобедренном суставе.

Ретроцекальный аппендицит.

- Боль в поясничной области, которая иногда иррадирует в паховую область, в правое бедро и в область таза;
- Положительные симптомы *Образцова*, *Яуре-Розанова* (болезненность при надавливании в области треугольника Пти справа), *Ларашиа* (самопроизвольное сгибание и приведение к животу правой ноги больного вследствие контрактуры вовлеченной в воспалительный процесс правой пояснично-подвздошной мышцы).

Особенности острого аппендицита у детей.

- Болеют чаще дети старше 5 лет, до 5 лет- реже, в силу слабости развития лимфоидного аппарата;
- течение острое с выраженными общими и местными симптомами, с быстрым развитием деструктивных изменений, частые перфорации, выражена тахикардия, температура **38-39**;
- сохранение брюшного типа дыхания, несмотря на наличие перитонеальных явлений.

Особенности острого аппендицита у лиц пожилого и старческого возраста.

- стертое течение, неярко выражены местные и общие симптомы;
- снижена реактивность, нередко частичная или полная облитерация червеобразного отростка;
- часто без выраженного болевого синдрома, с нормальной или субфебрильной температурой тела, без выраженного лейкоцитоза.

Особенности острого аппендицита у беременных.

- после 2-3 месяцев беременности протекает своеобразно в связи с изменением положения слепой кишки, вызванным увеличением матки и изменением реактивности организма;
- рефлексы мышц слабо выражены, лейкоцитоз незначительный или может отсутствовать;
- нередко деструктивные формы протекают на фоне стертых клинических проявлений.

Дифференциальный диагноз.

- ▣ *Острая пищевая токсикоинфекция, острый гастроэнтерит и гастроэнтероколит:* тошнота, рвота и расстройство стула предшествуют появлению болей; боли схваткообразные и сопровождаются урчанием в животе, уменьшаются после стула; симптомы эндотоксикоза; отсутствуют напряжение мышц и аппендикулярные симптомы.

Дифференциальный диагноз.

▣ *Перфоративная язва желудка и ДПК:*

внезапное появление «кинжальных» болей в эпигастральной области, характерное положение больного на боку с подтянутыми к животу ногами; «доскообразный живот»; уменьшение границ печеночной тупости (симптом Clark) в сочетании с появлением высокого тимпанита над печенью (симптом Спигарского).

Дифференциальный диагноз.

- ▣ *Острый холецистит:* боли локализуются в правом подреберье, приступообразного характера, рвота с примесью желчи; начало заболевания больные связывают с погрешностями в диете; положительные симптомы: Кера, Мерфи, Ортнера, Мюси-Георгиевского.

Дифференциальный диагноз.

- ▣ *Острый панкреатит:* острые интенсивные боли в эпигастральной области, правом и левом подреберьях, нередко имеющие опоясывающий характер; начало заболевания больные связывают с погрешностями в диете; тошнота, многократная рвота, метеоризм, может быть частый жидкий стул.

Дифференциальный диагноз.

- ▣ *Острая кишечная непроходимость:* схваткообразные боли, задержка стула и газов, многократная рвота; живот умеренно вздут, мягкий, симптомы раздражения брюшины отсутствуют или выражены неотчетливо; положительные симптомы «косопузья», Склярова, Кивуля, «малинового желе», Обуховской больницы; на рентгенограмме определяются чаши Клойбера.

Дифференциальный диагноз.

- ▣ *Острый аднексит:* боли внизу живота, иррадиирующие в поясницу, крестец или промежность, высокая температура тела; пальпация живота болезненна над лоном и в паховых областях, положительный симптом Промтова.
- ▣ *Внематочная беременность;*
- ▣ *Апоплексия яичника;*
- ▣ *Почечная колика.*

Лечение.

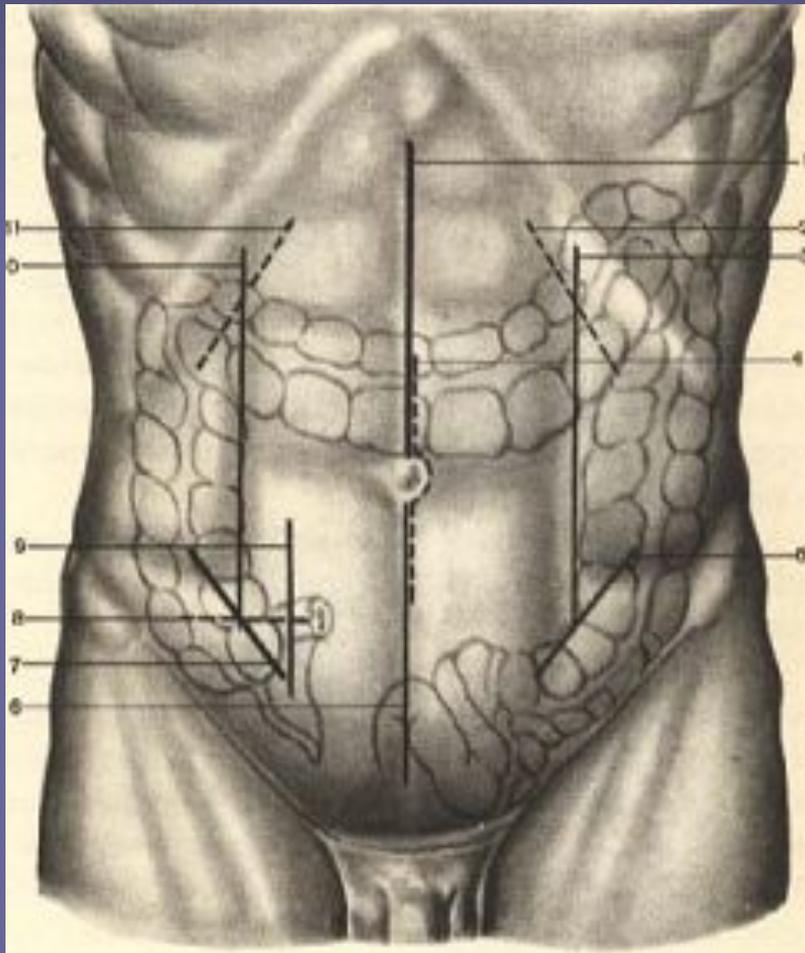
- исключительно хирургическое;
- срочная операция в первые 2 часа показана всем, кому поставлен диагноз острого аппендицита;
- единственное противопоказание к оперативному лечению – наличие у больного плотного аппендикулярного инфильтрата без признаков распространенного перитонита.

Лечение.

□ Обезболивание:

- ✓ местная инфильтрационная анестезия 0,25 % раствором новокаина;
- ✓ спинальная анестезия;
- ✓ общее обезболивание (показано у детей, беременных, больных пожилого возраста, при перитоните).

Схема разрезов передней брюшной стенки.



- 1- верхний срединный;
- 2- левый косой, параллельный реберной дуге;
- 3- левый параректальный;
- 4- *средний срединный*;
- 5- косой в левой паховой области;
- 6- нижний срединный;
- 7- *Волковича-Дьяконова-Мак Бурнея*;
- 8- *Винкельмана*;
- 9- *Леннандера*;
- 10- *правый параректальный*;
- 11- правый косой, параллельный реберной дуге.

Разрез Волковича-Дьяконова-Мак Бурнея.





