

САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

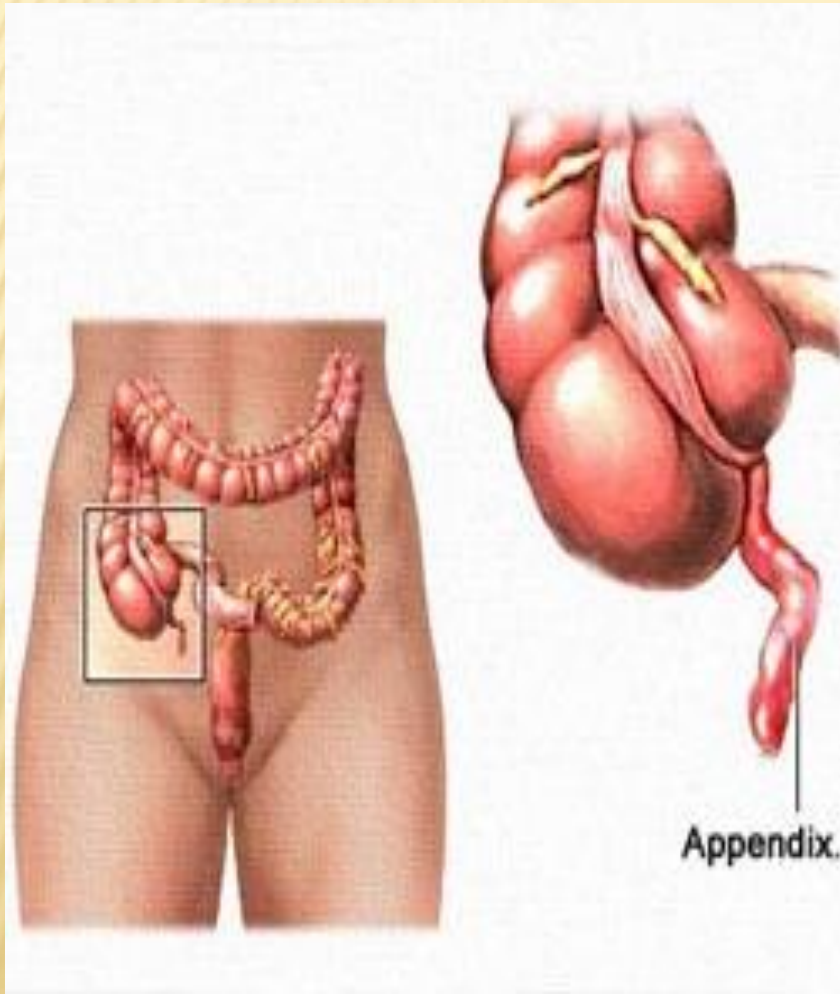
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ №1

▣ ЛЕКЦИЯ: ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

▣ Лектор – доцент Сидоров А.Ю.

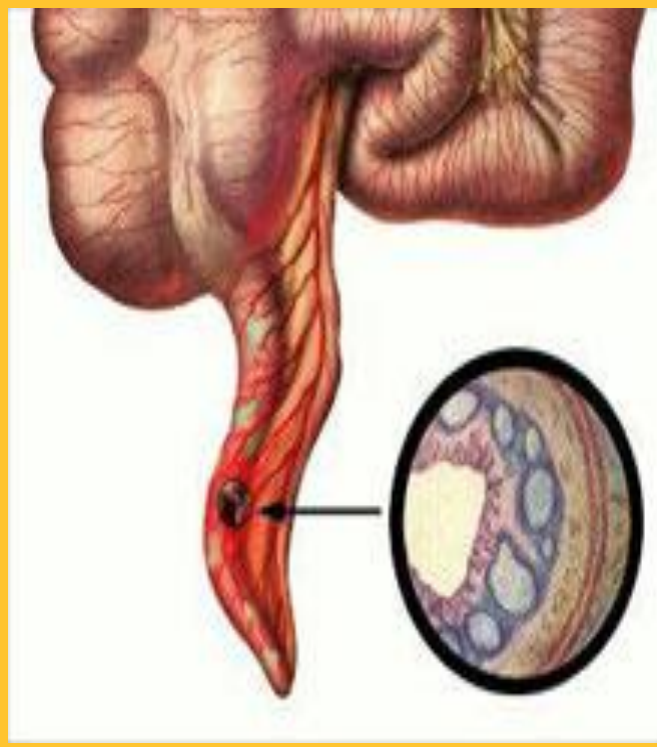
ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

- **Острый аппендицит - воспаление червеобразного отростка слепой кишки - наиболее часто встречающееся заболевание органов брюшной полости, требующее экстренного оперативного вмешательства. По многочисленным статистическим данным, 20-30% пациентов хирургических стационаров составляют больные ОА.**

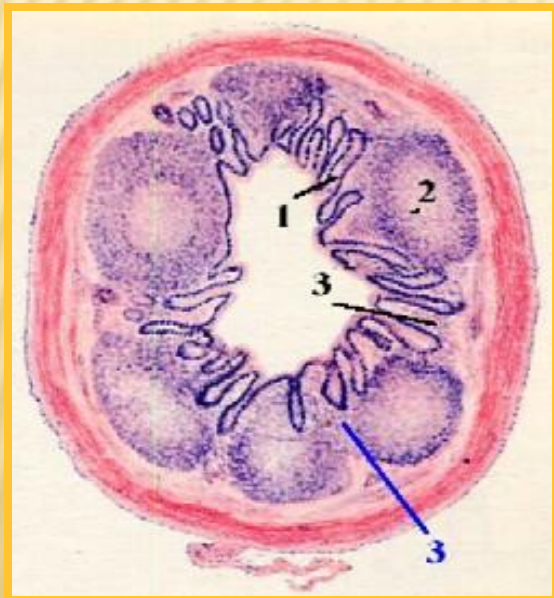


ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА:

- 1. В древнем Египте при одном из способов бальзамирования все внутренние органы складывались в четыре отдельных сосуда; на одном из них в перечне содержимого упоминался и червеобразный отросток.
- 2. Французский хирург А.Ланнелонг упоминает о древнейшей египетской мумии со следом разреза в правой подвздошной области.
- 3. Первые описания и зарисовки отростка человека принадлежат Леонардо да Винча в 1472 году.
- 4. Андрей Везалий в своем труде «*De fabrica humani corporis*» уже подробно описывает топографию отростка, но называет его «соесит».



Позже европейскими врачами описаны случаи находок воспаленного червеобразного отростка на вскрытиях. Этому не придавали большого значения, так как считали, что аппендицит есть следствие воспаления слепой кишки (тифлита). . В начале 19 столетия господствовало созданное французским хирургом Дюпюитреном учение о подвздошных нарывах, в котором источником считалась слепая кишка. Учение Дюпюитрена поддерживал Н.И. Пирогов, который дал свою классификацию подвздошных нарывов (1852 г.).



Рекомендовалось либо консервативное лечение, либо вскрытие гнойника. Ошибочное предположение Дирхютрен господствовало почти 50 лет.

В 1886 г. Комиссией американских хирургов по предложению **Р. Фитца** для наименования заболевания был избран термин «аппендицит», который вскоре стал общепринятым.

Впервые аппендэктомиию выполнили в 1884 г. **Kronlein** в Германии и **Mahomed** в Великобритании, - через 4 года - К.Домбровский в России.

Мак-Берней в 1889 г. описал клинику заболевания и разработал рациональный доступ к червеобразному отростку.

С тех пор диагностика и лечение аппендицита стали прерогативой хирургов.

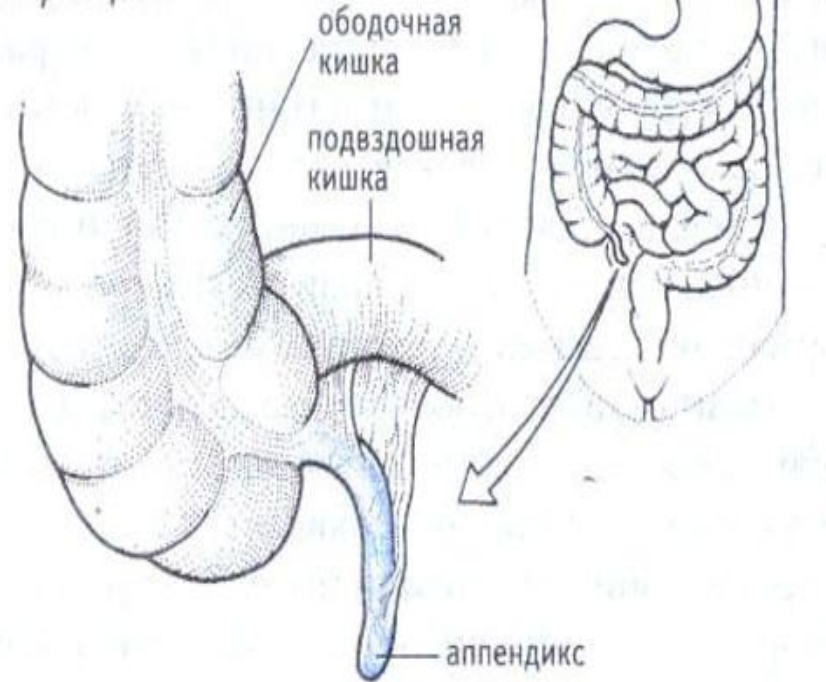
Основные принципы в лечении острого аппендицита, предложенные на конференции хирургов, проходившей в 1934 году в Ленинграде, остаются незыблемыми и по настоящее время:

- больной с подозрением на острый аппендицит должен быть **немедленно** госпитализирован;
- единственным методом лечения острого аппендицита является **немедленная** операция.

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ.

Аппендикс

Функция аппендикса до конца не установлена, но он, вероятно, выполняет функцию защиты от кишечных инфекций.



- ❑ Червеобразный отросток отходит от задневыутреннего сегмента слепой кишки, где сходятся все три её taenia, на расстоянии 0,5 -5 см от места впадения подвздошной кишки, в области илеоцекального угла.

Длина отростка от 1,2 см до 50 см, в среднем 7-10 см, диаметр 4-5 мм, в слепую кишку открывается еще более узким просветом. У детей – воронкообразный, широкий, у стариков стенки атрофичны, просвет часто облитерирован.

Стенки отростка повторяют все слои кишечника, очень богаты нервными элементами – илеоцекальная область является рефлексогенной зоной.

НЕКОТОРЫЕ ВАРИАНТЫ РАСПОЛОЖЕНИЯ АППЕНДИКСА

а) **медиальное** положение

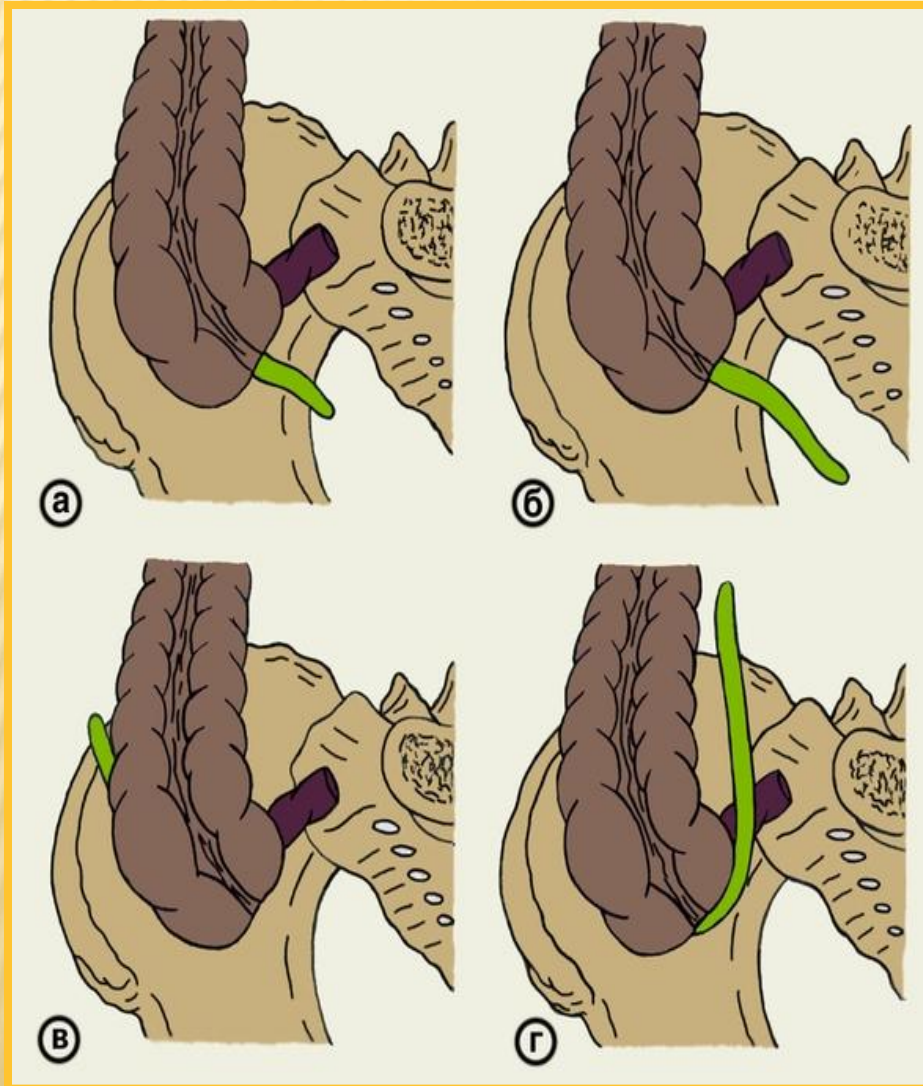
б) **нисходящее** (тазовое) положение

в) **восходящее ретроцекальное**

положение :
внутрибрюшинное,
внутристеночное,
ретроперитонеальное)

г) **восходящее** (переднее, под печень) положение

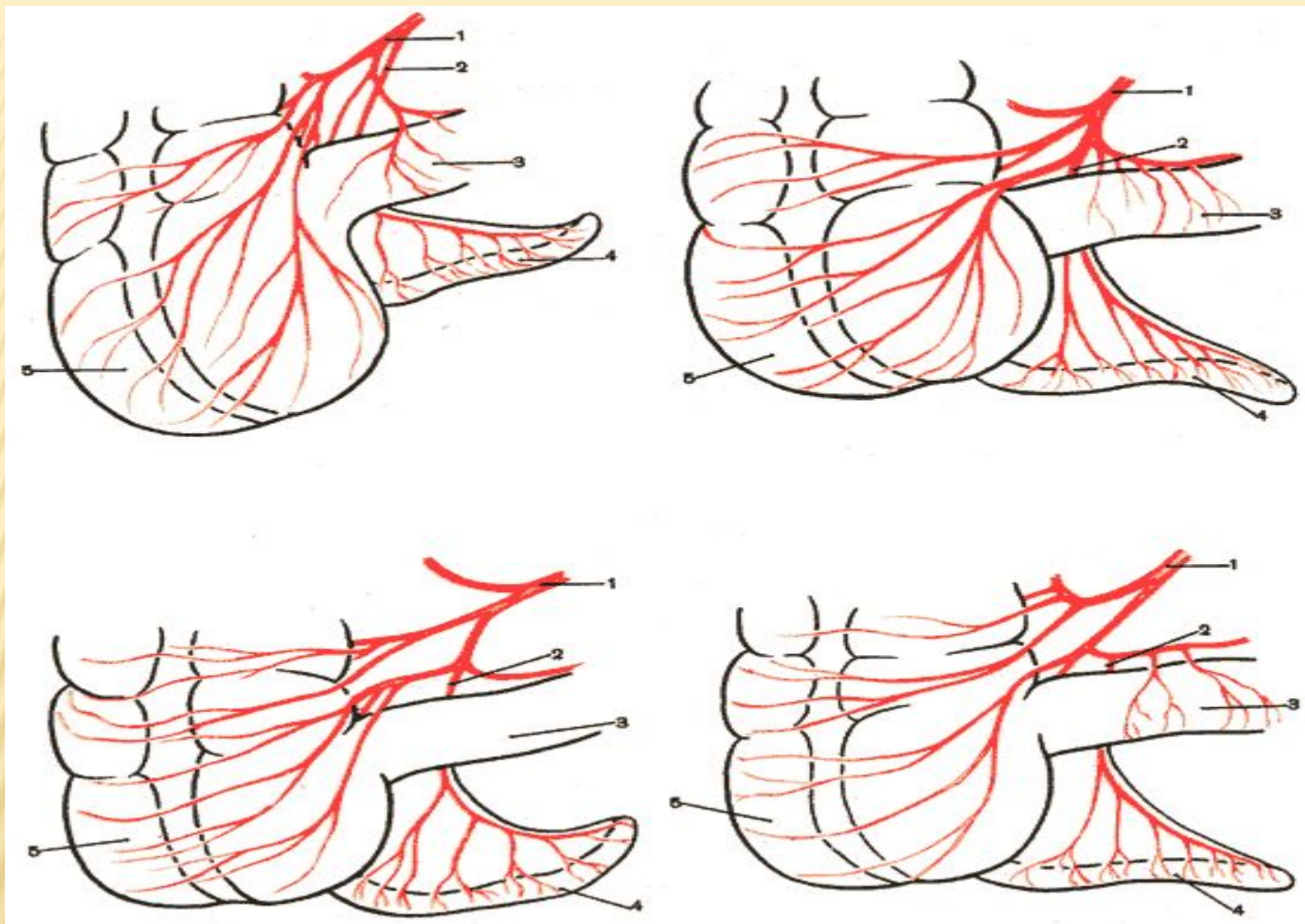
д) **левостороннее** при situs viscerum inversus ,
недовороте толстой кишки



Кровоснабжается а. appendicularis (от colica dextra), имеет **магистральный** тип строения; вены отростка впадают в верхнебрыжеечную вену.

Отросток богат лимфоидной тканью – "**миндалины брюшной полости**", лимфоидный аппарат особенно развит у детей.

Лимфоотток в лимфоузлы илеоцекального угла, затем – корня брыжейки, **анастомозируют** с лимфатическими путями тонкой и толстой кишки, печени, поддиафрагмального пространства, правой почки, малого таза.



Варианты отхождения а. Appendicis vermiformis.

**1 — а. ileocolica; 2 — а. appendicis vermiformi; 3 — ileum;
4 — appendix vermiformis; 5 — caecum.**

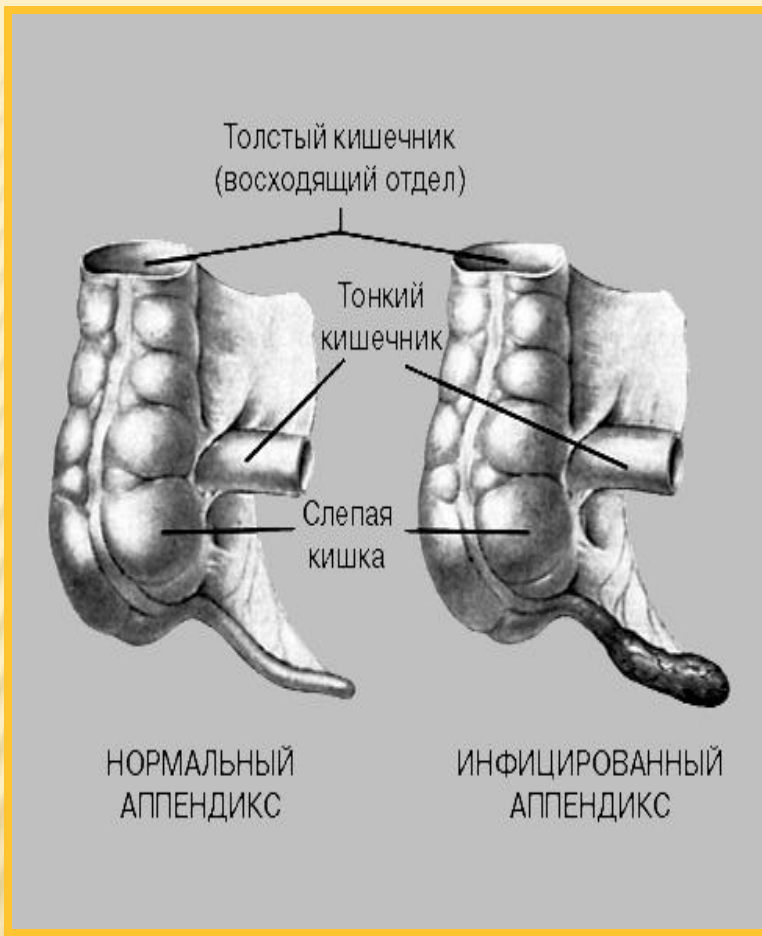
Теории этиологии и патогенеза острого аппендицита:

- **Инфекционная** теория (Ашоф);
- Теория **нейротрофических и сосудистых** расстройств (Риккер, 1928) и А.В. Русаков (1951).

3. **Современное** представление:

первоначальные спазмы мускулатуры и сосудов илеоцекального отдела кишок и стенки червеобразного отростка возникают под влиянием **раздражений** самого различного **ЭНДО- и ЭКЗОКИШЕЧНОГО** происхождения.

В результате появляется расстройство кровообращения и лимфоциркуляции в отростке и его брыжейке и последовательное возникновение в тканях отростка участков с нарушенным питанием и пострадавшими элементами его итрамурального нервного аппарата; присоединяются **инфекционно-воспалительные** изменения в стенке отростка с различной степенью их выраженности и вовлечением в серозное и гнойное воспаление брюшины.



В результате слизистая оболочка
теряет
устойчивость по отношению к
микробам, которые всегда имеются
в просвете червеобразного отростка
(кишечная палочка, стафилококки,
энтерококки и др.). Они
внедряются в его стенку и
вызывают воспаление.

**Острый аппендицит является, следовательно,
неспецифическим острым воспалением
червеобразного отростка**

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ МОМЕНТЫ К ВОСПАЛЕНИЮ В СТРОЕНИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

- 1. Относительная мощность его кругового мышечного слоя.**
- 2. Глубокое расположение крипт слизистой оболочки.**
- 3. Сравнительно скудная артериализация его стенки, обеспеченная единственной артерией, имеющей магистральный тип.**
- 4. Мощность лимфоидного слоя в его стенке.**
- 5. Близость устья отростка к мощной баугиневой заслонке, способствующей его продолжительному спазму.**

КАТАРАЛЬНЫЙ АППЕНДИЦИТ (ПРОСТОЙ, ПОВЕРХНОСТНЫЙ).

- Выпота в брюшную полость может не быть или его мало. Он прозрачен, без запаха. Брюшина не изменена или слегка гиперемирована. Все изменения строго локализованы в червеобразном отростке. Он на всём протяжении или на ограниченном участке (обычно дистальном) гиперемирован, плотноват наощупь, слегка отёчен.

Просвет отростка может быть пустым или содержит слизь, каловые камни, инородные тела. Брыжейка не изменена или слегка отёчна и гиперемирована. Микроскопически - лейкоцитарные инфильтраты в поражённых отделах отростка. Иногда можно обнаружить дефект слизистой (первичный аффект Ашоффа), покрытый фибрином и клеточными элементами

ФЛЕГМОНОЗНЫЙ АППЕНДИЦИТ.

- Червеобразный отросток резко увеличен в объёме, багрово-красного цвета, напряжён, покрыт слизеподобными наложениями фибрина. Часто, местами, через серозную оболочку просвечивает белесовато-желтоватый гной. Гной, находящийся в просвете органа постепенно растягивает его, формируется **эмпиема**. Брыжейка утолщена, листки её гиперемированы и отёчны, легко рвутся..

.. При микроскопии выявляется лейкоцитарная инфильтрация всех слоёв червеобразного отростка, которые вследствие пропитывания их гноем, дифференцировать невозможно.

Если на фоне диффузного гнойного воспаления отростка появляются множественные мелкие гнойники-абсцессы, говорят об **апостематозном** аппендиците, если же к флегмонозному аппендициту присоединяется изъязвление слизистой оболочки - **о флегмонозно-язвенном**.

ГАНГРЕНОЗНЫЙ АППЕНДИЦИТ.

- Изменения в брюшной полости те же, что и при флегмонозном аппендиците, но гораздо более выражены. Выпот мутный, с ихорозным гнилостным запахом. Иногда отросток окутывается сальником, что предупреждает генерализацию процесса. Червеобразный отросток частично или полностью чёрного, бурого, бурозелёного, чёрно-багрового или грязно-серого цвета. Стенка его дряблая, с наложениями. Гангренозный аппендицит часто бывает прободным и тогда видно, как из отверстия в его стенке в брюшную полость изливаются зловонные каловые массы.
- При микроскопии обнаруживаются обширные очаги некроза с колониями бактерий, кровоизлияния, тромбы в сосудах. Местами можно увидеть очаги флегмонозного воспаления. Слизистая оболочка на всём протяжении изъязвлена. Покровный эпителий слущен. Как правило, наиболее выражены деструктивные изменения вплоть до перфорации в дистальной части органов.

АПЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ

- одно из осложнений острого аппендицита.

Деструктивно изменённый червеобразный отросток становится как бы эпицентром спайкообразования. Вокруг него образуется конгломерат хаотично спаянных между собой близлежащих органов и тканей. В процесс вовлекается большой сальник, петли тонкой кишки, слепая и восходящая кишка, брюшина. Стенки этих органов подвергаются воспалительной инфильтрации, границы между ними постепенно теряются. Инфильтрат быстро увеличивается в размерах, плотно связываясь с передней, задней и боковыми стенками живота. Иногда инфильтрат достигает огромных размеров, занимая всю правую половину живота.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПО В.И. КОЛЕСОВУ (1972)

- Слабо выраженный аппендицит (так называемая аппендикулярная колика – *colica appendicularis*).
- Простой (поверхностный) аппендицит (*Appendicitis simplex s. superficialis*).
- Деструктивный аппендицит (*Appendicitis destructive*):
 - а) флегмонозный,
 - б) гангренозный,
 - в) прободной (перфоративный).
- 4. Осложненный аппендицит (*Appendicitis complicate*):
 - а) аппендикулярный инфильтрат (хорошо отграниченный; прогрессирующий),
 - б) аппендикулярный абсцесс,
 - в) разлитой гнойный перитонит,
 - г) прочие осложнения острого аппендицита (пилефлебит, сепсис и другие).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА



Заболевание начинается внезапно среди полного здоровья. **Боли – в 100% случаев**, обычно средней интенсивности, иногда резкие, постоянные, реже периодически усиливающиеся, но терпимые (в отличие от колики). Часто отдают в ногу, усиливаются при движениях, кашле. **Начинаются** иногда сразу в правой подвздошной области, чаще в эпигастрии или по всему животу, у детей – в области пупка, и лишь спустя несколько часов локализуются в правой подвздошной области – симптом **Кохера-Волковича**. Боли уменьшаются при положении больного на правом боку в связи с чем он чаще так и лежит. Это имеет диагностическое значение, особенно у детей.

Когда в отростке развиваются деструктивные процессы, боль усиливается, причиняя больным настоящие страдания. Особенно сильная боль при эмпиеме, когда в просвете червеобразного отростка повышается давление. Больные при этом мечутся, не могут найти себе места. На фоне постоянной боли, неожиданно больной ощущает внезапное их усиление - это **“симптом перфорации”**. Но часто бывает и парадоксальная реакция, когда параллельно с процессами деструкции боли уменьшаются до полного их исчезновения (**симптом “обрыва болей”**), что связано с гангреной стенки отростка. Это самый коварный и опасный момент в диагностике аппендицита. Налицо яркое несоответствие тяжёлого состояния больного и клинических данных со стороны живота.



□ **Тошнота** (41%) и **рвота** (в 42% случаев однократная) наблюдается в половине случаев, не приносит облегчения.

□ **Стул** может быть задержан (10%), учащен (2%) – обычно при медиальном расположении отростка, чаще не нарушен.

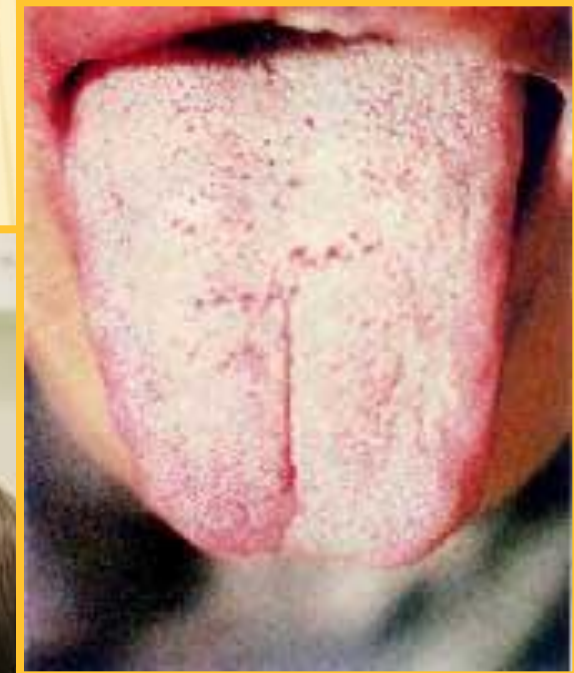
СИМПТОМ КАШЛЕВОГО ТОЛЧКА.



КЛИНИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

**Язык - становится сухим,
покрывается белым налётом.**

**одномоментно
обязателен осмотр
миндалин для
исключения ангины**



КЛИНИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА



- **Температура** – субфебрильная (37,2-37,5 С), изредка высокая, иногда с ознобом.
- **Пульс** учащен, раньше повышения температуры.
- **Мочеиспускание** – нормальное, может быть учащено при тазовом расположении. В моче в тяжелых случаях отмечается белок, эритроциты.

ПЕРИТОНИАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ

- Г) **Симптом Щеткина-Блюмберга (72%)** – в правой подвздошной области очень осторожно и постепенно погружают кончики пальцев в толщу передней брюшной стенки, продавливая её в глубину живота. Затем резко отпускают руку. При положительном симптоме больной отмечает усиление боли, иногда съёживается или вскрикивает.
- Д) **Симптом Раздольского (гиперестезия кожи)** в правой подвздошной области. Перкуссия живота позволяет ещё более точно локализовать область наибольшей болезненности. Это также симптом раздражения брюшины. Для его определения часто достаточно лёгкого поколачивания по брюшной стенке в различных её отделах. С помощью перкуссии, ориентируясь на притупление звука, можно легко определить границы аппендикулярного инфильтрата, а при перитоните - наличие жидкости в отлогах местах живота.
- Е) При аускультации – **ослабление перистальтики.**

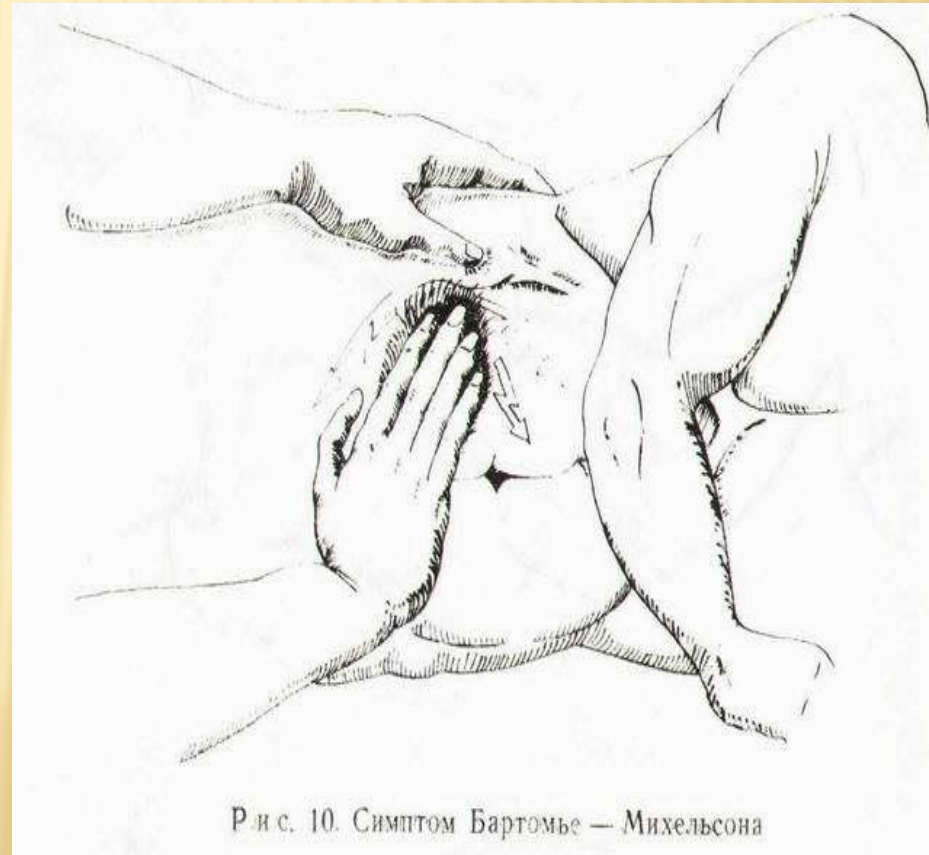
СПЕЦИАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

- **Симптом Ровзинга** - при положении больного на спине хирург кончиком пальцев левой руки прижимает сигмовидную кишку к задней стенке живота и фиксирует её. Одновременно, немного выше, правой рукой толчкообразно сотрясает брюшную стенку в области сигмы. Появление боли в правой половине живота говорит о Положительном симптоме.

Симптом Воскресенского, “симптом рубашки”. Левой рукой натягивают рубашу или майку больного и фиксируют её на лобке. Кончиками пальцев правой кисти слегка надавливают на брюшную стенку в области мечевидного отростка и во время выдоха производят быстрое равномерное, скользящее движение по направлению вначале к левой подвздошно-паховой области, а затем к правой, где руку задерживают, не отрывая её от брюшной стенки. Больной при положительном симптоме чувствует боль справа. По данным Русакова этот симптом положителен у 97% больных.

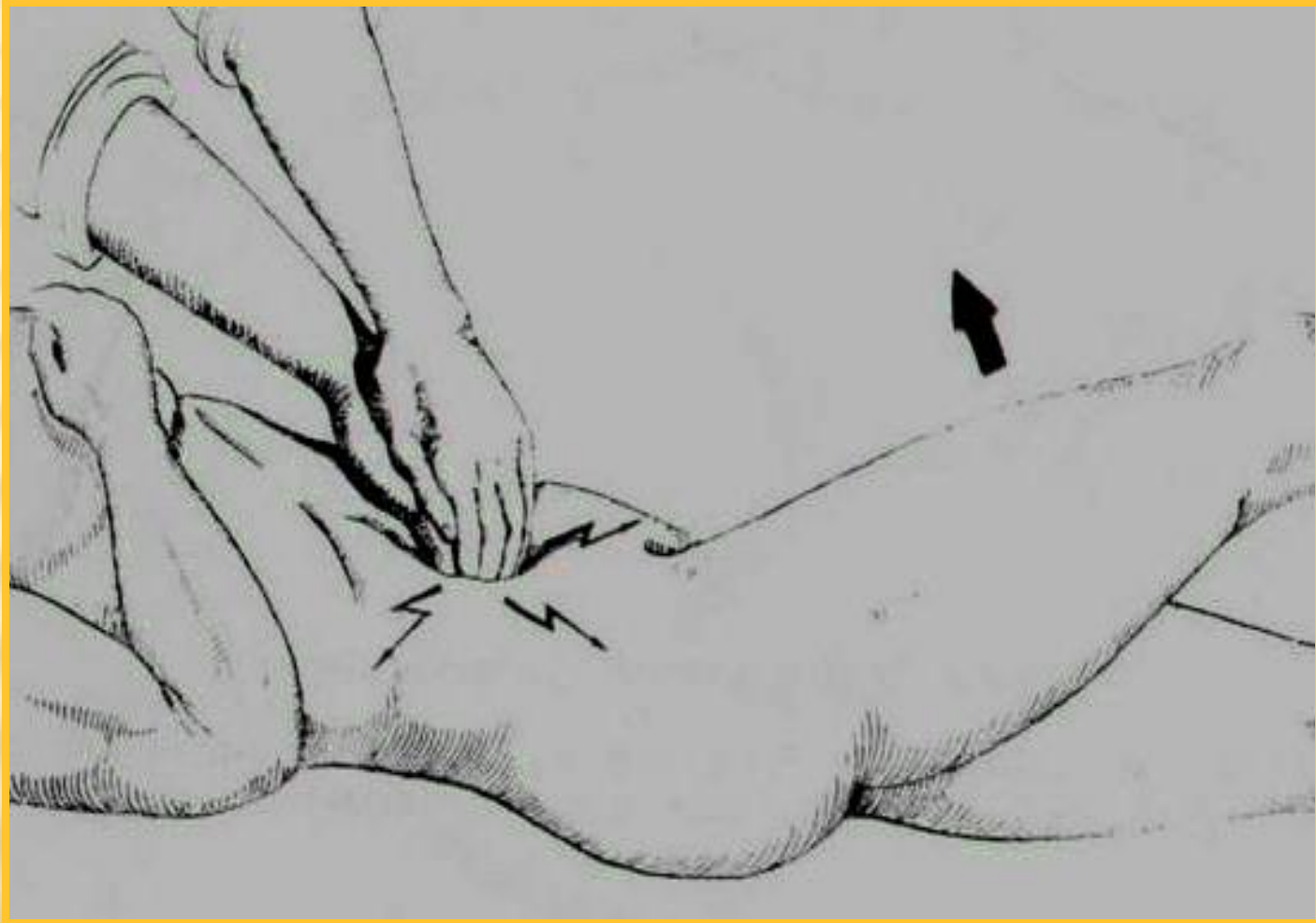
Симптом Ситковского. Больного просят повернуться на левый бок. Если при этом возникает боль в правой подвздошной области, симптом считается положительным.

Симптом Бартомье-Михельсона. Проверяется как и симптом Ситковского и одновременно с ним, дополняя исследование пальпацией правой подвздошной области. При положительном симптоме пальпаторная болезненность усиливается.



Р. и с. 10. Симптом Бартомье — Михельсона

СИМПТОМ ОБРАЗЦОВА (ПСОАС), ПРИ РЕТРОЦЕКАЛЬНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ,



Симптом Коупа (появление болей в правой подвздошной области и во всей нижней части живота, усиливающихся во время ротационных движений в тазобедренном суставе при согнутой в коленном и тазобедренном суставах правой нижней конечности).

Симптом Яуре-Розанова (болезненность при надавливании пальцем в области петитова треугольника при ретроцекальном расположении отростка).

Вагинальное или ректальное исследование – строго обязательно!

Выявляется воспаление тазовой брюшины – "крик Дугласа", болезненное нависание свода справа.

Для дифференциальной диагностики с гинекологической патологией – СИМПТОМ Промптова (резкая боль при поднятии шейки матки вверх.)

Симптом Краузе – разница между ректальной и подмышечной температурой более одного градуса.

Лабораторные исследования:

крови — лейкоцитоз со сдвигом влево,

мочи — чаще без особенностей.

Обзорная урография и хромоцистоскопия

— по показаниям.

УЗИ — увеличение размеров отростка,

утолщение стенки, наличие выпота.

Лапароскопия — при неясности в диагнозе.

Характерная *очередность* появления
клинических симптомов острого
аппендицита по **Мерфи**:

- 1) боли чаще всего возникают в эпигастральной области или области пупка,
- 2) тошнота и рвота,
- 3) локальная болезненность при пальпации в правой подвздошной области,
- 4) субфебрильное повышение температуры,
- 5) лейкоцитоз.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ.

- Острый аппендицит встречается обычно в возрасте старше 3-4 лет, чаще в возрасте 8-13 лет. Это объясняется тем, что у детей в раннем возрасте отросток имеет воронкообразное строение, а также особенностями питания в раннем детском возрасте.

Протекает тяжелее, более бурно, в связи с богатством отростка лимфоидной тканью и недоразвитостью большого сальника и менее выраженными пластическими свойствами брюшины, в связи с чем процесс не склонен к отграничению.

- В связи с этим у детей преобладают деструктивные формы (до 75%), через 24 часа в 50% случаев наступает перфорация, перитонит сразу носит характер разлитого и протекает с тяжелой интоксикацией.

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

- часто затруднена, т.к. дети плохо локализируют боль (чаще указывают на болезненность в области пупка), трудно выявить специальные симптомы. У детей характерны симптомы: "подтягивания ножки", "отталкивания руки". Чем более агрессивен ребенок, тем вероятнее заболевание. Характерна поза на правом боку. Рвота наблюдается чаще, чем у взрослых, тахикардия выражена в большей степени. Решающий признак – локальное напряжение мышц, его проверять можно во сне или с дачей седативных средств, даже дроперидола. Важно ректальное исследование с измерением ректальной температуры. Рекомендуется пальпировать только теплыми руками, "ручкой самого ребенка".**

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- необходимо проводить с вирусным мезоаденидом, энтеровирусной инфекцией, а также с ангиной, корью, скарлатиной, которые могут симулировать аппендицит в связи с вовлечением в процесс лимфоидной ткани червеобразного отростка. Необходимо собирать эпидемиологический анамнез, обязательно осматривать зев и миндалины, внутреннюю поверхность щек (пятна Филатова-Коплика), исключить наличие сыпи. В сомнительных случаях склоняются к операции.**

II. У беременных. В первые 4-6 месяцев течение обычное. Со второй половины беременности слепая кишка маткой смещается вверх, при этом она отдавливается, ухудшается кровоснабжение. Местные проявления часто стерты, боли в животе более разлитые – по всему правому фланку, в правом подреберье и эпигастрии, нередко в поясничной области. Напряжение мышц и перитонеальные симптомы менее выражены из-за смещения маткой и растяжения брюшной стенки. Необходим осмотр в положении на левом боку, наибольшую ценность представляют симптомы Воскресенского, Менделя, Щеткина-Блюмберга. Описан симптом Михельсона – усиление боли в правой половине живота в положении на правом боку, вследствие давления матки на воспалительный очаг при деструктивном аппендиците у беременных. При наличии симптоматики острого аппендицита неотложная операция показана при любых сроках беременности. Во второй половине – разрез делается несколько выше обычного в положении больной с приподнятым правым боком.

Ш. У стариков. Аппендицит протекает часто со смазанной картиной. Боли менее выражены, часто разлитые, сопровождаются вздутием живота; напряжение мышц мало выражено, симптомы стерты. Общая реакция – повышение температуры, лейкоцитоз незначительный, иногда отсутствует. Это связано с понижением общей реактивности и уменьшением количества лимфоидной ткани в отростке в пожилом возрасте, поэтому аппендицит у стариков встречается редко, но в связи с поражением сосудов гангрена и перфорация у них наблюдаются в 5 раз чаще.

В связи с этим диагностика часто запаздывает, возникают инфильтраты, абсцессы (осложнения наблюдаются в 14% случаев), летальность значительно выше обычной от 2-4 до 6%.

ДИАГНОЗ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- **Диагноз ставится на основании сопоставления всех данных. В начальной стадии допустимо стационарное наблюдение в течение первых 2-3 часов. При наличии перитонеальных явлений операция проводится безотлагательно. На основании степени клинических проявлений нельзя определить патологоанатомическую форму, степень деструктивных изменений. Самым достоверным признаком является локальная болезненность и защитное напряжение мышц (А.А. Русанов).**

Правильный диагноз по статистическим данным ставится примерно в 80% случаев. По материалам клиники из числа направленных скорой помощи и поликлиниками больных с диагнозом острого аппендицита он был подтвержден в 48,5% случаев. Дифференциальный диагноз проводится с перфоративной язвой, почечной коликой, острым холецистопанкреатитом, острым гастритом, непроходимостью кишечника, спастическим колитом, правосторонней нижнедолевой пневмонией. У женщин – обязательно с гинекологическими заболеваниями, острой гонореей. У детей – с вирусной инфекцией, ангиной, скарлатиной, корью, пневмонией.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- ❑ **ОСТРЫЙ ГАСТРИТ** – отсутствует защитное напряжение мышц, нет симптома Щеткина-Блюмберга, пальпаторно болезненность менее локализована. Требуется почасовое (2-3 часа) наблюдение за динамикой симптомов.
- ❑ **ОСТРАЯ ПИЩЕВАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ** – отсутствие явлений раздражения брюшины (провизорный госпиталь).
- ❑ **ПРОБОДНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА и 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ** – «кинжальная боль», доскообразный живот, исчезновение печеночной тупости, серповидная полоска газа под диафрагмой при рентгеноскопии, гораздо более быстрое прогрессирование разлитого перитонита.
- ❑ **ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ** – многократная рвота, иррадиация болей в плечо или лопатку, положительный симптом Ортнера или френикус-симптом.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ – быстрое нарастание общей тяжести заболевания с цианозом, коллапсом.

Опоясывающий характер болей, тахикардия, высокий лейкоцитоз, повышение диастазы в моче.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ – схваткообразность болей, тенезмы при инвагинации со слизисто-кровянистыми выделениями через анус, симптом Вайля, видимость перестальтической волны, чаши Клойбера при обзорной рентгеноскопии брюшной полости, падение содержания хлоридов в моче.

ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА – дизурические симптомы, иррадиация болей, макро- или микрогематурия, симптом Пастернацкого, рентгенография мочевого тракта и хромоцистоскопия.

БОЛЕЗНЬ КРОНА (терминальный илеит) и воспаление **МЕККЕЛЕВА ДИВЕРТИКУЛА** – наличие высокой температуры, высокий лейкоцитоз, понос со слизью и кровью. Чаще клиническая картина сходна. При операции необходима ревизия 40-50 см подвздошной кишки.

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ – коллапс, признаки острой анемии, мягкость брюшной стенки, данные вагинального исследования, пункция заднего свода.

АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА – кровоизлияние до 150 – 200 мл в брюшную полость. Картина очень сходна. Чаще диагноз ставят во время операции.

ОСТРЫЙ АДНЕКСИТ – локализация болей ближе к лобку. Иррадиация их на промежность, нарушение менструального цикла. Высокая температура, ускоренная СОЭ. Данные вагинального исследования.

ПЕРЕКРУТИВШАЯСЯ КИСТА ЯИЧНИКА – боли в животе у этих больных с самого начала сопровождаются рвотой. Нет характерной для аппендицита смены очередности симптомов от начала заболевания. При гинекологическом исследовании часто удается пальпировать эластическую, смещаемую опухоль над лобковой костью.

ПНЕВМОНИЯ и БАЗАЛЬНЫЙ ПЛЕВРИТ: особенно у детей (результат рефлекторного раздражения X-XI межреберных нервов справа, возникающего при воспалении легких и диафрагмальной плевры). При пневмонии: чаще начинается с озноба, пульс с самого начала заболевания частит, одышка сопровождается типичной подвижностью крыльев носа. Нет характерной для аппендицита развития симптоматики.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Успех лечения прямо зависит от *своевременной* диагностики, *быстрой* госпитализации и *срочности* операции.

□ Отросток, как очаг и источник инфекции, должен быть удален. Противопоказаний к операции не существует. Даже при инфаркте миокарда показана операция по поводу острого аппендицита. Речь может идти *о характере подготовки, обезболивания, а не отказе от операции.*

□ *Единственным мотивом для временной задержки с производством операции является определение у больного плотного инфильтрата.*

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

- **Успех лечения прямо зависит от *своевременной* диагностики, *быстрой* госпитализации и *срочности* операции.**
- **Отросток, как очаг и источник инфекции, должен быть удален. Противопоказаний к операции не существует. Даже при инфаркте миокарда показана операция по поводу острого аппендицита. Речь может идти о *характере подготовки, обезболивания, а не отказе от операции.***
- ***Единственным мотивом для временной задержки с производством операции является определение у больного плотного инфильтрата.***

АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ

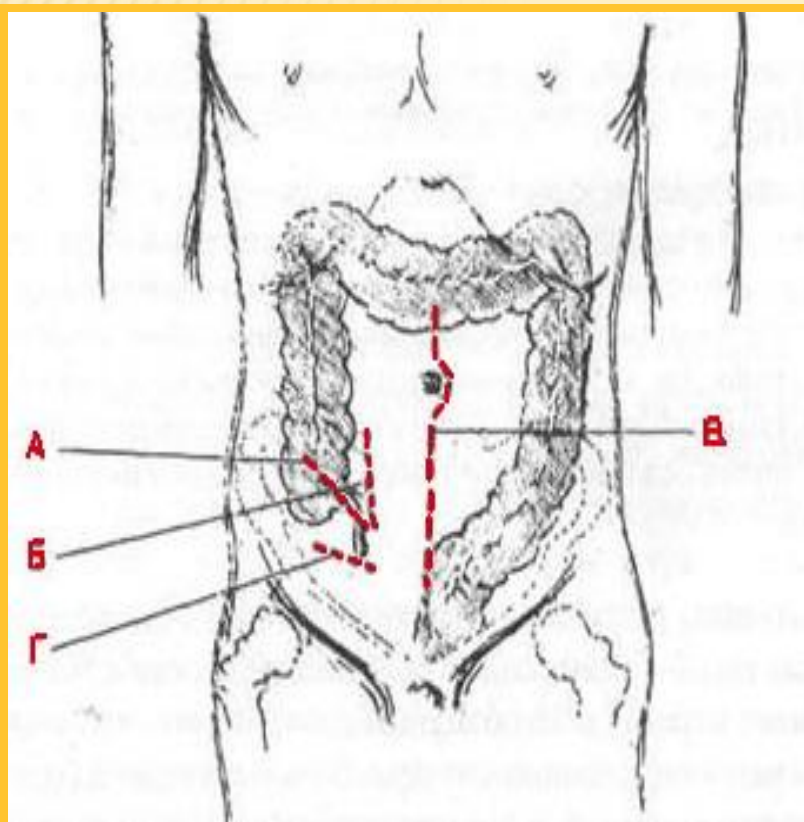
- При аппендикулярном инфильтрате, склонном к рассасыванию, операция не показана, поэтому проводят консервативное лечение.**
- В первые дни назначают постельный режим, диету №4 по Певзнеру, холод на правую подвздошную область, антибиотики. После нормализации температуры тела и исчезновения болезненности в правой подвздошной области назначают тепловые процедуры, УВЧ.**
- После рассасывания аппендикулярного инфильтрата через 2-3 месяца выполняют аппендэктомию для предотвращения рецидива заболевания.**

Подготовка к операции: бритье живота, анальгетики, крайне опасно назначение клизмы.

Перед операцией – **премедикация**, если больной ел – выпускается содержимое желудка зондом. При наличии явлений перитонита проводится дезинтоксикационная терапия на операционном столе.

Обезболивание: местная анестезия, спинномозговая или эпиперидуральная анестезия, наркоз. При аппендэктомии обычно используют местное обезболивание новокаином. Наркоз применяют у детей, у людей с лабильной психикой, при неуверенности в диагнозе, когда во время операции может потребоваться расширение операционного доступа. При местном обезболивании по ходу операции в случае необходимости необходимо добавлять нейролептаналгезию (дроперидол, фентанил) или переходить к общему обезболиванию.

ДОСТУПЫ



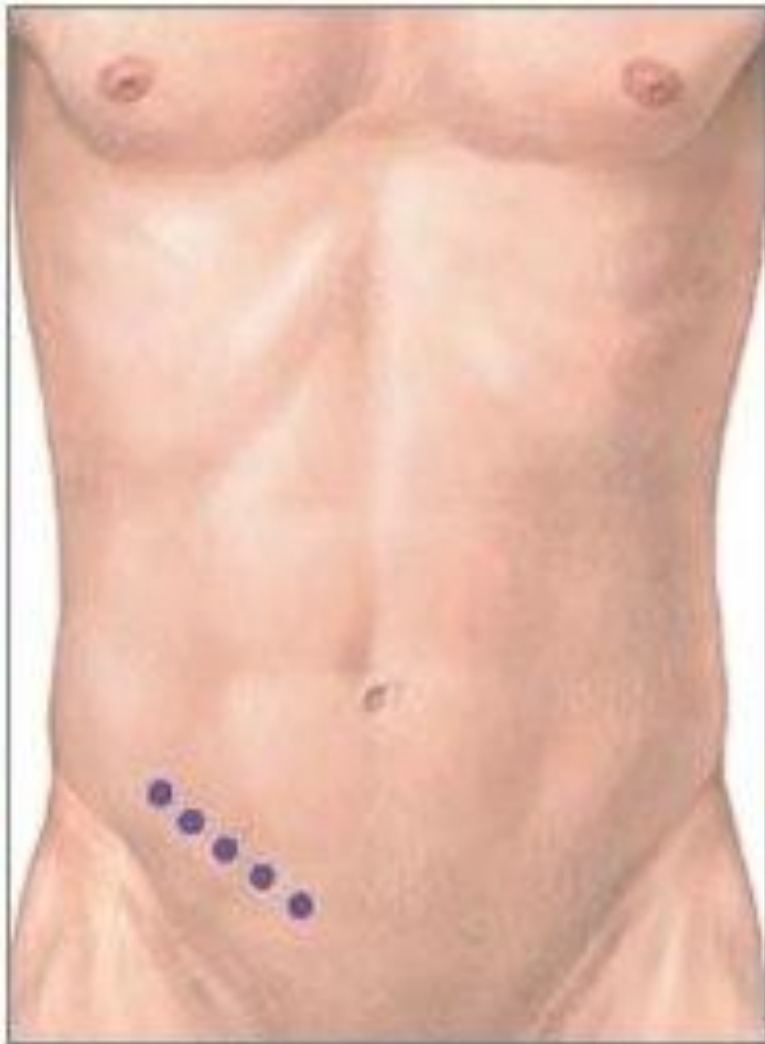
- А- косопопеременный (Волковича-Дьяконова)
- Б- параректальный (Ленандера)
- В- нижний срединный
- Г- надлобковый («бикини»)

чаще всего косой по Волковичу-Дьяконову (Мак-Бурнею), достаточно широкий ("маленькие хирурги" – маленькие разрезы!).

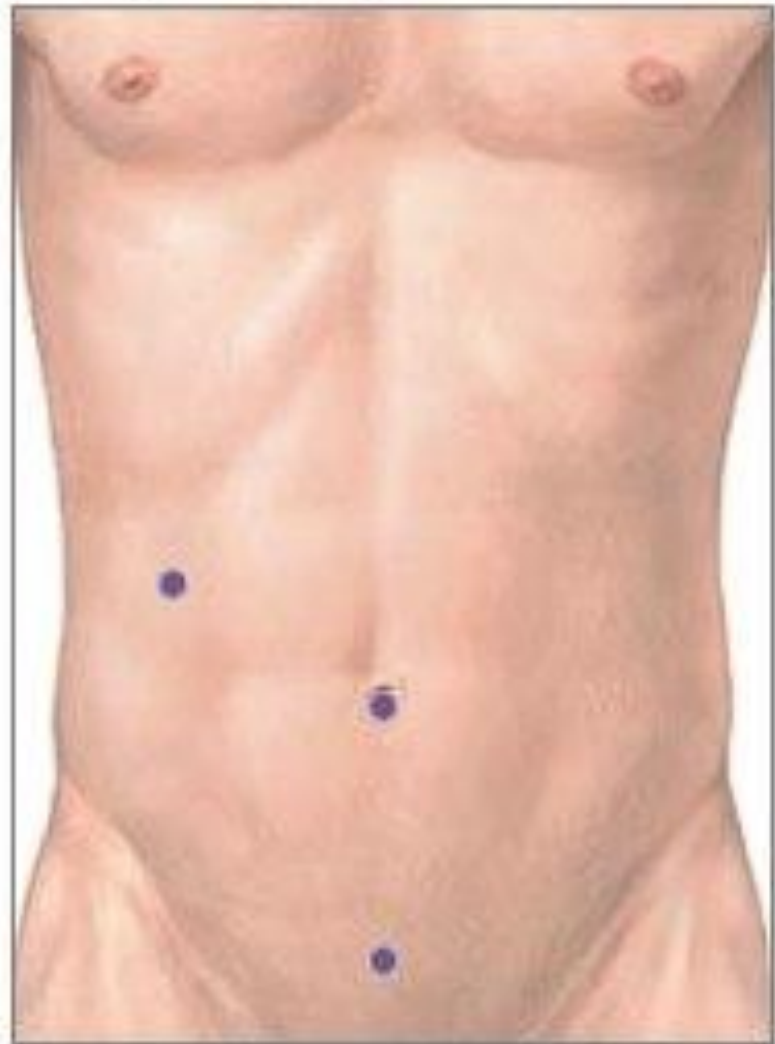
Параректальный (кулисный) Ленандера (его положительные и отрицательные стороны).

Нижнесрединная лапаротомия (3,3%) – при осложненных формах, когда перитонеальные явления выходят за пределы правой подвздошной области, в случаях сомнения в диагнозе – дает широкий доступ, возможности хорошей ревизии и санации брюшной полости и полноценного дренирования.

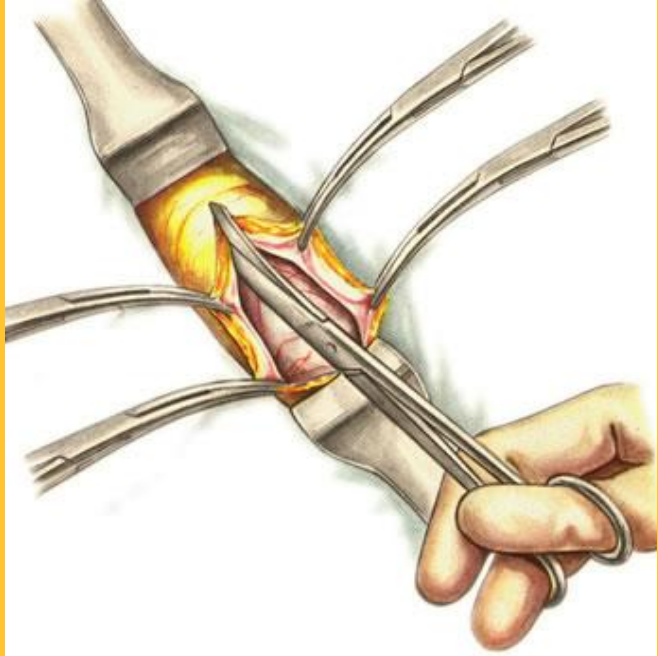
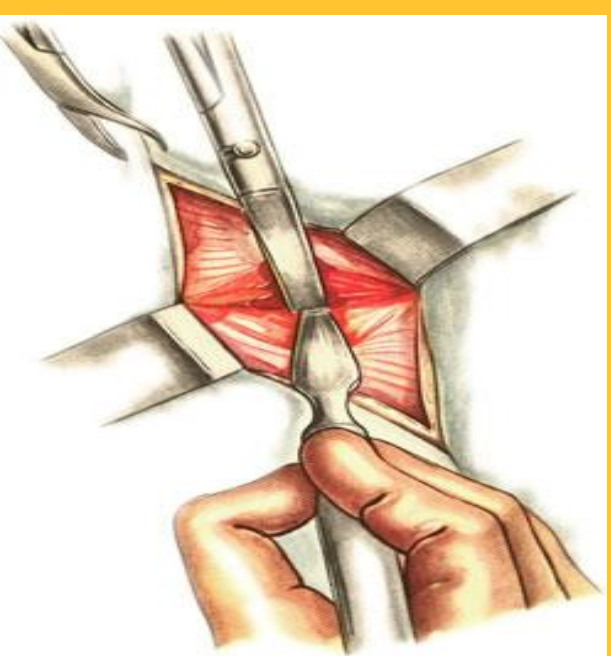
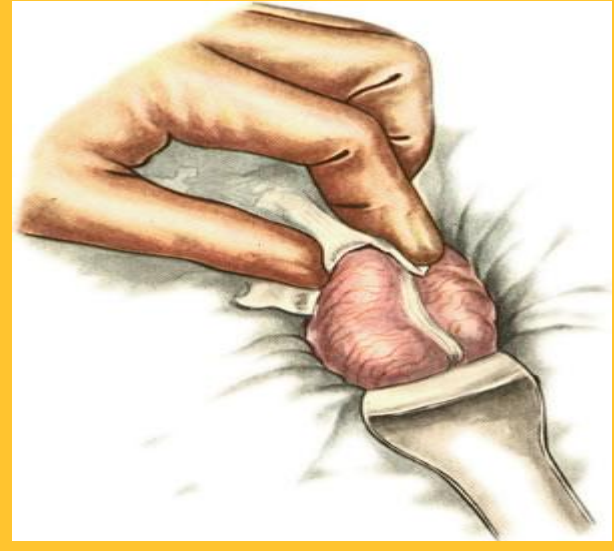
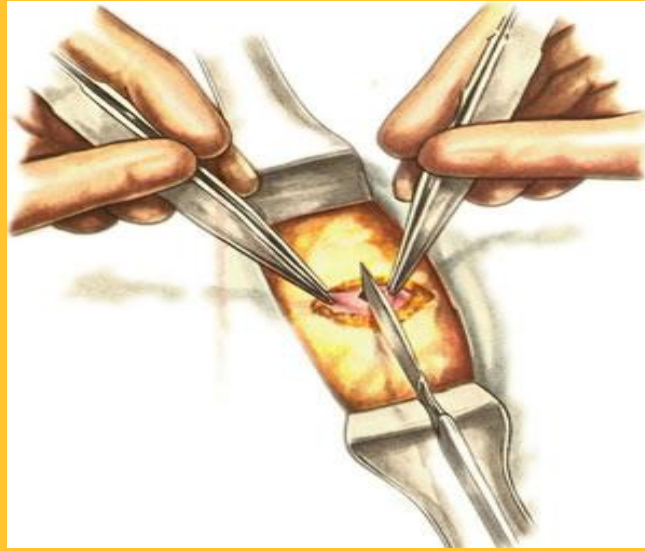
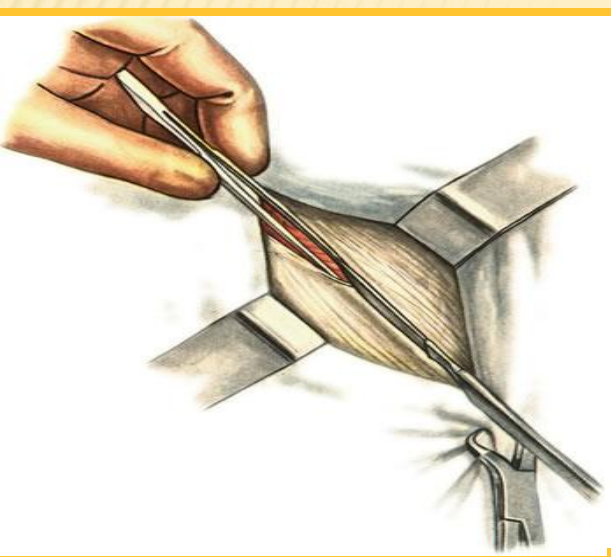
Surgical incision



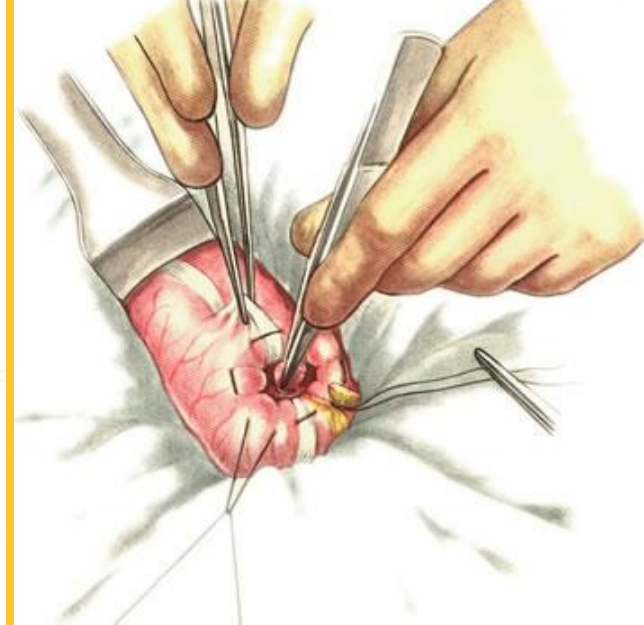
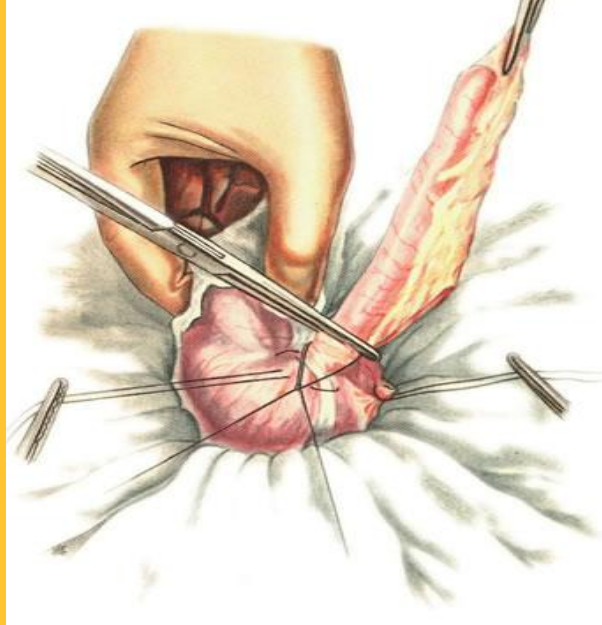
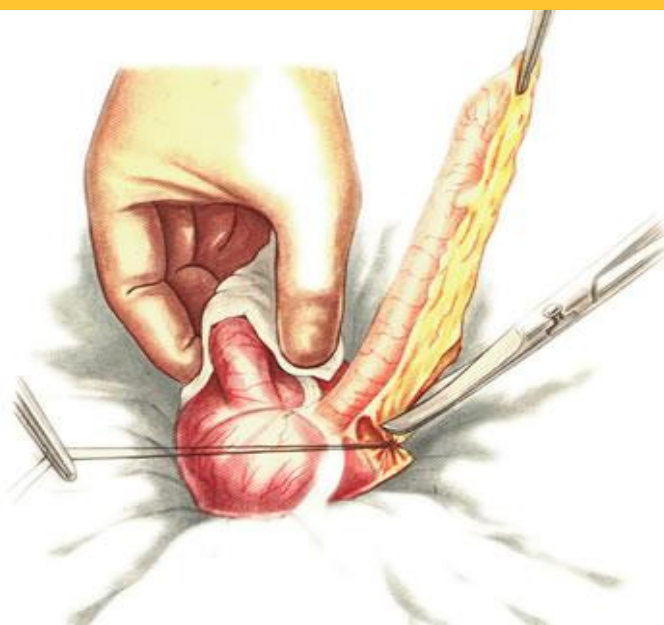
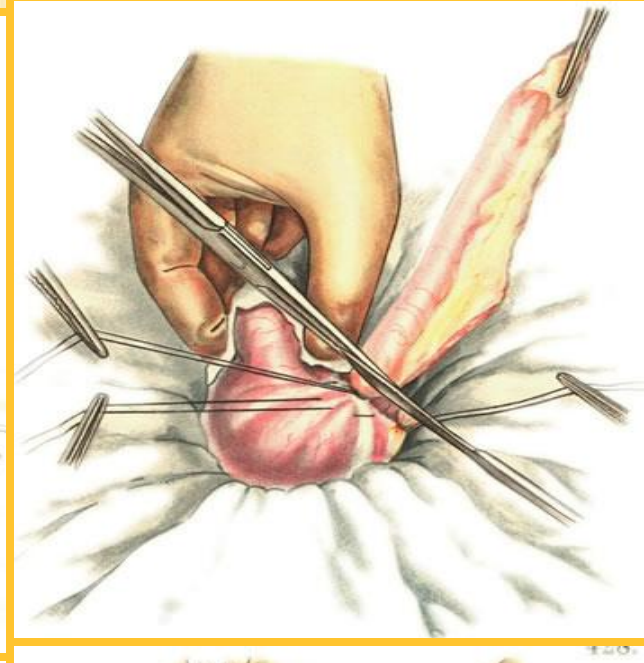
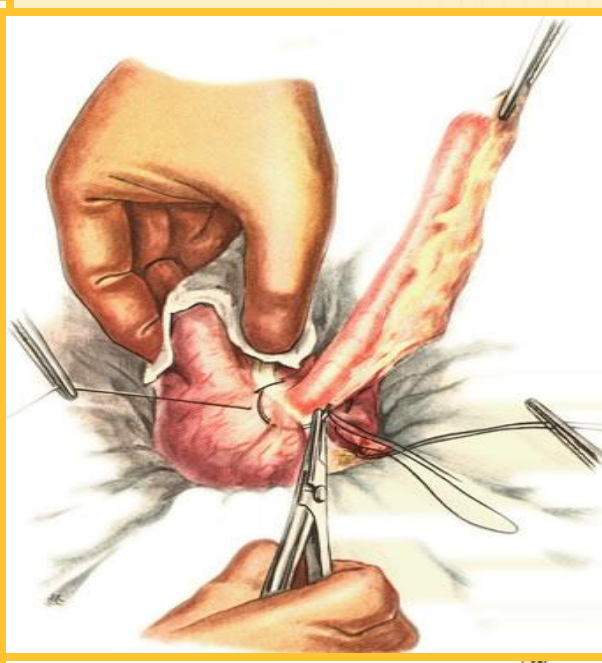
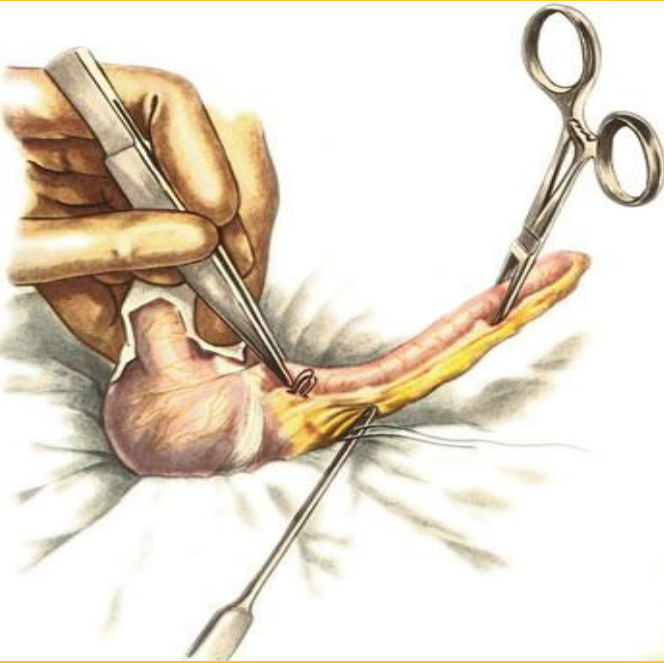
Laparoscopic incisions



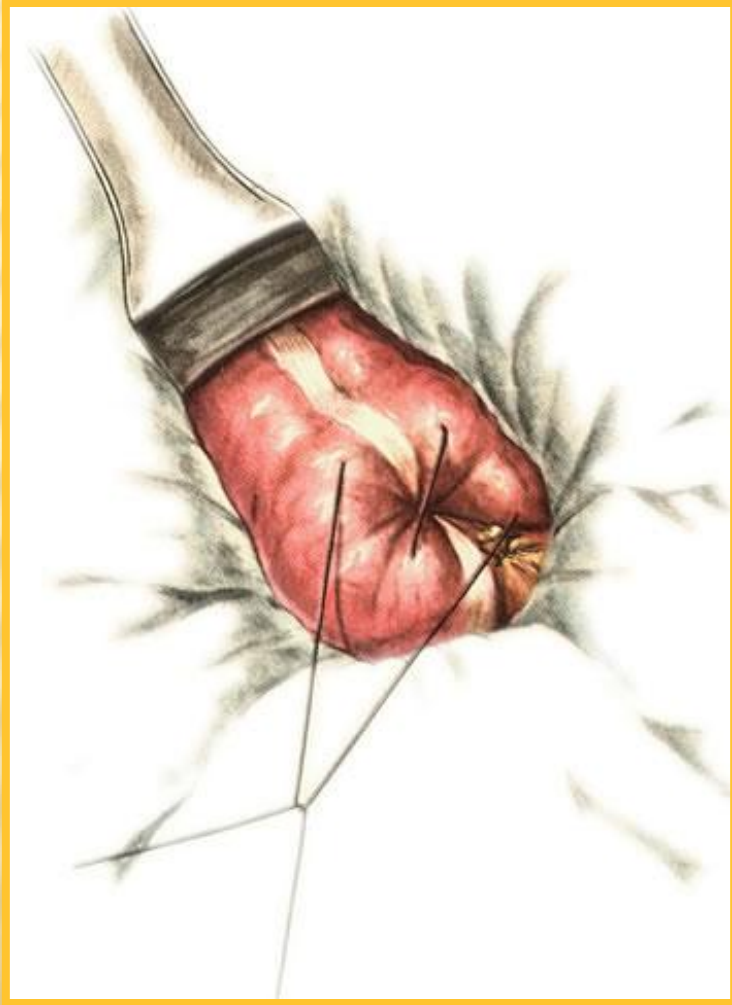
ХОД ОПЕРАЦИИ



ХОД ОПЕРАЦИИ



ХОД ОПЕРАЦИИ



ШОВНЫЙ МАТЕРИАЛ

- на брыжейку – шелк (капрон),
- на основание отростка – кетгут,
- кисетный шов – шелк (капрон),
- брюшная стенка послойно кетгутом,
- кожа – шелком.

ВИДЫ ЗАШИВАНИЯ РАНЫ.

- 1. **Глухой шов** – при простом и хроническом аппендиците у лиц с незначительным слоем подкожной клетчатки.
- 2. **"Лодочка" в клетчатку** – а/ при простом и хроническом аппендиците у лиц с избыточно развитой подкожной клетчаткой, б/ при деструктивных формах без явлений перитонита у лиц с небольшим слоем клетчатки,
- 3. **Дренирование** брюшной полости: а/ при гнойном перитоните, б/ при флегмоне забрюшинной и предбрюшинной клетчатки, в/при недостаточном гемостазе.
- 4. **Кожа не зашивается** или накладываются провизорные швы – при гнойном перитоните, флегмоне клетчатки, особенно у лиц с избыточной клетчаткой.
- 5. **Марлевый тампон** – при необходимости отграничения процесса, тампон с ?-аминокапроновой кислотой – при кровоточивости.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД:

- 1. Анестетики, наркотики, метилурацил.
- 2. Антибиотики парентерально и в дренажи.
- 3. Метронидазол при деструктивных, особенно гангренозных формах.
- 4. Облегченная диета.
- 5. При деструктивных формах с явлениями перитонита – лечение по всем правилам лечения перитонита.
- Вставание с постели при отсутствии дренажа со второго дня после операции, при наличии дренажа – после его удаления.
- "Лодочки" удаляются на второй день, дренажи – на 4-ый день заменяются на короткие и при отсутствии отделяемого удаляются на следующий день.

Очистительная клизма ставится на 4-ый день после операции, швы снимаются на 7-ой день. Сроки выписки – при неосложненных формах – 7-8 день, при осложненных – индивидуально. Необходимые указания при выписке.

Сроки временной нетрудоспособности – при неосложненных формах 20-30 дней после выписки, при осложненных – больше. Намечается тенденция к снижению дней нетрудоспособности: у лиц физического труда около 28 дней, интеллектуального – 21 день.

Исходы. Летальность в среднем колеблется 0,2-0,5%.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ.

- **I/ Со стороны раны** – а/ гематомы, серомы, б/ инфильтрат, в/ нагноение (в подкожной клетчатке, под апоневрозом).
- **2/ Со стороны брюшной полости** – а/ кровотечение – чаще всего из культи брыжеечки отростка – картина анемии, затем перитонеальные симптомы, притупление (часто поздно диагностируется, тяжело протекает – с последующим инфицированием гематомы), б/ **недостаточность культи отростка** – перитонеальные симптомы, в/ инфильтраты и абсцессы разной локализации, г/ **разлитой перитонит**, сепсис, д/ пилефлебит, е/ **ранняя спаечная непроходимость**, ж/ **эмболия** легочной артерии.

ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ



- а/ лигатурные свищи,
- б/ кишечные свищи (0,6-6,0%),
- в/ спайки брюшной полости,
- г/ послеоперационные грыжи.