

# Аппендицит



*Выполнил: Бекеев С.Н.  
Проверил: Рысбеков Т.Т.*

# План

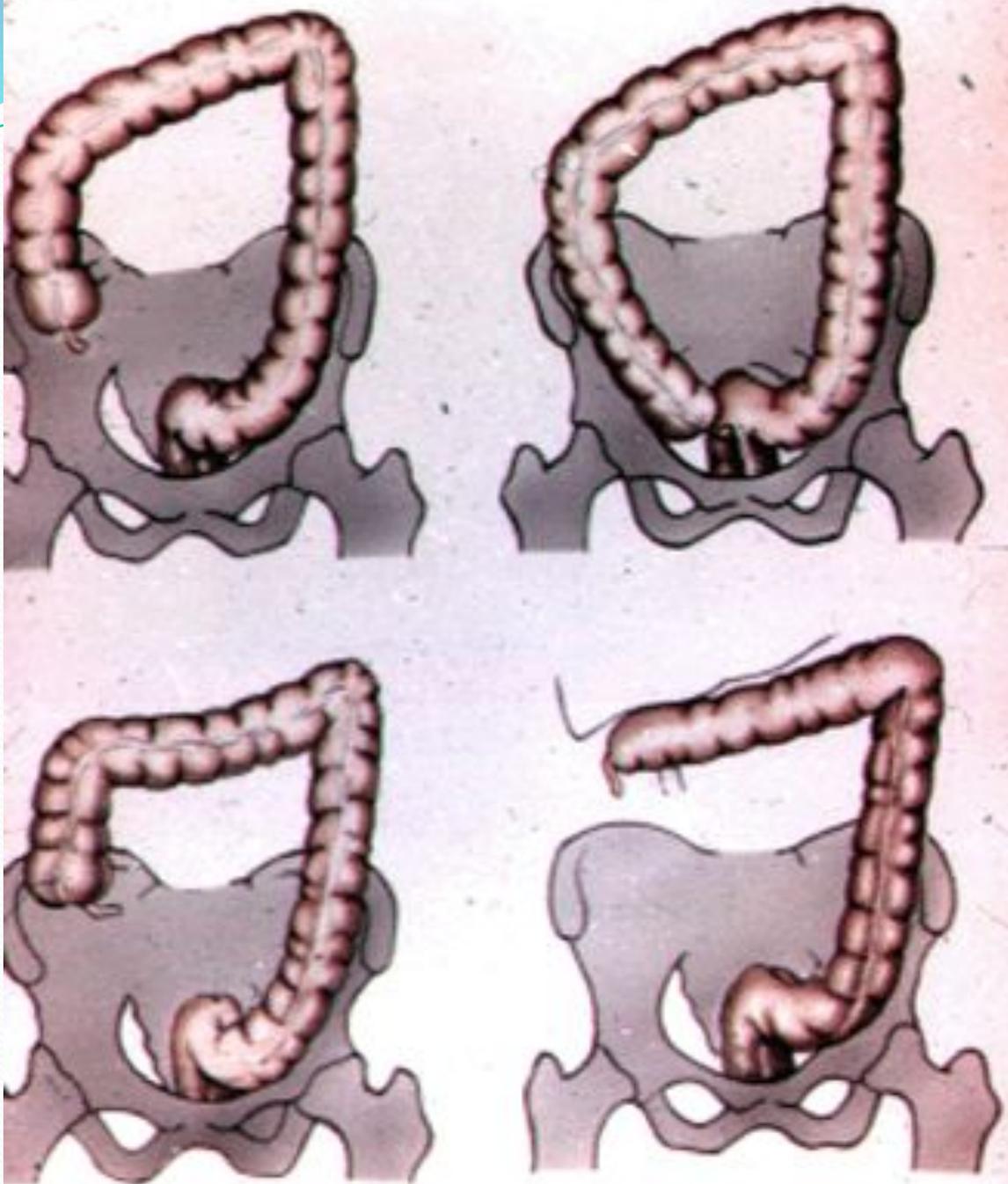
- 1. Определение понятия “острый аппендицит”.
- 2. Анатомо-физиологические особенности.
- 3. Классификация аппендицита.
- 4. Клиническая симптоматика аппендицита.
- 5. Атипичные формы острого аппендицита.
- 6. Дифференциальная диагностика.
- 6. Лечебная тактика и выбор метода лечения.
- 7. Осложнения острого аппендицита, клиника, диагностика, лечение.
- 8. Хронический аппендицит, клиника, диагностика, лечение.
- 9. Видеофильм.

Острый аппендицит - неспецифический (часто флегмонозно-гнойный) воспалительный процесс червеобразного отростка, который возникает в результате действия (преимущественно совокупности) ряда факторов: первичной неспецифической инфекции, изменений общей и местной реактивности, нарушения кровоснабжения, обусловленного дисфункцией нейрогуморального аппарата местного или общего происхождения.

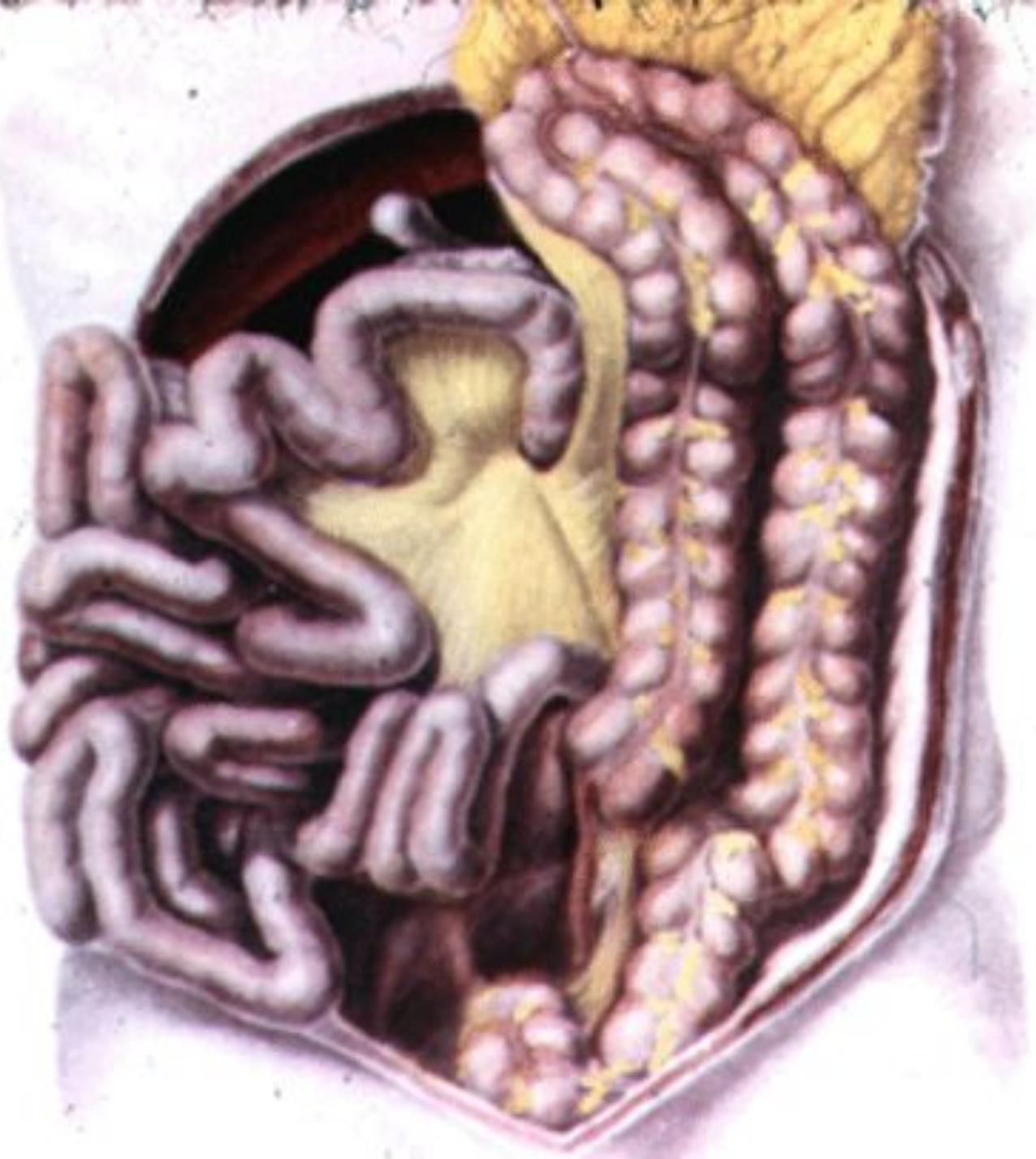
Термин предложен R. Fitz в 1886 г.



# АНАТОМО- ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ



Варианты размещения  
слепой кишки



Левостороннее  
размещение  
червеобразного  
отростка



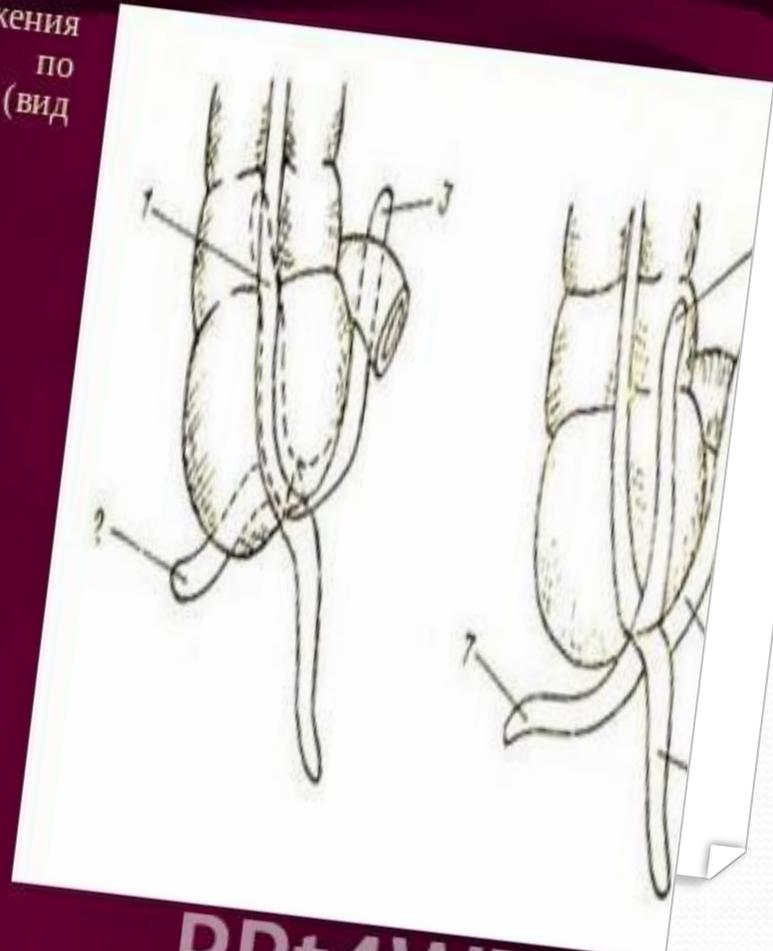
Варианты размещения  
червеобразного  
отростка

Варианты расположения  
нервеобразного отростка по  
отношению к слепой кишке (вид  
спереди)

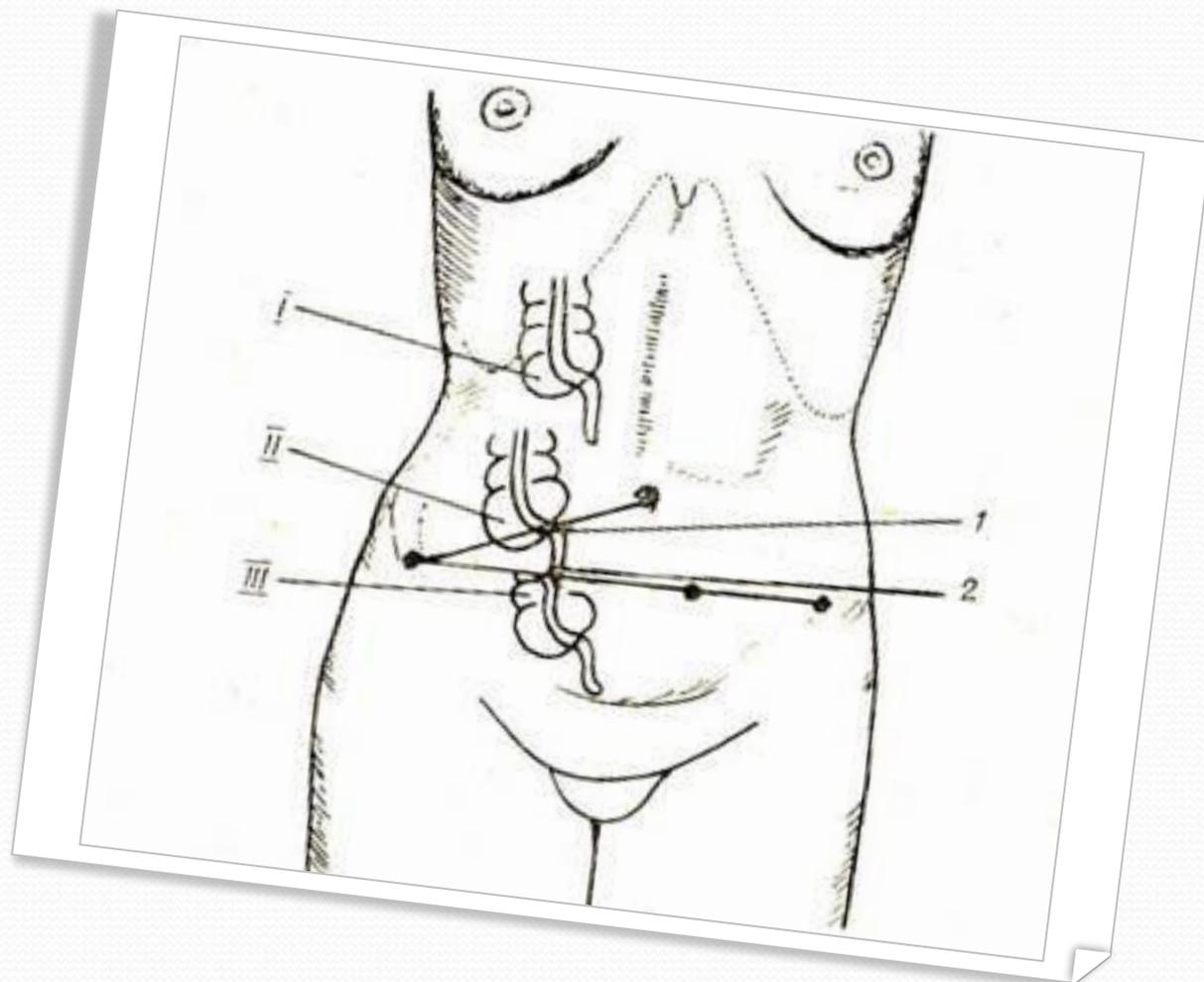
- 1 — ретроцекальное;
- 2 — заднее субцекальное;
- 3 — заднее илеоцекальное

Первые три положения часто  
сочетаются с экстраперито-  
неальным расположением  
нервеобразного отростка.

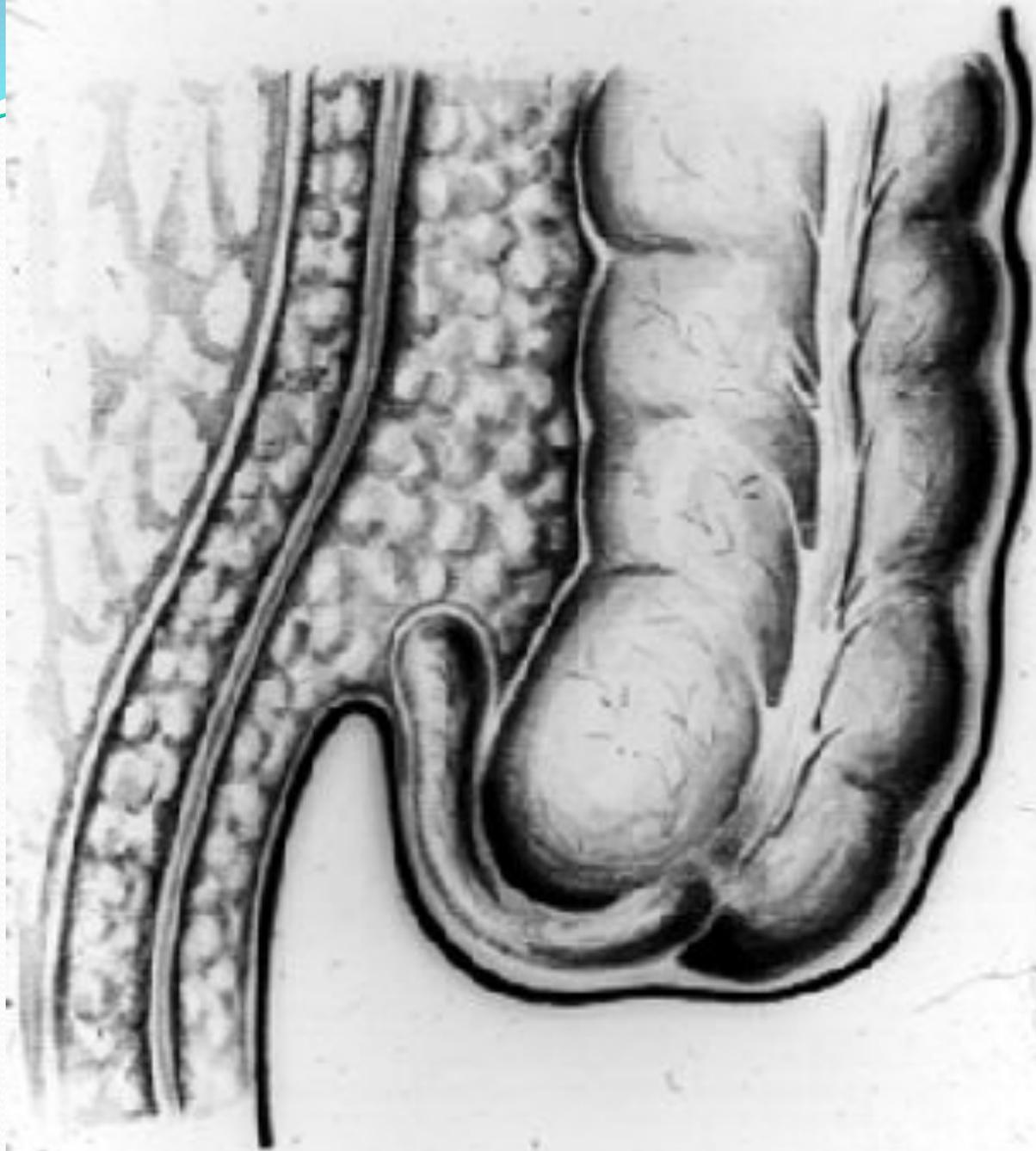
- 4 — прецекальное;
- 5 — переднее илеоцекальное;
- 6 — тазовое;
- 7 — переднее субцекальное



- 1— в правом подреберье  
под печенью;
- 2 — в правой подвздошной  
ямке (наиболее часто  
встречаемое положение);
- 3 — у входа в малый таз;

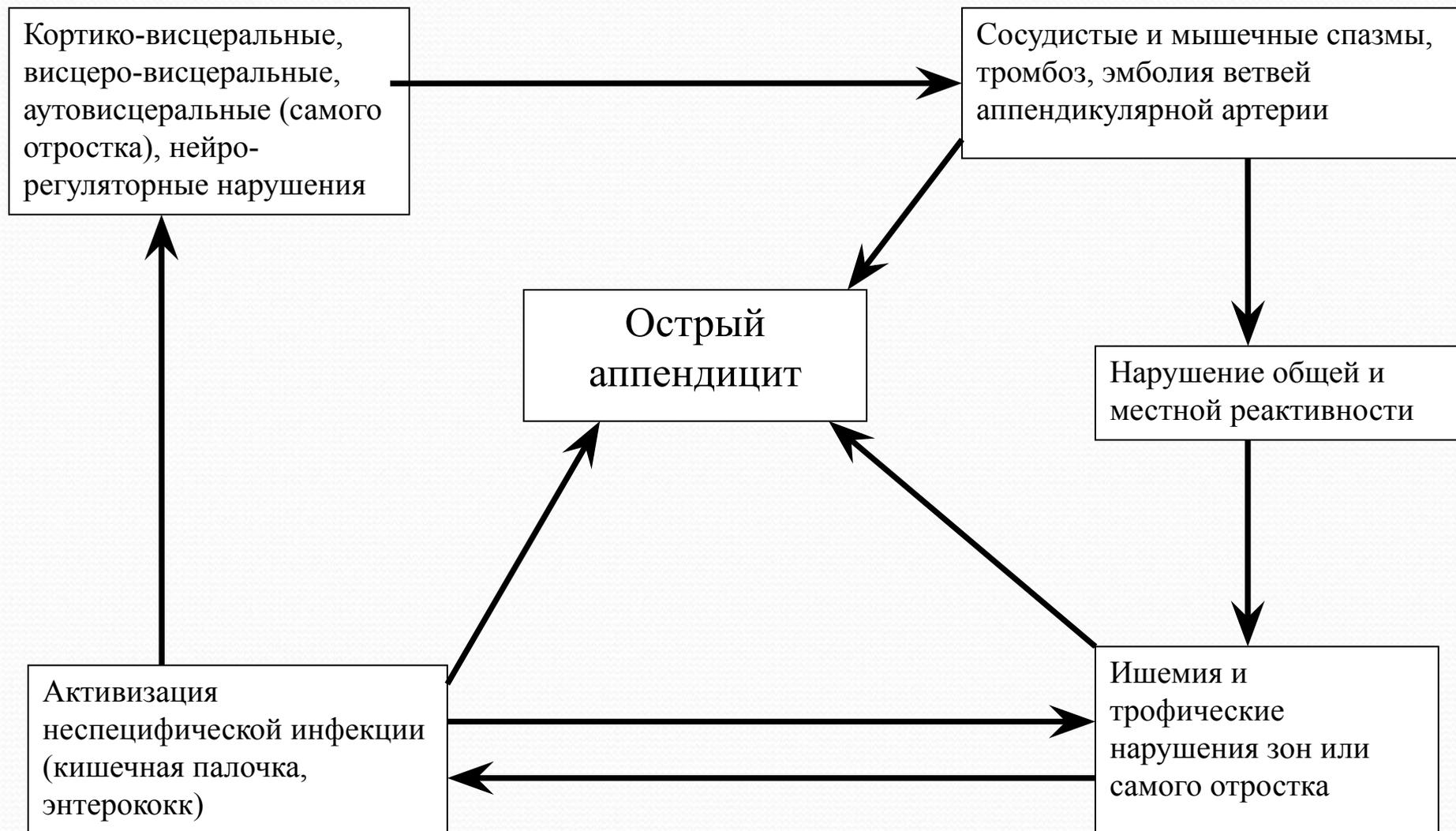


Возможны следующие положения червеобразного отростка в брюшной полости: 1) тазовое, или нисходящее положение аппендикса, — отросток направлен вниз, в полость малого таза; 2) медиальное положение аппендикса — отросток лежит параллельно подвздошной кишке; 3) латеральное положение аппендикса — отросток находится в правой боковой околоободочной борозде (канале); 4) переднее положение аппендикса — отросток лежит на передней поверхности слепой кишки; 5) восходящее, или подпеченочное положение аппендикса, — отросток направлен верхушкой вверх, нередко до подпеченочного углубления; 6) ретроцекальное положение аппендикса — отросток находится позади слепой кишки.



Ретроперитонеальное  
размещение  
червеобразного  
отростка

# Патогенез острого аппендицита



## Клиническая классификация (В.И. Колесов, 1959).

### I. Острый простой (поверхностный) аппендицит:

а) без общеклинических признаков и с выраженными, быстро исчезающими, местными проявлениями;

б) с незначительными общеклиническими признаками и выраженными, местными проявлениями заболевания.

### II. Деструктивный аппендицит (флегмонозный, гангренозный, перфоративный):

а) с клинической картиной заболевания средней тяжести и признаками местного перитонита;

б) с тяжелой клинической картиной и признаками местного перитонита.

### III. Осложненный аппендицит:

а) с аппендикулярным инфильтратом;

б) с аппендикулярным абсцессом;

в) с разлитым перитонитом;

г) с другими осложнениями (пилефлебитом, сепсисом).

# Клиническая классификация

I. Острый простой аппендицит.

II. Острый деструктивный аппендицит:

1. С местным неотграниченным перитонитом.

2. Осложненный:

а) аппендикулярным инфильтратом разной локализации;

б) аппендикулярным абсцессом разной локализации;

в) разлитым гнойным перитонитом;

г) пилефлебитом;

д) абсцессами печени;

е) сепсисом.

Патанатомична класификация острого аппендицита (А.И. Абрикосов, 1957).

I. Катаральный (поверхностный) аппендицит, первичный аффект.

II. Флегмонозный аппендицит:

1. Простой флегмонозный аппендицит.

2. Флегмонозно-язвенный аппендицит.

3. Апостематозный аппендицит:

а) без перфорации;

б) с перфорацией.

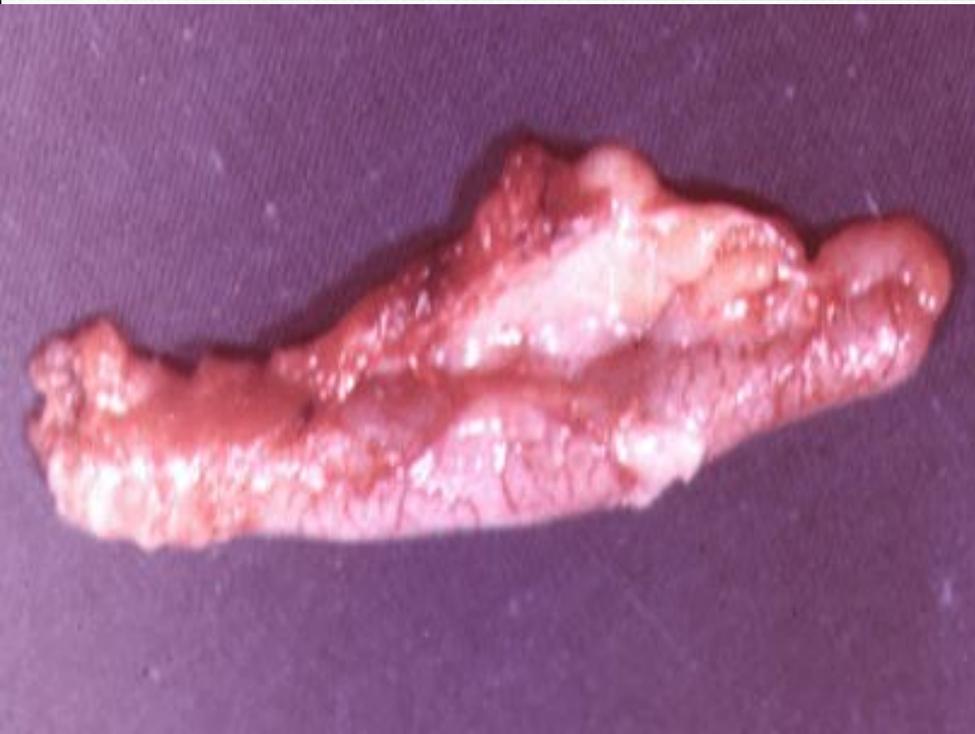
III. Гангренозный аппендицит (первичный, вторичный):

а) без перфорации;

б) с перфорацией.



1. Катарально измененный червеобразный отросток.
2. Флегмонозно измененный червеобразный отросток.
3. Гангренозно измененный червеобразный отросток.



# **Клиническая симптоматика:**

## **а) Субъективные признаки**

1. Боль в животе
2. Диспепсический синдром
3. Общие признаки болезни

# Объективные признаки

- Общие**
1. Ограничение движений в правом тазобедренном суставе при ходьбе, поддерживание правой рукой подвздошной области, в постели преимущественно лежит на правой стороне с несколько согнутой в тазобедренном суставе правой нижней конечностью:
  2. Язык часто сухой и обложенный
  3. Температура тела умеренно повышена (до  $38^{\circ}\text{C}$ ), постоянная; прямокишечная температура - повышена более чем на один градус от температуры тела (симптом Ленандера);
  4. Пульс - адекватный повышению температуры тела - тахикардия.

# Объективные признаки

- Местные - 1.** Ограничение дыхательных движений передней брюшной стенки в правой подвздошной области и правой половине живота
2. Гиперстезия кожи в правой подвздошной области
  3. Напряжения мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области и правой половине живота при поверхностной пальпации, часто в сочетании с повышенной чувствительностью и умеренной болезненностью
  4. Выраженная локальная боль при глубокой пальпации в правой подвздошной области , иногда с иррадиацией в параумбиликальную и эпигастральную области
  5. Ослабление перистальтических шумов при аускультации живота
  6. Положительные аппендикулярные симптомы



Симптом Ровзинга





Симптом Ситковского



Симптом Бартомье-Михельсона



# Атипичные формы острого аппендицита

**Ретроцекальный и ретроперитонеальный**

**Тазовый**

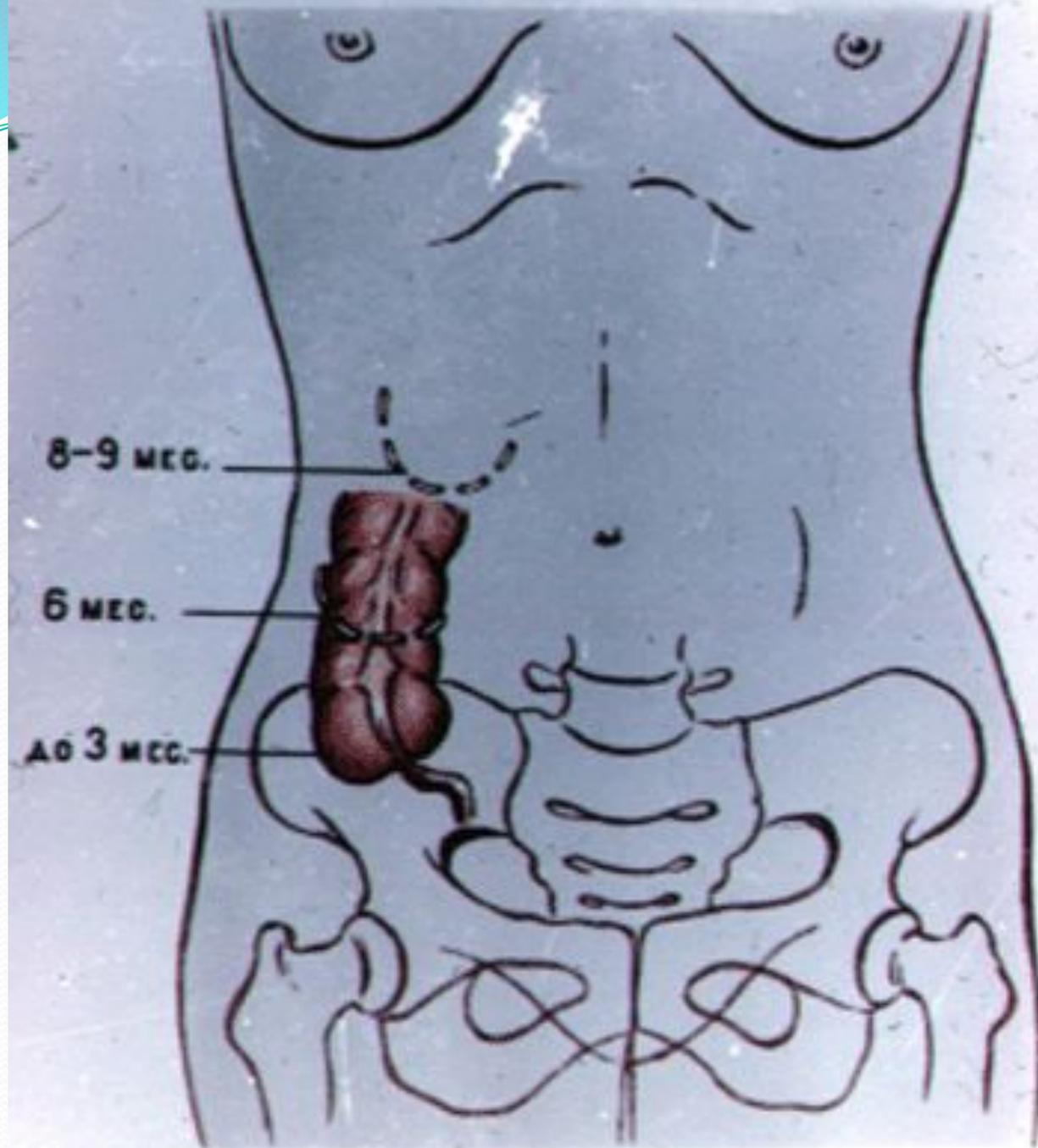
**Медиальный (мезоцелиакальный)**

**Левосторонний**

**Острый аппендицит у детей**

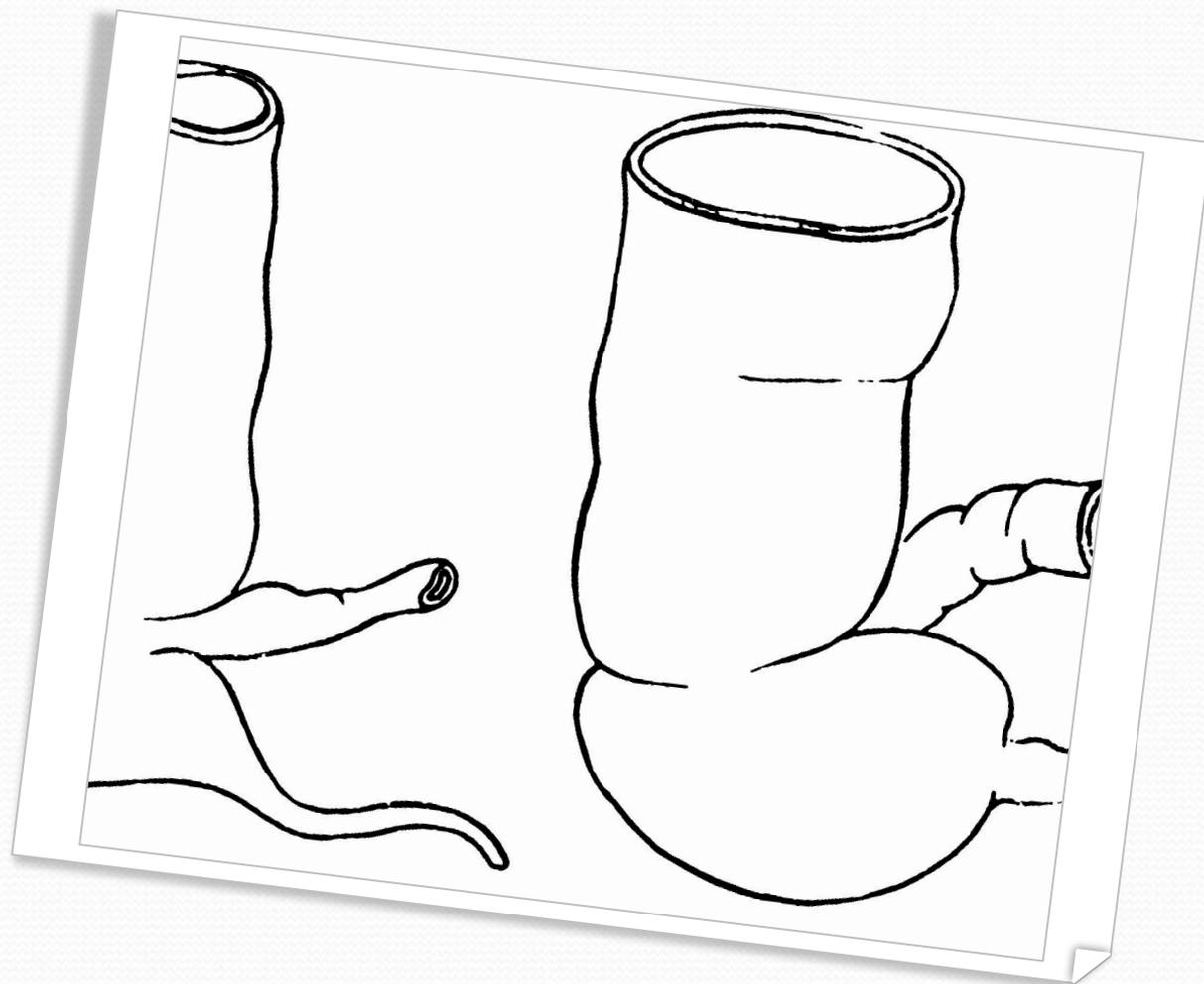
**Острый аппендицит у пожилых**

**Острый аппендицит у беременных**



Положение слепой кишки в разные сроки беременности

Зародышевый (слева) и  
инфантильный (справа)  
типы слепой кишки с  
червеобразным отростком.



# Фазы клинического течения

Эпигастральная

Фаза локальных проявлений

Фаза осложнений

аппендикулярный перфоративный разлитой  
перитонит

аппендикулярный инфильтрат

аппендикулярный абсцесс

Пилефлебит

абсцессы печени

сепсис

# Аппендикулярный инфильтрат

## Субъективные признаки

1. перенесенный приступ острого аппендицита несколько дней назад с последующим улучшением общего состояния
2. умеренная, незначительная постоянная боль в правой подвздошной области, что может несколько усиливаться при движениях, и кашле

## Объективные признаки

1 субфебрильная температура тела (до 38,0-38,5 °С)

- адекватная температуре тела тахикардия
- в правой подвздошной области (или в другой, в зависимости от локализации и положения червеобразного отростка у конкретного пациента на фоне в разной степени выраженного напряжения мышц брюшной стенки и воспалительных признаков раздражения брюшины пальпаторно определяют опухолевидное образование неправильной формы с более-менее четкими контурами, не совсем гладкой поверхностью, плотное, мало- или неподвижное, болезненное, размером от 3-4 до 10-12 см; такое же опухолевидное образование можно определить при влагалищном или ректальном исследовании
- умеренный лейкоцитоз с незначительным сдвигом лейкоцитарной формулы влево и увеличением СОЭ.

# Аппендикулярный абсцесс

## Признаки

- 1 усиление и распространение местной боли (субъективно и объективно)
- 2 ухудшение общего состояния (повышение температуры тела, недомогание, интоксикация)
- 3 гектическая температура тела при почасовом измерении, иногда лихорадка
- 4 появление или нарастание признаков раздражения брюшины в зоне инфильтрата
- 5 возможное появление симптома флюктуации при пальпации инфильтрата через переднюю брюшную стенку или при влагалищном (прямокишечном) исследовании
- 6 выраженный рост лейкоцитоза и сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- 7 признаки абсцесса брюшной полости при ультразвуковом обследовании

# Пилефлебит

## Признаки

1 общее состояние тяжелое, лицо бледное, суб- или иктеричность склер, резкая общая слабость

2 постоянная умеренная боль преимущественно в правой половине живота, правом подреберье

3 температура тела 39-40° С, интермитирующая, с выраженной лихорадкой, проливными потами

4 пульс частый, слабый

5 живот умеренно вздут, мягкий, незначительно болезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные

6 увеличенная, болезненная при пальпации печень, положительный симптом Ортнера, иногда увеличенная селезенка

7 высокий нейтрофильный лейкоцитоз ( $15-30 \times 10^9$ ) с выраженным сдвигом влево, прогрессирующая анемия, гипербилирубинемия

8 в правой плевральной полости нередко появляется реактивный экссудат, что верифицируется рентгенологически или УЗД; наличие признаков абсцесса печени при УЗД

# Лабораторные и инструментальные методы диагностики.

Для верификации диагноза "острый аппендицит" чаще всего в клинической практике используют:

- общий анализ крови - самым характерным изменением считают нейтрофильный лейкоцитоз с более или менее выраженным сдвигом лейкоцитарной формулы влево (появлением молодых форм нейтрофильных лейкоцитов);

- общий анализ мочи - нормальный при простом и с неспецифическими признаками интоксикации при деструктивном остром аппендиците.

Кроме этого, для верификации острого аппендицита в отдельных случаях можно использовать обзорную рентгенограмму органов брюшной полости, измерение контактной температуры кожи или термограмму передней брюшной стенки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, лапароцентез, лапароскопию.

# **Дифференциальный диагноз**

**Правосторонняя базальная плевропневмония**

**Инфаркт миокарда**

**Межреберная невралгия**

**Острый гастрит**

**Флегмона желудка**

**Обострение язвенной болезни**

**Острый холецистит**

**Острый панкреатит**

**Острая кишечная непроходимость**

**Острый мезентериальный тромбоз**

**Острый дивертикулит (Меккеля)**

**Острые заболевания женских внутренних половых органов  
(апоплексия яичника, нарушенная внематочная беременность,**

**перекручивание кисты яичника, острый аднексит**

**(сальпингоофорит), эндометрит, пельвиоперитонит)**

**Заболевание мочевыводящих путей (почечная колика,**

**пиелонефрит)**

# Лечебная тактика и выбор метода лечения

**Консервативное лечение показано лишь при аппендикулярном инфильтрате, диагностированном до или во время операции и включает:**

- ограниченный двигательный режим;
- полноценную высококалорийную диету
- холод на правую подвздошную область при имеющихся локальных признаках раздражения брюшины (0,5-1,5 суток), при ликвидации последних - тепло (грелка, УВЧ);
- комплексную, по общепринятым принципам антибактериальную терапию (лучше парентеральную), направленную на толстокишечную флору;
- паранефральные новокаиновые блокады с антибиотиками через день (3-5 на курс);
- дезинтоксикационную инфузионную терапию (осмотерапия, стимуляция диуреза в первые дни);
- стимуляцию защитных сил организма.

При положительном результате такого лечения аппендикулярный инфильтрат постепенно рассасывается (в среднем через 1-2 недели), за этот период объем консервативного лечения адекватно уменьшаются. После ликвидации клинических признаков больного выписывают из стационара с рекомендацией через 2-4 месяца обязательно выполнить аппендэктомию в плановом порядке.

# Лечебная тактика и выбор метода лечения

Хирургическое лечение

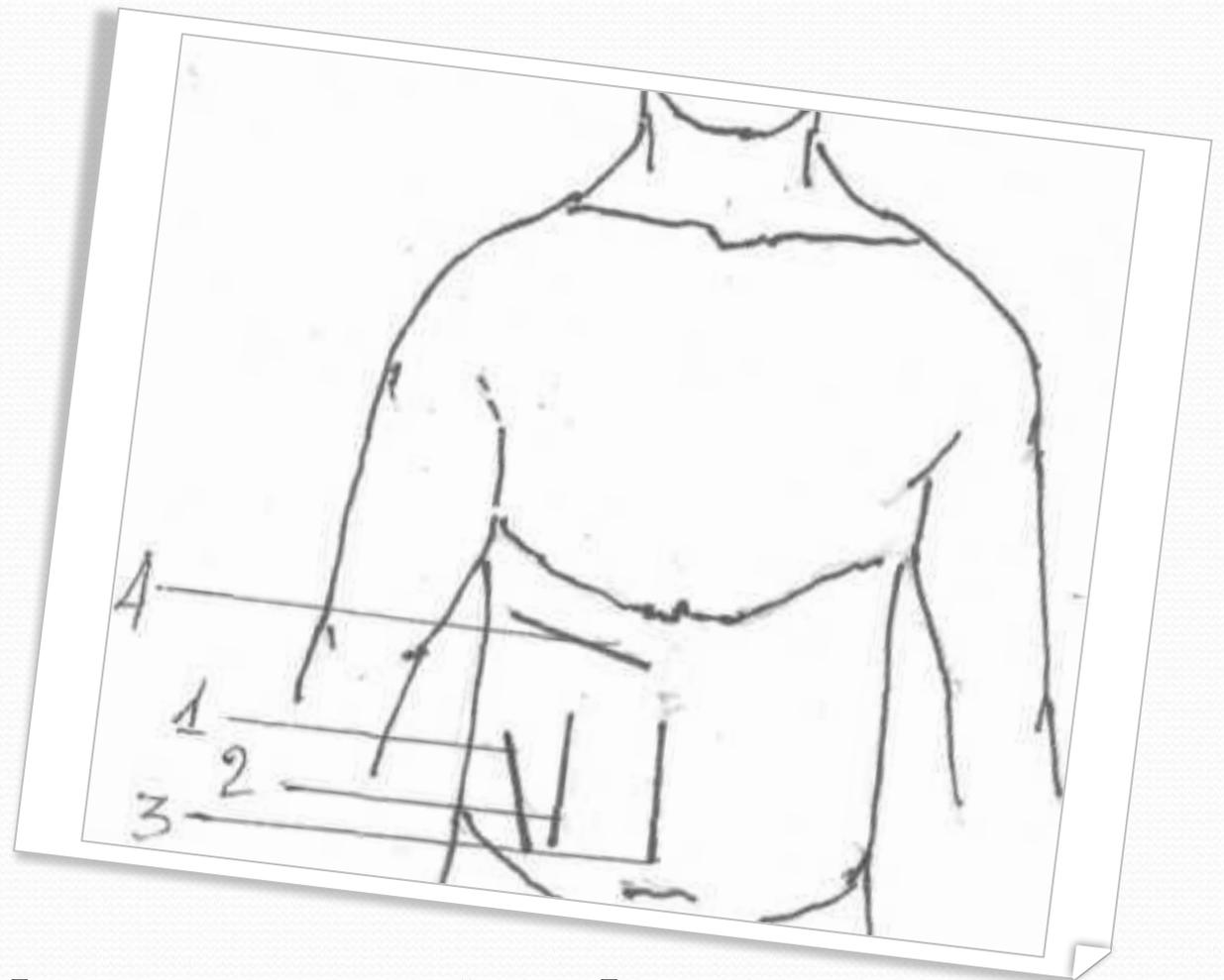
Аппендэктомия

Раскрытие аппендикулярного абсцесса

Операция по поводу аппендикулярного перитонита

# Доступы при аппендэктомии

- Для удаления червеобразного отростка было предложено много различных доступов, большинство из которых не получили широкого распространения: разрез Винкельмана, Продольный разрез Шеде, Разрез, параректальный, разрез Ленандера. 3. нижняя срединная лапаротомия. 4. разрез Федорова. Чаще всего применяются косой переменный разрез по Мак Бурнею (1894), нередко называемый доступом Волковича-Дьяконова

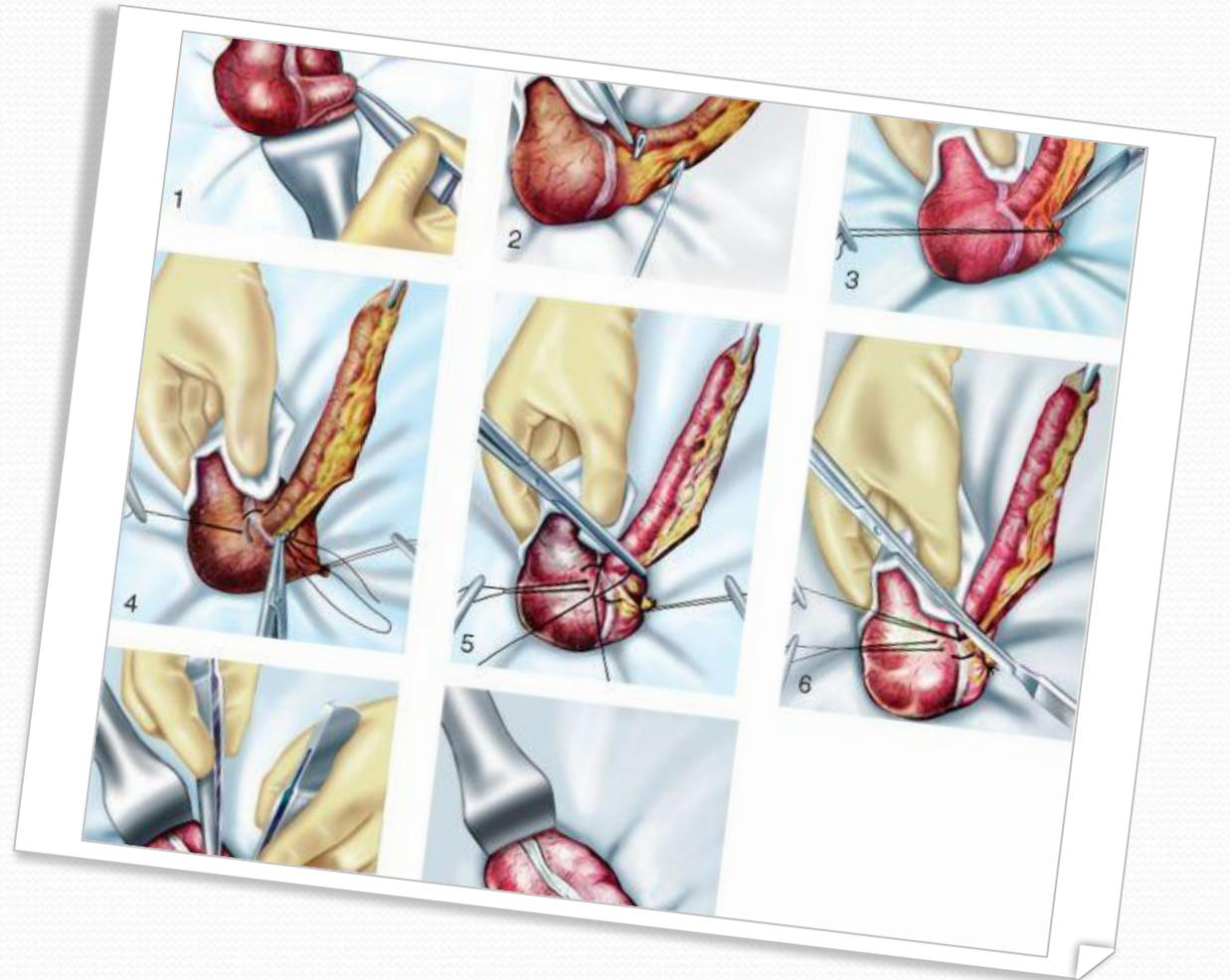


1.Волковича—Дьяконова.2. параректальный разрез Ленандера.3. нижняя срединная лапаротомия.4.разрез федорова

- Разрез Редигера производят над гребнем правой подвздошной кости и направляют книзу и кнутри параллельно волокнам наружной косой мышцы живота. При разрезе Винкельмана поперечно рассекают переднюю и заднюю стенки влагалища правой прямой мышцы живота, она сдвигаются медиально. Продольный разрез Шеде производится по наружному краю правой мышцы живота. Все перечисленные доступы в настоящее время практически не применяются. **Разрез С. П. Федорова.** Разрез начинают на уровне XII ребра у нижнего края *m. iliocostalis lumborum* и проводят в косо-поперечном направлении в сторону пупка.

# Хирургическое лечение

- Доступ Волковича—Дьяконова
- I — выведение слепой кишки и червеобразного отростка; II — перевязка брыжейки; III — отсечение отростка от брыжейки; IV — наложение кисетного шва вокруг основания отростка; V — перевязка червеобразного отростка кетгутовой лигатурой; VI — отсечение отростка, обработка его культи; VII — погружение культи отростка в кисетный шов; VIII — наложение Z-образного шва.



# Хронический аппендицит

## Классификация

**1. Первичный** - патологические изменения в отростке развиваются постепенно без признаков острого приступа.

**2. Вторичный:**

**1). резидуальный (остаточный)** - патологические изменения появляются после приступа острого аппендицита, аппендикулярного инфильтрата, аппендикулярного абсцесса;

**2). рецидивирующий** - при нем возникают повторные острые приступы.

**Клиническая симптоматика**

**Субъективные признаки:**

- перенесенный в прошлом острый аппендицит (не оперируемый), аппендикулярный инфильтрат (абсцесс);
- боль в правой подвздошной области разнообразного характера по началу, связанная с употреблением еды, физической активностью больного, умеренной интенсивности;
- непостоянные, умеренные (или незначительные) признаки нарушения пассажа кишечного содержимого, моторики кишечника;
- отсутствие признаков воспалительного процесса.

**Объективные признаки:**

- боль при глубокой пальпации в правой подвздошной области (в зоне размещения червеобразного отростка);
- отсутствие местных признаков воспалительного процесса и признаков раздражения брюшины;
- возможные (нет патогномонических) положительные аппендикулярные симптомы

