

# Острый аппендицит

**Выполнила: Ундырбаева Ж.  
Проверял: Малгаждаров М.С.  
Группа: 067-02**

Факультет общей медицины

Алматы. 2016г.

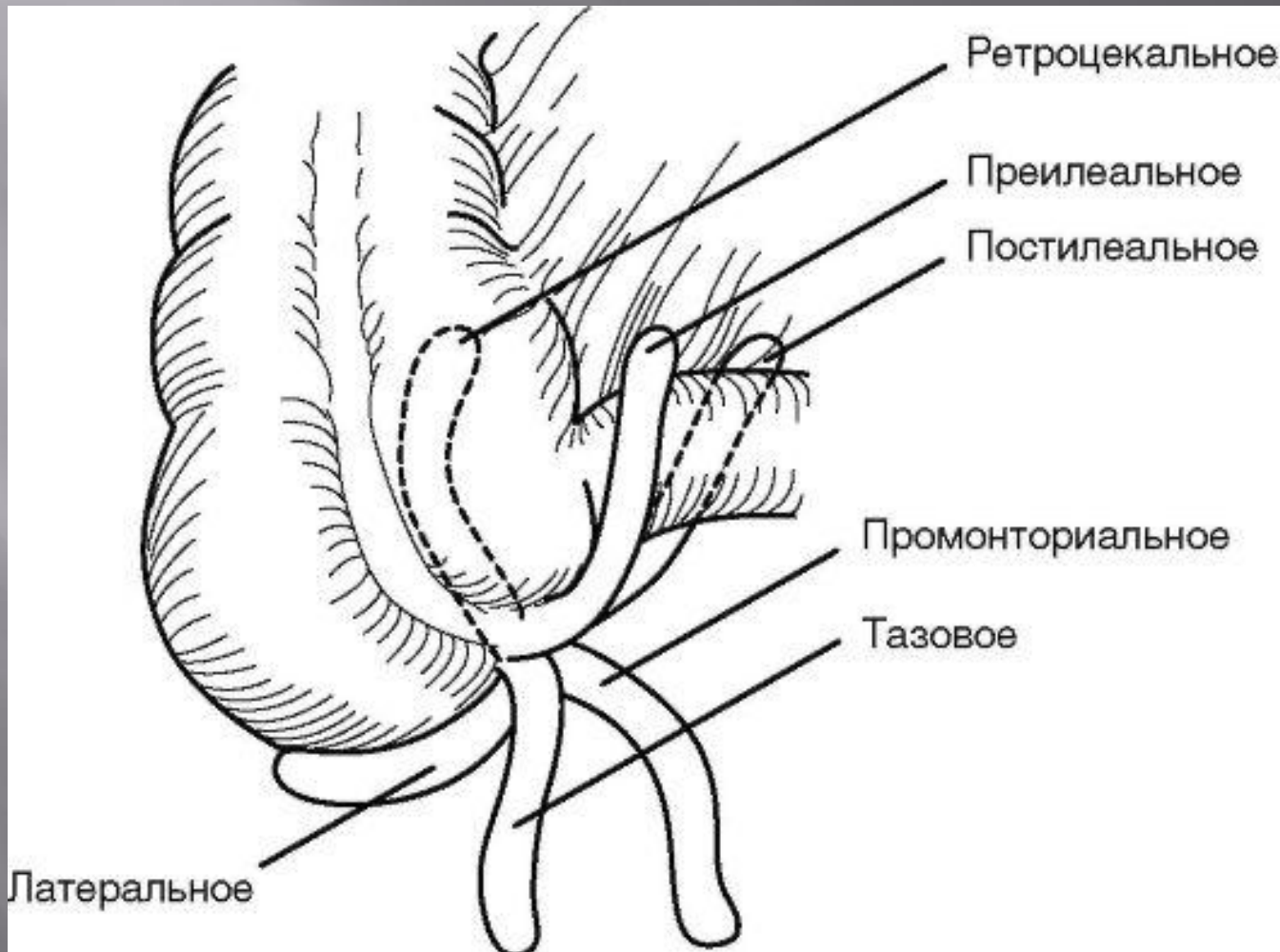
# ПЛАН РАБОТЫ:

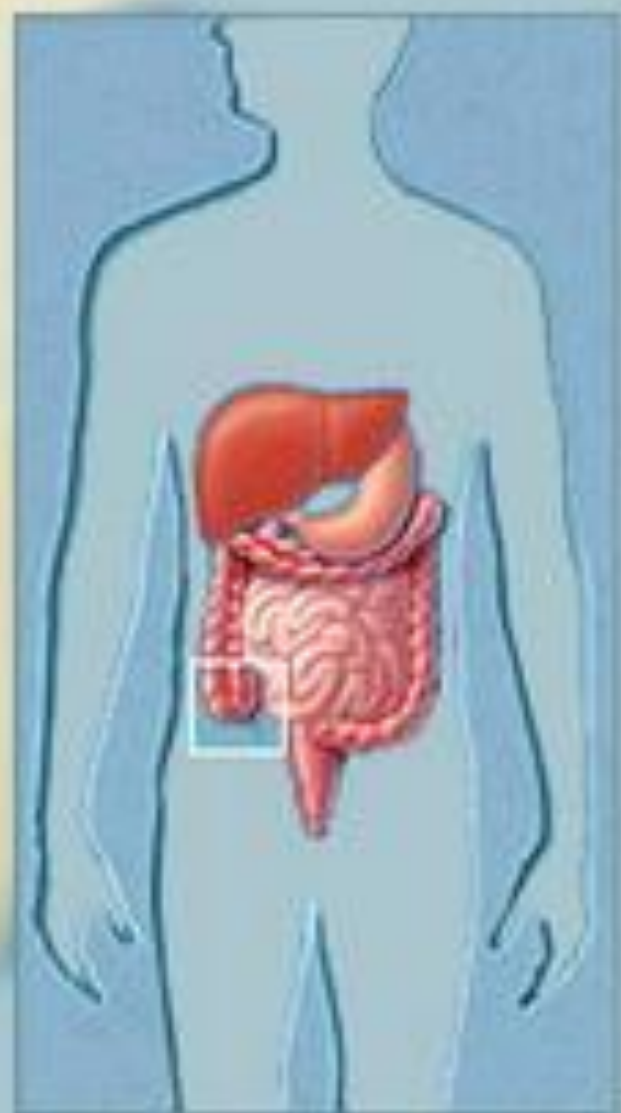
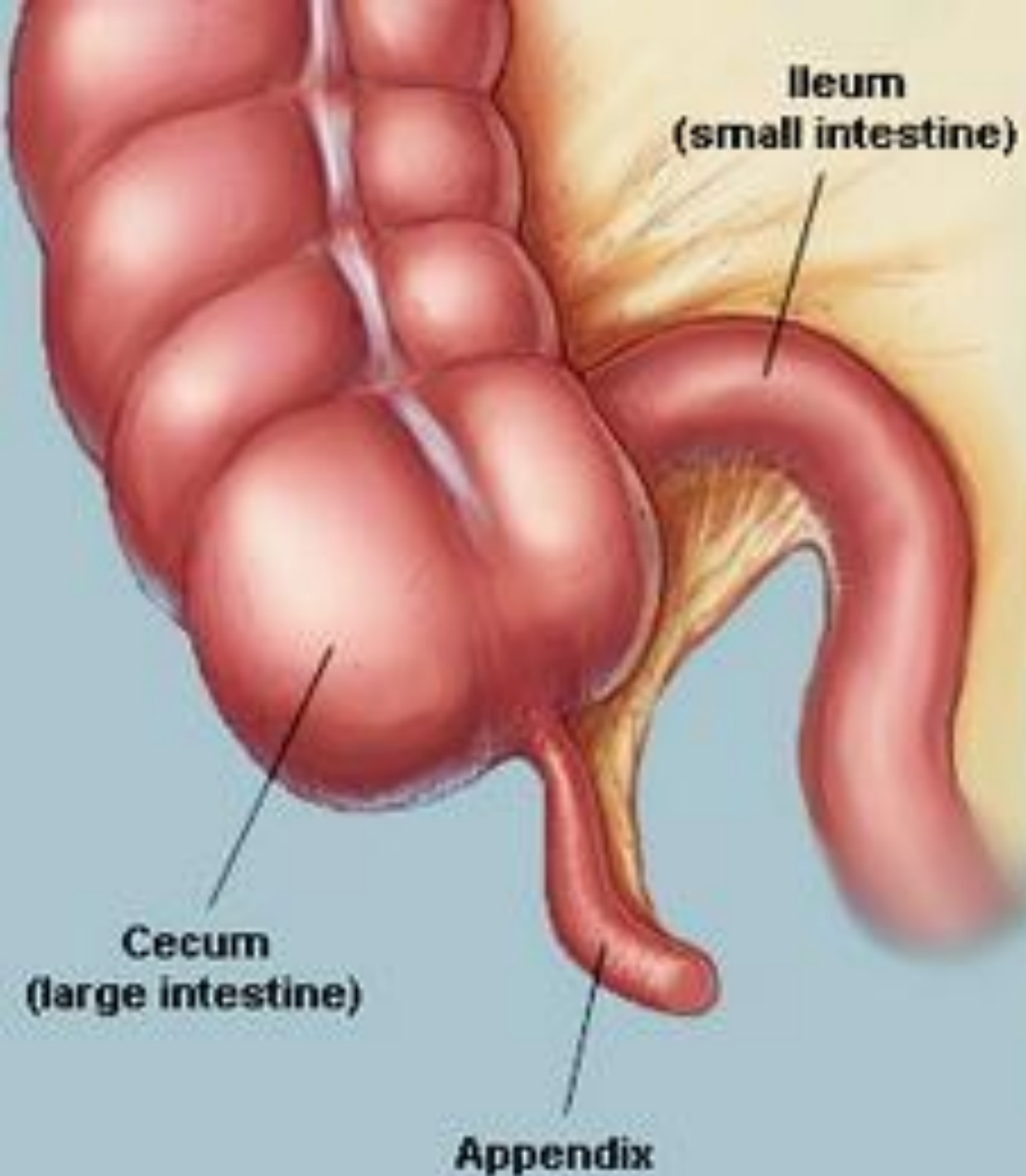
- ▣ **ВВЕДЕНИЕ**
- ▣ **ОСНОВНОЙ РАЗДЕЛ**
  - Этиология и патогенез
  - Классификация
  - Клиника
  - Диагностика и дифференциальный диагноз
  - Лечение
  - Осложнения
- ▣ **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

- ▣ Аппендикс - отросток, отходящий от медиальной поверхности слепой кишки и являющийся выростом ее стенки.
- ▣ Червеобразный отросток отходит от слепой кишки в месте слияния трех taenia на 2-3 см ниже уровня впадения подвздошной кишки в слепую. Средняя длина его 8-10 см.
- ▣ Червеобразный отросток имеет собственную брыжеечку треугольной формы, направляющуюся к слепой кишке и конечному отделу подвздошной.
- ▣ *Кровоснабжается* червеобразный отросток от a. ileocolica через a. appendicularis, которая проходит в толще брыжейки отростка и может быть представлена одной или несколькими ветками. Венозный отток осуществляется по одноименным венам в верхнюю брыжеечную и далее в воротную вену. Кроме того, имеются тесные коллатеральные связи с нижней полой веной (через a. subrenalis), а также с венами почек, правого мочеточника, забрюшинного пространства.

- ▣ *Иннервация* червеобразного отростка осуществляется за счет ветвей верхнего брыжеечного сплетения и, частично, за счет нервов солнечного сплетения. Это объясняет широкое распространение и разнообразную локализацию болей в начале заболевания, в частности - симптом Кохера: первичную локализацию болей в эпигастральной области.
- ▣ ***Физиологические функции червеобразного отростка немногочисленны:***
  - двигательная функция обеспечивается мышечным слоем. При ее недостаточности в просвете отростка происходит застой содержимого, образуются каловые камни, задерживаются инородные тела, гельминты.
  - Секреторная функция обеспечивает продукцию слизи и некоторых ферментов.
  - Продукция иммуноглобулинов.

- ▣ Наиболее частое расположение червеобразного отростка по отношению к слепой кишке (по Алену):





**Аппендицит** представляет собой воспаление червеобразного отростка слепой кишки.

▣ **Классификация острого аппендицита (В.И. Колесов, 1972)**

▣ 1. Слабо выраженный аппендицит (аппендикулярная колика).

▣ 2. Простой (поверхностный) аппендицит.

▣ 3. Деструктивный аппендицит:

- флегмонозный;
- гангренозный;
- прободной (перфоративный).

▣ 4. Осложненный аппендицит:

- аппендикулярный инфильтрат;
- аппендикулярный абсцесс;
- разлитой гнойный перитонит;
- прочие осложнения (пилефлебит, сепсис и др.).



## ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

- Острый аппендицит - полиэтиологическое заболевание. В основе воспалительного процесса лежит бактериальный фактор. По своему характеру флора может быть специфической и неспецифической.
- Специфическое воспаление отростка может быть при туберкулезе, бациллярной дизентерии, брюшном тифе. Кроме того, заболевание может быть вызвано простейшими: балантидиями, патогенными амебами, трихомонадами.
- Однако, в преобладающем большинстве случаев острый аппендицит связан с неспецифической инфекцией смешанного характера: кишечная палочка, стафилококк, стрептококк, анаэробные микроорганизмы. Наиболее характерным возбудителем является кишечная палочка. Эта микрофлора постоянно находится в кишечнике, не только не оказывая вредного влияния, но являясь необходимым фактором нормального пищеварения. Лишь при появлении неблагоприятных условий возникающих в червеобразном отростке, она проявляет свои патогенные свойства.



## СПОСОБСТВУЮЩИМИ ФАКТОРАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

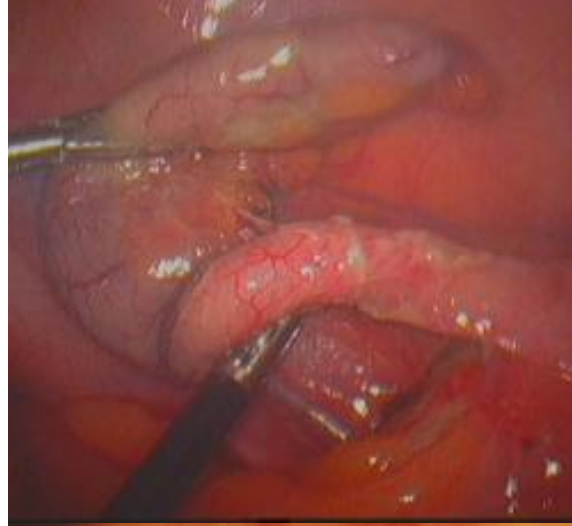
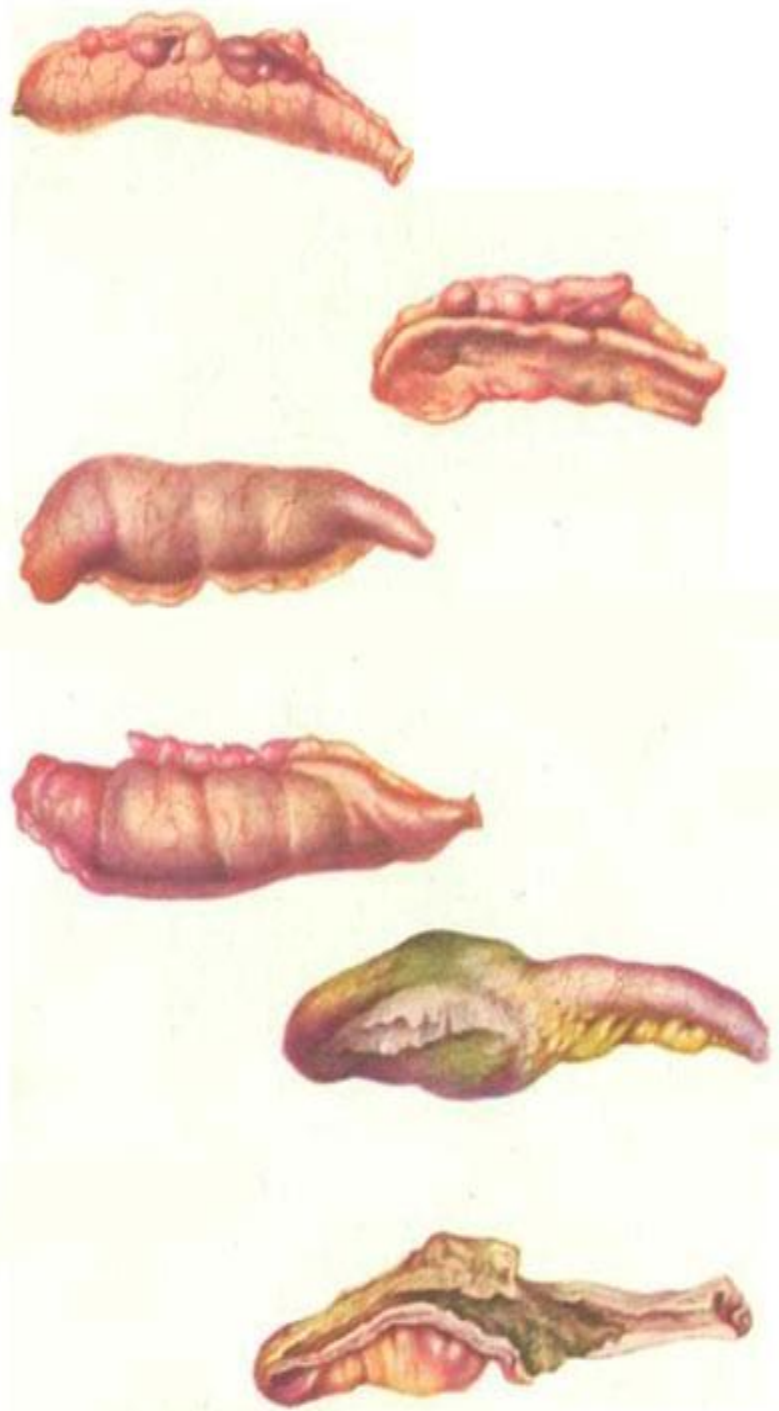
- Обструкция просвета червеобразного отростка, вызывающая застой содержимого или образование замкнутой полости. Закупорка может быть обусловлена копролитами, лимфоидной гипертрофией, инородными телами, гельминтами, слизистыми пробками, деформациями отростка.
- Сосудистые нарушения, приводящие к развитию сосудистого застоя, тромбозу, появлению сегментарного некроза.
- Неврогенные нарушения, сопровождающиеся усилением перистальтики, растяжением просвета, повышенными слизеобразованием, нарушениями микроциркуляции.
- Существуют также общие факторы, способствующие развитию острого аппендицита:
  - Алиментарный фактор.
  - Существование в организме очага инфекции, из которого происходит гематогенное распространение.
  - Заболевания, сопровождающиеся выраженными иммунными реакциями.

- *Под влиянием этиологических факторов начинается серозное воспаление, нарушается в еще большей степени микроциркуляция, развивается некробиоз. На этом фоне усиливается размножение микроорганизмов, повышается концентрация бактериальных токсинов. В результате, серозное воспаление сменяется деструктивными формами, развиваются осложнения.*

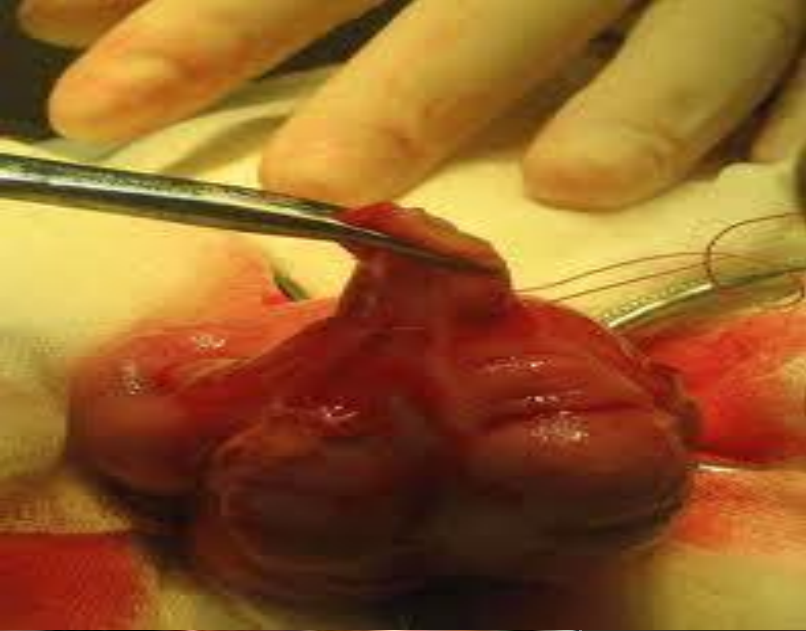
## Патологическая анатомия

- ▣ *Катаральный* — лейкоцитарная инфильтрация только слизистой оболочки Поверхностный — образование первичного аффекта треугольной формы, основанием обращённого в просвет, лейкоцитарная инфильтрация только слизистой оболочки. В просвете кровь, лейкоциты.
- ▣ *Флегмонозный* — лейкоцитарная инфильтрация всех слоёв ч.о., в том числе и серозной оболочки, в просвете кровь, лейкоциты, на серозной оболочке фибрин, лейкоциты.
- ▣ *Флегмонозно-язвенный* — лейкоцитарная инфильтрация всех слоёв отростка, в том числе и серозной оболочки. Изъязвление слизистой. В просвете кровь, лейкоциты, на серозной оболочке фибрин, лейкоциты

- ▣ *Апостематозный* — как и флегмонозный, но в стенке образуются мелкие абсцессы представленные некротизированной тканью и нейтрофильными лейкоцитами.
- ▣ *Гангренозный* — некроз стенки отростка, диффузная нейтрофильная инфильтрация, перитонит.
- ▣ *Перфоративный* — края разрыва представлены некротизированной тканью с наложениями фибрина, лейкоцитов и эритроцитов.

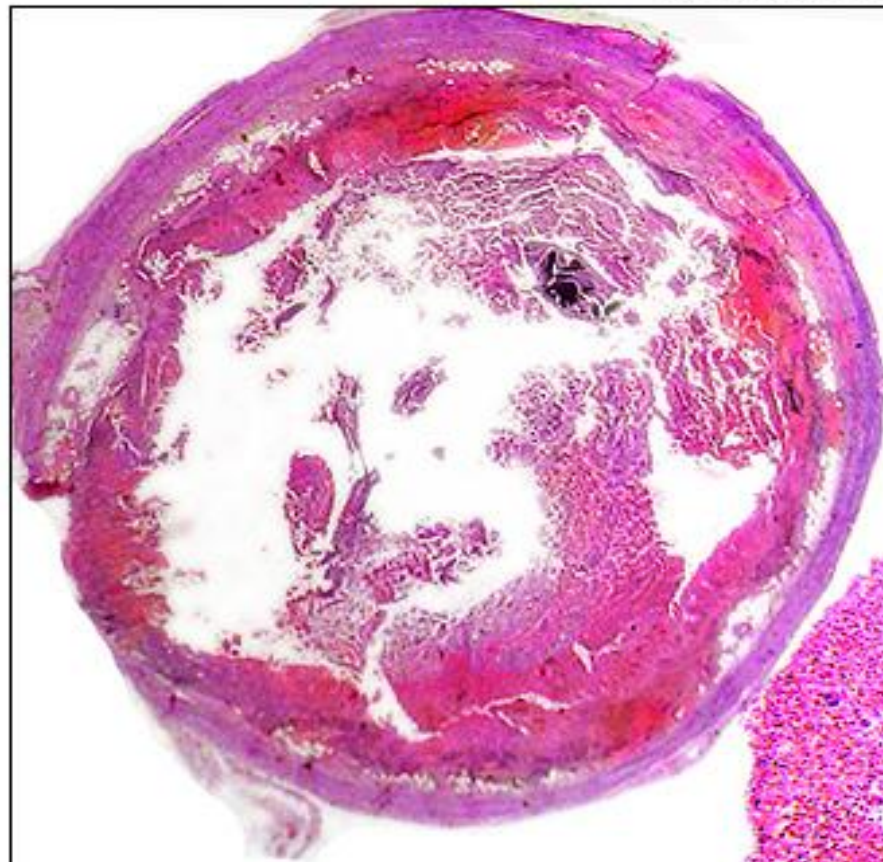






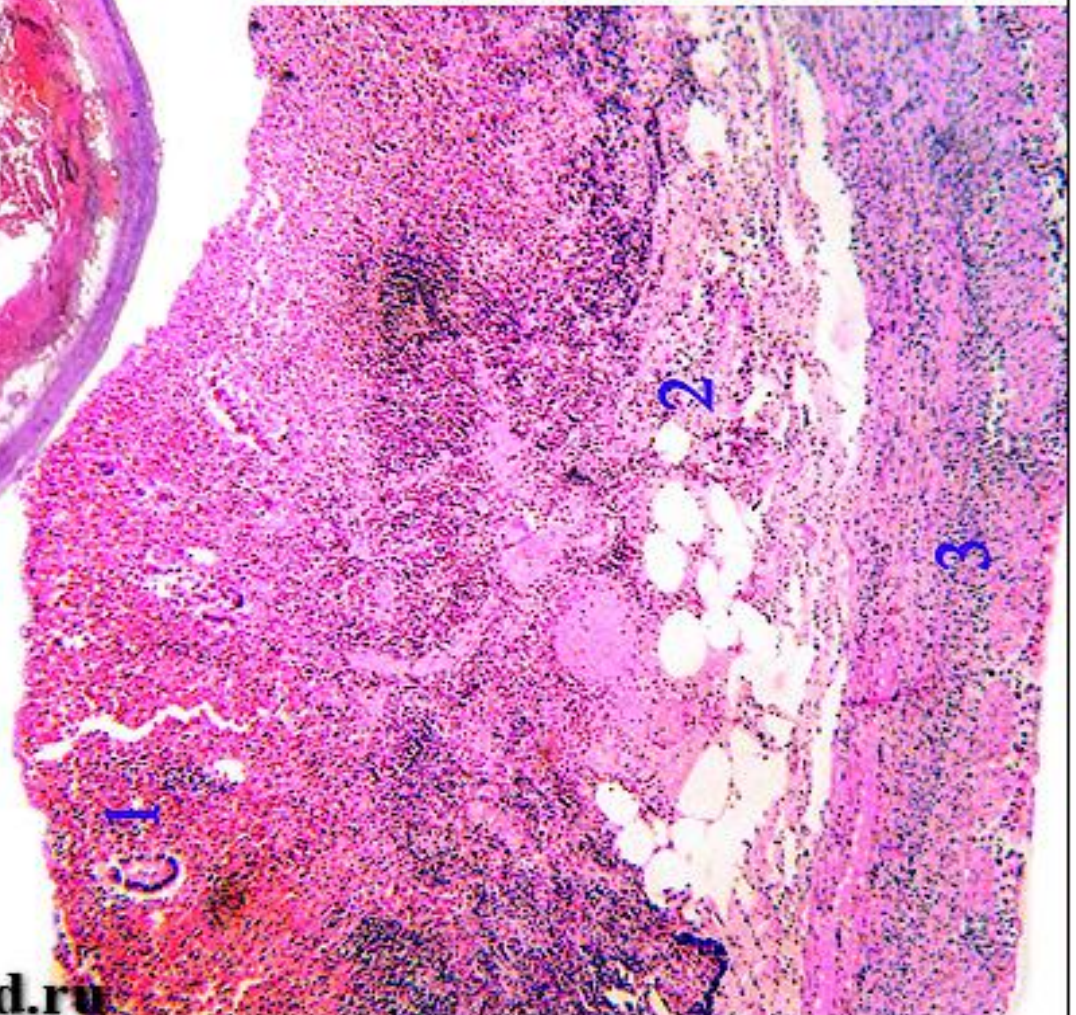


## Деструктивный аппендицит



Малое увеличение

Большое увеличение



©2005 Vsmarpatan.narod.ru

1-слизистая аппендикса очагово разрушена, 2- в просвете аппендикса массы гноя, 3-все слои стенки червеобразного отростка диффузно инфильтрованы лейкоцитами.

## ДИАГНОСТИКА

- 1. Тщательно изучить жалобы больного, выяснить особенности начала заболевания и развития клинической картины. Особое внимание следует обратить на характер болей и их перемещение и локализацию.
- 2. При осмотре обратить внимание на конфигурацию живота (симметричный, асимметричный) наличие старых послеоперационных рубцов и грыжевых выпячиваний.
- 3. Провести тщательную пальпацию брюшной стенки. При этом пальпацию следует начинать с левой подвздошной области. Необходимо установить наличие зоны наибольшей болезненности, симптомов, характерных для острого аппендицита, защитное напряжение мышц, симптомов раздражения брюшины. Особое внимание надо обратить на тщательность выполнения симптома Щеткина-Блюмберга. Симптом Щеткина-Блюмберга считается положительным в том случае, когда при отнятии руки от передней брюшной стенки появляется боль. Руку от передней брюшной стенки необходимо именно отнимать, но не отталкивать, так как дополнительный толчок вызывает боль и больной не может дифференцировать боль от толчка и боль от отнятия руки. Самыми распространенными симптомами острого аппендицита следует считать симптомы Кохера и Воскресенского. Последующими в диагностической шкале являются симптомы Иванова, Ситковского, Ровзинга, Бартомье-Михельсона.



- 4. Выполнить ректальное исследование и вагинальное у женщин, обратив внимание на нависание, болезненность, ригидность, флюктуацию стенок исследуемых органов.
- 5. Измерить температуру в подмышечной впадине и в прямой кишке. При остром аппендиците разность температур составляет 0,5 – 2 градуса.
- 6. В сомнительных случаях показана обзорная рентгенограмма брюшной полости теплография, ультразвуковая эхолокация. На рентгенограмме в пользу острого аппендицита будут свидетельствовать: скопление жидкости и газа в слепой кишке и терминальном отделе подвздошной кишки, вследствие их пареза; нечеткость контура поясничной мышцы.
- 7. В трудных случаях диагностики показана лапароскопия.
- 8. При сомнительном диагнозе острого аппендицита показана госпитализация и динамическое наблюдение.

# АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

- **Ретроцекальный аппендицит**, при котором взамен защитного мышечного напряжения в правой подвздошной области и симптома Щеткина-Блюмберга более характерны симптомы интоксикации, гектическое повышение температуры тела и перемещение болей в поясницу с отдачей в правое бедро, в уретру с легкой контрактурой правого тазобедренного сустава (симптомом Псоита).
- **Тазовый аппендицит**, при котором на первый план выступают частые позывы на низ с умеренными слизистыми выделениями из прямой кишки.
- Редко наблюдаемое **подпеченочное расположение** червеобразного отростка при наличии болезненности и симптомов раздражения брюшины в правом подреберье может симулировать острый холецистит, однако различие анамнестических данных и отсутствие часто пальпируемого при остром холецистите желчного пузыря помогают правильно поставить диагноз.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- пиелонефрит
- почечная колика
- острый сальпингооофорит
- разрыв кисты яичника
- внематочная беременность
- воспаление дивертикула Меккеля
- прободная язва
- обострение язвенной болезни
- гастрит
- энтерит
- колит
- кишечная колика
- Холецистит
- Кетоацидоз
- кишечная непроходимость
- пневмония
- болезнь Крона
- геморрагический васкулит и др.

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

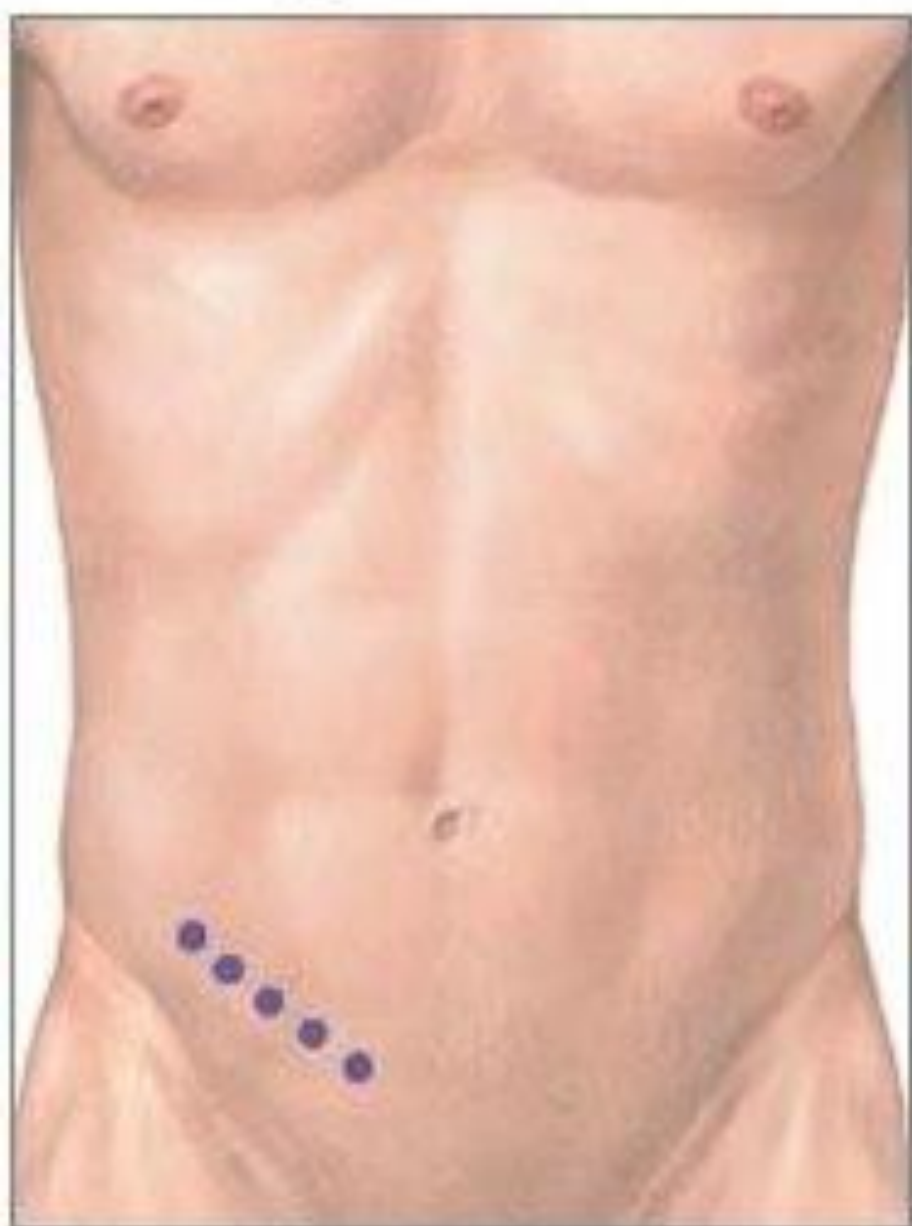
- При установленном диагнозе острого аппендицита единственным методом лечения является экстренная операция. В случаях, когда в результате всестороннего клинико-лабораторного обследования с привлечением необходимых специалистов исключить острый аппендицит у больного не представляется возможным, больной должен быть оперирован.
- При неосложненных формах аппендицита операция чаще выполняется из косого разреза Волковича-Дьяконова с ушиванием послеоперационной раны наглухо.
- У больных с острым аппендицитом, осложненным местным перитонитом, операция заканчивается дренированием брюшной полости. Предпочтительнее вакуумное дренирование (по Редону, дискретное вакуумное дренирование).



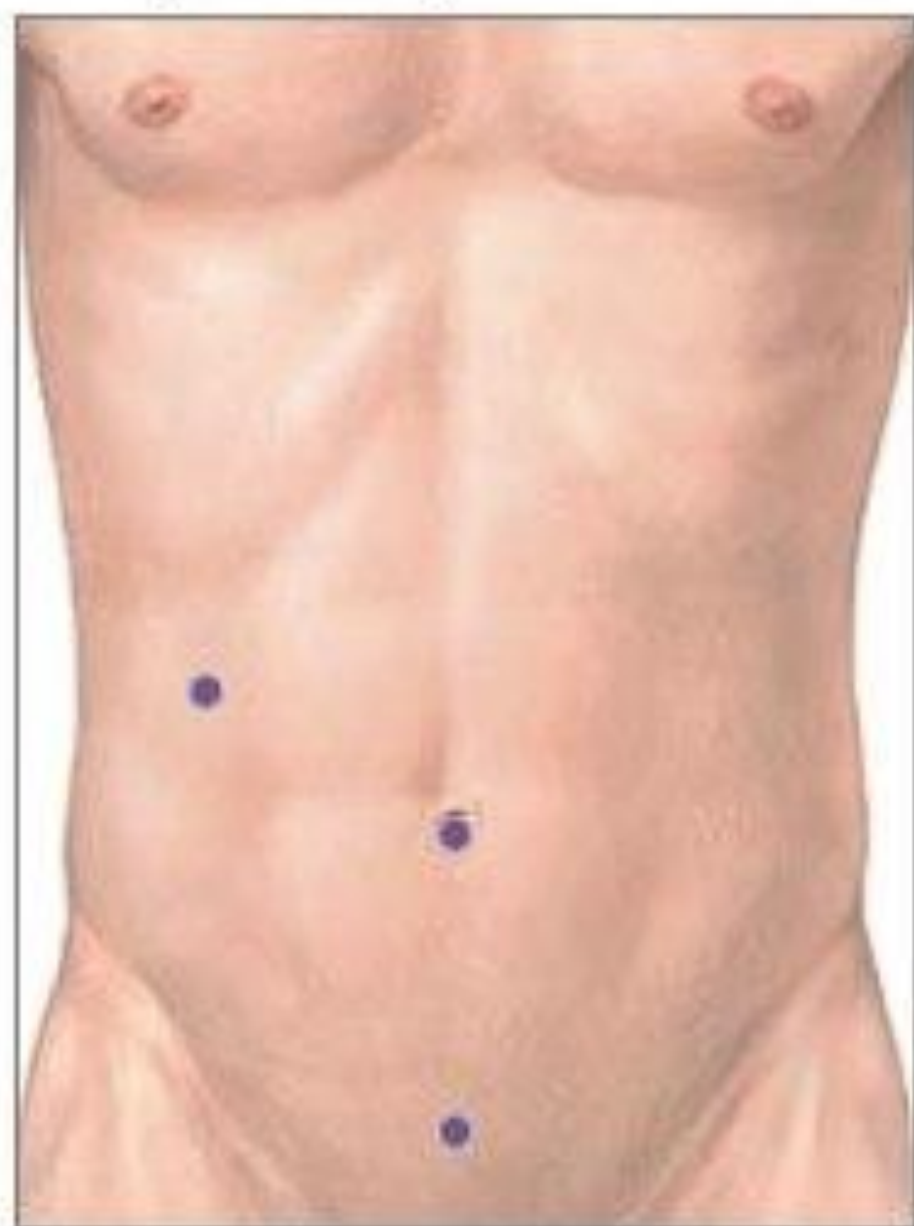
## Показанием к дренированию являются:

- периаппендикулярный абсцесс;
- перфорация червеобразного отростка с развитием местного перитонита;
- наличие гнойного выпота (обязателен посев на флору и чувствительность к антибиотикам);
- диффузный перитонит.
- При диффузном и разлитом перитоните операцию следует выполнять из срединного или параректального доступа. При разлитом перитоните обязательно наложение перитонеального лаважа.

Surgical incision



Laparoscopic incisions



# Послеоперационное лечение

- ▣ холод на операционную рану;
- ▣ обезболивающие средства;
- ▣ антибиотики по показаниям;
- ▣ симптоматическая терапия;
- ▣ при неосложненных формах аппендицита активные движения в постели разрешаются в день операции;
- ▣ внутрибрюшинное введение антибиотиков через ниппельную трубку применяется в течение 3-4 дней, после чего трубка удаляется;

- ▣ после операции под местной анестезией через два часа разрешается небольшими порциями пить воду, несладкий чай с лимоном, настой шиповника;
- ▣ резиновый выпускник из подкожной клетчатки удаляется на следующий день;
- ▣ удаление тампонов производится: а) при тампонаде по поводу паренхиматозного кровотечения – через 48 часов; б) при подведении тампонов с целью отграничения гнойного очага от здоровых тканей и органов – не ранее 8-9 дней после операции;
- ▣ швы снимают на 5-7 сутки после операции (в зависимости от возраста и сопутствующих заболеваний).

# ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

- ▣ Острый аппендицит, осложненный разлитым или диффузным перитонитом;
- ▣ Аппендикулярный инфильтрат;
- ▣ Гнойники различной локализации
  - Дуглас-абсцессы;
  - Поддиафрагмальный абсцесс;
  - Межкишечные абсцессы;
- ▣ Пилефлебит;
- ▣ Кишечные свищи.







## ИНФИЛЬТРАТ ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ:

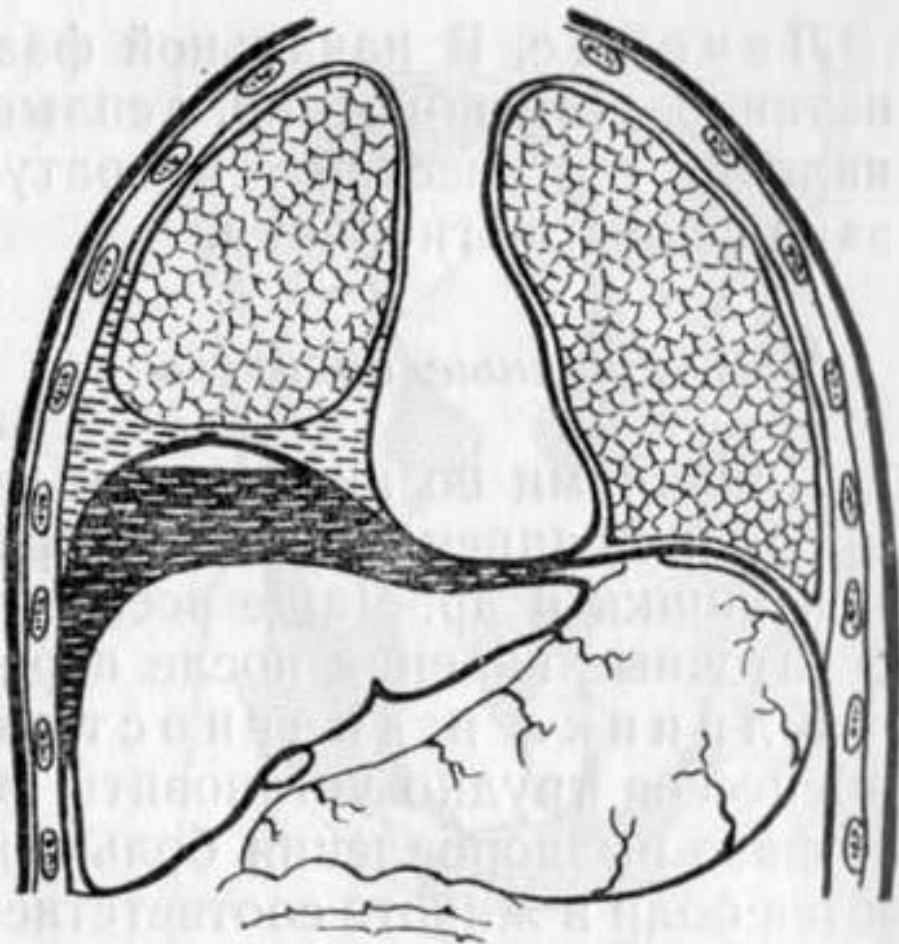
- а) поверхностный инфильтрат локализуется в передней брюшной стенке (в области операционной раны); б) глубокий инфильтрат располагается в брюшной полости в результате оставления некротических тканей в области ложа червеобразного отростка, инфицированной лигатуры, а также оставления инородных тел (марлевых шариков, тампонов и др).
- Послеоперационные воспалительные инфильтраты подлежат консервативному лечению. При абсцедировании, установленном данными клиники и ультразвуковой эхолокации, показано вскрытие и дренирование гнойника.

## **Абсцесс в области удаленного червеобразного отростка**

- чаще всего образуется при деструктивных формах острого аппендицита. Основными симптомами является боль в месте операции, интермитирующая температура на 3-4 день после операции, ознобы, потеря аппетита, слабость, недомогание. Отмечается умеренная тахикардия, при пальпации живота болезненность в правой подвздошной области и напряжение мышц. Диагностика основана на клинических признаках, данных лабораторных и инструментальных методов обследования:

- 1) повышение температуры тела до 38 градусов и выше. Разница в 1,5 – 2 градуса между утренней и вечерней температурой;
- 2) увеличение количества лейкоцитов со сдвигом формулы влево;
- 3) при УЗ брюшной полости определяется жидкостное образование в правой подвздошной области;
- 4) при компьютерной томографии определяется гнойник в месте операции. При распространении абсцесса в малый таз ценным методом является обследование через прямую кишку или влагалище у женщин.

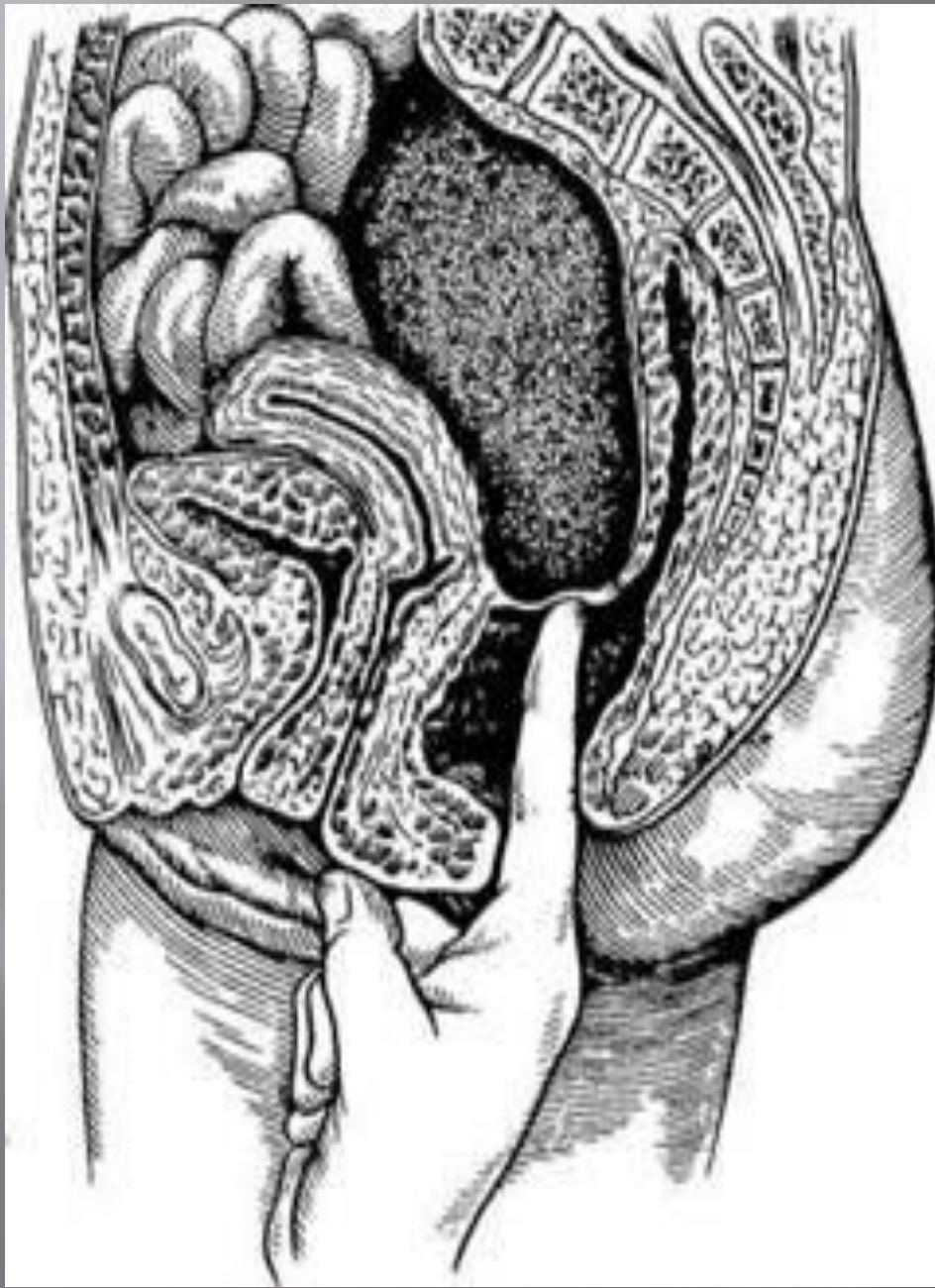
▣ *Лечение:* под общим обезболиванием производится снятие швов с операционной раны. Снимаются швы с брюшины, при помощи отсасывающего аппарата гнойник аспирируется. Дренаж гнойника осуществляется резиновыми полосками или двухпросветной трубкой, после чего налаживается проточно-промывной дренаж. Продолжается антибактериальная и противовоспалительная терапия, назначается физиотерапия.



- ▣ Поддиафрагмальный абсцесс



- ▣ *Лечение:* вскрытие и дренирование гнойника.
- ▣ Наиболее широкое распространение получили внеплевральный доступ (по Мельникову) и внебрюшинный метод (по Клермону). При доступе по Мельникову разрез проводится по ходу XI ребра от паравертебральной до средне-подмышечной линии. Резецируются XI и XII ребра; рассекается задний листок надкостницы, отыскивается переходная складка плевры, которая тупым путем отслаивается от диафрагмы кверху, после чего вскрывается диафрагма и опорожняется гнойник. Применяя доступ по Клермону, разрез выполняют по краю реберной дуги через все слои мышц до поперечной фасции, которая вместе с брюшиной отслаивается от нижней поверхности диафрагмы. Гнойник дренируется двумя трубками, экссудат подвергается бактериологическому исследованию.



Абсцесс Дугласова  
пространства

- ▣ *Лечение:* в стадии инфильтрации консервативная терапия (антибиотики с учетом чувствительности, новокаиновые блокады по Школьникову-Селиванову, физиотерапия, теплые клизмы с раствором ромашки). При появлении признаков размягчения (флюктуации) инфильтрата необходимо вскрытие абсцесса. Вскрытие его производится через прямую кишку или через задний свод влагалища у женщин. С помощью пункции определяют локализацию гнойника, затем, ориентируясь на пункционную иглу, скальпелем рассекают переднюю стенку прямой кишки или заднего свода влагалища и ставят резиновые (силиконовые) дренажные трубки для промывания и эвакуации гноя.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- **Острый аппендицит** – это серьезное, потенциально опасное для жизни заболевание, при выявлении которого необходима экстренная операция, как наиболее оправданная и многократно проверенная методика, спасающая жизнь и предотвращающая появление серьезных осложнений. При любом появлении непонятных болей в животе, особенно остро начавшихся и локализующихся в нижних отделах живота справа необходимо как можно скорее попасть на прием к хирургу. Ни при каких обстоятельствах при появлении непонятных болей в животе нельзя принимать обезболивающие препараты, поскольку они стирают симптоматику и могут ввести в заблуждение даже опытных врачей, что в свою очередь приведет к промедлению с операцией и серьезным последствиям. Ни в коем случае, при возникновении острых болей в животе нельзя полагаться на «бабушкины» средства, да и вообще заниматься самолечением.
- Лишь при таком подходе, несмотря на всю серьезность этого заболевания, можно избежать каких-либо серьезных последствий, а также сохранить свое здоровье, и главное, свою жизнь.

# Литература:

- ▣ «Хирургические болезни» - М.И. Кузин, О.С. Шкроб, М.А.Чистова, Москва: Медицина, 1986 г.
- ▣ «Общая патология человека. Руководство, т.1, 2.» -Под ред. А.И.Струкова, В.В. Серова, Д.С. Саркисова. М., «Медицина», 1990.
- ▣ «Патологическая анатомия. Атлас.» - Серов В.В. , Ярыгин Н.Е., Пауков В.С. М., «Медицина», 1987.
- ▣ Другие источники:
  - <http://appendicit-simptom.ru/content/ostryi-appenditsit-priznaki-i-lechenie>
  - [http://knowledge.allbest.ru/medicine/2c0a65625b3bd78a5c43b88521306d36\\_0.html](http://knowledge.allbest.ru/medicine/2c0a65625b3bd78a5c43b88521306d36_0.html)