

Стоматологического ф-та.  
Накатова Сания Булатовна.

# Презентация на тему: << Острый аппендицит >>

---

Выполнила : студентка 3-го курса  
15 группы.

Стоматологического ф-та.  
Накатова Сания Булатовна.

# Определение

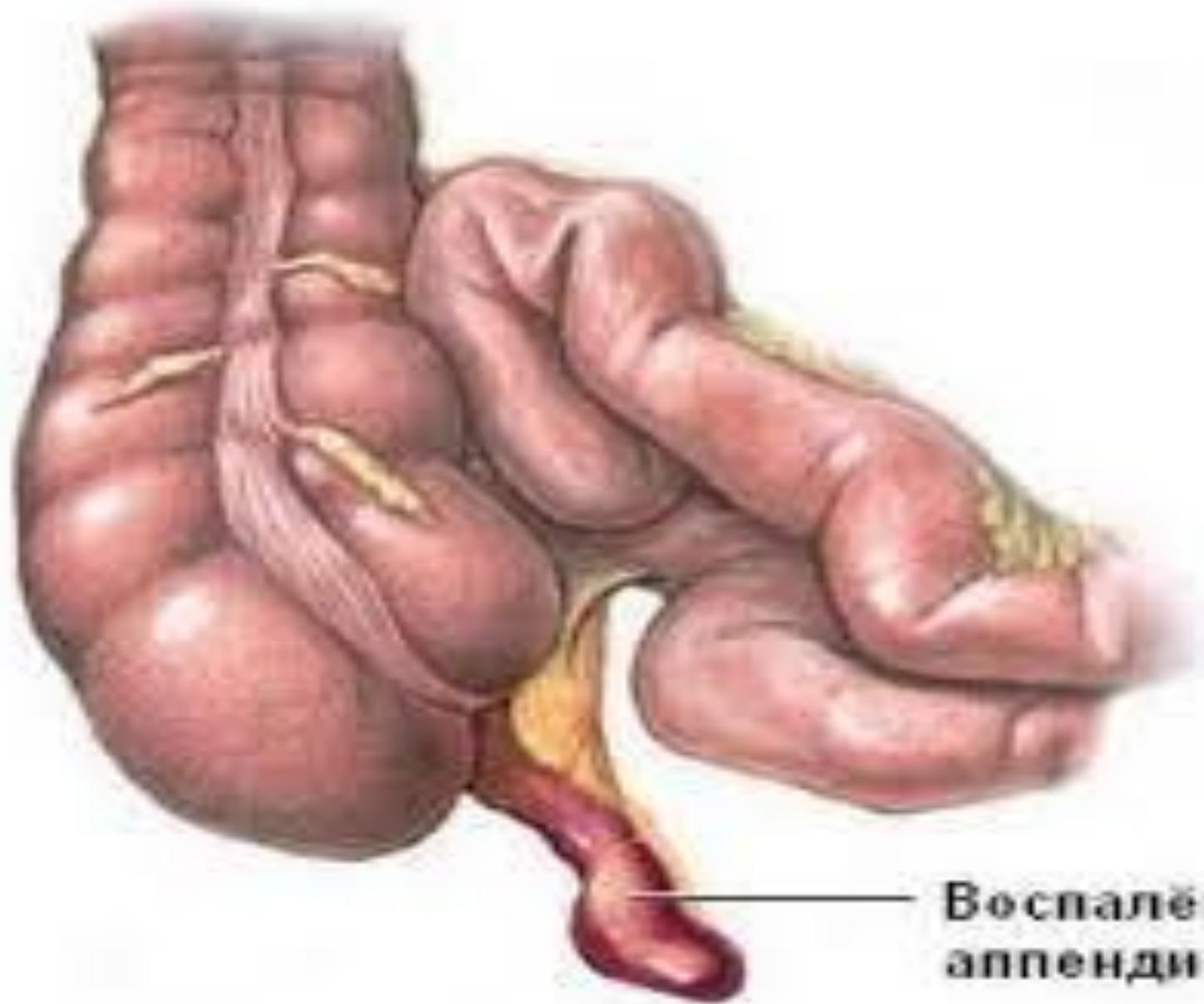
- Острый аппендицит - острое воспаление червеобразного отростка слепой кишки.



- **Эпидемиология**

- Острый аппендицит является одним из наиболее част встречающихся заболеваний и занимает первое место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Заболеваемость острым аппендицитом составляет 4-6 случаев на 1000 населения. В течение своей жизни 6% современных жителей планеты имеют шанс перенести это заболевание. Принимаю во внимание высокую частоту встречаемости и серьезную опасность острого аппендицита, при обследовании любого пациента с жалобами на боли в области живота врач в первую очередь должен исключить именно этот диагноз.
- В зависимости от возраста и физиологического состояния пациента индивидуальных особенностей строения и локализации отростка, стадии заболеваний и распространенности воспалительного процесса, а также по целому ряду других причин, клиническая картина острого аппендицита имеет большое число различных вариантов, что в ряде случаев делает правильную и своевременную диагностику этого заболевания весьма затруднительной.

- Аппендикс - отросток, отходящий от медиальной поверхности слепо кишки и являющийся выростом ее стенки. Слепая кишка - начальный отдел толстой кишки, который располагается ниже впадения в нее терминального отдела подвздошной кишки, который располагается ниже впадения в нее терминального отдела подвздошной кишки. Величина и форма слепой кишки переменны. Длина ее составляет от 1.0 до 13.0 см (в среднем 5-7 см), диаметр - 6.0 - 8.0 см. Чаще всего (в 80%) случаев она располагается в правой подвздошной области. Дно (купол) слепой кишки проецируется на 4 - 5 см выше середины пупартовой связки, а при наполненном состоянии - непосредственно над этой связкой. Наиболее частыми отклонениями от нормального положения слепой кишки являются высокое, или подпеченочное - на уровне 1 поясничного позвонка, и низкое, или тазовое, - на уровне 2-3 крестцовых позвонков. Слепая кишка в 90-96% случаев со всех сторон покрыта брюшиной, то есть располагается интраперитонеально, что обуславливает ее подвижность.



**Воспалённый  
аппендикс**

- **Патологическая анатомия.**

- При остром аппендиците возможны все варианты острого воспаления. По распространенности они могут быть очаговыми и диффузными.
- Патологоанатомические формы острого аппендицита.
  - 1. серозный (очаговый и диффузный)
  - 2. Очаговый гнойный
  - 3. Флегмонозный
  - 4. Флегмонозно-язвенный
  - 5. Апостематозный с образованием мелких внутрстеночных абсцессов
  - 6. Гангренозный

- **Осложнения острого аппендицита.**

- Без проведения своевременного адекватного лечения возможно развитие осложненных форм острого аппендицита, что связано с различными вариантами распространения и течения воспалительного процесса. Каждая из этих форм имеет свои клинические проявления:
- 1. Острый аппендицит, осложненный разлитым или диффузным перитонитом. Распространение воспаления на значительную часть брюшины происходит на 3-4 сутки и ранее в результате гангрены или перфорации червеобразного отростка. При этом болезненность, вначале локализованная в правой подвздошной области, начинает быстро распространяться. 2. Аппендикулярный инфильтрат. Аппендикулярный инфильтрат может образовываться уже на 3-4 сутки от начала заболевания. Он является следствием отграничения воспалительного процесса за счет большого сальника, петель тонкой кишки, кармано и складок париетальной брюшины, которые склеиваются между собой. В центре инфильтрата располагается воспаленный червеобразный отросток. Вначале инфильтрат рыхлый, спаянные органы легко разъединить. Пилефлебит - распространение тромбофлебита на воротную вену (из аппендикулярной вены через v. Mesocolica a далее v. Mesenterica superior), что приводит к развитию гнойников печени. До 1935 года встречался в 0.4% всех аппендицитов. И т.д.

- . Кишечные свищи. Причины возникновения: вовлечение в воспаление стенок прилежащих кишечных петель с последующей их деструкцией; грубая хирургическая техника, сопряженная с десерозированием стенки кишки или неправильная обработка культи червеобразного отростка; пролежни, обусловленные давлением твердых дренажей и тугих тампоном, длительно удерживаемых в брюшной полости. Клиника: через 4-7 дней после аппендэктомии появляются боли в правой подздошной области, там определяется глубокий болезненный инфильтрат. У некоторых больных наблюдаются симптомы частичной кишечной непроходимости. Если рана не была зашита, то уже на 6-7 день по тампону начинает выделяться кишечное содержимое и формируется свищ. При зашитой ране клиническая картина тяжелее: больного лихорадит, симптомы перитонита и интоксикации нарастают, могут образовываться затеки кала. Самопроизвольное вскрытие свища происходит на 10-30 день или раньше, после активного вмешательства хирурга. Обычно формируется трубчатый свищ (слизистая кишки открывается в глубине, сообщаясь с наружной средой через ход, выстланный грануляциями), реже губовидный (слизистая срастается с кожей). Кишечные свищи аппендикулярного происхождения в 10% случаев дают летальные исходы. Лечение индивидуально. В процессе формирования свища противовоспалительная и общеукрепляющая терапия, вскрытие затеков, восполнение потерь белка и др. Трубчатые свищи обычно закрываются консервативно

● Спасибо за внимание!