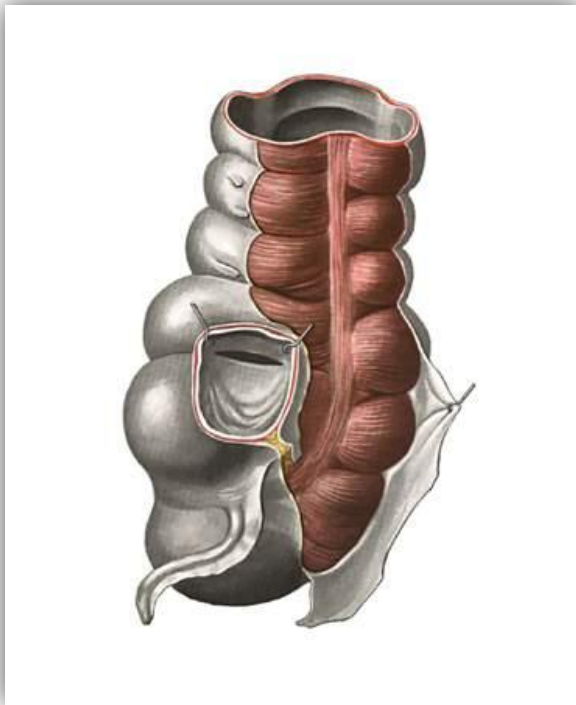


ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ СВЛ



ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

(лат. *appendicitis*) — воспаление червеобразного отростка слепой кишки. Одно из наиболее частых заболеваний брюшной полости, требующих хирургического лечения.

СТАДИИ И СИМПТОМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

- **Катаральный аппендицит (0-6 часов).** Как правило, боли при остром аппендиците сначала появляются в верхних отделах живота, в желудке или околопупочной области и в течение нескольких часов, постепенно нарастая, перемещаются в правую подвздошную область. Возможна умеренная тошнота, однократная рвота и повышение температуры тела до 37,5 гр. В крови повышается уровень лейкоцитов до 12000000/мл. На этой стадии не всегда удастся точно установить диагноз, так как при пальпации живота может определяться только умеренная болезненность в правой подвздошной области.
- **Флегмонозный аппендицит (6-24 часа).** По мере нарастания воспалительных изменений в аппендиксе боли в правой подвздошной области также нарастают, усиливаются диспептические расстройства (тошнота), сухость во рту, температура тела повышается до 38 гр. Уровень лейкоцитов увеличивается до 18-20000000/мл. На стадии флегмонозного аппендицита за счет перехода воспаления с аппендикса на брюшину (внутренняя выстилка брюшной полости) появляются характерные перитонеальные симптомы, позволяющие в большинстве случаев хорошему клиницисту уверенно подтвердить диагноз острого аппендицита и немедленно начать предоперационную подготовку.

СТАДИИ И СИМПТОМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

- **Гангренозный аппендицит (24-72 часа).** Эта стадия характеризуется омертвением (некрозом) оболочек аппендикса, а также разрушением проходящих в них сосудов и нервных окончаний. За счет этого больные иногда отмечают уменьшение болей, также возможно снижение уровня лейкоцитов в крови. Данный период заболевания называется также периодом «мнимого благополучия». Однако на стадии гангренозного аппендицита нарастает интоксикация, больной слабеет. Воспалительный процесс распространяется далее по брюшине. Продукты распада клеток всасываются в кровь. Нарастает рвота, сухость во рту, температура тела повышается более 38 гр., учащается пульс. Больной может ввести врача в заблуждение, отмечая уменьшение болей. Однако затягивание оперативного вмешательства на этой стадии с каждой минутой существенно уменьшает шансы на выздоровление.
- **Перфоративный аппендицит** характеризуется полным разрушением стенок аппендикса и попаданием инфицированного содержимого червеобразного отростка в свободную брюшную полость. В этот момент боли снова начинают усиливаться и становятся нестерпимыми. Однако после прободения стенок аппендикса и попадания инфекции в брюшную полость эти боли трудно локализовать именно в правой подвздошной области. Начинает болеть весь живот. Состояние больного прогрессивно ухудшается, он не может встать с постели. Больного мучит жажда, многократная рвота, температура тела повышается до 39 гр. и выше. В этот период даже оперативное вмешательство не гарантирует выздоровления.

Больная С., 22 года поступила с жалобами а режущие боли в правой подвздошной области. Больной себя считает в течение 18 часов, когда появились сильные боли в животе режущего характера. Сначала они локализовались в эпигастрии и носили разлитой характер. Затем боль спустилась ниже и локализовалась в правой подвздошной области. Появилась тошнота и однократная рвота пищей, которая не принесла облегчения. Боли усиливались. Вызвала бригаду скорой помощи, которой была доставлена в хирургическое отделение.

- При осмотре больная находится в вынужденном положении: лежа на спине с подогнутыми ногами, особенно правой. Изменение позиции вызывает боль.
- Язык не обложен, сухость во рту. Температура тела до $38,5^{\circ}\text{C}$. Живот не вздут, при пальпации напряжен в правой подвздошной области (точке Мак-Бурнея). Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Щеткина. Наблюдается тахикардия до 90 ударов в минуту. Умеренный лейкоцитоз ($14 \times 10^9/\text{л}$).

- Ваш предварительный диагноз.
- Назовите клинико-морфологические формы заболевания.
- Какие осложнения могут возникнуть?
- Какова диагностика заболевания?
- С какими заболеваниями необходимо провести дифференцировку?
- Тактика лечения? Протокол операции.

Диагноз

- Острый аппендицит

Клинико-морфологические формы аппендицита

- **Катаральный** (макроскопически отросток утолщен, его серозная оболочка тусклая, под ней видно множество наполненных кровью мелких сосудов)
- **Флегмонозный** (утолщение отростка, серозная оболочка и брыжейка отечны, ярко гиперемизированы, отросток покрыт наложениями фибрина)
- **Гангренозный** (некротические изменения отростка)

Осложнения

- Перфорация
- Разлитой перитонит
- Аппендикулярный инфильтрат
- Абсцессы брюшной полости
- Забрюшинная флегмона
- пилефлебит

Диагностика заболевания

- Общий анализ крови;
- Общий анализ мочи;
- Биохимический анализ крови;
- УЗИ брюшной полости;
- ЭКГ.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Заболевание	Сходства	Различия
Правосторонний аднексит	боль внизу живота справа, повышение температуры тела, лейкоцитоз	боли больше локализуются в паховой области и над лоном. Обильные слизисто - гнойные выделения из влагалища(так называемые бели). Гинекологический анамнез. Температурная реакция тела чаще выше 38. Наиболее важная роль принадлежит, пальцевое, ректальное и вагинальное исследование.
Апоплексия яичника или внематочная беременность	возникновение острой боли внизу живота, тахикардия, положительные симптомы раздражения брюшины.	боль возникает в середине менструального цикла или его нарушении. Боль сопровождается головокружением, слабостью. Боль иррадирует в задний проход, крестец. Живот мягкий, но болезненный в нижних отделах. Анемия, снижение давления. Данные вагинального и ректального исследования(при пальцевом следовании болезненное нависание заднего свода влагалища или передней стенки прямой кишки), получение крови при пункции заднего свода влагалища.
Правосторонняя почечная колика	боль в правой подвздошной области, рвота, болезненность при пальпации в правой подвздошной области	боль носит острый схваткообразный характер, иррадирует в правую паховую область, половые органы, правое бедро. Живот мягкий, безболезненный, отрицательны аппендикулярные симптомы. Нормальный пульс, температура тела, лейкоцитоз. В моче большое количество свежих эритроцитов. Конкремент в правой почке или мочеточнике по данным УЗИ.

Тактика лечения

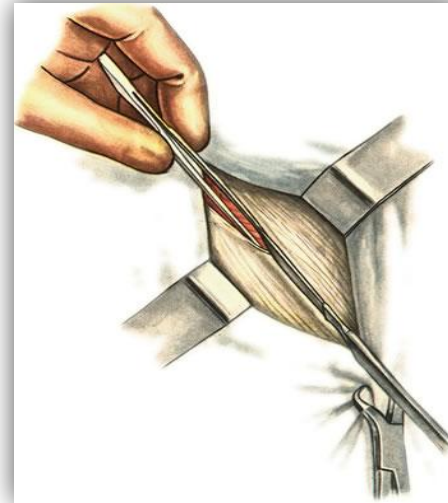
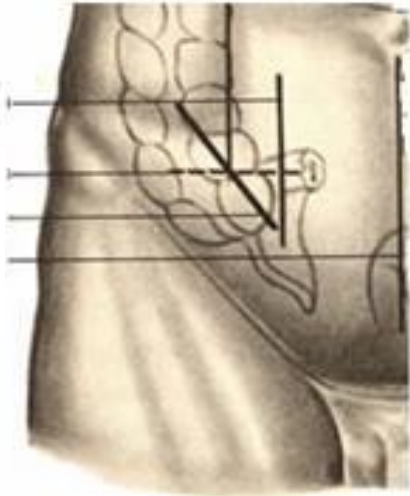
- Аппендэктомия, косопопеременный доступ по Волковичу - Дьяконову.

Разрез по Ленандеру

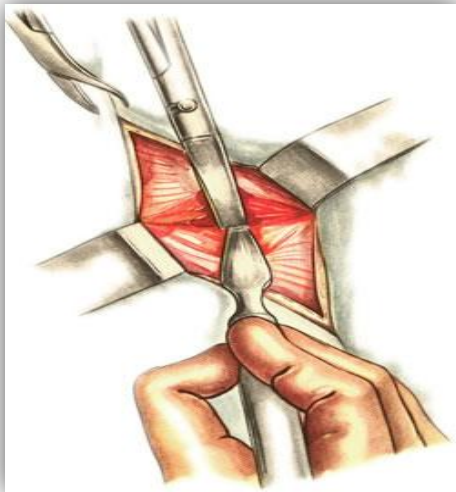
Разрез по Винкельману

Разрез Волковича-
Дьяконова-Мак-Бурнея

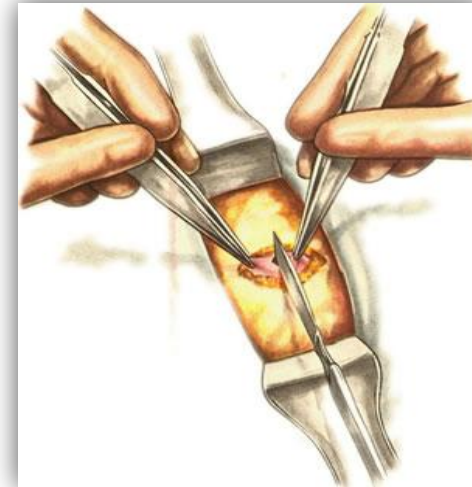
Нижне-срединная
лапаротомия



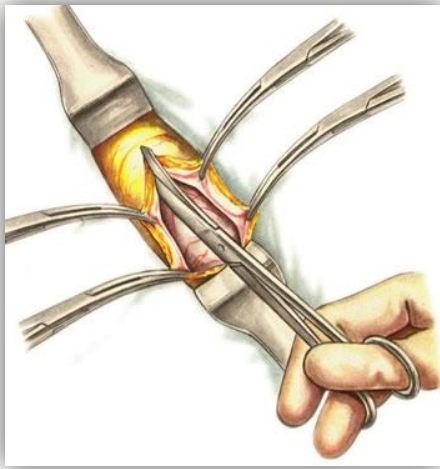
Разрез передней
брюшной стенки по
Волковичу—Дьяконову—
Мак Бурнею. Рассечение
апоневроза наружной
косой мышцы живота.



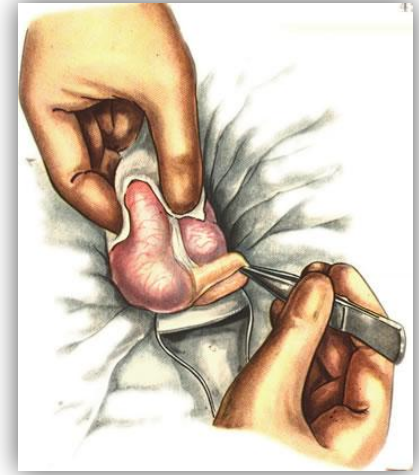
Разрез передней брюшной стенки
по Вол-ковичу—Дьяконову—Мак
Бурнею. Рассечение апоневроза
наружной косой мышцы живота.



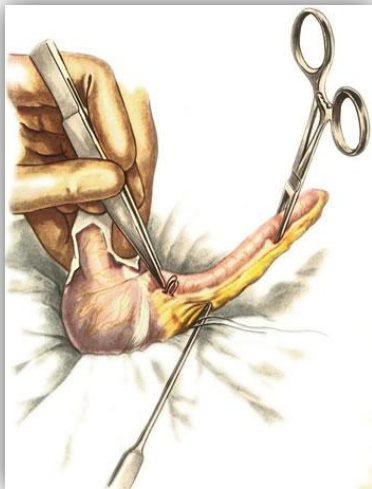
Разрез передней брюшной стенки
по Волковичу— Дьяконову—Мак
Бурнею. Рассечение париетальной
брюшины между двумя пинцетами.



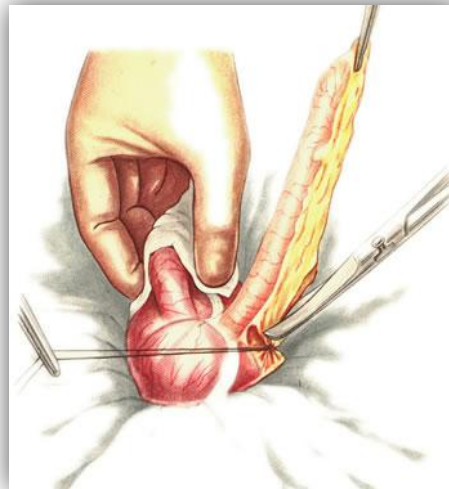
Разрез передней брюшной стенки по Волковичу—Дьяконову-Мак Бурнею. Рассечение париетальной брюшины по длине раны.



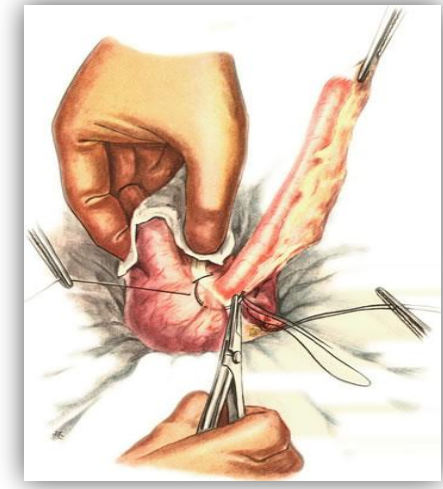
Выведение слепой кишки в рану. Извлечение червеобразного отростка в рану.



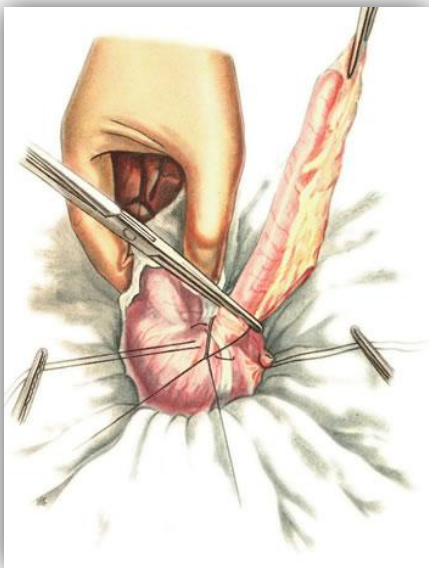
Перевязка брыжейки червеобразного отростка.



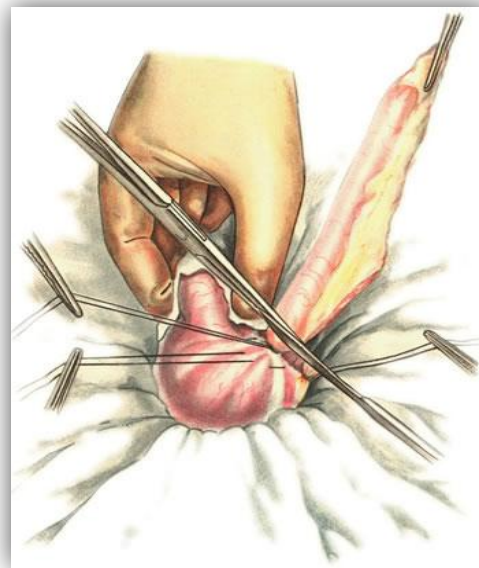
Рассечение брыжейки червеобразного отростка.



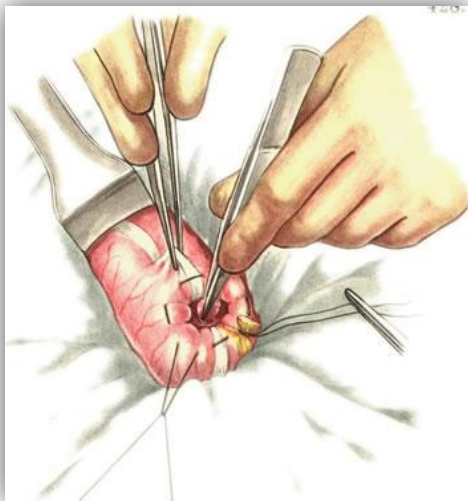
Наложение кисетного шва на слепую кишку вокруг основания отростка.



Перевязка червеобразного отростка.



Отсечение червеобразного отростка.



Погружение культи червеобразного отростка кисетным швом.



Наложение Z-образного шва.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- Хирургические болезни, В.С.Савельев, А.И.Кириенко, 2 тома, «ГЭОТАР-Медиа», 2012год.
- Хирургические болезни, М.И.Кузин, «Медицина», 1986г.

Выполнил: Аширов Аскар, 503 группа, ОМФ.

Проверил: профессор Гладинец М.М.