

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ,
ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ И
СТОМАТОЛОГИИ ГОУ ВПО ИВГМА
Росздрава

Заведующий кафедрой – д.м.н., профессор Евтихов Р.М.

Лектор – доцент кафедры, к.м.н. Евтихова Е.Ю.

2007 г.

- ▣ Заболеваемость ОА составляет 4-5 человек на 1000 населения (Савельев В.С., 2003).
- ▣ В Москве аппендэктомия выполнялась с частотой 1 на 404 жителя (по стране - 1 на 304) (Спиридонов И.В., 1991 г.).
- ▣ Число больных с ОА в Санкт-Петербурге за три последних десятилетия снизилось в 3 раза (Борисов А.Е., 1997).
- ▣ Несмотря на тенденцию к снижению, ОА остается самой частой патологией в экстренной хирургии.
- ▣ В структуре выписанных больных из хирургического стационара ОА составляет 6,7-11,7%.
- ▣ Остаются стабильными показатели летальности, составляющие 0,2-0,4%. Тем не менее летальность от ОА в России мало отличается от таковой в высокоразвитых странах Европы и Америки.

- После внедрения в практику ряда клинических учреждений современных диагностических инструментальных (эндоскопия, УЗИ, КТ, ЯМР) отмечено некоторое уменьшение числа пациентов, ошибочно оперируемых по поводу предполагавшегося ОА. Однако повсеместного качественного улучшения диагностики ОА не произошло. Это касается как **гипо-** так и **гипердиагностики**. Решающую роль при этом играет опыт дежурных хирургов.
- Главной причиной летальности при ОА остается перитонит.
- В основном это объясняется поздним поступлением пациентов, вследствие запоздалой обращаемости за медицинской помощью. Около 30% пациентов поступают в хирургические стационары позднее 24 часов от начала заболевания.
- Чаще умирают лица старше 60 лет, у которых одновременно имеется тяжелая сопутствующая патология

АСПЕКТЫ ИСТОРИИ

- ▣ Первое описание червеобразного отростка дано в 1521 году профессором анатомии в Болоньи Berengario de Capri.
- ▣ Термин "appendix vermiformis" предложен в середине 16 века учителем анатомии в Пизе V. Vidius.
- ▣ В течение многих веков гнойники правой подвздошной области расценивались как осложнение воспаления поясничных мышц и их называли "псоитами". Они именовались также "маточными нарывами", что связывалось с послеродовыми осложнениями.

Первое изображение червеобразного отростка Леонардо Да Винчи, 1492 г. Назван автором одноглазой кишкой monocolo



- ▣ В начале XIX столетия выдающийся французский хирург Гийом Дюпюитрен (G. Duportren), член парижской академии наук, создал учение, согласно которому причиной "подвздошных нарывов" является воспаление слепой кишки - "тифлит" или «перитифлит».
- ▣ Впервые термин "аппендицит" ввел профессор патологической анатомии Гарвардского университета Реджинальд Фитц. R. Fitz призвал хирургов своевременно диагностировать и рано оперировать больных с ОА.

Первые аппендэктомии

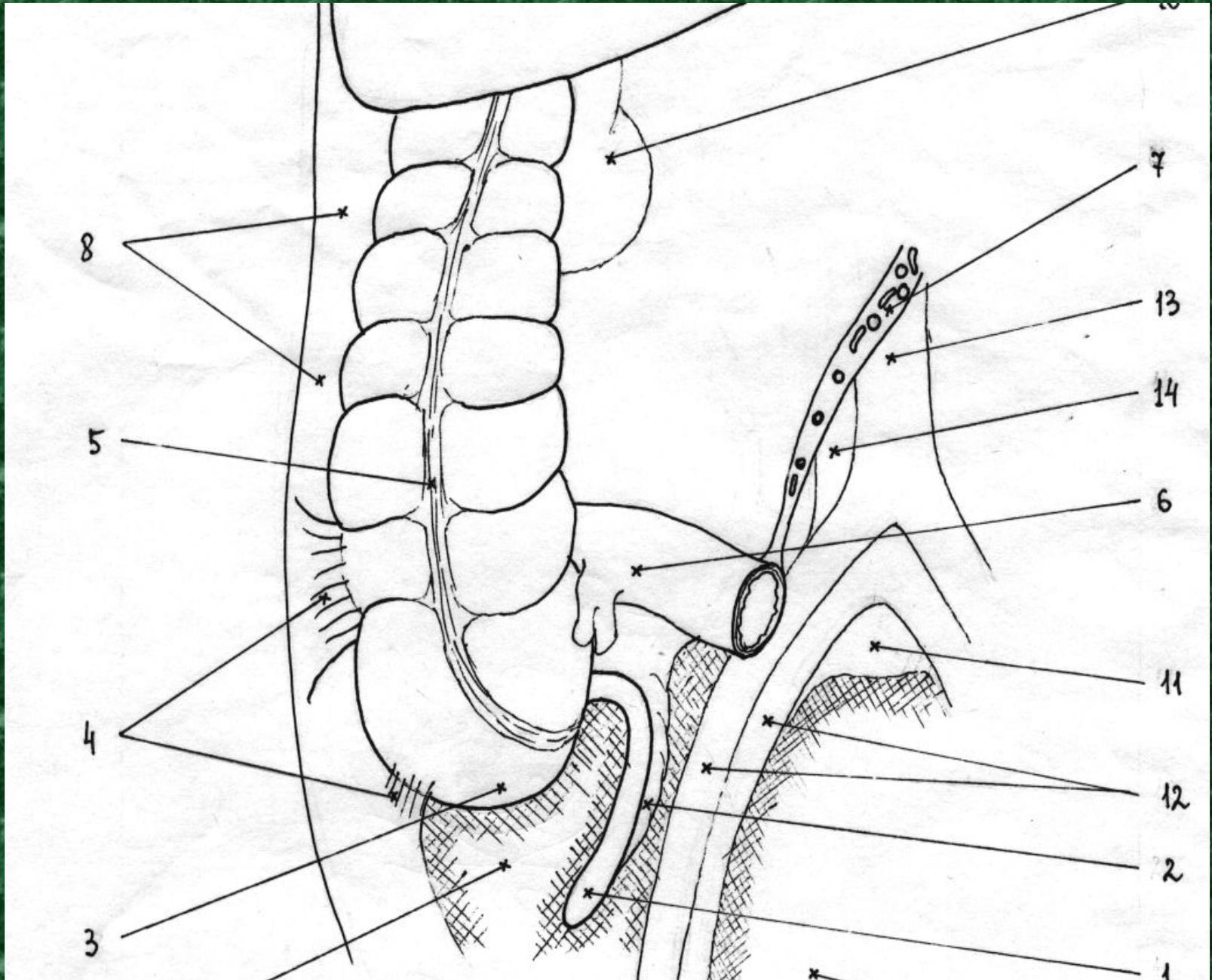
- С летальным исходом
 - R.U. Kronlein
 - 1984 г.
- Mahomed в Англии в 1984 г.
- в России в 1889 году А.А. Бобров у больного аппендикулярным инфильтратом удалил часть отростка
- Успешные
 - американский хирург Т. Мортон (T.G. Morton) в 1887 году в Филадельфии.
 - в 1889 году С. McBurney сообщил о 8 аппендэктомиях, выполненных на ранних стадиях заболевания. Необходимо отметить, что в 1894 году С. McBurney опубликовал работу, в которой сообщено о предложенном им доступе к червеобразному отростку.
- Первая успешная аппендэктомия в России произведена А.А. Трояновым в 1890

АЛЕКСАНДР АЛЕКСЕЕВИЧ БОБРОВ (1850-1904)



С 1893 года возглавлял факультетскую хирургическую клинику Московского университета. Продолжая традиции Н.И. Пирогова, А.А. Бобров совершенствовал проблемы хирургической анатомии. Он разработал виды операций при паховых грыжах, мозговых грыжах и эхинококкозе печени. Одним из первых в России он стал применять урологические оперативные вмешательства. Занимаясь проблемой послеоперационного ведения больных, им создан аппарат для подкожного введения жидкостей. Написанные А.А. Бобровым учебники «Вывихи и переломы», «Курс оперативной хирургии и хирургической анатомии» пользовались большим успехом и неоднократно переиздавались. В 1896 году он издал основополагающую работу «Воспаление червеобразного отростка, брюшины и его лечение», которая во многом способствовала выбору тактики лечения острого аппендицита.

Типичное расположение аппендикса в правой подвздошной ямке



ВАРИАНТЫ РАСПОЛОЖЕНИЯ АППЕНДИКСА

В основном выделяются семь наиболее частых вариантов расположения аппендикса. По нашим данным в большинстве случаев (43,2%) аппендикс располагался

- типично в правой подвздошной ямке.
- Медиальное расположение червеобразного отростка имело место в 17,4%,
- ретроцекальное – 15,6% ,
- тазовое – 10,1%,
- латеральное – 8,4%,
- подпеченочное – 4,3%,
- ретроцекальное ретроперитонеальное – 0,9% .

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- ▣ Острый аппендицит - это воспалительное заболевание червеобразного отростка слепой кишки, которое вызывается различной гноеродной микрофлорой. В связи с тем, что специфических микроорганизмов при аппендиците не выделено, многими авторами подчеркивается, что это неспецифическое воспалительное заболевание.

- ▣ В основном аппендицитом болеют в возрасте от 20 до 50 лет.
- ▣ В раннем детском возрасте (до 1 года) и у лиц старше 70 лет это заболевание отмечается редко.
- ▣ У женщин данная патология встречается чаще, чем у мужчин. В среднем соотношение женщин и мужчин составляет 2,8:1,0. Однако у женщин более часто удаляется простой аппендицит
- ▣ У лиц пожилого и старческого возраста часто имеется картина атитичного или стертого течения ОА .

Классификация ОА

(Савельев В.С., 2004)

- первые 12 часов
 - Катаральный
- через 12 – 24 часа от начала заболевания
 - Флегмонозный
 - К флегмонозному аппендициту причисляется также эмпиема червеобразного отростка.
- через 24 - 48 часов от начала заболевания
 - гангренозный
 - перфоративный

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

- ▣ 1) аппендикулярный инфильтрат;
- ▣ 2) разлитой перитонит;
- ▣ 3) локальные абсцессы в брюшной полости: малого таза, поддиафрагмальный, межкишечный и др.;
- ▣ 4) забрюшинная флегмона;
- ▣ 5) пилефлебит.

Теории развития ОА

- ▣ Гематогенный путь развития ОА (из глоточных миндалин и других воспаленно измененных органов (L. Kretzt, 1910 г.)
- ▣ Лимфогенный путь из близлежащих органов, а также матки и ее придатков
- ▣ Теория «первичного аффекта» L. Aschoff (1908)
- ▣ Механическая теория (вследствии инородных тел, каловых камней, аскарид, перегибов травма слизистой с последующим присоединением инфекции) Бобров А.А., 1896; Rheindorf A., 1920.
- ▣ Нейротрофическая или ангионевротическая теорию возникновения ОА (G. Ricker, 1928 г.)
- ▣ Теория нарушения функции илеоцекального клапана
- ▣ Аллергическая теория ОА
- ▣ ОА имеет определенную зависимость от характера питания

Современная концепция развития ОА

- Острый

- аппендицит

- застой в червеобразном отростке
- Нарушение кровообращения
- Присоединение инфекции
- нарушение иннервации

Типичная клиническая картина ОА

- Острая боль в правой боковой области
 - Постоянный
 - характер, на фоне которого иногда схваткообразные боли
- Эпигастральная фаза (2 – 6 часов)
- Симптом Кохера
- Постепенное нарастание болевого синдрома
- Усиливается при движениях, ходьбе, наклонах

Возможные симптомы при ОА

тошнота

- после возникновения боли

рвота

- чаще однократная после возникновения боли

Жидкий стул

- Однократно вначале заболевания или многократный, но без примеси слизи и крови

Температура тела

- Как правило, субфебрильная
- Разница ректальной и аксиллярной 1 и более градус

Интоксикация

- В первые часы заболевания не развивается
- легкий озноб, умеренная сухость во рту, незначительная тахикардия

Живот

- напряжение мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области,
- здесь же нередко выявляется зона кожной гиперестезии
- При глубокой пальпации возникает резкая болезненность в правой подвздошной области

Симптомы, определяющиеся при ОА

- ▣ «Кашлевой» симптом
- ▣ Симптом Щеткина – Блюмберга,
- ▣ Симптом Ровсинга,
- ▣ Симптом Ситковского,
- ▣ Симптом Раздольского,
- ▣ Симптом Воскресенского = «рубашки»
- ▣ Симптом Крымова,
- ▣ Симптом Бартомье-Михельсона ,
- ▣ Симптом Яуре-Розанова , Симптом Габая ,
- ▣ Симптом Образцова
- ▣ Симптом Промтова

Лабораторно-инструментальная диагностика ОА

- Общий анализ крови

- Лейкоцитоз со сдвигом формулы влево
- Увеличение СОЭ через сутки от начала

- УЗС

- увеличение диаметра червеобразного отростка до 0,8-1,5 см, выраженный отек стенки, слой которой практически не дифференцируются, выпот, патологические образования в зоне аппендикса
- Диагностика другой патологии

- Лапаро-скопия

- Осмотр червеобразного отростка
- Косвенные признаки ОА
- Диагностика другой патологии

Атипичное течение ОА

РЕТРОЦЕКАЛЬНЫЙ ОА

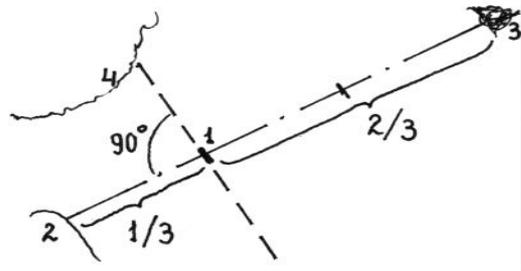
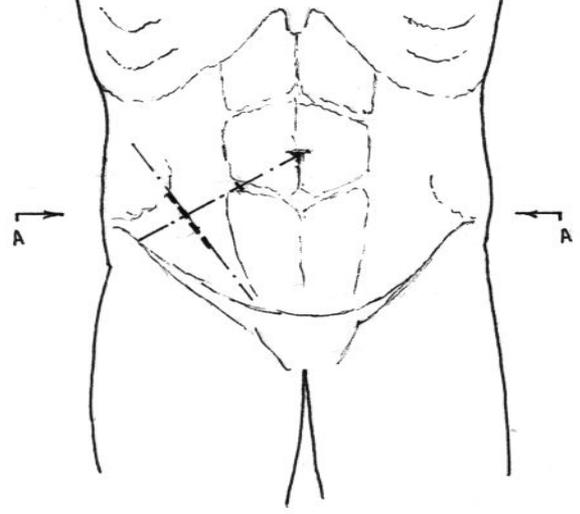
- После эпигастральной фазы боль смещается в правую поясничную область,
- Порой возникает учащенное и даже болезненное мочеиспускание, что объясняется вовлечением в процесс мочеточника или почки,
- При исследовании общего анализа мочи иногда обнаруживается значительное количество эритроцитов,
- Нередко отмечается 2-3-х кратный жидкий стул,
- Больные стараются сохранить покой
- Рано появляются признаки интоксикации в виде умеренной сухости во рту, легкого озноба, тахикардии до 90 ударов в минуту и субфебрильной температуры,
- Часто положителен симптом Пастернацкого справа,

ТАЗОВОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ АППЕНДИКСА

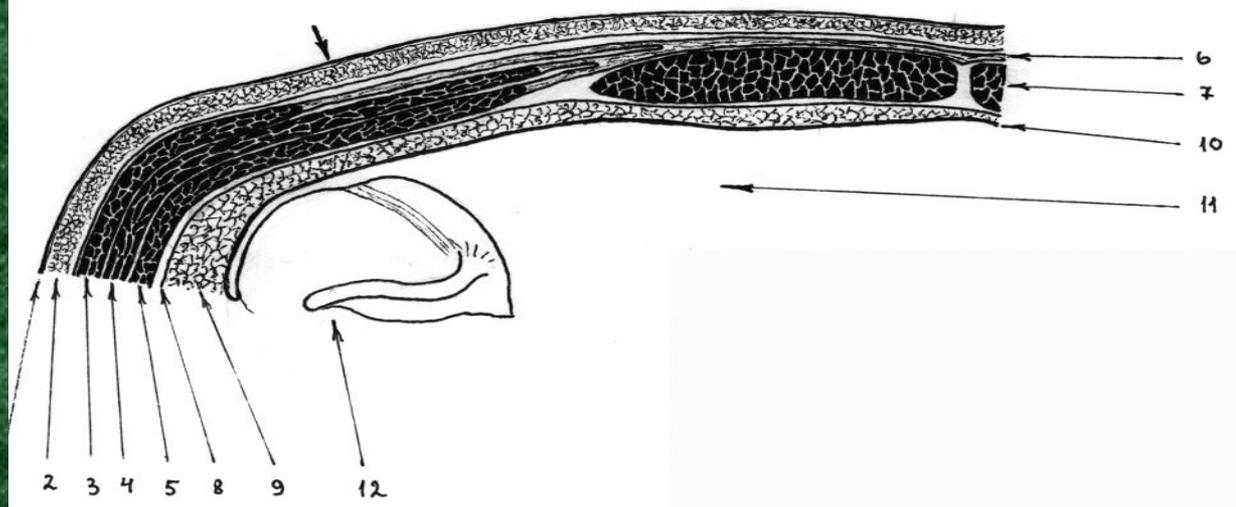
- Нарушение мочеиспускания,
- Часто отсутствует напряжение мышц передней брюшной стенки,
- Могут быть тенезмы и жидкий стул,
- Не бывает слизисто-гнойных выделений,
- Температура тела редко повышается выше 38 С
- Обязательно проведение вагинального и ректального исследований.

ОА у ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

- ▣ Характерно быстрое развитие деструктивных изменений в отростке,
- ▣ Болевой симптом, как правило, выражен слабо,
- ▣ Перитонеальные симптомы могут отсутствовать или быть сомнительными.
- ▣ Температура тела нередко остается в пределах нормы,
- ▣ Лейкоцитоз может не выявляться или быть минимальным.
- ▣ На первый план выходят общие симптомы в виде слабости или недомогания.
- ▣ Рано появляются признаки интоксикации
- ▣ Может отмечаться задержка стула

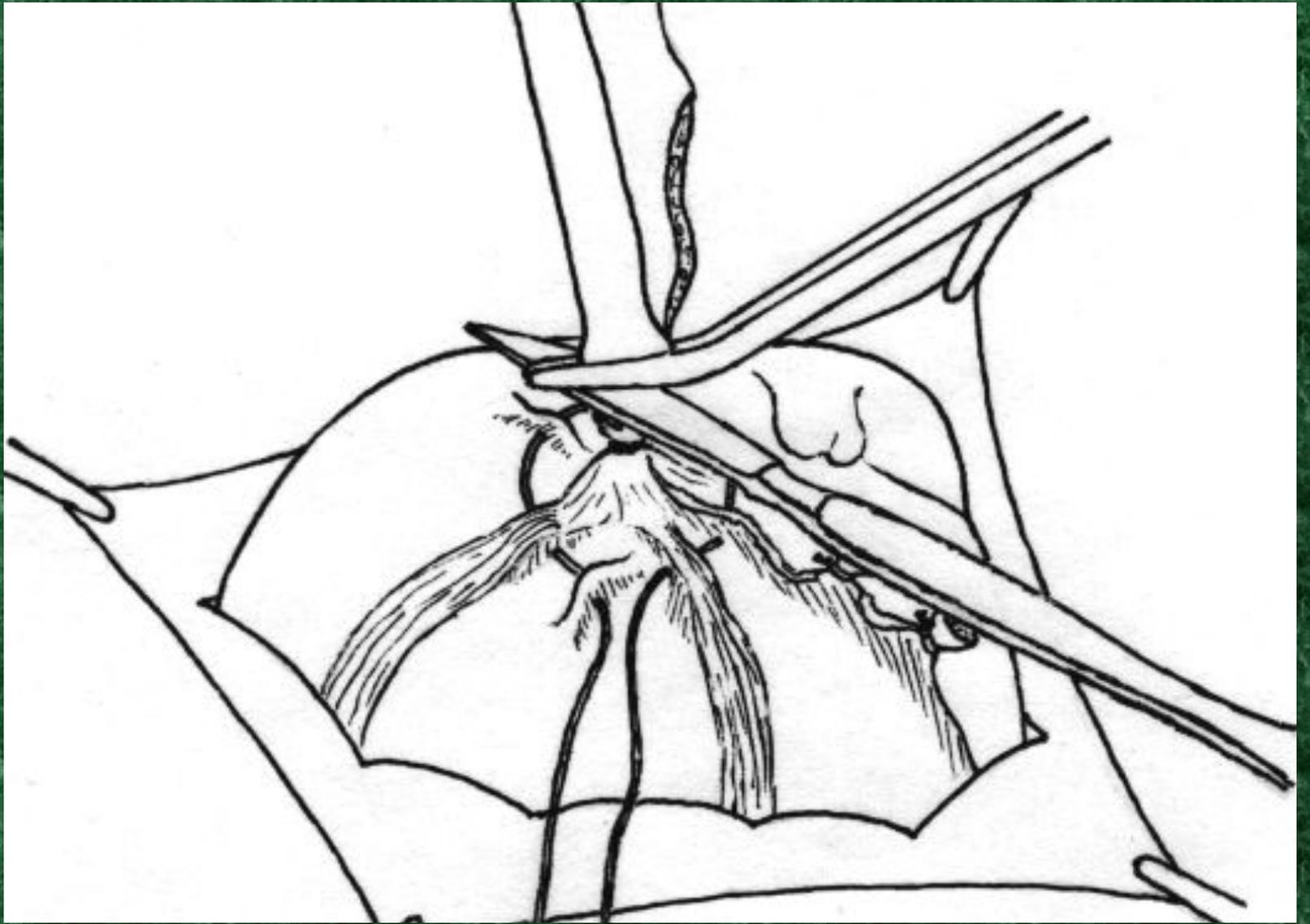


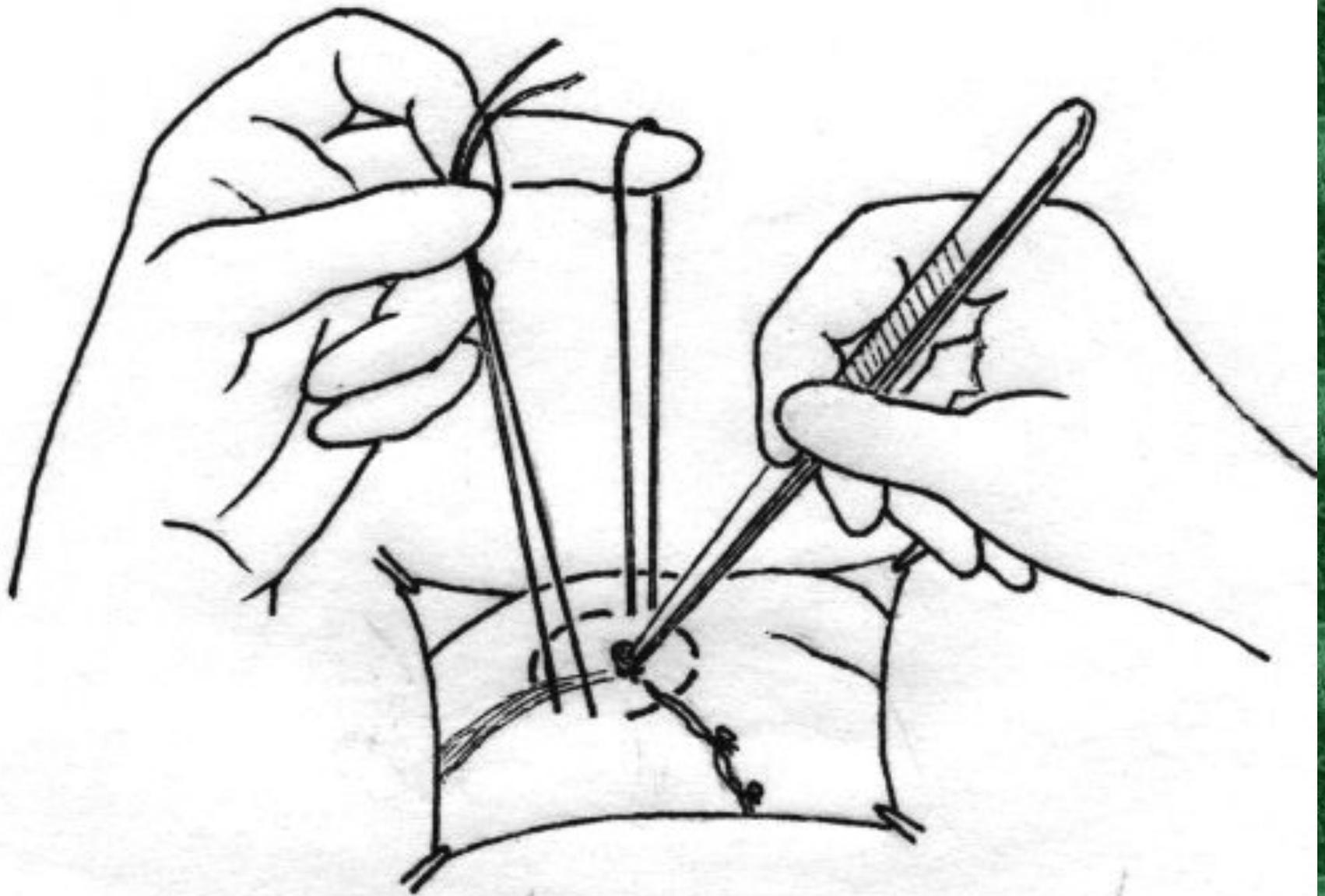
-А Поперечный разрез брюшной стенки в зоне доступа по McBurney

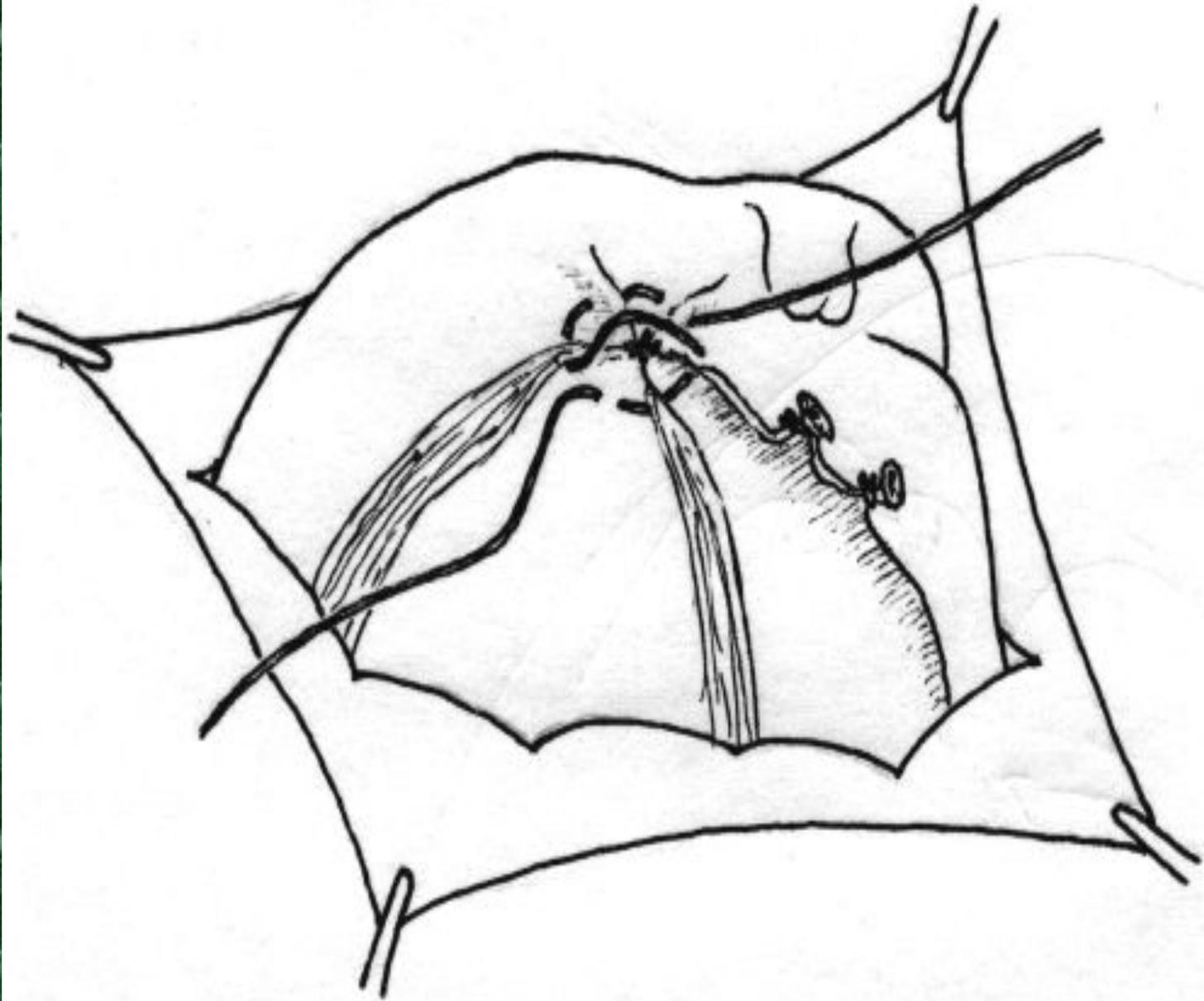




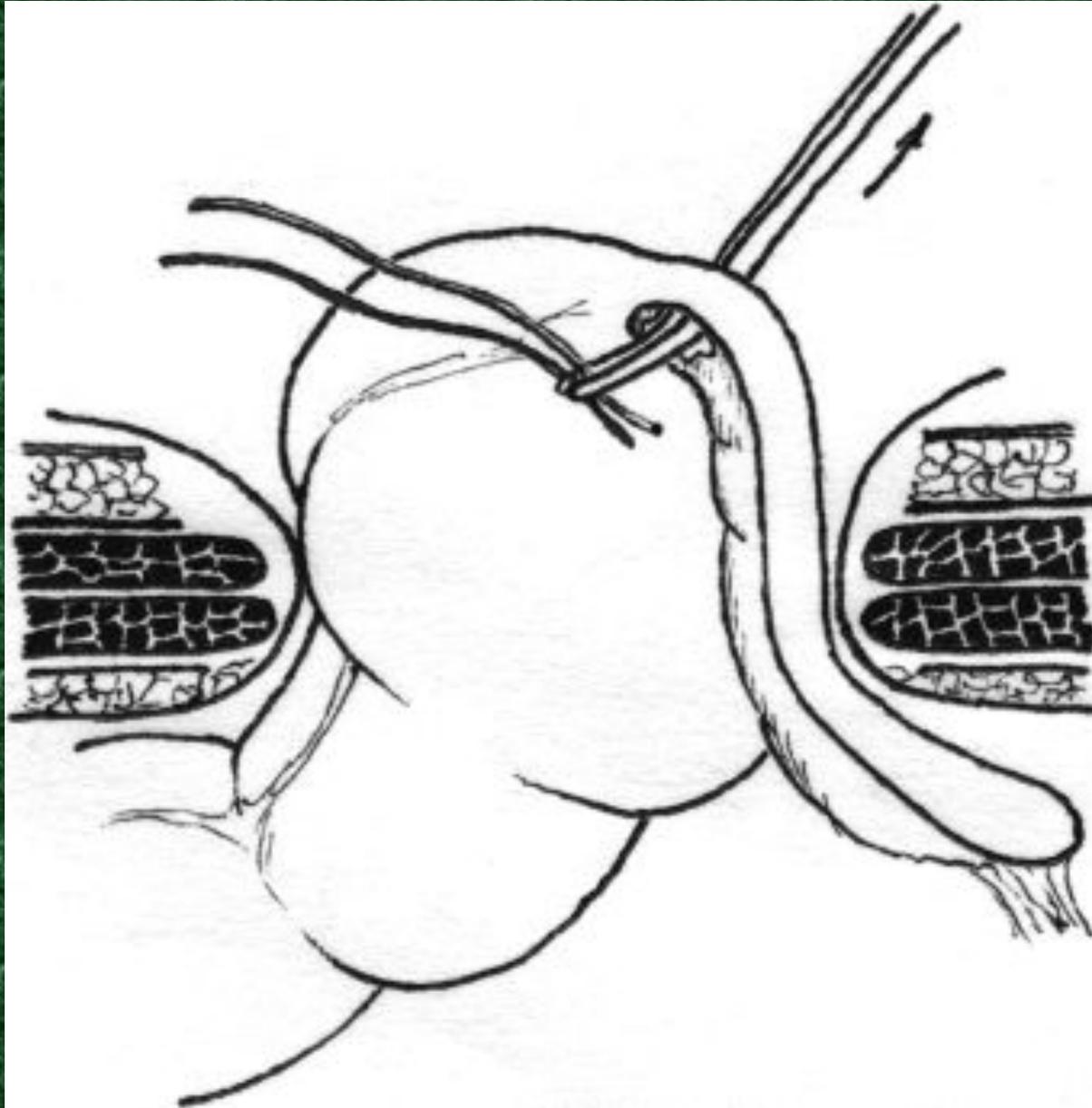




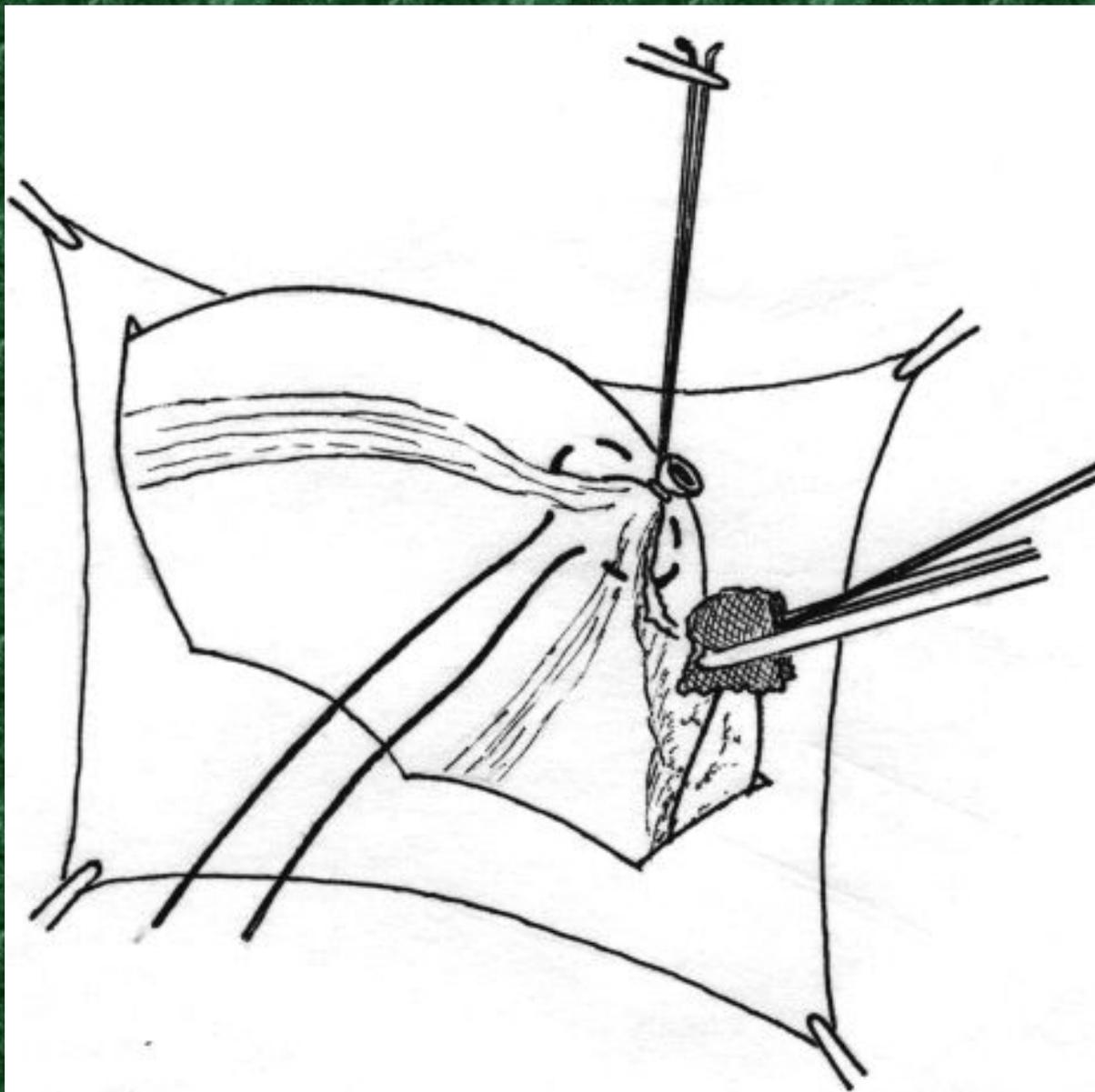




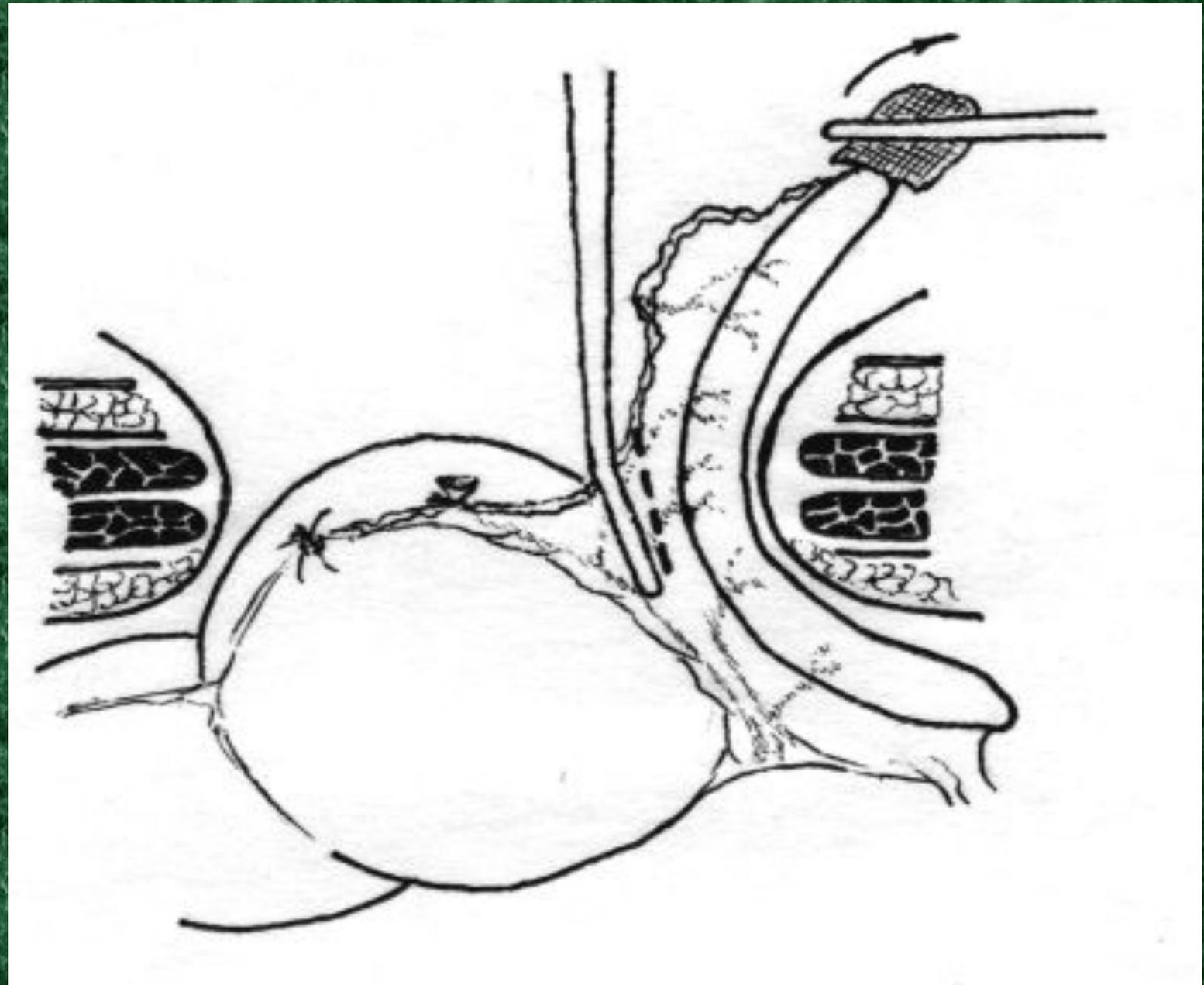
РЕТРОГРАДНАЯ АППЕНДЕКТОМИЯ



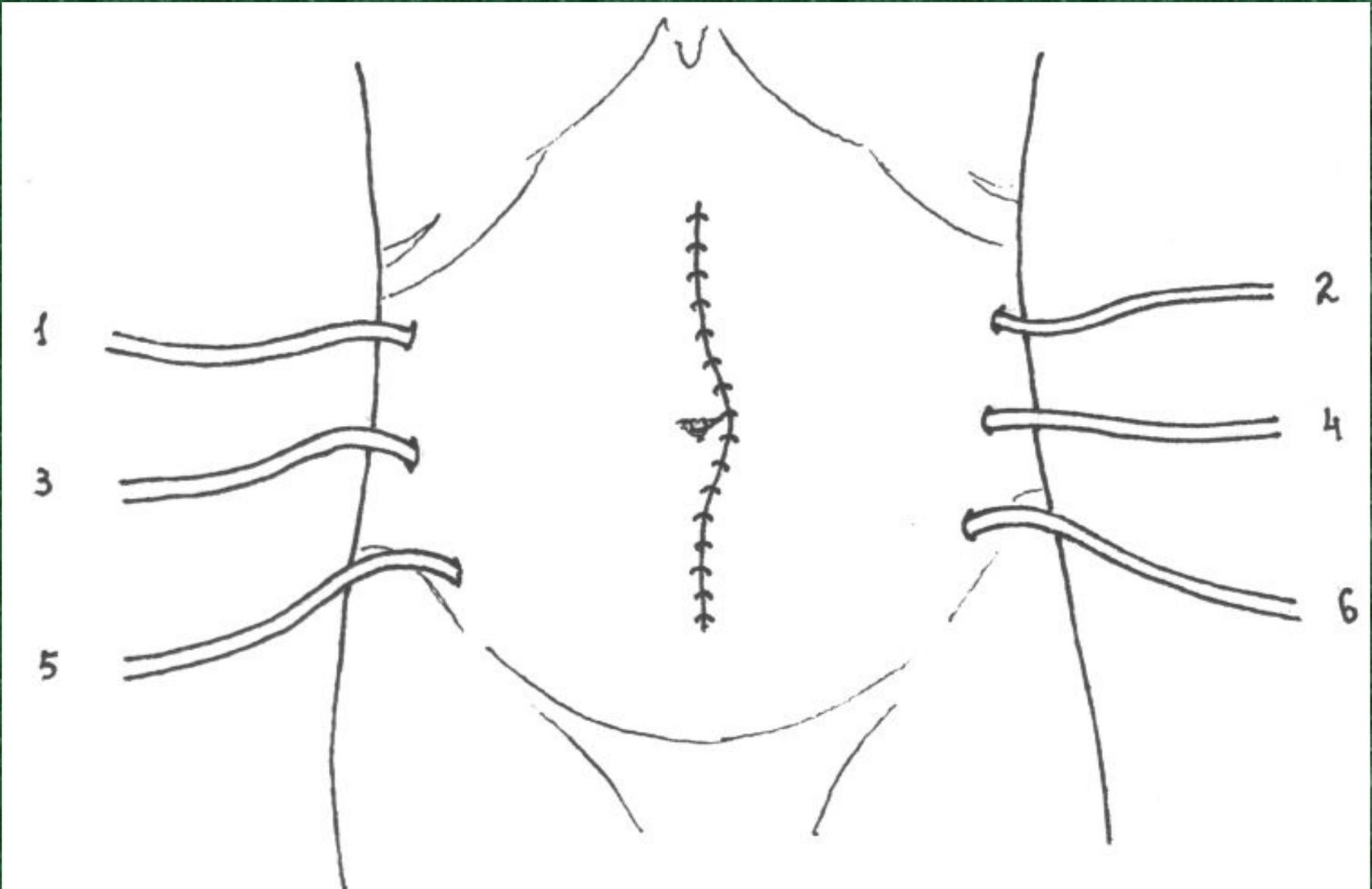
РЕТРОГРАДНАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ



РЕТРОГРАДНАЯ АППЕНДЕКТОМИЯ



Лапаротомия из срединного доступа при ОА, осложненном перитонитом



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

ГОТОВА ОТВЕТИТЬ НА ВАШИ ВОПРОСЫ.

