

medfish.ru



ЛЕКЦИЯ ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

**КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ
ХИРУРГИИ С КУРСОМ
КОЛОПРОКТОЛОГИИ
©, БГМУ 2004-2017**





В 1961 году в Антарктиде аппендэктомиию
выполнил себе хирург Л. И. Рогозов



ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Острый аппендицит - острое неспецифическое воспаление червеобразного отростка, начинающееся с его слизистой.



ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ – НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СРЕДИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ВКЛЮЧЕННЫХ В ПЕРВУЮ ФОРМУ ОТЧЕТНОСТИ

- ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ
- УЩЕМЛЕННАЯ ГРЫЖА
- ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА
- ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ
- ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ
- ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ
- ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ



ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ



25-30% госпитализированных в хирургические стационары больных в экстренном порядке имеют диагноз «острый аппендицит», а среди оперированных - 40-50% и выше. Заболеваемость 4-5 человек на 1000 населения. В течение своей жизни 6% жителей планеты переносят острый аппендицит.

Болеют в основном лица молодого возраста и несколько чаще, женщины (1,5 раза).

В бывшем СССР ежегодно производилось более 1 млн. аппендэктомий. В Москве ежегодно оперируется около 14 тысяч больных с летальностью 0,2 % (Ермолов А.С., 2007).

Острый аппендицит — наиболее частая причина развития разлитого перитонита.



КОЛИЧЕСТВО ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

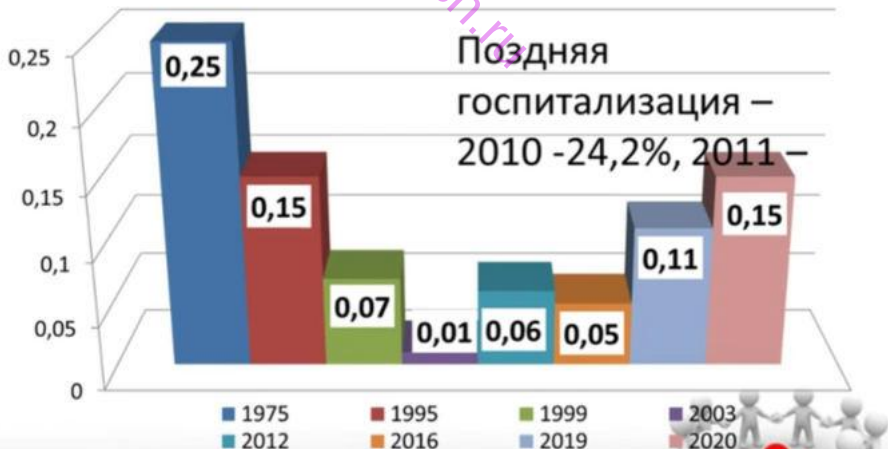


- Снижение количества пролеченных пациентов со 190 до 64;
- Пациенты во время пандемии, имели более высокий балл по шкале ASA ($p = 0,049$) и откладывали обращение в больницу (2 дня по сравнению с 3 днями, $p=0,03$);
- Во время изоляции использование КТ увеличилось с 36,3% до 85,9% ($p<0,001$);
- Лечение только антибиотиками увеличилось с 6,2% до 40,6% ($p<0,001$), частота лапароскопических операций увеличилась;
- Аппендэктомия у поступивших больных снизилась с 85,3% до 17,2% ($p <0,001$).
- Частота «напрасной» аппендэктомии снизилась с 21,7% до 7,1%.
- Произошло уменьшение заболеваемости острым аппендицитом и значительное изменение подхода к лечению. Более широкое использование КТ позволяет идентифицировать простой аппендицит для консервативного лечения и снизить частоту «напрасной» аппендэктомии.

Mowbray NG, Hurt L, Powell-Chandler A, Reeves N, Chandler S, Walters E, Cornish J. Where have all the appendicectomies gone? *Ann R Coll Surg Engl.* 2021 Apr;103(4):250-254.



ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН



ИСТОРИЯ ВОПРОСА

- 1883 г. - Симондс произвел первую операцию - вскрыл забрюшинно расположенный отросток, удалил из него каловый камень, стенку отростка зашил.
- 1884 г. - Кренлейн (Kronlein) сделал в первую аппендэктомию.
1889 г. - А.А. Троянов- первая успешная аппендэктомия в России.
- 1890 г. - специальной комиссией американских врачей было принято название "аппендицит" (предложенное в 1886 г. Режинальдом Фитцом), а вскоре широкое распространение получил принцип ранней операции при аппендиците.
- 1982 году германский гинеколог Kurt Semm впервые выполнил лапароскопическую аппендэктомию.



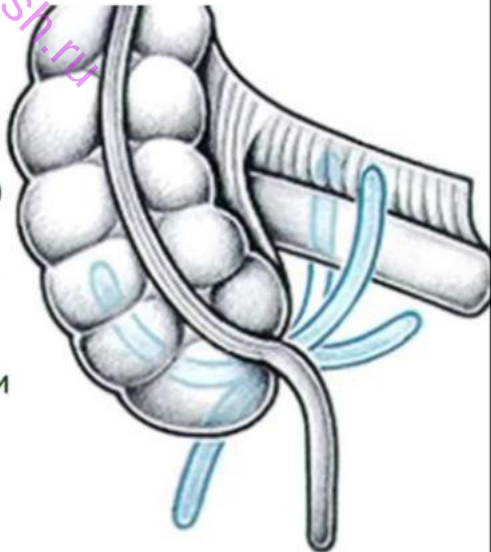
АНАТОМИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА



ВАРИАНТЫ РАСПОЛОЖЕНИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Относительно слепой кишки –

- нисходящее (каудальное)
- боковое (латеральное)
- внутреннее (медиальное)
- переднее (вентральное)
- восходящее,
- ретроцекальное (позади слепой кишки).



ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

1. МЕХАНИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ - обтурация просвета аппендикса

- застой, образование замкнутой полости

- гипертензия в просвете отростка

- сдавление внутрстеночных сосудов, нарушение венозного и лимфатического оттока, отек стенки органа, тромбоз сосудов

- утрата слизистой оболочкой барьерной функции

- проникновение кишечной флоры в стенку аппендикса.

- развитие воспаления деструкция стенки отростка



ЭТИОПАТОГЕНЕЗ



Мукоцеле

Причины обтурации:

- копролиты (каловые камни) - 35% наблюдений
- лимфоидная гипертрофия (часто у детей)
гиперплазированные лимфоидные фолликулы
- инородные тела
- опухоли (карциноид)
- гельминты (у детей глистная инвазия острицами, власоглавом и аскаридами, обнаруживается в 15-20% удаленных червеобразных отростков)
- слизистые пробки
- рубцовые и механические деформации отростка
- атония - синдром «ленивого кишечника»



ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Инфекционная теория.

- ❑ Специфический микробный возбудитель до сих пор не определен.
- ❑ Возбудителями инфекции в просвете аппендикса являются чаще всего кишечная палочка, энтерококк, стафилококк, смешанная и анаэробная флора.
- ❑ некоторые инфекционные болезни (брюшной тиф, иерсиниоз, туберкулёз, паразитарные инфекции, амёбиаз, сальмонеллез) самостоятельно вызывают аппендицит, как осложнение основного заболевания.



ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Сосудистая теория -

- сосудистый застой, тромбоз единственной питающей артерии и патология венозной системы, нарушение кровообращения в стенке аппендикса, появление сегментарного некроза (инфаркт аппендикса)
- утрата слизистой оболочкой барьерной функции
- проникновение кишечной флоры в стенку аппендикса

Причины:

- нейро-гуморальные нарушения регуляции деятельности сосудов (общий адаптационный синдром Селье)
- нарушение кровоснабжения атеросклеротического характера у пациентов пожилого и старческого возраста.
- тромбоз и эмболия брыжеечных сосудов
- системные васкулиты

NB! Первично-гангренозный (молниеносный) аппендицит



ПАТОГЕНЕЗ

Способствующие факторы ⇒ спастические явления в области илеоцекального угла (баугиноспазм), слепой кишки и червеобразного отростка ⇒ сосудистый спазм в этой же области ⇒ нарушение эвакуации, застой в червеобразном отростке и локальное нарушение питания слизистой оболочки ⇒ первичный аффект Ашоффа (ограниченное нарушение целостности слизистой оболочки червеобразного отростка) ⇒ некробиотические участки ⇒ типичный воспалительный процесс ⇒ массивная лейкоцитарная инфильтрация начиная со слизистой оболочки до всех слоев червеобразного отростка, включая его брюшинный покров; бурная гиперплазия лимфоидного аппарата червеобразного отростка ⇒ некротические ткани обуславливают появление патологических ферментов нагноения: калликреина, цитокиназы, др. лизосомных протеиназ ⇒ протеолитическое действие ⇒ дальнейшая деструкция стенки ⇒ прорыв червеобразного отростка ⇒ выход гнойного содержимого в свободную брюшную полость ⇒ развитие гнойного перитонита.

С клинической точки зрения поражение слизистой оболочки и подслизистого слоя соответствует катаральной форме аппендицита; переход воспаления на все слои, включая брюшинный покров, соответствует флегмонозному аппендициту; полная или почти полная деструкция червеобразного отростка соответствует понятию "гангренозный аппендицит" (В.С. Савельев).

Классификация.
По течению острый
и хронический



Классификация В.И. Колесова(1972)

- 1. Слабо выраженный (аппендикулярная колика).** Выставляется: **1)** после не менее чем 12 часового наблюдения, при стихании острых болей в правой подвздошной области и нормализации показателей крови или **2)** на операционном столе при достоверном отсутствии островоспалительных изменений в аппендиксе.
- 2. Простой (катаральный) поверхностный - 6-12 часов.**
- 3. Деструктивный:**
 - а) флегмонозный -12-24 часа.** Варианты: простой, флегмонозно-язвенный (на слизистой), эмпиема.
 - б) гангренозный;** (ишемический некроз) 24-48 ч,
 - в) перфоративный** - спустя 48 часов.
- 4. Осложненный:**
 - а) аппендикулярный инфильтрат** (хорошо отграниченный, прогрессирующий);
 - б) аппендикулярный абсцесс;**
 - в) разлитой перитонит;**
 - г) прочие осложнения (пилефлебит, забрюшинная флегмона, сепсис и др.).**

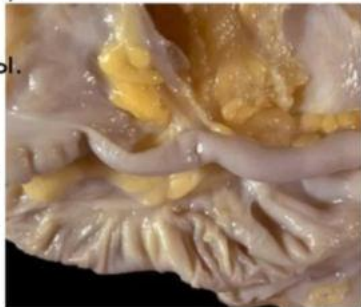


ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Катаральный аппендицит

Макроскопически: аппендикс утолщен, слегка напряжен, сероза тусклая, гиперемирована, сосуды инъецированы. Слизистая ярко или серо-красная с кровоизлияниями, в просвете геморрагическая жидкость. В брюшной полости - прозрачный серозный выпот.

Микроскопия: дефект слизистой, покрытый фибрином и лейкоцитами (клиновидный первичный аффе́кт Ашоффа), отмечается лейкоцитарная инфильтрация подслизистого слоя при сохранении мышечной оболочки.

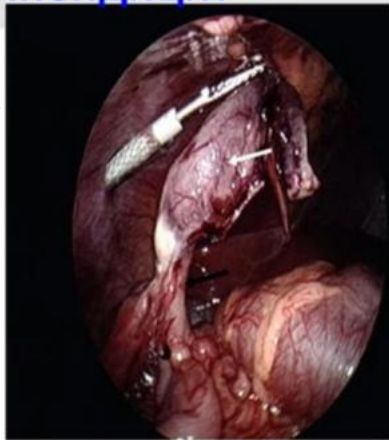


ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Флегмонозный аппендицит

Макроскопически: аппендикс значительно утолщен, сероза отечная, гиперемирована, с фибринными наложениями. В просвете жидкий, зеленовато-серого цвета гной со зловонным запахом. Чаще страдает дистальная часть. Может быть граница между здоровой и флегмонозно измененными отделами. В брюшной полости мутный выпот, который может быть инфицированным. Налет фибрина может определяться на куполе слепой кишки, париетальной брюшине и прилегающих петлях тонкой кишки.

Микроскопически во всех слоях отростка определяется массивная лейкоцитарная инфильтрация, покровный эпителий слизистой оболочки слущен, в брыжейке отростка выраженное полнокровие лейкоцитарные инфильтраты.



ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Эмпиема червеобразного отростка



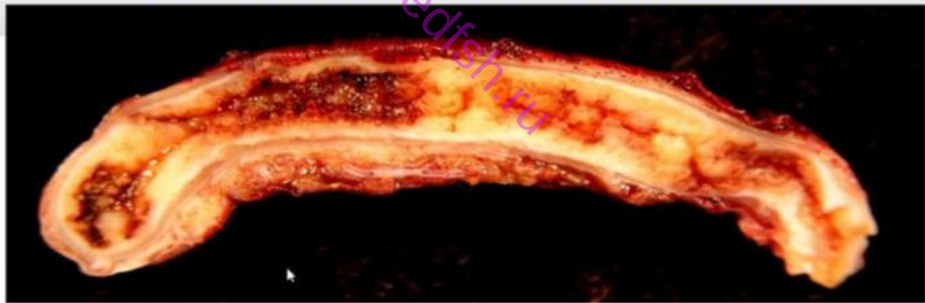
В результате закупорки в просвете отростка образуется замкнутая полость, заполненная гноем. Процесс редко переходит на брюшинный покров. Аппендикс при эмпиеме колбовидно вздут и резко напряжен, определяется явная флюктуация.



При вскрытии червеобразного отростка изливается большое количество зловонного гноя под давлением.



ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ



КЛИНИКА

medfish.ru

Зависит от:

- 1) места расположения аппендикса;**
- 2) формы морфологического процесса в отростке, периода болезни;**
- 3) реактивности организма;**
- 4) наличия осложнений.**



ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Гангренозный и перфоративный аппендицит

Макроскопически отросток грязно-зеленого цвета, рыхлый, с фибринными наложениями, легко рвется. В просвете гной со зловонным запахом. В брюшной полости гнойный выпот с каловым запахом (неспорообразующие анаэробы). При **микроскопии** картина тяжелого гнойного воспаления с воспалительной инфильтрацией всех слоев и некрозом стенки отростка, где слои не удается дифференцировать. При перфоративном аппендиците имеется отверстие различного диаметра. В просвете гной, каловые камни. Слизистая оболочка частично некротизирована.



ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

- Хронический аппендицит – редкая форма аппендицита, развивающаяся только после перенесённого неоперированного острого аппендицита.
- Первично-хронического аппендицита (без ранее перенесённого острого) нет.
- Склеротические и атрофические изменения в стенке аппендикса.



три группы симптомов

1. Обусловленные собственно воспалением аппендикса и указывающие на основной диагноз (**местные симптомы**).
2. Обусловленные **вовлечением в воспалительный процесс рядом расположенных органов и тканей** : симптомы раздражения брюшины (перитонит), частый жидкий стул (вторичный энтерит), тенезмы (вторичный проктит), частое мочеиспускание с резями (вторичный цистит) и др.
3. Обусловленные выраженностью **синдрома интоксикации** и указывающие на форму воспаления аппендикса (уровень лихорадки, тахикардии, лейкоцитоз и его особенности и др.).



Катаральный аппендицит

- боли в животе
- симптом **Кохера-Волковича**.
- рвота, которая в этой стадии носит рефлекторный характер, чаще однократная
- отсутствие стула
- общее состояние удовлетворительное, кожные покровы обычные, пульс незначительно учащен
- язык влажный, обложен налетом.
- зона гиперестезии в правой подвздошной области
- болезненность при глубокой пальпации там же
- Субфебрильная температура (37-37,5°C).
- Лейкоцитоз ($10-12^{10}/л$).



АВТОРСКИЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

1. **Ровзинга** – возникновение болей в правой подвздошной области при толчкообразном надавливании на брюшную стенку в месте расположения нисходящей ободочной кишки (перемещение газов по толстой кишке в слепую, растяжение которой и вызывает боль).



АВТОРСКИЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

2. **Ситковского** (50%) - усиление боли в правой подвздошной области в положении на левом боку (натяжение воспаленной брыжейки аппендикса).
3. **Бартомье-Михельсона** – то же при пальпации (петли тонких кишок смещаются влево, червеобразный отросток приближается к брюшной стенке и натягивается его воспаленная брыжейка).



АВТОРСКИЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

5. **Жендринского**, диф. диагностика с острым сальпингитом - на спине пальцем нажимают на живот в точке Кюмеля (на 2 см ниже и вправо от пупка) и, не отнимая пальца, просят больную сесть. Усиление боли свидетельствует об остром аппендиците, уменьшение - об остром сальпингоофорите.



ФЛЕГМОНОЗНЫЙ АППЕНДИЦИТ

- Боли довольно интенсивны и постоянны, четко локализуются в правой подвздошной области, нередко принимают пульсирующий характер.
- Тошнота.
- Тахикардия (80-90 ударов в минуту).
- Температура может достигать 38-38,5°C.
- Лейкоцитоз $12-20^{10}/л$
- Язык обложен, суховат.
- При осмотре живота - умеренное отставание при дыхании правой подвздошной области, а при поверхностной пальпации - защитное напряжение мышц брюшной стенки *defense musculaire*, т.е. признаки раздражения брюшины



АВТОРСКИЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

1. **Воскресенского** (симптом "**рубашки**") - через рубашку больного во время вдоха (когда брюшная стенка расслаблена) быстро производят скользящее движение рукой вдоль передней брюшной стенки от реберной дуги до паховой связки и обратно кончиками 2, 3, 4 пальцев - значительное усиление болезненности в правой подвздошной области.
2. **Крымова** - появление значительной болезненности при введении пальца в правый паховый канал.
3. **Менделя** - боль при легком постукивании кончиками пальцев по передней брюшной стенке.



ГАНГРЕНОЗНЫЙ АППЕНДИЦИТ

- боли значительно снижаются и могут исчезнуть.
- нарастание интоксикации - эйфория, бледность, сухость, адинамия, тахикардия (до 100-120 уд'), сухой обложенный язык, повторная рвота.
- Весь живот чаще умеренно вздут, перистальтика ослаблена или отсутствует. Выражены симптомы раздражения брюшины.
- Температура тела нередко нормальная (до 37°C), или даже ниже нормы (до 36°C) - "токсические ножницы".
- Лейкоциты $10-12^{10}/л$ или норма $6-8^{10}/л$, значительный сдвиг в формуле влево.



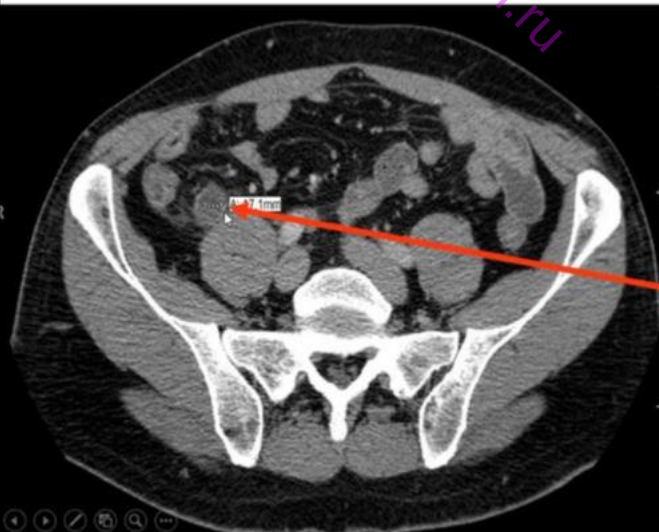
ИРРИГОГРАФИЯ

medfish.ru



Ирригография С.В.
20.11

Компьютерная томография



Высокоэффективный метод, не имеющий широкого распространения вследствие дороговизны

Утолщенный аппендикс



Лапароскопия

инвазивный метод, позволяющий визуализировать патологию брюшной полости, оценить состояние аппендикса и выполнить лечебное пособие – лапароскопическую аппендэктомию.



Система балльной оценки (СБО) Alvarado.

Симптомы	Баллы
Миграция боли в правую подвздошную область	+ 1
Анорексия	+1
Тошнота, рвота	+1
Напряжение в правой подвздошной области	+2
Симптом Щеткина-Блюмберга	+ 1
Температура 37,3	+1
Лейкоцитоз > 10 тыс.	+2
Сдвиг лейкоцитов влево (>75% нейтрофилов)	+ 1
Сумма баллов и вероятность ОА.	
ОА маловероятен	Баллов 1 - 4
ОА возможен, необходимо наблюдение	Баллов 5 - 6
ОА наиболее вероятен	Баллов 7 - 10



АППЕНДИЦИТ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

- БОЛЕВОЙ СИНДРОМ НЕ ВЫРАЖЕН, НЕ ЛОКАЛИЗОВАН - повышенный болевой порог - гиповосприимчивая реакция
 - Синдром интоксикации слабее манифестируется - температурная реакция слабо выражена.
 - Может отсутствовать напряжение мышц брюшной стенки, причем заболевание разворачивается на фоне хронического метеоризма.
 - Склонность к быстрому развитию деструктивных изменений. Возникновение тромбоза брыжеечной артерии с некрозом аппендикса («первично гангренозный аппендицит»).
 - При сахарном диабете – быстрая деструкция
 - Количество лейкоцитов меняется незначительно или остается в пределах нормы, но имеется сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Часто образуются инфильтраты,
 - Декомпенсация хронических заболеваний
- ↓
- Преобладание осложненных форм с тяжелым течением, длительными сроками лечения и высокой летальностью



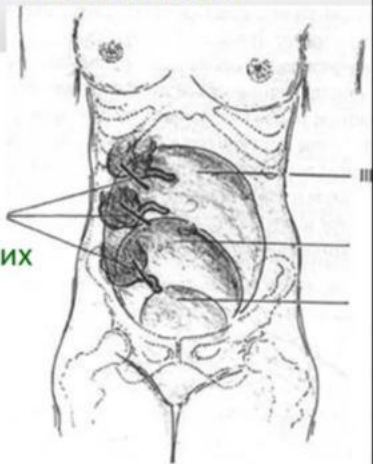
АППЕНДИЦИТ У БЕРЕМЕННЫХ

- Тяжелое заболевание, влекущее за собой угрозу для жизни матери и плода.
- Наиболее часто наступает у беременных в возрасте 21-30 лет (70%), в первой половине беременности - 55% с нарастанием к 21-31 неделям.
- Частота аппендицита у беременных по данным хирургов составляет 0,66-10%, что значительно выше чем в целом в популяции; гинекологи приводят цифры 0,007-0,4%.
- Летальность у беременных в 3-4 раза выше.



АППЕНДИЦИТ У БЕРЕМЕННЫХ

- В 1 половине клиника обычно типичная.
- Увеличение матки - нарушение кровоснабжения и лимфооттока в органах брюшной полости, изменения топографо-анатомических соотношений- трофические нарушения и механические деформации отростка.
- Сальник не оказывает защитной функции - свойственно быстрое развитие деструктивных форм и распространение воспалительного процесса по брюшной полости.



ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СЛОЖНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ

- смещение слепой кишки и отростка вверх в подреберье – мысль об остром холецистите или колите;
- боли можно объяснить физиологическим растяжением связочного аппарата матки и ее гипертонусом;
- диспепсические явления (тошнота, рвота, нарушения стула) можно также связать с беременностью;
- матка, закрывая слепую кишку спереди, вызывает стертую симптоматику, в связи с перерастяжением передней брюшной стенки может не быть напряжения мышц передней брюшной стенки, не будет перитонеальных знаков;
- у беременных физиологический лейкоцитоз, сдвиг в лейкоформуле, анемия и сниженная иммунологическая реактивность, что также можно отнести к физиологическим отклонениям и не ассоциировать с начавшимся ОА;
- атипичные расположения отростка можно связать с течением беременности – тазовое расположение аппендикса можно расценить как начало родовой деятельности, ретроцекальное расположение аппендикса с болями в пояснице – как часто отмечающийся на поздних сроках беременности гестационный пиелонефрит или почечная колика.



АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ

- Протекает более бурно, чем у взрослых – гиперэргическая реакция
- Рвота чаще бывает многократной, учащенный стул.
- Анамнез затруднен. Лежит на правом боку или на спине, приведя ноги к животу и положив руку на правую подвздошную область
- Боль не локализованная, м.б. схваткообразной.
- Даже в первые часы заболевания выражены аппендикулярные симптомы, перитонеальные знаки
- Выраженная интоксикация (t, тахикардия, L). Небольшой и короткий большой сальник не в состоянии отграничить воспалительный процесс, который быстро прогрессирует, в результате чего может наступить перфорация с последующим развитием гнойного перитонита. Аппендикулярные инфильтраты образуются редко, а возникнув, быстро абсцедируют.



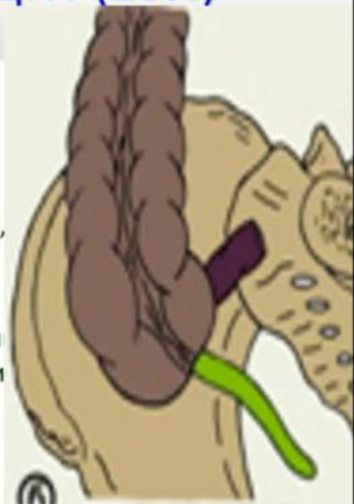
Ретроцекальный аппендицит (2-5%) вне-, внутрибрюшинное (50% атипичных)

- Симптомы Кохера и Ровзинга
- Боль в боковой области и пояснице справа.
- С-м поколачивания
- Дизурия (раздражение мочеточника, почки).
- Контрактура m.iliopsoas dex.
- Жидкий стул (раздражение слепой и восходящей ободочной кишки).
- Перитонеальные знаки сбоку, спереди может(-), как и симптом Щ-Б.
- Наличие симптомов интоксикации, отсутствие улучшения в динамике.
- ОАМ – гематурия, лейкоцитурия.
- ОАК – лейкоцитоз со сдвигом
- Несвоевременная диагностика ведет к перфорации отростка, возникновению забрюшинной флегмоны и развитию тяжелых осложнений в виде флебита и мезентериальной пиемии



ТАЗОВЫЙ АППЕНДИЦИТ (20%)

- СИМПТОМ КОХЕРА
- ВЕРХУШКА АППЕНДИКСА НАХОДИТСЯ В МАЛОМ ТАЗУ ИЛИ ПРИ ВХОДЕ В НЕГО
- БОЛИ ВНИЗУ ЖИВОТА (над лоном с иррадиацией в промежность)
- УЧАЩЕННОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ, ТЕНЕЗМЫ, ЖИДКИЙ СТУЛ.
- Болезненность передней и правой стенки прямой кишки при пальцевом исследовании (симптом Куленкампа) и влагалища (-) при движении матки (отрицательный симптом Промтова)
- Наличие симптомов интоксикации
- ОАМ – гематурия, лейкоцитурия.
- ОАК – лейкоцитоз со сдвигом
- Исход – тазовый абсцесс



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Острый холецистит
- Острый панкреатит
- Прободная язва желудка и 12п. кишки
- Острая кишечная непроходимость
- Правосторонняя почечная колика
- ПРЕРВАВШАЯСЯ ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ
- ОСТРЫЙ МЕЗАДЕНИТ
- ДИВЕРТИКУЛИТ МЕККЕЛЯ
- БОЛЕЗНЬ КРОНА
- ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТЫ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ.
- ПЕРЕКРУТ КИСТЫ ЯИЧНИКА



Дифференциальная диагностика

Болезнь Крона в острой форме практически неотличима от острого аппендицита.

Дивертикулит Меккеля – неотличим от острого аппендицита

Острый гастрит – может симулировать эпигастральную фазу острого аппендицита

NB! Эпигастральная фаза длится в среднем 2-3 часа, максимум до суток.



ЛЕЧЕНИЕ

- При подозрении на острый аппендицит показана **экстренная госпитализация** в хирургический стационар.
- При неясности диагноза больной госпитализируется с **подозрением** на острый аппендицит (стол 0, однократно в/м спазмолитик (но-шпа и др.).
- Отсутствие положительной динамики в течение 2 часов – решение вопроса об оперативном лечении (диагностическая лапароскопия или лапаротомия).
- Диагноз «острый аппендицит» является **абсолютным** показанием к операции.
- Противопоказание – агональное состояние пациента.
- Обезболивание – **общая** анестезия, местная тяжело переносится больными



НЕОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

... ВОЗМОЖНО, Т.К. НЕ КАЖДЫЙ АППЕНДИЦИТ
ВЫЗЫВАЕТ ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПРОЦЕСС, ИНОГДА
ПРОИСХОДИТ САМОИЗЛЕЧЕНИЕ. НО ЧАСТЬ
БОЛЬНЫХ, У КОТОРЫХ РАЗВИВАЕТСЯ
ГАНГРЕНОЗНЫЙ И ПЕРФОРАТИВНЫЙ АППЕНДИЦИТ С
БОЛЬШОЙ ДОЛЕЙ ВЕРОЯТНОСТИ ПОГИБНУТ,
ПОЭТОМУ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО
ОСТАЕТСЯ НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ ЕДИНСТВЕННЫМ
МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ

**ЛУЧШЕ НАПРАСНАЯ АППЕНДЕКТОМИЯ,
ЧЕМ ПРОПУЩЕННЫЙ ГАНГРЕНОЗНЫЙ
АППЕНДИЦИТ И ПЕРИТОНИТ**

**В БУДУЩЕМ... ДА. ПРИ ВЫСОЧАЙШЕМ
УРОВНЕ ДИАГНОСТИКИ**



Mc Burney

Волковича-Дьяконова

Винкельман

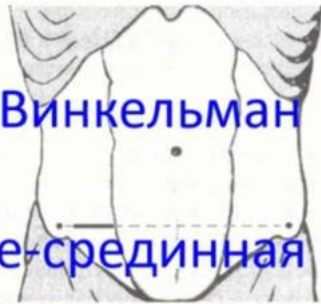
Средне-срединная
лапаротомия

Ленандер

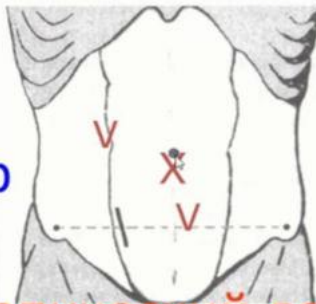
Лапароскопический доступ



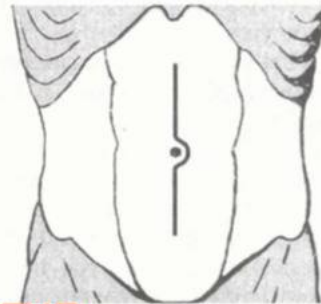
а



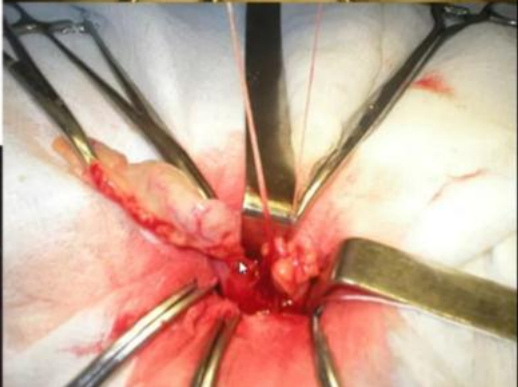
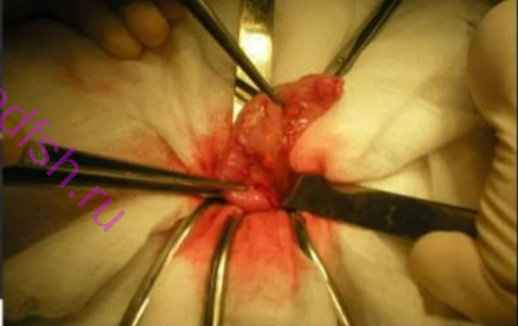
б



в



г



medfish.ru

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

- Катаральный аппендицит – ревизия 1 метра подвздошной кишки (ДД дивертикул Меккеля) и органов малого таза (исключение г.о. гинекологической патологии);
- Флегмонозный аппендицит – тщательное осушивание выпота;
введение антибиотиков в брюшную полость (?);
установка микроиригатора в брюшную полость с целью введения антибиотиков (?).



<http://depfsurg.ru/>

medfish.ru

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

