

ГБОУ ВПО ВолГМУ Минздрава России
Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического
факультетов

Научно-исследовательская работа на тему:

«Острый

аппендицит»



Выполнила:

Студентка 4 курса 7 группы

Педиатрического факультета

Стульнева Тамара Николаевна

Проверил:
Кузнецко Ю.В.
«отт»

Волгоград 2018 г.

Содержание

Введение	3
Анатомия червеобразного отростка	4
Этиология и патогенез.....	6
Классификация	7
Клиника.....	8
Диагностика.....	10
Дифференциальная диагностика острого аппендицита.....	12
Лечение	15
Осложнения	16
Заключение.....	20
Список литературы.....	21

Острый аппендицит в настоящее время самое широко распространенное хирургическое заболевание. Встречается среди всех групп населения, независимо от пола и возраста, но наиболее подвержены люди в возрасте от 20- 50 лет, чаще женщины. Обычно он вызывает только временную утрату трудоспособности, в случаях запоздалой диагностики возможна инвалидизация.

Поэтому особенно важную роль в профилактике осложнений данного заболевания играет санитарно-просветительская работа с населением, разъяснение важности незамедлительного обращения к врачу при болях в животе, а также отказ от самостоятельного лечения.

Анатомия червеобразного отростка.

Аппендикс - отросток, отходящий от медиальной поверхности слепой 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 срединной пупочной 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. Червеобразный отросток отходит от слепой кишки на 2-3 см ниже уровня впадения подвздошной кишки в слепую. Средняя длина его 8-10 см, однако, описаны случаи нахождения очень коротких и очень длинных (до 50 см) отростков. Свободный конец (верхушка) отростка может находиться в различных положениях. Ретроцекальное расположение отростка наблюдается в 10-15% случаев, при этом в очень редких случаях отросток лежит не только позади слепой кишки, но и внебрюшинно (ретроперитонеальное положение отростка).

Переменность расположения слепой кишки и самого аппендикса является одним из факторов, обуславливающих различную локализацию боли и многообразие вариантов клинической картины при развитии воспаления червеобразного отростка, а также возникающие иногда трудности его обнаружения во время операции.

Червеобразный отросток имеет собственную брыжеечку треугольной формы, направляющуюся к слепой кишке и конечному отделу подвздошной. Брыжейка содержит жировую ткань, сосуды, нервы и несколько мелких лимфатических сосудов. Кроме того, часто отросток имеет еще одну постоянную связку - Lig. Appendico-ovarigen Clodo, идущую к правому яичнику. В этой связке есть небольшая артерия и лимфатические сосуды, тесно связывающие кровеносную и лимфатическую системы правого яичника и червеобразного отростка. У основания червеобразного отростка имеются складки и карманы брюшины, которые способствуют в ряде случаев отграничению воспалительного процесса.

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. Лимфатические сосуды начинаются в виде капилляров в слизистой оболочке червеобразного отростка. У основания крипты образуется первая капиллярная сеть, которая соединяется с более мощной подслизистой сетью. Последняя опутывает лимфатические фолликулы. Затем лимфатические сосуды, сливаясь и проникая через мышечную оболочку, дренируются в лимфатические узлы брыжейки, расположенные в области илеоцекального угла и далее - в общий ток лимфы из кишечника. Главными лимфатическими узлами червеобразного отростка являются две группы: аппендикулярные и илеоцекальные. Следует отметить, что имеются тесные связи лимфатических систем червеобразного отростка и других органов: слепой кишки, правой почки, двенадцатиперстной кишки, желудка.

Существование столь разветвленных сосудистых связей делает понятной возможность различных путей распространения инфекции при остром аппендиците и развития гнойных осложнений, как восходящий тромбоз вен брыжейки, тромбофлебит воротной вены, флегмона забрюшинной клетчатки, абсцессы печени и почек.

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.

Стенка червеобразного отростка представлена серозной, мышечной и слизистой оболочками. Мышечная оболочка имеет два слоя: наружный - продольный, и внутренний - циркулярный. Важен в функциональном отношении подслизистый слой. Он пронизан крестообразно перекрещивающимися коллагеновыми и эластическими волокнами. Между ними располагаются множественные лимфатические фолликулы. У взрослых число фолликулов на 1 см^2 достигает 70-80, а общее их количество достигает 1200-1500 при диаметре фолликула 0.5 - 1.5 мм. Слизистая оболочка образует складки и крипты. В глубине крипты

располагаются клетки Панета, а также клетки Кульчицкого продуцирующие серотонин. Эпителий слизистой оболочки однорядный призматический с большим числом бокаловидных клеток, вырабатывающих слизь.

Этиология и патогенез 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 проявляется своими патогенными свойствами.

Способствующими факторами являются:

1. 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.
2. Сосудистые нарушения, приводящие к развитию сосудистого застоя, тромбозу, появлению сегментарного некроза.
3. Неврогенные нарушения, сопровождающиеся усилением перистальтики, растяжением просвета, повышенным слизеобразованием, нарушениями микроциркуляции.

Существуют также общие факторы, способствующие развитию острого аппендицита:

1. Алиментарный фактор.
2. Существование в организме очага инфекции, из которого происходит гематогенное распространение.
3. 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.

Классификация острого аппендицита.

Классификация острого аппендицита носит клинико-морфологический характер и основана на степени выраженности и разнообразности воспалительных изменений и клинических проявлений.

Формы острого аппендицита.

1. Острый простой (поверхностный) аппендицит.
2. Острый деструктивный аппендицит.
 - Флегмонозный (с перфорацией и без перфорации)
 - Гангренозный (с перфорацией и без перфорации)
3. Осложненный острый аппендицит
 - Осложненный перитонитом - местным, ограниченными, разлитым, диффузным
 - Аппендикулярный инфильтрат

- Периаппендикулярный абсцесс
- Флегмона забрюшинной клетчатки
- Сепсис, генерализованная воспалительная реакция
- Пилефлебит

Клиника

Клиническая картина острого аппендицита характеризуется большим разнообразием, что связано не только с формой заболевания, но и с особенностями локализации червеобразного отростка, наличием или отсутствием осложнений, реактивностью организма больного. Наиболее постоянным и обязательным симптомом острого аппендицита являются боли, вызванные раздражением нервных окончаний в отростке. Именно с этого симптома начинается заболевание.

В начале приступа острого аппендицита боли ощущаются в эпигастральной области, около пупка, и по мере развития заболевания перемещаются в правую подвздошную область (симптом перемещения болей Кохера – Волковича). Локализация болей соответствует месту расположения воспаленного червеобразного отростка, поэтому они могут ощущаться не только в правой подвздошной области, но и в области пупка, в низу живота (при тазовом расположении отростка), в поясничной области (при ретроцекальном расположении отростка). При прогрессировании воспалительного процесса и возникновении –диффузного перитонита четкая локализация болей утрачивается, зона их распространения увеличивается, они охватывают весь живот.

Для острого аппендицита характерно внезапное появление болей, интенсивность которых прогрессирует по мере развития воспалительных изменений в червеобразном отростке. Боли при остром аппендиците постоянны, иногда схваткообразно усиливающиеся, интенсивность их не очень велика, а иррадиации их, как правило, нет. В случае разрыва отростка боли в первое время несколько уменьшаются, затем усиливаются за счет прогрессирования перитонита. С началом гангрены отростка и неизбежном при этом омертвлении его нервного аппарата боли стихают.

Признаки острого аппендицита: тошнота которая начинается вскоре после начала болей, которая может сопровождаться однократной рвотой; задержка стула – бывает часто с самого начала заболевания в следствии пареза кишечника; слабость, недомогание; температура тела повышена до 37,2 – 37,6 градусов,

иногда сопровождается ознобом; увеличенная частота пульса, но соответствующая температуре тела (с началом перитонита соответствие нарушается); язык влажный, обложенный (с развитием перитонита становится сухим).

Лабораторные исследования, следует обратить внимание на состав периферической крови: в крови отмечается умеренный лейкоцитоз (10000 — 12000), при усугублении процесса лейкоцитоз снижается, но появляется сдвиг лейкоцитарной формулы влево, что является неблагоприятным прогностическим признаком. В моче при тяжелой интоксикации появляются признаки токсического нефрита (белок, цилиндры, эритроциты).

КЛИНИКА ОТДЕЛЬНЫХ СТАДИЙ:

Аппендикулярная колика: Только боли! Без общевоспалительного синдрома, напряжения мышц и местной симптоматики. Через 2-4 часа боли уходят.

Простой катаральный аппендицит: Все симптомы острого аппендицита, кроме Щеткина-Бломберга.

Деструктивный аппендицит: перитонеальные симптомы.

Флегмонозный: боли максимальной интенсивности.

Гангренозный - местная боль стихает, остается местная перитонеальная симптоматика и нарастает интоксикация.

Перфоративный: (обычно не раньше, чем через 12 часов от начала болезни).

Перфорация полого органа - нет печеночной тупости, доскообразный живот.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ РАСПОЛОЖЕНИЯ:

(в норме - вниз от купола слепой кишки, верхушка его в малом тазу). Другое расположение - медиальное, латеральное, тазовое, ретроперитонеальное и ретроцекальное, переднее (очень редко) - клиника как при типичном.

Ретроцекальный: (прилежит к мочеточнику)

1. Ретроцекальное без спаек внутрибрюшинно - клиника типичная.
2. Ретроцекальное в спайках: Местная симптоматика выражена слабо. Боли в пояснице с иррадиацией в правое бедро. Симптомы Яуре-Розанова, Габая, Образцова, Пастернацкого положительны. Болезненность под гребешком правой

подвздошной кости и напряжения мышц боковой стенки живота. Свежие эритроциты в моче.

3. Ретроперитонеальное: Боли не в животе, а в правой поясничной области. Гнойное расплавление клетчатки - сгибательная контрактура правого бедра. Дизурия и эритроциты в моче. Все вышеперечисленные симптомы.

Тазовое расположение: Боли либо над лобком, либо над пупартовой связкой. Местные симптомы выражены слабо. Симптомы Коуна положительны. Учащенное, болезненное мочеиспускание (воспаление переходит на мочевой пузырь). Диарея (воспаление - на прямую кишку). Болезненность передней стенки прямой кишки и выпот в дугласовом пространстве. Болезненность над лобком и при смещении матки при вагинальном исследовании (переход воспаления на матку и придатки).

Медиальное расположение: (отросток между кишечными петлями) Клиника бурная - выраженная общая интоксикация (т.к. большая всасываемость), боли более сильные, но не имеют четкой локализации, рано развивается парез кишечника.

Левостороннее расположение (очень редко): Может быть при повороте органов, при подвижной слепой кишке (диагностика трудна).

Высокое расположение:

Местные симптомы в правом подреберье.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ. Превалирует общая симптоматика, боли чаще схваткообразные. Деструкция развивается редко. Наиболее важны симптомы интоксикации - вялость, отсутствие аппетита, рано - парез кишечника.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ПОЖИЛЫХ: Слабо выражена местная симптоматика, боли и температурная реакция. Рано развивается деструкция.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У БЕРЕМЕННЫХ: В первой половине - не отличается, во второй - смещается отросток увеличенной маткой вверх и боли в правом подреберье. При нормальной беременности могут быть тошнота, рвота, боли и лейкоцитоз (но без сдвига), обязательна лейкоцитарная формула и СОЭ.

Диагностика

Клиническая картина заболевания не всегда позволяет своевременно и точно поставить диагноз острого аппендицита. Существенную помощь в этих ситуациях оказывают различные лабораторные и инструментальные методы диагностики.

Общий анализ крови. Изменения в крови не являются специфическими, однако они позволяют верифицировать острый воспалительный процесс и, в сочетании с другими признаками, подтвердить диагноз. У 90% пациентов определяется лейкоцитоз более 10×10^9 /л, сопровождающийся сдвигом лейкоцитарной формулы влево, при этом в 2/3 наблюдений среди белых клеток преобладают нейтрофилы – до 75%. Однако у 10% пациентов количество лейкоцитов крови остается нормальным, а у ВИЧинфицированных может выявляться лейкопения. Практически у всех больных острым аппендицитом повышен уровень С-реактивного белка, но следует помнить, что этот показатель неспецифичен и его повышение является количественным показателем, свидетельствующем о наличии воспалительного процесса в организме.

Общий анализ мочи. У 25% больных в моче обнаруживают незначительное количество эритроцитов и лейкоцитов, что может быть косвенным признаком распространения воспаления на стенку мочеточника (при ретроцекальном ретроперитонеальном расположении) или мочевого пузыря (при тазовом положении отростка). Обзорная рентгенография брюшной полости. Каких-либо специфических рентгенографических признаков острого аппендицита не существует. Выполнение этого исследования скорее призвано исключить некоторые другие заболевания, которые могут симулировать картину острого аппендицита: прободную язву желудка или двенадцатиперстной кишки, правостороннюю нижнедолевую пневмонию (при захвате на снимок грудной клетки), острую кишечную непроходимость.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости у 80% больных можно выявить один или несколько косвенных признаков острого аппендицита: уровень жидкости в слепой кишке и терминальном отделе подвздошной кишки, пневматоз подвздошной и правой половины ободочной кишки, деформацию медиального контура слепой кишки, нечеткость контура m.ileopsoas. Значительно реже выявляют рентгенопозитивную тень калового камня в проекции червеобразного отростка. При перфорации аппендикса в верхнем этаже брюшной полости может определяться свободный газ. Компьютерная томография является весьма информативным методом диагностики острого аппендицита. Во многих случаях возможна визуализация червеобразного отростка с признаками воспаления - увеличение его диаметра и толщины стенки, выявляется свободная жидкость в

брюшной полости. Из недостатков метода следует отметить наличие лучевой нагрузки, что делает применение КТ невозможным у некоторых больных (беременных, детей), а также недостаточную доступность метода во многих лечебных учреждениях.

Ультразвуковое исследование - минимально инвазивный, доступный метод исследования, обладающий достаточной информативностью в диагностике острого аппендицита, признаками которого являются увеличение диаметра червеобразного отростка, утолщение и слоистость его стенки, ригидность при применении дозированной компрессии на переднюю брюшную стенку, наличие свободной жидкости в правой подвздошной области (прил., рис. 25). При исследовании червеобразного отростка в поперечном сечении типичен симптом «мишени».

Диагностическая видеолaparоскопия - наиболее информативный метод диагностики острого аппендицита. Визуальный осмотр червеобразного отростка позволяет точно поставить диагноз (прил., рис. 26), определить тактику, способ выполнения аппендэктомии, оперативный доступ. Основным недостатком метода является его инвазивность. Диагностическая лапароскопия - это хирургическое вмешательство, выполняемое под наркозом и сопровождающееся операционным и анестезиологическим риском, которое не может быть рекомендовано в качестве скринингового метода диагностики и должно применяться только в ситуациях, когда не инвазивные методы исследования не позволили верифицировать диагноз.

Дифференциальная диагностика острого аппендицита.

Острый аппендицит нуждается в дифференцировке с тремя группами заболеваний.

Первая группа - заболевания, не требующие оперативного лечения.

Инфаркт миокарда может сопровождаться болями в верхней половине живота в сочетании с отсутствием напряжения мышц передней брюшной стенки.

Плеврит и правосторонняя пневмония могут быть причиной 28 диагностических ошибок, особенно у детей, так как иногда сопровождаются болями в животе и напряжением мышц брюшной спинки. Внимательный осмотр больного, анализ данных физикального и инструментального обследования легких позволяют избежать диагностической ошибки. При плевропневмонии отмечаются кашель, одышка, цианоз губ, в легких выслушиваются хрипы, иногда шум трения плевры.

Острый гастроэнтерит и дизентерия отличаются от острого аппендицита схваткообразным характером болей в животе, многократной рвотой, профузной диареей. Пациенты обычно указывают на прием недоброкачественной пищи. При пальпации живота не удается точно определить место наибольшей болезненности, нет напряжения мышц брюшной спинки и симптомов раздражения брюшины. В анализе крови определяют нормальное количество лейкоцитов.

Глистная инвазия может манифестировать схваткообразными болями в животе, тошнотой и рвотой, что обусловлено obturацией клубком гельминтов просвета кишки с развитием острой кишечной непроходимости.

В общем анализе крови определяется выраженный эозинофиллез, умеренная анемия.

Острый аднексит протекает с болями внизу живота, иррадирующими в поясницу или промежность, повышением температуры тела. При опросе больных можно установить в прошлом наличие воспалительных заболеваний женской половой сферы, нарушение менструального цикла. При пальпации определяют болезненность внизу живота, над лоном с обеих сторон, что может быть и при тазовом расположении червеобразного отростка, однако напряжение мышц брюшной стенки, как правило, отсутствует. Важное значение в дифференциальной диагностике острого аднексита имеют исследования через влагалище и через прямую кишку, которые должны быть выполнены у всех женщин, поступающих в стационар в связи с подозрением на острый аппендицит. При этом можно определить болезненность придатков матки, инфильтрацию тканей, болезненность при надавливании на шейку матки. Патологические выделения из половых органов свидетельствуют об остром аднексите.

Заболевания, требующие оперативного лечения в плановом порядке.
Почечнокаменная болезнь приводит к развитию почечной колики, которую необходимо дифференцировать с острым аппендицитом. Для почечной колики характерно появление очень интенсивных, приступообразных болей в поясничной области, иррадирующих в наружные половые органы и передне-внутреннюю поверхность бедра, учащенного мочеиспускания. При осмотре больного можно выявить положительный симптом Пастернацкого, отсутствие или слабое напряжение мышц брюшной стенки. В моче определяют неизмененные эритроциты.

Болезнь Крона в срочной ситуации верифицировать с острым аппендицитом до операции не представляется возможным. При рентгенологическом исследовании можно выявить дефекты наполнения и признаки не опухолевого стеноза различных отделов кишечника.

Острый калькулезный холецистит. Боли возникают чаще всего после погрешности в диете, локализуются в правом подреберье, характерна иррадиация в правое плечо, надплечье, лопатку, сопровождаются многократной рвотой желчью, не приносящей облегчения. При пальпации живота отмечаются болезненность, напряжение мышц, симптом Щеткина-Блюмберга определяют в правом подреберье. Нередко удается пальпировать увеличенный, напряженный желчный пузырь. При неэффективности консервативного лечения показана холецистэктомия в отсроченном или плановом порядке.

Опухоль слепой кишки характеризуется постепенным развитием признаков частичной кишечной непроходимости. Больные чаще всего пожилого возраста, в общем анализе крови определяется анемия, при контрастном рентгенологическом исследовании толстой кишки - дефект наполнения, сужение её просвета.

Заболевания, требующие или могущие потребовать срочного оперативного вмешательства.

Перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки отличается от острого аппендицита внезапным появлением резких, чрезвычайно интенсивных болей в эпигастральной области, "доскообразным" напряжением мышц передней брюшной стенки, резкой болезненностью при пальпации живота в эпигастральной области и правом подреберье, наличием свободного газа в брюшной полости, что может быть определено перкуторно (исчезновением печеночной тупости) или рентгенологически (симптом серпа). Симптом Щеткина-Блюмберга при перфоративной язве хорошо определяется в эпигастральной области и правом подреберье. В некоторых ситуациях язвенный анамнез отсутствует - возможна перфорация "немой" язвы.

Внематочная беременность. При расспросе больной можно установить задержку или изменение характера последней менструации, наличие кровянистых выделений из влагалища. Характерно внезапное появление довольно сильных болей внизу живота, иррадирующих в промежность, прямую кишку, тошноты, рвоты, обморочного состояния. При пальпации определяют болезненность внизу живота, напряжение мышц брюшной стенки отсутствует. При значительном внутрибрюшинном кровотечении возникают слабость, бледность кожных покровов, тахикардия, снижение артериального давления, уровня гемоглобина и гематокрита, при перкуссии можно обнаружить притупление звука в отдаленных местах живота. Исследование через влагалище позволяет установить болезненность при надавливании на шейку матки, иногда нависание сводов

влагалища. При ректальном исследовании определяют нависание передней стенки прямой кишки в результате скопления крови в малом тазе.

Разрыв яичника дает сходную клиническую картину. При пункции заднего свода влагалища получают малоизмененную кровь. Острую кишечную непроходимость необходимо дифференцировать с острым аппендицитом в случае, когда ее причиной является инвагинация тонкой в слепую кишку, что чаще всего наблюдается у детей. При этом характерно появление многократной рвоты, задержка газов и стула, вздутие живота, наличие схваткообразных болей, однако напряжение мышц живота не выражено или отсутствует, симптомы раздражения брюшины сомнительны. При пальпации живота может определяться малоблезненное подвижное образование - инвагинат. Довольно часто из прямой кишки отделяется слизь с кровью цвета малинового желе.

Лечение

Если поставлен диагноз «аппендицит», чаще всего проводят удаление червеобразного отростка (аппендэктомия). Антибиотики начинают давать до хирургического вмешательства, как только поставлен диагноз.

У некоторых пациентов воспаление и развитие инфекции при аппендиците остаются слабыми и не распространяются по брюшной полости. Организм человека способен не только содержать в себе воспаление, но и самостоятельно избавляться от него. Такие пациенты чувствуют себя относительно хорошо и состояние их улучшается спустя несколько дней наблюдения. Такой аппендицит можно лечить только антибиотиками. Через некоторое время червеобразный отросток можно удалить (или не удалять). Трудность состоит в том, чтобы отличить такой аппендицит от склонного к осложнениям.

Иногда больной не обращается к врачу столь долго, что к моменту обращения аппендицит с перфорацией червеобразного отростка существует уже много дней или даже недель. В таком случае обычно есть уже сформировавшийся абсцесс, а перфорация в червеобразном отростке закрыта. Если абсцесс маленький, сначала можно проводить терапию антибиотиками; тем не менее, чаще всего абсцесс требуется дренировать. Дренаж обычно ставится с помощью ультразвукового исследования или компьютерной томографии, с помощью которых можно точно определить локализацию абсцесса. Червеобразный отросток удаляют спустя несколько недель или месяцев после того, как устранён абсцесс. Это называется отсроченной аппендэктомией и производится для предотвращения рецидива приступа аппендицита.

В настоящее время для удаления червеобразного отростка используют две методики: традиционная операция, выполняемая через разрез, и эндоскопическая операция, которая делается через проколы под контролем телевизора.

При аппендэктомии, выполняемой через разрез, через кожу и слои стенки живота над областью расположения червеобразного отростка делают разрез длиной 8-10 см. Хирург осматривает червеобразный отросток, обычно расположенный в правой нижней области живота. После осмотра области вокруг червеобразного отростка, чтобы убедиться в отсутствии других заболеваний в этой области, червеобразный отросток удаляют. Брыжейку червеобразного отростка и сам отросток перерезают, и таким образом освобождают его от связи с кишкой; отверстие в кишке зашивают. Если есть абсцесс, он может быть осушен с помощью дренажей (резиновых трубок), которые идут от абсцесса выводятся через разрез наружу. Затем разрез зашивают.

Новый способ удаления червеобразного отростка включает использование лапароскопа. Лапароскоп – это тоненькая оптическая система, соединённая с видеокамерой, которая позволяет хирургу заглянуть внутрь живота через маленькое отверстие-прокол (вместо большого разреза). Если обнаруживают аппендицит, червеобразный отросток удаляют с помощью специальных инструментов, которые вводят в брюшную полость, как и лапароскоп, через небольшие отверстия. Преимущества использования лапароскопии: уменьшение послеоперационной боли (так как боль, в основном, возникает из-за разрезов) и более быстрое выздоровление, а также великолепный косметический эффект. Ещё одно преимущество лапароскопии – она позволяет хирургу заглянуть в брюшную полость и поставить точный диагноз в случаях, когда диагноз «аппендицит» ставится под сомнение. Например, лапароскопию успешно применяют при диагностике и лечении разрыва кисты яичника у женщин (симптомы могут напоминать таковые при аппендиците).

Если червеобразный отросток не был разорван (перфорирован), пациента выписывают из больницы на следующий день. Пациенты с перфорированным червеобразным отростком чувствуют себя хуже, чем пациенты без разрыва. Они находятся в больнице дольше (4-7 дней), особенно если развился перитонит. В больнице проводят внутривенное введение антибиотиков для того, чтобы бороться с инфекцией и помогать устранению абсцессов.

Иногда хирург может увидеть неизменённый червеобразный отросток и не найти причин для жалоб пациента. В таком случае хирург может удалить червеобразный отросток. Причина удаления такая: лучше удалить неизменённый червеобразный отросток, чем пропустить и не вылечить возможно начинающийся аппендицит.

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 по всему животу. В этот период на смену напряжению передней брюшной стенки появляется вздутие живота. Это отличает начальные стадии перитонита при остром аппендиците от такового при перфорации полого органа, когда брюшная стенка с самого начала напряжена "как доска". Симптом ЩеткинаБлюмберга выражен во всех отделах живота, постепенно его выраженность ослабевает. При аускультации живота не выслушиваются кишечные шумы. Имеется задержка газов и стула. Внешней больной беспокоен, глаза его тревожные, черты лица заострены, кожа приобретает серо-зеленый оттенок. Все это можно охарактеризовать как лицо Гишюкрата. Температура тела повышается до 39-40 градусов, пульс резко учащается до 120 и более ударов в минуту. Артериальное давление постепенно снижается по мере прогрессирования перитонита. При исследовании периферической крови выявляется нарастание лейкоцитоза и СОЭ, усиливается сдвиг лейкоцитарной формулы влево. При рентгенологическом исследовании живота можно обнаружить скопление жидкости и газа в слепой кишке и в различных отделах тонкой кишки (чаши Клойбера).

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, карманов и складок париетальной брюшины, которые склеиваются между собой. В центре инфильтрата располагается воспаленный червеобразный отросток. Вначале инфильтрат рыхлый, спаянные органы легко разъединить. Но через 2-3 дня после образования инфильтрат становится плотным и тогда разъединить его элементы без повреждения невозможно. Клинические проявления аппендикулярного инфильтрата в начале заболевания те же, что и при остром аппендиците. Состояние больного, как правило удовлетворительное. В правой подвздошной области прощупывается больших размеров или меньших размеров, болезненное при пальпации образование с довольно четкими

контурами. Нижний полюс образования иногда может быть доступен пальпации при пальцевом исследовании прямой кишки или вагинальном исследовании у женщин. Живот в остальных местах умеренно вздут, мягкий, безболезненный. Температура повышена. Тахикардия, умеренный лейкоцитоз. Возможны два варианта течения аппендикулярного инфильтрата. Первый, благоприятно протекающий, завершается рассасыванием инфильтрата в течение 4-6 недель. Вторым неблагоприятный, вариант течения аппендикулярного инфильтрата связан с абсцедированием. Образование гнойника сопровождается ухудшением общего состояния больного. Лихорадка приобретает гектический характер с большими суточными колебаниями, нарастает лейкоцитоз. Инфильтрат увеличивается в размерах и становится более болезненным. Через брюшную стенку иногда удается ощутить зыбление. Гнойник может прорваться в брюшную полость с развитием перитонита. Иногда гной находится самостоятельный выход и опорожняется через слепую кишку, расплавляя ее стенку. При этом у больного отмечается жидкий зловонный стул, после чего резко снижается температура. Известный случай прорыва гнойника в одну из прилежащих петель тонкой кишки или в мочевой пузырь.

3. Пилефлебит - распространение тромбофлебита на воротную вену (из аппендикулярной вены через *v. Pecosolica* а далее *v. Mesenterica superior*), что приводит к развитию гнойников печени. До 1935 года встречался в 0.4% всех аппендицитозов. Сейчас значительно реже. Развивается через 2-3 дня или через 2-3 недели от начала заболевания. Клинически: потрясающие ознобы и лихорадка (39-40 градусов) с размахами в 1-2 градуса, лицо бледное, черты заостряются, тахикардия, гипотония. Беспокоят боли в правой половине живота и в эпигастриальной области. Увеличенная и болезненная печень, появляется иктеричность. При значительном нарушении оттока через воротную вену может быть асцит. Живот мягкий, иногда вздут. У некоторых больных понос. Прогноз для жизни весьма серьезен. Лечение: массивные дозы антибиотиков с гепарином; введение фибринолизина (лучше использовать введение через сосуды круглой связки печени), вскрытие гнойников печени.

4. 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 подзвонной 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.

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 заболевания 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.

Все вышесказанное является одной из причин того, что летальность при остром аппендиците на протяжении последних 20 лет практически не изменилась, оставаясь в пределах 0.05-0.11%. диагностические ошибки при этом заболевании встречаются в 12-31% случаев. При выполнении аппендэктомии классическим способом часто в (10-15%) случаев, удаляется неизмененный отросток. Современные лапароскопические методики позволяют значительно снизить число подобных "необоснованных" аппендэктомий. Осложнения острого аппендицита отмечаются в среднем у 10% больных, частота их резко возрастает у детей и людей пожилого и старческого возраста и не имеет тенденции к снижению.

Список литературы:

1. Астафуров В.И. Диагностический справочник хирурга. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2013.
2. Бóльшаков О.И., Семенов Г.М. Лекции по оперативной хирургии и клинической анатомии. - СПб: Питер, 2014.
3. Кригер А.Г, А.В. Федоров, П.К. Воскресенский, А.Ф. Дронов. Острый аппендицит. - МЕДпрактика-М, 2013г.
4. И.В. Михин, А.Е. Бубликов ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ. 2013 г.
5. Седов В.М. Аппендицит. - СПб.: ООО «Санкт-Петербургское медицинское издательство». - 2013 г.
6. Седов В.М., Стрижелецкий В.В., Рутенбург Г.М. и др. "Лапароскопическая аппендэктомия"., Санкт-Петербург, 2013 г.
7. Утешев Н, Г. Пахомова, В. Аванесова, В. Левитский. Острый аппендицит. Современные методы диагностики и лечения острого аппендицита и его осложнений. 2014г.

Рецензия

**на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой
производственной практики "Производственная клиническая практика
(помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)»
обучающегося по специальности 31.05.02 Педиатрия 4 курса 7 группы
Стульневой Т.Н.**

Научно-исследовательская работа по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) полностью оформлена в соответствии с требованиями, предусмотренными программой производственной практики направления практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Научно-исследовательская работа представлена в сроки, предусмотренные учебным планом. При защите научно-исследовательской работы обучающийся дал полные, развернутые ответы на дополнительные вопросы, показал совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи.

Автором проанализировано достаточное количество литературных источников по изучаемой проблеме, дан их сравнительный анализ, определены литературные источники и авторы, наиболее приблизившиеся к пониманию и анализу данной проблемы с позиции автора.

Работа изложена литературным языком, логична, доказательна, демонстрирует авторскую позицию студента.

В целом работа соответствует требованиям, предъявляемым к учебным исследованиям, научно-исследовательская работа зачтена с оценкой «отлично».

Ответственный по производственной
клинической практике
(помощник врача стационара,
научно-исследовательская работа),
доцент



Кухтенко Ю.В.