

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней педиатрического и
стоматологического факультета

Научно-исследовательская работа

Тема:

Острый аппендицит

Выполнил: студент педиатрического
факультета, 4 курса, 6 группы,

Ибрагимов Ибрагим Вахидович.

*Проверил:
Кудренко Ю. В.
и Сергеев*

Волгоград-2018г.

Содержание

1. Введение.....	3
2. Определение	3
3. Эпидемиология.....	3
4. Классификация.....	4
5. Этиология.....	5
6. Патогенез.....	6
7. Клиника типичных форм аппендицита.....	6
8. Клиника атипичических форм ашпендицита.....	7
9. Особенности течения острого аппендицита у беременных, детей, лиц пожилого у старческого возраста.....	9
10. Дифференциальный диагноз.....	11
11. Лечение.....	14
12. Список использованной литературы.....	19

1. Введение

Острый аппендицит является одним из наиболее распространенных абдоминальных неотложных состояний по всему миру. Причины его еще недостаточно изучены, однако за последние несколько десятилетий произошли некоторые сдвиги. Постановка достоверного предоперационного диагноза по-прежнему является актуальной задачей, поскольку возможность возникновения аппендицита должна быть рассмотрена у всех пациентов с острым животом. Хотя анализ биомаркеров и методы визуализации являются ценным дополнением к анамнезу и общему осмотру, ограничения в их использовании означают, что клиническая оценка по-прежнему остается основой диагноза. Клиническая классификация используется для стратификации ведения пациента на основе деления воспалительного процесса на простой (не перфорированный) и осложненный (гангренозный или перфорированный), однако многие пациенты остаются с неточным диагнозом, что является одной из самых сложных дилемм на данном этапе. Наблюдаемые расхождения в течении заболевания позволяют предположить, что некоторые случаи простого аппендицита могут самоограничиваться или отвечать на одну лишь антибиотикотерапию, в то время как другие часто осложняются перфорацией, прежде чем пациент достигает больницы. Хотя смертность от аппендицита мала, послеоперационные осложнения вместе являют собой сложную проблему.

2. Определение

Острый аппендицит - это локальное инфекционное неспецифическое воспалительное заболевание червеобразного отростка, развивающееся в результате изменившихся под влиянием различных факторов биологических соотношений между организмом человека и кишечной микрофлорой.

3. Эпидемиология

Острый аппендицит является самым распространенным хирургическим заболеванием и занимает первое место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.

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. Диагностические ошибки встречаются в 12-31% случаев.

Летальность при этом заболевании составляет в среднем 0,2-0,3 %, причем ее причиной чаще всего являются осложнения, развившиеся у больных, оперированных в поздние сроки от начала заболевания. Осложнения острого аппендицита отмечаются в среднем у 10% больных, частота их резко возрастает у детей и людей пожилого и старческого возраста.

При выполнении аппендэктомии классическим способом часто в 10-15% случаев, удаляется неизмененный отросток. Современные лапароскопические методики позволяют значительно снизить число подобных "необоснованных" аппендэктомий.

4. Классификация

I. По характеру морфологических изменений:

1. Простой (поверхностный, катаральный) аппендицит;
2. Флегмонозный аппендицит;
3. Гангренозный аппендицит;
4. Перфоративный аппендицит.

II. По распространенности морфологических изменений:

1. Неосложненный;
2. Осложненный:
 - а) аппендикулярным инфильтратом;
 - б) аппендикулярным абсцессом;
 - в) местным перитонитом;
 - г) разлитым перитонитом, захватывающим две и более анатомические области брюшной полости;
 - д) другие осложнения (забрюшинная флегмона, пилефлебит, межкишечные абсцессы и т. д.).

III. По клиническим проявлениям:

1. С типичной клинической картиной;
2. С атипичной клинической картиной:
 - а) с дизурическими расстройствами;
 - б) с симптомами заболеваний желчевыводящих путей;
 - в) с диареей;
 - г) с гипертермией;
 - д) с признаками тяжелой гнойной интоксикации,

IV. По клиническому течению:

- 1) быстро регрессирующий;
- 2) непрогрессирующий;
- 3) медленно прогрессирующий;
- 4) бурно прогрессирующий.

5. Этиология

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 амёбами, трихомонадами.

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 оказывает вредного влияния, но является необходимым фактором нормального пищеварения. Лишь при появлении неблагоприятных условий возникающих в червеобразном отростке, она проявляет свои патогенные свойства.

Способствующими факторами являются:

Обструкция просвета червеобразного отростка каловыми конкрементами (копролитами), инородными телами, слизистыми пробками, деформациями отростка.

Нарушение кровообращения в стенке червеобразного отростка.

Нарушение нервной регуляции червеобразного отростка.

6. Патогенез

При обструкции проксимального отдела червеобразного отростка в его дистальной части продолжается секреция слизи, что приводит к значительному повышению давления внутри просвета и нарушению кровообращения в стенке червеобразного отростка. В результате нарушений кровообращения в аппендиксе происходит отек его стенки. Набухшая слизистая оболочка закрывает устье аппендикса. Скапливающееся в нем содержимое растягивает его, давит на стенку, еще больше нарушая его трофику. В результате слизистая оболочка теряет устойчивость по отношению к микробам (кишечной палочке, стафилококкам, стрептококкам, энтерококкам и др.). Они внедряются в его стенку и вызывают воспаление. Когда воспалительный процесс захватывает всю толщу стенки червеобразного отростка, в процесс вовлекаются окружающие его ткани. Появляется серозный выпот, который затем становится гнойным. Распространяясь по брюшине, воспалительный процесс приобретает характер разлитого гнойного перитонита. При благоприятном течении заболевания из экссудата выпадает фибрин, который склеивает петли кишок и сальник, отграничивая очаг воспаления. Формируется аппендикулярный инфильтрат, который может рассосаться или нагноиться.

7. Клиника типичных форм аппендицита

В основе клинической картины острого аппендицита лежит развитие воспалительного процесса в стенке червеобразного отростка и ответная реакция тканей организма на это воспаление. Нередко заболевание начинается с общего недомогания, тошноты, диффузных болей в животе. Иногда к этим симптомам присоединяются рвота, жалобы на головную боль, задержку стула и газов. Вскоре после появления этих симптомов ведущими в клинической картине заболевания становятся боли, локализующиеся в эпигастрии, области пупка, правом подреберье, реже в области таза и поясницы. По прошествии нескольких часов боль смещается в правую

подвздошную область. Локализация болей в правой подвздошной области для типичного приступа острого аппендицита является наиболее частым и характерным симптомом. Особенностью болевых симптомов при остром аппендиците является то, что боли, отмечающиеся в области расположения червеобразного отростка, обычно никуда не иррадиируют, за исключением тех случаев, когда имеет место тазовое, подпеченочное или ретроцекальное расположение отростка и отмечается иррадиация боли соответственно в правую лопатку, паховую область, мошонку, правую ногу.

Симптом Волковича-Кохера - перемещение болей из эпигастральной в правую подвздошную область.

Симптом Воскресенского («симптом рубашки»). При быстром скольжении давящей на брюшную стенку руки от мечевидного отростка в правую подвздошную область усиливается болезненность в области расположения червеобразного отростка.

Симптом Раздольского - появление или значительное усиление пальпаторной болезненности в правой подвздошной области при положении больного на спине.

Симптом Бартомье-Михельсона - появление или значительное усиление пальпаторной болезненности в правой подвздошной области при положении больного на левом боку.

Симптом Образцова - усиление болезненности при пальпации правой подвздошной области при поднятой правой ноге.

Симптом Ситковского - появление или значительное усиление болезненности в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок.

8. Клиника атипических форм аппендицита

Ретроцекальный аппендицит (50-60%). Самый частый вариант атипических форм. В этом случае отросток может тесно прилежать к правой почке, мочеточнику, поясничным мышцам. Заболевание начинается с боли в эпигастрии или в правой половине живота. Если происходит ее миграция, то она локализуется в правой боковой или поясничной области. Боль постоянная малоинтенсивная, усиливается при ходьбе и движении в правом тазобедренном суставе. Развивается контрактура правой подвздошно-поясничной мышцы, которая приводит к хромоте на правую ногу. Ирритация

почки или стенки мочеточника приводит к возникновению дизурии.

Обследование больного дает скудные данные: напряжения брюшной стенки нет, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, может отмечаться лишь умеренная болезненность при глубокой пальпации в правой подвздошной области.

При прогрессировании процесса общее состояние больного ухудшается: появляются признаки гнойной интоксикации, нарастает лейкоцитоз, повышается температура тела. Часто в моче появляются свежие эритроциты, белок, единичные гиалиновые цилиндры. В этих случаях следует обратить внимание на местные симптомы, свойственные ретроцекальному аппендициту:

Симптом Розанова - болезненность при давлении пальцем в области треугольника Пти справа.

Симптом Пунина - болезненность при давлении пальцем на область правого поперечного отростка II-III поясничного позвонка.

Симптом Варламова - болезненность в правой подвздошной области при поколачивании по XII ребру справа.

При возникновении гнойного процесса в периаппендикулярных тканях возникает «псоас-симптом» - болезненность при разгибании согнутой в тазобедренном суставе правой нижней конечности.

Аппендицит при нисходящем (тазовом) расположении отростка (15-20%).

Близость воспаленного отростка к прямой кишке и мочевому пузырю вызывает императивный, частый, жидкий стул со слизью, учащенное болезненное мочеиспускание. Обследование больного дает скудные данные: напряжения брюшной стенки нет, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Диагноз уточняется при ректальном исследовании, так как в первые часы обнаруживают симптом Куленкампффа - резкая болезненность передней и правой стенок прямой кишки.

Аппендицит при восходящем (подпеченочном) расположении отростка (2-5%).

Боль, первоначально появившаяся в подложечной области, перемещается в правое подреберье, обычно локализуется латеральнее желчного пузыря. Пальпация этой области вызывает напряжение широких мышц живота, дает положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

9. Особенности течения острого аппендицита у беременных, детей, лиц пожилого и старческого возраста

Острый аппендицит у беременных.

Выделение аппендицита у беременных обусловлено тем, что ряд признаков, присущих острому аппендициту (боль, рвота, лейкоцитоз) может иметь место при обычном течении беременности и приводить к диагностическим ошибкам.

Течение аппендицита в первой половине беременности не отличается от его течения вне беременности. Во второй половине беременности эпицентр абдоминальных болей расположен несколько выше и латерально вследствие смещения и некоторого оттеснения червеобразного отростка беременной маткой. Локальное напряжение мышц и симптом Щеткина-Блюмберга могут быть слабо выраженными или отсутствовать в результате перерастяжения передней брюшной стенки и оттеснения воспалительного очага от передней брюшной стенки увеличенной маткой.

Аппендэктомия по поводу острого аппендицита показана независимо от сроков беременности. В отношении обезболивания во время операции у беременных следует предпочесть общую анестезию.

Особое внимание обращает на себя острый аппендицит в родах. Если роды протекают нормально при клинической картине катарального или флегмонозного аппендицита, то необходимо быстрое естественное родоразрешение и затем произвести аппендэктомию. Если на фоне нормального течения родов имеется клиническая картина гангренозного или перфоративного аппендицита, то необходимо временно купировать сократительную деятельность матки, произвести аппендэктомию и затем вновь стимулировать родовую деятельность.

Острый аппендицит у детей.

Острый аппендицит у детей отмечается значительно реже, чем у взрослых. Вследствие анатомо-физиологических особенностей детского организма, аппендицит у детей протекает значительно тяжелее, чем у взрослых, и чаще в возрасте старше 5 лет. Это объясняется тем, что у детей червеобразный отросток шире и длиннее, а также тем, что лимфоидный аппарат червеобразного отростка в этот период жизни развит еще слабо.

На течении воспалительного процесса в брюшной полости у детей сказывается в большей степени недоразвитие сальника и пониженная реактивность брюшины. У детей до 2 лет сальник не доходит на 2 см. до уровня пупка, к 10 годам он опускается ниже, но не достигает еще подвздошной области. Вследствие этого сальник у детей не в состоянии образовать прочный барьер вокруг воспаленного отростка, как у взрослых, чем и объясняется большое количество перитонитов в детском возрасте.

Клиническое течение острого аппендицита у детей весьма разнообразно и представляет большие затруднения в диагностике в связи с тем, что дети в большей степени подвержены кишечным заболеваниям, имеющим сходную клиническую картину с аппендицитом.

Трудности в диагностике усугубляются еще тем, что дети не могут изложить своих жалоб, подробно рассказать развитие заболевания, локализовать боли.

Рвота у детей в отличие от взрослых чаще бывает многократной.

Характерной является поза больного ребенка. Он лежит на правом боку или на спине, приведя ноги к животу и положив руку на правую подвздошную область и защищает ее от осмотра врачом. Температура тела, как правило, повышена и может достигать 38 °С.

У детей хирургическая тактика должна быть более активной, чем у взрослых. Аппендэктомия всегда выполняется под общей анестезией. При неосложненном аппендиците чаще используют разрез Волковича-Дьяконова. Следует отметить, что у детей иногда может применяться «ампутационный» способ аппендэктомии, когда культю червеобразного отростка перевязывают капроном и прижигают электрокоагулятором слизистую культю отростка. Такой способ выполняется при опасности сквозного прокола купола слепой кишки у детей до 10 летнего возраста.

Острый аппендицит у лиц пожилого и старческого возраста.

Острый аппендицит у больных пожилого и старческого возраста встречается несколько реже (10 % от общего числа больных с острым аппендицитом), чем у лиц молодого и среднего возраста.

В пожилом возрасте преобладают деструктивные формы острого аппендицита, что связано с пониженной реактивностью организма у стариков, атрофией оболочек и склерозом сосудов червеобразного отростка. Особенностью течения заболевания в этой группе является то, что клиническая картина часто бывает стертой. Тошнота и рвота у этих больных

встречается чаще, чем у пациентов среднего возраста, что обусловлено быстрым развитием деструктивных изменений в червеобразном отростке. При исследовании живота, как правило, определяется умеренная болезненность в правой подвздошной области. Вследствие возрастной релаксации мышц брюшной стенки мышечное напряжение в правой подвздошной области выражено незначительно. В некоторых наблюдениях может отмечаться метеоризм. Температура тела у стариков при остром аппендиците повышается незначительно либо нормальная.

10. Дифференциальный диагноз

Правосторонняя почечная колика (при ущемлении камня в правом мочеточнике) может сопровождаться сильными болями в правой подвздошной области и вздутием живота. В этом случае будет болезненным симптом поколачивания по поясничной области справа и положительный симптом Пастернацкого, что не характерно для острого аппендицита, за исключением тех случаев, когда отросток расположен ретроцекально. При почечной колике имеют место дизурические явления (учащенное и болезненное мочеиспускание). При исследовании мочи отмечается макро- или микрогематурия. В сомнительных случаях необходима обзорная рентгенография мочевыводящих путей, при которой может быть обнаружена тень конкремента в проекции правого мочеточника, признаки пиелозктазии. Может быть произведена хромоцистоскопия, ультразвуковое исследование. Иногда с целью дифференциальной диагностики полезно осуществить новокаиновую блокаду правого семенного канатика или круглой связки матки. Это ведет к быстрому исчезновению болей при почечной колике и не оказывает существенного эффекта при остром аппендиците.

Острый холецистит (особенно часто приходится дифференцировать с острым аппендицитом у лиц пожилого возраста). Увеличенный желчный пузырь может опускаться до уровня пупка и даже ниже. В этих случаях болезненность и напряжение передней брюшной стенки определяется во всей правой половине живота и трудно бывает определить их точную локализацию. В то же время, воспаление червеобразного отростка, расположенного подпеченчно, может симулировать острый холецистит. Помогает установить правильный диагноз тщательно собранный анамнез (указания на признаки желчно-каменной болезни у пациента в прошлом), напряжение в правом подреберье, иррадиация болей в правое плечо или лопатку, прощупываемый желчный пузырь, результаты ультразвукового исследования.

Острый панкреатит. При этом заболевании боли, как правило, локализуются в эпигастриальной области. Они часто бывают опоясывающего характера, отдают в грудную клетку и спину. Почти всегда бывает многократная рвота. В отличие от острого аппендицита, температура часто не повышается. При остром панкреатите уже в начале заболевания состояние больного бывает тяжелым, снижается артериальное давление. Живот умеренно вздут в верхних отделах. Здесь же определяется напряжение и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Характерным для острого панкреатита является повышение содержания в плазме альфа-амилазы и в моче - диастазы.

Острая кишечная непроходимость. Иногда симптомы этого заболевания заставляют отличать его от острого аппендицита. Особенно часто это бывает у больных пожилого возраста с опухолью толстой кишки. В дифференциальном диагнозе помогают такие признаки, как характерный для непроходимости схваткообразный характер болей, вздутие и асимметрия живота, задержка стула и газа, пальпируемое в животе образование, усиление перистальтических шумов. Рентгенологически удается выявить "чаши" Клойбера.

Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Для перфоративной язвы характерно острое начало заболевания с появлением "кинжальных" болей в эпигастриальной области, которые затем могут переместиться в правую подвздошную область. Интенсивность их затем несколько уменьшается. Уже в начале заболевания имеется выраженное напряжение передней брюшной стенки, которое затем также ослабевает. При перкуссии живота - отсутствие печеночной тупости, притупление в отлогих местах живота за счет наличия свободной жидкости в брюшной полости. Свободный газ в брюшной полости можно также выявить при обзорной рентгенографии. При трудном дифференциальном диагнозе в стадии разлитого перитонита хирург обязан и при том, и при другом заболевании выполнить лапаротомию.

Заболевания внутренних женских половых органов.

Острые воспалительные заболевания. При остром воспалении придатков матки боли чаще всего возникают после менструации, локализуются в нижних отделах живота (над лоном) и иррадиируют в крестец. Отмечается болезненность при смещении шейки матки (положительный симптом Промптова). Пальпируется инфильтрат в области правых придатков. При

окраске по Граму мазков влагалищного содержимого выявляются внутриклеточные диплококки.

Нарушенная внематочная беременность. Боли в нижних отделах живота, сопровождаются при этом клиническими признаками кровопотери, гиповолемии: головокружение, слабость, сухость во рту, тахикардия. Иногда бывает коллапс. В анамнезе удается выяснить факт задержки месячных. При вагинальном исследовании можно обнаружить опухолевидное образование в области придатков матки с той или другой стороны. Пункция свода влагалища может выявить наличие крови. При анализе крови - анемия.

Перекрут кисты или опухоли яичника справа. Боли носят резкий характер, локализуются в нижних отделах над лоном, часто не сопровождаются подъемом температуры. При бимануальном исследовании (через брюшную стенку и влагалище) определяется болезненное образование.

Разрыв Граафова пузырька возникает в середине менструального цикла. Имеются боли и определяется болезненность над лоном. Отсутствуют лихорадка и аппендикулярные симптомы.

В трудных для дифференциальной диагностики острого аппендицита и заболеваний внутренних женских органов необходимо выполнять лапароскопию. Если это возможно, хирург должен прибегнуть к лапаротомии.

Мезаденит. Чаще бывает у детей и подростков. Может следовать за инфекцией верхних дыхательных путей и сочетаться с генерализованной лимфаденопатией. В 6% случаев бывает обусловлен иерсиниозом. Боли часто локализуются по линии от правой подвздошной области до пупка.

Дивертикулит (воспаление дивертикула Меккеля). Обычно не диагностируется до операции или диагностической лапароскопии. Также как и острый аппендицит является показанием для экстренной операции. Важно, чтобы это заболевание было обнаружено, для чего необходима интраоперационная ревизия до 100 см подвздошной кишки.

Болезнь Крона (илеоцекальный регионарный илеит или терминальный илеит). Сопровождается болями в нижних отделах живота, лихорадкой, иногда - диареей, гиперлейкоцитозом. В правой подвздошной области может прощупываться болезненное образование. Чаще впервые это заболевание диагностируется во время операции в связи с ошибочным диагнозом острого аппендицита. Для этого при ревизии брюшной полости не следует забывать,

что если выявленные изменения червеобразного отростка не соответствуют имевшейся у больного перед операцией клинической картине, следует осмотреть подвздошную кишку. Для дооперационной диагностики болезни Крона полезной может оказаться лапароскопия.

Острый гастроэнтероколит. Боли при этом часто носят разлитой, спастический характер, сопровождаются тошнотой, рвотой, урчанием и вздутием живота, поносом, тенезмами. Не характерны аппендикулярные симптомы.

Правосторонняя нижнедолевая пневмония или плевропневмония. Это заболевание может сопровождаться болями в правой половине живота, лихорадкой, гиперлейкоцитозом. Часто при этом наблюдается кашель. При аускультации в легких выслушиваются ослабленное дыхание, хрипы. При плевропневмонии, правостороннем плеврите - шум трения плевры. При наличии выпота в правой плевральной полости - ослабление или отсутствие дыхательных шумов и притупление перкуторного тона.

аппендицит эпидемиология этиология патогенез

11. Лечение

Единственно радикальным методом лечения острого аппендицита является операция - аппендэктомия.

Срочная операция показана во всех случаях, когда установлен диагноз острого аппендицита, при наличии гнойника или перитонита. Исключением является наличие плотного аппендикулярного инфильтрата без признаков абсцедирования.

Аппендэктомия может быть выполнена с использованием местной анестезии; регионарной анестезии (спинномозговой, эпидуральной) или общего обезболивания (предпочтительнее).

Аппендэктомия, как и любое оперативное вмешательство, состоит из трех основных этапов: оперативного доступа, собственно оперативного приема и этапа завершения операции.

Оперативный доступ в большинстве случаев осуществляется разрезом Волковича-Дьяконова-Мак Бурнея. Это косой разрез в правой подвздошной области, проходящий через точку Мак Бурнея перпендикулярно линии, соединяющей пупок и верхнюю переднюю ость правой подвздошной кости.

Реже применяются разрез Ленандера по наружному краю правой прямой мышцы живота и поперечный разрез Шпренгеля.

Различают типичную технику аппендэктомии, когда отросток свободно выводится в рану, и ретроградную, когда верхушка отростка в рану не выводится.

Типичная аппендэктомия:

Выполняют разрез передней брюшной стенки по Волковичу-Дьяконову-Мак Бурнею. Рассекают кожу и подкожную клетчатку, кровоточащие сосуды захватывают зажимами и перевязывают тонким кетгутом. Края каждой раны обкладывают салфетками и по зонду Кохера или пинцету рассекают по ходу волокон апоневроз наружной косой мышцы живота.

Края рассеченного апоневроза тупыми крючками растягивают в стороны. Тупым путем раздвигают внутреннюю косую и поперечную мышцы живота по ходу волокон.

Мышцы растягивают крючками по длине каждой раны, а затем сдвигают предбрюшинную клетчатку с париетальной брюшины. Брюшину захватывают двумя анатомическими пинцетами и, приподняв ее в виде конуса, рассекают на небольшом протяжении скальпелем или ножницами.

Разрез брюшины расширяют кверху и книзу.

При наличии в брюшной полости экссудата его удаляют аспиратором или марлевыми салфетками. Края раны растягивают тупыми крючками. Затем отыскивают слепую кишку, осторожно захватывают ее анатомическим пинцетом, извлекают в рану и удерживают марлевой салфеткой.

Если червеобразный отросток сразу не вывелся с кишкой в рану, то для отыскания его перебирают кишку по *taenia libera* до появления в нижнем углу раны основания отростка. В брыжейку отростка вводят 5-6 мл 0,5 % раствора новокаина. Затем червеобразный отросток осторожно захватывают анатомическим пинцетом и извлекают из брюшной полости.

Выведенный отросток фиксируют мягким зажимом Шапи, наложенным на брыжейку вблизи его вершины. После этого толстой шелковой или кетгутовой нитью при помощи иглы Дешана или кровоостанавливающего зажима перевязывают брыжейку у основания отростка.

Очень низко накладывать лигатуру на брыжейку не следует, чтобы не перевязать артериальных ветвей, питающих стенку слепой кишки. Концы нитей берут на зажим и ножницами пересекают брыжейку, держась ближе к червеобразному отростку.

На расстоянии 1-1,5 см от него на слепую кишку накладывают тонким шелком серозно-мышечный кисетный шов.

Основание отростка пережимают двумя зажимами Кохера. Один из них - нижний - снимают и по образовавшейся борозде отросток перевязывают кетгутовой нитью.

Между лигатурой и оставшимся зажимом червеобразный отросток пересекают скальпелем.

Культию червеобразного отростка смазывают настойкой йода и погружают кисетным швом.

Иногда поверх кисетного шва для большей герметичности накладывают Z-образный шов.

Культия брыжейки отростка может припаяться к соседним органам брюшной полости (сальник, петли кишок), что может привести к кишечной непроходимости, поэтому целесообразно подвязывать ее к кисетному или Z-образному шву. После удаления червеобразного отростка слепую кишку погружают в брюшную полость. Убедившись в отсутствии кровотечения из брыжейки отростка, рану брюшной стенки послойно зашивают наглухо. Брюшину зашивают непрерывным кетгутовым швом, мышцы, апоневроз и подкожную жировую клетчатку - узловыми кетгутовыми швами. На кожу накладывают узловые шелковые швы или металлические скобки.

Ретроградная аппендэктомия:

Ретроградное удаление червеобразного отростка производят в тех случаях, когда его не удастся вывести в рану, что иногда бывает при ретроцекальном положении отростка или при наличии сращений его с окружающими органами и тканями.

При выделении отростка из сращений брюшную полость следует тщательно отгородить марлевыми салфетками во избежание ее инфицирования.

Для удаления червеобразного отростка ретроградным путем кишку максимально подтягивают в рану и отыскивают его основание, руководствуясь местом схождения taeniae.

Отросток у основания пережимают зажимом, который затем раскрывают и накладывают несколько дистальнее. По образовавшейся борозде отросток перевязывают толстой кетгутовой нитью и пересекают между зажимом и лигатурой.

Оба конца отростка смазывают настойкой йода. Конец отростка поверх зажима окутывают марлевой салфеткой, а культю его погружают кисетным швом.

Потягивая за отросток, поэтапно пересекают между зажимами участки брыжейки, постепенно выделяя его до верхушки.

Мобилизованный отросток удаляют. Культю брыжейки вместе со сращениями перевязывают кетгутом. Для предупреждения соскальзывания лигатур лучше их прошить под зажимом.

После перевязки культи брыжейки слепую кишку погружают в брюшную полость. Рану брюшной стенки послойно зашивают.

Аппендэктомия при забрюшинном положении отростка:

Червеобразный отросток располагается позади восходящей ободочной кишки и своей верхушкой может достигать нижнего полюса почки.

Для обнажения червеобразного отростка рассекают париетальную брюшину на протяжении 10 - 15 см., отступя на 1 см. кнаружи от слепой и восходящей ободочной кишок.

Слепую кишку тупо отслаивают и отодвигают кнутри, обнажая при этом червеобразный отросток, который отделяют у основания и берут на марлевую держалку или зажим.

Подтягивая отросток держалкой, его выделяют из забрюшинной клетчатки и перевязывают подходящие к нему сосуды.

Отросток перевязывают и отсекают, а культю его погружают в кисетный шов.

Если из-за сращений выделить отросток вышеописанным способом не удастся, то производят ретроградную аппендэктомию.

Внедрение в хирургическую практику лапароскопии и разработка специальных инструментов, позволяющих производить различные манипуляции в брюшной полости под лапароскопическим контролем, позволили разработать методику удаления червеобразного отростка под контролем эндоскопии - лапароскопическую аппендэктомию. Впервые лапароскопическая аппендэктомия была выполнена в Германии 1982 г.

Выполняя аппендэктомию под контролем лапароскопа, хирург имеет возможность более тщательно осмотреть брюшную полость и ее органы, что невозможно при использовании традиционных доступов к червеобразному отростку в правой подвздошной области.

Противопоказания к лапароскопической аппендэктомии:

выраженные признаки сердечно-легочной недостаточности,

нарушениями свертываемости крови,

разлитой перитонит,

поздние сроки беременности,

ожирением III-IV степени,

хирургические вмешательства на органах нижнего этажа брюшной полости и полости малого таза в анамнезе,

флегмона купола слепой кишки,

перфорация стенки червеобразного отростка в зоне его основания,

аппендикулярный инфильтрат, аппендикулярный абсцесс,

ретроцекальное ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка.

12. Список использованной литературы

1. Клиническая хирургия (справочное руководство для врачей) / Ю. М. Панцырев, 2014.
2. Колесов В. И. Клиника и лечение острого аппендицита / В. И. Колесов, 2013.
3. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / В. С. Савельев, 2013.
4. Частная хирургия / Ю. Л. Шевченко, 2015.
5. Хирургические болезни / М. И. Кузин, О. С. Шкроб, Н. М., 2013.
6. Хирургические болезни / В. С. Савельев, А. И. Кириенко, 2015.

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 6 группы**

Ибрагимова И.В.

Научно-исследовательская работа представлена для отчета по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Данная научно-исследовательская работа была представлена студентом в предусмотренные учебным планом сроки.

Цель и задачи работы соответствуют теме исследования, но полностью ее не раскрывают. Теоретические положения и выводы автора обоснованы, логичны и соответствуют ходу теоретических размышлений в рамках изучаемой проблемы. Учащимся изучены основные источники литературы по проблеме, дан краткий их анализ, однако, отсутствует сравнительный анализ литературных источников по данной проблеме. Качество оформления научного исследования частично соответствуют требованиям.

В целом студент освоил предусмотренные рабочей программой производственной клинической практики (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) навыки, научно-исследовательская работа зачтена с оценкой «хорошо».

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



Кухтенко Ю.В.