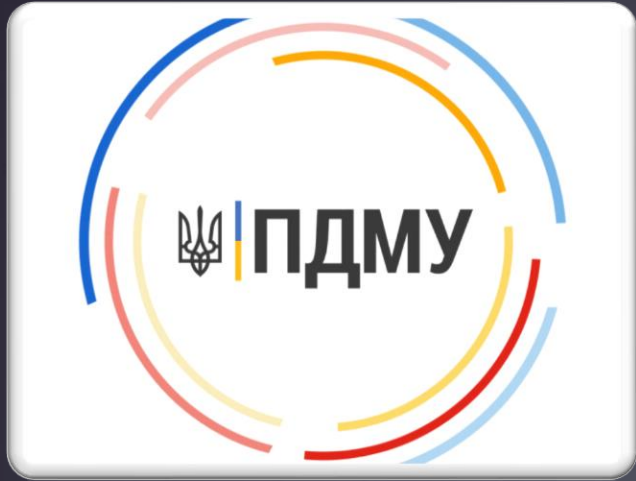


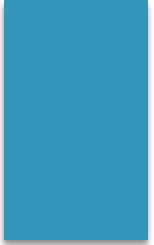


Полтавський державний медичний університет
Кафедра хірургії № 1

Лекція для лікарів-інтернів з фаху «Хірургія»

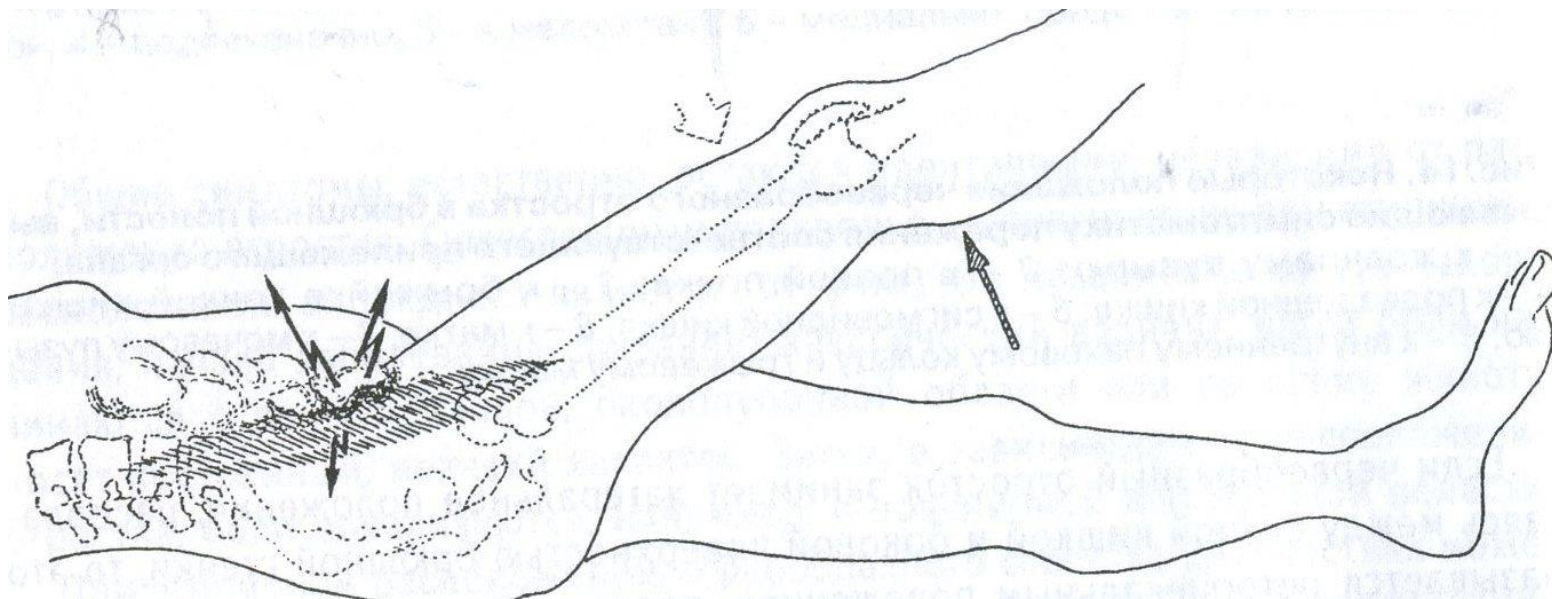
Тема: Гострий апендицит

Полтава 2023

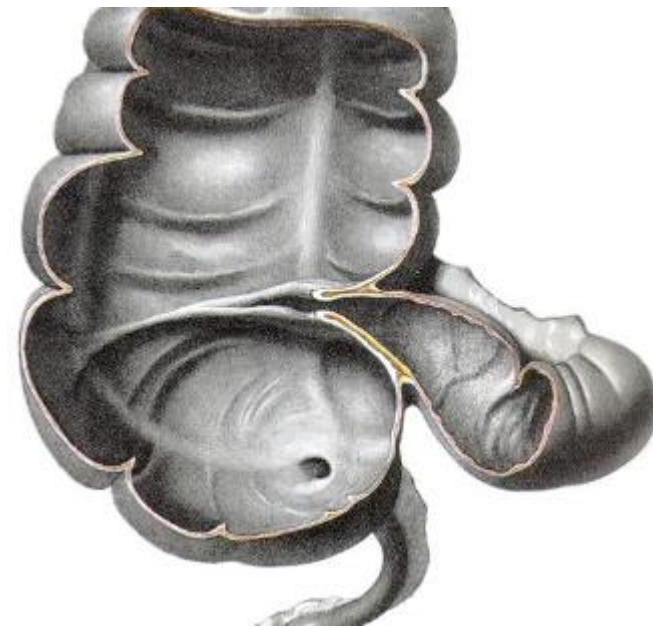
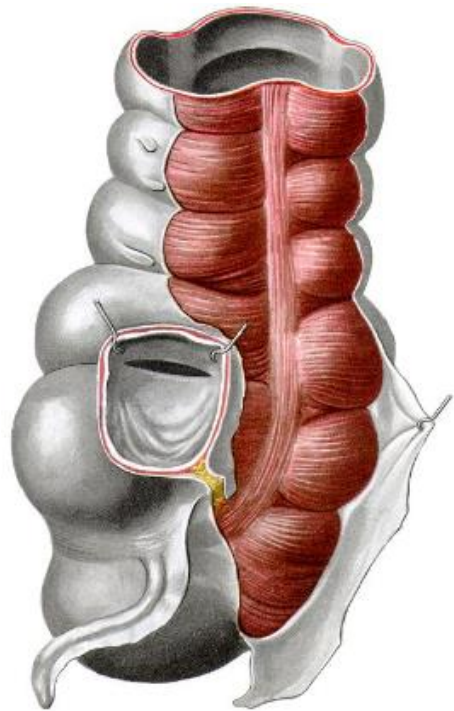


Гострий апендицит це неспецифічне запальне захворювання червоподібного відростка, яке характеризується швидким перебігом і виникненням серйозних ускладнень у перші дні а то й години захворювання.

Симптом Образцова



Анатомія сліпої кишки та апендикулярного відростка



Кровопо́стачання ЧВ

Джерелом кровопостачання ЧВ: aorta abdominalis-a.mesenterica superior-a.ileocolica-a.appendicularis.

Венозний віді́к : v.appendicularis-v.ileocolica-v.mesenterica sup.-v.porta

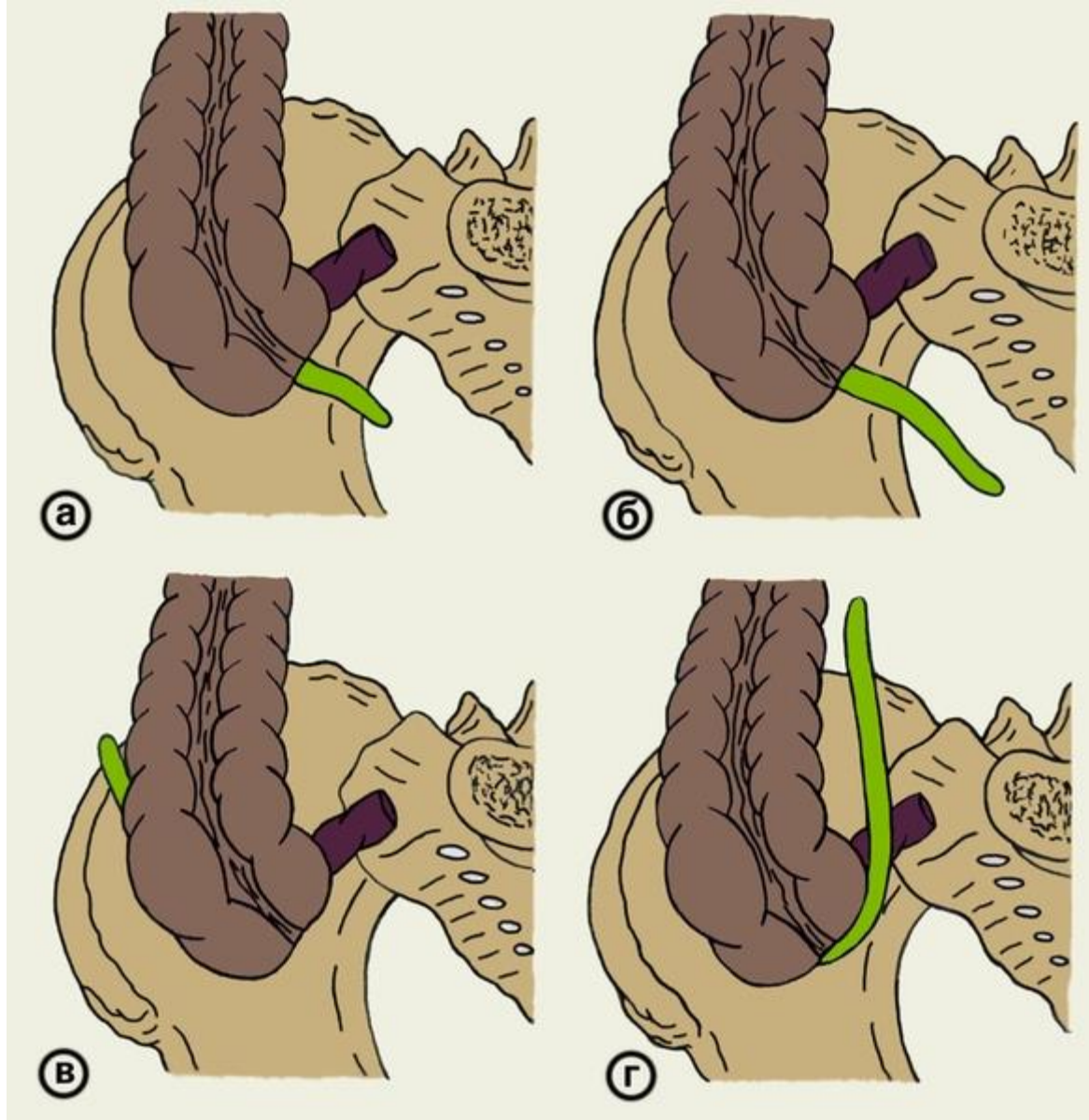
Розташування апендикулярного відростка

Типове розташування:

- нисхідне
- латеральне
- переднє

Атипове розташування:

- ретроцекальне
- тазове
- медіальне
- підпечінкове
- лівобічне



ЕТІОЛОГІЯ

Гострий апендицит-
поліетіологічне захворювання.
В його основі лежить неспецифічне
запалення, викликане гноєрідними
збудниками (стафілокок, стрептокок)
із участю кишкової палочки,
ентерокока, умовно-патогенної
флори.

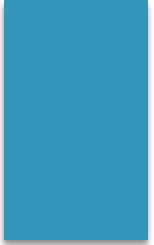
Сприяючі фактори

Обструкція просвіту ЧВ, що викликана застоєм вмісту або утворенням замкнутої порожнини.

Закупорка може бути зумовлена копролітами, лімфоїдною гіпертрофією, сторонніми тілами, гельмінтами, слизистими пробками, деформаціями ЧВ.

Судинні порушення, що призводять до розвитку судинного застою, тромбозу, появі сегментарного некроза.

Нейрогенні порушення, що супроводжуються посиленням перистальтики, розширенням просвіту, підвищенням слизоутворенням, порушенням мікроциркуляції.



Існують також загальні фактори,
що сприяють розвитку гострого
апендициту:

Аліментарний фактор.

Наявність в організмі вогнища
інфекції, з якого гематогенним шляхом
відбувається поширення.

Захворювання, що супроводжуються
вираженими імунними реакціями .

Патологоанатомічна класифікація (А.і.Абрикосов)

Поверхневий аппендицит.

Флегмонозний:

- простий флегмонозний
- флегмонозно-виразковий
- апостематозний з утворенням дрібних внутрішньостінкових абсцесів.

Гангренозний.

Класифікація гострого апендициту

Форми гострого апендициту.

Гострий простий (поверхневий, катаральний) апендицит.

Гострий деструктивний апендицит.

- Флегмонозний (з перфорацією та без перфорації)

- Гангренозний (з перфорацією та без перфорації)

Ускладнення гострого апендициту

Доопераційні ускладнення:

- Перитоніт (місцевий, розлитий, дифузний,).
- Аппендикулярний інфільтрат.
- Периаппендикулярний абсцес.
- Флегмона забрюшинної клітчатки.
- Сепсис, генералізована запальна реакція.
- Пілефлебіт .

Післяопераційні ускладнення

Ускладнення з боку операційної рани:

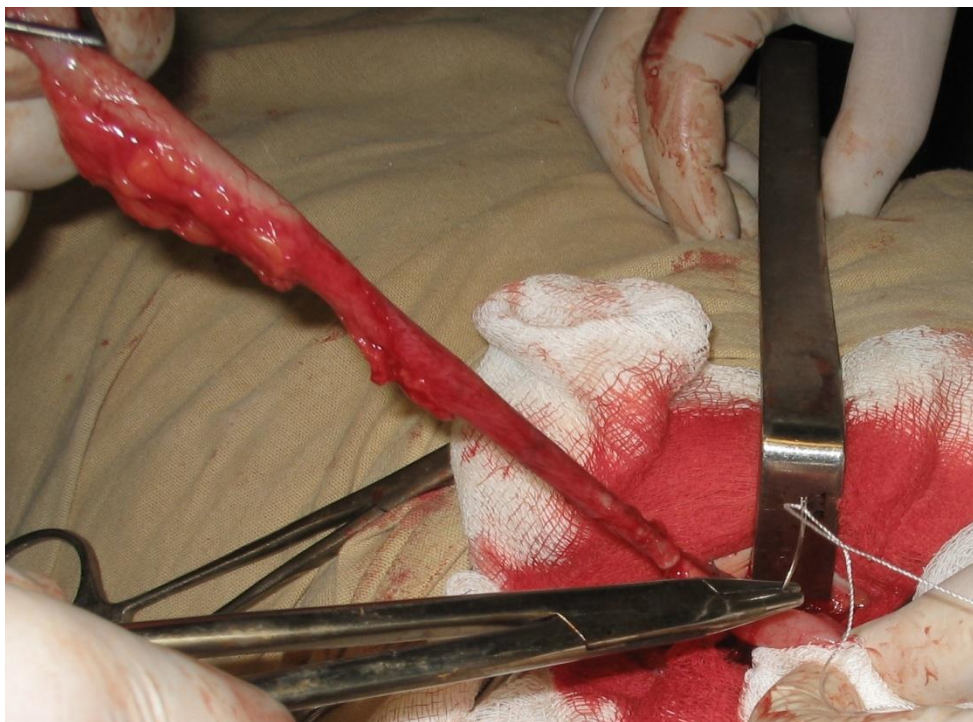
- Інфільтрат
- Нагноєння
- Гематома
- Лігатурний свищ

Післяопераційні ускладнення

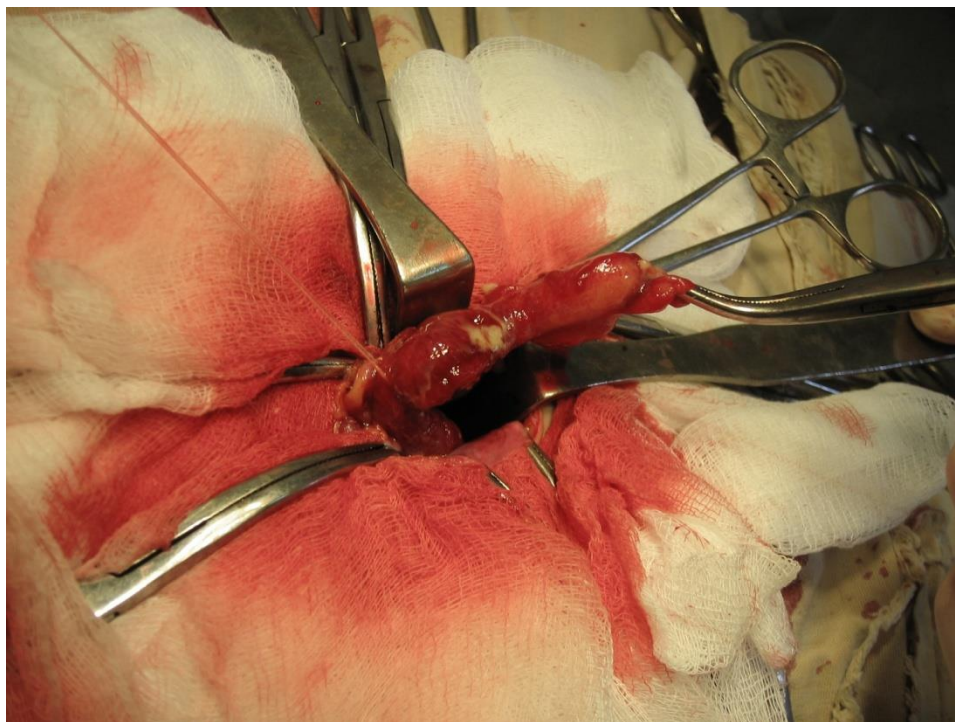
Ускладнення з боку черевної порожнини:

- Інфільтрат
- Абсцес черевної порожнини (ілеоцекальний, дугласового простору, міжпетлявий, піддіафрагмальний)
- Непрохідність кишечника
- Перитоніт
- Кишковий свищ
- Шлунково – кишкова і внутрішньобрюшинна кровотеча

Катаральный аппендицит



Флегмонозный аппендицит



КЛІНІКА

Скарги:

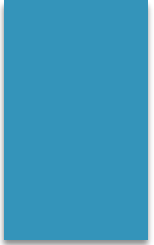
- на біль в правій клубовій ділянці.
- на біль в епігастрії з подальшою міграцією в праву клубову ділянку (симптом Кохера)
- нудота. блювання
- Стул:затримка або рідкий стул при тазовій локалізації відростка.

Апендикулярні симптоми

Симптом Раздольського – хворобливість при перкусії передньої черевної стінки в правій клубовій ділянці .

Симптом Ровзінга – поява болю в правій клубовій ділянці при похтовхах, рукою лікаря в лівій половині живота.

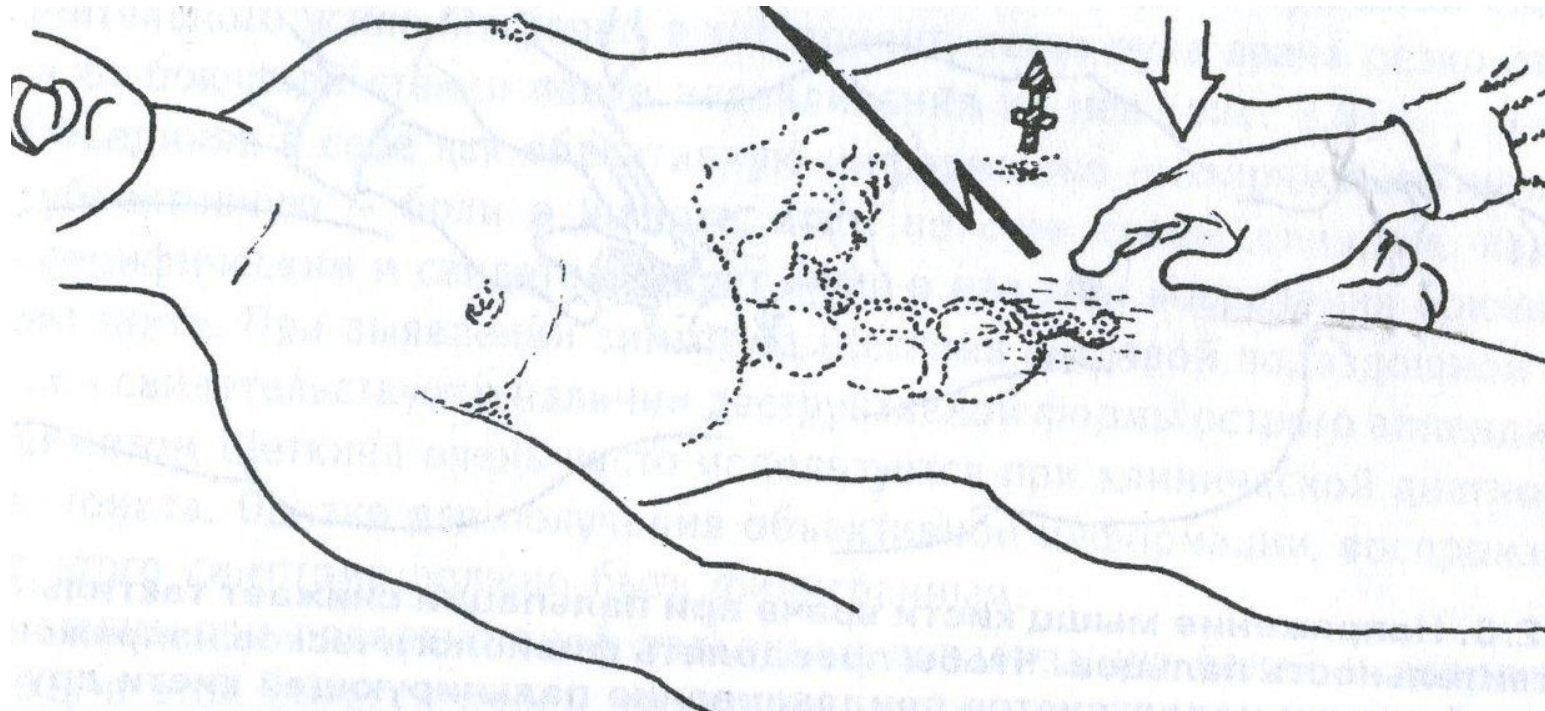
Симптом Сітковського – виникнення болю в правій клубовій ділянці при повороті хворого зі спини на лівий бік.



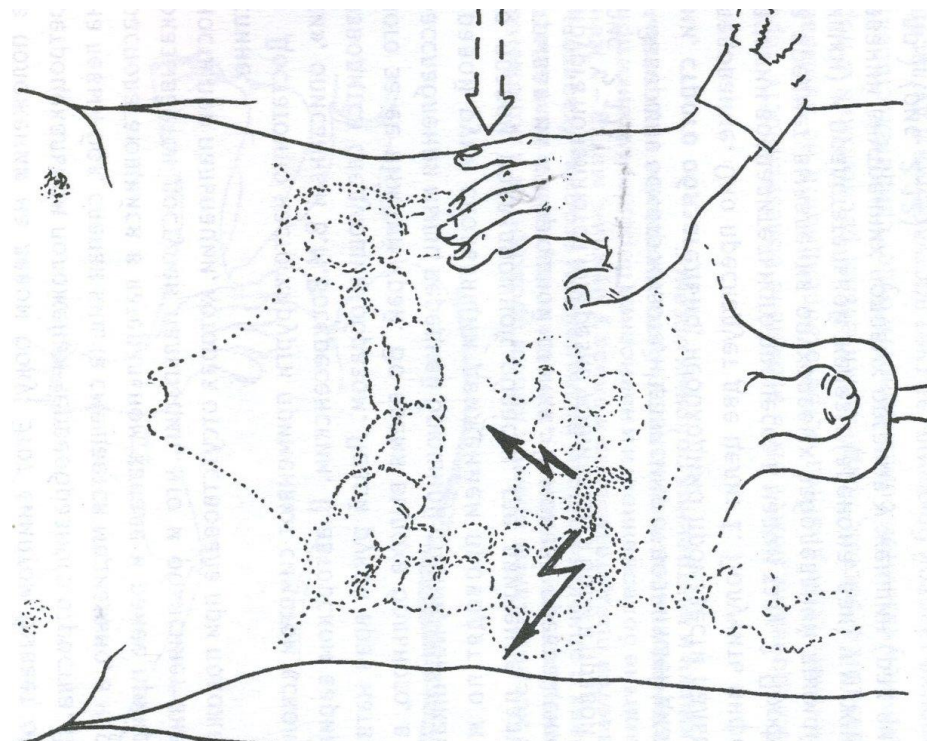
Симптом Бартомеє-Міхельсона – посилення болю в правій клубовій ділянці при пальпації живота в положенні хворого на лівому боці.

Симптом Образцова – посилення болючості в правій клубовій ділянці при глибокій пальпації під час підймання хворим випрямленої правої ноги (при ретроперитонеальному розташуванні ЧВ)

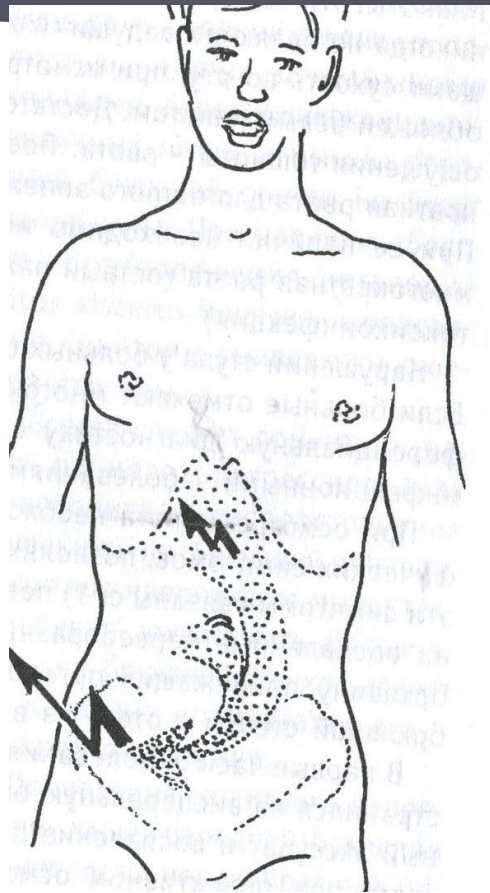
Симптом Роздольского



Симптом Ровзінга



Симптом КОХЕРА



Симптом Воскресенського



Особливості клініки гострого апендициту при атиповому розташуванні ЧВ

Ретроцекальне розташування:

- Біль може иррадіювати в праву поперекову ділянку
- пальпаторна хворобливість в правій клубовій ділянці мінімальна
- симптом Образцова **ПОЗИТИВНИЙ**

Ретроперитонеальное расположение:

- біль в поперековій ділянці
- дизурія
- фебрильна лихоманка з ознобом
- хворобливість при поколюванні по поперековій ділянці

Запальний процес в замкнутому просторі швидко переходить в забрюшинну флегмону

Тазове розташування:

- біль локалізується над лобком
- відсутнє напруження черевних м'язів
- частий і рідкий стул
- дизуричні явища

Підпечінкове розташування:

клініка нагадує симптоми гострого холецистита

Лабораторна діагностика

- Підвищення лейкоцитів в периферичній крові
- Паличкоядерний зсув
- Аналіз сечів у нормі (в типових випадках). При тазовій локалізації може бути лейкоцитурія, макрогематурія

УЗД органів черевної порожнини

Візуалізація запаленого апендикса можлива приблизно в 80%.

Відросток виглядає як трубчаста структура із потовщеною стінкою.

Діаметр його збільшений, він не перистальтирує і не зжимається при компресії черевної стінки датчиком

УЗД ознаки гострого апендициту

- Інфільтрація брижейки ЧВ
- Потовщення стінки ілеоцекального переходу
- Розширення петель клубової кишки в правій клубовій ділянці
- Наявність вільної рідини в черевній порожнині
- Збільшення регіонарних лімфоузлів

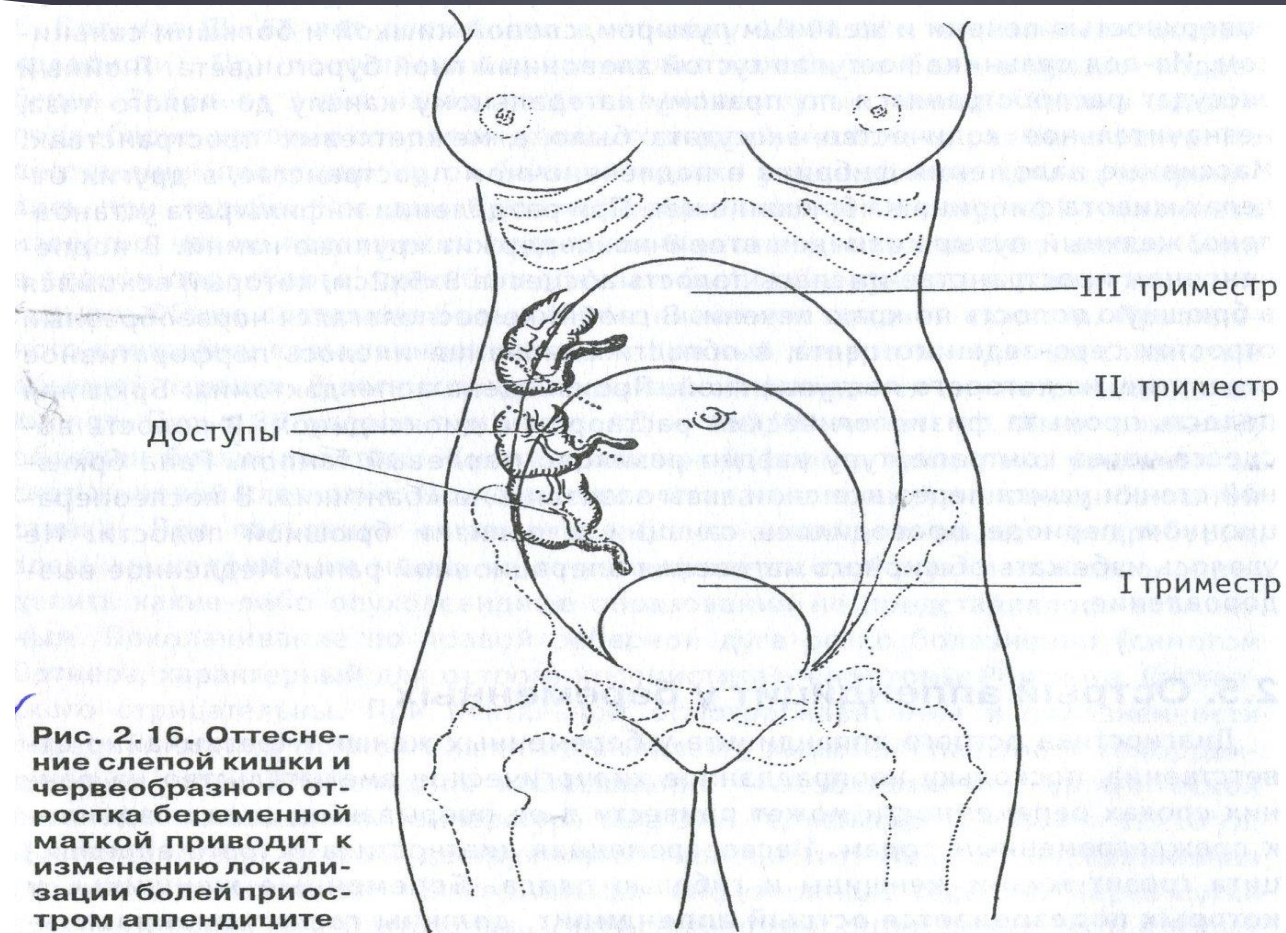
Особливості гострого апендициту у людей похилого віку

- Біль в животі виражений незначно
- Температура тіла часто в нормі
- Напруження м'язів черевної стінки слабо виражено
- Швидкий розвиток деструкції ЧВ (Внаслідок склерозу судин)
- Пізнє звернення за мед.допомогою

Особливості гострого апендициту у вагітних

- У 2-й половині вагітності біль локалізується вище ніж звичайно
- Напруження м'язів черевної стінки виражено слабо
- Прояв гестоза на ранніх термінах вагітності можуть маскувати гострий апендицит
- Аналіз лабораторних даних затрудняється наявністю фізіологічного лейкоцитоза

Локалізація при гострому апендициті у вагітних



Особливості гострого апендициту у дітей

- Швидкий розвиток деструктивних змін в ЧВ
- Частий розвиток поширеного перитоніта внаслідок слабо розвиненого сальника
- Виражені симптоми сильної інтоксикації (блювання, пронос, висока температура тіла)
- Слабо виражене напруження м'язів черевної стінки

Єдиним методом лікування при встановленні діагнозу **гострого апендициту** є екстрена операція – апендектомія.

Операція повинна бути розпочата протягом 2 годин з моменту постановки діагнозу .

Методи апендектомії: «відкритий», лапароскопічний

Методи знеболення

- Місцева анестезія
- Спинномозкова або перидуральна анестезія
- Внутривенний наркоз
- Ендотрахеальний наркоз

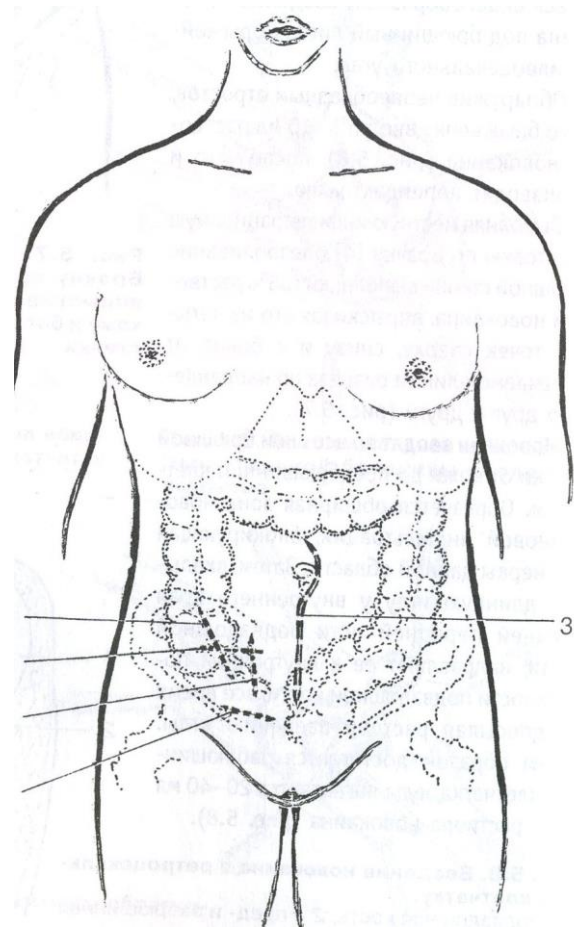
Операційні доступи

Косий переменний розріз по Мак Бурнею (Волковичу-Дяконову): перпендикулярно лінії, що сполучає передню верхню вісь клубової кістки з пупком, на межі зовнішньої і середньої третини цієї лінії. Третина розрізу розташовується зверху, а $\frac{2}{3}$ -знизу від цієї лінії.

Параректальний розріз Ленандера

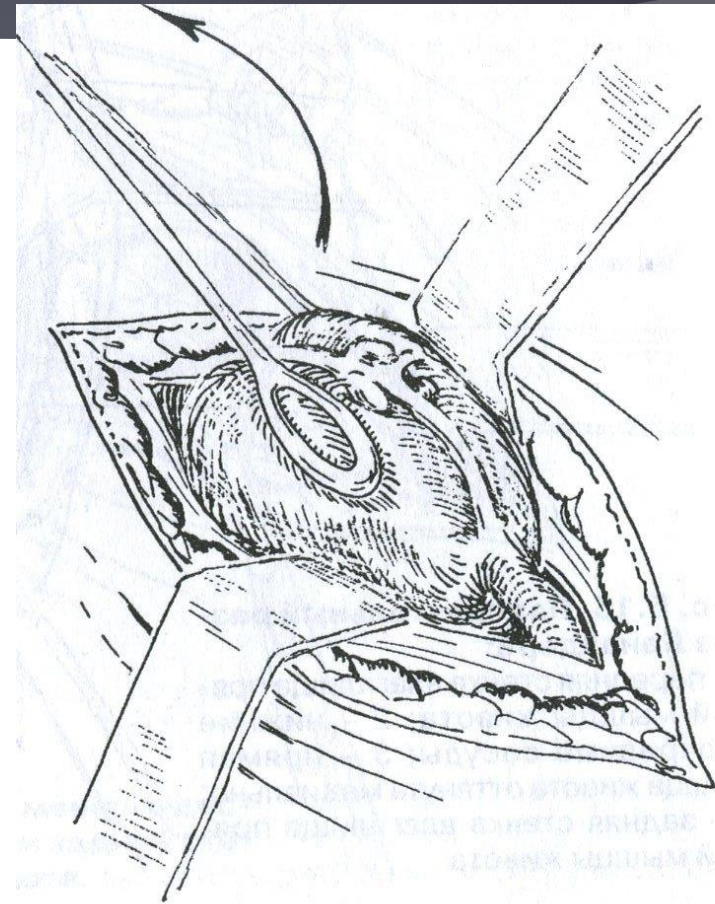
Поперечний розріз

Нижня серединна лапаротомія (при гострому аппендициті, ускладненому перитонітом)



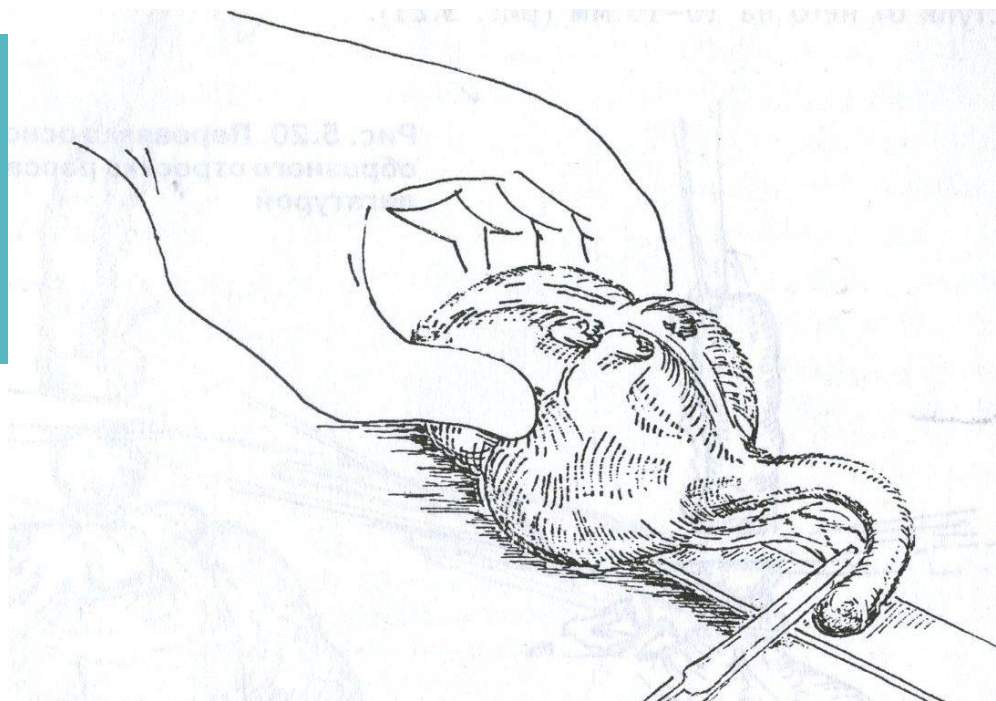
Етапи апендиктомії

Виведення в рану сліпої кишки з основою ЧВ

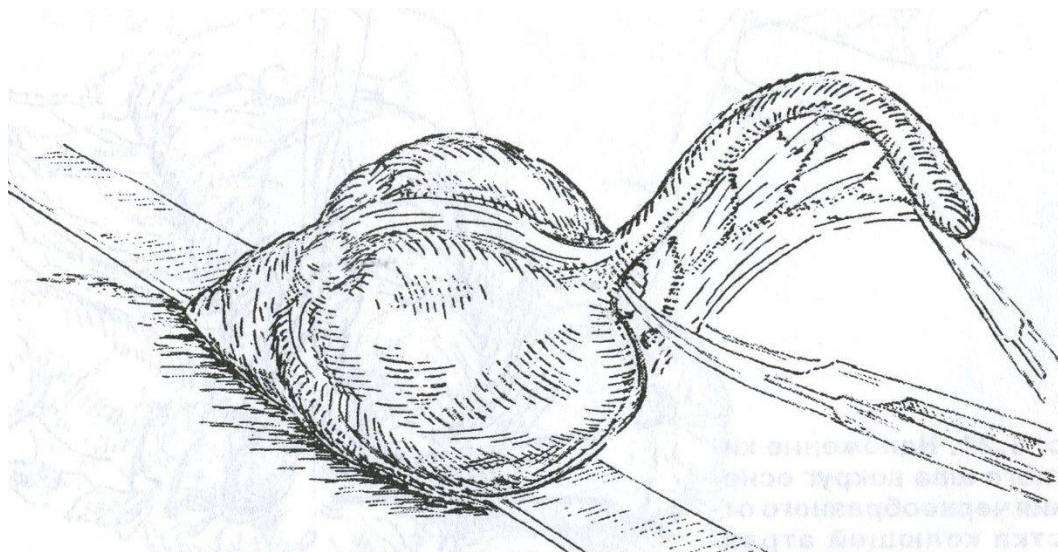


ЕТАПИ ОПЕРАЦІЇ

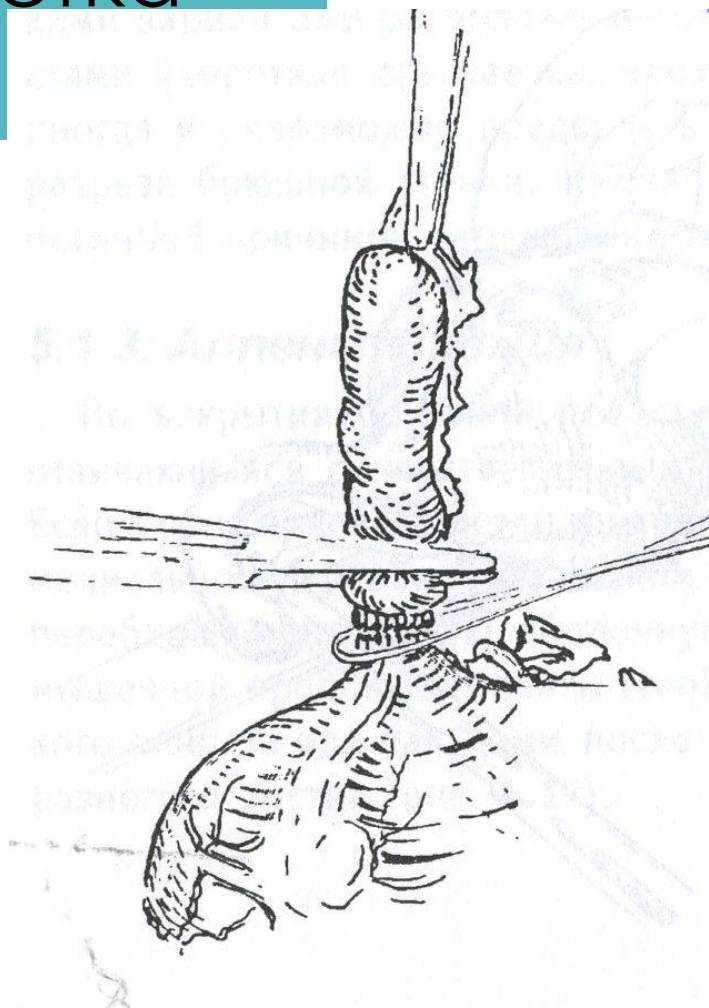
ЧВ виведений в рану,
брижейка його
захвачена
Кровозупинним зажимом



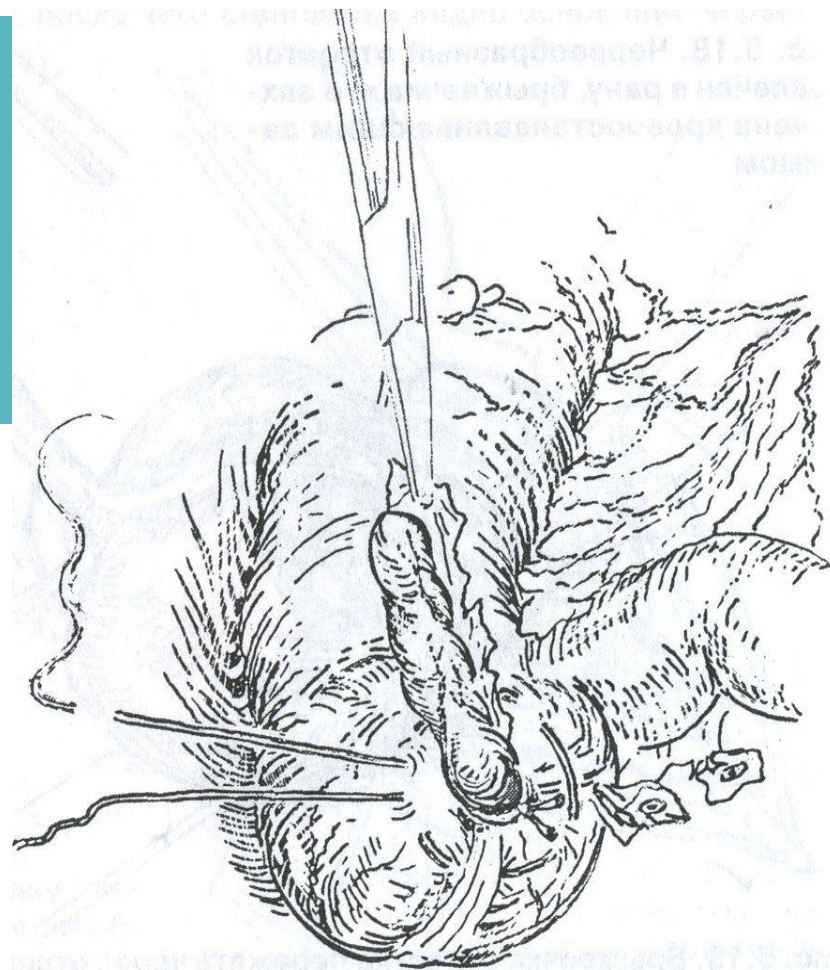
Брижейка ЧВ пережата
через отвір
біля основи відростка



Перевязка основи Червеподібного відростка кетгутом



Накладання кисетного
шва навколо основи ЧВ
колючою
голкою нерозсмоктуючим шовним
матеріалом



ВІДСІКАННЯ ЧВ

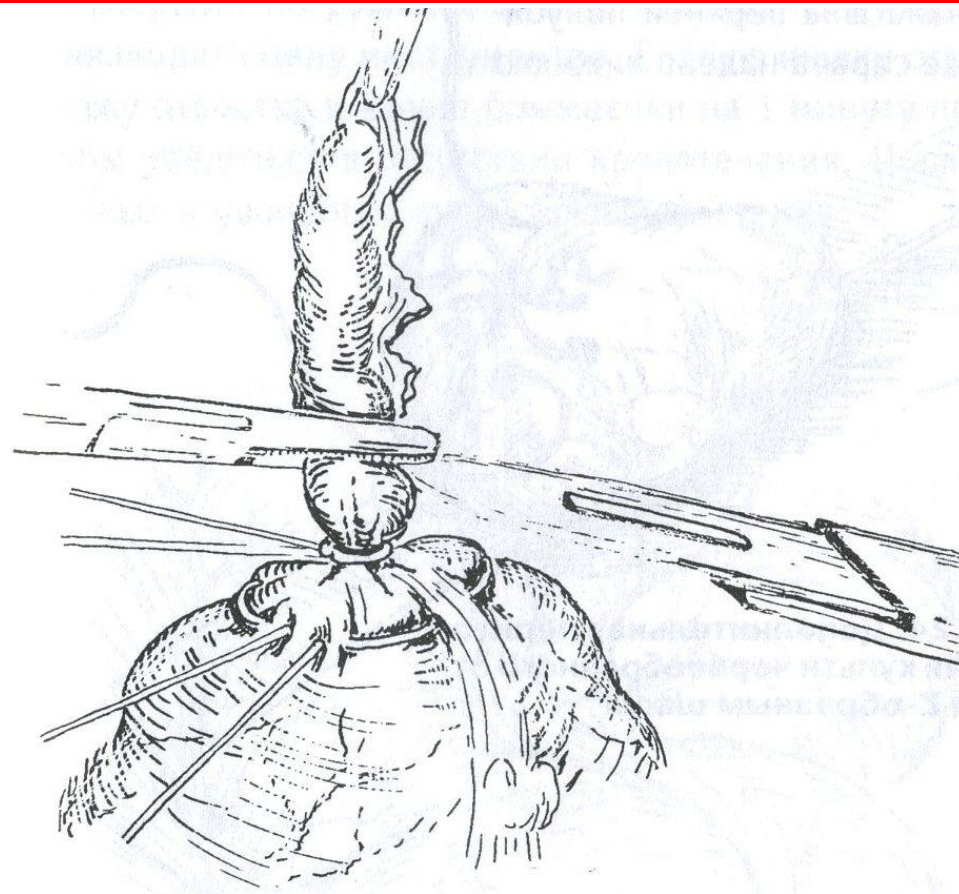




Рис. 5.23. Погружение культи отростка анатомическим пинцетом в кишечный шов и затягивание шва

Культя ЧВ перитонезована



Основні правила, яких слід дотримуватися при складних апендектоміях

- Уникати маленьких розрізів
- При трудноцтях виділення ЧВ проводити ретроградну апендектомію
- При виражених запальних змінах купола сліпої кишки культю ЧВ слід погрузати окремими вузловими швами

-При виявленні малозміненого

ЧВ слід провести ревізію 1 метра тонкої кишки і органів малого таза у жінок

-При наявності великої кількості випоту, що поступає в рану з черевної порожнини, слід перейти на лапаротомію

Післяопераційний період

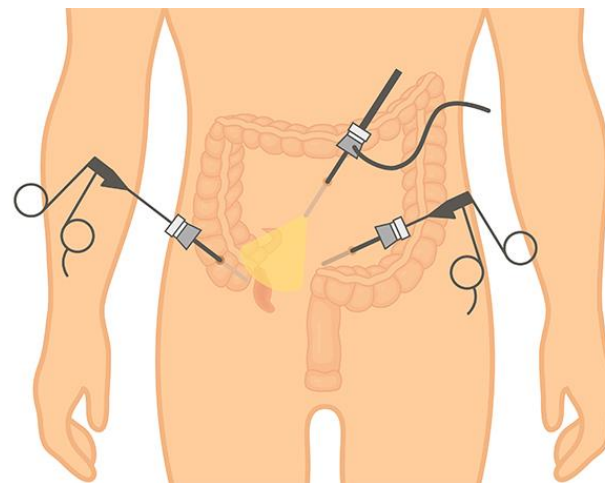
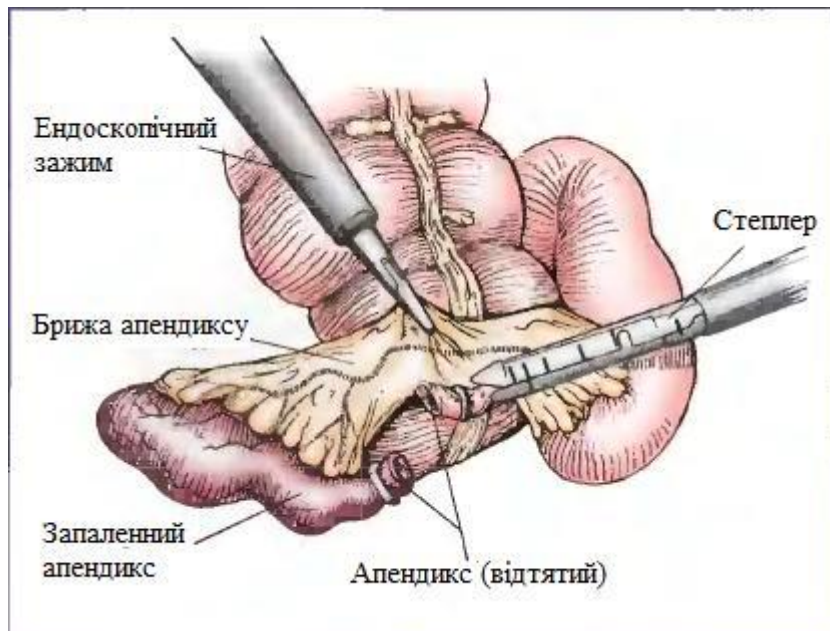
- Рання активизація хворих (вставать і ходять до кінця першої доби).
- В першу добу введення наркотичних і ненаркотичних анальгетиків.
- Антибактеріальна терапія:
при неускладненому апендициті продовжити антибіотикопрофілактику протягом 24ч. (цефалоспорины 3 покоління, амоксицилін/клавуланат)
при деструктивних формах а/б терапія продовжується до 3-5 днів
- Зняття п/о швів на 5-7- день.

Переваги лапароскопічної апендектомії

- Менша травматичність
- Можливість ревізії черевної порожнини
- Зменшення п/о больового синдрому
- Зниження ризику раневої інфекції
- Швидке відновлення працездатності
- Косметичний ефект

Противпоказання до лапароскопічної апендектомії

- Тяжкі супутні захворювання
- Захворювання крові
- Вагітність
- Розлитий перитоніт
- Гангренозно-перфоративний апендицит із локалізацією перфорації в основі ЧВ



СЛАВА УКРАЇНІ

**ПРЕЗЕНТАЦІЯ ЗАВЕРШЕНА,
ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!!!**