

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра хірургії №3.

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ВИВЧЕННЯ ТЕМИ:
“ ГОСТРИЙ ТА ХРОНІЧНИЙ АППЕНДИЦИТ.
УСКЛАДНЕННЯ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ ТА ВАРІАНТИ КЛІНІЧНОГО
ПЕРЕБІГУ“**

обговорено на методичній нараді кафедри
»_____ 2020 р. Протокол № 1
Зав. кафедрою проф. Ткаченко О.І

2020

1.Тема заняття: " ГОСТРИЙ ТА ХРОНІЧНИЙ АППЕНДИЦИТ ЙОГО УСКЛАДНЕННЯ ТА ВАРІАНТИ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБУГУ" - 2год.

2. Актуальність теми

Гострий апендицит - одне з найпоширеніших гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Захворюваність дещо більша в жінок, переважно вона залежить від віку і складає (В.Г. Зайцев, 1989)- у дітей до 1 року - 3,48 випадку на 10 тис. населення, в дітей від 1 до 14 років -11,4, від 15 до 59 років - 114,9, від 60 до 69 років - 29,7, 70 років і більше - 15,8. Таким чином, якщо умовно середня тривалість життя становитиме 60 років, то кожній 12-15 особі до кінця життя буде видалень червоподібний відросток.

У колишньому Радянському Союзі за рік виконували в середньому 1 млн. апендектомій з приводу гострого апендициту, тобто одну на 230 чоловік. В Україні - 200-250 тис. Післяопераційна летальність становила 0,09%.

Протягом останніх 10 років післяопераційна летальність в Україні при гострому апендициті коливається в межах 0,16-0,24%.

Особливо вражають абсолютні цифри: 0,2% від 220 тис. оперованих становить 440 осіб!

3. Цілі заняття:

3.1. Загальні цілі: Ознайомитися з сучасним визначенням патології та її розповсюдженності у мешканців України.

3.2. Виховні цілі: Ознайомитися з внеском вітчизняних вчених у вивчення проблеми; організаційних заходів по надданню невідкладної допомоги населенню при гострому апендициті; вміти пояснити хворому необхідність своєчасного звернення за допомогою та необхідністю хірургічного лікування.

3.3. Конкретні цілі:

- знати:

1. Анатомію ілео-цекальної області та фізіологію червоподібного відростка

2. Класифікацію гострого та хронічного апендицита.

3. Клінічну симптоматику та клінічний перебіг гострого апендицита.

4. Методи діагностики гострого апендициту.

4. Ускладнення гострого апендицита.

5. Лікарську тактику та показання до хірургічного лікування, а також тактику при ускладненнях гострого апендициту.

3.4. На основі теоретичних знань з теми:

- оволодіти методиками /вміти/:

1. Визначати симптоми гострого та хронічного апендициту у хворих.

2. Визначати лікарську тактику при різних формах клінічного перебігу.

3. Призначати додаткові методи обстеження хворих на гострий та хронічний апендицит

4. Матеріали до аудиторної самостійної підготовки (міждисциплінарна інтеграція).

| №№ п.п. | Дисципліни | Знати | Вміти |
|------------|------------|-------|-------|
|------------|------------|-------|-------|

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|--|--|---|
| 1. | <p>Попередні дисципліни</p> <p>1. Анатомія</p> <p>2. Пропедевтика внутрішніх хвороб</p> <p>3. Клінічна біохімія та патологічна фізіологія.</p> | <p>Будову ілео-цекальної області.</p> <p>Методи загального обстеження</p> <p>Зміни в системах організму при гострих запаленнях органів черевної порожнини.</p> | <p>Проводити пальпацію, перкусію, аускультацию органів черевної порожнини.</p> <p>Інтерпретувати дані аналізів.</p> |
| 2. | <p>Наступні дисципліни</p> <p>1. Субординатура та постдипломна спеціалізація.</p> | <p>Проблему гострого апендициту та його ускладнення.</p> | <p>Вміти діагностувати та оперувати хворих з такою патологією.</p> |
| 3. | <p>Внутрішньопредметна інтеграція</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> | | |

5. Зміст теми, граф логічної структури заняття.

5.1. Граф логічної структури заняття



5.2. Зміст теми. **ГОСТРИЙ ТА ХРОНІЧНИЙ АППЕНДИЦИТ. УСКЛАДНЕННЯ.**

Гострий апендицит - неспецифічний (часто флегмонозно-гнійний) запальний процес червоподібного відростка, що виникає в результаті дії (переважно сукупної) ряду факторів: первинної неспецифічної інфекції, змін загальної та місцевої реактивності, порушення кровопостачання, зумовленого дисфункцією нейрогуморального апарату місцевого чи загального походження. Термін запропонований R. Fitz у 1886 р.

Гострий апендицит - одне з найпоширеніших гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Захворюваність дещо більша в жінок, переважно вона залежить від віку і складає (В.Г. Зайцев, 1989)- у дітей до 1 року - 3,48 випадку на 10 тис. населення, в дітей від 1 до 14 років -11,4, від 15 до 59 років - 114,9, від 60 до 69 років - 29,7, 70 років і більше - 15,8. Таким чином, якщо умовно середня тривалість життя становитиме 60 років, то кожній 12-15 особі до кінця життя буде видалень червоподібний відросток.

У колишньому Радянському Союзі за рік виконували в середньому 1 млн. апендектомій з приводу гострого апендициту, тобто одну на 230 чоловік. В Україні - 200-250 тис. Післяопераційна летальність становила 0,09%.

Протягом останніх 10 років післяопераційна летальність в Україні при гострому апендициті коливається в межах 0,16-0,24%.

Особливо вражають абсолютні цифри: 0,2% від 220 тис. оперованих становить 440 осіб!

Летальність при гострому апендициті по 10 областях України в 1985 р. визначалась такими факторами:

- важкістю захворювання 19,7%
- пізньою госпіталізацією 46,1%
- технічними помилками під час операції 5,2%
- тактичними помилками 6,8%
- дефектами післяопераційного лікування 7,7%
- супровідними захворюваннями 9,3%
- пізньою операцією 5,2%

Анатомо-фізіологічні дані.

Про існування червоподібного відростка відомо ще з часів древнього Єгипту. Перші описи і замальовки відростка людини належать Леонардо да Вінчі (1472 р). Червоподібний відросток (*Processus vermiformis s. appendix*) як самостійний орган формується в ембріона довжиною 60-75 мм. У новонародженого він має лійкоподібну форму, що широкою основою переходить у купол сліпої кишки де остаточно формується у трубчастий орган до 7-8 років життя. Особливості ембріогенезу, анатомії та фізіології червоподібного відростка, мають значення для клініциста-хірурга.

Дуже рідко, але зустрічається агенезія червоподібного відростка. Також описано випадки, коли в однієї особи було два і навіть три відростки. Можливе відходження відростка не від сліпої, а від висхідної кишки;

дугоподібний відросток, обома кінцями відкривається в просвіт сліпої кишки.

М'язова оболонка біля основи відростка утворює циркулярне потовщення - жом, сфінктер Робінсона. Слизова оболонка біля гирла відростка утворює 1-2 складки - клапан, або заслінка Герлаха. Сам відросток верхівкою, як відомо, сліпо закінчується. Ці обставини можуть сприяти утворенню замкнутої порожнини з інфікованим вмістом.

У підслизовій оболонці червоподібного відростка розміщується велика кількість лімфоїдних фолікулів: у дорослого - до 70-80 на 1 кв. см а загальна кількість у всьому відростку становить 1200-1500 при розмірах фолікула 0,5-1,5 мм. У цитоплазмі ретикулярних клітин фолікулів часто виявляють гетерогенні включення у вигляді фрагментів мікробних тіл, хромоліпідів, полісахаридних комплекси, що може обумовлювати виникнення запального процесу стінці відростка. Відома, у зв'язку з цим, інша назва апендикса - мигдалик черевної порожнини.

Кровопостачання червоподібного відростка здійснюється *a. appendicularis*, яка відходить від *a. ileocolica*, а остання - від *a. mesenterica sup.* Апендикулярну артерію вважають артерією кінцевого

типу. Кровопостачання відростка має чіткий сегментарний характер, тобто тривалий спазм чи закупорка однієї гілочки апендикулярної артерії провокує адекватну зону ішемії стінки відростка, що теж може бути причиною виникнення запального процесу.

Виділяють чотири типи будови самої артерії червоподібного відростка:

один стовбур, що кровопостачає тільки апендикс (1/3 випадків);

один чи два стовбури, що кровопостачають 4/5 відростка, проксимальна 1/5 кровопостачається за рахунок ілеоцекальної артерії (1/4 випадків);

3) один чи два стовбури, що кровопостачають відросток і, частину стінки сліпої кишки в ділянці його впадання (1/4 випадків);

4) У інших випадках є множинні петлеподібні анастомози між одним, двома стовбурами, що кровопостачають відросток і прилеглу частину кишки. Без врахування цих типів перев'язкою основного стовбура *a. appendicularis* можна спровокувати ішемічний некроз частини сліпої кишки. При досконалій перев'язці кукси відростка можлива кровотеча з неї в ранній післяопераційний період.

Крововідтеча від червоподібного відростка здійснюється по однойменній вені *v. appendicularis* у систему *v. portae*. Це може зумовити поширення запального процесу (пілефлебіт) по останній аж до печінки (солітарні чи множинні абсцеси) при ускладнених формах гострого апендициту.

Головні лімфатичні колектори червоподібного відростка - апендикулярні та ілеоцекальні лімфовузли - зв'язані з лімфатичними системами багатьох інших органів (сліпої кишки, правої нирки і навколо ниркової клітковини, шлунка і дванадцятипалої кишки, жовчного міхура, внутрішніх статевих органів). Цей зв'язок може зумовити поширення патологічного процесу в обох напрямках.

У слизовій оболонці, іноді в поверхневому епітелії, розміщені аргентофільні клітини Кульчицького, які, на думку багатьох дослідників, продукують гормонативний активний інкрет, що бере участь у регуляції моторної діяльності самого відростка і взагалі кишечнику. Напевно тому багато осіб після апендектомії в подальшому схильні до закріпів.

Нерви червоподібного відростка мають у своєму складі волокна як симпатичні, так і парасимпатичні волокна та походять із сонячного, верхньобрижового і крижового сплетень. Як і в інших відділах кишечнику, вони утворюють два основних сплетення: м'язове (ауербаківське) і підслизове (мейснерівське). Та, на відміну від інших відділів кишечнику, кількість нервових елементів на одиницю поверхні відростка приблизно втричі більша. Це може зумовити особливість індивідуального суб'єктивного сприйняття окремими особами запального процесу у відростку: первинну локалізацію болю в епігастральній ділянці, особливість поширення болю, вираження і прояви диспепсичного синдрому тощо.

Хірургічна анатомія

Ілеоцекальний кут - кінцевий відділ клубової кишки, сліпа кишка з червоподібним відростком, початок висхідної кишки, проектується на черевну стінку правої здухвинної ділянки.

Черевна стінка здухвинної ділянки складається з таких шарів:

1. шкіра і підшкірна жирова клітковина із сіткою кровоносних судин та шкірних нервів.
2. поверхнева фасція яка, є продовженням поверхневої фасції живота, прикріплюється до гребеня клубової кістки і пупартової зв'язки, ділиться на два листки: поверхневий і глибокий. Останній - фасція Томпсона - достатньо виражений, міцний, іноді помилково може бути прийнятий за апоневроз зовнішнього косого м'яза.
3. власна фасція безпосередньо біля апоневрозу, тонка.
4. апоневроз зовнішнього косого м'яза живота.
5. м'язовий шар - внутрішній косий і поперечний м'язи живота, між якими, пронизуючи їх, проходять два головних нервових стовбури *nn. ilioinguinalis, ileohypogastricus*.
6. поперечна фасція живота.
7. передочеревинна клітковина.
8. парієтальна очеревина.

Кровопостачання цієї ділянки здійснюється за рахунок вказаних поверхневих і глибоких (*aa. epigastrica inf., circumflexa ilei profunda*) судин. Лімфовідтік відбувається в основному в пахові й, частково, підпахвові лімфатичні вузли поверхнево і в міжреберні, поперекові, клубові-глибоко.

Важливо, що у зв'язку з іннервацією черевної стінки у здухвинній ділянці за рахунок нижніх міжреберних, поперекових, клубово-підчеревного і клубово-підпахового нервів можлива поява напруження черевних м'язів не тільки як ознаки запального процесу в черевній порожнині, а і в результаті базального плевриту, нижньочасткової пневмонії.

Оскільки хід вказаних нервів навскісний (зверху вниз і ззовні всередину), то більш раціональні у цій ділянці косий косо поперечні лапаротомні доступи.

Сліпа кишка і червоподібний відросток у більшості випадків розміщуються у правій клубовій ямці. Але її положення разом з відростком, положення самого паростка значно варіабельні, що є підставою для розуміння особливостей клінічних проявів гострого апендициту і його ускладнень.

Найчастішими і найважливішими у практичному відношенні відхиленнями від нормального положення сліпої кишки є такі:

1. Високе, (печінкове) положення -2-11%.

2. Низьке, (тазове) положення -16-30%.

3. Рідкісні положення: лівобічне, посередині живота, в лівому підребер'ї, у милку кили тощо.

Червоподібний відросток, як правило, відходить від задньовнутрішнього сегменту купола сліпої кишки на 2-3 см донизу від ілеоцекального переходу в місці сходження трьох *teniae*. Розрізняють п'ять основних положень розміщення червоподібного відростка відносно сліпої кишки.

Топографічна близькість відростка до тонкої кишки й органів малого таза нерідко визначає те, що гострий апендицит симулює їх запалення (аднексит, цистит, ентерит). Таке положення зумовлює утворення відмежованих "бокових" інфільтратів (абсцесів) при деструктивному апендициті. Клінічне гострий апендицит при цьому положенні симулює ентерит, а при деструктивних формах створює приємні умови для виникнення розлитого перитоніту і міжпетлевих інфільтратів (абсцесів).

Задне (ретроцекальне, дорсальне) положення - 9-13%. При цьому відросток направлений доверху, інколи досягаючи правої нирки, навіть печінки, гострий апендицит може симулювати ниркову коліку, пієліт, паранефрит. Задне положення буває: внутріочеревинним, внутрістінкове (інтрамуральним) і позаочеревинним.

Етіологія і патогенез.

Жодна із загальновідомих у минулому теорій виникнення гострого апендициту - застою і закритих порожнин Делафуа, глистяної інвазії Рейндорфа, ангіоневротична Ріккера, інфекційна Ашофа, "мигдалика черевної порожнини" Г.А. Давидовського, функціональної залежності від баугінівої заслінки, пілоруса І.І. Трекова, фазового розвитку запального процесу ІД. Анікіна - не може пояснити виникнення і розвиток патологічного процесу в конкретному випадку гострого апендициту. На сьогоднішній день більшість хірургів вважають, що гострий апендицит - неспецифічне інфекційне запалення червоподібного відростка, що виникає на фоні зміненої загальної і місцевої реактивності організму в тих зонах відростка, в яких наявні дистрофічні зміни тканин. Останні, ж правило, є результатом порушення кровопостачання - ішемії - відповідних зон чи всього відростка у відповідь на нервово-регуляторні кортико-вісцерального, вісцеро- вісцерального або аутовісцерального походження спазми апендикулярної артерії чи її тромбозу.

Запальний процес у червоподібному відростку може розвиватись такими напрямками:

1. Запальний процес або не переходить у деструктивну (незворотну) стадію і регресує або без наслідків, або з трансформацією у вторинний хронічний апендицит.

2. Запальний процес прогресує з утворенням деструктивної (незворотній) стадії і розвитком ускладнень:

а. Апендикулярного інфільтрату різної локалізації, який може регресувати з трансформацією вторинний хронічний апендицит чи прогресувати з трансформацією в апендикулярний абсцес.

б. Апендикулярний абсцес або перфорує у вільну черевну порожнину (розлитий гнійний перитоніт) або перфорує в порожнину кишечника (самовилікування).

в. Перфорації відростка і виникнення розлитого гнійного перитоніту (чи відмежованого абсцесу).

г. Пілефлебиту (гнійного тромбофлебиту у ворітної вени), поодинокі або множинних абсцесів печінки, сепсису.

КЛАСИФІКАЦІЯ.

Клінічна класифікація (В.І. Колесов, 1959).

I. Гострий простий (поверхневий) апендицит:

- а) без загально-клінічних ознак і з вираженими, швидко зникаючими, місцевими проявами;
- б) з незначними загально-клінічними ознаками і вираженими, місцевими проявами захворювання.

II. Деструктивний апендицит (флегмонозний, гангренозний, перфоративний):

- а) з клінічною картиною захворювання середньої важкості й ознаками місцевого перитоніту,
- б) з важкою клінічною картиною й ознаками місцевого перитоніту.

III. Ускладнений апендицит:

- а) з апендикулярним інфільтратом;
- б) з апендикулярним гноєм (абсцесом);
- в) з розлитим перитонітом;
- г) з іншими ускладненнями (пілефлебітом, сепсисом).

Ця класифікація є базовою, багатьох диспутів набула у клінічній практиці коротшої, загальнозживаної форми;

I. Гострий простий апендицит.

II. Гострий деструктивний апендицит:

3 місцевим невідмежованим перитонітом.

2 Ускладнений:

- а) апендикулярним інфільтратом різної локалізації;
- б) апендикулярним абсцесом різної локалізації;
- в) розлитим гнійним перитонітом;
- г) пілефлебітом;
- д) абсцесами печінки;
- е) сепсисом.

Патанатомічна класифікація гострого апендициту (А.І. Абрикосов, 1957).

I, Катаральний (поверхневий) апендицит, первинний афект.

II. Флегмонозний апендицит

1. Простий флегмонозний апендицит.

2. Флегмонозно-виразковий апендицит.

3. Апостематозний апендицит:

- а) без перфорацій,
- б) з перфорацією.

III. Гангренозний апендицит (первинний, вторинний).

- а) без перфорації;
- б) з перфорацією.

При катаральному (простому) апендициті паросток гіперемійований з вираженим судинним малюнком, брижа не змінена. При пальпації він м'який або помірно напружений, у просвіті часто виявляють калові камінці. На розрізі в порожнині відростка наявні слиз, кал, калові конкременти, гострики тощо. Шари його стінки чітко диференціюються, слизова оболонка дещо набрякла, гіперемійована, з точковими крововиливами, підслизовий і м'язовий шари не змінені або дещо набрякли. Гістологічні зміни або відсутні, або мінімальні: венозний чи артеріальний стаз, повнокрів'я, набряк слизової чи підслизової, склероз і ліпоматоз підслизової та м'язової оболонок.

При флегмонозному деструктивному апендициті червоподібний відросток збільшений, потовщений, напружений, червоний, іноді багряний і навіть землистий. На потовщеній гіперемійованій сочистій вісцеральній очеревині є фібринні нашарування. Брижа відростка в більшості випадків набрякла, потовщена, гіперемійована, розпушена, рідко вона залишається без змін. У просвіті відростка наявна гнійна, іноді геморагічна, з каловим запахом рідина. Стінка відростка потовщена, шари майже не диференціюються, слизова оболонка набрякла, багряно-червона, з виразкуванням. Можливі чергування змінених і незмінених ділянок, перехід процесу на стінку сліпої кишки. Гістологічно визначають вогнищеву або дифузну лейкоцитарну інфільтрацію всіх шарів стінок з вогнищами некрозу. Нерідко спостерігають мезентеріоліт, періапендицит з лейкоцитарною інфільтрацією, набряком, тромбозом.

Морфологічно гангренозний (деструктивний) апендицит поділяють на первинний (1-6%), коли

процес починається з тромбування судин брижі, й вторинний (94- 99%), коли некроз є наслідком прогресування флегмонозного процесу. Він може бути вогнищевим, з перфорацією, сегментарним або тотальним. Стінка відростка в'яла, витончена, брудно-сірого кольору, легко руйнується. У просвіті відростка наявна брудно-сіра, з різким неприємним запахом рідина. Слизова оболонка не диференціюється, структура лейкоцитарна інфільтрація, вогнища гомогенних мас, тромбовані судини.

Перфоративний апендицит (ускладнення деструктивних форм) - порушена цілісність стінки в результаті гнійно- некротичного процесу. Перфоративний отвір майже не видимий (мікроперфорація), але буває і великих розмірів, через який можуть випадати у вільну черевну порожнину калові камінці. Морфологічна і гістологічна картини ідентичні до таких при деструктивних формах.

Клінічна симптоматика.

1. Біль у животі - найбільш часта і характерна ознака. Початок - гострий, інколи (при раптовій закупорці відростка) раптовий. Локалізація - права здухвинна ділянка в багатьох випадках - спочатку епігастральна ділянка, потім переміщується у праву здухвинну ділянку чи іншу, залежно від варіанту локалізації сліпої кишки і червоподібного відростка (епігастральна фаза) - симптом Волковича-Кохера. Біль постійний (рідше спочатку переймоподібний), прогресуючий за інтенсивністю.

Суб'єктивне зменшення інтенсивності попередньо інтенсивного болю може бути проявом деструкції відростка. Біль посилюється при глибокому диханні, кашлі, рухах у кульшовому суглобі, поперековому відділі хребта. Інтенсивність болю буває неадекватною ступеню деструкції відростка.

2. Диспепсичний синдром: нудота - часта, але не постійна, помірно виражена, передуює і супроводжує біль; блювота - теж не постійна, помірна, переважно одноразова, шлунковим вмістом; затримка газів, рідко затримка випорожнень; іноді при тазовому положенні відростка можливі, рідкі випорожнення, а при ретроцекальному і ретроперитонеальному положеннях - дизуричні ознаки; відчуття сухості в роті.

3. Загальні ознаки хвороби такі як зниження апетиту, підвищення температури тіла, загальна слабкість, нездужання помірно виражені.

Об'єктивні ознаки (виявлені при об'єктивному фізикальному обстеженні).

Загальні поділяються на загальні і місцеві обмеження рухів у правому кульшовому суглобі при ході (хворий "тягне" праву ногу), підтримує правою рукою здухвинну ділянку, в ліжку переважно лежить на правому боці з дещо зігнутою у кульшовому суглобі правою ногою: язик часто різного ступеня сухий і обкладений; температура тіла помірно підвищена (до 38° С), постійна; ректальна температура - підвищена більше ніж на один градус від температури тіла (симптом Ленандера); пульс - адекватна підвищенню температури тіла тахікардія.

Місцеві: обмеження дихальних рухів передньої черевної стінки у правій здухвинній ділянці й правій половині живота; гіперестезія шкіри у правій здухвинній ділянці; напруження м'язів передньої черевної стінки у правій здухвинній ділянці й правій половині живота при поверхневій пальпації, часто у поєднанні з підвищеною чутливістю і помірною болючістю; виражений локальний біль при глибокій пальпації у правій здухвинній ділянці, інколи з іррадіацією в параумбілікальну й епігастральну ділянки; ослаблені перистальтичні шуми при аускультативній живота.

Позитивні апендикулярні симптоми:

Ровзінга - поява або посилення болю у правій здухвинній ділянці в результаті поштовхоподібних подразнень передньої черевної стінки при перетиснути сигмоподібній кишці в лівій здухвинній ділянці. Причиною болю прийнято вважати різке переміщення товсто кишкового вмісту в напрямі до сліпої кишки і запаленого червоподібного відростка .

Образцова - посилення болю у правій здухвинній ділянці при пальпації під час піднімання випрямленої в колінному суглобі правої ноги.

Сітковського - виникнення або посилення болю у правій здухвинній ділянці при зміні положення хворого з лежачого на спині в лежаче на лівому боці.

Бартам'є-Міхельсона - посилення болю при глибокій пальпації у правій здухвинній ділянці в положенні хворого лежачи на лівому боці.

Позитивні симптоми подразнення очеревини у правій здухвинній ділянці:

Кашльовий (Черемського-Кушніренко) - поява чи посилення болю при кашлі.

Щоткіна- Блюмберга - посилення болю при різкому відніманні пальців після попереднього м'якого натискання на передню черевну стінку (біль різкої декомпресії).

Воскресенського ("сорочки") - поява різкого болю при швидкому проведенні долонею по передній черевній стінці від правої (чи лівої) реберної дуги до правої здухвинної ділянки по натягнутій сорочці хворого.

Роздольського - поява чи посилення болю при дозованому постукуванні по передній черевній стінці.

Подразнення парієтальної очеревини при гострому апендициті можна також виявити за допомогою симптому Кримова - біль при введенні пальця в зовнішнє кільце пахового каналу, Думбадзе - біль при введенні кінчика пальця в пупкове кільце, поява чи посилення болю при пальпації правого і заднього склепін'я піхви під час вагінального дослідження в жінок або передньої стінки прямої кишки під час пальцевого її дослідження в чоловіків.

Наявність, вираження і характер (локалізація) наведених суб'єктивних і об'єктивних клінічних ознак і симптомів залежать від клінічної форми гострого апендициту, варіантів положення червоподібного відростка в конкретного пацієнта й індивідуальних особливостей кожного хворого. Діагноз встановлюють на підставі сукупності характерних клінічних ознак.

Клінічна характеристика атипичних форм гострого апендициту

Ретроцекальний і ретроперитонеальний апендицити зустрічаються в 9- 21% випадків, характеризуються дещо меншою інтенсивністю болю у правій здухвинній ділянці, можливою іррадіацією болю в поперек, ділянку статевих органів, праву пахову і праве стегно. При об'єктивному обстеженні визначають порівняно меншу болючість, менш виражене напруження м'язів черевної стінки у правій здухвинній ділянці й, разом з тим, біль у поперековій ділянці, в зоні трикутника Петіта (симптом Яуре-Розанова), напруження м'язів і позитивні ознаки подразнення очеревини там же (симптом Габая). При заочеревинному розміщенні відростка можна спостерігати помірні дизуричні ознаки у хворого, позитивний симптом Пастерацького справа, а в сечі - визначити свіжі (менше) й вилужені (більше) еритроцити.

Тазовий апендицит найчастіше зустрічається в жінок. Залежності від розміщення червоподібного відростка відносно сечового міхура, прямої кишки, матки та її придатків можна спостерігати у хворого дизуричні ознаки, одноразові чи повторні рідкі випорожнення, тенезми, біль при пальпації над паховою зв'язкою і лобком, болючість та інфільтрацію при пальпації склепін'я піхви, пшики матки, передньої стінки прямої кишки під час проведення вагінального і пальцевого досліджень. Медіальний (мезоцеліакальний) апендицит - рідка форма, клінічна картина пояснюється раннім захопленням у запальний процес петель і брижі тонкої кишки та характеризується більшою інтенсивністю болю, ранньою появою парезу кишечника, важчим загальним станом хворого, поширенням болю і напруженням м'язів черевної стінки, ознаками подразнення очеревини в параумбілікальній ділянці.

Лівобічний апендицит зумовлений або надмірно рухомою і подовженою сліпою кишкою, або повним чи частковим оберненим положенням нутрошів і характеризується тими ж клінічними ознаками, що і при звичайній локалізації відростка, тільки зліва.

При всіх клінічних формах гострого апендициту виділяють фази клінічного перебігу:

Епігастральна - початкова, впродовж 2- 4 годин, больові відчуття локалізуються як правило, в епігастральній ділянці, часто асоціюються з більш вираженим диспептичним синдромом, виражена в більшості випадків, буває відсутньою.

Фаза локальних проявів - через 4-6 годин від початку захворювання, клінічна картина залежить від варіанту розміщення червоподібного відростка, найбільш виражена;

Фаза ускладнень - через 12- 48 годин від початку захворювання. Найбільш типовими і небезпечними прогностичне є такі ускладнення: апендикулярний перфоративний розлитий перитоніт (див. розділ "Перитоніт"), апендикулярний інфільтрат, апендикулярний абсцес, пілефлебіт, абсцеси печінки, сепсис.

Апендикулярний інфільтрат - наслідок гострого деструктивного апендициту; являє собою запальний конгломерат органів черевної порожнини (деструктивне змінений відросток, петлі тонкої кишки, сальник, стінка сліпої кишки, матка з придатками, стінка сечового міхура), злиплих між собою і з

парієтальною очеревиною. Інфільтрати зустрічаються в 0,3-1,5% хворих на гострі деструктивні апендицити, частіше в жінок. Вік хворих - понад 50-60 років. Клінічне апендикулярний інфільтрат виявляють на 3-4-5 добу від початку захворювання.

Суб'єктивними ознаками його є: перенесений напад гострого апендициту декілька днів тому з подальшим покращанням загального стану, помірний, незначний постійний біль у правій здухвинній ділянці, що може дещо посилюватись при рухах, і кашлі.

Об'єктивні ознаки: субфебрильна температура тіла (до 38,0-38,5 С); адекватна температура тіла; у правій здухвинній ділянці (чи в іншій, залежно від локалізації і положення червоподібного відростка в конкретного пацієнта на фоні різною мірою виражених напруження м'язів черевної стінки і запальних ознак подразнення очеревини пальпаторно визначають пухлиноподібний утвір неправильної форми з більш-менш чіткими контурами, не зовсім гладкою поверхнею, щільний, мало- або нерухомий, болючий, розміром від 3-4 до 10-12 см; такий самий пухлиноподібний утвір можна визначити при вагінальному чи ректальному дослідженні; помірний лейкоцитоз із незначним зсувом лейкоцитарної формули вліво і збільшенням ШОЕ.

Диференціальну діагностику апендикулярного інфільтрату інколи необхідно проводити з пухлинами сліпої кишки, туберкульозом чи актиномікозом, хворобою Крона.

Апендикулярний абсцес - гнійник черевної порожнини, що виникає як результат прогресування запального інфільтрату (на фоні чи без відповідного лікування). Ознаками абсцедування інфільтрату є:

посилення і поширення місцевого болю (суб'єктивно й об'єктивно); погіршення загального стану (підвищення температури тіла, нездужання, інтоксикація); гектична температура тіла при погодинному вимірюванні, іноді лихоманка; поява чи зростання ознак подразнення очеревини в зоні інфільтрату, можлива поява симптому флюктуації при пальпації інфільтрату через передню черевну стінку чи при вагінальному (ректальному) дослідженні; виражене зростання лейкоцитозу і зсуву лейкоцитарної формули вліво; ознаки абсцесу черевної порожнини при ультразвуковому обстеженні. Пілефлебіт - гнійне, запалення апендикулярної вени, що розповсюджується на систему ворітної вени аж до її внутрішньопечінкових розгалужень; можливі відрив інфікованих тромбів-емболів, міграція їх у печінку з утворенням солітарного чи множинних абсцесів. Це одне з найнебезпечніших ускладнень гострого апендициту з високою летальністю. Пілефлебіт зустрічається в 0,15-1,3,0% випадків, летальність досягає 50-80%.

Клінічні ознаки пілефлебіту це:

загальний стан важкий, обличчя бліде, суб- чи іктеричні склери, постійний помірний біль переважно в правій половині живота, правому підребер'ї, різка загальна слабкість; температура тіла 39-40 С, інтермітуюча, з вираженою лихоманкою, проливними потоми; пульс частий, слабкий; живіт помірно здутий, м'який, незначно болючий, ознаки подразнення очеревини негативні; збільшена, болюча при пальпації, позитивний симптом Ортнера, іноді збільшена селезінка; високий нейтрофільний лейкоцитоз (15-30000) з вираженим зсувом вліво, прогресуюча анемія, гіпербілірубінемія; у правій плевральній порожнині нерідко з'являється реактивний ексудат, що верифікується рентгенологічно чи УЗД; наявність ознак абсцесу печінки при УЗД.

Особливості перебігу гострого апендициту в дітей:

Гострий апендицит у дітей зустрічається рідко у зв'язку з тим, що апендикс до 7-річного віку має лійкоподібну форму і недорозвинутий лімфоїдний апарат, біль вираженої інтенсивності, постійний, нечітко локалізований, здебільшого поширюється по всьому животі; найбільш виражений і постійніший диспепсичний синдром: нудота, блювання, рідкі випорожнення; швидше з'являються ознаки загальної інтоксикації: підвищення температури тіла до 38-40 С, загальна слабкість, адинамія, дегідратація, лейкоцитоз до 12-16?10 зі зсувом формули вліво; швидко прогресує запальний деструктивний процес в апендиксі й поширюється по черевній порожнині (недорозвинутий великий чепець); диференціальну діагностику часто доводиться проводити з міокардитами, глистяною інвазією, гострим мезаденітом, гематогенним пневмококовим перитонітом, капіляротоксикозом.

В осіб похилого і старечого віку особливості перебігу гострого апендициту визначаються зниженою реактивністю організму і схильністю до швидких деструктивних змін у апендиксі.

Суб'єктивні (біль у животі, диспепсичний синдром) і об'єктивні (підвищення температури тіла, локальний біль, напруження м'язів черевної стінки, подразнення очеревини) ознаки гострого апендициту виражені помірно або слабо, тоді як запальний процес у апендиксі часто спостерігають у деструктивній стадії, тобто клінічна картина захворювання не відповідає патолого-анатомічним змінам в апендиксі.

Лейкоцитоз у периферичній крові менш виражений або навіть в межах норми при вираженому зсуві лейкоцитарної формули вліво.

У вагітних особливості перебігу гострого апендициту визначаються особливостями розвитку і можливими ускладненнями вагітності залежно від строків останньої (триместрів).

Перший триместр - перебіг гострого апендициту при неускладненій вагітності в більшості випадків типовий. Диференціювати доводиться з такими ускладненнями вагітності: ранній токсикоз вагітної, самовільний аборт, позаматкова вагітність. Верифікація діагнозу можлива на підставі аналізу результатів акушерського анамнезу, вагінального дослідження, пункції заднього склепіння піхви, ультразвукового дослідження органів таза.

Другий триместр - перебіг гострого апендициту, як правило, типовий.

Третій триместр - при неускладненій вагітності у "зв'язку з можливим зміщенням сліпої кишки з апендиксом, вагітною маткою вгору, розтягненням нею передньої черевної стінки, можливі диспозиція болю в животі при гострому апендициті, утруднення у визначенні напруження черевних м'язів, ознак подразнення очеревини. Найбільш достовірну інформацію можна отримати при пальпації пацієнтки в положенні лежачи на лівому боці. Диференціювати гострий апендицит доводиться з правобічним пієлітом вагітної, пізніми токсикозами, передчасними пологамі. Для верифікації діагнозу використовують ультразвукове дослідження нирок, сечовивідних шляхів, органів таза, катетеризацію сечоводу, дослідження сечі.

Для верифікації діагнозу "гострий апендицит" найчастіше у клінічній практиці використовують:

- загальний аналіз крові - найхарактернішою зміною вважають нейтрофільний лейкоцитоз з більш чи менш вираженим зсувом лейкоцитарної формули вліво (появою молодих форм нейтрофільних лейкоцитів);

- загальний аналіз сечі - нормальний при простому і з неспецифічними ознаками інтоксикації при деструктивному гострому апендициті.

Крім цього, для верифікації гострого апендициту в окремих випадках можна використовувати оглядову рентгенограму органів черевної порожнини, вимірювання контактної температури шкіри чи теплограму передньої черевної стінки, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, лапароцентез, лапароскопію.

Диференційний діагноз.

У більшості випадків діагностика гострого апендициту не становить особливих труднощів. Але, багатьох, зважаючи на велику захворюваність, неспецифічність більшості об'єктивних і суб'єктивних ознак цього захворювання і ту обставину, що часто первинний огляд хворого проводить лікар загального профілю, діагностичні помилки зустрічаються в середньому в 10-15% випадків.

Найчастіше гострий апендицит доводиться диференціювати із захворюваннями органів грудної клітки (базальна плевропневмонія, інфаркт міокарда, міжреберна невралгія), черевної порожнини (гострий гастрит, флегмона шлунка, загострення виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, проривна виразка, гострий холецистит, гострий панкреатит, гостра кишкова непрохідність, тромбоз мезентеріальних судин, гострий дивертикуліт, гострі захворювання внутрішніх жіночих статевих органів), заочеревинного простору (сечокам'яна хвороба, пієлонефрит, поперекове-крижовий радикуліт, розшаровуюча аневризма аорти), з інфекційними захворюваннями (харчова токсикоінфекція, гострий ентероколіт, епідемічний гепатит, оперізуючий лишай) та з іншими захворюваннями (цукровий діабет, капіляротоксикоз, свинцева коліка тощо).

Правобічна базальна плевропневмонія, базальний плеврит - при цій патології може визначатися рефлекторне напруження м'язів у верхніх відділах передньої черевної стінки, найчастіше необхідність диференціювати виникає при високому (печінковому) положенні апендикса. Діагноз базується на виявленні об'єктивних даних плевро-легеневої патології, рентгенологічних ознак при оглядовій рентгенографії органів грудної клітки.

Інфаркт міокарда, епігастральна форма • диференціювати доводиться при вираженій епігастральній фазі перебігу гострого апендициту, печінковому положенні відростка. Наявність гемодинамічних порушень, змін при аускультатії серця, змін на ЕКГ, при ехокардіоскопії дозволяють верифікувати діагноз.

Міжреберна невралгія праворуч іноді може провокувати біль у животі, напруження черевних м'язів, але для неї не характерний диспепсичний синдром. Паравертебральна блокада, ліквідуючи біль, дозволяє верифікувати діагноз.

Гострий гастрит, харчова токсикоінфекція - часто диференціювати частіше необхідно при вираженій клініці в епігастральній фазі гострого апендициту, рідше - при висхідному положенні відростка. Відрізняються від гострого апендициту постійною локалізацією процесу в епігастральній ділянці, домінуючим у клінічній картині диспепсичним синдромом (нудота, багаторазова блювота на фоні високої - понад більш 38 С на початку захворювання - температури тіла, лихоманки, нерідко пронос). Верифікація діагнозу можлива за допомогою епідеміологічних даних, бактеріологічного дослідження, гастроскопій.

Флегмона шлунка - рідкісне захворювання. Диференціація базується на наявності у хворого характерної для флегмони шлунка тріади ознак: інтенсивний різучий біль в епігастральній ділянці й верхній половині живота, повторна виснажлива блювота, висока температура тіла з лихоманкою в асоціації із швидким розвитком важкої інтоксикації і септичного стану. Верифікація можлива за допомогою гастроскопії і лапароскопії.

Загострення виразкової хвороби, передпроривна виразка шлунка, дванадцятипалої кишки, прикрита перфорація - утруднення при диференціації зустрічаються при вираженій клініці в епігастральній фазі гострого апендициту, висхідному положенні відростка, при подібній на симптом Волковича-Кохера первинній епігастральній локалізації болю з подальшою диспозицією його у праву здухвинну ділянку при прикритій перфорації виразки (у зв'язку з переміщенням агресивного дуоденального чи шлункового вмісту по правому боковому каналу до здухвинній ділянки).

Диференціація базується на наявності у хворого виразкового анамнезу. Верифікація діагнозу можлива на підставі результатів гастродуоденоскопії, визначення наявності вільних газу і рідини в черевній порожнині клінічне (зникнення печінкової тупості, притуплення перкуторного звуку над відлогами місцями черевної порожнини, нависання передньої стінки прямої кишки), рентгенологічно (серпоподібна смужка вільного газу під правим куполом діафрагми) чи при УЗД лапароцентезі (наявність шлункового чи дуоденального вмісту в черевній порожнині), лапароскопії.

Гострий холецистит - подібна клінічна картина можлива як при печінковому висхідному положенні червоподібного відростка, так і при низькому розміщенні жовчного міхура. Диференціація базується на наявності в пацієнтів жовчнокам'яної хвороби в анамнезі, й іррадіації болю в праву лопатку і праве надпліччя, жовтяниці. Верифікація діагнозу можлива на підставі результатів УЗД (розмір жовчного міхура, товщина стінки, характер вмісту, зміни печінки і жовчних проток).

Гострий панкреатит - подібна клінічна картина можлива при медіальному розміщенні червоподібного відростка, вираженій клініці в епігастральній фазі гострого апендициту. Верифікація діагнозу базується на результатах дослідження сечі й крові (гіперамілазурія, гіперамілаземія), ультразвукового дослідження, лапароцентезу.

Гостра кишкова непрохідність (странгуляційна, обтураційна, інвагінація) - нагадує клініку апендикулярної коліки, вираженого диспепсичного синдрому при гострому апендициті, апендикулярного інфільтрату.

Верифікація діагнозу можлива за допомогою оглядової рентгенограми органів черевної порожнини (наявність чаш Клойбера), ультразвукового дослідження, іригоскопії, іригографії, лапароскопії".

Гострий мезентеріальний тромбоз - верифікація можлива на підставі наявності мікро- (рідко макро-) ректорегії, результатів УЗД, лапароскопії, аортомезентерикографії.

Гострий дивертикуліт (Меккеля) - клініка майже ідентична, як при гострому апендициті. Діагноз верифікують під час оперативного втручання.

Гострі захворювання жіночих внутрішніх статевих органів (апоплексія яєчника, порушена позаматкова вагітність, перекручення кісти яєчника, гострі аднексити, ендометрити, пельвіоперитоніти) - клініка подібна при тазовому розміщенні червоподібного відростка.

Диференціація базується на аналізі акушерсько-гінекологічного анамнезу, результатах бімануального вагінального дослідження, пункції заднього склепіння піхви (кров, гній), ультразвукового дослідження внутрішніх статевих органів.

Захворювання сечовивідних шляхів (ниркова коліка, пієлонефрит) - клініка подібна при ретроцекальному, особливо ретроперитонеальному (парауретеральному), розміщенні червоподібного відростка. Диференціація базується на наявності в анамнезі сечокам'яної хвороби, мікро- чи макрогематурії, піурії, результатах хромоцистоскопії, УЗД сечовивідних шляхів, екскреторної урографії.

Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Консервативне лікування показане лише при апендикулярному інфільтраті, діагностованому до чи під час операції і включає: обмежений руховий режим;

повноцінну висококалорійну дієту з виключенням з раціону продуктів, багатих на клітковину; холод на праву здухвинну ділянку при наявних локальних ознаках подразнення очеревини (0,5-1,5 доби), при ліквідації останніх - тепло (грілка, УВЧ); комплексну, за загальноприйнятими принципами антибактеріальну терапію (краще парентеральну), спрямовану на товсто кишкову флору, паранефральні новокаїнові блокади з антибіотиками через день (3-5 на курс); дезінтоксикаційну інфузійну терапію (осмотерапія, стимуляція діурезу в перші дні); стимуляцію захисних сил організму.

При позитивному результаті такого лікування апендикулярний інфільтрат поступово розсмоктується (у середньому через 1-2 тижні), за цей період об'єм консервативного лікування адекватно зменшують. Після ліквідації клінічних ознак хворого виписують із стаціонару з рекомендацією через 2-4 місяці обов'язкового виконувати апендектомію у плановому порядку.

Хірургічне лікування. Усім хворим з діагностованим гострим апендицитом абсолютно показане оперативне лікування (окрім хворих з апендикулярним інфільтратом). Об'єм передопераційної підготовки, вид анестезії, характер операції, особливості післяопераційного періоду визначаються клінічною формою.

При гострому простому або деструктивному апендициті, ускладненому (чи ні) місцевим перитонітом: особливої передопераційної підготовки хворі не потребують, окрім спорожнення сечового міхура і звичайної премедикації (атропін, димедрол);

Знеболення. Метод вибору є внутрішньовенний наркоз, можлива місцева анестезія.

Об'єм операції. Апендектомія - видалення червоподібного відростка-

Доступ - частіше типовий косо перемінний у правій здухвинній ділянці за Мак-Бурнеєм-Волковичем-Дьяконовим (можна використовувати також вертикальний за Ленандером, поперечний за Шпренгелем) через точку Мак-Бурнея (точка на межі між зовнішньою і середньою третинами уявної лінії, що з'єднує правий передньо-верхній виріст крила клубової кістки і пупок) перпендикулярно до вказаної уявної лінії так, щоб одна третина розрізу була вище, а дві - нижче цієї лінії (в більшості випадків довжиною 8-10 см).

Існує два типових методи апендектомії: антеградний (використовують у більшості випадків при мобільному червоподібному відростку і куполі сліпої кишки: спочатку червоподібний відросток мобілізують шляхом одномоментної чи поетапної перев'язки брижі, потім його видаляють), і ретроградний (за стосовують тоді, коли червоподібний відросток фіксований злуками і не виводиться з черевної порожнини: спочатку пересікають і обробляють куксу його, погружають сліпу кишку у черевну порожнину, а потім видаляють червоподібний відросток.

Існують також різні способи обробки кукси червоподібного відростка: а) перитонізація кукси за допомогою кисетного і 2- подібного швів (використовують при незмінній стінці сліпої кишки); б) перитонізація кукси окремими вузловими серо-серозними швами (при обмеженому помірному запаленні стінки сліпої кишки біля основи відростка); в) лігатурний (при вираженій запальній інфільтрації стінки сліпої кишки в дітей до 3-х років) - відросток перев'язують капроною лігатурою, куксу не перитонізують, а в окремих випадках навіть виконують екстраперитонізацію купола сліпої кишки.

Операцію закінчують у більшості випадків пошаровим зашиванням операційної рани. При наявності місцевого перитоніту з великою кількістю серозного ексудату, гнійного ексудату з колібацилярним

запахом черевну порожнину, праву здухвинну ділянку і порожнину таза дренують хлорвініловими чи силіконовими трубками, які виводяться, як правило, через додаткові контрапертури.

I

Ускладнення під час операції: кровотеча із судин брижі, пошкодження (здебільшого десерозація) стінки сліпої кишки.

Принципи ведення післяопераційного періоду:

- а) активне, або раннє (на наступну добу після операції) - вставання з ліжка, активний руховий режим, дихальна гімнастика, лікувальна фізкультура;
- б) дієта - перші 1-2 доби пити воду, чай, кефір, після відновлення моторної функції кишечника - протерті овочеві супи, каші, пісний бульйон, картопляне пюре, сир із поступовим переходом до кінця тижня на загальну дієту;
- в) 2-4 доби приймати аналгетики (краще ненаркотичні);
- г) при необхідності 3- 5 діб адекватна парентеральна антибактеріальна терапія та 1-2 доби інфузійна дезинтоксикаційна терапія;
- д) контроль за загоєнням операційної рани, зняття шкірних швів на 4-6 добу.

Післяопераційні ускладнення:

- а) ранні - кровотеча в черевну порожнину (з кукси брижі відростка), кровотеча у просвіт товстої кишки (з кукси відростка), неспроможність кукси відростка з розвитком невідмежованого (розлитого) перитоніту, постапендикулярний запальний інфільтрат у правій здухвинній ділянці, нагноєння післяопераційної рани, рання злукова кишкова непрохідність, емболія легеневої артерії;
- б) пізні - злукова кишкова непрохідність, лігатурні, кишкові нориці, постапендикулярний запальний інфільтрат, післяопераційна вентральна кила.

При апендикулярному абсцесі показана операція розкриття абсцесу (пошарове розсікання черевної стінки в ділянці абсцесу і розкриття гнійника екстраперитонеально. Апендектомію не виконують. Анестезія - внутрішньовенний наркоз. Потім проводять місцеве лікування за загальноприйнятими принципами лікування гнійної рани і комплексне консервативне лікування так, як при апендикулярному інфільтраті (див. вище). Після загоєння рани хворого виписують із стаціонару з рекомендацією через 2-4 місяці обов'язково провести апендектомію у плановому порядку.

Гострий деструктивний проривний апендицит, розлитий перитоніт - життєво обов'язкове оперативне лікування за принципами лікування перитоніту (див. відповідний розділ).

Реабілітація:

4-6 діб хворого лікують стаціонарно, (при необхідності) в денному стаціонарі декілька діб, до 2-3 тижнів -амбулаторне лікування. На цей період рішенням ЛКК визначається тимчасова втрата працездатності. Особам, професія яких пов'язана з важкою фізичною працею, ЛКК визначається обмеження працездатності до 2-3 місяців.

Хронічний апендицит.

Зміни, що відбуваються в червоподібному відростку при цьому захворюванні, не є проявами хронічного запального процесу. Захворювання в абсолютній більшості випадків - результатом тих змін, що мали місце в період гострого запалення відростка. При хронічному апендициті під час морфологічного дослідження виявляють більш чи менш поширені склеротичні (фіброзні) зміни в різних шарах стінки відростка, зрощення його з оточуючими органами, що призводять до деформації й облітерації просвіту відростка, порушень моторно-евакуаторної функції.

Класифікація.

Розрізняють хронічний апендицит

1. Первинний - патологічні зміни у відростку розвиваються поступово без ознак гострого нападу
2. Вторинний.

- 1). резидуальний (залишковий) - патологічні зміни з'являються після нападу гострого апендициту, апендикулярного інфільтрату, апендикулярного абсцесу,
- 2). рецидивуючий - при ньому виникають повторні гострі напади. Клінічна симптоматика.

Суб'єктивні ознаки:

- перенесений у минулому гострий апендицит (не оперований), апендикулярний інфільтрат (абсцес);

- біль у правій здухвинній ділянці найрізноманітнішого характеру по початку, зв'язку із вживанням їжі, фізичною активністю хворого, періодиці, інтенсивності;
 - непостійні, помірні (чи незначні) ознаки порушення пасажу кишкового вмісту, моторики кишечника;
 відсутність ознак запального процесу.

Об'єктивні ознаки:- відсутність місцевих ознак запального процесу й ознак подразнення очеревини;
 - можливі (немає патогномонічних) позитивні апендикулярні симптоми (див. вище).

Диференційний діагноз.

У зв'язку з відсутністю патогномонічних клінічних ознак хронічного апендициту диференціальну діагностику проводять методом виключення: в пацієнта з болем у правій здухвинній ділянці за допомогою додаткових інструментальних методів дослідження необхідно виключити наявність виразкової, жовчнокам'яної, нирковокам'яної хвороби, хронічного панкреатиту, ентероколіту, захворювань жіночих статевих органів, органів заочеревинного простору тощо. Верифікацію хронічного апендициту проводять рентгенологічно - іригографія, апендикогографія. Ознаки - деформація, звуження просвіту, порушення моторно-евакуаторної функції. Лікування • планова апендектомія.

6. Матеріали методичного забезпечення заняття.

6.1. Завдання для самоперевірки вихідного рівня знань-вмінь.

6.2. Інформацію, необхідну для формування знань-вмінь можна знайти у підручниках:

- **основна**

2. Шпитальна хірургія / Під ред. Л.Я. Ковальчука. - Тернопіль: Укрмедкнига, 1999.360-370 с.

3. Шпитальна хірургія /вибрані лекції під редакцією С.О.Гешешліна. –Одеса, Одеський медуніверситет, 2000.

- **додаткова**

6.3.Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.

| №№ п.п. | Основні завдання | Вказівки | Відповіді |
|---------|--|----------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Вивчити визначення патології | | |
| 2. | Вивчити класифікацію гострого та хронічного апендициту. | | |
| 3. | Вчити клінічні симптоми цього захворювання. | | |
| 4. | Вивчити методи діагностики | | |
| 5. | Ознайомитися с лікарською тактикою в залежності від форми клінічного перебігу. | | |

7. Матеріали для самоконтролю якості підготовки.

А. Питання для самоконтролю

- 1.1. Що означає при гострому апендициті такий симптом, як зігнута в тазостегновому суглобі нога?
- 1.2. Коли початок гострого апендициту можна поплутати з гострим запаленням сечового міхура?
- 1.3. Які виникають утруднення в діагностиці гострого апендициту у вагітних? 3
якими захворюваннями вагітних можна його поплутати?
- 1.4. Що таке симптом Волковича? Зазначте механізм його виникнення?
- 1.5. Зазначте клінічну класифікацію гострого апендициту?
- 1.6. При якій локалізації сечових каменів виявляється найбільша подібність із клінікою гострого апендициту. (Камінь нирки? Лоханки? Сечовода?)
- 1.7. Як визначити інфільтрат у просторі Дугласа?
- 1.8. Що таке симптом Ситковського? При яких захворюваннях він може спостерігатися?
- 1.9. Чим відрізняється ретроцекальний апендицит від звичайної форми по локалізації болю і їхньої іррадіації?
- 1.10. Зазначте морфологічну класифікацію гострого апендициту?
- 1.11. Який симптом наводить до помилкового діагнозу гострого апендициту при перфоративній виразці шлунка і як його пояснити?
- 1.12. Що означає симптом Ровзинга, і при яких ще захворюваннях він може спостерігатися?
- 1.13. У чому полягає симптом гіперестезії при апендициті?
- 1.14. Як діагностується прорив апендикулярного абсцесу: у пряму кишку? сечовий міхур? сліпу кишку?
- 1.15. Які ознаки характеризують гострий перфоративний апендицит?
- 1.16. Що таке симптом Образцова-Іванова? Який його механізм?
- 1.17. Який симптом призводить до діагнозу гострого апендициту при правобічній пневмонії? Як його пояснити?
- 1.18. Чи можна дати діагностичний висновок про тією або іншій формі гострого апендициту за даними температури тіла?
 - 1.19. Які ознаки вказують на абсцедуванням апендикулярного інфільтрату?
- 1.20. Які Ви знаєте апендикулярні точки?
- 1.21. Куди частіше іррадирує біль при гострому апендициті?
- 1.22. Які загальні симптоми має гострий апендицит при ретроцекальному положенні червоподібного відростка з гострими захворюваннями нирки?
- 1.23. Чому утруднена діагностика гангренозного апендициту?
- 1.24. Яка цінність рентгенівського методу дослідження в діагностиці хронічного апендициту?
- 1.25. Чи можна виявити свіжі еритроцити в сечі при гострому апендициті?
- 1.26. Яка область живота залишається м'якою і безболісною при звичайному клінічному плинні простого апендициту?
- 1.27. Як диференціювати гострий апендицит і інвагінацію в сліпу кишку?
- 1.28. Як диференціювати хронічний апендицит і виразку шлунка, якщо біль локалізується в епігастральній області?
- 1.29. Який характер носять болю при хронічному апендициті і куди частіше усього вони іррадиують?
- 1.30. Які зміни пульсу спостерігаються при переході гострого простого в деструктивний апендицит? При ускладненому плинні -перитоніті?
- 1.31. чи може апендикулярний інфільтрат Ч протікати без лейкоцитозу?
- 1.32. При яких умовах може відсутня захисна напруга м'язів правої клубової області в хворих гострим апендицитом?
- 1.33. чи Може при гострому апендициті бути жовтизна шкірних покривів і склер?
- 1.34. Що таке симптом «сорочки», хто його запропонував і яке його диференційно - діагностичне значення?
- 1.35. Які відмінності гострого апендициту від правобічної позаматкової вагітності Вам відомі?

- 1.36. Які симптоми характерні для хронічного апендициту і каменю правого сечоводу? Як ці захворювання диференціювати?
- 1.37. Чи можливо сполучення хронічного апендициту і хронічного пиєліту? Як їх диференціювати?
- 1.38. Які загальні і які відмітні риси хронічного апендициту і хронічного мезентеріального лімфаденіту?
- 1.39. Які захворювання часто зустрічаються в чоловіків, що по своїх клінічних проявах подібні з гострим апендицитом?
- 1.40. Які захворювання часто зустрічаються в жінок, що по своїх клінічних проявах схожі на гострий апендицит?
- 1.41. Які Вам відомі симптоми гострого апендициту при положенні червоподібного відростка в малому тазу?

Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.

1. Що з нижче перерахованого може асоціюватися з клінікою гострого апендициту?
- А - гострий холецистит
 - В - камінь нирки
 - С - камінь балії
 - Д - камінь екстовезыкального відділу сечовода
 - Е - гострий пиєліт
2. В які строки варто виконувати апендектомію після перенесеного апендикулярного інфільтрату?
- А - через 10 днів
 - В - через 3 тижні
 - С - через 2 місяці
 - Д - через 3 місяці
 - Е - операція не показана
3. У клінічну класифікацію гострого апендициту входять усі форми, крім:
- А - гострий простий
 - В - гострий катаральний
 - С - гострий деструктивний
 - Д - гострий гангренозний
 - Е - гострий ускладнений
4. Зазначте середні терміни розсмоктування апендикулярного інфільтрату
- 1 - 1-2 міс.
 - 2 - до 3 міс.
 - 3 - до 6 міс.
 - 4 - 2-4 нед.
5. Для гострого простого апендициту характерні усі симптоми, крім:
- А - симптом Ровзинга
 - В - симптом Ситковського
 - С - симптом Бартам'є-Міхельсона
 - Д - симптом Воскресенського
 - Е - симптом Кохера
6. Яка ознака може привести до помилкового діагнозу гострого апендициту?
- А - висока температура, блідість шкірних покривів
 - В - високий лейкоцитоз
 - С - парез кишечника
 - Д - болі в животі
 - Е - напруга м'язів правої половини живота

6. У розвитку апендициту Ашоф виділяє 4 стадії. У які строки з моменту початка захворювання частіше усього розвивається гангренозний апендицит по цій схемі?

- А - у перші 6-12 години
- В - у 12-24 години
- С - у 24-48 години
- Д - більш 48 години
- Е - більш 72 години

7. Апендектомія при гострому апендициті протипоказана при:

- А - великому строку вагітності
- В - першого тижня вагітності
- С - при менструації
- Д - усі відповіді вірні
- Е - усі відповіді не вірні

8. Для гострого апендициту характерні:

9. Для гострого холециститу характерні:

- А - симптом Кохера
- В - симптом Воскресенського-/рубашки/
- С - симптом Ортнера
- Д - симптом Мерфі
- Е - симптом Щоткіна-Блюмберга

10. Тактика хірурга при апендикулярному інфільтраті?

11. Тактика хірурга при апендикулярному абсцесі?

- А - розкрити і дрениувати
- В - негайно виконати аппендэктомію
- С - спостерігати в динаміку
- Д - проводити антибактеріальну терапію
- Е - призначити фізіотерапію і препарати, що розсмоктують

12. При гострому апендициті використовуються доступи:

13. При апендикулярному абсцесі використовуються доступи:

- А - за Мак-Бурнеєм, Ліландером, серединно-нижня лапаротомія
- В - за Піроговим, Клермоном, трансректально, через заднє зведення піхви
- С - і ті, і другі
- Д - за Кохером, Пфаненштилем

14. Для скресання і дренивання апендикулярного абсцесу виконують:

- 1 - серединну лапаротомію
- 2 - використовують трансректальний, трансвагінальний доступ
- 3 - розріз за Піроговим
- 4 - розріз за Мак-Брунеєм

15. Що з перерахованого являється дуже небезпечним для хворого з гострим апендицитом?

- 1 - антибіотики
- 2 - кортикостероїди
- 3 - наркотики
- 4 - очисна клізма

16. При обмеженні червоподібного відростка або дивертикула Мекеля без ознак їхньої деструкції чи показана апендектомія або резекція дивертикула?

А - правильно
В - неправильно

17. Найбільше інформативний вид дослідження при підозрі на абсцес Дугласа

- А - ректороманоскопія
- В - лапароскопія
- С - ірригоскопія
- Д - УЗД
- Е - пальцьове дослідження прямої кишки, заднього склепіння піхви

18. Зазначте оптимальний доступ для дренивання гнійника, розташованого в зачеревному просторі:

- 1 - через передню черевну стінку
- 2 - за Мельниковим
- 3 - за Войно-Ясенецьким
- 4 - люмботомічний

19. Зазначте припустимий термін спостереження за хворий при сумніві в діагнозі гострого апендициту:

- 1 - до встановлення діагнозу
- 2 - до 24 годин
- 3 - до 12 годин
- 4 - до 6 годин

20. Зазначте оптимальний час виконання апендектомії в хворих, що перенесли апендикулярний інфільтрат:

- 1 - у момент діагностування апендикулярного інфільтрату
- 2 - через 6-6,5 місяців від початку захворювання
- 3 - можливо консервативне лікування
- 4 - через 1,5-3 місяця від початку захворювання

21. Зазначте середню тривалість тимчасової непрацездатності після апендектомії:

- 1 - по розсуді амбулаторного хірурга
- 2 - протягом одного місяця
- 3 - по стані хворого
- 4 - протягом 2-3 тижнів

22. Апендикулярний інфільтрат - це конгломерат, що складається з запального червоподібного відростка, петель прилягаючого кишечника і сальника

- А - правильно
- В - неправильно

23. При гострому апендициті використовуються тільки доступ Волковича-Дьяконова

- А - так
- В - ні

24. Доступ для скресання апендикулярного абсцесу

25. Доступ для скресання абсцесу Дугласова простору

26. Доступ для скресання піддіафрагмального абсцесу

27. Доступ для скресання підпечінкового абсцесу

- А - за Кохером
- В - за Мельниковим
- С - за Клермоном

Д - за Ленандером
Е - за Піроговим

28. Які з перерахованих симптомів характерні для абсцесу Дугласова простору?

- А - висока температура
- В - тенезми і дізуричні розлади
- С - і те, і друге
- Д - часта блювота

29. Симптом Валковича-Кохера

30. Симптом Промтова

- А - гострий панкреатит
- В - гострий апендицит
- С - кишкова непрохідність
- Д - ниркова колька
- Е - гострий аднексит

31. Доступ за Валковичем-Дьяконовим

32. Доступ за Пфаненштилем

- А - холецистектомія
- В - струмектомія
- С - резекція сигмовидної кишки
- Д - гістеректомія
- Е - апендектомія

33. Зазначте оптимальний засіб скресання абсцесу Дугласова простору

- 1 - вночеревний через передню черевну стінку
- 2 - через затуляючий отвір за Буяльским
- 3 - сакральним доступом
- 4 - через пряму кишку або піхву

В. Задачі для самоконтролю з відповідями.

Клінічні ситуаційні задачі.

У даному розділі приведені задачі по диференціальній діагностиці гострого апендициту, особливостям клінічного плину гострого апендициту в людей пристаркуватого віку і дітей, тактиці хірурга при різноманітних формах апендициту, при гострому апендициті в хворих із важкими супутніми захворюваннями, при гострому апендициті у вагітних жінок. Ряд задач присвячений особливостям оперативної техніки при ускладнених формах апендициту, ускладненням, що розвилися в післяопераційному періоді.

1.1.

У хворого 36 років ранком з'явилися ниючі болі в правій клубової області, що посилювалися до вечора і стали дуже інтенсивними. З'явилися часті позиви до сечовипускання, піднялася температура до 37,6(С, була однократна блювота. Раніш подібних болів хворий не відзначав. Мова обкладена білим нальотом, сухувата. Живіт у правій клубової області напружений, різко хворобливий. Симптом Щеткина-Блюмберга в правій клубової області різко позитивний. Позитивні симптоми Ровзинга, Ситковського. Симптом Пастернацького негативний. У сечі змін немає. Лейкоцитоз у крові 16 г/л.

Ваш припустимий діагноз?

Які дослідження в даному випадку необхідні для диференціальної діагностики?

1.2.

У дитини 5 років часто з'являються болі в животі, більше - у правій клубової області. Болі

досить сильні, іноді супроводжуються блювотою. Температура завжди нормальна. Дефекація і сечовипускання не порушені. Мова чистий, вологий. Живіт м'який, безболісний. На висоті приступу з'являється невеличка хворобливість при пальпації в правій клубової області. Симптомів подразнення очеревини немає. Лейкоцитів у крові 5,6 г/л. Еозинофілів 6%.

Яке захворювання необхідно диференціювати?

Які додаткові дослідження необхідно провести?

Що в дитини?

1.3.

У хворий 30 років раптово з'явилися сильні болі в правій клубової області, слабкість, запаморочення, короткочасна утрата свідомості. Хвора бліда, пульс 110 у хвилину. Температура нормальна. Мова чистий, вологий. Живіт бере участь у подиху, м'який при пальпації. У правій клубової області визначається хворобливість. Симптом Щеткина-Блумберга слабо позитивний. Лейкоцитоз крові 9,6 г/л.

Ваш діагноз?

Що слід уточнити з анамнезу?

Які додаткові дослідження допоможуть підтвердити Ваш припустимий діагноз?

Який повинна бути лікарська тактика?

1.4.

Хворий 18 років надійшов через добу від початку захворювання зі скаргами на болі насподі живота й у правій поперекової області. Нудоти і блювоти не було. Загальний стан хворого задовільне. Температура 37,8? 3, пульс 92 у хвилину. Звертає увагу змушене положення хворого на спині з зігнутих у тазостегновому суглобі і приведених до живота правим стегном. При спробі розігнути стегно хворий починає кричати від сильних хворій у поперекової області. Живіт м'який, хворобливий у правій клубової області тільки при дуже глибокій пальпації. Симптом Щеткина-Блумберга негативний. Визначається хворобливість при пальпації в трикутнику Пті і різко позитивний симптом Пастернацького справа. Симптом Ровзинга позитивний, симптом Ситковського негативний. Дізуричні явища відсутні. У сечі змін не виявлено. Лейкоцитів у крові 13,4 г/л.

Яке захворювання в хворого варто припустити?

Які симптоми в цьому випадку варто перевірити?

З якими захворюваннями припадати проводити диференціальний діагноз?

Який повинна бути хірургічна тактика?

1.5.

У хворого з чітко відмежованим апендикулярним інфільтратом, субфебрильної температурою й станом, що у процесі лікування значно покращався, на 5 добу після надходження і на 10 - у від початку захворювання, раптово з'явилися сильні болі в животі, температура стала підвищуватися, з'явилася спрага, тахікардія, мова став сухим, була однократна блювота. Живіт роздутий, різко хворобливий у усіх відділах, черевна стінка обмежена в рухливості при подиху, визначається розлітої симптом Щеткина-Блумберга. Лейкоцитоз зріс із 10 г/л до 17 г/л.

Яке ускладнення наступило в хворого?

1.6.

У хворого 22 років, що був оперований 15 часів тому з приводу гострого апендициту, з'явилася слабкість, запаморочення. Температура нормальна. Хворий блідий, пульс 100 у хвилину. Живіт м'який, безболісний в області операційної рани. У спастих місцях живота при перкусії визначається укорочення перкуторного звука, межа якого зміщається при повороті хворого на бік. Лейкоцитів у крові 10,8 г/л

Яке ускладнення Ви запідозрили в хворого?

Чим підтвердити Ваше припущення?

Що варто починати?

1.7.

У жінки з 35-тижневою вагітністю, що нормально протікає, з'явилися сильні болі в правій клубової області, блювота, температура 37,8(С. Язик сухої обкладений білим нальотом. Дно матки пальпується на два поперечних пальці вище пупка. У правій половині живота, більше в нижньому відділі, при пальпації визначається різка хворобливість, захисна напруга м'язів, позитивний симптом Щеткина-Блюмберга. Симптом Пастернацького негативний. Лейкоцитів у крові 15 г/л, у сечі сліди вивірки, 5-6 лейкоцитів у поле зору.

Ваш діагноз і тактика лікування?

1.8.

У хворий із 20-тижневою вагітністю, що нормально протікає, з'явилися постійні ниючі болі в правій клубової області, іноді - нудота. Стілець, сечовипускання в нормі. Температура нормальна. Мова чистий, вологий. При пальпації правої клубової області визначається локальна хворобливість. Напруги м'язів немає. Виявлено позитивний симптом Ситковського. Хвора відзначає, що і до вагітності протягом 2 років у неї періодично з'являлися подібні болі. Огляд гінеколога не виявив патології з боку статевих органів.

Який Ваш діагноз?

Яка повинна бути лікарська тактика?

1.9.

Чоловік 26 років на 4 доба захворювання надійшла в хірургічний стаціонар. Зібраний анамнез і клінічна картина в момент огляду не викликають сумнівів у тому, що в хворого гострий апендицит. Проте в правій клубової області визначається щільне, нерухоме утворення розміром 10x11 см, що прилягає до гребеня клубової кістки, хворобливе при пальпації. Загальний стан хворого цілком задовільне. Перитонеальні симптоми відсутні.

Який діагноз Ви поставте?

Як будите гоїти хворого?

1.10.

Хворий 28 років доставлений у стаціонар із болями в правій клубової області через 10 часів від початку захворювання. Скаржиться на нудоту, була однократна блювота. Мова сухої, пульс 96 у хвилину. При пальпації м'язи правої половини живота напружені, виражена хворобливість у правій клубової ямці. Температура 37,8(С. лейкоцитоз-13г/л. Хворий узятий в операційну з діагнозом гострий деструктивний апендицит. При скресанні черевної порожнини косо поперечним доступом виділилася незначна кількість газу і виявлений грузлий ексудат із пластівчастою домішкою в невеличкій кількості і кислому запаху. Судини відростка інъціровані. Інших змін в відростку не виявлено.

Що в хворого?

Яка допущена помилка в діагностиці?

Що варто почати в цій ситуації?

1.11.

У хворого, що був оперований із приводу гострого флегмонозного апендициту 7 днів тому, підвищилася температура. Вона носить гектичний характер. Хворий в області рани немає. Скаржиться на хворобливість наприкінці акта сечовипускання, часті позиви до дефекації. Мова сухувата. Пульс 100 у хвилину. Живіт бере участь в акті подихи, м'який при пальпації, хворобливий у нижніх відділах. Симптомів подразнення очеревини немає. Лейкоцитоз крові 17 г/л. У області рани запальних явищ немає. У легких при аускультации і рентгенологічному дослідженні патології не виявлено.

Про яке ускладнення варто думати?

Які варто провести дослідження для уточнення діагнозу?
Яка тактика лікування ускладнення, що наступило?

1.12.

У хворого 61 року на другу добу після апендектомії з приводу гострого флегмонозного апендициту різко погіршився загальний стан. Виник приголомшливий озноб, температура піднялася до 39,6 (С, з'явилися болі в правому підребер'ї. При пальпації стала визначатися збільшена і хвороблива печінка. Живіт м'який, помірковано хворобливий у правій половині. У наступні два дні приголомшливі озноби повторювалися, температура прийняла гектичний характер. З'явилося жовте фарбування склер. Лейкоцитоз 20 г/л, із різким зсувом формули вліво, СЗЕ-43 мм\час. Рентгенологічних змін у грудній і черевній порожнинах не виявлено. Симптом Крюкова негативний.

Яке ускладнення розвилось в хворого?
Що варто почати?

1.13.

Моряк 36 років доставлений у хірургічну клініку з корабля дальнього плавання. Дев'ять днів тому був оперований судновим лікарем із приводу гострого деструктивного апендициту. Післяопераційний період протікав благополучно, але протягом п'ятьох днів утримувалася стійка гіпотонія при помірковано прискороному пульсі. На четвертий день з'явилася жовтизна шкірних покривів і склер, що повільно наростала і набула інтенсивного лимонно-жовтого відтінку.

Лікар консультувався по рації і проводив лікування вірусного гепатиту /гемодез, поліглюкін, інфузійна терапія з вітамінами групи В та аскорбіновою кислотою/. Під час огляду у відділенні стан хворого задовільний, артеріальне тиск стабільне в межах 100/70мм Hg, пульс 86 у хвилину. Шкірні покриви інтенсивно пофарбовані, із лимонно-жовтим відтінком, сеча темна. Живіт випnutий і розпластаний, при пальпації м'який і безболісний, виражений симптом «зиблення»; при перкусії в спадиєтих місцях притуплення, що зміщається при зміні положення хворого.

Що відбулося з хворим після операції?

Який Ваш припустимий діагноз?

Яка помилка допущена судновим лікарем і чому діагноз хвороби Боткіна впливало виключити?

Якими діагностичними заходами варто скористатися?

Що робити?

1.14.

Хворий 32 років звернувся зі скаргами на болі в правій клубової області, що з'явилися тиждень тому. Спочатку виник сильний біль у епігастральній області, була однократна блювота, температура 37,6(С. Потім болі локалізувалися в правій клубової області і значно зменшилися, але не зникнули зовсім. Був нормальний стілець. При огляді: мова вологий, температура нормальна, відзначається невеличка хворобливість при пальпації в правій клубової області, напруги м'язів передньої черевної стінки немає. Позитивні симптоми Ситковского і Ровзинга. Симптом Щеткина-Блюмберга негативний. Ніяких утворень у черевній порожнині не визначається. Лейкоцитів у крові 8 г/л. Аналіз сечі без особливостей.

Що в хворого?

Тактика лікування?

1.15.

Хворий 70 років із скаргами на несильну, але стійкий біль у правій клубової області, що з'явилися доба тому. Диспептичних розладів немає. Температура нормальна. Раніше ніколи подібних болів хворий не відзначав. Нічим не хворів. При огляді: мова сухувата, пульс 80 у хвилину. Живіт бере участь в акті подихи, м'який. У правій клубової області локальна

хворобливість. Симптоми Ровзинга і Ситковського не виявляються. Симптом Щеткина-Блюмберга негативний. Лейкоцитів у крові 6,1 г/л. У сечі змін немає.

Ваш діагноз і тактика лікування?

1.16.

У хворий із 20-тижневою вагітністю, що нормально протікає, з'явилися постійні ниючі болі в правій клубової області. Періодично виникає нудота. Фізіологічні відправлення кишечника і сечовипускання в нормі. Температура нормальна. Мова чистий, вологий. При пальпації живота в правій клубової області відзначає локальну хворобливість. Напруги м'язів немає. Визначається позитивний симптом Ситковського. Хвора вказує, що до вагітності протягом 2 років у неї періодично з'являлися подібні короткочасні болі. Огляд гінеколога не виявив ніяких змін із боку статевих органів.

Який Ваш діагноз і оптимальна тактика лікування?

1.17.

У хворого 45 років, що страждає комбінованим митральним пороком серця з вираженим порушенням кровообігу, що знаходиться в стані тяжкої декомпенсації, 2 години тому з'явилися помірні болі в правій клубової області. Підвищилася температура до 37,8 °С, була однократна блювота. Протягом останніх двох років у нього були двічі подібні приступи, що самотійно і швидко проходили. При огляді мова вологий, пульс 90 у хвилину, миготлива аритмія, дефіцит - 40 ударів. Живіт бере участь в акті подиху, м'який. Край печінки пальпується на 8 см нижче підребер'я, злегка хворобливий. У правій клубової області хворобливість при пальпації і ригідність м'язів передньої черевної стінки. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо позитивний. Лейкоцитів у крові 9,2 г/л. У сечі змін немає.

Ваш діагноз і тактика лікування?

1.18.

Хворий 36 років звернувся зі скаргами на різкі болі, що з'явилися раптово, у правій половині живота, що іррадиують у пах і в праву поперекову область. Занедужав 2 години тому. Раніше подібних болів ніколи не було. Болі супроводжувалися однократною блювотою. Хворий не спойійний, метасться, приймає колінно-ліктьове положення. Температура 37,5 С. Пульс 100 у хвилину. Мова вологий, обкладена білим нальотом. При пальпації живота визначається напруга в правій половині і різкій хворобливості. Живіт не бере участь у подиху. Симптом Щеткина - Блюмберга негативний. Симптом Пастернацького справа різко позитивний. Лейкоцитів у крові 14 г/л. У сечі: сліди вивіррки, відносна щільність 1018, свіжих еритроцитів 8-10 у поле зору, вилужених еритроцитів 1-2 у поле зору, лейкоцитів 10-12 у поле зору, клітин плоского епітелію велика кількість.

Ваш діагноз і тактика лікування?

1.19.

Хвора 56 років звернулася зі скаргами на сильні болі в правій половині живота, що іррадиують у праве плече, лопатку і поперекову область. Була однократна блювота. Занедужала 10 години тому. Болі поступово наростали. Піднялася температура до 38 С. Пульс 92 у хвилину. Фізіологічні відправлення кишечника напередодні були нормальними. Сечовипускання не порушене. У минулому подібних хворій не було. При огляді мова сухої, обкладена білим нальотом. Шкіра чиста. Хвора при подиху щадить живіт у правій половині. При пальпації визначається хворобливість і напруга м'язів у правій клубової області й у правому підребер'ї. Жовчний міхур не пальпується. Симптоми Щеткина-Блюмберга в правій половині живота і симптом Ровзинга різко позитивні. Френікус-симптом і симптом Грекова-Ортнера негативні. Лейкоцитів у крові 14,0 г/л.

Ваш діагноз і тактика лікування?

1.20.

Дівчина 18 років надійшла в приймальне відділення зі скаргами на болі в правій клубової області. Болі почалися раптово 2 години тому, поширилися по всьому животі, ирадували в хрестець і задній прохід. Потім вони локалізувалися в правій клубової області. Хвора відзначала запаморочення, слабкість, нудоту. Остання менструація в неї закінчилася 12 днів тому і була в термін.

При огляді відзначена блідість шкірних покривів. Температура нормальна. Пульс 100 у хвилину. Мова чистий, вологий. Живіт м'який, у правій клубової області невеличка напруга м'язів. Аналіз сечі без особливостей. Лейкоцитів у крові 10 г/л, еритроцитів - 3,1т/л. Гемоглобін 100 г/л.

Ваш діагноз і тактика лікування?

1.21.

Хворий 40 років протягом декількох днів відчуває загальне нездужання, млявість, слабкість, відсутність апетиту, відзначає головні біль, затримку стільця. Доба тому з'явилися незначні болі в правій клубової області, температура підвищилася до 38 С. При надходженні хворий апатична, сонлив. Губи сухі. Мова покрита малиновим нальотом. Температура 38,5 С, пульс 88 у хвилину. Живіт роздутий, при пальпації визначається помірна хворобливість у правій клубової області. Селезінка декілька збільшена, хвороблива. Симптом Ровзинга позитивний. Ознак подразнення очеревини немає. Лейкоцитів у крові 4,2 г/л.

Яке захворювання можна запідозрити?

Що варто почати для уточнення діагнозу?

1.22.

У хворий 32 років під час операцій, початої з приводу гострого апендициту, ніяких макроскопічних змін в відростку не виявлено. При ревізії черевній порожнині виявлена велика кількість збільшених від 0,5 до 3 см лімфатичних вузлів у брижі тонкої кишки.

Яке захворювання в хворий?

Чи існують відмітні ознаки цього захворювання?

Як варто надійти під час операції?

1.23.

У хворий 50 років, що надійшла в хірургічне відділення на 4-е добу від початку захворювання, діагноз гострого апендициту не викликає сумніву. Чітких даних про інфільтрат ні при пальпації, ні при піхвовому і ректальному дослідженнях не отримано. Хвору вирішено оперувати. Розкрито черевну порожнину і виявлений апендикулярний інфільтрат.

Які Ваші дії?

Подальше лікування хворий?

1.24.

У хворий із чітко відмежованим апендикулярним інфільтратом, уже температурою, що нормалізувалася, і лейкоцитозом, що знизився, на 4-є добу після надходження і на 8-е добу від початку захворювання з'явилися болі насподі живота. Температура прийняла гектичний характер із розмахами до півтора градусів. При огляді: мова вологий, пульс 92 у хвилину, живіт м'який, безболісний, за винятком правої клубової області, де визначається різка хворобливість і позитивний симптом Щеткина - Блюмберга. При пальцевому ректальному дослідженні нависання передньої стінки прямої кишки немає.

Яке ускладнення наступило в хворий?

Що варто почати для лікування?

Якщо хвору варто оперувати, те який доступ буде раціональним?

1.25.

У хворого 18 років з'явилися гострі болі в правій клубової області, температура підвищилася до 38 С, була блювота. Болі періодично посилювалися. При огляді: пульс 96 у хвилину, мова сухувата, живіт при пальпації хворобливий у правій клубової області. Там же визначається захисна напруга м'язів і позитивний симптом Щеткина-Блюмберга. Симптом Ровзинга позитивний, симптом Ситковського - негативний. Лейкоцитів у крові 12 г/л. С діагнозом гострого апендициту хворий узятий на операційний стіл. При скресанні черевній порожнині виявлені значні зміни в термінальному відділі клубової кишки. Вона багряного цвіту, покрита фібринозними накладеннями. Стінка кишки стовщена, отечна. На брижі - ділянки субсерозних крововиливів. Визначаються збільшені лімфатичні вузли. Червоподібний паросток стовщений і гіперемован.

Яке захворювання в хворого?

Що варто зробити під час операції?

Яке лікування рекомендується після операції?

1.26.

Ви оперуєте жінку 62 років із підозрою на гострий апендицит. При скресанні черевній порожнині виявляється пухлиноподібне утворення сліпої кишки 10X12 см, горбисте, щільне. Сліпа кишка не обмежена в рухливості, але просвіток її значно звужений. Регионарні лімфатичні вузли не збільшені. Червоподібний паросток не змінений.

Які будуть ваші дії?

1.27.

У хворого 18 років 8 години тому з'явилися болі в правій клубової області, помірної інтенсивності, що поступово наростали. Температура 37,8 С. Була однократна блювота. Стільця не було. Сечовипускання не порушене. Мова сухувата. Живіт бере участь в акті подихи. У правій клубової області різка хворобливість і напруга м'язів. Там же визначається позитивний симптом Щеткина - Блюмберга. Лейкоцитів у крові 17,2 г/л. С діагнозом гострого апендициту хворий узятий на операцію. При ревізії червоподібний відросток і сліпа кишка виявилися незміненими. У черевній порожнині каламутний ексудат.

Про яке захворювання впливає в таких випадках пригадати в першу чергу?

Що варто зробити, щоб його розпізнати під час операції?

1.28.

Під час операції з приводу гострого апендициту з'ясувалося, що паросток замуrowаний у спайках. Верхівка його звернена в малий таз і фіксована. Вивести паросток і сліпу кишку в рану не вдасться. З працею удалося вивести в рану лише частина сліпої кишки з підставою відростка.

Який прийом оперативної техніки можна застосувати (його назва і сутність)?

1.29.

У хворого з типовою клінічною картиною гострого апендициту під час операції під місцевою анестезією розтином Валковича-Дьяконова знайти паросток не вдалося.

Що варто почати в такому випадку?

1.30.

Хворий оперований із приводу гострого апендициту на 3-й день від початку захворювання. По ходу операції виявлені флегмонозно змінений паросток і обмежений серозний перитоніт. Підстава відростка інфільтрована. При зануренні кукси в кісетний шов були значні труднощі. Кукса додатково прикрита серо-серозними швами і сальником.

Як варто закінчити операцію?

Який ще існує засіб оперування при інфільтрованому і фіксованому відростку?

1.31.

Під час операції в хворого з гострим флегмонозним апендицитом, унаслідок технічних труднощів, апендектомія провадилася ретроградно. Червоподібний паросток при виділенні розірвався, і верхівка його залишилася в черевній порожнині.

Що необхідно почати в цьому випадку хірургу, і в якій послідовності?

1.32.

У хворого наприкінці операції, зробленої з приводу гострого апендициту, при контролі старанності гемостазу була виявлена помірна кровотеча. Повторний, самий ретельний огляд кукси брижі, сліпий кишки і сусідніх органів не призвів до виявлення джерела кровотечі.

Що варто почати в ситуації, що створилася?

1.33.

Хворий 50 років із надмірно розвитою підшкірною жировою клітковиною оперований із приводу гострого флегмонозного апендициту. Операція через технічні труднощі протікала досить тривалий час.

Чи впливає в цьому випадку тампонування рани?

Якщо впливає, то як і на який термін?

Які існують засоби профілактики нагноєння операційної рани?

1.34.

У хворого, оперованого з приводу гострого флегмонозного апендициту 7 днів тому, піднялася температура. Вона носить гектичний характер. Хворий в області операційної рани хворий не відчуває. Скаржиться на хворобливість наприкінці акта сечовипускання, часті позиви на дефекацію. Мова сухувата. Пульс 110 у хвилину. Живіт бере участь в акті подиху, м'який при пальпації, хворобливий у нижніх відділах. Симптомів подразнення очеревини немає. Лейкоцитів у крові 18 г/л. У області рани запальної реакції немає. У легких при аускультации і рентгенологічному дослідженні патології не виявлено.

Про яке ускладнення можна думати?

Які варто застосувати дослідження для уточнення діагнозу?

Яка тактика в лікуванні такого ускладнення?

1.35.

У хворого, оперованого 5 днів тому з приводу гострого флегмонозного апендициту, з'явилися болі в правому підребер'ї, що посилюються на вдиху. Підвищилася температура до 38,7 С. Пульс прискорений. Мова вологий. Живіт м'який при пальпації, але в правому підребер'ї злегка хворобливий. Печінка виступає з-під реберної дуги на 6 см. Симптом Грекова - Ортнера позитивний. У легких везикулярний подих. При рентгенологічному дослідженні змін легеневої паренхіми не виявлено. У плевральному синусі справа є невеличка кількість випоту. Правий купол діафрагми обмежений у рухливості. Лейкоцитів у крові 16 г/л.

Про яке ускладнення ви подумали?

Яке дослідження може допомогти уточнити діагноз?

Ваша тактика при лікуванні цього хворого?

1.36.

Хворий 42 років оперований із приводу гострого гангренозного апендициту місяць тому. Післяопераційний період ускладнився нагноєнням операційної рани, що повільно гоїлася. Загальний стан хворого поліпшився, температура нормалізувалася, залишалася невеличка поверхнева шкірна рана. У хворого раптово з'явилися сильні болі насподі живота й у лівому стегні. Піднялася температура до 39,6° С приголомшливі озноби. До вечора в хворого став

замітний і швидко наростав набряк усієї лівої нижньої кінцівки. Шкіра набула рожево-синюшного відтінку. Пульсація артерій кінцівки визначається чітко. Пальпація стегна хвороблива, прямування в кінцівку утруднені через хворий. Живіт залишався м'яким. Симптомів подразнення очеревини немає. Визначалася локальна хворобливість у клубовій області зліва.

Яке наступило ускладнення?

У чому повинне полягати лікування хворого?

Еталони відповідей на клінічні ситуації.

1.1.

У хворого типова клінічна картина гострого деструктивного апендициту. Дізуричні явища обумовлені тазовим розташуванням відростка. Для диференціальної діагностики при обстеженні хворого варто виконати пальцьове дослідження прямої кишки, при якому можна виявити нависання передньої стінки і позитивний симптом Куленкамфа.

1.2.

Варто диференціювати між хронічним апендицитом, що рецидивує, і глистяної інвазією. Варто з'ясувати в матері, чи не було випадків отходження глистів. Варто перевірити наявність симптомів, що характерні для апендициту, і досліджувати кал / щодня трьохкратно / на утримання яєць глистів.

1.3.

У хворий класична клінічна картина геморагічного синдрому, що обумовлений внутрішньочеревною кровотечею. Його причина може бути пов'язана з позаматковою вагітністю, що перервалася, або розірванням яєчника. Варто швидко уточнити стан менструального циклу, провести піхвове /бімануальне/ дослідження, визначити наявність крові в черевній порожнині /пункція заднього склепіння, лапароцентез - « катетер, що шарить»/виміряти артеріальний тиск, досліджувати утримання гемоглобіну й еритроцитів.

Хвору варто оперувати без зволікання. Під час операції, можливо, буде потрібно переливання крові /визначити обсяг крововтрати/. Варто пам'ятати про можливість виконання реінфузії.

1.4.

Описана клінічна картина характерна для гострого запалення червоподібного відростка при ретроцекальному /ретроперитонеальному / його положенні. Для підтвердження цього припущення варто перевірити симптоми Образцова-Іванова /не плутати із симптомом Образцова-Солового/ і Коупа. Перший рахується позитивним, якщо при приведенні правого стегна з випрямленою кінцівкою в колінному суглобі виникає різкий біль і хворий кінцівку опускає. Симптом Коупа визначається в положенні хворого на лівому боці. При відведенні випрямленої правої ноги з'являється різкий біль у поперекової області. Диференціальний діагноз варто проводити з правобічним переднім гнійним паранефритом, що починається менше бурхливо, і гострим гнійним піелонефритом, що розвивається бурхливо з температурою 39-40° С, супроводжується ознобами, дізуричними явищами, патологічними змінами сечі. Іноді паросток можна візуалізувати ультра звуковим дослідженням. Показано оперативне лікування.

1.5.

У хворого наступив прорив періапендикулярного абсцесу у вільну черевну порожнину. Розвився розлита перитоніт. Необхідно термінове оперативне втручання. Доступ нижньосереднім лапаротомним розтинном. Часто червоподібний паросток видалити не вдасться, і при утрудненнях не варто намагатися це робити. Черевну порожнину старанно санують, вводять антибіотики й адекватно дрениують, і підготовляють її до проведення перитонеального лаважу. До інфільтрату або до культі відростка, якщо він без утруднень був видален, підводять мікро іригатора, дренаж, іноді - і тампон. У післяопераційному періоді проводиться активне лікування перитоніту.

1.6.

У хворого прояву геморагічного синдрому. Для підтвердження діагнозу варто визначити утримання гемоглобіну й еритроцитів /варто пам'ятати, що вони показові тільки при масивній кровотечі/, виміряти артеріальний тиск. Зазначені показники при повільній крововтраті довго утримуються на нормальних цифрах. У таких випадках підтвердженням кровотечі може явитися лапароцентез /лапароскопія/. При підтвердженні /або навіть підозрі/ діагнозу внутрішньочеревної кровотечі необхідна термінова релапаратомія з перев'язкою судини, що кровоточать, /звичайно - судини брижі відростка, що кровоточать при зсковзуванні лігатури, що може бути обумовлено похибкою техніки: набряком брижі, яка була перев'язана, але не прошита /. Рідку кров і згустки необхідно видалити. Реінфузія протипоказана.

1.7.

У хворий гострий апендицит. Показано термінова аппендэктомія в будь-які терміни вагітності. При тому у першій половині вагітності можна оперувати з розтину по Волковичу-Дьяконову або Ленандеру. Якщо ж у хворий друга половина вагітності, краще використовувати полу поперечний розтин, що виконується по шкірній складці вище передній верхньої ості клубової кістки на 3-4 см. На 38-40-й тижні варто використовувати поперечний розтин на 4-5 см нижче правого підребер'я, що спрямований медіально і декілька доверху. Положення хворий на операційному столі переважно з невеличким поворотом на лівий бік. У післяопераційному періоді з метою зниження збуджуваності мускулатури вагітної матки варто призначити препарати, що їх знижують /1 мл 0,5% розчину прогестерону на ніч, барбітурати, вітамінний комплекс і ін./ Таке лікування проводиться протягом 4-5 днів. Велике значення для попередження викідишу має психопрофілактичне підготування хворої перед операцією.

1.8.

У жінки хронічний апендицит, що рецидивує. Хвора підлягає оперативному лікуванню в плановому порядку. Треба ринутися зробити аппендэктомію в першу половину вагітності, але не в перші 8-12 тижнів.

1.9.

У хворого гострий апендицит ускладнився аппендикулярним інфільтратом. Хворий повинний бути госпіталізований у хірургічне відділення. Хірургічна тактика - консервативне лікування. Операцію аппендэктомію варто виконати в плановому порядку не раніше 8-12 тижнів після розсмоктування інфільтрату. У випадку абсцедування показане скресання абсцесу вночі доступом.

1.10.

У хворого при лапаротомії виявлені місцеві ознаки перфоративної виразки. Хворий перед операцією не був достатньо обстежений /анамнез, перкусія, аускультация і рентгеноскопія живота/. Оглядова рентгеноскопія живота на передопераційнім етапі діагностики повинна виконуватися усім хворим із гострими захворюваннями органів черевної порожнини.

У дійсній ситуації операційну рану правої клубової області варто вшити і виконати середино-верхню лапаротомію і визначити наступний обсяг операції з приводу ускладненої виразкової хвороби.

1.11.

У хворого розвилось раннє ускладнення після аппендектомії - сформувалось тазовий абсцес /обмежений перитоніт/. Варто провести пальцьове дослідження прямої кишки для виявлення скупчення ексудату в міхурово-ректальній складці, провести ехотомоскопічне дослідження.

Якщо скупчення /випинання передньої стінки прямої кишки/ має ознака флуктуації, то гнійник варто розкрити і дреноувати через передню стінку прямої кишки. Якщо гнійник «не дозрів» /пальпується щільний інфільтрат із нечіткою флуктуацією/, то протягом декількох днів проводиться консервативне лікування - теплі масляні клизми, після чого проводять хірургічну маніпуляцію під загальним

знеболюванням.

1.12.

У хворого розвився пілефлебіт. Лікування повинно бути консервативним великими дозами антибіотиків широкого спектра, препаратами нітрофуранового ряду. Проводять паранефральну новокаїнову блокаду. Високоєфективними є тривалі інфузії через канюльовану пупкову вену антибіотиків і гепарину /фраксипаріну/, тому що це найкоротший шлях для надходження в печінку лікарських препаратів. Якщо процес закінчується формуванням гнійників печінки, те їх розкривають або спорожняють методом пункції під контролем УЗІ.

1.13.

У умовах дальнього плавання судновий лікар-хірург виконав термінову аппендэктомію. У хворого розвилася післяопераційна кровотеча в черевну порожнину / на щастя, не профузне/. Гемодинаміка підтримувалася інфузіями сольових розчинів і плазмозамінники. Наростаючий гемоперитонеум із лізісом крові в черевній порожнині проявився гемолітичною жовтяницею, що була прийнята за хворобу Боткіна. Хвороба Боткіна /або сироватковий гепатит/ могли бути виключені епідеміологічними аргументами. Хворому в клініці при госпіталізації виконаний лапароцентез, що дав відповідь на всі питання. Хворий оперований із діагнозом підгострого гемоперитоніту. Видужання.

1.14.

У хворого резидуальна форма гострого апендициту. Показано оперативне втручання.

1.15.

У хворого не можна виключити гострий апендицит. У осіб старших вікових груп симптоми навіть деструктивних форм бувають виражені слабо. Тому наявність таких ознак, як болі і болісність, що локалізуються в правій клубової області і зберігаються на протязі доби, у подібних випадках достатньо, щоб вирішити питання на користь хірургічного лікування. Проте під час операції при відсутності макроскопічних змін у червоподібному відростку шляхом ретельної ревізії органів черевної порожнини варто виключити тромбоз мезентеріальних судин, пухлина сліпої кишки.

1.16.

У хворій хронічний апендицит, що рецидивує. Хворій показане оперативне лікування в плановому порядку. Варто ринутися зробити аппендэктомію в першу половину вагітності, але не в перші 8-12 тижнів.

1.17.

У хворого приступ гострого апендициту. Показано операцію. Проте недостатність кровообігу III ступеня робить ризик операції надзвичайно високим. Оскільки від початку приступу пройшло 2 години, загальні ознаки запалення і місцеві ознаки подразнення очеревини виражені незначно, варто госпіталізувати хворого в хірургічне відділення і почати потужну консервативну антибактеріальну протизапальну терапію: антибіотики, холод на живіт, виконати правобічну паранефральну блокаду по А.В.Вишневському, заборонити прийом їжа. Одночасно необхідно запросити терапевта й анестезіолога для призначення лікування недостатності кровообігу і спільного обговорення питання, пов'язаного з забезпеченням можливої операції. Якщо консервативне лікування виявиться безуспішним, і клінічні прояви гострого апендициту будуть наростати, те хворого варто оперувати.

1.18.

У даному випадку можна запідозрити ниркову кольку. Проте іррадіація хворій у поперекову область і позитивний симптом Пастернацького можуть бути і при ретроцекальному положенні червоподібного відростка. Важкі деструктивні зміни в відростку, викликавши інтоксикацію організму, можуть явитися причиною тих змін у сечі, що є в хворого. Для диференціальної діагностики необхідно призначити хворому спазмолітики, провести новокаїнову поперекову блокаду.

Знеболюючих не вводити! У сумнівних випадках можна зробити хромоцистоскопію або екскреторну урографію. Якщо явища подразнення очеревини не зменшуються, і виключити діагноз гострого апендициту не можна, хворого варто оперувати. Якщо червоподібний відросток виявиться незмінним, варто інфільтрувати новокаїном околониркову клітковину і клітковину по ході сечоводу. Питання про апендектомію вирішується індивідуально, у залежності від анамнезу, наявності або відсутності ознак перенесених у минулому приступів гострого апендициту. Черевну порожнину варто зашити наглухо. Надалі хворий підлягає детальному урологічному обстеженню.

1.19.

Необхідно диференціювати гострий апендицит і гострий холецистит. Варто пам'ятати, що червоподібний паросток може розташовуватися високо під печінкою, симулюючи клініку гострого холециститу. Можна призначити хворий лікування антибіотиками і спазмолітиками. Анальгетики протягом 1-2 годин не вводити. Якщо болі не зменшаться, лейкоцитоз залишиться тим же або буде наростати, локалізація хворій і напругу в правій клубової області не зникнуть, те зняти діагноз гострого апендициту не можна. Хвору варто оперувати. З огляду на неясність діагнозу, варто обрати правий параректальний доступ, що при необхідності можна розширити або доверху, або донизу, що дає можливість маніпулювати як на жовчному пухирі, так і на червоподібному відростку. При наявності хірурга-ендоскопіста й інструментального забезпечення методом вибору є лапароскопічна діагностика з наступною лапароскопічною операцією.

1.20.

Найбільше мабуть, що в хворий наступила апоплексія яєчника. У цьому випадку диференціальному діагнозу може допомогти пальцове дослідження прямої кишки (може бути виявлене нависання її передньої стінки), пункція заднього склепіння піхви або лапароскопія. Але і при негативних даних дослідження хворий показана операція. Кращим доступом є нижня серединна лапаротомія. Операція повинна носити органозберігаючий характер (вшивання або резекція яєчника). Оптимальним варіантом є лапароскопіческая діагностика й операція.

1.21.

По клінічному описі в хворого черевний тиф. Варто уважно оглянути шкіру хворого з метою виявлення розеол, поставити реакцію Відаля або гемаглютинації, зробити посів крові, старанно аналізувати формулу білої крові (спочатку лейкоцитоз з анеозинофілії, паличкоядерний зсув, потім лейкопенія). Запросити лікаря-інфекціоніста.

1.22.

Швидше за все, у хворий гострий мезентеріальний лімфаденіт. Захворювання не має чіткої клінічної картини. Характерною ознакою його вважають болі при пальпації кореня брижі, а також зсув хворобливої точки вправо при перевертанні хворого в положення на правий бік.

Виявивши збільшені лімфатичні вузли, необхідно старанно оглянути доступні огляду органи черевної порожнини. Один із лімфатичних вузлів варто висікти для мікроскопічного дослідження. У черевну порожнину потрібно ввести антибіотики і лишити мікроіригатор для наступного їхнього введення. Деякі хірурги зв'язують лімфаденіт із гострим апендицитом і рекомендують виконати апендектомію.

1.23.

Апендектомію можна зробити тільки в тому випадку, якщо інфільтрат ще «пухкий», а червоподібний відросток значний у рані і легко може бути виведений (виділений) і віддалений. Частіше усього інфільтрат торкати не впливає. До інфільтрату необхідно підвести іригатора / а іноді і тампон / і рану черевної стінки навколо нього вшити. Тампон видалити через тиждень. Після розсмоктування інфільтрату рекомендувати хворому з'явитися через 2-3 місяця для операції - планової апендектомії.

1.24.

У хворий відбулося нагноєння апендикулярного інфільтрату. Гнійник варто розкрити і дрениувати. При типовому розташуванні інфільтрату найбільше доцільний внечеревний доступ Н.И.Пирогова в правій клубової області. При інших варіантах локалізації інфільтрату використовують внечеревний доступ у правому підребер'ї, через передню стінку прямої кишки, що нависає, або через задне склепіння піхви в жінок. Винятком є міжкишечний апендикулярний абсцес, що сформувався.

1.25. У хворого термінальний ілеїт (хвороба Крона). У початкових стадіях захворювання в брижу ураженої частини кишки варто ввести антибіотики, розведені на 100-150 мл 0,25% розчину новокаїну, (проводити апендектомію не впливає, тому що на фоні неспецифічного запального процесу може виникнути погроза неспроможності швів!) і лишити в черевній порожнині мікроіригатор для наступного введення антибіотиків. Якщо під час операції виявиться стенозування кишки, погроза її перфорації або перфорація, то необхідно зробити резекцію кишки.

Після операції призначають антибіотики широкого спектра дії, кортикостероїдні препарати, препарати азосполучення саліцилової кислоти і сульфаніламідів (салазін, сульфасалазін, салазопіридазін і ін.) виконують паранефральну новокаїнову блокаду за А. В. Вишневському.

1.26. У тому випадку, коли при терміновій операції виявиться, що кишечник вільний від калових мас, правобічну геміколектомію можна здійснити одномоментну за умови забезпечення операції кваліфікованими хірургами й анестезіологом.

Якщо під час операції виявиться, що сегмент кишки оральній пухлини заповнений кишковим вмістом і в хворий раніше були відзначені ознаки непрохідності те можливі три варіанти тактики:

А) якщо пухлина резектабельна, кишкова непрохідність компенсована (стінка кишки не стоншена), кваліфікація хірургів висока, то варто спорожнити кишки, розташовані оральній пухлини, і виконати правобічну геміколектомію;

Б) якщо кишкової непрохідності компенсована, але пухлина нерезектабельна, те варто спорожнити кишки оральній пухлини й обмежитися ілеотрансверзоанастомозом;

В) якщо кишкова непрохідність декомпенсована, стінка кишки стоншена, і формування анастомозу сполучена з високим ризиком неспроможності швів, то варто накласти ілеостому. У наступному, після дозволу явищ непрохідності в залежності від резектабельності пухлини виконується геміколектомія або формується ілеотрансверзоанастомоз.

Якщо радикальна операція в екстреному порядку не може бути здійснена, і в хворий немає явищ кишкової непрохідності, те найбільше доцільно, нічого не починати, закрити черевну порожнину наглухо.

З 3-4 дня при сприятливому плинні почати підготування хворий до радикальної операції і через 10-12 днів зробити геміколектомію.

У випадку наявності ознак неоперабельності варто обмежитися обхідним ілеотрансверзоанастомозом.

1.27.

У даній ситуації, насамперед, необхідно виключити запалення дивертикулу Меккеля. Для цього необхідно оглянути не менше метра термінального відділу клубової кишки. У випадку виявлення дивертикулу, у залежності від його розмірів і ширини підстави, виконуються такі операції: дивертикулектомія, клиновидна або типова резекція кишки разом із дивертикулом.

1.28.

Варто почати видалення відростка так називаним ретроградним засобом. Спочатку перев'язують і перетинають паросток у його підстави, кукурузу занурюють у кісетний і z-образний шви, а потім сліпу кишки з операційного поля занурюють у черевну порожнину, виділяють паросток і видаляють вроздріб, перетинаючи і перев'язуючи його брижу.

1.29.

Насамперед, якщо це можливо в даних умовах, варто перейти на загальне знеболювання. Якщо це не допоможе, те варто розширити рану черевної стінки.

В даний час рахується, що продовження розтину по полулунній (спігелевій) лінії не вигідно і розширювати рану рекомендують нагору по лінії, що йде паралельно зовнішній край прямого м'яза живота на відстані 2-3 см від нього /параректально/. При цьому перетинають обидва косі і поперечну м'язи, а також поперечну фасцію й очеревину.

Пошуки червоподібного відростка варто починати від сліпої кишки. Для того щоб знайти останню, варто відшукати висхідну частину ободової кишки. У крайньому випадку, припадає орієнтуватися по клубової кишці і сходжню трьох *taenia libera* на куполі сліпої кишки.

Пам'ятайте, що відросток може розтошовуватися за сліпою кишкою, на ділянці, не покритому очервиною.

Авторитет хірурга не постраждає, якщо він покликає на поміч більш досвідченого колегу, у противному випадку може постраждати хворий.

Маленький рубець прикрашає хворого, але маленький розтин не прикрашає хірурга.

Краще, коли помилками хірурга займається косметолог, чим патологоанатом.

1.30

У випадку відсутності впевненості в надійному закритті кукси в черевній порожнині варто лишити тампон. Тампон видаляють на 7-е добу.

При інфільтрації відростка існує метод субсерозного його видалення. Стівшену серозу розсікають у подовжньому напрямку на всьому протязі відростка. Паросток звільняють від її, перев'язують у підстави і видаляють. Куксу його в цьому випадку занурити або прикрити навколишніми тканинами легше.

1.31.

Якщо хворого оперували під місцевою анестезією, то варто перейти на загальне знеболювання. Розширити операційну рану й обережно спробувати знайти в черевній порожнині верхівку відростка. Якщо ці спроби ні до чого не призводять, те не впливає, будь-що-будь, розшукувати кінець, що відірвався, відростка, а потрібно лишити в черевній порожнині тампон у зоні частини, що відірвався, відростка. Тампон видалити на 6 -7-е доба, замінивши його тонким гумовим випускником із перчаточної гуми.

1.32.

У випадках незначної кровотечі, джерело якого, незважаючи на ретельні пошуки, виявити не вдасться, у черевну порожнину до гаданого місця кровотечі варто підвести тампон із гемостатичної марлі /гемостатичну губку/ і потримати там декілька промайнуть. Якщо це не призводить до припинення кровотечі, то тампон із гемостатичної або звичайної марлі варто лишити в черевній порожнині на 24 часу. За хворим і накладеною пов'язкою ведеться активне спостереження. Після операції в такого хворого варто терміново визначити коагулограму й у випадку виявлення порушень у ній - провести відповідну медикаментозну корекцію.

1.33.

Для профілактики нагноєння рани в хворих із розвитом жировою клітковиною в рані до ушитого наглухо апоневрозу варто лишити гумовий випускник на 3-4 доби. При забрудненні рани гноем або інфікованим умістом черевної порожнини рекомендується висікти забруднений прошарок підшкірної жирової клітини і також лишити в ній гумовий випускник.

Весь інструмент, що використовувався для висічення рани, повинний бути змінений.

1.34.

Всі клінічні прояви вказують на розвиток у хворого абсцесу в області таза. Необхідно провести ректальне дослідження. Якщо при цьому буде виявлене нависання передньої стінки прямої кишки, то діагноз стане безсумнівним. Абсцес пунктирують через передню стінку прямої кишки. Отримавши з голки гній, розкривають абсцес по голці скальпелем і дренують широкою гумовою трубкою на 24-48 г. Головному кінцю ліжка варто додати підняте положення.

1.35.

У хворого сформувався піддіафрагмальний абсцес. Уточнити цей діагноз можна пункцією піддіафрагмального простору. Точку пункції звичайно вибирають разом із рентгенологом. Абсцес варто розкрити і дренувати. Частіше абсцес локалізується позаду. Тому його розкривають доступом через ложе X ребра по Мельникову. Після резекції ребра на м'які тканини накладають круговий шов, підшиваючи їх до діафрагми. Цим плевральну порожнину ізолюють від проникнення в її інфекції після скресання піддіафрагмального гнійника. У центрі цього шва товстою голкою роблять пункцію піддіафрагмального простору. Отримавши гній, скальпелем, йдучи по голці, розкривають гнійник. При розташуванні гнійника в передніх відділах піддіафрагмального простору скресання абсцесу здійснюється доступом по Клермону.

1.36.

Швидше за все, у хворого в черевній порожнині є відмежований запальний інфільтрат або гнійник. Піддіафрагмальна і тазова локалізація гнійника начебто виключені. Для уточнення його розташування варто старанно перкутувати черевну стінку. У випадку виявлення ділянки притуплення, що збігає з локалізацією болю, його варто окреслити. Поспішати з хірургічним утручанням не впливає, тому що при наявності запального інфільтрату він може розсмоктатися під впливом консервативних заходів (лікування таке ж, як і при апендикулярному інфільтраті). Якщо ж температура приймає гектичний характер, лейкоцитоз наростає, а розміри ділянки тупості збільшуються, те хворого необхідно оперувати. Гнійник повинний бути розкритий і старанно дренований. Якщо підхід до нього здійснюється через вільну черевну порожнину, те перед скресанням гнійника її варто старанно відмежувати тампонами.

8. Матеріали для аудиторної самостійної підготовки:

8.1. Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати під час практичного заняття:

- Проводити обстеження хворого на гострий апендицит
- Вміти визначити симптоми гострого апендициту: Ровзінга, Сітковського, Бартам'є-Міхельсона, Роздольського, Іванова, Воскресенського, Щоткіна-Блюмберга.
- Провести пальцеве обстеження прямої кишки, піхвового каналу /бімануальне обстеження/.
- Призначити додаткові методи обстеження /по показанням/: УЗД, оглядову рентгеноскопію органів черевної порожнини, тощо.

9. Інструктивні матеріали для оволодіння професійними вміннями, навичками:

9.1. Методика виконання роботи, етапи виконання. Виконуються на практичному занятті під керівництвом і наглядом викладача.

10. Матеріали для самоконтролю оволодіння знаннями, вміннями, навичками, передбаченими даною роботою.

10.1. Тести різних рівнів

Тести ректорського контролю.

1. Хворий К., 50 років, госпіталізований швидкою медичною допомогою з діагнозом гострий апендицит. У цього хворого можливо виявити усі симптоми, крім:

- A. Сітковського
- B. Ровзінга
- C. Воскресенського
- D. Щоткіна-Блюмберга
- +E. Мерфі

2. Хворий Б., 18 років, госпіталізований з діагнозом гострий апендицит. Біль в черевній порожнині з'явилася за 3 години до госпіталізації. Ранніми симптомами гострого апендициту являються:

- +A. симптом Кохера
- B. симптом Щоткіна-Блюмберга
- C. симптом м'язового захисту
- D. симптом Джофруа
- E. симптом Воскресенського

3. Хворий С., 30 лет, госпіталізований з діагнозом гострий апендицит, апендикулярний інфільтрат на третю добу з часу захворювання. Який оптимальний варіант лікування апендикулярного інфільтрату?

- A. хірургічне
- B. хірургічне, після тижневої лікувальної терапії
- C. консервативна терапія
- +D. консервативне, з наступним оперативним втручанням через 6 - 8 тижнів
- E. консервативне, з оперативним втручанням при черговому гострому приступі гострого апендициту.

4. Хворий Д., 60 років, скаржить на постійний біль в черевній порожнині. Захворів дві доби назад, коли з'явився біль у правій половині живота. Вкажіть найбільш часті ускладнення гострого апендициту.

- A. пілефлебіт
- B. апендикулярний інфільтрат
- C. сепсис
- +D. перитоніт
- E. апендикулярний абсцес

5. Хвора Н., 27 років, госпіталізована з діагнозом "гострий апендицит, правосторонній сальпінгофорит". В діагностиці гострого апендициту найбільш значення має:

- A. данні анамнезу
- B. лабораторні дослідження
- C. пункція заднього схилю чи парацентез
- +D. лапароскопія
- E. динамічне спостереження

6. У хворого Н., 27 років, під час операції знайдено деструктивний апендицит з випотом у черевну порожнину. Як треба завершити операцію?

- A. зашити черевну порожнину
- B. вивести трубчатий дренаж через рану
- +C. вивести трубчатий дренаж через контрапертуру
- D. дрениувати марлевым тампоном черевну порожнину через рану
- E. дрениувати марлевым тампоном через контрапертуру

7. Хворий Н., 45 років, скаржився на біль в правій половині живота. Що з нижче перелікованого може асоціюватися з клінікою гострого апендициту?

- A. гострий холецистит
- B. камінь нирки
- C. камінь лоханки
- +D. камінь екстравезікального відділу сечопровідника
- E. гострий пієліт

8. Хворий С., 32 роки, десяту добу знаходиться на лікуванні з приводу апендикулярного інфільтрату. В який термін треба виконати апендектомію цьому хворому?

- A. через 10 діб
- B. через 3 тижні
- +C. через 2 місяці
- D. через 3 місяці
- E. операція не показана

9. Хворий Н., 20 років, скаржиться на біль у правій половині живота та грудної клітині. Яка ознака може привести до помилкового діагнозу гострого апендициту при правобічній пневмонії?

- A. висока температура, блідість шкіри
- B. високий лейкоцитоз
- C. парез кишок
- +D. біль у животі
- E. напруження м'язів правої половини живота

10. Хворий С., 30 років, доставлений з діагнозом гострий апендицит. Через 3 години після захворювання. Для гострого простого апендициту характерні симптоми:

- A. симптом Ровзінга
- B. симптом Сітковського
- C. симптом Бартам'є-Міхельсона
- D. симптом Воскресенського
- +E. симптом Кохера

11. Хворий Б., 72 років, скаржиться на біль у животі, який з'явився 8 годин тому. В який термін з початку захворювання частіше розвивається гангренозний апендицит?

- +A. в перші 6 - 12 годин
- B. в 12 - 24 годин
- C. в 24 - 48 годин
- D. більш 48 годин
- E. більш 72 годин

12. Хвора С., 18 років, госпіталізована з діагнозом гострий "апендицит, вагітність". Апендектомія при гострому апендициті протипоказана при:

- A. великому терміні вагітності
- B. першому тижні вагітності
- C. при менструації
- D. всі відповіді вірні
- +E. усі відповіді не вірні

13. Хворий Н., 25 років, госпіталізований на 6 добу після захворювання з діагнозом апендикулярний абсцес. Яке лікування необхідно виконати?

- A. консервативна терапія.
- B. консервативна терапія протягом тижня з наступним розтином абсцесу через пряму кишку.
- C. лапаротомія, дренивання абсцесу через рану.
- D. лапаротомія, дренивання абсцесу через контрапертуру
- +E. розтин абсцесу розтином по Пирогову

14. У хворого під час операції знайдено апендикулярний інфільтрат. Як треба завершити операцію?

- A. виконати апендектомію
- B. виконати правобічну геміколектомію
- +C. обмежувати інфільтрат черевної порожнини марлевою серветкою та дренивання
- D. апендектомія з обмежуванням черевної порожнини марлевою серветкою
- E. зашити черевну порожнину

15. Хворому Н., встановлено діагноз “гострій апендицит, розлитий перитоніт”. Яку операцію треба виконати?

- A. апендектомію розтином Волковича-Д'яконову
- B. апендектомію розтином по Волковичу-Д'яконову і дренивання малого тазу
- C. верхньо-серединна лапаротомія, апендектомія
- +D. середньо-серединна лапаротомія, апендектомія, дренивання черевної порожнини з декількох місць
- E. апендектомія розтином по Ленандеру, дренивання малого тазу.

16. Хворий М., 26 років, скаржиться на біль над лоном, нудоту, температуру тіла 37,5° С. Які симптоми можливо виявити при гострому апендициті при тазовій локалізації хробаковидного паростка?

- A. біль в епігастрії
- B. багаторазова блювота
- +C. дізуричні явища та тенезми
- D. кров'янисті виділення з прямої кишки
- E. біль у лівій половині живота

17. Хворий С., 22 роки, скаржиться на гострий біль в правій здухвинній ділянці, нудоту, загальну слабкість. Який симптом диференціює гострій аднексит від гострого апендициту?

- A. симптом Спіжарного
- +B. симптом Жедринського
- C. симптом Коупа 1
- D. симптом Коупа 2
- E. симптом Модора

18. Хворий Н, 20 років скаржиться на біль у правій половині живота та у поперековій ділянці справа. Який симптом підтверджує діагноз гострого апендициту з ретроперитонеальною локалізацією хробаковидного паростка?

- A. біль в правому підребер'ї
- B. біль в правій половині грудної клітини
- C. біль в лівому підребер'ї
- +D. біль в трикутнику Пті
- E. біль в правій руці

11. Тема наступного заняття.

12. Завдання для УДРС та НДРС і теми наступного заняття.

Методичні рекомендації склав доцент В.Л.Зимовський.

/підпис/