

Аппендицит



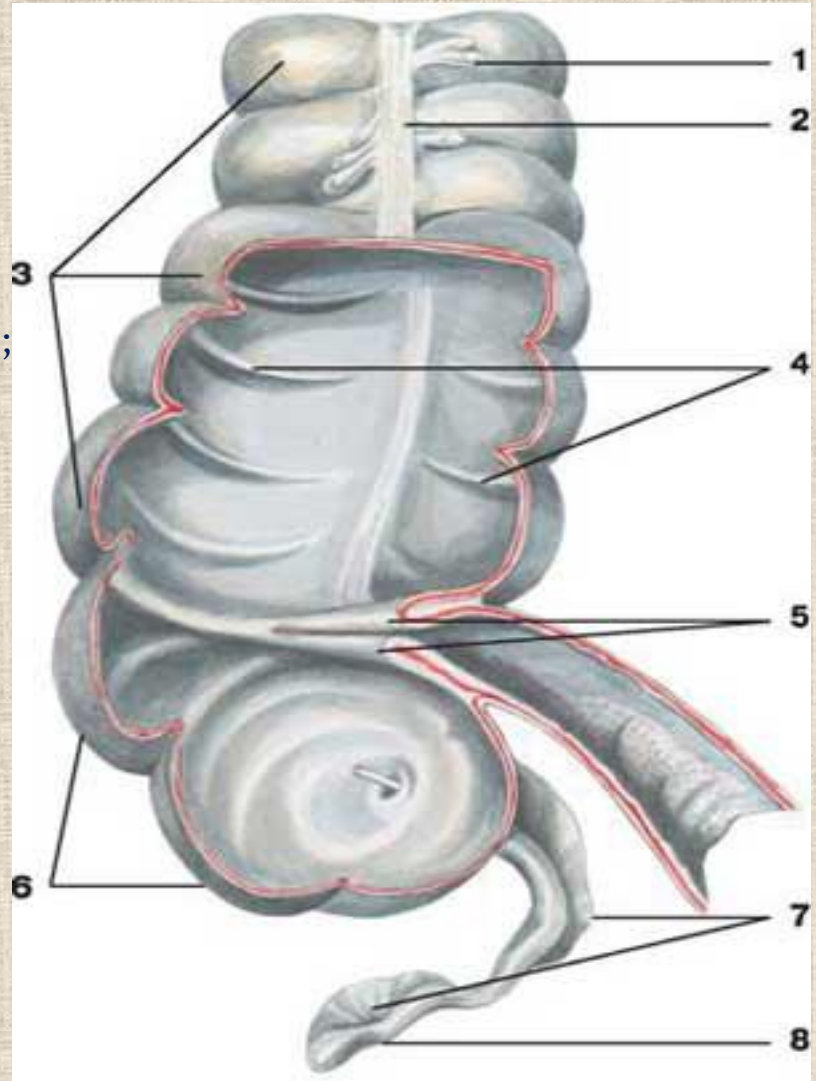
АППЕНДИЦИТ (от латинского *appendix* - придаток) - воспаление червеобразного отростка (аппендикса) слепой кишки. Он является одним из самых распространенных хирургических заболеваний. В США и Великобритании ежегодно производят аппендэктомию одному из 700-800 человек населения. Если принять среднюю продолжительность жизни в 60 лет, то каждый пятнадцатый или даже двенадцатый к концу своей жизни будет лишен своего червеобразного отростка. Женщины острым аппендицитом страдают в полтора раза чаще мужчин.

За долго до наших дней Цельс, Гален и даже Пирогов описывали заболевание как подвздошный абсцесс. Впервые мнение, что причиной "подвздошного абсцесса" является червеобразный отросток высказал Мелье в 1828 году. Российский хирург Платонов доказал роль аппендикса в возникновении заболевания в 1840 году. Термин "аппендицит" впервые был официально признан в 1890 году Американской ассоциацией хирургов. Первая аппендэктомия выполнена в 1884 году Кренлейном, а в России в 1890 году Трояновым. Российский хирург Г.Ф.Цейдлер, одним из первых в России обосновал необходимость ранней операции при остром аппендиците.

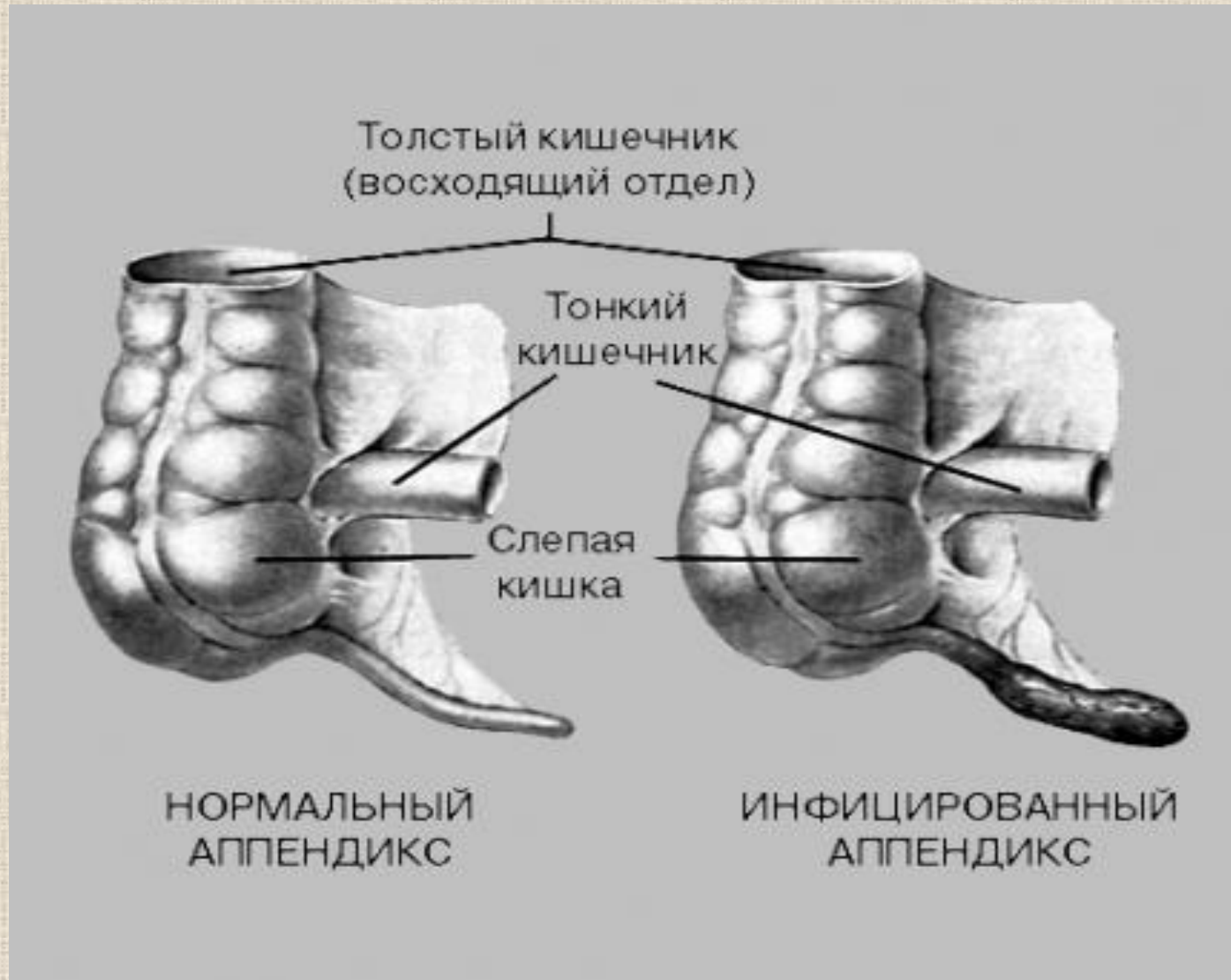
Анатомо-физиологические данные

Слепая кишка и аппендикс

- 1 — сальниковый отросток;
- 2 — свободная лента ободочной кишки;
- 3 — гаустры;
- 4 — полулунные складки ободочной кишки;
- 5 — илеоцекальный клапан;
- 6 — слепая кишка;
- 7 — брыжейка аппендикса;
- 8 — аппендикс (червеобразный отросток)



Анатомо-физиологические данные (продолжение)



Анатомо-физиологические данные

Червеобразный отросток отходит от задне-внутреннего сегмента слепой кишки, на расстоянии 0,5 -5 см от места впадения подвздошной кишки, в области илеоцекального угла. Длина отростка от 1,2 см до 50 см, в среднем 7-10 см, диаметр 4-5 мм, в слепую кишку открывается еще более узким просветом. У детей - воронкообразный, широкий, у стариков стенки атрофичны, просвет часто облитерирован. Стенки отростка повторяют все слои кишечника, очень богаты нервными элементами - илеоцекальная область является рефлексогенной зоной.

данные

(продолжение)

Кровоснабжается а. appendicularis (от colica dextra), имеет магистральный тип строения; вены отростка впадают в верхнебрыжеечную вену. Отросток богат лимфоидной тканью, лимфоидный аппарат особенно развит у детей. Лимфоотток в лимфоузлы илеоцекального угла, затем - корня брыжейки, анастомозируют с лимфатическими путями тонкой и толстой кишки, печени, поддиафрагмального пространства, правой почки, малого таза.

Положение отростка

- типичное - в правой подвздошной ямке;
- тазовое - вниз к малому тазу;
- подпеченочное - высокое, под печенью;
- медиальное - по направлению к корню брыжейки тонкой кишки;
- ретроцекальное - (внутрибрюшинное, внутривентральное, ретроперитонеальное);



Положение отростка



Рис. 1. Наиболее частое расположение червеобразного отростка по отношению к слепой кишке (по Аллену):
1 – тазовое положение; 2 – в правой подвздошной ямке; 3 – медиальное, с расположением верхушки отростка в области промоторнума и крестца; 4 – ретроцекальное; 5 – под терминальным отрезком подвздошной кишки; 6 – латеральное.

Функции червеобразного отростка

Функции червеобразного отростка мало изучены и не вполне ясны.

Большинство теорий признают:

- моторную (червеобразный отросток способен к перистальтическим движениям, регулирует функцию баугиниевой заслонки. При нарушении этой функции, наблюдается спазм баугиниевой заслонки и дискинетические нарушения в илеоцекальном сегменте кишечника с развитием цеко-илеального рефлюкса);
- защитную (как лимфоидный орган, секреторную (выделяет амилазу);
- гормональную (выделяет перистальтический гормон);
- иммунологическую функции (аппендикс имеет репутацию "кишечной миндаины", обеспечивающую естественную резистентность организма, иммунитет, иммунологическую память, иммунологическую толерантность и реакции при специфических патологических процессах).

Этиология

Рассматриваются различные теории этиологии и патогенеза: застоя, глистной инвазии, инфекционная, ангионевротическая, иммунологическая, аллергическая и др.

Однако основным фактором развития заболевания является инфекционный. Реализация его патогенного влияния может произойти лишь при наличии способствующих местных факторов, которыми являются:

- обструкция просвета червеобразного отростка, вызывающая застой содержимого или образования замкнутой полости. Эти состояния могут быть обусловлены лимфоидной гипертрофией, инородными телами, гельминтами, слизистыми пробками, деформациями отростка;
- сосудистые нарушения, приводящие к развитию сосудистого застоя, тромбоза сосудов, появлению сегментарных некрозов;
- нейрогенные нарушения, сопровождающиеся усилением перистальтики, перерастяжением отростка, нарушением микроциркуляции.

Этиология(продолжение)

Существуют также общие факторы, способствующие развитию острого аппендицита:

- алиментарный фактор
- существование в организме очага инфекции с ее гематогенным распространением
- состояния иммунодефицита;
- аллергияция организма.



Классификация острого аппендицита (В.И. Колесов, 1972)

1. Слабо выраженный аппендицит (аппендикулярная колика).
2. Простой (поверхностный) аппендицит.
3. Деструктивный аппендицит:
 - а) флегмонозный;
 - б) гангренозный;
 - в) прободной (перфоративный).
4. Осложненный аппендицит:
 - а) аппендикулярный инфильтрат;
 - б) аппендикулярный абсцесс;
 - в) разлитой гнойный перитонит;
 - г) прочие осложнения (пилефлебит, сепсис и др.).



Клиническая картина

Клинические проявления острого аппендицита зависят от характера морфологических изменений в отростке, его расположения, возраста больных, характера присоединившихся осложнений.

Начальный симптом заболевания является внезапно возникающая тупая боль без четкой локализации в верхней половине живота или области пупка, для которой характерно постепенное нарастание. Через некоторое время боль перемещается в правую подвздошную область. Изменение локализации болей с возникновением болезненности в правой подвздошной области указывает на тревожное появление соматических болей, обусловленных раздражением висцеральной брюшины (т. е. воспаление захватило все слои стенки отростка).

Клиническая картина(продолжение)

Локализация боли зависит от расположения червеобразного отростка:

- при типичном положении его больной ощущает боль в правой подвздошной области,
- при высоком положении - почти в правом подреберье,
- при ретроцекальном положении- на боковой поверхности живота или в поясничной области,
- при тазовом положении - над лобком.

Клиническая картина(продолжение)

Считают что для острого аппендицита свойственна определенная последовательность в появлении симптомов:

- 1.Боль в эпигастрии или околопупочной области;
- 2.Анорексия,тошнота,рвота;
- 3.Локальная болезненность и защитное напряжение мышц при пальпации живота в правой подвздошной области;
- 4.Повышение температуры тела;
- 5.Лейкоцитоз.

Диагностика



Объективное обследование:

- Анамнез, жалобы больного
- Пальпация брюшной стенки (симптомы Щеткина-Блюмберга, Кохера, Воскресенского, Ситковского, Ровзинга)
- Ректальное исследование (болезненность)
- Измерение температуры в подмышечной впадине и в прямой кишке (при остром аппендиците разница температуры составляет 0,5-2 градуса)
- При сомнительном диагнозе острого аппендицита показана госпитализация и динамическое наблюдение.

Диагностика (продолжение)

Лабораторная и инструментальная диагностика:

- ОАК (лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево)
- ОАМ (незначительное количество эритроцитов и лейкоцитов)
- В сомнительных случаях показана обзорная рентгенограмма, ультразвуковое исследование брюшной полости
- Компьютерная томография (прибегают при осложненном аппендиците)
- В трудных случаях диагностики показана лапароскопия



Дифференциальный диагноз

При дифференциальной диагностике необходимо исключить:

- острый холецистит
- острый панкреатит
- перфоративную язву желудка и 12-перстной кишки
- острый гастрит
- острую кишечную непроходимость
- острые нарушения мезентериального кровообращения
- терминальный илеит
- мезаденит
- острую генитальную патологию
- острую урологическую патологию
- острые кишечные инфекции
- острый диафрагмальный плеврит
- острый инфаркт миокарда



Лечение

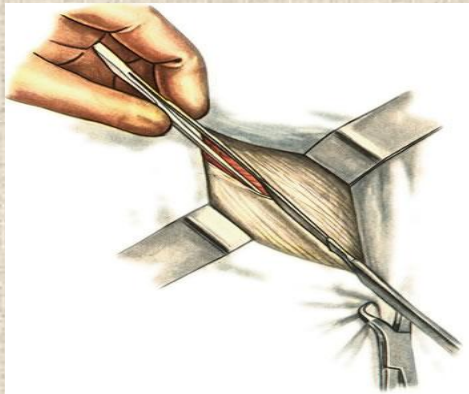


При установленном диагнозе острого аппендицита единственным методом лечения является экстренная операция.

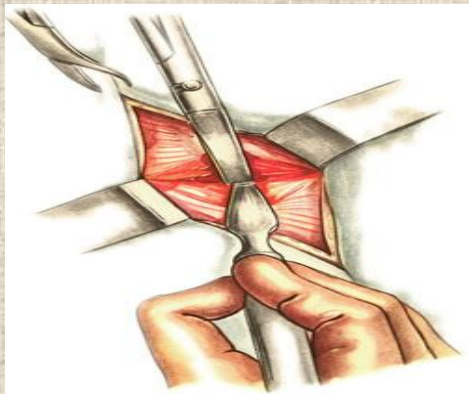
При неосложненных формах аппендицита операция чаще выполняется из косого разреза Волковича-Дьяконова с ушиванием послеоперационной раны наглухо.



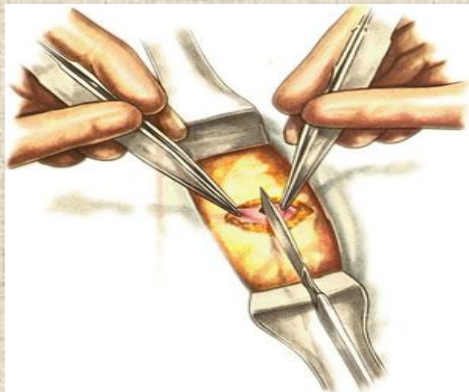
лечения



Разрез передней брюшной стенки по Волковичу—Дьяконову—Мак Бурнею. Рассечение апоневроза наружной косой мышцы живота.

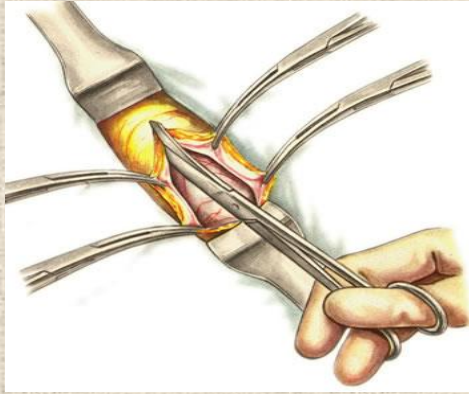


Расслаивание внутренней косой и поперечной мышц живота.

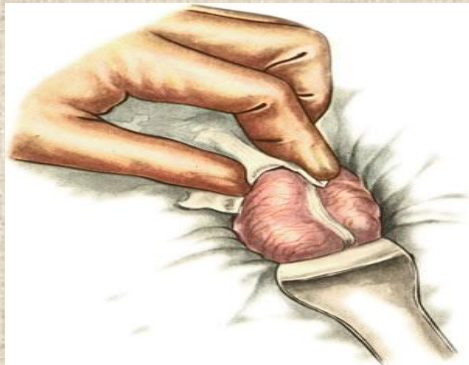


Рассечение париетальной брюшины между двумя пинцетами.

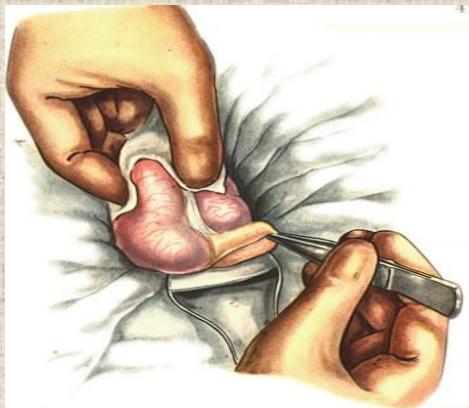
Техника оперативного лечения (продолжение)



Рассечение париетальной брюшины по длине раны.

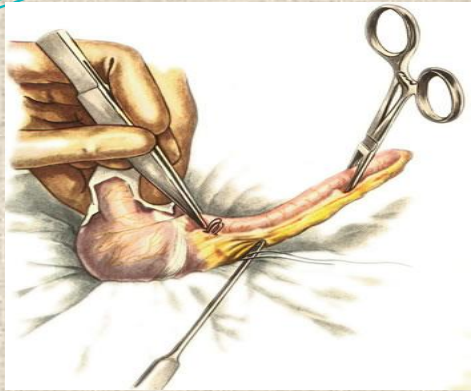


Выведение слепой кишки в рану.

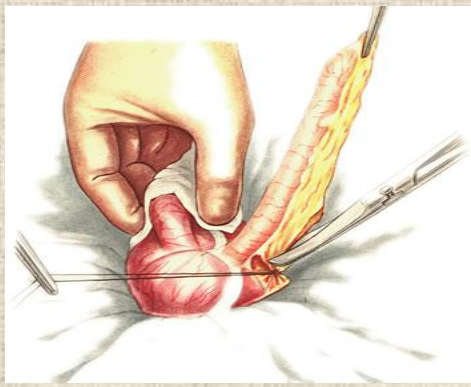


Извлечение червеобразного отростка в рану.

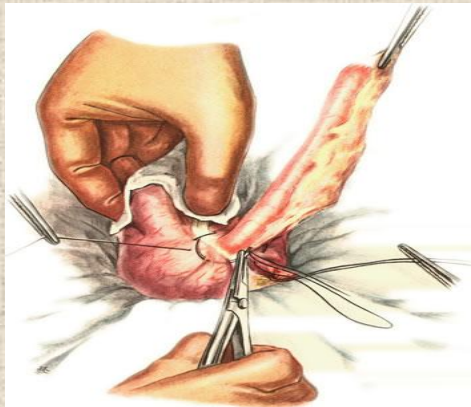
Техника оперативного лечения (продолжение)



Перевязка брыжейки червеобразного отростка.

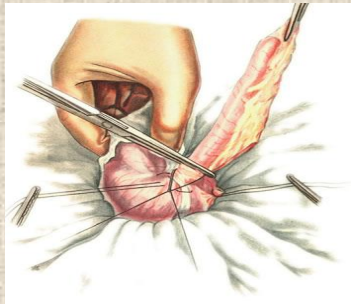


Рассечение брыжейки червеобразного отростка.

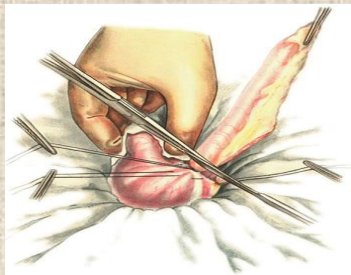


Наложение кисетного шва на слепую кишку вокруг основания отростка.

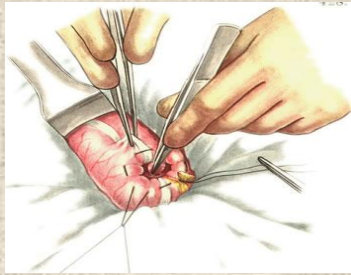
Техника оперативного лечения (продолжение)



Перевязка червеобразного отростка.



Отсечение червеобразного отростка.



Погружение культи червеобразного
отростка кисетным швом.



Наложение Z-образного шва

Лечение (продолжение)

У больных с острым аппендицитом, осложненным местным перитонитом, операция заканчивается дренированием брюшной полости.

Показанием к дренированию являются:

- периаппендикулярный абсцесс;
- перфорация червеобразного отростка с развитием местного перитонита;
- наличие гнойного выпота (обязателен посев на флору и чувствительность к антибиотикам);
- диффузный перитонит.



Послеоперационное лечение

- холод на операционную рану;
- обезболивающие средства (кеторол, анальгин с папаверином);
- антибиотики по показаниям (цефтриаксон в сочетании с метронидазолом);
- симптоматическая терапия;
- при неосложненных формах аппендицита активные движения в постели разрешаются в день операции;
- внутрибрюшинное введение антибиотиков через ниппельную трубку применяется в течение 3-4 дней, после чего трубка удаляется;
- после операции под местной анестезией через два часа разрешается небольшими порциями пить воду, несладкий чай с лимоном, настой шиповника;
- удаление тампонов производится: а) при тампонаде по поводу паренхиматозного кровотечения – через 48 часов; б) при подведении тампонов с целью отграничения гнойного очага от здоровых тканей и органов – не ранее 8-9 дней после операции;
- швы снимают на 5-7 сутки после операции (в зависимости от возраста и сопутствующих заболеваний).



Осложнения

Послеоперационные осложнения делятся на:

- а) ранние;
- б) поздние.

Среди осложнений острого аппендицита наиболее частое — это *аппендикулярный инфильтрат*.

Аппендикулярный инфильтрат развивается большей частью во время первого приступа аппендицита. Морфологически он представляет собой воспалительную опухоль, включающую в себя червеобразный отросток, сальник и окружающие петли кишечника.



Осложнения (продолжения)

Клиническая картина аппендикулярного инфильтрата довольно характерна.

Обычно на 3—4-й день после начала приступа острого аппендицита боли стихают или становятся незначительными. Температура несколько повышена. Пульс соответствует температуре. Язык влажный. Живот участвует в акте дыхания, мягкий. При пальпации в правой подвздошной области определяется округлой формы гладкое или слегка бугристое образование. Оно редко бывает подвижным, чаще не смещается.

При пальпации «опухоль» слегка болезненна. В начальные периоды образования инфильтрата над ним могут быть незначительно выражены симптомы раздражения брюшины.

Осложнения (продолжения)

- При наличии клиники аппендикулярного инфильтрата рекомендуется консервативное лечение:
- блокада по Школьникову с антибиотиками;
- антибиотики широкого спектра действия;
- холод на правую подвздошную область;
- сульфаниламидные препараты;
- строгий постельный режим;
- соблюдение диеты, не вызывающей усиления перистальтики кишечника и процессов брожения;
- симптоматическая терапия;
- после нормализации температуры – физиотерапевтическое лечение (УВЧ, магнитотерапия, рентгенотерапия и др.);
- аппендэктомия через 1,5-2 месяца в холодном периоде.

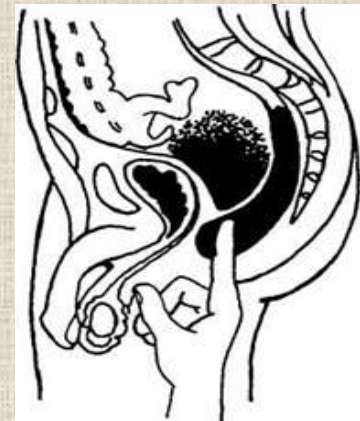
Осложнения (продолжения)

- В случаях, когда операционные находки не соответствуют клинической картине, необходимо выполнить следующие исследования:
- - ревизию брыжеечных лимфоузлов для исключения мезаденита;
- - ревизию подвздошной кишки на протяжении 1,5 метров для исключения дивертикула Меккеля и болезни Крона;
- - ревизию внутреннего пахового кольца с целью исключения пристеночного ущемления кишки (ущемленная грыжа);
- - ревизию придатков матки для исключения разрыва или перекрута кисты яичника, трубной беременности, острого аднексита;
- - ревизию полых органов на предмет микроперфорации (при наличии выпота);
- - ревизию брыжеечных сосудов на предмет тромбоза.

Осложнения (продолжения)

К другим не менее частым осложнениям относят:

- Внутривнутрибрюшное кровотечение
- Нагноение послеоперационной раны
- Абсцессы (в области удаленного червеобразного отростка, абсцесс Дугласова пространства, поддиафрагмальный абсцесс, межкишечные абсцессы)
- Пилефлебит
- Кишечные свищи
- Эвентрация
- Перитонит



Прогноз при аппендиците

Летальность при остром аппендиците колеблется в пределах 0,15—0,30%.

Пожилой возраст, наличие тяжёлых сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, лёгочно-сердечная недостаточность), явления разлитого перитонита существенно ухудшают прогноз.

