

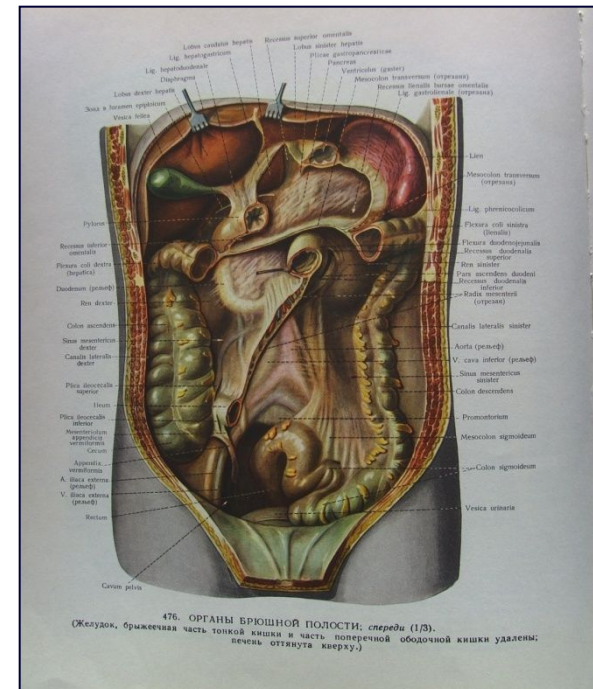
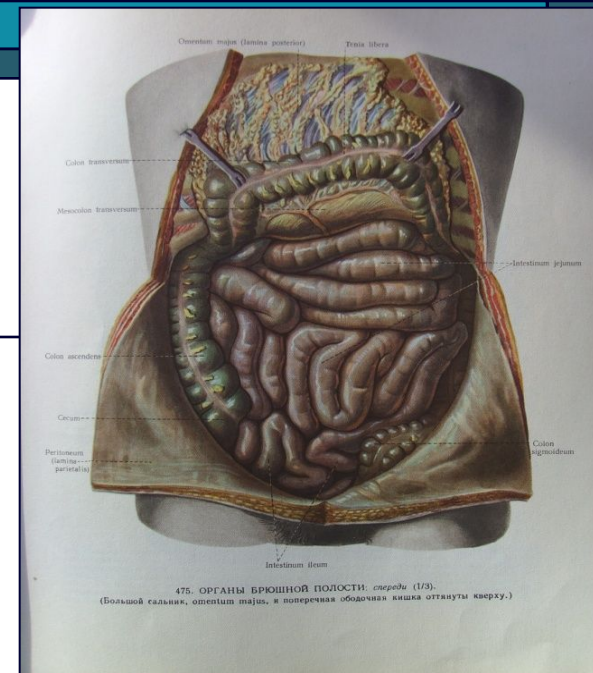
Острый аппендицит

**Работу выполнила:
студентка 614 пгр «ЛД»
Тельхигова Асет**

Острый аппендицит (appendicitis acuta)

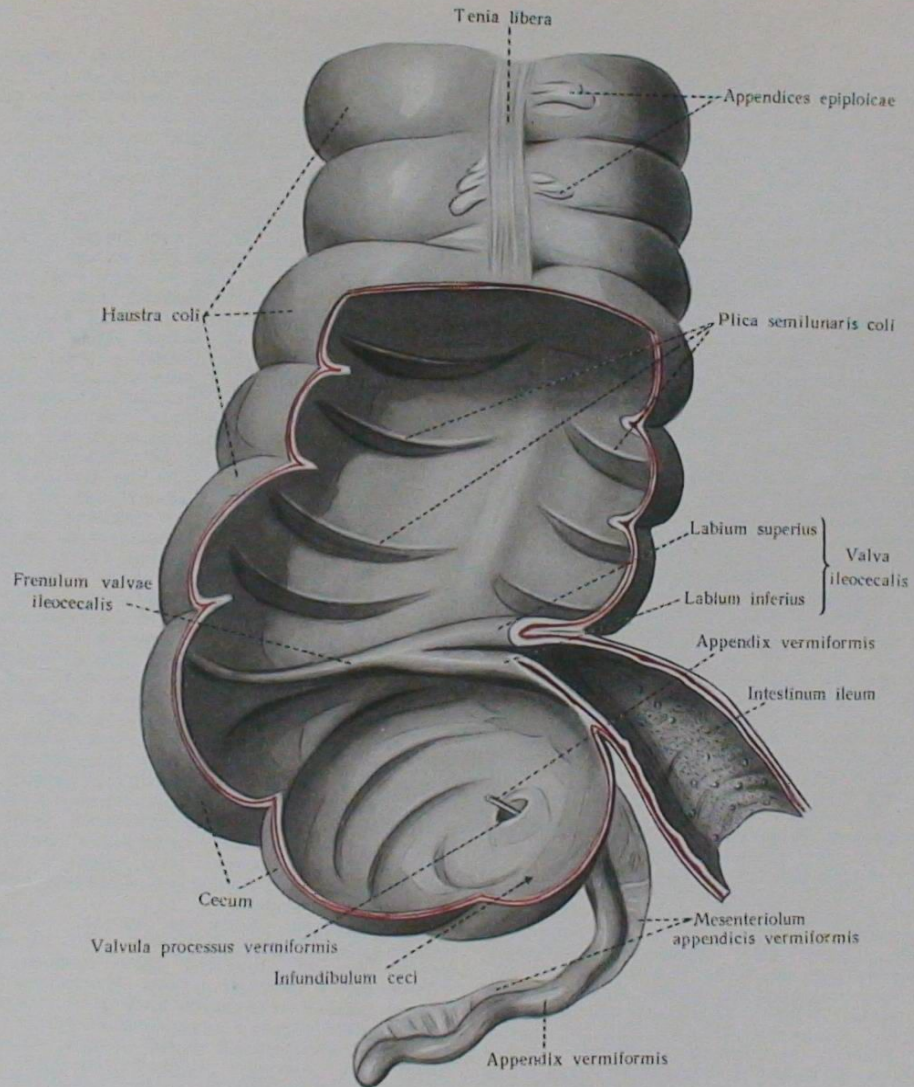
червеобразный отросток (appendix
vermiformis)

отходит от заднемедиальной стенки слепой кишки на месте схождения трех лент продольных мышц. Длина его переменна, но чаще 6-12 см, диаметр 6-8 мм. Располагается он обычно спереди и медиально от слепой кишки. Однако, место его локализации может быть разнообразным - в малом тазу, возле печени и желчного пузыря, позади слепой кишки (ретроцекально) и забрюшинно (ретроперитонеально). При подвижной слепой кишке даже в левой половине живота. При обратном расположении внутренних органов слепая кишка и червеобразный отросток располагается в левой подвздошной ямке. Очень редко бывает два аппендикса.



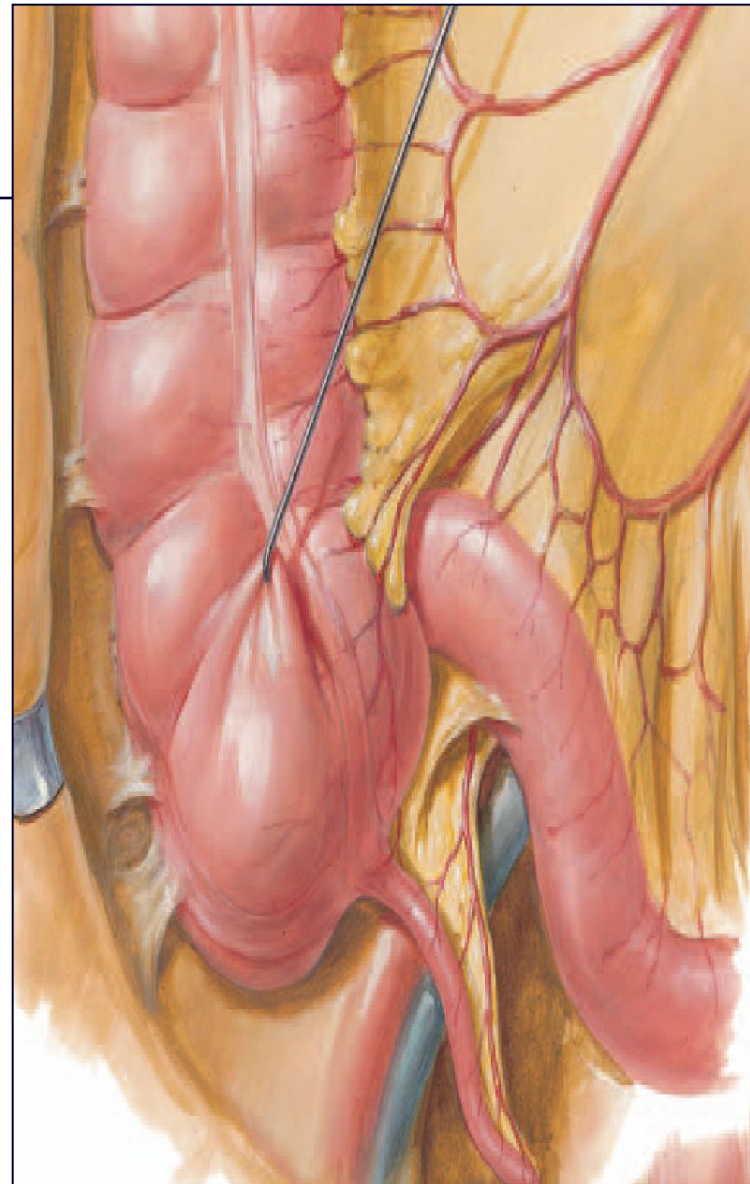
Слепая кишка

73



Аппендикс имеет серозную, мышечную подслизистую и слизистую оболочки. Червеобразный отросток имеет свою брыжейку, в которой находятся ~~жировая ткань, сосуды и нервы.~~ *A. Appendicularis* отходит от *A. ileocolica*, а она от *A. Mesenterica superior*. Отток крови происходит по *V. ileocolica*, впадающая в верхнюю брыжеечную вену, участвующую в формировании воротной вены. Лимфоотток осуществляется по внутриорганным лимфатическим сосудам, образующим густую сеть в слизистой оболочке, подслизистой основе, мышечном и серозном слоях.

Иннервация осуществляется из верхнего брыжеечного и чревного сплетения (симпатическая иннервация), а также волокнами блуждающего нерва (парасимпатическая иннервация).



Этиология и патогенез.

Истинная причина до конца в настоящее время еще не выяснена. Среди европейцев острый аппендицит встречается довольно часто, в то время как среди африканцев, индусов, японцев, вьетнамцев он возникает очень редко. **Возможно это связано с образом питания.** В этих странах население питается в основном растительной, пищей, в то время как в странах Европы мясной пищей. Пища богатая животными белками имеет тенденцию вызывать гнилостные процессы в кишечнике, которые способствуют атонии.

Некоторые авторы (М.И. Кузин, 1995г.) связывают его возникновение с нарушением нервной регуляции червеобразного отростка, что приводит к нарушению кровообращения и развитию трофических изменений.

Причины нарушения регуляции делят на три группы:

□ **Сенсибилизация организма.**

(пищевая аллергия, глистная инвазия)

□ **Рефлекторный путь**

(б - ни желудка, кишечника, желчного пузыря)

□ **Непосредственное раздражение нервных окончаний**

(инородные тела в червеобразном отростке, каловые камни , копролиты, перегибы).

Основные теории:

- Инфекционная;
- Нейрососудистая;
- Способствующие факторы:
- Обтурация (камень, глисты и др.)
- Заболевания ЖКТ

Инфекционная теория:

- Сторонники инфекционной теории считают основной причиной острого воспаления червеобразного отростка полимикробную инфекцию, обитающую в здоровом кишечнике (кишечная палочка, стафилококк, стрептококк). При этом значительное место отводится предрасполагающим моментам, из которых бесспорными являются травмы слизистой оболочки отростка инородными телами, каловыми камнями, кусочками твердой пищи, кишечными паразитами, а также атония кишечника, изменение реактивности организма и др. Все это, бесспорно, приводит к нарушениям барьерной функции эпителия слизистой оболочки червеобразного отростка и проникновению в него микроорганизмов.

Нейрососудистая теория:

- Сторонники нейрососудистой теории считают, что вначале наступит рефлекторное нарушение регионарного кровотока в отростке (спазм сосудов, ишемия), а затем тромбоз питающих сосудов, приводящие к трофическим расстройствам в стенке отростка, вплоть до некроза.
- Некоторые исследователи придают важное значение аллергическому фактору. В пользу этой теории свидетельствует значительное количество слизи и кристаллов Шарко - Лейдена в просвете червеобразного отростка.

Современные представления:

- Процесс начинается с функциональных расстройств со стороны илеоцекального угла (баугиноспазм), слепой кишки и червеобразного отростка. К возникновению спастических явлений ведут нарушения пищеварения (усиление гнилостных процессов в кишечнике, атония и др.), в результате чего плохо опорожняется толстая кишка и червеобразный отросток. Провоцировать спазм могут находящиеся в отростке инородные тела, каловые камни, глисты. Спазм гладкой мускулатуры отростка приводит также к регионарному сосудистому спазму и локальному нарушению трофики слизистой оболочки (первичный аффект Ашоффа).

Классификация (В.И.Колесов)

- I. Острый аппендицит
- Аппендикулярная колика
- Острый простой (поверхностный) аппендицит
- Острый деструктивный аппендицит
 - а) флегмонозный
 - б) гангренозный
 - в) перфоративный
 - г) эмпиема червеобразного отростка

Классификация (В.И.Колесов)

- Осложненный острый аппендицит
 - а) аппендикулярный инфильтрат
 - б) аппендикулярный абсцесс
 - в) перитонит аппендикулярного происхождения
 - г) другие осложнения (пилефлебит, сепсис и другие)
- II. Хронический аппендицит
 - первично-хронический аппендицит
 - резидуальный хронический аппендицит
 - рецидивный хронический аппендицит

Патологоанатомическая картина.

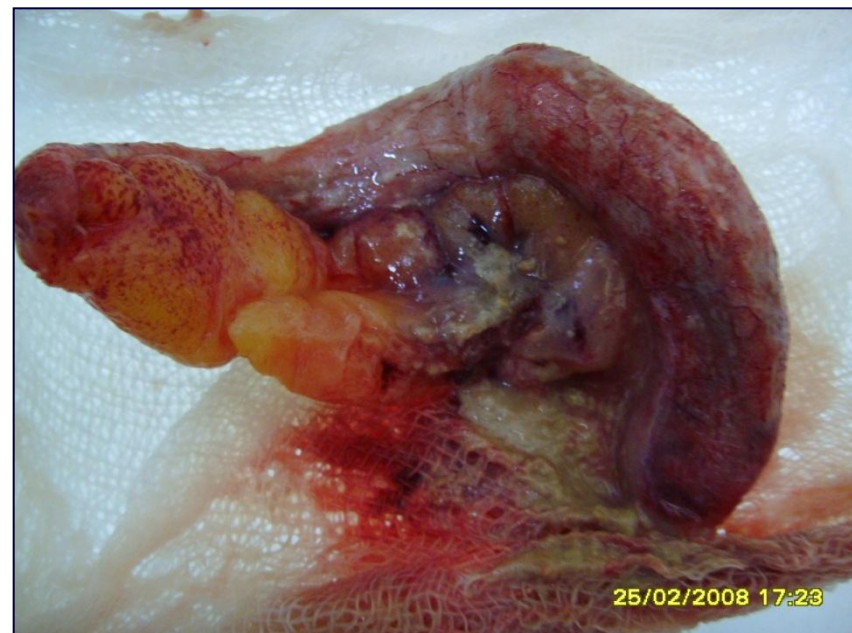
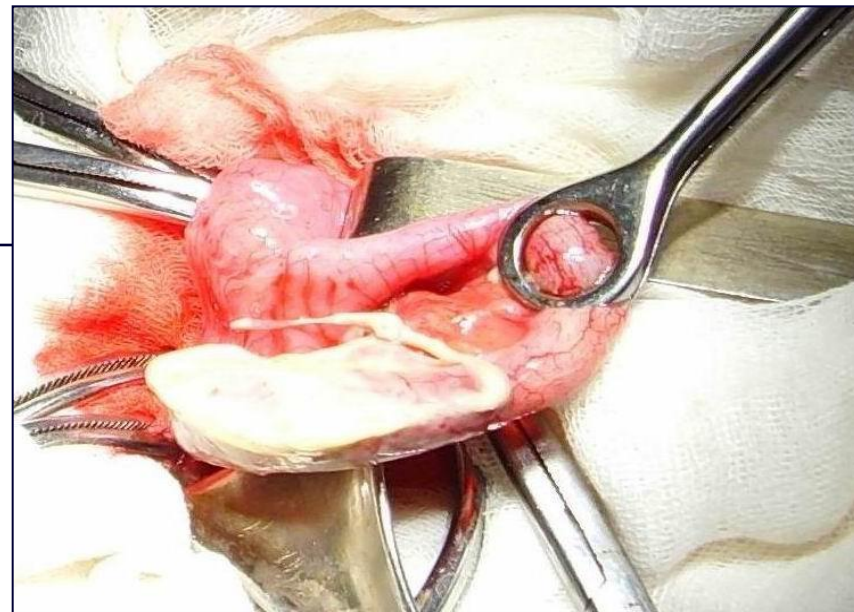
При катаральным аппендиците –

отросток умеренно утолщен, слегка напряжен, гиперемирован, сосуды его инъецированы. Выпот в брюшной полости незначительный, без запаха. При бакпосеве выпота - микрофлора не высевается.



При флегмонозном аппендиците –

воспаление со стороны слизистой распространяется на все слои отростка. Экссудат в брюшной полости вначале серозный, а затем становится гнойным. Отросток резко утолщен и напряжен, гиперемирован, покрыт фибрином. В просвете его гной. Если его устье перекрыто, то гной скапливается. Отросток приобретает булавидную форму- образуется эмпиема отростка.





При гангренозном аппендиците

стенки отростка омертвевают, становятся грязно-зеленого цвета, в полости его гной с резким неприятным колибацалярным запахом, стенка отростка истончена. Гангренозная форма аппендицита не всегда является переходом из флегмоны. При тромбозе аппендикулярной артерии (первичный тромбоз) может сразу развиваться некроз отростка.



При флегмонозной гангренозной формах аппендицита часто

происходит перфорация стенки отростка с развитием перитонита.




Клиника

Симптоматика аппендицита очень разнообразна, она зависит от локализации отростка, реактивности организма, состояния нервной системы больного.

Основной симптом – это **боль**, которая вначале незначительная и нарастает постепенно по мере развития воспаления. В исключительных случаях боль бывает острой при заплзании глиста или тромбозе аппендикулярной артерии.

Это хамелеоноподобное заболевание.

При типичном расположении отростка боль вначале возникает в подложечной области или возле пупка. Если больного осматривает врач в первые часы заболевания, нередко ошибается, и ставит диагноз «острый гастрит», «дуоденит» «обострение хронического гастрита» и т.п. Спустя 2-4 часа боль перемещается в правую подвздошную область (**симптом Кохера- Волковича**). При расположении отростка в м/тазу- боли внизу живота и часто путают с воспалительными заболеваниями придатков матки. При ретроцекальном положении - боли в правой поясничной области. При внезапном усилении резких болей надо думать о прободении червеобразного отростка.




Вскоре после начала болей появляется **дискомфорт в животе, затем тошнота и рвота,** которая может быть однократной или многократной, а у некоторых больных вообще отсутствует. Рвота при аппендиците не приносит облегчение. **Задержка стула** возникает часто с самого начала заболевания, вследствие пареза кишечника. Если отросток расположен в тазу, **ЧЕРЕЗ НЕКОТОРЫЕ ЧАСЫ РАЗВИВАЕТСЯ ПОНОС.** Однако, в кале нет слизи и крови, как это бывает при дизентерии.

Общие симптомы заболевания (слабость, недомогание, потеря аппетита) вначале выражены незначительного, а при развитии воспалительного процесса, а тем более при возникновении перитонита, они усиливаются. Температура тела вначале 37,2 - 37,4С, а затем постепенно повышается. Пульс учащается соответственно температуре. Язык обложен, вначале влажный, а с развитием деструкции отростка становится сухим. Это очень важный признак при дифференцировке с пельвиоперитонитами гинекологического происхождения.


При пальпации живота, даже поверхностной, можно выявить напряжение мышц в правой подвздошной области (**симптом Краснобаева**). Начинать пальпацию надо с левой подвздошной области, постепенно приближаясь к правой. Очень важен **симптом Воскресенского** (симптом «рубашки», симптом скольжения) – проведя рукой от мечевидного отростка вдоль брюшной стенки через рубашку, у больного наблюдается усиление болей. Это связано с развитием гиперстезии кожи над местом расположения воспаленного червеобразного отростка.

Важнейшим симптомом является **симптом Блюмберга-Щеткина**. Выполняется он следующим образом: медленно и осторожно ~~плашмя пальцами надавливают на переднюю~~ брюшную стенку, а через 3-5 сек. быстро отнимают руку. Этим вызывается сотрясение брюшной стенки и при наличии воспаления брюшины больной испытывает резкую боль. Если перкутировать переднюю стенку, то в области очага воспаления брюшины (в результате сотрясения ее) возникает боль-**симптом Раздольского**. Этот симптом очень важен при диагностике аппендицита у маленьких детей, а также позволяет в некоторых ситуациях выявить агреацию у мнимых больных.



Перемена положения тела больного (поворот со спины на левый бок при наличии острого аппендицита) вызывает усиление болей в правой подвздошной области в связи с натяжением воспаленной брюшины в результате смещения слепой кишки и червеобразного отростка (симптом Ситковского), а если в этом положении при пальпации слепой кишки боли усиливаются, то это положительный симптом Бартомье.

При ретроцекальном расположении червеобразного отростка симптоматика не четкая, что приводит к запоздалой диагностике и позднему поступлению больного в стационар. Боли при этой локализации в правой подвздошной области выражены слабее, а значительно выражены в правой пояснице. Не будет дефанса мышц живота, т.к. отросток прилегает к задней стенке слепой кишки. Будут отсутствовать также симптомы Воскресенского Щеткина-Блюменга, Раздольского.



Однако, четким будет симптом Образцова (псоасимптом). Пальпаторно находят самую болезненную точку живота в правой подвздошной области и прижимают ее к задней поверхности, в это время больной поднимает выпрямленную правую ногу. При наличии острого аппендицита боль резко усиливается и больной вынужден опустить ногу.

При расположении аппендикса в м/тазу боли локализуются внизу живота. Наблюдается понос, тенезмы, дизурия. Дефанс мышц живота выражен незначительно. Большую ценность в диагностике имеет пальцевое исследование прямой кишки у мужчин и через влагалищное исследование у женщин, измерение температуры в прямой кишке.

Симптом Ровзинга



Симптом Образцова



Симптом Воскресенского



Особенности течения острого аппендицита у детей

- бурное начало заболевания;
- высокая температура — 38-40° С;
- схваткообразные боли в животе;
- многократная рвота, понос;
- частота пульса нередко не соответствует температуре;
- быстрое развитие деструктивных изменений в червеобразном отростке;
- выраженные симптомы интоксикации;
- частое развитие разлитого перитонита.

Особенности течения острого аппендицита у лиц пожилого и старческого возраста

- стертое течение заболевания вследствие ареактивности организма и сопутствующих заболеваний;
- температура чаще нормальная, подъем ее до 38°C и выше наблюдается у небольшого числа больных
- боли в животе выражены незначительно;
- защитное напряжение мышц отсутствует или выражено слабо;
- быстрое развитие деструктивных, изменений в червеобразной отростке (вследствие склероза сосудов),
- незначительное повышение количества лейкоцитов крови, умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево даже при деструктивных формах.

Острый аппендицит у беременных -- в первой ее половине протекает обычно. Во второй половине слепая кишка смещается вверх и поэтому боли будут локализоваться в правом подреберье. Напряжение мышц пальпаторно в эти сроки выявить сложно. Наличие рвоты можно отнести к токсикозу. Если отросток расположен спереди матки, то будут положительными симптомы раздражения брюшины, если за маткой, то они могут не определяться. Необходимо отметить, что при остром аппендиците у беременных отмечается усиление болей в правой половине живота в положении больной на правом боку, вследствие давления матки на воспаленный очаг (**симптом Михельсона**).

ДИАГНОСТИКА

- Тщательный сбор, детализация жалоб больного и анамнеза заболевания.
- Выявление характерных для острого аппендицита симптомов (пальпация, перкуссия живота).
- Ректальное и вагинальное исследования.
- Лабораторные исследования.
- Исключение заболеваний, симулирующих острую патологию в брюшной полости

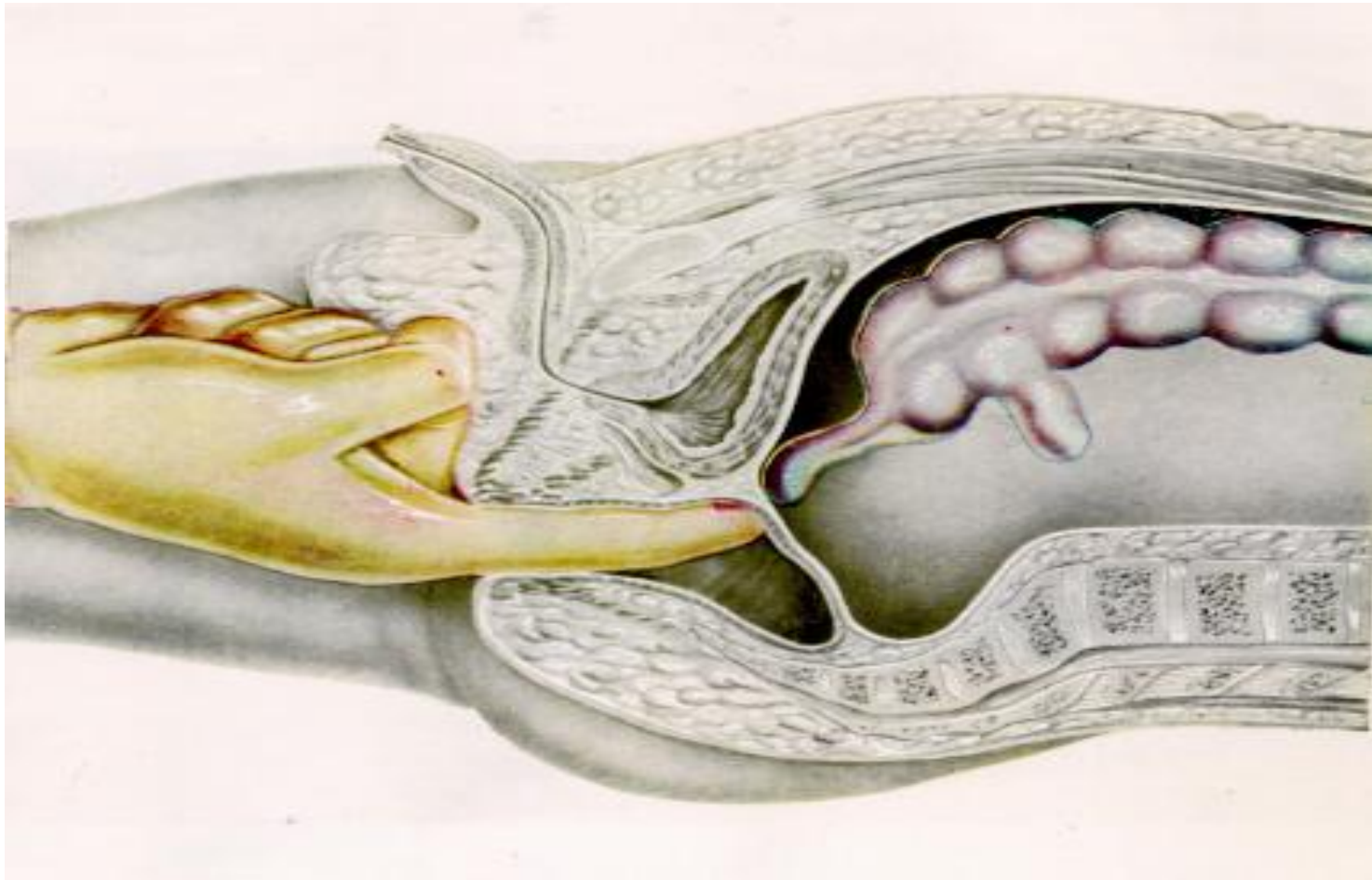
Лабораторные исследования

К минимальным лабораторным исследованиям, позволяющим установить диагноз острого аппендицита, относят: общий анализ крови, мочи, определение коэффициента нейтрофилы—лейкоциты (н/л), лейкоцитарный индекс интоксикации Кальф-Калифа.

Лабораторные исследования

- Лейкоцитоз характерен для всех форм острого аппендицита и не имеет патогномоничного значения, поскольку наблюдается и при других воспалительных заболеваниях. Рассматривать и интерпретировать его следует только вместе с клиническими проявлениями болезни.
- Более весомое диагностическое значение имеет оценка лейкоцитарной формулы (наличие нейтрофильного сдвига — появление юных форм, увеличение коэффициента н/л более 4 свидетельствует о деструктивном процессе). При развитии деструктивного процесса может наблюдаться (иногда очень значительное) снижение числа лейкоцитов по сравнению с нормой при преобладании палочкоядерных нейтрофилов и других молодых форм. Это свидетельствует о выраженном напряжении работы кроветворной системы. Данный феномен получил название «лейкоцитоз потребления».

Ректальное исследование





Инструментальные исследования

- Рентгенография ОБП
- УЗИ
- КТ
- Лапароскопия

Эти методы используются в сомнительных случаях, в том числе – для дифференциальной диагностики и исключения других заболеваний, симулирующих острый аппендицит

Инструментальная диагностика



Рентгенография ОБП дает возможность в некоторых случаях диагностировать ОА и исключить другие острые хирургическое заболевания.

УЗИ

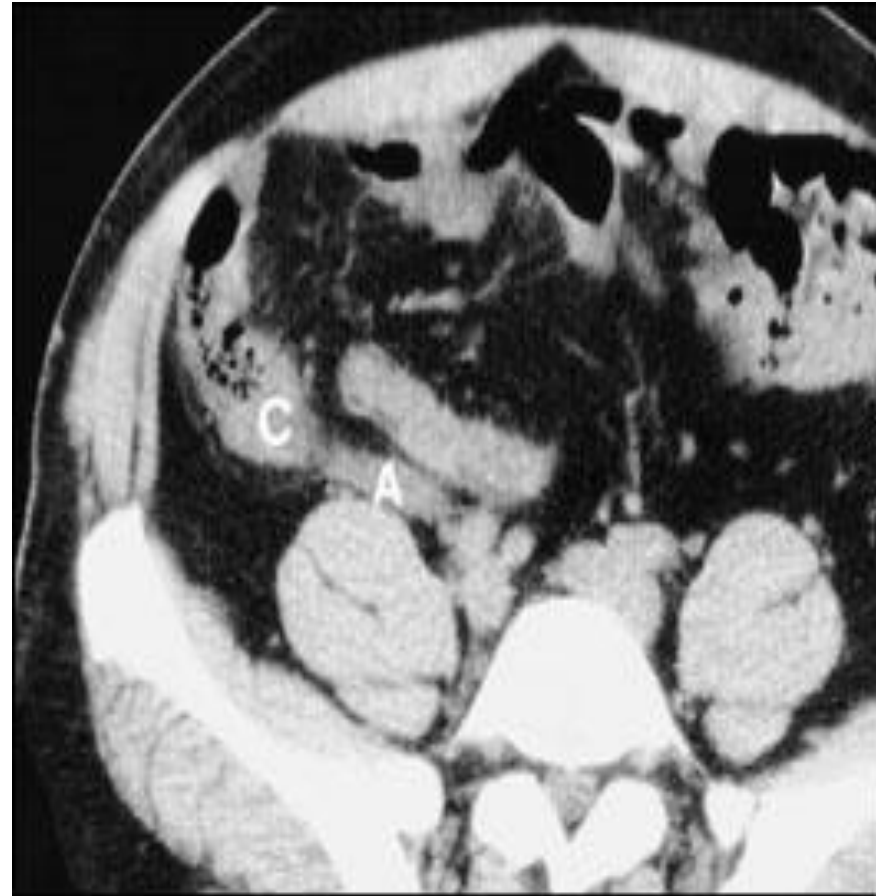
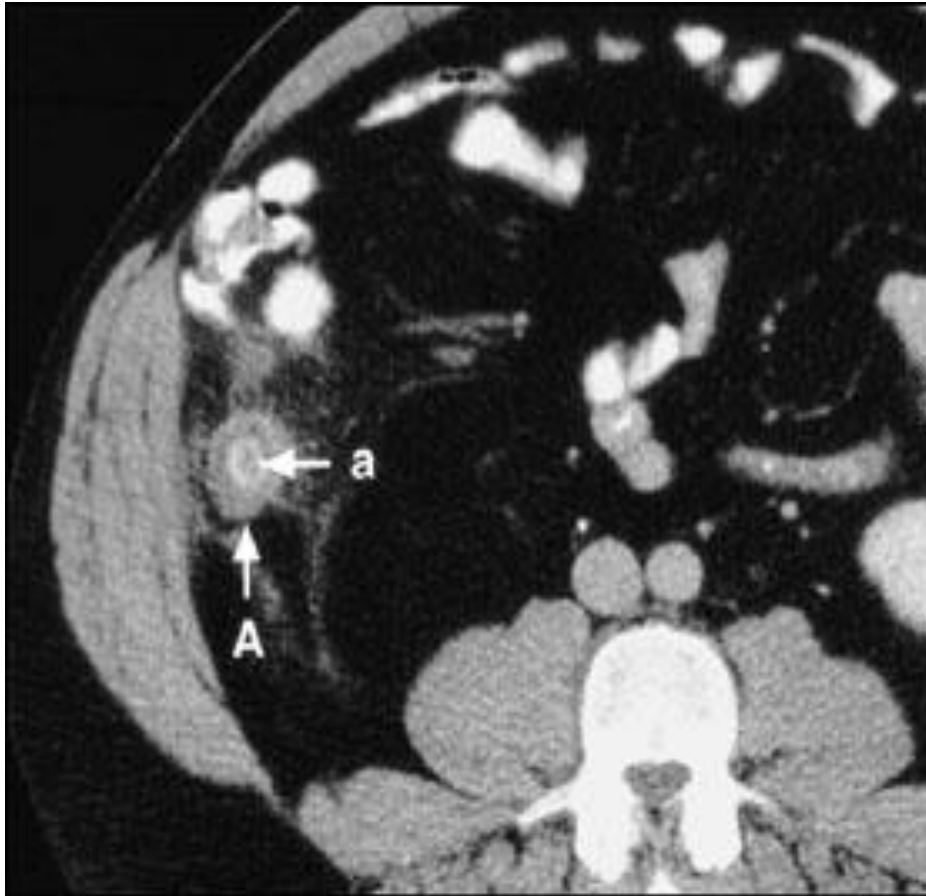


A



B

KT



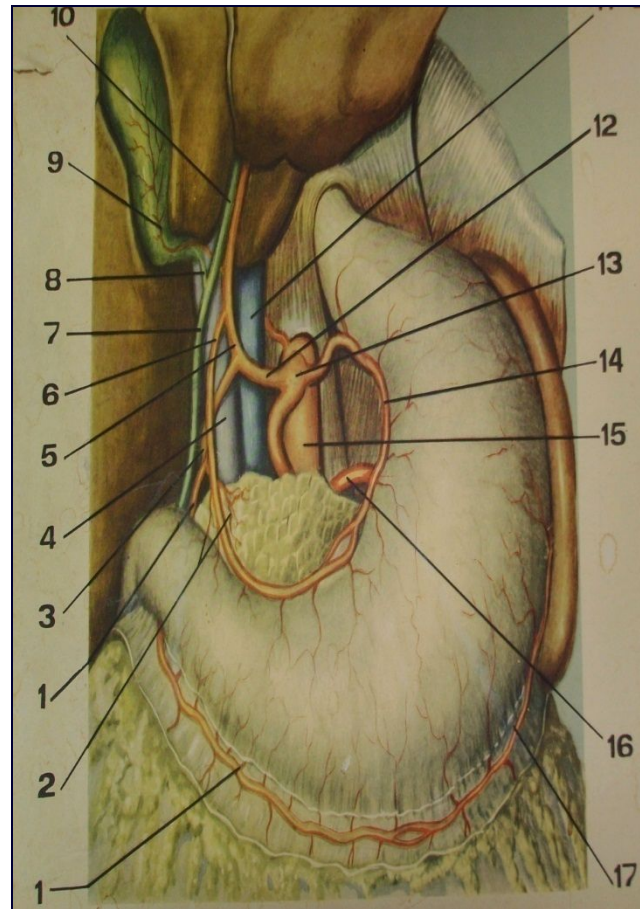
Дифференциальная диагностика.


1. Прободная язва желудка и 12 п.к.

Боли при прободной язве

то же могут смещаться в правую подвздошную область (симптом Кервена).

Отличается от острого аппендицита внезапным появлением резких, кинжальных болей, «доскообразным» напряжением мышц передней брюшной стенки.

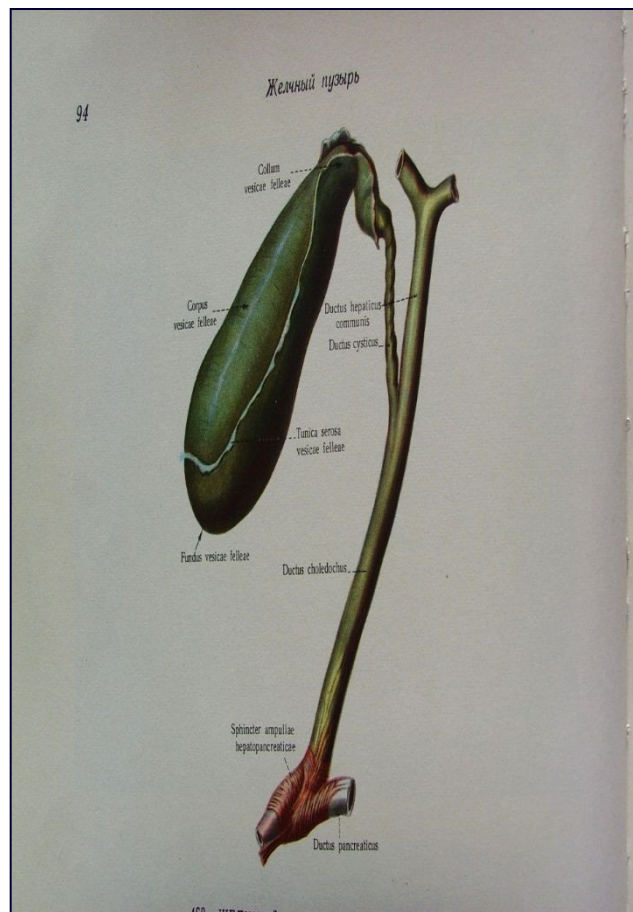





Положение больного при прободной язве вынужденное: больной лежит на спине с приведенными к животу ногами и боится шевелиться из-за усиления болей. При перкуссии исчезает печеночная тупость, на обзорной рентгенограмме живота, выявляется свободный воздух в виде серпа под правым куполом диафрагмы (в 70% случаев).

2. Острый холецистит

отличается от острого аппендицита локализацией болей в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо или ключицу (френикус-симптом), многократной рвотой. Нередко больные мечутся в постели. Боли чаще возникают вечером или ночью после еды. Иногда удается пропальпировать увеличенный напряженный желчный пузырь.

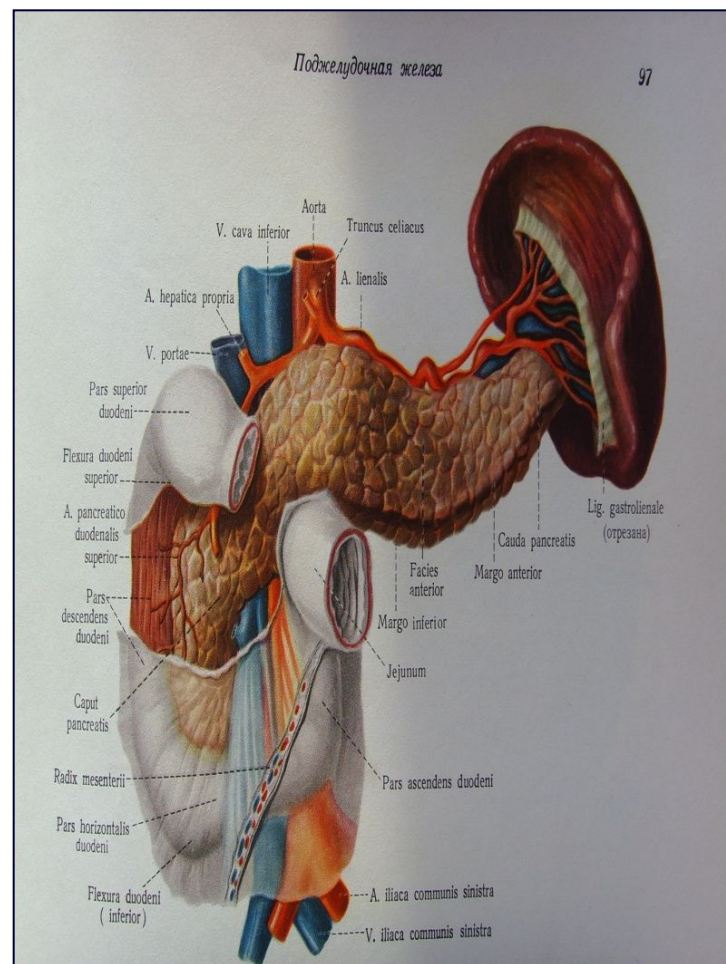




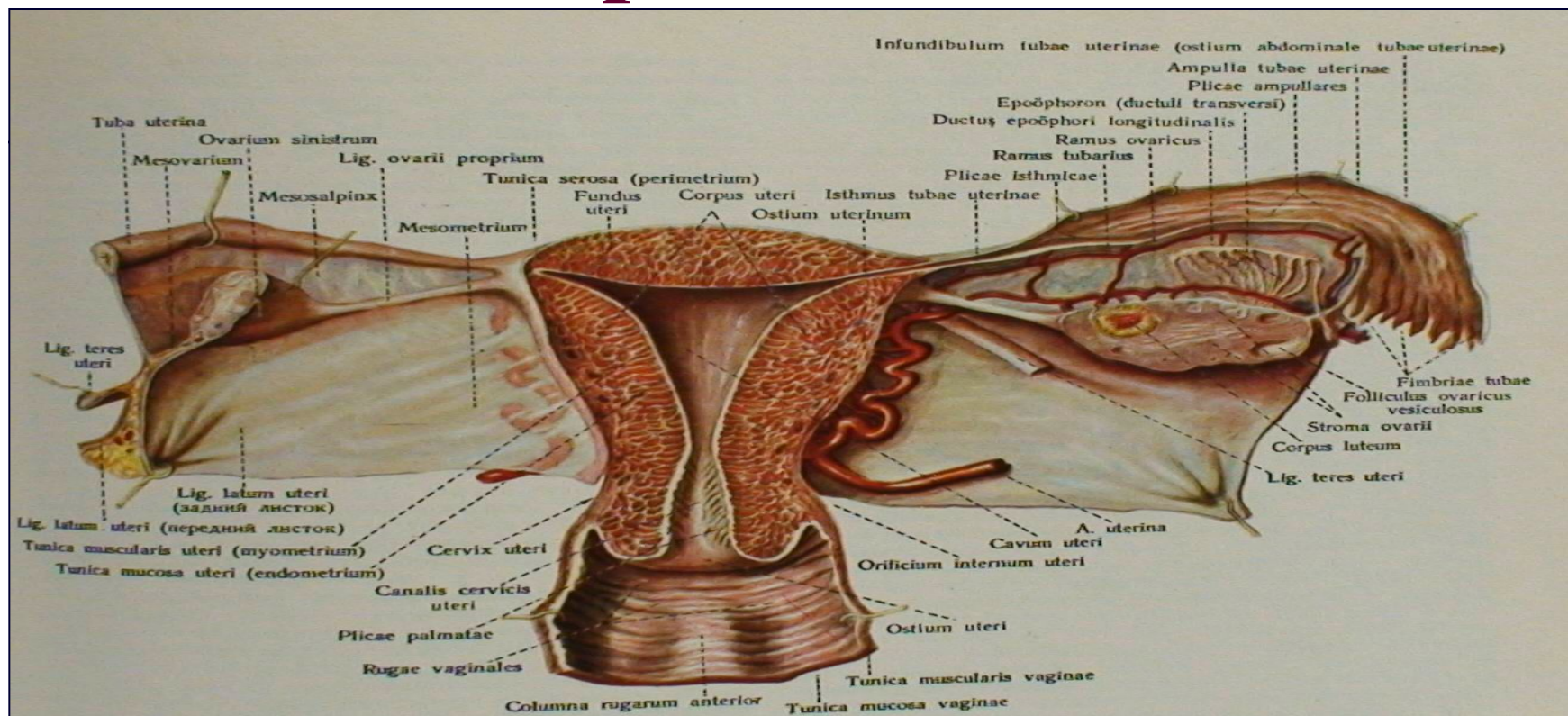
**Положительные симптомы Ортнера,
Лепена, Мэрфи, Караванова
(«кошлевой толчок»). Однако, надо
помнить, что аппендикс может
также располагаться возле печени и
дать типичную картину
холецистита. В сомнительных
случаях показаны лапароскопия,
УЗИ.**

3. Острый панкреатит

При панкреатите боли обычно опоясывающие, на уровне пупка (симптом Блисса). Рвота многократная, температура тела вначале нормальная. Отмечается умеренное напряжение живота в верхних отделах или вздутие его в результате пареза кишечника. При пальпации живота выше пупка не определяется пульсация аорты вследствие отека поджелудочной железы (симптом Воскресенского). В крови и моче повышена амилаза. Для полного подтверждения диагноза острого панкреатита показано ультразвуковое исследование живота.



4 Острый аднексит.

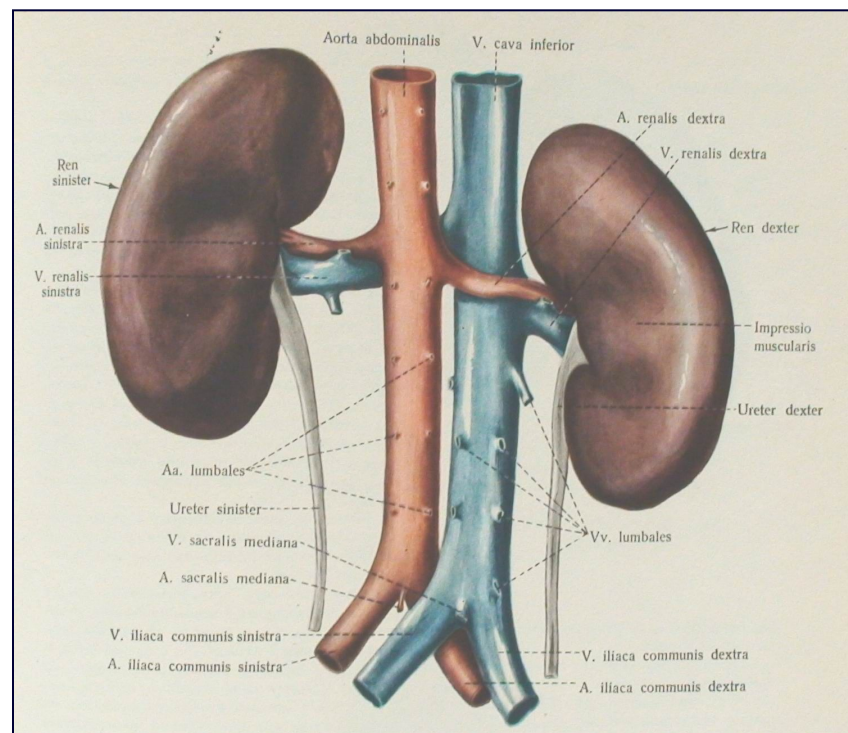


Боли при аднексите внизу живота. Необходимо обратить внимание на состояние языка. При гинекологической патологии он влажный, при деструктивных аппендицитах – сухой.

**Основным моментом в дифференцировке является чрез
влагалищное исследование органов
малого таза. Наличие резкой
болезненности матки при отодвигании
ее пальцами кверху, говорит о
воспалении придатков (симптом
Промтова). При пельвеоперитоните
показана пункция заднего свода, УЗИ
малого таза.**

5. Мочекаменная болезнь

Острый аппендицит необходимо дифференцировать от правосторонней почечной колики. Для почечной колики характерны интенсивные, приступообразные боли в поясничной области. Положительный симптом Пастернацкого. В анализах мочи свежие эритроциты, при пиелонефрите - белок, лейкоциты, цилиндры. Для уточнения диагноза иногда приходится проводить УЗИ-почек, хромоцистоскопию.



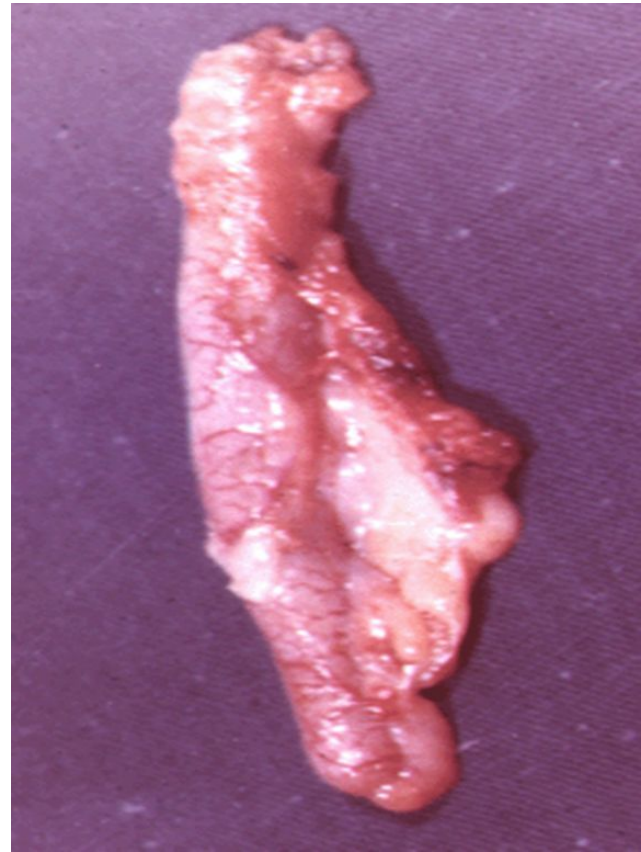
6. Мезаденит

(воспаление лимфоузлов брыжейки тонкой кишки)

Он возникает при перенесенной респираторной инфекции, воспалительных заболеваниях кишки (энтерите). В отличие от острого аппендицита, при пальпации живота болезненность отмечается по ходу брыжейки тонкой кишки. Обычно мезаденит устанавливают во время операции (аппендэктомии).

**Необходимо также
дифференцировать с
дивертикулом
Меккеля,**

- правосторонней
н/долевой пневмопией,**
- инфарктом миокарда,**
- с дизентерией,**
- гастроэнтеритами.**



Лечение

Если установлен диагноз «острый аппендицит», больной после небольшой подготовки (бритье, туалет кожи, снижение гипертермии, если принимал пищу зондирование желудка и т.п.) в течение 1-2 часов должен быть прооперирован. Производится аппендэктомия.

- При аппендикулярном инфильтрате, склонным к рассасыванию, проводится консервативное лечение. Операция производится через 2-3 месяца в плановом порядке.
- Если инфильтрат нагноился (т.е. образовался периаппендикулярный абсцесс) необходимо вскрытие и дренирование гнойника.

Хирургическое лечение

Доступы:

- Косой переменной разрез в правой подвздошной области (по Мак-Бурнею, по Волковичу-Дьяконову)
- Парамедианный по Леннандеру
- Лапароскопический
- Срединно-срединная лапаротомия



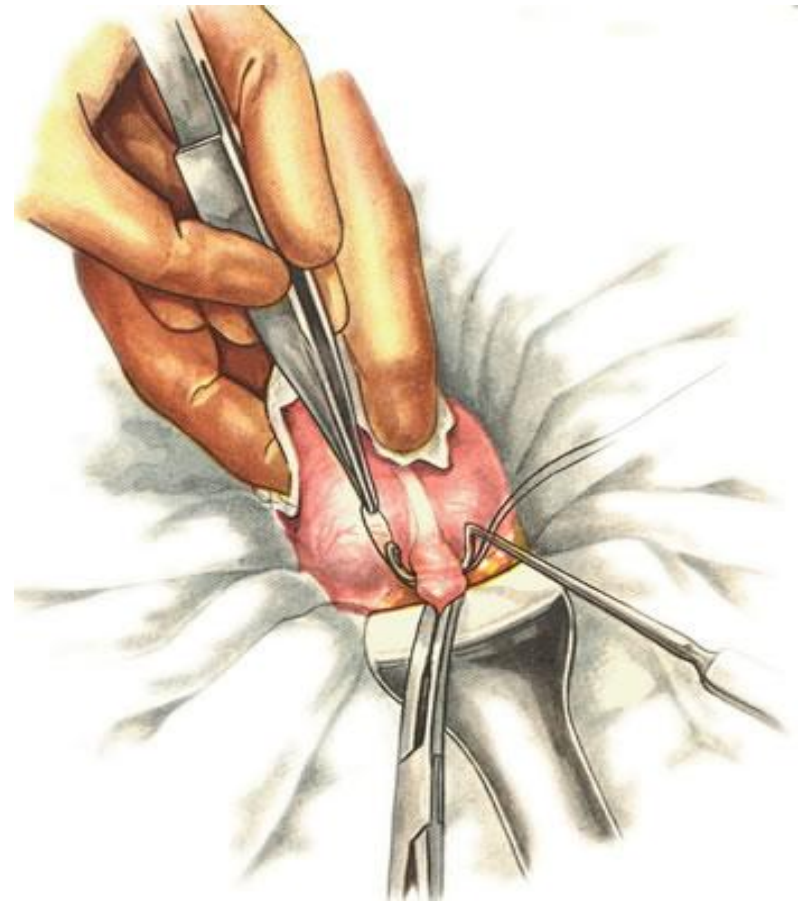


ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

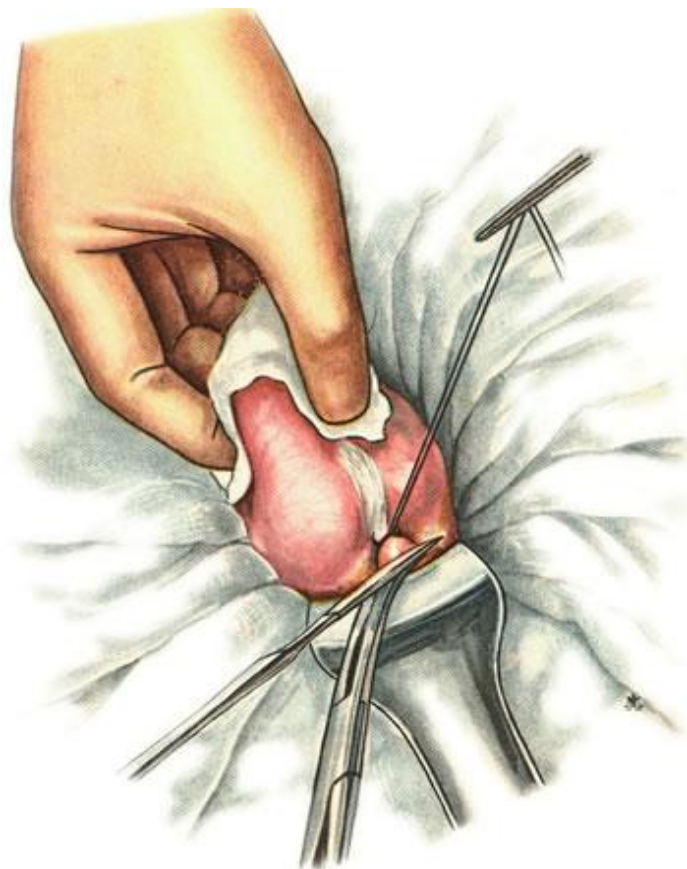
Способы вмешательств:

- Типичная аппендэктомия.
- Ретроградная аппендэктомия

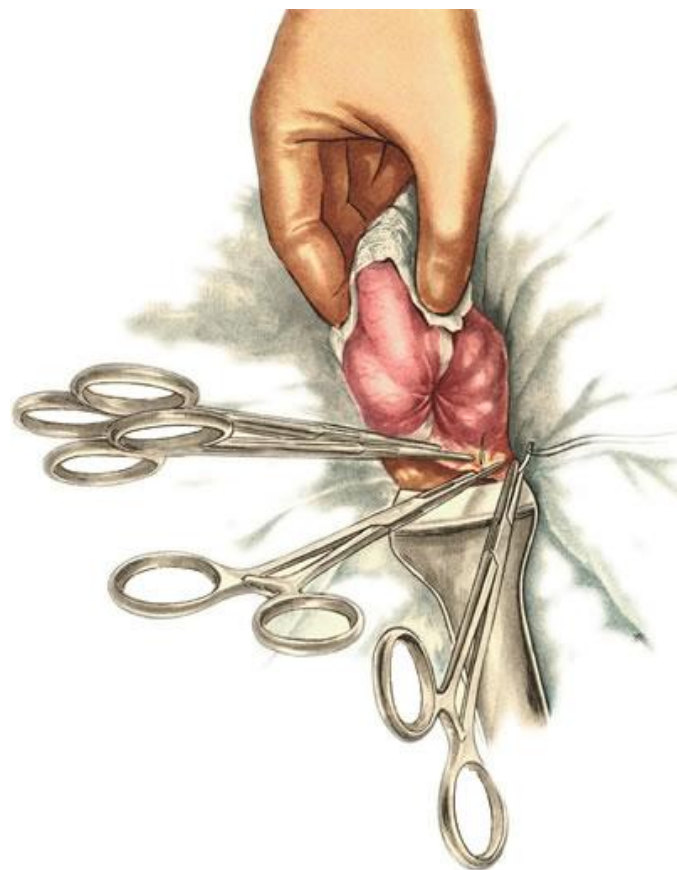
Техника ретроградной аппендэктомии



Техника ретроградной аппендэктомии

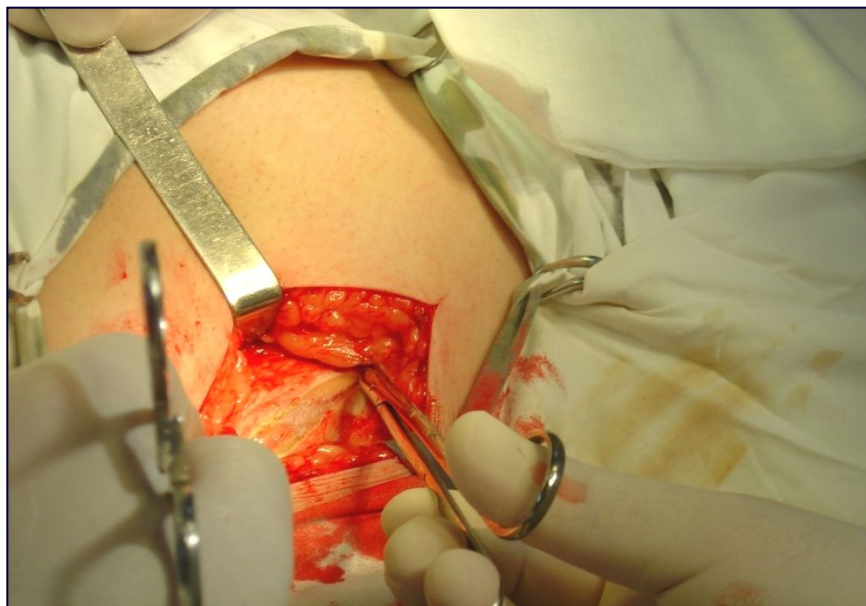


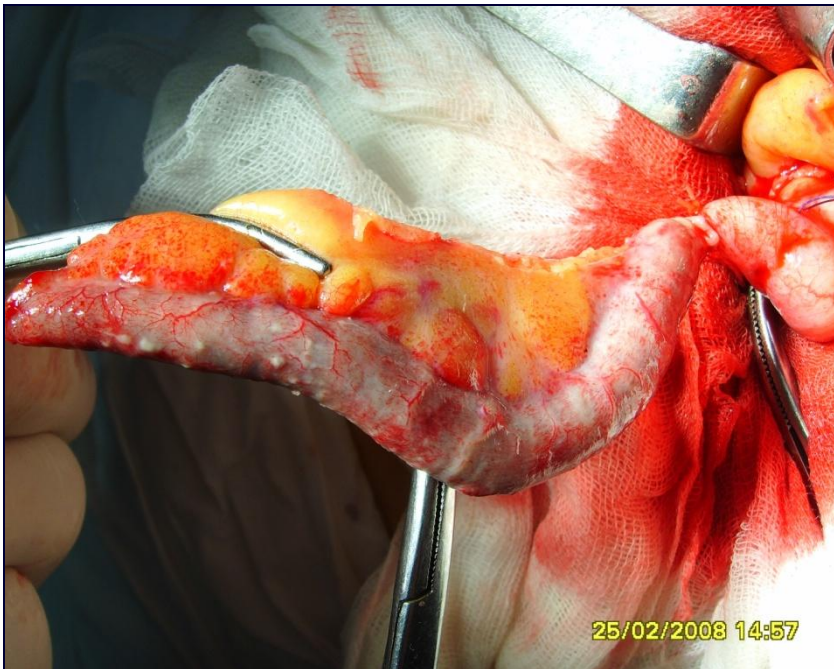
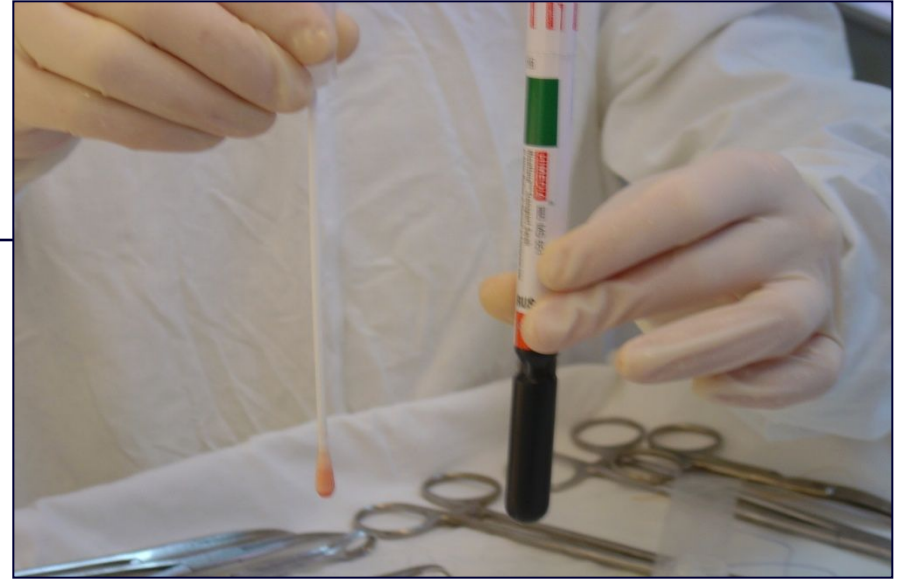
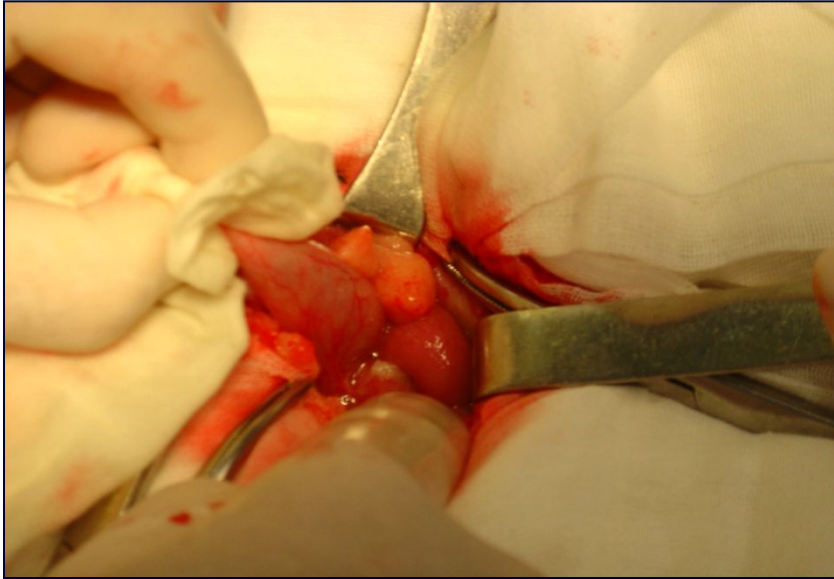
Техника ретроградной аппендэктомии



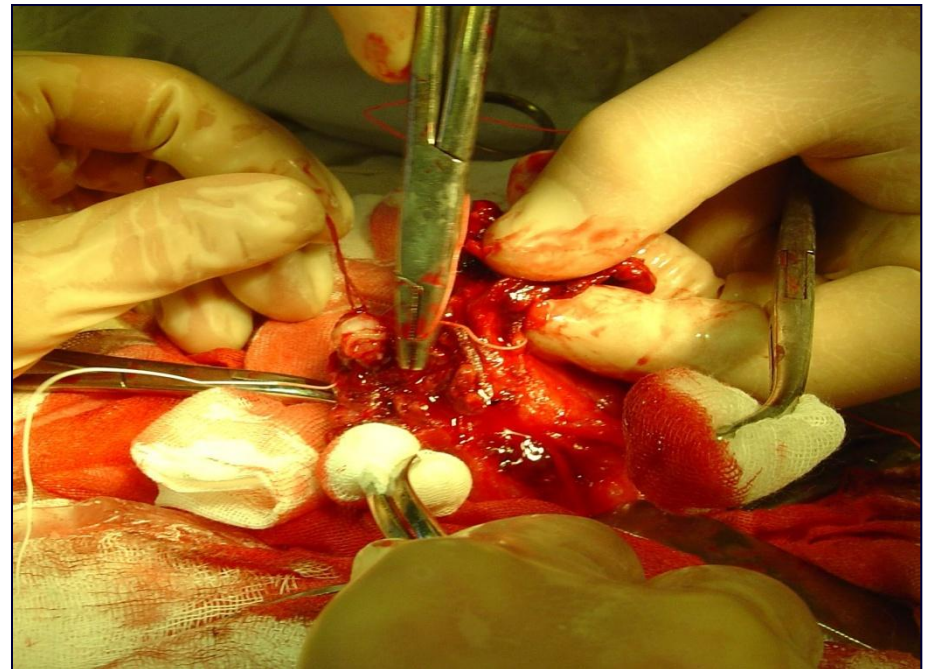
Техника ретроградной аппендэктомии

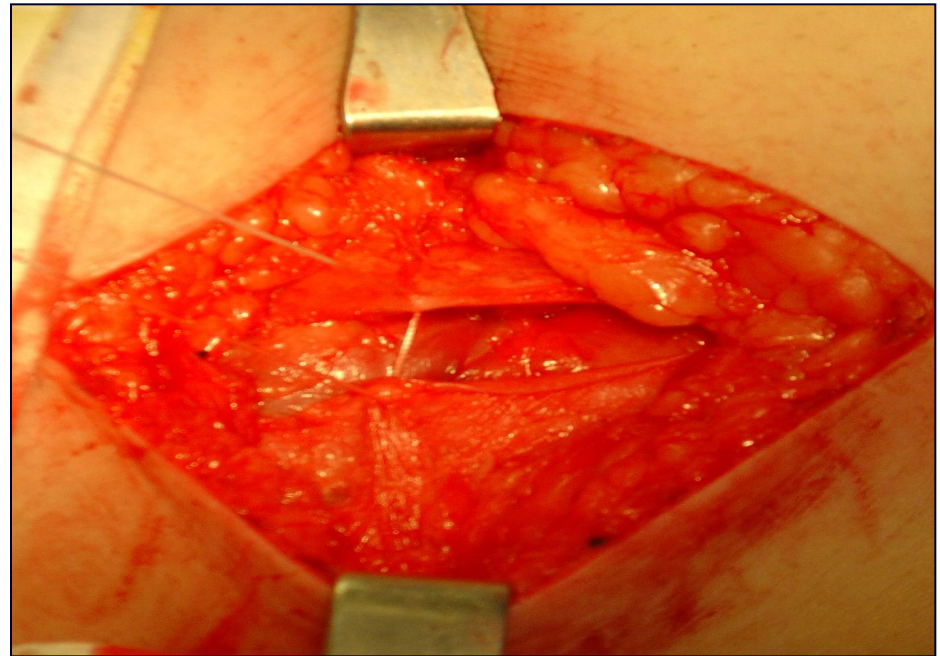
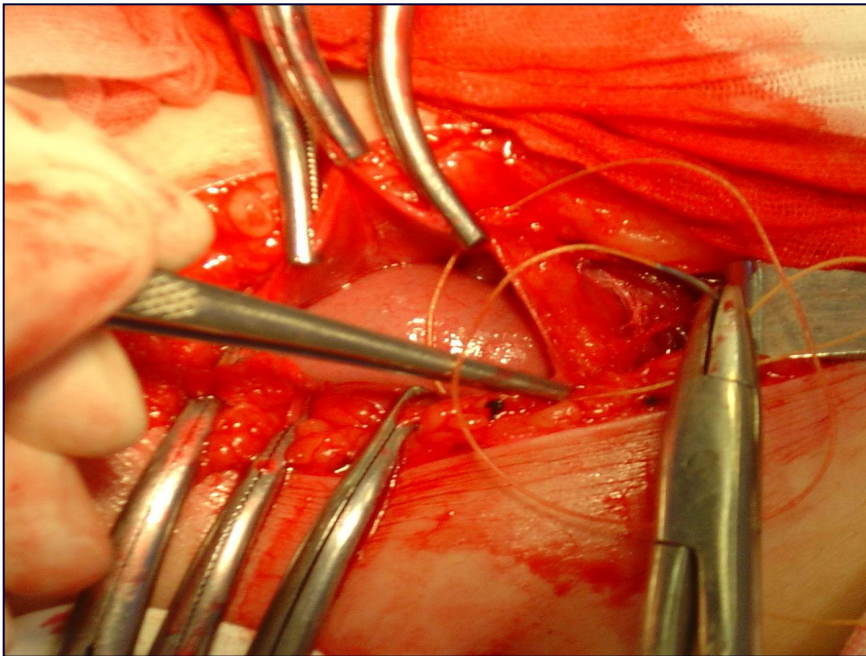
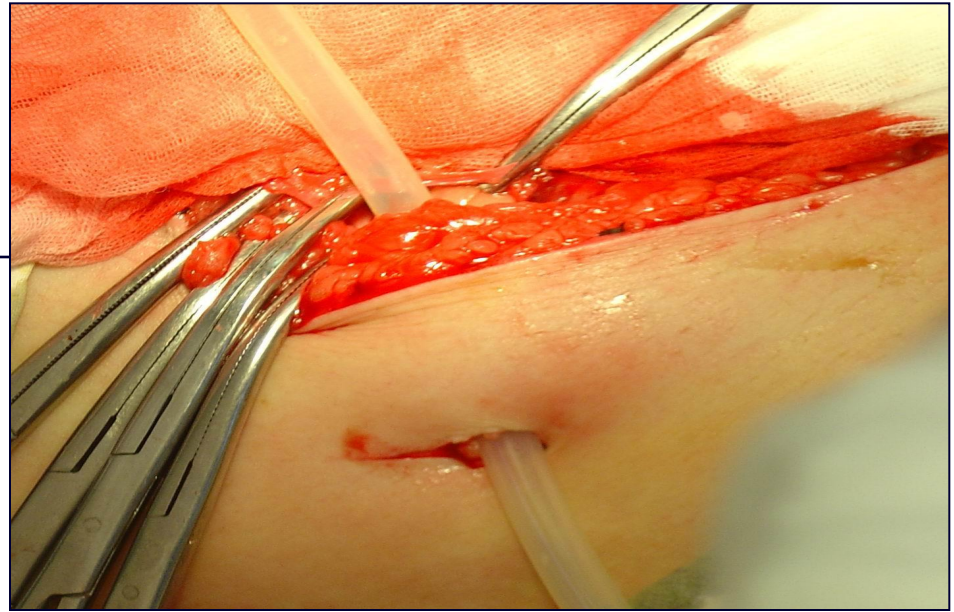


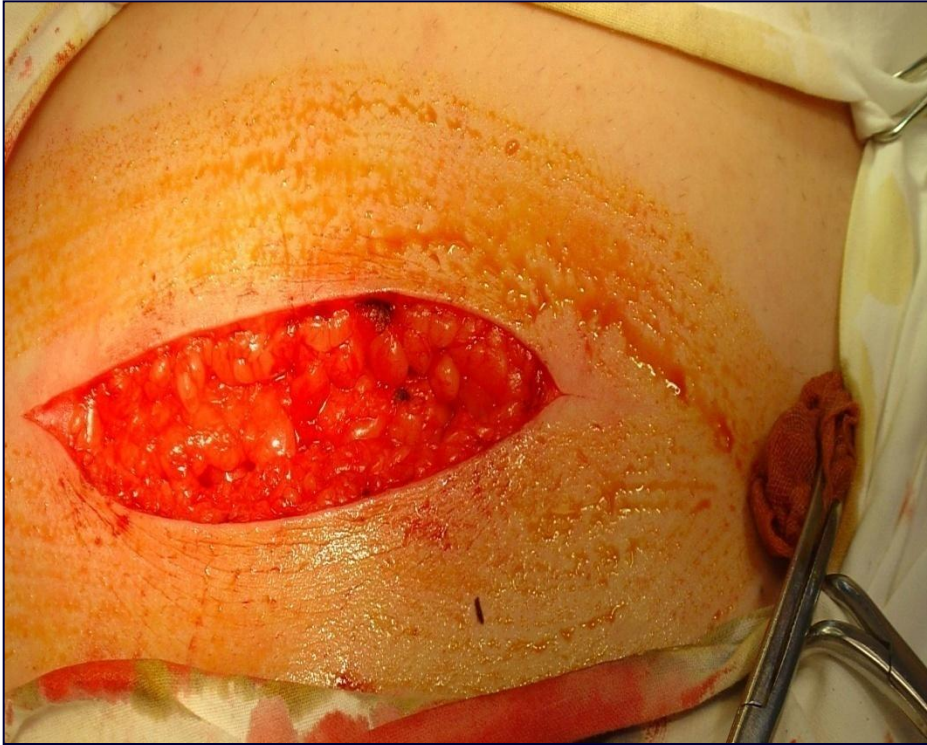




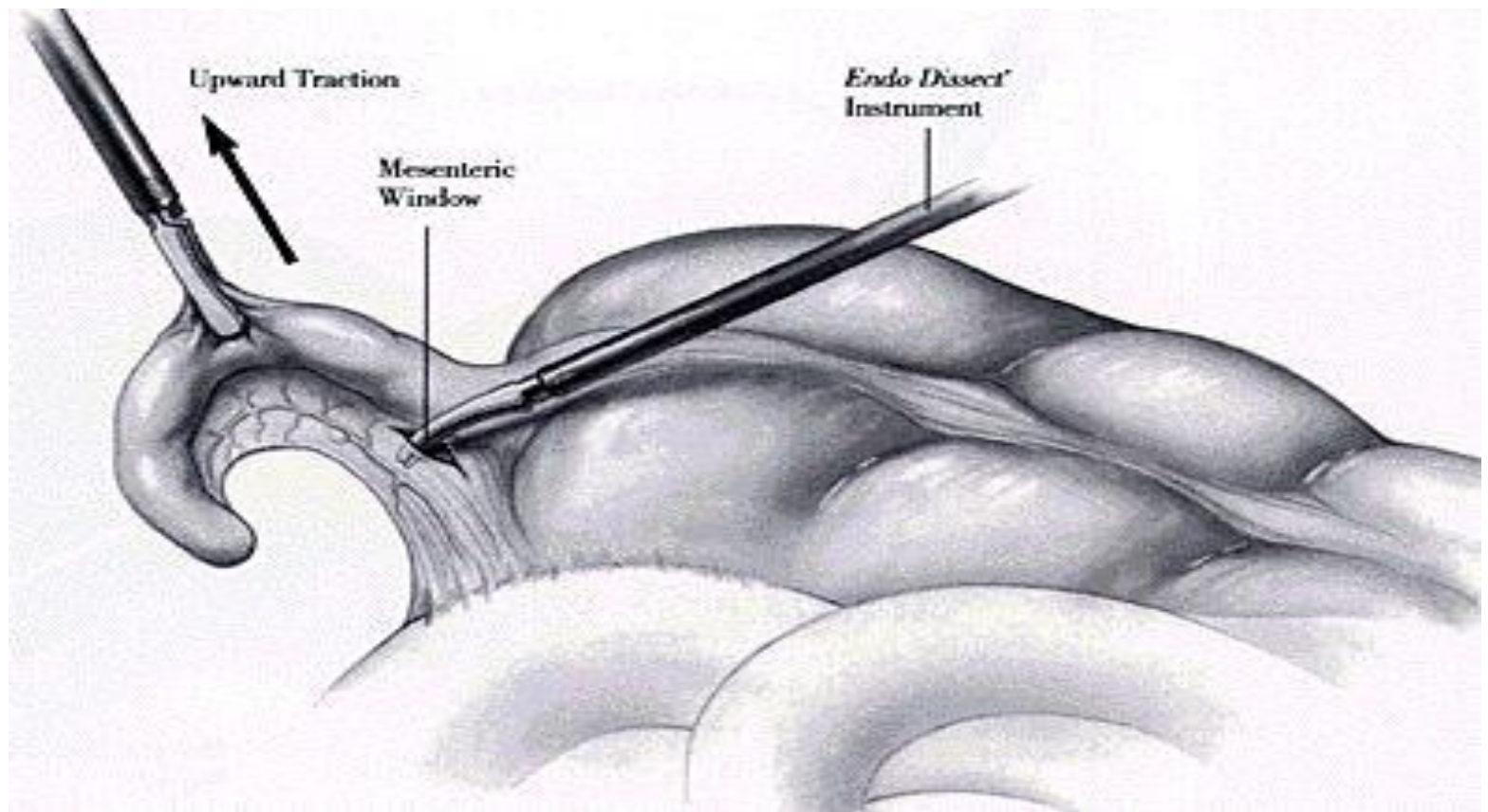
25/02/2008 14:57



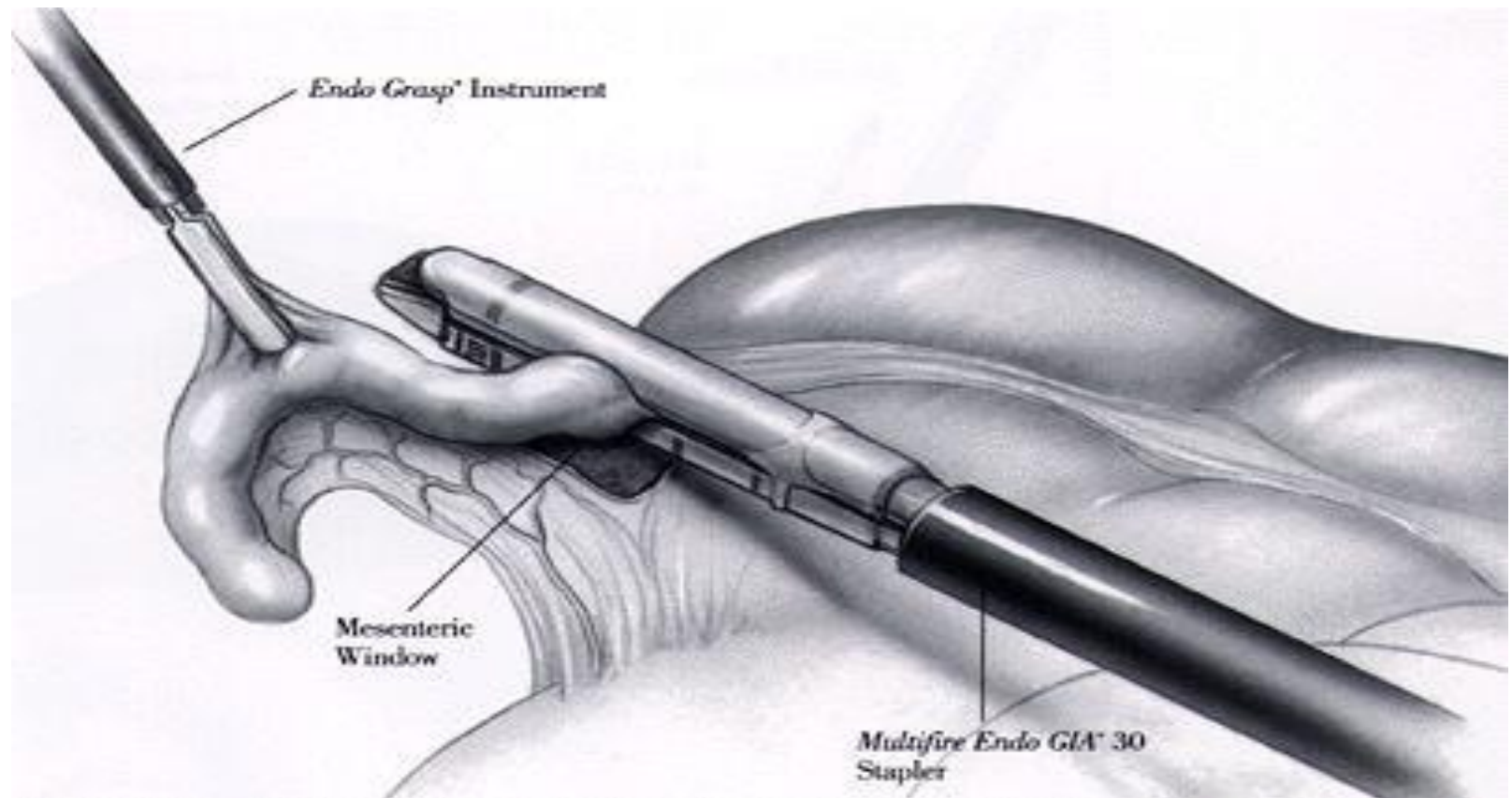




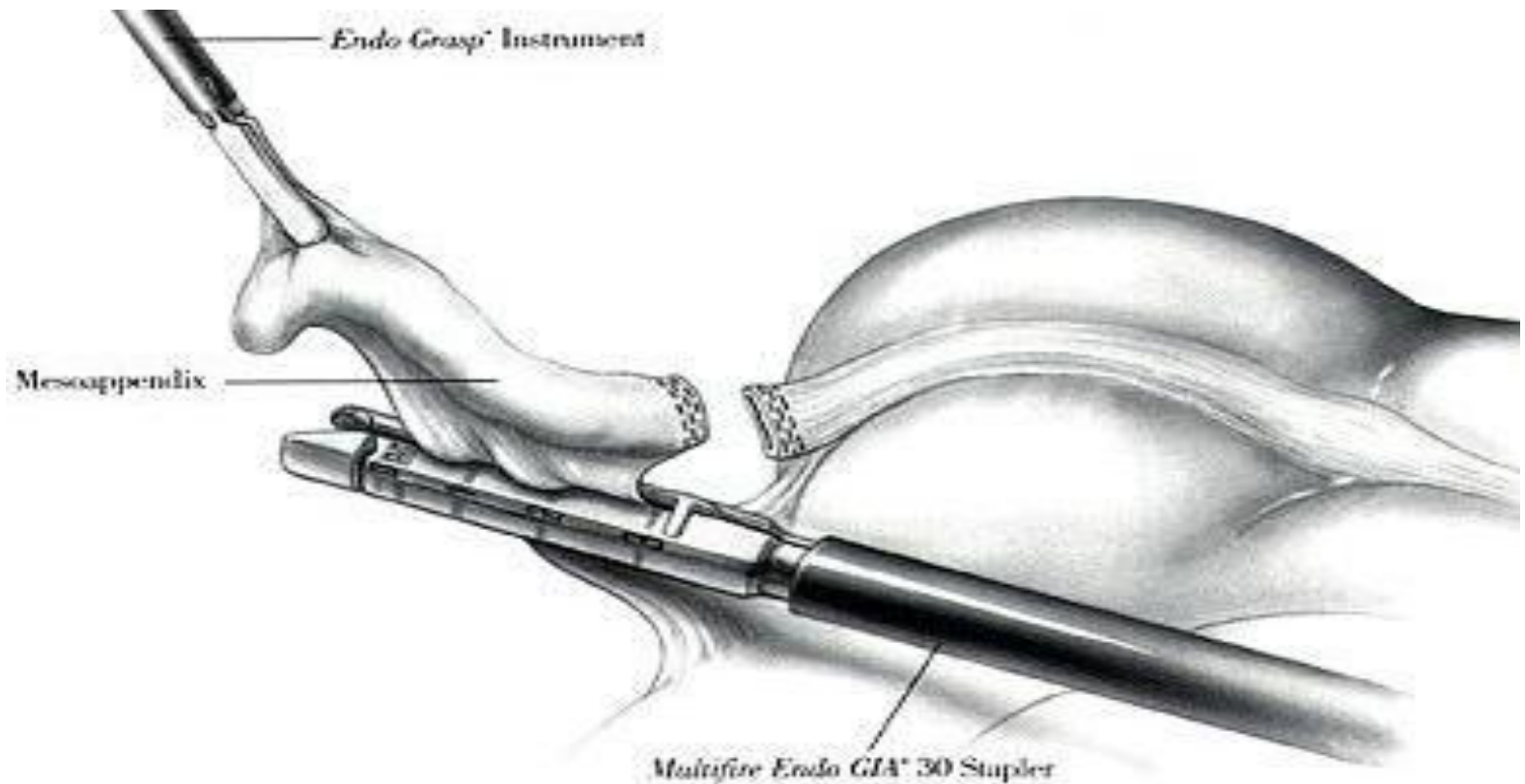
Лапароскопическая аппендэктомия



Лапароскопическая аппендэктомия



Лапароскопическая аппендэктомия



Наконец-то ВСЕ!

