

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной хирургии имени профессора А. М. Дыхно с курсом ПО.

РЕФЕРАТ

Тема: **Острый аппендицит**

Выполнила: ординатор 1-го года обучения

Губарева Е.А.

Проверила: ДМН, профессор Первова О. В.

Красноярск, 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

Общие сведения.....	3
Этиопатогенез.....	4
Классификация острого аппендицита.....	5
Клиническая картина	6
Диагностика.....	7-8
Лечение.....	9
Список литературы.....	10

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ.

Аппендицит (лат. appendicitis) - воспаление червеобразного отростка слепой кишки (аппендикса) разной степени выраженности. Аппендицит представляет собой одно из наиболее частых заболеваний брюшной полости, требующих хирургического лечения. Аппендицит проявляется в любом возрасте, чаще в молодом и среднем (от 20 до 40 лет); женщины болеют в 1.5-2 раза чаще мужчин. Заболеваемость острым аппендицитом составляет 4-5 случаев на 1000 человек в год. Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый аппендицит составляет 89,1 %. Кроме того, острый аппендицит - наиболее частая причина развития перитонита, который в случае несвоевременной диагностики и лечения может привести к летальному исходу. Летальность при остром аппендиците составляет 0.1-0.3%, а частота послеоперационных осложнений 5-9%.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ.

Существует несколько теорий причин и механизмов возникновения аппендицита. Несмотря на разные причины возникновения аппендицита их объединяет одно- процесс всегда начинается со слизистой червеобразного отростка, в результате на слизистой образуется дефект: «первичный аффект» или «аффект Ашоффа» через который начинается интервенция инфекции в стенку отростка, и процесс быстро приобретает деструктивный характер.

Ангионевротическая теория. При различных неврогенных расстройствах возникает спазм сосудов отростка, и если спазм достаточно сильный, возникает ишемия и некроз слизистой, инфекция проникает в стенку отростка и вызывает ее некроз. Интересно, что у некоторых больных спазм сопровождается ишемией, но до некроза дело не доходит. У больного возникают ишемические боли в правой подвздошной области, и если спазм внезапно проходит, то боли исчезают, такое состояние называется аппендикулярной коликой.

Теория закрытых полостей. Во время операции часто наблюдают перегибы, рубцы, спайки отростка, иногда сам отросток скручен вокруг короткой и деформированной брыжейки. В этих условиях в червеобразном отростке образуются замкнутые пространства, в которых задерживается кишечное содержимое и создаются условия для развития воспаления. Кроме того, его деформация способствует нарушению кровообращения.

Теория застоя. Возникновение аппендицита связывается с застоем каловых масс в червеобразном отростке при нарушении его сократимости. Это приводит к гнилостным процессам, образованием пролежней слизистой оболочки, активации сапрофитной микрофлоры и инфицированию глубоких слоев стенки отростка. Сюда же относится и инфекционная теория Ашоффа (1908): в одной из крипт червеобразного отростка под воздействием бактериальной флоры возникает участок воспаления (первичный аффект). Это маленький участок в виде дефекта слизистой оболочки с обильной клеточной инфильтрацией. В дальнейшем воспалительный процесс распространяется по лимфатическим путям на все слои стенки червеобразного отростка, приобретая характер флегмоны.

Теория баугеноспазма. (Греков И.И.) Спазм мышечного аппарата баугиниевой заслонки (клапан на границе тонкой и толстой кишок) вовлекает основания червеобразного отростка, вызывая спазм мышечных волокон. В следствие этого возникает застой секрета в аппендиксе, активация инфекции, воспаление.

Кроме того, выделяют гельминтную теорию, которая объясняет развитие аппендицита в связи с паразитированием в организме остриц.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА.

Острый аппендицит может проявляться в виде множества различных форм. В зависимости от морфологических изменений в тканях выделяют четыре формы острого аппендицита: катаральный (простой, поверхностный), флегмонозный, гангренозный, перфоративный.

При катаральном аппендиците наблюдается умеренный отек, гиперемия серозной оболочки и его брыжейки. Слизистая оболочка набухшая, гиперемированная, рыхлая, выявляются участки деструкции эпителия. Периаппендикулярно может находиться прозрачный, без запаха серозный выпот (воспалительный экссудат).

Флегмонозный аппендицит характеризуется тем, что отросток утолщен, напряжен, его серозная оболочка гиперемирована и покрыта фибринозным налетом. В полости отростка наблюдается гной. Возможна эмпиема отростка с колбовидным расширением и резким напряжением стенки отростка. Отмечается лейкоцитарная инфильтрация стенок отростка, на слизистой оболочке выявляются изъязвления. Рядом с отростком наблюдается серозный или гнойный экссудат. Брюшина рядом с отростком тусклая, с налетом фибрина. При гангренозном аппендиците в брюшной полости серозный или гнойный выпот с неприятным запахом. Отросток грязно-серого цвета, выявляются участки некроза стенок отростка. Брюшина рядом с отростком с кровоизлияниями, покрыта фибрином. Кроме того, морфологически наблюдается ишемия слизистой, мышечного слоя, серозной оболочки, мелкие абсцессы, точечные некрозы, тромбирование сосудов брыжейки. При этой форме возможна перфорация стенки отростка и возникновение местного перитонита.

Перфоративный аппендицит наблюдается, когда на 2-3 сутки после приступа острого аппендицита происходит гнойное расплавление стенки отростка или некроз участка стенки с ее прободением, при котором содержимое отростка изливается в брюшную полость, что ведет к возникновению местного, диффузного или разлитого перитонита.

В зависимости от наличия осложнений выделяют осложненный и неосложненный острый аппендицит. Осложнениями острого аппендицита могут быть аппендикулярный инфильтрат, периаппендикулярный абсцесс, местный перитонит, разлитой перитонит, межкишечные, поддиафрагмальные, подпеченочные, тазовые (дугласова пространства) абсцессы, пилефлебит.

В зависимости от клинических проявлений острого аппендицита выделяют аппендицит с типичной клинической картиной, стертой клинической картиной, а также острый аппендицит с нетипичным течением (с дизурическими расстройствами, с диареей, с клиникой острого холецистита или признаками тяжелой гнойной интоксикации).

Своевременная диагностики конкретной формы аппендицита крайне важна для дальнейшей тактики лечения, что определяет прогноз заболевания и возможность развития осложнений.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.

Основным симптомом острого аппендицита является боль в животе. Она локализуется сначала в эпигастральной области или околопупочной области; нередко имеет нелокализованный характер (боли «по всему животу»), через несколько часов боль мигрирует в правую подвздошную область — симптом «перемещения» или симптом Кохера (или Кохера-Волковича). Несколько реже болевое ощущение появляется сразу в правой подвздошной области. Боли носят постоянный характер; интенсивность их, как правило, умеренная. По мере прогрессирования заболевания они несколько усиливаются, хотя может наблюдаться и их стихание за счет гибели нервного аппарата червеобразного отростка при гангренозном воспалении. Боли усиливаются при ходьбе, кашле, перемене положения тела в постели. Когда пристеночная брюшина все более раздражается боль локализуется в правом нижнем квадранте. Эта стадия называется острым аппендицитом.

Иррадиация при типичной форме острого аппендицита не наблюдается и характерна лишь для атипичных форм. Важно отличать спастическую (спазматическую) и интермиттирующую (прерывистую) боль живота и прогрессирующую усиливающуюся боль. Если у пациента тошнота, рвота или диарея за которой следует спастическая (спазматическая) и интермиттирующая (прерывистая) боль живота, существует большая вероятность гастроэнтерита. Кроме того, у пациентов отсутствует аппетит, их беспокоит тошнота и рвота. Рвота имеет рефлекторный характер, одно- или двухкратная. При этом, если тошнота и рвота возникают до болевых ощущений, аппендицит маловероятен.

Для острого аппендицита характерна субфебрильная лихорадка. Лихорадка, рвота и анорексия составляют характерную для аппендицита триаду Мерфи.

Кроме этого, возможны: жидкий стул или его задержка, частые мочеиспускания, повышение числа сердечных сокращений и повышение давления. Эти симптомы характерны для атипичных форм аппендицита. Возможны различные вариации симптомов в зависимости от расположения червеобразного отростка, возраста пациента и других индивидуальных особенностей.

ДИАГНОСТИКА.

При обследовании важно исключить другие источники инфекции. Инфекции верхних дыхательных путей могут приводить к мезадениту, который также может быть причиной боли в животе. Полнота пациента, ретроцекально расположенный червеобразный отросток, небольшой размер кишки затрудняют постановку диагноза.

При пальпации выявляются характерные признаки острого аппендицита: пальпаторная болезненность в правой подвздошной области и напряжение мышц передней брюшной стенки. Кроме этого, при физикальном обследовании особо значимыми критериями диагностики являются симптомы раздражения брюшины:

- 1) Симптом Щеткина-Блюмберга – медленное надавливание на правую подвздошную область и быстрое отнятие руки. Усиление боли при отнятии руки.
- 2) Симптом Воскресенского - через натянутую книзу рубашку производится скользящее движение с легким нажимом из подложечной области косо вниз к правой подвздошной области. Появляется резкое усиление боли.
- 3) Симптом Ровзинга - при толчкообразном надавливании в левой подвздошной области, боль появляется или усиливается в правой.
- 4) Симптом Ситковского - появление или усиление болей в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок.
- 5) Симптом Крымова - болезненность в правом паховом канале при пальцевом его исследовании.
- 6) Симптом Раздольского - усиление боли при перкуссии в правой подвздошной области.
- 7) Симптом Бартомье-Михельсона - болезненность при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку.
- 8) Симптом Образцова - исследующий правой кистью придавливает брюшную стенку в правой подвздошной области; осторожное поднятие выпрямленной правой нижней конечности вызывает ощущение боли или усиление боли в правой подвздошной ямке.
- 9) Симптом Коупа - Больного укладывают на спину и производят ротационные движения правой нижней конечностью, согнутой в коленном и тазобедренном суставах. При наличии воспалительного процесса и тазовом расположении отростка появляется боль в правой подвздошной области.

Лабораторная диагностика позволяет выявить неспецифические признаки воспалительного процесса (умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренная СОЭ, повышенный СРБ после 12 часов после начала приступа). Если лейкоцитоз значительный, это может говорить о перфорации червеобразного отростка.

Ультразвуковое исследование позволяет выявить дилатацию просвета (диаметр более 6 мм), отсутствие перистальтики, иногда может лоцироваться копролит. Ультразвуковое исследование должно быть первым инструментальным обследованием при подозрении на аппендицит. Обнаруживаются наполненная жидкостью, несжимаемая трубчатая конструкция с диаметром, превышающим 6 мм, аппендиколит, околоаппендикулярная перицекальная жидкость. Наиболее частый эхопризнак острого аппендицита — наличие свободной жидкости в правой подвздошной ямке (то есть, вокруг отростка) и (или) в полости малого таза (наиболее отлогом месте брюшной полости) — симптомы местного перитонита. Ультразвуковое исследование при остром аппендиците не всегда специфично. Для лоцирования (обнаружения) червеобразного отростка требуются: наличие обтурации отростка, опыт и аппарат экспертного класса. При гангренозно-перфоративном аппендиците, содержимое отростка изливается в брюшную полость, дилатация исчезает, отросток может не лоцироваться. Вместе с тем, обязательно лоцируется свободная жидкость в брюшной полости, может лоцироваться «свободный газ» в брюшной полости, паретичные петли тонкой кишки.

Рентгенография брюшной полости на ранних стадиях заболевания не информативна, возможно выявление лишь косвенных признаков патологического процесса в брюшной полости (симптом «сторожевой петли»). При развитии распространённого перитонита (по классификации Симоняна — на паралитической и терминальной стадиях перитонита) — появляются признаки паралитической кишечной непроходимости: «чаши Клойбера», «тонкокишечные арки», исчезает пневматизация толстой кишки. В 10 % — 20 % случаев рентгенография показывает копролит. Диагностическая лапароскопия показана в сомнительных случаях, может переходить в лечебную лапароскопию при технической возможности, когда имеются условия для лапароскопической аппендэктомии; требуется письменное согласие пациента на удаление червеобразного отростка.

Дифференциальная диагностика должна проводиться с такими заболеваниями как: перфоративная язва желудка, острый холецистит, острый панкреатит, болезнь Крона, дивертикул Меккеля, острая кишечная непроходимость, острый аднексит, прервавшаяся внематочная беременность, почечная колика, мезаденит (воспаление лимфатических узлов брыжейки тонкой кишки).

ЛЕЧЕНИЕ.

Основные принципы организации медицинской помощи при остром аппендиците включают:

1) Наличие болей в животе требует целенаправленного исключения диагноза "острый аппендицит" с учетом разнообразия его атипичных форм. 2) Сомнения в диагнозе острого аппендицита служат основанием для направления больного в хирургический стационар. При этом в случае атипичной клинической картины допустимо использовать диагноз направления "острый живот".

3) При неснятом диагнозе острого аппендицита противопоказано применение местного тепла (грелки) на область живота, а также применение клизм и слабительных препаратов.

4) В случае категорического отказа больного от госпитализации он сам и его родственники должны быть предупреждены о возможных последствиях с соответствующей записью в медицинской карте.

5) В случае самовольного ухода больного до определения диагноза из приемного отделения хирургического стационара врач приемного отделения обязан сообщить об этом в поликлинику по месту жительства больного для активного его осмотра хирургом поликлиники на дому.

При постановке диагноза «аппендицит» в большинстве случаев проводится хирургическая операция по удалению червеобразного отростка, называемая аппендэктомией. Прием антибиотиков начинается сразу же после установки диагноза, перед операцией.

Аппендэктомия может выполняться в виде открытой операции или путем лапароскопии. При лапаротомии используют различные разрезы: Дьяконова-МакБрунея, Леннандера, нижний срединный разрез. После рассечения кожи и подкожно-жировой клетчатки рассекают апоневроз наружной косой мышцы живота, расслаивают внутреннюю косую и поперечную мышцу живота. Затем рассекают париетальную брюшину между двумя пинцетами по длине раны. Затем слепую кишку выводят в рану, извлекают в рану червеобразный отросток, перевязывают его брыжейку и рассекают ее. После этого накладывается кисетный шов на слепую кишку у основания аппендикса. Затем червеобразный отросток перевязывается и отсекается. Культя погружается внутрь кисетным швом, накладывается Z-образный шов на культю.

При ретроградной аппендэктомии червеобразный отросток сначала пережимают, затем перевязывают и отсекают. Затем происходит пересечение сращений и брыжейки червеобразного отростка между кровоостанавливающими зажимами. Затем прошивают и перевязывают брыжейку аппендикса.

Перед операцией и после нее назначают антибиотики широкого спектра действия, дезинтоксикационную терапию. В случае развития осложнений проводят дополнительное лечение в зависимости от характера патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

- 1) Хирургические болезни. Учебник. В 2-х томах. Под ред. Савельева В.С., Кириенко А.И. Москва ГЭОТАР 2005
- 2) Алгоритмы практических навыков по общей и частной хирургии, детской хирургии, офтальмологии, нейрохирургии, урологии, онкологии, оториноларингологии, травматологии, акушерству. (алгоритмы практических навыков). / сост. А.В. Андрейчиков и др. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2010. - 230 с.
- 3) Клиническая хирургия: национальное руководство: В 3 т. / Ред. В. С. Савельев, А. И. Кириенко . – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008 . – (Национальные руководства) . Т3.: 2010.-1002 с
- 4) Оперативная хирургия и топографическая анатомия : учебник для студентов медицинских вузов / Г. Е. Островерхов, Ю. М. Бомаш, Д. Н. Лубоцкий. - 5-е изд., испр. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2013. – 736с.: ил.
- 5) Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов. – 6- е изд., испр. – М.: Литтерра, 2010. – 848.: ил.
- 6) Белоусов А.С. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение болезней органов пищеварения. Москва, Медицина 2002и.