

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

Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. Ю.М.Лубенского

РЕФЕРАТ
Острый аппендицит.

Выполнил:
ординатор 1-го года обучения:
Соколов А.А

Руководитель: д.м.н. профессор
Здзитовецкий Дмитрий
Эдуардович

Красноярск, 2019

План:

1. Вступление
2. Краткие анатомо - физиологические сведения
3. Этиология и патогенез
4. Классификация
5. Клиническая картина
6. Лечение
7. Список использованной литературы

Вступление.

Острый аппендицит в настоящее время самое широко распространенное хирургическое заболевание. Он встречается среди всех групп населения, независимо от пола и возраста, но наиболее подвержены люди в возрасте от 20-50 лет, чаще женщины. Обычно он вызывает только временную утрату трудоспособности, в случаях запоздалой диагностики возможна инвалидизация. Поэтому особенно важную роль в профилактике осложнений данного заболевания играет санитарно-просветительская работа с населением, разъяснение важности незамедлительного обращения к врачу при болях в животе, а также отказ от самостоятельного лечения.

Краткие анатомо-физиологические сведения.

Для лучшего понимания данного заболевания необходимы знания анатомо-физиологических особенностей данной области.

Червеобразный отросток отходит от слепой кишки в месте схождения трех лент. Длина червеобразного отростка в среднем составляет 5 – 10 см., диаметр отростка 4 – 5 мм. У места впадения червеобразного отростка в слепую кишку имеется складка слизистой оболочки – заслонка Герлаха. Эта заслонка препятствует поступлению кишечного содержимого в червеобразный отросток.

Серозная оболочка чаще всего покрывает червеобразный отросток со всех сторон. Мышечная оболочка представлена двумя слоями мышц: поверхностным (продольным) и глубоким (циркулярным). Слизистая оболочка покрыта цилиндрическим эпителием, содержит многочисленные лимфатические фолликулы. Подслизистый слой состоит из соединительной ткани в которой находятся кровеносные и лимфатические сосуды. Кровообращение отростка осуществляется аппендикулярной артерией. Иннервация осуществляется из верхнего брызжеечного сплетения.

Расположение червеобразного отростка может быть разнообразным. Нередко бывает его врожденная атрезия или перемещение вместе со слепой кишкой в левую подвздошную область (при *situs viscerum inversus*). Бывает так, что при недоразвитии правой половины толстой кишки он может располагаться высоко под печенью, а при подвижной слепой кишке (*caecum mobile*) – перемещаться в самые различные отделы брюшной полости. Гораздо чаще случается так, что при “нормальном” расположении слепой кишки, расположение самого отростка может варьировать.

Наиболее часто червеобразный отросток направляется от слепой кишки книзу и медиально, иногда он может опускаться в малый таз и достигать мочевого пузыря, прямой кишки, яичников, маточных труб. Отросток может идти от

слепой кишки в медиальном и латеральном направлении, а также располагаться на передней поверхности слепой и восходящей кишки, достигая нижней поверхности печени и дна желчного пузыря. Иногда (в 9 - 15 % случаев) червеобразный отросток располагается позади слепой кишки (ретроцекально) и даже ретроперитонеально прилегая к правому мочеточнику или почке.

Этиология и патогенез.

В результате дисфункции нервно-регуляторного аппарата червеобразного отростка в нем происходит нарушение кровообращения, что ведет к трофическим изменениям в червеобразном отростке.

Дисфункцию нервно-регуляторного аппарата могут вызывать три группы факторов:

1. Сенсбилизация (аллергический компонент – пищевая аллергия, глистная инвазия).
2. Рефлекторный путь (болезни желудка, кишечника, желчного пузыря).
3. Непосредственное раздражение (инородные тела в червеобразном отростке, каловые камни, перегибы).

Дисфункция нервно-регуляторного аппарата приводит к спазму мышц и сосудов червеобразного отростка. В результате нарушений кровообращения в червеобразном отростке происходит отек его стенки. Набухшая слизистая оболочка закрывает устье червеобразного отростка, скапливающееся в нем содержимое растягивает его, давит на стенку отростка, еще больше нарушая ее трофику. Слизистая оболочка в результате этого теряет устойчивость по отношению к микробам, которые всегда есть в его просвете (кишечная палочка, стафилококи, стрептококи, энтерококи). Они внедряются в стенку червеобразного отростка, и возникает воспаление. Когда воспалительный процесс захватывает всю толщу стенки червеобразного отростка, в процесс вовлекаются окружающие ткани. Появляется серозный выпот, который затем становится гнойным. Распространяясь по брюшине, процесс приобретает характер разлитого гнойного перитонита. При благоприятном течении заболевания из экссудата выпадает фибрин, который склеивает петли кишок и сальник, отграничивая очаг воспаления (аппендикулярный инфильтрат). Аппендикулярный инфильтрат может рассосаться или нагноиться. При нагноении аппендикулярного инфильтрата образуется периаппендикулярный гнойник, который может прорваться в свободную брюшную полость (что ведет к разлитому перитониту), в кишку, в забрюшинное пространство, может осумковываться и вести к септикоэмии. При прорыве гнойника в забрюшинное пространство возникает флегмона забрюшинной клетчатки. Очень редко может

развиться пилефлебит (тромбофлебит воротной вены) с последующим развитием гнойников в ткани печени.

Классификация острого аппендицита.

1. Простой аппендицит (без выпота, с выпотом)
2. Деструктивный аппендицит (без выпота, с выпотом)
 - а) флегмонозный
 - б) гангренозный
 - в) прободной (перфоративный)
3. Осложненный аппендицит
 - а) аппендикулярный инфильтрат
 - б) аппендикулярный абсцесс
 - в) разлитой гнойный перитонит
 - г) прочие осложнения острого аппендицита (пилефлебит, сепсис, поддиафрагмальный абсцесс и др.)

Клиническая картина.

Клиническая картина острого аппендицита характеризуется большим разнообразием, что связано не только с формой заболевания, но и с особенностями локализации червеобразного отростка, наличием или отсутствием осложнений, реактивностью организма больного. Наиболее постоянным и обязательным симптомом острого аппендицита являются боли, вызванные раздражением нервных окончаний в отростке. Именно с этого симптома начинается заболевание.

В начале приступа острого аппендицита боли ощущаются в эпигастральной области, около пупка, и по мере развития заболевания перемещаются в правую подвздошную область (симптом перемещения болей Кохера – Волковича). Локализация болей соответствует месту расположения воспаленного червеобразного отростка, поэтому они могут ощущаться не только в правой подвздошной области, но и в области пупка, в низу живота (при тазовом расположении отростка), в поясничной области (при ретроцекальном расположении отростка). При прогрессировании воспалительного процесса и возникновении –диффузного перитонита четкая локализация болей утрачивается, зона их распространения увеличивается, они охватывают весь живот.

Для острого аппендицита характерно внезапное появление болей, интенсивность которых прогрессирует по мере развития воспалительных изменений в червеобразном отростке. Боли при остром аппендиците постоянны, иногда схваткообразно усиливающиеся, интенсивность их не очень велика, а иррадиации их, как правило, нет. В случае разрыва отростка боли в первое время несколько уменьшаются, затем усиливаются за счет прогрессирования перитонита. С началом гангрены отростка и неизбежном при этом омертвлении его нервного аппарата боли стихают.

Признаки острого аппендицита: тошнота которая начинается вскоре после начала болей, которая может сопровождаться однократной рвотой; задержка стула – бывает часто с самого начала заболевания в следствии пареза кишечника; слабость, недомогание; температура тела повышена до 37,2 – 37,6 градусов, иногда сопровождается ознобом; увеличенная частота пульса, но соответствующая температуре тела (с началом перитонита соответствие нарушается); язык влажный, обложенный (с развитием перитонита становится сухим).

Лабораторные исследования, следует обратить внимание на состав периферической крови: в крови отмечается умеренный лейкоцитоз (10000 – 12000), при усугублении процесса лейкоцитоз снижается, но появляется сдвиг лейкоцитарной формулы влево, что является неблагоприятным прогностическим признаком. В моче при тяжелой интоксикации появляются признаки токсического нефрита (белок, цилиндры, эритроциты).

Лечение острого аппендицита и его осложнений.

Лечение острого аппендицита хирургическое. Оно заключается (при отсутствии осложнений заболевания) в аппендэктомии, выполняемой в экстренном порядке.

Для выполнения аппендэктомии обычно используют местную анестезию, наркоз показан у детей, людей с лабильной психикой, при неуверенности в диагнозе, когда во время операции может потребоваться расширение операционного доступа.

Доступ – косопопеременный в правой подвздошной области (Мак-Бурнея – Волковича – Дьяконова). При неуверенности в точности диагноза предпочтение отдают параректальному разрезу (нередко в этих случаях используют срединную лапаротомию). Купол слепой кишки вместе с червеобразным отростком выводят в рану, лигируют сосуды брыжейки отростка, отросток перевязывают у основания и отсекают, а его культю погружают кистным и Z- образным швами. Брюшную полость ушивают наглухо. При ретроцекальном или тазовом расположении червеобразного

отростка, когда вывести его верхушку в рану не удастся, целесообразно ретроградное удаление отростка.

При аппендикулярном инфильтрате, склонном к рассасыванию, операция не показана.

Список использованной литературы.

1. Острый аппендицит, М.А. Трунин, ЛСГМИ, Ленинград 1984 г.
2. Хирургические болезни, Н.П. Напалков, Изд. Медицина, Ленинград 1976 г.
3. Внутренние болезни, Ф.И. Комаров, Изд. Медицина, Москва 1990 г.
4. Хирургические болезни, М.И.Кузин, Изд. Медицина, Москва 1986 г.

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

Кафедра и клиника хирургических болезней им.проф. Ю.М.Лубенского

Рецензия на реферат ординатора первого года обучения специальности

«Хирургия» Соколова Артём Александровича по теме: Острый аппендицит.

Важность, и актуальность острого аппендицита важна, и играет существенную роль в современной медицине, несмотря на высокие темпы развития медицины и новых методов подхода к данному заболеванию. Данная работа отражает современные подходы к диагностике и лечению острого аппендицита. Описаны современные методы лечения для данной патологии, как консервативное, так и хирургическое лечение.

Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованы, обладают важным теоритическим значением и могут быть рекомендованы к практическому применению. Реферат написан литературным языком, иллюстрирован и оформлен.

Реферат Соколова А.А. на тему «Острый аппендицит» полностью отвечает требованиям, предъявленным к данному виду работ, а автор заслуживает оценку «отлично».

Зав.Кафедрой и клиникой хирургических болезней им.проф. Ю.М.Лубенского

Д.м.н. проф. Д.Э.Здзитовецкий