

Острый аппендицит

Этиология, патогенез и патологическая анатомия. Классификация.

Единого мнения о возникновении острого аппендицита не существует. Имеется ряд теорий, объясняющих причины заболевания и его патогенез. Наиболее известны механическая (теория застоя), инфекционная и ангионевротическая теории. Острый аппендицит - это неспецифическое воспаление червеобразного отростка. Возбудителями инфекции могут быть стафилококки, кишечная палочка, смешанная и анаэробная флора. Попытки выделить какой-либо особый возбудитель заболевания и придать острому аппендициту форму специфического воспаления не увенчались успехом.

Аппендицит при беременности

Острый аппендицит — самая частая причина неотложных хирургических вмешательств у беременных. Частота острого аппендицита у беременных: 1 случай на 700—2000 беременных.

Анатомо-физиологические особенности женского организма затрудняют своевременную диагностику аппендицита. Это приводит к большей частоте развития осложнённых форм, что может привести к прерыванию беременности и гибели плода.

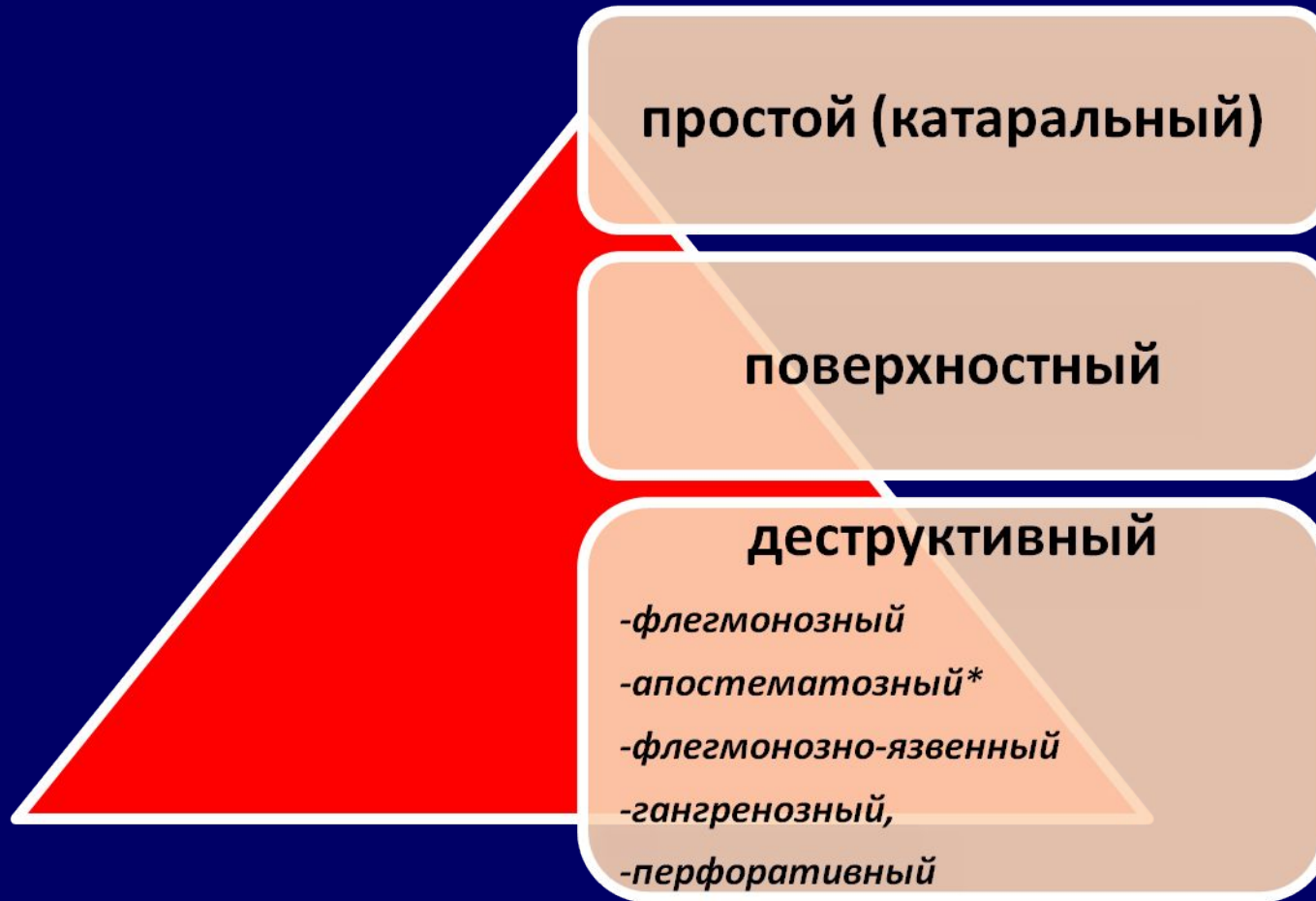
Правильной хирургической тактикой является ранняя аппендэктомия у беременных. Она позволяет избежать осложнений и спасает как жизнь матери, так и ребёнка.

Особенности организма женщины при беременности, влияющие на постановку диагноза и хирургическую тактику:

1. Стёртая клиническая картина «острого живота» вследствие гормональных, метаболических, физиологических изменений.
2. Прогрессирующее ослабление мышц передней брюшной стенки за счет их растяжения растущей маткой
3. Смещение внутренних органов растущей маткой: аппендикс и слепая кишка смещаются краниально, брюшная стенка поднимается и отодвигается от отростка.

У беременных при остром аппендиците отмечается острая боль в животе, которая приобретает постоянный ноющий характер и перемещается в место локализации отростка (правый боковой отдел живота, правое подреберье). Отмечают наличие положительного **симптома Тараненко** — усиление боли в животе при повороте с левого бока на правый.

I. Морфологическая классификация видов острого аппендицита



Прим. * появляются множественные
мелкие гнойнички

II. Классификация В.И. Колесова:

I. Острый простой (поверхностный аппендицит)

А. Без общеклинических признаков, но со слабыми местными, быстро проходящими проявлениями заболевания.

Б. С незначительными общеклиническими признаками и местными проявлениями заболевания.

II. Деструктивный острый аппендицит (флегмонозный, гангренозный, перфоративный):

А. С клинической картиной заболевания средней тяжести и признаками местного перитонита

Б. С тяжёлой клинической картиной и признаками местного перитонита

III. Осложнённый аппендицит:

С аппендикулярным инфильтратом

С аппендикулярным гнойником.

С разлитым перитонитом.

С прочими осложнениями (пилефлебитом, сепсисом и проч.).

III. классификация

Острый аппендицит

1. Аппендикулярная колика	2. Катаральный (простой и поверхностный)	3. Деструктивный	4. Осложненный
		а). Флегмонозный (с прободением и без)	а) Перитонит
		б). Гангренозный (с прободением и без)	б) Эндотоксический шок
			в) Абсцесс брюшной полости
			г) Инфильтрат
			д) Сепсис

Основные принципы организации медицинской помощи при остром аппендиците

Г. Мондору принадлежат слова - “Будущее острого аппендицита не может быть предугадано” - призывающие наше поколение хирургов к ранней и своевременной операции.

1. При подозрении на острый аппендицит больной подлежит срочной госпитализации в хирургический стационар, постоянному наблюдению и дополнительному обследованию.

2. Распознанный острый аппендицит требует немедленной операции, независимо от выраженности клинической картины, возраста больного, продолжительности болезни (исключение составляют отграниченные инфильтраты).

3. В неясных случаях при оставшемся подозрении на острый аппендицит необходима лапароскопия или диагностическая лапаротомия.

Клиника

Острый аппендицит характеризуется многообразием клинических проявлений. И.И. Греков в связи с этим образно назвал его “хамелеоноподобным заболеванием”, Ю.Ю. Джанелидзе - “многоликим” и “коварным”. ***Почти все симптомы острого аппендицита неспецифичны, т.е. могут быть и при других болезнях живота.*** Поэтому в диагностике огромное значение имеет не сам симптом, а его характеристика и сочетание с другими симптомами и последовательность их возникновения. Причём, один и тот же симптом в различных стадиях заболевания и при различных его формах имеет свои особенности

Боль - первый и наиболее постоянный симптом острого аппендицита. Чаще возникает ночью, становится постоянной, с постепенно нарастающей интенсивностью. Боль характеризуется больными как колющая, режущая, жгучая, тупая, острая, дёргающая. В первой стадии заболевания интенсивность боли невелика, она вполне терпима. Больные не кричат, не стонут, но и не проявляют излишней двигательной активности, так как резкие движения туловища, например при кашле, (симптом кашлевого толчка) усиливают боль. Схваткообразный характер боли бывает очень редко.

Локализация боли различна. В типичных случаях она сразу локализуется в правой подвздошной области, но может и не иметь строгой локализации, распространяясь вначале по всему животу. Примерно у половины больных боль вначале локализуется в эпигастральной области (**симптом Кохера - Волковича**) и только спустя некоторое время (через 1-2 часа), опускается в правую подвздошную область. Иногда этот симптом затягивается на более длительный период,. Особенно сильная боль при эмпиеме, когда в просвете червеобразного отростка повышается давление. Больные при этом мечутся, не могут найти себе места. На фоне постоянной боли, неожиданно больной ощущает внезапное их усиление - **это “симптом перфорации”**. Но часто бывает и парадоксальная реакция, когда параллельно с процессами деструкции боли уменьшаются до полного их исчезновения (**симптом “обрыва болей”**), что связано с гангреной стенки отростка. Это самый коварный и опасный момент в диагностике аппендицита. Налицо яркое несоответствие тяжёлого состояния больного и клинических данных со стороны живота.

Боли могут иррадиировать в разные отделы живота: в пупок, в подложечную область, в поясницу, вниз. Это во многом связано с расположением слепой кишки и червеобразного отростка.

Тошнота и рвота наблюдается у 60-80 % больных.

Тошнота обычно предшествует рвоте, но иногда является самостоятельным симптомом. Важно, что эти симптомы никогда не предшествуют болям, а возникают в течение первого или второго часа от начала заболевания. Задержка стула и газов. Это неизменные спутники острого аппендицита. При тазовом расположении и соприкосновении его со стенкой мочевого пузыря, возможны дизурические расстройства.

Температура в начале заболевания колеблется между 37-38^oC. Пульс при этом соответствует температуре - 80-100 уд. в 1 мин. Лишь при деструктивных формах аппендицита температура достигает 38,5-39^oC, а тахикардия возрастает до 130-140 уд. в 1 мин(симптом токсических ножниц). Определённое диагностическое значение имеет сравнение **ректальной** и **подмышечной** температур. Выявление значительной **разницы (более 1,5 C)** объективно свидетельствует об острой патологии в брюшной полости (**симптом Паскалиса – Маделунга - Ленандера**).

1. Осмотр больного.

В первой стадии болезни состояние больного удовлетворительное. Выражение лица спокойное, кожный покров обычной окраски или слегка бледен. Состояние и внешний вид больного изменяются при деструктивных формах аппендицита. Появляется бледность кожного покрова, лихорадочный блеск глаз, страдальческое, тревожное выражение лица, черты больного при развитии перитонита заостряются (лицо Гиппократата). Больные, как правило, малоподвижны, апатичны, неохотно, с трудом, односложно отвечают на вопросы. Плохим признаком является эйфория. Нужно помнить, что в ряде случаев уже в ранней стадии острого аппендицита чётко выражен токсический компонент, резкая бледность кожного покрова, гиперемия склер, лихорадочный блеск глаз, высокая температура, тахикардия, озноб, бред, эйфория. Здесь существует реальная опасность токсического шока и таит в себе значительную угрозу для жизни больного.

2. Язык.

В первой стадии болезни язык влажный, обложенный белым налётом. С развитием деструктивных изменений в червеобразном отростке и перитоните язык становится сухим, покрытым грязно-серым налётом.

3. Исследование живота.

В начале заболевания живот сохраняет обычную форму, участвует в дыхании, симметричен. У худощавых больных сравнительно рано можно заметить отставание правой половины живота в дыхательных движениях за счёт напряжения мышц (**симптом Иванова**). При перфорации отростка дыхательные движения передней брюшной стенки исчезают. У мускулистых мужчин можно увидеть рельеф напряжённых мышц живота. Вздутие живота - поздний симптом. Он говорит о развившемся

4. Напряжение мышц брюшной стенки (defanse musculare)

- важнейший симптом острого аппендицита. В тяжёлых случаях место наибольшей болезненности и локальное напряжение брюшной стенки соответствует правой подвздошной области, степень напряжения мышц возрастает соответственно интенсивности воспалительного процесса в брюшине. Выявление симптома требует определённого навыка. Нередко больной сам напрягает брюшную стенку, боясь боли, особенно, если исследование проводится неумело и грубо.

1. симптом Раздольского .Перкуссия живота позволяет ещё более точно локализовать область наибольшей болезненности

2. Симптом Ситковского. Больного просят повернуться на левый бок. Если при этом возникает боль в правой подвздошной области, симптом считается положительным.

3. Симптом Бартомье-Михельсона. Проверяется как и симптом Ситковского и одновременно с ним, дополняя исследование пальпацией правой подвздошной области. При положительном симптоме пальпаторная болезненность усиливается.

4. Симптом Ровзинга. При положении больного на спине хирург кончиком пальцев левой руки прижимает сигмовидную кишку к задней стенке живота и фиксирует её. Одновременно, немного выше, правой рукой толчкообразно сотрясает брюшную стенку в области сигмы. Появление боли в правой половине живота говорит о положительном симптоме.

5.Симптом Воскресенского, “симптом рубашки”.левой рукой натягивают рубашу или майку больного и фиксируют её на лобке. Кончиками пальцев правой кисти слегка надавливают на брюшную стенку в области мечевидного отростка и во время выдоха производят быстрое равномерное, скользящее движение по направлению вначале к левой подвздошно-паховой области, а затем к правой, где руку задерживают, не отрывая её от брюшной стенки. Больной при положительном симптоме чувствует боль справа.

6. Симптом Щёткина-Блюмберга - симптом раздражения брюшины. Уже в ранней стадии острого аппендицита, при лёгком катаральном воспалении париетальной брюшины обычно положителен. Проверяется следующим образом. Очень осторожно и постепенно погружают кончики пальцев в толщу передней брюшной стенки, продавливая её в глубину живота. Затем резко отпускают руку. При положительном симптоме больной отмечает усиление боли, иногда съёживается или вскрикивает.

Осложнения острого аппендицита

- 1.Аппендикулярный инфильтрат.** Встречается у 0,9-2,9% больных, госпитализированных позже 48 часов от момента заболевания с заметным преобладанием лиц пожилого и старческого возраста.
- 2.Общий аппендикулярный перитонит**
- 3.Пилефлебит**
- 4. Гнойники различной локализации.**
- 5.Кишечные свищи.**

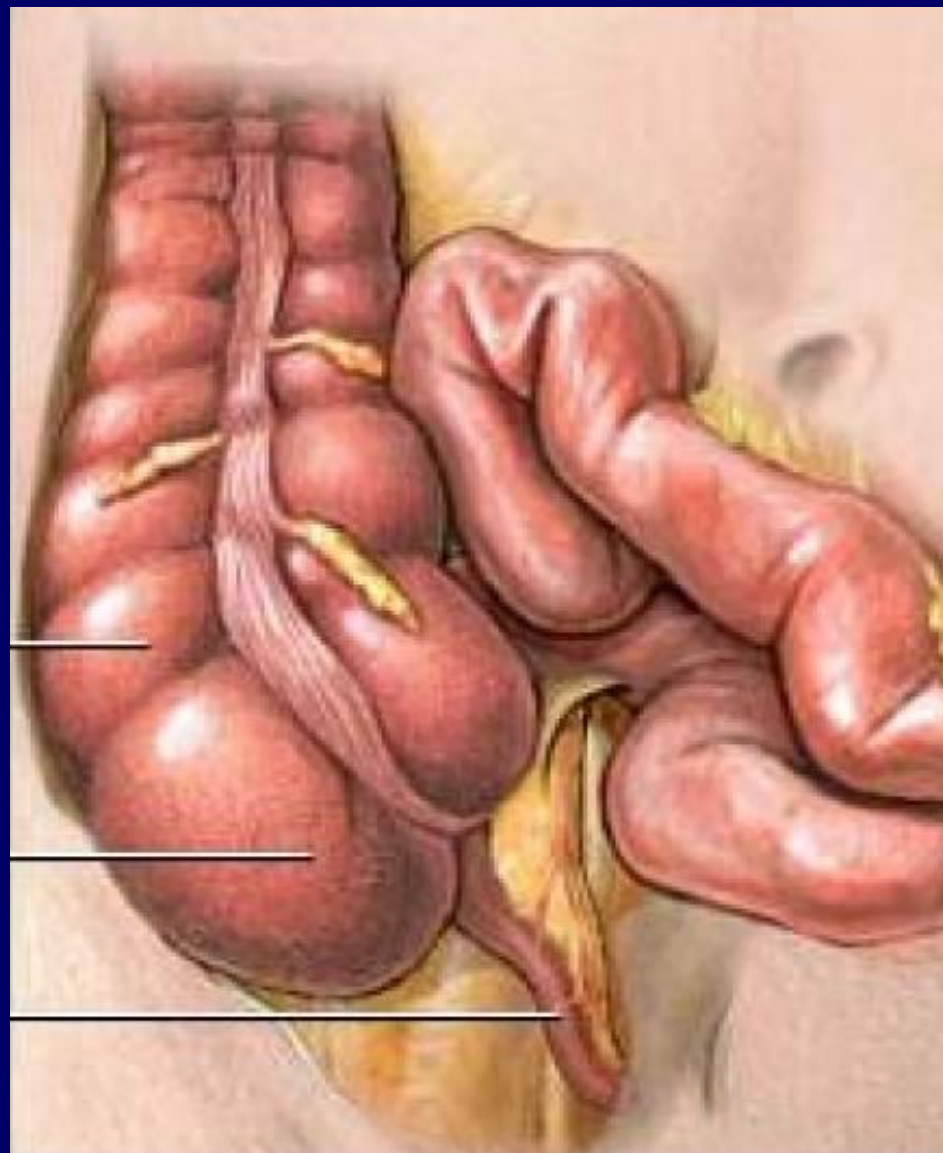


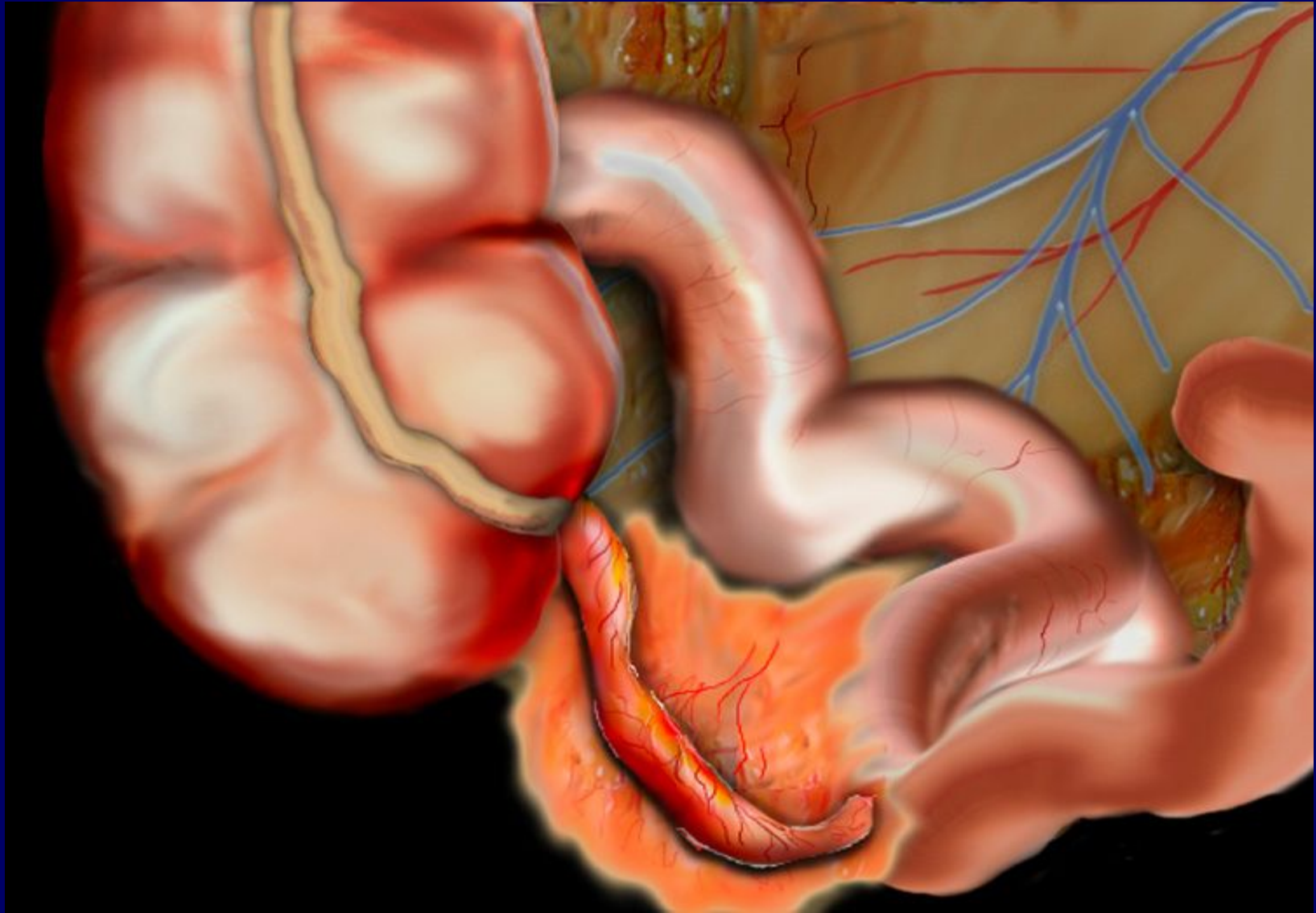


Толстая кишка

Слепая кишка

**Слепой отросток
(appendix)**







О.аппендицит-операция. видео

