Острый и хронический аппендицит

Сеидова С.С
Сабанчиева Э.Э

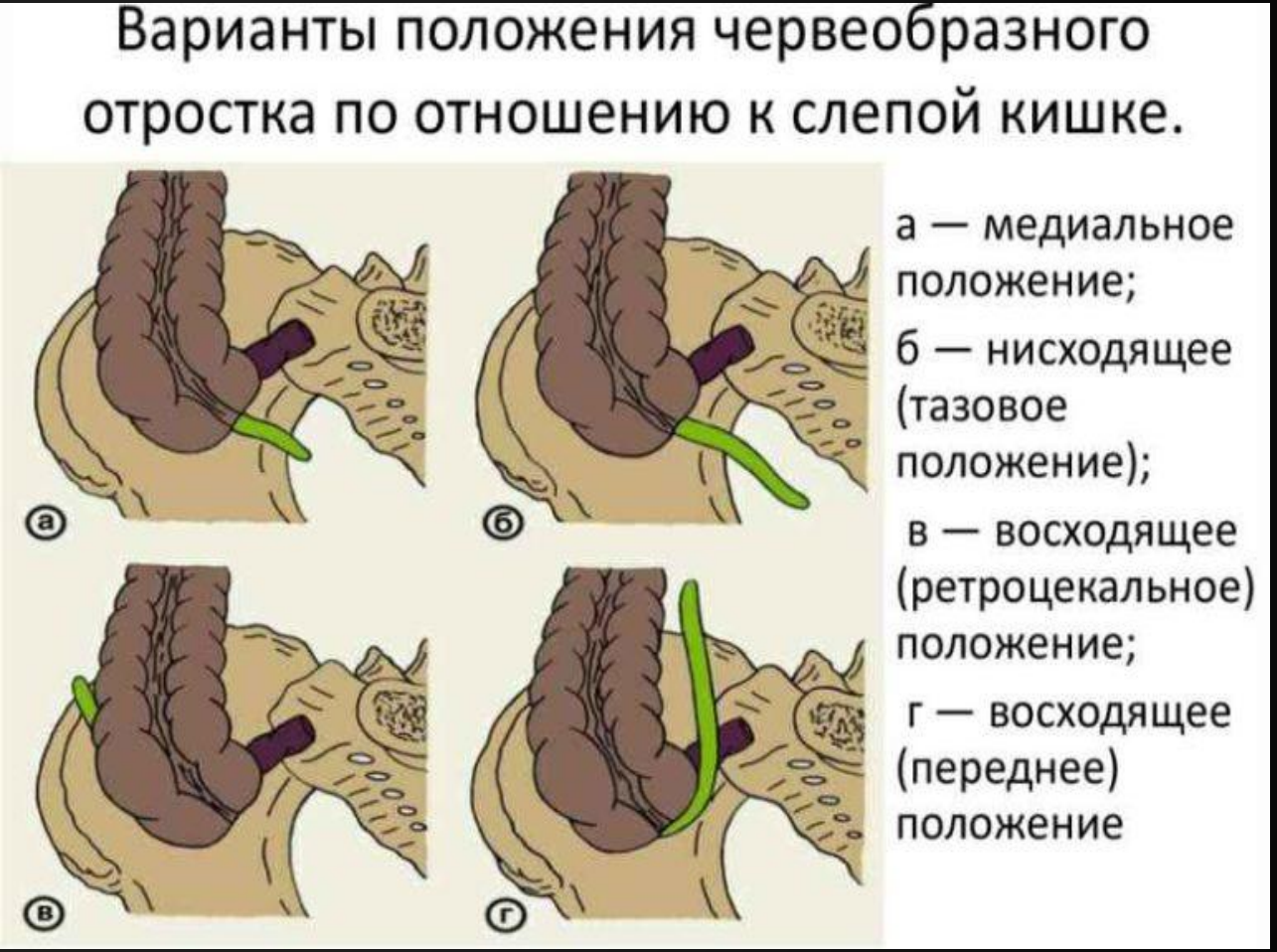
В месте перехода тонкого кишечника в толстый находится червеобразный отросток -аппендикс.Функции:

- Защитная -благодаря наличию большого количества лимфоидных образований
- Секреторная- продуцирует амилазу и липазу
- Гормональная- продуцирует гормоны,которые участвуют в функционировании сфинктеров кишечника и перистальтики.

Воспаление аппендикса называется аппендицитом, это обусловлено внедрением в его стенку патогенной флоры.

Атипичное расположение аппендикса

Также различают подпеченочное расположение червеобразного отростка, такой вариант аппендицита встречается редко 2-5%,характеризуется болью в подложечной области,правом подреберье. Присутствует симптом раздражения брюшины,Ситковского,Раздольского, Ровзинга.Верифицировать возможно при УЗИ,рентгеногрАфии.
Левосторонний аппендицит обусловлен обратным расположением внутренних органов или избыточной подвижностью правой половины ободочной кишки. Клинические проявления заболевания отличаются только локализацией всех местных признаков аппендицита в левой подвздошной области.



Этиология и патогенез

Пути инфицирования-энтерогенный,гемтогенный,лимфогенный.

Аппендицит-полимикробная , полиэтиологическая инфекция.

- Специфическая флора-туберкулез, брюшной тиф,бациллярная дизентирия; простейшие - патогенные амебы, трихоманады, балантидии,
- Неспецифическая инфекция смешанного характера : **кишечная палочка**,стафилококк, стрептококк, анаэробные м/о.

При этом значительное место отводится предрасполагающим факторам: травмы слизистой оболочки отростка инородными телами, каловыми камнями, кусочками твердой пищи, кишечными паразитами, а также атония кишечника, изменение реактивности организма и др. Все это приводит к нарушениям барьерной функции эпителия слизистой оболочки червеобразного отростка и проникновению в него микроорганизмов

Патогенез

В основе патогенеза острого аппендицита чаще всего лежит окклюзия просвета отростка, в результате гиперплазии лимфоидных фолликулов , феколитов ,фиброзных тяжей, стриктур , реже- инородные тела, паразиты, опухоли.(саркома Капоши при ВИЧ)

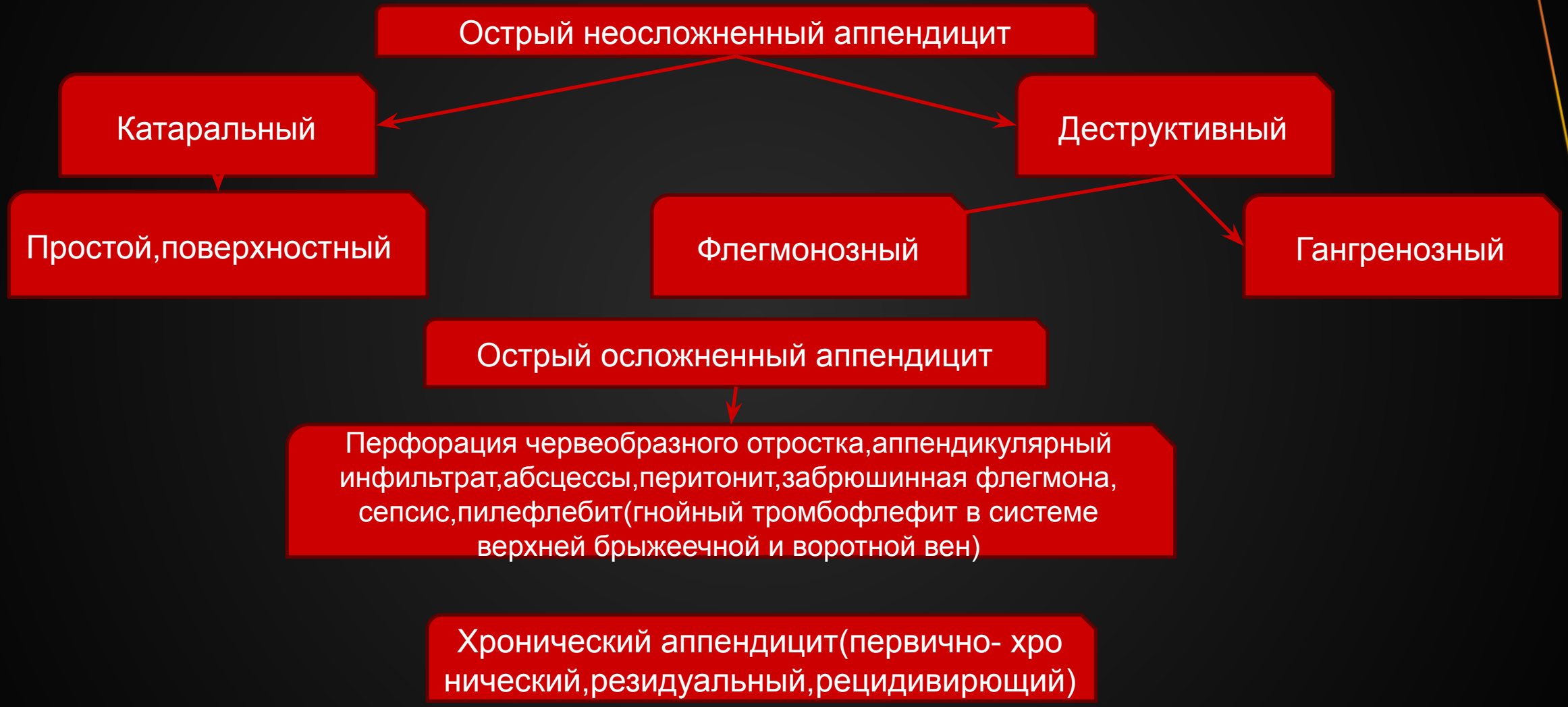
Продолжающаяся секреция слизи приводит к увеличению внутриполостного давления.Происходит рстяжение черв-го отростка и раздражение чувствительных нервных окончаний(боль). Увеличение давления приводит к нарушению сначала венозного, а затем и артериального кровотока.Все эти условия могут привести к развитию перфорации.

При нарастающей ишемии стенки отростка создаются условия для бурного размножения микроорганизмов. Выработка ими экзо\эндотоксинов приводит к повреждению барьерной функции эпителия и сопровождается локальным изъязвлением слизистой оболочки(первичный аффект Ашоффа) . В ответ на бактериальную агрессию макрофаги, лейкоциты, лимфоциты и другие иммунокомпетентные клетки начинают выделять одновременно противовоспалительные и антивоспалительные ИЛ , фактор активации тромбоцитов, адгезивные молекулы и другие медиаторы воспаления.

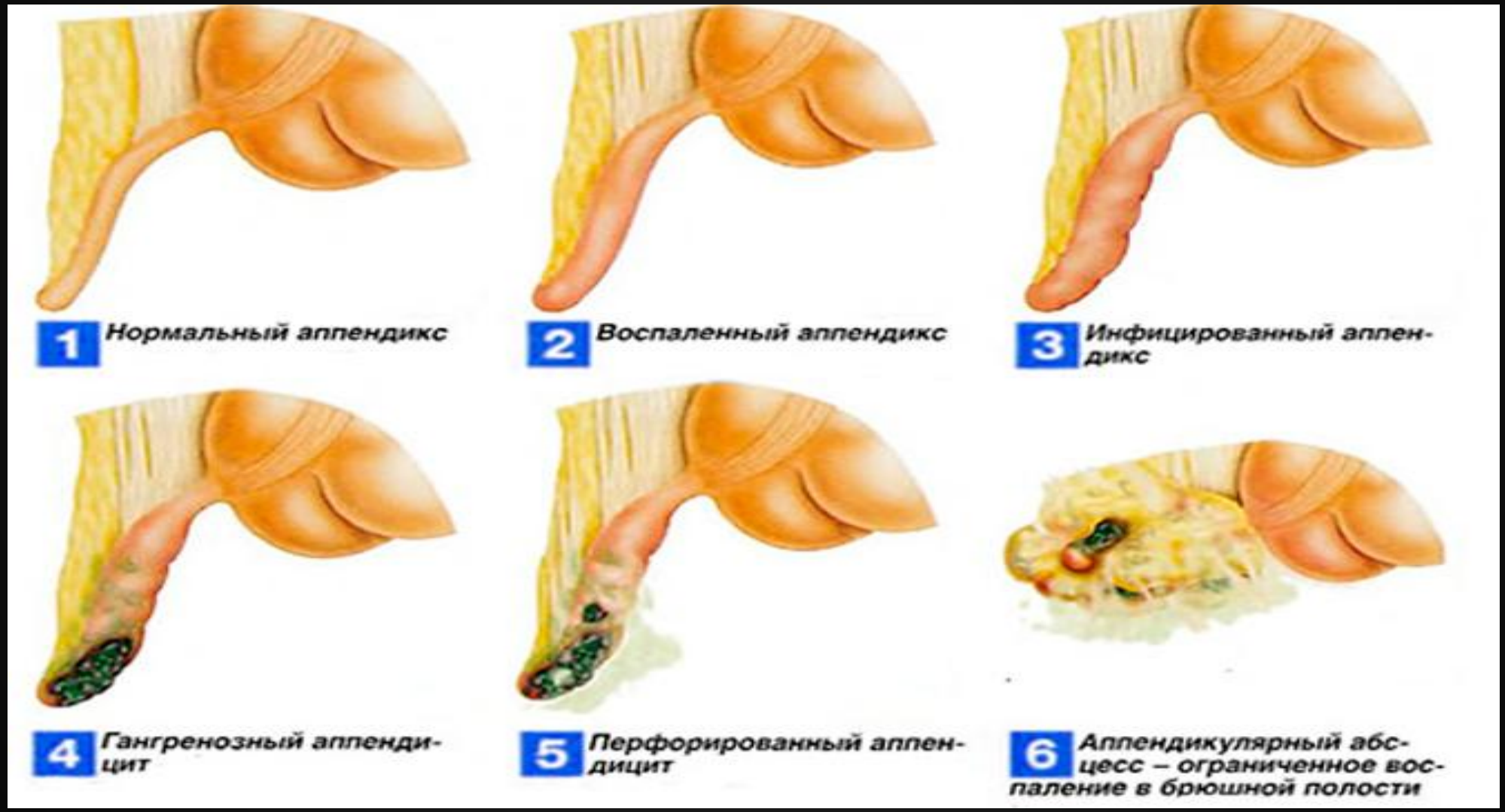
Избыточное образование и выделение противовоспалительных ИЛ способствуют дальнейшему распространению деструктивных изменений в стенке органа.

- Неокклюзионные формы острого аппендицита можно объяснить первичной ишемией отростка в результате развития несоответствия между потребностью органа в артериальном кровотоке и возможностью его обеспечения при стенозе питающих сосудов, их тромбозе в бассейне артерии червеобразного отростка - артерии функционально конечного типа. Тромбоз сосудов брыжейки отростка приводит к развитию первичной гангрены.

Классификация



- При катаральном аппендиците- выпота в брюшную полость может не быть или его мало,он прозрачен,без запаха.В просвете может содержаться слизь,каловые камни,инородные тело. Брюшина не изменена или гиперемирована.Изменения только в черв. отростке-гиперемирован,плотноват наощупь,отечен.Микросокпически-лейкоцитарные инфильтраты.Иногда можно обнаружить дефект слизистой (первичный аффект Ашоффа).
- При флегманозном аппендиците ч.о. резко увеличен в объеме, багрово-красного цвета с мелкими кровоизлияниями,напряжен,покрыт фибрином.Часто через серозную оболочку просвечивает гной. Брыжейка утолщена,листки гиперемированы и отечны. Микроскопически выявляется диффузная лейкоцитарная инфильтрация,микроабсцессы,слизистая оболочка местами некротизирована.
- При гангренозном аппендиците изменения те же,но более выржены. Ткани черно-зеленого цвета,стенка дряблая пропитана кровью. Впросвете зловонная гнойная жидкость.Микроскопически обширные очаги некроза с колониями бактерий.


1 Нормальный аппендикс
2 Воспаленный аппендикс
3 Инфицированный аппендикс
4 Гангренозный аппендицит
5 Перфорированный аппендицит
6 Аппендикулярный абсцесс – ограниченное воспаление в брюшной полости

Острый простой (катаральный) аппендицит

Острый флегманозный аппендицит

Острый гангренозный аппендицит

Гангренозно-перфоративный аппендицит

Клиническая картина

- Клиническая картина острого аппендицита вариабельна и зависит от степени воспалительных изменений в стенке отростка,особенностей локализации аппендикса в брюшной полости, возраста, физического состояния больных, их реактивности, наличия или отсутствия осложнений сопутствующих заболеваний.
- При простом аппендиците : абдоминальный дискамфорт-начинается боль в эпигастрии(симптом Кохера) или в околопупочной области (симптом Кюммеля), приступообразная,ноющая,ощущение вздутия,колики,стул приносит облегчение. Затем(1-3ч) интенсивность боли нарастает,она становится постоянной,жгучей в правом квадранте живота (Симптом Кохера-Волковича), вынужденное положение на правом боку с приведенными к животу ногами). Локализация боли указывает на место расположения очага.
- При растяжении черв. отростка гноем,эмпиеме - боль становится невыносимой,пульсирующей. А при гангрене засчет гибели нервных окончаний нступает период мнимого благополучия. При перфорации боль распорострaняется во все отделы живота

Симптомы

- появление или усиление боли в правом нижнем квадранте живота при повороте на левый бок (симптом **Ситковского)**
- сотрясение воспаленной брюшины при перкуссии в правом нижнем квадранте живота вызывает резкую болезненность (симптом **Раздольского**)
- Скольжение рукой по брюшной стенке через рубашку в направлении от эпигастрия к лонной области позволяет обнаружить болезненности в правой подвздошной области (симптом **Воскресенского)**
- симптом **Щеткина—Блюмберга** -медленное глубокое надавливание на брюшную стенку всеми сложенными вместе пальцами кисти не влияет на самочувствие пациента, тогда как в момент быстрого отнятия руки больной отмечает появление или резкое усиление боли
- обнаруживают появление или усиление боли в правой подвздошной области при резком, отрывистом кашле (симптом **Кушниренко**).симптом кашлевого толчка
- симптоме **Ровсинга** связан с появлением болей в правой подвздошной области при толчкообразных сотрясениях брюшной стенки в левой подвздошной области.
- Симптом **Бартомье – Михельсона** - усиление болей при пальпации правой подвздошной области в положении больного лежа на левом боку

Клиника

- Последовательность появления симптомов

1. боль в эпигастрии или околопупочной области;
2. анорексия, тошнота, рвота (возникает уже на фоне боли)
3. локальная болезненность и защитное напряжение мышц при пальпации живота в правой подвздошной области
4. повышение температуры тела; (субфебр.значения, при высокой температуре можно заподозрить развитие осложнений)
5. лейкоцитоз.

- При остром простом аппендиците(10%) заболевание начинается с тупой , давящей боли в эвигастрии ,через некоторе время в правом нижнем квадранте и усиливается,иногда сопровождаясь тошнотой и рвотой. Отмечают незначительное мышечное напряжение и локальную болезненность, положительные симптомы Бартомье, Ситковского, Ровзинга и др.
- При флегманозном аппендиците(70%) характерно: интенсивная постоянная боль в правой подвздошной области,выраженная тошнота, рвота,язык обложен.Отчетливо проявляются симптомы раздраения брюшины и др. симптомы . Субфебрильная температура,лейкоцитоз
- При гангренозном аппендиците в связи с гибелью чувствительных нервных окончаний субъективное ощущение боли снижается\исчезает. Нарастают симптомы интоксикации,язык сухой,обложен.При пальпации - незначительное напряжение мышц брюшной стенки и резкая болезненность в правой подвздошной области.

Особенности клинической картины у детей

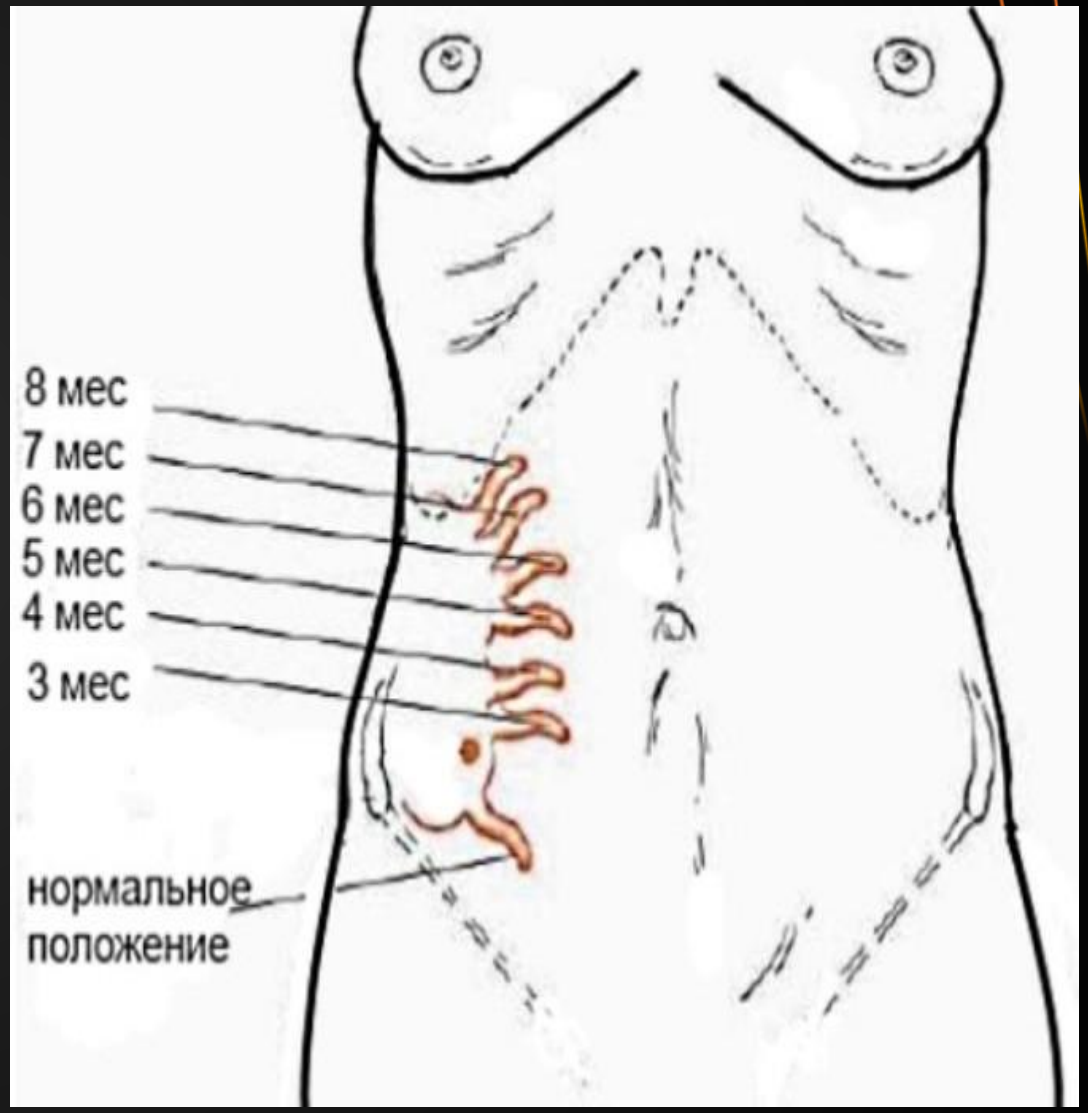
- У детей до 3 лет острый аппендицит имеет клинические особенности в связи с незаконченным созреванием имунной системы и недоразвитием большого сальника.
- Характерно бурное начало заболевания .Отличительные признаки: преобладание общих симптомов над местными и быстрый переход воспаления с собственно червеобразного отростка на окружающую брюшину. Заболевание начинаются общей симптоматикой (вялость или беспокойство, рвота жидкий стул, высокая до 40°С температура боли в животе). Обычно они отказываются от еды и лежат на правом боку с подтянутыми к животу ногами. Интоксикация проявляется бледностью и цианозом кожных покровов, слизистых оболочек, тахикардией, значительным расхождением пульса и температуры.Редко отмечают жидкий стул.
- Осмотр проводят во сне(ректально 2%р-р хлоргидрата 10мл\год жизни.

Особенности клинической картины у пожилых

- У больных пожилого и старческого возраста пониженная реактивность организма, склероз всех слоев стенки отростка, а также кровеносных сосудов, питающих аппендикс, предопределяют, с одной стороны, стертость клинических проявлений острого аппендицита, с другой - преобладание деструктивных форм. Характерно задержка стула , Напряжение мышц и симптомы раздражения брюшины выражены менее интенсивно, что объясняется атрофией и потерей эластичности мышц. Но локальную болезненность при пальпации и перкуссии над местом расположения червеобразного отростка обычно выявляют.Развитие чаще сопровождается некрозом всех его слоев с последующей перфорацией.

Особенности клинической картины у беременных

- Проявления симптомов острого живота у беременных редуцированы вследствие гормональных,метаболических и физиологических изменений, связанных с беременностью, которые меняют облик болезни и сохраняются в течение всего периода вынашивания плода. Основное значение в развитии изменений клиники острого аппендицита меют прогрессирующая релаксация мышц передней брюшной стенки и



- Наиболее яркие отличия от типичного течения острого аппендицита возникают во второй половине беременности.Заболевание начинается внезапной резкой болью в животе, которая приобретает постоянный ноющий характер и перемещается в место локализации отростка. Нередко отмечают тахикардия и повышение температуры до 38С и выше//Очень редко наблюдается незначительное напряжение мышц передней брюшной стенки, другие симптомы раздражения брюшины могут также отсутствовать.Симптом Тараненко - усиление боли в животе при повороте тела с левого бока на правый.При дифференциальной диагностике следует иметь в виду, что связанные с аппендицитом боли носят постоянный характер, с беременностью - схваткообразный. При остром аппендиците беременные малоподвижны в постели, избегают положения на правом боку, при котором боли усиливаются в результате сдавления маткой воспаленного отростка.