

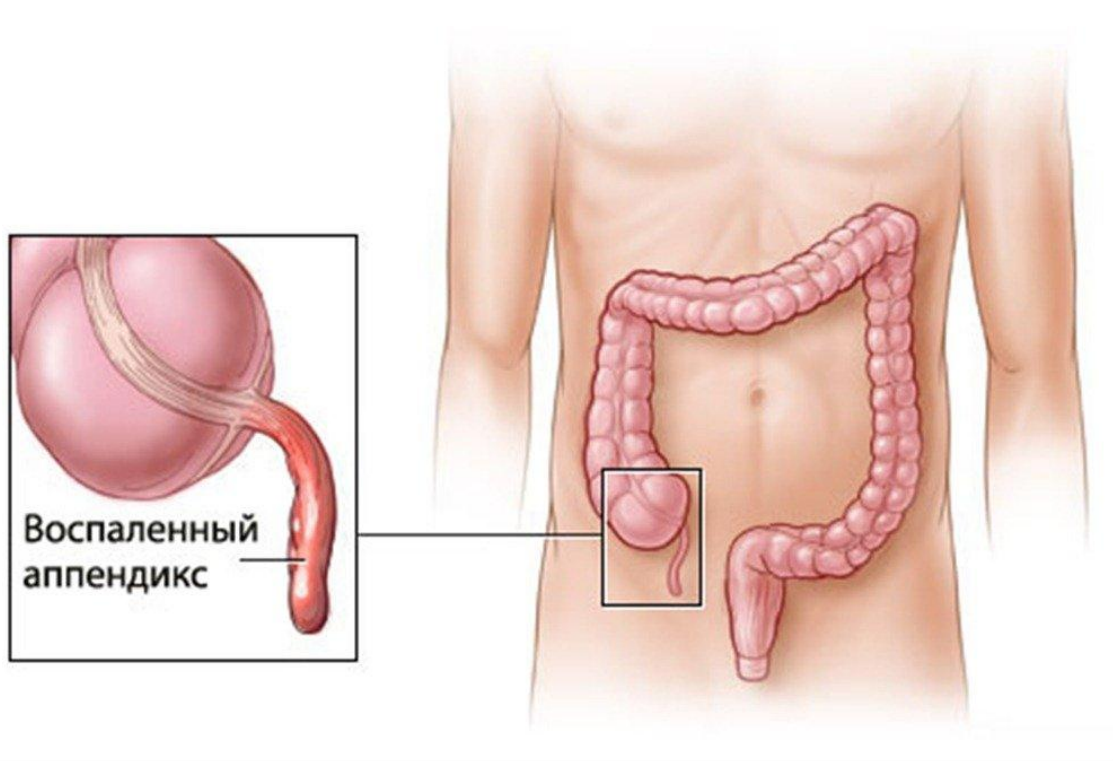
**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ «САРОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ ФЕДЕРАЛЬНОГО
МЕДИКОБИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНСТВА»**

Аппендицит. Понятие. Классификация. Причины, механизм развития. Клинические признаки. Транспортировка. Подготовка пациента к экстренной операции. Действие медсестры. Особенности течения у детей.

Выполнила студентка группы
30СД18

Трофимова Екатерина.

Аппенди́цит (лат. *appendicitis*) — воспаление червеобразного отростка слепой кишки (аппендикса) разной степени выраженности. Одно из наиболее частых заболеваний брюшной полости, требующих хирургического лечения.

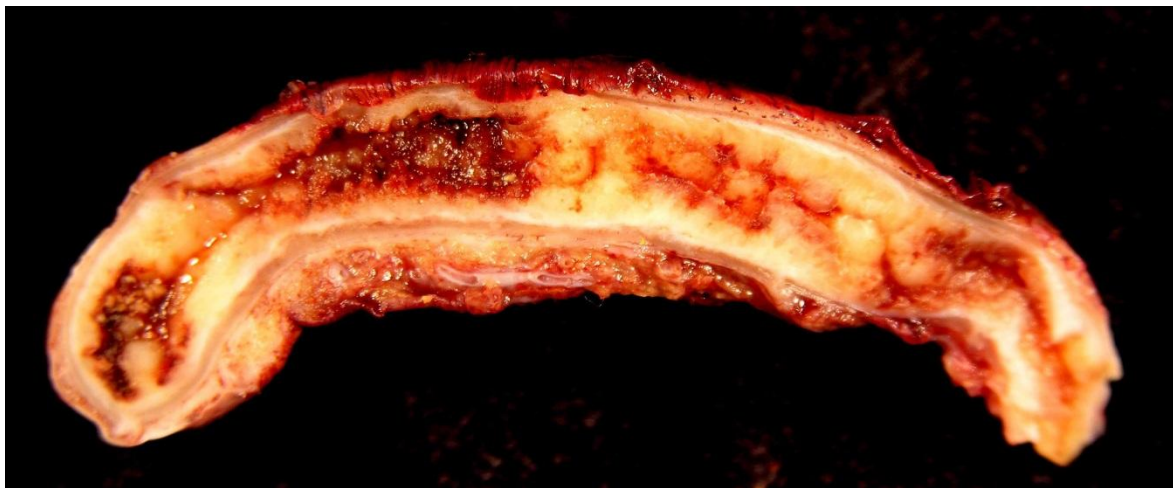


Классификация аппендицита.

Бывает:

Острым. Развивается стремительно, проявляется ярко выраженными симптомами. При отсутствии врачебной помощи продолжает прогрессировать. В очень редких случаях происходит самоизлечение. Однако полагаться на такую возможность не рекомендуется, при бездействии аппендицит может вызвать серьезные осложнения.

Хроническим. Достаточно редкая форма. В большинстве случаев развивается вследствие перенесенного острого аппендицита при отсутствии лечения. Имеет те же симптомы, что и острый аппендицит, однако признаки проявляются более вяло. Как и любому другому хроническому заболеванию, ему свойственны периоды обострений и ремиссий.



Причины, механизм развития.

Причины развития аппендицита:

Закупорка просвета червеобразного отростка. Причиной этого может быть опухоль, каловые камни, паразиты, чрезмерное разрастание лимфоидной ткани. В червеобразном отростке постоянно образуется слизь. Если просвет аппендикса перекрыт, то она не может оттекать в кишку, скапливается внутри червеобразного отростка, растягивает его. Это способствует повреждению слизистой оболочки и развитию воспаления.

Нарушение кровотока. Если артерии, которые кровоснабжают червеобразный отросток, закупориваются тромбом, то его стенка перестает получать кислород и питательные вещества. Ее защитные свойства снижаются.

Неправильное питание. Человеку необходимы пищевые волокна: они усиливают сокращения стенки кишечника и способствуют проталкиванию кала. Если их не хватает, то кал застаивается в кишке, затвердевает, превращается в камни. Один из каловых камней может закупорить просвет червеобразного отростка.

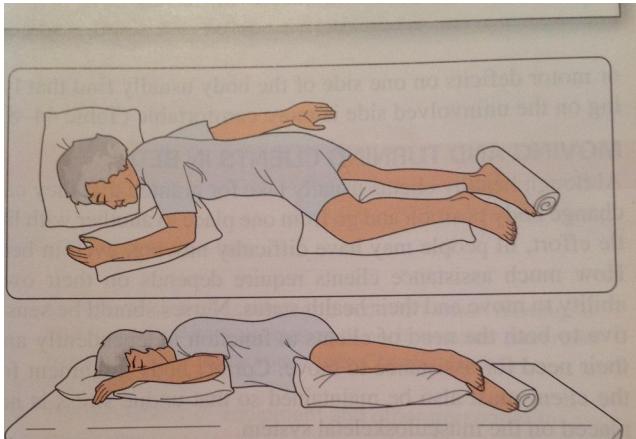
Аллергические реакции. Аппендикс вполне можно назвать иммунным органом, поскольку в нем находится очень большое количество лимфоидной ткани. В нем могут возникать аллергические реакции, обусловленные чрезмерной функцией иммунных клеток.

Склонность к запорам. Кишечник таких людей называют «ленивым». Кал по нему продвигается медленнее, и это способствует его уплотнению, попаданию в аппендикс.

Транспортировка.

Транспортируют больного с острым аппендицитом на специальном медицинском транспорте, который оснащен диагностирующей и реанимационной аппаратурой. Это помогает не только правильно диагностировать заболевание, но и своевременно провести реанимационные мероприятия.

Необходимо правильно уложить жертву на носилки, также не менее важно аккуратно доставить ее в больницу, избегая резких движений и тряски. Обязательным условием медицинской перевозки является профессиональное сопровождение. Бригада опытных медиков будет контролировать работу жизненно важных органов, а при необходимости – стабилизирует состояние человека.



Подготовка пациента к экстренной операции.

Необходимо опорожнить мочевой пузырь, ввести подкожно 1 мл 1% раствора морфина или 2% раствора пантопона (за исключением детей), если больной незадолго до поступления принимал пищу, необходимо произвести опорожнение желудка зондом.

Больным, доставленным в тяжелом состоянии, для устранения явлений интоксикации и стимуляции сердечно-сосудистой деятельности рекомендуется внутривенное введение капельным способом физиологического раствора хлористого натрия или 5% раствора глюкозы, подкожно-сердечных средств, при явлениях гипоксемии - применение кислородной терапии.

Обезболивание.

При операциях с точно установленным диагнозом острого аппендицита, неосложненного перитонитом, можно с одинаковым успехом пользоваться местной инфильтрационной анестезией (0,25-0,5% раствором новокаина) или современным масочным наркозом (эфирным, закисью азота). Выбор метода зависит от нервно-психического состояния больного; у легко возбудимых больных, со страхом идущих на операцию, предпочтителен наркоз.

При наличии сопутствующих тяжелых заболеваний вопрос об обезболивании должен решаться совместно с терапевтом и анестезиологом. Если операция начинается под местной анестезией, но во время ее выполнении встречаются непредвиденные трудности (обширный спаечный процесс, инфильтрат) или возникает необходимость широкого обследования брюшной полости, больному необходимо дать наркоз.

Действие медсестры.

1. Вызвать скорую помощь.
2. Уложить пациента для облегчения состояния.
3. Положить холод на живот для облегчения болей.
4. Не поить, не кормить и не обезболивать, чтобы не стереть клиническую картину и не утяжелить состояние.



Особенности течения у детей.

Оценка течения острого аппендицита у детей затрудняется более быстрым прогрессированием воспалительных явлений и меньшей выраженностью симптомов. Кроме того, ребенок не умеет о них вовремя сообщить. Отмечена более бурная реакция детей на инфекцию и меньшая резистентность к ней.

Чаще червеобразный отросток расположен в правой поясничной области и под печенью, особенно у детей до 3 лет. Положение отростка зависит от вариантов расположения слепой кишки и взаимоотношения с восходящим отделом толстой кишки. Многообразие положения отростка увеличивается вариантами поворота кишечника, опрокидыванием, подворачиванием и поворотом по оси илеоцекального отдела кишок.

Большой сальник, который своевременно «сигнализирует» о воспалительном процессе и старается отграничивать его, у новорожденных и маленьких детей слабо развит. К 6 месяцам его нижний край на 3,5 см выше пупка, к 2 годам — на 2 см выше пупка, к 10 годам — на 1 см ниже его. Быстрое развитие сальника наступает в период полового созревания.

К этому времени слепая кишка опускается значительно ниже в соответствии с ростом восходящей ободочной кишки. Диагностика острого аппендицита представляет особые трудности у детей грудного и раннего детского возраста.

Замечания

Нет клинической катрины болезни