

Аппендицит

Лектор

Захохов Руслан Максидович

Кандидат медицинских наук

Зав.кафедрой общей хирургии

Почетный работник высшего проф.образования РФ

Заслуженный врач Кабардино- Балкарской
Республики

Этиология.

Стрептококк, стафилококк, кишечная палочка, анаэробная неклостридиальная флора.

Пути распространения инфекции.

1. Энтерогенный.
2. Гематогенный.
3. Лимфогенный.

Патогенез.

- 1 . Теория застоя, каловые камни.
- 2 . Теория закрытых полостей (Дьелафуа).
- 3 . Глистная инвазия.
4. Ангионевротическая теория (Риккер) — неврогенные расстройства — сосудистый стаз — очаги некроза инфицирование.
- 5 . Инфекционная теория (Ашофф) — первичный аффект.
- 6 . Гематогенная теория.
- 7 . Теория баугиноспазма (И. И. Греков) — аппендико-баугиноспазм и развитие восходящей инфекции
- 8 . Нейрогенная теория (В. Н. Шамов).
- 9 . Кортико-висцеральная теория (А. В. Русаков).
- 10 . Нарушение общего иммунно-биологического состояния — нарушение барьерных функций лимфоидного аппарата — аутоинфекция (И. В. Давыдовский).
11. Теория аппендикопатии (И. В. Давыдовский, В. С. Юдина

Классификация

1. Острый аппендицит.
 - 1.1. Простой (катаральный) аппендицит.
 - 1.2 . Деструктивный аппендицит.
 - 1.2.1. Флегмонозная форма.
 - 1.2.2. Гангренозная форма:
 - а) без перфорации отростка;
 - б) с перфорацией отростка.
2. Хронический аппендицит.
 - 2.1. Первичный (без приступов в анамнезе).
 - 2.2. Резидуальный (в анамнезе один приступ, быстро стихший)
 - 2.3. Рецидивирующий (в анамнезе два и более приступов).

Патоморфология и клиника острого аппендицита.

Солярный период (от нескольких часов до суток).

Морфологические и патофизиологические изменения

Незначительный (микроскопический) очаг деструкции стенки червеобразного отростка (первичный аффект Ашоффа); рефлекторное раздражение солнечного сплетения.

Клинические проявления

Острая боль в лшглстрии или по всему животу (реже — справа).

Тошнота, одно-двукратная рвота.

Влажный обложенный язык.

Болезненность в эпигастральной или правой подвздошной области при пальпации.

При:

нормальной температуре, отсутствии относительного повышения ректальной температуры, мягком животе, отсутствии лейкоцитоза.

Аппендикулярный период

Морфологические и патофизиологические изменения

Воспалительные изменения в стенке отростка вокруг первичного очага и за его пределами;

альтерация, отек и серозное пропитывание стенки отростка; лейкоцитарные инфильтраты;

отек брыжеечки; полнокровие и гиперемия отростка; скопление экссудата в просвете отростка.

Брюшина не поражена!

Клинические проявления

Перемещение боли в правую подвздошную область.

Повышение температуры тела.

Увеличение прямокишечно-подмышечной разницы температур.

Умеренная тахикардия, соответствующая температуре.

Влажный, обложенный язык.

Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области.

Положительные симптомы Ровзинга, Раздольского, кашлевого толчка и др.

Умеренный лейкоцитоз (9 - 12-10⁹), без сдвига формулы влево.

Симптом Щеткина — Блюмберга отрицателен!

Перитонеальный период.

1. Местный перитонит

Морфологические и патофизиологические изменения:

Воспалительные изменения выходят за пределы отростка; появление экссудата, вначале серозного, потом гнойного; выпадение фибрина на отростке и брюшине; гиперемия брюшины, окружающих кишечных петель; рыхлые спайки.

Клинические проявления

Упорная нарастающая боль в правой половине живота. Повышение температуры до 38° и выше. Дальнейшее увеличение аксиллярно-ректальной разницы температур. Тахикардия, не соответствующая температуре. Сухой обложенный язык. Ограниченное участие брюшной стенки в дыхании

В правой подвздошной области:

Выраженная болезненность при пальпации.
Напряжение мышц передней брюшной стенки.
Положительный симптом Щеткина — Блюмберга. Повышение лейкоцитоза.

Диффузный и разлитой перитонит.

Морфологические и патофизиологические изменения

Накопление экссудата; распространение воспаления за пределы правой подвздошной области; нарастающий парез кишечника; секвестрация жидкости в просвете кишки; организация «третьего пространства»; дегидратация; развитие паралитической кишечной непроходимости; патологическое кининообразование, усиление протеолиза, эндогенная интоксикация; гипоксия; метаболический ацидоз.

Клинические проявления

Боль по всему животу. Высокая температура. Выраженная тахикардия.

«Ножницы» между

температурой и пульсом Положительный симптом Щеткина — Блумберга по всему животу.

Нависание и болезненность передней стенки прямой кишки.

Сухость кожи и слизистых.

Холодный липкий пот.

«Лицо Гиппократата».

Упадок сердечной деятельности.

Нарастающий сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Повышение количества молекул средней массы в крови.

Гиперкалиемия.

Гиперлактатемия

Дифференциальная диагностика.

1. Круг заболеваний для дифференциальной диагностики при подозрении на острый аппендицит.

1.1. Заболевания, не требующие оперативного лечения:

- а) инфаркт миокарда;
- б) плевриты и пневмонии;
- в) острый гастрит и энтерит;
- г) дизентерия;
- д) глистные инвазии;
- е) обострение хронического колита;
- ж) брюшной тиф и паратифы
- з) туберкулез брюшины и забрюшинных лимфоузлов;
- и) острый аднексит, эндо- и параметрит;
- к) острый пиелонефрит

1.2. Заболевания, требующие оперативного лечения в плановом порядке:

- а) обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;
- б) почечнокаменная болезнь;
- в) опухоли слепой и восходящей кишки;
- г) актиномикоз слепой кишки;
- д) болезнь Крона;
- е) хронический калькулезный холецистит

1.3 Заболевания, требующие или могущие потребовать экстренного оперативного вмешательства:

- а) перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки;
- б) внематочная беременность;
- в) яичниковое кровотечение;
- г) перекрученная киста яичника;
- д) острая кишечная непроходимость (инвагинация) ;
- е) острый холецистит

По весовому значению симптомов.

Симптомы	Наличие симптома	Отсутствие симптома
Начало заболевания с боли в правой подвздошной области	-5	0
Начало с боли во всем животе	4	0
Рвота или тошнота	7	-8
Наличие подобных приступов в прошлом	-6	3
Напряжение мышц в правой подвздошной области	4	-2
Симптом Щеткина — Блюмберга	7	-2
Лейкоцитоз ($9-10^9$ и более;)	4	-8
Разница подмышечной и прямокишечной температур на $0,5^\circ$ и более	4	-2
Температура тела 37° и выше	6	0
Тахикардия (90 в минуту и чаще)	0	-8
Симптом Ровзинга	0	-4
Налет на языке	8	-8
Язык сухой	0	-2

Правила пользования таблицей.

Таблица применяется при жалобах на острую боль в правой подвздошной области.

У постели больного составляется алгебраическая сумма весов всех признаков.

ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ сумма весовых значений симптомов требует немедленной операции и.

ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ сумма — дополнительного наблюдения и исследования для уверенного исключения заболеваний

Осложнения.

1. Осложнения в течении аппендицита.

1.1. Перитонит:

- а) местный;
- б) диффузный;
- в) разлитой.

1.2 Гнойники брюшной полости (развиваются непосредственно или в процессе течения перитонита) :

- а) периаппендикулярный;
- б) подпеченочный;
- в) поддиафрагмальный;
- г) межпетельный;
- д) тазовый;
- е) забрюшинный.

1.3 Пилефлебит (мезентериальная пиемия) с исходом в абсцессы печени и сепсис. 1.4 Аппендикулярный инфильтрат.

1.5 Токсический гепатит.

1.6 Токсический гломерулонефрит

Послеоперационные осложнения. (Ранние).

1. Кровотечение.
2. Раневые осложнения:
 - а) гематома;
 - б) инфильтрат;
 - в) нагноение.
3. Перитонит — см. 7.1.1.
4. Гнойники брюшной полости — см. 7.1.2.
5. Спаечная кишечная непроходимость.
6. Острый послеоперационный панкреатит.
7. Тромбоэмболические осложнения.

Послеоперационные осложнения (поздние).

1. Культиты.
2. Инфильтраты и абсцессы брюшной полости.
3. Воспалительные «опухоли».
4. Кишечные свищи.
5. Перемежающаяся спаечная кишечная непроходимость

Тактика при остром аппендиците.

Тактика при остром аппендиците состоит из соблюдения следующих четырех принципов:

1. При малейшем подозрении на острый аппендицит больной должен быть госпитализирован.
2. При уверенном диагнозе острого аппендицита показана экстренная операция.
3. Единственным противопоказанием к операции при остром аппендиците является аппендикулярный инфильтрат.
4. При неуверенности в диагнозе острого аппендицита показаны дополнительные исследования и динамическое наблюдение за больным в течение 2 - 3 часов. Если по истечении этого срока с уверенностью исключить острый аппендицит нельзя, показана диагностическая лапаротомия в правой подвздошной области

Аппендикулярный инфильтрат.

Определение.

Аппендикулярный инфильтрат — это спаечный конгломерат, состоящий из червеобразного отростка и окружающих его образований — тонкой, слепой и восходящей кишки, сальника, париетальной брюшины, и биологически направленный на отграничение воспалительного очага от свободной брюшной полости.

Клиника.

1. Признаки острого аппендицита (иногда стертые и развивающиеся торпидно).
2. Появление в правой подвздошной области на 3—4-й день заболевания плотного болезненного неподвижного бугристого образования, порой значительных размеров

Хронический аппендицит.

1. Хронический аппендицит в большинстве случаев — исход острого.
2. Патоморфология хронического аппендицита: рубцовые изменения отростка, деформации, перегибы, сужение просвета, ограничение подвижности, спаечный процесс в окружности.
3. Патфизиология хронического аппендицита: дискинезии отростка и илеодекального угла, натяжение спаек, нарушение выделения хлоридов в просвет кишки.

Клиника.

1. Боль в правой подвздошной области, постоянная или периодическая.
- 2 .Усиление боли при:
 - а)ходьбе;
 - б)езде по тряской дороге;
 - в)повороте на левый бок (симптом Ситковского);
 - г)иногда после еды.
3. Болезненность в правой подвздошной области при пальпации.
4. Положительный симптом Ровзинга.
5. В анамнезе приступы боли в правой подвздошной области.
6. Отсутствуют признаки воспаления!
7. Отросток не заполняется при пассаже бария, данного через рот.
8. Концентрация хлоридов в крови повышена.

Дифференциальный диагноз.

Диагноз ставится методом исключения всех заболеваний, проявляющихся болями в правой подвздошной области.

Тактика.

Аппендэктомия в плановом порядке.