



ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Орындаған Шакиров О А
Қабылдаған Мусин С Ш



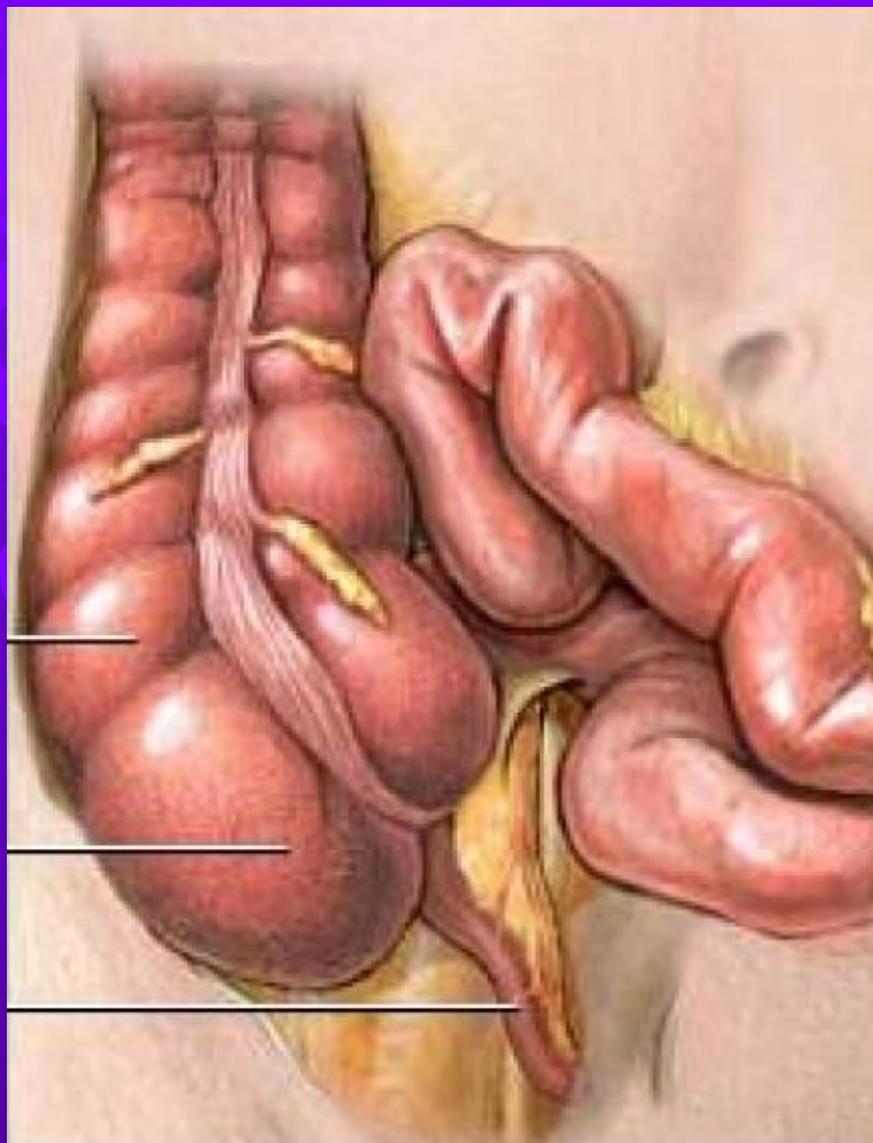
Анатомо-
физиологические
сведения



Толстая кишка

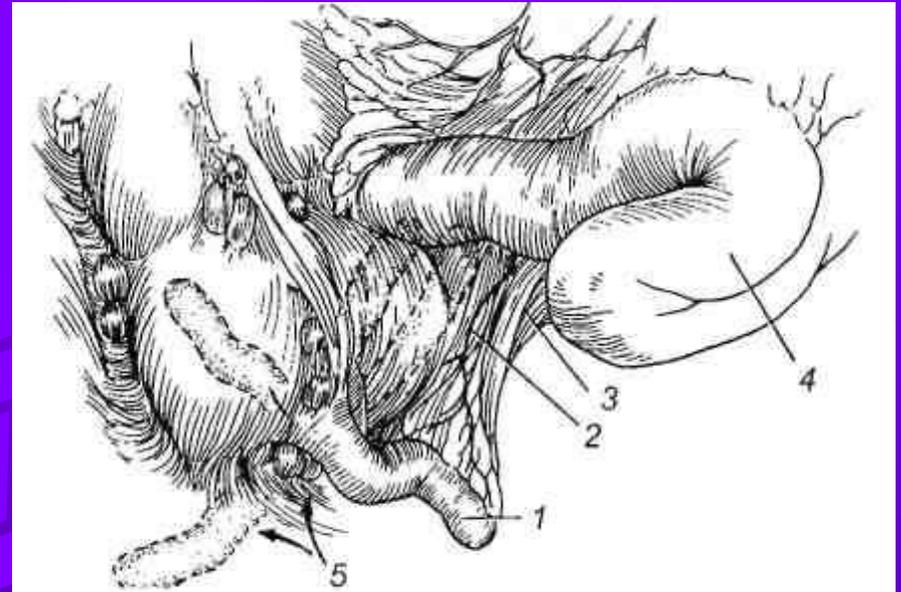
Слепая кишка

**Червеобразный
отросток
(appendix)**



Варианты расположения червеобразного отростка:

- 1 — низкое (тазовое);
- 2 — высокое (подпеченочное);
- 3 — ретроцекальное;
- 4 — ретроперитонеальное;
- 5 — медиальное;
- 6 — расположение под терминальным отделом подвздошной кишки и её брыжейки;
- 7 — латеральное (по наружному краю слепой кишки);
- 8 — левостороннее.



Вариации расположения червеобразного отростка вокруг и позади слепой кишки.

1 — аппендикс; 2 — артерия червеобразного отростка; 3 — брыжейка червеобразного отростка; 4 — подвздошная кишка; 5 — слепая кишка.

Червеобразный отросток – трубчатый, слепо заканчивающийся орган. Длина - в среднем 8-12 см, диаметр 0,3-0,8 см. Он отходит от купола слепой кишки в месте слияния трёх продольных лент ободочной кишки.

Червеобразный отросток покрыт брюшиной со всех сторон; имеет собственную брыжейку, в которой проходят кровеносные, лимфатические сосуды и нервы.

Стенка червеобразного отростка представлена

- серозной оболочкой (образована висцеральной брюшиной)
- мышечной оболочкой (имеет 2 слоя: наружный – продольный, внутренний – циркулярный)
- слизистой оболочкой (образует складки и крипты. В глубине крипт расположены клетки Панета, клетки Кульчицкого, которые продуцируют серотонин. Эпителий слизистой оболочки – однорядный призматический с большим числом бокаловидных клеток, продуцирующих слизь).

В функциональном отношении важен подслизистый слой. Он пронизан крестообразно перекрещивающимися коллагеновыми и эластическими волокнами, между ними располагаются множественные лимфатические фолликулы (на 1 кв. см 70-80, общее количество 1200-1500 при диаметре фолликула 0,5-1,5 мм).

Ранее аппендикс рассматривался как рудимент пищеварительного тракта.

В настоящее время он считается функционально активным органом. Выполняет:

- барьерную функцию (имеет мощный лимфатический аппарат)
- секреторную (вырабатывает слизь, амилазу)
- гормональную (выделяет серотонин и перистальтический гормон)
- оказывает влияние на иммунологический статус организма (установлена способность его лимфоидной ткани к антителопродукции в ответ на введение антигена).

Кровоснабжение

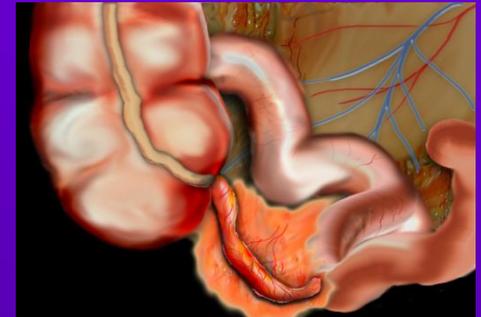
Кровоснабжение отростка осуществляется по *a. appendicularis*, являющейся ветвью *a. ileocolica* из системы *a. mesenterica superior*.

Венозный отток крови происходит по *v. ileocolica* в *v. mesenterica superior* и далее в *v. portae*.

Лимфатический отток — в лимфатические узлы, расположенные вдоль подвздошно-ободочной, верхней брыжеечной артерий и аорты.

Иннервация

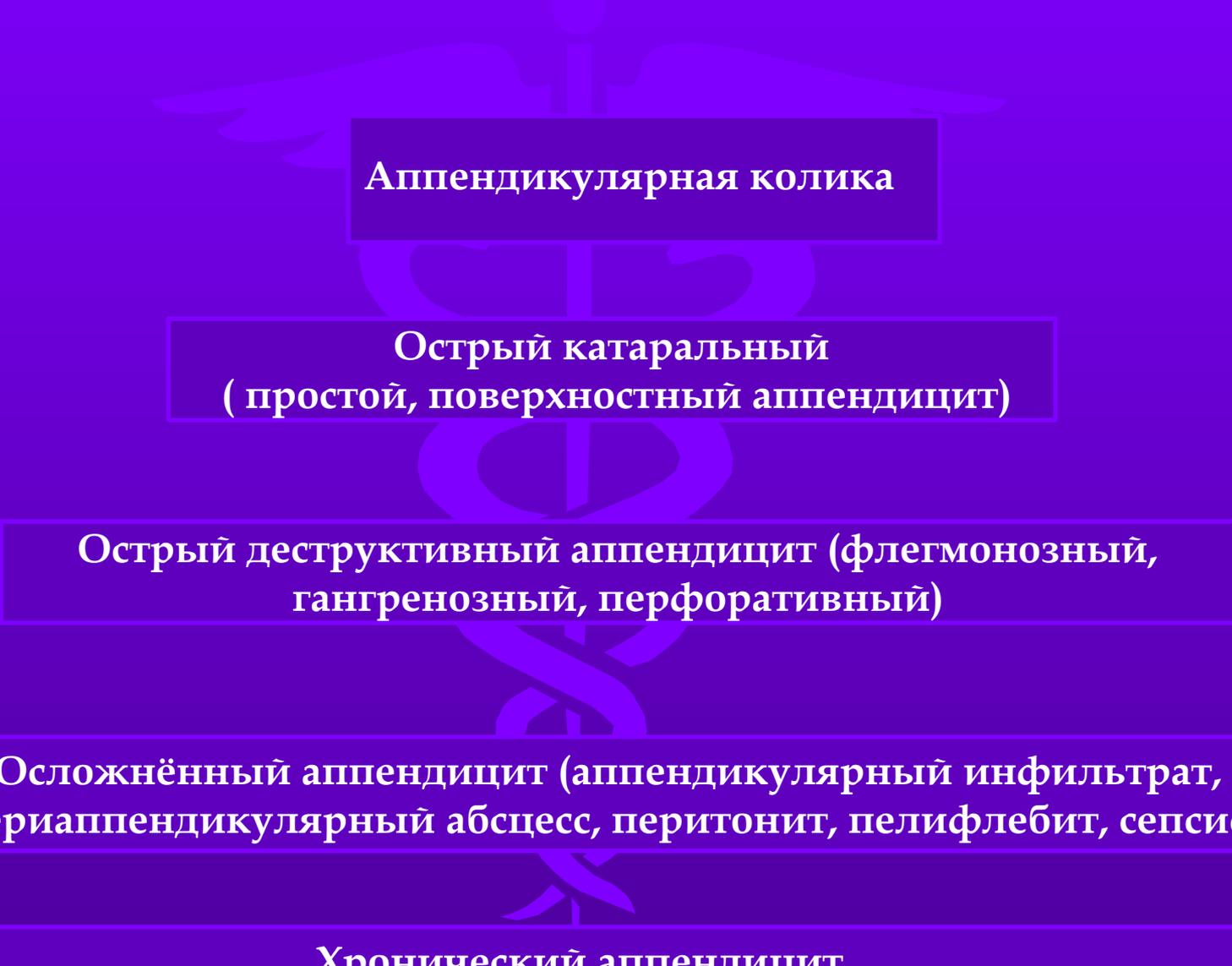
Симпатическую иннервацию червеобразного отростка осуществляют верхнебрыжеечное и чревное сплетения, а парасимпатическую — ветви блуждающего нерва.



ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Острое неспецифическое
воспаление червеобразного
отростка слепой кишки.

Классификация



Аппендикулярная колика

Острый катаральный
(простой, поверхностный аппендицит)

Острый деструктивный аппендицит (флегмонозный,
гангренозный, перфоративный)

Осложнённый аппендицит (аппендикулярный инфильтрат,
периаппендикулярный абсцесс, перитонит, пелифлебит, сепсис)

Хронический аппендицит
(первично-хронический, резидуальный, рецидивирующий).

Этиология

Острый аппендицит – полиэтиологическое заболевание. В основе воспалительного процесса – бактериальный фактор (кишечная палочка, стафилококк, стрептококк, анаэробные микроорганизмы).

Патогенез:

Теории развития острого аппендицита:

- **Обтурационная** – обструкция просвета червеобразного отростка с образованием замкнутой полости и застоем содержимого, что приводит к повышению внутрипросветного давления и нарушению кровообращения в стенке отростка. В результате нарушения трофики слизистая оболочка теряет устойчивость по отношению к микробам, которые внедряются в стенку червеобразного отростка, вызывая воспаление. Закупорка может быть обусловлена копролитами, лимфоидной гипертрофией, инородными телами, гельминтами, слизистыми пробками, деформациями отростка.
- **Инфекционная**
- **Рефлекторная- дисфункция** нервно-регуляторного аппарата приводит к спазму или парезу мышц и сосудов червеобразного отростка, что сопровождается сосудистыми и невrogenными нарушениями, приводящие к развитию отёка стенки отростка и нарушению трофики.
- **Иммунологическая**
- **Аллергическая** – под влиянием факторов, вызывающих сенсibilизацию организма происходит гипертрофия лимфоидной ткани, повышение слизиобразования и отёк слизистой оболочки, что приводит к застою содержимого, повышению внутрипросветного давления и нарушению кровоснабжения в стенке отростка

Жалобы:

Боль:

- в правой подвздошной области
- постоянная,
- постепенно нарастающая,
- умеренной интенсивности
- без иррадиации.



Рвота:

- одно-, двухкратная
- не приносящая облегчения.

Задержка стула.

Повышение температуры (до 37,2 – 37,6 °С)

Анамнез:



- Острое начало заболевания.
- Отсутствие провоцирующих факторов, среди «полного здоровья».
- Боль начинается в эпигастральной области (симптом Кохера –Волковича) или в околопупочной области (симптом Кюммеля) и только спустя 2-3 часа перемещаются в правую подвздошную область.

Общий статус:

- Состояние больного – удовлетворительное, средней тяжести.
- Сознание больного – сознание ясное
- Общий осмотр:
 - кожные покровы бледной окраски.
 - Тахикардия до 100 ударов в минуту, ЧДД более 20 в мин
 -

Локальный статус:

- Язык влажный, обложен (с развитием перитонита становится сухим).
- Живот не вздут или слегка подвздут, асимметрия живота, отставание правой половины в акте дыхания.
- Пальпация:
 - болезненность, защитное напряжение мышц в правой подвздошной области.

Положительные СИМПТОМЫ:

- **Симптом Воскресенского:** (симптом скольжения, рубашки): усиление боли в правой подвздошной области при скользящем быстром движении кончиков II, III и IV пальцев правой руки (без отрыва от брюшной стенки), установленных в эпигастрии, косо сверху вниз к области слепой кишки во время вдоха больного (момент наибольшего расслабления мышц передней брюшной стенки) по его натянутой рубашке или животу.
- **Симптом Ситковского** — усиление боли в правой подвздошной ямке при повороте больного со спины на левый бок, что приводит к натяжению в области слепой кишки воспаленной брюшины и брыжейки червеобразного отростка.
- **Симптом Бартомье-Михельсона** — усиление боли при пальпации правой подвздошной области в точке Мак-Бернея в положении больного на левом боку. При этом симптоме кишечник смещается книзу и червеобразный отросток лучше доступен для пальпации.

Положительные СИМПТОМЫ:

- Симптом Раздольского – резкая болезненность при перкуссии над правой подвздошной областью. Появление симптома связано с сотрясением воспаленной брюшины.
- Симптом Ровзинга: усиление боли в правой подвздошной области при совершении толчкообразных движений в левой подвздошной области правой рукой. Во время проведения пробы сигмовидная кишка прижимается кистью левой руки к задней стенке живота. Симптом объясняется перемещением газов по ободочной кишке с растяжением слепой кишки.
- Симптом Щеткина -Блюмберга – врач кончиками пальцев надавливает на зону болезненности, постепенно преодолевая мышечное напряжение. Подождав, пока боль, вызванная этим движением стихнет, следует быстро отнять руку. В момент отнятия руки возникает резкая боль.

Диагностика:

- ОАК: лейкоцитоз – умеренный (8,0-10,0*10 /л), выраженный 14,0-20,0*10/л).
- Инструментальные методы: УЗИ, Лапароскопия.

УЗИ

Прямые признаки:

- увеличение диаметра червеобразного отростка до 8 – 10 мм и более (в норме 4 – 6 мм),
- утолщение стенок до 4 – 6 мм и более (в норме 2 мм), что в поперечном сечении дает характерный симптом "мишени" ("кокарды").

Косвенные признаки острого аппендицита:

- ригидность отростка,
- изменение его формы (крючковидная, S-образная),
- наличие конкрементов в его полости, нарушение слоистости его стенки,
- инфильтрация брыжейки,
- обнаружение скопления жидкости в брюшной полости.

Лапароскопия

прямые признаки:

- видимые изменения отростка,
- ригидность стенок,
- гиперемию висцеральной брюшины,
- мелкоточечные кровоизлияния на серозном покрове отростка,
- наложения фибрина,
- инфильтрация брыжейки.

Непрямые признаки:

- наличие мутного выпота в брюшной полости (чаще всего в правой подвздошной ямке и малом тазу),
- гиперемия париетальной брюшины в правой подвздошной области,
- гиперемия и инфильтрация стенки слепой кишки.

Дифференциальная диагностика:

- Перфорация язвы желудка и 12-перстной кишки
- Острый панкреатит
- Острый холецистит
- Острая кишечная непроходимость
- Правосторонняя почечная колика
- Заболевания внутренних женских половых органов
- Мезаденит
- Дивертикулит
- Болезнь Крона
- Острый гастроэнтероколит
- Правосторонняя нижнедолевая пневмония

Осложнения острого аппендицита

- аппендикулярный инфильтрат;
- аппендикулярный абсцесс;
- флегмона забрюшинной клетчатки;
- пилефлебит;
- перитонит;
- сепсис.



Лечение:

- Хирургическое (аппендэктомия)

Использованная литература:

- А. Ж. Нурмаков, Д. А. Нурмаков
«Хирургические болезни» Алматы –
2009., стр 47-72
- В. В. Берещенко, «Острый
аппендицит и его осложнения»
Гомель – 2012

