АППЕНДИЦИТ.

Это заболевание в основе которого лежит воспаление аппендикса.(4.0).

16 век - Парс описал червеобразный отросток, вскрыл гнойники в правой подвздошной области.

18-19 век - Дюпюитрен сформулировал теорию тифлита, перитифлита.

19 век - высказывания о значении червеобразного отростка в развитии гнойников в правой подвздошной области. (1827г. - Мелье, 1842г.- Рокитанский, 1850г. - Неммерг)

1884г. - Р.Фитц вводит термин аппендицит.

Первые операции: Кренлейн (нем) удалил в 1884г.

Домбровский - перевязал 28.04.1884г.

Бобров - удалил часть отростка в 1889г.

Троянов удалил полностью в 1890г.

Основные периоды в лечении червеобразного отростка.

1. До 80гг. 19 века - вскрытие гнойников в прав. Подвздошной области.

2. 1880-1910гг. - удаление Ч.О. в остром периоде при перитоните.

3. 1910-1926гг. - удаление Ч.О. в первые 24-48ч. от начала заболевания.

4. 1926-1992гг. - операции в любом периоде о.апп. (кроме апп. инфильтрата).

Статистика:

- частота 1/150-200 чел.

- за последние 10 лет частота увел. в 2-3 раза.

- чаще люди, употребляющие мясо.

- чаще жители города.

- чаще в 20-40 лет.

- чаще женщины ( 1 : 1,5 раза).

- составляет 25-30 % всех хирургических больных.

- 50-60 % всех экстренных хирургических больных.

- в последнее время чаще тяжелые формы.

- в последнее время летальность не снижается (0,1-0,6 %).

- Беларусь - 0,15-0,20 %.

Развитие: 2-3 мес. внутриутробного развития, из первичной кишечной петли, при противочасовом повороте.

Расположение:

1. мезацекально;

2. ретроцекально;

3. впереди цекума;

4.забрюшинно;

5. в брыжейке толстой кишки;

6. в полости малого таза;

7. под печенью;

8. слева.

Слизистый слой:

- застой в криптах кишечного содержимого -> застой крови, лимфы.

- в подслизистом слое от 300 до 1000 лимф. фолликулов.

Мышечный:

- продольный + циркулярный + продольный.

- снаружи прикрыт брюшиной, при воспалении кот. возникает перитонеальный синдром.

- образует складку Герлага.

- сфинктер Робинсона на границе кишки и аппендикса -> нарушение оттока содержимого.

Кровоснабжение: бр. аорта -> a.mesehterica superior -> a.ileocolica -> a.appendicularis (проходит в свободном крае брыжейки апп-са). От аппендикулярной артерии отходят сегментарные ветви -> сегментарное поражение.

Венозный отток: v.appendicularis -> v.colica -> v.messuperior -> v.port (абсцессы печени) -> правое сердце (миокардит) -> легкое (абсцесс).

Лимфоотток:

1. лимфоузлы брыжейки;

2. л/у забрюшинного пространства;

3. подвздошные л/у, паховые л/у.

Иннервация: за счет plexus mesentericus superior (симпатические веточки + ветви n.vagi). Иннервация в 40 раз интенсивнее чем в других отделах ЖКТ.

Функции:

1. рудимент;

2. миндалина кишечника (барьер);

3. выработка лимфоцитов;

4. влияет на рост организма через гипофиз;

5. влияет на перистальтику;

6. влияет на формирование скелета;

7. влияет на функцию вегетативной нервной системы;

8. "зрачок" брюшной полости;

9. имеет мощную иннервацию.

Пути распространения инфекции:

1. венозный (пилефлебит) -> абсцесс печени -> эндокардит -> абсцесс легкого.

2. лимфатический;

3. по брюшине;

4. по забрюшинной клетчатке;

5. смешанный путь.

2. - лимфаденит брыжейки (мезоденит);

- забрюшинная флегмона;

- поддиафрагмальный абсцесс забрюшинной локализации;

- лимфаденит подвздошной, паховой области.

3. - абсцессы, гнойники правого латерального канала;

- подпеченочный, поддиафрагмальный абсцессы малый таз:

- гнойники левого канала вплоть до левого поддиафр. пр-ва

- межкишечный абсцесс в левом брыжеечном синусе.

4. - забрюшинная клетчатка -> флегмона

- поддиафрагмальные гнойники забрюшинного пространства позади коронарной связки печени.

Теории патогенеза:

Ашофф - инфекционная (первичный аффект).

Рейндорф - глисты, инородные тела, каловые камни.

Дьелофуа - застой, перегибы -> нарушение оттока.

Риккер - ангионевроз (нарушения в сосудах).

Давыдовский - роль лимфосистемы (воспаление).

Греков - Ч.О. и баугиниева заслонка - пилорический отдел желудка хорошо иннервированы, взаимосвязаны между собой (аппендицит на фоне язвы, гастрита).

Шамов, Русаков, Еланский - аллургическая теория (особ. белк. пища -> сенсибилизация -> разрешающая доза -> иммунный ответ).

Нервно-рефлекторная:

1. нарушение трофики -> хронические формы;

2. сосудистой иннервации -> деструктивные формы;

3. двигательной иннервации -> без изменений.

!Различные факторы внешней и внутренней среды посылают импульсы в ЦНС. Если импульсы патологические, то обратные тоже патологичны.

Все импульсы поступают во внутр. органы, а т.к. у аппендикса усиленная иннервация -> возникает аппендицит.

На каком-то этапе присоединяется инфекция, т.е. роль инфекции вторична.

!!! Все теории правдивы, но все ограничены, кроме нервно-рефлекторной. Заболевание полиэтиологическое, но патогенез единый - нервно-рефлекторный. Роль инфекции вторична.

Патологоанатомические изменения:

Каратальный: утолщение, гиперемия, отечность, дефекты слизистой стенки, ткани инфильтрированы, мышечный слой неизменен, в просвете обычное кишечное содержимое.

Флегмонозный: Ч.О. значительно утолщен, синюшно-багрового цвета, ткань плотная, отложение фибрина на брюшине, в просвете гнойно-геморрагическое содержимое, клеточно-гнойная инфильтрация стенок.

!! при эмпиеме Ч.О. - мешок заполненный гноем.

Гангренозный: черного цвета, гнилостный запах, наложения фибриона, стенка утолщена, местами тонкая, в просвете - жидкое геморрагическое содержимое, зона воспаления ограничена от здоровых тканей демарционной линией.

Классификация:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| клинически | патологоанатомически | |
| 1. острый | простой | |
| флегмонозный | деструктивные формы |
| гангренозный |
| Инфильтрат (ограниченный перитонит). | |
| 2. хронический | склероз тканей; | |
| 1) первичный | атрофия мышц; | |
| 2) рецидивирующий | спайки; | |
| 3) резидуальный (после острого приступа боль остается постоянно) | деформация;  облитерация;  водянка;  миксоглобулез - изменения в клетках слиз. обол. -> вырабат. слизь -> миксома бр. полости (ложная) - приобр. хар-р злокач. опухоли. | |

Синдромы:

1. болевой;

2. перитонеальный;

3. воспалительный;

4. диспептический.

Аппендикулярные симптомы:

1. Воскресенского - появление боли в правой подвздошной области при быстром проведении ладонью через натянутую поверх живота рубашку.

2. Ровзинга - при толчкообразных слева боль появляется справа.

3. Ситковского - лежа на левом боку, боль появляется справа (кашлевой с-м)

4. Бартолье-Михельсона - положение на левом боку; боль при пальпации правой подвздошной области.

5. Образцова - боль в прав. подвздошн. обл. в момент поднятия правой выпрямленной ноги.

6. Раздольского - поколачивание пальцами.

7. Кохера - боль начинается в подложечной, затем переходит в пр. подвзд. обл.

8. Брендо - боль в пр. подвзд. обл. при надавливании на лев. ребро (у берем.)

+ перитонеальные симптомы:

- Щеткина-Блюмберга

- Менделя (поколачивание по бр. стенке)

- Крымова (ч/з паховое кольцо - острая боль справа)

- Lennander - разница t в подмышечной впадине и прямой кишке (в N < 1 C)

- Cremasterica - подтягивание правого яичка

- симптом пареза кишечника - нарастает диаметр живота.

Клиника. Диагностика. Лечение

1. Болевой синдром. Встречается не всегда, преимущ. в пр. подвзд. обл., может иррадиировать.

Боль несильная, терпимая, не отражает изменений. По хар-ру - постоянная, редко периодическая; усиливается при движении, сочетается со слабым нарушением аппетита, ознобом.

Двухфазные изменения во времени:

2. Перитонеальный:

- интоксикация;

- лицо Гиппократа;

- обложен язык.

- живот вздут, в дыхании не участвует (синдром Винтера).

- напряжены мышцы;

- пальпаторная боль;

- притупление в отлогих местах;

- ослабление перистатики ("гробовая тишина").

+ симптомы Щеткина-Блюмберга, Менделя, Крымова.

3. Воспалительный:

- температура (39 , 38 , 37 )

- лекоцитоз, нейрофилез, сдвиг влево, увел. СОЭ.

4. Диспептический:

- тошнота, рвота;

- нарушение стула.

ССС - учащение пульса, умен. АД, затем увел., тоны сердца приглушены.

ДС - дыхание учащенное, поверхностное, подвижность легочного края ограничена, крепитирующие хрипы.

НС - бессоница, внутренняя тревога, заторможенность.

МВС - белок, эритроциты, циллиндры.

Печень - увеличена, болезненна, билирубин увел.

Признаки поражения поджелудочной железы - увел. диастазы.

+ пальцевое исследование прямой кишки.

Диагноз ставится на основании 4 главных синдромов: аппендикулярных симптомов, наблюдения и исключения других заболеваний.

Клиника острого аппендицита:

Зависит от:

1. расположения Ч.О.:

справа - слева;

сверху - снизу;

забрюшинно.

2. длительности заболевания: вначале не все симптомы, позже - перитонит, др. осложнения.

3. от течения: стабильное с затиханием, прогрессирующее, осложненное.

4. от клинической формы о. аппендицита:

1) легкая с разрешением;

2) легкая, затянувшаяся;

3) быстропрогрессирующая;

4) с инфильтратом;

5) с нагноившемся инфильтратом;

6) септическая;

7) атипичная;

8) с перитонитом.

У детей:

- редко до 2 лет;

- слабые пластические свойства брюшины;

- маленький сальник;

- трудно обследовать;

- преобладают общие симптомы;

- часто токсические формы;

- трудно дифференцировать от пневмонии;

- выбор обезболивания.

У беременных:

- изменяется положение Ч.О.;

- трудно определить напряжение мышц;

- есть условия для перитонита;

- труден диагноз в родах;

- можно удалить маточную трубу вместо Ч.О.;

- после операции возможен выкидыш.

У стариков:

- дряблость мышц;

- смазаны все симптомы;

- чаще деструкции;

- трудно отличить апп. инфильтрат от рака слепой кишки;

- после операции чаще наблюдается осложнения в легких, сердце, сосудах.

Диагностика трудных случаях:

- учет анамнеза;

- детальный осмотр;

- обратить внимание на болевой и воспалительный синдромы;

- хорошо отдифференцировать;

- провести динамическое наблюдение.

Дифференцировать от:

1. Заболевания грудной полости (пневмония, плевриты, ИМ).

2. Заболевания желудка: (гастрит, пищевая интоксикация, проб. язва жел., прободение опухоли, флегмона стенки).

3. Заболевания печени, ж. путей, 12 п. к-ки, поджел. Железы (абсцесс, печени, холецисти, ЖКБ, прободение язвы, панкреатит).

4. Заболевания кишечника (мезаденит-восп. л/у, воспаление Меккелева диверкула, кишечная непроходимость, болезнь Крона - воспаление конечных отделов подвздошной кишки.

5. Заболевания матки

- аднексит;

и придатков:

- кровотечения из яичника;

- внематочная беременность.

6. Заболевания мочеполовой системы:

- почечная колика;

- подвижная почка;

- пиелит;

- цистит;

- почено-каменная б-нь;

- орхоэпидимит;

- гидропионефроз;

7. Заболевания слепой кишки: туберкулез, рак, амебиаз, заворот.

8. Перитониты:

- пневмококковый;

- травматический;

- туберкулезный;

- криптогенный.

- стрептококковый;

9. Инфекционные и др. заболевания:

- брюшной тиф;

- опясывающий лишай;

- тромбоз подвздошных вен;

- радикулит.

ПЛАН ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ диагностики о. аппендицит:

|  |  |
| --- | --- |
| общие симптомы | отличающиеся симптомы |
| Почено-каменная болезнь | по субъективным симптомам |
| по течению |
| по данным общего обследования |
| по лабораторным данным |
| по данным специальных методов исследований (лапароск) |

ПРИЧИНЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК:

Неполное обследование;

не учтены все данные;

нет дифференциального диагноза;

нет динамического наблюдения;

самоуверенность врача;

не руководствуется тактикой;

апитичность течения.

Аппендикулярный инфильтрат: ограниченный перитонит (1ст. отграничение, 2ст. - рассасывание).

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА:

Срочная операция, кроме аппендикулярного инфильтрата.

Почему:

- нет других методов;

- клиника не соответствует анатомическим изменениям;

- выжидание опасно;

- трудно лечить осложнения.

При операции рассекаем:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. кожу; |  |
| 2. подкожную клетчатку; | 1. косой(т.Ланца); |
| 3. поверхностную фасцию; | 2. параректальный(т.Мак-Бурнея) |
| 4. апоневроз наружной косой мышцы; | 3. дополнительный-срединная |
| 5. внутреннюю косую мышцу; | лапаротомия. |
| 6. поперечную мышцу живота; |  |
| 7. поперечную фасцию; |  |
| 8. предбрюшинную жировую клетчатку; |  |
| 9. париетальную брюшину. |  |

Иннервация области: n.iliogipogasfricus, n.ilioinginalis.

Кровоснабжение:

vasa circumflexa ilium superficialis.

epigasfrica superficialis

pudenda exferna.

vasa epigasfrica inferior

vasa circumflexa ilium profunda.