**Аппендицит. Этиология. Классификация. Клиника.**

**Этиология и патогенез.**

Рассматриваются различные теории этиологии и патогенеза: застоя, глистной инвазии, инфекционная, ангионевротическая, иммунологическая, аллергическая и др.

Однако основным фактором развития заболевания является инфекционный. Реализация его патогенного влияния может произойти лишь при наличии способствующих местных факторов, которыми являются:

-обструкция просвета червеобразного отростка, вызывающая застой содержимого или образования замкнутой полости. Эти состояния могут быть обусловлены-копролитами, лимфоидной гипертрофией, инородными телами, гельминтами, слизистыми пробками, деформациями отростка;

- сосудистые нарушения, приводящие к развитию сосудистого застоя, тромбоза сосудов, появлению сегментарных некрозов;

- нейрогенные нарушения, сопровождающиеся усилением перистальтики, перерастяжением отростка, нарушением микроциркуляции.

Существуют также общие факторы, способствующие развитию острого аппендицита:

- алиментарный фактор;

- существование в организме очага инфекции с ее гематогенным распространением;

- состояния иммунодефицита;

- аллергизация организма.

Классификация.

Классификация(по В.И.Колесову)

I.Острый аппендицит.

1.Поверхностный(простой) аппендицит.

2.Деструктивный аппендицит:

а) флегмонозный (с перфорацией, без перфорации);

б) гангренозный (с перфорацией, без перфорации).

3. Аппендицит,осложненный - аппендикулярный инфильтрат, распространенный или тотальный перитонит, абсцессы брюшной полости, пилефлебит, абсцессы печени, сепсис.

II. Хронический аппендицит.

1.Первично хронический;

2.Хронический рецидивирующий;

3.Резидуальный.

Клиническая картина.

Заболевание начинается внезапно среди полного здоровья.

1.Боли - в 100% случаев, обычно средней интенсивности, иногда резкие, постоянные, реже периодически усиливающиеся, но терпимые (в отличие от колики). Часто отдают в ногу, усиливаются при движениях, кашле. Начинаются иногда сразу в правой подвздошной области, чаще в эпигастрии или по всему животу, у детей - в области пупка, и лишь спустя несколько часов локализуются в правой подвздошной области - симптом Кохера-Волковича. Однако при пальпации часто уже в первые часы болезненность определяется и в области отростка . Боли уменьшаются при положении больного на правом боку в связи с чем он чаще так и лежит. Это имеет диагностическое значение, особенно у детей. При атипичном расположении отростка локализации болей меняется соответственно;

2.Тошнота (41%) и рвота (в 42% случаев однократная) наблюдается в половине случаев, не приносит облегчения.

3.Стул может быть задержан (10%), учащен (2%) - обычно при медиальном расположении отростка, чаще не нарушен.

4. Мочеиспускание - нормальное, может быть учащено при тазовом расположении. В моче в тяжелых случаях отмечается белок, эритроциты.

5.Пульс учащен, раньше повышения температуры.

6.Температура - субфебрильная, изредка высокая, иногда с ознобом.

7.Язык обложен белым налетом - в тяжелых случаях сух. При осмотре языка одномоментно обязателен осмотр миндалин для исключения ангины.

8.В анамнезе - аналогичные приступы. Обязателен гинекологический анамнез.

9.Местные изменения - со стороны живота:

А) Живот вначале участвует в дыхании, затем может отставать правая нижняя часть его, может быть уплощен, асимметрия пупка за счет смещения его вправо как результат напряжения мышц.

Б) Активные движения, покашливание, поднятие головы вызывают болезненность в правой подвздошной области.

В) Локальная болезненность и защитное напряжение мышц в правой подвздошной области - самый главный признак (мало выражен у стариков, ослабленных людей).

Г) Перитонеальные симптомы: Щеткина-Блюмберга, Менделя (72%) - в правой подвздошной области.

Д) Гиперестезия кожи в правой подвздошной области.

Е) При перкуссии - притупление в правой подвздошной области при наличии выпота, инфильтрата.

Ж) При аускультации - ослабление перистальтики.

10.Специальные симптомы острого аппендицита: симптом Ровзинга, симптом Воскресенского (скольжения, "рубашки"), симптом Ситковского, симптом Бартомъе-Михельсона, симптом Образцова (псоас), при ретроцекальиом расположении- симптом Ауре-Розанова (при ретроцекальиом расположении отростка).

11.Вагинальное или ректальное исследование - строго обязательно! Выявляется воспаление тазовой брюшины - "крик Дугласа", болезненное нависание свода справа. Для дифференциальной диагностики с гинекологической патологией - симптом Промптова (резкая боль при поднятии шейки матки вверх). Симптом Краузе - разница между ректальной и подмышечной температурой более одного градуса.

12. Лабораторные исследования: крови - лейкоцитоз со сдвигом влево, мочи - чаще без особенностей, обзорная урография и хромоцистоскопия - по показаниям.

13.УЗИ - увеличение размеров отростка, утолщение стенки, наличие выпота.

14.Лапароскопия - при неясности в диагнозе.

15.При атипичном расположении отростка картина заболевания может в значительной мере изменяться - по выражению П.И. Грекова острый аппендицит - "хамелеоноподобное заболевание".

Лечение.

Острый аппендицит является абсолютным показанием к неотложной операции. Единственным противопоказанием служит аппендикулярный инфильтрат (если он не абсцедировал). При неясности в диагнозе шире должна применяться лапароскопия. Лучшим временем для операции является начальная стадия, но операция производится в любые сроки.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://medicall.ru/>