

АППЕНДИЦИТ

Аппендицит — это воспаление червеобразного отростка. Заболевание частое, поражает 5 человек из 1 тыс.

Долгое время была дискуссия, как назвать, так как Appendix завезен из Америки. Название — латинское слово, а окончание itis — греческое. Не соответствует правилам грамматики. В итоге, все же оставили «аппендицит».

Он занимает первое место (85%) среди хирургических заболеваний живота, половина всех операций — это аппендэктомии (удаление червеобразного отростка). У нас в стране «от аппендицита» ежегодно погибают 5–6 тыс. человек.

Аппендикс (червеобразный отросток) представляет собой полый орган, который сообщается с просветом слепой кишки.

Аппендикс отходит от заднебрюшного сегмента слепой кишки на 1–3 см книзу от места впадения в нее подвздошной кишки. Имеет продольную и циркулярную мускулатуру, что обеспечивает его перистальтику. Длина — 8–12 см, но может быть до 20 см и более. Толщина — 0,6–1 см.

Строение — в его стенке имеется много лимфатических фолликулов, особенно они развиты у молодых до 30 лет, после 30 лет — уменьшаются.

Нервы — аппендикс богато снабжен нервными элементами — симпатическими, парасимпатическими, спинальными. Поэтому он связан со всеми органами брюшной полости.

Расположение — по отношению к слепой кишке 40–50% — книзу; 25% — латерально; 17–20% — медиально; 9–13% — сзади внутрибрюшинно или 2–5% — забрюшинно, это часто затрудняет диагностику и операцию.

Кровоснабжение — из верхней брыжеечной артерии за счет аппендикулярной артерии.

Функция:

1. Защитная — барьерная (лимфоидная ткань).
2. Секреторная — аппендикс выделяет ферменты — амилазу и липазу, которые участвуют в пищеварении, и гормон, усиливающий перистальтику толстой кишки.

Аппендицит делят на острый и хронический.

Острый аппендицит чаще встречается в 30–40 лет, при этом женщины болеют в 2 раза чаще, чем мужчины.

Этиология и патогенез

Специфических возбудителей острого аппендицита нет. В возникновении острого аппендицита имеет значение нарушение кровообращения. Последний приводит к дисфункции нервно-регуляторного аппарата аппендикса. Причиной этого может быть:

1. Сенсibilизация (аллергический компонент — пищевая аллергия, глистная инвазия).
2. Рефлекторный путь (болезни желудка, кишечника, желчного пузыря).
3. Непосредственное раздражение — инородные тела — его считают резервуаром для инородных тел.
4. Перегибы.
5. Тромбоз аппендикулярной артерии.

Если закрывается просвет аппендикса, содержимое скапливается в просвете и еще больше нарушается кровообращение из-за сдавления. В результате нарушения кровообращения происходит отек слизистой, последняя закрывает устье червеобразного

отростка, содержимое скапливается в просвете, растягивает стенку и сдавливает еще больше, нарушает ее трофику и теряется сопротивляемость. Микробы внедряются в слизистую ч/отростка и возникает воспаление. Воспаление, если переходит на брюшину, может привести к перитониту.

Классификация (по Колесову):

1. Аппендикулярная колика.
2. Простой (поверхностный, катаральный) аппендицит.
3. Деструктивный аппендицит:

- флегмонозный;
 - гангренозный;
 - перфоративный (прободной).
4. Осложненный аппендицит:
- аппендикулярный инфильтрат;
 - аппендикулярный абсцесс;
 - разлитой гнойный перитонит;
 - пилефлебит (тромбоз воротной вены);
 - сепсис и т. д.

Катаральный аппендицит:

- в брюшной полости прозрачный серозный выпот (экссудат);
- червеобразный отросток слегка утолщен и напряжен, сероза гиперемирована;
- слизистая оболочка утолщена, набухшая, гиперемирована.

Флегмонозный аппендицит.

- экссудат серозный или гнойный;
- ч/отросток резко утолщен и напряжен, гиперемирован и покрыт фибринозным налетом;
- в просвете гной.

Гангренозный аппендицит.

- в брюшной полости серозный или гнойный выпот с резким неприятным запахом;
- червеобразный отросток может быть от грязно-зеленого цвета до черного;
- слизистая некротизирована;
- в воспалительный процесс вовлечены окружающие червеобразный отросток ткани и органы.

Перфоративный аппендицит.

Гнойное расплавление участков стенки ч/отростка при флегмонозном аппендиците или некроз при гангренозном аппендиците приводят к прободению его, т.е. развивается перфоративный аппендицит. Содержимое изливается в брюшную полость, что ведет к развитию перитонита.

Эмпиема ч/отростка.

Если отток из ч/отростка полностью прекращается, то в просвете скапливается гной, аппендикс растягивается, напряжен, колбовидной формы.

Клиника.

Клиника острого аппендицита характеризуется большим разнообразием, часто зависит от многих причин (форма, локализация, осложнения и т. д.).

Общие симптомы:

- слабость;
- недомогание;

- потеря аппетита — в начале заболевания выражены незначительно. При развитии перитонита общее состояние тяжелое;
- температура тела субфебрильная 37,5–38 °С;
- пульс увеличен, но в начале заболевания соответствует температуре тела;
- язык обложен, в начале заболевания влажный, с развитием перитонита становится сухим;
- **боль** — наиболее постоянным и обязательным симптомом острого аппендицита является боль. В начале заболевания боли ощущаются в эпигастрии или в области пупка, а потом перемещаются в правую подвздошную область (симптом Кохера — Волковича). Но может боль начинаться сразу в правой подвздошной области или внизу живота. Боли постоянные, не очень сильные, иррадиации нет. Между интенсивностью болей и формой аппендицита полного параллелизма нет;
- тошнота;
- рвота однократная;
- задержка стула с самого начала из-за пареза кишечника;
- понос и дизурические расстройства могут быть при тазовом расположении червеобразного отростка.

Местные симптомы (живот):

- **при осмотре** — правая половина живота при дыхании отстает от левой половины;
- асимметрия живота из-за напряжения мышц — пупок перетянут вправо;
- **при пальпации** определяется болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области;
- **симптом Воскресенского** («рубашки», «скольжения») — левой кистью натягивают рубашку на живот, а ладонью правой кисти проводят от реберной дуги до подвздошной области сначала слева, потом справа, — при аппендиците боль будет в правой подвздошной области;
- **симптом Раздольского** — болезненность при перкуссии над очагом воспаления;
- **симптом Ровзинга** — нажатие или поколачивание в левой подвздошной области — боль в правой подвздошной области (газы перемещаются и вызывают боль);
- **симптом Ситковского** — тянущая вниз боль в правой подвздошной области при поворачивании больного со спины на левый бок;
- **симптом Бартомье — Михельсона** — боль при пальпации правой подвздошной области (больной лежит на левом боку);
- **симптом Щеткина — Блюмберга** — надавливание кистью на живот мало болезненно, сильная боль при отнятии кисти;
- **точка Мак — Бурнея** — болезненность на границе наружной и средней трети линии между пупком и передне — верхней остью;
- **точка Ланца** — болезненность на границе правой наружной и средней трети биспинальной линии. Но эти точки особого значения не имеют;
- **симптом Крымова у мужчин** — введение пальца в паховый канал болезненно;
- **симптом Образцова** — нажатие в правой подвздошной области болезненно при поднятой вытянутой правой нижней конечности. Но его определяют только при хроническом аппендиците (при остром аппендиците можно разорвать отросток);
- при тазовом расположении ч/отростка болезненность определяется при влагалищном и ректальном исследовании.

Описано более 100 симптомов, но если все они отрицательные, но есть триада симптомов — боль, болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области, надо думать, что это аппендицит и больного надо оперировать.

Анализы:

Кровь — лейкоцитоз — 10 000–12 000; при деструктивных формах — 16 000–18 000 и более. Может быть сдвиг формулы влево, увеличение СОЭ.

Острый аппендицит у детей:

- бурное течение, напоминает дизентерию;
- быстро развивается деструкция;
- быстро развивается перитонит, так как плохо развиты брюшина и сальник, поэтому процесс не ограничивается;
- схваткообразные боли;
- многократная рвота;
- понос;
- температура — 39–40°C;
- тяжелая интоксикация;
- напряжение мышц небольшое;
- с подозрением на аппендицит детей надо госпитализировать в хирургическое отделение и их оперировать.

Острый аппендицит у стариков:

- ареактивный организм и сопутствующие заболевания, поэтому клиника протекает стерто;
- боли незначительные;
- температура может быть нормальной;
- напряжение мышц слабо выражено или отсутствует;
- лейкоцитоз незначительный, но может быть сдвиг формулы влево;
- при такой клинике у стариков может быть деструктивный аппендицит, поэтому при подозрении на аппендицит их надо оперировать.

Острый аппендицит у беременных:

- в первой половине беременности особых отклонений в клинике аппендицита нет. Но рвоту можно принять за токсикоз беременности;
- во второй половине беременности матка смещает слепую кишку с аппендиксом кверху, к печени, поэтому боль может определяться в правом подреберье;
- напряжение мышц может отсутствовать, так как мышцы растягиваются, а аппендикс может располагаться за маткой;
- при подозрении на аппендицит, беременных в любом сроке беременности надо оперировать.

Лечение острого аппендицита

Единственное всеми признанное лечение острого аппендицита — операция — аппендэктомия.

Послеоперационный период:

1. Постельный режим 12–24 ч, если нет дренажей в брюшной полости.
2. Обезболивание (проблема — боль), наркотические анальгетики 1–2 дня.
3. Дыхательная гимнастика (проблема — пневмония).
4. Вставать разрешают через 12–14 ч, а ходить спустя сутки после операции.
5. Стол 1а два дня, потом 1 ст. и по состоянию расширяют диету до 15 стола.

6. Антибиотики показаны только при гнойном выпоте и деструктивных формах.
7. У пожилых и тучных больных — массаж нижних конечностей — профилактика тромбоэмболии легочной артерии. А при варикозной болезни и тромбофлебите — бинтование нижних конечностей эластичным бинтом.
8. Швы снимают через 6–7 дней.
9. Выписывают больных на амбулаторное наблюдение через 7–8 дней после операции.

Дооперационные осложнения острого аппендицита:

1. Аппендикулярный инфильтрат.
2. Аппендикулярный абсцесс.
3. Разлитой перитонит и т. д.

Аппендикулярный инфильтрат

Это воспалительный конгломерат, в котором могут быть спаяны аппендикс, слепая кишка, сальник, матка, мочевого пузыря и т. д., т. е. те органы, рядом с которыми расположен аппендикс. Он образуется через 48–72 ч.

Клиника:

Начало острого аппендицита, когда образуется инфильтрат, боли стихают, температура снижается, напряжение и болезненность уменьшаются, но пальпируется в правой подвздошной области инфильтрат — плотное, почти неподвижное, с четкими контурами.

Лейкоцитоз уменьшается. СОЭ — ускорена.

Лечение аппендикулярного инфильтрата консервативное:

- постельный режим;
- холод на правую подвздошную область в первые дни;
- диета — 1а стол;
- антибиотики;
- после рассасывания инфильтрата, больного выписывают и рекомендуют обратиться в больницу на плановую операцию через 2–3 мес., но предупреждают, если боли появятся раньше, обратиться сразу в хирургический стационар.

Аппендикулярный абсцесс

Если аппендикулярный инфильтрат не рассосался, то он может нагноиться, тогда образуется абсцесс.

Клиника:

- состояние больного ухудшается;
- температура повышается, гектическая (39–40°C);
- озноб;
- боли усиливаются;
- болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области нарастают;
- лейкоцитоз увеличивается.

Лечение аппендикулярного абсцесса: Вскрытие и дренирование гнойника.

1. Доступ внебрюшинный.
2. Отросток не удаляют, только выпускают гной.
3. После стихания воспалительных явлений, больного выписывают домой и рекомендуют обратиться в больницу через 2–3 мес. на плановую операцию, но предупреждают, если боли в животе появятся раньше, сразу обратиться в хирургический стационар.

Послеоперационные осложнения (проблемы потенциальные)

Частые:

1. Инфильтрат и нагноение операционной раны.
2. Кровотечение из раны.
3. Лигатурные свищи.

Редкие:

1. Внутривнутрибрюшное кровотечение.
2. Инфильтрат и абсцессы в брюшной полости (поддиафрагмальные, межкишечные, Дугласа и т. д.).
3. Кишечная непроходимость.
4. Несостоятельность швов культи отростка.
5. Перитонит.
6. Кишечные свищи.
7. Спайки и т. д.

Хронический аппендицит

Первично-хронический аппендицит трудно установить, так как никаких определенных симптомов нет. Надо исключить заболевания желудка, желчного пузыря, кишечника и т. д. и только тогда оперировать больных с хроническим аппендицитом.

Резидуальный аппендицит устанавливается только тогда, если больной перенес приступ острого аппендицита, почему-то не оперирован или если у больного был аппендикулярный инфильтрат, или аппендикулярный абсцесс. Этим больным показана операция по поводу хронического аппендицита, но в плановом порядке.