

ГБОУ ВПО «Красноярский Государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения и социального развития» Кафедра общей хирургии проф.им. М.И. Гильмана

Заведующий кафедры: д.м.н. проф. Винник Юрий Семенович

Преподаватель: д.м.н. доцент. Тюхтева Надежда Михайловна

РЕФЕРАТ Тема: Острый аппендицит

Выполнила: Врач-ординатор Борисов Г.В.

Красноярск 2018 г.

Содержание

1.	Вступление	1
2.	Этиология и патогенез	1
3.	Классификация	3
4.	Клинические проявления	4
5.	Диагностика	4
6.	Диф. диагностика	5
7.	Осложнения	6
8.	Лечение	6
9.	Осложнение	7
10.	Прогноз	7
11.	Список литературы	7

Вступление

Аппендицит проявляется в любом возрасте, однако чаще в возрасте 10—30 лет; болеют и мужчины, и женщины. Заболеваемость острым аппендицитом составляет 4—5 случаев на 1000 человек в год. Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый аппендицит составляет 89,1 %, занимая среди них первое место. Острый аппендицит — наиболее частая причина развития перитонита.

Этиология и патогенез

Механическая теория — основной причиной развития острого аппендицита считают активацию кишечной флоры червеобразного отростка на фоне механической обтурации его просвета. Обтурацию (закупорку) просвета отростка вызывают каловые камни (35 % наблюдений), гиперплазия лимфоидных фолликулов. Реже происходит обтурация инородным телом, опухолью или паразитом. Это ведёт к скоплению слизи в просвете отростка и чрезмерному развитию микроорганизмов, что вызывает воспаление слизистой оболочки и подлежащих слоёв, тромбозу сосудов, некрозу стенки червеобразного отростка.

Инфекционная — некоторые инфекционные болезни такие как брюшной тиф, йерсиниоз, туберкулёз, паразитарные инфекции, амёбиаз самостоятельно вызывают аппендицит.

Сосудистая — системные васкулиты одна из причин острого аппендицита.

Эндокринная — в слизистой червеобразного отростка имеется множество Ес-клеток APUD-системы секретирующих гормон серотонин — медиатор воспаления.

Классификация

Морфологическая классификация видов острого аппендицита

1. Катаральный (простой);
2. Поверхностный;
3. Деструктивный:
 - флегмонозный,
 - гангренозный
 - перфоративный.

По расположению:

1. классический;
2. ретроцекальный;
3. ретроперитонеальный.

Катаральный — лейкоцитарная инфильтрация только слизистой оболочки.

Поверхностный — образование первичного аффекта треугольной формы, основанием обращённого в просвет, лейкоцитарная инфильтрация только слизистой оболочки. В просвете кровь, лейкоциты.

Флегмонозный — лейкоцитарная инфильтрация всех слоёв ч.о., в том числе и серозной оболочки, в просвете кровь, лейкоциты, на серозной оболочке фибрин, лейкоциты.

Гангренозный — некроз стенки отростка, диффузная нейтрофильная инфильтрация, перитонит

Перфоративный — края разрыва представлены некротизированной тканью с наложениями фибрина, лейкоцитов и эритроцитов

Клинические проявления

- Боль в животе, сначала в эпигастральной области, затем в правом нижнем квадранте (в правой подвздошной области) — симптом "перемещения" или симптом Кохера;
- Отсутствие аппетита (анорексия);
- Рвота, тошнота;

Возможны: жидкий стул, частые мочеиспускания, повышение числа сердечных сокращений и повышение давления.

Диагностика

Клинические признаки:

- Симптом Бартомье-Михельсона - болезненность при пальпации слепой кишки усиливается в положении больного на левом боку
- Симптом Ровзинга - появление или усиление болей в правой подвздошной области при сдавлении сигмовидной кишки и толчкообразном давлении на нисходящий отдел ободочной кишки
- Симптом Ситковского - возникновение или усиление болей в правой подвздошной области в положении больного на левом боку;
- Повышенная болезненность в точке McBurney (точка между наружной и средней третью воображаемой линии соединяющей передне-верхний угол подвздошной кости с пупком),
- напряжение мышц в правой подвздошной области при пальпации,

Лабораторные признаки:

- Повышение числа лейкоцитов в крови, повышение скорости оседания эритроцитов, подъём С-реактивного белка после первых 12 часов, небольшое количество эритроцитов и лейкоцитов в моче.

Инструментальное обследование:

- Ультразвуковое исследование — диаметр более 6 мм и отсутствие перистальтики.
- Рентгенография брюшной полости — уровни жидкости, кишечная непроходимость.
- Лапароскопия, компьютерная томография, радионуклидное исследование с лейкоцитами мечеными ^{99}Tc .
-

Дифференциальный диагноз

Аппендицит необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями: пиелонефрит, почечная колика, острый сальпингоофорит, разрыв кисты яичника, внематочная беременность, воспаление дивертикула Мекеля, прободная язва, обострение язвенной болезни, гастрит, энтерит, колит, кишечная колика, холецистит, кетацидоз, кишечная непроходимость, пневмония, болезнь Крона, геморрагический васкулит и др.

Лечение

Постановка диагноза острого аппендицита является показанием к проведению экстренного оперативного лечения. При отсутствии явлений разлитого перитонита используется доступ Волковича-Дьянокова. Основной этап операции при остром аппендиците — аппендэктомия (удаление червеобразного отростка). Аппендэктомия технически может быть проведена одним из двух способов:

- антеградная аппендэктомия (используется всегда, когда червеобразный отросток можно полностью вывести в операционную рану) — после перевязки брыжейки червеобразного отростка отросток отсекается, его культя погружается в купол слепой кишки;
- ретроградная аппендэктомия (используется в случае невозможности выведения червеобразного отростка в рану по причине наличия спаечного процесса между отростком и другими органами брюшной полости или при некоторых видах атипичного расположения отростка) — червеобразный отросток отсекается от купола слепой кишки, его культя погружается в купол, а затем производится поэтапное выделение отростка и перевязка его брыжейки.

В настоящее время все большее распространение получает лапароскопическая аппендэктомия — удаление аппендикса через небольшие проколы брюшной стенки с помощью специальных инструментов.

Осложнения

Разрыв червеобразного отростка, периаппендикулярный инфильтрат или же аппендикулярный инфильтрат, периаппендикулярный абсцесс, перитонит, тромбофлебит вен малого таза, гнойный пилефлебит (восходящий септический тромбофлебит системы воротной вены).

Прогноз

При своевременной операции — благоприятный. Смертность составляет 0,1 % в случае непроходного острого аппендицита, 3 % — при перфорации и 15 % — при прободном аппендиците у пожилых больных.

Список использованной литературы

1. Острый аппендицит, М.А. Трунин, ЛСГМИ, Ленинград 1984 г.
2. Хирургические болезни, Н.П. Напалков, Изд. Медицина, Ленинград 1976 г.
3. Внутренние болезни, Ф.И. Комаров, Изд. Медицина, Москва 1990 г.
4. Хирургические болезни, М.И.Кузин, Изд. Медицина, Москва 1986 г.