Л N 2 А П П Е Н Д И Ц И Т.

 Это заболевание в основе которого лежит воспаление аппен-

дикса.(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 разви-

тии 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 за-

болевания.

 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 ки-

шечной петли, при противочасовом повороте.

 Расположение: 1. мезацекально; 5. в брыжейке толстой кишки;

 2. ретроцекально; 6. в полости малого таза;

 3. впереди цекума; 7. под печенью;

 4.забрюшинно; 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 пери-

тонеальный 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 ( симпати-

ческие 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 подди-

афр. пр-ва

 - межкишечный абсцесс в левом брыжеечном синусе.

 4. - забрюшинная клетчатка -> флегмона

 - поддиафрагмальные гнойники забрюшинного пространства поза-

ди 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 желуд-

ка 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 усилен-

ная иннервация -> возникает аппендицит.

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

вторична.

 !!! Все теории правдивы, но все ограничены, кроме нервно-реф-

лекторной. Заболевание полиэтиологическое, но патогенез единый -

нервно-рефлекторный. Роль инфекции вторична.

 Паталогоанатомические 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 цве-

та, ткань плотная, отложение фибрина на брюшине, в просвете гной-

но-геморрагическое содержимое, клеточно-гнойная инфильтрация стенок.

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

 Гангренозный: черного цвета, гнилостный запах, наложения фибри-

она, стенка утолщена, местами тонкая, в просвете - жидкое геморраги-

ческое содержимое, зона воспаления ограничена от здоровых тканей де-

марционной линией.

 Классификация:

 клинически паталогоанатомически

 1. острый простой

 флегмонозный | деструктивные формы.

 гангренозный |

 инфильтрат (ограниченный перитонит).

 2. хронический склероз тканей;

 1) первично атрофия мышц;

 2) рецидивирующий спайки;

 3) резидуальный (после деформация;

 острого приступа боль облитерация;

 остается постоянно). водянка;

 миксоглобулез - изменения в клетках

 слиз. обол. -> вырабат. слизь -> мик-

 сома 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 рубаш-

ку.

 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, сочета-

ется 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: аппендику-

лярных 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, ослож-

ненное.

 4. от клинической формы о. аппендицита:

 1) легкая с разрешением; 5) с нагноившемся инфильтратом;

 2) легкая, затянувшаяся; 6) септическая;

 3) быстропрогрессирующая; 7) атипичная;

 4) с инфильтратом; 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 лег-

 ких, 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 Мек-

келева диверкула, кишечная непроходимость, болезнь Крона - воспале-

ние 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- | по субъективным симптомам

 каменная | по течению

 болезнь | 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. отграниче-

ние, 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-Бур-

 4. апоневроз наружной косой мышцы; нея)

 5. внутреннюю косую мышцу; 3. дополнительный-срединная

 6. поперечную мышцу живота; лапаротомия.

 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.