Острый аппендицит

Острый аппендицит — вторая по частоте (после острого холецистита) причина госпитализации в хирургический стационар по неотложным пока заниям (10—30 % больных) и первая — по количеству выполняемых неот ложных операций (от 60 до 80 %).

острый неспецифический процесс воспаления червеобразного отростка - придаточного образования слепой кишки. Клиника острого аппендицита манифестирует с появления тупой боли в надчревной области, которая затем смещается в правую подвздошную область; отмечаются тошнота, рвота, субфебрилитет. Диагностика острого аппендицита основывается на выявлении характерных симптомов при исследовании живота, изменений в периферической крови, УЗИ; при этом исключаются другие заболевания брюшной полости и малого таза. При остром аппендиците выполняется аппендэктомия – удаление измененного червеобразного отростка.

Этиология

Ведущим фактором воспаления аппендикса (аппендицита) выступает механическая блокада просвета червеобразного отростка, вызванная каловым камнем, инородным телом, паразитами, гиперплазией лимфоидной ткани. Это приводит к скоплению в отростке слизи, активизации бактериальной флоры, воспалению стенок аппендикса, сосудистому тромбозу.

Непосредственной причиной воспаления являются разнообразные мик

роорганизмы (бактерии, вирусы, простейшие), находящиеся в отростке.

Среди бактерий чаще всего (90 %) обнаруживают анаэробную неспорообра-

зующую флору (бактероиды и анаэробные кокки). Аэробная флора встреча

ется реже (6—8 %) и представлена прежде всего кишечной палочкой, клеб-

сиеллой, энтерококками и др. (цифры отражают соотношение содержания

анаэробов и аэробов в химусе толстой кишки).

Классификация острого аппендицита

1. Острый неосложненный аппендицит:
а) катаральный (простой, поверхностный),
б) деструктивный (флегмонозный, гангренозный).
2. Острый осложненный аппендицит: перфорация отростка, аппендику
лярный инфильтрат, абсцессы (тазовый, поддиафрагмальный, межкишеч
ный), перитонит, забрюшинная флегмона, сепсис, пилефлебит.
3. Хронический аппендицит (первично-хронический, резидуальный, реци
дивирующий).

Катаральная форма острого аппендицита характеризуется расстройствами лимфо- и кровообращения в стенке отростка, его отеком, развитием конусовидных фокусов экссудативного воспаления (первичных аффектов). Катаральные изменения могут носить обратимый характер; в противном случае, при их прогрессировании, переходит в деструктивный.

К исходу первых суток от начала острого катарального воспаления лейкоцитарная инфильтрация распространяется на все слои стенки аппендикса, что соответствует флегмонозной стадии острого аппендицита. Стенки отростка утолщаются, в его просвете образуется гной, брыжейка становится отечной и гиперемированной, в брюшной полости появляется серозно-фибринозный или серозно-гнойный выпот. Диффузное гнойное воспаление аппендикса с множественными микроабсцессами расценивается как апостематозный острый аппендицит. При изъязвлениях стенок червеобразного отростка развивается флегмонозно-язвенный аппендицит, который при нарастании гнойно-деструктивных изменений переходит в гангренозный.

Клиническая картина и диагностика.

Клиническая картин а острого аппендицит а вариабельна и зависит от степени воспалительных изменений в стенке отростка, особенностей локализации аппендикса в брюшной полости, возраста, физического состояния больных, их реактивности, наличия или отсутствия осложнений сопутствующих заболеваний.

Приступ острого аппендицита обычно возникает внезапно и проявляется прежде всего нарастающими постоянными болями в животе. Иногда боли сразу появляются в правой подвздошной области. В других же случаях первоначально (в течение нескольких часов) боли могут локализоваться в подложечной области или в области пупка, что особенно часто наблюдается у детей и подростков. В подобных случаях боли затем перемещаются в правую подвздошную область или в другую часть живота, где может быть расположен отросток (в правое подреберье, в поясничную область, над лобком).

К болям вскоре присоединяется тошнота, рвота, задержка стула и газов, а иногда и повышение температуры до 37,2—38°, реже — выше. Надо сказать, что хотя все эти признаки и являются довольно частыми признаками острого аппендицита, но они не постоянны, а следовательно, могут иногда отсутствовать. Так, например, у больных с приступом острого аппендицита часто отсутствует рвота, вместо запора может наблюдаться понос и т. д.

Повышение температуры при аппендиците также бывает далеко не всегда, т. е. не является обязательным признаком.

Напряжение мышц брюшной стенки — ранний, самый важный, а в некоторых случаях и единственный признак острого аппендицита. Однако и этот ценный признак может иногда отсутствовать, например при ретроцекальном или при тазовом положении червеобразного отростка. Для острого аппендицита характерен ряд болевых симптомов — симптом Щеткина—Блюмберга, Ровзиига—Образцова, Ситковского и другие.

Симптомы

- Симптом Ровзинга состоит в следующем: если положить правую ладонь на левую подвздошную область живота больного (там, где находится нисходящая часть толстой кишки) и произвести ею толчкообразное движение, то при наличии аппендицита появляется боль в правой подвздошной области, что, по-видимому, зависит от толчка кишечных газов в зону баугиниевой заслонки, где находится область воспалительного очага .
- Симптом Образцова заключается в усилении или появлении болезненности в момент ощупывания правой подвздошной области при поднимании больным вытянутой правой нижней конечности. При таком положении нижней конечности отросток придвигается ближе к передней брюшной стенке.

Симптом Ситковского проявляется в усилении боли в правой подвздошной области, если больной ляжет на левый бок, что зависит от смещения воспаленного органа.

Диагностика

Лабораторных исследований

Обзорная рентгеноскопия органов грудной клетки и брюшной полости, УЗИ, компьютерная томография.

Из лабораторных исследований наибольшее значение имеют общие анализы крови и мочи. У большинства больных наблюдается лейкоцитоз, степень которого зависит от патологических изменений в червеобразном отростке. Простые формы характеризуются чаше умеренными цифрами — 8*109—10*109/л (8000—10000); при деструктивных аппендицитах или осложнениях лейкоцитоз достигает 14-109—20-109/л (14000—20000). Сдвиг лейкоцитарной формулы влево отражает глубину воспалительного процесса. Приблизительно у 4% больных острым аппендицитом лейкоцитоз и сдвиг влево остаются в нормальных границах. Невысокий лейкоцитоз в сочетании со значительным сдвигом влево указывает на тяжелый воспалительный процесс.

При обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости у 80 % боль ных можно выявить один или несколько косвенных признаков острого ап пендицита: уровень жидкости в слепой кишке и терминальном отделе под вздошной кишки (симптом "сторожащей петли"), пневматоз подвздошной и правой половины ободочной кишки, деформация медиального контура слепой кишки, нечеткость контура m. ileopsoas. Значительно реже выявляют рентгенопозитивную тень калового камня в проекции червеобразного отро стка. При перфорации аппендикса иногда обнаруживают газ в свободной брюшной полости. компьютерной томографии прибегают при осложненном аппендиците
с целью дифференциальной диагностики аппендикулярного инфильтрата и опухоли слепой кишки, а также для поиска отграниченных скоплений гноя (абсцессов).

Острый аппендицит у детей

Острый аппендицит у детей встречается в любом возрасте, но новорожденные и дети до 2 лет болеют редко. В последующие годы жизни частота острого аппендицита возрастает и достигает максимума в период от 9 до 12 лет. Особенности течения острого аппендицита у детей обусловлены пониженной устойчивостью брюшины к инфекции, небольшими размерами сальника, а также повышенной реактивностью детского организма. В связи с этим острый аппендицит протекает более тяжело, болезнь развивается быстрее, чем у взрослых, с большим процентом деструктивных и перфоративных форм.

У грудных детей часто отмечается атипичное течение с появлением внезапных болей в животе, высокой температуры, рвоты, иногда поноса. Быстро нарастают интоксикации, тахикардия, расхождение пульса с температурой, нарушение водно-электролитного баланса. В тяжелых случаях иногда отмечаются явления менингизма. Пальпация живота болезненна (особенно в правой половине); ребенок бурно реагирует, ведет себя беспокойно, плачет, иногда сгибает правую йогу. Следует отметить, что обследование маленьких детей усложняется тем, что они плохо локализуют боль и этим нередко затрудняют топическую диагностику. При ретроискалмюм расположении аппендикса боли определяются при ощупывании поясничной области. Пели удастся исследовать живот, то нередко определяется мышечная зашита в правой подвздошной области, которая имеет большое диагностическое значение. Во многих случаях определяются положительные симптомы Блюмберга — Щеткина. Раздольского, Краспобаева, напряжение прямой мышцы живота и др. Клиническая картина острого аппендицита у детей старшего возраста мало чем отличается от течения этого заболевания у взрослых.

Клиническая картина острого аппендицита у лиц пожилого и старческого возраста имеет ряд особенностей. Они обусловлены уменьшенными физиологическими резервами, пониженной реактивностью организма и наличием различных сопутствующих заболеваний. Болезнь начинается ко так остро, как у молодых, боли носят менее выраженный, часто разлитой характер, даже при деструктивных формах. Нередко отмечаются рвота, вздутие живота с затрудненным отхождением стула и газов. Напряжение брюшных мышц и ряде случаев выражено минимально или отсутствует. Болевые симптомы, свойственные острому аппендициту, выражены нерезко, а иногда могут не определяться. Общая реакция на воспаление ослаблена. Подъем температуры до 38°С и выше наблюдается у небольшого числа больных. Со стороны белой крови отмечается умеренный лейкоцитоз, но нередко имеется сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Только целенаправленное и внимательное обследование пожилых больных с учетом своеобразия и большой вариабельности течения острого аппендицита является залогом своевременного и правильного распознавания этой патологии.

Острый аппендицит у беременных. В первые 1—6 мес беременности клиническая картина острого аппендицита имеет обычное течение, и его диагностика не вызывает особых трудностей. Однако с 4—6 мес увеличенная матка поднимается и смешает вверх слепую кишку и червеобразный отросток, ухудшает их питание и нормальную функцию. Заболевание чаще начинается внезапно с появления острых болей в животе, носящих постоянный характер, тошноты, рвоты. В связи с изменением локализации аппендикса болн и животе могут определяться не только в правой подвздошной области, но и в правом боковом фланке живота, правом подреберье и даже в эпигастральной области. Мышечное напряжение удается обнаружить не всегда, особенно в последнюю треть беременности, из-за выраженного перерастяжения передней брюшной стенки. В этих случаях полезно исследование больной в положении на леном боку (В. И. Колосов). Из всех болевых приемов наибольшую диагностическую ценность предстапляют симптомы Блюмберга — Щеткина, Воскресенского и Раздольского. У части больных можно определить болезненность при поколачннанни по правому реберно-позвоночному углу. Лейкоцитоз при остром аппендиците у беременных в большинстве случаен 8*109— 12*109/л (8000—12000 в 1 мкл), часто со сдвигом влево.

Дифференциальная диагностика острого аппендицита.

- - Правосторонняя почечная колика
- - Острый холецистит
- - Острый панкреатит
- - Острая кишечная непроходимость
- - Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки
- - Заболевания женских внутренних половых органов
- - Мезаденит
- - Дивертикулит
- - Болезнь Крона
- - Острый гастроэнтероколит
- - Правосторонняя нижнедолевая пневмония или плевропневмония

Диференциальная диагностика осложнений аппендицита:

- - Перитонит
- - Аппендикулярный инфильтрат
- - Гнойники различной локализации
- - Пилефлебит
- - Кишечные свищи