

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации»

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического
факультетов

Научно-исследовательская работа на тему
«Острый аппендицит»

Выполнила:

Студентка 4 курса 2 группы
педиатрического факультета
Реброва Наталия Сергеевна

Проверил:
Кузнецко Ю.В.
и.к.р. Чир

Содержание:

1. Вступление.....	3
2. История.....	3
2. Краткие анатомо - физиологические сведения.....	4
3. Этиология и патогенез.....	4
4. Классификация.....	7
5. Клиническая картина.....	8
6. Лечение.....	11
7. Список использованной литературы.....	13

Вступление.

Острый аппендицит в настоящее время самое широко распространенное хирургическое заболевание. Он встречается среди всех групп населения, независимо от пола и возраста, но наиболее подвержены люди в возрасте от 20-50 лет, чаще женщины. Обычно он вызывает только временную утрату трудоспособности, в случаях запоздалой диагностики возможна инвалидизация. Поэтому особенно важную роль в профилактике осложнений данного заболевания играет санитарно-просветительская работа с населением, разъяснение важности незамедлительного обращения к врачу при болях в животе, а также отказ от самостоятельного лечения.

История

Впервые описание червеобразного отростка встречается в трудах Леонардо да Винчи, а также Андреаса Везалия в XVI веке. Позже европейскими врачами описаны случаи находок воспаленного червеобразного отростка на вскрытиях. Этому не придавали большого значения, так как считали, что аппендицит есть следствие воспаления слепой кишки (тифлита — от греч. typhlon, отсюда воспаление слепой кишки — typhlitis). В XIX веке британские хирурги Брайт и Аддисон подробно описали клинику острого аппендицита и привели доказательства существования данного заболевания и его первичности по отношению к воспалению кишки. Это коренным образом изменило тактику при лечении больных острым аппендицитом, поставив на первое место оперативное лечение. Первую достоверную аппендэктомию выполнил в 1735 году в Лондоне королевский хирург, основатель госпиталя Святого Георгия Claudius Amyand. Он оперировал 11-летнего мальчика, который вскоре поправился. С тех пор оперативный метод лечения острого аппендицита с различными доработками дошел до наших дней.

В XVII веке упоминается заболевание «перитифлит». В 1886 г. R. H. Fitz (1843—1913 гг.) ввёл термин «аппендицит» и пришёл к выводу, что лучшее лечение аппендицита это удаление червеобразного отростка. Первые операции удаления червеобразного отростка были проведены в 1888 году в Англии и в Германии. Клиническую картину описал в 1889 г. А.МакБурней (A. McBurney) — один из симптомов аппендицита носит его имя. Косой разрез, выполняемый хирургами для доступа к червеобразному отростку, также носит имя МакБурней, однако впервые его применил Макартур. В России первая операция удаления червеобразного отростка была сделана в 1888 г., провёл её врач К. П. Домбровский в Петропавловской больнице, затем — А. А. Троянов в Обуховской больнице Санкт-Петербурга, а начали активно оперировать только в 1909 году, после Съезда российских хирургов. В 1961 году в Антарктиде операцию аппендектомии выполнил на себе хирург Л. И. Рогозов.

Краткие анатомо-физиологические сведения.

Для лучшего понимания данного заболевания необходимы знания анатомо-физиологических особенностей данной области.

Червеобразный отросток отходит от слепой кишки в месте схождения трех лент. Длина червеобразного отростка в среднем составляет 5 – 10 см., диаметр отростка 4 – 5 мм. У места впадения червеобразного отростка в слепую кишку имеется складка слизистой оболочки – заслонка Герлаха. Эта заслонка препятствует поступлению кишечного содержимого в червеобразный отросток.

Серозная оболочка чаще всего покрывает червеобразный отросток со всех сторон. Мышечная оболочка представлена двумя слоями мышц: поверхностным (продольным) и глубоким (циркулярным). Слизистая оболочка покрыта цилиндрическим эпителием, содержит многочисленные лимфатические фолликулы. Подслизистый слой состоит из соединительной ткани в которой находятся кровеносные и лимфатические сосуды. Кровообращение отростка осуществляется аппендикулярной артерией. Иннервация осуществляется из верхнего брызжеечного сплетения.

Расположение червеобразного отростка может быть разнообразным. Нередко бывает его врожденная атрезия или перемещение вместе со слепой кишкой в левую подвздошную область (при *situs viscerum inversus*). Бывает так, что при недоразвитии правой половины толстой кишки он может располагаться высоко под печенью, а при подвижной слепой кишке (*caecum mobile*) – перемещаться в самые различные отделы брюшной полости. Гораздо чаще случается так, что при “нормальном” расположении слепой кишки, расположение самого отростка может варьировать.

Наиболее часто червеобразный отросток направляется от слепой кишки книзу и медиально, иногда он может опускаться в малый таз и достигать мочевого пузыря, прямой кишки, яичников, маточных труб. Отросток может идти от слепой кишки в медиальном и латеральном направлении, а также располагаться на передней поверхности слепой и восходящей кишки, достигая нижней поверхности печени и дна желчного пузыря. Иногда (в 9 - 15 % случаев) червеобразный отросток располагается позади слепой кишки (ретроцекально) и даже ретроперитонеально прилегая к правому мочеточнику или почке.

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.

Экспериментальные данные свидетельствуют о том, что острый аппендицит, по видимому, возникает в результате обтурации (закупоривания) просвета червеобразного отростка. Обтурация приводит к переполнению просвета отростка дистальнее уровня обтурации слизистым секретом. Диаметр отростка возрастает с 4-6 мм в норме до 17-18 и более миллиметров, он становится напряжённым.

Язвенные дефекты (в области верхушки и в средней трети), образовавшиеся вследствие давления копролитов.

Нарастающее внутрипросветное давление в течение нескольких часов приводит к сдавлению внутриорганных вен, нарушению венозного и лимфатического оттока, отеку стенки органа и пропотеванию транссудата в его просвет с дальнейшим увеличением внутрипросветного давления («порочный круг»), что приводит к острому воспалению и некрозу (омертвлению), прежде всего в зоне давления инородного тела («декубитальная язва», «пролежень», «флегмонозно-язвенный аппендицит»).

Иногда копролиты можно обнаружить в просвете червеобразного отростка при остром катаральном или хроническом аппендиците. Почему они не приводят к деструкции органа и как долго находятся в его просвете, пока не ясно.

Некроз сразу становится в высокой степени инфицированным внутрипросветной микрофлорой (микрофлора толстой кишки — самая разнообразная (около 500 видов бактерий и грибов) и многочисленная (более 10 миллионов микробных тел на грамм) в человеческом организме, поэтому процесс бактериального разрушения поврежденной стенки червеобразного отростка стремителен, часто развитие трансмурального (на всю толщину стенки) некроза занимает менее 12 часов (возможно, в отдельных, так называемых «молниеносных» случаях, ещё быстрее). На этой стадии аппендицита в просвете отростка имеется густой гной бело-розового цвета с колибациллярным (гнилостным) запахом. После того, как дно распространяющейся декубитальной язвы достигает серозной (наружной) оболочки отростка, нарастающее внутрипросветное давление выбивает некротическую пробку — возникает перфорация стенки отростка (прободение, возникновение отверстия, «аппендицит лопнул», по народной терминологии) — внутрибрюшная катастрофа, которая приводит к излиянию гнойного содержимого, содержащего огромное количество микробов, в стерильную брюшную полость. Возникает угрожающее жизни больного осложнение — Разлитой гнойный перитонит.

Причины, вызывающие обтурацию просвета: главная причина — это так называемые «копролиты», они же — «фекалиты», они же — «каловые камни» (причина почти 100 % случаев эмпиемы червеобразного отростка, гангренозного и гангренозно-перфоративного аппендицита). К обтурации просвета аппендикса могут привести также некоторые внешние факторы: перегиб отростка рубцовыми сращениями вследствие различных хронических заболеваний органов брюшной полости:

хронический колит

хронический холецистит

хронический энтерит

хронический аднексит

перитифлит

спаечная болезнь брюшной полости и т. д.).

Обычно такие случаи протекает с меньшей остротой, появление деструктивных форм при этом не характерно (но не исключается).

Казуистические причины обтурации червеобразного отростка:

проглоченные инородные тела (виноградные косточки, рыбы, птичьи и проч. мелкие кости, шелуха подсолнечных семечек, даже зубные коронки и другие мелкие твердые предметы) — встречаются чрезвычайно редко.

В литературе начала 20го века часто сообщалось об обнаружении в просвете воспалённого отростка гельминтов (глистов), в подавляющем большинстве случаев, аскарид. В наше время такие случаи встречаются очень и очень редко.

Возможно другие, ещё более редкие причины острого аппендицита — например, опухоли червеобразного отростка (чаще всего встречается карциноид).

Поскольку именно каловые камни (их величина соответствует диаметру просвета отростка, то есть, величиной с мелкую фасоль), чрезвычайно интересно, почему у одних людей они образуются, а у других — нет, почему именно тогда, какова продолжительность их формирования. Вопросы пугаются в тщательном изучении, так как, теоретически, предупреждение развития копролитов открывало бы путь к предупреждению самого заболевания Острый аппендицит.

Роль запоров и «ленивого кишечника»:

Согласно некоторым статистическим данным, для тех больных, у которых впоследствии развился острый аппендицит, характерны хронические, многолетние запоры: стул бывает у них реже, чем у тех, кто не болен острым аппендицитом. Таким образом, с на рубеже 80х и 90х годов 20го столетия, в мировой литературе доминирует мнение, согласно которому, копролиты червеобразного отростка возникают при задержке калового содержимого в правых отделах толстой кишки, при увеличенном времени пассажа кишечного содержимого. Ограниченные эпидемиологические исследования обнаружили, что в группах населения, не страдавших

аппендицитом, реже встречаются рак толстой кишки, дивертикулёз толстой кишки, железистые полипы толстой кишки. Существует предположение (пока не имеющее веских доказательств), что острый аппендицит может быть ранним предшественником развития рака ободочной и прямой кишки, одним из основных факторов развития которых считаются хронические запоры.

Есть данные, что заболеваемость острым аппендицитом связана с низким содержанием растительной клетчатки в рационе. Действительно, растительная клетчатка возбуждает перистальтику кишечника, обладает послабляющим действием и сокращает время пассажа кишечного содержимого.

Инфекционная — некоторые инфекционные болезни такие как брюшной тиф, иерсиниоз, туберкулёз, паразитарные инфекции, амёбиаз самостоятельно вызывают аппендицит, однако специфической флоры для аппендицита до сих пор не выявлено.

Сосудистая — системные васкулиты — одна из причин острого аппендицита.

Эндокринная — в слизистой червеобразного отростка имеется множество ЕС-клеток АНУД-системы, секретирующих гормон серотонин — медиатор воспаления.

Классификация острого аппендицита.

1. Простой аппендицит (без выпота, с выпотом)
2. Деструктивный аппендицит (без выпота, с выпотом)
 - а) флегмонозный
 - б) гангренозный
 - в) прободной (перфоративный)
3. Осложненный аппендицит
 - а) аппендикулярный инфильтрат
 - б) аппендикулярный абсцесс
 - в) разлитой гнойный перитонит
 - г) прочие осложнения острого аппендицита (пилефлебит, сепсис, поддиафрагмальный абсцесс и др.)

Клиническая картина.

Клиническая картина острого аппендицита характеризуется большим разнообразием, что связано не только с формой заболевания, но и с особенностями локализации червеобразного отростка, наличием или отсутствием осложнений, реактивностью организма больного. Наиболее постоянным и обязательным симптомом острого аппендицита являются боли, вызванные раздражением нервных окончаний в отростке. Именно с этого симптома начинается заболевание.

В начале приступа острого аппендицита боли ощущаются в эпигастральной области, около пупка, и по мере развития заболевания перемещаются в правую подвздошную область (симптом перемещения болей Кохера – Волковича). Локализация болей соответствует месту расположения воспаленного червеобразного отростка, поэтому они могут ощущаться не только в правой подвздошной области, но и в области пупка, в низу живота (при тазовом расположении отростка), в поясничной области (при ретроцекальном расположении отростка). При прогрессировании воспалительного процесса и возникновении – диффузного перитонита четкая локализация болей утрачивается, зона их распространения увеличивается, они охватывают весь живот.

Для острого аппендицита характерно внезапное появление болей, интенсивность которых прогрессирует по мере развития воспалительных изменений в червеобразном отростке. Боли при остром аппендиците постоянны, иногда схваткообразно усиливающиеся, интенсивность их не очень велика, а иррадиации их, как правило, нет. В случае разрыва отростка боли в первое время несколько уменьшаются, затем усиливаются за счет прогрессирования перитонита. С началом гангрены отростка и неизбежном при этом омертвлении его нервного аппарата боли стихают.

Признаки острого аппендицита: тошнота которая начинается вскоре после начала болей, которая может сопровождаться однократной рвотой; задержка стула – бывает часто с самого начала заболевания в следствии пареза кишечника; слабость, недомогание; температура тела повышена до 37,2 – 37,6 градусов, иногда сопровождается ознобом; увеличенная частота пульса, но соответствующая температуре тела (с началом перитонита соответствие нарушается); язык влажный, обложенный (с развитием перитонита становится сухим).

Лабораторные исследования, следует обратить внимание на состав периферической крови: в крови отмечается умеренный лейкоцитоз (10000 – 12000), при усугублении процесса лейкоцитоз снижается, но появляется сдвиг лейкоцитарной формулы влево, что является неблагоприятным прогностическим признаком. В моче при тяжелой интоксикации появляются признаки токсического нефрита (белок, цилиндры, эритроциты).

Клинические признаки (симптомы раздражения брюшины)

болезненность в правой подвздошной области при пальпации;
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;
болезненность передней стенки ампулы прямой кишки за счёт наличия выпота в кармане Дугласа, или в дугласовом пространстве при ректальном исследовании;

В настоящее время все большее распространение получает лапароскопическая аппендэктомия — удаление аппендикса через небольшие проколы брюшной стенки с помощью специальных инструментов. В большинстве таких операций число проколов достигает трех. Первый прокол осуществляется в одном сантиметре над пупком, второй в четырех сантиметрах под пупком, расположение третьего прокола непосредственно зависит от расположения аппендикса.

В последние годы все больше и больше начинает вживляться в современную медицину малоинвазивные операционные вмешательства, к которым можно отнести и транслуминальную хирургию (эндохирургические вмешательства, где гибкие инструменты вводятся в просвет полого органа сквозь естественные отверстия человеческого тела и через разрез в стенке внутреннего органа подводятся непосредственно к оперируемому объекту)

При транслуминальной аппендэктомии может быть выбрано два доступа: трансабдоминальная аппендэктомия (инструменты вводят через крошечное отверстие в стенке желудка);

трансвагинальная аппендэктомия (инструменты вводят через небольшой разрез во влагалище).

Преимущество таких операций:

полное отсутствие косметических дефектов;

относительно быстрое выздоровление, сокращение сроков послеоперационной реабилитации.

В 1961 г. врач Леонид Рогозов на советской антарктической станции Новолазаревская выполнил операцию аппендэктомии на себе.

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.

Рецензия

**на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой
производственной практики "Производственная клиническая практика
(помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)»
обучающегося по специальности 31.05.02 Педиатрия 4 курса 2 группы
Ребровой Н.С.**

Научно-исследовательская работа представлена для отчета по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Данная научно-исследовательская работа была представлена студентом в предусмотренные учебным планом сроки.

Цель и задачи работы соответствуют теме исследования, но полностью ее не раскрывают. Теоретические положения и выводы автора обоснованы, логичны и соответствуют ходу теоретических размышлений в рамках изучаемой проблемы. Учащимся изучены основные источники литературы по проблеме, дан краткий их анализ, однако, отсутствует сравнительный анализ литературных источников по данной проблеме. Качество оформления научного исследования частично соответствуют требованиям.

В целом студент освоил предусмотренные рабочей программой производственной клинической практики (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) навыки, научно-исследовательская работа зачтена с оценкой «хорошо».

Ответственный по производственной
клинической практике
(помощник врача стационара,
научно-исследовательская работа),
доцент

Кух

Кухтенко Ю.В.