

Гострий апендицит

Гострий апендицит – неспецифічний (часто флегмонозно-гнійний) запальний процес червоподібного відростка, що виникає в результаті дії (переважно сукупної) ряду факторів: первинної неспецифічної інфекції, змін загальної та місцевої реактивності, порушення кровопостачання, зумовленого дисфункцією нейрогуморального апарату місцевого чи загального походження.

Анатомо-фізіологічні дані.

Про існування червоподібного відростка відомо ще з часів древнього Єгипту. Перші описи і замальовки відростка людини належать Леонардо да Вінчі (1472 р.). Червоподібний відросток (*Processus vermiformis s. appendix*).

М'язова оболонка біля основи відростка утворює циркулярне потовщення – жом, сфінктер Робінсона. Слизова оболонка біля гирла відростка утворює 1-2 складки – клапан, або заслінка Герлаха. Сам відросток верхівкою, як відомо, сліпо закінчується. Ці обставини можуть сприяти утворенню замкнутої порожнини з інфікованим вмістом.

Апендикс – мигдалик черевної порожнини.

Кровопостачання червоподібного відростка здійснюється а.*appendicularis*, яка відходить від а.*ileocolica*, а остання – від а.*mesenterica sup*.

Крововідтік від червоподібного відростка здійснюється по однойменній вен *v.appendicularis* у систему *v.portae*. Це може зумовити поширення запального процесу (пілефлебіт) по останній аж до печінки (солітарні чи множинні абсцеси) при ускладнених формах гострого апендициту.

Нерви червоподібного відростка мають у своєму складі волокна як симпатичні, так і парасимпатичні волокна та походять із сонячного, верхньобрижового і крижового сплетень. Як і в інших відділах кишечника, вони утворюють два основних сплетення: м'язове (ауербахівське) і підслизове (мейснерівське).

Хірургічна анатомія

Леоцекальний кут – кінцевий відділ клубової кишки, сліпа кишка з червоподібним відростком, початок висхідної кишки, проектується на черевну стінку правої здухвинної ділянки.

Варіанти розміщення червоподібного відростка. 1. Низхідне (каудальне) положення – 40-50%; 2. Бокове (латеральне) положення – 25%; 3. Внутрішнє (медіальне) положення - 17-20%; 4. Переднє (вентральне) положення – 8-15%. Заднє (ретроцекальне, дорсальне) положення. Заднє положення буває: внутріочеревинним, внутрістінковим (інтрамуральним) і позаочеревинним.

Етіологія і патогенез.

Жодна із загальновідомих у минулому теорій виникнення гострого апендициту - застою і закритих порожнин Дьєлафуа, глистної інвазії Рейндорфа, ангіоневротична Ріккера, інфекційна Ашофа, “мигдалика черевної порожнини” Г.А. Давидовського, функціональної залежності від баугінівої заслінки, пілоруса І.І. Грекова, фазового розвитку запального процесу І.Д. Анікіна – не може пояснити виникнення і розвиток патологічного процесу в конкретному випадку гострого апендициту.

На сьогоднішній день більшість хірургів вважають, що гострий апендицит - неспецифічне інфекційне запалена червоподібного відростка, що виникає на фоні зміненої загальної і місцевої реактивності організму в тих зонах відростка, в яких наявні дистрофічні зміни тканин.

Класифікація.

I. Гострий простий апендицит.

II. Гострий деструктивний апендицит (флегмонозний, гангренозний, перфоративний):

1. З місцевим невідмежованим перитонітом.

2. Ускладнений:

- а) апендикулярним інфільтратом різної локалізації;
- б) апендикулярним абсцесом різної локалізації;
- в) розлитим гнійним перитонітом;
- г) пілефлебітом;
- д) абсцесами печінки;
- е) сепсисом.

Патанатомічна класифікація гострого апендициту (А.І. Абрикосов, 1957).

I. Катаральний (поверхневий) апендицит, первинний афект.

II. Флегмонозний апендицит:

- 1. Простий флегмонозний апендицит.
- 2. Флегмонозно-виразковий апендицит.
- 3. Апостематозний апендицит:

- а) без перфорацій;
- б) з перфорацією.

III. Гангренозний апендицит (первинний, вторинний):

- а) без перфорацій;
- б) з перфорацією.

Клінічна симптоматика.

1. **Біль у животі** - найбільш часта і характерна ознака. Початок - гострий, інколи (при раптовій закупорці відростка) раптовий. Локалізація - права здухвинна ділянка в багатьох випадках – спочатку епігастральна ділянка, потім переміщується у праву здухвинну ділянку чи іншу, залежно від варіанту локалізації сліпої кишки і червоподібного відростка (епігастральна фаза) - симптом Волковича-Кохера. Біль постійний (рідше спочатку переймоподібний), прогресуючий за інтенсивністю. Суб'єктивне зменшення інтенсивності попередньо інтенсивного болю може бути проявом деструкції відростка. Біль посилюється при глибокому диханні, кашлі, рухах у кульшовому суглобі, поперековому відділі хребта.

2. **Диспептичний синдром:** *нудота* - часта, але не постійна, помірно виражена, передує і супроводжує біль; *блювота* - теж не постійна, помірна, переважно одноразова, шлунковим вмістом; *затримка газів*, рідко затримка випорожнень; іноді при тазовому положенні відростка можливі, *рідкі випорожнення*, а при ретроцекальному і ретроперитоніальному положеннях - *дизуричні* ознаки; відчуття *сухості в роті*.

3. **Загальні ознаки** хвороби такі як зниження апетиту, підвищення температури тіла, загальна слабкість, нездужання помірно виражені.

Об'єктивні ознаки (виявлені при об'єктивному фізикальному обстеженні).

Загальні - обмеження рухів у правому кульшовому суглобі при ході (хворий "тягне" праву ногу), підтримує правою рукою здухвинну ділянку, в ліжку переважно лежить на правому боці з дещо зігнутою у кульшовому суглобі правою ногою:

язик часто різного ступеня сухий і обкладений; температура тіла помірно підвищена (до 38⁰ С), постійна; ректальна температура - підвищена більше ніж на один градус від температури тіла (симптом *Ленандера*); пульс - адекватна підвищенню температури тіла тахікардія.

Місцеві- обмеження дихальних рухів передньої черевної стінки у правій здухвинній ділянці й правій половині живота; гіперстезія шкіри у правій здухвинній ділянці; напруження м'язів передньої черевної стінки у правій здухвинній ділянці й правій половині живота при поверхневій пальпації, часто у поєднанні з підвищеною чутливістю і помірною болючістю; виражений локальний біль при глибокій пальпації у правій здухвинній ділянці, інколи з ірадіацією в

параумбілікальну й епігастральну ділянки; ослаблені перистальтичні шуми при аускультації живота.

Позитивні апендикулярні симптоми:

Ровзінга - поява або посилення болю у правій здухвинній ділянці в результаті поштовхоподібних подразнень передньої черевної стінки при перетиснутій сигмоподібній кишці в лівій здухвинній ділянці.

Образцова - посилення болю у правій здухвинній ділянці при пальпації під час піднімання випрямленої в колінному суглобі правої ноги;

Сітковського - виникнення або посилення болю у правій здухвинній ділянці при зміні положення хворого з лежачого на спині в лежаче на лівому боці;

Бартом'є-Міхельсона - посилення болю при глибокій пальпації у правій здухвинній ділянці в положенні хворого лежачи на лівому боці;

Позитивні симптоми подразнення очеревини у правій здухвинній ділянці:

Кашльовий (Черемського-Кушніренко) - поява чи посилення болю при кашлі.

Щоткіна-Блюмберга - посилення болю при різкому відніманні пальців після попереднього м'якого натискання на передню черевну стінку (біль різкої декомпресії).

Воскресенського ("сорочки") - поява різкого болю при швидкому проведенні долонею по передній черевній стінці від правої (чи лівої) реберної дуги до правої здухвинної ділянки по натягнутій сорочці хворого;

Роздольського - поява чи посилення болю при дозованому постукуванні по передній черевній стінці.

Подразнення парієтальної очеревини при гострому апендициті можна також виявити за допомогою симптому **Кримова** - біль при введенні пальця в зовнішнє кільце пахового каналу, **Думбадзе** - біль при введенні кінчика пальця в пупкове кільце, поява чи посилення болю при пальпації правого і заднього склепін'я піхви під час вагінального дослідження в жінок або передньої стінки прямої кишки під час пальцевого її дослідження в чоловіків.

Клінічна характеристика атипичних форм гострого апендициту

Ретроцекальний і ретроперитонеальний апендицити.

Тазовий апендицит найчастіше зустрічається в жінок.

Медіальний (мезоцеліакальний) апендицит - рідка форма, клінічна картина пояснюється раннім захопленням у запальний процес петель і брижі тонкої кишки та характеризується більшою інтенсивністю болю, ранньою появою парезу кишечника, важчим загальним станом хворого, поширенням болю і напруженням м'язів черевної стінки, ознаками подразнення очеревини в параумбілікальній ділянці.

Лівобічний апендицит зумовлений або надмірно рухомою і подовженою сліпою кишкою, або повним чи частковим оберненим положенням нутрощів і характеризується тими ж клінічними ознаками, що і при звичайній локалізації відростка, тільки зліва.

При всіх клінічних формах гострого апендициту виділяють **фази клінічного перебігу**:

Епігастральна - початкова, впродовж 2-4 годин, больові відчуття локалізуються як правило, в епігастральній ділянці, часто асоціюються з більш вираженим диспептичним синдромом, виражена в більшості випадків, буває відсутньою.

Фаза локальних проявів - через 4-6 годин від початку захворювання, клінічна картина залежить від варіанту розміщення червоподібного відростка, найбільш виражена;

Фаза ускладнень - через 12-48 год від початку захворювання. Найбільш типовими і небезпечними є такі ускладнення: *апендикулярний перфоративний розлитий перитоніт, апендикулярний інфільтрат, апендикулярний абсцес, пілефлебіт, абсцеси печінки, сепсис.*

Особливості перебігу гострого апендициту в дітей:

Гострий апендицит у дітей зустрічається рідко у зв'язку з тим, що апендикс до 7-річного віку має лійкоподібну форму і недорозвинутий лімфоїдний апарат;

біль вираженої інтенсивності, постійний, нечітко локалізований, здебільшого поширюється по всьому животі;

найбільш виражений і постійніший диспептичний синдром: нудота, блювання, рідкі випорожнення;

швидше з'являються ознаки загальної інтоксикації: підвищення температури тіла до 38-40⁰ С, загальна слабкість, адинамія, дегідратація, лейкоцитоз до 12-16×10⁹ зі зсувом формули вліво;

швидко прогресує запальний деструктивний процес в апендиксі й поширюється по черевній порожнині (недорозвинутий великий чепець);

диференціальну діагностику часто доводиться проводити з міокардитами, глистною інвазією, гострим мезаденітом, гематогенним пневмококовим перитонітом, капіляротоксикозом.

В осіб похилого і старечого віку особливості перебігу гострого апендициту визначаються зниженою реактивністю організму і схильністю до швидких деструктивних змін у апендиксі.

У вагітних особливості перебігу гострого апендициту визначаються особливостями розвитку і можливими ускладненнями вагітності залежно від строків останньої (триместрів).

Лабораторні та інструментальні методи діагностики.

- загальний аналіз крові ; загальний аналіз сечі ; оглядову рентгенограму органів черевної порожнини; вимірювання контактної температури шкіри чи теплограму передньої черевної стінки;УЗД ОЧП; лапароцентез; лапароскопію.

Диференційний діагноз.

Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Консервативне лікування показане лише при апендикулярному інфільтраті, діагностованому до чи під час операції і включає:

1. обмежений руховий режим;
2. повноцінну висококалорійну дієту з виключенням з раціону продуктів, багатих на клітковину;
3. холод на праву здухвинну ділянку при наявних локальних ознаках подразнення очеревини (0,5-1,5 доби), при ліквідації останніх - тепло (грілка, УВЧ);
4. комплексну, за загальноприйнятими принципами антибактеріальну терапію
5. паранефральні новокаїнові блокади з антибіотиками через день (3-5 на курс);
6. дезінтоксикаційну інфузійну терапію (осмотерапія, стимуляція діурезу в перші дні);
7. стимуляцію захисних сил організму.

При позитивному результаті такого лікування апендикулярний інфільтрат поступово розсмоктується (у середньому через 1-2 тижні), через 2-4 місяці обов'язкового виконувати апендектомію у плановому порядку.

Хірургічне лікування. Усім хворим з діагностованим гострим апендицитом абсолютно показане оперативне лікування . Об'єм передопераційної підготовки, вид анестезії, характер операції, особливості післяопераційного періоду визначаються клінічною формою.

Об'єм операції. **Апендектомія** - видалення червоподібного відростка.

Доступ - частіше типовий косоперемінний у правій здухвинній ділянці за Мак-Бурнем-Волковичем-Дьяконовим (можна використовувати також вертикальний за Ленандером, поперечний за Шпренгелем).

Існує два типових методи апендектомії: *антеградний* (використовують у більшості випадків при мобільному червоподібному відростку і куполі сліпої кишки: спочатку червоподібний відросток мобілізують шляхом одномоментної чи поетапної перев'язки брижі, потім його видаляють), і *ретроградний* (за стосовують тоді, коли червоподібний відросток фіксований злуками і не виводиться з черевної порожнини: спочатку пересікають біля основи червоподібний відросток, обробляють його куксу, потім поетапно перев'язують брижу).

Ускладнення під час операції: кровотеча із судин брижі, пошкодження (здебільшого десерозація) стінки сліпої кишки.

Принципи ведення післяопераційного періоду:

- а) активне, або раннє (на наступну добу після операції) - вставання з ліжка, активний руховий режим, дихальна гімнастика, лікувальна фізкультура;
- б) дієта - перші 1-2 доби пити воду, чай, кефір, після відновлення моторної функції кишечника - протерті овочеві супи, каші, пісний бульйон, картопляне пюре, сир із поступовим переходом до кінця тижня на загальну дієту;
- в) 2-4 доби приймати аналгетики (краще ненаркотичні);
- г) при необхідності 3-5 діб адекватна парентеральна антибактеріальна терапія та 1-2 доби інфузійна дезинтоксикаційна терапія;
- д) контроль за загоєнням операційної рани, зняття шкірних швів на 4-6 добу.

Післяопераційні ускладнення:

а) **ранні** - кровотеча в черевну порожнину (з кукси брижі відростка), кровотеча у просвіт товстої кишки (з кукси відростка), неспроможність кукси відростка з розвитком невідмежованого (розлитого) перитоніту, постапендикулярний запальний інфільтрат у правій здухвинній ділянці, нагноєння післяопераційної рани, рання злукова кишкова непрохідність, емболія легеневої артерії;

б) **пізні** - злукова кишкова непрохідність, лігатурні, кишкові нориці, постапендикулярний запальний інфільтрат, післяопераційна вентральна кіла.

При апендикулярному абсцесі показана операція розкриття абсцесу (пошарове розсікання черевної стінки в ділянці абсцесу і розкриття гнійника екстраперитонеально. Апендектомію не виконують.

Гострий деструктивний проривний апендицит, **розлитий перитоніт** - життєво обов'язкове оперативне лікування за принципами лікування перитоніту .