

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования "Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра и клиника хирургических
болезней им. проф. Ю.М. Лубенского

Зав.
кафедрой, д.м.н., доцент
Здзитовецкий Д.Э.

РЕФЕРАТ

Острый аппендицит.

Выполнил: ординатор 2 года обучения
Шамшиев А.Н.

Красноярск 2021

Острый аппендицит – острое воспалительно-некротическое заболевание червеобразного отростка слепой кишки, как правило, вызванное обтурацией просвета червеобразного отростка, и протекающее при участии микрофлоры, обитающей в просвете червеобразного отростка.

При возникновении острого аппендицита показана экстренная операция: аппендэктомия (удаление червеобразного отростка). Острый аппендицит давностью более двух суток – основная причина летальности при этом заболевании. Именно при остром аппендиците давностью более двух суток возникают осложнения: периаппендикулярный инфильтрат, периаппендикулярный абсцесс, разлитой гнойный перитонит, острый пилефлебит и другие.

Морфологическая классификация видов острого аппендицита

- Катаральный (простой, поверхностный);
- Флегмонозный;
- Эмпиема червеобразного отростка;
- Гангренозный.
- Осложнения:
 - - перфорация червеобразного отростка;
 - - аппендикулярный инфильтрат (дооперационное выявление);
 - - аппендикулярный инфильтрат (интраоперационное выявление);
 - -рыхлый;
 - -плотный;
 - - периаппендикулярный абсцесс (дооперационное выявление);
 - - периаппендикулярный абсцесс (интраоперационное выявление);
 - - перитонит;
 - - пилефлебит.

Клинические проявления

- [Боль в животе](#), сначала в [эпигастральной области](#) или околопупочной области; нередко она имеет нелокализованный характер (боли по всему животу), через несколько часов боль мигрирует в правую подвздошную область – симптом «перемещения» или симптом [Кохера](#) (или Кохера-Волковича). Реже болевое ощущение появляется сразу в правой подвздошной области. Боли носят постоянный характер; интенсивность их, как правило, умеренная. По мере прогрессирования заболевания они несколько усиливаются, хотя может наблюдаться и их стихание за счёт гибели нервного аппарата червеобразного отростка при гангренозном воспалении. Боли усиливаются при ходьбе, кашле, перемене положения тела в постели. [Иррадиация](#) при типичной форме острого аппендицита не наблюдается и характерна лишь для атипичных форм.

- Отсутствие аппетита ([анорексия](#)).

- [Тошнота](#), [рвота](#) 1-2 кратная и носит рефлекторный характер. Появление тошноты и рвоты до возникновения болей не характерно для острого аппендицита.

- Подъём [температуры](#) до 37-38 °С ([субфебрильная лихорадка](#)) (Триада Murphy – анорексия, рвота, температура).

- Возможны: жидкий стул, частые мочеиспускания, повышение числа сердечных сокращений и повышение давления (очень редко).

- Существуют «атипичные» проявления аппендицита при его атипичном расположении, а также у детей, пожилых и при беременности.

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;
- [симптом Бартомье-Михельсона \(Bartomier\)](#) – болезненность при пальпации слепой кишки усиливается в положении больного на левом боку;
- [симптом Воскресенского](#) – врач левой рукой натягивает рубашку больного за нижний край (для равномерного скольжения). Во время вдоха больного кончиками пальцев с умеренным давлением на живот осуществляют быстрое скользящее движение сверху вниз по направлению к правой подвздошной области. В момент окончания движения больной отмечает резкое усиление болезненности;
- [симптом Кохера \(Kocher, Волковича-Кохера\)](#) – боль первоначально возникает в подложечной области непосредственно под мечевидным отростком, а спустя 1-3 часа перемещается в правую подвздошную область;
- [симптом Михельсона](#) – усиление болей в правой половине живота у беременных в положении на правом боку, когда матка давит на очаг воспаления;
- [симптом Образцова](#) – усиление болезненности при давлении на слепую кишку и одновременном поднимании выпрямленной в коленном суставе правой ноги;

- [симптом Раздольского](#) (Менделя-Раздольского) – при перкуссии брюшной стенки определяется болезненность в правой подвздошной области;
- [симптом Ровзинга](#) (Rovsing) – 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;
- [симптом Щёткина-Блюмберга](#) – обратная чувствительность, усиление боли при резком отнятии руки, по сравнению с пальпацией.

Лабораторные признаки

Диагноз «острый аппендицит» – клинический (обычно его ставит врач-хирург, определяя показания к экстренной операции).

Точная морфологическая форма заболевания (катаральный, флегмонозный, гангренозный) выявляется только интраоперационно, во время диагностической лапароскопии или первом этапе лапаротомии.

Удалённый червеобразный отросток исследуется гистологически для подтверждения и детализации интраоперационного диагноза.

Достоверных лабораторных изменений крови, мочи, других биологических жидкостей, позволяющих определить диагноз острого аппендицита без хирургического вмешательства, в настоящее время не существует.

При остром аппендиците наблюдаются неспецифические изменения анализов крови, характерные для воспалительной реакции как таковой: повышение числа [лейкоцитов](#) в [крови](#), повышение скорости оседания [эритроцитов](#), подъём С-реактивного белка после первых 12 часов, небольшое количество эритроцитов и лейкоцитов в моче («токсические изменения мочи»).

Инструментальное обследование

Ультразвуковое исследование – дилатация просвета (диаметр более 6 мм), отсутствие перистальтики, иногда может лоцироваться копролит.

- Наиболее частый эхопризнак острого аппендицита – наличие свободной жидкости в правой подвздошной ямке (то есть, вокруг отростка) и (или) в полости малого таза (наиболее отлогом месте брюшной полости) – симптомы местного перитонита.

- Ультразвуковое исследование при остром аппендиците не всегда специфично. Для лоцирования (обнаружения) червеобразного отростка требуются: наличие обтурации отростка, опыт и аппарат экспертного класса. При гангренозно-перфоративном аппендиците, содержимое отростка изливается в брюшную полость, дилатация исчезает, отросток может не лоцироваться. Вместе с тем, обязательно лоцируется свободная жидкость в брюшной полости, может лоцироваться «свободный газ» в брюшной полости, паретичные петли тонкой кишки.

Рентгенография брюшной полости на ранних стадиях заболевания не информативна, возможно выявление лишь косвенных признаков патологического процесса в брюшной полости (симптом «сторожевой петли»). При развитии распространённого перитонита появляются признаки паралитической кишечной непроходимости: «чаши Клойбера», «тонкокишечные арки», исчезает пневматизация толстой кишки.

Диагностическая лапароскопия показана в сомнительных случаях, может переходить в лечебную лапароскопию при технической возможности, когда имеются условия для лапароскопической аппендэктомии.

Компьютерная томография информативна при наличии спирального томографа, когда выявляется обтурация червеобразного отростка, расширение его просвета, признаки свободной жидкости (воспалительного выпота) в брюшной полости.

Дифференциальный диагноз

Аппендицит необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями: вирусный мезаденит, правосторонний [пиелонефрит](#), [почечная колика](#) справа, острый правосторонний [сальпингоофорит](#) (аднексит), [апоплексия яичника](#), разрыв [кисты яичника](#), прогрессирующая или прерванная [внематочная беременность](#), острый эндометрит, воспаление [дивертикула Меккеля](#), [прободная язва](#), обострение [язвенной болезни](#), [энтерит](#), [колит](#), [кишечная колика](#), [холецистит](#), [кетонацидоз](#), [кишечная непроходимость](#), нижнедолевая [пневмония](#) или выпотной плеврит, [болезнь Крона](#), [геморрагический васкулит \(болезнь Шенляйна-Геноха\)](#), [пищевое отравление](#) и др.

Острый аппендицит в детском возрасте

Острым аппендицитом болеют дети всех возрастов, но чаще старше 7 лет.

Клиническая картина острого аппендицита у детей первых лет жизни и более старшего возраста различна. Чем меньше ребенок, тем атипичнее течение острого аппендицита.

У детей младшего возраста заболевание начинается остро. Преобладают общие симптомы, интоксикация. Это связано с несовершенством иммунной системы, недоразвитием сальника. Поэтому у них чаще развивается разлитой, а не ограниченный перитонит. Температура повышается до 38,5-39,5 °С. Ребёнок беспокоен из-за сильных болей в животе. Наблюдается многократная рвота; в ряде случаев в начале заболевания бывает частый жидкий стул. Язык обложен, влажный. Пульс частый, соответствует температуре, или опережает динамику повышения температуры. Часто при осмотре определяется вялость ребенка. Он обычно лежит на правом боку с приведёнными к животу ногами. Язык сухой и обложен. Живот в начале заболевания втянут, в дыхании не участвует. С течением времени и развитием пареза кишечника происходит его постепенное вздутие. Исследование ребенка затруднено, так как малейшая

попытка пальпации живота вызывает плач и активное напряжение брюшной стенки. Для того, чтобы ощупать живот необходимо отвлечь внимание ребенка, в ряде случаев это становится возможным, только после того как ребенок засыпает.

Часто единственным объективным симптомом острого аппендицита у детей младшего возраста является болезненность в правой подвздошной области. О наличии её можно судить на основании симптома «подтягивания ножки» (при симметричном ощупывании подвздошных областей пальпация справа сопровождается сгибанием правой ножки ребенка), а также симптома «отталкивания руки» (пальпация левой половины живота не усиливает заметного беспокойства ребенка, при пальпации правой - беспокойство усиливается, и ребенок своими руками отталкивает руку врача).

Заболевание сопровождается высоким лейкоцитозом (18-25 тыс/мкл) с резким сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

У детей старше 7 лет выявляется типичная картина острого аппендицита.

При ретроцекальном расположении червеобразного отростка, внимательной и нежной пальпацией удаётся установить болезненность и напряжение мышц в правой поясничной области при отсутствии или малой выраженности их в правой подвздошной области.

При тазовом расположении червеобразного отростка умеренная болезненность и напряжение брюшной стенки выражены над лоном.

Ректальное исследование у детей очень болезненно, но позволяет уточнить диагноз при тазовом расположении червеобразного отростка.

Дифференциальный диагноз острого аппендицита у детей может представить значительные трудности. Чаще всего приходится проводить дифференциальную диагностику с глистной инвазией, пневмонией, инфекционными заболеваниями (корь, скарлатина, ангина и др.).

Глистная инвазия сопровождается сильными схваткообразными болями в животе, обычно в области пупка, что не характерно для острого аппендицита, при этом живот остаётся мягким и безболезненным. Иногда прощупывается колбасовидное образование с гладкой поверхностью, подвижное – петля подвздошной кишки, наполненная аскаридами. Это образование следует отличать от аппендикулярного инфильтрата, который имеет неровную поверхность и чаще всего неподвижен. Указание на аскаридоз в анамнезе, эозинофилия в крови являются дополнительными данными, позволяющими отвергнуть диагноз острого аппендицита.

Трудно исключить острый аппендицит у ребенка, заболевшего пневмонией. Болезненность и напряжение брюшной стенки, наблюдаемые при пневмонии, требуют от врача тщательного исследования ребенка и нередко наблюдения на протяжении нескольких часов. Иногда только шейная вагосимпатическая блокада позволяет исключить или подтвердить диагноз острого аппендицита.

При инфекционных заболеваниях у детей брюшная стенка остаётся мягкой и безболезненной. Характерные симптомы основного заболевания позволяют исключить острый аппендицит.

При остром воспалении мезентериальных лимфатических узлов наблюдаются некоторые симптомы, свойственные острому аппендициту. Живот умеренно напряжён, преимущественно в области пупка. Иногда удаётся прощупать увеличенные лимфатические узлы. Точный диагноз чаще всего устанавливается при операции. Помочь может диагностическая лапароскопия.

Острый аппендицит в старческом возрасте

Клиническая картина острого аппендицита у больных пожилого и старческого возраста не соответствует патологоанатомическим изменениям в червеобразном отростке в большей степени, чем у молодых людей.

У старых людей нередко при наличии деструктивного аппендицита общее состояние остаётся удовлетворительным. Температура слегка повышается или может быть нормальной, пульс учащается и не всегда соответствует температуре (чаще она бывает нормальной), специальные симптомы острого аппендицита значительно слабее выражены, чем у лиц молодого возраста, а некоторые из них могут отсутствовать.

Самостоятельные боли в животе, даже при наличии деструктивных форм аппендицита, выражены умеренно или слабо, чаще носят разлитой характер и реже чётко локализируются в правой подвздошной области. Редко отмечается типичное начало заболевания (симптом Кохера). Болезненность в правой подвздошной области даже при глубокой пальпации бывает слабо выраженной, как и признаки раздражения брюшины. Относительно часто бывают тошнота и рвота.

Один из важных и ранних симптомов - напряжение мышц брюшной стенки – в половине всех случаев не выражен. Значительно чаще, чем у лиц молодого возраста, острый аппендицит сопровождается парезом кишечника и явлениями динамической кишечной непроходимости. У больных старческого возраста также слабее выражена болезненность и симптом Щёткина-Блюмберга. У стариков раньше развивается и бывает в большей степени выражена сухость языка, тахикардия значительно опережает повышение температуры.

В связи с пониженной реактивностью организма не всегда наблюдается повышение количества лейкоцитов в крови даже при тяжёлых формах аппендицита. Всё это затрудняет диагностику острого аппендицита у пожилых и старых больных. При этом весьма опасна недооценка слабо выраженных симптомов острого аппендицита, и как следствие – запоздалое оперативное лечение при далеко зашедших деструктивных явлениях в отростке.

Частота деструктивных форм, по некоторым данным, 32% и выше, против 15-17% у лиц молодого и зрелого возраста, чаще у них и разлитой перитонит. Это обусловлено атеросклеротическим изменением сосудов, снижением общего и местного иммунитета, атрофией сальника. Летальность у больных до 60 лет – 0,08%, 60-69 лет – 3,8%, 70-79 – 4,6%, 80 лет и старше – 30% (Андреев Г.Н., 1978).

Острый аппендицит у беременных

Острый аппендицит – самая частая причина неотложных хирургических вмешательств у беременных. Частота острого аппендицита у беременных: 1 случай на 700-2000 беременных.

Анатомо-физиологические особенности женского организма затрудняют своевременную диагностику аппендицита. Это приводит к большей частоте развития осложнённых форм, что может привести к прерыванию беременности и гибели плода.

Правильной хирургической тактикой является ранняя аппендэктомия у беременных. Она позволяет избежать осложнений и спасает как жизнь матери, так и ребёнка.

Особенности организма женщины при беременности, влияющие на постановку диагноза и хирургическую тактику:

- Стёртая клиническая картина «острого живота» вследствие гормональных, метаболических, физиологических изменений.
- Прогрессирующее ослабление мышц передней брюшной стенки за счет их растяжения растущей маткой
- Смещение внутренних органов растущей маткой: аппендикс и слепая кишка смещаются краниально, брюшная стенка поднимается и отодвигается от отростка.

У беременных при остром аппендиците отмечается острая боль в животе, которая приобретает постоянный ноющий характер и перемещается

в место локализации отростка (правый боковой отдел живота, правое подреберье). Отмечают наличие положительного симптома Тараненко – усиление боли в животе при повороте с левого бока на правый.

Острый аппендицит в первые 2-3 месяца беременности протекает без каких-либо особенностей. С 4 месяца беременности распознавание острого аппендицита может представить некоторые трудности; последние возрастают с увеличением срока беременности. Смещение слепой кишки и червеобразного отростка увеличивающейся маткой кверху создаёт трудности в дифференциальной диагностике острого аппендицита с заболеваниями желчных путей и правой почки.

Гораздо более сложная ситуация возникает, когда увеличенная матка прикрывает слепую кишку с червеобразным отростком и внутрибрюшная катастрофа разыгрывается позади матки. Реакция со стороны передней брюшной стенки в таких случаях значительно отстаёт от патоморфологических изменений в червеобразном отростке. В то же время передняя брюшная стенка во второй половине беременности оказывается растянутой, и уловить истинное напряжение мышц не всегда удастся. Полезной может оказаться пальпация больной в положении лежа на левом боку. Матка при этом несколько смещается влево, и правая подвздошная область становится доступной для пальпации.

Могут быть положительными симптомом Брендо – появление болей справа при надавливании на левое ребро беременной матки или симптом Михельмона, когда в отличие от симптома Ситковского отмечается усиление болей в положении лежа на правом боку (увеличенная матка давит на воспалительный очаг в илеоцекальной области).

Характерным для острого аппендицита у беременных является внезапное начало заболевания. Постоянными признаками служат боль и локальная болезненность в нижнем отделе правой половины живота. Остальные симптомы менее постоянны. Тошнота и рвота могут быть связаны

с беременностью. Редко определяется, особенно во второй половине беременности, такой важный симптом, как напряжение брюшной стенки. Реже, чем у небеременных женщин, выявляются, симптомы Щёткина-Блюмберга, Ровзинга, Коупа и др. Лейкоцитоз может быть нормальным или слегка повышенным; более постоянно наблюдается сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Температурная реакция и воспалительная картина крови могут быть связаны с пиелонефритом беременной, с чем необходимо проводить дифференциальный диагноз при болях в правой подвздошной области.

Трудности распознавания острого аппендицита во второй половине беременности требуют тщательной оценки клинических симптомов.

При наличии у беременных женщин клинической картины острого аппендицита показано срочное оперативное вмешательство. Ранняя операция при остром аппендиците у беременных женщин, независимо от сроков беременности, является единственно правильным методом лечения.

При небольших сроках беременности методика и техника аппендэктомии проводится по общепринятым правилам. Во второй половине беременности оперативное вмешательство имеет некоторые особенности. Разрез Волковича-Дьяконова приходится проводить выше, чем обычно, так как слепая кишка оттесняется увеличенной маткой кверху. Чем больше срок беременности, тем длиннее должен быть разрез. Следует помнить, что у женщин с большим сроком беременности червеобразный отросток может располагаться высоко, под печенью. Доступ к слепой кишке и поиски червеобразного отростка могут быть облегчены поворотом и наклоном операционного стола влево. Оперативное вмешательство должно проводиться с наименьшей травматизацией матки во избежание нарушения беременности и возникновения осложнений.

При остром аппендиците, осложнённом перитонитом, следует также стремиться к сохранению беременности, искусственное прерывание

беременности при этом следует считать ошибкой. Своевременное удаление пораженного червеобразного отростка, гнойного экссудата из брюшной полости, обычно позволяют достигнуть благоприятного исхода основного заболевания и вместе с тем сохранить нормальное развитие беременности. Показание к введению тампонов в брюшную полость у беременных женщин должно быть строго ограничено. Тампонада допустима только в исключительных случаях, когда не удалены источники инфекции (остатки червеобразного отростка, некротические ткани в ложе отростка, периаппендикулярный абсцесс) или нет уверенности в надёжности швов, погружающих культю отростка. Лечение в послеоперационном периоде проводится по общепринятым правилам.

Список литературы:

- учеб. пособие / М. А. Лагун, Б. С. Харитонов ; ред. С. В. Вертянкин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
- М. И. Кузин. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
- нац. рук. : крат. изд. / ред. И. И. Затевахин, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 912 с. : ил.
- нац. рук. : В 3 т. / гл. ред. В. С. Савельев, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 2. - 832 с. : ил. - (Национальные руководства).
- Н. В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 2. - 600 с.