

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Кафедра хирургических болезней № 1 с курсом сердечно-сосудистой хирургии

Трудности диагностики острого аппендицита

**Об остром аппендиците так много сказано
и написано, что делается
неловко, когда пытаешься занять
внимание этим вопросом.**

С. И. Спасокукоцкий

В 1735 г. Amyand Claudius (Англия) выполнил первую в мире успешную аппендэктомию, причем случайно. Он оперировал грыжу, осложненную кишечным свищем. Источником свища являлся червеобразный отросток, который был удален, а культя была перевязана лигатурой.



В 1827 г. Франсуа Миллер (Франция) первым выдвинул идею, что причиной образования абсцессов в правой подвздошной области является воспалительно измененный червеобразный отросток. Он же первый выдвинул идею о радикальном удалении червеобразного отростка.

В 1833 г. французский хирург Dupuytren и в 1837 г. немецкий хирург Albers высказали предположение, что причиной образования абсцессов в правой подвздошной области является воспаление слепой кишки. Они же для обозначения болезни предложили термины «тифлит» (Dupuytren) и «перитифлит» (Albers).



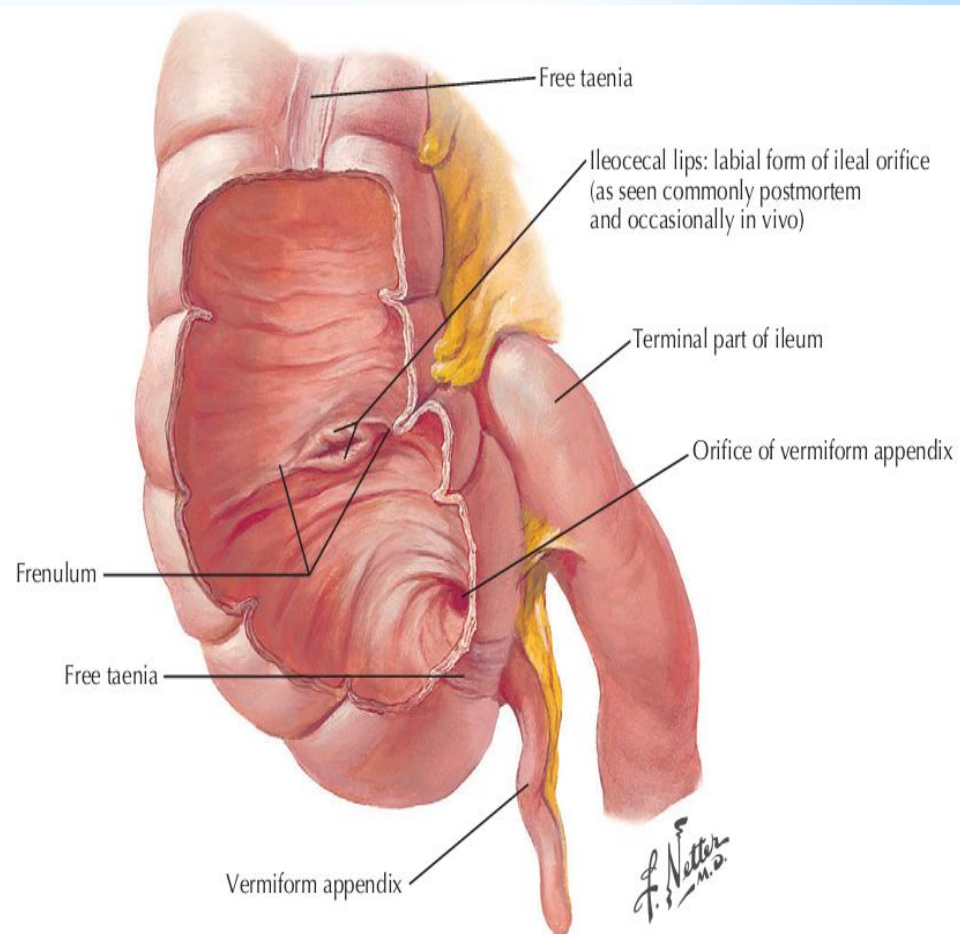
С 1886 г. Fitz (США) предложил заменить термин «перитифлит» на «аппендицит». В 1890 г. термин «аппендицит» принят на коллегии американских хирургов и получил широкое распространение. В этом же году первую аппендэктомию в России выполнил А. А. Троянов.



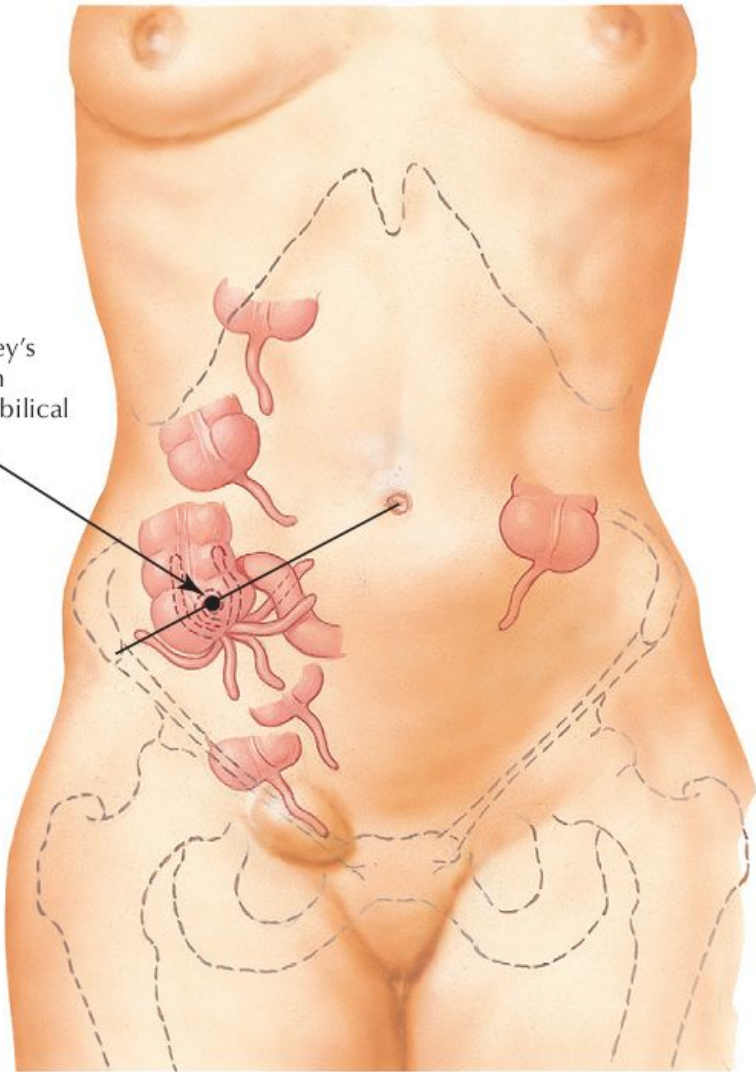
Острый аппендицит — самая распространённая хирургическая патология, возникающая у 4-5 человек на 1000 населения.

Наиболее часто заболевание встречается в возрасте от 20 до 40 лет, женщины болеют в 2 раза чаще мужчин.

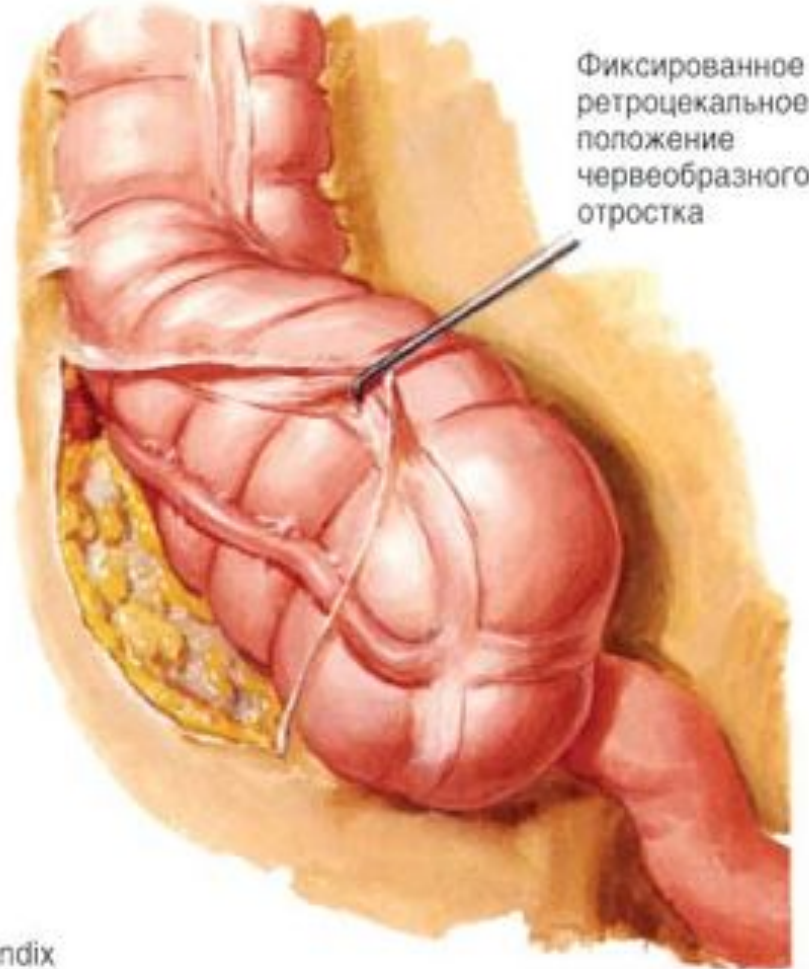
Поскольку причины заболевания неясны, отсутствуют сколько-нибудь доказательные сведения о профилактических мерах. В 20-30-е гг. XX в. достаточно часто производили профилактическую аппендэктомию. В настоящее время этот метод не применяется.



McBurney's point (on spinoumbilical line)



Variations in position of appendix



Фиксированное ретроцекальное положение червеобразного отростка

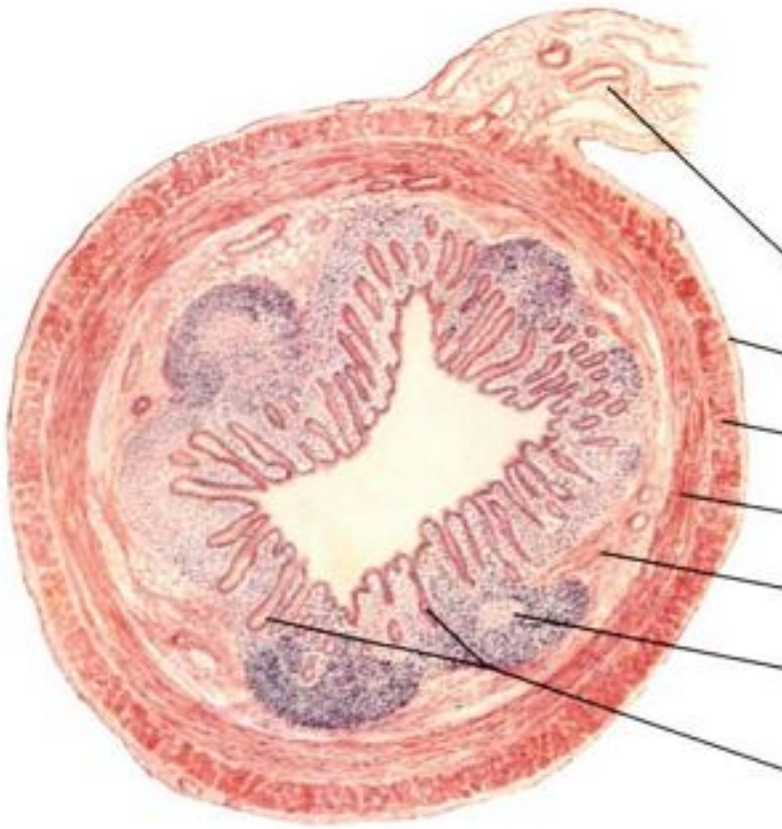
appendix

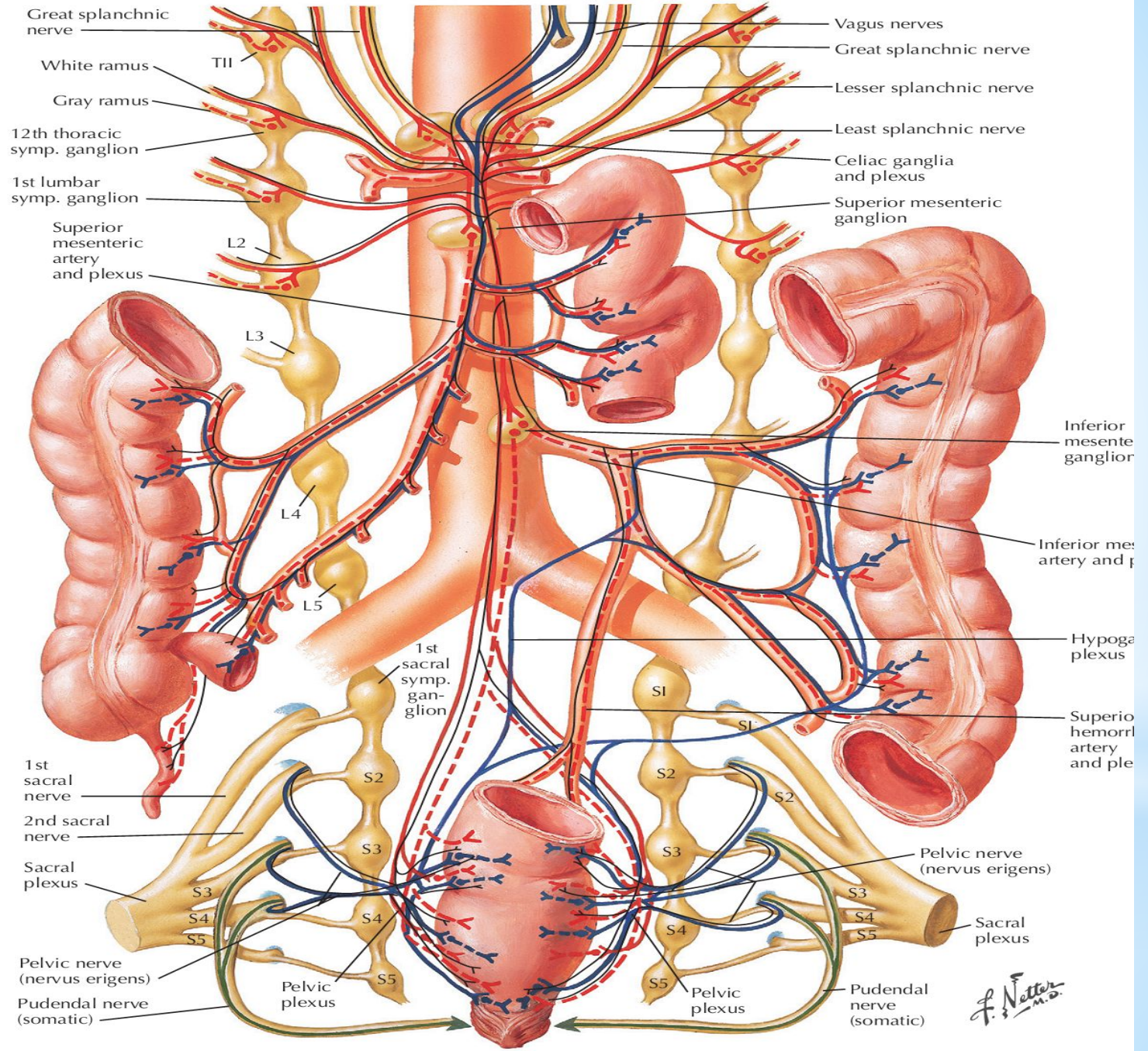
Стенка включает:

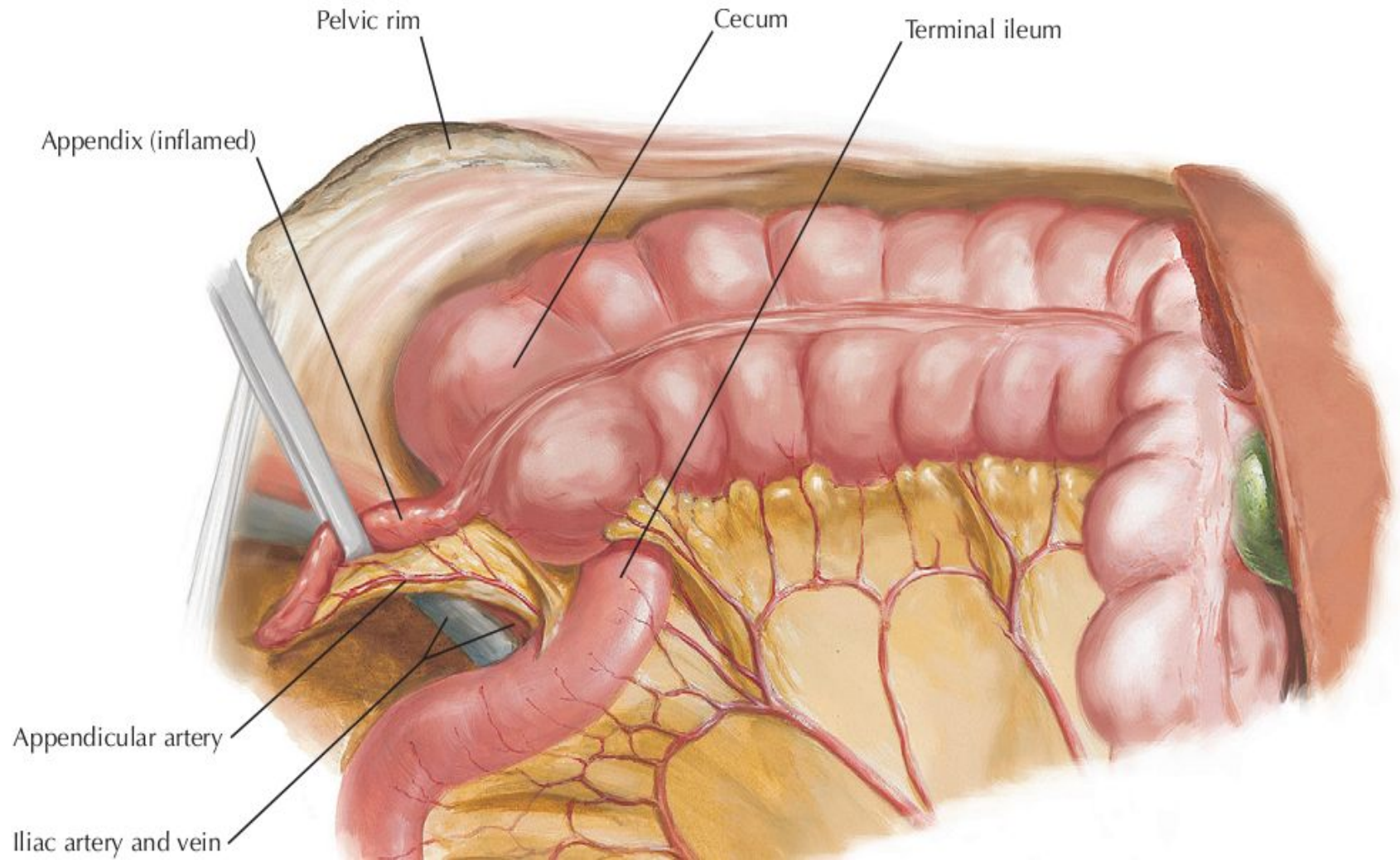
- слизистую оболочку
- подслизистую оболочку
- мышечную (продольную и циркулярную)
- серозную

Вопрос о роли аппендикулярного отростка до сих пор остается открытым. Основные предположения говорят в пользу:

- имунной;
- ферментной;
- инкреторной функций.







КЛАССИФИКАЦИЯ

Аппендицит:

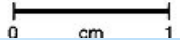
- катаральный;
- флегмонозный;
- гангренозный.

Осложнения аппендицита:

- аппендикулярный инфильтрат;
- перфорация;
- гнойный перитонит;
- абсцессы брюшной полости (периаппендикулярный, тазовый, межкишечный, поддиафрагмальный);
- забрюшинная флегмона;
- пилефлебит.



Fig. 4.86



Этиология и патогенез

Единого варианта развития острого аппендицита на сегодня не установлено. Однако все из наиболее доказательных теорий патогенетически сходятся в том, что так или иначе возникают первичные либо опосредованные трофические нарушения аппендикулярного отростка, что в свою очередь непременно приводит к снижению либо усугублению уже сниженной барьерной функции аппендикулярного отростка. Таким образом основными теориями в развитии острого аппендицита можно назвать:

- **Механическую теорию** (каловые камни, инородные тела, паразиты, опухоли, гиперплазия лимфоидной ткани, спайки, рубцы, перегибы);
- **Инфекционную теорию** (т.е. первичное нарушение барьерной функции, что может быть обусловлено дискинезией, воспалительными проблемами, активацией вирулентной флоры или собственной флоры кишечника);
- **Аллергическую теорию** (III и IV типы ГЗТ);
- **Сосудистую теорию** (пожилые люди);
- **Нервно-рефлекторную теорию** (висцеро-висцеральные и кортико-висцеральные рефлексы);
- **Эндокринную теорию** (секретин).

По мере развития сосудистых и нейротрофических нарушений принято выделять несколько стадий морфологических изменений:

1. **Катаральный** аппендицит (простой, поверхностный) 6-12 часов
2. **Флегмонозный** аппендицит 12-24 часа
3. **Гангренозный** аппендицит 24-48 часов

Катаральный аппендицит

Представляет начальную фазу воспаления, для которой характерно:

1. Утолщение;
2. Полнокровие сосудов серозной оболочки;
3. Отек слизистой оболочки (нередко с кровоизлияниями);
4. Жидкость сукровичного типа в просвете;
5. Единичные сквозные поражения слоев отростка по типу первичного аффекта Ашоффа;
6. Умеренная лейкоцитарная инфильтрация подслизистого слоя.
7. Мышечная оболочка почти не изменена.
8. В брюшной полости как правило стерильный реактивный выпот.



Fig. 4.89



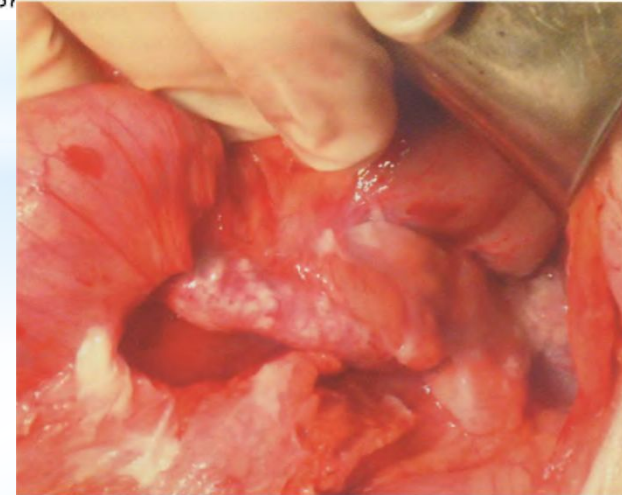
Флегмонозный аппендицит

Представляет вторую фазу воспаления, для которой характерно:

1. Значительное утолщение;
2. Отек и выраженная гиперемия серозной оболочки и брыжейки;
3. Отек слизистой оболочки со свежими эрозиями и язвами, эпителий слущен;
4. Жидкий серого или зеленого цвета гной в просвете;
5. Множественные сквозные поражения слоев отростка по типу первичного аффекта Ашоффа;
6. Лейкоцитарная инфильтрация всех слоев.
7. В брюшной полости как правило мутный (примесь лейкоцитов) или гнойный выпот.



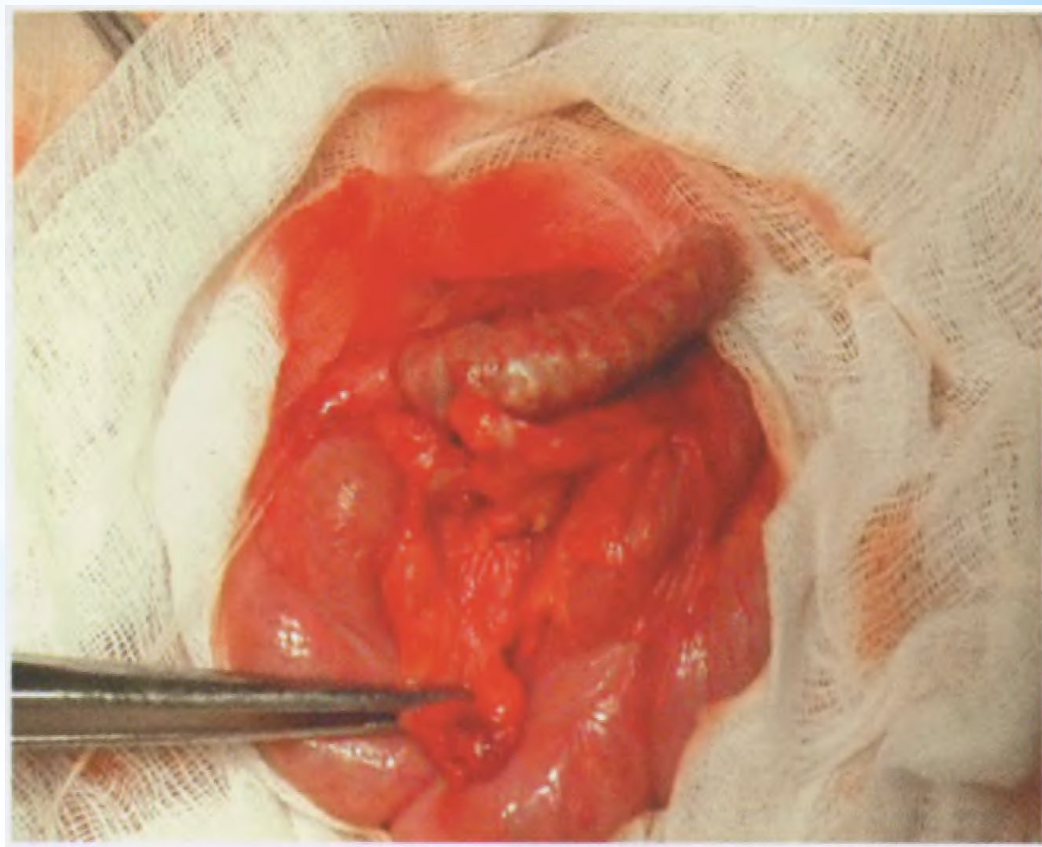
Fig. 4.87



Гангренозный аппендицит

Представляет заключительную фазу морфологических изменений, главным образом связанных с некрозом, для которой характерно:

1. Значительное утолщение;
2. Формирование грязно-зеленых очагов некроза;
3. Микроскопически в очаге деструкции трудно отличить слои отростка;
4. Жидкий серого или зеленого цвета гной в просвете;
5. Фибриновые наложения на окружающей брюшине;
6. В остальном картина сходна с флегмонозной формой.



Клиническая картина типично протекающего острого аппендицита

Катаральный аппендицит

Боль: - Висцеральная

- Малой интенсивности
- Как правило тупая (иногда схваткообразная)
- Усиление вечером, ночью и перед пробуждением

Диспепсия: - Тошнота (в 30-40% случаев однократная рвота)

- Отсутствие стула

Дизурия: - Не наблюдается при типичном расположении

Общее состояние: - Как правило удовлетворительное, покровы нормальные, температура тела субфебрильная (обычно 37-37.5)

- Язык влажный и обложен
- Лейкоцитоз $\sim 10 \cdot 10^9$

Клиническая картина типично протекающего острого аппендицита

Катаральный аппендицит

Важнейшие симптомы:

- Симптом Кохера (боль в эпигастрии);
- Симптом Кюммеля (боль в околопупочной области);
- Симптом Раздольского (осторожная пальпация и перкуссия симметричных зон подвздошных областей);
- Симптом Ровсинга (толчки в левой подвздошной области);
- Симптом Бартомье-Михельсона (усиление болезненности при пальпации на левом боку);
- Симптом Ситковского (усиление болезненности при положении на левом боку);
- Симптом Кохера-Волковича (~через 4-8 часов);

Клиническая картина типично протекающего острого аппендицита

Флегмонозный аппендицит

Боль: - Parietalная

- Интенсивная
- Острая, иногда схваткообразная
- Постоянная

Диспепсия: - Постоянная тошнота (без рвоты);

- Отсутствие стула

Общее состояние: - Средней тяжести, беспокойный, положение как правило вынужденное (на спине или правом боку с согнутыми ногами);

- Температура обычно фебрильная (38-38,5);
- Частота пульса 80-90 уд/мин;
- Лейкоцитоз до $12 \cdot 10^9$.

Клиническая картина типично протекающего острого аппендицита

Флегмонозный аппендицит

Важнейшие симптомы:

- Defense musculaire;
- Симптом Щеткина-Блюмберга;
- Симптом Воскресенского (симптом “рубашки”);
- Болезненность передней стенки прямой кишки при ректальном осмотре;
- Также сохраняется информативность симптомов Ровсинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона.

Клиническая картина типично протекающего острого аппендицита

Гангренозный аппендицит

Боль: - Стихает вплоть до полного исчезновения, однако попытка глубокой пальпации вызывает резкое усиление болей.

Диспепсия: - Повторная рвота;
- Часто отмечается умеренное вздутие живота.

Общее состояние: - Средней тяжести/Тяжелое;
- Нарастание признаков ССВР;
- Снижение температуры до нормальной или субнормальной (до 36,0);
- Симптом “токсических ножниц” (несоответствие выраженной тахикардии уровню температуры 100-120 уд/мин);
- Количество Le крови может не превышать нормальные значения ($6-8 \cdot 10^9$) наличия лейкоцитарного сдвига.

Особенности течения клинической картины атипичной формы острого аппендицита

Эмпиема аппендикулярного отростка (1-2%)

Боль: - Начинается непосредственно в правой подвздошной области;

- Тупая, медленно прогрессирующая (нарастает до 5 дней), может принимать пульсирующий характер;

Диспепсия: - Постоянная тошнота (одно- или двукратная рвота);

Общее состояние: - По мере нарастания симптоматики - средней тяжести, беспокойный, положение как правило вынужденное (на спине или правом боку с согнутыми ногами);

- Температура обычно нарастает по мере усиления болей как правило фебрильная (до 39,0);

- Частота пульса соответствует температуре;

- Быстро развивающийся лейкоцитоз до $20 \cdot 10^9$.

- Отсутствие симптомов раздражения брюшины и симптомов Ровсинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона.

Особенности течения клинической картины атипичной формы острого аппендицита

Ретроцекальный аппендицит (до 5%)

Боль: - Начинается с висцеральных болей, однако при развитии мигрирует в область правого бокового канала или поясничную область

Диспепсия: - Тошнота и рвота могут отсутствовать;

- Чаще наблюдают вначале заболевания двух- или трехкратный жидкий кашицеобразный стул.

Общее состояние: - Преобладание признаков ССВР над классической симптоматикой;

- Более частое развитие деструктивных форм ввиду скудного кровоснабжения из-за скудного кровоснабжения (в 2% аппендикулярный отросток лежит ретроперитонеально);

- Отсутствие классической симптоматики и симптомов раздражения брюшины, характерен симптом Образцова и напряжение мышц в поясничной области и области треугольника Пти.



Особенности течения клинической картины атипичной формы острого аппендицита

Тазовый аппендицит (16% мужчин и 30%

Боль: - Начинается с висцеральных болей, однако при развитии мигрирует в надлобковую область либо правую подвздошно-паховую область.

Диспепсия: - Тошнота и рвота могут отсутствовать;
- Чаще жидкий стул.

Общее состояние: - Ввиду тенденции к быстрому отграничению воспалительного процесса в малом тазу не всегда положительны классические симптомы раздражения брюшины, как и симптомы Ровсинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона;
- Часто положителен симптом Коупа (напряжение внутренней запирающей мышцы);
- Целесообразно проведение влагалищного и ректального исследований;
- Лейкоцитоз и повышение температуры как правило выражены меньше чем при классической локализации.



Особенности течения клинической картины атипичной формы острого аппендицита

Подпеченочный аппендицит (0,4-1%)

Боль: - Начинается с висцеральных болей, однако при развитии мигрирует в правое подреберье.

Диспепсия: - Как и при классическом аппендиците.

Общее состояние: -То же что и при классическом течении аппендицита;

- Характерный болевой синдром в правом подреберье, часто иррадиирующий в правую подвздошную область;

- При пальпации в точке Маккензи не определяется напряженного желчного пузыря.

Особенности течения клинической картины атипичной формы острого аппендицита

Левосторонний аппендицит (при situs viscerum inversus, caecum mobile, или appendix longum)

Боль: - Начинается с висцеральных болей, однако при развитии мигрирует в левое подреберье.

Диспепсия: - Как и при классическом аппендиците.

Общее состояние: -То же что и при классическом течении аппендицита;