

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).



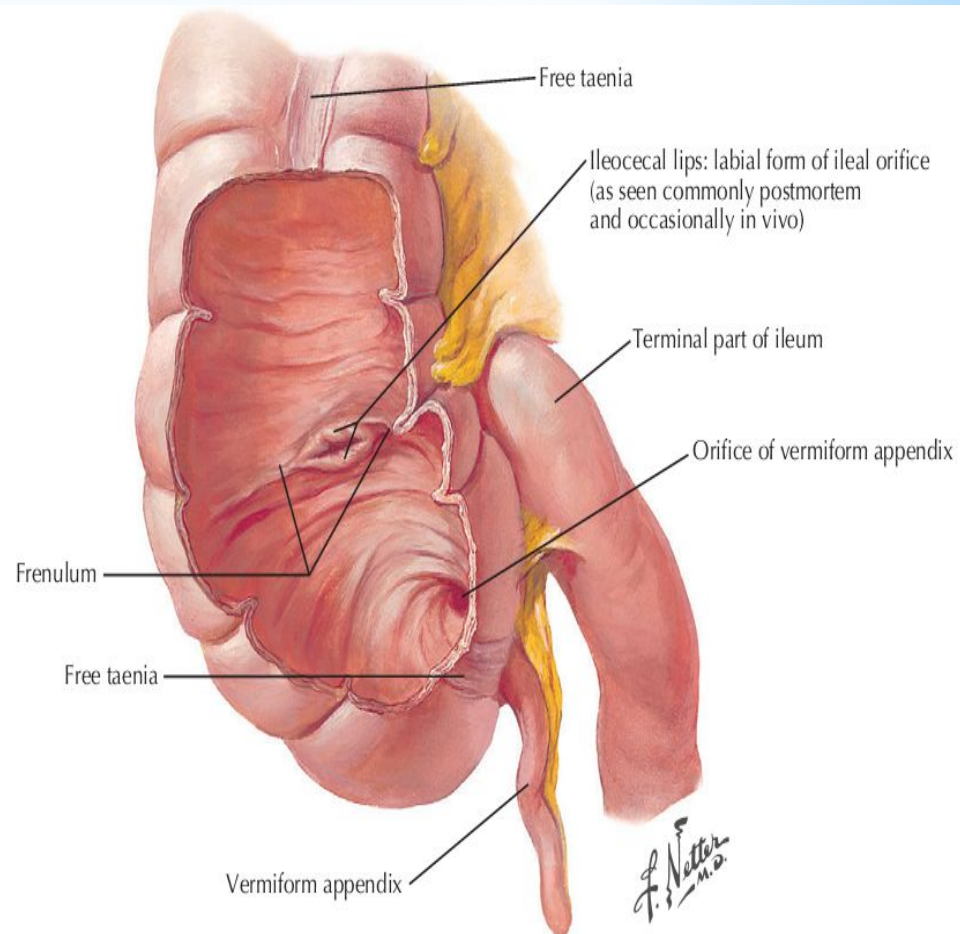
С 1886 г. Fitz (США) предложил заменить термин «перитифлит» на «аппендицит». В 1890 г. термин «аппендицит» принят на коллегии американских хирургов и получил широкое распространение. В этом же году первую аппендэктомию в России выполнил А. А. Троянов.



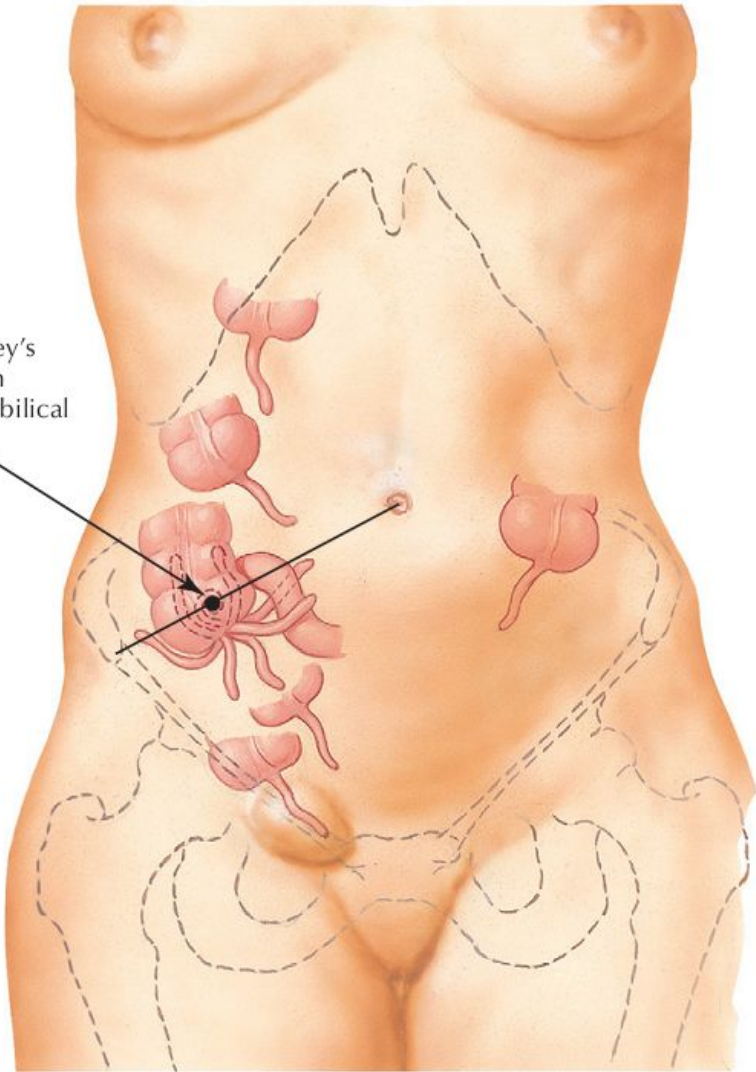
Острый аппендицит — самая распространённая хирургическая патология, возникающая у 4-5 человек на 1000 населения.

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

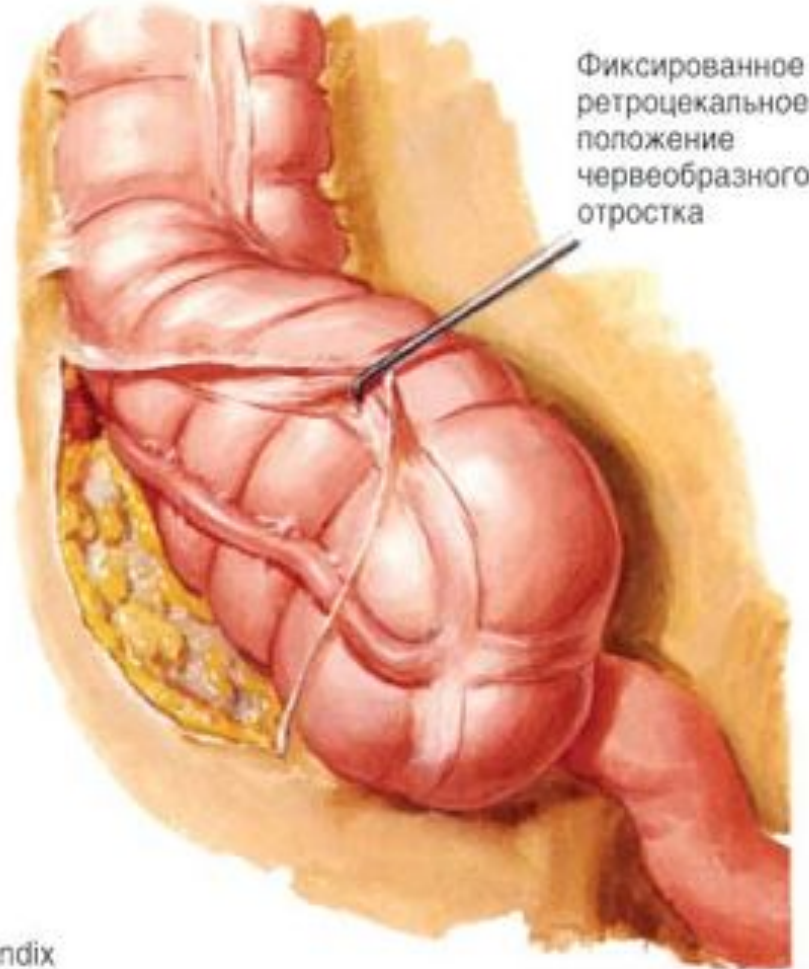
Поскольку причины заболевания неясны, отсутствуют сколько-нибудь доказательные сведения о профилактических мерах. В 20-30-е гг. XX в. достаточно часто производили профилактическую аппендэктомию. В настоящее время этот метод не применяется.



McBurney's point (on spinoumbilical line)



Variations in position of appendix



Фиксированное ретроцекальное положение червеобразного отростка

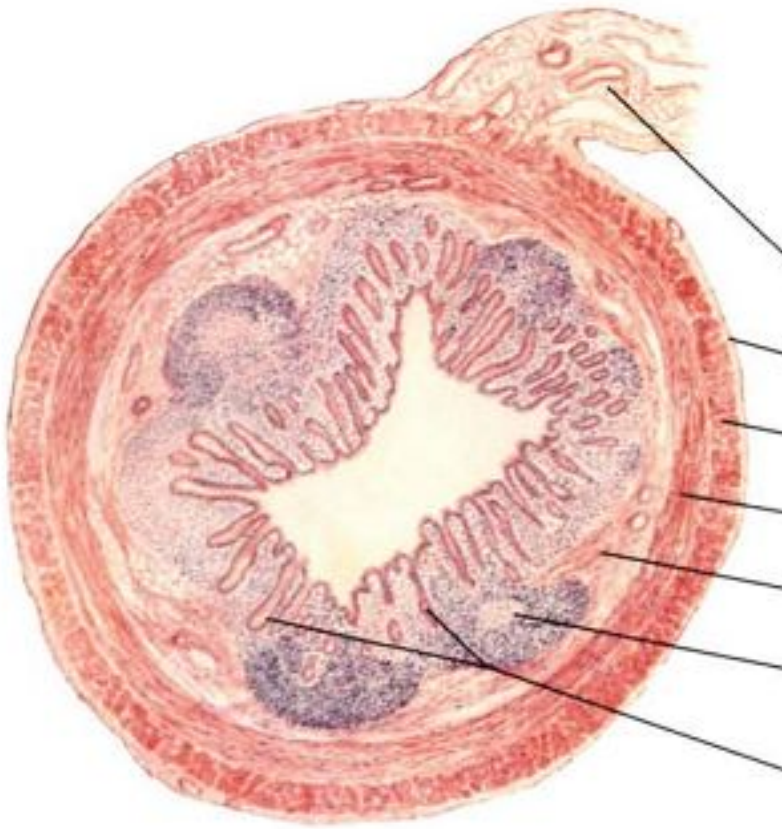
appendix

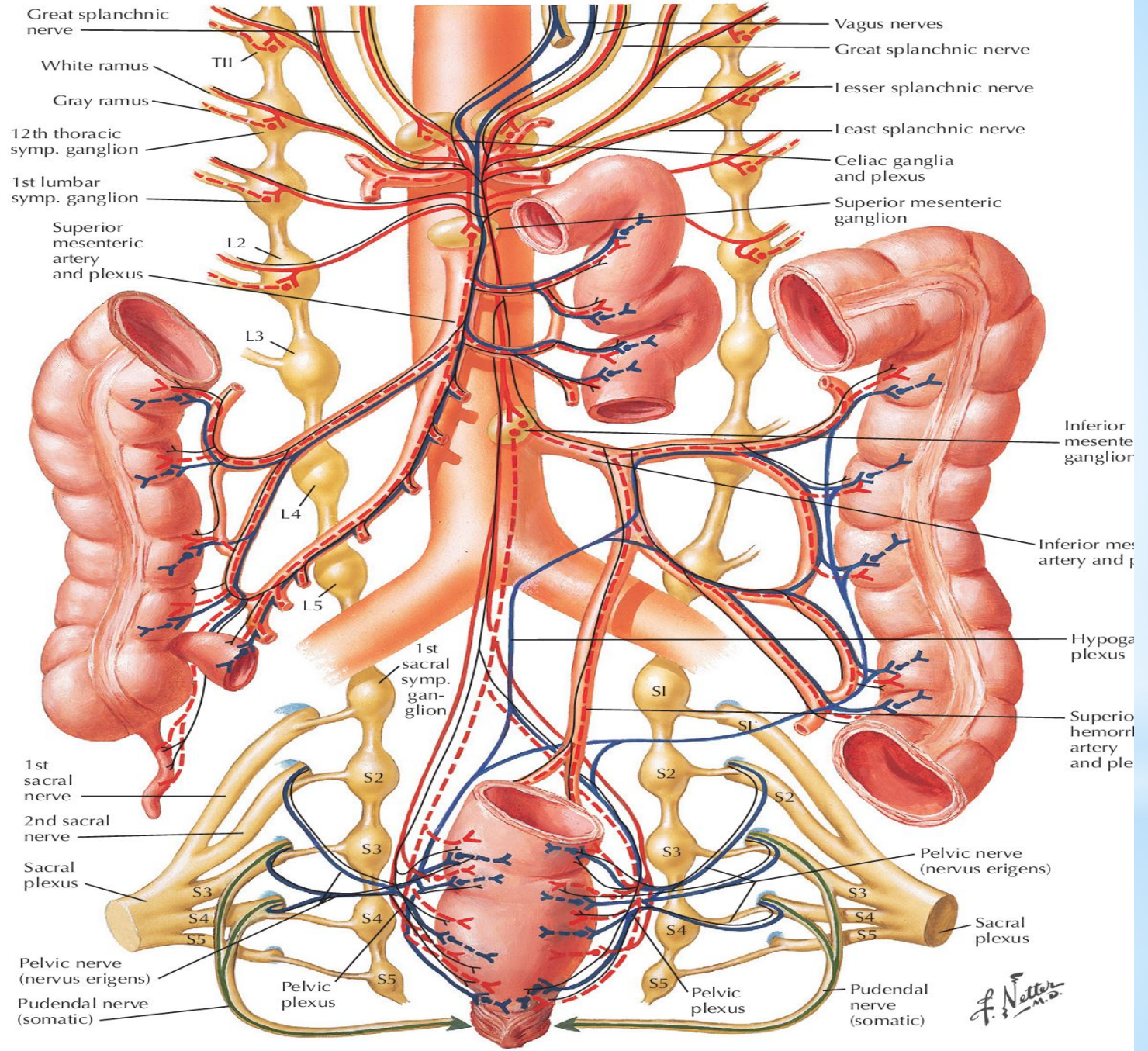
Стенка включает:

- 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.



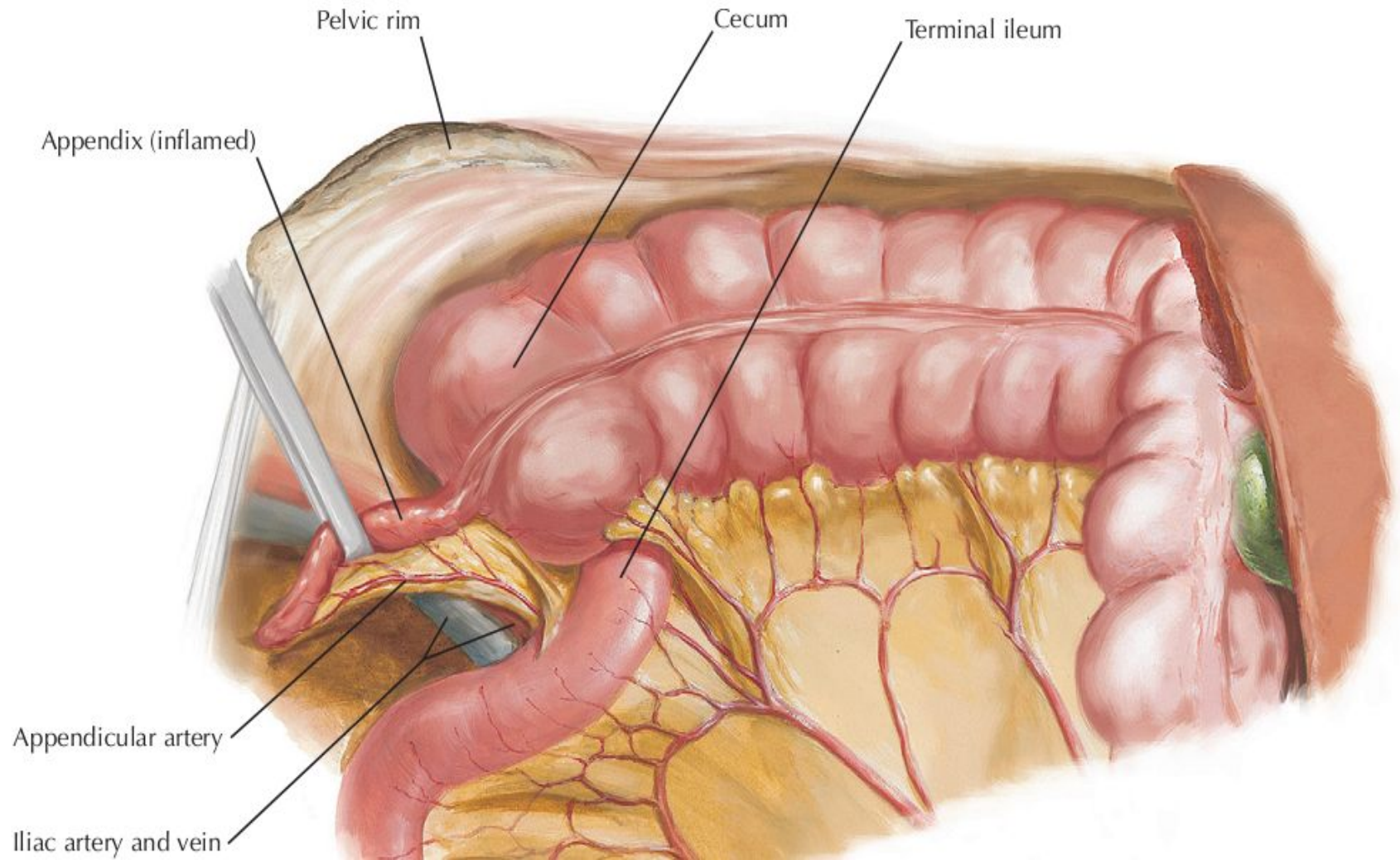


Great splanchnic nerve
 White ramus T11
 Gray ramus
 12th thoracic symp. ganglion
 1st lumbar symp. ganglion
 Superior mesenteric artery and plexus
 L2
 L3
 L4
 L5
 1st sacral nerve
 2nd sacral nerve
 Sacral plexus
 S3
 S4
 S5
 Pelvic nerve (nervus erigens)
 Pudendal nerve (somatic)

T11
 L2
 L3
 L4
 L5
 1st sacral symp. ganglion
 S1
 S2
 S3
 S4
 S5

Vagus nerves
 Great splanchnic nerve
 Lesser splanchnic nerve
 Least splanchnic nerve
 Celiac ganglia and plexus
 Superior mesenteric ganglion
 Inferior mesenteric ganglion
 Inferior mesenteric artery and plexus
 Hypogastric plexus
 Superior mesenteric artery and plexus
 Pelvic nerve (nervus erigens)
 Sacral plexus
 Pudendal nerve (somatic)

F. Netter M.D.



КЛАССИФИКАЦИЯ

Аппендицит:

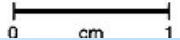
- катаральный;
- флегмонозный;
- гангренозный.

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



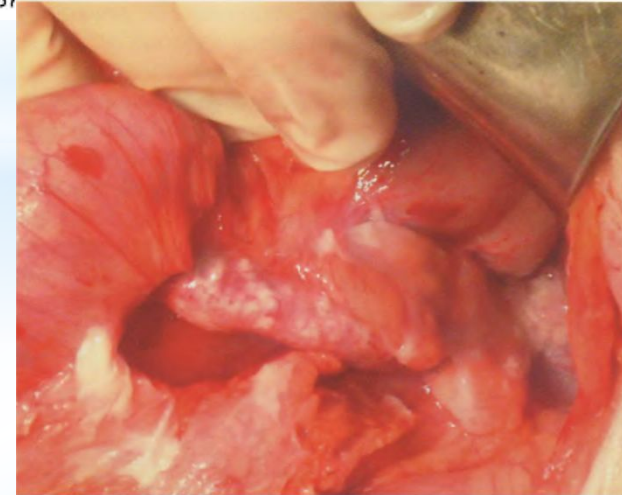
Флегмонозный аппендицит

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.



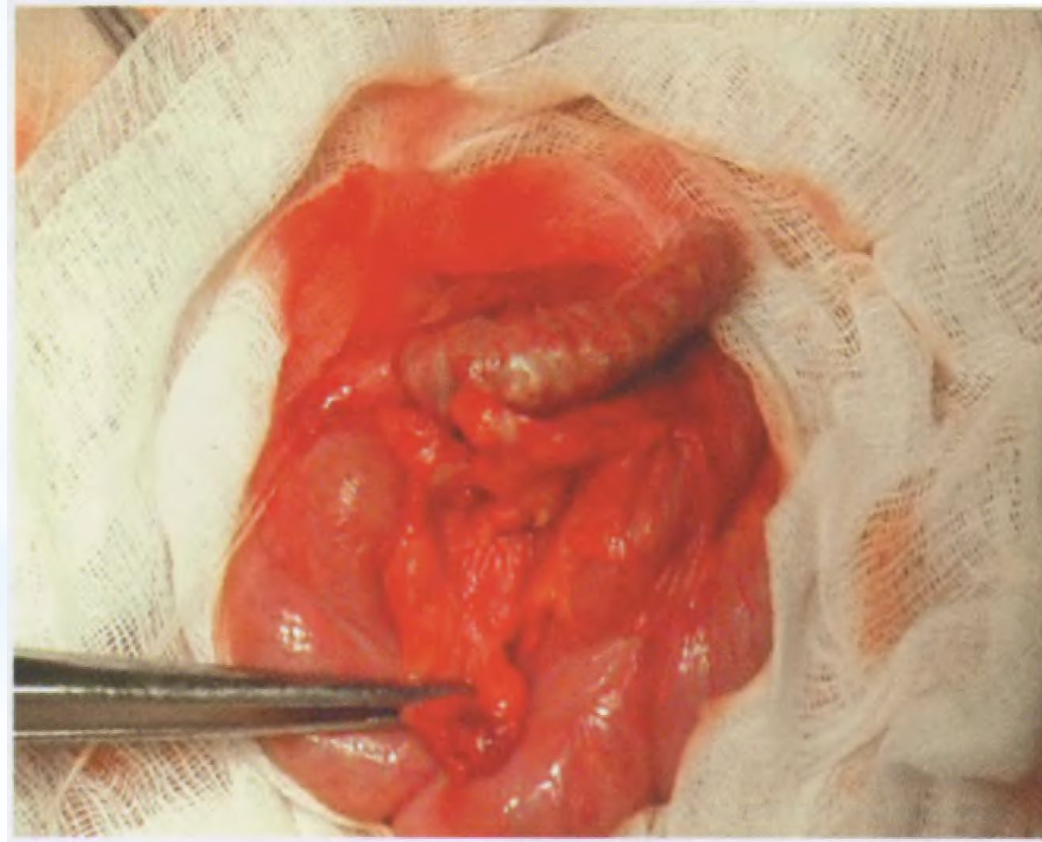
Fig. 4.87



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 запирательной 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;