

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

Кафедра Хирургические болезни с ВПХ

ЛЕКЦИЯ

ТЕМА: «Острый аппендицит»

ТАШКЕНТ - 2007

Тема лекции: *Острый аппендицит*

Лекция посвящена: *для студентов 4 курса педиатрического факультета*

Обоснование темы: Острый аппендицит волновал хирургов многие десятилетия. Несмотря на то, что с болезнями этого маленького органа, не имеющего самостоятельного значения, борется многочисленная армия хирургов всего мира, до полной победы еще далеко.

Один из крупнейших русских хирургов – И. И. Греков – назвал острое воспаление червеобразного отростка хамелеоноподобным заболеванием, которое не находят там, где предполагают, и обнаруживают там, где о нем совсем не думают. Это в полной мере можно отнести и к лечению аппендицита: удаление червеобразного отростка считают легкой операцией, доступной студентам 4-5 курсов, но бывают случаи, когда эта операция требует большого искусства и опыта солидного хирурга.

Цель лекции: Ознакомить студентов с этиологией и патогенезом острого аппендицита, способам диагностики и клинической симптоматике, а также дифференциальной диагностике острого аппендицита.

Воспитательные цели: Научить студентов правильному общению с больными, приобрести навыки установки диагноза. Ознакомить студентов способам соблюдения медицинской этики и человеческих норм при общении с данным контингентом больных.

Задачи лекции: Ознакомить студентов с топографо-анатомическими данными червеобразного отростка, с этиологией, патогенезом острого аппендицита, клиникой и дифференциальной диагностикой.

Вопросы, подлежащие разбору с указанием времени, отведенного на вопрос:

1. Анатоми-топографические данные червеобразного отростка, варианты расположения – 15 мин.
2. Этиология, патогенез острого аппендицита – 20 мин
3. Клиника острого аппендицита – 20 мин.
4. Дифференциальная диагностика острого аппендицита – 20 мин
5. Лечение острого аппендицита – 15 мин.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Острый аппендицит - неспецифическое воспаление червеобразного отростка, самое распространенное хирургическое заболевание. Аппендицит волновал хирургов многие десятилетия. Несмотря на то, что с болезнями этого маленького органа, не имеющего самостоятельного значения, борется многочисленная армия хирургов всего мира, до полной победы еще далеко.

Один из крупнейших русских хирургов – И. И. Греков – назвал острое воспаление червеобразного отростка хамелеоноподобным заболеванием, которое не находят там, где предполагают, и обнаруживают там, где о нем совсем не думают. Это в полной мере можно отнести и к лечению аппендицита: удаление червеобразного отростка считают легкой операцией, доступной студентам 4-5 курсов, но бывают случаи, когда эта операция требует большого искусства и опыта солидного хирурга.

Анатомо-физиологические особенности

Червеобразный отросток, являясь небольшим придатком слепой кишки, расположен в правой подвздошной области, который образован терминальным отделом подвздошной кишки, слепой кишкой с червеобразным отростком и начальным отделом восходящей толстой кишки.

Слепой кишкой называют тот отдел кишки, который располагается ниже места впадения подвздошной. Слепая кишка может иметь различные формы: конусообразную, мешковидную, грушевидную, шаровидную и т. д. Положение слепой кишки, весьма вариабельно. Принято считать, что у мужчин нижний край слепой кишки располагается в 4-5 см от середины пупартовой связки, а у женщин – несколько ниже. Однако могут быть и отклонения от этого положения, например, бывают: 1) высокое (печеночное) положение слепой кишки, когда она находится в правом подреберье и может соприкасаться с нижней поверхностью печени и с почкой; 2) низкое положение, когда слепая кишка находится в малом тазу и входит в соприкосновение с органами малого таза.

При внутрибрюшинном положении и наличии длинной брыжейки положение слепой кишки неопределенное: она может находиться около пупка, в левом подреберье, в левой подвздошной области. Более высоко слепая кишка находится у детей и значительно ниже – у стариков. Высокое положение слепая кишка занимает у беременных женщин, особенно в последние месяцы беременности.

У большинства людей слепая кишка со всех сторон покрыта брюшиной, но может занимать мезоперитонеальное положение, и тогда она малоподвижна или вовсе неподвижна.

При аппендиците следует помнить о складках и карманах брюшины в области слепой кишки. Бывают случаи, когда червеобразный отросток попадает в брюшинный карман и после перенесенного приступа острого воспаления перекрывается спайками, которые с течением времени приобретают вид брюшины – отросток исчезает из брюшной полости.

Конечно, надо помнить и о возможности врожденного отсутствия червеобразного отростка, но это бывает чрезвычайно редко.

Червеобразный отросток отходит от слепой кишки в области схождения taeniae в 2-3 см от места впадения подвздошной кишки. Название расшифровывает форму червеобразного отростка. Длина его 7-8 см, но может быть 1-2 и 15-20 и более сантиметров. Толщина отростка составляет от 0,5 до 1 см. К старости отросток уменьшается, стенки подвергаются склеротическим изменениям, в результате чего просвет его уменьшается или исчезает вовсе.

Переднее положение отростка, когда верхушка его направлена к передней брюшной стенке, встречается редко, а заднее, или так называемое ретроцекальное, положение бывает у 9-25% больных. Различают три вида ретроцекального положения отростка:

внутрибрюшинное, внутривентральное и забрюшинное. Знание возможности таких положений отростка при отсутствии его на обычном месте в брюшной полости обуславливает необходимость тщательной ревизии задней стенки слепой кишки и забрюшинного пространства, для чего необходимо рассечь париетальную брюшину около слепой кишки. При ретроцекальном положении червеобразный отросток нередко бывает длинным и может достигать своей верхушкой почки, печени и двенадцатиперстной кишки. Забрюшинно расположенный отросток может находиться у основания брыжейки тонкой кишки, на позвоночнике, под печенью, на мочеточнике, около яичника, трубы, на стенке мочевого пузыря и даже в параметрии. При острых его воспалениях упомянутые органы могут вовлекаться в процесс и соответствующим образом изменять клиническое течение заболевания.

Илеоцекальный отдел кишечника получает артериальное кровоснабжение через подвздошно-ободочную артерию (a. ileocolica), которая отходит от верхней брыжеечной артерии. Одной из ветвей подвздошно-ободочной артерии является аппендикулярная артерия (a. appendicularis), отходящая обычно одним, реже несколькими стволиками, осуществляющая кровоснабжение червеобразного отростка и проходящая в его брыжейке. Отток крови от илеоцекального отдела кишечника происходит по подвздошно-ободочной вене (v. ileocolica), впадающей в верхнюю брыжеечную вену, участвующую в формировании воротной вены. Одной из ветвей подвздошно-ободочной вены является v. appendicularis.

Иннервация илеоцекального угла осуществляется верхним брыжеечным сплетением, имеющим связь с солнечным сплетением и принимающим участие в иннервации всех органов пищеварения.

Функциональное значение червеобразного отростка еще окончательно не выяснено. Попытки некоторых ученых доказать, что это – рудиментарный, ненужный орган, оказались несостоятельными. Твердо установлено, что червеобразный отросток: 1) выделяет щелочной сок, содержащий амилазу и липазу, а следовательно, принимает участие в процессах пищеварения; 2) содержит много лимфатических фолликулов (некоторые авторы называют его миндалиной брюшной полости), которые выполняют защитную роль, поглощая микробы, и в определенной степени кроветворную – часть лимфоцитов поступает в вены отростка.

Кроме того, П. И. Дьяконов в экспериментах на кроликах показал наличие в червеобразном отростке перистальтического гормона. Состояние червеобразного отростка оказывает рефлекторное влияние на желудок, дуоденум и другие органы.

Из приведенных сведений о физиологии червеобразного отростка напрашивается один вывод: червеобразный отросток – функционирующий орган, и его следует удалять только при наличии патологических изменений.

Этиология и патогенез

В вопросах этиологии и патогенеза острого аппендицита много неясного. Очевидно, однако, что острый аппендицит – это неспецифическое воспаление червеобразного отростка, развивающееся в результате изменившихся биологических соотношений между организмами человека и микробами. Возбудителями инфекции при остром аппендиците могут быть стафилококки, кишечная палочка, смешанная и анаэробная флора. Но еще нет ответа на вопросы: почему у одних людей возникает острый аппендицит, а у других нет, почему у одного больного быстро развиваются деструктивные формы, а у другого – в течение нескольких дней сохраняется катаральное воспаление. Или, иными словами: что является причиной аппендицита и фактором, определяющим его генез?

Для объяснения этих вопросов существуют различные теории: застоя, глистной инвазии, ангионевротическая, инфекционная, кортико-висцеральная теории, связывающие возникновение острого аппендицита с ангиной, нарушением функции баугиниевой заслонки и т. д. Высказывается мнение о роли аллергии в происхождении

острого аппендицита, в том, что в воспалительном процессе при остром аппендиците аллергический фактор играет доминирующую роль. Считается, что аллергическая теория больше освещает этиологию, а нейрогенная, сосудистая и инфекционная теории – патогенез острого аппендицита.

Однако ни одна из них не может дать исчерпывающего объяснения этиологии и патогенеза острого аппендицита. Каждая из названных теорий содержит в себе рациональное зерно – объясняет некоторые стороны происхождения острого аппендицита.

Классификация

Трудно систематизировать заболевание, имеющее сложную и разнообразную клиническую картину и различные патологоанатомические изменения. Предложено много классификаций аппендицита, ни одна из которых не может быть признана вполне удовлетворительной.

На сегодняшний день используется следующая классификация, которая отражает основные формы аппендицита и позволяет определить особенности операции, предоперационной подготовки и послеоперационного лечения.

Острый аппендицит бывает трех видов:

- 1) простой или катаральный,
- 2) деструктивный,
- 3) осложненный.

К деструктивным аппендицита относятся флегмонозный, гангренозный и перфоративный. К осложненным формам острого аппендицита относятся, осложненные:

- 1) перитонитом,
- 2) сепсисом,
- 3) инфильтратом,
- 4) абсцессом,
- 5) пилефлебитом.

Патологическая анатомия

Патологические изменения, развивающиеся при остром аппендиците, касаются не только червеобразного отростка. Диапазон патологических изменений велик: от незначительной гиперемии серозной оболочки червеобразного отростка при катаральном аппендиците до тяжелого, разлитого перитонита или пилефлебита с вовлечением в гнойный процесс всех органов брюшной полости, сопровождающихся глубоким нарушением обменных процессов и непоправимыми анатомо-функциональными сдвигами в жизненно важных органах.

При *простом аппендиците* париетальная брюшина имеет обычный цвет, а выпота в брюшной полости не бывает вовсе или его мало и он без запаха. В слепой кишке и сальнике изменений не обнаруживается, но иногда сероза их слегка гиперемирована. Патологические изменения концентрируются в червеобразном отростке: сероза на всем протяжении или на ограниченном участке гиперемирована, отросток плотноват, слегка отечен.

Изменения в слизистой неравномерны: она частично или на всем протяжении отечна и гиперемирована. Микроскопическое исследование показывает лейкоцитарную инфильтрацию в пораженных отделах отростка, порою обнаруживаются дефекты слизистой, покрытые фибрином и клеточными элементами. В большинстве случаев брыжейка не изменена, но в ней могут обнаруживаться признаки воспалительных явлений (отек, гиперемия).

Более выразительные изменения бывают при *флегмонозном аппендиците*. Париетальная брюшина утолщена, гиперемирована и тусклая. В брюшной полости, как правило, бывает выпот (серозный, серозно-гнойный, гнойный или геморрагический), количество и характер которого, завися от вирулентности инфекции, давности

заболевания и реактивности организма заболевшего человека. Все органы, прилежащие к червеобразному отростку, вовлечены в процесс. Червеобразный отросток на всем протяжении или лишь частично утолщен и напряжен. Серозная оболочка его красная, а при далеко зашедшем процессе – желтоватая – за счет гноя. При тотальном поражении отростка гной скапливается в просвете отростка и растягивает его – формируется эмпиема. В процесс вовлекается и брыжейка отростка – она утолщена, листки ее гиперемированы и отечны. Иногда можно видеть вовлечение в нагноительный процесс корня брыжейки. Чаще всего признаки гнойного воспалительного процесса обрываются у основания отростка или ограничиваются дистальными его отделами. В просвете отростка находится различное количество гноя с неприятным каловым запахом. Слизистая частично или полностью разрушена. В тканях, вовлеченных в гнойный процесс, дифференцировать слои невозможно. При микроскопическом исследовании выявляется гнойное расплавление тканей и бурная клеточная реакция тканей, еще сохранивших структуру.

Гангренозный аппендицит возникает в тех случаях, когда воспалительный процесс сразу или постепенно приводит к тромбозу сосудов и нарушению питания червеобразного отростка. Изменения в париетальной брюшине зависят от длительности и особенностей течения воспаления. Она может иметь нормальный вид или быть утолщенной и с гнойно-фибринозным налетом.

Молниеносно развивающиеся гангрены отростка не успевают вызвать воспалительной реакции прилежащих органов и брюшины, а потому они нередко протекают без выпота. Выраженные воспалительные изменения в тканях и большое количество гнойного экссудата бывают в тех случаях, когда тромбоз и омертвление отростка являются следствием его флегмонозного воспаления. Червеобразный отросток при гангрене на всем протяжении или частично имеет черно-зеленый цвет; стенка его дряблая, тонкая, легко рвется, и тогда из просвета вытекает зловонный коричневатый гной. Если гангрена отростка явилась следствием флегмоны, то напряжение тканей может сохраняться. В таких случаях некрозы бывают ограниченными. Распространенность некроза зависит от характера вовлеченных в процесс сосудов и типа кровоснабжения червеобразного отростка. Понятно, что тромбоз аппендикулярной артерии у основания отростка при магистральном типе ее строения вызовет тотальный некроз. Микроскопическое исследование обнаруживает признаки некроза, а в сохранивших структуру тканях – гнойное воспаление.

Прободной аппендицит является завершающей стадией флегмонозного или гангренозного аппендицита. Прободное отверстие может быть различного размера и располагается в любом отделе отростка. К прободению приводит ограниченный некроз или гнойное расплавление стенки. Гнойное содержимое отростка изливается в брюшную полость и усугубляет течение процесса. Париетальная брюшина и прилежащие органы гиперемированы и отечны. Часто при прободении отросток окружен сальником, что предупреждает распространение инфекции по брюшной полости. В таких случаях сальник отечен и гиперемирован. В брюшной полости бывает гнойный или гнойно-геморрагический выпот, однако выпота может и не быть. Это касается тех случаев, когда процесс быстро отграничивается сальником. При прободном аппендиците отросток чаще всего имеет изменения, свойственные флегмоне.

Общее состояние у больных острым аппендицитом бывает удовлетворительным. Оно становится тяжелым в запущенных случаях, когда больного с деструктивными формами аппендицита доставляют спустя 24-48 часов от начала заболевания. Следует отметить, что общее состояние и поведение больного, как и интенсивность болей, не всегда соответствуют выраженности и характеру воспалительного процесса в червеобразном отростке. Иногда у больного, сильно страдавшего от болей и представлявшего довольно тяжелым, на операции обнаруживается катаральный аппендицит.

Очень важно провести самое подробное, последовательное исследование больного. Необходимо еще раз напомнить, что исследование органов пищеварения (а при аппендиците страдают все органы пищеварения) надо начинать с ротовой полости, и лишь после этого можно приступить к исследованию живота и выполнять его по строгой схеме: осмотр, активные движения, перкуссия, пальпация, аускультация, симптомы, исследование через прямую кишку или через влагалище.

Перед исследованием органов пищеварения определяют общее состояние больного, измеряют температуру, считают пульс и число дыханий в минуту.

Язык обложен белым или сероватым налетом; сухость языка и зубов указывает на вовлечение в процесс брюшины. Надо непременно получить ясное представление о состоянии у больного зубов, зева и слизистой ротовой полости. Это необходимо не столько для диагностики, сколько для получения представления об общем состоянии больного и возможного выявления других заболеваний.

При осмотре живота обнаруживается уплощение правой половины живота и отставание ее в дыхании. На остальном протяжении живот умеренно вздут. Активные движения (покашливание, натуживание, поднятие головы и плечевого пояса без помощи рук) сопровождаются болевой реакцией в правой подвздошной области. Иногда эта реакция столь выражена, что больные не могут выполнять активные движения. При покашливании они вскрикивают и хватаются руками за брюшную стенку. Изучение активных движений дает врачу возможность определить (еще не дотрагиваясь до больного) локализацию патологического процесса и выраженность болевой реакции. Резкая болезненность в животе при покашливании диктует врачу особую осторожность перкуссии и пальпации.

Перкуссию выполняют начиная с отдаленных от правой подвздошной области участков брюшной стенки по принятым правилам. При остром аппендиците отмечается перкуторная болезненность в области слепой кишки, а при наличии выпота или инфильтрата – притупление. Поверхностную пальпацию начинают обеими руками, определяя болезненность и выраженность напряжения мышц. Эти симптомы обнаруживаются в правой подвздошной области. Если перкуссия показала притупление, то при пальпации надо ответить на вопрос, чем она обусловлена: выпотом или инфильтратом. В последнем случае пальпируется плотное неподвижное образование. Глубокую пальпацию выполнять не следует, ибо она вызывает резкую болезненность и трудно выполнима из-за напряжения мышц, усиливающегося даже при легком дотрагивании до брюшной стенки. При перкуссии и пальпации следует определить участок наибольшей болезненности.

Аускультация показывает некоторое ослабление кишечных шумов и исчезновение их при перитоните. Этот грозный симптом (тишина при аускультации) старые авторы называли «гробовой тишиной».

После завершения общего исследования живота можно приступить к проведению специальных методов исследования – проверке симптомов, свойственных острому аппендициту.

Описано более 100 симптомов острого аппендицита. Знание всех этих симптомов не только не нужно, но и вредно. Большинство из них не имеет никакого значения и лишь запутывает мышление врача и задерживает время окончательного вывода о диагнозе и лечении. Некоторые симптомы предусматривают постукивание тазом больного о твердый стол, постукивание кулаком по XII ребру, введение в паховый канал кончика пальца, четырехкратное надавливание пальцем на пупок, разделенный на четыре квадрата, проверка симптома раздражения брюшины в области треугольника Петита и т. д. Описываемые болевые точки Мак-Бурнея, Кюммеля и Ланца никакого значения в диагностике аппендицита не имеют. Вполне достаточно провести проверку семи симптомов: 1) Щеткина–Блюмберга, 2) Воскресенского (скольжения), 3) Образцова, 4) Ситковского, 5) Бартомье-Михельсона, 6) Ровзинга и 7) Иванова.

Симптом Щеткина-Блюмберга заключается в том, что при быстром отнятии кончиков пальцев, придавливающих переднюю брюшную стенку, возникает болезненность. Этот симптом надо проверять очень осторожно, и вначале в левой подвздошной области. Надавливают кончиками пальцев правой руки брюшную стенку, смещая ее в глубину живота и (не очень резко, но быстро) отнимают руку от живота. При вовлечении в процесс брюшины в этот момент больной ощущает появление или усиление болезненности. Острый аппендицит, сопровождающийся перитонитом, может дать положительный симптом Щеткина-Блюмберга и в левой подвздошной области. Затем симптом проверяют в левом и правом подреберьях и в последнюю очередь – в правой подвздошной области. Если при осторожном отнятии руки болезненности нет, тогда повторяют проверку симптома и отнимают руку более энергично. Естественно, что симптом Щеткина-Блюмберга будет положительным при любом воспалительном процессе в брюшной полости.

Симптом «скольжения» характерен только для острого аппендицита. Он открыт и описан в 1940 году В.М.Воскресенским. Механизм его действия, как показали эксперименты, связан с возникновением обратного тока крови по верхней брыжеечной вене. *Симптом Воскресенского* проверяют следующим образом: левой рукой натягивают рубашку и фиксируют ее на лобке. Кончиками пальцев правой кисти слегка надавливают на брюшную стенку в области мечевидного отростка и во время выдоха проводят быстрое равномерное скользящее движение отсюда (а не от реберной дуги, как пишут в некоторых книгах, авторы которых поэтому дают неверную трактовку симптома) по направлению правой подвздошной области, где руку задерживают, не отрывая ее от брюшной стенки (дабы не получить симптом Щеткина-Блюмберга). Для сравнения аналогичное движение делают по направлению левой подвздошной области. Симптом Воскресенского особенно ценен в начальной стадии аппендицита, когда брюшина еще не вовлечена в процесс и симптом Щеткина-Блюмберга отсутствует.

Острый аппендицит сопровождается напряжением мышц правой половины живота, что сокращает расстояние между пупком и правой верхней передней остью подвздошной кости. Этот признак носит название *симптома Иванова*.

Симптом Образцова связан с усилением болезненности во время пальпации слепой кишки при напряжении пояснично-подвздошной мышцы. При положении больного на спине нащупывают наиболее болезненное место в правой подвздошной области и в этом положении фиксируют кончики пальцев. Больного просят поднять выпрямленную правую ногу до угла в 30°. При этом болезненность усиливается. Опускание ноги сопровождается уменьшением болезненности. Симптом Образцова особенно ценен при ретроцекальном положении червеобразного отростка.

Симптом Ситковского считают положительным в том случае, когда при положении больного на левом боку появляется или усиливается боль в правой подвздошной области. Механизм этого симптома связан с перемещением слепой кишки, червеобразного отростка и натяжением его брыжейки. У многих больных при пальпации на левом боку болезненность усиливается. Этот *симптом* носит имя *Бартомье-Михельсона*.

Симптом Ровзинга связан с появлением болезненности в правой подвздошной области при толчкообразных сотрясениях брюшной стенки в левой подвздошной области, причем во время толчков, производимых правой кистью, кончиками пальцев левой руки пытаются придавить сигмовидную кишку к задней стенке живота. Большинство хирургов, так же как и автор симптома, объясняют механизм болезненности перемещением содержимого толстой кишки (каловых масс и газов) в обратном направлении. Такая трактовка симптома Ровзинга ошибочна. Возникновение болезненности связано с простым сотрясанием брюшной стенки и внутренних органов. Реагируют болезненностью пораженные воспалением органы. Перемещение газов и кала в обратном направлении, так же как и возможность передавливания через брюшную стенку сигмовидной кишки, весьма сомнительно.

Осмотр каждого больного надо заканчивать пальцевым исследованием через прямую кишку у мужчин и детей и через влагалище у женщин. Об этих методах исследования забывать нельзя. Они помогут распознать тазовое положение червеобразного отростка, тазовые инфильтраты и разрешат некоторые вопросы дифференциальной диагностики острого аппендицита с патологией внутренних половых органов у женщин.

Непременным условием в диагностике острого аппендицита является исследование мочи и крови. Лейкоцитоз и сдвиг формулы белой крови влево дополняют представление о характере процесса, а изменения в моче могут указать на патологию со стороны мочевой системы. Однако даже при деструктивных формах аппендицита изменения в крови могут быть минимальными, а патологические примеси в моче явиться результатом острого аппендицита. Поэтому лабораторные методы исследования нельзя рассматривать как ведущие в решении вопроса о диагнозе и операции.

Диагностика острого аппендицита у большинства больных не представляет труда. Надо лишь помнить о необходимости использования для распознавания острого аппендицита всех данных, которые мы получаем при исследовании больного: от жалоб до локального статуса и дополнительных методов исследования. Однако нередко дифференциальная диагностика острого аппендицита бывает трудной, особенно у женщин. Г.Мондор писал: «Хороший клиницист должен уметь распознавать под самыми слабо выраженными признаками опасность со стороны брюшины, локализовать место поражения и дать ему правильное название». Это верно, но не всегда выполнимо. Более верным надо считать следующее правило: в трудных для постановки диагноза случаях, но при наличии катастрофы в животе не всегда следует добиваться точного распознавания причины этой катастрофы – надо вскрывать брюшную полость и в момент оказания помощи разрешить вопрос о причине перитонита.

Дифференциальная диагностика основывается на глубоком и исчерпывающем знании всех особенностей клинического течения острого аппендицита и хорошей осведомленности о заболеваниях, которые могут симулировать острый аппендицит. Полностью изложить дифференциальную диагностику острого аппендицита невозможно – слишком многолика клиническая картина этого заболевания. Конечно, у большинства больных дифференциальная диагностика не вызывает большой трудности. В трудных случаях, как уже было указано выше, надо решать вопрос не о диагнозе, а о тактике: нуждается ли больной при данной непонятной клинической картине в экстренной операции или его состояние позволяет продолжить наблюдение и углубить исследование.

Хорошее знакомство со всеми особенностями острого аппендицита показывает, что это заболевание может симулировать любую болезнь органов, локализирующихся в брюшной полости и в забрюшинном пространстве, и, наоборот, болезнь любого из этих органов может дать клиническую картину, похожую на острый аппендицит. Вот из этого немудреного положения и надо исходить при дифференциальной диагностике «хитрого короля» хирургической патологии.

Следовательно, острый аппендицит надо дифференцировать с «пищевыми-микробными токсикоинфекциями», «тифопаратифозной инфекцией», «свинцовой коликой», плевропневмонией, плевритом, гастритом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и ее осложнениями, различными формами холецистита, холангитом, острым панкреатитом, почечной коликой и острым пиелонефритом, камнем почки и мочеточника, паранефритом, циститом, опухолью и туберкулезом слепой кишки, непроходимостью кишечника и многими острыми и хроническими заболеваниями внутренних половых органов у женщин.

Дифференциальная диагностика со всеми другими заболеваниями проводится по принципу сравнения общих и не свойственных дифференцируемым заболеваниям проявлений при обязательном учете всей информации – от жалоб до лабораторных и рентгеновских методов исследования. При этом надо иметь в виду, что острый перфоративный аппендицит при высоком положении слепой кишки и червеобразного

отростка может дать клинику прободной язвы желудка; камень мочеточника, задержавшийся в правой подвздошной области и вызвавший реакцию брюшины, даст положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Образцова, Ситковского и некоторые другие, так же как выявленное значительное повышение уровня амилазы крови и мочи не исключает острого аппендицита, ибо последний может вызвать реактивный панкреатит и т. д.

Дифференциальная диагностика острого аппендицита должна проводиться с пятью группами заболеваний: с заболеваниями органов брюшной полости, органов забрюшинного пространства, с заболеваниями органов грудной клетки, с инфекционными заболеваниями, с болезнями сосудов и крови.

Перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки отличается от острого аппендицита внезапным появлением резких, чрезвычайно интенсивных болей в эпигастральной области, "доскообразным" напряжением мышц передней брюшной стенки, резкой болезненностью, возникающей при пальпации живота в эпигастральной области и правом подреберье, наличием свободного газа в брюшной полости, что может быть определено перкуторно (исчезновение печеночной тупости) или рентгенологически (наличие светлой серповидной полоски между печенью и правым куполом диафрагмы).

Отличие заключается также и в том, что в первые часы после перфорации (до развития перитонита) температура тела больных остается нормальной. Симптом Щеткина-Блюмберга при перфоративной язве хорошо определяется на обширном участке эпигастральной области и правого подреберья. При дифференциальной диагностике не следует придавать слишком большого значения указаниям на наличие язвенной болезни в анамнезе. Этот признак не имеет большой ценности, так как хорошо известна возможность перфорации язвы у больного без "язвенного" анамнеза (перфорация "немой" язвы). В то же время наличие у больного язвенной болезни не исключает возможность развития у него острого аппендицита.

Острый холецистит отличается от острого аппендицита локализацией болей в правом подреберье с характерной иррадиацией в правое плечо, надплечье, лопатку, многократной рвотой желчью, не приносящей облегчения. Боли возникают чаще всего после погрешности в диете. При пальпации живота болезненность, напряжение мышц и симптом Щеткина-Блюмберга определяют в правом подреберье. К тому же нередко удается пальпировать увеличенный, напряженный желчный пузырь. Температура тела больных при остром холецистите обычно выше, чем при аппендиците. Довольно трудно, а порой практически невозможно отличить острый холецистит от острого аппендицита при подпеченочном расположении червеобразного отростка. В сомнительных случаях помогает лапароскопия.

Острый панкреатит иногда трудно дифференцировать с острым аппендицитом. При остром панкреатите рвота, как правило, многократная, боли обычно локализуются в эпигастральной области, они очень интенсивные, здесь же при пальпации отчетливо определяется резкая болезненность, выраженное защитное напряжение мышц живота. Температура тела остается нормальной. Для панкреатита характерно некоторое вздутие живота в результате пареза кишечника. При рентгенологическом исследовании видна раздутая газом, паретичная поперечная кишка. Болезненность при надавливании в левом реберно-позвоночном углу характерный симптом острого панкреатита. Определение уровня диастазы в моче и крови обычно позволяет уточнить диагноз, его повышение - патогномичный симптом острого панкреатита.

Болезнь Крона (неспецифическое воспаление терминального отдела подвздошной кишки) и *воспаление дивертикула Меккеля* могут давать клиническую картину, сходную с острым аппендицитом, так что дифференциальный диагноз этих заболеваний до операции труден. Если во время операции изменения в червеобразном отростке не соответствуют выраженности клинической картины заболевания, следует осмотреть участок

подвздошной кишки на протяжении 1 м, чтобы не пропустить болезнь Крона или воспаление дивертикула Меккеля.

Острую кишечную непроходимость обычно необходимо дифференцировать с острым аппендицитом в тех случаях, когда ее причиной является инвагинация тонкой кишки в слепую, что чаще наблюдается у детей. При этом характерно появление схваткообразных болей, однако нет напряжения мышц живота, а симптомы раздражения брюшины выражены слабо. При пальпации живота определяют малоблезненное подвижное образование - инвагинат. К тому же имеются отчетливые симптомы кишечной непроходимости - вздутие живота, задержка отхождения стула и газов, при перкуссии живота определяют тимпанит. Довольно часто в прямой кишке выявляют слизь с кровью (цвета "малинового желе").

Острый аднексит может вызывать значительные трудности при дифференциальной диагностике с острым аппендицитом. Для острого аднексита характерны боли внизу живота, иррадиирующие в поясницу или промежность, повышение температуры тела. При опросе больных можно установить в прошлом наличие воспалительных заболеваний женской половой сферы, нарушение менструаций. При пальпации определяют болезненности внизу живота, над лобком с обеих сторон (что может быть и при расположении червеобразного отростка в малом тазе), однако напряжение мышц брюшной стенки, столь характерное для острого аппендицита, при остром аднексите, как правило, отсутствует.

Важное значение в дифференциальной диагностике острого аднексита имеют исследования через влагалище и через прямую кишку, которые должны быть выполнены у всех женщин, поступающих в стационар в связи с подозрением на острый аппендицит. При этом можно определить болезненность придатков матки, инфильтрацию тканей болезненность при надавливании на шейку матки. Патологические выделения из половых органов свидетельствуют в пользу острого аднексита. Нарушенная внематочная беременность имеет ряд признаков позволяющих отличить ее от острого аппендицита. Уже при расспросе больной можно установить задержку менструации или изменение характера последней менструации (количество излившейся крови, продолжительность менструации), кровянистые выделения из влагалища. Характерно внезапное появление довольно сильных болей внизу живота, иррадиирующих в промежность, прямую кишку, тошноты, рвоты, обморочного состояния. При пальпации определяют болезненность внизу живота, напряжение мышц брюшной стенки отсутствует. При значительном внутрибрюшинном кровотечении возникает слабость, выражена бледность кожных покровов, тахикардия, снижение артериального давления, можно обнаружить притупление в отлогих отделах живота, снижение в крови уровня гемоглобина и гематокрита. Исследование через влагалище позволяет установить болезненность при надавливании на шейку матки, иногда - нависание сводов влагалища.

При ректальном исследовании определяют нависание передней стенки прямой кишки в результате скопления крови в малом тазе. Разрыв яичника дает клиническую картину, сходную с нарушенной внематочной беременностью. При пункции заднего свода влагалища получают малоизмененную кровь.

Почечнокаменная болезнь приводит к развитию почечной колики, которую часто приходится дифференцировать с острым аппендицитом, особенно при ретроцекальном расположении червеобразного отростка. Для почечной колики характерно появление очень интенсивных, периодически усиливающихся, приступообразных болей в поясничной области, иррадиирующих в наружные половые органы и переднебрюшную поверхность бедра, учащенного мочеиспускания.

При осмотре больного можно выявить положительный симптом Пастернацкого (боль при поколачивании по поясничной области), отсутствие или слабое напряжение мышц брюшной стенки. В моче определяют неизменные эритроциты. Уточнению диагноза способствуют хромоцистоскопия и проба Лорин - Эпштейна. Хромоцистоскопия

при почечной колике позволяет установить задержку выделения окрашенной мочи из устья правого мочеточника, чего не бывает при остром аппендиците. Введение нескольких миллилитров новокаина в правый семенной канатик (проба Лорин - Эпштейна) приводит к быстрому купированию приступа почечной колики.

Плеврит и правосторонняя пневмония могут быть причиной диагностических ошибок, особенно у детей, так как иногда сопровождаются болями в животе и напряжением мышц брюшной стенки. Внимательный осмотр больного, данные физикального обследования легких позволяют избежать диагностической ошибки. При плевропневмонии имеется кашель, одышка, цианоз губ, в легких выслушивают хрипы, иногда шум трения плевры.

При *инфаркте миокарда* иногда возникают боли в верхней половине живота. Напряжение мышц брюшной стенки либо отсутствует, либо очень невелико.

Острый гастроэнтерит и дизентерию отличают от острого аппендицита схваткообразный характер болей в животе, многократная рвота пищей, понос. Обычно больные указывают на прием недоброкачественной пищи. При пальпации живота не удается точно определить место наибольшей болезненности, нет напряжения мышц брюшной стенки и симптомов раздражения брюшины. В анализе крови определяют нормальное количество лейкоцитов.

При *геморрагическом капилляротоксикозе* (болезнь Шенлейна-Геноха) могут возникать мелкие кровоизлияния под серозными оболочками органов брюшной полости. Это приводит к появлению болей в животе, которые не имеют четкой локализации. Наибольшие геморрагии обычно видны на коже туловища и конечностей.

Лечение. В настоящее время единственным правильным методом лечения острого аппендицита является оперативный – аппендэктомия. Чем раньше будет выполнена операция, тем меньше осложнений и лучше результаты. Каждый больной с острым аппендицитом, независимо от возраста, пола и длительности заболевания, подлежит немедленному хирургическому лечению.

Единственным противопоказанием к операции является инфильтративная форма аппендицита, да и то лишь в тех случаях, когда процесс локализовался и нет признаков нарастающего перитонита.

Важное значение имеет медицинская грамотность населения и отношение людей к своему здоровью. Заболевший при любых болях в животе должен обращаться только к врачу, и лучше всего к врачу скорой помощи. К сожалению, далеко не всегда больные по поводу болей в животе, особенно не очень сильных, сразу обращаются к врачу. Нередки случаи, когда заболевший, его родственники или соседи, считая себя довольно осведомленными в медицине, сами берутся за лечение и энергично проводят его, применяя промывания желудка, клизмы, массаж живота, а иногда и набрасывание на живот горшка по типу кровососной банки. И это «лечение проводят до тех пор, пока больному не становится совсем плохо и необходимость вызова врача оказывается очевидной даже для домашних «знатоков» врачевания.

Почти всех больных с острым аппендицитом оперируют под местной инфильтрационной анестезией по А.В.Вишневскому. При оперировании детей первых лет жизни, неуравновешенных людей, а также при затруднениях во время операции и даже в случаях предположения этих затруднений надо применять общее современное обезболивание. В последнее время показания для применения общего обезболивания стали расширять.

Большинством хирургов признано, что лучший доступ к слепой кишке обеспечивает косой разрез типа Мак-Бурнея-Дьяконова-Волковича в правой подвздошной области. Косой разрез проводят параллельно пупартовой связке перпендикулярно линии, идущей от пупка до правой верхней ости подвздошной кости, и на 2-3 см кнутри от последней. Уровень разреза зависит от положения слепой кишки. При обычном положении слепой

кишки делают классический разрез (1/3 разреза выше линии, проведенной от пупка до верхней ости).

Очень важно правильно определить длину разреза. Он должен обеспечивать свободную работу в брюшной полости. Если возникают неудобства и трудности во время операции, следует немедленно расширить разрез вверх или вниз.

Нередко, при распространении процесса в боковые каналы и в область малого таза, используют средне-срединную лапаротомию, для полной ревизии всех отделов брюшной полости. Разрезом Дьяконова-Волковича-Мак-Бурнея, послойно вскрывается брюшная полость. К ране чаще всего прилежит слепая кишка, но нередко – петли тонкой кишки или сальник.

Слепую кишку определяют по лентам taeniae, однако надо помнить о том, что при длинной брыжейке в правой подвздошной области может оказаться сигмовидная кишка. Ее отличают по жировым подвескам. Тупфером очень осторожно отводят прилежащие органы, обнаруживают слепую кишку и отодвигают ее кнутри. В отыскании слепой кишки помогает небольшое поворачивание больного на левый бок. Купол слепой кишки вместе с червеобразным отростком выводят в рану, лигируют сосуды брыжейки отростка, отросток перевязывают у основания и отсекают, а его культю погружают кисетным и Z-образными швами. Проверяют тщательность гемостаза.

При деструктивных формах острого аппендицита, гнойном выпоте и значительном количестве фибринозно-гнойных наложений на прилежащих органах после аппендэктомии дренируется брюшная полость.

Если при достаточно подвижной слепой кишке червеобразный отросток фиксирован в глубине и недоступен к выведению в рану, аппендэктомию выполняют ретроградным способом. Пережимают отросток у основания, перевязывают, пересекают, обрабатывают культю и погружают ее описанным способом. Затем помещают слепую кишку в брюшную полость и перевязывают брыжейку и удаляют отросток, выполняя все манипуляции в глубине брюшной полости. В этих случаях требуется расширение разреза и дренирование брюшной полости.

На сегодняшний день идет тенденция к переходу на малоинвазивные методы вмешательства, при помощи специального инструментария. Лапароскопическая аппендэктомия входит в их число. Для выполнения этого вида вмешательства производится раздувание брюшной полости газом - в 95% случаев используется углекислый газ. Делается это для того, чтобы приподнять брюшную стенку в форме купола над органами и обеспечить хороший обзор и доступ к ним.

После введения лапароскопа осматривается брюшная полость и уже под контролем зрения вводятся еще 2 - 4 троакара. Инструменты позволяют, в принципе, выполнять все те же манипуляции, что и при традиционной хирургической технике. Кровотечение из крупных сосудов может останавливаться клипированием (наложением титановых клипс), перевязкой их шовным материалом.

Послеоперационный период. В послеоперационном периоде специального лечения больным не проводят. Назначают лишь лечебную физкультуру и на ночь обезболивающие средства (при надобности). При особых показаниях дают сердечно-сосудистые и другие лекарственные препараты. Важнейшее значение имеет лечебная физкультура, которую надо проводить всем больным. На другой день после операции больным можно ходить. Разрешать вставать и ходить надо с учетом индивидуальных особенностей и состояния больного. Швы снимают через 5-6 дней после операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
2. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984
3. Гринберг А.А. «Неотложная абдоминальная хирургия» Москва.2000
4. Каримов Ш.И. «Хирургические болезни» 2006.
5. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
6. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
7. Малярчук В.И., Пауткин Ю.Ф. «Хирургические болезни». Москва 2002
8. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975

Адреса в Интернете по теме лекции:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>