

Омский государственный медицинский университет  
Кафедра госпитальной хирургии им. Н.С. Макохи

***ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ  
ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО  
АППЕНДИЦИТА ПРИ  
АТИПИЧНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ  
ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА***

Доцент кафедры, к.м.н. К.А. Низовой

Омск 2020

# Цель лекции

Показать актуальность изучения такого заболевания, как острый аппендицит, раскрыть классификацию, особенности клинического течения заболевания при атипично расположенном червеобразном отростке, продемонстрировать принципы диагностики и диффдиагностики острого аппендицита.

# План лекции

1. Введение.
2. Актуальность.
3. Исторический экскурс.
4. Анатомия червеобразного отростка.
5. Физиология червеобразного отростка.
6. Классификация острого аппендицита.
7. Клиническая симптоматика.
8. Особенности острого аппендицита при ретроцекальном расположении отростка.
9. Особенности острого аппендицита при тазовом расположении отростка.
10. Острый аппендицит у детей.
11. Острый аппендицит в пожилом и старческом возрасте.
12. Острый аппендицит у беременных.
13. Дифференциальная диагностика острого аппендицита.
14. Хирургическая тактика.

# Введение

Острый аппендицит – одно из самых распространённых хирургических заболеваний. Более чем столетняя история изучения этого заболевания и разработки методов его диагностики и лечения насчитывает огромное число работ отечественных и зарубежных хирургов. Результаты их труда впечатляют.

Казалось бы, все ясно и проблема решена. Зачем к ней возвращаться?

Аргументы в пользу того, что обязательно нужно возвращаться ещё и ещё к этой проблеме, убийственно просты.

# Введение

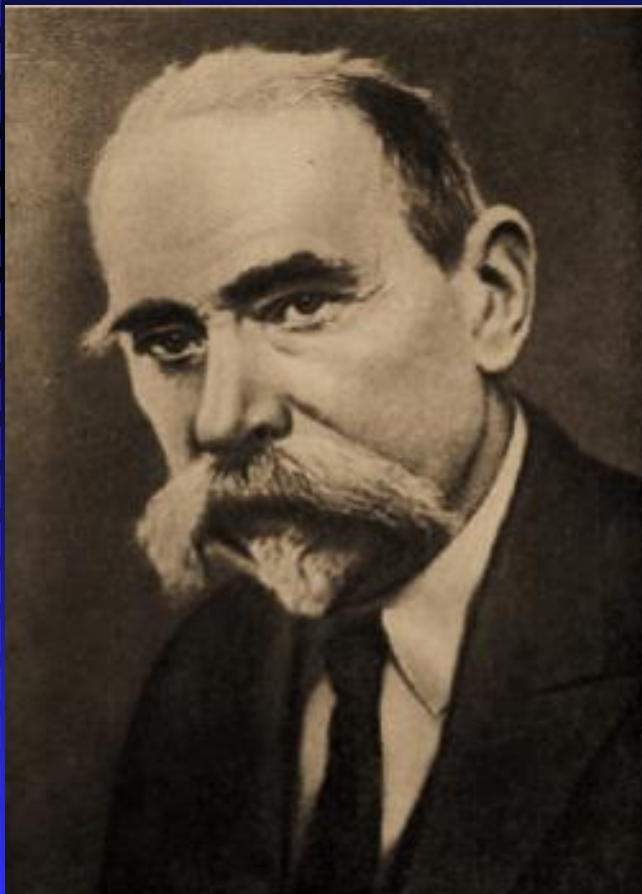
Проблема этиопатогенеза острого аппендицита решена, но заболеваемость не уменьшается. Количество хирургических вмешательств в нашей стране ежегодно колеблется от 1 до 1,2 млн.

В США и Великобритании ежегодно эта операция выполняется одному из 700-800 человек населения. Если принять среднюю продолжительность жизни в 60 лет, то каждый пятнадцатый или двенадцатый житель этих стран к концу жизни будет лишен своего червеобразного отростка.

Клиническая картина его описана самым детальным образом, но диагностические ошибки даже у самых опытных и талантливых врачей бывают, и не так уж редко. Диагностические ошибки при остром аппендиците составляют от **12 до 31%** случаев.

Осложнения острого аппендицита составляют в среднем **10%**, резко возрастают у детей и стариков и не имеют тенденции к снижению.

По-прежнему актуальны слова И.И. Грекова: «Острый аппендицит — хамелеоноподобное заболевание: его не находят там, где предполагают, и, наоборот, находят там, где о нем совсем не думают».



Профессор Греков Иван Иванович (1867-1934).

Окончил (1894) Юрьевский (Тартуский) университет. С 1895 г. до конца жизни работал в Обуховской больнице (ныне клиника ВМА) (с 1927 г. - главный врач). Труды по хирургии лёгких, сердца, органов брюшной полости (ряд операций носит его имя). Председатель (с 1919 г.) и почётный председатель (с 1920 г.) Хирургического общества имени Н. И. Пирогова.

С 1922 г. возобновил выпуск журнала «Вестник хирургии и пограничных областей» (ныне «Вестник хирургии имени И. И. Грекова»).

# Летальность

Летальность, согласно статистике, на первый взгляд не велика, в России сохраняется на стабильном уровне **0,1-0,2%**. Но эти проценты создают лишь видимость благополучия.

В абсолютных цифрах эти сотые доли процента означают, что ежегодно в нашей стране умирают от аппендицита **5-6 тысяч** человек.



# Актуальность

Более половины летальных исходов при остром аппендиците обусловлено ошибками, связанными с поздним поступлением больных в стационар, диагностическими ошибками, тактическими и техническими просчетами.

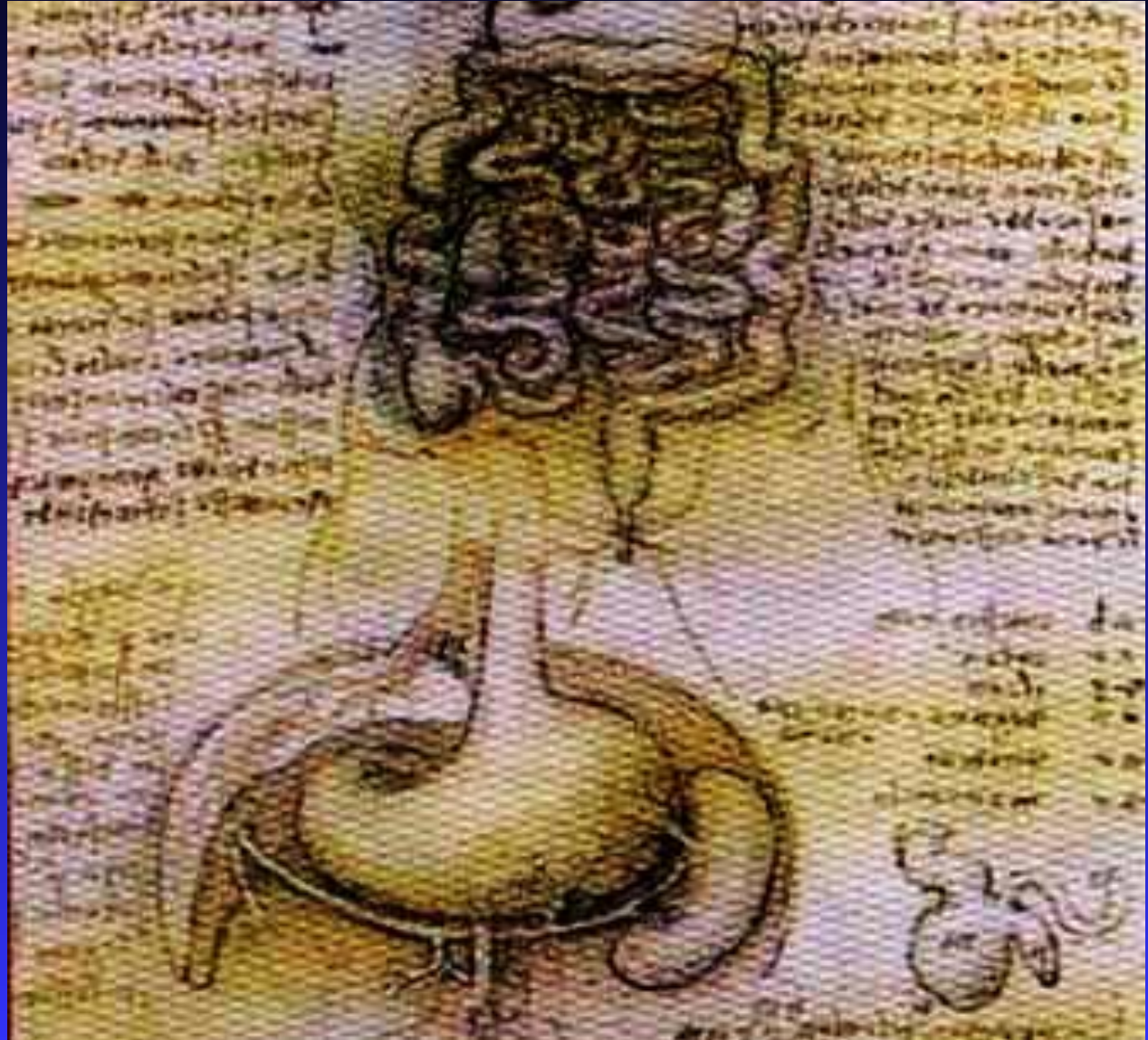
Диагностические ошибки, от которых не застрахованы даже опытные врачи, приводят к тому, что **10-15%** больных оперируются напрасно при неизменном червеобразном отростке.

Отсюда вытекает положение о наличии несомненной актуальности проблемы диагностики и лечения острого аппендицита и его осложнений.

# Исторический экскурс

О существовании червеобразного отростка слепой кишки известно с глубокой древности.

Первое описание и зарисовку этого органа сделал Леонардо да Винчи (*Leonardo Da Vinci*) в 1472 году.



# Исторический экскурс

Андрей Везалий (*Andreas Vesalius, 1514-1564*) в своем труде «*De fabrica humani corporis*» описал его топографию: «Далее там, где прекращается подвздошная кишка, видна часть кишечника, очень толстая и обширная, удерживающая небольшой придаток, свернутый и заостренный подобно дождевому червю, наделённый одним отверстием и потому названный знаменитыми анатомами слепой кишкой». Впоследствии он получил название «червеобразный отросток» (*processus vermiformis*) и длительное время считался рудиментарным продолжением слепой кишки.

# Исторический экскурс

Первую достоверно известную аппендэктомию выполнил в 1735 году выдающийся врач, основатель госпиталя Святого Георгия в Лондоне королевский хирург К. Аманд (*Claudius Amyand*). Оперируя 11-летнего мальчика по поводу пахово-мошоночной грыжи с наличием в ней кишечного свища, он обнаружил, что причиной фистулы явился перфоративный аппендикс (перфорация аппендикса произошла инородным телом – проглоченной булавкой). Отросток и окутывающий его сальник были резецированы, ребенок поправился. Тем не менее, на протяжении веков лечение внутрибрюшных воспалительных процессов было сугубо консервативным и находилось в руках терапевтов.

# Исторический экскурс

Первый, кто предположил целесообразность удаления аппендикса, был французский врач *Francois Melier (1827)*, высказавший суждение о том, что именно отросток является причиной перитонитов.

Сам термин «аппендицит» был впервые предложен американским хирургом, профессором Гарвардского университета *Reginald H. Fitz* на съезде Американской врачебной ассоциации в 1886 году.

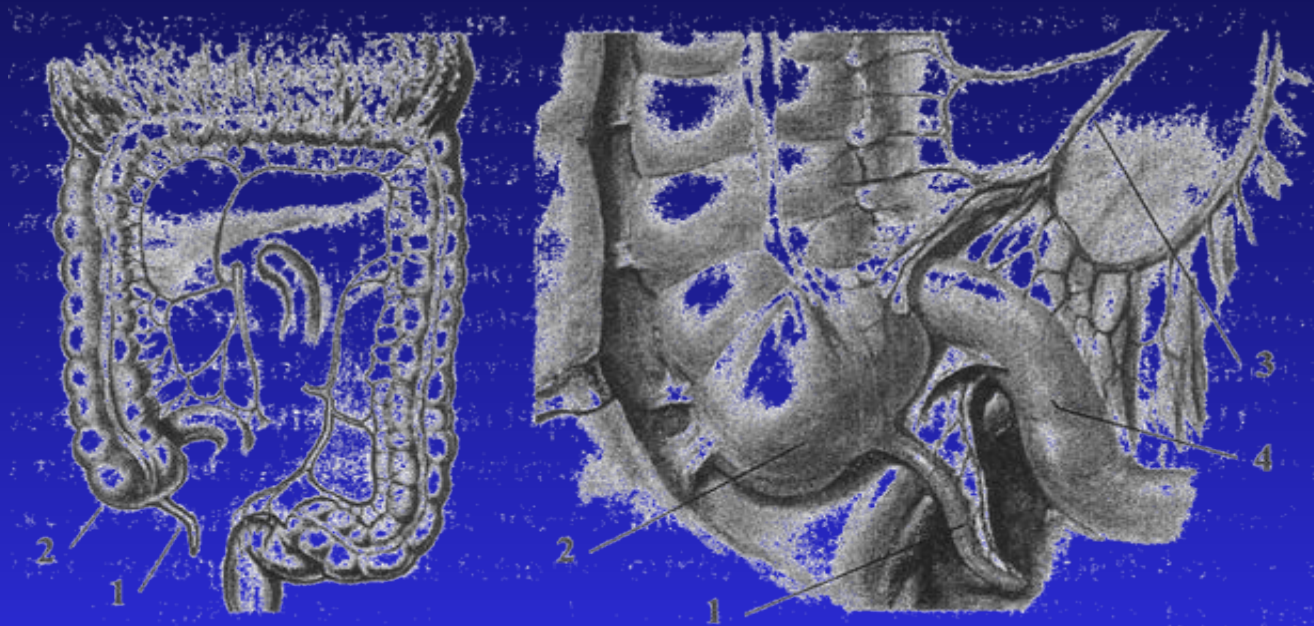
В России профессор *А.А. Бобров* в 1889 году удаляет часть отростка из аппендикулярного инфильтрата, а в 1890 году *А.А. Троянов* выполняет первую аппендэктомию в Обуховской больнице Санкт-Петербурга.



# Анатомия

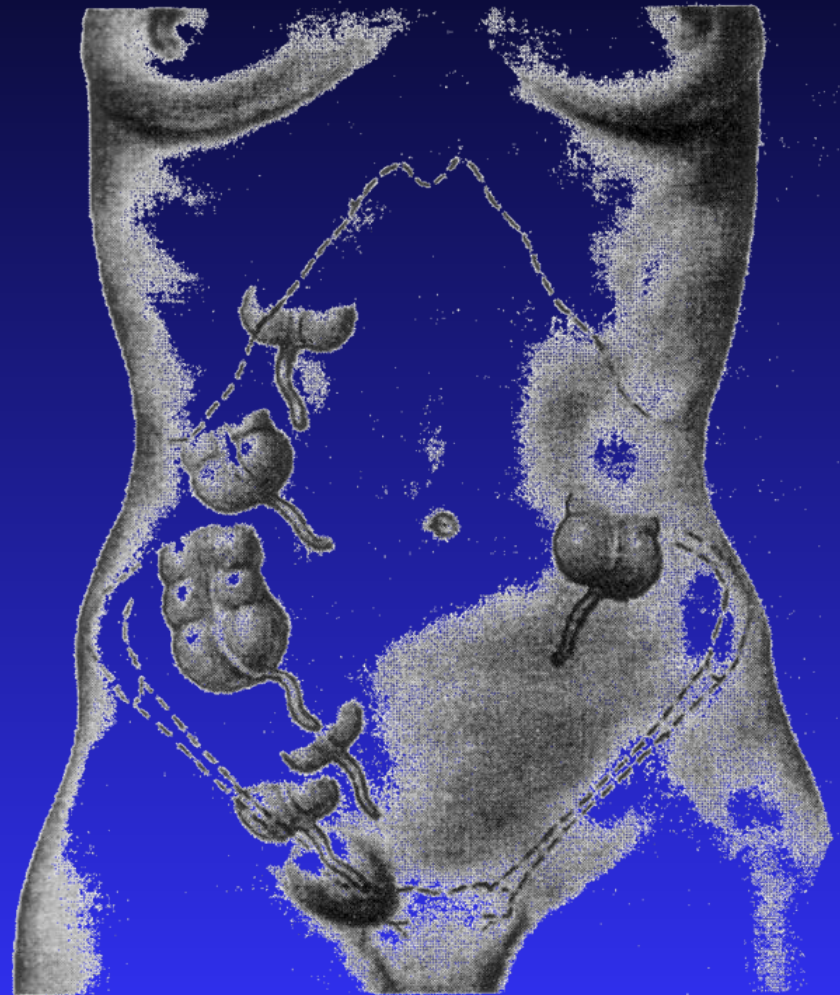
*Слепая кишка и червеобразный отросток чаще всего находятся в правой подвздошной ямке:*

1. Червеобразный отросток.
2. Слепая кишка.
3. A. ileocolica.
4. Подвздошная кишка.



# Анатомия

Иногда купол слепой кишки может располагаться справа от пупка, в правом подреберье и даже в левой половине живота: в случаях обратного расположения внутренних органов – *situs viscerum inversus*.



# Анатомия

Слепая кишка, находясь в правой подвздошной ямке, спереди прикрыта петлями тонкой кишки, а сзади прилежит к брюшине, покрывающей подвздошно-поясничную мышцу (*M. iliopsoas*).

Слепая кишка в большинстве случаев покрыта висцеральной брюшиной со всех сторон, но иногда может располагаться забрюшинно.

Переполненная содержимым кишка может прилегать непосредственно к передней брюшной стенке, а также спускаться в таз. У женщин во время беременности слепая кишка оттесняется увеличенной маткой кверху и вправо.

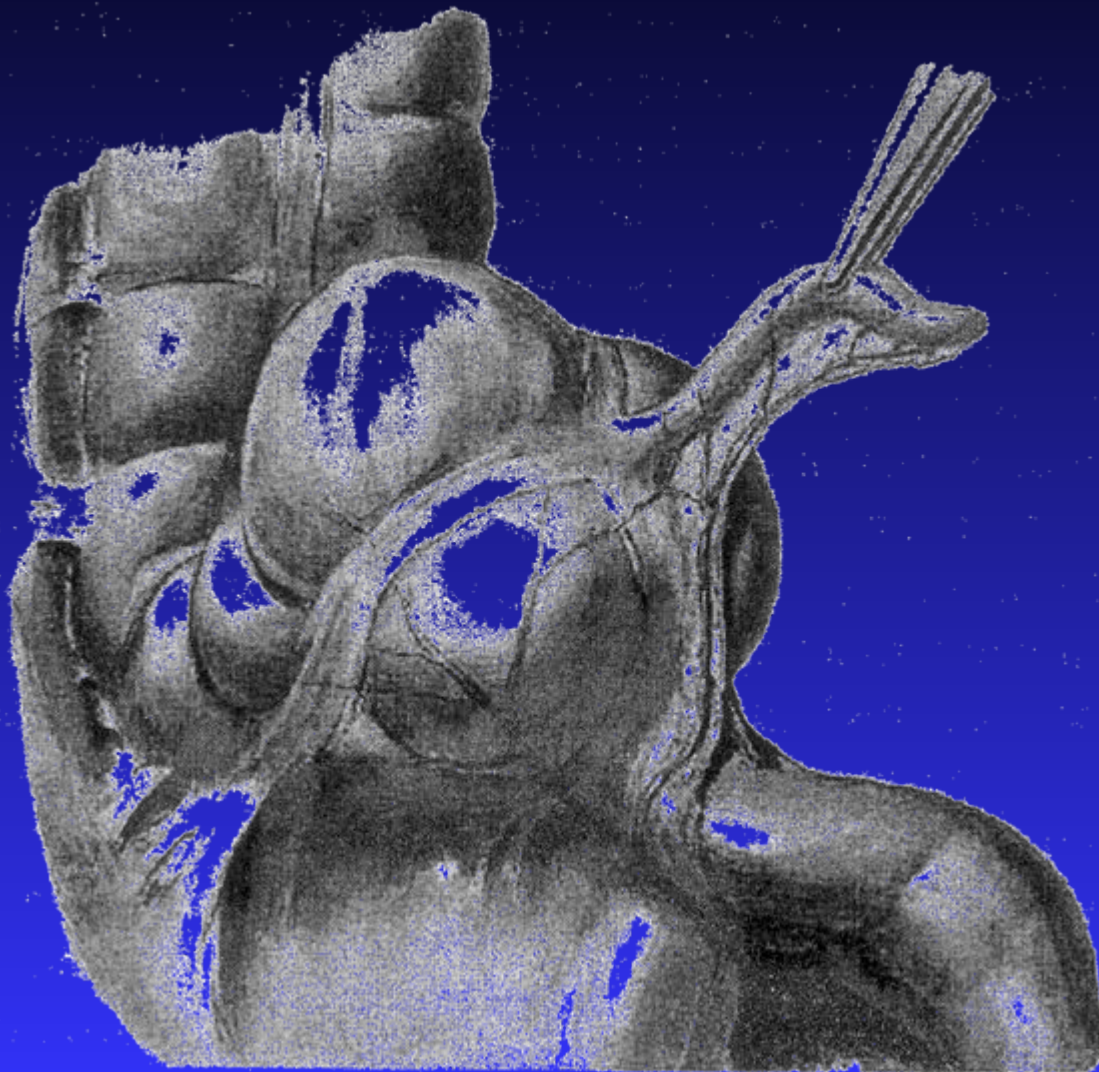


# Анатомия

Червеобразный отросток начинается от медиально-задней или медиальной стороны слепой кишки. Чтобы увидеть основание червеобразного отростка необходимо оттянуть слепую кишку латерально и кверху. У основания отростка сходятся три *tania libera* слепой кишки, которые переходят на него, образуя сплошной продольный мышечный слой. Как правило основание отростка располагается на 2-3 см ниже места впадения в слепую кишку подвздошной кишки.

# Анатомия

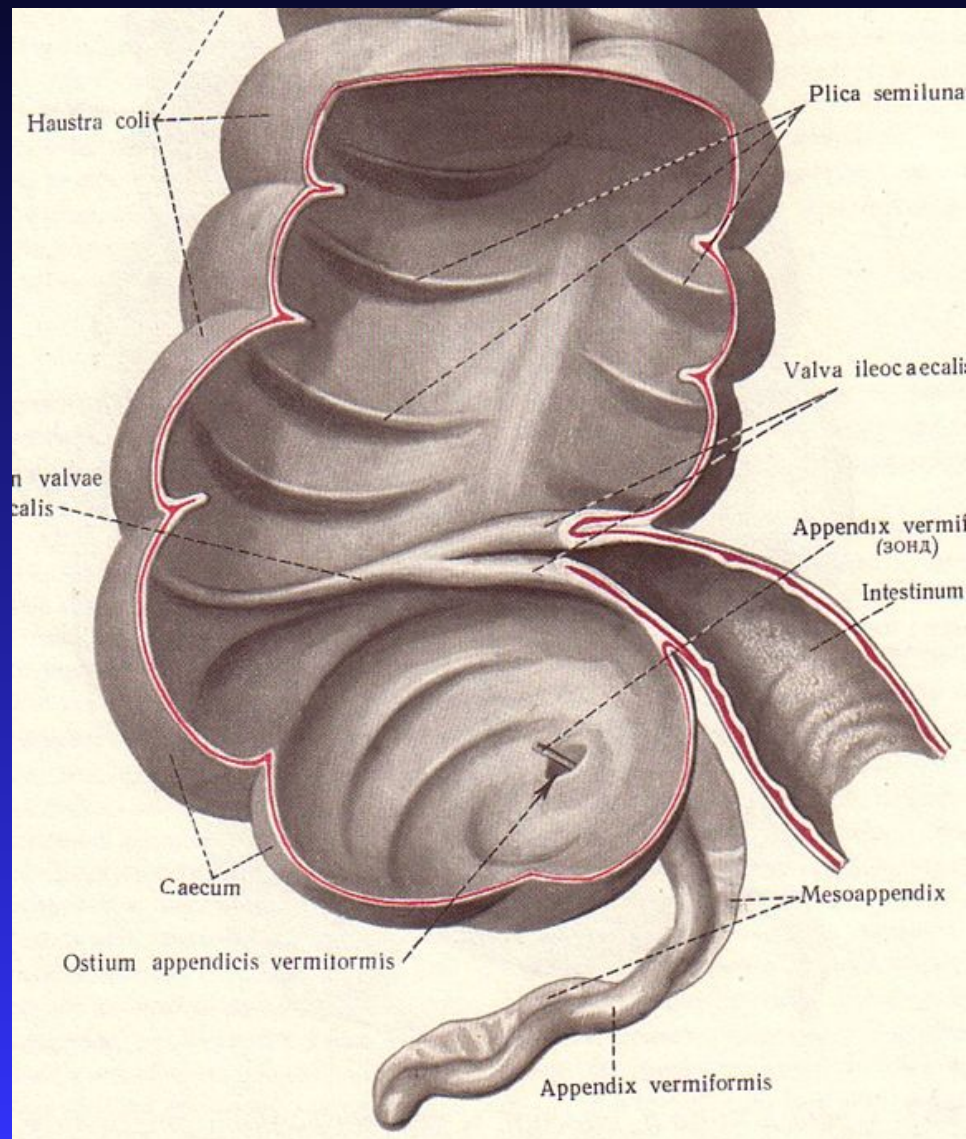
Анатомические соотношения между основанием червеобразного отростка и местом впадения подвздошной кишки в слепую.



# Анатомия

Длина червеобразного отростка 7-12 см, диаметр 0,3-0,8 см.

В просвете аппендикса содержится прозрачная слизь, иногда кал.



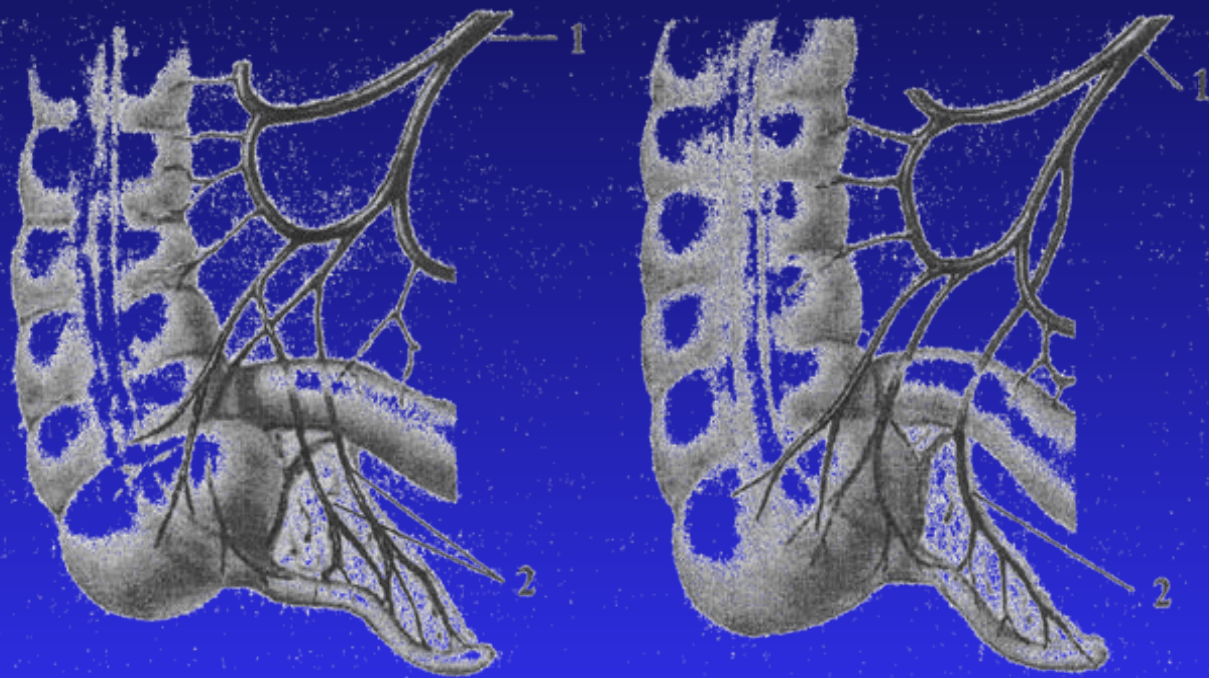
# Анатомия

Кровоснабжается червеобразный отросток а. *Apendicularis*, ветвью а. *ileocolica*.

Кровоснабжение  
червеобразного  
отростка:

1. А. ileocolica

2. А. appendicularis





# Анатомия

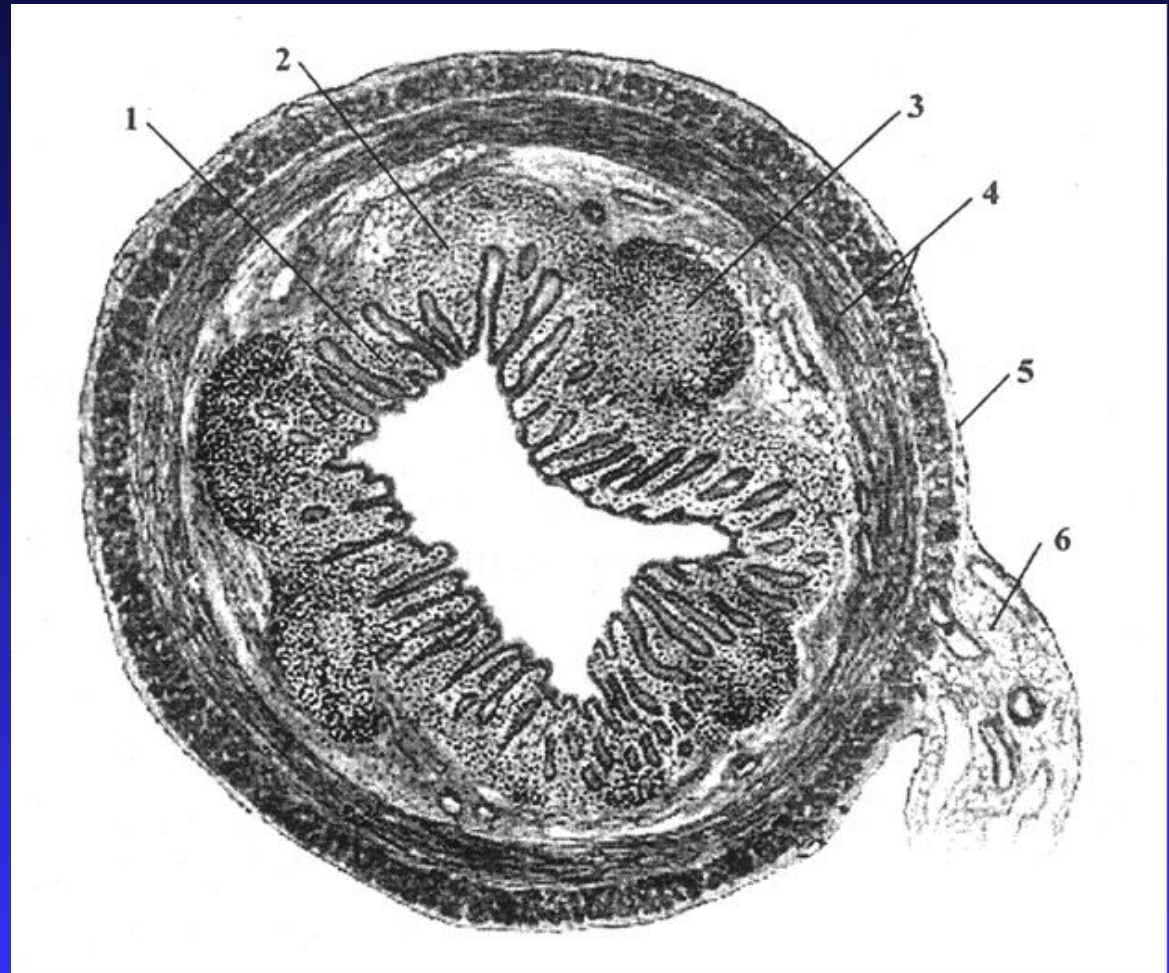
Строение червеобразного отростка аналогично строению толстой кишки, но с мощно развитым лимфоидным аппаратом в подслизистом слое.

Слизистая оболочка червеобразного отростка характеризуется обилием лимфоидной ткани, образующей почти сплошной слой в виде групповых лимфатических фолликул червеобразного отростка, *folliculi lymphatici aggregati appendicis vermiformis*.

# Анатомия

Строение стенки червеобразного отростка:

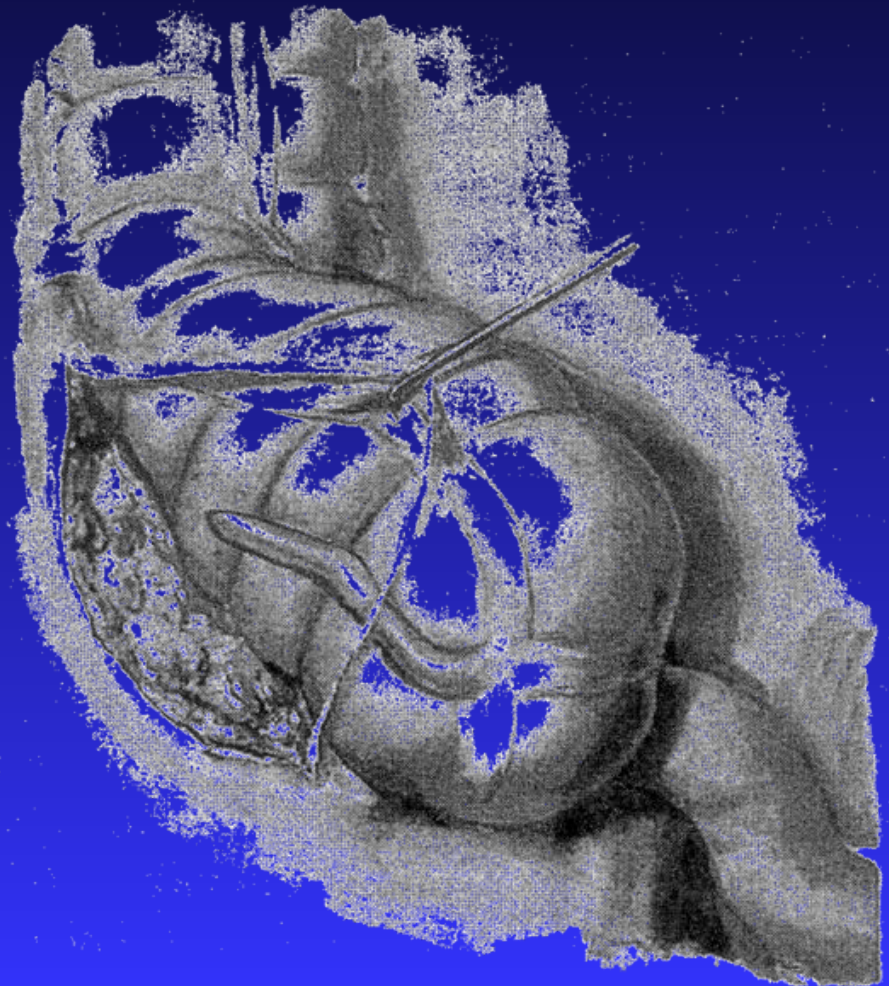
1. Слизистая оболочка.
2. Подслизистый слой.
3. Лимфатический фолликул.
4. Мышечные слои.
5. Серозная оболочка.
6. Брыжейка.



# Анатомия

Чаще всего червеобразный отросток покрыт брюшиной со всех сторон, но иногда, при ретроцекальном расположении, он может находиться забрюшинно.

Ретроцекальное  
забрюшинное  
положение  
червеобразного  
отростка

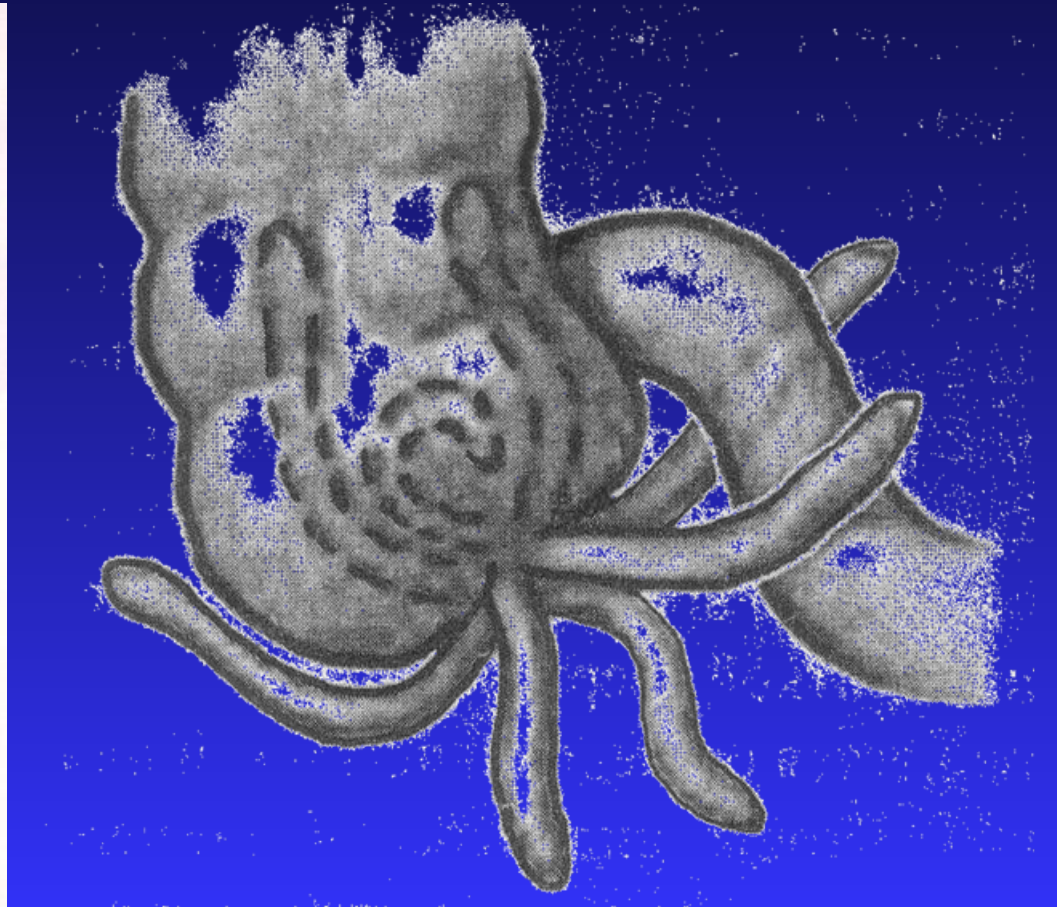
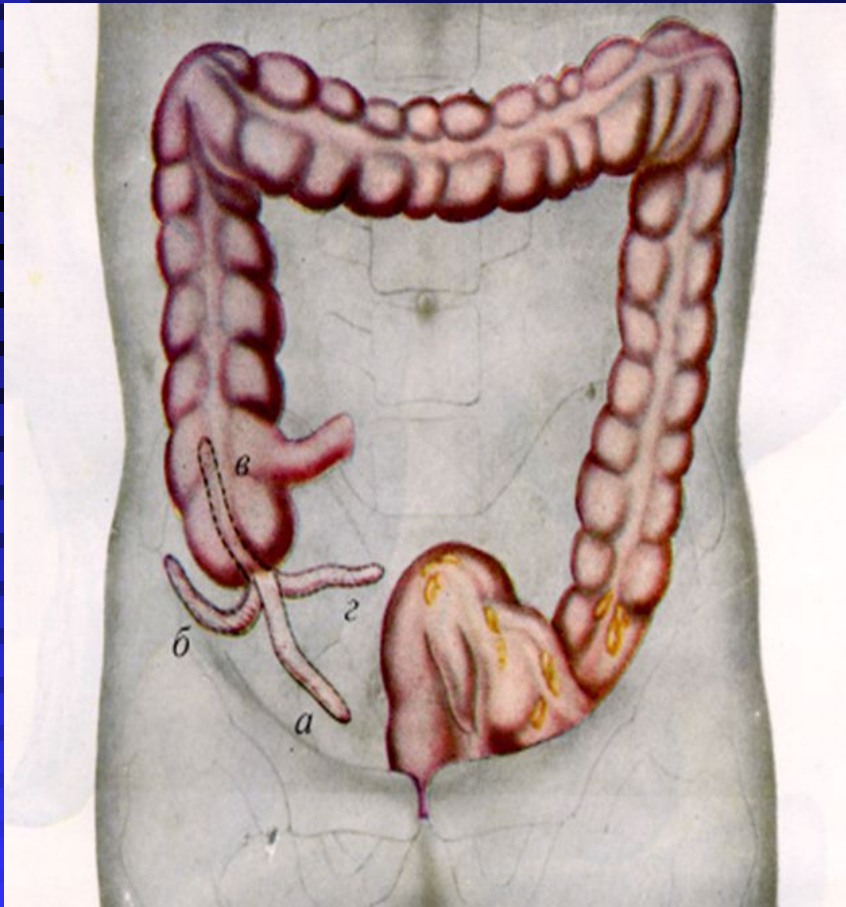


Червеобразный отросток не имеет фиксированной позиции по отношению к слепой кишке, так как, будучи покрыт брюшиной со всех сторон и имея хорошо выраженную брыжейку, обладает значительной подвижностью. Описаны следующие положения червеобразного отростка в брюшной полости:

- 1.тазовое или нисходящее, когда отросток направлен в полость малого таза;
- 2.медиальное, когда отросток располагается по ходу конечной части подвздошной кишки;
- 3.латеральное, отросток находится в правом боковом канале;
- 4.переднее, когда отросток располагается кпереди от слепой кишки
- 5.восходящее или подпеченочное;
- 6.ретроцекальное, когда отросток находится позади слепой кишки.



Варианты положения червеобразного отростка по отношению к слепой кишке (тазовое, нисходящее, медиальное, латеральное, переднее, восходящее, подпеченочное, ретроцекальное).



# Анатомия

Наиболее типичным считается положение, при котором отросток своим нижним концом свободно свисает вниз (нисходящее положение). Изредка бывает аномальное положение отростка, относящееся не к вариантам, а к уродствам. Например, червеобразный отросток может отходить от восходящего отдела ободочной кишки. Описаны удвоения отростка и слепой кишки, агенезии отростка\*.

Средняя длина червеобразного отростка взрослого человека составляет 7-12 см. У мужчин отросток в среднем на 4-5 см длиннее, чем у женщин. Описаны случаи очень длинных (25-30 см и даже 50 см) отростков, а также коротких (до 1 см). Средняя толщина органа 5-6 см.

---

\*АГЕНЕЗИЯ (от греч. *a* - отрицат. част, и *genesis* - происхождение, образование), отсутствие развития (син. аплазия), термин, употребляющийся для обозначения уродства, заключающегося в полном врожденном отсутствии того или иного органа, части его или части тела.

# Физиология

Вопрос о физиологических функциях червеобразного отростка до настоящего времени нельзя считать окончательно решённым. Но в тоже время есть основания считать, что это вовсе не рудиментарный и ненужный орган в человеческом организме.

Можно считать доказанными следующие функции отростка:

- ✓ моторную,
- ✓ секреторную,
- ✓ регулирующую,
- ✓ иммуннокомпетентную.

# Физиология

Червеобразный отросток способен к перистальтическим движениям, что можно обнаружить при рентгенологическом исследовании.

Слизистая оболочка червеобразного отростка способна секретировать слизь и ряд ферментов в довольно интенсивном режиме.

Существует мнение, что червеобразный отросток обладает регулирующей функцией в отношении баугиниевой заслонки. При нарушении этой функции наблюдается спазм баугиниевой заслонки и дискинетические нарушения в илеоцекальном сегменте кишечника с развитием цеко-илеального рефлюкса.



# Физиология

## Строение баугиниевой заслонки



# Физиология

Важную функциональную роль играет мощный лимфатический аппарат червеобразного отростка, благодаря которому червеобразный отросток имеет репутацию *«кишечной миндалины»*.

Лимфатические фолликулы отростка наряду с пейеровыми бляшками кишечника являются важным элементом иммунной системы. В этом качестве они обеспечивают естественную резистентность организма, иммунитет, иммунологическую память, иммунологическую толерантность и реакции при специфических патологических процессах.

# Физиология

Осуществление этой иммунокомпетентной роли возможно благодаря лимфоидному аппарату червеобразного отростка, основным субстратом которого являются лимфоциты. Как Т-лимфоциты, так и В-лимфоциты расселены в червеобразном отростке с той же интенсивностью, что и в других иммунокомпетентных органах: селезёнке, лимфатических узлах, пейеровых бляшках.

# Классификация острого аппендицита

Необходимым и весьма важным элементом учения об остром аппендиците, имеющем в то же время большое практическое значение, является классификация заболевания.

С одной стороны, она призвана отражать представление об этиологии и патогенезе заболевания. С другой – требует дифференцированного подхода к выбору метода лечения, предусматривающего, как вид и объем хирургического вмешательства, так и необходимость того или иного дополнительного лечения.

Очевидно, что она должна носить и клинικο-морфологический характер, и учитывать осложнения заболевания.



# Классификация

## *Историческая справка:*

Практически до конца XIX в. существовали только классификации гнойников правой подвздошной области, тифлитов и перитифлитов, среди которых наибольшей популярностью пользовались классификации И. Альберса (J. Albers, 1837), Н.И. Пирогова (1852) и К. Рокитанского (K. Rokitansky, 1842). В 1891 г. Ч. Мак-Бурней предложил одну из первых классификаций острого аппендицита.

### Классификация Ч. Мак-Бурнея (Ch. McBurney, 1891):

- 1. Катаральный (воспаление захватывает только слизистую оболочку).*
- 2. Гнойный (деструкция всех слоев отростка).*
- 3. Деструктивный (выход воспаления за пределы отростка).*

# Классификация

Классификация В. И. Колесова (1972) :

1. Слабо выраженный аппендицит (аппендикулярная колика).
2. Простой аппендицит.
3. Деструктивный аппендицит (флегмонозный, гангренозный, перфоративный).
4. Осложненный аппендицит (аппендикулярный инфильтрат, абсцесс, разлитой гнойный перитонит, прочие осложнения – тифлит, подпеченочные и поддиафрагмальный абсцессы, абсцессы печени, пневмония, сепсис).

# Современная классификация острого аппендицита

## I. По этиопатогенезу:

1. Первичный аппендицит.
2. Вторичный аппендицит.

## II. По характеру течения:

1. Острый аппендицит.
2. Хронический аппендицит.

## III. По характеру морфологических изменений:

1. Простой (катаральный) аппендицит.
2. Деструктивный аппендицит:
  - а) флегмонозный,
  - б) гангренозный,
  - в) гангренозно-перфоративный.
3. Осложнённый аппендицит.

# Классификация острого аппендицита

Из классификации исключен термин «аппендикулярная колика», который предназначался для обозначения состояния, когда болевой синдром в правой подвздошной области купировался после введения спазмолитиков и течение воспаления не имело дальнейшего развития. Однако вероятность того, что болевой синдром был обусловлен именно спазмами гладкой мускулатуры аппендикса, незначительна по сравнению с тем, что источником этих спазмов мог быть любой другой отдел илеоцекальной области, внутренних гениталий у женщин и т.д.

Кроме этого, поставленный больному диагноз «аппендикулярная колика» при поступлении его в стационар может ослабить бдительность хирурга, что несомненно приведёт к промедлению выполнения операции в случае прогрессирования воспаления в червеобразном отростке.

# Классификация острого аппендицита

При поступлении больного в стационар с неясной клинической картиной и подозрением на острый аппендицит, целесообразно выставить диагноз «острый аппендицит?», что предполагает активное клинико-лабораторное наблюдение за пациентом. В случае купирования болевого синдрома и отсутствия данных о прогрессировании воспаления в аппендиксе, а также при отсутствии другой выявленной патологии, объясняющей болевой синдром в правой подвздошной области, больной выписывается из стационара с диагнозом: «кишечная колика» или «синдром раздражённой кишки».

Диагноз «острый простой (катаральный) аппендицит» ставится и в том случае, если производится удаление внешне не измененного червеобразного отростка. Такая ситуация возможна, когда хирург выполнил лапаротомию в правой подвздошной области на основании развившейся у больного клиники острого аппендицита, а при ревизии червеобразного отростка и брюшной полости патологии не обнаружил. В данном случае выполненный операционный доступ вынуждает к аппендэктомии. Во-первых, имеющиеся изменения в отростке в момент операции внешне еще могут не проявиться, Во-вторых, наличие рубца в правой подвздошной области для любого врача в будущем будет говорить о выполненной ранее аппендэктомии. Это особенно важно в связи с «безграмотностью» той части населения, которая «не помнит, чего там делали). А некоторые пациенты не могут дать врачу исчерпывающей информации, так как находятся при поступлении в стационар в состоянии выраженного алкогольного опьянения, интоксикации и т. д.

Диагноз «хронический аппендицит» ставится только после перенесенного ранее плотного аппендикулярного инфильтрата, который был диагностирован и документирован хирургом стационара. Больному с хроническим аппендицитом показана операция - аппендэктомия в плановом порядке в холодном периоде течения заболевания.

Диагнозы «хронический первичный аппендицит» и «хронический рецидивирующий аппендицит» не определяют хирургическую тактику: их невозможно определить и разграничить в клинической картине заболевания. Возможно, эти термины и играют какую-то роль при гистологическом исследовании препарата, но для хирурга в ургентной ситуации, когда решается вопрос об операции, они неконкретны, неинформативны.

Многие ученые (М.М. Губергриц, 1927; В.Н. Розанов, 1924; А.И. Абрикосов, 1957; И.В. Давыдовский, 1938 и др.) считали, что диагноз «хронический аппендицит» должен быть расчленён на целый ряд заболеваний, дающих схожую клиническую картину.

Согласно представленной классификации любая форма острого аппендицита требует оперативного лечения в срочном порядке.

Особенно, когда идет речь об осложненном аппендиците!



# Современная классификация острого аппендицита

## Осложнения острого аппендицита:

1. Аппендикулярный инфильтрат.
2. Аппендикулярный абсцесс.
3. Перитонит.
4. Забрюшинная флегмона.
5. Пилефлебит.

# Клиника острого аппендицита

Клиническое течение острого аппендицита не всегда бывает типичным. В большой степени оно зависит от локализации червеобразного отростка, от возраста больного, индивидуальных особенностей реактивности организма, состояния иммунитета, сопутствующих заболеваний и, наконец, от сроков начала заболевания.

# Клиника острого аппендицита

Различная степень выраженности патологоанатомических изменений червеобразного отростка, различные формы воспаления могут вызвать одинаковую клиническую картину. С другой стороны, одна и та же форма воспаления может иметь различные клинические проявления.

В связи с этим вспоминаются слова *Ch. McBurney*: «...поставить диагноз патологоанатомических изменений в отростке на основании клинических данных невозможно».

# Симптоматика острого аппендицита

Огромное количество симптомов, описанных в различное время хирургами разных стран, основано на появлении или усилении болей, при механическом раздражении воспаленного отростка и прилежащей брюшины. Воспроизведение всех этих симптомов при диагностике острого аппендицита не требуется.

*Генри Мондор (H.J. Mondor, 1885-1962) в классической книге «Неотложная диагностика» писал: «Врач должен основываться на некоторых прекрасных, хорошо проверенных клинических признаках, однако, важно не их число, а качество. Их нужно не считать, а взвешивать!».*

# Симптоматика острого аппендицита

Число диагностических признаков при остром аппендиците превысило 120, но существенных позитивных изменений в результаты диагностики это не внесло, так как многие из них субъективны и недостаточно информативны или длительны по времени проявления.

Цена диагностических ошибок при этом слишком велика.

# Симптоматика острого аппендицита

Самым патогномоничным симптомом острого аппендицита следует считать симптом Волковича-Кохера.

Последующими в диагностической шкале являются симптомы Ровзинга Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона, Образцова, Крымова.

Из более 120 симптомов острого аппендицита, названных семи, как правило, достаточно для постановки диагноза острый аппендицит.

# Симптоматика острого аппендицита

Наиболее важным, ранним и постоянным симптомом острого аппендицита является боль.

*При атипичном расположении червеобразного отростка возможна разнообразная локализация боли.*

- При ретроцекальном расположении отростка боль может ощущаться в поясничной области и отдавать в правое бедро.*
- При медиальном положении отростка, когда его верхушка направлена к корню брыжейки тонкой кишки, боль возникает и сохраняется в области пупка.*
- Локализация боли ниже правой паховой связки свидетельствует о тазовом расположении отростка.*

# Симптоматика острого аппендицита

- При подпеченочном расположении червеобразного отростка больной может жаловаться на боли в правом подреберье.
- При обратном расположении органов боли, естественно, локализованы в левой подвздошной области.

По мере распространения воспалительного процесса с развитием перитонита локализация болей становится менее определенной.

Со временем интенсивность болей может снижаться, что вовсе не является свидетельством стихания воспаления. Это может быть связано с гангреной отростка.



# Симптоматика острого аппендицита

*Иррадиация болей не характерна для острого аппендицита. Однако при некоторых локализациях отростка она может быть.*

*При забрюшинном или тазовом расположении возможна иррадиация по ходу мочеточника, в промежность, в правое бедро, в перианальную область.*

*При подпеченочном расположении отростка наблюдается иррадиация болей в правое надплечье.*

# Симптоматика острого аппендицита

Нарушения стула не являются характерными признаками острого аппендицита. Однако при этом заболевании могут встречаться как задержка стула при развитии рефлекторного пареза кишечника, так и частый жидкий стул.

Поносы характерны для картины острого аппендицита у детей. Кроме того, они наблюдаются в тех случаях, когда червеобразный отросток находится в тазу рядом с прямой кишкой. Кроме поноса в такой ситуации имеют место тенезмы.

# Симптоматика острого аппендицита

## Дизурия.

Дизурические явления также не характерны для острого аппендицита. Жалобы на учащенное мочеиспускание могут предъявлять пациенты с ретроцекальным (рядом с правым мочеточником) или тазовым (рядом с мочевым пузырем) расположением отростка.

# Симптоматика острого аппендицита

## Температура тела.

Важным признаком воспаления любой локализации является повышение температуры тела. Для острого аппендицита в начале заболевания характерна субфебрильная лихорадка.

При забрюшинном расположении отростка, когда нет условий для отграничения воспалительного процесса, температура тела с самого начала может быть очень высокой.

# Симптоматика острого аппендицита

Характерно повышение температуры тела в прямой кишке, особенно если отросток находится в малом тазу.

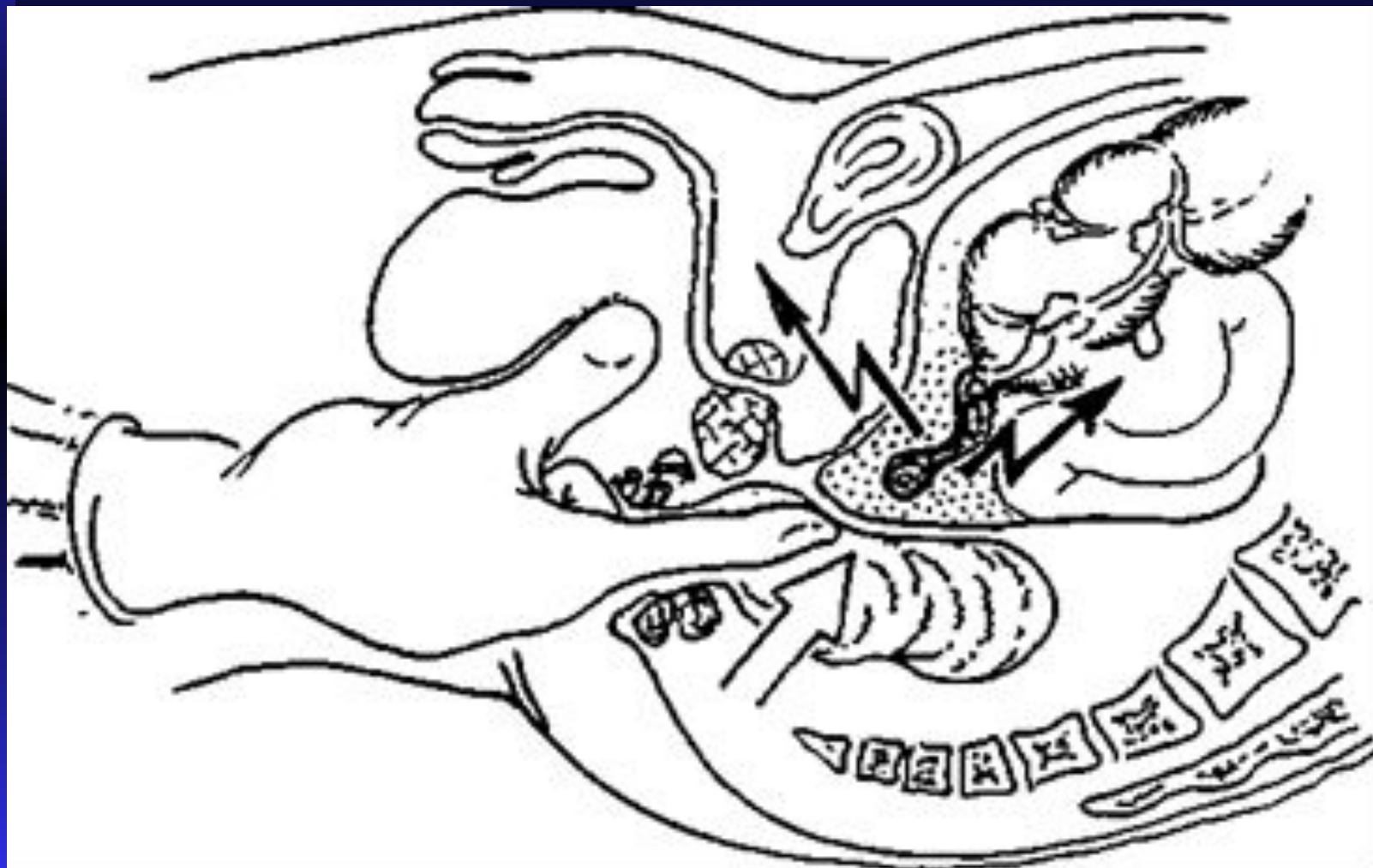
Как правило, выявляется существенная разница (более  $1^{\circ}\text{C}$ ) между подмышечной и ректальной температурой. Этот симптом носит имя ***Ленандера-Самарина.***

# Симптоматика острого аппендицита

Весьма полезным при остром аппендиците, и потому обязательным, является пальцевое исследование прямой кишки. При тазовом расположении червеобразного отростка особенно отчетливо можно определить болезненность в области передней стенки прямой кишки выше предстательной железы, в зоне пузырно-прямокишечного пространства.

# Симптоматика острого аппендицита

Пальцевое ректальное исследование:



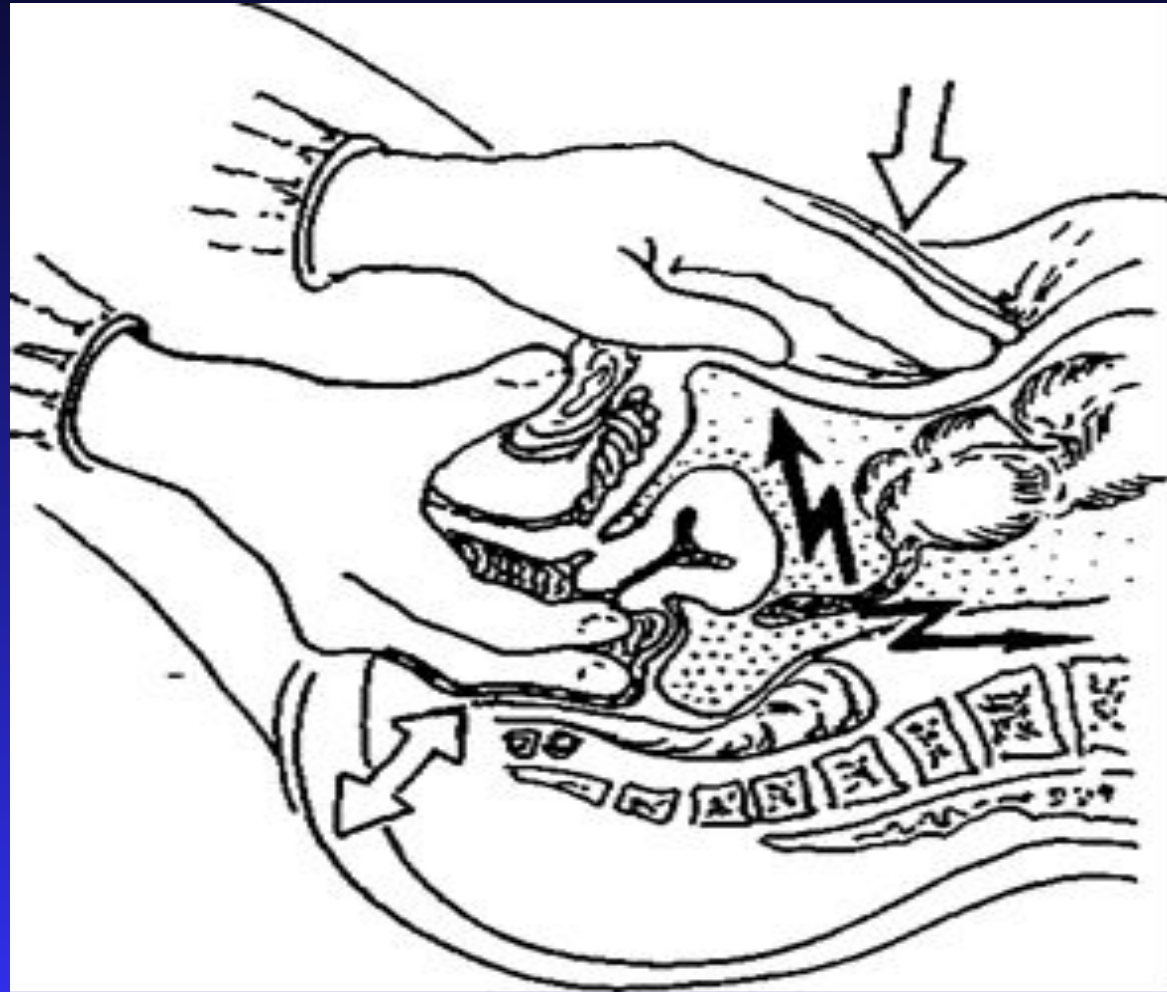


# Симптоматика острого аппендицита

У женщин большую диагностическую пользу приносит влагалищное исследование. При этом определяется болезненность при давлении на правый свод влагалища и при смещении матки во время давления на ее шейку.

# Симптоматика острого аппендицита

Вагинальное  
исследование:



# Особенности клиники острого аппендицита при ретроцекальном расположении отростка

Ретроцекальная локализация червеобразного отростка обуславливает своеобразие клинических проявлений острого аппендицита.

Боли в правой подвздошной области не выражены, а в большей степени локализуются в поясничной области справа. Рвота бывает редко. Передняя брюшная стенка долгое время остается мягкой, без напряжения. Перитонеальная симптоматика развивается поздно.

# Особенности клиники острого аппендицита при ретроцекальном расположении отростка

Распространение воспаления в забрюшинной клетчатке приводит к формированию забрюшинной флегмоны. Скопление гнойного экссудата под подвздошной фасцией вызывает развитие мышечной сгибательно-приводящей контрактуры правого тазобедренного сустава. Этот признак связан с сокращением четырехглавой и портняжной мышц, в то время как подвздошно-поясничная мышца расслаблена.

# Особенности клиники острого аппендицита при тазовом расположении отростка

Характерной особенностью течения острого аппендицита при такой локализации являются жалобы и симптомы, связанные с реакцией органов малого таза. Нередко в этих случаях появляются частые позывы к дефекации, отмечается частый жидкий стул. Нередко такие больные ошибочно направляются в терапевтические или инфекционные отделения с диагнозом острого энтероколита.

# Особенности клиники острого аппендицита при тазовом расположении отростка

В связи с раздражением мочевого пузыря могут появляться дизурические явления: учащенное и болезненное мочеиспускание, рези в уретре. При этом боли могут иррадиировать в мошонку, половой член, яичко, правое бедро. Иногда возникает макрогематурия.

На основании этих признаков часто ошибочно диагностируется почечная колика, а истинный диагноз устанавливается лишь при развитии перитонита.



# Острый аппендицит у детей

В детском возрасте острый аппендицит встречается чаще, чем у взрослых. При этом чаще наблюдаются деструктивные формы и развитие перитонита.

Течение острого аппендицита у детей характеризуется следующими особенностями: малой специфичностью клинических проявлений, и напротив, яркой выраженностью общих неспецифических реакций: быстрым прогрессированием воспаления в отростке и ранним развитием перитонита.

# Острый аппендицит у детей

У детей в возрасте до 3-4 лет заболевание начинается с общих проявлений. Ребенок беспокоен, не спит. Появляется многократная рвота. Отмечается повышение температуры тела до высоких цифр. Пульс обычно чаще, чем у взрослых. Нередко бывает жидкий стул, иногда со слизью.

Жалоб на боли в правой подвздошной области дети практически не предъявляют. Обычно ребенок указывает на область пупка, что часто бывает и при других заболеваниях органов брюшной полости. Такая локализация более обусловлена широкой иррадиацией нервных импульсов, обширной зоной висцеро-висцеральных рефлексов, близким расположением ряда нервных сплетений к корню брыжейки тонкой кишки и ранним развитием мезаденита.

# Острый аппендицит у детей

Если нет указаний на боли в животе, необходимо в диагностике ориентироваться на ее клинические эквиваленты: нарушение сна, приведение бедер к животу (особенно в положении лежа на боку), «сучение» ножками, беспокойство при перемене положения тела.

Дифференцировать острый аппендицит в этом возрасте необходимо с абдоминальным синдромом при ревматизме, кори, гриппе, пневмонии, глистной инвазии; с болезнью Шенлейн-Геноха, с илео-цекальной инвагинацией.

# Острый аппендицит в пожилом и старческом возрасте

В пожилом и старческом возрасте чаще наблюдаются деструктивные формы острого аппендицита. Это можно объяснить возрастной инволюцией лимфоидного аппарата червеобразного отростка и атеросклеротическим поражением сосудов.

На клиническое течение заболевания в этом возрасте безусловно оказывают влияние часто имеющиеся иммунодефицит, снижение активности систем, ответственных за адаптивно-приспособительные реакции, многочисленные сопутствующие заболевания.

# Острый аппендицит в пожилом и старческом возрасте

Клинические признаки острого аппендицита у больных пожилого и старческого возраста отличаются слабой выраженностью и сглаженностью, несоответствующими изменениями в червеобразном отростке клинике заболевания.

# Острый аппендицит в пожилом и старческом возрасте

Болевой синдром не отличается интенсивностью. Боли, как правило, появляются исподволь и не имеют четкой локализации.

Для клинической картины острого аппендицита в пожилом и старческом возрасте характерны расстройства функции желудочно-кишечного тракта. Они проявляются задержкой стула и газов, рвотой, вздутием живота.



# Острый аппендицит в пожилом и старческом возрасте

Повышение температуры тела у этой категории больных часто незначительно или вообще отсутствует. Правда, как правило, сохраняется разница между подмышечной и ректальной температурой, превышающая  $1^{\circ}\text{C}$ . Имеется тахикардия, не соответствующая температуре тела.

В начале заболевания болезненность при пальпации не имеет четкой локализации и появляется в правой подвздошной области лишь при распространении воспаления на брюшину. Напряжение передней брюшной стенки слабо выражено или вообще отсутствует из-за атрофии и дряблости мышц, ожирения, наличия вентральных грыж.

# Острый аппендицит в пожилом и старческом возрасте

Очень характерно для острого аппендицита у больных пожилого и старческого возраста ухудшение в течении сопутствующих хронических заболеваний.

У больных с АГ наблюдается повышение артериального давления, гипертонические кризы.

При сопутствующей ИБС острый аппендицит провоцирует стенокардию, нарастание явлений ХСН, аритмии.

У больных с сахарным диабетом возможно нарастание гипергликемии на фоне стардартных схем сахароснижающих препаратов.

Часто наблюдается обострение хронических заболеваний легких, почек, органов пищеварения.

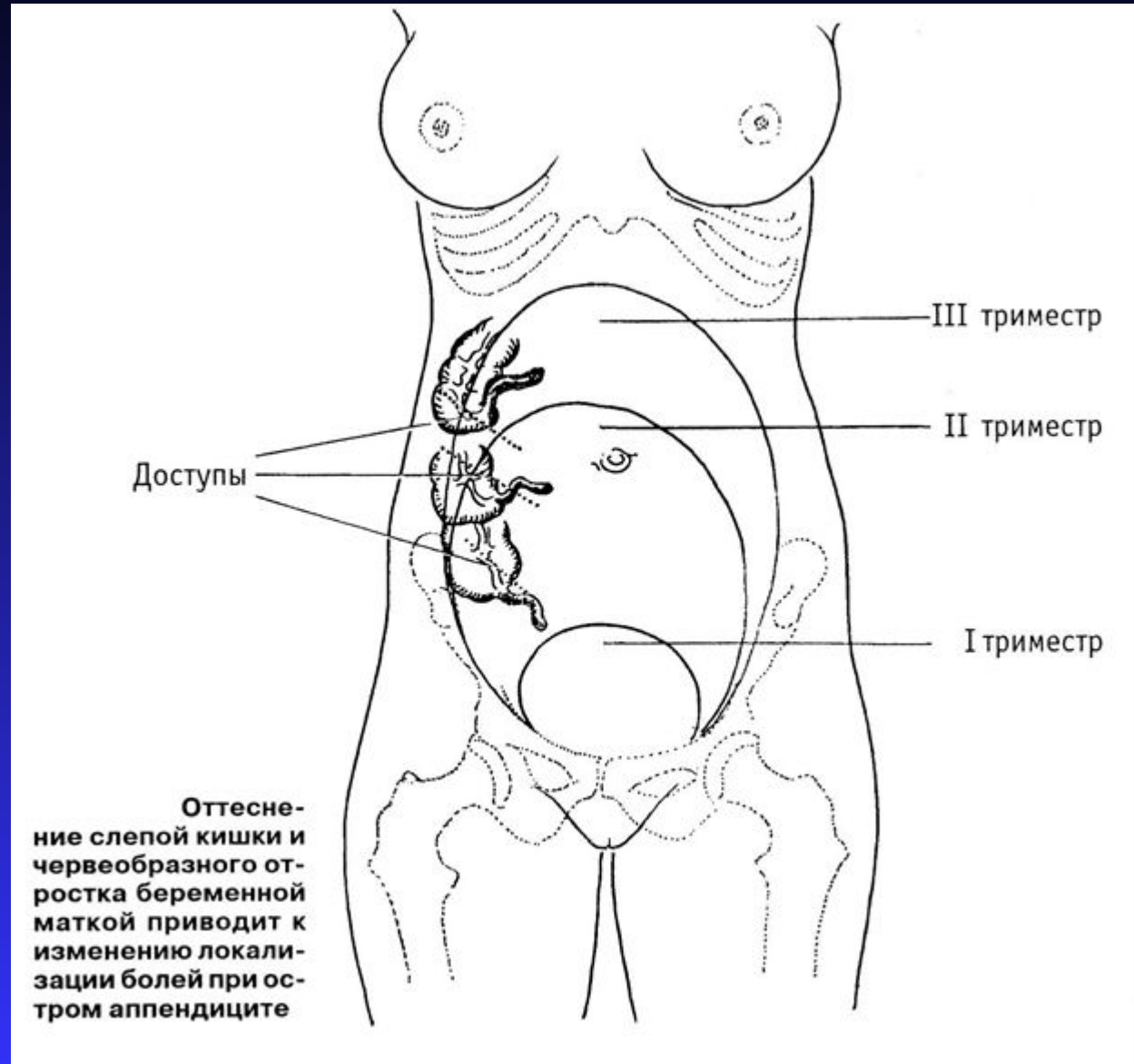
# Острый аппендицит у беременных

У женщин во время беременности в течении острого аппендицита имеются особенности, которые следует учитывать в диагностике во избежание серьёзных последствий из-за возможных ошибок.

Острый аппендицит чаще встречается в первой половине беременности. В этот период клиническая картина заболевания обычно не имеет специфических особенностей, связанных с беременностью.

# Острый аппендицит у беременных

Начиная с пятого месяца беременности червеобразный отросток вместе со слепой кишкой оттесняется увеличенной маткой вверх и кзади.



# Острый аппендицит у беременных

При этом могут происходить сдавление и перегибы слепой кишки и отростка, что нарушает их кровоснабжение и лимфоотток, препятствует их опорожнению. Это, в свою очередь, способствует развитию инфекции.

Дифференцировать диагноз чаще приходится проводить с острым холециститом, заболеваниями почек и патологией беременности.

# Острый аппендицит у беременных

Боли у беременных не имеют типичной локализации, часто иррадиируют в поясничную область и правые боковые отделы живота.

Болевой синдром и болезненность при пальпации ослаблены. Напряжение мышц при растянутой передней брюшной стенке не выражено.

Положение на правом боку вызывает усиление болей из-за давления увеличенной матки на слепую кишку и червеобразный отросток (положительный ***симптом Михельсона***).

Давление на левый край матки и смещение ее вправо вызывает усиление болей (положительный ***симптом Брендо***).

# Острый аппендицит у беременных

Перитонит при остром аппендиците у беременных протекает очень неблагоприятно.

В связи с высоким расположением отростка в брюшной полости гнойный экссудат быстро распространяется в верхнем этаже, а беременная матка препятствует скоплению и отграничению его в прямокишечно-маточном пространстве.

Так-же не происходит осумковывания гнойного экссудата при перфорации отростка и быстро развивается перитонит. При этом происходит стимуляция сокращений матки, что приводит к выкидышу или преждевременным родам.



# Дифференциальная диагностика острого аппендицита

Как уже говорилось, при остром аппендиците нет симптомов, характерных только для этого заболевания. Любой диагностический признак может свидетельствовать и о других заболеваниях органов брюшной полости, особенно – острых, сопровождающихся местным перитонитом или динамической кишечной непроходимостью.

Но дифференциальная диагностика возможна и может быть успешным этапом окончательной диагностики острого аппендицита.

# Дифференциальная диагностика острого аппендицита

- *Острые гастроэнтероколиты.*
- *Перфорация гастродуоденальных язв.*
- *Острый холецистит.*
- *Острый панкреатит.*
- *Правосторонняя почечная колика.*
- *Острая кишечная непроходимость.*
- *Мезаденит.*
- *Острый дивертикулит.*
- *Острое воспаление и перфорация дивертикула Меккеля.*
- *Болезнь Крона.*

# Дифференциальная диагностика острого аппендицита

- *Рак слепой кишки с параканкротическим воспалением.*
- *Заболевания женских половых органов.*
- *Правосторонняя нижнедолевая пневмония или плевропневмония.*
- *Острые детские инфекции.*
- *Глистная инвазия.*
- *Болезнь Шенлейн-Геноха.*

# Хирургическая тактика

N.B. Необходимо помнить, что:

1. Своевременное раннее выполнение операции по поводу острого аппендицита является залогом успешного лечения этого заболевания.

При поступлении больного в стационар нужно стремиться выполнить операцию в первые 2-3 часа с момента госпитализации.

# Хирургическая тактика

2. Диагнозы "аппендикулярная колика" и "кишечная колика" не позволяет врачу четко определить дальнейшую лечебную тактику.

Поэтому не следует пользоваться диагнозом "аппендикулярная колика", а больных с симптомами, характеризующими возможные начальные проявления острого аппендицита необходимо обследовать в условиях дежурного хирургического стационара.

# Хирургическая тактика

3. У 25 - 30% больных острый аппендицит начинается с болей в эпигастральной области, которые через несколько часов перемещаются в правую подвздошную область (***симптом Волковича-Кохера***).

Знание этой особенности клиники острого аппендицита у ряда больных позволит избрать правильную тактику и избежать диагностических ошибок.

# Хирургическая тактика

4. В случаях трудности диагностики допустимо динамическое стационарное наблюдение с выполнением необходимых повторных лабораторных исследований в течение 6-8 часов.

Если в течение этого срока не представляется возможным поставить диагноз острого аппендицита, то показана **лапароскопия**, которая является высокоинформативным инвазивным методом диагностики.



# Хирургическая тактика

5. Подтвердив диагноз острого аппендицита с применением видеолапароскопии возможно выполнение лапароскопической аппендэктомии.

При этом необходимо объективно оценить возможность выполнения лапароскопической операции исходя из характера изменений червеобразного отростка и наличия его осложнений, а также уровня подготовки и технических возможностей хирурга.

# Хирургическая тактика

6. При поступлении больного с подозрением на *неосложненный аппендицит*, в сроки превышающие 24 часа от момента появления первых симптомов заболевания, нередко требуется использование тактики динамического наблюдения с подробным выяснением анамнеза болезни и обследованием в условиях хирургического стационара.

При подтверждении диагноза и наличии болевого синдрома показана операция.

# Хирургическая тактика

7. У ряда больных острым аппендицитом в начале заболевания наряду с рвотой и болями в животе самой разнообразной локализации имеется неоднократный жидкий стул. При этом иногда возникают большие трудности по дифференциальной диагностике между аппендицитом и инфекционным кишечным заболеванием (дизентерия, брюшной тиф, пищевая токсикоинфекция и др.).

В этих случаях хирургу и инфекционисту рекомендуется не отвергать как тот, так и другой диагноз. Больной подлежит госпитализации в инфекционный стационар при условии обязательного осмотра хирургом в первые 2-3 часа с момента госпитализации, а при необходимости и неоднократно. При подтверждении данных за острый аппендицит – перевод в хирургическое отделение.

# Хирургическая тактика

8. Диагностика острого аппендицита у лиц пожилого и старческого возраста часто затруднена ввиду атипичного, стертого течения заболевания, что приводит как к позднему поступлению их в хирургический стационар, так и задержке с оперативным вмешательством.

Тактика врача в этих случаях должна предусматривать не только тщательное динамическое наблюдение, но и использование всего перечня диагностических исследований ряда специальных методов (лапароскопия, ультразвуковое и термографическое исследование).

# Хирургическая тактика

9. При диагностике острого аппендицита у детей часто возникают большие трудности распознавания заболевания у пациентов младшей возрастной группы.

Следует иметь ввиду обязательную госпитализацию детей с болями в животе в хирургический стационар, для последующего динамического наблюдения квалифицированным хирургом.

Диагноз острого аппендицита не может быть обоснованно исключен без проведения пальцевого ректального исследования.

# Хирургическая тактика

**10.** Ошибочный диагноз острого аппендицита может быть поставлен при перфоративной гастродуоденальной язве или перфорации желчного пузыря в связи с поступлением жидкого содержимого этих органов в правую подвздошную область.

Тактика врача при этом должна предусматривать выполнение обзорной рентгенографии брюшной полости с захватом поддиафрагмальных пространств, УЗИ брюшной полости, диагностической лапароскопии.

# Хирургическая тактика

**11.** Возможность ретроцекального и ретроперитонеального расположения червеобразного отростка при воспалительном процессе в нем требует проведения экстренной экскреторной урографии для дифференциации этого заболевания от патологии почек и мочевыводящих путей.



# Хирургическая тактика

**12.** Ввиду возможности тазового расположения червеобразного отростка при воспалительном процессе в нем возникает необходимость в проведении пальцевого ректального и вагинального исследования для выявления возможных осложнений аппендицита или заболеваний органов малого таза.

# Хирургическая тактика

**13.** Отвергнуть диагноз острого аппендицита у женщин при дифференциально-диагностических сомнениях помогает в ряде случаев пункция заднего свода влагалища, которая может выявить наличие крови в брюшной полости и решить вопрос в пользу гинекологического заболевания.

# Хирургическая тактика

**14.** Ввиду нередкой сложности диагностики острого аппендицита у беременных (особенно в поздние сроки) следует использовать тактику стационарного наблюдения и обследования пациентки с привлечением специалиста акушера-гинеколога.

Особое внимание следует обратить на характер боли и ее локализацию, на характер тошноты и рвоты, а также – температуру тела и данные лабораторных исследований крови.

*Спасибо за внимание!*