**Аппендицит острый**

Аппендицит острый неспецифическое воспаление червеобразного отростка слепой кишки.

Симптомы, течение. Клинические проявления острого аппендицита зависят от характера морфологических изменений в отростке, его расположения, возраста больных, характера присоединившихся осложнений. Начальный симптом заболевания внезапно возникающая тупая боль без четкой локализации в верхней половине живота или области пупка. Через А6 ч (с колебаниями от 1 до 12 ч) боль перемещается в правую подвздошную область. Изменение локализации болей с возникновением болезненности в правой подвздошной области указывает на тревожное появление соматических болей, обусловленных раздражением висцеральной брюшины (т. е. воспаление захватило все слои стенки отростка). Локализация боли зависит от расположения червеобразного отростка: при типичном положении его больной ощущает боль в правой подвздошной области, при высоком положениипочти в правом подреберье, при ретроцекальном положении на боковой поверхности живота или в поясничной области, при тазовом положении над лобком. Тошнота частый симптом острого аппендицита, иногда, особенно в начале заболевания, возможна рвота. Стул в большинстве случаев не нарушен. При расположении отростка рядом со слепой или прямой кишкой или среди петель тонкой кишки воспаление может распространяться на кишечную стенку, что приводит к скоплению жидкости в просвете кишки и поносу.

Язык в начале заболевания влажный, часто обложен белым налетом. Больной лежит на спине или правом боку; изменение положения тела, кашель, смех, чиханье резко усиливают боль в животе. При осмотре живота может отмечаться отставание правого нижнего квадранта брюшной стенки при дыхании. При пальпации обнаруживают напряжение мышц и резкую болезненность в правой подвздошной области. Здесь же могут определяться положительные симптомы раздражения брюшины (симптом Щеткина Блюмберга, Раздопьского, Воскресенского). Патогномоничных симптомов острого аппендицита нет, вся симптоматика обусловлена явлениями местного перитонита. Боль, как правило, усиливается при положении больного на левом боку (симптом Ситковского), особенно при пальпации (симптом Бартомье Михельсона). При ретроцекальном расположении отростка может быть положительный симптом Образцоваусиление болезненности при поднимании выпрямленной правой ноги. Этот симптом следует проверить очень осторожно, так как при грубом давлении на брюшную стенку возможна перфорация отростка. Температура часто повышена до субфебрильных цифр. В кровилейкоцитоз со сдвигом формулы влево. При пальцевом исследовании прямой кишки или влагалищном исследовании отмечается болезненность при пальпации правой стенки таза (особенно при тазовом положении отростка). Наличие эритроцитов и лейкоцитов в моче не исключает острого аппендицита.

Диагноз острого аппендицита в типичных случаях несложен, однако атипичность расположения и особенности течения воспалительного процесса иногда чрезвычайно затрудняют диагностику заболевания. Дифференциальный диагноз проводят с пиелитом, почечной коликой (см. Мочекаменная болезнь), острым аднекситом, внематочной беременностью, острым энтеритом, мезаденитом, дивертикулитом, острым холециститом, острым панкреатитом, прободной язвой жэлудка и двенадцатиперстной кишки, правосторонней пневмонией, опоясывающим лишаем и др.

Различают острый простой и деструктивный аппендицит. В последнем случае симптоматика острого аппендицита более выражена: сильнее боль, более четки симптомы раздражения брюшины, выше лейкоцитоз и температура. Однако полного соответствия клинической картины заболевания характеру выявляемых морфологических изменений в отростке все же не наблюдается.

Течение острого аппендицита у детей, стариков и беременных имеет свои особенности. У детей недоразвитие большого сальника и гиперергическая реакция организма приводят к быстрому прогрессированию воспалительного процесса и развитию перитонита. Диагностика острого аппендицита у детей в начальной стадии заболевания трудна: тошнота, многократная рвота, высокая температура, разлитая боль в животе, в связи с чем нередко допускаются диагностические ошибки. У стариков снижение реактивности организма обусловливает стертость клинических симптомов заболевания, что может быть поводом к запоздалой диагностике и госпитализации. Отсюда превалирование деструктивных форм острого аппендицита и нередко аппендикулярных инфильтратов. У беременных смещение купола слепой кишки и червеобразного отростка маткой приводит к изменению типичной локализации болей, а расположение отростка за маткой к снижению выраженности перитонеальных симптомов.

Лечение оперативное. Операция показана не только в каждом ясном с диагностической точки зрения случае, но и при обоснованном подозрении на острый аппендицит, при невозможности на основании клинических признаков и специальных методов исследования (включая лапароскопию) исключить острое воспаление отростка. При выраженных признаках перитонита целесообразно еще до операции ввести антибиотики (аминогликозиды) и метронидазол. У худощавых пациентов молодого возраста аппендэктомию, как правило, проводят под местной анестезией 0,250,5% раствором новокаина. При выраженном болевом синдроме у больных с неустойчивой психикой, детей, беременных, больных пожилого и старческого возраста следует отдать предпочтение общему обезболиванию.

Осложнение острого аппендицита. Перфорация отростка с развитием диффузного (распространенного) или разлитого перитонита. На фоне характерной клинической картины острого аппендицита боль внезапно резко усиливается (момент перфорации), после чего распространяется по всему животу. Общее состояние больного быстро ухудшается. Нарастает интоксикация, постепенно развивается прогрессирующий парез желудочнокишечного тракта, проявляющийся вздутием живота, срыгиванием и рвотой застойным желудочным содержимым. Другие симптомы сухой обложенный язык, тахикардия, не соответствующая уровню температуры, в крови высокий лейкоцитоз. При физикальном исследовании определяются разлитое напряжение мышц и болезненность по всему животу с положительными симптомами раздражения брюшины, полное отсутствие перистальтических шумов кишечника.

Лечение операция. Однако при выраженной интоксикации, четких признаках диффузного перитонита необходима предоперационная подготовка, которую в течение 23 ч проводят совместно хирург и анестезиолог. Оперативное вмешательство состоит в аплендэктомии, промывании брюшной полости, ее дренировании. При разлитом перитоните после операции проводят перитонеальный лаваж или повторные релапаротомии (первоначально через день) с промывай нем брюшной полости.

Прогноз серьезный.