Министерство образования Российской Федерации

Пензенский Государственный Университет

Медицинский Институт

Кафедра Хирургии

**Реферат**

на тему:

«Острый аппендицит»

Выполнила:

студентка V курса

Проверил:

к.м.н., доцент

**Пенза**

**2008**

**План**

Введение

1. Клиническая характеристика
2. Аппендицит у беременных
3. Ошибочный диагноз

Литература

**Введение**

Аппендицит является наиболее частой причиной неотложных абдоминальных операций в США и Великобритании; он остается наиболее частой причиной экстренных вмешательств у беременных. Хотя в классических случаях диагностика аппендицита не вызывает сомнений, чаще она бывает затруднительной. Наибольшие трудности возникают у очень молодых и у самых пожилых больных, а также у беременных. В исследовании Jauik и Firor у 55 % детей в возрасте до 6 лет при операции был выявлен перфоративный аппендицит, хотя симптоматика наблюдалась лишь в течение 2 дней. В другом исследовании 92 % больных старше 80 лет имели перфоративный аппендицит; смертность составила 23 %.

В 40 % случаев наблюдается обструкция просвета отростка, обычно фекальными массами. К другим причинным факторам обструкции относятся увеличение лимфатических узлов, застой бария, круглые черви, опухоли и гранулематозное воспаление вследствие болезни Крона. Наиболее частой опухолью является карциноидная опухоль. У пожилых больных описаны случаи аденокарциномы аппендикса. По мнению одного из авторов, наличие карциномы следует предполагать у всех больных старше 55 лет с симптомами острого аппендицита в течение 2 дней. Секреция слизи может привести к прогрессивной обструкции, венозному стазу, нарушению кровотока и бактериальной пролиферации.

Хотя явления острого аппендицита могут исчезнуть в результате внутривенного введения антибиотиков, более вероятно развитие гангрены, а также перфорация и образование абсцесса. Осложнения абсцесса включают септицемию и образование фистул между аппендиксом и тонкой или толстой кишкой или мочевым пузырем.

Несмотря на применение антибиотиков и активной плазмо-замещаюшей терапии перфорация с последующим образованием абсцесса по-прежнему наблюдается очень часто. Улучшение прогноза связывают с ранней диагностикой, быстрой предоперационной подготовкой и своевременным оперативным вмешательством.

1. **Клиническая характеристика**

Классическая картина аппендицита включает следующее:

1) анорексию;

2) периумбиликальные или эпигастральные спастические боли, сопровождающиеся тошнотой и рвотой;

3) развитие сильной и стойкой боли, постепенно смещающейся в правый нижний квадрант живота.

Боль может иррадиировать в тестикулы или фланки живота, особенно при ретроцервикальном расположении отростка. Такая картина наблюдается примерно у 60 % пациентов. Как правило, симптомы присутствуют менее одного дня, однако у очень молодых и самых пожилых они могут сохраняться значительно дольше. У больных старше 40 лет симптоматика аппендицита с перфорацией длится дольше, чем без перфорации. Увеличение времени с момента поступления больного до операции отмечается у пожилых и чаще ассоциируется с перфорацией.

Анорексия является настолько частым симптомом аппендицита, что ее отсутствие делает диагноз спорным. Тошнота и рвота наблюдаются у большинства больных. Симптомы у 53 больных старше 40 лет с доказанным аппендицитом перечислены в табл. 1. В другом исследовании оценивалась прогностическая значимость признаков, симптомов и лабораторных изменений у 305 больных с аппендицитом (табл. 2).

В ряде случаев в процессе обследования пациента болезненная область определяется непосредственно над аппендиксом.

Тщательный опрос выявляет, что боль вначале имела более центральную локализацию. Хотя левосторонний аппендицит чрезвычайно редок, он может наблюдаться при situs inversus viscerum, мальротации кишечника, подвижной слепой кишке или при очень длинном аппендиксе, пересекающем срединную линию.

Анамнестические сведения о длительном периоде чередования поносов и запора могут указывать на наличие у больного дивертикулеза; в таком случае данное обострение действительно может представлять эпизод острого дивертикулита. Регионарный энтерит, конечно, может проявляться точно так же, как острый аппендицит.

У женщин полный гинекологический анамнез обязателен. Ряд гинекологических осложнений может иметь проявления, аналогичные острому аппендициту, поэтому их дифференциация достаточно затруднительна. Дифференциальный диагноз включает тубоовариальный абсцесс, острый сальпингит, разрыв кисты желтого тела и эктопическую беременность. По мнению Lewis и соавт., развитие болей в первые 7 дней менструации свидетельствует о воспалительном процессе в малом тазе, тогда как их возникновение через 8 дней или позднее предполагает наличие аппендицита.

Следует также получить урологический анамнез, так как симптомы почечной колики, пиелонефрита и цистита могут маскировать острый аппендицит. В ряде случаев, когда воспаленный аппендикс пересекает мочеточник, клиническая картина становится еще более неопределенной, поскольку в образцах мочи у таких больных обнаруживаются эритроциты, лейкоциты и даже бактерии.

Повышение температуры обычно небольшое (37,7—38,3 °С), если только отсутствует локализованный или диффузный перитонит. Лихорадка наблюдается менее чем у 50 % больных с отраженной болью. В обширном исследовании у детей средняя температура при аппендиците составила 38,2 °С. Подъем температуры, по-видимому, не коррелирует с наличием или отсутствием перфорации.

**Таблица 1.** Симптомы острого аппендицита у больных старше 40 лет

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Симптом** | **Число больных** | % |
| Боли в правом нижнем квадранте **(ПНК)** | 31 | 58 |
| Тошнота | 26 | 49 |
| Рвота | 24 | 45 |
| Анорексия | 19 | 36 |
| Спастические абдоминальные боли | 10 | 18 |
| Общие боли — **ПНК** | 9 | 17 |
| Околопупочные боли — **ПНК** | 6 | 11 |
| Диарея | 6 | 11 |
| Запор | 5 | 9 |
| Лихорадка | 3 | 6 |

Прогностические факторы в диагностике аппендицита:

1. Локальная болезненность в правом нижнем квадранте
2. Лейкоцитоз
3. Миграция боли
4. Сдвиг формулы крови влево
5. Повышение температуры
6. Тошнота/рвота
7. Анорексия/ацетон
8. Отраженные боли

Боль в правом нижнем квадранте живота чаще всего присутствует при неперфорированном аппендиците или в случаях локализованного перитонита. Однако болезненность в этой области может также наблюдаться при сальпингите, мезентерическом адените, гастроэнтерите или даже при неспецифических абдоминальных болях. Последующее развитие диффузной болезненности свидетельствует о возникновении перфорации и наличии генерализованного перитонита.

Возникновение болезненности в правом нижнем квадранте (там, где оно определяется) четко свидетельствует об остром аппендиците. Однако если ее нет, диагноз не отвергается. В исследовании Lewis и соавт. аналогичная болезненность наблюдалась у 48 % больных без острого аппендицита. Специфический диагноз у этих больных не был поставлен, однако в большинстве случаев отмечены воспалительные заболевания органов малого таза.

При длительном существовании острого аппендицита возможно развитие непроходимости. В таких случаях перистальтика кишечника снижена или отсутствует. Однако оценка перистальтики кишечника мало способствует диагностике аппендицита, за исключением случаев выявления обструктивного поражения.

Ректальное исследование должно проводиться у всех больных, а у женщин, кроме того, исследование органов малого таза. При ретроцекальной или тазовой локализации аппендикса пальпация живота может быть безболезненной. Болезненность в соответствующей области при ректальном или гинекологическом исследовании способствует установлению диагноза, хотя она не патогномонична для острого аппендицита. Lewis и соавт. отметили ректальную болезненность у 45—60 % больных независимо от диагноза. На наличие абсцесса в малом тазе указывает пальпируемое образование при ректальном или гинекологическом исследовании.

Болезненная шейка матки — классический симптом при наличии воспалительного процесса в малом тазе — может наблюдаться при остром аппендиците при его тесном прилегании к мочеточнику, яичникам или трубам.

Как правило, определяется лейкоцитоз с максимальным увеличением числа лейкоцитов при перфорации (около 18 000). Лейкоцитоз сам по себе не патогномоничен для диагноза аппендицита. У большинства больных отмечается сдвиг формулы влево даже при невысоком числе лейкоцитов.

Обязателен анализ мочи, поскольку у больных с инфекцией мочевыводящих путей (особенно с пиелонефритом) может наблюдаться клиническая картина, аналогичная острому аппендициту, в том числе болезненность внизу живота. При пересечении отростком мочеточника пиурия и гематурия могут наблюдаться и в отсутствие инфекции, поэтому лабораторные данные следует оценивать с учетом клинической картины.

Рентгенограммы органов брюшной полости и грудной клетки, хотя они часто производятся, мало способствуют установлению диагноза; они более полезны в выявлении заболеваний, симулирующих острый аппендицит. Рентгеноскопия позволяет исключить обструкцию тонкой кишки или наличие камней в мочевыводящих путях. Неспецифичные находки при остром аппендиците включают следующее: раздутые петли кишечника в правом нижнем квадранте; смазанность тени правой ягодичной мышцы, особенно при перфорации; сколиоз с изгибом вправо; воздух в аппендиксе или пузырьки газа в правом нижнем квадранте; скопление жидкости между толстой кишкой и фланками живота. Кальцификация аппендикса выявляется у 50 % детей и 10 % взрослых с острым аппендицитом.

При спорном диагнозе необходимо исследование с заполнением аппендикулярного отростка барием. Незаполненный аппендикс предположительно указывает на наличие острого аппендицита, однако возможны и исключения, поскольку не во всех случаях аппендицит сопровождается обструкцией его просвета. Перфорация может привести к опорожнению просвета и ретроградному заполнению отростка. Иногда наблюдается частичное заполнение гангренозного отростка; частичное заполнение очень длинного воспаленного отростка может расцениваться как нормальная рентгенологическая картина.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости полезно в качестве дополнительного метода дифференциальной диагностики; оно позволяет выявить новообразования в правом нижнем квадранте или в малом тазе. Оно целесообразно также у женщин, поскольку помогает отличить аппендицит от тубоовариального абсцесса или эктопической беременности.

1. **АППЕНДИЦИТ У БЕРЕМЕННЫХ**

Острый аппендицит у беременных труден для диагностики. По мере развития беременности отросток отодвигается выше и латеральнее. Следовательно, зоны максимальной болезненности, как и область наибольшей боли, сдвигаются из правого нижнего квадранта в более субкостальную (справа) позицию. Они могут вовлекать всю правую половину живота. Напряжение живота может быть минимальным или отсутствует. Gomez отмечает, что 88 % его пациенток имели соответствующую симптоматику менее суток. Наиболее часто наблюдались тошнота, рвота и анорексия. У большинства пациенток определялась болезненность в правом нижнем квадранте. Хотя в этом исследовании нет данных о смертности плода, по другим сообщениям, она составляет 8 %; при наличии перитонита смертность достигает 30 %. Острый аппендицит чаше всего возникает во II триместре беременности. Беременность не является противопоказанием для операции.

**3. ОШИБОЧНЫЙ ДИАГНОЗ**

В тех случаях, когда при обследовании обнаруживается неизмененный аппендикулярный отросток, наиболее частыми диагнозами могут быть мезаденит, гастроэнтерит, неспецифические абдоминальные боли или острое гинекологическое осложнение. В исследовании Lewis ошибочный диагноз в подобной ситуации был поставлен у '/з женщин и 2/з мужчин. Развитие заболевания указывало на острый аппендицит, однако при пальпации болезненность не была достаточно четко локализована в правом нижнем квадранте, и ее возобновление наблюдалось не часто.

Очень часто не диагностируется воспалительное заболевание органов малого таза. Продолжительность симптоматики в этом случае обычно больше, чем при остром аппендиците, тошнота и рвота наблюдаются редко, а анорексия часто отсутствует. Клинические признаки и лабораторные данные обычно малоинформативны для дифференциальной диагностики, если отсутствует болезненность в нижних квадрантах с обеих сторон и(или) болезненность при смещении шейки матки.

**Литература**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И. Кандрора, д. м. н. М.В.Неверовой, д-ра мед. наук А.В. Сучкова, к. м. н. А.В. Низового, Ю.Л. Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Внутренние болезни Елисеев, 1999 год