

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра общей хирургии им. проф. М.И.Гульмана

**РЕФЕРАТ:
Острый аппендицит**

Выполнил: ординатор
Томашевский А.М.
Проверил: д.м.н. профессор кафедры
общей хирургии им.
проф. М.И.Гульмана Петрушко С. И.

Красноярск 2019

Определение

Острый аппендицит - воспаление червеобразного отростка слепой кишки является самым частым хирургическим заболеванием органов брюшной полости. Это заболевание может возникнуть в любой возрастной группе, но наибольшая частота его отмечается в юношеском и молодом возрасте. Результаты лечения острого аппендицита имеют прямую зависимость от сроков оперативного вмешательства.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
K35	Острый аппендицит

Этиология и патогенез

Острый аппендицит по своей сущности является неспецифическим воспалением червеобразного отростка, вызываемым преимущественно возбудителями гнойной инфекции, обитающими в просвете кишечника (кишечная палочка, энтерококк, стафилококк, стрептококк и др.). Однако острый аппендицит может быть также следствием специфического инфекционного заболевания - сальмонеллеза, дизентерии, псевдотуберкулеза.

В развитии острого аппендицита участвует транслокация патогенной микрофлоры из просвета кишечника в интрамуральные лимфоидные образования червеобразного отростка и их последующее воспаление. В ряде случаев острый аппендицит развивается вследствие лимфогенного или гематогенного инфицирования. Энтерогенная инфекция червеобразного отростка возможна лишь при определенной степени снижения барьерной функции эпителия его слизистой оболочки, что может быть обусловлено нарушением регионарного кровообращения, повышением давления в его просвете, повреждением слизистой оболочки и, возможно, другими еще не выясненными причинами.

Классификация

Практическая необходимость классификации острого аппендицита обусловлена существенными различиями содержания оперативного вмешательства и исходов лечения в зависимости от характера патологических изменений в червеобразном отростке и прилежащих органах. В зависимости от клинической картины заболевания выделяют:

1. Острый аппендицит с типичной клинической картиной;
2. Острый аппендицит с атипичной клинической картиной:
 - с дизурическими расстройствами;
 - с симптомами гинекологических заболеваний;
 - с симптомами заболеваний желчевыводящих путей;
 - с диареей или другими признаками острых желудочно-кишечных инфекций;
 - с признаками тяжелой гнойной интоксикации;
 - с гиперпирексией.

По характеру морфологических изменений в стенке червеобразного отростка острый аппендицит подразделяется на:

1. Простой (поверхностный, катаральный) аппендицит;
2. Флегмонозный аппендицит;
3. Гангренозный аппендицит;
4. Перфоративный аппендицит.

По распространенности патологического процесса острый аппендицит делится на:

1. Неосложненный;
2. Осложненный (аппендикулярным инфильтратом, аппендикулярным или межкишечным абсцессом, местным или разлитым перитонитом, забрюшинной флегмоной и др.).

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ

ЭТАПЕ Клиническая картина

Приступ острого аппендицита обычно развивается внезапно. Появляется боль, первоначально локализуемая в подложечной области или около пупка. Боль может носить разлитой характер. Спустя некоторое время (3-5 часов) боль локализуется в правой подвздошной области (симптом Кохера). Боли при остром аппендиците обычно постоянные, усиливающиеся при движении больного, кашле, физическом напряжении. На фоне боли может развиваться вздутие живота, задержка стула и газов, тошнота, рвота, бывает жидкий стул, субфебрильная лихорадка, ложные позывы на мочеиспускание. Наличие этих симптомов указывает на высокую вероятность деструктивных изменений в червеобразном отростке.

Кардинальные признаки типично протекающего острого аппендицита: болезненность, защитное напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правой подвздошной области. Защитное напряжение мышц брюшной стенки может отсутствовать в первые часы заболевания, при тазовом, ретроцекальном и забрюшинном расположении червеобразного отростка, пожилых и истощенных больных.

Дифференциальная диагностика

В диагностике острого аппендицита главную трудность представляют атипичные клинические формы. В зависимости от характера клинических проявлений острый аппендицит необходимо дифференцировать с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки, внепеченочных желчных путей, острым панкреатитом, острым энтероколитом, острой кишечной непроходимостью, заболеваниями женской половой сферы, почечной коликой справа.

Советы позвонившему

- Позвольте больному принять удобную для него позу. - Запретите больному есть и пить.
- Запретите больному принимать обезболивающие лекарственные средства.
- Посоветуйте измерить температуру тела больного.

- Посоветуйте не оставлять больного без присмотра.

Действия на вызове скорой медицинской помощи

Обязательные вопросы

- В каком месте живота Вы ощущаете боль? Каков характер боли?
- Перемещаются ли боли? Сколько времени продолжаются?
- Была ли рвота?
 - Повышалась ли температура тела?
 - Изменился ли характер стула?

Диагностические мероприятия (D,4)

- Оценка общего состояния и жизненно важных функций организма: сознание, дыхания, кровообращения.
- Визуальная оценка цвета кожных покровов (бледные), видимых слизистых (сухой язык, наличие налета), участие живота в акте дыхания.
- Исследование пульса, измерение ЧСС, АД (тахикардия, гипотония).
- Пальпация живота: болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области - кардинальные признаки типично протекающего острого аппендицита.
- Выявление симптомов острого аппендицита.
 - симптом Кохера - смещение боли из эпигастрия или верхних отделов живота в правую подвздошную область.
 - симптом Бартоломье-Михельсона - усиление болей при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку.
 - симптом Образцова - усиление боли во время пальпации в правой подвздошной области при поднятии выпрямленной в коленном суставе правой ноги.
 - симптом Ровзинга - появление или усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразном надавливании на левую

подвздошную область.

- симптом Ситковского - появление или усиление болей в правом боку при повороте больного на левый бок.
- симптом Щеткина-Блюмберга (перитонит) - усиление боли в момент резкого отнятия производящей давление руки.

- Ректальное пальцевое исследование: болезненность и нависание передней стенки прямой кишки.

- Наличие ассоциированных симптомов: вздутие живота, задержка стула и газов, тошнота, рвота, кратковременная диарея, субфебрильная лихорадка, ложные позывы на мочеиспускание.

Лечение (D,4)

При подозрении на острый аппендицит больной должен быть немедленно доставлен в многопрофильный стационар, где возможно проведение дополнительных исследований и привлечение смежных врачей-специалистов. При этом, в случае атипичной клинической картины, допустимо использовать диагноз направления «острый живот».

Обеспечение венозного доступа, мониторинг и поддержание витальных функций (в соответствии с общереанимационными принципами при перитоните).

При неснятом диагнозе острого аппендицита противопоказано применение местного тепла (грелки) на область живота, а также применение клизм и обезболивающих лекарственных препаратов. Транспортировка осуществляется лежа на носилках.

В случае категорического отказа больного от госпитализации, он сам и его родственники должны быть предупреждены о возможных последствиях с соответствующей записью в медицинской документации и должно быть организовано динамическое наблюдение за пациентом врачом поликлиники.

Часто встречающиеся ошибки

- Введение анальгетиков (особенно наркотических) и слабительных.

- Применение местного тепла (грелки) и очистительных клизм, способствующих развитию деструктивного аппендицита.
- Промывание желудка.
- Отказ от госпитализации.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СТОСМП)

Наличие болей в животе требует целенаправленного исключения диагноза острый аппендицит с учетом разнообразия его атипичных форм. Задачей врача СтОСМП (приемного отделения) является выявление больных с острым аппендицитом и подготовка их к хирургическому лечению, а также выявление пациентов с подозрением на это заболевание и обеспечение их госпитализации в хирургическое отделение для динамического наблюдения, дообследования и лечения.

Диагностика (D,4)

В СтОСМП больной с болями в животе должен быть осмотрен врачом-хирургом, врачом-терапевтом (при наличии сопутствующей терапевтической патологии). При необходимости врачом-урологом и/или врачом-акушером-гинекологом;

Должны быть взяты клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, а также выполнены ЭКГ, рентгенография груди. При необходимости рентгенография живота, УЗИ органов живота и малого таза, ФГДС (для исключения обострения язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки, острого панкреатита, патологии внепеченочных желчных путей, острой кишечной непроходимости и т.д.).

Критерии диагностики острого аппендицита в СтОСМП

- боль в правой подвздошной, симптом Кохера;
- болезненность, защитное напряжение мышц и положительный симптом

Щеткина-Блюмберга правой подвздошной области (кардинальные признаки типично протекающего острого аппендицита);

- наличие лейкоцитоза в общеклиническом анализе крови;

- к местным признакам острого аппендицита относится наличие инфильтрата в брюшной полости. Чаще всего этот инфильтрат занимает область правой подвздошной ямки.

Пациент с подозрением на острый аппендицит должен быть осмотрен ответственным дежурным врачом-хирургом. В случае подтверждения диагноза, пациент подписывает информированное согласие на выполнение операции и готовится к оперативному вмешательству. Сомнения в диагнозе острого аппендицита служат основанием для направления больного в хирургическое отделение для динамического наблюдения.

Перед операцией в обязательном порядке производятся опорожнение желудка через введенный зонд и мочевого пузыря, гигиеническая подготовка области оперативного вмешательства. По специальным показаниям осуществляются проведение медикаментозной подготовки, инфузионной терапии с превентивным введением антибиотиков за 30-40 минут до операции.

В случае категорического отказа больного от госпитализации, он сам и его родственники должны быть предупреждены о возможных последствиях с проведением консилиума и соответствующей записью в медицинской документации.

В случае самовольного ухода больного до определения диагноза из СтОСМП, врач обязан сообщить об этом в поликлинику по месту жительства пациента для активного его осмотра врачом-хирургом поликлиники на дому.

Приложение

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
----------------------	----------

1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
А	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные

	доказательства из исследований, оцененных, как 2+
--	---