Федеральное государственное бюджетное общеобразовательное учреждение  
высшего образования «Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**Реферат на тему:**

Острый аппендицит.

Выполнил:  
Врач-ординатор 1-го обучения 105 группы  
Мищик Н.В.

Заведующий кафедрой: д.м.н., проф. Винник Юрий Семенович

Красноярск, 2023 год

**Содержание**

Вступление………………………………………………………………….…..…3

Этиология и патогенез……………………….……………………………….......4

Классификация……………………………….…………………………..….…....5

Патологическая анатомия……..........................................................................…6

Клинические проявления и диагностика………………………..………………7

Дифференциальная диагностика………………………………………………..17

Лечение…………………………………………………………………...………22

Прогноз…………………………………………………………………….........24

Список литературы………………………………………………………………25

**Вступление**

Острый аппендицит (ОА) — это неспецифическое воспаление червеобразного отростка. Согласно сборным статистическим данным частота заболеваемости аппендицитом достигает 4–5 человек на 1000 населения и составляет 40–50 %от всех больных хирургического профиля. Наиболее часто заболеванию подвержены люди молодого (20–40 лет) возраста, причем женщины заболевают более чем в 2 раза чаще мужчин. Летальность от аппендицита составляет в среднем 0,2–0,3 %, причем ее причиной чаще всего являются осложнения, развившиеся у больных, оперированных в поздние сроки от начала заболевания.

**Этиология и патогенез**

Современные представления об этиологии и патогенезе острого аппендицита строятся на следующей концепции. Процесс начинается с функциональных расстройств со стороны илеоцекального угла (баугиноспазм), слепой кишки и червеобразного отростка. К возникновению спастических явлений ведут нарушения пищеварения (усиление гнилостных процессов в кишечнике, атония и др.), в результате чего плохо опорожняется толстая кишка и червеобразный отросток. Провоцировать спазм могут находящиеся в отростке инородные тела, каловые камни, глисты. Спазм гладкой мускулатуры отростка приводит также к регионарному сосудистому спазму и локальному нарушению трофики слизистой оболочки (первичный аффект Ашоффа).

Нарушение эвакуации, застой кишечного содержимого способствуют повышению вирулентности кишечной микрофлоры, которая при наличии первичного аффекта легко проникает в стенку отростка и вызывает в нем типичный воспалительный процесс. Вначале наступает лейкоцитарное пропитывание только слизистой оболочки и подслизистого слоя, а затем всех слоев червеобразного отростка. Инфильтрация сопровождается также перестройкой лимфоидной ткани (гиперплазия). Возникновение зон ишемии и некроза способствует образованию патологических ферментов (цитокиназы, калликреина и др.), обладающих высокой протеолитической активностью, что приводит к дальнейшей деструкции стенки отростка, вплоть до ее перфорации и развития гнойного перитонита.

Наиболее часто выделяемая микрофлора – это аэробные микро-организмы: Esherichia Coli, Streptococcus viridans, Pseudomonas Aeruginosa, Streptococcus D; анаэробы Bacteroides Fragilis, Bacteroides Thetaiotaomicron, Peptostreptococcus Micros, Bilophila Wadsworthia, Lactobacillus spp и их ассоциации.

**Классификация**

**Острый аппендицит:**

- катаральный (простой, поверхностный);

- флегмонозный;

- эмпиема червеобразного отростка;

- гангренозный;

- вторичный.

**Осложнения:**

- перфорация червеобразного отростка;

- аппендикулярный инфильтрат (дооперационное выявление);

- аппендикулярный инфильтрат (интраоперационное выявление);

- рыхлый;

- плотный;

- периаппендикулярный абсцесс (дооперационное выявление);

- периаппендикулярный абсцесс (интраоперационное выявление);

- перитонит;

- пилефлебит;

- забрюшинная флегмона.

**Патологическая анатомия**

Морфологические изменения в червеобразном отростке, выявляемые  
при микроскопическом исследовании, могут быть различными и во многом зависят от времени, прошедшего от начала заболевания. Для простого (катарального) аппендицита характерно незначительное расширение сосудов, гиперемия серозного покрова. Слизистая оболочка гиперемирована с множественными кровоизлияниями, иногда с изъязвлениями и налетом фибрина. Микроскопически определяется лейкоцитарная инфильтрация стенки аппендикса. Следует отметить, что у 10–15 % больных при морфологическом исследовании удаленного отростка воспалительные изменения не удается обнаружить.

При флегмонозном аппендиците серозная оболочка отростка покрыта  
фибринозным налетом. Отросток значительно утолщен, напряжен и отечен. В его просвета содержится гной (иногда гной заполняет весь просвет). Стенки отростка резко инфильтрированы лейкоцитами.

Гангренозный аппендицит характеризуется наиболее выраженными  
морфологическими изменениями в червеобразном отростке. Наступает  
омертвление слизистой или всего отростка. Стенка его становится дряблой,  
зеленовато–черного цвета. В просвете содержится гной со зловонным запахом, каловые камни. Микроскопически определяется некроз стенки отростка. При перфорации отростка имеется различного диаметра перфоративное отверстие.

**Клинические проявления и диагностика**

Классическая клиническая картина (анамнез, типичные физикальные симптомы, лабораторные признаки) отсутствует в 20-33% случаев. При этом в других случаях ОА может «маскироваться» под другие заболевания, в связи с чем диагностика ОА может быть существенно затруднена, особенно у пожилых пациентов, беременных и женщин детородного возраста.

**Простой (катаральный) аппендицит.** Заболевание начинается внезапно, среди полного благополучия, без продромального периода. Наиболее постоянный симптом — боль в животе, которая, как правило, носит  
постоянный характер. **Триада Дьелофуа** (классическая триада острого  
аппендицита): спонтанная боль в правой подвздошной ямке; напряжение мышц правой подвздошной области при пальпации живота; гиперестезия кожи правой подвздошной области.

Локализация боли в начале заболевания непостоянна. Чаще всего она  
появляется сразу в правой подвздошной области, но может возникнуть в эпигастрии **(симптом Кохера)** или в околопупочной области **(симптом Кюммеля)** и только спустя 4–3 часов переместиться в правую подвздошную область. В отдельных случаях клиническая картина острого аппендицита развивается очень бурно, боль при этом не локализуется, а возникает сразу по всему животу. Локализация боли зависит от анатомических особенностей расположения аппендикса (восходящее, медиальное, тазовое, ретроцекальное или ретроперитонеальное, левостороннее). При восходящем расположении боль локализуется в правом подреберье и может симулировать клинику желчной колики или язвенной болезни, чаще по сравнению с типичными формами, сопровождается рвотой за счет раздражения двенадцатиперстной кишки. Расположение отростка вблизи внепеченочных желчных ходов может вызвать транзиторную желтуху. При медиальном расположении отросток бывает смещен к срединной линии и располагался ближе к корню брыжейки тонкой кишки. Появление болевого синдрома в данном случае с самого начала может сопровождаться многократной рвотой, что связано с рефлекторным раздражением корня брыжейки. Боль локализуется близко к пупку. При тазовом положении воспаленный отросток может контактировать со стенкой мочевого пузыря, что проявляется дизурией и более низкой локализацией боли. При ретроцекальном или ретроперитонеальном положении симптоматика нарастает медленнее, что часто приводит к поздней госпитализации. Чаще возникает иррадиация в правое бедро и даже в правый тазобедренный сустав. Левостороннее расположение червеобразного отростка наблюдается крайне редко (0,1% наблюдений), вся местная симптоматика аппендицита обнаруживается в левой подвздошной области. Также особенность локализации боли может быть связана с беременностью, особенно во второй половине, когда увеличивающаяся матка смещает вверх и латерально илеоцекальный угол, боли, соответственно, будут локализоваться в правой боковой области или в правом подреберье.

**Другой важный симптом — рвота**. Она наблюдается примерно у 40 % больных и носит в начальных стадиях заболевания рефлекторный характер. Рвота чаще однократная. Тошнота, как правило, возникает после боли и носит волнообразный характер. Иногда наблюдается задержка стула, снижение аппетита, но может быть однократный понос, который учащается при ретроцекальном или тазовом расположении воспаленного отростка и может служить патогномоничным симптомом атипичных форм заболевания. Нарушения мочеиспускания наблюдаются редко и могут быть связаны с необычной локализацией отростка (прилежит к почке, мочеточнику, мочевому пузырю).

При объективном исследовании в первые часы заболевания можно  
выявить умеренный субфебрилитет (37–37,6 °С). Кожные покровы обычного  
цвета, пульс незначительно учащен. Язык обложен белым или сероватым налетом, влажный. Живот не вздут, равномерно участвует в дыхании. При  
поверхностной пальпации удается выявить зону гиперестезии в правой  
подвздошной области (симптом Раздольского) в точку Мак Бурнея. Там же может отмечаться увеличение местной температуры на 1,0–1,5 °С.

При глубокой пальпации отмечается выраженная болезненность в  
правой подвздошной области даже в первые часы заболевания, когда еще сам  
больной не может точно указать локализацию боли. Аускультативно можно  
выявить урежение перистальтических шумов. Симптомы раздражения брюшины в стадии катарального воспаления, как правило, отсутствуют, поскольку в воспалительный процесс вовлечена только слизистая червеобразного отростка и подслизистый слой, однако некоторые специальные симптомы можно выявить и в этот период.

**Симптом Ровзинга**. Исследующий врач левой рукой надавливает на  
брюшную стенку в левой подвздошной области соответственно расположению нисходящего отдела ободочной кишки; не отнимая левой руки, правой производит короткий толчок на переднюю брюшную стенку на вышележащий участок толстой кишки. При положительном симптоме больной ощущает боль в правой подвздошной области.

**Симптом Воскресенского (скольжения)**. Врач, располагаясь справа от  
больного, левой рукой натягивает его рубашку, а правой производит по ней  
скольжение кончиками пальцев от подложечной области по направлению к  
правой подвздошной. В конце скольжения больной ощущает резкую боль  
(симптом считается положительным). При определении данного симптома не  
следует в конце скольжения отрывать пальцы от брюшной стенки.  
Нередко оказывается положительным и **симптом Ситковского**. Определяют его следующим образом. Больного укладывают на левый бок.  
Усиление или возникновение боли в правой подвздошной области характерно для острого аппендицита.

**Симптом Бартомье – Михельсона** ⎯ усиление болезненности при  
пальпации правой подвздошной области при положении больного на левом  
боку. Усиление болезненности объясняется тем, что при таком положении  
больного петли тонких кишок и большой сальник, прикрывающие слепую  
кишку и червеобразный отросток, смещаются книзу и он становится более  
доступным для пальпации.

**Симптом Крымова** ⎯ болезненность при исследовании брюшины  
кончиком пальца через наружное отверстие правого пахового кольца

**Симптом Думбадзе** ⎯ появление болезненности при исследовании  
брюшины кончиком пальца через пупок.

**Симптом Яуре–Розанова** применяется для диагностики аппендицита  
при ретроцекальном расположении отростка. При надавливании пальцем в  
области поясничного треугольника Пти появляется болезненность.

**Симптом Габая** определяется аналогично симптому Яуре – Розанова.  
Отмечается боль в момент отнятия пальца в области поясничного треугольника. Один из ранних и объективных симптомов ⎯ увеличение количества лейкоцитов в периферической крови. При катаральном аппендиците лейкоцитоз умеренный и достигает 10–12 × 109/л. При локализации червеобразного отростка рядом с поясничной  
областью или подвздошно–поясничной мышцей воспалительный процесс  
может переходить на последние. Искусственное растяжение их нередко  
сопровождается болью и лежит в основе феномена, который использован в  
пробах Образцова, Коупа и др.

**Симптом Образцова** состоит в появлении боли в области воспалительного очага, если пальцем руки прижать переднюю брюшную стенку в правой подвздошной области и пытаться активно поднять выпрямленную правую ногу.

**Симптом Коупа 1** ⎯ появление или усиление боли в правой  
подвздошной области при ротации правого бедра в тазобедренном суставе (при расположении аппендикса вблизи внутренней запирательной мышцы) Psoas – симптом (Коупа 2) ⎯ боль в подвздошной области при поднятии и наружной ротации бедра выпрямленной ноги на левом боку (обусловлен появлением воспалительного очага рядом с поясничной мышцей)

Важное значение в распознавании острого аппендицита имеют ректальное (у мужчин) или вагинальное (у женщин) исследование. Они должны производиться всем больным и преследуют цель определить чувствительность тазовой брюшины («крик дугласа») и состояние других органов малого таза, особенно у женщин.

**Флегмонозный аппендицит.** Боли при данной клинической форме  
довольно интенсивны и постоянны. Характерна четкая локализация в правой  
подвздошной области. Иногда боль приобретает пульсирующий характер. Больные жалуются на постоянное чувство полноты. Рвоты, как правило, не бывает.  
Клинические проявления более выражены, пульс учащается до 85–90  
ударов в минуту, температура может достигать 38,0–38,5 °С. Язык обложен,  
иногда суховат. При осмотре живота обращает на себя внимание отставание  
правой подвздошной области при дыхании. Наблюдается выраженная  
гиперестезия кожи в этой области (симптом Раздольского) и там же — разлитая болезненность и защитное напряжение мышц брюшной стенки. Объективный критерий — **симптом Иванова**: расстояние от пупка до верхней наружной ости подвздошной кости справа меньше, чем аналогичное расстояние слева, за счет ригидности мышц. Это свидетельствует о том, что в воспалительный процесс вовлечены все слои червеобразного отростка, включая и его брюшинный покров.

Определяют и другие симптомы раздражения брюшины и, прежде всего, симптом **Щеткина – Блюмберга**. Он вызывается медленный надавливанием  
пальцами на брюшную стенку и быстрым одергиванием руки. В момент  
отнятия руки появляется острая локализованная боль вследствие раздражения воспаленной брюшины. Из–за выраженной болезненности глубокая пальпация правой подвздошной области зачастую оказывается затруднительной, и форсировать ее не следует.

Симптомы Ситковского, Ровзинга, Бартомье–Михельсона и другие,  
описанные выше, информативны и сохраняют свое значение.  
Лейкоцитоз при данной форме заболевания от 12 × 109/л и выше.

**Гангренозный аппендицит.** Характеризуется быстрым ухудшением  
общего состояния больного, нарастанием симптомов интоксикации. Появляется бледность кожных покровов, адинамия, иногда состояние эйфории и невозможность объективно оценивать свое состояние. Пульс учащается до 100– 120 ударов в минуту. Нередко наблюдается повторная рвота. Болевой синдром субъективно снижен или может вообще отсутствовать, поскольку наступает отмирание нервных окончаний в воспаленном червеобразном отростке и прекращение афферентной импульсации. Язык сухой, обложен. Рано появляются признаки местного перитонита с тенденцией к распространению процесса. При исследовании живота обращает на себя внимание уменьшение напряжения брюшной стенки в правой подвздошной области, но попытка глубокой пальпации вызывает резкое усиление болей. Живот чаще всего вздут, почти не принимает участия в акте дыхания, перистальтические шумы ослаблены или полностью отсутствуют. Симптомы раздражения брюшины резко выражены. Положительными также могут быть и симптомы Ситковского, Бартомье – Михельсона, Ровзинга, Воскресенского и другие, описанные выше, информативны и сохраняют свое значение. Температура тела при этой форме острого аппендицита бывает субфебрильной, нормальной или даже ниже нормы, что указывает на снижение реактивности организма. Нарастает лейкоцитоз с резким сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Иногда при прогрессировании процесса лейкоцитоз может снижаться до 10 – 12 × 109/л или приближаться к норме, но воспалительный сдвиг в формуле белой крови может достигать значительной степени (увеличение количества юных форм нейтрофилов). Для гангренозного аппендицита характерен признак «токсических ножниц» ⎯ несоответствие частоты сердечных сокращений уровню температуры тела. Он должен учитываться как важный диагностический признак.

**Особенности течения острого аппендицита у лиц пожилого и  
старческого возраста:**

1) стертое течение заболевания вследствие ареактивности организма и  
сопутствующих заболеваний;

2) температура чаще нормальная, подъем ее до 38о С и выше наблюдается  
у небольшого числа больных;

3) боли в животе выражены незначительно;

4) защитное напряжение мышц отсутствует или выражено слабо;  
5) быстрое развитие деструктивных, изменений в червеобразном отростке  
(вследствие склероза сосудов);

6) незначительное повышение количества лейкоцитов крови, умеренный  
сдвиг лейкоцитарной формулы влево даже при деструктивных формах.

**Особенности течения острого аппендицита у беременных:**1) в первой половине беременности проявления острого аппендицита не  
отличаются от обычных его проявлений (3/4 случаев острого приходится на  
первую половину беременности);

2) во второй половине беременности изменяется локализация болей и  
болезненности (смещение слепой кишки и червеобразного отростка  
увеличенной маткой).

**Диагностическая программа должна включать:**

**1. Тщательный сбор и детализацию жалоб больного и анамнеза  
заболевания.** Особое внимание следует обращать на характер боли, ее  
локализацию, смещение (симптом Кохера), а также диспепсических  
расстройств (тошнота, рвота).

**2. Выявление характерных для острого аппендицита симптомов  
(пальпация, перкуссия живота).**

Пальпация живота должна проводиться бережно, приносить как можно  
меньше неприятных ощущений больному, иначе можно получить ложные данные из–за его активного сопротивлений. Поверхностную пальпацию следует начинать в левой подвздошной области, а затем постепенно переходить вправо. Это позволит выявить локальное напряжение мышц передней брюшной стенки, или зону гиперестезии. Глубокую пальпацию (по Образцову–Стрежеско) также необходимо начинать с левых отделов гипогастрия, постепенно переходя в правую подвздошную область, где выявляют, таким образом, участок наибольшей болезненности.  
Вначале следует определять симптомы Воскресенского, Ровзинга,  
Бартомье–Михельсона, Щеткина–Блюмберга, затем ⎯ Крымова, Образцова,  
Яуре–Розанова, Габая и др. Перкуссия живота при остром аппендиците в большинстве случаев не имеет диагностической значимости, за исключением поздних стадий заболевания (иногда развивается местный перитонит и удается определить притупление перкуторного звука в отлогих местах полости брюшины.

**3. Ректальное и вагинальное исследования**. Эти исследования являются  
строго обязательными. Они позволяют осуществить прямую пальпацию  
дугласова пространства — самого нижнего отдела полости брюшины, а у  
женщин может сыграть решающую роль в дифференциальной диагностике  
между острыми заболеваниями гениталий и острым аппендицитом. Внезапная резкая болезненность в области заднего свода влагалища или передней стенки прямой кишки, а также баллотирование, несомненно, указывают на тазовую локализацию червеобразного отростка в полости малого таза или затекание туда серозного или гнойного экссудата.  
**4. Лабораторные исследования**. К минимальным лабораторным исследованиям, позволяющим установить диагноз острого аппендицита, относят: общий анализ крови, мочи, определение коэффициента нейтрофилы–лейкоциты (н/л), лейкоцитарный  
индекс интоксикации Кальф–Калифа. Лейкоцитоз характерен для всех форм острого аппендицита и не имеет патогномоничного значения, поскольку наблюдается и при других воспалительных заболеваний. Рассматривать и интерпретировать его следует только вместе с клиническими проявлениями болезни. Кроме того, следует подчеркнуть, что абсолютное число лейкоцитов в периферической крови не может являться решающим диагностическим критерием воспалительного процесса. Более весомое диагностическое значение имеет оценка лейкоцитарной формулы (наличие нейтрофильного сдвига — появление юных форм, увеличение коэффициента н/л более 4 свидетельствует о деструктивном процессе). При развитии деструктивного процесса может наблюдаться (иногда очень значительное) снижение числа лейкоцитов по сравнению с нормой при преобладании палочкоядерных нейтрофилов и других молодых форм, Это свидетельствует о выраженном напряжении работы кроветворной системы. Данный феномен получил название «лейкоцитоз потребления». Таким образом, снижение общего числа лейкоцитов в крови нельзя интерпретировать как стихание воспалительного процесса. Только лишь полная оценка лейкоцитарной формулы может дать истинное представление о динамике воспаления.

**5. Исключение заболеваний, симулирующих острую патологию в  
брюшной полости** (диабет, почечная патология, плевропневмония, др.).  
В последние годы для диагностики острых воспалительных заболеваний  
органов брюшной полости, в том числе и острого аппендицита, начали  
применяться различные инструментальные методы: лапароскопия, УЗИ и  
особенно КТ органов брюшной полости, которые позволяют в сомнительных  
случаях верифицировать диагноз и избежать врачебных ошибок. Особенно ценно исследование брюшной полости на спиральном томографе. Поставленный с его помощью диагноз острого аппендицита в 98 % случаев  
совпадает с послеоперационной гистологией удаленного червеобразного  
отростка. При клинической диагностике процент совпадений значительно ниже.

**Дифференциальная диагностика**

Острый аппендицит необходимо дифференцировать с острыми заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Это вызнано значительной вариабельностью расположения червеобразного отростка в полости брюшины нередко отсутствием типичной клинической картины заболевания. Так, в начале заболевания, когда боль в животе еще не локализовалась в правой подвздошной области и наблюдается в верхнем этаже полости брюшины, острый аппендицит необходимо дифференцировать от острого панкреатита, холецистита, перфоративной язвы  
желудка и 12–перстной кишки, пищевой токсикоинфекции и др.

**Острый панкреатит** в отличие от острого аппендицита начинается  
сильной болью в надчревной области и носит опоясывающий характер с  
иррадиацией в спину, сопровождается многократной рвотой в большинстве  
случаев желчью, не приносящей облегчения. Больные, особенно в начальной  
стадии острого панкреатита, ведут себя беспокойно, мечутся в постели. По мере прогрессирования процесса быстро ухудшается их общее состояние, они становятся вялыми, адинамичными, нарастают симптомы интоксикации,  
иногда наступает коллапс. Кожные покровы бледные, нередко с цианотичным оттенком (акроцианоз), пульс при нормальной температуре значительно учащается. Живот умеренно вздут (больше в надчревной области). Болезненность в правой подвздошной области в большинстве случаев вообще отсутствует. Напряжение мышц передней брюшной стенки живота выражено слабо. Определяются положительные симптомы Мейо–Робсона, Керте, Воскресенского (отсутствие пульсации брюшного отдела аорты), Мондора (пятна цианоза на брюшной стенке). Определение уровня диастазы в моче и крови обычно позволяет уточнить диагноз.

**Острый холецистит** отличается от острого аппендицита локализацией и  
характером болей. При первом заболевании боли локализуются в правом подреберье, иррадиируют в правое плечо и правую лопатку, возникают чаще после приема жирной и жареной пищи. При втором заболевании боль локализуются в правой подвздошной области, не имеют иррадиации и не связаны с погрешностью в диете. Рвота при остром холецистите многократная, желчью, не приносит облегчения, при аппендиците же рвота, как правило, однократная. При пальпации живота при остром холецистите напряжение мышц, болезненность и положительный симптом Щеткина–Блюмберга определяется в правом подреберье; при остром аппендиците ⎯ в правой подвздошной области. К тому же при холецистите нередко удается пальпировать увеличенный и напряженный желчный пузырь, что значительно облегчает диагностику и позволяет отказаться от предположения об остром аппендиците. Температура тела при остром холецистите обычно выше, чем при аппендиците. При атипическом (подпеченочном) расположении червеобразного отростка или опущении желчного пузыря довольно трудно, а порой даже практически невозможно отличить острый холецистит от острого аппендицита  
и наоборот. В таких случаях необходимо прибегнуть к лапароскопическому,  
УЗИ и КТ исследованиям.

**Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстой кишки.** Ошибки  
при диагностике перфоративной язвы и острого аппендицита допускаются  
потому, что оба заболевания возникают внезапно, характеризуются болями в  
животе и могут приводить в конечной итоге к развитию разлитого гнойного  
перитонита. При прободении язвы желудка или 12–перстной кишки чаще всего наблюдается типичная клиническая картина: резкая «кинжальная» боль, «доскообразное» напряжение мышц передней брюшной стенки, выраженная болезненность, возникающая при пальпации эпигастральной области, исчезновении печеночной тупости, скопление свободного газа под правым куполом диафрагмы, устанавливаемое при рентгенологическом исследовании.  
Клиника заболевания при этом столь характерна, что думать о другой болезни, кроме перфоративной язвы желудка или 12–перстной кишки, трудно. Однако при быстром прикрытии перфорационного отверстия боль в эпигастральной области уменьшается или прекращается вовсе, а излившееся желудочное содержимое стекает вниз, скапливается в правой подвздошной ямке и нижней части живота, вызывая там наибольшее раздражение брюшины, создавая впечатление, что источник воспаления брюшины локализуется в правой подвздошной области, а не в верхнем отделе живота.  
Особенно трудно дифференцировать порфоративную язву желудка и 12–  
перстной кишки с острым аппендицитом при позднем поступлении больных в лечебное учреждение. По прошествии 10–12 часов после прободения язвы вся брюшина уже бывает раздражена, живот становится умеренно вздутым, симптом Щеткина – Блюмберга определяется во всех отделах и установить источник воспаления брюшины очень сложно. Кроме того, при развитии перитонеальных явлений стирается дифференциально–диагностическая ценность «исчезновения печеночной тупости», поскольку наступает вздутие кишечника, что тоже ведет к сокращению размеров печеночной тупости. Избежать диагностической ошибки помогает правильно собранный анамнез. Не следует, однако, придавать слишком большого значения так называемому «язвенному анамнезу», так как хорошо известны случаи перфорации язвы у больных без «язвенного анамнеза» (перфорация «немой» язвы), а наличие токового не исключает возможности развития острого аппендицита. В сомнительных случаях операцию можно начать с разреза Волковича–Дьяконова и при обнаружении признаков перфорации язвы прибегнуть к срединной лапаротомии. Рану в правой подвздошной области по окончании операции можно использовать для дренирования брюшной полости.

**Много сходного имеет клиника острого аппендицита и острого  
мезентериального лимфаденита**. Лимфаденит начинается с боли в животе,  
повышения температуры до 38–39°С, иногда на губах появляется герпес. Часто наблюдается тошнота, рвота. Боль в животе может носить приступообразный характер. Живот при пальпации, как правило, мягкий, но часто имеет место локальная болезненность в правой подвздошной области и мышечная защита. Положительный симптом Штернберга (болезненность по ходу прикрепления корня брыжейки) свидетельствует в пользу мезентериального лимфаденита. Важное место отводится анамнезу — частые простудные заболевания, ангина.

**Острая кишечная непроходимость.** Дифференциальный диагноз между  
острым аппендицитом и острой кишечной непроходимостью следует проводить в тех случаях, когда причиной ее является инвагинация тонкой кишки в слепую. Заболевание чаще наблюдается у детей. Характерная для инвагинации схваткообразная боль в животе сопровождается выраженным беспокойством ребенка, задержкой отхождения стула и газов, вздутием живота. Довольно часто в прямой кишке выявляют слизь с кровью. Живот обычно мягкий, нет напряжения мышц, симптомы раздражения брюшины выражены слабо. Иногда удается пальпировать подвижное, малоболезненное колбасовидное образование — инвагинат. Все это отличает острую кишечную непроходимость и, в частности, инвагинацию от острого аппендицита.  
**Нарушенная внематочная беременность.** Внематочную беременность  
часто ошибочно принимают за острый аппендицит. Для внематочной  
беременности характерны: задержка менструации или ее измененный характер, кровянистые выделения из влагалища, внезапное появление болей внизу живота, иррадиирующих в промежность, прямую кишку. При остром  
аппендиците редко встречается такая локализация болей, они обычно  
начинаются не так бурно, бывают не столь мучительными и не имеют такой  
иррадиации. При внематочной беременности боли часто носят перемежающийся схваткообразный характер, при остром же аппендиците обычно наблюдаются постоянные боли без схваток.

**Перекрученная киста или разрыв яичника** дает аналогичную с острым  
аппендицитом клиническую картину, в связи с появлением острых болей в  
брюшной полости. По сравнении с острым аппендицитом при апоплексии яичника отсутствуют температурная реакция и лейкоцитоз. При обследовании имеет место болезненность в правой подвздошной области, отсутствуют напряжения мышц и симптомы раздражения брюшины. Диагноз кисты яичника подтверждается при бимануальном исследовании и УЗИ.

**Острый аднексит.** Острый аппендицит необходимо дифференцировать  
с остром воспалением придатков. Для острого аднексита характерны боли  
внизу живота с иррадиацией в спину, промежность, значительное повышение  
температуры, чего нет при остром аппендиците. У таких больных в анамнезе  
могут бить указания на перенесенные в прошлом воспалительные заболевания гениталий, нарушения менструального цикла.  
При объективном исследовании определяется болезненность внизу  
живота с обеих сторон. Напряжение мышц, характерного для острого  
аппендицита, при остром аднексите нет. При вагинальном исследовании  
обнаруживается воспалительная опухоль придатков, положительный симптом Промтова (болезненность при отодвигании матки кверху). Определяется также положительный симптом Жендринского — в положении на спине у больной нажимают на живот в точке Кюммеля (на 2 см ниже и вправо от пупка) и, не отнимая пальца, просят больную сесть. Усиление боли свидетельствуют об остром аппендиците, уменьшение — на острый аднексит или сальпингит. Патологические выделения из половых органов также будут свидетельствовать в пользу острого аднексита.

**Лечение**

Все больные с установленным диагнозом острого аппендицита  
независимо от времени, прошедшего от начала заболевания, подлежат  
хирургическому лечению.

Аппендэктомия (АЭ) является стандартом лечения острого аппендицита, она может быть выполнена открыто или, что предпочтительнее, лапароскопически. **Противопоказания к аппендэктомии:**

1. Аппендикулярный инфильтрат, выявленный до операции (показано консервативное лечение).
2. Плотный неразделимый инфильтрат, выявленный интраоперационно (показано консервативное лечение).
3. Периаппендикулярный абсцесс, выявленный до операции без признаков прорыва в брюшную полость (показано перкутанное дренирование полости абсцесса, при отсутствии технической возможности – вскрытие абсцесса внебрюшинным доступом).
4. Периаппендикулярный абсцесс, выявленный интраоперпационно, при наличии плотного неразделимого аппендикулярного инфильтрата.
5. Некорригированная органная дисфункция.

При осложненном ОА рекомендовано проведение аппендэктомии в максимально короткие сроки. При неосложненном ОА возможна отсрочка хирургического лечения при условии нахождения пациента в стационаре под наблюдением лечащего врача.

В качестве метода первого выбора АЭ рекомендована лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ), т.к. ЛАЭ в сравнении с открытой АЭ дает лучшие косметические результаты, уменьшение боли, меньшее количество раневых осложнений, уменьшает срок госпитализации пациента и ускоряет возврат к трудовой деятельности.

При распространенном и диффузном перитоните, осложненном выраженным парезом ЖКТ, компартмент-синдромом, септическим шоком, рекомендуется выполнение широкого лапаротомного доступа и соответствующей программы послеоперационного ведения в отделении реанимации и интенсивной терапии. При неосложненном ОА проведение послеоперационной антибактериальной терапии не рекомендовано.

**Прогноз**

Прогноз зависит от нескольких факторов: ранняя диагностика и лечение ОА, реакция на проводимое лечение, общее состояние пациента. При своевременно проведенном радикальном лечении ОА прогноз благоприятный. Значительное ухудшение прогноза обуславливают поздняя госпитализация, распространённый перитонит, септический шок, выраженная коморбидность пациента. Сочетание этих факторов – основная причина летальности при остром аппендиците.

**Список литературы**

1. Клинические рекомендации «Острый аппендицит», 2020г.

2. Савельев, В. С. Хирургические болезни. В 2 т. Том 1 : учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 720 с.

3. Неотложная хирургия груди и живота: руководство для врачей / Л.Н. Бисенков, П.Н. Зубарев, В.М. Трофимов, С.А. Шалаев, Б.И. Ищенко / под ред. Л.Н. Бисенкова, П.Н. Зубарева – Изд. 3-е, доп. и перераб. – Санкт-Петербург: СпецЛит 2015. – 574 с.: ил.

4. Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф. Клиническая хирургия. Т. 2: Учебник для медицинских вузов.- Томск, 2008. – 432 с. 260 ил., 4 табл.

5. Alore E.A., Ward J.L., Todd S.R., et al. Population-level outcomes of early versus delayed appendectomy for acute appendicitis using the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program. J Surg Res. 2018; 229: 234–42.