

Острый аппендицит



Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2018 (Казахстан)

Одобен
Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения Республики Казахстан
от «04» марта 2019 года
Протокол №61

Острый аппендицит – острое неспецифическое воспаление червеобразного отростка.

Классификация

Острый аппендицит

- катаральный (простой, поверхностный)
- флегмонозный
- эмпиема червеобразного отростка
- гангренозный

Осложнения острого аппендицита:

- перфорация
- аппендикулярный инфильтрат (дооперационное выявление)
- аппендикулярный инфильтрат (интраоперационное выявление):
 - рыхлый
 - плотный
- периаппендикулярный абсцесс (дооперационное выявление)
- периаппендикулярный абсцесс(интраоперационное выявление)
- перитонит
- забрюшинная флегмона

Диагностика

Жалобы:

- боль в правом нижнем квадранте живота (в правой подвздошной области) при типичном расположении червеобразного отростка;
- тошнота, 1-2 кратная рвота в начале заболевания;
- анорексия
- сухость во рту.

Анамнез:

- боль появляется внезапно, начинается в эпигастрии (симптом Кохера-Волковича) или в параумбиликальной области (симптом Кюммеля), через 2-3 часа перемещается и локализуется в правом нижнем квадранте живота (правой подвздошной области) при типичном расположении червеобразного отростка.

Физикальное обследование:

1) Оценка состояния пациента.

Общее состояние при катаральном и флегмонозном аппендиците относительно удовлетворительное.

При деструктивном аппендиците, осложненном распространенным перитонитом, абдоминальным сепсисом, септическим шоком состояние может быть тяжелым или крайне тяжелым - пациент госпитализируется в отделение реанимации для реализации программы «Скрининг сепсиса» и определения объема предоперационной подготовки. **Все диагностические мероприятия проводятся в ОАРИТ параллельно интенсивной синдромной терапии!**

2) Выявление физикальных признаков острого аппендицита.

Чаще всего больные обращаются с флегмонозным аппендицитом. Температура тела повышена (37,0-38,5°C). Язык обложен, суховат. Тахикардия. При пальпации в правом нижнем квадранте живота, в правой подвздошной области определяется триада Дьелафуа (при типичном расположении червеобразного отростка):

- болезненность,
- локальное защитное напряжение мышц (локальный мышечный дефанс),
- гиперестезия.

Положительны специфические симптомы острого аппендицита (Ровзинга, Воскресенского, Раздольского, Ситковского, Бартомье-Михельсона).

) Выявление физикальных признаков перитонита: симптомы раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга, Кулленкампа), вздутие живота, угнетение перистальтики.

- Симптом Ровзинга (патогномоничный симптом) – левой рукой через брюшную стенку сигмовидную кишку прижимают к крылу подвздошной кости, перекрывая просвет; правой рукой производят толчкообразные движения в проекции нисходящей ободочной кишки, при этом боль возникает в правой подвздошной области.
- Симптом Ситковского – усиление боли в положении больного на левом боку (более характерен для повторных приступов аппендицита).

- Симптом Бартомье-Михельсона – усиление болезненности при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку (отросток становится более доступным пальпации).
- Симптом Раздольского – при симметричной сравнительной перкуссии правой и левой подвздошной области отмечается гиперестезия справа.
- Симптом Воскресенского (симптом «рубашки» или «скольжения») – через рубашку производят скользящее движение от реберной дуги до паховой связки и обратно слева и справа, при этом отмечается гиперестезия, значительное усиление болезненности справа.
- Симптом Щеткина-Блюмберга - ладонной поверхностью 2-4 пальцев руки плавно надавливают на переднюю брюшную стенку, задерживают в этом положении руку в течение нескольких секунд, после чего отдергивают руку, при этом больной отмечает резкое усиление боли.

Во избежание диагностических ошибок необходимо учитывать особенности клинических проявлений острого аппендицита в зависимости от расположения червеобразного отростка, клинико-морфологической формы, пола и возраста, а также необходимо помнить о том, что лечение до поступления в клинику (обезболивающие препараты, антибиотики, дезинтоксикационная терапия) искажает клиническую картину.

При **атипичном расположении аппендикса** (восходящем, медиальном, тазовом, ретроцекальном или ретроперитонеальном, левостороннем) болевой синдром имеет соответствующую локализацию, при этом характерное для типичного расположения отростка мышечное напряжение в правом нижнем квадранте отсутствует.

При **восходящем расположении** боль локализуется в правом подреберье и может имитировать клинику желчной колики или язвенной болезни, часто сопровождается повторной рвотой вследствие раздражения двенадцатиперстной кишки.

При **медиальном расположении** отросток располагается близко к корню брыжейки тонкой кишки, боль локализуется медиально, в области пупка, сопровождается многократной рвотой вследствие рефлекторного раздражения корня брыжейки.

При **тазовом расположении** боль локализуется внизу живота, над лонем, в правой паховой области, имитирует гинекологические заболевания, нередко возникают частые позывы на стул, жидкий стул, частое болезненное мочеиспускание, живот остается мягким, определяется симптом Коупа. При подозрении на тазовый аппендицит показано вагинальное и ректальное исследование, которое выявляет болезненность в дугласовом пространстве, наличие выпота, инфильтрата, гинекологической патологии.

При **ретроцекальном или ретроперитонеальном расположении** боль в правой подвздошной области не отчетливая, отсутствуют гиперестезия, мышечный дефанс и симптом Щеткина-Блюмберга на передней брюшной стенке, определяется симптом Образцова вследствие раздражения подвздошно-поясничной мышцы, при близости мочеочника могут быть дизурические явления.

Левостороннее расположение червеобразного отростка наблюдается крайне редко: при обратном расположении внутренних органов или при мобильной слепой кишке с длинной брыжейкой. Все местные признаки аппендицита обнаруживаются в левой подвздошной области.

Особенности семиотики отдельных клинко-морфологических форм острого аппендицита, аппендицит у беременных, у больных пожилого возраста:

- **при катаральном аппендиците** общее состояние не страдает, симптомы раздражения брюшины отсутствуют;
- **при эмпиеме червеобразного отростка** симптомов перемещения боли (Кохера-Волковича, Кюммеля) не наблюдается, боль локализованная, носит пульсирующий характер, сопровождается ознобом с повышением температуры до 38-39°C, локальный мышечный дефанс и другие симптомы раздражения брюшины часто отсутствуют;
- **при гангренозном аппендиците** температура тела может быть нормальной или субнормальной (ниже 36 °C), не соответствует уровню тахикардии - больше 100 ударов в минуту («токсические ножницы»), интенсивность болевого синдрома значительно снижается, более выражены симптомы раздражения брюшины;
- **при перфоративном аппендиците** момент прободения проявляется резкой болью на фоне снижения интенсивности боли вследствие гангрены отростка, появляются симптомы раздражения брюшины, признаки эндогенной интоксикации;
- **при остром аппендиците у беременных** сложности в диагностике обусловлены невыраженностью болевого синдрома, наличием тошноты, рвоты, периодической боли внизу живота у женщин при обычном течении беременности; характерно перемещение боли (симптомы Кохера-Волковича, Кюммеля), локализация боли во второй половине беременности выше типичной проекции, при этом отмечается ее усиление в положении на правом боку (Тараненко-Богдановой), локальное мышечное напряжение выражено слабо, особенно при поздних сроках беременности (из-за растяжения передней брюшной стенки, а также локализации слепой кишки с отростком позади увеличенной матки);
- **у лиц пожилого и старческого возраста** на фоне атеросклероза или тромбоза аппендикулярной артерии развивается **первично-гангренозный аппендицит**, который начинается с резкой локальной боли, которая позже

стихает, локальный мышечный дефанс не отчетливый вследствие возрастной релаксации мышц, однако симптом Щеткина-Блюмберга выражен.

Диагностика осложнений острого аппендицита:

Аппендикулярный инфильтрат – это конгломерат спаянных между собой органов и тканей, располагающихся вокруг воспаленного червеобразного отростка. Развивается через 3-5 дней от начала заболевания из-за несвоевременного обращения больного к врачу или в результате диагностической ошибки на догоспитальном или стационарном этапе. Боль стихает, общее состояние больного не страдает, температура тела субфебрильная, в правом нижнем квадранте живота (при типичном расположении отростка) пальпируется инфильтрат, признаки раздражения брюшины отсутствуют. Важен тщательный сбор анамнеза: выявляется симптом перемещения боли (Кохера-Волковича, Кюммеля) и характерный для начала аппендицита симптомокомплекс. Возможны 2 исхода развития аппендикулярного инфильтрата: рассасывание и абсцедирование.

Периаппендикулярный абсцесс – это исход аппендикулярного инфильтрата: в процессе наблюдения в стационаре у больного вновь появляются боли в проекции аппендикулярного инфильтрата, развивается системная воспалительная реакция (повышение температуры, тахикардия, нарастание уровня лейкоцитов), УЗИ выявляет округлое полостное образование с гипо- или анэхогенным содержимым и пиогенной капсулой.

При перитоните без явлений сепсиса определяется боль в животе, выраженная тахикардия, мышечное напряжение, положительные симптомы раздражения брюшины.

При развитии абдоминального сепсиса к местным проявлениям (боль в животе, мышечное напряжение, положительные симптомы раздражения брюшины) присоединяются 2 и более критерия ССВО:

- температура тела выше $\geq 38^{\circ}\text{C}$ или $\leq 36^{\circ}\text{C}$,
- тахикардия $\geq 90/\text{мин}$, тахипное $> 20/\text{мин}$,

При тяжелом абдоминальном сепсисе развивается дисфункция органов:

- гипотензия (САД < 90 мм рт. ст. или ДАД < 40 мм рт. ст.),
- гипоперфузия (острое изменение психического статуса, олигоурия, гиперлактатацидемия).

При септическом шоке развивается гипотония, резистентная к возмещению ОЦК, а также тканевая и органная гипоперфузия.

Диагностика у данной категории больных может представлять трудности: сознание

нарушено, болевой синдром, классические перитонеальные знаки не определяются или не выражены; как правило, имеются признаки энтеральной недостаточности (вздутие живота, отсутствие перистальтики), а также пастозность передней брюшной стенки.

диагностический алгоритм: (схема)



1. Сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни

2. Физикальное исследование (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, определение показателей гемодинамики – ЧСС, АД, ректальное исследование):

- 1) Оценка состояния, выявление признаков системной воспалительной реакции, эндотоксикоза, нарушения гемодинамики.
- 2) Выявление физикальных признаков острого аппендицита.
- 3) Выявление физикальных признаков перитонита.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Исследования	Критерии исключения острого аппендицита
Перфоративная язва	<p>Наличие общих клинических симптомов:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Боль в эпигастрии • Боль в правом нижнем квадранте живота 	<ul style="list-style-type: none"> • Физикальное обследование • Инструментальное исследование (ЭФГДС, обзорная рентгенография органов брюшной полости) 	<ul style="list-style-type: none"> • «Кинжальная» боль в эпигастрии • Язвенный анамнез • Доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки • ЭФГДС: наличие язвенного дефекта с перфоративным отверстием • Обзорная рентгенография органов брюшной полости: наличие рентгенологического признака перфорации полого органа – пневмоперитонеума
Правосторонняя почечная колика	<p>Наличие общих клинических симптомов:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Боль в правом нижнем 	<ul style="list-style-type: none"> • Физикальное обследование • Инструментальное исследование (УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография органов) 	<ul style="list-style-type: none"> • Боль острая, приступообразная • Наличие дизурических явлений • Отсутствие мышечного дефанса, гиперестезии в правом нижнем

	<p>квadrante живота</p>	<p>брюшной полости, экскреторная урография)</p> <ul style="list-style-type: none"> Лабораторное исследование 	<p>квadrante живота</p> <ul style="list-style-type: none"> УЗИ: расширение почечной лоханки, увеличение размеров правой почки, конкременты в мочеточнике Обзорная рентгенография, урография: конкременты в правом мочеточнике В ОАМ: макро- или микрогематурия
<p>Правосторонний пиелит (пиелонефрит)</p>	<p>Наличие общих клинических симптомов:</p> <ul style="list-style-type: none"> Боль в правой пояснично-подвздошной области живота или в мезо-гастргии Может определяться симптом Образцова 	<ul style="list-style-type: none"> Физикальное обследование Инструментальное исследование (УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости, экскреторная урография) Лабораторное исследование 	<ul style="list-style-type: none"> Боль начинается подостро, тупая, распирающая Высокая температура (до 39°C и выше) через 1-2 дня после появления боли В анамнезе МКБ, пиелонефрит, аденома простаты Отсутствие мышечного дефанса, <p>гиперестезии в правом нижнем квадранте живота</p> <ul style="list-style-type: none"> УЗИ: пиелэктазия, возможно наличие конкремента в мочеточнике Обзорная рентгенография, урография: пиелэктазия, возможно наличие

			<p>конкремента в мочеточнике</p> <ul style="list-style-type: none"> В ОАМ: пиурия
Острый холецистит	<p>Наличие общих клинических симптомов:</p> <ul style="list-style-type: none"> Боль в правом подреберье (возможна при высоком расположении отростка) 	<ul style="list-style-type: none"> Физикальное обследование Инструментальное исследование (УЗИ брюшной полости) 	<ul style="list-style-type: none"> Боль приступообразная Множественная рвота Боль связана с приемом жирной, жареной пищи При пальпации определяется увеличенный, напряженный, болезненный желчный пузырь УЗИ: признаки острого холецистита
Острый гастроэнтерит	<p>Наличие общих клинических симптомов:</p> <ul style="list-style-type: none"> Боль в эпигастрии 	<ul style="list-style-type: none"> Физикальное обследование Лабораторное исследование 	<ul style="list-style-type: none"> Множественная рвота Множественный жидкий стул со слизью В анамнезе пищевой провоцирующий фактор Отсутствие локальной болезненности, мышечного напряжения, гиперестезии, <p>отрицательные симптомы аппендицита</p> <ul style="list-style-type: none"> Усиленная перистальтика
Воспалительные заболевания органов малого таза (сальпингит, оофорит,	<p>Наличие общих клинических симптомов:</p>	<ul style="list-style-type: none"> Физикальное обследование Инструментальное исследование 	<ul style="list-style-type: none"> Дизурические явления Вздутие живота Патологические выделения из половых путей

сальпинго-офорит)	<ul style="list-style-type: none"> • Боль в правой подвздошно-паховой области, гипогастрии 	(УЗИ брюшной полости)	<ul style="list-style-type: none"> • В анамнезе половой акт во время менструации • Случайные половые контакты • На зеркалах: воспалительный эндоцервицит, серозные или гнойные выделения • При бимануальном исследовании: придатки четко не определяются, болезненные, отечные, тестоватой консистенции, при хроническом процессе - тяжесть в области придатков; • УЗИ: наличие жидкости в позадиматочном пространстве, наличие жидкости в маточных трубах, утолщение стенок маточных труб
-------------------	---	-----------------------	---

Лечение

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА ДГЭ:

Острый аппендицит, а также предположение/сомнение в диагнозе «острый аппендицит» являются основанием для немедленного вызова скорой неотложной помощи и направления больного в профильный хирургический стационар без лабораторных и инструментальных исследований в поликлинике.

На догоспитальном этапе **запрещается** вводить обезболивающие препараты, применять ванны, тепло, холод.

При нестабильной гемодинамике (деструктивный аппендицит, осложненный перитонитом, абдоминальным сепсисом, септическим шоком) лечебные мероприятия, направленные на стабилизацию гемодинамики начинаются врачами поликлиники до прибытия «скорой помощи», продолжаются бригадой «скорой помощи» по пути следования в хирургический стационар.