



АППЕНДИЦИТ

Авторы: Д. В. Платонов

АППЕНДИЦИТ (новолат. *appendicitis*, от лат. *appendix* – придаток и *...ит*), воспаление червеобразного отростка слепой кишки. Самое распространённое острое хирургич. заболевание брюшной полости. Может возникать в любом возрасте; наиболее тяжёлые формы – в пожилом и старческом возрасте. В большинстве случаев развитие А. связано с деятельностью смешанной неспецифич. бактериальной флоры (в осн. кишечной палочки), находящейся постоянно в кишечнике и являющейся необходимой для нормального пищеварения. Поражение червеобразного отростка специфич. флорой (туберкулёз, сифилис и др.) встречается редко. В морфологич. плане различают А. катаральный (воспаление только слизистой оболочки), флегмонозный (гнойное воспаление всех слоёв отростка) и гангренозный (омертвление всех слоёв стенки вплоть до её перфорации – т. н. гангренозно-перфоративный А.). По мере развития болезни в воспалит. процесс вовлекается брюшина правой подвздошной ямки, где образуется экссудат, который может распространиться по всей брюшной полости, т. е. возникает местный, а затем разлитой *перитонит*. При хороших защитных силах организма происходит отграничение воспалительного процесса (напр., большим сальником, петлями тонкой кишки) и формируется аппендикулярный инфильтрат, который затем может абсцедировать (нагнаиваться). Иногда образуются абсцессы брюшной полости, что связано с затеканием экссудата (тазовый, поддиафрагмальный, межкишечный). Возможны распространение воспаления на брыжеечку отростка, возникновение флебита (пилефлебита – воспаления воротной вены) с развитием множественных метастатических абсцессов в печени и сепсиса.

Заболевание начинается с появления постоянных ноющих болей в эпигастральной или околопупочной области, которые через неск. часов перемещаются в правую подвздошную область; возникают тошнота, сухость во рту, общее недомогание,

повышение температуры до 38,5°, тахикардия. В крови возрастает количество лейкоцитов (до $12 \cdot 10^9$ /л). При пальпации живота определяется болезненность в области локализации червеобразного отростка. Описано множество симптомов острого А. (Мондора, Ровзинга, Ситковского, Бартомье – Михельсона, Образцова, Воскресенского и др.). При развитии перитонита появляется напряжение мышц правой подвздошной области. Клинич. картина разнообразна и меняется в зависимости от расположения червеобразного отростка, в связи с чем А. может рассматриваться как холецистит (при подпечёночном расположении), цистит (при тазовом расположении), патология правой почки и мочеточника (при расположении позади слепой кишки) и др. Значит. сложности для диагностики представляет острый А. у беременных. Диагноз ставится на основании клинич. картины, контроля динамики лейкоцитоза. В сомнит. случаях показано выполнение экстренной лапароскопии. Лечение всех форм острого А. оперативное (за исключением аппендикулярного инфильтрата, когда проводится консервативное антибактериальное и противовоспалит. лечение). Удаление отростка (аппендэктомия) выполняется доступом в правой подвздошной области, при наличии распространённого перитонита – из срединной лапаротомии (вскрытия брюшной полости). Возможно выполнение лапароскопич. аппендэктомии. В ближайшем послеоперационном периоде проводится антибактериальная и симптоматич. терапия. При своевременно выполненном оперативном лечении прогноз благоприятный. Летальность составляет 0,4%.

Литература

Лит.: Русанов А. А. Аппендицит. Л., 1979; Острый аппендицит. М., 2002.