**Особенности диагностики подпеченочного аппендицита.**

**Авторы: Галявеева Аделина Рифатовна**

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Красильников Д.М.**

**Аннотация на русском языке**: В статье рассмотрены варианты атипичного расположения аппендикса, особенности дифференциальной диагностики его подпеченочного расположения и продемонстрирован клинический случай данного атипичного расположения.

Острый аппендицит является самым распространенным хирургическим заболеванием брюшной полости. Частота заболевания составляет 1 случай на 200–250 человек ежегодно. На долю воспаления червеобразного отростка приходится 75–85 % всех случаев острой хирургической патологии брюшной полости. Послеоперационная летальность при остром аппендиците достигает 0,1–0,3 % и связана с атипичным расположением отростка и развитием осложнений. [1,2]. На сегодняшний день проблема острого аппендицита не перестает быть актуальной. Частота встречаемости осложнений заболевания в первую очередь обусловлено трудностью диагностики. Атипизм клинической картины объясняют многообразием вариантов расположения червеобразного отростка в животе, а также возрастными и физиологическими вариантами индивидуальной реактивности организма, наличием или отсутствием признаков системной реакции организма на воспаление [3, 5, 9,10,11,12]. И даже развитие диагностических приемов, применяемых для установления положения червеобразного отростка, не позволяет решить проблему осложнений острого аппендицита. [7, 8, 12]. Зачастую диагностические приемы либо не информативны, не дают точного представления о положении и состоянии отростка (пальпация, перкуссия, лабораторные методы исследования), либо достаточно дорогостоящи (компьютерная томография в 3D) и не применимы каждому пациенту. «Смазанность» клинической картины, симуляция симптомов другого заболевания, отсутствие явных изменений в лабораторных данных пролонгируют диагностический период и приводят к развитию осложнений острого аппендицита. Также, известно, что операции по удалению атипичнорасположенного аппендикса обычно протекают с техническими сложностями, требующими дополнительных умений хирурга и знаний оперативных приемов.

Самым частым вариантом атипичного расположения червеобразного отростка является ретроцекальное (50-60 %) [4, 5, 7]. В этом случае отросток может тесно прилегать к правой почке, мочеточнику, поясничным мышцам. Плохое опорожнение отростка, вследствие его изгибов и деформаций, обусловленных короткой брыжейкой и худшими условиями кровоснабжения, предопределяют развитие осложненных форм аппендицита. Низкое тазовое расположение отростка встречается в 15-20 % атипических форм. Отросток может располагаться над входом в малый таз или на дне дугласова пространства у мужчин ,прямокишечно-маточного углубления у женщин, непосредственно в полости малого таза. Медиальное расположение отростка встречается у 8-10% больных с атипичными формами аппендицита. При этом отросток смещен к средней линии и располагается близко к корню брыжейки тонкой кишки. Подпеченочное расположение отростка (отросток направлен верхушкой вверх до подпеченочного углубления )составляет -2-5% от атипичных форм его расположения. Диагностировать подпечёночное размещение аппендицита сложно, так как случаи такого размещения редки. Из-за этого бывают сильные осложнения, от такого аппендицита умирает больше (в 25 раз) пациентов, чем от других типов.

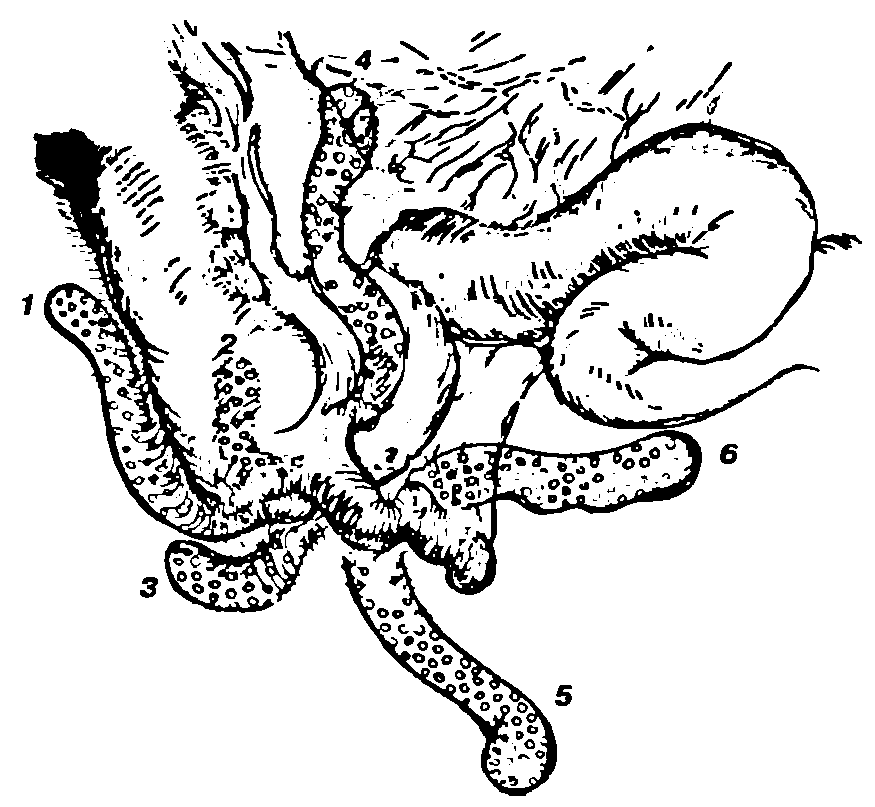


Рисунок 1. Варианты отклонений от типичного расположения червеобразного отростка: 1 - в правом латеральном канале, 2 - позади слепой кишки, 3 - «ретроперитонеально», 4 - подпеченочно, 5 - в малом тазу, 6 - медиально, среди петель тонкой кишки   
  
Атипичные расположения червеобразного отростка по мнению многих авторов [5, 7] обусловлены незавершенным поворотом толстой кишки -пороком развития кишечника, возникшего в период органогенеза и, по мнению Ю.Ф. Исакова [3], из-за нарушения вращения кишечника. Задержка вращения на разных этапах приводит к возникновению различных аномалий кишечной трубки, и в том числе - аномалий расположения червеобразного отростка, которые, по данным A.M. Torres и M.M. Ziegler, встречаются у 1 на 500 новорожденных и не зависят от пола [14]. 

Подпеченочное положение червеобразного отростка в литературе описано в единичных случаях , а течение подпчеченочного аппендицита отличается течение острого аппендицита в тех случаях, когда червеобразный отросток располагается в подпеченочном пространстве. При этом положении отростка боли локализуются в правом подреберье. Это приводит к тому, что в первую очередь возникает подозрение о наличии у пациента острого холецистита, обострения язвенной болезни 12-персной кишки. Последнее заболевание исключается относительно просто, поскольку характерный анамнез язвенной болезни, как правило, позволяет отвергнуть это заболевание. Провести дифференциальную диагностику с острым холециститом бывает очень трудно, а иногда и невозможно, без дополнительных методов исследования. Вся сложность заключается в том, что местные проявления заболевания, когда червеобразный отросток располагается в непосредственной близости от желчного пузыря, будут абсолютно идентичны симптоматике острого холецистита.

Острый холецистит в отличие от острого аппендицита начинается чаще всего не с ту­пых, а с очень острых болей в правом подреберье с типичной иррадиацией в правое плечо и лопатку. Эта начальная стадия острого холецистита, известная под названием желчной (печеночной) колики, сопровождается нередко многократной рвотой пищей и желчью.  
  
 При расспросе больного, как правило, выясняется, что подобные приступы болей бывали неоднократно и появление их было связано с изменением обычной диеты: при­емом большого количества жирной пищи, копченостей, алкоголя. Иногда в анамнезе удается установить наличие преходящей желтухи, возникавшей вскоре после приступа болей. Эти анамнестические указания свидетельствуют в пользу острого холецистита.

Заболевание начинается остро с возникновения пос­тоянных болей, чаще режущего характера, в правом под­реберье, что нередко наводит на мысль об остром холе­цистите.

Однако для острого аппендицита характерна ир­радиация болей в паховую область и бедро справа. Кро­ме того, важным признаком является иррадиация болей в эпигастральную область при пальпации правого под­реберья по переднеаксилярной линии. Именно этот приз­нак считается (Г. Ф. Лось, 1969) патогномоничным для острого аппендицита подпеченочной локализации. Наряду с этим наблюдаются также положительные симптомы Ситковского, Бартомье и Ровзинга.(15)

При обследовании живота следует учитывать, что в случае высокого положения червеобразного отростка максимальная болезненность и напряжение мышц локализу­ются в латеральных отделах правого подреберья, в то время как при холецистите эти признаки выявляются более медиально. При остром холецистите нередко удаётся так­же прощупать увеличенный и резко болезненный желчный пузырь.  
  
Температура тела при остром холецистите значительно выше, чем при остром ап­пендиците во всех стадиях заболевания, хотя в целом деструктивный процесс при ост­ром холецистите развивается более медленно, чем при аппендиците. Существенной разницы в динамике лейкоцитоза и в том, и в другом случае, как правило, не имеется.  
  
Ценную информацию можно получить при ультразвуковом исследовании. Оно позволяет четко визуализировать желчный пузырь, обнаружить типичные для его вос­паления признаки (увеличение объема пузыря, толщины его стенок, слоистость сте­нок и т.д.). В то же время надежды на ультразвуковую верификацию диагноза острого аппендицита неоправданно преувеличены, хотя это иногда не удается.  Врач всегда должен помнить о возможности такого расположения червеобразного отростка и критически оценивать любую клиническую ситуацию, выходящую за рамки классического течения заболевания. В частности, если у молодого человека, без анамнестических данных, характерных для желчнокаменной болезни, обнаруживаются все симптомы, типичные для деструктивного холецистита, нельзя окончательно останавливаться на этом диагнозе, пока не будет получена дополнительная информация - в описанной ситуации оптимальным вариантом будет являться УЗИ, которое позволит подтвердить или отвергнуть воспаление желчного пузыря. У пожилых людей, особенно у женщин, у которых вероятность желчнокаменной болезни, а соответственно, острого холецистита, достаточно велика, а заболеваемость острым аппендицитом низкая, подпеченочное расположение червеобразного отростка заподозрить чрезвычайно сложно. Ошибка при дифференциальной диагностике в такой ситуации приводит к трагическим последствиям, так как активно-выжидательная тактика лечения, принятая при остром холецистите, недопустима при остром аппендиците.

Клинический пример

Пациент 29 лет доставлен в клинику 15.07.17г. с диагнозом острый холецистит.  
с жалобами на постоянные боли жгучего характера в области правого подреберья, продолжающиеся в течение нескольких часов, с иррадацией в правую подвздошную область. Из анамнеза: боли появились внезапно вечером и имели приступообразный характер, длились несколько часов. После кратковременного ослабления болей, пациент уснул, но проснулся от их возобновления и усиления ночью. Принятие обезболивающих, в частности, таблетки кетонала, не приводило к снятию болей.

При поступлении в приёмное отделение состояние удовлетворительного, язык влажный, ЧСС 80,АД 120/70. В легких везикулярное дыха­ние, тоны сердца приглушены При осмотре выявлена бледность кожных покровов, резкая болезненность при пальпации в правой подвздошной области , положительный симптом Щёткина –Блюмберга. Живот не вздут, принимает участий в акте дыхания; при перкуссии — повышенная гиперестезия кожи (симптом Раздольского) в правом подреберье. При пальпации живот мягкий, край печени определяется у реберной дуги, желчный пузырь, не увеличен, симптомы Ортнера, Мерфи, Захарьина и кашлевого толч­ка отрицательные. Определяется болезненность в правой половине живота, ближе к подреберью; симптомы Ситковского, Бартомье и ак­тивного смещения кишечника положительны. Температура тела при поступлении-38,2° .В лабораторных данных нейтрофильный лейкоцитоз, СОЭ-30 мм/ч, сахар-6,6 ммоль/л. Через 3 часа был сделан повторный анализ крови: наблюдалось нарастание СОЭ до 45мм/ч.

На совместном консилиуме врачей был поставлен предварительный диагноз острый аппендицит, принято решение провести аппендэктомию, в ходе которой были проведены ревизия, санация, дренирование брюшной полости.

Под общей анестезией был сделан разрез по Волковичу-Дьяконову. В брюшной полости было обнаружено большое количество серозно-гнойной жидкости. Было принято решение перейти на верхнюю срединную лапаротомию, послойно вскрыв брюшную полость, в ней было обнаружено 150-200 мл серозно-гнойной жидкости с запахом. Сделана эвакуация жидкости электроотсосом. Операция прошла успешно, больной выздоровел .

Клинический диагноз: острый гангренозно-перфоративный аппендицит, подпеченочное расположение. Диффузный серозный перитонит.

Заключение

Изредка, 2-5% от атипичных форм его расположения, наблюдается высокое ме­диальное (подпеченочное) расположение червеобразного отростка, что очень затрудняет диагностику острого аппендицита. Болезненность в области пра­вого подреберья, наличие здесь же напряжения мышц и других симптомов раздражения брюшины скорее всего порождают мысль об остром холецисти­те. Между тем в этом случае типичный для приступа острого аппендицита анамнез является отправной точкой для установления правильного диагноза. Помимо этого, в большинстве случаев острого холецистита удается пальпиро­вать увеличенный желчный пузырь, в то время как при остром аппендиците пальпировать какое-либо патологическое образование в животе не удается; исключение составляют лишь случаи аппендикулярного инфильтрата.

Литература

1.. В. В. Берещенко Острый аппендицит и его осложнения , Учебно-методическое пособие для студентов 4–6 курсов медицинских вузов

2. Гланц С. Медико-биологическая статистика. - М.: Практика, 1999. - 459 с.

3. Исаков Ю. Ф. Детская хирургия. - М.: Медицина, 1983. - 246 с.

4. Калитеевский П. Ф. Болезни червеобразного отростка. - М.: Медицина, 1970. - 205 с.

5. Колганова И. П., Солодинина Е. Н., Далгатов К. Д. Незавершенный поворот толстой кишки. Проблемы диагностики // Медиц. визуализация. - 2006. - № 6. -С. 36-45.

6. Логинов А. С., Парфенов А. И. Болезни кишечника. - М.: Медицина, 2000. -187 с.

7. Ротков И. Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. - М.: Медицина, 1988. - 214 с.

8. Савинова О. В. УЗИ в диагностике аппендицита. // Новости лучевой диагностики. - 2001. - №1-2. - С. 65-67.

9. Седов В. М., Стрижелецкий В. В., Рутенбург Г. М. и др. Лапароскопическая аппендэктомия. - М.: Слово, 1994. - 356 с.

10. Трифонов Е. В. Пневмопсихосоматология человека. - М.: Медицина, 2011. -457 с.

11. Koch T. R. Colonic Diseases. - Humana Press, 2003. - 572 p.

12. Messmann H. Atlas of Colonoscopy: Techniques, Diagnosis, Interventional Procedures. - Thieme Medical Publishers. - 2005. - 236 p.

13. Tanner J. M., Davies P. S. W. Clinical longitudinal standard for height and

height velocity for North American children // J. Pediatr. - 1985. - Vol. 107, №3. - 317р.  
  
14. Torres A. M., Ziegler M. M. Malrotation of the intestine // World J. Surg. - 1993.- Vol. 17. - P. 326-331.

15. Диагностика острых воспалительных заболева­ний органов брюшной полости. А.К. Арсений., 1982.