

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
2-я КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

В. И. Дружинин

ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АПЕНДИЦИТА

Учебно-методическое пособие

2-е издание, переработанное и дополненное



Минск БГМУ 2008

УДК 616.346.2–002.1–07(075.8)
ББК 54.57 я 73
Д 76

Утверждено Научно-методическим советом университета
в качестве учебно-методического пособия 26.03.2008 г., протокол № 7

Рецензенты: зав. каф. неотложной хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования, д-р мед. наук, проф. Н. В. Завада; проф. 2-й каф. хирургических болезней Белорусского государственного медицинского университета, д-р мед. наук М. А. Козырев

Дружинин, В. И.

Д 76 Трудности в диагностике острого аппендицита : учеб.-метод. пособие / В. И. Дружинин. 2-е изд. перераб. и доп. – Минск : БГМУ, 2008. – 111 с.

ISBN 978-985-462-875-2.

Содержит сведения по диагностике типичного и атипичного течения острого аппендицита с приведением большого количества соответствующих клинических наблюдений, дифференциальной диагностики с другими заболеваниями, что должно помогать в формировании у студентов и молодых врачей клинического мышления. Во втором издании (1-е вышло в 2006 г.) переработана глава 3, добавлен раздел «Пилефлебит».

Предназначено для студентов 4–6-го курсов. Может быть использовано врачами-стажерами и клиническими ординаторами.

УДК 616.346.2–002.1–07(075.8)
ББК 54.57 я 73

ISBN 978-985-462-875-2

© Дружинин В. И., 2006
© Дружинин В. И., 2008 с изменениями
© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2008

В хирургии есть не стареющие проблемы...

А. Н. Бакулев, 1963

Предисловие

Наиболее частой причиной операций в экстренной хирургии является острый аппендицит, летальность при котором нередко объясняется поздней диагностикой заболевания. В литературных источниках, посвященных данной теме, казалось бы, решены все вопросы этой важной проблемы. «В настоящее время нет нужды в изменении сложившихся методов лечения острого аппендицита, но имеется необходимость в улучшении его диагностики» (В. И. Колесов, 1972).

Опыт доказывает, что в 95 % всех случаев заболеваний в правой подвздошной области поражается червеобразный отросток. У преобладающего числа больных диагностика острого аппендицита не сложна, у 5 % — имеются известные диагностические трудности, а еще у 5 % — диагностика довольно сложна и требует применения диагностической инструментальной аппаратуры, консультаций врачей смежных специальностей и высококвалифицированных коллег.

Сомнений нет, что хирурги реже делают ошибки в диагностике острых хирургических заболеваний живота. Это объясняется тем, что врачи нехирурги, как правило, видят больных несколько минут и у них нет возможности наблюдать за течением болезни, тем более, в начале заболевания симптоматика очень бедна. Кроме того, у хирургов более развита настороженность к этой группе заболеваний и, наконец, к хирургам попадает уже «профильтрованный» контингент больных.

Трудности диагностики острого аппендицита заключаются в том, что клиническая картина зависит от многих причин: ее стертости в результате снижения защитных сил организма, различных местоположений червеобразного отростка, возрастного состояния больных, наличия беременности у женщины, появления осложнений данного заболевания, сочетания с другими заболеваниями, «симуляции» острого аппендицита со стороны соседних органов и общих заболеваний, а также травмы живота. Главное в диагностике — уметь клинически, логически, диалектически мыслить, тогда даже при минимальных признаках заболевания будет выставлен правильный диагноз.

У дежурных врачей нередко отмечается необоснованная торопливость в осмотре больных, из-за чего нарушается внимательное, глубокое и, главное, последовательное изучение больного, т. е. анамнез собирается коротко и без методической направленности; не учитывается последовательность развития, интенсивности, иррадиации и перемещения болевого

синдрома; нередко не применяются аускультация и перкуссия живота; не используется целый ряд диагностических методов исследования (опорожнения желудка и мочевого пузыря, ректальный и вагинальный осмотр и др.); игнорируются некоторые дополнительные методы клинического, лабораторного и инструментального исследования. Определенное место в ошибочной диагностике занимает предвзятость мнения о диагнозе, основанная на направляющем диагнозе, мнении консультантов, обнаружении одного из «любимых» симптомов. Одним из недостатков работы дежурных врачей является краткость записей в медицинской документации, так как полноценная запись необходима при вынужденном дальнейшем наблюдении за больным другими коллегами.

Неудачи в диагностике и лечении острого аппендицита вследствие разных причин были и, по-видимому, будут встречаться в хирургической практике. Здесь уместны слова Йозефа Богуша: «Не всегда можно избежать упреков некомпетентных людей. Такова повседневная жизнь хирурга».

Большую роль в диагностике имеет практический опыт на фоне постоянной самоподготовки в повышении врачебной квалификации. Задача настоящего учебно-методического пособия — проанализировать трудности в диагностике острого аппендицита по данным литературы и собственного опыта с приведением выписок из историй болезни, отражающих непосредственный клинический опыт. Это поможет формировать клиническое мышление у читателя.

Учитывая, что первое изданное пособие было востребовано, отзывы студентов, преподавателей и врачей положительны, принято решение подготовить переиздание. В настоящем издании существенно дополнен раздел «Диагностика осложнений острого аппендицита» — выделена клиника перитонита и пилефлебита. Кроме этого, использованы иллюстрации из общеизвестных пособий и руководств для лучшего восприятия материала.

Предлагаемое пособие будет необходимо студентам и молодым врачам при курации больных, на дежурствах и производственной практике.

За конструктивные замечания и помощь коллег автор заранее благодарен.

Автор

Глава 1. Клиническая диагностика острого аппендицита

Различают три типа боли в животе: висцеральную, соматическую и отраженную. **Висцеральная** боль возникает непосредственно в пораженном органе и носит постоянный тягостный характер, часто бывает без четкой локализации.

Соматическая боль вызывается раздражением париетальной брюшины, поэтому она характеризуется большей интенсивностью и точной локализацией. **Отраженная** боль передается по всему нейросегменту с иррадиацией даже на соседние сегменты центральной и вегетативной нервной системы. Такая боль в животе наблюдается при заболеваниях головного и спинного мозга, мозговых оболочек и многих внутренних органов. Поэтому за счет висцеро-висцеральных и висцеро-сенсорных рефлексов боли могут иррадиировать в любые органы и части тела, образуя многогранную симптоматику, чем затушевывают клинику и дифференциальную диагностику основного заболевания. Источником ошибок при определении характера болезни могут быть трудности выявления закономерностей реакции организма на различные формы раздражения (интенсивность воспаления, механического воздействия и др.), что лежит в основе различных вариантов типичного и атипичного течения заболевания.

Воспаление червеобразного отростка всегда начинается с его слизистой оболочки, которая иннервируется из солнечного нервного сплетения. Поэтому появляется постоянная тупая висцеральная боль в эпигастрии или вокруг пупка (первая фаза симптома Кохера–Волковича). При воспалении всех слоев стенки червеобразного отростка в этот процесс сразу же вовлекается и прилегающая париетальная брюшина, которая иннервируется уже спинномозговыми нервами. Из-за этого появляется локальная, более сильная и постоянная соматическая боль в правой подвздошной области (вторая фаза симптома Кохера–Волковича). Условно можно считать этот симптом характерным для острого аппендицита. Скорость распространения воспаления в стенке червеобразного отростка у каждого больного индивидуальна, но укладывается в первые 6 ч заболевания. У 15–20 % больных на фоне небольших постоянных болей, чаще у детей, отмечаются схваткообразные боли в жи-

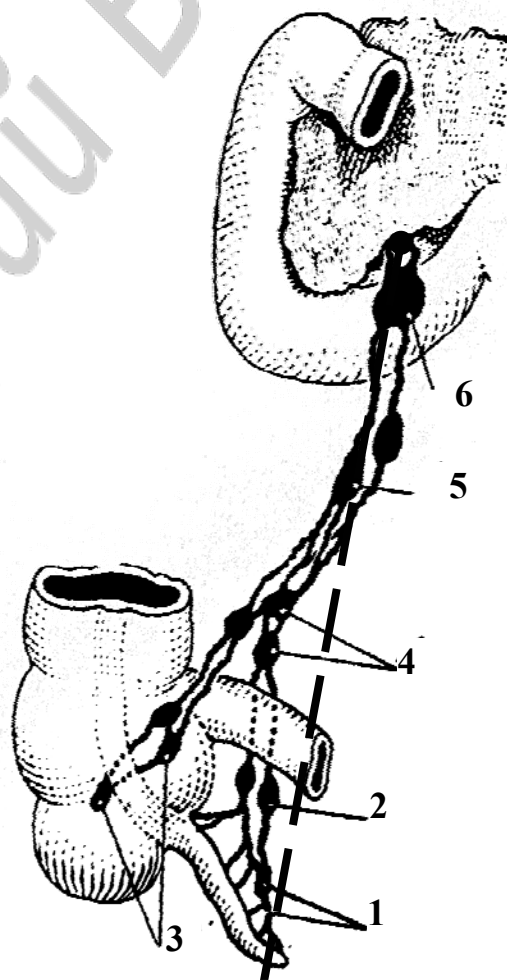


Рис. 1. Лимфоток и схема формирования первой фазы симптома Волковича-Кохера:
1–6 — лимфоузлы

воте. Необходимо помнить, что восприятие интенсивности болевых ощущений падает параллельно с нарастанием интоксикации организма. Опыт подсказывает, что иногда момент прободения отростка сопровождается значительным уменьшением болевого синдрома в животе. Это можно объяснить токсическим поражением центральной нервной системы. При этом локальная симптоматика все-таки остается. Исчезновение болей в животе как благоприятный фактор можно учитывать только в том случае, если общее состояние больного улучшается, симптомы острого аппендицита отсутствуют, а клинические лабораторные данные приходят к норме. Иррадиация боли из правой в левую подвздошную область свидетельствует об образовании там инфильтрата или развитии перитонита (симптом Сперанской–Степановой).

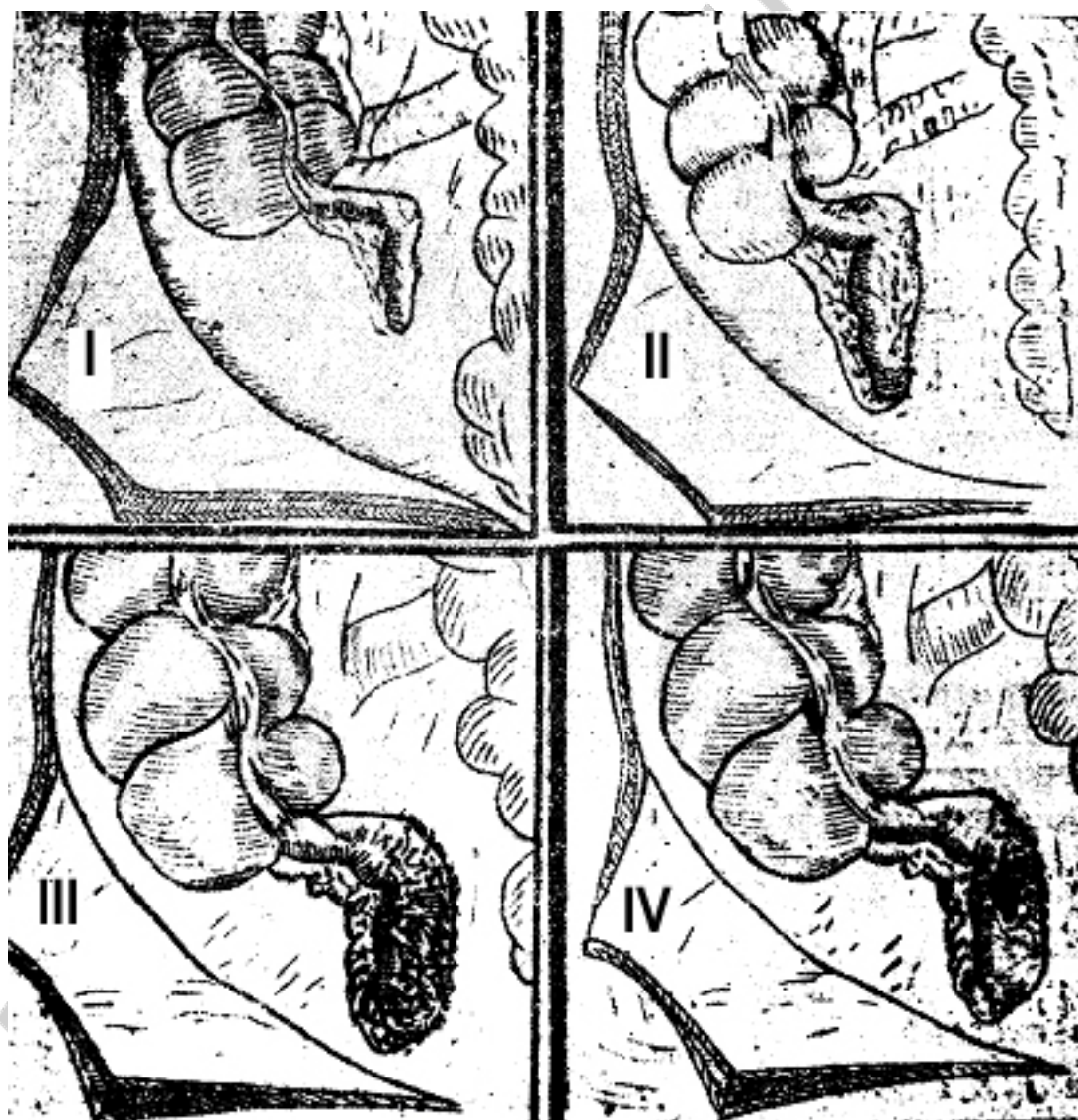


Рис. 2. Аппендицит:

I — катаральный; II — флегмонозный; III — гангренозный; IV — перфоративный

Болей при остром аппендиците может не быть у маленьких детей и у больных пожилого и старческого возраста, которые чаще жалуются на недомогание, слабость, расстройство сна, неопределенные ощущения в области живота.

Симптомами острого аппендицита часто являются тошнота и рвота. Они появляются через 1–1,5 ч после возникновения болей в животе и облегчения не приносят. В начале заболевания рвота может быть однократной, рефлекторного характера, а при развитии распространенного перитонита становится постоянной, изнуряющей, интоксикационного характера.

Стул и отхождение газов не нарушены или задержаны за счет пареза кишечника (закон Стокса). При медиальном расположении отростка, когда воспаление переходит на стенку тонкой кишки, может появиться энтерический понос. При этом сохраняются боли и болезненность при пальпации живота. При тазовом расположении отростка появляются тенезмы, явления проктита за счет раздражения стенки прямой кишки (симптом Войно-Ясенецкого).

Дизурия возникает при расположении воспаленного червеобразного отростка рядом со стенками мочевого пузыря, мочеточника или лоханки почки. При этом изменения в составе мочи минимальны или отсутствуют. Изменения в моче появляются при переходе воспаления непосредственно на мочевыводящие пути или наличии тяжелой интоксикации всего организма.

Субъективными изменениями можно считать общую слабость, недомогание, вялость, апатию, сонливость, расстройство сна и др., которые наблюдаются при тяжелых воспалительных осложнениях острого аппендицита вследствие общей интоксикации организма.

1.1. Объективные данные

Общее состояние больных с острым аппендицитом полностью зависит от тяжести воспалительного процесса в отростке и имеющихся осложнений. В начале заболевания состояние больного удовлетворительное, но в последующем оно утяжеляется при появлении осложнений и наличии сопутствующих заболеваний.

Больные с воспалительным процессом в животе чаще всего мало подвижны, потому что любое движение усиливает боль. Больные с острым аппендицитом, с воспалительным процессом, вышедшим за пределы серозы отростка, идут с наклоном вперед-вправо, держась за правую подвздошную область, правую ногу подтягивают и осторожно ставят на пол, выражение лица при этом страдальческое, чаще всего лежат на правом боку с подтянутыми к животу коленями, неохотно меняя такое положение.

Частота пульса дает наиболее достоверную, объективную информацию о степени деструкции и тяжести воспаления в отростке, так как при

этом усиливается метаболизм, уменьшается ОЦК, усиливается интоксикация, а следовательно, учащаются сокращения миокарда.

Температура тела больного нормальная или субфебрильно повышена. Лишь в раннем детском возрасте она часто бывает высокой. Графически пульс и температура в норме параллельно соответствуют друг другу: при повышении температуры на 1 градус пульс ускоряется на 10 ударов в минуту. При аппендиците же пульс значительно ускоряется по отношению к температуре и на графике получается симптом «ножниц», что в ранние сроки острого аппендицита можно считать характерным признаком. Обратное явление (симптом Коула) характерно для поражения органов дыхания. Феномен Самофалова заключается в повышении местной температуры со снижением кожной болевой чувствительности, повышении общего и местного лейкоцитоза с увеличением разницы между ними в процессе наблюдения.

Ректальная температура в норме выше подмышечной до 1 градуса, а при воспалении брюшины эта разница больше, что очень важно при диагностике острого аппендицита у маленьких детей и больных пожилого и старческого возраста (симптом Леннандера).

Язык в 50–60 % случаев при остром аппендиците сухой и обложен, что чаще всего свидетельствует о развитии перитонита.

Огромную роль в диагностике играет физикальное исследование живота. Симптомов и приемов диагностики острого аппендицита предложено более 200, но никто их всех не использует, так как одни из них встречаются часто, а другие — редко. Преобладающее число их относится ко времени развития перитонита или образования местного воспалительного очага в нетипичном месте расположения отростка.

Живот обычно имеет правильную форму. Часто правая подвздошная область или вся правая половина живота отстает или не участвует в акте дыхания. При разлитом перитоните, когда развивается паралитическая кишечная непроходимость, живот становится вздутым. Перкуторно здесь определяется тимпанит. Боли в правой подвздошной области усиливаются за счет перерастягивания париетальной брюшины и трения органов между собой при сильном втяжении и напряжении живота (симптом Долина), при глубоком вдохе и выдохе (симптом Ризваш–Розанова), при кашле (симптом Черемского–Кушнеренко). К концу глубокого вдоха появляется молниеносное сокращение верхнего отдела прямой мышцы живота при плеврите диафрагмального ската, чего нет при остром аппендиците (симптом Зевальда). Остается спонтанное сгибание правого бедра за счет контрактуры подвздошно-поясничной мышцы, на которой располагается воспаленный червеобразный отросток (симптом илео-псоас). При поднятии выпрямленной правой ноги появляются или усиливаются боли в правой подвздошной области за счет смещения и трения воспаленного отростка о

соседние органы (симптом Ионис–Рабинович). Быстрое опускание рукой врача поднятой выпрямленной правой ноги больного вызывает боли в правой подвздошной области (симптом Островского). Острый аппендицит сопровождается уменьшением расстояния между пупком и передней верхней остью правой подвздошной кости за счет сокращения мышц (симптом Иванова). При рецидивирующем аппендиците это расстояние, наоборот, увеличивается за счет уплощения мышц и западания правой подвздошной области (симптом Волковича).

Аускультативно перистальтические шумы кишечника в начале развития острого аппендицита определяются в пределах нормы, но параллельно развитию перитонита они ослабевают по силе и частоте возникновения вплоть до их исчезновения (закон Стокса).

Боль в правой подвздошной области появляется или усиливается за счет гиперестезии кожи и сотрясения брюшной стенки при применении дозированной сравнительной перкуссии по Шуринок (симптом Раздольского), при щипке кожного валика (симптом щипка), при резком отпускании поднятой складки кожи (симптом Завьялова). В правой подвздошной области брюшные нервные рефлексы не вызываются, в отличие от левой, за счет поражения нервов брюшной стенки (симптом Фомина). В дифференциальной диагностике разлитого перитонита и острых заболеваний органов грудной клетки имеет значение отсутствие брюшных рефлексов при первом и наличие их при вторых (симптом Клейна). При кожной пробе «хлороформ со спиртом» отмечается укороченное «болевое время» и резкие местные изменения кожи, что помогает в дифференциальной диагностике деструкции отростка (феномен Розенталя–Гаджиева).

Для диагностики острого аппендицита предложено большое количество пальпаторных симптомов. Пальпацию живота следует проводить только теплыми руками. Ладонь кладется на живот и двигаются только пальцы в межфаланговых суставах. При этом вначале пальпируется та область живота, боли в которой отсутствуют. При нежной пальпации всегда можно определить легкое напряжение мышц живота даже у истощенных, тучных, пожилых больных и многорожавших женщин. Пальпаторно в правой подвздошной области определяются «струны аппендицита» — напряженные тяжи апоневроза наружной косой мышцы (симптом Чугаева). Нередко выявляется сочетание в правой подвздошной области боли, напряжения мышц и гиперестезии кожи (триада Дьелафуа). Напряжение мышц живота (*defense musculaire*) чаще всего свидетельствует о воспалении париетальной брюшины, т. е. о перитоните. Следовательно, мышечный дефанс является поздним симптомом острого аппендицита. У ряда больных пальпаторно ощущается «мягкость» в точке Мак-Бурнея за счет ограниченного пареза мышц брюшной стенки (симптом Рожановского).

Сочетание самопроизвольных болей и болезненности при пальпации в области очага воспаления отмечается у преобладающего количества больных. Определение локальной болезненности в правой подвздошной области (симптом Филатова) у детей сопровождается появлением или усилением крика (симптом крика), сгибанием правой ножки (симптом подтягивания ножки) или отталкиванием руки врача (симптом отталкивания руки). При одновременном равномерном давлении в двух болевых точках боль остается или становится более выраженной в очаге воспаления (симптом угасающей болезненности Форканефа). У пожилых пациентов пальпация живота во время кашлевого толчка вызывает болезненность в очаге воспаления. При легком толчке пальцами в левую подвздошную область боль появляется в правой подвздошной области за счет смещения и трения воспаленных органов (симптом Ровзинга). Быстрое, без отрыва, скольжение пальцев по рубашке больного от мечевидного отростка в подвздошную область сопровождается усилением болей над очагом воспаления (симптом «рубашки» Воскресенского). Болезненность появляется или усиливается при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку (симптом Бартомье–Михельсона). Болезненность выражена меньше при глубоком давлении на брюшную стенку, чем при последующем быстром отдергивании пальцев от живота, за счет быстрого сокращения перерастянутой брюшины, трения органов о воспаленную брюшину (симптом Щеткина–Блюмберга). Болевая точка смещается при повороте больного на левый бок за счет смещения нефиксированного воспаленного отростка (симптом Шиловцева). Появляются или усиливаются боли в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок за счет натяжения складки брюшины слепой кишки и брыжеечки червеобразного отростка (симптом Ситковского), если же боли при этом не появляются, то следует поднять отвисший живот слева направо и быстро отпустить — боли появятся или усилятся (симптом В. Я. Бондалевича). При пальпации безболезненной правой подвздошной области боли появляются в эпигастрии (симптом Аарона) или в загрудинной области (симптом Подоненко) за счет висцеро-висцеральных рефлексов. У 88 % больных острым аппендицитом отмечается расширение правого зрачка рефлекторного порядка (симптом Бухмаш–Мошковского).

Надавливание пальцем в треугольнике Пти справа вызывает болезненность при ретроцекальном и ретроперитонеальном остром аппендиците (симптом Яуре–Розанова), а наличие здесь симптома Щеткина–Блюмберга свидетельствует и о воспалении прилегающей париетальной брюшины (симптом Габая). Поколачивания по XII ребру и мягким тканям поясничной области вызывают боль в правой подвздошной области за счет сотрясения воспаленных органов (симптом Варламова и симптом Барышникова соответственно). Боль возникает при пальпации пупка (сим-

птом Крымова-2) и введении пальца в правый паховый канал и надавливании на заднюю его стенку (симптом Крымова-1), то же, но во время кашля (симптом Гурвича). Потягивание за правый семенной канатик вызывает натяжение тазовой части семявыносящего протока, покрытого брюшиной, сопровождается болями в правой подвздошной области (симптом Гориа). Пальпация брюшины через пупочное кольцо вызывает боль в правой подвздошной области (симптом Думбадзе).

Болезненность появляется или усиливается при пальпации правой подвздошной области и одновременном поднятии выпрямленной правой ноги за счет сдавления отростка на напряженной пояснично-крестцовой мышце (симптом Образцова). Одновременная пальпация поясничной и подвздошной областей (бимануальная пальпация) вызывает болезненность при ретроцекальном аппендиците (симптом Бржозовского). В положении больного на левом боку правое бедро отводят назад, что сопровождается болями в правой подвздошной области за счет напряжения воспаленных мышц и перемещения воспаленного ретроцекально расположенного отростка (симптом Коупа–Ляроша). В положении больного на спине по оси вращают согнутое правое бедро, что вызывает боли при тазовом расположении отростка за счет напряжения воспаленной внутренней запирающей мышцы (симптом Коупа). Появление притупления перкуторного звука в правой подвздошной области свидетельствует о формировании аппендикулярного инфильтрата (симптом Феррети).

При двусторонней пальпации поясничного отдела позвоночника появляется боль справа за счет участия в процессе воспаления симпатического нерва этой стороны (симптом Гаусман–Образцова). Пальпация справа от остистых отростков L_{1-2} и в области поперечного отростка L_3 сопровождается болями за счет раздражения 1–2 и 3-го поясничных нервов при аппендиците (симптом Булынина и симптом Пунина соответственно).

Иррадиация болей из живота на внутреннюю поверхность бедра характерна для аднексита, а не для аппендицита (симптом Зоннебурга). Боль в точке Кюммеля при пальпации больного на спине остается и в вертикальном положении при остром аппендиците, но исчезает или опускается за лоно при остром аднексите (симптом Жедринского). Болезненность при пальпации нижней части подвздошной области в положении на левом боку уменьшается при остром аппендиците и усиливается при аднексите. При тазовом аппендиците во время ректального исследования находят утолщенную и болезненную правую крестцово-маточную связку (симптом Зельгейма). Если шейку матки при вагинальном исследовании отодвигать кверху, то боль в животе усилится при аднексите, но остается прежней при аппендиците (симптом Промптова), то же самое будет при маятникообразном движении шейки матки (симптом Познера). Надавливание рукой

спереди назад на правую половину матки беременной женщины на поздних сроках усиливает боли, а на левую — нет (симптом Заславского). Смещение матки слева направо усиливает боль в правой подвздошной области (симптом Брейдо). Боль усиливается у беременной женщины в правой подвздошной области при повороте на правый бок (симптом Михельсона).

Боли в области червеобразного отростка усиливаются при высокой клизме (симптом Ландуа). Дозированное (150–200 мл) введение воздуха в толстый кишечник вызывает боль в области червеобразного отростка (симптом Бастедо–Бусалова).

Это, разумеется, не все симптомы и приемы для диагностики острого аппендицита. Такое обилие симптомов говорит о чрезвычайной трудности в диагностике данной патологии, связанной со стертой клинической картины, затихающей формой воспаления, нетипичным расположением отростка, сопутствующими заболеваниями, возрастом и полом больных, неучетом необходимости тщательного изучения анамнеза, а также значения результатов лабораторных и инструментальных данных исследований, недооценки важности врачебных консультаций и консилиумов.

Чтобы поставить правильный диагноз врачу необходимо клиническое мышление.

1.2. Инструментальные методы исследования

1.2.1. Клинические лабораторные исследования

При диагностике острого аппендицита необходимо провести лабораторные исследования крови и мочи.

Все лабораторные исследования неспецифичны и непостоянны для диагностики аппендицита, но они отражают тяжесть развития воспалительного синдрома.

Количество лейкоцитов (L) чаще всего увеличено по сравнению с таковым до заболевания, однако врачу последнее не известно, а норма количества лейкоцитов каждые 10–20 лет жизни человечества изменяется. В связи с этим, основным ориентиром для врача в определении наличия воспаления является сдвиг лейкоцитарной формулы влево, т. е. за счет уменьшения количества лимфоцитов, базофилов, моноцитов и эозинофилов увеличивается общее количество нейтрофилов, а среди них — палочкоядерных, юных и т. д. При особо опасной инфекции и слабости защитных сил макроорганизма может быть лейкопения, однако сдвиг лейкоцитарной формулы влево остается.

Скорость оседания форменных элементов крови (СОЭ) в начале заболевания обычно нормальная, но при распространении воспаления за

пределы отростка повышается за счет нарушения взаимоотношения мелкодисперсных и крупнодисперсных белков сыворотки крови, изменений электрических зарядов ее форменных элементов. Чем тяжелее воспалительный процесс и интоксикация организма, тем больше нарастает СОЭ.

Увеличение гамма-глобулиновой фракции белков сыворотки крови, повышение фагоцитарной активности лейкоцитов, положительные реакции на С-реактивный белок и сиаловые кислоты (гликопротеиды) характеризуют наличие воспаления и его тяжесть в тканях и не являются специфичными для каких-либо определенных заболеваний. Поэтому все эти реакции применяются только как вспомогательные.

В моче изменения появляются при тяжелых осложнениях аппендицита за счет интоксикации всего организма или же при переходе воспалительного процесса на мочевыводящие органы.

1.2.2. ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Специфических, тем более ранних, рентгенологических симптомов при остром аппендиците не отмечено. Однако при разлитом перитоните, когда имеется паралитическая кишечная непроходимость, появляются газовые пузыри с уровнем жидкости (чаши Клойбера), отмечается ограничение подвижности диафрагмы, в основном справа, может быть поднятие правого купола диафрагмы. Этот метод исследования часто применяется для дифференциальной диагностики острого аппендицита с заболеваниями органов грудной клетки. Широко применяется ирригоскопия для дифференциации аппендикулярного инфильтрата и опухоли слепой и восходящей кишок.

Для дифференциальной диагностики острого аппендицита с почечной коликой широко применяются радионуклидные методы исследований.

Ультразвуковое исследование дает возможность обнаружить не только жидкость в брюшной полости, но и наличие опухолевидного образования с возможным выявлением жидкости в нем, наличие метастазов в паренхиматозных органах. Иногда может быть виден измененный червеобразный отросток.

1.2.3. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эндоскопические методы диагностики при остром аппендиците применяются, чаще всего, для дифференциальной диагностики в трудных случаях. Эзофагогастродуоденофиброскопия применяется для исключения эрозивно-язвенных процессов, которые нередко симулируют острый аппендицит. Для дифференциальной диагностики аппендикулярных инфильтратов и онкологических заболеваний толстой кишки применяют колонофиброскопию с биопсией.

Для диагностики острого аппендицита часто применяется лапароскопия. Современная аппаратура позволяет осмотреть почти все уголки и ор-

ганы брюшной полости. Если учесть, что процедура производится под общим обезболиванием с минимальным введением газа в брюшную полость, то противопоказания для данного исследования минимальны, а диагностическая отдача — максимальная. При соответствующих условиях возможна эндоскопическая аппендэктомия, туалет и дренирование брюшной полости.

Глава 2. Атипичный острый аппендицит

2.1. Острый аппендицит у детей

Диагностика данного заболевания у детей старшего возраста мало чем отличается от взрослых. Наибольшие трудности представляют маленькие пациенты до 3 лет. Всегда надо помнить, что больные дети, особенно не посещающие детские воспитательные учреждения, очень часто боятся людей в белых халатах. Поэтому следует набраться терпения и к детям подходить особо приветливо, быть с ними очень разговорчивыми, интересоваться различными вопросами из их жизни и т. п. Необходимо снять страх у ребенка, заслужить его доверие так, чтобы он сам согласился показать животик. Если это не удастся, то необходимо попытаться осмотреть ребенка на руках родителей, а лучше всего пропальпировать животик во время сна — естественного или искусственно вызванного. Последнее достигается введением возрастной дозы хлоралгидрата в клизмочке, который действует и успокаивающе, и снотворно. Можно применить легкий скоропреходящий наркоз. Никогда не надо забывать обследовать больного теплыми руками, тем более детей.

Дети мало дифференцируют возникшую боль и продолжительное время, особенно в детском коллективе, играют при появлении ее. При этом они периодически прерывают игру, затаиваются или кратковременно плачут, так как у детей боли чаще бывают схваткообразными. У детей позже наступает дифференциация иннервации из солнечного сплетения, поэтому во время обследования они не могут точно указать местоположение боли в животике и показывают на пупок, где локализуется боль. Чем меньше по возрасту ребенок, тем клиническая картина более похожа и на инфекционные заболевания дыхательных путей, и на прорезывание зубов, и на диарею, и даже на простой ушиб конечностей. У детей до года при остром аппендиците часто отмечается токсическая диарея. При дальнейшем прогрессировании воспаления в отростке ребенок становится пассивным, спокойным, часто плаксивым, постоянно занимает положение на правом боку с подтягиванием ножек. Нередко отмечается неоднократная рвота.

В первое время общие явления преобладают над местными. Температура чаще высокая с очень частым пульсом. У детей не обнаруживается

симптом «ножниц». Определенную ценность представляет разница между ректальной и подмышечной температурой. Если в норме она менее единицы, то при воспалении в брюшной полости она больше. Лейкоцитоз высокий с выраженным сдвигом лейкоформулы влево. Рано повышается СОЭ.

Боясь уколов или разлучения с родителями, дети могут скрывать боль или неправильно ее локализовывать. Поэтому во время пальпации живота надо пристально наблюдать за мимикой ребенка. Иногда врачи вначале ощупывают животик ребенка его же рукою или производят перкуссию своим пальцем по пальцам малыша, положенным на соответствующую область. Начинать обследовать надо с безболезненной области, чтобы ребенок привык к этой процедуре. При появлении болей ребенок начинает плакать, отталкивает руку врача (симптом «отталкивающей ручки»), непроизвольно сгибает правую ножку (симптом «согнутой ножки») или поворачивается на правый бок. Если больной обследуется во время сна, то важным моментом является то, что болезненность и напряжение мышц живота остаются и во время сна. При этом отмечается двигательное беспокойство ребенка. Чем младше ребенок, тем чаще при дифдиагностике следует пользоваться методом исключения других острых заболеваний.

Так как защитные силы детского организма недостаточно развиты, то воспаление в отростке приводит к разлитому перитониту в 5–6 раз чаще, чем у взрослых. Необходимо помнить и о том, что в первое время боли достигают наивысшей интенсивности, а в последующие 2–3 суток они уменьшаются в связи с токсическим поражением коры головного мозга и гибели местного нервного аппарата. При этом создается впечатление «мнимого» благополучия с последующим резким ухудшением состояния больного ребенка. Поэтому дети с подозрением на острый аппендицит наблюдаются в хирургическом стационаре, а не амбулаторно.

Из-за снижения пластических способностей брюшины и наличия короткого большого сальника в раннем детском возрасте редко образуются аппендикулярные инфильтраты. Не следует забывать осторожно исследовать пальцем прямую кишку. При диагностике аппендикулярного инфильтрата в брюшной полости необходимо помнить, что в отличие от взрослых больных у детей они в большинстве случаев нагнаиваются с последующим развитием перитонита.

2.2. Острый аппендицит у больных пожилого и старческого возраста

Из года в год количество людей пожилого и старческого возраста увеличивается, что влияет на рост заболеваемости острым аппендицитом и достигает 2,7–8,9 % с летальностью в 10–30 раз выше, чем у больных среднего возраста. Свойственные старости возрастные изменения во всем организме накладывают печать на его реакцию, характер и течение мест-

ного воспалительного процесса, клиническую картину и исход болезни. Вследствие такой ареактивности старческого организма клиническая картина обычно смазана, неясна. Основным симптомом — боль — может отсутствовать или быть слабой, без четкой локализации. Пациент на боли обращает внимание тогда, когда воспалительный процесс прогрессирует, давно вышел за пределы отростка и даже одной анатомической области брюшной полости. Рвота у таких больных бывает редко, хотя тошнота присутствует. Температура тела чаще нормальная или субфебрильная, но ректальная температура повышена. Пульс учащен. Содержание лейкоцитов в крови либо нормальное, либо немного повышено, сдвиг лейкоформулы влево присутствует, СОЭ увеличено. Стул обычно задержан. Наиболее частый симптом — локальная болезненность — слабо выражен даже при глубокой тщательной пальпации, особенно во время кашлевого толчка. Иногда других симптомов острого аппендицита может и не быть, но при внимательном осмотре они выявляются, однако выражены слабо. Из-за большого количества жировой клетчатки, дряблости мышц их напряжение слабое или вообще отсутствует. Нередко у подобных больных отмечается вздутие живота с явлениями динамической кишечной непроходимости. Симптом Щеткина–Блюмберга слабо выражен, чаще сомнительный, а иногда вообще отсутствует. То же самое касается и других, так называемых аппендикулярных симптомов. Аппендикулярные инфильтраты встречаются чаще, чем в среднем возрасте больных, и образуются медленно, вяло, без болей и высокой температуры. Эти инфильтраты плотные, малоболезненные, что является частой причиной ошибок при дифференциальной диагностике с другими заболеваниями слепой кишки.

При диагностике аппендицита у подобного контингента больных иногда возникают большие затруднения, поэтому часто применяют дополнительные методы исследования: колоректальные, вагинальные, УЗИ, рентгенологические, урологические и др. Нередко большую помощь оказывает лапароскопия. При соответствующих показаниях следует пользоваться врачебными консилиумами разных специалистов, потому что у подобных больных очень часто присутствуют сопутствующие заболевания, требующие не только диагностики, но и лечения.

2.3. Острый аппендицит у беременных

Подобное сочетание встречается в 2–3,5 % случаев и представляет большую угрозу для жизни матери и плода. Выкидыши и преждевременные роды при таких сочетаниях вызываются повышенной температурой, интоксикацией, раздражением брюшного покрова матки воспалительным экссудатом, переходом воспалительного процесса непосредственно на матку и ее придатки. Необходимо подчеркнуть, что острый аппендицит у беременных женщин в $\frac{3}{4}$ случаев является обострением хронического ре-

цидивизирующего аппендицита, воспаление протекает несколько благоприятнее при малых сроках беременности. Все это наводит на мысль, что есть необходимость плановых аппендэктомий у женщин детородного возраста с хроническим рецидивирующим аппендицитом, а также при очередном обострении аппендицита на малых сроках беременности. При болях в животе у беременных следует мобилизовать все дифференциально-диагностические возможности, чтобы не пропустить острого аппендицита.

Симптоматика данного заболевания в первой половине беременности мало отличается от типичной, а вот во второй — «аппендикулярные» симптомы теряют свою ценность и становятся схожими с гинекологическими. Чаще всего внезапные боли при остром аппендиците появляются в эпигастрии или правой половине живота, в основном без иррадиации, а гинекологические боли иррадируют в крестец, поясничную область. Появляются тошнота и одно-, двукратная рвота, а рвота гинекологическая — многократная, часто просто позывы на рвоту. Температура повышается в обоих случаях, а вот лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево характерен для аппендицита. Необходимо отметить, что сама беременность часто сопровождается небольшим лейкоцитозом, но не выше $10 \times 10^9/\text{л}$ и без сдвига влево. СОЭ повышено при беременности. Если моча при типичном аппендиците без особенностей, то у беременных женщин почти всегда в ней повышено количество лейкоцитов — так называемый пиелит беременных. Увеличение количества белка и плотности мочи может указывать на возможность развития нефропатии беременных.

Беременные женщины с наличием острого аппендицита лежат на левом боку, что уменьшает боль в животе, при повороте на правый бок боли усиливаются из-за сдавления воспаленного отростка маткой. Пальпировать живот женщине необходимо в положении на левом боку, тогда можно выявить локальную болезненность в правой подвздошной области. Здесь же можно определить некоторые симптомы острого аппендицита, перечисленные выше. Осторожные надавливания на матку спереди назад и слева направо вызывают или усиливают боли в правой подвздошной области. Иногда простое поднятие правой выпрямленной ноги сопровождается усилением боли в животе. Приведем клиническое наблюдение.

Больная О., 26 лет, повторнородящая, поступила в день заболевания с жалобами на боли в правом подреберье и животе, беременность 8 месяцев. Тошноты и рвоты не было. Состояние удовлетворительное. Температура 37°C . Родовая деятельность отсутствует. Сердцебиение плода ясное. Выделений из половых путей нет. Язык влажный, слегка обложен у корня. Живот не вздут. Стул и мочеиспускание в норме. На 2-й день появились более интенсивные боли в правой половине живота. Состояние удовлетворительное. Пульс 88 уд./мин. Язык влажный, живот не вздут, умеренно болезнен и напряжен в правой половине. Стул был, газы отходят. Мочеис-

пускание нормальное. Диагноз: желчнокаменная болезнь. На 3-й день боли в животе несколько стихли. Ночь спала. Напряжение и умеренная болезненность в правой половине живота сохраняются. Общее состояние удовлетворительное, боли отмечает больше в правой подвздошной области. Температура 36,8 °С, пульс — 90 уд./мин. Матка не в тонусе. Стул и диурез в норме. На 6-й день состояние больной ухудшилось, боли в животе усилились. Тошноты и рвоты нет. Температура 38,7 °С, пульс — 96 уд./мин. Появилось вздутие живота, газы не отходят. Значительная болезненность и напряжение живота справа внизу. Язык суховат, обложен. Симптомы Щеткина и Пастернацкого положительные. Родовая деятельность отсутствует. После консультации с хирургом заподозрен острый аппендицит.

На 14-й день госпитализации под наркозом выполнена нижнесрединная лапаротомия. Из верхнего отдела живота затекает желтоватого цвета жидкий гной. Кишечные петли и париетальная брюшина гиперемизированы, с фибринозно-гнойным налетом. Произведено кесарево сечение: извлечен живой ребенок. Матка удалена без придатков суправагинально. Разрез продлен выше пупка. Слепая кишка подтянута кверху и спаяна с заднебоковой поверхностью брюшной стенки и капсулой печени. Спайки разъединены тупо. Червеобразный отросток темно-багрового цвета, спаян со слепой кишкой. На верхушке отростка перфоративное отверстие. Брыжейка отростка некротизирована. Отросток удален. Культия его перитонизирована кисетным швом. Брюшная полость осушена, влиты антибиотики, оставлен тампон. В послеоперационном периоде температура поднималась до 39 °С. Выписана в удовлетворительном состоянии на 26-й день после операции.

Комментируя выписку, можно утверждать, что у гинекологов не было никакой настороженности в отношении острой хирургической патологии. Дело в том, что даже в 1-й день поступления при отсутствии акушерско-гинекологической патологии можно было объяснить боли в животе наличием острого аппендицита. При желчнокаменной болезни никогда не бывает напряжения мышц живота. Только при появлении клиники разлитого перитонита пригласили хирурга.

2.4. Ретроцекальный острый аппендицит

Острый аппендицит при ретроцекальном расположении червеобразного отростка отличается своей нечеткой клинической картиной с трудностями для распознавания, тяжестью течения и сложностью оперативного лечения. Ретроцекальное, латероцекальное и забрюшинное расположение червеобразного отростка обнаруживается в клинической практике чаще (20–22 %), чем при анатомических исследованиях (2 %), из-за предрасположенности к воспалению. Обязательные перегибы отростка у основания,

изгибы и малоподвижность его тела, короткая брыжейка или ее отсутствие, некоторое сдавление окружающими тканями и органами приводят к затруднению перистальтики отростка и некоторому нарушению кровообращения. Все это создает особо благоприятные условия для развития воспалительного процесса, при котором окружающие ткани, и особенно брыжеечка отростка, отекают, а сосуды его быстро тромбируются. В результате быстро наступает деструкция стенок отростка с переходом воспалительного процесса на соседние ткани и органы, а по лимфатическим путям — и на отдаленные органы и пространства.

Клиническая картина тем более приближается к типичной, чем поверхностнее и ближе к кожной поверхности располагается отросток. Клинически заболевание начинается часто с небольших, тупых болей в типичных областях живота с последующим их переходом на поясничную область, где они постепенно усиливаются. Больные часто о первоначальных болях, в том числе и в эпигастрии, забывают и фиксируют свое и врачебное внимание на более сильных на данный момент. О тошноте и однократной рвоте вспоминают лишь при наводящих вопросах врача. Температура тела к этому времени чаще всего высокая. Лейкоцитоз тоже высокий со сдвигом лейкоформулы влево и большой СОЭ. В моче могут быть изменения — высокая плотность, наличие белка, лейкоцитов и даже эритроцитов. К тому же все это нередко сопровождается учащенным, но безболезненным мочеиспусканием.

Пульс частый, удовлетворительного наполнения. Язык обложен, сухой. Живот может быть немного вздутым, но мягким, более-менее болезненным в правой подвздошной области. Болезненность усиливается при глубокой пальпации, особенно по Бржозовскому. Положительными бывают симптомы Яуре–Розанова, Габая, Варламова, Барышникова, Ландуа, Бастедо–Бусалова, псоас и др. При переходе воспаления на забрюшинную клетчатку образуются инфильтраты в виде увеличенной почки при паранефрите, колбасовидной формы позади и вдоль восходящей толстой киш-

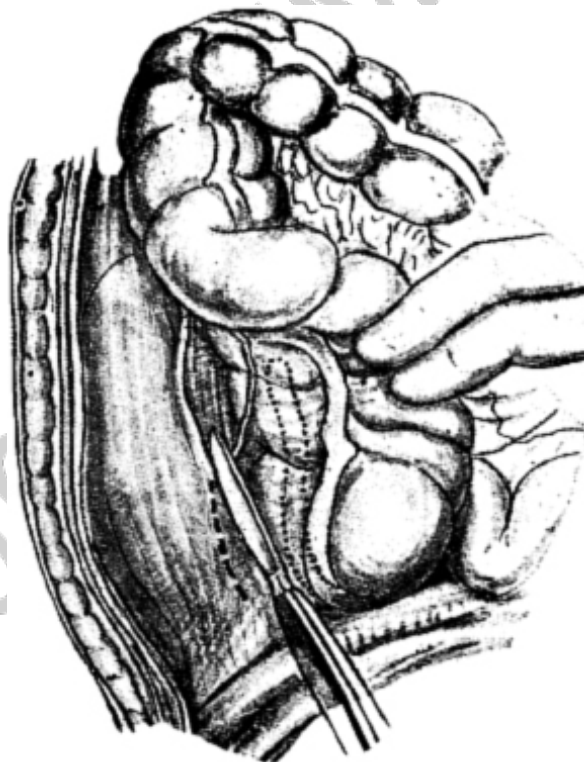


Рис. 3. Обнаружение ретроперитонеального отростка после отслоения париетальной брюшины

ки — при параколитах. Данные инфильтраты могут рассасываться от консервативного лечения, но чаще нагнаиваются. При этом развивается соответствующая абсцессу клиническая картина. При данном расположении воспаленного отростка до сих пор часто встречаются трудности и ошибки диагностики, особенно в ранней стадии заболевания. Приведем клинические наблюдения.

Больной В., 54 года, поступил на 6-й день заболевания с жалобами на боли в правой поясничной области. Температура 38,8 °С, пульс — 108 уд./мин. Живот мягкий, не очень болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Искривление позвоночника вправо. В правой поясничной области определяется болезненный инфильтрат. По поводу правостороннего паранефрита поясничным разрезом обнажена околопочечная клетчатка. У нижнего полюса почки вскрыт гнойник, содержащий около 200 мл густого гнойного экссудата. В полости его обнаружен и удален гангренозно измененный червеобразный отросток. Он был рыхло спаян с мочеточником. Гладкое послеоперационное течение. Через 7 лет здоров.

Больная Ч., 27 лет, поступила по поводу рецидивирующей забрюшинной флегмоны и свища в правой поясничной области. Пять лет назад был вскрыт гнойник в забрюшинной клетчатке. После заживления раны предложена аппендэктомия, но в течение 5 лет больная чувствовала себя хорошо и поэтому не считала нужным оперироваться. Через 4 года возникла нерезкая боль в животе и вновь образовалась флегмона, которая была вскрыта. После операции остался длительно незаживающий свищ. Когда прекращалось выделение гноя, повышалась температура. Через 6 лет от начала заболевания с большими трудностями удалены остатки червеобразного отростка из рубцово-измененной забрюшинной клетчатки. Полностью зажил свищ. Через 13 лет здорова.

При вскрытии забрюшинной флегмоны аппендикулярной этиологии не всегда удается удалить червеобразный отросток. Но это не обязательно, потому что при данной операции часто повреждается инфильтрированная слепая кишка и образуется каловый свищ. Уже после заживления места вскрытия флегмоны рекомендуется в обязательном порядке удалить отросток, так как часто встречаются рецидивы и аппендицита, и флегмоны, что подтверждается приведенной выпиской из истории болезни.

Больная Ф., 23 года, поступила на 2-е сутки заболевания. Появились разлитые боли в животе, многократная рвота, температура до 40 °С. Был поставлен диагноз острый аппендицит. Состояние средней тяжести. Живот умеренно вздут. Разлитые, незначительные боли по ходу толстого кишечника и в правой поясничной области. Перитонеальных симптомов нет. Симптом Пастернацкого справа положительный. Температура 39,3 °С. Кровь — L — 20×10^9 /л, в моче белка 0,33 г/л, L — 7–8 в п/з, эр. — 5 в п/з. Предварительный диагноз: правосторонняя почечная колика. На протяже-

нии последующих 2 суток нарастают явления интоксикации, появляется энтерит. Живот остается вздутым, умеренно болезнен в обеих подвздошных областях. Раздражения брюшины нет. Температура 39,3–39,5 °С.

Проведено симптоматическое лечение по поводу предполагаемой пищевой интоксикации и копростаз. Улучшения нет. На 4-й день заболевания состояние резко ухудшается. Усиливаются боли в животе, появляется симптом Щеткина, бред. Черты лица заострены. Температура 39,7 °С. L — 5×10^9 /л, палочкоядерных — 31 %. Предполагаемый диагноз: прободная язва желудка или деструктивный аппендицит. Настойчиво предлагается операция. Больная категорически отказывается. На 5-е сутки заболевания наступила смерть. Патологоанатомический диагноз — флегмонозно-гангренозный ретроцекальный аппендицит, гангренозный перитифлит, псоит, паранефрит, ограниченный перитонит.

В стационаре изо всех сил старались отвергнуть направляющий диагноз, несмотря на признаки острого аппендицита. Боли фиксировались в животе, а не в области почки. На фоне высокой температуры не было дизурии и соответствующей иррадиации болей с малыми изменениями в моче. Симптом Варламова принят за симптом Пастернацкого. Больной не произведено ни одно из инструментальных исследований для определения почечной колики, не произведены мероприятия для снятия почечной колики. Нет сведений о суточном диурезе. При почечной колике всегда имеется парез кишечника, а здесь понос, в диагнозе же — копростаз. Изменения в моче были из-за токсического поражения почек. Короче говоря, у врачей не было настороженности о наличии острого аппендицита потому, что были отрицательными симптомы перитонита.

Известно, что ретроцекально расположенный отросток пересекает правый мочеточник, а, уходя в забрюшинное пространство, достигает нижнего полюса или даже ворот почки. Если отросток воспаляется, то развивается клиника почечной колики или паранефрита. При этом урологические обследования патологии мочевыводящих путей не находят. Приведем клиническое наблюдение.

Больной Д., 50 лет, поступил с жалобами на тупые боли внизу живота справа, сопровождающиеся учащенным мочеиспусканием, тошнотой. За неделю до поступления появилась острая боль, была однократная рвота. Больной принял бесасол и положил теплую грелку на правую подвздошную область. Боли уменьшились. На 3-й день присоединились дизурические расстройства — учащенное мочеиспускание. Больной обратился к хирургу, который направил его в больницу с диагнозом: камень правого мочеточника. Два года назад после приступа правосторонней почечной колики отошел оксалатовый камень. Общее состояние удовлетворительное. Температура 37,2 °С. Пульс — 84 уд./мин, ритмичный. АД 120/70 мм рт. ст. В легких — везикулярное дыхание. Язык влажный, обложен серым

налетом. Живот не увеличен, принимает участие в дыхании, при пальпации мягкий, болезненный над правой паховой связкой. Мочеиспускание 6–7 раз в сутки, сопровождается небольшими резами. Почки не увеличены. Симптом Пастернацкого положительный справа. Анализ крови: Нб — 90 г/л, эр. — $3,6 \times 10^{12}$ /л, L — 8×10^9 /л, СОЭ — 20 мм/ч. Анализ мочи: уд. вес — 1020, белка — 0,33 г/л, эр. св. — 10–15 в п/зр, L — 10–12 в п/зр., соли оксалаты. Остаточный азот крови — 30 мг %. При обзорной рентгенографии мочевого системы в проекции тазового отдела мочеточника определяется тень конкремента $1 \times 0,8$ см. Во время хромоцистоскопии индигокармин из правого мочеточника не выделяется в течение 15 минут наблюдения, из левого появился на 3 минуте. Введенный в правый мочеточник катетер встретил непреодолимое препятствие в 5 см от устья. На экстренной урограмме контуры правой почки не определялись. В левой почке патологических изменений не обнаружено. При пальцевом ректальном исследовании в области передней стенки прямой кишки справа выявлено болезненное уплотнение.

Заключение: камень н/3 правого мочеточника, периуретерит, отсутствие функции правой почки. Установлены показания к операции.

Выше паховой связки послойно рассечена передняя брюшная стенка. Брюшина отодвинута кверху и к средней линии, после чего на уровне безымянной кости обнаружен утолщенный, гиперемированный червеобразный отросток, интимно спаянный с мочеточником. В с/3 его пальпируется конкремент размером $1 \times 0,8$ см. Произведена аппендэктомия и разъединены спайки вокруг мочеточника. Рана послойно ушита до дренажной трубки. Послеоперационный период — без осложнений. При хромоцистоскопии на 10-й день после операции отмечается перистальтика устья правого мочеточника, индигокармин выделяется из него на 7 минуте бледной вялой струей. На обзорной рентгенограмме конкрементов не определяется. Выписан в хорошем состоянии. Через год жалоб нет. Хромоцистоскопия: индигокармин справа и слева выделяется на 3 минуте хорошей струей.

Если пристрастно разбирать данное наблюдение, то об аппендиците свидетельствуют такие факты: боль сопровождалась однократной рвотой, имелись «аппендикулярные ножницы» между температурой и пульсом, язык обложен, отмечена локальная болезненность живота, по всей вероятности симптом Варламова–Барышникова принят за симптом Пастернацкого, и что характерно — слабо выраженные дизурические явления появились лишь на 3-й день, а не сразу с болями. Так что, подумав при первичном осмотре об аппендиците, дежурный врач нашел бы и другие симптомы данного заболевания, но анамнез (наличие почечной колики справа) увел врачей в сторону от истинного диагноза.

2.5. Тазовый острый аппендицит

Острый аппендицит тазового расположения встречается от 21 до 41 % случаев. Признаки острого аппендицита при тазовом расположении отростка: симптом Кохера–Волковича, однократная рвота, «аппендикулярные ножницы», постоянные нарастающие боли внизу живота, больше справа без иррадиации в крестец и промежность, иногда в поясницу, что наблюдается у женщин при аднексите, могут быть слабо выражены, но имеются. И если врач думает об этой патологии, то и симптомы найдутся. Живот обычной формы, мягкий, болезненный при пальпации над правой паховой связкой или лоном. Эти боли несколько смещаются влево при повороте больного на левый бок, а при аднексите остаются на месте или выявляются четче. Могут быть положительными симптомы Щеткина–Блюмберга, Гория, Коупа, Коупа–Лароша, Зельгейма, Ландуа, Бастедо–Бусалова и др.

При переходе воспаления на мочевой пузырь появляются дизурические расстройства с малыми изменениями в моче. Причем эти расстройства появляются значительно позже начала болевого синдрома. Если в процесс воспаления вовлекается прямая кишка, то присоединяются тенезмы — позывы на акт дефекации, а стул скудный, в основном в нем присутствует слизь. У маленьких детей может быть зияние ануса с отеком слизистой оболочки. Большую помощь в диагностике оказывает бимануальное исследование через влагалище или прямую кишку, когда определяется болезненная брюшина на передней стенке прямой кишки или задней поверхности свода влагалища, причем иногда удается пропальпировать увеличенный болезненный отросток. Однако чаще всего здесь определяется болезненный инфильтрат, который в этой области образуется чаще и быстрее, чем в других местах расположения отростка. Дифференцировать тазовый аппендицит с воспалением внутренних женских половых органов легче вначале заболевания, когда помогают известные симптомы: Промптова, Познера, Жедринского, Зоннебурга и др. При разлитом пельвеоперитоните его причину трудно установить. При хирургическом пельвеоперитоните общее состояние всегда тяжелее, чем при гинекологическом, рано появляется «лицо Гиппократата», быстро нарастает обезвоживание, появляется обездвиженность больных, в то время как при гинекологической патологии состояние если не удовлетворительное, то не тяжелее средней тяжести, блеск глаз сохраняется, пульс реже. Если же пельвеоперитонит распространяется выше лона, то показана лапаротомия как диагностическая и лечебная процедура. Причем после лапаротомии или лапароскопии гинекологический воспалительный процесс намного быстрее купируется, чем от инъекционного метода лечения. В практике подобную дифферен-

циацию приходится производить сравнительно часто. Приведем клиническое наблюдение.

Больная М., 22 года, поступила с диагнозом острый аппендицит. Жалобы на боли в животе, больше справа, тошноту, рвоту, общую слабость. Заболела накануне. Дома температура поднималась до 39 °С. Кожные покровы бледные, губы сухие, самостоятельно передвигаться не может. Язык сухой, обложен. Пульс — 96 уд./мин, Температура 37,4 °С, АД — 85/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Состояние легких нормальное. Живот не вздут, нижняя половина резко болезненна, в дыхании не участвует. Мышцы напряжены больше справа. Симптом Щеткина–Блюмберга положительный. Тупость печени сохранена. Жидкость в свободной брюшной полости не определяется. Резкая болезненность в заднем дуglasовом пространстве (*virgo*). Матка не увеличена. Анализ крови: L — 26×10^9 /л, ю — 4, п — 40, с — 50, л — 4, м — 2, СОЭ — 11 мм/ч. Диагноз: острый аппендицит.

Сделана операция параректальным разрезом. Слепая кишка и червеобразный отросток не изменены. Большой сальник отечен с множеством кровоизлияний. В рану выведена матка с придатками. При этом из малого таза выделилось 50 мл жидкого гноя. Матка нормальная. Обе трубы утолщены до 2,5 см, багрово-красные, плотные, фимбрии резко отечны. Из труб выделяется гной. При лабораторном исследовании гноя выявлен пневмококк. Брюшная полость осушена, введен тампон с дренажной трубкой. Рана ушита до дренажей. Выздоровление.

Добавлять здесь с целью диагностики что-либо трудно и нецелесообразно, однако тампон оставлять не следовало, это рекомендуется при отграниченных перитонитах.

2.6. Острый аппендицит в грыже

Содержимым грыжевого мешка может быть любой орган брюшной полости, в том числе и червеобразный отросток, который может воспалиться. К сожалению, хирурги об этом часто забывают. Воспаление может быть как первичным, так и следствием ущемления грыжи. О последнем должны особенно помнить те, кто еще применяет вправление ущемленных грыж. Если же вдруг грыжа самопроизвольно вправилась, то необходима срочная операция с ревизией органов брюшной полости. Если же операция в срочном порядке не сделана, то необходимо пристальное наблюдение за больным в условиях стационара. Грыжевой аппендицит проявляется вначале постоянной неинтенсивной болью в грыжевой опухоли с последующим постепенным усилением. Быстро образующиеся спайки в области узкой шейки грыжевого мешка предохраняют от распространения инфекции по всей брюшной полости и делают грыжу невраваемой, воспаленной с выраженной болезненностью. Грыжевая опухоль увеличивается,

появляется краснота, отечность, что заставляет врачей думать скорее об ущемлении, чем об остром аппендиците в грыже. При дифференциальной диагностике большим подспорьем является анамнез: болевой синдром при ущемлении всегда появляется внезапно после хотя бы кратковременного повышения внутрибрюшного давления (кашель, подъем тяжести и т. д.), а воспаление грыжи начинается с постепенно начинающихся вначале небольших болей. Причем постепенно развивающаяся клиника аппендицита не сопровождается неукротимой рвотой, отсутствуют явления механической кишечной непроходимости. Точная дооперационная диагностика в данной ситуации необходима, потому что от нее зависит хирургическая тактика. Такая дифференциация далеко не всегда легкая. Приведем клинические наблюдения.

У больного П., 50 лет, с правосторонней рецидивирующей паховой грыжей появились резкие боли в правой половине живота, которые вскоре стали менее интенсивными. Амбулаторно обследован и госпитализирован лишь на 19-й день на плановую операцию. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пульс — 68 уд./мин, АД — 140/90 мм рт. ст. В правой паховой области обнаружено округлое выпячивание, опускающееся в мошонку. В горизонтальном положении оно само вправляется. Имеется два линейных рубца. Наружное паховое кольцо расширено до 4 см. На следующий день произведена операция. После вскрытия грыжевого мешка выявлено, что он имеет две полости: одна (на дне) — полость собственной оболочки атрофированного яичка, элементы семенного канатика очень плохо выражены; вторая (большая) — собственно грыжевой мешок. Снаружи стенкой его является слепая кишка и припаянный к брюшине флегмонозно измененный червеобразный отросток. Сделана аппендэктомия. Атрофированное яичко удалено. Выполнена пластика пахового канала по Мартынову. Подшита дополнительно капроновая ткань.

В истории болезни не приведен общий анализ крови, где должны быть хотя бы небольшие изменения, которые на фоне постоянных болей в грыже могли бы натолкнуть врача на мысль о возможности аппендицита.

У 5-недельного ребенка, поступившего по поводу ущемленной правосторонней паховой грыжи, во время операции в грыжевом мешке обнаружен илеоцекальный угол с флегмонозно измененным червеобразным отростком. Произведена аппендэктомия, грыжесечение с пластикой пахового канала по Мартынову. Ребенок выздоровел.

Бытует мнение, что у маленьких детей возможно вправление ущемленных грыж, т. к. некроз ущемленных органов у них наблюдается значительно позже. Не трудно догадаться, какова бы была судьба этого ребенка, если бы консервативно провели данное ущемление.

Больной П., 56 лет, доставлен с жалобами на резкие боли в правой паховой области. Страдает паховой грыжей 20 лет. При осмотре в правой

паховой области определяется продолговатой формы плотное опухолевидное образование, опустившееся частично в мошонку. Через наружное паховое кольцо оно не вправляется. Диагноз: ущемленная правосторонняя паховая грыжа.

При подготовке к операции произошло самопроизвольное вправление грыжи. Во время операции производился разрез параллельно пупартовой связке. При вскрытии грыжевого мешка из брюшной полости стала поступать гнойная жидкость. Грыжевой мешок ушит, сделана пластика пахового канала по Кимбаровскому. Поведена дополнительная лапаротомия параректальным разрезом справа. Париетальная и висцеральная брюшина гиперемирована, отечна. В илеоцекальной области обнаружен инфильтрат с абсцедированием, в котором находился червеобразный отросток. Введен пенициллин. В брюшную полость вставлен марлевый тампон и наложены наводящие швы. Больной выздоровел.

Из данной выписки видно, как правильно поступил хирург при вправлении грыжи у пожилого мужчины, у которого сосуды ломкие, а органы малоэластичны с пониженной сопротивляемостью. Из-за малого опыта хирурга или местной трудной ситуации, к сожалению, отросток не убран, из-за чего в последующем необходима повторная операция. Оставление марлевого тампона в брюшной полости при лечении перитонита малоэффективно, но официально допустимо, тем более в прошлые годы это даже поощрялось. Подобные случаи не так уж и редки, просто они не публикуются. М. М. Макаров обнаружил червеобразный отросток в грыжевом мешке у 4 % больных, причем острый аппендицит развился у них в 0,6 % случаев.

2.7. Левосторонний, срединный и подпеченочный острый аппендицит

Подобная локализация червеобразного отростка, сопровождающаяся его воспалением, встречается в 1 % случаев всех аппендицитов. Известно, что количество, продолжительность болевых приступов, их интенсивность и ремиссии не имеют абсолютной закономерной связи с тем или другим заболеванием, характером и степенью изменений больного органа. Иллюстрацией к сказанному может быть следующее наблюдение. Часто обостряющийся хронический аппендицит при атипичном расположении червеобразного отростка симулировал язвенную болезнь 12-перстной кишки. Положительного эффекта от проводимого консервативного лечения со строгим соблюдением диеты не было. Во время операции обнаружен червеобразный отросток в виде улитки около 12-перстной кишки в спайках, а язвы не найдено.

Анализируемые положения червеобразного отростка в указанных областях живота чаще всего связаны: 1) с *situs viscerum inversus*; 2) чрез-

мерно подвижной слепой кишкой с вторичной фиксацией в одной из областей живота при наличии общей брыжейки и воспалительного процесса; 3) с аномальным (в том числе и левостороннем) положением толстой кишки. В связи с этим диагноз острого аппендицита в таких ситуациях скорее угадывается, нежели распознается на основании клинических симптомов. Незаменимую помощь в таких случаях может оказать лапароскопия или диагностическая лапаротомия.

В результате раздражения токсинами воспалительного характера веток симпатической системы за счет сегментарной иннервации кожи и внутренних органов возможно несоответствие болей и локализации отростка. Клинически это проявляется тем, что боль, болезненность, а иногда и раздражение брюшины располагаются не соответственно месту воспалительного очага, а в правой подвздошной области. Причем, при обследовании последней, боли часто иррадиируют в место истинного расположения отростка. Из-за быстрого поражения петель тонкого кишечника при медиальном расположении отростка могут быть ранние поносы с последующим быстрым развитием динамической кишечной непроходимости.

Несомненно, диагностика острого аппендицита указанных локализаций чрезвычайно сложна, поэтому показания к инвазивным методам диагностики следует значительно расширить. Приведем клинические наблюдения.

Больной Ш., 1929 г. рождения, поступил с жалобами на боли в эпигастральной области. Заболел 4 часа назад остро, с болью по всему животу. В дальнейшем боли локализовались в области пупка, больше слева и сопровождались тошнотой. Подобный приступ был у больного дважды в прошлом году. Пациент в удовлетворительном состоянии. Пульс — 86 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Живот не вздут. Справа от пупка незначительно выраженное напряжение брюшной стенки, болезненность при пальпации слева и справа от пупка. Симптомы Щеткина и Воскресенского положительны. L — $11,9 \times 10^9$ /л, СОЭ — 5 мм/ч. Диагноз: аппендицит. Через 6 часов после начала болей произведена лапаротомия из косого разреза в правой подвздошной области. Слепой кишки найти не удалось. Продлен разрез вверх, но и при этом слепая кишка не была обнаружена. Тогда разрез расширен на 5 см кнутри. При ревизии брюшной полости установлено, что слепая, восходящая и поперечно-ободочная кишки расположены в левом подреберье. После обнаружения червеобразного отростка произведена аппендэктомия. Гистологически — хронический аппендицит.

Из выписки просматривается некоторая растерянность хирурга. Во-первых, рану всегда следует расширять вверх или вниз параректально, а не пересекать мышцы, тогда получается рубец из апоневроза, а не из мышц. Во-вторых, если не найден отросток после расширения вверх, то надо де-

лать лапаротомию из средне-срединного разреза, что облегчает ревизию брюшной полости, дает возможность полноценно произвести операцию и, что очень важно, при этом меньше травмируется брюшная стенка с возможными последующими осложнениями.

Больной С., 19 лет, поступил с жалобами на разлитую боль по всему животу, частый жидкий стул с примесью слизи. Слабость, общее недомогание, отсутствие аппетита. Заболел 2 дня назад, когда появились тошнота, рвота, высокая температура. При поступлении $T = 38,2^{\circ}\text{C}$, пульс — 102 уд./мин, ритмичный, полный. Органы груди без патологии. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот не вздут, участвует в дыхании, мягкий во всех отделах, болезненный в обеих подвздошных областях. Сигмовидная кишка спазмирована, резко болезненна. Симптом раздражения брюшины отсутствует. Мочеиспускание нормальное. Ректальное исследование без особенностей, на перчатке — следы жидких каловых масс. $L = 13 \times 10^9/\text{л}$ с нейтрофильным сдвигом, СОЭ — 12 мм/ч. Диагноз: подозрение на острый колит (дизентерия?), острый аппендицит? Через два дня боли в животе почти стихли, температура субфебрильная. Беспокоит общая слабость и понос (стул 5–6 раз в сутки) со слизью, временами с прожилками крови. Больного перевели в инфекционное отделение. Однако на 6-й день госпитализации состояние его ухудшилось. Вновь появилась острая боль в животе, рвота. Живот стал напряженным, резко болезненным. В надлобковой области определяется инфильтрат. Симптом Щеткина положительный. Диагноз: перфоративный аппендицит, аппендикулярный инфильтрат. Сделана срочная операция: правосторонний косой разрез. В брюшной полости обнаружен мутный экссудат. Предлежат раздутые петли тонкого кишечника. Рана расширена вниз и медиально. Слепая кишка гиперемирована, лежит около позвоночника. Начальная часть червеобразного отростка резко инфильтрирована, тело и верхушка его замурованы в инфильтрате, который распространился на левую подвздошную область. В инфильтрат вовлечена сигмовидная кишка. При выделении отростка вскрыт периаппендикулярный абсцесс. Удален гангренозно измененный отросток, на верхушке которого имеется перфорационное отверстие. Полость гнойника тампонирована. Оставлен ниппельный дренаж для введения антибиотиков. Наложены редкие швы на рану. Больной выздоровел.

Сочетание боли и болезненности в животе на фоне высокого лейкоцитоза со сдвигом лейкоформулы влево всегда должно настраивать на острый аппендицит, о чем и подумал врач, направляющий больного в больницу. Понос при болезненной пальпации тоже об этом свидетельствует, что потом и подтвердилось медиальным расположением отростка. Боли исчезают, т. е. уменьшаются, при гангрене отростка с прободением, что подтвердилось. Наличие слизи и крови в кале появилось через несколько

дней, а не сразу, как при дизентерии. Наконец, самая большая ошибка — перевод больного в инфекционное отделение без ежедневного наблюдения хирурга.

Чрезвычайно интересным, из-за наличия врожденных изменений и сложной патологии, является следующее наблюдение. Больной А., 14 лет, поступил из детского противотуберкулезного санатория в тяжелом состоянии с диагнозом «острый живот»? Боли в животе появились внезапно накануне и локализовались вокруг пупка. Постепенно они усилились и распространились по всему животу. Была повторная рвота. Стул однократный, оформленный. Диурез не нарушен. В день госпитализации боли в животе стихли, рвота прекратилась, однако общее состояние прогрессивно ухудшалось. Подобный приступ болей в животе, но меньшей интенсивности, был 3 месяца назад. Ребенок 7 лет лечился в противотуберкулезных учреждениях с диагнозом правосторонний экссудативный плеврит.

При поступлении общее состояние тяжелое. Т — 37,8 °С. Пульс — 120 уд./мин, ритмичный, слабого наполнения. Больной резко пониженного питания, бледен, адинамичен. В легких дыхание справа резко ослабленное, слева — везикулярное без хрипов. Тоны сердца усилены, тахикардия. Язык сухой, обложен беловатым налетом. Живот втянут, в дыхании участвует слабо. Отмечается мышечное напряжение всей передней брюшной стенки, особенно в верхнем отделе. Нерезкая болезненность в правой подвздошной области, положительный симптом Щеткина–Блюмберга. Перистальтика кишечника не прослушивается. L — $22,8 \times 10^9$ /л. Через 5 часов после поступления с предположительным диагнозом перфоративного аппендицита и перитонита произведена лапаротомия косым разрезом по Волковичу. В рану предлежит печень, из брюшной полости излилось 100–150 мл желтоватого выпота. Слепую кишку обнаружить не удалось. Произведена срединная лапаротомия. Обнаружено, что большую часть брюшной полости занимает смещенная вниз увеличенная печень. Край ее закруглен, ткань плотная. Правая подвздошная область занята сигмовидной кишкой, левая желудком. Диафрагма справа отсутствует. Нисходящий отдел толстой кишки на длинной брыжейке уходит позади печени в правую половину грудной клетки. Низвести кишечник из грудной полости в брюшную не удастся. Срединный разрез ушит послойно наглухо, через разрез в правой подвздошной области введен дренаж. Ввиду тяжести состояния больного трансторакальная операция отложена до его улучшения. Внутривенно перелито 250 мл одногруппной крови, подкожно — 500 мл физиологического раствора. На другой день под интубационным наркозом произведена операция. Правая плевральная полость вскрыта переднебоковым разрезом по 4-му межреберью с пересечением хрящей 4–5 ребер. В плевральной полости оказалось около 200 мл желтовато-серозного выпота с каловым запахом. В рану предлежат петли тонкого кишечника, кроме

которого в грудной клетке находится слепая, восходящая и поперечно-ободочная кишки. В области илеоцекального угла обнаружен воспалительный конгломерат с перфорированным у основания червеобразным отростком. В просвете его каловый камень $0,8 \times 0,4$ см. Отросток лигирован у основания, выделен ретроградно и удален. Верхнюю треть правой половины грудной клетки занимает коллабированное кишечником легкое. При отведении кишечника установлено, что легкое пушистое, без очаговых уплотнений, хорошо расправляется. Послеоперационный период осложнился левосторонней пневмонией. Кожные раны зажили первичным натяжением. Через 2 месяца после операции мальчик выписался в хорошем состоянии.

Обращает на себя внимание отсутствие в послеоперационном периоде выраженной воспалительной реакции плевры на массивное ее инфицирование.

Глава 3. Диагностика осложнений острого аппендицита

3.1. Аппендикулярный инфильтрат

В 10 % случаев острого аппендицита образуется инфильтрат. Что это такое? При достижении воспалительного процесса деструктивного характера в стенке червеобразного отростка до серозы в воспаление вовлекается брюшина соседних органов и брюшной стенки. При этом брюшина выделяет экссудат, обязательно содержащий фибрин. Если этого фибрина достаточно, а имеющаяся инфекция менее опасна, то его нити фиксируют между собой соседние органы вокруг деструктивно измененного отростка примерно через 3–4 суток со дня заболевания. Образуется воспалительный конгломерат в виде опухоли. Следовательно, аппендикулярный инфильтрат — это местный ограниченный перитонит аппендикулярной этиологии. Причем при тазовом расположении отростка инфильтрат образуется чаще и раньше, чем в других областях брюшной полости.

Субъективные данные при таком течении патологии обычные для острого аппендицита. Язык обложен, чаще влажный. Пульс умеренно учащен, а температура субфебрильная. Живот обычной формы, иногда видна ограниченная припухлость в правой подвздошной области. Пальпаторно определяется умеренно болезненное плотное опухолевидное образование различных размеров с четкими границами, иногда неподвижное. Нередко нижний полюс этой опухоли определяется в малом тазу, а верхний — в подвздошной области. Симптом Щеткина–Блумберга отрицательный. При перкуссии можно определить тупость перкуторного звука

над инфильтратом — симптом Феррети. Лейкоцитоз небольшой, а сдвиг лейкоформулы умеренный, СОЭ ускорено. С дифференциально-диагностической целью производится колонофиброскопия с биопсией и ирригоскопия, во время которой обнаруживается равномерная вдавленная деформация стенки слепой кишки, в то время как при злокачественном ее поражении — зубчатая, изъеденная. Аппендикулярный инфильтрат способен вызывать острую кишечную непроходимость.

Если флегмонозный процесс в червеобразном отростке находится в начальной стадии, то возможен обратный процесс инфильтрата — рассасывание, что ускоряется консервативным лечением. В случаях диагностики плотного инфильтрата во время операции не рекомендуется его разрушать. В такой ситуации легко не только десерозировать органы, участвующие в образовании инфильтрата, но и перфорировать полые органы, что нередко приводит к разлитому перитониту или кишечному свищу.

Если же воспалительно-деструктивный процесс отростка перешел в сторону гангренозной деструкции, вплоть до перфорации отростка, то инфильтрат нагноится, и образуется аппендикулярный абсцесс. Это проявляется ухудшением общего состояния, усилением постоянных болей, повышением температуры по типу гектической кривой с потом и ознобом. Появляется напряжение мышц живота, симптом Щеткина–Блюмберга в разной мере выражен, инфильтрат становится в центре более мягким, границы расширены и четко не определяются, перистальтические шумы кишечника ослаблены или отсутствуют. Стул задержан, а если в образование абсцесса входят петли тонкой кишки, то развивается вторичный энтерит с возможной диареей. Лейкоцитоз возрастает, а лейкоформула значительно сдвинута влево с нарастанием СОЭ, хотя иногда наблюдается лейкопения, однако указанный сдвиг остается.

При длительно существующем аппендикулярном абсцессе может развиваться сепсис. Кроме того, в зависимости от его расположения, абсцесс может вскрыться в свободную брюшную полость, соседний полый орган, наружу и в забрюшинное пространство. В случае относительно благоприятного течения разлитого перитонита аппендикулярной этиологии возможно образование абсцессов, кроме подвздошной области, в малом тазу, межпетлевом, поддиафрагмальном (справа и слева) и забрюшинном пространстве, а также метастатически в любых полостях и органах тела. Диагностика таких абсцессов нередко сложна даже при применении современных инструментальных исследований. На фоне септического состояния диагностика облегчается, если появляются локальные симптомы воспаления. Так, тазовый гнойник, кроме общих симптомов, вызывает тенезмы, расслабление анального сфинктера, нависание, болезненность и флюктуацию передней стенки прямой кишки.

При поддиафрагмальном абсцессе отмечается ограничение дыхательных движений, может быть отек, краснота и сглаженность контуров межреберных промежутков, а также болезненность при пальпации. Выявляется болезненность при надавливании на реберную дугу и пальпации правого подреберья. Часто пальпируется увеличенная гладкая болезненная печень. Перкуторно печеночная тупость расширена вверх и вниз. На обзорной рентгенограмме видно высокое стояние утолщенной диафрагмы с ограничением ее подвижности. Часто определяется реактивный выпот в соответствующем плевральном пространстве. Если абсцесс вызван анаэробной неклостридиальной инфекцией, то перкуторно будет наоборот — печеночная тупость уменьшается, а на рентгенограмме определяется в поддиафрагмальном пространстве газовый пузырь с жидкостным уровнем. На современном уровне развития инструментальной диагностики одним из ведущих методов в поисках абсцессов, особенно паренхиматозных органов, является ультразвуковая эхоскопия (УЗИ) с ее возможностями определения точной локализации.

Межпетлевые абсцессы чаще диагностируются методом исключения с помощью всех имеющихся инструментальных методов исследования. Хирургическое вмешательство при межкишечных абсцессах должно быть крайне осторожным и минимальным. В подобных случаях не обязательно удалять отросток, достаточно только дренировать гнойник. Приведем клинические наблюдения.

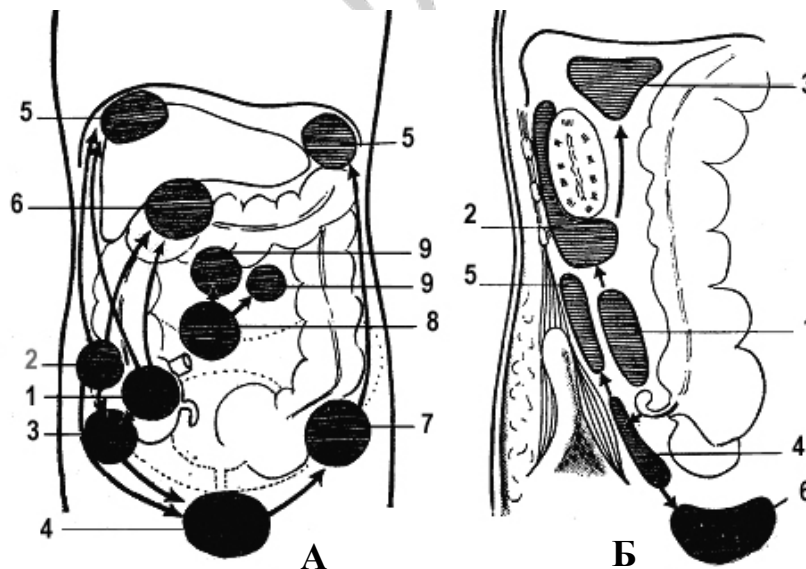


Рис. 4. Локализация абсцессов:

А — абсцессы брюшной области: 1 — передний, или пристеночный; 2 — брюшинный боковой; 3 — подвздошный; 4 — полости малого таза (абсцесс Дугласова пространства); 5 — поддиафрагмальный. Б — абсцессы забрюшинной области: 1 — гнойный параколит; 2 — паранефрит; 3 — поддиафрагмальный (внебрюшинный) абсцесс; 4 — абсцесс или флегмона подвздошной ямки; 5 — забрюшинная флегмона; 6 — тазовая флегмона

Больной П., 49 лет, пять дней назад начал ощущать ноющие боли в правой половине живота, которые постепенно нарастали. Появилась слабость, пропал аппетит, понизилась работоспособность. Обратился в поликлинику, откуда направлен в хирургическое отделение с диагнозом аппендикулярный инфильтрат. Объективно: больной правильного телосложения. Кожа и слизистые обычной окраски. Температура — 37,1 °С. Пульс — 78 уд./мин. Со стороны сердца и легких без отклонений. Язык влажный, чистый. Живот равномерно участвует в акте дыхания. В правой подвздошной области прощупывается выпячивание округлой формы размером 7 × 7 см, умеренно болезненное при пальпации. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул и диурез не нарушены. Анализ крови: Hb — 78 г/л, Эр. — $3,8 \times 10^{12}$ /л, L — $7,8 \times 10^9$ /л, э — 4, с — 61, л — 30, м — 5, СОЭ — 44 мм/ч. Анализ мочи без отклонений.

В течение 17 дней проводилось консервативное лечение: покой, антибиотики, физиотерапия. Инфильтрат безболезненный, почти не прощупывается. Больной выписан, но через 8 дней утром появились приступообразные боли в животе, тошнота, перестали отходить газы. Срочно госпитализирован в состоянии средней тяжести. Температура — 36,9 °С, пульс — 84 уд./мин, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца приглушены. АД — 130/90 мм рт. ст. Язык обложен, суховат. Живот равномерно вздут, почти не участвует в акте дыхания. Выражено мышечное напряжение справа ниже пупка. Здесь же, вне приступа болей, прощупывается неподвижное, резко болезненное опухолевидное образование. Симптом Щеткина–Блюмберга положительный по всему животу. Перистальтика кишечника не прослушивается, L — 15×10^9 /л. Заподозрена кишечная непроходимость, вызванная воспалительным инфильтратом. Проведена срочная операция: верхняя срединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено большое количество кровянистой жидкости. Петли тонких кишок раздуты, багрового цвета. В правой подвздошной области обнаружен инфильтрат, состоящий из поперечно-ободочной кишки, большого сальника и петель тонких кишок, который интимно спаян с передней и задней брюшными стенками. Ввиду технических трудностей и беспокойства больного дан наркоз. Инфильтрат принят за злокачественное новообразование. Произведена резекция поперечно-ободочной и тощей кишок с иссечением части париетальной брюшины передней брюшной стенки, наложены анастомозы конец в конец.

Макропрепарат: отрезки тощей и толстой кишок с сальником представляют плотный инфильтрат (утолщение толстой кишки до 4 см). На разрезе в центре инфильтрата обнаружена плотная малоизмененная рыбья кость. При микроскопии выявлено воспаление. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Анализируя приведенный случай, можно думать о трудностях диагностики. Однако против острого аппендицита свидетельствует соответствие пульса с температурой, нормальный лейкоцитоз без сдвига лейкоформулы, к тому же язык влажный и чистый. Если обратить внимание на возраст больного, низкий гемоглобин, высокую СОЭ, инфильтрат, который полностью не рассосался от консервативного лечения, то, скорее всего, можно думать о новообразовании кишечника с перифокальным воспалением. Следовательно, надо было произвести современные инструментальные исследования. При УЗИ и на обзорной рентгенограмме можно было увидеть кость, а следовательно, был бы и верный диагноз с последующим целенаправленным лечением.

Больной Ш., 22 года, длительное время жаловался на слабую боль в различных отделах живота. За 3 дня до госпитализации она стала нарастать в правой подвздошной области, временами была тошнота, появилось недомогание, повысилась температура до 38 °С. Госпитализирован в районную больницу. В правой подвздошной области обнаружено плотное, малоподвижное, резко болезненное образование, которое сочли за аппендикулярный инфильтрат. Проводилось консервативное лечение в течение 12 дней. Боли уменьшились, температура нормализовалась, однако «инфильтрат» не изменился. Больной переведен в госпиталь с жалобами на постоянную умеренную боль в правой половине живота, общую слабость, понижение аппетита. Объективно: больной удовлетворительного питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. Органы грудной клетки без патологии. Живот симметричен, не вздут, болезнен в правой подвздошной области. Здесь пальпируется опухолевидное образование диаметром около 8 см, несколько бугристое, умеренной плотности, с четкими границами, малоподвижное, болезненное. Печень не увеличена. Почки, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание нормальное. Стул ежедневно, оформленный. При пальцевом исследовании прямой кишки «опухоль» не прощупывается. Нв — 78 г/л, Эр. — $4,3 \times 10^{12}/л$, L — $8,5 \times 10^9/л$, СОЭ — 8 мм/ч, э — 16, л — 27, м — 8, п — 1, с — 48. Моча без особенностей.

При рентгенологическом исследовании органов груди, костей черепа, таза, желудка, тонкого и толстого кишечника патологии не выявлено. Выставлен диагноз аппендикулярный инфильтрат. В течение 62 дней проводилось консервативное лечение. Состояние больного улучшилось, он прибавил в весе. Однако образование в животе было прежних размеров, формы и консистенции. Температура иногда повышалась до 37,2–37,4 °С. Осталась без изменений эозинофилия крови — 20–25 %. Безуспешность консервативного лечения давала основание заподозрить опухолевый процесс илеоцекального угла или эозинофильный инфильтрат. Через 3 месяца произведена операция поперечным разрезом справа от пупка. К ране пред-

лежит внутрибрюшинно расположенная «опухоль» размером $6 \times 8 \times 5$ см яйцевидной формы, пепельно-серого цвета, средней плотности, интимно спаянная с брыжейкой тонкого кишечника, париетальной брюшиной и большим сальником, который окутывает ее сверху и снаружи. Внешний вид образования напомнил селезенку, а отсутствие вырезок, ворот и сосудистой ножки позволило считать ее добавочной, что было подтверждено экспресс-биопсией. Аномальный орган удален. В связи с обширным спаечным процессом в области илеоцекального угла и вовлечением в него червеобразного отростка произведена аппендэктомия. Через 3 дня после операции число эозинофилов в крови снизилась до 1 %, количество лейкоцитов и лимфоцитов не увеличилось. Больной выздоровел. Гистологически: добавочная селезенка, хронический аппендицит.

Анализируя приведенную выписку можно сказать, что во-первых, данных, свидетельствующих об остром аппендиците, почти не было. Об этом можно было думать только в первые дни. Во-вторых, чрезмерно длительное и упорное консервативное лечение «инфильтрата» не дало результатов. В-третьих, учитывая эозинофилию и наличие опухоли, скорее всего, можно думать о паразитарной патологии. И, в-четвертых, длительный анамнез при таких объективных данных больше напоминал об опухоли, поэтому надо было раньше оперировать, а не выжидать целых 3 месяца.

Разберем следующие выписки из историй болезней. Больная К., 10 лет, поступила с жалобами на боли внизу живота, больше справа, тошноту, общую слабость. Заболела внезапно 2 дня назад, когда появились боли в правой половине живота, тошнота. Родители считали, что у девочки пищевое отравление, за медпомощью не обращались. Однако состояние больной не улучшалось, нарастали боли в животе, и на 2-е сутки от начала заболевания доставлена в хирургическое отделение с диагнозом острый аппендицит. В семье все здоровы. Дедушка умер от рака желудка. При поступлении общее состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, питание снижено. Периферические лимфоузлы не увеличены. Язык чистый. Пульс — 88 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Органы грудной клетки в пределах нормы. Живот правильной формы, не вздут, принимает участие в акте дыхания. При пальпации отмечается болезненность в правой подвздошной области. Здесь же определяется опухолевидное образование размером 6×5 см в виде инфильтрата, болезненное. Симптом Щеткина — слабоположительный. Прослушиваются нормальные перистальтические шумы кишечника. $T — 37^{\circ}\text{C}$. Анализ крови: Эр. — $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$, L — $12,8 \times 10^9/\text{л}$, э — 12, п — 12, с — 32, л — 36, м — 8, СОЭ — 72 мм/ч. В моче единичные свежие эритроциты. Диагноз: острый аппендицит в стадии инфильтрата?

В день госпитализации выполнена операция: разрезом Волковича–Дьяконова вскрыта брюшная полость, из которого выделилось до 300 мл

геморрагического экссудата. При ревизии обнаружена опухоль средней части червеобразного отростка. Она припаяна к передней и боковой стенке брюшной полости, а сверху сращена с сальником. Брыжейка отростка инфильтрирована. Метастазов опухоли не обнаружено. Червеобразный отросток вместе с опухолью и прилегающим к ней сальником удален обычным способом. Брыжейка максимально иссечена. В брюшную полость вводятся антибиотики. На рану нанесены послойные швы.

Макропрепарат: опухоль размером $8,5 \times 5 \times 4,5$ см исходит из средней части отростка, охватывая его как бы муфтой. Она плотная, на разрезе бело-серая, напоминает вареное мясо. В центре участки деструкции.

Патогистология: лимфосаркома червеобразного отростка.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Через 1,5 месяца метастазов не обнаружено. Состояние хорошее.

Согласно литературным данным, первичную лимфосаркому червеобразного отростка диагностируют чаще всего случайно во время операции или на аутопсии. Опубликовано примерно 40 случаев такой патологии, в основном, у молодых мужчин. Известно, что лимфосаркома быстро дает отдаленные метастазы, протекает весьма сложно, поэтому 1,5 месяца наблюдения у данной больной слишком мало. Следовало бы на втором этапе лечения произвести расширенную, радикальную операцию с применением химиотерапии.

Больной Г., 48 лет, поступил с жалобами на боли в правой половине живота, которые появились внезапно 7 дней назад и локализовались в правой подвздошной области, а затем постепенно распространились по всему животу. Одновременно были тошнота и рвота, повторявшиеся несколько раз. До этого заболевания чувствовал себя здоровым. Объективно: больной удовлетворительного питания. Со стороны органов груди патологии не обнаружено. Пульс — 102 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД — 120/70 мм рт. ст. язык сухой, обложен. Живот мало участвует в дыхании. При пальпации в правой подвздошной области отчетливо определяется опухолевидное образование 12×8 см, примыкающее к крылу подвздошной кости, болезненное; имеется флюктуация. Симптом Щеткина резко положительный. Стул — 1 раз в сутки. Мочеиспускание нормальное.

Анализ крови: Hb — 63 г/л, Эр. — $4,1 \times 10^{12}$ /л, цв. пок. — 0,8, L — $9,8 \times 10^9$ /л, с — 75, л — 20, м — 5, СОЭ — 40 мм/ч. Выраженный анизоцитоз и пойкилоцитоз. Диагноз: аппендикулярный абсцесс.

Сделана операция: разрезом по Волковичу вскрыт гнойник, из которого выделилось около 200 мл зловонного зеленоватого гноя. Полость гнойника дренирована. Через 26 дней больной выписан на амбулаторное лечение с небольшим свищом. Через 9 месяцев больной снова поступил в клинику в состоянии кахексии с изъязвившейся плотной бугристой опухо-

лью в области операционной раны. При рентгеноскопии толстого кишечника обнаружен дефект наполнения слепой кишки. Печень увеличена и бугриста. Биопсия ткани из язвы дала картину аденокарциномы.

По всей вероятности, у больного была инфицированная опухоль слепой кишки с абсцедированием, однако не исключено сочетание аппендицита с опухолью, так как такая патология нередко встречается в практике. Выписку больного со свищем после вскрытия абсцесса без биопсии и рентгенологического исследования надо считать ошибкой лечащих врачей. Не меньшая недоработка врачей поликлиники: на фоне незаживающего свища в течение 9 месяцев появляется и нарастает кахексия, определяется бугристая увеличенная печень и не дообследовать и не проконсультировать больного — это значительный недостаток врачебной работы.

Необходимо добавить, что аппендикулярный инфильтрат каждый раз следует дифференцировать со злокачественной опухолью, туберкулезом, актиномикозом, сифилисом, доброкачественной опухолью и хроническим воспалением.

Приведем клиническое наблюдение. Больной С., 42 года, поступил с диагнозом острый аппендицит. Заболел 3 дня назад. При осмотре в правой подвздошной области определяется значительный болезненный инфильтрат. L — $10,2 \times 10^9$ /л, СОЭ — 28 мм/ч. Температура — $38,6$ °С. После консервативного лечения инфильтрат уменьшился, но осталось плотное безболезненное образование размером 3×3 см, отчетливо прощупывается. На протяжении последующих 2 недель инфильтрат больше не уменьшается. Заподозрена опухоль, и больному была проведена операция.

Произведена лапаротомия параректальным разрезом. На передней стенке слепой кишки имеется плотное образование, в которое вовлечен червеобразный отросток. Последний вылуцен из воспалительной опухоли. Он оказался отечным, резко деформированным и плотным. Отросток удален. Рана ушита. Патогистология показала наличие воспалительных изменений.

Без сомнений, все проблемы и трудности диагностики острого аппендицита в инфильтрате здесь не решены, но при тщательном анализе клиники, особенно в динамике с применением имеющихся методов инструментальной диагностики и клинического мышления, в большинстве случаев можно разобраться, где аппендикулярный инфильтрат, а где заболевание, его симулирующее.

3.2. Перитонит

При сниженной функции иммунологической системы макроорганизма и наличии агрессивных микроорганизмов воспалительный процесс при остром аппендиците не локализуется в одной анатомической области, а распространяется по свободной брюшной полости. Причиной такого

распространения является деструктивно измененный червеобразный отросток. Кроме того, причиной перитонита может быть перфорация отростка как следствие расплавления его стенки при флегмонозном или гангренозном аппендиците, а также при прорыве в брюшную полость аппендикулярного абсцесса.

Перфорация червеобразного отростка может произойти в любое время, даже в первые часы, после клинического проявления начала заболевания при быстро развивающейся деструкции всего отростка или одного из его участков. В момент перфорации отростка имеющаяся боль в правой подвздошной области значительно усиливается за счет раздражения нервных рецепторов брюшины, других областей брюшной полости. Иногда указанные боли при перфорации уменьшаются, но совсем не исчезают. Подобное явление можно объяснить гибелью нервных окончаний в червеобразном отростке. Однако перитонит распространяется на другие области брюшной полости, где нервные волокна еще сохранены. Поэтому можно предположить, что уменьшение болей связано с интоксикацией головного мозга и диссонансом некоторых его функций.

Больной К., 60 лет, обратился в поликлинику по поводу постоянных резких болей в животе. Заболел 5 дней назад, когда боли появились в эпигастрии, затем переместились в правую половину живота. При этом был озноб. Боли постепенно уменьшились, но за сутки до обращения за медицинской помощью значительно усилились. Во время обследования живота в поликлинике больной почувствовал внезапную острую боль в животе, стало трудно дышать. Срочная госпитализация. Объективно: состояние средней тяжести, губы цианотичны, $T = 38^{\circ}\text{C}$, пульс — 90 уд./мин, АД — 180/100 мм рт. ст. Язык сухой, обложен. Живот доскообразно напряжен, перкуторно определяется тупость в отлогих его местах. $L = 8,4 \times 10^9$. Обзорная рентгенокопия брюшной полости: под правым куполом диафрагмы обнаружена серповидная полоса просветления (свободный газ). Диагноз: прободная язва желудка. Срочная операция: верхняя срединная лапаротомия. В брюшной полости большое количество мутного экссудата с резким колибациллярным запахом. Выявлен прободной гангренозный аппендицит, распространенный перитонит. Отросток удален через разрез в правой подвздошной области. Тщательный туалет брюшной полости с ее дренированием. Ушивание послеоперационных ран. Выздоровление.

При анализе данного наблюдения следует указать, что лечащие врачи приоритет в диагностике отдали наличию газа в брюшной полости. При внимательном сборе анамнеза можно было подумать об остром аппендиците, осложненном прободением отростка с распространенным перитонитом.

Патологический процесс при распространенном перитоните как ответная системная реакция организма на воспаление проходит три стадии: I — реактивная в первые часы, когда выражены болевой, перитонеальный,

диспепсический и воспалительный синдромы; затем II — токсическая, когда имеются интоксикационные синдромы паралитической кишечной непроходимости, нервно-психических расстройств и сердечно-сосудистых нарушений; и III — терминальная, когда преобладает клиническая картина токсического поражения всех жизненно важных органов и систем, то есть развивается полиорганная недостаточность. В терминальной стадии симптомы острого аппендицита не выявляются.

I, реактивная, стадия из-за распространенного инфицирования брюшной полости с массивным раздражением многочисленных рецепторов брюшины характеризуется усилением постоянной боли в животе. Эти боли усиливаются при любом движении как следствие дополнительного раздражения брюшины. Поэтому больные с распространенным перитонитом стараются меньше двигаться. У отдельных больных усиление болей в животе сопровождается их иррадиацией в правую надключичную область. Это связано с раздражением диафрагмального нерва экссудатом, а иногда и газом из правого поддиафрагмального пространства. В момент перфорации отростка отмечается тахикардия до 100–110 уд./мин, повышение АД с последующим понижением и максимальных и минимальных его показателей за счет дефицита ОЦК и токсического поражения артериол и мелких артерий. Язык обложен, сухой как результат дегидратации из-за рвоты, образования экссудата в брюшной полости и депонирования жидкости в кишечнике.

При осмотре живота отмечается ограничение при дыхании подвижности брюшной стенки в правой подвздошной области. Аускультативно перистальтические шумы кишечника ослабевают, особенно в правом нижнем квадранте живота как проявление закона Стокса. Перкуторно в брюшной полости определяется небольшое скопление жидкости. Иногда при перкуссии исчезает печеночная тупость, а рентгенологически выявляется газ под правым куполом диафрагмы. Наличие газа в брюшной полости чаще всего объясняется выходом его через перфорационное отверстие. У таких больных нередко отмечается икота за счет раздражения брюшины диафрагмы газом или экссудатом. Пальпаторно отмечается защитное напряжение мышц живота больше в правом нижнем его квадранте. Симптом Щеткина–Блюмберга положительный и более выражен в правой подвздошной области. При ректальном или вагинальном мануальном исследовании определяется болезненное нависание передней стенки прямой кишки или заднего свода влагалища.

В общих анализах крови выявляется лейкоцитоз, нейтрофилез, лейкоцитарный сдвиг влево, увеличение СОЭ и др. Появляются изменения в биохимических анализах: уменьшение количества альбуминов и, наоборот, увеличение гамма-глобулинов, повышение уровня мочевины, аспаратаминотрансферазы и др. При УЗИ живота выявляется умеренное коли-

чество жидкости в малом тазу и между петлями кишечника, а также утолщение стенок некоторых петель кишечника. При рентгенологическом исследовании отмечается парез кишечника, могут выявляться чаши Клойбера, высокое стояние купола диафрагмы со снижением его подвижности во время дыхания. Незаменимую диагностическую помощь оказывает лапароскопия, особенно эндовидеолапароскопия, которая позволяет увидеть не только экссудат, но и перитонеальные изменения органов брюшной полости, в том числе и червеобразного отростка.

II, токсическая, стадия перитонита характеризуется реакцией организма на массивное поступление в общий кровоток экзо- и эндотоксинов, т. е. развитием токсического шока. Этому способствует всасывание воспалительного экссудата из брюшной полости через брюшину в лимфатическую и кровеносную системы. В этой стадии развития перитонита общие симптомы заболевания более выражены и превалируют над местными.

Общее состояние больных прогрессивно ухудшается. Нередко развивается эйфория. Интенсивность болевого синдрома в животе значительно уменьшается. Больного беспокоит нарастающая жажда. Черты лица начинают заостряться.

Как результат интоксикации организма на фоне гиповолемии наступают изменения в головном мозге, миокарде, сосудах, легких, печени, почках и других жизненно важных органах и системах с нарушением их функций. Отмечается высокая гипертермия, нарастает тахипное, тахикардия, гипотония, снижается диурез. Артериальная гипотония развивается, во-первых, в результате токсического поражения как сосудистых центров, так и самих сосудов, прежде всего артериол и капилляров, что приводит к расширению сосудов органов брюшной полости; а во-вторых, из-за нарастания функциональной недостаточности сердечной мышцы. Определенную роль играет снижение объема циркулирующей крови как следствие секвестрации части крови в брюшную полость в виде экссудата и в просвет паралитически расширенного желудочно-кишечного тракта. В результате действия токсинов на его мышцы, ауэрбаховское и мейснеровское нервно-мышечное сплетения, сосуды и капилляры развивается вначале его парез, а затем и паралич.

Язык обложен, сухой, иногда с трещинами, как «щетка». Живот умеренно вздут, в дыхании не участвует, при перкуссии определяется тимпанит, а в отлогих его местах четко выявляется жидкость. При аускультации выслушиваются вялые, редкие перистальтические шумы. За счет токсического истощения висцеромоторных рефлексов защитное напряжение мышц живота снижено. Однако пальпация болезненна во всех отделах живота, особенно в правой подвздошной области. Симптом Щеткина–Блумберга определяется без четкой локализации. Отсутствуют газоотхо-

ждение и стул. Количество мочи прогрессивно уменьшается за счет токсического поражения почек.

В общем анализе крови чаще выявляется лейкоцитоз, однако может быть и лейкопения, но отмечается нейтрофилез со сдвигом лейкоформулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов, СОЭ значительно увеличено. При биохимических исследованиях увеличивается уровень билирубина, мочевины, активизируются ферменты (АСТ, АЛТ), нарастает гипоальбуминемия, гипопротейнемия, дизэлектролитемия, нарушение кислотно-щелочного состояния. В моче повышается ее плотность, появляются форменные элементы крови, цилиндры, бактерии. Перечисленные лабораторные исследования четко указывают на наличие перитонита.

III, терминальная, стадия перитонита характеризуется максимально выраженными общими симптомами токсического поражения организма с минимальным наличием признаков первичного заболевания — острого аппендицита.

Общее состояние больных крайне тяжелое. Развиваются симптомы токсического поражения центральной нервной системы: адинамия, спутанность сознания, бред, эйфория, психомоторное возбуждение. Жалобы на боли в животе отсутствуют. Появляется рвота большим количеством гастродуоденального содержимого с неприятным запахом. Отмечается бледность кожных покровов, акроцианоз, черты лица заострены, глазные яблоки запавшие («лицо Гиппократ»). У таких больных выявляется тахипное с поверхностным дыханием, резкая тахикардия, значительная артериальная гипотония. Язык обложен, сухой, причем слизистая оболочка щеки также сухая вследствие выраженной дегидратации.

Живот равномерно вздут. Перистальтические шумы кишечника отсутствуют («гробовая тишина»). Пальпаторно отмечается разлитая болезненность без определенной локализации. Перкуторно определяется экссудат в брюшной полости и шум плеска жидкости в паралитическом кишечнике. Значительно уменьшено количество суточной мочи вплоть до анурии. Газы не отходят, стул отсутствует.

В анализах крови ранее отмечавшийся лейкоцитоз переходит в лейкопению с еще большим сдвигом лейкоцитарной формулы влево. В биохимических показателях отмечается повышение уровня билирубина, мочевины, глюкозы, гиперферментемия (АЛТ, АСТ, ЛДГ), выраженная гипопротейнемия, гипоальбуминемия, гипергаммаглобулинемия. В гемостазиограмме отмечаются признаки диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром). Выявляется нарушение микроциркуляции в паренхиматозных органах с нарушением их функций, то есть развивается синдром полиорганной недостаточности.

Как видно, диагностика перитонита при остром аппендиците в I стадии труднее из-за одинаковых проявлений как самого заболевания, так и

его осложнений. Во II стадии диагноз перитонита определить легче, чем первичное заболевание, а в III стадии первопричину перитонита на основании только клинических данных установить невозможно.

Следовательно, отраженная здесь клиническая картина подтверждает общепринятую, в настоящее время, его трактовку как абдоминальный сепсис.

К сожалению, перитонит при остром аппендиците встречается относительно часто. Такое осложнение наблюдается при быстроразвивающемся заболевании либо при позднем обращении больных за медпомощью, при трудностях диагностики острого аппендицита из-за особенностей его течения у беременных, в раннем детском и старческом возрастах, а также при сочетании хирургических и терапевтических заболеваний.

Приведем клинические случаи.

Больной, 17 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в правой половине живота. Около суток назад они появились в правой подвздошной области, сопровождались однократной рвотой, а спустя 14 часов пациент почувствовал резкую боль в подложечной области. Ранее таких болей не отмечал. При клиническом обследовании выставлен диагноз острый аппендицит, не исключена прободная язва желудка. Неотложная операция: разрез Волковича–Дьяконова. Обнаружено значительное количество мутного выпота с желтушной окраской. Червеобразный отросток сильно утолщен, напряжен, покрыт фибринозным налетом. Сделана аппендэктомия. Заподозрено сочетание аппендицита и прободной язвы желудка. Проведена верхне-срединная лапаротомия. Язва на передней стенке пилорического отдела желудка с прободным отверстием $0,3 \times 0,3$ см, которое ушито с дополнительной перитонизацией сальником на ножке. Брюшная полость после туалета и введения антибиотиков ушита. Больной выздоровел. Патогистология: флегмонозно-язвенный аппендицит.

При анализе данного наблюдения следует сказать, что и диагноз, и тактика хирурга правильные. Остается добавить, что В. П. Вербицкий выявил боли в эпигастрии у 25,5 % больных острым аппендицитом. Причем из них у 26 % боли в эпигастрии диагностировали как обострение язвенной болезни, гастрита, пищевой интоксикации, что явилось причиной поздней операции.

Больной Ф., 38 лет, поступил в 10 часов с жалобами на сильную боль в эпигастрии, тошноту, слабость. Заболел остро в 7 часов, когда внезапно появилась боль в области желудка, была однократная рвота. В анамнезе — язва 12-перстной кишки. Объективно: больной удовлетворительного питания, кожные покровы бледные, лицо покрыто потом, T — $37,8$ °C, пульс — 86 уд./мин, ритмичный удовлетворительного наполнения, АД — 105/60 мм рт. ст. Живот напряжен (доскообразный) в эпигастрии, в акте дыхания не участвует. Положительный симптом Щеткина–Блюмберга по всему живо-

ту. Положение вынужденное — лежит на спине с приведенными ногами. Язык сухой, обложен. Печеночная тупость сужена. Газы не отходят, стул был до заболевания. При обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости справа под диафрагмой обнаружен свободный газ в виде полушария. Анализ крови: $L — 11 \times 10^9/\text{л}$, $Hb — 136 \text{ г/л}$, $СОЭ — 9 \text{ мм/ч}$. Диагноз: прободная язва 12-перстной кишки.

Срочная операция — верхнесрединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено большое количество мутной жидкости с неприятным запахом. При ревизии желудка, желчного пузыря, 12-перстой кишки патологии не выявлено. Петли тонкого кишечника резко гиперемированы, без фибринных наложений. Червеобразный отросток гиперемирован, плотный, утолщен, верхушкой припаян к париетальной брюшине передней брюшной стенки правой подвздошной области. Произведена аппендэктомия через дополнительный разрез Дьяконова–Волковича. Брюшная полость осушена, дренирована, после введения антибиотиков ушита до дренажей. Послеоперационное течение гладкое. Выздоровление. Патогистологически выявлен флегмонозный аппендицит без перфорации.

Из этого наблюдения видна трудность диагностики, однако интраоперационная тактика хирурга была правильная. Следует добавить, что 95–97 % пневмоперитонеума при картине «острого живота» встречается при прободных гастродуоденальных язвах. Остальные случаи приходится на перфорацию при аппендиците и дивертикулах кишечника, травмах желудочно-кишечного тракта, при неспорообразующей анаэробной инфекции, после продувания маточных труб у женщин и в ранние сроки после лапаротомии. При наличии пневмоперитонеума необходима тщательная ревизия всех полых органов брюшной полости для исключения их прободения.

Больной М., 37 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на общую слабость и боли в животе. Болен несколько часов, когда вначале появились боли вокруг пупка, а потом стала нарастать слабость.

Объективно: $T — 36,9^\circ\text{C}$, пульс 92 уд./мин, АД — 135/80 мм рт. ст., язык сухой, обложен. Живот равномерно вздут, при пальпации болезнен во всех отделах, но больше в правой подвздошной области. Здесь же отмечается слабое напряжение мышц. Симптомы Щеткина–Блюмберга и Воскресенского положительны. Стул был до заболевания. Газы отходят. Мочеиспускание учащенное, болезненное. Анализ крови: $Hb — 100 \text{ г/л}$, $L — 12,6 \times 10^9/\text{л}$, $p — 12$, $СОЭ — 3 \text{ мм/ч}$. Диастаза мочи — 8 ед.

Диагноз: острый аппендицит.

Срочная операция: брюшная полость вскрыта разрезом Волковича–Дьяконова, эвакуировано 600 мл свежей крови. Брюшная полость осушена, но из области илеоцекального угла поступает кровь. В рану выведена слепая кишка с утолщенным, покрытым фибринными пленками червеобразным отростком. У его основания обнаружено перфорационное отвер-

стие $0,3 \times 0,4$ см с участком некроза брыжеечки, у края дефекта стенки отростка обнаружен кровоточащий сосуд, который лигирован. Произведена аппендэктомия. В брюшную полость введены антибиотики. Рана ушита послойно. Больной выздоровел. Патогистология: перфоративный флегмонозный аппендицит.

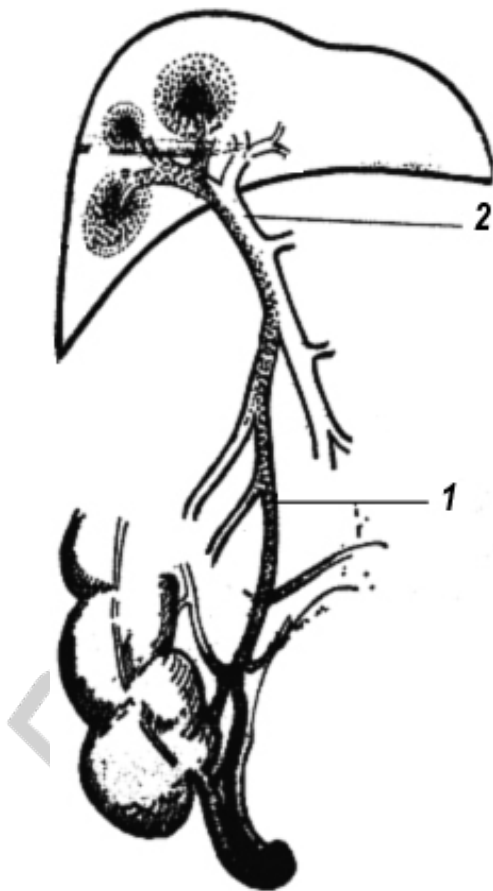
При диагностике внутрибрюшного кровотечения врачам надо помнить, что источником кровотечения может быть и подобный вариант.

Таким образом, в *реактивной стадии* перитонита выражены болевой, перитонеальный, диспепсический и воспалительный синдромы.

В *токсической стадии* перитонита имеются симптомы интоксикации, паралитической кишечной непроходимости, нервно-психических расстройств и сердечно-сосудистых нарушений.

В *терминальной стадии* перитонита симптомы острого аппендицита не выявляются, а преобладает клиническая картина токсического поражения всех жизненно важных органов и систем, т. е. развивается полиорганная недостаточность.

3.3. Пилефлебит



Пилефлебит — это гнойный тромбофлебит воротной системы, началом которого является брыжеечка червеобразного отростка с распространением вначале на верхнюю брыжеечную, а затем и на портальную с ее ветвями вену. Пилефлебит выявляется у 0,05 % больных острым аппендицитом.

У больного острым аппендицитом тяжесть общего состояния начинает прогрессивно нарастать. Беспокоят потрясающие ознобы. Температура тела повышается с ее гектической кривой. Отмечается желтушность склер. Появляются тупые распирающие боли в правом подреберье. Самочувствие больного ухудшается из-за нарастания общей слабости. Печень увеличивается, становится болезненной, особенно при пальпации закругленного ее края. Рано расширяется коллате-

Рис. 5. Пилефлебит с пилефлебическими печеночными абсцессами:

1 — подвздошно-ободочная вена;

2 — воротная вена

ральная система портальной вены, нередко выявляется асцит. Нередко пилефлебит своей симптоматикой подавляет клиническое проявление острого аппендицита. При УЗИ отмечается равномерное увеличение печени и селезенки, расширение и уплотнение стенок внутривенных вен, выявляются множественные мелкие абсцессы печеночной ткани. В результате этого значительно нарушаются функциональные состояния печени и других жизненно важных органов и систем.

В анализах крови выявляется картина острого воспалительного процесса: лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, значительное ускорение СОЭ и др.

Данное осложнение острого аппендицита является грозным и его прогноз сомнительный. Результат самого интенсивного лечения пилефлебита зависит от ранней диагностики, что, в свою очередь, зависит от клинического мышления лечащего врача, предполагающего о возможности этой патологии.

Клиническим примером является наблюдение, приведенное в разделе диффдиагностики острого аппендицита с заболеваниями органов дыхания.

Глава 4. Дифференциация острого аппендицита с другими заболеваниями и травмой

Диагностику заболеваний можно считать одной из главных задач врача в своей работе. В свою очередь основой диагностики является дифференцирование, т. е. выявление различий среди схожих между собой симптомов и синдромов при различных заболеваниях. Дифференциальная диагностика базируется не столько на грамотности врача, обширности его знаний и объемности его памяти, сколько на умении клинически мыслить, логически рассуждать. Не следует полностью отрицать и интуицию.

Дифференцировать острый аппендицит от заболеваний органов брюшной полости и других частей тела иногда чрезвычайно трудно. Поэтому все, кто связан с ургентной хирургией, будут согласны со словами Эрвина Лика (1930): «Едва ли существует какое-либо заболевание органов брюшной полости, которое не было бы хоть раз диагностировано и оперировано, как аппендицит. Само собой понятно, что невозможно привести все заболевания, которые случайно симулировали воспаление слепой кишки. Число их зависит от знания и опыта, от суждений и темперамента исследующего врача». Английский философ и историк XIX в. Т. Карлейль писал: «Самая большая ошибка — полагать, что ты никогда не ошибаешься». Каждый врач должен избегать ошибок в своей работе, т. к. его ошибка, особенно ошибка хирурга, может быть роковой.

Во время дифференциальной диагностики необходимо, прежде всего, исключить заболевания, которые лечатся консервативными методами, и операции при которых противопоказаны. Затем уже среди хирургических заболеваний, нуждающихся в оперативном лечении, желательна точная диагностика, чтобы правильно определить врачебную тактику, адекватное обезболивание, рациональный доступ, распределить врачебные кадры, подготовиться к соответствующей интенсификации интра- и послеоперационного ведения больного и т. п.

Известно, что многие заболевания на некоторой стадии своего развития могут симулировать друг друга, поэтому полезны консультации различных специалистов. Плохо, когда консультанты необоснованно спешат отрицать «свои» заболевания, а хирурги, боясь пропустить острый аппендицит, делают аппендэктомии, которые ухудшают состояние больного, без необходимости. Такая гипердиагностика нередко основывается на неправильном понятии об аппендэктомии как малой и безопасной операции. Но нельзя впадать и в другую крайность — выжидать четкой клинической картины острого аппендицита, когда уже начали развиваться осложнения и, прежде всего, перитонит. Следует в течение 3–4 и не более 6 часов не только организовать консультации смежных специалистов, но и произвести инструментальные методы обследования: рентгенологические, УЗИ, лапароскопию и т. п.

В случае диагностической ошибки, подтвержденной во время операции, избежать неприятных послеоперационных осложнений помогут совершенная анестезия, малотравматичный разрез, бережливое отношение к тканям и органам во время операции, хороший уход и послеоперационное ведение больных, одновременное проведение лечения основного заболевания, которое симулировало острый аппендицит.

4.1. Заболевания органов грудной клетки и сосудов

Торакоабдоминальный синдром может симулировать острые заболевания органов брюшной полости из-за наличия большого количества анатомических связей между иннервацией сердца, легких и органов брюшной полости, а также из-за одновременной иннервации шестью нижними межреберными нервами грудной клетки, брюшной стенки и грудобрюшной преграды. Не надо забывать, что может быть не только рефлекторная взаимная симуляция, но и сочетание, а также случайное совпадение конца одного заболевания и начала другого.

В трудных дифференциально-диагностических случаях между **острым воспалением органов дыхания** и острым аппендицитом надо тщательно собирать анамнез с целью выявления простудного фактора и озноба, предшествующих заболеванию. Озноб при остром аппендиците может быть, но значительно позже, чем при простудных процессах. Следует об-

ращать внимание на активность и подвижность больного, который к тому же чаще всего принимает полусидячее положение; блеск глаз; участие в дыхании крыльев носа; герпес на губах; учащенное дыхание с одышкой; при разговоре больные активно отвечают на вопросы, но после глубокого вдоха отмечается более длительная пауза, после которой снова ведется разговор; акроцианоз с гиперемией лица; пульс полный, частый, но соответствует высокой температуре. При острых заболеваниях органов брюшной полости отношение пульсовых ударов в 1 минуту к числу дыхательных движений не изменяется (в норме 4–4,5), а при заболеваниях органов дыхательной системы снижается до 2,5–2,3 (признак Коула). При воспалительной патологии органов дыхания характерно одновременное появление болей в животе с высокой температурой. Боли усиливаются при глубоком дыхании. Больные не могут точно локализовать в животе спонтанные и пальпаторные боли. Гиперестезия кожи распространяется на живот и на грудную клетку. Иногда болезненна пальпация межреберных промежутков. Очень важно знать, что в данной ситуации брюшные рефлексы сохраняются. Имеющееся напряжение мышц живота вместе с болями уменьшаются при постоянной, нежной, продолжительной и настойчивой пальпации, особенно это заметно в положении больного сидя. Надо отметить слабое раздражение брюшины при сильном напряжении мышц. Разница между ректальной и аксилярной температурой небольшая, меньше 1. Лейкоцитоз очень высокий с лимфопенией. СОЭ ускорено. Почти всегда наблюдается альбуминурия.

В случае необходимости рекомендуется сделать новокаиновую блокаду блуждающего нерва между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы, либо шейную вагосимпатическую или межреберную блокады, после которых абдоминальный синдром исчезает.

Приведем клиническое наблюдение, которое с одной стороны, подтверждает вышесказанное, а с другой — показывает одно из тяжелейших осложнений поздно оперированного деструктивного аппендицита.

Больной М., 20 лет, заболевание началось с головной боли, насморка. В тот же день к вечеру появилась боль в левой половине живота, распространявшаяся постепенно на весь живот. За медицинской помощью обратился через двое суток. Температура 38,5 °С. Диагностирован катар верхних дыхательных путей, больного госпитализировали, проводилось лечение сульфаниламидами. На следующие сутки наблюдался выраженный озноб, после чего боль отчетливо локализовалась в правой подвздошной области и стала интенсивнее. Рвоты не было, стул был жидкий, один раз. В госпиталь больного направили на 4-е сутки с момента заболевания с диагнозом правосторонняя бронхопневмония. Острый аппендицит?

Дежурный хирург констатировал отчетливую картину острого аппендицита. Температура — 40 °С. L — 16×10^9 /л. Во время срочного опе-

ративного вмешательства выпота в брюшной полости не обнаружено. Слепая кишка была резко инфильтрирована и отечна. Червеобразный отросток располагался ретроцекально, был флегмонозно изменен. Из-за технических трудностей аппендэктомия произведена ретроградным путем с погружением культи отростка кисетным швом. В брюшную полость введены антибиотики, оставлен тампон, наложены швы.

В послеоперационном периоде проводилось лечение антибиотиками и сульфаниламидами. Через 3 часа после операции был озноб, последующие 13 суток состояние нормальное. Тампоны удалены на 3-й день. Рана зажила первичным натяжением. Температура нормализовалась на 10-е сутки. Однако на 13-е сутки вновь появились боли в правой подвздошной области, где пальпировалось уплотнение, не имевшее отчетливых границ. На следующие сутки присоединились озноб, потливость. Заподозрен пилефлебит. Неоднократно делались околопочечное введение антибиотиков, переливание крови. Картина крови, температурная кривая свидетельствовали о септическом течении заболевания. Уплотнение в правой подвздошной области постепенно стало пальпироваться более отчетливо, размеры его увеличивались. Заподозрен гнойник в брюшной полости, в частности, в печени. Произведено чревосечение. Выпота не обнаружено. Вены тонкого кишечника оказались резко расширенными, а лимфоузлы брыжейки и большого сальника увеличенными. Последний утолщен, уплотнен и припаян к слепой кишке, на задней стенке которой пальпировалось уплотнение шириной 4–5 см. Имелись спайки между желчным пузырем и печеночным углом ободочной кишки. Печень и селезенка увеличены, уплотнены, ножка селезенки утолщена. Обнаружена инфильтрация ворот печени и в области поджелудочной железы. Гнойников под куполами диафрагмы не оказалось, под капсулой левой доли печени видны множественные мелкие гнойники. Многократными в разных участках пункциями печени гноя не получено. Продолжалось интенсивное противовоспалительное лечение, но состояние больного ухудшалось, присоединился асцит. Через 2,5 месяца с момента заболевания он умер. При вскрытии обнаружен гнойный тромбофлебит системы воротной вены, множественные мелкие гнойники в печени и в брыжейке ободочной кишки, тромбофлебит селезеночной вены.

Решающую роль сыграла терапевтическая настроенность врача на острое воспаление дыхательной системы и отсутствие настороженности на сочетание данной патологии с острым аппендицитом, хотя все клинические признаки последнего появились уже к вечеру первого дня заболевания. Не объяснены показания введения тампона в брюшную полость и его раннее удаление — на 3-й день, что, возможно, и спровоцировало тромбофлебит воротной системы. Поздно диагностирован пилефлебит, что явилось причиной неудовлетворительного лечения такого грозного осложнения, которое часто сопровождается летальным исходом.

Иногда лица преклонного возраста страдают **заболеваниями сердечно-сосудистой системы**, протекающими с абдоминальным синдромом. В случае ошибки диагностики произведенная операция настолько ухудшает течение основного заболевания, что нередко наступают летальные исходы. Хорошо собранный анамнез, полусидячее положение больных, бледное страдальческое лицо с беспокойным взглядом, акроцианоз, аритмичный частый пульс при нормальной температуре должны ориентировать врача на присутствие сердечной патологии у больного. При этом разница между ректальной и аксиллярной температурой меньше 1. При стенокардии и инфаркте миокарда боли иррадируют в левые руку и лопатку. Пульс напряжен, АД повышается при стенокардии, а при инфаркте, наоборот, наступает их быстрое падение. Гиперестезия кожи отмечается в области сердца, левых ключицы и плеча. Болезненность, напряжение мышц и раздражение брюшины всегда неопределенны, а при постоянной продолжительной глубокой пальпации исчезают либо значительно уменьшаются. Надо учитывать то, что симптомы раздражения брюшины могут быть слабыми или отрицательными. При сомнении можно сделать загрудинную новокаиновую блокаду, которая быстро снимет все сомнения. Абдоминальный синдром при заболеваниях сердца часто сопровождается альбуминурией. При наличии перистальтики кишечника его парез появляется одновременно с болями в животе и области сердца.

В подобной ситуации могут помочь позвоночно-сердечный и френикус-сердечно-позвоночный симптомы, когда при надавливании вдоль медиального края левой лопатки или между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы слева появляются типичные боли в области сердца. Огромную помощь может оказать ЭКГ, снятая в динамике через 2 часа.

Клинику острого аппендицита могут вызвать и другие заболевания сердечно-сосудистой системы, поэтому надо чаще пользоваться консультацией соответствующих специалистов. При наличии малейшего атипизма в клинической картине острого аппендицита не следует ограничиваться исследованием только живота, а необходимо самому хирургу исследовать другие органы и системы, что поможет выявить сопутствующие заболевания.

Ревматизм может симулировать острый процесс в брюшной полости и быть причиной ненужных оперативных вмешательств. Абдоминальный синдром при ревматизме может быть истинным — ревматический перитонит как проявление ревматического полисерозита и ложным — в результате аллергических реакций брюшины на ревматическую инфекцию. Следует помнить, что такой синдром встречается у детей. Немалую роль в установлении истинного диагноза играет выявление простудного фактора или катаральных изменений со стороны носоглотки, предшествующих данному заболеванию. Последнее начинается с острых болей в животе, рвоты, высокой температуры на фоне общей слабости, разбитости, быст-

рого развития вздутия кишечника. Боли носят блуждающий характер, могут быть постоянными и приступообразными. Приступы затишья длятся от нескольких часов до суток. При появлении полиартритических симптомов боли в животе исчезают. Поверхностная пальпация живота более болезненна, чем глубокая. Напряжение мышц чаще всего небольшое, уменьшается при глубокой пальпации. В случае ревматического перитонита может быть резкое раздражение брюшины. Часто убедительных данных за хирургическую причину перитонита не выявляется. Пульс всегда полный, соответствует температуре. Лейкоцитоз умеренный, зато СОЭ с первых часов заболевания значительно ускорена. На ЭКГ характерные непродолжительные летучие изменения. В экстренной диагностике неоценимую помощь окажет лапароскопия, что предпочтительнее диагностической лапаротомии, которая может обострить течение основного заболевания. Антибиотикотерапия бесполезна, однако салицилаты быстро купируют боли в животе.

Узелковый периартериит относится к коллагенозам и может встречаться не только как рассеянный ангиит или полиартериит, но и изолированно в отдельных органах, например в червеобразном отростке, сопровождаясь стертой клинической картиной острого аппендицита с макроскопически малоизмененным отростком. Несмотря на несовпадение в диагнозе, непосредственные и отдаленные результаты этих аппендэктомий являются хорошими. Поражение червеобразного отростка данной патологией встречается чаще, чем это принято думать. Приведем клиническое наблюдение.

Больной В., 22 года, поступил с жалобами на боли в правой подвздошной области и тошноту, которые появились за сутки до поступления после физической нагрузки. Живот мягкий, резко болезненный в правой подвздошной области. Анализ крови: Нв — 82 г/л, L — $4,2 \times 10^9$ /л, п — 2, с — 74, э — 1, л — 19, м — 4, СОЭ — 2 мм/ч. Анализ мочи: уд. вес — 1013, L — 2–3 в п/зр, Эр — нет, белок — нет. Оперирован по поводу предполагавшегося аппендицита. Патогистологически обнаружен узелковый периартериит сосудов червеобразного отростка.

Надо полагать, что еще не все методы открыты и используются для определения морфологических изменений в отростке, которые клинически дают воспаление червеобразного отростка, но еще не обнаруживаются общеизвестными гистологическими методиками.

Геморрагический васкулит, или абдоминальная пурпура Шенлейн–Геноха, не только часто симулирует одно из заболеваний «острого живота», но в отдельных случаях может осложняться острым аппендицитом и другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Данное заболевание поражает чаще всего мужчин в любом возрасте, но в большинстве случаев — в детском и юношеском. Проявляется

оно геморрагическими высыпаниями, в данном случае, на париетальной и висцеральной брюшине. Как раз при последней форме и могут быть осложнения в виде аппендицита, перфорации полых органов, инвагинаций кишечника или его заворота. Здесь есть два сложных момента: 1-й — можно просмотреть возможные осложнения; 2-й — в случае ошибки диагностики напрасная лапаротомия может вызвать новую волну геморрагических высыпаний. Данное заболевание тоже относят к группе коллагенозов.

У детей с наличием непереносимости какой-либо пищи, с кариозными зубами или глистной инвазией, после перенесенных заболеваний простудного характера появляется вялость, адинамия, бледность, ухудшение сна и аппетита, пастозность век и лица. Спустя несколько дней у ребенка появляются ноющие боли в суставах, чаще коленных, небольшая припухлость в них. Параллельно с этим появляются типичные геморрагические высыпания, характеризующиеся симметричностью и полиморфизмом. В последующем развивается типичная клиника геморрагического васкулита.

Большие трудности для диагностики встречаются при изолированной абдоминальной пурпуре, когда высыпания чаще всего локализуются в области слепой кишки и терминального отрезка подвздошной кишки. Развивающийся чаще на 4-й или 5-й день болезни абдоминальный синдром носит грозный характер. Боли в животе при этом локализуются в правой подвздошной области и часто сочетаются с коликообразными болями по всему животу, сопровождаются беспокойством и чрезмерной подвижностью больных. Часто эти схваткообразные сильные боли, как при перфорации полых органов или завороте кишок, сопровождаются неоднократной рвотой, тенезмами, частым жидким стулом со слизью и кровью. Температура повышена, в крови — лейкоцитоз. Пульс учащен, но удовлетворительного наполнения. При наличии интенсивных болей живот чаще всего мягкий, изредка немного ригидный. Пальпация живота, прием жидкости или пищи часто вызывают новый приступ болей. На фоне такой выраженной клинической картины, несмотря на многодневность болезни, общее состояние больного нельзя признать тяжелым. С целью диагностики при отсутствии стула необходимо пальцевое исследование прямой кишки — на пальце остается слизь с кровью.

Симптом жгута Кончаловского–Румпель–Леде и баночная проба будут резко положительны в связи с нарушением проницаемости капилляров. Количество эритроцитов и гемоглобина снижено в различных степенях. СОЭ ускорено. Очень часто наблюдается тромбоцитопения с гипопротейнемией. В случае поражения сосудов почек отмечается альбуминурия, макро- и микрогематурия, гиалиновые и зернистые цилиндры. Главное — это установить точный диагноз геморрагического васкулита до по-

явления геморрагических высыпаний на коже, именно до выявления последних чаще всего и производят ошибочные операции.

Больные с установленным диагнозом и подозрением на геморрагический васкулит должны наблюдаться терапевтом или педиатром вместе с хирургом. Последний должен внимательно следить за течением заболевания, чтобы вовремя диагностировать возможные осложнения с последующим их оперативным лечением. В сомнительных для диагностики случаях, когда исключить острые хирургические заболевания или осложнения пурпуры не представляется возможным, показана диагностическая лапароскопия или лапаротомия. Приведем клиническое наблюдение.

Больной Л., 14 лет, поступил с диагнозом грипп, частичная кишечная непроходимость? Заболел 5 дней назад, когда появилось общее недомогание, температура до 39,2 °С. С диагнозом грипп доставлен в детскую больницу. Через 2 дня появились приступообразные боли в животе, рвота, 3 раза был жидкий стул. При госпитализации стула не было, но была многократная рвота и усилились боли в животе, поэтому переведен в хирургическую клинику.

При поступлении состояние больного средней тяжести, T — 36,5 °С. Мальчик вял, временами стонет от болей. Кожные покровы бледные. Пульс — 96 уд./мин. Со стороны легких и сердца патологических изменений не определяется. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, болезненный слева и ниже пупка справа. Слева от пупка пальпируется небольшой инфильтрат (пакет мезентериальных лимфоузлов?). Симптомов раздражения брюшины нет. При рентгеноскопии брюшной полости чаш Клойбера нет. Кровь: Hb — 80 г/л, L — 13×10^9 /л, СОЭ — 42 мм/ч, п — 6, с — 76, э — 0, л — 14, м — 4. Моча — норма. Диагноз: острый мезентериальный лимфаденит. Назначено лечение: пенициллин, свечи с белладонной.

Через сутки после поступления состояние больного ухудшилось: была несколько раз рвота, усилились боли в животе, появилось напряжение мышц живота и положительный симптом Щеткина–Блюмберга. Инфильтрат слева от пупка оставался. С диагнозом острый аппендицит. Мезаденит? Больной был оперирован. Произведена срединная лапаротомия ниже пупка, обнаружено небольшое количество серозной жидкости; в корне брыжейки тонкого кишечника большой пакет увеличенных лимфоузлов, червеобразный отросток утолщен, умеренно гиперемирован. Сделана аппендэктомия. Гистологически: гиперплазия лимфоидной ткани отростка. Явлений воспаления в стенке отростка не отмечено.

Через 3 дня после операции появился частый стул из крови и прозрачной слизи. Мальчик похудел и побледнел. Живот напряжен слева и болезнен. Симптом Щеткина положительный. На основании копрограмм, посева кала и макроскопического осмотра каловых масс диагноз дизентерии не подтвердился. Назначено консервативное лечение. В течение 2 не-

дель состояние больного оставалось тяжелым, температура временами субфебрильная, боли в животе то усиливались, то утихали, периодически был частый жидкий стул с кровью. Наблюдался лейкоцитоз со сдвигом влево. Показатели красной крови, количество тромбоцитов и свертываемость крови в норме.

Через 2 недели после поступления, появилась мелкоточечная геморрагическая сыпь в области локтевых и голеностопных суставов. Учитывая всю клинику заболевания, поставлен диагноз: болезнь Шенлейн–Геноха в острой форме. Под действием консервативного лечения состояние больного постепенно стало улучшаться, кровавые поносы исчезли, боли в животе уменьшились. Геморрагические высыпания не повторялись. Мальчик выздоровел.

Внимательный разбор сложных для диагностики больных, настороженное наблюдение неясных случаев чаще всего приведет к правильной диагностике.

4.2. Заболевания желудка

Причин появления болей в эпигастрии довольно много. Чаще всего больных беспокоит **гастрит**, при котором можно выявить фактор погрешности в еде, тошнота и рвота появляются до болей или чаще всего одновременно, а при аппендиците вначале появляется боль. При гастрите отсутствует симптом «ножниц». Хорошо, если боль из эпигастриальной области перемещается в правую подвздошную область, т. е. выявляется симптом Кохера–Волковича. Обязательно следует производить одновременную одинаковую пальпацию в эпигастрии и правой подвздошной области, т. к. при аппендиците болезненность больше выражена в подвздошной области, а при гастрите болезненность четко не локализована. Большую помощь в дифференциации окажут изменения в крови, которые при гастрите минимальны. В случае сомнения необходим повторный осмотр, но не позже 4–6 часов со времени поступления больного. Особенно хорошо, если после первого осмотра проведена антиспастическая терапия в условиях стационара. Инструментальные исследования помогут в дифференциальной диагностике.

Нередко в инфекционных лечебных учреждениях приходится дифференцировать **пищевую токсикоинфекцию** или острый гастроэнтерит от острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, особенно при наличии болей и болезненности в животе, да если еще врачи помнят об их возможном сочетании или провокации токсикоинфекцией таких заболеваний, как аппендицит, холецистит и др. К тому же, острый аппендицит может сопровождаться диареей при медиальном расположении отрезка, но такое явление появляется позже от начала заболевания, когда аппендикулярный перитонит распространится на тонкий кишечник. Клини-

чески же проявление пищевой токсикоинфекции в виде одновременных тошноты, многократной рвоты и поноса начинается обычно через 2–12 часов после употребления больным инфицированной пищи. При этом так называемых «аппендикулярных» симптомов не будет выявляться, но должна быть взаимная настороженность врачей, курирующих подобных больных.

В подобных ситуациях помогает выяснение самочувствия других людей, употреблявших эту же пищу. Следует помнить, что при токсикоинфекции состояние больных сразу же утяжеленное, а при остром аппендиците такое состояние появляется значительно позже, при развитии тяжелых осложнений. Если же при явлениях гастроэнтерита выявляются симптомы перитонита, то необходимо произвести лапаротомию. Приведем клиническое наблюдение.

Больной С., 30 лет, доставлен в инфекционное отделение с диагнозом пищевая токсикоинфекция. Болен 2-й день, заболел внезапно: появилась рвота, острые боли по всему животу, озноб. В течение суток был несколько раз жидкий стул. Возникшее заболевание больной связывает с употреблением колбасы.

Состояние больного средней тяжести. Т — 38,2 °С, пульс — 90 уд./мин. Язык сухой, обложен. Живот вздут, при пальпации мягкий, болезнен во всех отделах, больше справа. Симптом Блюмберга слабopоложительный. На следующий день боли в животе усилились. На фоне вздутия живота появились напряжение мышц и резкая болезненность в правой подвздошной области. Отчетливо выявляется симптом Щеткина–Блюмберга. Анализ крови: L — $8,4 \times 10^9$ /л, п — 26, с — 47, м — 4, СОЭ — 15 мм/ч. Диагноз: острый аппендицит.

Во время срочной операции в брюшной полости обнаружен серозный выпот, червеобразный отросток без патологических изменений. Произведена аппендэктомия. Первые дни после операции был понос. Т — 39 °С. При посеве кала выявлена *Salmonella brestan*. Кал на скрытую кровь — реакция резко положительная, лейкоцитов в кале до 70, а эритроцитов — до 15 в п/зр. Гистологически: отросток не воспален, имеется склероз подслизистого слоя. Больной выздоровел.

Иногда **обострение язвенной болезни** сопровождается болью и болезненностью в правой подвздошной области. При обострении боли в эпигастрии усиливаются, а при пальпации в эпигастрии — иррадиируют в спину. Одновременная пальпация с одинаковой силой в этих областях вызывает большую боль там, где истинная патология, а не иррадиация. В случае применения тепла и антиспастической лекарственной терапии боли стихают при обострении язвы и усиливаются при остром аппендиците. Не надо забывать об обратной симуляции, когда подпеченочно расположенный аппендицит может симулировать обострение язвы.

Если при классической прободной язве обычно нет большой необходимости в дифференциации с аппендицитом, то при **прикрытой прободной язве** она всегда нужна. Дело в том, что прободное отверстие сразу же прикрывается соседними органами, а небольшое количество гастродуоденального содержимого и воспалительный экссудат стекают по правому боковому каналу и скапливаются в правой подвздошной области, вызывая местный перитонит с соответствующей клиникой. Из анамнеза выявляется, что при аппендиците боли в эпигастрии возникают постепенно нарастая, а при перфорации — внезапно, в последующем уменьшаясь, но не исчезая, как при аппендиците. Пальпаторная болезненность при перфорации определяется и в эпигастрии, и в правой подвздошной области, а при аппендиците, за редким исключением, в эпигастрии исчезает. Следует упомянуть, что наличие свободного газа в брюшной полости в подобных ситуациях в 97 % случаев говорит о перфорации язвы. И все-таки, иногда встречаются непреодолимые трудности в подобной дифдиагностике, о чем свидетельствует наблюдение, упомянутое в главе 3, в разделе разлитой перитонит. В том же разделе приведено наблюдение с сочетанием обеих патологий, о чем часто забывают врачи. В случае необходимости диагностической лапаротомии надо начинать с менее травматичного косоого разреза Мак-Бурнея, через который есть возможность оценить экссудат брюшной полости и изменения со стороны отростка. Если диагностируется при этом прободная язва, то следует делать второй, срединный разрез, а не расширять вверх медиально первый, что является более травматичным с угрозой в последующем образования послеоперационной грыжи.

4.3. Заболевания желчного пузыря

Встречаются трудности и при дифференциальной диагностике острого аппендицита с **острым холециститом**. Особенно большие затруднения возникают при позднем осмотре от начала заболевания подпеченочно расположенного отростка или низком опущении желчного пузыря. Последнее, в основном, встречается у лиц преклонного возраста, у которых симптоматика заболеваний стертая, неясная. Боль при подпеченочном аппендиците появляется при глубокой пальпации, производимой пальцами, спускающимися от реберной дуги к правой подвздошной области, тогда как при холецистите наоборот — при движении вверх, к печени. Как всегда, хорошо может помочь анамнез: острый холецистит, как правило, возникает после употребления желчегонной пищи, подобные боли наблюдались и раньше. Сила болей при холецистите более выражена, чем при аппендиците. Причем характерная иррадиация болей при холецистите в лопатку, надплечье и поясницу справа, а при аппендиците — наличие симптома Кохера–Волковича. Если при аппендиците рвота однократная, то

при холецистите неоднократная. Для холецистита характерны симптомы Ортнера и Мерфи. При легком постукивании по XII ребру или мягким тканям поясничной области справа боли возникают в правом подреберье при холецистите и в правой подвздошной области при аппендиците (симптомы Варламова и Барышникова). При исследовании симптома Ровзинга боли при аппендиците появляются в правой подвздошной области, а при холецистите — в правом подреберье. Общее состояние больных при холецистите значительно раньше ухудшается. К сожалению, лабораторные данные мало помогают в дифференцировке, кроме биохимических изменений, которые при аппендиците появляются значительно позже как следствие вторичного поражения печени в результате перитонита. Большую помощь оказывают современные диагностические методы: УЗИ, лапароскопия и др. Последним методом диагностики является лапаротомия небольшим параректальным разрезом. Если это аппендицит или низко расположенный холецистит, то достаточно будет и этого разреза. Если патология высоко в правом подреберье, то лучше сделать новый разрез, а не продолжать этот вверх, потому что большие параректальные разрезы, особенно у лиц преклонного возраста, часто осложняются эвентрацией или, в последующем, атрофией прямой мышцы и образованием послеоперационной грыжи.

Клинический пример: больной Б., 63 лет, госпитализирован с болями в правой половине живота, тошнотой, общей слабостью. За 4 дня до поступления появились боли в эпигастрии, которые затем локализовались в правой половине живота, была двукратная рвота. Применял грелку.

Состояние больного средней тяжести. Питание повышенное. Пульс 96 уд./мин, ритмичный. АД 140/90 мм рт. ст. Язык сухой, обложен. Живот вздут, в правом подреберье пальпируется плотный болезненный инфильтрат. Кровь: L — $11,600 \times 10^9$ /л, п — 12, с — 80, л. — 7, м — 1, СОЭ — 22 мм/ч. Диагноз: острый холецистит. Консервативное лечение эффекта не дало, и на 8 сутки больной был оперирован.

Разрезом по Федорову вскрыта брюшная полость. Желчный пузырь не изменен, ниже его дна имеется инфильтрат, при разделении которого выделяется густой гной с колибациллярным запахом. В полости гнояника располагался гангренозно измененный червеобразный отросток с наличием перфоративного отверстия у верхушки. Выполнена аппендэктомия с дренированием абсцесса. Больной выздоровел.

Данное клиническое наблюдение подтверждает факт недооценки анамнеза и неправильную трактовку найденных объективных данных.

4.4. Заболевания поджелудочной железы

Иногда приходится дифференцировать острый аппендицит с **острым панкреатитом** при эпигастральном расположении отростка, а чаще

всего в поздних стадиях заболевания, когда имеются явления перитонита: вздутие живота, болезненность по всему животу и др. Дифференциацию надо начинать с выяснения нарушения диеты. Боли при остром панкреатите всегда сильные, больше всего в эпигастрии по типу опоясывающих, иррадиация — в левую половину поясницы, лопатку, надключичную область. При этом рвота неоднократная, мучительная. В первое время живот вздувается в эпигастрии в поперечном направлении, здесь же наблюдаются наибольшая болезненность и напряжение мышц. Симптомы Воскресенского (отсутствие пульсации брюшного отдела аорты), Мейо–Робсона (болезненность в левом реберно-позвоночном углу) и Березняговского (болезненность над левым грудино-ключичным сочленением) положительны.

Важное место в диагностике панкреатита занимают исследования мочи или крови на диастазу (амилазу). Нужно учесть, что нормальный уровень диастазы не опровергает диагноза панкреатита потому, что, во-первых, иногда диастаза проявляется через 1–2 суток от начала заболевания, во-вторых, при тотальном панкреонекрозе диастаза может не определяться. Более достоверным является обнаружение повышения амилазы (диастазы) в крови, а не в моче. В диагностике большую роль играет инструментальное исследование: УЗИ, КТ, ЯМР, лапароскопия. Если же остаются сомнения в диагнозе, то производится лапаротомия в правой подвздошной области.

4.5. Заболевания кишечника

Любое заболевание кишечника может симулировать острый аппендицит, а тем более сочетаться с ним. Очень часто боли в животе, особенно у детей, вызывает **глистная инвазия**, которая проявляется частыми кратковременными, иногда сильными болями. В анамнезе у подобных больных снижение аппетита, тошнота, слюнотечение, перемещающиеся кратковременные боли в животе различной локализации. Многие больные или родители детей подтверждают, что у них лабораторно обнаружены глисты и/или их яйца в кале. При этом живот в дыхании участвует, умеренно локально вздут, мягкий, «аппендикулярные» симптомы либо отсутствуют, либо некоторые из них слабоположительные. Разница между ректальной и аксиллярной температурой небольшая. Возможен временный гиперлейкоцитоз с непостоянной эозинофилией, но лейкоцитарный сдвиг не наблюдается. Антиспастическая терапия быстро снимает боли. Нельзя забывать о возможном сочетании этих заболеваний.

Относительно часто приходится дифференцировать острый аппендицит с обострением **хронических колитов**. Эти боли одинаковой силы, постепенно уменьшаются. Живот всегда мягкий, болезненный при пальпации по ходу толстого кишечника без определенной локализации. Сложнее, когда приходится дифференцировать аппендицит с сегментарным

правосторонним колитом. Однако кроме локальной болезненности других симптомов острого аппендицита не выявляется. Стул обычно учащен, со слизью, иногда с кровью, нередко жидкий стул сменяется запорами, но после стула боли в животе уменьшаются. Лабораторные анализы без изменений. Разница между ректальной и аксилярной температурой в норме.

При **подвижной слепой кишке** несильные боли в правой половине живота беспокоят при движении, особенно во время физической нагрузки. Живот всегда мягкий, немного болезненный по ходу восходящей толстой кишки, при этом определяется урчание, иногда шум плеска в правой подвздошной области. Боль и болезненность перемещаются к срединной линии при положении больного на левом боку. Запоры сменяются жидким стулом с отхождением зловонных газов. После активного или пассивного (с клизмой) опорожнения кишечника больной отмечает значительное облегчение. Диагноз подтверждается с помощью ирригоскопии. Лабораторные показатели без особенностей.

Неспецифическое гранулоподобное воспаление, или болезнь Крона, может поражать любые отделы желудочно-кишечного тракта, однако чаще всего локализуется в дистальном отделе подвздошной кишки, и описывается как энтерогенная флегмона, флегмона кишки, неспецифический энтероколит, регионарный энтерит и т. п. При подобной патологии часто страдает и червеобразный отросток. Клинически дифференцировать острый аппендицит с болезнью Крона в 1-й (воспалительно-инфильтративной) фазе очень трудно, т. к. в обоих случаях присутствует воспалительный синдром; во 2-й (язвенной) фазе перфорации отростка и кишки различить практически невозможно: и там, и тут наблюдается перитонит; в 3-й (рубцово-стриктурной) фазе аналога при аппендиците нет; в 4-й (инфильтративно-свищевой) фазе есть необходимость дифференцировать с аппендикулярным инфильтратом. Клиническая картина при болезни Крона нарастает медленно, поэтому больные обращаются за помощью значительно позднее. Боли в животе чаще имеют периодический, схваткообразный характер без четкой локализации. Каких-либо специфических симптомов не отмечено, да и вся клиническая картина болезни Крона нечеткая, сомнительная. Только осложнения этой болезни в любой фазе диагностировать относительно легче: перитонит, кровотечения, непроходимость, внутренние кишечные свищи. Диагностике могут помочь инструментальные исследования: рентгенологические, УЗИ, лапароскопия и др. При своевременной диагностике 1-й (воспалительно-инфильтративной) фазы от оперативного вмешательства можно воздержаться, но при консервативном лечении необходимо «вооруженное» наблюдение хирурга, чтобы не пропустить возможные осложнения этой болезни. Приведем клиническое наблюдение.

Больной, 25 лет, поступил через 12 часов с момента заболевания с жалобами на постоянные боли в правой подвздошной области, тошноту. При осмотре обнаружена небольшая болезненность в правой подвздошной области. Симптом Щеткина отрицательный. Признаков острого хирургического заболевания органов брюшной полости не выявлено. Спустя 27 часов появились симптомы, характерные для острого аппендицита. Больной оперирован. Выделилось около 1 л мутной жидкости. Червеобразный отросток изменен, как при хроническом аппендиците.

Сделана срединная лапаротомия. Обнаружена флегмона тощей кишки на расстоянии 15 см от 12-перстной кишки. Произведена резекция тонкой кишки в пределах здоровых тканей. Анастомоз наложен конец в конец. Произведена аппендэктомия. Больной выздоровел.

Не имеет своей характерной клинической картины и **дивертикулит**. Дивертикул тонкого кишечника Меккеля встречается у 2 % людей, а его патологические состояния встречаются лишь в 15–45 % от общего количества дивертикулов в виде патологических форм: дивертикулит, кишечная непроходимость, кровоточащая и прободная язвы, пупочный свищ, грыжа Литре, перфорация инородным телом, опухоли и др. Многообразие клинических форм и отсутствие специфической их симптоматики создают трудности в дооперационной диагностике этих форм патологии, что обусловило исключительно единодушное мнение хирургов о необходимости удаления дивертикула Меккеля как сопутствующего заболевания в любом случае его обнаружения. Исключение должно быть сделано лишь для разлитого гнойного перитонита. В дооперационной правильной диагностике может помочь лишь современная видеолапароскопия. Приведем клинические наблюдения.

Больная И., 34 года, поступила в терапевтическую клинику с диагнозом хронический пиелостит, почечнокаменная болезнь, перитонит? Страдала хроническим калькулезным пиелоститом 5 лет. При поступлении: жалобы на боли в правом подреберье и пояснице, учащенное мочеиспускание. Заболела 3 дня назад. Объективно: состояние удовлетворительное, временами стонет от болей. Кожные покровы бледные, питание пониженное. Т — 37,7 °С, пульс — 100 уд./мин. АД — 90/60 мм рт. ст. Сердце и легкие без изменений. Язык обложен, влажный. Живот несколько напряжен, болезнен больше в правом подреберье. Выраженная болезненность при поколачивании в обеих поясничных областях. Диагноз: острый холецистит, желчнокаменная болезнь, обострение пиелостита. Консервативное лечение дало кратковременный эффект, а затем появились схваткообразные боли по всему животу. Анализ крови: L — $6,7 \times 10^9$ /л, СОЭ — 38 мм/ч, э — 3, п — 25, с — 37, л — 23. Анализ мочи: уд. вес — 1016, белок — 0,165 ‰, L — 10 в п/зр.

Больная переведена в хирургическое отделение с диагнозом: разлитой перитонит в результате перфоративного аппендицита, кишечная непроходимость. Через сутки со времени поступления в стационар — операция. Параректальным разрезом справа вскрыта брюшная полость. Обнаружен зеленоватый с запахом экссудат. Parietalная и висцеральная брюшина гиперемирована, на петлях тонкого кишечника фибринозные налеты. Червеобразный отросток, желчный пузырь, матка и придатки без изменений. Обнаружен воспалительно-измененный дивертикул Меккеля. К нему припаяна в виде двустволки петля тонкой кишки. Спайки разъединены. Дивертикул у основания перевязан и отсечен, а культя перитонизирована с помощью кисетного шва. Выполнен глухой шов. Несмотря на комплексное лечение через 3 дня после операции больная умерла. На вскрытии: фибринозно-гнойный перитонит. Расхождения шва, наложенного после удаления дивертикула, не обнаружено.

Больной И., 7 лет, поступил с диагнозом острый аппендицит. 3 дня назад появились боли в животе. Один раз была рвота. Диагноз при поступлении: острый аппендицит.

На операции диагностированы острый аппендицит, местный перитонит. Сделана аппендэктомия. Ревизия брюшной полости не была произведена, рана зашита наглухо. На 2-й день после операции состояние больного очень тяжелое. Живот напряжен. Непрерывная рвота. $L — 22 \times 10^9/л$. $T — 38,7 \text{ }^\circ\text{C}$. Язык сухой, обложен. Произведена релапаротомия. В брюшной полости обнаружен густой гной. На тонких кишках — фибринозные наложения. Выявлена перфорация дивертикула Меккеля, который не был замечен при первой операции. В брюшную полость введены антибиотики. Капельно перелиты кровь и лекарственные жидкости. Состояние после операции крайне тяжелое. На 3-й день после операции больной скончался. Патогистология червеобразного отростка показала, что он не изменен.

В первом наблюдении терапевты поздно поставили диагноз перитонита, который вызвал тяжелые изменения у больной с выраженной почечной патологией. К тому же, не известны составные части «комплексного энергетического лечения», которое, по всей вероятности, было недостаточным.

Во втором наблюдении имеется грубая оперативная ошибка, когда при явлениях перитонита и малоизмененного отростка не произведена ревизия брюшной полости. По-видимому, поздно произведена повторная операция, которая, согласно выписке, не доведена до логического конца: диагноз выставлен, а патология не ликвидирована.

Любая форма **кишечной непроходимости** может как сочетаться, так и симулировать острый аппендицит, особенно в начальных стадиях непроходимости, когда ее симптоматика мало выражена. Чаще всего ее

приходится дифференцировать с инвагинацией, которая, в основном, встречается у детей. Инвагинация характеризуется, прежде всего, перемежающимися схваткообразными болями, мягким животом при пальпации. Часто пальпируется колбасовидная, мягкая или эластичная опухоль. Иногда в правой подвздошной области пальпируется пустота — симптом Данса. Очень рано в кале или на пальце при ректальном исследовании имеется слизь, смешанная с кровью — так называемое «малиновое желе», что характерно для инвагинации кишечника. Отсутствует повышение температуры и лейкоцитоз.

Главным дифференциально-диагностическим признаком острого аппендицита от других форм непроходимости являются боли. Схваткообразные сильные боли с усиленной перистальтикой кишечника, часто появляющиеся после массирования живота, характерны для механической кишечной непроходимости. При этом еще могут наблюдаться асимметрия живота (симптом Валя), чаши Клойбера и др. В начале этой патологии нет повышения температуры, лейкоцитоза. При тромбозе сосудов брыжейки боли всегда постоянные и сильные, в начале заболевания периодически могут усиливаться, быстро развиваются явления кишечной непроходимости. При этом состояние больных всегда рано тяжелое. Большую помощь в дифдиагностике может оказать современная видеолапароскопия. Приведем клинические наблюдения.

Больной, 17 лет, поступил с жалобами на сильные боли в правой подвздошной области и в области пупка. Сильные боли появились во время сна, больной проснулся от них. Была однократная рвота. После применения грелки боли стали меньше и почти не беспокоили в течение часа. Затем они приняли схваткообразный характер. С момента заболевания прошло 15 часов. Общее состояние больного средней тяжести. Пульс — 90 уд./мин. Язык влажный. Живот участвует в дыхании. Перкуторно: печеночная тупость сохранена, притупления в отлогах местах нет. При пальпации отмечается болезненность и легкое напряжение мышц в правой подвздошной области. Симптом Щеткина положительный. При обзорной рентгенографии брюшной полости свободного газа и уровней не обнаружено. L — 15×10^9 /л, небольшой сдвиг влево. Диагноз: острый аппендицит.

Произведена операция: разрез в правой подвздошной области. В брюшной полости обнаружено значительное количество прозрачной жидкости. Червеобразный отросток не изменен. При извлечении подвздошной кишки, в 30 см от слепой, обнаружен кишечный узел с петлей кишки синюшного цвета. Рана расширена. Извлечен конгломерат кишечных петель. Петля тонкой кишки длиной 30–35 см охвачена дивертикулом Меккеля в виде узла, в результате чего возникла кишечная непроходимость. Петля кишки, перетянутая дивертикулом Меккеля, имеет диаметр 5–6 см и синюшно-черную окраску. Попытка распутать этот узел осталась безуспеш-

ной из-за боязни повредить измененную и нежизнеспособную кишку. Произведена резекция 50 см тонкого кишечника с дивертикулом Меккеля. Анастомоз наложен конец в конец. Удален червеобразный отросток. Брюшная полость осушена, в нее введены антибиотики и защита наглухо. Больной выздоровел.

В этом наблюдении отражена явная клиническая картина непроходимости кишечника. По-видимому, хирурга смутило отсутствие чаш Клойбера.

Больная П., 56 лет, поступила с диагнозом острой дизентерии из другой больницы, где лечилась по поводу ревмокардита. Утром появились боли в животе, частая рвота и жидкий стул со слизью и кровью. Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, выражен цианоз губ и носа. Пульс — 84 уд./мин, ритмичный, среднего наполнения, АД — 150/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум на верхушке. Язык обложен, влажный. Живот умеренно вздут, болезненный. К вечеру состояние больной резко ухудшилось. Боли в животе усилились. На 2-й день появились симптомы раздражения брюшины. Диагноз: острый аппендицит. Произведена аппендэктомия. После операции боли в животе не прекратились. Рвота темными застойными массами. Перистальтика кишечника не выслушивается. Диагноз: тромбоэмболия верхней брыжеечной артерии. Срединным разрезом вскрыта брюшная полость, в которой найдено большое количество мутноватого выпота. Выявлен некроз подвздошной кишки на протяжении 70 см от илеоцекального угла. Сосуды брыжейки не пульсируют. Обнаруженный эмбол у места отхождения подвздошно-ободочной артерии удален. В периферический отдел артерии введено 25 000 ед. гепарина. Артерия ушита, появился пульс в ее периферическом отделе. Произведена резекция 100 см подвздошной кишки с наложением анастомоза конец в конец. Через 5 часов больная скончалась при явлениях выраженной интоксикации.

В данном наблюдении присутствует диагностическая ошибка в 1-е сутки заболевания, когда в течение дня состояние быстро ухудшалось на фоне сильных болей в животе и наличии жидкого стула с примесью крови, что является главными симптомами мезентериального тромбоза. Только через сутки сделана лапаротомия, где хирург сделал 2-ю ошибку — на фоне мало измененного червеобразного отростка не сделал ревизию органов брюшной полости. В выписке не уточняется когда выставлен правильный диагноз и сделана адекватная операция. По всей вероятности повторная операция произведена поздно, потому что развилась выраженная интоксикация, которая появляется не сразу.

Большие трудности в дифференциальной диагностике представляет **хроническая инвагинация** с острым аппендицитом, осложненным инфильтратом. Хроническая инвагинация представляет собой редкую форму непроходимости кишечника и является особой формой внедрения кишечни-

ка, отличается длительным течением, исчисляемым неделями, месяцами, иногда годами, без острых явлений кишечной непроходимости и перитонита с очень бедной симптоматикой. Приведем клинические наблюдения.

Больной К., 25 лет, поступил с жалобами на боли в правой половине живота, усиливающиеся при движениях. Заболел за 10 дней до поступления в больницу. На 3-й день заболевания обратился в райбольницу, где ему назначили бесалол и отпустили домой. Продолжал работать. Накануне поступления боли усилились и больной направлен в дорожную больницу. Стул и мочеиспускание не нарушены. Общее состояние удовлетворительное. Т — 37,0 °С. Пульс — 82 уд./мин, ритмичный, не напряжен. Органы грудной клетки без особенностей. Живот симметричен, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации слегка напряжен в правой подвздошной области. На уровне пупка и немного ниже пальпируется болезненность, неподвижная опухоль размером 8 × 6 см. Анализ крови: Нв — 80 г/л, Эр — $4,6 \times 10^{12}$ /л, L — 8×10^9 /л, э — 3, п — 2, с — 60, л — 29, м — 6, СОЭ — 10 мм/ч. Анализ мочи без особенностей. В последующем пальпируемое образование принято за правую почку. На 5-й день произведена урограмма: контрастное вещество хорошо заполнило чашечки, лоханки и мочеточники; правая лоханка умеренно расширена вследствие умеренного изгиба правого мочеточника. Принимая во внимание нормальную картину крови, подвижность и консистенцию опухоли, предположили наличие кисты брыжейки кишечника. На 7-й день поступления произведена лапаротомия. Обнаружена инвагинация слепой кишки вместе с червеобразным отростком в восходящую. Произведена дезинвагинация. Слепая кишка и отросток резко отечны. Обнаружено обилие плоскостных спаек в области восходящей, слепой кишки и отростка. Сделана аппендэктомия. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Разумеется, больному не провели полноценного обследования, в частности ирригоскопию, что несомненно помогло бы в дооперационной истинной диагностике.

Нередко встречаются затруднения в дифференциации **опухолей кишечника**, в частности слепой кишки, с аппендикулярным инфильтратом. Подобные явления чаще всего встречаются у лиц преклонного возраста, которые смутно себе представляют симптомы этих заболеваний. Симптоматика заболевания в старческом возрасте очень бедна. Поэтому надо стараться, во-первых, внимательно собрать анамнез с помощью родных или сопровождающих, во-вторых, обязательно провести полное лабораторное, рентгенологическое, УЗИ, КТ, лапароскопию и другие исследования, в-третьих, в случае продолжающихся сомнений, не лечить долго консервативно предполагаемый аппендикулярный инфильтрат, в-четвертых, не забывать обследовать кал на скрытую кровь. В сомнительных случаях ранняя операция с экспресс-биопсией разрешит сомнения и

даст лучший результат последующей радикальной операции, если это окажется злокачественной опухолью, которая быстро прогрессирует при противовоспалительном лечении инфильтрата.

Подобная ситуация приведена в главе 3, в разделе аппендикулярный инфильтрат, когда в 1-й истории болезни инфицированный распадающийся рак слепой кишки принят за аппендикулярный гнойник, а во 2-й истории, наоборот, воспалительную опухоль приняли за злокачественную. Приведем еще одно наблюдение.

Больной Н., 43 года, поступил с жалобами на боли в правой подвздошной области, плохой аппетит, слабость. Заболел 2,5 года назад острым аппендицитом, по поводу чего находился в райбольнице, но по неизвестным причинам не был оперирован. В последующие годы приступы аппендицита повторялись несколько раз, но были менее интенсивны и быстро проходили. Повторно госпитализирован через 6 месяцев в райбольницу с аппендикулярным инфильтратом. Лечился в стационаре, затем амбулаторно, но инфильтрат не рассасывался. При поступлении: больной правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы без изменений. Живот мягкий, безболезненный, за исключением правой подвздошной области, где прощупывается довольно плотное болезненное бугристое образование размером $10 \times 6 \times 4$ см. При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки и желудочно-кишечного тракта патологических изменений не обнаружено. Анализ крови: Нв — 81 г/л, эр. — $5,1 \times 10^{12}$ /л, L — $2,8 \times 10^9$ /л, э — 7, п — 2, с — 50, м — 5, л — 36, СОЭ — 5 мм/ч. Анализ кала на скрытую кровь — отрицательный. Диагноз: хронический аппендикулярный инфильтрат.

На 8-й день госпитализации произведена операция. Разрезом Волковича вскрыта брюшная полость. Червеобразный отросток окутан спаявшимся с ним сальником. Инфильтрат имеет размер $12 \times 6 \times 4$ см. Основание отростка свободно. На этом участке следов воспалительного процесса не видно. Слепая кишка нормального вида. Произведена аппендэктомия с резекцией спаявшегося с отростком сальника. Брюшная полость зашита наглухо. При макроскопическом исследовании отросток, освобожденный от сальника, имеет вид толстостенной кисты, содержимое которой — студенистое вещество; сальник уплотнен. Патогистология: рак червеобразного отростка; в сосудах раковые эмболы; ослизнение. Больной выписан в удовлетворительном состоянии. Почти через 2 года он оперирован повторно в райбольнице по поводу кишечной непроходимости, вызванной опухолью слепой кишки. Наложена обходной илеотрансверзоанастомоз и больной переведен в клинику. Через 2 года произведена резекция илеоцекального угла. Патогистология: аденокарцинома слепой кишки. Через полгода вновь оперирован в клинике по поводу генерализованного рако-

вого процесса брюшины, лимфоузлов брыжейки, метастазов в печени. Умер через 6 месяцев после последней операции.

Это наблюдение подтверждает литературные данные, что рак червеобразного отростка может возникать на почве хронического воспаления в отростке. Можно думать, что проведенная аппендэктомия при первом воспалении отростка сохранила бы жизнь больному. В случаях диагностики рака червеобразного отростка некоторые авторы рекомендуют сразу же радикальную операцию с последующей химиотерапией. Подобная тактика приведена в наблюдении, которое будет приведено в главе 4, в разделе редко встречающиеся заболевания и острый аппендицит.

Инфекции желудочно-кишечного тракта (актиномикоз, туберкулез, брюшной тиф, иерсиниоз, дизентерия и др.) могут симулировать острый аппендицит и сочетаться с ним. Актиномикоз и туберкулез слепой кишки могут симулировать аппендикулярный инфильтрат. Но эти две инфекции имеют длительное вялое течение без характерных лабораторных данных для острого воспаления. Внимательная дифференциация и инструментальные методы диагностики (лапароскопия, УЗИ, биопсия и др.) помогают избежать ошибок. Брюшнотифозная инфекция может не только симулировать, но и вызвать острое хирургическое заболевание, в частности острый аппендицит. Врачам приходится дифференцировать острый аппендицит от **перфорации брюшнотифозной язвы**. При брюшном тифе перитонит встречается в 2,5–8 % случаев в результате перфорации брюшнотифозной язвы кишки или желчного пузыря, может также быть при распаде пораженных брыжеечных лимфоузлов. Осложнения брюшного тифа проявляются только при тяжелом течении заболевания чаще на 3–4 неделях, когда оно подтверждено клинически и лабораторно. Ошибки в диагностике острого аппендицита и тифо-паратифозных заболеваний объясняются частотой первого и редко — второго, а также наличием общих черт: болезненность в илеоцекальной области, напряжение мышц, умеренный метеоризм, запор, обложенный язык, умеренное повышение температуры, общая слабость и т. д. Но тифо-паратифозное заболевание начинается постепенно, боли и напряжение мышц появляются не сразу, непостоянны и возникают на фоне лихорадки и интоксикации (сильная головная боль, бессонница, вялость, адинамия, ночной бред и т. д.). Характерен также обложенный утолщенный с отпечатками зубов язык, урчание и крепитация при пальпации в илеоцекальной области, а со второй недели заболевания на коже появляются характерные розеолы, происходит увеличение печени и селезенки. Типичным считается лейкопения и анэозинофилия. В силу глубокого торможения коры головного мозга при брюшном тифе прободение язв характеризуется ухудшением общего состояния, неожиданным падением или повышением температуры, учащением пульса, неясными болями в животе, которые довольно быстро самостоятельно

затихают. При этом перистальтика кишечника может хорошо прослушиваться или отсутствовать при тяжелом течении брюшного тифа без перфорации. Печеночная тупость даже при перфорации редко исчезает. В поздней стадии перфорации перкуторно определяется выпот в брюшной полости. Большую помощь оказывает ректальное исследование, когда обнаруженная болезненность передней стенки прямой кишки говорит о перитоните, чего нет при брюшном тифе без перфорации. Вздутие живота, напряжение мышц, симптом Щеткина–Блюмберга и другие симптомы общехирургического перитонита при брюшном тифе с перфорацией его язв не характерны и не постоянны. Неоценимую помощь оказывает повторный осмотр. В случае невозможности исключить перфорацию брюшнотифозной язвы или острого аппендицита показана лапароскопия или лапаротомия. Если отросток не изменен, то обязательно надо осмотреть не менее 50 см дистального отдела подвздошной кишки, где чаще всего локализуются брюшнотифозные язвы. Приведем клинические наблюдения.

Больной Б., 16 лет. Заболевание началось с резких болей в животе. Через 2 суток больной принял слабительное и с тех пор у него жидкий стул. Через 7 дней после начала заболевания поступил в хирургическое отделение с диагнозом острый аппендицит. Брюшная стенка активно участвует в акте дыхания, при пальпации живота болезненности почти нет; мышцы живота не напряжены; в отлогих частях живота определяется выпот; при пошатывании туловища — шум плеска; при исследовании через прямую кишку обнаружено нависание стенки прямой кишки. При обзорной рентгенографии брюшной полости отмечено множество горизонтальных уровней и свободной жидкости в брюшной полости. L — 23×10^9 /л, СОЭ — 6 мм/час. После проведения повторных консультаций был установлен диагноз: туберкулезный перитонит. Операция признана противопоказанной. Скончался через 4 дня после поступления.

На вскрытии в брюшной полости обнаружены газ с каловым запахом и буроватая жидкость, фиброзные наложения на париетальной брюшине и подвздошной кишке, много брюшнотифозных язв подвздошной кишки, часть из них с точечными прободениями, подвздошная кишка рыхло спаяна с тазовой брюшиной.

У больного наблюдалась клиника разлитого перитонита, что является абсолютным показанием для срочной операции. Лапаротомия при туберкулезном перитоните не дает ухудшения, а если она проводится с облучением ультрафиолетовыми лучами брюшной полости через рану, то, наоборот, наступает улучшение. Поэтому отказ от операции у данного больного мало аргументирован.

Больная Б., 47 лет, поступила в терапевтическое отделение с диагнозом двухсторонняя пневмония. При клиническом обследовании был установлен брюшной тиф (реакция Видаля 1:800). Ночью через 18 дней со дня

госпитализации состояние больной резко ухудшилось. Появились резкие боли в животе, напряжение брюшной стенки. Пульс — 100 уд./мин. На 2-й день, после консультации хирурга, больная в тяжелом состоянии переведена в хирургическое отделение. Температура 38,9 °С, пульс — 110 уд./мин. Язык сухой. Живот всюду болезнен, напряжен, особенно в правой подвздошной области. Положительный симптом Щеткина–Блюмберга. Оперирована с диагнозом: перфоративный брюшнотифозный перитонит. Во время операции произведен параректальный разрез. Обнаружено большое скопление гнойной жидкости. Брыжеечные лимфоузлы увеличены. Перфоративное отверстие найдено на конце воспаленного напряженного червеобразного отростка. Произведена аппендэктомия с погружением культи кيسетным швом. Брюшная полость осушена. Рана зашита послойно с оставлением марлевого выпускника в подкожной клетчатке. На 8-й день после операции развились явления кишечной непроходимости. Больная повторно не оперирована ввиду крайне тяжелого состояния. Через 15 часов с момента развития непроходимости наступила смерть.

Патологоанатомический диагноз: брюшной тиф в стадии язв, припаяние одной из петель тонкого кишечника к месту операции с образованием странгуляционного илеуса, дегенерация паренхиматозных органов. Гистологически: брюшной тиф и флегмона отростка с его перфорацией.

Неотложная лапаротомия показана даже в состоянии агонии при странгуляциях кишечника и внутрибрюшных кровотечениях, что может спасти жизнь больного после ликвидации такого патологического состояния.

Дизентерия тоже может симулировать острый аппендицит. Прободные перитониты при дизентерии встречаются приблизительно в 0,11 % случаев. Бактериальная дизентерия реже заставляет думать врачей об остром аппендиците, потому что в основном поражает нисходящий отдел толстой кишки. А вот амёбная дизентерия, как правило, поражает слепую и восходящую кишку, причем при амёбной дизентерии язвы чаще перфорируют, чем при бактериальной. Такая дизентерия сопровождается жидким частым стулом с примесью слизи и крови с первых дней заболевания. Часто при этом отмечаются тенезмы. При медиально расположенном червеобразном отростке тоже может быть понос, а при тазовом — тенезмы, но это наблюдается не с первых дней заболевания, а позже, когда явления перитонита с отростка переходят на соседние органы. Здесь необходимо напомнить, что при амёбной дизентерии в кале при простом осмотре глазом слизи и крови можно не обнаружить, нужна микроскопия. В дифференциальной диагностике помогают явления гастроэнтероколита, отсутствие или слабовыраженность аппендикулярных симптомов, высевание дизентерийных микробов или обнаружение под микроскопом в нативном препарате, взятом через 10–15 минут после испражнения, крупных вегетативных стадий амёб, эритроцитов, эозинофилов, кристаллов Шарко–

Лейдена, бактерий, а также повторные осмотры одним и тем же врачом в случаях затруднения диагностики. При сомнении в диагностике, а также отсутствии ухудшения состояния и нарастания патологических симптомов от операции желательно воздержаться, потому что в случае ошибки при амёбной дизентерии течение заболевания может ухудшиться, а прогноз операции возможно, будет сомнительным. Окончательным методом диагностики в данной ситуации должна быть лапароскопия и превентивная специфическая терапия.

4.6. Заболевания брюшины и лимфоузлов брюшной полости

Большие трудности возникают при дифференциации острого аппендицита и **пневмококкового перитонита**. Последний наблюдается почти исключительно у девочек, редко — у мальчиков и взрослых женщин, а у мужчин — никогда. Заболевание всегда начинается бурно, внезапно, с сильных болей в животе, рвоты, резкого повышения температуры и тяжелого общего состояния. Пульс сильно учащен. В крови — лейкоцитоз и гиперлейкоцитоз. Иногда наблюдается обильный зловонный жидкий стул. Живот вздут и болезнен на всем протяжении, однако больше внизу. Напряжения мышц либо нет, либо тоже внизу. При ректальном исследовании в дугласовом пространстве обнаруживается выпот и выраженная боль. В диагностике большую помощь окажет лапароскопия. При правильно распознанном пневмококковом перитоните можно проводить консервативное лечение антибиотиками парентерально и в брюшную полость. В случае обнаружения заболевания во время диагностической лапаротомии необходимо оставлять микроирригатор для введения антибиотиков в брюшную полость. Вышеуказанные трудности такой диагностики представлены в наблюдении, отраженном в разделе тазового аппендицита.

Редко встречающийся **гематогенный стрептококковый перитонит** также трудно дифференцировать с острым аппендицитом. Данному заболеванию предшествуют или сопутствуют простудные или гнойные заболевания. Общее состояние больных всегда тяжелое, септическое, температура высокая, лейкоцитоз, пульс очень частый, слабый. Болевые и перитонеальные симптомы выражены слабо и больше в правой подвздошной области, где больше скапливается воспалительный экссудат. Характерен жидкий стул без схваткообразных болей. Основным диагностическим инструментарным методом является лапароскопия или лапаротомия.

Обострение **туберкулезного перитонита и мезаденита** значительно легче дифференцировать с острым аппендицитом, потому что это хронические воспалительные процессы с периодическими обострениями. При наличии болей в животе, рвоты, повышенной температуры лейкоцитоз не высокий с выраженным лимфоцитозом и высоким СОЭ. Живот либо уве-

личен за счет скопления экссудата, либо запавший, пальпируются большие пакеты лимфоузлов по ходу прикрепления брыжейки тонкого кишечника (симптом Штернберга). В анамнезе поносы, чередующиеся с запорами, ночные поты. Симптомов острого аппендицита не выявляется. Рекомендуется лапароскопия с биопсией, чтобы исключить **лимфогранулематоз**, при котором первичные очаги чаще всего локализуются в шейных и надключичных лимфоузлах (85 %). Любой орган желудочно-кишечного тракта может стать местом первичного изолированного диффузного гранулематоза. Характерная морфологическая картина крови: лейкоцитоз, лимфопения, эозинофилия, моноцитоз. Диагноз лимфогранулематоза правомочен только при обнаружении клеток Березовского–Штернберга в гистологическом препарате лимфоузла или биоптата органа.

Острый мезентериальный неспецифический лимфаденит (мезаденит) — это острое неспецифическое поражение лимфоузлов брыжейки тонкого кишечника, протекающее по типу инфекционного процесса. Данной патологии, как правило, предшествует какое-либо простудное заболевание, чаще всего ангина, при которой гиперергическая реакция лимфоидной ткани вызывает содружественную реакцию в скоплениях подобных тканей в других местах. Воспалительный процесс в лимфоузлах брыжейки вызывает реакцию брюшины, что проявляется выделением серозного экссудата, который по брыжейке стекает в правую подвздошную область. Клинически этот местный неспецифический перитонит очень схож с проявлением острого аппендицита. Острый мезаденит в основном встречается в детском и юношеском возрасте. Начинается с высокой температуры, разлитых или локализованных вокруг пупка болей в животе, тошноты, рвоты, задержки стула. Лейкоцитоз часто выше $20 \times 10^9/\text{л}$. Живот болезненный по ходу прикрепления корня брыжейки тонкого кишечника. Часто определяются легкая ригидность мышц живота справа от пупка, симптомы раздражения брюшины слабо выражены. В диагностике имеют большое значение инвазивные исследования — лапароскопия или лапаротомия. При дооперационной диагностике показано консервативное противовоспалительное лечение под наблюдением хирурга, чтобы не пропустить возможность перехода воспаления на отросток. Если заболевание выявлено во время лапаротомии, то необходима биопсия лимфоузла для подтверждения диагноза. В норме эти лимфоузлы не видны при простом осмотре. Если нет возможности сделать лапароскопию, а диагноз сомнителен, необходимо провести противовоспалительную терапию в течение 2–4 часов, которая быстро снимает воспалительный синдром в лимфоузлах. Если за это время воспалительные явления не уменьшаются, то показана операция по поводу аппендицита. Если во время операции мезаденит обнаружен, а в отростке изменения сомнительны, то показана аппендэктомия потому, что во-первых, в отростке много лимфоидной ткани и воспа-

ление в ней может продолжаться вплоть до нагноения, во-вторых, если у человека имеется косой рубец в правой подвздошной области, то в будущем при развитии аппендицита у хирургов возникнут большие сомнения в диагнозе.

Воспаление лимфоузлов, расположенных вдоль наружных подвздошных сосудов или в фасциальном футляре пояснично-подвздошной мышцы неаппендикулярного происхождения, называется **аденофлегмоной, или псоитом**. Данному заболеванию предшествует острый воспалительный процесс ног. Он начинается с высокой температуры, озноба, болей внизу живота. Очень высокий лейкоцитоз со сдвигом влево лейкоформулы. Имеется болезненность и напряжение мышц над паховой связкой. Позднее здесь появляются припухлость и зыбление. Как и при ретроцекальном аппендиците, наблюдаются бедренные симптомы: боли усиливаются при разгибании бедра, имеется сгибательная контрактура бедра. Об этом процессе хирургам надо помнить, когда на фоне вышеописанной клиники обнаруживается неизменный отросток. Следует осмотреть и ощупать заднюю стенку подвздошной ямки. Приведем клинические наблюдения.

Больной М., 7 лет. Заболел внезапно за сутки до поступления. Появились боли в животе, озноб, температура до 37,7 °С. Общее состояние хорошее. Температура в норме. Отмечается болезненность и незначительное напряжение мышц в правой подвздошной области. L — $19,7 \times 10^9$ /л, СОЭ — 50 мм/ч. Ввиду неясности диагноза ребенок в течение 14 часов наблюдался. Боли в животе не стихли, напряжение мышц увеличилось, появился симптом Щеткина–Блюмберга. Заподозрен острый аппендицит и произведена операция. Во время нее в брюшной полости найдено большое количество серозного выпота. Червеобразный отросток без изменений. На расстоянии 19 см от баугиновой заслонки в брыжейке подвздошной кишки обнаружено много увеличенных сочных лимфоузлов. Произведены биопсия лимфоузла, аппендэктомия.

Патогистология: лимфаденит, в отростке изменения, характерные для хронического воспаления.

Больной З., 12 лет, поступил с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту, рвоту. Подобных симптомов раньше не отмечал. Заболел внезапно в 3 часа ночи, была однократная рвота. При поступлении состояние средней тяжести. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс — 100 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Язык обложен, суховат. Живот справа в акте дыхания не участвует, пальпация болезненна, выраженный симптом Щеткина–Блюмберга, резко выражены другие аппендикулярные симптомы. L — 11×10^9 /л. Анализ мочи — без особенностей. Диагноз: острый аппендицит.

Произведена операция. Брюшина и сальник, прилегающие к ране, воспалены. Слепая кишка хорошо выводится в рану. Обнаружено резкое воспаление лимфоузлов илеоцекальной области. Червеобразного отростка нет. Вскрыта париетальная брюшина, но и в забрюшинном пространстве отростка не оказалось. Предположено его врожденное отсутствие. Операция закончилась введением дренажной трубки для антибиотиков. Рана ушита. Больной выздоровел.

4.7. Инфекционные заболевания

При целом ряде инфекционных заболеваний, особенно у детей, операции по поводу предполагаемого острого аппендицита бывают произведены напрасно. Кроме уже упомянутых кишечных инфекций, ложный перитонеальный синдром может быть и при сыпном тифе, малярии, ветряной оспе, кори, скарлатине, ангине, гриппе и даже столбняке. Общая интоксикация организма при инфекционных заболеваниях может вызвать нарушение функции центральной нервной системы с последующим развитием пареза или спазма со стороны желудочно-кишечного тракта. Не последнюю роль играет реакция лимфоидной ткани, в том числе и в отростке, которая тоже вызывает клинические изменения.

В 3,4 % случаев заболевания **малярией** встречается симуляция «острого живота», в том числе и острого аппендицита. Протекает заболевание в самом начале с наличием резко повышенной температуры и соответствующим пульсом. Боли в правой подвздошной области появляются одновременно с поднятием температуры. Лицо при сильных болях бледно-желтого цвета. Количество лейкоцитов не увеличено. Ректальное исследование безболезненное. Через короткое время малярийный приступ прекращается, температура нормализуется, боли исчезают. Следует учитывать при этом малярийную местность, наличие приступов малярии в анамнезе. Известны сочетания приступов малярии с истинным острым аппендицитом.

При инфекционных заболеваниях, связанных с геморрагическими высыпаниями, иногда бывает ложная клиника острого аппендицита за счет поражения нервной системы, лимфатического аппарата и геморрагического высыпания в илеоцекальном углу. При этом аппендикулярная симптоматика стертая, что заставляет наблюдать такого больного для последующей правильной диагностики, применяя инструментальные методы (лапароскопия и др.).

Больной, 27 лет, страдающий малярией, поступил с сильными болями в животе. Диагноз: псевдоаппендицит малярийного происхождения. Кожные покровы бледно-желтого цвета с плохо развитым жировым слоем. Селезенка увеличена. Антималярийное лечение дало хороший результат, но в правой подвздошной области оставались локализованные боли и не-

большое напряжение мышц. Диагноз: острый аппендицит. На операции: червеобразный отросток флегмонозно воспален, инфильтрирован, сильно утолщен и спаян петлями кишок и сальником. Проведена аппендэктомия. Пациент выздоровел.

Ангина и грипп часто вызывают боли в животе, особенно у детей. При этом температура высокая, содержание лейкоцитов в крови нормально или резко повышено. Живот мягкий, иногда слегка болезненный по ходу расположения лимфоузлов брыжейки тонкого кишечника. Напряжения мышц брюшной стенки нет. Другие аппендикулярные симптомы либо отрицательны, либо слабо выражены. Наблюдение и повторные осмотры приводят к правильной диагностике. При остающихся сомнениях показана лапароскопия. Приведем клиническое наблюдение.

Больной А., 8 лет, поступил с жалобами на резкие боли в животе, тошноту, рвоту, кашель, повышение температуры. Болен 4 суток. Вначале повысилась температура до 40 °С, появились боли в горле, сыпь на коже, 10 часов назад возникли боли в животе. Кожа покрыта характерными для кори высыпаниями, зев резко гиперемирован, миндалины увеличены. Пульс — 90 уд./мин, ритмичный. Симптом Щеткина–Блюмберга выражен на всем протяжении, больше внизу живота. L — $11,2 \times 10^9$ /л. В связи с неясным диагнозом оставлен для наблюдения. Ночью был дважды жидкий стул. К утру состояние ребенка ухудшилось. Появилась одышка, беспокойство, сухость языка. Температура высокая. Анализ крови: Hb — 92 г/л, L — 12×10^9 /л, СОЭ — 18 мм/ч, п — 2, с — 85, л — 11, м — 2. Через 9 часов после поступления произведена операция. После вскрытия брюшной полости излился гной с колибациллярным запахом. Удален червеобразный отросток длиной 8 см с двумя прободными отверстиями. В брюшную полость введен резиновый дренаж. Больной выздоровел.

Инкубационный период **иерсиниоза** составляет 3–4 дня (от 1 до 6 дней) после употребления пищи, имевшей контакт с мелкими грызунами (мышами) — переносчиками данной инфекции. Формы клинического течения иерсиниоза: гастроэнтероколитическая, аппендикулярная и септическая. Хирурги встречаются со второй формой, когда на фоне токсикоза появляется высокая температура, озноб, сильные постоянные боли в животе, часто в правой подвздошной области. На коже появляются характерные полиморфные высыпания. На фоне мягкого живота могут определяться некоторые аппендикулярные симптомы из-за высыпаний на висцеральной и париетальной брюшине. В дифференциации могут помочь общий анализ крови и мочи, бакпосев мочи и кала, серологические методы (реакция агглютинации и непрямой агглютинации). Последним методом диагностики являются лапароскопия и лапаротомия.

К инфекционным заболеваниям, симулирующим острый аппендицит, относится **болезнь Борнхольма** — эпидемическая миалгия, вызы-

ваемая вирусами Коксаки, проявляется резким подъемом температуры, болями в животе, тошнотой, рвотой, болезненностью в правой подвздошной области. Для дифференциации важны три особенности: выраженная гипертермия и лейкопения, несвойственные острому аппендициту; динамика болевого синдрома — при остром аппендиците боли постепенно увеличиваются или исчезают в случае затухания воспалительного процесса в отростке; при эпидемической миалгии боли внезапно исчезают и могут вновь появиться с прежней силой. В подобной ситуации поспешность обследования может привести к ненужной операции. В то же время надо помнить, что не так уж и редко встречается острый аппендицит на фоне лейкопении, поэтому всегда следует ориентироваться на лейкоформулу.

Молниеносная форма течения **гепатита А** (болезни Боткина) при отсутствии желтухи может симулировать острый аппендицит, а хирургическое вмешательство — способствовать бурному развитию недостаточности печени. Приведем клиническое наблюдение.

Больной С., 25 лет, заболел остро — после обеда появились недомогание, тошнота, рвота и боли в животе. Ночь не спал из-за болей, была неоднократная рвота, слабость нарастала, но боли не уменьшались. Дефекация самостоятельная, кал кашицеобразный. Был госпитализирован. В тот же день под местной анестезией произведена аппендэктомия. Червеобразный отросток катарально изменен, серозная оболочка отростка гиперемирована, сосуды инъецированы. Гистологически — хронический аппендицит. В течение последующих суток состояние больного прогрессивно ухудшалось, продолжали беспокоить боли в ране, была рвота желчью. Больной несколько возбужден, наблюдалось двигательное беспокойство, потеря ориентации, затем тремор верхних конечностей. Пульс — 110–116 уд./мин. Через 12 часов появились дыхание типа Чейна–Стокса и недержание мочи, повысилась температура до 39,5 °С. Больной перестал реагировать на окружающее, зрачки расширились, и вскоре наступила смерть.

Клинический диагноз: состояние после аппендэктомии, тромбоз брыжеечных артерий, эмболия легочной артерии, пищевая интоксикация.

Патологоанатомический диагноз: токсическая дистрофия печени (вес 1275 г), гиперплазия селезенки (вес 320 г). Жировая дистрофия мышцы сердца. Тусклое набухание почек. Резкий отек легких и головного мозга. Мелкие кровоизлияния под эпикард, в слизистую верхних дыхательных путей. Состояние после аппендэктомии.

По всей вероятности, больной ошибочно оперирован в преджелтушный период гепатита, который значительно тяжелее протекает при сочетании с другими болезнями, тем более требующими операции. Операция усугубила течение основного заболевания. При анализе выписки из истории болезни данных за острый аппендицит практически не было, только

боль, и то нехарактерная для него, которая оставалась и после операции. Скорее всего, боли исходили из печени за счет растяжения ее капсулы от нарастающего воспаления и некроза паренхимы.

Репозиторий БГМУ

4.8. Неврологические заболевания

Такие заболевания, как опухоль головного мозга, инсульты, менингиты и другие болезни головного мозга могут протекать с болью в животе, однако больные значительно раньше жалуются на сильные головные боли. Состояние больных тяжелое, чего не бывает при остром аппендиците. Пульс обычно редкий. Живот может быть вздутым из-за динамической кишечной непроходимости. При пальпации живот мягкий, болезненный без четкой локализации, а при глубокой пальпации боль уменьшается или исчезает. Следовательно, подобных больных надо осматривать внимательно и полностью, тогда ошибки диагностики легче избежать.

У больных **истерией** чаще симулируется кишечная непроходимость, но иногда бывают боли в правой подвздошной области. Однако при этом температура и пульс в норме, кровь и моча без изменений. Язык влажный, чистый. Больные подвижные, активные. Живот при длительной пальпации и отвлечении внимания мягкий, на данную манипуляцию не реагирует. Аппендикулярные симптомы отсутствуют.

При **эпилепсии**, особенно абдоминальной формы, иногда появляются боли в разных участках живота, тошнота, рвота, отрыжка, урчание в животе, клонические сокращения брюшных и других групп мышц; наблюдается бледность кожных покровов, пот. Часто развивается чувство тоски, больные нервничают, плачут. Живот всегда мягкий, аппендикулярных симптомов нет, хотя болезненность имеется больше в правой подвздошной области. Боли продолжаются от нескольких секунд до нескольких дней. В анамнезе нередко имеются указания на полноценные эпилептические припадки.

При герпетическом поражении нервных корешков от D_{10} до D_{12} развивается **опоясывающий лишай** (*herpes zoster*). Трудности диагностики возникают в продромальном периоде заболевания, когда нет самого характерного признака — сыпи. Болям в животе предшествует общее недомогание при нормальной температуре. Характерные сильные **жгучие** боли нарастают постепенно и всегда иррадиируют в поясницу. Пульс соответствует температуре. Живот мягкий с выраженной гиперестезией кожи и легкой болезненностью соответственно пораженному спинальному ганглию. Гиперестезия и болезненность не распространяется за срединную линию живота. С появлением на покрасневшей коже пузырьков различной величины диагноз становится несомненным. Диагностике помогает отсутствие аппендикулярных симптомов и нормальный анализ крови и мочи. Приведем клиническое наблюдение.

Больная Е., 40 лет, поступила с диагнозом: острый аппендицит через 3 дня после начала болей в животе. За 10 дней до этого чувствовала общее недомогание, был насморк, кашель. Вначале появились боли внизу живота

с иррадиацией в поясницу справа. Стул и мочеиспускание нормальные. На 2-й день боли приняли опоясывающий характер «от правой поясничной области в правую подвздошную». Больная указывала, что появилось ощущение «как будто обручем охвачено справа». Не могла лежать на правом боку. Рвоты не было. При поступлении жаловалась на постоянные боли в правой нижней половине живота и в правой поясничной области. Т — 36,4 °С, ректальная Т — 37,2 °С, пульс — 60 уд./мин, ритмичный, хорошего наполнения. Больная лежит на левом боку. Тоны сердца чистые. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, при пальпации определяется значительная болезненность в правой подвздошной области. Симптомы Щеткина–Блюмберга, Воскресенского отрицательные. Также выявляется болезненность справа у второго поясничного позвонка, в области отхождения поперечного отростка. Единичные бледно-розовые высыпания, чуть выступающие над поверхностью кожи, редко расположенные сзади справа по ходу I–II поясничных нервов и на передней брюшной стенке. L — 6×10^9 /л, моча в норме. Диагноз: опоясывающий лишай.

На 2-й день число высыпаний увеличилось, и диагноз стал несомненным.

Болевой абдоминальный синдром, в том числе и в правой подвздошной области, могут вызвать такие заболевания позвоночника, как спондилоартроз, туберкулез, сифилис и др., в результате вовлечения в патологический процесс корешков спинномозговых нервов. Несмотря на более-менее выраженный болевой синдром, пальпаторно живот безболезненный, а глубокая пальпация живота не усиливает боли. К тому же, не отмечается так называемых аппендикулярных симптомов.

4.9. Заболевания почек и мочевыводящих путей

Данную группу заболеваний, объединяемую здесь под диагнозом почечная колика, часто трудно дифференцировать с острым аппендицитом. Сложности дифференциации и боязнь хирургов пропустить острый аппендицит в создавшейся ситуации приводят часто (до 30 %) к напрасной аппендэктомии при почечной колике. Здесь может помочь хорошо собранный анамнез болезни. Боль при почечной колике, как правило, начинается с поясничной области и сразу же сопровождается рвотой, часто неоднократной. Боли иррадируют по ходу мочеточника в половые органы, иногда в бедро, из поясничной области могут распространяться на всю половину живота. Больные ведут себя активно или довольно беспокойно. При остром аппендиците боли всегда начинаются в животе, иногда глубоко в правой подвздошной области и одновременно в нижних отделах поясничной области. Боли усиливаются постепенно и могут распространяться и на поясничную область. Рвота при этом появляется позже и, как правило, 1–2 раза. Больные спокойные, часто принимают вынужденное поло-

жение. При внимательном осмотре можно отметить признаки интоксикации. Если дизурия появляется сразу вначале заболевания, то это характерно для почечной колики. То же самое относится и к микрогематурии. Явления дизурии с микрогематурией при остром аппендиците появляются значительно позже при переходе воспаления с отростка на мочевыводящие пути. Пальпация живота при почечной колике безболезненна, иногда болезненна в области почек и по ходу мочеточника, а при остром аппендиците боль локальна и усиливается при одновременной глубокой пальпации правой подвздошной и поясничной областей, а область почки безболезненна. Постукивание по XII ребру и мягким тканям ниже этого ребра вызывает боль здесь же при почечной колике, а если боль возникает в правой подвздошной области, то это характерно для аппендицита. Повышенная температура, лейкоцитоз со сдвигом формулы могут быть только при инфицированной почечной колике. Иногда помогает в диагностике учет суточного количества мочи. Большую ценность для дифференциальной диагностики представляет инструментальное обследование: УЗИ, обзорная и рентгеноконтрастная урография, изотопное исследование функции почек, хромоцистоскопия, лапароскопия и др.

Для дифференциации можно сделать блокады: хлорэтиловой струей по Борису оросить зоны гиперестезии в поясничной области и по ходу мочеточника, новокаиновую блокаду семенного канатика и круглой связки по Лорен–Эпштейну. Можно применить внутривенную блокаду раствором новокаина или наркотика с антиспастическими средствами. Все это необходимо сделать в первые 2–4 часа со времени поступления больного. Редко, но бывают случаи, когда при учете всего вышесказанного диагноз устанавливается правильно только во время операции, что подтверждается наблюдением, уже упомянутом в главе 2, в разделе ретроцекальный острый аппендицит.

4.10. Заболевания женских половых органов

Часто хирургов при осмотре женщин любого возраста озадачивают боли внизу живота. Последние могут быть при первых месячных у девочек, исчезающие после пришедших регул; у рано вышедших замуж женщин, проходящие самостоятельно через несколько часов постельного режима; при разрыве яичника; разрыве и перекруте кисты яичника; прерванной внематочной беременности; аборте; аднексите и параметрите; пельвеоперитоните, в том числе гонококковом, и многих других заболеваниях. К тому же, более 60 % женщин с заболеваниями внутренних половых органов страдают острым и хроническим аппендицитом, что подтверждается во время операции. Поэтому есть необходимость обязательной ревизии червеобразного отростка при всех экстренных операциях на гениталиях.

Невыполнение этого правила неизбежно приведет к очень тяжелым последствиям.

У 3 % всех женщин, оперированных по поводу острого аппендицита, встречается **разрыв яичника**. Некоторые случаи разрыва с малым кровоизлиянием не подлежат оперативному лечению. Если учесть, что оперативные доступы при этих заболеваниях разные, то становится ясным, как важен точный диагноз. Часть случаев разрывов яичника проявляется в основном болью, поэтому и встречается чаще хирургам и называется псевдоаппендикулярной. Другая часть в основном проявляется внутрибрюшным кровоизлиянием, клинически схожа с нарушенной внематочной беременностью, поэтому называется анемической и с нею встречаются в основном гинекологи. Для хирургов трудности для дифференциации представляет первая, псевдоаппендикулярная форма. Для дифференциальной диагностики имеет значение то, что это заболевание проявляется у половозрелых женщин. Как правило, начало заболевания соответствует середине или второй половине межменструального периода. Боли внизу живота появляются внезапно и иррадиируют в поясницу, область крестца, наружные половые органы, задний проход, иногда имеется чувство давления на прямую кишку. Часто эти боли сопровождаются обморочным состоянием, легким головокружением, быстропреходящим потемнением или мельканием «мушек» в глазах, ощущением «дурноты», тошноты, иногда сопровождающейся рвотой. Постепенно боли уменьшаются, но распространяются на другие отделы живота. Часто встречается легкая дизурия без патологии в моче. Кожные и видимые слизистые покровы немного бледные. Живот мягкий, болезненный с легким раздражением брюшины (симптом Куленкамфа) над лоном и паховой связкой. Аппендикулярные симптомы либо отрицательны, либо слабо выражены. У половины всех больных имеются кровянистые выделения из половых путей. Температура нормальная или субфебрильная. Ректальная температура чаще всего не бывает повышенной. Пульс нормальный или немного учащен. Часто гемоглобин немного снижен. При влагалищном исследовании может быть выпячивание и болезненность сводов, болезненность при пальпации области придатков. Движения шейки матки вверх или в стороны болезненны. Врачи, которые не забывают о возможном разрыве яичника, часто предположительно диагностируют эту патологию. Диагностика сочетания острого аппендицита с апоплексией яичника до операции практически не возможна. Приведем клинические наблюдения.

Больная К., 41 год, поступила через 17 час после начала заболевания, с болями по всему животу, больше справа, с резко выраженным симптомом Кохера, положительными симптомами Образцова, Щеткина–Блумберга, Ситковского. Оперирована через 3 часа после поступления: в брюшной полости обнаружена темная кровь, а правый яичник кистозно

изменен, причем в нем имеется разрыв, из которого вытекает кровь. До операции пульс — 90 уд./мин, ритмичный, АД — 130/60 мм рт. ст. Анализ крови: Нб — 75 г/л, Эр — $4,08 \times 10^{12}$ /л, L — $6,8 \times 10^9$ /л, п — 8, с — 65, л — 20, м — 7, СОЭ — 10 мм/ч. Язык обложен, сухой. Эта клиническая картина возникла во время пришедших в срок менструаций. Правый кистозно-перерожденный яичник удален вместе с гиперемированной цианотичной правой трубой, спаянной с яичником. Одновременно произведена аппендэктомия. Больная выздоровела.

Скорее всего, при нацеленном опросе и осмотре, кроме половозрелого возраста и месячных, можно было выявить и другие данные апоплексии яичника.

Больная С., 34 года, поступила с жалобами на ноющие боли в правой подвздошной области с иррадиацией в пупок и правую ногу. За 2 часа до поступления у больной появились боли в подложечной области, вскоре они распространились по всему животу, а спустя час, постепенно нарастая, локализовались в правой подвздошной области. Объективно: повышенное питание, сухость во рту, белый налет у корня языка, температура тела — 37,2 °С. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. Живот выпуклой формы, в акте дыхания не участвует, мягкий, болезненный на всем протяжении. Кишечник не пальпируется. Резкая болезненность при пальпации в правой подвздошной области. Симптомы Ровзинга и Ситковского положительны. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Симптом Щеткина не ясный. L — 9×10^9 /л. Диагноз: острый аппендицит. Произведено чревосечение разрезом Волковича–Дьяконова. В брюшной полости обнаружено большое количество темной жидкой крови. Сделано нижне-срединное чревосечение. С трудом выведены в рану матка и разорвавшийся поперечно правый яичник. Последний удален, брюшная полость осушена. Выведен в рану кистозно-измененный левый яичник, имевший частичный разрыв непосредственно у кисты. Рана этого яичника кровоточит. Сделана резекция половины левого яичника вместе с кистозно измененной его частью и участком разрыва. Затем осмотрена слепая кишка и червеобразный отросток. Последний резко утолщен, плотный, гиперемированный, с обильным фибринозным налетом на верхушке. После аппендэктомии раны ушиты послойно до вставленной дренажной трубки. Послеоперационное течение гладкое.

Из вышесказанного ясно, что каждый раз необходимо осматривать наиболее часто подверженные патологиям органы, чтобы не оставить патологически измененный орган с последующими возможными неприятностями. Дооперационная диагностика разрыва яичника остается низкой — 3–14 %. Улучшить эту диагностику можно более часто применяя лапароскопию.

Больная Г., 55 лет, поступила с подозрением на кишечную непроходимость через 2 суток после начала заболевания. Произведена экстренная операция из срединного чревосечения. Обнаружен перитонит, исходящий из разрыва нагноившейся кисты левого яичника. Ввиду подозрения на злокачественное перерождение кистозно измененных яичников было произведено их удаление. Брюшная полость осушена, в нее введены антибиотики, рана зашита с дренажем. Дальнейшей ревизии хирург не производил, так как сомнений в устранении источника перитонита у него не было. Через 6 суток больная умерла от прогрессирующего перитонита. На вскрытии установлен гангренозно-перфоративный аппендицит. Гистологическое исследование яичников выявило доброкачественное кистозное перерождение.

Перекрут ножки кисты яичника, опухоли или целого органа половой сферы женщины сопровождается резкими болями внизу живота, периодически усиливающиеся, с иррадиацией в ноги, поясницу, крестец, наружные половые органы; дизурией без патологии в моче, рвотой, частым пульсом; задержкой стула и газов; напряжением и болезненностью в надлобковой области или над паховой связкой. При влагалищном исследовании можно обнаружить болезненную опухоль в малом тазу и болезненность при движении шейки матки. Часто диагноз устанавливается при лапаротомии по поводу острого аппендицита или непроходимости кишечника. В таких случаях необходимо проводить лапароскопию.

Внематочная беременность, чаще нарушенная, сопровождается болями в животе, и ее необходимо дифференцировать с острым аппендицитом при малом кровоизлиянии в брюшную полость или вообще без кровотечения. Данная патология с большим кровоизлиянием хирургам встречается редко, потому что больные попадают к гинекологам. Трубная беременность возможна у женщин в возрасте старше 30 лет при первой беременности, а также при повторной, когда она отделена от предыдущей большим сроком. В таких случаях на протяжении последних 2—3 месяцев отмечаются явления дисменореи. Клиника малого кровотечения очень сходна с апоплексией яичника, поэтому мы ее здесь не будем повторять. Необходимо только дополнить, что при прерванной внематочной беременности часто бывает задержка месячных и значительно чаще наблюдаются темные мажущие кровянистые выделения из половых путей, часто совпадающие с началом болей в животе. Нередко встречаются такие ситуации, когда общепринятые диагностические методы оказываются недостаточными для постановки диагноза. В таких случаях в дооперационной диагностике может помочь пункция заднего свода, УЗИ и лапароскопия. Приведем клиническое наблюдение.

Больная К., 27 лет, поступила с жалобами на боль в правой подвздошной области. Заболела 3 часа назад, к моменту поступления боль несколько

стихла. Состояние больной удовлетворительное. Пульс — 74 уд./мин. АД — 120/70 мм рт. ст. Hb — 76 г/л, L — 7×10^9 /л. Последняя менструация была с задержкой 3 дня. После консультации с гинекологом был поставлен диагноз: воспаление придатков матки слева. Острый аппендицит? С целью уточнения диагноза через 6 часов была произведена лапароскопия, во время которой обнаружено, что левая труба в ампулярной части бочкообразно утолщена, багрово-синюшного цвета. Заключение: трубная беременность слева.

Ввиду того, что достоверность диагноза вызывала сомнения, а также учитывая общее удовлетворительное состояние больной, хорошие гемодинамические показатели и отсутствие симптомов внутрибрюшного кровотечения, решено было провести динамическое наблюдение. В последующие дни гинекологом были произведены выскабливание полости матки и пункция заднего свода, поставлена реакция Ашгейма–Цондека.

Результаты исследований не подтверждали наличие внематочной беременности. Через 18 дней началось внутрибрюшное кровотечение. Больную экстренно оперировали. На операции обнаружена нарушенная левосторонняя трубная беременность. Гистологически подтвержден диагноз.

Каждый **аборт**, спонтанный или искусственный, не только может вызвать боли внизу живота, но и обострить все старые патологические процессы, прежде всего генитальные. Поэтому на первый план выступает обострение хронического процесса. Если нет сочетанного острого аппендицита, то и клинической картины его не будет. Совместный осмотр хирурга с гинекологом при этом приведет к истине. Приведем клиническое наблюдение.

Больная И., доставлена с угрожающим выкидышем. На 3-е сутки рентгенолог констатировал значительное скопление газа под обоими куполами диафрагмы. Предположена перфорация матки. В хирургическом отделении больная призналась, что с целью вызвать аборт вводила шприцем в матку раствор марганцовокислого калия. Оперирована не была. Больная выздоровела.

Необходимо знать, что пневмоперитонеум может возникать и в случаях спонтанного аборта в результате чередования сокращения и расслабления матки, если сокращения начинаются в нижнем сегменте. В качестве частного случая пневмоперитонеум может появиться после коитуса.

Большую группу **воспалительных процессов внутренних половых органов** нередко приходится дифференцировать с тазовым перитонитом. В данных случаях, чем раньше проведен врачебный осмотр, тем точнее будет диагноз. А он необходим потому, что пельвеоперитонит аппендикулярного происхождения требует срочной операции, а генитального — консервативного лечения.

Из анамнеза женщины чаще всего удается выяснить наличие в прошлом воспалительных процессов придатков матки, осложненных абортот и т. п. Чаще всего заболевание начинается быстро и бурно с резкими болями внизу живота с иррадиацией в крестец, прямую кишку, поясницу. Температура тела высокая с ознобами. Наблюдается гиперлейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, тошнота, рвота, отмечается нарушение функции органов малого таза. Живот чаще мягкий, болезненный в надлобковой области и над паховыми связками, с раздражением брюшины. При пельвеоперитоните генитального происхождения перистальтика кишечника чаще всего сохранена.

Большую помощь в диагностике оказывает влагалищное и ректальное исследование: определяется сильная болезненность при движении шейки матки, пальпации боковых сводов влагалища и, особенно, заднего, где может быть выпячивание мягко-эластической консистенции. Дифференциация пельвеоперитонитов, как видно, не так проста. Иногда помогает внешний вид больной — аппендикулярный пельвеоперитонит вызывает большую интоксикацию, в то время как генитальное воспаление меньше нарушает общее состояние и внешний вид больной. В затруднительных случаях показана лапароскопия. При необходимом наблюдении назначатся антибиотикотерапия, так как пельвеоперитониты генитального происхождения, особенно гонорейного, склонны к локализации воспалительного процесса, а аппендикулярный — склонен больше к распространению вверх и мало поддается консервативному лечению. Примером может служить наблюдение, приведенное в главе 2, в разделе тазовый острый аппендицит.

Здесь следует напомнить, что частоту заболеваний пневмококковым перитонитом установить трудно, так как часто он не распознается из-за того, что систематически не производятся бактериологические исследования экссудата из брюшной полости, а в большинстве случаев, особенно взрослым женщинам, просто приписывается гонорейная этиология.

Каждую женщину, особенно детородного возраста, с неясными сомнительными симптомами аппендицита, имевшую в анамнезе воспалительные процессы придатков матки, аборты, осложненные роды, нарушения менструального цикла или наличие месячных в момент осмотра, необходимо обследовать вместе с гинекологом. При такой тактике процент диагностических ошибок уменьшится.

4.11. Заболевания мужских половых органов

Такие заболевания, как гонорейный фуникулит, перекручивание семенного канатика нормального или неопустившегося яичка, орхоэпидидимиты и т. п. могут вызывать боли в животе и симулировать острый аппендицит. Обнаружение яичка в паховой области или поднятого кверху, к

наружному отверстию пахового канала, если оно болезненно и быстро увеличивается в объеме, свидетельствует о перекручивании семенного канатика и яичка. Трудности диагностики возникают тогда, когда больной почему-либо скрывает боли в половых органах или их врожденный дефект, а врач по своей невнимательности забывает осмотреть наружные половые органы. Чаще всего в подобной ситуации симптомы острого аппендицита будут отрицательны или сомнительны. Приведем клиническое наблюдение.

Больной М., 33 года, доставлен с жалобами на резкие боли в правой подвздошной области, возникшие внезапно во время физической работы 4 часа назад, рвоту, задержку стула. Общее состояние удовлетворительное. Т — 36,6 °С. Пульс — 72 уд./мин, ритмичный. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, напряжен и резко болезнен в правой подвздошной области. В моче изменений нет. L — 10×10^9 /л. СОЭ — 20 мм/ч. Диагноз: острый аппендицит. От предложенной операции больной отказался. На 2-й день состояние резко ухудшилось. L — 17×10^9 /л. Т — 38,2 °С. Больной дал согласие на операцию. Во время операции обнаружено около 200 мл серозно-геморрагической жидкости. На границе с малым тазом было обнаружено правое яичко черного цвета, перекрученное вокруг своей оси против часовой стрелки на 360°. Оно удалено. Рана послойно зашита. Гистологически — некроз паренхимы яичка. Больной выздоровел.

4.12. Редко встречающиеся заболевания и острый аппендицит

Любое заболевание может быть принято по различным причинам за острый аппендицит. В том, что оно может сочетаться с острым аппендицитом, никто уже не сомневается. Некоторые общесоматические заболевания организма могут быть противопоказанием к аппендэктомии или же могут нуждаться в срочной специфической подготовке. Одним из таких заболеваний является **хроническая недостаточность надпочечников**, особенно туберкулезного поражения. При адиссоновой болезни могут быть боли и локальная болезненность в правой половине живота, иногда в правой подвздошной области. Подобные боли при адиссоновой болезни могут указывать на увеличение недостаточности надпочечников. При этом других симптомов аппендицита не отмечается. Но если у больных адиссоновой болезнью развивается острый аппендицит, то недостаточность надпочечников нередко утяжеляется вплоть до развития криза. При развитии последнего аппендэктомия возможна только после выведения больного из криза. При компенсации недостаточности надпочечников кортикостероидными препаратами аппендэктомия у больных адиссоновой болезнью не представляет большой опасности. Приведем клиническое наблюдение.

Больной Р., 27 лет, страдает 9 лет хронической недостаточностью надпочечников. Постоянно принимает 5 мг кортизола в сутки. Год назад повторно развилась острая недостаточность надпочечников (больной был в отпуске, много купался и загорал).

Клинически наблюдалась резкая слабость, адинамия, тошнота, рвота, боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 39 °С, количество лейкоцитов в крови до $19,9 \times 10^9/\text{л}$, анурия. АД не определялось. В течение суток находился в коматозном состоянии. Для выведения из состояния криза применяли кортизон, ДОКА, физиологический раствор, сердечные препараты. Постепенно состояние улучшилось, явления недостаточности компенсированы. Ежедневная доза кортизона — 62,5 мг. При настоящей госпитализации доставлен в клинику с диагнозом острый аппендицит. Через 5 часов после появления сильных болей в правой подвздошной области под местной анестезией произведена аппендэктомия. Гистологически: эмпиема червеобразного отростка. В день операции и в последующие 3 дня больной получал по 100 мг в сутки кортизона в таблетках. Состояние удовлетворительное, слабости и диспепсических явлений нет. АД — 110/70 мм рт. ст. Швы сняты на 9-й день. На 10-й день выписан в удовлетворительном состоянии.

Одним из редких заболеваний, резко изменяющим клинику острого аппендицита при их сочетании, является **миастения**. Вследствие особенностей основного заболевания ведущие признаки острого аппендицита у больного миастенией являются стертыми или даже отсутствуют при далеко зашедшем воспалительном процессе в червеобразном отростке. Вследствие проведенной ранее рентгенорадиотерапии у больных отмечается лейкопения с лимфоцитозом.

У больных миастенией после приема антихолинэстеразных препаратов (АХЭП) появляются схваткообразные «привычные» боли в эпигастрии, исчезающие после инъекции атропина. Поэтому при возникновении острого аппендицита больные обращают внимание врача на необычные боли в животе в среднем через 14 часов от момента их появления. Основным в диагностике острого аппендицита у больных миастенией является возникновение необычных для больных по характеру болей в правой подвздошной области, не связанных с приемом АХЭП и не ослабевающих при введении атропина. Отсутствие резкой болезненности, напряжения мышц, нечеткость симптомов раздражения брюшины не должны успокаивать хирургов и служат показанием к экстренной операции. При продолжающихся сомнениях в диагнозе проводят лапароскопию. Приведем клиническое наблюдение.

Больной Ч., 25 лет, поступил с жалобами на мышечную слабость, повышенную утомляемость, двоение в глазах, затруднение глотания и дыхания. После того, как была диагностирована миастения, систематически

лечился АХЭП (в среднем 52 мг прозерина в сутки) и получил 2 курса рентгенотерапии на область вилочковой железы. Общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов существенных отклонений от нормы нет. При неврологическом обследовании отмечена выраженная мышечная слабость, нарастающая при нагрузке. Выявлены миастеническая реакция электровозбудимости и симптом генерализации мышечного утомления. При нанесении повторных раздражений отмечено снижение болевой чувствительности. При пневмомедиастинографии обнаружена тень вилочковой железы размером 12×2 см. Диагноз: тяжелая генерализованная форма миастении.

После приема прозерина у больного возникали боли в животе, обильная саливация и усиленная перистальтика. Боли в животе обычно прекращались после введения 0,5–0,7 мл 0,1 %-ного раствора атропина.

На 56-й день госпитализации, после очередного приема прозерина, у больного появились боли в подложечной области. После введения атропина боли не прекратились и к утру локализовались в правой подвздошной области. Только через 12 часов от начала заболевания пациент обратил внимание врача на необычный характер боли в животе. Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс — 88 уд./мин, ритмичный, АД — 115/80 мм рт. ст. Язык влажный, слегка обложен. Живот мягкий, не вздут, при глубокой пальпации определяется умеренная болезненность в правой подвздошной области. Мышечного напряжения нет, симптомы раздражения брюшины неотчетливы. Анализ крови: Нв — 120 г/л, Эр — $4,6 \times 10^{12}$ /л, L — $6,5 \times 10^9$ /л, э — 1, п — 5, с — 58, л — 30, м — 6, СОЭ — 3 мм/ч, Т — 37,2 °С. Диагноз: острый аппендицит. Через 14 часов от начала заболевания после внутримышечного введения прозерина, промедола и атропина под местной анестезией произведена аппендэктомия. Червеобразный отросток длиной 8 см, резко утолщен, покрыт фибринозно-гнойным налетом, брыжейка его инфильтрирована. Гистологически — флегмонозный аппендицит. Послеоперационное течение гладкое. В первые дни после операции доза АХЭП увеличена до 70 мг/сутки.

Из приведенных наблюдений ясно, как хорошо должны знать лечащий врач и консультирующий хирург специфику клинической картины острого аппендицита при конкретном заболевании. В случаях сочетания 3 и более заболеваний как диагностика острого аппендицита, так и его лечение довольно трудны. Например, Н. И. Финкельштейн опубликовал сведения о сочетании острого аппендицита, сахарного диабета и туберкулеза легких и утверждал, что у таких больных быстро развиваются деструктивные формы аппендицита, осложняющиеся в первые же часы гнойным перитонитом, а в послеоперационном периоде — нагноением раны. Трудности заключаются и в том, что каждое из сочетанных заболеваний нуждается в коррекции специфического лечения.

4.13. Другие заболевания червеобразного отростка

Редкой причиной воспаления червеобразного отростка являются **мелкая дробь**, попавшая в желудочно-кишечный тракт с дичью, выпитая **ртуть**, а также **другие мелкие твердые вещества**. Приведем клинические наблюдения.

Больная Ш., 60 лет, поступила по поводу острого аппендицита. Выяснилось, что 2 дня назад она выпила 20 г ртути с целью уменьшения болей в животе. Во время операции обнаружен флегмонозно-гангренозный аппендицит, а в просвете отростка — капли ртути. Больная выздоровела.

К **аномалиям** червеобразного отростка относится его удвоение. В мировой литературе опубликовано 17 сообщений о случаях удвоения отростка. Приведем клиническое наблюдение.

Больной О., 46 лет, поступил с жалобами на общую слабость, сильные боли в правой половине живота, тошноту, многократную рвоту. 9 дней назад появились неприятные ощущения в правой половине живота, легкая тошнота, ухудшился аппетит. Боли не стихали, а сутки назад — усилились, тошнота нарастала. Обратился в поликлинику и был госпитализирован с диагнозом острый аппендицит.

Объективно: тоны сердца приглушены. Пульс — 80 уд./мин, ритмичный. Дыхание везикулярное, выслушиваются единичные сухие хрипы. Язык сухой, обложен. Живот правильной формы, однако правая половина его несколько выбухает. При пальпации отмечается резкая боль в правой подвздошной области, перкуторный звук укорочен. Т — 37,3 °С. Анализ крови: Нb — 75 г/л, L — $16,9 \times 10^9$ /л, п — 7, с — 82, л — 11, СОЭ — 25 мм/ч.

Диагноз: острый аппендицит. Операция через 1 ч 40 мин после поступления. Сделан параректальный разрез. К ране предлежит резко гиперемированный сальник. В брюшной полости небольшое количество гнойного выпота без запаха. Брюшина гиперемирована. Слепую кишку с трудом удалось вывести в рану вместе с воспалительным конгломератом размером 7 × 8 см. Слепая кишка тусклого цвета, сосуды ее резко инъецированы, стенки кишки утолщены, отечны. В обычном месте от слепой кишки в виде двустволки отходят два червеобразных отростка. На расстоянии 3 см дистальные отделы обоих отростков теряются в воспалительном конгломерате. Отростки по отдельности у основания выделены, перевязаны и отсечены. Культы кисетным швом погружены в слепую кишку, сверху наложены серо-серозные узловы швы. В брюшную полость введен марлевый тампон с ирригатором для антибиотиков. Наложены послойные швы и повязка. Больной выздоровел.

Гистологически доказано наличие в воспалительном конгломерате двух флегмонозно-измененных червеобразных отростков.

К чрезвычайно редкой аномалии относится **атипичное отхождение червеобразного отростка от восходящей толстой кишки**. Приведем клиническое наблюдение.

Больная Ш., 50 лет, поступила с жалобами на ноющие боли в правой половине живота, общее недомогание, легкий озноб. Заболела внезапно 2 дня назад, когда появились боли в правой половине живота, рвота. Боли

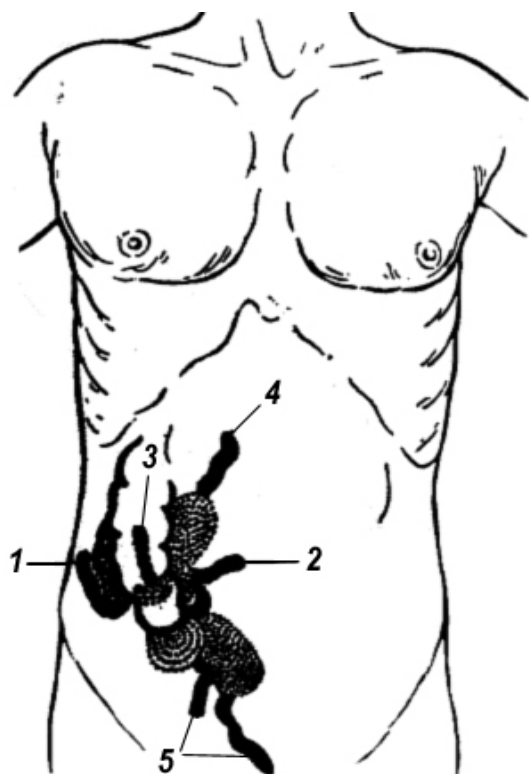


Рис. 6. Варианты расположения червеобразного отростка:

- 1 — латероцекальный; 2 — мезоцекальный; 3 — ретроцекальный; 4 — подпеченочный; 5 — тазовый

постепенно усиливались. Больная пониженного питания. Язык сухой, обложен серым налетом, зев чистый. Пульс — 84 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца чистые. Дыхание везикулярное. Живот правильной формы. Нижняя половина живота отстает в акте дыхания. Определяется напряжение брюшной стенки, болезненность справа от пупка и в правой подвздошной области. Положительные симптомы Щеткина–Блюмберга и Ровзинга. Т — 37,8 °С, L — $9,9 \times 10^9$ /л. Диагноз: острый аппендицит. Сделана операция. При тщательном осмотре области илеоцекального угла червеобразного отростка не обнаружено. Разрез продлен вверх. Произведена ревизия прилежащего отдела брюшной полости. Восходящая кишка имеет короткую брыжейку. На два поперечных пальца ниже печеночного угла от небольшого выпячивания конусовидной формы, расположенного на наружной стенке восходящей кишки, отходит червеобразный отросток с длинной брыжейкой, перебрасывающейся на переднюю поверхность восходящей кишки и спускающейся вниз и к середине брюшной полости. Основание отростка окружено спайками. Произведена обычная аппендэктомия. Отросток длиной 15 см слегка утолщен и гиперемирован. Слизистая отечная. В просвете, ближе к верхушке, два каловых камня. Больная выздоровела.

Все это подтверждает, что если отростка нет в обычном месте, во время операции надо более тщательно осматривать слепую и выходящую кишки, а не приписывать врожденное отсутствие, как в клиническом наблюдении, приведенном в главе 4, в разделе «Заболевания брюшины и лимфоузлов брюшной полости».

К довольно редкой операционной причине относятся **ущемления отростка во внутренней грыже**. Приведем клиническое наблюдение.

Больной П., 48 лет, поступил через 2 дня от начала заболевания с жалобами на сильные постоянные боли в правой подвздошной области, отдающие в правую нижнюю конечность, тошноту. Положение вынужденное — лежит на спине с согнутой правой ногой. Т — 37,7 °С. Легкие и сердце без особенностей. Пульс — 84 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД — 120/80 мм рт. ст. Язык обложен серым налетом. Живот слегка вздут, в дыхании участвует слабо. Выраженное напряжение и болезненность в правой подвздошной области. Симптомы Образцова, Ровзинга, Ситковского, Щеткина–Блюмберга положительны. Перкуторно определяется тимпанит в правой подвздошной области. Анализ крови: L — $11,6 \times 10^9$ /л, СОЭ — 7 мм/ч. С-реактивный белок (++) . Моча без изменений. Диагноз: острый аппендицит. Сделана операция. Из разреза Дьяконова–Волковича извлечь слепую кишку и червеобразный отросток не удалось. Разрез расширен. При ревизии обнаружено, что отросток идет под илеоцекальный угол и у основания плотно перехвачен утолщением брюшины. Сдавливающее кольцо рассечено и извлечен отросток длиной 7 см, утолщенный, темного цвета, со странгуляционной бороздой у основания. При осмотре места ущемления установлено, что это нижний илеоцекальный карман брюшины. Он ушит. Произведена аппендэктомия. Гистологически: гангрена отростка. Больной выздоровел.

Не менее редкая патология — **туберкулез отростка**. Приведем клиническое наблюдение.

Больной Ф., 20 лет, в момент туберкулезного виража появились боли в правой подвздошной области, которые постепенно усиливались. Через 2 дня доставлен в стационар. Больной хорошего питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс — 108 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД — 120/70 мм рт. ст. Сердце и легкие без особенностей. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, слегка напряжен, равномерно участвует в дыхании. Резкая болезненность в правой подвздошной области. Симптомы Щеткина–Блюмберга, Воскресенского, Ровзинга, Иванова, Крымова положительные. Кашлевой толчок резко болезнен в правой подвздошной области. Анализ крови: Hb — 75 г/л, Эр — $4,5 \times 10^{12}$ /л, L — 16×10^9 /л, п — 6, с — 66, э — 0, л — 7, м — 18, СОЭ — 35 мм/ч. Моча без особенностей.

Рентгеноскопия и рентгенография легких — патологии нет. Сделана операция. К ране предлежит слепая кишка, которую полностью вывести в рану не удалось из-за спаек. Отросток перевязан у основания и удален. Сосуды резко инъецированы, стенка рыхлая, в центре — синюшного цвета. Гистологически: туберкулез червеобразного отростка. В течение первых 3 дней после операции температура была 38,4–37,4 °С, затем нор-

мальная. Рентгеноскопия желудка и толстого кишечника: отклонений от нормы нет. Состав крови нормализовался. Выписан в хорошем состоянии. Находится под диспансерным наблюдением.

Также довольно редкая патология — **эхинококк червеобразного отростка**. Приведем клиническое наблюдение.

Больной А., 29 лет, поступил с жалобами на резкие боли в правой подвздошной области, тошноту, задержку стула и газов. Заболел за день до поступления в больницу. В прошлом ничем не болел. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Т — 37,4 °С, пульс — 96 уд./мин. АД — 115/70 мм рт. ст. Легкие и сердце без изменений. Язык влажный, глотание свободное. Живот правильной формы, умеренно вздут, участвует в дыхании. Печень и селезенка не увеличены. Отмечается резкая болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области. Симптомы Щеткина, Ровзинга резко положительные. Дизурических явлений нет. Рентгеноскопия грудной клетки — патологии нет. Анализ крови: Эр — $4,8 \times 10^{12}/л$, Нб — 70 г/л, L — $10,6 \times 10^9/л$, э — 4, п — 7, с — 65, л — 22, м — 2, СОЭ — 18 мм/ч. Анализ мочи — без патологии.

Диагноз: острый аппендицит. Сделана операция. Параректальным разрезом вскрыта брюшная полость. Петли кишечника умеренно вздуты. Червеобразный отросток расположен обычно, на всем протяжении равномерно увеличен в объеме и покрыт нежным фибринозным налетом. Примерно от его средней трети выпячивается кистозное образование величиной с крупный орех. Червеобразный отросток удален вместе с последним. В брюшную полость ввели антибиотики. Рана зашита наглухо. Послеоперационное течение гладкое. Больной выписан на 7-й день после операции. Удаленная киста червеобразного отростка содержит эхинококковые пузыри различной величины. Патогистологически диагноз подтвердился.

К кистам червеобразного отростка относится и **миксоглобулез**, который не имеет характерных симптомов. Чаще всего его клиническая картина бывает сходной с острым и хроническим аппендицитом, перекрутом кисты яичника и др., а правильный диагноз в большинстве случаев ставится только во время операции. Лечение миксоглобулеза оперативное, причем операция должна выполняться крайне осторожно, во избежание разрыва кисты и обсеменения брюшины с развитием псевдомиксомы. Приведем клиническое наблюдение.

Больной П., 34 года, поступил с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту. Диагноз: острый аппендицит. Заболел 3 месяца назад, когда внезапно начались боли в правой подвздошной области и повысилась температура. В течение 3 недель лежал в больнице с диагнозом аппендицит, после чего был выписан с некоторым улучшением. В последующие 2 месяца боли в правой подвздошной области не прекращались, больной не работал и систематически грел живот. За 2 дня до посту-

пления больной приехал в клинику для оперативного лечения. Ночью боли резко усилились, появилась тошнота. Утром — состояние удовлетворительное. Температура, пульс и АД были нормальными. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. В правой подвздошной области при осмотре отмечена ограниченная припухлость, резко болезненная при пальпации. Симптом Щеткина–Блюмберга в правой подвздошной области положительный. Перкуторно над припухлостью определяется притупление. Per rectum обнаружена болезненность передней стенки справа. L — 5×10^9 /л. Моча без особенностей. В последующие 2 дня острые боли стихли, отчетливо пальпировалась опухоль, соответственно нижнему полюсу слепой кишки, размером 6×4 см, неровная, плотная, малоподвижная. Рентгенологически: слепая кишка деформирована, малоподвижна. Предположительный диагноз: опухоль слепой кишки. Через 23 дня произведена операция. Брюшная полость вскрыта трансректальным разрезом. Слепая кишка расположена кзади, малоподвижна. Обнаружен дистальный конец червеобразного отростка, который терялся в обширном «инфильтрате». При выделении отростка «инфильтрат» вскрылся и оказался обширной полостью, выполненной слизистой массой. После удаления слизи размеры полости 7×5 см, ее стенка — резко растянутая стенка червеобразного отростка. Ввиду интимного сращения стенки полости сзади с мышцами, ее не удалось выделить полностью, и была удалена лишь передняя часть вместе с утолщенной дистальной частью отростка. При дальнейшем выделении отростка проксимальная его часть была легко отделена от слепой кишки и оказалась облитерированной. Культия отростка погружена кисетным швом. Над гребешком подвздошной кости наложена контрапертура, через которую введено 2 тампона к оставшейся части стенки полости. Передняя брюшная стенка закрыта послойно наглухо. Больной выздоровел. Патогистологически: миксоглобулез червеобразного отростка.

Любая киста на ножке может быть перекрученной и ее трудно дифференцировать с другими кистами. Каждая **перекрученная киста** требует срочной операции, но при этом важно знать откуда она исходит, чтобы правильно сделать оперативный доступ. Приведем клиническое наблюдение.

Больная Б., 20 лет, доставлена с диагнозом перекрученная киста правого яичника. Беременность 7–8 недель. Жалобы на резкие боли в правой половине живота, появившиеся внезапно 2 часа назад. В прошлом был аналогичный приступ. Он прошел после применения наркотиков и промывания желудка. Состояние удовлетворительное. T — $36,9$ °C. Кожные и слизистые покровы бледные. Пульс — 94 уд./мин, ритмичный, среднего наполнения. Живот мягкий, резко болезненный в правой подвздошной области, там пальпируется плотноэластическое подвижное образование 11×6 см. Его удается сместить в правое подреберье и малый таз. Вагинально: выделения молочного цвета, шейка цилиндрическая, зев закрыт.

Матка увеличена. Своды свободные. Справа высоко определяется нижний полюс «опухоли». Отчетливой связи ее с гениталиями установить не удастся. L — $7,8 \times 10^9$ /л. Произведен аборт, а затем срединная лапаротомия. При ревизии обнаружена крупная мягкая матка, нормальные трубы и яичники. Червеобразный отросток кистозно изменен, с множеством дополнительных маленьких кист и очагов кровоизлияний на поверхности, резко истончен в проксимальном отделе, перекручен вокруг брыжейки и основания на 360° . Расположен он в илеоцекальном углу. После разворота произведена аппендэктомия. В брюшную полость введены антибиотики и она послойно ушита. Больная выздоровела.

Как и в других органах, в червеобразном отростке могут появляться **злокачественные и доброкачественные опухоли.**

Первичный рак червеобразного отростка встречается редко и, главным образом, обнаруживается при патогистологическом исследовании удаленных отростков или вскрытии умерших от других болезней. Перифокальное воспаление отростка, пораженного раком, помогает рано диагностировать основное заболевание. Отсюда и раннее радикальное лечение: гемиколэктомия, независимо от того, ограничивается ли опухоль только отростком или прорастает в слепую кишку. Это необходимо и потому, что лечение в подобных случаях только химио- и лучевой терапией не дает стойкого положительного результата. Приведем клиническое наблюдение.

Больная О., 31 год, поступила с диагнозом: острый аппендицит. Считает себя больной в течение 8 дней, когда появились боли в животе, тошнота, сухость во рту, которые постепенно усиливались. При поступлении отмечается напряжение брюшной стенки, раздражение брюшины и болезненность в правом нижнем квадранте живота. Влажный, густо обложенный белым налетом язык. L — 10×10^9 /л, T — 37°C . Срочная операция с диагнозом: острый аппендицит. При аппендэктомии в брюшной полости обнаружено значительное количество мутной зеленоватой жидкости без запаха, посев которой роста микробов не дал. Червеобразный отросток располагался в рыхлом инфильтрате, утолщен, серого цвета. Брыжейка отростка утолщена, инфильтрирована. Инфильтрация стенки отростка распространялась на купол слепой кишки у его основания. Во время аппендэктомии отросток зажимом не пережимался, но при перевязке его кетгутовой лигатурой у основания легко ампутировался. Культия отростка была погружена вместе с инфильтратом стенки слепой кишки отдельными швами. Операция закончилась дренированием брюшной полости. Червеобразный отросток направлен на патогистологию с диагнозом флегмонозный аппендицит, первичная опухоль? Послеоперационный период протекал гладко. Патогистология: флегмонозный аппендицит на фоне резкого склероза и деформации стенки отростка. Стенка отростка проращена опухолью, имеющей строение аденокарциномы. Опухоль распространяется до

края резекции отростка. При рентгенологическом исследовании толстой кишки с бариевой клизмой обнаружена опухоль слепой кишки размером 4 × 5 см. Смещаемость слепой кишки не нарушена. Метастазов в других органах не обнаружено. Через 57 дней была выполнена правосторонняя гемиколэктомия. Послеоперационный период протекал гладко.

Патогистология: в культе червеобразного отростка имеются разрастания аденокарциномы. В стенку слепой кишки опухоль не прорастает. Больная в удовлетворительном состоянии выписана. Через 6 месяцев больная осмотрена повторно. Чувствует себя хорошо, метастазов и рецидивов не обнаружено.

Одной из «доброкачественных» опухолей является **карциноид червеобразного отростка**, имеющий более 26 терминов и встречающийся в 0,26–1 % случаев удаленных отростков. Чаще он встречается у женщин (1:5). Поставить правильный дооперационный диагноз не представляется возможным. Пораженные опухолью червеобразные отростки удаляются обычно либо по поводу острого и хронического аппендицита, либо попутно, при других операциях. При этом чаще отросток утолщен, уплотнен, белесовато-желтый, колбообразно вздут в дистальном отделе. Размеры карциноида отростка могут быть от микроскопических (0,1 см) до 2 см, иногда до 6–8 см в диаметре. Карциноидная опухоль отростка растет очень медленно, не перерождаясь в рак, иногда дает метастазы, в основном в региональные лимфоузлы. Карциноид червеобразного отростка рассматривается как один из вариантов злокачественных новообразований с низким потенциалом злокачественности. Основной метод лечения этих опухолей, несомненно, хирургический с удалением брыжейки отростка. Если опухоль располагается у основания отростка и прорастает в слепую кишку, то необходимо сделать и резекцию части купола слепой кишки. Мало того, даже при обширных метастазах рекомендуется удаление первичного очага и видимых метастазов, что значительно продлевает жизнь больным. Большой редкостью является слизистое перерождение в карциноиде. Еще реже последнее сочетание вызывает непроходимость кишечника. Приведем клиническое наблюдение.

Больная Р., 38 лет, доставлена с диагнозом острый аппендицит, жаловалась на рвоту, острые боли в животе, начавшиеся внезапно 2 суток назад, а также задержку стула и неотхождение газов. В домашних условиях после применения обезболивающих, грелки, холода, клизмы улучшения не последовало. Проведено обследование: живот втянут, отмечается резко выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки. Пальпация живота болезненна, особенно в правой подвздошной области, где выражен симптом Щеткина–Блюмберга. В брюшной полости патологических образований прощупать не удастся. Сделана экстренная операция: брюшная полость вскрыта разрезом Волковича, расширенным кверху. В ней обна-

ружено большое количество кровянистой жидкости с каловым запахом. В рану извлечен отрезок омертвевшей кишки длиной около 1 м, оказавшийся дистальным отделом подвздошной кишки и ущемленной в кольце, образованном вследствие сращения верхушки червеобразного отростка со стенкой кишки. Отросток булавовидно расширен, на его конце обнаружено образование величиной с грецкий орех, к которому припаян край сальника. Произведена аппендэктомия и резекция припаянной части сальника. Пораженный отдел подвздошной кишки резецирован на протяжении 1 м до слепой кишки. Наложен илеотрансверзоанастомоз. Послеоперационное течение гладкое. Больная выписана здоровой. Патогистология: карциноид и мукоцеле червеобразного отростка.

При обсуждении данного наблюдения следует указать, что лучше накладывать анастомоз со слепой или восходящей кишкой во избежание образования «слепого мешка», который имеет свою клинику синдрома хронического продуктивного воспаления с наличием анемии и явлений колита, требующих хирургического лечения.

При операции иногда обнаруживается и **инвагинация червеобразного отростка**. Приведем клиническое наблюдение.

Больной Б., 28 лет, доставлен экстренно с диагнозом обострение хронического рецидивирующего аппендицита. При поступлении: жалобы на резкие боли в правой подвздошной области. Сильные боли в правой подвздошной области, державшиеся около суток, впервые почувствовал 2 года назад, после прыжка с высоты 2,5 м. В дальнейшем периодически отмечал боли в животе, тошноту. За 3 дня до поступления в больницу боли усилились. Состояние больного удовлетворительное. Температура была нормальной. Пульс — 90 уд./мин. Язык суховат, обложен. Живот мягкий, не вздут. Печень и селезенка не прощупываются. В правой подвздошной области — резкая болезненность и умеренно выраженное напряжение мышц. Симптом Щеткина–Блюмберга слабopоложительный, симптомы Ровзинга, Ситковского резко положительные. Анализ крови: Нв — 68 г/л, L — 9×10^9 /л, СОЭ — 11 мм/ч. Анализ мочи — норма.

На 2-й день с утра боли в животе усилились, ночь провел беспокойно. Усилилось напряжение мышц в правой подвздошной области. Симптом Щеткина–Блюмберга положительный. Диагноз: острый аппендицит. Был экстренно оперирован. Произведен косой разрез. Слепая кишка выведена в рану, червеобразный отросток не обнаружен, но заметен участок брыжейки, похожий на брыжейку отростка. Через стенку слепой кишки прощупана плотная, подвижная опухоль, находящаяся в ее просвете. Установлена полная инвагинация отростка в слепую кишку и невозможность дезинвагинации. В связи с этим произведено удаление отростка с участком слепой кишки. В брюшную полость введен раствор пенициллина. Рана послойно зашита. Препарат: отросток длиной 9 см, просвет облитери-

рован, верхушка закруглена, диаметр ее 3,5–4 см. В средней части диаметр отростка до 2,5 см, а у основания — 3 см. Брыжейка почти полностью отсутствует. Патогистологически: флегмонозный аппендицит.

Подобных редких заболеваний червеобразного отростка здесь можно привести еще много, но все они обнаруживаются во время операции, например, некоторые заболевания «острого живота», маскирующиеся клиникой острого аппендицита, но это выходит за рамки этого пособия.

4.14. Травма и острый аппендицит

Острый аппендицит еще необходимо дифференцировать от ушиба грудной клетки и переломов ребер, ушиба и перелома позвоночника, таза, а чаще всего при закрытой травме живота. Особенно трудна дифференциация, когда не известно, была ли травма, а локальные признаки приложения травмирующей силы (ссадины, царапины, гематомы и др.) отсутствуют. В трудных случаях надо чаще прибегать к новокаиновым блокадам: в месте повреждения, межреберной, шейной вагосимпатической, блокаде вагуса между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы, паранефральной, забрюшинной внутритазовой по Школьникову и др.

Особенно большие трудности встречаются при **травме живота**. Последняя может быть в виде ушиба передней стенки живота, разрыва мышечных и апоневротических волокон, кровоизлияния в мышцы, разрыва сосудов передней стенки живота (самопроизвольный и травматический), повреждения внутренних органов брюшной полости, в частности червеобразного отростка, забрюшинной гематомы вследствие повреждения сосудов и органов, в том числе аорты, разрыва аневризмы аорты. Все эти повреждения бывают при непосредственной механической травме или же при резком, часто сильном напряжении мышц брюшного пресса у физически сильных людей, спортсменов, беременных (во время беременности, при родах или послеродовом периоде). Многие из этих повреждений встречаются и при несильном напряжении брюшного пресса у лиц, леченных антикоагулянтами, страдающих авитаминозами, ослабленных перенесенными общими заболеваниями, особенно инфекционного характера, в частности брюшным тифом, а так же у лиц, страдающих склерозом сосудов. Причиной такой небольшой травмы может стать кашель, чихание, поднятие с постели и т. п. При выявлении травмы любого характера хорошо помогает внимательный осмотр и тщательный сбор анамнеза.

При травме брюшной стенки локальная болезненность и припухлость резко усиливаются при попытке поднять голову в положении больного лежа на спине. В этот момент пальпация места повреждения более болезненна, чем без поднятия головы. Если инфильтрат в области травмы при подобном поднятии головы пальпируется более четко, то это инфильтрат брюшной стенки (признак Бушакура). Если же инфильтрат ста-

новится менее четким или вообще исчезает, то он располагается в брюшной полости.

При повреждении червеобразного отростка будет клиника либо травмы полого органа брюшной полости (синдром перитонита), либо острого аппендицита. Диагноз последнего подтверждается во время операции. Забрюшинную гематому, особенно в случае отрицания травмы, диагностировать не так-то легко. В диагностике может помочь иногда пальпируемый глубокий неподвижный, болезненный, изредка пульсирующий инфильтрат с явлениями пареза кишечника, нарастающая анемия, явления коллапса и шока, медленно нарастающее раздражение брюшины. Перкуторно иногда обнаруживается ограниченное притупление, не меняющее свое положение и границы при перемене положения тела (признак Джойса). Свободный газ и жидкость в брюшной полости при этом не определяются. Как правило, отмечается лейкоцитоз со сдвигом влево. Нередко правильной диагностике помогает внутритазовая забрюшинная блокада по Школьникову, после которой боли уменьшаются при забрюшинной гематоме, но остаются почти прежней силы при заболеваниях, а также в случаях повреждения внутренних органов брюшной полости. Большую помощь в диагностике оказывают инструментальные методы: лапароцентез, лапароскопия, УЗИ, КТ. Приведем клинические наблюдения.

Больная, 59 лет, доставлена с диагнозом острый аппендицит? Боли в животе возникли спустя некоторое время после травмы живота. Предоперационный диагноз: перитонит, прободной аппендицит. Проведена неотложная операция: параректальный разрез. В брюшной полости обнаружен мутный экссудат и отделенный от слепой кишки флегмонозно измененный червеобразный отросток. Он удален. Дефект слепой кишки ушит 3-рядным швом. Больная выздоровела.

Больной, 45 лет, доставлен в тяжелом состоянии через 7 часов после того, как колесо от телеги переехало грудь и живот. Клинически определяются выраженные симптомы внутрибрюшного кровотечения и перитонита. Во время неотложной операции обнаружена рана правой доли печени длиной 20 см и глубиной 10 см, в брюшной полости — большое количество крови. Рана печени ушита П-образными кетгутовыми швами. Червеобразный отросток флегмонозно изменен (доказано в последующем гистологически). Произведена аппендэктомия. К ране печени подведен марлевый тампон. Брюшная полость дренирована. Сформировался наружный желчный свищ, из которого выделялось 1–1,5 л желчи в сутки. Через 3 месяца свищ закрылся. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Очень тяжело иногда дифференцировать острый аппендицит с гематомой брюшной стенки. Приведем клиническое наблюдение.

Больная П., 62 года, поступила с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту, рвоту, возникшие 4 дня назад, интенсивность

их нарастала. В анамнезе — малярия и хронический аппендицит. Объективно: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы обычной окраски. Положение вынужденное — на спине. Оберегает правую подвздошную область от прикосновения. Язык суховат, обложен коричневатым налетом. Т — 38,4 °С. Пульс — 110 уд./мин, удовлетворительного наполнения. В легких — везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Передняя брюшная стенка не принимает участие в акте дыхания. При пальпации в правой половине живота резкая болезненность, напряжение мышц, положительный симптом Щеткина–Блюмберга. Анализ крови: Эр — $4,8 \times 10^{12}/л$, Нб — 80 г/л, цв. пр — 0,8; L — $14,8 \times 10^9/л$, п — 19, с — 70, л — 8, м — 3, СОЭ — 43 мм/час. Анализ мочи: насыщенно-желтого цвета, реакция слабоокислая, уд. вес — 1018, L — 5–6 в п/зр. Диагноз до операции: острый аппендицит. Сделана операция: косым разрезом в правой подвздошной области рассечена кожа, подкожная клетчатка. Апоневроз темного цвета. Заподозрена гематома передней брюшной стенки. Вскрыта передняя стенка влагалища прямой мышцы живота. Мышца дряблая, темноватого цвета, во влагалище ее обнаружено большое количество сгустков крови, гноя, после удаления которых рана дренирована, сужена швами. В послеоперационном периоде произошло нагноение раны. Выписана в хорошем состоянии.

Своеобразное описание «внутренней» травмы илеоцекального угла опубликовала В. И. Рукавишников.

Больной, 28 лет, поступил с жалобами на боли в правой половине живота и общую слабость. Заболел накануне. Страдает эпилепсией с частыми припадками. Живот симметричный, отмечается напряжение брюшной стенки в правой его половине, симптом Щеткина–Блюмберга положительный. Т — 36,4 °С. Пульс — 80 уд./мин, удовлетворительного наполнения, L — $10 \times 10^9/л$. Диагноз: острый аппендицит. Сделана операция. В рану предлежит отечный гиперемированный сальник с фибринозными налетами, на другой его стороне — некротический участок до 5 см в диаметре. На передней стенке слепой кишки перфоративное отверстие диаметром 1,5 см, из него выступает конец металлического тела, которое оказалось оконным затвором длиной 13,5 см и шириной 1,4 см. Затвор лежит по длине кишки, головка его была за баугиновой заслонкой. Перфорационное отверстие ушито, измененный участок сальника резецирован. Рана зашита наглухо. Больной выздоровел.

Больной не знал о наличии инородного тела в кишечнике. По видимому, при оказании помощи во время одного из приступов эпилепсии больному пытались раскрыть рот оконным затвором.

Глава 5. Осложнения неоперированного острого аппендицита

К числу редких осложнений у больных, которым не сделана операция по поводу острого аппендицита, относятся: образование наружного и внутреннего свища, самоампутация отростка, кисты самоампутированного отростка и другие. Приведем некоторые клинические наблюдения.

Ребенок К., 4 месяца, поступил с диагнозом: острая кишечная непроходимость. Ребенок родился недоношенным — 7 месяцев, вес — 2000 г. Вскармливался искусственно. В возрасте 1 месяца, после опущения яичек в мошонку, развилась правосторонняя пахово-мошоночная грыжа. Вскоре появились отек и гиперемия, а затем — флегмона мошонки. Последняя самопроизвольно вскрылась и на ее месте образовался каловый свищ. В течение месяца ребенок оправлялся в основном через свищ. Постепенно свищ стал закрываться, осталось небольшое отверстие на мошонке, из которого выделялись немного гноя и иногда газы. Утром в день поступления появились боли в животе, рвота, напряжение передней брюшной стенки. При поступлении $T = 37,5^{\circ}\text{C}$. Ребенок пониженного питания, бледный. Лимфоузлы не увеличены. Большой родничок размером 2×2 см. Тоны сердца приглушены. Пульс — 113 уд./мин. Дыхание — 25 раз/мин. Язык обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, участвует в дыхании, напряжен. Печень и селезенка не увеличены. В правой пахово-мошоночной области имеется овоидной формы образование тугоэластической консистенции размером 4×6 см, резко болезненное при пальпации. На передней поверхности мошонки справа звездчатый рубец, в центре которого отверстие диаметром 0,2 см. Диагноз: ущемленная пахово-мошоночная грыжа, кишечный свищ. Через 10 часов от начала заболевания выполнена операция. Содержимым грыжи была слепая кишка с червеобразным отростком и петля подвздошной кишки, последняя была ущемлена. Стенка подвздошной кишки багрового цвета с точечными кровоизлияниями. В грыжевом мешке геморрагический выпот. Слепая кишка с червеобразным отростком интимно спаяны с грыжевым мешком. Верхушка отростка сращена с кожей мошонки, в этом месте открывался его просвет. Ущемленная петля подвздошной кишки освобождена, она жизнеспособна, поэтому вправлена в брюшную полость. Слепая кишка и червеобразный отросток выделены из сращений. Произведена аппендэктомия, пластика пахового канала по Кимбаровскому. Препарат: отросток утолщен, багрово-красного цвета, длина 3 см, на верхушке имеется свищевое отверстие. Со стороны слизистой оболочки видно кратерообразное углубление свищевого хода. Гистологически: хронический аппендицит. Ребенок выздоровел.

Больной Ч., 22 года, поступил 19 сентября 1949 г. с жалобами на постоянные гнойные выделения из пупка и слабые боли в правой подвздошной области. Болен с июля 1940 г., когда впервые был приступ острых болей в правой подвздошной области. Боли держались месяц. Температура была повышенной. В 1942 г. опять появились резкие боли в правой подвздошной области, повысилась температура. Через несколько дней заметил припухлость в правой подвздошной области. Припухлость и боли исчезли, температура нормализовалась после отхождения гноя через пупок. Небольшие гнойные отделения из пупка продолжалось до 1945 г. Больной не лечился (был на оккупированной территории). С 1945 по 1948 гг. гнойных выделений не было. С 1948 г. опять появились периодические выделения гноя через пупок. В периоды отсутствия выделений появлялись припухлость и боли в правой подвздошной области. Объективно: в пупке обнаружено отверстие свищевого хода с гнойным отделяемым. В правой подвздошной области прощупывалось опухолевидное образование, при давлении на которое увеличивалось гнойное выделение из пупка. После введения в свищ 8,0 мл жидкого бария на рентгенограммах определяется узкий свищевой ход, направляющийся в илеоцекальную область и заканчивающийся здесь полостью с горизонтальным уровнем. После заполнения толстой кишки контрастной массой ее связи со свищом не определяется. 29 сентября 1949 г. сделана операция: иссечение свища с ампулообразным расширением в центре. Продолжением свища от ампулообразного расширения до слепой кишки является сам червеобразный отросток, просвет которого почти отсутствовал у основания. Больной выздоровел.

Больной К., 57 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в правой подвздошной области, тошноту, рвоту. Болен 3 дня. После применения горячей грелки боли усилились, и больной обратился за медицинской помощью. Три года назад подобный приступ прошел самостоятельно. Объективно: правильного телосложения, удовлетворительного питания. $T=37,7^{\circ}\text{C}$. Пульс — 74 уд./мин, ритмичный. Живот нормальной конфигурации, ограничено участвует в акте дыхания, при пальпации напряжен и резко болезнен в правой подвздошной области. Симптомы Ровзинга, Воскресенского, Щеткина–Блюмберга положительные. Анализ крови: $\text{Hb} = 152 \text{ г/л}$, $\text{Эр} = 4,7 \times 10^{12}/\text{л}$, $\text{L} = 11,5 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ — 8 мм/ч. Моча без изменений.

Через 2 часа выполнена операция. В рану выведена слепая кишка с утолщенным, напряженным, гиперемированным червеобразным отростком. Верхушка его плотная, конусовидная, пенетрирует в 6 см от илеоцекального угла в просвет подвздошной кишки. В месте пенетрации — рубцовая перетяжка вокруг червеобразного отростка. На остальном протяжении отросток свободен. Он перевязан у основания и отсечен, культя погружена в кيسетный шов. Брыжейка отростка перевязана, прошита. Произ-

ведено циркулярное рассечение всех слоев кишки в месте пенетрации верхушки отростка и она удалена. На рану тонкой кишки наложен двухрядный шов. Больной выздоровел.

У больной, 25 лет, оперированной по поводу острого аппендицита, обнаружен обширный спаечный процесс в окружности слепой кишки и червеобразного отростка. Верхушка отростка оказалась сращенной с сигмовидной кишкой и его просвет сообщался с просветом сигмовидной кишки. В месте сращения с ней он пережат, перевязан, отсечен и верхушка погружена в сигмовидную кишку кисетным швом. Произведена аппендэктомия. Больная выздоровела.

Больная В., 22 года, поступила с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту. Заболела 3 дня назад. Объективно: пульс — 92 уд./мин, ритмичный. Язык обложен. Температура нормальная. Живот не вздут, выражено болезнен в правой подвздошной области, где отмечается резкое напряжение мышц. Симптом Щеткина–Блюмберга положительный. Газы не отходят. L — $14,3 \times 10^9$ /л. В прошлом подобных приступов не было.

Диагноз: острый аппендицит. Операция выполнена в день поступления. Петли тонких кишок рыхло сращены с париетальной брюшиной и между собой. При ревизии обнаружено, что слепая кишка малоподвижна, отечна, покрыта фибрином. Червеобразный отросток резко утолщен и имеет форму чемоданной ручки: его верхушка имплантирована в стенку слепой кишки на расстоянии 3–4 см от основания. Брыжейка отростка отечна, укорочена. Отросток удален. При этом выяснилось, что полость его обоими концами сообщалась с просветом слепой кишки. Обе культы лигированы и погружены кисетными швами. Больная выздоровела. Патогистологически: флегмонозный аппендицит.

В литературе на подобные темы можно найти большое количество клинических наблюдений. Если их внимательно прочесть и обдумать, можно получить много информации и в практическом, и в теоретическом плане.

Симптомы острого аппендицита

ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕМЫЕ

1. Кохера–Волковича — появившаяся боль в эпигастрии в последующем (первые 6 ч) перемещается в правую подвздошную область.
2. «Ножниц» — кривая частоты пульса пересекает кривую температуры, а в норме — параллельно.
3. Раздольского — легкая перкуссия в правой подвздошной области сопровождается болью.
4. Филатова — сочетание самопроизвольных болей и пальпаторной болезненности в правой подвздошной области.
5. Ситковского — появляется боль в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок.
6. Бартомье–Михельсона — болезненность появляется или усиливается при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку.
7. Ровзинга — легкий толчок пальцами в левой подвздошной области вызывает боли в правой.
8. Воскресенского («рубашки») — быстрое скольжение пальцев по рубашке больного из эпигастрия в правую подвздошную область сопровождается болью.
9. Щеткина–Блюмберга — болезненность менее выражена при глубоком давлении на брюшную стенку, чем при быстром отдергивании при этом пальцев от живота.
10. Образцова — пальпация правой подвздошной области при поднятой выпрямленной правой ноге сопровождается болью.
11. *Defense musculaire* — сокращение мышц живота.

РЕЖЕ ВЫЯВЛЯЕМЫЕ

1. Аорона — при пальпации правой подвздошной области боль появляется в эпигастрии.
2. Барышникова — поколачивание мягких тканей правой поясничной области вызывает боль в правой подвздошной области.
3. Бастедо–Бусалова — дозированное введение воздуха в толстую кишку вызывает боль в области червеобразного отростка.
4. Бондалевича — быстрое отпускание поднятого отвисшего живота в положении больного на левом боку вызывает боль в правой подвздошной области.

5. Брейдо — смещение матки во время беременности слева направо усиливает боль в правой подвздошной области.

6. Бржозовского — одновременная бимануальная пальпация справа поясничной и подвздошной областей вызывает или усиливает боль.

7. Булынина — пальпация справа от остистых отростков I и II поясничных позвонков сопровождается болями.

8. Бухмаш–Мошковского — при остром аппендиците отмечается расширение правого зрачка.

9. Варламова — поколачивание по XII ребру справа вызывает боль в правой подвздошной области.

10. Войно-Ясенецкого — тенезмы, поносы, явления проктита.

11. Волковича — увеличение расстояния между пупком и передней верхней остью подвздошной кости при рецидивирующем аппендиците.

12. Габая — наличие симптома Щеткина–Блюмберга в треугольнике Пти правой половины поясничной области.

13. Гаусман–Образцова — при двусторонней пальпации около поясничного отдела позвоночника появляется боль справа.

14. Гориа — потягивание за правый семенной канатик вызывает боль в правой подвздошной области.

15. Гурвича — надавливание на заднюю стенку правого пахового канала во время кашля вызывает боль в правой подвздошной области.

16. Долина — при сильном втяжении и напряжении мышц живота боли в правой подвздошной области усиливаются.

17. Думбадзе — пальпация брюшины через пупочное кольцо справа вызывает боль.

18. Дъелафуа — сочетание боли, напряжения мышц и гиперестезии кожи в правой подвздошной области.

19. Жедринского — боль в точке Кюммеля остается и в вертикальном положении при остром аппендиците, но исчезает или опускается за лоно при остром аднексите.

20. Завьялова — при резком отпуске поднятой складки кожи в правой подвздошной области появляется боль.

21. Заславского — надавливание рукой спереди назад на правую половину матки во время беременности усиливает боли, а слева — нет.

22. Зевальда — к концу глубокого вдоха появляется молниеносное сокращение верхнего отдела правой мышцы живота при плеврите диафрагмального ската, а при остром аппендиците — нет.

23. Зельгейма — при тазовом аппендиците во время ректального исследования находят утолщенную и болезненную правую крестцово-маточную связку.

24. Зоннебурга — иррадиация болей из живота на внутреннюю поверхность бедра характерна для аднексита, а не острого аппендицита.

25. Иванова — уменьшение расстояния между пупком и передней верхней остью правой подвздошной кости.

26. Илео-псоас — спонтанное сгибание правого бедра за счет контрактуры подвздошно-поясничной мышцы.

27. Ионис–Рабинович — при поднятии выпрямленной правой ноги появляется боль в правой подвздошной области.

28. Клейна — при острых заболеваниях органов грудной клетки брюшные рефлексы вызываются, а при перитоните — нет.

29. Коула — кривая графика температуры пересекает таковую пульса при воспалении органов дыхания, а при остром аппендиците — наоборот.

30. Коупа — в положении больного на спине вращают по оси согнутое правое бедро, что вызывает боль в правой подвздошной области.

31. Коупа–Ляроша — при отведении правого бедра назад в положении больного на левом боку появляются боли в правой подвздошной области.

32. Крика — усиление плача ребенка при пальпации правой подвздошной области.

33. Крымова-1 — надавливание на заднюю стенку правого пахового канала вызывает боль в правой подвздошной области.

34. Крымова-2 — надавливание на пупок вызывает болезненность в правой подвздошной области.

35. Куленкамфа — болезненный мягкий живот с положительным симптомом Щеткина–Блюмберга при внутрибрюшном кровотечении.

36. Ландуа — боли в области червеобразного отростка усиливаются при высокой клизме.

37. Леннандера — разница между ректальной и аксиллярной температурой больше 1 (градуса).

38. Михельсона — усиление боли в правой подвздошной области в положении больной на правом боку, когда беременная матка давит на воспаленный очаг.

39. Островского — быстрое опускание рукой врача поднятой выпрямленной правой ноги больного вызывает боль в правой подвздошной области.

40. Отталкивающей руки — ребенок отталкивает руку врача при пальпации им правой подвздошной области.

41. Подоненко — при пальпации правой подвздошной области появляется боль в загрудинной области.

42. Подтягивания ножки — ребенок сгибает правую ножку при пальпации правой подвздошной области.

43. Познера — маятникообразные движения шейки матки усиливаются при аднексите, но безболезненны при аппендиците.

44. Промптова — при отодвигании шейки матки вверх боли в животе усилятся при аднексите, но безболезненны при аппендиците.

45. Резистенция мышц живота — даже легкое напряжение мышц живота можно определить при нежной сравнительной пальпации.

46. Розанова — при сильном напряжении (глубокий вдох) и внезапном расслаблении (быстрый выдох) появляется боль в правой подвздошной области.

47. Рожановского — наличие «мягкости» в точке Мак-Бурнея за счет ограниченного пареза напряженной брюшной стенки при остром аппендиците.

48. Розенталя–Гаджиева феномен — при кожной пробе «хлороформ со спиртом» отмечается укороченное «болевое время» и резкие местные изменения кожи.

49. Самофалова феномен — местная температура кожи повышается, а кожная чувствительность здесь же снижается, кроме того, местный лейкоцитоз выше общего с увеличением разницы между ними в процессе наблюдения.

50. Сперанской–Степановой — боль из правой подвздошной области иррадирует в левую из-за развивающегося перитонита.

51. Стокса закон — явления пареза кишечника при перитоните.

52. Феррети — появление притупления перкуторного звука при образовании инфильтрата.

53. Фомина — брюшные нервные рефлексы не вызываются в правой подвздошной области.

54. Форканефа — при одновременном равномерном давлении в двух болевых точках боль остается в очаге воспаления.

55. Черемского–Кушнеренко — боли в очаге воспаления усиливаются при кашле.

56. Чугаева — определяются тяжи апоневроза — «струны аппендицита» — наружной косой мышцы живота.

57. Шиловцева — болевая точка смещается при повороте больного на левый бок, а при аднексите — нет.

58. Штернберга — болезненность по ходу прикрепления корня брыжейки тонкой кишки.

59. Щипка — при щипке кожного валика в правой подвздошной области появляется боль.

60. Яуре–Розанова — болезненность при пальпации в треугольнике Пти правой половины поясницы.

1. Стандарты диагностики острого аппендицита (Н. В. Завада, 2005)

1.1. Обязательные методы диагностики острого аппендицита при поступлении больного в хирургический стационар:

1.1.1. Клиническое обследование: сбор анамнеза, осмотр, пальпация, аускультация и перкуссия живота, пульс, определение АД.

1.1.2. В сомнительных случаях: ректальное или вагинальное обследование.

1.1.3. Общий анализ крови: гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ.

1.1.4. Общий анализ мочи.

В сомнительных случаях:

1.1.5. Лапароскопия.

1.1.6. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

1.1.7. Рентгенография или рентгеноскопия брюшной и грудной полостей.

1.2. Обязательные методы диагностики острого аппендицита через каждые 2–3 ч после поступления (при динамическом наблюдении за больным для уточнения диагноза), но не более 6 ч от госпитализации:

1.2.1. Повторное клиническое обследование.

1.2.2. Общий анализ крови: гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ.

1.3. Обязательные методы диагностики при выписке больного из хирургического стационара и по показаниям:

1.3.1. Общий анализ крови: гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ.

1.3.2. Общий анализ мочи.

1.4. Дополнительные методы диагностики острого аппендицита (по показаниям) в хирургическом стационаре:

1.4.1. ЭКГ.

1.4.2. Определение группы крови и Rh-фактора.

1.4.3. Эзофагогастродуоденоскопия.

1.4.4. Биохимическое исследование крови: мочевины, билирубина, АсА, АлАТ, общий белок, альфа-амилаза, электролиты: (K, Ca, Na, Cl) и другие.

1.4.5. Определение глюкозы крови.

1.4.6. Исследование выпота брюшной полости на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.

Примечание. При наличии выпота в брюшной полости данное исследование носит обязательный характер (примечание автора).

1.4.7. Консультации смежных специалистов (гинеколога, терапевта, уролога и других).

2. Стандарты лечения острого аппендицита

2.1. Общие положения.

2.1.1. Больным острым аппендицитом показано экстренное оперативное лечение.

2.1.2. Аппендикулярный инфильтрат при отсутствии признаков перитонита и абсцедирования лечится консервативно (антибиотикотерапия, инфузионная и физиотерапия по показаниям и другие).

2.1.3. Операция при аппендикулярном инфильтрате выполняется при абсцедировании (желательно внебрюшинно), при перитоните или после рассасывания инфильтрата.

2.1.4. Оперативное лечение при установленном диагнозе «острый аппендицит» выполняется в первые 2 ч после поступления больного в стационар.

По решению консилиума врачей оперативное вмешательство может быть задержано для проведения предоперационной подготовки больного или по другим причинам.

2.1.5. При неясном диагнозе выполняется диагностическая лапароскопия или проводится динамическое наблюдение за больным, длительность которого не должна превышать 6 ч от поступления больного в стационар.

2.2. Предоперационная подготовка.

2.2.1. При отсутствии перитонита, тяжелых сопутствующих заболеваний и при местном перитоните специальной предоперационной подготовки, как правило, не требуется.

2.2.2. При распространенном перитоните предоперационная подготовка проводится в зависимости от давности заболевания и стадии перитонита.

2.2.3. При наличии тяжелых сопутствующих заболеваний проводится предоперационная подготовка, направленная также и на компенсацию функций жизненно важных органов и систем.

2.2.4. За 1–2 часа до операции вводится один из антибиотиков (цефотаксим — 2 г в/в, цефоперазон — 2 г в/м или в/в, цефтриаксон — 2 г в/в, цефепим — 2 г в/в).

Примечание. В соответствии с перечнем основных лекарственных средств (Постановление МЗ РБ № 21 от 19.07.2005 г.) цефтриаксон — «обязателен для наличия в специализированных организациях здравоохранения областного подчинения».

Возможны и другие схемы профилактического введения антибиотиков (примечания автора).

2.2.5. Профилактика тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) по показаниям одним из методов:

2.2.5.1. Препараты низкомолекулярных гепаринов:

– надропарин кальций — инъекция в подкожную клетчатку живота 0,3–0,4 мл в зависимости от массы тела пациента один раз в сутки за 2–4 ч до операции и далее ежедневно как минимум до 7 дней;

– дальтепарин натрий — под кожу живота 2,5 тыс. МЕ за 1–2 ч до операции и затем по 2,5 тыс. МЕ каждый день утром;

2.2.5.2. Гепарин под кожу живота по 5 тыс. МЕ за 1–2 ч до операции и далее через 8 ч.

2.3. Обезболивание — общее.

Как исключение по решению консилиума — местная инфильтрационная анестезия.

2.4. Оперативное лечение:

2.4.1. Аппендэктомия может выполняться как традиционным открытым (инвагинационным), так и лапароскопическим (лигатурным или другим) способом.

2.4.2. При наличии распространенного перитонита показана срединная лапаротомия, аппендэктомия, удаление экссудата, туалет и дренирование брюшной полости.

Интубация и декомпрессия кишечника по показаниям.

2.4.3. Показания к постановке тампонов в брюшную полость.

2.4.3.1. Плотный аппендикулярный инфильтрат.

2.4.3.2. Гнойная полость абсцесса.

2.4.3.3. Оставленные в брюшной полости некротизированные ткани, которые удалить не представляется возможным.

2.4.3.4. Ненадежный гемостаз.

2.5. Лечение в послеоперационном периоде.

2.5.1. Анальгетики:

2.5.1.1. Наркотические по показаниям:

– тримеперидин [Trimeperedini Hydrochloridum — промедол (примечание автора)] п/к или в/в по 1 мл 1–2%-ного раствора через 4–6 ч;

– морфин п/к 1 мл 1%-ного раствора через 4–8 ч.

2.5.1.2. Ненаркотические:

– метамизол [Metamizol — анальгин (примечание автора)] в/м или в/в по 2 мл 50%-ного раствора через 6–8 ч;

– трамадол по 50–100 мг в/в или в/м через 6–8 ч и другие.

Примечание. В соответствии с перечнем основных лекарственных средств (Постановление МЗ РБ № 21 от 19.07.2005 г.) в «Терапевтическую подгруппу Анатомо-терапевтическо-химической классификационной системы лекарственных средств» во-

шли фармакологические подгруппы «N02A. Опиоиды» и «N02B. Прочие анальгетики-антипиретики».

К опиоидам (N02A) отнесены средства со следующими Международными непатентованными наименованиями: морфин, тримеперидин, фентанил буторфанол (обязательны для наличия во всех государственных организациях здравоохранения соответствующего профиля для стационарного оказания медицинской помощи), бупренорфин, трамадол. К прочим анальгетикам-антипиретикам (N02B) отнесены: ацетилсалициловая кислота, метамизол и парацетамол.

По показаниям могут быть использованы и другие анальгетики (примечания автора).

2.5.2. Антибактериальная терапия:

2.5.2.1. При отсутствии перитонита и при местном перитоните — цефалоспорины III–IV поколения:

- цефотаксим 1–2 г в/в или в/м через 4–12 ч;
- цефоперазон 1,0–4,0 г в сутки через 12 ч в/м или в/в;
- цефтриаксон 1–2 г в/в или в/м 1 раз в сутки или по 0,5–1,0 г через 12 ч;
- цефепим 0,5–2 г в/в или в/м через 12 ч.

Примечание. В соответствии с перечнем основных лекарственных средств (Постановление МЗ РБ № 21 от 19.07.2005 г.) в фармакологическую подгруппу «J01D Прочие бета-лактамы антибиотики» вошли цефалоспорины и их аналоги со следующими Международными непатентованными наименованиями: цефтриаксон, цефтазидим (обязательны для наличия в специализированных организациях здравоохранения областного подчинения), цефазолин, цефалексин, цефепим, цефоперазон, цефотаксим, (примечание автора).

2.5.2.2. При распространенном перитоните:

а) эмпирическая антибиотикотерапия:

– полусинтетические пенициллины (оксациллин 2 г в/в через 4 ч и другие) в сочетании с аминогликозидами (амикацин 0,5 г в/в через 8 ч и другие) и метронидазолом (0,5 г в/в через 12 ч).

Примечание. В соответствии с перечнем основных лекарственных средств (Постановление МЗ РБ № 21 от 19.07.2005 г.):

– в фармакологическую подгруппу «J01C. Бета-лактамы антибиотики — пенициллины» вошли антибиотики со следующими международными непатентованными наименованиями: амоксициллин/клавулановая кислота (обязательны для наличия в специализированных организациях здравоохранения республиканского подчинения), ампициллин/сульбактам (обязательны для наличия в специализированных организациях здравоохранения областного подчинения), амоксициллин, ампициллин, бензатин бензилпенициллин, бензилпенициллин, оксациллин;

– в фармакологическую подгруппу «J01G. Аминогликозидные антибиотики» вошли антибиотики со следующими международными непатентованными наименованиями: амикацин (обязательны для наличия в специализированных организациях здравоохранения, центральных районных аптечных организациях и аптечных организациях, имеющих прикрепленные на лекарственное обеспечение специализированные организации здравоохранения), стрептомицин, гентамицин, канамицин (примечание автора).

– цефалоспорины III–IV поколения (цефотаксим 1–2 г в/в или в/м через 4–12 ч, цефоперазон 1,0–4,0 г/сут через 12 ч в/м или в/в, цефтриаксон 1–2 г в/в или в/м 1 раз/сут или 0,5–1,0 г через 12 ч, цефепим 0,5–2 г в/в или в/м через 12 ч);

– фторхинолоны: офлоксацин 0,2–0,4 г в/в через 12 ч с метронидазолом (0,5 г в/в через 12 ч).

Примечание. В соответствии с перечнем основных лекарственных средств (Постановление МЗ РБ № 21 от 19.07.2005 г.) в фармакологическую подгруппу «J01M. Антибактериальные средства, производные хинолона» вошли антибиотики со следующими международными непатентованными наименованиями: ломефлоксацин, левофлоксацин (обязателен для наличия в специализированных организациях республиканского значения), офлоксацин, ципрофлоксацин (примечание автора).

– карбапенемы: имипенем/циластатин 0,5 г в/в через 8 ч, меропенем 0,5 г в/в через 8 ч;

б) направленная антибиотикотерапия лекарственными средствами в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры.

2.5.3. Инфузионная терапия по показаниям.

2.5.4. Физиотерапевтическое и симптоматическое лечение по показаниям.

3. Средняя длительность пребывания больных с острым аппендицитом в хирургическом стационаре

При не осложненном течении послеоперационного периода длительность пребывания больных в хирургическом стационаре составляет 6–7 дней.

4. Исход заболевания

4.1. Восстановление здоровья.

4.2. В отдельных случаях возможны:

4.2.1. Развитие нового заболевания, связанного с основным.

4.2.2. Летальный исход.

Литература

1. *Авдей, Л. В.* Ошибки в диагностике и лечении острых заболеваний органов брюшной полости в сельских районах / Л. В. Авдей, П. Д. Карнаух. Минск : Беларусь, 1974. 192 с.
2. *Блинов, Н. И.* Трудности и ошибки диагностики острых заболеваний органов брюшной полости / Н. И. Блинов, Г. А. Гомзяков. Л. : Медгиз, 1962. 243 с.
3. *Диагностика* трудных случаев острого аппендицита / А. А. Гринберг [и др.]. М. : Триада-Х, 1998. 1128 с.
4. *Завада, Н. В.* Неотложная хирургия органов брюшной полости (стандарты диагностики и лечения) / Н. В. Завада. Минск : БелМАПО, 2005. 118 с.
5. *Колесов, В. И.* Клиника и лечение острого аппендицита / В. И. Колесов. Л. : Медицина, Ленингр. отд., 1972. 343 с.
6. *Косинец, А. Н.* Инфекция в хирургии / А. Н. Косинец, Ю. В. Стручков. Витебск : ВГМУ, 2004. 510 с.
7. *Острый* аппендицит / А. Г. Кригер [и др.]. М. : Медпрактика, 2002. 244 с.
8. *Ошибки*, опасности и осложнения в хирургии / ред. Н. И. Блинов. Л. : Медицина, 1965. 564 с.
9. *Попкиров Ст.* Гнойно-септическая хирургия. / Ст. Попкиров. 2-е изд. София : Медицина и физкультура, 1977. 503 с.
10. *Ротков, И. Л.* Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците / И. Л. Ротков. 2-е изд. М. : Медицина, 1988. 208 с.
11. *Самарин, Н. Н.* Диагностика «острого живота» / Н. Н. Самарин. 2-е изд. Л. : Медгиз, 1952. 476 с.
12. *Седов, В. М.* Аппендицит / В. М. Седов. СПб. : ООО «ЭЛБИ СПб», 2002. 232 с.
13. *Скрипниченко, Д. Ф.* Неотложная хирургия брюшной полости / Д. Ф. Скрипниченко. 4-е изд. Киев : Здоровье, 1986. 35 с.
14. *Томашук, И. П.* Острый аппендицит (симптомы, дифференциальная диагностика, лечение) / И. П. Томашук, И. И. Томашук. 2-е изд. Киев : Здоровья, 1998.
15. *Хирургические* болезни : учеб. : в 2-х т. / ред. В. С. Савельев, А. И. Кириенко. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005. Т. 1. 608 с.

Оглавление

Предисловие	3
Глава 1. Клиническая диагностика острого аппендицита.....	4
1.1. Объективные данные	7
1.2. Инструментальные методы исследования.....	12
Глава 2. Атипичный острый аппендицит	14
2.1. Острый аппендицит у детей.....	14
2.2. Острый аппендицит у больных пожилого и старческого возраста.....	15
2.3. Острый аппендицит у беременных	16
2.4. Ретроцекальный острый аппендицит	18
2.5. Тазовый острый аппендицит.....	23
2.6. Острый аппендицит в грыже.....	24
2.7. Левосторонний, срединный и подпеченочный острый аппендицит	26
Глава 3. Диагностика осложнений острого аппендицита	30
3.1. Аппендикулярный инфильтрат.....	30
3.2. Перитонит	37
3.3. Пилефлебит	44
Глава 4. Острый аппендицит в дифференциации с другими заболеваниями и травмой.....	45
4.1. Заболевания органов грудной клетки и сосудов.....	46
4.2. Заболевания желудка	53
4.3. Заболевания желчного пузыря.....	55
4.4. Заболевания поджелудочной железы.....	56
4.5. Заболевания кишечника.....	57
4.6. Заболевания брюшины и лимфоузлов брюшной полости	68
4.7. Инфекционные заболевания.....	71
4.8. Неврологические заболевания	74
4.9. Заболевания почек и мочевыводящих путей.....	75

4.10. Заболевания женских половых органов	76
4.11. Заболевания мужских половых органов	81
4.12. Редко встречающиеся заболевания и острый аппендицит.....	82
4.13. Другие заболевания червеобразного отростка	84
4.14. Травма и острый аппендицит	93
Глава 5. Осложнения неоперированного острого аппендицита	95
Приложение 1	99
Приложение 2	103
Литература	108

Учебное издание

Дружинин Виктор Иванович

ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Учебно-методическое пособие

2-е издание, переработанное и дополненное

Ответственный за выпуск С. И. Третьяк
В авторской редакции
Компьютерная верстка О. Н. Быховцевой
Корректор Ю. В. Киселёва

Подписано в печать 27.03.2008. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Печать офсетная. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 6,51. Уч.-изд. л. 6,84. Тираж 250. Заказ 547.
Издатель и полиграфическое исполнение –
Белорусский государственный медицинский университет
ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004; ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.
220030, г. Минск, ул. Ленинградская, 6.