



**Аппендицит,  
диагностика на догоспитальном  
этапе  
для врачей ОВП**

доцент кафедры хирургии с циклом онкологии  
кандидат медицинских наук Г.В. Фомов

# Аппендицит

- **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

Всегда думать не об «аппендиците», а об «аппендицитах», так как к этому заболеванию более, чем к какому-либо другому, приложима формула: существуют больные, а не болезнь. Всегда рассчитывать на одинаковую картину и придерживаться клинической схемы - значит обречь себя во многих случаях на слепоту.

- **Боль.** Первичная локализация – в подложечной области особенно часто при деструктивном аппендиците в 20%.
- Почти такая же частота болей - по всему животу.
- Окончательная локализация –на первом месте стоит правая подвздошная область, в 88,5—86,5% случаев.
- Субъективная боль в подложечной области, а она приписывается желудку, и первая рефлекторная рвота и объективная боль в правой подвздошной впадине в 9 случаях из 10 характеризуют приступ аппендицита в первые несколько часов.
- Боль при давлении в правой подвздошной впадине, и мышечная защита решают вопрос о диагнозе.
- Появление болей по всему животу или в других его частях = распространение воспалительного процесса за пределы правой подвздошной

## Клинические проявления

- **Рвота и тошнота** – довольно частые (но не постоянные) симптомы и не являются патогномоничными.
- **Потеря аппетита** – отмечается при выраженных явлениях острого аппендицита.
- **Запор** (при деструктивном аппендиците) обусловлен парезом кишечника. (прибегают к слабительным средствам, и иногда вызывают перфорацию червеобразного отростка).
- **Жидкий стул**, переходящий в понос, наблюдается преимущественно при тазовом расположении отростка.
- **Частые и болезненные позывы к мочеиспусканию** в случаях, когда отросток располагается в непосредственной близости к мочевому пузырю (срединное положение отростка).
- **Температурная реакция**
  - Высокая температура (свыше 38,5—39°) встречается очень редко.
  - Даже при деструктивном аппендиците температура тела может быть близкой к норме или даже пониженной.
- **Озноб** – наблюдается редко (однократный или многократный) симптом должен расцениваться как признак деструктивного аппендицита, и он бывает обусловлен расстройством терморегуляции в связи с гнойным процессом.



## ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ

- Пульс проверять у больного не один, а два или три раза,
- При небольшом повышении температуры пульс может быть очень частым (38,5° и 140) или, напротив, при высокой температуре -медленным (39,5 и 60).
- Это несоответствие должно служить предостережением. Сильно измененный пульс в большей мере указывает на серьезность страдания, чем температура.
- Пальпация должна производиться плоской рукой, которая целиком приводится в соприкосновение со стенкой живота. Должна производиться чрезвычайно мягко. Больной легко узнает разницу между грубой и умелой пальпацией.
- Ощупывать, далеко от очага, о котором сигнализирует самопроизвольная боль, и, дотрагиваясь ласкающими движениями до стенки живота, приблизимся постепенно к правой подвздошной области. В этом месте больной внезапно ощущает острую, нестерпимую боль.

## ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ

- При отсутствии боли в пр.п.обл.– положить больного на левый бок и пальпировать над гребешком подвздошной кости и по всей ее длине. Если и здесь отрицательный результат, то перейти к вагинальному или ректальному исследованию. Боль в дугласовом пространстве часто сочетается с болью в правой подвздошной области, но встречается и изолированно.
- Изредка отмечается боль по средней линии или под пупком, или над лобком. В других случаях боль обнаруживается в правом подреберье, спереди или сзади.
- Сокращение, мышечная защита, брюшной стенки - это важнейший из признаков, обнаруживаемых при внимательном исследовании – опытный врач находит его там, где неопытный или недостаточно внимательный ничего не увидит).
- Нужно, однако, иметь в виду, что аппендицит сразу может быть перфоративным.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

**Острый гастрит** Острый аппендицит в большинстве случаев вызывает признаки раздражения брюшины, чего не бывает при остром гастрите.

- При остром аппендиците лишь в начальном периоде бывают иногда боли в подложечной области.
- Принять во внимание нарушение диеты, часто предшествующее острому гастриту.

**Пищевые токсикоинфекции** Нет признаков раздражения брюшины! Употребление в пищу недоброкачественных продуктов сопровождается проявлениями острого гастрита или острого энтерита. Установление факта, что такую же пищу ели безнаказанно другие члены семьи! Пищевые токсикоинфекции поражают всю группу людей, питавшихся испорченным продуктом. Следует также помнить, (до развития перитонита) не бывает выраженной интоксикации. При остром аппендиците не встречается многократной мучительной рвоты, сопровождающей острый гастрит на почве токсикоинфекции.



## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

**Язва желудка** (при наличии преперфоративного состояния) анамнез иногда может быть сходным при обоих заболеваниях. Появляются упорные боли в верхней части живота, иногда тошнота и рвота. Верхний отдел живота становится болезненным. Возможны признаки раздражения брюшины, что бывает и при остром аппендиците.

- Связь болей с приемом пищи, наличие «голодных» болей или сведений о желудочном кровотечении. В прежних рентгенологических исследованиях нередко можно найти указания о «нише».
- При обострении язвы желудка боли, иногда напряжение брюшных мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга локализуются в верхнем отделе живота; при остром аппендиците те же симптомы вызываются в правой подвздошной области.
- При прободении язвы желудка или двенадцатиперстной кишки в типичных случаях –внезапно возникшая сильнейшая боль в верхнем отделе живота, сравниваемая с ударом кинжала; доскообразное напряжение брюшных мышц; резкая болезненность, исчезновение печеночной тупости; наличие свободного газа в брюшной полости, устанавливаемое при рентгенологическом исследовании).
- По прошествии 10—12 часов после прободения язвы уже бывает раздражена вся брюшина, живот становится вздутым и всюду болезненным, симптом Щеткина-Блюмберга вызывается со всей брюшной стенки.
- Рентгенологическое исследование – после перфорации язвы желудка или



## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

**Острый холецистит** Боли бывают в правом подреберье и иррадиируют в правую лопатку и правое плечо.

- При атипичном расположении червеобразного отростка или опущении желчного пузыря соответственно изменяется и расположение болей, болезненности и напряжения брюшных мышц. У старых людей (с дряблой брюшной стенкой, опущенной печенью и смещенным вниз желчным пузырем) – Проследить край печени, выступающий из-под реберной дуги. Иногда удастся прощупать увеличенный и смещенный книзу желчный пузырь.
- Чем труднее дифференциальная диагностика острого аппендицита и острого холецистита, тем ближе сходятся показания к оперативному лечению этих заболеваний!
- Печеночная колика на почве желчнокаменной болезни, не осложненной острым холециститом, не вызывает ни повышения температуры, ни интоксикации, ни лейкоцитоза, ни сдвига лейкоцитарной формулы влево и не сопровождается признаками местного перитонита.
- Может сопровождается механической желтухой. В таких случаях диагноз острого аппендицита отпадает.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- **Острый панкреатит** Начинается внезапными болями в животе, сопровождается упорная рвота. Общее состояние больного меняется соответственно характеру анатомических изменений в поджелудочной железе (отек, острый некроз, абсцесс) и имеет все градации от удовлетворительного до безнадежно тяжелого.
- В большинстве случаев живот болезнен в верхнем отделе и несколько вздут. Напряжение брюшных мышц или отсутствует или слабо выражено, главным образом в верхней половине живота.
- Мучительные боли обычно в подложечной области, которые и по интенсивности, и по локализации не совпадают с болями при остром аппендиците.
- Боли в области спины слева, а при ощупывании левого реберно-позвоночного угла имеется болезненность (симптом Мэйо-Робсона), чего не бывает при остром аппендиците.
- У больных с острым панкреатитом болезненность и признаки раздражения брюшины определяются в верхних отделах живота. Симптомы, становятся все менее надежными в поздних стадиях заболевания, когда вся брюшная стенка болезненна, а живот равномерно вздут.
- У таких больных не бывает ни воспалительного инфильтрата в правой подвздошной области, что должно бы быть по прошествии нескольких дней заболевания, ни признаков раздражения брюшины внизу живота.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- **Острый энтерит или энтероколит** часто возникает после погрешностей в диете. Понос, урчание в животе, небольшое его вздутие и отсутствие признаков раздражения брюшины.
- При острых воспалительных процессах в тонких и толстых кишках боли имеют более разлитой характер, а умеренная болезненность бывает лишь при глубокой пальпации, главным образом по ходу толстой кишки.
- **Острый илеит**, а также сходные с ним «сегментарные» неспецифические воспалительные процессы кишечника иной локализации обычно вызывают более жестокие боли, чем это бывает в большинстве случаев острого аппендицита. Общее состояние больных также тяжелее, чем при остром неосложненном аппендиците. Иногда при острых «сегментарных» поражениях кишечника имеется учащенный стул с примесью слизи и крови.
- Болезненность живота и симптомы раздражения брюшины бывают всегда и, конечно, выражены тем сильнее, чем глубже анатомические изменения в кишечной стенке.



## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- **Воспаление дивертикула Меккеля** (дивертикулит) и его перфорация встречаются редко, большинстве случаев сущность заболевания разъясняется лишь на операционном столе.
- Кроме воспаления меккелева дивертикула возможны изъязвления его слизистой, что приводит к кишечным кровотечениям или перфорации. Эти осложнения обычно начинаются в детском возрасте. При воспалении меккелева дивертикула появляются боли внизу живота и симптомы раздражения брюшины.
- Важное диагностическое значение имеют кишечные кровотечения и ранее перенесенные приступы болей в животе. Если у ребенка до развития упомянутых перитонеальных явлений имелся дегтеобразный стул, то надо подумать о наличии меккелева дивертикула и при операции специально осмотреть нижнюю половину тонких кишок, где бывает это образование

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- **Острая кишечная непроходимость**, особенно илеоцекальная инвагинация. Инвагинация чаще встречается у детей, преимущественно грудного возраста, редко болевающих острым аппендицитом.
- При инвагинации бывают схваткообразные боли, во время которых дети проявляют крайнее беспокойство, кричат.
- Живот обычно мягкий, что нехарактерно для острого аппендицита. Нередко в правой подвздошной области удается прощупать инвагинат в виде продолговатой, гладкой, подвижной опухоли. При позднем поступлении больных инвагинация сопровождается значительным вздутием живота, и что-либо прощупать не удастся. В таких случаях выступают признаки кишечной непроходимости (неотхождение стула и газов, асимметрия живота и пр.). Иногда при инвагинации могут наблюдаться кровянистые выделения из прямой кишки. В редких случаях головка инвагината спускается до прямой кишки, где прощупывается пальцем.
- **Инвагинация** встречается и у взрослых. Больные жалуются на схваткообразные боли в животе. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют или выражены слабо; живот обычно мягкий. Подозрение на инвагинацию возникает, если удается прощупать смещающуюся эластическую опухоль. В противном случае диагноз труден.

**Другие виды кишечной непроходимости** Значение имеет характер болей (схваткообразные боли при кишечной непроходимости и постоянные - при остром аппендиците). Иногда бывает заметна через брюшную стенку усиленная кишечная перистальтика, что позволяет уверенно поставить диагноз кишечной непроходимости. Д

- Должны быть учтены и другие признаки кишечной непроходимости (асимметрия живота, симптомы Валя-- (относительно устойчивое, неперемещающееся асимметричное вздутие живота, заметное на глаз, определяемое на ощупь и дающее звонкий тимпанит при перкуссии), чаши Клебера и пр.), а иногда шум плеска;
- Тяжелые случаи острого аппендицита, симулирующие кишечную непроходимость, начинаются с повышения температуры, чего не бывает в начальном периоде непроходимости кишечника.



## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

### **Острое воспаление слизистой оболочки и стенки матки**

- Связь заболевания с родами или внутриматочными манипуляциями Больные жалуются на боли внизу живота, слабость и разбитость. Заболевание протекает с высокой температурой и обильными гнойными выделениями из влагалища. Матка резко болезненна при ощупывании и малейших попытках к ее смещению.
- Всегда необходимо исследование per vaginam и per rectum.

**Острое воспаление придатков матки** клинически имеет много общего с острым аппендицитом. Больные с острым аднекситом лихорадят, жалуются на боли внизу живота. Из анамнеза: расстройства и болезненные менструации, перенесенные ранее воспалительные заболевания, острый уретрит, неблагополучный послеродовой период, осложнения после аборт, и бесплодия, гнойные выделения из влагалища.

- Важнейшее значение в диагностике острого аднексита придается исследованию per vaginam.
- Нередко аднекситы обостряются во время менструального периода или вскоре после него
- При остром аднексите, в большинстве случаев имеется болезненность над лобком или непосредственно над пупартовой связкой (справа, слева или с обеих сторон).
- Познер (Posner) рекомендовал вызывать маятникообразные смещения матки. Болезненность таких движений заставляет предполагать воспалительный процесс в матке или ее придатках.
- Боли внизу живота иногда с иррадиацией в крестец
- Клиническое течение острого аппендицита, осложненного воспалительным инфильтратом обычно значительно тяжелее, чем острого аднексита, вызывающего сплпчивый процесс в полости малого таза

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

**Пельвиоперитонит** Когда воспалительный процесс распространяется за пределы малого таза, появляется отчетливое напряжение брюшных мышц. Объективные данные во многом совпадают с перитонитом любого другого происхождения, в том числе и на почве острого аппендицита.

- Дифференциальное распознавание пельвеоперитонита и острого аппендицита проводится по двум важнейшим признакам: 1) по наличию у больной воспаления придатков матки или другого воспалительного очага в тазу; 2) по характеру течения заболевания.
- Пельвиоперитонит сравнительно медленно прогрессирует. Состояние больных бывает средней тяжести. Интоксикация умеренная.
- Перитонит аппендикулярного происхождения всегда протекает тяжело, и если нет воспалительного инфильтрата и отграничивающих сращений, состояние больного с каждым часом ухудшается. Появляется сухость языка, заостряются черты лица; выявляются хорошо известные симптомы прогрессирующего перитонита (частый пульс, резкая болезненность и вздутие живота, положительный симптом Щеткина-Блюмберга).

**Большие трудности дифференциальной диагностики тазовых аппендицитов.** Эта форма острого воспаления червеобразного отростка симулирует острые воспалительные заболевания женских внутренних половых органов. В таких случаях не трудно сделать заключение о необходимости оперативного вмешательства, но трудно поставить топический диагноз и почти невозможно предвидеть изменения в брюшной полости.



## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

**Внематочная беременность** Можно условно различать три вида нарушенной трубной беременности:

- а) без разрыва стенки трубы, но с кровоизлиянием в ее полость;
- б) с разрывом стенки трубы и небольшим внутрибрюшным кровотечением;
- в) с разрывом стенки трубы и тяжелым внутрибрюшным кровотечением.
- Состояние больных бывает хорошим. Кровянистые, буроватые выделения из влагалища принимают за очередные месячные.
- Внимательно собранный анамнез и тщательное обследование больной! Картина острой анемии.
- Боли. Для внематочной беременности характерно внезапное начало болей по всему животу или над лобком. Иррадиация болей в лопатку, спину, прямую кишку, носят перемежающийся, схваткообразный характер.
- Обморок и головокружение, иногда возникают во время дефекации или мочеиспускания и бывают связаны с разрывом истонченной трубы и внутренним кровотечением.
- Важно также выяснить, не было ли в прошлом слабости, дурноты и потемнения в глазах, что также может явиться следствием внутреннего кровотечения.
- Кровянистые выделения из влагалища.
- Учащение пульса и падение кровяного давления при тяжелом внутреннем кровотечении.
- В большинстве случаев внематочной беременности живот бывает мягким.
- Притупление (перкуторное) в отлогих местах живота появляется только при значительных скоплениях крови в брюшной полости



## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

**Правосторонняя почечная колика**, начинается не с тупых, а с чрезвычайно острых приступообразных болей в правой поясничной или правой подвздошной области. Нередко на фоне болей возникает рвота рефлексорного характера. Боли в типичных случаях иррадиируют в правое бедро, промежность, половые органы и сопровождаются дизурическими расстройствами в виде учащенного и болезненного мочеиспускания.

- При аппендиците никогда не бывает очень сильных приступообразных болей с описанной выше иррадиацией.
- Во время физикального исследования больного с почечной коликой не удаётся выявить ни интенсивной болезненности в животе, ни симптомов раздражения брюшины.
- Сомнения могут быть разрешены после лабораторного исследования мочи и по возможности - срочной экстренной урографии или хромоцистоскопии. Макроскопически – макрогематурия.
- Обнаружение нарушения пассажа мочи по одному из мочеточников. Обзорная рентгенография мочевых путей – тень рентгеноконтрастного конкремента. Ультразвуковое обследование – конкременты в проекции правого мочеточника, увеличение размеров правой почки.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- **Правосторонний пиелонефрит** как правило, начинается подостро с тупых распирающих болей в пояснично-подвздошной или мезогастральной области. Рвота и дизурия в начале заболевания нередко отсутствуют. Лишь спустя 1-2 дня резко (до 39°С и выше) повышается температура тела. Анамнез заболевания: пиелит чаще всего является следствием нарушенного мочевыделения в результате мочекаменной болезни, беременности, аденомы предстательной железы и др.
- Даже при наличии явных признаков гнойной интоксикации не удастся выявить резкой болезненности при пальпации живота и симптомов раздражения брюшины. Вместе с тем необходимо отметить, что при пиелите нередко определяется болезненность в мезогастральной области, подвздошной области и положительный псоас-симптом Образцова.
- Исследование мочи – пиурия. Обзорная и контрастная урография – одно- или двусторонняя пиелоэктазия, что также можно установить при ультразвуковом исследовании.

## **Остеохондроз грудного и поясничного отдела позвоночника**

- Наличие болезненности в паравертебральных точках, усиление боли при их пальпации проецирующееся на переднюю брюшную стенку.
- Смена положения тела, поворот туловища наклон - резкие колючие либо стреляющие боли с ирадиацией в правую нижнюю конечность и паховую область
- Гиперестезия кожи
- Анамнестические и рентгенологические данные о наличии патологии позвоночника
- Отсутствуют симптомы интоксикации
- Отрицательные симптомы раздражения брюшины