

К дифференциальному диагнозу при остром аппендиците.

Ассистента **Н. Н. Назарова.**

О том, что постановка диагноза в некоторых случаях аппендицита может представить непреодолимые трудности, мы можем найти указания у авторов классических монографий об аппендиците. „Воспаления и заболевания желчного пузыря, печени, почек, а при известных обстоятельствах опухоли и воспаления, исходящие от полового аппарата у женщин, могут сходством припадков дать повод к ошибочной диагностике и к допущению аппендицита“,—говорит, напр., Sonnenburg. „Нередки случаи, где комбинация тех или других признаков воспаления червеобразного отростка симулирует заболевание какого-либо другого органа, иногда очень отдаленного и не имеющего прямых отношений к отростку“ (Ростовцев). Мнение это подтверждалось нераз и в работах авторов последнего времени, так как к этому приводит хирурга его повседневный опыт. Мы останавливаемся здесь на этом вопросе после того, как ряд случаев, один за другим, поставили наше внимание перед большими трудностями дифференциального диагноза при остро протекающих воспалительных процессах в полости живота, где так или иначе фигурировала возможность наличия острого аппендицита.

Патологические процессы в области желчного пузыря, duodeni и желудка—с одной стороны, в сфере внутренних половых органов у женщин—с другой действительно нередко создают клиническую картину заболевания, полную неясностей. В поисках за твердой опорой для практических мероприятий, иногда до очевидности неотложных, в подобных случаях, не без достаточных оснований, хирург фиксирует свое внимание, между прочим, и на возможном здесь заболевании червеобразного отростка. В других случаях воспалительный процесс в самом отростке, сопровождаясь несомненно свойственными этому заболеванию симптомами, не позволяет исключить возможности заболевания и в упомянутых областях, расположенных выше и ниже отростка. Невсегда целесообразная в таких случаях тактика выжидания уступает место неотложной лапаротомии, при которой только и открывается возможность устранить причину болезни, открыв глазом истинную локализацию процесса. При этом бывает выгодно войти в брюшную полость так, чтобы через один разрез осмотреть все наиболее подозрительные места. Приводим здесь краткие выписки из историй болезни тех 10 случаев, в которых мы, приступая к неотложной операции, или не имели удовлетворявшего нас диагноза, или предварительный, казалось-бы несомненный, диагноз оказывался по вскрытию

брюшной полости ошибочным, что изменяло совершенно ход операции. При этом остановимся сначала на 4 случаях, где совокупность симптомов приводила нас, совместно с терапевтами, к диагнозу „cholecystitis acuta“, но где, идя к желчному пузырю (через разрез по середине прямой мышцы) и не найдя в нем решительно ничего патологического, мы переносили внимание на червеобразный отросток слепой кишки и, находя его всякий раз резко измененным, кончали операцию аппендэктомией.

I. Б о л ь н а я П., заболела внезапно, почувствовав приступ резких болей под реберною дугою на месте положения желчного пузыря; боли отдавали сильнее к правой лопатке, нежели к пупку; повторная рвота; родственники передают, что больная с начала приступа стала крайне беспокойна,—вскакивала с постели, принимала вынужденные положения, страдая от колющих болей. Через 14 часов от начала заболевания П. доставлена в клинику с заключением опытного терапевта: „cholecystitis acuta“. Из анамнеза выяснилось, что в прошлом бывала желтуха и слабые боли в правом подреберье. Объективно—резкое напряжение мышц в верхней половине живота, особенно в области желчного пузыря; в илеоцекальной области возможна глубокая пальпация, не вызывающая болей. Больная сильно страдает. Пульс около 100. Операция под местной анестезией, начата разрезом посредине правой прямой мышцы. Желчный пузырь и окружающие его органы видимых отклонений от нормы не представляли, желчь свободно продавливалась из пузыря в протоки. В рану выведен appendix, сильно воспаленный, длинный, с колбообразным вздутием на конце. Appendectomy. В конце отростка гной. Больная выписана здоровою чрез 12 дней.

II. Б о л ь н а я К., 24 лет. Резкие боли в области желчного пузыря начались за 12 часов до поступления в клинику; боли иррадируют в правую лопатку и пупок, два раза была рвота. Около 2 лет тому назад была желтуха с легкими болями в области печени. При осмотре в клинике обнаружено резкое напряжение мышц в верхней половине живота; пульс 90, язык сух; больная крайне беспокойна, сильно страдает, но в области отростка слепой кишки допускает глубокую пальпацию, не жалуясь на боли. На консультации с терапевтом поставлен диагноз: cholecystitis acuta. Операция под местной анестезией, начата разрезом посредине правой прямой мышцы. Тщательное обследование желчного пузыря и желчных ходов не обнаружило ничего ненормального; в частности, камней нет. В разрез извлечен длинный, остро-воспаленный, толстый червеобразный отросток. Аппендэктомия. Выздоровление через 2 недели.

III. Б о л ь н о й Ш., страдает в течение 2-х последних суток сильнейшими болями, которые начались сразу в области печени, отдаваясь в пупок; желтуха, рвота; боли периодически чрезвычайно усиливаются, так что больной вскакивает с постели. При исследовании обнаружено желтое окрашивание покровов; боли локализируются в области желчного пузыря; на месте слепой кишки и ее отростка—отсутствие напряжения мышц и почти безболезненная пальпация. Прислан с диагнозом терапевта: cholecystitis acuta calc. Согласившись с этим диагнозом, мы предприняли под местной анестезией операцию, начатую разрезом посредине правой прямой мышцы. Желчный пузырь и его ходы оказались нормальны для простого глаза и под пальцами. В рану выведен отросток слепой кишки; он в сращениях, с колбообразно вздутым концом, содержащим гной, весь повернут к печени. Аппендэктомия. Выздоровление через 2 недели.

IV. Б о л ь н а я Г., 27 лет, заболела за сутки до поступления в клинику, почувствовав сразу резкие боли в области желчного пузыря с иррадиацией их в подложечную область и к правой лопатке. Полгода тому назад испытывала подобные же боли в течение часа. Желтухи не было. При осмотре в клинике оказалось, что живот резко напряжен в верхней половине и болезнен при давлении; пульс около 100, язык суховат, легкое желтушное окрашивание глаз; при обследовании правой илеоцекальной области—небольшая болезненность, допускающая глубокую пальпацию. Рвота в клинике 2 раза. Операция под новокаином. Разрез посредине правой прямой мышцы. Желчный пузырь и желчные ходы без видимых изменений. В разрез выведен отросток слепой кишки, сильно воспаленный, длинный, но без спаек. По удалении отростка в нем были найдены острицы и каловый камень. Выздоровление через 2 недели.

Приведенные 4 случая подтверждают мнение, что при некоторых положениях червеобразного отростка в сторону печени и желчного пу-

зря дифференцировать заболевание его от заболевания последнего иногда бывает совершенно невозможно. Желтуха в прошлом или настоящем, иррадиация болей по направлению к правой лопатке, локализация их преимущественно в области желчного пузыря—все это с первого же осмотра отвлекает внимание от червеобразного отростка на желчный пузырь. С другой стороны почти полная безболезненность при давлении около пупка, приступы коликообразных болей без напряжения мышц в точке Mc Burney'a—не позволяют в подобных случаях усматривать причину заболевания в аппендиксе. Наши больные при этом вели себя крайне беспокойно, принимая вынужденные положения и, видимо, страдая чрезвычайно. Не исключая возможности изменений в отростке, мы приступили к операции все же с уверенностью, что главные изменения найдём в желчном пузыре и окружающих его органах. Самый тщательный осмотр этой области не давал, однако, права связать наблюдавшийся у больных симптомокомплекс с состоянием пузыря. За то, когда в рану извлекался отросток,—первопричина всех явлений сразу оказывалась налицо. Замечательно, что в приведенных случаях мы не находили конца отростка расположенным слишком высоко и близко к печени; отросток лишь с некоторым трудом подводился в рану, будучи расположен, может быть, только немного выше того места, где мы его чаще всего находим при операциях, делая типичный разрез через точку Mc Burney'a.

Найдя желчный пузырь без макроскопических изменений и не обнаружив в протоках камней, мы, конечно, обязаны были иметь в виду возможность еще т. наз. бескаменного холецистита,—возможность приступов болей в зависимости от функциональных расстройств пузыря (по некоторым авторам) или наличия в нем инфекции (по Aschoff'y) без видимых простым глазом изменений. Не отрицая такой возможности, мы, может быть, были-бы более радикальны по отношению к пузырю, если бы не находили червеобразного отростка с резкими патологическими изменениями, до гноя в нем включительно. Эти изменения делали причину всех явлений настолько очевидной, что, по удалении больного отростка, внимание не хотело останавливаться на гадательно измененном желчном пузыре. Послеоперационное наблюдение над больными, спустя сравнительно большие сроки после ухода из клиники, подтверждало целесообразность вмешательства лишь на червеобразном отростке.

Следующие три случая освещают вопрос о трудностях дифференциальной диагностики между острым аппендицитом и заболеванием внутренних половых органов у женщин.

V. Больная А. К., 23 лет, замужняя, заболела внезапно, почувствовав резкие боли внизу живота. Была рвота. Доставлена в клинику на 2-е сутки от начала заболевания. При осмотре обнаружены напряжение мышц в правой илеоцекальной области и резкая боль при попытке пальпировать; болезненность меньше у правой пунартовой связки; небольшая болезненность в области левых придатков. Менeses 2 недели тому назад, в обычном порядке. Гинекологическое исследование, произведенное специалистом per vaginam, ничего особенного не обнаружило. Предположен острый аппендицит, но, в виду имеющихся болей слева и некоторой неясности данных гинекологического исследования, разрез сделан по средней линии, с целью проверки состояния придатков. В рану выведен мало измененный отросток. Appendicistomia. Правая труба сильно воспалена, раздута, вокруг нее серозногнойная жидкость; труба удалена. Левая труба мало изменена. Маленький отсасывающий тампон к месту правых придатков. Выздоровление через 3 недели.

VI. Больная К. С., 22 лет, замужняя, заболела внезапно, почувствовав сильнейшие боли внизу живота во время акта дефекации. Едва добралась до

постели. На короткое время потеря сознания, рвота, холодный пот. В клинику поступила в конце первых суток после начала заболевания. При исследовании, в области маточных придатков найдены напряжение мышц и болезненность при пальпации; в илеоцекальной области боли меньше, нежели в области непосредственно над пупартовой связкой справа; верхняя часть живота свободна от болей. Последние регулы 2 недели тому назад, год тому назад аборт. Бледность слизистых, сухость языка, пульс около 100, общее состояние тяжелое. Гинекологическое исследование, произведенное специалистом, не исключало возможности прерывания внематочной беременности. Операция, при диагнозе „*graviditas extrauterina*“, начата разрезом по *l. alba*. Маточные придатки с обеих сторон оказались без изменений. Напротив, отросток слепой кишки был резко изменен активным воспалительным процессом, — оказался утолщенным, длинным, колбообразно вздутым на конце. *Appendectomy*. Выздоровление через 2 недели.

VII. Больная М. Е., 28 лет, поступила на 3-и сутки от начала резких болей в правой подвздошной области. Была рвота. Регулы вовремя. В прошлом, страдая болями в этой же области, лечилась у гинекологов. В настоящем гинекологическое исследование, произведенное повторно в 1-е и 2-е сутки после начала болей, ничего патологического в половой сфере не открыло. Доставлена с диагнозом острого аппендицита. Результат осмотра в клинике: пульс 90, бледность слизистых, резкая болезненность и напряжение мышц в области отростка слепой кишки; боли отдают в пупок; над пупартовой связкой справа боли есть, но меньше, чем в точке *Mc Vigneu's*; во всей левой половине живота болезненность меньше, чем справа, и нет напряжения мышц. Операция под новокаином, начата разрезом через точку *Mc Vigneu's* при диагнозе острого аппендицита. Раздвинув мышцы и приподняв конус брюшины, мы увидели просвечивающую через брюшину кровь в брюшной полости. Брюшина не вскрыта. Швы на мышцы, аноневроз и кожу. Общий наркоз и разрез по *l. alba* от пупка вниз. В брюшной полости масса крови и кровяных сгустков. Правая труба и яичник без изменений, левая в ампулярной части имеет разрыв, и из нее удален зародыш вместе со сгустками крови. Труба ампутирована с сохранением левого яичника. Закрытие брюшной раны наглухо. Гладкое послеоперационное течение. Выздоровление через 3 недели.

Как видно из приведенных случаев, острое воспаление в отростке слепой кишки с одной стороны, а с другой — такие патологические процессы во внутренних половых органах у женщин, как внематочная беременность, могут дать картину, побуждающую к ошибочному плану операции. В практическом отношении ошибка в диагнозе в таких случаях может и не иметь большого значения, если только при операции имеется возможность одновременно осмотреть оба взятых под подозрение пункта. Дело здесь сводится к тому, чтобы такое подозрение имелось до операции, и чтобы положение операционного разреза позволяло проведение дифференциального диагноза глазом. Неправильное же распознавание может привести к серьезным отрицательным результатам. Литература знает по этому вопросу случаи *Kittmell's*, *Малиновского* и др., которые вылечивали много страдавших женщин операцией удаления отростка после того, как пациентки напрасно подвергались самым тяжелым операциям на внутренних половых органах.

Приступая, однако, к операции аппендэктомии у женщин, следует всегда помнить о тесных взаимоотношениях у них червеобразного отростка с внутренними половыми органами. Червеобразный отросток может опуститься в полость малого таза, а женские половые органы, наоборот, ненормально высоко подняться, и тогда воспалительные процессы здесь или там дадут сбивчивую картину. Между червеобразным отростком и правыми придатками матки существует, помимо того, анатомическая связь — *lig. appendiculo-ovaricum*. Наконец, патологические процессы случайно могут иметь место одновременно и в отростке, и в придатках, как в нашем случае VII. Все это делает дифференциальную диагностику трудной и вле-

чет возможность ошибки. Специальное гинекологическое исследование больной в иных случаях может также не дать точного диагноза, и тогда следует не забывать, приступая к операции, срединного разреза, дающего наилучшую возможность точно ориентироваться во время операции.

Заслуживает внимания, что в нашем случае V, несмотря на близкое соседство воспаленной и наполненной гнойною жидкостью трубы, червеобразный отросток имел вид вполне здорового: очевидно, инфекция может и не передаваться по лимфатическим путям упомянутой связки. Кроме того, в данном случае заслуживают быть отмеченными локализация болей в типичном для положения аппендикса месте и слабость их на месте правых придатков. Замечательно и то, что и при исследовании *per vaginam* больная не жаловалась на боли справа, а указывала на некоторую болезненность в левых придатках. Последняя жалоба и заставила нас, главным образом, идти срединным разрезом при уверенности в полном здоровье правых придатков. Осмотр глазом червеобразного отростка и придатков матки, как справа, так и слева, весьма убедительно показал нам, как велико может быть несоответствие симптомов с действительными данными.

Наш случай VI достаточно убедительно симулировал внематочную беременность. Частая рвота, сильные боли справа у пупартовой связки, общая слабость с бледностью слизистых, пульс, как при внутреннем кровотечении, наконец, коллапс в анамнезе—склоняли к диагнозу внематочной беременности, тем более, что исследование *per vaginam* не исключало такой возможности. С другой стороны типичное для отростка место оказалось безболезненным при пальпации, что отвлекало внимание от аппендикса. Разрез по белой линии, осмотр придатков матки и аппендикса еще раз убедили нас, насколько диагноз аппендицита у женщин может быть труден.

В случае VII уверенность наша и гинекологов в том, что причину заболевания следует искать в червеобразном отростке, была так велика, что мы приступили к операции, идя на отросток специальным разрезом, и лишь дойдя до брюшины убедились, что следовало идти через белую линию. Крайне неожиданно для нас оказалось и то, что в процесс была вовлечена левая труба при здоровой правой. Симптомы аппендицита здесь были настолько велики, что при первоначальном обследовании больной внимание никак не останавливалось на левых придатках, а справа мы ожидали увидеть вместе с воспаленным отростком несколько измененную трубу, но не трубную беременность.

Три приведенных случая наглядно подтверждают, что при заболеваниях маточных придатков и червеобразного отростка иногда самое точное исследование и самый, казалось-бы, убедительный анамнез допускают возможность диагностической ошибки, и тогда следует при лапаротомии осмотреть и то, и другое, чтобы не допустить неудачи.

Как нелегко бывает, затем, провести дифференциальный диагноз между острым аппендицитом и язвою желудка, видно из следующих 2 наших наблюдений:

VIII. Больной К., 36 л, поступил с жалобами на боли в подложечной области, которые его особенно беспокоят три последних месяца. Боли бывают не каждый день, усиливаются после приема пищи, им сопутствуют упорная изжога и кислая отрыжка. В области отростка слепой кишки никакой болезненности субъективно и при обследовании. Исследование желудочного сока дало повышенную кис-

лотность. Предположена язва желудка или duodeni. Разрез по белой линии. Тщательный осмотр желудка и 12-перстной кишки убедил нас, что макроскопически здесь все в пределах нормы. В рану извлечен червеобразный отросток, длинный, воспаленный, с верхушкой, наполненной гноем. Appendectomy. Выздоровление.

IX. Больной, заболевший сразу резкими болями в области червеобразного отростка. Повторная рвота. На 3-и сутки после начала заболевания доставлен в клинику. Осмотр: мышцы живота напряжены и болезненны справа, особенно над слепой кишкой; верхняя часть живота мало болезненна и мало напряжена. Больной перенес раньше 2 приступа подобных же болей с такой же локализацией их. Сделана аппендэктомия, причем удален сильно измененный отросток. На другой день после операции у больного рвота кофейной гущей, падение пульса, признаки внутреннего кровоизлияния. Повторная операция с разрезом по белой линии. Обнаружена прободная каллезная язва малой кривизны желудка; в брюшной полости содержимое желудка; флегмона всего желудка. Язва с трудом закрыта. Смерть через сутки.

По поводу этих двух случаев нужно напомнить, что внимание хирургов давно уже направлено на взаимоотношения между аппендицитом и язвой желудка, а аппендикулярная теория происхождения последней и теперь имеет защитников (Греков). О кровавой рвоте при воспалении червеобразного отростка в литературе имеется материал, охватывающий не один десяток случаев (Hutshison). О частоте хронического аппендицита в сочетании с язвой желудка говорят тысячи наблюдений, из коих видно, что у язвенных больных в 90,4% всех случаев имеются резкие изменения в отростке. Материал по этому вопросу, собранный клиницистами и проверенный патолого-анатомами, дал достаточно оснований к тому, чтобы сделать популярной теорию о механизме, в силу коего больной отросток влияет на желудочную стенку; эмболическое, нервно-рефлекторное и токсически-инфекционное воздействие на желудок со стороны отростка признано возможным (Paug, Rössle, Petersen, Греков, Ошман и др.). Интересно отметить, что у нас в России частота заболевания язвой желудка возрастает как-бы параллельно с частотой заболевания аппендицитом. Многие наблюдения экспериментального характера, проверенные клиникой и X-лучами, подтверждают возможность расстройства функций желудка путем рефлексов с патологически измененного аппендикса. Хронический аппендицит, вызывая рефлекторно спазматическое состояние кишечника, может влиять на состояние желудка и путем бактериальной инфекции из верхнего отдела кишечника, в силу застоя кишечного содержимого.

Уже из сказанного ясно, что затруднения при дифференциальной диагностике между заболеваниями желудка и аппендикса могут быть, и сравнительно нередко. Приведенные два случая достаточно иллюстрируют это. В первом из них, приступая к операции, мы не имели достаточных показаний идти сразу на червеобразный отросток, так как налицо был ряд резко выраженных язвенных симптомов. Однако при операции мы не нашли видимых изменений в стенках желудка и duodeni и должны были все явления у больного связать с резким поражением червеобразного отростка. Возможность в данном случае невидимой язвы теперь ушла на задний план, особенно после того, как, три месяца спустя, мы видели пациента совершенно здоровым, вполне излеченным операцией. Во втором из этих случаев возможность проглядеть прободную язву желудка, остановив свое внимание на отростке, до сих пор казалась нам практически маловероятной. Мы имели возможность наблюдать и оперировать 15 прободных язв желудка, но ни в одном из этих случаев

не имели такого перенесения всей тяжести симптомов с большого желудка на червеобразный отросток, как в данном случае. Локализация болей в области отростка со дня начала болезни, отсутствие язвенных симптомов в прошлом и припадков, свойственных прободной язве, в настоящем — склонили нас оперировать по поводу острого аппендицита; изменения в отростке, найденные при этом, казалось, объясняли вполне наблюдавшиеся у больного припадки, и лишь рвота кофейной гущей на вторые сутки после операции заставила нас оперировать еще раз, причем нам представилась картина перфорации язвы. Это наблюдение убедило нас, что момент перфорации язвы может сопровождаться припадками, характерными для начала острого аппендицита, — и тогда правильный диагноз может быть и не поставлен. Затруднению в диагнозе может способствовать и то обстоятельство, что процессы острого воспаления в отростке иногда протекают, не давая о себе знать до самого момента перфорации в отростке, а этот момент в свою очередь отмечается в иных случаях своеобразным симптомокомплексом.

Реакция организма на перфорацию может быть или чрезвычайно бурной, или удивительно незначительной. Нас не удивляют случаи, когда больной приходит в клинику с цветущим здоровьем, жалуясь на легкие боли в илеоцекальной области, ложится с улыбкой, как вполне здоровый человек, на стол, а затем мы удаляем у него отросток, наполненный гноем, раздутый до объема сосиски и иногда уже перфорированный. Замечательно, что перед тем, как оперировать в подобных случаях, можно иной раз давить на область слепой кишки, — и больной отмечает лишь самую легкую болезненность, что заставляет колебаться между выжидающим и неотложной операцией. С другой стороны можно наблюдать крайне бурные симптомы, напр., сильнейшие боли, при сравнительной незначительности поражения отростка. Словом, общее состояние больного и характер изменений в отростке часто могут не соответствовать одно другому. Все это дает повод к грубым ошибкам в диагнозе острого аппендицита, или привлекая слишком к нему наше внимание, или отвлекая от него. Имея это в виду, следует в тех случаях, где колебания идут в пределах заболеваний желудка и аппендикса, оперировать через разрез по средней линии, который дает возможность осмотреть оба эти органа и еще область желчного пузыря.

Нам остается упомянуть еще о том, как трудно бывает иногда отличить коликообразные боли при острым аппендиците от почечных колик и болей при камне в правом мочеточнике. Из этой области мы имеем следующее наблюдение:

Х. Больной В. К., 27 лет, приехал в клинику издалека с намерением подвергнуть себя операции по поводу камня в правой почке. Больным себя считает 1½ года, причем жалуется на боли в правом боку и пояснице, появляющиеся периодически и достигающие такой силы, что вынуждают больного ложиться в постель на 2—3 дня; боли эти отдают в мошонку и пупок. Больной подвергался лечению у опытных врачей и имеет на руках ряд исследований разного рода, а также предложение комиссии врачей оперировать его по поводу камней правой почки. При осмотре в клинике я мог констатировать определенную болезненность в точке Mc Vigne'ya. Операция по поводу острого аппендицита. Удален отросток толщиной с средний палец руки, наполненный гноем. Выздоровление через 2 недели. Рентгеновский снимок при выписке больного из клиники камней ни в почке, ни в мочеточнике не обнаружил.

Здесь некоторая своеобразность иррадиации болей во время приступов и некоторые изменения со стороны мочи увлекли внимание наблю-

дателей в сторону почки и мочеточника в то время, как причина страдания лежала в воспалении червеобразного отростка. Особенно затруднительным может быть диагноз в случаях ущемления камня в мочеточнике на уровне отростка или при наличии срощений мочеточника с отростком. Сомнение может разрешить хороший рентгеновский снимок; если же его невозможно скоро сделать, хирург может оказаться в большом затруднении.

В конечном итоге наши наблюдения приводят нас к следующему выводу: ставя диагноз острого аппендицита, следует иметь в виду, в иных случаях, участие в процессе и других органов; следует помнить, что иногда центр тяжести заболевания может лежать не в поражении червеобразного отростка, а в тяжелом поражении таких органов, как почки, желудок, желчный пузырь, женские половые органы, хотя у больного и доминируют припадки свойственные острому аппендициту; в подобных случаях выгоднее начинать операцию таким разрезом, который-бы позволял сразу осмотреть все подозрительные пункты и произвести радикальное вмешательство,—иначе есть возможность просмотреть основное страдание и произвести лишь недостаточную в данном случае аппендэктомию.
