

К особо сложным случаям надо отнести **забрюшинное расположение** аппендикса, когда деструктивные изменения в нем вовлекают в процесс забрюшинную клетчатку без перехода на серозный покров. В этих случаях симптоматика аппендицита путается с симптомами почечного поражения, причем в первую очередь почечнокаменной болезни, и тут помогает рентгеноскопическое исследование, особенно при аномальном расположении слепой кишки.

Нам известен случай, когда слепая кишка находилась позади брюшной полости под правым куполом диафрагмы и острый аппендицит не был диагностирован. Рентгенологическое исследование, которое не было произведено, несомненно, помогло бы установить эту редкую форму аномалии. При сомнительной картине почечнокаменной болезни превосходным диагностическим методом является хромоцистоскопия, которая при наличии почечной колики обязательно выявляет блокаду выведения контрастного вещества на больной стороне. При отсутствии колики надо склониться к диагнозу аппендицита.

В случаях, когда острый аппендицит протекает атипично, не походя ни на одно заболевание, надо подумать в первую очередь именно о нем, как и в тех случаях, когда клиническая картина позволяет подозревать любое [хирургическое заболевание](#) брюшной полости. Симптоматика холецистита, язвенной болезни, панкреатита и т. д. как бы рассыпается и отдельные симптомы переплетаются самым причудливым образом. Казалось бы, именно при подобных обстоятельствах диагностическое мышление должно склонить в пользу

аппендицита

, но анамнез, призванный помочь диагностике, в подобных случаях уводит мысли в сторону другого заболевания. Такую смешанную картину острый аппендицит дает именно в тех случаях, когда развивается на фоне хронически протекающего другого заболевания, например язвенной болезни. Приводим характерный пример этого рода.

Таким образом, одно из правил, которому должен следовать клиницист, — это критическое отношение к анамнезу в случаях, когда симптоматика острого заболевания отличается крайней пестротой признаков. Приведенный выше пример поучителен и в другом отношении. Очень часто острый аппендицит в первые 6-10 часов проявляется весьма типично, но в дальнейшем, при деструктивном течении процесса, симптоматика теряет типичные черты и принимает причудливое течение. Здесь и возникают поводы к сомнениям в инфекционной или какой-либо другой природе заболевания. В обоих примерах начало острого аппендицита обрисовано довольно ясно, но впоследствии **четкий симптомокомплекс**

болезни рассыпался, как стекла в калейдоскопе, принимая последовательно очертания то одного, то другого заболевания.

Так же как даже при правильном осмотре и оценке больного «**деструктивный аппендицит**» может оказаться при дальнейшем гистологическом исследовании «простым», так и деструктивная форма может нести на себе печать клинического проявления [простого аппендицита](#)

. Это бывает, когда симптоматика болезни ослабляется в связи с омертвением деструктивного отростка и связанной с этим блокадой

болевого сигнала

в кору. В других случаях ретроцекальное расположение отростка при деструкции его дает смазанную и слабую симптоматику со стороны брюшины. Разобраться в этих сложных условиях диагностики при одномоментном осмотре больного бывает трудно, а иногда невозможно. Возникает необходимость динамического наблюдения больного в ограниченные сроки, что поднимает вопрос о хирургической тактике.

Материалы по теме:

- 1) [Техника аутодермопластики](#)
- 2) [Мякотканые опухоли кисти](#)
- 3) [Лечение специфических видов ожогов](#)