

УДК 616.346.2-002.4

О СОХРАНЯЮЩИХСЯ СЛОЖНОСТЯХ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Тарасов А.Д., Мовчан К.Н., Киприянов В.С., Боголюбов М.В., Русакевич К.И.

*ГБОУЗ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ;*

*СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», Санкт-Петербург,
e-mail: TarasovA@miac.zdrav.spb.ru*

Рассматривается клиническое наблюдение осложненного острого аппендицита (ОА). Проанализированы трудности дифференциальной диагностики данного заболевания. Подчеркивается приоритетная значимость клинических методов обследования пациентов в исключении заболеваний группы «острый живот» в случаях абдоминального болевого синдрома как на этапах оказания медицинской помощи амбулаторно и службой скорой (неотложной) медицинской помощи, так и в условиях обследования пациента в специализированном стационаре, в том числе инфекционного профиля. Затронуты вопросы экспертной оценки качества оказанной медицинской помощи в случаях лечения больных осложненным острым аппендицитом. Показано, что условия для ошибок диагностики острого аппендицита нередко формируются при игнорировании сведений о клинической картине заболевания и предпочтении в процессе клинического мышления данным специальных методов обследования пациентов.

Ключевые слова: острый аппендицит, диагностика

CONSERVING COMPLICATIONS DURING THE DIAGNOSING OF ACUTE APPENDICITIS

Tarasov A.D., Movchan K.N., Kiprijanov V.S., Bogolubov M.V., Rusakevitch K.I.

*SBEIH HPE «Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov»
of the Ministry of Health of the Russian Federation;*

*SPb SBIH «The Medical information-analytical centre», St-Peterburg,
e-mail: TarasovA@miac.zdrav.spb.ru*

To consider clinical observation of complicated acute appendicitis (AA). The differential diagnostic's difficulties of this disease are analyzed. Accentuates the importance of priority clinical methods of examination of patients in the exclusion of diseases of the «acute abdomen» in cases of abdominal pain, both stages of health care outpatient and emergency medical care, as well as in the patient's examination in a specialized hospital, including infectious diseases. The issues of peer review of quality of medical care in cases of treatment of patients with complicated appendicitis. Established that the conditions for mistakes in AA's diagnostic are formed during the dropping information about clinical presentation of a disease and preference findings to ad hoc method of patient's inspection, while clinical thinking.

Keywords: acute appendicitis, diagnostic

Острый аппендицит продолжает занимать одну из ведущих позиций среди заболеваний населения из группы «острый живот» [1–6]. В большинстве случаев вопросы верификации и лечебной тактики при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости (ОХЗОБП) оказываются решаемыми. Однако у некоторых пациентов ошибки в диагностике острого воспалительного процесса в червеобразном отростке могут оказываться роковыми [1, 11]. Чаще всего так происходит при атипичных проявлениях ОА, неправильной интерпретации клинических данных и при несвоевременном использовании специальных методов обследования пациентов [4, 7–10]. Сложности в диагностике этого заболевания сохраняются, несмотря на обследование и лечение пациентов даже в условиях специализированных многопрофильных клиник.

Материалы и методы исследования

Проанализированы основные статистические данные Санкт-Петербургского медицинского инфор-

мационно-аналитического центра (СПб МИАЦ), отражающие параметры деятельности специалистов медицинских учреждений Санкт-Петербурга по оказанию медицинской помощи больным ОХЗОБП. Общее число ЛПУ, оказывающих медицинскую помощь при ОХЗОБП в 2010 году в Санкт-Петербурге, составило 350. При ОА показатели послеоперационной летальности традиционно не превышают значение 0,22% вне зависимости от коечной мощности медицинских учреждений. Однако в некоторых стационарах в 2010 году данный показатель достигал 1% случаев. Последнее, как правило, объясняется ошибками в верификации ОА. Примером этому служит следующее клиническое наблюдение.

Пациент Г., 25 лет, житель Санкт-Петербурга заболел внезапно, через неделю после поездки в Западную Европу: отмечал боль в эпигастрии, тошноту, трёхкратно происходила рвота, беспокоил озноб. Самостоятельно промывал себе желудок, принимал левомецитин, но-шпу. Эффекта не отмечено. Осмотрен врачом отделения скорой медицинской помощи (СМП) городской поликлиники по месту жительства. Общее состояние расценено как удовлетворительное. Температура тела 36,8°C. Кожа обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст. Язык

влажный, обложен белесоватым налетом. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не увеличена. Особенности стула и диуреза нет. Параметры ЭКГ в пределах нормы. Заподозрено обострение хронического гастрита. Ротавирусная инфекция? Выполнена инъекция церукала (2,0 мл). Рекомендованы: консультация и лечение на дому под контролем терапевта по месту жительства.

Через сутки целенаправлено осмотрен участковым врачом поликлиники на основании сообщения специалистов бригады СМП, осуществлявшей оценку состояния больного дома накануне. Пациент жаловался на тошноту, рвоту, слабость, боли в животе (в правой его половине). Отмечено повышение температуры тела до $38,1^{\circ}\text{C}$. Общее состояние расценено как удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки обычного цвета, периферические лимфоузлы не увеличены. АД – 110/80 мм рт. ст. При аускультации легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот при пальпации не напряжен, мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, правом подреберье и в пупочной области. Печень не увеличена. Симптом Ортнера отрицательный. Симптомов раздражения брюшины не отмечено. Стула не было. Мочеиспускание безболезненное. Цвет мочи обычный. Для исключения синдрома раздраженной кишки и дискинезии кишечника выполнены клинические анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, посев испражнений на возбудители брюшного тифа, иерсиниоза, сальмонеллеза. Назначено лечение: диета, энтерофурил 200 мг в сутки, полифепан 1 табл.×3 раза в сутки, мезим форте 1 табл.×3 раза в сутки. Подобная терапия осуществлялась два дня.

На 4-е сутки заболевания у пациента сохранялись повышенная температура тела (от $37,5$ до $38,0^{\circ}\text{C}$), слабость и боль в правой половине живота (в основном в правом подреберье и гипогастрии). Рвоты и стула не было. Пульс – 84 уд./мин. Со стороны органов грудной клетки – без патологии. При исследовании живота, последний не напряжен, мягкий. Печень не пальпируется, симптомов раздражения брюшины нет. Данные анализа крови: лейкоциты – $12,2 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроциты – $5,4 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 146 г/л, билирубин общий 26,62 мкмоль/л, прямой 5,93 мкмоль/л (при норме до 3,4 мкмоль/л). При исследовании мочи: уробилиноген – 68 мкмоль/л, билирубин – 10 мкмоль/л. Заподозрен острый вирусный гепатит на фоне лихорадки неясного генеза. Санитарным транспортом доставлен в стационар инфекционного профиля.

При осмотре специалистов инфекционной больницы отмечались общая слабость, вздутие живота, желудочный дискомфорт. Общее состояние пациента расценено как средней степени тяжести. Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Пульс 74 в 1 мин, АД 110/60 мм рт. ст. Границы сердца и легких – в норме. При аускультации легких: дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца звучные. Язык влажный. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в околопупочной области. Расстройство стула не отмечено. Состояние больного расценено как острый гастроэнтерит, дискинезия желчевыводящих путей? Назначены инфузионная и антибактериальная терапия (фторхинолоны), щелочное питье. Исследование сланировано в формате исключения/подтверждения диагноза вирусного гепатита.

В дальнейшем, изучив историю развития и течения заболевания специалисты инфекционного стационара посчитали, что больной переносит норовирусную инфекцию, при этом также полагали, что т.к. норовирусные энтероколиты протекают в виде микст-инфекции, у таких пациентов констатируется бактериальный компонент, который в 80% случаев обуславливает необходимость назначения антибиотиков. Антибактериальная терапия проводилась и у данного больного.

В течение 5-и суток заболевания живот пациента при пальпации сохранялся мягким, безболезненным. Симптомов раздражения брюшины не было. Стула не было. Состояние рассматривалось как острый гастроэнтерит. Осуществлялось консервативное лечение.

В последующие несколько дней больной жаловался на невыраженную слабость, повышение температуры тела (по вечерам – до $38,4^{\circ}\text{C}$), периодические боли в правой половине живота. Последний при пальпации оставался мягким, без болезненных ощущений, хотя реакция при исследовании правых отделов брюшной полости сохранялась. Симптомов раздражения брюшины не было. Стул и диурез – без особенностей.

С 8-х по 10-е сутки заболевания пациент жалоб не предъявлял, температура тела сохранялась нормальной. Общее состояние расценивалось как удовлетворительное. Тахикардии не отмечено. Пульс – 74–76 уд. в мин. Живот при пальпации оставался мягким, слегка безболезненным в правых отделах. Стул и диурез – без изменений. При УЗИ брюшной полости выявлена гепатомегалия. В это же время при исследовании крови: лейкоциты – $7,2 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, лимфоциты – 18%, моноциты – 6%.

Оснований показывать пациента хирургу инфекционисты не находили, поскольку в инфекционной больнице больной не жаловался на боли в животе.

Через 7 суток лечения в инфекционном стационаре по поводу норовирусной инфекции пациент выписан под наблюдение врачей по месту жительства. К моменту выписки из инфекционной больницы отмечена нормальная температура и пациент не предъявлял никаких жалоб. Признан трудоспособным.

На следующий день после выписки из инфекционной больницы больной вновь был вынужден обратиться к специалистам поликлиники по месту жительства, т.к. его беспокоили неинтенсивные боли внизу живота. Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела – в норме, аппетит сохранен. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Язык влажный, слегка обложен белесоватым налетом. Тоны сердца ритмичные. Пульс 76 уд./мин. Дыхание – везикулярное. Печень увеличена, выступает на 1 см ниже реберной дуги. Физиологические отправления в норме. По мнению осматривающих больного специалистов амбулаторного этапа на фоне реконвалесценции нельзя было исключить острый гастроэнтерит. Рекомендованы: диета, бифидоформ – 2 раза в сутки, ревит – 3 раза в сутки, биохимическое исследование крови и ее тестирование на маркеры вирусного гепатита.

На следующий день осмотрен врачом общей практики поликлиники по причине сохраняющихся болей в мезогастррии, повышения температуры тела до $38,3^{\circ}\text{C}$. На туалетной бумаге в конце дефекации замечал кровь алого цвета. Общее состояние – удовлетворительное. Дыхание – везикулярное, хрипов нет.

Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 118/68 мм рт. ст. Пульс 72 уд./мин. Живот при пальпации мягкий. Отмечается выраженная болезненность при пальпации живота, преимущественно в правых отделах. Симптомы Ровзинга, Бартомье – Михельсона отрицательны. Выставлен диагноз: острый гастроэнтерит, субремиссия; острая респираторная вирусная инфекция? анальная трещина? Назначено лечение на дому: бифидформ, поливитамины, флемоксин – солютаб 500 мг×3 раза в сутки. Рекомендованы осмотры заведующего отделением, хирурга, инфекциониста. В этот же день осмотрен заведующим отделением, который согласившись с диагнозом, рекомендовал исключить острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ).

На 12-е сутки заболевания осмотрен хирургом поликлиники, констатировавшим у больного острый гастроэнтероколит, острую анальную трещину, внутренний геморрой в фазе обострения. Рекомендовано лечение: детралекс, свечи «Релиф». В плане обследования – ректороманоскопия и консультация проктолога. В этот же день осмотрен инфекционистом. Состояние признано удовлетворительным. Живот участвует в дыхании, при пальпации – мягкий, констатируется умеренная болезненность в положении по Гроту. Сигмовидная кишка не спазмирована, безболезненна. Печень и селезенка не пальпируются. Стул в норме. Мочевыделение не нарушено. Заключение инфекциониста: рецидив острого гастроэнтерита, геморрой, дисбактериоз кишечника. Рекомендовано: посев кишечного содержимого на дизгруппу, выполнение УЗИ брюшной полости и фиброгастроудоденоскопии. Назначены дюспаталин, бифидформ, поливитамины.

На 13-е сутки от начала заболевания по причине неинтенсивных болей в пояснице справа с иррадиацией в паховую область, которые, по мнению больного, периодически стали беспокоить еще несколько суток назад, осмотрен врачом отделения СМП поликлиники. Общее состояние расценено как удовлетворительное. Температура тела: 37,9°C. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание – везикулярное, хрипов нет. Пульс – 79 уд. в мин. Тоны сердца ясные, шумов нет. АД – 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный, участвует в дыхании, симптомов раздражения брюшины нет, перистальтика сохранена. Мочевыделение до 4 раз в день, безболезненно. Поколачивание в пояснице справа несколько болезненно. Заподозрено развитие острого пиелонефрита справа. После инъекции дротаверина (2% – 2,0) боль стала менее интенсивной. В дальнейшем наблюдался участковым врачом.

В этот же день для осмотра больного приглашены уролог и хирург частной клиники. Так как не представлялось возможным исключить диагноз острого пиелонефрита и для целенаправленного обследования на предмет подтверждения острой хирургической патологии органов брюшной полости пациент госпитализирован в одну из многопрофильных больниц города, оказывающей медицинскую помощь в неотложном порядке.

В стационаре предъявлял жалобы на боли в животе, тошноту, рвоту, слабость, температуру тела до 38,0°C. При осмотре дежурного уролога общее состояние расценено как средней тяжести, пульс 80 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, участвует в дыхании, умеренно болезненный в око-

лопупочной области и по правому флангу. Мочеиспускание учащено. При поколачивании поясницы справа отмечалась иррадиация боли в правое подреберье и в эпигастрий. При УЗИ почек патологии не выявлено. Наличие острого урологического заболевания не отвергнуто. Однако дежурный хирург обратил внимание на сухость и обложенность языка пациента; умеренную болезненность во всех отделах мягкого живота и слабopоложительные симптомы раздражения брюшины на фоне слабо выслушиваемой перистальтики. Выполнены дополнительные исследования. При общеклиническом анализе крови: эритроциты $5,43 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 150 г/л, лейкоциты – $11,3 \cdot 10^9/л$, нейтрофилы – 73%, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, лимфоциты – 8%, моноциты – 7%. СОЭ – 3 мм/ч. При биохимическом анализе крови: глюкоза – 5,68 ммоль/л, креатинин – 77 ммоль/л, общий белок – 81 г/л, АсАТ – 13 МЕ/л. При рентгенографии грудной клетки – патологических изменений не выявлено, однако во время обзорной рентгенографии живота – отчетливые горизонтальные тонкокишечные уровни жидкости. Во время УЗИ брюшной полости отмечены раздутые петли кишок с большим количеством жидкости, свободная жидкость в полости брюшины. Заподозрен перитонит.

Выполнена диагностическая лапароскопия: в брюшной полости до 500,0 мл выпота, петли тонкой кишки раздуты, гиперемированы. В правой подвздошной области выявлен инфильтрат. При попытке разделения органов, вовлеченных в инфильтрат, отмечено поступление густого гноя. Осуществлена конверсия (средне-срединная лапаротомия). В брюшной полости вскрыт абсцесс (200,0 мл). Его источник – деструктивноизмененный червеобразный отросток с перфорацией на верхушке. В левом поддиафрагмальном пространстве выявлен еще один инфильтрат. При разъединении составляющих его органов выделилось до 150 мл густого гноя. Полости абсцессов санированы. Осуществлена типичная аппендэктомия. Вследствие кровотечения из селезенки, оказавшейся стенкой поддиафрагмального абсцесса на участке 3,0×5,0 см, и безуспешности попыток достижения устойчивого гемостаза выполнена спленэктомия. Операция завершена лавагастротомической интубацией, санацией и дренированием брюшной полости.

С учетом интраоперационных данных сформулирован диагноз основного заболевания: гангренозно-перфоративный аппендицит, осложненный формированием межкишечного и поддиафрагмального абсцессов.

В первые сутки послеоперационного периода в связи с активным поступлением крови по дренажам из брюшной полости выполнена релапаротомия. При ревизии брюшной полости в левом поддиафрагмальном пространстве в области ножки селезенки обнаружен сгусток крови до 250 мл. Последний удален. Культи ножки селезенки прошита. Других источников кровотечения в брюшной полости не выявлено. Осуществлено ее промывание, осушение и дренирование.

В дальнейшем послеоперационный период протекал без осложнений. Проводилась поликомпонентная (антибактериальная, гемостатическая, гемотрансфузионная) интенсивная терапия. Дренажи из брюшной полости удалены на 4-е сутки после релапаротомии. Швы с раны передней брюшной стенки сняты на 12 сутки после операции.

На 19-е сутки послеоперационного периода пациент выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение.

Через 47 суток от начала заболевания признан трудоспособным.

Результаты исследования и их обсуждение

Очевидно, что диагноз ОА пациенту своевременно поставлен не был. При патологоанатомическом исследовании удаленного конгломерата размерами $9 \times 3 \times 4$ см установлено, что инфильтрат представлен в основном жировой тканью (сальник), с прослойками фиброзной (хрящевидной плотности) соединительной ткани. Стенка червеобразного отростка (диаметр последнего чуть менее 1,0 см) резко уплотнена. Микроскопически признаки гангренозного процесса в червеобразном отростке не выявлены. Однако верифицирован выраженный флегмонозный процесс с классической картиной нейтрофильной инфильтрации и с поражением окружающей ткани, массивным разрастанием соединительной ткани. Последнее, как полагают патологоанатомы, обычно отмечается на фоне массивной антибиотикотерапии. Диагноз, сформулированный патологами: хронический аппендицит с элементом флегмонозного характера. По мнению патоморфологов, процесс следует рассматривать как подострый аппендицит с пролонгированным течением и гнойным поражением окружающей клетчатки. При исследовании селезенки выявлены умеренные признаки гиперплазии её пульпы и периспленит с наложениями эритроцитов, что свидетельствует о состоявшемся кровотечении. В целом, по мнению патологов, процесс длился не менее 3 недель. Он представлен как зрелой, так и незрелой соединительной тканью. Верифицирована пролиферация грануляционной ткани разной степени зрелости. Визуализированы как более фиброзированные, так и более клеточные участки, пропитанные гноем по типу классического флегмонозного процесса с периаппендикулярным абсцессом. В целом при гистологическом исследовании обнаруживались как выраженный склероз, так и флегмонозный процесс. Таким образом, по данным патоморфологического исследования можно полагать, что изменения в брюшной полости сформировались у пациента еще при его пребывании в инфекционном стационаре и даже ранее.

Несмотря на то, что исход для больного оказался благополучным, можно констатировать несомненные дефекты оказания пациенту медицинской помощи.

Прежде всего нельзя забывать о том, что острый аппендицит многолик, часто не имеет специфической картины, а это обстоятельство как раз и не учитывалось осматривающими больного медицинскими работниками. Специалисты, участвовавшие в лечебно-диагностическом процессе, как-то забыли, что, по образному выражению И.И. Грекова, острый аппендицит представляет собой «хамелеоноподобное» заболевание.

Врачам первого контакта, вероятно, прежде всего следовало бы отвергнуть одно из самых частых заболеваний органов брюшной полости – острый аппендицит. Однако это сделано не было. На всех этапах обследования пациента, несмотря на то, что специалисты, отойдя от правила о том, что клиническая картина заболевания первична, а всё остальное – вторично, даже не приглашали хирургов, хотя и думали об ОХ-ЗОБП. В данном случае медицинские работники отдавали приоритет специальным методам обследования, что оказалось роковым. Можно осуществлять и применять многочисленные лабораторные (в частности, ПЦР), инструментальные (в частности – УЗИ, КТ) и другие специальные методики диагностики, однако сохранение боли в животе (как основного клинического признака неблагополучия со стороны органов брюшной полости) должно поддерживать стремление врачей любой специализацией на диагностический поиск острого хирургического заболевания органов брюшной полости.

Оценивая действия врача первого контакта, нельзя не обратить внимание на возможно и правильную, но явно переоцененную значимость инфекционного компонента. Поэтому оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе нельзя оценивать иначе, как ненадлежащее – V класс по В.Ф. Чавпецову [12].

Что касается этапа оказания медицинской помощи в инфекционной больнице, то, по мнению ее специалистов, клиническая картина заболевания вполне укладывалась в норовирусную инфекцию. У больного при поступлении в инфекционный стационар констатирован лейкоцитоз, явления которого быстро регрессировали. К моменту выписки из инфекционной больницы у пациента отмечена нормальная температура и не было жалоб. Специалисты в области инфекционных болезней считают, что пациент после лечения по поводу норовирусной инфекции выписан практически здоровым человеком и оснований показывать его хирургу не было, т.к. в инфекционной больнице больной не жаловался на боли в животе. Сложилось полное впечатление, что

больной перенёс норовирусную инфекцию, от которой вроде бы поправился, и оснований задерживать пациента в инфекционной больнице не было. Инфекционисты не исключают, что ОА у больного развился постфактум, после выписки из инфекционной больницы на фоне отягощенного морбидного фона, а недостатком вменяют себе то, что после норовирусной инфекции больному было показано диспансерное наблюдение, что не было осуществлено.

Ошибкой специалистов инфекционной больницы, вероятно, следует считать и назначение фторхинолонов при подозрении на гепатит, что было основным подозрением врача, направившего больного в стационар. Фторхинолоны в инфекционной больнице, по мнению специалистов, назначались потому, что была уверенность в развитии у пациента диареи вирусной природы, о чем лабораторно было констатировано чуть позже. Инфекционисты отмечают, что антибиотики назначались не в день поступления, а через 2–3 дня после получения положительных результатов ПЦР.

Пациент выписан из инфекционного стационара, получая антибиотики. Вместе с тем нельзя не пройти мимо того факта, что назначение антибактериальной терапии, несомненно, повлияло на клиническую картину острого аппендицита. Несмотря на обследование и лечение пациента в стационаре (даже инфекционного профиля), вероятно, нельзя с происшедшей легкостью безапелляционно судить о выздоровлении пациента и тем более об отсутствии у него признаков ОХЗОБП, так как уже через день после выписки из больницы больного беспокоили боли в мезогастррии и отмечалось повышение температуры тела до 38,3 °С, т.е. с прекращением антибиотикотерапии признаки заболевания появились снова. В целом тактику инфекционистов, очевидно, нельзя признать безапелляционно верной прежде всего в плане назначения наркотиков и антибиотиков больному, при обследовании которого были веские подозрения на «острый живот». Оценку оказания медицинской помощи в инфекционной больнице нельзя признать иной, как V класс ненадлежащего оказания медицинской помощи по В.Ф. Чавпечову.

Особой оценке подлежат действия хирурга, осматривавшего пациента после его выписки из инфекционной больницы. Очевидно, что болезненность в околопупочной и правой боковой области живота, выделения алой крови при дефекации, увеличение геморроидальных узлов не позволяют считать, что эти симптомы заболевания развились далеко не в течение суток после выпи-

ски из инфекционной больницы. И тем не менее хирург поликлиники счел необходимым назначить пациенту диету, соблюдение ограничительного (в плане подвижности) режима, препараты системного (детралекс) и местного (свечи «Релиф») лечения.

Хирург поликлиники слишком много внимания сосредоточил на изменениях со стороны прямой кишки, не думая о возможности неблагополучия со стороны органов брюшной полости. Хирург не учел того обстоятельства, что пациента уже две недели беспокоят боли в животе, а накануне (при осмотре терапевта) констатирована температура тела, достигающая 38,3 °С и сопровождающаяся болями в мезогастррии. Хирург не уточнил характер болей в животе, исключив только перитонеальные симптомы, и ограничился назначением пациенту только ректальных свечей, не уделяя внимания болезненности в правой подвздошной области и не уточнив наличие или отсутствие аппендикулярных симптомов.

Анализируя алгоритм диагностического поиска на этапе, предшествующем хирургическому лечению, нельзя не отметить, что наблюдавшие больного специалисты даже при признаках пареза кишечника все же придерживались точки зрения о нехирургической природе заболевания и направили пациента в стационар с диагнозом «острый пиелонефрит». При этом очевидно, что при подозрении у молодого человека острого заболевания правой почки необходимо было прежде всего выявить возможные причины данного патологического состояния (аномалии развития и строения почек, камни в них и др.). В инфекционном стационаре при установлении диагноза «обострение хронического пиелонефрита» не проводилось никаких дополнительных исследований по этому поводу.

Несомненно, что при проведении диагностического поиска специалисты в первую очередь стремятся исключить самое часто встречаемое ОХЗОБП – острый аппендицит. Как это ни парадоксально, но в представленном наблюдении никто из врачей, осматривающих пациента, об острой патологии червеобразного отростка не подумал, несмотря на то, что признаки неблагополучия со стороны органов живота при обследовании пациента несомненно отмечались.

В стационаре, где оперирован больной, хирурги столкнулись с нестандартной ситуацией запущенного осложненного ОА. Операция выполнена пациенту на фоне разлитого перитонита с формированием двух абсцессов. Выделение червеобразного отростка осуществлялось из инфильтрата.

При операции оказались поврежденными органы. В послеоперационном периоде выполнялась релапаротомия, обусловленная кровотечением. Очевидно, что констатируемые интра- и послеоперационные осложнения – следствия ненадлежащего оказания больному медицинской помощи на предыдущих ее этапах.

Заключение

В настоящее время использование неинвазивных (прежде всего лучевых) технологий и лапароскопической техники значительно облегчает постановку диагноза при таком заболевании, как острый аппендицит. В Санкт-Петербурге в последние 20 лет уровень регистрации случаев острого аппендицита снизился с 12 до 4 тысяч, т.к. появились новые возможности верификации и правильного учета наблюдений данной патологии. Однако, оценивая эти параметры с позиции организации лечебно-диагностического процесса, практикующие врачи не должны забывать классический алгоритм клинического обследования и лечения пациентов с диагнозом «острый аппендицит». Игнорирование этого правила обуславливает неудачи оказания медицинской помощи больным при остром животе. Представленное наблюдение – одно из напоминаний об этом.

Список литературы

1. Багненко С.Ф. Анализ летальности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости у пожилых и престарелых больных / С.Ф. Багненко, В.Ф. Озеров, В.А. Негрей // Мед. академ. журн. – 2003 г. – Т. 3, № 2, прил. 3. – С. 18–19.
2. Ошибки, осложнения, летальность у больных с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости / А.В. Федоров, В.П. Земляной и др. – СПб.: ЭФА, 2000. – 162 с.
3. Проблемы острого живота: (ошибки, осложнения, летальность) / А.Е. Борисов, В.П. Земляной, К.Н. Мовчан и др. – СПб.: Полиграф. искусство, 2003. – 174 с.
4. Проблемы острого живота: (ошибки, осложнения, летальность) / А.Е. Борисов, К.Н. Мовчан, В.Ф. Озеров и др. – 2-е изд., доп. – СПб.: СПб МАПО, 2004. – 174 с.
5. Ермолов А.С. Лапароскопия в неотложной абдоминальной хирургии. / А.С. Ермолов, А.А. Гуляев, П.А. Ярцев // Хирургия. – 2007. – № 7. – С. 57–59.
6. Ефименко Н.А. Острый аппендицит: дифференциальная диагностика и лечебная тактика / Н.А. Ефименко, В.Е. Милоков, А.И. Сахаров. – М.: Глав. воен. клинич. госпиталь им. Н.Н. Бурденко, 2004. – 109 с.
7. Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита. – Л.: Медицина, 1972. – 343 с.
8. Королев М.П. Острый аппендицит – хирургическая или социальная проблема? / М.П. Королев, Д.Н. Бойко, О.Л. Макарова, Л.И. Левина // Скорая мед. помощь. – 2004. – Т. 5, № 3. – С. 32–33.

9. Заболевания червеобразного отростка и слепой кишки / А.А. Курыгин, С.Ф. Багненко, Ал.А. Курыгин, Г.И. Синенченко. – СПб.: А.Н. Индиенко, 2005. – 259 с.

10. Русанов А.А. Аппендицит. – Л.: Медицина, 1979. – 173 с.

11. Уханов А.П. Причины летальности при остром аппендиците // Хирургия. – 1989. – № 2. – С. 17–21.

12. Чавпецов В.Ф., Михайлов С.М., Карачевцева М.А. Автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи: Структура, результаты и перспективы применения: информационные материалы. – СПб.: Копи-Р, 2007. – 65 с.

References

1. Bagnenko S.F. Analis letalnosti pti ostrykh hirurgicheskikh zabolevanijakh organov brushnoj polosti u pozhilykh i prestarelykh bolnykh, S.F. Bagnenko, V.F. Ozerov, V.A. Negrey, *Med. acad. zhurn.* 2003 г. Т. 3, no. 2, pril. 3. pp. 18–19.
2. Borisov A.E. Oshibki, oslozhneniya, letalnost u bolnykh s ostrymi hirurgicheskimi zabolevaniyami brushnoj polosti, A.V. Fedorov, V.P. Zemlyanoy i dr., *SPb.: EFA*, 2000, 162 p.
3. Borisov A.E. Problemy ostrogo zhivota: (oshibki, oslozhneniya, letalnost), A.E. Borisov, V.P. Zemlyanoy, K.N. Movchan i dr., *SPb.: Polygraf. iskusstvo*, 2003, 174 p.
4. Borisov A.E. Problemy ostrogo zhivota: (oshibki, oslozhneniya, letalnost), A.E. Borisov, K.N. Movchan, V.F. Ozerov i dr., *Izd. 2-e, dop., SPb.: SPb MAPO*, 2004. 174 p.
5. Ermolov A.S. Laparoskopiya v neotlozhnoy abdominalnoy chirurgii, A.S. Ermolov, A.A. Gulyaev, P.A. Yartsev, *Chirurgiya*, 2007, no.7, pp. 57–59.
6. Efimenko N.A. Ostryy appenditsyt: differencialnaya diagnostika i lechebnaya taktika, N.A. Efimenko, V.E. Milukov, A.I. Sakharov, *M.: Glav. voen. klinich. hospital im. N.N. Burdenko*, 2004, 109 p.
7. Kolesov V.I. Klinika i lechenie ostrogo appenditsyta, *L.: Meditsyna*, 1972, 343 p.
8. Korolev M.P. Ostryy appenditsyt – hirurgicheskaya ili sotsyalnaya problema? M.P. Korolev, D.N. Boyko, O.L. Makarova, L.I. Levina, *Skoraya med. pomosch*, 2004, vol. 5, no. 3, pp. 32–33.
9. Kurygin A.A. Zabolevaniya cherveobraznogo otrostka i slepoy kischki, A.A. Kurygin, S.F. Bagnenko, Al.A. Kurygin, G.I. Sinenchenko, *SPb.: A.N. Indienko*, 2005, 259 p.
10. Rusanov A.A. Appenditsyt, *L.: Meditsyna*, 1979, 173 p.
11. Ukhanov A.P. Prichiny letalnosti pri ostrom appenditsyte, *Khirurgiya*, 1989, no. 2, pp. 17–21.
12. Chavpetsov V.F., Michaylov S.M., Karachevtseva M.A. Avtomatizirovannaya tehnologiya ekspertizy kachestva meditsinskoy pomoschi: Struktura, rezultaty I perspektivy primeneniya: informatsionnye materialy, *SPb.: Kopy-R*, 2007, 65 p.

Рецензенты:

Акимов В.П., д.м.н., исполняющий обязанности заведующего кафедрой хирургии им. Н.Д. Монастырского, ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург;

Кашенко В.А., д.м.н., заместитель главного врача по хирургической работе, ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России», г. Санкт-Петербург.

Работа поступила в редакцию 07.05.2013.