

лезни. Живот вздут при отсутствии напряжения передней брюшной стенки, Может быть значительный лейкоцитоз. При интраоперационном исследовании выявляется наличие в животе серозного выпота, увеличенные лимфоузлы в брыжейке, вторичные изменения аппендикса.

Диверкулит Меккеля. Клиника аппендицита, но частый жидкий стул, может быть примесь крови.

Болезнь Крона. Тенезмы, частый жидкий стул с примесью крови и слизи, интоксикация. Возможен длительный анамнез.

Пельвиоперитониты генитального происхождения. Особое место занимают гонококковые. Брюшина более устойчива к гонококку, чем к кишечной палочке, поэтому, а также из-за различия мионевротомов, может выпадать симптом напряжения мышц передней брюшной стенки. Начало внезапное с резким утяжелением состояния, через 1—2 дня сменяется улучшением. Смертность после операций выше, чем при консервативном лечении. Исследование выделений влагалища! Её слизистая красная, отечная, гнойная. Нестерпимая боль при давлении на матку, боль под уретрой и болезненное мочеиспускание. При гонорейном пельвиоперитоните Mondor описал характерное лицо со своеобразным цианозом — синие губы, синяя окраска скул и лба.

Первичный (пневмококковый перитонит). У девочек подросткового возраста. Боли в животе (локальные или диффузные) на фоне выраженной интоксикации: фебрильная лихорадка, рвота, понос. Вздутие живота при умеренном напряжении передней брюшной стенки. Несоответствие общего тяжелого состояния менее выраженной симптоматике со стороны живота.

Перекрыт кисты яичника. Сильные схваткообразные боли с иррадиацией в ягодицы. Частые позывы на мочеиспускание. Обмороки. Рвота. Живот вздут. Пальпируется опухоль в животе (не обязательно в нижних отделах). По мере развития некроза в кисте боли становятся постоянными и возникает клиника перитонита.

Лечение острого аппендицита должно быть исключительно хирургическое, так как “будущее острого приступа аппендицита не может быть предугадано” (Mondor). Диагноз острого аппендицита или обоснованное подозрение на него обязывает врача общей практики отправить больного в хирургическое отделение. Это относится и к тем случаям, когда приходится дифференцировать острый аппендицит от других, в том числе нехирургических заболеваний.

3.5. Острый панкреатит

Острый панкреатит — асептическое воспаление поджелудочной железы, в основе которого лежат некробноз панкреатоцитов и ферментная аутоагрессия с некрозом и дистрофией железы и присоединением вторичной гнойной инфекции.

За 25 лет заболеваемость возросла в 40 раз. Возраст 30—50 лет. Летальность у больных с острым некротизирующимся панкреатитом — от 20 до 70%.

Острый панкреатит — заболевание полиэтиологическое, но монопатогенетическое. Суть в повреждении протоковой системы, обусловленной внутрипро-