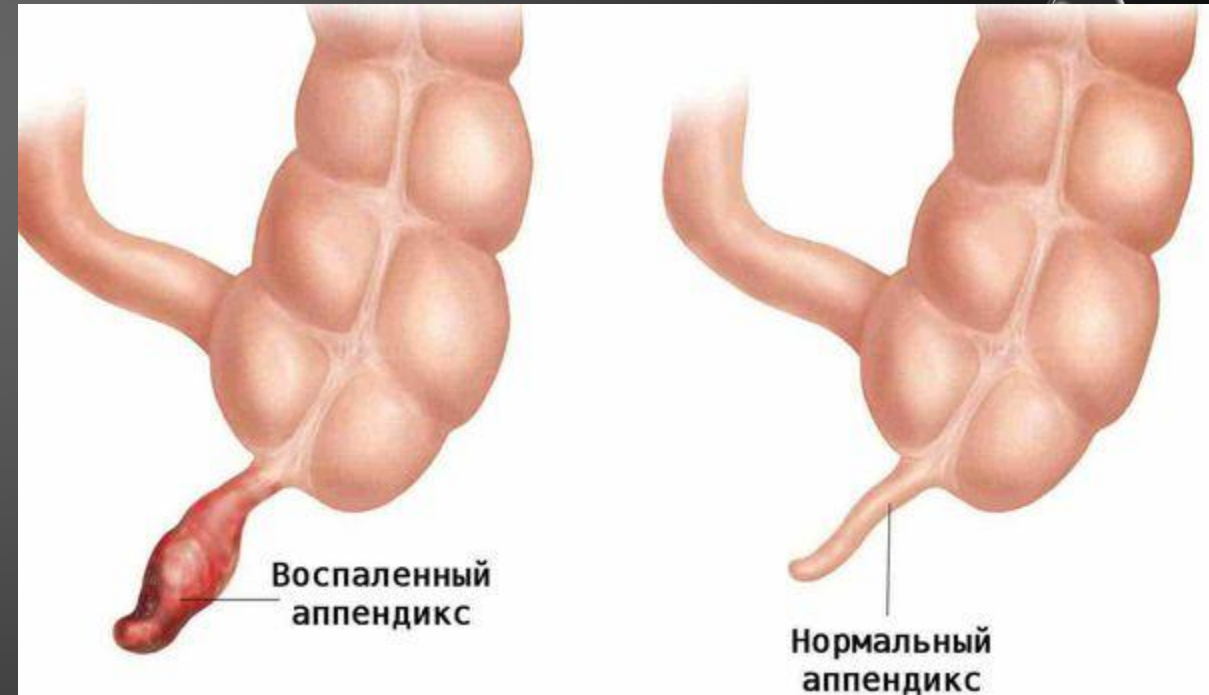


ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

The background is a dark gray gradient with several realistic water droplets of various sizes scattered across the frame. The droplets have highlights and shadows, giving them a three-dimensional appearance. The text is centered in the middle of the image.

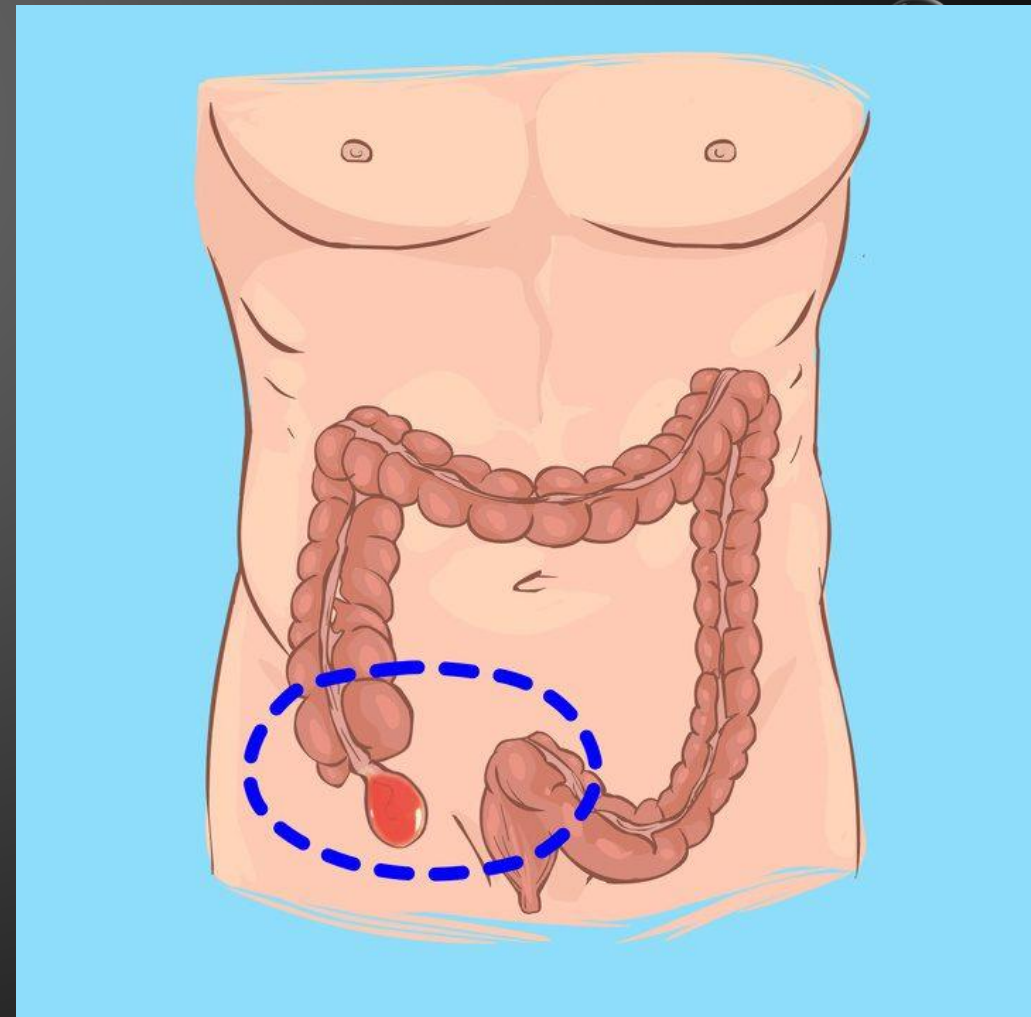
- **ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ** – НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЕ БАКТЕРИАЛЬНОЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА СЛЕПОЙ КИШКИ. ЭТО НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ОТРОСТКА. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА - 300-500 ЧЕЛОВЕК НА 100 НАСЕЛЕНИЯ В ГОД. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ МОЖЕТ БЫТЬ УЖЕ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ ОТ 20 ДО 40 ЛЕТ, ЖЕНЩИНЫ БОЛЕЮТ В 2 РАЗА ЧАЩЕ, ЧЕМ МУЖЧИНЫ. ЛЕТАЛЬНОСТЬ СОСТАВЛЯЕТ 0,1-0,3 %, ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ - 5-9 %.

- В ХИРУРГИИ НЕТ БОЛЕЕ ИЗВЕСТНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЧЕМ ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ, НО ЭТА "ИЗВЕСТНОСТЬ" НЕ ДЕЛАЕТ ЕГО ПРОСТЫМ В ВЫЯВЛЕНИИ И ЛЕЧЕНИИ. ЛЮБОЙ ХИРУРГ, ЧАСТО СТАЛКИВАЮЩИЙСЯ В СВОЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С ЭТИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, СКАЖЕТ, ЧТО УСТАНОВКА ДИАГНОЗА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В КАЖДОМ КОНКРЕТНОМ СЛУЧАЕ — ЗАДАЧА НЕЛЁГКАЯ, ВАРИАТИВНАЯ И ОСНОВАНА ПРЕЖДЕ ВСЕГО НА ОПЫТЕ И ИНТУИЦИИ ВРАЧА.



ЭТИОЛОГИЯ

- К ФАКТОРАМ, ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО СПОСОБНЫМ ВЫЗВАТЬ РАЗВИТИЕ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА, ОТНОСЯТ:
- 1)ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (АМЕБИАЗ, ИЕРСИНИОЗ, БРЮШНОЙ ТИФ, КИШЕЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ И ДР.);
- 2)АКТИВАЦИЮ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА НА ФОНЕ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ИЛИ ЗАКУПОРКИ ЕГО ПРОСВЕТА (ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ, КАЛОВЫМИ КАМНЯМИ, ПАРАЗИТАМИ, НОВООБРАЗОВАНИЯМИ И Т. Д.);
- 3)НАЛИЧИЕ В ЧЕРВЕОБРАЗНОМ ОТРОСТКЕ КЛЕТОК ДИФФУЗНОЙ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, ВЫРАБАТЫВАЮЩИХ МЕДИАТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ;
- 4)ЗАБОЛЕВАНИЯ, КОМПОНЕНТОМ КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ВОСПАЛЕНИЕ СТЕНОК КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ; НЕРАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ;
- 5)НАРУШЕНИЕ ИННЕРВАЦИИ КИШЕЧНИКА;
- 6)ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ АЛЛЕРГИИ;
- 7)ДИСБАКТЕРИОЗ КИШЕЧНИКА;
- 8)ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ;
- 9)ТРАВМЫ ЖИВОТА.



ИНФЕКЦИОННАЯ ТЕОРИЯ:

СТОРОННИКИ ИНФЕКЦИОННОЙ ТЕОРИИ СЧИТАЮТ ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ПОЛИМИКРОБНУЮ ИНФЕКЦИЮ, ОБИТАЮЩУЮ В ЗДОРОВОМ КИШЕЧНИКЕ (КИШЕЧНАЯ ПАЛОЧКА, СТАФИЛОКОКК, СТРЕПТОКОКК). ПРИ ЭТОМ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ МЕСТО ОТВОДИТСЯ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ МОМЕНТАМ, ИЗ КОТОРЫХ БЕССПОРНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ ТРАВМЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ОТРОСТКА ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ, КАЛОВЫМИ КАМНЯМИ, КУСОЧКАМИ ТВЕРДОЙ ПИЩИ, КИШЕЧНЫМИ ПАРАЗИТАМИ, А ТАКЖЕ АТОНИЯ КИШЕЧНИКА, ИЗМЕНЕНИЕ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА И ДР. ВСЕ ЭТО, БЕССПОРНО, ПРИВОДИТ К НАРУШЕНИЯМ БАРЬЕРНОЙ ФУНКЦИИ ЭПИТЕЛИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА И ПРОНИКНОВЕНИЮ В НЕГО МИКРООРГАНИЗМОВ.

НЕЙРОСОСУДИСТАЯ ТЕОРИЯ:

- СТОРОННИКИ НЕЙРОСОСУДИСТОЙ ТЕОРИИ СЧИТАЮТ, ЧТО ВНАЧАЛЕ НАСТУПИТ РЕФЛЕКТОРНОЕ НАРУШЕНИЕ РЕГИОНАРНОГО КРОВОТОКА В ОТРОСТКЕ (СПАЗМ СОСУДОВ, ИШЕМИЯ), А ЗАТЕМ ТРОМБОЗ ПИТАЮЩИХ СОСУДОВ, ПРИВОДЯЩИЕ К ТРОФИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ В СТЕНКЕ ОТРОСТКА, ВПЛОТЬ ДО НЕКРОЗА.
- НЕКОТОРЫЕ ИССЛЕДОВАТЕЛИ ПРИДАЮТ ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОМУ ФАКТОРУ. В ПОЛЬЗУ ЭТОЙ ТЕОРИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО СЛИЗИ И КРИСТАЛЛОВ ШАРКО - ЛЕЙДЕНА В ПРОСВЕТЕ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПО В.

И. КОЛЕСОВУ, 1972

- 1) СЛАБО ВЫРАЖЕННЫЙ АППЕНДИЦИТ (ТАК НАЗЫВАЕМАЯ АППЕНДИКУЛЯРНАЯ, ИЛИ СЛИЗИСТАЯ, КОЛИКА);
- 2) ПРОСТОЙ (ПОВЕРХНОСТНЫЙ, ИЛИ КАТАРАЛЬНЫЙ, АППЕНДИЦИТ);
- 3) ДЕСТРУКТИВНЫЙ АППЕНДИЦИТ: ФЛЕГМОНОЗНЫЙ, ГАНГРЕНОЗНЫЙ, ПРОБОДНОЙ (ПЕРФОРАТИВНЫЙ) ГАНГРЕНОЗНЫЙ;
- 4) ОСЛОЖНЕННЫЙ АППЕНДИЦИТ: АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ (ХОРОШО ОТГРАНИЧЕННЫЙ, ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ), АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС, РАЗЛИТОЙ ГНОЙНЫЙ ПЕРИТОНИТ, ПРОЧИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА (ПИЛЕФЛЕБИТ, СЕПСИС И ДР.).

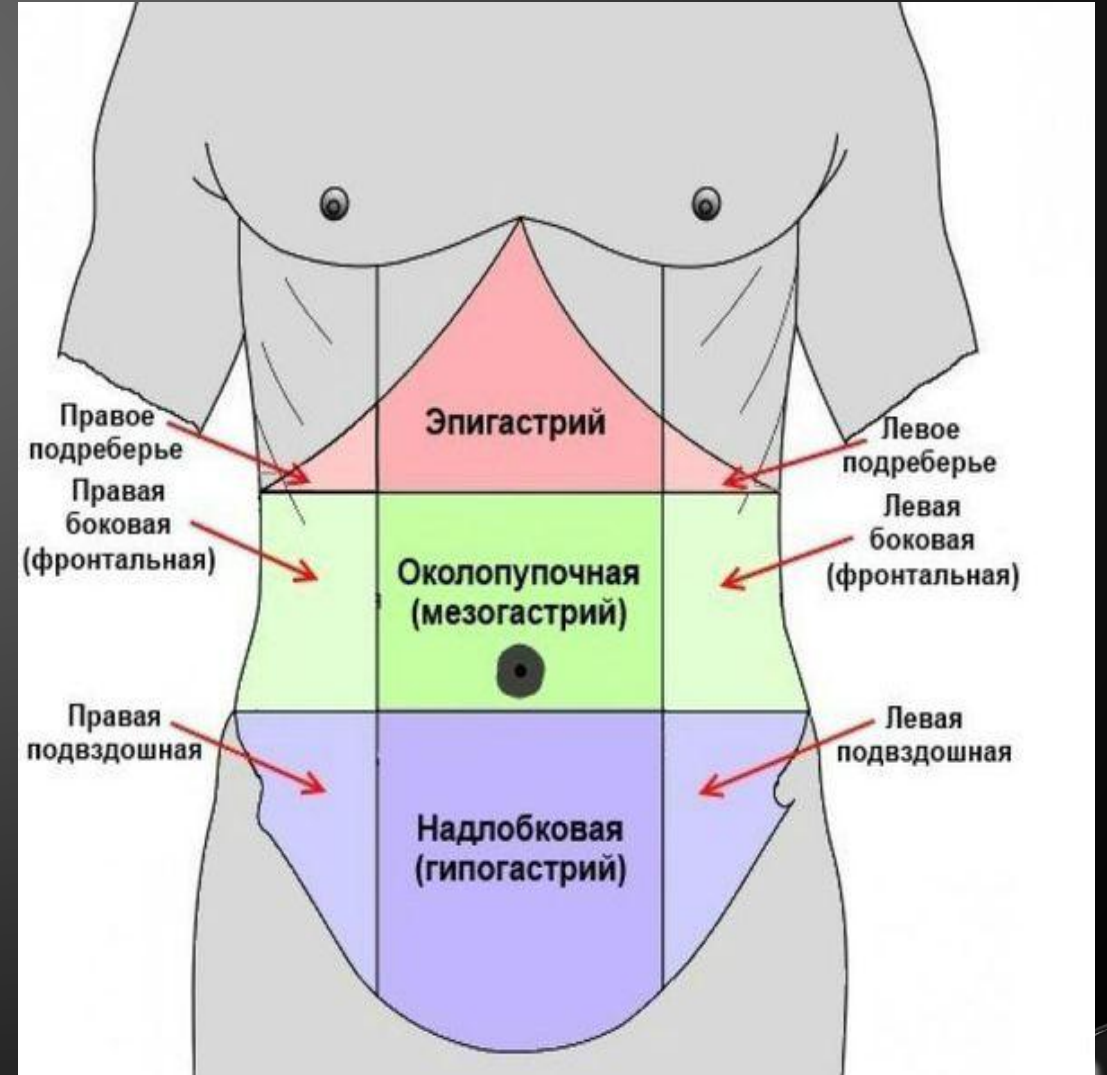
КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПО В.

С.САВЕЛЬЕВУ, 1985

- НЕОСЛОЖНЕННЫЕ ФОРМЫ:
 - 1) КАТАРАЛЬНЫЙ АППЕНДИЦИТ;
 - 2) ФЛЕГМОНОЗНЫЙ АППЕНДИЦИТ;
 - 3) ГАНГРЕНОЗНЫЙ АППЕНДИЦИТ;
 - 4) ПЕРФОРАТИВНЫЙ АППЕНДИЦИТ;
 - 5) ЭМПИЕМА ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА.
- ОСЛОЖНЕННЫЕ ФОРМЫ:
 - 1) АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ;
 - 2) РАЗЛИТОЙ ПЕРИТОНИТ;
 - 3) АБСЦЕССЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ: ТАЗОВЫЙ, ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫЙ, МЕЖКИШЕЧНЫЙ, ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ЯМКИ;
 - 4) ЗАБРЮШИННАЯ ФЛЕГМОНА;
 - 5) ПИЛЕФЛЕБИТ (СЕПТИЧЕСКИЙ ТРОМБОФЛЕБИТ БРЫЖЕЕЧНЫХ ВЕН).

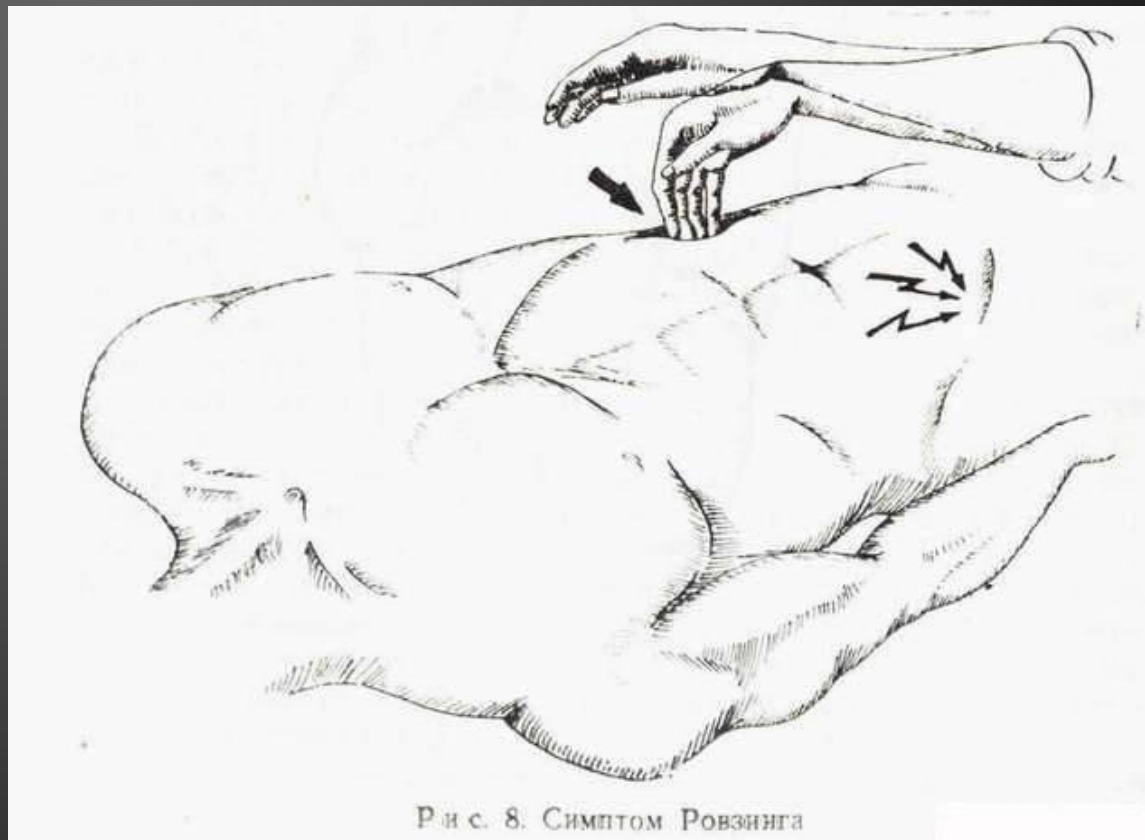
СИМПТОМЫ

- **1. БОЛЬ.** САМЫЙ ГЛАВНЫЙ, ЧАСТЫЙ И ВАЖНЫЙ СИМПТОМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА. ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ В НОЧНОЕ ВРЕМЯ ИЛИ РАННИМ УТРОМ. В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ТО ЕСТЬ В ВЕРХНЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЧАСТИ ЖИВОТА, ПОД ГРУДИНОЙ. ТАКЖЕ МОГУТ БЫТЬ НЕЧЁТКО ВЫРАЖЕННЫЕ БОЛИ ПО ВСЕМУ ЖИВОТУ.
- СНАЧАЛА БОЛЕЗНЕННЫЕ ОЩУЩЕНИЯ РЕДКО БЫВАЮТ ИНТЕНСИВНЫМИ, МОГУТ НОСИТЬ СПАСТИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР, НА НЕКОТОРОЕ ВРЕМЯ СТИХАТЬ. ЧЕРЕЗ 2-3 ЧАСА РАЗВИВАЕТСЯ ТАК НАЗЫВАЕМЫЙ СИМПТОМ КОХЕРА — СМЕЩЕНИЕ БОЛЕЙ И ЛОКАЛИЗАЦИЯ ИХ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ (ПРАВОЙ НИЖНЕЙ ЧАСТИ ЖИВОТА, ПРИМЕРНО НА СЕРЕДИНЕ РАССТОЯНИЯ МЕЖДУ ПАХОВОЙ СКЛАДКОЙ И ПУПКОМ).

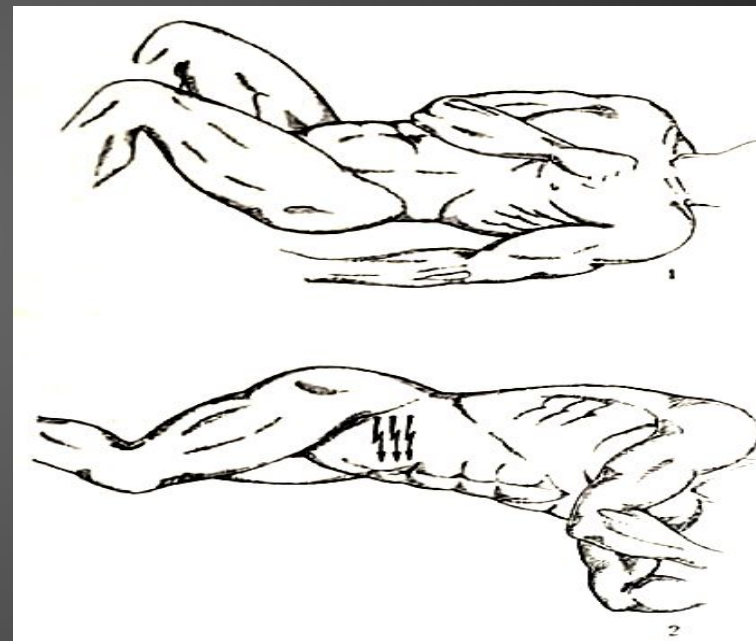


СУЩЕСТВУЕТ РЯД СИМПТОМОВ, КОТОРЫЕ СВЯЗАНЫ С БОЛЬЮ ПРИ АППЕНДИЦИТЕ И НАЗВАНЫ В ЧЕСТЬ ОТКРЫВШИХ ИХ ВРАЧЕЙ:

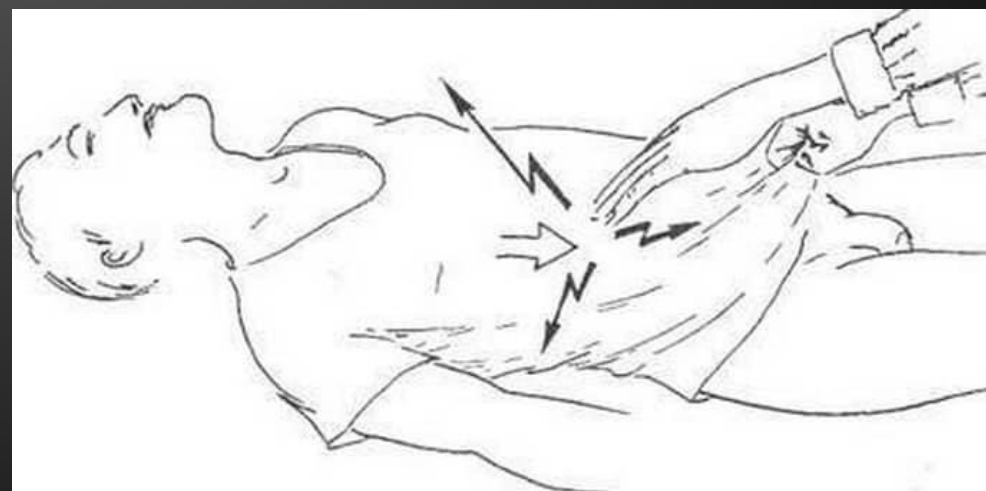
- **СИМПТОМ РОВЗИНГА** — ПОЯВЛЕНИЕ ИЛИ УСИЛЕНИЕ БОЛЕЙ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ, КОГДА ВРАЧ СОВЕРШАЕТ ТОЛЧКОВЫЕ ДВИЖЕНИЯ В ЗОНЕ НИСХОДЯЩЕЙ КИШКИ В ЛЕВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ;
- СОБРАННЫМИ ВМЕСТЕ ПАЛЬЦАМИ ЛЕВОЙ РУКИ НАДАВЛИВАЮТ НА ПЕРЕДНЮЮ СТЕНКУ ЖИВОТА, СООТВЕТСТВЕННО МЕСТУ РАСПОЛОЖЕНИЯ НИСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ; НЕ ОТНИМАЯ ЛЕВОЙ РУКИ, ПАЛЬЦАМИ ПРАВОЙ НАДАВЛИВАЮТ НА ВЫШЕЛЕЖАЩИЙ УЧАСТОК НИСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ;



- **СИМПТОМ СИТКОВСКОГО** — ПОЯВЛЕНИЕ ИЛИ УСИЛЕНИЕ БОЛЕЙ В ПРАВОЙ НИЖНЕЙ ЧАСТИ ЖИВОТА, ЕСЛИ ПАЦИЕНТ ЛЕЖИТ НА ЛЕВОМ БОКУ;



СИМПТОМ ВОСКРЕСЕНСКОГО (СИМПТОМ "РУБАШКИ" ИЛИ "СКОЛЬЖЕНИЯ") — ВРАЧ ЧЕРЕЗ РУБАШКУ КОНЧИКАМИ ПАЛЬЦЕВ ДЕЛАЕТ БЫСТРОЕ И ЛЁГКОЕ СКОЛЬЗЯЩЕЕ ДВИЖЕНИЕ СВЕРХУ ВНИЗ ПО НАПРАВЛЕНИЮ К ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ, ПРИ ЭТОМ БОЛЬ УСИЛИВАЕТСЯ В КОНЕЧНОЙ ТОЧКЕ ДВИЖЕНИЯ;



- **СИМПТОМ ОБРАЗЦОВА** — УСИЛЕНИЕ БОЛЕЗНЕННОСТИ ПРИ ДАВЛЕНИИ НА СЛЕПУЮ КИШКУ И ОДНОВРЕМЕННОМ ПОДНИМАНИИ ВЫПРЯМЛЕННОЙ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ ПРАВОЙ НОГИ;



- **СИМПТОМ КОУПА** — ПОЯВЛЕНИЕ БОЛИ В ГЛУБИНЕ ТАЗА СПРАВА И НАД ЛОНОМ, КОГДА БОЛЬНОЙ В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА НА СПИНЕ СГИБАЕТ ПРАВУЮ НОГУ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ И ПОВОРАЧИВАЕТ КНАРУЖИ.

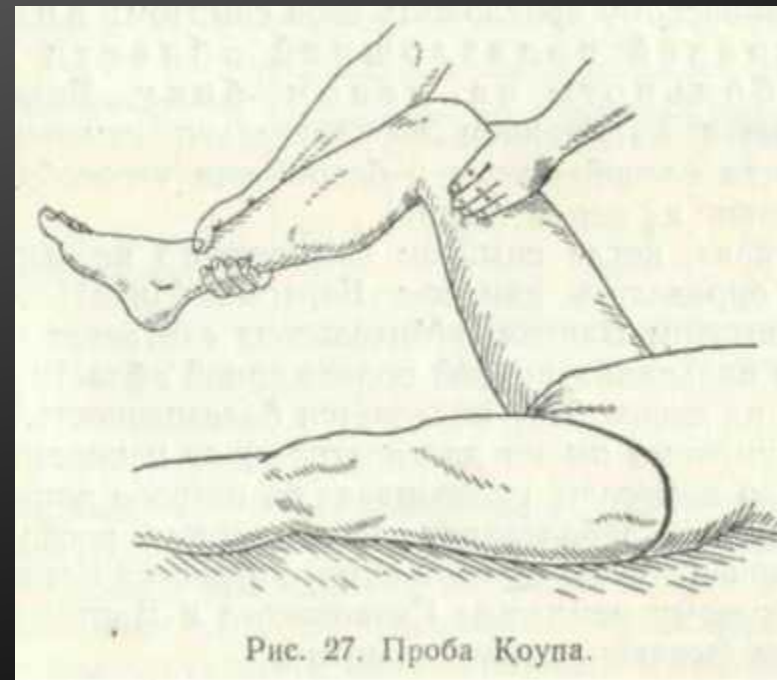


Рис. 27. Проба Коупа.

СИМПТОМЫ

- **2. ТОШНОТА И РВОТА.** ВОЗНИКАЮТ НЕ ВСЕГДА, ПРИМЕРНО В 2/3 СЛУЧАЕВ. ОБЫЧНО ВСКОРЕ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНЫХ БОЛЕЙ ПОЯВЛЯЕТСЯ ТОШНОТА, А ЗАТЕМ И ОДНОКРАТНАЯ ИЛИ ДВУХКРАТНАЯ РВОТА, КОТОРАЯ РЕДКО БЫВАЕТ ОБИЛЬНОЙ. РВОТА НОСИТ РЕФЛЕКТОРНЫЙ ХАРАКТЕР, ОНА ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ РАЗДРАЖЕНИЯ НЕРВНЫХ ОКОНЧАНИЙ БРЮШИНЫ В ОБЛАСТИ РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ ВОСПАЛЕНИЯ. ЕСЛИ НЕ ОБРАТИТЬСЯ ЗА ПОМОЩЬЮ, ЧЕРЕЗ ДВОЕ СУТОК ОТ МОМЕНТА НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ РВОТА МОЖЕТ ВОЗОБНОВИТЬСЯ, НО УЖЕ НА ФОНЕ РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ ПЕРИТОНИТА И ОБЩЕЙ ИНТОКСИКАЦИИ ОРГАНИЗМА.
- **3. ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА.** В ПЕРВЫЕ 12 ЧАСОВ ПРИ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ОБЫЧНО СОСТАВЛЯЕТ 37,2-37,5 °С. В 3-7 % СЛУЧАЕВ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ТЕМПЕРАТУРА МОЖЕТ ДОСТИГАТЬ 38 °С И БОЛЬШЕ. В ДАЛЬНЕЙШЕМ ПОСЛЕ 12 ЧАСОВ И ДО ДВУХ СУТОК ТЕМПЕРАТУРА ОБЫЧНО ДОСТИГАЕТ ФЕБРИЛЬНЫХ ЦИФР — 38 °С И ВЫШЕ, ПОЯВЛЯЕТСЯ ЧУВСТВО ЖАРА ИЛИ ОЗНОБА.
- **4. НАРУШЕНИЕ СТУЛА.** НЕЧАСТО, НО МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ЖИДКИЙ СТУЛ, 1-3 РАЗА. ПРОИСХОДИТ ПРИ ТАЗОВОМ РАСПОЛОЖЕНИИ АППЕНДИКСА И ПРИЛЕЖАНИИ ЕГО К ПРЯМОЙ КИШКЕ ИЛИ РАЗДРАЖЕНИИ НЕРВНЫХ ОКОНЧАНИЙ ТАЗОВОЙ БРЮШИНЫ.
- **5. ЧАСТОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ.** ЭТОТ СИМПТОМ АППЕНДИЦИТА ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У ЖЕНЩИН, ЧТО СВЯЗАНО ИЛИ С ВЫШЕОПИСАННЫМ РАЗДРАЖЕНИЕМ ТАЗОВОЙ БРЮШИНЫ, ИЛИ С ВОЗДЕЙСТВИЕМ ВОСПАЛЁННОГО АППЕНДИКСА НА МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ ИЛИ ПРАВЫЙ МОЧЕТОЧНИК ПРИ ИХ БЛИЗКОМ РАСПОЛОЖЕНИИ.
- **6. ОБЩАЯ СЛАБОСТЬ И НЕДОМОГАНИЕ.** СВЯЗАНЫ С РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ ИНТОКСИКАЦИЕЙ ОРГАНИЗМА

ДИАГНОСТИКА

- ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА БАЗИРУЕТСЯ НА ДАННЫХ РАССПРОСА (ЖАЛОБЫ И АНАМНЕЗ), РЕЗУЛЬТАТАХ ФИЗИКАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ЛАБОРАТОРНЫХ И АППАРАТНЫХ ДАННЫХ. ВСЕ БОЛЬНЫЕ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОБСЛЕДОВАНЫ РЕКТАЛЬНО И, ПРИ ВОЗМОЖНОСТИ, ВАГИНАЛЬНО (ЖЕНЩИНЫ). ОНИ ДОЛЖНЫ ПРОИЗВОДИТЬСЯ ВСЕМ БОЛЬНЫМ И ПРЕСЛЕДУЮТ ЦЕЛЬ ОПРЕДЕЛИТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ТАЗОВОЙ БРЮШИНЫ (КРИК «ДУГЛАСА») И СОСТОЯНИЕ ДРУГИХ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА, У ЖЕНЩИН ОБЯЗАТЕЛЬНА КОНСУЛЬТАЦИЯ ГИНЕКОЛОГА.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ** (БЕЗ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ И СОЭ). У 80-85 % ПАЦИЕНТОВ С АППЕНДИЦИТОМ УРОВЕНЬ ЛЕЙКОЦИТОВ ПОВЫШАЕТСЯ. В ТО ЖЕ ВРЕМЯ ИХ НОРМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО НЕ ИСКЛЮЧАЕТ НАЛИЧИЯ АППЕНДИЦИТА. ТАК КАК ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ОТМЕЧАЕТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЛЕЙКОЦИТОВ, ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ В ТАКОМ СЛУЧАЕ НЕ ПОМОГАЕТ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.
- **ЛЕЙКОЦИТАРНАЯ ФОРМУЛА**. ОПРЕДЕЛЯЕТ СООТНОШЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ЛЕЙКОЦИТОВ В ПРОЦЕНТАХ. ПРИ АППЕНДИЦИТЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПРЕОБЛАДАНИЕ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ.
- **С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК**. ЭТО БЕЛОК, ВЫРАБАТЫВАЕМЫЙ В ПЕЧЕНИ, КОТОРЫЙ БЫСТРО РЕАГИРУЕТ НА АКТИВНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ. НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ СРБ ПРАКТИЧЕСКИ ИСКЛЮЧАЕТ ДИАГНОЗ "АППЕНДИЦИТ", ОДНАКО ПОВЫШЕНИЕ ЕГО УРОВНЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ СПЕЦИФИЧНЫМ ДЛЯ АППЕНДИЦИТА. ТЕСТ ОСОБЕННО ДОСТОВЕРЕН В СОЧЕТАНИИ С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ УРОВНЯ ЛЕЙКОЦИТОВ.
- **ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ**. ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И КАМНЕЙ В ПОЧКАХ.
- **ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ХГЧ**. ИССЛЕДОВАНИЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ЖЕНЩИНАМ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- **УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (УЗИ) ИЛИ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ (КТ) БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.** ПОЗВОЛЯЮТ ОЦЕНИТЬ СОСТОЯНИЕ АППЕНДИКСА И ПОДТВЕРДИТЬ АППЕНДИЦИТ ИЛИ ОБНАРУЖИТЬ ДРУГИЕ ПРИЧИНЫ БОЛИ В ОБЛАСТИ ЖИВОТА.



- **ЛАПАРОСКОПИЯ.** МЕТОД, ПРИ КОТОРОМ ИССЛЕДОВАНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРОИЗВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ НЕБОЛЬШИЕ ОТВЕРСТИЯ В БРЮШНОЙ СТЕНКЕ С ПОМОЩЬЮ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБОРУДОВАНИЯ. В РЯДЕ СЛУЧАЕВ, ОСОБЕННО У ЖЕНЩИН С НЕВЫРАЖЕННОЙ БОЛЬЮ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА, ТОЛЬКО ЛАПАРОСКОПИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ПОСТАВИТЬ ТОЧНЫЙ ДИАГНОЗ

