

А.Н. Смирнов¹, А.Ф. Дронов¹, И.В. Поддубный¹, М.В. Левитский¹, Ю.Е. Фатеев², А.Х. Маннанов²,
Д.В. Залихин², М.А. Чундокова¹, Н.А. Аль-Машат¹, Я.П. Сулавко¹, В.О. Трунов¹, П.М. Ярустовский¹,
С.А. Война²

¹ Российский государственный медицинский университет, Москва

² Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова, Москва

Хронический аппендицит как первопричина длительных рецидивирующих болей в животе у детей

ЗА ПОСЛЕДНИЕ 3 ГОДА В КЛИНИКЕ НАБЛЮДАЛИСЬ 3120 БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ БОЛЯМИ В ЖИВОТЕ. ВСЕ ПАЦИЕНТЫ ОБСЛЕДОВАНЫ В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ. У 138 БОЛЬНЫХ В ВОЗРАСТЕ ОТ 7 ДО 15 ЛЕТ НЕ БЫЛО ВЫЯВЛЕНО НИКАКИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МАЛОГО ТАЗА. КЛИНИЧЕСКИ У ВСЕХ ПАЦИЕНТОВ ПРИСУТСТВОВАЛО ЗАБОЛЕВАНИЕ С ЛОКАЛЬНЫМИ БОЛЯМИ В ЖИВОТЕ И ПРИСТУПООБРАЗНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ ОТ 6 МЕС ДО 4 ЛЕТ. РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО И УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЙ ПОЗВОЛИЛИ СВЯЗАТЬ БОЛЕВОЙ АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ТОЛЬКО С СОСТОЯНИЕМ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА. ВСЕМ 138 ПАЦИЕНТАМ ВЫПОЛНЕНА ЛАПАРОСКОПИЯ С ТОТАЛЬНОЙ РЕВИЗИЕЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МАЛОГО ТАЗА, КОТОРАЯ НЕ ВЫЯВИЛА КАКИХ-ЛИБО ИЗМЕНЕНИЙ. ЧЕРВЕОБРАЗНЫЙ ОТРОСТОК БЫЛ ЗНАЧИТЕЛЬНО ИЗМЕНЁН У ВСЕХ НАБЛЮДАВШИХСЯ, ЧТО БЫЛО РАСЦЕНЕНО КАК МАКРОСКОПИЧЕСКОЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВО ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА. ПРИ МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ УДАЛЁННЫХ ЧЕРВЕОБРАЗНЫХ ОТРОСТКОВ ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ БЫЛИ ВЫЯВЛЕНЫ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ, ХРОНИЧЕСКИЙ АППЕНДИЦИТ, УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ЛАПАРОСКОПИЯ, ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ.

Контактная информация:

Смирнов Алексей Николаевич,
доктор медицинских наук,
профессор кафедры хирургических болезней
детского возраста Российского
государственного медицинского
университета, заведующий отделением
гнойной и неотложной хирургии Детской
городской клинической больницы № 13
им. Н.Ф. Филатова
Адрес: 103001, Москва,
ул. Садовая-Кудринская, д. 15,
тел. (495) 254-01-72
Статья поступила 20.01.2005 г.,
принята к печати 16.03.2006 г.

Как известно, вопрос о хроническом аппендиците как причине рецидивирующих болей в животе, решался неоднозначно. Только в случаях перенесённого острого воспаления в червеобразном отростке с исходом в аппендикулярный инфильтрат сохраняющийся абдоминальный болевой синдром связывали с хроническим воспалительным процессом в области червеобразного отростка [1–5].

С 1927 г. впервые в отечественной литературе появляются сообщения о возможной причинно-следственной связи между длительными болями в животе у детей и хроническим воспалением в илеоцекальной области. Большинство авторов, указывая на ведущую этиологическую роль червеобразного отростка, предлагали для обозначения этого болевого синдрома такие термины, как «аппендикулярная колика», «хроническая непроходимость червеобразного отростка» [6–9].

Эта проблема наиболее актуальна именно в детском возрасте, так как хронический воспалительный процесс, оказывающий местное и общетоксическое действие, впоследствии может привести к заболеваниям органов, имеющих

A.N. Smirnov¹, A.F. Dronov¹, I.V. Poddubny¹, M.V. Levitsky¹,
Yu.E. Fateyev², A.H. Mannanov², D.V. Zalikhin²,
M.A. Chundokova¹, N.A. Al-Mashat¹, Ya.P. Sulavko¹,
V.O. Trunov¹, P.M. Iarustovsky¹, S.A. Voina²

¹ Russian State medical university, Moscow

² The N.F. Filatov pediatric city hospital № 13, Moscow

**Chronic appendicitis as an
underlying cause of chronic
recurrent abdominal pain
in children**

3120 PATIENTS WITH RECURRENT PAROXYSMAL ABDOMINAL PAIN WERE REGISTERED IN THE CLINIC IN THE PAST 3 YEARS. 138 PATIENTS AGED 7–15 DIDN'T REVEAL ANY PATHOLOGIC CHANGES IN THE ABDOMINAL AND PELVIC CAVITIES. CLINICALLY, ALL PATIENTS DEMONSTRATED PAROXYSMAL ATTACKS OF LOCAL ABDOMINAL PAIN LASTING FOR A TIME BETWEEN 6 MONTHS AND 4 YEARS. CLINICAL EXAMINATION AND ULTRASOUND SCANS GAVE EVIDENCE TO LINK THE ABDOMINAL PAIN (SYNDROME) WITH CHANGES IN APPENDIX AS THE ONLY CAUSE OF IT. ALL 138 PATIENTS UNDERWENT LAPAROSCOPY WITH TOTAL ABDOMINAL AND PELVIC CAVITIES REVISION. NO OTHER PATHOLOGY BUT SIGNIFICANT MACROSCOPIC CHANGES OF APPENDIX HAS BEEN FOUND IN ALL CASES, SO IT HAS BEEN APPRAISED AS A MACROSCOPIC SIGN OF CHRONIC INFLAMMATION. MORPHOLOGIC STUDIES OF EXCISED APPENDICES HAS DEMONSTRATED THE SIGNS OF CHRONIC INFLAMMATION IN ALL CASES.

KEY WORDS: CHRONIC APPENDICITIS, RECURRENT PAROXYSMAL ABDOMINAL PAIN, ULTRASOUND SCAN, LAPAROSCOPY, CHRONIC INFLAMMATION.

анатомо-функциональную связь с червеобразным отростком [10–13].

Вопрос тактики при хроническом аппендиците до настоящего времени остаётся открытым. Выполнение аппендэктомии в ряде случаев не приводило к исчезновению болевого синдрома, что ставило под сомнение правильность интерпретации клинической картины [14–17].

Использование лапароскопии в повседневной практике отделения абдоминальной хирургии и опыт наблюдения детей с хроническими рецидивирующими болями в животе позволяют утверждать, что хронический подострый воспалительный процесс в червеобразном отростке в детском возрасте наблюдается достаточно часто [18–19].

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

За последние 3 года в клинике наблюдались 3120 больных с хроническими рецидивирующими болями в животе. Всем пациентам проведено обследование в плановом порядке. В план обследования были включены лабораторные анализы крови, мочи, кала, микрофлоры толстой кишки, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и малого таза, фиброзофагогастродуоденоскопия, внутрижелудочная рН-метрия, контрастная рентгенография желудочно-кишечного тракта, экскреторная урография, уретероцистография, ректороманоскопия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У 138 больных в возрасте от 7 до 15 лет в результате проведённого исследования патологические изменения органов брюшной полости и малого таза были исключены. Периодические длительно сохраняющиеся боли, преимущественно в правых нижних отделах живота, позволили связать болевой синдром с патологией червеобразного отростка.

Во всех наблюдениях отмечалась типичная клиническая картина: приступообразное течение заболевания с локальными болями в животе, продолжительностью от 6 мес до 4 лет. Наиболее часто подозрение на хроническое воспаление в области червеобразного отростка возникало через 6–12 мес от начала заболевания. Как правило, после очередного приступа болей в правой подвздошной области, возникавшего преимущественно при погрешностях в диете, ребёнок госпитализировался с диагнозом острого аппендицита. Однако дальнейшее наблюдение не выявляло острого воспалительного процесса в брюшной полости. Из 138 пациентов однократно госпитализировались 76, двукратно — 45, более двух раз — 17 детей. Детальное обследование всех пациентов в терапевтических отделениях стационаров с применением указанных выше методов исключало какую-либо патологию в брюшной полости. В большинстве случаев — у 78 (56,7%) пациентов — боли локализовались в правой подвздошной области, у 25 (17,9%) — в нижних отделах живота, реже — в околопупочной области 16 (11,9%) пациентов, и в правых отделах живота у 19 (13,5%) пациентов. У некоторых пациентов 16 (11,9%) человек, приступы болей сопровождались тошнотой, у 31 (22,3%) — рвотой, у 19 (13,4%) — запорами или диареей. При пальпации умеренную болезненность в правой подвздошной области выявили в 93 (67,2%) случаях, в низу живота — у 25 (17,9%) пациентов, в правых его отделах — у 21 (14,9%). У 19 (13,4%) детей присутствовали слабopоложительные симптомы раздражения брюшины.

Всем пациентам было проведено УЗИ органов брюшной полости и малого таза, червеобразного отростка, слепой кишки, мезентериальных лимфатических узлов.

При подозрении на хроническое воспаление червеобразного отростка при УЗИ выявляли увеличение регионарных

лимфатических узлов, визуализируемых в виде структур пониженной эхогенности (при отсутствии изменений других групп мезентериальных лимфатических узлов); скопление 3–5 мл жидкости в правой подвздошной ямке (рис. 1). Во всех случаях визуализировался червеобразный отросток с незначительной гипоехогенностью мышечного слоя, диаметром 4–6 мм (неодинаковое на протяжении — с чередующимися участками сужения до 3 мм и расширения до 6 мм). Отмечали отсутствие перистальтики червеобразного отростка и локальную болезненность при надавливании датчиком в его проекции. У 29 больных в просвете червеобразного отростка обнаружен каловый камень.

Необходимо отметить, что ультразвуковая картина при хроническом аппендиците отличается от таковой при неизменённом червеобразном отростке, деструктивном аппендиците и у пациентов, перенёсших аппендикулярный инфильтрат или абсцесс.

Так, неизменённый червеобразный отросток визуализируется в форме образования диаметром до 4–6 мм, с нечёткой слоистой структурой. При этом удаётся различить внутренний эхогенный ободок слизистой оболочки, мышечный слой пониженной эхогенности и эхонегативную линию серозной оболочки.

Деструктивно изменённый червеобразный отросток характеризуется хорошей контрастностью, увеличением диаметра (до 1,5 см) и толщины стенки за счёт отёка всех её слоёв (до 4–6 мм), причём дифференцировать последние

Рис. 1. Ультразвуковая картина хронического аппендицита:

- 1 — мышечный слой пониженной эхогенности;
- 2 — каловый камень в просвете червеобразного отростка;
- 3 — увеличенный регионарный мезентериальный лимфатический узел в правой подвздошной области



практически невозможно. Полость отростка может быть расширена за счёт наличия жидкостного компонента (гноя).

При УЗИ у больных, перенёсших аппендикулярный инфильтрат или абсцесс, через 2–3 мес после излечения основного заболевания определялся червеобразный отросток, интимно связанный с париетальной или висцеральной брюшиной. Ультразвуковая структура отличалась снижением эхогенности мышечного слоя без чёткой дифференцировки слоёв.

Объективные результаты клинического обследования и УЗИ позволили связать длительные рецидивирующие боли в животе только с патологией червеобразного отростка, определив тем самым активную хирургическую тактику.

Лапароскопическое исследование выполнено у всех 138 пациентов. Тотальная ревизия органов брюшной полости и малого таза не выявила какой либо патологии. Во всех наблюдениях выявлены значительные изменения червеобразного отростка (рис. 2): деформация его плоскостными спайками различной степени выраженности с фиксацией на протяжении к куполу слепой кишки или париетальной брюшине (100%); утолщение в средней трети или на верхушке (68,66%), ригидность (20,9%), незначительные фибриновые наложения (7,46%). У 21% пациентов пальпаторно манипулятором хорошо определялся каловый камень в просвете отростка. Указанные выше изменения трактовались как проявления хронического воспалительного процесса в червеобразном отростке. Во всех случаях произведена лапароскопическая аппендэктомия.

Морфологическим отражением клинического диагноза «хронический аппендицит» чаще всего была межуточная форма продуктивного воспаления с гиперплазией лимфоидного аппарата и преобладанием лимфогистиоцитарной инфильтрации, а также увеличение количества соединительной ткани, свидетельствующее о процессах фиброза или склероза во всех слоях червеобразного отростка вплоть до полной их атрофии.

Более детально можно представить три группы гистологических вариантов течения хронического воспалительного процесса в стенке удалённых червеобразных отростков:

♦ I группу (62 наблюдения) объединяли признаки хронического воспаления, а именно разрастание соединительной ткани и лимфогистиоцитарные инфильтраты в раз-

личных слоях червеобразного отростка. В слизистой оболочке выявляли атрофию призматического эпителия с метаплазией его в кубический. Собственная пластинка слизистой оболочки была представлена разрастанием соединительной ткани различной степени выраженности, в ряде случаев с лимфогистиоцитарной инфильтрацией, утолщением и склерозом стенок интрамуральных сосудов. В подслизистом слое присутствовали выраженные изменения количественного и качественного состава соединительной ткани, затрагивающие и его сосудистый компонент, в виде утолщения стенок и уменьшения просвета сосудов вплоть до полной их облитерации. Изменения лимфоидного аппарата были полиморфными: от незначительной гиперплазии лимфоидных фолликулов до выраженного увеличения количества лимфоидной ткани с образованием реактивных центров, но без инфильтрации слизистой оболочки и подслизистого слоя клетками воспалительного ряда. В 3 наблюдениях наблюдали склероз подслизистого слоя, исходом которого стала полная атрофия лимфоидного аппарата. Изменения мышечного слоя широко варьировали — от незначительного разрастания соединительной ткани с переходом в склероз до полной его атрофии с замещением соединительнотканными структурами, липоматозом, вакуолизацией цитоплазмы клеток интрамурального нервного аппарата и гипертрофией стенок интрамуральных сосудов (рис. 3). Наименьшие изменения присутствовали в серозной оболочке червеобразных отростков — незначительный её отёк с визуализацией клеток мезотелия, умеренным полнокровием сосудов, чередованием участков склероза и фиброза. Следует отметить, что ни в одном из исследуемых червеобразных отростков этой группы не выявлено экссудативное воспаление с элементами лейкоцитарной инфильтрации.

♦ II группа (39 наблюдений) была выделена на основании сочетания перечисленных выше морфологических признаков хронического процесса с вариантами острого экссудативного воспаления, свойственными простому или поверхностному аппендициту. В слизистой оболочке был изменён клеточный состав собственной пластинки: увеличение количества соединительно-тканых структур (склероз), гипертрофия стенок сосудов с уменьшением их просвета и стазом, а также с краевым стоянием лейкоцитов и незначительной периваскулярной инфильтрацией клетками воспаления. В подслизистом слое наряду с фиброзом и склерозом выявляли гиперплазию лимфоидной ткани и инфильтрацию нейтрофилами, в некоторых случаях рас-

Рис. 2. Макроскопическая картина хронического аппендицита:

1 — извитой червеобразный отросток;

2 — плоскостная спайка, фиксирующая нижнюю треть червеобразного отростка к париетальной брюшине

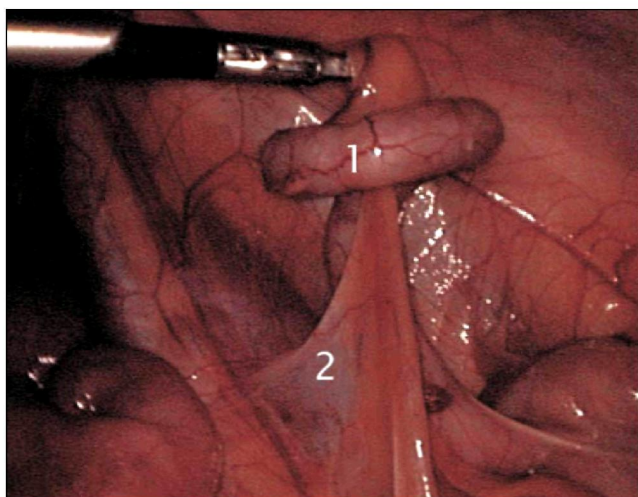
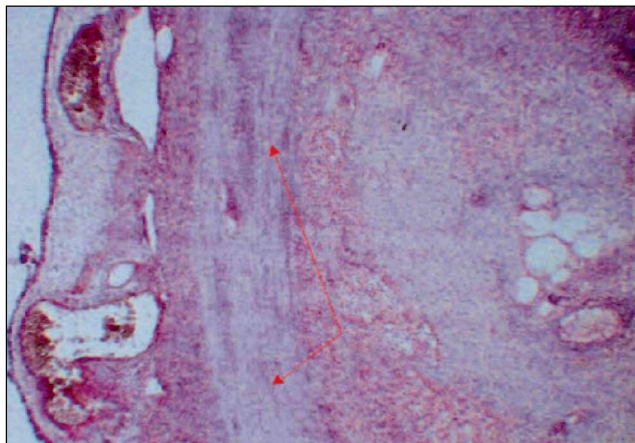


Рис. 3. Морфологические признаки хронического аппендицита: склероз и атрофия мышечной оболочки червеобразного отростка (указано стрелкой)



пространяющуюся и на слизистую оболочку, особенно в дистальном отделе червеобразного отростка (рис. 4). Гистология мышечного слоя в этой группе, так же как и в предыдущей, характеризовалась липоматозом и склерозом различной степени выраженности с изменениями интрамуральных нервных и сосудистых элементов. Серозная оболочка во всех случаях была отёчна с полнокровием сосудов и не содержала клеточных инфильтратов.

♦ III группа (37 пациентов) объединяла случаи, когда в червеобразном отростке присутствовали инородные тела — каловые камни (29 случаев), скопления остриц (6), овощное семечко и древесная щепка (2) (рис. 5). В слизистой оболочке в подавляющем большинстве случаев присутствовали идентичные патологические изменения: атрофия клеток эпителия с участками изъязвления, утолщение собственной пластинки за счёт разрастания соединительной ткани. Более чем в половине наблюдений отмечали инфильтрацию клетками лимфогистиоцитарной природы с незначительным количеством лейкоцитов и эозинофилов. Сосуды слизистой оболочки выглядели полнокровными с утолщением стенок и сужением просвета. В подслизистом слое преобладали процессы склероза с гиперплазией лимфоидного аппарата и образованием реактивных центров в лимфоидных фолликулах. В просвете сосудов отмечали краевое стояние лейкоцитов и периваскулярную инфильтрацию клетками воспаления. В мышечном слое наблюдали участки атро-

Рис. 4. Морфологические признаки хронического аппендицита: лимфогистиоцитарная инфильтрация подслизистого слоя червеобразного отростка (указано стрелкой)

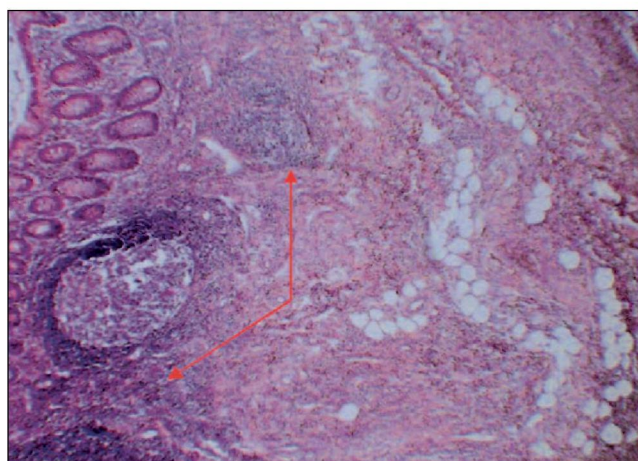
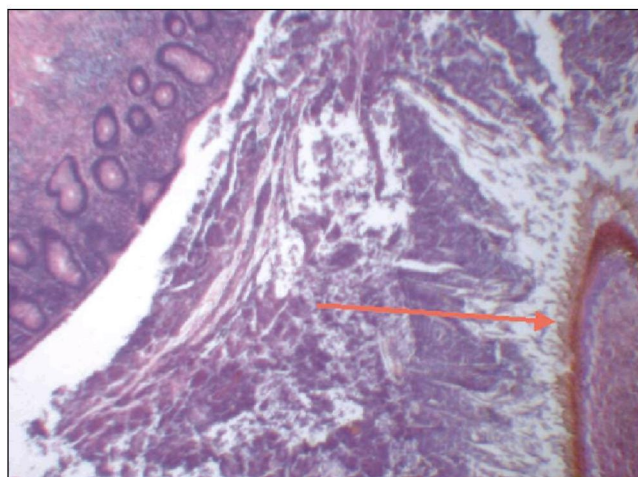


Рис. 5. Овощное семечко в просвете червеобразного отростка с признаками хронического аппендицита (указано стрелкой)



фии мышечных волокон с замещением их соединительнотканными структурами. Серозная оболочка во всех анализируемых случаях была незначительно утолщена за счёт отёка и фиброза.

В 14 случаях при лапароскопической аппендэктомии червеобразный отросток удалялся с частью собственной брыжейки и с несколькими лимфатическими узлами. При анализе их морфологической картины были выявлены реактивные изменения, выражавшиеся в уменьшении количества лимфоцитов в корковом веществе, формировании центров размножения, содержащих незначительное количество клеток лимфопозитического ряда в состоянии митотического деления.

Представленные выше результаты, полученные при наблюдении 138 больных с рецидивирующими болями в животе, причиной которых, по нашему мнению, были патологические изменения червеобразного отростка, свидетельствуют о правомочности диагноза хронического аппендицита у детей. Его частота среди пациентов с абдоминальным болевым синдромом составляет 4,4%. Критерии, позволяющие заподозрить хронический воспалительный процесс в червеобразном отростке, включают: рецидивирующие приступообразные ноющие боли в правой половине и нижних отделах живота; отсутствие любых других гастроэнтерологических заболеваний при объективном обследовании ребёнка; характерная картина изменений в червеобразном отростке и регионарных мезентериальных лимфатических узлах при УЗИ.

Учитывая постоянно рецидивирующий характер течения заболевания и отсутствие патогенетического консервативного лечения, совокупность указанных выше симптомов обуславливает необходимость активной хирургической тактики. Операция выбора при хроническом аппендиците — лапароскопическая аппендэктомия. Оперативное вмешательство всегда необходимо сочетать с тщательным визуальным контролем и инструментальной пальпацией всех органов и регионов брюшной полости. При лапароскопической аппендэктомии (138 операций) мы ни разу не наблюдали ближайшие или отдалённые осложнения, непосредственно связанные с оперативным вмешательством.

Отдалённые результаты оперативного лечения хронического аппендицита в сроки от 6 мес до 2,5 лет после операции при непосредственном контакте или по анкетам прослежены нами у всех больных, причём в 98 случаях было проведено УЗИ органов брюшной полости. Все дети или их родители отмечали положительные изменения в общем состоянии, заключающиеся в исчезновении болевого абдоминального синдрома, повышении физической активности ребёнка, улучшении аппетита. При УЗИ органов брюшной полости патологии не выявлено.

ВЫВОДЫ

1. Хронический аппендицит у детей наблюдается в 4,4% случаев от общего количества пациентов с синдромом рецидивирующих абдоминальных болей.
2. Основные симптомы хронического аппендицита при УЗИ брюшной полости включают: гипозохогенность мышечного слоя червеобразного отростка с чередованием участков сужения и расширения и отсутствием перистальтики; увеличение регионарных мезентериальных лимфатических узлов; наличие свободной жидкости в правой подвздошной ямке.
3. Морфологически хронический воспалительный процесс в червеобразном отростке протекает как межуточная форма продуктивного воспаления с гиперплазией лимфоидного аппарата и лимфогистиоцитарной инфильтра-

цией, а также с увеличением количества соединительной ткани, фиброзом или склерозом всех слоёв червеобразного отростка вплоть до полной их атрофии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бакланов В.В. Вторично-хронический аппендицит у детей. Актуальные вопросы клинической хирургии. Сб. науч. трудов. — Иваново, 1997. — С. 36–41.
2. Долецкий С.Я., Щетинин В.Е., Арапова А.В. Осложнённый аппендицит у детей. — Л.: Медицина, 1982. — 6 с.
3. Leardi S., Delmonaco S., Ventura T., Chiominto A. et al. Recurrent abdominal pain and «chronic appendicitis» // *Minerva Chir.* — 2000. — V. 55 (1–2). — P. 39–44.
4. Stevensen R.J. Chronic right-lower-quadrant abdominal pain: is there a role forelective appendectomy? // *J. Ped. Surg.* — 1999. — V. 34 (6). — P. 950–954.
5. Van Winter J.T., Wilkinson J.M., Goerss M.W., Davis P.M. Chronic appendicitis: does it exist? // *J. Fam. Pract.* — 1998. — V. 46 (6). — P. 507–509.
6. Варшавер Р.А. Клинико-рентгено-морфологические сопоставления при хроническом аппендиците у детей. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Харьков, 1960. — 14 с.
7. Исакова Е.Н. Особенности строения червеобразного отростка и морфологические изменения его при различных клинико-анатомических формах аппендицита у детей. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1952. — 11 с.
8. Сычев М.Д. Хроническая непроходимость червеобразного отростка // *Клиническая хирургия.* — 1979. — № 5. — С. 66–67.
9. Seidman J.D., Andersen D.K., Ulrich S. et al. Recurrent abdominal pain due to chronic appendiceal disease // *South Med. J.* — 1991. — V. 84 (7). — P. 913–916.
10. Билич Г.Л., Сафина Л.Г., Ляшенко М.А. Некоторые вопросы хирургической тактики при хроническом аппендиците у детей // *Педиатрия.* — 1970. — № 11. — С. 26–28.
11. Каплан А.Л. Осложнённый аппендицит и бесплодие у женщин // *Советская медицина.* — 1973. — № 11. — С. 118–120.
12. Карамбаев Б. Хронический аппендицит как причина некоторых заболеваний глаза // *Офтальмологический журнал.* — 1963. — № 2. — С. 89–91.
13. Круглов М.С. Взаимофункциональные связи органов пищеварения брюшной полости при хроническом аппендиците // *Здравоохранение Белоруссии.* — 1962. — № 7. — С. 24–25.
14. Казаков Г.М. Хронический аппендицит у детей. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Саратов, 1960. — 10 с.
15. Конон Л.Ф. Хронический аппендицит и роль урологической патологии в возникновении абдоминального синдрома у детей // *Вопросы охраны материнства и детства.* — 1974. — 19 (12). — С. 26–28.
16. Мороз И.М., Еремина А.А., Боровец И.А., Орач Р.И. Анализ диагностических и тактических ошибок при хроническом аппендиците // *Хирургия.* — 1981. — № 7. — С. 70–73.
17. Peitz U., Malfethertheiner P. Chronic appendicitis. Recurrent abdominal pain in the right lower quadrant from the viewpoint of the internist // *Zentralbl. Chir.* — 1999. — V. 124 (12). — P. 1103–1108.
18. Гардовскис Я., Трофимович Г. Возможности и преимущества лапароскопического метода в лечении острого и хронического аппендицита. Второй Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. — М., 1997. — С. 153–155.
19. Mattei P., Sola J.E., Yeo C.J. Chronic and recurrent appendicitis are uncommon entities often misdiagnosed // *J. Am. Coll. Surg.* — 1994. — V. 178 (4). — P. 385–389.

Знаменательные и юбилейные даты из истории медицины



**Императорский клинический
повивально-гинекологический институт**

Открытие в Москве и Петербурге первых школ для подготовки повивальных бабок (по инициативе П.З. Кондоиди, 1757).

Беременные женщины Древней Руси верили в помощь языческих заклинаний, в жертвоприношения богам, в силу трав. Традиции и Домострой, существовавшие на Руси, сохраняли представление о том, что врачам-мужчинам заниматься акушерством не пристало, и роды обычно принимали повитухи. Мнение о «непричастности» мужчин к родам было во многом преодолено во времена Петра Великого. В годы его царствования в Россию приехало много западных врачей, чьё мнение не рекомендовалось подвергать критике. Был издан специальный указ, обязывавший врачей-иностранцев «повышать квалификацию» российских лекарей. Кроме того, сотни молодых людей смогли получить образование за рубежом. Вскоре Россия вырастила собственных учёных. С момента учреждения в первой половине XVIII века Российской Академии наук и Университета можно говорить о создании в России системы учреждений, способствующих развитию медицинского образования и науки. Так начал формироваться медицинский научно обоснованный подход к процессу родоразрешения.

4. Лечение хронического аппендицита у детей только оперативное. Операция выбора — лапароскопическая аппендэктомия.

В 1754 г. Павел Захарович Кондоиди — лейб-медик при императрице Елизавете Петровне подал в собрание Правительствующего Сената «Представление о порядочном учреждении бабичьего дела в пользу общества».

29 апреля 1754 г. Правительствующий Сенат утвердил Представление Медицинской Канцелярии, со всеми его приложениями, издав Указ «О порядочном учреждении бабичьего дела в пользу общества». Конечно, в формировании системы родовспоможения не обошлось без проблем, основной из которых, как водится, оказалась финансовая. Дело в том, что Кондоиди, определяя порядок оплаты акушерских услуг, рассчитывал на сознательность рожениц, которые станут добровольно и с радостью платить деньги в казну — на поддержание столь насущно необходимого обществу акушерских школ. Но не тут-то было! Роженицы всех сословий попросту перестали приглашать к себе присяжных бабок, довольствуясь услугами простых повитух. Такое положение вещей довело акушеров почти до нищенства. Где уж тут было обучать учениц! В Сенат было подано новое представление — об отмене обязательного сбора с рожениц. Сенат отменил сбор и выделил из казны ежегодную сумму на поддержание бабичьего дела.

Первым профессором и преподавателем «бабичьего дела» в Москве и вообще в России стал Иоганн Фридрих Эразмус, вызванный Кондоиди из города Пернова (нынешний Пярну). Обучение состояло из теоретического курса и практических занятий. Базой для практических занятий служил анатомический театр Московского военного госпиталя. Первые теоретические лекции проводились на дому у профессоров. За 20 лет (до 1777 г.) в Московской акушерской школе под руководством Эразмуса было подготовлено 35 повивальных бабок. Эразмус стал автором первого на русском языке учебника повивального дела (1762 г.). В Санкт-Петербурге акушерскую школу возглавил Андрей Линдеман.

Несмотря на ограниченность в средствах, акушерские школы при военных госпиталях Москвы и Петербурга принесли несомненную пользу. В 1801 г. Московская акушерская школа была переименована в Повивальный институт. В 1806 г. аналогичный институт был создан при Московском университете.