

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ И ЕГО ПРОЯВЛЕНИЯ

Т.В.Семенова, И.В.Жук, Р.А.Жиляев

*Донецкий государственный медицинский университет
им. М.Горького*

До настоящего времени остаются малоизученными вопросы острого аппендицита (ОА) и его проявлений. Особые трудности вызывает диагностика заболевания, что связано не только с возрастными особенностями, но и с целым рядом анатомо-физиологических особенностей пациентов разного возраста. Поздняя диагностика и быстрота деструктивных изменений в червеобразном отростке (ЧО) обуславливают высокий процент осложнённых форм ОА.

Нами проанализированы 75 историй болезни. Ведущей жалобой больных является боль в правой подвздошно-паховой области, которая обычно возникает внезапно среди полного здоровья, в любое время суток. Она носит постоянный характер и по мере прогрессирования воспалительного процесса усиливается. Иногда ОА проявляется возникновением не четко выраженных болей в эпигастральной области с последующим (2-3 часа) смещением в правую подвздошно-паховую область (Симптом Волковича-Кохера). Иррадиация боли, как правило, отсутствует. В начальной стадии заболевания рвота носит рефлекторный характер, а по мере развития деструктивных изменений появляется постоянная тошнота. Температура тела повышена, при сочетании с ознобом может свидетельствовать о деструктивном процессе или развившемся осложнении. Среди других жалоб больных наиболее существенными являются жалобы на общую слабость, сухость во рту, свидетельствующие об интоксикации в результате развития перитонита. Больные с ОА ведут себя достаточно спокойно, а их внешний вид не имеет характерных признаков. Температурная реакция обычно умеренная (до 38-38,5° С), нередко субфебрильная, особенно у лиц пожилого возраста. Гипертермия (39° С и выше) наблюдается реже, преимущественно у детей. Язык – обложен, вначале влажный, а по мере развития перитонита становится сухим. При тяжелых формах деструктивного аппендицита и развитии перитонита учащение пульса не соответствует температуре тела (так называемые "ножницы"), в других случаях наблюдается умеренная тахикардия (80-90 уд. в мин.), которая соответствует температуре тела. Всем больным одновременно необходимо измерять температуру в подмышечной области и прямой кишке. При их разнице в пределах 1° С можно думать о тазовом расположении ЧО или о наличии другого воспалительного процесса в малом тазу – симптом Маделунга. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания (при неосложнённых формах ОА). При развитии перитонита обнаруживается некоторое отставание в акте дыхания правой половины передней брюшной стенки (по сравнению с левой). Глубокие форсированные дыхательные движения и кашель усиливают боль в правой подвздошно-паховой области – "симптом кашлевого толчка". Причиной усиления боли является резкое повышение внутрибрюшного давления, приводящее к раздражению болевых рецепторов воспалённых ЧО и брюшины. Описан также Симптом Иванова – сокращение мышц правой половины передней брюшной стенки вызывает уменьшение (по сравнению с левой) расстояния между пупком и правой передней верхней подвздошной остью.

Пальпаторно в правой подвздошно-паховой области выявляется болезненность и локальное мышечное напряжение. Только пальпаторные методы дают возможность сделать заключение о том, что воспалительный процесс вышел за пределы пораженного органа с вовлечением париетальной брюшины. В основе возникновения симптома Щёткина-Блюмберга лежит раздражение воспаленной париетальной брюшины. Среди различных вариантов клинического течения ОА необходимо выделить форму двухэтапного его течения, при котором вначале заболевание имеет бурную клиническую картину (сильные боли в животе, повышение температуры, лейкоцитоз), а затем в течение короткого промежутка времени (10-15 мин.) самочувствие больных резко улучшается – "период затишья" или "мнимого благополучия". Именно на этом этапе течения ОА совершаются многие диагностические ошибки. Хирурга должна насторожить некоторая болезненность правой половины передней брюшной стенки. При повторном анализе крови можно обнаружить нарастание лейкоцитоза. При ректальном исследовании выявляется болезненность передней стенки прямой кишки (при вагинальном – болезненность заднего свода влагалища). Подобное улучшение общего состояния больных можно объяснить наличием деструктивных (гангренозных!) изменений в ЧО, приведших к некрозу нервных окончаний, и, как следствие, к исчезновению болевой импульсации. А по мере вовлечения в воспалительный процесс брюшины вновь появляется сильные боли, но уже связанные с раздражением рецепторного аппарата брюшины.

Дифференциальный диагноз острого аппендицита у детей представляет значительные трудности. Чаще всего его дифференцируют с глистной инвазией, пневмонией, инфекционными заболеваниями (корь, скарлатина, ангины и т. д.) и, особенно, с неспецифическим мезентериальным лимфаденитом. Следствием этого являются значительное увеличение количества осложнений и даже некоторый рост летальности при этом заболевании.