



ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ЖЕНЩИН

Ниязов Б.С., Ашимов Ж.И., Ниязова С.Б., Айтмамбетова Г.Д.

Национальный Хирургический центр, кафедра хирургии ФУВ КГМИПКиПК г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Проведен анализ историй болезней у 181 больного с острым аппендицитом, у которых в ходе лечения была допущена диагностическая ошибка. Представлена методика конверсии доступа.

Ключевые слова: острый аппендицит, аппендэктомия, диагностическая ошибка, гистологическое исследование

АЯЛДАРДЫН АРАСЫНДА КУРТ СЫМАЛ ИЧЕГИНИН КЕСКИН СЕЗГЕНИШИНДЕ КЕТИРИЛГЕН ДИАГНОСТИКАЛЫК ЖАНА ДАРЫЛОО КАТАЛАР

Ниязов Б.С., Ашимов Ж.И., Ниязова С.Б., Айтмамбетова Г.Д.

Улуттук хирургия борбору, И.К. Ахунбаев атындагы КММА-нын хирургия кафедрасы, Бишкек шаары, Кыргызстан

Корутунду. Сокур ичегинин кескин сезгинишинде операция жасалган 181 оорунун оору баянын иликтеп чыктык. Айрыкча ал оруулардын баянынан дарылоо мөөнөтүндөгү кетирилген каталарга көңүл бурулду, андан башка операция жасалуу ар кандай жолдору аныкталды.

Негизги сөздөр: сокур ичегинин кескин сезгиниши, курт сымал ичегинин алып салу, кетирилген диагностикалык каталар, гистологиялык изилдөөлөр

MISTAKES IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE APPENDICITIS IN FEMALES.

Niyazov B.S., Ashimov J.I., Niyazova S.B., Aytmambetova G.D

National Surgery Center Surgery Department of DPR KSMIRT (Department of Physicians Retraining, Kyrgyz State Medical Institute of Retraining) Bishkek city, Kyrgyzstan

Summary. Cases of history of 181 patients with acute appendicitis, at whom during treatment, diagnosis mistake was done, were analyzed. The method of access conversion is presented.

Key words: acute appendicitis, appendectomy, diagnosis mistake, histology investigation.

Актуальность. Своевременная диагностика и лечение острого аппендицита у женщин в настоящее время остается актуальной проблемой, высок процент неоправданных аппендэктомий у женщин, что побуждает хирургов изучать причины гипердиагностики острого аппендицита у больных с острыми воспалительными заболеваниями органов малого таза. Ошибки в диагностике острого аппендицита у женщин, страдающих острыми гинекологическими заболеваниями наблюдается в 12-13 % случаев [2,3,6,7].

Трудности дифференциальной диагностики острого аппендицита и воспалительных заболеваний женских половых органов объясняются анатомо-физиологическими особенностями женского организма; слепая кишка с отростком расположена ниже, чем у мужчин; между кровеносной и лимфатической системой внутренних половых органов, а также брыжейкой

отростка имеется связь; у женщин брюшная полость через маточные трубы сообщается с внешней средой. Всё это, с одной стороны обуславливает трудности разграничения поражения одного из этих органов, а с другой стороны - их совместное участие в воспалительном процессе [1,2,4,5,6] органов малого таза.

Материалы и методы. В Национальном Хирургическом Центре за период с 2006 по 2008 гг. было прооперировано 4220 больных с диагнозом «острый аппендицит», в том числе 2700 (64%) женщин и мужчин - 1520 (36%).

При интраоперационной констатации наличия воспалительных заболеваний придатков матки, либо при других острых гинекологических патологиях - производили конверсию доступа модифицированным методом.

Для этого, до начала операции кожный разрез занимает промежуточное положение между Волковича – Мак – Берни и Леннандера.

Также, как и при типичном доступе, при нашей модификации апоневроз наружной косой мышцы рассекается по ходу волокон, а края захватываются зажимами Кохера, с помощью которых края растягиваются в обе стороны.

При разведении краев апоневроза обнаруживаются волокна наружной косой мышцы живота, а также края влагалища прямой мышцы живота, тогда как, при типичном доступе обнаруживается только внутренняя косая мышца. В проекции тупого раздвигания краев мышцы, при нашей методике зубчатым зажимом захватывается край передней стенки влагалища прямой мышцы живота и подтягивается в сторону пупка. В это время, после рассечения перимизий косая мышца живота тупо разводится по ходу волокон. Кстати, это можно сделать одним пинцетом или сомкнутыми ножницами, постепенно погружая их вглубь мышечного пласта, как бы прочеркивая борозду в наружном направлении.

Если становится необходимым расширить рану, при типичном доступе, к сожалению, приходится рассечь толщу внутренней косой мышцы, причем, независимо от того, в каком направлении расширять рану – вверх или вниз.

При нашей же модификации, не рассекая толщу внутренней косой мышцы, разрез можно осуществить по краю влагалища прямой мышцы живота, у места соединения апоневроза. Причем, разрез любой длины можно продолжить вниз и вверх.

По данной методике мы произвели конверсию доступа 43 больным у которых была допущена диагностическая ошибка.

При осмотре клиническая картина не всегда совпадает с операционной находкой и предполагаемыми морфологическими изменениями, то мы всем больным с острым аппендицитом за 1 час или во время операции вводили в/в метрид 100,0 и цефзол 2,0 в последующем его введение зависело от операционной находки и выявленных морфологических изменений.

Результаты и их обсуждение. Распределение больных по возрасту и полу – табл. 1

Таблица 1

Пол и возраст больных с острым аппендицитом

Пол	Возраст						Всего
	14-20	21-30	31-40	41-50	51-69	60 и старше	
Мужчины	421 (27,6%)	379 (24,9%)	352 (23,2%)	178 (11,7%)	109 (7,2%)	81 (5,3%)	1520 (100%)
Женщины	850 (31,4%)	925 (34,3%)	262 (9,8%)	254 (9,4%)	220 (8,1%)	189 (7%)	2700 (100%)

Как видно из таблицы 1, во всех возрастных группах преобладают женщины, особенно в возрасте 14-30 лет (65,7%).

Создается впечатление, что женщины чаще болеют в возрастных группах 41-59 лет и старше (24,5%). Од-

нако, следует учесть, что в этих возрастных группах численность женщин по отношению к мужчинам в общей структуре населения значительно больше.

Таблица 2

Форма острого аппендицита у лиц различного пола и возраста

Возраст	Форма аппендицита							
	Катаральный		Флегмонозный		Гангренозный		Гангр.-перфоративный	
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
14-20	78	428	284	384	58	38	1	-
21-30	99	473	262	419	16	31	2	2
31-40	62	121	184	126	99	13	5	2
41-50	48	119	98	124	28	10	4	1
51-59	31	102	60	110	16	7	2	1
60 и старше	18	97	46	79	10	10	7	3
Всего	336	1340	934	1242	227	109	21	9

В таблице 2 приведены данные о распределении острого аппендицита по формам у больных различных возрастных групп с учетом пола. Гангренозный и гангренозно-перфоративный аппендицит чаще встречается у мужчин.

Острый флегмонозный аппендицит диагностируется немного чаще у женщин, но при этом следует учесть,

что численность женщин в структуре населения нашей страны преобладает.

Острый катаральный аппендицит диагностируется более 3 раза чаще, чем у мужчин.

Анализ историй болезней у больных прооперированных по поводу острого аппендицита, показал, что у 181 (6,7%) женщин была допущена диагностическая ошибка.



Так у 152 (5,6%) больных, при гистологическом исследовании удаленного отростка морфологических изменений в его стенке не найдено. Диагноз «острый аппендицит» выставлен лишь на основании клинических данных - боли внизу живота, больше справа слабо выраженные или сомнительные симптомы раздражения брюшины.

Во время операции отмечена гиперемия отростка. Это наблюдалось в основном у девочек 14-16 лет, а также у женщин до 30 лет. На основании гинекологического анамнеза можно было установить, что боли в животе появились в середине менструального цикла, она характеризовалась внезапностью, в ряде случаев иррадиировала в крестец, сопровождалась тошнотой, головокружением. С момента появления болей до первого осмотра хирургом, гинекологом и затем, в процессе наблюдения (кратковременного) боль стихала.

Вагинальные и ректальные исследования были, как правило, без особенностей. Во время операции у больных в малом тазу определялось небольшое количество серозно - кровянистой жидкости, отросток был гиперемизован.

У этих больных, речь шла о дисменорее или овуляции с болевым синдромом, когда вскрытие созревшего фолликула сопровождается выходом яйцеклетки и жидкого гормонального содержимого в брюшную полость с небольшим количеством крови. У 14 (7,7%) больных обнаружена апоплексия яичника.

По данным авторов [1,6], почти у каждой 13-ой – 15-ой женщины наблюдается овуляторный синдром, не требующий хирургического вмешательства.

В вышеуказанных случаях хирурги допустили диагностическую ошибку, не придав должного внимания гинекологическому анамнезу, факту быстрого стихания боли в животе, неправильно оценили общую клиническую картину. Ещё более опасны диагностические ошибки обратного порядка, когда острый аппендицит с нетипичным течением принимается за овуляторный синдром, менструальную колику и больных своевременно не оперируют [2,5].

У 3 (1,7%) больных с диагнозом острый аппендицит подвергнутых операции, во время вмешательства была обнаружена нарушенная трубная беременность. Речь шла о пациентках со стертой клинической картиной внематочной беременности, с удовлетворительным общим состоянием. Все эти женщины осматривались на УЗИ и гинекологом, который отверг наличие заболевания внутренних женских половых органов. Червеобразный отросток у них был изменен вторично. Считаем аппендэктомию в таких случаях оправданной. Гистологическое исследование подтвердило наличие острого или хронического воспаления в стенке отростка. Хотя, эта диагностическая ошибка не влечет за собой серьезных последствий, все же точная предоперационная диагностика прервавшейся внематочной беременности необходима. Она позволила бы обоснованно выбрать оперативный доступ, своевременно включить в проведение операции гинеколога. Ошибки подобного рода свидетельствуют о необходимости соблюдения также правила: не полагаться на заключение УЗИ – исследования и гинеколога, в любых случаях самому производить вагинальное исследование.

У 21 (11,6%) больных, оперированных с диагнозом «острый аппендицит», во время вмешательства были обнаружены воспалительные изменения в правых придатках матки (с экссудатом или гнойным содержимым в малом тазу, правой маточной трубе). У всех оперированных больных были явные воспалительные изменения в отростке. Гистологически диагноз острого аппендицита подтвержден. До операции у большинства этих больных на УЗИ обнаружили воспалительные изменения внутренних женских половых органов, однако, нельзя было исключить и приступ острого аппендицита. Речь идет о так называемом аппендикогенитальном синдроме. Мы полагаем, что в таких случаях аппендэктомия обоснована. Она заканчивается в дренировании малого таза и маточной трубы с введением антибиотиков в послеоперационном периоде, это приводит к стиханию воспалительного процесса во внутренних женских половых органах.

У 5 (2,8%) больных во время операции был обнаружен перекрут и разрыв, у 14 (7,7%) - киста яичника. Диагностика перекрута или разрыва небольшой яичниковой кисты не проста, хотя пациентки были исследованы на УЗИ и осмотрены гинекологом. Хотя, нет прямой зависимости между степенью кровотечения и выраженностью болевого синдрома, гинекологи все же диагностируют, как правило, разрыв кисты, лишь при значительных кровотечениях. С небольшим кровотечением при разрыве кисты яичника женщины поступают в хирургический стационар с диагнозом «острый аппендицит». С этим же диагнозом больные готовятся к операции. Клинико-лабораторные данные и УЗИ исследования мало помогают в постановке правильного диагноза. По-видимому, для уточнения диагноза необходима пункция заднего свода и лапароскопия.

При разрывах кисты обычно обнаруживаются воспалительные изменения отростка, что дает основание к аппендэктомии. Гистологически диагноз катарального аппендицита подтверждается. Опасность кроется в нераспознанных разрывах яичника и необходимости в дальнейшем релапаротомии.

В наших наблюдениях во всех случаях разрыв или перекрут кисты яичника был обнаружен на операционном столе, однако, у 8 (4,4%) больных хирург вначале произвел аппендэктомию, и лишь затем, проверил состояние внутренних половых органов, выявил кровоизлияние в полость малого таза и разрыв яичниковой кисты.

Таким образом, убедившись в несоответствии изменений в отростке и клинической картины, хирург обязан произвести ревизию органов брюшной полости, начиная с малого таза, и лишь обнаружив истинную причину заболевания и устранив ее, должен решать вопрос об аппендэктомии. Для этого, мы рекомендуем взять на вооружение предложенную нами методику конверсии доступа, адекватный как для ревизии органов брюшной полости, так и для свободной манипуляции.

Профилактика осложнений с применением антибиотикотерапии (метрид и цефзол) обеспечивает благоприятное течение послеоперационного периода.



ЛИТЕРАТУРА

1. Дегтярь Е.Г. Острый аппендицит у женщин; /М: Медицина, 1991. -С. 97.
2. Кригер А.Г., Фезеров А.В., Воскресенский П.К., Дронов А.Ф. Острый аппендицит. /М: Медпрактика – М. 2002. - С. 244.
3. Назаров В.Г. Гнойные воспалительные поражения маточных труб – симптом острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Новокузнецк: 1994. - С.27-29.

4. Подоненко А.П. К вопросу о дифференциальной диагностике гинекологических заболеваний и острого аппендицита в молодом возрасте. /Вестн. Хир. 1999г. 6. -С.70-72.
5. Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. /М: Медицина – М. 1973. - С.217.
6. Шевчук М.Г., Хохолья В.П., Шевчук И.М. Аппендицит у женщин. Киев: Здоров'я 1992; -С. 144.
7. Bimbaum В.А., Wilson S.R. Appendicitis at the Millenium. Radiology 2000. -С.215-348.