А. Г. Гринцов, В. В. Литвиненко

Ретроспективный клинико-статистический анализ результатов диагностики острого аппендицита в сочетании с кистой яичника

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Цель исследования. Ретроспективная оценка результатов диагностики острого аппендицита в сочетании с кистой яичника

Материалы и методы. Представлен ретроспективный анализ 157 историй болезни женщин в возрасте 18–45 лет, направленных к хирургу. Исследование включало в себя последовательный осмотр всех квадрантов брюшной полости, со стороны боковых отделов живота, во фронтальных и косых срезах с использованием дозированной компрессии датчиком на переднюю брюшную стенку, а также вагинальное и ректальное исследование.

Результаты исследования. Всем пациенткам проведена ультрасонография органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства. Из них у 64 был диагностирован острый аппендицит (I группа), у 42 — перекрут кисты яичника (II группа), у 51 — сочетания острого аппендицита и кисты яичника (III группа). 92 (60,5%) пациенток, у остальных было сочетание острого аппендицита и кисты яичника.

Выводы. Для улучшения диагностики острого аппендицита и кисты яичника в условиях хирургического стационара необходимо каждую женщину с признаками острого аппендицита подвергать гинекологическому обследованию. Только тщательная оценка всей совокупности данных анамнеза, физикального обследования, лабораторных данных, результатов нескольких инструментальных исследований, нередко выполненных в динамике, позволяет установить правильный диагноз.

Ключевые слова: острый аппендицит, киста яичника, хирургия органов брюшной полости

Актуальность.

Согласно данным литературы давно установлено, что причинами ошибок в диагностике острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и лечении больных с этой сложной и «коварной» патологией являются атипичные формы «типичных» хирургических и гинекологических заболеваний [1, 2, 3, 12]. На один типичный аппендицит приходится два с атипичным течением [4, 5]. Атипичное течение острого аппендицита наблюдается у 26–33% больных [6, 8]. Диагностические ошибки при аппендиците составляют 13–60%, причем показатель 15–20% считается невысоким [7, 9].

Боли в животе — основной симптом острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, в том числе и острого аппендицита, в какой бы типичной форме он не проявлялся. Трудности в диагностике острого аппендицита возникают в связи с кажущейся атипичностью заболевания, возникающей при небрежно собранном анамнезе и непрофессионально проведенном осмотре гинеколога [8, 11].

Целью настоящего исследования была ретроспективная оценка результатов диагностики острого аппендицита в сочетании с кистой яичника.

Материалы и методы.

Были проанализированы 157 историй болезни женщин в возрасте 18–45 лет, направленных к хирургу. Из них у 64 был диагностирован острый аппендицит (I группа), у 42 — перекрут кисты яичника (II группа), у 51 — сочетания острого аппендицита

и кисты яичника (III группа). Перед поступлением в больницу всем произведено УЗИ, консультации хирурга и гинеколога.

Результаты и обсуждения.

При изучении историй болезни I группы выявлено, что все обследованные пациентки жаловались на интенсивную боль, 51 (79,6%) отмечали слабость, у 35 (54,6%) было недомогание, у 54 (84,3%) — озноб, у 25 (39,06%) была жажда, у 55 (85,9%) — тошнота. У 35 (54,6%) боли начались внезапно среди полного здоровья, у 42 (65,6%) первоначально боль irradiровала под «ложечку», затем боль концентрировалась в правой половине живота, на этом фоне у 37 (57,8%) была рвота три раза, пищей рвота облегчения не принесла. У 26 (40,6%) в первые часы заболевания было головокружение, потемнение в глазах, обморок. У 49 (76,5%) было нарушение дефекации. Слабительное не принимали все опрошенные пациентки. Также они не пользовались грелкой. Антибиотики принимали. Температура была $37,2 \pm 1$.

Пальпация живота — самый ответственный момент, прежде чем начать пальпацию, больная самостоятельно, по возможности, точно указала наибольшее болезненное место. У 51 (79,6%) симптом Щеткина-Блюмберга был положительный. Симптом С. П. Шиловцева был у 21 (32,8%) положительным. Суть его заключается в различии острого аппендицита от заболевания женской половой сферы и правосторонней почечной колики. При поло-

жении больной на спине выявляли болевую точку в правой подвздошной области и, не отнимая руки, предлагают больной повернуться на левый бок, если нет спаечного процесса и слепая кишка смещается, то боли в найденной точке уменьшаются и перемещаются ниже и левее.

Симптомы Коупа — у 21 (32,8%) — анатомически обосновывает симптоматику острого аппендицита, фиксируя внимания врачей на мышцы и нервы живота, объясняя ряд признаков непосредственным вовлечением в воспалительный процесс мышц или ее фасции, а также рефлекторной мышечной реакцией. Коупе считает важным определение функции поясничной мышцы, участвующей в сгибании бедра и часто страдающей при аппендиците. С этой целью больную попеременно перекалывают с боку на бок и разгибают соответствующее бедро.

У 38 (59,3%) обследованных пациенток были положительными симптомы Воскресенского, Ситковского, Ровзинга. Для УЗИ диагностики острого аппендицита основным признаком были визуализация неперистальтирующей, исходящей из слепой кишки слепо-заканчивающейся утолщенной трубчатой структуры повышенной экзогенности.

Если проследить клинику при деструктивно-гнойном аппендиците, то у 17 (26,5%) симптомы были более бурные: боли интенсивнее, температура выше, частый пульс, язык суховат. Общее состояние страдало: вялость, жажда, желание сохранить покой, симптомы раздражения брюшины выражены ярче. Лейкоцитоз 13000 ± 130 , ЛИИ — $4,0 \pm 0,5$.

При гангренозном — все выраженные симптомы (12 (18,8%)) очень характерны для острого аппендицита и напоминают разлитой перитонит. Лейкоцитоз — 15000, ЛИИ — $5,0 \pm 0,5$.

При изучении историй болезни женщин во II группе (42), т.е. у которых был диагностирован острый аппендицит, выявлено во время оперативного лечения киста яичника справа. У 15% женщин, доставленные с диагнозом «острый аппендицит» оказываются гинекологические заболевания.

Основной жалобой была боль в правом нижнем квадранте — у 40 (95,2%), отмечалась слабость у 32 (76,1%), озноб — у 27 (64,2%), тошнота — у 37 (88,1%), в течение некоторого времени пациентки лечились у гинеколога — 21 (50%), рвота была у 20 (47,6%), обезболивающие препараты не принимали 18 (42,8%), учитывая наличие воспалительного процесса 9 (21,4%) женщин пользовались тёплой грелкой, но от ее применения легче не стало, только усилилась боль. В анамнезе — родов двое у 37 (88,1%), осложнения после родов у 10 (23,8%), аборт был у каждой второй. Обострение заболевания было спустя 10–12 дней после начала менструации, тяжелого физического труда (15 (35,7%)), при этом боли локализовались внизу живота, ниже точки Мак Бурнея с иррадиацией в другие отделы живота, поясницу, ногу, но не сопровождается жалобами на боли в области желудочно-кишечного тракта.

Обследование брюшной полости: симптом Воскресенского, Жендринского, Промтова были положительными у 31 (73,8%). В 15 (35,7%) случаях было применено ректо-вагинальное исследование для диагностики — это исследование не всегда показательно, так как инфильтрат может исходить как из червеобразного отростка, так и придатков матки.

У 18 (42,8%) при гинекологическом исследовании в полости малого таза определялось образование, которое исходило либо из внутренних половых органов, либо из низко расположенного червеобразного отростка. При часто встречающемся тазовом положении червеобразного отростка, он лежит вблизи правых придатков и связан с ними также сосудисто-нервными элементами. Поэтому он подвергается различным отрицательным влияниям в связи с менструальным циклом: периодической гиперемией, механическому давлению со стороны набухающего яичника, воздействию истекающего из граафова пузырька гормона, усиливающего перистальтику. Этих факторов, безусловно, достаточно для того, чтобы вызвать обострение хронического аппендицита или возникновение воспалительного процесса в отростке с предуготованными изменениями в виде облитерации просвета, перетяжки спайками. Выраженное воспаление в отростке и вызванная им реакция брюшины могут способствовать гиперемии, набуханию яичника и разрыву желтого тела или фолликула.

В третью группу вошли пациентки, у которых при обследовании и консультации хирурга был поставлен диагноз — острый аппендицит и киста яичника. Если изучить анамнез, то из него следует, что ведущей жалобой была боль в 100%, время появления боли у 23 (45,1%) было в течение суток, у оставшихся — 12–15 часов. Боль у 18 (35,2%) появилась внезапно, рвота была у 16 (31,3%) и не приносила облегчения, головокружение было у 8 (15,7%). Следует отметить такие симптомы как потемнение в глазах — 12 (23,5%), повышение температуры — 15 (29,4%), жажда — 16 (31,4%), нарушение дефекации — 10 (19,6%). Смущал тот факт, что 17 (33,3%) получали антибактериальную терапию до 2 недель. Нарушение менструального цикла было у 19 (37,2%), осложнения после аборта — у 12 (23,5%), сухой язык — у 18 (35,2%), частый пульс — у 32 (62,8%). Симптомы раздражения брюшины Воскресенского, Жендринского, Промтова были положительными у всех обследованных пациенток, что, вероятно, явилось отправной точкой в постановке диагноза «острый аппендицит».

Выводы.

В практике неотложной хирургии особенно частой и наиболее трудной задачей является дифференциальная диагностика между острым аппендицитом, перекрутом кисты яичника, острым воспалительным процессом в женской половой сфере. Симптомы этих заболеваний часто совпадают и не так уже редко оба эти заболевания существуют одновременно, так что отличить некоторые формы

острого аппендицита весьма трудно, а подчас и невозможно. Для улучшения диагностики острого аппендицита и острых абдоминальных заболеваний гениталий в условиях хирургического стационара необходимо каждую женщину с признаками острого аппендицита подвергать гинекологическому обследованию в сочетании с современными инструментальными методами исследования. Необходимо учитывать возможность сочетания острого аппендицита и острых абдоминальных заболеваний гениталий.

Список литературы.

1. Актуальные проблемы острого аппендицита (по материалам клиники) / А. Г. Бутырский, М. Д. Хакимов, С. С. Хилько, И. И. Фомочкин // Таврический медико-биологический вестник. 2018. Т. 21. № 1. С. 28–35.
2. Байгазаков А. Т., Маманов Н. А., Абдиева А. М. Эндовидеохирургия в лечении сочетанных хирургических и гинекологических заболеваний. // Вестник Ошского государственного университета. 2015. № 3. С. 99–102.
3. Завьялова Н. Г., Завадовская В. Д. Ультразвуковая диагностика неотложных состояний брюшной полости при различной локализации болевого синдрома // Бюллетень сибирской медицины. 2012. Т. 11. № 3. С. 87–93.
4. Каминский М. Н. Современные возможности в диагностике острого аппендицита // Дальневосточный медицинский журнал. 2014. № 4. С. 122–127.
5. Каминский М. Н., Вавринчук С. А. Клинико-соноскопическая диагностика острого аппендицита (обзор литературы) // Молодой ученый. 2017. № 43 (177). С. 72–84.
6. Современная диагностика острого аппендицита (обзор литературы) / Соколов М. Э., Гусейнов А. З., Гусейнов Т. А., Шляхова М. А. // Вестник новых медицинских технологий. 2017. Т. 24. № 4. С. 219–230.
7. Торгунаков А. П. Факторы риска и причины аппендицита — вопросы для дискуссии // Медицина в Кузбассе. 2014. Т. 13. № 2. С. 62–67.
8. Callen A.L., Illangasekare T., Poder L. Massive ovarian edema, due to adjacent appendicitis // Emerg. Radiol. 2017. 24(2):215–218. doi: 10.1007/s10140-016-1436-8.
9. Donaldson C.K. Acute Gynecologic Disorders // Radiol. Clin. North. Am. 2015. 53(6):1293–307 doi: 10.1016/j.rcl.2015.06.012.
10. Hatipoglu S., Hatipoglu F., Abdullayev R. Acute right lower abdominal pain in women of reproductive age: clinical clues // World. J. Gastroenterol. 2014. 20(14):4043–9. doi: 10.3748/wjg.v20.i14.4043.
11. The Association of Appendectomy, Adhesions, Tubal Pathology, and Female Infertility / V. Margaux Becker, S. Silver, R. Seufert, O. J. Muensterer // JSLS. 2019. 23(1). pii: e2018.00099. doi: 10.4293/JSLS.2018.00099.
12. Voron T., Zinzindohoué F. Differential diagnoses of acute appendicitis // Rev. Prat. 2014. 64(7):993–4.

A. G. Grintsov, V. V. Litvinenko

Retrospective clinical and statistical analysis of acute appendicitis in combination with an ovarian cyst diagnostic results

State Educational Institution of Higher Professional Education “M. Gorky Donetsk National Medical University”

Purpose of research retrospective evaluation of acute appendicitis in combination with ovarian cyst diagnostic results.

Materials and methods. A retrospective analysis of 157 case histories of women aged 18–45 years referred to the surgeon is presented. The study included a sequential examination of all quadrants of the abdominal cavity, from the side of the abdomen, in frontal and oblique sections using dosed compression sensor on the anterior abdominal wall, as well as vaginal and rectal examination.

Research result. All patients underwent ultrasonography of the abdominal cavity, pelvis and retroperitoneal space. Of these, 64 were diagnosed with acute appendicitis (group I), 42-torsion of ovarian cysts (group II), 51-a combination of acute appendicitis and ovarian cysts (group III). 92 (60.5%) patients, the rest had a combination of acute appendicitis and ovarian cysts.

Summary. To improve the diagnosis of acute appendicitis and ovarian cysts in a surgical hospital, it is necessary to subject every woman with signs of acute appendicitis to a gynecological examination. Only a thorough assessment of the totality of anamnesis data, physical examination, laboratory data, the results of several instrumental studies, often performed in dynamics, allows to establish the correct diagnosis.

Keywords: acute appendicitis, ovarian cyst, abdominal surgery