

УДК 618.19-006.6

Ю.И.Яковец, Н.В.Бондаренко, Р.В.Ищенко

ОШИБОЧНАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЯИЧНИКА

Донецкий областной противоопухолевый центр, Украина

Реферат. Основываясь на оригинальном наблюдении, показана ошибочная тактика в дифференциальной диагностике острого аппендицита и ведении больной. Показана эффективность эндолимфатической антибиотикотерапии в лечении разлитого перитонита.

Ключевые слова: дифференциальная диагностика острого аппендицита, эндолимфатическая антибиотикотерапия.

Больная Р. 1986 года рождения, история болезни № 37771, студентка медицинского университета заболела 17.07.2006, когда появились повышение температуры тела до 38,5°C, жидкий стул 4-5 раз в сутки с примесью зелени, незначительные боли внизу живота. Госпитализирована в инфекционное отделение одной из городских больниц с диагнозом – острая кишечная инфекция (сальмонеллез?). Проводилась антибиотикотерапия, регидротация. Бакпосев кишечного отделяемого патологии не выявил. Состояние больной на фоне проводимого лечения несколько улучшилось: нормализовался стул до 1 раза в сутки без патологических примесей, но сохранился субфебрилитет, увеличился в размерах живот. При контрольной рентгенографии органов брюшной полости – определяются уровни жидкости.

31.07.2006 осмотрена хирургом, переведена в одну из хирургических клиник с диагнозом – обострение холецистопанкреатита, назначена соответствующая терапия, однако состояние больной не улучшилось. При УЗИ обследовании внутри и справа от матки обнаружено образование 121 x 102 мм с гомогенным содержимым. Забрюшинно определяется жидкостное образование, смещающее левую почку и селезенку.

1.08.2006 произведена КТ брюшной полости и забрюшинного пространства – патологии со стороны внутренних органов не выявлено. В брюшной полости большое количество свободной жидкости. В плевральных полостях небольшое количество свободной жидкости. Заключение – асцит. Консультация хирургов и гинекологов. С диагнозом – опухоль правого яичника, канцероматоз, асцит пациентка переведена в ДОПЦ.

2.08.2006 в 12²⁰ поступает в ОРИТ ДОПЦ с жалобами на тупые боли в животе, чувство тяжести, температуру тела до 38,5°C. Пульс – 98 ударов в минуту, артериальное давление 120/60 мм. рт. ст. При осмотре живот симметричен, равномерно вздут, чувствителен при пальпации во всех отделах. Перитонеальных знаков нет, определяется свободная жидкость в брюшной полости. Назначается дообследование: рентгенография легких и органов брюшной полости, общеклинические и биохимические анализы крови, коагулограмма. В общем анализе крови эритроциты – $3,18 \times 10^{12}$, гемоглобин 100, лейкоциты $7,8 \times 10^8$, нейтрофилез: палочкоядерные – 33%, сегментоядерные – 57%, анизоцитоз – токсическая зернистость 76%.

3.08.2006 рентгенография легких – справа патологических теней не определяется, слева в нижних отделах пневмотизация снижена, правый купол диафрагмы доходит до уровня четвертого межреберья. При рентгенографии органов брюшной полости свободного газа в

брюшной полости не определяется. Имеется пневмотизация ободочной кишки.

3.08.2006 совместно осмотрена сотрудниками кафедр хирургии и гинекологии. Вывод – у больной клинические данные в пользу разлитого перитонита, показано оперативное вмешательство.

На фоне проводимой интенсивной внутривенной предоперационной подготовки произведена катетеризация подкожного лимфатического сосуда правого бедра. Начата эндолимфатическая антибиотикотерапия.

3.08.2006 операция – лапаротомия, дренирование брюшной полости.

Протокол операции: Срединная лапаротомия. В брюшной полости около четырех литров сливкообразного гноя с колибациллярным запахом. Отмечаются осумкованные абсцессы в малом тазу, под диафрагмой с обеих сторон. Петли тонкой кишки спаяны между собой, покрыты фибрином, прикрыты большим сальником. Наибольшие воспалительные изменения в области правого фланка. Ревизия петель тонкой кишки, ободочной кишки, желудка – перфоративных отверстий не выявлено. Матка и придатки не изменены. Выделен купол слепой кишки – в проекции отхождения червеобразного отростка имеется инфильтрат 5 x 4 с участками некроза и фибрина на куполе. Последний прикрыт большим сальником и терминальным отделом подвздошной кишки. Резекцию илеоцекального угла при разлитом перитоните решено не выполнять. Купол слепой кишки помещен экстраперитонеально, к нему подведено два дренажа через контрапертуру в правой подвздошной области. Дополнительно семь дренажей в брюшную полость через контрапертуры. Брюшная полость многократно отмыта антисептиками. Рана ушита до дренажей наглухо.

Тяжелое послеоперационное течение. Контрольные рентгенографии легких от 5.08.2006, 14.08.2006, 19.08.2006, 21.08.2006 – левосторонняя плевропневмония. При контрольной УЗИ органов брюшной полости в правой подвздошной области инфильтрат по ходу стояния дренажей. 11.08.2006, 14.08.2006, 21.08.2006, 22.08.2006 – патологии не выявлено.

11.08.2006 при плевральной пункции получено 300 мл розовой жидкости, внутривенно введен цефтриаксон.

22.08.2006 рана зажила, жалоб не предъявляет.

28.08.2006 выписана с диагнозом – острый деструктивный аппендицит. Аппендикулярный инфильтрат. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит.

Как видно из приведенной выше истории болезни пациентки с острым аппендицитом, картина заболевания была нетипичной с самого начала – отсутствовал ведущий симптом – болевой. Старые авторы еще в самом начале развития учения об остром аппендиците писали: иногда болезнь начинается поносом. Dieulafoy называл такой понос *diarrea de defense* («защитный понос»). К сожалению даже опытные инфекционисты и хирурги забывают о возможности подобного развития заболевания.

Из особенностей следует отметить, что сестра больной Р. оперирована 19.08.2006 в ДОПЦ с диагнозом – катаральный аппендицит через 6 часов с начала заболевания (история болезни № 38024). Выписана в удовлетворительном состоянии 28.08.2006.

Ю.И.Яковец, Н.В.Бондаренко, Р.В.Ищенко

ОШИБОЧНАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЯИЧНИКА

Донецкий областной противоопухолевый центр, Украина

Реферат. Основываясь на оригинальном наблюдении, показана ошибочная тактика в дифференциальной диагностике острого аппендицита и ведении больной. Показана эффективность эндолимфатической антибиотикотерапии в лечении разлитого перитонита.

Ключевые слова: дифференциальная диагностика острого аппендицита, эндолимфатическая антибиотикотерапия.

Ю.І.Яковець, М.В.Бондаренко, Р.В.Іщенко

ПОМИЛКОВА ДІАГНОСТИКА РАКУ ЯЄЧНИКА

Донецький обласний протипухлинний центр, Україна.

Реферат: Ґрунтуючись на ориґінальному досліджені, показана помилкова тактика в диференційній діагностиці гострого апендициту та веденні хворої. Показана ефективність ендолімфатичної антибіотикотерапії в лікуванні розлитого перитоніту.

Ключові слова: диференційна діагностика гострого апендициту, ендолімфатична антибіотикотерапія.

Yakovec U.I., Bondarenko N.V., Ishchenko R.V.

MISTAKEN DIAGNOSIS OF OVARY CANCER

(Clinical case)

Donetsk Regional Oncology Center.

Summary. The mistaken tactic in differential diagnostics ocute appendicitis and treatment was demonstrated on base of original clinical case. Показана ефективність ендолімфатической антибиотикотерапии в лечении разлитого перитонита. It was shown the high efficiency of endolymfatic antibiotycotherapy in therapy processes of purulent peritonits.

Key words: differential diagnostics ocute appendicitis, endolymfatic antibiotycotherapy.