

Острые гинекологические заболевания в неотложной хирургической практике

К. С. Долим, А. Ш. Абдумажидов, З. З. Тухтамурод
Ташкентский медицинский педиатрический институт, Узбекистан

Acute gynecological diseases in urgent surgical practice

K. S. Dolim, A. Sh. Abdumazhidov, Z. Z. Tukhtamurod
Tashkent Medical Pediatric Institute, Uzbekistan

Реферат

Цель. Проанализировать случаи поступления больных с острыми гинекологическими заболеваниями в экстренное хирургическое отделение.

Материалы и методы. С 2012 по 2016 г. в хирургическом отделении оперированы 1702 женщины по поводу острого аппендицита, у 345 (20%) из них выявили различные острые гинекологические заболевания, потребовавшие неотложного хирургического вмешательства.

Результаты. Правильный диагноз гинекологической патологии до операции был установлен у 82 (24%) из 345 больных. У остальных наличие острой гинекологической патологии было установлено во время операции. Всем этим больным выполнено экстренное оперативное вмешательство.

Выводы. Нередко дифференциальный диагноз острой хирургической и гинекологической патологии труден. Для дифференциации острого аппендицита от гинекологической острой патологии, помимо специальных методов исследования, важен тщательный сбор гинекологического анамнеза.

Ключевые слова: острый аппендицит; апоплексия; экстренная хирургия.

Abstract

Objective. To analyze the cases of admittance of the patients, suffering an acute gynecological diseases, into Urgent Surgical Department.

Materials and methods. In 2012 – 2016 yrs in Department of Surgery 1702 women were operated for an acute appendicitis, in 345 (20%) of them various acute gynecological diseases were revealed, demanding performance of urgent surgical interventions.

Results. Correct diagnosis of gynecological pathology was established preoperatively in 82 (24%) of 345 patients. In rest of them the presence of an acute gynecological pathology was established intraoperatively. To all these patients the urgent operative intervention was performed.

Conclusion. Not rarely differentiated diagnosis of acute surgical and gynecological pathology is difficult. To differentiate an acute appendicitis from gynecological acute pathology, except applying of the special investigations methods, it is important to gather a detailed gynecological anamnesis.

Keywords: acute appendicitis; apoplexy; urgent surgery.

Довольно часто острые патологические процессы придатков матки, такие как апоплексия яичника, разрывы кист яичника, внематочная беременность с разрывом маточной трубы и внутрибрюшным кровотечением, гнойные процессы яичника и маточной трубы, требуют выполнения неотложной операции. По литературным данным от 1 до 3% оперативных вмешательств при острых гинекологических заболеваниях выполняют по поводу «острого аппендицита» [1]. Эти больные поступают в хирургическое, а не в гинекологическое отделение, в связи с ошибкой в диагнозе из-за весьма сходной клинической картины острого гинекологического заболевания с острым аппендицитом, а также из-за недостаточного знания врачей скорой помощи клинических симптомов этих заболеваний. До операции их распознают у 40 – 50% больных, в остальных диагноз устанавливают во время операции [1 – 4].

Цель исследования: проанализировать случаи поступления больных с острыми гинекологическими заболеваниями в экстренное хирургическое отделение.

Материалы и методы исследования

В период с 2012 по 2016 г. в хирургическом отделении оперированы 1702 пациентки с диагнозом «острый аппендицит», у 345 (20%) из них выявлены различные острые гинекологические заболевания, потребовавшие неотложного хирургического вмешательства.

Результаты и их обсуждение

Правильный диагноз гинекологической патологии до операции был установлен у 82 (24%) из 345 больных, у остальных наличие острой гинекологической патологии было установлено во время операции. Установленный неправильный диагноз «острый аппендицит» был следствием ошибки из-за неполноты сбора гинекологического анамнеза на догоспитальном этапе, а также в отделении, недостаточного знания клинической картины заболевания и в большинстве наблюдений сходства симптомов обоих заболеваний. На трудности дифференциальной диагностики острого аппендицита и гинекологической патологии у отдельных больных указывают многие авторы [1 – 3].

Для полноценного анализа мы разделили больных на две группы. В 1-ю группу включили 170 (49%) больных, которые поступили с диагнозом острого аппендицита, а в последующем у них выявили гинекологическую патологию, сопровождавшуюся признаками кровотечения в брюшную полость. У 61 (36%) больной была апоплексия яичника, у 58 (34%) – разрыв кист яичника, у 51 (30%) – внематочная беременность. Во 2-ю группу включили 175 (51%) больных с аднекситом, перекрутом кисты яичника и гнойными процессами в маточной трубе.

У больных 1-й группы исключить диагноз острого аппендицита и установить правильный гинекологический диагноз особых трудностей не представляло, так как в клинической картине заболевания преобладали признаки кровопотери. У отдельных больных внезапное появление боли в нижнем отделе живота сопровождалось головокружением и резкой общей слабостью. Боль иррадиировала в задний проход и наружные половые органы, поясницу с последующим распространением по всему животу. У 25 (15%) больных наблюдали кратковременную потерю сознания. Боль в правой подвздошной области была у 126 (74%) больных, левой – у 13 (7%), над лобком – у 5 (3%), по всему животу – у 26 (15%). Головокружение наблюдали у 39 (23%) больных, общую слабость – у 41 (24%), тошноту и рвоту – у 27 (16%). У 31 (18%) больной мочеиспускание было учащенным.

Большинство больных поступило в удовлетворительном состоянии, 13 (8%) доставлены в состоянии средней тяжести с выраженной анемией. У всех поступивших больных отмечали бледность кожных покровов и слизистых оболочек, тахикардию и пониженное артериальное давление, снижение уровня гемоглобина. Гипертермия была у 17 (10%) больных.

При пальпации живот был мягкий, резко болезненный в нижних отделах и в правой подвздошной области. Наблюдали симптомы раздражения брюшины на фоне мягкого живота (симптом Куленкампа), довольно постоянный симптом Промтова (боль при смещении шейки матки во время бимануальной пальпации). Диагноз особой трудности не вызывал и был подтвержден показателями УЗИ (наличие жидкости в малом тазу). Всем этим больным выполнено экстренное оперативное вмешательство, кроме 5 (3%), у которых в процессе кратковременного наблюдения боль прекратилась, состояние улучшилось и оценивалось как проявления апоплексии яичника (хотя многие авторы являются сторонниками активного вмешательства при апоплексии яичника). У 32 (19%) больных операции выполнили из разреза Дьяконова–Волковича, у них возможность острого аппендицита полностью не была исключена. Остальным больным применили нижне–срединную лапаротомию. У 56 (33%) больных в брюшной полости обнаружены жидкая кровь и сгустки, у 31 (18%) – серозно–кровянистая жидкость. Объем оперативного вмешательства во всех наблюдениях был наиболее щадящим. В большинстве наблюдений при раз-

рыве маленьких тонкостенных кист яичника выполняли гемостаз и ушивание дефекта ткани яичника, при больших кистах – кистэктомии с клиновидным иссечением и ушиванием. У 51 (30%) пациентки при трубной беременности с разрывом маточной трубы операцией выбора были тубэктомия и гемостаз.

Во 2-й группе больных с аднекситом и гнойным воспалением маточной трубы дифференциальный диагноз с «острым аппендицитом» представлял определенные трудности. За некоторыми больными в связи с неясностью клинической картины пришлось установить динамическое наблюдение, иногда – совместно с гинекологом. Довольно часто при правостороннем процессе боль локализуется в типичном для острого аппендицита месте. Как правило, боль нерезкая, постоянная, как и при остром аппендиците, возможны повышение температуры тела и лейкоцитоз. Чрезвычайно важен для дифференциации и установки правильного диагноза скрупулезный сбор гинекологического анамнеза. Нередко все симптомы острого аппендицита и гнойного процесса в придатках матки малоэффективны. Но, несмотря на то что каждая из указанных патологий в определенной степени имеет свои характерные симптомы, страх возможного опоздания с аппендэктомией заставляет хирурга решать вопрос в пользу операции. Из 175 больных 2-й группы у 128 (76%) проведено оперативное лечение. Все операции сочетали с аппендэктомией. Вопрос об аппендэктомии при гинекологической патологии остается дискуссионным. Одни аргументируют это недопустимым смешиванием кишечной инфекции, другие считают, что оставление червеобразного отростка при наличии рубца в правой подвздошной области может впоследствии при истинном воспалении отростка послужить причиной трагической ошибки – отказа от операции при его деструкции. У всех больных послеоперационный период протекал удовлетворительно, летальных исходов не было.

Выводы

1. Нередко дифференциальный диагноз острой хирургической и гинекологической патологии труден.
2. Для дифференциации острого аппендицита и острой гинекологической патологии, помимо специальных методов исследования, важен тщательный сбор гинекологического анамнеза.

References

1. Makhovskiy VZ, Aksenenko VA, Laypanov IM, Yakh'ya ZHM. Ekstrennyye sochetannyye operatsii v khirurgii organov bryushnoy polosti i malogo taza. Khirurgiya. Zhurnal im N. I. Pirogova. 2012;(9):48–54. [In Russian].
2. Andreyev YuV. Simul'tannyye vmeshatel'stva v abdominal'noy khirurgii. PhD [thesis]. Petrozavodsk. 2001. [In Russian].
3. Gaydarova AX. Sochetannyye operatsii v ginekologii. MD [dissertation]. Moskva. 2003. [In Russian].
4. Kim JJ, Kim N, Lee BH. Risk factors for development and recurrence of peptic ulcer disease. Kor J Gastroenterol. 2010;56:4:220–8. PMID: 20962557.