

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И ЕГО ФОРМ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ

А. В. Капшитарь

Запорожский государственный медицинский университет, КП «Городская клиническая больница № 2». 69053 Украина, г. Запорожье, пр. Маяковского 26. E-mail: alexiy_1@minamoto.com.ua

MORPHOLOGICAL DIAGNOSIS OF ACUTE APPENDICITIS AND ITS FORMS IN ENVIRONMENTALLY UNFRIENDLY INDUSTRIAL CITY

A. V. Kapshitar

SUMMARY

The research goal was to identify the frequency of agreement and disagreement of the final clinical diagnosis of acute appendicitis and its forms with the histological conclusion in an ecologically unfavorable large industrial center. Since 2009 to 2012, on 218 patients with acute appendicitis were operated in the surgical department of the City Clinical Hospital № 2 in Zaporozhye. There were 114 men (52.3%) and 104 (47.7%) women, the patients' age ranging from 17 to 84 years. The coincidence of the clinical diagnosis of acute appendicitis and the pathologic one was found in 89% of patients and in 11%, it was histologically excluded. Overdiagnosis of various forms of acute appendicitis was found in 11% of patients and underdiagnosis – in 7.3%. Thus, the results indicate an imperfect diagnosis of acute appendicitis in a surgical clinic, which calls for improvement of the existing methods of examination and development of new methods.

МОРФОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ ТА ЙОГО ФОРМ У ЕКОЛОГІЧНО НЕБЕЗПЕЧНОМУ ПРОМИСЛОВОМУ МІСТІ

О. В. Капшитар

РЕЗЮМЕ

. Мета дослідження: виявити частоту співпадання та розходження заключного клінічного діагнозу гострого апендициту та його форм і гістологічного заключення в екологічно великому промисловому центрі. З 2009 по 2012 роки оперували 218 пацієнтів з гострим апендицитом у хірургічному відділенні КУ, Міської клінічної лікарні № 2» м. Запоріжжя. Чоловіків було 114 (52,3%), жінок — 104 (47,7%) у віці від 17 до 84 років. Співпадання клінічного та патоморфологічного діагнозів гострого апендициту виявлено у 89% хворих, а у 11% — він гістологічно виключений. Гіпердіагностика різних форм гострого апендициту відмічена у 11% пацієнтів та гіподіагностика — у 7,3%. Таким чином, отримані результати свідчать про незадовільну діагностику форм гострого апендициту у хірургічній клініці, що потребує вдосконалення існуючих та розробку нових методів дослідження.

Ключевые слова: формы острого аппендицита, клиническая и морфологическая диагностика, экологически неблагоприятный город.

Одной из важных проблем г. Запорожья является загрязнение атмосферного воздуха выбросами промышленных предприятий, прежде всего металлургической и химической промышленности и значительный рост предельно допустимых концентраций вредных веществ [1, 4, 8, 9]. Следствием этого является рост распространенности и заболеваемости населения [8, 9]. В г. Запорожье, экологически неблагоприятном крупном промышленном центре, среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый аппендицит прочно занимает 1-е место [5]. Лидирующее положение острый аппендицит удерживает также и в других регионах [6, 7, 10]. Несмотря на совершенствование клинической диагностики, использование имеющихся дополнительных методов исследования, разработку и внедрение современных методов, его диагностика у ряда больных остается достаточно трудной задачей [2, 3, 5–7, 10]. Так, по данным авторов, расхождение между заключительным клиническим диагнозом, с учётом интраоперационной оценки изменений

в червеобразном отростке при остром аппендиците, и патоморфологическим заключением отмечаются у 16,5–30% наблюдений [2, 5, 10]. В периодической печати вопросы патологии острого аппендицита в экологически неблагоприятных городах не вычленены.

Цель исследования: выявить частоту совпадения и расхождения заключительного клинического диагноза острого аппендицита и его форм и гистологического заключения в экологически неблагоприятном крупном промышленном центре.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике общей хирургии ЗГМУ, базой которой является хирургическое отделение КП «Городской клинической больницы № 2» г. Запорожья, изучены результаты клинической диагностики острого аппендицита и его форм и проведено сравнение с данными последующего гистологического исследования червеобразных отростков у 218 больных с острым аппендицитом, которым выполнена аппендэктомия

за период с 2009 по 2012 годы. Мужчин было 114 (52,3%), женщин — 104 (47,7%) в возрасте от 17 до 84 лет. Использовали классификацию В. И. Колесова (1972). Гистологическое исследование удаленных червеобразных отростков выполнено после общепринятой обработки шести поперечных срезов в местах наиболее выраженных макроскопически патологических изменений. Окраску проводили гематоксилин-эозином. Использовали 10-кратное увеличение окуляра микроскопа «Гранум».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

После лапаротомии, согласно макроскопической оценке червеобразных отростков, у большинства больных была выполнена аппендэктомия по поводу флегмонозной формы острого аппендицита — 130 (59,6%) пациентов, реже — катаральной формы — 44 (20,2%), гангренозной формы — 24 (11%) и перфоративной формы — 20 (9,2%).

При гистологическом исследовании удаленных червеобразных отростков катаральная форма подтверждена у 32 (72,7%) больных, её гиподиагностика имела место у 2 (4,6%), что соответствовало во время микроскопии флегмонозной форме аппендицита. Острый аппендицит исключён во время гистологического исследования у 10 (22,7%) пациентов и определен хронический аппендицит в стадии обострения

У пациентов с клиническим диагнозом флегмонозной формы острого аппендицита морфологические изменения подтверждены у 108 (83,2%) пациентов, гипердиагностика отмечена у 5 (3,8%), гиподиагностика — у 5 (3,8%). Острый аппендицит исключён у 12 (9,2%) больных и определён хронический аппендицит в стадии обострения.

Совпадение клинического и морфологического диагноза гангренозной формы острого аппендицита диагностированы у 13 (54,2%) больных. Гипердиагностика выявлена у 9 (37,4%) пациентов, из которых флегмонозная форма была у 8 пациентов и катаральная форма — у 1. Гиподиагностика отмечена у 1 (4,2%) больного с перфоративной формой аппендицита. Крайне редко, у 1 (4,2%) пациента, острый аппендицит был исключён и диагностирован хронический аппендицит в стадии обострения.

Перфоративная форма острого аппендицита подтверждена у 9 (45%) пациентов, гипердиагностика отмечена у 10 (50%), из них флегмонозная форма аппендицита была у 4, гангренозная форма — у 4 и катаральная форма — у 2. Так же крайне редко, у 1 (5%) больного, исключён острый аппендицит и диагностирован хронический аппендицит в стадии обострения.

Гиподиагностику форм острого аппендицита во время операции можно объяснить с позиции стадийности развития острого аппендицита. Патоморфоло-

гический процесс начинается со слизистой оболочки с развития феномена Ашофа даже в одной из крипт как проявление спазма гладкой мускулатуры червеобразного отростка и последующего распространения на мышечную с серозную оболочки. Поэтому, визуально определяемые хирургом макроскопические изменения червеобразного отростка со стороны серозной оболочки, у этих больных не являются истинными в связи с более глубокими патоморфологическими изменениями в слизистой и мышечной оболочках.

Гипердиагностика форм острого аппендицита во время лапаротомии связана с макроскопическими изменениями, имеющими пограничные значения и малоразличимы при ограниченном пределе возможности невооружённого глаза хирурга. Присутствует также психологический аспект, состоящий в том, что при визуальной дифференциальной диагностике форм острого аппендицита предпочтение будет отдано более тяжёлой форме.

Расхождение между клиническим и патолого-анатомическим диагнозом острого аппендицита не является принципиальной ошибкой в связи с тем, что при наличии любой его формы показана аппендэктомия. С научной точки зрения данный вопрос должен изучаться, разрабатываться и внедряться новые высокоэффективные дополнительные методы диагностики форм острого аппендицита во время лапаротомии и патоморфологического исследования.

ВЫВОДЫ

1. Больные с клинически установленным диагнозом острого аппендицита, включая и данные дополнительных методов исследования в „трудных“ случаях, подлежат аппендэктомии.

2. Совпадение клинического и морфологического диагнозов острого аппендицита выявлено у 89% больных в экологически неблагоприятном крупном промышленном городе.

3. Гипердиагностика различных форм острого аппендицита отмечена у 11% пациентов, гиподиагностика — у 3,7%.

4. Острый аппендицит во время гистологического исследования исключен у 11% больных и диагностирован хронический аппендицит в стадии обострения. Из них клинический диагноз катаральной формы острого аппендицита ошибочно определен у 41,6% и деструктивные формы — у 58,4%.

Перспективами дальнейших разработок в данном направлении является совершенствование клинической и интраоперационной диагностики острого аппендицита и его форм, в т.ч. разработка новых методов диагностики форм аппендицита во время оперативного вмешательства, а также совершенствование методик патоморфологического исследования. Это позволит уменьшить частоту расхождения клинического диагноза острого аппендицита и его форм и данными гистологического заключения.

Работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательской работы кафедры общей хирургии Запорожского государственного медицинского университета и является фрагментом комплексной темы, «Ранняя диагностика и лечение неотложной абдоминальной патологии» (номер государственной регистрации 0100U002400) и является инициативной

ЛИТЕРАТУРА

1. Авраменко Н. В. Досвід організації надання медичної допомоги населенню екологічно небезпечного регіону з питань охорони репродуктивного здоров'я та планування сім'ї /Н.В. Авраменко, О.М. Завгородня, О.В. Стрелко //Запорожский медицинский журнал. — 2010. — № 2. — С. 156–159.
2. Диагностика та хірургічна тактика лікування гострого апендициту у хворих похилого та старечого віку /В.М. Буценко, ЮЛ. Кунацький, А. О. Христуленко, Г. О. Грінцова //Львівський медичний часопис. — 2011. — № 2. — С. 35–36.
3. Досвід діагностики гострого апендициту /О.І. Сопко, Р.М. Козубович, І. М. Молнар та ін. //Хірургія України. — 2006. — № 3. — С. 98–102.
4. Экосистема великого промислового міста України та діти першого року життя /О.М. Лук'янова, Ю. Г. Резніченко, Ю. В. Антипкін та ін. — Запоріжжя: Дике Поле, 2007. — 222 с.
5. Милица Н. Н. Дифференцированный подход к лечению пациентов с болью в правой подвздошной области /Н.Н. Милица, К.Н. Милица, С.Р. Вильданов //Український журнал хірургії. — 2011. — № 4. — С. 139–141.
6. Острая абдоминальная патология /Под ред Д. Клайна, Л. Стеда; [пер. с англ. Под ред. проф. А.И. Ковалёва]. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. — 293 с.
7. Пронін В. О. Патологія червоподібного відростка та апендектомія / В. О. Пронін, В. В. Бойко. — Харків: СІМ, 2007. — 271 с.
8. Турос О. І. Аналіз ризику для здоров'я населення від забруднення атмосферного повітря промисловими підприємствами м. Запоріжжя /О.І. Турос //Медичні перспективи. — 2008. — № 1. — С. 93–97.
9. Федорченко Р. А. Гігієнічна оцінка рівнів захворюваності населення м. Запоріжжя за 2000–2008 рр. у зв'язку з забрудненням атмосферного повітря /Р.А. Федорченко, Ю. В. Волкова //Запорожский медицинский журнал. — 2010. — № 1. — С. 37–40.
10. Хірургічні хвороби / [В.І.Бондарєв, Р.В. Бондарєв, О.О. Васильєв та ін.]; за ред. П. Г. Кондратенка. — Харків: Факт, 2007. — С. 434–453.