

К. М. МУРАДЯН, А. С. ГАЛСТЯН

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Работа посвящена вопросам дифференциальной диагностики некоторых форм внематочной беременности с острым аппендицитом. Даны рекомендации, помогающие решению данной проблемы.

Вопросам симптоматики и диагностики внематочной беременности уделяется большое внимание. Однако больные с внематочной беременностью нередко доставляются в хирургические стационары с предполагаемым диагнозом—острый аппендицит, особенно в случаях правосторонней трубной беременности. Процент диагностических ошибок, по данным литературы [1—4], колеблется от 3 до 20.

С 1975 по 1984 г. в хирургический стационар IV клинической больницы г. Еревана с предполагаемым диагнозом острого аппендицита было госпитализировано 94 больных с внематочной беременностью в возрасте 19—48 лет, из них 25 были переведены из гинекологического стационара. В первые 6 часов было доставлено 30 больных, от 7 до 12 часов—27, от 13 до 24 часов—19 и более 48 часов— 8 больных.

В большинстве случаев больные жаловались на боли в правом подвздошье, типичные для острого аппендицита. У 47 больных они сочетались с болями в надлобковой области и левом подвздошье, у 15—с болями в эпигастральной области и в правом подреберье, у 3 больных иррадиировали в поясницу, при этом отмечалось учащенное мочеиспускание. У 5 больных наблюдались кратковременные головокружения, у 2—обморочное состояние.

При объективном исследовании удовлетворительное состояние выявлено у 52 и средней тяжести—у 42 больных. Повышение температуры отмечено у 21 больной (у 3— высокая, у 18—субфебрильная). Учащение пульса наблюдалось у 33 больных: в пределах 90—92 уд. в мин.—у 19 при нормальной температуре, 110—120 уд. в мин.—у 14 больных при температуре 38—38,5°. Колебания артериального давления в пределах 90—70—100/80 мм рт. ст. наблюдались у 7 больных.

Пальпаторная болезненность в правом подвздошье отмечена у всех больных, у 10 из них значительно менее выраженная в левой подвздошной области, у 6—в правом подреберье. У 49 больных выявлялось локальное напряжение мышц передней брюшной стенки, у 25—разлитое напряжение мышц живота. Симптом кашлевого толчка был положительным у 29 больных. Симптом Щеткина-Блюмберга наблюдался у 81 больной, из них у 35 был положителен симптом Куленкампа. Рубашечный симптом (Воскресенского) наблюдался у 28 больных. Симптом раздражения брюшины отсутствовал у 21 больной. Следует отметить, что у всех женщин мышечная защита была менее выраженной, чем при деструктивном аппендиците или других острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости.

Вагинальное исследование произведено у 88 больных. У 25 обнару-

жены данные, характерные для воспалительных процессов придатков матки, у остальных больных острые гинекологические заболевания отрицались. Ректальным исследованием, произведенным 32 больным, выявлено легкое нависание и болезненность передней стенки кишки у 10 больных.

Таким образом, у всех больных клиническая картина заболевания больше укладывалась в симптоматику острого аппендицита, чем внематочной беременности. У 18 больных диагноз острого аппендицита вызывал сомнение. После консультации гинеколога, отрицавшего наличие гинекологического заболевания, больные оперированы в хирургическом стационаре, 12 больных оперированы с предполагаемым диагнозом внематочной беременности несмотря на то, что наличие гинекологической патологии отрицалось консультантом-гинекологом. Все это говорит о необходимости критической настороженности к заключению консультанта, который за короткий промежуток времени не всегда может установить истинный характер заболевания, тогда как врач, наблюдающий за динамикой патологического процесса, имеет больше оснований для постановки правильного диагноза и выбора рациональной лечебной тактики.

При изучении картины крови у 37 больных обнаружено повышение количества лейкоцитов от 9500 до 14000. В содержании гемоглобина в дооперационном периоде у 59 больных отклонений от нормы не выявлено. В последующих анализах отмечено понижение гемоглобина до 56—62 ед.

Из 94 больных 14 оперированы с диагнозом—внематочная беременность и 80—с диагнозом—острый аппендицит. Под эндотрахеальным наркозом оперирована 61 больная, у 28 операция начата под местным обезболиванием и продолжена под наркозом, 7 больных оперированы под местным обезболиванием. Больным, оперированным с предполагаемым диагнозом острый аппендицит, брюшная полость вскрывалась косым переменным разрезом. В связи с необходимостью доступа к органам гениталия при наличии большого количества крови в брюшной полости 26 больным произведена дополнительная срединная лапаротомия. Правосторонняя трубная беременность обнаружена у 85 больных, яичниковая—у одной, в заднем Дугласе—у одной и левосторонняя беременность—у 7 больных. Разрыв трубы наблюдался у 24 больных, из них у 9—в стационаре в период от нескольких часов до суток с момента госпитализации. У 70 больных внематочная беременность прервалась по типу трубного аборта. У всех больных операция закончилась удалением трубы. Аппендэктомия произведена у 19 больных: 14—в связи со вторичными воспалительными изменениями в отростке и 5—в связи с травмированием отростка во время операции. Брюшная полость зашита наглухо 89 больным, у 5 дренирована из-за подозрения на инфицирование.

Послеоперационный период у большинства больных (86) протекал без осложнений. У 8 больных наблюдался длительный парез кишечника. Смертельных исходов не было.

Как видно из вышеизложенного, дифференциальная диагностика

некоторых форм внематочной беременности с острым аппендицитом нередко оказывается сложной, и правильный диагноз может быть поставлен только на основании совокупности данных, тщательного изучения анамнеза, объективного исследования больных. В ряде случаев диагноз может быть установлен лишь после динамического наблюдения за больной с применением дополнительных методов исследования (пункция заднего свода влагалища, лапароскопия и т. д.). Для дифференциальной диагностики аппендицита и трубной беременности мы нередко прибегаем к определению симптома Промптова, которому придаем большое значение. У двух больных во время пункции заднего свода гинекологом была обнаружена кровь. Однако во время операции диагноз внематочной беременности был подтвержден, в брюшной полости констатировано наличие крови. У 4 больных на основании анамнеза и объективных данных наличие внематочной беременности гинекологом отрицалось. Во время операции с предполагаемым диагнозом—острый аппендицит установлено наличие внематочной беременности (в двух случаях в виде трубного выкидыша и в двух—в виде непрервавшейся беременности).

Итак, дифференциальная диагностика прерванной внематочной беременности и острого аппендицита нередко представляет большие трудности. Во избежание диагностических ошибок при внематочной беременности в дооперационном периоде необходима консультация гинеколога с критической оценкой ее хирургом.

Кафедра хирургии ПСС факультетов
Ереванского медицинского института

Поступила 8/VII 1936 г.

Ղ. Մ. ՄՈՒՐԱԴՅԱՆ, Ա. Ս. ԳԱԼՍՅԱՆ

ՎԻՐԱՐՈՒԺԱԿԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱՅՈՒՄ ԱՐՏԱԱՐԳԱՆԴԱՅԻՆ ՀԳԻՈՒԹՅԱՆ
ԱՆՏՈՐՈՇՄԱՆ ՀԱՐՑԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Հեղինակների կլինիկական դիտարկման տակ են գտնվել արտաարգանդային հղիությունով տառապող 94 հիվանդներ, որոնք կլինիկա են ընդունվել և վիրահատվել «սուր ապենդիցիտ» կամ «սուր որովայն» դիագնոզով: Նրանցից 69-ի մոտ ախտորոշման սխալը թույլ է տրվել մինչև հոսպիտալացումը, շտապ-օգնության կամ պոլիկլինիկային բժիշկների կողմից, իսկ 25-ի մոտ հոսպիտալացումից հետո, ինչպես վիրաբույժների, նույնպես և գինեկոլոգների կողմից: Ուստի ախտորոշման սխալներից խուսափելու համար հեղինակներն, ելնելով սեփական փորձից, առաջարկում են ինչպես սուր ապենդիցիտի, նույնպես և արտաարգանդային հղիության կասկածի դեպքում գինեկոլոգի կոնսուլտացիան համարել պարտադիր, սակայն նրա եզրակացությունն ընդունել քննադատորեն և համոզված լինելու դեպքում լապարոտոմիան կատարել էնդոտրախեալ անզգայացման տակ և միջին գծով:

K. M. MOURADIAN, A. S. GALSTIAN

ON THE PROBLEM OF DIAGNOSIS OF EXTRAUTERINE PREGNANCY
IN SURGICAL CLINICS

The article deals with the problems of differential diagnosis of some forms of extrauterine pregnancy with acute appendicitis. The recommendations are given, which allow to solve this problem.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грязнова И. М. Внематочная беременность. М., 1980.
2. Назаров В. Г. Автореферат дисс. канд. Омск, 1972.
3. Назаров В. Г. Акушер. и гинекол., 1973, 4, с. 69.
4. Подоленко-Богданова А. П., Веселова Э. П., Доманова А. И. Сов. мед., 1977, 9, с. 108.

УДК 616.61—007.271—053.2

Е. Д. ПОПОВА, А. С. БАБЛЮАН

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕНКИ МОЧЕТОЧНИКА И ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ ПРИ ВРОЖДЕННОМ СТЕНОЗЕ МОЧЕТОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Приведены результаты гистологических исследований стенки мочеточника и паренхимы почки при врожденном стенозе мочеточника у детей. Установлено, что в основе стеноза мочеточника лежат структурные изменения его стенки, характеризующиеся разрастанием соединительной ткани и истончением пучков гладкомышечных волокон. Тяжесть поражения почки зависела от выраженности морфологических изменений стенки стенозированного отдела мочеточника, а также от неправильного формирования почечной ткани.

Врожденный стеноз мочеточника—частая патология детского возраста, которая приводит к развитию гидронефроза или уретерогидронефроза, хронического пиелонефрита и гибели почки. В изучении данного заболевания немаловажное место отводится исследованию морфологических изменений, происходящих в самом мочеточнике и паренхиме почки [1—6].

Нами изучены структурные изменения стенки мочеточника и паренхимы почки при врожденном стенозе мочеточника у 51 ребенка в возрасте от 20 дней до 14 лет (до 1 года—8, 1—3 года—13, 4—7 лет—12, 8—14 лет—18 детей), из них 31 девочка и 20 мальчиков. Исследование стенки стенозированного участка мочеточника (после резекции мочеточника или нефроуретерэктомии) проведено у 21, паренхимы почки (после нефрэктомии или интраоперационной биопсии)—у 16 больных. У 14 детей одновременно исследовались стенка стенозированного мочеточника и паренхима почки. Препараты окрашивались гематоксилин-эозином и гематоксилин-пикрофуксином по Ван-Гизону.

Больные были разделены на 4 группы: в I группу вошли 12 чел. с изолированным стенозом прилоханочного отдела мочеточника; во II—11 чел. с изолированным стенозом интрамурального и юкставезикального отделов мочеточника; в III—8 чел. с комбинированным стенозом, при котором обструкция прилоханочного отдела мочеточника сочеталась с анатомическим пороком почки (подковообразная почка—4, удвоенная почка—3, дистопированная почка—1); в IV—20 чел. с комбинированным стенозом дистального отдела мочеточника, при котором обструкция мочеточника сочеталась с пороком развития почки и мочевых путей (удвоение верхних мочевых путей с эктопией устья добавоч-