



## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ЖЕНЩИН

1. К. С. Долим
2. Т. А. Аскарров
3. Х. М. Жафаров
4. Т. К. Долимов
5. Х. Р. Ишанходжаев
6. Ф. М. Исмаилов

Received 2<sup>nd</sup> Oct 2023,  
Accepted 24<sup>th</sup> Oct 2023,  
Online 14<sup>th</sup> Nov 2023

<sup>1,2,3,4,5,6</sup> кафедра “Общей хирургии,  
ОХТА”<sup>3</sup> TDPU magistr

**Abstract:** 1702 та ўткир аппендицит билан операция қилинган бемор аёллар тахлил қилинган. Шулардан 345 та беморда(20%) турли гинекологик касалликлар ўткир аппендицит ташхиси остида тушган ва бунинг натижаси ўлароқ операция зарурати туғилган. 24% беморларда тўғри ташхис қўйилган, қолганларида ташхис операция вақтида аниқланган. Тахлил шуни кўрсатдики, ўткир гинекологик патология билан беморларнинг хирургия бўлимига ўткир аппендицит ташхиси остида тушиши сабаби ушбу касалликларнинг симптомларининг бир бирига ўхшашлиги ва бундан келиб чиқадиган қийинчиликлар бўлса, иккинчидан гинекологик анамнезни тўлиқ йиғилмаслиги.

**Key words:** сўзлар: ўткир аппендицит, апоплексия, шошилич хирургия

### Актуальность

В хирургической практике нередко возникают трудности в диагностике острого аппендицита, связанное с острой патологией придатков матки у женщин. Эти больные ошибочно поступают в хирургическое отделение, а не в гинекологию в связи с ошибкой в диагнозе и из-за весьма сходной клинической картины с острым аппендицитом, а так же с недостаточным знанием врачей скорой помощи клинических симптомов этих заболеваний. До операционное распознавание заболевания составляет 24%, а в остальных случаях диагноз установлен во время операции.

### Цель исследования:

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

### Материал и методы:

С 2016 по 2022 г. в хирургическом отделении оперированы 1702 женщины 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 82 больным из 345, что составляет 24 %, а остальным больным

наличие острой гинекологической патологии было установлено во время операции. Анализ показывает, что установленный неправильный диагноз «острый аппендицит был следствием ошибки из-за неполноты сбора гинекологического анамнеза на догоспитальном этапе, а также и в отделении, из-за недостаточного знания клинической картины заболевания и в большинстве случаев сходства симптомов обеих заболеваний и неполного сбора анамнеза. На трудности дифференциальной диагностики острого аппендицита и гинекологической патологии в отдельных случаях указывают многие авторы.

Для более полноценного анализа мы больных разделили на 2 группы: в 1- группу входили 170 больных которые поступили с диагнозом острого аппендицита, и в последующем у них выявили гинекологическую патологию сопровождающуюся признаками кровотечения в брюшную полость. У 61 больной была апоплексия яичника, у 58- разрыв кисты яичника, у 51 - внематочная беременность. Во вторую группу включили 175 больных с аднекситом, перекрутом кисты яичника и гнойными процессами в маточной трубе.

У больных первой 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. Боли иррадиировали в задний проход и наружные половые органы, в поясницу с последующим распространением по всему животу. У 25 больных наблюдалась кратковременная потеря сознания. Боли в правой подвздошной области у 126, в левой у 13, над лобком у 5, по всему животу у 26, головокружение у 39, общая слабость у 41. Тошнота и рвота наблюдалась у 27 больных. У 31 больной мочеиспускание было учащенным.

Большинство больных поступило в удовлетворительном состоянии, 13 больных доставлены в состоянии средней тяжести выраженной анемией. У всех поступивших больных наблюдалась бледность кожных покровов и слизистых,

тахикардия и пониженное артериальное давление и падение гемоглобина. Гипертермия наблюдалась у 17 больных.

При пальпации живот был мягкий, на фоне которого наблюдалась резкая болезненность в нижних отделах живота и в правой подвздошной области и притупление при перкуссии.

Наблюдались 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 подтвердилась показателями УЗИ (наличие жидкости в малом тазу). Всем этим больным выполнено экстренное оперативное вмешательство кроме 5, у которых в процессе кратковременного наблюдения состояние улучшилось, боль прекратилась и оценивалась как проявления апоплексии яичника (хотя многие авторы являются сторонниками активного вмешательства при апоплексии яичника). У 32 больных операции выполнили из разреза Дьяконова – Волковича, у них возможность острого аппендицита полностью не была исключена. Остальным больным применили ниже-срединную лапаратомию. При лапаратомии у 56 больных в брюшной полости обнаружена жидкая кровь и сгустки, у 31 серозно-красная жидкость. Объем оперативного вмешательства во всех случаях был наиболее щадящим. В большинстве случаев при разрыве маленьких тонкостенных кист яичника мы

ограничивались остановкой гемостаза и ушиванием дефекта ткани яичника, при больших кистах кистэктомия с клиновидным иссечением и ушиванием. 34 случаях при трубной беременности с разрывом маточной трубы операцией выбора было тубэктомия и гемостаз. Все операции были осуществлены совместно с гинекологом.

Во второй группе больных с аднекситом и гнойным воспалением маточной трубы дифференциальный диагноз с «острым аппендицитом» представлял определённые трудности и в некоторых случаях в связи с неясностью клинической картины пришлось установить динамическое наблюдение, а иногда совместно с гинекологом. Довольно часто при правостороннем процессе боль локализуется в типичном для аппендицита месте. Как правило, боль не резкая, постоянная как и при остром аппендиците, возможно повышение температуры и лейкоцитоз. Чрезвычайно важен для дифференциации и установке правильного диагноза скрупулезный сбор гинекологического анамнеза, при котором значительно облегчится диагностика. Нередко определение всех симптомов острого аппендицита и гнойного процесса в придатках матки мало эффективны. Но, несмотря на то, что каждая из указанных патологий в определенной степени имеют свои характерные

симптомы, страх возможного опоздания с аппендэктомией заставляет хирурга решать вопрос в пользу операции. Из 175 больных второй группы 128 проведено оперативное лечение. Остальные больные были выписаны

в связи с улучшением состояния в результате антибактериальной терапии. Все операции сочетали с аппендэктомией.

Вопрос об аппендэктомии при гинекологической патологии во время операции остаётся до сегодняшнего дня дискуссионным. Одни аргументируют это не допустимым в связи с смешиванием кишечной инфекции, другие авторы считают, что оставление червеобразного отростка при наличии рубца в правой подвздошной области может впоследствии, при истинном воспалении отростка

послужит 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 острого аппендицита и гинекологической патологии труден.
2. Для дифференциации острого аппендицита и острой гинекологической патологии, помимо специальных методов исследования важным является тщательный сбор гинекологического анамнеза.

## **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Андреев Ю.В. Симультанные вмешательства в абдоминальной хирургии. Петрозаводск. Конф. Хирургов. Тезисы.2001. С. 35-36
2. Гайдарова А.Х. Сочетанные операции в гинекологии. /Дис. к.м.н.\ Москва. 2003 г
3. Долим К.С. “Ошибки в диагностике острого аппендицита у женщин”.Журнал “Новый день в медицине» 2022.№6.Ташкент.
4. Макховский В.З., Аксененко В.А., Лайпанов И.М. Экстренные сочетанные операции в хирургии органов брюшной полости и малого таза. //Хирургия .2012 (9)48-54.
5. Петров С.П. Общая хирургия. Учебник. М.2004
6. Назыров Ф.Г. с соав. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Ташкент 2004г.
7. В.С.Савелев. Хирургические болезни. М.2006.