

УДК 616.346.2–002–036.11:616.34–006

Гострий апендицит і злоякісні пухлини черевної порожнини

С. М. Антонюк, Є. А. Плаксін, В. Б. Ахрамєєв, П. Ф. Головня, М. В. Свиридов,
І. Б. Андрієнко, А. Б. Чуков, В. Д. Тимофєєв

Дорожня клінічна лікарня на станції Донецьк Донецької залізниці

Ключові слова: гострий апендицит, пухлини черевної порожнини, діагностика.

Загальновідомо, що розрізнити гострий апендицит та інші запальні захворювання черевної порожнини буває складно. Але іноді, як свідчать дані літератури [1–5], не менші труднощі виникають із злоякісними пухлинами, які розвиваються в черевній порожнині або заочеревинно й перебігають під маскою гострого апендициту або поєднуються з ним.

Матеріали і методи

У базових хірургічних відділеннях кафедри з 1995 року серед 7386 хворих, госпіталізованих із приводу гострого апендициту, було 10 пацієнтів зі злоякісними пухлинами черевної порожнини, які або симулювали гострий апендицит, або поєднувалися з ним (0,17%). Чоловіків було 3, жінок — 7 (4 пацієнти віком до 60 років і 6 — похилого та старечого віку).

Локалізація пухлин була такою: рак сліпої кишки — 4, рак сигмоподібної кишки — 1, кістома яєчника — 1, міксома червоподібного відростка — 1, метастаз раку шлунка в червоподібний відросток — 1, саркома заочеревинного простору — 1, саркома брижі тонкої кишки — 1.

Поєднання гострого апендициту з пухлиною спостерігали у 3 хворих: гангренозний апендицит і саркома заочеревинного простору — 1, гангренозно-перфоративний апендицит і рак сліпої кишки — 1, флегмонозний апендицит і саркома брижі тонкої кишки — 1.

Слід зазначити, що діагнозом первинної лікувальної установи, яка направила хворого (швидка допомога, поліклініка), щоразу був гострий апендицит. Чергові хірурги підтвердили його у 7 хворих, сумніви були стосовно 3 пацієнтів. За ними проводили динамічне спостереження протягом 4–6 годин у клініці та, з огляду на ймовірність гострого апендициту, їх прооперували. Це хворі із саркомою брижі тонкої кишки, метастазом раку шлунка в апендикс і раком сигмоподібної кишки.

Аналіз історій хвороби виявив, що в більшості хворих (7) були основні симптоми гострого апен-

дициту і навіть перитонеальні ознаки. Симптоми Ровзінга, Воскресенського, Сітковського, Щоткіна — Блюмберга відзначали у 5 хворих, у 2 — ознак подразнення очеревини не спостерігали.

У хворих, які були під наглядом до операції, основним проявом захворювання була локальна болісність у правій здухвинній ділянці, яка була постійною або поступово посилювалася. Симптоми Ровзінга і Воскресенського виявлено у 2 хворих. У жодному разі промацування живота не виявляло ознак якогось новоутворення, щоб можна було запідозрити інфільтрат або пухлину.

Підвищення температури тіла до 37,2–37,5 °С спостерігалося у 4 хворих, у тому числі в двох із поєднанням пухлини з гострим апендицитом.

Лейкоцитоз до $9,6 \cdot 10^9/\text{л}$ — $11,7 \cdot 10^9/\text{л}$ виявляли у 5 хворих. Дослідження кількості еритроцитів і гемоглобіну проведено тільки в одній хворій (кістома правого яєчника), отримано нормальні показники.

Результати та обговорення

Очевидно, потрібно вбачати прямий зв'язок гострого апендициту з пухлиною, що розвивається у черевній порожнині: запаленню червоподібного відростка сприяли запальний процес у самій пухлині, розпад її, тромбоемболія інфікованими емболами судин брижі апендикса.

Переважають хворих літнього та старечого віку значною мірою пояснюється пізнім діагностуванням пухлин і помилками в діагнозі до операції (зниження реактивності, наявність у хворих супровідних захворювань органів системи травлення, на тлі яких виникли пухлини, а появи нових ознак хвороби вони довго не помічали).

Під час оперативного втручання первинним доступом у всіх хворих був доступ Волковича — Дьяконова, після виявлення пухлини — середина лапаротомія у 6 хворих, розширення операційної рани виконали у 2-х. Під час операції пухлини виявлено у 8 хворих, у 2-х за наявності гангренозного і гангренозно-перфоративного апендициту

саркома заочеревинного простору і рак сліпої кишки не були помічені, і пухлини діагностовано в обох випадках лише через кілька місяців у зв'язку з розвитком ускладнень. Варте уваги те, що пухлини пропущено в тих хворих, де апендектомію виконали з апендикулярного доступу. Справді, у такому разі немає можливості ні для достатнього огляду, ні для ревізії сусідніх органів, а виразна інфільтрація тканин не викликала підозри в хірургів про можливу онкологічну патологію.

У 2 хворих відзначили перфорацію пухлини з наявністю місцевого перитоніту: рак сліпої кишки і рак сигмоподібної кишки (в останньому разі мала місце доліхосигма, а пухлина містилася в правій здухвинній ділянці). Велика дисемінація процесу спостерігалася в 1 хворого (рак шлунка, канцероматоз, метастаз в апендикс), неоперабельною була пухлина сліпої кишки в 1 хворого.

Апендектомію в чистому вигляді виконали в 4 хворих (гангренозний апендицит, гангренозно-перфоративний, міксосома апендикса, метастаз у нього), апендектомію в поєднанні з резекцією тонкої кишки з приводу пухлини брижі — в 1, резекцію ілеоцекального кута і правої половини ободової кишки — в 1, операцію Гартмана — в 1, видалення придатків матки — в 1, виведення на черевну стінку сліпої кишки з проривною пухлиною — в 1, діагностичну лапаротомію — в 1 хворого.

Гістологічне дослідження червоподібних відростків, з діагностованим під час операції гострим апендицитом, підтвердило наявність гангренозної (2) і флегмонозної (1) змін у них.

Потрібно відзначити, що дослідження крові в післяопераційному періоді виявило різний ступінь анемії: концентрація еритроцитів $3,5 \cdot 10^{12}/л$ — $3,8 \cdot 10^{12}/л$ — у 4 хворих (2 з раком сліпої кишки, 1 з раком сигми, 1 хворий з раком шлунка з метастазом в апендикс).

Ускладнення в післяопераційному періоді зареєстрували в 3 хворих: неспроможність кукси червоподібного відростка, перитоніт — 2, нагноєння рани — 1.

Стосовно можливості запобігати діагностичним помилкам потрібно відзначити низку таких моментів. По-перше, якоюсь підказкою може служити наявність анемії в деяких хворих. По-друге, ретроспективний аналіз історій хвороби

засвідчує: основними причинами діагностичних помилок є недостатнє (поверхове) вивчення анамнезу, що не дало змоги виявити ознаки загальних порушень в стані хворих (прояв ракової інтоксикації) і порушень системи травлення (прони, запори, дискомфорт); неправильна інтерпретація даних, отриманих в обстежених хворих; відсутність пояснення деяких суперечливих фактів (невідповідність клініки, температури тіла, показників картини крові та ін.) і належної онкологічної настороженості в хірургів.

Урахування названих чинників сприятиме зменшенню кількості діагностичних прорахунків. За найменшого сумніву в діагнозі гострого апендициту слід обов'язково вивчати показники еритроцитів та гемоглобіну крові. Інколи, особливо в пацієнтів літнього і старечого віку, потрібно екстрено виконати іригоскопію. Йдеться про випадки нечіткого клінічного перебігу, особливо в разі невідповідності клінічних і лабораторних даних тощо. Дуже помічним може бути ультразвукове дослідження черевної порожнини та заочеревинного простору. Іноді в аналогічній ситуації слід виконати лапароскопічне дослідження.

Отже, треба взяти за правило: у разі сумнівних змін у червоподібному відростку й невідповідності їх і клінічних даних, що були до операції, потрібна ретельна ревізія сліпої та ободової кишок — подібна до того, як хірурги ревізують термінальний відділ тонкої кишки з метою виключити запалення дивертикулу Мекеля.

Висновки

1. Клініку гострого апендициту можуть симулювати злоякісні пухлини черевної порожнини.
2. Після апендектомії, розпочатої з приводу гострого апендициту в поєднанні з пухлинами черевної порожнини, іноді розвиваються тяжкі ускладнення в ділянці кукси червоподібного відростка.
3. Ретельно зібраний анамнез, скрупульозне й методичне обстеження хворих, застосування в сумнівних випадках усіх доступних методів додаткового дослідження (вивчення концентрації еритроцитів, гемоглобіну, загального білка, проведення УЗД, іригоскопії, лапароскопії) допомагають зменшити кількість діагностичних помилок.

Цитована література

1. Бондаренко Н. М. Пути оптимизации программы лечения острого аппендицита / Н. М. Бондаренко, А. И. Новиков, Ю. Н. Бондаренко // Клини. хирургия.— 2003.— № 3.— С. 33–35.
2. Жолобов В. Е. Эндовидеохирургические технологии в диагностике острого аппендицита // Эндоскопическая хирургия.— 2002.— Т. 2, № 5.— С. 17–22.

3. *Компьютерная томография в диагностике острого аппендицита / В. И. Егоров, А. Т. Бротвейн, Н. К. Витько и др. // Анналы хирургии.— 2002.— № 2.— С. 51–54.*
4. *Совцов С. А. Острый аппендицит: спорные вопросы // Хирургия.— 2002.— № 1.— С. 59–61.*
5. *Шулутко А. М. Нужно ли ультразвуковое исследование в диагностике острого аппендицита // Мед. визуализация.— 2001.— № 3.— С. 52–57.*

Острый аппендицит и злокачественные опухоли брюшной полости

*С. М. Антониук, Е. А. Плаксин, В. Б. Ахрамеєв, П. Ф. Головня, Н. В. Свиридов, И. Б. Андриенко,
А. Б. Чуков, В. Д. Тимофеев*

Авторы сообщают о 10 случаях злокачественных опухолей брюшной полости, либо симулировавших острый аппендицит (7), либо сочетавшихся с ним (3). Подчеркиваются существенные трудности дифференциальной диагностики этих заболеваний, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Основные пути уменьшения числа диагностических ошибок авторы усматривают в тщательном анализе анамнестических данных, скрупулезном методичном обследовании больных, применении в сомнительных случаях всех доступных методов дополнительного исследования (изучение красной крови, УЗИ, ирригоскопия, лапароскопия).

Acute appendicitis and malignant tumors of the abdominal cavity

*S. M. Antoniuk, Ye. A. Plaksin, V. B. Akhramieiev, P. F. Holovnia, M. V. Svyrydov, I. B. Andriienko,
A. B. Chukov, V. D. Tymofieiev*

The authors analyze 10 cases in which malignant tumors either simulated acute appendicitis (7) or were combined with it (3). Significant difficulties in the differential diagnosis have been emphasized. The authors consider that the main methods of decrease of the number of diagnostic mistakes are careful analysis of medical history, scrupulous systematical examinations of patients, the use in doubtful cases all available methods of additional investigations (red blood tests, ultrasonic scanning, irrigoscopy, laparoscopy).