

«Современные проблемы экспериментальной и клинической медицины»,
Бангкок-Паттайя (Тайланд), 20-30 декабря 2014 г.

Медицинские науки

**ЭХОСЕМИОТИКА ОСТРОГО
РЕТРОЦЕКАЛЬНОГО АППЕНДИЦИТА**

Магомедова С.М.

Республиканская клиническая больница № 2,
Махачкала, e-mail: saadat_leon@mail.ru

Острый ретроцекальный аппендицит представляет одну из атипичных форм заболевания червеобразного отростка. **Острый ретроцекальный аппендицит** чаще протекает атипично, с медленным нарастанием клинических симптомов, что приводит к поздней госпитализации. В начале заболевания практически всегда отсутствует рвота, но преобладает болевой симптом. Боль при ретроцекальном аппендиците локализуется в правой подвздошной или поясничной области, нередко иррадирует в правое бедро. Пальпация слепой кишки болезненна. Мышечное напряжение и симптом Щеткина-Блюмберга появляются значительно позже, чем при обычной локализации червеобразного отростка. Определяются положительные симптомы Образцова, Яуре – Розанова, Габая, Пастернацкого. Характерным для ретроцекального аппендицита являются симптомы Образцова, Яуре-Розанова, Габая, Пастернацкого [1,4]. Нередко в начале заболевания бывает дву- или трёхкратный полужидкий кашицеобразный стул вследствие раздражения слепой кишки тесно прилежащим к ней воспалённым отростком, а при близком соседстве с почкой или мочеточником могут возникать дизурические явления. Несмотря на имеющуюся клиническую симптоматику диагностика заболевания затруднена, в связи с чем нередко наблюдается случаи несвоевременно выполненных оперативных вмешательств. Внедрение в клиническую практику УЗИ в значительной степени расширило возможности визуализации структурных элементов внутренних органов и тканей [2, 3].

Материал и методы. Нами проведён анализ клинического материала 377 больных с атипично расположенным червеобразным отростком госпитализированных в отделение экстренной хирургии 2-й городской клинической больницы (г. Махачкала). Больные распределены на 2 группы: контрольную и основную.

Первую из них контрольную группу составили 258 больных с атипично расположенным червеобразным отростком, которым в дооперационном периоде не производилось УЗИ. Во вторую основную группу вошло 119 пациентов, которым в дооперационном периоде проводилось УЗИ. Ультразвуковые исследования выполнялись при поступлении в приёмный покой на эхотомоскопах «SONOLINE G 50» фирмы

SIEMENS, «LOGIC» с набором конвексных датчиков 2,0–5,0 МГц.

Результаты и обсуждение. С учетом вариантов расположения червеобразного отростка больные были распределены на 5 групп. Первую и наиболее значимую группу составили 225 больных имеющие ретроцекальное расположение отростка. Контрольная группа представлена 156 (60,5%) больными, а основная 69 (58%).

Во второй группе 15 (4,0%) больных с ретроперитонеальным расположением аппендикса в контрольной группе 6 (2,3%) больных, а в контрольной 9 (7,6%) больных, что определяется различие дооперационной УЗ диагностики.

Третья группа 20 (5,3%) больных с подпеченочным расположением червеобразного отростка представлена в основной группе 13 (5%) и в контрольной группе 7 (5,9%) больными.

Больные с тазовым расположением объединены в пятую группу, и удельный вес их составил 9,3% (36 больных), из них 24 (9,3%) пациента в основной группе и 11 (9,2%).

В пятой с медиальным расположением червеобразного отростка 82 (21,8%) больных, это по частоте встречаемости группа и по данным исследования в основной группе 59 (22,9%) больных, а в контрольной 23 (19,3%). Таким образом, из вышеизложенного следует, частота встречаемости больных с ретроцекально расположенным червеобразным отростком наиболее высока. При аппендиците с атипично расположенным червеобразным отростком диагностика может быть затруднена не только за счет нехарактерной локализации, но и за счет того, что воспалительный процесс может распространяться на прилежащие органы и вызвать их тактное воспаление с появлением соответствующей поражению этого органа симптоматикой. При ретроцекальном положении червеобразного отростка в подавляющем большинстве случаев обеих групп встречаются сухость во рту, жажда 207 (34,9%); тошнота и рвота 234 (62%); симптом Образцова 218 (57,8%); симптом Пастернацкого 224 (59,4%); симптом Яуре-Розанова 197 (47,2%).

Очень скудной на симптоматику оказалась ретроперитонеальная локализация аппендикса. При общей симптоматике с диапазоном от 0,5% до 3,2% встречаемости с завидным постоянством отсутствуют симптомы напряжения мышц передней брюшной стенки и Щеткина-Блюмберга.

Не исключение для отсутствия классического варианта течения и подпеченочная локализация аппендикса. Так если симптомы напряжения мышц передней брюшной стенки и Щеткина-

Блумберга положительные в правом подреберье в 4,8% случаях, то симптом Пастернацкого и ригидность поясничных мышц отсутствуют.

Для тазовой локализации червеобразного отростка с наибольшей частотой в исследуемых группах встречались метеоризм 8,5%; симптом Бартомье-Михельсона 6,9%; симптом Яуре-Розанова 8,5%. При медиальной позиции червеобразного отростка практически в обеих исследуемых группах не наблюдались симптомы ригидности поясничных мышц и Яуре-Розанова, зато ярко представлены диспепсические расстройства, сухость во рту, жажда 21,7%; тошнота, рвота 19,9%. Анализ приведенных данных свидетельствует о малой информативности клинической симптоматики и диктует необходимости использования современных технологий для диагностики атипично расположенного аппендицита.

При подозрении на воспаление ретроцекально расположенного острого аппендицита больного укладывали на левый бок. Датчик устанавливали в проекции поясничных мышц в поперечном направлении и смещали медиально до появления просвета кишки, после чего датчик поворачивали на 90° и медленно переводили в правую подвздошную область до исчезновения контура толстой кишки, что соответствовало куполу слепой кишки. Ориентирами в правой подвздошной области являются: гребень подвздошной кости, мышцы подвздошной ямки и подвздошные сосуды. При ретроцекальном аппендиците визуализируется червеобразный отросток в виде стойкой тубулярной структуры с гипоэхогенным просветом и трехслойными стенками, расположенный вдоль задненаружной

стенки слепой и восходящей кишок, при поперечном сканировании симптом мишени определяется над пневмотизированной слепой кишкой. Результаты анализа УЗИ картины показали, что частота прямой визуализации измененного отростка не всегда возможна и находится в прямой зависимости от степени патологических изменений в стенке червеобразного отростка и вариантами его анатомического расположения. Трудности в интерпретации возникают также при наличии выраженной пневматизации кишечника. Но это не является причиной для отказа от более детального осмотра правой подвздошной области и попытки визуализировать червеобразный отросток.

Итак, ретроспективный анализ результатов диагностики и лечения атипичных форм острого аппендицита позволил установить следующее:

1. Самым частым вариантом атипичных форм острого аппендицита является ретроцекальный аппендицит.

2. УЗИ при ретроцекальном аппендиците имеет характерную эхоэмиотику, что помогает при диагностике расположения воспаленного червеобразного отростка.

Список литературы

1. Седов В.М. Аппендицит. – СПб.: ООО «Санкт – Петербургское медицинское издательство». – 2002. – 232 с.
2. Митьков В.В., Трофимова Е.Ю. Трудности и ошибки возникающие при УЗИ больных с острым аппендицитом //Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2002. – №3 – С. 99 – 105.
3. Нестеренко Ю.А., Гринберг А.А. и соавт. Ультразвуковая диагностика острого аппендицита / Хирургия. – 1994. – № 7. – С. 26–29.
4. Гринберг А.А., Михайлулов С.В., Тронин Р.Ю., Дроздов Г.Э. Диагностика Трудных случаев острого аппендицита. – М.: Издательство «Триада-Х», 1998.