

О. В. Кальченко,
Л. Н. Василенко,
Ш. С. Сабитов, Т. И. Каратюк,
И. Е. Киселев, М. Ю. Лившиц,
Б. А. Тастемиров, Н. Э. Мерт

Гинекологическое отделение,
МСЧ № 9, г. Омск

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА И ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

■ Оценить эффективность лапароскопии в качестве ведущего метода в постановке дифференцированного диагноза пельвиоперитонита и острого аппендицита. Диагностическая лапароскопия разрешает все сомнения, связанные с сомнением в постановке диагноза острого аппендицита и пельвиоперитонита гинекологического происхождения. Она должна широко использоваться, когда на основании клиничко-лабораторных данных не возможно с уверенностью установить или отвергнуть наличие острого аппендицита; позволяет уточнить характер заболевания больной.

■ **Ключевые слова:** пельвиоперитонит, острый аппендицит, диагностическая лапароскопия.

Актуальность проблемы

Причиной развития перитонита могут явиться как гинекологическая, так и хирургическая патологии. Наиболее часто развитию перитонита способствует воспалительный процесс червеобразного отростка или воспалительный процесс придатков матки.

Большая трудность в диагностике возникает в том случае, когда имеются нетипичные проявления заболевания. В сомнительных случаях, когда имеются симптомы острого аппендицита или острого воспалительного процесса придатков матки с явлением пельвиоперитонита всегда показана экстренная диагностическая лапароскопия, поскольку при возникновении аппендикулярно-генитального синдрома заболевания могут симулировать друг друга, либо протекать нетипично.

Дифференциальная диагностика острого аппендицита и пельвиоперитонита гинекологического происхождения очень сложна. Традиционные методы исследования не всегда разрешают сомнения. Наличие у больной симптомов раздражения брюшины не только над лоном, но и в правой подвздошной области, повышение температуры тела до 38°C, учащение пульса, тошнота, рвота, жидкий стул, увеличение лейкоцитоза в анализе крови до $21 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом в лейкоцитарной формуле влево могут быть проявлением и гинекологического пельвиоперитонита и острого аппендицита. Дополнительный ультразвуковой метод исследования брюшной полости и органов малого таза тоже не является достоверным. Данный метод позволяет выявить лишь тяжелые формы воспалительного процесса при уже сформировавшихся абсцессах малого таза.

Сказанное выше говорит о необходимости широкого применения более информативного метода диагностики, каким является экстренная диагностическая лапароскопия.

Материалы и методы

У 164 поступивших в стационар больных были трудности в постановке диагноза. У всех отмечалось нетипичное проявление заболевания, всем проводилась экстренная диагностическая лапароскопия. Все больные разделены на три группы.

В первую группу отнесены больные с воспалительным процессом придатков матки с явлением пельвиоперитонита, развившегося в первую фазу менструального цикла или сразу же после менструации (87 чел. — 53,4%).

Во вторую группу включены больные с воспалительным процессом придатков матки и пельвиоперитонитом, возникшем во вторую фазу менструального цикла, то есть после предполагаемой овуляции (61 чел. — 37,1%).

В третью группу включены больные с острым аппендицитом (14 чел. — 8,5%).

Клиническая картина пельвиоперитонита гинекологического происхождения на первых этапах не отличается от перитонита, возникшего в результате острого аппендицита. В результате того, что у 3% женщин для червеобразного отростка и правых придатков матки имеются общие лимфатические, кровеносные сосуды и нервы (Lig. Clado), воспалительный процесс легко переходит с одного органа на другой, и дифференциальная диагностика между заболеваниями женских половых органов справа, тем более пельвиоперитонита и воспаления червеобразного отростка чрезвычайно сложна. Пельвиоперитонит является осложнением гнойного воспаления придатков матки. В начальной стадии напоминает клинику разлитого перитонита, не всегда сопровождается высокой температурой тела.

В первой группе из 87 больных у 67 человек отмечалась температура тела до 37,5°C; у 20 больных — выше 37,5°C. Все предъявляли жалобы на периодические боли внизу живота. Заболевание развивалось остро, на фоне полного благополучия, сразу же после менструации или через 3–4 дня после нее. У всех больных этой группы отмечаются выраженные показатели интоксикации (содержание числа лейкоцитов до $28 \times 10^9/\text{мл}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево), резко положительные симптомы раздражения брюшины в нижних отделах, в мезогастррии. При влагалищном и ректальном исследованиях определить форму и размеры тела матки, придатков матки затруднено. У всех отмечалось наличие жидкого стула и рвоты.

У 61 больной второй группы течение заболевания более плавное, длительное, чем у больных первой группы, с постепенным ухудшением состояния, выраженным подъемом температуры тела у 7 больных до 37,5°C, у 54 (88,5%) больных выше 37,5°C. У пациенток этой группы отмечаются сомнительные или слабо положительные симптомы раздражения брюшины в нижних отделах живота и не всегда бывают симптомы раздражения брюшины в мезогастррии (и в правой подвздошной области). При влагалищном и ректальном исследованиях тело матки, придатки матки могут угадываться, но получить четкое представление об их размерах, наличии опухолевидных образований в полости малого таза не представляется возможным из-за напряжения и болезненности передней брюшной стенки. В анализе крови отмечалось содержание лейкоцитов от $10\text{--}13 \times 10^9/\text{л}$ без сдвига лейкоцитарной формулы. Стертость клиники может приводить к диаг-

ностическим ошибкам. Этому способствует особенность анатомии малого таза, органы которого сверху прикрыты петлями кишечника, большим сальником, и быстро отграничиваются от остальных отделов брюшной полости.

В третью группу вошли 14 больных, у которых острый аппендицит создавал ложную картину пельвиоперитонита. В этих случаях заболевание нетипично: все больные предъявляли жалобы на периодические боли внизу живота, у 2 больных боли иррадиировали в правое бедро, у 2 больных отмечалось нарушение менструального цикла в виде метроррагий. У всех отмечался подъем температуры тела выше 38°C. У 6 больных — заболевание началось в первую фазу менструального цикла, у 6 — во вторую фазу, у 1 больной — в последний день менструации, у 1 больной в момент лактационной аменореи. У всех пациенток отмечалось наличие положительных симптомов раздражения брюшины в нижних отделах живота. При влагалищном и ректальном исследованиях: тело матки без четких контуров; справа в области придатков определяется незначительно увеличенный полюс яичника, болезненный при пальпации; придатки четко не определялись из-за напряжения передней брюшной стенки. В анализе крови содержание лейкоцитов от 4,0 до $28,0 \times 10^9/\text{мл}$ с незначительным сдвигом влево лейкоцитарной формулы. При экстренной лапароскопии поставлен диагноз острого аппендицита. Больные оперированы. Гистологически: у 9 флегмонозный аппендицит, у 5 гангренозно-перфоративный аппендицит.

Обсуждение

Экстренная лапароскопия является методом, при котором удается установить точный диагноз. Лапароскопия оказывает существенную роль при дифференциальной диагностике между пельвиоперитонитом и острым аппендицитом.

Но все же даже при диагностической лапароскопии возникают трудности распознавания острого аппендицита и острого сальпингоофрита, протекающих совместно. Причины затруднений и диагностических ошибок, которые могут возникнуть при выполнении лапароскопии у пациенток с подозрением на острый аппендицит, можно разделить на две основные группы: трудность визуализации червеобразного отростка при различных вариантах его расположения (объективный фактор), и трудность интерпретаций видимых изменений. На основании литературных данных спаечный процесс правой подвздошной области встречается в 15,7% слу-

чаев, инфильтрат в области придатков матки с вовлечением отростка в 5% случаев (А.А. Гринберг и соавт., 1998).

Трудности в определении изменений червеобразного отростка связаны с тем, что при остром аппендиците на различных стадиях изменения могут быть достаточно стертыми.

Примером может служить история болезни пациентки 3. 32-х лет, поступившей в гинекологическое отделение переводом из инфекционной больницы.

При поступлении предъявляла жалобы на боли внизу живота, подъем температуры тела до 40°C.

Болеет в течение недели, когда появились боли в эпигастрии, температура тела до 40°C. Боли внизу живота связывает с погрешностью в диете.

Соматически здорова. Менструации с 13 лет по 5 дней, через 28 дней, регулярные, безболезненные. Последние месячные полтора года назад — лактационная аменорея. Беременностей 5, родов 3 (последние роды 21 октября 2001 г.), медицинских аборт 2, без осложнений. Из гинекологических заболеваний: хронический сальпингоофорит, пузырный занос (лечение метотрексатом).

Состояние при поступлении тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледноватые, чистые. Температура тела 40°C. А/Д 110/80 мм рт. ст., пульс 92 в минуту, ритмичный. Дыхание не изменено, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Живот мягкий, болезненный при пальпации в нижних отделах и в правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины сомнительные в нижних отделах живота. Физиологические отправления не изменены.

Ректально: ампула прямой кишки свободная, новообразований со стороны слизистой прямой кишки не определяется, слизистая смещается. В области правых придатков определяется образование без четких контуров, резко болезненное.

Status genitalis: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу.

В зеркалах: шейка матки без видимой патологии, выделения светлые.

Бимануально: влагалище емкое, шейка матки цилиндрическая, зев закрыт. Тело матки не увеличено, плотное, чувствительное при пальпации. Справа в области придатков определяется эластическое образование без четких контуров, резко болезненное при пальпации через правый боковой свод. Область левых придатков

без четких контуров, болезненная. Правый влагалищный свод несколько сглажен.

При ультразвуковом исследовании органов малого таза: размеры тела матки 46×55×32 мм, однородной структуры, эндометрий 4 мм, полость не расширена. В проекции правых придатков визуализируется округлое объемное образование размером 89×73×68 мм, с неоднородной внутренней эхоструктурой, солидным и жидкостным компонентом. Левый яичник четко не визуализируется. Органы брюшной полости без видимой патологии.

При поступлении в анализе крови: гемоглобин 131 г/л, лейкоциты $13,6 \times 10^9$ /мл, $P_{я3}$, $C_{я63}$, $L_{я27}$, $M_{я6}$, $\mathcal{E}_{я1}$; эритроцитов $3,9 \times 10^9$ /л, гематокрит 38%.

Больной произведена экстренная диагностическая лапароскопия: купол слепой кишки подпаян к правым придаткам, в полости малого таза небольшое количество мутного выпота. Матка небольших размеров, розовая. При отделении купола слепой кишки выделился гной с неприятным запахом. Остальные органы брюшной полости не изменены.

Заключение

Лапароскопическая картина tuboовариального образования справа, нельзя исключить деструктивный аппендицит.

Произведена срочная нижнесрединная лапаротомия: при вскрытии брюшной полости в правой подвздошной области обнаружено наличие мутного выпота до 300 мл с резким запахом. В правой подвздошной ямке образование размерами 8×10 см, к которому прилегают правые придатки. При выделении придатков вскрылся абсцесс брюшной полости, содержащий до 50 мл гноя. Образование представлено куполом слепой кишки, червеобразным отростком, большим сальником, петлями тонкого кишечника, правыми придатками. Червеобразный отросток гангренозно изменен. Правые придатки — маточная труба до 8 см, гиперемирована, утолщена, с налетом фибрина, который не снимается, ампулярный отдел не запаян. Правый яичник мягкий с налетом фибрина, не снимающегося с поверхности.

Диагноз на момент лапаротомии: острый гангренозный аппендицит; периаппендикулярный абсцесс; местный, неотграниченный, гнойный перитонит; обострение хронического двухстороннего аднексита с образованием tuboовариальной опухоли справа.

Выполнены: аппендэктомия, аднексэктомия справа; дренирование брюшной полости марле-

во-перчаточным тампоном; дренирование малого таза силиконовой трубкой через правостороннюю контрапертуру.

Гистологическое заключение:

- гангренозный аппендицит, с мезентериолитом;
- маточная труба сальпингит обострение по типу гнойного с участками некроза;
- хронический оофорит с поверхностным гнойно-некротическим воспалением;
- лимфолейкоцитарный инфильтрат распространяется вглубь тканей (процесс вторичный).

Заживление швов срединной раны первичным натяжением. В послеоперационном периоде подозрения на формирующийся кишечный свищ не оправдались. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на 31 сутки после операции.

Следовательно, воспалительный процесс ввиду общности сосудов червеобразного отростка и правых придатков матки может распространяться как с придатков на отросток, так и спускаться обратно, приводя к выраженному вторичному воспалению придатков матки. В сомнительных случаях, когда даже при помощи диагностической лапароскопии невозможно установить наличие первичного очага воспаления, как в данном случае, показана срочная лапаротомия, цель которой — устранение гнойного очага в брюшной полости.

Следует сделать вывод, что экстренная диагностическая лапароскопия должна быть широко использована в тех случаях, когда на основании клинико-лабораторных данных не представляется возможным с уверенностью установить или отвергнуть наличие острого аппендицита. Больные при наличии пельвиоперитонита, без структурных изменений в придатках матки, подтвержденный лапароскопически подлежит консервативному лечению. При вовлечении в процесс воспаления червеобразного отростка показана срочная лапаротомия, аппендэктомия.

Заключение

Таким образом, тактика ведения больных при пельвиоперитоните, возникшем в результате воспалительного процесса придатков матки или острого аппендицита, требует дифференцированного подхода. При диагностике использование экстренной диагностической лапароскопии, по нашему мнению, отводится ведущее место. Данный диагностический метод позволяет снизить количество неоправдан-

ных лапаротомий при пельвиоперитонитах гинекологического происхождения (на определенном этапе наблюдения за больной), и в то же время дает возможность обосновать необходимость экстренного оперативного вмешательства при вовлечении в процесс червеобразного отростка.

Экстренная диагностическая лапароскопия позволяет уменьшить число гинекологических операций, выполненных на придатках матки, при воспалительном процессе внутренних половых органов, сохраняя репродуктивную функцию женщин, и разрешает сомнения, связанные с воспалительным процессом червеобразного отростка.

Литература

1. Альбицкий Б.А. Лекции по хирургии. — Томск, 1976. — С. 158–186.
2. Альперович Б.И., Соловьев М.М. Очерки неотложной хирургии живота. — Томск, 1975.
3. Белокуров Ю.Н., Винцукевич А.Н. Гинекологические заболевания, симулирующие острый аппендицит // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. — 1989. — № 10. — С. 121–123.
4. Бондаренко Н.М., Серневич П.Г., Москаленко В.Т. Трудности и ошибки диагностики острых гинекологических заболеваний и острого аппендицита // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. — 1989. — № 1. — С. 122–123.
5. Генчик С.Н., Сокол Б.Г. Об ошибочном диагнозе острого аппендицита при острых гинекологических заболеваниях // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. — 1985. — № 4. — С. 120–122.
6. Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита. — М., 1972.
7. Карпенко Р.А. Острая гинекологическая патология в дифференциальной диагностике с острым аппендицитом // Актуальные вопросы экстренной специализированной медицинской помощи. — Орел, 1996. — С. 141–146.
8. Константинов В.К., Клюев И.И. Трудности и ошибки диагностики острого аппендицита и острых гинекологических заболеваний // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. — 1981. — № 1. — С. 136–139.
9. Милюкова Л.П. Лапароскопия дифференциальной диагностики острого аппендицита и заболеваний гениталий у девочек: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1994. — 23 с.
10. Наджмитдинов Н.Н., Махмудов З.У. Острые гинекологические заболевания ошибочно диагностируемые как острый аппендицит // Клин. хирургия. — 1979. — № 4. — С. 16–19.
11. Ошибки в диагностике острого аппендицита у женщин / Л.Д. Тараненко, Е.П. Богачев и др. // Общая и неотложная хирургия. — Киев, 1983. — С. 104–108.
12. Ошибки и трудности диагностики острого аппендицита у женщин / В.А. Хараберюш, А.А. Соболев, П.Г. Кондратенко, И.С. Кобец // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. — 1992. — № 4–6. — С. 234–239.
13. Подоненко А.П. К вопросу о дифференциальной диагностике гинекологических заболеваний и острого аппендицита в молодом возрасте // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. — 1977. — № 6. — С. 70–72.

14. *Подоненко-Богданова А.П.* Ошибки в диагностике острых хирургических и гинекологических заболеваний. — Киев: Здоровье, 1980.
15. *Ротков И.Л.* Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. — М., 1980.
16. *Снегирев И.И.* Ошибки в дифференциальной диагностике острого аппендицита и острых заболеваний гениталий // Вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии органов брюшной полости: Сб. науч. тр. — Иркутск, 1989. — С. 99–104.
17. Сочетание аппендицита с гинекологическими заболеваниями / В.З. Маховский, В.А. Аксененко, Л.М. Мазикина, Л.А. Мадагов // Хирургия. — 1997. — № 6. — С. 29–32.
18. *Хохоля В.П.* Острые гинекологические заболевания, ошибочно диагностируемые как острый аппендицит // Клин. хирургия. — 1976. — № 7. — С. 53–58.

LAPAROSCOPY IN DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF GYNECOLOGICAL PELVIOPERITONITIS AND ACUTE APPENDICITIS

Kalchenko O.V., Vasilenko L.N., Sabitov Sh.S., Karatiuk T.I., Kiseliov I.E., Livshits M.Yu., Tastemirov B.A., Mert N.E.

■ **The summary:** Diagnostic laparoscopy solves all the problems arising from the doubts in diagnosing acute appendicitis and pelvioperitonitis of gynecological genesis. It must be widely used in the cases where clinical and laboratory data do not allow to reliably diagnose acute appendicitis or its absence, this method also allow to specify the nature of the patient's disease.

■ **Key words:** pelvioperitonitis, acute appendicitis, diagnostic laparpscopy.