

О ТРУДНОСТЯХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ЖЕНЩИН

Э.А. Тилеков

НХЦ МЗ КР, г.Бишкек

Резюме. **Цель:** сравнительная оценка клинико-лапароскопических данных острого аппендицита и острых воспалительных заболеваний придатков матки.

Материалы и методы. Обследовано 335 больных лечившиеся в НХЦ МЗ КР. Возраст колебался от 17 до 42 лет. Основную группу обследованных составили 101 больных с острым аппендицитом и 65 с острым воспалением внутренних половых органов, которым было произведено лапароскопическое исследование с целью дифференциальной диагностики.

Из 101 больных, которым было произведено лапароскопическое исследование, у 22 выявлен острый катаральный аппендицит, а у 79 – осложненные формы острого аппендицита с перитонеальными явлениями. Все больные, у которых установлен диагноз острого аппендицита, оперированы. Выполнена аппендэктомия лапароскопическая или традиционная. Осложнений не было.

Ключевые слова: острый аппендицит, придатки матки, диагностика, лапароскопия.

ABOUT DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC DIFFICULTIES IN ACUTE APPENDICITY IN WOMEN

E.A. Tilekov

NSC MH KR, Bishkek

Summary. Purpose: comparative assessment of clinical and laparoscopic data of acute appendicitis and acute inflammatory diseases of uterine appendages.

Materials and methods. A total of 335 patients who were treated in the NSC MH KR were examined. Age ranged from 17 to 42 years. The main group of the examined patients consisted of 101 patients with acute appendicitis and 65 with acute inflammation of the internal genital organs, who underwent laparoscopic examination for the purpose of differential diagnosis.

Of the 101 patients who underwent laparoscopy, 22 had acute catarrhal appendicitis, and 79 had complicated forms of acute appendicitis with peritoneal events. All patients diagnosed with acute appendicitis were operated on. Laparoscopic or traditional appendectomy was performed. There were no complications.

Key words: acute appendicitis, adnexa, diagnosis, laparoscopy.

Проблема изучения и лечения острой пельвеоабдоминальной патологии у женщин остается актуальной и далеко не разрешенной [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]. В частности, несмотря на большое количество исследований, посвященных сочетанию острого аппендицита и острых воспалительных заболеваний придатков матки (ОВЗПМ), решение вопросов диагностики и хирургической тактики нередко составляет значительные трудности. Опыт показывает, что иногда, даже при строгом соблюдении основных принципов дифференциальной диагностики и использовании специальных методов исследований, установления истинной патологии при сочетании острого аппендицита и ОВЗПМ становится возможным только во время операции. Отсутствие четких критериев дифференциальной диагностики заболеваний приводит к диагностическим ошибкам и необоснованным чревосечениям [8, 9, 10, 11, 12].

По сводным данным Т.В.Иванова (1979), С.В. Штырова (1997) у 4,8 - 6% больных женского пола, оперированных по поводу вероятного диагноза острого аппендицита, во время лапаротомии распознавалась острая генитальная патология. В то же время у 4-7% женщин, поступивших в неотложную, чаще гинекологическую клинику и оперированных там по поводу якобы острой гинекологической патологии во время операции

диагностировался острый аппендицит [5, 6, 13, 14, 15, 16, 17].

Кроме того, до настоящего времени не выработана единая тактика ведения больных с острой пельвиоабдоминальной патологией у женщин, протекающими с явлениями пельвиоперитонита. Одни авторы предлагают срочное чревосечение с ликвидацией источника перитонита. Большинство же других авторов предлагают выжидательную тактику, во время которой назначается противовоспалительная терапия, включающая в себя комплекс антибактериальных, дезинтоксикационных, десенсебилизирующих, рассасывающих, общеукрепляющих мероприятий и лишь при отсутствии эффекта от проводимого лечения и при нарастании явлений пельвиоперитонита рекомендуют прибегать к оперативному лечению. В последние годы важное значение в диагностике и дифференциальной диагностике острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в том числе и острых гинекологических заболеваний, приобретает лапароскопическое исследование, с помощью которого в максимально короткий срок можно получить объективные сведения о характере заболевания и своевременно решить вопрос о необходимости оперативного вмешательства. Необходимо отметить, что взгляды на использование лапароскопии при острых хирургических и гинекологических заболеваниях не однозначны; некоторые авторы

считают этот метод ценным [19-25], другие считают острые воспалительные заболевания органов брюшной полости, в том числе внутренних гениталий абсолютным противопоказанием к применению лапароскопического исследования, указывая на возможность при этом генерализации процесса.

Ценность лапароскопии при клинической картине «острого живота» повышается в связи с возможностью дренирования брюшной полости с помощью лапароскопа и проведения внутрибрюшных капельных инфузий антимикробных и дезинтоксикационных препаратов с постоянной эвакуацией патологического экссудата по типу перитонеального диализа.

Целью нашего исследования явилась сравнительная оценка клинико-лапароскопических данных острого аппендицита и ОВЗПМ.

Материалы и методы. Для достижения этой цели нами обследовано 335 больных лечившихся в НХЦ МЗ КР. Возраст колебался от 17 до 42 лет, из них 200 больных страдали острым аппендицитом и 135 острыми воспалительными заболеваниями внутренних половых органов женщин.

Основную группу обследованных составили 101 больных с острым аппендицитом и 65 с острым воспалением внутренних половых органов, которым было произведено лапароскопическое исследование с целью дифференциальной диагностики. В обеих группах

большинство составляло женщины молодого репродуктивного возраста (до 40 лет -95%).

В последние годы важное значение в дифференциальной диагностике острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, в том числе и при пельвиоабдоминальной патологии, приобретает лапароскопическое исследование, с помощью которого в максимально короткий срок можно получить объективные сведения о характере заболевания и своевременно решить вопрос о необходимости оперативного вмешательства.

Исследование в основном производилось под местной анестезией и некоторых случаях индивидуально проводилось под внутривенным наркозом. Иглой Veress пунктировалась брюшная стенка в области пупка. Осуществлялся пневмоперитонеум введением 2-3 л углекислого газа под контролем внутрибрюшного давления. В этой же зоне в брюшную полость вводился троакар диаметром 10 мм с последующим проведением через него лапароскопа, соединенного в видеокамерой и видеомонитором.

Осмотр органов брюшной полости производился по общепринятой методике. Больные находились на операционном столе в положении лежа на спине с опущенным головным концом. В ходе исследования надежная визуализация червеобразного отростка и органов малого таза достигалась поворачиванием операционного стола вправо и влево

до 45°, а также использованием специального манипулятора. Манипулятор проводился в брюшную полость через троакар диаметром 5 мм, введенный в точке Мак-Бурнея.

Результаты и их обсуждение.

Основную группу обследованных больных составили 101 больные с острым аппендицитом, которым было произведено лапароскопическое исследование с диагностической (79) или диагностической и лечебной (22) целью.

Из 101 больных, которым было произведено лапароскопическое исследование, у 22 выявлен острый катаральный аппендицит, а у 79 – осложненные формы острого аппендицита с перитонеальными явлениями.

Показанием для лапароскопии у 101 больных с острым аппендицитом явилось:

- отсутствие четких данных при проведении дифференциальной диагностики между острым аппендицитом и острым аднекситом- у 50 больных;

- отсутствие четких данных при проведении дифференциальной диагностики между острым аппендицитом и острыми воспалительными заболеваниями половых органов малого таза.

По глубине и степени распространенности воспалительного процесса в малом тазу мы наблюдали 3 варианта лапароскопической картины.

У 22 больных лапароскопическая картина была следующая: париетальная брюшина не изменена, патологического выпота в

брюшной полости нет, червеобразный отросток гиперемирован, напряжен, т.е. соответствовал катаральному аппендициту.

У 16 больных лапароскопическая картина была следующая: париетальная брюшина несколько гиперемирована, блестящая, патологического выпота в брюшной полости нет. Червеобразный отросток утолщен, напряженный, местами фибриновые налеты, картина соответствовала острому флегмонозному аппендициту.

У 85 больных лапароскопическая картина была следующая: париетальная брюшина малого таза резко гиперемированная, блестящая, в малом тазу умеренное количество гнойного выпота, червеобразный отросток увеличен, имеются фибриновые налеты, местами черного цвета.

Острые воспалительные заболевания придатков матки протекающие под маской острого аппендицита, были выявлены у 65 больных. Наиболее часто определялись воспалительные процессы в придатках матки.

Лапароскопическая картина при катаральных формах острого сальпингита характеризовалась утолщением, отеком стенок, гиперемией серозного покрова одной или обеих маточных труб. Сосудистый рисунок усилен, хорошо виден на тазовой брюшине. Практически всегда определялись признаки оофорита. При гнойном сальпингите маточные трубы резко гиперемированы и отечны, часто определяется их четкообразное

утолщение. Чаще наблюдается поступление из просвета труб мутного гнойного экссудата, что четко можно определить при пальпации и надавливании манипулятором.

Апоплексия яичника была обнаружена у 4 женщин. Первым признаком ее является наличие крови в малом тазу и брюшной полости, количество которой может быть весьма умеренным или значительным. Яичник, явившийся источником кровотечения, всегда был отечен, и на его поверхности обнаруживался линейный или неправильной формы дефект.

Лапароскопическая диагностика перекрута кисты яичника у 2 больных не представляла трудностей. Киста выглядела напряженной, имела багрово-синюшную окраску с резко выраженным венозным стазом, тусклой серозной оболочкой и множественными мелкими и сливающимися кровоизлияниями.

Нарушенная внематочная беременность симулировавшая клинически острый аппендицит выявлена у 8 больных. Лапароскопическая картина внематочной беременности, протекающая по типу трубного аборта, характеризуется наличием в малом тазу и брюшной полости жидкой темной крови со сгустками. Следы крови обнаруживались в виде мазков на петлях кишечника, сальника. При незначительном количестве крови хорошо видна увеличенная матка, серозный покров которой, как правило, не изменен. Лишь иногда она имела

синюшную окраску. Пораженная маточная труба имела веретенообразную форму, диаметр ее был увеличен, цвет багровый, цианотичный. Фимбрии трубы были отечны, гиперемированы, из просвета подтекала кровь.

У женщин с гнойными сальпингитами и сальпингоофоритами произведена тщательная аспирация выпота с помощью аквапура, который вводится через троакар манипулятора. Затем брюшная полость промывалась раствором фурацилина и дренировалась одним или двумя полихлорвиниловыми дренажами диаметром 5 мм через этот же троакар. Дренаж во всех случаях сохранялся в течение суток.

При апоплексии яичника после аспирации крови и тщательного осмотра всех поверхностей обеих яичников и матки и обнаружения дефекта произведена его диатермокоагуляция биполярным электродом. Надежный гемостаз удалось выполнить во всех случаях.

У больных с разрывами кисты яичника после аспирации содержимого выполнена резекция кисты путем острого иссечения ее стенок с последующим коагуляционным гемостазом. Осложнений не наблюдалось.

Лапароскопическая операция при нарушенной внематочной беременности начиналась с аспирации крови из брюшной полости в стерильный сосуд с добавлением 1000 ЕД гепарина на каждые 1000 мл крови. Затем брюшная полость промывалась, эвакуировалась сгустки крови.

После санации и осушивания производилась мобилизация пораженной маточной трубы тупым и острым путем с коагуляционным гемостазом. После наложения на дистальный отдел двух клемм, практически на боковой поверхности матки, труба пересекалась электроножом и удалялась через рабочий троакар. В брюшную полость на 12 ч вводилась контрольная дренажная трубка. Осложнений не было.

Все больные, у которых установлен диагноз острого аппендицита, оперированы. Выполнена аппендэктомия лапароскопическая или традиционная. Осложнений не было. Все больные выздоровели.

Таким образом, лапароскопия является надежным методом дифференциальной диагностики острого аппендицита и острых гинекологических заболеваний, позволившим во всех случаях избежать диагностических ошибок. Лапароскопия позволяет эффективно осуществить оперативное лечение выявленных острого аппендицита или острых гинекологических заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. В.И. Бодюжина. Хронические неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов.-М.:1978.- 158с.
2. И.С. Гаджиев, Н.Г. Гаджиева. Эффективность лапароскопии в диагностике заболеваний внутренних половых органов женщин. //Акушерство и гинекология.-1978.- №6.-С.57-59.
3. И.М.Грязнова. Диагностическая ценность гинекологической эндоскопии. /Новое в хирургии гинекологических заболеваний . Труды 2 МОЛГМИ.Москва.-1979.- С.9-13.
4. У.И. Мукашев, В.А.Сергеев, В.В.Быковский, Е.Б.Абугалиев. Острые гинекологические заболевания в экстренной хирургии //Современные проблемы экстренной хирургии.-1998.-С.154-155.
5. В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Шукина. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки.- М.:Медггпресс, 1999.-234 с.
6. Л.В. Адамян, С.И. Киселев, Е.Л. Яроцкая, Э.Р. Ткаченко. Хирургическое лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. -Москва.-2000.-С. 170-194.
7. Д.В.Брюнин, А.И.Ищенко, В.М.Зуев, Т.А.Джибладзе, Н.В.Ведерникова. Одноэтапное эндохирургическое лечение женщин репродуктивного возраста с тазовыми абсцессами. // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. - Москва, 2000.-С. 195-197.
8. Т.В. Иванова. Значение лапароскопии в диагностике острого аппендицита и острого пельвиоперитонита у женщин: Сб.трудов 2-го Моск.мед.инс-та.- 1979.-Т.128, Вып.27.-С19-22.
9. Я.П.Кулик, В.М.Седов, В.В.Стрижелецкий и др. Лапароскопия в дифференциальной диагностике и лечении острого аппендицита и острых

гинекологических заболеваний // Вестник хирургии. -1996. -№3.-С. 31 - 33.

10. С.В. Штыров. Диагностическая и оперативная лапароскопия при острых воспалительных заболеваниях у гинекологических больных //Вест.Рос.ассоц. акушеров-гинекологов.-1997.-№3.-С.17- 19.

11. Semm K. New methods of pelviscopy //Endoscopy.-1976.- Vol. 11,№2.

12. Nase H.W., Kovalcik P.D., Cross C.H. The diagnosis of appendicitis //Amer.J.Surg.-1980.- Vol.46, №9.

13. В.Г.Дехтярь. Острый аппендицит у женщин. - М.: Медицина, 1971.

14. В.К. Константинов, И.И.Клюев. Трудности и ошибки диагностики острого аппендицита и острых гинекологических заболеваний //Вест, хир. -1981. -№1.-С.136-139.

15. В.Н.Четверикова, Э.П. Паладько. Роль лапароскопии в дифференциальной диагностике острого аппендицита и апоплексии яичника //Клин.хир.-1982.-№4.-С.49-50.

16. Ю.М. Корнилов, Г.В.Шилкин, П.А. Персуков. Лапароскопия в диагностике неотложных состояний в гинекологии и хирургии //Диагностика и лечебная неотложная эндоскопия /Сб.науч.работ.-М.,1983.-С.49-50.

17. О.С. Кочнев, И.А.Ким. Диагностическая и лечебная лапароскопия в неотложной хирургии.-КазаньЛ 988.-206с.

18. Т.М.Бараев. Лапароскопия в неотложной абдоминальной хирургии у больных молодого возраста. Автореф.дисс..канд мед наук.-Л.,1988-24с.

19. А.С. Гаспаров. Роль лапароскопии в диагностике поликистозных яичников и сопутствующей патологии органов малого таза //Проблема репродукции.-1995.-№2.-С.25-29.

20. А.Н.Стрижаков, А.И. Давыдов. Оперативная лапароскопия в гинекологии. -М.: Медицина, 1995-184с.

21. Т.А. Паллади, О.С.Чернецкая, Ю.В.Пунчи. Лапароскопия в гинекологии //Акушерство и гинекология.-1996.-№5.-С.43-44.

22. Е.А. Кудрина, А.И.Ищенко, И.А.Батурина. Перспективы лапароскопической хирургии в гинекологии //Акушерство и гинекология.-1997.-№1.-С.19-22.

23. Г.М.Савельева, С.В.Штьфев, А.В.Тумарев. Лапароскопия в экстренной хирургии гинекологических больных //Эндоскопия в гинекологии.-М.,1999.- С.267-269.

24. А.А. Семендяев, С.И.Кулинич, Н.А.Иванова, М.Н.Чертовских, С.С.Голубев Пролонгированный протеолиз гнойных придатков и позадидаточных образований лапароскопическим доступом // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. – Москва, 2000. -С. 199-201.

25. Semm K. Operations fur endoscopische Abdominal-Chirurgie. Operative Pelviocopie- Operative Laparoscopy.-Stuttgart, New York, T.-K. Schattauer Verlag,1984.