

УДК 616-071+616.346.2-002+618.1

## ДІАГНОСТИЧНА ЛАПАРОСКОПІЯ У ДИФЕРЕНЦІАЛЬНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

М.Г. Гончар, О.В. Пиптюк, О.Ю. Атаманюк

Івано-Франківський національний медичний університет

**Реферат.** На основі проведених 64 діагностичних лапароскопій у жінок з підозрою на гострий апендицит, проаналізовано структуру лапароскопічно діагностованої патології. Запропоновано конкретні покази до застосування та алгоритм дії в залежності від інтраопераційно діагностованої патології.

**Ключові слова:** гострий апендицит, діагностична лапароскопія.

Найскладнішою проблемою хірургії є діагностика гострих захворювань органів черевної порожнини, серед яких гострий апендицит посідає провідне місце [1]. Впродовж останніх 20 років відзначається зміна структури хірургічної патології, в тому числі, зменшення кількості хворих з гострим апендицитом, проте у жінок репродуктивного віку дана тенденція не має підтвердження [2]. Досягнуті успіхи в діагностиці і лікуванні даної патології не дозволили вирішити проблему диференціальної діагностики гострого апендициту та гострих гінекологічних захворювань, які мають місце у 4,8-47,8% хворих, що поступають в хірургічні стаціонари з підозрою на гострий апендицит [4].

Небезпечні ускладнення та летальні наслідки, рівень яких по Україні складає 0,1-0,2%, спонукають переважну більшість хірургів при відсутності чіткої клінічної картини захворювання користуватися принципом, що краще видалити "невинний" відросток, ніж пропустити апендицит, що призводить до діагностичних помилок та виконання значної кількості необґрунтованих апендектомій, відсоток яких коливається в межах від 15 до 30%, при чому у жінок репродуктивного віку цей показник сягає 40-50% [3, 5]. Частота розвитку ускладнень після виконаних не за показами апендектомій у 1,8-2,5 рази більша, ніж по причині деструктивного апендициту [5].

У наш час, при широкому використанні діагностичної лапароскопії достеменно не встановлено її місце в диференціальній діагностиці гострого апендициту, не визначений алгоритм дії і подальша тактика в залежності від інтраопераційно діагностованої патології.

**Мета роботи** – проаналізувати значення діагностичної лапароскопії у диференціальній діагностиці гострого апендициту та опрацювати алгоритм інтраопераційної тактики.

### Матеріал та методи

У хірургічному відділенні ЦМКЛ м. Івано-Франківська у період з 2005-2008 рр., проведено 64 діагностичні лапароскопії пацієнткам з підозрою на гострий апендицит. Обстеження проводили за загальноприйнятою методикою з використанням комбінованого ендоскопічного обладнання фірм "Аксіома" та "Karl Storz".

### Результати та обговорення

Враховуючи особливості клінічних проявів гострого апендициту визначили наступні покази до проведення діагностичної лапароскопії:

- відсутність напруження м'язів передньої черевної стінки при наявності перитонеальних ознак;
- розбіжності в скаргах, клінічних проявах і даних лабораторного дослідження крові;
- сонографічно діагностовані непрямі ознаки гострого апендициту;

- відсутність єдиної думки гінекологів та хірургів при наявності клінічної картини гострої патології органів малого тазу.

Червоподібний відросток вдалось візуалізувати у 100% випадків. При неможливості побачити відросток одразу, застосовували поліпозиційний огляд черевної порожнини, надаючи хворому положення Тренделенбурга з нахилом вліво на 30 градусів операційного столу. Лапароскопія з використанням одного троакару була ефективна для огляду червоподібного відростка тільки у 34,6% хворих. 57,7% пацієнтів для огляду відростка введено другий додатковий троакар у лівій здухвинній ділянці, та 7,7% хворим постала необхідність у введенні третього троакару у правій здухвинній ділянці. Двом хворим, які в минулому перенесли оперативні втручання на правих додатках матки, для візуалізації відростка проведено лапароскопічний адгеолізис.

Структура лапароскопічно діагностованої патології наведена в таблиці.

Гострий апендицит діагностовано у 23 (35,9%) випадках, з них - у 3 катаральна форма, у 14 – флегмонозна, у 3 – гангренозна, в 3 випадку перфоративний апендицит.

Ендоскопічна картина гострого апендициту складається з прямих ознак – це безпосе-

Таблиця

Результати діагностичної лапароскопії у хворих з підозрою на гострий апендицит

	Лапароскопічний діагноз	Кількість хворих	Відношення %
1	Гострий апендицит	23	35,9
2	Апоплексія яєчника	29	45,3
3	Гострий сальпінгіт	4	6,3
4	Підкрут кісти яєчника	2	3,1
5	Трубний рефлюкс	3	4,7
7	Патологію виключено	3	4,7
	Усього:	64	100

редні зміни відростка: потовщення, “ригідність”, розширення судин, зміна кольору від рожевого до багряно-червоного та чорного. Непрямими ознаками гострого апендициту є наявність мутного випоту в черевній порожнині, запальні зміни очеревини та фібринозні нашарування в місці проекції відростка. У всіх випадках проведена апендектомія.

Гострі гінекологічні захворювання діагностовано у 59,4% випадків. При цьому найбільша питома вага припадає на апоплексію яєчника, яку діагностовано у 29 (45,3%) хворих. Ендоскопічна картина апоплексії яєчника характеризується наявністю дефекту на яєчнику та геморагічного випоту в порожнині малого тазу. При триваючій кровотечі з яєчника проводили електро-, або хімічну коагуляцію 96% спиртом, а при відсутності кровотечі лапароскопію завершували аспірацією геморагічного випоту, санацією та дренажуванням заднього дугласового простору трубчатим дренажем через прокол в здухвинній ділянці.

Лапароскопічна картина пельвіоперитоніту обумовленого гнійним сальпінгітом характеризувалася наявністю мутного, густого гною в порожнині малого тазу; маткові труби набряклі, потовщені, гіперемійовані, з фімбрії спостерігаються гнійні виділення. Дана лапароскопічна картина характерна для гнійного сальпінгіту і була діагностована у 6,3% хворих. У таких випадка ми промивали порожнину малого тазу розчином антисептика та завершували операцію дренажування порожнини малого тазу трубчатим дренажем.

У всіх пацієнтів у яких застосована дана тактика ускладнень не спостерігалось та термін стаціонарного лікування не перевищував 3 діб.

### З а к л ю ч е н н я

Діагностична лапароскопія у пацієнтів з підозрою на гострий апендицит є кінцевим методом диференціальної діагностики, яка

об'єднує в собі високу інформативність, мінімальну травматичність і радикалізм, та дозволяє перейти з діагностичного етапу до лікувального.

### ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

*М.Г. Гончар, О.В. Пуптюк, О.Ю. Атаманюк*

**Реферат:** На основании проведенных 64 диагностических лапароскопий у женщин с подозрением на острый аппендицит, проанализировано структуру лапароскопически диагностированной патологии. Предложены конкретные показания к применению и алгоритм действия в зависимости от интраоперационно диагностированной патологии.

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

### DIAGNOSTIC LAPAROSCOPY IN DIFERENTIAL DIAGNOSTICS OF ACUTE APPENDICITIS

*M.G. Gonchar, O.V. Puptyuk, O.Y. Atamanyuk*

**Abstract:** On the base of the 64 diagnostic laparoscopies in women with the suspicion on the acute appendicitis, we have analyzed the structure of the laparoscopy-diagnosed pathology. It is proposed the indications and algorithm of the use according to the intraoperating diagnosed pathology.

**Key words:** acute appendicitis, diagnostic laparoscopy.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Досвід діагностики гострого апендициту. / О. І. Сопко, Р. М. Козубович, І. М. Молнар [та інш.] // Хірургія України. - 2006. - № 3. - С. 98-102.
2. Жученко О. П. Прогностична динаміка основних невідкладних хірургічних захворювань за 13 років та її соціально-медична значущість. / О. П. Жученко // Клінічна хірургія. - 2001. - № 1. - С. 48-49.
3. Мільков Б. О. Ще раз про тактику лікування гострого апендициту. / Б. О. Мільков // Клінічна хірургія. - 1996. - № 5. - С. 43-45.
4. Ничитайло М. Ю. Лапароскопія у диференціальній діагностиці гострого апендициту та гострих запальних гінекологічних захворювань. / М. Ю. Ничитайло, О. В. Капшитар // Шпитальна хірургія. - 2003. - № 3. - С. 18-20.
5. Цивян Б. Л. Роль лапароскопії в діагностиці і лікуванні гострого апендициту у вагітних. / Б. Л. Цивян, В. Ф. Беженарь, А. Е. Борисов // Журнал акушерства і женских болезней. - 2006. - Т. LV., № 3. - С. 70-77.