

Возможности лучевых методов в диагностике абсцесса малого таза (клинический случай)

Д. С. Калимуллина^{*,1,3}, Е. А. Егорова¹, М. А. Васильева^{1,2},
Ф. А. Шарифуллин³, Т. Г. Бармина³

¹ ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет»
Минздравсоцразвития России, кафедра лучевой диагностики

² ГУЗ «Городская клиническая больница № 50» Департамента здравоохранения
г. Москвы

³ НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского, г. Москва

The possibility of beam methods in the diagnosis of pelvic abscesses (clinical case)

D. S. Kalimullina, E. A. Egorova, M. A. Vasil'ieva,
F. A. Sharifullin, T. G. Barmina

Реферат

Представленный клинический пример демонстрирует роль и возможности ультразвукового исследования (УЗИ), спиральной компьютерной томографии (СКТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) в диагностике абсцессов малого таза у женщин. При СКТ возможно диагностировать образование неоднородной структуры, наличие инфильтрата и свободной жидкости, в данном случае СКТ-диагностика была осложнена невозможностью введения контрастного вещества. МРТ благодаря высокой тканевой контрастности более четко показывает структуру образования, его распространенность, состояние синтопичных органов.

Ключевые слова: абсцесс, воспалительные заболевания органов малого таза, осложнения воспалительных заболеваний органов малого таза, магнитно-резонансная томография.

Abstract

The presented case report shows the abilities of ultrasonic research (US), computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI) in diagnostics of pelvic abscesses. The most common CT finding is a pelvic mass with uniform, thick walls and internal septations, free liquid in the pelvis. In this case it was difficult to interpret CT result because patient has iodine intolerance, and contrast has not been applied. MRI scans have higher detail in the soft tissues than CT scans, therefore MRI can image the internal structure of the masses, and relationship between masses and adjacent structures better.

Key words: abscess, pelvic inflammatory disease, complication of pelvic inflammatory disease, magnetic resonance imaging.

* Калимуллина Дина Сергеевна, аспирант кафедры лучевой диагностики ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития России.
Адрес: г. Москва, ул. Вучетича, д. 9а.
Тел.: +7 (495) 611-01-77.
Электронная почта: zhdi.s@list.ru

Актуальность

Тубоовариальный абсцесс (ТОА) является поздним осложнением воспалительных заболеваний таза. Развивается примерно у одной из трех пациенток, госпитализированных с воспалительными заболеваниями таза. Чаще возникает у молодых женщин, но может наблюдаться и у женщин в постменопаузальном периоде [3]. Предполагают, что использование внутриматочных противозачаточных средств способствует увеличению риска развития ТОА. Клинические проявления неосложненных воспалительных заболеваний тазовых органов и тубоовариального абсцесса схожи, и дифференциальный диагноз, как правило, проводят с помощью УЗИ.

ТОА определяется при этом как инфильтрат в области придатков, который может быть солидного, кистозного или смешанного характера. Эти изменения неспецифичны, и постановка диагноза только по данным сонографии не представляется возможной, необходимы клинические и лабораторные данные. Однако в 20 % случаев ТОА может не сопровождаться лихорадкой и увеличением числа лейкоцитов в сыворотке крови [1].

Кроме того, признаки могут быть неспецифичными или даже отсутствовать и при хроническом течении процесса. В этом случае в первую очередь необходимо дифференцировать это состояние от злокачественного процесса — для этого требуется проведение СКТ и МРТ.

По данным Н. К. На et al. (1995), при МРТ, которая была выполнена по поводу ТОА, картина была неспецифична, на T1-ВИ абсцессы визуализировались как ипо-, изо- и гиперинтенсивные образования. Интенсивность сигнала может изменяться в зависимости от вязко-

сти или концентрации белка. На T2-ВИ интенсивность сигнала от абсцессов может быть повышенной или гетерогенной. В некоторых случаях на T1-ВИ прослеживается капсула толщиной 1–3 мм за счет наличия в полости абсцесса пристеночного слоя грануляционной ткани с микроскопическими кровоизлияниями.

К другим находкам можно отнести нечеткость границы абсцессов, утолщение их стенки, множественные внутренние перегородки, включения газа, воспалительную реакцию смежных органов, лимфаденопатию. Все эти изменения неспецифичны и требуют дифференцировки с абсцессами негинекологической природы, злокачественными новообразованиями яичников, миомами матки и эндометриозными кистами.

Клиническое наблюдение

Пациентка Д., 59 лет, поступила в стационар с диагнозом «объемное образование малого таза». Предъявляла жалобы на боль по всему животу, максимально выраженную в нижних отделах живота слева, слабость, подъем температуры до 37,9 °С. Заболела 17 дней назад, когда впервые появились боли по всему животу, отмечала вздутие живота, чему предшествовал 3-дневный запор. На 14-й день от начала заболевания был вызван врач на дом, который оценил данное состояние как панкреатит, назначил мезим, хилак-форте; наступило незначительное улучшение. На 17-й день была доставлена в стационар, где во время УЗИ выявлено «объемное образование малого таза».

Предыдущий осмотр гинекологом 4 года назад, менопауза с 47 лет (12 лет). В анамнезе 4 беременности: роды — 2, аборт — 2. Осмотр per vaginum: шей-

ка матки атрофична, резко смещена к лону, матка с придатками представляет собой единый конгломерат, неподвижный, незначительно болезненный при пальпации, неравномерной консистенции, местами мягковатый, достигающий слева до стенок таза. Правый свод влагалища свободен, левый — заполнен вышеописанным образованием. УЗИ при поступлении выявило образование малого таза жидкостной структуры размером $72 \times 73 \times 62$ мм, матка визуализировалась фрагментарно, яичники не визуализировались, к образованию интимно прилежат петли кишки (рис. 1).

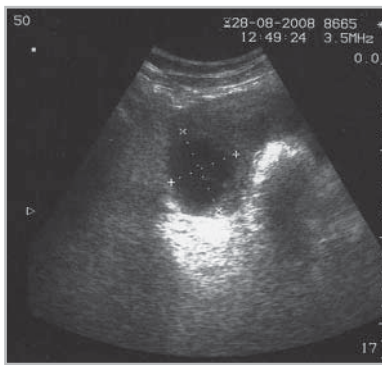


Рис. 1. Эхограмма. В малом тазу определяется образование неправильной округлой формы жидкостной структуры

При обзорной рентгенографии брюшной полости определялось большое количество газа по ходу толстой кишки.

В экстренном порядке для уточнения состояния органов брюшной полости и малого таза была проведена СКТ брюшной полости: нативное исследование, контрастирование (кишечника и внутривенное) не проводилось в связи с наличием у больной аллергических реакций на йодсодержащие препараты. В полости таза, между расширенными петлями кишки, определялось образование неправильной округлой формы

с четкими неровными контурами, неоднородной структуры, плотностью 12–23 ед. Н, объемом 300 см^3 (рис. 2, 3). Матка и придатки четко не дифференцировались.

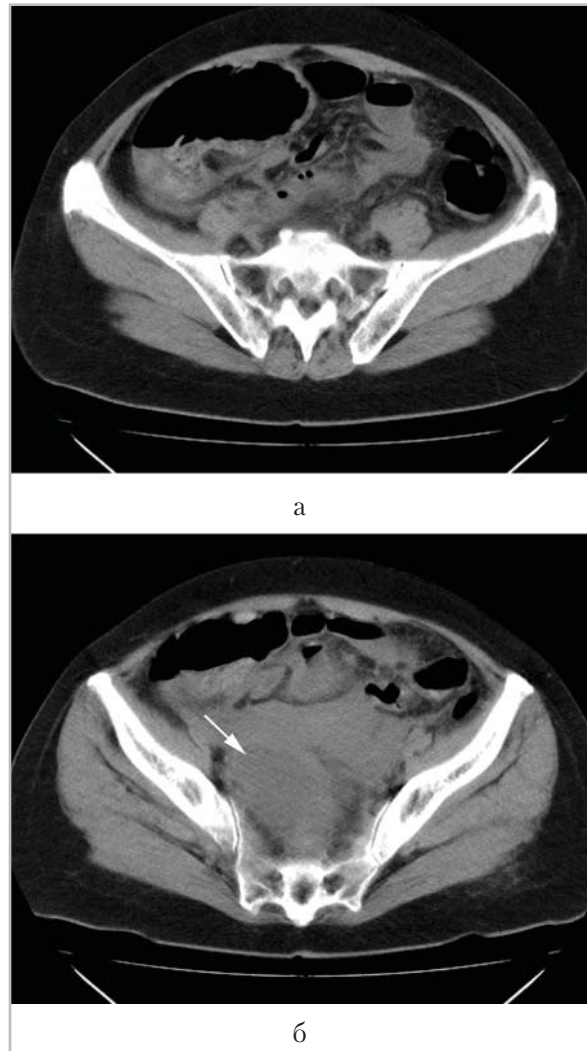


Рис. 2. На компьютерных томограммах брюшной полости и малого таза в аксиальной проекции отмечается объемное образование (стрелка) округлой формы, пониженной плотности, расположенное в парасакральной области, выраженное расширение петель кишечника (не маркированы в связи с наличием у больной непереносимости йодсодержащих препаратов, что затрудняет дифференцировку структур в брюшной полости)

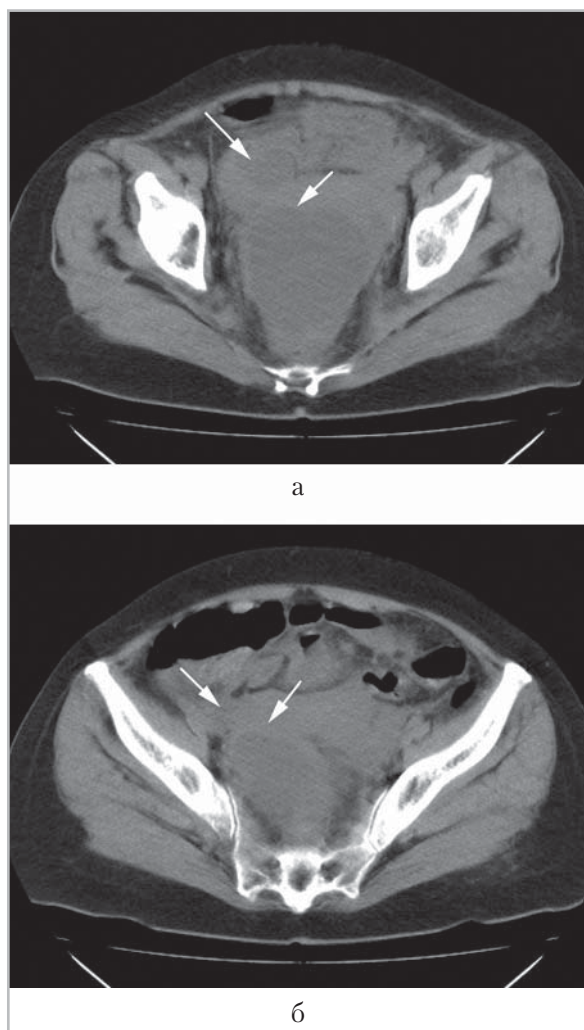


Рис. 3. На компьютерных томограммах малого таза в аксиальных проекциях кпереди от вышеуказанного образования визуализируется еще одно, меньшего размера (*стрелки*). Образования прилежали к передней стенке прямой кишки (в связи с отсутствием контрастирования кишечника необходимо дифференцировать с пережатой и расширенной петлей кишки)

Для уточнения характера изменений малого таза и определения взаимоотношений вышеуказанного образования с окружающими органами и структурами была назначена МРТ. По данным МРТ: в дугласовом пространстве определяется кистовидное объемное образование с

четкими неровными контурами, размером $85 \times 84 \times 84$ мм, интимно прилежащее к задней стенке матки и левому яичнику, компрессирующее прямую кишку. Образование имеет капсулу толщиной до 3 мм. Содержимое гиперинтенсивное на T2-ВИ, практически изоинтенсивное на T1-ВИ, со слоистыми включениями и перегородками (рис. 4, 5).

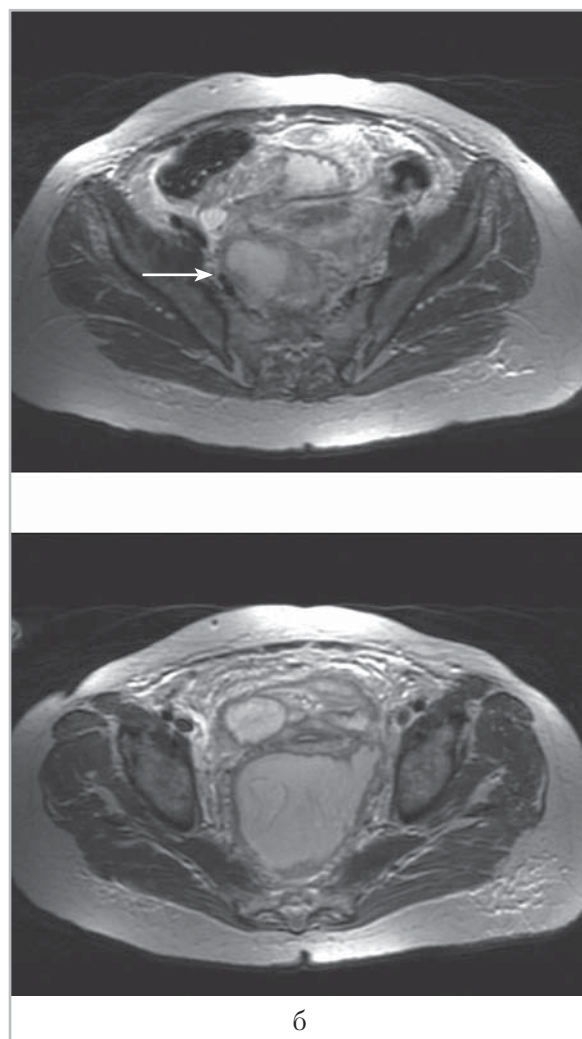


Рис. 4. На МР-томограммах малого таза в аксиальной проекции (STIR) определяется образование повышенного сигнала округлой формы с неровными контурами, толстой капсулой и неоднородной структуры за счет наличия перегородок (*стрелка*), прилежащее к задней стенке матки

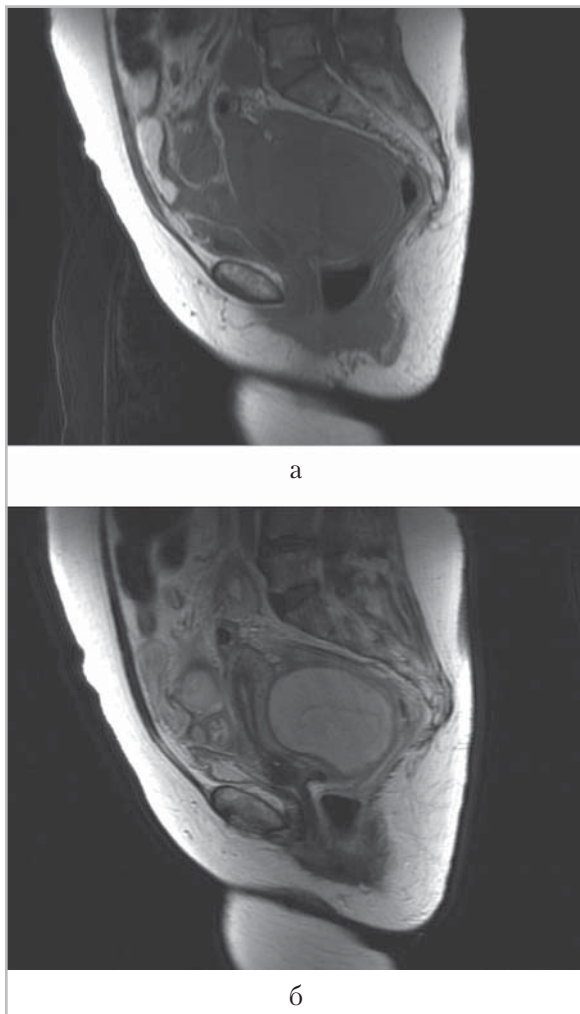


Рис. 5. На МР-томограммах малого таза в сагиттальной проекции (Т2-ВИ — сверху, Т1-ВИ — снизу) определяется образование, расположенное в дугласовом пространстве (между задней стенкой матки и передней стенкой прямой кишки), неоднородной структуры за счет внутренних перегородок

Правый яичник отчетливо не визуализируется. Мочевой пузырь над лоном, компримирован.

По данным клинико-лучевого обследования были определены показания к оперативному лечению. Предоперационный диагноз: объемное образование малого таза, вероятно исходящее из левого яичника, нельзя

исключить воспалительный характер заболевания.

Интраоперационно (оперативное вмешательство проведено на 2-е сут от момента поступления) выявлен конгломерат из резко расширенных петель тонкой и толстой кишки, большого сальника и мочевого пузыря, представляющих стенку абсцесса, расположенного в малом тазу. С большими трудностями спайки разделены, выделился густой сливкообразный гной около 200 мл. При разделении сращения между тонкой, сигмовидной, слепой кишкой и мочевым пузырем опорожнилось еще 3 абсцесса по 20 мл. При выделении матки и придатков обнаружено 2 tuboовариальных гнойных образования, абсцесс дугласова пространства, при выделении мочевого пузыря выявлен еще абсцесс между мочевым пузырем и передней поверхностью матки.

При осмотре толстой кишки — слепая кишка в 2 см от подвздошной имеет участок $3 \times 1,5$ см, с резко инфильтрированной стенкой и участком перфорации 0,4 см.

Гистологическое исследование — гнойный сальпингит с перисальпингитом, с вторичным вовлечением в процесс матки, перитубарная серозная киста, эндометриоз тела матки.

Выводы

1. УЗИ информативно на первичном этапе диагностики, однако проведение полноценного исследования было затруднено в связи с наличием большого количества газового содержания в петлях кишки.
2. СКТ позволила более точно определить локализацию объемного образования, вычислить его объем, оценить состояние других структур

брюшной полости, но в связи с невозможностью введения контрастного вещества возникли определенные сложности в дифференциации структур.

3. МРТ благодаря высокой тканевой контрастности, даже в отсутствие внутривенного введения контрастного вещества, позволила с большей точностью определить состояние прилежащих структур, увидеть внутреннюю структуру образования, оценить его капсулу.

Список литературы

1. *Andrew W. P., Chandrasekhar Ch. A.* US and CT Evaluation of Acute Pelvic Pain of Gynecologic Origin in Nonpregnant Premenopausal Patients October // *Radiograph*. 2008. V. 28. P. 1645–1659.
2. *Ha H. K., Lim G. Y., Cha E. S. et al.* MR imaging of tubo-ovarian abscess // *Acta Radiol*. 1995. V. 36. P. 510–514.
3. *Sun H. K., Seung H. K., Dal M. Y., Kyeong A. K.* Unusual causes of tubo-ovarian abscess: CT and MR imaging findings // *Radiograph*. 2004. V. 24. P. 1575–1578.