

уменьшали эквинусное положение стопы.

Отдаленные результаты прослежены у 25 больных (у 18 с подкожными и у 7 с открытыми повреждениями), причем у 20 пациентов — на сроках от 3 до 15 лет.

У 9 из 18 больных с подкожными разрывами было уменьшение мышц голени по окружности в среднем на 1,5—2 см. С годами гипотрофия исчезла и при обследовании через 10 и более лет не обнаруживалась.

Результаты лечения считали хорошими, если в поврежденной конечности не возникало неприятных ощущений, сила мышц голени была одинакова, больные могли бегать, прыгать и заниматься спортом. При слабости мышц голени, силу которых определяли по длительности стояния на носках, периодической хромоте и болевых ощущениях при перегрузке результат расценивали как удовлетворительный. Выраженный цианоз,

отек, постоянные боли рассматривались нами как плохой результат. У 14 из 18 больных с подкожными разрывами результаты лечения были хорошими, у 3 — удовлетворительными и лишь у одного — плохими. У этого больного при выполнении хирургического вмешательства были допущены технические погрешности.

У всех 7 больных с открытыми повреждениями результаты лечения на отдаленных сроках оказались хорошими, причем они не зависели от характера шва. Применение лавсановой ленты у всех 4 больных было успешным.

Таким образом, весьма благоприятные ближайшие и отдаленные результаты позволяют рекомендовать предлагаемую тактику диагностики и лечения повреждений ахиллова сухожилия для повседневной практики.

Поступила 12.10.88.

УДК 618.3—073.48

## РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ГИНЕКОЛОГИИ

Я. Ю. Малков, В. А. Тумбаев

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. Я. Ю. Малков) Пензенского института усовершенствования врачей*

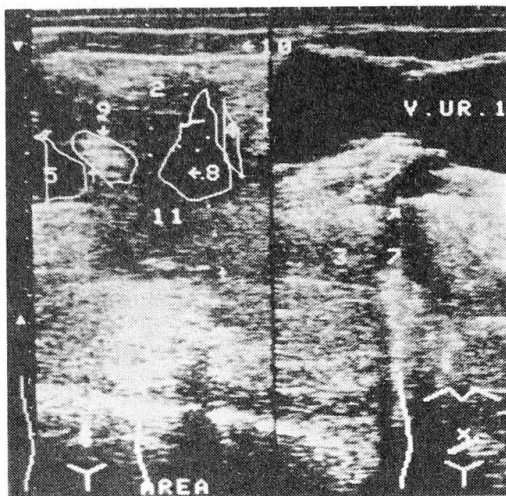
Для исследования анатомических структур малого таза мы использовали ультрасонограф фирмы «Taschiba» SAL-50a, работающий в реальном масштабе времени с линейным датчиком 5 МГц. Для достаточной визуализации внутренних половых органов рекомендуем обследуемым женщинам в течение 5—7 ч не мочиться или за 2 ч до исследования выпить 2—4 стакана жидкости (лимонад, сок, вода) в комплексе с назначением диуретиков (фуросемид и др.). В экстренных случаях наполняем мочевой пузырь путем катеризации инструментами Нелатона, Пуссона, Гийона до полного перекрытия пузырем дна матки и возможно большему ее выведению к уровню терминальной линии из костного кольца малого таза. С целью четкой визуализации шейки матки предлагаем также при проведении исследований введение во влагалище деревянного (подобно используемому электроду при влагалищном электрофорезе) или свинцово-эбонитового стержня, которые довольно четко просматриваются при использовании гиперзвуковых частот с длиной волны выше  $10^9$  Гц, либо рекомендуем подобной же формы стержни из свинца, имеющие коэффициент затухания волн более 8,01 см. Резко отличаясь на дисплее от обычной ткани, они дают информацию о структуре шейки матки в области наружного зева (см. рис.).

Нами обследовано 1808 больных, имеющих различную гинекологическую патоло-

гию, в возрасте от 8 до 92 лет, из них в описание вошли результаты наблюдений 535 женщин.

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) 185 женщин с миомами матки патологический орган визуализировали наиболее легко, а серая шкала позволяла оценивать внутренние структуры по различным точечным и линейным эхосигналам. Если в I фазе эндометрий может быть не виден, то уже за несколько дней до менструации в норме возможен осмотр не только полости матки в виде одного или двух линейных эхосигналов, но также и всего слоя эндометрия передней и задней стенок, что дает возможность судить о его состоянии и стадии аденомиоза при его наличии [1].

При исследовании миометрия узлы были отмечены не только на поверхности матки (см. рис.); они определялись и в толще миометрия с коэффициентом отражения, отличным от мышц (от 11,4 до 57,9%). Миоматозные узлы визуализировались своей капсулой, которая выявлялась при изменении угла осмотра, достигаемого с помощью перемещения датчика. При субмукозном росте узла тени опухоли изменяли полость матки при ее осмотре в различных проекциях. На основании динамического наблюдения диагностировали отек или нагноение миоматозного узла. С помощью такой диагностики можно определять целесообразность консервативного или оперативного лечения.



Эхограмма малого таза.

Условные обозначения: 1 — мочево́й пу́зырь (акустическое окно), 2 — дно матки (миометрий), 3 — шейка матки, 4 — эндометрий (толщина), 5 — сактосальпинкс (медиальная часть), 6 — влагалище, 7 — контур манипулятора, 8 — полость матки, 9 — яичник, 10 — передняя брюшная стенка, 11 — миоматозный узел перешейка матки.

Мы положительно относимся к методу, ибо он позволяет выявлять наличие перитубарных спаек и оценивать состояние труб с точки зрения их функциональной способности. В связи с более точным представлением о воспалительных изменениях облегчается решение вопроса о возможности микрохирургического вмешательства при трубном бесплодии [2].

Наиболее отчетливо при УЗИ визуализировались жидкостные образования придатков матки (у 248), причем не только с обеих сторон, но и в вертикальной проекции, отнесенная ее вперед или назад. В общеклинической оценке жидкостные образования информируют о характере ткани (опухолевидные процессы, истинные опухоли или злокачественные), а также иногда о ее гистогенезе. Так, многокамерность, расположение позади матки, кальцификаты, неоднородность структуры, скорость роста, наличие паренхиматозного пузырька свидетельствуют о злокачественном росте либо дермоиде. Толщина капсулы у 17 больных характеризовала также и степень пролиферации опухоли яичника. В процессе операции мы убедились в достоверности предопределенной эходиагностики обследованных больных.

Нередко первым диагностирует инфантильную или гипопластическую матку врач-эндоскопист, при этом он ориентируется на соотношение размеров тела и шейки матки менее чем 2:1, а также на длину ее периметра.

Мы предлагаем способ микроиндукции

при нежелательной беременности, полноценность которого (с целью профилактики осложнений) контролируется эхолокацией, обеспечивающей не только безопасность манипуляции, которая может быть проведена даже повторно на протяжении 3 мес, но и возможность введения внутриматочного контрацептивного средства.

В плановой и urgentной хирургии у 18 больных УЗИ использовали с целью выявления гнойника и изменения его величины как показателя распространения флегмоны в процессе его динамического исследования. Удалось проследить эффективность терапии и признать неизбежность операций у 6 больных. Жидкостные образования в придатках, в частности пиосальпинкс, а также возникающее в результате лечебных гидротубаций расширение труб после их обнаружения могут быть клинически оценены (см. рис.). Послеоперационные инфильтраты диагностируют значительно раньше, чем при рутинных методах исследования, как и остатки плодного яйца после неполного аборта или остатки оболочек и долек плаценты после родов, способствующие воспалительным процессам гениталий.

Воспалительные образования и опухолевидные процессы в наших наблюдениях отличались в динамике развития размерами, формой, подвижностью и т. п. Так, наполненная гноем труба имела более ретортообразную форму, большее количество спаек, инфильтрированную капсулу; она была менее подвижна и труднее выводилась за пределы малого таза. Опухолевидные процессы (фолликулярная, паравариальные кисты) нередко являлись находками во время УЗИ при ранних сроках беременности.

В дифференциальной диагностике важно выявить орган, из которого исходит опухоль. Так, если жидкостная опухоль определяется довольно легко, то опухоль солидного строения, особенно плотно прижатую к матке или стенке мышц тазового дна, обнаружить сложнее. Для этой цели мы предлагаем осуществлять движение органа (матки) путем влагалищных манипуляций за шейку матки. В этом случае опухоль образует с маткой две тени с изменяющимся расстоянием между ними или различной эхо-прозрачностью, на основании которых можно судить о степени их взаимосвязи. Легче решается вопрос о солидной опухоли, когда она не закрывает яичника с той же стороны.

Яичники с помощью описанного датчика мы находили у 30 женщин не только по их характерной форме и расположению, но и по наличию 1—3 фолликулов разной величины, которые визуализировались в конце I фазы нормального менструального цикла (см. рис.). В отличие от нормы патологически измененные яичники у 20 больных различались как в размерах (склерокистоз), так и большим количеством персестирующей

щих и атретических фолликулов, более толстой капсулой, белочной оболочкой яичника.

Трудности встречаются и при диагностике прогрессирующей внематочной беременности. При ранних сроках (менее 6 нед) плацентацию определить сложно, плод может быть не виден (у 5). Однако данные биологической реакции с гравименом, гравидиагностикумом, ежедневное увеличение размеров образования позволяют установить диагноз, а при сомнениях подтвердить его лапароскопией и своевременно произвести реконструктивную операцию на маточной трубе.

Кроме того, с помощью УЗИ можно проверить и наличие внутриматочного контра-

цептива, ориентируясь на изображение его усов, исходящих из наружного зева (у 32), а также уточнить правильность его расположения в матке после введения и в процессе ношения.

Таким образом, разрешающие возможности прибора в диагностике патологии гениталий могут быть технически расширены.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Железнов Б. И., Аветисова К. Р. // Акуш. и гин. — 1987. — № 3. — С. 29—31.
2. Щербинов А. Е., Ломовских В. А. // Акуш. и гин. — 1986. — № 9. — С. 49—53.

Поступила 09.02.88.

УДК 618.1—002.1—079.4:616.381—072.1

## ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

И. А. Ким

*Кафедра неотложной хирургии (зав.— проф. О. С. Кочнев) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

В неотложной хирургии до настоящего времени актуален вопрос о дифференциальной диагностике острых воспалительных заболеваний гениталий и острой хирургической патологии (чаще острого аппендицита). По нашим данным, гинекологические заболевания имеют место у 4,8% больных, поступивших в клинику с подозрением на острый аппендицит. При любом подозрении на гинекологическое заболевание требуются тщательное обследование больной и подробный сбор ее гинекологического анамнеза. Безусловно, далеко не каждое гинекологическое заболевание трудно для диагностики. Иногда отсутствие четких признаков острых заболеваний гениталий и острого аппендицита приводит к диагностическим ошибкам и необоснованным лапаротомиям [1, 2]. В то же время выжидательная тактика у больных с неясной клинической картиной чревата прогрессированием заболевания и развитием осложнений. Поэтому точная и своевременная диагностика позволит исключить необоснованные лапаротомии и предупредить как прогрессирование патологического процесса, так и его осложнения.

Диагностическая программа при подозрении на острые заболевания внутренних половых органов состоит в следующем. Во-первых, необходимо выяснить характер начала заболевания, динамику болей и другие возможные проявления заболевания. Во-вторых, врачу следует узнать, не было ли за это время у больной хотя бы кратковременного обморочного состояния, головокружения, мелькания мушек перед глазами, не-

мотивированной слабости, потливости; сама больная может не придавать этому значения. В-третьих, нужно изучить анамнез на предмет выявления в нем гинекологического заболевания. В-четвертых, обязательно бимануальное обследование каждой женщины, поступившей в стационар. В-пятых, больных с признаками экстренного гинекологического заболевания хирургу следует осматривать вместе с гинекологом. В-шестых, обязательно проведение дооперационных дополнительных диагностических мероприятий: пункции заднего свода, лапароцентеза, лапароскопии. И наконец, при обнаружении во время аппендэктомии малоизмененного червеобразного отростка, нужно выполнить ревизию брюшной полости с целью исключения диагностической ошибки. Применяемая и рекомендуемая автором [2] ревизия тупферами мало эффективна. С ее помощью можно выявить наличие в брюшной полости крови или какого-либо выпота, но она не дает информации об их происхождении. К тому же при скудном содержании крови или выпота их можно вообще не определить. Во всех сомнительных случаях наиболее целесообразным является проведение интраоперационной лапароскопии, позволяющей установить имеющуюся патологию в брюшной полости.

Сущность интраоперационной лапароскопии заключается в следующем. Во время аппендэктомии, когда возникает необходимость ревизии брюшной полости, края раны с захватом брюшины стягивают кисетным швом вокруг футляра троакара. Через троа-