

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 гравимундом, 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 живота 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-

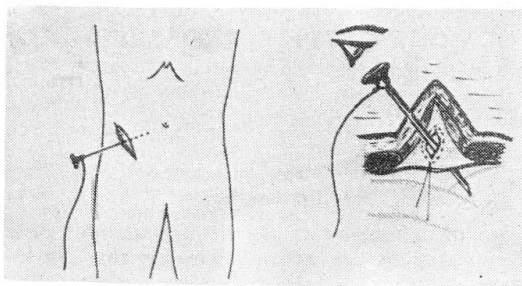
мотивированной слабости, потливости; сама больная может не придавать этому значения. В-третьих, нужно изучить анамнез на предмет выявления в нем гинекологического заболевания. В-четвертых, обязательно бimanуальное обследование каждой женщины, поступившей в стационар. В-пятых, больных с признаками экстренного 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-

Результаты лапароскопической дифференциальной диагностики острых заболеваний органов брюшной полости

Диагноз при поступлении	Всего больных	Диагноз после лапароскопии								
		гно- ный саль- пингит	ката- раль- ный саль- пингит	внема- точная бере- мен- ность	разрыв кисты яични- ка	апоп- лексия яични- ка	перекрут кисты яичника	маточный рефлюкс крови	параэндо- метрит	аппендицит
Острый аппендицит?	26	4	6	4	3	2	3	1	2	1
Перитонит неясной этиологии	8	1	2	—	1	1	—	1	1	1

кар производят инсуффляцию воздуха и в дальнейшем осматривают брюшную полость по общепринятому методу (см. рис.). Лишь при невозможности установления диагноза с использованием интраоперационной лапароскопии требуется широкая лапаротомия.



При проведении лапароскопического дифференциального диагноза у 32 больных нами выявлено острое заболевание гениталий (см. табл.).

Таким образом, лапароскопическое исследование позволяет своевременно и точно в ближайшие часы после поступления больной в стационар установить этиологический фактор острого заболевания органов брюшной полости, решить вопрос об оперативном вмешательстве, а у ряда больных провести лапароскопическое лечение и избежать ненужной лапаротомии.

Лапароскопическая картина катарально-гно-сальпингита характеризуется утолщением, отеком, гиперемией серозного покрова одной или обеих маточных труб. Сосудистый рисунок резко усилен, хорошо виден не только на серозной оболочке трубы, но и на тазовой брюшине. Практически всегда определяется картина оофорита. Картина острого катарального сальпингита и аднексита в сочетании с пельвиоперитонитом свойственны изменениям париетальной брюшины малого таза в виде гиперемии, точечных мелких кровоизлияний. Брюшина участками тусклая. Маточные трубы гиперемированы, отечны, иногда отмечается четкообразное утолщение трубы. Фимбриальные отделы труб обычно свободны и отделяемого из них нет. При пальпации манипулятором маточная труба подвижна, свободно смещается.

При остром гнойном аднексите с пель-

виоперитонитом видны утолщенные маточные трубы с тусклым серозным покровом, отеком, гиперемией, с единичными или множественными кровоизлияниями. Фимбриальные отделы маточных труб отечны, гиперемированы, иногда из просвета труб поступает мутное или гнойное содержимое, отчетливо определяемое при пальпации и надавливании на трубу манипулятором. Как правило, серозный покров матки характеризуется гиперемией и точечными кровоизлияниями. Отмечаются изменения и со стороны яичников в виде отека и гиперемии его серозного покрова. В прямокишечном пространстве имеет место мутный гноевидный выпот, который может быть едва заметным или заполнять весь малый таз. Нередко мутно-гнойный выпот распространяется по левому и правому боковым каналам живота. При этом предлежащие ткани претерпевают изменения. Так, наблюдаются отек и гиперемия сальника, гиперемия серозного покрова предлежащих петель тонкой кишки, иногда единичные или множественные кровоизлияния, а также налет фибрина на петлях кишечника. В таких случаях, как правило, наблюдаются изменения покрова червеобразного отростка, характерные для его катарального воспаления (гиперемия серозы, точечные кровоизлияния, инъекция и выраженность сосудистого рисунка). В подобных ситуациях при обзорной лапароскопии можно допустить диагностические ошибки. Во избежание их обязательно проведение дополнительных диагностических манипуляций — пальпация и смещение, измерение температуры органа и окружающих тканей под контролем лапароскопа. При вторичном изменении червеобразного отростка последний легко смещается, нет выраженного напряжения, так как отсутствует выраженный отек всех слоев, характерных для первичного аппендицита, а имеется лишь контактное изменение серозного покрова. В то же время при гнойном сальпингите маточные трубы плотные, и их смещение практически невозможно. Наибольшая температура регистрируется в области основного очага воспаления. В предлежащих тканях и органах также отмечается повышение температуры, но она значительно ниже, чем в очаге воспаления.

При малейшем сомнении и невозможности лапароскопической верификации острой хирургической патологии от заболеваний гениталий показана лапаротомия.

Обычно внематочная беременность и ее наиболее часто встречающаяся форма — нарушение своеобразную симптоматику острого внутрибрюшинного кровотечения, что не приходится задумываться над дифференциальным диагнозом, так как коллапс, симптомы внутреннего кровотечения доминируют во всей клинической картине [2]. Однако процент диагностических ошибок при внематочной беременности высок не только в условиях женской консультации, но и в стационаре. По нашим данным, при внематочной беременности с диагнозом острого аппендицита прооперировано 2,2% больных из числа всех перенесших операцию по поводу острого аппендицита (до применения лапароскопии).

В настоящее время многие из таких дополнительных методов диагностики внематочной беременности, как определение хорионического гонадотропина в моче, пункция заднего свода, количественное иммунологическое титрование хорионического гонадотропина и сопоставление его с титром аутоантител, пока не применяются в широкой практике. К тому же эти методы во всегда позволяют установить или отвергнуть диагноз внематочной беременности. По данным нашего гинекологического отделения, разрешающая способность пункции заднего свода достигает лишь 48%.

Наиболее эффективным методом диагностики как нарушенной, так и развивающейся внематочной беременности является лапароскопия. Так, по результатам Г. М. Савельевой и соавт. [3], точность диагностики достигает 100%, что подтверждают и наши данные.

Лапароскопическая картина при внематочной беременности, протекающая по типу трубного абортa, характеризуется наличием в брюшной полости, преимущественно в малом тазу, жидкой темной крови со сгустками. На петлях кишечника, сальнике видны следы крови в виде мазков. При незначительном количестве крови определяется увеличенная матка; серозный покров не изменен, но отмечается его синюшный оттенок. Измененная маточная труба багрово-цианотичной окраски имеет веретенообразную или ретортообразную конфигурацию, диаметр ее увеличен. Фимбрии трубы отечны, гиперемированы, из ее просвета подтекает кровь.

Значительное скопление крови в брюшной полости затрудняет осмотр органов малого таза. Поэтому целесообразно аспирировать кровь из брюшной полости и установить источник кровотечения, так как при апоплексии яичника и маточного рефлюкса

крови в брюшную полость в случае остановившегося кровотечения не требуется оперативное вмешательство. Лапароскопическая картина при прогрессирующей трубной беременности, когда в брюшной полости нет крови, характеризуется утолщением одной из маточных труб и ее синюшно-багровым цветом, фимбриальный же отдел чаще бывает свободным. По данным Г. М. Савельевой и соавт. [3], прогрессирующая трубная беременность при эндоскопии напоминает пиосальпинкс. Отличительные признаки пиосальпинкса и трубной беременности, по мнению авторов, следующие: 1) при внематочной беременности венозная сеть сосудов малого таза более выражена, чем при хроническом воспалении; 2) ткани внутренних органов при внематочной беременности имеют выраженный цианотичный оттенок, матка бледно-розового цвета становится багровой. Цвет маточной трубы, заполненной гноем, почти не изменяется; если сформирована пиогенная капсула, наблюдается незначительная гиперемия серозной оболочки трубы. Окружающие ткани, как правило, не изменены. О перенесенном воспалительном процессе свидетельствуют множественные перитубарные спайки различной выраженности. Если трубная беременность локализуется в интерстициальном отделе и не нарушена, то при лапароскопии поставить диагноз достаточно трудно. Выбухание одного из углов матки цианотично-багрового цвета имитирует субсерозный узел лейомиомы с нарушением в ней кровоснабжения. Нередко прогрессирующая трубная беременность клинически симулирует опухолевидный процесс гениталий.

Приводим одно из наших наблюдений. Х., 34 лет, доставлена из акушерско-гинекологической клиники 26.07.1986 г. В течение 2 нед находилась на обследовании в гинекологическом отделении. Заболела остро 14.03.1986 г., когда появились боли в правой подвздошной области. С подозрением на острый аппендицит консультирована хирургом дежурной клиники, откуда с диагнозом внематочной беременности была переведена в гинекологическое отделение. Однако динамическое наблюдение и обследование не подтвердили этого диагноза. Проводилось противовоспалительное лечение, которое не дало эффекта. В связи с отсутствием эффекта от лечения для уточнения диагноза — опухоли гениталий — больная была переведена в хирургическую клинику.

Жалобы на слабость, боли в нижних отделах живота. Кожные покровы без особенностей. Частота пульса — 72 уд. в 1 мин, АД — 16,0/9,3 кПа. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, пальпаторно мягкий, болезненный в левой подвздошной области и над лоном. В левой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование размером 2×1,5 см мягкоэластичной консистенции, безболезненное и неподвижное. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Поскольку больная была полностью обследована и имелись достаточно серьезные подозрения на опухолевый процесс гениталий, ей была

произведена лапароскопия без дополнительного обследования в стационаре. При этом было установлено наличие левосторонней трубной беременности без ее нарушения. Произведена операция — левосторонняя тубэктомия, после которой наступило выздоровление больной.

Разрыв маточной трубы при незначительном количестве крови в брюшной полости определяется по дефекту на ее серозной оболочке. При наличии же большого количества крови с учетом клинического проявления заболевания целесообразна аспирация крови в стерильную посуду с добавлением антикоагулянтов (1 тыс. ед гепарина на 1000 мл крови), а после исключения повреждения полых органов следует реинфузировать аспирированную кровь из брюшной полости. Аспирация крови позволяет более детально осмотреть брюшную полость, установить источник кровотечения и степень повреждения маточной трубы.

Лапароскопическая картина перекрута кисты не представляет диагностической трудности. В отличие от неперекрученной

кисты она резко напряжена, имеет синюшно-багровую окраску с резко выраженным венозным стазом, тусклой серозной оболочкой и множественными мелкими или крупными кровоизлияниями.

Широкое использование лапароскопии в дифференциальной диагностике острых хирургических заболеваний и заболеваний органов гениталий в трудных случаях позволяет своевременно и точно устанавливать диагноз и во многих ситуациях избегать ненужных для больных лапаротомий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дехтярь В. Г. // Острый аппендицит у женщин. — М., Медицина, 1971.
2. Ротков И. Л. // Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. — М., Медицина, 1980.
3. Савельева Г. М., Богинская Л. Н., Бреусенко В. Г., Жилкин Г. В. // В кн.: Руководство по клинической эндоскопии. — Под ред. В. С. Савельева и др. — М., Медицина, 1985.

Поступила 20.07.88.

УДК 618.14+618.11|—006.6—089.8

ЛЕЧЕНИЕ СИНХРОННОГО РАКА ТЕЛА МАТКИ И ЯИЧНИКОВ

И. В. Смольянинова, О. В. Чулкова

Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена

Лечению синхронного рака тела матки и яичников посвящены немногочисленные публикации, основанные, как правило, на единичных клинических наблюдениях [3, 5]. Поскольку синхронные опухоли рассматриваются как метастатические, свидетельствующие о распространенном опухолевом процессе, большинство исследователей являются сторонниками комплексного лечения, состоящего из оперативного вмешательства в сочетании с лучевой [2, 4] и лекарственной терапией [6, 10]. Между тем существуют и иные точки зрения. Так, вопрос о целесообразности включения химиотерапии в план комплексного лечения остается открытым, поскольку до сих пор неясно, способствует ли это лучшей выживаемости больных [8, 9]. Некоторые авторы считают, что при установлении диагноза раннего первично-множественного рака достаточно только операции с последующей гормонотерапией или без нее [5, 7].

В настоящем исследовании ретроспективно изучено применение различных лечебных методов у 100 больных синхронным раком эндометрия и яичника, находившихся под наблюдением с 1964 по 1986 г. По морфологическим признакам (степень дифференцировки опухоли и глубина ее инвазии в миометрий, наличие микроэмболов в сосудах и предраковых морфологических изменений в

окружающих тканях эндометрия и яичника) опухоли были разделены на первично-множественные, диагностированные у 57 больных (1-я группа), и метастатические — рак тела матки с метастазом в яичник и рак яичников с метастазом в эндометрий, имевшие место у 43 больных (2-я группа). Первично-множественные опухоли были представлены преимущественно сочетанием рака тела матки и рака яичника I клинической стадии по классификации ФИГО (75% больных).

В табл. 1 отражены методы лечения больных синхронным раком эндометрия и яичника.

Общая 5-летняя выживаемость больных 1-й группы, рассчитанная актуриальным методом [1], составила 79,9%, во 2-й — 12,9%.

При анализе выживаемости в зависимости от метода лечения выявлено, что в 1-й группе наиболее высокие результаты достигнуты у больных, перенесших оперативное вмешательство с последующей лучевой и гормональной терапией (все 10 пациенток живы в течение 5 лет), а также с химиотерапией (5-летняя выживаемость констатирована у 87,2% женщин). У больных, получивших после операции только гормонотерапию, 5-летняя выживаемость отмечена у 49,4% женщин.

Среди больных метастатическим раком,