

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В КОМПЛЕКСЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

А.Т. Валиуллина, Л.М. Тухватуллина, Р.Ф. Акберов, О.Ю. Дмитриев

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — доц. Л.М. Тухватуллина)
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования*

Успехи современной медицины во многом определяются внедрением в клиническую практику новых достижений науки и техники, в частности компьютерной томографии.

Нами проведено компьютерно-томографическое обследование 26 больных от 12 до 65 лет с различной гинекологической патологией. Исследования выполнялись на компьютерном томографе "Соматом" (Siemens, ФРГ) в положении больной лежа на спине. Срезы производили в краниальном направлении от нижнего края лонного сочленения. Время сканирования — 5 с, шаг сканирования — 5—10 мм, толщина среза — 8 мм. Дыхание больной свободное. Видимость внутренних половых органов улучшали тампонада влагалища и подготовка кишечника с помощью двух очистительных клизм, которые ставились накануне вечером и утром в день обследования. Кроме того, за один час до обследования больные принимают 600 мл жидкости с разведенным контрастным веществом (тазограф) для обозначения терминальных отделов тонкого кишечника. Непосредственно перед обследованием прямую кишку заполняют контрастным веществом при полном мочевого пузыря.

Всем больным проведены полное клиническое обследование с исследованием содержания гормонов и ультразвуковая диагностика. Больные были со следующей патологией: аномалией развития женских половых органов, поликистозом яичников, миомой тела матки, опухолевидными образованиями яичников различной этиологии. Ранее перенесли лапаротомии три пациентки (надвлагалищная ампутация матки, удаление межсвязочно расположенной опухоли и эндометриоидной кисты яичника), в том числе одна из них оперирована дважды, что затрудняло клиническую диагностику. Полученные компьютерно-томографические данные позволили дифференцировать опухоли яичников,

локализацию миомы, уточнить характер порока развития, а также выявить спайочный процесс и конгломерат петель кишечника, симулирующих опухоль яичника после перенесенной ранее лапаротомии. На томограммах отчетливо определялись культя шейки матки, расположение и величина яичников, локализация миоматозных узлов.

Для иллюстрации приводим следующие наблюдения.

О., 61 года, поступила в клинику 13.02.1995 г. с жалобами на периодические боли в левой подвздошной области с лета 1994 г. Менопауза наступила в 57 лет. В анамнезе отмечены 13 беременностей, 5 родов, 8 аборт. Клинические анализы без особенностей.

При влагалищном исследовании определена правосторонняя опухоль, интимно прилегающая к матке, с гладкой поверхностью (10 × 12 см), ограниченная в подвижности.

Данные УЗИ: справа за маткой — гипоэхогенное образование с отчетливой капсулой (119 × 89 мм), многокамерное, с неровным контуром и утолщенными перегородками до 11—12 мм.

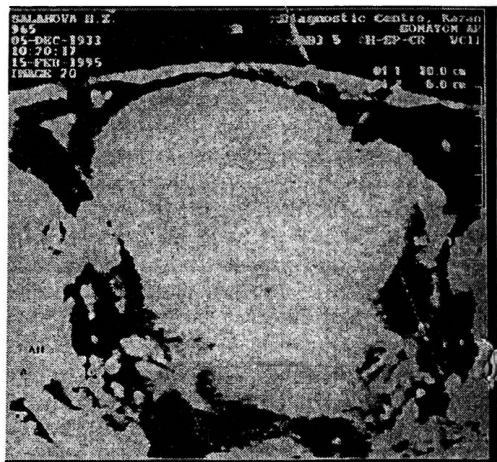


Рис. 1. Серозно-папиллярная цистаденома левого яичника у больной С.

На томограммах в полости малого таза определяется двухкамерное образование: одно с гладкой поверхностью (10 × 8 × 9 см) и жидкостным содержимым (возможно, муцинозным). Второе

образование (4×3 см) расположено внутри первого, плотность содержимого — 20–25 ед.Н. При лапаротомии обнаружена опухоль в области левых придатков (10×14 см), исходящая из левого яичника, с гладкой поверхностью и частичным перекрутом ножки. Правые придатки и матка не изменены. Произведена надвлагалищная ампутация матки с придатками с обеих сторон. Макропрепарат : опухоль представлена 2 камерами (8×10 и 6×4 см), на внутренней поверхности капсулы капиллярные разрастания. Содержимое желтого цвета.

Гистологический анализ: серозная цистаденома яичника с папиллярными структурами и пролиферацией эпителия.

Клинический диагноз: серозно-папиллярная цистаденома левого яичника с частичным перекрутом ножки опухоли. Компьютерная томография позволила выявить папиллярные разрастания на внутренней поверхности капсулы посредством измерения коэффициента плотности (рис. 1).

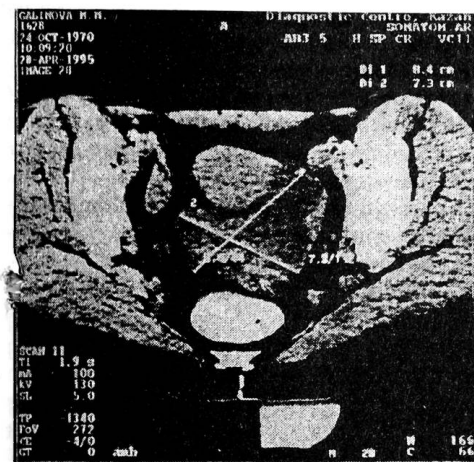


Рис. 2. Инфильтрат в области дугласова пространства у больной Г.

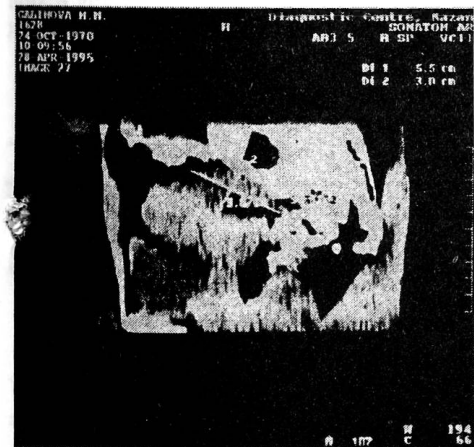


Рис. 3. Сагиттальная реконструкция изображения.

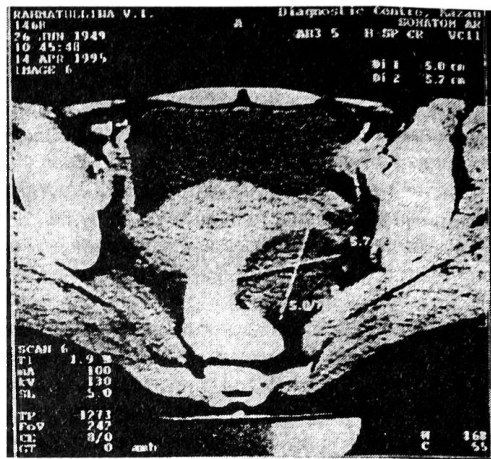


Рис. 4. Левосторонний гематосальпинкс у больной Р.

Г., 24 лет, поступила 20.04.1995 г. с жалобами на бесплодие в течение года регулярной половой жизни. В 1994 г. находилась на стационарном лечении по поводу острого двустороннего аднексита, абсцесса дугласова пространства. Проведена кольпотомия. Общий статус без особенностей. При осмотре гениталий слева и справа в дугласовом кармане определено образование (3×4 см), безболезненное, неподвижное, с плотной капсулой.

Анализ крови: л. — $6,9 \cdot 10^9/\text{л}$, п. — 4%, с. — 60%, лимф. — 26%, мон. — 9%, эоз. — 1%; СОЭ — 7 мм/ч.

Данные УЗИ: за маткой слева расположено опухолевидное образование (62×38 мм) с неровными и нечеткими контурами гипозоногенной неоднородной структуры. Правый и левый яичники не изменены.

Данные компьютерной томографии: в дугласовом пространстве, больше слева имеется образование неправильной формы ($6,2 \times 2,7$ см), неоднородной структуры, плотностью от 5 до 41 ед. Больная получала антибактериальную противовоспалительную, рассасывающую терапию, что привело к уменьшению образования в размерах. Больная в удовлетворительном состоянии выписана домой с диагнозом: инфильтрат после перенесенного пельвиоперитонита (рис. 2, 3).

Р., 46 лет, поступила 10.04.1995 г. с жалобами на кровянистые выделения из половых путей с начала марта, которые усилились в течение последней недели, и на боли в нижней части живота и в области поясницы. В анамнезе указаны 2 беременности, одни роды, один аборт, воспаление придатков. Соматический анамнез и статус не отягощены. При осмотре через задний свод определяется малоподвижное образование (6×5 см), резко болезненное при пальпации.

Данные УЗИ: слева за маткой имеется образование (85×35 мм), размер камер — 45×41 мм

и 55 × 32 мм, структура образования гипоехогенная, по внутреннему контуру видны пристеночные включения.

Данные компьютерно-томографического исследования: в полости малого таза в области левых придатков визуализируется опухолевидное образование с неоднородной структурой, отчетливыми контурами, плотностью от 20 до 40 ед.Н.

Предварительное заключение: подозрение на муцинозную цистаденому левого яичника. При лапаротомии — матка слегка увеличена (9 × 5 × 6 см), равномерной плотной консистенции. Правые придатки не увеличены, в спайках. Левые придатки замурованы в спайках. После рассечения спаек извлечена левая труба — раздутая, отечная, расширенная до 6 × 8 см. Левые придатки удалены.

Макропрепарат: на разрезе трубы содержится геморрагическое; слизистая трубы гладкая, зеленоватого цвета. Яичник не увеличен. На разрезе яичника — умеренное количество фолликулов.

Гистологический анализ: хроническое гнойное воспаление в маточной трубе.

Клинический диагноз: левосторонний гематосальпинкс. Двусторонний перисальпингоофрит. Задний периметрит.

Диагностика в данном случае была достаточно сложна в связи с образованием tuboovarianальной опухоли, наличием гематосальпинкса и обширного спаечного процесса (рис. 4).

Таким образом, применение компьютерного томографа в комплексном обследовании гинекологических больных позволяет дифференцировать опухоли яичников, уточнять диагноз при наличии спаечного процесса и может быть рекомендовано для обследования больных с высокой степенью ожирения, соматическими заболеваниями и ранее перенесенными операциями.

COMPUTER TOMOGRAPHY IN THE EXAMINATION COMPLEX OF GYNECOLOGIC PATIENTS

*A.T. Valiullina, L.M. Tukhvatullina, R.F. Akberov,
O.Yu. Dmitriev*

S u m m a r y

Computer tomography is used to improve the diagnosis in examination of 26 gynecologic patients. The data obtained allow to differentiate ovarian tumors, myoma localization, to improve the nature of development defect as well as to reveal commissural process and intestinal loops conglomerate simulating ovarian tumors after previous laparotomy. The uterus neck stump, the position and size of ovaries, localization of myoma nodes are clearly recognized on tomograms.