

щенное мочеиспускание, «чувство напирания» на прямую кишку и другие симптомы. В случае метастазирования по плевре возникает гидроторакс. Жидкость может накапливаться в одной или обеих плевральных полостях, нередко иметь кровянистый характер. Цитологическое исследование указанного выпота большей частью выявляет комплексы опухолевых клеток.

Если метастазы развиваются в регионарных лимфатических узлах, то начальные симптомы неясны, отмечают умеренные ноющие боли в пояснице, тазу, иногда в ноге соответствующей стороны. При возникновении рецидива на шейке матки, в культе влагалища или на слизистой появляются кровянистые выделения с ихорозным запахом.

Распознавание рецидивов и метастазов требует больших знаний и опыта. Установлению ближайших и отдаленных метастазов, кроме брюшностеночного влагалищно-ректального исследования, помогала пальпация брюшной полости, области паховых, подмышечных и надключичных лимфатических узлов, иногда биопсия. Особое внимание мы обращали на область пупка и послеоперационного рубца.

Для диагностики рецидивов и метастазов рака яичника мы в последние годы (1971) стали использовать дополнительное исследование методом лимфографии, которая способствует раннему выявлению возврата заболевания и метастазов в регионарном лимфатическом аппарате.

Лечение рецидивов и метастазов рака яичника трудно. Из 106 женщин 55 подвергнуты рентгеновскому облучению и радиевой терапии. Местные рецидивы лечили преимущественно радием, метастатические (в параметральной клетчатке, парааортальных лимфатических узлах) — глубокой рентгенотерапией или облучением ГУТ-Со-400. Доза на источниках наружно-дистанцированного облучения колебалась в среднем от 4000 до 8000 *p*, для радиевой терапии — от 1500 до 4000 *p* в точке В. У всех больных лечение сочеталось с назначением тестостерон-пропионата. 1 больная оперирована по поводу метастаза в пупок. 6 женщин подверглись повторной лапаротомии с целью удаления изолированных метастазов в брюшной полости. 20 пациенток получили симптоматическое лечение.

24 женщинам проводили лечение тиюТЭФом. Доза была значительно меньше, чем у первичных больных, и колебалась от 120 до 370 *мг*. ТиюТЭФ вводили преимущественно внутривнутрибрюшинно и внутривнутриплеврально в зависимости от локализации рецидивов и метастазов, состояния крови, индивидуальных особенностей и общего состояния организма больной. 4 женщины из этого числа получали химиотерапию в комбинации с облучением на ГУТ-Со-400 и 10 — тиюТЭФ в сочетании с тестостерон-пропионатом.

Более 2 лет прожили только 3 (2,8%) женщины, а при применении тиюТЭФа средняя продолжительность жизни 24 больных составила 22,4 месяца.

Приведенные сведения совпадают с данными других авторов, что рецидивы рака яичника чувствительны к воздействию различных химиотерапевтических препаратов.

Включение в лечебные мероприятия тиюТЭФа при рецидивах более эффективно, чем использование других видов воздействий. Ремиссии независимо от методов лечения были кратковременны — лишь в 2,8% наблюдений они достигали 2 лет и более.

УДК 618.11—616—001.33

О РАЗРЫВЕ ЯИЧНИКОВ

Доц. Р. В. Кузнецов, А. М. Пичугин

*Кафедра общей хирургии (зав. — проф. А. В. Бельский)
Саратовского медицинского института*

Дооперационное распознавание разрыва яичников представляет определенные трудности, и правильный диагноз устанавливается лишь в единичных случаях.

Поддавляющее большинство больных с разрывом яичника подвергается операции по поводу предполагаемого приступа острого аппендицита или нарушенной внематочной беременности. В клинике общей хирургии за 20 лет (1951—1970 гг.) оперировано 145 больных с апоплексией яичника, что составляет 1,8% всех женщин, оперированных по поводу острого аппендицита в этот период. В возрасте 12—13 лет было 3 пациентки, от 17 до 20 лет — 22, от 20 до 30 лет — 68, от 30 до 40 лет — 37, от 40 до 50 лет — 15. Таким образом, подавляющее большинство пациенток с разрывом яичников были в возрасте, соответствующем периоду наибольшей гормональной активности у женщин (от 20 до 30 лет).

Большинство больных госпитализировано не позже 12 часов от начала заболевания, и ни в одном направлении диагноз апоплексии яичников не фигурировал. При обследовании в клинике убедительно четкий диагноз разрыва яичника установлен только у 7 пациенток (4,8%), у 16 (11,0%) он был предположительным (у 14 в сочетании с острым аппендицитом и у 2 — с нарушенной внематочной беременностью). У остальных 122 больных диагноз острого аппендицита (101 больная) и нарушенной

внематочной беременности (21 больная) не вызвал сомнений. Таким образом, только у 23 больных (15,8%) до операции диагностирован или предполагался разрыв яичника.

Все 145 пациенток оперированы в первые 2 часа с момента поступления в стационар. Двусторонняя апоплексия яичника найдена у 8 (5,5%), правосторонняя — у 94 (64,8%), левосторонняя — у 43 (29,7%) больных.

Анализ историй болезни и личный опыт диагностики и хирургического лечения данного заболевания позволяют сделать обобщение накопленного опыта.

Мы, как и другие авторы, имели возможность отметить болевую форму апоплексии яичников, сопровождающуюся незначительным кровотечением (122 больные), и анемическую форму с ведущими симптомами внутреннего кровотечения (23 женщины). Количество излившейся крови у наших больных не превышало 500 мл.

У всех больных с анемической формой при поступлении наблюдалась картина внутреннего кровотечения, однако резкой анемизации или геморрагического шока мы не отмечали. АД, как правило, было 90/60 — 100/70, пульс — 100—110. Притупление в отлогих местах живота и феномен флюктуации при бимануальном исследовании были констатированы только у 4 больных. У других это исследование не давало убедительных данных. Истинного напряжения мышц живота мы не обнаружили ни разу. Ригидность мышц определялась только при относительно глубокой пальпации надлобковой области и в меньшей степени — в подвздошных областях. Зона распространения болевых ощущений варьировала.

Мы полагаем, что распространенность боли в животе зависит не столько от количества излившейся крови, сколько от наличия или отсутствия воспалительных изменений придатков матки, размеров измененного яичника и массивности разрыва его. Это предположение подтверждается находками во время операции.

Ни у одной из наших больных не было острого воспаления червеобразного отростка, поэтому мы не можем согласиться с О. А. Нарычевой (1965), по данным которой излившаяся кровь вызывает столь глубокие воспалительные изменения червеобразного отростка, что оставление его становится весьма опасным.

Основанием для правильного предоперационного диагноза у 7 больных (в том числе у девочек 12—13 лет) послужил молодой возраст пациенток, отрицание половой жизни, отсутствие указаний на приступообразные боли в прошлом, 3-я или 4-я недели межменструального периода, внезапное появление сильных режущих болей над лобком с постепенным снижением их интенсивности, отсутствие тошноты и иррадиации болей в эпигастральную область (рефлекс с верхнебрыжеечного и солнечного сплетений), болезненность при отодвигании матки кверху при влагалитном или ректальном исследовании, высокий лейкоцитоз (до 27 000) без существенного сдвига лейкоцитарной формулы.

У 14 больных наряду с перечисленными симптомами отмечен приступообразный характер болей с постепенным усилением их, тошнота, нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы, не позволявшие исключить возможность острого аппендицита.

У 101 больной диагноз острого аппендицита не вызывал сомнений. У 76 из них во время операции найдены выраженные воспалительные изменения в червеобразном отростке, что и явилось основанием для его удаления. В конце операции при контроле гемостаза была обнаружена измененная кровь, поступающая из малого таза. Дальнейшая ревизия показала наличие разрыва правого яичника у 63 больных и левого у 13. Кровотечения из разорванного яичника в момент операции не наблюдалось, оно возобновлялось только после удаления сгустка крови, выполнявшего рану яичника.

Во всех случаях удаленные червеобразные отростки исследованы гистологически. В 24 отростках обнаружены флегмонозные изменения и в 52 — катаральные с выраженным отеком слизистой и наличием каловых камней.

У остальных 25 больных единственной причиной, определяющей клиническую картину заболевания, был разрыв яичника. Анализ историй болезни этих пациенток показал, что причиной диагностических ошибок послужило неполное обследование больных и недостаточная оценка гинекологического статуса.

В литературе последних лет в связи с оперативным лечением апоплексии яичника высказываются различные мнения по вопросу о том, какому разрезу следует отдавать предпочтение.

Мы в подавляющем большинстве своих наблюдений (в 98 из 117), начав операцию с аппендикулярного разреза, при обнаружении крови в малом тазу ушивали аппендикулярный разрез и производили нижнюю срединную лапаротомию. Последняя в достаточной степени обеспечивала визуальный контроль всех органов малого таза и гарантировала полную уверенность действий хирурга.

Полагаем, что при аппендикулярном доступе к придаткам матки хирург создает себе затруднения в выполнении операции и туалета полости малого таза, не говоря уже о том, что извлечение матки и особенно левых придатков через правосторонний разрез является весьма травматичной манипуляцией и таит опасность разрыва сосудовных спаек или измененных придатков матки.

Не можем также согласиться с мнением О. А. Нарычевой, Г. С. Топровера, Г. И. Жидовинова и некоторых других авторов, рекомендующих во всех случаях при операциях в области илеоцекального угла с «профилактической» целью удалять червеобразный отросток. Не касаясь вопроса, каково значение воспалительных про-

цессов придатков маточника в воспалительных процессах отростка, мы глубоко убеждены в том, что удаление отростка оправданно лишь в тех случаях, когда налицо воспалительные изменения его, вне зависимости от того, явился ли острый аппендицит следствием воспалительного процесса придатков матки, или воспалительный процесс придатков матки привел к развитию острого аппендицита.

Нам представляется неприемлемой рекомендация А. А. Вербенко, Г. С. Топровера и Г. И. Жидовинова о необходимости удаления разорванного кистозно измененного яичника. В наших наблюдениях мы ни разу не производили удаления яичника, а ограничивались ушиванием или, в крайнем случае, резекцией, в том числе и при кистозных изменениях обоих яичников.

ВЫВОДЫ

1. Дифференциальный диагноз нарушенной внематочной беременности и разрыва яичника, сопровождающегося массивным кровотечением, у женщин, живущих половой жизнью, практически невозможен.

2. При сочетании острого аппендицита и разрыва яичника клиническая картина острого аппендицита превалирует над клинической картиной разрыва яичника.

3. Затруднения в диагностике апоплексии яичника как основного заболевания связаны не столько с разнообразием клинической картины, сколько с ошибками в методике обследования больных.

4. Выделение двух клинических форм разрыва яичника — болевой (псевдоаппендикулярной), при которой ведущим симптомом является боль при незначительном кровотечении, и анемической, основным симптомом которой служит внутрибрюшное кровотечение, — вполне оправданно и в значительной мере раскрывает существо патологического процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев А. А. Разрывы яичника и их роль в клинике неотложной хирургии. Автореф. канд. дисс., М., 1959.— 2. Вербенко А. А. Материалы к вопросу об апоплексии яичника. Автореф. канд. дисс., М., 1958.— 3. Нарычева О. А. Вестн. хир., 1965, 5.— 4. Сапожников В. М. Хирургия, 1967, 4.— 5. Топровер Г. С., Жидовинов Г. И. Клин. мед., 1966, 10.— 6. Успенская Н. И. Хирургия, 1962, 12.

УДК 616—055.2—616.973—616.155.3—008.13

ФАГОЦИТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ

А. Г. Стерхова

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. Л. Ф. Шинкарева)
Ижевского медицинского института*

Изменения в периферической крови у больных гонореей ранее исследовали лишь с помощью морфологических методов. Изучение же функциональной деятельности лейкоцитов при гонорее не нашло достаточного отражения в литературе. Имеются лишь единичные сообщения (А. Я. Виленчук, 1929; З. А. Песина, 1948).

Мы изучали функциональные свойства лейкоцитов периферической крови у 44 женщин, больных гонореей (возраст — от 18 до 58 лет). Хроническая гонорея была у 15 женщин, острое течение гонореи — у 6, подострое — у 21 и торпидное — у 2. У 3 больных свежей гонореей были явления метроэндометрита, у 19 — сочетание гонореи и трихомониаза. Две больные имели беременность (6 и 9 недель).

Фагоцитарную активность лейкоцитов исследовали по методу Кост и Стенко (с небольшим видоизменением его). Объектом фагоцитоза служила взвесь убитого нагреванием золотистого стафилококка с титром 4 млрд. микробных тел в 1 мм³ крови. В окрашенных мазках сосчитывали 100 нейтрофилов. Отмечали процент фагоцитирующих нейтрофилов — показатель фагоцитарной активности лейкоцитов (индекс Гамбургера) и среднее количество микробов в каждом из них — фагоцитарное число (индекс Райта). Для более точной оценки показателей фагоцитоза определяли количество фагоцитированных микробов в 1 мм³ крови — общий показатель фагоцитоза. По степени фагоцитоза можно судить о функциональном состоянии нейтрофилов, а также о реактивности организма.

Анализ крови на фагоцитарную реакцию проводили до начала лечения, после курсов лечения бициллином, иммунопрепаратами (гоновакцина, пирогенал, молоко) и левомицетином. Однократно обследовано 6 больных, дважды — 23, трижды — 15.