

## ВЫВОДЫ

1. Три корригированных ортогональных отведения показали более высокую чувствительность, чем 12 обычных, в выявлении изменений зубца R и комплекса QRS у детей, больных ревматической недостаточностью митрального клапана.
2. Изменения зубца T и сегмента RS—T наблюдались с одинаковой частотой в ортогональных и в обычных отведениях.
3. Корригированные ортогональные отведения имеют безусловные преимущества перед обычными отведениями в исследовании детей с недостаточностью митрального клапана.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова Н. И., Гришина В. А. Педиатрия, 1978, 2. —
2. Кубергер М. Б., Левинсон Ю. М. *Вопр. охр. мат. и дет.*, 1975, 2. —
3. Озол Э. А. а) *Казанский мед. ж.*, 1967, 3; б) там же, 1967, 4. — 4. Озол Э. А., Латыпов А. Г. *Кардиология*, 1973, 10. — 5. Орлова Н. В., Парийская Т. В. Приобретенные пороки сердца у детей. Л., Медицина, 1979. — 6. Серeda Г. Е. Электрокардиографические критерии гипертрофии желудочков при пороках сердца у детей. Автореф. канд. дисс., М., 1973. — 7. Чучелина Л. А. *Казанский мед. ж.*, 1973, 3. — 8. Frank E. *Circulation*, 1956, 13, 737. — 9. Coocksey D., Dunn M., Massie E. *Clinical vectorcardiography and electrocardiography*. 1977. Year book medical publishers. Chicago—London. 759.

Поступила 5 июня 1979 г.

УДК 618.132—002—07—089

## МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕЛЬВЕОПЕРИТОНИТА

*Г. М. Савельева, Л. В. Антонова, Л. Н. Богинская, Т. В. Иванова*

*Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета (зав.—чл.-корр. АМН СССР проф. Г. М. Савельева) 2-го МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова*

**Реферат.** Обобщены наблюдения за 92 больными острым пельвеоперитонитом, подвергнутыми лапаротомии и лапароскопии. При невозможности исключить острый аппендицит, разрыв внематочной беременности, а также при безуспешности консервативной дезинтоксикационной, антибактериальной, десенсибилизирующей, рассасывающей, общеукрепляющей терапии острого пельвеоперитонита, применяемой в течение 12—20 ч, рекомендуется проведение лапароскопии. Дренирование брюшной полости и подведение антибиотиков к очагу поражения при остром пельвеоперитоните у женщин способствуют быстрому купированию воспалительного процесса, ранней реабилитации больных и сохранению репродуктивной функции.

**Ключевые слова:** пельвеоперитонит, диагностическая лапароскопия.

**Библиография:** 6 названий.

Диагностика острого воспаления внутренних половых органов женщин, протекающего с явлениями пельвеоперитонита, нередко затруднена, особенно при необходимости дифференцировать эту патологию с острым аппендицитом [3, 5]. Поэтому нередко диагностические ошибки, приводящие к необоснованным чревосечениям. Усовершенствование методов исследования способствует снижению частоты врачебных ошибок и своевременному назначению лечебных мероприятий.

В последние годы при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости начали использовать лапароскопию. В гинекологии острый пельвеоперитонит считали противопоказанием для проведения исследований с помощью эндоскопических методов [1, 4, 6], хотя опыт применения лапароскопии в неотложной хирургии [2] показал большие диагностические возможности ее при дифференциальной диагностике острого аппендицита, панкреатита и других острых заболеваний органов брюшной полости.

Трудности выявления причины пельвеоперитонита и выбора тактики ведения таких больных побудили нас провести анализ течения заболевания у 92 женщин с острым пельвеоперитонитом, которые подверглись лапаротомии и лапароскопии. В возрасте до 20 лет было 6 больных, от 21 до 30 лет — 45, от 31 до 40 лет—34 и старше 40 лет — 7.

Для острого пельвеоперитонита характерно острое начало заболевания, связанное с менструацией, абортными или родами. Во время или сразу после менструации

заболевание началось у 63 из 92 больных, 6 женщин поступили в стационар на 5, 9, 11, 13, 28, 45-й день после родов, 1 больная — во время беременности (5—6 нед).

Все больные при поступлении жаловались на боли внизу живота, у 38 одновременно были боли в пояснице, у 15 они иррадиировали в прямую кишку, у 14 были дизурические расстройства. Недомогание, слабость, потливость отмечали 75 чел. У 82 больных при поступлении определялась гипертермия до  $37,5^{\circ}$  и выше, у 86 была повышена СОЭ от 25 до 40 мм/ч, у 83 отмечен лейкоцитоз до  $10 \cdot 10^6$  в 1 л и выше, а у 6 больных число лейкоцитов возрастало при динамическом наблюдении до  $20 \cdot 10^6$  —  $23 \cdot 10^6$  в 1 л.

Как показал осмотр, у всех больных язык был обложен белым налетом и суховат; частота пульса составляла 100—140 уд. в 1 мин. Определялось умеренное вздутие живота, напряжение мышц передней брюшной стенки и резкая болезненность при пальпации живота.

При двуручном влагалитчно-брюшностеночном исследовании у больных пальпация придатков была невозможной или пальпировались увеличенные болезненные придатки матки. У 78 женщин определялась пастозность сводов, у 42 были гнойно-видные выделения из половых путей, у 48 — гнойно-геморрагические.

У трети больных с острым пельвеоперитонитом начало заболевания напоминало таковое при остром аппендиците. Так, у 32 женщин заболевание началось с болей в эпигастральной области, которые локализовались затем в нижних отделах живота у 18 и в правой паховой области у 14 из них. Тошнота и рвота наблюдались у 33 пациенток, диспепсические расстройства — у 20. Исключить аппендицит в этих случаях не представлялось возможным, несмотря на использование клинических и лабораторных методов исследования.

33 больным с острым пельвеоперитонитом с диагностической и лечебной целью была произведена лапаротомия, 59 — лапароскопия.

Из 33 женщин с острым двусторонним аднекситом, пельвеоперитонитом, подвергшихся лапаротомии, 22 поступили с подозрением на острый аппендицит, которое не было отвергнуто и при дифференциальной диагностике. Это и побудило проинформировать им в течение первых 3 ч с момента поступления диагностическую лапаротомию. У 1 больной оказался острый аппендицит в сочетании с острым гнойным сальпингитом. У 8 больных был выявлен правосторонний пиосальпинкс (у 3 с разрывом капсулы), по поводу чего осуществлена правосторонняя (у 5) и двусторонняя (у 3) тубэктомия с кольпотомией и дренированием брюшной полости. У 12 больных было обнаружено острое гнойное воспаление маточных труб, произведена кольпотомия (у 8 больных), введены микроирригаторы в брюшную полость (у 12). У 1 больной при лапаротомии патологии не установлено. Следовательно, из 22 больных лапаротомия была целесообразна лишь у 9 (40,9%).

У 11 из 33 больных с острым двусторонним аднекситом, пельвеоперитонитом проводимая в течение 6—40 ч комплексная противовоспалительная терапия не дала эффекта. Боли в животе усиливались, нарастали симптомы раздражения брюшины по всему животу; ухудшалось общее состояние. Количество лейкоцитов в крови повышалось до  $16 \cdot 10^6$  —  $23 \cdot 10^6$  в 1 л (у 10), температура оставалась в пределах  $38$ — $40^{\circ}$  С. У этих больных чревосечение предпринято ввиду невозможности исключить разрыв пиосальпинкса, с диагностической и лечебной целью. У 1 больной обнаружен разрыв правостороннего пиосальпинкса с вторичным аппендицитом, произведена правосторонняя тубэктомия с аппендэктомией, кольпотомия и дренирование брюшной полости. У 8 больных выявлен гнойный сальпингит с образованием пиосальпинкса и с пельвеоперитонитом; 2 из них произведена односторонняя аднексэктомия и 6 — тубэктомия (4 — односторонняя и 2 — двусторонняя), с кольпотомией (у 3) и дренированием брюшной полости (у всех 8).

Острый период заболевания у оперированных длился от 3 до 6 сут, количество лейкоцитов уменьшалось на 3—4-е сут, температура снижалась на 5—7-е сут, но долго оставалась субфебрильной. Больных выписывали, как правило, на 16—36-й день пребывания в стационаре с улучшением состояния здоровья и с нарушением репродуктивной функции (в связи с удалением маточных труб). У 2 больных (из 11) ревизия брюшной полости при лапаротомии установила лишь наличие хронического спаечного пельвеоперитонита, то есть чревосечение не было оправданным.

Таким образом, почти у каждой второй больной лапаротомия при остром пельвеоперитоните была необоснованной. В связи с этим с марта 1977 г. для диагностики и лечения острого пельвеоперитонита нами применяется лапароскопия. Из 59 больных со острым воспалением внутренних половых органов и пельвеоперитонитом у

37 было невозможно исключить острый аппендицит, у 7—трубную беременность и у 15—разрыв пиосальпинкса.

В первые три часа поступления в стационар лапароскопия произведена у 44 больных с острым пельвеоперитонитом, у 37 из которых не могли исключить острый аппендицит и у 7—внематочную беременность. Остальным 15 больным проводили комплексное противовоспалительное лечение (антибактериальное, дезинтоксикационное, десенсибилизирующее, общеукрепляющее с включением физиотерапии) в течение 6—40 ч. Несмотря на это, состояние больных ухудшилось: усилились боли по всему животу, нарастали симптомы раздражения брюшины, отмечалось появление жидкого стула до 5—7 раз в сут. (у 5), рвоты (у 15); температура оставалась в пределах 38—40° (у 13). У этих больных необходимо было выяснить источник перитонита и исключить разрыв пиосальпинкса.

Подготовка пациентов к лапароскопии была обычной. После премедикации (атропин, промедол) под местной анестезией 0,25% раствором новокаина в типичной точке (наружная треть расстояния от верхней передней ости до пупка) делали прокол передней брюшной стенки длиной иглой с мандреном для наложения пневмоперитонеума. В брюшную полость вводили 2 л воздуха. Лапароскоп вводили в типичные точки Калька. Выбор этих точек для прокола брюшной стенки обусловлен наименьшей опасностью повредить сосуды передней брюшной стенки.

Осмотр органов брюшной полости начинали с зоны предполагаемой патологии, затем при необходимости осматривали все остальные отделы брюшной полости. Лапароскопический диагноз основывался на результатах непосредственного осмотра вовлеченного в процесс органа и нахождения в нем характерной патологии. Кроме того, поставить правильный диагноз помогали следующие косвенные данные: изменения париетальной и висцеральной брюшины, появляющиеся при остром воспалительной патологии органов брюшной полости, характер экссудата, изменение соседних органов, прилежащих к патологически измененному очагу. Осложнений, связанных с проведением лапароскопии, не было.

У 7 больных с подозрением на трубную беременность наличие последней было исключено, обнаружен односторонний катаральный сальпингит.

Из 37 больных с подозрением на острый аппендицит это предположение подтвердилось у 1 пациентки. Кроме того, у нее был обнаружен острый пельвеоперитонит, катаральный вторичный сальпингит, что послужило основанием для лапаротомии с аппендэктомией и дренированием брюшной полости. Острый правосторонний сальпингит с явлениями пельвеоперитонита был диагностирован у 15 больных этой группы, двусторонний сальпингит — у 21, из них у 4 — в сочетании с эндометритом. Как показала лапароскопия, трубы были гиперемированы, отечны, из них в брюшную полость поступал гной (у 14 обследованных). Больным с гнойным сальпингитом с помощью лапароскопа введено по одному микроирригатору, а 2 больным дополнительно осуществлено дренирование брюшной полости (введена дренажная трубка в одну из паховых областей).

Из 15 больных с подозрением на разрыв пиосальпинкса последнее получило подтверждение при лапароскопии у одной. У нее развился диффузный перитонит (длительность заболевания — свыше 40 ч); ей произведена лапаротомия с двусторонней тубэктомией, кольпотомией и дренированием брюшной полости. У остальных 14 больных был диагностирован гнойный двусторонний сальпингит с наличием гнойного содержимого в брюшной полости, фибринозными наложениями на петлях кишечника и воспалительными изменениями париетальной брюшины. Ампулярные отделы труб были свободными, из них поступал гной в брюшную полость. Больным введено с помощью лапароскопа по 2 дренажные трубки, а 4 из них — дополнительно еще по 1 микроирригатору. Через микроирригаторы (без дренирования) пациенткам в течение 3—5 сут инфузировали антибиотики (канамицин или мономицин по 0,5 г в 20,0 мл 0,25% раствора новокаина 2 раза в день). Пациенткам, у которых было произведено дренирование брюшной полости, через микроирригатор или в одну из дренажных трубок капельно вводили до 800 мл жидкости (0,25% раствора новокаина с физиологическим раствором или раствором Рингера—Локка) с 0,5 г мономицина или канамицина в течение 5—6 ч, через другую трубку происходила эвакуация экссудата. Дополнительно через 8—12 ч одновременно через микроирригатор в брюшную полость вводили 0,5 г канамицина или мономицина в 20,0 мл 0,25% раствора новокаина. Дренажи удаляли на 4—5-е сут. Острый период заболевания длился от 1 до 3 сут; уже через 10—12 ч после операции явления раздражения брюшины исчезали, улучшалось состояние больных и очень быстро купировались воспалительные явления. В течение 24 ч нормализовалось число лейкоцитов крови и температура. СОЭ до 12—20-х сут оставалась высокой (30—

35 мм/ч). Введение лекарственных препаратов через дренажные трубки сочеталось с продолжением комплексной противовоспалительной терапии. Выздоровление наступало на 8—31-й день пребывания в стационаре, у больных сохранялась репродуктивная функция.

Таким образом, использование лапароскопии позволило у 57 пациенток из 59 предотвратить ненужную лапаротомию, сохранить репродуктивную функцию.

Этиологию заболевания по данным бактериоскопического и бактериологического исследования выделений из половых путей не всегда удавалось установить (48 исследований). Так у 4 больных флора отсутствовала. У 35 больных были выявлены стафилококки, причем у 17 — в сочетании с кишечной палочкой; у 3 — только кишечная палочка. Диплококки грамположительные вне- и внутриклеточные определялись у 2 больных, гонококки — у 1, трихомонады — у 18. Флора, устойчивая к обычно применяемым в клинике антибиотикам, выделена у 21 больной.

При ретроспективном анализе клинического течения заболевания у больных, подвергшихся пробной лапаротомии (33), выявляются ошибки, допущенные врачами (как хирургами, так и гинекологами) при обследовании. Нередко врачами не учитывается связь начала заболевания с менструацией или абортами. У всех больных с острым течением воспаления внутренних половых органов необходимо тщательно собрать анамнез. Ценную для дифференциальной диагностики информацию дают результаты двуручного исследования (отечность, болезненность придатков, пастозность в сводах), а также выявление патологического отделяемого из шейки матки.

Проведенные нами исследования свидетельствуют о высокой диагностической значимости лапароскопии у больных с острым пельвеперитонитом. Показаниями для лапароскопии у больных с клиникой острого пельвеперитонита являются:

1) невозможность исключить острый аппендицит, разрыв пиосальпинкса, внематочную беременность;

2) безуспешность консервативной дезинтоксикационной, антибактериальной, десенсибилизирующей, рассасывающей, общеукрепляющей противовоспалительной терапии в течение 12—20 ч.

Дренирование брюшной полости и подведение антибиотиков к очагу поражения обеспечивают быстрое купирование воспалительного процесса, более раннюю реабилитацию больной и сохранение репродуктивной функции.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Голубев В. А. Акуш. и гин., 1961, 4. —2. Горишняк А. И. Лапароскопия при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. М., Медицина, 1972. —3. Григорян А. В., Лохвицкий С. В., Нефедов Н. Е. Сов. мед., 1972, 7. —4. Грязнова И. М. Рентгеноконтрастная пельвеография и эндоскопии в гинекологии. М., Медицина, 1972. —5. Дехтярь Е. Г. Острый аппендицит у женщин. М. Медицина, 1971. —6. Дорофеев П. М. Пельвeosкопия и ее диагностическое значение в гинекологии. Кемерово, 1965.

Поступила 20 марта 1979 г.

УДК 615.357:618.147:618.14—002.28

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ СИНТЕТИЧЕСКИМИ ПОЛОВЫМИ ГОРМОНАМИ

*Л. Ф. Шинкарева, М. И. Сабсай, Т. А. Кравчук*

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

**Реферат.** Гистологическое исследование эндоцервикса у 80 больных генитальным эндометриозом, принимавших с лечебной целью синтетические прогестины и гестагены, показало, что патологические процессы в эндоцервиксе не устраняются параллельно с исчезновением патологических процессов в эндометрии, а продолжают рецидивировать. Значительно учащается возникновение гиперплазии резервных клеток с переходом в плоскоклеточную метаплазию по мере увеличения длительности гормонотерапии. Это обстоятельство требует онкологической настороженности.

Ключевые слова: эндометриоз, эндоцервикс, влияние гормонотерапии.

1 таблица. Библиография: 9 названий.