

УДК 618.13-002

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ТУБОУВАРИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ, ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ТУБОУВАРИАЛЬНЫХ КОМПЛЕКСОВ И РАКА ЯИЧНИКА

Н.Г. Балакшина, Л.И. Кох

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, Томск
E-mail: doctor_natali@mail.ru

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF PURULENT, INFLAMMATORY TUBO-OVARIAN COMPLEXES AND OVARIAN CANCER

N.G. Balakshina, L.I. Koch

Siberian State Medical University, Tomsk

Цель исследования: дифференциальная диагностика у пациенток, поступивших в стационар по скорой помощи, между раком яичников, гнойными tuboовариальными образованиями и воспалительными tuboовариальными комплексами. Нами обследовано и прооперировано 102 пациентки, поступившие в гинекологическое отделение ОКБ в экстренном порядке с клиникой “острого живота”. При всестороннем обследовании у 102 больных был установлен диагноз “гнойные воспалительные заболевания придатков матки” (ГВЗПМ). Однако интраоперационно у 18 больных оказался рак яичников, у 64 – гнойные tuboовариальные образования, у 20 – воспалительные tuboовариальные комплексы.

Ключевые слова: воспалительные tuboовариальные образования, рак яичника, лапаротомия.

We examined and operated 102 patients with “acute abdomen” symptom hospitalized to the inpatient gynecology department of the Regional Clinical Hospital following emergency visit with provisional diagnosis of circumscribed peritonitis with the evidence of tubo-ovarian complex. However, intraoperatively 18 patients were diagnosed with ovarian cancer, 64 patients were diagnosed with purulent tuboovarian complex, and 20 patients were diagnosed with inflammatory tuboovarian complex, which resulted in different surgical and post-surgical treatment.

Key words: inflammatory tubo-ovarian disease, cancer ovarian, laparotomy.

Введение

ГВЗПМ среди пациентов гинекологических стационаров встречаются в 20–30% случаях [1, 6, 14]. В последние годы обсуждаются дифференциальные различия между гнойными воспалительными tuboовариальными образо-

ваниями (ГВТО) и воспалительными tuboовариальными комплексами (ТОК). ТОК представляют собой образования спаечных конгломератов трубы и яичника с ближайшими органами (кишечником, мочевым пузырем). При этом часто присутствуют синусовидные каналы, содер-

жащие гной, однако скопление гноя в полости и девитализация стенок, имеющие место при абсцессе, отсутствуют. Несмотря на то, что ТОК могут иметь большие размеры, они отвечают на медикаментозную терапию более чем в 95% случаев [12]. Рак яичников (РЯ) составляет 17–33% в общей структуре злокачественных опухолей у женщин. За последние десять лет отмечен рост РЯ на 8,5% [5]. В 6–2% случаев больные с новообразованиями яичников поступают по скорой помощи в гинекологический стационар с диагнозом “острый живот”, который может быть обусловлен подкрутом опухоли, разрывом ее, инфицированием и другими причинами, но чаще всего острые состояния при РЯ протекают под маской именно воспалительных tuboовариальных образований [7, 8].

Цель исследования: дифференциальная диагностика между ГВТО, ТОК и РЯ у пациенток, поступивших в гинекологический стационар по скорой помощи.

Материал и методы

Под наблюдением находились 102 пациентки в возрасте от 14 до 72 лет, из них с ГВТО – 64, с ТОО – 20, с РЯ – 18 женщин. Средний возраст заболевших в I группе составил $34,10 \pm 4,18$ лет, во II – $36,80 \pm 6,22$ лет, в III – $45,64 \pm 5,76$ лет ($p < 0,0001$). Пациентки поступили в гинекологический стационар Областной клинической больницы по скорой помощи с клиникой “острого живота”. Всем проведено обследование: сбор анамнеза; объективное, бимануальное и ректовагинальное исследования; клиничко-лабораторные анализы (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические, коагулограмма); рентгенологическое исследование органов грудной клетки ($n=32$) и брюшной полости ($n=38$); УЗИ органов брюшной полости и малого таза ($n=76$); компьютерная томография (КТ) органов малого таза ($n=2$); пункция образования и брюшной полости ($n=20$); консультации хирурга и терапевта.

Процедуры статистического анализа выполнялись с помощью статистического пакета SAS 9.1.3. Критическое значение уровня статистической значимости при проверке нулевых гипотез принималось равным 0,05; в случае превышения достигнутого уровня значимости статистического критерия этой величины – нулевая гипотеза. Проводилась проверка нормальности распределения вероятности количественных признаков с помощью критерия Колмогорова и критерия Шапиро–Уилка. Использовались непараметрические методы: дисперсионный анализ Краскела–Уоллиса с ранговыми метками Вилкоксона и критерий Ван дер Вардена. При необходимости применяли попарные сравнения групповых средних по Шеффе. Для всех количественных признаков в сравниваемых группах производилась оценка средних арифметических и среднеквадратических (стандартных) ошибок среднего. Эти дескриптивные статистики в тексте представлены как $M \pm m$, где M – среднее, а m – ошибка среднего. Исследование взаимосвязи между парами дискретных качественных признаков выполняли с использованием анализа парных таблиц сопряженности. Помимо оценок критерия χ^2 (хи-квадрат) Пирсона и достигнутого уровня статистической значимости этого критерия вы-

числялись и оценки интенсивности связи анализируемых признаков, такие, как коэффициент Фи, коэффициент контингенции и V-коэффициент Крамера [2, 3].

Результаты

При поступлении все женщины предъявляли жалобы на боли в животе, недомогание, общую слабость. Боли с иррадиацией в прямую кишку отмечали 82 (78%), в поясницу – 60 (59%) пациенток. Субфебрильная температура наблюдалась у 63 (62%) больных, гектическая – у 59 (58%), тошнота – у 53 (52%), рвота – у 23 (23%), дизурические нарушения – у 56 (53%), запоры – у 9 (9%).

В анамнезе средний возраст наступления менархе у женщин в I, II, III группах был $13,2 \pm 1,2$ лет, $13,80 \pm 1,2$ и $12,8 \pm 1,4$ соответственно ($p=0,325$). При анализе репродуктивной функции выявлено, что количество родов, абортот и выкидышей у больных в группах различалось. Так, на 1 пациентку приходилось: родов – 1,6, 1,4 и 3,4; абортот – 3,2, 3,8 и 1,9; выкидышей – 2,2, 2,8 и 1,2 соответственно (p попарно $< 0,001$). У 10 (15%) больных I группы и у 5 (25%) пациенток II – в анамнезе были соматические заболевания: патология верхних дыхательных путей ($n_1=2$ и $n_{II}=1$), гепатит и холецистит ($n_1=5$ и $n_{II}=2$), хронический пиелонефрит ($n_1=3$ и $n_{II}=2$). У 3 (16%) пациенток III группы отмечались артериальная гипертензия ($n=2$) и сахарный диабет ($n=1$). На перенесенные гинекологические заболевания указали 19 (29%) больных с ГВТО и 9 (45%) – с ТОК, в т.ч. хронический аднексит ($n_1=6$ и $n_{II}=1$), эндометрит ($n_1=1$ и $n_{II}=1$), хронический экзоцервицит ($n_1=6$ и $n_{II}=1$), хламидиоз ($n_1=3$ и $n_{II}=1$), гонорею ($n_1=4$ и $n_{II}=1$), трихомоноз ($n_1=4$ и $n_{II}=0$). В 6 (33%) случаях при РЯ в анамнезе наблюдались хронический аднексит и кисты яичников ($n=4$), хронический аднексит и хронический экзоцервицит ($n=2$), (при p попарно $< 0,001$). Использовали внутриматочные контрацептивы в I, II, III группах 21 (38%), 8 (40%) и 2 (11%) женщины соответственно (при p попарно $< 0,001$). Давность заболевания в группах колебалась от 12 ч до 1,5 мес. ($p > 0,05$). Длительность амбулаторного лечения в группах также не отличалась и составила $7,45 \pm 1,45$ сут.

Гинекологический статус характеризовался наличием в области придатков образований с одной (30%) или обеих сторон (70%), болезненностью при исследовании (100%). При прямокишечно-влагалищном обследовании у пациенток определяли tuboовариальный комплекс с четкими контурами либо конгломерат, доходящий до стенок малого таза с одной или двух сторон без четкой идентификации матки, трубы и яичников. Подвижность органов малого таза была ограничена. Размеры образований колебались от 8–10 до 25–30 см в диаметре, их отличала неравномерная консистенция. При ультразвуковом сканировании у всех пациенток были верифицированы tuboовариальные комплексы. У пациенток с ТОК в локализации придатков матки визуализировался конгломерат неправильной формы с плотной капсулой и неоднородным содержимым, размер его варьировал от 6×6 см² до 20×20 см². Пиосальпинкс выявлялся в виде веретенообразного образования с четкими контурами, расположенными сбоку от матки, размерами от 5×4 до 6×8 см². Абс-

цессы яичников были представлены в виде образований от 6х6 до 10х11 см² овальной формы с четкой капсулой толщиной до 5 мм. У 2 пациенток при проведении КТ выявлены tuboовариальные абсцессы. При рентгенологическом исследовании органов брюшной полости у 6 больных выявлена картина частичной кишечной непроходимости. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки проводилось при подозрении на пневмонию, последняя была исключена у всех пациенток. У 12 больных при пункции дугласова пространства и образования через задний свод получен гной, у 8 – манипуляция была не информативной. При этом в 2 (16%) случаях при бактериологическом исследовании выявлена кишечная палочка, в 10 (84%) роста флоры не наблюдалось.

До операции у женщин был установлен клинический диагноз: перитонит на фоне одно- или двусторонних tuboовариальных образований. Показаниями к операции были болевой синдром и выраженная интоксикация. Хирургическое вмешательство выполнялось всем пациенткам срединным лапаротомным доступом под эндотрахеальным наркозом.

При ревизии у 64 (63%) больных были выявлены различные формы ГВТО: одно- и двухсторонний tuboовариальный абсцесс в 42, пиосальпинкс с одной стороны – в 16, абсцесс яичника – в 6 наблюдениях.

Воспалительные ТОК интраоперационно установлены у 20 (19,6%) женщин. При этом в воспалительные комплексы наряду с придатками и маткой были вовлечены мочевой пузырь, петли кишечника и сальник. В брюшной полости наблюдался серозный выпот объемом от 50 до 100 мл.

РЯ был обнаружен при операции у 18 (17,4%) пациенток. При этом у 4 (22%) больных опухоль локализовалась с обеих сторон, их размеры составляли от 5 до 6 см, поверхность образований была бугристая, консистенция – мягковатая. Асцит наблюдался в брюшной полости объемом от 300 до 500 мл. В большом сальнике и на брюшине малого таза наблюдались метастазы в виде округлых плотных образований размерами от 0,5 до 1,5 см. На разрезе ткань яичника была крошащаяся с участками распада и кровоизлияния. У 14 (78%) женщин яичник был превращен в кистому с одной (n=11) и двух сторон (n=3) с папиллярными разрастаниями по внутренней поверхности. Размеры опухоли колебались от 8 до 10 см. У 9 больных в брюшной полости была асцитическая жидкость объемом от 500 до 600 мл. На разрезе ткань яичника имела вид разрастаний по типу цветной капусты, с кровоизлияниями и легко крошилась.

При ГВТО и ТОК во время лапаротомии производили ревизию органов брюшной полости, оценивали анатомические взаимоотношения, степень вовлечения в процесс маточных труб и яичников, наличие сопутствующей патологии, спаечного процесса, экссудата. В конце операции брюшную полость тщательно промывали физиологическим раствором до 4 л и дренировали.

Органоуносящие операции были выполнены у 28 (45,16%) пациенток I группы и у 6 (30%) – II. Хирургические вмешательства с сохранением репродуктивных органов проводились чаще у пациенток II группы в отли-

Таблица 1

Хирургические вмешательства у пациенток I и II групп

Объем операций	Группы	
	I, абс. (%)	II, абс. (%)
Органоуносящие операции		
Удалены придатки с обеих сторон	10 (16,12)*	2 (10,0)
Удалены обе маточные трубы	14 (22,58)**	2 (10,0)
Удалены обе маточные трубы и яичник	4 (6,45)	2 (10,0)*
Органосохраняющие операции		
Сохранены обе маточные трубы и яичник	4 (6,45)	7 (35,0)**
Сохранены придатки с одной стороны	26 (41,94)*	5 (25,0)
Сохранен один яичник (или часть яичника)	4 (6,45)	2 (10,0)*
Итого	62 (100)	20 (100)

Примечание: * – $p < 0,001$; ** – $p < 0,0001$, достигнутый уровень статистической значимости.

чие от I – 14 (%) и 34 (54,84%) соответственно (табл. 1).

При РЯ у всех женщин проведены экстирпация матки с придатками с обеих сторон и резекция большого сальника. Окончательный клинический диагноз с уточнением стадии РЯ был установлен после микроскопического исследования операционного материала и консультации онколога. При этом II стадия РЯ была выявлена у 14 (78%) больных, III – у 4 (22%), таблица 2.

Предоперационная подготовка у 50% с больных I группы и у 20% – II составила 0 часов; у 21 и 20% – от 12 до 24 часов; у 29 и 60% – более 1 суток соответственно. При РЯ длительность предоперационного периода была 0 часов у 44%, свыше 1 суток – у 56%. В послеоперационном периоде проводили стандартный комплекс медикаментозного лечения и детоксикационной терапии. Осложнений после операций не было. Длительность лечения составила в I, II, III группах составила $21,9 \pm 1,9$, $22,6 \pm 2,4$, $22,7 \pm 1,3$ койко-дня соответственно ($p > 0,05$).

Обсуждение

Таким образом, частота ГВЗПМ в нашем исследовании составила 35%, по данным других авторов, она составляет 20–30% [6, 9, 12]. В последнее десятилетие, по мнению многих исследователей, отмечена тенденция к росту и омоложению как воспалительных заболеваний придатков матки, в т.ч. гнойных процессов, так и злокачественных опухолей яичников [5, 6, 8]. При анализе собственных результатов нами установлено, что возраст моложе 40 лет наблюдался при ГВТО у 40 (62%) больных, ТОК – у 10 (50%), РЯ – у 6 (33%) пациенток. При этом клиничес-

Таблица 2

Стадии рака яичников по FIGO у прооперированных больных

Стадия процесса	Число больных, абс. (%)
IIa	5 (27,78)
IIb	9 (50,0)
III	4 (22,22)
Всего	18 (100)

кая картина “острого живота” в группах наблюдения, давность заболевания, длительность лечения на амбулаторном этапе как и соматический статус у пациенток, не различались. Одинаковые жалобы и симптомы интоксикации при поступлении в стационар были характерны для всех больных. При обследовании отмечалось напряжение и болезненность передней брюшной стенки у всех женщин. Известно, что “острый живот” обусловлен при ГВЗПМ распространением процесса за пределы зоны возникновения с развитием неограниченного перитонита [9], в то время как при РЯ происходит нарастание асцита, нарушение питания в опухоли и растяжение капсулы образования, что и обуславливает картину “острого живота” [8, 10]. Бимануальное исследование и дополнительные методы обследования не выявили отличительных признаков, поэтому предварительный диагноз “острого живота” воспалительного генеза не вызывал сомнений. В отношении сонографических отличий ГВТО и ТОК имеются данные, что последние представляют собой значительно более гетерогенные, толстостенные образования с нечеткими границами и отсутствием доминирующего кистозного компонента или симметрии [4, 13]. Трудности дифференциальной диагностики у пациенток с воспалительными тубоовариальными образованиями и РЯ в ургентной ситуации отмечают и другие авторы [5, 11]. В ряде публикаций имеются данные, что алгоритм обследования данного контингента больных в экстренной ситуации также одинаков, он заключается в общеклинических и гинекологических исследованиях, УЗИ органов малого таза, пункции брюшной полости и образований, диагностической лапароскопии и лапаротомии [6, 10].

При ГВТО и ТОК хирургическая тактика зависит, прежде всего, от возраста. Всегда удаляется очаг инфекции, локализованный в придатках матки. У юных и молодых пациенток производят максимально щадящий объем операции, сохраняя придатки с противоположной стороны, а на стороне поражения – хотя бы частично неизмененную ткань яичника [1, 6, 9]. При РЯ операцией выбора считается экстирпация матки с придатками с обеих сторон, удаление большого сальника. У молодых женщин, желающих сохранить детородную функцию, может быть произведена односторонняя аднексэктомия, биопсия контрлатерального яичника, резекция большого сальника, ревизия забрюшинных узлов. Первичная циторедуктивная операция является стандартом помощи при распространенном РЯ [5, 7]. Результатом перечисленных сложностей в дифференциальной диагностике обсуждаемых патологий в нашем наблюдении явилось то, что диагноз ставился только интраоперационно. Окончательный клинический диагноз был установлен после микроскопического исследования операционного материала. Гнойное поражение придатков матки подтверждено у всех пациенток I группы. Хронический воспалительный процесс (сактосальпинкс, оофорит, спайки) выявлен у больных II группы. Эпителиальный РЯ установлен у 16 (89%) женщин, опухоли стромы полового тяжа – у 2 (11%).

Заключение

Сходная клиническая картина “острого живота” у больных ГВТО, ТОК и РЯ приводит к тому, что пациентки поступают в гинекологический стационар, где им проводится хирургическое лечение. Верификация данной патологии до операции трудна, однако дифференциальная диагностика важна, так как лечебная тактика при этих заболеваниях различна. У женщин с ТОК возможно выполнение органосохраняющих операций, в то время как при ГВТО чаще проводятся органосохраняющие вмешательства. Не вызывает сомнений, что в ургентной ситуации хирург-гинеколог должен быть готовым к тому, что в своей практике он может встретиться со злокачественной опухолью яичника.

Литература

1. Адамьян Л.В., Киселев С.И., Яроцкая Е.Л. и др. Хирургическое лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней / под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамьян. – М.: Пантори, 2000. – С. 170–194.
2. Афифи А., Эйзен С. Статистический анализ: Подход с использованием ЭВМ. – М.: Мир, 1982. – 488 с.
3. Банержи А. Медицинская статистика понятным языком / под ред. В.П. Леонова; пер. с англ. – М.: Практическая медицина, 2007. – 287 с.
4. Демидов В.Н., Зыкин Б.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии. – М.: Медицина, 1990. – 222 с.
5. Жордания К.И., Стрижова Н.В., Коробейников А.П. и др. Лечебно-диагностическая адекватность лапароскопии при пограничных опухолях яичников: их целиоскопическая оценка и клиничко-морфологические сопоставления // Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней. – М.: Пантори, 2001. – С. 488–489.
6. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Шукина Н.А. Гнойная гинекология. – М.: Медпресс, 2006. – 282 с.
7. Новикова Е.Г., Гришин И.А., Антипов В.А. и др. Лапароскопическое рестадирование злокачественных опухолей яичников у больных, перенесших нерадикальные операции // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М.: Пантори, 2005. – С. 308–309.
8. Новикова Е.Г., Сухина Н.Г. Выявление злокачественных опухолей яичников во время лапароскопических операций – ошибки на этапах диагностики и оперативного вмешательства // Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней. – М.: Пантори, 2001. – С. 486–488.
9. Подзолкова Н.М. Патогенез, диагностика и лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1993. – 42 с.
10. Пучков К.В., Черноусова Н.М., Политова А.К. и др. Тактика врача в условиях неспециализированных стационаров в стадировании и лечении больных злокачественными опухолями яичников // Проблемы репродукции. Специальный выпуск. Технологии XXI века в гинекологии. – 2008. – С. 230–231.
11. Тамаева З.Э., Поддубная И.В., Жордания К.И. и др. Рецидивы у больных раком яичников ранних стадий // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М.: Пантори, 2005. – С. 312–313.
12. Barrett S., Taylor C. A review on pelvic inflammatory disease // Int. J. STD AIDS. – 2006. – Vol. 16, No. 11. – P. 715–720.
13. Caspi B., Zalel Y., Or Y. Sonographically guided aspiration: an

alternative therapy for tubo-ovarian abscess // Ultrasound.
Obstet. Gynec. – 1996. – Vol. 7. – P. 439–442.

and subclinical pelvic inflammatory disease // Sex. Transm. Dis.
– 2005. – Vol. 32. – P. 400–405.

14. Wiesenfeld H.C., Sweet R.L., Ness R.B. et al. Comparison of acute

Поступила 09.09.2010