

К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТУБООВАРИАЛЬНЫХ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ И РАКА ЯИЧНИКОВ

Н.Г. Балакшина, Л.И. Кох

*Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск
634050, г. Томск, Московский тракт, 2, e-mail: doctor_natali@mail.ru*

Проведено обследование и оперативное лечение 82 пациенток, поступивших в гинекологическое отделение областной клинической больницы в экстренном порядке с предварительным диагнозом отграниченный перитонит на фоне тубоовариальных комплексов. Однако при интраоперационной ревизии в 18 случаях диагностирован рак яичников, в 64 – тубоовариальные гнойные образования, результатом чего явился различный объем операции и послеоперационное лечение.

Ключевые слова: гнойные воспалительные заболевания придатков матки, рак яичников, лапаротомия.

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF INFLAMMATORY TUBO-OVARIAN COMPLEXES AND OVARIAN CANCER

*N.G. Balakshina, L.I. Kokh
Siberian State Medical University, Tomsk
2, Moscovsky Tract, 634050-Tomsk, Russia, e-mail: doctor_natali@mail.ru*

We examined and operated 82 patients with «acute abdomen» symptom hospitalized at the inpatient gynecology department of the Regional Clinical Hospital following emergency visit with provisional diagnosis of circumscribed peritonitis with the evidence of tubo-ovarian complexes. However, intraoperatively 18 patients were diagnosed as having ovarian cancer and 64 patients were diagnosed as having inflammatory tubo-ovarian complex, which resulted in different surgical and post-surgical treatment.

Key words: purulent inflammatory disease, laparotomy, cancer ovarian.

Рак яичников (РЯ) занимает III место среди всех опухолей женских половых органов, составляя 17,5–33 % в общей структуре злокачественных новообразований у женщин. За последние десять лет отмечен рост заболеваемости РЯ на 8,5 % [2]. Начальные стадии РЯ протекают без клинических проявлений либо симптоматика выражена незначительно, поэтому у 60–75 % больных заболевание диагностируется при III–IV стадии [8]. В 6,3–12 % случаев пациентки с новообразованиями яичников поступают по скорой помощи в гинекологический стационар с диагнозом «острый живот», который может быть обусловлен подкрутом опухоли, разрывом её, инфицированием и другими причинами [4, 5], но чаще всего острые состояния при раке яичников протекают под «маской» гнойных воспалительных заболеваний придатков матки (ГВЗПМ), а именно тубоовариальных образований [9].

В связи с этим целью настоящего исследования явилась дифференциальная диагностика между РЯ и ГВЗПМ у пациенток, поступивших в гинекологический стационар по скорой помощи.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 82 пациентки в возрасте от 14 до 72 лет. Из них с ГВЗПМ было 64 женщины, с РЯ – 18 больных. Средний возраст заболевших в I группе составил $34,10 \pm 4,18$ года, во II – $45,64 \pm 5,76$ года. Пациентки поступили в гинекологическое отделение областной клинической больницы по скорой помощи в экстренном порядке с клиникой «острого живота». Всем проведено обследование в следующем объеме: сбор анамнеза, объективное и бимануальное ректовагинальное исследование, клинико-лабораторные анализы (ОАК, ОАМ, биохимические, коагулограмма), рентгенологическое исследование органов грудной клетки (n=12) и брюшной полости (n=18), УЗИ органов брюшной полости и малого таза (n=56), 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 принималась нулевая гипотеза. Проводилась проверка на нормальность распределения фактических данных. Для сравнения центральных параметров групп использовались непараметрические методы. Для количественных признаков в сравниваемых группах производилась оценка средних арифметических и среднеквадратических (стандартных) ошибок среднего, для оценки качественных признаков – анализ парных таблиц сопряженности.

Результаты и обсуждение

При поступлении все пациентки предъявляли жалобы на боли в животе, общую слабость, недомогание. Боли с иррадиацией в прямую кишку отмечали 28 (60 %), в поясницу – 56 (40 %) больных. Субфебрильная температура наблюдалась у 43 (52,44 %) женщин, гектическая – у 39 (47,56 %), тошнота – у 39 (47,56 %), рвота – у 13 (15,85%), дизурические нарушения – у 36 (43,90%), запоры – у 6 (7,31%) пациенток.

В анамнезе средний возраст наступления менархе у женщин с ГВЗПМ и РЯ равнялся $13,2 \pm 1,2$ и $12,8 \pm 1,4$ года соответственно ($p=0,325$). При анализе репродуктивной функции выявлено, что количество родов, аборт и выкидышей у больных с ГВЗПМ и РЯ различалось. Так, на 1 пациентку приходилось: родов – 1,6 и 3,4; абортов – 3,2 и 1,9; выкидышей – 2,2 и 1,2 соответственно ($p<0,001$).

У 13 (15,62 %) больных с ГВЗПМ в анамнезе были соматические заболевания: патология верхних дыхательных путей ($n=2$), гепатит и холецистит ($n=5$), хронический пиелонефрит ($n=3$). У 3 (16,67 %) пациенток с РЯ отмечались артериальная гипертензия ($n=2$) и сахарный диабет ($n=1$). На перенесенные гинекологические заболевания указали 19 (29,68 %) больных с ГВЗПМ, в т.ч. хронический аднексит был у 6, эндометрит – у 1, эрозия шейки матки – у 6, хламидиоз – у 3, гонорея – у 4, трихомоноз – у 4. При этом у 5 пациенток наблюдалась сочетанная патология. В 6 (33,3 %) случаях при раке яичников в анамнезе наблюдались хронический аднексит и кисты яичников ($n=4$), хронический аднексит и эрозия шейки матки ($n=2$). Испол-

зовали ВМК с целью контрацепции 21 (38,21 %) пациентка при ГВЗПМ и 2 (11,11 %) – при РЯ.

Следует отметить, что заболевшие женщины несвоевременно обращались к врачу, так, давность заболевания в группах колебалась в пределах от 12 ч до 1,5 мес ($p>0,05$). Длительность амбулаторного лечения также не отличалась в группах и в среднем составила $7,45 \pm 1,45$ сут. В ночное время поступили 59 (72 %) пациенток, днём – 23 (28 %).

Гинекологический статус характеризовался наличием в области придатков образований с одной (30,49 %) или с обеих сторон (69,51 %), болезненностью при исследовании (100 %). При прямокишечно-влагалищном обследовании у пациенток определяли тубоовариальный комплекс с четкими контурами либо конгломерат, доходящий до стенок малого таза с одной или двух сторон без четкой идентификации матки, трубы и яичников. Подвижность образований была ограничена или отмечалась полная неподвижность органов малого таза. Размеры образований колебались от 8–10 до 25–30 см в диаметре, их отличала неравномерная консистенция (от плотной до тугоэластичной).

При ультразвуковом сканировании у всех пациенток ($n=82$) были верифицированы тубоовариальные комплексы. В том числе, тубоовариальные образования определялись в виде конгломерата неправильной формы, с плотной капсулой и неоднородным содержимым с уровнями, их размер варьировал от 6×6 до 20×20 см. Пиосальпинкс выявлялся в виде веретенообразного образования с четкими контурами, расположенными сбоку от матки, имел извитой вид, с размерами от 5×4 до 6×8 см. Абсцессы яичника были представлены в виде образований от 6×6 до 10×11 см, овальной формы, с четкой капсулой толщиной до 5 мм.

У 2 пациенток до поступления в дежурный гинекологический стационар онкологами было проведено КТ исследование для исключения РЯ. В обоих случаях результаты КТ трактовались как «тубоовариальный абсцесс».

Рентгенологическое исследование органов брюшной полости проведено у 18 пациенток, при этом в 6 случаях выявлена картина частичной кишечной непроходимости, в 12 – патологии не было. Рентгенологическое исследование ор-

ганов грудной клетки проводилось у 12 больных при подозрении на пневмонию, последняя была исключена.

У 12 больных при пункции дугласова пространства и образования через задний свод получен гной, у 8 – манипуляция не была информативной. При этом в 2 (16,67 %) случаях при бактериологическом исследовании выявлена кишечная палочка, в 10 (83,33 %) – роста микрофлоры не наблюдалось.

До операции у женщин был установлен клинический диагноз: ограниченный перитонит на фоне одно- или двусторонних тубоовариальных образований. Показаниями к операции были болевой синдром и выраженная интоксикация. Хирургическое вмешательство выполнялось из срединного лапаротомного доступа под эндотрахеальным наркозом. При ревизии у 64 (78,05 %) больных были выявлены различные формы ГВЗПМ: одно- и двусторонний тубоовариальный абсцесс – в 42 (65,62 %), пиосальпинкс с одной стороны – в 16 (25,81 %), абсцесс яичника – в 6 (9,68 %) наблюдениях.

Рак яичников интраоперационно был обнаружен у 18 (11,95 %) 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. У этих пациенток имелся канцероматоз брюшины малого таза, перитониальные метастазы были представлены единичными плотными образованиями, размерами 0,4–0,5 см и сопровождалась асцитом в брюшной полости объемом от 300 до 500 мл. В большом сальнике наблюдались метастазы в виде округлых плотных образований размерами от 1 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). При этом по внутренней поверхности кистомы

наблюдались папиллярные разрастания. Размеры опухоли колебались в пределах от 8 до 10 см. У 9 больных в брюшной полости была асцитическая жидкость в количестве 500–600 мл. На разрезе ткань яичника имела вид разрастаний по типу цветной капусты, с кровоизлияниями и легко крошилась. При РЯ во всех случаях проведена 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 (таблица).

При ГВЗПМ 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 объемом до 4 л и дренировали. В итоге у 28 (43,75 %) пациенток с ГВЗПМ выполнены органосохраняющие операции, из них удаление придатков с обеих сторон – в 10 (15,62 %) случаях; обеих маточных труб – в 14 (22,58 %); обеих маточных труб и яичника – в 4 (6,25 %) наблюдениях. Органосохраняющие вмешательства выполнены у 34 (57,25 %) больных, в т.ч. сохранены обе маточные трубы и яичник – 4, маточная труба и яичник – 26, яичник или его часть – 4 пациенткам.

Предоперационная подготовка у 50 % (32 из 64) больных с ГВЗПМ составила 0 часов, у 21,88 % (14 из 64) – от 12 до 24 ч, у 28,12 % (18 из 64) – более 1 сут. При РЯ длительность предоперационного периода была 0 часов у 44,44 % (8 из 18) женщин, свыше 1 сут – у 10 (55,56 %). В послеоперационном периоде проводили стандартный комплекс медикаментозного лечения и детоксикационной терапии. Осложнений после операций не было. Длительность лечения в

Таблица

Стадии рака яичников по FIGO у прооперированных больных, абс. ч. (%)

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

стационаре при ГВЗПМ составила $21,90 \pm 1,90$; при РЯ – $22,70 \pm 1,30$ койко-дня ($p > 0,05$).

Таким образом, частота ГВЗПМ в нашем исследовании составила 35 %, по мнению других авторов, она составляет 20–30 % [4, 10]. По данным литературы, в последнее десятилетие отмечена тенденция к росту заболеваемости и омоложению как гнойных процессов придатков матки, так и злокачественных опухолей яичников [2, 4]. Действительно, при анализе собственных результатов установлено, что возраст моложе 40 лет наблюдался при ГВЗПМ у 40 (62,5 %) женщин, при РЯ – у 6 (33,3 %). Кроме того, клиническая картина «острого живота» при ГВЗПМ и РЯ, как и анамнестические данные у пациенток, не различались. Одинаковые жалобы и симптомы интоксикации при поступлении в стационар были характерны для всех больных, что выражалось в бледности кожи, тахикардии, общей слабости, сухости языка, болевом синдроме, тошноте, рвоте, гипертермии, в анализах крови – лейкоцитоз, лимфопения, повышение СОЭ.

При обследовании отмечались напряжение и болезненность передней брюшной стенки у всех женщин. Известно, что «острый живот» обусловлен при ГВЗПМ распространением воспаления за пределы зоны возникновения процесса с развитием неотграниченного перитонита. В то время как при РЯ происходит нарастание асцита, нарушения питания в опухоли и растяжение капсулы образования, что и обуславливает картину «острого живота» [7].

Бимануальное исследование и дополнительные методы обследования, такие как пункция дугласова пространства, УЗИ, рентгенологические данные, не выявили отличительных признаков. Поэтому предварительный диагноз «острого живота» воспалительного генеза не вызывал сомнений, и ни в одном случае не было подозрения на злокачественный процесс в яичнике. Трудности дифференциальной диагностики у пациенток с РЯ с воспалительными tuboovariальными образованиями в ургентной ситуации отмечают и другие авторы, чем и объясняют поступление больных в непрофильный стационар [6]. В ряде публикаций имеются данные, что алгоритм обследования данного контингента в ургентной ситуации также оди-

наков, он заключается в общеклинических и гинекологических исследованиях, УЗИ и/или органов малого таза, пункции брюшной полости и образования, диагностической лапароскопии и лапаротомии [1, 4, 10].

Оперативному вмешательству при РЯ в настоящее время придается первостепенное значение как самостоятельному методу и как важнейшему этапу в комплексе лечебных мероприятий. Операцией выбора считается экстирпация матки с придатками с обеих сторон, удаление большого сальника. В случае подтверждения Ia стадии серозного, высокодифференцированного рака у молодых женщин, желающих сохранить детородную функцию, может быть произведена односторонняя аднексэктомия, биопсия контрлатерального яичника, резекция большого сальника, ревизия забрюшинных узлов. При остальных гистологических формах рака яичника Ia и Ib стадий предпочтительнее проведение радикальной операции. Первичная циторедуктивная операция является стандартом помощи при распространенном РЯ, особенно при III стадии заболевания, целью вмешательства операции должно являться полное или максимально возможное удаление опухолевых масс [9].

При гнойных воспалительных tuboovariальных образованиях хирургическая тактика прежде всего зависит 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 не измененной ткани яичника [6].

Результатом перечисленных сложностей в дифференциальной диагностике обеих патологий в нашем наблюдении явилось то, что диагноз РЯ ставился только интраоперационно. Окончательный клинический диагноз РЯ был установлен после микроскопического исследования операционного материала. Эпителиальный РЯ выявлен у 16 (88,89 %) женщин. Серозные опухоли наблюдались у 11 (68,75 %) пациенток: карцинома ($n=2$) и цистаденокарцинома ($n=11$). Муцинозная аденокарцинома диагностирована у 3 (31,25 %) пациенток. Опухоли стромы полового тяжа установлены в 2 (11,11 %)

случаях, они были представлены текомой (n=1) и гранулезоклеточной опухолью (n=1). Двусторонние опухоли придатков матки наблюдались у 27,77 % больных. Размеры опухоли превышали 6 см в 38,89 % наблюдений.

Заключение

Сходная клиническая картина «острого живота» у больных РЯ и ГВЗПМ в отдельных случаях приводит к тому, что пациентки поступают в гинекологический стационар, где им проводится хирургическое лечение. Диагностика РЯ до операции трудна, однако дифференциальная диагностика с гнойным воспалением придатков матки крайне важна, так как лечебная тактика при этих заболеваниях различна. Длительное существование и лечение воспалительного процесса в придатках матки не исключают возможности развития злокачественного процесса, а, наоборот, делают этот контингент больных наиболее уязвимым по развитию РЯ. Не вызывает сомнений, что в ургентной ситуации хирург-гинеколог должен быть готов к тому, что он может встретиться со злокачественной опухолью яичника. В этих случаях возникает необходимость правильной интерпретации операционных находок, срочного гистологического исследования и стадирования процесса для проведения адекватного объема операции при подтверждении РЯ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян 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. Адамян. М.: Пантори, 2000. С. 170–194.
2. Жордания К.И., Стрижова Н.В., Коробейников А.П. и др. Лечебно-диагностическая адекватность лапароскопии при пограничных опухолях яичников: их целиоскопическая оценка и клинико-морфологические сопоставления // Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней. М.: Пантори, 2001. С. 488–489.
3. Краевская И.С. Рак яичников. М.: Медицина, 1978. 224 с.
4. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Шукина Н.А. Гнойная гинекология. М.: Медпресс, 2006. 282 с.
5. Новикова Е.Г., Гришин И.А., Антипов В.А. и др. Лапароскопическое рестадирирование злокачественных опухолей яичников у больных, перенесших нерадикальные операции // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. М.: Пантори, 2005. С. 308–309.
6. 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.
7. Подзолкова Н.М. Патогенез, диагностика и лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1993. 42 с.
8. Пучков К.В., Черноусова Н.М., Политова А.К., Фумич Л.М. 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.
9. 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.
10. Barrett S., Taylor C. A review on pelvic inflammatory disease // Int. J. STD AIDS. 2006. Vol. 16, № 11. P. 715–720.

Поступила 9.12.08