

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ЛАПОРОСКОПИЙ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МАТОЧНЫХ ТРУБ У ДЕВОЧЕК

Н.И. Кузьмина, Е.А. Суховирская, В.С. Григорьева.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ, д.м.н., проф. А.А. Майборода, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета, зав. - доц. В.В. Флоренсов, городская детская клиническая больница, гл. врач - Т.И. Ляшенко)

Резюме. Представлен анализ результатов лапароскопии у девочек с болевым абдоминальным синдромом при выявлении кистозных кист маточных труб.

Ключевые слова: опухоли, маточные трубы, лапароскопия, девочки.

В доступной нам литературе много внимания уделяется опухолям и опухолевидным образованиям яичников. Их частота, по данным различных авторов, колеблется от 1 до 4,6%. Однако о кистозных образованиях маточных труб сведения практически отсутствуют. По данным литературных источников, нет чёткого представления о их этиопатогенезе, характере течения. Не определены чётко диагностические критерии и тактика при их выявлении. В отдельных случаях перекрут кистозного образования трубы может стать причиной болевого абдоминального синдрома. Что же касается кистозных образований труб, то они встречаются довольно часто (23%), располагаясь на различных отделах маточной трубы. При расположении в области фимбрий их называют гидатиды Моргани, а при расположении в области интерстициального отдела трубы - субсерозная киста Мюллера.

В последние годы, в связи с широким использованием лапароскопии в детской хирургии и гинекологии появилась возможность выявления причин абдоминальных болей у девочек. Появление острых и резких болей в животе у девочек связано не только с хирургической патологией, но и с патологией гениталий: "криптогенный пельвиоперитонит", острый и хронический сальпингит, рефлюкс менструальной крови в брюшную полость, разрыв яичника, перекрут опухолей яичников и опухолевидных образований маточных труб, варикозное расширение вен мезосальпинкса и параметрия. В процессе практической деятельности при оценке болевого абдоминального синдрома у девочек, мы ориентировались на показания для проведения экстренной или плановой лапароскопии в детской гинекологии:

- боли в подвздошных областях и внизу живота при воспалительном процессе придатков и неэффективности консервативной терапии, рецидивирующий характер болей;
- дисменорея не поддающаяся медикаментозной терапии, при исключении урологической, нефрологической и хирургической патологии;
- болевой синдром при наличии опухолевидного образования яичников и отсутствие тенденции к его уменьшению (наблюдение, гемограмма, УЗИ в динамике);

- при подозрении на апоплексию яичника;
- разделение спаек при спаечном процессе в малом тазу;
- подозрение на генитальный эндометриоз;
- подозрение на перекрут опухолевидных образований маточных труб;
- исключение пороков развития половых органов.

Наше исследование посвящено опухолевидным образованиям маточных труб. Как считают некоторые исследователи, они представляют собой остаток передних канальцев вольфова тела. В период эмбрионального развития мюллеровы и вольфовы протоки располагаются в мочеполовой складке. После отделения полового зачатка (половой складки) протоки оказываются расположенными в толще *ri. mesonephridica*. В процессе развития у плодов женского пола мюллеровы протоки прогрессивно развиваются, а вольфовы протоки редуцируются. Можно предположить, что опухолевидные образования маточных труб имеют парамезонефральное происхождение. Некоторые авторы связывают их происхождение с остатками гартнеровых протоков.

Материалы и методы

Нами проведён анализ 29 случаев лапароскопии у девочек с абдоминальным болевым синдромом, где были выявлены образования маточных труб в различных её отделах (рис.1).

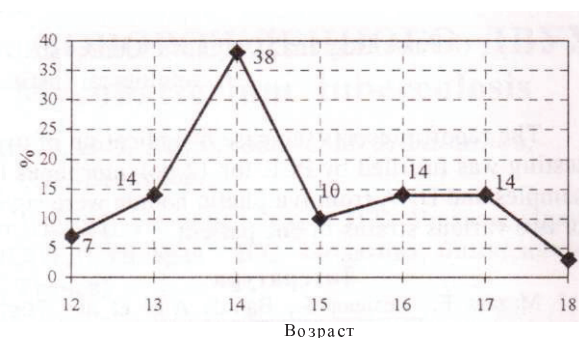


Рис. 1. Возраст и частота опухолевидных образований маточных труб у девочек

Возраст девочек 12-18 лет. Чаще всего опухолевидные образования маточных труб отмечены в возрасте 14 лет (38%).

Результаты и обсуждение

При анализе течения беременности и родов у матери, в 35% случаев отмечены неблагоприятные моменты перинатального периода (ОРВИ, анемия, угроза прерывания, гестоз). Высокий инфекционный индекс отмечен у 34% девочек. При анализе течения пубертатного периода, у 35% девочек выявлена дисменорея, в 10% - дисфункция яичников. Средний возраст менархе 12,6 лет. У 20% девочек были клинические проявления гипоталамической дисфункции пубертатного периода. Менструальный цикл установился в течение 1-1,5 лет у 53% девочек.

Всем девочкам показанием для проведения лапароскопии служило проявление болевого абдоминального синдрома. Боли носили постоянный характер, при обследовании был поставлен диагноз воспалительный процесс придатков, проводилось лечение. У этой группы девочек при ректально-брюшностеночном исследовании пальпировались тяжесть, пастозность, отёк тканей, отмечалась болезненность. В процессе лечения исчезали отёк тканей и пастозность, сохранялась небольшая тяжесть. У 12 девочек сохранялся болевой абдоминальный синдром, в гемограмме присутствовал лейкоцитоз, что служило показанием для проведения лапароскопии.

При проведении операции лапароскопии и осмотре органов малого таза, в различных отделах маточных труб были обнаружены кисты. В 23-х (80%) случаях было выявлено сочетание воспалительного процесса и опухолевидных образований маточных труб. Воспалительный процесс имел различную клиническую картину. При остром сальпингите трубы были отёчны, гиперемированы, отмечен симптом "красного венчика", в 10-ти случаях яичники были увеличены в размере. При обострении хронического сальпингита трубы извитые, иногда деформированы и гиперемированы, в отдельных случаях выявлен налёт фибрина. Локализация кист на маточных трубах была разнообразной: в 17-ти (58%) случаев они располагались на отдельных участках трубы, в области фимбрии - в 10-ти (34%), а между листками широкой маточной связки - в двух случаях. В двух случаях, в области фимбриального отдела трубы располагалось три кисты (гидатиды Моргани). Они имели широкое основание или располагались на длинной ножке. В 9-ти случаях они располагались на обеих трубах, а в остальных - на левой и правой трубе. В 10-ти случаях (34%) отмечены осложнения в виде перекрута кист с явлениями воспаления и нагноения. Одновременно с кистозными образованиями труб в 7 случаях был обнаружен гемоперитонеум. Вероятно, его возникновение связано с забросом менструальной крови в брюшную полость (это был период начала или окончания менструации). Наряду с кистами маточных труб, у трёх девочек выявлены миомы матки с субсерозным расположением узлов, в 6-ти - варикозное расширение вен мезосальпинкса. Несомненно, что в клинической картине здесь вы-

ступают два фактора, способствующие болевому абдоминальному синдрому.

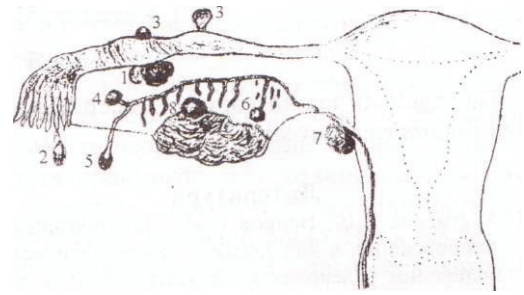


Рис.2. Топография кист внутренних половых органов у женщин

Примечание: 1. Параовариальная киста (парамезонефрального происхождения (тип I). 2. Гидатида Моргани (парамезонефрального происхождения). 3. Субсерозная киста Мюллера (парамезонефрального происхождения). 4. Параовариальная киста (мезонефрального происхождения (тип II). 5. Киста Кобельта. 6. Киста параоофорона. 7. Киста Гартнерова хода. 8. Киста сети яичника

Опухолевидные образования маточных труб удалялись, их размеры были от 0,4 до 2,5 см. Они были заполнены серозным, геморрагическим или гнойным содержимым. В 8 случаях отмечен перекрут опухолевидных образований труб с явлениями некроза и нагноений. Удалённые опухолевидные образования подвергались гистологическому исследованию, диагнозы подтверждались. Либо это была серозная перитубарная киста или киста с отёчной стенкой, с очагами кровоизлияния, встречались мелкие воспалительные инфильтраты, был отмечен фиброз, пролиферация эпителия.

Проведённый анализ лапароскопий свидетельствует о различном топографическом расположении кист по ходу маточной трубы. Они располагались на левой или правой трубе, или на обеих маточных трубах, при выявлении опухолевидных образований труб обнаружил различное топографическое их расположение по ходу маточных труб. Локализация была не только в области фимбрий, но и по ходу интерстициального отдела трубы. Настораживает сочетание опухолевидных образований труб с наличием воспалительного процесса придатков. Несомненно, воспалительный процесс придатков мог оказать влияние на их морфологическое состояние. Можно предположить, что такое сочетание может способствовать длительному течению воспалительного процесса придатков и сохранению тазовых болей.

Таким образом, среди причин болевого абдоминального синдрома у девочек выявляются опухолевидные образования маточных труб, которые могут вовлекаться в воспалительный процесс придатков матки, давать осложнения в виде перекрута и нагноения. Отмечен критический возраст в выявлении данной патологии - 14 лет. Вероят-

но, это связано с функциональным состоянием маточных труб и частотой в этом возрасте воспалительных заболеваний маточных труб. На мой взгляд, обнаружение сирозных кист на маточных

трубах диктует необходимость их удаления, так как они могут нарушать нормальное функционирование труб и быть причиной бесплодия.

THE UTEROTUBAL TUMORS IN GIRLS

N.I. Kuzmina, V.S. Grigoreva, E.A. Sukhovirskya

(Irkutsk State Medical University)

The results of laparoscopy have been analysed in girls with the abdominal painful syndromes. The uterotubal tumors were revealed.

Литература

1. Аветисова Л.Р., Волков Н.И., Пшеничникова Г.Я. Лапароскопия в диагностике гинекологических заболеваний у девочек и девушек // Акуш. и гинекол. - 1987. - №3. - С.19-23.
2. Гуркин Ю.А. Ювенильная гинекология. - СПб., 1999.
3. Дронов А.Ф., Кузнецова М.Н., Оника М.Д. Лапароскопия в диагностике воспалительных процессов

в малом тазу у девочек // Акуш. и гинекол. - 1987. - №3. - С.26-28.

. Хирургия мочевых и половых органов. Руководство практической хирургии. - М., 1931. - 323 с.

. Ярославский В.К., Гуркин Ю.А. Неотложная гинекология детей и подростков. - СПб.: Гиппократ, 1997. - 224 с.

Q ГОНЧИГСУРЭН Д., ПУРЭВСУХ е., МЕНХБААТАР Д., ТЕГСЖАРГАЛ П., ОТГОНТУЯА Ц. -

РЕКАНАЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ ТРУБ ПРИ БЕСПЛОДИИ

Д. Гончигсурэн, С. Пурэвсүх, Д. Менхбаатар, П. Тегсжаргал, Ц. Отгонтуяа.

(Монгольский государственный медицинский университет, ректор - д.м.н., проф. Ц. Лхагвасурэн, кафедра рентгенологии и радиологии, зав. - к.м.н. Д. Гончигсурэн)

Резюме. Нами проведена реканализация 59 маточных труб, у 35 больных. Реканализация маточных труб имеет такие очевидные преимущества, как лучшая результативность, малая степень осложнений, дешевизна по сравнению с пластической операцией, возможность 2-3 кратного повторного лечения. Больным причиняет меньше проблем. А также наряду с лечением она имеет большое диагностическое значение в выявлении многих патологий интерстициальных и истмических частей труб.

Ключевые слова: бесплодие, маточные трубы, реканализация.

Диагностирование патологии маточных труб (МТ) при помощи гистеросальпингографии, гистероскопии и других радиологических методов. Лечение ее под их прямым контролем, включая томографию с магнитным резонансом в настоящее время имеют еще важное значение в диагностике и лечении вторичного бесплодия [1,2]. При гистеросальпингографическом (ГСГ) исследовании, проводимом с целью диагностирования патологии матки и маточных труб (МТ), нередко обнаруживается (10-20%) непроходимость перешейки матки или истмических частей маточных труб [3-5].

В случае подозрения на непроходимость МТ для подтверждения данного диагноза по показаниям нередко проводится лапароскопия или лапаротомия. Однако с 1999 года нами впервые начата реканализация МТ через шейку матки. С внедрением данного метода создана возможность выяснения причин образования непроходимости МТ без проведения лапароскопии и лапаротомии с последующим зондированием непроходимости под рентгеновским контролем.

Материалы и методы

В 1999-2002 годах нами была проведена селективная гистеросальпингография (ГСГ) у 35

женщин (средний возраст 34), у которых из-за воспалительных заболеваний придатков и матки образовалась непроходимость в маточных трубах, вызвавшая вторичное бесплодие. В результате установления локализации непроходимости МТ нами осуществлялась реканализация их через шейку матки. До лечения у 11 больных наблюдалась односторонняя непроходимость, а у 24 - двусторонняя.

Реканализация проводилась в первые 5 суток после окончания менструации. С целью профилактики инфекционных осложнений накануне реканализации вечером, назначалась антибактериальная терапия, которая продолжалась 5 суток после реканализации.

До реканализации всем больным применялось с целью анестезии болеутоляющее средство (Fentanyl 100 mg), так как при введении в полость матки контрастного вещества происходит расширение матки, которое у большинства больных сопровождается болью.

Для реканализации маточных труб применялся гибкий зонд с изогнутым концом 4-5 French (Fr). При устранении непроходимости МТ вводился через маточно-трубный канал проводник с тефлоновой оболочкой диаметром 0,41-0,89 мм J-Те-