

**ТБИЛИССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

На правах рукописи

САБАХТАРАШВИЛИ ТАМАРА

**ДИАГНОСТИКА КИСТ ЯИЧНИКА И ЭКТОПИЧЕСКОЙ
БЕРЕМЕННОСТИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО
ВОЗРАСТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ**

14.00.50. – Репродуктология

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Тбилиси

2006

Диссертационная работа выполнена в Научно-исследовательском институте репродукции
человека им. И.Жордания

Научный руководитель: Хомасуридзе Арчил Георгиевич,
доктор медицинских наук,
профессор

Официальные оппоненты: **КИНТРАИА НИКОЛОЗ,**
доктор медицинских наук

Цагареишвили Георгий,
доктор медицинских наук

Защита диссертации состоится _____ 2006 года в _____ час.
на заседании диссертационного совета ТГМУ М 14.19 №11
(ул. Тевдоре Мгвдели 13, Институт медицинской радиологии)

Ознакомиться с диссертацией можно в библиотеке Тбилисского государственного
медицинского университета (0179, Тбилиси, пр. Чавчавадзе №29).

Автореферат разослан _____ 2006 года

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук

Д. Гачечиладзе

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Ранняя и достоверная диагностика различных патогенезных вариантов кист яичника и эктопической беременности является одной из главных проблем репродуктологии, поскольку поздняя диагностика, диагностическая погрешность и связанное с ней неоправданное операционное вмешательство часто становится причиной infertility женщины.

Развитие новейших технологий в начале двадцать первого века и их внедрение в медицину дало возможность наиболее верной и ранней диагностики многих, в том числе и репродуктивных заболеваний.

Ультрасонографическое сканирование, как высокоинформативный не инвазивный, соответственно, многократно повторяемый метод, широко применяется в различных отраслях медицины и в, том числе, репродуктологии. В 90% случаев он помогает в топической диагностике яичников, в 85-87% - в установлении структуры образований (Grandbers S., Crona N. 1997, Jain K.A., 2002; В. Догра, Дж. Рубенс, 2005).

Использование визуальных, метрических и денсидометрических возможностей компьютерной томографии значительно расширило пределы топической и структурной диагностики (Ф. Тодуа, Р. Габуня и авт. 1983; Bret и авт. 1992; Л. Джаршеишвили 1997), а интенсивное развитие за последнее десятилетие эндохирургической техники, в частности лапароскопии, несмотря на ее инвазивность, внесло значительный прогресс как в диагностику, так и лечение гинекологических заболеваний (Salz L.E. 1995, А.Г. Хомасуридзе, А.М. Гвенетадзе 1998, В.И. Кулаков, Л.В. Адамян 2000). Однако, ограниченные возможности и погрешности этих методов заставляют ученых вновь проводить исследования в этом направлении.

Целью нашего исследования было установление эффективности современных методов диагностики различных патогенезных вариантов кист яичника и эктопической беременности женщин репродуктивного возраста.

Для достижения намеченных целей были поставлены следующие **задачи**:

1. уточнение ультразвуковой, компьютерно-томографической и лапароскопической семиотики фолликулярной, желтого тела, параовариальной, эндометриоидной и дермиодной кист яичника;

2. уточнение ультразвуковой и лапароскопической семиотики эктопической беременности;

3. установление информационных возможностей ультразвукового, компьютерно-томографического и лапароскопического исследования в топической и нозологической диагностике образований;

4. установление объективных причин диагностических погрешностей.

Научная новизна

- На основе проведенного исследования на большом клиническом материале уточнена ультразвуковая, компьютерно-томографическая и лапароскопическая семиотика различных патогенезных вариантов кист яичника и эктопической беременности. Установлены информационные возможности этих методов в топической и нозологической диагностике.

- Определены различные варианты эхографической семиотики желтого тела, эндометриоидных и дермоидных кист.

- Установлено приоритетное значение определения денсидометрического показателя плотности содержимого кист путем компьютерной томографии в случае скудной эхографической картины.

- Определена удельная доля информационной достоверности эхографических моносимптомов эктопической беременности.

- установлены объективные причины погрешностей эхологических диагнозов.

Практическая ценность

В настоящей работе определена семиотика и диагностические возможности ультразвуковой, компьютерно-томографической и лапароскопической диагностики различных патогенезных вариантов кист яичника и эктопической беременности, выделены два эхологических варианта желтого тела, эндометриоидных и дермоидных кист. Определение надежности эхографических симптомов эктопической беременности подтвердило безусловный приоритет аналитического сопоставления клинических и эхологических симптомов. Установление объективных причин диагностической погрешности должно содействовать уменьшению этих погрешностей. Все вышесказанное будет содействовать ранней и правильной диагностике объемных образований и эктопической беременности.

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа выполнена на базе Научно-исследовательского института репродукции человека им. И.Жордания (директор – профессор, А.Хомасуридзе).

Она состоит из следующих частей: введение, обзор литературы, материал и методы исследования, результаты собственного исследования и их обсуждение, практические рекомендации, список использованной литературы. Работа содержит 107 печатных страниц, иллюстрирована 16 рисунками. Список научной литературы включает 140 источников.

Апробация работы состоялась 30 мая 2006 года на расширенном межотделовском заседании Научно-исследовательского института репродукции человека им. И.Жордания.

Публикации

На тему диссертации опубликованы 3 статьи.

Практическое внедрение результатов исследования

Результаты работы внедрены в Научно-исследовательском институте репродукции человека им. И.Жордания и репродукционных кабинетах.

Материал и методы исследования

Путем рандомизированного отбора был исследован 381 пациент в возрасте от 16 до 45 лет, которые в 1999-2005 гг. обратились в Научно-исследовательский институт репродукции человека им. И.Жордания.

После комплексного исследования с учетом клинической картины заболевания пациенты были подразделены на 6 групп согласно нозологиям (Таблица №1).

Распределение больных соответственно нозологической форме

Таблица №1

Нозологическая структура заболеваний	Количество пациентов	Возраст пациентов
Фолликулярная киста	80	От 16 до 45 лет
Киста желтого тела	18	От 18 до 41 года
Параовариальная киста	58	От 20 до 44 лет
Эндометриоидная киста	65	От 18 до 44 лет
Дермоидная киста	38	От 20 до 45 лет
Внематочная беременность	122	От 16 до 42 лет
	Всего 381	

Исследование всех пациентов осуществлялось по единой программе.

При сборе анамнестических данных внимание уделялось жалобам, перенесенным инфекционным заболеваниям, менструальной и репродукционной функции.

Гинекологическое исследование начиналось с осмотра внешних половых органов. Путем бимануального осмотра определялись форма, размер, консистенция, характер поверхности, болезненность влагалища, матки, яичников и имеющихся объемных образований, а также их расположение относительно других органов полости малого таза.

Кроме принятого в клинике общего клинико-лабораторного исследования пациентам проводилось ультразвуковое, компьютерно-томографическое и лапароскопическое исследование.

Ультрасонографическое сканирование выполнялось трансвагинально или/и трансабдоминально. Исследование проводилось с помощью аппаратов Medison 8860-GAIA и Siemens G-50, для сканирования были использованы секторального (С5-3 мГ) и вагинального (ЕС 9-4 мГ) типа датчики.

Исследование проводилось в реальном масштабе времени, используя принцип серой шкалы по направлению вдоль и поперек.

В том сложном случае, когда ультрасонографическое сканирование не давало исчерпывающего ответа о существовании патологического процесса, мы проводили компьютерно-томографическое исследование органов полости малого таза.

Для компьютерно-томографического исследования органов полости малого таза мы применяли аппарат третьего поколения фирмы «Siemens» - «Somaton CR».

Лапароскопия проводилась в специально оснащенной операционной с использованием лапароскопической телевидеотехники «Storz» и «Qebot medical».

Результаты собственных исследований

В репродуктивной клинике среди объемных образований наиболее часто встречаются **фолликулярные кисты**, что подтверждается и нашими исследованиями. Диаметр этих образований по данным нашего исследования колебался от 35 до 92 мм (ср. $50,5 \pm 1,6$ мм), в 85 % случаев они были односторонними и однокамерными.

На эхограмме кисты имели (рис.1) круглую или овальную форму. Внутренняя структура характеризовалась высокой звукопроводимостью, полностью однородная и анэхогенная. Исключение составляли двух и более камерные кисты, при которых в просвете виднелась тонкая эхопозитивная перегородка.

Стенки кист характеризовались четкими и гладкими контурами толщиной в 1-2 мм. В результате воздействия датчика исследуемое объемное образование меняло конфигурацию.

15 пациентам (18.7%) ввиду опасности возможного осложнения заболевания, или после безуспешного консервативного лечения была проведена лапароскопия. У 10 пациентов подтвердился диагноз фолликулярной кисты, лапароскопически они представлены (рис.2) в виде прозрачного овального образования уплотненной эластичной консистенции с тонкой гладкой тускло розовой стенкой с жидкостью светло янтарного цвета, в ряде случаев (рис.3) геморрагично-серозные (30%). Размеры и количество камер соответствовали данным, зафиксированным ультразвуковым исследованием.

Предметом особенного обсуждения являются те 5 случаев, при которых поставленный ультразвуком диагноз фолликулярной кисты оказался ошибочным согласно данным лапароскопии. Ясно, что эти образования не поддались бы консервативной терапии, с другой стороны, при безуспешном консервативном лечении погрешность в ультразвуковой диагностике составила 6,2% (в 5 из 80 случаев), и лишь диагностическая лапароскопия смогла реально идентифицировать патогенетический вариант кист.

Ошибки в установлении диагноза преимущественно имели место при наличии спаечного процесса в полости малого таза, что в свою очередь осложняет точную диагностику при эхосканировании. Но главная причина все-таки заключается в анатомическом положении кисты. Из 5 неверно идентифицированных образований в 3 случаях имел место тесный анатомический контакт параовариальной кисты с яичником.

В остальных двух случаях выявился сравнительно редкий вариант желтого тела и эндометриоидной кисты, когда внутренняя структура кисты была представлена небольшим количеством взвешенных эхопозитивных включений в условиях наличия сравнительно тонкой капсулы, что создает большие сложности при проведении дифференциального диагноза.

При ультразвуковом сканировании размеры **кисты желтого тела** колебались от 30 до 61 мм и приблизительно поровну встречались в правом и левом яичнике. Внутренняя структура их была разнообразна, что и обусловило необходимость систематизации полученных данных, на основе которых мы смогли выделить 2 эхографических варианта кисты желтого тела.

В 72,2% (13) случаев (I вариант) (рис.4) киста имела мелкое или среднее дисперсионное строение и среднюю эхогенность. В половине случаев отмечались плотные включения высокой эхогенности. Указанные структуры заполняли всю полость кисты или ее большую часть, но всегда располагались у стенок.

II вариант (27,8%) характеризовался (рис.5) однородностью и анэхогенностью полости кисты, с единичными нежными, целыми или частичными перегородками. Такая ультразвуковая картина создает большие сложности в проведении правильного

дифференциального диагноза с фолликулярной кистой, тем более что во всех случаях звукопроводимость была высокая, а толщина капсулы тонкая (1-3 мм.). Именно с такой диагностической погрешностью мы столкнулись в приведенном выше случае диагностирования фолликулярной кисты.

С целью предотвращения диагностической погрешности в случае второго варианта эхографической картины кисты желтого тела, всем 5 пациентам этой группы, было проведено компьютерно-томографическое исследование. На томограмме они были представлены в виде образований круглой или овальной формы с тонкостенными (1-3 мм.), прямыми, четкими контурами, внутренняя структура которых соответствует плотности жидкости +14 - +23 Н и значительно отличается от содержимого фолликулярной кисты, где она соответствует плотности воды. Все вышесказанное дает основание в случае второго эхологического варианта кисты желтого тела придать приоритетное значение компьютерной томографии, что даст возможность предотвратить диагностическую погрешность.

Киста желтого тела характеризуется большой возможностью самоликвидации. Поэтому после первичного диагноза необходимо проводить динамичное наблюдение. В том случае, если киста желтого тела не претерпевала регресс в течение 2-3 менструальных циклов, проводилась лапароскопия. Такая процедура была проведена 6 пациентам. Лапароскопически визуализированные размеры образований совпадали с данными, зафиксированными путем ультразвукового исследования. В 5 случаях были идентифицированы односторонние кисты желтого тела, которые в 4 случаях были круглыми, а у одного больного – овальной формы. Стенки кисты колебались от 1 до 3 мм., а внутренняя поверхность была сморщена. Полость кисты заполняла прозрачная жидкость светло коричневого цвета. В ходе операции и путем дальнейшего гистоморфологического исследования в 1 случае не подтвердился диагноз кисты желтого тела, что составило 5,5% этих пациентов.

В этом случае дело касалась двухкамерной фолликулярной кисты с тонкой перегородкой с имеющимися в ней кровоизлияниями (кольтами), которые заполняли большую часть полости обеих камер кисты. Это образование было воспринято как киста желтого тела (I вариант). Этому пациенту не было проведено томографическое исследование, которое дало бы возможность установления правильного дифференциального диагноза.

Путем ультразвукового сканирования правильный диагноз кисты желтого тела был поставлен в 95,5% случаев. Хотя в случае эхологического II варианта для подтверждения первичного диагноза было рекомендовано проведение компьютерной томографии.

Параовариальная киста яичника не относится к образованиям яичника, но традиционно она рассматривается вместе с образованиями яичника. Таким образом, мы не нарушили эту традицию.

Эхографически параовариальные кисты представляют собой (рис.6) круглой или овальной формы тонкостенные (1-2 мм.) однокамерные образования. По отношению к матке, в основном они располагаются ниже или сбоку от нее. Внутренность кисты полностью анэхогенная.

Диаметр кист колеблется в пределах 30-80 мм. и поровну встречается на правой и на левой стороне. В отличие от простых кист яичника, поодаль от круглого или овального образования фиксируется неизменный яичник, что является главным и надежным дифференцирующим знаком. Причиной ошибки может оказаться тесное расположение яичника и параовариальной кисты, что создает имитацию фолликулярного образования. Именно такая диагностическая погрешность была зафиксирована среди пациентов с первичным диагнозом фолликулярной кисты.

Компьютерная томография была проведена 8 пациентам. Параовариальная киста представляет собой тонкостенное (1-2 мм.) образование круглой или овальной формы с ровными контурами. Структура внутренности соответствует плотности жидкости +0 - +10 Н. Отдельно от кисты фиксируется интактный яичник.

Следовательно, при компьютерной томографии обнаружить какую-либо важную дополнительную информацию в сравнении с ультразвуковым сканированием нам не удалось.

В отличие от фолликулярных кист и кист желтого тела параовариальная киста не поддается регрессу или консервативному лечению. Поэтому в 58 случаях была проведена диагностическая и операционная лапароскопия. Топика образований соответствовала ультразвуковым данным, а размеры не отличались в значительной степени от зафиксированных параметров. Консистенция была упругой, эластичной, прозрачной, капсула была тонкой (1-3 мм.), (рис.7) хотя достаточно твердой. Ни в одном случае киста не была спаяна или тесно связана с яичником, что практически было предпосылкой безошибочного ультразвукового сканирования. Возможность правильного диагностирования параовариальных кист путем ультразвукового сканирования и компьютерной томографии на основе нашего исследования составляла 100%.

Размеры **эндометриоидных кист** при ультразвуковом сканировании колебались от 45 до 115 мм., а средний размер составлял 80 мм. Во II фазе менструального цикла отмечалось увеличение размеров кисты на 10-20 мм. В 80% (52 случая) киста была односторонней. В остальных случаях она отмечалась на обеих сторонах. Кисты, как правило, располагаются за маткой, являются менее подвижными, что обусловлено спайками, вызванными множеством микроперфораций.

80% кист были представлены в виде однокамерного образования, в 20% отмечалось наличие перегородок. Звукопроводимость была средней или высокой. Контур образования

были нечеткими, стенки кисты колебались в пределах 2-6 мм, внутренние контуры почти в половине случаев были гладкие, а среди остальных пациентов из-за внутрикистозных включений они были шероховатые. Полость кисты представляла собой анэхогенную, неоднородную эхоструктуру с высокой звукопроводимостью, в которой отмечалось множество тонких линейных или/и иной формы эхопозитивных включений, которые создавали структуру, подобную сотовой, но не всегда заполняла всю полость.

Из множества эхографических картин эндометриоидных кист мы смогли выделить два эхографических варианта.

В 86,1% (56) случаях (рис.8) полость кист характеризовались анэхогенностью, наличием расположенных в ней мелкодисперсных эхопозитивных включений, на фоне которой часто выявляются эхопозитивные пристеночные структуры (I вариант).

У 13,9% (9) пациентов полость эндометриоидных кист были представлены (рис.9) анэхогенной структурой, высокой звукопроводимостью с прямыми контурами, скудным количеством мелкодисперсных взвешенных эхопозитивных включений (II вариант), что создавало большие сложности в проведении дифференциального диагноза ретенционными кистами.

Именно этим пациентам было проведено компьютерно-томографическое исследование. Полученные денсидометрические показатели варьировали между плотностями воды и мягкой ткани и достигали +40 - +60 Н, стенки кисты имели среднюю толщину, а внутренняя структура была гетерогенной.

Все вышесказанное дает основание с целью уточнения диагноза в случае второго эхологического варианта эндометриоидной кисты использовать возможности компьютерной томографии, где приоритетное значение придается денсидометрическим показателям.

Эндоскопическое исследование было проведено 65 пациентам. Лапароскопией были визуализированы все образования, размеры которых соответствовали данным, зафиксированным путем ультразвукового исследования.

В 96,9% случаев (63 пациента) подтвердился диагноз эндометриоидной кисты яичника, представляющий опухолевое образование сине-голубого цвета, (рис.10) имеющее плотную и толстую непрозрачную капсулу с гладкой поверхностью овальной формы. В 86,2% (56) случаев в полости малого таза отмечался спаечный процесс. В 72% (47 случаев) на поверхности яичника или в полости малого таза зафиксированы эндометриоидные гетеротопии.

По операционным данным и в дальнейшем гистоморфологическим исследованием установлено, что в 2 (3,1%) случаях была допущена диагностическая погрешность, которая была обусловлена кровоизлияниями в фолликулярной или желтого тела кисте. Кровяные кольца проявлялись в виде неоднородных, эхопозитивных участков, что, несмотря на

сравнительно тонкую капсулу (2 мм.), создавало имитацию эндометриоидной кисты (I вариант). Следовательно, толщина капсулы кисты является важным эхологическим маркером при идентификации патогенезного варианта кист.

Проведенное исследование установило, что путем ультразвукового сканирования идентификация эндометриоидной кисты была осуществлена в 96,9% случаев.

Лапараскопическое диагностирование и здесь имело решающее значение, его данные в 100% случаев совпадали с гистоморфологическим исследованием.

Диаметр **дермоидных** кист колебался в пределах 35-120 мм. В большинстве случаев они располагались за маткой, в параметральной области.

Дермоидная киста правого яичника зафиксирована в 36,8% (14), а левого яичника – в 55,3% (21) случаев. В трех (7,8%) случаях отмечались двухсторонние дермоидные образования.

Исходя из особенности морфологического строения сформировано два варианта ультразвуковой картины.

I вариант (29 - 76,3%). Для этого варианта характерно (рис.11) наличие бугорка, величина которого колеблется, начиная от утолщения (10-15 мм.) стенки (в основном нижней), которая разрастается в просвете, заканчивая охватом большей части (70-80%) этого объемного образования. В свободном от бугорка месте толщина стенки кисты колеблется от 3 до 10 мм. В большинстве случаев отмечается параллелизм между величиной бугорка и толщиной стенки.

Форма бугорка неровная, овальная или круглая, внутренние контуры четкие, крупнозернистые, в ряде случаев с отростками в просвете кисты. Структура неоднородная, из-за различной плотности хаотически расположенных в ней эхопозитивных включений (зубы, волосы, костяные фрагменты, кожа, ткани различного происхождения).

В свободном просвете кисты высокие или средние эхопозитивные включения (2-5мм) расположены хаотично и создают кратколинейные структуры, что придает ему неоднородность. Эти включения разделены от внутренней части и друг от друга (кроме места соприкосновения с бугорком) эхонегативными слоями (жир, жидкость), что придает внутренности волоконный вид. Они в большинстве случаев имеют интимную связь с бугорком.

II вариант (9 - 23,7%). Этот вариант дермоидной кисты не характеризует (рис.13) наличие бугорка. Стенки тонкие (1-3 мм.) на всей их длине, контуры четкие и ровные. Внутренность неоднородная за счет эхопозитивных включений овальной или линейной формы. Друг от друга они разделяются эхонегативными промежутками. Большая часть включений накапливается в нижней части кисты и свободно меняет место при изменении положения пациента.

10 пациентам была проведена компьютерная томография. Гетерогенность дермоидной кисты и здесь обуславливала варьирование плотности в большом диапазоне, что обуславливало колебание в большом диапазоне (+80 - +150 Н) денсидометрического показателя на томограмме.

Лапароскопическое исследование было проведено всем пациентам. Топика и размер образований в большинстве случаев совпали с данными, зафиксированными путем ультразвукового исследования.

Дермоидная киста имела (рис.12) круглую (16) или овальную (22) форму. Консистенция в основном была плотной. Стенка кисты представляла плотную, в некоторых местах эластичную, а в некоторых – очень плотную ткань. При разрезе макропрепарата из нее выливается густое, жирное содержимое. В ряде случаев вместе с жиром в кисте зафиксированы были сгустки волос, кости (зубы) др.

Операционными данными и в дальнейшем гистоморфологическим исследованием установлена высокая 100% возможность ультрасонографического и компьютерно-томографического исследования, что обусловлено особенностями внутренней структуры, свойственными для дермоидной кисты – чередованием плотных и кистозных компонентов.

Сопоставление полученных результатов показало, что ультразвуковое сканирование было проведено 259 пациентам с различным происхождением кисты яичника. Анализ эхологической картины дал возможность определить топикку, размер, толщину капсулы, структуру полости объемного образования, на основе чего в 95,4% случаев правильно было идентифицировано анатомическое расположение кисты, объем и патогенезный вариант, что в дальнейшем подтвердилось лапароскопическим и гистоморфологическим исследованием.

Ошибка в установлении диагноза отмечалась в 12 (4,6%) случаях. Среди причин, вызывающих установление ошибочного диагноза, предполагаются следующие:

- нестандартное анатомическое расположение кисты (тесное расположение параоварийной кисты к яичнику, что создает имитацию фолликулярной кисты);
- возможность наличия в полости образования кровоизлияния (кольтов), что в значительной степени меняет свойственную той или иной кисте эхологическую картину;
- взамен интенсивной эхологической картины, характерной для большинства эндометриоидных кист и кист желтого тела, однородная анэхогенная структура полости со скудным количеством эхопозитивных включений создает большие сложности при определении дифференциального диагноза. Именно эти пациенты с целью уточнения диагноза нуждаются в проведении компьютерной томографии, поскольку денсидометрический показатель вместе с другими характерными параметрами является предпосылкой проведения правильного дифференциального диагноза.

Исходя из вышесказанного было выделено 2 эхологических варианта эндометриоидных и кист желтого тела, что наиболее важно для установления правильного дифференциального диагноза и принятия практического решения.

Диагностическая лапароскопия была проведена 124 пациентам, сравнение этих данных с гистоморфологическим исследованием зафиксировало 100% совпадение.

В случае **эктопической беременности** кроме бимануального осмотра в крови или в моче определялось количество хорионного гонадотропина, которое во всех случаях должно было быть положительным. У большинства пациентов отмечалась свойственная для эктопической беременности триада: нарушение менструации, кровяные выделения и различной интенсивности боли в нижней части живота. Кровяные выделения не отмечались в 18,2% , а боли - в 15,3%.

Исходя из достоверности эхологических симптомов, выделилось 2 варианта эхографической картины внематочной беременности:

1. прогрессирующая внематочная беременность, (рис.15) расположенная в фаллопиевой трубе - плодное яйцо с живым эмбрионом, - которая выявилась у 11 (9%) пациентов, что имеет 100% прогностическое значение;

2. для 111 (91%) больных был характерен (рис.14) свойственный прерванной или неразвитой внематочной беременности полиморфизм эхографической картины, что при сопоставлении клинической и ультразвуковой симптоматики, дало возможность в 93,8% случаев установить правильный диагноз.

Частота и значение этих эхологических моносимптомов неоднородны.

- Гравидарное увеличение размеров матки было идентифицировано в 32 (26,2%) случаях.
- Гравидарная гиперплазия эндометрия выявилась у 37 (30,3%) пациентов, у 14 (12,2%) оказалось ложное плодное яйцо с деформированными контурами.
- Свободная жидкость в Дугласовом пространстве отмечалась у 54 (44,3%) пациентов.
- Чаще всего достоверные эхографические данные были связаны с идентификацией протекающего в трубах процесса, и они отмечались у 94 (77%) пациентов, у 11 (9%) из них выявилось наличие живого эмбриона в плодном яйце, что и дало возможность, как мы уже отмечали, установить гарантированно верный диагноз.

В 18 (14,7%) случаях из 122 пациентов эхографическая картина не давала возможности для установления правильного диагноза эктопической беременности, которая и была идентифицирована лапароскопией.

Можно заключить, что ни один эхографический симптом изолированно (за исключением идентифицированного в фаллопиевой трубе плодного яйца с живым эмбрионом) не представляет решающий аргумент для идентификации эктопической беременности. Лишь

аналитическое сопоставление клинических и эхографических симптомов дает достоверную информацию для установления диагноза.

Всем 122 пациентам была проведена лапароскопическая диагностика и лечение.

Во время прогрессирующей беременности путем осмотра визуально наблюдалось расширение истмической, ампулярной и фимбриальной части яйцевода, в зависимости от того, где локализована беременность. Стенки яйцевода в большинстве случаев утончены, синеватого или вишневого цвета. Во время беременности, протекающей в виде трубного аборта, который в большинстве отмечается при беременности, развитой в фимбриальной части, из конца яйцевода видны кровяные колыты темного цвета и части плодного яйца.

Во время нарушения целостности яйцевода на его стенке отмечается разрыв, из которого визуализируются старые колыты крови темного цвета и ткани плодного яйца.

Во всех случаях при нарушении яйцевода или при внематочной беременности, протекающей в виде трубного аборта, в брюшной полости и области таза отмечается старая жидкая кровь темного цвета, а в Дугласовом пространстве – колыты старой крови.

Все вышесказанное подтверждает безусловный приоритет лапароскопической диагностики при диагностировании эктопической беременности.

З а к л ю ч е н и я

1) Ультразвуковая картина фолликулярной кисты характеризуется тонкой капсулой с прямыми и четкими контурами, высокой звукопроводимостью, однородной и анэхогенной структурой полости.

2) Ультразвуковая картина кисты желтого тела неоднородна, в большинстве случаев (72,2%) с тонкой капсулой, с мелким или средним (умеренным) дисперсным строением, средней эхогенности, с высокими эхогенными включениями, которые заполняют большую часть кисты и расположены вдоль стенок (вариант I). В сравнительно меньшей части (27,8%) случаев (вариант II) полость кисты однородная и анэхогенная, с единичными, нежными, полными и частичными перегородками.

3. Эхографически параовариальная киста характеризуется тонкой стенкой с прямым и четким контуром, высокой звукопроводимостью, анэхогенностью полости и однородностью, отдельно от кисты фиксируется интактный яичник.

4. Эхографическая картина эндометриоидной кисты неоднородна. В большинстве случаев (86,1%) киста характеризуется толстой капсулой с гладкими или шероховатыми внутренними контурами, высокой звукопроводимостью с неоднородной анэхогенной

полостью, в ней мелкодисперсно расположены различной формы эхопозитивные включения, которые создают структуру в виде сотов (вариант I), в некоторых случаях (13,9%) полость кисты анэхогенная с высокой звукопроводимостью, прямыми контурами с небольшим количеством мелкодисперсных взвешенных эхопозитивных включений (вариант II).

5. Эхографическая картина дермоидной кисты в большинстве случаев (76,3%) (I вариант) характеризуется наличием овального или круглого бугорка неправильной формы, который в ряде случаев занимает большую часть просвета кисты. Внутренняя структура бугорка неоднородна из-за имеющихся в нем хаотически расположенных эхопозитивных включений. Толщина стенки колеблется в пределах 3-10 мм. Бессистемно расположенные в свободном просвете кисты эхопозитивные включения высокой и средней интенсивности создают кратколинейные структуры, которые отделены эхонегативными слоями. В некоторых случаях (23,7%) дермоидную кисту (II вариант) не характеризует наличие бугорка, стенка тонкая, контуры четкие и прямые. Внутренность - овальной или линейной формы неоднородная ввиду эхопозитивных включений, которые меняют место при изменении положения пациента.

6. В случае скудной эхографической картины, определению компьютерной томографией денсидометрического показателя плотности полости кисты придается преимущественное значение.

7. Погрешности эхологического диагноза преимущественно обусловлены:

- имеющимися в полостях кисты кровоизлияниями, что в значительной степени меняет характерную эхографическую картину;
- нестандартным анатомическим положением кисты;
- скудной эхографической картиной полости кисты.

8. Идентификация в маточной трубе плодного яйца с живым эмбрионом (сердцебиением) является 100% эхологическим маркером внематочной беременности. Достоверность иных моносимптомов относительно скромна (25-77 %), и изолированно они не являются решающими аргументами идентификации внематочной беременности. Лишь аналитическое сопоставление клинических и эхографических симптомов дает достоверную информацию для установления правильного диагноза.

9. Ультразвуковое сканирование как неинвазивный метод исследования является высокоинформативным в диагностике различных патогенезных вариантов кист яичников и эктопической беременности, тем более что оно дает возможность многократного наблюдения в динамике, а Лапароскопия является самым информативным и эффективным малоинвазивным методом диагностирования кист яичников и эктопической беременности.

Практические рекомендации

1. На первом этапе исследования объемных образований яичников как диагностический скрининговый метод рекомендовано использовать ультразвуковое сканирование, которое в большинстве случаев ставит верный диагноз, тем более что оно дает возможность многократного наблюдения в динамике.

2. В случае скудной эхографической картины кисты желтого тела, эндометриоидной и дермоидной кист (II варианты) для полноценной идентификации диагноза необходимо проведение компьютерной томографии.

3. При эктопической беременности идентификация в маточной трубе плодного яйца с живым эмбрионом (сердцебиением) является 100% эхологическим маркером внематочной беременности. В ином случае для установления аргументированного диагноза необходимо аналитическое сопоставления эхологических и клинических симптомов.

4. Самым информативным и эффективным методом диагностики различных патогенетических вариантов кист яичника и эктопической беременности является лапароскопия, которая в тоже время предоставляет возможность малоинвазивного хирургического лечения.