

7. Ramani P., Shah A. // *Am. J. Surg. Pathol.* — 1993. — Vol. 17, No. 4. — P. 329–335.
8. Wernly J.A., Campbell C.D. // *Comprehansive Textbook of Oncology / Mossa A.R., Schimpff C., Obson M.C. (eds).* — Baltimore : Williams and Wilkins, 1991. — P. 1451–1465.
9. Younathan C.M., Kaude J.V. // *Urol. Radiol.* — 1992. — Vol. 14, No. 3. — P. 161–164.

Поступила в редакцию 01.12.05.

THE EXPERIENCE OF TREATMENT OF CHILDREN WITH GIANT LYMPHANGIOMAS OF THE CHEST WALL, NECK AND MEDIASTINUM

M.N. Suhov, I.P. Lyvina, S.A. Polyudov
National Children's Hospital of Russia (Moscow)

Summary — This is the brief review of the literature and rare practical surgical cases at children suffering of giant lymphangiomas of the chest wall, neck and mediastinum. Examples of rational preoperative evaluation and surgical tactics are suggested.

Pacific Medical Journal, 2006, No. 1, p. 91–94.

УДК 618.12-001.5+616.346.2-002-089.87]-02:613.888

А.П. Пичугин, О.В. Новосельцева

РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ УСТАНОВКИ ВНУТРИМАТОЧНОГО КОНТРАЦЕПТИВА

Городская клиническая больница № 1
(г. Владивосток)

Ключевые слова: внутриматочная спираль, перфорация матки, аппендицит.

По данным статистических отчетов, внутриматочные спирали с целью предупреждения беременности используют в последние годы 19% российских женщин фертильного возраста (гормональные противозачаточные средства применяют 4–6% женщин) [3]. Внутриматочные контрацептивы полностью отвечают современным требованиям, предъявляемым к противозачаточным средствам. Метод является высокоэффективным, обратимым, не требует согласия и участия партнера, применение его не связано с половым актом. Беременность наступает сразу после прекращения использования спирали. Осложнения и неудачи при внутриматочной контрацепции обусловлены местными реакциями, возникающими в полости матки, в первую очередь в местах контакта «внутриматочная спираль – эндометрий», их проявления уменьшаются при оптимально подобранном средстве [2].

После установки внутриматочных контрацептивов встречаются различные осложнения. Нарушения менструального цикла в виде гиперполименореи и менометроррагии наблюдаются у 11–24% женщин с внутриматочной спиралью. Медьсодержащие средства повышают менструальную кровопотерю на 20–50% на протяжении первых 6–12 месяцев контрацепции, после чего уровень кровопотери постепенно возвращается к исходному. Также в течение первых 3–5 месяцев могут наблюдаться межменструальные кровянистые выделения. Боли в межменструальном периоде и во время менструаций наблюдаются в 9–11% случаев. Экспульсии и болевой синдром чаще встречаются у молодых пациенток, и в 50% наблюдений экспульсии происходят либо в первые часы после введения внутриматочной

спирали, либо на протяжении первых 3–4 месяцев контрацепции. К крайне редким осложнениям относится перфорация тела матки контрацептивом [1]. Приводим собственное наблюдение.

Больная Б., 23 лет, поступила в эндоскопическое хирургическое отделение КГБ № 1 Владивостока с жалобами на периодические ноющие боли внизу живота справа. Считала себя больной в течение 2 месяцев, когда через 2 месяца после родов была установлена внутриматочная спираль. За месяц до настоящей госпитализации лечилась в течение 9 дней в ЦРБ с диагнозом: «Острый двусторонний сальпингоофорит. Вялотекущий пиелонефрит». За 2 недели до госпитализации при ультразвуковом обследовании в медицинском центре был обнаружен внутриматочный контрацептив в стенке матки. Больная направлена в гинекологический стационар, где находилась в течение недели с диагнозом: «Вялотекущий эндометрит после введения внутриматочного контрацептива». Была проведена гистероскопия, метросальпингография, определен внутриматочный контрацептив в брюшной полости. Последний не удален, женщина выписана на амбулаторное лечение.

При поступлении состояние больной удовлетворительное. Слизистые оболочки и кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивалось, число дыханий 14 в мин. Сердечные тоны чистые, ритмичные, число сердечных сокращений 78 в мин. Артериальное давление 120 и 80 мм рт. ст. При пальпации живот болезненный в правой подвздошной области, где определялся инфильтрат. Генитальные выделения слизистые умеренные, по задней губе шейки матки эрозия до 1 см в поперечнике. Тело матки в *ante versio*, не увеличено, плотноэластичное. Придатки матки слева не увеличены, безболезненные, справа четко не контурировались, в их проекции своды влагалища не нависали. При ультразвуковом исследовании малого таза у правого ребра матки, ниже правого яичника, определялся линейный гиперэхогенный сигнал длиной до 1,9 см. Анализы крови и мочи без особенностей.

При выполнении лапароскопии обнаружен инфильтрат, состоящий из слепой кишки, правой маточной трубы и терминальной части подвздошной кишки. Из инфильтрата выстояли элементы внутриматочной спирали (рис. 1). Аппендикс слепой кишки в средней части пережат спиралью, стенка его здесь была частично разрушена. Отросток утолщен, багрового цвета, с налетом фибрина. В малом тазу до 100 мл серозной жидкости. Произведен косой разрез брюшной стенки в правой подвздошной области, инфильтрат разделен тупым путем, внутриматочный контрацептив удален и выполнена типичная аппендэктомия (гистологическое заключение: «Флегмонозно-язвенный аппендицит»). Подвздошная область санирована, установлен дренаж в полость малого таза. Послеоперационный период протекал без осложнений, проводилась инфузионная и антибактериальная

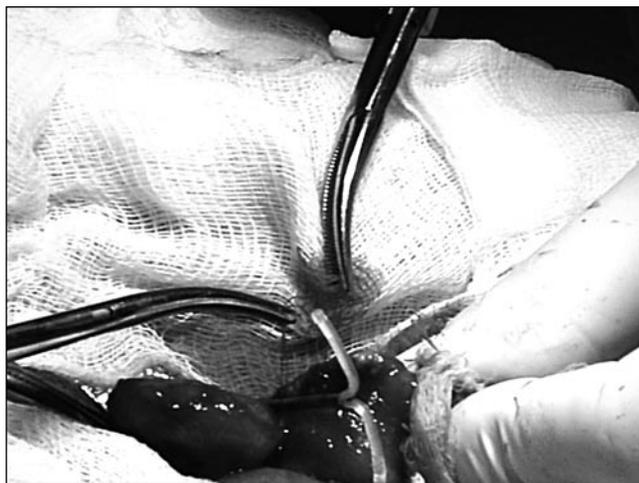


Рис. 1. Внутриматочный контрацептив, внедрившийся в брюшную червеобразного отростка (слева – флегмонозно измененный аппендикс).

(метрогил, цефатоксим, селимицин) терапия. Выписана через неделю, осмотрена через месяц – жалоб нет.

Данный клинический случай является примером полной перфорации матки, благоприятно закончившейся для пациентки. Просматривается неправильная интерпретация клинических и ин-

струментальных данных, неоправданное затягивание сроков оказания оперативного пособия, отсутствие должной преемственности между лечебными учреждениями.

Литература

1. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. – Нижний Новгород, 1997.
2. Прилепская В.М. Внутриматочная контрацепция : руководство. – М. : Медпресс, 2000.
3. Шарапова О.В., Кулаков В.И., Стрижаков А.М. Современные методы профилактики абортов : научно-практическая программа. – М. : Министерство здравоохранения РФ, 2004.

Поступила в редакцию 03.09.05.

RARE COMPLICATION AFTER INSTALLATION OF THE INTRA-UTERINE CONTRACEPTIVE

A.P. Pitchyugin, O.V. Novoseltseva
City Hospital No. 1 (Vladivostok)

Rare clinical case: the woman of 23 years old, perforation of the uterine wall by the intra-uterine contraceptive with migration of it into the ileocecal area and development of acute appendicitis. The rarity of such complication, late diagnostics and inadequate treatment at pre-hospital stage are marked.

Pacific Medical Journal, 2006, No. 1, p. 94–95.

УДК 616.26+617.551-001-072.1-089

В.К. Семенцов, А.Б. Лычев, Г.В. Зачиняев, А.К. Сорока

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ И ЖИВОТА

Военно-морской клинический госпиталь Тихоокеанского флота (г. Владивосток)

Ключевые слова: разрыв диафрагмы, видеоторакоскопия.

Особенностями современного травматизма является увеличение доли тяжелых сочетанных травм. Сочетание закрытых повреждений нескольких анатомических областей отягощает течение травматической болезни и часто приводит к летальному исходу [1, 3]. Диагностика таких состояний затруднительна вследствие тяжелого состояния пациента, и часто при обнаружении явной патологии упускаются из виду повреждения смежных областей. Особые трудности диагностики возникают при сочетании повреждений органов живота с черепно-мозговой, травмой позвоночника, груди, таза. Несмотря на применение таких современных методов диагностики, как ультразвуковое исследование, спиральная компьютерная томография, повреждения органов живота зачастую не распознаются (или выполняются неоправданные лапаротомии, обусловлен-

ные гипердиагностикой). Частота эксплоративных лапаротомий достигает 22–41%. Снижение этого числа в значительной мере определяется разработкой и внедрением малоинвазивных технологий в хирургию закрытых повреждений [2, 4], что можно проиллюстрировать двумя собственными наблюдениями.

Наблюдение 1. Больной Е., 29 лет, 01.10.2005 г. попал в дорожно-транспортное происшествие. Госпитализирован в ЦРБ г. Большой Камень с диагнозом: «Тупая травма живота, субсерозный разрыв толстой кишки, внутрибрюшное кровотечение. Закрытый перелом основной фаланги 1-го пальца левой стопы. Рвано-ушибленные раны волосистой части головы». При поступлении выполнен лапароцентез, получена кровь. Проведена лапаротомия. При ревизии в брюшной полости удалено 300 мл крови, найдены и ушиты субсерозные раны толстой кишки. Другой патологии не выявлено. Брюшная полость дренирована, выполнена первичная хирургическая обработка ран головы. 03.10.2005 г. пациент переведен в Военно-морской госпиталь г. Фокино. Получал симптоматическое лечение, предъявлял жалобы на боли в эпигастрии (купировались медикаментозно). Рентгенологически заподозрен разрыв диафрагмы. Для дальнейшего лечения переведен в Военно-морской клинический госпиталь Тихоокеанского флота.

При обследовании убедительных рентгенологических признаков разрыва диафрагмы не получено, фиброгастро-дуоденоскопическая картина без патологии (отмечалось лишь некоторое повышение уровня стояния левого купола диафрагмы). Пассаж контрастного вещества по кишечнику не нарушен. Аускультативно выслушивались перистальтические шумы в нижних отделах левой плевральной полости. С предварительным диагнозом «Посттравматический разрыв левого купола диафрагмы» подготовлен