

Дударев В.А., Маисеенко Д.А., Галактионова М.Ю.
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого,
г. Красноярск

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ДЕТСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

В статье представлен дифференциально-диагностический анализ гинекологической и хирургической патологии у девочек-подростков, которые находились на стационарном лечении в детских отделениях многопрофильной больницы. Всем девочкам подросткам были выполнены оперативные вмешательства: лапароскопическая аппендэктомия была выполнена в 88 % случаев, а диагностическая лапароскопия – в 12 % случаев. Дифференциальная диагностика абдоминального синдрома у девочек подростков в обязательном порядке должна включать осмотр детского хирурга и детского гинеколога с проведением ультразвукового исследования забрюшинного пространства, органов брюшной полости и малого таза. Лапароскопия, на сегодняшний день, в сомнительных случаях, позволяет не только безошибочно установить наличие или отсутствие воспаления в червеобразном отростке, но и при исключении диагноза острого аппендицита провести ревизию органов брюшной полости и у большинства больных выявить истинную причину болевого абдоминального синдрома. Пациентки, перенесшие оперативное лечение по поводу острого аппендицита в сочетании с воспалительными заболеваниями придатков матки, должны составлять отдельную диспансерную группу.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: девочки подростки; лапароскопия; острый аппендицит; гинекологическая заболеваемость.

Dudarev V.A., Maiseenko D.A., Galaktionova M.Yu.

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS DIFFICULTIES GYNECOLOGICAL AND SURGICAL PATHOLOGY IN ADOLESCENT GIRLS BEING TREATED AT CHILDREN'S DEPARTMENT IN MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL

The article presents the analysis of differential diagnosis of gynecological and surgical pathology in adolescents who were treated in inpatient pediatric wards at the General Hospital. All teenage girls surgeries were performed: laparoscopic appendectomy was performed in 88 %, and diagnostic laparoscopy – in 12 % of cases. The difficulty in the differential diagnosis of abdominal symptoms in adolescent girls should necessarily include an examination of children's surgeon and gynecologist with child holding ultrasound retroperitoneal, abdominal and pelvic organs. Laparoscopy, to date, in case of doubt, can not only correctly establish the presence or absence of inflammation of the appendix, but also to the exclusion of the diagnosis of acute appendicitis to conduct an audit of the abdominal cavity, and the majority of patients to identify the true cause of abdominal pain syndrome. Patients, who underwent surgery for acute appendicitis in conjunction with inflammatory diseases of the uterus, should form a separate group of dispensary.

KEY WORDS: teenage girls; laparoscopy; acute appendicitis; gynecological disease.

В России распространенность гинекологических заболеваний варьирует от 10 % до 35 % [1, 2]. Особую тревожность государства и общества в последние десятилетия вызывает ухудшение состояния здоровья девочек-подростков, формирующих репродуктивный потенциал нации. Поэтому в настоящее время особое внимание уделяется вопросам охраны репродуктивного здоровья подростков, так как, согласно «Концепции демографического развития Российской Федерации на период до 2015 г.», репродуктивное здоровье является именно тем фактором, который определит воспроизводство населения [3-5].

Запоздавшая диагностика и нерациональная тактика лечения могут привести к разнообразным осложнениям, последующим нарушениям репродуктивной функции и бесплодию. В условиях отсутствия специализированной гинекологической помощи детям и подросткам 8-12 % девочек пубертатного периода подвергаются необоснованным хирургическим вмешательствам в связи с неясным генезом болей в животе, а также неоправданному удалению придатков матки при обнаружении объемных образований в малом тазу [1, 2, 6].

Собирательным термином «острый живот» в гинекологической и хирургической практике обозначают остро возникающие в брюшной полости патологические процессы различной этиологии и клинического течения. Причины острого живота, связанные с гинекологической патологией, можно разделить на три основные группы. Это острые гнойные заболевания придатков и матки; острые внутрибрюшные кровоте-

Корреспонденцию адресовать:

ГАЛАКТИОНОВА Марина Юрьевна,
660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1,
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России.
Тел.: 8 (3912) 20-04-62.
E-mail: myugal@mail.ru

чения; разрывы и перекруты кист и опухолей женских половых органов [1, 6].

Особого внимания заслуживает сочетание острого аппендицита с воспалительными заболеваниями внутренних гениталий или, так называемый, аппендикулярно-генитальный синдром. Схожесть клинической картины аппендицита и острого воспаления придатков матки создает определенные сложности в идентификации первичного очага воспаления, в связи с чем уровень диагностических ошибок остается достаточно высоким и не имеет тенденции к уменьшению. Особенно сложна объективизация абдоминального синдрома у девочек-подростков, что обусловлено не только анатомо-физиологической схожестью гинекологических, хирургических и ряда соматических заболеваний, но и характерной для девочек этого возраста неадекватной реакцией на боль [4, 5, 7]. Несмотря на достижения современной медицины, именно на подростковый возраст приходится наибольшее количество диагностических ошибок [8]. Лапароскопическая хирургия является одним из наиболее перспективных направлений хирургии, направленных на минимизацию операционной травмы [6, 9, 10].

Цель исследования — оценить роль применения лапароскопии в дифференциальной диагностике при абдоминальном синдроме у девочек-подростков, находящихся на стационарном лечении в отделениях многопрофильной больницы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ 110 историй болезней девочек-подростков за десять лет, которые поступили в клинику детской хирургии с подозрением на острый аппендицит в сочетании с гинекологической патологией, с последующим лечением в хирургическом отделении. Во время исследования проводился анализ историй болезни, оперативных журналов, данных ультразвукового исследования, интраоперационной картины. Возраст пациенток варьировал от 8 до 18 лет (средний возраст группы $11,2 \pm 0,4$ года). По показаниям применяли эндоскопические и рентгенологические методы исследований. При необходимости, к консультациям привлекали узких специалистов: гастроэнтеролога, уролога. Консультация гинеколога была обязательна.

При анализе историй болезни всем детям проводились оперативные вмешательства: лапароскопическая аппендэктомия была выполнена в 88 % случаев, а диагностическая лапароскопия — в 12 % случаев. Лапароскопическая аппендэктомия проводилась с помощью лапароскопической стойки фирмы Karl Storz

из трех классических оперативных доступов, диагностическая же производилась из двух: в надпупочной и в левой подвздошной областях.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Поскольку анализ медицинской документации девочек-подростков проведен в городской многопрофильной больнице, то 95,4 % (105) девочек, проживали в г. Красноярске. Так, было выявлено, что с жалобами на боли в животе 71 пациентка (64,5 %) обратилась за медицинской помощью впервые, 7 (6,3 %) — госпитализировались ранее с подозрением на острый аппендицит, 32 (29,0 %) отмечали в анамнезе боли в животе, но за медицинской помощью не обращались, при этом боли проходили самостоятельно или после приема спазмолитических и болеутоляющих средств.

При объективном осмотре девочек в хирургическом стационаре выявлены следующие закономерности. На момент поступления общее состояние большинства пациенток (66 чел. или 60 %) было расценено как средней степени тяжести. Средний показатель температуры тела составил $37,4 \pm 0,08^\circ\text{C}$, уровня лейкоцитов — $14,8 \pm 0,53 \times 10^9/\text{л}$. Среди диспепсических расстройств преобладали приступы тошноты (44 случая или 40 %) и рвоты (34 случая или 30,9 %).

Почти у половины (53 девочки или 48,1 %) боли локализовались в правой подвздошной области с раздражением брюшины, а у 35 (31,8 %) — над лоном. Из других локализаций боли преобладали в параумбиликальной области (у 27 пациенток или 24,5 %) и левой подвздошной области (у 11 или 10 %). У 8 % девочек боли локализовались в окологупочной области. Такая разнообразная симптоматическая картина создавала трудности для дифференциальной диагностики абдоминального синдрома. С целью верификации диагноза ректальный осмотр был проведен в 83,4 % случаев, по результатам которого у 44 девочек (40 %) наблюдалась болезненность стенки прямой кишки спереди и справа.

По результатам ультразвуковой диагностики в 10,6 % случаев выявлена жидкость в малом тазу в умеренном количестве, но, что самое интересное, на тот момент у этих девочек был 14-16-й день менструального цикла, что соответствовало дням овуляции. Признаки сальпингоофорита в виде гипоэхогенной структуры придатков матки выявлены в 5,4 % случаев, функциональные кисты яичников, представленные тонкостенным жидкостным образованием — в 7,2 %, tuboовариальные воспалительные образования — в 1,8 % случаев.

Проведенный анализ четко продемонстрировал, что количество госпитализированных девочек-подростков

Сведения об авторах:

ДУДАРЕВ Вадим Александрович, канд. мед. наук, доцент, кафедра детской хирургии с курсом ПО им. проф. В.П. Красовской, ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Россия. E-mail: dudarev-va@yandex.ru

МАИСЕЕНКО Дмитрий Александрович, канд. мед. наук, доцент, кафедра акушерства и гинекологии ИПО, ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Россия. E-mail: dmitrij.maiseenko@pochta.ru

ГАЛАКТИОНОВА Марина Юрьевна, доктор мед. наук, доцент, зав. кафедрой поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом ПО, ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Россия. E-mail: myugal@mail.ru

тков с острыми болями в животе существенно увеличивается в период овуляции, а также за 1-2 дня до и во время менструации, и составил 74 % от общего количества девочек, госпитализированных с болями функционального характера. У девочек с болями функционального характера менструации носили регулярный характер, цикл длился 28 дней, при этом лишь 13 девочек (11,8 %) указывали на болезненное протекание менструаций. Только у 6 (5,4 %) при УЗИ выявлены изменения со стороны яичников, соответствующие периоду предполагаемой овуляции.

Таким образом, было установлено, что в большинстве случаев АГ-синдрома подтвердить одновременное участие в воспалительном процессе червеобразного отростка и придатков матки, а также определить первичный очаг воспаления до операции не представляется возможным, поскольку клиническая картина данного состояния сочетает признаки, характерные как для острого аппендицита, так и для воспалительных заболеваний придатков матки. Необходимо учитывать и тот факт, что отсутствие признаков воспаления органов малого таза при развернутой клинике острого аппендицита, а также симптомов воспаления аппендикса при патологии органов малого таза, не отрицает факт их одновременного участия в патологическом процессе. В связи с этим, совместное участие детского хирурга и детского гинеколога в обследовании пациенток с проведением ультразвукового исследования органов брюшной полости и малого таза на дооперационном этапе должно быть обязательным у всех пациенток, поступающих в стационар с подозрением на экстренную хирургическую патологию.

При невозможности исключить хирургическую патологию органов брюшной полости и полости малого таза, а также с целью определения первичного воспалительного очага в группе исследования применялась видеолaparоскопия. В этих ситуациях была принята следующая тактика: при напряжении червеобразного отростка выполняли лапароскопическую аппендэктомию, а при отсутствии напряжения в червеобразном отростке, после совместного осмотра с детским гинекологом, проводили лечение гинекологической патологии. По данным интраоперационной картины и заключения патогистологического исследования, среди пациенток с сочетанной гинекологической патологией первичное поражение червеобразного отростка было выявлено у 55 пациенток (50 %), первичное поражение придатков матки – у 10 (9,9 %). Вторичные изменения аппендикса и придатков матки на фоне идиопатического пельвиоперитонита были отмечены у 19 пациенток (17,3 %). Специфика бо-

лей в указанные периоды обуславливает факт, что именно на этих стадиях менструального цикла допускается наибольшее количество ошибок при постановке показаний к неотложной операции. В подростковом возрасте овуляторный синдром, синдром предменструального напряжения часто являются сопутствующим (фоновым) состоянием, обуславливающим значительные трудности в проведении дифференциальной диагностики «острого живота».

Полученные данные позволили в очередной раз подтвердить несомненные преимущества видеолaparоскопии в связи с ее минимальной травматичностью и широкими возможностями панорамного обзора, позволяющими не только более подробно оценить состояние органов брюшной полости и малого таза, но и провести необходимый объем хирургических манипуляций. Всем пациенткам исследуемой группы было проведено видеолaparоскопическое оперативное лечение. После лапароскопического удаления, по характеру деструктивных изменений в червеобразном отростке, в 43,6 % случаев был подтвержден флегмонозный аппендицит, в 30,9 % – катаральный, в 25,5 % – гангренозный аппендицит. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии с рекомендациями по проведению курсов противоспаечной терапии в амбулаторных условиях.

С целью оценки эффективности противоспаечной терапии у больных девочек нами проведен проспективный анализ амбулаторных карт. При анализе все пациентки разделены на две группы. Первую группу составили 67 пациенток (60,9 %), которые получали противоспаечную терапию амбулаторно через три, шесть и девять месяцев. У 2 девочек (2,9 %) выявлены признаки хронического аднексита, по данным эхографии. В одном случае (1,5 %) у пациентки отмечались клинические и эхографические признаки спаечного процесса. В группе сравнения у 43 пациенток (39,9 %) амбулаторно был проведен один курс противоспаечной терапии после выписки из стационара. В результате установлено, что у 9 пациенток (8,2 %) отмечалась эхографическая картина хронического аднексита, у 12 (10,9 %) – признаки спаечного процесса.

Данные анамнеза, дооперационной диагностики, особенностей интраоперационной картины, течения послеоперационного периода позволили нам провести систематизацию на выявление сочетанного воспаления червеобразного отростка и придатков матки у девочек, поступивших в стационар по экстренным показаниям, которая позволяет предупредить ряд возможных осложнений послеоперационного периода, требующих проведения видеолaparоскопических опе-

Information about authors:

DUDAREV Vadim Alexandrovich, candidate of medical sciences, docent, chair of pediatric surgery with course named after professor V.P. Krasovskaya, Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia. e-mail: dudarev-va@yandex.ru.

MAISEENKO Dmitrii Alexandrovich, candidate of medical sciences, docent, chair of obstetrics and gynecology of the institute of postgraduate education, Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: dmitrij.maiseenko@pochta.ru.

GALAKTIONOVA Marina Yur'evna, doctor of medical sciences, docent, head of the chair of polyclinic pediatrics and propedeutics of childhood disease with course of post graduate education, Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: myugal@mail.ru

ративных манипуляций. Привлечение смежных специалистов, в том числе подросткового гинеколога, и проведение комплексной противоспаечной терапии данной группы девочек в условиях детского хирургического стационара являются залогом сохранения репродуктивного здоровья в дальнейшем, а также обязывают к проведению динамических осмотров данной группы пациенток.

ВЫВОДЫ:

Трудности в дифференциальной диагностике абдоминального синдрома у девочек-подростков в обязательном порядке должны включать осмотр детского хирурга и детского гинеколога с проведением ультразвукового исследования забрюшинного пространства, органов брюшной полости и малого таза. На се-

годняшний день, проведение в сомнительных случаях лапароскопии позволяет не только безошибочно установить наличие или отсутствие воспаления в червеобразном отростке, но и, при исключении диагноза острого аппендицита, провести ревизию органов брюшной полости и у большинства больных выявить истинную причину болевого абдоминального синдрома, что определяет дальнейшую тактику хирурга в плане введения девочки-подростка в хирургическом стационаре совместно с детским гинекологом или другими смежными специалистами. Больные девочки должны в обязательном порядке получать несколько курсов профилактической противоспаечной физиотерапии. Пациентки, перенесшие оперативное лечение по поводу острого аппендицита в сочетании с воспалительными заболеваниями придатков матки, должны составлять отдельную диспансерную группу.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Egorova AT, Shapranova ED, Maiseenko DA, Svirskaya SV, Vashchanova YuP. Reproductive behavior and health in female students of KSMU. *Siberian medical review*. 2011; (1): 67-70. Russian (Егорова А.Т., Шапранова Э.Д., Маисеенко Д.А., Свирская С.В., Ващанова Ю.П. Репродуктивное поведение и здоровье студенток КрасГМУ // Сибирское медицинское обозрение. 2011. № 1. С. 67-70.)
2. Maiseenko DA, Tsaryuk EP, Semenova YuE. Gynecological morbidity in adolescent girls receiving treatment at children's medical wards in General hospital. *Russian Med. J.* 2015; 23(20): 1217-1218. Russian (Маисеенко Д.А., Царюк Е.П., Семенова Ю.Е. Гинекологическая заболеваемость девочек-подростков, находящихся на лечении в детских соматических отделениях при многопрофильной больнице // ПМЖ. 2015. Т. 23, № 20. С. 1217-1218.)
3. Kalashnikova IV, Orlova VS, Kurganskaja GM. Menstrual dysfunction in the population of adolescents. *BSU Scientific bulletin. Series: Medicine. Pharmacy*. 2010; (9): 18-26. Russian (Калашникова И.В., Орлова В.С., Курганская Г.М. Нарушения менструальной функции в популяции девушек-подростков // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. 2010. № 9. С. 18-26.)
4. Ipatova MV. The possibility of CAP-ELM-01 «Andro-Gin» in the treatment of gynecological diseases in children and adolescents. *Resort statement*. 2007; 4(43): 61-62. Russian (Ипатова М.В. Возможности КАП ЭЛМ-01 «Андро-Гин» в лечении гинекологических заболеваний у детей и подростков // Курортные ведомости. 2007. № 4(43). С. 61-62.)
5. Petersburgskaja VF. Disorders of menstrual function in puberty. *Health of Ukraine*. 2008; 10/1: 57-59. Russian (Петербургская В.Ф. Расстройства менструальной функции в пубертатном возрасте // Здоровье Украины. 2008. № 10/1. С. 57-59.)
6. Adamyan LV, Bogdanova EA. Operative gynecology children and adolescents. М.: Alexcom, 2004. 208 p. Russian (Адамян Л.В., Богданова Э.А. Оперативная гинекология детей и подростков. М.: ЭликсКом, 2004. 208 с.)
7. Niyogi A, Dalton J, Clarke S, Stafford M. Recurrent unilateral hydrosalpinx: a rare complication of acute perforated appendicitis. *Arch Gynecol Obstet*. 2009; (280): 835-838.
8. Wiesenfeld HC, Amortegui AJ, Hillier SL, Meyn LA, Sweet RL. Subclinical pelvic inflammatory disease and infertility. *Obstet Gynecol*. 2012; 120 (1): 37-43.
9. Bryantsev AV. Laparoscopy in the diagnosis and treatment of acute surgical pathology of internal genital organs in girls: Candidate med. sci. abstracts diss. М., 1999. 24 p. Russian (Брянцев А.В. Лапароскопия в диагностике и лечении острой хирургической патологии внутренних половых органов у девочек: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1999. 24 с.)
10. Petlakh VI, Kononov AK, Konstantinova IN, Sergeev AV, Belyaeva OA. Diagnosis and treatment of gynecological diseases in a pediatric surgeon's practice. *The Doctor*. 2012; (1): 3-7. Russian (Петлах В.И., Коновалов А.К., Константинова И.Н., Сергеев А.В., Беляева О.А. Диагностика и лечение гинекологических заболеваний в практике детского хирурга // Врач. 2012. №1. С. 3-7.)

