

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ХИРУРГА

В. Петлах¹, доктор медицинских наук,
А. Коновалов², доктор медицинских наук,
И. Константинова¹, кандидат медицинских наук,
А. Сергеев¹, кандидат медицинских наук,
О. Беляева¹, кандидат медицинских наук

¹Московский НИИ педиатрии и детской хирургии,

²Детская ГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва

E-mail: vladimirip@front.ru

Представлен алгоритм диагностики и лечения девочек с гинекологической патологией в отделении детской хирургии с использованием современных медицинских технологий.

Ключевые слова: острый живот, гинекологические заболевания, дети, эхография, лапароскопия.

Заболевания органов малого таза различного генеза у девочек, протекающие под маской острого живота, остаются одной из актуальных проблем urgentной хирургии детского возраста. 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, 3, 12].

Причины острого живота, связанные с гинекологической патологией, можно разделить на 3 основные группы:

- острые гнойные заболевания придатков и матки;
- острые внутрибрюшные кровотечения;
- разрывы и перекруты кист и опухолей женских половых органов.

Дифференциальная диагностика острого аппендицита (наиболее частого хирургического заболевания у детей) с гинекологическими заболеваниями часто очень сложна. Анатомическая близость червеобразного отростка и гениталий, а также вариабельность проявлений заболеваний этих органов нередко приводят к диагностическим ошибкам. Среди больных с катаральными формами острого аппендицита преобладают девочки [6, 7].

Ультразвуковая (УЗ) диагностика (эхография) является одним из основных диагностических методов, используемых в педиатрической практике. На основании результатов, полученных при УЗИ, может быть составлен план дальнейшего диагностического обследования и(или) определена лечебная тактика в отношении конкретной пациентки [4, 8, 10].

В последнее время при дифференциально-диагностических затруднениях широко применяют лапароскопию, возможность которой не ограничиваются установлением диагноза, но предполагают (при наличии современного эндохирургического оборудования и подготовленных специалистов) выполнение почти любых хирургических операций на органах брюшной полости [2, 5, 13, 14]. Сдержанно относятся к лапароскопическим операциям онкологи, предпочитая при подозрении на злокачественную опухоль применять открытое вмешательство [9, 11].

Несмотря на развитие новых медицинских технологий, частота диагностических и тактических ошибок при острой гинекологической патологии остается высокой и колеблется в пределах 2,1–24% [3, 7, 12].

С 2001 по 2010 г. в отделении неотложной и гнойной хирургии детской ГКБ № 9 находились на лечении 7193 ребенка, поступивших с жалобами на боли в животе, из них у 208 (2,9%) девочек в возрасте от 4 до 15 лет были диагностированы заболевания органов малого таза. Большинство больных (88%) госпитализированы с диагнозом острого аппендицита.

Специфика обследования девочек подросткового возраста состояла в выяснении анамнеза менструального цикла, его регулярности, наличия болевого синдрома. Клиническое обследование пациентки включало оценку ее поведения, реакцию на болевое раздражение. При осмотре живота описывали его форму, симметричность, участие в акте дыхания. Поверхностную пальпацию живота производили в направлении зоны максимальной болезненности. Проверяли пассивное мышечное напряжение, перкуSSIONную болезненность, напряжение прямых мышц живота (симптом Краснобаева). Главный объективный признак острых хирургических заболеваний органов брюшной полости – напряжение мышц передней брюшной стенки живота как симптом, не зависящий от воли больного. При оценке выраженности абдоминальных симптомов необходимо учитывать толщину подкожной жировой клетчатки брюшной стенки. При глубокой пальпации живота выявляли органомегалию и наличие объемных образований. Обязательно проводили бимануальное ректальное обследование.

Лабораторные методы включали определение общих анализов крови и мочи, микробиологическое исследование содержимого брюшной полости и выделений из влагалища. При выявлении объемных образований для исключения их опухолевого генеза назначали исследование на онкомаркеры: хорионический гонадотропин и СА-125.

Всем девочкам выполняли УЗИ органов малого таза с наполненным мочевым пузырем. Исследования кровотока в режиме цветового доплеровского картирования позволяло судить о степени васкуляризации яичников.

При объемных образованиях в ряде случаев (n=3) обследование дополняли компьютерной томографией (КТ) брюшной полости и магнитно-резонансной томографией (МРТ). Для дифференциальной диагностики с хирургическими заболеваниями и верификации диагноза применяли диагностическую лапароскопию (n=134).

Лечебные методы наряду с различными схемами антибактериальной терапии включали эндохирургические операции (n=18) и открытую лапаротомию (n=17).

Результаты ретроспективного анализа диагностических исследований и лечебных манипуляций у пациенток с гинекологической патологией приведены в таблице.

Наиболее часто (50%) выявляли острые воспалительные заболевания внутренних половых органов. Из 92 девочек с криптогенным перитонитом у 79 лапароскопия была единственным вмешательством, которое позволило установить правильный диагноз и назначить адекватное лечение. Во время процедуры удаляли выпот из малого таза, проводили его бактериологическое исследование. У 69 пациенток был диагностирован вульвовагинит; специфической микрофлоры в мазках из брюшной полости и влагалища не выявлено.



Рис. 1. Эхограмма фрагмента кистозного образования

У 7 больных при УЗИ отмечено увеличение размеров правых придатков, но провести дифференциальную диагностику между аднекситом и острым аппендицитом было практически невозможно, поэтому пациенткам была выполнена диагностическая лапароскопия. Отметим, что у всех больных этой группы наблюдались гнойные выделения из влагалища.

У 4 девочек старшей возрастной группы при лапароскопии по поводу перитонита неясного генеза установлено наличие гнойного пельвиоперитонита. Вмешательство заканчивали аспирацией гнойного содержимого и дренированием полости малого таза под контролем лапароскопа.

Кисты яичников диагностированы у 51 больной. При эхографии у 25 девочек обнаружены кисты, при которых не было показаний к urgentному вмешательству (образования небольшого размера, без признаков воспаления, при отсутствии нарушения кровоснабжения органа по данным доплероскопии). Эти дети были переданы под наблюдение детского гинеколога. У 22 больных при эхографии обнаружены кисты яичников с признаками перекрута. Для окончательной верификации диагноза больным была выполнена лапароскопия, закончившаяся в 8 наблюдениях эндохирургическим устранением перекрута и удалением кисты. У 10 больных в связи с техническими трудностями осуществлены конверсия и удаление кисты. В связи с резко выраженным болевым синдромом оперированы 4 девочки (выявлен разрыв кисты без выраженного кровотечения).

В ходе диагностической лапароскопии по поводу острого живота у 6 пациенток обнаружен перекрут гидатиды фимбрий маточной трубы (в 2 случаях – множественных: от 2 до 4). Гидатиды после электрокоагуляции ножки были отсечены и удалены.

Из 24 девочек с клиническими и эхографическими признаками апоплексии яичника у 8 с целью дифференциальной диагностики с острым аппендицитом выполнили лапароскопию, при которой диагноз апоплексии яичника подтвердился; дополнительных гемостатических мероприятий не потребовалось.

В случае альгодисменореи (альгоменорея, дисменорея) боли локализовались внизу живота, иррадиировали в крестец и паховую область. При изучении гинекологического анамнеза и динамическом наблюдении была исключена острая хирургическая патология. Для определения вида и форм альгодисменореи девочек направляли к детскому гинекологу.

Наибольшие сложности при диагностике и лечении возникли в группе из 4 девочек с опухолевыми поражениями придатков. Во всех наблюдениях острые процессы в брюшной полости были исключены. При ректальном осмотре пальпировали опухолевидные образования тугоэластической консистенции кзади от матки. Эхография позволила определить морфологическое строение образования: размеры, структуру, наличие кровотока или его отсутствие (при перекруте ножки кистомы). Однако в 3 наблюдениях вследствие большого размера кисты (занимала практически всю брюшную полость) УЗИ оказалось недостаточно информативным для

Распределение обследованных с учетом выявленной патологии			
Вид патологии	Нозологическая форма	Число больных	
		п	%
Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов	Криптогенный перитонит	92	50,0
	Аднексит	7	
	Гнойный пельвиоперитонит	4	
	Нагноившийся гематокольпос	1	
Кистозные образования придатков	Неосложненная киста	25	27,4
	Перекрут кисты	22	
	Разрыв геморрагической кисты	4	
	Перекрут гидатид	6	
Внутрибрюшные кровотечения	Апоплексия яичника	24	11,6
Нарушения менструального цикла	Альгодисменорея	19	9,1
Опухоли придатков	Тератома яичника	3	1,9
	Лимфангиома широкой связки матки	1	
Всего		208	100

определения происхождения образования. Поэтому для уточнения природы кисты и дифференциальной диагностики с доброкачественными и злокачественными новообразованиями яичников использовали КТ или МРТ органов малого таза, а также исследовали уровень хорионического гонадотропина и поверхностного антигена – онкомаркера СА-125.

Трудности многоэтапной инструментальной диагностики опухолевидных образований яичников у девочек демонстрирует клиническое наблюдение.

Б о л ь н а я И., 11 лет, поступила 26.11.08 с периодическими болями в животе, недержанием мочи. **Анамнез заболевания:** до 10 лет росла и развивалась по возрасту, за 6 мес до поступления в клинику родители стали отмечать у ребенка равномерное увеличение живота. Затем присоединилось недержание мочи при перемене положения тела и физическом

напряжении. Периодически беспокоят боли в животе. При осмотре живот увеличен в объеме (окружность на уровне пупка – 84 см), при пальпации безболезненный, определяется объемное образование размером 30×40 см, неподвижное, не спаянное с кожей и подкожной клетчаткой. В общеклиническом анализе крови и общем анализе мочи изменений не выявлено, стул без патологических примесей, регулярный.

При УЗИ брюшной полости (рис. 1) обнаружено многокамерное анэхогенное образование, тонкостенное, с четкими контурами и небольшим количеством мелкодисперсной взвеси. Образование занимает практически всю брюшную полость; печень визуализируется с трудом, оттеснена кверху.

Мочевой пузырь заполнен на 1/3 объема. Правая почка: уретерогидронефроз.

Выполнена экскреторная урография (рис. 2). На серии урограмм обе почки функционируют. Функция их своевременна.



Рис. 2. Экскреторная урография. Вторичный гидронефроз правой почки II степени



Рис. 3. КТ брюшной полости. Фронтальный срез кистозного образования



Рис. 4. МРТ-сагиттальный срез кистозного образования



Рис. 5. Внешний вид удаленной опухоли с левыми придатками

Чашечно-лоханочная система левой почки не расширена. Справа – собирательная система увеличена в размерах: чашечки округлой формы, диаметром до 2,5 см; лоханка увеличена до 3,5 см. Мочеточник с уровня L_{IV}–L_V оттеснен кнаружи.

Для уточнения диагноза выполнены КТ с внутривенным контрастным усилением (рис. 3), а также МРТ (рис. 4). Определяется массивное многокамерное жидкостное образование с неравномерно утолщенной капсулой, обуславливающее дислокацию петель кишечника кверху и слева направо. Кишка куполообразно огибает верхний полюс образования. В передних отделах нижнего полюса отмечен овальной формы компонент с неомогенной «слоистой» структурой за счет фрагментов с денситометрическими показателями, несколько превышающими плотность жидкости, и утолщенным контуром (капсулой), накапливающим контрастное вещество. Тело матки ротировано, смещено справа налево, без четкой дифференциации придатков. Мочевой пузырь неправильной формы, правые его отделы компрессированы описанным выше образованием. Почки оттеснены кзади, отмечено гидронефротическое расширение лоханки и средней группы чашечек правой почки, правого мочеточника. Данных, свидетельствующих о лимфопролиферативных изменениях, не установлено.

Проведена консультация онколога в РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН; при этом оценены показатели онкомаркеров: хорионический гонадотропин – от 0,1 до 5 мед/мл (норма – до 5 мед/мл); СА-125 (карбогидратный (углеводный) антиген, высокомолекулярный гликопротеин) – 54,7 кед/л (норма – 35 кед/л), что соответствует поражению ткани яичника.

Заключение: с учетом объема визуализируемого образования определить его исходную локализацию трудно, однако его структура, характер смещения петель кишечника могут соответствовать новообразованию яичника (цистаденома?).

Правосторонний мегауретер развился вследствие сдавления правого мочеточника кистозным образованием правого яичника.

Операция выполнена 23.12.09. При вскрытии брюшной полости: к ране прилежит стенка большой кисты (45×40 см), занимающая весь передний отдел, оттесняющая петли кишечника кзади и кверху. Киста выведена из брюшной полости без нарушения целостности оболочки и признаков нарушения кровоснабжения. На одном из полюсов распластана левая труба матки. Киста удалена (рис. 5).

Послеоперационный диагноз: серозная цистаденома левого яичника, правосторонний вторичный уретерогидронефроз. Диагноз подтвержден гистологическим исследованием. Ребенок передан под наблюдение детского онколога.

Сложность дифференциальной диагностики в данном наблюдении очевидна: после, казалось бы, полного инструментального обследования с использованием всего спектра доступных методов окончательный диагноз был установлен только после оперативного вмешательства.

На основании анализа полученных результатов нами был разработан алгоритм диагностики и лечения девочек с гинекологическими заболеваниями в отделении неотложной хирургии (см. схему). Так, диагностический процесс при наличии клинических проявлений острого живота условно можно разделить на 2 этапа. В первую очередь решается вопрос о наличии острого процесса в брюшной полости и соответственно о необходимости экстренной операции. Таким больным выполняют диагностическую лапароскопию в экстренном порядке. Дальнейшая тактика зависит от результата исследования. Больным с криптогенным перитонитом, аднекситом, апоплексией яичника без выраженного кровотечения назначают консервативное лечение. При сформулированных показаниях к оперативному лечению (перекрут и разрыв кист, перекрут гадатид) вид вмешательства определяется наличием опыта у специалистов в эндохирургии и техническим оснащением отделения.

Когда клиническая симптоматика, УЗИ брюшной полости и лабораторные методы позволяют исключить острые хирургические заболевания, пациентам, если диагноз установлен, проводят консервативную терапию с последующим направлением к детскому гинекологу (апоплексия яичника, альгодисменорея). Другой группе пациенток для уточнения диагноза проводят обследование в отсроченном порядке с использованием дополнительных лабораторных и инструментальных методов. После установления диагноза гинекологического или онкологического заболевания пациенток переводят в профильные отделения. Наиболее сложная ситуация возникает при объемных образованиях брюшной полости, когда исследование не позволяет определить, из какого органа исходит данное образование. В таких случаях для уточнения диагноза показана лапароскопия. Вид последующего оперативного вмешательства (открытая или эндохирургическая операция) зависит от возможностей клиники.

Таким образом, при поступлении девочек с болями в животе в общехирургическое отделение наряду с исключением ургентной патологии необходимо провести

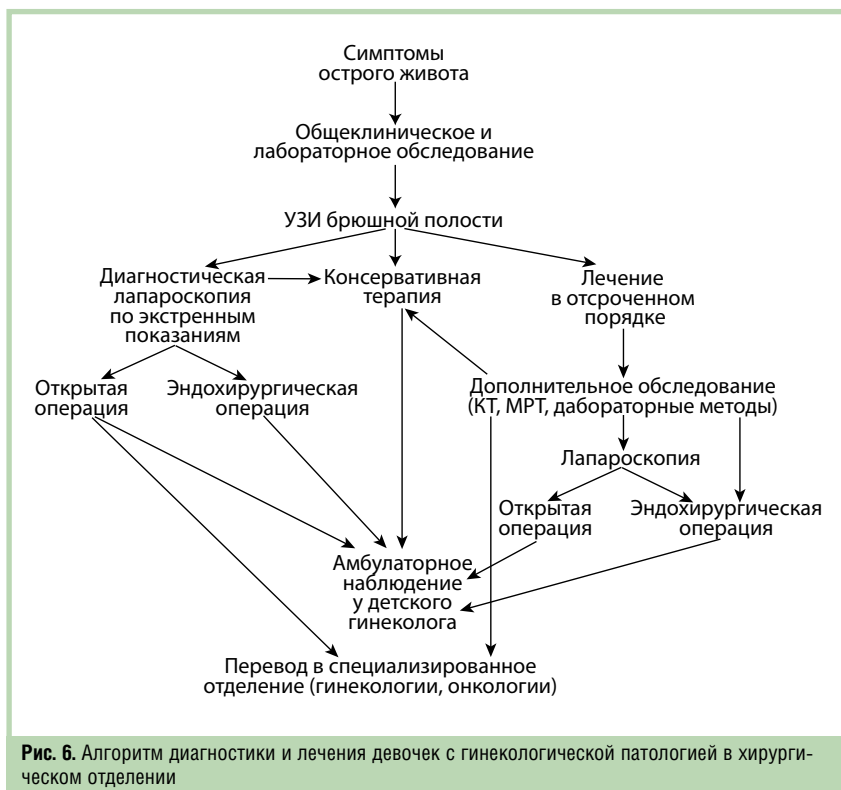


Рис. 6. Алгоритм диагностики и лечения девочек с гинекологической патологией в хирургическом отделении

комплексное обследование с применением разработанного алгоритма, что позволит улучшить результаты лечения пациенток с гинекологическими заболеваниями. Взаимодействие на последующих этапах с детскими гинекологами и онкологами предупредит развитие поздних осложнений и нарушений репродуктивной функции. Особо подчеркнем необходимость онконастороженности с вынужденным (не свойственным для хирурга-педиатра) решением об органонуносящей операции.

Литература

- Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей: руководство.— М.: Медицина, 1988.— 416 с.
- Адамян Л.В., Поддубный И.В., Глыбина Т.М. и др. Лапароскопия при кистах яичника и брюшной полости у девочек.— М.: ГОЭТАР-Мед, 2007.— 104 с.
- Гуркин Ю.А. Детская и подростковая гинекология: руководство для врачей.— М.: МИА, 2009.— 692 с.
- Дворяковский И.В., Беляева О.А. Ультразвуковая диагностика в детской хирургии.— М.: Профит, 1997.— 240 с.
- Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котлобовский В.И. Эндоскопическая хирургия у детей.— М.: ГЭОТАР-Мед, 2002.— С. 129–146.
- Кокolina В.Ф., Чундокова М.А. Синдром «острого живота» у девочек: дифференциальная диагностика // Вопросы практической педиатрии.— 2009; 4 (3): 65–68.
- Кулаков В.И., Богданова Е.А. Руководство по гинекологии детей и подростков.— М.: Триада-Х, 2005.— С. 138–140.
- Мартыш Н.С., Богданова Е.А., Киселева И.А. и др. Эхографическая диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников у девочек // Гинекология.— 2000; 2 (1): 15–19.
- Нечушкина И.В., Кошечкина Н.А., Евстафиева М.М. и др. Диагностика и лечение злокачественных герминогенных опухолей у детей // Детская онкология.— 2006; 4: 71–75.
- Ольхова Е.Б., Щитинин В.Е. Абдоминальный болевой синдром у детей (эхографические варианты) // SonoAce-Ultrasound.— 2004; 12: 74–93.
- Grapin-Dagorno C., Chabaud M. Surgical aspects of ovarian cysts and tumors in childhood // Arch. Pediatr.— 2008; 15 (5): 786–788.
- Laufer M., Goldstein D. Pediatric and adolescent gynecology // Lippincott Williams & Wilkins, 2005.— 1076 p.
- Shapiro E., Kaye J., Palmer L. Laparoscopic ovarian cystectomy in children // Urology.— 2009; 73 (3): 526–522.
- Wells J., Jawaheer G. Laparoscopy in children // Surgery.— 2010; 28 (1): 27–32.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GYNECOLOGICAL DISEASES IN A PEDIATRIC SURGEON'S PRACTICE

V. Petlakh¹, MD; **A. Kononov²**, MD; **I. Konstantinova¹**, Candidate of Medical Sciences; **A. Sergeyev¹**, Candidate of Medical Sciences; **O. Belyaeva¹**, Candidate of Medical Sciences

¹Moscow Research Institute of Pediatrics and Pediatric Surgery;

²G.N. Speransky City Children's Clinical Hospital Nine, Moscow

The paper presents an algorithm for the diagnosis and treatment of girls with gynecological diseases at the unit of pediatric surgery, by applying the up-to-date medical technologies.

Key words: acute abdomen, gynecological diseases, children, echography, laparoscopy.

ОБЛИТЕРИРУЮЩИЙ БРОНХИОЛИТ В ПОДРОСТКОВОМ И МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ: НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИНФЕКЦИОННОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Л. Ковалева, кандидат медицинских наук,
Е. Суркова, кандидат биологических наук,
Т. Гембицкая, доктор медицинских наук, профессор
СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
E-mail: kov_lf@mail.ru

Оценивали значение вирусно-бактериальных патогенов и иммунных механизмов (роль нейтрофилов) в формировании и поддержании хронического воспаления при облитерирующем бронхолите у подростков и лиц молодого возраста.

Ключевые слова: облитерирующий бронхолит, вирусно-бактериальное воспаление бронхиол, маркеры воспаления — миелопероксидаза, нейтрофильная эластаза, α_1 -ингибитор протеиназы.

В последние годы в связи с внедрением в клиническую практику новых технологий (в том числе компьютерной томографии — КТ — высокого разрешения) возрос интерес к заболеваниям малых дыхательных путей. Многие исследователи и клиницисты предполагают, что бронхиальная обструкция у лиц молодого и среднего возраста формируется в результате патологии бронхиол в детстве [2, 4].

Воспалительное поражение бронхиол — брохиолит — хронический процесс, при котором поражаются бронхиолы — дыхательные пути диаметром менее 2–3 мм, не имеющие хрящевой основы и слизистых желез. Облитерирующий бронхолит (ОБ) относится к группе констриктивных бронхолитов, при которых патогистологические изменения связаны с продуктивно-склеротическим воспалением. Концентрические сужения терминальных бронхиол и мелких бронхов формируются вследствие частичной или полной облитерации их просвета фиброзной тканью, приводящей к нарушению легочного кровотока и развитию эмфиземы.

Поражения малых дыхательных путей (бронхиол) встречаются при респираторных инфекциях, диффузных поражениях бронхиального дерева различной этиологии (хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, бронхоэктазия), интерстициальных заболеваниях легких, после трансплантации легких. Бронхолиты — гетерогенная группа заболеваний, но в большинстве случаев удается выявить их причину [1, 6]. Наиболее часто ОБ — следствие острого инфекционного бронхолита, перенесенного, как правило, в раннем детском возрасте. Основной его причиной являются вирусные инфекции: аденовирус, респираторно-синцитиальный (РС) вирус, риновирусы, вирусы гриппа. В более старшем возрасте (у подростков и взрослых) описано развитие заболевания после гриппа А, гриппа H1N1, парагриппа, кори, микоплазмы. Его ведущее клиническое проявление — стойкая бронхиальная обструкция, в генезе которой важную роль