

17. Tan S., Wulkan M. Minimally invasive surgical techniques in reoperative surgery for gastroesophageal reflux disease in infants and children. *Am. Surg.* 2002; 68: 989—92.
18. Liu D., Waxman I. What is the optimal laparoscopic antireflux procedure for children with gastroesophageal reflux disease? *Nature Clin. Pract. Gastroenterol. Hepatol.* 2007; 4 (1): 14—5.
19. Khan M., Smythe A., Globe J. et al. Randomized controlled trial of laparoscopic anterior versus posterior fundoplication for gastroesophageal reflux disease. *Austral. N. Z. J. Surg.* 2010; 80(7—8): 500—5.
20. Kubiak R., Andrews J., Grant H. Long-term outcome of laparoscopic Nissen fundoplication compared with laparoscopic Thal fundoplication in children. A prospective, randomized study. *Ann. Surg.* 2011; 253: 44—9.
21. Markar S., Karthikesalingam A., Wagner O. et al. Systematic review and meta-analysis of laparoscopic Nissen fundoplication with or without division of the short gastric vessels. *Br. J. Surg.* 2011; 98: 1056—62.
22. Hunter J., Trus T., Branum G., Waring J. Laparoscopic Heller myotomy and fundoplication for achalasia. *Ann. Surg.* 1997; 225: 655—64.
23. Chrysos E., Tzortzinis A., Tsiaoussis J. et al. Prospective randomized trial comparing Nissen to Nissen—Rossetti technique for laparoscopic fundoplication. *Am. J. Surg.* 2001; 182: 215—21.
24. Rothenberg S. Laparoscopic redo Nissen fundoplication in infants and children. *Surg. Endosc.* 2006; 20: 1518—20.
25. Graziano K., Teitelbaum D., McLean K. et al. Recurrence after laparoscopic and open Nissen fundoplication. A comparison of the mechanisms of failure. *Surg. Endosc.* 2003; 17: 704—7.
26. Pacilli M. et al. Factors predicting failure of redo Nissen fundoplication in children. *Pediatr. Surg. Int.* 2007; 23: 499—503.
27. Vecchia L., Grosfeld J., West K. et al. Reoperation after Nissen fundoplication in children with gastroesophageal reflux. Experience with 130 patients. *Ann. Surg.* 1997; 226 (3): 315—23.
28. Lopez M., Kalfa N., Forgues D. et al. Laparoscopic redo fundoplication in children. Failure causes and feasibility. *J. Pediatr. Surg.* 2008; 43: 1885—90.
29. Curtis J., Wong G., Gutierrez I. et al. Pledgeted mattress sutures reduce recurrent reflux after laparoscopic Nissen fundoplication. *J. Pediatr. Surg.* 2010; 45: 1159—64.
30. Siewert J., Isolauri J., Feussner H. Reoperation following failed fundoplication. *World J. Surg.* 1986; 13: 791—6.
31. Gott J., Polk H. Repeat operation for failure of antireflux procedures. *Surg. Clin. N. Am.* 1991; 71: 13—32.
32. Langer J. The failed fundoplication. *Semin. Pediatr. Surg.* 2001; 12 (2): 110—7.
33. Zee D., Bax N., Ure B. Laparoscopic refundoplication in children. *Surg. Endosc.* 2000; 14: 1103—4.
34. Shah S., Jegapragasan M., Fox M. et al. A review of laparoscopic Nissen fundoplication in children weighing less than 5 kg. *J. Pediatr. Surg.* 2010; 45: 1165—8.
35. Rothenberg S., Cowles R. The effects of laparoscopic Nissen fundoplication on patients with severe gastroesophageal reflux disease and steroid-dependent asthma. *J. Pediatr. Surg.* 2012; 47: 1101—4.
36. Bratu I., Kupper S. Pediatric fundoplications: too much of a good thing? *Clin. Pediatr.* 2010; 49 (12): 1099—102.
37. Dallemagne B., Weerts J., Jehaes C. et al. Laparoscopic Nissen fundoplication: preliminary report. *Surg. Laparosc. Endosc.* 1997; 1: 138—43.
38. Peter S., Barnhart D., Ostlie D. et al. Minimal vs extensive esophageal mobilization during laparoscopic fundoplication: a prospective randomized trial. *J. Pediatr. Surg.* 2011; 46: 163—8.
39. Caniano D., Ginn-Pease M., King D. The failed antireflux procedure: analysis of risk factors and morbidity. *J. Pediatr. Surg.* 1990; 25: 1022—5.
40. Donkervoort S., Bais J., Rijnhart-de J. et al. Impact of anatomical wrap position on the outcome of Nissen fundoplication. *Br. J. Surg.* 2003; 90: 854—9.
41. Ngercham M., Barnhart D., Haricharan R. et al. Risk factors for recurrent gastroesophageal reflux disease after fundoplication in pediatric patients: a case-control study. *J. Pediatr. Surg.* 2007; 42: 1478—85.
42. Pearl R., Robie D., Ein S. et al. Complications of gastroesophageal antireflux surgery in neurologically impaired versus neurologically normal children. *J. Pediatr. Surg.* 1990; 25 (11): 1169—73.
43. Galvani C., Fisichella P., Gorodner M. et al. Symptoms are a poor indicator of reflux status after fundoplication for gastroesophageal reflux disease: Role of esophageal functions tests. *Arch. Surg.* 2003; 138: 514—8.
44. Valusek P., Peter S., Keckler S. et al. Does an upper gastrointestinal study change operative management for gastroesophageal reflux? *J. Pediatr. Surg.* 2010; 45: 1169—72.
45. Takahashi T., Okazaki T., Shimotakahara A. Collis—Nissen fundoplication using a computer-powered right angle linear cutting stapler in children. *Pediatr. Surg. Int.* 2009; 25: 1021—5.
46. Chen S., Jarboe M., Teitelbaum D. Effectiveness of a transluminal endoscopic fundoplication for the treatment of pediatric gastroesophageal reflux disease. *Pediatr. Surg. Int.* 2012; 28: 229—34.

Received 12.03.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.8-009.7-036.12-031:611.96]-055.25

ХРОНИЧЕСКИЙ ТАЗОВЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ У ДЕВОЧЕК

Писклаков А.В.¹, Баринов С.В.¹, Плаксина В.С.^{1,2}, Павленко Н.И.^{1,2}

¹ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Минздрава РФ, 644043, Омск;

²БУЗ ОО Областная детская клиническая больница Центр патологии репродуктивных органов и тазовой хирургии, 644001, Омск

Для корреспонденции: Писклаков Андрей Валерьевич; e-mail: pisklakovomsk@mail.ru

For correspondence: Pisklakov A.V.; e-mail: pisklakovomsk@mail.ru

В статье представлен опыт диагностики и лечения хронического тазового болевого синдрома у 161 девочки в возрасте 12—17 лет. У всех пациенток длительность болей превышала 6 мес. При обследовании у 106 девочек выявлена гинекологическая патология, у 12 детей — патология ЖКТ, в 13 случаях имелся спаечный процесс после оперативных вмешательств, у 5 — овариоовариокоцеле.

В результате исследования сделан вывод, что в программу диагностики хронического тазового болевого синдрома у девочек необходимо чаще включать лапароскопию как метод, позволяющий установить анатомические причины этого состояния, а во многих случаях и устранить их.

Ключевые слова: дети; гинекология; хронический тазовый болевой синдром.

Pisklakov A.V.¹, Barinov S.V.¹, Plaksina V.S.^{1,2}, Pavlenko N.I.^{1,2}

CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME IN GIRLS

Omsk State Medical Academy, 644043 Omsk; Regional Children's Clinical Hospital, Centre of Pathology of Reproductive Organs and Pelvic Surgery, 644001 Omsk

The paper reports diagnostics and treatment of chronic pelvic pain syndrome in 161 girls aged 12-17 years with pain duration over 6 months. Gynecological pathology was documented in 106 of them, gastrointestinal pathology in 12, postsurgical adhesive process in 13, ovarian varicocele in 5. It is concluded that diagnostics of chronic pelvic pain syndrome must include laparoscopy allowing to identify anatomical changes responsible for this condition and correct them in many patients.

Key words: children; gynecology; chronic pelvic pain syndrome.

Состояние репродуктивного здоровья девочек является одним из важнейших факторов, определяющих будущее человеческой популяции [1—3]. Именно в детстве находятся истоки многих патологических состояний, отрицательно влияющих на функцию половой системы у женщин фертильного возраста. Одним из наиболее частых проявлений гинекологической патологии является боль.

Термин «хронический тазовый болевой синдром» (ХТБС) используется для обозначения комплекса признаков, ведущим из которых является длительная, изнуряющая боль или ощущение дискомфорта в нижних отделах живота. Основная проблема в диагностике этого патологического состояния заключается в разнообразии состояний и заболеваний, которые сопровождаются болью в этой области [4, 5]. Хроническая тазовая боль значительно чаще бывает симптомом гинекологических (73,1%) или экстрагенитальных заболеваний (21,9%), чем различного рода психических нарушений [6]. Столь же редко она имеет самостоятельное нозологическое или синдромное значение [7, 8]. Данные показатели характерны также для детского и подросткового возраста.

Ввиду тесной анатомической и функциональной взаимосвязи внутренних половых органов, нижних мочевых путей, дистальных отделов желудочно-кишечного тракта и тазового дна, диагностика причины ХТБС у детей и подростков часто требует привлечения врачей как минимум трех специальностей — детский гинеколог, детский хирург-уролог и детский хирург-проктолог. Это возможно только в крупных многопрофильных больницах [9].

Основными причинами формирования ХТБС при различных заболеваниях тазовых органов следует считать расстройство регионарной и внутриорганной гемодинамики, нарушение тканевого дыхания с избыточным образованием продуктов клеточного метаболизма, воспалительные, дистрофические и функциональные изменения в периферическом нервном аппарате внутренних половых органов, а также других органов малого таза и вегетативных симпатических ганглиев [10, 11].

На основании вышеизложенного проблема ХТБС является актуальной в современной детской гинекологии и детской хирургии и требует создания алгоритма наблюдения и лечения данного контингента больных.

Материал и методы

Под наблюдением находилась 161 пациентка с ХТБС, обратившаяся за медицинской помощью в Центр патологии репродуктивных органов и тазовой хирургии Омской государственной медицинской академии на базе Областной детской клинической больницы за период с января 2008 г. по декабрь 2012 г. ХТБС у всех детей характеризовался длительностью не менее 6 мес.

Возраст обследованных составлял от 12 до 17 лет. Из них в возрасте 12—14 лет было 59 пациенток, старше 15 лет — 102 девочки.

Первоначально в центре девочек с ХТБС осматривает детский гинеколог. Он же, учитывая жалобы ребенка и результаты осмотра, определяет необходимость в консультациях специалистов (проктолог, уролог, гастроэнтеролог, невролог, психолог и т. д.) и объем гинекологических обследований для каждого конкретного случая. Коррективы в план обследования вносят консультанты.

При поступлении проводился традиционный сбор анамнеза заболевания и жизни. Особое внимание уделяется длительности заболевания, характеру жалоб, менструальной функции, методам контрацепции (у девушек, живущих половой жизнью), сопутствующей гинекологической патологии, соматическому здоровью, перенесенным ранее операциям на органах брюшной полости, воспалительным заболеваниям женских половых органов, различным формам нарушений мочеиспускания и дефекации.

Всем детям осуществляли стандартное клиничко-лабораторное обследование. У девушек-подростков с ХТБС, живущих половой жизнью, брали мазок на степень чистоты и на инфекции, передающиеся половым путем (*Ureaplasma parvum/urealiticum*, *Chlamidia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*), методом ПЦР. При необходимости пациенткам производились цистоскопия, цистография, ирригография, функциональное исследование мочевых путей и аноректальной зоны, лапароскопия. В обязательном порядке всем пациенткам проводили ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и малого таза.

На основании проведенного обследования 161 пациентки были выделены основные формы ХТБС у девочек:

1. ХТБС, связанный с гинекологической патологией, — 122 (75,8%) случая;
2. ХТБС у девочек, перенесших оперативное вмешательство на органах брюшной полости, — 18 (11,2%) случаев;
3. ХТБС при патологии желудочно-кишечного тракта — 16 (9,9%) случаев;
4. ХТБС при овариковариоцеле — 5 (3,1%) случаев.

Результаты и обсуждение

В результате обследования все девочки были разделены на следующие группы.

1. Дети с гинекологической патологией, которая является наиболее частым и разнообразным причинным фактором хронических тазовых болей у девочек (75,8%). При этом преобладал ациклический (не связанный с менструальной функцией) болевой синдром. Причина такого, казалось бы, не соответствующего данным литературы [7], распределения больных кроется в том, что дети с первичной альгодисменореей, составляющие основной контингент больных с ХТБС гинекологического происхождения [12], в нашем центре обследовались и лечились на амбулаторно-поликлиническом этапе.

По нашим данным, различные варианты альгодисменореи как причины ХТБС имелись только у 20 (12,4% от общего числа) больных. При диагностике патологического состояния у этих детей основной задачей является установление вторичного характера альгодисменореи, так как данная патология в боль-

шинстве случаев требует хирургической коррекции. Скрининговое обследование проводится в поликлинике и сводится в основном к УЗИ органов малого таза. Бесспорно, УЗИ и магнитнорезонансная томография имеют приоритетное значение для диагностики этих состояний. В нашей практике причиной вторичной альгодисменореи в 12 (7,4%) случаях явились различные варианты атрезии производных мюллеровых протоков. Однако в протокол обследования и лечения этих детей необходимо включить и лапароскопию, даже если вид порока не позволяет надеяться на радикальное устранение аномалии во время ее проведения. Причиной этого является то, что у 4 (2,5% от общего числа и 33% из группы пациенток с пороками развития матки и влагалища) девочек аномалии сопровождались развитием эндометриоза тазовой брюшины и маточных труб, что было подтверждено лапароскопически. Все пороки развития были успешно устранены, за исключением случая полной атрезии цервикального канала и субтотальной атрезии полости матки. Данной пациентке потребовалось проведение операции надвлагалищной ампутации матки. Эндометриоидные очаги на париетальной брюшине при их обнаружении обычно удалялись электрокоагуляцией [13]. В 2 (1,3%) случаях в качестве причины вторичной альгодисменореи были выявлены параовариальные кисты больших размеров (400 и 550 мл). Лапароскопическая цистэктомия привела к купированию болевого синдрома. В 6 (3,7%) случаях диагностирована первичная альгодисменорея.

Ациклический (не зависящий от менструальной функции) гинекологический ХТБС нередко связан с наличием опухолей и опухолевидных образований придатков матки. В нашей клинике за исследуемый период времени пролечены 102 (63,4%) девочки с этой патологией. Показанием для оперативного лечения являлись: тератома яичника (при установлении диагноза); параовариальные кисты (при установлении диагноза и вне зависимости от размеров); функциональные кисты, превышающие размер 50 мм и/или сохраняющиеся более 6 мес на фоне консервативного лечения; доброкачественные опухоли яичников. При подозрении на злокачественность новообразования проводилось исследование онкомаркеров (СА-125, альфа-фетопротеин и др.) [7]. Оперативное лечение потребовалось 84 пациенткам из 102. У 18 девочек отмечался регресс кист после проведенного лечения. Остальным, в подавляющем большинстве, проведено малоинвазивное эндоскопическое оперативное лечение. Сорока пациенткам выполнена лапароскопическая цистэктомия с сохранением ткани яичника, что, безусловно, является операцией выбора у девочек [14], в 34 случаях цистэктомия осуществлена при параовариальных кистах, в 8 случаях выполнена цистовариэктомия (кистозная тератома при полном отсутствии ткани яичника). В 2 случаях операцию осуществили лапаротомным доступом и закончили в одном случае овариэктомией (гранулезоклеточная опухоль яичника), в другом — двусторонней аднексэктомией и тотальной резекцией сальника (дисгерминома на фоне чистой формы дисгенезии гонад).

2. Спаечный процесс в брюшной полости также часто является причиной ХТБС, особенно если

операция проводилась в близлежащей к тазу анатомической зоне (например, при остром аппендиците). Патогенез послеоперационного образования спаек остается до конца не изученным. Образование соединительной ткани — конечная стадия воспалительной реакции, которая регулируется сложным кооперативным взаимодействием клеточных элементов на всех этапах воспалительного процесса [13, 15, 16].

Частота бесплодия после аппендэктомий, перенесенных в детстве, колеблется от 3,9 до 20% [17]. При этом выявлено 3—5-кратное увеличение частоты бесплодия после перфоративного аппендицита по сравнению с показателями при неосложненной форме [18, 19].

Достаточно часто клиническая картина и данные УЗИ не позволяют поставить достоверный диагноз спаечного процесса малого таза и только при диагностической лапароскопии выявляется истинная причина болей внизу живота [20].

Нами расширены показания к проведению лапароскопии у пациенток, имеющих в анамнезе операцию вблизи органов малого таза и обратившихся по поводу ХТБС. К данной категории относились 5 (3,1%) девочек, перенесших операцию на внутренних женских половых органах и 13 (8%) пациенток после лапаротомии или лапароскопии по поводу осложненных и неосложненных форм острого аппендицита. Так, за 2008—2012 гг. произведено 18 подобных операций и в 15 случаях выявлены спайки в области придатков матки, рассечение которых привело к стойкому купированию болевого синдрома. При наличии грубого спаечного процесса в малом тазу у 2 девочек-подростков, перенесших односторонний тубоовариальный абсцесс, потребовалось проведение сальпингоадгезиолизиса с гидротубацией и хромосальпингоскопией. Этим пациенткам удалось полностью восстановить проходимость маточных труб только с помощью лапароскопической неосальпингостомии. Всем детям в послеоперационном периоде проводили активную профилактику спайкообразования.

3. Ациклический характер боли чаще всего характерен для **патологии ЖКТ**. При обследовании выявлено 16 (9,9%) девочек с патологией толстой кишки. Наиболее частыми причинами болей внизу живота оказались долихосигма — у 3 (1,9%) девочек, болезнь Пайра — у 4 (2,5%) и цеко-илеальный рефлюкс (ЦИР) — у 9 (5,6%). При наличии долихосигмы боли в животе беспокоили как справа, так и слева, а у пациенток с болезнью Пайра и ЦИР боли локализовались в основном справа. У большинства девочек отмечались нарушения стула (при долихоколон и у некоторых с болезнью Пайра — в виде запоров, а при ЦИР отмечались как запоры, так и редкие поносы).

Все девочки с долихосигмой получили консервативную терапию с благоприятным результатом. Две пациентки с болезнью Пайра без положительной динамики консервативной терапии в течение 9—12 мес были прооперированы: им проведена лапароскопически-ассистированная резекция поперечно-ободочной кишки с пластикой связочного аппарата. ЦИР также лечили в основном консервативно. Исключение составила одна девочка, у которой отмечался упорный болевой синдром в правой подвздошной области на фоне выраженного ЦИР и отсутствия эффекта от комплексной консервативной терапии в течение 1 го-

да. Ей были проведены лапароскопические аппендэктомия и инвагинационная баугиниеопластика с хорошим результатом.

4. В 5 (3,1%) случаях в качестве основного причинного фактора ХТБС у девочек выявлено **варикозное расширение вен малого таза (овариковариоцеле)**. Клиническое обследование, а на начальных стадиях и УЗИ не позволяют достоверно подтвердить данную патологию. Стандартная методика проведения УЗИ органов малого таза подразумевает при трансабдоминальном сканировании использование в качестве акустического «окна» заполненный мочевого пузыря [10]. Применение трансвагинальных датчиков, не требующих наполнения мочевого пузыря, по понятным причинам в детском возрасте ограничено. Кроме того, исследования проводятся в исключительно горизонтальном положении. Все вышеуказанные причины приводят к тому, что диагностика начальных стадий расширения вен широкой связки матки не только крайне затруднена, но и в большинстве случаев невозможна. Поэтому нами при трансабдоминальном УЗИ у девочек с ХТБС использовались следующие приемы, позволяющие выявить возможное расширение тазовых вен: сканирование при нетугом наполнении мочевого пузыря, ортостатическая проба, а также проба Вальсальвы. Имеет значение и размер вен. В качестве нормальной величины нами принят диаметр сосудов не более 2 мм. При размере вены, превышающем 2 мм, выставлялись показания к диагностической лапароскопии, причем в процессе выполнения лапароскопии для объективного выявления овариковариоцеле необходимо кратковременно снижать давление до уровня карбоксиперитонеума в 6 мм рт. ст. и не опускать головной конец операционного стола [9]. Невыполнение данных условий приводит к запустеванию расширенных тазовых вен и диагностическим ошибкам. В 3 случаях при лапароскопии выявлена начальная стадия овариковариоцеле, что позволило установить причину ХТБС и назначить консервативную сосудистую терапию. Двум девочкам, у которых диаметр вен составил 4—5 мм и по результатам сонографии получена положительная проба Вальсальвы, выполнена лапароскопическая операция Иванисевича на стороне поражения, что привело к купированию болевого синдрома.

Заключение

ХТБС требует особого лечебно-диагностического подхода. Прежде всего необходимо определить характер связи его с менструальным циклом. При циклическом характере боли причиной ее в большинстве случаев является гинекологическая патология. Диагностический поиск у этих пациенток должен быть направлен на выявление анатомических причин ХТБС. Органической причиной циклических тазовых болей у девочек может быть, помимо пороков развития женских половых органов, сосудистая патология — овариковариоцеле (боль в области таза встречается по нашим данным у 1/2 пациенток с варикозом паритазальных вен малого таза).

Ациклический ХТБС, помимо обследования у гинеколога, требует консультации детского хирурга, так как может быть следствием не только патологии при-

датков матки, но и аномалий развития толстой кишки или спаечного процесса брюшной полости после перенесенных оперативных вмешательств.

Таким образом, в программу диагностики ХТБС у девочек необходимо чаще включать лапароскопию как метод, позволяющий установить анатомические причины этого состояния, а во многих случаях и устранить их.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кулаков В.И., Долженко И.С. Основные тенденции изменения репродуктивного здоровья девочек в современных условиях. *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 2005; 1: 22—8.
2. Кулаков В.И., Уварова Е.В. Современные лечебно-диагностические технологии в детской гинекологии. *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 2005; 1: 11—5.
3. Уварова Е.В., Кулаков В.И. Современные проблемы репродуктивного здоровья девочек. *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 2005; 1: 6—10.
4. Савицкий Г.А., Иванова Р.Д., Щеглов И.Ю., Попов П.А. *Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической клинике*. СПб.: ЗАО "ЭЛБИ"; 2000.
5. Берек Дж., Адаши И., Хиллард П. Общая гинекология. В кн.: *Гинекология по Э. Новаку*. М.; 2002.
6. Bush D., Evans S., Vancaille T. The \$6 billion woman and the \$600 million girl. The Pelvic Pain report. endorsed by Pain Australia and the Faculty of Pain medicine, 2011. Available online at: http://www.fpm.anzca.edu.au/Pelvic_Pain_report_rFS.pdf (accessed april 2013).
7. Коколина В.Ф. *Гинекологическая эндокринология детского и подросткового возраста*: Руководство для врачей. М.: Медпрактика; 2005.
8. Коколина В.Ф. *Гинекология детского возраста*. М.: Медпрактика; 2003.
9. Писклаков А.В., Павленко Н.И., Шаховал В.С., Баринов С.В. Лапароскопия при хроническом тазовом болевом синдроме у девочек. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. 2012; 1: 60—3.
10. Богданова Е.А. *Гинекология детей и подростков*. М.: МИА; 2000.
11. Gillet Wt., Jones D. Chronic pelvic pain in women: role of the nervous system. *Exp. Rev. Obstetr. Gynaecol.* 2009; 4: 149—63.
12. Уварова Е.В. *Стандартные принципы обследования и лечения детей и подростков с гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития*. М.: Триада-Х; 2008.
13. Адамян Л.В., Кулаков В.И. *Эндометриозы*. М.: Медицина; 1998.
14. Адамян Л.В., Поддубный И.В., Глыбина Т.М., Федорова Е.В. *Лапароскопия при кистах яичника и брюшной полости у девочек*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2007.
15. Савельева Г.М. *Лапароскопия в гинекологии*. М.: ГЭОТАР МЕД; 1999.
16. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. *Новые принципы лечения миомы матки*. М.; 2006.
17. Chiang S.C., Cheng C.H., Moulton K.S., Kasznica J.M., Moulton S.L. TNP-470 inhibits intraabdominal adhesion formation. *J. Pediatr. Surg.* 2000; 35 (2): 189—96.
18. Бодяжина В.И., Сметчик В.П., Тумилович Л.Г. *Неоперативная гинекология*. М.; 1990.
19. Urbach D.R., Marrett L.D., Kung R., Cohen M.M. Association of perforation of the appendix with female tubal infertility. *Am. J. Epidemiol.* 2001; 153 (6): 566—71.
20. Доровских В.А., Быстрицкая Т.С., Коколина В.Ф., Путинцева О.Г., Киселева Г.Г., Лысяк Д.С. Тазовые боли у девочек и девушек-подростков. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2006; 5: 34—5.

Поступила 13.01.14

REFERENCES

1. Kulakov V.I., Dolzhenko I.S. Main tendencies of reproductive health in girls in the modern conditions. *Reproduktivnoe zdorov'e detey i podrostkov*. 2005; 1: 22—8 (in Russian).
2. Kulakov V.I., Uvarova E.V. The state-of-the-art treatment and diagnosis technologies in pediatric gynecology. *Reproduktivnoe zdorov'e detey i podrostkov*. 2005; 1: 11—5 (in Russian).

3. Uvarova E.V., Kulakov V.I. Contemporary issues of reproductive health in girls. *Reproduktivnoe zdorov'e detey i podrostkov*. 2005; 1: 6—10 (in Russian).
4. Savitskiy G.A., Ivanova R.D., Shcheglov I.Yu., Popov P.A. *Surgical treatment of pelvic pains in the gynecological hospital*. St. Petersburg: ZAO "ELBI"; 2000 (in Russian).
5. Berek Dzh., Adashi I., Khillard P. General gynecology. In: *E. Novak's gynecology*. Moscow; 2002 (in Russian).
6. Bush D., Evans S., Vancaille T. The \$6 billion woman and the \$600 million girl. The Pelvic Pain report. endorsed by Pain Australia and the Faculty of Pain medicine, 2011. Available online at: http://www.fpm.anzca.edu.au/Pelvic_Pain_report_rFS.pdf (accessed april 2013).
7. Kokolina V.F. *Gynecologic endocrinology in children and adolescents: Manual for Physicians*. Moscow: Medpraktika; 2005 (in Russian).
8. Kokolina V.F. *Gynecology in children*. Moscow: Medpraktika; 2003 (in Russian).
9. Pisklakov A.V., Pavlenko N.I., Shakhov V.S., Barinov S.V. Laparoscopy in chronic pelvic pain syndrome in girls. *Rossiyskiy vestnik detskoy khirurgii, anesteziologii i reanimatologii*. 2012; 1: 60—3 (in Russian).
10. Bogdanova E.A. *Pediatric and adolescent gynecology*. Moscow: MIA; 2000 (in Russian).
11. Gillet Wr., Jones D. Chronic pelvic pain in women: role of the nervous system. *Exp. Rev. Obstet. Gynaecol.* 2009; 4: 149—63.
12. Uvarova E.V. *Standards for examination and treatment of children and adolescents with gynecological diseases and sexual development disturbances*. Moscow: Triada-Kh; 2008 (in Russian).
13. Adamyan L.V., Kulakov V.I. *Endometriosis*. Moscow: Meditsina; 1998 (in Russian).
14. Adamyan L.V., Poddubnyy I.V., Glybina T.M., Fedorova E.V. *Laparoscopy in ovarian and abdominal cysts in girls*. Moscow: GEOTAR-Media; 2007 (in Russian).
15. Savel'eva G.M. *Laparoscopy and gynecology*. Moscow: GEOTAR MED; 1999 (in Russian).
16. Tikhomirov A.L., Lubnin D.M. *New principles for hysteromyoma treatment*. Moscow; 2006 (in Russian).
17. Chiang S.C., Cheng C.H., Moulton K.S., Kasznica J.M., Moulton S.L. TNP-470 inhibits intraabdominal adhesion formation. *J. Pediatr. Surg.* 2000; 35 (2): 189—96.
18. Bodyazhina V.I., Smetchik V.P., Tumilovich L.G. *Non-operative gynecology*. Moscow; 1990 (in Russian).
19. Urbach D.R., Marrett L.D., Kung R., Cohen M.M. Association of perforation of the appendix with female tubal infertility. *Am. J. Epidemiol.* 2001; 153 (6): 566—71.
20. Dorovskikh V.A., Bystritskaya T.S., Kokolina V.F., Putitseva O.G., Kiseleva G.G., Lysyak D.S. Pelvic pains in girls and female teens. *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa*. 2006; 5: 34—5 (in Russian).

Received 13.01.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.348-007.61-089

БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА С СУПЕРКОРОТКИМ СЕГМЕНТОМ

Сварич В.Г.¹, Киргизов И.В.², Абайханов Р.И.²

¹ГБУЗ РК Республиканская детская больница, 167000, Сыктывкар;

²ФГБУ Научный центр здоровья детей РАМН, 119991, Москва

Для корреспонденции: Сварич Вячеслав Гаврилович; e-mail: svarich61@mail.ru

For correspondence: Svarich V.G.; e-mail: svarich61@mail.ru

Целью исследования было улучшение результатов диагностики и лечения детей с суперкороткой формой болезни Гиршпрунга. В основу работы положены наблюдения за 152 пациентами с суперкороткой формой заболевания. Всем пациентам проведено обследование до операции, в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Возникновение хронических запоров у детей, не поддающихся традиционной консервативной терапии, может быть связано с суперкороткой формой болезни Гиршпрунга. На долю пациентов с данной формой заболевания приходится около 44,8% всех детей с болезнью Гиршпрунга. Суперкороткая форма этой болезни имеет отличительные рентгенологические признаки, в ряде случаев прямо противоположные наблюдаемым при длинных формах. Патологические изменения в виде увеличения диаметра прямой кишки после оперативного лечения при суперкороткой форме болезни Гиршпрунга у детей полностью не исчезают. Для полной реабилитации требуется длительное консервативное лечение в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: болезнь Гиршпрунга; суперкороткая форма.

Svarich V.G., Kirgizov I.V., Abaikhanov R.I.

HIRSHSPRUNG'S DISEASE WITH A SUPERSHORT SEGMENT

Republican Children's Hospital, 167000 Syktyvkar; Research Centre of Children's Health, 119991 Moscow

The aim of the study was to improve diagnostics and treatment of children suffering from Hirshsprung's disease with a supershort segment based on results of observation of 152 patients before and after surgery. Chronic constipation in children resistant to traditional therapy may be due to Hirshsprung's disease with a supershort segment accounting for 44.8% of the cases of Hirshsprung's disease. This form is characterized by specific roentgenological signs that are sometimes quite different from those typical of the long-segment form. Pathological changes in the form of increased rectal diameter following surgical intervention do not completely disappear in children having Hirshsprung's disease with a supershort segment and their rehabilitation requires long-term conservative treatment.

Key words: Hirshsprung's disease with a supershort segment.

В большинстве научных исследований, посвященных болезни Гиршпрунга у детей, подробно рассматриваются варианты заболевания с длинным сегментом. Работы, в которых упоминается вариант заболевания с суперкоротким сегментом, встречаются редко [1—6]. В них не раскрыты вопросы диагностики, лечения, отдаленных результатов данной формы бо-

лезни Гиршпрунга. Цель исследования — улучшение результатов диагностики и лечения болезни Гиршпрунга с суперкоротким сегментом у детей.

Материал и методы

В основу работы положены наблюдения за 722 детьми в возрасте от 10 дней до 18 лет с хроническими запорами.