

Н. А. Кохреидзе, Г. Ф. Кутушева, И. Н. Красногорский

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИДАТКОВ МАТКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ВТОРИЧНЫМ АППЕНДИЦИТОМ, У ДЕВОЧЕК

Кафедра детской гинекологии и женской репродуктологии (зав. – проф. Г. Ф. Кутушева) Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии

Надежда Анатольевна Кохреидзе, канд. мед. наук, доц. каф. детской гинекологии и женской репродуктологии СПб ГПМА, kokh-reidze@mail.ru

*С целью разработки путей повышения качества диагностики осложненных форм гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки (ГВЗПМ) у девочек проведен сравнительный анализ клинического течения заболевания у пациенток в возрасте от 14 до 17 лет (средний возраст 16,0±0,2 года) с лапароскопически подтвержденным вторичным аппендицитом (1-я группа, n = 20) и без него (2-я группа, n = 46). Во всех случаях гистологически установлен вторичный характер воспаления удаленного в процессе санлирующей операции аппендикса. Показано, что вторичный аппендицит не сопровождается такими классическими симптомами аппендицита, как миграция болей, тошнота, рвота, но акцент болей на правую половину живота, в том числе правое подреберье, чаще встречался у пациенток 1-й группы ( $\chi^2 = 6,24$ ;  $p = 0,012$ ; ТМФ:  $p = 0,008$ ). Присоединение вторичного аппендицита у больных с ГВЗПМ существенно утяжеляло объективно оцениваемое состояние больных ( $\chi^2 = 4,86$ ;  $p = 0,028$ ; ТМФ:  $p = 0,017$ ), что способствовало более активной хирургической тактике и выполнению оперативного вмешательства в более короткие сроки ( $\chi^2 = 10,53$ ;  $p < 0,006$ ). Несмотря на выявленные закономерности, позволяющие на основании клинических признаков заподозрить присоединение вторичного аппендицита, единственным надежным методом диагностики этого осложнения у девочек с подозрением на ГВЗПМ является лапароскопия, что служит еще одним веским аргументом в пользу активного хирургического ведения этой категории больных.*

**Ключевые слова:** сальпингоофорит, тубоовариальный абсцесс, пельвиоперитонит, вторичный аппендицит, лапароскопия

*In order to improve diagnostics of complicated pyo-inflammatory diseases of uterine adnexes, we undertook comparative analysis of their clinical course. The patients were girls aged 14-17 (mean 16.0±0.2) years with laparoscopically confirmed secondary appendicitis (group 1, n=20) and without it (group 2, n=46). In all the cases, the histological study revealed secondary inflammation in removed appendix. It was shown that secondary appendicitis is not accompanied by such classical symptoms as pain migration, vomiting, and nausea. However, patients of group 1 more frequently experienced pain concentration in the right half of abdomen involving hypochondrium ( $\chi^2=6.24$ ;  $p<0.012$ ; TMF,  $p=0.008$ ). Objective clinical condition of the girls with pyo-inflammatory diseases of uterine adnexes significantly deteriorated in the presence of secondary appendicitis ( $\chi^2=4.86$ ;  $p<0.028$ ; TMF,  $p=0.017$ ) which necessitated more active and faster surgical intervention. ( $\chi^2=10.53$ ,  $p<0.005$ ). Although these observations make it possible to suggest secondary appendicitis based on clinical symptoms in girls with pyo-inflammatory diseases of uterine adnexes, laparoscopy remains the sole reliable method to diagnose this complication which emphasizes the necessity of active surgical treatment of these patients.*

**Key words:** salpingoophoritis, tuboovarian abscess, pelvioperitonitis, secondary appendicitis, laparoscopy

Особую значимость воспалительных заболеваний придатков матки (ВЗПМ) определяет их высокая распространенность, составляющая 60–65% среди амбулаторных больных и до 30% среди стационарных [1, 10]. Известно, что наиболее высок риск ВЗПМ у молодых женщин в возрасте от 15 до 25 лет [5, 6, 10, 11], поэтому не удивительно, что доля трубного фактора в структуре причин женского бесплодия достигает 36% [7]. Возрастание риска ВЗПМ в подростковом и раннем репродуктивном возрасте связано исключительно с инициацией сексуальной активности. К 15-летнему возрасту сексуальный дебют имеют 5,6% девушек, к 17 годам – 47,8%, к 19 годам – 81,7% [2, 8]. В многочисленных работах показано, что сальпингоофорит имеет многообразные клинические проявления и клиническая картина далеко не всегда соответствует степени воспалительной деструкции придатков матки [2, 6, 10]. Сложность диагностики привела к необходимости разработки клинико-диагностических критериев ВЗПМ, среди которых выделены группы минимальных, до-

полнительных и доказательных [11]. Большую часть доказательных критериев составляют признаки развившихся осложнений гнойных ВЗПМ (ГВЗПМ). Поэтому в настоящее время стандарт ведения молодых нерожавших женщин с подозрением на ГВЗПМ предусматривает проведение диагностической лапароскопии и после верификации диагноза проведение санационных мероприятий [3–5, 7, 10]. Выделяют генитальные (формирование гнойных воспалительных опухолей придатков матки, преимущественно в виде тубоовариальных абсцессов – ТОА) и экстрагенитальные (пельвиоперитонит, вторичный аппендицит и ограниченный поддиафрагмальный перитонит) осложнения. Развитие вторичного аппендицита является, с одной стороны, безусловным признаком гнойной формы ВЗПМ, а с другой – фактором, усугубляющим течение основного заболевания. Нами не обнаружено публикаций, посвященных частоте, особенностям клинического течения и возможностям дооперационной диагностики вторичного аппендицита как осложнения ГВЗПМ.

Структура различных форм ВЗПМ у пациенток гинекологического отделения городской многопрофильной детской больницы

Показатель	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	Всего
Число больных с ВЗПМ	48	131	258	276	195	180	257	321	1666*
Из них оперировано	3	24	55	58	45	30	11	11	237** (14,2% от)*
с ТОА	1	4	14	15	19	12	2	5	72 (30,4% от)**
с вторичным аппендицитом	0	3	13	7	7	3	2	2	37 (15,6% от)**

Целью исследования было выявление возможностей дооперационной диагностики вторичного аппендицита у девочек с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки путем оценки частоты развития этого осложнения и изучения особенностей его клинического течения.

### Материалы и методы

Исследование проведено на базе отделения гинекологии городской детской клинической больницы № 5 им. Н. Ф. Филатова Санкт-Петербурга.

На основании данных ретроспективного анализа клинической картины воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМП) у пациенток, поступивших в стационар с 2001 по 2008 г., установлена частота развития вторичного аппендицита у больных с ВЗПМ и ГВЗПМ.

Для выявления особенностей течения ГВЗПМ, осложненных вторичным аппендицитом, были изучены анамнез и клиническое течение заболевания у 66 больных, распределенных в 2 группы. Пациентки были в возрасте от 14 до 17 лет (средний возраст 16,0±0,2 года). Первую группу составили 20 пациенток с ГВЗПМ, осложненными вторичным аппендицитом, верифицированным лапароскопически и затем гистологически. Во 2-ю группу вошли 46 пациенток с ГВЗПМ без лапароскопических признаков вторичного аппендицита. Проведен сравнительный анализ структуры диагнозов направления, длительности заболевания до госпитализации, особенностей болевого симптома у пациенток каждой группы. Оценено общее состояние пациенток при поступлении, степень выраженности интоксикации по клиническим (температура тела, частота пульса, наличие перитонеальных симптомов) и лабораторным (показатели клинического анализа крови, уровень сывороточного С-реактивного белка – СРБ) данным. На основании показателей лейкоцитарной формулы рассчитывали лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) по Я. Ф. Кальф-Калифу [2]. Концентрацию СРБ определяли количественным методом на аппарате Keisis, производства Германия (норма СРБ для девушек 13–17 лет менее 0,007 г/л).

Санационные лапароскопические вмешательства проводили по общепринятой методике под эндотрахеальным наркозом с использованием лапароскопической аппаратуры фирмы “Aescularp” (Германия). Лапароскопическая верификация диагноза предшествовала saniрующим хирургическим мероприятиям, которые заключались в эвакуации патологического выпота с последующим его культуральным, цитологическим и бактериоскопическим исследованием, промывании малого таза антисептиком и наружном дренировании. При наличии показаний проводили адгезиолизис, туботомию, тубэктомия, аднексэктомию, аппендэктомию, резекцию измененных прядей большого сальника.

Основной частью медикаментозного лечения являлась комбинированная антибактериальная терапия, проводимая в соответствии с рекомендациями ВОЗ [11]. Она подразумевала сочетание цефалоспоринов III поколения с метронидазолом и тетрациклинами (доксидолин), общая продолжительность ее составляла не менее 14 дней.

Статистическую обработку материала выполняли на ПЭВМ со стандартным пакетом программ прикладного ста-

тистического анализа Statistica for Windows v.6.0, используя общепринятые методы параметрической и непараметрической статистики. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы (об отсутствии значимых различий или факторных влияний) принимали равным 0,05 [9].

### Результаты и обсуждение

С 2001 по 2008 г. всего было пролечено 10 887 пациенток в возрасте от 1 мес до 17 лет, из них с диагнозом острых ВЗПМ 1666 (15,3%). Средний возраст больных с ВЗПМ составил 16,1±0,9 (14; 17) года. Все девочки были сексуально активны. Показания к санационным оперативным вмешательствам в связи с подозрением на гнойную форму заболевания имелись у 237 (14,2%) больных. Из 237 оперированных у 72 (30,4%) больных выявлены ТОА и у 37 (15,6%) был обнаружен вторичный аппендицит. Таким образом, частота вторичного аппендицита как осложнения ГВЗПМ у сексуально-активных девушек составила 15,6% (табл. 1).

Средняя длительность догоспитального этапа почти не различалась и составила 11,3±2,4 дня для 1-й группы и 13,4±2,3 – для 2-й.

Диагноз сальпингоофорита имели 8 (40%) больных 1-й группы и 26 (56,5%) больных – 2-й. С диагнозом «острый аппендицит» поступило почти одинаковое количество больных в 1-й и 2-й группах: 8 (40%) и 14 (30,4%) пациенток соответственно. Две (4,3%) девочки из 2-й группы поступили с диагнозом острый живот. Пациентки 1-й группы несколько чаще, чем пациентки 2-й группы, поступали с диагнозами «инфекция мочевыводящих путей» и «острый холецистит»: 4 (20%) против 4 (8,7%) соответственно ( $\chi^2 = 78$ ;  $p > 0,10$ ).

В приемном отделении стационара хирургом были осмотрены 24 (36,4%) из 66 девочек, поступавших с диагнозом «острый аппендицит» и «острый живот». Диагноз «острый аппендицит» не исключен у 3 (12,5%) из 24 осмотренных больных. Во время экстренного оперативного вмешательства у этих больных были обнаружены вторичные изменения аппендикса на фоне гнойного сальпингоофорита.

Таким образом, у 85% (17 из 20 больных) пациенток с ГВЗПМ 1-й группы на догоспитальном этапе и в приемном покое на основании клинических проявлений заболевания заподозрен вторичный аппендицит.

При выяснении особенностей болевого симптома установлено, что на боли в нижних отделах живота жаловались большинство поступивших: 15 (75%) пациенток 1-й группы и 45 (97,8%) – 2-й. Сочетание болей в гипогастральном, правой подвздошной области и правом подреберье отмечали 3 (15%) пациентки из 1-й группы и 1 (2,2%) – из 2-й. Изолированные боли в правом подреберье беспокоили 2 (10%) девушек 1-й группы.

Таблица 2

**Распределение пациенток в зависимости от экстренности оперативного вмешательства**

План вмешательства	1-я группа (n = 20)	2-я группа (n = 46)	$\chi^2$	ТМФ: p
Экстренный (1-е сутки)	14 (70)	13 (28,2)	8,39 $p < 0,004$	0,002
Срочно-плановый (2-е-3-и сутки)	4 (20)	19 (41,3)	1,93 $p > 0,10$	–
Плановый	2 (10)	14 (30,4)	2,15 $p > 0,10$	–

Примечание. Здесь и в табл. 3 в скобках указан процент.

Таблица 3

**Структура лапароскопических диагнозов у обследованных больных**

Диагноз	1-я группа (n = 20)	2-я группа (n = 46)	$\chi^2$	p
Острый гнойный сальпингит	9 (45)	21 (45,7)	0,05	> 0,10
ТОА	11 (55)	25 (54,3)	0,05	> 0,10
В том числе:				
двусторонние	2 (10)	8 (17,4)	0,16	> 0,10
правосторонние	6 (30)	7 (15,2)	1,10	> 0,10
левосторонние	3 (15)	10 (21,7)	0,09	> 0,10
Пельвиоперитонит	6 (30)	4 (8,7)	3,40	0,065 ТМФ: $p=0,056$
Оментит	5 (25)	8 (17,4)	0,14	> 0,10
Спаечный процесс	6 (30)	14 (30,4)	0,07	> 0,10

Таким образом, жаловались на боли в правой половине живота, а именно в правой подвздошной области и правом подреберье 25% девочек 1-й группы и только у 2,2% пациенток 2-й группы ( $\chi^2 = 6,24$ ;  $p = 0,012$ ; ТМФ:  $p = 0,008$ ).

Результаты анализа объективных и лабораторных признаков интоксикации показали, что пациентки 1-й группы достоверно чаще поступали в стационар в состоянии средней тяжести, чем пациентки 2-й группы: 14 (70%) и 17 (36,9%) больных соответственно ( $\chi^2 = 4,86$ ;  $p = 0,028$ ; ТМФ:  $p = 0,017$ ). В удовлетворительном состоянии поступили 6 (30%) пациенток 1-й группы и 28 (60,9%) – 2-й ( $\chi^2 = 4,15$ ;  $p = 0,043$ ; ТМФ:  $p = 0,032$ ). В тяжелом состоянии поступила только 1 (2,2%) пациентка 2-й группы. Средние значения термометрии при поступлении не различались и составили у пациенток 1-й группы  $37,41 \pm 0,18^\circ\text{C}$ , у пациенток 2-й группы  $37,24 \pm 0,10^\circ\text{C}$  ( $t = 0,92$ ;  $p > 0,10$ ).

При сравнительном анализе лабораторных данных интоксикации выявлено, что среднее количество лейкоцитов в крови пациенток 1-й и 2-й группы не различалось и составило  $(11,5 \pm 0,8) \cdot 10^9/\text{л}$  и  $(11,2 \pm 0,6) \cdot 10^9/\text{л}$  соответственно ( $p > 0,1$ ). Показатель ЛИИ у девочек 1-й группы превышал таковой у больных 2-й группы:  $3,16 \pm 0,61$  против  $1,93 \pm 0,27$  ( $U = 296$ ;  $p = 0,089$ ). Средние значения СОЭ у пациенток обеих групп были сопоставимы и составили  $16,4 \pm 2,2$  мм/ч у пациенток 1-й группы и  $14,2 \pm 1,4$  мм/ч – 2-й группы. Уровень СРБ у больных обеих групп превышал нор-

мальные значения почти в 10 раз, но не различался и составил  $0,05 \pm 0,03$  и  $0,05 \pm 0,02$  г/л в 1-й и 2-й группах соответственно.

Изучение сроков проведения и данных лапароскопических вмешательств показало, что выраженность боли и степень интоксикации у больных 1-й группы в 2,5 раза чаще являлись показанием к экстренному хирургическому вмешательству, тогда как пациенток 2-й группы несколько чаще оперировали в срочном и плановом порядке (табл. 2). Таким образом, план хирургического ведения больных 1-й группы был более активным по сравнению с таковым для 2-й группы ( $\chi^2 = 10,53$ ;  $p < 0,006$ ).

Структура выявленных эндоскопических признаков воспалительных изменений придатков матки в исследуемых группах была примерно одинаковой (табл. 3). Так, гнойный сальпингит имел место у 9 (45%) пациенток 1-й группы и у 21 (45,7%) пациентки 2-й группы. У остальных пациенток при лапароскопии были обнаружены различные формы ТОА. При эндоскопии установлено, что у пациенток 1-й группы несколько чаще развивался пельвиоперитонит и оментит, тогда как спаечный процесс в малом тазу выявлялся с одинаковой частотой (см. табл. 3).

Объем оперативных вмешательств на придатках матки в группах больных существенно не различался. Адгезиолизис и санация, направленная на удаление скоплений гноя между трубой, яичником, задним листком широкой связки, проведены у 4 больных 1-й группы и 7 больных 2-й группы. Туботомии проведены у 3 и 9 пациенток 1-й и 2-й групп соответственно. Показания к органосохраняющим операциям на придатках матки возникали только у девочек с ТОА. Односторонняя тубэктомия произведена у 3 из 11 пациенток с ТОА в 1-й группе и у 4 из 25 – 2-й, двусторонняя тубэктомия выполнена 2 больными 2-й группы. Односторонняя аднексэктомия осуществлена у 1 и 3 пациенток 1-й и 2-й групп соответственно.

Средняя длительность стационарного лечения не различалась у обследованных пациенток и составила  $11,6 \pm 0,6$  дня в 1-й группе и  $11,7 \pm 0,4$  дня во 2-й ( $t = 0,12$ ;  $p > 0,10$ ).

Все удаленные червеобразные отростки были исследованы двумя независимыми морфологами. Во всех случаях подтвержден вторичный характер воспалительного поражения аппендикса. Установлено, что преобладающими формами воспалительных изменений червеобразного отростка были периаппендицит фибринозный и серозно-гнойный (10 (50%) из 20 случаев) и вторичный подострый аппендицит (8 (40%) из 20). У 2 (15%) из 20 больных гистологически установлен вторичный аппендицит по типу флегмонозного.

Обнаруженные изменения в различных слоях удаленных червеобразных отростков представлены на рисунке.

По результатам проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

Частота вторичного аппендицита как экстрагенитального осложнения ГВЗПМ составляет – 15,6%. Акцент более на правую половину живота, в том числе правое подреберье, можно считать клиническим признаком, свидетельствующим о присоединении

вторичного аппендицита у больных с ГВЗПМ, хотя вторичный аппендицит не сопровождается появлением таких классических симптомов заболевания, как миграция болей, тошнота, рвота. Присоединение вторичного аппендицита у больных с ВЗПМ существенно утяжеляет объективно оцениваемое состояние больных, и является причиной использования более активной хирургической тактики.

Таким образом, единственным достоверным методом диагностики вторичного аппендицита у девочек с подозрением на гнойное воспаление придатков матки является лапароскопия. Данный вывод служит еще одним веским аргументом в пользу активного хирургического ведения этой категории больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Доброхотова Ю. Э. // Эндоскоп. хир. – 2002. – Т. 8, № 1. – С. 37–40.
2. Долженко И. С. Репродуктивное здоровье девочек до 18 лет (состояние, оценка, система мер по его сохранению): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2004.
3. Евсеев А. А., Богинская Л. Н., Протопопова Л. О. и др. // Акуш. и гин. – 2003. – № 2. – С. 32–36.
4. Капацинская О. В. Ранняя диагностика и хирургическое лечение острых заболеваний придатков матки у детей и подростков: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Владивосток, 2002.
5. Краснопольский В. И., Буянова С. Н., Щукина Н. А. Гнойная гинекология. – М., 2001.
6. Подзолкова Н. М., Глазкова О. Л. Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии. – 2-е изд. – М., 2005.
7. Стрижаков А. Н., Давыдов А. И., Курбанова Д. Ф. // Акуш. и гин. – 2002. – № 2. – С. 60–62.
8. Уварова Е. В., Тарусин Д. И. Пособие по обследованию состояния репродуктивной системы детей и подростков. – М., 2009.
9. Урбах В. Ю. Статистический анализ в биологических и медицинских исследованиях. – М., 1975.
10. Уткин Е. В. Клиника, диагностика и терапия воспалительных заболеваний придатков матки неспецифической этиологии. – Кемерово, 2010.
11. Yudin M. H., Landers D. V. // Curr. Prob. Obstet. Gynecol. Fertil. – 2002.

Поступила 30.05.11

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.329-053.2-089.844-089.163/.164

И. И. Афуков<sup>1,2</sup>, С. М. Степаненко<sup>1</sup>, А. Ю. Разумовский<sup>1,2</sup>

## ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ С ПЛАСТИКОЙ ПИЩЕВОДА

<sup>1</sup>Кафедра детской хирургии (зав. – проф. А. В. Гераськин) Российского государственного медицинского университета Росздрава, <sup>2</sup>Детская городская клиническая больница № 13 им. Н. Ф. Филатова (главный врач К. В. Константинов)

Иван Игоревич Афуков, канд. мед. наук, ассистент каф. детской хирургии, afukovdoc@yandex.ru

*Колозофагопластика выполняется детям с атрезией пищевода с трахеопищеводным свищем или без него, рубцовыми и пептическими стенозами пищевода. Проводится заградничная колозофагопластика с соблюдением основных принципов – изоперистальтический трансплантат на левой ободочной артерии; формируют антирефлюксный анастомоз с желудком; обеспечивают точное соответствие длины трансплантата расстоянию между анастомозом на шее и желудком.*

*Тяжесть послеоперационного периода обусловлена объемом и тактикой оперативного вмешательства, состоянием трансплантата, отеком в области проксимального анастомоза, нестабильной гемодинамикой, парезом кишечника, инфекционными осложнениями.*

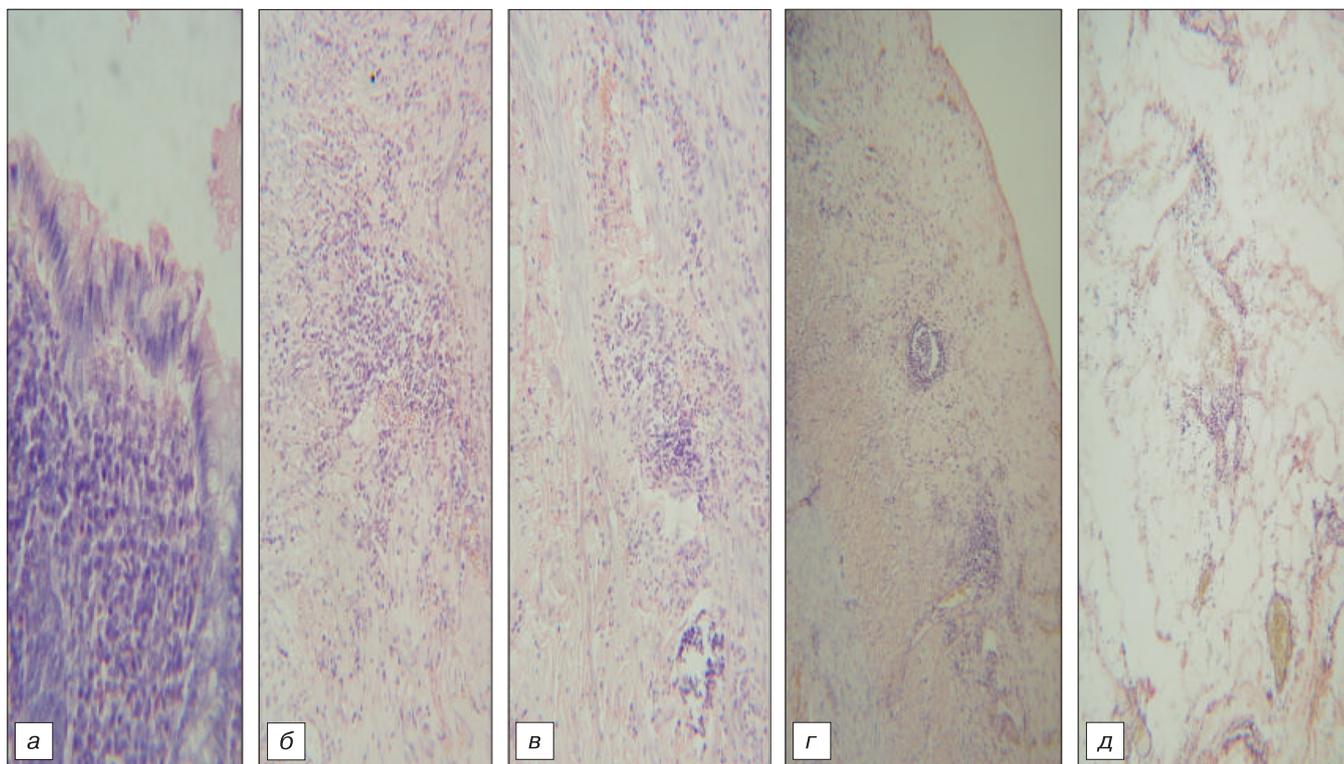
*В послеоперационном периоде осуществляются искусственная вентиляция легких с постепенным переводом на спонтанное дыхание, инфузионная терапия и парентеральное питание, обезболивание по разработанной схеме, затем больных переводят на энтеральное питание.*

*В результате проведенного исследования выполнен анализ предоперационной подготовки, выявлены особенности течения послеоперационного периода у детей с колозофагопластикой. Проведен сравнительный анализ количества больных, длительности ИВЛ, сроков экстубации у детей с колозофагопластикой на этапе становления оперативной тактики и со-временном этапе.*

**Ключевые слова:** предоперационная подготовка, колозофагопластика, дети, послеоперационный период

*Coloesophagoplasty is indicated to children with oesophageal atresia and tracheoesophageal fistula or without it and with cicatricial or peptic oesophageal stenosis. Retrosternal coloesophagoplasty is performed in compliance with certain main principles, viz. isoperistaltic graft on the left colic artery, formation antireflux anastomosis with the stomach, graft length exactly matching the distance between anastomosis on the neck and the stomach. The severity of the postoperative period depends on the extent and the mode of surgical intervention, graft characteristics, oedema in the region of proximal anastomosis, unstable hemodynamics, intestinal paralysis, and infectious complications. In the postoperative period, artificial lung ventilation gradually gives way to spontaneous respiration, infusion therapy, parenteral nutrition, analgesia according to a newly developed scheme and finally to enteral feeding. The study revealed peculiarities of preoperative and postoperative treatment in children undergoing coloesophagoplasty. It included comparative analysis of the number of patients, duration of artificial ventilation, and extubation time at the early and current stages of development of this surgical strategy.*

**Key words:** preoperative treatment, coloesophagoplasty, children, postoperative period



Гистологическая картина удаленного аппендикса.

а – слизистая оболочка, б – подслизистая основа, в – мышечный слой, г – серозная оболочка, д – брыжейка.



Множественные метастазы нейробластомы у больного К.

а – височная область слева; б – височная область справа; в – теменная область слева; г – основание черепа; д–е – нижняя челюсть слева; ж – голень и бедро слева; з – плечо справа.