

ризуются в целом состоянием гиперактивации В-звена иммунной системы и мононуклеарных фагоцитов на фоне гипосупрессии в системе иммунорегуляции. Важным итогом данного процесса являются аутоиммунные реакции, направленные против антигенов щитовидной железы, и воспалительные реакции в ткани этой железы. Следовательно, иммунологические механизмы патогенеза ДТЗ у обследованных детей и подростков

не отличаются от таковых, характерных для аутоиммунных заболеваний и заболеваний воспалительного характера [1,2,3].

Исходя из этого, можно полагать, что комплексное лечение ДТЗ должно включать в себя элементы иммунокоррекции, направленные на усиление физиологической иммуносупрессии, и использование препаратов противовоспалительного действия.

IMMUNE STATUS OF MONGOLIAN CHILDREN AND TEENAGERS WITH DIFFUSE TOXIC THYREOCELE

C. Lhagvasuren, M. Munhzol, G. Bukuu, D. Zorig, E.G. Kirdey, S.B. Pinskiy

(Mongolian National Medical University, Irkutsk State Medical University)

Mongolian children and teenagers with diffuse toxic thyreoele have the immune deficiency. This deficiency is characterised by hyper activation of B-cells and mononuclear phagocytes with hyposuppression of immune regulation. The main result of this process is autoimmune reactions against thyroid antigens and inflammation of thyroid tissue. So, immune mechanisms of pathogenesis of diffuse toxic thyreoele in mongolian children and teenagers are similar to common immune mechanisms of autoimmune and inflammatory diseases.

Литература

1. Кирдей Е.Г., Кирдей Л.Е. Механизмы развития аутоиммунной патологии // Сиб. мед. журн. – 1998. – №4. – С.50-54.
2. Майборода А.А., Кирдей Е.Г., Семинский И.Ж., Цибель Б.Н. Механизмы индукции воспаления (Сообщение 1) // Сиб. мед. журн. – 1994. – №1-2. – С.5-11.
3. Майборода А.А., Цибель Б.Н., Семинский И.Ж., Кирдей Е.Г. Механизмы индукции и развития воспаления (Сообщение 2) // Сиб. мед. журн. – 1995. – №1. – С.5-8.
4. Fonseca V., Thomas M., Dushejko G. Thyrotropin receptor antibodies following treatment with recombi-

- nant α -interferon in patients with hepatitis // Acta Endocrinol. (Copenh.). – 1991. – Vol.125. – P.491-493.
5. Holland F., McConnon, Volpe R. et al. Concordant Grave's disease after bone marrow transplantation: implication for pathogenesis // Clin. Endocrinol. – 1991. – Vol.72. – P.837-840.
6. Lisker-Melman M., Di Biscelie, Usala S.J. et al. Development of thyroid disease during therapy of chronic viral hepatitis with interferon alpha // Gastroenterology. – 1992. – Vol.102. – P.2155-2160.
7. Reid I., Sharpe I., McDevitt J. et al. Thyroid dysfunction can predict response to immunotherapy with interleukin-2 and interferon-2 α // Br. J. Cancer. – 1991. – Vol.64. – P.915-918.

© СТАЛЬМАХОВИЧ В.Н. –
УДК 618-053.2:616.381-072.1

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕВОЧЕК С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИИ

В.Н. Стальмахович.

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор – член корр. АМН, проф. А.А. Дзизинский, кафедра детской хирургии, зав. – доц. В.Н. Стальмахович)

Резюме. Диагностическая и лечебная лапароскопия выполнена по поводу заболеваний органов гениталий у 475 девочек. Боли в нижней половине живота и синдром пальпируемой опухоли являлись основными их клиническими проявлениями. Высока значимость лапароскопии для дифференциальной диагностики гинекологических заболеваний с острым аппендицитом. Большинство девочек было прооперировано эндоскопическим способом.

Широкий перечень заболеваний матки и ее придатков у девочек сопровождается клинической картиной острого живота, хроническим болевым синдромом в животе или синдромом пальпируемой опухоли. Данные заболевания всегда представляли большие трудности для дифференциальной диагностики с другими острыми процессами

брюшной полости. Внедрение в детскую практику ультразвукового исследования и лапароскопии позволили поднять на новый уровень качество дооперационной диагностики, избежать напрасных лапаротомий и использовать малоинвазивные эндохирургические методы лечения, однако в современной литературе не уделяется должного

внимания широкому внедрению лапароскопии в комплексе обследования и лечения девочек с гинекологической патологией. Единичные публикации [1,2] не раскрывают полностью сути проблемы.

В работе проведен анализ 15-летнего опыта лапароскопических операций и исследований у девочек, находившихся на лечении в Ивано-Материнской детской клинической больнице.

Материалы и методы

В клинике выполнено 2640 диагностических и лечебных лапароскопий у детей в возрасте с периода новорожденности до 16 лет. Больные женского пола составили 52,6%. Серьезную проблему у них представляла дифференциальная диагностика абдоминального болевого синдрома. Среди детей с диагностической лапароскопией для исключения острого аппендицита (1309) девочек было большинство – 911 (70%). Из этой группы у 237 (25,9%) больных выявлена острая гинекологическая патология.

Всего с использованием лапароскопической технологии выявлено и проведено лечение гинекологических заболеваний у 475 больных. Наиболее часто встречался воспалительный процесс в виде сальпингита с первичным пельвиоперитонитом (152 девочки), реже выполнялась лапароскопия по поводу кист придатков матки (39), перекрута маточной трубы, яичника или обоих органов (46), маточно-трубного рефлюкса с гемоперитонеумом (58), апоплексии яичника (28), патологии гидатид (39), опухоли яичника (9) и широкого перечня других, не часто встречающихся заболеваний.

У 72 девочек вопрос о проведении лапароскопии решался совместно с детским гинекологом, когда длительное консервативное лечение клинически диагностированного хронического сальпингита не давало положительного результата или необходимо было уточнение диагноза с биопсией ткани для определения дальнейшей тактики. Из этой группы больных, обследованных в плановом порядке, в 10 случаях патологии не выявлено. У остальных отмечались выраженные явления хронического сальпингита (17), кистозная дисплазия обоих яичников (12), гиперплазия яичника (8), тератома яичника (5). У пяти больных лапароскопия проводилась повторно через 3-6 месяцев после открытых и эндоскопических операций на органах гениталий для уточнения причины болевого синдрома.

Результаты и обсуждение

Кроме дифференциальной диагностики абдоминального болевого синдрома показанием к лапароскопии у девочек являлись хронический болевой синдром в нижней половине живота, патология органов гениталий, выявленная в процессе обследования и требующая эндоскопического уточнения или лечения, объемные образования полости таза и первичный пельвиоперитонит.

Больные с острым гнойным сальпингитом и пельвиоперитонитом составили 32% от всей груп-

пы девочек с гинекологическими заболеваниями, требующими проведения лапароскопии. У большинства из них (86) симптомокомплекс полностью соответствовал воспалительному процессу органов гениталий и этим больным проводилась экстренная лапароскопическая санация полости таза с бактериологическим исследованием экссудата. В 66 наблюдениях по клинической картине нельзя было исключить острый аппендицит и лапароскопия, прежде всего, выполняла роль последнего метода исследования, а затем носила лечебный характер.

Наибольшую сложность для диагностики и лечения составила группа девочек с перекрутом придатков матки. Изолированный перекрут маточной трубы (10), яичника (13), маточной трубы и яичника (11), яичника с кистой (12), оказался довольно часто встречающейся патологией, относящейся к разряду наиболее тяжелой.

Анализ анамнеза указывает на его острое начало, но, к сожалению, многие родители не придавали должного внимания беспокойству ребенка, а в последующие часы развивался некроз перекрученного органа и боль имела слабый ноющий характер. Только этим можно объяснить поступление в клинику 6 детей с давностью заболевания более 3-х суток. Изолированный перекрут маточной трубы является во всех случаях случайной находкой при выполнении лапароскопии при подозрении на острый аппендицит. Устранение перекрута, даже при давности заболевания более суток, приводило к восстановлению кровотока в тканях. У 6 детей с некрозом яичника выполнено его удаление. У нас складывается впечатление, что перекручивается только гиперплазированный яичник, имеющий перерастянутую длинную собственную связку. У одной больной через 6 месяцев после устранения перекрута отмечался рецидив, осложнившийся некрозом. Это побудило нас изменить тактику: после устранения перекрута, при жизнеспособном яичнике мы подшиваем его нижний полюс к широкой связке матки.

Перекрут кист придатков матки, несмотря на характерное острое начало заболевания, у 10 детей не был правильно интерпретирован и для дифференциальной диагностики с острым аппендицитом была выполнена лапароскопия, которая закончилась цистэктомией.

Гидатиды Морганьи встречаются у большинства девочек. Размеры их от 0,5 до 2 см, зачастую имеют длинную ножку. Перекрут ножки гидатиды, в основном отмечался справа и сопровождался умеренным по интенсивности постоянным болевым синдромом в правой подвздошной и надлобковой областях, слабо выраженными симптомами раздражения брюшины на вторые сутки заболевания.

Широкое распространение данной патологии в долапароскопический период служило причиной необоснованной аппендэктомии. Выявить гидатиду из разреза Волковича-Дьяконова практически невозможно. Можно предположить, что длитель-

ный болевой синдром в нижней части живота у ранее оперированных традиционным способом, с удалением неизмененного червеобразного отростка был связан с продолжающимся асептическим воспалением неудаленной некротизированной гидатиды. Только лапароскопия дала нам возможность избежать напрасной аппендэктомии и провести гидатидэктомию.

Гемоперитонеум при маточно-трубном рефлюксе является причиной болевого синдрома в последние дни месячных или на 2-3-й день их завершения. Боли постоянного характера, умеренные по интенсивности, локализуются в нижней части живота. Зачастую, клиническая картина очень схожа с проявлениями острого аппендицита. При лапароскопии в полости малого таза выявляли от 15 до 70 мл лизированной крови, признаки вторичного сальпингита. У большинства больных отмечалась воспалительная реакция со стороны тазовой брюшины. У двух девочек имелись признаки эндометриоза.

Гемоперитонеум при апоплексии яичника проявляется более остро. Больные указывали на точное время начала болевого синдрома. Общих признаков кровопотери не было ни в одном наблюдении, так как объем излившейся крови в брюшной полости не превышал 150,0 мл. По клинической картине у 17 девочек трудно было исключить острый аппендицит, у остальных (9) мы предполагали острую гинекологическую патологию. Этому в немалой степени способствовало предшествующее ультразвуковое исследование. У всех больных объем оперативного вмешательства ограничивался лапароскопией, аспирацией крови, коагуляцией источника кровотечения или резекцией яичника (5 больных). Показанием к резекции яичника являлась его кистозная дисплазия.

Длительный болевой синдром в нижней половине живота у 55 девочек служил показанием к диагностической лапароскопии, которая проводилась после комплексного обследования и исключения причины боли со стороны кишечника, мочевыделительной системы. В данной группе

больным, в основном, выявляли признаки хронического сальпингита (21) и перекрут гидатиды Морганьи (17). Причиной болевого синдрома служил и гиперплазированный яичник. Увеличенный в 3-4 раза орган приводит к растяжению, удлинению его связки, что сопровождается повышенной подвижностью, подкручиванием и даже перекрутом на 180°. Такой перекрут диагностирован у 2-х больных. Ишемии ткани не было. Отмечались явления умеренного венозного застоя. Выраженное увеличение яичника служило показанием для его биопсии (7 детей).

Наиболее ярко возможности лапароскопии подчеркиваются для диагностики и лечения кист придатков матки (39 больных). В 37 наблюдениях киста удалена с использованием эндовидеохирургической техники. При больших размерах образования иссекали полностью все ее оболочки по краю видимых остатков ткани яичника, расположенных рядом с маточной трубой. Затем с остатков стенки кисты удаляли только слизистую оболочку. Придерживались тактики сохранения даже минимальных участков яичника. При кистах среднего и небольшого размера (5-10 см в диаметре) проводилось их вскрытие и удаление только слизистой оболочки. В отличие от операций традиционным способом, вышеуказанный способ малотравматичен, радикальный. Все эндохирургические вмешательства прошли без интра- и послеоперационных осложнений, рецидива кисты.

Лапароскопия является высокоинформативным методом дифференциальной диагностики острого и хронического абдоминального болевого синдрома и объемных образований полости таза у девочек, позволяет расширить наши представления о причинах боли в животе, избежать напрасных оперативных вмешательств по поводу острого аппендицита, своевременно предпринять адекватные лечебные мероприятия при различных выявленных патологических состояниях, включая удаление кист, тератом, провести биопсию органа.

LAPAROSCOPIC MANAGEMENT OF REPRODUCTIVE SYSTEM DISORDERS IN GIRLS

V.N. Stalmachovich

(Department of Pediatric Surgery, Institute of Medical Advanced Studies, Municipal Pediatric Hospital)

Diagnostic and therapeutic laparoscopy was performed in 475 girls with the diseases of reproductive system. Abdominal pain and palpable abdominal mass were the most common clinical signs. The use of laparoscopy in diagnosis of acute appendicitis is of great importance. Most disorders of reproductive system in girls were treated with laparoscopy.

Литература

1. Брянцев А.В., Петлах В.И., Юранов В.Б., Туманова М.В. Актуальные вопросы лапароскопии в педиатрии. — М., 1994. — С.16.
2. Гельдт В.Г., Тимошенко А.А., Донской Д.В., Быковский В.А. Лапароскопическое лечение гинеко-

логической патологии в детском хирургическом стационаре. Детская хирургия. — 1997. — №2. — С.29-33.