

ЛЕКЦИИ

© БАРЯЕВА О.Е., ФЛОРЕНСОВ В.В., КУЗЬМИНА Н.И., ФАЛЮШ Л.Н. – 2009

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АБДОМИНАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ДЕВОЧЕК

О.Е. Баряева, В.В. Флоренсов, Н.И. Кузьмина, Л.Н. Фалюш

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета, зав. кафедрой — д.м.н., проф. В.В. Флоренсов)

Резюме. Повышение качества дифференциальной диагностики абдоминального болевого синдрома у девочек представляется наиболее реальным в условиях стационара, где осуществляется динамическое наблюдение за состоянием больной, характером изменения болей, результатами лабораторных и инструментальных исследований. С этой целью нами проводится динамическое эхографическое исследование, привлекаются смежные специалисты для исключения хирургической патологии, заболеваний желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы и др. В трудных случаях проводится лечебно-диагностическая лапароскопия.

Ключевые слова: абдоминальный болевой синдром, детская гинекология.

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF AN ABDOMINAL PAINFUL SYNDROME IN GIRLS

O.E. Baryayeva, V.V. Florensov, N.I. Kuzmina, L.N. Faljush

(Irkutsk State Medical University)

Summary. Improvement of quality of differential diagnostics of abdominal pains in girls is represented as the most real in the conditions of a hospital where dynamic observation over a condition of the patient, character of change of pains, results of laboratory and tool researches is carried out. With that purpose dynamic ultrasonic research, experts for an exception of a surgical pathology, diseases of a gastroenteric tract, kidneys and a bladder are involved related. In difficult cases the medical-diagnostic laparoscopy is carried-out.

Key words: abdominal painful syndrome, children's gynecology.

Проблема репродуктивного здоровья девочек и девушек является актуальной как во всем мире, так и в России, что связано с увеличением в несколько раз гинекологической заболеваемости в популяции детей и подростков [7].

Боли внизу живота — одна из самых частых причин обращения к гинекологу. Термин «абдоминальный болевой синдром» используется для обозначения комплекса признаков, ведущим из которых является боль или ощущение дискомфорта в животе. Сложность диагностики, по мнению врача, заключается в необычайном многообразии состояний и заболеваний, которые сопровождаются болью в области живота. Острая боль, в большинстве случаев, возникает внезапно, обычно бывает интенсивной. Если боль отмечается в течение шести и более месяцев, ее считают хронической [1,6].

Острые боли могут быть связаны с менструальным циклом: дисменорея, овуляторный синдром, разрыв яичника, гиперстимуляция яичника, эндометриоз, аномалия развития матки и влагалища. Неинтенсивные боли, связанные с какой-либо фазой менструального цикла: предменструальный синдром, эндометриоз (малые формы или «немая» локализация), синдром поликистозных яичников, микрогематоперитонеум, психогенные боли, вегетоневроз, висцероневроз, усиление дискинезии желудочно-кишечного тракта. Острые боли, не несущие циклического характера и не имеющие прямой связи с менструальным циклом: травмы половых органов, прерывающаяся маточная и внематочная беременность, перекрут придатков матки, объемные образования яичника с осложнениями, обострение хронического сальпингоофорита, аппендикулярно-генитальный синдром (обострение), группа хирургических заболеваний органов брюшной полости, включая криптогенный перитонит, заболевания, локализованные вне брюшной полости, системные заболевания. Неинтенсивные незакономерные хронические боли: аппендикулярно-генитальный синдром (вне обострения), туберкулез придатков, хронический сальпингоофорит, варикозное расширение вен малого таза [1,4,5].

В структуре причин болевого синдрома особое значение уделяется воспалительным заболеваниям придатков матки (ВЗПМ) — сальпингитам и сальпингоофоритам [2]. Гнойно-воспалительные заболевания придатков матки встречаются у каждой третьей больной с абдоминальным болевым синдромом. Несвоевременная диагностика и неадекватная терапия этих состояний могут привести в дальнейшем к нарушению репродуктивной функции и явиться причиной бесплодия [8,9,10].

Среди сексуально активных девушек частота воспалительных заболеваний гениталий в 3 раза выше, чем у сверстниц, не живущих половой жизнью [5]. Этиологическим фактором возникновения воспалительных заболеваний у таких девушек является, как правило, инфекции, передающиеся половым путем в составе микробной ассоциации.

За последние три десятилетия отмечается значительное увеличение частоты сальпингоофоритов с 3,1% в 70-е годы до 7,1% — 15-18% в начале XXI века [8].

В настоящее время необоснованными выглядят прежние представления о том, что до начала половой жизни у девочки и девушки нет риска воспаления придатков матки. Как оказалось, сальпингиты и сальпингоофориты встречаются даже в раннем детском возрасте. При этом возрастные пики заболеваемости (3-5 лет и 11-13 лет) совпадают с возрастными максимумами заболеваемости аппендицитом, а третий (15-18 лет) — с началом половой жизни. В возрасте 3-5 лет высок удельный вес деструктивных форм аппендицита (до 25%), в возрасте 11-13 лет — катарального аппендицита. У каждой третьей девочки одновременно с острым аппендицитом констатируют воспаление придатков матки, чаще катаральный сальпингит, реже — периоофорит и гнойный сальпингит [3,11].

Не менее часто возникновению ВЗПМ способствует отягощенный преморбидный фон, к которому относятся заболевания желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной системы, частые инфекционные заболевания, среди которых особое место занимает хронический тонзиллит [2].

У каждой третьей больной пубертатного возраста имеется сочетание перигепатита и сальпингита. По данным Е.М. Вихляевой и соавт. (1998), у больных с хроническим воспалением придатков матки в 37,5% отмечены заболевания желудочно-кишечного тракта, холециститы и гепатиты. Взаимосвязь ВЗПМ и заболеваний желудочно-кишечного тракта подтверждается также наличием анатомических связей между этими органами.

Связь хронического тонзиллита и воспаления придатков матки происходит, по-видимому, опосредовано, путем влияния на общую реактивность организма, особенно его иммунологическую перестройку, что создает фон, на котором развивается воспалительный процесс.

Из этиологических факторов при ВЗПМ наряду со стафилококковой инфекцией возрастает значение условно-патогенной микрофлоры, которая встречается изолированно или в ассоциации с другими микроорганизмами [11]. В период полового созревания с наступлением менструальной функции

может происходить восходящее инфицирование с появлением одноклеточной микрофлоры во влагалище и в перитонеальной жидкости; обычно это микоплазмы, грамположительные и грамотрицательные бактерии, кишечная палочка [2].

Частота встречаемости абдоминального болевого синдрома по данным отделения гинекологии Ивано-Матренинской детской клинической больницы г. Иркутска за 2008 год составила 65,2% от всех пролеченных детей. В 2006 и 2007 годах этот показатель составил соответственно 79,7% и 54,8%.

В структуре причин болевого синдрома в период с 2006 по 2008 год по нашим данным преобладают воспалительные заболевания придатков матки и составляют соответственно 88,6%, 90,7% и 61,7% (рис. 1). За период 2008 года в возрастной группе 7-14 лет ВЗПМ встречались в 13,9% случаев и в 25% случаев в группе детей 15-18 лет. Доля девушек живущих половой жизнью в последней группе составила 52%.

У девочек в возрасте до 6 лет ВЗПМ встречались в 2,1% случаев от числа поступивших с абдоминальным болевым синдромом. Диагноз устанавливался при проведении лапароскопии, поскольку на основании клинических и лабораторных данных не представлялось возможным провести дифференциальную диагностику причин абдоминального болевого синдрома. При этом в 1,1% случаев ВЗПМ сопровождался пельвиоперитонитом. В анамнезе таких больных часто фигурировали перенесенные накануне простудные заболевания, сопутствующие заболевания ЖКТ, неоднократные обращения к хирургу по поводу болей в животе.

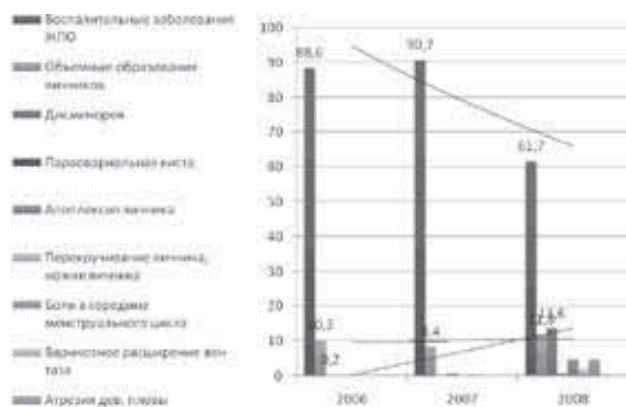


Рис. 1. Структура абдоминального болевого синдрома по данным гинекологического отделения за период 2006-2008 гг.

При анализе заболеваемости воспалительными процессами придатков матки в 2008 году (рис. 1.) выявлено, что частота встречаемости их уменьшилась практически на 30% (61,7%). В структуре причин болевого синдрома возросла роль других заболеваний.

Так, в структуре причин болевого синдрома дисменорея у девушек в 2008 году встречалась в 14% случаев, апоплексия

яичников и синдром овуляции — по 4,6%. Повысилась частота встречаемости перекрута придатков матки и составила 2% в 2008 по сравнению с 0,3% в 2007 году. Частота варикозного расширения тазовых вен и атрезия девственной плевы наблюдались в 0,2% случаев.

Частота встречаемости объемных образований яичников (в основном это ретенционные образования) также имеют небольшую тенденцию к увеличению — 10,8% в 2006 году, 11,7% — в 2008 году.

В 2008 году диагноз ВЗПМ не подтвердился у 56 больных, что составило 10,5% от общего количества детей, пролечен-

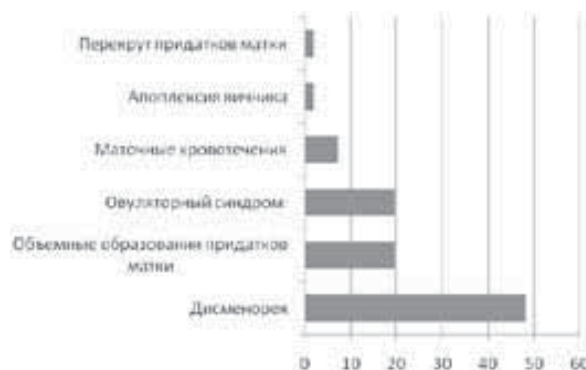


Рис. 2. Структура уточненных диагнозов у девочек, имевших направительный диагноз ВЗПМ.

ных в отделении (рис. 2). В структуре уточненных диагнозов отмечена следующая патология: дисменорея 48,2%, объемные образования придатков матки — 19,6%, овуляторный синдром — 19,6%, маточные кровотечения — 7,1%, апоплексия яичника и перекрут придатков матки — по 1,8%. Четверо больных были переведены в профильные отделения стационара с патологией мочевыделительной системы и желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, в течение 2008 года произошло изменение структуры заболеваний, вызывающих абдоминальный болевой синдром, что обусловлено улучшением дифференциальной диагностики заболеваний органов брюшной полости.

Повышение качества дифференциальной диагностики абдоминального болевого синдрома у девочек представляется наиболее реальным в условиях стационара, где осуществляется динамическое наблюдение за состоянием больной, характером изменения болей, результатами лабораторных и инструментальных исследований. С этой целью нами проводится динамическое эхографическое исследование, привлекаются смежные специалисты для исключения хирургической патологии, заболеваний ЖКТ, мочевыделительной системы и др. В тех случаях, когда клинических данных недостаточно для уточнения причины абдоминального болевого синдрома проводится лечебно-диагностическая лапароскопия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берек Дж., Адаши И., Хиллард П. Общая гинекология // Гинекология по Э. Новаку / Под ред. Дж. Берека. — М., 2002. — С.249-269.
2. Вихляева Е.М. Патология репродуктивной системы в период ее становления // Руководство по эндокринной патологии / Под ред. Е.М. Вихляевой. — М., 1998. — С.307-343.
3. Грицюк В.И., Гуркин Ю.А. Настольная книга гинеколога: Справочник. — СПб., 2003. — 304 с.
4. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков. Руководство для врачей. — СПб., 1998. — 560 с.
5. Гуркин Ю.А. Первая помощь при гинекологических заболеваниях детей-подростков // Здоровье подростков. Руководство для врачей / Под ред. О.В. Шараповой. — СПб., 2007. — С.179-196.
6. Доровских В.А., Быстрицкая Т.С., Коколина В.Ф. и др. Та-

- зовые боли у девочек и девушек-подростков // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2006. — № 5. — С.34-35.
7. Коколина В.Ф. Гинекология детского возраста. — М.: Мед-практика, 2003. — 267 с.
8. Кулаков В.И., Долженко И.С. Основные тенденции изменения репродуктивного здоровья девочек в современных условиях // Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2005. — № 1. — С.22-28.
9. Кулаков В.И., Уварова Е.В. Современные лечебно-диагностические технологии в детской гинекологии // Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2005. — № 1. — С.11-15.
10. Уварова Е.В., Кулаков В.И. Современные проблемы репродуктивного здоровья девочек // Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2005. — № 1. — С.6-10.
11. Ярославский В.К., Гуркин Ю.А. Неотложная гинекология детей и подростков. — СПб., 1997. — 224 с.

Адрес для переписки:

664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, Иркутский государственный медицинский университет — Флоренсов Владимир Вадимович — профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета. Тел. (3952) 703710.