

© КУЗЬМИНА Н.И., ГРИГОРЬЕВА В.С., МАЛОВА М.А., КУЗЬМИНА А.Н. –

КЛИНИКО-ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИДАТКОВ У ДЕВОЧЕК

Н.И. Кузьмина, В.С. Григорьева, М.А. Малова, А.Н. Кузьмина

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета, зав. — д.м.н., проф. В.В. Флоренсов; городская детская клиническая больница, гл. врач — Т.И. Ляшенко)

Резюме. Отмечено, что на фоне лечения воспалительного процесса придатков у девочек может сохраняться болевой синдром. Осуществлены диагностические лапароскопии. Выявлена сопутствующая гинекологическая патология. Составлен алгоритм обследования.

Ключевые слова. Воспалительные процессы придатков, болевой синдром на фоне лечения, алгоритм обследования.

В повседневной клинической практике детского гинеколога, экстренной хирургии детского возраста приходится встречаться с абдоминальным болевым синдромом, особенно в возрасте 10-15 лет.

Абдоминальный синдром в этом возрасте может явиться следствием физиологических процессов или пограничных с ними состояний, сопровождающих период становления репродуктивной системы. Клиническая картина «острого живота» у девочек чаще всего бывает обусловлена различными вариантами течения воспалительных процессов внутренних гениталий, возможна и хирургическая патология. К гинекологической патологии относятся: острый катаральный ампулярный сальпингит с явлениями пельвиоперитонита в возрасте 4-6 лет, вторичный сальпингит, сальпингоофориты, опухоли, опухолевидные образования яичников у девочек и др. Частота опухолей яичников по данным различных авторов, с учетом возраста, колеблется от 1,2% в возрасте 1 месяца, до 16,9% от 9 до 12 лет. Среди причин болевого абдоминального синдрома у девочек могут быть опухолевидные образования маточных труб (паратубарные кисты). Они, несомненно, могут вовлекаться в воспалительный процесс при остром сальпингите, давая осложнения в виде их перекрута и нагноения. Болевой синдром у девочек может быть обусловлен реакцией брюшины на заброс менструальной крови в брюшную полость, а также варикозным расширением вен мезосальпинкса и малого таза.

Широкое применение в диагностике лапароскопии как высокоинформативного метода позволило улучшить раннюю диагностику гинекологических заболеваний, изучить этапы и характер течения воспалительного процесса придатков, эндоскопически подтвердить ряд функциональных расстройств (овуляторный, предменструальный синдром и др.). По данным Ю.А. Гуркина [7], у девочек с острыми болями в животе, при лапароскопическом исследовании в 23% случаев был обнаружен воспалительный процесс в малом тазу. Из них в 4,3% установлен острый сальпингит, в 9,1% — криптогенный перитонит и в 10% — тазовый перитонит аппендикулярного генеза с вовлечением в патологический процесс придатков матки.

На характер течения воспалительного процесса придатков у девочек возможно влияние неустойчивости функционирования репродуктивной системы. Колеб-

ние уровня гормонов сопровождается изменениями сосудистого тонуса и локальным нарушением кровообращения в органах малого таза. Неустойчивость гомеостаза определяет течение воспалительного процесса придатков, реактивность организма и состояние иммунной системы. Согласно данным В.А. Бурляева и М.Д. Оники [5], воспалительный процесс в придатках матки у подростков протекает на фоне снижения Т-лимфоцитарного звена иммунитета, количества Т-супрессоров, а также изменения их функциональных свойств. У данной группы больных при наличии высокого инфекционного индекса находят не только нарушение клеточного, но и гуморального иммунитета. Возрастает и уровень циркулирующих иммунных комплексов, что свидетельствует о снижении супрессивного влияния Т-лимфоцитов и активизации аутоиммунного процесса.

При остром, неспецифическом воспалении придатков матки, как правило, у девочек отслеживаются боли в нижних отделах живота, чаще справа, после перенесенных острых респираторных заболеваний, переохлаждения. Боли носят ноющий или приступообразный характер. При этом состояние девочки не страдает, нередко отсутствовало повышение температуры, или она носила субфебрильный характер (37°; 37,2°; 37,5°). Повышение температуры до 38,0°-39,0° в сочетании с тошнотой, рвотой и другими симптомами интоксикации, чаще наблюдаются при «криптогенном перитоните» с изменением гемограммы. При осмотре живота отмечается напряжение передней брюшной стенки и положительный симптом Щёткина-Блюмберга [5].

Эндоскопическое исследование [2,4,7] выявляет отек и гиперемии маточных труб при их воспалении. Особенно выражен отек и гиперемия фимбриальных отделов труб. За счет отека и гиперемии фимбрии раздвинуты в стороны в виде венчика — «симптом красного венчика». В малом тазу определяется прозрачный или мутноватый выпот, тянущийся за манипулятором. Очень редко в воспалительный процесс вовлекаются яичники. При наличии оофорита, яичники отекают, приобретают шаровидную форму, становятся тусклыми. При остром катаральном сальпингите редко обнаруживается гнойный выпот и пиосальпинкс. При распространении воспалительного процесса вовлекается париетальная и висцеральная брюшина [5]. Клиничес-

ки это сопровождается ухудшением общего состояния, нарастанием интенсивности болевого синдрома, повышением температуры до 38,0–39,0°, изменением гемограммы. Появляются симптомы раздражения брюшины, развивается пельвиоперитонит. Прослеживается четкая зависимость между клинической картиной, характером воспалительного процесса и возрастом больных. Установлено, что сальпингиту с явлениями пельвиоперитонита максимально подвержены девочки 4–6 лет, а острый первичный катаральный сальпингит чаще встречается у девочек 12–14 лет [5].

При диагностической лапароскопии может одновременно выявляться несколько патологических факторов, поддерживающих болевой абдоминальный синдром.

Материалы и методы

Нами проведены клиничко-лапароскопические исследования 61 девочки, страдающих сальпингитом, у которых сохранялся болевой синдром на фоне лечения. Девочки получали антибактериальную, метаболическую терапию, витамины, иммуномодуляторы, физиолечение. Всем девочкам, для верификации диагноза, проводилось клиническое обследование (ректально — брюшно-стеночное, мазки на флору, бакпосев, в динамике: УЗИ гениталий, гемограмма, лапароскопия).

Результаты и обсуждение

В процессе обследования острый сальпингит был диагностирован у 39 девочек, а у 22 — хронический сальпингит. Постановка диагноза осуществлялась по разработанному алгоритму, который позволил верифицировать как основной патологический процесс, так и сопутствующий (рис. 1).

Возраст девочек был от 10 до 18 лет. Оценка их здоровья выявила в 54% случаев высокий инфекционный индекс. Анализ анамнеза жизни проявил часто предшествующие сальпингиту перенесенные инфекционные заболевания: ОРВИ — 70%, ангина — 20%, ветряная оспа — 10%. При этом, больше чем у половины исследуемых девочек (56%), обнаружена еще и соматическая пато-

логия, иногда ее сочетания (гастродуоденит, анемия, гипоталамическая дисфункция пубертатного периода и др.). Менструации отсутствовали у 6 из 61 (9,8%) девочек в возрасте 10–12 лет. У остальных (90,2%) девочек менструальный цикл установился. Средний возраст менархе равнялся 12,5±2 года. При воспалительном процессе придатков матки у девочек боли в нижних отделах живота были основным ведущим симптомом. При остром сальпингите преобладали ноющие боли, но в 30% случаев они имели режущий и приступообразный характер. У трех девочек с острым сальпингитом была отмечена тошнота. Анализ термометрии и гемограммы выявил свои особенности (табл. 1). При хроническом сальпингите боли имели ноющий характер в нижних отделах живота, нормальную температуру — в 63% случаев, не измененные показатели гемограммы оставались в 81,8% случаев. Изменение этих показателей при хроническом сальпингите наблюдались с небольшой частотой 37% и 18,2% и возможно были связаны с сопутствующими патологическими состояниями внутренних половых органов, выявленных при лапароскопии. При остром сальпингите отмечены как изменения со стороны гемограммы (56,5%), так и их отсутствие (43,5%). Подобные особенности отмечены и при оценке температурной реакции. Повышение температуры с преобладанием субфебрильной (37,2–37,6°) регистрировалось в 51,3% случаев, а нормальная — в 48,7%. Даже в случае наличия перитубарных кист с перекрутом и некрозом (7,6%) показатели температуры и гемограммы были нормальными. Вероятно, это особенности иммунной реакции на воспаление в пубертатном периоде, преобладание сосудистой реакции над клеточной инфильтрацией.

Отмечена различная реакция ткани малого таза на воспаление придатков при остром и хроническом сальпингите, об этом свидетельствуют результаты ректаль-

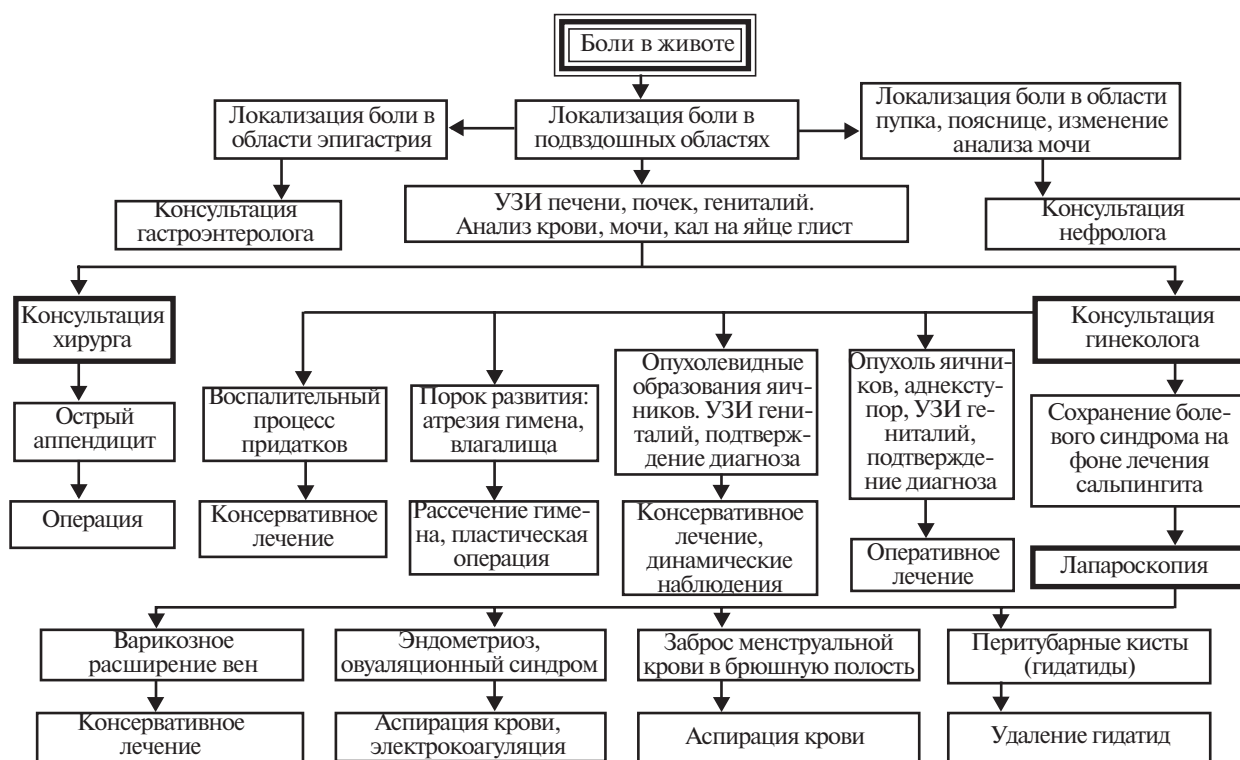


Рис. 1. Алгоритм обследования девочек с болевым абдоминальным синдромом.

но — брюшно-стеночного исследования (табл. 2). При остром сальпингите обнаруживалась пастозность, отек тканей. При хроническом сальпингите, как правило, своды были уплощены, пальпировалась тяжесть. Болезненность при осмотре присутствовала всегда в обеих группах.

Таблица 1

Показатели болевого синдрома, температуры и гемограмм при воспалении придатков у девочек

Показатели	Частота встречаемости признаков в группах			
	Острый сальпингит (n-39)		Хронический сальпингит (n-22)	
	n	%	n	%
Болевой синдром	39	100,0	22	100,0
Отсутствие болевого синдрома	-	-	-	-
Лейкоцитоз со сдвигом влево	22	56,5	4	18,2
Отсутствие изменений со стороны гемограммы	17	43,5	18	81,8
Повышение температуры	20	51,3	8	37,0
Нормальная температура	19	48,7	14	63,0

Во всех случаях (61) при лапароскопии отмечены воспалительные изменения со стороны маточных труб.

При остром сальпингите отмечалась гиперемия париетальной и висцеральной брюшины малого таза и отдельные петехиальные кровоизлияния. В малом тазу при данном процессе определялся серозный или серозно-мутноватый выпот.

При хроническом сальпингите трубы были извитыми, в отдельных случаях (5) выявлялся спаечный процесс в малом тазу. При остром сальпингите лапароскопически трубы были отечны, гиперемированы, в отдельных случаях (10) отек тканей маточных труб и гиперемия были только в области фимбрий — «симптом красного венчика». При бакпосеве выпота флора не высевалась, в единичных случаях (4) были выявлены лактобациллы. У 13 больных с острым сальпингитом, при осмотре яичников нашли признаки оофорита

(отек, шарообразная форма и тусклый цвет). В остальных случаях патология яичников не было.

Лапароскопия обнаружила дополнительные факторы, способствующие сохранению болевого синдрома на фоне лечения (табл. 3). Следует отметить, что в 77% случаев при лапароскопии было выявлено сочетание воспалительного процесса придатков с другими патологи-

ческими состояниями внутренних половых органов (перитубарные кисты, опухолевидные образования яичников, миома матки и др.).

Появление геморрагического выпота было связано с забросами менструальной крови в брюшную полость (эндометриоз брюшины не был обнаружен). Как показали исследования, при наличии гемоперитонеума, девочки поступали в стационар с болевым абдоминальным синдромом на 2, 3, 5 и 6 день менструального цикла. Полагаем, что болевой синдром связан с реакцией брюшины на контакт с кровью и клетками эндометрия. Обнаруженные у девочек с сальпингитом перитубарные кисты обычно располагались на протяжении труб по 1, 2, 3, как на одной (правой или левой), так и на обеих трубах. В 3 случаях перитубарные кисты были с перекрутом и некрозом. Во всех случаях кисты удалялись. У двух девочек с сальпингитом в области дна матки была обнаружена миома в диаметре около одного сантиметра.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что сохранение болевого абдоминального синдрома у девочек с вос-

палительным процессом придатков на фоне лечения может быть обусловлено сопутствующей гинекологи-

Таблица 2

Результаты ректально — брюшно-стеночного исследования при хроническом и остром сальпингите

Признаки	Частота встречаемости признаков в группах			
	Острый сальпингит (n-39)		Хронический сальпингит (n-22)	
	n	%	n	%
Тяжесть в сводах	12	30,0	20	20,0
Укорочение сводов	16	41,0	20	90,0
Отек тканей, пастозность	34	87,0	4	18,0
Увеличение яичников	7	18,0	2	2,0
Подозрение на паратубарные ретенционные образования	-	-	2	9,0
Болезненность при осмотре	39	100,0	22	100,0

ческой патологией (гемоперитонеум, перитубарные кисты, ретенционные кисты яичников и др.). Болевой абдоминальный синдром является ведущим симптомом острого и хронического сальпингита. Повышение температуры и изменение показателей крови носят непостоянный характер и не могут быть надежной опорой в

Таблица 3

Результаты лапароскопий у девочек с воспалительным процессом придатков при стойком болевом синдроме на фоне лечения (n - 61)

Лапароскопически подтвержденная патология	Встречаемость	
	n	%
Острый сальпингит	11	28,2
Острый сальпингит + гемоперитонеум	4	10,2
Острый сальпингит + перитубарные кисты	16	41,0
Острый сальпингит + перитубарные кисты, гемоперитонеум	8	20,6
Хронический сальпингит	3	13,6
Хронический сальпингит + гемоперитонеум	2	9,0
Хронический сальпингит + перитубарные кисты	10	45,0
Хронический сальпингит + гемоперитонеум и перитубарные кисты	2	9,0
Хронический сальпингит + опухолевидные образования яичников	3	13,6
Хронический сальпингит + гемоперитонеум, миома матки	2	9,0

диагностике как основного, так и сопутствующего процесса. Острый воспалительный процесс маточных труб, вероятно, ограничен стадией экссудации и альтерации в области эндосальпингса, что не всегда дает адекватную клинко-гематологическую ответную реакцию организма. Нельзя не учитывать характер иммунного ответа в этом возрасте. В подростковом возрасте над острым процессом

с выздоровлением преобладает подострое течение с переходом в хроническую стадию с деформацией труб и возникновением спаек. При сохранении болевого син-

дрома, на фоне лечения воспалительного процесса придатков, необходимо проведение лапароскопии для исключения сопутствующей гинекологической патологии.

CLINICO-LAPAROSCOPIC PARALLELS OF INFLAMMATORY PROCESSES OF APPENDAGES IN GIRLS

N.I. Kuzmina, V.S. Grigorjeva, M.A. Malova, A.N. Kuzmina
(Irkutsk State Medical University)

Pain syndrome was marked to persist in girls on the background of treatment of appendage inflammation. Diagnostic laparoscopies were performed. Accompanying gynecological pathology was revealed. The algorithm of investigation was created.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аветисова Л.Р., Волков Н.И., Пшеничников Т.Я. Лапароскопия в диагностике гинекологических заболеваний у девочек и девушек // Акуш. и гин. — 1987. — № 3. — С.19-23.
2. Аветисова Л.Р., Мартыш Н.С., Волков Н.И., Самохвалова Т.Н. Критическая оценка некоторых инвазивных и не инвазивных методов исследования, применяемых в гинекологии детского и юношеского возраста // Акуш. и гин. — 1988. — № 3. — С.22-25.
3. Бодяжина В.И., Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: руководство для врачей. — М., 1990. — 544 с.
4. Дронов А.Ф., Смирнов А.М., Оника М.Д., Блинников О.И. Гинекологические заболевания в дифференциальной диагностике острых болей в животе у девочек // Вопр. охраны матер-ва и детства. — 1989. — № 8. — С.47-51.
5. Дронов А.Ф., Кузнецова М.Н., Оника М.Д., Блинников О.И. // Акуш. и гин. — 1997. — № 3. — С.26-28.
6. Кулаков В.И., Богданова Е.А. Волков Н.И. и др. Лапароскопическая диагностика и лечение объемных образований яичников у девочек и девушек // Акуш. и гин.. — 1999. — № 4. — С.10-12.
7. Ярославский В.К., Гуркин Ю.Л. Неотложная гинекология детей и подростков. — СПб.: «Гиппократ», 1997. — С.99-105.

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ НАУКИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© СИЗЫХ Т.П., СОНГОЛОВ В.И. —

155-ЛЕТИЕ ВСОИРГО И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В ИЗУЧЕНИИ МИНЕРАЛЬНЫХ ИСТОЧНИКОВ СИБИРИ (сообщение 1)

Т.П. Сизых, В.И. Сонголов

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов; кафедра факультетской терапии, зав. — д.м.н., проф. Ф.И. Белялов)

Резюме. В сообщении 1 представлены основные вехи деятельности Императорского Русского Географического Общества и его Сибирского отдела.

Ключевые слова. Императорское Географическое Общество. Сибирское отделение, история.

Восточно-Сибирское Императорское Географическое Общество можно считать зародилось 6 июня 1851 года. «Быть по сему» — такую резолюцию на записку Министра Внутренних Дел подлинно наложил собственноручно Его Императорского Величества рукою (Петергоф) [14].

Ранее на предложение Литке согласно Высочайшего повеления было объявлено Правительственному Сенату господином Министром Внутренних Дел 15 августа в 1845 г. об организации в России научного общества — Императорского Русского Географического Общества в С-Петербурге с отделением Кавказским с состоянием его в ведомстве данного министерства. Императором Александром была сформулирована цель Общества «...в разрабатывании отечественной географии, статистики и этнографии». Благоволил утвердить временный устав и даровать Обществу 10000 рублей серебром ежегодно из Государственного Казначейства [13,14].

В 1871 г. был утвержден его Величеством постоянный Устав Императорского Географического Общества

и им еще было добавлено 5000 руб. серебром на расходы Общества. Таким образом, Императорскому Русскому Географическому Обществу 160 лет, а Восточно-Сибирскому — 155.

Трудно вообразить, что в середине 19 века по Сибири, как и по многим другим территориям обширного государства Российского, не было систематизированных данных об орографии, географии, археологии, быте, культуре, языках народов, живущих в ней, а также не существовало каких-либо карт. И лишь в 1862 г. была опубликована на 12 листах карта Европейской России, в 1889 г. — «впервые правильно изображавшую ее орографию».

Географические общества (ГО) в мире были созданы в 1-й половине 19 века в связи с усилением колониальной политики государств. Первое ГО возникло во Франции (Париж, 1821) и Англии (Лондон, 1830), позднее они образовались во многих странах мира. В Великобритании, кроме королевского ГО, зародилось Шотландское (в Эдинбурге, в Манчестере и др.). Аме-