

АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ

УДК 618.11-006.2-008.6-009.7-089.819-053.6/.8-07

И.А. Тучкина, О.В. Гнатенко, А.Н. Прокопенко
Харьковский национальный медицинский университет

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН
С ЯВЛЕНИЯМИ ОСТРОГО ЖИВОТА**

Описаны особенности клинических проявлений urgentных патологических состояний, связанных с явлениями острого живота, у девочек-подростков, женщин молодого репродуктивного возраста и сделаны оптимальные подходы к выбору тактики их диагностики и лечения. Причиной абдоминального болевого синдрома у девочек-подростков и молодых женщин чаще всего диагностированы кисты яичников, которые могут возникать у подростков, матери которых имели патологическое течение беременности и родов, и быть следствием отягощенного преморбидного фона, наличия воспалительных заболеваний женской половой системы в анамнезе. Лечение всех пациентов проводилось путем назначения консервативной терапии и лапароскопии с сохранением овариального резерва. Определяющими для выбора тактики лечения острого живота являлись наличие и количество выпота в брюшной полости, размеры опухолевидного образования.

Ключевые слова: абдоминальный болевой синдром, киста яичника, девочки-подростки, молодой репродуктивный возраст, лапароскопия.

Актуальность совершенствования методов диагностики, дифференциальной диагностики и лечения состояний, обуславливающих явления острого живота, чаще всего причиной которых становятся кисты яичников, предопределяется прогрессивным возрастанием частоты встречаемости данной патологии в популяции подростков и молодых женщин в последние десятилетия. Согласно современным данным, в среднем 17 % всех опухолевидных образований составляют кисты яичников, значительная часть которых представлена ретенционными образованиями – 70 %. Данная нозологическая форма в большинстве случаев встречается в возрасте от 14 до 35 лет [1–3]. Ввиду неспецифичности и вариабельности клинических проявлений заболевания диагностика ретенционных кист часто затруднена, следствием чего являются запоздалая консервативная терапия и зачастую выполнение необоснованных хирургических вмешательств. Для сохранения

репродуктивного потенциала используется трехэтапный алгоритм ведения больных [4–6]. Первый этап – раннее выявление гинекологической патологии путем проведения профилактических медицинских осмотров, ультразвукового исследования малого таза. Второй этап – консервативная терапия или плановое хирургическое лечение, предпочтительнее лапароскопическим методом, с соблюдением органосохраняющего принципа. Третий этап – реабилитация, соответствующая возрасту пациентки, которая направлена на восстановление нарушенной менструальной функции, полноценного овуляторного цикла, рациональную контрацепцию, коррекцию соматического здоровья, ликвидацию персистирующего воспалительного процесса [6, 7].

Цель исследования – повышение эффективности диагностики и лечения больных пубертатного и молодого репродуктивного возраста с гинекологической патологией, которая обуславливает наличие острого живота.

© И.А. Тучкина, О.В. Гнатенко, А.Н. Прокопенко, 2017

Материал и методы. Работа проводилась на кафедре акушерства, гинекологии и детской гинекологии Харьковского национального медицинского университета (клинические базы: городской клинический родильный дом № 1 и областная детская клиническая больница № 1). Обследовано 155 больных 11–32 лет (95 девочек-подростков 11–17 лет и 60 женщин 18–32 лет) – основная группа. Больные были комплексно обследованы и пролечены в условиях стационара по поводу острого абдоминального болевого синдрома. В контрольную группу вошли 45 здоровых сверстниц (25 подростков и 20 женщин).

Комплексное клиничко-лабораторное обследование включало анализ жалоб и клинического течения заболевания, изучение данных анамнеза, течения беременности и родов у матерей, степени физического и полового развития, характера менструальной функции, гинекологического статуса, функционального состояния яичников. Оценивали гормональный профиль организма: уровни лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего (ФСГ) и антимюллерова (АМГ), половых гормонов. Определяли состояние соматического здоровья больных, все они были консультированы педиатром, детским хирургом и смежными специалистами по показаниям. Выполняли также рентгенограмму черепа и электрокардиографию с последующей оценкой результатов. Проводили УЗИ органов малого таза, брюшной полости и мочевыделительной системы, доплерографию сосудов матки и яичников. При выполнении оперативного вмешательства проводили гистологическое исследование макро- и микропрепарата. Полученные данные сравнивали с аналогичными показателями в контрольной группе здоровых сверстниц. Полученные результаты статистически обработали.

Результаты и их обсуждение. Все больные поступали в стационар с явлениями острого живота, причиной которого чаще всего предполагали наличие кисты яичника. Однако в процессе обследования и проведения дифференциальной диагностики установлено, что окончательный диагноз киста яичника верифицирован у 104 пациенток из 110 (94,5 %). С примерно одинаковой частотой и у девочек-подростков и у молодых женщин отмечались жалобы, связанные с из-

менением психоэмоционального состояния накануне месячных: головная боль, частая смена настроения, вплоть до депрессии, сонливость или, наоборот, бессонница, повышенная раздражительность. Дифференциальная диагностика была значительно затруднена, поскольку клинические проявления, обусловленные наличием кисты яичника, были неспецифичны и сходны с клиникой острого живота, обусловленной апоплексией яичника или острым аппендицитом: боли внизу живота разной интенсивности (в 100 % случаев), тошнота (в 20 %), рвота (в 30 %), повышение температуры тела до субфебрильных, реже фебрильных цифр (в 20 %), напряжение передней брюшной стенки (в 60 %), положительные перитонеальные симптомы, резкая болезненность при попытке смещения образования. Лейкоцитарная реакция отмечалась примерно с одинаковой частотой (в 50–55 %) во всех группах. У 40 % (44) больных выявлено повышение уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (пациентки с ретенционными кистами на фоне обострения хронического воспаления гениталий). При анализе полученных данных анамнеза отмечено, что течение беременности и родов у матерей больных основной группы достоверно чаще ($p < 0,05$) по сравнению с девочками-подростками и молодыми женщинами контрольной группы, рождались от матерей, имевших в анамнезе акушерские и перинатальные нарушения и их осложнения. Наблюдались угроза прерывания беременности, акушерские кровотечения, маловесность и превышение массы тела новорожденных, дистресс плода. Пациентки основной группы имели высокий инфекционный индекс, значительное количество (42 %) часто болеющих респираторными заболеваниями. Частота экстрагенитальной патологии у них в 2 раза превышала аналогичный показатель в контрольной группе ($p < 0,05$). В анамнезе у почти 42 % (46) больных основной группы отмечались воспалительные заболевания женской половой системы: синехии вульвы (в детском возрасте), вульвовагинит, бартолинит, сальпингоофорит. Гормональные нарушения были выявлены у подростков с ретенционными кистами яичников на фоне нарушений менструальной функции. У девочек-подростков в гормональном профиле отмечены гиперэстрогения, гиперпролактинемия у 20 %, сниженный уровень прогестерона у 60 %.

У женщин репродуктивного возраста выявлена гиперэстрогения на фоне ретенционных кист яичников (у 24 %); снижение АМГ и изменение в соотношения ЛГ/ФСГ (у 28 %) чаще на фоне нормо- или гиперэстрогении.

При УЗИ отмечалось увеличение размеров образования (от 6,5×4,5 до 12×10 см), изменение его структуры и/или наличие свободной жидкости в полости малого таза более 100 мл, что чаще всего и осложняло дифференцирование кисты яичника от апоплексии яичника. Допплерография, КТ и МРТ были использованы для подтверждения предоперационного диагноза. Большим, у которых сохранялись опухолевидное образование и болевой синдром на фоне консервативной терапии, размеры кист превышали 6,5 см и/или, по данным УЗИ, сохранялось наличие свободной жидкости в полости малого таза более 100 мл, было выполнено оперативное лечение путем лапароскопии с максимальным сохранением овариального резерва. Консервативное лечение включало рассасывающую, противовоспалительную, гормональную терапию (утрожестан) и терапию, направленную на изменение психоэмоционального состояния при наличии предменструального синдрома (препарат растительного происхождения «Префемин»).

Выводы

1. Кисты яичника являются одной из достоверно частых причин развития острого болевого абдоминального синдрома как у девочек-подростков, так и у женщин молодого репродуктивного возраста.

2. К факторам риска возникновения опухолей и опухолевидных образований яичников у подростков и молодых женщин, обуславливающих возникновение острого живота, можно отнести патологическое течение беременности и родов у матери, отягощенный преморбидный фон, наличие воспалительных заболеваний женской половой системы в анамнезе.

3. Ввиду неспецифичности и вариабельности клинических проявлений кист яичников диагностика данной патологии представ-

ляет определенные трудности и должна включать общеклиническое, специальное гинекологическое, комплексное лабораторное, ультразвуковое (в том числе доплерометрическое) исследования, КТ и МРТ (по показаниям), что будет способствовать скорейшему адекватному выбору тактики гинекологической помощи.

4. Кисты яичника являются одной из достоверно частых причин развития острого болевого абдоминального синдрома как у девочек-подростков, так и у женщин молодого репродуктивного возраста.

5. В неосложненных случаях при функциональных кистах яичников с характерными эхографическими признаками и визуализируемым периферическим кровотоком показана консервативная терапия, включающая противовоспалительное лечение (антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты), рассасывающую, гормональную терапию и терапию, направленную на коррекцию психоэмоционального состояния (препарат Префемин).

6. Определяющими для выбора тактики лечения острого живота являются наличие и количество выпота в брюшной полости и размеры опухолевидного образования.

7. У гинекологических больных подросткового и молодого репродуктивного возраста при подозрении на наличие кисты яичника оперативное лечение должно проводиться по строгим показаниям. Методом выбора следует считать малоинвазивное хирургическое вмешательство – лапароскопию, с проведением органосохраняющих операций, что позволит сохранить репродуктивный потенциал у будущих матерей.

Перспективность исследования – возможность использования разработанного диагностического алгоритма и критериев выбора лечебной тактики в практической гинекологии для лечения гинекологической патологии, обусловленной острым абдоминальным болевым синдромом у девочек пубертатного возраста и женщин молодого репродуктивного возраста.

Список литературы

1. Адамян Л.В. Оперативная гинекология детей и подростков. М.: ЭликсКом, 2004. 206 с.
2. Богданова Е.А., Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Глыбина Т.М. Гинекологическая патология у детей и подростков как причина абдоминального синдрома // Проблемы репродукции. 2011. № 1. С. 28–35.

3. Тучкина И.А., Выговская Л.А., Мальцев Г.В., Благовещенский Е.В. Гострий живіт у гінекологічній практиці // Методичні вказівки для лікарів-інтернів, лікарів акушерів-гінекологів, педіатрів, сімейних лікарів. Харків, 2013. С. 46–60.

4. Тучкина И.А., Тысячка Г.М. Клинико-лабораторная характеристика воспалительных заболеваний внутренних половых органов у девушек-подростков // Медицина сегодня и завтра. 2011. № 3 (52). С. 113–117.

5. Тучкина И.А., Тысячка Г.М. Стратегический подход к комплексной терапии воспалительных заболеваний половых органов у девочек-подростков // Здоровье женщины. 2013. № 4 (80). С. 127.

6. Тучкіна І.О. Етапна реабілітація підлітків з гінекологічними захворюваннями та юних вагітних з екстрагенітальною патологією : автореферат дис. ... докт. мед. наук. : спец. 14.01.01 Акушерство та гінекологія; Харк. держ. мед. ун-т. – Харків, 2007. 18 с.

7. Тучкина И.А., Гнатенко О.В., Кебашивили С.В. Диагностика и лечение кист яичников в детском, подростковом и молодом репродуктивном возрасте // Медицина. 2017. № 1 (75). С. 27–29.

І.О. Тучкіна, О.В. Гнатенко, А.Н. Прокопенко
ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ ВЕДЕННЯ ПІДЛІТКІВ І МОЛОДИХ ЖІНОК
З ЯВИЩАМИ ГОСТРОГО ЖИВОТА

Наведені особливості клінічних проявів ургентних патологічних станів, пов'язаних з явищами гострого живота у дівчаток-підлітків, жінок молодого репродуктивного віку і оптимальні підходи до вибору тактики їх діагностики та лікування. Причиною абдомінального больового синдрому у дівчаток-підлітків і молодих жінок найчастіше діагностовано кисти яєчників, які можуть виникати у підлітків, матері яких мали патологічний перебіг вагітності і пологів, бути наслідком обтяженого преморбідного фону, наявності запальних захворювань жіночої статеві системи в анамнезі. Лікування всіх пацієнтів проводилося шляхом призначення консервативної терапії і лапароскопії зі збереженням оваріального резерву. Визначальними для вибору тактики лікування гострого живота були наявність і кількість випоту в черевній порожнині, розміри пухлиноподібного утворення.

Ключові слова: абдомінальний больовий синдром, кіста яєчника, дівчата-підлітки, молодий репродуктивний вік, лапароскопія.

I.A. Tuchkina, O.V. Hnatenko, A.N. Prokopenko
DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC ASPECTS OF ADOLESCENTS AND YOUNG WOMEN SUPERVISION
WITH SYMPTOMS OF ACUTE ABDOMEN

The article presents the clinical manifestations of urgent pathological conditions associated with symptoms of acute abdomen in adolescent girls, young women of reproductive age and the best approaches to the choice of tactics of their diagnosis and treatment. The cause of abdominal pain in adolescent girls and young women more often diagnosed with ovarian cysts, which can occur in adolescents whose mothers had the pathological course of pregnancy and delivery, be the result burdened pre-morbid background, the presence of inflammatory diseases of the female reproductive system in history. Treatment of all patients was carried out by the appointment of conservative therapy and laparoscopy preserving ovarian reserve. Decisive for the choice of tactics of treatment of acute abdomen is the presence and amount of effusion in the abdominal cavity, the size of tumor formation.

Keywords: abdominal pain syndrom, ovarian cyst, adolescents, young reproductive age, laparoscopy.

Поступила 10.01.17