

На правах рукописи

Фаткина Ольга Александровна

**Оптимизация методов диагностики и лечения девочек с аппендикулярно-
генитальным синдромом**

14.01.17 – Хирургия (мед. науки),
14.01.19 – Детская хирургия (мед. науки)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2013

Работа выполнена на кафедре детской хирургии (зав. кафедрой - доктор медицинских наук, профессор **Поддубный И.В.**) лечебного факультета Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» (ректор – заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор **Янушевич О.О.**) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России - **Поддубный Игорь Витальевич**

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России - **Яковенко Игорь Юрьевич.**

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом детской хирургии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России - **Окулов Алексей Борисович.**

Ведущее учреждение: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится « 3 » сентября 2013 г. в 14:00 на заседании диссертационного совета Д 208.041.02 при ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России по адресу: 127473, г. Москва, ул. Делегатская д. 20/1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке университета по адресу: 125206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 10а.

Автореферат разослан « 3 » августа 2013 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета**

**Ярема
Владимир Иванович**

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы

На сегодняшний день охрана репродуктивного здоровья является одной из основных задач здравоохранения. Возрастает значимость вопросов профилактики и лечения острой хирургической и гинекологической патологии в детском и подростковом возрасте. Актуальность проблемы сохранения репродуктивного потенциала населения подтверждается увеличением числа женщин, страдающих различными формами бесплодия, причинами которого могут стать инфекционно-воспалительные заболевания брюшной полости и полости малого таза, перенесенные в детском и подростковом периоде (Диамант И.И., 1993; Гуркин Ю.А., 2000; Коколина В.Ф., Чундокова М.А., 2010; Ипатова М.В., 2011).

Среди причин детской хирургической патологии брюшной полости острое воспаление червеобразного отростка продолжает занимать одну из центральных позиций (John J., Hanini S., Popoiu C.M., 2009; Dhaou M.B., Ghorbel S., Chouikh T., Charieg A. et al., 2010; Monajemzadeh M., Hagghi-Ashtiani M.T., Montaser-Kouhsari L., Ahmadi H., Zargoosh H. et al., 2011). Доказано, что перенесенный в детском и пубертатном периоде острый аппендицит, в 25—33% случаев может стать причиной хронического сальпингита, первичной дисменореи и других расстройств менструального цикла, невынашивания, эктопической беременности, трубного бесплодия (Жарова О.Ю., 1997; Гуркин Ю.А., 2000; Niyogi A., Dalton J., Clarke S., Stafford M., 2009; Wiesenfeld H.C., Amortegui A.J., Hillier S.L., Meyn L.A., Sweet R.L., 2012). Особого внимания заслуживает сочетание острого аппендицита с воспалительными заболеваниями внутренних гениталий, или так называемый, аппендикулярно-генитальный синдром. Схожесть клинической картины аппендицита и острого воспаления придатков матки создает определенные сложности в идентификации первичного очага воспаления, в связи с чем уровень диагностических ошибок остается достаточно высоким и не имеет тенденции к уменьшению (Стальмахович В.Н., Милюкова Л.П., 1999; Скалозубов М.А., Дмитрияков В.А., Корниенко Г.В., 2011; Ипатова М.В., 2012; Петлах В., Коновалов А., Константинова И., Сергеев А., Беляева О., 2012). Несмотря на высокую частоту встречаемости и немалый процент осложнений послеоперационного

периода, аппендикулярно-генитальный синдром на сегодняшний день является недостаточно изученным. Остается нерешенным ряд вопросов, касающихся диагностики и лечения данной патологии. А так же методов профилактики, направленных на предотвращение различных нарушений репродуктивной функции. Не существует и единой тактики ведения пациенток данной группы.

Цель работы

Улучшение результатов лечения детей с аппендикулярно-генитальным синдромом за счет разработки и внедрения научно обоснованных методологических подходов к комплексной терапии сочетанного воспаления аппендикса и придатков матки у девочек.

Задачи исследования

1. Выявить общую частоту встречаемости сочетанного воспалительного поражения аппендикса и придатков матки и ее зависимость от морфологической формы острого аппендицита и анатомического расположения червеобразного отростка.
2. Определить наиболее часто встречающиеся формы аппендикулярно-генитального синдрома в зависимости от первичного воспалительного очага.
3. Определить оптимальный объем предоперационного обследования пациенток для улучшения качества диагностики сочетанного воспаления аппендикса и придатков матки.
4. Оптимизировать тактику оперативного лечения и интраоперационной профилактики осложнений у девочек с аппендикулярно-генитальным синдромом.
5. Разработать протокол послеоперационного ведения пациенток, перенесших аппендикулярно-генитальный синдром.

Научная новизна

Впервые проведен анализ клинического течения, интраоперационной картины, возможных осложнений аппендикулярно-генитального синдрома у девочек. Определена тактика оптимального предоперационного обследования пациенток с клиникой «острого» живота, необходимая для увеличения выявляемости сочетанного воспалительного поражения аппендикса и придатков матки. Определена частота встречаемости сочетанной аппендикулярно-

генитальной патологии в зависимости от морфологической формы острого аппендицита и анатомического расположения червеобразного отростка. Выявлены и систематизированы наиболее часто встречающиеся формы данного состояния в зависимости от первичного патологического очага. Разработана классификация форм данной патологии, а также алгоритм диагностики и лечения девочек с сочетанной воспалительной патологией червеобразного отростка и придатков матки.

Практическая значимость

Полученные в ходе исследования данные позволяют выделить пациенток с аппендикулярно-генитальным синдромом в группу высокого риска по формированию нарушений функций репродуктивной системы. Используя условную классификацию, которая дает представления о характере поражения, представляется возможным определиться с тактикой лечения и дальнейшей профилактикой возможных осложнений в каждом конкретном случае.

Разработанный алгоритм диагностики и лечения девочек с сочетанной воспалительной патологией червеобразного отростка и придатков матки позволяет спрогнозировать и предупредить ряд возможных осложнений послеоперационного периода.

На основании полученных данных доказана целесообразность профилактического диспансерного наблюдения пациенток, перенесших аппендикулярно-генитальный синдром, с целью раннего выявления и профилактики поздних послеоперационных осложнений.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Частота аппендикулярно-генитального синдрома у девочек колеблется в интервале от 0,8 до 13,4%, и составляет в среднем 6 %.
2. Клиническая картина аппендикулярно-генитального синдрома характеризуется сочетанием признаков острого аппендицита и воспалительных изменений внутренних половых органов.
3. Наиболее часто сочетанная аппендикулярно-генитальная патология встречается при осложненном течении деструктивных форм острого аппендицита (39,3%) и идиопатических пельвиоперитонитах (32,1%), при расположении червеобразного отростка в правой подвздошной ямке (41,7%) и полости малого таза (39,3%).

4. Проведение профилактической противоспаечной терапии позволяет снизить риск возможных осложнений послеоперационного периода, в том числе спаечного процесса брюшной полости.

Внедрение результатов в практику

Результаты диссертационной работы внедрены в практическую деятельность отделений гнойной хирургии и гинекологии детского возраста ГБУЗ Измайловской детской городской клинической больницы Департамента здравоохранения города Москвы и хирургическое отделение ФГБУЗ ЦДКБ ФМБА России.

Материалы работы используются при чтении лекций и на семинарских занятиях на кафедре детской хирургии и кафедре репродуктивной медицины и хирургии ФПДО ГОУ ВПО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России.

Апробация работы

Основные положения диссертации были доложены и обсуждены на: XII Всероссийском научном форуме «Мать и дитя». Москва, 28 сентября 2011; совместной научно-практической конференции сотрудников, аспирантов и ординаторов кафедры детской хирургии лечебного факультета, кафедры репродуктивной медицины и хирургии ФПДО ГОУ ВПО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России, сотрудников отделений хирургии, гинекологии, реанимации и анестезиологии, представителей администрации ГБУЗ Измайловской детской городской клинической больницы Департамента здравоохранения города Москвы. Москва, 16 марта 2012; XI Московской ассамблеи «Здоровье столицы». Москва, 14 декабря 2012; совместной научно-практической конференции сотрудников, аспирантов и ординаторов кафедр детской хирургии, госпитальной хирургии лечебного факультета ГОУ ВПО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России. Москва, 30 мая 2013; I научно-практической конференции с Международным участием «Национальный и международный опыт охраны репродуктивного здоровья девочек». Москва, 4 июня, 2013.

Степень личного участия в работе

Личное участие соискателя в разработке проблемы составляет 90% и основано на личном участии в комплексном обследовании и лечении детей с сочетанным воспалительным поражением червеобразного отростка и придатков матки; внедрении в клиническую практику разработанных рекомендаций; проведении медико-статистического анализа полученных результатов; оформлении научных статей и выступлениях на научно-практических конференциях и конгрессах.

Объем и структура диссертации

Диссертация состоит из введения, 4 глав, выводов, практических рекомендаций и библиографического указателя. Текст изложен на 126 страницах машинописи, иллюстрирован 22 таблицами, 26 рисунками, 2 схемами. Список литературы включает 175 источников (96 отечественных, 79 иностранных).

Работа выполнена на кафедре детской хирургии ГОУ ВПО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России (зав. кафедрой – проф. Поддубный И.В.)

Публикации

По теме диссертации опубликовано 13 научных работ, из них 3 публикации - в журналах, включенных в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

В основу настоящей работы положены результаты ретроспективного и проспективного исследования историй болезней девочек, госпитализированных по экстренным показаниям в ГБУЗ Измайловскую детскую городскую клиническую больницу Департамента Здравоохранения города Москвы и прооперированных по поводу острого аппендицита за 15 лет (в период с 1998 по 2012 гг.). В ходе анализа было выявлено, что из 1833 пациенток, подвергшихся оперативному лечению по поводу клинической картины «острого живота», сочетанная аппендикулярно-генитальная патология встретилась у 103 девочек (Табл. №1). Таким образом, частота встречаемости аппендикулярно-генитального синдрома составила 6 % (5,84±0,83).

Таблица 1

Количество прооперированных девочек по годам

Год	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Всего
Кол-во девочек (n)	171	161	113	122	150	132	100	106	79	109	81	127	112	113	157	1833
%	9,3	8,8	6,2	6,7	8,2	7,2	5,5	5,8	4,3	5,9	4,4	6,9	6,1	6,2	8,6	100
Кол-во девочек с АГ-синдромом	Абс.ч. 9	Абс.ч. 2	Абс.ч. 8	Абс.ч. 5	Абс.ч. 7	Абс.ч. 1	Абс.ч. 2	Абс.ч. 5	Абс.ч. 6	Абс.ч. 9	Абс.ч. 6	Абс.ч. 6	Абс.ч. 15	Абс.ч. 9	Абс.ч. 13	Абс.ч. 103
%	5,3	1,2	7,1	4,1	4,7	0,8	2,0	4,7	7,6	8,3	7,4	4,7	13,4	8,0	8,3	5,6

В дальнейшее исследование были включены 84 девочки с сочетанной патологией червеобразного отростка и придатков матки, прооперированные методом открытой лапароскопии. Распределение больных по возрастным группам представлено в таблице № 2.

Таблица 2

Возрастной состав больных в группе исследования

Возраст (лет) Периоды		1-7	8-12	13-17	Всего
		«Нейтральный»	Препубертатный	Пубертатный	
Количество пациенток	Абс.ч.	26	26	32	84
	%	31	31	38	100

Возраст пациенток составил от 1 года до 17 лет включительно, при этом большую часть (69%) - девочки пре- и пубертатного возраста.

Общая характеристика примененных методов исследования

План обследования и лечения девочек с сочетанной аппендикулярно-генитальной патологией был комплексным и состоял из следующих разделов:

I. Сбор анамнеза (время от начала заболевания, жалобы, гинекологический анамнез, сведения о ранее перенесенных заболеваниях и оперативных вмешательствах, данные о постановке на диспансерный учет).

II. Клинико-лабораторные исследования (осмотр детского хирурга и детского гинеколога, общий анализа крови, микробиологическое исследование содержимого брюшной полости и отделяемого влагалища, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, диагностическая лапароскопия).

III. Специальные и дополнительные лечебно-диагностические методы (лечебно-диагностическая релапароскопия, психологический метод количественной оценки боли, оценка уровня эндотоксикоза организма).

Методика статистического анализа результатов

Для статистической обработки результатов использовали пакет прикладных программ SPSS 7.0 стандартного пакета программ Microsoft Excel 2000.

Использовались методы параметрического и непараметрического анализов. При сравнении двух выборок применяли критерий χ^2 (Хи-квадрат) и двухсторонний вариант точного критерия Фишера (P), если имело место, так называемое неправильное распределение, то использовали коэффициент корреляции по Пирсону (r) для относительных величин.

Методы дескриптивной статистики включали в себя оценку среднего арифметического, средней ошибки значения.

Результаты исследования и их обсуждение

При сборе анамнестических данных в исследуемой группе, особое внимание уделялось перенесенным в течение жизни заболеваниям экстрагенитального генеза. А также наличию сопутствующей патологии на момент обследования. Было выявлено, что частота инфекционно-вирусных заболеваний, таких как ринофарингит, тонзиллит, ветряная оспа и эпидемический паротит в группе девочек с аппендикулярно-генитальным синдромом была выше общепопуляционных значений (Рис.1). Среди сопутствующих экстрагенитальных заболеваний у девочек с сочетанным воспалением аппендикса и придатков матки преобладали: хроническая патология ЛОР-органов - фарингит, тонзиллит, аденоидит, и желудочно-кишечного тракта – гастродуоденит (Табл.3).

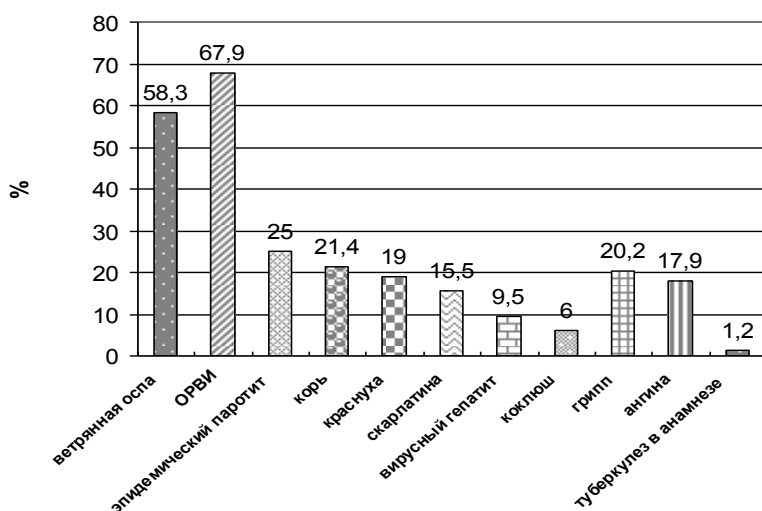


Рис. 1. Частота инфекционно-вирусных заболеваний среди пациенток с аппендикулярно-генитальным синдромом.

Таблица 3

**Хроническая соматическая патология в группе пациенток с
аппендикулярно-генитальным синдромом.**

Заболевания	Количество больных	
	Абс. число	%
Хронический фарингит	46	54,8
Хронический гастрит	37	44,0
Хронический тонзиллит	23	27,4
Аденоидные вегетации	8	9,5
Хронический бронхит	5	6,0
Хронический панкреатит	4	4,8
Хронический пиелонефрит	4	4,8
Хронический цистит	3	3,6
Хронический холецистит	2	2,4

На момент поступления общее состояние большинства пациенток (66 (78,6%)) было расценено как средне тяжелое.

Средний показатель температуры тела составил $37,4 \pm 0,08$ °С, уровня лейкоцитов - $14,8 \pm 0,53 \cdot 10^9$ /л. Среди диспепсических расстройств преобладали приступы тошноты - 44 (52,4%) и рвоты - 34 (40,5%) случаев.

При осмотре и пальпации живота было выявлено, что у пациенток с сочетанной аппендикулярно-генитальной патологией превалирует диффузный характер боли, с локализацией болей сразу в нескольких анатомических областях. При этом наиболее часто боли локализовались в правой подвздошной области – у 50 (59,5%) и над лоном – у 35 (41,7%) пациенток. Из других локализаций боли преобладали в параумбиликальной области – 27 (32,1%), и левой подвздошной области – 11 (13,1%).

Симптомы раздражения брюшины, характерные для острого аппендицита, выявлены у 37 (44,1%) пациенток. Симптомы, характерные для воспалительных изменений внутренних половых органов, отмечены у 26 (36,1%) обследуемых.

По данным ультразвукового исследования признаки острого аппендицита, характеризующиеся наличием апериостальной тубулярной структуры в правой подвздошной области выявлены у 21 (33,9%) пациентки, признаки инфильтрата брюшной полости в виде объемного воспалительного образования гетерогенной структуры в 8 (14,5%) случаях. Признаки сальпингоофорита в виде гипэхогенной структуры придатков матки выявлены в 6 (12,8%) случаях, функциональные кисты яичников, представленные тонкостенным жидкостным

образованием в 8 (17,0%) случаях, тубоовариальные воспалительные образования выявлены в 2 (4,3%) случаях. Наряду с этим, выявлены реактивные изменения со стороны других органов брюшной полости и забрюшинного пространства, являющиеся косвенными признаками воспалительного процесса: значительное усиление сосудистого рисунка и увеличение правой доли печени – у 17 (27,4%), диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы – у 24 (38,7%), утолщение стенок желчного пузыря – у 19 (30,6%), патологическая свободная жидкость в полости малого таза в позадиматочном пространстве выявлена у 27 (57,4%) пациенток.

Таким образом, в большинстве случаев аппендикулярно-генитального синдрома, подтвердить сочетанную воспалительную патологию червеобразного отростка и придатков матки, а также определить первичный очаг воспаления до операции не представляется возможным.

Клиническая картина данного состояния сочетает в себе признаки, характерные как для острого аппендицита, так и для воспалительных заболеваний придатков матки. Выраженность симптоматики определяется первичностью патологического очага.

По данным интраоперационной картины и заключения гистологического исследования среди пациенток с сочетанной аппендикулярно-генитальной патологией первичное поражение червеобразного отростка выявлено в 42 (50%) случаев, первичное поражение придатков матки в 13 (15,5%) случаях. Вторичные изменения аппендикса и придатков матки на фоне идиопатического пельвиоперитонита были отмечены у 29 (34,5%) пациенток.

Сочетанная аппендикулярно-генитальная патология при катаральной форме воспаления аппендикса выявлена в 9 (10,7%) случаях, при флегмонозной форме – в 16 (19,1%) случаях, при эмпиеме червеобразного отростка в 1 (1,2%) случае, при гангренозной форме – в 8 (9,5%) случаях, при гангренозно-перфоративной форме также в 8 (9,5%) случаях. Вторичные изменения аппендикса на фоне идиопатического пельвиоперитонита отмечены у 27 (32,1%) пациенток, на фоне первичного воспаления придатков матки у 9 (10,7%) детей (Рис.2).

В зависимости от анатомического расположения аппендикса аппендикулярно-генитальный синдром выявлен как при типично расположенном

червеобразном отростке – 35 (41,7%) случаев, так и при атипичных формах, преобладая в случаях расположения аппендикса в полости малого таза – 33 (39,3%) случаях (Рис.3).

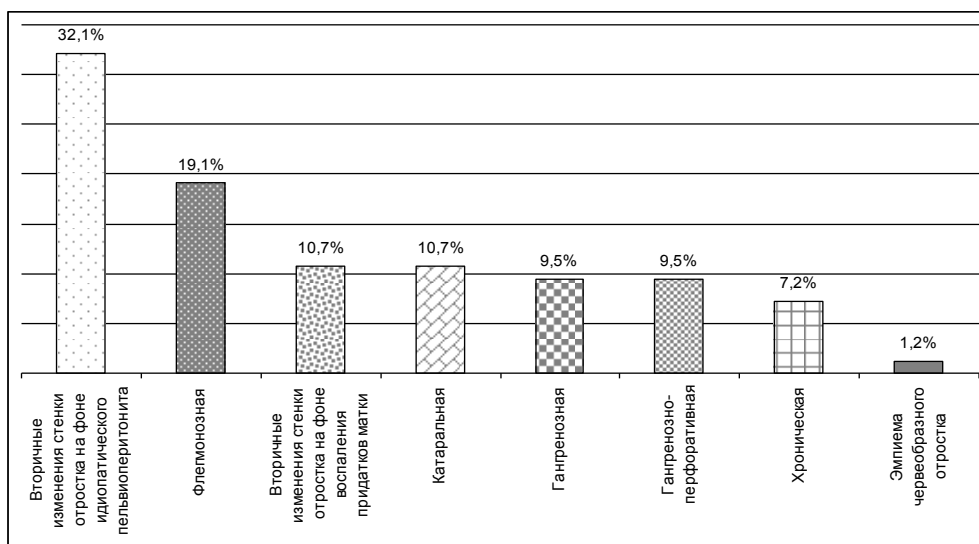


Рис. 2. Формы воспалительных изменений червеобразного отростка при аппендикулярно-генитальном синдроме.

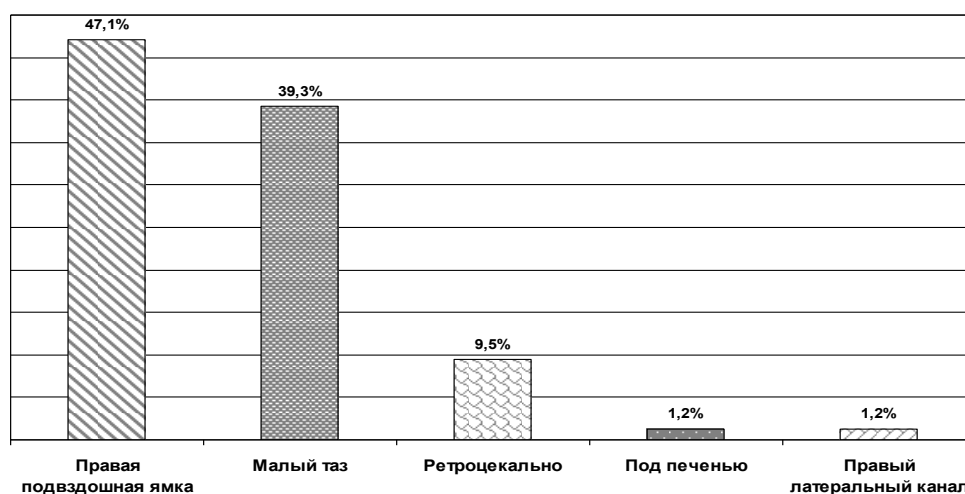


Рис. 3. Варианты расположения червеобразного отростка при аппендикулярно-генитальном синдроме.

При первичном воспалении придатков матки аппендикулярно-генитальный синдром встретился при сальпингите в 4 (30,8%) случаях, при сальпингоофорите –

в 7 (53,8%) случаях, при осложненном течении воспаления (тубоовариальные образования) – в 2 (15,4%) случаях.

Во всех случаях аппендикулярно-генитального синдрома на фоне идиопатического пельвиоперитонита (29 пациенток – 34,5%) изменения в аппендиксе и придатках матки носили вторичный характер и выражались отеком и гиперемией поверхностных слоев стенки указанных анатомических структур.

Среди исследуемой группы (84 пациентки) воспаление правых придатков матки выявлено в 36% случаев, левых – в 4% случаев, двухстороннее поражение в 60% случаев (Рис.4). Необходимо отметить, что при первичном воспалении стенки червеобразного отростка чаще поражались правые придатки матки, а при идиопатических пельвиоперитонитах наблюдался двухсторонний процесс.

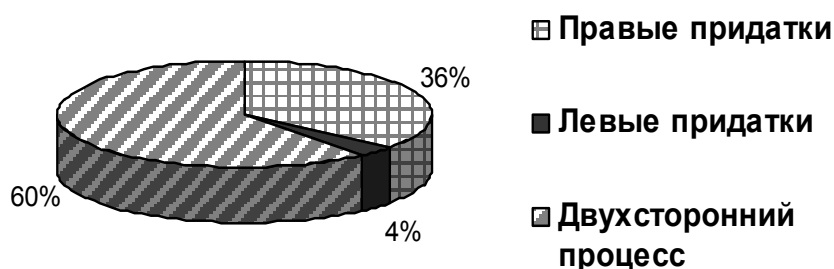


Рис. 4. Варианты поражения придатков матки при аппендикулярно-генитальном синдроме.

Таким образом, аппендикулярно-генитальный синдром наиболее часто встречается при осложненном течении деструктивных форм острого аппендицита и идиопатических пельвиоперитонитах, при расположении червеобразного отростка в правой подвздошной ямке и полости малого таза.

Всем пациенткам исследуемой группы было проведено оперативное лечение. Аппендэктомия произведена в 82 (97,7%) случаях, у 18 (22,0%) пациенток удаление червеобразного отростка было дополнено резекцией сальника. 2 (3,3%) пациенткам с аппендикулярным инфильтратом и аппендикулярным абсцессом выполнение аппендэктомии было показано в «холодном» периоде. В ходе лечения 14 (16,0%) пациенткам выполнены симультантные операции: цистэктомия по поводу функциональных кист яичников в 6 (7,1%) случаях, односторонняя

тубэктомия по поводу пиосальпингса в 1 (1,2%) случае, герниопластика по поводу незаращения внутренних паховых колец в 7 (8,3%) случаях. Санационные мероприятия методом двухэтапной эвакуации патологического выпота выполнены в 76 (90,5%) случаях, с использованием антисептических растворов в 8 (9,5%) случаях. Дренирование полости малого таза по Генералову произведено у 38 (45,2%) пациенток. 10 (11,9%) пациенткам основной группы исследования с осложненным течением деструктивных форм острого аппендицита с профилактической целью произведена имплантация противоспаечного средства барьерного типа действия («Мезогель»).

В раннем послеоперационном периоде все пациентки исследуемой группы получали курс антибактериальной терапии в соответствии с результатами микробиологического исследования перитонеальной жидкости (Рис.5). По данным микробиологического исследования мы пришли к выводу, что этиологическими агентами воспаления при сочетанной аппендикулярно-генитальной патологии являются ассоциации неспорообразующих аэробно-анаэробных условно-патогенных микроорганизмов, колонизирующих желудочно-кишечный тракт, кожу, мочеполовые и ЛОР-органы.

Необходимо отметить, что при аппендикулярной форме АГ - синдрома преобладала кишечная палочка (42,9%), при генитальной - гемолитический стафилококк (38,5%), при идиопатической – эпидермальный стафилококк (20,7%) и клебсиелла пневмонии (17,2%).

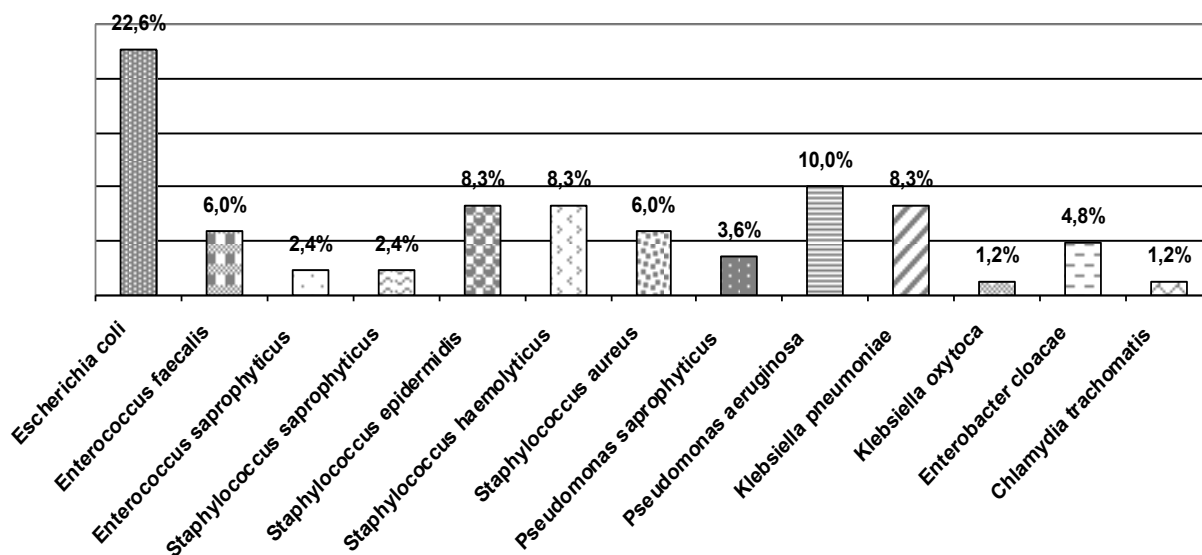


Рис. 5. Результаты микробиологического исследования перитонеальной жидкости.

Помимо стандартного комплекса лечения, включающего в себя: инфузионную, дезинтоксикационную, антибактериальную и симптоматическую (по показаниям) терапию, 20 (23,8%) пациенток основной группы исследования с деструктивными формами острого аппендицита получили курс профилактической противоспаечной физиотерапии.

Для оценки эффективности проводимой терапии, в раннем послеоперационном периоде в исследуемой группе были выделены три подгруппы.

I подгруппа – 20 человек, которым в послеоперационном периоде проводился стандартный комплекс лечебных мероприятий (контрольная).

II подгруппа – 20 человек, которым наряду со стандартным лечебным комплексом проводился курс противоспаечной физиотерапии.

III подгруппа – 20 человек, которым интраоперационно производилось введение противоспаечного препарата «Мезогель», и в послеоперационном периоде получавших стандартный комплекс лечебных мероприятий.

Эффективность проводимой профилактической противоспаечной терапии определялась путем оценки динамики показателей эндотоксикоза с учетом уровня лейкоцитов в периферической крови и температурной реакции в послеоперационном периоде (Таб.4). А также динамике болевого синдрома с использованием визуально-аналоговой шкалы (Таб.5).

Таблица 4

Динамика показателей эндотоксикоза (количество лейкоцитов $n \times 10^9$ и температура тела в градусах C^0) при профилактике спайкообразования у больных с АГ-синдромом в группе аппендикулярного генеза ($M \pm m$)

	Группа	До операции	Послеоперационный период			
			1-е сутки	3-и сутки	5-е сутки	7-е сутки
Количество лейкоцитов	I подгруппа	17,7± 0,9	15,1± 0,8	11,3± 0,6	8,3± 0,3	7,6± 0,5
	II подгруппа	17,4±1,3	15,3±1,1	10,6± 0,5	8,8± 0,5	7,3± 0,3
	III подгруппа	17,2± 1,1	14,2± 0,9	10,8± 0,6	8,7± 0,4	6,9± 0,4
Температурная реакция	I подгруппа	37,4± 0,2	37,4± 0,2	37,2± 0,1	36,8± 0,1	36,5± 0,1
	II подгруппа	37,7± 0,2	37,5± 0,2	37,2± 0,2	36,9± 0,1	36,5± 0,1
	III подгруппа	37,3± 0,2	37,4± 0,1	37,2± 0,1	36,9± 0,1	36,7± 0,1

Примечание: $P > 0,05$.

Как видно из таблицы № 5, при поступлении показатели лейкоцитоза у пациенток всех групп не имели достоверного различия ($p>0,05$). На 1-е и последующие сутки во всех трех группах имелась устойчивая тенденция к снижению количества лейкоцитов, причем показатели в группах не имели существенного различия ($p>0,05$).

Динамика температуры тела на 1-е, 3-и, 5-е, 7-е сутки после проведенного оперативного лечения имела параллельные лейкоцитозу тенденции.

Однако, проведенный сравнительный корреляционный анализ показателей эндотоксикоза внутри каждой подгруппы, показал отчетливую зависимость динамики снижения показателей (уровень лейкоцитов, температурная реакция) во II и III подгруппе по сравнению с I (контрольной). Что свидетельствует об эффективности проводимой противоспаечной терапии.

Таблица 5

Динамика болевого синдрома в баллах визуально-аналоговой шкалы ($M \pm m$)

Группы больных	1-е сутки	3-и сутки	5-е сутки	7-е сутки
I подгруппа	5,5± 0,3	4,0± 0,2	2,4± 0,1	0,7± 0,2
II подгруппа	5,3± 0,2	3,9± 0,1	2,3± 0,2	0,5± 0,2
III подгруппа	5,5± 0,3	3,8± 0,2	2,3± 0,2	0,4± 0,1

Примечание: $P > 0,05$.

Данные, представленные в таблице № 5, отражают динамику снижения интенсивности болевого синдрома во всех группах. При этом цифры, полученные при анкетировании пациентов контрольной и исследуемых групп, с использованием визуально-аналоговой шкалы были также приблизительно одинаковыми ($p>0,05$).

По данным ультразвукового исследования, проводимого всем пациенткам, дистанция скольжения слепой кишки на 7-е послеоперационные сутки была достоверно ($p<0,05$) выше у пациенток II (2,0±0,01) и III (2,0±0,1) подгрупп по сравнению с I (1,6±0,1) контрольной подгруппой исследования. Что свидетельствует о менее выраженном послеоперационном спаечном процессе у пациенток исследуемых групп по сравнению с контрольной.

Таким образом, анализ полученных данных позволил предположить, что проведение профилактической противоспаечной терапии способствует снижению уровня возможных осложнений послеоперационного периода, в том числе спаечного процесса брюшной полости.

В отдаленном послеоперационном периоде проводилась оценка состояния здоровья у 43 (51,2%) пациенток основной группы исследования. Полученные данные сопоставлялись с результатами исследования 43 пациенток, перенесших оперативное лечение по поводу различных форм острого аппендицита без вовлечения в воспалительный процесс внутренних половых органов.

В послеоперационном периоде при длительности наблюдения от 6 месяцев до 6 лет нами были выявлены следующие осложнения. Жалобы на сохранение болей различного характера и интенсивности в нижних отделах живота отмечали 24 (55,8%) пациентки с АГ-патологией и 11 (25,6%) из группы сравнения. Функциональные нарушения кишечника в виде изменения характера стула, его нерегулярности, запоров наблюдались у 8 (18,6%) девушек с АГ-патологией и у 5 (11,6%) в группе сравнения. Среди пациенток, живущих половой жизнью, диспареуния выявлена в 3 (27,3%) случаях в группе пациенток с АГ-патологией и в 1 (12,5%) случаев в группе сравнения. Нарушение регулярности менструального цикла отметили 7 (53,8%) девушек с АГ-патологией и 5 (35,7%) в группе сравнения. Также в 2 (15,4%) случаях у пациенток с АГ-патологией наблюдалась вторичная дисменорея.

По данным гинекологического и ультразвукового исследования в группе пациенток с АГ-патологией также выявлены признаки хронического аднексита у 9 (39,1%), признаки спаечного процесса - у 12 (52, 2%) девушек.

Таким образом, анализ полученных данных свидетельствует, что риск развития осложнений и нарушений менструального цикла у пациенток, перенесших в анамнезе оперативное лечение по поводу сочетанной воспалительной патологии аппендикса и придатков матки выше, чем у девушек, перенесших оперативное лечение по поводу острого аппендицита, без поражения внутренних гениталий.

В ходе нашей работы мы также провели обследование и лечение 5 пациенток, в анамнезе у которых имелись сведения о ранее перенесенном оперативном лечении по поводу деструктивных форм острого аппендицита, в том числе в сочетании с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов. Исходом перенесенного ранее воспаления во всех случаях явилось образование воспалительных тубоовариальных опухолей, потребовавших проведения оргоаноуносящих операций.

Полученные данные свидетельствуют о том, что большой процент развития осложнений, требующих проведения калечащих оперативных манипуляций, у девушек, перенесших в анамнезе оперативное лечение по поводу сочетанной воспалительной патологии аппендикса и придатков матки, обязывает к проведению динамических осмотров данной группы пациенток с целью раннего выявления и лечения возможных осложнений.

Проанализированные показатели (анамнестические данные, дооперационная диагностика, особенности интраоперационной картины, течение послеоперационного периода) позволили представить условную классификацию аппендикулярно-генитального синдрома (Схема 1), которая дает представления о характере поражения и возможность определиться с тактикой лечения и дальнейшей профилактикой возможных осложнений в каждом конкретном случае. А также помогли выработать алгоритм диагностики и лечения (Схема 2), направленный на выявление сочетанного воспаления червеобразного отростка и придатков матки у девочек, поступивших в стационар по экстренным показаниям. Который позволяет спрогнозировать и предупредить ряд возможных осложнений послеоперационного периода.

Схема 1. Классификация форм аппендикулярно-генитального синдрома

I. По первичности патологического очага:

1. Аппендикулярная форма
 - 1.1. На фоне острого аппендицита
 - 1.2. На фоне ранее перенесенного аппендицита
2. Генитальная форма
 - 2.1. На фоне сальпингита
 - 2.2. На фоне сальпингоофорита
3. Идиопатическая (криптогенная форма)
 - 3.1. Генитального генеза
 - 3.2. Экстрагенитального генеза

II. По этиологии:

- специфический
- неспецифический

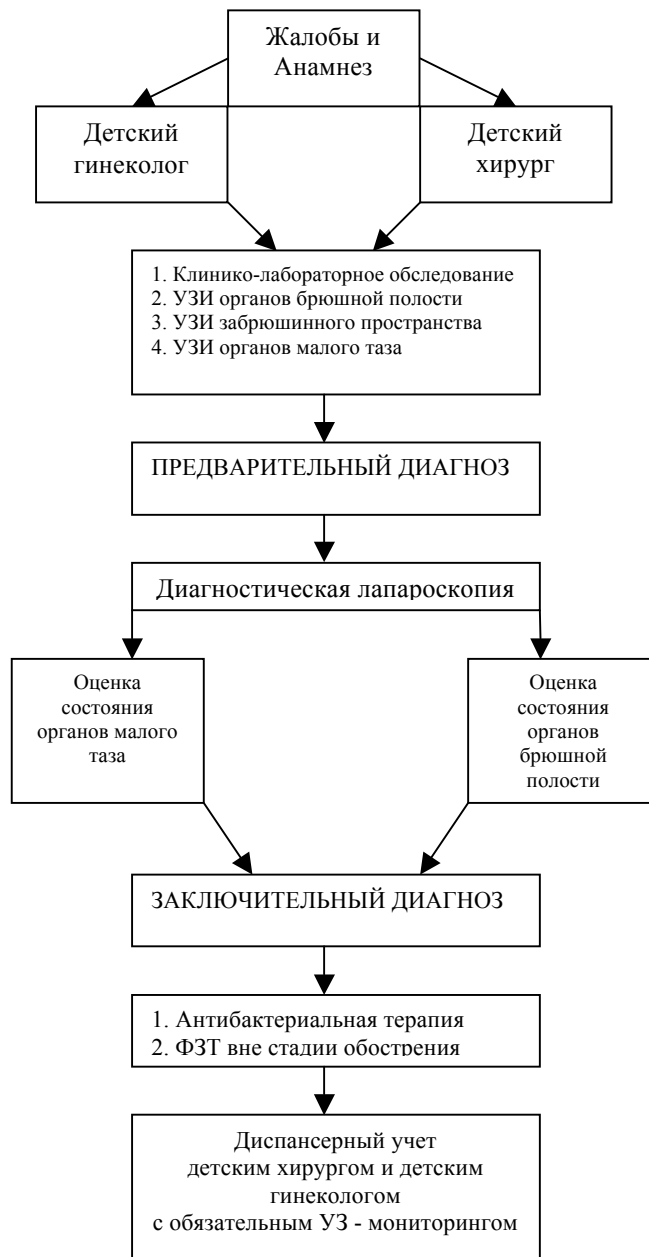
III. По длительности течения:

- острый
- хронический

IV. По наличию осложнений:

- аппендикулярного происхождения
- генитального происхождения

Схема 2. Алгоритм диагностики и лечения девочек с аппендикулярно-генитальным синдромом



ВЫВОДЫ

1. Для клинической картины аппендикулярно-генитального синдрома характерно сочетание признаков острого аппендицита и воспалительных изменений внутренних половых органов. Выраженность симптоматики определяется первичностью патологического очага. Отсутствие признаков, патогномоничных для острого аппендицита и воспалительных заболеваний внутренних гениталий не свидетельствует об отсутствии патологии.

2. Этиологическими агентами воспаления при сочетанной аппендикулярно-генитальной патологии являются ассоциации неспорообразующих аэробно-анаэробных условно-патогенных микроорганизмов, колонизирующих желудочно-кишечный тракт, кожу, мочеполовые и ЛОР-органы. При аппендикулярной форме аппендикулярно-генитального синдрома преобладает кишечная палочка (42,9%), при генитальной форме – гемолитический стафилококк (38,5%), при идиопатической форме – эпидермальный стафилококк (20,7%) и клебсиелла пневмонии (17,2%).

3. Ультразвуковое исследование при аппендикулярно-генитальном синдроме информативно при аппендикулярной форме в 38,8% случаев, при генитальной в 40%, при идиопатической форме в 37,5% случаев.

4. Лапароскопия является «золотым стандартом» диагностики и лечения сочетанной аппендикулярно-генитальной патологии, позволяет тщательно осмотреть и оценить состояние органов брюшной полости и полости малого таза, а также провести все необходимые лечебные манипуляции. Информативность метода составляет 100%.

5. У пациенток, перенесших в анамнезе оперативное лечение по поводу сочетанной воспалительной патологии аппендикса и придатков матки нарушения менструальной функции встречаются с частотой 69,2%. У девушек, перенесших острый аппендицит без поражения внутренних гениталий с частотой 35,7%.

6. Разработанный протокол послеоперационного ведения пациенток, перенесших аппендикулярно-генитальный синдром, позволяет улучшить результаты проведенного лечения, а также повысить частоту раннего выявления возможных послеоперационных осложнений.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Все пациентки, поступающие в стационар с подозрением на острую хирургическую патологию органов брюшной полости наряду с осмотром детского хирурга и ультразвуковым исследованием органов брюшной полости и забрюшинного пространства, должны в обязательном порядке проходить осмотр детского гинеколога.

2. Консультация гинеколога должна включать оценку наружных половых органов, ректоабдоминальное исследование, ультразвуковое исследование органов малого таза. При выявлении воспалительных изменений и наличии патологических выделений необходимо исследование вагинальных мазков на флору. Для пациенток, живущих половой жизнью, обязательным является исследование на инфекции, передающиеся половым путем.

3. При проведении оперативного лечения с целью снижения риска гнойно-септических осложнений антибиотикопрофилактика препаратом широкого спектра действия должна проводиться у всех пациенток с воспалительными изменениями внутренних гениталий и аппендикса. Для исключения сочетанной патологии червеобразного отростка и придатков матки оценка состояния внутренних гениталий должна быть обязательной у всех пациенток, оперирующихся по поводу острого аппендицита. С профилактической целью у пациенток с осложненным течением деструктивных форм острого аппендицита интраоперационно рекомендуется введение противоспаечных средств барьерного типа.

4. С целью ранней диагностики и предупреждения возможных осложнений, в раннем послеоперационном периоде проведение динамического ультразвукового мониторинга органов брюшной полости и полости малого таза является обязательным у всех пациенток, перенесших оперативное вмешательство по поводу сочетанной аппендикулярно-генитальной патологии.

5. В послеоперационном периоде наряду со стандартным лечебным комплексом, пациентки, перенесшие оперативное вмешательство на органах брюшной полости и малого таза, должны получать курс профилактической противоспаечной физиотерапии. Рекомендуется проведение 2-3 курсов, в том числе амбулаторно.

6. Пациентки, перенесшие оперативное лечение по поводу острого аппендицита в сочетании с воспалительными заболеваниями придатков матки должны составлять отдельную диспансерную группу. Рекомендуется осуществлять профилактические осмотры таких пациенток с частотой 1 раз в 3 месяца в течение первого послеоперационного года. В дальнейшем 1 раз в 6 месяцев до момента перевода пациентки во взрослое лечебно-профилактическое учреждение.

7. Дальнейшие исследования с учетом патогенетических аспектов, клинического течения, форм и распространенности воспалительного процесса, потенциальных последствий, вопросов профилактики осложнений с целью сохранения репродуктивного потенциала девушек-подростков, покажут необходимость выделения аппендикулярно-генитального синдрома в отдельную нозологическую единицу перечня МКБ.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Поддубный, И.В. Аппендикулярно-генитальный синдром у девочек / И.В. Поддубный, Т.М. Глыбина, Л.В. Адамян, **О.А. Фаткина**, Е.В. Сибирская // Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Современные проблемы состояния здоровья детей и подростков». – Курск, - 2011. - С. 316-317.
2. Поддубный, И.В. Сочетанная воспалительная патология червеобразного отростка и придатков матки у девочек / И.В. Поддубный, Т.М. Глыбина, Л.В. Адамян, **О.А. Фаткина**, Е.В. Сибирская // Материалы V городской научно-практической конференции «Эндокринологические аспекты в педиатрии». - М., - 2011. - С. 39-40.
3. Поддубный, И.В. Формы аппендикулярно-генитального синдрома у девочек / И.В. Поддубный, Т.М. Глыбина, Л.В. Адамян, **О.А. Фаткина**, Е.В. Сибирская // Материалы XXV Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний». – М., - 2012. - С. 106-107.
4. Поддубный, И.В. Аппендикулярно-генитальный синдром у девочек / И.В. Поддубный, Т.М. Глыбина, Л.В. Адамян, **О.А. Фаткина**, Е.В. Сибирская // Материалы XXV Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний». – М., -2012. - С. 107-108.
5. Поддубный, И.В. Аппендикулярно-генитальный синдром у девочек (клинический случай) / И.В. Поддубный, **О.А. Фаткина**, Т.М. Глыбина, Е.В. Сибирская // Материалы XI Московской ассамблеи «Здоровье столицы». – М., - 2012. - С. 153.

6. Поддубный, И.В. Сочетанная аппендикулярно-генитальная патология у девочек / И.В. Поддубный, **О.А. Фатькина**, Т.М. Глыбина, Е.В. Сибирская // Материалы XI Московской ассамблеи «Здоровье столицы». - М., - 2012. - С. 154.
7. Поддубный, И.В. Осложнения ранее перенесенного аппендикулярно-генитального синдрома у девочек. Клинический случай / И.В. Поддубный, **О.А. Фатькина**, Т.М. Глыбина, Е.В. Сибирская // Материалы VII Международного конгресса по репродуктивной медицине. – М., - 2013. - С. 275-276.
8. Поддубный, И.В. Формы сочетанной аппендикулярно-генитальной патологии у девочек / И.В. Поддубный, **О.А. Фатькина**, Т.М. Глыбина, Е.В. Сибирская // Материалы VII Международного конгресса по репродуктивной медицине. – М., - 2013. - С. 276-278.
9. Поддубный, И.В. Последствия, ранее перенесенного аппендикулярно-генитального синдрома у девушек / И.В. Поддубный, **О.А. Фатькина**, Т.М. Глыбина, Е.В. Сибирская // Материалы I научно-практической конференции с Международным участием «Национальный и международный опыт охраны репродуктивного здоровья девочек». – М., - 2013. – С. 131-132.
10. Поддубный И.В. Формы сочетанной воспалительной патологии аппендикса и придатков матки у девочек / И.В. Поддубный, **О.А. Фатькина**, Т.М. Глыбина, Е.В. Сибирская // Материалы XXVI Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний». – М., - 2013. - С. 108-109.
11. Поддубный, И.В. Сочетанная воспалительная патология червеобразного отростка и придатков матки у девочек / И.В. Поддубный, **О.А. Фатькина**, Т.М. Глыбина, Е.В. Сибирская // **Детская хирургия.** - 2013. - № 1. - С. 52-54.
12. Поддубный, И.В. Аппендикулярно-генитальный синдром у девочек / И.В. поддубный, **О.А. Фатькина**, Т.М. Глыбина, Е.В. Сибирская // **Детская хирургия.** - 2013. - № 2. - С. 45-51.
13. Поддубный, И.В. Аппендикулярно-генитальный синдром у девочек: классификация, общая характеристика, осложнения / И.В. Поддубный, **О.А. Фатькина**, Т.М. Глыбина, Е.В. Сибирская // **Репродуктивное здоровье детей и подростков.** – 2013. - № 1. - С. 53-61.