

«ОСТРЫЙ ЖИВОТ» В ДЕТСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

В статье представлены данные о причинах возникновения «острого живота» в детском и юношеском возрасте. Рассмотрена клиника, диагностика, тактика ведения больных с острым животом, методы терапии. Подробно изложены сведения об остром воспалении придатков у детей и клиника осложненных опухолей яичников.

Термин «острый живот» объединяет различные патологические процессы в органах брюшной полости и малого таза, требующие неотложной помощи. Условия диагностики острого живота отличаются тем, что при этом состоянии промедление с распознаванием заболевания может привести к запоздалому хирургическому вмешательству. Поэтому до настоящего времени остаётся справедливым положение о том, что если диагноз неясен или не совсем ясен и есть основание предполагать серьёзное, угрожающее жизни заболевание, то в качестве последнего диагностического приёма должна быть произведена пробная лапаротомия.

При диагностике острого живота у девочек используют методы исследования, принятые в педиатрии при распознавании заболеваний у детей. Внезапность наступления заболевания, тревожное поведение больной, невозможность в ряде случаев получить информацию о развитии заболевания выдвигают на первый план данные, полученные при объективном обследовании.

Среди причин острого живота, вызванного заболеванием половых органов у детей, выделяют внутреннее кровотечение вследствие апоплексии и разрыва яичника. Другие причины внутреннего кровотечения, встречающиеся у взрослых, у детей и подростков наблюдаются крайне редко (прерывание трубной беременности, травматические повреждения и пр.). Клиническая картина острого живота, вызванного внутрибрюшным кровотечением, зави-

сит от его интенсивности. При незначительном кровотечении наблюдается кратковременный шок с появлением симптомов раздражения брюшины, тошноты, рвоты, холодного пота, обморочного состояния. При более выраженном внутреннем кровотечении возможен коллапс со слабым и частым пульсом, побледнением кожи, падением артериального давления и другими признаками геморрагического шока.

Явления острого живота могут возникнуть у девочек в связи с нарушением кровоснабжения при перекручивании ножки подвижной опухоли внутренних половых органов. Это касается, в первую очередь, опухолей и кист яичников, реже - параовариальных кист. Описан также перекрут здоровых придатков матки у детей. Картину острого живота может имитировать острое воспаление тазовых органов (придатков матки, тазовой брюшины). Острое воспаление придатков матки у подростков развивается быстро, что может быть следствием восходящей гонорреи и дать повод к необоснованному хирургическому вмешательству. Опасным, но, к счастью, редким заболеванием у девочек и девушек является разлитой перитонит гинекологического происхождения, дающий яркую клиническую картину острого живота. Перитонит может развиваться в результате разрыва гнойного мешотчатого образования (пиосальпинкс, пиовар, прорыв гноя из ранее осумковавшегося ограниченного перитонита).

Независимо от причин возникновения, для «острого живота»

характерны следующие симптомы. Главным и обязательным являются боли в животе, достигающие нередко чрезвычайной силы. Боли имеют разную локализацию, различный характер (постоянные, периодические, схваткообразные, колющие, режущие, спастические, пульсирующие) и отличаются различной иррадиацией (иррадиирующие в лопатку, плечо, шею, под ключицу, в задний проход). Другим частым симптомом у детей с острым животом является рвота, которая возникает как в самом начале заболевания, так и в дальнейшем, по мере ухудшения общего состояния больной. В начале заболевания рвота имеет рефлекторное происхождение, в дальнейшем она может быть результатом токсемии. Важным симптомом острого живота является нарушение нормального отхождения кала и кишечных газов. Чаще наблюдается запор, реже возникает понос. Важное значение имеет комбинация симптомов. Так, рвота в начале заболевания при отсутствии других симптомов может наблюдаться при различных патологических состояниях и не иметь никакого отношения к острому животу, и лишь сочетание болей, рвоты, икоты, нарушения отхождения газов и кала даёт основание для диагностики острого живота.

Осложненные опухоли яичников

Среди всех причин развития острого живота у детей важная роль отводится осложнённым опухолям яичников. В формировании опухолей яичников у девочек принимают участие все три тканевые закладки: эндо-, экзо-, мезодерма. Опухоли и опухолевидные образования яичников встречаются у 8% девочек и девушек до 18 лет. Среди них тератомы яичников составляют 61%, фолликулярные кисты у 1% детальных образования – 5% и меньше. В возникновении опухолей яичников большую роль играют изме-

нения гормональных взаимоотношений. При количественном нарушении соотношения гормонов может возникнуть опухолевый рост. При этом происходит первичное ослабление функции яичников и снижение уровня овариальных эстрогенов с последующими компенсаторными повышениями уровня гонадотропинов гипофиза, а в первую очередь, фолликулостимулирующего гормона. Ряд авторов указывают на значение инфекции в происхождении опухолей яичников у детей, исследование преморбидного фона показывает, что в некоторых случаях беременность у матерей протекала с многоводием, в анамнезе у многих пациенток отмечены различные инфекционные заболевания. Нейротропные вирусы гриппа и другие инфекционные агенты влияют на гипоталамус и гипофиз, в результате чего нарушаются взаимоотношения в системе гипоталамус - гипофиз - яичник.

У детей с опухолями яичников значительно чаще в анамнезе отмечаются ангины, грипп, пневмония, болезнь Боткина (вирусный гепатит), скарлатина, ветряная оспа, краснуха; аппендэктомия у этих детей проводилась в 62 раза чаще, а заболеваемость гриппом оказалась в 36 раз выше.

Для опухолей яичников у детей характерно меньшее разнообразие гистологических форм, чем у взрослых. У подростков чаще встречаются тератомидные опухоли, дисгерминомы, гранулёзноклеточная опухоль и различного рода кисты яичника (фолликулярные, лютеиновые, эндометриоидные, параовариальные). У больных с опухолями яичников наиболее частыми являются жалобы на тупые боли в низу живота. Острая боль возникает при кровоизлиянии в ткань опухоли, её перекруте или разрыве.

Выраженность болевых ощущений зависит от индивидуальных особенностей и состояния ЦНС. Опухоль яичника вызывает раздражение рецепторного

аппарата внутренних половых органов и брюшины малого таза.

Болевой синдром может быть обусловлен растяжением капсулы опухоли, приводящим к нарушению кровоснабжения её стенки.

Нередким осложнением опухоли яичника является перекрут её ножки. Чаще происходит перекрут ножки зрелой тератомы, которая имеет большую подвижность. Развитие этого осложнения у девочек, по сравнению с женщинами, связано с анатомическими особенностями органов малого таза: опухоли яичников у девочек чаще находятся не в малом тазу, а в брюшной полости. Поэтому осложненные опухоли яичников необходимо дифференцировать от острого аппендицита, кишечной непроходимости и других заболеваний, вызывающих картину острого живота.

Клиническая картина при перекруте ножки опухоли яичника многообразна. Основными симптомами являются боли в животе, которые возникают внезапно - часто после физического напряжения, бега, подвижных игр. Боли могут быть схваткообразными, нередко медленно нарастают и длительно остаются максимально выраженными. При этом могут наблюдаться рвота, головокружение, тошнота, учащение пульса, повышение температуры тела. Общее состояние ухудшается. Кожа бледная, язык может быть обложен. Передняя брюшная стенка напряжена, особенно в нижних отделах, в акте дыхания участвует слабо, можно обнаружить притупление перкуторного звука в нижних отделах живота, при пальпации живот болезнен, выявляются симптомы раздражения брюшины.

В основе указанной клинической картины лежит нарушение питания ткани яичника и кистомы в результате пережатия кровеносных сосудов.

Симптомы заболевания зависят от быстроты, степени перекрута и нарушения кровообраще-

ния. Если перекручивание ножки кистомы происходит медленно и кровоток в яичнике нарушается постепенно, то и симптомы будут нарастать более длительно. При этом в первую очередь нарушается отток венозной крови, возникает застой в тканях опухоли, которая становится напряжённой и отёчной, увеличивается и приобретает тёмно-красный оттенок. При прогрессировании заболевания начинается некроз тканей, их инфицирование с последующим развитием перитонита.

Внимательное изучение анамнеза, появление болей в животе в середине менструального цикла у девочки с неустановившейся функцией яичников позволяют заподозрить разрыв яичника, произошедший во время овуляции.

Клиническая картина при разрыве (апоплексии) яичника зависит от величины разрыва, степени васкуляризации повреждённой ткани и силы внутреннего кровотечения. Выделяют формы апоплексии о преимущественно болевом синдромом, с анемическим синдромом и смешанную. При каждой из этих форм жалобы больных будут различными. Обычно беспокоят боли в нижних отделах живота, сопровождающиеся тошнотой, рвотой. При внутреннем кровотечении появляются симптомы раздражения брюшины, передняя брюшная стенка напряжена, слабо участвует в акте дыхания.

При подозрении на поражение половых органов у девочек ценную информацию можно получить при прямокишечно-брюшностеночном исследовании. Можно определить матку, её величину, подвижность. Пальпируя область придатков, следует избегать больших усилий, чтобы не вызвать прогрессирования кровотечения и увеличения разрыва яичника. Обнаружение опухоли яичника, его резкая болезненность и напряжённость, малая смещаемость позволяют поставить окончательный диагноз. Обнаружение «тестова-

тости» в области придатков, нависание передней стенки прямой кишки помогут заподозрить апоплексию яичника с внутренним кровоизлиянием.

Дополнительные методы обследования - рентгенологические исследования брюшной полости, УЗИ малого таза, лапароскопия - помогут уточнить диагноз, но в условиях нарастающих явлений перитонита они вряд ли будут уместны.

Каков же объём оперативного вмешательства при этом у девочек в пубертатном возрасте? Некоторые авторы полагают, что удаление пораженного яичника является правомочной операцией и что в дальнейшем функция удаленного яичника полностью компенсируется деятельностью оставшегося. Однако исследования сотрудников СПбГПМА показали, что после одностороннего удаления яичника не только нарушаются менструальная и детородная функции, но и наступают выраженные нейровегетативные расстройства. После консервативных операций на яичниках менструальная и репродуктивная функции страдают значительно меньше, чем после овариэктомии. Нейроэндокринные расстройства наблюдаются у 30% девочек, перенесших овариэктомию, у них же обнаружены более выраженные изменения гормональной функции яичников. В крови выявлены снижение содержания эстриола и прогестерона, увеличение концентрации тестостерона. Эти явления особенно выражены у больных, давность оперативного вмешательства у которых составила более 15 лет. Подобные данные свидетельствуют об истощении функции яичников, которое возникает вследствие удаления части ткани этой железы.

Исходя из этого, при осложненных опухолях яичников у детей следует проводить наиболее щадящие операции: вылущивание кисты, зашивание разрыва яичника, резекцию яичника. Только в

исключительных случаях, когда имеется явный некроз ткани яичника, необходимо его удаление.

Очень часто больным с осложненной опухолью яичника ставят диагноз острого или хронического аппендицита. В этих случаях соответствующие изменения в яичниках являются неожиданной находкой для оперирующего хирурга; ещё сложнее установить правильный диагноз при наличии воспалительных изменений в придатках матки. Осложненные опухоли яичника необходимо дифференцировать от острых заболеваний органов брюшной полости (острая кишечная непроходимость, тромбоз сосудов брыжейки кишечника, спаечная болезнь, почечная, печеночная колика и др.). Наиболее часто дифференциальная диагностика проводится с острым аппендицитом, ещё большие диагностические трудности возникают при распознавании частого у взрослых, но редкого у подростков заболевания - внематочной беременности.

Острое воспаление придатков матки

Ранее полагали, что воспаление внутренних половых органов у девочек - явление редкое. Использование современных методов диагностики показало, что это не совсем правильное суждение. У детей с острыми болями в животе при лапароскопическом исследовании в 23% случаев обнаружен воспалительный процесс в тазовой области, в том числе в 4,3% - острый сальпингит, в 9,09% - криптогенный перитонит, в 10% - тазовый перитонит аппендикулярного генеза с вовлечением в патологический процесс придатков матки. При остром неспецифическом воспалении придатков матки девочки предъявляют жалобы на боли в нижних отделах живота, чаще справа, иногда появляются симптомы раздражения брюшины. Этому предшествуют перенесенные острые респираторные заболевания, переохлаждение, утомление.

Подобные приступы у больных могут быть неоднократными. Общее состояние, как правило, удовлетворительное, отмечаются субфебрильная температура тела, небольшой лейкоцитоз. Данные эндоскопического исследования свидетельствуют о воспалительном поражении маточных труб (гиперемия, полнокровие, отек). Отличительной особенностью воспаления придатков матки является редкое вовлечение в процесс яичников. Они лишь отечны, отчего приобретают шарообразную форму и становятся тусклыми. Чаще наблюдается изолированное поражение труб - сальпингит. Своеобразие клинической картины острого сальпингита обусловлено редким образованием пиосальпинкса и гнойного выпота в малом тазу. При дальнейшем распространении процесса, о чем свидетельствуют клинические проявления (подъем температуры тела до 38...39 °С гиперлейкоцитоз со сдвигом в формуле белой крови влево, ухудшение общего состояния), происходит вовлечение в процесс не только маточных труб, особенно ампулярного отдела, но и париетальной и висцеральной брюшины. Развивается пельвиоперитонит. В полости малого таза накапливается мутный выпот, появляется парез кишечника.

Анатомическая близость расположения правых придатков матки и червеобразного отростка объясняет их совместное поражение воспалительным процессом и невозможность в ряде случаев указать на первичный очаг поражения. Высокая частота сочетанного воспаления половых органов и червеобразного отростка позволяет выделить аппендикулярно-генитальный синдром как особую форму воспалительного процесса в малом тазу. При остром аппендиците практически во всех случаях наблюдается та или иная степень вовлечения половых органов в воспалительный процесс что сопровождается образованием пе-

ритубарных спаек и приводит к нарушению проходимости маточных труб). При деструктивных формах аппендицита отмечается особо острая воспалительная реакция внутренних половых органов. При лапаротомии в полости малого таза определяются мутный, гнойный выпот, резкая гиперемия матки, маточных труб, висцеральной и париетальной брюшины. Описанная картина возникает при остром двустороннем сальпингооофорите, обусловленном местным перитонитом аппендикулярного происхождения. Клиническая картина заболеваний зависит от преимущественного поражения половых органов или червеобразного отростка. Окончательный диагноз может быть установлен с помощью лапароскопии, позволяющей выявить острый аппендицит со вторичным вовлечением в процесс внутренних половых органов или острый сальпингит о пельвиоперитонитом. В зависимости от полученных результатов лечение может оставаться консервативным, с использованием антибактериальной и симптоматической терапии. При выявлении катаральных, а тем более деструктивных изменений червеобразного отростка оперативное лечение должно быть проведено без промедления.

Лечение острого воспаления внутренних половых органов у подростков должно быть патогенетическим и ранним. Выделяют несколько направлений в терапии, в зависимости от основного влияния применяемых лечебных мероприятий.

Принципы антибактериальной терапии: препараты следует применять с учетом выявленного возбудителя и его чувствительности к антибиотикам; для предотвращения перехода острого процесса в хронический целесообразно использовать высокие дозы антибиотиков, особенно в первые 3 суток заболевания; предпочтение следует отдавать наименее токсичным антибиотикам. Анти-

биотики следует назначать в комбинации друг с другом и с учетом основного и побочного их действия. До выявления возбудителя целесообразно применять антибиотики широкого спектра действия, активные в отношении как грамположительных, так и грамотрицательных микробов (цефалоспорины, аминогликозиды, полусинтетические пенициллины).

Для лечения острого воспаления внутренних половых органов у подростков препаратами выбора среди антибиотиков можно считать:

- полусинтетические пенициллины, действующие на флору, устойчивую к пенициллину: метициллина натриевая соль (вводят по 1 гр. каждые 6 ч, для детей старше 12 лет - в/м); оксациллина натриевая соль может быть применена в/м и в/в у детей старше 6 лет по 2-4 г/сут; сультамициллин (уназин) по 25-50 мг/кг в сут;

- антибиотики группы цефалоспоринов оказывают антибактериальное действие на стрептококки, устойчивые к пенициллинам: цефопин в дозе 20-30 мг/кг в сут, кефазол в дозе 20-50 мг/кг в сут, клафоран до 8 г/сут, цефалексин - 25-50 мг/кг в сут;

- аминогликозиды - канамицин (50 мг/кг); тобрамицин (2-5 мг/кг); сизомицин (3-4 мг/кг); амикацин (до 1 г/сут).

К антибиотикам широкого спектра действия относят ампициллин (детям 100 мг/кг), ампиокс (50 мг/кг), карбенициллин (50-100 мг /кг). Хороший терапевтический эффект даёт сочетание полусинтетических пенициллинов с аминогликозидами или ампициллином, влияющим на анаэробную инфекцию. Подобным свойством обладает тинидазол (метронидазол), вводимый в/в капельно до 500 мг/сут или энтерально.

При антибактериальном лечении не следует забывать о производных нитрофурана. Они обладают эффективностью при обна-

ружении бактерий, простейших, крупных вирусов. Препараты быстро проникают, независимо от способов введения, во внутренние органы, в частности мочеполовые. Внутрь могут быть использованы рурадонин, фуразодидон, фурагин, фуразолин. Весьма эффективным является растворимый фурагин (0,1% раствор, 200-300 мл, в/в капельно). Важное значение в борьбе с острой инфекцией имеют различные средства, повышающие сопротивляемость организма ребенка (-глобулин, сывороточный полиглобулин, антистафилококковая плазма, УФО крови, Г50), а также иммуномодуляторы (лизецим, тималин, декарис, левамизол) при условии консультации иммунолога.

При развившихся у ребенка гемодинамических нарушениях, гиповолемии для ликвидации расстройств микроциркуляции необходимо проведение инфузионной терапии. Количество вводимой жидкости зависит от величины диуреза, ЦВД, ряда других показателей гомеостаза. Критерием оптимальной инфузионной терапии в отношении как количества и качества, так и скорости её введения служит сопоставление уровня ЦВД, объёма циркулирующей крови и диуреза с гематокритным числом, общего белка плазмы, артериального давления и состояния кожи, слизистых оболочек.

Улучшение гемодинамики и микроциркуляции достигается с помощью растворов гемодинамического действия (полиглюкин, реополиглюкин, желатиноль), растворов детоксикационного действия (гемодез, полидэз), солевых кристаллоидных моно- и полиионных растворов, для коррекции нарушений КОС используют лактосоль, трисамин, натрия гидрокарбонат.

Воспалительный процесс неизбежно сопровождается нарушением обмена веществ, и в частности белкового. Для восполнения дефицита белка, ликвидации гипоаротеинемии, нормализации

глобулиновых фракций необходимо парентеральное введение белковых препаратов. Наилучшим средством парентального белкового питания является смесь свободных аминокислот и пептидов. К таким средствам относятся аминозол, казеина гидролизат.

Трансфузии плазмы, а также сывороточного альбумина весьма полезны, поскольку они предотвращают расходование белкового ресурса организма и служат основой онкотического равновесия. Вместе с тем следует отметить, что эти препараты, с их бесспорно положительными свойствами, могут давать побочные эффекты. Они являются носителями иммунных комплексов, сложны в очистке, их необходимо применять у детей по строгим показаниям (сальпингоофорит с пельвиоперитонитом, признаки генерализации воспалительного процесса).

В терапию острого воспаления внутренних половых органов должна входить симптоматическая терапия (болеутоляющие, жаропонижающие препараты), витамины. Эффективность проводимого лечения необходимо оценивать не только на основании клинических данных, но и по результатам лабораторных исследований: данных измерения температуры тела через каждые 3 часа, клинического анализа крови, выраженности лейкоцитоза, особенностей формулы белой крови, протеинограммы, уровня мочевины, креатинина, характеристики свертывающей системы крови, содержания С-реактивного белка и сиаловых кислот.

Поскольку воспаление половых органов часто происходит на фоне заболевания почек и мочевыводящих путей, необходим контроль за состоянием мочевыделительных органов. Помимо мочи, целесообразно исследовать функции почек, а также провести пробы Нечипоренко, Зимницкого, сделать посев мочи.

После ликвидации острого воспаления в малом тазу целесооб-

разно проведение курса реабилитационной терапии (включающей ликвидацию латентной инфекции), физиотерапии, санаторно-курортного лечения. Больные девочки, перенесшие сальпингит, должны быть отнесены к группе риска по развитию у них спаечного процесса, возникновения альгодисменореи, нарушения репродуктивной функции. Показана ферментотерапия - вобэнзим по 5 драже 3 раза в день в течение 3 недель.