

на правах рукописи

**КИСЕЛЕВА  
ГАЛИНА ГЕННАДЬЕВНА**

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИИ В КОМПЛЕКСНОМ  
ОБСЛЕДОВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК И ПОДРОСТКОВ  
С ТАЗОВЫМИ БОЛЯМИ**

14 . 00 . 01 – акушерство и гинекология

**Автореферат**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**МОСКВА  
2004**

Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии Амурской государственной медицинской академии

**Научный руководитель:**  
доктор медицинских наук, профессор

**Т.С. Быстрицкая**

**Официальные оппоненты:**  
доктор медицинских наук, профессор  
доктор медицинских наук, профессор

**Е.В. Уварова**  
**М.А. Союнов**

**Ведущая организация:** Московский государственный медико-стоматологический университет

Защита диссертации состоится « » \_\_\_\_\_ 2004 года в \_\_\_\_\_ часов на заседании диссертационного совета Д 212.203.01 в Российском университете дружбы народов по адресу: 117333, г. Москва, ул. Фотиевой, д. 6.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке Российского университета дружбы народов (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6)

Авторсферат разослан « » \_\_\_\_\_ 2004 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета  
доктор медицинских наук, профессор

**И.М. Ордянец**

2007-А  
4351

4374370

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ.

**АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ.** Актуальность проблемы тазовых болей (ТБ) у девочек и подростков обусловлена, прежде всего, увеличением их частоты, в связи с ростом гинекологических заболеваний в этом возрасте (Гуркин Ю.А., 1998; Григорович И.Н., 1998; Дронов А.Ф. с соавт., 2001).

В детской и подростковой гинекологии, со свойственной этому периоду повышенному восприятию болей, диагностика причин ТБ представляет значительные трудности и часто является поводом для чревосечения без достаточных оснований (Гуркин Ю.А., 1998).

До настоящего времени структуру причин абдоминальных болей с применением лапароскопической методики детально изучали хирурги. Ведущую роль в структуре причин острых абдоминальных болей занимал аппендицит (42,8%), гинекологическая патология составляла 26,0% (Урусов В.А. с соавт., 1996; Дронов А.Ф. с соавт., 2001; Малаев А.А. с соавт., 2001). Сообщения о структуре ТБ при гинекологической патологии у девочек и подростков единичные и основаны на относительно небольшом клиническом материале преимущественно при синдроме «острого живота» (Богданова Е.А. и соавт., 1999; Можейко Л.Ф., 2000).

Г.Н. Перфилова (2000), G. Stringel с соавт. (1999) считают достижением детской гинекологии широкое внедрение эндоскопической техники для хирургических вмешательств, которые составляют 92,0%, а также эффективной процедурой в диагностике (Lobe Т.Е., 1997; Emmert С. с соавт., 1998; Kontoravdis А., 1999; Bai S.W., 2002 и др.).

Алгоритм обследования девочек и подростков с ТБ в литературе представлен единичными исследованиями: при дисменорее (Аветисова Л.Р., 1990) и у девочек с хроническими тазовыми болями и нарушением менструального цикла с аппендектимией в анамнезе (Елисеева М.Ю., Кундохова М.С., 2003).

Лапароскопический мониторинг был применен у женщин детородного возраста при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки (ГВЗПМ) (Овчинникова А.Г., 1998; Савельева Г.М. с соавт., 1999; Шрамко С.В., 2003). Сведения об использовании динамической лапароскопии в детской гинекологии единичные (Богданова Е.А., 2000; Елисеева М.Ю., Кундохова М.С., 2003).

Отдаленные результаты хирургической лапароскопии изучены у девочек с опухолями и опухолевидными образованиями в придатках (Богданова Е.А. с соавт., 1999), при апоплексии яичника (Панкова О.Ю., 1999; Елгина С.И. с соавт., 2003).

Забота о сохранении репродуктивного здоровья у девочек и подростков требует изучения технических возможностей современной лапароскопии выполнить органосохраняющие операции в тех случаях, когда по принципам классической хирургии предполагалось радикальное удаление органа.

Таким образом, актуальность работы определяется:

РОС. НАЦИОНАЛЬНАЯ  
БИБЛИОТЕКА  
С.Петербург  
2007/РК

- увеличением частоты ТБ у девочек и подростков за счет гинекологической и хирургической патологии;
- сложностью диагностики причин ТБ у девочек и подростков;
- необходимостью разработки новых подходов к хирургическому лечению;
- отсутствием единых схем обследования и лечения девочек и подростков с ТБ.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ:** изучить разрешающую способность лапароскопии в диагностике причин ТБ у девочек и подростков, а также возможности современной лапароскопии в выполнении органосохраняющих операций и коррекции патологических изменений матки и придатков для сохранения функции репродукции.

### **ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ.**

1. Изучить структуру и характер гинекологической патологии, вызывающей ТБ у девочек и подростков.
2. Изучить современные технические возможности лапароскопии в выполнении органосохраняющих операций у девочек и подростков с гинекологическими заболеваниями, сопровождающимися ТБ.
3. Разработать алгоритм обследования и лечения патологии репродуктивной системы девочек и подростков при острых и хронических ТБ.
4. Оценить эффективность хирургической лапароскопии при гинекологической патологии, вызывающей ТБ у девочек и подростков, по следующим критериям: прекращение тазовых болей; отсутствие объемного образования в придатках и восстановление менструальной функции; оценить репродуктивный прогноз.

**НАУЧНАЯ НОВИЗНА.** Впервые изучена причина острых и хронических ТБ у девочек и подростков, сопровождающихся объемными образованиями в придатках и без выраженных анатомических изменений в придатках матки с применением эндоскопических методов: лапароскопия, гистероскопия.

Впервые предложен лечебно-диагностический алгоритм при ТБ у девочек и подростков в зависимости от характера болей и наличия или отсутствия объемных образований в придатках матки, включающий эндоскопические технологии (лапароскопия, гистероскопия), что позволит провести раннюю диагностику и своевременную коррекцию выявленной патологии.

Впервые предложено использование лапароскопического мониторинга (хирургическая лапароскопия, динамическая и контрольная лапароскопия) у девочек с острыми ТБ, вызванными ГВЗПМ, что позволит увеличить число органосохраняющих операций, снизить частоту бесплодия и улучшить репродуктивное здоровье.

**ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ.** Выявлены частота и структура гинекологической патологии у девочек и подростков с острыми и хроническими ТБ. Уточнены причины хронических ТБ при отсутствии анатомических изме-

нений в придатках за счет исключения воспалительных заболеваний гениталий в пользу врожденных аномалий развития матки и влагалища с 40,6% до 15,6%. Разработаны показания к применению лапароскопии и лапароскопического мониторинга у девочек и подростков с ТБ, что позволяет быстро и с большой разрешающей способностью установить причину ТБ (98,4%), увеличить число органосохраняющих операций по сравнению с лапаротомическим доступом до 90,4%, улучшить репродуктивный прогноз.

Основываясь на полученных данных, создан лечебно-диагностический алгоритм при ТБ у девочек и подростков в зависимости от характера болей и наличия или отсутствия объемных образований в придатках матки.

### **ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКУ.**

Результаты исследования и основные рекомендации, вытекающие из них, используются в практической работе гинекологического отделения Амурской областной детской клинической больницы, а также в лекционном курсе для студентов и клинических ординаторов на кафедре акушерства и гинекологии Амурской государственной медицинской академии.

**ПУБЛИКАЦИИ.** По теме диссертации опубликовано 18 печатных работ, отражающих основные положения диссертации.

**АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ.** Настоящее исследование является фрагментом отраслевой научно-исследовательской программы по акушерству и гинекологии «Улучшение исходов беременности, родов, а также гинекологических заболеваний при различных формах сочетанной патологии», выполняемой кафедрой акушерства и гинекологии Амурской государственной медицинской академии в качестве исполнителя с Ивановским НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова МЗ РФ (2001 – 2005 гг.).

Апробация диссертации состоялась на заседании центральной проблемной комиссии Амурской государственной медицинской академии 17 сентября 2003 года. Материалы диссертации доложены: на заседании центральной проблемной комиссии Амурской государственной медицинской академии (2003); на IV Всероссийской конференции по детской и подростковой гинекологии «Современные профилактические, диагностические и терапевтические технологии в клинике детской гинекологии» (Москва, 2000); на III региональной научно-практической конференции «Новые технологии в хирургии» (Хабаровск, 2001); на научно-практической конференции, посвященной 80-летию педиатрической службы Амурской области (Благовещенск, 2001); на областных научно-практических конференциях акушеров-гинекологов (Благовещенск, 1999, 2001, 2002, 2003).

Зарегистрированы заявки на изобретение:

1. «Способ определения репродуктивного прогноза у девочек-подростков с осложненными формами гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки», номер 2003131851, приоритет от 29.10.2003 г.;

2. «Способ ранней диагностики причин хронических тазовых болей у девочек и подростков», номер 2003136139, приоритет от 11.12.2003 г.

**СТРУКТУРА И ОБЪЕМ ДИССЕРТАЦИИ.** Диссертация изложена на 175 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, 4 глав, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Список литературы включает 218 отечественных и 101 зарубежных источников. Работа иллюстрирована 41 таблицей и 8 рисунками.

**ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ.**

1. Применение лапароскопии у девочек и подростков с ТБ позволяет быстро и с большой разрешающей способностью установить причины острых и хронических ТБ с наличием и отсутствием или минимально выраженными изменениями во внутренних половых органах.
2. Использование хирургической лапароскопии, лапароскопического мониторинга у девочек и подростков с ТБ позволяет купировать болевой синдром (60,7%), провести своевременно и эффективно хирургическое лечение в объеме органосохраняющих операций на внутренних половых органах и восстановить репродуктивную функцию.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ.

### Материалы и методы исследования.

Для выполнения задач исследования была изучена нозологическая структура ТБ у 186 девочек и подростков в возрасте от 3 до 17 лет. Обследование и лечение проводилось на базе отделения детской и подростковой гинекологии Амурской областной детской клинической больницы.

Из числа обследованных: 132 пациентки были с острыми ТБ (I группа), 54 – с хроническими ТБ (II группа). В I группе девочек и подростков у 92 были объемные образования в придатках (ООП), они составили подгруппу 1А, у 40 – ООП не выявлены – подгруппа 1Б. Во II-й исследованной группе 22 девочки составили подгруппу 2А и 32 – подгруппу 2Б. Длительность острых тазовых болей (ОТБ) не превышала 3 месяцев, хронические тазовые боли (ХТБ) имели пролонгированный характер – от 3 месяцев до 4 лет.

В соответствии с целями и задачами исследования была разработана программа обследования девочек и подростков. При изучении анамнеза особое внимание уделялось анамнезу жизни и заболевания, экстрагенитальным заболеваниям. Изучали возраст наступления менархе, характер менструальной и генеративной функций, ранее перенесенные гинекологические заболевания, в том числе оперативные вмешательства на придатках.

При объективном обследовании оценивалось состояние пациентки при поступлении, гемодинамические показатели, состояние кожных покровов, степень полового развития и его соответствие возрасту, форма живота, участие передней брюшной стенки в акте дыхания и болезненность ее при пальпации, наличие симптомов раздражения брюшины.

Проводили общий осмотр наружных половых органов, определяли характер оволосения. Осмотр шейки матки и слизистой влагалища производили с помощью зеркал, оценивали характер выделений. При ректо-абдоминальном или бимануальном исследовании отмечали величину, форму, консистенцию и подвижность тела матки и придатков, состояние сводов. При наличии образования в малом тазу оценивали его величину, консистенцию, подвижность, расположение.

Изучали клинико-биохимические показатели крови: определялась концентрация гемоглобина; содержание эритроцитов; скорость оседания эритроцитов; количество лейкоцитов; лейкоцитарная формула; уровень общего белка крови; фибриногена; протромбинового индекса; продуктов распада фибриногена.

Для бактериоскопического исследования брали содержимое из цервикального канала, влагалища и уретры. Идентификация возбудителя проводилась методами иммуноферментного анализа и полимеразной цепной реакции.

С целью уточнения характера генитальной патологии в обязательном порядке проводилось трансабдоминальное ультразвуковое сканирование на аппа-

рате «АЛОКА SSD - 1700» (Япония), работающего в режиме реального времени. Применялись конвиксные датчики 3,5 мГц и 5,0 мГц.

Для уточнения патологии полости матки проводились гистеросальпингография на рентгеновской установке RUM-20 (сапфир) с-УРИ (Россия) по стандартной методике с введением в полость матки 7 мл урографина 76%.

Гистероскопия проводилась под общим внутривенным наркозом с использованием эндоскопической аппаратуры фирмы «Карл Штори» (Германия).

С целью изучения структуры заболеваний, вызывающих ТБ у девочек и подростков, всем пациенткам (186 человек) применена лечебно-диагностическая лапароскопия: экстренная (47,3%), плановая – 4-7 суток (42,5%) и отсроченная – 2-3 суток (10,2%) с использованием аппаратуры и инструментов фирмы «Циркон» (Германия).

Производили морфологическое исследование соскоба эндометрия и удаленных препаратов.

Статистический анализ результатов исследования проводили на компьютере класса IBM PC-100 64М (Япония) с помощью программы Microsoft Excel. Достоверность различий двух экспериментальных совокупностей проверялась с помощью критерия Стьюдента. Результат считался достоверным при  $p < 0,05$ . Точное вычисление значимости различных долей (процентов) по методу углового преобразования Фишера. Значимость различий  $p$  по известному аргументу нормального распределения  $U_p$  определялось по таблице одностороннего и двустороннего критериев. Результат считался достоверным при  $p(\phi) < 0,05$ .

### **Результаты исследования и их обсуждение.**

Для выполнения цели настоящего исследования обследовано 186 девочек и подростков с ТБ с применением лапароскопии.

В качестве основы разделения материала на группы лежит характер болей: острый у 132 (I гр) и хронический у 54 (II гр) больных. Эта же цель преследуется при выделении подгрупп: с наличием объемных образований в придатках 92 и 22 (1А, 2А) и без таковых 40 и 32 (1Б, 2Б) девочки соответственно, т.е. отсутствие или малая выраженность гинекологической патологии. Наибольшую сложность представляет диагностика причин острых и особенно ХТБ при малой выраженности гинекологической патологии, что предполагает создание оптимального алгоритма дифференциальной диагностики и составление плана хирургического лечения.

Результаты обследования 186 девочек и подростков с ТБ позволили установить, что наиболее характерен для этой возрастной группы острый характер болевых ощущений, чаще сопровождающихся увеличением придатков.

Две трети девочек с ТБ были в подростковом периоде, но сопутствующее болевому синдрому увеличение придатков достоверно чаще обнаруживалось у девочек более юного возраста, достигая 100% в нейтральном и препубертатном периодах.



Вполне закономерно учащение у девочек эпизодов ТБ, связанных с началом функциональной активности половой сферы, в частности – менструальной функции.

Среди обследованных девочек с ТБ каждая четвертая имела особенности полового развития, чаще по типу раннего менархе, более половины – нарушения менструальной функции чаще типа олиго-аменореи.

Тазовыми болями страдали с одинаковой частотой девочки сексуально активные и интактные девственницы. В отличие от девственниц, сексуально активные девочки достоверно чаще страдали острыми болями, обусловленными воспалительным процессом придатков матки. Возраст больных у 80% составил 15 – 17 лет.

Указание в анамнезе у каждой второй девочки с ТБ гинекологической патологии не является неожиданным явлением. За последние 7 лет зафиксирован рост гинекологической патологии в популяции детей всех возрастных групп (Долженко И.С., Баклаенко Н.Г., 2003).

Анализ частоты и структуры гинекологических заболеваний в анамнезе у девочек с ТБ показал, что девочки с ХТБ без объемных образований в придатках в 100% имели гинекологическую патологию с достоверным лидированием воспалительного процесса (40,6% против 17,6%,  $p < 0,05$ ). Проведенное обследование с применением лапароскопии и гистероскопии достоверно изменило структуру причин ХТБ в указанной подгруппе, исключив из приоритетов воспалительный процесс в пользу врожденных аномалий развития матки и влагалища (с 40,6% до 15,6%,  $p < 0,05$ ), что говорит о гипердиагностике воспалительного процесса гениталий у девочек с ХТБ при отсутствии объемных образований в придатках. О минимальной выраженности гинекологической патологии при ХТБ свидетельствуют данные А.Ф. Дрампян, Р.А. Абрамян (1998).

Результаты клинического исследования девочек с ТБ указали на удовлетворительное (59,0%) и средней тяжести (39,8%) состояние, при этом во II группе состояние пациенток за редким исключением (11,1%) было удовлетворительным. Симптомы раздражения брюшины при ТБ не являются характерным для девочек, хотя при острых болях и отсутствии объемных образований в придатках они выявлены у 45% пациенток. Такова особенность повышенного восприятия ОТБ у девочек, представляющая трудности для диагностики и являющаяся поводом для чревосечения без достаточных оснований в 8 – 12 % установлена Ю.А. Гуркиным (1998). При ректо-абдоминальном исследовании девочек с ТБ увеличение придатков матки установлено лишь у половины, как с острыми, так и ХТБ. Симптом болезненности при гинекологическом исследовании у 70,4% девочек с ТБ, как правило, отражает субъективное отражение болей.

Данные эхографического исследования девочек с ТБ увеличивают диагностические возможности за счет симптома наличия свободной жидкости в малом тазу при ОТБ и отсутствия объемных образований в придатках (75%). Частота выявления увеличенных придатков по УЗИ у девочек с ТБ превышала

(62,4%) таковую при ректо-абдоминальном исследовании (57,6%). Точность диагностики нозологической формы опухоли яичников с помощью клинического метода составила 41,5 – 46,1% (Алексеева И.Н., 1998), при эхографии – от 54,6 до 92,8% (Богданова Е.А. с соавт., 1999; Мартыш Н.С. с соавт., 2000).

Показанием к лапароскопии явились острые и стойкие ХТБ у девочек и подростков при наличии и отсутствии объемных образований в придатках. Исследования последних лет показали, что лапароскопия в детской гинекологии является достижением современной хирургической технологии (Перфильева Г.Н., 2000; Фролова О.Г., 2003).

Разрешающая диагностическая возможность лапароскопии у обследованных нами девочек с ТБ составила 98,4%, так как у трех – причина болевого синдрома не была установлена. Однако дополнительно, при ирригоскопии диагностирована долихосигма и дискинезия толстого кишечника, у одной пациентки причина осталась не ясна и после дообследования. Сочетанная патология гениталий у девочек с ТБ имела место у 67 (36%) пациенток.

Острые и ХТБ у девочек при наличии объемных образований в придатках вызывались опухолями и опухолевидными образованиями яичников (55,4% и 63,6% соответственно), врожденными аномалиями развития матки и придатков у 31,8%. Причиной ОТБ без объемных образований в придатках явилось острое воспаление придатков (67,5%) и апоплексия яичников (22,5%). ХТБ без объемных образований в придатках чаще вызывались врожденными пороками матки и влагалища (40,6%) и варикозным расширением вен таза (21,9%). У женщин детородного возраста наиболее частые причины ХТБ следующие: наружный эндометриоз (42,3 – 90,4%) и спасный процесс I – IV степени (65,7%) (Иценко А.И. с соавт., 2002; Подзолкова А.М. с соавт., 2002).

Опухоли и опухолевидные образования яичников, составившие 34,9% в структуре причин ТБ у девочек и подростков, появлялись в пубертатном периоде, чаще в интервале с 11 до 17 лет. Среди яичниковых образований, вызывающих ТБ у девочек и подростков, на первом месте стоят ретенционные кисты (63,1%), в частности, кисты желтого тела (37 из 41). Реже ТБ вызывали истинные опухоли (20,0%) и параовариальные кисты (16,9%).

Высокая способность яичников к образованию ретенционных кист характерна для девочек и подростков и связана с постепенным «взрослением» репродуктивной системы первые 5 – 6 лет от менархе, что приводит к ановуляторным циклам и неполноценности желтого тела. Н.И. Кузьмина с соавт. (2000) рассматривали ретенционные кисты как вариант ановуляторных состояний яичников.

Основной гистоструктурой яичникового образования, вызывающего ОТБ у девочек, была киста желтого тела (64,7%), при ХТБ – опухолевидные образования: ретенционные кисты (50%) и параовариальная киста (35,7%). Хотя в клинике опухолей и опухолевидных образований яичников у девочек ведущее место занимают ТБ, далеко не все из них сопровождаются болевым синдромом, лишь 27 – 45,7% (Богданова Е.А. с соавт., 1999; Галустян С.А. с соавт., 2001).

Основной причиной ТБ у девочек и подростков с опухолями и опухолевидными образованиями яичников явился перекрут ножки (36,9%) и кровоизлияние в капсулу кисты (27,7%). У 8 (12,3%) - болевой синдром был связан с растяжением капсулы яичника образованием размерами в диаметре 8 и более см, так как другой причины болей не найдено. У трех из восьми девочек боли имели хронически рецидивирующий характер - это были рецидивирующие формы неосложненных кист (А.А. Гумерова с соавт., 1997). Все остальные яичниковые образования у девочек, сопровождающиеся ТБ, следует отнести к осложненным.

Лапароскопия является оптимальным методом хирургического лечения девочек с ТБ, обусловленными опухолями и опухолевидными образованиями, позволяющим выполнить органосохраняющие операции у 90,8% пациенток. Получен опыт выполнения органосохраняющей операции путем лапароскопии у 14 (73,7%) девочек с перекрутом кистозного образования яичников при условии восстановления кровообращения и отсутствие некроза ткани яичника после произведенной деторзии с последующей цистэктомией и овариопексией.

Органосохраняющая операция произведена у всех 6 девочек с ТБ, обусловленными дермоидными кистами, размеры которых превышали 5 см. При большей ее величине яичник, как правило, не содержит здоровую ткань и рекомендуется производить овариоэктомию. В одном случае с гигантскими размерами кисты (до 22 см) произведена конверсия, в связи с интраоперационным подозрением на злокачественную опухоль яичника. Согласно мнению И.Н. Алексеевой (1998), Е.А. Богдановой с соавт. (1999) лапаротомия является предпочтительным доступом при гигантских размерах яичниковых образований вследствие невозможности исключить малигнизацию.

Воспалительные заболевания придатков явились причиной ТБ у 30,6% девочек, за редким исключением имели острый характер, а у каждой второй - сопровождались объемными образованиями в придатках.

Воспалительный процесс как катаральный, так и гнойный более чем у половины имел двусторонний характер и у каждой второй девочки (47,4%) - имел гнойный характер, относящийся к наиболее тяжелым заболеваниям в гинекологии и оперативной хирургии. Если гнойный сальпингит, который принято считать самой обратимой и как бы неосложненной формой гнойного воспаления придатков матки, составляет лишь 40,7% в структуре ГВЗПМ, можно представить насколько велика реальная угроза потери репродуктивного здоровья девочек. При катаральном воспалении яичник, как правило, оставался интактным, при гнойном - у каждой третьей девочки яичник был вовлечен в гнойное воспаление.

Гнойный сальпингит в отличие от осложненных форм гнойного воспаления придатков, не имел объемных образований в придатках. Вместе с тем наличие объемного образования в придатках у девочек с ТБ, обусловленными воспалительным процессом, указывает на осложненную форму (пиосальпинкс,

пиовар, тубоовариальный абсцесс) гнойного воспаления придатков матки (1А против 2А подгруппы;  $p(\phi) < 0,05$ ).

Воспалительный процесс у большинства девочек и подростков с ТБ имел первичный характер и связан с получением сексуального опыта. Вторичный характер воспалительный процесс имел у 4 (7%), провоцирующим фактором явились экстрагенитальные очаги инфекции (ангина, ОРВИ, операции на придатках в анамнезе).

Хирургическое лечение лапароскопическим доступом имело место у 93,0% девочек с воспалительными заболеваниями гениталий. Органосохраняющий характер операций позволил надеяться на оптимистический репродуктивный прогноз. Лишь у четырех девочек выполнены радикальные операции в виде: односторонняя (2) и двусторонняя (1) тубэктомия; аднексэктомия (1). Показанием к радикальной операции явились осложненные формы гнойного воспаления придатков с выраженными деструктивными процессами в виде тубоовариального образования и пиосальпинкса более 10 см в диаметре, сопровождающиеся спаечным процессом IV степени, двустороннее поражение.

Частота ТБ у 28 (15,1%) девочек и подростков обусловлена врожденными аномалиями развития (ВАР) матки и влагалища. Появление ТБ при ВАР связано с наступлением менархе и нарушением оттока менструальной крови у 19 (67,8%) девочек. Редко встречались ТБ с гинатрезией у немениструющих девочек и связаны с мукоколюпсом (1 из 9 девочек в возрасте 11 лет).

ХТБ постоянного или циклического характера характерны для 3 из 4 девочек с ВАР гениталий. У ¼ девочек с врожденными пороками развития гениталий отмечены ОТБ, при этом у всех пациенток было нарушение оттока менструальной крови, возможно в больших объемах, чем при ХТБ. ХТБ без объемных образований в придатках (13) в силу малой объективизации патологии требуют углубленного обследования с применением гистеросальпингографии (8), гистероскопии (9) и лапароскопии. При этом чаще обнаруживаются пороки без нарушения оттока менструальной крови (9): седловидная матка (3) и полная перегородка полости матки (1); у 5 девочек найдена необычная аномалия – одностороннее укорочение широкой связки матки и собственной связки яичника с латеропозицией матки, которая не упоминается в приведенных в литературе классификациях, но включена в классификацию МКБ-10 1998 года.

В структуре ТБ у девочек и подростков, связанных с ВАР матки и влагалища, на I месте была атрезия гимена с гематоколюпсом (21,4%). На II – три патологии (по 17,9%): однорогая матка с добавочным рудиментарным рогом; удвоение матки и влагалища с частичной аглазией одного влагалища и врожденное одностороннее укорочение широкой связки матки и собственной связки яичника с латеропозицией матки. ТБ у девочек с ВАР матки и влагалища обусловлены не только нарушением оттока менструальной крови, но и развитием гематоколюпса, гематометры, гематосальпинкса (67,8%), спаечным процессом (3,6%) и наружным эндометриозом у 6 (21,4%), верифицированном при гистологическом исследовании.

Хирургическое лечение девочек с ВАР матки и влагалища выполнялось с применением современной двухэтапной лапароскопически-вагинальной методики, разработанной Л.В. Адамян с соавт., 1999; Е.А. Богдановой с соавт., 2002. Лапароскопическим доступом производилось удаление рудиментарного рога матки (5) с тубэктомией с одноименной стороны, сальпингоовариолизис, сальпингостомия, коагуляция очагов наружного эндометриоза.

Группа «прочих» объединила 36 девочек с небольшим преимуществом ОТБ (22) над хроническими и чаще не имевших объемных образований в придатках (26). Объединяющим мотивом послужила относительная редкость заболеваний в исследованной категории больных девочек, трудность диагностики клиническими методами, в связи с отсутствием или минимальной выраженностью рутинной гинекологической патологии (73,7%).

Наиболее частой причиной ТБ у девочек и подростков с заболеваниями группы «прочих» явилась апopleксия яичника (30,6%), реже варикозное расширение вен малого таза (19,4%) только при ХТБ и острый аппендицит (16,7%). Причина ХТБ без анатомических изменений в придатках при лапароскопии не была обнаружена у 3 (8,3%) пациенток. После проведения рентгенологического исследования у двух пациенток выявлена патология желудочно-кишечного тракта, у одной – причина ТБ - первичная дисменорея (в комплекс исследования включалась гистероскопия).

Аппендикулярно-генитальный синдром явился причиной ТБ у одной из шести девочек с острым аппендицитом. В этом случае поражение червеобразного отростка было в виде аппендикулярного инфильтрата, а со стороны гениталий – вторичный пиосальпинкс и абсцесс яичника.

Частота эндометриоза, как причины ТБ, оказалась не высокой (4) и составила 2,1% от основной группы, проявившись в виде наружного эндометриоза крестцово-маточных связок и яичников I – II степени. Невыраженность органической патологии гениталий у большинства больных группы «прочих», дисменорея, нарушение менструальной функции, явились основанием для применения эхографического исследования, гистеросальпингографии, лапароскопии и гистероскопии для диагностики аденомиоза (2,8%).

Хирургическая лапароскопия у 90,4% девочек с ТБ, обусловленными заболеваниями группы «прочих», была органосохраняющей. Радикальные операции на придатках выполнены в трех случаях: при необратимых изменениях в связи с перекрутом неизмененных придатков (2) и гнойно-воспалительными изменениями правых придатков вторичного характера, сопутствующего аппендикулярному инфильтрату (1).

Гипоталамический синдром периода полового созревания (ГСПП) обнаружен у 26 (14%) девочек с ТБ, у 2/3 – имели острый характер. У каждой второй девочки с ГСПП причиной ТБ явились осложненные ретенционные кисты. Органосохраняющие операции сделаны 100% пациенткам этой группы.

Прослеживая отдаленные результаты хирургической лапароскопии при тазовых болях у девочек с ГСПП, оказалось, что именно у этого контингента

девочек и подростков происходил рецидив ТБ и ретенционных кист яичника, а менструальная функция восстановилась у половины пациенток. Снижение эффективности хирургической лапароскопии девочек с ТБ и ГСПП можно объяснить неустранимостью хирургическим методом гипоталамо-гипофизарной дисфункции и необходимостью длительной консервативной терапии ГСПП.

Динамическая лапароскопия произведена у 11 девочек на 3 - 4 сутки после лапароскопической операции по поводу осложненных форм гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки (9), гидросальпинкса и перекрута придатков с кистой желтого тела. Осложненные формы ГВЗПМ, несмотря на проведенное хирургическое вмешательство, представляют большую угрозу репродуктивному здоровью девочки. Динамическая лапароскопия преследовала цель пролонгированного лапароскопического лечения ГВЗПМ и перекрута придатков. При этом обнаружен регресс гнойного воспаления гениталий у всех 9 девочек и переход его в катаральный процесс. Спаечный процесс органов малого таза сохранялся лишь при сочетании пиосальпинкса с абсцессом яичника и дугласова пространства (6), но степень его выраженности уменьшилась на 1 - 2 порядка.

Контрольная лапароскопия у 10 девочек, произведенная спустя от 3 мес до 3 лет после первой операции, позволила проследить отдаленные результаты хирургического лечения и еще раз уточнить репродуктивный прогноз. Показанием к контрольной лапароскопии явились ТБ (7) и объемные образования в придатках (3). Контрольная лапароскопия у девочек с осложненными формами ГВЗПМ в первом эпизоде показала, что ни в одном случае не было рецидива гнойного воспаления. У девочек с катаральным сальпингитом и перитонитом при первичной операции, повторный эпизод воспаления был в более легкой форме - в виде двустороннего сальпингита и спаечный процесс I степени.

Рецидив ТБ у девочек с осложненными кистами (2) и цистаденомой (1) имел при контрольной лапароскопии картину катарального двустороннего сальпингита (1), спаечного процесса в области оперированного яичника I степени (1) и наружного эндометриоза (1). Рецидив ТБ и объемного образования яичников выявлен у двух девочек из группы «прочих» с апоплексией яичника и острым аппендицитом при первой лапароскопии. При контрольной лапароскопии в одном случае обнаружены двусторонние яичниковые образования (эндометриоидная и ретенционная кисты), во втором - найден спаечный процесс I - II степени брюшной полости. Контрольная лапароскопия закончена консервативно-пластическими операциями.

Анализ отдаленных результатов лечения ТБ с применением хирургической лапароскопии проведен у 61 пациентки спустя 3 мес. - 5 лет после операции. Эффективность лечения девочек с ТБ с применением лапароскопии по основным критериям составила: прекращение ТБ - 60,7%; отсутствие объемного образования придатков - 80,3%; нормализация менструальной функции - 62,3%; выполнение органосохраняющих операций на внутренних гениталиях - 90,4%.

Наилучший эффект лечения ТБ отмечен у девочек с ВАР гениталий и объясняется проведенной коррекцией порока и сопутствующей гинекологической патологии современной двухэтапной лапароскопически-вагинальной методикой (83,3%). Также высока эффективность (75%) при ТБ у девочек и подростков после лапароскопического удаления опухолей и опухолевидных образований яичников.

Менее оптимистический эффект хирургической лапароскопии ТБ у девочек из группы «прочих» (41,7%) и при воспалительных заболеваниях придатков матки (27,3%). Причина рецидива ТБ при воспалительных заболеваниях придатков матки связана с обостренным воспалительного процесса у сексуально активных подростков, лишь у одной пациентки в осложненной форме.

В связи со значимостью проблемы ТБ у девочек и подростков, многофакторностью причины, риском снижения репродуктивного здоровья, разработан лечебно-диагностический алгоритм, включающий два этапа. Первый этап – на основании данных анамнеза уточняется характер болевого синдрома: острый (до 3 мес) и хронический (более 6 мес). Далее – по данным объективного осмотра; ректо-абдоминального или бимануального, ультразвукового исследований внутренних гениталий определяется наличие или отсутствие объемных образований в области придатков матки. Второй этап – на основании полученных результатов исследования определяются необходимость и сроки проведения лапароскопии и применение в обследовании дополнительных методов диагностики: гистеросальпингография; гистероскопия и ирригоскопия. Разработанный алгоритм обследования позволяет уточнить характер выявленной патологии, определить объем хирургического лечения и необходимость применения пролонгированного лапароскопического лечения (динамическая и контрольная лапароскопия), определить репродуктивный прогноз.

### ВЫВОДЫ.

1. ТБ у девочек и подростков имеют острый (71,0%) и стойкий хронический (29,0%) характер и сопровождаются объемными образованиями придатков в 62,0% случаев. Применение лапароскопии в комплексном обследовании позволило установить причины ТБ у 98,4% девочек и подростков: опухоли и опухолевидные образования яичников (34,9%); воспалительные заболевания придатков матки (30,6%); врожденные аномалии развития матки и влагалища (15,1%); заболзания группы «прочих» (19,4%) – апоплексия яичника, варикозное расширение вен таза, аппендицит, эндометриоз и др. У каждой третьей девочки отмечалась сочетанная гинекологическая патология.

2. Основным гистотипом яичникового образования при ОТБ и ХТБ у девочек явились кисты желтого тела (64,7% и 50,0% соответственно). У каждой четвертой девочки с ТБ, обусловленными ретенционными кистами диагностирован гипоталамический синдром периода пубертата.

3. Применение лапароскопии позволило провести хирургическое лечение в объеме органосохраняющих операций у 90,4% девочек и подростков с ТБ. У

девочек и подростков с ГВЗПМ дополнительное использование лапароскопического мониторинга позволило провести органосохраняющие операции у 85,2%, что в сравнении с эффективностью при традиционном открытом методе хирургии этой категории больных (40,7%) был в 2 раза выше.

4. Эффективность лечения девочек и подростков с ТБ при применении лапароскопии и лапароскопического мониторинга по трем критериям составила: прекращение тазовых болей у 60,7%; отсутствие ООП у 80,3%; нормализация менструальной функции у 62,3%. Наиболее высокая эффективность при опухолях и опухолевидных образованиях в яичниках (80,3%), ниже у девочек группы «прочих» (41,7%) и при воспалительных заболеваниях придатков матки (27,3%), что связано с рецидивом воспалительного процесса у сексуально активных подростков.

5. В результате исследования причин ТБ у девочек и подростков с применением эндоскопических методов (лапароскопия и гистероскопия) разработан лечебно-диагностический алгоритм, для оптимизации выбора лечебных и реабилитационных мероприятий, что позволило определить репродуктивный прогноз. Репродуктивный прогноз после перенесенной лапароскопической операции по поводу ТБ у девочек и подростков расценивался как благоприятный у 90,4% при сохраненных придатках; имеется риск снижения репродуктивной функции у 8,6% при одностороннем удалении придатков; репродуктивная функция сохраняется лишь с применением вспомогательных репродуктивных технологий у 0,5% при двусторонней тубэктомии; абсолютное бесплодие у 0,5% при гистерэктомии с придатками.

### ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. Обследование девочек и подростков с ТБ начинать с уточнения характера болей: острые (до 3 мес.) или хронические (более 6 мес.). Пациенткам с ОТБ и ХТБ в комплекс обследования включать клиническое, гинекологическое обследование и УЗИ внутренних половых органов для подтверждения или исключения ООП.
2. Девочкам и подросткам с ОТБ и ХТБ при наличии или отсутствии или малой выраженности гинекологической патологии в малом тазу в комплекс обследования и лечения включать лапароскопию. Показания и объем хирургического лечения при ТБ у девочек и подростков определять согласно разработанного алгоритма.
3. При осложненных формах ГВЗПМ (пиосальпинкс, абсцесс яичника и дугласова пространства, сочетание этих форм) рекомендовано применение ДЛС на 3 – 4 сутки послеоперационного периода.
4. Показанием к проведению КЛС является рецидив ТБ при наличии или отсутствии ООП.
5. При подозрении на ВАР гениталий без нарушения оттока менструальной крови, аденомиоз (ХТБ без ООП) в комплекс обследования и лечения вклю-



чать ГСГ, гистероскопию с одновременным проведением лапароскопии, магнитнорезонансную томографию.

6. В процессе обследования при отсутствии гинекологической патологии проводить обследование желудочно-кишечного тракта (фиброгастроскопия, ирригоскопия).

#### Список работ, опубликованных по теме диссертации.

1. Современные подходы к ведению больных с тазовыми болями в детской гинекологии // «Дальневосточный медицинский журнал». Хабаровск, 1997.- №2.- С.41-43. (Соавт.: Путинцева О.Г., Левчук Е.С., Ларионова Г.В., Савинова Е.В., Марущенко В.И.)
2. Опыт эндоскопической хирургии в детской и подростковой гинекологии // Материалы международного конгресса «Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний».- Москва, 1998.- С.485-486. (Соавт.: Путинцева О.Г., Левчук Е.С., Ларионова Г.В., Оленчук Л.К., Митюрин Е.В.)
3. Лапароскопия в диагностике и лечении острых и хронических тазовых болей в детской гинекологии // Материалы международного конгресса «Эндоскопия в гинекологии».- Москва, 1999.- С.393-394. (Соавт.: Путинцева О.Г., Быстрицкая Т.С., Дуянова О.П., Марущенко В.И., Левчук Е.С.)
4. Лапароскопическая диагностика и лечение тазовых болей в детской гинекологии // II-ой Всероссийский съезд по эндоскопической хирургии.- Москва, 1999.- С.26. (Соавт.: Путинцева О.Г., Марущенко В.И., Левчук Е.С., Ларионова Г.В., Голубцова И.В.)
5. Лапароскопия в диагностике и лечении синдрома тазовых болей в детской и подростковой гинекологии // ж. «Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии».- Красноярск, 1999.- №6.- С.133-137. (Соавт.: Быстрицкая Т.С., Путинцева О.Г., Марущенко В.И., Меркина Л.И., Левчук Е.С.)
6. Отдаленные результаты хирургической лапароскопии у девочек с синдромом тазовых болей и объемными образованиями придатков матки // Материалы международного конгресса «Эндоскопия в диагностике и мониторинге желчных болезней».- Москва, 2000.- С.396-398. (Соавт.: Быстрицкая Т.С., Путинцева О.Г., Марущенко В.И., Казаева Т.З.)
7. Лапароскопическая диагностика и лечение синдрома тазовых болей у девочек с опухолями и опухолевидными образованиями яичников // IV-я Всероссийская конференция по детской и подростковой гинекологии «Современные профилактические, диагностические и терапевтические технологии в клинике детской гинекологии».- Москва, 2000.- С.128-129. (Соавт.: Быстрицкая Т.С., Путинцева О.Г., Марущенко В.И., Казаева Т.З.)
8. Синдром тазовых болей у девочек с ГСПП: причины, отдаленные результаты хирургической лапароскопии // Материалы международного русско-японского медицинского симпозиума Благовещенск, 2000.- С.160-161. (Со-

авт.: Дуянова О.П., Левчук Е.С., Мерекина Л.И., Ларионова Г.В., Оленчук Л.К.)

9. Динамика менструальной функции у девочек с синдромом тазовых болей и объемными образованиями придатков матки после хирургической лапароскопии // Научно-практическая конференция «Современные методы диагностики, лечения и профилактики в медицине».- Благовещенск, 2000.- С.179. (Соавт.: Путинцева О.Г., Марущенко В.И., Митюркина Е.В., Левчук Е.С., Ларионова Г.В.)
10. Хирургическая лапароскопия при тазовых болях без объемных образований в гениталиях у девочек // Материалы международного конгресса «Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней».- Москва, 2001.- С.286-288. (Соавт.: Быстрицкая Т.С., Путинцева О.Г., Марущенко В.И., Ларионова Г.В., Левчук Е.С.)
11. Динамическая и контрольная лапароскопия в лечении девочек с синдромом тазовых болей, связанных с воспалением придатков матки // IV-й Всероссийский съезд по эндоскопической хирургии Москва, 2001.- С.31-32. (Соавт.: Быстрицкая Т.С., Путинцева О.Г., Марущенко В.И., Ларионова Г.В., Левчук Е.С., Мерекина Л.И.)
12. Лапароскопия в диагностике, лечении и реабилитации у подростков с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки // I-й Кубанский конгресс по гинекологии «Актуальные вопросы оперативной гинекологии и репродукции человека».- Анапа, 2001.- С.74-75. (Соавт.: Доровских В.А., Быстрицкая Т.С., Путинцева О.Г.)
13. Синдром хронических тазовых болей при врожденных пороках развития гениталий у девочек и подростков // Научно-практическая конференция «Подросток на рубеже веков».- Хабаровск, 2001.- С.63-64.
14. Современные методы лечения гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки у подростков // Научно-практическая конференция «Подросток на рубеже веков».- Хабаровск, 2001.- С.64-66.
15. Лапароскопия и ведении девочек и подростков с синдромом тазовых болей, обусловленных объемными образованиями в придатках // III-я Научно-практическая конференция «Новые технологии в хирургии».- Хабаровск, 2001.- С.48-49. (Соавт.: Быстрицкая Т.С., Путинцева О.Г., Левчук Е.С., Ларионова Г.В.)
16. Применение лапароскопической хирургии у девочек с хроническими тазовыми болями без объемных образований в гениталиях // Материалы IV Российского форума «Мать и дитя».- Москва, 2002.- С.198-201. (Соавт.: Быстрицкая Т.С., Путинцева О.Г., Марущенко В.И., Левчук Е.С.)
17. Современные подходы к ведению девочек со стойкой дисменореей с применением лапароскопии // Материалы международного конгресса «Новые технологии в гинекологии».- Москва, 2003.- С.96-97. (Соавт.: Быстрицкая Т.С., Путинцева О.Г., Лысяк Д.С., Марущенко В.И., Левчук Е.С.)

18. Врожденные аномалии развития гениталий в этиологии тазовых болей у девочек и подростков // Материалы V Всероссийской научно-практической конференции «Современные проблемы детской и подростковой гинекологии в России».- Санкт-Петербург, 2003.- С.177-178. (Соавт.: Быстрицкая Т.С., Путинцева О.Г., Лысяк Д.С.)

**Эффективность лапароскопии в комплексном обследовании и лечении девочек и подростков с тазовыми болями.**

**Киселева Галина Геннадьевна  
(Россия)**

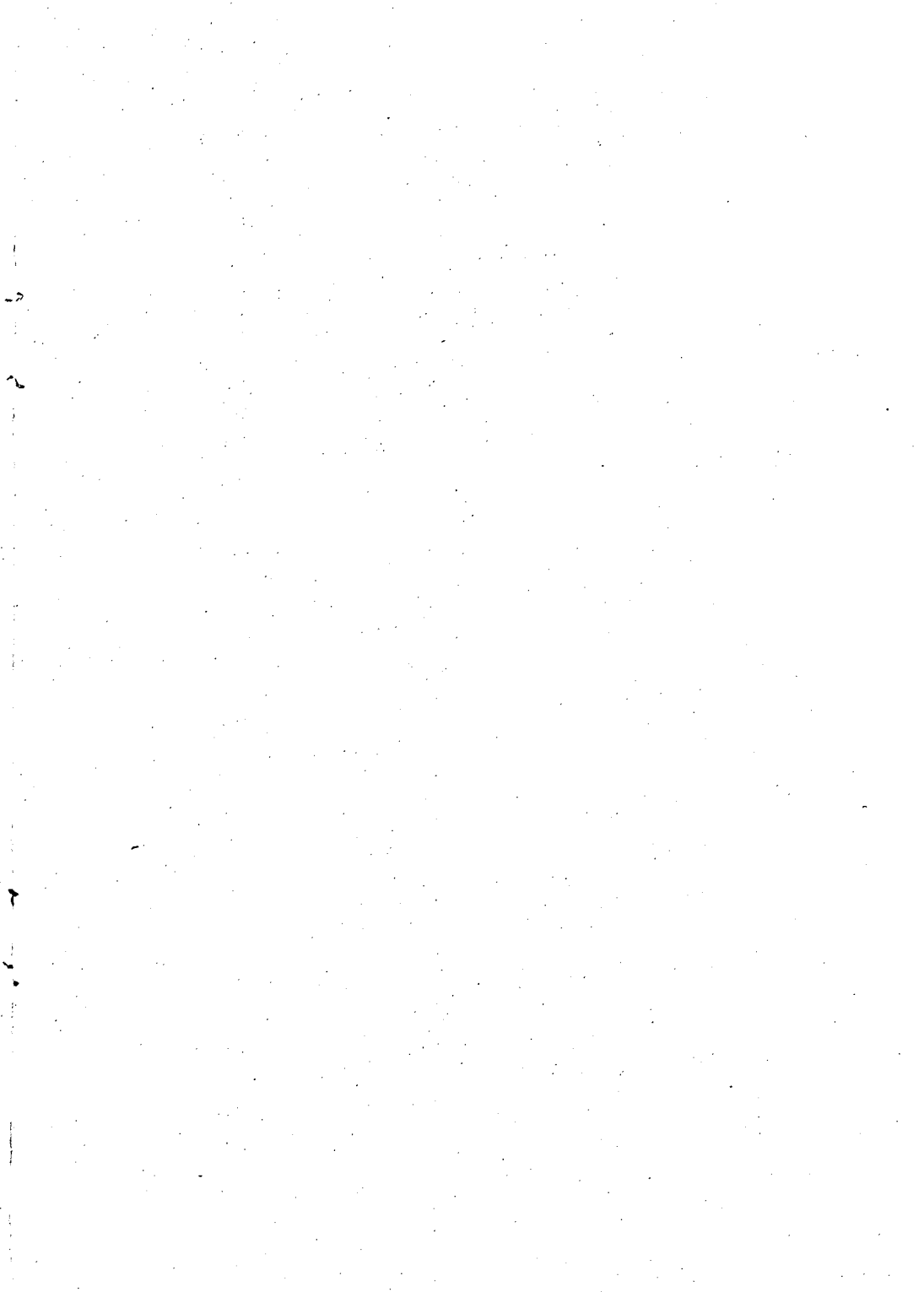
В диссертации проведена оценка репродуктивного здоровья у девочек и подростков с тазовыми болями. Изучена нозологическая структура острых и хронических тазовых болей у девочек и подростков в возрасте от 3 до 17 лет. Установлено, что тазовые боли имеют острый характер у 70,9% и сопровождаются объемными образованиями придатков матки у 61,2% девочек. Разработаны показания к применению лапароскопии и лапароскопического мониторинга. С помощью эндоскопических технологий (лапароскопия, гистероскопия) определена структура тазовых болей у 98,4% девочек и подростков, при этом выявлено, что опухоли и опухолевидные образования яичников составили 34,9%, воспалительные заболевания придатков матки – 30,6%, врожденные аномалии развития матки и влагалища – 15,1% и заболевания группы «прочих» - 19,4%. Установлена структура причин тазовых болей в зависимости от характера болей и наличия или отсутствия объемных образований в придатках. Применение лапароскопии позволило провести хирургическое лечение в объеме органосохраняющих операций у 90,4% девочек. Разработан лечебно-диагностический алгоритм при тазовых болях у девочек и подростков в зависимости от характера болей и наличия или отсутствия объемных образований в придатках матки. Обоснована хирургическая тактика при выявленной патологии с целью сохранения репродуктивного здоровья.

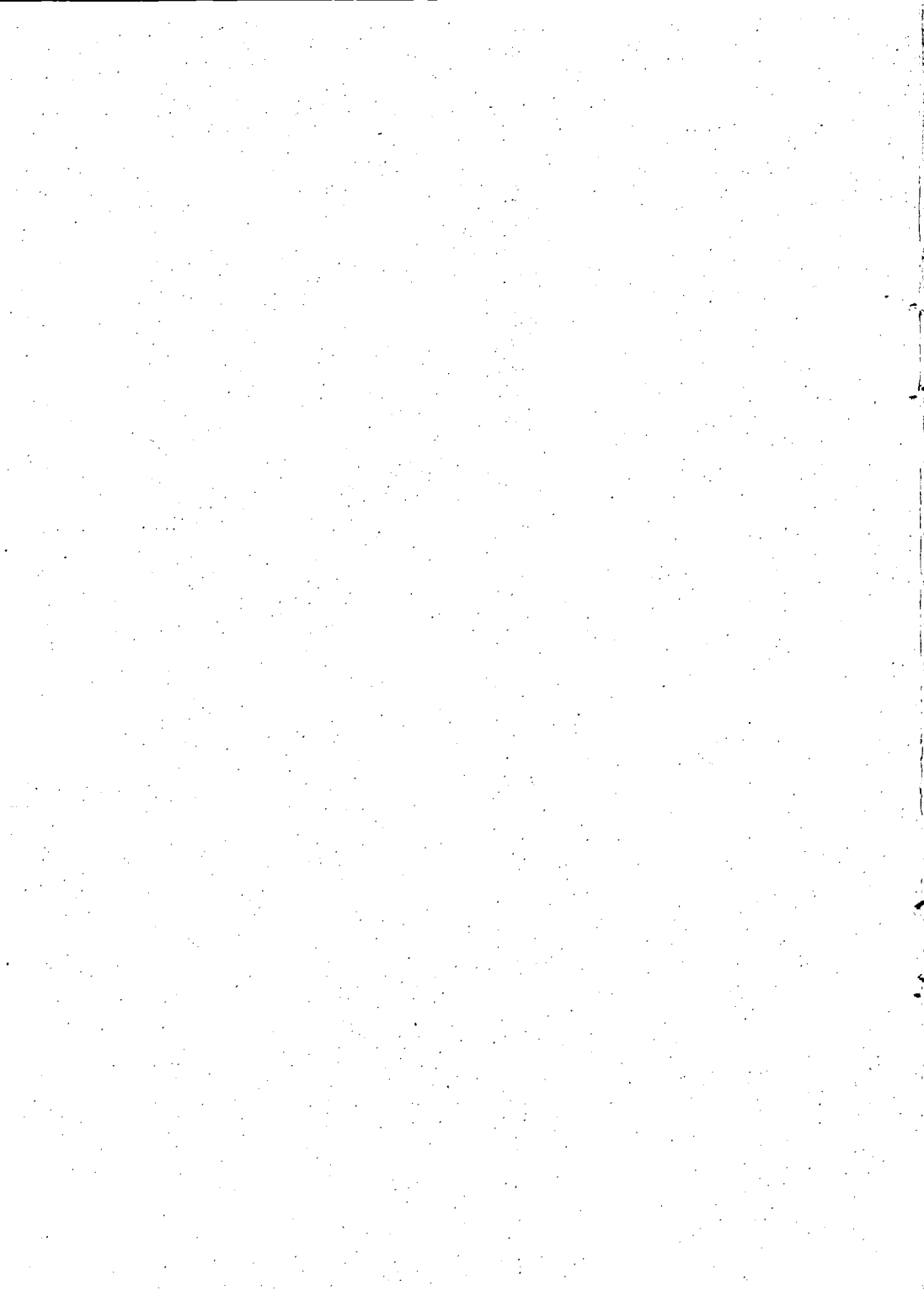
**Effectiveness of laparoscopy in the complex examination and treatment of the girls and adolescents with the pelvic pains.**

**Kiseleva Galina Gennad'evna  
(Russia)**

In the thesis reproductive health of the girls and adolescents with the pelvic pains was estimated. Nosologic structure of the acute and chronic pelvic pains was studied in the girls and adolescents at the age of 3 – 17 years. The pelvic pains were proved to have acute character in 70,9% and be accompanied with the bulky formations of the uterine appendages in 61,2% of the girls. The indications for the laparoscopy and laparoscopic monitoring were worked out. The structure of the pelvic pains was determined in 98,8% of the girls and adolescents with the help of endoscopic

techniques (laparoscopy, hysteroscopy). It has been determined that the tumors and tumoral formations of the ovaries make up 34,9%, the inflammatory uterine appendages diseases – 30,6%, the congenital developmental abnormalities of uterus and vagina – 15,1% and other diseases – 19,4%. The structure of the causes of the pelvic pains depending on the character of the pains and presence or absence of the bulky formations in the uterine appendages was determined. The application of laparoscopy enabled to perform the organ protecting surgery in 90,4% of the girls. We developed the algorithm of therapy and diagnostics of the pelvic pains depending on the character of the pains and presence or absence of the bulky formations in the uterine appendages in the girls and adolescents. The surgical tactics in the cases of the revealed pathology aimed at preserving of reproductive health was substantiated.





Издательство «Полисфера»  
г. Благовещенск ул. Трудовая.13, лиц ПЛД №2922  
Формат 60 x 84 1/16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 1.13. Уч.- изд. л. 1,06.  
Заказ №2532. Тираж 100 экз.

РНБ Русский фонд

2007-4

4351

13 МАЙ 2004

