



М.А. Скалозубов, В.А. Дмитряков, Г.В. Корниенко

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Запорожский государственный медицинский университет

Ключові слова: гострий біль у животі, дівчата-підлітки.

Ключевые слова: острая боль в животе, девочки-подростки.

Key words: acute abdominal pain, teenage girls.

Наведено аналіз результатів обстеження та лікування 378 дівчат підліткового віку, яких госпіталізовано з підозрою на гострий апендицит. Виявлено залежність рівня помилкових діагнозів від стадії менструального циклу у цієї категорії пацієнтів.

Представлен анализ результатов обследования и лечения 378 девочек подросткового возраста, госпитализированных с подозрением на острый аппендицит. Выявлена зависимость уровня ошибочной диагностики от стадии менструального цикла у данной категории пациентов.

The analysis of 378 teenage girls, hospitalized with acute appendicitis suspicion, examination and treatment is presented. The correlation between the level of mistakes in diagnosis and the stage of menstrual cycle is detected.

При выборе лечебно-диагностической тактики у детей с острой болью в животе перед врачом всегда встает ряд принципиально важных вопросов: абдоминальная боль носит функциональный характер, является следствием острой хирургической патологии или одним из клинических проявлений органного заболевания [11,14]. Особенно сложна объективизация абдоминального синдрома у девочек-подростков, что обусловлено не только анатомо-физиологической схожестью гинекологических, хирургических и ряда соматических заболеваний, но и характерной для девочек этого возраста неадекватной реакцией на боль [4]. Несмотря на достижения современной медицины, именно на подростковый возраст приходится наибольшее количество диагностических ошибок [5,7,12,13]. Данные обстоятельства опасны как необоснованным оперативным вмешательством, так и проблемами осложненного течения до- и послеоперационного периода при поздней диагностике острой хирургической патологии [2,6,8]. Среди девушек-подростков, поступающих в стационар с жалобами на острые боли в животе, в 3–25% случаев выявляется овуляторный болевой синдром [4,8]. В 8–12% это является причиной хирургических вмешательств. В подростковом возрасте у девочек 25–30% лапаротомий приходится на диагностические, а 35–70% аппендэктомий производится по поводу катарального или вторичного изменений в червеобразном отростке [2,4,5,7,13].

Схожесть клинической картины острой хирургической и гинекологической патологии, трудности диагностики и количество необоснованных операций диктуют необходимость поиска новых лечебно-диагностических подходов в решении проблемы острого болевого абдоминального синдрома у девочек подросткового возраста.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

На основании сравнения анамнестических данных и результатов оперативного лечения проанализировать зависи-

мость степени ошибочной диагностики острого аппендицита от стадии менструального цикла у девочек-подростков.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническим материалом в данном исследовании послужил анализ результатов обследования и лечения 378 девочек в возрасте 11–17 лет, поступивших в стационар ГДМБ №5 г. Запорожья с жалобами на острые боли в животе и подозрением на острый аппендицит.

Помимо общеклинических методов диагностики, обследование детей включало УЗИ органов малого таза, гепатобилиарной системы, органов мочевыделительной системы. В обязательном порядке проводили ректальный осмотр и измерение ректальной температуры. У всех госпитализированных девочек подробно собирался гинекологический анамнез: наличие менструаций, их длительность, регулярность, болезненность, день менструального цикла на момент возникновения болей в животе. По показаниям применяли эндоскопические и рентгенологические методы исследований. При необходимости, к консультациям привлекали узких специалистов: гастроэнтеролога, уролога. Консультация гинеколога обязательна.

Данные по инструментальным методам исследований представлены в *таблице 1*.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В процессе динамического наблюдения и обследования у госпитализированных детей выявлена следующая патология (*табл. 2*).

У 106 (28%) детей причиной острых болей в животе послужили соматические (гастроэнтерологические и инфекционные) заболевания или урологическая патология, не требующая неотложного хирургического вмешательства. Все девочки переведены для дальнейшего лечения в профильные отделения.

По ургентным показаниям оперированы 103 (27%) девоч-

Таблица 1

Методы исследований 378 девочек-подростков

Исследование	Кол-во	%
УЗС брюшной полости, органов малого таза и забрюшинного пространства	364	96
Лапароскопия	38	10
ФЭГДС	56	15
Цистоскопия	3	1
Выделительная урография	33	9

Таблица 2

Результаты обследования девочек с острыми болями в животе

Нозология	Кол-во	%
Острая хирургическая патология	95	25
Гинекологическая патология	8	2
Гастроэнтерологическая патология	52	14
Урологическая патология	36	9
Другие соматические (инфекционные) заболевания	18	5
Патологии не выявлено	169	45
Итого	378	100

Таблица 3

Формы острого аппендицита у оперированных детей

Форма аппендицита	Кол-во	%
Острый гангренозный (в т. ч., перфоративный)	24	26
Острый флегмонозный	48	52
Острый простой	21	22
Итого	93	100

ки. На операции диагноз «острый аппендицит» выставлен 93 (90%) подросткам (табл. 3). Из них, у 21 (22%) девочки изменения в червеобразном отростке (гистологически) не выявлены, как не выявлено какой-либо другой патологии в брюшной полости.

У 169 (45%) детей боли в животе носили функциональный характер, отмечались ранее, купировались самостоятельно или после введения спазмолитиков в первые часы нахождения в стационаре. Проведенное обследование органной патологии у этих девочек не выявило. Заключительный диагноз формулирован как «синдром функциональной абдоминальной боли».

Обсуждение клинико-анамнестических критериев дифференциальной диагностики основано на сравнительном анализе данных анамнеза и обследования 169 подростков, у которых боли в животе носили функциональный характер и 21 девочки, прооперированных по поводу острого простого аппендицита.

У 114 (67%) из 169 девочек с болями функционального характера менструации носили регулярный характер, цикл длился 28 дней. При этом, лишь 14 (12%) девочек указывали

на болезненное протекание менструаций. Только у 6 (5%) при УЗС выявлены изменения со стороны яичников, соответствующие периоду предполагаемой овуляции.

Проведенный анализ четко продемонстрировал, что количество госпитализированных девочек-подростков с острыми болями в животе существенно увеличивается в период овуляции, за 1–2 дня до и во время менструации и составляет 74% (84) от общего количества девочек, госпитализированных с болями функционального характера (рис. 1).

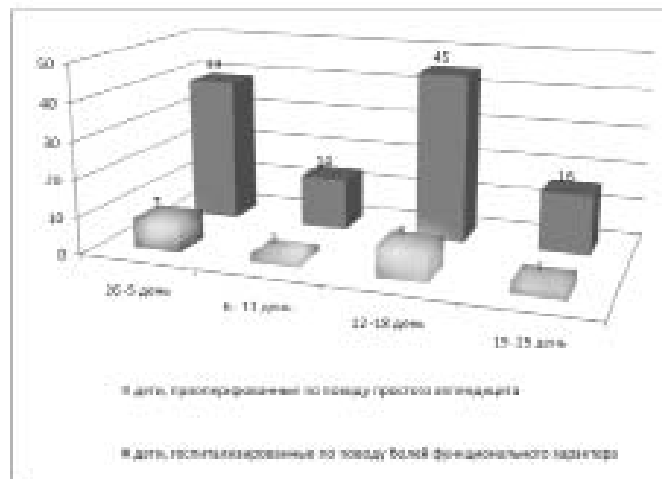


Рис. 1. Зависимость количества госпитализированных подростков и количества прооперированных детей по поводу простого аппендицита от дня менструального цикла.

Специфика болей в указанные периоды обуславливает факт, что именно на этих стадиях менструального цикла допущено наибольшее количество ошибок при постановке показаний к неотложной операции – 15 (71%).

В подростковом возрасте овуляторный синдром, синдром предменструального напряжения часто являются сопутствующим (фоновым) состоянием, обуславливающим значительные трудности в проведении дифференциальной диагностики «острого живота». В ургентной ситуации существующие способы объективизации болей в животе малоинформативны. Так, УЗС органов малого таза не всегда выявляет характерные для овуляции изменения в яичниках. Определение уровня содержания половых гормонов требует специального оснащения лаборатории и нецелесообразно ввиду сложности, дороговизны и малой информативности однократного исследования. Измерение ректальной температуры требует определенных условий и данных о показателях предыдущих дней. В этой ситуации тщательный сбор гинекологического анамнеза остается наиболее важным, порой единственным, хотя и субъективным, источником информации для установления правильного диагноза у девочек подросткового возраста с острой абдоминальной болью. Однако не стоит забывать, что наличие болезненных менструаций или овуляторных болей ни в коем случае не исключает острый аппендицит.

Перспективы совершенствования процесса диагностики у данной категории больных связаны с применением малоинвазивных эндоскопических методик.



ВЫВОДЫ

1. Острые абдоминальные боли, связанные с определенными периодами менструального цикла, нередко являются причиной госпитализации подростков в отделения хирургического профиля.

2. Проблема дифференциальной диагностики острой абдоминальной боли у девочек подросткового возраста остается сложной и актуальной.

3. Неоправданное количество диагностических ошибок и, как следствие, необоснованных операций, требует поиска и внедрения новых точных методов диагностики причин острых болей в животе у девочек-подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Акжигитов Г.Н.* Острый аппендицит / *Акжигитов Г.Н. и соавт.* // Медицинская газета. – 2004. – №73. – С. 6–7.
2. *Брянцев А.В.* Лапароскопия в диагностике и лечении острой хирургической патологии внутренних половых органов у девочек: автореф. дисс. ... к. мед. н. / *Брянцев А.В.* – М., 1999. – 24 с.
3. *Галкина Я.А.* Ультразвуковая картина брюшной полости в норме и при остром аппендиците у детей: автореф. дисс. ... к. мед. н. / *Галкина Я.А.* – М., 1998. – 26 с.
4. *Гуркин Ю.А.* Гинекология подростков: Руководство для врачей / *Гуркин Ю.А.* – СПб.: Фолиант, 1998. – 560 с.
5. *Дербенев В.В.* Неотложная лапароскопия у детей: автореф. дисс. ... к. мед. н. / *Дербенев В.В.* – СПб., 1999. – 23 с.
6. *Дронов А.Ф.* Эндоскопическая хирургия у детей / *Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котловский В.И.* – М.: Геотар-Мед, 2002. – 440 с.
7. *Еряхин И.А.* Тяжелая абдоминальная инфекция. Проблема перитонита и абдоминальный сепсис / *Еряхин И.А., Шляпников С.А.* // Consilium medicum. Хирургия. – 2005. Т. 7, №6. – С. 468–472.
8. *Кокolina В.Ф.* Детская гинекология: руководство для врачей / *Кокolina В.Ф.* – М., 2001. – С. 267–291.
9. *Кригер А.Г.* Острый аппендицит. Медпрактика / *Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К., Дронов А.Ф.* – М., 2002. – 244 с.
10. *Рошаль Л.М.* Ургентная лапароскопия – переворот в ургентной детской хирургии / *Рошаль Л.М.* // Тез. симпозиума «Актуальные вопросы лапароскопии в педиатрии». – М., 1994. – С. 35.
11. *Фефелова Е.В.* Ранняя диагностика и хирургическое лечение тубно-перитонеальной патологии у девочек-подростков и молодых женщин после генитальной инфекции: автореф. дисс. ... канд. мед. н. / *Фефелова Е.В.* – Владивосток, 2002. – 20 с.
12. *Чундокова М.А.* Аппендикулярно-генитальный синдром у девочек / *Чундокова М.А., Кокolina В.Ф., Дронов А.Ф., Смирнов А.Н.* // Детская больница. – 2007. – №3. – С. 8–11.
13. *Jag Heer An Unusual Case of Abdominal Pain in a Female Child* / *Jag Heer, M.D. Debra Bowker, M.D. Glen Ferguson, D.O.* // The California Journal of Emergency Medicine. – 2005. – V. 1, №3. – P. 52–54.
14. *Risser W.L.* Pelvic inflammatory disease in adolescents: review / *Risser W.L., Risser G.M., Cromwell P.F.* // Tex. Med. – 2002. – Vol. 98, №2. – P. 36–40.

Сведения об авторах:

Скалозубов М.А., ассистент каф. детских болезней с курсом детской хирургии и анестезиологии ФПО ЗГМУ.

Дмитряков В.А., д. мед. н., профессор, зав. курсом детской хирургии каф. детских болезней с курсом детской хирургии и анестезиологии ФПО ЗГМУ.

Корниенко Г.В., к. мед. н., ассистент каф. детских болезней с курсом детской хирургии и анестезиологии ФПО ЗГМУ.

Адрес для переписки:

Скалозубов Максим Алексеевич. 69076, г. Запорожье, ул. Новгородская, д. 18, кв.121.

Тел.: (061) 42 57 82.

E-mail: scalozubov@rambler.ru