

Апендикулярно-генітальний синдром у дитячій гінекології

Т.В. Герасимова, О.М. Гопчук

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

За даними МОЗ України, щорічно з приводу гострого апендициту оперують понад 16–17 тис. дівчат. Стан, при якому спостерігається одночасно запальне ураження апендикса та придатків матки, називається апендикулярно-генітальним синдромом. У даній статті висвітлюються проблеми становлення репродуктивної функції у дівчаток, які перенесли оперативне втручання з приводу апендициту.

: апендицит, апендикулярно-генітальний синдром, репродуктивна функція.

Збереження репродуктивного здоров'я жінок в останній час набуває ще більшого значення у зв'язку зі зростанням поширеності гінекологічних захворювань, що впливає на зниження народжуваності в Україні. Особливим у житті жінки є розвиток репродуктивної функції і становлення менструальної функції у дитячому та підлітковому віці. На ці процеси великий вплив мають як екзо-, так і ендогенні чинники. Ними можуть бути: інфекційні захворювання, особливо тонзилігенна інфекція, екстрагенітальні захворювання, велику частку яких становлять захворювання травного тракту, особливо гепатити та апендицит [4].

Крім того, у практиці дитячого гінеколога досить часто виникає проблема, пов'язана з встановленням причини абдомінального болювого синдрому. Він може бути зумовлений відхиленнями від анатомо-фізіологічного розвитку або нейропсихологічними факторами у дівчаток та підлітків. Однією з причин абдомінального болювого синдрому може бути апендикулярно-генітальний синдром [6].

Дане повідомлення стосується проблеми становлення репродуктивної функції у дівчаток, які перенесли оперативне втручання з приводу апендициту.

За даними МОЗ України, щорічно з приводу гострого апендициту оперують понад 16–17 тис. дівчат. Жіночий організм у зв'язку з особливостями анатомічних, фізіологічних і навіть психологічних чинників уражується цією патологією у 1,2 разу частіше, ніж чоловічий. Жіноча статева система найбільш чутлива до несприятливих впливів саме у період статевого дозрівання.

Ускладненнями апендициту можуть бути: перитоніт, апендикулярний інфільтрат та апендикулярно-генітальний синдром. Якщо перші два ускладнення зумовлені затягнутим передопераційним періодом і розвитком деструктивних форм, то третє частіше пов'язане з катаральним апендицитом і периапендицитом. Стан, за якого спостерігається одночасно запальне ураження апендикса та придатків матки, називається апендикулярно-генітальним синдромом.

Наш досвід свідчить про те, що запалення придатків матки спостерігається не лише у дівчат, які ведуть активне статеве життя, але й у незайманих. Вікові піки, в яких найбільш можливим є розвиток аднекситу: 3–5, 11–13, 18–20 років [1]. Слід відзначити, що у 3–5 років діагностують переважно деструктивні форми апендициту, в 11–13 років – переважно катаральні форми.

У кожній третій дівчинки одночасно з гострим апендицитом констатують запалення придатків матки, частіше – катаральний сальпінгіт, рідше – періоофорит і гнійний сальпінгіт. Отже, близько 30% випадків апендициту супро-

воджуються запаленням придатків, що і є апендикулярно-генітальним синдромом.

Ця проблема дуже актуальна, тому що мова йде про найчастіше захворювання у хірургії та гінекології у найбільш вразливого контингенту – неповнолітніх, яким у найближчому майбутньому належить виконати дітородну функцію. У дівчаток, які перенесли апендикулярно-генітальний синдром, частіше виявляють апоплексію яєчника, а у репродуктивному віці – ектопічну вагітність та інші порушення репродуктивної функції.

Обов'язковим супутником запального процесу є інтоксикація, аксидоз, пошкодження мембран, порушення тканинного обміну, розлад гемодинаміки, інвазія мікроорганізмів, крім того, наслідки лікування запального процесу – хіміо- та антибіотикотерапії. Усе це призводить до прориву біологічних тканинних бар'єрів, переважно оваріального гістогематичного і фолікулярного.

Основні зміни, які відбуваються при означеному стані:

1. Морфологічні зміни: набряк, некроз, полінуклеарно та мононуклеарно клітинна інфільтрація, активація процесу дозрівання фолікулів – у відповідь на патологічний фактор.

2. Підключення автоімунних механізмів: реакція бласттрансформації лімфоцитів у присутності аутологічного оваріального антигену.

3. У разі запалення спостерігається множинна обтураційна атрезія малих порожнинних форм, а також кістозна атрезія, що може призвести до порушення упорядкування генетичної інформації в ооцитах першого порядку.

Порушення репродуктивної функції:

1. У кожній четвертій жінки, яка перенесла у дитинстві апендектомію, діагностують первинну безплідність.

2. У кожній третій – порушення менструального циклу (гіпоменструальний синдром, ДМК).

3. Розвиток гіпергонадотропного гіпогонадізму знаходиться у прямому зв'язку з апендицитом.

Наслідками апендикулярно-генітального синдрому є спайковит процес у малому тазі, болювий синдром, субфебрилітет, ознаки інтоксикації.

Патогенетичні механізми виникнення апендикулярно-генітального синдрому можуть мати декілька шляхів розвитку:

- препубертатний період – глистова інвазія, стороннє тіло, вульвіти та вульвовагініти;
- пубертатний період – перехід запального процесу з апендикулярного відростка на праві придатки;
- у більш старшому віці процес овуляції може зумовлювати запалення апендикулярного відростка.

Вихід із фолікула ліквора, насиченого естрадіолом, спричинює розвиток асептичного запалення. Не можна виключити, що апендектомія, яка проведена на цьому етапі індивідуального розвитку, може призвести до розладів на рівні як яєчників, урахувавши анатомічну близькість апендикса до правого яєчника, так і центральних регулювальних систем внаслідок перенесеного ендогенного стресу.

Наявність інфекції у статевих шляхах (хламідіоз, уреоплазмоз та ін.) може призвести до апендициту.

За даними Київської області, у Київському обласному центрі охорони матері та дитини за 2009 р. було проконсуль-

Патологічні стани репродуктивної системи у дівчаток та підлітків, які перенесли апендектомію

Показник	Усього	Апендицит в анамнезі	
		n	%
Патологічне менархе	348	7	2,01
Порушення менструальної функції:	708	52	7,34
а) гіпоменструальний синдром	440	28	6
б) ювенільні ДМК	217	15	7
в) вторинна аменорея	51	9	18
Функціональні кісти	74	31	42
Запальні процеси статевих органів	634	23	4

товано усього 1839 дівчаток та підлітків з різними патологічними станами. Серед них у 113 дівчат відзначено в анамнезі операції з приводу апендициту (таблиця).

Діагностика

Під час проведення обстеження дівчаток та підлітків з наявним абдомінальним больовим синдромом, який проявляється комплексом больових відчуттів та дискомфортом у животі, необхідно враховувати передумови для виникнення больових відчуттів.

Перше: ріст та розвиток яєчників, які супроводжуються збільшенням і дозріванням фолікулів та натягінням очеревини на матці, що росте, можуть супроводжуватись у дівчаток больовими відчуттями при високому ризику інфекційних або інфекційно-алергійних процесів.

Друге: у 8–10 років відбувається ритмічне мимовільне скорочення матки, яке у подальшому спостерігається у старших вікових групах, і амплітуда скорочень збільшується під час менструації. Крім того, недостатність прогестерону зумовлює гіпертонус міометрія та перешийка матки, що також є одним із факторів виникнення болю.

Третє: у дівчаток з обтяженим перинатальним періодом частіше спостерігається незрілість нервової системи і рецепторного апарату, що зумовлює розвиток ендокринної патології або порушення обмінних процесів, за яких можуть виникати больові відчуття у животі.

Четверте: психологічний фактор також може сприяти виникненню або посиленню больових відчуттів (конфлікт з батьками, однокласниками, недостатність уваги батьків до дитини, перенасичення любовними переживаннями, депресія у жертв стевих домагань). У таких дівчаток інколи можуть спостерігатися елементи агравації. Особи, які знаходяться у конфліктній ситуації на тлі гіпоксії, астенізації, мають знижений поріг больової чутливості, коли навіть фізіологічні нервові імпульси можуть бути сприйняті як больові.

П'яте: порушення гігієни у дівчаток 4–5 років у дошкільних закладах і вдома (гра з піском, не дезинфіковані об'єкти туалету, білизна загального користування) та гельмінтози. У 4–5 років при фізіологічних особливостях стевих органів можливий прямий контакт: у разі запалення зовнішніх стевих органів – загострення апендициту.

Шосте: другий дитячий вік, в якому часто діагностують апендицит, – 13–14 років. У зв'язку з появою овуляції можливе контактне подразнення апендикулярного відростка, що також призводить до його запалення.

Послідовність діагностичного процесу складається з декількох етапів:

1. Збір анамнезу, бімануальне прямокишково-черевне дослідження, УЗД, лабораторне дослідження.

2. Спостереження в динаміці.

У разі гострого інтенсивного болю, який супроводжується інтоксикацією, лихоманкою, перитонеальними явищами, погіршенням самопочуття, дівчинка підлягає не-

гайному направленню у стаціонар незалежно від можливої етіології та патогенезу процесу. Це дозволить зменшити можливість діагностичної помилки.

Диференціальну діагностику проводять між болем «хірургічного» та «гінекологічного» характеру. Для «гінекологічного» болю, на відміну від «хірургічного», характерна низька локалізація: нижня половина живота, гіпогастрій, поперекова область. Іррадіація не характерна, але якщо є, то спрямована у пахову та сідничну ділянки. Біль частіше односторонній, рідше – двосторонній або у центрі.

Ведення дівчаток та підлітків при апендициті.

З метою профілактики ускладнення апендициту, такого, як апендикулярно-генітальний синдром, для становлення репродуктивної функції доцільно ведення таких хворих розділити на наступні етапи:

I етап – передопераційний. Мета його – як можна раніше підтвердити або спростувати діагноз апендициту, не допускати переходу у більш тяжкі стадії.

Для досягнення цього:

а) обов'язково запросити на передопераційний консилиум таких спеціалістів, як оториноларинголог, інфекціоніст, підлітковий лікар, підлітковий гінеколог;

б) за можливості використовувати нові об'єктивні методи діагностики: двомірна ехоскопія, пункційна лапароскопія;

в) необхідна ретельна передопераційна підготовка, тривалість якої може коливатися залежно від обставин від 1,5 до 4 год.

Передопераційна підготовка складається з антибактеріальної терапії, дезінтоксикації, імуномодуляції, призначення адаптогенів та вітамінів (особливо вітамінів Е та В₆).

II етап – операція. Сьогодні треба надавати перевагу лапароскопічному методу оперативного втручання. Мета даного етапу – забезпечити щадне ставлення операторів до маткових труб і яєчників. Під час операції обов'язковим є огляд придатків матки. Бажано присутність під час операції гінеколога.

III етап – ранній післяопераційний період. Мета – за можливості попередити спайковий процес та локалізувати запалення. Крім антибактеріальної терапії, десенсибілізації, дезінтоксикації використовується імунокорекція. Показані раннє вставання та лікувальна фізкультура.

IV етап – низький післяопераційний період. Мета – лікування апендикулярно-генітального синдрому. Залежно від основного симптому (біль, спайковий процес, порушення менструації) переважає та чи інша симптоматична та патогенетична терапія. Використовують лікувальні ректальні свічки, мікроклізмами, повторні курси фізіотерапії, циклічну вітамінотерапію, фітотерапію, рефлексотерапію. Тривалість диспансерного нагляду зазвичай перевищує 6 міс; критерій вилікованості – відсутність скарг та об'єктивних ознак сальпінгоофориту протягом 0,5–1 року.

V етап – заключний, на якому передбачається проведення санаторно-курортного лікування.

Підбиваючи підсумок, необхідно зазначити, що проблема апендикулярно-генітального синдрому є актуальною як у дитячій хірургії та дитячій гінекології, так і в загальнопедіатричній практиці. Особлива відповідальність лягає на лікаря у разі виявлення абдомінального болювого синдрому, позаяк во-

на пов'язана з небезпекою запізненого розпізнавання серйозної патології. Володіння навиками та знання алгоритму діагностики сприяє пришвидшенню встановлення діагнозу. Своєчасне направлення у стаціонар дозволить уникнути катастрофи, оскільки з'явиться можливість спостереження у динаміці.

Апендикулярно-генітальний синдром в дитячій гінекології Т.В. Герасимова, Е.Н. Гопчук

По данным МЗ Украины, ежегодно по поводу острого аппендицита оперируют более 16–17 тыс. девочек. Состояние, при котором наблюдается одновременно воспалительное поражение аппендикса и придатков матки, называется апендикулярно-генитальным синдромом. В данной статье освещаются проблемы становления репродуктивной функции у девочек, которые перенесли оперативное вмешательство по поводу аппендицита.

аппендицит, апендикулярно-генітальний синдром, репродуктивна функція.

Appendicular-genital syndrome in pediatric gynecology T.V. Gerasimova, E.N. Gopchuk

According to the Ministry of Health of Ukraine, more than 16-17 thousand girls operate every year because of acute appendicitis. The condition in which inflammatory damage to the appendix and appendages of the uterus is simultaneously observed is called appendicular-genital syndrome. This article highlights the problems of the development of reproductive function in girls who have undergone surgery for appendicitis.

appendicitis, appendicular-genital syndrome, reproductive function.

Сведения об авторах

Герасимова Талина Викторовна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л.Шурика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: geratalina@yandex.ru

Гопчук Елена Николаевна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л.Шурика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: gopchuk@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вольф А.С., Миттаг Ю.Э. Атлас детской и подростковой гинекологии /Вольф А.С. – М., 2004.

2. Гуркин Ю.А., Маркин Л.Б., Яковлева Э.Б. Детская гинекология. Справочник /Гуркин Ю.А. – М., 2004.

3. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков. Практическое руководство /Гуркин Ю.А. – М., 2000.

4. Избранные лекции по гинекологии. Учебное пособие /Под ред. И.Б. Манухина. – М.: Издательский дом «Династия», 2003.

5. Наумкина Е.В., Рудаков Н.В., Рудакова Е.Б., Кучинская Н.В. Микроэкология влагалища при воспалительных заболеваниях придатков матки в подростковом периоде /Бюл. ВСНЦ СО РАМН. 2012; 1 (4): 87–8.

6. Носарь Є.А. Функція статевої системи у дівчат-підлітків, які перенесли оперативне втручання з приводу гострого апендициту: Автореф. дис. ... канд. мед. наук; 14.01.01. – Харків, 2010. – 20 с. 87–8.

Статья поступила в редакцию 22.09.17

ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ

(один або декілька правильних варіантів відповідей на кожне запитання)

1. До ускладнень апендициту належать:

- Перитоніт
- Апендикулярний інфільтрат
- Апендикулярно-генітальний синдром
- Усе перераховане.

2. Апендикулярно-генітальний синдром зумовлений:

- Затягнутим передопераційним періодом
- Розвитком деструктивних форм
- Катаральним апендицитом і периапендицитом.

3. Основні зміни, які відбуваються при прориві оваріального гістогематичного і фолікулярного бар'єрів:

- Морфологічні
- Підключення автоімунних механізмів
- Множинна обтураційна атрезія малих порожнинних форм, а також кістозна атрезія.
- Усе перераховане.

4. Які порушення репродуктивної функції розвивається після апендектомії?

- У кожної четвертої жінки, яка перенесла в дитинстві апендектомію, діагностують первинну безплідність.
- У кожної третьої жінки – порушення менструального циклу (гіпоменструальний синдром, ДМК)
- Гіпергонадотропний гіпогонадизм
- Усе перераховане.

5. Патогенетичні механізми виникнення апендикулярно-генітального синдрому у пубертатний період:

- Перехід запального процесу з апендикулярного відростка на праві придатки
- Глистова інвазія,
- Стороннє тіло
- Вульвіти та вульвовагініти.

6. Чи вірно твердження: з появою овуляції можливе контактне подразнення апендикулярного відростка, що також призводить до його запалення?

- Так
- Ні.

7. Другий дитячий вік, у якому часто діагностують апендицит:

- 13–14 років
- 10–13 років
- 8–10 років.

8. Мета раннього післяопераційного періоду після апендектомії: звести до мінімуму спайковий процес та локалізувати запалення:

- Так
- Ні.