



АПОПЛЕКСІЯ ЯЄЧНИКА В ДІВЧАТ У ПРАКТИЦІ УРГЕНТНОГО ДИТЯЧОГО ХІРУРГА

О.М. Горбатюк

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Резюме

У статті обговорено сучасні підходи до діагностики та лікування апоплексії яєчника в дівчат. Наведено результати клінічних досліджень 23 пацієнтів різного віку з обговоренням ролі і місця УЗД і діагностичної лапароскопії при веденні цієї патології. Розглянуто показання до хірургічного втручання при апоплексії яєчника в дітей.

Ключові слова

Діти, апоплексія яєчника, діагностика, лікування.

Апоплексія яєчника (АЯ) (синоніми: haematoma ovarii, haemorrhagia ovarii, розрив жовтого тіла, інфаркт яєчника, розрив яєчника) — це крововилив в яєчник, що зумовлений порушенням цілості його тканин і кровотечею в черевну порожнину при розриві граафова пухирця, строми тіла, жовтого тіла, кісти жовтого тіла, фолікулярної кісти тощо [1, 2, 6]. Основними клінічними симптомами АЯ є біль у животі та ознаки внутрішньочеревної кровотечі. Клінічна картина АЯ в дітей в абсолютній більшості випадків симулює картину «гострого живота» [3, 4].

За класифікацією найчастіше виділяють 2 форми АЯ — больову і геморагічну. Геморагічна форма АЯ, у свою чергу, підрозділяється на 3 ступені тяжкості: I ст. — легкий (внутрішньочеревна кровотеча не перевищує 150 мл), II ст. — середній (крововтрата 150-

500 мл), III ст. — тяжкий (внутрішньочеревна крововтрата понад 500 мл) [2]. Деякі автори доповнюють класифікацію АЯ змішаною формою патології [6].

За даними деяких авторів, на частку АЯ припадає до 85,7% хірургічних втручань з приводу гострого апендициту [3, 4]. У літературі є свідчення про значну частоту сполучення АЯ з гострим апендицитом. При цьому авторами висловлюється думка про анатомічний зв'язок між апендиксом і придатками матки і стверджується, що апендицит не тільки сприяє розриву яєчника, але й у деяких випадках відіграє провідну роль у його виникненні. Так, М.А. Елькін та М.Я. Зельцер, що спостерігали 5 дівчат віком 12-14 років з апоплексією правого яєчника, відмітили, що в 4 із них мав місце гострий апендицит. Апоплексія правого яєчника спостерігається у 2-4 рази частіше, ніж лівого, що пояснюється більш інтенсивним кровообігом

© О.М. Горбатюк

правого яєчника, тому що права яєчкова артерія відходить безпосередньо від аорти, а ліва — від ниркової артерії [5].

Виходячи з наведеної інформації, АЯ є однією з актуальних проблем сучасної невідкладної хірургії. Актуальність даної проблеми зумовлена не тільки необхідністю удосконалення діагностичної і лікувальної тактики при АЯ в дівчат, але й поширеністю патології, яка на сьогодні має тенденцію до збільшення [1-5].

Мета роботи — на власному досвіді оцінити значення клінічних ознак і діагностичних критеріїв у виявленні АЯ в дітей і їх роль у проведенні диференційної діагностики даної патології.

Матеріали та методи

У цій статті наводяться власні дані щодо клініко-діагностичних критеріїв АЯ у 23 дівчат різного віку, які перебували під спостереженням останні 10 років. Серед них: 18 (78,3%) дівчат були віком 12-15 років, 2 (8,7%) дівчини — 5 і 6 років і 3 (13%) дитини — 9-11 років. 19 (82,6%) дітей мали апоплексію правого яєчника. Діагностика патології базувалась на даних клініко-лабораторного обстеження пацієнтів і результатах УЗД органів малого таза. 16 (69,6%) дівчат мали больову форму АЯ, 7 (30,4%) — геморагічну форму легкого і середнього ступеня тяжкості. Діагностична лапароскопія була проведена 11 дівчатам, що становило 47,8% від загальної кількості спостережень.

Результати та їх обговорення

Дані анамнезу свідчать, що АЯ може виникнути в будь-яку фазу менструального циклу, але частіше в період овуляції чи перед менструацією, коли рівень гонадотропних гормонів досягає свого піку. Також можливі варіанти виникнення АЯ в дівчат, які ще не менструують.

Головним клінічним симптомом АЯ є раптовий біль у нижніх відділах живота, переважно справа, без будь-якої іррадіації, що майже завжди нагадує клініку гострого апендициту. Патологія найчастіше виникає в середині чи в другій фазі менструального циклу або перед менструацією. У дитини 5 років провокуючим до АЯ чинником був злуковий процес у малому тазу після перенесеного деструктивного апендициту, а в пацієнтки 8 років — перекручена

кіста яєчника. В інших випадках будь-яких провокуючих чинників до виникнення АЯ виявлено не було.

Біль виникає через роздратування рецепторів яєчкової тканини, спазм судин у басейні яєчкової артерії і дію на очеревину крові, що потрапила в черевну порожнину. Слабкість, нудота, блювота, запаморочення, блідість залежали від ступеня крововтрати. Клінічна картина больової і легкої геморагічної форм АЯ була подібною. Шкіра і слизові оболонки звичайного кольору, пульс і артеріальний тиск у межах норми або незначно підвищені. Живіт м'який, можливо активне напруження м'язів передньої черевної стінки в нижніх відділах, перитонеальних симптомів немає. Пальпаторно вільна рідина в черевній порожнині не визначається. При УЗД органів малого таза розрив яєчника не візуалізується, але можливо виявити накопичення рідини в дугласовому просторі. Ця рідина гіпоехогенна, в невеликій кількості (до 150 мл), інколи з дрібнодисперсними домішками. У клінічному аналізі крові виявляється помірний лейкоцитоз зі зрушеннями формули вліво.

У клінічній картині геморагічної форми АЯ середнього і тяжкого ступеня основні клінічні симптоми пов'язані з внутрішньочеревною кровотечею. Біль у нижніх відділах живота часто іррадіює в задній прохід, куприк, ногу, зовнішні статеві органи. Больовий напад супроводжується слабкістю, нудотою, запамороченням, блювотою. Шкіра і видимі слизові оболонки бліді, холодний липкий піт. Артеріальний тиск знижений, тахікардія. При пальпації визначається різка болючість у правій здухвинній ділянці і/або по всьому гіпогастрію. У нижніх відділах живота позитивна перитонеальна симптоматика. При перкусії, як правило, виявляється притуплення у відлогих місцях живота. Можливо визначити вільну рідину у відлогих місцях черевної порожнини. У клінічному аналізі крові має місце зниження гемоглобіну. При УЗД визначається значна кількість вільної дрібно- і середньодисперсної рідини з утвореннями неправильної форми, підвищеної ехогенності — кров'яні згустки.

Показаннями до діагностичної лапароскопії були:

- наявність понад 150 мл крові в черевній порожнині, що підтверджувалось фізикальним дослідженням і даними УЗД;
- неефективність консервативної терапії протягом 1 доби з ознаками внутрішньочеревної кровотечі;



- диференційна діагностика гострої гінекологічної і гострої хірургічної патології.

При лапароскопії АЯ виглядає як невелика пляма, що виступає над поверхнею яєчника, з ознаками кровотечі або згустком крові або у вигляді жовтого тіла з лінійним розривом чи округлим дефектом тканини з ознаками кровотечі чи без неї.

Лікування дівчат з АЯ залежить від загального стану дитини, форми апоплексії і ступеня внутрішньочеревної кровотечі. При больовій формі з незначною кровотечею (до 150 мл) без ознак її наростання можливо проведення консервативної терапії — спокій, ліжковий режим, холод на живіт, гемостатики, спазмолітики, вітаміни, фізіотерапевтичні процедури (електрофорез з хлоридом Са). Консервативна терапія має проводитися в стаціонарі під добовим динамічним спостереженням лікаря. Нами консервативно проліковано 10 дівчат, що становило 43,5%. Віддалений період спостереження 5-7 років показав, що всі діти одужали, рецидивів АЯ не спостерігалось.

При повторному больовому нападі, погіршенні стану, нестабільності гемодинаміки, погіршенні даних УЗД (збільшення кількості рідини в черевній порожнині) дитину необхідно оперувати. Нами прооперовано 13 (56,5%) дітей. Попередній передопераційний діагноз у 10 пацієнтів був «гострий апендицит», у 3 — підозра на АЯ, що свідчить про те, що

досить часто АЯ в дітей є інтраопераційною знахідкою.

Хірургічне втручання при АЯ в дівчат має бути максимально щадливим — коагуляція місця розриву (2 випадки), розтин або пункція кісти з видаленням вмісту відсмоктувачем (5 випадків), накладання швів на місце кровотечі з гемостатичною губкою або пасмом великого сальника (5 випадків), часткова резекція яєчника (1 випадок). Операцію здійснювали через надлобковий доступ за Пфанненштилем, який є бажаним у дитячій хірургії.

Висновки

На підставі викладеного вище можна зробити такі висновки:

1. «Гострий живіт» у дівчат може бути наслідком АЯ. У більшості випадків дівчат з АЯ оперують із попереднім діагнозом «гострий апендицит».
2. Топічна діагностика АЯ утруднена через відсутність специфічних симптомів патології.
3. Методом вибору в діагностиці розриву яєчника в дітей є діагностична лапароскопія.
4. При лікуванні АЯ в дівчат завжди треба прагнути до максимального консерватизму. Хірургічні втручання мають бути максимально щадливими і, при можливості, органозберігаючими.

Надійшла до редакції 15.09.2017 р.

Список використаної літератури

1. Авербух И.С. О диагностике и тактике при разрыве и апоплексии яичника / И.С. Авербух, Л.Л. Петровицкая // Хирургия. — 2007. — № 1. — С. 15-17.
2. Апоплексия яичника: клинические формы, методы и отдаленные результаты исследования / А.Э. Тер-Овьякмян, О.С. Элибекова, А.С. Гаспаров, И.А. Реркин // Материалы Всерос. форума «Мать и дитя». — М., 2006. — С. 531.
3. Астапенко В.Г. Ошибки и осложнения в хирургии «острого живота» / В.Г. Астапенко, С.С. Максимов. — Минск: Высшая школа, 2009. — 189 с.
4. Астринская С.Д. О дифференциальной диагностике апоплексии яичника и острого аппендицита / С.Д. Астринская, Л.Б. Мальцева // Советская медицина. — 2010. — № 3. — С. 22-25.
5. Сирота О.М. Современные подходы к диагностике и лечению апоплексии яичника: автореф. дис. ... к.мед.н. — Омск, 2009. — 118 с.
6. Ovarian apoplexy. MedUSANews, 2013. Режим доступа: medusanews.com

Ovarian apoplexy in girls in urgent practice of pediatric surgeon

О.М. Gorbatyuk

Abstract

The article is devoted to the discussion of modern approaches to the diagnostic and treatment of apoplexia ovarium in girls. Results of clinical research of 23 patients different age with discussion of the role and place of sonography and diagnostic laparoscopy in diagnostic this pathology are given. Evidences to surgical intervention in apoplexia ovarium in children and its principal moments are examined.

Keywords: ovarian apoplexy, children, diagnostic, treatment.