



**Крутова В.А., Тулендинова А.И., Асланян И.Э.,
Мелкумян С.С., Романович Е.А.**

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия

Для корреспонденции

Тулендинова Анжела Ивановна –
врач акушер-гинеколог
отделения гинекологии (детского
и подросткового возраста)
клиники ФГБОУ ВО «Кубанский
государственный медицинский
университет» Минздрава России
Адрес: 350072, г. Краснодар,
ул. Зиповская, д. 4/1
Телефон: (861) 257-05-09
E-mail: klinika@bagk-med.ru,
atulendinova@mail.ru
<https://orcid.org/0000-0001-5126-9462>

К вопросу об актуальных проблемах хронических воспалительных процессов в подростковом возрасте

На примере отделения гинекологии детей и подростков клиники ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России обобщены случаи гидросальпинкса – заболевания, не характерного для подросткового возраста. Отмечено увеличение частоты случаев выявления гидросальпинкса у девочек-подростков, выделены особенности клинической картины, проведен анализ результатов консервативного лечения и факторов, влияющих на неблагоприятный органосохраняющий прогноз.

Ключевые слова: гидросальпинкс, детская гинекология, особенности клинического течения у подростков, хирургическое и консервативное лечение, репродуктивное здоровье

Для цитирования: Крутова В.А., Тулендинова А.И., Асланян И.Э., Мелкумян С.С., Романович Е.А. К вопросу об актуальных проблемах хронических воспалительных процессов в подростковом возрасте // Репродукт. здоровье детей и подростков. 2019. Т. 15, № 4. С. 61–66. doi: 10.24411/1816-2134-2019-14007.

Статья поступила в редакцию 26.08.2019. Принята в печать 20.11.2019.

Krutova V.A., Tulendinova A.I., Aslanyan I.E., Melkumyan S.S., Romanovich E.A.

Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

To the question of current problems of chronic inflammatory processes during adolescence

On the example of the gynecology Department of children and adolescents of the clinics of the Kuban State Medical University, the cases of hydrosalpinx, a disease uncharacteristic for adolescence, were summarized. An increase in cases of detection of hydrosalpinx in adolescent girls was noted, the clinical features were highlighted, the results of conservative treatment and factors affecting the adverse organ-preserving prognosis were analyzed.

Keywords: *hydrosalpinx, pediatric gynecology, features of clinical course in adolescents, surgical and conservative treatment, reproductive health*

For citation: Krutova V.A., Tulendinova A.I., Aslanyan I.E., Melkumyan S.S., Romanovich E.A. To the question of current problems of chronic inflammatory processes during adolescence. *Reproduktivnoe zdorov'e detey i podrostkov [Pediatric and Adolescent Reproductive Health]*. 2019; 15 (4): 61–6. doi: 10.24411/1816-2134-2019-14007. (in Russian)

Received 26.08.2019. **Accepted** 20.11.2019.

Заболевания половой сферы у девочек-подростков, влияющие на их репродуктивное здоровье, остаются одной из наиболее актуальных проблем современной детской гинекологии [1]. Ранняя диагностика, профилактика и прогнозирование нарушений в репродуктивном возрасте играют существенную роль не только в благополучии будущих семей, но и нации в целом [2–4].

О различных хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза у женщин опубликовано немало работ как отечественных, так и зарубежных исследователей. Согласно данным медицинской статистики, хронические воспалительные заболевания малого таза диагностируются у 10–30% женщин репродуктивного возраста, при этом гидросальпинкс является одним из самых распространенных осложнений воспаления придатков матки [5–7].

Однако публикаций о случаях выявления гидросальпинкса в подростковом возрасте крайне недостаточно, а упоминаний о его возникновении у девочек, не имевших полового дебюта, в изученной нами литературе практически не встречалось [8]. Значимость проблеме придает учащение случаев выявления гидросальпинкса у детей и подростков на стадиях, когда проведение только консервативной терапии не обеспечивает органосохраняю-

щего прогноза [9, 10]. Также необходимо отметить отсутствие настороженности у детских врачей в плане возможности возникновения гидросальпинкса (особенно возникшего впервые) в детском и подростковом возрасте.

Материал и методы

Впервые в клинике ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России гидросальпинкс как случайная находка был установлен в 2004 г. Тогда, во время проведения ультразвукового исследования (УЗИ) у девочки 12 лет, поступившей в отделение гинекологии детского возраста с острой болью внизу живота, было выявлено анэхогенное образование левого яичника размером 67×59×60 мм и наличием 50 мл свободной жидкости. С предварительным диагнозом «киста левого яичника, апоплексия левого яичника?» в экстренном порядке ей была проведена диагностическая лапароскопия, при которой выявлены перекут на 360° увеличенной до диаметра 7 см левой маточной трубы и некроз. Произведен переход с лапароскопии на лапаротомию с последующей сальпингэктомией и эвакуацией геморрагического содержимого. В макропрепарате – классический вариант гидросальпинкса с кистозным изменением маточной трубы, ее некрозом и диффузным пропитыванием кровью.

Более 10 лет данный случай оставался единственным. Данная клиническая ситуация была расценена как исключительная и нехарактерная для данной возрастной категории.

В 2016 г. мы вновь столкнулись с подобными случаями у двух девочек 13 и 12 лет. Обе пациентки на фоне нормальной температуры тела жаловались на боль внизу живота, нерегулярные и болезненные менструации. При обращении результаты биохимических исследований, а также показатели общего анализа крови и мочи, урогенитальных мазков – без отклонений. В обоих случаях на УЗИ определялась четкая картина увеличенной маточной трубы в виде анэхогенного образования с мелкодисперсным содержимым. Притом если у 1-й пациентки возникновение гидросальпинкса могло быть хоть как-то объяснено перенесенной менее полугода назад аппендэктомией (гангренозный аппендицит) с формированием спаечного процесса в проекции измененной трубы, то у 2-й девочки заболевание развилось на фоне отсутствия каких-либо предпосылок к его возникновению.

С начала 2018 г. наше внимание привлекло заметное увеличение числа пациенток, у которых при обращении либо в процессе стационарного пребывания был верифицирован гидросальпинкс. Только за первое полугодие текущего года в отделении гинекологии детей и подростков клиники с вышеуказанным диагнозом прошли лечение 6 пациенток.

Столкнувшись с возросшим числом такой необычной для данного возраста патологии, нами была предпринята попытка провести клинический анализ всех случаев достоверно установленного гидросальпинкса у девочек-подростков.

Результаты

Для систематизации данных была разработана статистическая карта, содержащая 14 критериев, учитывающих возраст, место жительства (село или город), сезон-

ность, состояние при поступлении, наличие предрасполагающих к заболеванию факторов (перенесенные операции, переохлаждения, частые острые респираторные вирусные инфекции и др.), результаты лабораторных и инструментальных методов обследования, проведенное лечение, его исход и др.

При анализе результатов установлено, что за все годы работы отделения к нам поступило 9 таких пациенток в возрасте от 12 до 16 лет (средний возраст – 14 лет). Как оказалось, 7 девочек проживают в городской черте и только 2 – в сельской местности. Кроме одного, все случаи манифестации проявлений отмечены в осенний и весенний периоды: на ноябрь пришлось 5 случаев, на март-апрель – 3. В 1 случае временем обращения был июль. У 2 пациенток в анамнезе указаны перенесенные ранее оперативные вмешательства: аднексэктомия в 8-летнем возрасте (по поводу перекрута придатка матки) и аппендэктомия за 4 мес до обращения в клинику. Все девочки предъявляли жалобы на появление тазовой боли, 7 из них отмечали болезненные менструации, у 2 менструаций еще не было. 4 девочки обратились на прием к гинекологу только через 2 мес после появления первых симптомов.

В 4 наблюдениях пациентки или их родители указывали на частые простудные заболевания. Недостаточное внимание к вопросам интимной гигиены в личной беседе отмечено у 3 девочек. У всех респонденток отсутствовал половой дебют.

При физикальном обследовании 5 из 9 девочек имели астенический тип телосложения.

Всем пациенткам при поступлении проведены УЗИ органов малого таза и лабораторные исследования. Обращает внимание, что только у 2 девочек при поступлении отмечен субфебрильный подъем температуры, тогда как у остальных температура тела оставалась в пределах нормы. Притом каких-либо более

или менее значимых отклонений показателей общего анализа крови и мочи, биохимического исследования крови и коагулограммы, урогенитальных мазков также не выявлено. Все пациентки были обследованы на урогенитальные инфекции, и только у одной 13-летней пациентки были выявлены *Ureaplasma parvum* и *Gardnerella vaginalis*.

Основным методом оценки состояния маточных труб во всех наблюдениях было трансабдоминальное УЗИ органов малого таза, при котором в параовариальной области выявляли анэхогенной эхоструктуры жидкостные образования различных форм (округлой, овальной и ретроотобразной) диаметром от 19 до 60 мм. Распределение вовлеченных в процесс труб по стороне расположения было примерно одинаковым: в 4 случаях процесс локализовался слева и в 5 – с правой стороны.

Определяющее значение в постановке диагноза играла выполненная лапароскопия. За исключением одной девочки с двойным перекрутом гидросальпинкса, потребовавшим экстренной лапаротомии, во всех остальных случаях первично назначалась антибактериальная терапия в соответствии с национальными и международными рекомендациями: ампициллин в комбинации с клавулановой кислотой, макролиды, цефалоспорины III поколения в комбинации с метронидазолом и ферментным препаратом комплексного пролонгированного воздействия.

Несмотря на существующее мнение о преимуществах оперативного лечения гидросальпинкса, при проведении нами однократных курсов консервативной терапии в 3 случаях наступило полное исчезновение клинических симптомов, а также регресс патологических изменений в пораженной трубе, подтвержденный последующим контролем УЗИ. Еще у одной девочки стойкая ремиссия была достигнута при повторном консервативном лечении, проведенном ей через 3 мес после прохождения 1-го курса.

В остальных 4 наблюдениях по результатам консервативного лечения у пациенток отмечена неполная ремиссия, сохранявшаяся от 2 мес до полугода, после чего возникли рецидивы, потребовавшие оперативного вмешательства. Двум из них ранее была проведена сальпингостомия; у одной во время операции выявлен старый, клинически незначимый перекрут маточной трубы.

При патогистологическом исследовании операционного материала в 100% наблюдений выявлен выраженный фиброз стенки удаленной маточной трубы с очаговой атрофией ее стромы и ворсин. В случае перекрута маточной трубы были установлены морфологические признаки хронического неспецифического сальпингита с фиброзным замещением слоев стенки трубы и гидросальпинксом в исходе.

Средние сроки госпитализации при консервативном ведении составили 10–13 дней, после лапароскопического удаления пораженной трубы – от 7 до 9. В одном случае (2004 г.) после расширенной лапаротомии пациентка выписана на 15-е сутки пребывания в стационаре.

Выводы

Таким образом, обобщая проведенный в нашей клинике анализ случаев выявления гидросальпинкса у девочек подросткового возраста, можно сделать следующие выводы.

1. За 14-летний период в нашей клинике у 9 пациенток было установлено нехарактерное для подросткового возраста заболевание – гидросальпинкс. В течение последних 2 лет наметилась тенденция к увеличению числа девочек-подростков с данной патологией.

2. Все изученные нами случаи гидросальпинкса отмечены у девочек в возрастном интервале от 12 до 16 лет, не живущих половой жизнью.

3. Согласно полученным результатам, риск развития гидросальпинкса наиболее высок у девочек, проживающих в городской местности, подверженных частым простудным заболеваниями и перенесшим ранее оперативные вмешательства на органах брюшной полости и/или малого таза.

4. Наиболее часто манифестация проявлений гидросальпинкса в подростковом возрасте наблюдалась в весенне-осенний период, преимущественно у девочек, имеющих определенный дефицит массы тела, болезненные или нерегулярные менструации.

5. Основным методом диагностики гидросальпинкса в наших исследованиях – УЗИ. Решающее значение в постановке диагноза имела выполненная лапароскопия. При патогистологическом исследовании операционного материала во всех случаях выявлено выраженное фибрирование стенок удаленной маточной трубы на фоне очаговой атрофии стромы и ворсин.

6. К особенностям клинической картины течения гидросальпинкса у девочек-подростков можно отнести отсутствие выраженного болевого синдрома, высокой температуры тела, данных за интоксикацию, а также существенных изменений в показателях биохимии крови и результатах общего анализа крови и мочи.

7. Анализ результатов проведенной консервативной терапии гидросальпинкса у девочек-подростков показал ее эффективность в отношении пациентов, неотягощенных в прошлом хирургическими вмешательствами на органах брюшной полости или малого таза и своевременно обратившихся за медицинской помощью.

8. Более чем в 50% случаев установление диагноза «гидросальпинкс» у девочек-подростков заканчивалось хирургическим удалением пораженной маточной трубы.

Принимая во внимание намечающуюся тенденцию к увеличению случаев гидросальпинкса в подростковом возрасте, невысокую эффективность консервативной терапии и значительный риск оперативного удаления маточной трубы, а также отсутствие доступной справочной и информационно-методической литературы, планируется продолжение работы по изучению и анализу подобных состояний, результаты которой, мы надеемся, будут интересны и полезны всем, кому не безразлично здоровье наших детей и репродуктивное благополучие нации.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Сведения об авторах

Крутова Виктория Александровна (Krutova Viktoria A.) – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии, главный врач клиники ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России (Краснодар, Россия)

E-mail: vik-krutova@yandex.ru

<https://orcid.org/0000-0002-9907-7491>

Тулендинова Анжела Ивановна (Tulendinova Anzhela I.) – врач акушер-гинеколог отделения гинекологии (детского и подросткового возраста) клиники ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России (Краснодар, Россия)

E-mail: atulendinova@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0001-5126-9462>

Асланян Ирина Эдуардовна (Aslanyan Irina E.) – кандидат медицинских наук, заведующая отделением детского и подросткового отделения клиники ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России (Краснодар, Россия)

E-mail: iaslanyan@bagk-med.ru

<https://orcid.org/0000-0003-2919-3304>

Мелкумян Стелла Сергеевна (Melcumyan Stella S.) – врач-гинеколог гинекологического детского и подросткового отделения клиники ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России (Краснодар, Россия)

E-mail: s.melcumyan@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0001-8595-0475>

Романович Елена Александровна (Romanovich Elena A.) – врач-гинеколог гинекологического детского и подросткового отделения клиники ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России (Краснодар, Россия)

E-mail: e.romanovich@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-1124-6335>

Литература

1. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология: руководство для врачей. М.: Литтерра, 2009. 384 с. (Серия «Практические руководства»).
2. Кулаков В. И. Репродуктивное здоровье населения России // Акуш. и гин. 2002. № 2. С. 4–7.
3. Хмельницкий О.К. Патоморфологическая диагностика гинекологических заболеваний. СПб.: СОТИС, 1994. С. 317–325.
4. Gilmore H., Fleischhacker D., Hecht J.L. Diagnosis of chronic endometritis in biopsies with stromal breakdown // Hum Pathol. 2007. Vol. 38, N 4. P. 581–584.
5. Кондриков Н.И. Патология матки. М.: Практическая медицина, 2008. 344 с.
6. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Основы репродуктивной гинекологии. М.: Медпрактика, 2003. 200 с.
7. Kashida S., Sugino N., Takiguchi S. et al. Regulation and role of vascular endothelial growth factor in the corpus luteum during mid-pregnancy in rats // Biol Reprod. 2001. Vol. 64, N 1. P. 317–323.
8. Hilton D.J. LIF: lots of interesting functions // Trends Biochem Sci. 1992. Vol. 17, N 2. P. 72–76.
9. Daftary G.S., Kayisli U., Seli E. et al. Salpingectomy increases peri-implantation endometrial HOXA10 expression in women with hydrosalpinx // Fertil Steril. 2007. Vol. 87, N 2. P. 367–372.
10. Murray C.A., Clark H.J., Tulandi T., et al. Inhibitory effect of human hydrosalpingeal fluid on mouse preimplantation embryonic development is significantly reduced by the addition of lactate // Hum Reprod. 1997. Vol. 12, N 11. P. 2504–2507.

References

1. Uvarova E.V. Pediatric and adolescent gynecology: a guide for doctors. Moscow: Litterra, 2009: 384 p. (in Russian)
2. Kulakov V.I. Reproductive health of the population of Russia. Akusherstvo i ginekologiya [Obstetrics and gynecology]. 2002; 2: 4–7. (in Russian)
3. Khmel'nitsky O.K. Pathomorphological diagnosis of gynecological diseases. Saint-Petersburg: SOTIS, 1994: 317–325. (in Russian)
4. Gilmore H., Fleischhacker D., Hecht J.L. Diagnosis of chronic endometritis in biopsies with stromal breakdown. Hum Pathol. 2007; 38 (4): 581–4.
5. Kondrikov N.I. Pathology of the uterus. Moscow: Practical medicine, 2008: 344 p. (in Russian)
6. Tikhomirov A.L., Lubnin D.M. Fundamentals of reproductive gynecology. Moscow: Medpraktika, 2003: 200 p. (in Russian)
7. Kashida S., Sugino N., Takiguchi S., et al. Regulation and role of vascular endothelial growth factor in the corpus luteum during mid-pregnancy in rats. Biol Reprod. 2001; 64 (1): 317–23.
8. Hilton D.J. LIF: lots of interesting functions. Trends Biochem Sci. 1992; 17 (2): 72–6.
9. Daftary G.S., Kayisli U., Seli E., et al. Salpingectomy increases peri-implantation endometrial HOXA10 expression in women with hydrosalpinx. Fertil Steril. 2007; 87 (2): 367–72.
10. Murray C.A., Clark H.J., Tulandi T., et al. Inhibitory effect of human hydrosalpingeal fluid on mouse preimplantation embryonic development is significantly reduced by the addition of lactate. Hum Reprod. 1997; 12 (11): 2504–7.