

Тактика ведения детей и подростков с позиции международных стандартов при перекручивании придатков матки

З.К. Батырова^{✉1}, З.Х. Кумыкова¹, Е.В. Уварова¹, В.Д. Чупрынин¹, Н.А. Буралкина¹, И.А. Киселева¹, Ф.Ш. Мамедова¹, М.А. Чундокова^{2,3}

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, Россия;

²ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;

³ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф. Филатова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

✉linadoctor@mail.ru

Аннотация

Актуальность. Перекручивание придатков матки (ППМ) занимает 5-е место среди неотложных гинекологических состояний. Подозрение на ППМ требует немедленной диагностики и срочного хирургического лечения. Наиболее частыми причинами перекручивания придатков являются различные объемные образования, такие как функциональные или дермоидные кисты яичника, способствующие увеличению его объема, и/или аномалии развития связочного аппарата. Своевременная постановка диагноза и проведение деторсии способствуют полноценному восстановлению нарушенного венозного оттока и лимфодренажа тканей яичника, препятствуя развитию выраженной ишемии и некроза. За последние несколько десятилетий хирургическое органосохраняющее направление в ведении с ППМ рассматривается в качестве «золотого стандарта».

Материалы и методы. В статье описываются результаты ретроспективного исследования случаев ППМ у детей и подростков, пролеченных в отделении гинекологии детского и юношеского возраста ФГБУ «НМИЦ АП им. В.И. Кулакова» с оценкой клинико-анамнестических особенностей этой когорты пациентов и выбора лечебной тактики.

Заключение. Мультидисциплинарный подход имеет решающее значение для оптимизации оказания медицинской помощи при ППМ, в том числе минимально инвазивной деторсии и сохранения функциональности яичника как стандарта лечения, который должен применяться при ведении детей и подростков.

Ключевые слова: объемные образования яичников, перекручивание придатков матки.

Для цитирования: Батырова З.К., Кумыкова З.Х., Уварова Е.В. и др. Тактика ведения детей и подростков с позиции международных стандартов при перекручивании придатков матки. Гинекология. 2020; 22 (3): 39–41. DOI: 10.26442/20795696.2020.3.200148

Original Article

The tactics of managing children and adolescents when twisting the uterine appendages from the position of international standards

Zalina K. Batyrova^{✉1}, Zaira Kh. Kumykova¹, Elena V. Uvarova¹, Vladimir D. Chuprynin¹, Natalya A. Buralkina¹, Irina A. Kiseleva¹, Fatima Sh. Mamedova¹, Madina A. Chundokova^{2,3}

¹Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Moscow, Russia;

²Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia;

³Filatov Children's City Clinical Hospital №13, Moscow, Russia

✉linadoctor@mail.ru

Abstract

Background. Adnexal torsion (AT) takes fifth place among all emergency gynecological conditions. Suspicion of AT requires immediate diagnosis and urgent surgical treatment. The most common causes of AT are various volumetric formations, such as functional or dermoid ovarian cysts, contributing to an increase in its volume and/or anomalies in the development of the ligamentous apparatus. Timely diagnosis and detorsion contributes to the full restoration of impaired venous outflow and lymphatic drainage of the ovarian tissue, preventing the development of severe ischemia and necrosis. Over the past few decades, a surgical organ-preserving approach in managing patients with AT has been the “gold standard” of care.

Materials and methods. The article describes the results of a retrospective study of cases of AT in children and adolescents treated at the Department of Pediatric and adolescent gynecology Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology with an assessment of the clinical and anamnestic features of this cohort of patients and the choice of therapeutic tactics.

Conclusion. A multidisciplinary approach is critical to optimizing the delivery of care in cases of AT, including minimally invasive detorsion and preserving the functionality of the ovary as a treatment standard that should be used in the management of children and adolescents.

Key words: adnexal masses, ovarian torsion.

For citation: Batyrova Z.K., Kumykova Z.Kh., Uvarova E.V. et al. The tactics of managing children and adolescents when twisting the uterine appendages from the position of international standards. Gynecology. 2020; 22 (3): 39–41. DOI: 10.26442/20795696.2020.3.200148

Перекручивание придатков матки (ППМ) является одной из причин обращения к гинекологам детского и юношеского возраста девочек с жалобами на острые или длительно существующие боли в области живота, слабость, тошноту и рвоту [1, 2]. В основном частичное или полное ППМ с нарушением кровообращения происходит у девочек препубертатного возраста и подростков, что требует проведения срочного хирургического лечения в том числе с целью сохранения овариального резерва. Однако недо-

оценка жалоб пациенток, выбор выжидательной тактики и применение консервативной терапии даже при обнаружении объемного образования в структуре яичника по данным ультразвукового контроля зачастую приводят к отсроченному лечению или проведению овариоэктомии [3, 4].

Согласно обновленным в 2019 г. рекомендациям Американского колледжа акушеров и гинекологов [5]:

- Ведение детей и подростков с ППМ может сопровождаться техническими особенностями, не характерными для взрос-

лых женщин, поэтому в операционной бригаде желательно присутствие гинеколога детского и юношеского возраста.

- Наиболее распространенным клиническим симптомом ППМ является внезапно возникающая боль в животе, которая носит прерывистый характер без иррадиации и связана с тошнотой и рвотой.
- Не существует клинических или визуальных критериев, достаточных для подтверждения дооперационного диагноза перекручивания придатков.
- Допплерометрия не может являться единственным критерием для принятия клинического решения по ведению пациенток с подозрением на ППМ.
- Несмотря на то, что ППМ обнаруживается более чем у 1/2 детей и подростков на фоне наличия объемного образования, рак в данной возрастной группе – крайне редкая причина ППМ.
- Подозрение на ППМ является показанием для ускоренного проведения диагностической лапароскопии с целью сохранения овариальной функции и фертильности в будущем.
- При ППМ рекомендовано проведение минимально инвазивного хирургического лечения в объеме деторсии и сохранения яичника независимо от его внешнего вида.
- Офорэктомия должна производиться лишь в случае наличия некротически «разваливающейся» ткани яичника, во всех иных случаях следует отдавать предпочтение органосохраняющей тактике.
- Цистэктомия после деторсии повышает риск дополнительной травматизации ткани яичника. При сохранении кистозной структуры в яичнике после деторсии возможно проведение разреза и/или дренирования его с последующим ультразвуковым контролем в динамике через 6–12 нед после вмешательства.
- Подростки – это уникальная возрастная группа с особыми потребностями, что требует уделять особое внимание размещению троакаров и созданию более низкого давления при инфуляции.
- Мультидисциплинарный подход имеет решающее значение для оптимизации оказания медицинской помощи при ППМ, в том числе минимально инвазивной деторсии и сохранения функциональности яичника как стандарта лечения, который должен применяться при ведении детей и подростков.

Все перечисленное стало основной причиной, сформировавшей цель нашего исследования: оценить клинико-анамнестические особенности девочек с ППМ.

Материалы и методы

Ретроспективно были проанализированы 132 истории болезни девочек в возрасте от 5 до 18 лет, госпитализиро-

ванных и оперированных в отделении детской и подростковой гинекологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова» с диагнозом: «Объемное образование яичника, болевой синдром в период 2015–2017 гг.». Анализу подвергались случаи ППМ с уточнением спектра предъявляемых жалоб, данных анамнеза, лабораторных и инструментальных методов исследования, а также данных о сроках и объеме оперативного лечения. Полученные результаты обрабатывались при помощи статистических методов.

Статистическая обработка полученных результатов была проведена на персональном компьютере при помощи программного пакета «SPSS Statistics 17.0 for Windows», программы Biostat. При анализе качественных или полуквантитативных признаков (данные по наличию или выраженности клинических симптомов и т.п.) оценивали частоту встречаемости в процентах и распределение по стратам. Для оценки значимости различий в распределении соответствующих признаков между группами использовали критерий χ^2 , для вычисления которого прибегали к построению «сетки 2x2», а также точный критерий Фишера (F) для небольших выборок. Значения считались достоверными при $p < 0,05$, высокодостоверными $p < 0,001$, недостоверными $p > 0,05$.

Результаты

ППМ было диагностировано у 24 пациенток. При этом 30% из их числа были ранее госпитализированы в стационары по месту жительства в связи с острым болевым синдромом, в том числе и гинекологического профиля, без проведения им хирургического лечения, даже несмотря на наличие объемных образований в области придатков матки, установленных по данным ультразвукового исследования (УЗИ). Повторное обращение этих пациенток к другим специалистам составляло от 7 до 25 дней после выписки из предыдущего стационара, в том числе на фоне использования рекомендованных анальгетических средств. Основной жалобой у 94% были сохраняющиеся тянущие и схваткообразные боли внизу живота разной интенсивности. Отмечали появление рвоты у ребенка при первом болевом приступе 43% опрошенных родителей. Интересно, что острофазные маркеры крови были показательны лишь у 47% пациенток.

Все 24 (100%) ребенка, госпитализированные в стационар с подозрением на ППМ, характеризовались наличием косвенных признаков перекручивания по данным ректоабдоминального исследования и/или УЗИ, в том числе по результатам проведенного доплерометрического исследования сосудов и/или обнаружения симптома «пружинки» на амбулаторном этапе (рис. 1, 2), что вкупе с данными анамнеза и жалобами явилось причиной для ускоренного проведения оперативного лечения.

Рис. 1. Ультразвуковая картина при ППМ. Пациентка А., 6 лет: а – яичник увеличен в объеме, контуры четкие, неровные, эхогенность стромы неоднородно повышена, дифференцировка фолликулов снижена, определяются единичные по периферии; б – трансабдоминальное сканирование, поперечное сечение; левый яичник увеличен, расположен срединно, позади мочевого пузыря; дифференцировка снижена за счет отека стромы; в – при цветовом доплеровском картировании кровотока резко обеднен, определяется единственный артериальный сосуд в проекции ворот яичника.

Fig. 1. Ultrasound picture in uterine adnexal torsion (UAT). Patient A., 6 years old: a – the ovary is enlarged, the contours are clear and uneven, echogenicity of the stroma is heterogeneously increased, follicle differentiation is reduced, single ones are distributed on the periphery; b – transabdominal scan, cross-sectional; the left ovary is enlarged, located in the middle, behind the bladder; differentiation is reduced due to stromal edema; c – with color Doppler mapping, blood flow is markedly depleted, a single arterial vessel in the projection of the ovarian gate is revealed.

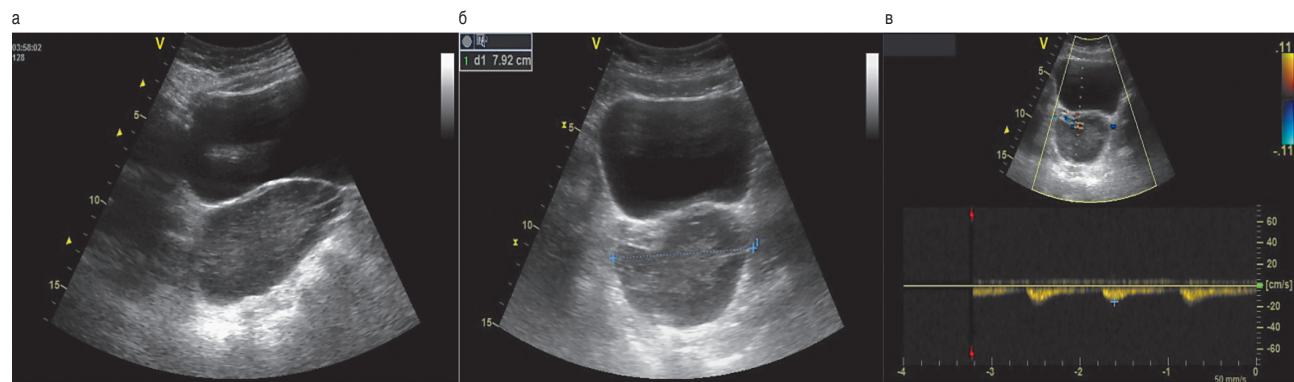
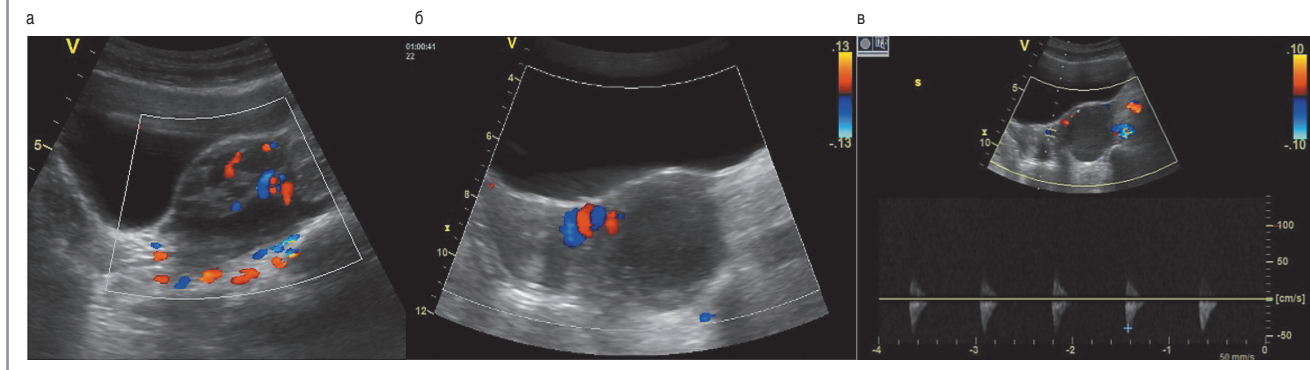


Рис. 2. Ультразвуковая картина при ППМ – «симптом пружинки». Пациентка Г., 8 лет: а – перекрут сосудистой ножки правого яичника в виде спирали, при цветовом доплеровском картировании определяется разнонаправленный кровоток; яичник увеличен в объеме, однако контуры и структура яичника не изменены, кровоток в строме сохранен; определяется небольшое скопление свободной жидкости. Пациентка В., 10 лет: б – трансабдоминальное продольное сканирование, перекрут сосудистой ножки кистозно-измененного левого яичника; в – в режиме импульсного доплера определяется высокорезистентный артериальный кровоток питающего сосуда.

Fig. 2. Ultrasound picture in UAT – “spring symptom”. Patient G., 8 years old: a – twisting of the right ovarian vascular pedicle in the form of a spiral, with color Doppler mapping, multidirectional blood flow is revealed; the ovary is enlarged, but its contours and structure are not changed, the blood flow in the stroma is maintained; a small amount of free fluid is determined. Patient B., 10 years old: b – transabdominal longitudinal scan, twisting of the vascular pedicle of the cystically altered left ovary; c – with pulsed Doppler, highly resistant arterial blood flow of the supplying vessel is revealed.



Все 24 девочки, у которых было заподозрено ППМ, прооперированы лапароскопически. У 87,4% произведена десторсия придатков матки, и лишь у трех выполнена овариоэктомия в связи с запущенным перекручиванием и явлениями некроза и распада тканей. Следует указать, что сочетание ППМ с объемным образованием яичника или мезосальпинкса было обнаружено в 84,8%.

Таким образом, наличие болевого синдрома у девочки требует обязательного проведения комплексного клинико-диагностического поиска с проведением не только ректоабдоминального исследования, но и УЗИ с доплерометрией сосудов органов малого таза. При этом обнаружение объемного образования в области придатков матки у девочки с жалобами на болевой синдром в настоящий момент и/или в анамнезе требует обязательного проведения доплерометрии сосудов придатков матки и при невозможности исключения ППМ – ускоренного оперативного лечения с предпочтением органосохраняющей тактики.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература/References

1. Childress KJ, Dietrich JE. Pediatric Ovarian Torsion. *Surg Clin North Am* 2017; 97 (1): 209–21. DOI: 10.1016/j.suc.2016.08.008
2. Ripatti L, Taskinen M, Koivusalo A, Taskinen S. Surgically treated ovarian lesions in preadolescent girls. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2019. DOI: 10.1111/aogs.13717
3. Geimanaite L, Trainavicius K. Pediatric ovarian torsion: Follow-up after preservation of ovarian tissue. *J Pediatr Surg* 2019; 54 (7): 1453–6. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2019.02.004
4. Muralidharan CG, Krishna S, Jose T. Pediatric ovarian torsion: a diagnostic challenge. *Radiol Bras* 2018; 51 (4): 274–5. DOI: 10.1590/0100-3984.2016.0227
5. Adnexal Torsion in Adolescents: ACOG Committee Opinion No. 783. *Obstet Gynecol* 2019; 134 (2): e56–e63. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003373

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Батырова Залина Кимовна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. 2-го гинекологического отделения (гинекологии детского и юношеского возраста) ФГБУ «НМИЦ АПГ им. акад. В.И. Кулакова». E-mail: linadoctor@mail.ru; ORCID: 0000-0003-4997-6090

Кумыкова Заира Хасановна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. 2-го гинекологического отделения (гинекологии детского и юношеского возраста) ФГБУ «НМИЦ АПГ им. акад. В.И. Кулакова». E-mail: zai-kumykova@yandex.ru; ORCID: 0000-0001-7511-1432

Уварова Елена Витальевна – чл.-кор. РАН, д-р мед. наук, проф., зав. 2-м гинекологическим отделением (гинекологии детского и юношеского возраста) ФГБУ «НМИЦ АПГ им. акад. В.И. Кулакова». E-mail: elena-uvarova@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-3105-5640

Чупрынин Владимир Дмитриевич – канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением ФГБУ «НМИЦ АПГ им. акад. В.И. Кулакова». E-mail: v_chuprynin@oparina4.ru

Буралкина Наталья Александровна – д-р мед. наук, зав. приемным отделением, ст. науч. сотр. хирургического отделения ФГБУ «НМИЦ АПГ им. акад. В.И. Кулакова». E-mail: n_buralkina@oparina4.ru; ORCID: 0000-0001-5109-6725

Киселева Ирина Анатольевна – канд. мед. наук, зав. по клинической работе 2-го гинекологического отделения ФГБУ «НМИЦ АПГ им. акад. В.И. Кулакова». E-mail: i_kiseleva@oparina4.ru

Мамедова Фатима Шапиевна – канд. мед. наук, врач ультразвуковой диагностики отд. ультразвуковой диагностики в неонатологии и педиатрии ФГБУ «НМИЦ АПГ им. акад. В.И. Кулакова». E-mail: fmamedova@yandex.ru

Чундокова Мадина Арсеновна – д-р мед. наук, проф., проф. каф. детской хирургии ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», врач-хирург ГБУЗ «ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова». E-mail: cmadina@yandex.ru

Zalina K. Batyrova – Cand. Sci. (Med.), Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. E-mail: linadoctor@mail.ru; ORCID: 0000-0003-4997-6090

Zaira K. Kumykova – Cand. Sci. (Med.), Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. E-mail: zai-kumykova@yandex.ru; ORCID: 0000-0001-7511-1432

Elena V. Uvarova – D. Sci. (Med.), Prof., Corr. Memb. RAS, Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. E-mail: elena-uvarova@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-3105-5640

Vladimir D. Chuprynin – Cand. Sci. (Med.), Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. E-mail: v_chuprynin@oparina4.ru

Natalya A. Buralkina – D. Sci. (Med.), Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. E-mail: n_buralkina@oparina4.ru; ORCID: 0000-0001-5109-6725

Irina A. Kiseleva – Cand. Sci. (Med.), Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. E-mail: i_kiseleva@oparina4.ru

Fatima Sh. Mamedova – Cand. Sci. (Med.), Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. E-mail: fmamedova@yandex.ru

Madina A. Chundokova – D. Sci. (Med.), Prof., Pirogov Russian National Research Medical University, Filatov Children's City Clinical Hospital №13. E-mail: cmadina@yandex.ru

Статья поступила в редакцию / The article received: 06.05.2020

Статья принята к печати / The article approved for publication: 29.06.2020