

Современные методы диагностики и лечения воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин

А.М. Богданова – врач отделения общей гинекологии ЦГБ № 7; г. Екатеринбург
В.В. Ковалев – д.м.н., проф., директор ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий»; г. Екатеринбург
Е.Ю. Глухов – к.м.н., заместитель главного врача по гинекологии ЦГБ № 7; г. Екатеринбург
Э.Л. Мамин – врач отделения общей гинекологии ЦГБ № 7; г. Екатеринбург
А.В. Ураков – врач отделения общей гинекологии ЦГБ № 7; г. Екатеринбург

Modern Approaches of Diagnostics and Treatment of Small Pelvis Organs' Inflammatory Diseases in Women (Review)

A Bogdanova, V Kovalev, E Glukhov, E Mamin, A. Urakov

Резюме

Воспалительные процессы в придатках матки на протяжении многих лет занимают одно из первых мест в структуре гинекологических заболеваний и являются одной из главных причин нарушения репродуктивной функции, а так же снижения трудоспособности женщин. Тенденций к снижению этого процента не отмечается, наоборот отмечается рост и "омоложение" данной патологии. Сегодня подавляющее большинство больных воспалительными заболеваниями органов малого таза – женщины репродуктивного возраста, что вызвано главным образом увеличением частоты инфекции передающихся половым путем. В литературе широко освещены вопросы этиопатогенеза, морфологии, диагностики, и лечения воспалительных образований органов малого таза. Большинство авторов предпочитают хирургический метод лечения. При этом они подчеркивают, что объем операции зависит от тяжести поражения маточных труб, яичников и матки и варьирует от радикального (гистерэктомия) до минимального (опорожнения гнойных образований, санация брюшной полости). До настоящего времени проблема диагностики, лечения гнойно-воспалительных заболеваний органов малого таза остается весьма актуальной проблемой. Несмотря на внедрение новых технологий в лечение указанной патологии, она продолжает оставаться достаточно сложной проблемой для врача и опасной патологией для самого пациента.

Ключевые слова: воспалительные заболевания, органы малого таза, лапароскопия.

Resume

Inflammatory processes in appendages of a uterus throughout many years occupy one of the first places in structure of gynecologic diseases and are one of the main causes of infringement of genesial function, and as depressions of working capacity of women. Tendencies to depression of this percent it does not become perceptible, growth and "rejuvenation" of the given pathology on the contrary becomes perceptible. Today the overwhelming majority of organs of a small basin sick of inflammatory diseases - women of genesial age that is caused mainly by augmentation of frequency of an infection transferred sexual by. In the literature questions of an etiopathogenesis, morphology, diagnostics, and treatment inflammatory infiltrate organs of a small basin are taken widely up. The majority of authors prefer a surgical method of treatment. Thus they underline, that the operation volume depends on gravity of a lesion of uterine pipes, ovaries and a uterus and (hysterectomy) to minimum (openingo purulent formations, sanation of an abdominal cavity) varies from radical. Till now the problem of diagnostics, treatment of pyoinflammatory diseases of organs of a small basin remains rather actual problem. Despite introduction of new technologies in treatment of the specified pathology, it continues to remain enough challenge for the doctor and a dangerous pathology for the patient.

Keywords: inflammatory diseases, small pelvis organs, laparoscopy

Воспалительные процессы в придатках матки на протяжении многих лет занимают одно из первых мест в структуре гинекологических заболеваний и являются одной из главных причин нарушения репродуктивной функции, а так же снижения трудоспособности женщин. В структуре гинекологических заболеваний воспалительные процессы занимают первое место и составляют 65% среди амбулаторных и до 30%

среди стационарных больных. По некоторым данным, в структуре гинекологических стационаров, оказывающих неотложную помощь, воспаление внутренних половых органов составляет от 17,8% до 28%. Тенденций к снижению этого процента не отмечается, наоборот отмечается рост и "омоложение" данной патологии. Сегодня подавляющее большинство больных воспалительными заболеваниями органов малого таза – женщины репродуктивного возраста, что вызвано главным образом увеличением частоты инфекции передающихся половым путем [5].

Воспалительный процесс и его последствия часто необратимо калечат не только репродуктивную,

Ответственный за ведение переписки -
Ковалев Владислав Викторович
620208, г. Екатеринбург, ул. Репина, 1
Т. 343 3718768 e-mail: omm@k66.ru

но и нервную систему, влияя в значительной мере на психоэмоциональный статус пациенток. Даже последствия банального сальпингита остаются достаточно серьезными: бесплодие и эктопическая беременность. Ближайшая репродуктивная проблема после перенесенных гнойных ВЗОМТ – трубно-перитонеальное бесплодие – наблюдается у 40-72 % пациенток. Хроническая ановуляция как результат воспалительного процесса может в последующем привести к возникновению спухолового роста [2,7]. По данным [2,7], у пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза в 10 раз чаще, чем у здоровых, наблюдается хронический болевой синдром, в 6 раз чаще – эндометриоз, их в 10 раз чаще оперируют по поводу внематочной беременности и им в 8 раз чаще, чем в популяции, удаляется матка.

Воспалительные гнойные тубоовариальные образования представляют опасность для жизни больной, особенно если они осложняются сепсисом. Летальность пациенток с гнойными образованиями внутренних половых органов, по сведениям зарубежных авторов, составляет 5-15% [5].

Немаловажным фактором являются экономические затраты, связанные с самим заболеванием и его последствиями. В связи с ростом заболеваемости затраты, связанные с лечением воспалительных заболеваний, составили в США в 2000 г. около 10 млрд. долларов [7].

В литературе широко освещены вопросы этиопатогенеза, морфологии, диагностики, и лечения воспалительные образования органов малого таза. Большинство авторов предпочитали хирургический метод лечения. При этом они подчеркивают, что объем операции зависит от тяжести поражения маточных труб, яичников и матки и варьирует от радикального (гистерэктомия) до минимального (опорожнения гнойных образований, санация брюшной полости).

До настоящего времени проблема диагностики, лечения гнойно-воспалительных заболеваний органов малого таза остается весьма актуальной проблемой. Несмотря на внедрение новых технологий в лечение указанной патологии, она продолжает оставаться достаточно сложной проблемой для врача и опасной патологией для самого пациента.

Ведущая роль в развитии и течении воспалительных заболеваний органов малого таза принадлежит гнойной инфекции, которая характеризуется длительным, прогрессирующим и рецидивирующим течением, достаточно высокой частотой полиорганных осложнений, являющихся основной причиной нарушений репродуктивной функции [4]. Наиболее частой причиной развития воспалительных заболеваний области малого таза являются различные внутриматочные вмешательства (аборты, диагностическое выскабливание, гистероскопия), внутриматочные контрацептивы (ВМК), роды, причем на долю ВМК приходится около половины всех случаев. Второе место занимают осложнения предыдущих операций. Неред-

ко развитие гнойно-воспалительных процессов в малом тазу и тубоовариальных образований, формирования абсцессов (пиовара и пиосальпинкса) являются следствием неадекватной, а подчас и запоздалой терапии ИППП. Более чем в половине случаев, этиологическими агентами являются *Chlamidia Trachomatis* и/или *Neisseria gonorrhoeae*, на оставшуюся долю приходится микст патогенные либо условно патогенные микроорганизмы [4,6].

К факторам риска развития воспалительные образования органов малого таза можно отнести: подростковый возраст, частая смена половых партнеров, неприменение барьерных методов контрацепции, ношение ВМК, лечение иммуносупрессивными препаратами [2,4,6].

В последнее время в лечении воспалительных заболеваний органов малого таза устоялось два направления – консервативное и оперативное (хирургическое вмешательство), в сторону второго склоняются все больше и больше. Консервативной терапии подлежат преимущественно неосложненные формы течения воспалительные образования органов малого таза, оперативному лечению подлежат практически все осложненные формы заболевания.

Одной из серьезнейших проблем при решении вопроса в сторону оперативного вмешательства является сохранение репродуктивной функции женщины, особенно при невыполненной таковой.

Распространенность и постоянное совершенствование методик оперативных вмешательств, внедрение эндоскопии позволяет несколько облегчить и изменить традиционные методики диагностики и лечения в сторону органосохраняющих.

Лапароскопия в последнее время является одним из ведущих методов как диагностики так и лечения больных с гнойными воспалительными тубоовариальными образованиями. К преимуществам лапароскопического доступа можно отнести лучшую визуализацию операционного поля, возможность более тщательной санации брюшной полости, удаление мельчайших частиц воспалительной ткани и фимбриальных налетов, минимальную травматизацию передней брюшной стенки и практически безопасное разделение спаек. Минимализация доступа ведет к уменьшению количества дней пребывания в стационаре, уменьшения дней необходимых для полной реабилитации, что в свою очередь ведет к улучшению качества жизни.

Антибактериальная терапия является важным этапом как консервативного, так и оперативного методов лечения. Как правило, данный вид лечения проводится препаратами цефалоспоринов II-III генерации, аминогликозидов, метронидазола. Курбанова доказала эффективность комбинаций: цефалоспорины II-IV генерации в сочетании с доксициклином или макролидами и метронидазолом; амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам или цефоперазон/сульбактан в сочетании с доксициклином или макролидами. Как

альтернативные схемы наибольший эффект был обнаружен при использовании схемы ципрофлоксацин + доксициклином или макролид + метронидазол, в отличие от схемы офлоксацин + метронидазол и линкозамини + аминогликозид + доксициклин [1,7]. Что касается антихламидийной активности, то доказана эффективность офлоксацина в качестве монотерапии при доказанной хламидийной этиологии, а также применение единственной дозы азитромицина и/или доксициклина в течение 7 дней – эффективное средство в лечение хламидийной инфекции [7].

При выраженной степени интоксикации, кроме антибактериальной терапии, необходима дезинтоксикационная терапия (введение коллоидных и кристаллоидных растворов). Что же касается хирургического вмешательства, то чувствительность и специфичность диагностической лапароскопии близка к 100%, кроме того, в 90,4% случаев лечение возможно с помощью лапароскопического доступа [3].

Показания для выполнения хирургического вмешательства можно подразделить на следующие группы [7]:

1. Операции выполняемые в экстренном порядке по поводу следующих клинических форм течения ВЗОМТ (сопровождающиеся признаками пельвиоперитонита):

а) Острый 2-х сторонний Гнойный сальпингит.

б) Острый 2-х сторонний сальпингит с исходом в односторонний (двухсторонний) пиосальпингс.

в) Острый 2-х сторонний аднексит с исходом в одно, два – сторонний аднекстумор.

г) При дифференциальной диагностике с Острым аппендицитом.

2. Операции выполняемые в отсроченном порядке (через 1-3 дня от поступления) в связи с отсутствием ярко – выраженной клинической картины (отсутствием симптомов раздражения брюшины, нормальными или близких к таковым показателей клинико - лабораторных методов исследований), отсутствием эффекта от антибактериальной терапии и наличии данных УЗИ, указывающих на развитие гнойно – мешотчатого образования, либо невозможность исключить опухоль малого таза невоспалительной этиологии.

а) Острый 2-х сторонний сальпингит с исходом в односторонний (двухсторонний) пиосальпингс.

б) Острый 2-х сторонний аднексит с исходом в одно, два – сторонний аднекстумор.

в) Местный ограниченный перитонит, Межпеллевые абсцессы.

3. Плановое оперативное вмешательство (second look лапароскопия) методика известная достаточно давно, именуемая в прошлом "динамическая, фистульная" лапароскопия. Данный вид оперативного вмешательства используется достаточно часто, преимущественно у женщин репродуктивного возраста для макроскопической оценки динамики проводимой терапии и целесообразности дальнейшего проведения

органосохраняющей терапии.

В зависимости от назологической патологии (выраженности деструктивных изменений в органах малого таза) можно подразделить объем выполняемой хирургии на следующие группы:

1. Диагностическая лапароскопия. Выполняемая преимущественно при нетипичной клинической картине, с целью уточнения окончательного диагноза.

2. Санлирующая (+ диагностическая) лапароскопия. Выполняемая, преимущественно у женщин репродуктивного возраста, с невыполненной репродуктивной функцией.

3. Лапароскопия, тубэктомия с одной стороны. + санация брюшной полости.

Выполняемая, преимущественно у женщин репродуктивного возраста, с невыполненной репродуктивной функцией при деструктивном поражении одной из маточных труб и вероятностью распространения воспалительных изменений на струму яичника.

4. Лапароскопия, тубэктомия с обеих сторон. Выполняется у женщин старшей возрастной группы, выполнивших репродуктивную функцию, либо при выраженных гнойно – некротических изменениях маточных труб.

5. Лапароскопия, Аднексэктомия с одной стороны + тубэктомия.

6. Лапароскопия, Аднексэктомия с 2-х сторон.

Все хирургические лапароскопии выполненные по поводу ВЗОМТ заканчиваются санацией (промыванием 3-5 литрами) брюшной полости (растворы фурацилина, физ-го раствора и озонированными растворами) + дренирование органов малого таза на 1- 2 суток.

7. В некоторых случаях по строгим медицинским показаниям использовалась методика second-look лапароскопия (ре – лапароскопия) для макроскопической оценки динамики проводимой терапии.

В любом случае выбор объема хирургического вмешательства производят с учетом:

- степенью деструкции маточных труб и яичников
- возрастом пациентки
- состоянием репродуктивной функции (наличие в анамнезе родов)

Придатки матки удаляются у всех больных с тубоовариальным абсцессом независимо от возраста и у больных старшего репродуктивного возраста с абсцессом яичника в сочетании с пиосальпингсом или без такового. (Курбанова)

Показания к радикальным операциям (гистерэктомия) по поводу гнойных воспалительных образований придатков матки:

- Септическое состояние больной, обусловленное длительным течением гнойной инфекции
- Разлитой (диффузный) гнойный перитонит
- Первичное вовлечение в воспалительный процесс матки (эндометрит, панметрит) после внутриматочного вмешательства, в том числе применен-

ние ВМК

- Двусторонние тубоовариальные абсцессы
- Множественные абсцессы, в том числе межкишечные, выраженные инфилтративные изменения параметральной клетчатки
- Сопутствующие заболевания матки

Ряд исследователей [7] является сторонником проведения динамической лапароскопии (от 3 до 6 сеансов) с использованием аппарата «Плазон» (снабженный генератором воздушно-плазменного потока, на выходе которого синтезируются молекулы монооксида азота). После выполнения хирургического вмешательства на место первого троакара устанавливается капсула для пролонгированной лапароскопии или латексную дренажную трубку с целью последующего введения безопасного троакара. В большинстве наблюдений было достаточно 2-3 сеансов. Кроме лечения монооксидом азота выполняют также: эвакуацию из брюшной полости «свежего» патологического выпота; рассечения послеоперационных новых сращений между органами малого таза; санацию брюшной полости растворами антисептиков, орошение очага воспаления растворами антибиотиков с учетом чувствительности микроорганизмов. Данный метод позволяет восстановить анатомо-топографические соотношения в малом тазе у женщин, заинтересованных в сохранении репродуктивной функции, а также избежать серьезных послеоперационных осложнений.

Козлов В.В. [3] предлагает использование диализирующих дренажей из полупроницаемой мембраны, которые устанавливаются через конрапертурные разрезы в подвздошных областях. В мембране непрерывно происходит диализ. Смена диализирующего раствора в первые сутки происходила 2 раза, затем 1 раз в сутки. Основанием для прекращения диализа и удаление мембранных дренажей служило нормализация температуры тела и картины крови, в среднем использование дренажей - 4-5 дней.

Ряд исследователей считают [4], что целесообразно проводить аспирационно-промывное дренирование через кольпотомную рану. Считают данный метод - патогенетической терапией, которая воздействует на первичный очаг.

Необходимо отметить, что большинство исследователей включали в послеоперационный этап физиолечение, назначение иммуномодуляторов [1,2,3].

Использование оперативного лечения (в комплексе общего лечения) способствует более быстрому восстановлению пациентов, уменьшается койко-день (экономический эффект).

Лапароскопия позволяет сохранить репродуктивную функцию женщины, что способствует наступлению маточной беременности в 29,3%, причем максимум реализации детородной функции наблюдается в первые 6 месяцев после оперативного лечения (76,8%) [1,7].■

Литература:

1. Борисов А.В. Роль лапароскопии в диагностике и лечении гнойных воспалительных заболеваний придатков матки, осложненным острым пельвиоперитонитом: автореф. дис. ... к-та мед. наук. С-Пб.; 2001.
2. Бу нова С.Н. Репродуктивный прогноз у больных с гнойными воспалительными заболеваниями ми органов малого таза: проблемы и решения. Российский вестник акушера-гинеколога 2009; 2 (9): 65-68.
3. Козлов В.В. Хирургическое лечение осложненных форм гнойных воспалительных заболеваний придатков матки с использованием диализирующих дренажей из полупроницаемой мембраны: автореф. дис. ... к-та мед. наук Барнаул; 2002.
4. Краснополянский В.И., Бу нова С.Н., Попов А.А., Шукина Н.А., Сенчакова Т.Н. Консервативно-хирургическое лечение больных с гнойными воспалительными заболеваниями ми придатков матки. Российский вестник акушера-гинеколога 2001; 2 (4): 68-72.
5. Краснополянский В.И., Бу нова С.Н., Шукина Н.А. Гнойна гинекологи. М.: МЕДпресс-информ; 2006.
6. Кулаков В.И., Адам н Л.В., Данилов А.Ю. Роль лапароскопии в хирургическом лечении и реабилитации больных с гнойными воспалительными заболеваниями - ми придатков матки и абсцессами малого таза. Эндоскопии в гинекологии. М.: Медицина; 2000: 281-290.
7. Курбанова Д.Ф. Воспалительные заболевания придатков матки.- М.: Медицина; 2007.