

НОВИКОВ Е.И., РОМАНОВ В.Е., ПОПОВ А.С. ВЕСЕЛАГО Л.М.,
СТЕПАНИШИНА С.Е., АЛЕКСАНДРОВА О.Ю.

(НИИ СП им. проф. И.И. Джанелидзе . Санкт- Петербург)

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ В СТАЦИОНАРАХ СКОРОЙ ПОМОЩИ.

Воспалительные заболевания занимают основное место в структуре гинекологической заболеваемости и встречаются более чем у половины женщин , обратившихся за гинекологической помощью . В последние годы наблюдается рост числа инфекционных заболеваний нижнего отдела женских половых органов , значительно возросла частота заболеваний передающихся половым путем. Отсутствует тенденция к снижению воспалительных заболеваний верхнего отдела [1,4,5].

Гнойно-воспалительные заболевания придатков матки (ГВЗМП)– болезнь молодых женщин. Пик заболеваемости приходится на возраст 16-25 лет. Острые ГВЗМП возникают у 1-2% молодых женщин ежегодно и бывает наиболее серьезной инфекцией у женщин в возрасте 16-25 лет. Начало половой жизни в 15-16 лет в 1 случае из 8 приводит к возникновению ГВЗМП. Нарушения репродуктивной системы возникают у каждой второй женщины ,перенесшей ГВЗМП. Частота внематочной беременности возрастает у женщин перенесших ГВЗМП в 10 раз. Вероятность развития бесплодия после острых воспалительных заболеваний придатков матки зависит от тяжести , длительности ,кратности заболевания и так же методов лечения. Так при гнойном сальпингите ,осложненном пельвиоперитонитом, при консервативном лечении в последствии бесплодие составляет 50-56%, а при использовании лапароскопической санации 18-22 % [2].

В развитых странах мира в последнее десятилетие наметилась четкая тенденция в определённых случаях к выполнению органосохраняющих операций на внутренних женских половых органах при их гнойно-воспалительных заболеваниях [6].

Клинический опыт показывает, что основным методом лечения гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки по-прежнему остается хирургический. Выполнение радикальных операций (удаление матки, яичников) у женщин молодого возраста нарушает социальную адаптацию больных, приводит к неблагоприятным отдаленным последствиям, связанным с формированием синдрома удаления яичников и остеопорозу [4,6,7].

Наиболее частыми причинами возникновения и развития воспалительного процесса в малом тазу являются сексуально - трансмиссионные заболевания, внутриматочная контрацепция, различные хирургические вмешательства: аборты, диагностические выскабливания, гистероскопия [1,3].

Воспалительные изменения, как правило, обратимы только при неосложненном сальпингите. Все остальные формы гнойных заболеваний являются осумкованными абсцессами, то есть осложненными формами – это пиосальпинкс, пиовар и гнойный tuboовариальный абсцесс. При несвоевременном хирургическом лечении и дальнейшем прогрессированием процесса развиваются осложнения.

Для полного выздоровления больных и профилактики рецидива заболевания у женщин с ГВЗМП возможен только активный подход, который подразумевает сочетание адекватной консервативной терапии и хирургического лечения по показаниям.

Удобна в использовании и позволяет более четко охарактеризовать выраженность и распространенность воспалительного процесса клинико-морфологическая классификация. К неосложненным формам ГВЗМП относят острый гнойный сальпингит. Все остальные клинико-морфологические формы ГВЗМП являются осложненными: пиосальпинкс, пиовариум, tuboовариальный абсцесс, абсцесс прямокишечно-маточного

пространства, пельвиоперитонит, гнойно-инфильтративные поражения клетчатки малого таза (параметрит, панцеллюлит), экстрагенитальные абсцессы (межкишечные, поддиафрагмальные и т.д.), разлитой перитонит и сепсис, а также различные виды генитальных свищей (наружные, кишечные, влагалищные, везикальные).

Целесообразно разделять локализованные (сальпингит, пиосальпинкс, пиовариум, tuboовариальный абсцесс) и распространенные формы ГВЗПМ (все остальные), а также деструктивные и недеструктивные формы, поскольку данный фактор играет ведущую роль в определении объема операции.

В общепринятые в мире критерии диагностики ГВЗПМ входит триада “больших” симптомов, которые выявляются практически у всех пациенток:

1. Боль в нижних отделах живота как в покое, так и при пальпации,
2. Боль при движении за шейку матки при бимануальном исследовании,
3. Боль при пальпации области придатков матки.

Наличие одного из “малых” симптомов дополняют диагноз ГВЗПМ:

1. Температура тела более 38°C,
2. Лейкоцитоз более $10,5 \times 10^9$,
3. При микроскопическом исследовании в пунктате, полученном при кульдоцентезе, обнаруживаются лейкоциты и кокковая или палочковая флора,
4. Наличие объемных образований в области придатков матки, выявляемые при бимануальном исследовании или УЗИ,
5. СОЭ более 15 мм/ч
6. Наличие признаков эндоцервицита (гнойные выделения, воспалительная реакция эндоцервикса, наличие грам-отрицательных внутриклеточных диплококков а также лейкоцитов более 10 в поле зрения в мазках)

В большинстве случаев неосложненные формы ГВЗПМ начинаются остро с жалоб на боли внизу живота, повышение температуры тела, выделение гнойных белей и нередко на дизурические расстройства. Обычно при ГВЗПМ боли бывают средней интенсивности, тянущего или давящего характера и, как правило, локализируются в подвздошно-паховых областях. Они могут иррадиировать в поясницу, прямую кишку, крестец, паховую область или внутреннюю поверхность бедра на стороне преимущественного поражения. Бели имеют в основном серозно-гнойный или гнойный характер, бывают достаточно обильными и обладают неприятным запахом.

Повышение температуры тела может быть различным от субфебрильных величин до умеренно выраженной лихорадки (38-39°C). Характерной особенностью гипертермической реакции при данной патологии является вечернее повышение температуры на 1,0 – 1,5 градуса. Тахикардия, как правило, соответствует температуре тела, так как частота сердечных сокращений возрастает примерно на 10 ударов в минуту при ее повышении на 1°C.

При ГВЗПМ практически всегда развивается лейкоцитоз различной степени выраженности с умеренным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, отмечается ускоренное СОЭ и повышенное содержание С-реактивного белка.

При скудности клинических проявлений важная роль в установлении правильного диагноза принадлежит дополнительным методам исследования (кульдоцентез, УЗИ, лапароскопия и др.).

Наиболее значимыми критериями диагностики осложненных форм ГВЗПМ являются тазовые боли, фебрильная лихорадка (иногда приобретающая гектический характер), бели, наличие болезненного опухолевидного образования, симптомы раздражения брюшины, синдром раздраженной кишки, нейтрофильный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, лимфопения, гиперглобулинемия, гиперфибриногенемия и положительная проба на С-реактивный белок.

В наших наблюдениях большое значение придавалось оценке результатов первичного иммунологического исследования и определение ЛКТ. Считается, что при показателях ЛКТ 0,8 - 0,9 у.е. неспецифические факторы иммунологической резистентности организма находятся в критическом состоянии.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ:

Диагностическая лапароскопия является достоверным методом дифференциальной диагностики ГВЗПМ с другой ургентной хирургической или гинекологической патологией. Лапароскопия показана во всех случаях, когда другими дополнительными инструментальными и лабораторными методами не удастся быстро верифицировать диагноз.

Лапароскопический доступ позволяет выполнить адекватное хирургическое вмешательство больным с неосложненными формами гнойного воспаления и некоторыми осложненными формами воспаления (пиосальпинкс, пиовар, гнойный tuboовариальный абсцесс) при давности процесса не более 2-3 недель и наличии образования в придатках матки не более 6-8 см.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ВЫПОЛНЕНИЮ ЛАПАРОСКОПИИ:

В тех случаях, когда больной показано экстренное хирургическое вмешательство по жизненным показаниям, противопоказаний для диагностической лапароскопии не существует. В остальных случаях противопоказаниями являются разлитой гнойный перитонит, наличие множественных внутрибрюшных абсцессов, септическое состояние больной, наличие полиорганной недостаточности, являющейся исходом процессов происходящих в матке и придатках.

ЛАПАРОТОМИЯ И ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ГНОЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ

При длительном и осложненном течении гнойного воспалительного процесса придатков матки поражается брюшина малого таза, стенки кишечника, сальника. Нередко tuboовариальные абсцессы образуют трудноразделимый конгломерат тканей, закрывающий вход в малый таз. Для выполнения адекватных объемов операций у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки в сочетании с тяжелыми формами метроэндометрита показана лапаротомия.

В большинстве случаев пункция гнойно-воспалительных образований придатков матки через задний свод влагалища под контролем ультразвукового сканирования является лишь паллиативной и небезопасной операцией, позволяющей лишь отсрочить лапароскопическое дренирование или лапаротомное вмешательство.

КРИТЕРИИ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ГВЗПМ.

По нашим данным благоприятными факторами для выполнения органосохраняющих операций при гнойно-воспалительных заболеваниях матки и придатков являются:

1. Отсутствие деструктивных изменений матки и ее придатков, определяемых интраоперационно (или при диагностической лапароскопии).
2. Отсутствие признаков генерализации гнойного процесса (сепсиса).
3. Отсутствие разлитого гнойного перитонита.
4. Отсутствие полиорганной недостаточности, являющейся следствием развития гнойно-воспалительного процесса.

Использование вышеперечисленных критериев позволяет поставить показания для органосберегающего хирургического лечения.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Антибактериальная терапия – один из основных компонентов лечения ГВЗМП. Для получения ожидаемого терапевтического эффекта от использования антибиотиков необходимо учитывать несколько факторов:

- 1) предполагаемый возбудитель;
- 2) степень тяжести воспалительного процесса;
- 3) особенности фармакодинамики и фармакокинетики препарата;
- 4) особенности организма больной (возраст, состояние иммунитета, функции печени и почек, аллергологический анамнез).

При назначении рациональной антимикробной терапии ГВЗМП перед лечащим врачом стоят следующие задачи: 1) выбор антибиотика; 2) подбор адекватной дозы, режима и пути введения; 3) определение длительности антибиотикотерапии.

В практической деятельности до получения результатов антибиотикограммы возбудитель точно не известен, поэтому терапия назначается эмпирически. Соответственно активность антибиотика должна перекрывать весь спектр предполагаемых возбудителей.

Препараты выбора:

- АМОКСИКЛАВ (амоксициллин – полусинтетический пенициллин + клавулоновая кислота – необратимый ингибитор β -лактамазы), введение начинается в ходе оперативного вмешательства; 1,2 г 2-3 раза в сутки в/в или внутримышечно, возможно сочетание с аминогликозидами;
- ЦЕФТРИАКСОН (лендацин), 1 г в/в или в/м 2 р/сутки + метронидазол;
- ЦЕФТАЗИДИМ (цефалоспорин III поколения) по 1 г 2-3 р/сутки;
- ПЕФЛОКСАЦИН (абактал) по 400 мг 2 р/сутки;
- ВАНКОМИЦИН по 1 г 2р/сутки при выделении пенициллинустойчивых штаммов.

Дополнительные сложности при подборе антибиотика создает наличие в микробной ассоциации измененных в результате антибиотикотерапии штаммов, производящих фермент β -лактамазу (АМОКСИКЛАВ лишен данного недостатка).

При ГВЗМП антибиотики должны вводиться *парентерально*, так как при этом более предсказуема концентрация препарата в плазме, причем терапевтическая концентрация достигается быстрее. Длительность терапии должна быть порядка 7-10 дней.

При неосложненных ГВЗМП наиболее эффективными являются комбинации цефалоспоринов 3-го поколения, действующими на β -лактамазные штаммы, грамположительные и грам-отрицательные бактерии, некоторых анаэробов с тетрациклинами, действующими на хламидии.

Для больных с осложненными ГВЗМП препаратами выбора являются комбинации амоксиклава с аминогликозидами, цефалоспоринов (цефазолин, цефтазидим, цефтриаксон) с метронидазолом или амикацином.

Возможны другие комбинации препаратов при учете основных положений рациональной антибиотикотерапии.

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Важным моментом терапии ГВЗМП является купирование воспалительных явлений, что особенно важно, если учитывать высокую частоту встречаемости ССВР у пациенток особенно с осложненным течением. Наиболее часто используются нестероидные противовоспалительные препараты НПВС. Из ЛВ данной группы на современном этапе максимальной эффективностью и удобством применения обладает препарат КЕТОНАЛ (кетопрофен), в острый период применяется в виде инъекций с последующим переходом на пероральный прием таблетированной формы.

ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ

Инфузионно-трансфузионная терапия (ИТТ) назначается с целью коррекции нарушений гомеостаза и управления функциями организма путем направленного изменения свойств, состава и объема циркулирующей крови. Это достигается внутрисосудистым введением трансфузионных средств (крови, ее компонентов и препаратов, кровезаменителей), трансфузиологическими операциями экстракорпоральной гемокоррекции (эфферентной терапии).

Показаниями к ИТТ при ГВЗПМ являются:

- интоксикация (эндогенная);
- нарушения реологических свойств (повышение вязкости) крови и микроциркуляции;
- дегидратация (чаще всего гипертоническая или изотоническая, реже гипотоническая);
- нарушения белкового обмена (гипопротеинемия и диспротеинемия);
- нарушения электролитного состава крови и кислотно-основного состояния (КОС);
- иммунодефицитное состояние;
- анемия, операционная кровопотеря.

На основании показаний к ИТТ и с учетом имеющейся клинической картины, изменений лабораторных показателей составляется совместно с анестезиологом – реаниматологом индивидуальная для каждой пациентки программа ИТТ. При дефиците клеток крови переливают эритроцитную массу, тромбоцитную взвесь, лейкоцитную взвесь. При дефиците плазменных белков используют белковые препараты крови (альбумин, протеин) и белковые гидролизаты (аминокровин и др.), а лучше – растворы аминокислот (полиамин). Лишь при их отсутствии допустимо с этой целью переливание плазмы. При недостаточности гуморального иммунитета используют препараты донорских иммуноглобулинов. Обычно программа ИТТ включает в основном кровезаменители гемодинамического действия (растворы декстрана, оксиэтилкрахмала, желатина) и дезинтоксикационного (растворы поливинилпирролидона и поливинилового спирта) действия, корректоры водно-электролитного обмена (растворы электролитов и глюкозы) и КОС (буферные растворы), препараты для парентерального питания (белковые гидролизаты, смеси аминокислот, жировые эмульсии, растворы углеводов и спирты).

При легкой степени интоксикации ИТТ не требуется. Как правило, бывает достаточным увеличение потребления жидкости пациенткой до 2-2,5 л в сутки и полноценное белковое питание.

Количество вводимой жидкости за сутки при сохраненной функции почек составляет 35-40 мл/кг массы тела + 5 мл/кг при повышении температуры тела на каждый градус выше 37,5 градусов Цельсия. Таким образом, средний объем ИТТ при средней степени интоксикации достигает 2,5-3 л в сутки. При тяжелой степени интоксикации, развивающейся при осложненном течении ГВЗПМ (сепсисе, перитоните) объем ИТТ может достигать 4-6 л в сутки. В программу ИТТ включают коллоидные растворы, устраняющие гиповолемию, улучшающие реологические свойства крови и микроциркуляцию (реополиглюкин, полиоксидин, полиоксифумарин, реоглюман, желатиноль, модежель, гелофузин) в дозе 10-20 мл/кг, солевые растворы для коррекции нарушений водно-электролитного обмена (лактасол, 0,9% раствор натрия хлорида...). Дезинтоксикационный эффект указанных выше кровезаменителей обусловлен в основном гемодилуционным действием, выведением токсинов из тканей и увеличением диуреза. Из коллоидных кровезаменителей наиболее выраженной способностью связывать и транспортировать эндотоксины к органам биотрансформации (печень) и выведения (почки) обладают препараты поливинилпирролидона (гемодез, неогемодез, глюконеодез)

и поливинилового спирта (полидез) в дозе не более 5-10 мл/кг. Количественное соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов в программе ИТТ составляет 1:3.

При наличии признаков ацидоза его коррекция осуществляется буферными растворами (3-5% раствором натрия бикарбоната или трисамином).

При наличии у больной анемии (постгеморрагической, интоксикационной) ее коррекция требуется при снижении уровня гемоглобина ниже 80 г/л, но может потребоваться и при более высоких цифрах гемоглобина при наличии клинических признаков гипоксии (тахикардия, одышка, ортостатический коллапс). Для этой цели используется эритроцитная масса (ЭМ). Переливание ЭМ из расчета 1 мл/кг повышает уровень гемоглобина на 3 г/л. Трансфузии ЭМ осуществляют 2-3 раза в неделю до исчезновения признаков гипоксии (обычно при повышении уровня гемоглобина до 100 г/л). Используются препараты железа в инъекционной форме. Так же хорошо зарекомендовал себя ФЕРРУМ ЛЕК – жевательные таблетки по 100 мг.

При выполнении оперативных вмешательств по поводу ГВЗПМ необходима ИТТ с целью компенсации потерь воды за счет испарения с поверхности операционной раны и поверхности обнаженных органов брюшной полости из расчета 5 мл/кг в течение каждого часа операции (введение солевых растворов и растворов глюкозы), а также возмещение операционной кровопотери по принципу гиперводемической гемодилюции (объем возмещения больше объема кровопотери в 1,5-2 раза).

Алгоритм диагностики и лечения заболеваний матки и ее придатков

УЗИ, кульдоцентез клинические и биохимические методы,
микробиологические исследования

гнойное воспаление матки и ее придатков

Сепсис,
бактериотоксический
шок, разлитой
перитонит

Осложненные
формы ГВЗПМ
размерами
до 6-8 см

Неосложнённые
формы ГВЗПМ

Серозное и инфильтрата
воспаление

Антибактериальная,
противо-
воспалительная и
инфузионная терапия

Лапаротомия,
удаление гнойного
очага

Лапароскопия,
удаление
гнойного очага

Лапароскопия

Антибактериальная,
противо-
воспалительная и
инфузионная
терапия

Динамическая
лапароскопия

Антибактериальная,
противовоспалительная
и инфузионная
терапия

Заключение.

Результаты проведенных клинических исследований позволяют сделать вывод, что использование предложенных критериев в условиях высококвалифицированного и специализированного стационара делает возможным выполнение органосохраняющих операций у женщин репродуктивного возраста при гнойно-воспалительных заболеваниях матки и ее придатков, а применение лапароскопии для оценки состояния внутренних гениталий позволяет в ряде случаев поставить показания для органосберегающего или радикального хирургического лечения.

Литература

1. Багненко С.Ф., Новиков Е.И., Плахотников И.А. с соавт. Критерии и возможности выполнения органосохраняющих операций при гнойно-воспалительных заболеваниях матки и придатков у женщин репродуктивного возраста// Журнал акушерства и женских болезней.-1999.- Вып.3.-С. 19-21.
2. Боженков Ю.Г., Коцовский М.И., Плисецкий А.В., Цеханович Н.Т., Пархоменко К.К. Хирургическая тактика при распространённом перитоните в неотложной гинекологии//Акуш. и гинек., 2001.- №5.- С.- 51-52.
3. Костючек Д.Ф. Гнойные тубоовариальные образования (клиника, диагностика, принципы терапии)//Журнал акушерства и женских болезней.-1997.- Вып.1.-С. 63-65.
4. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойно-воспалительные заболевания придатков матки. М: «МЕДпресс», 1998.- 233 с.
5. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А., Титченко Н.И., Дуб Н.В. Современные методы диагностики тяжёлых гнойных воспалительных заболеваний внутренних половых органов//Вестник российской ассоциации акуш. и гинек., 1999.- №2.- С. 56-67.
6. Livengood C.H. III, Hill G.B. Pelvic inflammatory disease: findings during inpatient treatment of clinically severe, laparoscopy-documented disease//American Journal of Obstet. and Gynec.- 2000.- Vol. 166.- P. 519-524.
7. Wiesenfeld H.C., Sweet R.L. Progress in the management of tuboovarian abscesses//Clin. Obstet. Gynec.- 2001.- Vol. 36.- P. 433-444.