

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

М.С. Селихова, С.В. Вдовин, О.В. Ильина, П.А. Солтыс

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра акушерства и гинекологии*

В последние годы отмечен рост числа воспалительных заболеваний половых органов в группах женщин в возрасте 20–24 лет (в 1,4 раза) и 25–29 лет (в 1,8 раза), то есть в активный репродуктивный период. Особенную тревогу вызывают осложненные формы ВЗОМТ, которые нередко приводят к необратимым изменениям в репродуктивной системе женщины и бесплодию. На долю гнойно-деструктивных форм ВЗОМТ по данным разных авторов приходится от 4 до 10 % всех пациенток с ВЗОМТ.

Ключевые слова: воспалительные заболевания органов малого таза, тубоовариальные образования, диагностика.

DOI 10.19163/1994-9480-2018-1(65)-74-77

PREDICTING THE COURSE OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE PELVIC ORGANS IN WOMEN

M.S. Selihova, S.V. Vdovin, O.V. Il'ina, P.A. Soltys

*FSEI HE «The Volgograd State Medical University» of Public Health Ministry of the Russian Federation,
Department of Obstetrics and Gynecology*

There has been an increase in the number of inflammatory diseases of the genital organs in groups of women aged 20–24 years and 25–29 years, that is the active reproductive period in recent years. Especially disturbing are the complicated forms of IDPO, which often lead to irreversible changes in the woman's reproductive system and infertility. The share of purulent-destructive forms of IDPO according to the data of different authors accounts for 4–10 % of all patients with IDPO.

Key words: inflammatory diseases of the pelvic organs, gynecology, tubo-thoracic formations, diagnostics.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) до настоящего времени являются основной патологией в структуре гинекологической заболеваемости [1, 2, 3, 6]. ВЗОМТ включают группу патологических состояний, объединенных локализацией и основными клинико-лабораторными признаками [5, 6]. К ним относится весь спектр воспалительных процессов в области верхних отделов репродуктивного тракта у женщин: эндометрит, сальпингит, тубоовариальный абсцесс, пельвиоперитонит, комбинация этих нозологических форм. В совокупности ВЗОМТ составляют 60–65 % в структуре гинекологической заболеваемости, при этом каждая третья пациентка (30 %) нуждается в стационарном лечении [2]. В последние годы отмечен рост числа воспалительных заболеваний половых органов у женщин в возрасте 20–24 лет (в 1,4 раза) и 25–29 лет (в 1,8 раза), то есть в активный репродуктивный период.

В современных условиях воспалительные заболевания половых органов характеризуются рядом особенностей: увеличение значимости условно-патогенной флоры в инициации патологического процесса, рост антибиотикорезистентности микроорганизмов, отсутствие специфической клинической симптоматики, трансформация клинической картины в сторону стертых форм и атипичного течения, что создает значительные трудности в диагностике и оценке тяжести течения воспалительного процесса. Особую тревогу вызывают осложненные формы ВЗОМТ, которые нередко приводят к необратимым изменениям в репродуктивной системе

женщины и бесплодию. На долю гнойно-деструктивных форм ВЗОМТ по данным разных авторов приходится от 4 до 10 % всех пациенток с ВЗОМТ [1, 4, 5].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определить наиболее значимые факторы риска формирования тубоовариальных образований у женщин с ВЗОМТ репродуктивного периода.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения поставленной цели был проведен ретроспективный анализ 756 историй болезни пациенток, госпитализированных в гинекологическое отделение ОКБ № 1 г. Волгограда в 2014–2016 гг. с диагнозом ВЗОМТ: 696 пациенток с острым воспалительным процессом без образований в малом тазу (группа сравнения), основную группу составили 60 женщин с тубоовариальными образованиями. В зависимости от тактики ведения пациентки основной группы были разделены на две подгруппы: 27 пациенток, которым проводилось консервативное лечение (основная «а» группа) и 33 пациентки, которым потребовалось оперативное лечение (основная «б» группа). При анализе данных первичной документации оценивались возраст, особенности менструального цикла, репродуктивная функция и ее нарушения, гинекологическая заболеваемость в анамнезе, длительность течения воспалительного процесса гениталий и особенности его клинических проявлений. Оценка значимости каждого фактора

развития тубоовариальных образований проводилась на основе расчета отношения шансов (OR). Для оценки достоверности наличия связи «воздействие-ответ» рассчитывался 95 % доверительный интервал (CI), в пределах которого находилось истинное значение показателя отношения шансов, а вероятность получения ошибочных значений в выполненных исследованиях не превышала 5 %. Статистическая обработка данных производилась с использованием пакета статистической программы «Microsoft Office Excel 2003». Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В период 2014–2016 гг. на стационарном лечении в отделении гинекологии ГБУЗ ВОКБ №1 находились 6553 женщины, из них 756 с диагнозом ВЗОМТ. Таким образом, каждая десятая (11,5 %) женщина получала лечение по поводу острого воспалительного процесса гениталий. Следует подчеркнуть, что в соответствии с современными протоколами, лечение ВЗОМТ в большинстве случаев проводится в амбулаторных условиях и только при неэффективности лечения пероральными антибиотиками, тяжелом течении заболевания, сохранении лихорадящего состояния, тубоовариальном абсцессе, а также возникновении заболевания в подростковом возрасте показана госпитализация.

Возраст пациенток с ВЗОМТ был от 19 до 49 лет и в большинстве случаев соответствовал активному репродуктивному периоду 25–30 лет (основная группа – 58,3 % ($n = 35$), группа сравнения – 46 % ($n = 321$) (OR = 1,6; CI: 0,9–2,8)). Нарушения менструального цикла имели место у каждой второй женщины группы сравнения 49 %, $n = 341$), в основной группе они диагностировались достоверно чаще (68,3 %, $n = 41$), (OR = 2,2; CI: 1,3–3,9). Репродуктивный анамнез женщин с ВЗОМТ свидетельствует, что двое и более родов были у 38,3 % ($n = 23$) пациенток в основной группе, а в группе сравнения – у 29 % ($n = 200$) (OR = 1,5; CI: 0,8–2,6). Наступлению беременности в группе с тубоовариальными образованиями в два раза чаще предшествовали аборты 56,6 % ($n = 34$), в группе сравнения 37,3 % ($n = 260$) (OR = 2,1; CI: 1,3–3,7). Внематочная беременность встречалась в 23,3 % ($n = 14$) случаев основной группы, в 14,4 % ($n = 100$) – в группе сравнения (OR = 1,8; CI: 0,9–3,4). Миома матки встречалась у каждой третьей женщины основной группы 30 % ($n = 18$) и у 25,1 % ($n = 175$) женщин из группы с ВЗОМТ без формирования тубоовариального образования (OR = 1,3; CI: 0,7–2,3). Частота эндометриоза наблюдалась у 36,6 % ($n = 22$) женщин в 1-й группе, у 24,4 % ($n = 170$) женщин во 2-й группе (OR = 1,8; CI: 1,0–3,1). В основной группе женщин был верифицирован хронический экзоцервицит в 56,6 % ($n = 34$) случаев и в 43,1 % ($n = 300$) случаях в группе сравнения (OR = 1,7; CI: 1,0–2,9). У 31,3 % ($n = 218$) женщин группы сравнения в анамнезе было бесплодие, в тоже время в группе с ВЗОМТ с формированием тубоовариального образова-

ния бесплодие имело место у 30 % ($n = 18$) (OR = 1,0; CI: 0,5–1,7).

При анализе симптоматики заболеваний отмечается, что ведущей жалобой по-прежнему остается боль в нижних отделах живота. Также отмечалась болезненность и пастозность придатков, болезненность тракции за шейку матки при бимануальном влагалищном исследовании. Кроме того, у каждой второй (48,5 %, $n = 16$) пациентки основной группы были жалобы на дизурические расстройства.

При поступлении в стационар большинство больных имели выраженную (более 38 °C) температурную реакцию, средние значения температуры тела у пациенток с ВЗОМТ составляли (37,7 ± 0,8) °C ($M \pm \delta$).

Обращает на себя внимание тот факт, что у каждой третьей (31 %) больной с тяжелым течением ВЗОМТ и формированием тубоовариального образования сохранялась нормальная температура тела. По данным УЗИ у всех пациенток основной группы отмечались утолщенные, наполненные жидкостным содержимым маточные трубы с наличием в брюшной полости свободной жидкости или тубоовариального образования.

Показатели лейкоцитарной формулы и маркеров воспаления у пациенток обследованных групп приведены в табл. 1.

Показатели крови у обследованных пациенток

Показатель	Основная группа		Группа сравнения
	подгруппа а	подгруппа б	
Количество лейкоцитов	9,6 ± 0,8	11,5 ± 2,0	9,3 ± 3,1
Б, %	1,3 ± 0,2	1,7 ± 0,3	0,6 ± 0,3
Э, %	1,4 ± 0,1	2,0 ± 0,3	1,2 ± 0,1
П, %	13,3 ± 0,3*	15,3 ± 0,2*	10,0 ± 0,7
С, %	63,5 ± 1,4	71,2 ± 1,1	69,1 ± 0,5
Л, %	19,7 ± 1,1	20,2 ± 2,1	18,7 ± 0,7
М, %	4,9 ± 0,5	5,6 ± 0,2	4,6 ± 0,3
СОЭ	36,2 ± 0,5*	43,5 ± 0,5*	30,1 ± 0,2
С-реактивный белок	3,25 ± 0,50**	6,85 ± 0,10**	1,25 ± 0,10
Hb	105,0 ± 0,3*	98,0 ± 0,8*	113,9 ± 0,4

*Достоверность различий ($p < 0,05$) по отношению к группе сравнения; **достоверность различий ($p < 0,000001$) по отношению к группе сравнений.

Полученные данные свидетельствуют, что количество лейкоцитов не всегда отражает тяжесть течения воспалительного процесса гениталий, отмечено лишь незначительное повышение их количества у пациенток с наличием тубоовариальных образований, нуждающихся в оперативном лечении. Более информативны показатели палочкоядерных лейкоцитов (OR=1,3; CI: 0,6–3,0) и СОЭ (OR = 1,0; CI: 0,5–2,3). Как маркер должен использоваться С-реактивный белок, который возрастал у прооперированных пациенток в 1,9 раза по сравнению с группой сравнения (OR = 1,9; CI: 0,7–5,0).

Большинство (55 %) пациенток с наличием тубоовариальных образований требовали оперативного

лечения, только 27 (45 %) женщин основной группы получали консервативное лечение.

Особого внимания заслуживает тот факт, что у 33 % (n = 11) женщин, прооперированных по поводу гнойно-деструктивных форм воспалительных процессов, заболевание было впервые выявлено.

В зависимости от тяжести поражения гениталий пациенткам основной «б» группы был проведен следующий объем оперативного вмешательства: сальпингоооариолизис, санация малого таза – у 14 пациенток (42,4 %), тубэктомия односторонняя – у 6 пациенток (18,2 %), тубэктомия двусторонняя – у 3 пациенток (9,1 %), аднексэктомия со стороны поражения – у 12 пациенток (36,4 %), тубэктомия с одной стороны и аднексэктомия с другой – у 5 пациенток (15,2 %), надвлагалищная ампутация матки с придатками – у 8 пациенток (24,2 %). Лапароскопическим доступом выполнено 9 операций (27,3 %). Таким образом, у большинства пациенток были выполнены органосохраняющие операции, причем у 25 женщин (75,8 %) удалены яичники и у 8 – матка. При этом средний возраст в этой группе составил (39 ± 3,1) лет.

Все пациентки с ВЗОМТ получали комплексную антимикробную и инфузионную терапию (ципрофлоксацин, цефтриаксон, амикацин, метронидазол). Средняя длительность пребывания пациенток с ВЗОМТ в стационаре составила (8 ± 1,1) койко-дней в группе сравнения, в основной группе «а» – (11 ± 2,5) дня, и (14 ± 1,6) дня у пациенток, которым проводилось оперативное лечение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одним из наиболее распространенных заболеваний женщин репродуктивного возраста является ВЗОМТ. Особенностью клинического течения воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин в настоящее время является стертая клиническая картина, первично хроническое течение с формированием тубоовариальных образований. У каждой третьей (33 %) пациентки, прооперированной по поводу гнойно-деструктивных форм заболеваний, диагноз ВЗОМТ был верифицирован впервые. Усовершенствование диагностики и прогнозирования течения воспалительного процесса позволит повысить эффективность лечения и избежать органо-уносящих операций. Проведенное исследование свидетельствует, что к достоверно значимым факторам риска развития тубоовариальных образований относится нарушение менструального цикла (OR = 2,2; CI: 1,3–3,9), предшествующие беременности аборт (OR = 2,1; CI: 1,3–3,7), эндометриоз (OR = 1,8; CI: 1,0–3,1), наличие хронического экзоцервицита (OR = 1,7; CI: 1,0–2,9). Из лабораторных методов наиболее достоверным является увеличение С-реактивного белка, в то время как общий анализ крови недостаточно информативен. Проведенное исследование диктует необходимость разработки дополнительных методов оценки тяжести воспалительного процесса. Учет анамнестических факторов риска в сочетании с оценкой степени интоксикации и дополнительных методов диагностики по-

зволят выделить группы пациенток с высоким риском развития тубоовариальных образований и оптимизировать тактику их ведения, что будет способствовать уменьшению количества органосохраняющих оперативных вмешательств и сохранению репродуктивного потенциала женщин детородного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградова О.П. Оптимизация диагностики воспалительных заболеваний органов малого таза / О.П. Виноградова, М.Н. Кузнецова // Материалы УП регионального научного форума «Мать и дитя». – Геленджик, 2014. – С. 192–194.
2. Кузьмин В.Н. Инфекции, передаваемые половым путем и охрана репродуктивного здоровья женщин / В.Н. Кузьмин, Л.В. Адамян, Д.А. Пустовалов. – М., 2010. – 123 с.
3. Прилепская В.Н. Воспалительные заболевания органов малого таза / В.Н. Прилепская, В.В. Яглов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 128 с.
4. Селихова М.С. Некоторые показатели антиоксидантной защиты при сальпингоофоритах // Вестник ВолгГМУ. – 2013. – № 3. – С. 47.
5. Серов В.Н., Дубицкая Л.В., Тютюнник В.Л. Воспалительные заболевания органов малого таза: диагностические критерии и принципы лечения // РМЖ «Мать и дитя». – 2011. – Т. 19 (395). – № 1. – С. 46–50.
6. Уткин. Е.В. Основные причины развития и современные тенденции в клиническом течении воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин / Е.В. Уткин, В.А. Кулаевский // Росс. вестн. акуш.-гинеко. – 2008. – № 1. – С. 40–44.
7. Eckert L.O. Infections of the lower and upper genital tracts (vulva, vagina, cervix, toxic shock syndrome, endometritis, and salpingitis) / L.O. Eckert, G.M. Lentz // Comprehensive Gynecology, 6th ed. – Elsevier Inc., 2013. – P. 519–553.

REFERENCES

1. Vinogradova O.P. Optimizacija diagnostiki vospalitel'nyh zabojevanij organov malogo taza [Optimization of diagnostics of inflammatory diseases of small pelvis organs]. In Materialy UP regional'nogo nauchnogo foruma «Mat' i ditja» [Materials of the UE of the regional scientific forum «Mother and Child»]. Gelendzhik, 2014, pp. 192–194.
2. Kuz'min V.N. Infekcii, peredavaemye polovym putem i ohrana reproduktivnogo zdorov'ja zhenshin [Sexually Transmitted Infections and Protection of Women's Reproductive Health]. – Moscow, 2010. 123 p.
3. Prilepskaja V.N. Vospalitel'nye zabojevanija organov malogo taza [Inflammatory diseases of the pelvic organs]. – M.: GJeOTAR-Media, 2010. – 128 s.
4. Selihova M.S. Nekotorye pokazateli antioksidantnoj zashhity pri sal'pingooforitah [Some indicators of antioxidant protection in salpingo-oophoritis]. Vestnik VolgGMU [Bulletin of VolgGMU], 2013, no. 3, pp. 47. (In Russ.; abstr. in Engl.).
5. Serov V.N., Dubickaja L.V., Tjutjunik V.L. Vospalitel'nye zabojevanija organov malogo taza: diagnosticheskie kriterii i principy lechenija [Inflammatory diseases of the pelvic organs: diagnostic criteria and principles of treatment].

RMZh «Mat' i dija» [RMJ «Mother and Child»], 2011, vol. 19 (395), no. 1, pp. 46–50. (In Russ.; abstr. in Engl.).

6. Utkin. E.V. Osnovnye prichiny razvitiya i sovremennye tendencii v klinicheskom techenii vospalitel'nyh zabolevanij organov malogo taza u zhenshin [The main causes of development and current trends in the clinical course of inflammatory diseases of the pelvic organs in women]. *Ross.*

vestn. akush.-ginek [The Russian bulletin of the obstetrician-gynecologist], 2008, no. 1, pp. 40–44. (In Russ.; abstr. in Engl.).

7. Eckert L.O. Infections of the lower and upper genital tracts (vulva, vagina, cervix, toxic shock syndrome, endometritis, and salpingitis). *Comprehensive Gynecology*, 6th ed. Elsevier Inc., 2013. P. 519–553.

Контактная информация

Селихова Марина Сергеевна – д. м. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: selichovamarina@yandex.ru