

© Н. А. Кохреидзе <sup>1</sup>,  
Н. П. Каменева <sup>2</sup>,  
Г. Ф. Кутушева <sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО СПбГМА  
Минздравсоцразвития;

<sup>2</sup> ОАО Городская страховая медицинская  
компания

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН: АНАЛИЗ ТИПИЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

УДК: 618.1-002.1-089

■ **Цель:** изучение типичной клинической практики среди акушеров-гинекологов в определении показаний к хирургической санации при острых воспалительных заболеваниях придатков матки (ОВЗПМ) у молодых женщин.

**Методы:** ретроспективный анализ 62 случаев повторных госпитализаций 29 пациенток в возрасте от 19 до 37 лет. Использована автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи (КМП).

Выделена группа дефектов КМП «не проведено, но показано». К этой категории отнесены случаи отказа от лапароскопической санации при наличии клинических симптомов неосложненного гнойного ОВЗПМ. **Результаты:** оперативное лечение предпринято у 24,1% пациенток. Во всех случаях хирургическая санация проведена при наличии осложнений.

ДМП «не применено, но показано» выявлено в 10,1% случаев первичной госпитализации и 3,3% при повторной. При повторных госпитализациях достоверно увеличивается риск органонуносящих операций ( $p = 0,033$ ).

**Выводы:** Вопреки существующим рекомендациям акушеры-гинекологи не прибегают к лапароскопии при неосложненных гнойных ОВЗПМ у молодых нерожавших женщин. Отказ от хирургического компонента лечения у 10,1% пациенток с клиническими признаками гнойного сальпингоофорита может являться фактором недостаточной эффективности лечения при первичной госпитализации и причиной рецидивирующего течения заболевания в дальнейшем.

■ **Ключевые слова:** острые воспаления придатков матки; хирургическая санация; качество медицинской помощи; лапароскопия.

В условиях уменьшения доли женщин 20–29 лет в структуре населения России, по данным демографического прогноза [2], и широкого распространения воспалительных заболеваний органов малого таза [2, 3, 4, 7], являющихся одной из основных причин женского бесплодия, особое значение имеет качество медицинской помощи, оказываемой молодым женщинам с острыми воспалительными заболеваниями придатков матки (ОВЗПМ). В комплексной терапии этой патологии хирургическая санация занимает особое место. Определение показаний к хирургическому лечению ВЗПМ зависит от формы воспалительного процесса, возраста больной, наличия осложнений. Классическими показаниями к проведению хирургического вмешательства при ОВЗПМ считаются: пельвиоперитонит, не купируемый в течение 12–24 часов, формирование tuboо-вариальных абсцессов, необходимость дифференциальной диагностики с другой острой хирургической патологией генитальной и экстрагенитальной этиологии. Реализовать органосохраняющий принцип терапии ВЗПМ у молодых женщин позволяет своевременно проведенная санационная лапароскопия [1, 2, 6, 4, 7, 8]. Применение лапароскопии при лечении гнойных и, особенно, осложненных форм ВЗПМ, способствует более быстрой нормализации клинико-лабораторных показателей, в том числе, оксидативно-антиоксидантных, сокращению сроков пребывания в стационаре [1, 2, 8]. Безусловно, нельзя рассматривать лапароскопию как основной метод диагностики и лечения ОВЗПМ во всех случаях, о чем свидетельствуют уроки, полученные в результате проведенного в 60-ые годы прошлого века исследования [10, 11, 9]. Но в случаях, подозрительных на гнойный характер воспалительного процесса в придатках матки «...молодым нерожавшим женщинам лапароскопия показана, поскольку решает проблему диагностики и лечения благодаря возможностям верификации диагноза, забора материала из брюшной полости для микробиологического исследования, осуществления адгезиолизиса и дренирования...» [2, 4, 7, 8]. Таким образом, современный подход к ведению молодых женщин с ОВЗПМ предусматривает раннее проведение санирующих хирургических мероприятий, а именно: на стадии до развития генитальных (пельвиоперитонит, tuboо-вариальные абсцессы) или экстрагенитальных (перигепатит, вторичный аппендицит, перитонит) осложнений. Стандартизация медицинской помощи по всем направлениям является приоритетной задачей российской системы здравоохранения на современном этапе. Первым шагом в этом направлении является изучение типичной клинической практики, в том числе выявление наиболее типичных ошибок. Полученные данные ложатся в основу последующих организационных решений.

## Цель исследования

Изучить типичную клиническую практику при определении показаний к хирургической санации органов малого таза и выбору способа оперативного вмешательства у молодых женщин с ОВЗПМ и оценить ее соответствие существующим клиническим рекомендациям.

## Материалы и методы

Подбор клинического материала в виде историй болезни выполнен в процессе проведения тематической экспертизы качества медицинской помощи (КМП) женщинам с ОВЗПМ, инициированный отделом защиты прав застрахованных Городской Страховой Медицинской Компании (ГСМК) г. Санкт-Петербурга. Проведен ретроспективный анализ 62 историй болезни 29 пациенток, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования ГСМК, первично, а затем повторно госпитализированных в период с 2009 по 2011 гг. в различные стационары г. Санкт-Петербурга. Использована автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи (АТЭ КМП), зарегистрированная в Российском Агентстве по правовой охране программ для ЭВМ, баз данных и топологии интегральных микросхем (свидетельство № 960494 от 21.11.1996 г.). [5]. Компонентами КМП согласно рекомендациям экспертного бюро ВОЗ (1983 г.) считались: выполнение медицинских технологий; риск для пациента; оптимальность использования ресурсов; удовлетворенность потребителей медицинской помощи. Использовано понятие «дефект медицинской помощи» (ДМП), определяемое как объективно неправильное действие (бездействие) врача, которое реально оказало или с высокой степенью вероятности могло оказать негативное влияние на состояние компонентов КМП. Действие (бездействие) врача считается объективно неправильным, если оно: противоречит логике выполнения врачебного процесса и не соответствует общепризнанным правилам медицины (клиническим протоколам, рекомендациям, стандартам, др.); является предотвратимым в конкретной ситуации. В данном исследовании в отношении хирургического лечения выделена группа ДМП, квалифицируемая как «не применено, но показано». К случаям «не применено, но показано» были отнесены клинические ситуации с наличием объективных симптомов, предполагающих гнойный характер ВЗПМ, но без признаков пельвиоперитонита или формирования tuboовариальных абсцессов (ТООА). В процессе работы с клиническим материалом рассмотрены случаи госпитализации одной и той же пациентки, имевшие место до ис-

течения 6 месяцев от времени первичной госпитализации. Сформировано две группы случаев: группа ВЗПМ-1 — 29 случаев первичной госпитализации и группа ВЗПМ-2 — 33 случая повторной госпитализации. Три больные из 29 имели по три госпитализации.

В исследование не включались случаи ОВЗПМ на фоне внутриматочного контрацептива и случаи ОВЗПМ после внутриматочных вмешательств, в том числе по поводу маточной беременности.

Из 29 случаев группы ВЗПМ-1 в 10 (34,5%) имел место основной клинический диагноз «Острый сальпингоофорит», что соответствовало шифру N 70.0 по МКБ-10, в одном случае (3,4%) — диагноз «острый тазовый перитонит» — N 73.3, в 18 случаях (62,1%) — «обострение хронического сальпингоофорита» — N 71.1. В группе ВЗПМ-2 во всех случаях основной диагноз формулировали как «обострение хронического сальпингоофорита». Повторная госпитализация в один и тот же стационар имела место у 22 больных из 29, а 7 пациенток госпитализированы в другие стационары.

Средний возраст включенных в исследование пациенток составил —  $27,1 \pm 5,4$  (19; 37) лет. 25 пациенток из 29 женщин (86,2%) были в возрасте до 30 лет. Средний интервал между первичной и повторной госпитализациями составил  $114,5 \pm 91,7$  (5; 180) дней. Продолжительность среднего койко-дня при первой госпитализации составила —  $7,06 \pm 3,31$  (4; 11), при второй —  $7,65 \pm 4,10$  (4; 14).

## Результаты исследования и их обсуждение

Оперативные вмешательства проведены в 10 случаях из 62. В группе ВЗПМ-1 оперированы 7 из 29 больных (24,1%), при этом показаниями для хирургической санации были: пельвиоперитонит — 3 случая, пиосальпинкс — 2 случая, необходимость дифференциальной диагностики — 2 случая. Только одно оперативное вмешательство проведено лапаротомным методом у больной с подозрением на острый аппендицит, в остальных случаях использован лапароскопический способ. В группе ВЗПМ-2 оперативное вмешательство проведено в трех случаях из 33 (9,1%), и показаниями для оперативного лечения были: пельвиоперитонит — 1 случай, пиосальпинкс — 2 случая. Все операции проведены лапароскопически. Таким образом, у всех оперированных пациенток с ОВЗПМ показания к хирургической санации малого таза ставили в соответствии с общепринятым классическим перечнем показаний.

Таблица 1

## Осложнения течения беременности и родов в сравниваемых группах

| Вид операции                         | ВЗОМТ-1 (n = 7) |      | ВЗОМТ-2 (n = 3) |       |
|--------------------------------------|-----------------|------|-----------------|-------|
|                                      | n               | %    | n               | %     |
| Хирургическая санация без тубэктомии | 6               | 85,7 | 0               | 0,0   |
| Хирургическая санация с тубэктомией  | 1               | 14,2 | 3*              | 100,0 |

\*-  $\chi^2 = 3,35$ ;  $p = 0,067$ ; ТМФ:  $p = 0,033$

Органоуносящие операции в объеме тубэктомий проведены у одной из 7 оперированных больных в группе ВЗПМ-1 и у всех трех оперированных — в группе ВЗПМ-2 (табл. 1). Таким образом, даже такой скромный объем исследования подтверждает, что риска утраты органа достоверно нарастает при рецидивирующем течении воспалительного процесса в придатках матки (ТМФ:  $p = 0,033$ ).

ДМП хирургического лечения «не применено, но показано» выявлены в 4 случаях из 62 (6,5%). Судя по записям в историях болезни вопреки существующим рекомендациям аргументом против хирургической санации в двух из этих четырех случаев (50%) был назван молодой возраст больных.

ДМП хирургического лечения «не применено, но показано» в группе ВЗПМ-1 выявлены 3 случая из 29 (10,3%), в группе ВЗПМ-2 — один случай из 33 (3,0%). Возраст трех пациенток группы ВЗПМ-1 составил 19, 24 и 28 лет. Все они не имели родов. О возможном гнойном характере течения ВЗПМ у них свидетельствовали следующие клинические признаки: температура тела  $37,7^\circ$ ,  $37,9^\circ$  и  $39,0^\circ$ . Уровень лейкоцитоза крови —  $12,5 \times 10^9/\text{л}$ ,  $10,0 \times 10^9/\text{л}$ ,  $13,6 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ — 20, 25 и 61 мм/час. Все эти больные получали консервативную терапию. Интервал времени до повторной госпитализации этих больных составил 20, 30 и 180 дней. Ко времени повторной госпитализации у одной больной появилось указание на наличие воспалительного образования придатков матки. В группе ВЗПМ-2 случай с ДМП «не применено, но показано» имел место у одной больной 19 лет, получавшей только консервативную терапию при наличии субфебрильной лихорадки и признаков воспалительного образования правых придатков матки. Таким образом, ни одной больной с клиническими признаками гнойного течения ОВЗПМ не поставлены показания к хирургической санации.

ДМП проведенного оперативного лечения выявлены в двух из 7 случаев в группе ВЗПМ-1 и в одном из трех — в группе ВЗПМ-2. Так,

в группе ВЗПМ-1 у оперированной больной 22 лет с диагнозом «острый сальпингоофорит, двусторонние пиосальпинксы» в процессе хирургического лечения был превышен объем операции в условиях гнойного воспаления, а именно: проведена стоматоластика сактосальпинкса, резекция кисты яичника при общей продолжительности курса антибактериальной терапии 10 дней. Данное обстоятельство могло стать причиной довольно быстрого возникновения обострения воспалительного процесса, формирования двусторонних гидросальпинксов и повторной госпитализации через 3 месяца. Альтернативой проведенному лечению могла стать санационная лапароскопия с туботомией и дренированием малого таза, с дальнейшим проведением динамической санационной лапароскопии и резекцией кисты яичника при необходимости.[6, 8]. Ошибочной признана тактика способа оперативного вмешательства и в случае 19-летней больной группы ВЗПМ-1 с диагнозом «острый сальпингоофорит, правосторонний пиосальпинкс», в котором при наличии толстостенного образования в области правых придатков размерами  $6,0 \times 4,0$  см произведена трансвагинальная пункция и промывание пиосальпинкса под контролем УЗИ. В послеоперационном периоде больная продолжительное время жаловалась на наличие болей в животе и покинула стационар на 10 сутки с сохраняющимся воспалительным образованием в области правых придатков. Отношение к трансвагинальному дренированию гнойных образований придатков матки остается неоднозначным. Тем не менее, следует прислушаться к мнению ведущих специалистов, утверждающих, что пункционный метод лечения имеет существенные ограничения, и у молодых нерожавших женщин методом выбора следует считать лапароскопический способ хирургической санации [4].

В группе ВЗПМ-2 пациентка 21 года с диагнозом «обострение хронического сальпингоофорита, правосторонний пиосальпинкс», была оперирована в объеме правосторонней тубэктомии только на 5 сутки пребывания в

стационаре, то есть имела место необоснованная задержка в проведении оперативного вмешательства.

Таким образом, проведенный анализ показал, что у практикующих врачей-гинекологов нет установки проведения хирургической санации органов малого таза у молодых женщин с неосложненными гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки, что принципиально отличается от существующих клинических рекомендаций [1, 2, 4, 7, 8].

### Выводы

- В настоящее время типичная клиническая практика акушеров-гинекологов в использовании хирургической санации у больных с ОВЗПМ основывается на перечне классических показаний.
- Вопреки существующим рекомендациям наличие клинических признаков неосложненного гнойного ОВЗПМ не расценивается как показание к проведению санационной лапароскопии у молодых нерожавших женщин, а для части специалистов именно молодой возраст больных является аргументом для отказа от хирургической санации.
- У 10,1% молодых женщин с несложненными гнойными ОВЗПМ одной из причин рецидива воспалительного процесса может быть отсутствие хирургического saniрующего вмешательства при первичной госпитализации, при этом факт рецидива ОВЗПМ достоверно увеличивает риск органосохраняющих операций на придатках матки (ТМФ:  $p = 0,033$ ).
- При проведении saniрующих оперативных вмешательств допускаются ошибки в виде превышения объема операции на придатках в условиях гнойного воспаления, задержки времени проведения операций, использование пункционного метода терапии гнойных образований придатков матки у молодых женщин.

### Литература

1. Борхов А. Э. Клинико-биофизические критерии течения, контроля за лечением и отдаленные результаты острых воспалительных заболеваний придатков матки: автореф. дис... канд. мед. наук. — Смоленск, 2005. — 21 с.
2. Буянова С. Н., Щукина Н. А., Горшillin А. В. Репродуктивный прогноз у больных с гнойными воспалительными заболеваниями органов малого таза: проблемы и решения // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2009. — Т. 9, № 2. — С. 65–68.
3. Гинекология: национальное руководство / ред. В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 1072 с.
4. Краснопольский В. И., Буянова С. Н., Щукина Н. А. Гнойная гинекология. — 2-е изд. — М: МЕДпресс-информ, 2006. — 304 с.
5. Методические рекомендации по порядку проведения экспертизы качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Санкт-Петербурга. Приложение к распоряжению Комитета по здравоохранению от 03.05.2011 № 197-р. — СПб., 2011.
6. Современные принципы диагностики и лечения острых воспалительных заболеваний придатков матки / Евсеев А. А. [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2003. — № 2. — С. 32–36.
7. Уткин Е. В. Клиника, диагностика и терапия воспалительных заболеваний придатков матки неспецифической этиологии. — Кемерово: Кузбасс, 2010. — 168 с.
8. Штыров С. В. Лапароскопия при неотложных состояниях в гинекологии: автореф. дис... д. м. н. — М., 2005. — 46 с.
9. Jacobson L., Westrom L. Objectivized diagnosis of pelvic inflammatory disease // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1969. — Vol. 105. — P. 1088–1098.
10. Sexually transmitted diseases treatment guidelines inflammatory disease // Morbidity and Mortality Weekly Report. — 2006. — Vol. 55, N 11. — P. 56–60.
11. Soper D. E. The Semantics of pelvic inflammatory disease // Sexually Transmitted Diseases. — 1995. — Vol. 22, N 6. — P. 342–343.

Статья представлена Э. К. Айламазяном  
ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта» СЗО РАМН,  
Санкт-Петербург

### SURGICAL SANITATION IN COMPLEX THERAPY OF ACUTE INFLAMMATORY DISEASES OF APPENDAGES OF UTERUS IN YOUNG WOMEN: THE ANALYSIS OF TYPICAL CLINICAL PRACTICE

Kokhreizze N. A., Kameneva N. P., Kutusheva G. F.

■ **Summary:** Among recommendations of leading Russian experts on conducting patients with acute inflammatory diseases of appendages of a uterus (AIDAU) the indication to laparoscopic sanitations at young women occurs at availability of suspicion on purulent character of inflammation. Objective: to study of typical clinical practice among gynecologists in definition of readings to surgical sanitation at AIDAU in young women. Methods: the retrospective analysis of 62 cases of repeated hospitalization of 29 patients in the age of from 19 till 37 years. The automated technology of examination of quality of medical aid (QMA) is used. The group of defects QMA «it's not applied, but it's shown» in cases of refusal from laparoscopic sanitations are carried out. Results: operative treatment is undertaken at 24.1% of patients at primary hospitalization and 9,1% at repeated. In all cases surgical sanitations were undertaken at availability of complications AIDAU. It is established, that at repeated hospitalization the risk organremoving operations reliably increases ( $p = 0.033$ ). QMA «it's not ap-

plied, but it's shown» it is revealed in 10,1 % of cases of primary hospitalization and 3,3 % at repeated. Conclusions: Contrary to existing recommendations gynecologists do not undertake a laparoscopy in noncomplicated purulent AIDAU in young not given birth women. Refusal of a surgical component of treatment at 10,1 % of patients with clinical signs of purulent adexitis can be the factor of insufficient efficiency of treatment at primary hospitalization and the reason of recurrent disease in the further.

■ **Key words:** acute inflammatory diseases of the uterine appendages; quality of medical aid; laparoscopy.

---

■ **Адреса авторов для переписки**

*Кохреидзе Надежда Анатольевна* — к. м. н., доцент кафедры детской гинекологии и женской репродуктологии. ГБОУ ВПО Санкт-Петербургская Педиатрическая академия Минздравсоцразвития. Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. **E-mail:** kokhreidze@mail.ru.

*Каменева Наталья Павловна* — главный специалист ОАО Городская Страховая Медицинская Компания. Россия, 191025, Санкт-Петербург, Кузнечный переулок, дом 2–4.

*Кутушева Галия Феттяховна* — д. м. н., профессор, заведующая кафедрой детской гинекологии и женской репродуктологии ГБОУ ВПО Санкт-Петербургская Педиатрическая академия Минздравсоцразвития. Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. **E-mail:** galiya@chadogyn.ru.

*Kokhreidze Nadezhda Anatolyevna* — candidate of medical Sciences, associate Professor of the Department of Children`s and Women`s Reproduction Saint-Petersburg State Pediatric Medical Academy. 194100, Saint-Petersburg, ul. Litovskaya, 2. **E-mail:** kokhreidze@mail.ru.

*Kameneva Natalya Pavlovna* — chief specialist of the Urban Medical Insurance Company. 191025, Saint-Petersburg, Kuznechnyy pereulok, 2–4.

*Kutusheva Galiya Fettyakhovna* — MD, professor, head of the Department of Children`s and Women`s Reproduction Saint-Petersburg State Pediatric Medical Academy. 194100, Saint-Petersburg, ul. Litovskaya, 2. **E-mail:** galiya@chadogyn.ru.