

Л.В. ИВАНОВА, Г.А. ОКИШЕВА,
Т.П. СПОДОБЕЦ

Кафедра акушерства и гинекологии Военно-
медицинской академии,
НИИ скорой помощи
им. проф. Ю.Ю. Джанелидзе,
Санкт-Петербург

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ГЕНИТАЛИЙ НА ФОНЕ ВМС

Проведен анализ течения
воспалительных заболеваний
матки и придатков у 1769
больных в возрасте 18-48 лет,
находившихся на лечении в
гинекологическом отделении
НИИ СП за 1995-1997 гг., из них
696 больных были
госпитализированы по поводу
различных форм осложнений
заболевания на фоне ВМС.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Воспалительные заболевания
женских половых органов выявля-
ются у 60-65% гинекологических
больных, обращающихся в женские
консультации, из них 20-30% нуж-
даются в стационарном лечении
[1,2].

Воспалительный процесс возни-
кает, как правило, в молодом возрас-
те, часто принимает хроническое
течение, в результате чего женщи-
ны нередко теряют трудоспособ-
ность, лишаются счастья материн-
ства. По данным Г.М. Савельевой и
Л.В. Антоновой (1990), 70% женщин
с сальпингитом моложе 25 лет,
75% - нерожавшие. Серьезную про-
блему представляет возрастающее
распространение урогенитальных
форм хламидиозов, вызываемых
C. trachomatis. В США ежегодно ди-
агностируют от 3 до 10 млн. свежих
случаев этих заболеваний, в Европе
- до 8 млн. В России ежегодно выяв-
ляется около 1.5 млн. новых случаев
генитального хламидиоза. Сегодня в
мире почти каждая четвертая жен-
щина и каждый седьмой мужчина
страдают хламидиозом [4,5,6].

В настоящее время одним из наи-
более распространенных методов
контрацепции является использова-
ние внутриматочных средств раз-
личных модификаций (ВМС). В ли-
тературе, как отечественной, так
и зарубежной, имеются лишь еди-
ничные работы об особенностях
течения воспалительных заболева-
ний на фоне ВМС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С целью выявления патогене-

тических особенностей воспали-
тельных заболеваний внутренних
гениталий ВМС нами проведен
анализ течения воспалительных
заболеваний матки и придатков
у 1769 больных в возрасте 18-48
лет, находившихся на лечении в
гинекологическом отделении НИИ
СП за 1995-1997 гг., из них 696
больных были госпитализированы
по поводу различных форм ослож-
нений заболевания на фоне ВМС
(таблица 1).

Общеклинические исследования
включали анализы крови (с опреде-
лением лейкоцитарного индекса ин-
токсикации), мочи, биохимические
показатели крови, коагулограмму,
бактериологические исследования
общепринятыми методиками, УЗИ
органов малого таза, диагностичес-
кую лапароскопию в отдельных слу-
чаях, гистологическое исследование
операционного материала.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Установлено, что у 94.5%
больных заболевание было связа-
но с началом менструации и на-
чиналось остро с появлением бо-
лей в низу живота, лихорадки до
38-38.5 °С, часто с ознобом, тош-
ноты, выделений из половых пу-
тей слизисто-гноевидного или
гнойно-геморрагического характе-
ра. У 5.5% больных начало забо-
левания было малосимптомным;
боли в гипогастральной области
ноющего характера проходили са-
мостоятельно, субфебрильная
температура тела, нормоценоз и
переходный тип биоценоза. По-
добное начало не являлось пока-
занием к удалению ВМС на ам-
булаторном звене, и в последую-

Структура гнойно-воспалительных заболеваний внутренних гениталий на фоне ВМС

Заболевания	Количество больных
Метроэндометрит	259
Метроэндометрит + сальпингоофорит	253
Метроэндометрит + tuboовариальные абсцессы	161
Перитонит (разлитой)	23
Всего	696

щем заболевание переходило в тяжелую форму. При этом отмечалось несоответствие объективных данных, клинических симптомов и результатов лабораторного исследования; наличие tuboовариальных абсцессов или пельвиоперитонита без выраженных симптомов интоксикации, незначительных изменений гемограммы, лейкоцитарного индекса интоксикации.

В анамнезе у всех больных отмечены детские инфекции, заболевания почек, мочевого пузыря, пневмонии, кишечные инфекции. Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен в 100% случаев наличием хронических или перенесенных ранее острых заболеваний матки и придатков, эрозии шейки матки, абсцессов бартолиниевой железы, большим количеством абортот (3 и более) и их осложнениями, а также осложненным течением родов и послеродового периода.

Заболеванию предшествовали неблагоприятный преморбидный фон - перенесенные накануне ОРЗ, ангины, пневмонии, переохлаждение, смена полового партнера, длительное пребывание ВМС в полости матки (в отдельных случаях до 8 и более лет). Обострению нередко предшествовало нарушение менструального цикла. Возникновение воспалительных заболеваний матки и придатков после 2-5 месяцев использования ВМС связано в первую очередь с наличием в анамнезе 2 и более абортов в течение последнего года и установлением ВМС при выполнении медицинского аборта. Особенно осложнялось течение заболевания у молодых женщин, у которых в течение года были и роды, и аборты, и введение ВМС. У больных старше 40 лет воспалительным процессам в ге-

ниталиях предшествовали часто и длительно протекающие простудные заболевания, обострения хронических пиелонефрита и цистита и др.

Время от появления первых симптомов заболевания до госпитализации составляло в среднем 2-4 дня. У больных старше 40 лет тяжесть течения и клинических проявлений заболевания была значительно выражена, что требовало оперативного лечения на 1-2-е сутки с момента госпитализации.

Бактериологические посевы содержимого цервикального канала выявили преимущественно *E.coli*, *Staph.aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus sp.*, *Klebsiella*. У 15% пациенток обнаружены гонококки, трихомонады. Обследования на анаэробы не проводились. В анализах крови отмечались снижение гемоглобина ниже 110 г/л у 60% больных, лейкоцитоз до 18.5×10^9 /л со сдвигом формулы влево у 40%, лейкопения $3.2-4.0 \times 10^9$ /л у 26.4%, нормальное содержание лейкоцитов у 34.6% больных. СОЭ нарастала до 35-45 мм/ч в течение 2-3 дней от начала заболевания. Лейкоцитарный индекс интоксикации был выше 3-6.5 в 127 случаях, которые требовали срочного оперативного лечения. У больных, которым предстояло оперативное лечение, отмечено снижение количества лимфоцитов до 10-15, что свидетельствовало об иммунодефиците у данной категории больных. Лечение таких больных, как правило, было оперативным, в послеоперационном периоде требовалась смена антибиотиков или назначение их комбинаций.

Обращает на себя внимание абсцедирование у 20.5% больных,

что приводило к диссеминированию гнойного процесса. Формирование tuboовариальных абсцессов наблюдалось в течение 2-4 дней от начала заболевания у 15% больных, из них более половины требовали хирургического лечения. Оперативному лечению подвергались 184 (26.5%) больных, из них 23 на фоне разлитого перитонита по экстренным показаниям на момент поступления. Операции не были стандартными ни по объему, ни по технике выполнения. Объем операции был адекватен выявленным при чревосечении изменениям: экстирпация матки с придатками произведена у 28 женщин старше 45 лет, у 125 пациенток в возрасте до 45 лет выполнена надвлагалищная ампутация или экстирпация матки с оставлением одного или обоих неизмененных яичников. Лишь у 3 нерожавших женщин оказалось возможным выполнить одностороннюю аднексэктомию. Одной из особенностей операций была невозможность полной перитонизации из-за инфильтративных изменений. Дренаж малого таза осуществлялся в течение 2-3 дней одно-двухпросветной трубкой, выведенной через дополнительный прокол передней брюшной стенки или через колютомоическое отверстие.

У 23 (12.5%) больных послеоперационный период осложнился нагноением раны, инфильтративными изменениями культи шейки матки, области придатков. Средний койкодень оперированных больных составил 14.5. Больные, лечившиеся консервативно, находились в стационаре в среднем 8 дней.

Гистологическое исследование операционного материала выяви-

ло, наряду с признаками воспаления в матке и придатках, очаги железистокистозной гиперплазии эндометрия у 17 (11%) пациенток.

В целях изучения особенностей микробного пейзажа цервикального канала нами проводилось исследование 86 женщин с вялотекущими хроническими заболеваниями придатков матки на фоне ВМС (после его удаления в стационаре) на предмет исключения хламидий как возможного возбудителя. Средний возраст больных составил 25.1 ± 6.2 лет. Основными жалобами являлись: тянущие тупые боли в низу живота у 67 (77%) больных, нарушение менструальной функции - у 59 (68.6%), патологические выделения из половых путей - у 43 (50%), зуд и жжение во влагалище и уретре - у 18 (20.9%), болезненная половая жизнь - у 23 (26.7%) пациенток. При объективном обследовании у всех больных определялись болезненные придатки матки. При проведении ультразвукового исследования кистозная дегенерация яичников выявлена у каждой четвертой пациентки. Длительность пребывания ВМС в полости матки составляла: 1-3 года у 45 (52.3%) больных, 3-5 лет - у 17 (19.8%), более 5 лет - у 24 (27.9%). Обращает внимание высокая частота выявления в этой группе больных эрозии шейки матки и кольпита - соответственно у 41 (47.7%) и 28 (32.6%) женщин.

В наших наблюдениях обследованная данной категории больных включало: микробиологические исследования биоценоза влагалища, мазки на хламидии для прямой иммунофлюоресцентной микроскопии (МФА), бактериологические посевы из цервикального канала и уретры.

В ходе обследования были выявлены: *Chl.trachomatis* - у 61 (70.9%) пациентки, *Staph.aureus* у 29 (33.7%), *E.coli* - у 19 (22.1%), *Mycoplasma hominis* - у 4 (4.7%), *Ureaplasma urealyticum* - у 2 (2.3%), *Trichomonas vaginalis* - у 6 (7%), *Gardnerella*

vaginalis - у 9 (10.5%), *Neisseria gonorrhoeae* - у 3 (3.5%), *Candida albicans* - у 14 (16.3%) больных. У 75 (87.2%) больных выявлены микробные ассоциации. Это позволяло подобрать для каждой конкретной больной высокоэффективный современный антибактериальный препарат или их сочетания.

Наиболее часто для этиотропной терапии хламидиоза применялись дополнительно следующие антибактериальные препараты: доксициклин (0.3-0.2 г/с), рифампицин (0.3-0.9 г/с).

Комплексное лечение вялотекущих хронических заболеваний придатков матки после удаления ВМС включало назначение иммуномодулятора тимогена (капли в нос) по 1 мл в сутки в течение 5 дней, ферментативных препаратов (трипсина или химотрипсина внутримышечно по 0.01 г в течение 5 дней) за 3-4 дня до начала менструации. Для местного лечения применялись вагинальные таблетки *Polydynax* ("Laboratoire innothera", Франция), по общепринятой методике. Учитывая тот факт, что большинство пациенток ранее неоднократно принимали антибактериальные препараты, при длительности лечения антибиотиками в течение 10 и более суток в комплексную терапию включались антигрибковые препараты; метронидазол и другие препараты назначались по показаниям. Большинство больных получали физиотерапевтические процедуры (фонофорез с 3% раствором тиосульфата натрия, террилитином и др.).

Клиническое выздоровление наступило у 82 (95.3%) пациенток, и больные были выписаны из стационара на амбулаторное лечение. Средний койко-день составил 12.3.

ВЫВОДЫ

Таким образом, учитывая вышеизложенное, можно сделать следующие выводы: введение ВМС является ответственной гинекологической операцией, требующей

тщательного отбора женщин с учетом противопоказаний; соблюдением правил асептики и антисептики, последующего строгого диспансерного наблюдения не менее двух раз в год с бактериологическим исследованием мазков. Развитие воспалительного процесса внутренних гениталий на фоне ВМС требует своевременной госпитализации, удаления ВМС и комплексного лечения, так как имеется тенденция к абсцедированию и распространению инфекции за пределы матки и придатков, что определяет объем оперативного вмешательства. Учитывая увеличение инфицированности хламидиями, как одного из трансмиссивных заболеваний, женщины с ВМС, особенно с вялотекущим воспалительным процессом, должны обследоваться на хламидии, и в комплексном лечении их должны быть использованы этиотропные антибиотики.

Литература

1. Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщины. Под ред. Э.К. Айламазяна, Материалы XX научной сессии НИИ акушерства и гинекологии им.Д.О.Отта, Л., 1991.
2. Кулаков В.И. и др. Оперативная гинекология. Руководство для врачей. М., 1990.
3. Савельева Г.М., Антонова Л.В. Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов женщины. М., Медицина, 1990.
4. Плеханов А.Н. Хронические сальпингоофориты. Клинико-морфологические аспекты. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - СПб, 1996.
5. Бондарев Н.Э. Оптимизация диагностики и лечения смешанных сексуально-трансмиссионных заболеваний в гинекологической практике. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - СПб, 1997.
6. Кира Е.Ф., Цвелев Ю.В., Кочеровец В.И. и др. Диагностика и лечение сексуально-трансмиссионных заболеваний в гинекологической практике. СПб, "Яблочко СО", 1996. - 47с.