

Л.В.ИВАНОВА, Л.Ш.ГОРБАКОВА,
Н.Л.НЕМЕТ

Кафедра акушерства и гинекологии
Российской Военно-медицинской академии,
Научно-исследовательский институт скорой
помощи им. И.И.Джанелидзе,
Санкт-Петербург

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ НА ФОНЕ ВНУТРИМАТОЧНЫХ СПИРАЛЕЙ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ

Инфекционно-воспалительные заболевания матки и придатков являются распространённой формой гинекологической патологии.

Во многих случаях эти заболевания связаны с применением внутриматочной контрацепции и часто приводят к нарушениям специфических функций женского организма.

Авторами обобщена современная литература. Проведён анализ этиологии, клинических особенностей течения, методов лечения (консервативного и хирургического), а также путей восстановления репродуктивной и эндокринной функций.

Воспалительные заболевания внутренних женских половых органов - наиболее часто встречающаяся гинекологическая патология. Они выявляются у 60-65% гинекологических больных, обращающихся в женские консультации, из них 20-30% нуждаются в стационарном лечении. Как правило воспалительный процесс возникает в молодом возрасте, в результате чего женщины теряют трудоспособность, лишаются счастья материнства, бесплодие возникает в 10-18% случаев, невынашивание беременности в 20-30%. По данным Г.М.Савельевой и Л.В.Антоновой, 70% женщин с сальпингитом моложе 25 лет, 75% - нерожавшие. По нашим наблюдениям, до 40% случаев таких заболеваний связаны с применением внутриматочной контрацепции. Этот вид предохранения от беременности чаще других способствует возникновению инфекционно-воспалительных заболеваний (ИВЗ) (рис 1).

Следует отметить что рассматриваемые заболевания редко встречаются в высокоразвитых странах, внутриматочные контрацептивы в них используют не более 2% женщин.

Целью нашего исследования являлось определение современных клинических особенностей воспалительных заболеваний матки и придатков матки (ВЗМиП) на фоне внутриматочных спиралей (ВМС), выявление и оптимизация подходов к лечению, а также обзор методов восстановления специфических функций у пациенток после перенесенных заболеваний.

Проведён анализ течения ВЗМиП на фоне ВМС у 234 больных в возрасте 18-48 лет, находившихся на лечении в гинекологическом отделении НИИ СП им. проф. И.И. Джанелидзе в 1998 году. Исследования не включали анализы крови, мочи, биохимические показатели крови, коагулограмму, бактериологические исследования общепринятыми методиками, УЗИ органов малого таза, гистологическое исследование операционного материала. Оценивались данные тестов функциональной диагностики (ТФД), в ряде случаев использовали полимеразную цепную реакцию (ПЦР).

Нами изучен риск возникновения ВЗ при использовании различных типов спиралей, рассчитан коэффициент риска заболеваний при использовании инертных и медьсодержащих спиралей (рис.2).

В ходе исследования отмечен высокий риск возникновения заболеваний у нерожавших. У небеременевших женщин в первый год после ношения ВМС воспалительные процессы, а впоследствии бесплодие отмечали в 6-8 раз чаще, чем у повторнобеременных.

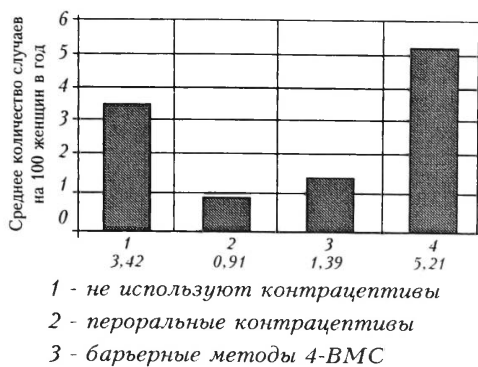
Выявлены различные клинические формы заболеваний на фоне ВМС (рис.3).

Установлено, что у 94,5% больных заболевание было связано с началом менструации и начиналось остро с появления

Установлено, что у 94,5% больных заболевание было связано с началом менструации и начиналось остро с появления



Рис.1. Частота ВЗМиП при использовании различных видов контрацепции.



Примечание: приведены данные по России.

Рис.2. Риск ИВЗ в зависимости от типа ВМС.

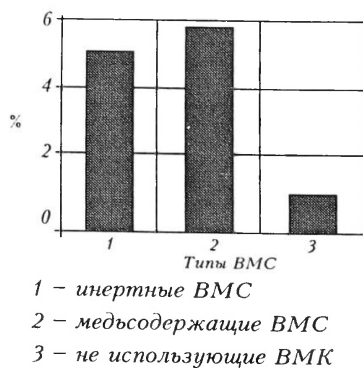
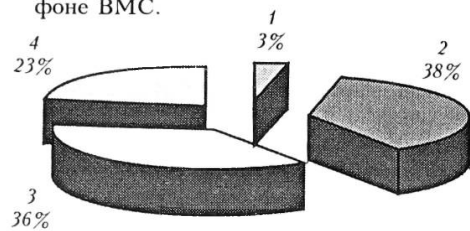


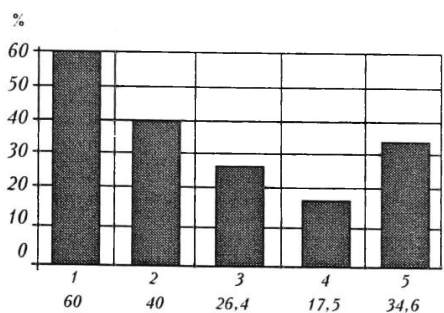
Рис.3. Клинические формы ВЗМиП на фоне ВМС.



1. Клинические формы с развившимся разлитым перитонитом
2. Метроэндометрит
3. Метроэндометрит + сальпингоофорит
4. Метроэндометрит + тубоовариальные абсцессы

болей в низу живота, лихорадки до 38 град. С, часто с ознобом, тошнотой, выделениями из половых путей слизисто-гноевидного или гнойно-геморрагического характера. У 5,5% больных начало заболевания было малосимптомным, боли в гипогастральной области ноющего характера проходили самостоятельно, субфебрильная температура тела, нормоценоз

Рис.4. Доля и значимость лабораторных показателей крови при острых ИВЗ на фоне ВМС.



- 1 - Анемия
- 2 - Лейкоцитоз
- 3 - Лейкопения
- 4 - Повышение ЛИИ
- 5 - Норма

и переходный тип биоценоза. Подобное начало не являлось показанием к удалению ВМС на амбулаторном этапе и в последующем заболевание переходило в тяжёлую форму. Заболеванием предшествовал неблагоприятный преморбидный фон в виде хронических очагов инфекции. Акушерско-гинекологический анамнез был отягощён в 100% случаев наличием хронических или перенесённых острых заболеваний, большим количеством аборт (3 и более) и их осложнениями, а также осложнённым течением родов и послеродового периода. В ряде случаев имело место длительное пребывание ВМС в полости матки (до 10 и более лет). Обострению нередко предшествовало нарушение менструального цикла. Возникновению воспалительных заболеваний матки и придатков способствовало введение ВМС при выполнении медицинского аборта. Особенно осложнялось течение

заболевания у тех больных, у которых в течение года были и роды, и аборт, и введение ВМС.

У больных старше 40 лет тяжесть течения и клинических проявлений заболевания была более выраженной, что требовало оперативного лечения на первые-вторые сутки с момента госпитализации.

Время от появления первых симптомов до госпитализации составляло в среднем 2-4 дня. Бактериологические посевы содержимого цервикального канала выявили преимущественно *E.coli*, *Staph. aureus*, *Pseudomonas aeroginosa*, *Streptococcus sp.*, *Klebsiella*. У 15% пациенток обнаружены гонококки, трихомонады. Данные лабораторных исследований представлены на рис. 4.

У больных, которым предстояли операции, отмечено снижение количества лимфоцитов до 10-15, что свидетельствует об иммунодефиците у

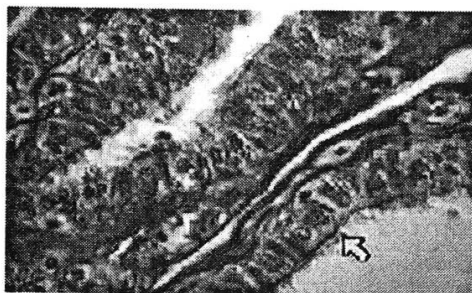


Рис. 5 Перисальпингит (см. стрелку). Окраска гематоксилином и эозином, ув.х100.

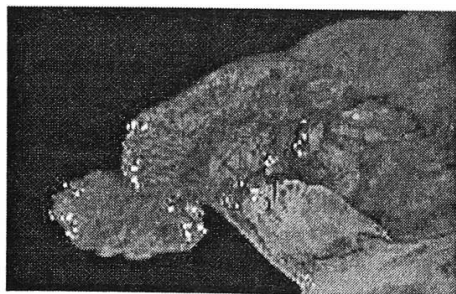


Рис. 6 Сальпиноофорит на фоне ВМС.

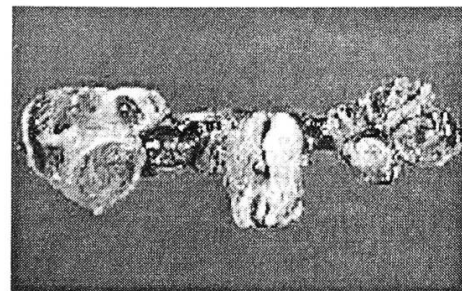


Рис. 7 Тубоовариальный абсцесс на фоне ВМС.

Рис. 8. Основные жалобы при хронических вялотекущих ВЗМиП на фоне ВМС.

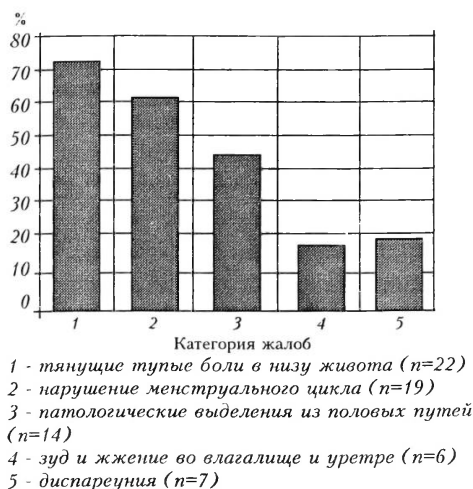


Рис. 9. Частота выявления кольпита и эрозии шейки матки при ИВЗ на фоне ВМС.

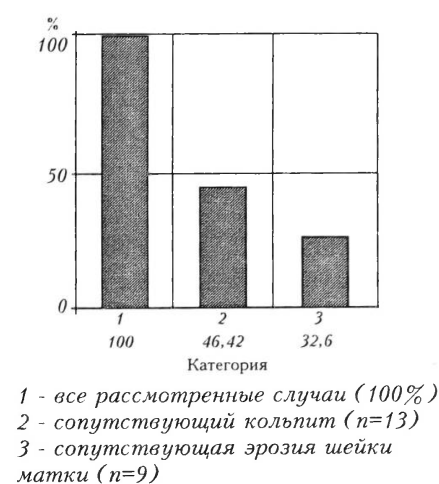
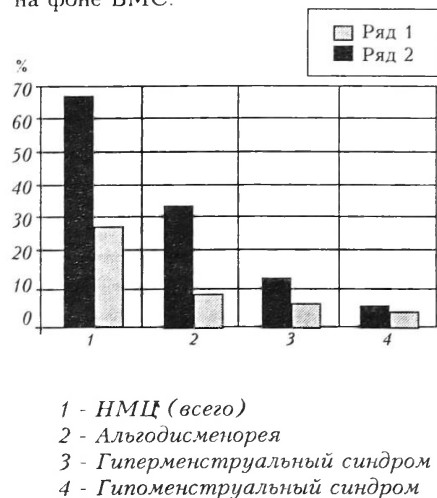


Рис. 10. Динамика показателей менструальной функции при лечении ИВЗ на фоне ВМС.



данной категории больных.

Проводилось комбинированное назначение антибиотиков, в соответствии с современной концепцией 2-фазного характера инфекционного процесса, согласно которой первыми блокируется спектр энтеробактерий для предотвращения перитонита и сепсиса. В последующем (параллельное действие на анаэробы) предотвращается множественное абсцедирование. На первом этапе комбинировались гентамицин и пиперацillin, на втором добавляется метронидазол. Вторая схема (гентамицин + клиндамицин) являлась наиболее эффективной в лечении смешанной инфекции, включая анаэробы. Наиболее важный препарат - клиндамицин, он оказывает стимулирующее

действие на хемотаксис и фагоцитоз как неспецифический фактор защиты, в терапевтических дозах проникает в фагоциты человека против градиента концентрации и накапливается в полостях, что позволяет считать этот препарат оптимальным при лечении тубовариальных и тазовых абсцессов. При специфической этиологии заболевания назначали доксициклин и рифампицин (3-я схема, которая обладает выраженной активностью к хламидиям и гонококкам, включая внутриклеточные штаммы).

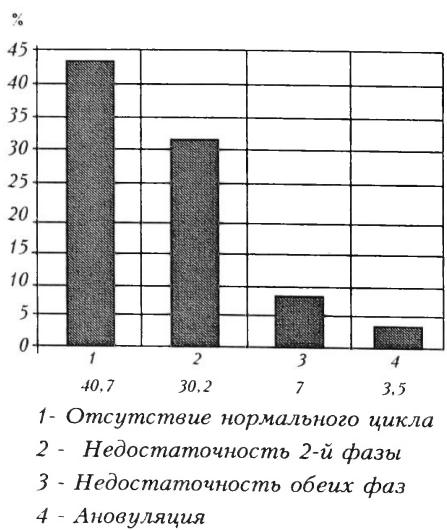
Отмечены положительные результаты эндолимфатического введения антибиотиков (гентамицин), применявшегося в тяжёлых случаях.

Оперативному лечению подвергались 26,5% больных, из них 3% на фоне разлитого перитонита по экстренным показаниям на момент поступления. Применялось лапароскопическое лечение с использованием 3 основных методов эндочирургии: эвакуация патологического выпота и санация брюшной полости растворами антисептиков; рассечение спаек между маточными трубами, яичниками и окружающими тканями; вскрытие гнойных тубовариальных образований, эвакуация гноя и санация этих патологических образований. Лапаротомические операции не были стандартными ни по объёму, ни по технике. Объём был адекватен выявленным при чревосечении изменениям: эк-

Микробиологический спектр возбудителей у женщин с вялотекущими хроническими ИВЗ на фоне ВМС в исследуемой группе (n=28)

Возбудитель	Выявленный процент	Число случаев, n
<i>Cl. trachomatis</i>	71,4	20
<i>Staph.aureus</i>	35,3	10
<i>E.coli</i>	21,42	6
<i>Micoplasma hominis</i>	14,2	4
<i>Trichomonas vaginalis</i>	7,1	2
<i>Gardnerella vaginalis</i>	10,71	3
<i>Candida albicans</i>	17,8	5
Полимикробные ассоциации	89,2	25

Рис. 11. Нарушение функции яичников, по данным ТФД, непосредственно после консервативного лечения ИВЗ/ВМС



экстирпация матки с придатками произведена у 3% женщин старше 45 лет, у 18% пациенток в возрасте до 45 лет была выполнена надвлагалищная ампутация или экстирпация матки с оставлением одного или обоих неизменённых яичников. Лишь у 4-х нерожавших женщин оказалось возможным выполнить одностороннюю аднексэктомию. Характерной особенностью операций была невозможность полной перитонизации из-за инфильтративных изменений. До оперативных вмешательств оценивался уровень гаптоглобина в крови, при повышении уровня более 10 мг/л изменения в придатках были необратимы.

Патогистологические исследования объективизировали диагноз, в случаях сальпингоофорита на фоне ВМС имелись макроскопические и микроскопические признаки перисальпингита и эндосальпингита. В четверти случаев выявлены тубоовариальные абсцессы (рис. 5,6,7).

Столь высокая частота абсцедирования свидетельствует о большей тяжести заболеваний на фоне ВМС. Наряду с признаками воспаления выявлены очаги железистокистозной гиперплазии эндометрия у 11%

пациенток.

Физиотерапевтическое и иммунокорректирующее лечение начинали проводить с первых суток послеоперационного периода. При этом отдавалось предпочтение трем лечебным факторам - переменному магнитному полю низкой частоты, низкоимпульсному лазерному воздействию и токам надтоновой частоты. В дополнение проводился 10-дневный курс препаратами тимуса. Послеоперационные осложнения наблюдались в 12% случаев. Средний койко-день оперированных больных составил 14,8, при консервативном лечении в среднем 8 дней.

В целях изучения особенностей микробного пейзажа цервикального канала проводилось обследование 28 женщин с вялотекущими хроническими заболеваниями придатков на фоне ВМС (после его удаления в стационаре) на предмет исключения хламидий как возможного возбудителя. Средний возраст больных составил $25,1 \pm 6$ лет. Основные группы жалоб и их диагностическая значимость представлены на рис. 8.

При обследовании у всех определялась болезненность придатков матки. При ультразвуковом исследовании кистозная дегенерация яичников выявлена у каждой четвертой пациентки. Обращает на себя внимание высокая частота выявления в этой группе больных эрозии шейки матки и кольпита (рис.9).

В ходе обследования были выявлены различные возбудители и их комбинации (таблица).

Для этиотропной терапии хламидиоза применялась комбинация доксициклин + рифампицин, в сочетании с иммуномодуляторами и ферментативными препаратами. Для местного лечения использовались вагинальные таблетки Polydinaх.

При длительности антибиотикотерапии в течение 10 и более суток в комплексную терапию включались противогрибковые препараты; метронидазол и другие препараты назначались по показаниям. Большинство пациенток получали физиотерапевтические процедуры.

Отмечена благоприятная динамика показателей менструальной функции в процессе консервативного лечения вялотекущих ИВЗ/ВМС (рис. 10).

Клиническое выздоровление наступило у 27 пациенток и они были выписаны на амбулаторное лечение. Средний койко-день составил 12,5.

Подтверждена необходимость коррекции гормональных нарушений у пациенток, перенесших ВЗМиП/ВМС. Нарушения функции яичников представлены на рис. 11.

Основные выводы

1. Необходим строгий контроль за применением ВМС, учёт показаний и противопоказаний, информированность пациенток о неблагоприятных последствиях, первых проявлениях заболевания и мерах профилактики. Предпочтение следует отдавать медьсодержащим ВМС, имеющим меньший риск возникновения ИВЗ. Необходимо проведение антибиотикопрофилактики у лиц с возможностью инфицирования, преимущество отдавать бесконтактному методу введения ВМС.

2. Необходимо раннее выявление и госпитализация в случаях ВЗМиП на фоне ВМС, удаление спирали как непреложное правило при любом виде лечения.

3. При ИВЗ на фоне ВМС тяжесть заболевания более выражена, чем в случаях, не связанных с ВМС, выше частота образования тубоовариальных абсцессов.

4. Оптимальным методом ле-

чения острого сальпингооофорита и tuboовариального абсцесса в репродуктивном возрасте является сочетание комплексной антибиотикотерапии с лапароскопической санацией и активным дренированием малого таза.

5. При наличии пиосальпинкса у женщин репродуктивного возраста на 1-м этапе лечения можно считать оправданным применение лапароскопии с параллельной комплексной общей и местной антибиотикотерапией.

6. Наиболее эффективные схемы, по нашим данным: гентамицин+клиндамицин, в случае хламидийной инфекции – рифампицин+доксциклин.

7. При лечении ВЗМиП на фоне ВМС необходим дифференцированный подход, у молодых пациенток и у женщин, не имевших детей, необходимо стремиться к сохранению репродуктивной функции путём выполнения органосохраняющих методик с использованием лапароскопического лечения.

8. При нарушении специфических функций после ВЗ/ВМС необходим комплекс медикаментозных и физических факторов для лечения этих нарушений и повышения качества жизни женщин; при трубном бесплодии необходимы лапароскопические или микрохирургические операции; при абсолютном трубном бесплодии требуется ЭКО, которое результативно в 40-50% случаев при условии использования агонистов гонадолиберина.

хирургической коррекции трубного бесплодия.
М., 1993, с. 6 - 19 .

3. Немет Н.Л. Восстановление и коррекция специфических функций женского организма при инфекционно-воспалительных заболеваниях придатков матки на фоне ВМС., СПб, 1999 , с.3-34.

4. Прилепская В.Н. Контрацепция (от репродуктивного периода до пременопаузы) «Акушерство и гинекология», 1997, № 5 , с. 56-60.

5. Стрижаков А.И, Подзолкова Н.М. Гнойно - воспалительные заболевания придатков матки . М., Медицина, 1996 , с. 69 - 86 , 120 -184 , 195 -225.

6. Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф., Кочеровец В.И., Баскаков В.П. Анаэробная инфекция в акушерско-гинекологической практике. «Питер». СПб, 1995. 312 с.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блюменталь П.Д., Макинтош Н. Краткое руководство по репродуктивному здоровью и контрацепции. Пер с англ . Мэриленд, М., 1995, с. 56 -72 .

2. Володин С.В. Альтернативный подход к