

## КРИТЕРИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МАТКИ И ПРИДАТКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

**Авторы считают, что использование предложенных критериев в условиях высококвалифицированного и специализированного стационара делает возможным выполнение, преимущественно малоинвазивными способами органосохраняющих операций у женщин репродуктивного возраста при гнойно-воспалительных заболеваниях матки и ее придатков.**

*В передовых странах мира в последнее десятилетие отмечается четкая тенденция проведения органосохраняющих операций на внутренних женских половых органах при их гнойно-воспалительных заболеваниях [Netzkir С. 1996]. Органосохраняющие операции при данной патологии стали возможны благодаря использованию новых медицинских диагностических и лечебных технологий, применению высокоэффективных лекарственных препаратов, качественному медицинскому обслуживанию [Савельева Г.М. и соавт. 1998].*

*В настоящее время даже при таких грозных осложнениях после кесарева сечения - как «несостоятельность швов на матке» в определенном проценте случаев при правильном использовании новейших достижений медицины удается сохранить анатомическую основу репродуктивной системы - матку и ее придатки [Краснопольский В.И., 1998].*

*Клинический опыт показывает, что основным методом лечения гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки по-прежнему остается хирургический. В большинстве лечебных учреждений России, к сожалению, при решении вопроса об объеме оперативного вмешательства предпочтение отдают органонуносящим операциям, что в первую очередь объясняется стремлением уменьшить риск развития тяжелых гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде. Вместе с тем известно, что наиболее часто воспалительные заболевания придатков матки диагностируются у женщин репродуктивного возраста, а «пик» заболеваемости приходится на период от 20 до 35*

*лет. Выполнение органонуносящих операций у женщин молодого возраста нарушает социальную адаптацию больных, приводит к неблагоприятным отдаленным последствиям, связанным с формированием синдрома удаления яичников и остеопороза [Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М., 1996].*

*Анализ литературных данных [Kottman L.M., 1995, Pipert J.F., 1996] и собственных клинических наблюдений показал, что выполнение органосохраняющих операций при гнойно-воспалительных заболеваниях матки и придатков возможно только в высококвалифицированном, многопрофильном учреждении, которое обладает необходимыми организационными, диагностическими, лечебными возможностями современной медицины. Только при комплексной диагностике возможно определение критериев позволяющих безопасно выполнить органосохраняющие операции при этих тяжелых заболеваниях.*

### **Материал и методы**

*Нами проведено комплексное обследование и лечение 58 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки (ГВЗПМ) в возрасте от 18 до 42 лет. Клинические формы заболеваний подтверждены интраоперационно: гнойный сальпингит (20 %), пиосальпинкс (36 %), гнойное tuboovarialное образование (44%). Также проведено обследование 32 больных с метрорэндометритами и токсико-резорбтивной лихорадкой в возрасте от 17 до 36 лет.*

### **Результаты исследования**

*Комплексное лечение больных с ГВЗПМ проводилось с учетом*

распространенности процесса, возраста, репродуктивного анамнеза, его основу составило хирургическое вмешательство. В зависимости от характера операции выделено две группы больных: 1 группа - 36 женщин, которым произведена операция путем лапаротомии; 2 группа - 22 больных - методом операционной лапароскопии, в том числе динамическая (на 3 - 5 сутки) у 3. Эндоскопические операции выполнены, как правило, у женщин молодого возраста с односторонними tuboовариальными образованиями, без разлитого перитонита. В 2-х случаях во время лапароскопии была произведена конверсия с переходом на лапаротомию.

Соотношение объема операций в 1 и 2 группах подтверждает возможность проведение ранних лапароскопических органосохраняющих операций, санации гнойных очагов. Удаление пиосальпинкса и аднексэктомия составили в 1 и 2 группах 69,4 % и 22,7% соответственно. Отдаленные результаты лечения были следующими: рецидив заболевания по группам соответственно 8,3% и 9%, потери менструальной функции - 38,8% и 9%; наступление беременности 0% и 18%.

У больных с метроэндометриями при септическом аборте с кровотечением, перфорацией матки, несостоятельностью швов на матке после малого кесарева сечения, абсцессами малого таза, выраженной полиорганный недостаточностью сразу показано адекватное оперативное лечение. В других случаях, у нерожавших женщин, в условиях специализированного хорошо оснащенного многопрофильного стационара возможно комплексное применение метода регионарной интраартериальной инфузии лекарственных препаратов в сочетании с ранней целенаправленной антибактериальной терапией, дифференцированной инфузионно-трансфузионной терапией, иммунотерапией, лечебным плазмаферезом, гипербарической оксигена-

цией и антигипоксантами.

Метод «малоинвазивной санации» первичного септического очага пролонгированным введением через брюшную аорту антибактериальных, дезагрегантных и иммунологических препаратов применялся у 32 больных. Концентрация антибиотиков в выделениях из матки у этих больных в среднем была в 2 раза выше при интрааортальном введении, чем при внутривенном. За последние пять лет появилось много новых эффективных антибиотиков. На наш взгляд для лечения гинекологического сепсиса лучше использовать цефалоспорины 3 поколения (роцефин, фортум, цефтриаксон, цефотаксин и др.); аминогликозиды 3 поколения (неотромицин, амикацин). При акушерском (гестационном) сепсисе предпочтительнее карбопены, типа тиенама и меранема, хотя бы на первом этапе для выведения больной из критического состояния, а так же цефалоспорины 4 поколения (максипин, кейтен), а вот интрааортальное введение уменьшает расход этих дорогих и очень эффективных препаратов.

Высокую эффективность использования предлагаемого комплекса лечения акушерско-гинекологического сепсиса подтверждают окончательные результаты лечения. В исследуемой группе погибли 3 (9,4%) больных, а в контрольной лечившихся традиционными методами - 11 (21,6%) из 51. В исследуемой группе у 20 (62,5%) удалось сохранить матку. В последующем у 9 из них были роды.

В наших исследованиях алгоритм диагностических мероприятий, наряду с традиционными, включал в себя применение экспресс-методов определения возбудителей инфекции, первичные иммунологические исследования, ЛКТ [Пигаревский В.Е., Мазинг Ю.А., 1981]. Эндогенная интоксикация оценивалась по лейкоцитарному индексу интоксикации (ЛИИ), уровню молекул средней массы, состояние про- и антиоксидант-

ных систем по уровню малонового диальдегида. Последнее время мы большое значение придаем определению уровня фибриногена и С-реактивного белка крови. Среди инструментальных методов исследования ведущее место занимает ультразвуковая диагностика с использованием вагинального датчика и лапароскопия.

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

1. Наличие выраженных деструктивных изменений в матке и ее придатках, определяемые не только клиническими, но и ультразвуковыми и эндовидеохирургическими методами.
  2. Септическое состояние больной, обусловленное хроническим течением гнойной инфекции, формированием множественных внутрибрюшинных абсцессов.
  3. Разлитой гнойный перитонит, обусловленный перфорацией tuboовариального абсцесса.
  4. Двухсторонние tuboовариальные абсцессы кистозно-солидной структуры, наличие множественных абсцессов в малом тазу, выраженные изменения в параметральной клетчатке.
  5. Длительность заболевания более 3 недель и поздняя обращаемость за врачебной помощью.
  6. Низкий социальный анамнез (алкоголизм, наркомания и др.).
  7. Признаки присоединения и генерализации анаэробной инфекции.
  8. Полиорганный недостаточность, являющаяся исходом процессов происходящих в матке и придатках.
- Органосохраняющие операции целесообразно выполнять у женщин нереализовавших свою репродуктивную функцию в возрасте до 35 лет.
- Большое значение при решении вопроса о возможности выполнения органосохраняющих операций имеет значение оценки защитных сил организма. В США для этих



целей широко используют определение интерлейкина-6, уровень которого более 150 нг/л. указывает на выраженную иммуносупрессию [Sweet R., 1997]. Однако в нашей стране этот метод малодоступен из-за очень высокой стоимости.

В наших наблюдениях большое значение придавалось оценке результатов первичного иммунологического исследования и определение ЛКТ (лизосомально-катионового теста). Считается, что при показателях ЛКТ 0,8 - 0,9 у.е. защитные силы организма находятся в критическом состоянии.

При проведении органосохраняющего лечения у больных с тяжелыми формами воспалительных заболеваний матки и придатков целенаправленная антибактериальная терапия должна проводиться с первых часов поступления больной. Применяются высокоэффективные современные химиотерапевтические препараты.

При наличии значительной эндогенной интоксикации, при которой ЛИИ больше 5 - 6, а уровень молекул средней массы 0,6 - 0,7 у.е. требуется проведение дезинтоксикационной терапии, которая должна включать в себя не только инфузионное лечение, но и проведение сеансов лечебно-плазмафереза и плазмасорбции.

Хорошо зарекомендовал себя, проведенный в нескольких наблюдениях, плазмаферез с предварительным «антимикробным ударом», который заключается в введении за несколько часов до сеанса плазмафереза максимальной допустимой одноразовой дозы антибиотика целенаправленного действия.

При дистрессе про- и антиоксидантных систем, проявляющемся повышении содержания малонового диальдегида до 8-12 мкмоль/л использовались антигипоксанты - олифен, эмоксипин, проводилась ГБО.

Высокие цифры С - реактивного белка при поступлении более 150 - 200 мг/л свидетельствовали об «адекватном» ответе

организма на гнойно-воспалительное заболевание и требовали срочного уменьшения микробной нагрузки - путем санирования очагов инфекции.

При концентрации фибриногена более 12-13 мкмоль/л проводилась тромболитическая терапия и вводился низкомолекулярный гепарин.

Иммунотерапия (ронколейкин, тимоген, Т-активин, декарис) строго основывалась на данных первичного иммунологического исследования.

При учете предлагаемых критериев и условий, у не рожавших женщин с септическими метрорендометритами и гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки возможно проведение органосохраняющего лечения.

У больных акушерского профиля, отсутствие в течении 2 - 3 дней эффекта от интенсивного консервативного лечения, являлось показанием к гистерэктомии.

## Заключение

Таким образом, результаты проведенных клинических исследований позволяют сделать вывод, что использование предложенных критериев в условиях высококвалифицированного и специализированного стационара делает возможным выполнение, преимущественно малоинвазивными способами органосохраняющих операций у женщин репродуктивного возраста при гнойно-воспалительных заболеваниях матки и ее придатков.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Краснопольский В.И. Сочетанная хирургическая и антибактериальная санация органов малого таза в восстановлении репродуктивного здоровья и гормонального гомеостаза // Актуальные вопросы инфекций в акушерстве и гинекологии / Материалы совместного Пленума Межведомственного Научного Совета по акушерству и гинекологии РАМН и Всерос. Науч. -

практич. конф. - СПб, 1998. - С. 28-29.

2. Пигаревский В.Е., Мазинг Ю.А. К методике применения лизосомально-катионового теста в лабораторной практике // Лабораторное дело. - 1981. - № 10. - С. 14-19.

3. Савельева Г.М., Евсеев А.А. Бреусенко В.Г., Штыров С.В. Современные аспекты острых воспалительных заболеваний внутренних половых органов // Актуальные вопросы инфекций в акушерстве и гинекологии / Материалы совместного Пленума Межведомственного Научного Совета по акушерству и гинекологии РАМН и Всерос. Науч. - практич. конф. - СПб, 1998. - С. 35.

4. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойно-воспалительные заболевания придатков матки. - М.: Медицина. - 1996. - 256 с.

5. Kottman L.M. Pelvic inflammatory diseases pid: clinical overview // J. - Obstet. - Gynecol-Neonat-Nnrs. - 1995. - Oct; 24 (8). - P. 759-67.

6. Newkir C. Pelvic inflammatory disease: a contemporary approach // Am. -Fam-Physician. - 1996. - Vol. 53, № 4. - P. 1127-35.

7. Pipert J.F., Boarmak L. Laboratory evolution of acute upper genital tract infection // J. Obstet. - Gynecol. - 1996. - № 87. - P. 730-736.

8. Sweet R. Diagnosis and treatment of acute salpingitis // J.Reprod. Med. - 1997. - Vol. 64, № 2. - P. 19-23.