

Э. В. Комличенко,
Б. Л. Цивьян, Л. В. Иванова,
Р. В. Уракова, Т. М. Зубарева

Отделение гинекологии
Александровской больницы, Санкт-Петербург;
Кафедра акушерства и гинекологии
им. А.Я. Красовского Российской
Военно-медицинской академии,
Санкт-Петербург

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

■ Проблема инфекционно-воспалительных заболеваний — одна из наиболее актуальных в современной гинекологии. С внедрением лапароскопической техники изменились подходы к диагностике и лечению этой патологии. Вашему вниманию представляется анализ нашего опыта применения эндовидеохирургической техники в диагностике и лечении инфекционно-воспалительных заболеваний матки и придатков.

■ **Ключевые слова:** острые инфекционно-воспалительные заболевания малого таза, лапароскопия, органосберегающее лечение.

К гнойным заболеваниям придатков матки относятся острый гнойный сальпингит, пиосальпинкс, пиовар и tuboовариальный абсцесс. Объем оперативного вмешательства при гнойно-воспалительных заболеваниях внутренних половых органов зависит от характера процесса и возраста пациентки. В настоящее время лапароскопия является одним из наиболее перспективных методов в неотложной гинекологии, что отмечено многими отечественными и зарубежными авторами [2,3,5]. При остром гнойном сальпингите без деструктивных изменений показана санация и дренирование брюшной полости. При tuboовариальных образованиях у женщин репродуктивного возраста предпочтительно выполнение органосберегающих операций. В возрасте старше 40 лет показаны радикальные вмешательства с удалением очага инфекции.

По статистическим данным инфекционно-воспалительные заболевания матки и придатков занимают ведущее место в структуре гинекологической патологии. Распространенные тяжелые формы гнойно-септических заболеваний органов малого таза у женщин нередко приводят к бесплодию [1,4,6], а порой и к инвалидизации больных.

Цель работы

1. Проведение сравнительного анализа методов диагностики и лечения пациенток с инфекционно-воспалительными заболеваниями матки и придатков (ИВЗМиП).
2. Определение роли и возможности лапароскопической технологии в диагностике и лечении данной патологии.
3. Оценка клинико-экономической эффективности применения современных медицинских технологий (СМТ) в диагностике и лечении ИВЗМиП.

Материалы и метод

Проведен анализ диагностических и лечебных мероприятий у 2587 пациенток, госпитализированных по неотложным показаниям в Александровскую больницу Санкт-Петербурга с острыми ИВЗМиП в период 1996–2002 год. Всем пациентам при поступлении в стационар проводился стандартный комплекс диагностических исследований, включая микробиологическую диагностику и УЗИ органов малого таза.

Результаты исследования

Возраст больных варьировал от 16 до 76 лет. Большая часть из них находилась в активном репродуктивном возрасте (табл. 1).

При анализе менструальной функции каких-либо особенностей или отклонений от нормы не отмечено.

Таблица 1

Возрастная характеристика больных с острыми ИВЗМиП

Возраст, лет	Количество пациенток
От 16 до 25	854
От 26 до 35	1245
От 36 до 45	339
От 46 до 76	149
Всего	2587

Таблица 2

Перенесенные гинекологические заболевания пациенток с ИВЗМиП

Гинекологические заболевания	Количество больных	
	абс.	%
Инфекционно-воспалительные заболевания гениталий	893	34
Инфекционно-воспалительные заболевания гениталий + эрозия шейки матки	474	18
Эрозия шейки матки	207	8
Острая гонорея	103	4
Апоплексия яичника	51	2
Миома матки	57	3
Аденомиоз	26	1
Дисфункциональное маточное кровотечение	103	4
Всего	1914	74

Таблица 3

Характер выделений из цервикального канала у пациенток с ИВЗМиП

Характер выделений	Количество больных	
	абс.	%
Кровянистые	403	15,6
Гноевидные	1578	61
Слизистые	605	23,4

На перенесенные ранее гинекологические заболевания указывали 74% пациенток, более половины ранее перенесли инфекционно-воспалительные заболевания гениталий (табл. 2).

Из анамнеза известно, что внутриматочные вмешательства имели место у 29% больных. Наличие внутриматочного контрацептива (ВМС) при поступлении отмечено у 9% больных. У 14% пациенток он удален амбулаторно при обращении в женскую консультацию с жалобами на боли 1–5 дней назад, остальным в стационаре в день обращения.

При поступлении общее состояние было оценено как удовлетворительное у 84% больных, средней тяжести у 13%. Явления пельвиоперитонита отмечались клинически у 7–8% пациенток.

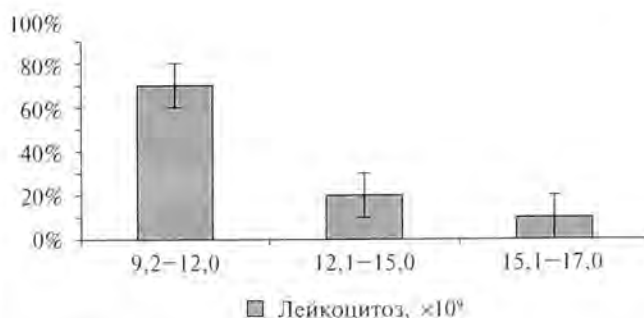


Рисунок. Выраженность лейкоцитоза у обследованных больных

У 92% заболевание началось с болей в нижних отделах живота, 68% пациенток связывали начало заболевания с последней менструацией, значительное количество больных указывало на повышение температуры тела.

У всех пациенток при осмотре определялись:

- болезненность передней брюшной стенки при пальпации живота в нижних отделах (100%);
- слабopоложительные симптомы раздражения брюшины (12%);
- положительные симптомы раздражения брюшины (6%).

Характер выявленных при гинекологическом исследовании выделений из цервикального канала представлен в табл. 3.

Лабораторные показатели красной крови оставались в пределах нормы, показатели числа лейкоцитов показаны на рисунке.

Среди больных, поступавших в хирургический стационар с диагнозом «острый живот», у 72 (3%) диагностирован острый сальпингоофорит (табл. 4).

Всем пациенткам проводилось комплексное этиопатогенетическое лечение, больные находи-

Таблица 4

Расхождение диагнозов у пациенток с ИВЗМиП

Предварительный диагноз	Диагноз при лапароскопии
Внематочная беременность (n=10)	Острый катаральный сальпингит (n=22)
Апоплексия яичника (n=2)	
Острый аппендицит (n=10)	
Внематочная беременность (n=7)	Острый катаральный сальпингит, пельвиоперитонит (n=22)
Острый аппендицит (n=9)	
Острый аднексит (n=6)	
Острый аднексит (n=15)	Острый гнойный сальпингит, пельвиоперитонит (n=15)
Острый аппендицит (n=5)	
Острый аднексит (n=8)	Острый аднексит с образованием одно- или двухсторонних пиосальпингсов (n=13)

лись под динамическим наблюдением. У 26% пациенток на фоне проводимой терапии не наблюдалось регресса симптоматики, в связи с чем, им произведено оперативное лечение через 3–6 часов после поступления. Несмотря на проводимую терапию и временное улучшение состояния больных, у 22% происходило постепенное нарастание признаков заболевания и им проводилось оперативное лечение через 7–12 часов от поступления.

По характеру лечения больные были распределены на три группы:

- консервативное лечение — 1847 больных (72%);
- лапароскопический метод — 388 больных (15%);
- традиционные хирургические методы — 352 больных (13%).

В первую группу консервативно пролеченных больных из общего числа входили 1847 пациенток с острым двухсторонним сальпингоофоритом, основной причиной которых явились инфекции, передаваемые половым путем (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз), то есть наличие хронического воспалительного процесса в анамнезе.

Во второй группе методом традиционной лапаротомии было пролечено 352 пациентки. У 70% было зарегистрировано острое воспалительное заболевание органов малого таза на фоне ВМС, осложненное метрэндометрием, одно- и двухсторонними tuboовариальными образованиями, тазовым перитонитом, вторичным аппендицитом. Объем оперативного вмешательства включал в себя экстирпацию матки с придатками в 32%, надрывагалищную ампутацию матки с придатками в 3%, одно- и двухстороннюю аднексэктомию в 65% случаев.

В третьей группе методом лапароскопии было пролечено 388 пациенток в возрасте от 16 до 76 лет. Показаниями к экстренной лапароскопии было наличие объемного воспалительного образования в придатках и болевого синдрома, симптомов общей интоксикации, клиники «острого живота», обусловленными пельвиоперитонитом. В 221 случае выполнены санация и дренирование брюшной полости. В 167 случаях выявлены одно- или двухсторонние гнойные об-

разования придатков, в связи с чем производилась тубо-, оварио- или аднексэктомия.

В 10 случаях был выявлен острый аппендицит, что послужило основанием для выполнения лапароскопической аппендэктомии. У 25 больных осуществлен переход на традиционную операцию. Причиной тому были:

- спайчный процесс органов малого таза III–IV ст. — 13 больных;
- разлитой перитонит — 2 больных;
- большие размеры гнойных образований — 10 больных.

При выделении придатков, как правило, использовалась техника «тупой диссекции» и аквадиссекция, и лишь при наличии грубых сращений применяли ножницы и/или монополярный электрод. При больших размерах абсцесса в придатках его предварительно опорожняли через переднюю брюшную стенку пункционной иглой, подсоединенной к аспиратору-ирригатору. Отсечение удаляемых образований осуществлялось моно- или чаще биполярной коагуляцией с адекватным гемостазом. Дренировали малый таз двумя дренажами, один из которых — микроирригатор для введения антибиотиков и антисептиков. Удаляли препараты в контейнере или 18 мм эвакуатором фирмы «Ethicon», при больших размерах — через заднюю кольпотомию.

Продолжительность операции зависела от степени выраженности спайчного процесса и связанной с этим необходимостью разделения сращений для восстановления нормальных анатомических соотношений органов малого таза (табл. 5).

Виды проведенных оперативных вмешательств:

- лапароскопия, санация, дренирование органов малого таза (ОМТ);
- лапароскопия, лизис спаек, санация, дренирование ОМТ;
- лапароскопия, лизис спаек, вскрытие пиосальпинксов, санация, дренирование ОМТ;
- лапароскопия, лизис спаек, тубэктомия, санация, дренирование ОМТ;
- лапароскопия, лизис спаек, аднексэктомия, санация, дренирование ОМТ.

В дальнейшем проводилось комплексное лечение: инфузионная, дезинтоксикационная, антибактериальная физиотерапия. 12 больным, у которых 2–3 дня сохранялась клиника пельвиоперитонита с явлениями пареза кишечника, выраженная лихорадка, интоксикация, проводилась санационная динамическая лапароскопия с последующим дренированием.

У 17 больных (4,3%) отмечено нагноение послеоперационных ран. В одном случае на четвер-

Таблица 5

Продолжительность оперативных вмешательств при ОИВЗМяП

Время, мин	Число больных
30–40	48 (12,4%)
41–60	260 (67%)
61–70	68 (17,6%)
71–90	2 (3%)

тые сутки была диагностирована грыжа послеоперационной раны пряжкой большого салника, которую устранили лапароскопически.

После операции назначался общий режим, прием жидкости — спустя 3–4 часа после вмешательства. Щадящая диета в течение 2–3 дней постепенно расширялась до обычного режима питания после стула у больной.

Для купирования болевого синдрома применялись ненаркотические анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства в свечах. Проводилась общепринятая инфузионная, антибактериальная терапия в сочетании с физиотерапией. После нормализации температурной реакции в течение 3 дней пациентка переводилась на пероральные антибиотики.

Дренажи удаляли на 1–3 сутки после операции с учетом качественного и количественного состава отделяемого. Швы снимали на 6–7 сутки.

Сохраняющаяся в течение 2–3 дней лихорадка, выраженный болевой синдром, парез кишечника, интоксикация являются веским показанием для проведения санационной динамической релапароскопии.

Выписка производилась не ранее 5 суток после операции с последующим амбулаторным лечением в условиях женской консультации, включающим антибактериальную, противовоспалительную и физиотерапию.

При лечении больных гнойно-септическими заболеваниями следует отметить, что наиболее затратным является койко-день, только прямые затраты — медикаменты, питание в 2001 г. составляли от 245 рублей в сутки на человека до 2500–3000 рублей при генерализованных, распространенных формах гнойно-септических заболеваний. Применение хирургических методов лечения практически всегда приводит к сокращению койко-дня, при этом себестоимость традиционной операции значительно выше: экстир-

пация матки — 2833,53 рубля, надвлагалищная ампутация матки — 1877,29 рубля, операции на придатках матки — 1873,58 рубля, в то же время стоимость лапароскопической тубэктомии составляет 935,01 рубля (табл. 6).

Выводы

1. Лапароскопия является высокоинформативным методом диагностики и лечения острых инфекционно-воспалительных заболеваний в гинекологии. Метод позволяет выявить характер воспалительного заболевания, его распространенность, выраженность спаечного процесса, наличие гнойных образований, произвести адекватное оперативное лечение.

2. Эндовидеохирургический доступ позволяет выполнять органосохраняющие операции у женщин репродуктивного возраста. Существенно снижается длительность и стоимость лечения. Показанием к лапароскопическому лечению ИВЗМиП является наличие гнойно-воспалительных образований придатков матки и/или пельвиоперитонита у молодых не рожавших женщин и у пациенток с неэффективной консервативной терапией.

3. К противопоказаниям для лапароскопического лечения ИВЗМиП следует относить:

- разлитой гнойно-фибринозный перитонит;
- выраженный спаечный процесс в малом тазу;
- крупные размеры воспалительных образований — свыше 10–12 см.

4. В результате сравнения с традиционными операциями при воспалительных заболеваниях придатков, лапароскопические имеют ряд преимуществ:

- значительное сокращение сроков лечения (средний койко-день после лапароскопии 7,2; лапаротомии 18,2);
- меньшая инвазивность;
- низкая частота осложнений;
- меньший спаечный процесс в зоне операции.

Таблица 6

Средняя себестоимость лечения больных с ИВЗМиП

Методы лечения	Средний койко-день	Себестоимость оперативного пособия (руб.)	Общая себестоимость лечения (руб.)
Консервативная терапия	18,2		4459
Консервативная терапия плюс традиционные операции	12,1	1873–2833	4837–5797
Консервативная терапия плюс лапароскопические операции	7,2	935,01	2334

Литература

1. Борисов А.Е., Цивьян Б.Л. и др. Видеозендоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства. Руководство для врачей. — СПб., 2002. — С. 319–333.
2. Буянова С.Н., Шукина Н.А. Актуальные вопросы диагностики и тактики ведения больных с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 1996. — № 1. — С. 73–76.
3. Краснополяский В.П. 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.
4. *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.
 5. *Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М.* Гнойно-воспалительные заболевания придатков матки. — М.: Медицина, 1996. — С. 69–86, 120–184, 195–225.
 6. *Цивьян Б.Л. и соавт.* Лапароскопия в клинике неотложной гинекологии. Сб. тр.: Эндоскопия в гинекологии. — М., 1999. — С. 269–274.
 7. *Cianci A., Tempera G., Roccasalva L. et al.* Laparoscopy diagnosis of chlamydial salpingitis using atubal cytobrush. Fertility and Sterility. — 1994, 61, 181.
 8. *De Wilde R., Hesseling M.* Tube-preserving diagnostic operative laparoscopy in pyosalpinx. Gynaecological Endoscopy. — 1995, 105–108.
- NEW POSSIBILITIES FOR THE TREATMENT OF ACUTE INFECTION-INFLAMMATORY DISEASES OF PELVIC ORGANS
- Komlichenko E.V., Tsivian B.L., Ivanova L.V., Urakova R.V., Zubareva T.M.
- **The summary:** The problem of PID is one of more actual in modern gynecology, with include laparoscopic techniques ways for diagnostics and treatment altered for this kind of pathology. For yours attention represent analysis of our experience using laparoscopic techniques for treatment of pelvic inflammatory disease.
- **Key words:** pelvic acute infectious, inflammatory diseases, laparoscopy.