

Т. А. Макаренко, Е. С. Серикова, О. В. Перьянова

Красноярский государственный медицинский университет
им. В. Ф. Войно-Ясенецкого
ул. Партизана Железняка, 1, Красноярск, 660022, Россия
Городская клиническая больница № 6 им. Н. С. Карповича
ул. Курчатова, 17, Красноярск, 660062, Россия
E-mail: makarenko7777@yandex.ru

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ

В работе выявлены особенности течения воспалительных процессов среди групп женщин на фоне внутриматочных контрацептивов и без них. Представлен подробный микробиологический анализ возбудителей, вызывающих гнойные воспалительные заболевания придатков матки. На основании проведенного исследования предложены схемы антибактериальной терапии. В работе представлен опыт использования метода сочетанного органосохраняющего лечения гнойных воспалительных заболеваний придатков матки у женщин репродуктивного возраста, который заключается в проведении лапароскопии с последующей длительной внутриартериальной инфузией лекарственных препаратов.

Ключевые слова: гнойное воспаление придатков матки, антибиотики, лапароскопия, внутриартериальная инфузия.

Введение

Гнойные воспалительные заболевания придатков матки (ГВЗПМ) представляют собой не только медицинскую, но и серьезную социально-экономическую проблему. ГВЗПМ – болезнь молодых женщин. Пик заболеваемости приходится на возраст 16–25 лет. Кроме того, отмечено повышение частоты ГВЗПМ матки на 13 % в общей популяции женщин репродуктивного возраста и на 25 % у женщин, использующих ВМК. При этом нарушения репродуктивной системы возникают у каждой второй женщины, перенесшей ГВЗПМ, а частота внематочной беременности возрастает у женщин перенесших ГВЗПМ в 10 раз [1; 2].

Причины возникновения ГВЗПМ различны. При проведении анализа 589 случаев ГВЗПМ за 5 лет (материалы гинекологического отделения МУЗ ГКБ № 6 им. Н. С. Карповича г. Красноярск) мы выяснили, что наиболее часто причиной этих заболеваний являлись ИППП и длительное использование (более 5 лет) внутриматочных контрацептивов (ВМК), реже внутриматочные вмешательства и хирургическая патология (вторичное вовлечение придатков матки):

- 1) наличие ИППП (гонорея – до 25–50 %, хламидиоз – 25–30 %) – 46 %;
- 2) использование ВМК (несоблюдение правил и сроков использования) – 52 %;
- 3) внутриматочные вмешательства (аборты, роды и др.) – 0,5 %;
- 4) хирургические заболевания (аппендицит и др.) – 1,5 %.

В своей работе мы пользуемся классификацией ГВЗПМ, предложенной В. И. Краснопольским, в соответствии с которой все ГВЗПМ делятся на неосложненные, к которым относится только гнойный сальпингит; и осложненные – все осумкованные гнойные придатковые образования (пиосальпинкс, абсцесс яичника, пиоварум, гнойная tuboовариальная опухоль).

Несмотря на все достижения клинической фармакологии и оперативной гинекологии, лечение воспалительных заболеваний органов малого таза остается одной из самых сложных задач. Для определения тактики лечения ГВЗПМ необходимо учитывать следующие моменты:

- 1) неосложненные и осложненные формы ГВЗПМ отличаются по этиологии, клинической и патоморфологической картине;

2) возбудители инфекций претерпевают адаптационные изменения к антибактериальной терапии;

3) в основе воспаления лежит нарушение баланса между синтезом про- и противовоспалительных цитокинов, приводящее к усилению системных и локальных признаков инфекционного процесса [3].

В то же время вопросы терапии ГВЗПМ за последние несколько лет претерпели значительные изменения. Это обусловлено появлением многочисленных лекарственных препаратов, их бесконтрольным применением, появлением новых хирургических технологий, а также изменением спектра возбудителей воспалительных заболеваний [3].

Цель исследования – изучить особенности микробного пейзажа в очаге воспаления у женщин с ГВЗПМ и предложить схемы рациональной антибактериальной терапии.

Материал и методы

На базе гинекологического хирургического отделения городской клинической больницы № 6 им. С. Н. Карповича г. Красноярска нами было проведено обследование и лечение 61 больной с осложненными формами ГВЗПМ. Учитывая различные механизмы развития этих заболеваний, все пациентки были разделены на 2 группы: группа А – 27 женщин, у которых ГВЗПМ развилось на фоне длительного применения ВМК, и группа В – 34 пациентки без ВМК.

В структуре ГВЗПМ у обследуемых больных наблюдались только осложненные формы заболевания, при этом чаще встречались: гнойная tuboовариальная опухоль с одной стороны – у 26 больных (63,4 %); гнойная tuboовариальная опухоль с обеих сторон – у 1 больной (2,4 %); двухсторонние пиосальпинксы – у 7 больных (17,1 %); односторонний пиосальпинкс – у 4 больных (9,8 %); односторонний пиоварум – у 3 больных (7,3 %).

С целью изучения особенностей микробного пейзажа возбудителей ГВЗПМ у женщин различных групп нами было выполнено два этапа исследований. На первом этапе производился забор материала, бактериологический посев микроорганизмов с последующей их идентификацией. На втором этапе изучали антибиотикочувствительность выделенных культур микроорганизмов. Для бактериологического исследования

производился забор содержимого цервикального канала, выпота в брюшной полости и биоптата из гнойного очага воспаления. Выпот из брюшной полости и ткани воспалительно-измененных придатков матки забирались интраоперационно до начала назначения антибактериальных препаратов. Культивирование микроорганизмов осуществлялось как в аэробных, так и в анаэробных условиях.

Идентификация выделенных культур проводилась с учетом морфотинкториальных, культуральных и биохимических свойств. Для идентификации аэробных, факультативно-анаэробных микроорганизмов использовали методы традиционной бактериальной таксономии; для идентификации анаэробных микроорганизмов применяли тест-системы rapid ID 32A фирмы «bioMérieux» (Франция) с последующей компьютерной обработкой результатов (программа APIlab).

Чувствительность аэробных, факультативно-анаэробных культур к антибиотикам определяли диско-диффузионным методом на среде Мюллера – Хинтона с использованием стандартных дисков с антибиотиками фирмы BIO-RAD. Для контроля полученных результатов использовали референтные штаммы *S. aureus* ATCC 25923, *E. coli* ATCC 25922, *P. aeruginosa* ATCC 27853. Антибиотикочувствительность анаэробных культур определяли с помощью систем АТВ АНА фирмы «bioMérieux» (Франция).

Результаты исследования и обсуждение

В результате проведенного исследования нами были выявлены различия в характеристиках женщин обеих групп. Так, пациентки группы А были несколько старше (средний возраст 42,2 года, заболевание у них развивалось на фоне длительного использования ВМК (в среднем в течение 6,5 лет), чаще это был односторонний процесс в виде гнойной tuboовариальной опухоли (более 56 %), сопровождающийся тяжелой деструкцией тканей, абсцессом Дугласова пространства, параметритом, межкишечными абсцессами, нередко наблюдалось вовлечение в воспалительный процесс соседних органов (в 24 % случаев). Средний возраст пациенток группы В составил 30,5 лет, в анамнезе у большинства из них отмечались ИППП (77 %

случаев). Воспалительный процесс в придатках чаще был двусторонним в виде пиосальпинксов (в 78 %), реже односторонним (22 %), во всех случаях сопровождался диффузным пельвиоперитонитом.

Результаты посевов из очага поражения: у больных группы А достоверно чаще высеивались строгие анаэробы – в 79 % случаев. У пациенток группы В чаще высеивались либо только аэробы (52 %), либо ассоциации факультативных аэробов с анаэробами (48 %).

Кроме того, у женщин группы А достоверно чаще микрофлора в очаге гнойного воспаления была представлена микроорганизмами рода *Eubacterium* и *Fusobacterium nucleatum*, *Chlamydia trachomatis* была обнаружена лишь в 11 %. В группе В преобладали микроорганизмы рода *Staphylococcus* (29,4 %) и *Chlamydia trachomatis* (43 %).

У женщин группы А в 94 % случаев выделенные из очага воспаления – анаэробные микроорганизмы были устойчивы к метронидазолу, в 12,5 % – к клиндамицину, в 6,2 % – к амоксициллину. Микроорганизмы рода *Staphylococcus* были устойчивы в 40 % случаев к линкомицину и эритромицину, в 20 % – к доксициклину и левомицетину.

Все анаэробные культуры были чувствительны к цефалоспорином II поколения (цефотетан, цефокситин), тикарциллину / клавулановой кислоте, амоксициллину / клавулановой кислоте, имипенему, хлорамфениколу. Выделенные аэробные культуры у пациенток группы В были чувствительны к цефалоспорином II, III и IV поколения (цефепим), ципрофлоксацину, линкомицину, аминогликозидам.

Микрофлора цервикального канала у женщин обеих групп в основном была представлена: *Corynebacterium*, *Staphylococcus*, *Streptococcus* (в том числе и анаэробными), дрожжеподобными грибами рода *Candida*. При этом корреляции между микрофлорой цервикального канала и микрофлорой, выделенной из брюшной полости, не было выявлено ни в одном из случаев.

На основании проведенного исследования нами были предложены различные схемы антибактериальной терапии больных с ГВЗПМ с учетом особенностей этиологии заболевания. В случаях возникновения заболевания на фоне использования ВМС считаем целесообразным применение ингибиторозащищенных пенициллинов в виде

монотерапии, например; аугментин 1,2 г в/в капельно 3–4 раза в сутки; при улучшении состояния аугментин 1000 мг per os 2 раза в сутки до 14 дней.

Рекомендуемые схемы лечения больных с ГВЗПМ, развившихся без применения ВМС:

1) аугментин 1,2 г в/в 3–4 раза в сутки + антихламидийный препарат; при улучшении состояния аугментин 1000 мг × 2 раза в сутки × 14 дней + антихламидийный препарат;

2) цефтриаксон 2,0 в/в кап. 1 раз в сутки + метронидазол 500 мг в/в кап. 3 раза в сутки + антихламидийный препарат (доксициклин, офлоксацин или сумамед).

В развитых странах мира в последнее десятилетие наметилась четкая тенденция в определенных случаях к выполнению органосохраняющих операций на внутренних женских половых органах при их гнойно-воспалительных заболеваниях [4–7].

С 2007 г. нами используется метод сочетанного органосохраняющего лечения ГВЗПМ у женщин репродуктивного возраста, который заключается в проведении лапароскопии с последующей длительной внутриартериальной инфузией лекарственных препаратов. На сегодняшний день нами пролечено 14 женщин с ГВЗПМ. Средний возраст больных составил 25,7 лет.

Гнойный сальпингит диагностирован лишь у 3 больных, во всех остальных случаях наблюдались осложненные формы ГВЗПМ. У всех больных присутствовали клиничко-морфологические признаки пельвиоперитонита.

В ходе проводимой лапароскопии у 6 больных (в 42,8 % случаев) нами диагностировался синдром Фитц – Хью – Куртиса или перигепатит, который считается признаком специфической природы заболевания, является следствием вовлечения в воспалительный процесс капсулы печени и характеризуется образованием спаек между печенью, диафрагмой и париетальной брюшиной передней стенки.

Эндоскопическим доступом были выполнены следующие объемы оперативных вмешательств: разъединение спаек и сращений, вскрытие пиосальпинкса, аспирация гноя из маточной трубы, резекция яичника (при наличии абсцесса яичника), санация пиосальпинкса и брюшной полости растворами антисептиков, дренирование малого таза.

При этом нами учитывались следующие противопоказания для проведения органно-сберегающих эндоскопических вмешательств при ГВЗПМ:

- 1) наличие обширных деструктивных изменений матки и ее придатков;
- 2) наличие разлитого гнойного перитонита;
- 3) множественные внутрибрюшные абсцессы;
- 4) генерализация инфекционно-воспалительного процесса, полиорганная недостаточность (сепсис).

После завершения хирургического этапа лечения, выполненного лапароскопическим доступом, всем пациенткам была проведена длительная внутриартериальная перфузия лекарственных средств.

Первый этап (установка внутриартериального катетера) проводился в рентгеноперационной, оснащенной универсальной рентгенологической установкой с наличием электронно-оптического преобразователя. Установка катетера производилась хирургом-интервенционистом. Использовался трансформальный ретроградный путь, основанный на пункции бедренной артерии и применении специальной проводниковой техники по Сельдингеру. После установки катетера на уровне внутренней подвздошной артерии проводилась его фиксация к коже шелковым швом, накладывалась асептическая повязка.

После установки катетера на II этапе, к нему подключался перфузомат. Данное устройство предназначалось для проведения строго дозированной инфузионной терапии (включая и внутриартериальную) с определенной объемной скоростью в непрерывном режиме. Второй этап проводился в условиях ОРИТ или гинекологического отделения МУЗ ГКБ № 6 г. Красноярск.

В состав перфузата входили препараты, улучшающие реологические свойства крови, микроциркуляцию и антибиотики. Мы применяли следующий состав: физиологический раствор 400,0–1000,0 мл/сут; гепарин 5–10 тыс. ЕД/сут; антибиотики (ингибитор-защищенные пенициллины, цефалоспорины III генерации или фторхинолоны в средних суточных дозировках). Скорость внутриартериального введения перфузата составляла 20,0 мл/час при общем объеме 450,0–500,0 и 40,0 мл/час при объеме 1000,0 мл/сут.

В ходе проведенного нами лечения интра- и послеоперационных осложнений нами не зарегистрировано. Проведения динамической лапароскопии или лапаротомии не потребовалось. Со вторых суток наблюдалась нормализация температуры тела, купирование болевого и уменьшение интоксикационного синдрома. Лабораторные показатели свидетельствовали о более быстрой динамике уменьшения числа лейкоцитов, СРБ и СМП, а также нормализации лейкоцитарной формулы по сравнению с аналогичными показателями при традиционном лечении больных.

Длительность наблюдения в настоящее время составляет от 12 до 6 месяцев (в среднем около 7 месяцев). Динамическое наблюдение ни в одном из случаев не выявило рецидива заболевания. Трех больным в сроке от 2 до 4-х месяцев после сочетанного лечения была произведена контрольная лапароскопия с хромосальпингоскопией, при этом диагностированы проходимые маточные трубы.

Однако для оценки репродуктивной функции пролеченных нами больных требуется дальнейшее их наблюдение.

Список литературы

1. Курбанова Д. Ф. Воспалительные заболевания придатков матки. М.: Медицина, 2007. 160 с.
2. Краснопольский В. И., Буянова С. Н., Щукина Н. А. Гнойная гинекология. М.: МЕДпресс, 2001. 288 с.
3. Сидорова И. С., Шешукова Н. А. Принципы лечения воспалительных заболеваний внутренних половых органов // Акушерство и гинекология. 2007. № 4. С. 65–68.
4. Балакшина Н. Г., Бушуева Е. В., Кох Л. И. Органосохраняющие аспекты хирургического лечения гнойных воспалительных заболеваний придатков матки // Проблемы репродукции: Технологии XXI века в гинекологии. 2008. С. 178.
5. Бондарева Л. В., Кучеровская Н. В. Метод оперативной лапароскопии в лечении гнойных воспалительных тубоовариальных образований как реальная возможность сохранения репродуктивной функции женщин // Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве / Под ред. В. И. Кулакова, Л. В. Адамян. М., 2002. С. 301–303.

6. Стрижаков А. Н., Давыдов А. И., Белоцерковцева Л. Д. Малоинвазивная хирургия в гинекологии. М.: Медицина, 2001. 221 с.

7. Федорова Т. А., Гаспаров А. С., Товмасын В. М., Дубинская Е. Д. Современные методы лечения осложненных форм острых воспалительных заболеваний придат-

ков матки // Проблемы репродукции: Технологии XXI века в гинекологии. 2008. С. 184–185.

Материал поступил в редколлегию 17.01.2009

T. A. Makarenko, E. S. Serikova, O. V. Perjanova

The Differentiated Approach to Treatment of Patients with Purulent Inflammatory Diseases of Appendages of the Uterus

In work features of current of inflammatory processes among groups of women on a background of endometrial contraceptives and without them are taped. The detailed microbiological analysis of the originators causing purulent inflammatory diseases of appendages of a uterus is presented. On the basis of carried out research schemes of antibacterial therapy are offered. In work experience of use of a method joint an organ of keeping treatment of purulent inflammatory diseases of appendages of a uterus at women of genesial age which consists in carrying out of a laparoscopy with the subsequent long intraarterial infusion of medicinal preparations is presented.

Keywords: a purulent inflammation of appendages of a uterus, antibiotics, a laparoscopy, intraarterial infusion.