

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 618.13-002.3-085

Н.Г. Балакшина

E-mail: doctor_natali@mail.ru

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

ГОУ ВПО Сибирский государственный
медицинский университет Росздрава, г. Томск

ВВЕДЕНИЕ

Гнойные воспалительные заболевания придатков матки (ГВЗПМ) у женщин представляют собой сложную проблему, связанную с серьезными медицинскими, социальными и экономическими потерями [1, 2]. При хирургическом лечении органосохраняющие операции проводятся в 43,4-60,3% случаях, что обусловлено распространенностью и тяжестью воспалительного процесса [2]. В комплексе медикаментозной терапии с первых часов послеоперационного периода назначают антибактериальные препараты внутримышечно и внутривенно, локально (лимфотропно) и путем инкубации клеточной массы с антибиотиком для создания оптимальной концентрации в очаге воспаления [3].

Цель исследования – изучить результаты хирургического лечения больных с ГВЗПМ с использованием различных вариантов введения антибактериальных препаратов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 70 пациенток в возрасте от 16 до 50 лет, поступивших в гинекологическое отделение Областной клинической больницы в экстренном порядке с различными клиническими формами ГВЗПМ. Основным критерием включения пациенток в исследование было наличие гнойных воспалительных заболеваний придатков матки и оперативное лечение лапаротомным или лапароскопическим доступом. Из исследования исключались больные с вос-

палением органов малого таза, возникшим непосредственно в родах и в послеродовом периоде.

Всем женщинам при поступлении проводилось клиническое и лабораторное обследование. Оценка тяжести состояния пациенток оценивалась с позиций синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) с помощью индекса эндогенной интоксикации (Иэи), Мангеймовского перитонеального индекса (МПИ), интегральной шкалы SAPA в баллах (14 клинико-лабораторных показателей).

На основании всестороннего обследования пациенток были установлены следующие клинические формы ГВЗПМ: разлитой перитонит – у 21 (30%) пациентки, на фоне тубоовариального абсцесса (ТОА), отграниченный перитонит – у 21 (30%), на фоне пиосальпинкса (n=7), ТОА (n=14), пельвиоперитонит на фоне гнойного сальпингита – у 28 (40%) пациенток. Наличие одного симптома ССВР 1 было у 26 (37,08%) пациенток; ССВР 2 – у 7 (10,02%); ССВР 3 – у 10 (14,3%); ССВР 4 – у 13 (18,55%), отсутствие симптомов ССВР – у 14 (20,05%) пациенток. По шкале SAPA состояние оценивалось до 4 баллов у 56 (80%) пациенток, 5-6 баллов – у 12 (17)%, 7 баллов – у 2 (2,8)% пациенток.

Всем пациенткам хирургическое лечение осуществляли под эндотрахеальным наркозом лапароскопическим доступом у 20 (28,6%) и лапаротомным – у 50 (71,4%). В послеоперационном периоде им проводили комплекс медикаментозной терапии. В зависимости от способа введения одного из трех антибиотиков – цефотаксима (клафорана) или цефепима (максипима) – все женщины были распределены на 2 группы.

Группа 1 была разделена на 2 подгруппы: А) 14 пациенток с пельвиоперитонитом, МПИ 15, Иэи $4,13 \pm 0,13$, которым разовая доза цефотаксима 1,0, разведенного в 50 мл 0,25% раствора новокаина, вводилась лимфотропно (под слизистую оболочку боковых сводов влагалища с обеих сторон на глубину 3-5 мм, отступив на 1 см от шейки матки) один раз в сутки в течение 5-7 дней, курсовая доза – $5,10 \pm 0,18$ г; Б) 14 пациенток с пельвиоперитонитом, МПИ 15, Иэи $3,87 \pm 0,41$, которым цефотаксим вводился по 1,0 внутривенно и внутримышечно 4 раза в сутки в течение 5-7 дней, курсовая доза – $20,80 \pm 1,28$ г.

Группа 2 была разделена на 2 подгруппы: А) 14 пациенток с разлитым и отграниченным перитонитом на фоне ТОА, МПИ 18,36, Иэи $3,40 \pm 0,27$, которым цефепим вводился по 1,0 внутривенно 2 раза в сутки в течение 5-7 дней, курсовая доза – $11,80 \pm 1,14$ г; Б) 24 пациентки с разлитым (n=14) и отграниченным (n=14) перитонитом на фоне ТОА, МПИ 21,36, Иэи $2,59 \pm 0,18$; им вводился цефепим в разовой дозе 2,0 через сутки, 3 раза с помощью стандартной процедуры дискретного плазмафереза с инкубацией (температура 37°, время инкубации 45 мин., объем клеточной массы не менее 10% расчетного ОЦК), курсовая доза – $7,40 \pm 1,90$ г.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета EXCEL. Данные представлены как среднее значение \pm стандартная ошибка среднего.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведённое исследование показало, что факторами риска развития ГВЗПМ были: экстрагенитальная патология у 38 (54,3%) пациенток; отягощенный акушерско-гинекологический анамнез – у 37 (52,8%); ранние половые контакты вне брака – у 35 (50%); отсутствие контрацепции – у 42 (60%); позднее поступление в стационар (спустя 2 суток) – у 51 (72,9%) пациентки. У 35 (50%) пациенток заболеванию предшествовали гинекологические манипуляции (n=5), сексуальные контакты (n=5), начало месячных (n=8), переохлаждение (n=17). Анализ соответствия клинической картины больных с ГВЗПМ критериям ССВР, балльной шкале SARA, Иэи и МПИ показали, что течение заболевания было менее тяжелым у 40 (67,15%) пациенток, в то время как абдоминальный сепсис был у 30 (42,85%), у каждой второй пациентки – в тяжелой форме.

Радикальные операции были проведены у 12 (17,14%) пациенток: удалены придатки с обеих сторон (n=7); с маткой (n=1), обе маточные трубы (n=4). Были выполнены операции с сохранением репродуктивной функции у 48 (68,57%) женщин, менструальной – у 10 (14,28%), в том числе при лечебной лапароскопии – у 75% женщин. Пребывание в стационаре составило в 1А группе – $12,42 \pm 0,75$ койко-дней; 1Б – $15,78 \pm 0,93$; 2А – $22,21 \pm 2,45$; 2Б – $18,89 \pm 1,05$ койко-дней.

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования свидетельствуют о том, что своевременное хирургическое лечение при ГВЗПМ позволяет сохранить репродуктивную функцию у 67,14%, менструальную – у 15,71% пациенток [1, 2]. Однако оценка степени тяжести состояния больных, степени интоксикации, определения показаний к объему оперативного вмешательства разнозначны [2, 3]. Из всех клинических групп больных ГВЗПМ самые высокие оценки по шкалам ССВР, SARA, Иэи были при разлитом перитоните, менее высокие – при пельвиоперитоните. Экстракорпоральная фармакотерапия с цефепимом в первом случае и региональное лимфотропное введение цефотаксима – во втором, в послеоперационном периоде значительно меньшими курсовыми дозами, позволила достичь лечебного эффекта и сократить сроки пребывания в стационаре. Выполнение органосохраняющих операций у 58 (71,42%) женщин, при лапароскопии – у 2/3 женщин способствует восстановлению репродуктивной функции и улучшению качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Киселев С.И., Яроцкая Е.Л. и др. Хирургическое лечение гнойных воспалительных заболеваний

придатков матки // В кн.: Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. М: Пантори. – 2000. – С. 170-194.

2. Краснопольский В.И., Буянова С.Н. Щукина Н.А. // Гнойная гинекология. М: Медпресс 2006, 282 с.
3. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.Л. Перитонит // М: Медицина. – 2002. – 224 с.

OPTIMIZATION OF UTERINE APPENDAGES PURULENT INFLAMMATORY DISEASES TREATMENT

N.G. Balakshina

SUMMARY

Study results of surgical treatment efficacy of patients aged from 16 to 50 years having inflammatory disease of uterine appendages by means of antibacterial therapy are presented in the paper. Surgical treatment of 70 females included the laparoscopic and laparotomic approach. The results showed that maintaining surgeries allow to preserve fertility and menstrual function in 68,57% and 14,28% of patients respect. Treatment with Claforan and Cefepim needed using of less doses with more remarkable therapeutic effect. As a result, hospitalization period was decreased.

Key words: purulent inflammatory diseases of uterine appendages, laparotomy, antibiotics therapy.

УВАЖАЕМЫЕ АВТОРЫ СТАТЕЙ!

Убедительная просьба соблюдать требования к рукописям, представляемым в «СМЖ». Обращаем Ваше внимание, что работы, оформленные с нарушением требований к рукописям, представляемым в «СМЖ», не будут приниматься к рассмотрению. Единые требования к рукописям, представляемым в «Сибирский медицинский журнал», публикуются ежегодно в первом номере журнала и могут быть запрошены авторами по e-mail: medicina@tomsk.ru

Редакционная коллегия «СМЖ»