

УДК 618.12-002.3-085

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОК С ГНОЙНЫМИ ТУБООВАРИАЛЬНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ

**А.О. ДУХИН, А.Я. ГОЛДИНА, С.М. СЕМЯТОВ,
Г.Ф. ТОТЧИЕВ, С.Б. ЦЫБИКЖАПОВА, Л.Х. ХАСХАНОВА**

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Российский университет дружбы народов
Ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

Н.Ф. ПЛАВУНОВ

Городская клиническая больница № 64
Ул. Вавилова, 61, 117292 Москва, Россия

В статье представлен собственный опыт лечения 189 пациенток с гнойными tuboовариальными образованиями придатков матки; особенности хирургического компонента лечения данной патологии, а также отдаленные результаты проведенных манипуляций. Полученные данные о репродуктивном здоровье пациенток после хирургического лечения данной категории больных свидетельствуют о возможности проведения органосохраняющих операций у пациенток в репродуктивном возрасте, сохранении менструальной и репродуктивной функции.

Гнойные tuboовариальные образования являются осложненной формой воспалительного процесса в придатках матки, при котором перспектива на последующее деторождение резко снижена, а выздоровление больной может наступить только после хирургического лечения [5].

При запоздалом хирургическом вмешательстве и дальнейшем прогрессировании процесса развиваются тяжелые гнойные осложнения, угрожающие жизни больной [1, 4, 5, 7, 8, 10]. Особое значение имеют воспалительные процессы придатков матки, которые отличаются длительным, рецидивирующим течением, не всегда поддаются лечению и могут приводить к нарушению трудоспособности [5, 7, 8].

Цель исследования: оптимизация лечебной тактики на основании обобщения проведенных операций и отдаленных результатов у 189 больных пациенток в возрасте 24—26 лет с гнойными tuboовариальными образованиями матки.

Материал и методы исследования. Проведено комплексное обследование и лечение 189 пациенток с гнойными tuboовариальными образованиями в возрасте от 24 до 46 лет (средний возраст — 38,7 лет), подвергнутых хирургическому лечению. Методы исследования: общеклинический, бактериоскопический, бактериологический, морфологический, ультразвуковой, эндоскопический, статистический и последующая репродуктивная хронология.

Тщательное изучение клинико-анамнестических данных позволило установить, что основными провоцирующими факторами формирования tuboовариальных абсцессов явились: внутриматочные контрацептивы (ВМК) — 67%, следует отметить, что продолжительность «ношения» ВМК колебалась от 1 до 12 лет. Средний срок «ношения» составил 5,7 лет. Пик заболеваемости приходился на промежуток от 6 до 8 лет использования ВМК. Все ВМК были удалены при поступлении в стационар. Следующие основные факторы — это обострение хронического процесса в придатках матки — 22%; острый гнойный сальпингит — 6%; хирургические вмешательства на органах малого таза, ЭКО, внутриматочные вмешательства и прочие в целом составили, по нашим данным, не более 5%.

Основными жалобами, предъявляемыми пациентками, явились: боли внизу живота (различного характера и интенсивности) — 92%, повышение температуры тела — 78%, тошнота, рвота — 14%, нарушения менструального цикла — 28%, гнойные выделения из половых путей — 24%, дизурические расстройства — 11%, слабость, недомогание — 87%.

В анамнезе у обследованных женщин отмечались: хроническое воспаление придатков матки — у 79%, невынашивание беременности — у 9%, заболевания, передаваемые половым путем, — у 14%, бесплодие, различные нарушения менструального цикла — у 18%, миома матки, аденомиоз — у 12%.

В экстренном порядке были прооперированы больные с угрозой или перфорацией tuboovariального абсцесса и диффузным перитонитом — 29%. Остальным больным проводилось традиционное клиническое обследование, бактериоскопия мазков на флору, бактериологическое исследование посевов из цервикального канала, ультразвуковое и предоперационная подготовка, включающая в себя: антибактериальную, противовоспалительную, дезинтоксикационную терапию. Длительность предоперационной подготовки колебалась от 2 до 4 дней, далее все больные, не выписываясь из стационара, были прооперированы. Подобная тактика ведения согласуется с мнением ведущих специалистов в данной области [5, 7, 8].

Во время хирургических вмешательств мы стремились к полному удалению деструктивных тканей, но при сохранении органосохраняющего принципа (аднексэктомия), даже при развитии процесса на фоне ВМК. Объем хирургического вмешательства был расширен до пангистерэктомии (28 пациенток) лишь при наличии императивных показаний к удалению матки (панметрит, миома матки, аденомиоз или их сочетании). Влагалищная трубка при этом оставлялась открытой, обеспечивая естественный отток из брюшной полости.

В 3 случаях при ревизии брюшной полости выявлено гнойное поражение червеобразного отростка, что потребовало расширения объема операции и выполнения аппендэктомии. Спаечный процесс в брюшной полости выявлялся в 100% наблюдений. Дренажирование брюшной полости производилось всем пациенткам.

В раннем послеоперационном периоде имелись осложнения у 6 пациенток: кишечная непроходимость, потребовавшая релапаротомии, разделения спаек — 1 пациентка; нагноение послеоперационной раны — 1 пациентка; перикюльтевой инфильтрат — 1 пациентка; парез кишечника, разрешившийся на фоне проводимой консервативной терапии, — 3 пациентки. Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии. Летальных исходов не было.

Обсуждение результатов. Анализ зарубежной и отечественной литературы показал, что до настоящего времени вопросы лечения гнойных воспалительных заболеваний придатков матки остаются одной из наиболее актуальных задач практической гинекологии, так как во всех странах мира в последние годы отмечено повышение частоты воспалительных заболеваний придатков матки [5—7, 9, 10]. Большинство исследователей в этой области считает хирургический компонент при лечении данной патологии основным [3, 4, 7, 8, 10], однако вопрос об объеме операции и хирургическом доступе (лапаротомия-лапароскопия) до настоящего времени остается дискуссионным.

На основании нашего многолетнего опыта лечения гнойных воспалительных заболеваний придатков матки мы не считаем возможным рекомендовать радикальные операции (экстирпация матки) только исходя из возраста больной и наличия или отсутствия ВМК. Удаление матки возможно только при наличии императивных показаний: миома, аденомиоз, панметрит или их сочетания. Производство экстирпации матки на фоне гнойного процесса в малом тазу сопряжено с большими техническими трудностями, которые обусловлены выраженным отеком и инфильтрацией тканей, а в ряде случаев деструктивными изменениями тканей, что ведет к атипическому расположению сосудистых пучков, венозных сплетений, смещению мочеточников и может привести к осложнениям, угрожающим жизни больной [5].

Мы согласны с В.И. Краснопольским и соавт. (1999), что основным для решения вопроса об объеме операции является наличие сопутствующей генитальной патологии: у 31,4% больных с гнойными воспалительными образованиями придатков матки отмечено наличие миомы матки и у 12,5% — эндометриоидные кисты яичников.

Однако мы не можем согласиться с тем, что в основе хирургической тактики должно лежать следующее правило: чем старше больная, тем радикальнее следует проводить операцию, несмотря на тяжесть самого хирургического вмешательства.

Вопрос о методах (лапаротомия — лапароскопия) и объемах хирургического вмешательства при гнойных tuboovarialных образованиях еще долгое время послужит предметом для дискуссий и научных изысканий.

В заключение хотим отметить, что разработанный и внедренный нами в практику оптимизированный подход к хирургическому лечению гнойных tuboovarialных образований, заключающийся в полном удалении гнойного очага без расширения объема вмешательства (органосохраняющий принцип), тщательной ревизии брюшной полости, санации и дренировании брюшной полости позволил добиться минимальных послеоперационных осложнений (3,4%); отсутствия летальных исходов; сохранения матки (т. е. менструальной и репродуктивной функции) у 86% больных, в том числе и на фоне ВМК; наступления беременности у 4,4% больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батуревич Н.В. Гнойное воспаление придатков матки (клинико-лабораторная диагностика) / Автореф. дисс. к. м. н. — Омск, 1997. — 25 с.
2. Буянова С.Н., Шукина Н.А., Титченко Л.И. Новые возможности ультразвуковой диагностики гнойно-септических гинекологических заболеваний // Вестн. Росс. асс. акуш. и гин., 1997, № 2, с. 65—73.
3. Буянова С.Н., Шукина Н.А., Омеляновский В.В., Мгелиашвили М.В. Принципы выбора антибиотика для лечения гнойно-септических заболеваний в оперативной гинекологии // Акуш. и гин., 2001, № 3, с. 6—9.
4. Голубев В.А. Хирургическое лечение воспалительных заболеваний женских половых органов. — Киев: Здоров'я, 1975.
5. Краснонополюский В.И., Буянова С.Н., Шукина Н.А. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. — М., 1999. — 233 с.
6. Подзолкова Н.М. Патогенез, диагностика и лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков / Автореф. дисс. д. м. н. — М., 1993. — 47 с.
7. Савельева Г.М., Антонова Л.В. Острые воспалительные заболевания придатков матки. Методы диагностики, профилактики, терапии // Акуш. и гин., 1990, № 1, с. 67—75.
8. Штыров С.В. Лапароскопия в диагностике и лечении острых воспалительных заболеваний придатков матки // Акуш. и гин., 1996, № 5, с. 29—33.
9. Rivlin M., Hunt I. Ruptured tuboovarian abscess is hysterectomy necessary // Obstet. Gynec., 1977, v. 50, p. 518—522.
10. Wiesenfeld H.C., Sweet R.L. Progress in management of tuboovarian abscesses // Clin. Obstet. Gynec., 1993, v. 36, p. 433—444.

MODERN ASPECTS OF MEDICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH TUBOOVARIAN ABSCESES

**A.O. DUKHIN, A.Y. GOLDINA, S.M. SEMYATOV, G.F. TOTCHIEV,
S.B. TSYBIKJAPOVA, L.Kh. HASKHANOVA**

Department of obstetrics and gynecology with the course of perinatology
Russian University of Peoples' Friendship
Miklukho-Maklaya str., 8, Medical Faculty, 117198 Moscow, Russia

N.F. PLAVUNOV

Clinical hospital № 64
Vavilova st., 61, 117292 Moscow, Russia

In the article we represent our experience of treatment of 189 patients with tuboovarian abscesses, special components of surgical treatment and long-term results. The results of reproductive health after surgical treatment show the possibility of non-radical operations in patients of reproductive age, remaining menstrual and reproductive functions.