616-089.168.1:616-089-06

М.Е. ШЛЯПНИКОВ, В.И. БЕЛОКОНЕВ, Л.Д. СОЛОВОВА, В.И. МЕРКУЛОВА, К.Н. АРУТЮНЯН, САЛЕМ АХМАД ИБРАГИМ, Н.Н. ДАНИЛОВА, Н.Н. ТРЕФИЛОВА, Е.Ю. КАРПУШИНА
Самарский государственный медицинский университет
Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова
Самарская городская клиническая больница №2 им. Н.А. Семашко
Медико-санитарная часть № 4 городского округа, г. Самара

Тубооварiальные абсцессы: современные клинико-анатомические и микробиологические особенности, объем хирургической помощи, возможности прогнозирования и коррекция послеоперационных осложнений

Шляпников Михаил Евгеньевич
доктор медицинских наук,
доцент кафедры акушерства и гинекологии ИПО СГМУ
443099, г. Самара, ул. Чапаевская, д. 89, тел.: (846) 337-02-33

В статье приведены данные о клинико-лабораторных особенностях современного течения гнойно-деструктивных заболеваний придатков матки, дана динамическая характеристика объемов хирургической санации, проведена оценка прогнозирования течения сопутствующей абдоминальной хирургической патологии и коррекции нехирургических осложнений.
Ключевые слова: *тубооварiальный абсцесс, иммунологической резистентность, вагинальный дисбиоз.*

M.E. SHLYAPNIKOV, V.I. BELOKONEV, L.D. SOLOVOVA, V.I. MERKULOVA, K.N. ARUTYUNYAN, SALEM AHMAD IBRAHIM, N.N. DANILOVA, N.N. TREFILOVA, E.J. KARPUSHINA
Samara State Medical University
N.I. Pirogov's Samara municipal clinical hospital №1
N.A. Semashko's Samara municipal clinical hospital №2
Medical-sanitary department № 4 municipal district of Samara

Tuboovarial abscesses: modern clinical-anatomical and microbiological features, volume of the surgical care, possibility of prediction and correction postoperative complications

The article presents data on the clinical and laboratory features of the modern clinical course of pyo-destructive diseases of the uterine appendages, a dynamic characterization of the volume of surgical sanitization is given, an assessment of prediction of course concomitant abdominal surgical pathology and correction of non-surgical complications.
Keywords: *ovarial abscess, immunological resistance, vaginal dysbiosis.*

Несмотря на снижение частоты воспалительных заболеваний придатков матки в структуре гинекологической патологии, исследования ряда авторов показывают, что частота гнойно-деструктивных форм настоящего заболевания не имеет тенденции к уменьшению [1, 2, 3, 4]. Особую актуальность проблеме придает тот факт, что на фоне деструктивных поражений придатков матки возможно развитие абдоминальной хирургической патологии, частота, структура и особенности клинического течения которой изучены недостаточно. Развитие хирургической абдоминальной инфекции на таком фоне, считающейся осложнением основного заболевания, имеет особенности, которые затрудняют их своевременную диагностику, влияет на принятие тактических хирургических решений и выбор антибактериальной терапии.

Особенно важным предоставляется изучение микробиологических особенностей не только этиологически значимых в формировании тубоовариальных абсцессов микроорганизмов, но и очагов поражения в брюшной полости, являющихся вторичным источником инфицирования и прогрессирования септического процесса. Сложность выбора антимикробной химиотерапии у данной категории больных обусловлена смешанным характером инфекции и высокой частотой антибиотикорезистентных форм, что требует дальнейшего изучения, разработки и совершенствования методов диагностики и лечения пациенток с тубоовариальными абсцессами.

Исследования последних лет свидетельствуют о необходимости стандартизации антимикробной химиотерапии на основании региональных данных по этиологической структуре инфекционно-воспалительных хирургических заболеваний [1, 6, 7, 8].

Наряду с рациональной антибактериальной терапией иммунологические исследования являются важным компонентом комплексной оценки эффективности лечения и определения тактики ведения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки. Обоснование использования неинвазивных малозатратных методов оценки общего реактивного потенциала пациенток с тяжелой хирургической патологией становится особо актуальным с точки зрения максимально широкого применения в практическом здравоохранении.

Целью настоящего исследования явилось улучшение качества оказания медицинской помощи женщинам с гнойно-деструктивными заболеваниями придатков матки.

Проведена клинико-анамнестическая оценка течения тубоовариальных абсцессов у 475 пациенток, анализ 225 историй болезни женщин, пролеченных в гинекологических отделениях ММУ «ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова» и ММУ «ГКБ №2 им. Н.А. Семашко».

На 1 этапе на основании изучения 225 случаев настоящего заболевания выявлены современные анамнестические, клинические и хирургические особенности деструктивных воспалительных опухолей придатков матки. На 2 этапе — проведен ретро- и проспективный микробиологический и клинико-иммунологический анализ течения болезни у 250 пациенток, прооперированных по поводу гнойно-деструктивных воспалительных заболеваний придатков матки. В 1-ю подгруппу наблюдения включены 100 больных с изолированным гнойным поражением репродуктивных органов, во 2-ю подгруппу — 150 пациенток, у которых течение заболевания осложнилось наличием абдоминальной хирургической патологией.

В результате работы выявлено, что современными особенностями течения гнойно-деструктивных заболеваний придатков матки являются: увеличение числа пациенток в возрастной группе моложе 25 лет — 12,4%, стабильно высокая частота пациенток старше 35 лет — 62,3%, снижение женщин, использовавших внутриматочную контрацепцию в анамнезе, — 46,2%, снижение женщин с отягощенным анамнезом (хронический аднексит, хроническая урогенитальная инфекция) — 48,4%, увеличение пациенток с дисбиозами влагалища (бактериальный вагиноз, вагинальный кандидоз) в анамнезе — 68,9%. Из клинико-анатомических особенностей течения настоящего заболевания следует отметить стабильно высокую частоту преимущественного поражения маточных труб (81,4%) и сочетанных равноценных деструктивных изменений трубы и яичника (77,6%), снижение частоты преимущественного поражения яичника (5,3%), стабильно высокую частоту сопутствующей генитальной патологии, требующей расширения объема операции (миома матки, аденомиоз, оментит, аппендицит, ретенционные образования второго яичника, сигмоидит) и повышение частоты деструктивного метроэндометрита, требующего радикальной гистерэктомии. Кроме того, выявлено снижение количества операций, выполненных по экстренным показаниям, — в среднем на 5-6% в год — 44,4% случаев, параллельно с ростом срочно-отсроченных полостных операций после проведения комплексного клинико-лабораторного обследования и стартовой эмпирической антибактериальной терапии — до 56,6% случаев. Констатирована стабильно высокая частота сочетанных хирургических пособий — аппендэктомия (12,4%), резекция большого сальника (12%), обеспечение достаточно эффективного хирургического доступа к тазовым органам при выраженном спаечном процессе брюшной полости (50,2%), операция Гартмана — 1,8%, наложение двуствольного ануса — 1,8% случаев.

Интраоперационно выявлены: односторонний тубоовариальный абсцесс в сочетании с контралатеральным пиосальпинксом — 34,2%, билатеральные абсцессы — 23,1%, односторонний абсцесс — 19,6%, билатеральные пиосальпинксы — 12%, односторонний пиосальпинкс — 5,8%, односторонний пиовар — 5,3% случаев. Объемы хирургического пособия в динамике временного интервала наблюдений отражены в таблице 1.

Таблица 1.
Объем хирургического пособия у пациенток с тубоовариальными абсцессами

Объем операции	Частота	Динамика
Односторонняя аднексэктомия и контрлатеральная тубэктомия	40%	Стабильная
Надвлагалищная ампутация матки с придатками	20%	↑
Односторонняя аднексэктомия	14%	Стабильная
Билатеральная аднексэктомия	13%	↑
Билатеральная тубэктомия	8%	↓
Надвлагалищная ампутация матки с односторонней аднексэктомией	3%	Стабильная
Экстирпация матки с придатками	1%	↓
Односторонняя тубэктомия	1%	↓

На основании анализа данных, представленных в таблице 1, следует отметить увеличение количества операций, связанных с утратой не только репродуктивной, но и менструальной функции (гистерэктомии, билатеральное удаление придатков матки), что является достаточно тревожным фактом, особенно с учетом увеличения количества пациенток раннего репродуктивного возраста.

Анализ осложнений, возникших в ходе лечения пациенток с тубооварильными абсцессами, показал, что хирургические осложнения встречаются только в 2,1% случаев (кишечная непроходимость — 1,3%, внутрибрюшное кровотечение — 0,4%, забрюшинная флегмона — 0,4%), в то время как нехирургические осложнения отмечены практически у всех прооперированных больных: внутрибольничная пневмония — 5,3%, медикаментозные аллергические реакции — 8%, вагинальные дисбиозы — 83,6%.

Учитывая исключительно высокий уровень частоты формирования вагинального дисбиоза в послеоперационном периоде у женщин с тубооварильными абсцессами, было решено провести дополнительное клинико-анамнестическое и лабораторное обследование пациенток, согласно рекомендациям Е.Ф. Киры (2001), Л.И. Мальцевой (2009) и собственным данным [9, 10], с последующей коррекцией нарушенного биоценоза.

Среди причин формирования вагинального дисбиоза следует признать нерациональную антибактериальную амбулаторную терапию в течение последних 6 месяцев (5 курсов препаратов получили 4% пациенток, 4 курса — 6,2%, 2 курса — 56,8%, 1 курс — 16%). На госпитальном этапе антибактериальную терапию до операции получили 56,6% пациенток. Антибактериальная терапия после операции: в режиме монотерапии — 17,7% (все наблюдения — деэскалационный режим), сочетанная антибактериальная терапия — 82,3% случаев (2 препарата — 0,8%, остальные — 3 и более антибактериальных препаратов).

Таким образом, объяснить столь высокую частоту вагинального дисбиоза можно воздействием на организм одновременно трех неблагоприятных факторов риска — системная антибактериальная терапия на амбулаторном и госпитальном этапах, снижение иммунологической резистентности организма пациентки (гнойный интраабдоминальный очаг + операционная травма), состояние локальной иммуносупрессии (гнойный интраабдоминальный очаг + операционная травма).

С целью восстановления вагинального биоценоза, у 30 пациенток в послеоперационном периоде, нами использован препарат «Экофемин» (регистрационный номер ЛСР-001488/08 от 14.03.2008 года), содержащий Lactobacillus Acidophilus LaCH и моногидрат лактозы. Условиями применения метода были информированное согласие пациентки; начало терапии препаратом через 24 часа после окончания антибактериального лечения; отказ от приема пре- и пробиотиков (локально и энтерально). Режим применения — по 1 капсуле интравагинально 2 раза в сутки в течение 6 дней. Контроль эффективности коррекции дисбиоза — бактериоскопия вагинального мазка до лечения, на 6-й день лечения и через 1 месяц после окончания лечения. Результаты настоящего раздела работы представлены на рисунке 1.

Таким образом, учитывая высокую частоту вагинальных дисбиозов у женщин, перенесших оперативные вмешательства по поводу гнойно-деструктивных заболеваний придатков матки, показано восстановление вагинального биотопа локальным введением пробиотиков еще на госпитальном этапе после окончания курсов антибактериальной терапии. Отсутствие достоверных изменений в частоте выявления «промежуточного типа мазка», требует максимально рационального подхода к назначению пробиотических препаратов на фоне пролиферации грибкового компонента вагинального нормоценоза.

Анализ особенностей воспалительных опухолей придатков матки, сочетанных с абдоминальной хирургической патологией (2-я подгруппа пациенток), показал, что, несмотря на превалирование больных в возрасте «после 40 лет» (44% случаев), достаточно высоко и, что особенно настораживает, практически равноценно, данное сочетание отмечено как у женщин раннего (22,67%), так и позднего (27,3%) репродуктивного периода.

Частота абдоминальных хирургических осложнений у женщин с гнойно-деструктивными поражениями придатков матки представлена в таблице 2.

Таблица 2.
Частота абдоминальной хирургической патологии у женщин с гнойно-деструктивными поражениями придатков матки

Характер патологии	Частота патологии к общему числу больных (n=150)	
	абс.	%
Аппендицит	88	59
Перитонит	59	39
Спаечная болезнь брюшной полости	38	25
Оментит	33	22
Межпетельный абсцесс	7	6
Абсцесс послеоперационной раны	2	1
Острая кишечная непроходимость	2	1
Кишечный свищ	1	0,7
Внутрибрюшное кровотечение	1	0,7
Сигмоидит	1	0,7

Анализ абдоминальной хирургической патологии у женщин 2-й подгруппы показал, что у больных одновременно имели место несколько заболеваний. Наиболее часто выявлены вторичные изменения в червеобразном отростке — аппендицит, перитонит, спаечная болезнь брюшной полости и оментит.

При посевах из цервикального канала у пациенток 2-й подгруппы выявлены грамположительные возбудители в 45,1% случаев и, соответственно, грамотрицательные — 54,9%. Из грамотрицательных бактерий лидирующими были Escherichia coli (15,7%), Klebsiella (11,8%), Citobacter (7,84%) и Enterococcus (7,84%). Достаточно редко встречались Cedecea ssp. (1,96%), Neisseria ssp. (1,96%) и Kluyvera ascorbata (1,96%). Из грампо-

Таблица 3.
Динамика изменений показателей индексов иммунологической резистентности в процессе лечения больных с тубооваариальными абсцессами

		I подгруппа					II подгруппа			
	При пост.	После операции	p	При выпис.	p	При пост.	После операц.	p	При вып.	p
АНО	116,64	145,33	< 0,01	293,18	< 0,001	78,19	135,02	< 0,001	221,48	< 0,001
СИЛМП	235,78	256,02	> 0,05	427,06	< 0,001	213,77	224,48	> 0,05	451,41	< 0,001
КФЗ	666,7	668,4	> 0,05	876,82	< 0,05	642,58	726,42	> 0,05	900,59	< 0,01
ЛИИ	2,33	2,06	> 0,05	09,48	> 0,05	3,34	3,73	> 0,05	1,16	> 0,05

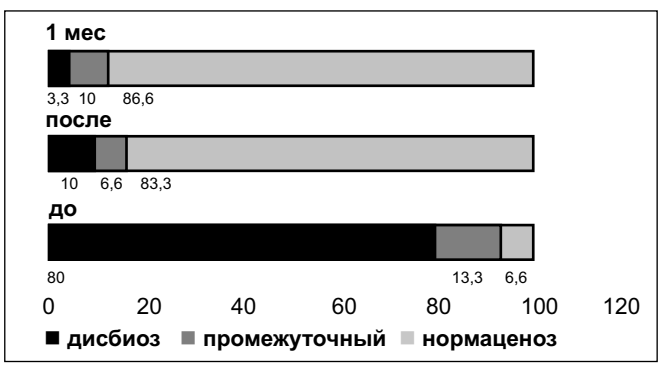

Рисунок 1.
Эффективность коррекции вагинального дисбиоза у пациенток с тубооваариальными абсцессами в послеоперационном периоде

ложительных — лидирующее место у Staphylococcus aureus (19,6%), Staphylococcus ssp.(11,8%), редко — Micrococcus (1,96%) и Streptococcus (1,96%).

В посевах из гнойного очага в брюшной полости частота грамположительной и грамотрицательной микрофлоры была идентичной (по 50% случаев). Из грамотрицательных микроорганизмов лидировали Escherichia coli (25%) и Klebsiella (6,82%). Редко встречались Citobacter (2,27%), Kocuria (2,27%) и Neisseria ssp. (2,27%). Грамположительная флора представлена Staphylococcus ssp. (25%), Staphylococcus aureus (18,2%), достаточно редко определялись Stenotrophomonas maltophilia (2,27%) и Streptococcus (2,27%). Сопоставление данных микробиологических высевов из цервикального канала и брюшной полости показало, что идентичность возбудителей характерна лишь для 10 пациенток (6,67%).

В результате сопоставления выделенных возбудителей с нозологическими вариантами выявленной хирургической абдоминальной патологии обнаружено, что Staphylococcus ssp. наиболее часто выделяется у пациенток со спаечной болезнью, аппендицитом и оментитом. Причем Staphylococcus aureus максимально часто определялся в брюшной полости у пациенток со вторичным аппендицитом. Высевы Escherichia coli превалировали у больных с прогрессирующим перитонитом. С одинаковой частотой бактерии были обнаружены при оментите, спаечной болезни брюшной полости и аппендиците. Представители рода Staphylococcus наиболее часто встречались при спаечной болезни, Citobacter — при оментите, а Enterococcus — при аппендиците.

Трехкратно (при поступлении до оперативного вмешательства, после него и при выписке больных из стационара) на основании показателей гемограммы периферической крови рассчитывали индексы аллергической настроенности организма (АНО), специфического иммунного лимфоцитарно-моноцитарного потенциала (СИЛМП), уровень клеточно-фагоцитарной защиты (КФЗ) и лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) [11]. Результаты проведенного исследования отражены в таблице 3.

Как следует из приведенных данных, наиболее часто и традиционно использованный ЛИИ не проявил своей значимости в оценки эффективности лечения больных как в 1-й, так и во 2-й подгруппах ($p>0,05$). Наибольшую ценность представляют СИЛМП и индекс КФЗ, которые, несмотря на отсутствие статистически значимого повышения в послеоперационном периоде, отражают в полной мере ($p<0,001$) положительную динамику при выписке больной из стационара. Высокую статистическую значимость повышения индекса АНО ($p<0,01$; $p < 0,001$), рассчитанную в процессе лечения пациентов, на наш взгляд, следует трактовать как отражение сопутствующей послеоперационного ведению больных значительной медикаментозной нагрузки, в первую очередь за счет сочетанного назначения нескольких антибактериальных препаратов, что ранее нашло свое подтверждение при клинико-анамнестической оценке формирования дисбиотических состояний влагалища в исследуемой группе пациенток.

При сравнении полученных показателей в двух исследуемых группах выявлено лишь одно статистически значимое различие — по индексу АНО, причем как при поступлении пациенток ($p<0,001$), так и перед выпиской нарастание данного показателя ($p<0,05$). Полученные нами данные можно объяснить тем, что пациенты 1-й подгруппы, имея менее выраженную клинику заболевания, перед направлением в стационар получали амбулаторные курсы неэффективной медикаментозной терапии. В то время как у пациенток с наличием абдоминальной хирургической патологией (2-я подгруппа) клиническая манифестация заболевания проявляется максимально ярко, что служило причиной незамедлительной госпитализации больных в специализированные отделения.

Таким образом, в результате проведенного исследования выявлена роль изучения показателей неспецифической иммунологической резистентности организма в динамике оценки эффективности лечения и определении тактики ведения больных с тубооварильными абсцессами.

Подводя итог выполненной работы, следует отметить повышение частоты гнойно-деструктивных заболеваний придатков матки у женщин раннего репродуктивного возраста на фоне прогрессивного увеличения частоты вагинальных дисбиозов в качестве инициирующего фактора развития первично хронического гнойного сальпингита как морфологического субстрата формирования тубооварильного абсцесса. Крайне настораживающим представляется факт расширения объемов хирургического пособия, исключающих не только последующую репродуктивную, но и менструальную функции, что в сочетании со значительным количество сопутствующей абдоминальной хирургической патологии, настоятельно требует оптимизации методик оперативных вмешательств, отвечающих требованию «максимальной эффективности при минимальном хирургическом объеме». Микробиологический мониторинг возбудителей гнойно-деструктивных генитальных и экстрагенитальных образований брюшной полости и динамический контроль неспецифической иммунологической резистентности в процессе лечения больных с тубооварильными абсцессами, позволяют не только оптимизировать направление деэскалационной антибактериальной терапии, но и оценить эффективность проводимого комплексного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. М.: «Медицина», 1996. 360с.

2. Шляпников М.Е. Патогенетическая схема формирования тубооварильных воспалительных опухолей. В сб. Материалов 2 Российского форума «Мать и дитя». М., 2000. С. 325.

3. Шляпников М.Е., Шатунова Е.П. Возможности консервативного лечения воспалительных опухолей придатков матки. В сб.» Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». Барнаул, 2001. С. 96-97.

4. Шатунова Е.П., Макарова Н.В., Степанова Ю.В., Шишкина А.А. Клиническая эффективность применения гравитационной терапии у больных с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки. В сб. «Ургентная и реконструктивно-восстановительная хирургия». Самара, 2009. С.72-75.

5. Габбасова Л.А., Камальдинова А.Г. Оптимизация лекарственного обеспечения в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении. Клиническая фармакология и терапия 2005; 4: 28-29.

6. Чилова Р.А., Ищенко А.И., Рафальский В.В. Периоперационная антибиотикопрофилактика у беременных: многоцентровое фармакоэкономическое исследование. Клиническая фармакология и терапия 2005; 4: 140-141.

7. Яковлев В.П. Антимикробные препараты группы фторхинолонов. Consilium Medicum 2006; 8: 1: 35-41.

8. Яковлев С.В., Яковлев В.П. β-Лактамные антибиотики. Consilium Medicum 2006; 8: 1: 4-16.

9. Шляпников М.Е. Бактериальный вагиноз: стадийность патогенеза заболевания и дифференцированный подход к терапии. Учебно-методическое пособие. Самара, 2005. 40с.

10. Шляпников М.Е. Вагинальные дисбиозы. Учебное пособие. Самара: ООО «Поток», 2008. 98с.

11. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Перитонит. М.: Литтера, 2006. 208 с.

12. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. ООО «Нева-Люкс». СПб, 2001. 364 с.

13. Мальцева Л.И. Что нужно знать о бактериальном вагинозе. Практическая медицина 2009; 2 (34): 60-62.

ПРОСИМ ВАС ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ ПОРЯДОК И ФОРМУ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ В ЖУРНАЛ «ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»

Рукописи можно представить по адресу:
420012, г. Казань, а/я 11 или,
по согласованию с редакцией, на e-mail: maltc@mail.ru

В первом случае рукописи подаются в двух экземплярах с электронной версией (CD, дискета). Рукопись должна сопровождаться ясной информацией об отправителе и ответственном авторе материала: фамилия, имя, отчество, почтовый адрес (с индексом), тел., e-mail. Эти данные необходимы для ведения переписки, направления рецензий и другой корреспонденции.

Журнал ориентирован на практикующих врачей, поэтому приветствуются статьи в виде лекций для врачей на актуальную тему и обзоры литературы, отражающие современное состояние проблемы диагностики, профилактики и лечения отдельных заболеваний и синдромов.

Объем статей: для оригинальной работы — не более 10 страниц; для лекции или обзора литературы — не более 15 страниц; для описания клинического наблюдения — не более 5 страниц.