

УДК 618.11/13-002.2-08

Е.В. Уткин

**ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ
ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА**

ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия МЗ РФ (Кемерово)

В работе представлен анализ комплексной терапии 33 молодых больных тяжелыми формами острых воспалительных заболеваний органов малого таза с использованием внутрикостного введения антибиотиков и проведением второго этапа реабилитации после выписки из стационара. Проведена оценка эффективности подобного лечения в сравнении с традиционными методами терапии.

Ключевые слова: лечение, реабилитация и последствия сальпингоофорита

**TACTICS OF CONDUCTING THE PATIENTS OF YOUNG AGE WITH THE HEAVY FORMS
OF ACUTE PELVIC INFLAMMATORY DISEASE**

E. V. Utkin

Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo

In the work the analysis of complex therapy of 33 young patients with heavy forms of acute pelvic inflammatory disease with use intraosseous introduction of antibiotics and realization of the second stage of rehabilitation after discharge from hospital is submitted. The estimation of efficiency of similar treatment in comparison with traditional methods of therapy is carried out.

Key words: treatment, rehabilitation and consequence of salpingoophoritis

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) до настоящего времени доминируют в структуре гинекологической заболеваемости и оказывают существенное влияние на репродуктивное здоровье женщин. Именно эта патология является наиболее частой причиной нарушений менструальной, детородной и сексуальной функций женского организма [1, 5]. В современное время ВЗОМТ представляют собой главную медицинскую и социальную проблему, а также одну из наиболее важных экономических задач во всем мире [6, 8]. Указанная патология наиболее часто возникает в молодом возрасте и у 65–78 % больных она протекает тяжело, в результате чего женщины нередко теряют трудоспособность и зачастую остаются бесплодными [4]. Даже последствия перенесенного банального острого сальпингита остаются достаточно серьезными: 24–30 % пациенток отмечают сохранение тазового болевого синдрома в течение 6 месяцев и более после проведенного лечения, 43 % имеют обострения воспалительного процесса, у 1–5 % из них развивается в последующем эктопическая беременность, а от 10 до 40 % больных останутся бесплодными [7, 8]. Эффективная терапия данной патологии, несмотря на широкое применение новых антибиотиков, представляет значительные трудности, что во многом связано с полимикробной этиологией современного воспалительного процесса, глубокими структурными изменениями пораженной ткани, сложностью подбора оптимальных схем лечения и режима введения антибиотиков, а также с неравномерным распределением лекарственных веществ в жидкостных средах организма и развивающимся лимфостазом [2]. Безусловно, наибольшие трудности для лечения представляют тяжело протекающие гнойно-воспалительные заболевания, особенно с вовлечением в патологический процесс брюшины малого таза и формированием гнойных tuboовариальных образований, которые могут привести к развитию таких грозных осложнений, как разлитой перитонит и септический шок, что диктует необходимость быстрого купирования воспаления. Во многих лечебных учреждениях при лечении подобных больных предпочтение отдают органосохраняющим операциям, что в первую очередь объясняется стремлением уменьшить риск развития тяжелых гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде. Однако наиболее часто данная патология диагностируется у женщин в возрасте от 20 до 36 лет, поэтому выполнение подобных операций нарушает социальную адаптацию больных и приводит к неблагоприятным отдаленным последствиям. Указанные обстоятельства обуславливают необходимость детального рассмотрения вопросов применения рациональной антибактериальной терапии с оценкой критериев ее эффективности и перспектив применения при различных клинических формах и вариантах течения воспалительных заболеваний внутренних половых органов.

Целью настоящего исследования явилась разработка оптимальной тактики ведения молодых больных с тяжелыми формами ВЗОМТ.

МЕТОДИКА

Проведено лечение 33 женщин, не реализовавших свою репродуктивную функцию, с тяжелыми формами ВЗОМТ неспецифической этиологии. Специфическая этиология исключалась при помощи бактериологического и бактериоскопического исследований, а также с использованием метода полимеразной цепной реакции. Все больные были молодого возраста. Средний возраст составил ($M \pm \delta$) — $21,7 \pm 2,99$ лет. Длительность заболевания до поступления в отделение гинекологии составила $1,8 \pm 0,9$ дня. Большинство обследованных пациенток (12) не смогли связать дебют заболевания с какими-либо причинами, тогда как у 11 женщин воспалительный процесс развился сразу же после очередной менструации, 4 пациентки связывали начало заболевания с переохлаждением, еще у 3-х возникновение ВЗОМТ произошло на фоне имеющегося экстрагенитального заболевания, у 2 женщин причиной явилось искусственное прерывание беременности и еще у 1-й было связано с использованием внутриматочной контрацепции. При поступлении в стационар все больные жаловались на боли различной интенсивности в нижних отделах живота и на общую слабость. У всех 33 наблюдалась выраженная температурная реакция (средняя температура — $38,0 \pm 0,3$ °C), а у 15 были ознобы. При этом состояние было расценено как тяжелое в 7 случаях, а в 16 — средней степени тяжести. Тяжесть состояния и уровень эндогенной интоксикации оценивались с помощью температурной кривой, показателя лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), содержания С-реактивного белка. С целью оценки выраженности аутоиммунного компонента определялись аутоорганные антитела к слизистой оболочке маточных труб и к ткани яичника с помощью реакции пассивной гемагглютинации по Boyden.

При проведении объективного исследования у всех 33 женщин была болезненная пальпация живота, и определялись положительные перитонеальные симптомы. Во время проведения двуручного гинекологического исследования при поступлении в стационар у 28 женщин матку и придатки пальпировать не удалось из-за напряжения передней брюшной стенки и резкой болезненности при пальпации, тогда как у 5 пальпировались ограниченные в подвижности и болезненные tuboовариальные образования. Диагноз был подтвержден данными ультразвукового исследования органов малого таза. При этом в большинстве наблюдений на эхограммах определялись расширенные, утолщенные, вытянутые маточные трубы, характеризующиеся повышенным уровнем звукопроводимости. У 9 пациенток в прямокишечно-маточном углублении отмечалось скопление «свободной» жидкости, а у 5 определялись tuboовариальные образования.

При проведении лабораторных исследований для всех обследованных больных оказался характерным повышенный лейкоцитоз (среднее количество лейкоцитов составило $12,4 \pm 3,9 \times 10^9/\text{л}$), и уве-

личение количества палочкоядерных нейтрофилов до $7,9 \pm 3,1$ %. Абсолютное количество лейкоцитов оказалось ниже нормы у 5 больных с наличием tuboовариальных образований (значения от 428 до 685), тогда как у большинства обследованных данный показатель не имел значительных отклонений (1434 ± 505). Практически у всех пациенток оказалась повышенной скорость оседания эритроцитов ($25,2 \pm 7,4$ мм/час). Средние значения ЛИИ составили ($M \pm m$) $5,2 \pm 1,0$. У всех обследованных отмечалось значительное увеличение активности щелочной фосфатазы нейтрофильных лейкоцитов по сравнению с показателями здоровых до $2,91 - 2,32$ условных единиц (контроль — $1,53 \pm 0,07$) и $96 - 100$ % положительно реагирующих клеток (контроль — $83,3 \pm 2,15$ %). Обращает на себя внимание то, что у всех обследованных больных показатели содержания аутоорганных антител к ткани яичника и к слизистой маточных труб оказались достоверно выше, чем в контроле. В частности, средние геометрические титры аутоантител к слизистой маточных труб составили ($M \pm m \log_2$) $4,7 \pm 0,6$ (контроль — $2,7 \pm 0,2$; $p < 0,001$), а к ткани яичника — $5,1 \pm 0,3$ (контроль — $3,1 \pm 0,1$; $p < 0,001$). При этом наиболее высокие титры (1:128 — 1:512) аутоантител к ткани яичника были зарегистрированы у больных с наличием tuboовариальных воспалительных образований в сочетании с явлениями пельвиоперитонита.

В 9 случаях заболевание развилось на фоне бактериального вагиноза, а в 3-х — на фоне вагинального кандидоза. При проведении бактериологического исследования, как правило, определялись ассоциации 2 — 4 микроорганизмов (грамположительные кокки, энтеробактерии, бактериоиды, коринебактерии, мобилункус, гарднереллы, лептотрихии).

Всем 33 больным была проведена комплексная противовоспалительная терапия, включающая создание лечебно-охранительного режима, назначение антибактериальных, десенсибилизирующих, обезболивающих препаратов, проведение инфузионной терапии и физиотерапевтических процедур. Антибактериальная терапия проводилась в два этапа. Учитывая полимикробную этиологию воспалительного процесса, тяжелое течение заболевания, молодой возраст больных и необходимость быстрого купирования воспалительного процесса, на первом этапе всем 33 больным было применено внутрикостное введение сульперазона (цефоперазон 1 г + сульбактам 1 г), ингибиторозащитного цефалоспорино широкого спектра действия, обладающего, в том числе и высокой антианаэробной активностью. Препарат вводился в гребень крыла подвздошной кости, на расстоянии 3 — 4 см от передней верхней ости (рис. 1), при помощи иглы с мандреном. В отличие от общеизвестных методик, использовалось дробное введение лекарственных препаратов. Первоначально вводилось 40 мл 0,25% раствора новокаина, затем 2 г сульперазона в 10 мл новокаина и в заключение 2 мл 10% кофеина. Подобная методика имеет ряд преимуществ: новокаин, действуя на сосудистые интерорецепторы,

уменьшает болевую реакцию, снимает спазм сосудов и увеличивает проницаемость капилляров, благодаря чему обеспечивается большая площадь соприкосновения с вводимым антибиотиком, который проникает в пораженные ткани и задерживается там, удлиняя и усиливая местное действие препарата. В результате вся доза введенного препарата поступает непосредственно в очаг воспаления и лишь позже эвакуируется в большой круг кровообращения. Кофеин, обладающий лимфостимулирующими свойствами, способствует перемещению введенных препаратов в лимфатическую систему. При таком условии препараты проникают как в зону микробного заражения и окружающие ткани, так и в регионарные лимфатические сосуды и узлы, что и поддерживает пролонгированный эффект их действия [3]. Введение лекарственного раствора осуществлялось поочередно в обе подвздошные кости или со стороны преимущественной локализации воспалительного процесса. Количество инъекций (3 — 5) определялось общим состоянием больных и темпом исчезновения воспалительного процесса. Пяти пациенткам, у которых определялись tuboовариальные воспалительные образования, было дополнительно к этому проведено пункционное дренирование гнойных полостей через задний свод влагалища под контролем ультразвукового сканирования. При этом было удалено от 30 до 80 мл гноя и проведено промывание полости раствором хлоргексидина. При проведении бактериологического исследования полученного гнойного содержимого была выделена кишечная палочка. У 2-х больных потребовалось повторное проведение пункции придаткового образования через 1 — 2 дня.

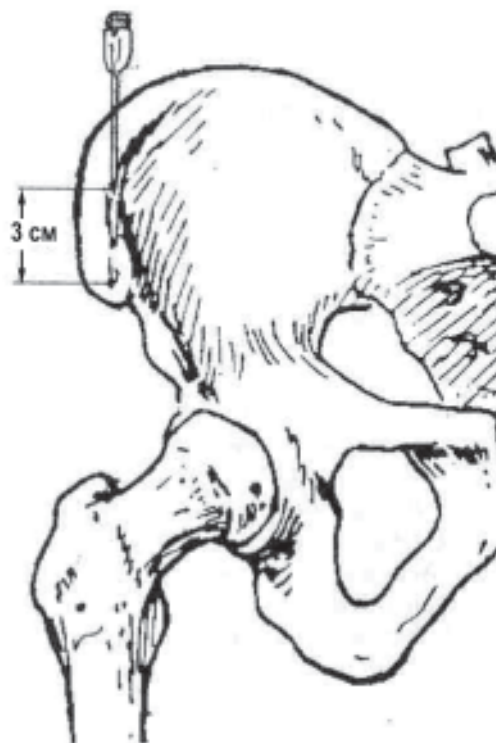


Рис. 1. Наиболее удобная точка для пункции гребня крыла подвздошной кости.

В качестве второго этапа антибактериальной терапии использовался препарат, обладающий выраженным противохламидийным действием. С этой целью применялся фромилд (кларитромицин) по 500 мг 2 раза в день в течение 7 дней.

После выписки из стационара всем женщинам был проведен второй этап реабилитации, включающий в себя проведение 1–3 сеансов плазмафереза, проводимого в первую половину менструального цикла, а также прием в течение 4–6 месяцев монофазных низкодозированных контрацептивов (марвелон, ярина, жанин, регулон), в сочетании с системной энзимотерапией. Отдаленные результаты оценивались через год после проведенного стационарного лечения. Критериями выздоровления считались: отсутствие жалоб, удовлетворительное состояние, отсутствие анатомических изменений в области придатков при бимануальном исследовании, нормальные параметры менструального цикла и данные ультразвукового сканирования на 20–22 дни цикла (желтое тело — не менее 19 мм, толщина эндометрия — не менее 10 мм, адекватная секреторная трансформация).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Комплексная терапия с использованием внутрикостного введения сульперазона быстро приводила к улучшению общего состояния, уменьшению явлений интоксикации. После первой же внутрикостной инъекции все больные отмечали уменьшение или полное исчезновение болевого синдрома. В течение первых трех дней от начала лечения нормализовалась температура тела, а в течение первой недели — показатели общего анализа крови. К 10 дню нормализовались биохимические и цитохимические показатели анализов крови. Полное исчезновение воспалительных образований было констатировано на 12–14 дни лечения. У всех 33 больных наступило клиническое выздоровление. Среднее пребывание в стационаре составило ($M \pm \delta$) $12,7 \pm 3,1$ дня. К моменту клинического выздоровления нормализовалось также содержание аутоорганнх антител к сли-

зистой маточных труб, однако титры аутоантител к ткани яичника оставались повышенными (от 1:32 до 1:64; контроль — 1:8,6), что требовало продолжения проведения реабилитационных мероприятий и после выписки из стационара (рис. 2).

На протяжении последующего года после проведенного стационарного лечения все 33 женщины чувствовали себя удовлетворительно, они не предъявляли никаких жалоб и считали себя практически здоровыми. У всех 33 полностью восстановился менструальный цикл, а у 4-х наступила беременность.

Для сравнения были прослежены отдаленные результаты лечения у 30 пациенток, которым проводилась традиционная консервативная терапия, включающая в себя назначение антибактериальных препаратов (пенициллины, аминогликозиды, цефалоспорины 1-го поколения, метронидазол), десенсибилизирующих и обезболивающих средств, дезинтоксикационной терапии. У всех 30 обследованных пациенток также наступило клиническое выздоровление. Однако повторные эпизоды заболевания в течение года были констатированы у 6 больных. При этом четверем из них потребовалось проведение повторного курса стационарного лечения. Отметим наступление беременности в течение указанного срока 2 пациентки, тогда как 3 обследовались и лечились по поводу бесплодия. Считали себя практически здоровыми на протяжении года и не предъявляли никаких жалоб только 16 пациенток из 30. В то же время 14 женщин не считали себя здоровыми и отмечали дискомфортные явления после проведенной терапии (периодические ноющие боли в нижних отделах живота, проявления диспареунии).

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать следующие выводы:

1. Основной задачей терапии ВЗОМТ у молодых женщин, помимо клинического улучшения, является нормализация менструального цикла и сохранение репродуктивной функции.
2. Традиционные схемы стартовой антибактериальной терапии с использованием пенициллинов,

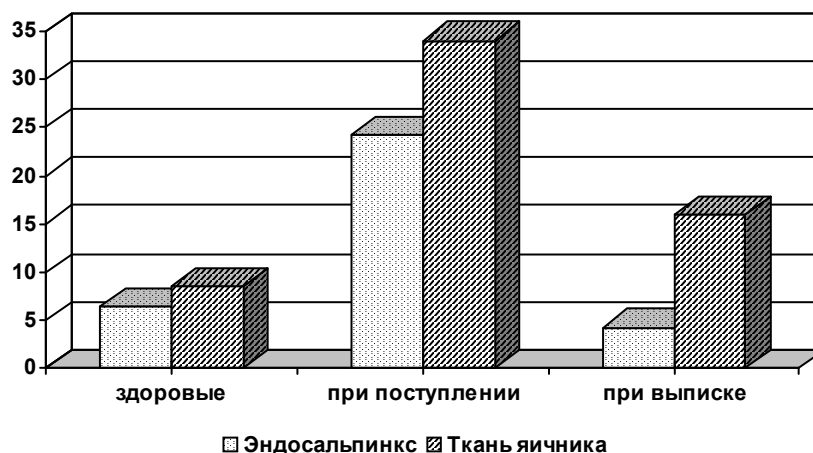


Рис. 2. Динамика титра аутоорганнх антител в процессе лечения острых ВЗОМТ.

аминогликозидов и цефалоспоринов 1-го поколения оказываются эффективными только у 53 % современных больных, тогда как у 47 % сохраняются дискомфортные явления после проведенной терапии и риск прогрессирования заболевания.

3. Рациональная антибактериальная терапия, обеспечивающая эрадикацию возбудителя из очага, предотвращает селекцию резистентных штаммов и рецидив заболевания, поэтому более агрессивная стартовая терапия с использованием препаратов, эффективных в отношении анаэробов, хламидий, гонококков и трихомонад, должна быть стандартом для лечения смешанных инфекций.

4. Критерием назначения комбинации цефоперазона и сульбактама является тяжелое течение воспалительного процесса придатков матки у молодых женщин.

5. Введение антибиотиков в растворе новокаина в подздошные кости является эффективным методом лечения тяжелых форм ВЗОМТ. Данный способ введения лекарственных препаратов позволяет создать высокие и длительно действующие концентрации антибиотиков в очаге воспаления и в окружающих его тканях, крови и лимфе. Все это не только препятствует дальнейшему распространению воспалительного процесса, но и приводит к его регрессу, что сопровождается полным или почти полным выздоровлением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Краснопольский В.И. Гнойная гинекология / В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Шукина. — М.: МЕДпресс, 2001. — 288 с.
2. Левин Ю.М. Основы лечебной лимфологии / Ю.М. Левин. — М.: Медицина, 1986. — 288 с.
3. Уткин Е.В. Анатомическое обоснование внутрикостного метода введения лекарственных препаратов при акушерско-гинекологической патологии / Е.В. Уткин // Журнал акушерства и женских болезней. — 2002. — Вып. 4, Т. 51. — С. 27–31.
4. Уткин Е.В. Особенности клинического течения и тактики лечения воспалительных заболеваний придатков матки в современных условиях / Е.В. Уткин, Н.М. Подонина // Мать и дитя в Кузбассе. — 2005. — Спецвып. № 1. — С. 169–171.
5. Barrett S. A review on pelvic inflammatory disease / S. Barrett, C. Taylor // Int. J. STD AIDS. — 2005. — Vol. 16, N 11. — P. 715–720.
6. Beigi R.H. Pelvic inflammatory disease: new diagnostic criteria and treatment / R.H. Beigi, H.C. Wiesenfeld // Obst. Gyn. Clin. North Am. — 2003. — Vol. 30, N 4. — P. 777–793.
7. Long-term sequelae of acute pelvic inflammatory disease. A retrospective cohort study / S. Safrin, J. Schachter, D. Dathrouge et al // Am. J. Obst. Gyn. — 1992. — Vol. 166, N 4. — P. 1300–1305.
8. Ross J. Pelvic inflammatory disease / J. Ross // Clin Evid. — 2005. — Vol. 13. — P. 2031–2037.