

В.В. Бочков, Т.М. Дунаева, М.А. Семендяева, Т.А. Исупова, Т.Г. Дмитриева, А.А. Семендяев

ОСТРАЯ ТАЗОВАЯ БОЛЬ ПРИ АБСЦЕССАХ МАЛОГО ТАЗА (МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ)

НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)
Иркутский областной Диагностический центр (Иркутск)
Дорожная клиническая больница (Иркутск)

Гетерогенный по этиологии и патогенезу синдром тазовой боли у женщин изучен на основе опыта лечения 281 больной с абсцессами малого таза различной локализации. Интенсивность болевого синдрома оценивали на основании опросника McGill и по балльной визуально-аналоговой шкале. Основным принципом лечения указанных больных была органосохраняющая тактика, которая заключалась в выполнении в процессе лапароскопии двойного (трансабдоминального и трансвагинального) дренирования полости абсцесса, активной санации гнойного образования иммобилизованными ферментами и антисептиками. Контроль за проводимым лечением осуществлялся с помощью динамической трансдренажной абсцессоскопии. Рецидив заболевания отмечен только в отдаленный послеоперационный период времени (0,5–2 года) у 3,2 % больных. Болевой синдром в ближайшем (до 10–14 суток) послеоперационном периоде снизился с 8–10 баллов до 1–3. Согласно опросника Мак Гилла было отмечено снижение и индивидуальной реакции пациенток на болевые ощущения и последствия от перенесенного хирургического вмешательства.

Ключевые слова: тазовая боль, абсцессы малого таза, иммобилизованные ферменты, трансдренажная абсцессоскопия

ACUTE PELVIC PAIN AT ABSCESSSES OF SMALL PELVIS (MINI INVASIVE TECHNOLOGIES OF TREATMENT)

V.V. Bochkov, T.M. Dunayeva, M.A. Semendyayeva, T.A. Isupova,
T.G. Dmitriyeva, A.A. Semendyayev

SC RRS ESSC RAMS, Irkutsk
Irkutsk State Medical University, Irkutsk
Irkutsk Regional Diagnostic Center, Irkutsk
Railroad Clinical Hospital, Irkutsk

Heterogeneous by etiology and pathogenesis syndrome of pelvic pain in women is studied basing on the experience of treatment of 281 patients with abscesses of small pelvis of different localization. The intension of pain syndrome estimated basing on the McGill's questioner and by numerical visual and analogous scale. The main principle of treatment of the patients was organ-preserving tactic of using in process laparoscopy of double (transabdominal and transvaginal) catchment of abscess's cavity, active readjustment of purulent formation by immobilized ferments and antiseptics. The treatment was controlled by dynamic transdrainage abscessoscopy. The relapse of the disease was marked only in long term postoperative period (in 0,5–2 years) in 3,2 % of patients. Pain syndrome in the nearest (till 10–14 days) postoperative period decreased from 8–10 points till 1–3. According the McGill's questioner decrease of as individual reaction of patients to pain sensation so consequences after the surgical disturbance was marked.

Key words: pelvic pain, abscesses of small pelvis, immobilized ferments, transdrainage abscessoscopy

В настоящее время проблема острой и хронической тазовой боли у женщин привлекает внимание широкого круга клиницистов [3, 4, 6, 9].

Это обусловлено тем, что этиологические факторы формирования тазовой боли весьма гетерогенны: воспалительные, опухолевые процессы, нарушения регионарной гемодинамики (конгестия) и др. [8, 10].

Острая тазовая боль, обусловленная во многих случаях очаговым, либо диффузным гнойным процессом в малом тазу, вызванным полимикробной флорой, побуждает больных обращаться за экстренной медицинской помощью. В настоящее время во многих клиниках имеется возможность применения миниинвазивных технологий лечения локальных

гнойных процессов (абсцессов) не только малого таза, но и верхнего этажа брюшной полости [7].

Целью настоящего сообщения является изложение нашего опыта лечения абсцессов малого таза отягощенного синдромом тазовой боли.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мы располагаем опытом лечения 281 больной абсцессами малого таза.

Всем больным в экстренном порядке проводили общепринятое обследование, включающее визуализирующую локальную диагностику (УЗС) и бактериологическое исследование на автоматизированном анализаторе «Autosceptor» (Becton Dickinson, США).

Таблица 1

Распределение больных с острыми гнойными процессами в группах по нозологическим формам

Диагноз	Группы наблюдений		Всего
	1 – основная	2 – группа контроля	
Пиосальпинкс	64	53	117
Абсцесс яичника	23	16	39
Тубоовариальный абсцесс	18	16	34
Сочетание гнойного сальпингита с абсцессом прямокишечноматочного углубления	29	20	49
Абсцессы малого таза, осложненные пельвиоперитонитом	23	19	42
Всего больных	157	124	281

Исследования проведены в 2-х группах больных. Первая (основная) группа состояла из пациенток, в лечении которых применили лапароскопию и дренирование полости гнойника с последующей ее санацией антисептиками и иммобилизованными ферментами (имозимаза) [5].

Пациенткам второй (контрольной) группы проводилось традиционное, оргауноносящее (с учетом локализации очага абсцесса) лечение с дренированием и санацией малого таза, лапаротомным доступом (табл. 1).

Пациенткам обеих групп параллельно с вышеуказанным хирургическим лечением, назначали инфузионную гомеостатическую и антибактериальную эмпирическую (до получения бактериограмм) терапии.

Миниинвазивное хирургическое лечение у пациенток основной группы заключалось в следующем. Через 1–2 суток, под общим обезболиванием проводили традиционную лапароскопию, в процессе которой осуществляли ревизию тазовой анатомической области и определяли локализацию гнойного очага. Дальнейшие действия зависели от его визуализации на весьма ограниченном пространстве, необходимом лишь для его пункции и дренирования. При спаечном процессе прибегали к экономному рассечению спаек, необходимому лишь для пункции гнойника. Как правило, это проводили стремясь мобилизовать участок передней стенки гнойника. Далее следовала его пункция, эвакуация содержимого (также направляемого на бактериологическое исследование). После этого, в полость гнойника вводили дренажную силиконовую трубку внутренним диаметром 5 мм, дистальный конец которой выводили через брюшную стенку в подвздошной области. Второй дренаж вводили трансвагинально через задний свод влагалища (внутренний диаметр 10 мм). Операцию заканчивали осушиванием области малого таза и введением в него антибиотика – амикацина, проявляющего по нашим данным широкий антибактериальный эффект. При этом системная антибиотикотерапия и симптоматическое лечение продолжались.

Процесс лечения в послеоперационном периоде этим не ограничивался. С помощью разработан-

ной нами технологии трансдренажной санационной динамической абсцессоскопии (Патент на изобретение № 2195198) [2] удавалось не только проследить за динамикой очищения и контракцией гнойной полости, но и произвести щадящую некрэктомию явно нежизнеспособных тканей – среды вегетации возбудителей гнойного процесса.

К этому следует добавить, что в послеоперационном периоде ежедневно применяли локальный пролонгированный протеолиз иммобилизованным на полимерной матрице препаратом бактериальных протеиназ (имозимаза), описанным нами ранее [1], в сочетании с лаважом полости абсцесса антисептиками, которые не ингибируют действие препарата имозимаза. Строгий постельный режим не был рекомендован. В зависимости от общего состояния пациенток на следующие сутки им разрешалось сидеть, вставать и ходить.

Интенсивность синдрома тазовой боли до и после операции оценивали на основании опросника McGill (McGill Pain Questionnaire, MPQ), широко известного по специальной литературе, посвященной этиологии и патогенезу боли и по балльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ), по которой пациент сам оценивает у себя состояние боли в баллах – от 0 до 10.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Поскольку настоящее сообщение относится главным образом к анализу клинических результатов изучения динамики тазового болевого синдрома (при абсцессах малого таза), уделим этому аспекту основное внимание, т.к. эффективность описанной выше методики лечения абсцессов малого таза была описана нами ранее [1].

В результате проведенного исследования было установлено, что проявления болевого синдрома при гнойниках малого таза были весьма переменными, как по интенсивности (на основании субъективной оценки), так и по локализации. Как правило, строго локальной боли не было. Она имела больший или меньший по распространенности диффузный характер, во многих случаях с иррадиацией в область промежности, паховые области, наружные гениталии, прямую кишку, поясничную область. На восприятие боли, оценку ее ин-

тенсивности, несомненное влияние оказывали индивидуальные особенности ее восприятия больными: от панической реакции до состояния депрессии, безысходности, проявлявшиеся в разной степени выраженности отрицательными эмоциями. Несмотря на это, не было ни одного случая отказа больных от хирургического пособия.

Известно, что традиционное хирургическое лечение при гнойных процессах малого таза, если оно проведено технически безукоризненно, эффективно в подавляющем большинстве случаев. У больных постепенно улучшается состояние, снижается гипертермия, купируется болевой синдром. Однако, широко применявшийся ранее традиционный метод лечения лапаротомным доступом, безусловно более травматичен, чем описанный лапароскопический. Кроме того, после чревосечения послеоперационный период и время реабилитации существенно продолжительнее. Не являются редкостью непосредственные осложнения в операционной ране (гематомы, инфекция, стойкий болевой синдром), а также психический дискомфорт, обусловленный косметическими последствиями операции.

Таким образом, с точки зрения устранения болевого синдрома, а также с учетом органоносящего характера, традиционные методы лечения по большому счету можно признать малоэффективными. Применение у аналогичных больных миниинвазивной (эндхирургической) технологии показало, что результат от лечения наступает уже на следующий день. Определенный вклад в это вносит и психосоматическое состояние больных в виде: удовлетворения от проведенного органосберегающего лечения и связанного с этим сохранением менструальной функции и вероятностью наступления в последующем беременности, возможности избежать преждевременного старения, а также косметическая составляющая операции.

Быстрое снижение интенсивности болевого синдрома после лапароскопических операций (на основании балльной оценки по визуально-аналоговой шкале ВАШ с 8–10 баллов до 3–4 баллов на 3–5 сутки и до 1–2 баллов к 10–14 суткам после операции), укрепляют уверенность больных в успешности операции и своей перспективе благоприятной дальнейшей жизнедеятельности.

Рецидив заболевания после применения санационной трансдренажной абсцессоскопии с использованием ферментативного протеолиза был отмечен только в 9 случаях (3,2%), в отдаленный (через 0,5–2 года) период времени, в виде повторного возникновения абсцессов малого таза, но уже меньших по диаметру и объему полости гнойника. Во всех указанных случаях проведена аналогичная, как и первоначально операция — динамическая трансдренажная санационная абсцессоскопия, с применением имозимазы и системной антибиотикотерапией, с учетом высеянной микрофлоры.

Описанный нами опыт свидетельствует о том, что при своевременном лечении острых гнойных

процессов малого таза, ассоциированных с тяжелым болевым синдромом, последний может быть эффективно купирован. Большое значение при этом также имеет реабилитационный период (качество жизни, личная гигиена и пр.).

При изучении тазовой боли у больных, в лечении которых применяли лапаротомные доступы, связанные с этим мануальная ревизия малого таза, широкая мобилизация органных и тканевых структур путем рассечения обширного спаечного процесса, удаления гнойно-измененных органов и тканей, санация и дренирование брюшной полости свидетельствовали о том, что у пролеченных таким образом больных в результате суммации болевых ощущений из области таза (брюшной полости) и операционной раны передней брюшной стенки по данным проведенного индивидуально-тестирования значительно длительном купировании болевого синдрома (на протяжении от 1 мес. до 0,5 года) после операции.

При оценке больными характера перенесенного ими оперативного вмешательства в ранний послеоперационный период, кроме болевого синдрома они отмечали неуверенность своего состояния в виде поздней активизации, боязнь за состоятельность швов в брюшной полости и на передней брюшной стенке, неуверенность в сохранении полноценности женских функций в будущем.

Заключая данное сообщение, считаем необходимым подчеркнуть, что широкое применение современных эндоскопических методов лечения (в разных областях хирургии и смежных с ней специальностях) в полной мере проявляют свою эффективность и при острых гнойных процессах малого таза. При этом происходит двуединый эффект: радикальная, органосохраняющая и практически безрецидивная санация очагового гнойного процесса и эффективное устранение тягостной тазовой боли и ее последствий.

Изложенные выше материалы клинических исследований, с учетом ранее опубликованных наших работ по этой проблеме, свидетельствуют о том, что лапароскопические технологии, дополненные эффективным дренированием гнойников, их санацией с помощью трансдренажной абсцессоскопии и некрэктомии, позволяющей проводить различные внутриабсцесные санационные процедуры, может быть тиражирован и для их применения при многих иных локальных гнойных патологических процессах.

ВЫВОДЫ

1. В патогенезе синдрома тазовой боли существенное значение имеют острые гнойные процессы области малого таза, гетерогенные по своей этиологии.
2. Миниинвазивная лапароскопическая технология лечения гнойников малого таза приводит к двуединому эффекту: исчерпывающему лечению гнойного процесса и купированию болевого синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьев Е.Г. Хирургия тяжелых гнойных процессов / Е.Г. Григорьев, А.С. Коган. — Новосибирск: Наука, 2000. — 313 с.
2. Коган А.С. Способ лечения абсцессов малого таза у женщин / А.С. Коган, Е.Г. Григорьев, А.А. Семендяев // Патент на изобретение № 2195198. — 2002.
3. Краснопольский В.И. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки / В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина. — М.: Медпресс, 1999. — 233 с.
4. Кулаков В.И. Диагностическая и хирургическая лапароскопия в гинекологии / В.И. Кулаков, Л.В. Адамян, С.И. Киселев // Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки: Международный конгресс с курсом эндоскопии; Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян — М., 1997. — С. 15–37.
5. Салганик Р.И. Имобилизованные протеолитические ферменты и раневой процесс / Р.И. Салганик, А.С. Коган, А.М. Гончар. — Новосибирск: Наука, 1983. — 265 с.
6. Стрижаков А.Н. Динамическая лапароскопия (вопросы активного лечения больных с гнойными tuboовариальными образованиями) / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, Д.Ф. Курбанова // Эндоскопия в гинекологии; Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. — М., 1999. — С. 424–427.
7. Шантуров В.А. Диагностика и парахирургическое лечение локальных гнойно-деструктивных процессов верхнего этажа брюшной полости: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Иркутск, 1998. — 40 с.
8. Яроцкая Е.Л. Особенности тактики ведения гинекологических больных, страдающих тазовыми болями / Е.Л. Яроцкая, Л.В. Адамян // Пробл. Репрод. — 2003. — № 3. — С. 17–26.
9. Abbott J. Pelvic pain score in women without pelvic pathology / J. Abbott, J. Hawe, N. Shalтоot // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. — 2002. — Vol. 9, N 4. — P. 414–417.
10. Howard F.M. The role of laparoscopy as a diagnostic tool in chronic pelvic pain / F.M. Howard // Obstet. Gynecol. — 2000. — Vol. 14, N 3. — P. 467–494.