

## ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Э.А.Тилеков, А.М.Калжикеев, А.Д.Алмалиева, Ю.К.Уметалиев, А.Т.Тойгонбаев

*НХЦ МЗ КР, г. Бишкек*

**Резюме.** С целью анализа особенностей хирургической тактики при острых гнойно воспалительных заболеваниях органов малого таза с использованием лапароскопической техники нами проведен анализ 65 клинических случаев гнойных воспалительных образований органов малого таза. Возраст больных колебался от 17 до 45 лет, составляя в среднем 36,4лет. Из анализа наших данных видно, что у больных потребовавших хирургического лечения, преобладали пиосальпинксы (45,3%), на втором месте по частоте - одно и двусторонние tuboовариальные образования (23%) и на третьем - одно- и двусторонние пиовары (21,7%).

**Ключевые слова:** придатки, матка, гнойные воспалительные заболевания, эндовидеохирургия.

## PRINCIPLES OF TREATMENT OF THE PURULENT INFLAMMATORY DISEASES OF UTERINE APPENDAGES

E.A.Tilekov, A.M.Kalzhikeev, A.D.Amalmalieva, Yu.K.Umetaliev, A.T.Toigonbaev

*NSC MH KR, Bishkek*

**Summary.** In order to analyze the features of surgical tactics in acute suppurative inflammatory diseases of the pelvic organs using laparoscopic techniques, we analyzed 65 clinical cases of purulent inflammatory formations of the pelvic organs. The age of patients ranged from 17 to 45 years, averaging 36.4 years. From the analysis of our data, it is clear that piosalpinxes (45.3%) prevailed in patients requiring surgical treatment, one and two-sided tubo-ovarian formations (23%) ranked second, and one-way and two-sided pyovars (21.7%).

**Key words:** adnexa, uterus, purulent inflammatory diseases, endovideosurgery.

По данным Национального центра контроля заболеваемости в США ежегодно регистрируют около 1 млн. случаев воспалительных

заболеваний органов малого таза. Из них 267000 пациенток госпитализируют и проводят им 119000 операций по этому поводу.

В США ежегодные затраты на лечение и реабилитацию гнойных воспалительных заболеваний женских половых органов составляют около 3,5 млрд. долларов США.

По данным МЗ РФ, более 50% женщин, обратившихся в женскую консультацию, страдают воспалительными заболеваниями женских половых органов. При этом 50% их них нуждаются в стационарном лечении. У 25% женщин острый воспалительный процесс протекает с осложнениями [1, 2].

Лечение гнойных воспалительных образований органов малого таза является одной из актуальных проблем гинекологии. Несмотря на внедрение новых технологий в лечении указанной патологии оно продолжает оставаться сложной проблемой для клинициста и опасным недугом для больной. Более того, хирургическое лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки по-прежнему остается одной из сложных задач оперативной гинекологии, а многие ее аспекты требуют дальнейшего изучения на новом методологическом уровне [3-6].

В последние десятилетия в лечении воспалительных заболеваний придатков матки наметились два направления - консервативное и хирургическое.

Значительная роль в консервативной терапии острых воспалительных заболеваний внутренних половых органов

женщин принадлежит антибиотикотерапии. Выбор антибиотика зависит от чувствительности к нему микрофлоры, выделенной из очага поражения, т.к. каждый из них губителен для определенного вида микроорганизмов, оставаясь индифферентным к другим [2, 7].

Успешное применение в лечении острых воспалительных заболеваний внутренних половых органов пенициллина, канамицина, мономицина объясняется высокой чувствительностью к ним штаммов стафилококка и кишечной палочки.

Повышение роли микробных ассоциаций в этиологии острых воспалительных заболеваний внутренних гениталий обуславливает применение антибиотиков широкого спектра действия, таких как неомицин, биомицин, тетрациклин.

Большую роль в эффективности антибиотикотерапии помимо правильного подбора препарата, играет поддержание терапевтической концентрации его в крови. Так как антибиотики быстро выводятся из организма, разрабатываются методы пролонгирования и повышения эффективности их действия путем комбинированного применения препаратов и назначения их во всевозрастающих дозах.

Заслуживает внимания метод лечения перитонитов, получивший широкое распространение в хирургии, при котором царяду с обычными методами введения лекарственных веществ, применяется метод проточного

орошения брюшной полости раствором антибиотиков. При проточном орошении брюшной полости раствором антибиотиков, препарат подводится непосредственно к пораженному органу, поддерживается его длительный контакт с пораженной брюшиной и создается достаточная его концентрация в очаге воспаления и в крови.

В гинекологической практике применяется введение антибиотиков в брюшную полость через задний свод влагалища, но преимущественно этот метод используется при консервативном лечении воспалительных мешотчатых образований придатков матки. При лечении же острых сальпингитов, сопровождающихся открытым пельвеоперитонитом, внутрибрюшное введение антибиотиков находит применение лишь тогда, когда эффект от комплексной противовоспалительной терапии не наступает и больная подвергается оперативному лечению.

Предлагаются два метода введения лекарственных препаратов в брюшную полость: 1) однократно во время операции с последующим зашиванием брюшной стенки наглухо и 2) многократно в послеоперационном периоде через микроирригатор и дренажные трубки, введенные в брюшную полость во время операции.

Отмечая большую эффективность применения внутрибрюшного введения антибиотиков при лечении острых воспалительных заболеваний

органов брюшной полости, следует учесть, что применение данного метода связано с чревосечением и поэтому ограничено.

Однако, в последние годы в связи с появлением все более совершенных видов эндоскопов со стекловолоконистой оптикой и развитием эндоскопической хирургии, стало возможным использование лапароскопии при некоторых острых воспалительных процессах в брюшной полости не только с диагностической, но и с лечебной целью [8-12].

При этом создаются условия для внутрибрюшного введения антибактериальных и дезинтоксикационных препаратов с постоянной эвакуацией из брюшной полости патологического экссудата без предварительного чревосечения. В хирургической практике уже достаточно широко и успешно используется дренирование брюшной полости с помощью лапароскопа при лечении острых заболеваний брюшной полости, такие как острый холецистит, острый панкреатит, острый аппендицит и др.

С целью анализа особенностей хирургической тактики при острых гнойно воспалительных заболеваниях органов малого таза с использованием лапароскопической техники нами проведен анализ 65 клинических случаев гнойных воспалительных образований органов малого таза. Возраст больных колебался от 17 до 45 лет, составляя в среднем 36,4 лет. Из анализа наших данных видно, что у больных потребовавших

хирургического лечения, преобладали пиосальпинксы (45,3%), на втором месте по частоте - одно и двусторонние тубоовариальные образования (23%) и на третьем - одно- и двусторонние пиовары (21,7%).

Подавляющее большинство гнойных процессов локализовалось в придатках матки, что совпадает с данными литературы и обусловлено восходящим путем инфицирования.

Острые воспалительные заболевания придатков матки протекающие под маской острого аппендицита, были выявлены у 65 больных.

Лапароскопическая картина при катаральных формах острого сальпингита характеризовалась утолщением, отеком стенок, гиперемией серозного покрова одной или обеих маточных труб. Сосудистый рисунок усилен, хорошо виден на тазовой брюшине. Практически всегда определялись признаки оофорита. При гнойном сальпингите маточные трубы резко гиперемированы и отечны, часто определяется их четкообразное утолщение. Чаще наблюдается поступление из просвета труб мутного гнойного экссудата, что четко можно определить при пальпации и надавливании манипулятором.

Апоплексия яичника была обнаружена у 4 женщин. Первым признаком ее является наличие крови в малом тазу и брюшной полости, количество которой может быть весьма умеренным или значительным. Яичник, явившийся источником кровотечения, всегда

был отечен, и на его поверхности обнаруживался линейный или неправильной формы дефект.

Лапароскопическая диагностика перекрута кисты яичника у 2 больных не представляла трудностей. Киста выглядела напряженной, имела багрово-синюшную окраску с резко выраженным венозным стазом, тусклой серозной оболочкой и множественными мелкими и сливающимися кровоизлияниями.

Нарушенная внематочная беременность симулировавшая клинически острый аппендицит выявлена у 8 больных. Лапароскопическая картина внематочной беременности, протекающая по типу трубного аборта, характеризуется наличием в малом тазу и брюшной полости жидкой темной крови со сгустками. Следы крови обнаруживались в виде мазков на петлях кишечника, сальника. При незначительном количестве крови хорошо видна увеличенная матка, серозный покров которой, как правило, не изменен. Лишь иногда она имела синюшную окраску. Пораженная маточная труба имела веретенообразную форму, диаметр ее был увеличен, цвет багровый, цианотичный. Фимбрии трубы были отечны, гиперемированы, из просвета подтекала кровь.

У женщин с гнойными сальпингитами и сальпингоофоритами произведена тщательная аспирация выпота с помощью аквапуратора, который вводится через троакары манипулятора. Затем брюшная

полость промывалась раствором фурацилина и дренировалась одним или двумя полихлорвиниловыми дренажами диаметром 5 мм через этот же троакар. Дренаж во всех случаях сохранялся в течение суток.

При апоплексии яичника после аспирации крови и тщательного осмотра всех поверхностей обоих яичников и матки и обнаружения дефекта произведена его диатермокоагуляция биполярным электродом. Надежный гемостаз удалось выполнить во всех случаях.

У больных с разрывами кисты яичника после аспирации содержимого выполнена резекция кисты путем острого иссечения ее стенок с последующим коагуляционным гемостазом. Осложнений не наблюдалось.

Лапароскопическая операция при нарушенной внематочной беременности начиналась с аспирации крови из брюшной полости в стерильный сосуд с добавлением 1000 ЕД гепарина на каждые 1000 мл крови. Затем брюшная полость промывалась, эвакуировались сгустки крови. После санации и осушивания производилась мобилизация пораженной маточной трубы тупым и острым путем с коагуляционным гемостазом. После наложения на дистальный отдел двух клемм, практически на боковой поверхности матки, труба пересекалась электроножом и удалялась через рабочий троакар. В брюшную полость на 12 ч вводилась контрольная дренажная трубка. Осложнений не было.

У всех больных хирургическое

лечение гнойных образований органов малого таза сопровождалось массивной антибактериальной и дезинтоксикационной терапией. В схеме антибактериального лечения использовали цефалоспорины 3-го и 4-го поколений в сочетании с метрогилом, проводили инфузионную терапию в объеме не менее 1,5 - 2,5 л в сутки при соотношении коллоидных и кристаллоидных растворов 2:1. С целью коррекции гиповолемии и восстановления микроциркуляции применяли реополиглюкин, желатиноль. В тяжелых случаях для снижения интоксикации вводили свежезамороженную плазму и альбумин, переливали одногруппную донорскую кровь.

Применение хирургической лапароскопии для лечения гнойных процессов органов малого таза, которая выполнялась в адекватном и достаточно радикальном объеме соответственно принципам общей хирургии в сочетании с интенсивной антибактериальной, дезинтоксикационной, симптоматической терапией, позволило ускорить выздоровление больных, сократить срок их пребывания в стационаре, уменьшить число послеоперационных осложнений даже несмотря на относительно радикальный объем оперативного лечения.



## ЛИТЕРАТУРА

1. В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Шукина. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки.-М.:Медпресс, 1999.- 234с.
2. Л.В. Адамян, С.И. Киселев, Е.Л. Яроцкая, Э.Р. Ткаченко. Хирургическое лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней, Москва.-2000.-С. 170-194.
3. В.И. Бодюжина. Хронические неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов.-М.:1978.- 158с.
4. И.С. Гаджиев, Н.Г. Гаджиева. Эффективность лапароскопии в диагностике заболеваний внутренних половых органов женщин. //Акушерство и гинекология.-1978.-№6.-С.57-59.
5. И.М.Грязнова. Диагностическая ценность гинекологической эндоскопии. //Новое в хирургии гинекологических заболеваний . Труды 2 МОЛГМИ.-Москва,1979.-С.9-13.
6. Д.В. Брюнин, А.И. Ищенко, В.М. Зуев, Т.А. Джибладзе, Н.В. Ведерникова. Одноэтапное эндохирургическое лечение женщин репродуктивного возраста с тазовыми абсцессами. // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней, Москва. - 2000.-С. 195-197.
7. А.А. Семендяев, С.И. Кулинич, Н.А. Иванова, М.Н. Чертовских, С.С. Голубев Пролонгированный протеолиз гнойных придатков и позадидаточных образований лапароскопическим доступом // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней.-Москва, 2000.-С. 199-201
8. А.С. Гаспаров. Роль лапароскопии в диагностике поликистозных яичников и сопутствующей патологии органов малого таза //Проблема репродукции.-1995.-№2.-С.25-29.
9. А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов. Оперативная лапароскопия в гинекологии. -М.: Медицина, 1995-184с.
10. Т.А. Паллади, О.С. Чернецкая, Ю.В. Пунчи. Лапароскопия в гинекологии //Акушерство и гинекология.-1996.-№5.-С.43-44.
11. Е.А. Кудрина, А.И. Ищенко, И.А. Батурина. Перспективы лапароскопической хирургии в гинекологии //Акушерство и гинекология.-1997.-№1.-С. 19-22.
12. Г.М. Савельева, С.В. Штырев, А.В. Тумарев. Лапароскопия в экстренной хирургии гинекологических больных //Эндоскопия в гинекологии.-М., 1999.-С.267-269.