

Гнійно-запальні захворювання придатків матки: тактика хірургічного лікування та реабілітація репродуктивної функції

В.С. Страховецький

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Результати проведених досліджень свідчать, що запропонований нами поетапний підхід до реалізації поставленої мети, починаючи з етапу оперативного лікування гнійно-запальних захворювань придатків матки (ГЗЗПМ), потім відновлення репродуктивної функції і протягом усього гестаційного періоду, дозволяє суттєво поліпшити акушерські і перинатальні наслідки розродження у жінок із ГЗЗПМ в анамнезі. Це дозволяє рекомендувати вдосконалений алгоритм для широкого застосування в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: гнійно-запальні захворювання придатків матки, хірургічне лікування, репродуктивна функція, реабілітація.

На сьогодні клінічний досвід свідчить, що основним методом лікування гнійно-запальних захворювань придатків матки (ГЗЗПМ) залишається хірургічний [1]. У більшості лікувальних закладів при вирішенні питання про об'єм оперативного втручання перевагу віддають органокалічащим операціям, що, в першу чергу, пояснюється прагненням знизити ризик розвитку важких септичних ускладнень в післяопераційний період [2]. Єдиним критерієм оцінювання стану репродуктивних органів для визначення об'єму оперативного втручання залишається суб'єктивний візуальний метод.

При проведенні аналізу гістологічних результатів видалених макропрепаратів при оперативному лікуванні хворих з ускладненими формами ГЗЗПМ виявлено, що обрана традиційна тактика ведення хворих з пельвіоперитонітом у кожній третій хворій необгрунтовано агресивна [6]. У пацієток із запальними утвореннями репродуктивної системи лікувальні заходи в половині випадків пов'язані з необгрунтованим розширенням об'єму оперативного втручання [3].

Останні досягнення оперативної лапароскопії, удосконалення методики інвазивних втручань під контролем трансвагінальної ехографії, а також детальне вивчення патоморфозу різних форм гнійно-запальних захворювань органів репродуктивної системи створили передумови для того, що відбувається перегляд традиційних методів радикального видалення органів щодо тактики ведення хворих із запальними захворюваннями маткових труб і яєчників на користь переважно органозберігальних методів лікування [4].

Усе наведене вище служить приводом для розроблення нових тактичних підходів до ведення хворих з ускладненими формами ГЗЗПМ шляхом визначення об'єктивних діагностичних критеріїв гнійно-некротичної деструкції тканин для ургентної гінекології.

На сьогодні не існує лабораторних методів, що об'єктивно оцінюють ступінь пошкодження гематоперитонеального бар'єра при різних видах ГЗЗПМ, що дозволяють визначити ступінь ризику органозберігальних операцій для ургентної гінекології, відсутні чіткі лабораторні критерії, що визначають прогноз, ризик виникнення септичних ускладнень [7]. Зокрема, остаточно не вирішена проблема оцінки маркерів

наявності гнійно-деструктивного процесу в придатках матки при ускладнених формах ГЗЗПМ [5]. Невирішеними залишаються питання відновлення репродуктивної функції жінок, які перенесли оперативне лікування ГЗЗПМ, включаючи і методи допоміжних репродуктивних технологій, а також клінічний перебіг вагітності і пологів у цих пацієток.

Усе наведене вище свідчить про актуальність наукової проблеми, що вивчається, вирішення якої дозволить підвищити ефективність лікування ГЗЗПМ та відновити репродуктивну функцію жінок.

Мета дослідження: зниження частоти порушень репродуктивної функції в жінок з ГЗЗПМ на основі вивчення клінічних, функціональних, ендокринологічних імунологічних і мікробіологічних особливостей, а також розроблення і впровадження алгоритму прогностичних, діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети і завдань дослідження носили поетапний характер.

На першому етапі застосовували традиційну тактику ведення пацієток з ускладненими формами ГЗЗПМ, вивчали необхідність і можливість впровадження в практику сучасних ендоскопічних технологій.

На другому етапі впроваджували вдосконалену (оптимізовану) тактику ведення цієї категорії хворих та розробляли методику прогнозування ГЗЗПМ.

На третьому етапі проводили реабілітацію репродуктивної функції жінок, що перенесли оперативне лікування ГЗЗПМ.

На четвертому етапі вивчали особливості перебігу вагітності у жінок, що перенесли оперативне лікування ГЗЗПМ та відновили репродуктивну функцію.

За клінічним перебігом, результатами патоморфологічних досліджень і результатом захворювання виділено дві клінічні форми ГЗЗПМ: неускладнена і ускладнена. До неускладнених (гострі сальпінгіти) відносили випадки, що супроводжуються обов'язково наявністю мінімальних критеріїв (за системою УРС і ВОЗ) з незначними змінами клініко-лабораторних показників, даними огляду і УЗД, які підтверджують наявність патологічного процесу запального характеру. При своєчасній діагностиці і адекватній терапії процес обмежувався ушкодженням ендосальпінксу з подальшою регресією запальних змін. У разі пізньої або неадекватної терапії патологічний процес переходив в ускладнену форму – піосальпінкс, піовар або тубооваріальне утворення (ТОУ). При цьому перспектива подальшого народження дітей була різко знижена або проблематична, а одужання наставало лише після хірургічного лікування.

На трьох етапах на підставі проведеного обстеження, отриманих результатів лапароскопічної картини і гістологічного вивчення операційного матеріалу хворих було розподілено на три клінічні групи (про- і ретроспективні

дані): основна (ускладнені форми ГЗЗПМ), група порівняння (неускладнені форми) і група реабілітації. Відповідно до мети і завдань роботи обстежено і проліковано 378 жінок з ГЗЗПМ, яких розділили на групи:

- основна (1-а) група – 171 пацієнтка;
- група порівняння (2-а) – 107 хворих;
- група реабілітації (3-я) – 100 пацієнток.

Група вагітних (4-а група) була представлена 52 жінками, які завагітніли після загальноприйнятих та вдосконалених заходів.

Контрольна-1 група (5-а) була представлена 50 здоровими жінками репродуктивного віку.

Контрольна-2 група включала 50 здорових жінок, які народжували вперше.

Критеріями включення в основну групу були: гнійний запальний процес матки і придатків у стадії загострення – піосальпікс, піовар, ТОУ з морфологічним підтвердженням діагнозу; згода пацієнток на участь у дослідженні; вік від 15 до 35 років (ранній і середній репродуктивний). Критеріями виключення з основної групи були: вік обстежених до 15 або старше 35 років; наявність вагітності і післяпологового періоду; пухлини матки і придатків; запальний процес внутрішніх статевих органів поза загостренням; неускладнені форми ГЗЗПМ.

Критеріями включення в групу порівняння були: підтверджені клінічними, лабораторними і інструментальними методами дослідження неускладнений запальний процес придатків матки; вік від 15 до 35 років; інформована згода пацієнтки на участь у дослідженні. Критеріями виключення з групи порівняння були вік до 15 і після 35 років; наявність вагітності і післяпологового періоду; пухлини матки або придатків; запальний процес внутрішніх геніталій поза загостренням; ускладнені форми запального процесу придатків матки.

Критеріями включення в групу реабілітації були: бажання пацієнтки реалізувати репродуктивну функцію; перенесене оперативне лікування ГЗЗПМ; вік від 20 до 40 років; інформована згода пацієнтки на участь у дослідженні. Критеріями виключення з групи порівняння були вік до 20 і після 40 років; пухлини матки або придатків.

Основну групу і групу реабілітації було розподілено на відповідні підгрупи з урахуванням тактики проведення лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів:

- підгрупа 1.1. – 71 пацієнтка, яка отримувала загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи при оперативному лікуванні ГЗЗПМ;
- підгрупа 1.2. – 100 пацієнток, які отримували вдосконалений нами алгоритм лікувально-профілактичних заходів при оперативному лікуванні ГЗЗПМ;
- підгрупа 3.1. – 50 пацієнток після оперативного лікування ГЗЗПМ, яким проводили загальноприйнятні реабілітаційні заходи;
- підгрупа 3.2. – 50 пацієнток після оперативного лікування ГЗЗПМ, які отримували вдосконалений нами алгоритм реабілітаційних заходів.

Жінки підгруп 1.1 і 3.1 отримували лікувально-профілактичні і реабілітаційні заходи згідно з протоколами МОЗ України.

Особливими моментами лікувально-профілактичних заходів у пацієнток підгрупи 1.2. були:

- лапароскопічний доступ через підребер'я ліворуч з 30 або 45 оптикою з метою адекватної ревізії черевної порожнини;
- виконання операції виключно в положенні Фоллера або «анти-Тределенбурга» з метою запобігання поширенню гнійно-запального процесу в черевній порожнині;
- використання 3 портів для маніпуляторів (в клубових зонах з обох боків і в надлобковій зоні) для адекватного виконання необхідного обсягу операції;
- обов'язкове введення в черевну порожнину мікроіригаторів через клубові зони з обох боків, за необхідності силіко-

нової трубки діаметром 10 мм і гумової рукавички через одну з ділянок;

- лаваж антисептичними розчинами через мікроіригаторні трубки протягом 2 діб післяопераційного періоду тричі на добу з метою пригнічення запалення в залишених тканинах;
- введення на 3-ю добу післяопераційного періоду через мікроіригатор гелевого протиспайкового бар'єра з антизапальними та антибактеріальними властивостями та одночасне видалення обох мікроіригаторів.

Для прогнозування ГЗЗПМ проводили системний збір первинного матеріалу і сформували спеціальну вкопіювальну карту (анкету), що є структурованим і формалізованим варіантом історії хвороби, куди виносили відомості про цілу низку ознак (облікові ознаки) на кожну жінку, отримані на момент звернення до медичного закладу і під час подальшого моніторингу. Дані ознаки ми розглядали як потенційні діагностичні критерії. Як додаткові критерії прогнозування використовували експрес-діагностику важких бактеріальних інфекцій, що проводили за допомогою імунохроматографічного тесту напівкількісного визначення прокальцитоніну.

Особливими моментами реабілітації репродуктивної функції жінок, які перенесли оперативне лікування ГЗЗПМ, були:

- адекватна обсягу втручання антибактеріальна, інфузійна та протизапальна терапія;
- обов'язкове застосування ферментотерапії з 3-ї доби післяопераційного періоду протягом 10 діб;
- фізіотерапія з 12-ї доби післяопераційного періоду протягом наступних 2 тиж з протизапальною та антиадгезивною метою (використання електростимуляції з цинком та магнієм, електрофорезу з лідазою, ультразвуку з гідрокортизоном на гіпогастральну ділянку);
- гормонотерапія комбінованими оральними контрацептивами (КОК) протягом 3 міс з метою збереження ооцитарного резерву;
- через 3 міс – визначення репродуктивної тактики із застосуванням: діагностики гормонального стану пацієнтки а також second look лапароскопії (у випадку збереженого стану маткових труб та яєчників пацієнткам дозволялось відкрите статеве життя протягом 1 року, у випадку зниженої функції яєчників при збереженій функції маткових труб проводили стимуляцію овуляції з наступною інсемінацією, у випадку відсутності маткових труб пацієнти підпадали під програму ДРТ).

4-а група вагітних була розподілена на дві підгрупи залежно від використаних лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів:

- 4.1 – 13 жінок, які отримували загальноприйнятні лікувально-профілактичні та реабілітаційні заходи;
- 4.2. – 39 жінок, які отримували удосконалений нами алгоритм на всіх етапах.

Відносно всіх хворих застосовували методи клінічного, функціонального та лабораторного обстеження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що клінічний перебіг ГЗЗПМ залежить від віку жінок. Найбільш виражена симптоматика: інтоксикація, гіпертермія, больовий синдром, порушення функції сечового міхура і кишечника зустрічаються у жінок 18–25 років. Порівняно з віком 26–35 років клінічні прояви мають місце частіше на 18,4%, а після 35 років – на 27,8% відповідно.

Результати морфологічних досліджень після оперативного лікування ГЗЗПМ у віковому аспекті свідчать, що у жінок після 35 років переважають (93,2%) деструктивні зміни (ТОУ з абсцедуванням); в віці 26–35 років – частка цих змін в три рази менша (31,1%), у віці 18–25 років – складає лише

14,7%. Отримані дані свідчать про необхідність розширення проведення органозберігальних оперативних втручань, особливо у жінок з нереалізованою репродуктивною функцією.

У хворих з ускладненими формами ГЗЗПМ спостерігається активація судинно-тромбоцитарної і коагуляційної ланок гемостазу на фоні пригнічення системи фібринолізу. Встановлена пряма кореляційна залежність рівнів фібриногену ($r=+0,63$) і розчинних фібрин-мономерних комплексів ($r=+0,67$) з наявністю структурних змін у вогнищі інфекції. При генералізації ГЗЗПМ розвивається гіперкоагуляційний синдром, що супроводжується змінами внутрішньотканинної перфузії і поліорганної дисфункції, які відображають ступінь деструктивних змін в гнійному вогнищі.

Використання шкали SAPS при оцінюванні клінічного перебігу ГЗЗПМ дозволяє диференційовано підійти до моніторингу стану пацієнток і вибору оптимізованого лікування. При неускладнених формах тяжкість стану хворих складає $8,6 \pm 0,5$ бала, а за наявності поліорганних дисфункцій – $12,2 \pm 0,7$ бала.

Лише оперативне лікування ГЗЗПМ не призводить до повної реабілітації жінок та відновлення репродуктивної функції. Це зумовлено імунними (зниження функціональної активності фагоцитів та збільшення сироваткового інтерферону) та ендокринними порушеннями (ановуляція та недостатність лютеїнової фази), а також змінами біоценозу статевих шляхів (пригнічення лактофлори, розширення спектра і збільшення чисельності умовно-патогенної мікрофлори).

Перебіг вагітності та пологів після оперативного лікування ГЗЗПМ характеризується високим рівнем передчасних пологів ($17,9 \pm 1,8\%$); плацентарної дисфункції ($46,4 \pm 4,4\%$); аномалій пологової діяльності ($28,6 \pm 2,8\%$) і дистресу плода ($28,6 \pm 2,7\%$).

Перинатальні наслідки розродження жінок після опера-

тивного лікування ГЗЗПМ свідчать про високий рівень внутрішньоутробного інфікування ($35,7 \pm 2,8\%$); асфіксії середнього ($28,6 \pm 2,5\%$) та важкого ступеня ($17,5 \pm 1,8\%$); постгіпоксичної енцефалопатії ($28,6 \pm 2,8\%$). Сумарні перинатальні втрати складають $76,9\%$.

Використання вдосконаленого нами алгоритму прогностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів дозволяє:

- знизити частоту післяопераційних ускладнень на $10,4\%$;
- зменшити рівень рецидиву ГЗЗПМ на $16,2\%$;
- знизити частоту порушень менструальної функції та передменструального синдрому на $18,3\%$;
- збільшити рівень відновлення репродуктивної функції на $52,0\%$;
- під час наступної вагітності зменшити акушерську патологію (передчасні пологи – на $11,1\%$; аномалії пологової діяльності – на $17,0\%$; дистрес плода – на $12,3\%$);
- покращити перинатальні наслідки розродження: знизити частоту середньотяжких форм асфіксії новонароджених на $18,6\%$; внутрішньоутробного інфікування – на $19,4\%$ і сумарних перинатальних втрат – на $51,3\%$.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як свідчать результати проведених досліджень, запропонований нами поетапний підхід до реалізації поставленої мети і завдань, починаючи з етапу оперативного лікування гнійно-запальних захворювань придатків матки (ГЗЗПМ), потім відновлення репродуктивної функції і протягом усього гестаційного періоду, дозволяє суттєво поліпшити акушерські і перинатальні наслідки розродження у жінок із ГЗЗПМ в анамнезі. Це дозволяє рекомендувати вдосконалений алгоритм для широкого застосування в практичній охороні здоров'я.

Гнойно-воспалительные заболевания придатков матки: тактика хирургического лечения и реабилитация репродуктивной функции В.С. Страховецкий

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что предложенный поэтапный подход к реализации поставленной цели, начиная с этапа оперативного лечения гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки (ГВЗПМ), а затем восстановления репродуктивной функции и ведения всего гестационного периода, позволяет существенно улучшить акушерские и перинатальные исходы родоразрешения женщин с ГВЗПМ в анамнезе. Это позволяет рекомендовать усовершенствованный алгоритм для широкого использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: гнойно-воспалительные заболевания придатков матки, хирургическое лечение, репродуктивная функция, реабилитация.

Pyoinflammatory diseases of appendages of uterus: tactics of surgical treatment and rehabilitation of reproductive function V.S. Strahovetsky

Results of the spent researches testify that the offered stage-by-stage approach to the object in view decision, since a stage of operative treatment of pyoinflammatory diseases of appendages of uterus, and then restoration of reproductive function and conducting all gestational period, allows to improve essentially obstetrical and perinatal outcomes of delivery women with pyoinflammatory diseases of appendages of uterus in anamnesis. It allows recommend improved algorithm for wide use in practical public health services.

Key words: pyoinflammatory diseases of appendages of a uterus, surgical treatment, reproductive function, rehabilitation.

Сведения об авторе

Страховецкий Виталий Сергеевич – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (097) 657-97-69

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В., Белобородов С.М., Холин А. Современные принципы антимикробной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза // Проблемы репродукции. – 2015. – № 6. – С. 31–38.
2. Борзова У.В. Гнійне запалення придатків матки та їх клініко-лабораторна діагностика / У.В. Борзова, С.П. Кривошя // Здоров'я України. – 2013. – № 7. – С. 79–88.
3. Виговський К.М. Запальні захворювання матки та придатків: патогенез, клініко-морфологічна характеристика / К.М. Виговський, Б.І. Романюк, А.Д. Стрижнева. – К., 2012. – 280 с.
4. Воронцова О.Р. Можливість виконання органозберігаючих операцій при гнійно-запальних захворюваннях придатків матки в екстренній хірургії //

- О.Р. Воронцова, М.Ю. Кириленко, В.С. Гладицук // Вісник хірургії. – 2014. – № 2. – С. 190–197.
5. Гуртовой Б.Л. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии / Б.Л. Гуртовой, В.И. Кулаков, С.Д. Воронцова. – М.: Трида-Х, 2014. – 176 с.
6. Кагличенко Б.І. Морфологічний аспект гострого запалення придатків матки у жінок репродуктивного віку //

- Б.І. Кагличенко, М.Д. Ветрова, Г.М. Чарівна // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2013. – № 6. – С. 65–70.
7. Решетникова Н.С. Современные аспекты этиопатогенеза воспалительных заболеваний органов малого таза / Н.С. Решетникова // Вестн. Бурятского госуниверситета. – 2010. – № 12. – С. 260–263.

Статья поступила в редакцию 11.09.2015