

ТУБООВАРИАЛЬНЫЕ ГНОЙНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

З.Д. Каримов¹, А.Р. Жумадилова²

¹ Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗРУз, Ташкент, Республика Узбекистан

² Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави, Туркестан, Республика Казахстан

THE TUBE-OVARIAN PUS FORMATION: THE MODERN ASPECTS OF THE DIAGNOSIS AND THE TREATMENT

Z.D. Karimov¹, A.R. Zhumadilova²

1 The Republican Science Centre of Emergency Medical Care of the Healthcare Ministry of the RUz, Tashkent, Republic of Uzbekistan

2 The International Kazakh-Turkish University named H.A. Yasavi, Turkistan, Republic of Kazakhstan

АКТУАЛЬНОСТЬ

Возрастающая частота заболевания в популяции, молодой возраст подавляющего большинства пациенток, травматичная традиционная операция, сопровождающаяся органоудалением, высокая частота послеоперационных осложнений.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Внедрение трансвагинальных малоинвазивных методов лечения (под контролем ультразвукового сканирования), формирование протоколов ведения больных в соответствии с конкретными моделями патологии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

224 женщины с тубоовариальными гнойными образованиями придатков матки. В стандарт обследования входили общеклинические методы и УЗИ малого таза. Методы лечения включали: консервативный – комбинированная антибиотикотерапия, малоинвазивные – трансвагинальная пункционно-аспирационная терапия под контролем УЗИ, лапароскопия, традиционная лапаротомия.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ
И ВЫВОДЫ**

Предлагаются протоколы ведения, основанные на структурной и топографической характеристике тубоовариальных гнойных образований придатков матки, определяемые при УЗИ. Достижение холодной фазы заболевания путем трансвагинальной пункционно-аспирационной терапии является важным этапом для решения вопроса о необходимости, характере и способе последующего оперативного лечения.

Ключевые слова:

гнойные воспалительные заболевания придатков матки, тубоовариальные гнойные образования, протоколы ведения.

RELEVANCE

The increasing frequency of the disease in the population, the young age of the vast majority of patients, the traumatic traditional surgery, followed by removal of the organ, the high rate of post-operative complications.

PURPOSE OF THE STUDY

The introduction of transvaginal minimally invasive treatments (under the control of ultrasound scan), the formation of the protocols for patients in accordance with specific models of the pathology.

MATERIAL AND METHODS

The women in the number of 224 with the tube-ovarian purulent formations of the uterus. General clinical examination included standard techniques and pelvic ultrasound. The methods of the treatment include: the conservative methods – the combined antibiotic therapy, the minimally invasive methods – the transvaginal puncture-aspiration therapy under ultrasound, the laparoscopy and the traditional laparotomy.

**RESULTS
AND CONCLUSIONS**

The management protocols based on the structural and topographic characteristics of the tube-ovarian pus formation of the uterus are offered. The achieving the cold phase of the disease by the transvaginal puncture-aspiration therapy is an important step for addressing the need for, and nature of a post-operative treatment.

Keywords:

purulent inflammatory diseases of the uterus, tube-ovarian pus formation, management protocols.

ТОГО — тубоовариальное гнойное образование
ГВЗМТ — гнойно-воспалительные заболевания малого таза у женщин
ТПАТ — трансвагинальная пункционно-аспирационная терапия

Актуальность проблемы тубоовариальных гнойных образований (ТОГО) у женщин обусловлена возрастающей частотой этого заболевания в популяции, а также молодым возрастом подавляющего большинства пациенток. Общепринятые тактические варианты лечения прямо зависят от стадии процесса: начальные фазы острого сальпингита, формирование тубоовариального абсцесса, пред- или перфорация ТОГО. Последняя стадия обуславливает развитие перитонита и не оставляет никаких сомнений в единственном способе лечения — срединная лапаротомия, а объем вмешательства как правило требует трудоемкого удаления придатков матки (нередко двухстороннего), вплоть до экстирпации матки при сопутствующих тяжелых гнойно-деструктивных формах ее поражения. При этом частота послеоперационных осложнений у данной категории больных достигает весьма высоких значений: разлитой послеоперационный перитонит — до 15%, межкишечное абсцедирование — до 18%, свищеобразование — до 8%, а летальность — до 15% [1, 2]. Поэтому существует устоявшееся положение о том, что хирургическое лечение ТОГО предпочтительнее проводить в «холодной стадии» процесса, т.к. это дает минимальные интра- и послеоперационные осложнения. В то же время практика показывает, что большинство больных (80–85%) поступают в стационары без признаков генерализации инфекционного процесса в стадии разгара или предперфорации ТОГО. Это и позволяет рассматривать большое пространство для использования малоинвазивных методов лечения в плане этапного достижения «холодной фазы» процесса для минимизации осложнений и большего органосохранения среди молодого контингента больных.

Цель исследования: клиническая апробация и внедрение трансвагинальных малоинвазивных методов лечения (под контролем ультразвукового сканирования).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 224 женщины. В плане протокольного ведения способ лечения определялся в соответствии с клинической стадией процесса и разработанной нами рабочей структурно-топографической классификацией ТОГО, основанной на данных ультразвукового сканирования малого таза. Данная классификация по числу гнойных очагов в ТОГО различает: монокамерные (единственная гнойная полость), многокамерные (2 и более). По величине ТОГО: крупнокамерные (4,0 и более см в диаметре) и мелкокамерные (менее 3,5 см в диаметре). По топографическому характеру расположения: типичные, т.е. сбоку от матки, не выходящие большей своей массой за терминальную линию малого таза, и атипичные — когда основная масса ТОГО расположена кверху от терминальной линии. Цель такой структурной и топографической дифференциации ТОГО абсолютно прагматична, т.к. она позволяет формировать модели патологии и почти автоматически назначить большой тот или иной протокол лечения в зависимости от модели патологии. В результате, по критерию структурной характеристики ТОГО, мы выделили 5 таких моделей: 1. Крупномонокамерная. 2. Мелкомонокамерная. 3. Крупномультикамерная. 4. Мелкомультикамерная. 5. Смешанная структура. По характеру расположения ТОГО в малом тазу мы разделили их на типичные и атипичные. В соответствии с разработанными

протоколами, из-за высокого риска ятрогении при атипичном ТОГО, трансвагинальный способ опорожнения гнойников противопоказан. Для отведения гноя из ТОГО трансвагинальным путем использовали две разработанные нами методики. Вмешательство проводили путем пункции ТОГО под контролем трансабдоминального УЗИ. Начальный вкол пункционной иглы проводили в области заднего свода влагалища (*не через боковые своды*), в последующем ориентировали иглу в область залегания ТОГО. Это позволяет избежать повреждения крупных сосудов, расположенных в области боковых параметриев. Пункцию ТОГО осуществляли в нижнем (наиболее доступном) его полюсе, эвакуировали гной. Полость гнойников промывали водными растворами хлоргексидина (0,05%), бетадина (10%). Сущность различий двух использованных нами методик заключалась в том, что при первом варианте использовался фракционный метод, т.е. вся вышеописанная процедура повторялась до 3–4 раз за весь курс лечения по мере необходимости, которая диктовалась результатами динамического ежедневного УЗИ. При втором варианте мы устанавливали микрокатетер в полость гнойника (используя методику Сельдингера), диаметром до 2,0–3,0 мм из термопластического полимера с формированием *pig tail* на его дистальном конце. Установленный микродренаж использовался не только для оттока содержимого, но и в целях ежедневной санации полости гнойника вышеуказанными антисептиками, при этом все манипуляции также проводили под УЗ-контролем, который подтверждал отсутствие дислокации катетера и адекватное опорожнение полости гнойника после аспирации вводимого антисептика. Второй метод мы использовали при крупнокамерных ТОГО, рецидивирующих процессах. Режим санации при длительной микрокатетерной терапии — 1 раз в сут. Катетер оставляли в полости гнойника на срок от 5 до 7 сут, после чего оценивали эффективность терапии и принимали решение о необходимости и сроках проведения операции. Больные были распределены на 4 группы в зависимости от принятого способа лечения. В I группу вошли 66 женщин (29,5%), которым был применен метод длительной микрокатетерной терапии ТОГО. Во II группу — 78 больных (34,8%), которым применяли метод фракционной пункции ТОГО. У 45 больных (20,1%) с атипичной локализацией ТОГО использовали консервативный способ лечения для достижения холодной фазы заболевания, они составили III группу. В IV группу вошли 35 женщин (15,6%) с клиникой перфорации ТОГО, диффузного и разлитого перитонита, оперированные в экстренном порядке. Возрастной состав в группах существенно не различался, а в общей выборке варьировал от 17 до 46 лет. В возрасте 17–35 лет было 177 женщин (79%). Односторонние ТОГО были у 201 (89,7%), двухсторонние — у 23 (10,3%). Всем 224 больным проводилось традиционное бактериологическое исследование содержимого ТОГО и брюшной полости. Характер антибиотикотерапии в группах существенно не различался (коррекция лечения в соответствии с данными о чувствительности микрофлоры) и заключался в парентеральном введении препаратов цефалоспоринового ряда, метронидазола, диоксида. Среди всех больных на фоне малоинвазивного лечения проводился ежедневный УЗ-контроль эффективности терапии. Регистрировались общие параметры воспалительного

процесса, включая объем остаточных полостей ТОГО после трансвагинального отведения гноя.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В табл. представлены общие результаты лечения в группах в зависимости от способа лечения. Как видно, из табл. 1 у больных, среди которых использовался трансвагинальный способ отведения гноя из ТОГО (I и II группы), холодная стадия процесса была достигнута во всех случаях без исключения. При этом общие проявления воспалительного процесса (болевого синдром, температура тела, тахикардия, лейкоцитоз) — стойко купировались к 3–4-м сут лечения. Осложнений, связанных с методикой и техникой проведения процедуры, ни в одном случае не было. В двух эпизодах была отмечена дислокация микрокатетера, после чего он был удален. Повторную установку катетера не использовали. Среди пациенток, находившихся на консервативном лечении ТОГО, данная стадия была достигнута у 36 (80,0%), а у 9 (20,0%), несмотря на снижение выраженности, общие признаки воспалительного процесса в малом тазу сохранялись. У всех больных данной группы объемные гнойные образования сохранялись, лишь у отдельных больных отмечалось незначительное уменьшение размеров гнойных полостей. Все пациентки IV группы были оперированы в экстренном порядке в течение 1–1,5 ч от момента поступления. Диффузный гнойный перитонит выявлен у 27 (77,1%), разлитой — у 8 (22,9%). Межкишечное абсцедирование установлено у 6 (17,1%) из 35, подпеченочный абсцесс — у 3 (8,6%), вторичный аппендицит — у 4 (11,4%), наличие кишечно-придаткового свища — у 1 (2,9%) больного. Все операции проведены в адекватном объеме: гомолатеральная аднексэктомия — у 30 (85,7%), билатеральная — у 5 (14,3%), ликвидация свища между петлей подвздошной кишки и правыми придатками — у 1 (2,9%) больных. Умерла одна женщина от тяжелого абдоминального сепсиса, доставленная в клинику в терминальной стадии разлитого гнойного перитонита. В послеоперационном периоде среди больных IV группы развились следующие осложнения: нагноение послеоперационной раны — у 5 (14,2%), парез кишечника, потребовавший специального лечения (перидуральная блокада) — у 7 (20,0%), пневмония — у 4 (11,4%). Релапаротомия понадобилась 1 (2,9%) больной.

Таблица

Общие результаты лечения больных с ТОГО

Группы больных	Достигнута холодная фаза процесса в течение 5–7 сут лечения, n (%)	Оперированы		Рецидив ТОГО, n (%)	Умерли, n (%)
		В разгар заболевания, n (%)	В холодную стадию, n (%)		
I группа	66 (100,0)	–	7 (10,6)	4 (6,1)	–
II группа	78 (100,0)	–	4 (5,1)	6 (7,7)	–
III группа	36 (80,0)	9 (20,0)	36 (80,0)	–	–
IV группа	–	35 (100,0)	–	–	1 (2,9)
Всего:	180 (80,4)	44 (19,6)	47 (21,0)	10 (4,5)	1 (0,4)

Примечания: ТОГО — тубоовариальное гнойное образование

Из числа больных I и II группы 11 (7,6%) были оперированы в холодной стадии процесса — 6–9 сут от начала лечения (табл.). Причинами такого решения были: остаточные полости после малоинвазивного лечения, которые могли персистировать в результате

неадекватной репарации или дренирования ТОГО, длительный срок заболевания с частыми рецидивами, старший возраст пациентки, двухстороннее поражение придатков. При этом послеоперационный период у всех 11 пациенток протекал без осложнений. Остальные больные — 133 (92,4%) из общего числа женщин (144) I и II группы были выписаны из клиники на амбулаторное долечивание без дополнительных вмешательств с удовлетворительной динамикой регрессии заболевания. В результате динамического наблюдения за больными I и II группы в течение последующих 3 лет, рецидив ТОГО возник у 10 (7,5%): у 4 и 6 женщин соответственно (табл.). У всех рецидив развился на бывшей стороне поражения. Сроки рецидива варьировали от 6 недель до 3 лет. Клиническая картина рецидива мало чем отличалась от той, что наблюдалась первоначально, хотя в стадии перфорации ТОГО ни одна из 10 пациенток не поступала. Все 10 женщин были оперированы в планово-отсроченном порядке по достижении холодной фазы процесса в соответствии с используемым протоколом лечения.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Очередной пик осложненных гнойно-воспалительных заболеваний малого таза (ГВЗМТ) у женщин в 80–90-х годах прошлого века подтолкнул специалистов к поиску новых клинических решений. Основой этих решений явилось внедрение высокотехнологичного медицинского оборудования, а на этой базе возникло новое направление — малоинвазивная хирургия. Вскоре разгорелась вполне ожидаемая дискуссия, вызванная некоторыми возражениями сторонников традиционных подходов, в том числе относительно лечения осложненных форм ГВЗМТ у женщин. Важные итоги этой дискуссии были подведены академиком Г.М. Савельевой [2]. Однако данная работа не снимала окончательно все острые вопросы, в особенности касающиеся протокольного ведения больных. Например, что лучше: лапароскопия или трансвагинальная минихирургия при ТОГО; та же самая лапароскопия или длительная трансвагинальная микрокатетерная терапия при пельвиоперитоните (в условиях отсутствия объемных гнойных образований в придатках)? Влиять на решение этих и других аналогичных вопросов вполне могут различные предпочтения отдельных исследователей. Однако такой подход в практическом здравоохранении, на наш взгляд, не оправдан. Данная работа посвящена изучению возможности поместить ряд малоинвазивных способов лечения ГВЗМТ у женщин в рамки медицинского госстандарта. В противном случае легитимность новых способов лечения, т.е. юридическая защищенность врача при вероятных неудачах, будет оставаться сомнительной. Наиболее сложным аспектом проблемы являются осумкованные (или объемные) гнойные образования в придатках матки: пиосальпингс, пиоварум, ТОГО [1]. То, что данные формы ГВЗМТ являются хирургическими заболеваниями, ни у кого сомнений не вызывает. Однако ряд факторов, включая молодой возраст женщины (необходимость максимального органосохранения), большая безопасность проведения хирургического вмешательства в холодной стадии заболевания, позволяют использовать малоинвазивные подходы в плане достижения лучших результатов. В настоящее время острота дискуссии в обсуждаемой проблеме между сторонниками традиционных и малоинвазивных подходов

существенно снизилась, хотя полного согласия по-прежнему нет. В то же время между представителями той или иной школы малоинвазивного лечения ГВЗМТ она сохраняется. В основном речь идет: о лапароскопическом или трансвагинальном доступе к объекту патологии, обязательности радикального вмешательства при объемных гнойных образованиях в придатках (сальпингэктомия, сальпингооварэктомия или лапароскопический дренаж данного образования), и, в конце концов, о наиболее рациональном малоинвазивном способе достижения холодного периода заболевания. Здесь уже трудно обойтись без обсуждения конкретных моделей патологии, например ТОГО — главной формы ГВЗМТ у женщин. Помимо общеизвестных факторов, влияющих на постановку вопроса о необходимости хирургического вмешательства: возраст пациентки, паритет, частота рецидивов и длительность ремиссии воспалительного процесса после консервативной или малоинвазивной терапии, важным моментом является срок проведения оперативного вмешательства (традиционного или лапароскопического). Трудно сомневаться в том, что чем менее выражено воспаление в малом тазу, тем безопаснее проведение вмешательства, менее вероятны послеоперационные осложнения и тем лучше прогноз. Эти соображения легли в основу построения протоколов лечения, предусматривающих первоначальную интенсивную антибактериальную терапию у больных с ТОГО [3]. *Речь идет о целесообразности и принципиальной возможности достижения определенной стадии заболевания, при которой степень воспаления окружающих тканей при ТОГО минимальна.* Иначе эту стадию болезни обозначают как «холодную». Конечно же, эти рассуждения уместны только в случаях отсутствия клинической картины прорыва ТОГО в брюшную полость. Однако, несмотря на неплохую эффективность, консервативный подход в этом плане требует большего времени, больших финансовых издержек по сравнению с трансвагинальной пункционно-аспирационной терапией (ТПАТ) под контролем УЗИ (ультразвуковая мини-хирургия) [4]. Наш опыт также показывает существенно лучшие параметры достижения холодной фазы заболевания при использовании данного метода. Помимо этого, получение длительной ремиссии заболевания, несмотря на малое число наблюдений, позволило некоторым исследователям рассматривать ТПАТ в числе самостоятельных способов лечения объемных ГВЗМ [5–6]. Насколько это оправдано, можно судить лишь по результатам достаточно пролонгированного исследования на большом материале. Последнее немаловажно, поскольку ниже мы коснемся того, что больные ТОГО — это далеко не однородная группа, и для вразумительных заключений необходим весьма солидный материал. Наш опыт показал, что общую группу пациенток с ТОГО можно и нужно классифицировать по определенным не сложно верифицируемым критериям. Современная ультразвуковая аппаратура позволяет это сделать сразу при поступлении больной. Нами было замечено, что по структуре и топографическому расположению ТОГО, определяемого при УЗИ, можно различать 5 моделей патологии, представленные в разделе «Материал и методы исследования» данной статьи. По понятным соображениям частота встречаемости различных структурно-топографических вариантов ТОГО в различных клиниках может варьировать, и поэтому мы

сочли необходимым привести не только результаты лечения 224 женщин, представленные в настоящей работе, но и других наших наблюдений за последние 18 лет. Так, из 1604 пролеченных за это время больных, чаще встречалась смешанная структура ТОГО, выявляемая при УЗИ, — у 645 женщин (40,2%), далее по убыванию показателя: крупномонокамерные — 334 (20,8%), крупномультикамерные — 235 (14,7%), мелкомультикамерные — 210 (13,1%), мелкомонокамерные — 180 (11,2%). Типично расположенными были признаны ТОГО у 1315 женщин (82,0%), атипическими — у 289 (18,0%). Необходимо указать, что при двухстороннем поражении, которое наблюдалось у 246 больных (15,3%), частота встречаемости различных по топографическому расположению ТОГО у одной и той же больной была минимальной — у 45 женщин (2,8%). Здесь мы возвращаемся к вопросу о практической целесообразности подобной классификации. Так, атипические ТОГО практически лишают специалистов возможности трансвагинального отведения гноя из-за серьезного риска повреждения соседних органов (кишечник, крупные сосуды), независимо от структурной принадлежности образования. Мелкомультикамерные ТОГО, в особенности при наличии большого числа гнойных фокусов (более 5–6), даже при весьма удобном для манипуляций положении, делают пункционное вмешательство травматичным, и поэтому высока вероятность гематогенной диссеминации инфекта. Среди таких больных риск прорыва ТОГО в брюшную полость (если он уже не произошел), как правило не велик, и поэтому, на наш взгляд, наиболее рациональным способом достижения холодной фазы заболевания является адекватная антибиотикотерапия. Однако при немногочисленном (2–4 камеры) абсцедировании и типично расположенном ТОГО мы с успехом используем трансвагинальный доступ для селективного опорожнения гнойников. Естественно, это касается и мелкомонокамерных объемных форм ГВЗМТ. Основной массив больных (75,7%) составляют крупномоно- и крупномультикамерные и образования смешанной структуры, а при типичном их расположении мы, как правило, приступаем к трансвагинальному отведению гноя в день поступления больной, включая больных с двухсторонним поражением. При поступлении больных с атипическими формами объемных гнойных образований придатков, а также мелкомультикамерными образованиями, где малооправдано трансвагинальное вмешательство, наш протокол предусматривает комбинированную антибиотикотерапию на первых этапах лечения. Что дает такая организация работы? *Здесь мы хотим подчеркнуть весьма важный, на наш взгляд, момент в общей стратегии всего лечебно-диагностического процесса при объемных формах ГВЗМТ у женщин — это достижение холодного периода заболевания. Именно эта стадия является главной промежуточной целью любого нехирургического способа лечения.* Чем раньше она будет достигнута и чем эффективнее будет потушен острый период воспаления, тем лучше перспектива сохранения полноценного здоровья молодой женщины, независимо от того, потребует ли нет оперативное вмешательство в дальнейшем. Предлагаемые нами протоколы лечения соответствуют поставленному диагнозу, т.е. топографическое расположение и структурная характеристика объемных гнойных образований придатков матки являются критериями выбора способа начальной

терапии. Сравнительный анализ эффективности получения холодной фазы заболевания показал, что ТПАТ существенно превосходит консервативный способ лечения, как по срокам, так и по степени лизиса воспалительных изменений в малом тазу. Это со всей очевидностью мы наблюдаем в тех случаях, когда требуется оперативное вмешательство в последующем. Трудно переоценить и то, что операция в таких условиях протекает с меньшей кровопотерей, трудоемкость значительно снижается, существенно падает риск повреждения соседних органов, значительно возрастает возможность сохранения яичника на стороне поражения, а частота серьезных послеоперационных осложнений сводится к нулю. Немаловажен учет финансовых расходов, чем мы уже давно вынуждены заниматься. Если коротко об этом — достигается 2–3-кратное снижение стоимости лечения (в зависимости от модели патологии) по сравнению с теми учреждениями, где осуществляется бессистемный подход к лечению. Это достигается за счет существенного сокращения длительности пребывания больной в стационаре, сокращения числа оперативных вмешательств, расхода медикаментов и пр.

Следующим важным этапом после достижения холодной фазы заболевания является решение непростого вопроса о необходимости оперативного вмешательства. В обзорной литературе просматриваются различные точки зрения, включая диаметрально противоположные. Ряд исследователей, получая длительную ремиссию после ТПАТ, рекомендуют не прибегать к операции. По мнению других, несмотря на достижение стойкой холодной фазы процесса — этот вопрос нельзя снимать полностью. Помимо этого существует мнение об обязательном вмешательстве, независимо от эффективности ТПАТ.

Очевидно, что такой разброс обусловлен результатами того или иного исследователя. Мы уже касались того, что больные с объемными ГВЗМТ не являясь собой однородную группу и попытались это показать. В доступных нам источниках мы не нашли классифицируемого клинического материала по тому принципу, что представлен в нашем исследовании. Подробное ознакомление с этим фактом, на наш взгляд, может пролить свет на причину получения различающихся результатов применения ТПАТ различными исследователями.

Нами давно замечено, что длительность ремиссии (*не путать с холодным периодом*) после пункционного метода лечения во многом зависит от одно- или двухсторонности поражения, структурной характеристики объемного гнойного образования в придатках и характера инфекции, вызвавшей абсцедирование. Несмотря на то, что мы не можем дать точную цифру реально выбывших из-под наблюдения (вероятные рецидивы), нам представляется, что все же основная масса наших пациенток при возникновении повторных эпизодов заболевания обращается к нам. Поэтому мы позволили себе привести некоторые данные по отдаленным результатам.

Из 1604 женщин 823 (51,3%) были выписаны после использования ТПАТ, без применения каких-либо дополнительных вмешательств. Из этого числа больных рецидив заболевания на бывшей стороне поражения, в различные сроки после выписки, возник у 103 (12,5%). Длительность ремиссии после ТПАТ варьировала от 6 недель до 3 лет. На наш взгляд, называть

ремиссией период менее 6 недель после ТПАТ, в котором отмечается повторная атака остро воспаленной на той же стороне — нерационально. Возникновение ТОГО на бывшей интактной стороне отмечено только у 8 женщин (1,0%). Чаще рецидив возникал после ТПАТ двухстороннего ТОГО — у 54 (22,2%) из 246. Наш анализ показал, что на частоту рецидива в определенной степени влияла кратность проведения сеансов ТПАТ, которая колебалась от 1 до 5, т.е. с увеличением числа ТПАТ у одной и той же больной в период бывшей госпитализации заметно возрастает показатель рецидива.

Клиническая тактика при рецидиве заболевания после ТПАТ заслуживает отдельного рассмотрения, и мы не можем касаться этого вопроса в настоящей работе. Однако здесь мы не можем не коснуться вопроса о риске возникновения придаткововлагалищных свищей после ТПАТ, который поднимается в некоторых работах. Опираясь на наш материал, мы можем уверенно утверждать, что, несмотря на теоретическую вероятность данного осложнения, эти опасения не находят своего подтверждения на практике. В течение периода исследования мы не наблюдали ни одного случая возникновения подобного рода свища в результате ТПАТ. Однако возникновение свищей мы наблюдаем между ТОГО и кишечником (подвздошная и сигмовидная кишка) при часто рецидивирующих процессах после консервативного лечения с частотой 0,3–0,6% в разные годы. Прорыв гнойника в мочевой пузырь, по нашим наблюдениям — крайне редкое явление, отмеченное лишь в 2 случаях за весь 18-летний период работы с данным контингентом больных. Вместе с тем важно отметить, что мы ни в одном случае не наблюдали возникновения кишечноподдаткового свища в результате ТПАТ объемных гнойных образований придатков матки. Это не означает, что такого не может произойти вообще, поскольку, исходя из известных особенностей патологии, риск этого осложнения присутствует. Отсутствие данного осложнения в нашей практике мы объясняем строгим выполнением разработанного протокола лечения с учетом противопоказаний для ТПАТ при вышеуказанных моделях патологии.

Сложно обойти вопрос о необходимости оперативного вмешательства по достижении холодной фазы процесса при абсцедирующих формах ГВЗМТ. Если она достигается с помощью консервативного лечения (случаи, где противопоказана ТПАТ), то вопрос решается проще — в пользу вмешательства. Также нет затруднений при решении данного вопроса на фоне недостаточно убедительных результатов ТПАТ, несмотря на то, что явления острого воспаления после первого же сеанса отведения гноя отчетливо регрессируют. Что это значит — недостаточно убедительный результат? Это важно, поскольку существует прямая связь между рецидивом и данным фактором. Мы пользуемся конкретными критериями, по которым оцениваем результаты обсуждаемого метода лечения и в случае отсутствия возражений по каждому из них — разрешаем выписку пациентки. К числу данных критериев относятся: стабильная нормализация температуры тела, нормализация уровня лейкоцитов крови, отсутствие болевого синдрома, отчетливая динамика лизиса воспалительного инфильтрата в малом тазу, определяемого при влагалищном исследовании, отчетливая динамика снижения воспалительных признаков при

УЗИ, отсутствие персистенции остаточных полостей ТОГО. Особо тщательно следует оценивать результаты лечения при двухстороннем процессе. В тех случаях, когда нет убедительных данных по вышеперечисленным критериям — ставим вопрос об оперативном вмешательстве. Наша практика показывает, что при таком подходе 51,3% больных было выписано без использования дополнительных вмешательств, а общий показатель рецидива составил 12,5%.

Следующим вопросом является: каким способом предпочтительнее оперировать и в какие сроки? Решение данного вопроса, по нашему мнению, также следует ввести в рамки протокольного ведения, и ссылки на индивидуальные особенности течения заболевания должны быть минимизированы. Наша практика показывает, что к 5–6-м сут от начала сеансов ТПАТ должна быть достигнута отчетливая холодная фаза заболевания по вышеперечисленным критериям, а если ее нет, дальнейшая перспектива сомнительна. Чаще всего в таких случаях операцию мы проводим на 6–9-е сут от начала ТПАТ. При этом способ вмешательства диктуется особенностями патологического процесса. Там, где верифицировано или ставится под вопрос наличие свища — выполняется традиционная лапаротомия (чаще нижнесрединная), такого же доступа требуют тяжелые ТОГО, при этом учитывается частота рецидивов в анамнезе, степень воспаления и др. факторы. В остальных случаях допустима лапароскопия. Вместе с тем, доля данного способа в нашей практике невелика — она варьирует от 12 до 30% в разные годы. Недостаточная техническая оснащенность или уровень квалификации специалистов не являются причиной сдержанного отношения к лапароскопии при ТОГО в нашей практике. Причина одна — понимание насколько трудоемкой и травматичной может стать эндоскопическая операция, в особенности там, где предпринимаются радикальные попытки, насколько может быть высок риск осложнений. Надо сказать, что мы полностью отказались от лапароскопического дренирования ТОГО, независимо от фазы процесса. Полагаем, что этот метод уступает ТПАТ по ряду факторов: риск инфицирования верхних отделов брюш-

ной полости, отсутствие уверенности в адекватности дренирования при многокамерном ТОГО, тем более, что данный метод оперативного лечения вряд ли можно считать окончательным, а именно такой квалификации чаще всего требует любое оперативное вмешательство в брюшной полости. В заключение нам хотелось бы подвести краткие итоги клинической деятельности с изучаемым контингентом больных и высказать ряд положений относительно протокольного ведения:

1. В плане общей стратегии лечения, с момента верификации абсцедирующей формы ГВЗМТ у женщин, целесообразно рассматривать этапность лечения в рамках протокольного ведения по конкретным моделям патологии. Топографические особенности расположения ТОГО и структурные варианты, выявляемые при УЗИ, могут послужить критериями формирования данных моделей.

2. Важным этапом лечения является достижение холодного периода заболевания с определением сроков и характера необходимой операции. Скорейшее отведение гноя из очага воспаления трансвагинальным путем является лучшим способом достижения холодной фазы заболевания (при отсутствии противопоказаний). При таком подходе уровень органосохранения (яичник) существенно возрастает, а частота послеоперационных осложнений падает до нуля.

3. В вопросе о возможности избежать полностью оперативного вмешательства после ТПАТ необходима исчерпывающая информация о состоянии пораженной фаллопиевой трубы, в особенности при неудовлетворительном паритете. В этом плане ведущими способами обследования остаются УЗИ и гистеросальпингография, проводимые в стадии ремиссии. Несмотря на сложность данного аспекта, выходящего за рамки обсуждаемой темы, хотелось бы отметить: при выявлении протяженного поражения трубы с признаками персистирующей инфекции необходимо своевременное поставить вопрос о ее удалении во избежание рецидива и отрицательного влияния на контрлатеральные придатки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Шукина Н.А. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки (Проблемы патогенеза, диагностики, хирургического лечения и реабилитации). – М.: МЕД-пресс, 1999. – 233 с.
2. Савельева Г.М., Антонова Л.В. Острые воспалительные заболевания придатков матки. Методы диагностики, профилактика, терапия // Акушерство и гинекология. – 1990. – № 1. – С. 67–75.
3. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. – М.: Медицина, 1996. – 255 с.
4. Corsi P.G., Johnson S.C., Gonic B.E., et al. Transvaginal ultrasound-guided aspiration of pelvic abscesses // Infect. Dis. Obstet. Gynecol. – 1999. – Vol. 7, N. 5. – P. 216–221.
5. McNeely S.G., Hendrix S.L., Mazzoni M.M., et al. Medically sound, cost-effective treatment for pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1998. – Vol. 178, N. 6. – P. 1272–1278.
6. Nelson A., Sinov R., Renslo R., et al. Endovaginal ultrasonographically guided transvaginal drainage for treatment of pelvic abscesses // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1995. – Vol. 172, N. 6. – P. 1926–1935.

Поступила 05.07.2013

Контактная информация:
Каримов Заур Джавдатович,
 д.м.н., профессор, руководитель научного отдела
 неотложной гинекологии РНЦЭМП
 e-mail: karimovzaurdj@mail.ru