

На правах рукописи


ТОТЧИЕВ ГЕОРГИЙ ФЕЛИКСОВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО
КОМПОНЕНТА В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ
ТУБООВАРИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ**

14.00.01 акушерство и гинекология

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

**Москва
2001**



Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии
Российского университета дружбы народов.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

В. Е. Радзинский

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

доктор медицинских наук

А. П. Кирюшенков

В. Г. Абашин

Ведущая организация: Московский государственный медико-стоматологический университет.

Защита диссертации состоится " 19 " мая 2001 года
в 13 часов на заседании диссертационного совета Д 212. 203. 01 в
Российском университете дружбы народов по адресу: 117333,
г. Москва, ул. Фотиевой, д. 6.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке
Российского университета дружбы народов (117198, г. Москва,
ул. Миклухо-Маклая, д. 6)

Автореферат разослан " 16 " мая 2001 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор



И. М. Ордянец

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ. Воспалительные заболевания женских половых органов занимают первое место в структуре гинекологической патологии и являются наиболее актуальной проблемой в клинической практике, значение которой определяется не только частотой этих заболеваний, склонностью их к рецидивам и переходу в хроническую стадию, но и частыми нарушениями менструальной и репродуктивной функций женщины.

Среди воспалительных заболеваний женских половых органов особое место занимают гнойные tuboovариальные образования (ГТОО), роль которых в общей структуре гинекологической заболеваемости определяется не только их распространенностью и длительностью, но и частым нарушением детородной функции, ограничением трудоспособности. Полиморфизм клинической симптоматики, запоздалая госпитализация, отсутствие системного подхода в оценке тяжести течения патологического процесса затрудняет своевременную диагностику, а, следовательно, и выбор рационального метода лечения больных с ГТОО.

Тяжесть общих и местных изменений у больных с ГТОО, морфологически доказанная необратимость деструктивных изменений и, наконец, чрезвычайная опасность различных по выраженности осложнений дают все основания считать, что только хирургическое лечение является для этих больных единственным путем к выздоровлению.

Разнообразные способы лечения больных с ГТОО (от медикаментозного до пункционного) можно считать лишь относительно эффективными, и абсолютно неприемлемыми в качестве самостоятельных методов терапии у пациенток с этой патологией. Анализ данных литературы свидетельствует, что традиционное хирургическое вмешательство и по сей день остается одним из ведущих методов лечения гнойных воспалительных заболеваний придатков матки.

Продолжает дискутироваться вопрос об объеме выполняемого при ГТОО оперативного вмешательства. Ни у кого не вызывает сомнений в необходимости индивидуального подхода к решению этой проблемы с учетом тяжести и распространенности патологического воспалительного процесса, наличии сопутствующих гинекологических заболеваний, а также риска возникновения различных осложнений. Тем не менее, одни специалисты, уделяя большое значение связи заболевания с внутриматочной контрацепцией или перенесенными абортми (Безнощенко Г.Б., 1999) рекомендуют проводить преимущественно радикальные операции, другие ограничиваются полным удалением гнойного образования (Краснопольский В.И. и соавт., 1998).

Выполнение радикальных (вплоть до пангистерэктомии) операций, в первую очередь объясняется стремлением снизить риск развития тяжелых

гноино-септических осложнений в послеоперационном периоде Несмотря на это, в 14,6-46 % случаев наблюдаются послеоперационные осложнения (Буянова С.Н. и соавт.,1996). Заболеваемость сексуальными дисфункциями после гистерэктомии колеблется от 10 до 40 % (Eicher W., 1993), а чрезмерное расширение показаний к удалению матки увеличивает риск смертности от заболеваний коронарных сосудов, особенно при одновременной овариозктомии, увеличивающей этот показатель в 2 раза. Выполнение таких операций у женщин молодого возраста приводят к неблагоприятным отдаленным последствиям, прежде всего, связанным с формированием посткастрационного синдрома и остеопороза.

Таким образом, отсутствие единства мнений исследователей в обсуждении вопроса об объеме хирургического вмешательства при ГТОО, большое количество выполняемых радикальных операций, влекущих за собой утрату репродуктивной функции, приводящих к неблагоприятным отдаленным результатам, заставляет выработать более приемлемую для пациенток концепцию оперативного лечения больных с ГТОО, диктует необходимость пересмотра чрезмерно радикальной тактики ведения больных с данной патологией в пользу преимущественно органосохраняющих методов лечения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: определение оптимального объема оперативного лечения при ГТОО.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Изучить ближайшие результаты хирургического лечения гнойных tuboовариальных образований в зависимости от использования и длительности внутриматочной контрацепции, морфологических особенностей гнойного процесса и объема операции.
2. Установить зависимость объема операции от использования ВМК и ее длительности.
3. Выявить отдаленные особенности репродуктивного здоровья и качества жизни женщин после перенесенных оперативных вмешательств по поводу ГТОО.
4. Обосновать выбор объема операции и ранней реабилитации женщин после хирургического лечения.
5. Разработать алгоритм оценки репродуктивного здоровья и качества жизни женщин после хирургического лечения ГТОО в различные возрастные периоды.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА. Впервые на основании изучения отдаленных результатов установлен факт отсутствия рецидивов воспалительного процесса при сохраненной в ходе хирургического лечения ГТОО на фоне ВМК матке; изучено качество жизни женщин, прооперированных по поводу ГТОО.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ. На основании полученных результатов в практическое здравоохранение представлены рекомендации по ограничению объема оперативного вмешательства при ГТОО на фоне ВМК

ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКУ

Результаты исследования и основные рекомендации, вытекающие из них используются в практической работе гинекологических отделений ГКБ № 64 МСЧ № 1 АМО ЗИЛ, а также в лекционном курсе для студентов и клинически ординаторов на кафедре акушерства и гинекологии медицинского факультет РУДН.

ПУБЛИКАЦИИ. По теме диссертации опубликовано 8 работ, отражающих основные положения диссертации.

АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ. Аprobация диссертации состоялась на заседании кафедры акушерства и гинекологии Российского университета дружбы народов 14 марта 2001г. Основные положения диссертации доложены на I международной конференции «Хроноструктура и хроноэкология репродуктивной функции», 2000г. (Москва), I Международной конференции молодых ученых, апрель 2000г. (Москва), I Всероссийской конференции «Развитие научных исследований на медицинских факультетах университетов России», январь 2001г. (Москва), научно-практической конференции «Амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь», апрель 2001г. (Москва).

СТРУКТУРА И ОБЪЕМ ДИССЕРТАЦИИ. Диссертация состоит из введения, пяти глав, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Работа изложена на 112 страницах машинописного текста, иллюстрирована 37 таблицами и 6 рисунками. Указатель литературы содержит 134 источников (75 на русском и 59 — на иностранных языках).

ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

Интраоперационные и ближайшие послеоперационные осложнения, отдаленные результаты лечения ГТОО обусловлены, прежде всего, объемом оперативного вмешательства. Удаление не только гнойных образований придатков, но и матки увеличивает риск интраоперационных и ближайших послеоперационных осложнений, способствует ухудшению качества жизни прооперированных женщин.

Использование внутриматочной контрацепции не является показанием для удаления матки при ГТОО.

Оптимальным объемом оперативного лечения ГТОО в репродуктивном возрасте является удаление гнойного образования и широкое дренирование брюшной полости. При отсутствии структурных изменений матки (мнома, аденомиоз) она должна быть сохранена даже при наличии эндометрита после удаления ВМК.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

В соответствии с поставленными целью и задачами нами была разработана программа исследований, предусматривающая комплексное исследование состояния здоровья, в том числе репродуктивного, в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. В комплекс исследований входили: клинико-статистический анализ, микробиологические (бактериологическое, бактериоскопическое), ультразвуковые исследования, морфологическая оценка и статистическая обработка полученных результатов.

Контингент обследованных составили 123 женщины, перенесшие оперативное лечение по поводу ГТОО, из них 33 пациентки были выделены в I группу (в ходе операции производилась гистерэктомия), а 90 – во вторую (объем вмешательства ограничился удалением придатков).

Анализ историй болезни проводили с помощью разработанной нами статистической карты. Изучение анамнестических данных базировалось на уточнении семейной предрасположенности к гинекологическим и прочим заболеваниям. Пристальное внимание было уделено перенесенным в различные периоды жизни заболеваниям (детские инфекции, соматические, гинекологические болезни), их течению, исходу. Регистрировались оперативные вмешательства с уточнением времени их выполнения.

Особое место уделялось изучению специфических функций женского организма. Анализ менструальной функции включал, помимо установления возраста менархе, изучение ее характера, регулярности и продолжительности менструального цикла. Половая жизнь: с какого возраста началась, какой брак по счету. Репродуктивная функция оценивалась по числу беременностей, течению, исходу для матери и ребенка.

Течение настоящего заболевания изучалось по времени его обнаружения, динамике развития, предшествовавшему лечению и его эффективности, состоянию функции смежных органов.

В процессе работы были использованы традиционные методы клинического обследования, анализы крови, мочи, изучение биохимических параметров крови, отражающих функцию печени и почек, гемостазиограммы, определение групповой принадлежности и резус-фактора, постановки реакции Вассермана и тесты на ВИЧ, изучение особенностей ЭКГ, рентгеноскопия органов грудной клетки. При наличии симптомов нарушения функции внутренних органов больные были обследованы специалистами соответствующего профиля: кардиологом, окулистом, урологом, эндокринологом, невропатологом.

Модифицированный менопаузальный индекс. Степень тяжести клинических проявлений эстрогендефицитного состояния оценивалась с помощью модифицированного менопаузального индекса по Уваровой Е.В. (1983), позволяющего объективно оценивать выраженность нейро-вегетативных, психо-эмоциональных и обменно-эндокринных симптомо-

комплексов Выделенные симптомокомплексы оценивались следующим образом: сумма баллов от 0 до 10 свидетельствовала об отсутствии проявлений нейро-вегетативного синдрома, от 11 до 20 – означала легкую форму проявления, от 21 до 30 баллов – среднетяжелую, от 31 и выше – тяжелую степень проявления данного симптомокомплекса. Степень выраженности психо-эмоционального и обменно-эндокринного синдромов оценивались однотипно: сумма баллов от 0 до 1 указывала на отсутствие патологии, от 2 до 7 – трактовалась как легкая степень, 8-14 – как среднетяжелая, и более 15 – как тяжелая степень выраженности.

Оценка качества жизни проводилась с использованием шкалы *Nottingham Health Profile (NHP)*, модифицированной для гинекологических больных. Каждому ответу первого раздела присвоены цифровые значения, являющиеся взвешенными величинами (наихудшие значения соответствуют 100 баллам).

Степень выраженности ожирения рассчитывали по индексу массы тела (ИМТ) по J. Vrey (1981) по формуле: $ИМТ = \frac{\text{масса тела, кг}}{(\text{длина тела, м})^2}$. В норме ИМТ женщин репродуктивного возраста составляет 19-25. ИМТ в пределах 26-30 свидетельствует о малой вероятности возникновении метаболических нарушений, от 31 до 40 – о средней степени риска их развития, более 40 – о высокой степени риска развития метаболических нарушений. ИМТ более 40 соответствует 4 степени ожирения (превышение массы тела на 100 %).

Трансабдоминальную эхографию органов малого таза выполняли с помощью ультразвукового аппарата фирмы Aloka-SSD-280 с использованием датчика с частотой излучения 5,0 МГц. Определяли размеры, положение матки в малом тазу, состояние придатков, наличие опухолевидных образований, объемы жидкостного содержимого образований, выраженность инфильтративного и спаечного процессов в малом тазу.

Микробиологические исследования. Материал для бактериоскопического исследования забирался из уретры, цервикального канала, заднего свода влагалища. Полученный материал наносился на предметные стекла, и после высушивания окрашивался по Грамму. Бактериоскопия проводилась световым микроскопом с использованием иммерсионной системы.

Бактериологическое исследование.

С целью идентификации возбудителя и определения чувствительности к антибиотикам проводилось бактериологическое исследование содержимого нижней трети цервикального канала, гноя из ГТОО и брюшной полости. Взятый материал помещали в среду накопления (сахарный бульон), которую выдерживали в термостате при температуре 37°C и через 24 часа делали посевы на питательные среды: кровяной агар, среду Эндо, желточно-солевой агар. Идентификация микроорганизмов проводилась согласно инструкции к приказу №535 МЗ СССР от 22 апреля 1985 года «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях ЛПУ». Во всех случаях положительных посевов определялась чувствительность выделенных штаммов к антибиотикам методом стандартных дисков.

Тесты функциональной диагностики. Для определения у женщин характера и фазы менструального цикла использовались тесты функциональной

диагностики: измерение в течение трех месяцев ректальной температуры, симптом «зрачка» и арборизации шеечной слизи, кариопикнотический индекс.

Маммография Рентгеномаммографическое исследование проводилось пациенткам после оперативного вмешательства в срок от полугода до полутора лет при помощи аппарата "Mammodiagnost" (Philips, Германия).

Гистоморфологическим методом исследовались удаленные органы (матка, маточные трубы, яичники). Предварительно изучали особенности удаленных препаратов: размеры удаленных органов, их особенности, состояние полости матки, шейки, придатков. При последующем микроскопировании приготовленного стандартным методом материала определяли характер морфологических изменений.

Статистическая обработка Для создания базы данных и обработки статистического материала использовался персональный компьютер PENTIUM-166, в качестве основного программного обеспечения выбран пакет модулей для статистической обработки данных STATISTICA for Windows, Release 4.3 компании StatSoft Inc., США (1993). С помощью методов описательной статистики для количественных данных вычислены основные центральные показатели: средние статистические величины M , среднеквадратичное отклонение σ , ошибку средней m . Оценка достоверности различий абсолютных и относительных показателей между группами проводилась по t -критерию Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенный анализ основных параметров клинического обследования женщин с ГТОО определил возрастные особенности, состояние менструальной и репродуктивной функций, выявленную гинекологическую и экстрагенитальную патологию, длительность и сезонность хронических воспалительных процессов в придатках.

Средний возраст пациенток в группе с удаленной в ходе операции маткой составил $41,06 \pm 1,2$ года, а в группе с сохраненной маткой - $35,21 \pm 0,9$ лет ($p < 0,01$). Основная группа обследованных женщин (54 % – из первой группы, 59 % – из второй) была в возрасте от 26 до 40 лет, то есть в активном репродуктивном возрасте. Наряду с этим необходимо отметить, что в более старшей возрастной группе (46 и более лет) частота ГТОО также была относительно высокой – 34 % и 8 % соответственно для обеих групп.

Анализ признаков, характеризующих менструальную функцию, показал, что больных, предъявлявших жалобы на обильные, длительные менструации, в первой группе оказалось достоверно больше ($p < 0,05$), чем во второй.

Каждая третья больная с радикальным объемом операции отмечала болезненные менструации, а приблизительно каждая пятая – межменструальные кровяные выделения из половых путей, в то время как у женщин с сохраненной маткой данные показатели оказались сниженными в пять раз и в три раза соответственно.

Отдельно следует остановиться на наиболее часто использовавшемся методе - внутриматочной контрацепции. Среди обследованных нами женщин у 61 (49,6 %) ГТОО диагностировались на фоне ВМК.

При изучении способов регулирования фертильности установлено, что ни одним из методов контрацепции не пользовалась практически каждая десятая больная. Среди обследованных женщин отмечалась также низкая частота применения препаратов гормональной контрацепции и довольно высокий уровень использования самых простых способов предохранения от нежелательной беременности: прерванного полового акта и ритмофизиологического метода.

Наиболее часто использовавшимся методом явилась внутриматочная контрацепция, которой отдали предпочтение 55 % женщин первой и 48 % - второй группы. Сопоставление продолжительности применения ВМК выявило различие между двумя группами: продолжительность нахождения контрацептива в матке у женщин с радикальными операциями по поводу ГТОО была достоверно больше, чем у пациенток с сохраненной маткой ($7,0 \pm 0,6$ лет и $5,8 \pm 0,3$ года соответственно).

Сравнительный анализ репродуктивного поведения больных женщин показал, что в исходах беременностей преобладала доля аборт, в два раза превысившая долю родов.

Большинство обследованных женщин обеих групп, характеризуя свою репродуктивную функцию, указывало на перенесенные роды и аборт. Выяснилось, что только роды в анамнезе имеют 14, а только аборт – 7 пациенток. Статистический анализ не выявил достоверных различий по группам: в первой эти показатели составили 3 (9 %) и 1 (3 %), а во второй – 11 (12 %) и 6 (7 %) соответственно.

Отсутствие беременности вообще отмечали одна больная из первой и девять – из второй группы, при этом первичное бесплодие диагностировалось в 1 (3 %) и 3 (3,3 %) случаях соответственно ($p > 0,01$). Общее число беременностей составило 462 (150 и 312 соответственно по группам). Трубная беременность в анамнезе отмечена у одной пациентки из второй группы. На одну пациентку в среднем приходилось около 4 беременностей: в первой группе – $4,5 \pm 0,6$; во второй – $3,5 \pm 0,2$ ($p > 0,01$).

Сравнительный анализ репродуктивного поведения больных женщин показал, что в исходах беременностей преобладала доля аборт, в два раза превысившая долю родов.

Общее число родов составило 156. Распределение женщин в обеих группах по числу родов достоверно не отличалось. Среднее число родов, приходившихся на одну пациентку (отношение числа родов к числу рожавших женщин) оказалось приблизительно одинаковым и составило в первой группе – 1,4, а во второй – 1,5 родов.

Общее число аборт составило 305. Количество аборт, приходившихся на одну пациентку первой группы, оказалась достоверно больше аналогичного показателя во второй группе: $3,7 \pm 0,6$ против $2,8 \pm 0,2$ ($p < 0,05$). На самопроизвольные выкидыши в анамнезе указывало 8 женщин: 3 – в первой и 5 – во второй.

При сопоставлении данных о пациентках с одними, двумя, тремя и более абортами в анамнезе было выявлено, что количество женщин в первой группе,

перенесших три и более искусственных аборта, в полтора раза превышает ($p < 0,05$) данный показатель во второй группе.

Отношение числа абортов к числу родов характеризовалось существенным различием по группам (2,8:1 – в первой, 1,9:1 – во второй), что, несомненно, отразилось на частоте воспалительных заболеваний женских половых органов.

Для обследованных больных обеих групп весьма характерной оказалась высокая частота перенесенных ими или имеющихся в настоящее время гинекологических заболеваний. Обращает на себя внимание преобладание хронического воспалительного процесса придатков в структуре гинекологической заболеваемости обследованных женщин. Пациенток с диагностированной миомой матки и аденомиозом, отмеченными в анамнезе воспалительными тубоовариальными образованиями (ранее подвергшимися консервативному лечению) в первой группе оказалось достоверно больше, чем во второй ($p < 0,01$).

При изучении анамнестических данных о характере течения хронического воспаления придатков матки нами, несмотря на отсутствие достоверных различий по группам, отмечена тенденция к рецидивированию, с обострениями один раз в год – у 46 (68 %) женщин, два раза – у 16 (23 %), три и более раз – у 6 (9 %). Данные пациентки неоднократно лечились по поводу воспалительных процессов гениталий в амбулаторных и стационарных условиях.

Длительность воспалительного процесса в придатках матки у обследованных женщин, влияющая на прогнозирование его течения, оценку клинической картины и тяжести заболевания, показала, что продолжительность хронического воспаления придатков от пяти и более лет чаще встречалась у пациенток, включенных в первую группы ($41,4 \pm 3,5$ %), в то время как у женщин второй группы в подавляющем большинстве случаев отмечался хронический процесс с продолжительностью не более 5 лет ($89,2 \pm 2,3$ %).

Анализ выявил у обследованных больных высокую частоту экстрагенитальных заболеваний различной локализации. Среди всех заболеваний, отмечавшихся у женщин с ГТОО, наибольшую долю составили инфекционные болезни (ОРВИ, детские инфекции), заболевания сердечно-сосудистой (в основном гипертоническая болезнь) и мочевыводящей систем, анемии.

Обращает внимание значительная частота проведенных ранее хирургических вмешательств на органах брюшной полости: $33,4 \pm 2,6$ % – в первой группе, $19,3 \pm 3,1$ % – во второй. Наиболее частым перенесенным оперативным вмешательством у женщин с ГТОО явилась аппендэктомия, отмечавшаяся у каждой четвертой пациентки в первой группе и каждой седьмой – во второй. Пятую часть от всего количества операций составили оперативные вмешательства в родах, произведенные исключительно по экстренным показаниям: «клинически узкий таз», «преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты», «острая гипоксия плода».

Отмечено, что от момента появления первых симптомов заболевания до госпитализации пациенток в стационар проходило от 1 до 15 суток. Вообще не

обращались к врачу и пытались лечиться в домашних условиях 15 % женщин, и только ухудшение самочувствия и усугубившаяся тяжесть состояния заставляли их обратиться в стационар.

Таким образом, обследование женщин с радикальными и щадящими объемами оперативного вмешательства при ГТОО установило сопоставимость групп по большинству основных анализируемых параметров. Установлена корреляционная связь между удалением матки в ходе оперативного вмешательства с использованием женщинами ВМК от 6 и более лет, большим количеством абортот (три и более), длительностью хронического воспалительного процесса в придатках более 5 лет, наличием миомы матки и аденомиоза.

Клиническая симптоматика ГТОО отличалась значительным полиморфизмом. У 73 % обследованных первой группы и 71 % - второй отмечалось наличие сразу нескольких клинических признаков заболевания: гнойно-кровянистые выделения из половых путей, общая слабость, боли в гипогастральной области. Такие клинические симптомы, как повышение температуры тела, отмеченное у подавляющего большинства обследованных (97 % и 99 % соответственно), а также жалобы на тошноту, рвоту, предъявлявшиеся практически каждой четвертой больной (28 %), характеризовались отсутствием достоверных различий в обеих группах.

Необходимо отметить, что отсутствие высокой температуры не всегда подтверждало легкое течение воспалительного процесса. У ослабленных, тяжелых больных за счет снижения реактивной способности этот критерий диагностики тяжести патологического процесса в ряде случаев был неинформативен.

Средняя температура тела при поступлении больных из первой группы составила $38,1 \pm 0,1^{\circ}\text{C}$, из второй – $38,0 \pm 0,1^{\circ}\text{C}$. Лейкоцитоз отмечался у $79,2 \pm 4,1$ % пациенток первой группы и у $68,4 \pm 3,9$ % - второй. Повышение количества лейкоцитов сопровождалось сдвигом лейкоцитарной формулы влево ($p > 0,01$). Анемия умеренной и тяжелой степени достоверно чаще ($p < 0,01$) отмечалась у женщин с радикальным объемом оперативных вмешательств. При оценке показателей биохимического анализа крови обращало на себя внимание пониженное содержание белка у 13 больных первой и 28 – второй групп.

Характерно, что тяжелое состояние при поступлении больных в первой группе встречалось в 12 %, а во второй – в 6 % случаев, то есть в два раза реже. Количество пациенток, состояние которых характеризовалось как “средней тяжести” и “удовлетворительное”, по группам существенно не отличалось ($p > 0,01$).

Результаты двуручного гинекологического исследования, произведенного при поступлении пациенток в стационар, выявили ряд достоверных различий между женщинами двух групп. Так, увеличенная от 6 до 10 недель беременности матка у женщин из первой группы пальпировалась в 30 %, а у пациенток из второй группы – в 3 % случаев ($p < 0,01$). При этом болезненность матки при бимануальном исследовании отмечалась нами в 21 %

и 4 % наблюдений соответственно ($p < 0,01$). Во всех этих случаях при поступлении был выставлен диагноз “эндометрит”.

Односторонние объемные образования определялись в первой группе в 39 %, во второй – в 80 %. Болезненность при пальпации области придатков выявлялась в подавляющем большинстве исследований у больных обеих групп, достоверных различий при этом выявлено не было ($p > 0,01$). У 11 пациенток (33 %) из первой группы и 2 (2 %) – из второй тело матки и придатки пальпировались единым конгломератом ($p < 0,01$). Несмотря на отсутствие в целом достоверных различий по группам, у больных с радикальными операциями запущенные стадии воспалительного процесса (случаи диффузного и разлитого перитонита) встречались чаще: 21 % наблюдений против 9 %.

С целью уточнения (подтверждения) диагноза нами проводилось ультразвуковое исследование, анализ диагностической ценности которого выявил отсутствие достоверных различий по группам. Диагностическим критерием ГТОО при УЗИ являлось определение в области придатков образования с нечеткими границами, наполненного неоднородным содержимым. Разграничить измененные маточные трубы и яичник не представлялось возможным: визуализировался единый конгломерат с неоднородной эхоструктурой, отражавшей скопление гнойного экссудата

В ходе ряда исследований возникали трудности в постановке правильного диагноза ГТОО. И, хотя в большинстве наблюдений УЗИ подтвердило наличие ГТОО, в 20 % всех случаев без достоверных различий по группам был выставлен ошибочный диагноз. У женщин первой группы достоверно чаще при УЗИ возникали трудности при дифференциальном диагнозе между ГТОО и кистой (кистозой) яичника, ГТОО и миомой матки, а у женщин второй группы – между ГТОО и воспалительными заболеваниями придатков матки

Этиология ГТОО была изучена на основании бактериоскопического и бактериологического методов исследования. Микроскопическое исследование содержимого влагалища всех обследованных женщин показало преобладание третьей и четвертой степени чистоты влагалищных мазков (37 % и 46 % соответственно). По нашим данным, в 15 % у женщин первой группы и в 17 % второй выделялись кокки; в 64 % случаев и в 58 % соответственно – влагалищная микрофлора была смешанной (помимо кокков в мазках присутствовали грамотрицательные и грамположительные палочки), *Trichomonas vaginalis* обнаружены в 3 % исследований у пациенток первой группы и в 8 % – второй.

Результаты углубленного бактериологического исследования содержимого брюшной полости свидетельствуют о том, что при ГТОО идентифицируются около 12 видов возбудителей патологического процесса (преимущественно грамотрицательные и грамположительные аэробы). Установлено, что совпадение видового состава микрофлоры цервикального канала и содержимого брюшной полости наблюдалось лишь в 6 % и 3 % наблюдений соответственно по группам ($p > 0,05$).

Параллельно с клиническим обследованием нами проводилась предоперационная подготовка пациенток, продолжительность которой

варьировала от 2-3 часов при тяжелом состоянии больных, явлениях перитонита до 6-7 дней (в среднем $6,3 \pm 0,8$ дней в первой и $5,2 \pm 0,3$ дня во второй группах, $p > 0,01$) при более благоприятном течении заболевания. Важно отметить, что во всех без исключения случаях нами решался вопрос о своевременном оперативном лечении ГТОО (при отсутствии эффекта от проводимой инфузионной терапии в течение 2-3 часов при тяжелом состоянии пациентки или при уменьшении признаков острого воспалительного процесса).

Основным компонентом мероприятий по подготовке женщин с ГТОО к хирургическому вмешательству явилась инфузионная терапия, проводившаяся с целью снятия симптомов интоксикации. Общий объем ее составил у женщин первой группы в среднем 3250 ± 537 мл, а второй – 1860 ± 345 мл, и включал в себя сочетание кристаллоидных (изотонические растворы хлорида натрия и глюкозы, электролитные растворы) и коллоидных (реополиглюкин, желатиноль, гемодез) растворов в соотношении 2:1. Дополнительно с целью коррекции выявленной в ходе обследования выраженной гипопроотеинемии проводилась инфузия свежемороженой плазмы в объеме в среднем 180 ± 24 мл и 125 ± 15 мл для каждой группы соответственно. Трансфузия эритроцитарной массы проводилась двум пациенткам из первой группы ввиду выраженной анемии (показатели гемоглобина 73 г/л и ниже).

Антибактериальная терапия перед операцией проводилась 21 (73 %) больной первой группы и 57 (69 %) – второй ($p > 0,05$). Применялись препараты широкого спектра действия, преимущественно из группы бактерицидных антибиотиков. Чаще всего использовали полусинтетические пенициллины, аминогликозиды.

У 13 больных из первой и 31 из второй группы отмечалось улучшение общего состояния в ходе проводившейся предоперационной подготовки; в этих случаях нами предпринималось плановое оперативное лечение ГТОО. В 20 и 57 случаях в каждой группе соответственно отсутствие эффекта от проводимой терапии и даже ухудшение общего состояния обусловили экстренное хирургическое вмешательство. В двух случаях отсутствие предоперационной подготовки было обусловлено безотлагательностью операций у больных с ошибочным диагнозом “острый аппендицит”, выставленным при поступлении в стационар.

Удаление контрацептива из полости матки при сохранении нитей в 13 случаях в первой группе и в 35 – во второй производилось в приемном отделении стационара; в 3 и 7 случаях соответственно – на фоне проводимой антибактериальной терапии. Удаление ВМК при отсутствии нитей в результате внутриматочной манипуляции отмечено по одному разу в каждой группе; одной женщине из первой группы дооперационное удаление контрацептива не производилось ввиду ее тяжелого состояния.

Хирургическое вмешательство по поводу ГТОО было произведено нами всем 123 пациенткам. Большинство больных из обеих групп подверглись экстренному оперативному вмешательству, причем в 34 (43 %) случаях оно проводилось не позднее одних суток от момента поступления больных в стационар, в том числе для женщин первой группы – в 7 (21 %), а для женщин

второй – в 27 (30 %) наблюдениях. Важно отметить, что при выполнении экстренных операций матка удалялась в 25 % всех случаев, тогда как в ходе плановых хирургических вмешательств гистерэктомия произведена нами у 30 % пациенток.

Необходимо отметить, что все проведенные операции технически были сложны в связи с обширностью спаечного процесса, сложностью выделения образований, травматичностью самой операции, вовлечением в воспалительный процесс соседних органов, возможностью инфицирования брюшной полости содержимым придатковых образований. Поэтому операции у этих больных, как правило, требовали безотлагательности действий и представляли высокую степень риска.

При подсчете количества койко-дней, проведенных женщинами перед хирургическим вмешательством, нами с отсутствием достоверной разницы между группами ($p > 0,05$) отмечено, что больные с удаленной маткой проводили до операции больше времени, чем пациентки с сохраненной маткой (показатель для первой группы составил в среднем $7,2 \pm 1,1$ койко-дней, а для второй – $5,7 \pm 0,6$ койко-дней).

У 7 женщин из первой группы (21 %) и у 8 из второй (9 %) экстренность операции была обусловлена наличием перитонита, а в 7 (21 %) и 41 (46 %) случаях соответственно больные подвергались хирургическому лечению из-за перфорации или угрозы перфорации гнойника ($p > 0,05$). В результате обследования так и не был выставлен правильный диагноз 4 больным (12 %) из первой группы (прооперированы с диагнозами “миома матки с нарушением питания в узле” – 3 наблюдения, и “киста яичника”) и трем (9 %) – из второй (трижды диагностировалась киста яичника с явлениями перекрута).

Важно подчеркнуть, что в отношении 10 больных (8 %) при поступлении в стационар были допущены диагностические ошибки и выставлен неверный диагноз, определивший безотлагательность хирургического вмешательства. В 3 наблюдениях в каждой группе показанием для срочной операции (больные были прооперированы не позднее одних суток пребывания в стационаре) послужил диагноз “перекрут ножки кисты яичника”, а у женщин с сохраненной маткой дважды – “острый аппендицит”, по 1 случаю – “миома матки с нарушением питания в узле” и “абсцедирующий инфильтрат в малом тазу”. В ходе операции у всех пациенток из первой группы и у одной из второй нами диагностированы двусторонние ГТОО с перфорацией, в остальных случаях – односторонние.

Интраоперационно двусторонние гнойные образования визуализировались чаще у пациенток с радикальными объемами операций, тогда как одностороннее гнойное образование на месте придатков матки определялось в большинстве случаев у женщин с сохраненной в ходе оперативного лечения маткой ($p > 0,05$).

Важно отметить, что спаечные сращения между придатками и стенками малого таза, боковой поверхностью матки отмечались в подавляющем большинстве случаев, при этом вовлечение в спаечный процесс петель кишечника, большого сальника, мочевого пузыря чаще выявлялось нами на операциях у женщин первой группы ($p > 0,05$). Обусловленный обширным

спаечным процессом единый конгломерат, состоящий из матки и придатков, достоверно чаще ($p < 0,01$) определялся в ходе выполнения радикальных оперативных вмешательств.

Увеличение матки в размерах (от 7 до 12 недель беременности) за счет интерстициально и субсерозно расположенных миоматозных узлов, наличие фибринозно-некротического налета на поверхности матки отмечалось нами исключительно при радикальных операциях.

Фибринозный налет на петлях кишечника как следствие разлитого перитонита, визуально измененный аппендикс выявлялись нами с приблизительно одинаковой частотой у больных обеих групп; а межпетлевой абсцесс, абсцесс пузырно-маточного пространства, обусловившие тяжелое течение заболевания, – только у женщин первой группы.

Воспалительные изменения маточных труб (гиперемия, отечность, гидросальпинкс), кистозная дегенерация яичников, повлекшие за собой расширение объема хирургического лечения, интраоперационно чаще визуализировались у больных второй группы.

Объем операции у обследованных больных варьировал от односторонней аднексэктомии до пангистерэктомии. Несмотря на отсутствие достоверных различий, отмечено, что пациентки с ГТОО, развившимися на фоне ВМК, подвергались радикальным операциям в 1,25 раза чаще, чем остальные женщины ($p > 0,05$); причем у больных, подвергшихся гистерэктомии, в большинстве случаев (78 %) имело место длительное использование внутриматочной контрацепции (более 5 лет).

Следует отметить, что объем оперативного вмешательства определялся индивидуально для каждой больной и зависел от характера патологических изменений в органах малого таза, распространенности процесса и степени вовлечения в воспалительный процесс соседних органов.

Большое внимание нами уделялось сопутствующей гинекологической патологии. При наличии тяжелой патологии гениталий (аденомиоз, миома матки), панметрита и гнойного эндометрита, экстрагенитальных гнойных очагов в малом тазу и брюшной полости нами выполнялись радикальные операции, вплоть до пангистерэктомии. В случаях сочетания одностороннего ГТОО и патологических изменений в контрлатеральной маточной трубе (гнойного сальпингита, гидро-, сактосальпинкс) нами выполнялась еще и контрлатеральная тубэктомия.

В представленных результатах исследования прослеживается тенденция к максимально щадящему объему операции у больных молодого возраста. У женщин в активном репродуктивном периоде оперативное вмешательство старались выполнить с сохранением менструальной, детородной функций. Так, основной операцией, применявшейся нами у больных в возрасте от 20 до 40 лет, была аднексэктомия.

Из 33 случаев радикальных операций в 45 % оперативное вмешательство было выполнено в возрасте более 40 лет. Все остальные случаи приходились на возраст от 27 до 40 лет, из них в 75 % удаление матки было продиктовано наличием сопутствующей гинекологической патологии (миома матки, аденомиоз). Необходимо отметить, что в возрасте до 40 лет, при отсутствии

показаний к расширению объема операции, мы, в основном, выполняли одностороннее удаление придатков (53 % всех оперативных вмешательств).

Радикальные вмешательства произведены 23 % женщин, консервативные операции с оставлением яичника и маточной трубы проведены 33 %. В 22 % случаев имелись показания к удалению второй маточной трубы (сакто-, гидросальпинкс), а в 10 % – к резекции яичника, не вовлеченного в гнойный процесс (кистозная дегенерация). Ввиду вовлечения в воспалительный процесс слепой кишки у одной пациентки первой группы и у двух второй дополнительно производилась аппендэктомия.

Дренирование брюшной полости выполнялось нами во всех операциях. Для этой цели мы использовали полихлорвиниловые дренажи, располагая их в боковых каналах брюшной полости (120 наблюдений – 98 %) и заднем дугообразном пространстве (3 – 2 %).

Отмечено достоверное различие ($p < 0,05$) между количеством интраоперационных осложнений у женщин обеих групп. Требуется особого внимания тот факт, что все интраоперационные осложнения, выявленные при хирургическом лечении ГТОО, были обусловлены выраженным спаечным процессом, имевшим место в данных наблюдениях.

Антибактериальная терапия во время и после плановых оперативных вмешательств проводилась в соответствии с результатами бактериологического исследования. После выполнения экстренных операций, до получения данных о характере возбудителя, мы в 20 случаях в первой группе и в 59 – во второй использовали комбинацию антибиотиков широкого спектра действия, преимущественно из группы полусинтетических пенициллинов (ампициллин, ампиокс, оксациллин и др.) и аминогликозидов (гентамицин), а также препаратов, воздействующих на анаэробный спектр бактерий (клиндамицин, метронидазол). При отсутствии эффекта антибактериальной терапии в течение 48 часов производилась их смена. При сопоставлении применявшихся антибиотиков с препаратами, чувствительность возбудителей к которым была определена в ходе бактериологического исследования, в 70 % случаев без достоверных различий по группам выявлено совпадение и продолжено лечение данным антибиотиком; в оставшихся 30 % наблюдений нам пришлось заменить использовавшийся до этого препарат.

Неотъемлемой частью послеоперационного ведения больных являлась инфузионная терапия, применявшаяся нами во всех без исключения случаях. Объем ее зависел от тяжести состояния, наличия сопутствующей экстрагенитальной патологии, возраста пациенток.

С целью изучения морфологических особенностей гнойновоспалительных заболеваний придатков матки был изучен операционный материал у всех оперированных нами женщин. В препаратах маточных труб и яичников определялась выраженная лейкоцитарная инфильтрация с формированием микроабсцессов, разрастанием рубцовой и грануляционной тканей. В ряде случаев придатки матки представляли собой единое гнойное образование с плотной капсулой, причем даже при гистологическом исследовании было невозможно идентифицировать ткань яичника и маточной трубы.

Гистологически на фоне острого гнойного сальпингита, некроза ткани яичников выявлялись признаки хронического воспаления – склеротическая деформация мышечной оболочки, очаговые лимфоцитарные инфильтраты, остатки грануляционной ткани, хронические интра- и параовариальные абсцессы со сформировавшейся пиогенной капсулой и плазмоцитарной инфильтрацией.

Патоморфологическое исследование препаратов удаленной в ходе операции матки показало, что при диагностировании множественной лейомиомы, аденомиоза II и III степени, их сочетания, а также гиперплазии эндометрия достоверного различия в подгруппах с ГТОО, развившимися на фоне ВМК и без такового, не было выявлено ($p > 0,05$). Однако отмечено, что в 60 % случаев у больных, использовавших ВМК, выявлены реактивные морфологические изменения эндометрия в виде очаговой неспецифической реакции, хронического неспецифического эндометрита, тогда как у пациенток без ВМК эти изменения встречались в 28 % случаев ($p < 0,05$). Кроме того, гистологическое исследование подтвердило наличие гнойного эндометрита и панметрита в 22 % заключений у пациенток с гнойными образованиями на фоне ВМК.

Интраоперационный выбор объема оперативного вмешательства основывался в первую очередь на распространенности гнойного процесса (вне зависимости от использования ВМК), а также наличии сопутствующей генитальной патологии. При отсутствии императивных показаний к удалению матки женщинам активного репродуктивного возраста нами в большинстве случаев выполнялась аднексэктомия в различных сочетаниях (односторонняя, с тубэктомией, с резекцией яичника). Анализ критериев выбора объема хирургического лечения показал, что у шести пациенток (в том числе двух с ГТОО на фоне ВМК) имелась возможность ограничиться удалением только гнойного очага и не выполнять гистерэктомию.

С целью изучения результатов оперативного лечения ГТОО выявлены особенности течения ближайшего и отдаленного послеоперационного периода у прооперированных женщин как с удаленной, так и с сохраненной маткой.

Ближайшие результаты оперативного лечения ГТОО прослежены у всех 123 пациенток. Течение послеоперационного периода у больных с ГТОО во многом определялось и зависело от исходного состояния проведенной предоперационной подготовки, хирургической тактики и рационального послеоперационного ведения. Установлено, что продолжительность пребывания в стационаре женщин, перенесших радикальные хирургические вмешательства – $16 \pm 1,1$ койко-дней, достоверно превышала ($p < 0,001$) аналогичный показатель в другой группе – $12,5 \pm 0,4$ койко-дней.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде достоверно чаще ($p < 0,01$) отмечались в первой группе. Несмотря на проводимые профилактические мероприятия, у обследованных женщин после перенесенного оперативного вмешательства (в трех случаях – пангистерэктомию, в одном – односторонняя аднексэктомия) были отмечены явления пареза кишечника, благополучно разрешившегося на фоне проводимой консервативной терапии; а при выполнении надвлагалищной ампутации матки с придатками и удаления

межкишечного абсцесса (технически экстирпация матки не удалась ввиду выраженного спаечного процесса) у пациентки из первой группы ранний послеоперационный период осложнился формированием инфильтрата в области культи, произведено его вскрытие через культию.

В обеих группах среди осложнений в раннем послеоперационном периоде было отмечено расхождение швов и заживление операционной раны вторичным натяжением. Кроме того, у больной из второй группы при сформировавшейся гематоме параметрия удалось предотвратить более тяжелые осложнения и добиться ее опорожнения благодаря проведенным консервативным мероприятиям.

При изучении отдаленных последствий нами обнаружено, что 4 пациентки перенесли различные хирургические вмешательства: операция на тазобедренном суставе (произведенная через 4 года после лапгистерэктомии по поводу ГТОО, миомы матки в сочетании с аденомиозом), две операции по поводу грыж – паховой и пупочной (выполненные спустя 2 и 3 года у женщин из второй и первой групп соответственно), кесарево сечение (спустя 2,5 года после односторонней аднексэктомии).

Из 65 обследованных после оперативного лечения ГТОО больных с сохраненной в ходе хирургического вмешательства маткой у 12 (18 %) менструальная функция восстановилась в первые две недели, у 34 (52 %) – в течение 1-2 месяцев, а у 19 (30 %) – в сроке до полугода.

У трех пациенток в возрасте от 47 до 49 лет спустя 0,5-1 год после хирургического лечения наступила менопауза. В ходе детального изучения менструальной функции нас интересовал ее характер как у женщин с нормальным менструальным циклом до операции, так и особенно у пациенток, ранее отмечавших различные его нарушения. Оперативное лечение заметно повлияло на характер менструальной функции. Наиболее наглядно эти изменения выразились в виде снижения интенсивности и укорочения длительности менструальных выделений. При обследовании выявлено характерное уменьшение числа женщин, отмечавших ранее обильные (в 8 раз), болезненные (в 3 раза) менструации. Нерегулярный приход месячных стали отмечать 7 женщин, что в 3,5 раза превысило дооперационный показатель.

При определении времени, в течение которого наступили все указанные выше нарушения менструального цикла, мы установили, что у 45 % они наступили в течение первых 2-6 месяцев после операции, у 30 % – через 7-12 месяцев, у 25 % – спустя год после операции. Из приведенных данных видно, что у подавляющего большинства больных нарушения менструальной функции наступали в течение полугода после перенесенной операции.

Обследование 31 пациентки из второй группы по тестам функциональной диагностики позволило выявить чередование монофазной и двухфазной кривой – у 4 (13 %), монофазную температурную кривую у 9 (29 %), а двухфазную – у 12 (52 %) больных. Снижение амплитуды между 1 и 2 фазой выявлено у 6 (19 %) женщин.

При изучении детородной функции у 65 больных необходимо отметить, что у 32 (49 %) пациенток возможность наступления беременности практически исключалась вследствие выполненного объема операции (двусторонняя

аднексэктомия, односторонняя аднексэктомия в сочетании с тубэктомией, аднексэктомия с тубэктомией и резекцией яичника), а также низкого социального статуса и финансовой недоступности экстракорпорального оплодотворения.

Нами отмечено 7 случаев наступления беременности у 6 (9 % от общего числа обследованных второй группы) женщин, перенесших хирургическое вмешательство по поводу ГТОО. Важно отметить, что у одной из пациенток беременность наступала дважды. Во всех этих случаях объем операции не превышал односторонней аднексэктомии. Шесть беременностей было прервано по желанию женщины на ранней стадии в сроках от 7 до 10 недель, а в одном случае пациентка с доношенным сроком беременности подверглась оперативному родоразрешению по акушерским показаниям.

При определении сроков наступления беременности выявлено, что раннее восстановление репродуктивной функции (спустя один год после операции) отмечалось у одной больной, а подавляющее большинство случаев беременности (86 %) приходится на период от 1,5 до 3 лет.

С целью предохранения от нежелательной беременности 12 пациентками использовались различные методы контрацепции: барьерный – в 5 случаях, прерванный половой акт – в 4, физиологический – в 2, и даже внутриматочный (!!!) – в 1. Три женщины с целью наступления беременности прибегли к экстракорпоральному оплодотворению (общее количество попыток составило 5, все – неудачные), еще две планируют сделать это в ближайшее время. В одном случае при проведении гистеросальпингографии была выявлена непроходимость единственной маточной трубы вследствие сформировавшегося сактосальпинкса (по данным УЗИ). От оперативного лечения больная отказалась.

Удаление придатков негативно отразилось на сексуальной функции женщин. Так, у 62 % оперированных пациенток снизилось половое влечение, реже возникал оргазм. Нормализацию сексуальной функции, связанную с исчезновением болевого синдрома, повышением либидо, отметили лишь 6 % женщин.

Хирургическое выключение функции яичников (в сочетании или без гистерэктомии) сопровождалось развитием посткастрационного и климактерического синдромов, клиническая картина которых выражалась в вегето-сосудистых, психо-эмоциональных, обменно-эндокринных нарушениях.

При анализе результатов обследования прослежена четкая зависимость частоты выявленных нарушений от объема операции: наибольшая частота отмечалась после пангистерэктомии, а наименьшая частота – после односторонней аднексэктомии.

Наиболее показательными для пациенток обеих групп явились нейровегетативные нарушения, среди которых выделялись приливы, частые ознобы, головные боли. При уточнении сроков возникновения данных симптомов отмечено, что в 83 % случаев в первой группе и в 47 % – во второй, это происходило в первые два месяца после операции по поводу ГТОО, в 17 % и в 36 % соответственно появление патологической симптоматики приходилось на период от 2 месяцев до полугода, а в 17 % наблюдений у женщин с

сохраненной маткой от 6 месяцев до года. Психоэмоциональные нарушения достоверно чаще встречались у представительниц первой группы, а ряд симптомов (появление рассеянности, ухудшение памяти, нарушение сна) был характерен только для пациенток с удаленной маткой. Особое внимание необходимо обратить на отмечавшееся в этой группе повышение утомляемости и стойкое снижение работоспособности ($p < 0,01$). Обменно-эндокринные нарушения, в отличие от предыдущих двух симптомокомплексов, не проявились столь ярко, однако и здесь обращает на себя внимание заметное расхождение в выраженности отмечаемого после оперативного лечения ГТОО ожирения между женщинами первой и второй групп. Практически половина пациенток с радикальным объемом операции указали на прибавку массы тела. Среднее увеличение массы тела у пациенток первой группы ($9,4 \pm 0,3$ кг в год) достоверно превышало аналогичный показатель во второй ($2,1 \pm 0,2$ кг в год), причем у 33 % женщин с удаленной маткой масса тела возрастала весьма значительно (более 12 кг). Как правило, увеличение массы тела у прооперированных женщин обеих групп наиболее часто отмечалось в первый год после хирургического лечения ГТОО.

Для изучения субъективных показателей качества жизни 19 пациенток из первой и 41 – из второй групп использовалась шкала *Nottingham Health Profile (NHP)*, модифицированная для гинекологических больных путем исключения из первой части раздела “физическая активность”. Каждому ответу первого раздела присвоены цифровые значения, являющиеся взвешенными величинами (наихудшие значения соответствуют 100 баллам).

При определении субъективных показателей качества жизни нами установлено достоверное снижение их у женщин первой группы по трем из пяти разделов. Наиболее низкие показатели (в среднем не менее 50 баллов) зарегистрированы в первой группе по таким параметрам, как «энергичность» (не менее 50 баллов), «сон» (не менее 30 баллов) и «эмоциональные реакции» (не менее 25 баллов). При этом, как показало обследование, основное влияние на снижение показателей качества жизни оказали вегетососудистые и психоэмоциональные нарушения, выявленные в данной группе пациенток в подавляющем большинстве случаев. По таким параметрам как «социальная изоляция» и «болевые ощущения» определялись более высокие показатели качества жизни (не более 15 баллов).

У пациенток второй группы снижения показателей качества жизни в большинстве своем выявлено не было, только три больные (7 %) отмечали уменьшение энергичности и выраженность эмоциональных реакций, а четыре (10 %) – ухудшение сна (во всех случаях в среднем не более 10 баллов).

С целью оценки состояния органов гениталий в послеоперационном периоде было проведено ультразвуковое исследование спустя 3-24 месяцев после операции. Как показали результаты обследования, существенных изменений в размерах матки не отмечалось: средние размеры органа составили $5,9 \pm 0,4 \cdot 4,7 \pm 0,3 \cdot 5,2 \pm 0,6$. В 38 % наблюдений отмечалось отклонение матки (от умеренного до выраженного) в сторону удаленного придатка. С этой же стороны в 43 % проведенных обследований установлены эхографические

признаки спаечного процесса У 23 больных определяли размеры оставшегося яичника с помощью ультразвукового датчика. В среднем оставленный в ходе операции яичник имел длинник $48,2 \pm 3,3$ мм, поперечник $32,4 \pm 2,9$ мм.

В ходе ультразвукового исследования в одном случае была диагностирована беременность (впоследствии прерванная на раннем сроке), а в двух случаях при обследовании пациенток из второй группы был обнаружен сактосальпинкс.

С целью комплексной оценки качества жизни прооперированных женщин нами был разработан модифицированный показатель качества жизни, представлявший собой сумму показаний объективных и субъективных параметров, выраженную в баллах. В число указанных параметров вошли: проявления климактерического синдрома, показатели качества жизни по НРР, оценка менструальной функции, фертильности, данных маммографического исследования.

Максимальное количество баллов составило 50, что соответствовало наилучшему показателю качества жизни, минимальное – 10 баллам. Сумма баллов от 10 до 20, встречавшаяся у 14 % женщин первой группы и у 73 % второй, свидетельствовала об относительно высоком уровне качества жизни, высоких шансах восстановления репродуктивной функции (в эту группу вошли все женщины с наступившей после хирургического лечения ГТОО беременностью). При набранном количестве баллов от 20 до 30 (48 % – в первой, 23 % – во второй) отмечалось снижение качества жизни прооперированных пациенток, отсутствие возможности наступления беременности без использования ЭКО. Сумма баллов более 30 (38 % и 4 % соответственно) указывала на низкий уровень качества жизни, невозможность восстановления репродуктивной функции.

Таким образом, представленные данные о состоянии здоровья и качества жизни женщин после хирургического лечения ГТОО с несомненной достоверностью выявили преобладание осложнений в раннем и позднем послеоперационных периодах у пациенток, которым при хирургическом лечении была произведена гистерэктомия. У женщин после радикального оперативного вмешательства отмечено достоверное снижение качества жизни по параметрам “энергичность”, “эмоциональные реакции”, “сон”; высокая частота проявлений климактерического синдрома, особенно психоэмоциональных (повышение утомляемости и стойкое снижение работоспособности). У пациенток с сохраненной маткой происходило восстановление менструальной функции спустя 1 – 6 месяцев после операции, отмечалось наступление беременности (всего наступило семь беременностей, одна из которых завершилась родами).

ВЫВОДЫ

1. Оптимальным объемом оперативного лечения ГТОО в репродуктивном возрасте является удаление гнойного образования и широкое дренирование брюшной полости. При отсутствии структурных изменений матки (миома, аденомиоз) она должна быть сохранена даже при наличии эндометрита после

удаления ВМК. В перименопаузальном периоде при отсутствии императивных показаний к гистерэктомии также следует стремиться к сохранению матки.

2. Объем оперативного вмешательства, в свою очередь, обусловлен распространенностью гнойного процесса и структурными изменениями матки (миома, аденомиоз).

3. Использование ВМК не является показанием к расширению объема оперативного вмешательства. Более того, вопреки представлениям о восходящем инфицировании, эндометрит при использовании ВМК не имеет выраженной связи с ГТОО и при сохраненной матке не приводит к прогрессированию воспалительного процесса в малом тазу.

4. Отдаленные результаты, оцениваемые по качеству репродуктивного здоровья, определяются только объемом операции. У женщин с удаленной маткой выявлено превалирование проявлений климактерического синдрома средней и тяжелой степени, снижение показателей качества жизни (по NHP) по отдельным параметрам в 5 – 10 раз. При сохраненной матке восстановление нормальной менструальной функции отмечалось у 65 %, а наступление беременности – у 9 % обследованных пациенток.

5. Интраоперационные и ближайшие послеоперационные осложнения хирургического лечения ГТОО обусловлены, прежде всего, объемом оперативного вмешательства. Удаление не только гнойных образований придатков, но и матки увеличивает риск интраоперационных осложнений (десерозирование петель кишечника, повреждение мочевого пузыря) в 4,5 раза, ближайших послеоперационных (инфильтрат в области культи, расхождение швов на передней брюшной стенке, парез кишечника) в 5 раз.

6. Комплексная оценка качества жизни после хирургических операций по поводу ГТОО может быть осуществлена по модифицированному показателю качества жизни, отражающего суммарную оценку проявлений посткастрационного и климактерического синдромов, параметров качества жизни (по NHP), фертильности, менструальной функции, данных маммографического исследования. Показано, что показатель качества жизни достоверно ниже у женщин, подвергшихся в ходе оперативного лечения ГТОО гистерэктомии.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Объем оперативного лечения у больных репродуктивного возраста с ГТОО при отсутствии императивных показаний к гистерэктомии должен ограничиваться удалением гнойного образования и дренированием брюшной полости.

С целью коррекции клинических проявлений климактерического синдрома в послеоперационном периоде показано раннее назначение препаратов заместительной гормональной терапии.

В послеоперационном периоде спустя 6, 9, 12 и 18 месяцев необходимо проводить динамическую оценку модифицированного показателя качества жизни и характеристику репродуктивного здоровья, на основании которых проводить корригирующие мероприятия или отказаться от них.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. К вопросу о лечении гнойных tuboовариальных образований на фоне внутриматочного контрацептива // Материалы I-го международного научного форума по проблемам акушерства, гинекологии и перинатологии. Москва, Совинцентр, 1999 г., июнь. – С. 265. (Соавт.: Голдина А.Я., Духин А.О., Семятов С.М., Щербakov А.О.)
2. Эффективность оперативного лечения гнойных tuboовариальных образований у женщин репродуктивного возраста, длительно использовавших внутриматочную контрацепцию // Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы организации гинекологической помощи в лечебных учреждениях Вооруженных Сил РФ». Москва, ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2000 г. – с. 7-11. (Соавт.: Радзинский В.Е., Ордиянц И.М., Союнов М.А., Голдина А.Я., Семятов С.Д., Плаксина Н.Д., Паниткова О.В.)
3. Влияние гнойных tuboовариальных образований на репродуктивное здоровье женщин // Материалы I международной конференции «Хроноструктура и хроноэкология репродуктивной функции» и IX международной конференции «Эколого-физиологические механизмы адаптации». Москва, 2000 г. – С. 193-194. (Соавт.: Голдина А.Я., Семятов С.М., Духин А.О.)
4. Изучение отдаленных результатов хирургического лечения гнойных tuboовариальных образований на фоне ВМК // Материалы I международной конференции молодых ученых «Новые технологии в акушерстве, гинекологии и перинатологии». Москва, 2000 г. апрель – С. 348. (Соавт.: О.В. Паниткова)
5. Оперативное лечение гнойных tuboовариальных образований на фоне ВМК в репродуктивном возрасте // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия «Медицина». 2000 г. № 3. – С. 126-129. (Соавт.: Семятов С.М.)
6. Объем оперативного вмешательства при гнойных tuboовариальных образованиях // Материалы X Международного симпозиума «Эколого-физиологические проблемы адаптации». Москва, – С. 676. (Соавт.: Семятов С.М., Голдина А.Я., Духин А.О.)
7. Ошибки в диагностике гнойных tuboовариальных образований (ГТОО) // Материалы I Всероссийской конференции «Развитие научных исследований на медицинских факультетах университетов России». 2001 г. январь – С. 99-100. (Соавт.: Радзинский В.Е., Семятов С.М., Голдина А.Я.)
8. Tuboовариальные образования на фоне ВМК // Материалы научно-практической конференции «Амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь». 2001 г. апрель. – С. 136-139. (Соавт.: Радзинский В.Е., Семятов С.М., Голдина А.Я., Плаксина Н.Д., Духин А.О.)

Оптимизация выбора хирургического компонента в лечении гнойных tuboовариальных образований

Тотчиев Георгий Феликсович (Россия)

В диссертации отражены вопросы выбора объема хирургического вмешательства при гнойных tuboовариальных образованиях (в том числе и на фоне ВМК). Обоснована целесообразность ограничения объема операции удалением гнойного образования и широким дренированием брюшной полости при условии отсутствия структурных изменений матки (миома, аденомиоз), панметрита. Использование ВМК, наличие эндометрита после удаления контрацептива не является показанием к выполнению гистерэктомии.

Проведено изучение результатов оперативного лечения ГТОО. Установлено, что интраоперационные, ближайшие послеоперационные осложнения, отдаленные результаты лечения ГТОО обусловлены, прежде всего, объемом оперативного вмешательства. Удаление не только гнойных образований придатков, но и матки увеличивает риск интраоперационных и ближайших послеоперационных осложнений, способствует ухудшению качества жизни прооперированных женщин.

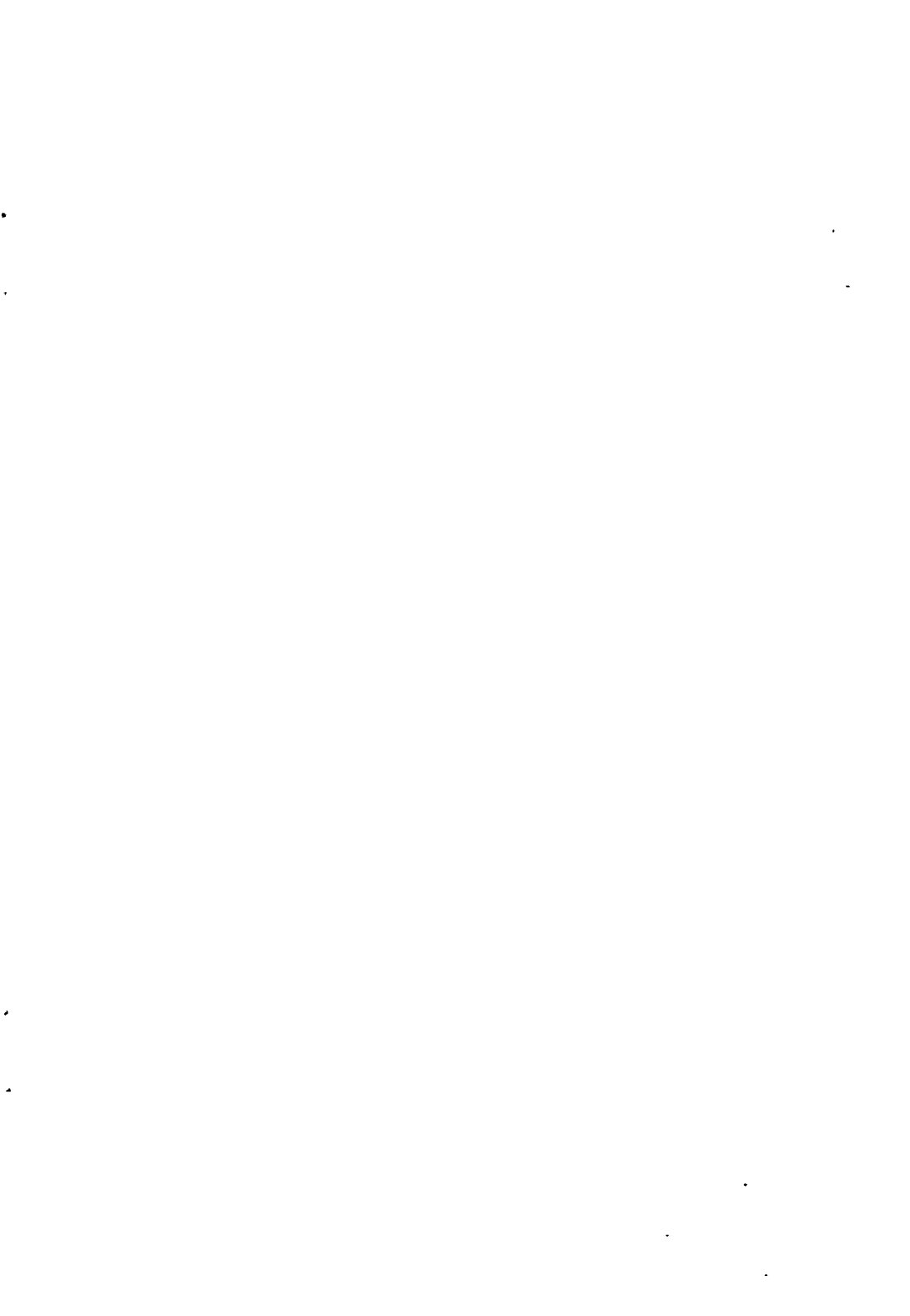
С целью комплексной оценки качества жизни после хирургических операций по поводу ГТОО предложен модифицированный показатель качества жизни.

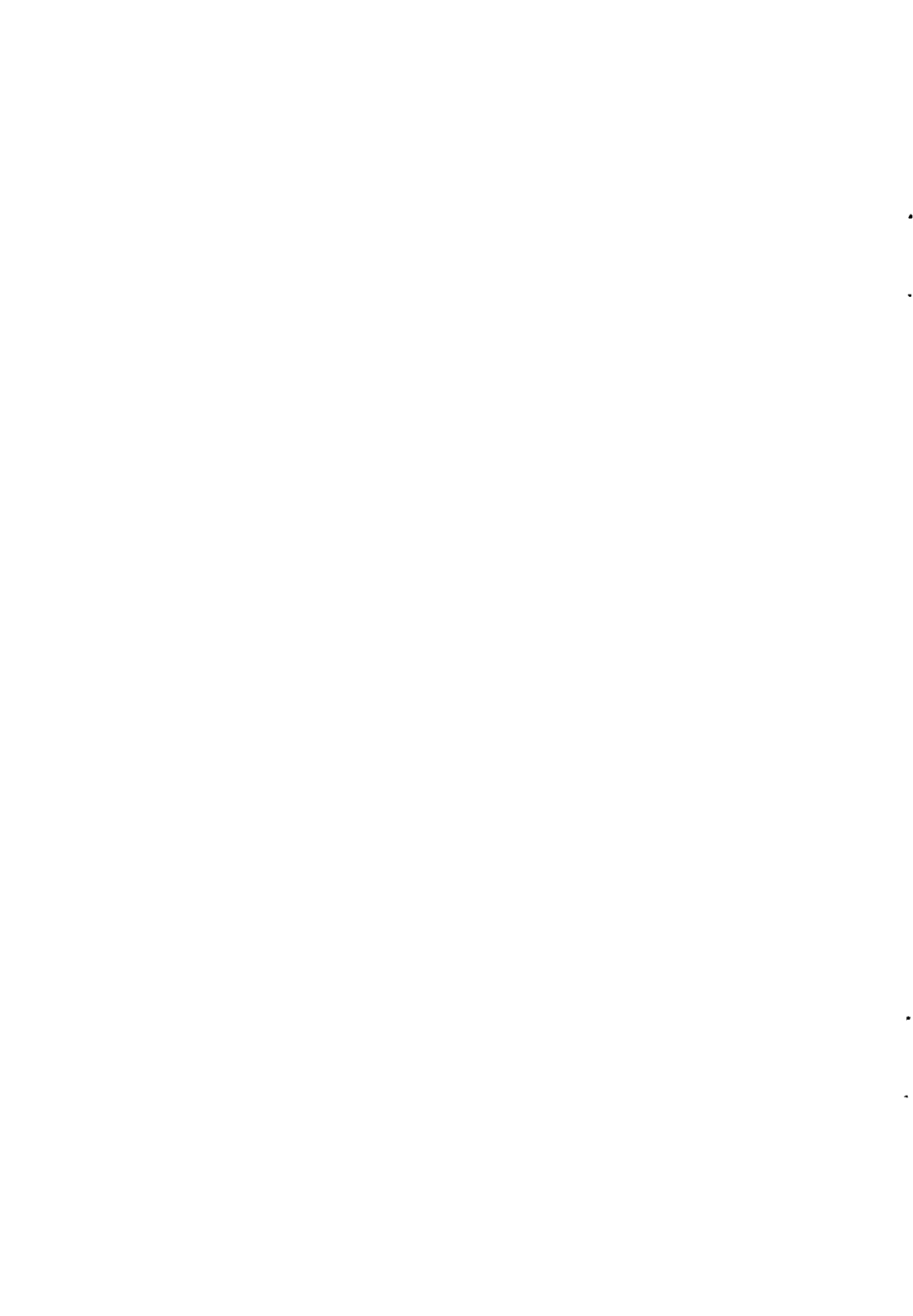
Optimisation of surgical component choice in the process of purulent tuboovarian formations treatment

Totchiev George Felixovich (Russia)

The dissertation examines the issues of the choice of the surgical intervention volume in the case of purulent formations (including intrauterine contraception).

The operation volume expediency is based on extraction of the purulent formation and draining of the abdominal cavity under condition of the uterus structure changes absents. Utilisation of intrauterine device the presents of endometritis after the ablation of contraception do not indicated the necessity of hysterectomy. The surgical treatment results were examined. And it was determined that remote results of surgical intervention The ablation not only of purulent formation but also of uterus increases the risk of intra- and postoperative complications and improves the life quality after surgical interventions done for the reason of tuboovarian formations. The author proposes modify life quality index.





Подписано в печать 3.04. 2001 г
зак. 51 тир. 100 экз. объем 1,5 п. л.
Участок оперативной печати ИЭ РАН

РНБ Русский фонд

2003-4
19713



22.03.2001