

УДК 618.13-002.3-06-089.86

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ПРИДАТКОВО-КИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ

*А.В. Чурилов, И.Б. Венцовская, С.В. Кушнир, С.А. Джеломанова,
А.Д. Попандопуло, И.В. Жуковская*

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Реферат. В данной статье нам бы хотелось поделиться опытом лечения больных с гнойными заболеваниями придатков матки осложненными придатково-кишечными свищами, так как эта группа больных представляет наибольшие сложности при выработке тактики консервативного и оперативного лечения. Сложность эта связана не только с тяжестью состояния каждой больной, но и характером распространенности, длительности и неправильной тактики ведения данного заболевания: несвоевременном или неадекватном хирургическом лечении (многократные пункции брюшной полости через задний свод влагалища и кольпотомии).

Ключевые слова: придатки матки, гнойные заболевания, свищи

Проблема хронических воспалительных заболеваний придатков матки сохраняет в настоящее время свою значительную актуальность и выходит за рамки акушерства и гинекологии, имея не только медицинское, но и социальное значение в связи с влиянием на детородную функцию, гипоталамо-гипофизарно-яичниковую системы, смежные органы и качество жизни у женщин. При этом увеличивается частота хирургических вмешательств, эктопической беременности и бесплодия [1, 4- 6].

По данным современной литературы, больные с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов составляют 60–65% всех гинекологических заболеваний. Как правило, воспалительный процесс – прерогатива женщины, фертильного возраста, которые в результате заболевания теряют трудоспособность, лишаются счастья материнства и семейной жизни.

В структуре хронических воспалительных заболеваний женских половых органов ведущее место занимают заболевания придатков матки – их частота составляет 75,0- 92,7% [2], а длительно существующий очаг воспаления, нередко служащий причиной тяжелых гнойных и деструктивных процессов матки и придатков, несмотря на не большую долю в структуре воспалительных заболеваний гениталий 5–7% приводит к развитию осложненных форм гнойно-септических заболеваний, потере специфических функций женского организма, но и к тяжелой инвалидизации больных [7].

На сегодняшний день существует довольно большое количество классификаций гнойных воспалительных заболеваний придатков матки, которые отражают различные критерии, характеризующие воспалительный процесс. Имеется в виду локализация патологического очага заболевания, этиология, патогенез, а также морфогенез.

Следует отметить, что воспалительные изменения, как правило, обратимы только при гнойном сальпингите, когда при ранней и адекватной терапии можно рассчитывать на выздоровление и восстановление репродуктивной функции. Все остальные формы гнойных воспалительных процессов (пиосальпинкс, пиоовар и гнойное tuboовариальное образование) являются, по существу, осумкованными абсцессами [7], при этом 75% больных подвергаются хирургическому лечению. В последние годы отмечается тенденция к снижению возраста первичного выявления гнойных tuboовариальных образований. В возрасте до 40 лет хирургическому лечению подвергаются около четверти больных [8], причем в 60 – 95% выполняются радикальные операции – субтотальная или тотальная гистерэктомия, исключая возможность рецидива хронического воспалительного процесса придатков матки.

До сих пор отсутствует единая тактика при выборе вида и объема хирургического лечения гнойных tuboовариальных образований у женщин репродуктивного возраста, что является актуальным для практической гинекологии.

Особого внимания заслуживают осложнения гнойных tuboовариальных образований в результате самопроизвольной перфорации абсцессов в полый орган, а также осложнения, связанные с выполнением кольпотомии и многократных пункций, которые приводят к полиорганным нарушениям, длительной и стойкой утрате трудоспособности, тяжелым физическим и моральным страданиям.

К таким осложнениям относятся придатково-кишечные свищи.

Единственным радикальным методом ле-

чения таких больных является хирургический, несмотря на то, что операция всегда сопряжена со значительным риском, который обусловлен воспалительно-деструктивными изменениями в тканях, опасностью повреждения соседних органов, бактериальной загрязненностью зоны операции, возможностью генерализации инфекции.

В используемой нами методике лечения данной группы заболеваний особое внимание уделено подготовке к хирургическому лечению. Мы используем в предоперационной подготовке введение антибактериальных препаратов непосредственно в лимфатическое русло. При создании высоких концентраций антибактериальных препаратов в лимфатической системе происходит ее санация и прерывается лимфогенный путь десимиляции и размножения возбудителя, восстанавливается дренажная, резорбтивная, барьерная, иммунная, гемоцитопоэтическая и др. функции, что в конечном итоге имеет важное значение в поддержании гомеостаза организма [2, 3, 7]. Так же экспериментально установлен, «лимфоцитарный» механизм доставки антибиотиков к очагу воспаления, когда лимфоциты, находящиеся в лимфатических узлах эффективнее, чем лимфоциты крови способны «нагружаться» антибиотиками [4, 6], что повышает их доставку к очагу воспаления. Под действием эндолимфатической антибиотикотерапии нормализуется время свертывания крови, исчезают продукты дегидратации фибрина и фибринмономерные комплексы, улучшается микроциркуляция и создаются условия для проведения адекватного хирургического лечения и профилактики гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде.

Цель работы

Оптимизировать подготовку к выполнению хирургического лечения.

Материал и методы

Материалом для настоящего исследования послужили сведения о 44 больных с двухсторонними тубоовариальными абсцессами, осложненными придатково-кишечными свищами, находившихся на лечении в институте неотложной и восстановительной хирургии АМН Украины.

Средний возраст больных составил 33,7 года. К причинам, которые привели к развитию данных клинических форм и которые удалось достоверно выявить, следует отнести внутриматочные контрацептивы 20 (45,45%), предшествующие внутриматочные лечебно-диагностические манипуляции 14 (31,82%), ранее выполненные хирургические вмешательства на

внутренних женских половых органах 4 (9,09%). У остальных 6 (13,64%) больных нам не удалось четко выяснить причину развития заболевания.

Касаясь этиологии заболевания, следует отметить, что у 32 (72,7%) больных при исследовании содержимого гнойно-воспалительных образований придатков матки выявлена полимикробная инфекция, в состав которой входили как ассоциации аэробных бактерий, так и анаэробных. Среди аэробов преобладали представители группы энтеробактерий, а среди анаэробов - пептококки и пептострептококки. Помимо ассоциаций анаэробно-аэробных возбудителей у 9 пациенток (41,0%) выявлен хламидиоз.

Все пациентки, поступившие в отделение на догоспитальном этапе, а так же в стационаре, были обследованы в зависимости от тяжести состояния и характера заболевания. Обследование включало общеклинические методы, трансабдоминальную и трансвагинальную эхографию, при необходимости компьютерную томографию, фистулографию, фиброколоно- и фиброгастроскопию, цистоскопию, внутривенную урографию. Такой объем обследования с учетом клинической картины заболевания позволил практически у всех больных определить характер патологического процесса и его распространенность.

Размеры образований варьировали от 12 до 30-35 см в диаметре. Все пациентки предъявляли жалобы на выраженное чувство дискомфорта в брюшной полости, сопровождающееся интенсивными болями, появление жидкого стула с примесью слизи, тенезмов, в ряде случаев гектическую лихорадку, слабость, потерю веса, отсутствие аппетита.

Особенность комплексной предоперационной подготовки состояла в том, что в нее были включены, помимо детоксикационной и, комбинированной иммунокорректирующей терапии, использование нестероидных противовоспалительных препаратов и ультрафиолетового облучения крови, длительная эндолимфатическая антибиотикотерапия и гипербарическая оксигенация (ГБО).

Нами была использована методика катетеризации эфферентного лимфатического сосуда разработанная в Донецком областном противораковом центре. Катетеризацию эфферентного лимфатического сосуда осуществляли на бедре в первый день после госпитализации. После обработки и ограничения операционного поля выполняли местную анестезию 40-80 мл Sol. Novocaini 0,25 %. При непереносимости новокаина использовали лидокаин

в соответствующем объеме. Разрез кожи производили поперечно к проекции большой подкожной вены. Подкожную клетчатку тупо разводили в 2-3 приема зажимом типа «москит». Края раны разводили в стороны винтовым ранорасширителем Jansen. После расширения краев, рану внимательно осматривают, так как при слабо выраженной подкожной клетчатке сосуды могут быть расположены поверхностно. Подкожную клетчатку, над поверхностной фасцией, приподнимают фрагментами, используя любой изогнутый под углом инструмент (например «москит»). Приподнятый на инструменте фрагмент подкожной клетчатки препарировуют глазными пинцетами типов Stevens, Panas или Valk. Венозные сосуды отодвигают, учитывают диаметр выявленных лимфатических сосудов. Наиболее крупный, до 0,4-0,6 мм, очищали от рыхлой клетчатки на протяжении 1,5-2 см и как можно проксимальнее в ране накладывали клип Vimer. После чего массируют бедро ниже раны с упором в проксимальном направлении, который, расширяясь увеличивался в диаметре до 1,5-2 мм. Такой расширенный из-за притока лимфы, участок сосуда укладывают на специальную площадку с прорезями, несильно подтягивали в дистальном направлении, после чего сосуд пунктировали расширителем с игольчатыми браншами. Последние разводили и между браншами расширителя вводили в просвет лимфатического сосуда тонкую часть микрокатетера на 3 мм, после чего извлекали расширитель сосуда, снимали клип с проксимальной части выделенного участка и продвигали тонкую часть микрокатетера в просвет сосуда проксимально до тех пор, пока часть стенки не охватит 2-3 мм основной утолщенной части микрокатетера. Послабляли натяжение площадки, проводили под катетер лигатуру 2/0-4/0 и завязывали ее над над стенкой лимфатического, охватывающей утолщенную часть микрокатетера. Извлекали мандрен, в свободный конец катетера вставляли внутрикожную иглу и шприцем медленно вводили в катетер 2,0 мл 0,25% раствора новокаина, наблюдая за выделенной частью лимфатического сосуда. При правильной катетеризации стенка сосуда проксимальнее фиксирующей лигатуры несколько расширялась, а подтекания раствора в рану не было. Иглу извлекали, катетер фиксировали второй лигатурой к дистальной части сосуда. Ниже края раны на 2-3 см иглой Дюффо прокалывали кожу, поводя острый конец иглы до уровня второй фиксирующей катетер лигатуры, свободный конец катетера вводили в просвет иглы Дюффо, изгибая катетер в виде петли и выводили его на

кожу вне раны. После этого подтягивали и выравнивали положение катетера, следя за тем, что бы сосуд проксимальнее лигатур не скручивался. Рану ушивали следующим образом: П-образный на рану и один у выхода свободной части микрокатетера из контрапертуры, после чего лигатуры завязывали в той же последовательности. Если в поверхностном слое подкожной клетчатки нет лимфатического сосуда, пригодного для катетеризации, то зажимом тупо разделяют поверхностную фасцию и ищут сосуд в жировой клетчатке под фасцией, но при этом надо переставить бранши ранорасширителя Jansen глубже. Поиск, катетеризацию и выведение свободной части катетера осуществляют аналогично описанному ранее. Рану закрывали асептической повязкой, оставляя вне повязки свободный конец катетера, вводили в него иглу и закрепляли ее павильон полоской пластыря к коже.

Эндолимфатическое введение антибактериальных препаратов производили пассивным капельным способом, без использования специальных электромеханических дозирующих устройств, что делало методику более доступной и надежной. Для инфузии использовали растворы антибактериальных препаратов широкого спектра действия. С нашей точки зрения наиболее оптимальным является введение инъекционных форм фторхинолонов или цефалоспоринов третьего поколения (цефтриаксон 1,0). Объем вводимого лекарственного препарата составлял от 30 до 100 мл. Инфузию производили один раз в сутки. Количество инфузий составляла от 5 до 7 раз.

Использование ГБО помимо всего прочего, способствовало стимулированию гуморального иммунитета, нормализации нарушенного соотношения форменных элементов крови, повышению функции ряда жизненно важных органов.

Результаты и обсуждение

Предложенная схема лечения гнойных заболеваний придатков матки осложненных придатково-кишечными свищами позволила привести к норме показатели крови, значительно улучшить общее состояние больных, нормализовать функцию кишечника. У 5 больных на 20-50% уменьшились размеры инфильтратов в малом тазу, у двух практически полностью прекратилось гноетечение.

Все больные в сроки от 5 до 7 дней с момента поступления оперированы. Мы придерживаемся того же мнения, что и ряд авторов, говорящих в пользу выполнения комбинации пангистерэктомии с одномоментным выполнением кишечного этапа (в зависимости от локали-

заци и характера дефекта кишечника), как единственно возможного метода лечения больных с придатково-кишечными свищами.

Всем больным была выполнена комбинированная экстирпация матки с придатками с широким дренированием брюшной полости и органов малого таза: в 12 случаях произведена резекция сигмовидной кишки и восстановление непрерывности с помощью дубликатурно-анастомоза, в 10 - резекция тонкой кишки с анастомозом конец в конец. Схема послеоперационного ведения не отличалась от общепринятой. Швы сняты на 7 сутки послеоперационного периода. У одной больной течение послеоперационного периода осложнилось парезом кишечника купированным на 5 сутки. Больные выписаны на 10-12 сутки послеоперационного периода.

З а к л ю ч е н и е

Таким образом, представленные данные позволяют рекомендовать прямую длительную эндолимфатическую антибиотикотерапию, как этап подготовки к комбинированной пангистерэктомии с кишечным этапом у больных с гнойными заболеваниями придатков матки осложненными придатково-кишечными свищами.

ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ГНІЙНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПРИДАТКІВ МАТКИ, УСКЛАДНЕНИХ ПРИДАТКОВО-КИШКОВИМИ СВИЩАМИ

*А.В. Чурилов, І.Б. Венцківська, С.В. Кушнір,
С.О. Джеломанова, А.Д. Попандопуло,
І.В. Жуковська*

Реферат. У даній статті нам би хотілося поділитися досвідом лікування хворих із гнійними захворюваннями придатків матки, ускладненими придатково-кишковими свищами, тому що ця група хворих представляє найбільші складності при виробленні тактики консервативного й оперативного лікування. Ця складність пов'язана не тільки з вагою стану кожної хворої, але і характером поширеності, тривалості і неправильної тактики ведення даного захворювання: несвоєчасному чи неадекватному хірургічному лікуванні (багаторазові пункції черевної порожнини через задній звід піхви і кольпотомії).

Ключові слова: придатки матки, гнійні захворювання, свищі

TREATMENT AND PREVENTIVE OF PURULENT INFLAMMATORY DISEASES OF UTERINE APPENDAGES COMPLICATED BY APPENDICULARO-INTESTINAL FISTULAS

*A.V. Churilov, I.B. Ventskivska, S.V. Kushnir,
S.A. Dzhelomanova, A.D. Popandopulo, I.V. Zhukovska*

Abstract. In given clause to us would like to inform experience of the treatment of the patients with purulent diseases of uterine appendages, complicated generated by appendicularo-intestinal fistulas, as this group of the patients represents the greatest complexities at development of tactics of conservative and operative treatment. This complexity is connected not only to weight of a condition everyone the patient, but also with character of prevalence, duration and wrong tactics of conducting the given disease: delayed or inadequate surgical treatment (repeated punctures of an intestinal cavity through the posterior vault of the vagina and colpotomy).

Key words: a purulent inflammation, appendages of a uterus, fistulas.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абу Гтейш Хелал. Гнійно-запальні захворювання придатків матки як соціально-медична проблема // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1998. – № 6. – 1999. – С. 102.
2. Борота А.В., Чурилов А.В., Золотухин С.Э., Ярошенко М.В., Думанская О.Ю. Предупреждение и лечение гнойно-воспалительных осложнений у больных раком прямой кишки // Архив клинической и экспериментальной медицины. – Т. 9, № 4. – 2000. – С. 559-561.
3. Вторенко В. И. Лимфогенные методы в комплексном лечении перитонита // Проблемы лимфологии и количественной патологии: Сб. науч. тр. – М: РМА, 1997. – С. 17-19.
4. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Шукина Н.А., Титченко Л.И., Дуб Н.В. Современные методы диагностики тяжелых гнойных воспалительных заболеваний внутренних половых органов // Вестн. Росс. ассоц. акуш.-гин. – 1999. – № 2. – С. 118-124.
5. Степанківська Г.К., Венцківський Б.М., Тимошенко Л.В., та ін. Невідкладні стани в акушерстві та гінекології. За ред. Венцківського Б.М. – К.: Здоров'я, 2000. – 672 с.
6. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. – М.: Медицина, 1996. – 256 с.
7. Чурилов А.В. Гнойно-воспалительные заболевания придатков матки: факторы риска и лечение // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. – 2000. – № 5-6 (10). – С. 41-45.
8. Чурилов А.В., Кушнір С.В. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки (диагностика, лечение, прогноз). Монография. – Донецк, Норд Пресс, 2006. – 240 с.
9. Чурилов А.В., Венцковський Б.М. Этиологическая структура гнойных воспалительных заболеваний придатков матки (состояние проблемы, собственный опыт) // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2001. – Т. 10, № 1. – С. 68-72.