

4. Краснопольский В.И., Буянова С.И., Щукина Н.А. Гнойная гинекология. - М.: МЕДпресс, 2001. - 280 с.
5. Краснопольский В.И., Логутова Л.С. Реальные пути снижения частоты кесарева сечения в условиях современного взгляда на перинатальную смертность // Акушерство и гинекология. - 2008. - №3. - С. 15-20.
6. Макацария А.Д. Новый взгляд на причины и структуру материнской смертности // Журнал Российского общества акушеров и гинекологов. - 2008. - №1. - С. 3-10.
7. Москвин С.В., Буйлин В.А. Основы лазерной терапии. - Тверь: Триада, 2006. - 256 с.
8. Серов В.Н., Маркин С.А. Критические состояния в акушерстве. - М.: Медиздат, 2003. - 407 с.
9. Стрижова Н.В., Кутеко А.Н., Гавриленко А.С. Сходство и различия субинволюции матки и послеродового

вого эндометрита // Акушерство и гинекология. - 2005. - №31. - С. 30-34.

Координаты для связи с авторами: Анохова Людмила Ильинична — канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ЧГМА, тел: 8-914-520-39-07, 8-914-520-61-12, e-mail: PateykAnd@yandex.ru; Патеюк Андрей Владимирович — доктор мед. наук, профессор кафедры основ медицины ЧГУ; Тарбаева Долгорма Александровна — канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ЧГМА; Иоцефсон Сергей Абрамович — доктор мед. наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ЧГМА.



УДК 618.131.6 - 002];610.2.11

Т.Ю. Пестрикова, И.В. Юрасов, Е.А. Юрасова, Е.Л. Сухонослова

ХАРАКТЕРИСТИКА НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ СТАЦИОНАРЫ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8(4212) 32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Проблема воспалительных заболеваний женских половых органов на протяжении многих лет остается одной из актуальных в клинической практике. Несмотря на имеющиеся успехи в профилактике, диагностике и лечении, их частота остается высокой. Так, частота сальпингитов и оофоритов в РФ (2009 г.) составляет 1271,5 на 100 тыс. женского населения. В Дальневосточном федеральном округе данный показатель остается выше — 1306,9 на 100 тыс. женского населения (2010 г.).

Частота эндометритов, по данным различных авторов, достаточно вариабельна и колеблется от 0,2 до 66,3% [4, 5]. Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) нередко принимают хронический характер, что оказывает неблагоприятное влияние на репродуктивную, сексуальную, менструальную функции женского организма, приводит к наличию стойкого болевого эффекта и расстройствам психического, физического здоровья, стойкой утрате трудоспособности [1, 2, 6].

На основании вышеизложенного, целью нашего исследования было проведение мониторингирования различных нозологических форм ВЗОМТ у женщин, госпитализированных в гинекологические стационары г. Хабаровска (2008-2010 гг.), для оценки эффективности диагностических мероприятий.

Материалы и методы

В исследовании использовались данные ретроспективного анализа 884 историй болезни женщин с различными нозологическими формами ВЗОМТ в возрасте от 16 до 45 лет: до 20 лет — 155 (17,53±1,28%); 21-35 лет — 480 (54,30±1,68%); 36 лет и старше — 249 (28,17±1,51%) женщин. У 393 (44,46±1,67%) женщин было высшее образование, у 385 (43,55±1,67%) — среднее, из них 152 (17,19±1,27%) женщины продолжали обучение, а у 106 (11,99±1,09%) специального образования не было. Работающих женщин было 580 (65,61±1,60%).

Изучение гинекологического анамнеза показало, что средний возраст наступления менархе составил 13,25±2,17 лет. Начало полового дебюта до 17 лет отмечали 492 (55,66±1,67%) женщины.

Наличие патологии шейки матки и миомы матки в анамнезе отмечали 362 (36,88±1,62%) и 133 (15,05±1,20%) пациентки соответственно. Ранее перенесли сальпингоофорит 354 (40,05±1,65%) женщины. На наличие ИППП указывали 152 (17,19±1,27%) пациентки. Гиперпластические процессы эндометрия были у 83 (9,39±0,98%) женщин. По поводу апоплексии яичников была прооперирована 121 (13,69±1,56%) пациентка.

Проведение ретроспективного анализа показало, что всего у женщин группы обследования, поступивших в гинекологические стационары с ВЗОМТ, было 1585 беременностей: родов — 351 (39,71±1,61%); искусственных абортов — 379 (42,87±1,66%); абортов (самопроизвольных, внебольничных) — 85 (9,15±0,97%); внематочных беременностей — 12 (1,36±0,39%). Не было беременностей у 57 (6,45±0,83%) женщин.

Верификация диагноза при поступлении в стационар основывалась на данных анамнеза, жалобах, результатах клинического обследования. Лабораторное обследование включало бактериоскопическое и бактериологическое исследование (уретра, цервикальный канал, влагалище, прямая кишка). Кроме этого, во время проведения оперативного лечения проводилось бактериологическое исследование из брюшной полости (маточные трубы, яичник, матка). Ультразвуковое исследование органов малого таза было выполнено всем пациенткам группы наблюдения.

На основании выполненной верификации диагноза нозологическая структура ВЗОМТ выглядела следующим образом: сальпингит и оофорит — 487 (55,09±1,67%) случаев; эндометрит — 101 (11,43±1,07%) случай; сальпингит и оофорит, осложненный пельвиоперитонитом, — 296 (33,48±1,59%) случаев (табл. 1 и 2).

Острый сальпингит и оофорит имел место у 405 (52,39±1,80%) пациенток, обострение хронического процесса придатков матки выявлено у 368 (47,61±1,80%) женщин. От начала заболевания в течение 1 сут поступило 356 (40,27±1,65%) женщин; от 1 до 3 сут — 369 (41,74±1,66%) и свыше 3 сут — 159 (17,99±1,29%) пациенток. Всем пациенткам была назначена консервативная, включающая антимикробные препараты, терапия. Оперативное лечение было проведено 296 (33,48±1,59%) женщинам.

Оперативное вмешательство выполнялось лапароскопическим и лапаротомическим доступом. Лапароскопическим доступом было выполнено 246 (83,11±2,18) операций. Объем оперативного лечения включал проведение дренирования брюшной полости — 296 (100%); сальпинголизиса — 109 (36,82±2,80%); сальпингоэктомию — 77 (26,01±2,55%); сальпингооофорэктомию — 85 (28,72±2,63%); гистерэктомию — 25 (8,45±1,62%) случаев. Удаление маточных труб, яичников, матки было обусловлено наличием пиосальпинкса, tuboовариального абсцесса, панметрита.

Результаты гистологического исследования удаленных препаратов (187 случаев) свидетельствовали о том, что хронический воспалительный процесс был зафиксирован в 116 (62,03±3,55%) случаях, а острый воспалительный процесс в 71 (37,97±3,55%) случае.

Длительность пребывания пациенток в стационаре составила: менее 7 сут — 221 (25,00±1,46%); от 8 до 14 сут — 504 (57,01±1,67%); свыше 15 сут — 159 (18,00±1,29%) пациенток. Результаты проведенных исследований были подвергнуты статистической обработке с вычислением средней арифметической ошибки (m) и достоверного различия между показателями (P) с учетом достоверной вероятности по t-критерию Стьюдента-Фишера.

Результаты и обсуждение

Результаты ретроспективного анализа данных пациенток с ВЗОМТ свидетельствуют о том, что наличие родов было отмечено у 351 (39,71±1,61%) женщины, что

Проблема воспалительных заболеваний женских половых органов на протяжении многих лет остается одной из актуальных в клинической практике. Несмотря на имеющиеся успехи в профилактике, диагностике и лечении, их частота остается высокой.

Целью исследования было проведение мониторинга различных нозологических форм воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин, госпитализированных в гинекологические стационары г. Хабаровска (2008-2010 гг.), для оценки эффективности диагностических мероприятий.

Ретроспективному анализу были подвергнуты 884 случая воспалительных заболеваний органов малого таза у пациенток, госпитализированных в гинекологические стационары. Имело место сочетание сальпингита/оофорита с эндометритом в 795 случаях. Четкая верификация диагноза необходима для проведения рациональной реабилитационной терапии, направленной на восстановление репродуктивной функции женщин.

Ключевые слова: воспалительные заболевания органов малого таза, сальпингит, оофорит, эндометрит, пельвиоперитонит, антибиотики, микробные возбудители.

T.Y. Pestrikova, I.V. Yurasov, E.A. Yurasova,
E.L. Suhonosova

CHARACTERISTICS OF NOSOLOGICAL FORMS OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE PELVIC ORGANS IN WOMEN HOSPITALIZED IN GYNECOLOGICAL DEPARTMENTS

Far Eastern state medical university, Khabarovsk

Summary

The problem of inflammatory diseases of female genitals remains to be significant in clinical practice throughout many years. Despite many achievements in prevention, diagnostics and treatment as well as morbidity rate are still high. The goal of the study was monitoring of various nosological forms of inflammatory diseases of pelvic organs in women hospitalized in Khabarovsk gynecologic department (2008-2010) for estimation of efficiency of diagnostics.

Retrospective analysis of 884 patients with inflammatory diseases of the pelvic organs hospitalized in gynecological departments was performed. There was a combination of salpingitis / oophoritis with endometritis in 795 cases. Accurate diagnosis requires verification for rational rehabilitation therapy aimed at restoring the reproductive function of women.

Key words: inflammatory diseases of the pelvic organs, salpingitis, oophoritis, endometritis, pelvic peritonitis, microbes.

говорит о низкой реализации репродуктивного потенциала ($p < 0,001$). Одним из значимых факторов риска можно рассматривать наличие полового дебюта до 17 лет у 492 (55,66±1,67%) женщин и искусственных абортов — у 379 (42,87±1,66%), которые имели место практически у каждой второй женщины.

Анализ данных клинического, диагностического и лабораторного обследования свидетельствует о том,

Сравнительная характеристика клинической симптоматики ВЗОМТ у пациенток группы обследования

Симптомы	Сальпингит/оофорит (n=487)	Сальпингит/оофорит, осложненный пельвиоперитонитом (n=296)	Эндометрит (n=101)
I. Жалобы			
Боли в низу живота	487 (100%)	296 (100%)	101 (100%)
Боли в низу живота и с иррадиацией на прямую кишку, промежность	-	296 (100%)	-
Наличие симптомов раздражения брюшины	-	296 (100%)	-
Кровянистые, сукровично-кровянистые выделения	231 (47,43±2,26%)	65 (21,96±2,41%)	57* (56,44±4,93%)
Гнойные выделения	256 (52,57±2,26 %)	231 (78,04±2,41%)	44 (43,56±4,93%)
Температурная реакция >38°	244 (50,10±2,27%)	296 (100%)	49 (48,51±4,97%)
Субфебрильная температура	243 (49,90±2,27%)	-	52 (51,49±4,97%)
II. Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах			
Состояние слизистой влагалища и шейки матки: - отек	186 (38,19±2,2 0%)	296 (100%)	57 (56,44±4,93%)
- гиперемия	282 (57,91±2,10%)	296 (100%)	77 (76,24±4,24%)
- кровоточивость	239 (49,08±2,27%)	296 (100%)	52 (51,49±4,97%)
Выделения кровянистые, сукровично-кровянистые	229 (47,02±2,2 6%)	65 (7,35±0,88%)	57* (56,44±4,93%)
Гнойные выделения	253 (51,95±2,26%)	231 (78,04±2,41%)	44 (43,56±4,93%)
III. Данные бимануального исследования			
Увеличенная матка	282 (57,91±2,10%)	296 (100%)	101 (100%)
Болезненная матка	487 (100%)	296 (100%)	101 (100%)
Ограничение подвижности матки	186 (38,19±2,20%)	296 (100%)	44 (43,56±4,93%)
Ограничение подвижности придатков	253 (51,95±2,26%)	296 (100%)	44 (43,56±4,93%)
Болезненность при смещении в области придатков	487 (100%)	296 (100%)	44 (43,56±4,93%)
Болезненность при тракциях за шейку матки	487 (100%)	296 (100%)	101 (100%)
Увеличение придатков	487 (100%)	296 (100%)	44 (43,56±4,93%)

что верификации диагноза не всегда была достаточно точной, хотя в определенной мере отражала наличие ВЗОМТ. Более детальное изучение представленных в табл. 1 и 2 данных свидетельствует о том, что во всех случаях сальпингита/оофорита (n=487) и сальпингита/оофорита, осложненного пельвиоперитонитом (n=296), имело место сочетание вышеуказанной патологии с эндометритом.

На наличие эндометрита указывают выделения их цервикального канала (кровянистые, сукровично-кровянистые, гнойные), которые были выявлены при осмотре у всех женщин с сальпингитами и оофоритами (при осложненной и неосложненной форме). При проведении бимануального исследования во всех случаях (осложненный и неосложненный сальпингит и оофорит) отмечена болезненность матки, а у 445 (76,99±1,75%) пациенток (были исключены 133 случая миомы матки) — увеличение матки (табл. 1).

Во время проведения оперативного лечения у 296 (33,48±1,59%) женщин было выявлено наличие гиперемии матки, ее увеличение, повышенная кровоточивость, что указывает на имеющийся воспалительный процесс. Кроме этого, согласно результатам УЗИ (табл. 2), нами были получены данные, подтверждающие результаты бимануального исследования и свидетельствующие о наличии у пациенток группы обследования эндометрита. В равной степени при наличии эндометрита у 44 (43,56±4,93%) пациенток отмечено увеличение придат-

ков матки (табл. 1), а у 12 (11,88±3,22%) определено наличие сактосальпинкса и увеличение яичников (табл. 2).

Из данных, представленных в табл. 1, и результатов бактериоскопии влагалищных мазков (лейкорея) следует, что у всех пациенток (884 чел.) было выявлено наличие цервицита/эндоцервицита, вагинита. Согласно данным табл. 3, непосредственной причиной ВЗОМТ были патогенные и условно-патогенные микроорганизмы, а также их ассоциации, которые были выявлены при поступлении пациенток в гинекологический стационар или указаны в направлениях из женских консультаций. Кроме этого, наличие патогенной флоры (стафилококк, стрептококк и т.д.) было выявлено во время оперативного вмешательства на органах репродуктивной системы малого таза у 199 (67,23±2,73%) пациенток. Наличие микробных ассоциаций было отмечено нами у 681 (77,04±1,41%) пациентки (p<0,001).

Следовательно, детальный анализ ретроспективного исследования показал, что частота сальпингита/оофорита встречалась в группе наблюдения чаще (на 12 случаев) за счет увеличения случаев, у которых ведущим диагнозом был обозначен эндометрит (p>0,05). Тогда как частота эндометрита после проведения ретроспективного анализа была достоверно выше, по сравнению с первоначальными данными, и выявлена в 100% случаев у 783 пациенток с ведущим диагнозом «сальпингит/оофорит» (p<0,001). В общей сложности сочетание сальпингита/оофорита и эндометрита имело место в 795 случаях. Таким образом, результаты ретроспективного анализа, проведенного на

Результаты УЗ-исследования у пациенток с ВЗОМТ

Параметры	Сальпингит/ оофорит (n=487)	Сальпингит/ оофорит, осложненный пельвиоперитонит (n=296)	Эндометрит (n=101)
Увеличение размеров яичников	487 (100%)	296 (100%)	12 (11,88±3,22%)
Наличие сактосальпинкса	487 (100%)	296 (100%)	12 (11,88±3,22%)
Наличие тубоовариального образования	54 (11,09±1,42%)	85 (28,72±2,63%)	-
Наличие жидкости в позадибрюшинном пространстве	282 (57,91±2,10%)	296 (100%)	7 (6,94±2,53%)
Увеличение размеров матки	282 (57,91±2,10%)	296 (100%)	101 (100%)
Повышение эхогенности эндометрия	487 (100%)	296 (100%)	101 (100%)
Утолщение эндометрия	487 (100%)	296 (100%)	101 (100%)
Неравномерное расширение полости матки	487 (100%)	296 (100%)	101 (100%)
Синехии в полости матки	58 (11,99±1,47%)	44 (14,86±2,07%)	-
Неоднородная структура миометрия (субэндометриальный слой)	49 (10,06±1,36%)	62 (23,05±2,45%)	41 (40,60±4,87%)
Остатки хориальной/плацентарной ткани (хориальный/плацентарный полип)	-	-	57 (56,44±4,93%)

группе пациенток, госпитализированных в гинекологические стационары с ВЗОМТ, свидетельствуют о том, что эндометрит имеет место во всех случаях острого (или обострение хронического) сальпингита и оофорита.

Восходящее распространение микроорганизмов через влагалище по эндоцервикусу, эндометрию, эндосальпинксу и брюшине — наиболее распространенный вариант воспалительной патологии органов малого таза, не связанной с родами, при которой бактерии заселяют слизистую оболочку просвета маточных труб, приводя к гнойному воспалению с выходом гноя через трубу в брюшную полость. Эти инфекционные патологии проявляются как эндометрит, инфекционный аднексит и перитонит [1-3].

По нашему мнению, является важным верифицировать все нозологические формы ВЗОМТ, в том числе эндометрит, поскольку это имеет первостепенное значение для последующих, реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление репродуктивной функции.

При этом нам представляется единственно верным диагностический подход к воспалительным заболеваниям эндометрия, маточных труб, яичников и тазовой брюшины как звеньям одной патогенетической цепи. Ведь изолированное воспаление вышеперечисленных органов, являющихся функциональным целым, встречается редко. [1-3].

Л и т е р а т у р а

1. Буланов М.Н. Ультразвуковая гинекология. - М.: Видар, 2011. Т. 3. - 296 с.

Характеристика микробного пейзажа из цервикального канала и влагалища у пациенток с ВЗОМТ

Вид микробного возбудителя	Сальпингит/ оофорит (n=487)	Сальпингит/ оофорит, осложненный пельвиоперитонит (n=296)	Эндометрит (n=101)
Staphylococcus spp.	51 (10,47±1,39%)	63 (21,28±2,38%)	4 (3,98±0,39%)
Streptococcus spp.	33 (6,78±1,14%)	28 (9,46±1,70%)	4 (3,98±0,39%)
E. coli	73 (14,99±1,62%)	59 (19,93±2,32%)	6 (5,95±2,35%)
Neisseria gonorrhoeae	2 (0,83%)	3 (0,62%)	-
Chlamydia trachomatis	15 (3,08±0,78%)	22 (4,52±0,94%)	4 (3,98±0,39%)
Mycoplasma genitalium	24 (4,93±0,98%)	27 (5,54±1,04%)	2 (1,98%)
Trichomonas vaginalis	253 (51,95±2,26%)	231 (78,04±2,41%)	11 (10,89±1,10%)
Ureaplasma urealyticum (KOE>104 в мл)	58 (11,99±1,47%)	65 (21,96±2,41%)	5 (4,95±2,16%)
Mycoplasma hominis	35 (7,19±1,17%)	33 (11,15±1,83%)	5 (4,95±2,16%)
Herpes simplex virus I, II	51 (10,47±1,39%)	27 (5,54±1,04%)	4 (3,98±0,39%)
Papillomavirus (тип 6; 11; 16; 18)	29 (5,96±1,07%)	41 (13,85±2,01%)	6 (5,94±2,35%)
Cytomegalovirus	108 (22,18±1,88%)	97 (32,77±2,73%)	9 (8,91±2,83%)

2. Озерская И.А. Эхография в гинекологии. - М.: Медика, 2005. - 292 с.

3. Петерсен Э.Э. Инфекции в акушерстве и гинекологии / пер. с англ. [под ред. В.Н. Прилепской]. - М.: МЕД-пресс-информ, 2007. - 352 с.

4. Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Невынашивание беременности: рук-во для практикующих врачей. - М.: Мед. информ. агентство, 2010. - 536 с.

5. Сизякина Л.П., Алубаева Н.Г. Место иммунокорригирующей терапии в лечении хронического рецидивирующего эндометрита // Доктор. Ру. - 2011. - Ч. 1, №9 (68). - С. 21-27.

6. Уткин Е.В. Клиника, диагностика и терапия воспалительных заболеваний придатков матки неспецифической этиологии. - Кемерово: ИПП «Кузбасс», 2010. - 168 с.

Координаты для связи с авторами: Пестрикова Татьяна Юрьевна — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ДВГМУ, e-mail: typ50@rambler.ru, тел.: 8-914-771-93-83; Юрасов Игорь Владимирович — канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ДВГМУ, зав. гинекологическим отделением МУЗ «Больница №10», e-mail: ivuivu@yandex.ru, тел.: 8-914-540-78-60; Юрасова Елена Анатольевна — доктор мед. наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ДВГМУ, e-mail: urasoa@yandex.ru, тел.: 8-962-583-82-55; Суханосова Екатерина Леонидовна — клин. ординатор кафедры акушерства и гинекологии ДВГМУ, e-mail: suhanosova.ekaterina@mail.ru, тел.: 8-914-192-75-55.

