

**ВВЕДЕНИЕ В ПРАКТИКУ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ
ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПРИДАТКОВ МАТКИ**

Асранкулова Дилорам Бахтияровна¹

Акромжонова Халимахон Урмонбек кизи²

Узбекистан, Андижан.

*¹Д.м.н., профессор, заведующая кафедры 1-Акушерства и гинекологии
Андижанского государственного медицинского института*

*²Резидент магистратуры 3-курса кафедры 1-Акушерства и гинекологии
Андижанского государственного медицинского института*

Аннотация. Воспалительные заболевания внутренних женских половых органов занимают первое место в структуре гинекологической патологии. Острое воспаление придатков наиболее частое заболевание, возникающее в репродуктивном возрасте и выявляющееся у 60-65% женщин. 20-30% из них требуется стационарное лечение. За последнее десятилетие во всех странах мира увеличилось число случаев острых воспалительных заболеваний органов малого таза.

Ключевые слова: гнойные воспалительные заболевания, придаток матки, антибактериальная терапия.

**INTRODUCTION TO PRACTICE OF MINIMALLY INVASIVE METHODS OF
TREATMENT OF PUROPENTAL-INFLAMMATORY DISEASES OF THE UTERINE
APPENDIXES**

Asrankulova Diloram Bakhtiyarovna¹

Akromjonova Xalimaxon Urmonbek kizi²

Uzbekistan, Andijan.

*¹Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department 1-Obstetrics
and Gynecology of the Andijan State Medical Institute*

*²Resident of the 3-year master's program of the Department of 1-Obstetrics and
Gynecology of the Andijan State Medical Institute*

Annotation. Inflammatory diseases of the internal female genital organs occupy first place in the structure of gynecological pathology. Acute inflammation of the appendages is the most common disease that occurs during reproductive age and is detected in 60-65% of women. 20-30% of them require hospital treatment. Over the past decade, the number of cases of acute inflammatory diseases of the pelvic organs has increased in all countries of the world.

Key words: purulent inflammatory diseases, uterine appendage, antibacterial therapy.

Введения. Лечение при ГВЗПМ проводится одновременно в двух основных направлениях. Во-первых, воздействие на инфекцию, включая хирургическую санацию первичного очага, системную антибактериальную терапию, коррекцию измененного биоценоза основных биотопов. Во-вторых, воздействие на организм больной, направленное на восстановление расстройств гомеостаза, включая органные нарушения: респираторную поддержку, инфузионную терапию и коррекцию гемостаза [1, 4]. Установлено, что успешный результат лечения больной с абдоминальной инфекцией лишь на 15—20% зависит от эффективной антибактериальной терапии, на 80% — от адекватной хирургической санации [2].

Цель исследования: оптимизация тактики ведения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки.

Задачи: Изучить характер изменений NO-эргической системы лейкоцитов крови среди женщин с ГВЗПМ. Выявить зависимость изменений от клинической формы (глубины и распространенности) заболевания. Оптимизировать алгоритм ведения больных с ГВЗПМ в зависимости от клинико-биохимического статуса.

Существует несколько способов хирургического лечения ГВЗПМ: чревосечение, лапароскопия, кольпотомия и дренирование гнойников под визуальным контролем. Сторонники малоинвазивной навигационной хирургии под контролем ультразвука и компьютерной томографии проводят

дренирование гнойников в малом тазу с использованием троакарной методики или специальных игл через переднюю брюшную стенку либо через задний свод влагалища. При этом проводят аспирацию гнойного экссудата и вводят антибиотики [5, 6]. Использование малоинвазивных эндовидеохирургических методов является наиболее перспективным направлением в хирургии абдоминальных инфекций, а интенсивность их развития позволяет надеяться на быстрые и существенные преобразования в неотложной абдоминальной хирургии [1, 6]. Развитие эндоскопической техники привело к внедрению лапароскопии при ГВЗПМ сначала с диагностической целью, а затем и с лечебной [2, 8]. В дальнейшем благодаря исследованиям отечественных и зарубежных ученых эндоскопический подход получил признание среди других методов хирургического лечения ГВЗПМ как метод выбора при равных условиях и наличии одинаковых показаний к хирургическому лечению [5].

Результаты. Различия в подходах гинекологов к эндоскопическому лечению в основном касаются сроков выполнения и кратности процедур. При условии полного удаления воспалительного экссудата достаточно однократной лечебно-диагностической лапароскопии. При гнойном сальпингите, пиосальпинксе, tuboовариальном абсцессе у женщин репродуктивного периода оптимальным вариантом является динамическая лапароскопия и активное дренирование малого таза [2,3]. Такой подход расценивается как вариант органосохраняющих операций [4]. Перенесенные хирургические вмешательства при острых ГВЗПМ представляют серьезную проблему для репродуктивного здоровья женщин и являются причиной бесплодия в 12,5—74,0% [3]. Вторым по значимости отдаленным осложнением у 50% женщин является эктопическая беременность. Один эпизод гнойного сальпингита увеличивает риск эктопической беременности в 7—10 раз. Рецидивы воспалительных заболеваний органов малого таза возникают у 11,2% и увеличивают вероятность бесплодия в случае единичного эпизода на 10%,

при трех эпизодах — на 40—60%. В 24—30% случаев у больных с воспалительными процессами придатков матки формируются тазовые ганглионевриты и болевой синдром. Хронизация воспалительного процесса в придатках матки возникает у 17—85% больных при запоздалом лечении. У пациенток с данной патологией после операции изменяется гормональный баланс, который проявляется гиперполименореей (38,5—50%), альгодисменореей (16,7—18%), гипоменореей (6,7—7,7%), ановуляцией (40%) . При гнойном воспалении придатков матки выражена иммунная дисфункция. Так, наблюдается повышение уровней фактора некроза опухоли и интерлейкина 2, 6 в сыворотке крови и в удаленных органах в десятки раз и сохраняется длительное время после операции. У 82% больных с ГВЗПМ наблюдается снижение продукции эмбриотропных антител в послеоперационном периоде.

В результате гнойной интоксикации у трети пациенток изменяются показатели липидного профиля: повышаются концентрация общего холестерина, уровни липопротеидов низкой плотности, коэффициент атерогенности, возникает гипоестрогения, что усложняет реабилитацию. В ряде случаев морфологические изменения в тканях яичника настолько выражены, что не удается дифференцировать орган, при этом концентрация рецепторов эстрадиола и прогестерона в яичнике приближается к нулевой отметке. Однако при одностороннем гнойном поражении придатков матки рецепторы сохраняются в непораженном яичнике [4].

В последние годы наблюдается очевидная и закономерная эволюция этиологической структуры тяжелых инфекций в гинекологии, связанная с изменением преморбидного фона больных, наличием у них сложных гормональных нарушений (в том числе сахарного диабета и ожирения), хронических экстрагенитальных заболеваний, увеличение числа иммунокомпрометированных пациентов и, что не менее важно, расширение объема и характера инвазивных медицинских вмешательств, широко

применяемой антибиотикотерапии и антибиотикопрофилактики, что составляет значимую проблему в лечении ГВЗПМ [6].

Выводы. Таким образом, понимание особенностей течения гнойного процесса придатков матки и его исхода способствует оказанию адекватной хирургической помощи на ранних этапах воспаления, диктует активную тактику ведения пациенток и реализацию новых и эффективных программ для предотвращения осложнений и их последствий. При принятии решения о хирургическом подходе у больных с ГВЗПМ в ургентной ситуации главенствующим моментом является сохранение репродуктивных органов, особенно у юных и нерожавших женщин.

Литература

1. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия: практическое руководство / под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда. М.: Лит-terra, 2020. 168 с.
2. Адамян Л.В., Киселёв С.И., Яроцкая Е.Л. и др. Хирургическое лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки. Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней: материалы междунар. конгр. / под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. М.: Панто-ри, 2020. С. 170—194.
3. Айламазян Э.К. О специфической диагностике и консервативной терапии острых воспалительных заболеваний придатков матки // Акушерство и гинекология. 2021. № 4. С. 62—66.
4. Анри-Сюше Ж. Лапароскопическая диагностика и лечение воспалительных заболеваний органов таза. Репродуктивное здоровье: пер. с англ. / под ред. Л. Кейта и др. М.: Медицина, 2020. I: 14. С. 215—229.
5. Антонова Л.В. Острые воспалительные заболевания придатков матки: этиология, клиника, диагностика, терапия: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2021. 36 с.

6. Брауде И.Л. О хирургическом лечении воспалительных заболеваний женской половой сферы // Совет. медицина. 2021. № 8. С. 10—12.
7. Буянова С.Н., Щукина Н.А. Актуальные вопросы диагностики и тактики ведения больных с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки // Тез. I съезда Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. М., 2019. С. 143—144.
8. Буянова С.Н., Щукина Н.А., Савельев С.В. и др. Клиническое значение рецепторов половых стероидов в оценке исхода хронического гнойного воспаления внутренних половых органов // Рос. вестн. акуш.-гин. 2019. № 3. С. 16—20.
9. Кауфман О.Я., Подзолкова Н.М., Ермакова Н.Г. и др. Пато- и морфогенез гнойных воспалительных заболеваний придатков матки // Арх. патологии. 2019. Т. 55, № 1. С. 43—48.