

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

На правах рукописи УДК:
618.13:618.14.:616-002.3-08

ТОШЕВА ИРОДА ИСРОИЛОВНА

**ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ**

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Диссертация написана для получения академической степени магистра

Научный руководитель: **к.м.н.,
доц. Каримова Н.Н.**

Бухара 2020

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	3
ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	8
1.1. Факторы риска по развитию воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы женщины.....	8
1.2. Актуальные аспекты этиологии, патогенеза, классификации, диагностики, клиники и осложнений гнойно-воспалительных заболеваний женских придатков матки.....	10
1.2.1 . Этиология воспалительных заболеваний гениталий	10
1.2.2. Патогенез воспалительных заболеваний гениталий.....	17
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	20
2.1. Методы клинического обследования.....	20
2.2 Методы обследования на инфекции Микроскопическое исследование отделяемого влагалища и цервикального канала.....	21
2.3. Статистическая обработка полученных данных.....	24
ГЛАВА 3.	
3.1 Сравнительный анализ эффективности антимикробной терапии в послеоперационном периоде у женщин с осложненными формами гнойные воспалительные заболевания придатков матки.....	33
3.2. Выбор рациональной тактики лечения хронических форм гнойные воспалительные заболевания придатков матки использованием иммуностимулирующей терапии.....	43
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	51
ВЫВОДЫ.....	55
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	56
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	57

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ВЗОМТ	воспалительные заболевания органов малого таза
ГВЗПМ	гнойные воспалительные заболевания придатков матки
ИППП	инфекции, передающиеся половым путем
ИТ	иммуноотропная терапия
ЛИИ	лейкоцитарный индекс интоксикации
МКЦ	микроциркуляция
МТ	метаболическая терапия
СОЭ	скорость оседания эритроцитов
СРБ	С-реактивный белок
ТОА	тубоовариальный абсцесс
ФИ	фагоцитарный индекс
ЦС	цефалоспорины

ВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы

В структуре гинекологической заболеваемости особое место занимают гнойные воспалительные заболевания придатков матки (ГВЗПМ), на долю которых приходится от 4 до 10% всех воспалительных заболеваний органов малого таза. Патологический процесс при этом протекает с осложнениями и выраженными полиорганными изменениями. Причиной осложненного течения после операционного периода у больных данной категории являются неэффективность антибактериальной терапии, неполная санация очага инфекции, что выставляет врача расширить объем хирургического вмешательства до радикального как единственного пути к выздоровлению. В результате радикального хирургического лечения молодые женщины не только утрачивают репродуктивную функцию, но и лишаются яичников, что ведет к раннему проявлению болезней старения (Т.А.Макаренко и соавторы).

Предупреждение и лечение воспалительных заболеваний женских половых органов представляет важнейшую часть проблемы охраны здоровья женщин. Научно обоснованная и правильно организованная лечебно-профилактическая помощь больным с воспалительными заболеваниями женских половых органов существенно влияет на трудоспособность, социальные и семейные условия жизни женщины, и ее генеративную функцию.

Своевременная диагностика и терапия воспалительных заболеваний женских половых органов имеет значение не только в восстановлении функций половой системы, но и в устранении сопутствующих нарушений эндокринной, нервной и других систем организма.

Гнойно-воспалительные заболевания придатков матки (ГВЗПМ) являются тяжелой патологией, приводящей к потере специфических функций женского организма, в первую очередь репродуктивной.

Наиболее частыми причинами возникновения и развития воспалительного процесса в малом тазу являются сексуально-трансмиссионные заболевания, внутриматочная контрацепция, различные хирургические вмешательства (аборты, диагностические выскабливания, гистероскопия).

Воспалительные изменения, как правило, обратимы только при неосложненном сальпингите, когда при ранней консервативной терапии можно рассчитывать на

выздоровление больных и восстановление детородной функции. Своевременная диагностика и эффективная терапия воспалительных заболеваний органов малого таза является одной из наиболее актуальных проблем в гинекологической практике (Сидорова И.С., 2006; Тихомиров А.Л., 2004). Воспалительные заболевания половых органов, составляющие 60-65% среди амбулаторных и до 30% среди стационарных больных, оказывают существенное влияние на здоровье миллионов женщин детородного возраста (Кулаков В.И., 2007; Прилепская В.Н., 2005). В структуре гинекологической заболеваемости особое место занимает гнойное поражение маточных труб и яичников, на долю которых приходится от 4 до 10% (Краснопольский В.И., 2006; Прилепская В.Н., 2006; Smith I.K., 2007; Walker C.K., Wiesenfeld H.C., 2006). Патологический процесс при этом протекает с осложнениями и выраженными полиорганными изменениями. Несмотря на достижения современной медицины, сохраняется летальность при данной патологии (Гельфанд Е.Б., 2000; Сметник В.П., 2001).

Прогресс в диагностике и лечении гнойных воспалительных заболеваний придатков матки напрямую связан с внедрением в клиническую медицину современных методов исследования, включающих наряду с инструментальными (ультразвуковое исследование, лапароскопия) и лабораторные, позволяющие оценить тяжесть течения воспалительного процесса (или степень воспалительной реакции). С помощью современных методов диагностики в дальнейшем вырабатывается и адекватная тактика лечения (Айламазян Э.К., 2000; Макацария А.Д., 2002; Кафарская Л.И., 2005; Федоров И.В., 2007; Schwebke J.R., Desmond R.A., 2007).

В то же время, внедрение в клиническую практику методов диагностической визуализации, а также лабораторных методов исследования, позволяющих своевременно выявить возбудителя инфекции (микробный фактор), дают возможность на первое место вынести реконструктивные операции (Сажин В.П. и соавт., 2004; Стрижаков А.Н. и соавт., 2001; Ness R.V. et. all, 2005). Системный подход к диагностике воспалительных заболеваний органов малого таза предполагает использование современных компьютерных технологий, позволяющих выявить факторы риска и оценить тяжесть течения воспалительного процесса (Ищенко А.И., 2004; Сенько О.В., 2006).

Всё вышеизложенное и обусловило планирование и выполнение данной работы. Все остальные формы гнойных заболеваний (пиосальпинкс, пиовар и tuboовариальный абсцесс) являются осумкованными гнойными образованиями и считаются осложненными формами. При несвоевременном хирургическом лечении и дальнейшем прогрессировании процесса развиваются такие грозные осложнения как перфорация абсцесса в брюшную полость с развитием разлитого перитонита или пенетрация в соседние органы (кишка, мочевого пузырь), переднюю брюшную стенку с образованием генитальных свищей.

Для полного выздоровления больных и профилактики рецидива заболевания у женщин с гнойные воспалительные заболевания придатков матки возможен только активный подход, который подразумевает сочетание адекватной консервативной терапии и хирургического лечения по показаниям.

Лечение гнойные воспалительные заболевания придатков матки невозможно без хирургического этапа. При этом особое значение имеет метод санации гнойного очага. В хирургической практике существует ряд методов, позволяющих усилить санацию в очаге воспаления не за счет расширения объема операции, а путем эвакуации гнойного содержимого, а также локального повышения концентрации лекарственных препаратов. По данным много численных исследований, лапароскопия представляет наиболее целесообразный метод лечения больных репродуктивного возраста с гнойные воспалительные заболевания придатков матки.

Цель исследования: Сравнить традиционный лапаротомический метод лечения гнойные воспалительные заболевания придатков матки с современным - лапароскопическим методом с включением пролонгированной санации брюшной полости с включением трансвагинального дренирования.

Задачи исследования

1. Изучить частоту, структуру и факторы риска гнойные воспалительные заболевания придатков матки.
2. Изучить результаты сравнительного анализа традиционной практики с разработанной оперативной технологией при гнойные воспалительные заболевания придатков матки.
3. Оценить эффективность органосохраняющего лечения женщин репродуктивного возраста с гнойные воспалительные заболевания придатков матки путем сочетанного применения лапароскопической санации гнойного очага с комбинации трансвагинальным дренированием
4. Разработать алгоритм лечения пациентов с гнойные воспалительные заболевания придатков матки по современной методике.

Материалы и методы исследования

Исследование проведено в 2 городских гинекологических отделениях г. Бухары (отделение гинекологии городского род.дома и экстренная гинекология). В ходе исследования больные разделяются на 2 группы. 1-группу (основная) составляют 30 больных с гнойные воспалительные заболевания придатков матки которым провели лапароскопическую операцию с установлением пролонгированного брюшного и трансвагинального дренажа. 2-группа (группу сравнения) составляют 40 больных с гнойные

воспалительные заболевания придатков матки , которым проведено лапаротомическая операция.

Для обследования гинекологических больных применены следующие методики: клинико-лабораторные обследования, трансвагинальный УЗИ, водно-электролитный и белковый обмен, биохимические исследования крови, изучение состава экссудата

Научная значимость:

Впервые научно изучены эффективность лапаротомической и лапароскопической операции современными методами лечения с целью сохранения репродуктивного органа пациента в условиях стационара. Впервые изучены эффективность метода активного лапароскопического дренирования и пролонгированная санации брюшной полости с комбинацией трансвагинального дренирования через задний свод. Впервые изучены отдаленные результаты проведенных операции, случаи рецидива заболеваний.

Практическая значимость: Для практического здравоохранения разработан комплексный подход к решению проблемы гнойные воспалительные заболевания придатков матки в гинекологии, включающий инновационные принципы органосохраняющих лапароскопических операции в гинекологии в сочетании пассивно- пролонгированной санацией брюшной полости с комбинацией трансвагинального дренирования через задний свод на фоне антибактериальной терапии.

Апробация работы и публикации.

Основные положения диссертации опубликованы в 5 печатных работах, в том числе 2 из них - в журналах, рекомендуемых ВАК УЗ: "Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья" (Ташкент, 2017) - 2 работы; "Проблемы биологии и медицины" (Самарканд, 2017)- - 2 работы; Ряд положений диссертационного исследования были представлены на республиканской конференции «Актуальные вопросы по охране здоровья материнства и детства» (Бухара 2017), на Международной научно-практической конференция «Актуальные вопросы высшего медицинского образования» (г.Нукус 2017 г.); «Тиббиётда янги кун» (Тошент. 2019) -1 работы; «Вестник Башкирского государственного медицинского университета » (Уфа.2019) – 1 работы; «Сборник материалов первой Бухарской международной конференции студентов – медиков и молодежи.» (Бухоро.2019)- 1 работы «Материалы 4 съезда ассоциация врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана» (Тошкент, 2018)-1работы; Материалы диссертации представлены на научных заседаниях Бух МИ кафедры Акушерства и гинекологии (Бухара 2017, 2018,2019).

Внедрение результатов исследования.

Результаты работы внедрены в практику родовспомогательных учреждений г.Бухары.

Материалы диссертации доложены и обсуждены на Республиканской научно-практической конференция «Актуальные проблемы охраны материнства и детства» (Бухара,2017), кафедры–Акушерство и гинекологии БухМИ (2019 г).

Структура и объем работы: Диссертация изложена на 91 печатных страницах, иллюстрирован 15 таблицами и 2 рисунками. Состоит из введения, обзора литературы, 2 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций. Библиографический указатель включает 170 источников, из них зарубежной литературы.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Медицинская, социальная и экономическая важность проблемы воспалительные заболевания органов малого таза требует очень внимательного отношения к диагностике и лечению этой патологии. В структуре гинекологической заболеваемости число пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями гениталий занимает первое место, составляя 60,4-65,0%, причем не только в России, но и во всем мире. Показатель заболеваемости воспалительные заболевания органов малого таза за первое десятилетие XXI века возрос у пациенток 18-24 лет в 1,4 раза, а у 25-29-летних – в 1,8. Одновременно возросли затраты на диагностику и лечение, которые достигают 50-60% всех расходов на оказание гинекологической помощи населению [9, 107, 128,].

1.1. Факторы риска по развитию воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы женщины.

Большинстве случаев воспалительные заболевания органов малого таза страдают сексуально активные женщины детородного возраста, что крайне неблагоприятно отражается в дальнейшем на их репродуктивном здоровье. У каждой четвертой женщины, перенесшей воспалительные заболевания органов малого таза, впоследствии встречаются такие осложнения, как бесплодие, невынашивание беременности, внематочная беременность, фетоплацентарная недостаточность и синдром хронической тазовой боли [27, 70, 110, 170]. Основные факторы риска по возникновению воспалительных заболеваний гениталий составляют четыре группы:

I группа объединяет ряд повреждающих агентов, влияющих на состояние иммунной системы, неспецифической резистентности организма и способствующих развитию иммунодефицитных состояний;

II группа включает факторы, способствующие разрушению биологической защиты гениталий от проникновения инфекционного агента;

III группа определяет резистентность инфекционного агента к противомикробным средствам и восприимчивость макроорганизма к инфекции;

IV группа объединяет факторы демографического, социального, экономического, культурного, поведенческого характера.

Риск развития воспалительных процессов гениталий обусловлен фазами менструального цикла. С началом менструации состав микрофлоры половых путей изменяется как количественно, так и качественно, что играет определенную роль в возникновении воспалительных заболеваний гениталий. В предменструальном периоде

концентрация аэробных бактерий снижается примерно в 100 раз, при этом соответственно возрастает концентрация анаэробных бактерий [1, 8, 18,]. В период менструации отсутствует защитный эффект слизистой пробки цервикального канала, что также повышает риск проникновения условно-патогенной и патогенной флоры в верхние отделы половой системы [12,26,].

Послеродовая инфекция занимает значительный удельный вес средивоспалительных заболеваний гениталий. Осложненное течение гестационного периода, родов, и особенно оперативное родоразрешение, включая операцию кесарева сечения, способствуют развитию воспаления.

Если роды и оперативные вмешательства на половых органах в определенной степени обусловлены необходимостью их проведения или выполнения, то производство искусственных абортов является следствием нерационального использования методов регулирования рождаемости.[113,160].

Большое значение в процессах возникновения инфекций имеет механизм, который определяется взаимодействием генов в клетках хозяина и клетке возбудителя. Генный аппарат микробов и вирусов очень сложен. В результате длительных исследований возбудителя одной из самых распространенных видов инфекций человека - кишечной палочки - было установлено, что эта бактерия имеет не менее 6000 генов. Люди, у которых отмечается сходство каких - либо генов с этой бактерией, будут более восприимчивы к данной инфекции [64, 128].

Одним из факторов восприимчивости к инфекциям является возраст.

Высокая степень восприимчивости у детей (подростков) сочетается со слабо выраженными тканевыми изменениями в очаге инфекции. С возрастом тканевые реакции становятся более выраженными и склонность к обширному рубцеванию нарастает [74, 89,]. Факторам восприимчивости относятся гендерные различия. Женщины более восприимчивы ко многим инфекциям: туберкулезу, гепатиту, коклюшудругим инфекциям. У женщин, как правило, выше титр иммуноглобулинов М. Перед менструацией и во время беременности восприимчивость к инфекции повышается [37, 62,73,].

Воспалительные заболевания репродуктивной системы женщины представляют собой сложную медико-социальную проблему, затрагивающую различные аспекты репродуктивного здоровья женщины, ее адаптационные возможности в условиях урбанизации населения и социальной агрессии.

1.2. Актуальные аспекты этиологии, патогенеза, классификации, диагностики, клиники и осложнений воспалительных заболеваний

женских половых органов

1.2.1. Этиология воспалительных заболеваний гениталий

Воспалительные заболевания женских половых органов являются полимикробными инфекциями, так как вызываются различными инфекционными агентами, степень вирулентности которых служит одним из решающих факторов, оказывающих влияние на распространенность патологического процесса. В современной медицинской науке известно около 2500 различных инфекций. Теоретически женщина может заболеть любой из них [1, 12]. эпоху использования мощных химиопрепаратов, обладающих антимикробным эффектом, возбудители воспалительного процесса гениталий меняются очень часто. В 50-60 годы причиной тяжелых воспалительных заболеваний гениталий были золотистый стафилококк и клостридии; в 60-70 годы - кишечная палочка, грамотрицательные анаэробы; 70-80 годы - условно-патогенные и грамотрицательные микробы; в 90 годы доминирующими стали стрептококки, пневмококки, микобактерии туберкулеза, энтерококки, грамотрицательные анаэробы и стафилококки, резистентные к действию широко применяемых антибиотиков [8, 153]. Женщин с нормальной влагалищной микрофлорой, в которой преобладают *Lactobacillus*, обычно обнаруживают меньшее количество таких потенциально патогенных микроорганизмов, как виды родов *Bacteroides*, *Peptostreptococcus* и *Gardnerella*, а также *Mycoplasma hominis*, чем у женщин с неспецифическим бактериальным вагинитом. У женщин с бактериальным вагинитом состав влагалищной микрофлоры более сложен и включает более 10 видов микроорганизмов, концентрация которых в 1 мл влагалищного секрета составляет порядка 10^9 . Женщин с бактериальным вагинитом влагалищная микрофлора состоит из большого числа видов и содержит более высокие концентрации патогенных микроорганизмов, которые могут проникать в верхние отделы полового тракта и вызывать различные воспалительные заболевания, такие как хориоамнионит в родах, эндометрит после операции кесарева сечения, аборта; развитие целлюлита купола влагалища после гистерэктомии .

Поскольку нижний отдел женского полового тракта колонизирован самыми разнообразными микроорганизмами, нет ничего удивительного в том, что большинство воспалительных заболеваний тазовых органов носят полимикробный характер, при котором состав возбудителей отражает, в том числе, и нормальную микрофлору, колонизирующую влагалище и шейку матки. В последние годы в возникновении воспалительных заболеваний гениталий возросла роль условно-патогенных инфекций, передаваемых половым путем. Установлено, что половым путем передается свыше 20

возбудителей (табл.1). Некоторые из них (*Chlamydia trachomatis*, *Herpes simplex virus*, *Papillomavirus hominis*, *Hepatitis B virus*, *Human immunodeficiency virus*) постепенно вытесняют возбудителей классических бактериальных болезней (сифилис, гонорея и мягкий шанкр) как в плане значимости, так и в плане частоты случаев. Этих возбудителей, считающихся вторым поколением микроорганизмов, передаваемых половым путем, зачастую трудно идентифицировать, а вызываемые ими инфекции труднее лечить. Они могут вызывать тяжелые осложнения, приводящие к хроническим нарушениям [99,145,151]. Наиболее часто возбудителями воспалительных процессов гениталий в настоящее время являются *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Candida albicans*. Однако ряд исследователей считают, что частота случаев воспалительные заболевания органов малого таза, связанных с гонококковой инфекцией имеет тенденцию к снижению, в то время как частота случаев негонококковых воспалительные заболевания органов малого таза увеличивается [79,84, 167].

Таблица №1

Классификация возбудителей болезней,
вызывающих воспалительные заболевания гениталий

А. Бактерии	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Treponema pallidum</i> <i>Haemophilus ducreyi</i> <i>Mycoplasma hominis</i> <i>Ureaplasma urealyticum</i> <i>Calymmatobacterium granulomatis</i> <i>Shigella species</i> <i>Gardnerella vaginalis</i> и др.
Б. Вирусы	<i>Herpes simplex virus</i> <i>Cytomegalovirus hominis</i> <i>Hepatitis B virus</i> <i>Papillomavirus hominis</i> <i>Molluscovirus hominis</i> <i>Human immunodeficiency virus</i> и др.
В. Простейшие	<i>Entamoeba histolytica</i> <i>Lambliia intestinalis</i> <i>Trichomonas vaginalis</i>
Г. Грибы	<i>Candida albicans</i>
Д. Эктопаразиты	<i>Phthirus pubis</i> <i>Sarcoptes scabiei</i>

большинстве случаев причиной воспалительных процессов является смешанная инфекция (табл.1), значительная роль в которой отводится условно-патогенным микробам (*Escherichia coli*, *Enterococcus*, *St.epidermicus*).

классификации воспалительных заболеваний гениталий по этиологическому признаку выделяют 3 основные группы возбудителей

(анаэробные, аэробные и смешанные), так как различия в клинических проявлениях инфекции между группами выражены в большей степени, нежели внутригрупповые [69].

Таблица №2

Этиологическая классификация бактериальных инфекций
женских половых органов

Анаэробные кlostридиальные	Анаэробные некlostридиаль-ные	Аэробные	Смешанные (ассоциативные, миксинфекции)
1. <i>Cl.perfringens</i> 2. <i>Cl.tetani</i> 3. <i>Cl.oedematiens</i> и другие	1. <i>Acteroides sp.</i> 2. <i>Fusobacterium sp.</i> 3. <i>Peptococcus sp.</i> и Другие	1. <i>Ps.aeruginosa</i> 2. <i>Klebsiella sp.</i> 3. <i>E.coli</i> 4. <i>Staphylococcus sp.</i> 5. <i>Streptococcus sp.</i> и другие	1. Вызванные двумя и более анаэробами 2. Вызванные двумя и более аэробами 3. Анаэробно- аэробные

Изучение этиологии инфекций воспалительных заболеваний женского полового тракта (верхних отделов) в настоящее время не представляет сложности [36, 50, 69].

Материал для культивирования получают трансцервикальным путем (мазки, аспират эндометрия) или трансвагинальным путем (пункция прямокишечно-маточного углубления). Получение материала для культивирования с помощью лапароскопии устраняет контаминацию, однако следует учитывать, что этот метод носит инвазивный характер и как самостоятельный метод (только для получения материала для изучения

микрофлоры) не может быть использован [100]. Изучение этиологии воспалительных заболеваний гениталий еще более осложняется из-за проблем, связанных с выделением микроорганизмов в лабораторных условиях. Многие анаэробы растут очень медленно и чрезвычайно требовательны к условиям культивирования [64,].

Микоплазмы – свободно живущие мельчайшие прокариотические микроорганизмы, симбионты животных, человека и растений. Структурной организации их можно поместить между вирусами и бактериями. В отличие от вирусов, микоплазмы способны к самостоятельному воспроизведению, а в отличие от бактерий, они лишены клеточной стенки, роль которой выполняет трехслойная цитоплазматическая мембрана, состоящая из липидного и 2 белковых слоев, а также главного компонента – холестерина.

Отсутствие клеточной стенки у микоплазм обуславливает пластичность микроорганизма и резистентность ко многим химическим агентам, действие которых направлено на подавление синтеза компонентов клеточной стенки. Между гликолипидными компонентами мембран микоплазм и мембранами клеток человека отмечается родство, что делает возможным длительную персистенцию на мембранах эукариот и межмембранное взаимодействие и приводит к биологической мимикрии и инициации иммунопатологических процессов. Большинство видов микоплазм условно-патогенны. Некоторые виды считаются непатогенными, так как они широко распространены, способны к длительной персистенции, выделяются от практически здоровых людей, животных, птиц, рыб, насекомых и моллюсков [7].

У человека урогенитальный тракт заселяют: *M. hominis*, *M. genitalium*, *M. fermentans*, *M. primatum*, *M. salivarium*, *U. urealyticum*. Микоплазмы чаще всего колонизируют уретру, шейку матки, крайнюю плоть. Частота обнаружения возбудителя коррелирует с половой активностью. Без половых контактов персистенция микоплазм может продолжаться около года. Микоплазмы могут выделяться от клинически здоровых лиц, у которых можно обнаружить и специфические антитела. Однако при наличии воспалительных процессов – цервицита, уретрита, простатита – микоплазмы выделяются в 3-5 раз чаще, чем от здоровых людей. Также у них в 2-3 раза выше уровни специфических антител. Возможно существуют критические количественные пороговые величины, при достижении которых клинически проявляется патогенность микоплазм.

Согласно данным laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus (WHO, 2013) имеются данные о выделении микоплазм, например *M. hominis*, из эндометрия, параметрия, маточных труб при оперативных

вмешательствах. Выявлена взаимосвязь между воспалительными заболеваниями органов малого таза у женщин и обнаружением микоплазм в шейке матки (табл. 3).

Таблица № 3

Роль генитальных микоплазм в развитии патологии (WHO, 2013)

Виды	Ассоциированные заболевания						
	Уретрит	Цервицит	БВ	Эндометрит /или ВЗОМТ	ПР	Бесплодие	Передача ВИЧ
M.genitalium	++++	+++	-	+++	+/-	+	+
M.hominis	-	-	++++	+/-	+/-	-	НД
Ureaplasma spp.	+/-	-	+++	НД	+	+/-	НД

Примечание: НД – недостаточно данных; +++++ - связь доказана; +++ - связь установлена в большинстве исследований; + - связь установлена только в нескольких исследованиях; +/-

Заражение микоплазмами эндометрия может стать причиной инфицирования и отслоения плодного яйца, прерывания беременности на ранних сроках. Одной из причин выкидышей может стать индукция микоплазмами простагландинов и их предшественников. Микоплазменная инфекция, развивающаяся на поздних сроках беременности, приводит к воспалительным изменениям в плаценте, пупочном канатике, оболочках плода. Так, по данным А.В.Цинзерлинга (1996 г), при патологически протекающих беременностях в 20% случаев из пораженных плацент выделялись микоплазмы, а среди внутриутробных инфекций микоплазменная составляет до 30%. По данным других авторов, внутриутробный микоплазмоз развивается в 5-20% случаев [168].

Микоплазмы способны вызывать хромосомные aberrации тератогенного воздействия на плод. Внутриутробно у плода могут развиваться пневмония, поражение центральной нервной системы, почек, тимуса. Во время родов при условии наличия

активной микоплазменной инфекции в организме матери у новорожденных происходит инфицирование микоплазмами слизистой носоглотки.

Особая роль возбудителя генитальных инфекций принадлежит *U.urealyticum*, которая передается половым путем. Клинически здоровые лица могут быть инфицированы уреоплазмами. Однако чаще уреоплазмы выделяются от больных с генитальными инфекциями. Так, при посеве питательную среду для микоплазм 1 мл секрета предстательной железы от клинически здорового человека высевается до 10^3 , при простатите уреоплазменной этиологии – до 10^6 К и более. Уреоплазма вызывает воспалительные процессы – вагиниты, цервициты, простатиты, циститы и др. Проникновение уреоплазмы в глубокие отделы мочевой системы может стать причиной уретрального воспалительного синдрома. Заселение уреоплазмами маточных труб, эндометрия может происходить с помощью сперматозоидов. Колонизация уреоплазмами вызывает воспалительный процесс, ведущий к развитию эндометрита, непроходимости маточных труб. Так, по данным G.Grabet (2001 г) у 84% женщин, страдающих бесплодием, из цервикального канала выделяли уреоплазмы.

Причиной бесплодия у мужчин могут быть не только воспалительные процессы, например, простатит, но и нарушение сперматогенеза. Уреоплазмы колонизируют хвостик сперматозоидов, значительно уменьшая их подвижность, ингибируют процесс пенетрации сперматозоидов в яйцеклетки.

Инфицированность сперматозоидов уреоплазмами, по данным разных авторов, составляет 1-22% [65, 99]. Таким образом, микоплазмы способны вызывать патологическое состояние уrogenитального тракта: воспалительные процессы, инфицирование плода, прерывание беременности, нарушение фертильности.

Стрептококки (лат.*Streptococcus*) относятся к отряду Firmicutes, роду *Streptococcus*.

Это шаровидные или овоидные аспорогенные грамположительные хемоорганотрофные факультативно-анаэробные бактерии из семейства *Streptococcaceae*.

Выделяют следующие типы стрептококков: *Str. pyogenes* (прежнее название *Streptococcus haemolyticus*) — бета-гемолитические стрептококки группы А. Обитают у человека в глотке в норме и могут вызывать различные заболевания; *Str. pneumoniae*— объединяют в группу пневмококковых инфекций. Паразит дыхательных путей человека. Встречается в норме при различных заболеваниях. Вызывает острые пневмонии и бронхит у детей и взрослых; *Str. faecalis*, *Str. faecies*— стрептококк группы D, которые обычно объединяются в группу энтерококков, вызывают септические процессы; *Str. sanguis*, *Str. salivarius*, *Str. mitis*, *Str. mutans* —гемолитические и негемолитические стрептококки различных серогрупп, продуцирующие полисахариды и принимающие участие в

образовании зубных бляшек, предполагается их этиологическая роль при кариесе; *Str. lactis* (переведен в род *Lactococcus*) — молочнокислый стрептококк, молочнокислая бактерия.

Более совершенной оказалась классификация, предложенная Р. Ленсфильд (1933) и С. Гриффитсом (1935), основанная на антигенной структуре стрептококков. По данной классификации, все стрептококки согласно наличию специфических углеводов в клеточной стенке были разбиты по групповому С-антигену на 17 групп — от А до S (наиболее важные - А, В, С, D, G). Группа D включает как собственно стрептококков группы D, так и энтерококков, которые представляют собой отдельный род *Enterococcus faecalis* (*Streptococcus faecalis*). Наиболее патогенны для человека *Enterococcus faecalis* и *Enterococcus faecium*. Стрептококки выделяют различные экзотоксины: 1) гемолизины (стрептолизины), которые по своему составу неоднородны (различают О- и S-стрептолизины); 2) лейкоцидин; 3) некротоксин; 4) летальный токсин; 5) эритрогенный токсин, специфический скарлатинозный, который действует на эритроциты. Находясь на слизистой оболочке зева, стрептококки могут вызвать ангину, хронический тонзиллит. Ослабление защитных сил, охлаждение организма способствуют возникновению и других стрептококковых инфекций: бронхопневмонии, отита, эндокардита, менингита, нефрита, цистита и др. В случае проникновения стрептококков в кровь возможно развитие септического процесса, в частности послеродового сепсиса. Стрептококки могут быть причиной вторичной инфекции при гриппе, катаре верхних дыхательных путей, дифтерии, кори, коклюше. Согласно последним исследованиям, стрептококки являются основной причиной заболевания ожирением.

Стафилококк (новолат. *Staphylococcus*, от др.-греч. σταφύλη, «виноград» и κόκκος - «зерно») — шаровидная грамположительная бактерия. По классификации домен — бактерии, тип - фермикулиты, класс — бациллы, порядок - *Bacillales*, семейство — *Staphylococcaceae*, род — стафилококк. Различают следующие виды стафилококков: *Staph. aureus*, как наиболее патогенный для человека, назван так по способности образовывать золотистый пигмент. Может вызывать у человека гнойные воспалительные процессы почти во всех органах и тканях. Он до сих пор является одной из четырёх наиболее частых причин внутрибольничных инфекций, которые вызывают послеоперационные раневые осложнения. Около 20% населения являются постоянными носителями этой бактерии, которая может сохраняться на кожных покровах и слизистых оболочках верхних дыхательных путей; *Staph. epidermidis* — часто встречается на коже и слизистых оболочках человека, может вызывать сепсис, эндокардит, конъюнктивит, гнойную инфекцию ран и гнойные инфекции мочевыводящих путей; *Staph. saprophyticus* — может вызывать острый цистит и уретрит; *Staph. haemolyticus*. Патогенные свойства

стафилококков обусловлены способностью вырабатывать экзотоксины и ферменты агрессии. В настоящее время выделяют четыре типа стафилококковых токсинов: альфа (а), бета (b), дельта (d), гамма (γ). Они являются самостоятельными субстанциями и вызывают лизис эритроцитов, оказывают летальное и некротическое действие.

Стафилококки играют огромную роль в патологии. Они вызывают самые разнообразные гнойные заболевания: гнойничковые поражения кожи и подкожной клетчатки, ангины, отиты, пневмонии, уретриты, холециститы, энтероколиты, сепсис и др. Особенно велика их роль в акушерско-гинекологической практике и хирургии [54, 99]. Стафилококки являются наиболее частой причиной гнойно-воспалительных заболеваний у новорожденных вплоть до генерализованной инфекции — сепсиса, маститов у рожениц, гнойных осложнений после операций у хирургических больных. Патологический процесс вызывается, как правило, патогенными стафилококками. Однако у лиц с пониженной сопротивляемостью инфекционный процесс может быть обусловлен непатогенным стафилококком *coli* — грамотрицательная бактерия, факультативный анаэроб, не образует эндоспор. Вид эшерихия коли (*E.coli*) входит в род эшерихии (лат. *escherichia*), семейство энтеробактерии (лат. *enterobacteriaceae*), порядок энтеробактерии (лат. *enterobacteriales*), класс гамма-протеобактерии (лат. γ *proteobacteria*), тип протеобактерии (лат. *proteobacteria*), царство бактерии. Существует большое число разновидностей кишечной палочки (*escherichia coli*), в том числе более 100 патогенных («энтеровирулентных») типов, объединенных в четыре класса: энтеропатогенные, энтеротоксигенные, энтероинвазивные и энтерогеморрагические. Морфологические различия между патогенными и непатогенными эшерихиями отсутствуют.

1.2.2. Патогенез воспалительных заболеваний гениталий

Восходящий путь инфекции является преобладающим в генезе воспалительных заболеваний репродуктивной системы. Проникновение инфекционных агентов в верхние отделы половой системы происходит с помощью сперматозоидов, трихомонад, возможен пассивный транспорт микроорганизмов [45].

Аэробные и анаэробные бактерии, хламидии и микоплазмы способны прикрепляться к сперматозоидам. Особенно важна роль сперматозоидов в передаче гонореи. Установлена возможность прикрепления к различным участкам сперматозоида до 40 гонококков [45,101].

Численность кишечной палочки в 1 мл эякулята достигает 100000 бактерий. Поэтому сперма здоровых мужчин содержит большое число аэробных и анаэробных бактерий. Количество их прямо пропорционально фертильности спермы и половой активности мужчины. У половых партнерш мужчин с азоспермией частота воспалительных процессов органов малого таза значительно меньше, чем у женщин, имеющих половые связи с фертильными мужчинами.

Хламидии также способны прикрепляться к сперматозоидам, при этом, чем больше хламидий, тем к большему числу сперматозоидов они прикрепляются. При снижении pH среды феномен прилипания хламидий увеличивается. Кишечная палочка прикрепляется к поверхности трихомонады с помощью гликопротеиновых нитей [45, 128, 129,].

Механизм прикрепления микроорганизмов к сперматозоидам обусловлен тем, что сперматозоиды обладают поверхностным отрицательным зарядом, который является своеобразным рецептором для микроорганизмов. Последние, прикрепившись к сперматозоидам, достигают матки, маточных труб, брюшной полости. Перенос инфекции в верхние отделы половых путей осуществляют также и трихомонады. Об этом было известно еще в 1950-х годах, когда трихомонады были выделены из жидкости позади маточного пространства. На роль трихомонад как переносчиков бактерий указывает то обстоятельство, что выделить трихомонады вне связи с другими микроорганизмами невозможно. Помимо активного переноса микробов в верхние отделы полового тракта, существует пассивный путь распространения инфекции. Пассивный транспорт микроорганизмов происходит за счет сократительной деятельности матки, маточных труб, отрицательного давления в брюшной полости за счет движений диафрагмы [85,135,145].

Воспалительный процесс может развиваться и в результате активации нормальной эндогенной флоры влагалища, при ослаблении факторов естественной резистентности под воздействием ряда повреждающих агентов окружающей среды, а также после родов, аборт, при использовании ВМК. Кроме этого, воспалительный процесс придатков матки может возникнуть вследствие первичного инфицирования брюшины при холецистите, панкреатите, пиелонефрите. Последнее место в распространении инфекционного процесса занимают гематогенный и лимфогенный пути передачи инфекции.

Одним из важных моментов патогенеза воспалительных заболеваний гениталий является развитие эндогенной интоксикации, наличие которой характерно как для острых, так и для хронических процессов. Эндотоксин является компонентом клеточной стенки большинства грамотрицательных бактерий. Токсические свойства эндотоксина связываются липидом А, который входит в состав эндотоксина. Структурная единица

эндотоксина, состоящая из липида А и внутренней части ядра, получила название гликолипида, который в свою очередь является универсальным антигеном, несущим общее биологическое свойство эндотоксина грамотрицательных бактерий. Эндотоксин активирует Т- и В-лимфоциты, систему комплемента, эффекторные клетки: макрофаги, нейтрофилы, тромбоциты, в результате чего освобождаются медиаторы и цитокины, обуславливающие развитие патологических и физиологических реакций организма. В результате развития эндогенной интоксикации характерны сосудистые нарушения, ведущие к метаболическим и гипоксическим нарушениям, изменению электролитного состава и онкотического давления. На этом фоне происходит снижение детоксикационной функции печени. Важным компонентом повреждающего действия эндотоксина является развитие коагулопатических нарушений. Эндотоксин обладает прямым повреждающим действием на эндотелий сосудов, активирует фактор Хагемана, индуцирует высвобождение прокоагуляционных факторов полиморфно-ядерными лейкоцитами и макрофагами [64,137].

ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Методы клинического обследования

Исследование проведено в 2 городских гинекологических отделениях г. Бухары (отделение гинекологии городского род.дома и экстренная гинекология). Под нашим наблюдением находились 70 женщины в возрасте от 18 до 35 лет с острыми воспалительными заболеваниями внутренних половых органов. В ходе исследования больные разделяются на 2 группы. 1-группу (основная) составляют 30 больных с гнойные воспалительные заболевания придатков матки которым провели лапароскопическую операцию с установлением пролонгированного брюшного и трансвагинального дренажа. 2-группа (группу сравнения) составляют 40 больных с гнойные воспалительные заболевания придатков матки, которым проведено лапаротомическая операция.

В 70 (100%) из них при комплексном клинико- инструментальном исследовании (ультразвуковое и эндохирургическое) диагностировано гнойное воспаление придатков матки. Наиболее характерными клиническими проявлениями заболевания были тазовые боли 68 (97,8%), фебрильная и гиперпиретическая лихорадка 52(74,5 %) , симптомы раздражения брюшины 24 (34,8%), а также озноб, слабость, недомогание 24 (34,8), и только у 1(2,2%) больных отмечалось асимптомное течение патологического процесса. Большая часть (48,7%) обследованных женщины указывали на острое начало заболевания,(15,4%)связывали его развитиемсродами, абортами, внутриматочными диагностическими вмешательствами. У каждой 4-й больной воспалительный процесс был следствием применения внутриматочного контрацептива (ВМК). При этом наиболее тяжелые формыгноино-воспалительных заболеваний имели женщины, пользовавшиеся ВМК более 5 лет(15,4%). У всех 70 больных диагноз основывался на оценке данных анамнеза, субъективных и объективных клинических признаках, результатах лабораторных и инструментальных методов обследования.

При клиническом обследовании гинекологических пациенток всех групп использовались общепринятые методы: сбор анамнеза, анализ жалоб, осмотр. При традиционных методах обследования осуществляли общий осмотр (состояние кожи, оценка телосложения, оценка характера и степени оволосения, развития жировой ткани и особенностей её отложения, состояние молочных желез, лимфоузлов, пальпация органов живота, аускультация сердца, легких, измерение АД и температуры тела). При проведении гинекологического обследования выполняли осмотр наружных половых органов, осмотр шейки матки в зеркалах, взятие мазков, бимануальное исследование. При сборе анамнеза обращали

внимание на следующие особенности: наследственный и семейный анамнез; количество родов и аборт; характер предыдущих родов (срочные, преждевременные, нормальные, патологические); особенности течения постабортных и послеродовых периодов; половая жизнь (время наступления, количество половых партнёров, браков); перенесённые оперативные вмешательства; гинекологические заболевания; характеристика менструальной функции; наличие бесплодия в анамнезе и способы его коррекции; наличие экстрагенитальных заболеваний; наличие обменно-эндокринной патологии (нейроэндокринный синдром, гипофункция яичников, патология щитовидной железы, дисфункция коры надпочечников, сахарный диабет, антифосфолипидный синдром); информация о ранее проводимой гормональной терапии; наличие вредных привычек, профессиональных вредностей; аллергический статус; наличие гемотрансфузий.

При наличии экстрагенитальных заболеваний пациентки были осмотрены соответствующими специалистами и при необходимости получали дополнительное лечение. Всем пациенткам проводилось общее клинико-лабораторное обследование, включающее клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, развёрнутый анализ системы гемостаза, определение группы крови и резус фактора, анализ микрофлоры влагалища, а также анализы крови на RW, ВИЧ, гепатиты В и С проводились по месту жительства.

2.2. Методы обследования на инфекции Микроскопическое исследование отделяемого влагалища и цервикального канала

Микроскопическое исследование отделяемого влагалища и цервикального канала было проведено при окрашивании мазков по Граму. Степень выраженности лейкоцитов в вагинальном отделяемом и цервикальном секрете оценивали как значительную при количестве более 50 поле зрения; умеренную – от 20 до 50 лейкоцитов в поле зрения; в пределах нормы – от 1 до 20 лейкоцитов в поле зрения.

Бактериологический метод

Бактериологический метод (тест-системы, посев на 5% кровяной питательный агар и среды накопления) включал качественное и количественное выделение и идентификацию микроорганизмов из отделяемого цервикального канала, с целью определения их чувствительности к антибиотикам. У всех выделенных микробных агентов определяли чувствительность к антибиотикам диско-диффузионным методом. Исследование проводилось до начала приема антибактериальных препаратов. Кроме этого, учитывался интервал после приема антибиотиков (свыше 6 недель).

Принцип метода. С целью выделения чистых культур микроорганизмов, установления их вида и определения чувствительности к антибактериальным препаратам производят посев исследуемого биоматериала на питательные среды. Таким способом выделяют бактерии, грибы, микоплазму, уреоплазму; а также определяют чувствительность микроорганизма к антибактериальным препаратам. Метод позволяет уточнить концентрацию микроорганизма в полученной среде, что во многих случаях является очень важным. Диагностически значимое количество микроорганизмов, выявляемых этой методикой, соответствует 10^4 и более.

Ход определения. Для данной методики используют различные питательные среды, позволяющие выделить наибольшее количество видов микроорганизмов. Оптимальными являются питательные среды, содержащие кровь животного или человека, а также сахарный бульон, среды для анаэробов. Одновременно производят посев на дифференциально-диагностические и селективные (предназначенные для определенного вида микроорганизмов) среды. Посев осуществляют на стерильные чашки Петри, которые предварительно заливают питательную среду для роста микроорганизмов. Чашки Петри с посевами инкубируют в термостате при определенных температурных, а для микроорганизмов газовых (например, для выращивания анаэробов создают условия с низким содержанием кислорода) режимах в течение 18-24 часов. Затем чашки Петри просматривают. Количественную обсемененность доставленного биоматериала микрофлорой определяют по числу колониеобразующих единиц в 1 мл или 1 мг исследуемого образца. При просмотре чашек Петри выявляют некоторые особенности изменения среды, ее просветления в процессе роста культуры. Колонии отсеивают на плотные, жидкие, полужидкие питательные среды, оптимальные для культивирования определенного вида бактерий. Выделенные чистые культуры микроорганизмов подвергают дальнейшему изучению в диагностических тестах, основанных на морфологических, ферментативных, биологических свойствах и антигенных особенностях, характеризующих бактерий соответствующего вида или варианта.

Определение чувствительности к антибактериальным препаратам

При определении чувствительности диско-диффузным методом на поверхность агара в чашке Петри наносят бактериальную суспензию определенной плотности (обычно эквивалентную стандарту мутности 0,5 по McFarland) и затем помещают диски, содержащие определенное количество антибиотика. Диффузия антибиотика в агар приводит к формированию зоны подавления роста микроорганизмов вокруг дисков. После

инкубации чашек в термостате при температуре 35-37° С в течение ночи учитывают результат путем измерения диаметра зоны вокруг диска в миллиметрах.

Метод иммуноферментного анализа (ИФА)

Принцип метода. Метод ИФА позволяет проводить количественную оценку титра антител (Ig M,G) в крови с помощью традиционных для диагностических лабораторий спектрофотометров типа «Униплан». Материалом для исследования служит сыворотка крови человека, содержащая антитела исследуемых патогенов (цитомегаловируса, вируса простого герпеса, токсоплазмы). В состав специальных наборов входят планшеты с иммобилизованными родоспецифичными антигенами исследуемых патогенов. В результате иммунологической реакции формируются иммунные комплексы, способные рассеивать проходящий свет, что регистрируется по увеличению оптической плотности при определенной длине волны. В ходе исследования применялись тест-системы АО «Вектор-Бест» ГНЦ ВБ «Вектор», государственная лицензия № 30-03/063.

Ход определения. Исследуемый образец сыворотки разводят специальным буфером и смешивают с моноспецифичной антисывороткой в специальном буферном растворе, содержащем полимерный реагент для ускорения преципитации. После инкубации измеряют оптическую плотность реакционной смеси на длине волны 492 нм. Измерения проводят не позднее 30 мин. после остановки реакции. Определение концентрации иммуноглобулинов проводят путем сравнения оптической плотности реакционной смеси, содержащей исследуемый образец сыворотки, с оптической плотностью контрольных проб, содержащих иммуноглобулины известной концентрации.

Время свертывания крови по Ли-Уайту (ВСК)

Принцип метода. Время свертывания венозной крови оценивает общую коагуляционную активность цельной крови по скорости образования в ней сгустка.

Ход определения. Сухой иглой без шприца из локтевой вены, выпустив первые капли крови на ватный тампон, берут по 1 мл в 2 сухие пробирки. Включают секундомеры сразу при соприкосновении крови с пробирками. Пробирки с кровью помещают в водяную баню при 37°С. Через 2 минуты после получения крови, а затем каждые 30 секунд, пробирки осторожно наклоняют под углом 45-60°С. При этом, если кровь не свернулась, то она растекается по стенке пробирки. Свертывание считается законченным, когда кровь не выливается при переворачивании пробирок вверх дном. Время свертывания выражается в минутах (среднее значение из 2-х определений).

Лапароскопический доступ для выполнения диагностических и лечебных мероприятий

Лапароскопические операции осуществлялись с помощью комплекта оборудования фирмы «Karl Storz» (Германия). Кроме того, оборудование для гемостаза включало в себя высокочастотный комбинированный хирургический аппарат ЭХВЧ 300-02 фирмы «Азимут» (Санкт-Петербург), а также электрохирургический генератор «Liga Sure» («Valleylab», США). Операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом. Для создания пневмоперитонеума применяли углекислый газ. Объем эндовидеохирургических вмешательств, при осуществлении которых использовался лишь один из способов гемостаза вошли: монополярное воздействие, биполярная коагуляция или электрохирургическое лигирование сосудов с помощью аппарата «Liga Sure». Из оперативных вмешательств на придатках матки в исследование были включены односторонние резекции яичников и аднексэктомии. Из лапароскопических операций на матке проведен анализ выполнения субтотальной и тотальной гистерэктомии. Настоящее исследование проводилось на базе кафедры акушерства и гинекологии Бухарского медицинского института, в городском родильном комплексе и перинатальный центр Бухарского области в течение 2017-2019г.г.

2.3. Статистическая обработка полученных данных

Полученные при исследовании данные подвергли статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2003, включая использование встроенных функций статистической обработки и «Biostatistics» для Windows (версия 4.03).

Использовались методы вариационной параметрической и непараметрической статистики, с расчетом средней арифметической изучаемого показателя (M), среднего квадратического отклонения (σ), стандартной ошибки среднего (m), относительных величин (частота, %). Статистическая значимость полученных измерений при сравнении средних количественных величин определялось по критерию Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (P) при проверке нормальности распределения (по критерию эксцесса) и равенства генеральных дисперсий (F – критерий Фишера).

ГЛАВА 3

3.1 Сравнительный анализ эффективности антимикробной терапии в послеоперационном периоде у женщин с осложненными формами гнойно-воспалительные заболевания придатков матки.

В последние годы отмечается значительное увеличение частоты острых воспалительных заболеваний придатков матки, которые являются одной из основных причин нарушения репродуктивной функции и снижения трудоспособности женщин. Известно, что благоприятный прогноз при данной патологии во многом зависит от того, насколько своевременным и адекватным было начатое лечение.

В настоящей работе представлены данные о принципах дифференцированного ведения больных с различными клиническими формами гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки.

Под нашим наблюдением находились 70 женщины в возрасте от 18 до 35 лет с острыми воспалительными заболеваниями внутренних половых органов. В 70 (100%) из них при комплексном клинико-инструментальном исследовании (ультразвуковое и эндохирургическое) диагностировано гнойное воспаление придатков матки. Наиболее характерными клиническими проявлениями заболевания были тазовые боли 68 (97,8%), фебрильная гиперпиретическая лихорадка 52 (74,5 %), симптомы раздражения брюшины 24 (34,8%), а также озноб, слабость, недомогание 24 (34,8), и только у 1 (2,2%) больных отмечалось асимптомное течение патологического процесса. Большая часть (48,7%) обследованных женщин указывали на острое начало заболевания, (15,4%) связывали его развитием с родами, абортами, внутриматочными диагностическими вмешательствами. У каждой 4-й больной воспалительный процесс был следствием применения внутриматочного контрацептива (ВМК). При этом наиболее тяжелые формы гнойно-воспалительных заболеваний имели женщины, пользовавшиеся ВМК более 5 лет (15,4%). У всех 70 больных диагноз основывался на оценке данных анамнеза, субъективных и объективных клинических признаках, результатах лабораторных и инструментальных методов обследования.

Необходимо отметить, что только 30,24% обследованных больных были госпитализированы в первые 24 часа от начала заболевания (рис.1).

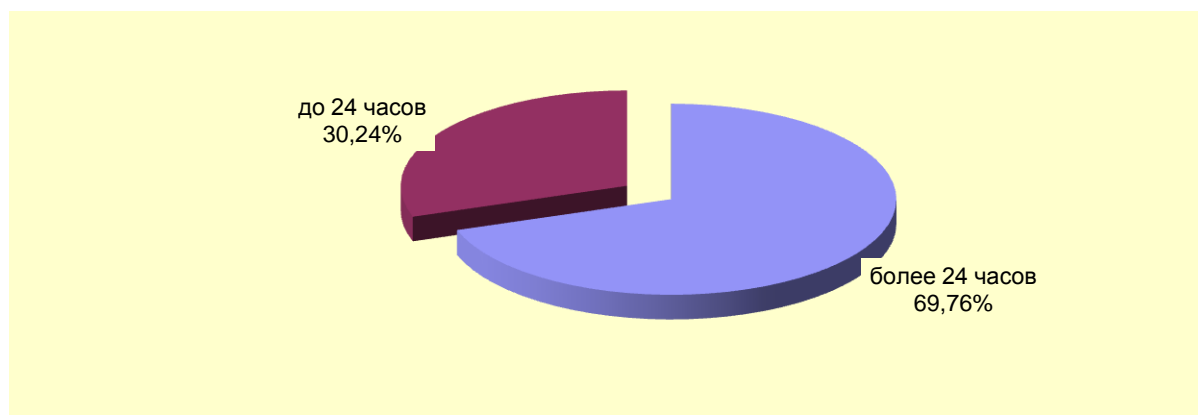


Рис. 1. Продолжительность догоспитального периода заболевания

До поступления в стационар 57,13% больных прошли курс лечения в условиях женской консультации сроком не менее 7 дней, 4,27% - в другом гинекологическом стационаре, 7,83% пытались лечиться самостоятельно.

Поведенческие факторы включали в себя раннее начало половой жизни, высокую частоту половых контактов, большое число половых партнеров. Раннее начало половой жизни (от 14 до 18 лет) отмечали 40 больных (66,77%), большое число половых партнеров (брак 2-й и >) имели 36 больные (52,35%).

Как фактор риска, при гнойных воспалительных заболеваниях придатков матки, важную роль играет наличие внутриматочного контрацептива. От общего числа больных, внутриматочный контрацептив имел место в 12,15%. У оперированных больных (I группа) эта цифра составила уже 38,21%. Установлена корреляция между продолжительностью использования внутриматочного контрацептива и возникновением гнойных воспалительных процессов (табл.4). У каждой второй пациентки I группы внутриматочный контрацептив находился более 6 лет. Что согласуется с данными других авторов (Радзинский В.Е., 2002 г., Покровская М.С., 2005 г., Подзолкова Н.М., 2005 г.).

Таблица №4

Длительность использования внутриматочного контрацептива

Длительность использования	А группа (n=30)		Б группа (n=40)	
	Абс.	%	Абс.	%
2 - 3 года	2	2,94	2	1,16
3 -5 лет	11	13,72	20	2,91
6 – 9 лет	10	11,76	8	1,55
10 лет и более	7	7,84	10	0,77

Среди сопутствующей экстрагенитальной патологии детские инфекции имели все женщины (100%); заболевания желудочно – кишечного тракта -9(13%); заболевания системы органов мочевого выделения –7(11%); заболевания системы органов дыхания –6(9%); заболевания эндокринной системы –5(7%); заболевания системы органов кровообращения - 3(4%).

Кроме того, наблюдалась сопутствующая патология органов малого таза: эрозия шейки матки –10 (14%); лейомиома матки – 5(8,7%); поликистозные яичники –4(7,6%); ретенционные кисты яичников –1(2,8%).

Средний койко/день пребывания в стационаре в основной группе составил 13,7, в контрольной группе -10,9.

При поступлении в стационар у54(78%)больных диагноз установлен в момент поступления, у 15(22%) - спустя несколько часов (но не более суток).

В основной и в контрольной исследуемых группах появление первых симптомов воспалительного процесса в большинстве наблюдений отмечалось на 5 -10 дни менструального цикла. При остром сальпингоофорите, возникшем впервые, стертое начало и течение наблюдалось всего у 2,41%. У основной массы больных наблюдали острейшее начало заболевания с повышением температуры тела, ухудшением общего состояния, сильных болей в нижних отделах живота; при наличии абсцессов - ознобы, дизурические явления (табл.5).

Таблица№5

Основные клинические симптомы заболевания

Клинические проявления заболевания	Абс.	%
Боль в области малого таза с различной иррадиацией	70	100
Повышение температуры	54	78
Бели	64	92
Нарушение менструального цикла	30	43
Дизурия	20	29
Рвота, диспепсия	7	11

Клинические проявления воспалительных заболеваний предопределили пути поступления в стационар (табл.6). Причем больные, доставленные в стационар скорой помощью или попутным транспортом, были в состоянии средней тяжести или ближе к тяжелому.

Пути поступления в стационар

	Абс.	%
Доставлены каретой скорой помощи	25	36
Поступили по направлению женской консультации	23	33
Обратились самостоятельно	8	12
Из приемного покоя хирургического корпуса	13	19

При поступлении больные проконсультированы хирургами в 34 случаях, терапевтами в 40. Также, при проведении дифференциального диагноза, больные осматривались урологом (11) и инфекционистом (4).

Изучение общего анализа крови и биохимических показателей.

В А группе наблюдений 25 (85,29%) больных, а во Б–35 (89,90%) - имели характерный лейкоцитоз. Количество лейкоцитов варьировало от $8,8 \cdot 10^9/l$ до $19,8 \cdot 10^9/l$. При изучении лейкограммы у 98 (96,07%) больных в основной группе и 28 (94,95%) в контрольной, выявлено изменение нейтрофилов, в частности палочкоядерных, в сторону их увеличения от 7% до 42%. У 18 (17,64%) больных в I группе отмечено появление юных форм нейтрофилов. Количество сегментоядерных нейтрофилов было повышено у каждой второй больной. Моноцитоз выявлен у 12 (40,19%) больных в I группе и у 10 (33,59%) - в контрольной. Повышение скорости оседания эритроцитов обнаружено в двух исследуемых группах у 66 (94,48%) больных от 15 до 65 мм/час. Как проявление интоксикации, в основной группе в 6 (22,54%) наблюдениях отмечалось снижение гемоглобина до 65 г/л. При биохимическом исследовании крови в 4 (16,6%) наблюдениях обнаружено снижение общего количества белка до 56 г/л. Протромбиновый индекс был изменен у 9 (32,35%) больных в основной группе и у 5 (13,59%) в контрольной - в сторону повышения его до 110%.

В А группе 2(8,82%) больных имели дисбактериоз влагалища с характерным симптомокомплексом. Во Б группе бактериальный вагиноз имел место у 7 (18,14%) больных. Дрожжеподобные грибы *Candida albicans* выявлены в основной группе у 2(6,86%) больных, в контрольной – в 2 (6,21%) наблюдениях. Трихомониаз обнаружен у 3-х больных (2,94%) в основной группе и у 1 (2,91%) больных в контрольной группе. Гонококки были выделены у 2-х больных (0,38%) в контрольной группе.

При бактериоскопии отделяемого из цервикального канала, уретры, влагалища у 94,15% обследованных выявлена III или IV степень чистоты влагалища, в остальных наблюдениях - II степень чистоты.

В посевах из гнойных полостей, маточных труб и брюшной полости во всех наблюдениях бактериальный рост отсутствовал.

По результатам лабораторного исследования для большинства (62,9%) больных было характерно наличие нейтрофильного лейкоцитоза. Степень выраженности лейкоцитоза, как правило, соответствовали тяжести инфекционного процесса, а лейкопения являлась неблагоприятным прогностическим признаком. У 71,2% обследованных обнаружено увеличение СОЭ, у 50,6% гиперфибриногенемия, у 17,5% - С-реактивного белка, у 10,7% снижение лимфоцитов (от 18 до 2%), что косвенно свидетельствовало об изменении иммунного статуса больных.

При бактериологическом исследовании мазков из цервикального канала, содержимого гнойно-воспалительных образований придатков матки или экссудата, полученного из брюшной полости при лапароскопии, наиболее часто выделялись стафилококки (19,0%), синегнойная палочка (16,7%), гонококки (11,2%), кишечная палочка (10,7%), и только в 19,0% наблюдений возбудитель заболевания не был идентифицирован. В результате скринингового серологического исследования больных у 60,1% из них обнаружены антитела к хламидиям. По нашим данным, наиболее часто бактериальный агент выделялся при исследовании содержимого гнойно-воспалительных тубоовариальных образований и значительно реже - экссудата, полученного из брюшной полости. На основании проведенного клинико-лабораторного и инструментального исследований была разработана тактика ведения больных с гнойно-воспалительными процессами в придатках матки. Лечение больных, как правило (в 93,4% случаев), начинали с комплексной противовоспалительной терапии, основной составляющей которой были антибиотики широкого спектра действия. Учитывая мультибактериальную природу заболевания, следует считать оправданным использование комбинации двух или трех современных антибактериальных препаратов с различной направленностью действия. Мы применяли следующие терапевтические схемы. Первая предусматривала сочетание цефалоспоринов и метронидазола (трихопола). Комбинация указанных препаратов высокоэффективна в отношении большинства грамположительных и грамотрицательных патогенных микроорганизмов, вызывающих воспалительный процесс в придатках матки. Такое сочетание антибиотиков предпочтительно у больных с тубоовариальными абсцессами, с инфекцией, связанной с внутриматочными вмешательствами или возникшей на фоне ВМК. Использование данной комбинации нецелесообразно при хламидийной и гонококковой этиологии воспалительного процесса. В этих случаях наиболее эффективна вторая терапевтическая схема, включающая доксициклин и один из антибиотиков группы цефалоспоринов. Отдавая предпочтение при лечении гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки комбинированному использованию двух - трех антибактериальных препаратов

синергического действия, мы не исключаем возможности проведения монотерапии антибиотиком с широким спектром действия, не вызывающим резистентности микрофлоры. По результатам исследования препаратами выбора следует считать цефтриксон и метранидазол, которые в стандартных дозах высокоэффективны в отношении большинства штаммов аэробных и анаэробных микроорганизмов, идентифицируемых при воспалительных процессах органов малого таза.

Однако мы полагаем, что эффективность консервативного лечения гнойно – воспалительных заболеваний придатков матки в первую очередь зависит от рационального выбора антибиотика (или комбинации антибактериальных средств синергического действия) и правильного определения оптимальной суточной и курсовой дозы вводимых препаратов.

Прогностическими факторами, определяющими эффективность комплексной противовоспалительной терапии являются динамика лихорадки, перитонеальных симптомов и показателей крови, отражающих острую фазу воспаления. Положительный ответ на антибактериальную терапию в течение 24-48 ч от начала внутривенного введения препаратов является основанием для ее продолжения в течение 10-14 дней.

Проведенные исследования показали, что полный клинический эффект при применении комплексной противовоспалительными терапии наблюдался у 22(17,3) женщин с гнойно- воспалительными заболеваниями придатков матки, что подтверждено данными динамического ультразвукового исследования и контрольной лапароскопии через 6-8 нед. после окончания курса лечения антибиотиками.

Отсутствие или недостаточный клинический эффект противовоспалительной терапии в течение 24-48ч от ее начала являлись показанием для проведения лечебно-диагностической лапароскопии или дренирования гнойных tuboовариальных образований под контролем ультразвукового исследования или компьютерной томографии. У 17 (12,5%) обследованных больных нами применен метод активного лапароскопического дренирования и пролонгированной санации брюшной полости с использованием универсальной канюли, устанавливаемой во время диагностической лапароскопии. Санацию проводили через каждые 24 ч под внутривенным обезболиванием в течение 3-7 сут. В процессе первой и последующих лапароскопии осматривали органы брюшной полости, лизировали спайки удаляли фибриноидные наложения с кишечника и внутренних половых органов, аспирировали гной (или экссудат), промывали просвет маточных труб и орошали брюшную полость 0,05% раствором хлорогексидина, а также прицельно проводили антибактериальные препараты к пораженным органам для снижения риска генерализации инфекции непосредственно перед лапароскопией и в

процессе ее проводили дезинтоксикационную инфузионную терапию с одновременным интенсивным внутривенным введением антибиотиков широкого спектра действия. Комплексная противовоспалительная терапия с применением динамической лапароскопии уже в 1-е сутки уменьшала симптомы интоксикации, способствовала купированию боли. Канюли из брюшной полости извлекали при устойчивом регрессе признаков острого воспаления и прекращении патологической экссудации, что подтверждалось данными цитологического исследования аспирата, полученного из брюшной полости при лапароскопии через 24,48, и 72 ч. У 38 (27,9%) больных в возрасте до 35 лет.

При недостаточном эффекте комплексной противовоспалительной терапии осуществлено дренирование гнойно - воспалительных образований придатков матки самофиксирующимся рентгеноконтрастными стилет -катетерами различной формы с наружными диаметром 2-5 мм . Через дренаж осуществляли пассивно - активную аспирацию гнойного содержимого с последующим бактериологическим и цитологическим исследованием аспирата, промывание полости абсцесса антисептиками, введение в нее антибактериальных препаратов в течение 3-5 сут. Одновременно продолжали инфузионную и общую антибактериальную терапию комбинацией цефтриаксона и метронидазола. В зависимости от места расположения гнойного образования по отношению к передней брюшной стенке и органам малого таза разработаны две модификации дренирования - трансабдоминальная и трансвагинальная. При прилегании тубо - овариального абсцесса или абсцесса яичника к передней брюшной стенке и отсутствии интерпозиции кишки и мочевого пузыря осуществляли дренирование стилет - катетерами из переднебрюшного доступа под контролем компьютерной томографии. При заднелатеральном расположении гнойных образований дренирование осуществляли через задний свод; влагалища под ультразвуковым контролем. Проведенный анализ ближайших и отдаленных (через 6-24 мес) результатов лечения показал, что выздоровление после применения в комплексной терапии динамической лапароскопии, трансабдоминального и трансвагинального дренирования наступило у 22 из 30 больных. Менструальный цикл был сохранен у 98,2 %,однако у 9,1 % больных отмечалась ановуляция, а у 34,5%- недостаточность лютеиновой фазы (по данным базальной термометрии и определению концентрации прогестерона в крови во второй фазе менструального цикла) . При гистеросальпингографии и (или) хроматосальпингоскопии у 58,2% женщин обнаружено нарушение проходимости одной или обеих маточных труб. Этим больным при контрольной лапароскопии (через 12-18 мес после окончания курса лечения) произведены реконструктивные операции - неосальпингостомия или сальпингоовариолизис, а также гистологическое исследование биоптата яичников.У

9,1 % обследованных женщин через 6- 18 мес. после дренирования абцесса яичника или тубоовариального абцесса наступила маточная беременность. Рецидив воспалительного процесса отмечен у 1(1,8%) больной. У 7 (12,7) больных проведенное лечение оказалось недостаточно эффективным, в связи, с чем в последующем было произведено хирургическое вмешательство у них было наличие сопутствующих заболеваний тела и шейки матки. У молодых женщин предпочтение отдавали органосохраняющим операциям - удалению измененных придатков матки или маточных труб .

При контрольном бактериологическом исследовании экссудата из брюшной полости через 24 ч после хирургического вмешательства роста микробной флоры ни в одном наблюдении не было выявлено. Проведенные исследования показали, что данный метод дренирования брюшной полости в послеоперационном периоде является более эффективным по сравнению с традиционным введением дренажей и микроирригаторов. Оценка результатов оперативного лечения показала, что независимо от объема хирургического вмешательства у 90,6% больных после операционный период протекал без осложнений, у 1 пациентки произведена релапаротомия в связи с развитием спаечной кишечной непроходимости , а в остальных случаях, где имелись осложнения отмечено расхождение краев кожной раны. Средний койко-день после операции составил 7-8 дней.

Анализ ближайших и отдаленных результатов лечения больных с гнойно - воспалительными процессами придатков матки с использованием разработанной нами тактики терапии показал ее эффективность. Дальнейшее совершенствование терапии воспалительных внутренних половых органов женщин тесно связано с внедрением в гинекологическую практику лапароскопии трансвагинальной эхографии, компьютерной томографии. Необходимо также разработка принципиально новых высоко эффективных схем антибактериальной терапии. Все это позволит реализовать наметившуюся в последние годы тенденцию к расширению показаний для органосохраняющих операций.

3.1 Сравнительный анализ эффективности антимикробной терапии послеоперационном периоде у женщин с осложненными формами гнойные воспалительные заболевания придатков матки.

Эмпирическое назначение схем антимикробных препаратов не всегда полностью воздействует на возможный спектр микробных агентов (внутриклеточные возбудители) при лечении пациенток с ВЗОМТ в стационаре. Поэтому, по нашему мнению, нельзя исключить у пациенток с гнойные воспалительные заболевания придатков матки хронизацию воспалительного процесса и возникновение в последующем осложнений, несмотря на клиническое улучшение. Основываясь на данных ретроспективного исследования, мы включили водну из задач исследования изучение эффективности антимикробной терапии послеоперационном периоде у 70 женщин с осложненными формами ГВЗПМ.

В связи с постановкой диагноза ГВЗПМ (осложненная форма) всем пациенткам до проведения оперативного лечения была назначена антимикробная терапия (цефазолин до 4,0 г в сутки; метронидазол до 1,0 г в сутки) и дезинтоксикационная терапия.

В первые сутки, от момента поступления, были прооперированы 20 (33,90±4,36%) пациенток; во вторые сутки – 40 (50,85±4,60%) женщин; на третьи сутки – 10 (15,25±3,31%) поступивших (рис. 11). В 30 случаев оперативное вмешательство было осуществлено лапароскопическим доступом.

Лапароскопическое вмешательство выполнялось по общепринятой методике под эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов, видеолапароскопической установки фирмы «VOLF» (США) и набора эндоскопических электрохирургических инструментов фирмы «KARL STORZ» (Германия).

В процессе операции использовали монополярную электрокоагуляцию в режиме "резания" и "коагуляции", и биполярную коагуляцию. После ревизии органов брюшной полости и малого таза, тщательного осмотра гнойного очага, производилось его выделение из спаек тупым и острым путем с применением аквадиссекции и постоянной аспирацией жидкости. По возможности проводили максимальное удаление налета фибрина с петель кишечника с целью уменьшения последующего образования спаечного процесса и ускорения восстановления моторики кишечника. В процессе операции производили забор отделяемого из очага для бактериального посева с целью верификации микроорганизмов и определения чувствительности к антибиотикам. Лапароскопическую санацию проводили с 0,02 % водным раствором хлоргексидина. Операцию заканчивали

дренированием брюшной полости одним или двумя силиконовыми дренажами. Интраоперационных осложнений у пациенток ОГ и ГС не было.

В зависимости от особенностей ведения послеоперационного периода нами были сформированы две группы: группа А и группа сравнения В.

По характеристике клинической симптоматики на момент поступления в стационар у женщин группы А и группы В достоверной разницы отмечено не было (табл.7). Аналогичными у женщин группы А и группы В были нозологические формы ГВЗПМ после верификации диагноза (табл.7).

Таблица №7

Клиническая симптоматика гнойные воспалительные заболевания придатков матки у пациенток обследуемых групп на момент поступления в стационар ($P \pm m$)

Клиническая симптоматика	Пациентки группы А (n=30)	Пациентки группы В (n=40)
1. Боль внизу живота:		
- умеренная	20 (66,67±4,27%)	26 (65,57±6,08%)
- резкая	10 (33,33±6,24%)	13 (34,43±6,08%)
2. Общая слабость, утомляемость	30 (100,0-6,56%)	40 (100,0-6,15%)
3. Выделения из половых путей:		
- бели	9 (31,58±6,57%)	14 (37,70±6,20%)
- гнойные	15 (50,88±6,62%)	18 (47,54±6,39%)
- сукровичные и/или кровянистые	5 (17,54±5,04%)	5 (14,75±4,54%)
4. Нарушение водного обмена (жажда, сухость во рту, сухой язык)	10 (33,33±6,24%)	13 (34,43±6,08%)
5. Дизурические расстройства	8 (26,32±5,83%)	13 (34,43±6,08%)
6. Симптомы раздражения Брюшины	10 (33,33±6,24%)	13 (34,43±6,08%)
7. Нарушение функции желудочно-кишечного тракта	10 (33,33±6,24%)	13 (34,43±6,08%)
8. Гипертермия (выше 38 ⁰ С)	15 (50,88±6,62%)	20 (52,46±6,39%)
9. Субфебрильная температура	14 (49,12±6,62%)	18 (47,54±6,39%)

Нозологическая форма заболевания	Группа А (n=30)	Группа В (n=40)
Сальпингоофорит в сочетании с пельвиоперитонитом и осложненными формами:		
- пиовар	3 (12,28±4,35%)	5 (14,75±4,54%)
- тубоовариальный абсцесс	6 (22,81±5,56%)	10 (26,23±5,63%)
- пиосальпинкс	8 (14,04±4,60%)	6 (16,39±4,74%)
- сальпингоофорит	15 (50,88±6,62%)	16 (42,62±6,33%)
- абсцесс Дугласова кармана	3 (12,28±4,35%)	4 (11,48±4,08%)

Объем оперативного вмешательства между группой А и группой В также не имел достоверной разницы (табл.8). Различие между группой А и группой В заключалось в особенностях назначения антимикробной терапии. В группу А были включены 30 женщин, которые после операции в качестве антимикробной терапии получали доксациклин доксициклина (по 100,0 мг 2 раза в сутки, 7 дней), лечение было продолжено амбулаторнона пероральный прием препарата. Общая продолжительность лечения составляла 7 дней. Одновременно доксациклином пациенткам продолжалось введение раствора метронидазола (2 дня).

Группу В составили 40 женщина, которым в качестве антимикробной терапии была назначена комбинация цефазолина и метронидазола.

Таблица №9

Объем оперативного лечения ГВЗПМ у пациенток обследуемых групп (P±m)

Вид оперативного вмешательства	Группа А (n=30)	Группа В (n=40)
Устранение спаечного процесса	30 (100,0-6,56%)	40 (100,0-6,56%)
Резекция яичника	2 (7,02±3,38%)	2 (6,56±3,17%)
Сальпингоэктомия с одной стороны	10 (33,33±6,24%)	12(31,15±5,93%)
Двухсторонняя альпингоэктомия	4 (12,28±4,35%)	3 (8,20±3,51%)
Сальпинготомия с одной стороны	3 (10,53±4,07%)	4 (11,48±4,08%)
Двухсторонняя сальпинготомия	2 (8,77±3,75%)	3 (8,20±3,51%)
Овариэктомия с одной стороны	1(3,51±2,44%)	2(6,56±3,17%)
Овариэктомия с двух сторон	1 (1,75±1,74%)	1 (1,64±1,63%)
Сальпингоофорэктомия с одной Стороны	4 (15,79±4,83%)	5(14,75±4,54%)
Двухсторонняя сальпингоэктомия	0	3 (8,20±3,51%)
Экстирпация/ампутация матки, дренирование брюшной полости	0	1(3,28±2,28%)

Помимо антимикробной терапии, пациенткам группы А был назначен Протефлазид (свечи по 1 млн. ЕД во влагалище, 2 раза в сутки, 10 дней).

После выписки всем пациенткам прием антимикробных препаратов и Протефлазид (свечи по 1 млн. ЕД во влагалище, 2 раза в сутки, 10 дней) было рекомендовано продолжить амбулаторно.

Анализ результатов исследования микробного пейзажа на этапе обращения пациенток в женскую консультацию (табл.14) показал, что у 25 (70,17±6,06%) женщин группы А и у 20 (72,13±5,74%) женщин группы В ранее были выявлены микробы, относящиеся к категории внутриклеточных

бактерий как патогенных, так и условно патогенных. При этом не все пациентки (по различным причинам) получили адекватную антимикробную терапию с последующим проведением контроля излеченности.

Таблица №10		
Характеристика микробного пейзажа у пациенток с ГВЗПМ (P±m)		
Вид микробного возбудителя	Группа А (n=30)	Группа В (n=40)
1. По данным амбулаторного наблюдения		
Mycoplasma genitalis	4 (15,79±4,83%)	6 (16,39±4,74%)
Ureaplasma urealyticum (>10 ⁴ в мл)	15 (50,88±6,62%)	19(47,54±6,39%)
Mycoplasma hominis (>10 ⁴ вмл)	3 (12,28±4,35%)	6 (16,39±4,74%)
Chlamydia trachomatis	5 (19,30±5,23%)	6(16,39±4,74%)
Trichomonas vaginalis	2 (8,77±3,75%)	4(11,48±4,08%)
Candida albicans	14 (47,37±6,61%)	17 (44,26±6,36%)
Staphylococcus spp.	4(14,04±4,60%)	7 (18,03±4,92%)
Streptococcus spp.	1(5,26±2,96%)	1 (3,28±2,28%)
Neisseria gonorrhoeae	1(3,51±2,44%)	1 (3,28±2,28%)
Herpes simplex virus I, II	20(68,42±6,16%)	24(60,65±6,25%)
Cytomegalovirus	15(52,63±6,61%)	22(57,38±6,33%)

Высоким был процент определения вирусной инфекции у женщин группа А и группа В (табл10.).

Зачастую микробные агенты были выявлены в ассоциациях, имеющих различные вариации (бактерии-вирусы-простейшие-грибы).Определение микробной флоры в стационаре (бактериоскопическое и бактериологическое исследования оперативного материала) было направлено на выявление патогенной флоры (табл.10), которая представлена внеклеточными микробными агентами.

Учитывая результаты исследования микробного пейзажа, назначение антимикробной терапии должно было направлено на подавление внутри- и внеклеточных микробных агентов, простейших

Таблица №11

Клинико-лабораторная характеристика комплексной терапии гнойные воспалительные заболевания придатков матки у пациенток обследуемых групп ($P \pm m$)

Параметры	Группа А (n=30)	Группа В (n=40)	Степень Статистической значимости (p)
Продолжительность постельного режима	1,44±0,3 дня	2,24±0,44 дня	<0,05
Продолжительность температурной реакции (выше 37 ⁰ С)	1,29±0,23 дня	2,31±0,34 дня	<0,05
Продолжительность изменений клинического анализа крови (лейкоцитоз, сдвиг формулы влево)			
- 1-й день после операции	57 (100%)	61 (100%)	>0,05
- 5-й день после операции	45 (78,95±5,40%)	30 (49,18±6,40%)	<0,001
Наличие ВК	10 (17,54±5,04%)	21 (34,43±6,08%)	<0,05
Продолжительность пребывания пациенток в стационаре после операции	6,68±0,53 дня	7,13±0,74 дня	>0,05

Мы придерживались данного принципа при назначении антимикробной терапии пациенткам группы А и группы В. Поэтому, как у женщин группы А, так и у женщин группы В продолжительность постельного режима и пребывание в стационаре достоверно не отличались (табл.11). Послеоперационных осложнений у женщин обследуемых групп не было.

Однако у пациенток группы А, принимавших доксациклин, воздействие на вне- и внутриклеточную флору осуществлялось сразу после оперативного вмешательства, тогда как у пациенток группы В воздействие на внутриклеточную флору осуществлялось только с третьих суток.

Именно с этим эффектом (табл.11) мы связываем наличие достоверной разницы в продолжительности температурной реакции ($p < 0,05$) и продолжительности воспалительной реакции крови ($p < 0,001$), которые свидетельствовали о том, что у женщин группы А адаптационные реакции в после операционном периоде были более совершенными.

Кроме этого, большее количество антимикробных препаратов (3-м - у женщин группы В, по сравнению с 2-мя - у женщин группы А) мы можем объяснить достоверным преобладанием у пациенток группы В ВК.

Таким образом, назначение в после операционном периоде пациенткам с осложненными формами ГВЗПМ терапии, включающей использование доксациклин, является рациональным и достоверно оправданным по сравнению с другими схемами антимикробного лечения .

Сравнительная характеристика клинической симптоматики пациенток группы обследования до и после назначения антимикробной терапии ($P \pm m$)

Параметры	Результаты до лечения (n = 70)	Результаты после лечения (n = 70)	Степень Статистической Значимости (p)
I. Жалобы:			
1. тянущие боли внизу живота	64 (92,78±2,63%)	14(20,62±4,11%)	<0,001
2. наличие обильных белей	31 (45,36±5,05%)	(0,0+3,96%)	<0,001
3. сукровично- кровянистые, мажущие выделения	13 (19,58±4,03%)	(0,0+3,96%)	<0,001
4. субфебрильная температура	5 (7,22±2,63%)	(0,0+3,96%)	>0,05
II. Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах:			
1. тип влагалищных выделений			
• обильные	31 (45,36±5,05%)	(0,0+3,96%)	<0,001
• умеренные	38 (54,64±5,05%)	28(40,25±4,98%)	<0,05
• минимальные	0 (0,0+3,96%)	41(59,79±4,98%)	<0,001
2.			
• белый	22 (31,96±4,73%)	(0,0+3,96%)	<0,01
	11 (16,49±3,77%)	59 (84,54±3,67%)	<0,001
	22 (31,96±4,73%)	10(15,46±3,67%)	<0,01
• желтый			
• кровянисто-сукровичный			
	13 (19,58±4,03%)	(0,0+3,96%)	<0,001
3. состояние слизистой влагалища			
• отек			
• гиперемия			
• кровоточивость			
	20 (28,87±4,60%)	(0,0+3,96%)	<0,001
	22 (31,96±4,73%)	(0,0+3,96%)	<0,001
	6 (9,28±2,95%)	(0,0+3,96%)	<0,05
III. Данные бимануального исследования:			
1. плотная округлая матка	70 (100,0-3,96%)	(74,23±4,44%)	<0,001
2. увеличенная матка	31 (45,36±5,05%)	5 (7,22±2,63%)	<0,001
3. ограничение подвижности матки	25 (37,11±4,90%)	14(20,62±4,11%)	<0,05
4. ограничение подвижности придатков	25 (37,11±4,90%)	14 (20,62±4,11%)	<0,05
5. уплотнение в области придатков	25 (37,11±4,90%)	14(20,62±4,11%)	<0,05
6. болезненность при смещении в области придатков	32 (46,39±5,06%)	5(7,22±2,63%)	<0,001

Дальнейшее обследование в женской консультации проводилось через 1 месяц после выписки из стационара. Верификация диагноза основывалась на данных анамнеза, жалобах, результатах клинического и лабораторного обследования, данных морфологического исследования плацент.

На основании данных клинико-диагностического и лабораторного методов обследования пациенткам был выставлен диагноз: ХЭ (100,0%); ВК (31,96±4,73%); БВ (29,90±4,65%); ГГ (26,80±4,50%); хронический сальпингоофорит (22,68±4,25%).

Таблица №13

Сравнительная характеристика данных УЗИ органов малого таза у женщин группы обследования до и после назначения antimicrobial терапии (P±m)

Параметры	Результаты до лечения (n = 70)	Результаты после лечения (n = 70)	Степень Статистической Значимости (p)
Утолщение эндометрия	58 (83,51±3,77%)	19 (27,84±4,55%)	<0,001
Повышение эхогенности Эндометрия	57 (81,44±3,95%)	18 (25,77±4,44%)	<0,001
Увеличение размеров Яичников	15 (22,68±3,57%)	3 (5,15±2,24%)	<0,001
Увеличение размеров маточной трубы	7 (10,31±3,09%)	5 (8,25±2,79%)	>0,05
Наличие спаечного процесса в малом тазу	10 (14,43±3,57%)	10 (14,43±3,57%)	>0,05

Лечебные мероприятия проводились комплексно и последовательно с учетом всех звеньев патогенеза заболевания.

Первый этап терапии заключался в элиминации микробного возбудителя. При наличии ВК в первую очередь проводили лечение патологического состояния пациентки. С этой целью использовали комбинированную терапию: системный антибиотик

флюконазол применялся однократно по 150 мг per os в сочетании с трехкратным использованием вагинального крема клиндацин в первый день лечения.

Таблица №14

Характеристика микробного пейзажа из влагалища у пациенток группы обследования

(P±m)

Вид микробного возбудителя	Результаты до лечения (n = 70)	Результаты после лечения (n = 70)	Степень статистической Значимости (p)
Mycoplasma genitalium	6 (9,28±2,95%)	(0,0+3,96%)	<0,05
Ureaplasma urealyticum 10 ⁴ в мл)	15 (21,65±4,18%)	(4,12±2,02%)	<0,001
Chlamydia trachomatis	3(5,15±2,24%)	(0,0+3,96%)	>0,05
Trichomonas vaginalis	3 (5,15±2,24%)	(0,0+3,96%)	>0,05
Candida albicans	29 (42,27±5,02%)	(0,0+3,96%)	<0,001
Staphylococcus spp.	4 (6,18±2,44%)	(0,0+3,96%)	>0,05
Streptococcus spp.	2 (4,12±2,02%)	(0,0+3,96%)	>0,05
Neisseria gonorrhoeae	1 (1,03±1,03%)	(0,0+3,96%)	>0,05
Herpes simplex virus I, II	13(19,59±4,03%)	(0,0+3,96%)	<0,001
Cytomegalovirus	5 (7,22±2,63%)	(0,0+3,96%)	>0,05

При клиническом эпизоде генитального герпеса (ГГ) назначали валацикловир – по 500,0 мг 2 раза в сутки в течение 5-7 дней с последующим назначением инозин пранобекса. Контроль за эффективностью антимикробной терапии осуществляли через 1 месяц после окончания лечения. Вторым этапом лечения было назначение физиотерапии (магнитотерапия, лазеротерапия). На третьем этапе лечебных мероприятий 22 (22,68±4,25%)

пациенткам было проведено хирургическое лечение: в 8 (8,25±2,79%) случаях была выполнена гистероскопия (рассечение синехий в полости матки); в 14 (14,43±3,57%) случаях проводилось лапароскопическое вмешательство по поводу наличия сактосальпинкса, перитубарных спаек.

По данным нашего исследования, у 25 (25,77±4,44%) пациенток в биоптате из полости матки выявить возбудителя не удалось. Во всех остальных случаях (74,23±4,44%) были выявлены ассоциации возбудителей (табл.14). Именно смешанный характер микробной флоры (вирусы-бактерии-грибы-простейшие) затрудняет проведение лечебных мероприятий способствует хроническому течению процесса. В этой связи считаем целесообразным начинать терапию с коррекции ВК (флуконазол)БВ (метронидазол) и использования препаратов, усиливающих продукцию интерферонов (протекфлазид), с последующим применением антибактериальных препаратов широкого спектра действия, влияющих как на вне-, так и на внутриклеточных микробных агентов. Полученные результаты свидетельствуют о достоверной положительной динамике лечения пациенток на основе клинических (табл. 12); диагностических (табл.14) и лабораторных (табл. 11) методов обследования для представителей класса Molluscum, C.albicans и Herpes simplex virus. Таким образом, рациональная антимикробная терапия хронических форм ГВЗПМ, способствующая элиминации инфекционных возбудителей, является важным фактором предгравидарной подготовки пациенток с преждевременным прерыванием беременности.

3.2. Выбор рациональной тактики лечения хронических форм гнойные воспалительные заболевания придатков матки использованием иммуностимулирующей терапии

В результате выполненных на ретроспективном этапе исследований нами было получены данные, свидетельствующие о том, что у каждой третьей женщины с хроническими формами ГВЗПМ в цервикальном канале шейки матки определяется кишечная микрофлора (*E. coli*, *Klebsiella* и *Proteus mirabilis*, *Enterococcus faecalis*).

Нами были обследованы 49 женщин с хроническими формами ГВЗПМ, у которых в цервикальном канале была выявлена *E. coli* в обильном росте. Верификация ГВЗПМ была основана на жалобах пациенток (боли внизу живота, диспареуния, выделения из влагалища); данных бимануального исследования (болезненность при пальпации матки, придатков; «шарообразная» форма матки), а также по результатам УЗИ органов малого таза. Так, по данным УЗИ нами были выявлены следующие признаки ХЭ: неоднородная

структура матки - у 34 (69,39±6,58%); мелкие эхогенные включения в проекции базального слоя - у 23 (46,94±7,13%); неравномерность толщины базального слоя - у 32 (65,31±6,80%); неоднородная структура миометрия (субэндометриального слоя) - 13 (26,53±6,31%) пациенток.

По результатам УЗИ было отмечено наличие увеличенных размеров яичников: левый яичник - 22,61±0,27 см³; правый яичник - 24,98±0,32 см³. Наличие мелкодисперсной структуры внутрикистозных включений в яичниках было отмечено у 30 (61,22±6,96%) пациенток. УЗИ признаками сальпингита были: эхогенные линейные образования (внутрирубарные спайки) - у 11 (22,45±5,96%) пациенток; наличие сактосальпинкса - у 7 (14,29±5,00%) пациенток.

После окончательной верификации диагноза, определения уровня патогенности, микробной обсемененности и чувствительности к антибиотикам, лечебные мероприятия в группах I и II были проведены согласно намеченной цели исследования.

Для оптимизации лечебных мероприятий нами был проведен анализ результатов лечения с использованием иммуностимулирующего препарата, протезлазида.

У 36 (73,47±6,31%) пациенток *E. coli* встречалась в микробных ассоциациях ($p < 0,05$), в состав которых также входили *U. urealiticum*, *Staphylococcus spp.* и др.

Изучение факторов патогенности *E. coli* свидетельствовало о том, что он был отмечен у всех пациенток группы А и группы В I. Определение чувствительности микробной флоры цервикального канала к антимикробным препаратам у пациенток с хроническими формами ГВЗПМ показали, что у *E. coli* выявлена высокая степень чувствительности (69,49±5,99%) к макролидам (доксациклин) по сравнению с амоксициллин-клавуланатом (20,34±5,42%), $p < 0,001$; цефотаксимом (20,34±5,42%), $p < 0,001$; цефоперазоном (42,37±6,43%), $p < 0,01$.

В зависимости от схемы лечения, 70 пациенток были распределены нами на 2 идентичные по клиническому течению и результатам лабораторного исследования группы.

Различие было обусловлено проводимой лечебной тактикой. Группу А составили 30 пациенток, схема лечебных мероприятий у которых включала назначение антимикробных препаратов. В группу А были включены 30 женщин, которые после операции в качестве антимикробной терапии получали доксициклин доксициклина (по 100,0 мг 2 раза в сутки, 7 дней), лечение было продолжено амбулаторно на пероральный прием препарата. Общая продолжительность лечения составляла 7 дней. Одновременно доксициклином пациенткам продолжалось введение раствора метронидазола (2 дня).

Группу В составили 40 женщины, которым в качестве антимикробной терапии была назначена комбинация цефазолина и метронидазола. Динамику лечебных мероприятий мы отслеживали до начала лечения, на 5-й и 10-й дни лечения (табл.)

На 5-день проведения лечебных мероприятий нами была получена положительная динамика как у пациенток группы 1, так и группе 2 обусловленная в первую очередь антимикробным действием дорамицина. Достоверных различий между группами получено не было. На 10-й день динамического наблюдения у пациенток группы 1 мы не отметили наличия жалоб и объективных изменений со стороны органов репродуктивной системы по намеченным параметрам исследования, тогда как 4 пациентки группы 2 предъявляли жалобы на наличие болей в поясничной области, дискомфорт при пальпации нижних отделов живота.

Дальнейшее клиническое и лабораторное обследование (по представленным выше параметрам) мы провели через 6 недель после окончания курса антимикробной терапии. Полученные результаты свидетельствовали о том, что у пациенток группы 1 данных за обострение воспалительного процесса не было. Результаты бактериологического исследования в течение года свидетельствовало об отсутствии у пациенток группы 1 рецидивов заболевания.

Динамического наблюдение за пациентками группы 2 показало, что через 6 недель после окончания курса антимикробной терапии 4 пациентки предъявляли жалобы на наличие болей в поясничной области, дискомфорт при пальпации нижних отделов живота. Кроме этого, 8 пациенткам была проведена локальная антимикробная терапия, поскольку у них имел место, а при проведении микроскопии отделяемого из цервикального канала было отмечено наличие ≥ 10 полиморфноядерных лейкоцитов

Динамика эффективности антимикробной терапии в сочетании с иммуностимулирующий препаратом у пациенток

с хроническими формами ГВЗПМ (P±m)

Параметры	Группа I (n=30)			Группа II (n=40)		
	До лечения	5-й день лечения	10-й день лечения	До лечения	5-й день лечения	10-й день лечения
1. Характер жалоб:						
- ноющие боли внизу живота и поясничной области;	(100%)	(20,0±8,0%)	(0,0+13,79%)	(100,0-14,28%) (58,33±11,06%)	(25,0±8,84%)	4 (16,67±7,61%)
- выделения из влагалища;	(56,0±9,93%)	(0,0+13,79%)	(0,0+13,79%)	(58,33±11,06%)	(0,0+14,28%)	0 (0,0+14,28%)
- дизурия	(48,0±10,0%)	(0,0+13,79%)	(0,0+13,79%)		(0,0+14,28%)	0 (0,0+14,28%)
2. Данные объективного осмотра:						
- swab test	(100,0-13,79%)	(0,0+13,79%)	(0,0+13,79%)	(100,0-14,28%)	(0,0+14,28%)	0 (0,0+14,28%)
- кровоточивость, отек и эритема в области наружного зева	(100,0-13,79%)	(0,0+13,79%)	(0,0+13,79%)	(100,0-14,28%)	(0,0+14,28%) (16,67±7,61%)	0 (0,0+14,28%) 4
цервикального канала						
- болезненные тракции шейки	(100,0-13,79%)	(20,0±8,0%)	(0,0+13,79%)	(100,0-14,28%)	(16,67±7,61%)	(16,67±7,61%)
Матки						
- болезненность при пальпации в	(100,0-13,79%)	(20,0±8,0%)	(0,0+13,79%)	(100,0-14,28%)	(16,67±7,61%)	4 (16,67±7,61%)

нижних отделах живота - болезненность в области Придатков	(100,0-13,79%)	(20,0±8,0%)	(0,0+13,79%)	(100,0-14,28%)		4 (16,67±7,61%)
3. Данные микроскопии: - ≥ 10 полиморфноядерных лейкоцитов в мазке из цервикального канала (по Граму)	(100,0-13,79%)	(0,0+13,79%)	(0,0+13,79%)	(100,0-14,28%)	(0,0+14,28%)	0 (0,0+14,28%)

При бактериологическом исследовании содержимого цервикального канала у этих пациенток был отмечен скудный рост *E. coli*. В течение года у 3 (12,5%) пациенток группы II был рецидив ГВЗПМ, что потребовало проведения системной антимикробной терапии.

Следовательно, эффективность лечебных мероприятий у пациенток группы I было достоверно выше, чем в группе II ($p < 0,01$). Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о том, что лечение пациенток с хроническими формами ВЗОМТ, у которых был высеян обильный рост *E. coli*, обладающей признаками патогенности, наряду с антибиотиками, требует использования в схеме иммуностимулирующих препаратов. Нами был использован иммуностимулирующий препарат, Протефлазид в виде вагинальных свеч в течении 10 дней.

Назначение иммуностимулирующего препарата, Протефлазид в виде вагинальных свеч в течении 10 дней, не только препятствует развитию рецидивов ГВЗПМ, но и уменьшает количество курсов антимикробной терапии, т.к. происходит 100% элиминация *E. coli*.

Данный универсальный иммуностимулирующий препарат активирует механизм иммунной защиты организма через слизистую оболочку основных систем и поддерживает действие этих механизмов на высоком уровне. Сюда входит гуморальный и клеточный иммунный ответ, в результате чего укрепляется естественная защита организма от инфекций, в том числе *E. coli*.

Данный препарат стимулирует выделение специфического иммуноглобулина к тем штаммам *E. coli*, которые используются при производстве препарата. Препарат сокращает число рецидивирующих инфекций, уменьшает количество и выраженность сопутствующих симптомов, а также сокращает необходимость применения антибиотиков.

Поскольку большинство возбудителей инфекционного процесса (вирусы, бактерии) обладают тропностью к клеткам сосудистой стенки, это повреждает их мембраны, что способствует формированию тромбов.

Клинические наблюдения включали 30 пациенток в возрасте от 20 до 33 лет с указанием на 2 и более самопроизвольных выкидыша, преждевременные роды, антенатальной смертностью и уродствами внутриутробного плода. Обследование включало изучение анамнестических данных, общий и гинекологический осмотр, цитологическое исследование мазков из влагалища, выявление инфекций, передающихся половым путем, иммуноферментным анализом в сыворотке крови – вирус простого

герпеса (ВПГ), цитомегаловирусы (ЦМВ), генитальный хламидиоз, уреаплазмоз. Для диагностики ВПГ, ЦМВ, токсоплазмоза применяли метод иммуноферментного анализа (ИФА) сывороток венозной крови пациенток. Для иммуноферментного анализа пользовались иммуноферментным анализатором «HumareADEDsingle» (Германия) (IgM и IgG).

В комплексной терапии наряду с противовирусной, антибактериальной, витаминотерапией Гроприносин назначают одновременно половым партнерам по 2 таблетки 3 раза в сутки ежедневно в течение 10 дней. Эффективность препарата оценивалась по клиническим проявлениям, жалобам, данным лабораторного обследования в процессе лечения, через один месяц, после курса лечения.

Средний возраст обследованных в среднем составил $27 \pm 0,6$ лет. В анамнезе пациентов были самопроизвольные выкидыши, неразвивающиеся беременность в сроке от 4 до 12-13 недель, обильные выделения из половых путей, эндоцервициты. При сборе акушерского анамнеза выявлено, что у 3(10%) женщин имеются дети с детским церебральным параличом (ДЦП), которые родились от преждевременных родов, и у 2 (6,6%) женщин умерли дети до года от гидроцефалии тяжелой степени (3,4). При изучении соматического анамнеза пациенток надо отметить, что 23 % женщин указывали на часто (2-3 раз в год) перенесенный грипп и ОРВИ, что, видимо, обусловлено дефектами иммунитета. Помимо этого, 45,2% женщин страдали железодефицитной анемией до наступления беременности, 3 % - хроническим пиелонефритом. У 18,5 % женщин выявлено диффузное увеличение щитовидной железы 1 и 2 степени и на заболевания желудочно-кишечного тракта указывали 10,3% пациенток. При изучении гинекологического анамнеза женщин установлено, что нарушение менструальной функции имело место 6,7% случаев. Также выявлено, что до наступления беременности кольпитами страдали 9(30%) женщин. Воспалительные заболевания шейки матки, в том числе эндоцервицитами и цервицитами страдали 15 (50%) женщин. Диагноз TORCH – инфекции был подтвержден результатами лабораторных исследований. По характеру инфицирования пациентки распределились следующим образом: с герпесвирусной инфекцией – 5 (16,6%), с сочетанием герпесвирусной и цитомегаловирусной инфекций – 10 (33,3%), с сочетанием вирусно-хламидийной инфекций – 11 (36,63%), цитомегаловирусная и токсоплазмозная инфекция – 4 (13,3%). При исследовании чистоты влагалищного мазка 3 степень чистоты выявлено у 12 (40%), 4 степень – у 15 (50%), а 2 степень выявлено у 3 (10%) женщин. Практически у всех пациенток при осмотре шейки матки в зеркалах выявлены признаки диффузного воспалительного процесса, среди

которых преобладали экзо- и эндоцервициты. Вирусная инфекция была представлена мелкими белесыми высыпаниями. Очень часто кольпоскопия сопровождалась локальным контактным кровотечением – 13 (43,3%) женщин.

На фоне комплексного лечения Протефлазида около половины пациенток уже на первые сутки отмечали значительное уменьшение болей и выделений из половых путей, чувство жжения и зуда. К концу курса лечения 24 (80%) женщин отметили отсутствие каких-либо жалоб. Только четырех (13,3%) пациенток продолжали беспокоить бели, однако в значительно меньшем количестве, чем до лечения. По данным ИФА после комплексного лечения Протефлазидом через месяц спустя отмечено снижение титров токсоплазмы и хламидии до 90 %, а ВПГ и ЦМВ на 78,9 % соответственно, что и требует второй курс терапии. Хотелось бы отметить, что во время лечения с Протефлазидом и в течение 3-6 месяцев у пациенток не отмечалось заражение гриппом и ОРВИ. Критериями излеченности принято считать положительную динамику при кольпоскопии, снижение титра вирусов по данным ИФА.

Результаты наших исследований свидетельствуют о том, что препарат Протефлазидом при комплексном лечении урогенитальных инфекций оказал положительное влияние на общее состояние пациенток и показатели кольпоскопии и ИФА.

Таким образом включение иммуномодулятора Протефлазидом в комплексное лечение у пар с TORCH – инфекцией повышает защитно-адаптационные процессы, способствующие выведению больных с TORCH – инфекцией из вторичного иммунодефицитного состояния.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данные прогностической таблицы использовались для подбора порогового прогностического коэффициента, позволяющего решить вопрос о проведении только консервативной терапии или оперативного лечения индивидуально взятой больной.

Проведенные исследования дают основание утверждать, что поэтапное использование методов лабораторной, инструментальной диагностики, использование системного анализа позволяет в абсолютном большинстве случаев однозначно решить вопрос о нозологической принадлежности гнойных образований маточных труб и яичников.

Для диагностики urgentных состояний, связанных с острымигнойными воспалительными заболеваниями придатков матки, лабораторно-инструментальные методы дают дополнительную информацию к уже сложившемуся пониманию клиницистом характера патологического процесса, корректируя направление намеченной тактики ведения. Полученные выводы о характере влияния диагностических критериев на выявление гнойных воспалительных заболеваний придатков матки в целом соответствуют литературным данным, что говорит о репрезентативности нашего исследования (Гельфанд Е.Б., и соавт., 2000, Котов Ю.Б., 2004). Исследование характера влияния 97 диагностических критериев и 204 их градаций на выявление гнойных форм острых воспалительных процессов в области придатков матки создало все необходимые предпосылки для разработки способов индивидуальной системы диагностики последних. Опыт разработки табличных способов диагностики довольно разнообразен (Драгун И.А., 2006, Татаринцев П.Б., 2006) и показывает, что для высокоэффективного диагностирования (не менее 85% в точности распознавания) требуется суммарная информативность таблицы не менее 30,0.

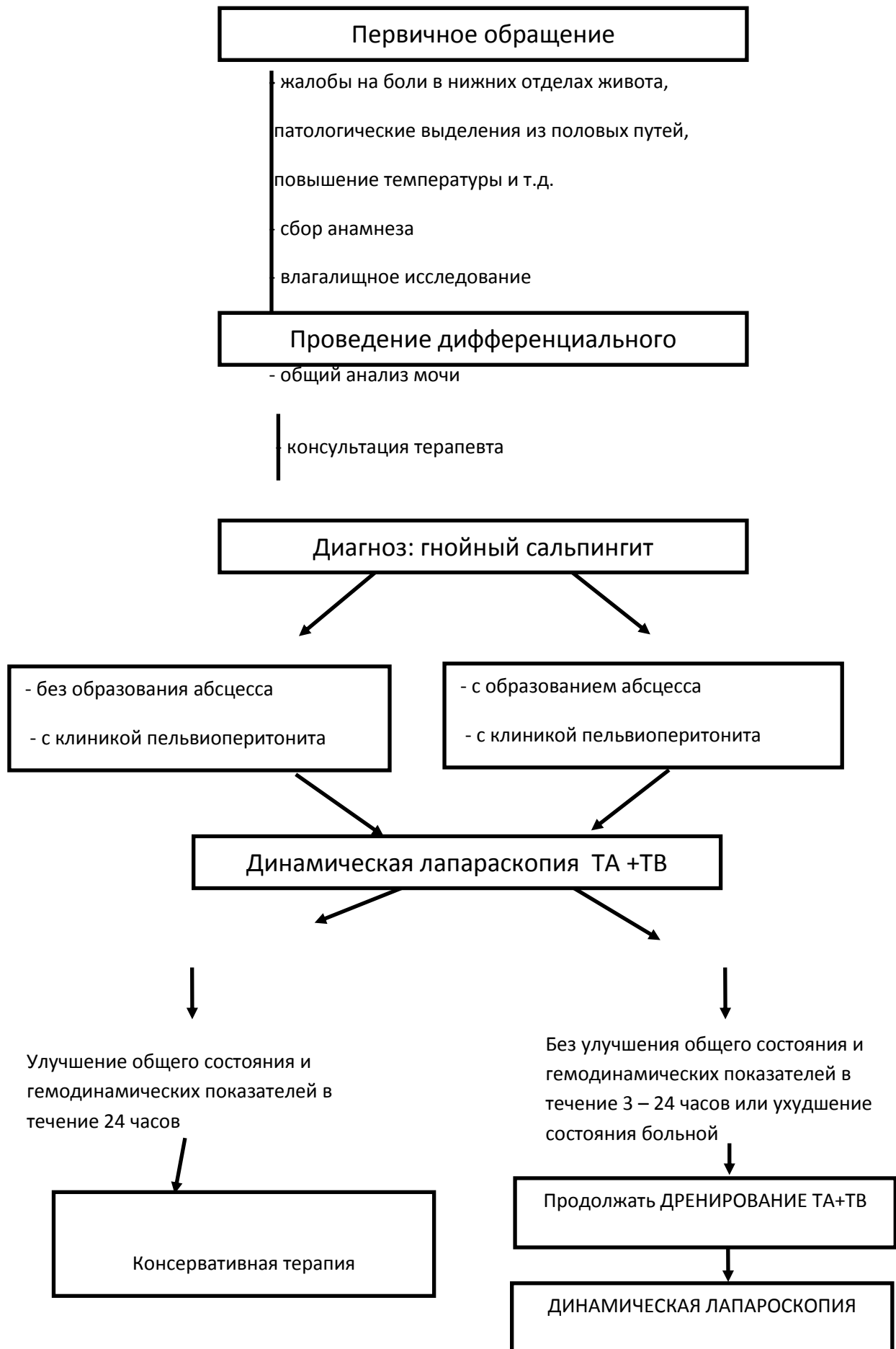


Рис 2.. Алгоритм обследования больных с ГВЗПМ

Были сформированы диагностические таблицы на основе и с учетом классификации диагностических критериев и соответствующих им градаций, что по данным литературы приводит к снижению числа ошибок (Гублер Е.В., 1992). Для каждого диагностического критерия рассчитаны диагностические коэффициенты которые меняли свое значение в пределах ± 120 . Была разработана процедура диагностики, которая заключалась в арифметическом сложении диагностических коэффициентов соответствующих градаций. Проверка таблицы показала ее высокие диагностические возможности.

Для всех блоков диагностических критериев, а также для всей таблицы в целом была рассчитана суммарная информативность ($\Sigma I_{табл}$). Затем мы определяли удельный вес влияния каждого блока диагностических критериев на выявление ГВЗПМ (рис. 3).

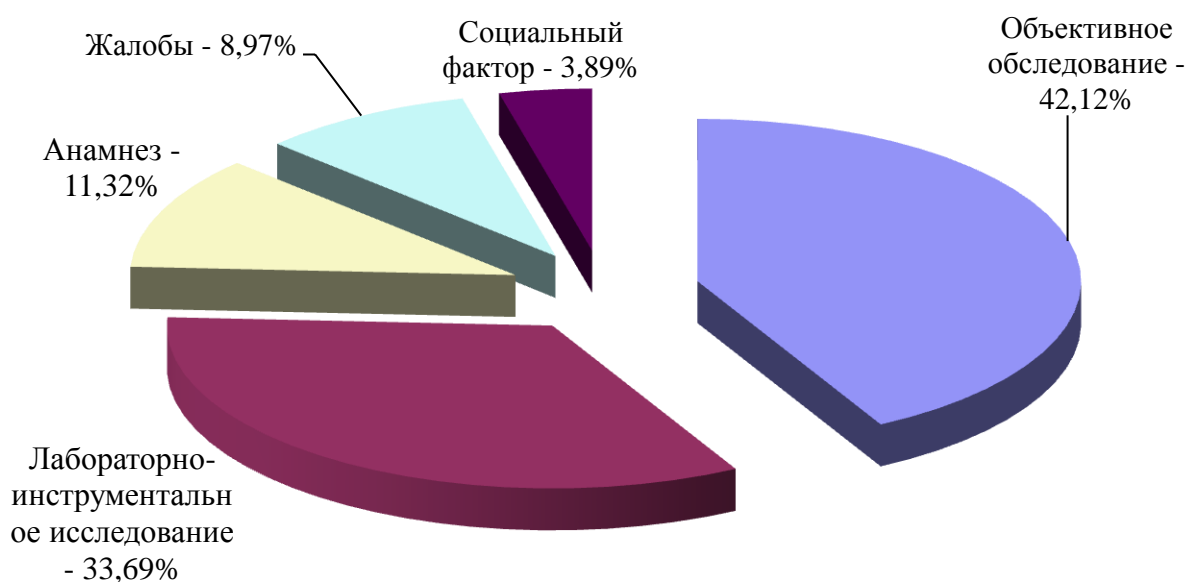


Рис. 3. Удельная информативность блоков диагностических критериев

Однако прикладное значение использованных методов не ограничивается созданием диагностических таблиц. С нашей точки зрения более интересной представляется возможность не диагностики, а прогнозирования патологических состояний. Последнее положение позволяет осуществлять раннюю диагностику и применять точно-направленные превентивные меры для предотвращения опасных осложнений. В нашем случае данная возможность имеет огромное значение, прежде всего в отношении органосохраняющей тактики лечения и предотвращении необратимых морфологических изменений, что является необходимым условием сохранения гормональной и репродуктивной функций женщины.

Полученные результаты позволили создать четыре группы диспансерного наблюдения: высокого риска – 89%; неблагоприятного прогноза – 34%; внимания – 21%; благоприятного прогноза – 8%. На основании данных градаций каждой женщине может назначаться соответствующий комплекс рекомендаций.

При наблюдении женщин в стационаре рассчитывался прогноз с определенной вероятностью осложнений: I группа - практически абсолютного риска – 100 %; II - группа высокого риска – 83%; III - группа внимания – 21%; IV - группа практически отсутствующего риска – 0%.

Прогнозирование исходов ГВЗПМ позволило разработать дифференцированный подход к лечению воспалительных процессов и мониторингу состояния. Больные, входящие в I группу, требуют раннего оперативного вмешательства для санации очагов инфекции малого таза с последующим дренированием; агрессивную антибиотикотерапию препаратами широкого спектра действия, дезинтоксикационную терапию инфузионными средами и др. меры активного лечения. Пациентки II группы нуждаются в массивной противовоспалительной терапии в условиях стационара, включающей антибактериальную, инфузионную терапию, а при отсутствии эффекта необходимо раннее оперативное лечение для обеспечения условий санации малого таза. Женщины III группы проходят курс стационарного лечения по общепринятым методикам. Пациентки IV группы могут получать лечение, находясь на дневном стационаре гинекологического отделения или в поликлинических условиях женских консультаций.

ВЫВОДЫ

1. В структуре гинекологических заболеваний ГВЗПМ составляет 30,3% и позднее обращение больных в стационар, длительное ношение внутриматочного контрацептива усугубляет развитие данной патологии.

2. Современный метод лечения ГВЗПМ лапароскопическим путем вместе с трансвагинальным дренированием брюшной полости с целью сохранения репродуктивных органов в послеоперационном периоде является более эффективным по сравнению с традиционным введением дренажей и микроирригаторов.

3. Оценка результатов оперативного лечения показала, что у 90,6% больных послеоперационный период протекал без осложнений, у 1 пациентки произведена релапаротомия в связи с развитием спаечной кишечной непроходимости, а в остальных случаях, где имелись осложнения отмечено расхождение краев кожной раны. Средний койко- день после операции составил 7-8 дней.

4. Предложенный алгоритм диагностики и лечения больных с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки – позволяет провести дифференциальный диагноз и выбрать адекватный метод лечения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При острых гинекологических заболеваниях в комплексном лечении с целью органосохранения необходимо провести операцию динамическая лапараскопия с трансабдоминальным и трансвагинальным дренированием.
2. Комбинированное лечение вместе с азитромицином и протеклазидом на фоне антибактериальной терапии улучшает эффективность проводимой терапии, способствует сохранению репродуктивных резервов пациентки.
3. В практической работе врачей акушеров – гинекологов следует использовать разработанный алгоритм диагностики и лечения гнойных воспалительных заболеваний органов малого таза.
4. ВМК носить только до 5 лет, долгое нахождение его в матке способствует к воспалительным осложнениям придатков матки, у удалить ВМК надо после регресса болезни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия: практич. рук-во / Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда. М.: Литтерра, 2006. - 168 с.
2. Авдеева, М.Г. Патогенетические механизмы инициации синдрома системного воспалительного ответа / М.Г. Авдеева, М.Г. Шубич // Биохимия. 2003. - №6. - С.3-10.
3. Адамян, Л.В. Лазерная доплеровская флоуметрия у больных с миомой матки и доброкачественными опухолями яичников / Л.В. Адамян, Т.Ю. Смольнова, В.В. Сидоров // Вопросы гинекологии, акуш. и перинатол. -2006. Т. 5, №5. - С. 34-39.
4. Азимов, Ф.Р. Метаболизм оксида азота в лейкоцитах у женщин с гнойным воспалительным процессом в придатках матки / Ф.Р. Азимов // Врач-аспирант. 2006. - Т. 2, № 11. - С. 104-110.
5. Азимова, Г.А. Диагностика и лечение больных с сочетанными острыми хирургическими и гинекологическими заболеваниями / Г.А. Азимова, Д.Ф. Курбанова, Р.А. Мамедов // Акушерство и гинекол. 2009. - №5. - С. 31-32.
6. Актуальность реакции ПОЛ с содержанием оксидантов в крови у женщин с воспалением и опухолевыми заболеваниями яичников / А.Р. Антонов, Е.Э. Блюм, И.Д. Сафронов и др. // Успехи соврем, естествознания. 2003. -№ 12.-С. 32.
7. Аленькина, С.А. Иммунологические реакции при инфекционно-воспалительных заболеваниях женских половых органов / С. А. Аленькина, О.П. Виноградова, Г.В. Коршунов // Клинич. лаб. диагностика.- 2007. №9. - С. 69.
8. Антибактериальная терапия воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин / Г.В. Ершов, Д.Н. Бочкарев, И.В. Смоленов и др. // Клинич. микробиол. и антимикроб, химиотерапия. 2002. - Т. 4. - С. 20.

9. Аракелян, Б.В. Совершенствование диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки, осложненных перитонитом: автореф. дис. . канд. мед. наук / Б.В. Аракелян. СПб., 2004.-19 с.
10. Арыбжанов, Д.Т. Региональная химиотерапия в предоперационном лечении больных раком желудка / Д.Т. Арыбжанов, А.Р. Сабуров // Сибирский онколог, журн. 2009. - №1. - С. 17-18.
11. Балакшина, Н.Г. Дифференциальная диагностика гнойных воспалительных tuboовариальных образований, воспалительных tuboовариальных комплексов и рака яичника / Н.Г. Балакшина Л.И. Кох // Сибирский мед. журн. 2010. - Т. 25, № 4. - Вып. 2. - С. 59-63.
12. Балакшина, Н.Г. Оптимизация лечения гнойных воспалительных заболеваний придатков матки / Н.Г. Балакшина // Сибирский мед. журн. Томск. 2008. - №4, Вып. 1. - С. 77-78.
13. Балакшина, Н.Г. Прогнозирование исходов хирургического лечения гнойных воспалительных заболеваний придатков матки / Н.Г. Балакшина, Л.И. Кох, В.П. Леонов // Сибирский мед. журн. 2009. - №3, Вып. 1. - С. 7-11.
14. Балакшина, Н.Г. Факторы риска развития гнойных воспалительных заболеваний придатков матки и аспекты хирургического лечения / Н.Г. Балакшина // Сибирский мед. журн. Томск. 2009. - № 2. - С. 112-117.
15. Балакшина, Н.Г. Хирургическое лечение осложненных гнойных воспалительных заболеваний придатков матки / Н.Г. Балакшина, Л.И. Кох // Бюл. сибирской мед. 2010. - Т. 9, №1. - С. 70-75.
16. Батыршина, С.В. Инфекции, передающиеся половым путем: особенности эпидемического процесса, клиники и диагностики / С.В. Батыршина, РФ.
17. Батыршин // Практич. мед. 2011. - №48. - С. 12-16.
18. Белоусов, Ю.Б. Формулярная система в антибиотикотерапии / Ю.Б. Белоусов, Е. А. Ушкалова // Антибиотики и химиотерапия. 2001. - Т. 46, №11.-С. 23-35.

19. Бигнелл, С.Дж. Европейское руководство по гонорее / С.Дж. Бигнелл // ИППП. 2002. - №2. - С. 38-40.
20. Богатова, И.К. Характеристика воспалительных заболеваний гениталий, возникших на фоне внутриматочной контрацепции / И. К. Богатова, И.П. Аминодонова // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекол. 1999. - №4. - С. 62-65.
21. Богданова, Н.И. Методы экстракорпоральной гемокоррекции и малоинвазивной хирургии в лечении гнойных воспалительных заболеваний придатков матки: автореф. дис. . канд. мед. наук / Н.И. Богданова. Кемерово, 2001. - 23 с.
22. Богданова, Н.И. Современные представления о патогенетическом лечении гнойных воспалительных заболеваний придатков матки / Н.И. Богданова, Г.А. Ушакова // Мать и дитя в Кузбассе. 2003. - Т. 14, №3. - С. 14-18.
23. Богдасаров А.Ю. Особенности течения хронических воспалительных заболеваний матки и придатков у женщин в экологически неблагоприятных условиях промышленного города. Автореф. дисс. . канд. мед. наук. - Самара. - 2000. - 24 с.
24. Бондаренко, В.М. Антимикробные свойства окиси азота и ее роль в инфекционном процессе / В.М. Бондаренко, Н.А. Виноградов, В.В. Малеев // Микробиол., эпидемиол. и иммунол. 1999. - №5. - С. 62-66.
25. Булыгин, Г.В. Метаболические основы регуляции иммунного ответа / Г.В. Булыгин, Н.И. Камзалакова, А.В. Андрейчиков. Новосибирск, СО РАМН, 1999.-346 с.
26. Бухарин, О.В. Персистенция патогенных бактерий / О.В. Бухарин. М.: Медицина, Екатеринбург: УрО РАН, 1999. - 367 с.
27. Буянова, С.Н. Репродуктивный прогноз у больных с гнойными воспалительными заболеваниями органов малого таза: проблемы и решения / С.Н. Буянова, Н.А. Щукина, А.В. Горшилин // Рос. вестн. акушера-гинеколога. 2009. - №2. - С. 65-68.
28. Васина, Т.А. Место аминогликозидов в терапии гнойно-септических заболеваний и осложнений в неотложной хирургии / Т.А. Васина // Клинич. антимикроб, химиотерапия. 2000. - Т. 2, № 1. - С. 39- 43.

29. Вельская, Л.Л. Лимфотропное использование озона при воспалительных заболеваниях женской половой сферы / Л.Л. Вельская, Н.А. Алехина, Т.Г. Щербатюк // Эндоекологическая медицина: II Междунар. конгр. М.; Афины; Халкидики, 2002. - 147.
30. Вербицкий, В.С. Риск развития гнойных воспалительных заболеваний придатков матки при применении внутриматочной контрацепции /В.С. Вербицкий // Медич. панорама: науч.-практич. журн. для врачей и деловых кругов медицины. 2005. - №8. - С. 32-34.
31. Веселов, А.Я. Сравнительная характеристика чувствительности региональных штаммов различных микроорганизмов к цефуроксиму и другим антибиотикам / А.Я. Веселов, О.В. Осокина // Антибиотики и химиотерапия. 1996. - Т. 41, №10. - С. 32-34.
32. Ветра, Я.Я. Цитокины / Я.Я. Ветра, Л.В. Иванова, И.Э. Крейле // Гематол. и трансфузиол. 1999. - Т. 44, №4. - С. 32-35.
33. Взаимосвязь оксида азота с плазменными факторами свертывания крови у больных с миомой матки / П.П. Голиков, Н.И. Тихомирова, Н.Ю. Николаева и др. // Акушерство и гинекол. 2005. - №6. - С. 46-48.
34. Виноградова, О.П. Взаимоотношения между уровнями некоторых цитокинов, эндогенной интоксикацией при остром воспалении матки и ее придатков / О.П. Виноградова, С.А. Аленькина, Г.В. Коршунов // Клинич. лаб. диагностика. 2007. - №9. - С. 70.
35. Влияние гнойно-воспалительных заболеваний на иммунный статус пациентов / В.А. Земскова, Л.Г. Гертнер, С.В. Старцева и др. // Науч.-мед. вестн. Центр. Черноземья. 2008. - №31. - С. 45-47.
36. Внутриматочный контрацептив ведущий фактор в этиологии воспалительных заболеваний органов малого таза / Н.И. Тихомирова, С.Э. Швецов, О.Н. Олейникова и др. // Нижегород. мед. журн. - 1999. - №3. -С. 30-32.
37. Возможности иммунокорректирующей терапии обострений хронических заболеваний органов малого таза / Б.В. Аракелян, Н.Н. Рухляда, А.С. Мельников и др. // Вопр. гинекол., акушерства и перинатол. 2010. - Т. 9 (6).-С. 21-24.

38. Возможности интерферонов в лечении воспалительных заболеваний органов малого таза / Л.И. Мальцева, Ф.Ф. Миннуллина, И.К. Церетелли и др. // Акушерство и гинекол. 2010. - №1. - С. 62-64.
39. Возможности лапароскопии в лечении распространенных форм гнойно-воспалительных заболеваний матки и ее придатков (ГВЗПМ) / Б.В. Аракелян, Н.Н. Рухляда, Е.И. Левитина и др. // Журн. акушерства и женских болезней. 2006. - Спец. Вып. - С. 16.
40. Возможность выполнения органосберегающих операций при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки в экстренной хирургии / С.Ф. Багненко, Е.И. Новиков, Н.Н. Рухляда и др. // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. 2002. - Т. 161, №5. - С. 86-89.
41. Воронцова, Е.А. Эндоскопическая параметральная и подкожная лимфотропная терапия у больных с острым сальпингоофоритом: автореф. дис. канд. мед. наук / Е.А. Воронцова. М., 2003. - 23 с.
42. Габитов, Р.К. Минимально инвазивные технологии в комплексном лечении гнойных воспалительных образований придатков матки: автореф.дис. канд. мед. наук / Р.К. Габитов. Уфа, 2001. - 24 с.
43. Ганжуров, А.Б. Длительная внутриартериальная перфузия в составе комплексной терапии некоторых форм гнойно-воспалительных заболеваний в акушерстве и гинекологии: автореф. дис. канд. мед. наук / А.Б. Ганжуров. Томск, 2000. - 19 с.
44. Гаркави, Л.Х. Адаптационные реакции и резистентность организма / Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина, М.А. Уколова. Ростов н/Д: Изд-во Ростовск. унта, 1990.-223 с.
45. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем и борьба с ними, 2006-2015 гг. Женева: ВОЗ, 2007. - 63 с.
46. Гнойные воспалительные процессы придатков матки. Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Н.М. Подзолкова / Под ред. А.Н. Стрижакова. М.: Медицина, 2000. - С. 189-205.

47. Голдырева, Е.В. Клинико-морфологическое обоснование метода лимфотропной терапии острого неспецифического метроэндометрита: автореф. дис. . канд. мед. наук / Е.В. Голдырева. Новосибирск, 2000. -23 с.
48. Голиков, П.П. Оксид азота в клинике неотложных заболеваний / П.П. Голиков. М., 2003. - 162 с.
49. Гомберг, М.А. Рациональная антибиотикотерапия воспалительных заболеваний органов малого таза / М.А. Гомберг, А.М. Соловьев // Мед. совет. 2008. - №5-6. - С. 13-7.
50. Гомберг, М.А. Этиотропное лечение женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза / М.А. Гомберг, А.М. Соловьев, Е.В.
51. Борщева // Вопр. гинекол., акушерства и перинатол. 2007. - Т. 6, №3. - С. 68-72.
52. Горбунов, О.В. Дифференцированная антибактериальная терапия воспалительных осложнений внутриматочной контрацепции: автореф. дис. канд. мед. наук / О.В. Горбунов. М., 2003. - 23 с.
53. Горшкова, И.А. Опыт лечения острых воспалительных заболеваний придатков матки / И.А. Горшкова // Вестн. новых мед. технологий. 2007.- Т. XIV, №3. С. 67-69.
54. Гостищев, В.К. Перитонит / В.К. Гостищев, В.П. Сажин, А.Л. Авдовенко.- М.: Медицина, 2002. 224 с.
55. Дабузов, А.Ш. Регионарная лимфотропная терапия с лазерным облучением в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки и тазовой брюшины: автореф. дис. . канд. мед. наук / А.Ш. Дабузов. Волгоград, 2003. - 26 с.
56. Демиденко, В.А. Полиоксидоний и цытапан в послеоперационной иммунореабилитации пациенток с осложненным хроническим сальпингоофоритом / В.А. Демиденко, А.А. Конопля, В.П. Гаврилюк // Фундаментальные исследования. 2007. - №12. -42. - С. 328.
57. Демиденко, В.А. Фармакологическая коррекция иммунных нарушений при хирургическом лечении гнойных осложнений хронического сальпингоофорита: автореф. дис. . канд. мед. наук / В.А. Демиденко. -Курск, 2008. 22 с.

58. Демьянов, А.В. Диагностическая ценность исследования уровней цитокинов в клинической практике / А.В. Демьянов, А.Ю. Котов, А.С. Симбирцев // Цитокины и воспаление. 2003. - Т. 2, №3. - С. 20-35.
59. Диагностика стадии и степени тяжести гнойного воспаления у гинекологических больных / В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина и др. // Рос. вестн. акушера-гинекол. 2004. - №5. - С. 88-96.
60. Диагностическое значение некоторых острофазных белков при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки / С.В. Шрамко, С.В. Архипова, А.Г. Баженова и др. // Бюл. сибирской мед. 2006. - Т. 5, №3. -С. 112-116.
61. Диагностическое и прогностическое значение различных маркеров эндогенной интоксикации при перитоните / Л.А. Пятаев, И.С. Котлов, Г.А. Бояринов и др. // Эфферентная терапия. 2002. - №2. - С. 49-53.
62. Дифференцированная характеристика нормальных показателей иммунной системы в регионах Восточной Сибири / А.А. Михайленко,
63. В.В. Городинский, В.В. Сидельцев и др. // Иммунология. 1986. - №4.1. С. 80-82.
64. Дмитриев, Г.А. Лабораторная диагностика бактериальных урогенитальных инфекций / Г.А. Дмитриев // Н. Новгород: НГМА, 2003. -С. 336.
65. Добренькая, Г.С. Воспалительные заболевания придатков матки / Г.С. Добренькая, Л.А. Ашрафян. М.: Мол. гвардия, 2008. - 80 с.
66. Добровольская, Т.Б. Нарушения естественного аутоиммунитета у гинекологических больных с гнойными заболеваниями внутренних половых органов: автореф. дис. . канд. мед. наук / Т.Б. Добровольская. -М., 2003.-24 с.
67. Долженицина, Н.А. Новые подходы к организации профилактики инфекций, передаваемых половым путем / Н.А. Долженицина, Т.А. Сырнева // Уральск, мед. журн. 2004. - № 3 (4). - С. 13-14.

68. Ермолова, Н.В. Оксид азота и эндотелиальная дисфункция в патогенезе наружного генитального эндометриоза / Н.В. Ермолова // Мать и дитя: матер. 9 Всерос. науч. форума. М., 2007. - С. 399-400.
69. Ершов, Г.В. Этиологическая структура и резистентность возбудителей воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин / Г.В. Ершов, Д.Н. Бочкарев, И.В. Смоленов // Клинич. микробиол. и антимикроб, химиотерапия. 2004. - Т. 6, №2. - С. 193-200.
70. Железнов Б.И. Морфологический аспект острого воспаления придатков матки у женщин репродуктивного возраста // Акушерство и гинекол. -1990. -№6. -С.65-70.
71. Жуков, И.В. Лимфотропная антибиотикотерапия острых неспецифических сальпингоофоритов: автореф. дис. . канд. мед. наук / И.В. Жуков. Томск, 2004. - 25 с.
72. Закономерности формирования и направленной коррекции иммунопатологии при гнойно-воспалительных заболеваниях / М.А. Земсков, С.В. Старцева, А.И. Токмаков // Науч.-мед. вестн. Центр. Черноземья. 2008. - №31. - С. 35-39.
73. Земсков, А.М. 1000 формул клинической иммунологии / А.М. Земсков, В.М. Земсков, Ю.В. Сергеев. М.: Медицина для всех, 2003. - 336 с.
74. Иванов, А.Г. Медико-социальные аспекты инфекций, передаваемых половым путем у подростков / А.Г. Иванов // Рос. журн. кожных и венерических болезней. 2004. - №1. - С. 55-57.
75. Ивантер, Э.В. Основы биометрии: Введение в статистический анализ биологических явлений и процессов: учеб. пособие / Э.В. Ивантер.
76. Петрозаводск, 1992. 168 с.
77. Изменения гуморального иммунитета, белков острой фазы и семейства макроглобулинов при воспалении придатков матки / В.Н. Зорина, С.В. Шрамко, Р.М. Зорина и др. // Вопр. гинекол., акушерства и перинатол. -2007. Т.6, №3. - С. 32-35.
78. Иммунная реабилитация гинекологических больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза / С.Н. Буянова, Н.А. Щукина, Т.С. Будыкина и др. // Рос. вестн. акушера-гинеколога. 2006. - Т. 6, №2. - С. 63-67.

79. Иммунные и генетические факторы нарушения репродуктивной функции, ассоциированной с урогенитальной хламидийной инфекцией у человека / К.И. Плахова, М.Р. Рахматулина, Н.В. Фриго и др. // Вестн. дерматол. и венерол. 2010. - №6. - С. 39-45.
80. Иммунобиохимические изменения у пациенток с хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями придатков матки в стадии клинической ремиссии / Л.А. Трунова, О.М. Горбенко, А.П. Тваюк и др. // Аллергол. и иммунол. 2003. - № 4. - С. 4-7.
81. Иммунокоррекция цитокин-опосредованного иммунодефицита у больных с острыми воспалительными заболеваниями гениталий / И.А. Шманева, И.А. Снимщикова, И.А. Ререкин и др. // Мед. иммунол. 2004. -Т. 6, №3-5. - С. 464.
82. Иммунокорректирующая терапия инфекционно-воспалительных заболеваний женской половой сферы: практическое пособие / Под ред. Э.К. Айламазяна. СПб., 2007. - 56 с.
83. Иммунотерапия больных сальпингофоритом в послеоперационном периоде / А.А. Конопля, В.А. Демиденко, В.Ф. Ликов и др. // Иммунология. 2008. - Т. 29, №5. - С. 302-305.
84. Инфекции, вызываемые *Mycoplasma genitalium*: клинические проявления, особенности диагностики и терапии / А.С. Бенькович, Е.В. Шипицына, А.М. Савичева и др. // Клинич. дерматол. и венерол. 2008. - №3. - С. 56
85. Инфекции, передаваемые половым путем, у молодежи социально адаптированных групп / Ю.Н. Кузнецова, Н.В. Кунгуров, Н.М. Герасимова и др. // Соврем, пробл. дерматол., иммунол. и лечеб. косметол. 2007. -№1. - С. 15-25.
86. Инфекционная патология нижнего отдела половых путей женщины и бесплодие (обзор литературы) / Е.Б. Рудакова, С.И. Семенченко, О.Ю. Панова и др. // Гинекология. 2004. - Т. 6, №3. - С. 132-136.
87. Исаев, А.К. Современные аспекты этиопатогенеза, диагностики и тактики ведения больных с острыми воспалительными заболеваниями придатков матки / А.К. Исаев // АГ-инфо. 2002. - №3. - С. 12-14 32.

88. Каганова, М.А. Патологоиммунологические аспекты развития хронического сальпингоофорита и пути их коррекции / М.А. Каганова, О.И. Линева, Е.П. Шатунова // Рус. мед. журн. 2006. - Т. 14, №18. - С. 1301-1304.
89. Караева, К.Ю. Последствия воспалительных процессов малого таза у девочек-подростков / К.Ю. Караева, С.А. Зоринская, В.Г. Владимиров // Вестн. Рос. гос. мед. ун-та, 2008. №3. - С. 99.
90. Кира, Е.Ф. Клиника, диагностика и лечение неклостридиальной анаэробной инфекции в акушерско-гинекологической практике: автореф. дис. канд. мед. наук / Е.Ф. Кира. Л., 1988. - 20 с.
91. Кисина, В.И. Амоксициллин-клавулановая кислота в лечении воспалительных заболеваний верхних отделов половой системы у женщин / В.И. Кисина, Е.Ю. Канищева, Г.Л. Колиева / Гинекология. 2003. - Т. 5, №1. - С. 32-35.
92. Клинико-иммунологическое обоснование иммунотерапии больных с острыми воспалительными заболеваниями придатков матки / Ж.А. Каграманова, В.С. Сускова, Т.С. Гусева и др. // Рос. вестн. акушера-гинеколога. 2006. - Т. 6, №5. - С. 29-33.
93. Клинико-морфологическое обоснование применения региональной инфузии для активизации репаративного процесса / А.М. Королева, М.В. Казарезов, В.А. Головнев и др. // Вопр. реконструктивной и пластической хирургии. 2009. - №3. - С. 15-22.
94. Клиническая иммунология и аллергология / Под ред. А.В. Караулова. -М.: Мед. информ. агент., 2002. 651 с.
95. Клинические аспекты применения иммуномодулятора полиоксидония: пособие для врачей / Под ред. Б.В. Пинегина. М.: ГНЦ Ин-т иммунологии МЗ РФ, 2002. - 24 с.
96. Клинические особенности гнойного воспаления придатков матки в современных условиях / Б.Л. Басин, Б.В. Корнеев, Ю.И. Чуловский, и др. // Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии. Красноярск, 2005. -Вып. 12.-С. 214-217.
97. Клиническое значение рецепторов половых стероидов в оценке исхода хронического гнойного воспаления внутренних половых органов / С.Н. Буянова, Н.А. Щукина, С.В. Савельев и др.// Рос. вестн. акушера-гинекол. 2007. -№3. С. 16-20.

98. Кнорринг, Г.Ю. Цитокиновая сеть как мишень системной энзимотерапии / Г.Ю. Кнорринг // Цитокины и воспаление. 2005. - Т. 4, №4. - С. 45-49.
99. Ковалев, М.И. Использование низко-интенсивного лазерного излучения в акушерско-гинекологической практике / М.И. Ковалев // Журн. РОАГ. -2007.-№4.-С. 17-23.
100. Козуб, Н.И. Лапароскопия в диагностике и лечении гнойных воспалительных заболеваний придатков матки / Н.И. Козуб // Междунар. мед. журн. -2001.- №3. С. 53-56.
101. Колиева, Г.Л. Эпидемиология гонококковой инфекции и клиническое значение устойчивости *Neisseria gonorrhoeae* к фторхинолонам. Обзор литературы / Г.Л. Колиева, В.И. Кисина, С.В. Яковлев // ИППП. 2003. -№2. -С. 4-15.
102. Коррекция критической ишемии при синдроме диабетической стопы / А.Г. Соколович, А.В. Степаненко, Д.В. Терсков и др. // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. 2007. - №4S. - С. 164-165.
103. Краснопольский, В.И. Антибиотикотерапия воспалительных заболеваний органов малого таза в гинекологии / В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина // Фарматека. 2006. - №2. - С. 29-32.
104. Краснопольский, В.И. Гнойная гинекология / В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина. М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 304 с.
105. Краснопольский, В.И. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки / В.И. Краснопольский, С.А. Буянова, Н.А. Щукина. М., 1999. -233 с.
106. Кубанова, А.А. Дерматовенерология. Клинические рекомендации / А.А. Кубанова. М.: ГЭОТАР-медиа, 2006. - 320 с.
107. Кузьмин, В.Н. Лечение воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин / В.Н. Кузьмин // Лечащий врач. 2007. - №7. - С. 7.
108. Кулага, О.К. Концепция патогенеза воспалительных процессов гениталий/ О.К. Кулага, С.И. Михалевич // Охрана материнства и детства. -2010.-№1-15.-С. 77-84.
109. Кулаков, В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации / В.И. Кулаков. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - С. 405-426.

110. Кулаков, В.И. Репродуктивное здоровье населения России / В.И. Кулаков. // Акушерство и гинекол. 2002. - №2. - С. 4-7.
111. Курбанова, Д.Ф. Воспалительные заболевания придатков матки / Д.Ф.
112. Курбанова. М.: Медицина, 2007. - 160 с.
113. Лапароскопическое лечение гнойно-воспалительных заболеваний женских половых органов / С.В. Лещенко, Т.Ж. Мустафина, М.А. Дементьева и др. // Журн. акушерства и женских болезней. 2006. - Спец. Вып. - С. 20.
114. Лапароскопия в гинекологии / Под ред. Г.М. Савельевой, И.В. Федоровой (отв. ред.). М.: ГЭОТАР-Медиа; Медицина, 2000. - 328 с.
115. Лебедев, В.А. Современные принципы лечения больных с абсцедирующими формами воспалительных заболеваний придатков матки / В.А. Лебедев, В.М. Пашков, И.А. Клиндухов // Трудный пациент. 2010. - Т.8, №8. - С. 10-14.
116. Лебедев, В.В. Гнойный посттравматический менингит / В.В. Лебедев // Нейрохирургия. 2007. - №3. - С. 50-55.
117. Лебедев, К.А. Иммунограмма в клинической практике / К.А. Лебедев, И.Д. Понякина. М., Наука, 1990. - 224 с.
118. Лекарственная чувствительность возбудителей гнойно-септических процессов в стационаре скорой помощи / Д.Д. Меньшиков, В.А. Васильев, И.В. Груненкова и др. // Антибиотики и химиотерапия. 2002. - Т. 47, №3. -С. 19-21.
119. Лекции по патологической анатомии / Под ред. Е.Д. Черствого, М.К. Недзьведя. Минск: АСАР, 2006. - 464 с.
120. Лечение гнойно-септических гинекологических заболеваний и их профилактика / В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина и др. // Рос. вестн. акушера-гинекол. 2007. - №1. - С. 63-68.
121. Лечение и профилактика гнойных воспалительных заболеваний придатков матки, осложненных придатково-кишечными свищами / А.В.

122. Чурилов, Б.М. Венцовский, С.В. Кушнир и др. // Украшський Журнал Хірургії. 2009. - №1. - С. 141-144.
123. Лихачев, А.В. Современные аспекты воспалительных заболеваний органов малого таза / А.В. Лихачев // Омск. науч. вестн. 2006. - Т. 3, №37, Ч. 3.-С. 278-281.
124. Лозовой, В.П. Методологические аспекты современной иммунологии / Проблемы и перспективы современной иммунологии: методологический анализ. Новосибирск, 1988. - С.3-14.
125. Лубенский Ю.М. с соавт. Длительная внутриартериальная инфузия при облитерирующих заболеваниях. // Материалы к конференции по атеросклерозу. Саратов. 1968.-Стр. 162-163.
126. Лысак, Л.А. Краткий курс лекций по гинекологии / Л.А. Лысак. Под ред. Б.В. Кабарухина. Ростов н/Д.: Феникс, 2007. - 253 с.
127. Маевская, Н.Ф. Антибиотикотерапия у больных с воспалительными заболеваниями гениталий / Н.Ф. Маевская, В.В. Абрамченко // Критические состояния в акушерстве и гинекологии: матер. III Всерос. науч.-практич. конф. Петрозаводск, 2005. - С. 126-128.
128. Макаров, О.В. Инфекции в акушерстве и гинекологии / О.В. Макаров, В.А. Алешкин, Т.Н. Савченко. М., МЕДпресс-информ, 2007. - 462 с.
129. Мальцева, Л.И. Современные проблемы инфекционной патологии в акушерстве и гинекологии / Л.И. Мальцева // Практич. мед. 2010. -№41. -С. 20-23.
130. Мальцева, Л.И. Этиологическая роль урогенитальной инфекции у женщин с трубной беременностью / Л.И. Мальцева, И.К. Церетели, М.В. Панькова // Казанск. мед. журн. 2007. - Т. 88, №2. - С. 130-133.
131. Манюхина, И.А. Значимость динамической лапароскопии в лечении острых воспалительных заболеваний придатков матки / И.А. Манюхина, М.В. Кузнецов, Д.А. Сафронова // Вестн. РГМУ. 2008. - №3. - С. 41-44.

132. Маринкин, И.О. Значение лапароскопического доступа в гинекологической практике / И.О. Маринкин, В.М. Кулешов, Л.А. Пивень // Вестн. НГУ. Серия: Биология, клинич. мед. 2007. - Т. 5, Вып. 3. - С. 47-50.
133. Маринкин, И.О. Структурная организация лимфоидных органов при остром воспалительном процессе матки и в условиях его коррекции (экспериментально-клиническое исследование): автореф. дис. . д-ра мед. наук / И.О. Маринкин. Новосибирск, 1995. - 39 с.
134. Марченко, А.В. Некоторые механизмы лечебного действия направленного транспорта антибиотиков / А.В. Марченко, И.А. Карпушина // Методы гемафереза и квантовая терапия в клинической медицине: тез. 16-й науч.-практич. конф. М., 2008. - С. 73-74.
135. Масюкова, А. Некоторые вопросы лечения и профилактики инфекций, передающихся половым путём, в современных условиях / А. Масюкова, М.М. Шегай, В.В. Гладько // Медицина. 2004. - Т. 3, №6. - С. 35-38.
136. Машковский М.Д. Лекарственные средства: в 2 т. Т.2. 14-е изд., перераб., испр. и доп. - М.: ООО "Изд-во Новая волна", 2002. - 608 с.
137. Маянский, Д.Н. Комплексная оценка функции фагоцитов при воспалительных заболеваниях: метод, рекоменд. / Д.Н. Маянский, В.И. Щербаков, О.П. Макарова. Новосибирск, 1988. - 24 с.
138. Медведев, Б.И. Воспалительные заболевания матки и придатков в свете учения о патоморфозе / Б.И. Медведев, Э.А. Казачкова, Е.Л. Казачков // Акушерство и гинекол. 2001. - №5. - С. 39-42.
139. Медведев, А.Н. Способ исследования поглотительной фазы фагоцитоза / А.Н. Медведев, В.В. Чаленко // Лаб. дело. 1991. - №2. - С. 19-20.
140. Медведев, Б.И. Воспалительные заболевания матки и придатков: патогенез, клинико-морфологическая характеристика, лечение / Б. И.
141. Медведев, В.И. Коваленко, Э.А. Казачкова и др. Челябинск, 2001. - 280 с.

142. Медведева, И.Н. Использование иммуномодулирующей и антиоксидантной терапии при лечении больных хроническим сальпингоофоритом: автореф. дис. . канд. мед. наук / И.Н. Медведева. -Курск, 2002. 25 с.
143. Медико-социальные аспекты внутриматочной контрацепции и состояние здоровья женщин при ее сверхдлительном использовании / Т.Н. Пестова, Е.В. Брюхина, А.С. Пестов и др. // Гинекология. 2003. - Т. 5, №5.-С. 210-212.
144. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: Десятый пересмотр. Женева: ВОЗ, 1995. -Т. 1, Ч. 2.-633 с.
145. Межевитинова, Е.А. Трихомонадный вульвовагинит: клиника, диагностика и лечение / Е.А. Межевитинова // Гинекол. 1999. - Т. 1, №1. -С. 17-22.
146. Мельник, И.Г. Повышение эффективности лечения воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин: автореф. дис. . канд. мед. наук / И.Г. Мельник. Краснодар, 2006. - 23 с.
147. Метод лазерной доплеровской флоуметрии: пособие для врачей /В.И. Козлов, Э.С. Мач, Ф.Б. Литвин и др. М., 2001. - 21 с.
148. Микроэкология влагалища при воспалительных заболеваниях придатков матки в подростковом периоде / Е.В. Наумкина, Н.В. Рудаков, Е.Б. Рудакова и др. // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. 2002. - Т. 1, №4. - С. 87-88.
149. Мирзабалаева, А.К. Актиномикоз гениталий у женщин: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение / А.К. Мирзабалаева // Журн. акушерства и женских болезней. 2006. - №2. - С. 86-94.
150. Мирзабалаева, А.К. Распространенная форма абдоминального актиномикоза (случай клинического наблюдения) / А.К. Мирзабалаева Ю.В. Долго-Сабурова, Н.Н. Климко // Пробл. мед. микологии. 2003. - Т.5, №4. -С. 8-12.
151. Митрофанов, В.С. Абдоминальный актиномикоз (обзор литературы и описание двух случаев) / В.С. Митрофанов, М.А. Шевяков // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2004. - №1. - С. 20-22.

152. Михайлов, И.Б. Настольная книга врача по клинической фармакологии. Рук. для врачей / И.Б. Михайлов. СПб.: Фолиант, 2001. - 36 с.
153. Муконин, А.А. Международные рекомендации по рациональной антимикробной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин: актуальность для России / А.А. Муконин // Фарматека. 2006. -№15.-С. 53-58.
154. Мухамедшина, В.Р. Влияние методов контрацепции на репродуктивное здоровье женщин / В.Р. Мухамедшина, Т.М. Соколова, К.Ю. Макаров // Сибирский мед. журн. 2011. - Т. 26, №3, Вып. 1. - С. 66-68.
155. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии: диагностика и лечение / Под ред. М. Пирлмана, Дж. Тинтиналли, П. Дин; пер. с англ. -М.: БИНОМ. Лаб. знаний, 2009. С. 374-376.
156. Неспецифический иммунитет у женщин с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов / М.Л. Мальтинский, В.С. Горин, А.В. Портнова и др. // Сибирский мед. журн. 2008. - №3. - С. 2933.
157. Никитина, Е.В. Содержание продуктов деградации оксида азота как маркер выраженности воспаления у больных с хроническими сальпингоофоритами / Е.В. Никитина, Л.Н. Васильева // Актуальные пробл. гуманитарных и естественных наук. 2010. - №6. - С. 246-247.
158. Никулин, Б.А. Оценка и коррекция иммунного статуса / Б.А. Никулин. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 376 с.
159. Новые возможности в лечении острых инфекционно-воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин / Э.В. Комличенко, Б.Л. Цивьян, Л.В. Иванова и др. // Журн. акушерства и женских болезней. -2003. Т. LI, Вып.3. - С. 52-56.
160. Объем оперативного вмешательства при гнойных tuboовариальных образованиях / Г.Ф. Тотчиев, А.О. Духин, А. Я. Голдина и др. // Эколого-физиологические проблемы адаптации: матер. 10-го междунар. симп. -2001.-С. 640-641.

161. Опыт применения препарата «Галавит» у гинекологических больных с гнойными воспалительными заболеваниями органов малого таза / С.Н. Буянова, Н.А. Щукина, Е.О. Пескова и др. // Вестн. Рос. ассоц. акушера-гинекол. 2004. - Т. 4, №6. - С. 26- 31.
162. Hedberg, M. Antimicrobial susceptibility of Bacteroides fragilis group isolates in Europe / C.E. Nord // Clin. Microbiol. Infect. 2003. - V. 9, №6. - P. 475-488.
163. Henry-Suchet, J. PID: clinical and laparoscopic aspects / J. Henry-Suchet // Ann. NY Acad. Sci. 2000. - V. 900. - P. 301-308.
164. Hoof, K. Pelvic inflammatory disease / K. Hoof// Ther. Umsch. 2007. - V. 64, №7. - P. 365-368.
165. Hospitalizations for pelvic inflammatory disease and tubo-ovarian abscess / C.K. Paik, L.E. Waetjen, G. Xing et al. // Obstet. Gynecol. 2006. - V. 107, №3.-P. 611-616.
166. Hsu, W.C. Tuboovarian abscess caused by Candida in a woman with an intrauterine device / W.C. Hsu, Y.H. Lee, D.Y. Chang // Gynecol. Obstet. Invest. -2006.-V. 64, №1.-P. 14-16.
167. Identification of symptoms that indicate a pelvic examination is necessary to exclude PID in adolescent women / D.R. Blake, K. Fletcher, N. Joshi et al. // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 2003. - V. 16. - P. 25-30.
168. Inadequate antimicrobial treatment of infections: a risk factor for hospital mortality among critically ill patients / M. Kollef, G. Sherman, S. Ward et al. // Chest. 1999. - V. 115, №2. - P. 462-474.
169. Incidence of pelvic inflammatory diseases among woman treated for gonorrhea or chlamydia / K.J. Rothman, L. Lanza, A. Lai et al. // Pharmacoepidemiol. Drug. Saf. 1996. -V. 5, №6. - P. 409-414.
170. Intrauterine nitric oxide in pelvic inflammatory disease / A. Sioutas, I. Ehren, J.O. Lundberg et al. // Fertil. Steril. 2008. - V. 89, №4. - P. 948-952.

