

Пункции под ультразвуковым контролем как метод лечения гнойно-воспалительных заболеваний органов малого таза

А.В. Кадрев*, И.А. Озерская**

* Областная клиническая больница г. Ульяновска

** Клинико-диагностический центр № 4 ЗАО г. Москвы

Российская медицинская академия последипломного образования
МЗ и СР РФ, г. Москва

Представлены результаты пункций под ультразвуковым контролем у 45 больных с воспалительными заболеваниями придатков матки. У 86,7% пациенток применение пункций воспалительных образований придатков матки в комплексе с адекватной консервативной терапией позволяет избежать хирургического вмешательства. Применение пункций воспалительных tuboоариальных образований под эхографическим контролем у женщин старше 35 лет с диагностической и лечебной целью возможно после обязательного определения уровня онкомаркера СА-125 в сыворотке крови. Наличие двусторонних воспалительных образований придатков матки не является противопоказанием к пункции. При выявлении гнойного образования средним диаметром более 7 см, при наличии в образовании трех и более камер, при подозрении на аппендицит должен ставиться вопрос о применении других методов лечения.

ВВЕДЕНИЕ

Воспалительные процессы органов малого таза составляют около 60–70% случаев от всех гинекологических заболеваний, и среди них наиболее часто встречается по-

ражение придатков матки [1–3]. В США воспалительными заболеваниями органов малого таза болеют более одного миллиона женщин [4]. Пик заболеваемости приходится на 16–25 лет [1, 2, 5, 6].

Расширение цервикального канала, кюретаж и хирургические вмешательства на шейке и теле матки, а также применение внутриматочных контрацептивов являются факторами риска возникновения воспалительных заболеваний матки и придатков [2, 5–7]. А.Н. Стрижаков и соавт. сообщают, что ношение внутриматочных контрацептивов в 3–9 раз повышает частоту воспалительных процессов, при этом через 2 года после введения у 70% клинически здоровых женщин имеются гистологические признаки эндометрита, а у 86% – при исследовании мазков с удаленного контрацептива отмечается положительная бактериологическая реакция [5]. При исследовании пораженных отделов репродуктивного тракта наиболее часто встречаются ассоциации анаэробных и аэробных микроорганизмов, в том числе условно-патогенных [8–10].

Многие исследователи отмечают, что современной особенностью течения воспалительных процессов органов малого таза у женщин является отсутствие типичных клинических симптомов заболевания, что впоследствии может привести к осложненным формам гнойных воспалительных

Адрес для корреспонденции: 432005 г. Ульяновск, ул. Аблукова, д. 31а, кв. 708. Кадрев Алексей Викторович.
Тел.: (422-2) 70-12-90. E-mail: akadrev@yandex.ru.

процессов, синдрому хронических тазовых болей, нарушению менструального цикла, бесплодию и внематочной беременности [8, 11–13].

Воспалительный процесс маточных труб начинается с эндосальпингита, при котором повреждаются слизистая и подслизистый слой с продукцией серозного и серозно-геморрагического экссудата в просвет трубы, изливающегося из фимбриального отдела в брюшную полость. В связи с небольшой толщиной мышечного слоя воспаление достаточно быстро захватывает и его, а также серозный покров, что приводит к значительному утолщению стенок трубы. По мере прогрессирования процесса участки маточных труб могут слипаться, образуя полости и карманы, заполненные серозным, геморрагическим, гнойным содержимым [14].

Учитывая сообщенное кровоснабжение и непосредственную анатомическую близость, яичник также вовлекается в воспалительный процесс. Конгломерат, состоящий из пораженной маточной трубы и яичника, обозначается как тубоовариальное образование, а в случае гнойного воспаления – как тубоовариальный абсцесс [1, 2, 5, 6]. Морфологические исследования доказывают наличие неповрежденной ткани яичника и маточной трубы и возможность полной репарации при своевременном и адекватном лечении гнойного заболевания [15, 16]. В работе А.Н. Стрижакова и Н.М. Подзолковой проведен анализ результатов лапароскопии и морфологического исследования биоптатов яичников после дренирования абсцессов придатков матки [15]. Установлено, что уже через 7 дней гнойная полость замещается грануляционной тканью, а через 3–4 нед на этом месте формируется соединительнотканый рубец. Сохраненная ткань яичника содержит фолликулы различной степени зрелости, в том числе с полноценной яйцеклеткой, внутренняя оболочка которой проявляет функциональную активность.

В последнее время в нашей стране и за рубежом проводят лечебные пункции тубоовариальных абсцессов, используя при этом как трансвагинальный, так трансабдоминальный и трансректальный доступы [17–22]. После эвакуации гнойного содержимого полость промывают раствором ан-

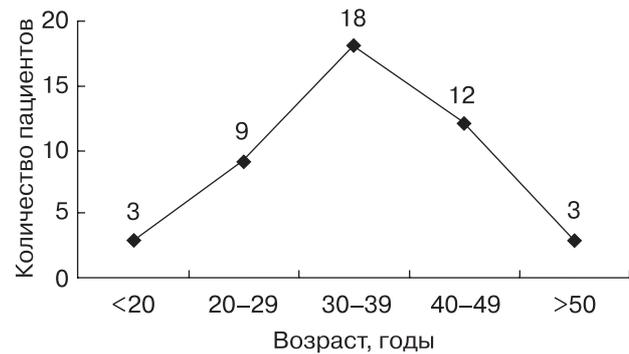


Рис. 1. Распределение больных по возрасту.

тисептика, после чего туда вводится антибиотик или 96°-ный спирт. При необходимости пункции повторяют через несколько дней, что позволяет уменьшить количество проведенных больших оперативных вмешательств.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основу настоящей работы положен анализ клинических наблюдений 45 больных с воспалительными заболеваниями придатков матки, которые находились на лечении в гинекологическом отделении ОКБ г. Ульяновска в 1997–2003 годах. Пациентки поступали с направительным диагнозом острое воспаление придатков матки.

Средний возраст обследованных больных составил $36,0 \pm 5,7$ лет. Распределение их по возрасту представлено на рис. 1. Подавляющее большинство пациенток (93,3%) находилось в репродуктивном периоде. Средний возраст наступления менархе составил $12,4 \pm 1,6$ лет. Нарушение менструальной функции отмечено у 22 (48,9%) пациенток, из которых менометроррагия – у 15 (33,3%), альгоменорея – у 14 (31,1%), дисменорея – у 16 (35,6%).

Анализ репродуктивной функции показал, что одну или более беременностей имели 37 (82,2%) пациенток, не было беременностей у 8 (17,8%) обследованных. Самопроизвольные роды произошли у 32 (71,1%) женщин, оперативные (кесарево сечение, наложение щипцов) – у 1 (2,2%). Один медицинский аборт был у 8 обследованных (17,8%), два и более – у 19 (42,2%), самопроизвольные выкидыши – у 8 (17,8%).

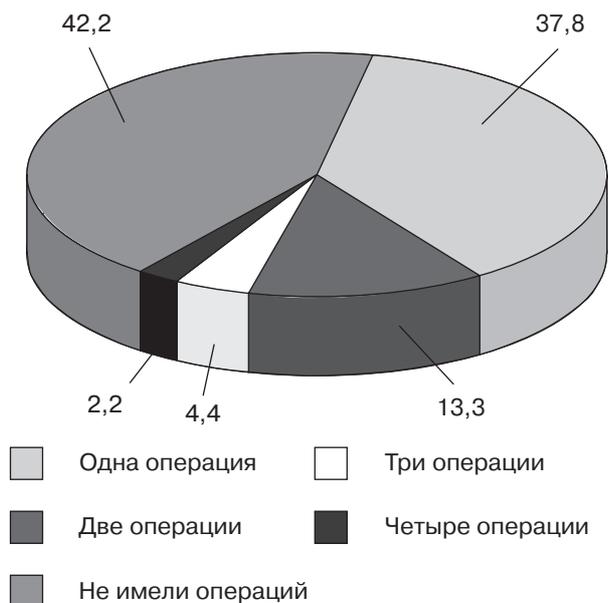


Рис. 2. Частота перенесенных оперативных вмешательств на органах брюшной полости и малого таза (%).

Данные о перенесенных гинекологических заболеваниях и операциях представлены в табл. 1. Следует отметить, что односторонняя овариэктомия проведена 5 (11,6%) больным, а у 9 (20,0%) была резекция одного или обоих яичников.

Среди гинекологических заболеваний преобладали воспалительные заболевания матки и (или) ее придатков, которые зарегистрированы у 29 (64,4%) женщин. Из них воспалительные процессы придатков матки отмечены в 21 (46,7%) наблюдении.

Первичное бесплодие имело место у 3 (6,7%) обследованных, вторичное – у 2 (4,4%). Ранее кисты и опухоли яичников диагностированы в 14 (31,1%) наблю-

дениях, внутренний эндометриоз – в 4 (8,9%), миома матки – в 18 (40,0%), спайочный процесс в малом тазу выявлен у 24 (53,3%) пациенток. Другие заболевания органов малого таза (аномалии развития матки, варикозное расширение вен малого таза) диагностированы у 4 (8,9%) больных.

У 33 человек (73,3%) отмечалось более одного заболевания, а у 13 (28,9%) – более двух.

Предохранялись от нежелательной беременности 28 (62,2%) женщин, среди которых 16 (35,6%) использовали внутриматочную контрацепцию, 5 (11,1%) – барьерную (презерватив), 3 (6,7%) – гормональную и 4 (8,9%) – спермициды (фарматекс). У 7 пациенток из 16 длительность использования внутриматочных контрацептивных средств превышала 5 лет.

Большинство обследованных перенесли различные экстрагенитальные заболевания, среди которых преобладали острые респираторные вирусные и детские инфекции. У большей части пациенток отмечено сочетание двух и более заболеваний в анамнезе. Сведения об экстрагенитальной патологии представлены в табл. 2.

Важно отметить, что 26 (57,8%) женщин перенесли одно или несколько оперативных вмешательств на органах брюшной полости и малого таза. Одну операцию перенесли 17 (37,8%) больных, две операции – 6 (13,3%) человек, 2 (4,5%) пациентки были оперированы трижды и 1 (2,2%) – четырежды (рис. 2).

На момент поступления в клинику 43 (95,6%) пациентки предъявляли жалобы на боли в нижних отделах живота, 14 (31,1%) – на повышение температуры тела субфебрильного характера, 15 (33,3%) –

Таблица 1. Гинекологические заболевания и операции у обследованных пациенток

Заболевания и операции	Абсолютное количество	Относительное количество, %
Воспалительный процесс органов малого таза в анамнезе	29	64,4
Осложнения после проведения медицинских абортов (повторные выскабливания, эндометрит, перфорация матки и др.)	12	26,7
Операции на органах малого таза (миомэктомии, резекции яичников и др.)	15	33,3
Операции по поводу воспалительных заболеваний органов малого таза (гнойный сальпингит, пельвиоперитонит и др.)	6	13,3
Операции по поводу трубной беременности (тубэктомия, пластика трубы)	5	11,1

на повышение температуры фебрильного характера, 6 (13,3%) – на нарушения менструальной функции по типу метроррагии, 7 (15,6%) – на гнойные выделения из половых путей.

До проведения пункции пациенткам, возраст которых превышал 35 лет, проводилось определение онкомаркера СА-125 в сыворотке крови. Во всех случаях уровень антигена был ниже 35 Ед./мл.

Результаты бактериоскопических и бактериологических исследований содержимого цервикального канала показали, что наиболее часто выявлялись стафилококки, в том числе условно-патогенные, кишечная палочка, стрептококки, анаэробные бактерии и дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Микроорганизмы выделялись как в виде монокультур, так и в ассоциациях.

Ультразвуковое исследование органов малого таза проводили на аппаратах SSD-2000 и SSD-5500 (Aloka, Япония), Sonoline-250 (Siemens, Германия) и AU-4 (Esaote S.p.A., Италия) конвексными (частотами 3,5–5,0 МГц) и внутрисполостными (частотами 5,0–8,0 МГц) датчиками по общепринятым методикам трансабдоминальным и трансвагинальным доступом.

При выявлении придатковых воспалительных образований определяли их количество, расположение в малом тазу, форму, размеры, толщину стенок, количество и толщину перегородок, количество камер,

характер внутреннего содержимого, смещаемость и болезненность при смещении трансвагинальным датчиком. По данным цветокодированных доплерографических методик оценивалось наличие кровотока в стенке образований, по данным импульсно-волновой доплерографии – сосудистое сопротивление путем расчета индекса резистентности (ИР). Кроме этого, отмечалось наличие или отсутствие свободной жидкости в малом тазу, оценивались ее экзогенность и наличие перитонеальных спаек, визуализируемых на фоне жидкости. Также диагностировали сопутствующую патологию тела и шейки матки. Ультразвуковое обследование проводилось в момент обращения в различные фазы менструального цикла.

Пункции патологических образований придатков матки осуществляли с помощью аппарата SSD-500 (Aloka, Япония), оснащенного трансвагинальным датчиком частотой 5,0 МГц с пункционным адаптером.

Операционное поле (влагалище) обрабатывали антисептическим раствором. После помещения рабочей части датчика с фиксированным на ней пункционным адаптером в задний или боковой свод влагалища и получения оптимального изображения патологического образования проводили его пункцию и аспирацию содержимого с полной его эвакуацией. В случае многокамерного образования каждая полость пунктировалась отдельно (рис. 3). Затем проводи-

Таблица 2. Экстрагенитальные заболевания и операции у обследованных пациенток

Заболевания	Абсолютное количество	Относительное количество, %
Инфекционные заболевания (острые респираторные вирусные инфекции, ангина, детские инфекционные заболевания)	45	100,0
Заболевания системы органов дыхания (пневмония, хронический бронхит, бронхиальная астма)	7	15,6
Заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ревматический порок сердца, врожденный порок сердца)	6	13,3
Заболевания мочевыводящих путей (пиелонефрит, цистит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь)	3	6,7
Заболевания крови (анемии различного генеза)	9	20,0
Эндокринно-обменные заболевания (ожирение, сахарный диабет, диффузный зоб)	10	22,2
Заболевания желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменная болезнь, хронический гепатит)	7	15,6
Оперативные вмешательства на органах брюшной полости (аппендицит, желчнокаменная болезнь, кишечная непроходимость и др.)	17	37,8

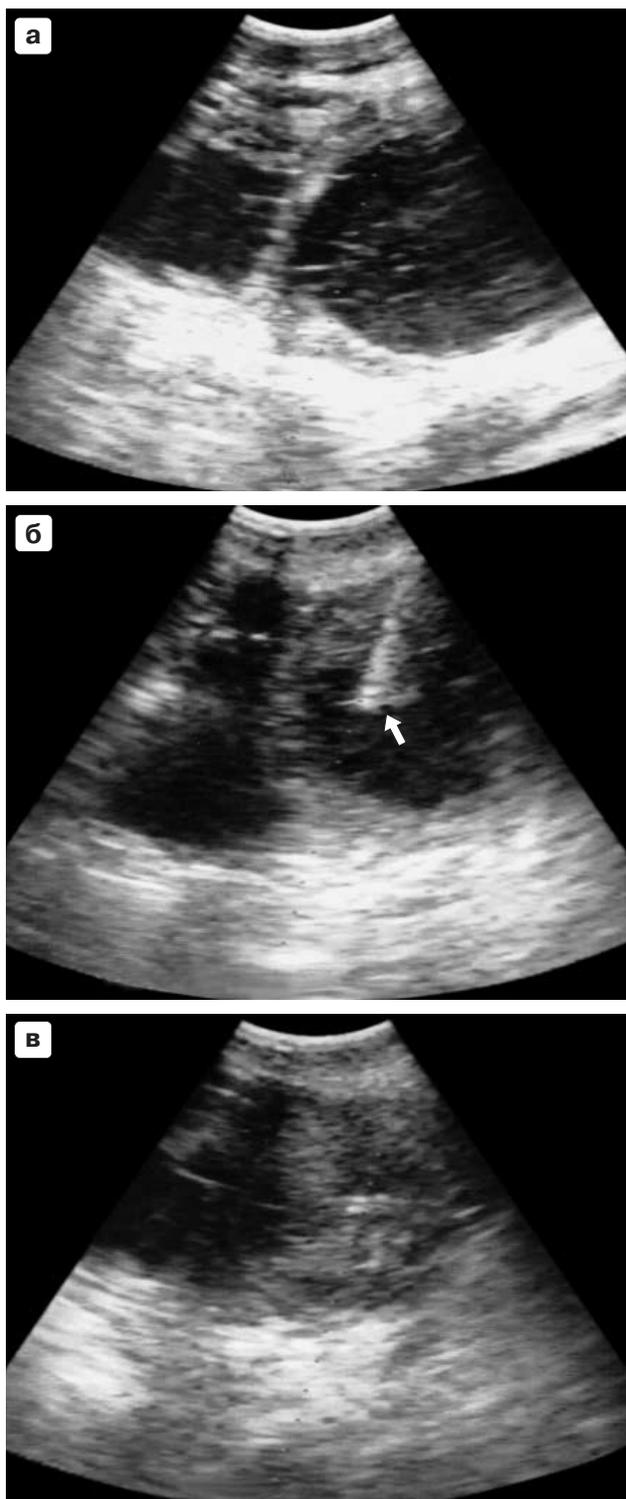


Рис. 3. Многокамерный тубоовариальный абсцесс до пункции (а), в момент проведения пункции (стрелкой указана игла, введенная в одну из полостей) (б), после пункции одной из камер (в).

лась санация полостей растворами метрогила либо диоксидина (путем введения и почти полного удаления этих растворов до момента полной прозрачности эвакуируемой жидкости).

Пунктат собирали в стерильные емкости, оценивали макроскопически, измеряли объем и отправляли для цитологического и бактериологического исследования.

Вопрос об обезболивании решался индивидуально в каждом конкретном случае. У 42 (93,3%) пациенток анестезия не проводилась. В 3 (6,7%) случаях у лиц пожилого возраста при наличии тяжелой экстрагенитальной патологии пункцию проводили под кратковременным внутривенным наркозом.

После окончания операции влагалище повторно обрабатывали раствором антисептика.

Кроме пункций всем больным проводили традиционное комплексное противовоспалительное лечение, включающее антибактериальную, дезинтоксикационную, противовоспалительную терапию, иммунокорректоры, витамины, УФО крови, обработку влагалища антисептическими растворами.

Контрольные ультразвуковые исследования проводились на 2–3 и 5–7 сутки после инвазивного вмешательства. В случае сохранения после пункции придатковых воспалительных образований их повторный осмотр проводился по вышеописанному алгоритму.

Лечебный эффект дренирования воспалительных тубоовариальных образований оценивали также по клинко-лабораторным показателям (исчезновение жалоб, нормализация температуры тела, лабораторных показателей и данных клинического обследования).

Всем больным проведены контрольные ультразвуковые исследования через 3, 6 и 12 мес после инвазивного вмешательства с целью исключения рецидивов заболевания. В последующем эхографический контроль проводился 1 раз в год.

Для статистической обработки результатов использовали стандартный пакет программ. Данные представлены в виде $M \pm m$, максимальных и минимальных значений. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нозологические формы воспалительных заболеваний органов малого таза, диагностированные с помощью ультразвукового сканирования, представлены в табл. 3.

Ретенционные кисты характеризовались наличием образования округлой либо овоидной формы с однородным анэхогенным содержимым, с ровными четкими наружными и внутренними контурами. Размеры кист определяли в трех взаимно перпендикулярных плоскостях с вычислением среднего диаметра, который находился в пределах от 45,0 до 115,0 мм (в среднем $66,1 \pm 11,7$ мм). Толщина стенок кист колебалась от 1,0 до 5,0 мм (в среднем $3,1 \pm 0,7$ мм). В 11 (84,6%) случаях по периферии кисты прослеживалась ткань яичника с фолликулярным аппаратом. Однокамерных образований было 9 (69,2%), псевдодвухкамерных – 4 (30,8%). В псевдо-

двухкамерных образованиях в полости кисты во всех случаях выявлялась единичная тонкая (1 мм толщиной) ровная псевдоперегородка. Болезненность при смещении датчиком в процессе трансвагинального исследования отмечали 12 (92,3%) больных, а у 10 (76,9%) – образование не смещалось трансвагинальным датчиком.

При цветовом картировании в 7 (53,8%) случаях регистрировалась гипervasкуляризация стенки, в 4 (30,8%) – умеренная васкуляризация и в 2 (15,4%) – единичные цветовые локусы, причем это отмечалось в тех кистах, которые имели тонкую стенку, и по периферии которых практически не визуализировалась яичниковая ткань. Перегородки во всех образованиях были аваскулярны. Значения ИР составляли 0,52–0,64, в среднем $0,58 \pm 0,02$.

Анэхогенная жидкость в позадиматочном пространстве в небольшом количестве диагностирована у 2 (15,4%) женщин. Пе-

Таблица 3. Воспалительные заболевания органов малого таза у обследованных пациенток

Патологические процессы	Абсолютное количество	Относительное количество, %	Стороны поражения	Абсолютное количество	Относительное количество, %
Ретенционные кисты яичника (с клинико-лабораторными признаками воспалительного процесса)	13	28,9	Правая	3	23,1
			Левая	10	76,9
Абсцесс яичника или пиовар	10	22,2	Правая	4	40,0
			Левая	5	50,0
			С двух сторон	1	10,0
Пиосальпинкс	4	8,9	Левая	3	75,0
			С двух сторон	1	25,0
Гидросальпинкс	4	8,9	Правая	3	75,0
			Левая	1	25,0
Тубоовариальный абсцесс	12	26,7	Правая	5	41,7
			Левая	6	50,0
			С двух сторон	1	8,3
Абсцесс клетчатки малого таза	1	2,2	–	–	–
Перитонеальная киста (с клинико-лабораторными признаками воспалительного процесса)	1	2,2	–	–	–

ритонеальные спайки на фоне жидкости не определялись ни у одной пациентки.

У 7 пациенток выявлены **абсцессы яичников** и у 3 – **пиовары** (в одном случае диагностирован двусторонний абсцесс, поэтому учитывались 11 образований). Локализация гнойника в позадиматочном пространстве встречалась в 9 (81,8%) наблюдениях, в области проекции придатков – в 2 (18,2%). Размеры абсцессов яичников и пиоваров колебались от 33,0 до 70,0 мм в диаметре (в среднем $54,8 \pm 6,2$ мм).

Абсцесс яичника и пиовар имели во многом сходные эхографические признаки: округлую или овоидную форму, содержимое в виде мелко- и среднедисперсной взвеси, повышенную звукопроводимость, стенки толщиной от 3,0 до 10,0 мм (в среднем $6,7 \pm 1,2$ мм). В одном из абсцессов на фоне взвеси определялось небольшое количество экзогенного смещаемого осадка. Наружный контур образования в 8 (72,7%) случаях был ровным, четким, в 3 (27,3%) – ровным, но нечетким. Во всех случаях отмечался четкий и ровный внутренний контур. 7 (63,6%) образований были однокамерными, 4 (36,4%) – двухкамерными. Все перегородки были неровными, толщина их составляла от 3 до 5 мм. Дифференциальная диагностика абсцесса яичника и пиовара была основана на выявлении ткани яичника с фолликулярным аппаратом по периферии абсцесса в виде ободка толщиной 5–10 мм. Отсутствие визуализации яичниковой ткани расценивалось как пиовар, у которого отмечалось значительное повышение экзогенности капсулы.

С помощью цветового картирования в 3 (27,3%) случаях наблюдалась гиповаскуляризация патологического образования, в 2 (18,2%) – умеренная васкуляризация перегородок и капсулы, а в 6 (54,5%) случаях зарегистрированы участки гиперваскуляризации (вероятно, в сохраненной ткани яичника). Значения ИР колебались от 0,47 до 0,66 (в среднем $0,57 \pm 0,04$).

Болезненность при смещении трансвагинальным датчиком отмечалась в 11 случаях (100%). Отсутствие смещения при движениях датчиком наблюдалось у 9 (81,8%) образований, а у 2 (18,2%) образований подвижность была сохранена. У 5 (45,5%) больных в параовариальной области или

в других отделах малого таза была выявлена анэхогенная жидкость, у 1 (9,1%) больного на ее фоне определялись перитонеальные спайки.

Пиосальпинкс (5 образований) располагался медиальнее яичника и визуализировался как образование ретортообразной (с локальными расширениями и сужениями), овальной либо цилиндрической формы с мелко- и среднедисперсным внутренним содержимым. Диаметр просвета варьировал в пределах от 20,0 до 41,0 мм (в среднем $23,8 \pm 3,5$ мм). Толщина стенок была от 1,0 до 6,0 мм (в среднем $2,5 \pm 0,8$ мм). На внутренней поверхности труб на фоне жидкости в 4 (80,0%) образованиях определялись пристеночные гиперэхогенные однородные включения (вероятно, утолщенные складки слизистой оболочки трубы), в 3 (60,0%) – выявлялись тонкие единичные перегородки.

Все больные отмечали болезненность при смещении датчиком в процессе проведения трансвагинального исследования.

Расположение и форма **гидросальпинксов** была идентична пиосальпинксам, однако в просвете гидросальпинксов у всех обследованных определялась анэхогенная жидкость. Отмечалась меньшая толщина стенок (от 1,0 до 3,0 мм, в среднем $1,8 \pm 0,3$ мм), диаметр просвета варьировал от 18,0 до 37,0 мм (в среднем $28,5 \pm 3,2$ мм). Во всех гидросальпинксах были выявлены пристеночные включения повышенной экзогенности, расцененные как утолщенные складки эндосальпинкса, у 2 (50,0%) больных определялись тонкие внутритубарные перегородки.

У 1 (25,0%) пациентки определялась болезненность при трансвагинальном сканировании.

При цветовом картировании при обследовании больных с **сактосальпинксами** в 2 (22,2%) образованиях сосудистые сигналы в стенках не обнаружены, в 2 (22,2%) случаях зарегистрирован только венозный кровоток. В стенках остальных 5 (55,6%) пораженных труб выявлен как венозный, так и артериальный кровоток. Значения ИР колебались от 0,59 до 0,75 (в среднем $0,68 \pm 0,03$), причем достоверных различий

показателей между пиосальпинксами и гидросальпинксами зарегистрировано не было.

Во всех наблюдавшихся случаях сактосальпинксов смещаемость образований при манипуляциях трансвагинальным датчиком отсутствовала. В 1 из 9 случаев наблюдавшихся жидкостных образований труб у больной было выявлено очень небольшое количество свободной жидкости в малом тазу. Важным фактором дифференциальной ультразвуковой диагностики сактосальпинкса явилось определение интактного яичника с одноименной стороны (у 2 обследованных яичник отсутствовал после оперативного удаления).

Тубоовариальные абсцессы в 11 случаях были односторонними, у 1 пациентки отмечен двусторонний процесс (проводился анализ 13 образований). Диаметр образований составил от 51,0 до 88,0 мм (в среднем $66,5 \pm 5,7$ мм). Все образования представляли собой конгломераты неправильной формы, с толстыми стенками от 3,0 до 12,0 мм (в среднем $7,0 \pm 1,5$ мм). Наружный контур образований был неровным, в 9 случаях (69,2%) – четким, в 4 (30,8%) – нечетким. Внутренняя поверхность полости также во всех случаях была неровной. Все образования были смешанной экзогенности и неоднородной кистозно-солидной внутренней структуры, с единичными или множественными перегородками. Содержимое кистозных полостей было средне- и мелкодисперсное, иногда анэхогенное, форма – разнообразная, контуры – неровные, четкие. В полостях 5 (38,5%) образований отмечалось наличие эхогенного осадка. В 1 (7,7%) абсцессе были выявлены пузырьки газа. В большинстве наблюдений дифференцировать в подобном конгломерате ткань маточной трубы или яичника не представлялось возможным.

При цветовом картировании гиперваскуляризация конгломерата выявлена в 2 (15,4%) случаях, в 3 (23,1%) образованиях сосудистые локусы не определялись, в 8 (61,5%) случаях выявлена гиповаскуляризация. Значения ИР были в пределах от 0,55 до 0,70 (в среднем $0,62 \pm 0,03$).

Анэхогенная жидкость в малом тазу в небольшом количестве диагностирована в 4 (30,8%) наблюдениях. Перитонеальные

спайки на фоне жидкости не визуализировались. У всех женщин с тубоовариальными абсцессами отмечалась выраженная болезненность при тракции трансвагинальным датчиком во время проведения эхографии. Смещаемость датчиком всех выявленных образований отсутствовала.

Абсцесс клетчатки малого таза выявлен у 1 пациентки. Больная за 2 года до пункции перенесла надвлагалищную ампутацию матки с левыми придатками по поводу миомы и кисты яичника. Вышеназванное образование располагалось между культей матки и мочевым пузырем в клетчатке малого таза. Полость абсцесса имела овальную форму, четкий неровный контур, содержимое в виде мелкодисперсной взвеси. Средний диаметр образования составил 18 мм. Вокруг полости определялась зона повышенной эхогенности без четких контуров. Образование не смещалось при надавливании трансвагинальным датчиком. Свободной жидкости в малом тазу выявлено не было. Отдельно от образования визуализировался правый яичник нормальных размеров и структуры. При цветовом картировании кровотоков в стенках абсцесса выявлен не было.

У 1 больной на фоне невыраженной клинической картины воспалительного процесса придатков матки эхографически была диагностирована **перитонеальная киста**. Форма образования была овальной, средний диаметр составил 79 мм. Отмечались тонкие, ровные стенки и анэхогенное внутреннее содержимое. В полости серозоцеле определялась единичная тонкая перегородка. При цветовом картировании стенка и перегородка были аваскулярны. Образование легко деформировалось, но не смещалось датчиком при трансвагинальной эхографии, болезненности при движениях датчиком выявлено не было. Оба яичника визуализировались отдельно от кисты, имели нормальную величину, овальную форму и несколько неоднородную структуру за счет гипоехогенных участков различных размеров. Свободная жидкость в малом тазу не выявлялась. Эхографические признаки воспалительного генеза образования отсутствовали. Однако с учетом результатов пункции под контролем эхографии (мутный серозный экссудат; положительная ре-

Таблица 4. Эхографические и доплерографические признаки воспалительных заболеваний органов малого таза у обследованных пациенток

Патологические образования	Абсолютное количество образований	Размеры образования, мм	Стенка образования (толщина, мм; характеристики)	Внутреннее содержимое образования, особенности строения	Степень васкуляризации	Значения ИР
Ретенционные кисты яичника (с клинико-лабораторными признаками воспалительного процесса)	13	66,1 ± 11,7 (45,0–115,0)	3,1 ± 0,7 (1,0–5,0) Контур четкие, ровные	Анэхогенное 30,8% двухкамерные	53,8% гипер- 30,8% умеренная 15,4% гиповаскуляризация стенок	0,58 ± 0,02 (0,52–0,64)
Абсцесс яичника или пиовар	11	54,8 ± 6,2 (33,0–70,0)	6,7 ± 1,2 (3,0–10,0) 72,7% контуры четкие, ровные 27,3% – нечеткие, ровные	Гетерогенное 63,6% однокамерные 36,4% двухкамерные	54,5% гипер- 18,2% умеренная 27,3% гиповаскуляризация	0,57 ± 0,04 (0,47–0,66)
Пиосальпинкс	5	23,8 ± 3,5 (20,0–41,0)	2,5 ± 0,8 (1,0–6,0) Контур четкие, неровные	Гетерогенное	55,6% умеренная васкуляризация 22,2% только венозный кровоток 22,2%	0,68 ± 0,03 (0,59–0,75)
Гидросальпинкс	4	28,5 ± 3,2 (18,0–31,0)	1,8 ± 0,3 (1,0–3,0) Контур четкие, неровные	Анэхогенное	аваскуляризация стенок	–
Тубоовариальный абсцесс	13	66,5 ± 5,67 (51,0–88,0)	7,0 ± 1,5 (3,0–12,0) Контур четкие, неровные	Гетерогенное	15,4% гипер- 61,5% гиповаскуляризация	0,62 ± 0,03 (0,55–0,70)
Абсцесс клетчатки малого таза	1	18	Контур четкие, неровные	Гетерогенное	Аваскуляризация стенок	–
Перитонеальная киста (с клинико-лабораторными признаками воспалительного процесса)	1	79	Контур четкие, ровные	Анэхогенное, двухкамерное	Аваскуляризация	–

акция Ривальта; цитологическое выявление клеток мезотелия, множества лейкоцитов и бактерий; бактериологическое определение в пунктате *Streptococcus faecalis*) образование расценено как инфицированная перитонеальная киста.

Сводные результаты ультразвукового исследования органов малого таза представлены в табл. 4.

45 больным с воспалительными образованиями малого таза выполнено лечебно-диагностическое дренирование 48 патологических очагов с помощью трансвагинального ультразвукового сканирования (у 3 больных образования были двусторонними). Лечебное дренирование осуществлялось в комплексе с медикаментозной терапией, включающей применение антибиотиков широкого спектра действия, препаратов метронидазола, десенсибилизирующих и нестероидных противовоспалительных средств, инфузионной терапии и т.д.

В 42 (87,50%) случаях проводилась однократная аспирация и санация полости, в 3 (6,25%) случаях было проведено по два вмешательства и еще в 3 (6,25%) – по три (рис. 4). Всего выполнено 57 пункций под ультразвуковым контролем. В случаях повторных инвазивных вмешательств выбор препарата для санации очага осуществлялся с учетом результатов бактериологического исследования содержимого, полученного при предыдущих пункциях.

Во время дренирования в просвет патологического образования вводили иглу с внутренним диаметром 1,5 мм, если содержимое было анаэробным. В случае эхографического выявления взвеси в полости (высокая вероятность наличия гноя) использовалась игла диаметром 2,0 мм. Первоначально эвакуировали содержимое полости, в дальнейшем осуществляли двух-, трехкратную санацию полости патологического образования растворами диоксида или метрогила. Небольшое количество препарата оставлялось в полости. Объем аспирированного экссудата варьировал от 1 до 640 мл.

В 30 (62,5%) из 48 случаев характер пунктата был гнойным, в 12 (25,0%) – серозным прозрачным; в 2 (4,2%) – серозно-геморрагическим; в 4 (8,3%) – серозным мутным.

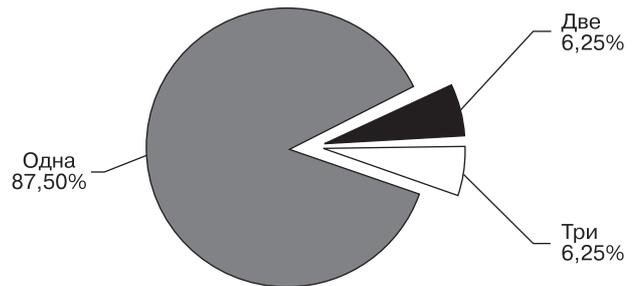


Рис. 4. Количество пункций, проведенных у обследованных пациенток.

По данным общего анализа пунктата реакция Ривальта была положительной в 45 (93,8%) случаях, отрицательной – в 3 (6,2%), причем все 3 образования являлись гидросальпинксами. При цитологическом исследовании аспирата в 100% случаев подтверждался воспалительный генез. Атипических клеток не было выявлено ни в одном случае.

Анализ результатов бактериологического исследования показал, что наиболее частыми возбудителями патологического процесса являлись грамотрицательные и грамположительные аэробы, которые определялись в виде различных по составу комплексов (31,2%) или монокультур (16,7%). Среди аэробов преобладали стрептококки, стафилококки, кишечная палочка. В 6 (12,5%) наблюдениях выделены анаэробные возбудители (последние обнаружены изолированно или в составе ассоциаций с аэробными бактериями). В 45,8% случаев в посевах из гнойных полостей и воспалительных очагов негнойного характера отсутствовал бактериальный рост. У всех пациенток с идентифицированными возбудителями воспалительного процесса производилась коррекция антибактериальной терапии с учетом чувствительности выявленной микрофлоры к антибиотикам. Такая же коррекция проводилась при повторных пункциях (например, при анаэробной флоре диоксидин заменялся метрогилом). В трех случаях повторных пункций помимо антисептика в полость вводился антибиотик с учетом чувствительности микроорганизма.

В группе абсцессов яичника и пиоваров объем экссудата составил от 1 до 90 мл. У всех 10 больных (11 образований) характер пунктата был гнойным. В 1 случае потребовалась двухкратная пункция, в 1 слу-

чае – трехкратная. Объем эвакуированной жидкости при повторных пункциях всегда был меньше, чем при первой. Особенностью этой группы явилось то, что 3 пациенткам до вмешательств под контролем эхографии проводились попытки “слепых” пункций под наркозом толстой иглой. Во всех 3 случаях эти попытки оказались безуспешными – пунктата получено не было. У всех больных этой группы с помощью пункций под ультразвуковым контролем достигнуто клиническое выздоровление.

В группе **ретенционных кист яичников** эвакуировалось от 15 до 640 мл содержимого. Все 13 образований были односторонни-

ми, в 8 (61,5%) случаях пунктат был серозным прозрачным, в 2 (15,4%) – серозно-геморрагическим, в 3 (23,1%) – серозным мутным. В 100% случаев пункции были однократными. Во всех случаях реакция Ривальта была положительной. Все пункции оказались успешными.

В объединенной группе **гидросальпинксов и пиосальпинксов** объем экссудата варьировал от 15 до 60 мл. Содержимое всех 4 гидросальпинксов было серозным прозрачным. Реакция Ривальта в 3 случаях была отрицательной, в 1 – положительной. Аспират из всех 5 пиосальпинксов был гнойным. В пунктате, полученном из пио-

Таблица 5. Результаты пункций воспалительных образований органов малого таза

Патологические процессы	Абсолютное количество	Количество содержимого, мл	Характер пунктата	Количество пункций	Исходы
Ретенционные кисты яичника (с клинико-лабораторными признаками воспалительного процесса)	13	15–640	61,5% серозный прозрачный 23,1% серозный мутный 15,4% серозно-геморрагический	100% однократная	Выздоровление
Абсцесс яичника или пиовар	11	1–90	100% гнойный	80,0% однократная 10,0% двукратная 10,0% трехкратная	Выздоровление
Пиосальпинкс	5	15–60	100% серозный прозрачный	100% однократная	Выздоровление
Гидросальпинкс	4		100% гнойный		
Тубоовариальный абсцесс	13	16–250	100% гнойный	75,0% однократная 8,3% двукратная 16,7% трехкратная	50% выздоровление 50% оперативное лечение
Абсцесс клетчатки малого таза	1	4	Гнойный с примесью крови	Однократная	Выздоровление
Перитонеальная киста (с клинико-лабораторными признаками воспалительного процесса)	1	60	Серозный мутный	Однократная	Выздоровление

сальпинксов, реакция Ривальта была положительной. Повторных пункций не потребовалось ни в одном случае. В результате пункций достигнута полная ликвидация всех образований из данной группы.

В группе **тубоовариальных абсцессов** пунктировалось 13 образований. Содержимым всех очагов был гной (в 1 случае с примесью крови). Кроме того, в одном из многокамерных образований содержимое одной из камер было серозным прозрачным. Проводилось 18 вмешательств, один абсцесс пунктировался дважды, два – трижды. При одной пункции эвакуировалось от 16 до 250 мл гноя. Реакция Ривальта была положительной в 100% наблюдений. До прицельной пункции под контролем эхографии одной больной проводилась безуспешная попытка “слепой” пункции под наркозом толстой иглой.

Одна пациентка за один месяц до пункции перенесла лапаротомию и вскрытие гнойника малого таза, придатки не удалось осмотреть из-за спаечного процесса. Пункция и санация тубоовариального абсцесса под ультразвуковым контролем в данном случае оказалась успешной и привела к выздоровлению больной. Несмотря на проводимую терапию, 6 больным этой группы по клиническим показаниям проведено оперативное лечение, при котором подтвержден предварительный диагноз.

При пункции **абсцесса клетчатки малого таза** было эвакуировано 4 мл гноя с примесью крови. Лечебный эффект был достигнут при однократной аспирации содержимого и санации полости раствором диоксида. Реакция Ривальта была положительной.

При эвакуации содержимого **инфицированного серозоцеле** получено 60 мл мутного серозного экссудата. Проводилась однократная пункция и санация полости образования раствором диоксида. При контрольной эхографии патологическое образование не визуализировалось. Сводные данные всех инвазивных вмешательств под контролем ультразвука представлены в табл. 5.

Сопоставление результатов трансвагинальной эхографии с данными, полученными при анализе результатов пункций и гистологических исследований макропрепаратов, обнаружило полное совпадение ультразвукового и окончательного диагнозов в 41 (85,4%) из 48 наблюдений. Причинами

ошибочных результатов ультразвукового сканирования или неполного совпадения диагнозов были:

- ретенционные кисты яичников – 2 наблюдения (характерная эхографическая картина ретенционных кист сочеталась у больных с отсутствием гипертермии и лабораторных признаков воспаления, но при пункции получен мутный серозный экссудат с положительной реакцией Ривальта, большим количеством белка и лейкоцитов, при бактериологическом исследовании выявлены патогенные микроорганизмы);

- пиовары, интерпретированные как эндометриоидные кисты (которые было решено пунктировать в связи с подозрением на нагноение по данным анамнеза) – 2 наблюдения (у обеих пациенток без лихорадки и с нормальными показателями гемограммы при аспирации был получен гной);

- гидросальпинкс больших размеров, расцененный как серозоцеле – 1 наблюдение;

- гидросальпинкс, ошибочно принятый за пиосальпинкс – 1 наблюдение (за 2 нед до инвазивного вмешательства у больной на фоне фебрильной лихорадки, лейкоцитоза и повышения СОЭ проводилась пункция брюшной полости через задний свод влагалища без эхографического контроля, при которой получено 20 мл гноя; при пункции образования был получен серозный бесцветный экссудат с характерными для гидросальпинкса характеристиками);

- перитонеальная киста с элементами воспаления, интерпретированная как несложное серозоцеле – 1 наблюдение (диагноз был уточнен с помощью макроскопического, биохимического, цитологического и бактериологического исследования аспирата).

Таким образом, точность эхографии в определении воспалительного генеза патологического образования придатков матки с учетом результатов дренирования составила 85,4%.

Эффективность лечения обследованных больных оценивалась по исчезновению жалоб, нормализации эхографической картины, температуры тела и лабораторных показателей. Полный лечебный эффект при пункции и санации был достигнут у 39 (86,7%) из 45 женщин, подвергнутых инвазивному вмешательству под ультразвуковым контролем.

Уже на 1–2 сутки после пункции и санации воспалительных образований малого таза у большинства пациенток отмечалось улучшение самочувствия, уменьшение и исчезновение болей внизу живота, исчезновение признаков общей интоксикации организма, в том числе лихорадки. Нормализация температуры тела отмечалась через 24–48 ч от момента дренирования и санации полости (у 2 больных с тубоовариальными абсцессами температура нормализовалась на 4-е сутки после вмешательства). Активность показателей воспалительного процесса в анализе крови снижалась медленнее, и их нормализация происходила на 1–14 сутки (в среднем на $6,7 \pm 2,2$ сутки), кроме СОЭ, нормальные показатели которой достигались к 5–18 суткам.

При контрольной эхографии на 2–3 сутки после дренирования и санации 35 (72,9%) образований не визуализировались, либо определялась остаточная полость размерами менее 2,5 см в диаметре с однородным анэхогенным содержимым (лечебные растворы). Сохранение патологического образования диаметром более 2,5 см по данным эхографии на 2–3 сутки после пункции (при условии улучшения самочувствия пациентки, нормализации температуры тела и положительной динамики лабораторных показателей) было показанием к повторным вмешательствам под ультразвуковым контролем.

Эхография, проведенная на 5–7 сутки после вмешательства, зафиксировала у 39 (86,7%) женщин исчезновение объемных образований малого таза воспалительной природы (при неоднократных пункциях окончательный эффект оценивался на 5–7 сутки от даты последней аспирации содержимого и санации полости образования).

6 (13,3%) больным с тубоовариальными абсцессами (в том числе одной с двусторонним поражением) потребовалось хирургическое лечение. У этих пациенток через 24–48 ч после первой пункции сохранялись эхографическая картина абсцесса (в большинстве случаев многокамерного), болевой синдром, лихорадка, лабораторные признаки воспаления. Причинами неэффективности пункционной терапии в этих случаях явились:

– наличие трех и более камер патологического образования (5 больных);

– средний диаметр образования более 7 см (5 больных);

– густой гной, препятствующий полной эвакуации (4 больных);

– длительность обострения воспалительного процесса более 1 мес (3 больных);

– подозрение по клиническим данным на возникновение аппендицита (2 больных).

У каждой из оперированных пациенток отмечалось сочетание перечисленных факторов.

86,7% пациенток, которым в комплексном лечении проводились прицельные пункции воспалительных образований малого таза и санации их растворами диоксида и метрогила, были выписаны с клиническим выздоровлением. Не отмечено ни одного осложнения лечебно-диагностических пункций под контролем эхографии.

Отдаленные результаты проведенного лечения у всех пациенток прослеживались в течение нескольких лет (максимально до 6 лет). Рецидивом воспалительного процесса считалось его обострение в течение одного года после вмешательства. Ни у одной из 39 женщин, выписанных с клиническим выздоровлением, рецидива воспалительного заболевания с образованием объемных образований придатков матки не выявлено.

ОБСУЖДЕНИЕ

Первое место среди факторов, провоцирующих воспаление, занимают внутриматочная контрацепция и аборт [7, 8]. Среди обследованных пациенток внутриматочную контрацепцию использовали 35,6% больных, а искусственное прерывание беременности перенесли 60% женщин, из них большинство имели более 1 аборта. По данным В.И. Краснопольского и соавт., в 20,3% случаев гнойные процессы являются осложнениями предыдущих вмешательств, особенно паллиативных и нерадикальных хирургических операций при гнойных заболеваниях придатков матки [8]. Это подтверждается анамнезом обследованных женщин, среди которых 57,8% перенесли операции на органах малого таза и брюшной полости, из них по поводу гнойно-воспалительных заболеваний органов малого таза – 13,3%.

Открытым для обсуждения остается вопрос о возрасте больных, которым показана

аспирация содержимого воспалительных тубоовариальных образований под эхографическим контролем. Так, Д.Ф. Курбанова считает, что данному виду лечения могут быть подвергнуты больные только до 35 лет [23]. В.С. Lee et al. подвергли тонкоигольной аспирации и катетерному дренированию тазовые абсцессы у 22 женщин в возрасте от 19 до 78 лет (средний возраст 37 лет) [24]. Между тем эффективность лечения в данных исследованиях практически не отличалась (87,5 и 86% соответственно). В исследовании Е.П. Поповой возраст больных, подвергнутых пункционному лечению, ограничен 15–43 годами [25]. Большинство зарубежных авторов полагают, что возрастных ограничений к применению данного метода не существует [24, 26, 27]. По нашему мнению, применение пункций воспалительных тубоовариальных образований под эхографическим контролем у женщин старше 35 лет с диагностической и лечебной целью возможно после обязательного определения уровня онкомаркера СА-125 в сыворотке крови. Эвакуируемое из полости воспалительного образования содержимое в 100% случаев должно отправляться на цитологическое исследование (у обследованных нами пациенток ни в одном из наблюдений не было найдено атипических клеток).

Несмотря на высокую частоту выявления *Neisseria gonorrhoeae* в материале, взятом из нижнего отдела репродуктивного тракта у женщин с воспалительными заболеваниями [3, 28], в нашем исследовании этот возбудитель не встречался ни разу. Это подтверждает тенденцию, отмеченную В.И. Краснопольским и соавт., о снижении роли данного микроорганизма в этиологии воспалительных процессов [8].

Основным принципом лечения гнойных заболеваний является эвакуация гноя [3, 8]. В случае выраженного спаечного процесса малого таза, что часто наблюдается после многократных хирургических вмешательств, альтернативой лапароскопии или лапаротомии может оказаться пункция патологического образования под ультразвуковым контролем [3, 29–32]. Как сообщают А.Н. Стрижаков и соавт., одновременно они удаляли от 15 до 600 мл содержимого [30], что соответствует результатам нашего исследования. В той же монографии указа-

но, что в 67% случаев при бактериологическом исследовании полученного материала выделены колонии анаэробных и аэробных микроорганизмов. По нашим данным рост патогенной флоры отмечен в 54,2% случаев, а цитологические признаки воспаления подтверждены в 100% случаев.

В зависимости от характера содержимого выделяют серозные (кисты яичников, гидросальпинксы) и гнойные (пиосальпинкс, абсцесс яичника, пиовар и тубоовариальный абсцесс) тубоовариальные образования. По результатам нашего исследования у 40% пациенток с клиническими проявлениями острого воспаления придатков матки при эхографическом исследовании содержимое воспалительных образований было анэхогенным (ретенционные кисты яичников с признаками инфицирования, гидросальпинксы, инфицированное серозоцеле). При пункции данных образований был получен серозный экссудат, и у 100% пациенток этой группы наступило клиническое выздоровление.

Пункция гидросальпинкса также является патогенетически обоснованной. В гидросальпинксе меняется соотношение реснитчатого и секреторного эпителия в сторону увеличения секреторных клеток, которые продолжают функционировать в условиях замкнутых образований. При этом возникает порочный круг: накопление жидкости в замкнутой полости маточной трубы приводит к повышению давления и прогрессирующей атрофии реснитчатых клеток, увеличению количества секреторных клеток и еще большему накоплению воспалительного экссудата. При длительном существовании гидросальпинкса реснитчатые клетки погибают, и прогноз восстановления функции трубы приближается к нулевому [14]. Группа нидерландских авторов изучала влияние таких параметров, как состояние эндосальпинкса, степень истончения стенки трубы и диаметр гидросальпинкса, на эффективность пластических операций на трубах при гидросальпинксе [33]. По их данным, каждый из этих параметров при оценке по трехбалльной шкале вызывает колебания в частоте наступления беременности в пределах 30% при общей частоте наступления беременности 46%. Следовательно, пункция гидросальпинкса оправдана не только

как диагностическая процедура, но и как лечебное вмешательство. Чем раньше проведена эвакуация воспалительного экссудата, тем выше вероятность успешного исхода реконструктивных операций на маточных трубах. Важны также данные о том, что микробная флора канала шейки матки и содержимого гидросальпинкса в момент обострения сальпингита не идентична [34]. Определение микробного агента по данным бактериологического исследования аспирата является необходимым условием для подбора адекватной антибактериальной терапии.

Исследователями обсуждается вопрос о возможности пункции и санации двусторонних воспалительных образований. Так, в работе Д.Ф. Курбановой [23] одним из критериев строгого отбора являлся односторонний характер процесса. В то же время Р.Ж. Corsi et al. [26], Н.Л. Богданова [35] и З.Д. Каримов и соавт. [36] считают возможным и оправданным пункционное лечение двусторонних абсцессов придатков матки. В ходе нашего исследования было диагностировано три двусторонних образования. У одной больной с tuboовариальными абсцессами эхографически выявлялись множественные перегородки с обеих сторон, при пункции был получен очень густой гной, что также препятствовало полной эвакуации содержимого. Кроме этого по клиническим данным у нее было заподозрено развитие аппендицита, подтвержденного впоследствии оперативным вмешательством. Данные обстоятельства явились причиной неэффективности пункционного лечения. У 2 больных пункция и санация двусторонних воспалительных образований матки была успешной. Таким образом, причинами неудачи явились факторы, напрямую не связанные с двусторонним характером поражения.

Количество внутренних перегородок в дренируемом образовании, выявленных при ультразвуковом исследовании, имеет большое значение при определении показаний к инвазивным вмешательствам под контролем эхографии. Р.Ж. Corsi et al. [26], А.Л. Nelson et al. [37] определили, что количество камер и перегородок имеет обратную корреляцию с ожидаемым успехом пункции или дренирования. В нашем исследовании среди 6 пациенток с неэффективностью

пункционной терапии у 5 было диагностировано более 3 камер, и, напротив, все однокамерные и двухкамерные образования были успешно ликвидированы без применения традиционных операций.

По данным литературы, а также собственных результатов, через 24–48 ч после проведения вмешательства у большинства больных состояние улучшается [20, 21, 27, 30]. При ультразвуковом исследовании может визуализироваться незначительный просвет патологического образования за счет реактивного экссудата и лечебных растворов. По результатам нашего исследования в 72,9% случаев на 2–3 сутки после пункции патологическое образование либо не определялось, либо диаметр его составлял менее 2,5 см. Клинико-лабораторное выздоровление наступило у 86,7% женщин, что соответствует данным А.Н. Стрижакова и соавт., которые сообщают, что в 87,5% случаев применение пункций под ультразвуковым контролем в комплексном лечении воспалительных заболеваний позволяет избежать радикального хирургического вмешательства [30]. Отсутствие клинико-лабораторного эффекта от пункционного дренирования патологических образований малого таза привело к оперативному вмешательству у 13,3% больных, причем во всех случаях это были tuboовариальные абсцессы. Органосохраняющие методы лечения позволяют надеяться на сохранении репродуктивной функции, тем более что, по данным В.Г. Чикина и соавт., в 40% случаев оперативное вмешательство и удаление органа не обоснованы [38].

В настоящее время используются два вида инвазивных вмешательств под контролем трансвагинальной эхографии при воспалительных образованиях малого таза у женщин: пункции и санации полостей с помощью игл и установка пластиковых дренажных катетеров. Пункции применяются при наличии относительно небольших образований (менее 8–9 см в диаметре) и при невысокой вязкости получаемого содержимого. Попытки проведения пункций при больших размерах абсцессов или при наличии очень густого содержимого заканчиваются неполной эвакуацией, что в последующем приводит к лапаротомии [24, 39]. В проведенном нами исследовании из

6 больных с неэффективностью пункционной терапии у 5 диаметр образования был более 8 см, а у 4 эвакуировался очень густой гной. Альтернативой в этом случае может быть катетерное дренирование, однако и этот метод не лишен определенных недостатков:

- обязательным является применение общего обезболивания (возможность осложнений наркоза);

- дислокация дренажа может явиться причиной неудачного исхода лечения;

- осложнения в виде образования свищей [40];

- при высоком расположении образования постановка катетера технически затруднена.

В некоторых работах на небольшом клиническом материале проведен сравнительный анализ эффективности данных методов. Е. Van Sonnenberg et al. сообщили об удачных пункциях у 7 из 8 пациенток (88%) по сравнению с успехом у 5 из 6 пациенток (83%), которым была выполнена постановка катетера [41]. В.С. Lee et al. в своем исследовании оценивали эффективность пункций и катетерного дренирования у 22 женщин с тазовыми абсцессами [24]. У всех 7 пациенток (100%), которым проводились пункции и санации полостей, было достигнуто полное излечение, тогда как постановка катетера оказалась успешной в 12 из 15 случаев (80%). Таким образом, до сих пор не выявлено достоверных различий в эффективности данных методов. В целом же в работах разных авторов прослеживается тенденция к применению катетеров при больших абсцессах и предполагаемой высокой вязкости содержимого, а также длительном течении воспалительного процесса [42–45]. Эхографические признаки воспалительного образования (локализация, размеры, количество камер, экзогенность и однородность содержимого) имеют первостепенное значение в определении показаний и противопоказаний к инвазивным вмешательствам под ультразвуковым контролем.

Исследователями предлагаются разные препараты для санации полостей воспалительных образований придатков матки: антибиотики, антисептики, этиловый спирт, протеолитические ферменты. Так, А.А. Рязанцев и А.А. Захаров при лечении 143 па-

циенток с гнойно-воспалительными образованиями органов малого таза после обработки полости раствором фурациллина и диоксида 65 больным вводили антибиотик широкого спектра действия, а 78 пациенткам – 96°-ный спирт. Авторы показали, что применение спирта в качестве основного средства лечения достоверно снижает количество проводимых пункций (по сравнению с использованием антибиотика), но незначительно влияет на изменение продолжительности лечения [19].

При выборе антисептиков для санации очага мы учитывали особенности их воздействия на грамположительную или грамотрицательную флору. Препаратом выбора являлся диоксидин.

При выявлении в содержимом образований анаэробов (в случаях повторных пункций) применялся метрогил. Также мы посчитали оправданным применение метрогила в комплексе с диоксином у пациенток, в содержимом цервикального канала которых были выявлены трихомонады или анаэробные возбудители.

Обращает на себя внимание тот факт, что 57,8% больных обследованной нами группы перенесли одно или несколько оперативных вмешательств на органах брюшной полости и малого таза. Спаечный процесс в малом тазу вследствие перенесенных операций и воспалительных процессов выявлен у 53,3% пациенток. Это обстоятельство позволяет утверждать, что традиционное хирургическое вмешательство у этих женщин было бы сопряжено с высоким риском осложнений. Наличие спаек в малом тазу не явилось препятствием для пункции и санации образований и не привело к возникновению осложнений при использовании данного метода. Это является дополнительным доводом в пользу применения аспирации и санации воспалительных образований малого таза под ультразвуковым контролем.

ВЫВОДЫ

- 1) Эхография имеет большое значение в определении показаний и противопоказаний к инвазивным вмешательствам под ультразвуковым контролем.

- 2) У 86,7% пациенток применение пункций воспалительных образований придат-

ков матки в комплексе с адекватной консервативной терапией позволяет избежать хирургического вмешательства.

3) Применение пункций воспалительных tuboовариальных образований под эхографическим контролем у женщин старше 35 лет с диагностической и лечебной целью возможно после обязательного определения уровня онкомаркера СА-125 в сыворотке крови.

4) Наличие двусторонних воспалительных образований придатков матки не является противопоказанием к пункции.

5) При выявлении гнойного образования средним диаметром более 7 см, при наличии в образовании трех и более камер, при подозрении на аппендицит должен ставиться вопрос о применении других методов лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Василевская Л.Н., Грищенко В.И., Щербина Н.А., Юровская В.П. Гинекология. Изд. 2-е, дополн. и переработ. Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. 572 с.
2. Савельева Г.М., Антонова Л.В. Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов. М.: Медицина, 1987. С. 8–44.
3. Гинекология / Под ред. Савельевой Г.М., Бреусенко В.Г. М.: ГЭОТАР-Мед, 2004. С. 108–168.
4. Kottmann L.M. Pelvic inflammatory disease: clinical overview // J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs. 1995. V. 24. № 8. P. 759–767.
5. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д. Избранные лекции по акушерству и гинекологии. Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. 512 с.
6. Акушерство и гинекология / Пер. с англ. под ред. Савельевой Г.М., Сичинава Л.Г. М.: ГЭОТАР-Мед, 1997. 718 с.
7. Кулаков В.И., Зак И.Р., Куликова Н.Н. Аборт и его осложнения. М.: Медицина, 1987. С. 52–61.
8. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная гинекология. М.: Медпресс, 2001. С. 63–71.
9. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. М.: Медицинская книга, 2003. С. 143.
10. Soper D.E. Pelvic inflammatory disease // Infect. Dis. Clin. North Am. 1994. V. 8. № 4. P. 821–840.
11. Найхус Л.М., Вителло Д.М., Конден Р.Э. Боль в животе / Пер. с англ. под ред. Осипова И.С., Панцырева Ю.М. М.: Бином, 2000. 320 с.
12. Гинекология. Практикум / Под ред. Радзинского В.Е. М.: РУДН, 2003. 577 с.
13. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. Изд. 3-е, перераб. и дополн. М.: МИА, 2003. 560 с.
14. Пшеничникова Т.Я. Бесплодие в браке. М.: Медицина, 1991. 320 с.
15. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. М.: Медицина, 1996. 254 с.
16. Тихоновская О.А. Общие закономерности и механизмы тканевых нарушений придатков матки при воспалении и комплексном лечении с применением грязевых факторов: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Томск, 2000. 38 с.
17. Давыдов А.И., Бахтияров К.Р., Клиндухов И.А., Курбанова Д.Ф. Частные вопросы малоинвазивной хирургии в гинекологии // <http://gyna.medi.ru/ag12042.htm>. 2005.
18. Курбанова Д.Ф. Возможности и перспективы ультразвуковой мини-хирургии при гнойных воспалительных заболеваниях придатков матки // <http://gyna.medi.ru/ag12077.htm>. 2005.
19. Рязанцев А.А., Захаров А.А. Опыт лечения гнойно-воспалительных образований органов малого таза при помощи трансвагинальных пункций под эхографическим контролем // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2002. № 2. С. 161.
20. Morgan A. Adnexal mass evaluation in the emergency department [RTF bookmark end: bib] // Emerg. Med. Clin. North Am. 2001. V. 19. № 3. P. 799–816.
21. Derchi L.E., Serafini G., Gandolfo N. Ultrasound in gynecology // Eur. Radiol. 2001. V. 11. № 11. P. 2137–2155.
22. Tarantino L., Giorgio A., de Stefano G. et al. Pelvic abscesses: efficacy of percutaneous drainage under ultrasound guidance // Abstract book of XVI European Congress of Ultrasound in Medicine and Biology. Zagreb, 2004. P. 99.
23. Курбанова Д.Ф. Клиническое значение малоинвазивной хирургии в диагностике и лечении гнойных воспалительных заболеваний придатков матки в репродуктивном периоде: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2000. 134 с.
24. Lee B.C., McGahan J.P., Bijan B. Single-step transvaginal aspiration and drainage for suspected pelvic abscesses refractory to antibiotic therapy // J. Ultrasound Med. 2002. V. 21. P. 731–738.
25. Попова Е.П. Воспалительные гнойные образования придатков матки в условиях местного пролонгированного протеолиза: Дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 1999. 134 с.
26. Corsi P.J., Johnson S.C., Gonik B. et al. Transvaginal ultrasound-guided aspiration of pelvic abscesses // Infect. Dis. Obstet. Gynecol. 1999. V. 7. № 5. P. 216–221.
27. Nelson A.L., Sinow R.M., Oliak D. Transrectal ultrasonographically guided drainage of gynecologic pelvic abscesses // Am. J. Obstet. Gynecol. 2000. V. 182. № 6. P. 1382–1388.
28. Роузвиз С.К. Гинекология. Справочник практического врача / Пер. с англ. под общей ред. Айламазяна Э.К. М.: МЕДпресс-информ, 2004. С. 327–363.
29. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Послеоперационные спайки. М.: Медицина, 1998. С. 8–137.
30. А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д. Малоинвазивная хирургия в гинекологии. М.: Медицина, 2001. С. 10–39.

31. Ищенко А.И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии. М.: ГЭОТАР-Мед, 2004. С. 80–88.
32. Давыдов А.И., Бахтияров К.Р., Клиндухов И.А., Стрижаков А.Н. Малоинвазивная хирургия в гинекологии // Материалы VI Российского форума “Мать и дитя”. М., 2004. С. 334–335.
33. Boer-Meisel M.E., te Velde E.R., Habbema J.D. et al. Predicting the pregnancy outcome in patients treated for hydrosalpinx: a prospective study // Fertil. Steril. 1986. V. 45. № 1. P. 23–29.
34. Антипова Н.Б., Данилов А.Ю., Муравьева В.В. Микробный фактор при гидросальпинксе у больных с бесплодием // Диагностика и лечение бесплодного брака. М., 1988. С. 69–75.
35. Богданова Н.Л. Методы экстракорпоральной гемокоррекции и малоинвазивной хирургии в лечении гнойных воспалительных заболеваний придатков матки: Дис. ... канд. мед. наук. Кемерово, 2001. 123 с.
36. Каримов З.Д., Азимова Ф.М., Пулатова Ю.У. и др. Длительная микрокатетерная терапия tubo-овариальных гнойных образований придатков матки // Синграальная хирургия. 2002. №№ 2–4. С. 15–17.
37. Nelson A.L., Sinow R.M., Renslo R. et al. Endovaginal ultrasonographically guided transvaginal drainage for treatment of pelvic abscesses // Am. J. Obstet. Gynecol. 1995. V. 172. № 6. P. 1926–1935.
38. Чикин В.Г., Пчелинцев В.В., Приступа Е.М., Пчелинцев В.Ф. Целесообразность оперативного лечения при воспалительных заболеваниях придатков матки // Материалы VI Российского форума “Мать и дитя”. М., 2004. С. 533.
39. Maher M.M., Gervais D.A., Kalra M.K. et al. The inaccessible or undrainable abscess: how to drain it // Radiographics. 2004. V. 24. № 3. P. 717–735.
40. Feld R., Eschelman D.J., Sagerman J.E. et al. Treatment of pelvic abscesses and other fluid collections: efficacy of transvaginal sonographically guided aspiration and drainage // AJR. 1994. V. 163. № 5. P. 1141–1145.
41. Van Sonnenberg E., D’Agostino H.B., Casola G. et al. US-guided transvaginal drainage of pelvic abscesses and fluid collections // Radiology. 1991. V. 181. № 1. P. 53–56.
42. Caspi B., Zalel Y., Or Y. et al. Sonographically guided aspiration: an alternative therapy for tubo-ovarian abscess // Ultrasound Obstet. Gynecol. 1996. V. 7. № 6. P. 439–442.
43. McGahan J.P., Brown B., Jones C.D., Stein M. Pelvic abscesses: transvaginal US-guided drainage with the trocar method // Radiology. 1996. V. 200. № 2. P. 579–581.
44. Perez-Medina T., Huertas M.A., Bajo J.M. Early ultrasound-guided transvaginal drainage of tubo-ovarian abscesses: a randomized study // Ultrasound Obstet. Gynecol. 1996. V. 7. № 6. P. 435–438.
45. Varghese J.C., O’Neill M.J., Gervais D.A. et al. Transvaginal catheter drainage of tuboovarian abscess using the trocar method: technique and literature review // AJR. 2001. V. 177. № 1. P. 139–144.

Punctures under Ultrasound Control as the Method of Purulent-Inflammatory Disease Treatment of a Small Pelvis

A.V. Kadrev and I.A. Ozerskaya

The results of the punctures under the Ultrasound control in 46 patients with inflammatory diseases of the uterus appendages are submitted. The application of punctures of the inflammatory diseases of the uterus appendages in complex with the adequate conservative therapy in 86,7% of the patients allows us to avoid surgering. The use of the punctures of the inflammatory tubo-ovarial formations under the echographic control in the women older than 35 years of age with the diagnostic and treatment aims is possible after the compulsory determination of the onckomarker CA-125 level in the serum of the blood. The availability of bilateral inflammatory formations of the uterus appendages is not a contraindication for the puncture. At revealing the purulent formation of more than 7 cm of the mean diameter with the presence of three or more chambers in the formation, at the suspicion on the appendicitis the question of the application of other treatment methods should be put.