

Юсупов Ш.А.,
Давранов Б.Л.,
Агабабян Л.Р.
Алиев А.Р.,
Бойжигитов Н.И.

ВЛИЯНИЕ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА НА СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИТОНИТ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Самаркандский государственный медицинский институт

Острый гнойный перитонит одно из грозных хирургических заболеваний детского возраста. Наиболее частой причиной его является острый деструктивный аппендицит. У девочек при этом в патологический процесс непосредственно вовлекаются матка и ее придатки. По статистическим данным аппендицит чаще встречается в пубертатном периоде, когда чувствительность к патологическим воздействиям велика во всех звеньях половой системы, что еще более усугубляет проблему [1,2,7,9, 10,11,12].

У девочек, особенно препубертатного возраста, из острых хирургических заболеваний органов брюшной полости чаще диагностируется пельвиоперитонит, занимая, по сведениям различных авторов, третье место после аппендицита и кишечной непроходимости [3,4,5]. Развитие данного заболевания связано с проникновением патогенной и условно-патогенной флоры в брюшную полость через женские половые органы с последующим развитием воспалительного процесса. Основной гнойно-воспалительный процесс при этом протекает в области малого таза, что в дальнейшем может привести к нарушению детородной функции у будущих женщин [6,8].

Изучение отдаленных результатов является объективным критерием оценки эффективности хирургического лечения больных перитонитом. В клинике Самаркандского филиала РСНПМЦП проведено обследование 156 пациенток, перенесших аппендикулярный и пельвиоперитонит в детском возрасте. Больные были разделены на две группы. Первую группу (контрольную) составили 83 больные (53,2%), находившиеся на стационарном лечении в клинике, из них 45 (54,2%) получили стационарное хирургическое лечение по поводу распространенного аппендикулярного перитонита, а у 38 (45,8%) во время операции был диагностирован пельвиоперитонит.

Вторую (основную) группу составили 73 (46,8%) больные, из которых 36 (49,3%) были оперированы по поводу распространенного аппендикулярного перитонита, а 37 (50,7%) пельвиоперитонита.

В контрольной группе больным проводилось хирургическое лечение согласно общепринятым тактическим установкам.

У больных основной группы была применена разработанная нами методика интра- и послеоперационного озонирования брюшной полости. Для профилактики спаечных осложнений кроме озонирования брюшной полости, во время операции и с 4-5 дня послеоперационного периода, с 4-5 послеоперационного дня применяли ультрафонофорез мастью "Ируксол" или электрофорез коллоидом на переднюю брюшную стенку и куперил внутрь.

При оценке отдаленных результатов изучали состояние здоровья пациенток. Критериями оценки явились следующие факторы: клинические признаки (общее состояние девушек и женщин; состояние физического развития); функция желудочно – кишечного тракта: наличие или отсутствие болей в животе; характер болей и их локализация; наличие или отсутствие диспепсических расстройств; характер и регулярность стула; наличие или отсутствие сопутствующих заболеваний желудочно – кишечного тракта; состояние послеоперационных рубцов передней брюшной стенки и наличие вентральных грыж; наличие или отсутствие признаков различных форм спаечной болезни; перенесенные операции по поводу спаечной кишечной непроходимости; состояние репродуктивной системы на основании изучения менструальной функции, ультрасонографии, состояния уровня фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов крови, кольпоцитологии, гистеросальпингографии и эхогистеросальпингоскопии.

Отдаленные результаты лечения больных перитонитом оценивались по трехбалльной системе, как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

Хорошие отдаленные результаты выявлены у 29 (34,9%) пациенток контрольной группы и 49 (67,1%) пациенток основной группы.

Из 78 обследованных девушек и женщин установившийся менструальный цикл был у 75 пациенток, у 3 девочек имела место физиологическая аменорея. При обследовании менструальной функции у 75 пациенток с хорошими отдаленными результатами получены следующие результаты (таблица 1)

Таблица 1. Менструальная функция у пациенток с хорошими результатами

Менструальная функция (цикл)	контрольная группа		основная группа	
	пельвиоперитонит (n-17)	аппендикулярный перитонит (n-12)	пельвиоперитонит (n-25)	аппендикулярный перитонит (n-21)
регулярный	16(94,1%)	11(91,7%)	24 (96,0%)	20 (95,2%)
нерегулярный	1(5,9%)	1(8,3%)	1 (4,0%)	1 (4,8%)
б/болезненный	14(82,4%)	9(75,0%)	20 (80,0%)	16 (76,2%)
альгоменорея	3(7,6%)	3(25,0%)	5 (20,0%)	5 (23,8%)

Как видно из таблицы, в обеих группах, как при пельвиоперитоните, так и при аппендикулярном перитоните, наиболее часто встречались нарушения в виде альгоменореи, больше выраженной в подгруппе после перенесенного аппендикулярного перитонита.

При анализе полученных результатов УЗС у пациенток с хорошими отдаленными результатами чаще обнаруживали кистозные изменения яичников. Это совпадает с литературными данными, так как эта патология часто протекает бессимптомно, проявляясь болезненностью и иногда нарушением менструального цикла. Следует отметить, что в контрольной группе кисты яичников встречались чаще (35,3% при пельвиоперитоните и 8,3% при аппендикулярном перитоните) по сравнению с основной группой (8,0% и 16,7% соответственно). В контрольной группе эта патология более чем в 4 раза имела место при пельвиоперитоните по сравнению с пациентками после перенесенного аппендикулярного перитонита, тогда как в основной группе, напротив, кисты яичников диагностированы в 2 раза чаще после аппендикулярного перитонита, чем после пельвиоперитонита. В данной группе из 24 женщин и девушек, состоящих в браке и живущих половой жизнью, беременность наступила у 19 (79,2%). 5 (20,8%) обследованных в отдаленном периоде женщин страдали бесплодием. Всем этим пациенткам проведена гистеросальпингография и эхогистеросальпингоскопия, при этом во всех случаях проходимость обеих маточных труб сохранена, патологии со стороны матки не выявлено.

Для определения причин неудовлетворительных отдаленных результатов лечения девушек и женщин, перенесших в детстве перитонит, мы решили проследить за причинно-следственной связью течения острого перитонита и осложнениями, ведущими к нарушениям со стороны репродуктивной системы и снижающими качество жизни пациенток. Был проведен сравнительный анализ осложнений, развившихся в ближайшем послеоперационном периоде и осложнений со стороны репродуктивной системы в отдаленном периоде.

В остром периоде у всех пациенток с хорошими отдаленными результатами осложнений со стороны брюшной полости не отмечалось. В последующем никто из этих больных не оперирован до катamnестического обследования по поводу каких-либо осложнений перитонита.

Удовлетворительные отдаленные результаты выявлены у 36 (43,4%) пациенток контрольной группы и 16 (21,9%) пациенток основной группы.

Из 52 пациенток с удовлетворительными отдаленными результатами установившийся менструальный цикл был у 48, у остальных девочек отмечалась физиологическая аменорея. При обследовании менструальной функции у 48 из них получены следующие данные (таблица 2).

Из таблицы видно, что нерегулярный менструальный цикл отмечался у 10 (20,8%), альгоменорея - у 24 (50,0%) пациенток. Нарушение регулярности менструального цикла у пациенток после пельвиоперитонита отмечалось в 25,0%, а после аппендикулярного перитонита – в 17,9% случаев. Альгоменореей страдали 50,0% пациенток, как после перенесенного пельвиоперитонита, так и после аппендикулярного перитонита.

У всех обследованных данной группы проведена УЗС органов малого таза, при этом получены следующие данные (таблица 3).

Таблица 2. Менструальная функция у пациенток с удовлетворительными отдаленными результатами

Менструальная функция (цикл)	контрольная группа		основная группа	
	пельвиоперитонит (n=15)	аппенд. перитонит (n=19)	пельвиоперитонит (n=5)	аппенд. перитонит (n=9)
регулярный	12 (80,0%)	15 (78,9%)	3 (60,0%)	8 (88,9%)
нерегулярный	3 (20,0%)	4 (21,1%)	2 (40,0%)	1 (11,1%)
б/болезненный	8 (53,3%)	11 (57,9%)	2 (40,0%)	3 (33,3%)
альгоменорея	7 (46,7%)	8 (41,1%)	3 (60,0%)	6 (66,7%)

Таблица 3. Данные УЗС пациенток с удовлетворительными отдаленными результатами

Данные УЗС	контрольная группа		основная группа	
	пельвиоперитонит (n=15)	аппенд. перитонит (n=21)	пельвиоперитонит (n=5)	аппенд. перитонит (n=11)
без патологии	5 (33,4%)	6 (28,6%)	1 (20,0%)	6 (54,5%)
спаечный процесс	2 (13,3%)	4 (19,0%)	1 (20,0%)	2 (18,2%)
кистозные изменения яичников	3 (20,0%)	8 (38,1%)	1 (20,0%)	3 (27,3%)
аднексит	3 (20,0%)	-	2 (40,0%)	-
гипоплазия матки	2 (13,3%)	3 (14,3%)	-	-

Данные, приведенные в таблице 3 показывают, что чаще встречаются кистозные изменения яичников – у 15 (28,8%) пациенток. Также следует указать, что у 9 (17,3%) девушек и женщин диагностирован спаечный процесс в области малого таза. Аднексит и гипоплазия матки обнаружены у 10 (19,2%) обследованных. Сравнение с предыдущей таблицей показывает, что выявленные нарушения менструального цикла сопровождают данную патологию. При сравнении данных, полученных при УЗС, видно, что эти изменения преобладают в контрольной группе (25- 69,4%), по сравнению с основной (9- 56,3%).

Репродуктивная функция изучена у 36 пациенток с удовлетворительными отдаленными результатами, состоящих в браке и живущих половой жизнью, желающих иметь ребенка.

Приведенные данные таблицы 4 свидетельствуют, что у 26 (72,2%) женщин имело место бесплодие. В обеих группах более 70% пациенток жаловались на бесплодие, причем при аппендикулярном перитоните этот показатель значительно выше (81,2% и 77,8% случаев в контрольной и основной группах соответственно). В контрольной группе у 1 (11,1%) пациентки имел место самопроизвольный аборт.

Таблица 4. Репродуктивная функция у пациенток с удовлетворительными отдаленными результатами

беременность	контрольная группа		основная группа		Всего
	пельвиоперитонит	аппенд. перитонит	пельвиоперитонит	аппенд. перитонит	
была	3 (33,3%)	3 (18,8%)	1 (50,0%)	2 (22,2%)	9 (25,0%)
не было	5 (55,6%)	13 (81,2%)	1 (50,0%)	7 (77,8%)	26 (72,2%)
внематочная беременность, выкидыши	1 (11,1%)	-	-	-	1 (2,8%)
всего	9 (100%)	16 (100%)	2 (100%)	9 (100%)	36 (100%)

Для исключения трубно-перитонеальной формы бесплодия всем 26 пациенткам проведена гистеросальпингография или эхогистеросальпингоскопия. При этом выявлено, что у 8 (32,0%) женщин контрольной группы и 1 (9,1%) пациентки основной группы имеется частичная окклюзия одной из маточных труб. В контрольной группе в одном случае (4,0%) по данным эхогисте-

росальпигоскопии имела место полная непроходимость правой маточной трубы после перенесенного аппендикулярного перитонита. В остальных случаях трубно перитонеальная форма бесплодия исключена. Следует отметить, что в основной группе окклюзия маточных труб встречалась значительно реже, чем в контрольной группе (9,1% и 36,0% соответственно).

В остром периоде у 1 (2,8%) больной контрольной группы с разлитым аппендикулярным перитонитом отмечался послеоперационный абсцесс брюшной полости. В основной группе больных с удовлетворительными отдаленными результатами в остром периоде осложнений со стороны брюшной полости не наблюдалось.

Неудовлетворительные отдаленные результаты выявлены у 18 (21,7%) пациенток контрольной группы и 8 (11,0%) пациенток основной группы.

Из 26 пациенток с неудовлетворительными отдаленными результатами установившийся менструальный цикл был у 24, у остальных девочек отмечалась физиологическая аменорея. При обследовании менструальной функции у этих пациенток получены следующие данные (таблица 5).

Таблица 5. Менструальная функция у пациенток с неудовлетворительными отдаленными результатами

менструальная функция (цикл)	контрольная группа		основная группа	
	пельвиоперитонит (n=6)	аппенд. перитонит (n=10)	пельвиоперитонит (n=3)	аппенд. перитонит (n=5)
регулярный	2 (33,3%)	3 (30,0%)	1 (33,3%)	3 (60,0%)
нерегулярный	4 (66,7%)	7 (70,0%)	2 (66,7%)	2 (40,0%)
б/болезненный	1 (16,7%)	7 (70,0%)	2 (66,7%)	4 (80,0%)
альгоменорея	5 (83,3%)	3 (30,0%)	1 (33,3%)	1 (20,0%)

Из таблицы видно, что пациентки этой группы чаще страдают нарушением менструального цикла. Альгоменорея больше выражена в подгруппе после пельвиоперитонита – 6 (66,7%) по сравнению с пациентками, перенесшими аппендикулярный перитонит – 4 (26,7%).

Всем пациенткам данной группы проведена УЗС органов малого таза, полученные данные представлены в таблице 6.

Таблица 6. Данные УЗС пациенток с неудовлетворительными отдаленными результатами

данные УЗС	контрольная группа		основная группа	
	пельвиоперитонит (n=6)	аппенд. перитонит (n=12)	пельвиоперитонит (n=3)	аппенд. перитонит (n=5)
без патологии	-	-	-	-
спаечный процесс	4 (66,7%)	8 (66,7%)	2 (66,7%)	4 (80,0%)
кистозные изменения яичников	-	2 (16,7%)	-	-
аднексит	2 (33,3%)	1 (8,3%)	1 (33,3%)	1 (20,0%)
гипоплазия матки	-	1 (8,3%)	-	-

Как видно из таблицы среди выявленной при помощи УЗС патологии преобладали спаечный процесс – 18 (69,2%) и явления аднексита – 5 (19,2%). Следует отметить, что практически у всех пациенток с неудовлетворительными отдаленными результатами выявлена какая-либо патология со стороны органов малого таза.

Из 23 женщин только у 4 имела место маточная беременность, у 15 (65,2%) женщин беременности не было, а у 4 (17,4%) отмечались выкидыши и внематочная беременность, причем только в контрольной группе. Исходя из данных, полученных другими методами исследования, выявлена взаимосвязь различной патологии органов малого таза и состоянием репродуктивной функции у 22 (84,6%) пациенток, проведено исследование проходимости маточных труб.

Из таблицы 7 видно, что у 6 (27,3%) пациенток диагностирована непроходимость обеих маточных труб. В 7 (31,8%) случаях отмечается непроходимость одной из маточных труб, при этом справа - у 6 (27,3%) пациенток. Частичная проходимость маточной трубы справа была диагностирована у 5 обследованных. Несмотря на высокий процент выявленной патологии, в 4 (18,2%) случаях проходимость маточных труб была не нарушена

Таблица 7. Данные ЭХОГСС и ГСГ у пациенток с неудовлетворительными отдаленными результатами

результаты исследования	контрольная группа		основная группа		всего
	пельвио-перитонит	аппенд. перитонит	пельвио-перитонит	аппенд. перитонит	
маточные трубы проходимы	2 (9,1%)	1 (4,5%)	-	1 (4,5%)	4 (18,2%)
маточные трубы непроходимы	1 (4,5%)	4 (18,2%)	-	1 (4,5%)	6 (27,3%)
непроходима труба справа	1 (4,5%)	3 (13,6%)	1 (4,5%)	1 (4,5%)	6 (27,3%)
непроходима труба слева	-	1 (4,5%)	-	-	1 (4,5%)
частично проходима труба справа	2 (9,1%)	-	1 (4,5%)	2 (9,1%)	5 (22,7%)
всего	6 (27,3%)	9 (40,9%)	2 (9,1%)	5 (22,7%)	22 (100%)

При анализе течения острого периода у 8 (30,8%) больных контрольной группы отмечались послеоперационные абсцессы брюшной полости, у 4 (15,4%) – продолжающийся перитонит и у 1 (3,8%) – спаечная кишечная непроходимость, которые потребовали повторного оперативного вмешательства. В основной группе эти осложнения встречались значительно реже.

Выявлено, что существует прямая следственная связь между осложнениями в раннем послеоперационном периоде и развившейся патологией в отдаленном периоде, а состояние репродуктивной системы зависит от течения раннего послеоперационного периода. Чаще к неблагоприятным последствиям приводят осложнения со стороны брюшной полости (абсцессы, продолжающийся перитонит и ранняя спаечная кишечная непроходимость).

Из таблицы 8, 9 видно, что в основной группе, как при пельвиоперитоните, так и после аппендикулярного перитонита, отдаленные результаты лечения значительно лучше по сравнению с контрольной группой. Неблагоприятных результатов в отдаленном периоде в данной группе больных значительно меньше, чем в контрольной группе.

Таблица 8. Характеристика осложнений у пациенток с неудовлетворительными отдаленными результатами в остром периоде.

осложнения перитонита	контрольная группа		основная группа		всего
	пельвио-перитонит	аппенд. перитонит	пельвио-перитонит	аппенд. Перитонит	
без осложнений	1 (3,8%)	-	1 (3,8%)	-	2 (7,7%)
внутрибрюшной абсцесс	2 (7,7%)	6 (23,1%)	1 (3,8%)	1 (3,8%)	10(38,4%)
продолжающийся перитонит	-	4 (15,4%)	1 (3,8%)	1 (3,8%)	6 (23,1%)
спаечная непроходимость		1 (3,8%)		1 (3,8%)	2 (7,7%)
всего	6 (23,1%)	12 (46,2%)	3 (11,5%)	5 (19,2%)	26(100%)

Таблица 9. Отдаленные результаты лечения

отдаленные результаты	контрольная группа		основная группа		всего
	пельвиопе- ритонит	аппенд. перитонит	пельвиопе ритонит	аппенд. перитонит	
хорошие	17 (44,7%)	12 (26,7%)	25 (75,7%)	24 (60,0%)	78 (50,0%)
удовлетв.	15 (39,5%)	21 (46,6%)	5 (15,2%)	11 (27,5%)	52 (33,3%)
неудовлетв.	6 (15,8%)	12 (26,7%)	3 (9,1%)	5 (12,5%)	26 (16,7%)
всего	38 (100%)	45 (100%)	33 (100%)	40 (100%)	156 (100%)

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о целесообразности настойчивых профилактических мероприятий против спайкообразования. В комплексном лечении девочек с перитонитом разработанная и внедренная в практику совокупность профилактических мер по предотвращению развития спаечных осложнений со стороны брюшной полости оказывает положительный эффект на становление и функционирование репродуктивной системы женщин после перенесенного в детском возрасте перитонита.

Использованная литература

1. Дронов А.Ф. Патология внутренних половых органов у девочек, симулирующая острый аппендицит // Педиатрия.-1989.-№4.-с.35-39
2. Жарова О.Ю. Сальпингоофориты аппендикулярного происхождения у девочек.: автореф. дис. канд. мед. наук.-С-Пб.1997.- 20с.
3. Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф. «Детская хирургия» М.: Медицина, 2009. 1168.
4. Ломаченко И.Н., Тарасов А.А., Степанов В.Н. Первичный перитонит у детей // Ж.Хирургия.-1991.-№8.-с.24-28
5. Москаленко В.З., Веселый С.В., и соавт. Микробиологическая характеристика и рациональная терапия пельвиоперитонитов у детей. // Детская хирургия.-2000.-№2.-с.26-28
6. Полякова О.В. Хирургическое лечение трубно-перитонеального бесплодия, профилактика повторного образования спаек.: Автореф. дис. ...канд. мед. наук – Рязань. 2004.-1 с.
7. Струсов В., Коротков В. Перитонит: патогенез, клиника, диагностика, лечение. // Медицинская газета.-2004.-24 сентября.-№75.-с.10-11
8. Федоров К.К. Первичный перитонит у детей. // Бюллетень сибирской медицины.-2004.-№2.-с.47-55
9. Федоров В.Д., Кубышкин В.А., Козлов И.А. Хирургическая «эпидемиология» образования спаек в брюшной полости. // Ж. Хирургия.-2004.-№6.-с.50-53.
10. Ярославский В.К., Кутушева Г.Ф. Влияние аппендэктомии в пубертатном возрасте на становление менструальной функции у девочек // Вестник хирургии им. Грекова.-1988.-№4.-с.90-92
11. Fujimoto A., Osuga Y. et. al. Ovarian hyperstimulation syndrome complicated by peritonitis due to perforated appendicitis. // Num Reprod. 2002 Apr;17(4):966-7
12. Kumar S., Jain S. Treatment of appendiceal mass: prospective, randomized clinical trial. // Indian J Gastroenterol. 2004 Sep-Oct;(5):165-7 Num Reprod. 2002 Apr;17(4):966-7