

Impact Factor: 5.878

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990
www.tadqiqot.uz

JRHUNR

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 3,
ISSUE 1

2022

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

№ 1
2022

ISSN: 2181-0990

DOI: 10.26739/2181-0990

Главный редактор: Chief Editor:

Негмаджанов Баходур Болтаевич
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2
Самаркандского Государственного медицинского института

Doctor of Medical Sciences, Professor,
Head of the Obstetrics and Gynecology Department
№. 2 of the Samarkand State Medical Institute

Заместитель главного редактора: Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна
доктор медицинских наук, профессор
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского
Государственного стоматологического института

Doctor of Medical Sciences, Professor
Departments of Obstetrics and Gynecology
Tashkent State Dental Institute

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ: MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес
профессор, член Европейского общества
репродукции человека и эмбриологии
Prof. Medical Director of the Instituto
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

Ramašauskaitė Diana
профессор и руководитель клиники акушерства
и гинекологии при институте клинической
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic
of Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty
of Medicine, Latvia)

Зуфарова Шахноза Алимджановна
доктор медицинских наук, профессор, директор
Республиканского центра репродуктивного
здоровья населения (M.D., Professor, Director
of the Republican Center for Reproductive Health)

Агабабян Ирина Рубеновна
Кандидат медицинских наук, доцент, Самаркандского
Государственного медицинского института
(Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Samarkand State Medical Institute)

Зокирова Нодира Исламовна
доктор медицинских наук, профессор Самаркандского
Государственного медицинского института

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич
доктор медицинских наук, профессор
Непрерывного медицинского образования
медицинского института РУДН.

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна
доктор медицинских наук, профессор Бухарского
государственный медицинского института.

Окулов Алексей Борисович
доктор медицинских наук, профессор
Московского государственного
медико-стоматологического университета.

Махмудова Севара Эркиновна
доктор философии по медицинским наукам (PhD)
(ответственный секретарь)

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА: MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Boris Chertin
MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical Professor in
Surgery/Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University,
Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии, медицинский
факультета ивритского университета)

Fisun Vural
Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета
естественных наук, учебно-исследовательской
больницы клиники акушерства и гинекологии.

Melike Betül Öğütmen
SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.
Доцент Университета естественных наук,
учебно-исследовательской
больницы клиники нефрологии.

Аллазов Салах Алазович
доктор медицинских наук, профессор
кафедры урологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна
доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой №2 педиатрии с
курсом неонатологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Локшин Вячеслав Нотанович
доктор медицинских наук, профессор,
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской
ассоциации репродуктивной медицины.

Никольская Ирина Георгиевна
доктор медицинских наук, профессор
ГБУ МО МОНИАГ.

Шалина Раиса Ивановна
доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

- 1. Абдурахманова С. И., Сулейманова Н. Ж., Ходжаева З. А., Назарова Д. Г.**
ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ И ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ
МАТКИ И / ИЛИ АДЕНОМИОЗОМ И ИХ РОЛЬ В ВЫБОРЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ / FEATURES OF ULTRASOUND AND
DOPPLEROMETRIC CHANGES IN WOMEN WITH UTERINE FIBROUS AND / OR ADENOMIOSIS AND THEIR ROLE IN
THE CHOICE OF TREATMENT METHOD/BACHADON MIOMASI VA / YOKI ADENOMIOZLI AYOLLARDA ULTRATOVUSH
VA DOPPLEROMETRIYADAGI O'ZGARISHLAR, HAMDA ULARNING DAVO CHORALARINI TANLASHDAGI O'RNI.....44
- 2. Ахматова Ю. А., Ахмеджанова Н. И., Ахматов А.**
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЯ БЕЛКОВОГО МЕТАБОЛИЗМА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ
ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ / CLINICAL AND DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF PROTEIN METABOLISM
DISORDERS IN CHILDREN WITH CHRONIC TUBULOINTERSTITIAL NEPHRITIS / SURUNKALI TUBULOINTERSTITIAL
NEFRITGA CHALINGAN BOLALARDA OQSILLAR METABOLIZMI BUZILISHINING KLINIK-DIAGNOSTIK
AHAMIYATI.....48
- 3. Ахмеджанова Н. И., Ахмеджанов И. А., Ашурова Н. Ш.**
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ / CLINICAL FEATURES
OF CHRONIC GLOMERULONEFRITIS IN CHILDREN/BOLALARDA SURUNKALI GLOMERULONEFRITNING
KLINIK XUSUSIYATLARI.....53
- 4. Мамаджанова Ш.К.**
РОЛЬ МИО-ИНОЗИТОЛА В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ
ЯИЧНИКОВ / THE ROLE OF MYO-INOSITOL IN TREATING INFERTILITY AMONG PATIENTS WITH POLYCYSTIC
OVARY SYNDROME / TUXUMODON POLIKISTOZ SINDROMI BO'LGAN BEMORLARDA BEPUSHTLIKNI DAVOLASHDA
MYO-INOSITOLNING O'RNI.....57
- 5. Негмаджанов Б. Б., Махмудова С. Э.**
ПЛАЦЕНТАРНЫЙ ФАКТОР РОСТА И SFLT-1(ФМС-ПОДОБНАЯ ТИРОЗИНКИНАЗА) КАК ПРЕДИКТОР ОСЛОЖНЕНИЙ
ПРИ ПРЕКЛАМПСИИ/PLACENTAL GROWTH FACTOR AND SFLT-1 (FMS-LIKE TYROSINE KINASE) AS A PREDICTOR OF
COMPLICATIONS IN PRECLAMPSIA / PLATSENTAL O'SISH FAKTORI VA SFLT-1 (FMSGA O'XSHASH TYROZINKINAZA)
PREEKLAMPSIYA ASORATLARINI BASHORAT QILUVCHI PREDIKTOR.....60
- 6. Фазылбеков Р. А., Каттаходжаева М.Х., Сулейманова Н. Ж., Абдурахманова С. И.**
ЗНАЧЕНИЕ НОВЫХ ПОДХОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПРИДАТКОВ МАТКИ / IMPORTANCE OF MODERN APPROACHES IN THE DIAGNOSIS OF PURULENT-INFLAMMATORY
DISEASES OF THE UTERUS / BACHADON ORTIQLARI YIRINGLI –YALLIG'LANISH KASALLIKLARI DIAGNOSTIKASIDA
ZAMONAVIY YONDOSHISHLARNING AHAMIYATI.....65



УДК 618.145-007.415-07

Фазылбеков Рузикул Анаркулович
Докторант Ташкентский государственный
стоматологический институт.
Ташкент, Узбекистан.

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна
Доктор медицинских наук, профессор
Ташкентский государственный
стоматологический институт.
Ташкент, Узбекистан.

Сулейманова Нодира Жумаевна
Кандидат медицинских наук, доцент
Ташкентский государственный
стоматологический институт.
Ташкент, Узбекистан.

Абдурахманова Ситора Ибрагимовна
Доктор философии по медицинским наукам
Ташкентский государственный
стоматологический институт.
Ташкент, Узбекистан.

ЗНАЧЕНИЕ НОВЫХ ПОДХОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

For citation: Fozilbekov Ruziql Anarkulovich, Kattaxodjaeva Maxmuda Xamdammovna, Suleymanova Nodira Jumaevna, Abduraxmanova Sitora Ibragimovna, Importance of modern approaches in the diagnosis of purulent-inflammatory diseases of the uterus, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 1, pp. 65-70

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6426650>

АННОТАЦИЯ

К воспалительным заболеваниям внутренних половых органов у женщин относятся гнойно-воспалительные поражения, являющиеся основной причиной инвалидизации в связи с необходимостью оперативного лечения у женщин репродуктивного возраста. У 4-5% женщин выявляют гнойно-воспалительные заболевания маточных труб и яичников. Целью данного исследования явилась оценка эффективности и действенности новых методов лечения и профилактики гнойно-воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин. С целью разработки мероприятий по предупреждению развития гнойно-воспалительных заболеваний органов малого таза нами обследовано 240 женщин репродуктивного возраста. Наша клиническая оценка и результаты использованных методов исследования, а также результаты процедуры позволили выделить две группы с гнойно-воспалительными заболеваниями органов малого таза - объемные (50; 20,8%) и необъемные (190; 79,2%).

Применяемые в нашем исследовании диагностические методы исследования позволили не только исследовать патологический процесс и оценить степень анатомических изменений очага воспаления, но и осуществлять динамическое наблюдение за эффективностью терапии. Внедрение рекомендованного оптимизированного комплекса для лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями органов малого таза.

Ключевые слова: гнойно-воспалительные поражения УЗИ и доплерометрия, диагностика, лечение

Fozilbekov Ruziql Anarkulovich
Researcher Tashkent State Dental Institute
Tashkent, Uzbekistan

Kattaxodjaeva Maxmuda Xamdammovna
Doctor of Medical Sciences, Professor
Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan

Suleymanova Nodira Jumaevna
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan
Abduraxmanova Sitora Ibragimovna
Doctor of Philosophy in Medical Sciences
Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan

IMPORTANCE OF MODERN APPROACHES IN THE DIAGNOSIS OF PURULENT-INFLAMMATORY DISEASES OF THE UTERUS

ABSTRACT

In the structure of inflammatory diseases of the internal genital organs in women, a special place is occupied by purulent-inflammatory lesions, which are the main cause of disability in women of reproductive age due to the need for surgical treatment. In 4–5% of women, purulent inflammatory diseases of the fallopian tubes and ovaries are diagnosed. The purpose of this study was to introduce and evaluate the effectiveness of new methods of treatment and prevention of purulent-inflammatory diseases of the small pelvis in women. In order to develop preventive measures for the development of purulent-inflammatory diseases of the small pelvis, we examined 240 women of reproductive age. Our evaluation of the clinic and the results of the research methods used, as well as the outcomes of the process, made it possible to distinguish two groups with purulent-inflammatory diseases of the pelvic organs - volumetric (50; 20.8%) and non-volumetric (190; 79.2%).

The diagnostic research methods used in our work contributed not only to the verification of the pathological process and the assessment of the degree of anatomical changes in the focus of inflammation, but also to the implementation of dynamic monitoring of the effectiveness of therapy with an emphasis on the implementation of the proposed optimized complex for managing patients with purulent-inflammatory diseases of the pelvic organs.

Key words: purulent-inflammatory lesions, ultrasound and Doppler, diagnostic research, treatment.

Fozilbekov Ruziqul Anarkulovich
Doktorant Toshkent davlat stomatologiya instituti
Toshkent, O'zbekiston

Kattaxodjaeva Maxmuda Xamdamovna
Tibbiyot fanlari doktori, professor
Toshkent davlat stomatologiya instituti
Toshkent, O'zbekiston

Suleymanova Nodira Jumaevna
Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent
Toshkent davlat stomatologiya instituti
Toshkent, O'zbekiston

Abduraxmanova Sitora Ibragimovna
Tibbiyot fanlari bo'yicha falsafa doktori
Toshkent davlat stomatologiya instituti
Toshkent, O'zbekiston

BACHADON ORTIQLARI YIRINGLI –YALLIG'LANISH KASALLIKLARI DIAGNOSTIKASIDA ZAMONAVIY YONDOSHISHLARNING AHAMIYATI

ANNOTATSIYA

Ayollarda ichki jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari tarkibida reproduktiv yoshdagi ayollarda jarrohlik davolash zarurati tufayli nogironlikning asosiy sababi bo'lgan yiringli-yallig'lanishli shikastlanishlar alohida o'rin tutadi. Ayollarning 4-5 foizida bachadon naychalari va tuxumdonlarning yiringli yallig'lanish kasalliklari aniqlanadi. Ushbu tadqiqotning maqsadi ayollarda kichik tos a'zolarining yiringli-yallig'lanish kasalliklarini davolash va oldini olishning yangi usullarini joriy etish va samaradorligini baholash edi. Kichik tos a'zolarining yiringli-yallig'lanish kasalliklarini rivojlanishining oldini olish chora-tadbirlarini ishlab chiqish maqsadida 240 nafar reproduktiv yoshdagi ayollarni ko'rikdan o'tkazdik. Klinikani baholashimiz va qo'llanilgan tadqiqot usullarining natijalari, shuningdek jarayonning natijalari tos a'zolarining yiringli-yallig'lanish kasalliklari bo'lgan ikkita guruhni ajratishga imkon berdi - volumetrik (50; 20,8%) va bo'lmagan. hajmli (190; 79,2%).

Bizning ishimizda qo'llaniladigan diagnostik tadqiqot usullari nafaqat patologik jarayonni tekshirish va yallig'lanish o'chog'idagi anatomik o'zgarishlar darajasini baholashga, balki terapiya samaradorligini dinamik monitoringini amalga oshirishga ham yordam berdi. tos a'zolarining yiringli-yallig'lanish kasalliklari bilan og'riq bemorlarni davolash uchun tavsiya etilgan optimallashtirilgan kompleksni amalga oshirish.

Kalit so'zlar: yiringli-yallig'lanishli shikastlanishlar, UTT va dopplerometriyasi, diagnostika, davolash.

Актуальность проблемы обусловлена неутешительной динамикой заболеваемости, которая на сегодняшний день составляет 26% и более в структуре стационарной гинекологической патологии [1, 6, 8]. ВЗОМТ также неблагоприятно влияет на репродуктивную, сексуальную и менструальную функции [2, 8]. Женщины с ВЗОМТ составляют 60–65% всех гинекологических больных, обратившихся в женские консультации, и 30% — всех, направленных на стационарное лечение [3, 9].

В структуре воспалительных заболеваний внутренних половых органов у женщин особое место занимают гнойно-воспалительные поражения, являющиеся основной причиной инвалидизации женщин репродуктивного возраста в связи с необходимостью хирургического лечения. У 4–5% женщин диагностируют гнойные воспалительные заболевания маточных труб и яичников [1, 7].

Основная причина гнойно-воспалительных заболеваний женской половой системы – это оперативные вмешательства (хирургические аборты, диагностическое выскабливание,

гистероскопия), установка внутриматочных спиралей – ВМС (около 46%), роды - 53,2%. Вторая по распространенности причина – это послеоперационные осложнения [9, 5]. Этому способствует несвоевременная диагностика, бесконтрольное и неадекватное применение антибиотиков на ранних этапах, когда трудно установить доминирующую патогенную флору, особенности современных инфекций, носящих, как правило, трансмиссивный характер [3, 4]. Несвоевременное и/или неадекватное лечение, поздняя диагностика воспалительных заболеваний половых органов приводит к хронизации процесса и является причиной бесплодия, внематочной беременности, тазовых болей, инвалидизации и даже гибели женщин в возрасте социальной активности.

Одновременно возросли затраты на диагностику и лечение, которые достигают 50-60% всех расходов на оказание гинекологической помощи населению [5]. Вопросы лечения и реабилитации пациенток с ВЗОМТ являются весьма актуальными, так как рецидивы и хронизация воспалительных процессов

ухудшают прогноз в отношении генеративной функции [7, 9], что является важной социальной и экономической проблемой.

Целью данного исследования явилось внедрение и оценка эффективности новых методов лечения и профилактики гнойно-воспалительных заболеваний малого таза у женщин.

С целью разработки профилактических мероприятий по развитию гнойно-воспалительных заболеваний малого таза нами были обследованы 240 женщин репродуктивного возраста.

Проведенная нами оценка клиники и результатов использованных методов исследования, а также исходов процесса позволили выделить две группы ГВЗМТ – объемные (50; 20,8%) и необъемные (190; 79,2%).

Диагноз гнойно-воспалительные заболевания органов малого таза устанавливался после тщательного сбора анамнеза, на основании характерной клинической картины заболевания, данных лабораторного исследования (общий анализ крови и мочи, биохимия и коагулограмма крови), УЗИ малого таза и специальных методов исследования (микробиологические, исследование биологического материала методом ПЦР, гистологическое исследование удаленных органов).

Нами использованы следующие методы малоинвазивного метода лечения: однократные и многократные трансвагинальная селективно-аспирационная пункция тубоовариальных гнойных образований (ТСПА) (Каримов З.Д., 2003), длительная микрокатетерная антибактериальная терапия (ДМАТ) ТОГО, активное поточно-промывное дренирование ТОГО, длительная микрокатетерная терапия малого таза (ДМТМТ) (Каримов З.Д., 2004).

Полученные результаты были обработаны с использованием параметрических и непараметрических методов статистики (пакет прикладных программ «Excel»).

Результаты исследования.

Все обследованные больные поступали в экстренном порядке в 1-5 сутки от начала заболевания. Для наблюдаемых женщин с объемными ГВЗМТ была характерна поздняя госпитализация ($2,12 \pm 0,19$; $p < 0,05$) в сопоставлении с подобными данными пациенток с необъемными ($1,78 \pm 0,19$) воспалительными процессами матки и придатков. Длительность заболевания в целом у каждой шестой пациентки с объемной формой ГВЗМТ была более 5 лет (при наличии неосложненного варианта – в три раза реже); рецидивы процесса (более двух раз в течение года) отмечали женщины в 3,1 раза чаще (очевидно, в связи с наличием специфической природы заболевания).

Основной клинической симптоматикой являлось проявление тяжелого воспалительного процесса малого таза. При поступлении пациентки жаловались на боли в нижних отделах живота

различной интенсивности в зависимости от клинической стадии заболевания, повышение температуры тела, сопровождающееся ознобом, тошнотой, рвотой, вздутием живота, дизурическими явлениями, диспепсией, гнойными выделениями из половых путей и нарушением овариально-менструальной функции.

При объективном осмотре: - у 76 (31,7±2,4%) пациенток обеих групп температура тела при поступлении была до 37,5°C, а в подавляющем большинстве выше 37,5°C. (48,3%) Высокая температура выше 38°C наблюдалась у 64 (26,7±2,9%) женщин; - язык был сухим, влажным, обложенный белым налетом; - отмечалась болезненность в нижних отделах живота у всех наблюдаемых больных.

При этом сочетание болезненности с напряжением наблюдался у 18,6% пациенток с необъемными ГВЗМТ и у 14,3% (соответственно) пациенток с объемными. Симптомы раздражения брюшины преимущественно в нижних отделах у исследуемых больных встречались у 76,6% женщин с необъемными ГВЗМТ и у 45,4% случаев с объемными, что было обусловлено наличием тяжелого воспаления, а также развитием диффузного и разлитого перитонита у 6,7% пациенток.

Всем пациенткам с объемными воспалительными заболеваниями малого таза проводили ректовагинальное исследование, отмечая пролабирование инфильтрата или абсцесса в сторону прямой кишки и состояние слизистой оболочки над ним (подвижна, ограничено подвижна, неподвижна), что отражает факт и степень вовлечения в воспалительный процесс передней стенки прямой кишки. Резкая болезненность и "напряженность" гнойного образования при двуручном ректо-вагинальном исследовании в сочетании с ухудшением общего состояния на фоне имеющегося воспалительного процесса (повышение температуры до 38-39°C., озноб, появление болей внизу живота пульсирующего, дергающего характера) являются клиническими признаками состояния предперфорации. При осмотре придатки у всех пациенток были увеличены, болезненные и представляли собой воспалительное образование или инфильтративный конгломерат, состоящий из придатков матки в спайках с каким-либо отделом матки, брюшиной малого таза, кишечником, мочевым пузырем, большим сальником. Для больных с осложненным течением ГВЗМТ характерны следующие эхографические признаки: наличие жидкостного полостного образования (образований) в области придатков матки, выраженный спаечный процесс в полости малого таза. В большинстве случаев (типично расположенные ТОГО) патологические придатковые образования фиксированы к ребру и задней стенке матки (табл. 1).

Таблица 1

Ультразвуковое исследование органов малого таза

Признаки	Не объемные ГВЗМТ (n=190)		Объемные ГВЗМТ (n=50)		Всего (n=240)	
	абс.	%	абс.	%	абс	%
Гипоэхогенные фокусы	156	82,1±3,9	32	64±9,6	188	78,3±3,8
Гиперэхогенные перифокальные структуры	136	71,6±4,6	34	68±9,3	170	70,8±4,1
Монокамерные (1-2 камеры)	88	46,3±5,1	38	76±8,5	126	52,5±4,6
Мультикамерные (2 и более камер)	102	53,7±5,1	10	20±8,0	112	46,7±4,6
Крупнокамерные (более 40,0 мм в диаметре)	74	38,9±5,0	22	44±9,9	96	40,0±4,5
Мелкокамерные (менее 30,0-35,0 мм в диаметре)	60	31,6±4,8	10	20±8,0	70	29,2±4,1
Смешанная структура	54	28,4±4,6	18	36±9,6	72	30,0±4,2
Типичное расположение	116	61,1±5,0	28	56±9,9	144	60,0±4,5
Атипичное расположение	64	33,7±4,8	18	36±9,6	82	34,2±4,3
Наличие жидкости в малом тазу	46	24,2±4,4	14	28±8,9	60	25,0±3,9
Наличие жидкости в брюшной полости	14	7,4±2,7	8	16±7,3	22	9,2±2,6
Уретерогидронефроз	18	9,5±3,0	6	12±6,5	24	10,0±2,7

Гиперэхогенные перифокальные структуры были обнаружены у 170 (70,8±4,1%), многокамерные образования установлены – у 126 (52,5±4,6%) женщин, атипичное распределение камер – у 82 (34,2±4,3%). У больных в малом тазу определялся единый конгломерат без четких контуров, состоящий из матки и патологического образования (образований) и подпаянных петель кишечника, мочевого пузыря и сальника. Воспалительные инфильтраты малого таза определяются в виде неправильной формы эхопозитивных образований с перифокальным инфильтратом, без четких контуров и границ, различных размеров, достигающих в отдельных случаях до костей таза.

Инфильтраты отличаются пониженной экзогенностью относительно окружающих тканей и при нагноении содержат одно или множество кистозных образований с четкой капсулой и густым гетерогенным содержимым. У 60 (25,0±3,9%) пациенток была обнаружена жидкость в малом тазу и брюшной полости. Результаты бактериологического анализа содержимого из 3 точек нижнего этажа гениталий и пунктата из ПМП, при поступлении и выписке у женщин с необъемными ГВЗМТ представлены в таблице 2.

Staphylococcus aureus в уретре, во влагалище, в цервикальном канале и ПМП обнаружен у 28 (14,7±3,6%), у 48 (25,3±4,5%), у 44 (23,2±4,3%), у 34 (17,9±3,9%) соответственно до лечения, а после лечения в цервикальном канале и ПМП не

высеялись, в уретре достоверно уменьшилось в 14 раз, а во влагалище в 6 раз. *St. epidermidis* после лечения в уретре уменьшился в 2,3 раза, в цервикальном канале в 4,3 раза, в ПМП в 7 раз меньше, но а во влагалище в 2,4 раза увеличился, *E.coli* во влагалище уменьшился в 3,2 раза, в других местах забора пунктатов не был обнаружен. *St. saprophyticus* после лечения также не обнаружен, хотя до лечения высеялся у 28 (14,7±3,6%).

Нормализация лейкоцитоза к концу первых суток отмечалась у 112 (58,9±5,0%) больных, к 2-3 суткам - у 28 (14,7±3,6%) и у 24 (12,6±3,4%) – на 3-4 сутки. Частота высеваемости микрофлоры всех выделенных возбудителей условно-патогенной гнойной инфекции в 4 изучаемых средах в результате проведенного лечения падает: в уретре – в 6,5 раза, во влагалище – в 2,2 раза, в цервикальном канале – в 14 раз, в позадиматочном пространстве – в 52 раза.

Ассоциативный рост микрофлоры отмечен только во влагалище у 182 (95,7±2,1%) женщин при обследовании в момент поступления. При выписке ассоциативного роста микрофлоры не отмечено ни в одной изучаемой среде. Наблюдения состояния больных в динамике лизиса клинических симптомов пельвиоперитонита и острого сальпингоофорита показали, что боли в нижней половине живота резко пошли на убыль уже к 3-4 суткам, а к 5-6 дню полностью исчезли. Температура нормализовалась у всех к 5-6 суткам, тахикардия и симптомы раздражения брюшины уже на 5-6 сутки не наблюдались.

Таблица 2

Частота высеваемости микрофлоры у женщин с не объемными ГВЗМТ (n=190)

Место забора	При поступлении		При выписке	
	абс	%	абс	%
Уретра	156	82,1±3,9	24	12,6±3,4*
Влагалище	182 [^]	95,7±2,1	84	44,3±5,1*
Цервикальный канал	168	84,4±3,3	12	6,3±2,5*
ПМП	104	54,7±5,1	2	1,1±1,0*

Примечание: [^] - ассоциативный рост - 48; * - достоверно по отношению к данным группы при поступлении (P<0,05)

На УЗИ прекращение экссудации в малом тазу на 3-4 сутки уменьшилась в 5 раз, у остальных у 10 (5,3±2,3%) прекратилась к 5-6 суткам. Большинство больных к концу 3 суток лечения полностью активизировались, отмечали значительное улучшение общего самочувствия, появился аппетит, нормализовался сон. Полный курс лечения антибиотиками продолжается не менее 5-6 дней (табл. 3).

Таблица 3

Динамика лизиса клинических симптомов пельвиоперитонита и острого сальпингоофорита у пациенток с не объемными ГВЗМТ (n=190)

Симптомы	Сроки после начала лечения (сутки)							
	1-2		3-4		5-6		7-9	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Боли в нижней половине живота	160	84,2±3,7	20	10,5±3,1*	10	5,3±2,3*	0	0
Температура тела	104	54,7±5,1	70	36,8±4,9*	16	8,4±2,8*	0	0
Повторный озноб	0	0	0	0	0	0	0	0
Тахикардия	186	97,9±1,5	4	2,1±1,5*	0	0	0	0
Симптомы раздражения брюшины	130	68,4±4,8	60	31,6±4,8*	0	0	0	0

Экссудация в малом тазу	150	78,9±4,2	30	15,8±3,7*	10	5,3±2,3*	0	0
-------------------------	-----	----------	----	-----------	----	----------	---	---

Примечание: * - достоверно по отношению к результатам при выписке (P<0,05)

При поступлении гонорейная инфекция, выделилась почти с одинаковой частотой из цервикального канала и позадидаточного пространства у 90 (47,4±5,1%) и у 84 (44,2±5,1%) соответственно. После проведенного лечения выделения хламидий и гонореи не было, и только лишь у одной женщины была выявлена герпетическая инфекция. На контрольное обследование через 30-40 дней после выписке явилось 148 больных из 190. Ни у одной женщины в этот период не было клинических признаков острого воспаления органов малого таза. Клиническое состояние пациенток контролировалось результатом контрольного анализа ПЦР содержимого, взятого из цервикального канала и позадидаточного пространства. Все пациентки находились под амбулаторным наблюдением в течение года после выписки из стационара. У 58 пациенток продолжалось лечение по поводу хламидийной и вирусной инфекций (лечились совместно с половыми партнерами). Контрольный забор биоматериала из

цервикального канала осуществлялся на 30-40 день после окончания лечения. Анализ бактериологического анализа при поступлении и выписке у женщин с объемными ГВЗМТ представлен в таблице 4. *Staphylococcus aureus* в уретре, во влагалище, в цервикальном канале и ПМП обнаружен у 16 (32,0±8,9%), у 16 (32,0±8,9%), у 16 (32,0±8,9%), у 4 (8,0±8,0%) соответственно до лечения, тогда как после лечения в 3-х точках нижнего этажа гениталий и пунктата из ПМП не высеялись.

St. epidermidis после лечения в уретре и в ПМП отсутствовал, во влагалище и в цервикальном канале снизился в 4 раза. *Candida SP* до лечения регистрировались во всех 3-х точках нижнего этажа гениталий и пунктата из

ПМП, тогда как после лечения не высеивался. Такая же тенденция наблюдалась и при *E.coli* если до лечения они высеивались во местах забора, то после лечения не был обнаружен.

Таблица 4

Результат бактериологического анализа пациенток с объемными ГВЗМТ (n=50)

Микроорганизмы	Дни забора материала	Уретра		Влагалище		Цервикальный канал		Полость матки	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1. <i>St. aureus</i>	при поступ.	16	32,0±8,9	16	32,0±8,9	16	32,0±8,9	4	8,0±8,0
	при вып.	-	-	-	-	-	-	-	-
2. <i>St. epidermidis</i>	при поступ.	8	16,0±6,7	8	16,0±6,7	8	16,0±6,7	8	16,0±6,7
	при вып.	-	-	2	4±2,9*	2	4±2,9*	-	-
3. <i>Str.pyogenes</i>	при поступ.	4	8,0±5,0	4	8,0±5,0	4	8,0±5,0	4	8,0±5,0
	при вып.	-	-	-	-	-	-	-	-
4. <i>candida SP</i>	при поступ.	8	16,0±6,7	8	16,0±6,7	8	16,0±6,7	-	-
	при вып.	-	-	4	8,0±5,0	-	-	-	-
5. <i>E.coli</i>	при поступ.	4	8,0±5,0	4	8,0±5,0	4	8,0±5,0	8	16,0±6,7
	при вып.	-	-	-	-	-	-	-	-
6. <i>Str.faecalis</i>	при поступ.	-	-	4	8,0±5,0	-	-	-	-
	при вып.	-	-	-	-	-	-	-	-
7. <i>citrobacter SP</i>	при поступ.	-	-	-	-	-	-	4	8,0±5,0
	при вып.	-	-	-	-	-	-	-	-
8. <i>klebsiella SP</i>	при поступ.	4	8,0±5,0	-	-	-	-	2	4,0±2,9
	при вып.	-	-	-	-	-	-	-	-
9. <i>St. saprophyticus</i>	при поступ.	10	20±8,0	10	20,0±8,0	10	20,0±8,0	16	32,0±8,9
	при вып.	4	8,0±5,0	8	16,0±6,7	2	4,0±2,9*	4	8,0±5,0*

Примечание: - достоверно по сравнению с результатами при поступлении (P<0,05)

На госпитальном этапе, исчезновение болей внизу живота отмечалось на 3-4-е сутки - у 14 (28,0%) больных, на 5-6 - у 26 (52,0%), на 7- 8 - у 10 (20,0%). Температура тела на 1-2 сутки от начала лечения ни у одной больной не нормализовалась, на 3 - 4-е сутки она была нормальной у 26 (52,0%) и 5-6-е сутки у 24 (48,0%) больных.

Нормализация лейкоцитоза у больных данной группы на 2-3-и сутки отмечена - у 16 (32,0%) пациенток, у остальных на 4-5-е сутки.

Результаты исследования ТУИ среди пациенток с объемными образованиями при поступлении и контроле на 30-40 сутки после выписки.

Таким образом, применяемые диагностические методы исследования в нашей работе способствовали не только верификации патологического процесса и оценке степени анатомических изменений в очаге воспаления, но и осуществлению динамического контроля эффективности терапии с акцентом на выполнение предлагаемого оптимизированного комплекса ведения пациенток с ГВЗМТ. Трансмиссивная урогенитальная инфекция служит провайдером возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний органов малого таза, обладает тенденцией к персистенции и является основной причиной хронизации процесса и развития тяжелых осложнений.

Выводы:

-Профилактические мероприятия по охране репродуктивного здоровья женщин могут быть реализованы при условии скоординированных совместных межведомственных действий при ведущей роли сельских врачебных пунктов и семейных поликлиник, правильной организации деятельности врачей первичного звена здравоохранения, умеющих выбрать адекватный маршрут больных, постоянной взаимосвязи между сотрудниками поликлинической и стационарной службы.

- Внедрение профилактических мероприятий развития ГВЗМТ у женщин репродуктивного возраста, несомненно, будет способствовать повышению эффективности профилактики, диагностики и лечения ВЗОМТ, предотвращению осложнённых форм заболевания, а также сокращению экономических затрат по их лечению. В целом, перечисленные мероприятия будут направлены на улучшение репродуктивного здоровья женщин.

Использованная литература:

1. Агарков, Н.М. Информативность клинических симптомов, иммунологических, гематологических показателей и проявлений эндогенной интоксикации при остром неспецифическом сальпингоофорите / Н.М. Агарков, И.В. Будник // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – № 3 (47). – С. 182-185.
2. Белоконев В.И. В. И. Меркулова Профилактика послеоперационных осложнений у больных с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки : научное издание // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - Москва, 2011. - №3. - С. 18-21.
3. Бирючкова, О.А. Оптимизация дифференциальной диагностики степени тяжести воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин репродуктивного возраста / Виноградова О.П, Штах А.Ф. // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. - 2017. - № 1. - С. 58-66.
4. Доброхотова Ю.Э., Бондаренко К.Р., Дворников А.С. Современные представления о воспалительных заболеваниях органов малого таза: обзор литературы // Гинекология, 2016.-N 3.-С.4-8.
5. Юрасов, И.В. Воспалительные заболевания органов малого таза:Современные аспекты тактики / И.В. Юрасов, Т.Ю. Пестрикова //Дальневосточный медицинский журнал. – 2013. – № 1. – С. 130-133.
6. Crittle, K.N. Diagnosis and treatment of pelvic inflammatory disease: a quality assessment study / K.N. Crittle, J.F. Peipert // Obstet Gynecol. – 2014. – № 123(1). – P. 26.
7. Sharma H, Tal R, Clark NA, Segars JH. Microbiota and pelvic inflammatory disease. Semin Reprod Med. 2014 Jan; 32(1):43-9.
8. Wu G, Bersinger NA, Mueller MD, von Wolff M. Intrafollicular inflammatory cytokines but not steroid hormone concentrations are increased in naturally matured follicles of women with proven endometriosis. J Assist Reprod Genet. 2017 Mar; 34(3):357-364.
9. Su HI, Schreiber CA, Fay C, Parry S, Elovitz MA, Zhang J, Shaunik A, Barnhart K. Mucosal integrity and inflammatory markers in the female lower genital tract as potential screening tools for vaginal microbicides. Contraception. 2011 Nov; 84(5):525-32.