

УДК 618.1-089+618.13

## ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА, ОЦЕНКА ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ И ИСХОДОВ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ КРУПНОГО МЕГАПОЛИСА

Евгения Игоревна Широкова<sup>1</sup>, Дарина Дмитриевна Сысуева<sup>1</sup>, Марина Кесаревна Киселева<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ

<sup>2</sup>ГАУЗ СО «Городская клиническая больница № 40»

Екатеринбург, Россия

### Аннотация

**Введение.** В последнее время отмечается рост числа воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин репродуктивного возраста, меняется структура основных факторов риска и возрастает значимость бесплодия и других исходов данной патологии. **Цель исследования** – выявление факторов риска и исходов ВЗОМТ у пациенток, находившихся на госпитализации в отделении неотложной гинекологии №1 ГKB №40 города Екатеринбурга. **Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 36 историй болезни пациенток, прошедших хирургическое лечение в ГKB №40 за период с марта по сентябрь 2022 г. с установленным диагнозом острого или хронического ВЗОМТ в стадии обострения. Пациентки были разделены на 2 группы (с органосохраняющими и органоуносящими операциями). Статистическая обработка с помощью Microsoft Excel 2021 г. **Результаты.** Для пациенток, которым потребовалось проведение органоуносящих операций, был характерен более выраженный воспалительный синдром с формированием более тяжелых осложнений основного заболевания (в виде пельвиоперитонита, тубовариального абсцесса и сепсиса). **Выводы.** Среди пациенток с органосохраняющими операциями факторами риска ВЗОМТ послужили наличие в анамнезе самопроизвольных прерываний беременности и операции на органах малого таза в анамнезе. Органоуносящие операции были показаны пациенткам в связи с тяжестью воспалительного процесса, осложненным течением ВЗОМТ, выраженными анатомическими изменениями половых органов и наличием родов в анамнезе.

**Ключевые слова:** ВЗОМТ, факторы риска, органоуносящие операции, органосохраняющие операции.

## IDENTIFICATION OF RISK FACTORS, ASSESSMENT OF MANAGEMENT TACTICS AND OUTCOMES OF PELVIC INFLAMMATORY DISEASES IN MODERN CONDITIONS OF A LARGE METROPOLIS

Evgeniy I. Shirokova<sup>1</sup>, Darina D. Sysueva<sup>1</sup>, Marina K. Kiseleva<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Ural state medical university

<sup>2</sup>City Clinical Hospital № 40

Yekaterinburg, Russia

### Abstract

**Introduction.** Recently, there has been an increase in the number of pelvic inflammatory diseases in women of reproductive age, and accordingly the structure of the main risk factors is changing and the importance of infertility and other outcomes of this pathology is increasing. **The purpose of the study** was to identify risk factors and outcomes of pelvic inflammatory diseases in patients who were hospitalized in the Department of Emergency Gynecology №1. **Material and methods.** A retrospective analysis was carried out of 36 case histories of patients who underwent surgical treatment for the period from March to September 2022 with an established diagnosis of acute or chronic inflammatory diseases of the pelvic organs in the acute stage. **Results.** Patients who required organ-bearing operations were characterized by more pronounced inflammatory syndrome with the formation of more severe complications of the underlying disease (in the form of pelvioperitonitis, tubovarial abscess and sepsis). **Conclusions.** Among the patients with organ-preserving operations, the risk factors for PID were the presence in the anamnesis of spontaneous abortions and operations on the pelvic organs. Organ-bearing operations were performed due to the severity of inflammatory process, complicated by the course of PID, anatomical changes in the genitals and the presence of childbirth in the anamnesis.

**Keywords:** PID, risk factors, organ-bearing operations, organ-preserving operations.

## **ВВЕДЕНИЕ**

В последние годы отмечается рост числа воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) у женщин в возрасте 20–30 лет, при этом каждая третья пациентка нуждается в стационарном лечении [1]. Актуальность проблемы ВЗОМТ обусловлена высокой частотой осложнений, таких как трубно-перитонеальное бесплодие, эктопическая беременность, синдром хронической тазовой боли и риском развития рака яичников [2].

Значимыми факторами риска в развитии ВЗОМТ являются: большое число половых партнеров, раннее начало половой жизни, половые контакты во время менструации, применение внутриматочных контрацептивов, низкий социальный статус, ИППП, бактериальный вагиноз, эндометриоз, экстрагенитальные заболевания, инвазивные вмешательства на органах малого таза и брюшной полости [3].

**Цель исследования** – выявление факторов риска и исходов ВЗОМТ у пациенток, находившихся на госпитализации в отделении неотложной гинекологии №1 ГКБ № 40 города Екатеринбурга.

## **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

Был проведен ретроспективный анализ 36 историй болезни пациенток, прошедших хирургическое лечение за период с марта по сентябрь 2022 года с установленным диагнозом острого и хронического ВЗОМТ в стадии обострения, что составило 10% от всех оперативных вмешательств, проведенных за период исследования в отделении неотложной гинекологии ГКБ № 40 города Екатеринбурга. Пациентки были разделены на 2 группы (с органосохраняющими и органоуносящими операциями). При анализе данных первичной документации оценивались возраст, количество койко-дней, диагноз

основного заболевания, длительность течения воспалительного процесса, особенности его клинико-лабораторных проявлений, особенности менструального цикла, репродуктивная функция и ее нарушения, гинекологические и соматические заболевания в анамнезе. Статистическая обработка данных с помощью Microsoft Excel 2021 г.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Выборка была поделена на 2 подгруппы в зависимости от объема оперативного вмешательства. I подгруппу составили пациентки, которым проводились органосохраняющие операции в объеме санации и дренирования брюшной полости, в количестве 20 человек (55,6%; n=20), средний возраст составил 29 лет (16-54 года). Во II подгруппу вошли 16 пациенток с выполненными органосохраняющими операциями (44,4%; n=16), средний возраст – 38 лет (20-50 лет).

В I подгруппе пациентки обращались за медицинской помощью в среднем на 4 день заболевания и проводили в отделении 5 койко-дней. Во II подгруппе отмечено более раннее обращение (на 3 день с момента появления первых симптомов) и более продолжительное пребывание в стационаре (в среднем 7 койко-дней), что могло быть связано с более выраженными симптомами и тяжестью состояния.

В структуре клинического диагноза у пациенток, которым были показаны органосохраняющие операции, встречались острый двусторонний сальпингит (55%; n=11), двусторонний аднексит (35%; n=7), двусторонний пиосальпинкс (5%; n=1). В единичном случае в анамнезе фигурировал хронический двусторонний аднексит (5%). Осложнения основного заболевания: пельвиоперитонит (90%; n=18), острый вторичный аппендицит (5%; n=1).

У пациенток II подгруппы были диагностированы: острый эндометрит и метроэндометрит (25%; n=4), острый двусторонний сальпингит (31,25%; n=5), пиосальпинкс односторонний (37,5%; n=6) и двусторонний (18,75%; n=3), острый аднексит односторонний (18,75%; n=3) и двусторонний (25%; n=4). У двух пациенток отмечен хронический двусторонний аднексит в анамнезе (12,5%). Среди осложнений: пельвиоперитонит (68,75%; n=11), односторонний tuboовариальный абсцесс (25%; n=4), вторичный аппендицит (18,75%; n=3), абсцесс малого таза (6,25%; n=1). В одном случае диагностирован сепсис.

Таблица 1

Сравнительная характеристика пациенток с органосохраняющими (I подгруппа) и органосохраняющими (II подгруппа) операциями

Исследуемый параметр	Количество человек				P
	I подгруппа		II подгруппа		
	Абс.	%	Абс.	%	
Отсутствие беременностей в анамнезе	8	40%	1	6,25%	<0,001
Одна беременность в анамнезе	6	30%	6	37,5%	>0,05
Две и более беременности в анамнезе	6	30%	9	56,25%	<0,05
Неблагоприятные исходы беременностей в анамнезе (аборты, самопроизвольные выкидыши)	5	25%	7	43,75%	<0,05
Применение методов контрацепции (барьерный метод, внутриматочные средства, гормональная	13	65%	13	81,25%	>0,05

контрацепция, прерванный половой акт)					
Не использовали методы контрацепции	7	35%	3	18,75%	<0,001
Операции на органах брюшной полости и малого таза в анамнезе, в т.ч. кесарево сечение в анамнезе	5	25% 15%	4 1	25% 6,25%	>0,05
Сопутствующая гинекологическая патология в анамнезе (НМЦ, спаечная болезнь органов малого таза, эндометриоз)	5	25%	13	81,25%	<0,001
ВИЧ-инфекция	0	0%	3	18,75%	<0,05

Сопутствующая гинекологическая патология у пациенток II подгруппы встречалась достоверно чаще ( $p < 0,001$ ) и была представлена спаечной болезнью органов малого таза, аденомиозом, миомой матки, нарушениями менструального цикла (НМЦ).

Соматическая патология встречалась у пациенток II группы в виде туберкулеза (6,25%,  $n=1$ ), онкопатологии (6,25%,  $n=1$ ) и ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфекция встречалась в исследуемой когорте в 8,3% случаев ( $n=3$ ), 66,6% пациенток с ВИЧ-инфекцией ( $n=2$ ) принимали АРВТ. Данным пациенткам ( $n=3$ ) были выполнены органосохраняющие операции в 100% случаев.

НМЦ в анамнезе у пациенток с органосохраняющими операциями отмечались в 5% ( $n=1$ ), с органосохраняющими операциями – в 37,5% ( $n=6$ ).

В I подгруппе 40% пациенток ( $n=8$ ) не имели беременностей в анамнезе. Беременности заканчивались родами в 29,6%, на искусственные аборты приходилось 40,7%, реже наблюдались самопроизвольные выкидыши (25,9%), трубная беременность (5%). Во II подгруппе одну беременность в анамнезе имели 6 пациенток (37,5%), не имела беременностей одна пациентка. Беременности чаще заканчивались родами (56%), реже отмечались медицинский аборт (24%), самопроизвольный выкидыш (20%). 30% женщин в I подгруппе не использовали методы контрацепции, во II подгруппе – 18,75%.

По клиническим проявлениям достоверной разницы между группами не выявлено: в обеих подгруппах наблюдались болевой синдром, диспепсические жалобы, субфебрилитет или фебрильная лихорадка.

По данным лабораторных анализов на момент поступления лейкоцитоз во II группе составил в среднем  $13,4 \times 10^9/\text{л}$  (от 5,6 до  $28,6 \times 10^9/\text{л}$ ), в I группе данные существенно не отличались –  $13,03 \times 10^9/\text{л}$  (от 5,7 до  $36,7 \times 10^9/\text{л}$ ). С-реактивный белок (СРБ) исследовался в тяжелых случаях (у 25% во II группе и у 5% в I группе): в I группе в среднем – 116,1 мг/л, во II – 52,7 мг/л (от 18,8 до 121,9 мг/л). Анемия наблюдалась только во II группе: у 6,3% - I степени, у 18,3% - II степени. В ОАМ выявлены микрогематурия (у 31,3% во II группе) и протеинурия (у 50% во II группе), в I группе по 1 случаю (5%) микрогематурии и протеинурии.

Согласно данным бактериологического исследования цервикального канала, в I группе в 2 (10%) случаях высеивался *Enterococcus faecalis*, в 2 (10%) – *Candida albicans*, в 1 (5%) – *Staphylococcus warneri*, в 1 (5%) – *Staphylococcus epidermidis*, в 1 (5%) – *Staphylococcus hominis*, в 1 (5%) – *Corynebacterium spp.*

Во II группе в 2 (12,5%) случаях выделен *Enterococcus faecalis*, в 1 (6,25%) – *E. coli*, в 1 (6,25%) – *Candida albicans*, в 1 (6,25%) – *Corynebacterium spp* ( $p>0,05$ ).

По данным бактериологического исследования раневого отделяемого в I группе в 1 (5%) случае определен *Streptococcus agalactiae*, в 1 (5%) – *E. coli*, в 1 (5%) – *Enterococcus faecalis*. Во II группе в 2 (12,5%) случаях *E. coli*, в 1 (6,25%) – *Pseudomonas aeruginosa*, в 1 (6,25%) – *Enterococcus faecalis* ( $p>0,05$ ).

По Согласно данным ультразвуковой диагностики, основными признаками, свидетельствующими о патологии в I и II группе, являлись обнаружение жидкости в полости малого таза и описание увеличенных придатков в случае формирования воспалительных tuboовариальных образований и абсцесса.

Всем пациенткам проведено оперативное лечение в первые сутки госпитализации. Лапароскопическое вмешательство в обеих группах (I – 100%,  $n=20$ ; II – 87,5%,  $n=14$ ) превалировало над лапаротомным доступом (I – 0%; II – 12,5%,  $n=2$ ). Во II группе тотальная гистерэктомия с маточными трубами проведена у 1 пациентки (6,25%), тубэктомия у 87,5% пациенток ( $n=14$ ): односторонняя – 31,3% ( $n=5$ ), двусторонняя – 50% ( $n=8$ ); односторонняя аднексэктомия – 18,8% ( $n=3$ ). Дополнительно выполнялись адгезиолизис, дренирование tuboовариального абсцесса, энуклеация кисты, аппендэктомия.

Медикаментозное лечение включало: метронидазол, цефтриаксон (в осложненных случаях цефепим, цефазолин, цефаперизон+сульбактам, доксациклин, ванкомицин). Эртапенем назначался пациентке из II группы с септическими осложнениями.

### **ОБСУЖДЕНИЕ**

На хирургическую тактику ведения пациенток с ВЗОМТ влияют возраст, реализация репродуктивной функции, тяжесть течения воспалительного процесса, наличие осложнений в виде диффузного перитонита, сепсиса [4].

Согласно данным Matsuda N. [5], курение, прием психоактивных веществ (ПАВ), ожирение, постменопауза, хронические ВЗОМТ в анамнезе, высокий уровень СРБ и лейкоцитов в значительной степени связаны с радикальностью лечения и длительностью госпитализации. В нашем исследовании уровень СРБ определялся только в тяжелых случаях (в подгруппе с оргауносящими операциями), средний уровень лейкоцитов значительно не отличался в обеих подгруппах. Курение и прием ПАВ наблюдался в обеих группах в единичных случаях, хронические ВЗОМТ чаще встречались во II подгруппе.

Согласно исследованию Jossens M.O. [6], на радикальность тактики лечения влияет в большей степени аборт в анамнезе, отсутствие методов контрацепции, раннее начало половой жизни, более одного сексуального партнера в предыдущие 30 дней. В нашем исследовании подтверждения влияния частоты искусственных абортов, самопроизвольных выкидышей, отсутствия методов контрацепции на радикальность лечения получено не было.

Согласно клиническим протоколам [4], пациенткам с легкими и среднетяжелыми формами ВЗОМТ рекомендуется пероральная антибактериальная терапия на амбулаторном или стационарном этапе лечения. Пациенткам с тяжелыми формами ВЗОМТ показана госпитализация с

парентеральным введением антибактериальных препаратов и последующим консервативным ведением. Однако применяемая на сегодняшний день более радикальная тактика - оперативное вмешательство в первые сутки пребывания в стационаре, оправдана в связи с отсутствием достоверной разницы в клинике и данных лабораторно-инструментальных исследований при диагностике ВЗОМТ.

### **ВЫВОДЫ**

1. Нереализованная репродуктивная функция у молодых пациенток, а также желание сохранить ее являются важным фактором при выборе органосохраняющего хирургического лечения при ВЗОМТ. Факторами риска ВЗОМТ у данных пациенток являются наличие в анамнезе самопроизвольных прерываний беременности и операций на ОМТ, в том числе кесаревых сечений.

2. Органоуносящие оперативные вмешательства выполнялись в связи с тяжестью воспалительного процесса, осложненным течением ВЗОМТ, выраженными анатомическими изменениями половых органов и наличием в анамнезе родов и тяжелой соматической патологии.

3. Отсутствие достоверной разницы по клиническому течению, результатам лабораторно-инструментальных исследований определяет активную тактику ведения у пациенток, поступающих с ВЗОМТ, а именно оперативное вмешательство в первые сутки пребывания в стационаре.

### **СПИСОК ИСТОЧНИКОВ**

1. Кузнецов, Р.Э. Воспалительные заболевания органов малого таза: состояние проблемы / Р.Э. Кузнецов, Д.В. Скрипченко // *Consilium medicum*. – 2019. – Т.21. – №6. – С.91-96.

2. Piao, J. Association between pelvic inflammatory disease and risk of ovarian cancer: An updated meta-analysis / J. Piao, E.J Lee, M. Lee // *Gynecol Oncol*. – 2020. - Vol.157, №2. – P.542-548.

3. Селихов, М.С. Прогнозирование течения воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин / М.С. Селихова, С.В. Вдовин и др. // *Вестник ВолгГМУ*. – 2018. – Т.65, №1. – С.74-77.

4. Воспалительные болезни женских тазовых органов. Клинические рекомендации Российского общества акушеров-гинекологов. – 2021. – С. 46.

5. Factors associated with an unfavorable clinical course in hospitalized patients with pelvic inflammatory disease / Matsuda N., Jwa S.C., Tamura S. [et al.] // *BMC Womens Health*. – 2022. - Vol. 22, №1. – P.348.

6. Risk factors for pelvic inflammatory disease. A case control study / Jossens M.O., Eskenazi B., Schachter J. [et al.] // *Sex Transm Dis*. – 1996. - Vol.23, №3. – P.39-47.

### **Сведения об авторах**

Е.И. Широкова – студент

Д.Д. Сысуева\* – студент

М.К. Киселева – кандидат медицинский наук, доцент

### **Information about the authors**

E.I. Shirokova – student

D.D. Sysueva\* – student

M.K. Kiseleva – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

sysuevadarina@yandex.ru

УДК 618.5-06

## АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ: ФАКТОРЫ РИСКА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Мария Андреевна Чепиль<sup>1</sup>, Мария Денисовна Храмова<sup>1</sup>, Марина Кесаревна  
Киселева<sup>1,2</sup>, Наталья Александровна Белоброва<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения РФ

<sup>2</sup>ГАУЗ СО «Городская клиническая больница № 40»

Екатеринбург, Россия

### Аннотация

**Введение.** Асфиксия — это термин, обычно используемый для обозначения острого или хронического нарушения плацентарного кровотока во время родов. Отягощенный акушерский и соматический анамнез матери могут внести существенный негативный вклад в развитие последующей асфиксии. **Цель исследования** - выявить особенности течения беременности и родов, а также состояния матери, которые могут служить причинами развития асфиксии новорожденного средней и тяжелой степени тяжести. **Материал и методы.** Был проведен ретроспективный и проспективный анализ данных историй болезни за период с 01.06.2022 по 01.03.2023 на базе родильного дома ГАУЗ СО «Городская клиническая больница № 40, г. Екатеринбург. **Результаты.** Сравнивая исследуемую группу с контрольной по показателям массы тела, оценки по шкале Апгар и гестационному возрасту, установлено, что группа контроля опережает исследуемую. В развитии асфиксии новорожденных показали свою роль такие факторы, как никотинозависимость, перенесенные острые респираторные вирусные заболевания на разных сроках беременности, а также анемия, дефицит или избыток массы тела у матери. **Выводы.** Развитие асфиксии новорожденного сопряжено с рядом патологий со стороны беременной женщины и роженицы.

**Ключевые слова:** новорожденный, асфиксия, беременность, роды.

## ASPHYXIA OF NEWBORNS: RISK FACTORS DURING PREGNANCY AND CHILDBIRTH

Maria A. Chepil<sup>1</sup>, Maria D. Khramova<sup>1</sup>, Marina K. Kiseleva<sup>1,2</sup>, Natalia A. Belobrova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynecology

Ural state medical university

<sup>2</sup>City Clinical Hospital № 40

Yekaterinburg, Russia

### Abstract

**Introduction.** Asphyxia is a term commonly used to refer to acute or chronic disruption of placental blood flow during childbirth. Burdened obstetric and somatic