

ГОСТРИ САЛЬПІНГІТИ НЕТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ. ЕТІОЛОГІЯ, ДІАГНОСТИКА, ПЕРЕБІГ, ПРОГНОЗ, ЛІКУВАННЯ

Salpingites aiguës non tuberculeuses. Etiologie, diagnostic, evolution, pronostic, traitement

J. Raiga, G. Mage

La Revue du Praticien 1996; 46: 2145—2148

Важливі моменти

- *Гострий сальпінгіт є поширеним інфекційним захворюванням, що передається переважно статевим шляхом та вражає в основному жінок репродуктивного віку. Це головна причина непрохідності маткових труб, що призводить до неплідності.*
- *Первинне інфікування маткових труб відбувається мікробами, що передаються через статевий контакт, із яких найчастіше трапляється *Chlamydia trachomatis*. Клінічна, лабораторна та сонографічна діагностика в багатьох випадках викликає суттєві труднощі.*
- *Лапароскопія — єдиний метод, який дає змогу із впевненістю встановити діагноз, провести бактеріологічне дослідження та, якщо необхідно, відповідні хірургічні маніпуляції.*
- *Антибактеріальна терапія повинна бути своєчасною, адекватною та достатньо тривалою. Єдиним критерієм одужання є настання в майбутньому маткової вагітності.*
- *Контрольна лапароскопія дає змогу відновити прохідність маткових труб у “холодний” період або, якщо вони надто змінені, визначити покази для допоміжних репродуктивних технологій.*

ЕТІОЛОГІЯ

1. Зараження статевим шляхом

Для інфекційного процесу в маткових трубах характерне висхідне поширення. У 85% випадків зараження відбувається статевим шляхом. Процес мікробного заселення маткових труб залежить від характеру флори. Первинне інфікування відбувається за рахунок мікроорганізмів, які передаються через статевий контакт.

— *Chlamydia trachomatis* складає 40—50% усіх мікроорганізмів, які викликають захворювання. Для хламідіозу характерні стерта клінічна картина і виражений спайковий процес у малому тазі та черевній порожнині, що часто трактується як наслідок хронічного сальпінгіту. Ураження маткових труб та очеревини створюють передумови для вторинного інфікування іншою патогенною флорою, яка викликає захворювання з гострим перебігом.

— *Neisseria gonorrhoeae* виявляють з різною частотою залежно від особливостей групи хворих.

— *Mycoplasma hominis* та *Ureaplasma urealyticum* вважають нормальною флорою статевих шляхів, хоч є думка, що вони можуть бути провокуючими факторами сальпінгіту та ендометриту. Тривають дискусії з приводу того, чи ці мікроорганізми можуть бути патогенними.

— Інфекційний процес, зумовлений мікробами, що передаються статевим шляхом, призводить до суттєвих локальних змін в органах і тканинах, зниження місцевого імунітету, створюючи таким чином передумови для вторинного інфікування аеробною флорою кишок та сечових шляхів (стрептококи, стафілококи, кишкова паличка, протей та ін.), які, своєю чергою, поглиблюють патофізіологічні та патохімічні зрушення. Зниження локального рН, а особливо тенденція до гіпоксії тканин сприяє заселенню анаеробів, зокрема *Bacteroides fragilis*.

2. Ятрогенний шлях зараження

Приблизно 15% усіх випадків сальпінгіту мають ятрогенне походження: маніпуляції, що сприяють проникненню мікрофлори піхви в порожнину матки, яка в нормі є стерильною, можуть спровокувати ендометрит та сальпінгіт. Цими маніпуляціями може бути кюретаж матки, штучне переривання вагітності, гістросальпінгографія.

Внутрішньоматковий контрацептив є суттєвим фактором ризику сальпінгіту, через що його не слід рекомендувати молодим жінкам, котрі ще не мають дітей.

3. Зараження *per continuitatem*

Цей шлях передачі збудника трапляється рідко. Йдеться про апендицит та сигмоїдит.

ДІАГНОСТИКА

Загалом у типових випадках діагностика сальпінгіту є нескладною, особливо якщо в анамнезі чітко простежується причинний фактор: близькість “без перестороги” з новим статевим партнером чи недавнє втручання в порожнину матки. Переважно ж при встановленні діагнозу лікар стикається із значними труднощами: стерта симптоматика може маскувати різноманітну патологію органів малого таза. Немає відповідності і між клінічною важкістю захворювання та вираженістю анатомічних змін. Важливим методом діагностики є лапароскопія, яка дає змогу встановити остаточний діагноз та визначити важкість захворювання.

1. Симптоматика

— Біль є єдиним відносно стабільним симптомом (90—95% випадків): локалізований у малому тазі, однаково виражений з обох сторін, постійний, підсилюється при фізичному навантаженні.

— Гарячка понад 38,5°C — непостійний симптом, трапляється в 50—60% випадків.

— Гнійні виділення зі статевих органів (жовтуваті і/або з неприємним запахом) у дні перед менструацією (50%) або перед метрорагією (40%).

— Ознаки подразнення сечового міхура (біль при сечовипусканні чи полакціярія) спостерігають у 20% випадків.

— Типові анамнестичні дані:

а) етіологічні фактори: новий статевий партнер, уретрит у партнера, маніпуляції із втручанням у порожнину матки (гістросальпінгографія, штучне переривання вагітності);

б) фактори, що сприяють захворюванню: сальпінгіт у минулому, вже діагностована патологія маткових труб (особливо їх непрохідність у дистальних відділах), стерилізація з метою контрацепції.

2. Дані клінічного дослідження

— Пальпація: виявляють біль, який локалізований переважно в гіпогастрії і часто поєднується з м'язовим захистом черевної стінки (30%).

— Дослідження у дзеркалах: гнійні виділення з шийки матки, цервіцит або лише каламутний слиз, що виділяється з цервікального каналу. Якщо шийка матки та слизові виділення з неї на вигляд нормальні, це, найімовірніше, свідчить про інший діагноз.

— Вагінальне дослідження: біль при зміщенні матки та при пальпації додатків. При ректальному дослідженні — болючість у Дугласовому просторі, що свідчить про подразнення очеревини. Якщо в цих випадках виявлено утвір, то треба запідозрити нагноєння запального конгломерату.

3. Лабораторні дослідження

— Аналіз крові: майже завжди виявляють лейкоцитоз, зростання ШОЕ, С-реактивний білок, проте жодна з цих знахідок не є специфічною.

— Обов'язково слід проводити серологічне дослідження на ВІЛ-інфікованість, а також на сифіліс.

— Серологічну реакцію на хламідіоз вважають позитивною, якщо титр понад 1/64 (IgG). У пацієнок з хламідіозом частота позитивних результатів при серологічному дослідженні коливається у межах 40—70%.

— Дослідження крові на гемокультуру доцільно проводити, якщо гарячка перевищує 38,5°C та (або) хвору морозить.

— Для бактеріологічного дослідження беруть матеріал із входу в піхву, цервікального каналу, скенових залоз та отвору уретри. Доцільно проводити також цитобактеріологічне дослідження сечі.

4. Ультразвукове обстеження

УЗ є первинним методом обстеження пацієнок, які скаржаться на біль внизу живота. Хоча ультразвукові симптоми сальпінгіту неспецифічні, це дослідження є інформативним щодо виявлення запальних конгломератів та їх нагноєння.

5. Лапароскопія

Це дослідження особливо бажане для молодих пацієнок, які прагнуть у майбутньому народити дитину. Лапароскопію проводять ургентно, до призначення антибактеріальної терапії, і цей метод має низку переваг:

— можливість диференціальної діагностики: гострий апендицит, позаматкова вагітність, розрив кісти яйника;

— можливість підтвердження діагнозу сальпінгіту та встановлення важкості структурних змін. При первинному обстеженні слід дотримуватись такої схеми: огляд малого таза, сліпої кишки, апендиксу (не пропустити гострий апендицит!) та

підпечінкового простору, де можна виявити зрости між капсулою печінки та очеревиною — синдром Фітца-Г'ю-Куртіса (Fitz-Hugh-Curtis). Лапароскопічно розрізняють три стадії важкості сальпінгіту:

I стадія — легкий, або катаральний сальпінгіт: маткові труби на вигляд набряклі, гіперемовані, роздуті, з псевдомембранами або без них. Очеревина блискує та гіперемована. Випіт у черевній порожнині каламутний, рідше гнійний.

II стадія — сальпінгіт середньої важкості або пахісальпінкс: ознаки запалення більш виражені, перетинки між трубами щільніші. Зрости утворюються також між додатками та суміжними органами черевної порожнини, очеревиною малого таза.

III стадія — важкий сальпінгіт з абсцедуванням запальних конгломератів різної локалізації. Розрізняють два типи абсцесів маткових труб. Справжній піосальпінкс є результатом інфікування раніше сформованого гідросальпінксу. Він являє собою замкнуту порожнину, наповнену гноем. Вторинний абсцес утворюється при спаюванні фімбрій маткової труби між собою або її дистальних відділів та суміжних органів.

Внутрішні та периферичні тубооваріальні абсцеси утворюються при злипанні маткової труби, яйника та суміжних з ними органів.

Для абсцесів яйника найчастіше характерна туберкульозна етіологія. Їх слід розкривати та санувати, ретельно видаляючи некротичні тканини.

“Комплексний” абсцес додатків утворюється внаслідок поєднання різних типів абсцесів, які неможливо диференціювати.

Від початкової важкості захворювання залежить прогноз щодо збереження репродуктивної функції.

Лапароскопія дає можливість оцінити вміст черевної порожнини. Матеріал для дослідження беруть з Дугласового простору, після чого негайно скеровують у бактеріологічну лабораторію для посіву на середовища для вирощування аеробів та анаеробів, а також для антибіотикограми.

Chlamydia trachomatis виявляють переважно при прямій флюоресценції або в культурах клітин з різних ділянок: маткових труб, склепіння, очеревини, зростів.

Лапароскопію проводять також з лікувальною метою, оскільки низку хірургічних маніпуляцій можна виконувати і в гострій стадії захворювання.

Передумови сприятливого перебігу сальпінгіту:

Якщо лікування розпочате вчасно і є адекватним, клінічна симптоматика регресує, як звичайно, протягом перших 48 годин. Лабораторні параметри (лейкоцитоз, ШОЕ, С-реактивний білок) швидко повертаються до норми. Єдиним доказом повного одужання є настання у майбутньому маткової вагітності.

ПЕРЕБІГ ТА ПРОГНОЗ

Ускладнення

1. Ранні ускладнення

У формуванні абсцесу можуть брати участь маткові труби (піосальпінкс), яйники, перитубарні та періоваріальні зв'язки, Дугласів простір. За відсутності

Таблиця 1.
Клінічні форми

— Малосимптомні форми.

Цей варіант сальпінгіту найчастіше трапляється при інфікуванні хламідіями. Больовий синдром слабовиражений, інші клінічні та лабораторні симптоми непостійні. Саме тут проявляються усі переваги лапароскопії при встановленні діагнозу та визначенні важкості анатомічних змін маткових труб, які, як звичайно, є більш суттєвими, ніж цього можна було б сподіватися.

— Абсцедуючі форми.

Вони проявляються, як звичайно, яскравою клінічною картиною: м'язовий захист черевної стінки, висока гарячка із значними коливаннями температури тіла, різкий біль при пальпації живота у нижніх відділах, лейкоцитоз та інші параклінічні ознаки запалення.

Трансвагінальне ультразвукове дослідження є високочутливим методом виявлення абсцедування запальних конгломератів.

— Торпідні форми.

Такий варіант захворювання є наслідком неадекватного добору антибактеріальних препаратів або надто короткого їх застосування, коли лікування призначається "сліпо". Клінічні симптоми розвиваються нетипово та мають різну тривалість. Після першого епізоду трапляються, як звичайно, рецидиви захворювання із значно важчим перебігом. При лапароскопії виявляють зрости різної давності та значну деформацію маткових труб, що робить прогноз щодо майбутньої вагітності досить сумнівним.

— Особливі варіанти.

Тубооваріальний абсцес у менопаузі: слід запідозрити рак яйників або маткових труб.

Синдром Фітца-Г'ю-Куртіса (Fitz-Hugh-Curtis) характеризується зростами у підпечінковому просторі. Локалізація больового синдрому та гарячка спонукають до діагностики гострого холециститу.

ургентного хірургічного втручання є ризик переходу процесу в хронічний та утворення запальних конгломератів, кишково-трубних та кишково-піхвових нориць або, що трапляється рідше, прориву гною в черевну порожнину та перитоніту, наслідки якого можуть бути фатальними.

2. Віддалені ускладнення

Віддалені ускладнення сальпінгіту є наслідком порушення анатомічної структури маткових труб та утворення зростів:

— хронічний больовий синдром та диспаревнія, які виникають через різний час після захворювання;

Покази до лікування:

Сальпінгіт у молодих жінок є станом, що вимагає негайного лікування. Дуже важливо, щоб антибактеріальна терапія була вчасною, адекватною та достатньо тривалою.

Первинну лапароскопію доцільно проводити у 3 випадках:

діагностичні сумніви, наявність абсцедуючих конгломератів та відсутність ефекту від лікування протягом перших трьох днів. Особливо бажаною є ця маніпуляція у молодих пацієнток та при важких клінічних формах захворювання. Метою контрольної лапароскопії є адгезіоліз, відновлення прохідності маткових труб, якщо це можливо, або виявлення показів для запліднення *in vitro*. Зокрема, доцільно відразу рекомендувати пацієнткам з вираженими анатомічними змінами маткових труб вдатися до допоміжних репродуктивних технологій.

— зростання ризику позаматкової вагітності;

— неплідність (найбільш вагоме ускладнення), спричинена непрохідністю маткових труб. Це трапляється у 15–25% випадків після гострого сальпінгіту. Прогноз ще песимістичніший при рецидивах захворювання: неплідність виникає в 30% пацієнток після двох його епізодів і в 60% — після трьох.

Таблиця 2.

Можлива схема антибактеріальної терапії

1. Госпіталізація та парентеральне введення препаратів (5–7 днів):

амоксцициліну клавуленат: аугментин 2–3 г/добу;

+

препарат групи тетрацикліну: вібраміцин внутрішньовенно 200 мг/добу.

2. Перехід до прийому препаратів per os (після одержання даних антибіотикограми): аугментин, пакети по 500 мг, по 2 пакети зранку і ввечері протягом 3 тижнів

+

Вібраміцин, капсули по 100 мг, по 2 капсули зранку протягом 3 тижнів.

3. Якщо виявлено хламідії: вібраміцин у вказаних вище дозах протягом 3 тижнів.**4. Обов'язкове лікування партнера: вібраміцин, капсули по 100 мг, по 2 капсули зранку протягом 3 тижнів, а також рекомендувати застосування презервативу на весь час лікування.**

ЛІКУВАННЯ

1. Медикаментозна терапія

Запропоновано різні схеми фармакотерапії сальпінгіту. Усі вони складаються з кількох антибактеріальних препаратів і впливають на широкий спектр мікроорганізмів, оскільки реальна ефективність препаратів не завжди збігається з даними антибіограми.

Найбільшого поширення, завдяки своїй простоті у застосуванні та ефективності, набуло поєднання амоксициліну клавуленату (аугментин) з препаратами групи тетрацикліну (вібраміцин, міноцин). Препарати призначають спочатку парентерально (обов'язкова госпіталізація у перші 5–7 днів лікування), далі — *per os*.

Якщо захворювання має хламідійну етіологію, курс лікування повинен тривати щонайменше три тижні.

Обов'язково слід обережити та призначити лікування статевому партнеру.

2. Первинна лапароскопія

Низка лапароскопічних лікувальних маніпуляцій допустима вже в гострій фазі захворювання:

- роз'єднання зростів слід проводити в повному обсязі, але дуже обережно, щоб не травмувати вражені запальним процесом тканини;

- дренування осумкованих порожнин, заповнених гноем, проводиться залежно від їх локалізації:

- справжні піосальпінкси дренують шляхом сальпінготомії по передній стінці проксимального кінця труби; маніпуляції на дистальному її кінці відкладають до “холодного” періоду.

- вторинні абсцеси ліквідують шляхом роз'єднання зростів дистального кінця маткової труби.

- внутрішні та периферичні тубооваріальні абсцеси дренують роз'єднанням зростів, ліквідуючи гнійні порожнини.

- абсцеси яйників розкривають та санують, ретельно видаляючи некротичні тканини.

- “комплексні” абсцеси додатків лікують по-різному, як звичайно, самого лише дренування конгломерату недостатньо: виникає необхідність радикального хірургічного втручання — сальпінгектомії чи аднексектомії.

- як звичайно, при лапароскопії проводять лаваж черевної порожнини великою кількістю теплих розчинів.

3. Контрольна лапароскопія

Мету цієї маніпуляції можна окреслити чотирма пунктами:

- На основі візуальних даних, цитологічного дослідження внутрішньочеревної рідини та біопсії зростів оцінюють динаміку захворювання. Якщо запальний процес не згасає, слід призначити тривалий курс антибактеріальної терапії.

— Прохідність маткових труб: при облітерації дистальних кінців маткових труб їх прохідність відновлюють шляхом фімбріопластики або неостомії. Цю лапароскопічну маніпуляцію слід проводити лише за відсутності залишкових ознак запалення.

— Роз'єднання зростів: у більшості випадків після первинного адгезіолізу зрости утворюються повторно. Контрольний огляд черевної порожнини дає змогу провести цю маніпуляцію знову в “холодному” періоді.

— Прогноз щодо збереження репродуктивної функції.

На підставі даних контрольної лапароскопії можна розділити пацієнок на три групи:

а) жінки, репродуктивна функція яких, найімовірніше, збережена: наслідків захворювання не виявлено або вони дуже незначні, інколи необхідно провести додатковий адгезіоліз. Прогноз щодо вагітності у майбутньому сприятливий.

б) пацієнтки, у яких є покази для пластики маткових труб: облітерація дистального кінця маткової труби, часто двобічна. Якщо є відповідні умови, операцію проводять під час лапароскопії.

в) пацієнтки, яким доцільно рекомендувати запліднення *in vitro*: якщо маткові труби надто ушкоджені, та результат їх пластики обіцяє бути досить посереднім із високим ризиком виникнення позаматкової вагітності, варто із самого початку надати перевагу допоміжним репродуктивним технологіям.

Лапароскопічна класифікація сальпінгітів

— I стадія, або катаральний сальпінгіт: маткові труби на вигляд роздуті та набряклі.

— II стадія, або пахісальпінкс: маткові труби потовщені, роздуті та ригідні по всій довжині. Вони здаються дуже короткими. Фімбрії маткових труб набряклі та товсті, починають злипатися. Частою знахідкою є скупчення гною в ампулярному кінці труби.

— III стадія, або абсцедування. Є кілька типів абсцесів залежно від їх локалізації:

справжній піосальпінкс (інфікування раніше сформованого гідросальпінксу);

абсцес маткової труби, утворений при злипанні торочок її дистального кінця;

внутрішні та периферичні тубооваріальні абсцеси;

абсцеси яйників;

“комплексні” абсцеси додатків.

4. Лапаротомія та хірургічне лікування

Оскільки можливості лапароскопії за останні роки значно розширилися, лапаротомія проводиться лише у випадках абсцедування запальних конгломератів, при норицях та генералізованому перитоніті, що є протипоказом для лапароскопічних маніпуляцій.

Важливі моменти:

Підозру на сальпінгіт у пацієнтки репродуктивного віку завжди слід вважати ургентним станом.

Початкова антибактеріальна терапія повинна складатися з кількох препаратів із широким спектром дії, які вводяться спочатку парентерально при обов'язковій госпіталізації, надалі — per os, враховуючи дані антибіотикограми.

Первинна лапароскопія, як звичайно, проводиться у трьох випадках: діагностичні сумніви, абсцедування запальних утворів та відсутність позитивної динаміки протягом трьох днів терапії. Крім діагностичної, ця маніпуляція виконує і лікувальну роль: роз'єднання зростів та дренування гнійних утворів. Контрольна лапароскопія є особливо бажаною маніпуляцією для пацієнток, які планують у майбутньому народити дитину, а також коли при першому огляді було виявлено значні анатомічні зміни маткових труб.

Переклад Тараса Качмара

Nous remercions vivement la rédaction
de "LA REVUE DU PRATICIEN"
pour l'autorisation de la réimpression de cet article