

С.П. СИНЧИХИН,  
О.Б. МАМИЕВ,  
С.Г. МАГАКЯН,  
А.В. БУРОВ,  
Е.В. ПАХЛОВА

Астраханская  
государственная  
медицинская академия,

Городская клиническая  
больница № 3, Астрахань

## Редкое клиническое наблюдение: сочетание беременности с гнойным воспалением придатков матки

*В современной литературе имеются единичные работы, в которых указывается о наличии у беременной и родильницы гнойных патологических процессах в придатках матки. Приводят редкий случай одностороннего пиовара в третьем триместре беременности, протекавшего в начальном периоде заболевания под маской острого аппендицита. Зарубежными исследователями представлены сведения о развитии на 7-14 сутки пуэрперального периода острого сальпингоофорита, осложнившегося гнойным перитонитом. В связи с этим, считаем интересным представить следующее клиническое наблюдение.*

**В** гинекологическое отделение МУЗ «Городская клиническая больница № 3» г. Астрахани была доставлена больная Б. (медицинская карта № 357), 27 лет, с жалобами на боли в нижних отделах живота, тошноту, однократную рвоту, слабость, повышение температуры тела до 37,8°C, кровянистые выделения из половых путей. Вышеописанные симптомы заболевания наблюдались в течение суток. При отсутствии эффекта от самостоятельного приема Но-шпы и анальгина, а также ввиду усиления болевого синдрома больная обратилась за экстренной медицинской помощью. Из анамнеза известно, что два года назад желанная беременность завершилась путем операции кесарева сечения. Осложнений в послеродовом периоде не наблюдалось. Артифицированных абортов и самопроизвольных выкидышей не было. В течение последних двух лет к акушеру-гинекологу за медицинской помощью и проведением про-

филактического осмотра женщина не обращалась. Наличие какой-либо соматической патологии отрицала. Пациентка находилась в зарегистрированном браке, для контрацепции использовала прерванный *coitus*. Больная указывала на задержку очередной менструации на пять недель.

При поступлении пациентка осмотрена дежурными терапевтом и хирургом. Изменений в системах кровообращения, дыхания и пищеварения не выявлено. Острая хирургическая патология исключена.

Температура тела – 37,5°C. Объективное обследование показало, что передняя брюшная стенка участвовала в акте дыхания, но пальпация живота в нижних отделах была болезненной, где и определялись слабоположительные симптомы раздражения брюшины.

При проведении гинекологического исследования установлено, что слизистая влагалища и шейки матки на зеркалах цианотична, выделения из цервикального канала – кровянистые; бимануально: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев структурно изменен – пропускает исследующий палец, движения за шейку матки умеренно болезненное. Матка увеличена до 6-7 недель беременности, при пальпации болезненная, периодически тонизируется. Придатки с обеих сторон определяются, несколько увеличены, умеренно болезненные при пальпации. Своды свободные. Выделения из влагалища, кровянистые, умеренные.

Учитывая клиническую картину начавшегося выкидыша, проведено выскабливание стенок полости матки. Маточное кровотечение остановлено. Наличие в соскобе элементов плодно-

го яйца подтверждало наличие маточной беременности. С диагностической целью выполнена пункция дугласова пространства – получено около 5 мл гнойного выпота. Учитывая полученные новые данные инструментального обследования, решено было выполнить лапароскопию совместной бригадой гинеколога и хирурга.

При лапароскопии обнаружено в малом тазу небольшое количество гноевидного выпота желтого цвета; тело матки увеличено до 5-6 недель беременности, с гладкой ровной поверхностью, гиперемировано; яичники обычного строения; маточные трубы багрового цвета, отечны, фимбриальные отделы ярко гиперемированы, открыты, из их просвета стекает гной.

Осмотрены червеобразный отросток и другие органы брюшной полости – патологических изменений не обнаружено. С учетом всех клиничко-инструментальных данных выставлен диагноз: «Острый гнойный двусторонний сальпингит. Пельвиоперитонит. Неполный самопроизвольный выкидыш. Выскабливание стенок полости матки. Лапароскопия». Учитывая отсутствие грубых анатомических и выраженных воспалительно-дегенеративных изменений в органах малого таза, а также принимая во внимание наличие современных эффективных фармакологических средств, и желая сохранить детородную функцию у молодой женщины, было принято решение санировать и дренировать брюшную полость, назначить высокоэффективные антибактериальные, иммуностимулирующие и нестероидные противовоспалительные препараты, провести дезинтокси-

ГЕРПЕС И ЦИТОМЕГАЛИЯ  
ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В, С, D  
ХЛАМИДИОЗ, МИКОПЛАЗМОЗ  
УРЕАПЛАЗМОЗ  
УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ И  
БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ  
ПИЕЛОНЕФРИТ  
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ  
ДИСБАКТЕРИОЗ  
ЭНДОМЕТРИОЗ И  
ВУЛЬВОВАГИНИТ  
МЕНИНГИТЫ  
КАНДИДОЗ  
ГРИПП И ОРВИ



# суппозитории мазь и гель ВИФЕРОН®

ИНТЕРФЕРОН ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ РЕКОМБИНАНТНЫЙ АЛЬФА-2  
С АНТИОКСИДАНТНЫМ КОМПЛЕКСОМ

- Препарат разрешен к применению у беременных женщин и новорожденных детей
- Не вызывает побочных эффектов, имеет минимум противопоказаний и хорошо совместим с другими лекарствами
- Эффективность подтверждена ведущими клиницистами



## ферон

ПРОИЗВОДСТВО ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ



Производитель ООО «ФЕРОН»  
123098 г.Москва, ул. Гамалеи, дом 18, корп. А  
ГУ НИИ эпидемиологии и микробиологии  
им. Н.Ф. Гамалеи РАМН  
тел/факс (495/499) 193-3060, 193-4332, 193-5558  
e-mail: viferon@rol.ru www.viferon.su www.interferon.su

кационную терапию, использовать физиотерапию.

Санация брюшной полости проводилась во время лапароскопии раствором хлоргексидина.

В качестве антибактериального препарата первого выбора мы использовали однократно Сафоцид. Указанный препарат содержит в своем составе азитромицин (1 г), секнидазол (2 г) и флуконазол (150 мг). Азитромицин эффективно воздействует на внутриклеточные и аэробные возбудители заболеваний. Кроме этого, данное лекарственное средство способно в высоких концентрациях накапливаться в очаге воспаления. Секнидазол – высокоактивный антимикробный препарат в отношении облигатных анаэробных бактерий. Флуконазол предупреждает развитие кандидоза на фоне антибиотикотерапии.

В последующие дни после приема Сафоцида в качестве антибактериальной терапии пациентка получала Цефтриаксон по 1 г и Метрогил по 100 мл 2 раза в день внутривенно капельно, а также дезинтоксикационную терапию: физиологический раствор, 5% раствор глюкозы и раствор Рингера.

Для дополнительного устранения возможных патогенных микроорганизмов и снижения колонизации условно патогенной флорой слизистой оболочки влагалища у пациентки использовали вагинальные свечи Йодоксид, которые обладают широким антимикробным спектром действия.

С целью иммунокоррекции был назначен Виферон по 1 ректальной свече (500 000 МЕ) 2 раза в день. Основным действующим лекарственным веществом данного препарата является рекомбинантный интерферон, под действием которого в организме усиливается активность естественных киллеров, Т-хелперов, цитотоксических Т-лимфоцитов и В-лимфоцитов, фагоцитарная активность, интенсивность дифференцировки В-лимфоцитов. Добавление в препарат Виферон витамина Е и С обеспечивает не только антиоксидантное действие, но и способствует усилению активности рекомбинант-

ного интерферона в 10-14 раз (Vidal, 2008).

С обезболивающей и противовоспалительной целью использовали Дикловит – ректальные свечи, содержащие лекарственное вещество диклофенак. Препарат назначался 1-2 раза в день. Известно, что диклофенак обладает выраженным анальгезирующим действием, а применение в виде ректальных свечей обеспечивает не только быстрое поступление лекарства в системный кровоток, но и предупреждает негативное влияние препарата на верхние отделы желудочно-кишечного тракта при приеме *per os*.

Для достижения максимальной концентрации лекарственных веществ в очаге воспаления мы использовали ионофорез. Суть указанного метода заключается в том, что больному внутривенно вводят антибиотик, а затем, после достижения максимальной концентрации его в крови, осуществляют гальванизацию при расположении пораженного органа в межэлектродном пространстве. В основе этого способа электрофореза лежит элиминирующая способность постоянного тока создавать в патологическом очаге высокую концентрацию лекарства (в тканях интерполярной зоны концентрация антибиотиков повышается в 1,5 раза). Кроме того, постоянный ток повышает проницаемость гистогематических барьеров и адсорбционную активность тканей в зоне воздействия. Физиотерапию начинали проводить через 20 мин. после начала внутривенного введения антибиотиков. Electroды располагались продольно в предполагаемой проекции органов малого таза.

Длительность процедуры составляла 25 минут.

На фоне проводимой терапии больная уже со вторых суток стала отмечать значительное улучшение самочувствия: прекратились боли в нижних отделах живота, не наблюдалась лихорадка.


Лабораторные показатели воспалительной реакции нормализовались на 7 сутки лечения. По результатам бактериологического исследования выделений из цервикального канала

и маточных труб, взятых до начала антибиотикотерапии, обнаруживалась только условно-патогенная флора.

Через 8 дней после интенсивно проводимой комплексной терапии пациентка была выписана из стационара. Ей рекомендовалось продолжить с реабилитационной целью физиотерапию (магнитотерапию) амбулаторно и прием эстрогенгестагенсодержащего препарата Регулон в режиме контрацепции.

Проведение гистеросальпингографии через 6 месяцев после стационарного лечения указывало на наличие проходимости маточных труб.

На наш взгляд теоретически предположить развитие двухстороннего гнойного сальпингита у беременной в представленном клиническом наблюдении можно следующим образом. Вероятно, маточная беременность у пациентки возникла на фоне уже имеющегося воспалительного процесса, который не привел к окклюзии маточных труб. Субклиническое течение заболевания возможно связано с тем, что этиологическими возбудителями поражения внутренних половых органов была условно-патогенная флора. Иммуносупрессивное состояние, наблюдающееся при беременности, способствовало прогрессированию воспалительно-патологического процесса. В свою очередь острое воспаление придатков матки привело к прерыванию беременности.

Таким образом, резюмируя (исходя из данных представленных в данном клиническом наблюдении), необходимо отметить, что в некоторых случаях возможно сочетание беременности и гнойно-воспалительных процессов придатков матки. Необходимо самым внимательным образом подходить к вопросам дифференциальной диагностики патологических процессов у беременных женщин. Правильный диагноз и рациональная лечебная тактика с применением современных фармакологических препаратов (Сафоцид, Виферон, Амоксилав, Дикловит), физиотерапии способствует благоприятному исходу заболевания, сохранению органов репродуктивной системы и детородной функции женщины. 

## Литература

1. Гаценко В.И., Андреева М.В., Петренко В.П., Бедарев С.В., Королева Г.П., Очнев Ю.А.,

Жаркин Н.А. Редкий случай пиовара в третьем триместре беременности // Журнал

практического врача акушера-гинеколога. – 2005, № 3-4. С. 27-30.

2. Danforth's Obstetrics and Gynecology. Ed. By James R.Scott et al. Lippincott Wilkins. 2003. P. 1100.