

И.В. Юрасов, Т.Ю. Пестрикова

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТАКТИКИ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

В обзоре представлены данные по эпидемиологии, этиологии, особенностях клинического течения и диагностики воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин, проанализированы факторы риска для воспалительных заболеваний у женщин. Рассмотрены современные аспекты тактики при воспалительных заболеваниях органов малого таза. Подчеркнута роль осознанного снижения диагностического порога при воспалительных заболеваниях и назначение эмпирической, антимикробной терапии, направленной на наибольший охват возможных микробных возбудителей. Представлены условия, которые обуславливают сложность выбора оптимального лечения антимикробными препаратами.

Таким образом, воспалительные заболевания органов малого таза остаются одной из актуальных проблем современной гинекологии, решение которой должно быть направлено на профилактику и повышение репродуктивного потенциала у женщин, ранее перенесших данную патологию.

Ключевые слова: воспалительные заболевания органов малого таза, грамотрицательные бактерии, грамположительные кокки, представители класса Mollicutes, чувствительность микрофлоры к антимикробным препаратам, бесплодие, невынашивание беременности.

I.V. Urasov, T.Yu. Pestrikova

INFLAMMATORY DISEASES OF THE SMALL PELVIS ORGANS: CURRENT TACTICS

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Resume

The review presents the data on epidemiology, etiology, clinical course peculiarities and diagnostics of inflammatory diseases of the small pelvis organs in women. Risk factors of the inflammatory diseases were analyzed. Current management tactics of these diseases is presented. The authors emphasize the necessity of the deliberate diagnostic threshold decrease in case of pelvic inflammatory diseases. Empiric antimicrobial therapy aimed at eliminating a potentially wide spectrum of pathogenic bacteria is to be prescribed. The authors describe the conditions that make it difficult to choose an appropriate antimicrobial therapy.

Thus, pelvic inflammatory diseases remain a serious medical problem of gynecology. Management tactics should be directed to prevention and reproductive potential increase of the women having had the described pathology.

Key words: inflammatory diseases of the small pelvis, gram-negative bacteria, gram positive cocci, Mollicutes; resistance to antimicrobial therapy, infertility, miscarriage.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) относятся к числу наиболее широко распространенных заболеваний в современной гинекологии. ВЗОМТ оказывают существенное негативное влияние на заболеваемость, качество жизни, репродуктивное здоровье женщин [2, 8, 11, 32].

В России пациентки с ВЗОМТ составляют 60-65 % от общего числа пациенток, обратившихся в женскую консультацию, и 30 % пациенток, направляемых в стационар [16, 22]. По данным МЗ и СР Российской Федерации частота сальпингитов и оофоритов в России составляет 1 236,7 на 100 000 женского населения (2010 г.), величина аналогичного показателя по Дальневосточному Федеральному округу (ДФФО) составила 1 306,9 на 100 000 женского населения (2010 г.).

В США ежегодно диагностируются до 1 млн новых случаев ВЗОМТ. Данной патологией страдают до 2 % сексуально активных женщин в возрасте до 25-ти лет. Пик заболеваемости приходится на возраст 17-28 лет, и четко сопоставим с активной сексуальной жизнью и отсутствием барьерных методов контрацепции.

ВЗОМТ являются причиной около 2,5 млн обращений к врачам, несмотря на то, что стационарное лечение в США получают только 11 % женщин с ВЗОМТ. Финансовые затраты, которые в США тратятся на лечение ВЗОМТ, составляют 4 млрд долларов в год. Основные затраты, в этой связи, обусловлены лечением таких осложнений ВЗОМТ, как бесплодие, хроническая тазовая боль, эктопическая беременность [22, 24, 38, 40, 41]. Частота женского бесплодия в РФ остается достаточно высокой и составляет 517,5 на 100 000 женского населения (2010 г.), данный показатель в ДВФО равен 385,6 на 100 000 женского населения. Кроме этого, частота эктопической беременности в РФ в структуре причин материнской смертности достигает 3 %, а в ДВФО, в отдельные годы данный показатель достигает 6-7 %.

Частота осложнений повышается с увеличением числа эпизодов заболевания. После первого эпизода ВЗОМТ бесплодие развивается у 15 % женщин, а хроническая тазовая боль и эктопическая беременность – у 10 % пациенток. У женщин перенесших два эпизода

заболевания, частота хронической тазовой боли повышается до 30 %, а у перенесших три и более эпизодов – до 67 %. Повторные эпизоды ВЗОМТ ассоциируются с 4-6 кратным повышением риска необратимого повреждения маточных труб [11, 18, 22, 40].

Несмотря на особое внимание, уделяемое данной проблеме, успехов в профилактике репродуктивных осложнений ВЗОМТ достичь не удастся [22, 41].

Основным пусковым механизмом в развитии ВЗОМТ является микробная инвазия. Шейка матки представляет собой важный защитный барьер на пути распространения бактерий во внутренние половые органы. Присутствие патогенных бактерий в цервикальном канале может свидетельствовать как о его контаминации, так и об истинной колонизации. Однозначная интерпретация затруднительна в связи с отсутствием такого понятия, как нормальная цервикальная флора [10].

Многие авторы единодушны во мнении, что ведущим инициатором ВЗОМТ являются *Chlamydia trachomatis* (30 %), *Neisseria gonorrhoeae* (50 %), в то же время представители нормальной флоры полового тракта (анаэробы, *Gardnerella vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus agalactiae*, *E. coli*, *Klebsiella*, *Proteus* и т.д.) играют важную роль в поддержании воспалительного процесса [10, 18, 19, 24, 25, 35]. В настоящее время с ВЗОМТ стали ассоциировать цитомегаловирус, представителей класса Mollicutes (*Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*). По мнению ряда авторов *Mycoplasma hominis* в 15-30 % случаев является причиной ВЗОМТ. Важно отметить, что в 15-20 % случаев ВЗОМТ возбудитель выявить не удастся [3, 5, 6, 26, 28].

По мнению ряда исследователей, одной из актуальных проблем является выяснение степени влияния представителей класса Mollicutes на репродуктивную функцию. Бесплодие женщин может явиться следствием воспалительных процессов урогенитального тракта, вызванных уреамикоплазменной инфекцией (УМИ). Морфологические и функциональные изменения в органах репродуктивной системы при ВЗОМТ при УМИ обуславливают патологическую афферентацию в отделах центральной нервной системы, регулирующих гипоталамо-гипофизарно-яичниковую систему. В результате этих изменений происходит снижение эндокринной функции яичников, приводящее к нарушению процессов овуляции. Воспалительные процессы в эндометрии приводят к его структурной и функциональной неполноценности, нарушению рецепторного аппарата, что, в свою очередь, вызывает преждевременное прерывание беременности [2, 3, 5, 6, 29].

Были опубликованы сообщения о способности микоплазм вызывать в клетках хромосомные изменения, затрагивающие и хромосомный аппарат диплоидных клеток эмбриона человека. Изменения в клетках, вызванные *Mycoplasma hominis*, были сходны с таковыми при болезни Дауна. Появление хромосомных aberrаций отмечено в лейкоцитах человека при заражении *Ureaplasma urealyticum*, выделенной от женщин с привычным невынашиванием беременности. Известно, что уреаплазмы адсорбируются на сперматозоидах и

обнаруживаются у женщин при спонтанных абортах [5, 6].

При всех вариантах микоплазменного и смешанного инфицирования у женщин с отягощенным акушерским анамнезом наблюдались сосудистые, дистрофические, некротические и пролиферативные изменения в плаценте, что приводило к нарушению кровообращения в системе «мать–плацента–плод». Характерным осложнением беременности при инфекциях, вызываемых микоплазмами, явилось формирование хронической плацентарной недостаточности, пороков развития плода (дисплазия почек, приводящая, в последующем, к развитию пиелонефрита). Практически во всех случаях беременность у женщин, инфицированных микоплазмами, осложняется угрозой прерывания беременности, гестозом, внутриутробным инфицированием, преждевременным разрывом плодных оболочек. Исходом таких беременностей является невынашивание [14, 17, 23, 39].

Под ВЗОМТ понимают весь спектр воспалительных процессов верхнего отдела репродуктивного тракта женщин. Они могут быть представлены как одной нозологической формой (эндометрит, сальпингит, оофорит, tuboовариальный абсцесс, пельвиоперитонит), так и любыми их сочетаниями [1, 2, 9, 13].

Пути распространения инфекции включают:

- восходящий – через цервикальный канал, полость матки, маточные трубы – на брюшину малого таза и органы брюшной полости, в том числе и при проведении различных медицинских манипуляций (инструментальное прерывание беременности и выскабливание матки, введение внутриматочных контрацептивов (ВМК), выполнение гистеросальгоскопии и т.д.);
- лимфогенный;
- гематогенный;
- контактный – по брюшине, из первичного патологического очага органов брюшной полости, например, при аппендиците [2, 8, 13].

Клиническая картина ВЗОМТ крайне вариабельна, при этом даже острый воспалительный процесс может вызывать определенные трудности в диагностике в связи с большим количеством возможных симптомов. Значительный удельный вес составляют пациентки со стертым или субклиническим течением заболевания. При этом отсроченная диагностика и лечение способствуют распространению воспалительного процесса в верхние отделы полового тракта.

При диагностике ВЗОМТ важно выявление групп риска:

- наличие в анамнезе ИППП и предшествующих эпизодов ВЗОМТ;
- оперативное вмешательство на органах репродуктивной системы, особенно внутриматочные манипуляции;
- наличие в анамнезе осложнений гестационного периода и родов;
- длительное использование ВМК;
- частая смена половых партнеров и отсутствие барьерных методов контрацепции [1, 2, 24, 25, 26].

Клиническая диагностика острых ВЗОМТ часто оказывается неточной и составляет 65-90 % прогностической ценности, по сравнению с данными лапаро-

скопии. Число недиагностированных случаев ВЗОМТ с неспецифическими симптомами остается достаточно высоким. Учитывая трудности диагностики и потенциальный риск для репродуктивного здоровья (даже в случаях атипичного и бессимптомного течения) многие клиницисты считают целесообразным значительно снизить диагностический порог для ВЗОМТ [24].

По мнению ряда исследователей, терапия ВЗОМТ должна быть разумно агрессивной и основанной, преимущественно, на назначении эмпирической антимикробной терапии препаратами с широким спектром действия [4, 7, 12]. Обязательным условием терапии является эффективность антибиотиков в отношении *Neisseria gonorrhoeae* и *Chlamydia trachomatis*, даже в случае отрицательных результатов бактериоскопического, бактериологического исследования, метода полимеразной цепной реакции материала из цервикального канала, поскольку не исключена вероятность присутствия этих микроорганизмов в вышележащих отделах женских половых органов [20, 21, 33].

Основным компонентом лечения ВЗОМТ являются антибиотики. Решение вопроса адекватности и своевременности антибактериальной терапии стоит наиболее остро и нередко является жизнеобеспечивающим [4, 27, 31].

Сложность решения данного вопроса обусловлена рядом условий:

- многообразием этиологически значимых возбудителей (микстинфекции) ВЗОМТ;
- необходимостью использования антибиотиков широкого спектра действия или чаще комбинации антибиотиков;
- эмпиризмом начальной терапии;

- частым нерациональным применением антибиотиков и ростом, вследствие этого резистентности к возбудителям [12, 15].

В настоящее время медицинские сообщества предлагают разные схемы терапии ВЗОМТ, и хотя группы антибактериальных препаратов используются одни и те же, допускаются различия в дозах, режиме и комбинации препаратов. В условиях стационара внутривенное введение препаратов должно продолжаться не менее 24-х часов после появления симптомов клинического улучшения, затем пациентку следует переводить на пероральный режим приема препаратов. Отсутствие положительной клинической динамики в течение 72-х часов, на фоне приема антимикробной терапии, при тяжелом течении ВЗОМТ является показанием для проведения хирургической ревизии органов брюшной полости [8, 36, 37].

Во всех схемах стационарного и амбулаторного лечения должны быть, обязательно использоваться метронидазол-содержащие препараты [7, 11].

Многообразие современных антибиотиков обеспечивает достаточные возможности их выбора, однако в основе адекватной терапии должны лежать прежде всего доказанные в ходе проведенных контролируемых клинических исследований эффективность и безопасность антибиотиков и, обязательно, данные об их резистентности [3–5, 30, 34].

Таким образом, современная тактика при ВЗОМТ должна включать современный алгоритм диагностических и лечебных ресурсов, осознанное снижение диагностического порога, использование эмпирически максимально подобранных комбинаций антимикробных препаратов, а также прогнозирование возможных осложнений и исходов заболевания [2, 15, 24].

Литература

1. Буланов М.Н. Ультразвуковая гинекология. Курс лекций в 3-х т. – Т. 3. – М.: Издательский дом «Видар». – М., 2011 – 296 с.
2. Гинекология: национальное руководство / Под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072 с.
3. Гомберг М.А. Место фторхинолонов в современной терапии инфекций, передаваемых половым путем // *Consilium medicum*. – № 6 – Т. 13. – 2011. – С. 12–14.
4. Елисеева Е.В. Эмпирическая антибиотикотерапия острого сальпингоофорита / Е.В. Елисеева, И.П. Торговицкая, М.Б. Хамошина. – Владивосток: Дальнаука, 2009. – 150 с.
5. Кузьмин В.Н. Инфекции, передаваемые половым путем, и охрана репродуктивного здоровья женщин. / В.Н. Кузьмин, Л.В. Адамян, Д.А. Пустовалов. – М., 2010. – 123 с.
6. Кузьмин В.Н., Гусейнзаде М.И. Современные представления о роли микоплазменной инфекции в структуре воспалительных заболеваний органов малого таза // *Consilium medicum*. – № 6 – Т. 13. – 2011. – С. 40–45.
7. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии / Под ред. акад. РАМН В.Н. Серова, акад. РАМН Г.Т. Сухих. – 3-е изд., исп. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 784 с.
8. Неотложные состояния в акушерстве: Руководство для врачей / В.Н. Серов [и др.]. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 320 с.
9. Озерская И.А. Эхография в гинекологии. – М.: МЕДИКА, 2005 – 292 с.
10. Петерсен Э.Э. Инфекции в акушерстве и гинекологии / Э.Э. Петерсен; пер. с англ.; под общей ред. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 352 с.
11. Практическая гинекология. Клинические лекции / Под ред. акад. РАМН В.И. Кулакова, проф. В.Н. Прилепской. – 3-е изд. доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 736 с.
12. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козловой. – Смоленск: МАКМАХ, 2007. – 464 с.
13. Прилепская В.Н. Воспалительные заболевания органов малого таза / В.Н. Прилепская, В.В. Яглов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 128 с.
14. Ранние сроки беременности / под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова. – М.: Status praesens, 2009. – 480 с.

15. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии: Рук. Для практикующих врачей / В.И. Кулаков, В.Н. Серов, П.Р. Абакарова и др. – М.: Литтерра, 2005. – 1152 с.
16. Серов В.Н., Дубницкая Л.В., Тютюнник В.Л. Воспалительные заболевания органов малого таза: диагностические критерии и принципы лечения // РМЖ Мать и дитя. – № 1. – Т. 19 (395). – 2011. – С. 46–50.
17. Сидорова И.С., Макаров О.В., Манухин И.Б. Профилактика и лечение внутриутробных инфекций. Методические рекомендации. – М., 2007. – 80 с.
18. Сильвия К. Роузвиз Гинекология / Под ред. акад. РАМН Э.К. Айламазяна, пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 520 с.
19. Сухих Г.Т. Хронический эндометрит: руководство / Г.Т. Сухих, А.В. Шуршалина. М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2010. – 64 с.
20. Тихомиров А.Л., Сарсания С.И. Тактика выбора антибиотика для терапии воспалительных заболеваний органов малого таза // Гинекология. – № 5. – Т. 11. – 2009. – С. 34–37.
21. Уткин Е.В. Клиника, диагностика и терапия воспалительных заболеваний придатков матки неспецифической этиологии. – Кемерово: ИПП «Кузбасс», 2010. – 168 с.
22. Ушкалова Е.А. Место азитромицина в лечении воспалительных заболеваний органов малого таза // Гинекология. – № 3 – Т. 13. – 2011. – С. 44–49.
23. Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф. Перинатальные инфекции. (Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических сопоставлений). Практическое руководство. – СПб.: Элби СПб., 2002. – 352 с.
24. Шуршалина А.В. Воспалительные заболевания органов малого таза: современная тактика терапии // Гинекология. – № 5 – Т. 13. – 2011. – С. 23–26.
25. Boek A.J. The risk of pelvic inflammatory disease with urogenital infection with Chlamydia trachomatis. Ned Tijdschr Geneesk 2005; 16 (149): 878–884.
26. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infection (with current updates and errata), January 2010. <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/guidelines-dir-eng.php>.
27. Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV. UK National Guideline for the management of Pelvic Inflammatory Disease 2011. www.bashh.org.
28. Ekiel A., Jozwiak J., Martirosian G. Mycoplasma genitalium: a significant urogenital pathogen? 2009; 15(4): RA102–6.
29. Haggerty C.L., Totten P.A., Astete SG et al. Failure of cefoxitin and doxycycline to eradicate endometrial Mycoplasma genitalium and the consequence for clinical cure of pelvic inflammatory disease. Sex Trans Infect 2008; 84 (5): 338–342.
30. Jernberg E., Mogbaddam A., Moi H. Azithromycin and maxifloxacin for microbiological cure of Mycoplasma genitalium infection: an open study. Int J STD AIDS 2008; 19: 676–9.
31. Jaiyeoba O., Lazenby G., Soper D.E. Recommendations and rationale for the treatment of inflammatory disease. Expert Rev Anti Infect Ther 2011; 9 (1): 61–70.
32. Lin H.W., Tu Y.Y., Lin S.Y. Risk of ovarian cancer in women with pelvic inflammatory disease: a population-based study. Lancet Oncol 2011; 12 (9): 900–4.
33. Low N., Welch J., Radcliff K. Developing national outcome standards for the management of gonorrhea and genital Chlamydia in genitourinary medicine clinics. Sex Trans Infect 2004; 80: 223–9.
34. Manhart L.E., Kay N. Mycoplasma genitalium: Is It a Sexually Transmitted Pathogen? Curr Infect Dis Rep 2010; 12(4):306–13.
35. Ness R.B., Kip K.E., Hiller S.L. et al. A cluster analysis of bacterial vaginosis – associated microflora and pelvic inflammatory disease. Am J Epidemiol 2005; 162:585.
36. Savaris R.F., Teixeira L.M., Torres T.G. et al. Comparing ceftriaxone plus azithromycin or doxycycline for pelvic inflammatory disease: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2007; 110 (1): 53–60.
37. Sbibi T.Y., Gaydos C.A., Rotbman R.E. Poor Provider Adherence to the Centers for Disease Control and Prevention Treatment Guidelines in US Emergency Department Visits With a Diagnosis of Pelvic Inflammatory Disease. Sex Trans Dis 2011; 38(4): 299–305.
38. Soper D.E. Pelvic inflammatory disease. Obstet Gynecol 2010; 116 (6): 1459, author reply 1459–60.
39. Witt A., Berger A., Gruber C.J. et al. Increased intrauterine frequency of Ureaplasma urealyticum in women with preterm labor and preterm premature rupture of the membranes and subsequent cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2005; 193 (5):1663–9.
40. Workowski K., Berman S. Center for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. MMWR Recomm Rep 2010; 59 (RR-12); 1–110.
41. Workowski K., Berman S. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. Morbidity and Mortality Weekly: Recommendations and Reports. 59 (RR12); 1–110.

Координаты для связи с авторами: Юрасов Игорь Владимирович – канд. мед. наук, зав. гинекологическим отделением городской клинической больницы № 10, доцент кафедры акушерства и гинекологии ДВГМУ, тел.: +7-914-540-78-60, раб. 8-(4212)42-92-09, e-mail: ivaiva@yandex.ru; Пестрикова Татьяна Юрьевна – доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ДВГМУ, тел.: +7-914-771-93-83, раб. (факс) 8-(4212)-30-53-11, e-mail: typ50@rambler.ru.