



ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Абдуллаева Музаффа Джамолиддиновна

Негмаджанов Баходур Болтаевич

Самаркандский государственный медицинский университет
<https://doi.org/10.5281/zenodo.14050358>

ARTICLE INFO

Qabul qilindi: 01- Noyabr 2024 yil

Ma'qullandi: 05- Noyabr 2024 yil

Nashr qilindi: 07- Noyabr 2024 yil

KEYWORDS

В мире ежегодно заболевает ВЗОМТ около 350 млн. женщин, у большинства из которых развиваются хронические воспалительные заболевания репродуктивных органов,

ABSTRACT

По данным экспертов ВОЗ, риск ВЗОМТ среди женщин в возрасте 15-19 лет составляет от 1 до 8%. В 20-30% случаев ВЗОМТ являются причиной госпитализации в гинекологические стационары [2]. Проблема воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин на протяжении последних десятилетий продолжает оставаться одной из самых важных в медицине. ВЗОМТ - клинический синдром, определяемый в настоящее время как спектр инфекций верхних отделов репродуктивного тракта, проявляющихся как изолированное заболевание, любой комбинации эндометрита, сальпингита, пиосальпинкса, tuboовариального абсцесса и тазового перитонита [1].

Введение. По данным экспертов ВОЗ, риск ВЗОМТ среди женщин в возрасте 15-19 лет составляет от 1 до 8%. В 20-30% случаев ВЗОМТ являются причиной госпитализации в гинекологические стационары [2]. Проблема воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин на протяжении последних десятилетий продолжает оставаться одной из самых важных в медицине. ВЗОМТ - клинический синдром, определяемый в настоящее время как спектр инфекций верхних отделов репродуктивного тракта, проявляющихся как изолированное заболевание, любой комбинации эндометрита, сальпингита, пиосальпинкса, tuboовариального абсцесса и тазового перитонита [1].

В мире ежегодно заболевает ВЗОМТ около 350 млн. женщин, у большинства из которых развиваются хронические воспалительные заболевания репродуктивных органов, которые в 15% случаев приводят к внематочной беременности, а в 40-85% случаев могут привести к бесплодию [3]. Считается, что в США более одного миллиона женщин имели однократный эпизод ВЗОМТ, из них более 11% составили женщины фертильного возраста [4]. Во-вторых, изменились клиническая картина и исходы ВЗОМТ, многие из которых, имея стертые малосимптомное течение, в то же время приводят к осложнениям, имеющим самые тяжелые последствия для здоровья, вплоть до необходимости хирургического лечения. Исходами ВЗОМТ могут стать поражение внутренних органов, патология беременности, нарушение репродуктивной функции,

инфицирование плода и др. Это связано, прежде всего, с изменением характера патогенной микрофлоры половых путей у современных женщин. Если раньше основными возбудителями ВЗОМТ считались *E. coli*, стафилококки, бактериоиды, клостридии, пептострептококки и др. [5], то в настоящее время большинство исследователей считают основным этиологическим фактором хронического воспалительного процесса репродуктивных органов возбудители инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) [5-8]. Так, *Chlamydia trachomatis* и *Neisseria gonorrhoeae* приблизительно в 40% случаев являются возбудителями ВЗОМТ [9]. *Chlamydia trachomatis* - наиболее распространенная инфекция, передаваемая половым путем в Европе. В 2009 году эксперты Европейского бюро ВОЗ сообщили о 343958 случаях заражения *Chlamydia trachomatis* в 23 странах [10]. Поскольку данная инфекция в большинстве случаев имеет легкое и бессимптомное течение, пациенты обычно не обращаются за медицинской помощью [11].

При ВЗОМТ в половых путях женщин довольно часто определяются ассоциации бактерий, вирусов, простейших - *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*, вирус простого герпеса 2 типа, *Gardnerella vaginalis* и др. Масштабы распространения инфекций, передаваемых половым путем, принимают угрожающий характер. Так, в странах Европы заболеваемость ИППП, начиная с 60-х годов прошлого века, выросла практически в 3 раза, причем пик заболеваемости приходится на возраст от 18 до 30 лет. 70% женщин, страдающих сальпингитом, были моложе 25 лет, из них большинство (75%) составили нерожавшие. Необходимо помнить, что даже однократный эпизод ВЗОМТ у одной из четырех женщин приводит к серьезным осложнениям, таким как обострение ВЗОМТ, хроническая тазовая боль, бесплодие, эктопическая беременность. Трехкратное обострение сальпингоофорита повышает риск осложнений до 80% [12, 13].

Хроническое воспаление половых путей у женщин, обусловленное ИППП, является также фактором риска онкогинекологической патологии. Так, связь рака шейки матки с некоторыми штаммами вируса папилломы человека признана безусловной. Продолжающийся рост заболеваемости ИППП связан, прежде всего, с изменениями стандартов полового поведения, изменениями норм морали, промискуитетом, проституцией и ранним началом половой жизни. Наряду с микробным фактором в распространении ИППП имеют значение и провоцирующие факторы. К ним можно отнести физиологические (менструации, роды), искусственные (аборты, внутриматочная контрацепция, гистероскопия, гистеросальпингография, гинекологические операции, экстракорпоральное оплодотворение), ослабление барьерных механизмов шейки матки и общего состояния организма (анемия, ожирение, сахарный диабет и др.) [19-21]. Нельзя исключить и влияние социальных и поведенческих факторов, негативно влияющих на состояние здоровья женщин (молодой возраст, черная раса, частая смена половых партнеров, одинокое или разведенное семейное положение, отказ от методов барьерной контрацепции, хронический стресс, экономические трудности, хронический алкоголизм, табакокурение, наркомания), нетрадиционные формы половых контактов (орогенитальный, анальный и др.) [19-21].

Основные факторы риска ВЗОМТ идентичны факторам риска, свойственным

инфекциям, передаваемым половым путем, - молодой возраст, частая смена половых партнеров и отказ от использования барьерных методов контрацепции. Женщины, принимающие оральные противозачаточные контрацептивы, как правило, имеют более низкий риск развития тяжелого течения ВЗОМТ. Но в то же время этот эффект нивелируется более высоким риском инфицирования женщин хламидиями. Некоторые исследователи отмечают, что задержка антибактериальной терапии на несколько дней от начала появления клинических симптомов приводит в последующем к нарушению фертильности.

Вагинальные спринцевания ранее часто использовались при лечении тазовой инфекции. В частности, женщины с ВЗОМТ намного чаще применяли их по сравнению с женщинами без ВЗОМТ. Совсем недавно два исследователя, изучавшие влияние вагинальных спринцеваний на риск развития ВЗОМТ, отметили, что спринцевания не способствуют повышенному риску развития ВЗОМТ. Вероятно, симптомы ВЗОМТ, в частности, появление выделений из половых путей, могут привести к использованию вагинальных спринцеваний, а не наоборот. Этиологические факторы и клинические проявления ВЗОМТ варьируют в различных географических регионах, что отражается неоднородностью эпидемиологических данных [22].

Этиология. Воспалительные заболевания органов малого таза возникают при проникновении патогенов в нижние половые пути, далее через шейку матки в матку (эндометрит), а впоследствии могут распространиться на маточные трубы, вызывая сальпингит (восходящий путь инфекции). Исключением является туберкулез, при котором возбудитель поражает органы малого таза лимфогенным или гематогенным путем.

Микробная этиология случаев ВЗОМТ, не вызванных гонококками или хламидиями, зачастую остается невыясненной. Отдельные исследователи указывают на роль в развитии ВЗОМТ таких возбудителей, как *Mycoplasma genitalium*, анаэробы, *Trichomonas vaginalis*, *Mobiluncus* и вирус простого герпеса [23, 24]. При этом они отмечают, что чаще всего это *Mycoplasma genitalium* и анаэробы, такие, как *Prevotella*.

У женщин с тазовой инфекцией довольно часто диагностируется бактериальный вагиноз, при котором возникает дисбаланс вагинальной микрофлоры с потерей лактобацилл и увеличением количества других видов бактерий, включая *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus* и анаэробы, что ведет к появлению выделений из влагалища. Не всегда женщины с бактериальным вагинозом имеют риск развития ВЗОМТ, за исключением двух случаев. Во-первых, это женщины со значительным содержанием грамотрицательных анаэробов, увеличивающих риск заражения ИППП. Во-вторых, это женщины с бактериальным вагинозом, которые в дальнейшем заражаются дополнительно гонореей или хламидиозом. Такие пациентки входят в группу высокого риска развития сальпингита [25, 26].

Клиническая картина. Бессимптомное течение инфекции фаллопиевых труб очень распространено и может привести в будущем к трубному бесплодию, особенно это характерно для хламидийной инфекции. Клинически манифестированное течение ВЗОМТ характеризуется наличием двусторонних болей внизу живота, ассоциированных с диспареунией, выделениями из половых путей и посткоитальными межменструальными кровотечениями. У женщин с осложненным

течением ВЗОМТ могут наблюдаться системные проявления, такие, как лихорадка, недомогание, тошнота и рвота. Примерно у 5% женщин развивается перигепатит, сопровождающийся болезненностью и болью в правом подреберье (синдром Фицхью-Кертиса). При осмотре отмечается брюшная и придаточная болезненность, ассоциированная с болью при движении шейки матки (цервикальное возбуждение). Лихорадка при легком и умеренном течении ВЗОМТ встречается крайне редко, но гораздо чаще она встречается при осложненном течении ВЗОМТ.

В качестве альтернативных причин болей внизу живота у молодых женщин необходимо исключить аппендицит, инфекции мочевыводящих путей и синдром раздраженного кишечника, а также внематочную беременность, которая встречается намного реже, но упускать эту возможность из виду нельзя. Кисты яичников, как правило, протекают бессимптомно, за исключением разрыва или перекрута ножки кисты. Эндометриоз обычно имеет хроническое течение, с периодическим обострением болей [13,22].

Диагностика. В настоящее время определенные трудности представляет лабораторная верификация возбудителей урогенитальных инфекций. Микроскопический метод позволяет оценить лишь степень воспаления, но практически неэффективен в отношении диагностики большинства возбудителей ИППП. Это связано, прежде всего, с последствиями нерациональной антибиотикотерапии, в результате которой микроорганизмы утрачивают свои типичные морфологические признаки. Так, типичные формы урогенитальных трихомонад (грушевидная и амебоидная) встречаются сейчас довольно редко. Б.В. Клименко и соавт. 2001 в выделениях из уретры у мужчин и из влагалища у женщин наблюдали неподвижные округлые образования без жгутиков и ундулирующей мембраны, по внешнему виду неотличимые от эпителиальных клеток хозяина [27].

Такой возбудитель, как *Chlamydia trachomatis*, идентифицировать микроскопически практически невозможно вследствие его внутриклеточного существования. Урогенитальные микоплазмы также недоступны для диагностики при помощи микроскопии, т.к. они не имеют типичной клеточной стенки. ИФА-метод позволяет выявить антитела к антигенам возбудителей, но уровень антител может снижаться с течением времени даже без лечения. Кроме того, ИФА-метод не может использоваться для критерия излеченности. Таким образом, ложно-отрицательные результаты, в свою очередь, приводят к нерациональной антибиотикотерапии, способствующей хронизации и рецидивам ВЗОМТ. Наличие лейкоцитоза в гинекологических мазках является свидетельством острого течения ВЗОМТ. В то же время только у 60% пациенток с острым течением ВЗОМТ отмечается лейкоцитоз [13].

Микроскопия влагалищного секрета на предмет наличия лейкоцитоза имеет вспомогательное значение для выявления острого течения ВЗОМТ [31]. Слизистой цервицит, обусловленный хламидийной и/или гонококковой инфекцией, также является индикатором инфекции верхних половых путей [31, 32].

При наличии ВЗОМТ все пациентки должны быть обследованы на ИППП, включая гонорею и хламидиоз, с использованием тестов амплификации нуклеиновых кислот. Должен быть также выполнен тест на беременность, чтобы исключить внематочную беременность.

Убедительные результаты клинических исследований с использованием культуральных, серологических методов и метода полимеразной цепной реакции (ПЦР) указывают, что *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis* являются частыми этиологическими агентами болезней урогенитального тракта у женщин, таких, как мочекаменная болезнь, острый и хронический пиелонефрит, бактериальный вагиноз, ВЗОМТ, бесплодие, спонтанный аборт, недоношенность, задержка внутриутробного развития плода, послеродовая лихорадка и др. [33]. Устойчивость урогенитальных микоплазм к антибиотикам развивается в результате генной мутации или приобретения нового генетического материала. Распространенность этих болезнетворных микроорганизмов, частота и характер антибиотикорезистентности меняются в разных странах. Тестирование на антибиотикорезистентность должно быть выполнено для оптимальной антибактериальной терапии инфицированных пациентов, а также нужно осуществлять контроль за распространением резистентных штаммов микроорганизмов [34,35]. Микоплазмы являются свободно живущими микроорганизмами, у которых отсутствует клеточная стенка. Они, как правило, обнаруживаются у пациенток с бессимптомным течением ВЗОМТ.

Ультразвуковое исследование является информативным для обнаружения тубоовариального абсцесса, гидросальпинкса или пиосальпинкса, но результаты исследования зависят от опыта и квалификации УЗИ-оператора. Компьютерная томография (КТ) и магнитнорезонансная томография (МРТ) органов малого таза могут также обнаружить воспалительные изменения, но не всегда доступны и до сих пор не утверждены. Трансцервикальная биопсия эндометрия может предоставить гистологические признаки эндометрита, который подтверждает диагноз ВЗОМТ. Лапароскопия предоставляет возможность прямой визуализации маточных труб и считается «золотым стандартом» диагностики ВЗОМТ [38].

Лечение. В клинической практике представляется целесообразным обязательное лечение ВЗОМТ у сексуально активной женщины, имеющей боли внизу живота и болезненность в области придатков при влагалищном осмотре. Естественно, иногда это может привести к необоснованному лечению, но риски, связанные с антибактериальной терапией, как правило, незначительны и компенсируются отсутствием потенциально серьезных осложнений нелеченых инфекций. Антибиотики эффективны также с целью снижения краткосрочной заболеваемости. Но нерациональная антибиотикотерапия может привести к осложненным исходам ВЗОМТ, вплоть до бесплодия.

Показаниями для стационарного лечения и назначения парентеральных антибиотиков являются следующие: послеоперационный период, клинически тяжелое течение болезни, беременность, отсутствие реакции на пероральную терапию, непереносимость пероральной терапии. В большинстве случаев рекомендуется амбулаторное лечение (сочетание антибиотиков и противогрибковых препаратов), например, перорально офлоксацин и метронидазол, внутримышечно цефтриаксон (однократная доза) с последующим применением перорально доксициклина и метронидазола и/или моксифлоксацина. Лечение должно быть проведено в течение 14 дней [39, 40]. Цефтриаксон следует использовать у женщин с высоким риском

гонококковой инфекции, с обязательным лечением полового партнера, инфицированного гонореей. Метронидазол используется для лечения трихомонад и анаэробных бактерий. Но в ряде случаев ВЗОМТ прием может быть прекращен, если пациентки не в состоянии переносить препарат.

Стационарное лечение антибиотиками включает комбинацию цефтриаксона (внутривенно) и последующего перорального применения доксициклина и метронидазола.

Можно использовать также внутривенное введение клиндамицина и гентамицина, с последующим пероральным применением доксициклина и метронидазола. Следующая комбинация - это внутривенное введение офлоксацина и метронидазола с последующим пероральным применением офлоксацина и метронидазола. Парентеральная терапия должна быть продолжена до тех пор, пока не наступит клиническое улучшение и далее в течение 24 часов. Затем переходят к пероральной антибиотикотерапии для завершения 14-дневного курса. ВЗОМТ при беременности встречается редко, но при этом следует избегать назначения антибиотиков тетрациклинового и хинолонового ряда. Допускается использование комбинации цефотаксима, азитромицина и метронидазола в течение 14 дней [41].

Долгосрочные последствия. Симптомы и признаки острого течения ВЗОМТ довольно легко устраняются приемом антибиотиков, но неадекватная терапия не исключает опасности долгосрочных и серьезных последствий [42]. Хроническая тазовая боль является наиболее распространенной долгосрочной проблемой и затрагивает каждую третью женщину. Повреждение маточных труб может привести к непроходимости и трубному бесплодию. Но своевременная адекватная антибактериальная терапия даже неоднократных эпизодов ВЗОМТ предотвращает нарушение репродуктивной функции у женщин с ВЗОМТ. У женщин с ВЗОМТ также возрастает относительный риск эктопической беременности.

Заключение. Для женщин, которые уже имели ВЗОМТ в анамнезе, вторичная профилактика заключается в использовании барьерных методов контрацепции и формировании нормальных стандартов сексуального поведения. Женщины с клинически тяжелым течением ВЗОМТ должны быть обследованы в течение 72 часов, чтобы обеспечить возможность лабораторной диагностики ИППП и коррекцию антибиотикотерапии. Необходимо провести контрольное обследование обоих партнеров через 3-4 недели после окончания лечения, чтобы убедиться в эффективности последнего. Первичная профилактика ВЗОМТ может быть достигнута путем использования барьерных методов контрацепции, скрининга молодых сексуально активных женщин на наличие хламидийной инфекции и разъяснения последствий рискованного сексуального поведения в анамнезе

Список литературы:

1. Dayan L. Pelvic inflammatory disease // Aust Fam Physician . - 2006. - №35. - P. 858-862.
2. Cates W., Rolfs R., Aral S. Sexually transmitted diseases, pelvic inflammatory diseases and infertility: an epidemiologic update // Epidemid Rev. - 1990. - №12. - P. 199-200.
3. Привалова М.А. Изменение местного иммунитета при воспалительных заболеваниях женских половых органов // Вестник новых медицинских технологий. - 2008. - Т. XV. - №2. - С. 55-56.

4. Centres for Disease Control and Prevention Sexually transmitted diseases treatment guidelines Morb Mortal Wkly Rep . - 2010. - № 59. P. 63-67.
5. Ross J.D.C. Pelvic inflammatory disease // Bacterial infections. Elsevier. - 2014. - №42. - P. 6.
6. Mc Cormack W.M. Pelvic inflammatory diseases// N Engl J Med. - 1994. -№ 330. - P. 115-9.
7. Bloom M.S., Hu L., Caydos J.C., Brundage J.F., Tobler S.K. Incidence rates of pelvic inflammatory disease diagnoses among army and navy recruits. Potential Impacts of Chlamydia screening policies // Am J Prev Med. - 2008. - №34 (6). - P. 471-477.
8. Smith K.J., Cook R.L., Roberts M.S. Time from sexually transmitted infection acquisition to pelvic inflammatory disease development: influence on the cost - effectiveness of different screening intervals // Int Society for Pharmacol And Outcomes Research (ISPOR). - 2007. - V.10. №5. - P. 358-366.
9. Ness R.B., Soper D.E., Holley R.L., Reipert J., Randall H., Sweet R.L., Sondheimer S.J., Hendrix S.L., Amotegui A., Trucco G., Songer T., Lave J.R., Hilier S.L. Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: results from the PID Evaluation and Clinical Health (PEACH) randomized trial // Am J Obstet Gynecol. - 2002. - №186. - P. 929-937.
10. Sexually transmitted infections in Europe 1990-2009 [consultado 18 Mar 2014] // URL:
11. http://www.ecdc.europa.eu/en/publication/Pablication/110526_SUR_STI_in_Europe_1990_2009.pdf
12. Kwame Owusu-Edusei Jr, PhD, Michele K. Bohm, MPH, Harrell W. Chesson, PhD, Chorlotte K. Kent, PhD. Chlamydia screening and pelvic inflammatory disease // Am J Prev Med. - 2010. - №38 (6). - P. 652-657.
13. Медведев Б.И., Зайнетдинова Л.Ф. Этиология хронического воспалительного процесса половых органов у женщин с трубно - перитонеальным бесплодием // Вестник ЮУрГУю. -2010. - №7. - С. 44-46.
14. Sweet RL. Pelvic inflammatory disease: current concepts of diagnosis and management // Curr Infect Dis Rep. - 2012. - №14. - P. 194-203.
15. Holmes K.K., Mardh P.A., Sparling P.F., Lemon S.M., Stamm W.E., Piot R., Wasserheit J.N. Sexually transmitted diseases // - 1999. - P. 532-641.
16. Arukumaran S., Symonds I., A. Fowlie A. Oxford handbook of obstetrics and gynecology. Oxford university press, 2007. - P. 571-576.
17. Gerbase A.C., Rowley J.T., Heymann D.H., Berkley S.F., Piot P. Global prevalence and incidence estimates of selected curable ST Ds. Sexually transmitted infections // - 1998. - №74 (1). - P. 12-16.
18. Mc Milan A., Scott G.R. Sexually transmitted infections // Churchill Livingstone. - 2000. - №34. - P. 123
19. Simms I., Eastick K, Mallinson H, Thomas K, Gokhale R, Hay P, Herring A, Rogers PA. Associations between Mycoplasma genitalium, Chlamydia trachomatis and pelvic inflammatory disease // Sex Transm Infect. - 2003. - №79. - P. 154-156.
20. Simms I., Stephenson J.M. Pelvic inflammatory disease: what do we know and what do we need to know? // Sexually transmitted infections. - 2007. - №76. - P. 80-87.

21. Simms I, Stephenson J.M., Mallinson H et al. Risk factors associated with pelvic inflammatory disease // Sex Transm Infect. - 2006. - №82. - P. 452-457.



INNOVATIVE
ACADEMY