

Тетруашвили Н.К., Сидельникова В.М.

Хронические воспалительные заболевания органов малого таза как фактор нарушения репродуктивной функции у женщин.

(Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии
им. Академика В.И. Кулакова)

Справка IT- системного администратора сайта: материал получен и в автоматическом режиме размещен в 16: 07 по мс 05.03:2010 на сайте medtsu.tula.ru (одновременно доступен дайджест по тексту журнала «Урология», зарегистрированного в *информационно- медицинском публикаторе* дайджестов, медицинских подборок и кратких рекламных обзоров статей, имеющих высокий рекламный рейтинг по анализу популярности количества прочтений медицинскими специалистами). Текст публикатора доступен по заключённому договору между авторами и юридическими лицами на сайте полиграфического предприятия www.optima-sochi.ru по ссылке <http://optima-sochi.ru/our-services/predlozhenie-po-reklame/> .

Ключевые слова: нарушения репродуктивной функции женщин, ВЗОМТ.

Аннотация: Проблемы женского бесплодия (N 97 по МКБ – X) достаточно обоснованно связывается группой ведущих отечественных специалистов российского Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии (директор – академик РАМН В.И. Кулаков) с тем фактом, что хронические воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) до сих пор остаются причиной многих нарушений репродуктивной функции женщин, среди которых наиболее значимыми являются бесплодие и привычное невынашивание беременности. Известна роль инфекций, передаваемых половым путем, в развитии воспалительных заболеваний органов малого таза. К микроорганизмам, являющимся абсолютными патогенами, относятся хламидии и гонококки. В последние годы особую значимость приобретают ассоциации микроорганизмов, в том числе условно-патогенных (стафилококков, стрептококков, кишечной палочки), с внутриклеточными возбудителями (хламидиями, уреаплазмами, микоплазмами), а также с вирусами.

Введение. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, уrogenитальный хламидиоз является одним из самых распространенных заболеваний, передаваемых половым путем. Хламидии являются облигатными внутриклеточными микроорганизмами, абсолютно патогенными для человека. Уровень инфицирования *Chlamidia trachomatis* в популяции достигает 30%, а у беременных женщин, по данным разных авторов, колеблется в пределах от 2 до 20%. Особенно важно, что примерно в половине случаев у женщин хламидийная инфекция протекает бессимптомно, приводя к развитию спаечного процесса в малом тазу и как следствие к бесплодию. Для хламидийного сальпингита характерно длительное, подострое течение, что за-

трудняет своевременную диагностику и лечение. Клинические проявления хламидиоза многообразны, наиболее часто это – дизурия, бели, цервицит, болевой синдром, которым проявляется эндометрит и/или сальпингит. Тропность хламидий к цилиндрическому эпителию шейки матки определяет высокий процент их выявления при патологии шейки матки – при цервицитах в 36% случаев, при эктопии шейки матки в 47%. Однако клинические признаки цервицита: отечность и гиперемия шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала – наблюдаются примерно у трети женщин, инфицированных хламидиями. В остальных случаях заболевание протекает бессимптомно. При отсутствии адекватной терапии происходит распространение инфекции восходящим путем, поражаются слизистая оболочка матки, труб, яичники, связочный аппарат матки, брюшина, развивается пельвиоперитонит. Заболевания урогенитального тракта могут быть обусловлены и микоплазменной инфекцией. Большинство микоплазм относится к условно-патогенным микроорганизмам, в связи с этим ведущую роль в воздействии на организм играет массивность их диссеминации. Немаловажная роль принадлежит и вирулентности конкретного штамма. Необходимо отметить, что как моноинфекция микоплазмоз встречается редко, всего в 12–18% наблюдений, основное значение приобретают ассоциации микоплазм с другими микроорганизмами – в 82–88% случаев, из них в 18–20% в сочетании с хламидиями. Доказана роль микоплазм в реализации уретрита, цистита, пиелонефрита, послеродового эндометрита».

Основное содержание: Хронические воспалительные заболевания органов малого таза (ХВЗОМТ) у женщин традиционно остаются одной из актуальных проблем современной гинекологии. ХВЗОМТ являются группой самостоятельных нозологических форм и могут представлять любое сочетание из эндометрита, сальпингита, оофорита, цервицита, tuboовариального абсцесса и тазового перитонита. Согласно данным литературы, ХВЗОМТ составляют 60-65% у амбулаторных больных и до 30% среди стационарных больных (Г. М. Савельева, 1996).

Обзор литературы. ХВЗОМТ чаще всего рассматривают как дебют большинства гинекологических заболеваний. Так, по мнению В. Н. Серова и соавт. (2003), хронический воспалительный процесс в половых органах ответственен за формирование таких патологий, как эндометриоз, миома матки, гиперпластические процессы эндометрия, бесплодие различного генеза, неопластические процессы шейки матки, а также функциональных расстройств, нарушающих нормальное течение беременности. По многочисленным литературным данным, в настоящее время отмечается стойкий рост заболеваемости ХВЗОМТ. Это в первую очередь связано со значительным ростом распространенности инфекций передаваемых половым путем (ИППП). Пик заболеваемости приходится на 18-35 лет, то есть на наиболее трудоспособный возраст. Данному недугу зачастую подвержены женщины с нереализованной репродуктивной функцией. В широкой клинической практике заболеваемость ХВЗОМТ составляет 1300 на 100 тыс. населения, что наносит общест-

ву большой экономической ущерб. Из всех больных с сальпингоофоритом 70% составляют женщины моложе 25 лет; 75% - нерожавшие. При этом, по данным Г. М. Савельевой (1996), даже после однократного эпизода воспалительного заболевания частота бесплодия колеблется от 5 до 18%. Опасность ХВЗОМТ, по данным Л.Ф. Курило (2000), заключается не только в том, что страдает сама заболевшая женщина, но и в том, что в 5-28% случаев ИППП являются причиной антенатальной гибели плода. ИППП отражаются на состоянии половых клеток, а в дальнейшем и на здоровье плода и новорожденного. Опасность внутригаметных инфекций обусловлена нарушением генетического аппарата половых клеток, что ведет к оплодотворению с последующим развитием неполноценного потомства. **Этиология.** Согласно современным исследованиям, ХВЗОМТ является полимикробной патологией, так как вызывается различными инфекционными агентами, степень вирулентности которых служит одним из решающих факторов, оказывающих влияние на распространенность патологического процесса. По данным В. В. Яглова (1999), практически все микроорганизмы, присутствующие во влагалище (за исключением лакто- и бифидобактерий), могут принимать участие в формировании ХВЗОМТ. Обычно обнаруживаются ассоциации от 3 до 8 видов микроорганизмов. Проведенные исследования показали, что смешанная инфекция, с одной стороны, утяжеляет течение воспалительного процесса, а с другой стороны, лишает его нозологической специфичности. Вероятнее всего, причиной формирования микст-инфекций является неэффективность антибактериальной терапии. Неправильно подобранные препарат, доза, режим приема, небрежность пациента в процессе лечения - все это приводит лишь к стиханию острых симптомов и развитию хронического процесса. В дальнейшем, при последующих заражениях другими возбудителями, формируется ассоциация, которая, в свою очередь, целиком может передаваться партнеру. **Эволюция химиотерапии ХВЗОМТ.** В эпоху использования мощных химиотерапевтических препаратов, обладающих антимикробным эффектом, возбудители ХВЗОМТ меняются очень часто. Так, в 50-60-е годы причиной тяжелых ХВЗОМТ были золотистый стафилококк и клостридии; в 60-70-е годы - кишечная палочка, грамотрицательные анаэробы; в 70-80-е годы - условно-патогенные и грамотрицательные микроорганизмы; в 90-е годы доминирующими стали стрептококки, пневмококки, микобактерии туберкулеза, энтерококки, грамотрицательные анаэробы и стафилококки, резистентные к действию широко применяемых антибиотиков. В настоящее время главенствующую роль в формировании ХВЗОМТ представляет условно-патогенная флора. Установлено, что половым путем передается свыше 20 возбудителей. В последнее время появились многочисленные сообщения о развитии ХВЗОМТ у женщин, длительно применяющих внутриматочную контрацепцию (ВМК). По данным ряда авторов, риск развития ХВЗОМТ у этой категории женщин возрастает в 3-9 раз. Особенно велик риск у нерожавших женщин. Послеродовая инфекция также занимает важное место среди причин ХВЗОМТ. Осложненное течение беременности, родов и особенно кесарева сечения способствует развитию воспаления, причем частота воспалительных

осложнений, по данным этих авторов, после планового кесарева сечения в 3-5 раз ниже, чем при экстренных вмешательствах. **Диагностика.** Диагноз ХВЗОМТ верифицируется на основании данных анамнеза, особенностей клинического течения заболевания, данных специальных методов исследования. Постановка диагноза ХВЗОМТ должна происходить тщательным образом, с осторожной интерпретацией полученных данных, поскольку остается значительным процент диагностических ошибок, влекущих за собой неверно выбранную тактику. Так, по данным Г.М.Савельевой (1996), при постановке диагноза ХВЗОМТ число диагностических ошибок достигает 40%. При ультразвуковой диагностике воспалительных изменений матки и придатков акустическая картина характеризуется значительным полиморфизмом. Точность эхографии составляет 65%, при средней тяжести - 80%, при тяжелой - 90%. Для идентификации данных возбудителей используются различные лабораторные методы диагностики: микроскопический; микробиологический; выделение возбудителя в культуре клеток; серологический; метод прямой и непрямой иммунофлуоресценции; иммуноферментный анализ (ИФА); метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). Определение концентрации иммуноглобулинов классов М, G, А в сыворотке крови, а также sIgA и S-компонентов в цервикальной слизи, является важнейшим параметром гуморального звена иммунной системы. **Лечение.** Лечение ХВЗОМТ должно начинаться по возможности незамедлительно, сразу после установления диагноза, поскольку наиболее тяжелые последствия заболевания (трубное бесплодие, хронические тазовые боли) развиваются наиболее часто тогда, когда лечение либо отсрочено, либо неадекватно. В настоящее время в лечении ХВЗОМТ рассматривается два ключевых направления: консервативное и оперативное. **Консервативная терапия.** Ведущим компонентом лечения ХВЗОМТ является антимикробная терапия. Выбор антибиотиков должен производиться в соответствии с чувствительностью к ним инфекционных агентов. В настоящее время для проведения рациональной антибактериальной терапии ХВЗОМТ используются следующие группы антибактериальных препаратов: тетрациклины, макролиды и фторхинолоны. По данным разных авторов, эффективность терапии тетрациклинами колеблется от 82 до 100%. В схему современной комбинированной терапии ХВЗОМТ входит иммуннозаместительная и стимулирующая терапия. Б. В. Пинегин (2002) выделяет иммуномодулирующие препараты с преимущественным эффектом на моноциты/макрофаги, В-, Т- и НК-клетки. По происхождению иммуномодуляторы делятся на экзогенные (как правило, микробные препараты), эндогенные (иммунорегуляторные пептиды и цитокины) и синтетические, или химически чистые. **Хирургическое лечение.** Отсутствие эффекта от консервативной терапии или недостаточная его выраженность является показанием к применению одного из методов хирургического лечения. Учитывая, что осложненные формы ХВЗОМТ возникают у молодых женщин (75% пациенток репродуктивного возраста), особую актуальность приобретают вопросы органосохраняющего лечения этих больных. Накоплен большой опыт лапароскопического лечения бесплодия, обусловленного осложненными формами ХВЗОМТ.

Применение лапароскопии у пациенток с ХВЗОМТ позволяет в короткий срок получить объективные сведения о характере заболевания, особенностях локализации и распространенности воспалительного процесса, а также выбрать наиболее оптимальный метод терапии и снизить риск возможных в последующем нарушений репродуктивной функции у женщин. При этом используют три основных вида эндохирургических вмешательств: эвакуацию патологического выпота и санацию брюшной полости растворами антисептиков; рассечение спаек между маточными трубами, яичниками и окружающими их тканями; вскрытие гнойных tuboовариальных образований, эвакуацию гнойного экссудата, санацию полости патологических образований.

Литература.

1. Курило Л.Ф. Комплексное обследование женщин для дифференциальной диагностики, генетически обусловленной патологией репродукции. Методические рекомендации.- НИИ клинической генетики Медико-генетического Центра РАМН.-2000.- 36 с.
2. Пинегин Б.В. Состояние местного иммунитета у пациенток с ХВЗОМТ. Информационно- методическое письмо.// сб. Иммунология и иммунокоррекция в гинекологии.-Труды ГНЦ Института иммунологии ФМБА, 2002.- С.36-41.
- 3.Савельева Г.М. Справочник по акушерству и гинекологии. М: Медицина, 1996.- 453 с.
- 4.Серов В.Н. и соавт. Неотложные состояния в акушерстве.- М: ГЭОТАР.- 2003.- 310 с.
5. Яглов В.В. Основные группы факторов риска развития ХВЗОМТ.- М: Мир.- 1999.- 215 с.

Сведения об авторах:

1. Тетруашвили Нана Картлосовна - руководитель 2-го акушерского отделения патологии беременности научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. Академика В.И. Кулакова;
2. Сидельникова Вера Михайловна (1938-2010) – д.м.н., профессор, засл. деятель науки РФ, проф., д.м.н., засл. деятель науки РФ, с 1980 по 2010 гг. зав. Отделением терапии и невынашивания беременности НЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. Академика В.И. Кулакова.