

Лечение воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин: выбор препарата определяет успех терапии



23-24 сентября 2009 г. в Черновцах прошла научно-практическая конференция акушеров-гинекологов Украины с международным участием «Неотложные состояния в акушерстве, гинекологии и детской гинекологии». В ходе конференции состоялся научный симпозиум, посвященный вопросам эффективного лечения наиболее распространенных гинекологических патологий, в частности – воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ).

Современные принципы медикаментозной терапии ВЗОМТ у молодых женщин представила в докладе **старший научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины», кандидат медицинских наук Светлана Ивановна Регеда.**



– ВЗОМТ занимают ведущее место в структуре гинекологических заболеваний у женщин. Они характеризуются широким спектром клинических симптомов и наличием большого количества серьезных осложнений. Термин ВЗОМТ объединяет целый спектр воспалительных заболеваний эндометрия, миометрия, маточных труб, яичников, тазовой брюшины, тазовой клетчатки. Наиболее высокий уровень заболеваемости ВЗОМТ наблюдают в возрастной когорте женщин 15–25 лет с последующим снижением после 35 лет. При этом заболеваемость у подростков в 3 раза выше, чем у женщин 25–29 лет.

На сегодня доказана полимикробная этиология ВЗОМТ с преобладанием возбудителей, передаваемых половым путем: *N. gonorrhoeae*, *S. trachomatis*, *G. vaginalis* и другие. Особое место в структуре причин развития ВЗОМТ занимают *S. trachomatis* и *N. gonorrhoeae*, являющиеся частой причиной восходящих инфекционных процессов.

Среди серьезных осложнений ВЗОМТ – эктопическая беременность, преждевременные роды, инфекции новорожденных, эндометриоз (в 6 раз чаще, чем в общей популяции), хронический болевой синдром (в 10 раз чаще, чем в общей популяции), бесплодие. Как показывает клиническая практика, после одного острого случая ВЗОМТ бесплодие наблюдается примерно в 10% случаев. Повторные эпизоды ВЗОМТ ассоциируются с 4–6-кратным повышением риска необратимого повреждения маточных труб.

К факторам риска возникновения ВЗОМТ относятся: молодой возраст и обусловленный им гормональный статус, сексуальная активность, проведение инвазивных процедур и орошений, наличие внутриматочных устройств и бактериального вагиноза, а также социально-экономические факторы (низкий уровень благосостояния, ограниченный доступ к медицинской помощи и лечению).

Следует отметить, что достаточно часто (по данным некоторых авторов – в 60% случаев) наблюдают субклиническое течение ВЗОМТ. Поэтому при постановке диагноза очень важно учитывать комплекс всех имеющихся симптомов (даже минимальных) и факторов риска. Минимальными критериями ВЗОМТ являются: болезненность при пальпации нижней части живота, в области придатков, а также болезненные тракции шейки матки.

Гистологическое подтверждение эндометрита, выявление при проведении трансвагинальной сонографии или МРТ жидкостного содержимого в утолщенных маточных трубах, наличие в брюшной полости свободной жидкости или tubo-овариального образования, а также лапароскопические данные являются на сегодня основными критериями при постановке диагноза ВЗОМТ.

Дополнительными критериями могут служить: повышенная температура тела, патологические выделения из шейки матки и влагалища, повышение уровня С-реактивного белка и СОЭ, лабораторное подтверждение цервикальной инфекции, вызванной гонококками, трихомонадами или хламидиями.

Лечение легких форм ВЗОМТ осуществляют амбулаторно. Основаниями для госпитализации может служить подозрение на патологию, требующую неотложного хирургического вмешательства, отсутствие ответа на пероральную антибактериальную терапию, наличие признаков интоксикации организма (высокая температура, тошнота, рвота), выявление tubo-овариального абсцесса, иммунодефицитные состояния.

Центральное место в лечении ВЗОМТ принадлежит антибактериальной терапии. Учитывая большое количество и тяжесть осложнений при этих патологиях, бессимптомное течение хламидийной инфекции на ранних стадиях заболевания, а также трудности, сопряженные с выявляемостью *S. trachomatis* при ВЗОМТ хламидийной этиологии, антибактериальные препараты следует назначать эмпирически при наличии «минимальных критериев» ВЗОМТ и отсутствии других причин, способных вызвать наблюдаемую симптоматику. Такая тактика лечения соответствует современным требованиям Центра по контролю и предупреждению заболеваний (CDC, США).

В этих же требованиях указано на необходимость использования в лечении ВЗОМТ антибактериальных препаратов, обладающих доказанной в клинических рандомизированных исследованиях эффективностью по отношению к основным возбудителям этих заболеваний: гонококкам, хламидиям и анаэробным микроорганизмам. При этом предпочтение отдается монотерапии с привлечением препаратов адекватного спектра действия.

Признанным стандартом эмпирической терапии ВЗОМТ является азитромицин, который согласно приказу № 582 МЗ Украины от 15.12.2003 г. наряду с другими макролидами (кларитромицином и рокситромицином) является препаратом первого выбора для системной антибактериальной терапии этих патологий.

Азитромицин (Сумамед) активен не только в отношении микроорганизмов, вызывающих заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП), но и других возможных возбудителей ВЗОМТ. Наиболее важным является тот факт, что Сумамед проявляет высокую активность

в отношении атипичных внутриклеточных микроорганизмов в связи со способностью проникать внутрь клетки. Это имеет существенное значение при лечении инфекций, вызванных внутриклеточными патогенными микроорганизмами, например *S. trachomatis*. Таким образом, спектр antimicrobial действия препарата соответствует современным требованиям стартовой эмпирической антибиотикотерапии при ВЗОМТ.

Уникальным свойством Сумамеда является его способность влиять на иммунную систему, усиливая естественный иммунный ответ организма. Иммуномодулирующий эффект препарата достигается благодаря его быстрому накоплению в высоких концентрациях в полиморфноядерных нейтрофилах, что приводит к их дегрануляции, повышению уровней цитокинов (IL-1, IL-2, IL-4) в плазме крови и усилению фагоцитарной активности. Кроме того, накопление Сумамеда в фагоцитах и нейтрофилах, устремляющихся непосредственно в очаг бактериального воспаления, обуславливает создание его высоких концентраций в тканях, в десятки раз превышающих концентрации препарата в крови. Благодаря медленному высвобождению препарата из тканей его высокие концентрации в очагах бактериального воспаления сохраняются на протяжении длительного времени. Эта особенность фармакокинетики азитромицина позволяет назначать его однократно в течение суток.

Иммуномодулирующий эффект Сумамеда дополняет его антибактериальное действие и обуславливает более быстрое устранение воспаления, в том числе хронического и длительно текущего.

Препарат практически полностью метаболизируется в печени (95%), что обуславливает возможность его назначения пациентам с почечной недостаточностью (в отличие от кларитромицина и рокситромицина). При этом Сумамед не оказывает ингибирующее действие на цитохром P450, локализующийся в печени, что уменьшает вероятность его взаимодействия с другими препаратами.

В число достоинств Сумамеда входит хорошая переносимость: количество побочных эффектов, возникновение

которых возможно при применении этого препарата, в 4 раза ниже по сравнению с доксициклином и в 3 раза – по сравнению с эритромицином (A. Jerkovich et al., 2002).

Сумамед применяют как при амбулаторном ведении пациенток с ВЗОМТ, так и при лечении в стационаре – в обоих случаях препарат используют по схемам, эффективность которых доказана.

В стационаре Сумамед можно применять в ступенчатой терапии, являющейся современным видом антибактериального лечения воспалительных заболеваний. Схема ступенчатой терапии подразумевает сочетание парентерального (в 1-2-й день в дозе 500 мг/сут однократно) и перорального (с 3-го по 7-й день по 250 мг/сут однократно) применения Сумамеда.

Значительно повышает приверженность пациенток к лечению ЗППП и ВЗОМТ возможность удобного применения Сумамеда в амбулаторных условиях. Так, при наличии неосложненного хламидиоза (в случаях локализации инфекционного процесса в нижних отделах мочеполовой системы) согласно Европейским рекомендациям по лечению ЗППП 2006 г. азитромицин (Сумамед) назначают внутрь в дозе 1,0 г однократно. Для сравнения – антибиотики доксициклин (100 мг), офлоксацин (300 мг) и рокситромицин (150 мг) необходимо применять при этом заболевании не менее 7 дней 2 раза в сутки, что существенно снижает уровень комплаенса терапии.

При распространении хламидийной инфекции на верхние отделы мочеполовой системы и органы малого таза Сумамед назначают 1,0 г однократно 1 раз в неделю в течение 3 недель.

Таким образом, Сумамед соответствует всем современным критериям, предъявляемым к антибактериальным препаратам, применяющимся в лечении ВЗОМТ, а именно:

- обладает высокой активностью против основных возбудителей ВЗОМТ;
- достигает высоких и длительно сохраняющихся терапевтических концентраций в тканях;
- обладает значительной внутриклеточной проникаемостью;
- хорошо переносится и удобен в применении;
- характеризуется оптимальным соотношением цена-качество.

Подготовила **Наталья Очеретяная**

37

