

Воспалительные заболевания органов малого таза у молодых женщин

10-11 декабря 2009 года в г. Киеве проходил Международный конгресс «Репродуктивное здоровье молодежи – главный демографический резерв страны», в рамках которого обсуждались различные проблемы сохранения и восстановления репродуктивного здоровья девочек-подростков и молодых женщин, в частности необходимости своевременной диагностики и адекватного лечения дисгормональных нарушений, воспалительных заболеваний половых органов, современные методы профилактики и лечения бесплодия и др. Особое внимание было уделено проблеме раннего начала половой жизни. Отсутствие культуры полового поведения, несоблюдение половой гигиены, незнание методов контрацепции у девушек-подростков может привести к таким неблагоприятным последствиям, как повышение риска заражения инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), развитие воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ), незапланированная беременность, ее искусственное прерывание и др. Среди большого количества интересных выступлений, посвященных этой теме, следует отметить доклад главного внештатного специалиста по детской гинекологии Министерства здравоохранения Украины, заместителя директора по научной работе ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины», заведующей отделом эндокринной гинекологии, доктора медицинских наук, профессора Татьяны Феофановны Татарчук, в котором она подчеркнула важность как можно более ранней диагностики и адекватного лечения ВЗОМТ у девочек-подростков и молодых женщин.

– Раннее половое развитие и раннее начало половой жизни приводят к тому, что ВЗОМТ с каждым годом все чаще диагностируют у девочек подросткового возраста. В целом ВЗОМТ диагностируют у 60-65% женщин, которые находятся на амбулаторном лечении у гинекологов и приблизительно у 30% всех госпитализированных больных. Пик заболеваемости ВЗОМТ наблюдается у женщин в возрасте 15-25 лет и снижается после 35 лет. Это может быть связано с уменьшением количества половых партнеров и сексуальной активности. Уровень заболеваемости ВЗОМТ у подростков в 3 раза выше, чем у 25-29-летних женщин. Частота развития ВЗОМТ у сексуально активных подростков в возрасте до 15 лет составляет 1:8, а у 24-летних пациенток – 1:80.

Как свидетельствует анализ статистических данных за период с 2003 по 2008 г., в настоящее время в Украине частота впервые выявленных сальпингитов и оофоритов у девушек 15-17 лет и женщин репродуктивного возраста практически не отличается. Так, в 2008 г. у девочек 15-17 лет этот показатель составил 9,09 случая на 1 тыс. девочек данной возрастной группы, у женщин репродуктивного возраста – 10,99 на 1 тыс. женщин соответствующего возраста. Столь пристальное внимание к ВЗОМТ связано с высоким риском развития на фоне данной патологии таких осложнений, как эктопическая беременность (в 10 раз чаще, чем в популяции), преждевременные роды и инфекции новорожденных, эндометриоз (в 6 раз чаще, чем в популяции), хронический болевой синдром (в 10 раз чаще, чем в популяции), бесплодие. Примерно в 10% случаев бесплодие наблюдается после первого перенесенного острого эпизода ВЗОМТ. Повторные эпизоды ВЗОМТ ассоциируются с 4-6-кратным повышением риска необратимого повреждения маточных труб.

Возникновению ВЗОМТ у подростков способствуют такие факторы, как нарушение половой гигиены, ранний половой дебют, промикуитет, сложности в диагностике ИППП у лиц данной возрастной группы. Для подростков характерна склонность к хронизации воспалительных заболеваний гениталий, во многом обусловленная нестабильностью гормонального фона (в частности, гипопрогестеронией).

В настоящее время доказана полимикробная этиология ВЗОМТ с преобладанием возбудителей, передаваемых половым путем. Так, у 30-80% женщин с ВЗОМТ в цервикальном канале обнаруживаются *N. gonorrhoeae*, у 20-40% – *S. trachomatis*, у 25-75% – комбинация *N. gonorrhoeae* и *S. trachomatis* (А.Л. Тихомиров, С.Н. Сарсаян, 2005). Кроме этих возбудителей, согласно современным представлениям в этиологии ВЗОМТ важную роль играют такие микроорганизмы, как *Peptostreptococcus*, *Bacteroides*, *Gardnerella vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus agalactiae*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*.

Что же касается клинической картины ВЗОМТ, то примерно в 60% случаев отмечается их субклиническое течение, в 36% – легкое или среднетяжелое, в 4% – тяжелое.

Согласно рекомендациям Руководства по лечению заболеваний, передающихся половым путем (Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines), изданного в 2006 г. Центром по контролю и профилактике заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) США, минимальными критериями, достаточными для диагностики ВЗОМТ, являются болезненность при пальпации в нижней части живота, в области придатков, болезненность при трении шейки матки. Кроме того, в данном руководстве выделяют также дополнительные клинико-лабораторные критерии ВЗОМТ: повышенная температура тела, патологические выделения из шейки матки и влагалища, повышение СОЭ, уровня С-реактивного белка, лабораторное подтверждение цервикальной инфекции, вызванной гонококками, трихомонадами и хламидиями.

К достоверным диагностическим критериям ВЗОМТ относят:

- гистопатологическое обнаружение эндометрита при биопсии эндометрия;
- результаты трансвагинальной сонографии или МРТ – если при проведении этих исследований выявляются утолщенные, наполненные жидкостным содержимым маточные трубы с возможным наличием в брюшной полости свободной жидкости или tuboовариального образования;
- отклонения, обнаруженные при проведении лапароскопии, соответствующие ВЗОМТ.

Основным методом лечения ВЗОМТ является антибактериальная терапия. Согласно рекомендациям Европейского руководства по лечению ИППП (2003) она должна проводиться эмпирически при наличии «минимальных критериев» ВЗОМТ и отсутствии других причин, способных вызвать наблюдаемую симптоматику. Согласно Руководству CDC (2006) в лечении ВЗОМТ должны использоваться антибактериальные препараты, которые эффективны против основных их возбудителей: гонококков, хламидий и анаэробных микроорганизмов. При этом предпочтение отдается монотерапии с использованием антибактериальных препаратов адекватного спектра действия. Выбор антибиотиков для лечения ВЗОМТ должен основываться на данных об их эффективности, которые получили убедительное подтверждение в ходе исследований, выполненных в соответствии с современными принципами доказательной медицины.

На выбор режима антибактериальной терапии ВЗОМТ влияют следующие факторы: тяжесть заболевания, комплаентность пациентки в отношении определенного режима, наличие данных о чувствительности возбудителей к антибиотикам,

данные по местной эпидемиологии инфекций.

Согласно Европейским рекомендациям по лечению ВЗОМТ (2007) при легкой и средней степени тяжести амбулаторно проводится пероральная антибиотикотерапия (уровень доказательности А). При тяжелом или осложненном течении ВЗОМТ антибиотики следует вводить внутривенно до наступления клинического улучшения, а затем в течение еще 24 ч с последующим переходом на пероральный прием.

Препаратами выбора для системной антибактериальной терапии ВЗОМТ согласно Клиническому протоколу, утвержденному приказом № 582 Министерства здравоохранения Украины от 15.12.2003, являются макролиды: азитромицин, кларитромицин и рокситромицин. При этом азитромицин (Сумамед) по спектру антимикробного действия максимально соответствует требованиям к стартовой эмпирической антибиотикотерапии ВЗОМТ, так как он активен против большинства наиболее распространенных возбудителей (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Staphylococcus aureus*). Кроме собственно противомикробного действия, этот препарат обладает иммуномодулирующим эффектом. Благодаря своим фармакокинетическим свойствам Сумамед быстро накапливается в полиморфноядерных нейтрофилах, приводит к их быстрой дегрануляции и повышению их фагоцитарной активности. Накопление азитромицина в нейтрофилах способствует созданию высокой концентрации этого препарата непосредственно в очаге воспаления. На фоне терапии Сумамедом отмечается снижение интенсивности процессов высвобождения провоспалительных цитокинов, увеличение продукции противовоспалительных цитокинов, ускорение сроков разрешения воспаления. Благодаря тому что препарат практически полностью метаболизируется в печени, его можно назначать пациенткам с почечной недостаточностью. Побочные явления наблюдаются крайне редко, в основном в виде диспепсических проявлений (тошнота, рвота, метеоризм, боль в животе).

При лечении неосложненного хламидиоза мочеполювой системы рекомендуется следующая схема антибиотикотерапии: азитромицин (Сумамед) 1,0 г перорально однократно или доксициклин 200 мг перорально – первый прием, затем 100 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней.

При наличии противопоказаний к применению вышеуказанных антибиотиков могут использоваться альтернативные схемы лечения неосложненного урогенитального хламидиоза:

- офлоксацин 200 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней;
- офлоксацин 400 мг перорально 1 раз в сутки в течение 7 дней;



Т.Ф. Татарчук

- рокситромицин 150 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней.

При лечении осложненного урогенитального хламидиоза Сумамед применяют по схеме: 1 г перорально однократно 1 раз в неделю в течение 3 недель (1-й, 7-й, 14-й день); курсовая доза – 3 г.

При тяжелом течении ВЗОМТ в условиях стационара целесообразно использовать ступенчатую антибиотикотерапию по следующей схеме: кратковременная парентеральная антибиотикотерапия (до 72 ч), затем переход на пероральный режим введения антибактериальных препаратов. Такая тактика лечения позволяет уменьшить сроки госпитализации пациенток и снизить стоимость лечения. При данной схеме лечения азитромицин (Сумамед) назначается следующим образом: 1-2-е сутки – 500 мг внутривенно 1 раз в сутки, 3-7-е сутки – 250 мг перорально 1 раз в сутки.

В своей практике мы успешно используем Сумамед при лечении постэмболизационного синдрома у пациенток с лейомиомами матки. Мне хотелось бы представить данные исследования, проведенного на базе нашей клиники, в котором принимали участие 45 молодых женщин с постэмболизационным синдромом.

Основными клиническими проявлениями постэмболизационного синдрома являются боль, лихорадка, тошнота, рвота и общее недомогание, которые могут сохраняться до двух недель.

Основной группе пациенток (n=30) была назначена антибиотикотерапия по схеме: Сумамед 500 мг внутривенно 2 суток с последующим переходом на пероральный прием в дозе 250 мг с 3-х по 7-е сутки. Больные контрольной группы (n=15) получали ципрофлоксацин в дозе 200 мг внутривенно 2 раза в сутки в течение 7 дней. Длительность температурной реакции у пациенток основной группы была значительно меньше, чем в контрольной группе. Также у больных основной группы было продемонстрировано более быстрое уменьшение выраженности болевого синдрома, оцениваемого в баллах по визуальной аналоговой шкале, по сравнению с пациентками контрольной группы. Таким образом, данные проведенного нами исследования позволяют обоснованно рекомендовать использование Сумамеда в лечении больных с постэмболизационным синдромом.

В завершение необходимо отметить, что оригинальный препарат азитромицина Сумамед соответствует всем требованиям, которые предъявляются в настоящее время к антибактериальным средствам для лечения ВЗОМТ: обладает высокой активностью против их основных возбудителей, обеспечивает длительное поддержание высоких терапевтических концентраций в очаге воспаления, хорошо переносится пациентками и удобен в применении. Включение этого современного антибиотика в схемы комплексной терапии ВЗОМТ позволяет успешно вылечить данное заболевание еще на ранних стадиях.

Подготовила Анастасия Лазаренко