

Запальні захворювання органів малого таза

О.М. Гопчук

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Сальпінгофорит відноситься до найбільш поширених захворювань запальної етіології у жінок. Кожній п'ятій жінці, яка перенесла сальпінгофорит, загрожує безпліддя. Ця патологія може бути причиною високого ризику позаматкової вагітності і патологічного перебігу вагітності та пологів. Ураховуючи актуальність і поширеність запальних процесів органів малого таза є особливо важливим правильний вибір протимікробного препарату для своєчасного лікування жінок. Комбіноване застосування ципрофлоксацину із тинідазолом, що поєднані в одному препараті Ципролет А, є клінічно і мікробіологічно ефективним, зменшує тривалість антибактеріальної терапії і має економічні переваги.

Ключові слова: сальпінгофорит, Ципролет А, лікування.

Запалення придатків матки протягом багатьох років посідає перше місце в структурі гінекологічних захворювань і, незважаючи на вдосконалення методів лікування сальпінгофоритів, не має тенденції до зниження. Подібна ситуація зумовлена головним чином різким збільшенням частоти інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), що не може не викликати тривогу: ІПСШ вважаються головною причиною подружнього безпліддя і однією з провідних причин невиношування вагітності [4].

У сучасному світі перебіг запальних захворювань органів малого таза (ЗЗОМТ) має й інші типові особливості, без урахування яких неможлива своєчасна діагностика та успішне лікування даної групи патологій [2].

Гострий початок запального процесу спостерігають рідко. Як правило, захворювання розвивається поступово, без виражених клінічних проявів; часто формується первинно хронічний перебіг.

Характерне поширення інфекції висхідним шляхом від ендочервікса, з розвитком ендометриту, сальпінгіту, оофориту, параметриту, тубооваріальних абсцесів і пельвіоперитоніту.

Характерні неспецифічність і різноманітність клінічної картини, полімікробний характер ураження:

- з залученням облігатних збудників ІПСШ (втім, гонококи і хламідії вдається виділити не більше ніж у чверті пацієнток зі ЗЗОМТ в країнах з високим рівнем медичної сфери, ще у 15–20% обстежених мікробний етіологічний фактор не виявляють);

- з виділенням умовно-патогенної мікрофлори (анероби, *Gardnerella vaginalis*, ентеробактерії), що підтримує перебіг запального процесу навіть у тих випадках, коли імунна система елімінує причинно-значущий патоген.

Інфекція до придатків матки може надходити як екзогенно, так і ендогенно. На сучасному рівні [2] виділяють чотири основних патогенетичних механізми інфікування придатків матки. Найбільш часто проникнення патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів відбувається інтраканалікулярним шляхом: через канал шийки матки по поверхні ендометрія на маткові труби та яєчники. Такому проникненню мікробів сприяють спер-

матозоїди, які виступають у ролі «транспортних засобів» для трихомонад, більшості бактерій та вірусів. Пасивний механізм переносу бактерій з нижніх відділів статевих шляхів до верхніх до даного часу залишається дискусійним. Окрім інтраканалікулярного, можливо альтернативне проникнення інфекції через систему регіональних або магістральних кровоносних та лімфатичних судин, а також при безпосередньому контакті запально змінених органів черевної порожнини з придатками матки. У таких випадках внутрішні статеві органи залучаються до патологічного процесу вторинно. При лімфогенній дисемінації запальні зміни стосуються у першу чергу серозного шару маткових труб і лише пізніше та не завжди у патологічний процес залучаються м'язовий шар та ендосальпінкс, що пов'язано з особливостями лімфодинаміки внутрішніх статевих органів.

Факторами, що спричиняють виникнення, загострення і перехід у хронічну форму запалення придатків матки (аднекситу, сальпінгіту, сальпінгофориту, оофориту), є:

- незахищений статевий акт;
- психоемоційний стрес – надлишкова тривожність, психоемоційне пригнічення, що виявляється пригніченим настроєм, стан образи, тривалої скорботи, смутку завжди призводять до зниження імунітету;
- фізичний стрес, до якого призводять недостатність сну, виснажливі тренування в спортзалі, фітнес-клубі, басейні, виконання «через силу» ненависної роботи і т.д.;
- гіповітаміноз і мікроелементози;
- зниження загального імунітету і розвиток на фоні імунодефіциту будь-якого екстрагенітального захворювання – риніту, ангіни, карієсу зубів і т.д. По кровоносних і лімфатичних судинах інфекція поширюється по організму і вражає «слабку ланку»;
- переохолодження;
- інсоляція (прийом сонячних ванн в природних умовах і в солярії);
- теплові процедури, включаючи прийом загальних ванн з температурою води вище 38 °С [2].

В останні роки поряд з підвищенням загальної частоти сальпінгофоритів зросла кількість їх «стертих» (латентних) форм, в клініці яких переважають слизистогнійні або сироподібні білі виділення, помірний біль, що локалізований у нижніх відділах живота, мізерні ациклічні маткові кровотечі, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр. Причому кожен із зазначених симптомів може проявлятися самостійно або поєднуватися лише з однією ознакою запалення. У подібних ситуаціях, як правило, не виникає необхідності у стаціонарному лікуванні, однак латентні форми сальпінгофоритів не менш небезпечні, ніж гнійні процес. У випадку неадекватної терапії ці форми легко переходять у рецидивний перебіг, супроводжуються порушеннями анатомії в малому тазі (формування щільних зрощень, гідросальпінксу) і розвитком синдрому хронічного тазового болю.

Таким чином, діагностика ВЗОМТ є серйозною проблемою не тільки для клініцистів, але навіть і для мікробіологів – ускладнює ситуацію географічна нерівномірність стійкості збудників до тих чи інших лікарських засобів, у тому числі зумовлена використанням препаратів, біоеквівалентність яких не підтверджена регуляторними органами з жорсткими вимогами, такими як US Food and Drug Administration (US FDA), UK Medicines & Healthcare products Regulatory Agency (MHRA, UK) та ін. [1, 3].

Ефективність у поєднанні зі зручністю реалізації терапевтичної схеми – найбільш важливий критерій відбору препарату і схеми лікування запальних захворювань як в гінекологічній, так і в загальномедичній практиці. Другим важливим питанням при лікуванні як ІПСШ, так і загострень запальних захворювань, є безпека, яка залежить від ступеня токсичності застосовуваних лікарських засобів [1, 5, 6].

Вимоги Всесвітньої організації охорони здоров'я до препаратів для лікування ІПСШ [2]:

- ефективність не нижче 95%;
- доступність;
- низька токсичність і добра переносимість;
- повільний розвиток стійкості збудника до застосування лікарських засобів;
- можливість зниження кратності застосування;
- можливість перорального застосування;
- можливість використання під час вагітності та лактації.

Запорукою успіху лікування хворих із запаленням придатків матки в амбулаторно-поліклінічних умовах слід визнати появу пролонгованих форм пероральних хіміопрепаратів з широким спектром антимікробної дії.

Великий клінічний досвід застосування фторхінолонів (ФХ) свідчить про високу їхню ефективності при лікуванні різноманітних інфекцій різного генезу та локалізації. Основне клінічне значення ФХ визначається їхньою ефективністю при інфекціях, спричинених в першу чергу грамнегативними мікроорганізмами, у тому числі штамми, стійкими до інших антибактеріальних препаратів, а також деякими грампозитивними мікроорганізмами і бактеріями з внутрішньоклітинною локалізацією. Важливою перевагою ФХ є їхня висока біодоступність при вживанні всередину, яка дозволяє застосовувати ФХ перорально при важких, у тому числі генералізованих, інфекціях. ФХ характеризуються широким антимікробним спектром і володіють високою активністю проти основних збудників, що зустрічаються в акушерсько-гінекологічній практиці, – грампозитивні і грамнегативні, аеробні та анаеробні бактерії, мікобактерії, мікоплазми, хламідії, рикетсії, борелії [1, 7].

Провідні позиції в арсеналі сучасних антибактеріальних засобів групи ФХ займають завдяки своїм властивостям:

- практично унікальний для антимікробних засобів механізм дії – інгібіція ферменту бактеріальної клітини – ДНК-гідрازی;
- високий ступінь антибактеріальної активності;
- широкий спектр антимікробної дії, що включає грамнегативні та грампозитивні аеробні бактерії (деякі препарати ФХ активні відносно анаеробів), мікобактерії, хламідії, мікоплазми;
- невисока частота резистентності мікроорганізмів до ФХ;
- висока біодоступність при вживанні всередину;

- високий ступінь проникнення до тканин і клітин макроорганізму;
- тривалий період напіввиведення та наявність пост-анабіотичного ефекту, що визначає зручне дозування – 1–2 рази на добу;
- можливість поєданого застосування з іншими групами антибактеріальних засобів (бета-лактамами, аміноглікозидами, макролідами, глікопептидами, лінкозамидами, нітроїмідазолами);
- доведена в контрольованих клінічних дослідженнях висока ефективність під час лікування позалікарняних і госпітальних інфекцій практично будь-якої локалізації;
- можливості застосування для емпіричної терапії, в тому числі монотерапії, у випадку тяжких інфекцій в стаціонарі;
- задовільна переносимість препаратів, невисока частота побічних ефектів.

Препарат Ципролет А включає комбінацію ципрофлоксацину і тинідазолу (кожна таблетка, вкрита оболонкою, містить ципрофлоксацину гідрохлорид моногідрат, еквівалентно ципрофлоксацину 500 мг і тинідазолу 600 мг). Отже, Ципролет А може бути використаний в якості єдиного лікарського засобу, рекомендованого пацієнткам з латентними формами запалення придатків матки.

Ципрофлоксацин – протимікробний засіб широкого спектра дії, похідне ФХ, пригнічує бактеріальну ДНК-гіразу (топоізомерази II і IV, відповідальні за процес суперспіралізації хромосомної ДНК навколо ядерної РНК, що необхідно для зчитування генетичної інформації), порушує синтез ДНК, ріст і поділ бактерій; спричинює виражені морфологічні зміни (у тому числі клітинної стінки і мембран) і швидку загибель бактеріальної клітини.

Ципрофлоксацин збільшує проникність клітинної оболонки бактерій. Діє на бактерії, що знаходяться в фазі розмноження і в фазі спокою. Ципрофлоксацин чинить виражену протимікробну дію відносно аеробних грамнегативних і грампозитивних бактерій: *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenzae*, *Escherichia coli*, *Shigella spp.*, *Salmonella spp.*, *Neisseria meningitidis*, *N. gonorrhoeae*.

Тинідазол – протипротозойний та протимікробний засіб, похідний імідазолу. Активний відносно *Trichomonas vaginalis*, *Entamoeba histolytica*, *Lamblia*, а також збудників анаеробних інфекцій – *Clostridium spp.*, *Bacteroides fragilis*, *Bacteroides melaninogenicus*, *Eubacter spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Peptococcus spp.* і *Peptostreptococcus spp.*

Клінічними дослідженнями була доведена висока ефективність препарату Ципролет А при запальних процесах різної локалізації та етіології [2]. Згідно з результатами проведеного дослідження [1, 3] було виявлено, що на 10-ту добу терапії досягнуто 100% клінічного ефекту та 92% ефективність мікробіологічної дії. За 30 діб збільшення позитивного поєданого ефекту відбулося лише на 5%, що свідчить про недоцільність проведення пролонгованої терапії. Це означає, що стандартна тривалість терапії препаратом Ципролет А при максимальній ефективності щодо інфекції статевих шляхів має мінімальний негативний вплив на інші системи організму. Доведена ефективність та зручність застосування препарату Ципролет А дозволяє використовувати 10-денний курс в амбулаторних умовах для ефективної санації вогнища запалення у жінок із сальпінгоофоритом.

Воспалительные заболевания органов малого таза
Е.Н. Гопчук

Сальпингоофорит относится к наиболее распространенным заболеваниям воспалительной этиологии среди женщин. Каждой пятой женщине, которая перенесла сальпингоофорит, грозит бесплодие. Эта патология может быть причиной высокого риска внематочной беременности и патологического течения беременности и родов. Учитывая актуальность и распространенность воспалительных процессов органов малого таза, особенно важен правильный выбор противомикробного препарата для своевременного лечения женщин. Монотерапия комбинированным препаратом Ципролет А является клинически и микробиологически эффективной, уменьшает длительность антибактериальной терапии и имеет экономические преимущества.

Ключевые слова: сальпингоофорит, воспаление органов малого таза, Ципролет А.

Inflammatory diseases of the pelvic organs
O.M. Gorchuk

Salpingo-oophoritis is one of the most often inflammation diseases among women. Infertility threatens every fifth woman, who has suffered from salpingo-oophoritis. This pathology may be a cause of high risk of ectopic pregnancy and pathological duration of pregnancy and delivery. Given the urgency of spreading of inflammatory processes of pelvic organs, it is very important to choose proper antibiotic for early curing of women. Monotherapy with combined drug Ciprolet A is clinically and microbiologically effective, decreases duration and cost of antibiotic therapy.

Key words: salpingo-oophoritis, pelvic organs inflammation, Ciprolet A

Сведения об авторе

Гопчук Елена Николаевна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л.Шурика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: gorchuk@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Боднарюк Н.Д. Нормальна мікрофлора порожнини піхви та її зміни в жінок у різні вікові періоди / Н.Д. Боднарюк // Бук.мед.вісник. – 2007. – Т. 11, № 4. – С. 128–131.
2. Гопчук О.М. Сучасний стан проблем запальних захворювань придатків матки (огляд літератури) / О.М. Гопчук // Здоровье женщины. – 2011. – № 7. – С. 54–58.
3. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Клиническая оценка эффективности пролонгированной формы офлоксацина (Zapocin OD) в лечении больных острым сальпингоофоритом // Вопросы гинекологии акушерства перинатол., 2004, 3, 2, 43–46.
4. Dewitt J. Tubo-ovarian abscesses: is size associated with duration of hospitalization & complications? / J. Dewitt // Vol. 2010. Article ID 847041. 5 p.
5. Ross J. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease / J. Ross, P. Judlin, L. Nilas // Int. J. of STD and AIDS. – 2007. – Vol. 18, № 10. – P. 662–666.
6. Taylor-Robinson D. Difficulties experienced in defining the microbial cause of pelvic inflammatory disease / D. Taylor-Robinson // Int. J. STD AIDS. – 2012. – Vol. 23, № 1. – P. 18–24.
7. Workowski K.A. Sexually transmitted diseases treatment guidelines / K.A. Workowski, S. Berman // Morbidity and Mortality Weekly Report. – 2010. – Vol. 59, № 12 RR. – P. 63–67.

Статья поступила в редакцию 13.10.2015