

УДК 618.1-002-008.8-009.7-053.81-078-08

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЕТІОЛОГІЮ І ЛІКУВАННЯ ТАЗОВОГО БОЛЮ ПРИ ЗАПАЛЕННІ ГЕНІТАЛІЙ У МОЛОДИХ ЖІНОК

Чернякова Г.М., Косілова О.Ю.,
 Добровольська ¹Л.А.

Харківський національний медичний
 університет, м. Харків

¹ Міська дитяча поліклініка № 1, м. Харків

В останні роки у всьому світі відмічається значне зростання запальних захворювань в акушерстві та гінекології. Вхідними воротами для розвитку запалення є піхва. Збудниками гнійно-запальних захворювань можуть бути патогенні та умовно-патогенні мікроорганізми. У зв'язку з тим, що практично жоден антибіотик не активний проти всіх збудників, вибір антибактеріальних препаратів на теперішній час заснований на комбінованому застосуванні антибіотиків. При інвазивних гінекологічних втручаннях і операціях, не останню роль у розвитку післяопераційних гнійних ускладнень, відіграє превентивна терапія. Лікування запальних захворювань статевих органів у жінки обов'язково включає комплекс реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення специфічних функцій жіночого організму.

Ключові слова: запальні захворювання органів малого тазу, антибіотикотерапія, гормонотерапія, синдром дисменореї.

Найболючішим питанням сучасної гінекології можна вважати велике розповсюдження та значне «омолодження» запальних захворювань органів малого тазу (ЗЗОМТ) у жінок репродуктивного віку. В останні роки у всьому світі відмічається значне зростання запальних захворювань геніталій: на 13% в загальній популяції жінок репродуктивного віку та на 25% при використанні внутришньоматкової контрацепції, при цьому частота тубооваріальних абсцесів збільшилася більше ніж в три рази [1,2]. Це, можливо, пов'язано з імунodefіцитними станами, з накопиченням численних факторів ризику, раннім початком статевого життя, наявністю декількох статевих партнерів, захворюваннями, що передаються статевим шляхом. Не останню роль у виникненні запальних процесів відіграють і медичні маніпуляції, тривала антибактеріальна терапія, травми промежини та шийки матки при пологах.

У 60-70% гінекологічних хворих при профілактичному огляді діагностується запалення придатків матки, у тому числі у 4-15% визначаються зміни гнійного характеру в структурі яєчників і труб. У патогенезі запальних захворювань внутрішніх статевих органів переважає висхідний шлях інфекції. Вхідними воротами може служити піхва, роль якої полягає не тільки в розповсюдженні інфекцій, які передаються статевим шляхом. Інвазія мікробів у

внутрішні статеві органи може відбуватися під час різних маніпуляцій, при тазових операціях, в післяпологовому періоді. Важливу роль при цьому відіграє ступінь колонізації мікроорганізмами піхви і цервікального каналу: масивна колонізація сприяє розвитку інфекційного процесу.

Клінічними проявами ЗЗОМТ є періодичні болі у нижній частині живота, які посилюються до або після менструацій, іррадіація больових відчуттів в зону промежини (поперековий та крижовий відділи), порушення менструального циклу, виділення слизово-гнійного характеру, підвищення температури тіла, загальна слабкість, часте сечовипускання, безпліддя та ектопічна вагітність в анамнезі. Болі під час менструації можуть бути обумовлені як запальним чинником, так і пов'язані з синдромом дисменореї. Хворобливі менструації тривалий час можуть бути єдиною скаргою, яку пред'являють молоді жінки при огляді. Дисменорея (ДМ) з початком менструальної функції може бути як первинною, так і вторинною на тлі запальних захворювань органів малого тазу.

В структурі гінекологічної захворюваності у підлітків ДМ займає одне з провідних місць і зустрічається з частотою 25-75%, будучи важкою причиною порушення здоров'я та якості життя дівчаток- підлітків. Аналіз клініко- анамнестичних даних показує, що у 78% обстежених з синдромом дисменореї виявлена екстрагенітальна патологія. Встановлено залежність між ступенем тяжкості ДМ і характером екстрагенітальної патології (ЕП). Больовий синдром легкого ступеня тяжкості у 62,2% зустрічається у молодих жінок із захворюваннями шлунково-кишкового тракту, опорно-рухового апарату, міопією. ДМ середнього ступеня тяжкості – 28,3% зустрічається у пацієнок з патологією гепатобіліарної, сечовидільної, ендокринної систем. Важка форма ДМ – 9,5% з обмінно-ендокринними і нейровегетативними порушеннями виявляється у пацієнок з патологією серцево-судинної системи та центральної нервової системи, часто у поєднанні з міопією. ДМ у хворих з ЕП проявляється на несприятливому спадковому і преморбідному фоні [3,4].

Однак варто зважати на те, що запальні захворювання інколи ніяк себе не проявляють та тривалий час залишаються нерозпізнаними. Своєчасне діагностування та адекватне лікування можуть завадити розвитку ускладнень при ЗЗОМТ, таких як: трубне безпліддя (бактерії, що викликають інфекцію, потрапляють до маточних труб та викликають там запальний процес, що призводить до формування рубців та заважає звичайному просуванню яйцеклітини в порожнину матки). Трубне безпліддя дорівнює 15-20% у жінок з ЗЗОМТ. Позаматкова вагітність (при частковій блокаді маткових труб рубцевою тканиною або запальним процесом запліднення відбувається безпосередньо в трубі та вагітність починає розвиватися на цьому місці). Частота таких ускладнень складає 12-15% у жінок з ЗЗОМТ. Розвиток хронічної тазової болі (зустрічається у 18% жінок), тубооваріальний абсцес

(це одна з основних причин смертності жінок від ЗЗОМТ), пельвіоперитоніт (є загрозливим ускладненням ЗЗОМТ, що призводить до розвитку сепсису) [5, 6, 7].

Збудниками гнійно-запальних захворювань в акушерстві та гінекології можуть бути патогенні та умовно-патогенні мікроорганізми. Серед патогенних мікроорганізмів, що викликають ураження жіночих статевих органів, найбільш часто зустрічаються гонококи, хламідії, трихомонади. Умовно-патогенні мікроорганізми (УПМ), що становлять нормальну мікрофлору генітального тракту, в певних умовах можуть стати збудниками післяпологових, післяабортних та післяопераційних ускладнень, а також запальних захворювань жіночих статевих органів.

Серед умовно-патогенних мікроорганізмів, які входять до складу нормальної мікрофлори жіночих статевих органів, зустрічаються гемолітичні та негемолітичні стрептококи. У певних умовах ці мікроорганізми можуть стати збудниками інфекційних процесів. Найбільше значення мають стрептококи групи А, В, D.

Так, наприклад, гемолітичні стрептококи гр. А (*S.pyogenes*) можуть бути збудниками ряду післяпологових та післяабортних інфекцій, а також абсцесів м'яких тканин після ін'єкцій. В останні роки в генезі післяпологової та перинатальної інфекції збільшилася роль стрептококів групи В (*S.agalactiae*). Ці мікроорганізми розглядаються як нормальна мікрофлора піхви у здорових вагітних жінок. Слід зазначити, що у вагітних носійство виявляється частіше, ніж у невагітних: у 20,4% і 9,4% відповідно [8, 9, 10]. Почастішали випадки їх виділення при ендометриті і після пологів, при раневій інфекції, маститі та інших ЗЗОМТ. Найбільш небезпечні захворювання викликаються стрептококами гр. В у новонароджених, у яких викликають важкі інфекції з великим відсотком летальності. Зараження новонароджених відбувається при проходженні по родових шляхах матері. Частота переносу стрептококів від матері до плоду під час пологів становить 50-70%. В останні роки підвищилась роль ентерококів (стрептококи групи D – *Enterococcus faecalis* і *Enterococcus faecium*) при ендометриті, хоріоамніоніті, інфекціях сечовивідних шляхів, післяопераційних ускладненнях, а також у новонароджених. Відомо, що ентерококи виділяються в 10 % випадків від здорових жінок. В певній мірі поширення інфекційних ускладнень, викликаних ентерококами, пов'язане з їх природною стійкістю до цефалоспоринів, які все частіше використовуються в акушерсько-гінекологічній практиці та при лікуванні новонароджених.

До УМП, які входять до складу нормальної мікрофлори піхви, також належать коагулазонегативні стафілококи і мікрококи, які виділяються у 35 – 60% здорових жінок відповідно [11, 12, 13]. Вони можуть викликати вторинні інфекційні процеси сечової системи, запальні захворювання статевих органів у вагітних та породіль

з імунодепресією. Ці мікроорганізми нерідко є збудниками гнійно-запальних захворювань у новонароджених, особливо у маловагових та гіпотрофіків. Госпітальні штами коагулазонегативних стафілококів нерідко володіють полірезистентністю до ряду антибіотиків, що істотно ускладнює лікування спричинених ними інфекцій.

Грамнегативні умовно-патогенні бактерії, які виділяються зі статевих шляхів, також можуть бути збудниками гнійно-запальних процесів різної локалізації. Найбільш часто з піхви і цервікального каналу виділяють ешерихії, які є збудниками інфекції сечовивідних шляхів у вагітних та породіль, післяпологового сепсису, післяопераційного перитоніту. Серед інших грамнегативних бактерій, слід відзначити бактерії роду *Klebsiella*. Вони можуть бути збудниками післяпологових та післяопераційних запальних процесів. Певну роль вони відіграють при запальних процесах внутрішніх статевих органів (частіше в асоціації з гонококком, хламідіями, анаеробами). Неферментуючі мікроорганізми, наприклад, *Pseudomonas aeruginosa* рідко виділяються у здорових жінок. Їх роль в етіології акушерських та гінекологічних інфекцій невелика. У статевих шляхах здорових жінок нерідко зустрічається і *Gardnerella vaginalis*. Виділення гарднерели не свідчить про наявність інфекційного процесу, але спільно з анаеробами гарднерели можуть бути збудниками бактеріального вагінозу.

В останні роки в етіології інфекційних ускладнень в акушерстві та гінекології зросла роль неспоруютьовуючих анаеробних бактерій. Ці мікроорганізми входять до складу нормальної мікрофлори нижніх відділів генітального тракту жінок, який містить в 10 разів більше анаеробних бактерій, ніж аеробних. З піхви здорових жінок виділяється до 40 видів різних видів анаеробів. Серед них переважають лактобактерії, дещо рідше зустрічаються еубактерії і біфідобактерії, грампозитивні анаеробні коки - пептострептококи, а також бактероїди. *Bacteroides fragilis* певний час вважався основним збудником запальних процесів, за останніми даними [14, 15, 16] зустрічається лише в 5% випадків. Частіше виділяють *Prevotella bivia* і *Prevotella disiens*. Неспоруютьовуючі анаероби виділяють від хворих акушерським перитонітом, сепсисом, при післяпологовому ендометриті, при запальних процесах. Анаеробні бактерії разом з гарднереллами приймають участь у розвитку бактеріального вагінозу. Також можуть бути виділені з піхви здорових жінок у невеликій кількості споруютьовуючі анаеробні бактерії, а саме: *Clostridium perfringens* (5-10%), яка за відсутності клінічних ознак не вказує на наявність інфекції. Більшість анаеробів є сапрофітами, які постійно «живуть» в нижніх відділах статевих шляхів. Однак при станах, які послаблюють загальний і місцевий імунітет та сприяють розвитку інфекції (цукровий діабет, похилий вік тощо), ці бактерії можуть мігрувати у внутрішні статеві органи, викликаючи запальний процес. Встановлено потенційний вплив

анаеробів на зростання кількості аеробних бактерій (*Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* та *Escherichia coli*). Підвищення ролі анаеробних бактерій в інфекційній патології в акушерстві та гінекології в певній мірі пов'язано з їх стійкістю до таких широко використовуваних в лікувальній практиці антибіотиків, як цефалоспорини і аміноглікозиди. Використання цих антибіотиків призвело до істотних змін в кількісному співвідношенні аеробів і анаеробів у мікробних біоценозах і відповідно до розповсюдження анаеробів і підвищення їх ролі в інфекційних процесах [17, 18, 19]. Також збудниками захворювань жіночих статевих органів нерідко є гриби. Найбільш часто зустрічаються захворювання викликані *Candida albicans* (до 95% випадків). У вагітних грибові захворювання становлять небезпеку у зв'язку з високим ризиком інфікування новонароджених: більш ніж у 10% дітей, народжених від матері з вагінальним кандидозом, виявляються грибові ураження [20, 21].

Велике розмаїття потенційних збудників, які можуть викликати ЗЗОМТ у жінок, потребує пильної уваги та оцінки значення як кожного з них окремо, так і їх асоціацій. Терапія повинна бути спрямована проти аеробного і анаеробного компонентів полімікробної флори, яку найчастіше виділяють у хворих з інфекціями малого тазу. Антибактеріальна терапія у гінекологічних хворих хоч і проводиться на основі загальних принципів, проте фазність процесу і специфіка деяких збудників визначають ряд особливостей застосування антибіотиків в гінекології.

В умовах неможливості швидкої мікробіологічної діагностики лікування призначається емпірично. Навіть при наявності мікробіологічного, серологічного або ПЛР-висновку необхідно відноситися до лікування ЗЗОМТ як до емпіричної терапії, спрямованої на пригнічення спектра основних збудників запального процесу. У зв'язку з тим, що практично жоден антибіотик не активний проти всіх збудників ЗЗОМТ, вибір антибактеріальних препаратів на теперішній час заснований на комбінованому застосуванні антибіотиків для пригнічення спектра основних, в тому числі стійких, збудників. Враховуючи все перелічене, при лікуванні ЗЗОМТ рекомендовано наступні схеми терапії: пероральне лікування (амбулаторний етап) або парентеральне лікування (госпітальний етап), після якого через 1-2 дні переходять до перорального прийому. При поєднанні з кандидозом в схему лікування доцільно додати протигрибові препарати. Тривалість терапії становить 14 днів [22].

При інвазивних гінекологічних втручаннях і операціях, не останню роль в розвитку післяопераційних інфекційних ускладнень, обумовлених полімікробним спектром збудників з переважанням умовно-патогенної флори, відіграє превентивна терапія. Сутність антибіотикопрофілактики полягає в досягненні необхідних концентрацій антибіотика в тканинах до моменту їх можливої мікробної контамінації і підтримка цього рівня протягом всієї операції й

кількох годин після оперативного втручання. Частота мікробної контамінації та післяопераційних ускладнень значно вище в групах ризику (пухлини, похилий вік, цукровий діабет, ожиріння, вагінальні інфекції). Периопераційне застосування антибіотиків в оперативній гінекології призводить до зниження частоти післяопераційних інфекційних ускладнень, у тому числі ранової інфекції (на 12%), абсцесів малого тазу, а також відмічена тенденція до зменшення тривалості госпіталізації [23].

Превентивна терапія (антибіотикопрофілактика) дозволяє більш ніж в 2 рази знизити кількість запальних та резидуальних ускладнень після абортів, введенні та вилученні внутрішньоматкових спіралей, кріо-і діатермокоагуляції ектопії шийки матки, діагностичних вискоблюваннях, гістеросальпінгографії, гідротубації, реканалізації маткових труб, порожнинних операцій і ін. [24].

Лікування запальних захворювань статевих органів у жінки обов'язково включає в себе комплекс реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення специфічних функцій жіночого організму. Розроблене комплексне негормональне лікування, з урахуванням протирецидивних схем (застосування препарату «Дисменорм» протягом наступних 3-х менструальних циклів) після зняття больового синдрому, а також використання диференційованого підходу щодо корекції екстрагенітальної патології, сприяє нормалізації клінічного стану у хворих в 74-80% , в залежності від ступені тяжкості дисменореї. Отриманий позитивний ефект супроводжується нормалізацією гормональних показників протягом 3-х місяців від початку терапії [25].

Для нормалізації менструальної функції після перенесеного гострого запалення призначають лікарські препарати, дія яких спрямована на попередження розвитку альгодисменореї (спазмолітики, нестероїдні протизапальні засоби). Так, наприклад, застосування НПЗП у дівчаток із середнім ступенем тяжкості синдрому дисменореї продемонструвало позитивний клінічний ефект у хворих в 82 – 88% випадків. Призначення НПЗП (ортофен) по 50мг 2-3 рази на добу за 7-8 днів до передбачуваної менструації і протягом перших 1-3-х днів хворобливої менструації не мало ускладнень і побічних ефектів [26].

Фізіотерапевтичні методи в терапії запальних захворювань органів малого тазу призначають диференційовано, в залежності від стадії процесу, давності захворювання та ефективності попереднього лікування, наявності супутньої екстрагенітальної патології, стану центральної і вегетативної нервової системи та вікових особливостей хворої. Разом з тим рекомендують використання гормональної терапії і контрацепції. На тлі прийому синтетичних комбінованих естроген-гестагенних препаратів (регулон – 30 мкг естрогенного компонента) у дівчаток- підлітків – з найважчими проявами синдрому дисменореї позитивний клінічний ефект відзначався в 96 % випадків. Больовий синдром

купіювався вже після першого та другого курсів прийому даного препарату. Як правило, 2 – й і 3 – й курси лікування були продовжені препаратом «Новинет», який має 20 мкг естрогенного компоненту. Ускладнення і побічні реакції не відзначалися. Виражена клінічна ефективність супроводжувалася поліпшенням показників вмісту гонадотропних і статевих стероїдних гормонів до і після лікування. Відзначалася позитивна динаміка ехографічних параметрів: розміри матки і М-ехо [27].

Тривалість реабілітаційних заходів після перенесеного гострого запалення внутрішніх статевих органів становить зазвичай 2-3 менструальних цикла. Виражений позитивний ефект і зменшення кількості загострень хронічних запальних процесів відзначається після санаторно-курортного лікування.

У зв'язку з вищевикладеним, терапія ЗЗОМТ повинна бути комплексною та якісною. До неї висувуються високі вимоги у зв'язку з ризиком, який представляє даний стан для репродуктивної функції пацієнток. Змішаний характер інфекції та зростаюча частота резистентності збудників до антибіотиків створюють складнощі при виборі антибактеріальної терапії ЗЗОМТ, яка до теперішнього часу залишається емпіричною. Також в комплексну терапію ЗЗОМТ доцільно включати, крім антибактеріальних препаратів, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), препарати, спрямовані на корекцію метаболічних порушень і наслідків ацидозу, відновлення гемодинаміки і активності рецепторного апарату ендометрія, імунотропні засоби, які сприяють стимуляції факторів неспецифічної резистентності і наділені імунокоригуючими властивостями [28].

Все це обумовлює необхідність подальшого вивчення етіології і патогенезу інфекційно-запальних захворювань, розробку нових вискоелективних методів їх профілактики та лікування.

References

1. Tikhomirov A.L. The modern principles of prevention and treatment of inflammatory diseases of the female genital organs in the operational and non-operational gynecology [Text] / A.L. Tikhomirov, S.I. Sarsaniya // Guidelines. - 2005.
2. Cooper M.A. Fix the antibiotics pipeline [Text] / M.A. Cooper, D. Shlaes // Nature – 2011. – Vol.472(7341). – P. 32.
3. Benyuk V.A. Dismenorea [Text] / V.A. Benyuk, I.B. Ventskovskaya // Medical aspects of women's health. - 2008. - №2 (11). – P. 45 - 48.
4. Tuchkina I.A. Some pathogenetic features of the course of puberty in adolescent girls with genitals inflammation on extragenital pathology background [Text] / I.A. Tuchkina, G.M. Tisyachka // Belgorod State University. - 2014. - № 4 (175). - P. 79-82.
5. Rational pharmacotherapy in obstetrics and gynecology // guide for practitioners, edited by V. Kulakov, V.N. Serov - Moscow, "Litterra", 2005. - P.724-727.
6. Handbook of Obstetrics, Gynecology and Perinatology [Text] / edited by G.M. Savelevoj. - M., "MIA", 2006 - P.487-501.
7. Kutateladze M. Bacteriophages as potential new therapeutics to replace or supplement antibiotics [Text] / M. Kutateladze, R. Adamia // Trends in Biotechnology. – 2010. – Vol. 28(12). – P. 591–595.
8. Bush K. Tackling antibiotic resistance [Text] / K. Bush, P. Courvalin, G. Dantas [et al] // Nature Reviews Microbiology. – 2011. – Vol. 9(12). – P. 894–896.
9. Roberts R.R. Hospital and societal costs of antimicrobial-resistant infections in a Chicago teaching hospital: implications for antibiotic stewardship [Text] / R.R. Roberts, B. Hota, L. Ahmad [et al] // Clinical Infectious Diseases. – 2009. – Vol. 49(8). – P. 1175–1184.
10. Watal C. Current status of newer anti-infectives [Text] / C. Watal, J.K. Oberoi, R. Raveendran, K.J.Prasad // Recent Patents on Anti-Infective Drug Discovery. – 2008. – Vol.3(3). – P. 206–224.
11. Fernebro J. Fighting bacterial infections—future treatment options [Text] / J. Fernebro // Drug Resistance Updates. – 2011. – Vol.14(2). – P.125–139.
12. Ness R.B. Effectiveness of treatment strategies of some women with pelvic inflammatory disease: a randomized trial [Text] / R.B. Ness, G. Trautmann, H.E. Richter, H. Randall [et al.] // Obstet Gynecol. – 2005. – Vol. 106(3). – P. 573–80.
13. Maura D. Bacteriophages as twenty-first century antibacterial tools for food and medicine [Text] / D. Maura, L. Debarbieux // Applied Microbiology and Biotechnology. – 2011. – Vol. 90(3). – P. 851–859.
14. Kumarasamy K.K. Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan, and the UK: a molecular, biological, and epidemiological study [Text] / K.K. Kumarasamy, M.A. Toleman, T.R. Walsh [et al] // The Lancet Infectious Diseases. – 2010. – Vol.10(9). – P. 597–602.
15. Nikonov A.P. Diagnosis and antimicrobial chemotherapy of infections of the upper genital tract [Text] / A.P. Nikonov // Gynecology, ekstra edition. - 2005 – P. 5-7.
16. Banikarim C. Pelvic inflammatory disease in adolescents [Text] / C. Banikarim, M.R.Chacko // Semin Pediatr Infect Dis. – 2005. – Vol. 16(3). – P. 175-80.
17. Rice L.B. Federal funding for the study of antimicrobial resistance in nosocomial pathogens: no ESKAPE [Text] / L.B. Rice // Journal of Infectious Diseases. – 2008. – Vol.197(8). – P.1079–1081.
18. Burrington-Brown J. AHIMA e-HIM Personal Health Record Work Group. Defining the personal health record. AHIM releases definition, attributes of consumer health record [Text] / J. Burrington-Brown, L.Fox [et al.] // J AHIMA. – 2005. – Vol. 76(6). – P. 24-5.
19. Munyaradzi M. Critical reflections on the principle of beneficence in biomedicine [Text] / M. Munyaradzi // The Pan African Medical Journal. – 2012. – Vol.11, article 29 [PMC free article]
20. N.V. Lazareva "The role of the implementation of prevention in the areas of strengthening the reproductive health of the female population" / Medical almanac /

Obstetrics and Gynecology / - 2008 - № 4 (5) – pp. 124-125 / [Electron resource] / N.V.Lazareva// access mode http://www.medalmanac.ru/archive/year2008/number_four/obstetrics_gyn/gynaecology/?doc=468

21. Ness R.B., Effectiveness of treatment strategies of some women with pelvic inflammatory disease: a randomized trial [Text] / R.B. Ness, G. Trautmann, H.E. Richter, H. Randall [et al.] // *Obstet Gynecol.* – 2005. – Vol. 106(3). – P. 573-80.

22. Eliseev E.V. The empirical antibiotic therapy of inflammatory diseases of the pelvic organs on the stationary phase [Text] / E.V. Eliseev [et al.] // *Gynecology: Zh. for the Practical. physicians.* - 2013. - Vol. 15. - N 1. – P.12-17.

23. Tkachenko L. Meaning of bacterial vaginosis treatment for the prevention of obstetric complications [Text] / L. Tkachenko, T. Składanowski // *Gynecology: Zh. for the Practical. physicians.* - 2013. - Vol. 15. – N 1. – P.18-25.

24. Dovlethanova E.R. Vaginal dysbiosis and its consequences: a rational approach to treatment [Text] / E.R. Dovlethanova // *Gynecology: Zh. for the Practical. physicians.* - 2013. - Vol. 15. - N 1. – P. 63-65.

25. Tuchkina I.A. Clinico-pathogenetic features of inflammatory diseases of the genitals at puberty [Text] / I.A. Tuchkina, G.M. Tsyachka // *Reproductive Health. Eastern Europe* - 2014. - № 3 (33). - P. 64-69.

26. Benyuk V.A. Timely approach to complex adjustments dysmenorrhea [Text] / V.A. Benyuk, T.R. Nikonyuk, L.D. Lastavetska // *Female Health* - 2008. - №1 (33). – P. 76 - 82.

27. Rapkin A.J. Relationships among self-rated tanner staging hormones and psychosocial factors in healthy female adolescents [Text] / A.J. Rapkin, J.C. Tsao [et al.] // *J Pediatr Adolesc Gynecol.* – 2006. – Vol.19 (3). – P. 181 – 187.

28. Yudina M.A. Optimization of treatment of bacterial vaginosis [Text] / M.A. Yudina, G.O. Grechkanov, R. Chandra D'Mello // *Medical almanac* – 2012. – №5 (24) – P.93-95.

UDC 618.1-002-008.8-009.7-053.81-078-08

THE MODERN VIEW OF THE ETIOLOGY AND TREATMENT OF PELVIC PAIN IN YOUNG WOMEN WITH GENITALS INFLAMMATION

Chernyakova A.M., Kosilova O.Yu, Dobrovol'skaya L. A.

Sensitive issue of modern gynecology can be considered widespread and substantial "rejuvenation" of inflammatory diseases of the pelvic organs in women of reproductive age. Ascending path of infection prevails in the pathogenesis of inflammatory diseases of the internal genital organs. Invasion of microbes in the internal genital organs may occur during the various manipulations, different pelvic operations and in the postpartum period. The degree of colonization of microorganisms of the vagina and cervix plays an important role in the development of the infectious process. In obstetrics and gynecology inflammatory diseases can be caused by pathogenic and non-pathogenic (opportunistic)

microorganisms. Among the pathogens causing the defeat of the female genital organs, most often found *N. gonorrhoea*, *C. trachomatis*, *T. vaginalis*. Opportunistic pathogens, part of the normal flora of the genital tract, in certain circumstances, can become agents of post-partum, post-abortion, post-operative complications and inflammatory diseases of the female genital organs. Among the opportunistic pathogens that are part of the normal microflora of the female genital organs, found hemolytic and non-hemolytic streptococci (the most important are streptococci groups A, B, D), coagulase-negative staphylococci and micrococci (allocated 60% and 35% of healthy women, respectively). They can cause secondary infectious processes of the urinary system, inflammatory diseases of the genital organs of pregnant women and mothers with immunosuppression. These microorganisms are often the agents of inflammatory diseases in the newborn, especially with low weight and malnutrition children. Gram-negative opportunistic bacteria that are isolated from the genital tract, can also be agents of inflammatory processes of various localization. *Escherichia coli* is the most frequently obtained and cause urinary tract infection in pregnant and postpartum women. It is also causative agent of postpartum sepsis and postoperative peritonitis. Among other gram-negative bacteria should be noted genus *Klebsiella*. Therefore, therapy of inflammatory diseases of the pelvic organs high demands due to the risk that represents this state to the reproductive function of patients. The mixed nature of the infection, the increasing rates of resistance of pathogens to antibiotics creates difficulties in selecting antimicrobial therapy, which remains empirical till now. The inclusion of specific bacteriophages and plant antiseptics in therapeutic regimens for local treatment of inflammatory diseases of the vagina associated with an excessive colonization of the vaginal mucosa by aerobic opportunistic bacteria justified and can serve as an alternative to the traditional antibiotic therapy. All this determines the necessity for further studying the etiology and pathogenesis of infectious and inflammatory complications, the development of new highly effective methods of prevention and treatment.

Key words: inflammatory diseases, antimicrobial treatment, hormones, women reproductive system, dysmenorrhea.