

**Йолтуховский Н.М.**

**ПУТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ НЕФРОТОКСИЧНОСТИ ЦИСПЛАТИНА**

**Резюме.** Широкое использование цисплатина, как высокоэффективного цитостатического препарата, часто ограничивается его побочным действием. Одним из осложнений терапии цисплатином является нефротоксичность. Проведенные за последние годы исследования молекулярных механизмов поражения почек цисплатином позволили изучить возможные пути коррекции этого осложнения. В данной статье основные патогенетические аспекты развития нефротоксичности цисплатина и пути ее коррекции потенциальными нефропротекторами. Испытание большинства предложенных средств протекции ограничивается экспериментальными исследованиями, поэтому окончательное решение данного вопроса все еще остается актуальным.

**Ключевые слова:** цисплатин, почки, нефротоксичность, коррекция.

**Yoltukhivskyy M.M.**

**WAYS OF PREVENTION OF CISPLATIN-INDUCED NEPHROTOXICITY**

**Summary.** The widespread use of cisplatin as a highly effective cytostatic drug is often limited by its side effects. One of the complications of cisplatin based chemotherapy is nephrotoxicity. Over the past years studies of the molecular mechanisms of cisplatin-induced kidney damage allowed to research the possible ways of correction of this complication. This review presents the main aspects of the pathogenesis of cisplatin-induced nephrotoxicity and its correction by potential neuroprotectors. The test of the majority proposed means of the protection is limited by experimental studies, so the final resolution of this issue is still relevant in the future.

**Key words:** cisplatin, kidney, nephrotoxicity, correction.

Стаття надійшла до редакції 03.10.2013р.

Йолтухівський М.М. - к.мед.н., асистент кафедри біологічної та загальної хімії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 067 9911341; yoltukhivskyy@i.ua

© Маєвський О.Є.

УДК:618.13-002-07-08-084

**Маєвський О.Є.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

**ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА (ЗЗОМТ).**

**ЕТИОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ, КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ, МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ**

**Резюме.** В нашій статті представлені сучасні дані про запальні захворювання органів малого таза, групу захворювань (самостійних нозологічних форм) верхніх відділів репродуктивного тракту жінок, яка включає в себе ендометрити, сальпінгіти, оофорити, тубо-оваріальні абсцеси і тазові перитоніти. Ці патологічні стани сприяють виникненню небезпечних ускладнень, у тому числі безпліддя. Саме тому вивчення цієї патології є надзвичайно актуальним у сучасній медицині.

**Ключові слова:** запальні захворювання органів малого таза, генітальний тракт, інфікування матки, вагінальна мікрофлора.

Запальні захворювання органів малого таза вражають жінок у всьому світі в епідемічних розмірах. В 60% випадків причиною ЗЗОМТ є статеві інфекції [Серов, 2003]. За даними ВООЗ (червень 2000 р.), в 65 - 70% всіх випадків були відмічені хламідіоз і гонорея (N. gonorrhoeae 40 - 50%, C. trachomatis 30%). Анаеробна флора бактеріального вагіноза і інші грампозитивні та грамнегативні анаеробні та аеробні бактерії - до 15%, грамнегативні бактерії (E. coli та ін.) - до 10-15%, мікоплазми та уреоплазма - 12-20%, Actinomyces israelii - досить часто при використанні внутрішньоматкових спіралей, trichomonas vaginalis частота виявлення значно варіює, герпес та аденовірусні інфекції - до 10%.

Мета дослідження на основі літературних даних виявити основні етіологічні фактори, сучасні діагностичні критерії, методи лікування та профілактики запальних захворювань органів малого таза (ЗЗОМТ).

За статистикою ВООЗ 40% жінок з нелікованою гонореєю або хламідійною інфекцією хворіють на за-

пальні захворювання таза, а у кожній четвертій з них виникає безпліддя. Приблизно 70 % жінок із діагнозом запальних захворювань органів малого таза - віком біля 25 років чи молодше. Більшість досліджень свідчать, що сексуально активні дівчата-підлітки мають найбільшу частоту цих захворювань [Snuth, 2002]. Запальні захворювання органів малого таза спричиняють виникненню суттєвих медичних наслідків. Короточасні симптоми включають гострий біль у тазових органах, трубно-яєчникові абсцеси, рубцювання та спайки маткових труб [Корхов, 2005], довготривалі наслідки - підвищений ризик безплідності, ектопічну вагітність, хронічний біль у тазових органах і рецидиви захворювання. Фактично запальні захворювання органів малого таза, які вважають головною причиною безплідності в усьому світі, можуть бути основною причиною зростання кількості випадків ектопічної вагітності.

Третина жінок, госпіталізованих через гострі за-

пальні захворювання органів малого таза, потребують операційного втручання з приводу захворювання, часто через трубно-яєчникові абсцеси [Корхов, 2005]. Решта жінок з діагнозом ЗЗОМТ звертаються до приватних лікарів (понад 400 000 осіб щорічно), до установ системи громадського здоров'я, відділення невідкладної медичної допомоги (приблизно 140 000 осіб щорічно) [Серов, 2003]. Однак показники госпіталізації через запальні захворювання органів малого таза знижуються.

Проте, запальні захворювання органів малого таза можуть бути навіть більш поширеними, ніж це виявлено в дослідженнях жінок, які звертаються по медичну допомогу. Передусім ЗЗОМТ - це не той стан, що підлягає реєстрації, і його виявлення ґрунтується на пасивному спостереженні та згадуванні. Попередні епізоди цих захворювань неможливо послідовно пригадати. Крім того, невиявлені або латентні запальні захворювання органів малого таза становлять половину і навіть більше усіх випадків захворювань.

*Етіологія.* Запальні захворювання органів малого таза виникають унаслідок поширення інфекції з нижніх відділів генітального тракту до верхніх, що спричиняє запалення та інфікування матки, труб і яєчників. Численні дослідження довели, що багато різноманітних мікроорганізмів виявлено у верхніх відділах генітального тракту жінок з гострими запальними захворюваннями органів малого таза [Sahm, 2007]. Здебільшого ці захворювання є результатом поширення інфекції *Chlamydia trachomatis* і *Neisseria gonorrhoeae*, яка не лікувалася, з нижніх відділів генітального тракту: однак виявлено анаеробні та факультативно анаеробні бактерії одночасно, включаючи *Prevotella sp.*, *Prevotella bivia*, *Prevotella disiens*, *Peptostreptococci sp.*, *Gardnerella vaginalis*, *Eschereschia coli*, *Haemophilus influenzae*, і аеробні стрептококи та мікоплазми (*M. hominis* і *U. urealyticum*). Куріння визначають як чинник ризику зараження *N. gonorrhoeae* і *C. trachomatis*. У кількох дослідженнях повідомлено про позитивний зв'язок між постійним курінням і запальними захворюваннями органів малого таза [Абрамченко, 2003]. Дані дослідження жіночого здоров'я засвідчили вдвічі більший ризик запальних захворювань органів малого таза як серед жінок, які мають шкідливі звички, зокрема паління цигарок (відношення шансів 1,7; 95% довірчий інтервал 1,1 - 2,5), так і серед колишніх курців (відношення шансів 2,3; 95% довірчий інтервал 1,3 - 4,2) [Абрамченко, 2003].

Rice і Schachter зазначали, що більшість доведених випадків запальних захворювань органів малого таза (тобто підтверджених лапароскопією чи внутрішньоматковою біопсією) пов'язані з *N. gonorrhoeae* або *C. trachomatis* [Бондарев, 2005]. Однак, за деякими повідомленнями, у 30 % жінок виявляли лише анаеробні і/або факультативно анаеробні бактерії [Бондарев, 2005]. Отже, хоча *N. gonorrhoeae* і *C. trachomatis* є найпоширенішими мікроорганізмами, пов'язаними із ЗЗОМТ, анаеробні та факультативно анаеробні бактерії вагіналь-

ної флори також можуть відігравати важливу роль. Фактично висівання анаеробних і факультативно анаеробних бактерій з верхніх відділів генітального тракту в комбінації з інфекцією *N. gonorrhoeae* чи *C. trachomatis* відбувалося у двох третинах випадків госпіталізації пацієнток через запальні захворювання органів малого таза. Дослідження показали, що висхідне обсеменіння *N. gonorrhoeae* і *C. trachomatis* верхніх відділів генітального тракту завершується запаленням, що дає змогу звичайно непатогенним анаеробним і аеробним бактеріям далі інфікувати верхні відділи генітального тракту [Бондарев, 2005]. З іншого боку, порушення нормальної вагінальної флори, яке спостерігається при неспецифічному вагініті, може полегшувати висхідне обсеменіння *N. gonorrhoeae* і *C. trachomatis* верхніх відділів генітального тракту.

Роль неспецифічного вагініту, не пов'язаного із зараженням збудниками гонореї чи хламідіями, у спричиненні запальних захворювань органів малого таза є основною сферою дискусій. Ті самі бактерії, виявлені у верхніх відділах генітального тракту жінок із ЗЗОМТ, пов'язані з бактеріальним вагінозом, найпоширенішою інфекційною причиною неспецифічного вагініту [Snuth, 2002]. Отримано докази того, що бактеріальний вагіноз, виявлений клінічно за наявності бактерій, які спричинили вагіноз, у верхніх відділах генітального тракту, пов'язаний із сальпінгітом і ендометритом незалежно від наявності інфекції *N. gonorrhoeae* чи *C. trachomatis* [Snuth, 2002]. Бактеріальний вагіноз характеризується збільшенням кількості вагінальних бактерій в 10 000 разів і порушенням рівноваги нормальної вагінальної мікрофлори таким чином, що звичайно домінуючі штами лактобактерій, які виробляють перекис водню, зменшуються за кількістю, а кількість анаеробних і факультативно анаеробних мікроорганізмів зростає. Вироблення молочної кислоти лактобактеріями тривалий час вважали основою захисної ролі цих організмів від вагінальної інфекції та надмірного розвитку анаеробів [Кейт, 2002]. Штами лактобактерій, які виробляють перекис водню, можуть зупинити розвиток генітальних мікроорганізмів. Лактобактерії, що виробляють перекис водню, показали *in vitro*, що вони знищують бактерії, включаючи *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella bivia* та *N. gonorrhoeae* [Кейт, 2002]. Також стало відомо що актобактерії, а особливо ті, що виробляють перекис водню, захищають від розвитку бактеріального вагінозу. Відомий і зв'язок бактеріального вагінозу із запальними захворюваннями органів малого таза, доказуючи тим самим, що домінування лактобактерій, які не виробляють молочної кислоти, або взагалі відсутність їх у піхві, може бути предиктором розвитку в жінки бактеріального вагінозу, а можливо, і запальних захворювань органів малого таза [Кейт, 2002]. З іншого боку дослідження з використанням лапароскопії, що передбачало аналіз мікробних ізолятів з верхніх відділів генітального тракту, виявили, що пов'язані з бактеріальним вагінозом мікроорганізми знаходять лише одночас-

но з *N.gonorrhoeae* і *C.trachomatis* [Серов, 1997]. Отже, невідомо, чи можуть мікроорганізми, відповідальні за бактеріальний вагіноз, спричинювати ЗЗОМТ за відсутності захворювань, що передаються статевим шляхом.

До 40% захворювань нижніх відділів генітального тракту за відсутності лікування можуть розвинути у запальні захворювання органів малого таза, але неясно, чому в деяких жінок інфекція з нижніх відділів генітального тракту поширюється до верхніх, а в інших - ні [Стрижаков, 2006]. Роль шийки матки, яка створює функціональний бар'єр у запобіганні поширенню мікроорганізмів, вважають менш відчутною протягом овуляції і менструації, коли відсутня слизова пробка, і в періоди інфекції, коли є запалення ендоцервікального каналу [Snuth, 2002]. Поширення інфекцій з нижніх відділів генітального тракту також може прискорюватися протягом менструації через ретроградний відтік менструальної крові [Snuth, 2002]. Дослідження показали, що ознаки запальних захворювань органів малого таза, спричинених *N.gonorrhoeae* і *C.trachomatis*, найімовірніше, починаються у період менструації або одразу після неї [Гуртовой, 1999]. Площа відповідного епітелію також може впливати на швидкість поширення висхідної інфекції. Гонококи та хламідії проникають у верхні відділи генітального тракту, де розташований стовпчастий епітелій. Такий епітелій виявлено не в піхві, а лише в ділянці, що оточує цервікальний отвір. Дівчата-підлітки взагалі мають велику зону стовпчастого епітелію навколо шийки матки, це називається цервікальною ектопією. Велика зона цервікальної ектопії в дівчат-підлітків може ставити їх перед більшим ризиком поширення вагінальних інфекцій і може пояснювати підвищені показники запальних захворювань органів малого таза серед них порівняно зі старшими жінками. Крім того, передбачувані чинники ризику цих захворювань, включаючи контрацептивні методи й вагітність, через підвищення рівнів естрогенів крові, можуть сприяти поширенню інфекцій, збільшуючи зону цервікальної ектопії або змінюючи нормальне мікросередовище піхви.

Інфекція у верхніх відділах генітального тракту спричиняє запалення й наступне ушкодження тканини. Найкраще описана модель генітальної інфекції *C.trachomatis* у приматів, за якою одноразове зараження *C.trachomatis* не є патогенним. Однак повторні зараження інфекцією *C.trachomatis* викликають хронічну запальну реакцію. Трубно-війки, що відповідають за повільне переміщення яйцеклітини вниз матковою трубою до матки до і після запліднення, зникають, а зона в маткових трубах і навколо них наповнюється запальним ексудатом [Стрижаков, 2006]. Як наслідок, можливе порушення функціонування маткових труб і/або ушкодження труб, що проявляється в трубній безплідності, ектопічній вагітності або хронічному болю в тазових органах. Принаймні деякі з повторних запальних захворювань органів малого таза, виявлених серед жінок із патологією, можуть також бути результатом аутоімунного процесу через

взаємні антигенні властивості протеїнів теплового шоку хламідій і протеїнів теплового шоку людини молекулярною масою 60 кілодальтон (kDa).

**Клініка.** Не існує специфічних симптомів ЗЗОМТ, в багатьох випадках вони мало виражені або відсутні. Основними клінічними ознаками є скарги на біль у животі та клінічні ознаки: зміщення шийки матки, біль унизу живота і болючість придатків [Серов, 2003], метрорагія, дисменорея, слизові та слизово-гнійні виділення, дизуричний синдром з частим сечовиділенням і різями. Додаткові критерії підвищують специфічність діагнозу ЗЗОМТ. Ці критерії включають лихоманку, підвищений рівень С-реактивного протеїну, підвищену швидкість осідання еритроцитів, лабораторне підтвердження ураження шийки матки *N.gonorrhoeae* або *C.trachomatis* і/або надмірні цервікальні чи вагінальні виділення. Мінімальні критерії CDC (болі у животі плюс болючість при пальпації живота, шийки матки, придатків) корелюють з лапароскопічно доведеним сальпінгітом лише у від половини до двох третин випадків [Серов, 2003]. Наявність додаткових лабораторних маркерів значно підвищує точність діагнозу. Наприклад, лейкоцити у вагінальних і цервікальних виділеннях (лейкорейя або цервікальний слиз із гноем) вважаються досить специфічними щодо запальних захворювань органів малого таза і відносно чутливими. Жінки без таких ознак, навіть якщо вони відчувають біль у ділянці органів малого таза, напевно не матимуть запальні захворювання цих органів [Стрижаков, 2006].

**Діагностика.** Лапароскопічно підтверджені ознаки еритемі і/або набряку маткових труб, потовщення бахромок маткових труб або наявність трубно-яєчникового абсцесу вважають золотим стандартом у діагностуванні запальних захворювань органів малого таза [Краснопольский, 2004]. Однак, оскільки лапароскопія є процедура інвазивна і не завжди застосовується у жінок із підозрою на ЗЗОМТ, численні випадки цих захворювань встановлюються через клінічні ознаки і симптоми.

Дорожчими, але все-таки відносно нетравматичними методами, що зазвичай використовуються для діагностики запальних захворювань органів малого таза, є ультразвукове обстеження і внутрішньоматкова біопсія. Ультразвукове дослідження тазових органів виявляє розширення яєчників і маткових труб. Однак цей метод не є чутливим і специфічним, він корисний у виявленні трубно-яєчникових абсцесів [Краснопольский, 2004]. Кращий лабораторний маркер запальних захворювань органів малого таза - ендометрит, виявлений при біопсії ендометрію. Виявлення запального інфільтрату в ендометрії загалом є предиктором лапароскопічно діагностованого сальпінгіту з чутливістю 70 - 93% і специфічністю 67 - 89% [Краснопольский, 2004]. Але одне з досліджень засвідчило значно нижчу чутливість внутрішньоматкової біопсії (39%). Існує одна проблема у використанні внутрішньоматкової біопсії як діагностичного інструменту, а саме недостат-

ня узгодженість думки різних патологів щодо діагнозу ендометриту. Однак схема, відповідно до якої ЗЗОМТ діагностують на основі виявлення будь-якої кількості плазмоцитів або п'яти чи більше нейтрофілів, підвищує рівень узгодженості діагнозів. Інша проблема в діагностиці запальних захворювань органів малого таза на основі ендометриту полягає в тому, що період отримання результатів аналізу зазвичай триває щонайменше 24 години. Така затримка породжує дві проблеми. По-перше, чим довший період між початком прояву ознак і лікуванням запальних захворювань органів малого таза, тим вищий ризик безплідності [Абрамченко, 2003]. По-друге, деяких пацієнток неможливо розшукати, а інші не повертаються для лікування після того, як дізнаються про позитивні результати внутрішньоматкової біопсії. Тому, хоча внутрішньоматкова біопсія є важливим інструментом дослідження, більш реалістична клінічна стратегія полягає в тому, щоб лікувати всіх осіб, у яких клінічно підозрюється захворювання, розуміючи, що деякі з них не мають запальних захворювань органів малого таза.

*Лікування.* Мета лікування запальних захворювань органів малого таза полягає в тому, щоб зменшити наслідки захворювань генітального тракту. Незважаючи на розробку й поширення методичних рекомендацій, не досягнуто чіткої згоди щодо оптимального підходу до лікування ЗЗОМТ. Сучасні рекомендації цього центру пропонують госпіталізувати жінок, в яких гостра хвороба, ймовірно, більш серйозна або в яких неможливо виключити гостру хірургічну патологію, наприклад апендицит чи трубнояєчниковий абсцес [Краснопольський, 2004]. Амбулаторне лікування пропонують жінкам із легкою чи помірною симптоматикою, до того ж за умови впевненості, що пацієнтки дотримуватимуться режиму лікування антибіотиками [Башмакова, 1996]. Ці широкого змісту методичні рекомендації засновані радше на консенсусі, аніж на результатах клінічних досліджень, крім того, вони неоднаково інтерпретуються, як це демонструють дуже суперечливі показники госпіталізації з приводу запальних захворювань органів малого таза в різних регіонах і різних медичних установах [Корхов, 2005].

Інша проблема, пов'язана з методичними рекомендаціями, полягає в тому, що немає жодного встановленого точного тесту, який би визначав розвиток репродуктивних ускладнень у жінок із запальними захворюваннями органів малого таза. Хоча вираженість запалення за даними безпосереднього огляду тазових органів при лапароскопії є предиктором розвитку безплідності, лапароскопічні результати безпосередньо не корелюють із клінічною картиною. Запальні захворювання органів малого таза, пов'язані з інфекцією *S.trachomatis*, мають менш яскраву клінічну картину, аніж запальні захворювання, пов'язані з гонококовою інфекцією. Однак інфікування *S.trachomatis* (як не парадоксально) має своїм наслідком більш високі показники безплідності [Бондарев, 2005]. Тому рекомендація щодо госпіталізації жінок із більш серйозними симптомами

хвороби не може фактично зменшити тягар порушення репродуктивних функцій, що впливає із запальних захворювань органів малого таза. Оскільки розвиток наслідків непередбачуваний, деякі спеціалісти пропонують госпіталізувати всіх жінок, які бажають обстежити свій потенційний стан плідності [Венцела, 2000]. В одному рандомізованому дослідженні (усе ще триває) уперше порівнювалася ефективність амбулаторної протимікробної терапії та стаціонарної терапії хворих [Венцела, 2000].

Незалежно від того, проводиться лікування в стаціонарній установі чи амбулаторно, протимікробна терапія при запаленні органів малого таза потребує комбінації лікарських препаратів, які діють на *N.gonorrhoeae*, *S.trachomatis* і на потенційно вагінальні анаероби й факультативні аероби. Такі лікувальні курси включають, наприклад, один із цефалоспоринів (*cephalosporin*) плюс доксициклін (*doxycycline*) або кліндамицин (*clindamycin*) плюс гентаміцин (*gentamycin*) - для стаціонарних хворих і офлоксацин (*ofloxacin*) плюс метронідазол (*metronidazole*) або один із цефалоспоринів плюс доксициклін - для амбулаторних хворих [Башмакова, 1996]. Питання про те, якою мірою оптимальне лікування має включати препарати, що впливають на анаероби, залишається суперечливим. Лікування сексуальних партнерів - необхідний елемент сучасної медичної допомоги. Воно є важливим, оскільки повторне зараження є звичайним явищем, якщо не лікуються сексуальні партнери, які не мають маніфестних симптомів.

Завершальний важливий момент стосовно лікування запальних захворювань органів малого таза - його своєчасність. Safrin із колегами показали, що зволікання з лікуванням симптомів ЗЗОМТ підвищує ризик наступної безплідності. Жінки, які не зверталися до лікаря більше трьох днів після початку симптоматики, наражалися на втричі більший ризик стати безплідними через запальні захворювання органів малого таза (порівняно з жінками, симптоми яких піддавалися негайному лікуванню) [Корхов, 2005]. Це може відображати додаткову запальну реакцію, пов'язану з нелікованою, обмеженою в просторі інфекцією тазових органів.

*Профілактика.* Згідно думки багатьох авторів [Гуртовой, 1999; Серов, 2003; Бондарев, 2005], важливо розвивати ефективні програми первинної, вторинної та третинної профілактики. Первинна профілактика полягає передусім у зменшенні ризику зараження хворобами, що передаються статевим шляхом, вторинна профілактика - у запобіганні цервіциту через поширення інфекції до верхніх відділів генітального тракту, що закінчується запальними захворюваннями органів малого таза. Підхід до первинної профілактики - утримання від випадкових статевих зв'язків або використання бар'єрних методів контрацепції. Підхід до вторинної профілактики полягає в тому, щоб удосконалити процес виявлення безсимптомних інфекцій і гарантувати швидке лікування симптоматичних інфекцій нижніх

відділів генітального тракту. Своєчасне лікування запальних захворювань органів малого таза вважають третинною профілактикою, безумовно ефективною щодо зменшення частоти запальних захворювань органів малого таза.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Одним із провідних симптомів ЗЗОМТ є больовий синдром - періодичні болі внизу живота, часто з іррадіацією в поперековий та куприковий відділи хребта, метрорагія, дисменорея, слизові та слизово-гнійні виділення, дизурічний синдром з частим сечовиділенням і різями. Може також спостерігатися загальна симптоматика - підвищення температури тіла, слабкість, загальна втома, психоемоційні розлади.

2. При невчасному звертанні за медичною допомогою можливе виникнення гнійних ускладнень (тубо-

варіальних абсцесів, пельвіоперитоніту).

3. Помилки в діагностиці запальних захворювань органів малого таза і випадки, що не лікувались спричиняють недооцінку масштабів цієї патології. Лікуванні ЗЗОМТ повинно проводитись двома антибіотиками широкого спектру дії на патогенних збудників, однак не може повністю усунути пошкодження репродуктивних органів жінки.

4. Крім того, якщо не проводиться своєчасне лікування, зазначені захворювання призводять до безплідності через непрохідність маткових труб, ектопічної вагітності, хронічного болю та рецидивуючих запальних захворювань органів малого таза.

Перспективи полягають в розробці алгоритмів ранньої діагностики та сучасних методів лікування даної патології, що сприятиме покращенню якості медичної допомоги і зменшенню частоти виникнення ускладнень ЗЗОМТ.

### Список літератури

- Абрамченко В.В. Гнойно-септическая инфекция в акушерско-гинекологической практике /Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Перфильева Г.Н. - СПб, 2003. - 137 с.
- Башмакова М.А. Антибиотики в акушерстве и перинатологии /М.А. - Башмакова, В.В.Корхов. - М., 1996. - 210 с.
- Бондарев Н.Э. Оптимизация диагностики и лечения смешанных сексуально-трансмиссионных заболеваний в гинекологической практике: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук / Бондарев Н.Э. - СПб, 2005. - 20 с.
- Венцела Р.П. Внутрибольничные инфекции /Венцела Р.П. - М., 2000. - 656 с.
- Гуртовой Б.Л. Гнойно-септические заболевания в акушерстве /Б.Л.Гуртовой, В.Н.Серов, А.Д.Макацария. - М., 1999. - 256 с.
- Кейт Л.Г. Репродуктивное здоровье. Т. 2. Редкие инфекции /Кейт Л.Г., Бергер Г.С., Эдельман Д.А. - М., 2002. - 416 с.
- Корхов В.В. Современные подходы к лечению воспалительных заболеваний вульвы и влагалища /В.В.Корхов, М.М.Сафронова. - М., 2005. - С. 7-8.
- Краснопольский В.И. Хирургическое лечение воспалительных заболеваний придатков матки /В.И.Краснопольский, В.И.Кулаков. - М., 2004. - 234 с.
- Серов В.Н. Акушерский перитонит: диагностика, клиника, лечение /Серов В.Н., Жаров Е.В., Макацария А.Д. - М., 1997. - 250 с.
- Серов В.Н. Практическое акушерство: руководство для врачей /Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. - М., 2003. - 512 с.
- Стрижаков А.Н. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки /А.Н.Стрижаков, Н.М.Подзолкова. - М., 2006. - 245 с.
- Bacterial flora of the vagina during the menstrual cycle /C.B.Snuth, V.Noble, R.Bensch [et al.] //Ann. Intern. Med. - 2002. - P. 48-51.
- Sahm D.E. The role of automation and molecular technology in antimicrobial susceptibility testing /D.E.Sahm //Clin. Microb. And Inf. - 2007. - Vol.3, №2. - P. 37-56.

### Маевский А.Е.

#### ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ). ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ, МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

**Резюме.** В нашей статье представлены современные данные о воспалительные заболевания органов малого таза, группу заболеваний (самостоятельных нозологических форм) верхних отделов репродуктивного тракта женщин, которая включает в себя эндометриты, сальпингит, оофориты, тубо-овариальные абсцессы и тазовые перитониты. Эти патологические состояния способствуют возникновению опасных осложнений, в том числе бесплодия. Именно поэтому изучение этой патологии является чрезвычайно актуальным в современной медицине.

**Ключевые слова:** воспалительные заболевания органов малого таза, генитальный тракт, инфицирование матки, вагинальная микрофлора.

### Maievskiy A.E.

#### INFLAMMATORY DISEASES OF THE PELVIC ORGANS. ETIOLOGICAL FACTORS, DIAGNOSTIC CRITERIA, TREATMENT AND PREVENTION METHODS

**Summary.** The modern data on inflammatory pelvic disease, group of diseases (independent nosological forms) upper parts of the reproductive tract of women, which includes endometritis, salpingitis, oophoritis, tubo-ovarian abscess and pelvic peritonitis are given in this article. These pathological conditions conducive to the emergence of dangerous complications, including infertility. That is why the study of this disease is extremely important in modern medicine.

**Key words:** inflammatory diseases of the pelvis organs, genitally tract, infection of the uterus, vaginal microflora.

Стаття надійшла до редакції 13.10.2013р.

Маєвський Олександр Євгенович - д.м.н., доц. кафедри гістології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 35-35-50