

Александр ТИХОМИРОВ:

«Нужно начинать лечение как можно раньше, чтобы потом не «догонять» тяжелую восходящую инфекцию»

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) лидируют в структуре гинекологической заболеваемости, более того, их распространенность продолжает расти¹.

Насколько опасны эти заболевания, кто находится в группе риска и каковы современные подходы к профилактике и лечению ВЗОМТ, мы попросили рассказать Александра ТИХОМИРОВА, д.м.н., профессора кафедры «Акушерство и гинекология» МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

? Александр Леонидович, на этапе планирования беременности женщинам в обязательном порядке проводится прегравидарная подготовка. А какое место в ней занимают профилактика и лечение ВЗОМТ?

– Как отметил академик РАН Владимир Николаевич Серов, каждой современной женщине, планирующей беременность, необходимо пройти так называемую деконтаминацию, чтобы предотвратить развитие воспалительных заболеваний. Следует отметить, что в России доля женщин с воспалительными заболеваниями именно органов малого таза составляет 60–65% от амбулаторных гинекологических больных и может достигать 30% от находящихся на стационарном лечении.

? Кто находится в группе риска? Какие факторы прежде всего приводят к развитию заболевания?

– Наиболее подвержены риску ВЗОМТ сексуально активные женщины, находящиеся в самом расцвете детородного возраста (до 25 лет). За последние годы, по данным ВОЗ, число женщин в возрасте 22–24 лет с данным диагнозом увеличилось в 1,5–2 раза. Среди факторов, ассоциированных с развитием



Александр ТИХОМИРОВ

ВЗОМТ, – раннее начало сексуально активной жизни, наличие нескольких половых партнеров, недавно появившийся половой партнер, а также инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), у партнера в анамнезе.

? Какое влияние ВЗОМТ оказывают на способность женщины к зачатию? В какой степени снижают вероятность своевременного рождения здорового ребенка?

– В случае ВЗОМТ снижается вероятность того, что женщина вообще

сможет забеременеть и выносить ребенка. Это может быть связано с поражением маточных труб и слизистой оболочки матки, развитием спаечного процесса. Как следствие, не происходит миграция оплодотворенной яйцеклетки.

После перенесенного заболевания ВЗОМТ в 6 раз повышается риск внематочной беременности и в 14 раз – представьте! – увеличивается риск развития бесплодия. Так, вероятность бесплодия увеличивается при повторных случаях, рецидивах ВЗОМТ. Если брать мировую статистику, то бесплодие развивается у женщин в 8% случаев после первого эпизода ВЗОМТ, а каждый последующий рецидив удваивает или даже утраивает этот риск. Так, второй эпизод увеличивает риск бесплодия до 20%, а третий – до 40%.

Другой аспект данной проблемы касается состояния здоровья детей, рожденных от матерей, страдающих ВЗОМТ. Зачастую ВЗОМТ инициируются ассоциацией инфекций. Во многих случаях причиной заболевания становятся инфекции, передаваемые половым путем, в частности, *Chlamydia trachomatis*. Последствия для ребенка в этом случае могут быть очень серьезными и даже фатальными. Так, например, наличие у женщины хламидиоза на протяжении беременности повышает риск внутриутробной гибели плода. В случае рождения живого ребенка не исключена пневмония, которая очень быстро может привести к его смерти. Среди других последствий – конъюнктивиты и ряд хронических респираторных заболеваний, поражающих дыхательные пути новорожденных.

¹ Путинцева О.Г., Верекина Е.В. Воспалительные заболевания органов малого таза. Учебное пособие, Благовещенск, 2017; Медицинский форум. Рецидивирующие воспалительные заболевания органов малого таза: причины, следствия и последствия. Эффективная фармакотерапия, 25/2015.

? *Не могли бы Вы подробнее рассказать о возбудителях, которые приводят к развитию ВЗОМТ?*

– Теоретически их можно разделить на 4 группы. Во-первых, это возбудители инфекций, передаваемых половым путем: *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, микоплазма генитальная. Вторая группа включает представителей эндогенной микрофлоры – *Mycoplasma hominis*, уреоплазмы, которые в небольшом количестве могут присутствовать в половых путях здоровой женщины. В норме их присутствие ничтожно, но возможна колонизация. В следующую группу входят анаэробные бактерии – бактероиды, пептострептококки, *Prevotella*, *Gardnerella vaginalis*. И наконец, ВЗОМТ способны вызвать так называемые факультативные аэробные бактерии (попадающие из кишечника и других отделов организма) – *E. coli*, гемофилюсы, стрептококки, стафилококки. Однако еще раз подчеркну: в большинстве наблюдений ВЗОМТ ассоциированы более чем с одним возбудителем, то есть речь идет о полимикробном состоянии.

? *Как себя проявляют эти заболевания? На что жалуются пациенты?*

– При остром ВЗОМТ характерные жалобы – это боль в нижней части живота (билатеральная) и боль, возникающая при половых контактах. Также возможно появление межменструальной кровоточивости, посткоитальных выделений из влагалища. Может добавляться и более специфическая клиническая картина – патологические выделения из шейки матки, которые врач увидит при осмотре. Кроме этого, о наличии ВЗОМТ может свидетельствовать температура выше 38 °С, лейкоцитоз и повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ). Согласно международному подходу, критерии ВЗОМТ подразделяются на 3 группы. В первую

из них входят первичные симптомы, с появления которых следует начинать лечение: болезненность при наружной пальпации в нижних отделах живота, болезненность в области придатков при гинекологическом исследовании и болезненность при смещении шейки матки. В этих случаях врач уже может заподозрить ВЗОМТ. Дополнительно потребуется измерить температуру тела, определить уровень лейкоцитов, СОЭ. Следует обратить внимание и на наличие патологических выделений из влагалища или шейки матки и взять мазки для лабораторного подтверждения вагинальной и цервикальной инфекции. На фоне воспалительного процесса в маточной трубе может развиваться гидросальпинкс – мешотчатое расширение, заполненное трансудатом. Скопление жидкости в маточной трубе выявляют с помощью УЗИ.

? *Насколько в целом сложна диагностика ВЗОМТ и к каким последствиям может привести поздно начатое лечение?*

– Конечно, проблемы диагностики ВЗОМТ существуют. Вызывающие эти заболевания патогенные микроорганизмы примерно в 30% случаев не удается выделить ни из канала шейки матки, ни из влагалища, поскольку они уже проникли в верхние отделы половых путей. Как результат, субклиническое течение ВЗОМТ отмечается у 60% пациенток, то есть у них отсутствуют яркие клинические проявления заболевания. И такая бессимптомная нелеченая инфекция и приводит к поражению верхних отделов генитального тракта, к развитию ВЗОМТ и, как следствие, к фиброзу, образованию рубцов, нарушению проходимости маточных труб. А в результате возникают серьезные нарушения репродуктивной функции, такие как бесплодие, внематочная беременность (риск повышается в 7–10 раз), а также синдром хронической

тазовой боли, который не дает возможности вести нормальную половую жизнь. При тяжелом течении могут возникать овариальные абсцессы: в яичнике образуется гнойник, который может занимать полностью придатки матки, формируя tuboовариальное образование. Иногда такой гнойник приходится удалять, причем вместе с частью репродуктивной системы.

Также известно, что, например, при хламидийной инфекции может развиваться перигепатит – синдром Фитца – Хью – Куртиса. Наиболее тяжелое течение заболевания, вплоть до потери репродуктивной функции, наблюдается, когда к ИППП присоединяется колонизирующая эндогенная флора (анаэробная из влагалища, аэробная из кишечника), что приводит еще и к полимикробному синергизму. Предрасполагающими факторами являются, как уже говорилось, сексуальное поведение женщины, а также некоторые лечебные воздействия, такие как прерывание беременности, введение внутриматочного контрацептива в течение предшествующих 6 недель, проведение гистеросальпингографии (исследование проходимости маточных труб) и даже процедура переноса эмбриона при проведении ЭКО. Все это может способствовать попаданию патогенных микроорганизмов из нижнего отдела половой системы (влагалища, канала шейки матки) в верхний отдел, в полость матки, в маточные трубы и в брюшную полость.

? *Насколько важна ранняя терапия? Каковы основные подходы к лечению ВЗОМТ?*

– Конечно, следует как можно быстрее начинать лечение. Как и ранняя диагностика, своевременная терапия имеет огромное значение для профилактики бесплодия. Лечение ВЗОМТ должно быть комплексным, что позволит заметно улучшить его прогноз. Основное место в нем традиционно занимают антимикробные препараты, которые бактерицидно действуют

на гонококки, хламидии, анаэробные бактерии, на грамотрицательную аэробную, условно-патогенную микрофлору, а также на стрептококки и на стафилококки. Длительность лечения, как правило, составляет 14 дней. Дополнительно назначается иммуномодулирующая терапия для предупреждения рецидивов и повышения эффективности лечения.

При нетяжелых формах ВЗОМТ (когда нет гнойных образований) возможно амбулаторное лечение. Через 2–3 суток после его начала женщина должна пройти повторное обследование. Если динамика будет положительной, курс лечения составит не менее 14 суток. В ином случае пациентку следует госпитализировать, это мировая практика.

? Насколько, по Вашему мнению, значительна роль иммуномодулирующей терапии при ВЗОМТ?

– Это дополнительный вид лечения, который применяется при нетяжелом и тяжелом течении ВЗОМТ. Современные иммуномодулирующие, я бы даже сказал, иммуностимулирующие препараты демонстрируют дополнительный противовоспалительный эффект, а также потенцируют действие антибактериальных препаратов. Они обладают антипролиферативными свойствами, чем препятствуют развитию непроходимости маточных труб, а также регенерирующим действием, благодаря которому происходит восстановление слизистой полости матки. Применение иммуномодуляторов также усиливает биологическую активность эндогенных интерферонов и увеличивает терапевтический эффект. Считается, что современные сертифицированные иммуномодулирующие препараты не менее чем на 20% повышают эффективность стандартной терапии ВЗОМТ, основанной на применении антибиотиков, и снижают количество рецидивов. Это подтверждено исследованиями.

? Одним из иммуномодуляторов, доказавших свою эффективность, является аминодигидрофталазиндион натрия, или Галавит. Какими свойствами этого препарата объясняется его эффективность в лечении данной патологии?

– Он демонстрирует выраженный иммуномодулирующий эффект, который особенно важен для молодых женщин с диагностированными ВЗОМТ. Этот препарат назначают для повышения эффективности антибактериальной терапии и достижения эрадикации возбудителей. Вообще, когда мы говорим о применении иммуномодуляторов в гинекологии, то речь, как правило, идет об их использовании при воспалительных процессах (бактериальный вагиноз, трихомоноз, уретрит, цервицит, вульвовагинит, бартолинит, хламидийная и микоплазменная инфекция, аднексит, оофорит), а также вирусных и грибковых генитальных инфекциях. В ряде исследований с применением Галавита в комплексной терапии ВЗОМТ, особенно при эндометрите, была показана способность препарата улучшать структурно-функциональное состояние эндометрия, что важно для последующего наступления беременности.

? Позволяет ли назначение этого иммуномодулятора снизить курсовые дозы антибиотиков?

– Правильнее сказать, что применение иммуномодулятора может повысить восприимчивость организма к антибактериальным средствам и ограничить их применение одним курсом 10–14 дней, снижает потребность в дополнительных курсах антибиотиков. Это обусловлено активацией выработки антигенпрезентирующих клеток и натуральных киллеров, активацией фагоцитоза, которые усиливают борьбу с антигенами. Но сокращать установленный курс (10–14 дней) или дозировку антибиотиков нельзя. Это приведет к антибиотикорезистентности.

? Какова длительность лечения ВЗОМТ при прегравидарной подготовке? Через какое время после окончания лечения можно начинать планировать беременность?

Если это был нетяжелый случай ВЗОМТ, то спустя 1–2 менструальных цикла уже можно думать о беременности. Если же течение заболевания среднетяжелое или тяжелое, то таким женщинам сначала нужно убедиться в проходимости маточных труб с помощью процедуры гистеросальпингографии, которую назначит врач. Это может занять 3–6 мес. от окончания лечения до планирования беременности. Рекомендуется провести гистеросальпингографию перед плановой беременностью через 2–3 менструальных цикла после окончания лечения.

? Каковы Ваши рекомендации по профилактике ВЗОМТ?

– Если речь не идет о планировании беременности, а женщины в нашей стране откладывают рождение ребенка до 30+ лет, то сексуальные отношения должны быть защищенными. При этом лучшее средство защиты при половых контактах – надежный презерватив. Также может быть применен антисептик широкого спектра действия в виде вагинальных свечей.

И конечно, очень важна ранняя диагностика, позволяющая предотвратить развитие бессимптомной нелеченой инфекции. При появлении болей или выделений женщине следует сразу обратиться к гинекологу, который возьмет мазок и поставит диагноз. В 99% случаев ВЗОМТ – это восходящая инфекция, а входные ворота – влагалище и цервикальный канал. Опытный врач может даже до результатов взятых мазков назначить эмпирическое лечение. Нужно начинать лечение как можно раньше, чтобы потом не «догонять» тяжелую восходящую инфекцию.

Беседовала **Ирина Широкова**,
«Ремедиум»