

УДК 612.017.1:618-002.3-08

**ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ТА
ЕТІОПАТОГЕНЕЗУ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ ГЕНІТАЛІЙ У ЖІНОК**

В.К. Ліхачов, Н.О. Удовіка

Українська медична стоматологічна академія (Полтава)

Хронічні запальні захворювання геніталій у жінок - це більш суттєво поширена гінекологічна патологія, яка пов'язана з ураженням тканин придатків матки з наступним утягненням до процесу інших статевих органів і систем жінки [9, 14, 15]. Відомо, що найбільш тяжким наслідком сальпінгіту є непліддя та ектопічна вагітність [8, 17]. В клінічному плані нерідко мають місце певні труднощі щодо виявлення конкретної причини формування хронічного запалення в придатках матки, однак виникнення і розвиток хвороби частіше за все пов'язаний з мікроорганізмами [12, 16, 17]. Тому, актуальним і перспективним є подальше вивчення і вточнення патогенетичних механізмів в плані формування хронічного запалення геніталій у жінок.

Щодо хронічного процесу в придатках матки, то прийнято розділяти загострення хронічного сальпінгоофориту з переважанням інфекційно-токсичної симптоматики або явищ невралгії тазових нервів та первинно хронічний сальпінгоофорит, як правило обумовлений вихідними імунно-нейро-ендокринними порушеннями в організмі та наявністю хронічного інфекційного вогнища. Поряд з цим виділяють стадію ремісії та остаточних явищ (рубцово-спасечний процес) [10]. Хронічний сальпінгіт в низці випадків може обтяжуватись низкою інших ускладнень, таких як гнійні процеси в придатках матки. Частота гнійних форм запальних захворювань придатків матки у хворих, які надійшли до гінекологічних відділень, за середньостатистичними даними за період 1994-1996 рр. склали 6,2-17% [5].

У США за медичною допомогою з приводу наявності запальних процесів в придатках матки звертаються щорічно понад мільйона жінок, затрати на діагностично-лікувальні заходи у них складають понад 4,2 млн доларів. Л.І. Іванюта [9] вказує, що протягом трьох років після перенесеного гострого запалення придатків матки 22-27% пацієнток страждають тазовими болями, у 43% має місце загострення запального процесу і 40% стали неплідними. При проведенні клініко-математичного аналізу 346 історій хворих з гнійно-запальними захворювання придатків матки за 1990-1997 рр. відмічає зростання захворюваності за вказаний період майже вдвічі, при цьому виділяє такі фактори щодо цього, як віковий (жінки віком 31-40 років), наявність супутніх захворювань (анемії, хвороби шлунково-кишкового тракту, пухлини яєчників і матки, спадкова хвороба), аборти в анамнезі, використання тривалої внутрішньоматкової контрацепції.

За даними [2] у жінок із наявністю хронічного сальпінгіту, в тому числі у яких виникло непліддя, в подальшому вагітність при її настанні майже в 54% ускладнювалася фетоплацентарною недостатністю, в 50% - анемією, в 43% - загрозою переривання вагітності та в 26% - пізніми гестозами вагітних. В структурі фетоплацентарної недостатності переважають різноманітні поєднані форми, на частку яких приходиться до 48%, затримка внутрішньоутробного розвитку плода за асиметричним варіантом (36%) та маловоддя (34%). Рівень кесаревих розтинів у жінок з непліддям запального генезу в анамнезі складає 40%, при цьому в структурі показань переважають аномалії пологової діяльності (16%), гіпоксія плода, що не піддається медикаментозної корекції (14%), неефективне лікування пізніх гестозів вагітних (6%) і тазове передлежання великого плода (4%).

У новонароджених від матерів з неплідністю запального характеру в анамнезі частота гіпотрофії складає 58%, асфіксії - 34%, ознаки внутрішньоутробного інфікування - 18% і недоношеність - 12%. Серед основних проявів неонатальної захворюваності необхідно виділити постгіпоксичну енцефалопатію - 42%,

гнійно-запальні захворювання - 28%, жовтяницю різного генезу - 20% і геморагічний синдром - 12%.

При проведенні комплексного дослідження щодо вивчення деяких сучасних аспектів епідеміології, клініки та лікування ускладнень гнійного сальпінгоофориту, встановлено, що хронічний ускладнений сальпінгоофорит є проблемою соціальною, вимагає державної програми, підвищення освіти, гігієни статевого життя, планування сім'ї [4]. Але іноді, на думку автора, до ускладнень сальпінгоофориту приводить низька кваліфікація лікаря акушера-гінеколога. Причинами цього можуть стати використання застарілих, малоефективних ліків, незнання їх взаємодій, нерозуміння патофізіології процесу. В першу чергу, це може сприяти хронізації хвороби в придатках матки і в самій матці, утворенню спайок, виникненню неплідності, розповсюдженню інфекції.

Технологічний прогрес, спрямований на ранню діагностику захворювань, які передаються статевим шляхом, міг би сприяти зусіллям щодо запобігання виникнення хронічного запалення в придатках матки і в матці шляхом широкого впровадження скринінгу. Разом з усиленнями щодо створення національної програми попередження захворювань, які передаються статевим шляхом, та доброю організацією медичної допомоги це може відкрити вікно до запобігання цих хвороб, а також запальних захворювань органів малого тазу та їх ускладнень [3, 6, 11]. Так, у Швеції існують мультифакторіальні підходи щодо цього: реестрування кожного випадку захворювання, яке передається статевим шляхом, широко розповсюджений скринінг, активні зусилля щодо лікування сексуальних партнерів, обов'язкове статеве виховання в школах, зміни поглядів суспільства на норму сексуальної поведінки та ін.

Клінічний досвід свідчить, що в деяких випадках перебіг запального процесу в придатках матки не можливо припинити, незважаючи на використання всіх перерахованих методів. Тоді захворювання прогресує, а зміни в уражених придатках матки

становляться незворотніми. В цих випадках лише хірургічне лікування може повністю ліквідувати патологічний процес і відновити здоров'я і працездатність хворої [5]. Але ж і під час хірургічного лікування іноді можна зустрітись з низкою труднощів, які обумовлені тривалим рецидивуючим перебігом запального захворювання придатків матки з формуванням обширного спаяного процесу в малому тазу і черевній порожнині, який особливо виражений при гнійному вмісту придатків матки. При цьому спаяний процес у цих хворих відрізняється особливою тяжкістю і обумовлює виражені порушення анатомічних взаємовідношень і функції суміжних органів. Рецидивуючий перебіг запальних захворювань жіночих статевих органів, особливо при нагноєннях в придатках матки, нерідко приводить до вторинних змін функції нирок щодо виділення, а також може ускладнюватись розвитком додаткових гнійних абсцесів і порожнин не лише в малому тазі, але ж і в черевній порожнині.

В основі розвитку і формування запальних захворювань в придатках матки лежать множинні взаємозв'язані процеси, починаючи від гострого запалення, переважно в маткових трубах, до складних деструктивних змін в придатках матки [5]. При цьому бактеріологічна інвазія є основним пусковим механізмом запального процесу внутрішніх статевих органів. Також на процес розвитку і прогресування патологічного процесу в придатках матки запального генезу позитивно впливають такі фактори, як наявність екстрагенітальної патології, шкідливі звички, певні сексуальні схильності, соціально обумовлені стани). За даними [5] хронічне запалення придатків матки в 70,4% випадків сприяють виникненню гострих, в тому числі гнійних, запальних процесів геніталій. А за даними [7, 14, 16] майже 52-62% таких жінок раніше лікувалися з приводу запального процесу матки і придатків.

Загостренню хронічного процесу в придатках матки також сприяють урогенітальні захворювання у чоловіка (у сексуального партнера), наявність в анамнезі ускладнень запального

характеру після пологів, абортів та будь-яких внутрішньоматкових маніпуляцій, невиношування вагітності, народження дітей з ознаками внутрішньоутробної інфекції. Враховується також наявність екстрагенітальної патології - цукрового діабету, порушень жирового обміну, анемій, запальних ускладнень нирок та сечової системи, імунодефіцитних станів (СНІД, онкозахворювання, тривале лікування антибактеріальними і цитостатичними препаратами), дисбактеріоз, а також наявність хвороб, які вимагають використання глюкокортикоїдів та антацидів.

На сьогодні низка авторів [5, 6, 7, 17] вказують, що багаточисельність ушкоджуючих факторів, використання різних методів лікувального впливу, з яких слід в першу чергу виділити антибіотико- і хіміотерапію, еволюція збудників запальних процесів, різні вихідні характеристики макроорганізму привели до зміни патогенетичних механізмів формування запальних захворювань геніталій у жінок. Однак, в його основі завжди лежить незворотній характер патологічного процесу, який полягає не лише в глибоких морфологічних змінах в тканинах, але й функційних порушеннях. За даними К.П. Улезко-Строгановою запальний процес в маткових трубах починається з ендосальпінгіту, а в подальшому утворюються багаточисельні дрібноклітинні запальні інфільтрати [5]. При цьому на поверхні епітелія виникають виразкові вогнища, які зливаються між собою, утворюючи дрібнопетлисту сітку. Внаслідок склеювання потовшених фімбрії виникає облітерація отвору маткової труби з накопиченням запального ексудату в її просвіті, а потім ексудат поступово розсмокчується.

У випадках тривалого збереження ексудативного процесу в придатках матки відбувається фіброз труби, який приводить до деструкції лімфатичних судин, розташованих безпосередньо під епітелієм, порушенню крово- та лімфообігу. Накопичення рідини в трубі відбувається внаслідок неперервної епітеліальної секреції і трансудації з судинної системи. При се-

розних тубооваріальних утвореннях у хворих жінок відмічається картина хронічного сальпінгіту з різними за своїм генезом кистозними змінами яєчників. Виходячи з цього, автори вважають, що між процесом кистозоутворення та запаленнями придатків матки існує певний взаємозв'язок, який полягає в тому, що інфекція розповсюджується переважно інтраканалікулярним шляхом, про що свідчить наявність у цих хворих хронічного ендоміометриту, при цьому спостерігається обов'язкове поєднання абсцесів яєчника із загостренням гнійного сальпінгіту, а абсцеси яєчника утворюються з кистозних утворень [5].

Прийнято вважати, що є два варіанти патогенезу хронічного процесу геніталій у жінок, в тому числі перший - інфікування флорою нижніх відділів генітального тракту і розповсюдження інфекції угору, та другий - розповсюдження мікроорганізмів з екстрагенітальних вогнищ, зокрема, з кишечника. При цьому найбільш відомим є розповсюдження анаеробних мікроорганізмів угору (інтраканалікулярний шлях). Порушення цілостності тканин (при мікро- та макропошкодженнях при інвазивних втручаннях, операціях, пологах та інш.) є входними воротами для інфекції. Анаероби, як правило, проникають із суміжних органів (товстого кишечника, шкіри), із зовнішніх статевих органів, слизових оболонок цервікального каналу і піхви, потім розмножуються, розповсюджуються, обумовлюючи патологічний процес. В останні роки певна роль відводиться патогенетичній значущості імунних та біохімічних порушень в розвитку хронічного запалення придатків матки [1, 13, 16]. Однак, в цілому дана проблема потребує подальшого вирішення і вточнення, особливо в плані прогнозування перебігу захворювання і формування спасечного процесу.

Л і т е р а т у р а

1. Альхассан И.К., Жарких А.В. Особенности иммунного статуса больных с острым воспалением придатков матки (ОВПМ) при проведении системной энзимотерапии (вобензим) в комплексе лечения // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. - 1999. - № 3. - С. 59-62.