

Impact Factor: 5.878

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990
www.tadqiqot.uz

JRHUNR

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 3,
ISSUE 1

2022

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

№ 1
2022

ISSN: 2181-0990

DOI: 10.26739/2181-0990

Главный редактор: Chief Editor:

Негмаджанов Баходур Болтаевич
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2
Самаркандского Государственного медицинского института

Doctor of Medical Sciences, Professor,
Head of the Obstetrics and Gynecology Department
№. 2 of the Samarkand State Medical Institute

Заместитель главного редактора: Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна
доктор медицинских наук, профессор
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского
Государственного стоматологического института

Doctor of Medical Sciences, Professor
Departments of Obstetrics and Gynecology
Tashkent State Dental Institute

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ: MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес
профессор, член Европейского общества
репродукции человека и эмбриологии
Prof. Medical Director of the Instituto
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

Ramašauskaitė Diana
профессор и руководитель клиники акушерства
и гинекологии при институте клинической
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic
of Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty
of Medicine, Latvia)

Зуфарова Шахноза Алимджановна
доктор медицинских наук, профессор, директор
Республиканского центра репродуктивного
здоровья населения (M.D., Professor, Director
of the Republican Center for Reproductive Health)

Агабабян Ирина Рубеновна
Кандидат медицинских наук, доцент, Самаркандского
Государственного медицинского института
(Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Samarkand State Medical Institute)

Зокирова Нодира Исламовна
доктор медицинских наук, профессор Самаркандского
Государственного медицинского института

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич
доктор медицинских наук, профессор
Непрерывного медицинского образования
медицинского института РУДН.

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна
доктор медицинских наук, профессор Бухарского
государственный медицинского института.

Окулов Алексей Борисович
доктор медицинских наук, профессор
Московского государственного
медико-стоматологического университета.

Махмудова Севара Эркиновна
доктор философии по медицинским наукам (PhD)
(ответственный секретарь)

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА: MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Boris Chertin
MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical Professor in
Surgery/Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University,
Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии, медицинский
факультета ивритского университета)

Fisun Vural
Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета
естественных наук, учебно-исследовательской
больницы клиники акушерства и гинекологии.

Melike Betül Öğütmen
SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.
Доцент Университета естественных наук,
учебно-исследовательской
больницы клиники нефрологии.

Аллазов Салах Алазович
доктор медицинских наук, профессор
кафедры урологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна
доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой №2 педиатрии с
курсом неонатологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Локшин Вячеслав Нотанович
доктор медицинских наук, профессор,
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской
ассоциации репродуктивной медицины.

Никольская Ирина Георгиевна
доктор медицинских наук, профессор
ГБУ МО МОНИАГ.

Шалина Раиса Ивановна
доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

1. Аллазов С. А., Турсунов О. Б., Батиров Б. А., Холматов Б. О., Бобокулов Н. А., Хамроев Г. А. ВАРИКОЦЕЛЕ: ВСЕГДА ЛИ ПЛАНОВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ / VARICOCELE: IS IT ALWAYS A PLANNED DISEASE / VARIKOTSELE: DOIM HAM REJALI KASALLIKMI.....	6
2. Аллазов С. А., Аллазов И. С., Холматов Б. О., Бобокулов Н. А., Хамроев Г. А., Негматов К.Н. ОБОСНОВАНИЕ СИМУЛЬТАННОЙ ПУЛЬПЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ПРОСТАТЫ / RATIONALE FOR SIMULTANEOUS PULPECTOMY FOR PROSTATE CANCER / PROSTATA BEZI SARATONIDA SIMULTANT PULPEKTOMIYANI ASOSLASH.....	10
3. Исанбаева Л. М. ПРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ / A PROSPECTIVE ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR UTERINE FIBROIDS/BACHADON MIOMASI RIVOJLANISHI UCHUN XAVF OMILLARINING ISTIKBOLL TAXLILI.....	14
4. Назарова Г. Х. ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ/INNOVATIVE METHODS FOR THE DIAGNOSIS OF PROGNOSTIC MARKERS IN THE DEVELOPMENT OF PRE-ECLAMPSIA/PREEKLAMPSIYADA PROGNOSTIK MARKERLARNI DIAGNOTIKA QILISHNING INNOVATSION USULLARI	16
5. Негмаджанов Б.Б., Насимова Н. Р., Жалолова И. А., Шамсиева М. Ш. КОРРЕКЦИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ С СОХРАНЕНИЕМ ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ/CORRECTION OF GENITAL PROLAPSE WITH PRESERVATION OF SEXUAL FUNCTION/JINSIY FUNKTSIYANI SAQLAB QOLISH BILAN GENITAL PROLAPSANI TUZATISH.....	19
6. Негмаджанов Б. Б., Раббимова Г.Т., Очилова У. Т. ТЕЧЕНИЕ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ И РАЗЛИЧНЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ / THE COURSE OF VULVOVAGINITIS IN PREGNANT WOMEN AND DIFFERENT APPROACHES IN TREATMENT / HOMILADORLARDA VULVOVAGINITLARNING KECHISHI VA DA'VOLASHDA TURLI YONDASHUVLAR.....	23
7. Негмаджанов Б. Б., Раббимова Г. Т., Омонова П. О. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ ПРИ АПЛАЗИИ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ / SOME FEATURES OF METABOLIC SYNDROME WHEN THERE IS A SYNDROME OF POLYCYSTOSIS OF THE OVARIES IN THE VAGINA AND UTERUS APLASIA / QIN VA BACHADON APLAZIYASIDA TUXUMDONLAR POLIKISTOZI SINDROMI UCHRAGANDA METABOLIK SINDROMNING AYRIM XUSUSIYATLARI.....	27
8. Негмаджанов Б. Б., Зоирова Н. А., Шавкатов Х. Ш., Раббимова Г. Т. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВЫПАДЕНИЯ ГЕНИТАЛИЙ И СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ / ETIOPATHOGENESIS, CLINIC, MODERN CLASSIFICATION OF GENITAL PROLAPSE AND MODERN CONCEPTS OF SURGICAL TREATMENT OF THE DISEASE / GENITAL PROLAPS ETIOPATOGENEZI, KLINIKASI, ZAMONAVIY TASNIFI VA KASALLIKNI XIRURGIK DAVOLASHDA ZAMONAVIY TUSHUNCHALAR.....	31
9. Нигматулина И. И., Исанбаева Л. М. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ ВЗОМТ У ЖЕНЩИН НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ / SOME ASPECTS OF THE COURSE AND MANAGEMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE FEMALE GENITAL ORGANS IN WOMEN AT THE PRESENT STAGE / HOZIRGI BOSQICHDA AYOLLARDA JINSIY A'ZOLARINING YALLIG'LANISH KASALLIKLARINI DAVOLASH VA BOSHQARISHNING BA'ZI JIHATLARI	34
10. Раббимова Г. Т., Жумагелдиева Ю.Ш. ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН / EXAMINATION AND TREATMENT OF ACUTE FATTY HEPATOSIS IN PREGNANT WOMEN / HOMILADOR AYOLLARDA O'TKIR YOG'LI GERATOZNI TEKSHIRISH VA DAVOLASH.....	38
11. Юсупова Д. О., Матякубова С. А., Палванов Т. М. ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТРОФОБЛАСТА У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ / BACKGROUND DISEASES OF TROPHOBLAST IN WOMEN WITH NON-DEVELOPING PREGNANCY / RIVOJLANMAYDIGAN HOMILADOR AYOLLARDA TROFOBLASTNING FON KASALLIKLARI.....	41



УДК: 618.2(075.8)

Нигматулина Ильмира Ильдаровна

Врач-преинатолог

Центр диагностики матери и ребенка, Ташкент, Узбекистан

Исанбаева Ландиш Мухамедзакиевнак.м.н., доцент Центр развития профессиональной квалификации
медицинских работников Минздрава РУз, Ташкент, Узбекистан**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ ВЗОМТ У ЖЕНЩИН НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)****For citation:** Nigmatulina Ilmira Ildarovna, Isanbaeva Landish Muxamedzakievna, Some aspects of the course and management of inflammatory diseases of the female genital organs in women at the present stage, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2022, vol. 3, issue 1, pp. 34-37<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6426616>**Nigmatulina Ilmira Ildarovna**

Pregnancy Physician

Maternal and Child Diagnostic Center

Tashkent, Uzbekistan

Isanbaeva Landish Muxamedzakievna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Center for Development of Professional Qualification

of Medical Workers of the Ministry of Health of RUz

Tashkent, Uzbekistan

SOME ASPECTS OF THE COURSE AND MANAGEMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE FEMALE GENITAL ORGANS IN WOMEN AT THE PRESENT STAGE (LITERATURE REVIEW)**Nigmatulina Ilmira Ildarovna**

Shifokor-perinatolog

Ona va bola diagnostika markazi

Toshkent, O'zbekiston

Isanbaeva Landish Muxamedzakievna

tibbiyot fanlar nomzodi, dotsent

Tibbiyot xodimlarining kasbiy

malakasini oshirish markazi

Toshkent, O'zbekiston

HOZIRGI BOSQICHDA AYOLLARDA JINSIY A'ZOLARINING YALLIG'LANISH KASALLIKLARINI DAVOLASH VA BOSHQARISHNING BA'ZI JIHATLARI (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Воспалительные заболевания женских половых органов (ВЗОМТ) – группа самостоятельных воспалительных нозологических форм в области верхних отделов женского репродуктивного тракта [2,11]. В структуре гинекологических патологий воспалительные заболевания женских половых органов занимают первое место и составляют 60-65% амбулаторных гинекологических больных и до 30% - госпитализированных. За

последние 10 лет, по данным ВОЗ, число женщин в возрасте 20–24 лет с диагнозом ВЗОМТ увеличилось в 1,5 раза [4,8]. Наиболее подвержены риску возникновения ВЗОМТ сексуально активные женщины в возрасте до 25 лет. 60% всех ВЗОМТ протекают без выраженных клинических проявлений, что затрудняет выявление заболеваний медицинскими специалистами. 85% пациенток не обращаются за медицинской помощью. В 15-20% возникают

гнойно-септические осложнения. ВЗОМТ является основной причиной развития бесплодия, хронической тазовой боли и эктопической (внематочной) беременности. Риск внематочной беременности удваивается с каждым последующим эпизодом ВЗОМТ, а по некоторым данным литературы увеличивается в 7-10 раз. ВОЗ считает, что отсутствие своевременной терапии ВЗОМТ является причиной развития трубного бесплодия в 55-85% случаев. Известно, что риск развития бесплодия при первом эпизоде воспаления составляет 8,3 %, при втором эпизоде составляет уже 19,7 %, при третьем до 40-60% [12]. Факторы, усугубляющие риск развития бесплодия при ВЗОМТ: 1.Присоединение вторичной инфекции. 2.Тяжелое течение ВЗОМТ. 3.Отсутствие терапии в первые 3 суток. 4.Положительный анализ на антихламидийные антитела Ig G.

Около 30 % женщин после развития ВЗОМТ страдают от хронической тазовой боли различной степени тяжести. Нарушение менструального цикла – развивается в 20-30% случаев. Рак яичников увеличивается в 2,78 раза.

Передача инфекции от матери ребенку может приводить к мертворождению, смерти новорожденного, недоношенности, сепсису, пневмонии, неонатальному конъюнктивиту и врожденным дефектам развития.

Ежегодно 357 миллионов человек приобретают одну из четырех инфекций передающихся половым путем (ИППП) — хламидиоз, гонорею, сифилис или трихомоноз. Более 530 миллионов человек имеют вирус, вызывающий генитальный герпес. Более 290 миллионов женщин имеют инфекцию, вызванную вирусом папилломы человека. Инфекция ВПЧ ежегодно приводит к 530 000 случаев заболевания раком шейки матки и к 275 000 случаев смерти от рака шейки матки. На сегодняшний день выделяют факторы развития ВЗОМТ. Это - экзогенные факторы: аборты, внутриматочные вмешательства, внутриматочные контрацептивы, операции, ЭКО. Эндогенные факторы: гормональная патология, иммунодефицит, аномалии развития половых органов, зияние половой щели, хронические заболевания (особенно сахарный диабет). Социальные факторы: хронический стресс, низкий уровень жизни, алкоголизм, наркомания, курение. Поведенческие факторы: ранее начало половой жизни, количество половых партнеров, недавняя смена полового партнера, половые контакты во время менструации, нетрадиционные половые контакты.

Возбудителями генитальных инфекций могут быть как патогенные, так и условно патогенные микроорганизмы. С началом половой жизни их частота резко возрастает, что свидетельствует о важной роли возбудителей инфекций, передаваемых половым путем. Чаще всего это смешанные инфекции, для которых характерны: склонность к хроническому течению, отсутствие стойкого иммунитета, длительное носительство, рецидивирующий характер заболевания, многосимптомность, наличие атипичных или бессимптомно протекающих форм, тенденция к распространению инфекции, схожесть и тяжесть осложнений, возможность трансплацентарной передачи инфекций к плоду и новорожденному. Наиболее частые возбудители ВЗОМТ условно патогенные микробы – *Bacteroides shh*, *Peptostreptococcus* spp, *Gardnerella vaginalis*, *Streptococcus* spp., *E.Coli*, *Enterococcus*, *St. epidermicus*, *Trichomonada*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealiticum*, *Candida albicans*. По данным ВОЗ, наиболее частыми инфекционными агентами являются *Chlamydia Trachomatis* (хламидий), *Neisseria gonorrhoea* (гонококк), условно патогенные микробы [9,13].

Современными особенностями ВЗОМТ: острого начала заболевания наблюдается редко, превалирует постепенное развитие с переходом в хроническую форму. Из 1000 ежегодно 13 пациенткам ставится диагноз ВЗОМТ и только 10% из них госпитализируются. Патогены *Neisseria gonorrhoeae* и *Chlamydia trachomatis* распространяемые половым путем, являются общими причинами ВЗОМТ, но инфекция часто бывает полимикробной. ВЗОМТ может вызвать рубцово-спаечные изменения маточных труб, приводящие к хроническим тазовым болям, бесплодию и повышенному риску эктопической беременности. Ввиду того, что даже при минимальных симптомах инфекционные заболевания

тазовых органов могут иметь тяжелые последствия, осторожность должна быть высокой. ПЦР и посев являются точными исследованиями; однако, если результаты не доступны к моменту лечения, обычно рекомендуется эмпирическая терапия. Госпитализация женщин с ВЗОТ основана на клинических критериях.

Пути распространения основных патогенов ВЗОМТ – половой путь заражения, интраканальную, лимфогенным и кровеносным путем. ВЗОМТ обычно являются результатом восходящей инфекции из шейки матки.

Различают следующие клинические формы - Неосложненные формы: сальпингит, эндометрит. Осложненные формы: пиосальпингс, пиовар, гнойные tuboовариальные образования, эндомиометрит. Тяжелые гнойно-септические заболевания: панметрит, параметрит, межкишечные, поддиафрагмальные абсцессы, генитальные свищи, гнойно-инфильтративный оментит, разлитой перитонит, сепсис.

Диагностические критерии ВЗОМТ: боль в нижних отделах живота, как в покое, так и при пальпации. Боль при движении за шейку матки при бимануальном исследовании. Боль при пальпации области придатков матки. Дополнительные критерии ВЗОМТ: температура тела более 38 градусов, лейкоцитоз более $10,5 \times 10^9$ в 9, повышение СОЭ и С реактивного белка, патологические выделения из влагалища или шейки матки, лабораторное подтверждение цервикальной инфекции (*Neisseria gonorrhoeae* или *Chlamydia trachomatis*). Определяющие критерии ВЗОМТ: гистологическое обнаружение эндометрита при биопсии эндометрия, сонографическое и бимануальное подтверждение воспалительных tuboовариальных образований, лапароскопическая картина ВЗОМТ.

УЗИ – данные: гидро-, пиосальпинкс, tuboовариальное образование, утолщение маточных труб; увеличение яичников, миометрия; свободная жидкость в малом тазу – анохогенная полоска в позадматочном пространстве более 1 см. Уменьшение подвижности, смещение матки и яичников из-за воспалительных спаек.

Для хронического течения ВЗОМТ характерны: периодические боли внизу живота, с усилением перед- либо в конце менструации, нарушении менструального цикла (менометроррагии, дисменорея, предменструальные, постменструальные мажущие выделения), психоэмоциональные расстройства, изменение либидо, аноргазмия, вагинизм, диспареуния, бели: чаще слизисто-гнойные, слизистые, общая утомляемость, слабость, частое мочеиспускание, нарушение дефекации.

На сегодняшний день существуют различные методы диагностики ВЗОМТ, которые включают как клинические, так и лабораторные методы. Имеются прямые методы обнаружения возбудителя, анализ выделений, бактериальный посев клеточной культуры с определением чувствительности к антибиотикам, обнаружение растворимых антигенов в биологической пробе – иммуноферментный метод (ИФИ). ПЦР – диагностика. Метод основанный на обнаружении ДНК-фрагментов генома возбудителя. Чувствительность данного метода достаточно высокая - 94,8%.

Основные векторы успешного лечения ИППП - немедленное начало лечения после установления этиологического фактора. Применение наиболее эффективных методов лечения. Защищенные половые контакты. Выявление, обследование и лечение половых партнеров.

При амбулаторном лечении показано повторное обследование через 2-3 суток после начала лечения. Отсутствию положительной динамики является показанием для госпитализации

Терапия ВЗОМТ уже при первом эпизоде должна быть направлена на эрадикацию инфекции, чтобы не допустить хронизации процесса. Этапы лечения ВЗОМТ включают: I этап — устранение этиологического фактора. II — восстановление морфофункционального потенциала тканей. III — устранение последствий вторичных повреждений (метаболических нарушений и последствий вторичных повреждений) (метаболических нарушений и последствий вторичных повреждений), восстановление гемодинамики и активности рецепторного аппарата тканей (хронический процесс).

Первый этап – антибиотикотерапия, нестероидные противовоспалительные препараты, иммунокорректоры, препараты, улучшающие микроциркуляцию. Второй этап – атимикотики (местно) - пробиотики (местно и per os).

Отсутствие своевременной комплексной терапии, может привести к серьезным последствиям, хронизация воспаления, развитие спаек/синехий, рубцово-спаечных изменений маточных труб. Ввиду того, что даже при минимальных симптомах инфекционные заболевания тазовых органов могут иметь тяжелые последствия, осторожность должна быть высокой.

Основные проблемы антибактериальной терапии: эмпирический подход – патогены редко идентифицируются, тесты могут занять много времени. Резистентность. Подбор дозы и длительность терапии. Восприимчивость пациента к проводимой терапии (зависит от пути введения, кратности назначения, переносимости препарата)

Требования к современному антибактериальному препарату:

- Эффективность в отношении основных потенциальных возбудителей
- Эффективное воздействие на резистентные штаммы
- Высокая способность проникновения в ткани и клетки
- Высокая безопасность а/б препарата
- Наличие двух лекарственных форм (инфузии и таблетки) для возможности ступенчатой терапии
- Удобство применения для пациента - минимальная кратность приема в сутки, простой режим дозирования

Антибиотикотерапия должна обеспечивать элиминацию максимально широкого спектра возможных возбудителей (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*, Gr+ и Gr- аэробы и анаэробы) Оптимальный выбор – комбинированная антибактериальная терапия; желателно одновременное использование меньшего числа препаратов с большим интервалом дозирования и хорошей переносимостью. Препараты должны создавать высокие концентрации в тканях репродуктивных органов Желателно выбирать препараты, имеющие как парентеральную, так и пероральную формы выпуска (для осуществления ступенчатой терапии). В основном используют 8 групп антибактериальных препаратов: 1. Ингибиторазашитенные аминопенициллины 2. Цефалоспорины 3. Линкозамиды 4. Аминогликозиды 5. Фторхинолоны 6. Тетрациклины 7. Макролиды 8. Нитроимидазолы [7].

Пациентки с эпизодами ВЗОМТ легкой и средней степени тяжести должны лечиться в амбулаторно при помощи пероральных препаратов. Лечение тяжелых форм всегда необходимо начинать с парентерального назначения антибиотиков, в дальнейшем, через 24–48 ч после клинического улучшения, возможен переход на пероральный прием. Рекомендации по режимам антибактериальной терапии ВЗОМТ, в отличие от диагностики, варьируют в зависимости от страны, но основные принципы выбора схемы лечения ВЗОМТ являются общепринятыми. Оптимальная продолжительность лечения не установлена, но большинством клинических наблюдений определено, что общая ее длительность должна составлять 10-14 дней [7].

Новое в патогенезе инфекционных болезней – проблема биопленок. Биопленка – комплекс, связанных между собой и с какой-либо поверхностью, микроорганизмов, находящихся в различных фазах роста, их внеклеточных продуктов, соматических клеток, органического и неорганического материала.

В организме человека все бактерии существуют только в составе биопленок. Основные свойства биопленок: микроорганизмы собраны в микроколонию. Микроколонию окружены защитным матриксом. Внутри микроколоний – различная среда. Микроорганизмы имеют примитивную систему связи. Микроорганизмы в биопленке устойчивы к антибактериальным лекарственным средствам и реакции организма хозяина. Известно, что устойчивые бактерии защищают чувствительные с помощью ферментов, выделяемых в матрикс, а также путем распространения генов антибиотикорезистентности внеклеточной ДНК или прямой передачей из клетки в клетку. Бактерии в

биопленках в 500-1000 раз менее «чувствительны» к действию антибиотиков Антибиотики в дозе 500 МПК и больше не могут уничтожить биопленку. Доза антибактериального препарата, эффективная в отношении чистой культуры клеток, должна быть удвоена при выявлении свободно плавающих «планктонных» клеток и утроена в случае появления биопленок. Бактерии составляют лишь 5-35 % массы биопленки, остальная часть – это межбактериальный матрикс. Бактерии, организуя на какой-либо поверхности сложные сообщества – биопленки, приобретают качественно новые свойства по сравнению с микробами, находящимися в планктонной форме. В составе биопленки микробы обладают повышенной устойчивостью к эффекторам иммунной системы, антибиотикам и дезинфектантам, к воздействию ультрафиолетового облучения, дегидратации, вирусам. Фактором устойчивости биопленок оказывается слизисто-полимерный слой, вырабатываемый сразу после адгезии, и включающий липополисахариды, протеогликаны, гликопротеиды, эндополисахариды, аналогичные веществу клеточной стенки, гликокаликса и капсул бактерий [5]. В связи с этим различают антибиотики, проникающие в биопленки и угнетающие или убивающие образующие их микроорганизмы и антибиотики практически не проникающие в биопленки, но эффективно препятствующие их расселению за счёт мигрирующих бактерий. К числу антибиотиков, хорошо проникающих через липиды клеток, относятся фторхинолоны! Среди препаратов для системного использования наилучшей пенетрацией в биопленки, в целом, обладают фторхинолоны и фосфомицин. Использование антибиотиков, плохо проникающих в биопленку, очень быстро приводит к формированию и отбору устойчивых штаммов. Кроме того, при этом чаще возникают рецидивы и формируются очаги хронических процессов. Хронические инфекции принципиально отличаются от острых образованием биопленок, а фагоциты макроорганизма не способны поглощать биопленки в отличие от отдельных бактериальных клеток

Таким образом, элиминация инфекционного фактора развития ВЗОМТ – первый и ключевой этап терапии. Однако, мы должны помнить, что одним из причин низкой клинической эффективности терапии ВЗОМТ является возвратный характер инфекции, поддерживающий хроническое воспаление; снижение проникновения лекарственных препаратов в очаг патологии за счет образования биопленок и разрастания соединительной ткани, образованной в ответ на хроническое воспаление; спайки содержат частицы безвредных бактерий и антигенных комплексов, которые поддерживают источник воспаления [1]. Способностью облегчать проникновение препаратов в ткани обладают протеолитические ферменты, которые уже давно используются в комплексной терапии ВЗОМТ.

Гиалуронидазы – группа ферментов способных расщеплять кислые полисахариды. Фермент гиалуронидаза вызывает деструкцию в новообразованной соединительной ткани, что обеспечивает снижение фиброза; разрушает молекулы, стабилизирующие фибробласты. За счет деполимеризации межклеточного матрикса, снижения локального отека повышается проникновение препарата в область очага воспаления. Одним из таких препаратов является Лонгидаза, которая выпускается в инъекциях и в свечах. Уникальность данного препарата состоит в том, что гиалуронидаза покрыта оболочкой высокомолекулярным носителем– Азоксимер бромид, что позволяет молекуле проникать в организм незамеченной иммунной системой пациента, увеличивает устойчивость к действию протеаз и ингибиторов в сыворотке крови. Высокомолекулярный носитель - Азоксимер бромид - оказывает противовоспалительное действие, позволяет назначать препарат в острую фазу заболевания, а также дает пролонгированный эффект и возможность применять 1 раз в 3-5 дней.

Лонгидаза обладает патогенетическим, комплексным действием. Против фиброзным эффектом: препятствует разрастанию соединительной ткани и уменьшает выраженность уже сформированного фиброза (связывание ионов Fe, гидролиз

ГАГ, восстановление микроциркуляции и нормализация тканевого гомеостаза). Противовоспалительным: снижает воспаление (регуляция выработки медиаторов воспаления – интерлейкина 1, фактор некроза опухоли – ослабление острой фазы воспаления). Микроциркуляционный эффект: уменьшает отек, восстанавливает микроциркуляцию в тканях. За счет деполимеризации

межклеточного матрикса, снижения локального отека повышается проникновение препарата в область очага воспаления [13].

Таким образом комплексное использование современных технологий лечения ВЗОМТ позволит улучшить исходы, уменьшить осложнения и улучшить качество жизни наших пациентов.

Список литературы:

1. Дубровина С.О., профессор, д.м.н. «Спаечный процесс» (Монография), Ростов-на –Дону, 2015.
2. Европейские стандарты диагностики и лечения заболеваний, передаваемых половым путем, перевод с английского под редакцией проф. В.П.Адаскевича, Москва, 2016 год
3. А.С.Иванова, Э.А. Юрьева, В.В. Длин. Фиброзирующие процессы. «Оверлей», 2008. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, MMWR 2016.
4. Савельева Г.М., Антонова Л.В. Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов женщин. М., 2014, 160 с.
5. С.В.Мальцев, Г.Ш.Мансурова Что такое биоплёнка? Практическая медицина №5 (53) сентябрь 2011.
6. Brook I. Bacterial synergy in pelvic inflammatory disease. Arch Gynecol Obstet. 1987;241(3):133-43.
7. European Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease. http://www.iusti.org/regions/Europe/pdf/2012/PID_Treatment_Guidelines-Europe2012v5.pdf
8. Ness, Roberta B. Trautmann, Gail effectiveness of Treatment Strategies of Some Women With Pelvic Inflammatory Disease: A Randomized Trial Controlling Sexually Transmitted Diseases, Population Reports, June 2014, Page 5
9. PID Treatment Guidelines - Europe 2006 v5 - 2008 minor update.doc
10. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. MMWR. 2006
11. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, MMWR 2016; 56
12. Weström L. et all. Pelvic inflammatory disease and fertility. Sex Transm Dis. 199Jul-Aug;19(4):185–192
13. WHO Drug Information Volume 29, N° 3, 2015