

Воспалительные заболевания органов малого таза и длительное использование внутриматочной контрацепции (клинический случай)

Т. М. Муким-зода, студентка VI курса¹

Д. А. Ходжамуродова, д.м.н., зав. отделением гинекологической эндокринологии², директор ассоциации акушеров-гинекологов Республики Таджикистан

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

²ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии», г. Душанбе, Республика Таджикистан

Inflammatory diseases of pelvic organs and longed use of intrauterine contraception (clinical case)

T. M. Mukim-Zoda, D. A. Hojamuradova

First Saint Petersburg State Medical University n.a. I. P. Pavlov, Saint Petersburg, Russia; Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Dushanbe, Republic of Tajikistan

Резюме

В статье подчеркивается этиология, патогенез и осложнения течения воспалительных заболеваний органов малого таза при применении внутриматочных контрацептивов (ВМК). Риск возникновения воспаления выше в первые недели применения ВМК. Актуальность проблемы показана на примере случая из практики гинекологического отделения Худжандской областной клинической больницы (Республика Таджикистан)

Ключевые слова: воспалительные заболевания органов малого таза, внутриматочная контрацепция.

Summary

The article emphasizes the etiology, pathogenesis and complications of pelvic inflammatory diseases in the use of intrauterine contraceptives (IUD). The risk of inflammation is higher in the first weeks of the use of IUD. The urgency of the problem is shown by the example of the case from the practice of the gynecological department of Khujand regional clinical hospital (Republic of Tajikistan).

Key words: pelvic inflammatory disease, intrauterine contraceptive devices.

Воспалительные заболевания органов малого таза — это группа самостоятельных воспалительных нозологических форм, в основе которых лежит развитие инфекционно-воспалительного процесса в верхних отделах женского репродуктивного тракта. Они могут включать эндометрит, сальпингит, оофорит, параметрит, tuboовариальный абсцесс и (или) тазовый перитонит, а также их разнообразные комбинации [1].

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) являются актуальной проблемой современной гинекологии и репродуктологии и занимают первое место в структуре гинекологической заболеваемости во всем мире. По данным мировой статистики, воспалительные заболевания органов малого таза встречаются у каждой 10-й женщины, из которых 60–65 % требуют амбулаторного

и до 40 % — стационарного лечения [2]. Несмотря на использование современных методов диагностики и лечения, частота ВЗОМТ, в том числе их гнойных форм, в последние годы выросла на 15 % среди женщин репродуктивного возраста и на 25 % у женщин, применяющих внутриматочную контрацепцию (ВМК), при этом в три раза увеличилась частота tuboовариальных образований воспалительной этиологии [2, 3].

Главным этиологическим фактором развития воспаления, без сомнения, остается микробная инвазия. В основном это микроорганизмы гноеродной флоры: кишечная палочка, вульгарный протей, стафилококки, стрептококки, ИППП. Причем немаловажное значение имеют именно анаэробы, так как они проникают из соседних экологических ниш — кожи, слизистых влагалища и цервикального канала, толстого кишечника, наружных половых ор-

ганов. pH влагалищного отделяемого сдвигается в сторону щелочной среды, что подавляет рост лактофлоры. Снижение колонизационной резистентности микрофлоры влагалища создает условия для восходящего инфицирования, способствуя развитию воспаления [3]. Помимо специфических инфекций, причиной развития воспаления являются провоцирующие факторы, включающие в себя физиологические причины (роды, кесарево сечение, менструацию), ятрогенные (аборт, диагностическое выскабливание, гистероскопию, операции, внутриматочную контрацепцию) и ослабление или повреждение естественных барьеров, способствующих открытию входных ворот и распространению инфекций.

По данным ВОЗ, среди способов предупреждения незапланированной беременности ВМК занимает второе место по распространенности

после комбинированных оральных контрацептивов и наряду с ними является наиболее эффективным методом предохранения от нежелательной беременности [4]. Однако в сознании женщин, несмотря на широкое распространение и рекламу препаратов оральной контрацепции, ВМК остается наиболее надежным и удобным методом из-за высокой эффективности, возможности длительного применения, возможности использования в период лактации, отсутствия системного воздействия и необходимости ежедневного контроля [4, 5].

В мире более 100 миллионов женщин используют ВМК. По данным Росстата, около 29% женщин России прибегают к внутриматочной контрацепции. Пик популярности ВМК пришелся на 80-е годы XX века, оставив после себя, с одной стороны, прогрессивное снижение числа абортов, а с другой — изменение структуры заболеваний органов малого таза. Часто встречается латентное течение воспаления на фоне ВМК или несоответствие выраженности жалоб пациентки и данных гинекологического и лабораторного исследований. И частое отсутствие выраженных симптомов, разнообразие клинической картины не позволяют установить точную частоту и распространенность ВЗОМТ [5].

В настоящее время нет единого мнения о механизмах, способствующих увеличению частоты воспалений органов малого таза на фоне применения ВМК. Но есть данные, что в области соприкосновения контрацептива с эндометрием наблюдается повышение проницаемости стенок сосудов, отек, инфильтрация стромы лейкоцитами, в том числе нейтрофильными гранулоцитами, мононуклеарами и макрофагами, то есть организм реагирует на инородное тело асептическим воспалением [2, 6]. Его выраженность зависит от величины площади соприкосновения ВМК с эндометрием, то есть от размеров внутриматочного средства.

ВМК также стимулирует выработку простагландинов в полости матки, что вызывает также асептическое

воспаление и постоянное сокращение матки [9]. Известен так называемый фитильный или капиллярный эффект нитей ВМК, способствующий распространению микроорганизмов из влагалища и шейки матки в вышележащие отделы репродуктивной системы [6, 9]. Присутствие ВМК способствует в ряде случаев усилению секреции из полости матки, что может повреждать слизистую шейки матки. Дисрегенераторные процессы в области переходной зоны в свою очередь могут явиться предпосылкой для развития дисплазий [7].

Исторические этапы развития внутриматочной контрацепции включают три поколения [10] современных ВМК:

Первое поколение — это инертные ВМК. Была в свое время актуальна «петля Липпса», которая выглядела как латинская буква S, она была выполнена из полиэтилена. Имели низкую эффективность и частые случаи экспульсий. Активно начали применять в середине минувшего столетия. Тем не менее отказ от такого вида контрацепции раньше был велик и основывался на появлении сильных маточных кровотечений.

Второе поколение — это ВМК с медью. Действует как спермицид и стимулирует миометрий. В полости матки среда приобретает кислый характер благодаря меди, за счет чего активность сперматозоидов значительно понижается. Но из-за быстрого выделения металла смена данного средства проводится раз в 2–3 года. Также при использовании этого вида ВМК наблюдалось уменьшение содержания железа в крови на 45–60%, что приводило к развитию анемии, а также увеличению более чем в два раза риска возникновения воспалительных заболеваний матки и придатков.

Третье поколение — гормон-высвобождающие внутриматочные системы. Главным этапом в разработке стало создание гормон-высвобождающих внутриматочных систем, которые совместили положительные свойства ВМК

и гормональных пероральных препаратов. Кроме этого, они устранили основную причину отказа ряда женщин от ВМК — кровотечения. Но и в данной группе были свои неудачи, связанные с короткой продолжительностью контрацептивного и терапевтического действия (12–18 месяцев) из-за небольшого количества гормона в резервуаре, вследствие чего увеличивался риск развития эктопической беременности. Исследования продолжались, и было доказано, что оптимальным гестагеном является левоноргестрел (ЛНГ). ЛНГ как компонент ВМК выбран потому, что является одним из наиболее сильнодействующих прогестинов, обладает выраженным сродством к рецепторам прогестерона, проявляя 100%-ную биологическую активность [8].

Как известно, основной механизм действия ЛНГ-ВМС реализуется на уровне эндометрия, в котором создается высокая концентрация ЛНГ [8]. Медленное высвобождение гормона из резервуара приводит к истончению слизистой оболочки матки, атрофии эндометриальных желез и, как следствие, к снижению функциональной активности эндометрия. Результатом локального действия ЛНГ является полное прекращение циклических изменений в эндометрии, характеризующееся отсутствием менструаций у 20–25% женщин через 12 месяцев контрацепции, а по данным некоторых исследователей, у до 50% женщин [8, 10].

Важнейший показатель для любого внутриматочного контрацептива — длительность использования. Стандартная, установленная производителем максимальная длительность применения любого внутриматочного контрацептива ограничена 5 годами [10]. На практике же под влиянием социально-экономических факторов, различных мотивационных факторов, ошибочного отношения пациенток к ВМК как к удобному и бессрочному способу предупреждения нежелательной беременности реальные сроки применения контрацептива нередко превышают рекомендованные. Часто пациентки мо-

тивируют несвоевременное удаление ВМК забывчивостью, отсутствием времени для визита к врачу, невниманием к собственному здоровью.

По мнению многих исследователей, наибольшее количество воспалительных осложнений наблюдается в первые 3 месяца с момента введения контрацептива, а именно в первые 20 дней [5]. Большой риск ВЗОМТ в этот период связывают с транзитным микробным обсеменением полости матки в процессе введения ВМК.

Тяжесть течения воспаления коррелирует с длительностью ношения ВМК, и выявлено, что риск образования tuboовариальных абсцессов, то есть осложненных форм ВЗОМТ, выше, чем риск сальпингоофорита у женщин, применяющих ВМК более 5 лет по сравнению с женщинами, имеющими ВМК менее 5 лет.

Принимая во внимание все изложенное, проблема развития ВЗОМТ на фоне ВМК не только не теряет актуальности, но и требует более детального рассмотрения. Описанный далее случай может быть хорошим примером, который подтверждает значимость данной проблемы.

Клинический случай

Женщина, 49 лет, заболела 10.07.2018, когда начала ощущать озноб, дизурические явления, повысилась температура тела до 37,8 °С. Вскоре появились боли внизу живота, вздутие живота, задержка стула. Принимала самостоятельно жаропонижающие средства, уроантисептик без эффекта.

11.07.18 обратилась к гинекологу в ЦРБ. По УЗИ: матка размерами 39 × 32 × 37 мм, М-эхо 5,3 мм (I фаза менструального цикла). Справа визуализируется яичник размерами 35 × 38 мм, расположенный близко к матке. Левый яичник размером 42 × 35 мм, с мелкими фолликулярными включениями. Обнаружен ВМК в полости матки с частичным расположением в миометрии.

В связи с онконастороженностью на счет увеличенного яичника была направлена на консультацию к онкогинекологу, где был взят анализ на СА-125, который является онко-

маркером рака яичника. Он составил 16,0 Ме/мл, в пределах референтных значений.

Диагноз онкогинеколога: объемное образование левого яичника воспалительного генеза, признаки хронического сальпингоофорита справа. Рекомендовано противовоспалительное и антибактериальное лечение по месту жительства, удаление ВМС с контролем.

Через 2 недели больная вновь отметила повышение температуры тела до 39,2 °С, боли внизу живота, иррадиирующие в паховые области, в поясницу, гнойные выделения из половых путей. В связи с чем вызвала бригаду СМП и была госпитализирована в Худжандскую областную клиническую больницу (ХОКБ).

Из акушерско-гинекологического анамнеза выяснено, что последние месячные были 01.07.2018 — в срок, без особенностей. Менструации с 14 лет, установились сразу, по 6 дней, через 28 дней, регулярные, обильные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет. Половых партнеров — 2. Беременностей — 3. Родов — 2 (срочные, самостоятельные, без осложнений).Abortов — 1 (без осложнений).

Контрацепция: ВМК использовала неоднократно, на срок более 5 лет. В 1985 году введена петля Липпса, была попытка удаления в 1992 году (со слов, в стационаре). Следующий Т-образный ВМК использовался в период с 1995 по 2002 год, удален амбулаторно. Последний ВМК был установлен в 2010 году.

Гинекологические заболевания: хронический сальпингоофорит.

Особенности *объективного статуса* при поступлении:

- состояние пациентки средней степени тяжести;
- температура тела 38,4 °С;
- язык суховат, обложен белым налетом;
- в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД — 18 раз в минуту;
- тоны сердца ясные, ритм правильный. АД — 115/80 мм рт. ст. Пульс — 82 в минуту;
- живот напряжен, не вздут, болезненный при глубокой паль-

пации. Симптом раздражения брюшины слабopоложительный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Газы отходят. Мочеиспускание нормальное.

Гинекологический статус:

- молочные железы развиты правильно, эластичной консистенции, уплотнений, пигментаций, патологических выделений из соска не обнаружено;
- наружные половые органы и область ануса без особенностей, развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Воспалительных изменений наружных половых органов, промежности нет. Паховые лимфатические узлы не увеличены;
- PS: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев щелевидный. Выделения гнойные, обильные;
- PV: влагалище емкое. Шейка матки плотная, подвижная. Движения за шейку матки болезненны;
- матка в *anteflexio, anteversio* больше нормы, плотная, подвижная, болезненная при пальпации. Сзади за маткой, справа пальпируется нижний полюс плотного образования, неподвижного, болезненного. В связи с напряжением мышц брюшного пресса пальпация придатков с обеих сторон затруднена.

Клинически дифференцировать каждую локализацию нагноительного процесса половых органов невозможно и нецелесообразно, так как лечение принципиально одинаково. Тем не менее необходимо всегда проводить дифференциальную диагностику с острой патологией брюшной полости: острый аппендицит, нарушенная эктопическая беременность, перекрут ножки кисты яичника, апоплексия кисты яичника.

Для верифицирования диагноза 28.07.2018 было проведено УЗИ. Матка размерами 57 × 46 × 54 мм. Миометрий неоднородный, по задней стенке в нижней трети визуализируется гипоехогенное образование 19 мм в диаметре (интерстициаль-

Диагностические симптомы	Острый аппендицит	Эктопич. беременность	Апоплексия яичника (белевая и смешанная формы)	Перекрут ножки кисты	ВЗОМТ
Анамнез, жалобы	Миграция боли из эпигастральной области в правую подвздошную	Аменорея 4–7 недель. Субъективные признаки беременности. Острая боль, кровотечение из половых путей различной интенсивности	Травма живота, физическое напряжение, бурный половой акт, влагалищное исследование. Острые боли внизу живота. Тошнота, рвота	Поднятие тяжестей, удары. Наличие цистаденомы и других видов объемных образований. Иррадиация боли в промежность, внутреннюю поверхность бедер. Многократная рвота	Подострое начало, нарастающие боли. Хронический сальпингоофорит, длительное ношение ВМК, внутриматочные инвазивные манипуляции
Повышение температуры	Ректальная выше аксиллярной	Нормальная или субфебрильная	Нормальная или субфебрильная	Субфебрильная	Субфебрильная, иногда выше 39 °С
Наружная пальпация живота	Напряжение мышц и резкая болезненность в правой подвздошной области	Признаки острого живота, особенно при разрыве трубы	Признаки острого живота. М. б. вздутие и умеренная болезненность	Напряжение мышц. М. б. пальпироваться опухоль внизу живота	Боли усиливаются при глубокой пальпации
Per vaginum Per rectum	Боль при ректальном исследовании. Половые органы безболезненны	Матка меньше срока, пальпируются вытянутые придатки, болезненность при смещении и (или) в заднем своде	Затруднено ввиду резкой болезненности при тракции за шейку матки	Резкая болезненность сбоку от матки или в заднем своде, округлая эластичная опухоль на ножке	Гнойные выделения, болезненность при тракциях

ный узел). Эндометрий: полость расширена до 8–10 мм, с жидкостью и взвесью. В полости матки обнаружен ВМК. С обеих сторон видны извитые гипозоногенные образования с утолщенной стенкой и взвесью (справа диаметром 20–30 мм, слева — 11–15 мм).

Правый яичник размером 38 × 26 × 25 мм, левый — 24 × 14 × 15 мм.

На основании жалоб больной, данных акушерско-гинекологического анамнеза, данных анамнеза заболевания, общего исследования и данных гинекологического обследования можно поставить окончательный диагноз:

- острый гнойный эндометрит;
- острый двухсторонний сальпингоофорит;
- тубоовариальный абсцесс справа (рис. 1);
- пиосальпинкс слева (рис. 2);
- миома матки 5–6 недель.

Воспалительные изменения обрратимы, как правило, только при гнойном сальпингите или сальпингоофорите, когда при ранней терапии можно рассчитывать на выздоровление больной и восстановление функции ее репродуктивной системы. Все остальные формы гнойных заболеваний являются, по существу, осумкованными абсцессами. При

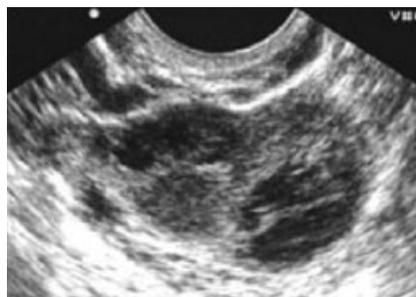


Рисунок 1. Тубоовариальный абсцесс.



Рисунок 2. Пиосальпинкс.

наличии осумкованного гнойного тубоовариального образования выбор метода хирургического пособия, доступа, объема операции в каждом конкретном случае определяется индивидуально — от пункции абсцесса, лапароскопического дренирования до пангистерэктомии.

Предполагаемый объем операции: нижнесрединная лапаротомия с обходом пупка слева; надвлагалищная ампутация матки с придатками.

Произведена нижнесрединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено тело матки размерами до 6 недель. Левые придатки: яичник 2,5 × 2,0 см, воспалительно изменен, маточная труба превращена в пиосальпинкс 3,5 × 7,5 см. Правые придатки превращены в тубоовариальное гнойное образование 11,0 × 7,0 см, интимно спаянное с сигмовидной кишкой. При выделении правых придатков излился белесоватый гной в большом количестве (взят посев), при ревизии выявлен дефект сигмовидной кишки. Ткани прямой кишки ниже этого места с выраженными инфильтративно-воспалительными изменениями, захватывающими весь верхнеампулярный отдел.

Произведена экстирпация матки с придатками. Сигмовидная кишка выведена в виде одноствольной сигмостомы в левой боковой области, фиксирована.

Макропрепарат. Тело матки с шейкой, на разрезе полости матки — ВМК с внедрением в миометрий.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано наблюдение гинеколога по месту жительства. Ректороманоскопия, ирригоскопия по месту жительства, оперативное лечение — закрытие сигмостомы

в плановом порядке. Решение вопроса о необходимости МГТ после стандартного обследования по месту жительства.

Заключение

Описанный пример подтверждает значимость своевременной диагностики и тактики ведения больных с гнойным воспалением органов малого таза. Поздняя диагностика и длительное консервативное лечение в подобных случаях недопустимы, так как могут привести к инвалидизации и летальному исходу.

Сроки применения каждой модели ВМК должны строго соблюдаться.

Необходимо тщательное диспансерное наблюдение за женщинами, применяющими ВМК. Кроме регулярных осмотров, оно должно включать анализ крови, УЗИ, бактериоскопию влагалищных выделений, санацию влагалища. При появлении признаков воспаления матки или

придатков лечение следует начинать с удаления ВМК. Пациентки с наличием симптомов, которые могут быть связаны со смещением ВМК (интоксикация, кровотечение или боль), подлежат более скрупулезному осмотру с использованием дополнительных методов обследования.

Несмотря на высокую контрацептивную эффективность современных внутриматочных контрацептивов, осложнения, развивающиеся в процессе их применения, требуют тщательного отбора и подготовки женщин, желающих использовать ВМК.

Список литературы

1. Wiesenfeld HC, Sweet RL, Ness RB et al. Comparison of acute and subclinical pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Dis* 2005; 32: 400–5.
2. Краснопольский В. И., Буянова С. Н., Щукина Н. А. Гнойная гинекология. М.: МЕДпресс, 2001. 288 с.
3. Пуголовкина Д. А., Ляшенко И. С. Риск воспалительных заболеваний гениталий при внутриматочной контрацепции // Молодой ученый. — 2017. — № 3.3. — С. 45–48.
4. Прилепская В. Н., Тагиева А. В., Межевитинова Е. А. Внутриматочная контрацепция. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 176 с.
5. Пестова Т. Н., Брюхина Е. В., Пестов А. С., Голыничик А. И. Медико-социальные аспекты внутриматочной контрацепции и состояние здоровья женщин при ее сверхдлительном использовании // Гинекология. 2003. Т. 5. № 5. С. 210–212.
6. Иванова Е. В., Сасунова Р. А., Летуновская В. Н., Прилепская В. Н., Межевитинова Е. А., Тагиева А. В. Внутриматочная гормональная система: Вопросы приемлемости и безопасности. *Акушерство и гинекология*. 2011. 4: 141–143.
7. Петров Ю. А. Пролиферативные изменения слизистой оболочки тела и шейки матки у женщин, применяющих внутриматочные контрацептивы / Петров Ю. А., Ковалева Э. А. // Вопросы онкологии. — 1986. Т. 32. № 3. — С. 49–52.
8. Чернуха Г. Е., Могиревская О. А., Шигорева Т. В., Грибанова Н. Д. Клинико-морфологические аспекты внутриматочного воздействия левоноргестрела при гиперплазии эндометрия. *Акушерство и гинекология*. 2011. 4: 6–62.
9. Макаренко Т. А. Этиология гнойных воспалительных заболеваний придатков матки на фоне внутриматочной контрацепции / Макаренко Т. А., Цхай В. Б., Протасова И. Н. // Медицина и образование в Сибири. — 2012. — № 2. — С. 30.
10. Кузнецова И. В. Современная внутриматочная контрацепция // Гинекология. — 2012. — № 4. — С. 62–67.

Для цитирования. Мукум-зода Т. М., Ходжамуродова Д. А. Воспалительные заболевания органов малого таза и длительное использование внутриматочной контрацепции (клинический случай) // Медицинский алфавит. Серия «Современная гинекология». — 2019. — Т. 2. — 14 (389). — С. 47–51.

**17-18
ИЮНЯ 2019**

ЗДАНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА
Г. МОСКВЫ
УЛ. НОВЫЙ АРБАТ, Д. 36

НМИЦ
ОНКОЛОГИИ
им. Н.Н.Блохина

ПРО
RUSSIAN CANCER SOCIETY

ОРГАНИЗАТОРЫ:

- Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина (Москва)
- Противораковое общество России (Москва)

РФФИ Мероприятие проводится при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМЫ

- Первичная профилактика ассоциированных с вирусом ВПЧ злокачественных опухолей. Вакцинация против ВПЧ
- Вторичная профилактика, скрининг рака шейки матки с использованием тест-систем для выявления инфицированности ВПЧ
- Презентация и обсуждение зарубежного и отечественного опыта вакцинации против ВПЧ

Регистрация и участие в мероприятии бесплатные!

www.conference.pror.ru