

# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ

*педіатрії,  
акушерства  
та гінекології*



2  
2010



варіантів ЮРА сприятиме кращому розумінню патогенетичних ланок розвитку захворювання, що дозво-

лить диференційовано підходити до вибору того чи іншого методу лікування.

#### Література

1. Антицитруллиновые антитела и данные магнито-резонансной томографии суставов кисти у больных ранним артритом / Д. Е. Каратеев, Е. Н. Александрова, Н. В. Демидова [и др.] // Терапевтический архив. – 2008. – № 10. – С. 72-77.

2. Бережний В. В. Характеристика клітинного імунітету та цитокінового статусу у дітей з ювенільним ревматоїдним артритом / В.В. Бережний, Т.В. Марушко, Ю.О. Кожара // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2006. – №1. – С.19-23.

3. Колотова Г. Б. Особенности цитокинового профиля Т-лимфоцитов в периферической крови и синовиальной жидкости при ревматоидном артрите / Г.Б. Колотова, Ю.Г. Лагерева, Я.Б. Бейкин // Терапевтический архив. – 2008. – № 5. – С. 21-25.

4. Супоницкая Е. В. Естественные киллеры. Взгляд ревматолога. / Е. В. Супоницкая // Научно-практическая ревматология. – 2008. – № 3. – С. 45-48.

5. Ferreira R. A., Silva C. H., Silva D. A. et al. (2007) Is measurement of IgM and IgA rheumatoid factors (RF) in juvenile rheumatoid arthritis clinically useful? *Rheumatol Int.*, 27(4): 345-349.

6. Gorska A., Kowal-Bielecka O., Urban M., Pietrewicz E. (2008) Interleukin-6 and tumor necrosis factor alpha levels in the serum and synovial fluid in relation to bone mineral density and turnover in children with juvenile idiopathic arthritis. *Centr. Eur. J. Immunol.*, 33(4): 216-219.

7. Selvaag A., Lien G., Sorskaar D. et al. (2005) Early disease course and predictors of disability in juvenile rheumatoid arthritis and juvenile spondyloarthritis: a 3 year prospective study. *J. Rheumatol.*, 32: 1122-113.

УДК 618.1 – 002:616.61 – 053.23

О.І. Боднарюк, О.А. Андрієць

### КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ВИНИКНЕННЯ ТА РОЗВИТКУ САЛЬПІНГООФОРИТІВ НА ТЛІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НИРОК ТА СЕЧОВОГО МІХУРА У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ВИНИКНЕННЯ ТА РОЗВИТКУ САЛЬПІНГООФОРИТІВ НА ТЛІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НИРОК ТА СЕЧОВОГО МІХУРА У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ. У статті наведено та проаналізовано результати обстеження 47 дівчат пубертатного віку, хворих на сальпінгоофорит на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура. Хронічний сальпінгоофорит, який часто поєднується із запальними захворюваннями нирок та сечового міхура, потребує комплексного підходу як до діагностики, так і до лікування.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ САЛЬПИНГООФОРИТОВ НА ФОНЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ. В статье приведено и проанализировано результаты обследования 47 девушек пубертатного возраста, больных на сальпингоофорит на фоне воспалительных заболеваний почек и мочевого пузыря. Хронический сальпингоофорит, который часто комбинируется с воспалительными заболеваниями почек и мочевого пузыря, нуждается в комплексном подходе как к диагностике, так и к лечению.

CLINICAL ASPECTS OF APPEARANCE AND DEVELOPMENT OF SALPINGOOPHORITIS AGAINST THE BACKGROUND OF INFLAMMATORY DISEASES OF KIDNEYS AND URINARY BLADDER. The results of examination of 47 girls of pubertal age suffering with salpingoophoritis against the background of inflammatory diseases of kidneys and urinary bladder have been given and analysed in the article. Chronical salpingoophoritis which is often combines with inflammations of kidneys and urinary bladder demands a complex approach both to diagnosis and treatment.

**Ключові слова:** дівчата-підлітки, сальпінгоофорити.

**Ключевые слова:** девушки-подростки, сальпингоофориты.

**Key words:** teenage girls, salpingoophorites.

**ВСТУП.** Вивчення проблеми запальних захворювань органів малого таза (ЗЗОМТ) є стратегічно важливим, оскільки 60-65 % всіх гінекологічних хворих –

пацієнтки із запаленнями геніталій [1]. Підвищуючи якість діагностики, впроваджуючи в практику сучасні принципи лікування та профілактики, акушери-гінеко-



логи здатні не лише покращити якість життя таких пацієнток, але й зберегти їх репродуктивний потенціал [1, 2].

У поняття ЗЗОМТ входять різні нозологічні форми, в етіології яких провідну роль часто відіграють збудники інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Проте накопичені дані свідчать про те, що крім названих збудників, у етіології ЗЗОМТ відіграють роль й мікроорганізми, які належать до умовно-патогенної флори, та в нормі визначаються в нижніх відділах статевого тракту дівчинки-підлітка [2, 3].

Сьогодні достовірно встановлено, що піхва здорової дівчинки-підлітка містить грампозитивні та грамнегативні аеробні, факультативно-аеробні та облигатно-анаеробні мікроорганізми [3].

Таким чином, практично всі мікроорганізми, які наявні у піхві (за винятком лакто- та біфідобактерій), можуть брати участь у запальному процесі [3, 4].

Отже, виділення того або іншого збудника не завжди є підґрунтям для встановлення діагнозу запального процесу. Вирішальну роль у виникненні запального процесу відіграють стан мікроорганізму, масивність інфікування та вірулентність мікробного агента.

Стан та функція верхніх відділів репродуктивного тракту багато в чому залежить від механізмів захисту піхви, а саме таких, як фізіологічні білі, фізіологічна десквамація епітелію (разом з ним виводяться й бактерії), мікрофлора піхви (за рахунок конкуренції з патогенними агентами за поживні речовини), домінування лактобактерій, створення кислого середовища, рН піхвового вмісту в межах 4-4,5, рецептори адгезії, виділення бактеріоцидів, стимуляція імунної системи, секреторні імуноглобуліни, система комплекменту, лізоцим слизової, лізин [5].

Сальпінгоофорит (salpingoophoritis) належить до захворювань статевої системи, що найчастіше трапляються. Виникає, зазвичай, висхідним шляхом при поширенні інфекції з піхви та порожнини матки [2, 3, 5].

Гострий початок запального процесу спостерігається рідко, перебігає з переходом до хронічної форми або одужання. Як правило, поступовий розвиток, без клінічних проявів, призводить до хронічного перебігу ЗЗОМТ [6].

Нерідко хронічний сальпінгоофорит поєднується із запальними захворюваннями нирок та сечового міхура. Численні збудники захворювань, що належать

до інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), вражають слизові оболонки не тільки статевих шляхів, а й сечовидільної системи [7]. Одним із важливих аспектів проблеми є ймовірність інфікування сечовидільних шляхів гематогенним або висхідним шляхом. Здебільшого лікування ЗЗОМТ у дівчат як загалом, так і місцево проводять без врахування супутнього уретриту, циститу, пієлонефриту або наявності їх в анамнезі, тому терапія не завжди є адекватною.

Проблема удосконалення лікувально-профілактичних заходів у дівчат-підлітків щодо запальних захворювань органів малого таза (ЗЗОМТ) не втратила своєї актуальності не тільки для практичної дитячої гінекології, але і для наукових досліджень [7, 8, 9].

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** Проведено клініко-лабораторне обстеження 47 дівчат пубертатного віку із запальними захворюваннями внутрішніх статевих органів різного ступеня вираженості на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура. Усім хворим (за згодою батьків) було проведено спеціальне гінекологічне обстеження, УЗД внутрішніх жіночих статевих органів (УЗ-апарат – MEDISON SONOASE X 8), бактеріологічне, бактеріоскопічне, ІФЛ або ПЛР-дослідження вмісту з піхви та сечі.

Всі пацієнтки були оглянуті педіатром, нефрологом або урологом

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.** Першу групу склали 26 дівчат, з хронічними сальпінгоофоритами, що поєднувалися з пієлонефритом чи циститом; у II групу ввійшла 21 дівчина, хвора на сальпінгоофорит без супутньої урогінекологічної патології; контрольну – III групу склали 25 дівчат без порушень функції сечостатевої системи.

Згідно з отриманими нами даними встановлено (табл. 1), що загальна слабкість спостерігалася у 84,6 % та 80,9 % пацієнток, відповідно, в I та II групах, гострий біль в нижніх відділах живота у 57,7 % дівчат I групи та у 52,4 % в II групі; тупий, ниючий біль, відповідно, у 46,1 % та 42,8 % у кожній групі; підвищення температури тіла вище 37,6 °C спостерігалася, відповідно, у 84,6 % та 80,9 %; дизуричні явища турбували 80,7 % пацієнток I групи та 76,1 % хворих II групи; тубооваріальні утворення діагностовано у 38,4 % пацієнток I групи та 28,5 % дівчат II групи; гнійні виділення з піхви та свербіж зовнішніх статевих органів були характерними ознаками для 88,4 % пацієнток I групи та 76,1 % II групи.

Таблиця 1. Характеристика клінічних симптомів у дівчаток, хворих на сальпінгоофорити, на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура

№ п/п	Клінічні симптоми	I група (n=26)	II група (n=21)
1	Загальна слабкість	22	17
2	Гострий біль в нижніх відділах живота	15	11
3	Тупий ниючий біль	12	9
4	Підвищення температури тіла вище 37,6 °C	22	17
5	Дизуричні явища	21	16
6	Тубооваріальні утворення	10	6
7	Гнійні виділення та свербіж	23	16



За даними УЗД, збільшені розміри яєчників спостерігалися у 57,6 % та 52,3 % хворих, відповідно, в I та II групах. Пухлиноподібні утворення яєчників були діагностовані у 38,4 % та 28,5 % спостережень, а вільна рідина в навколоматковому просторі у 19,2 % та 14,2 % пацієток. За результатами лабораторних досліджень (загального аналізу крові, коагулограми) ступінь загострення запального процесу не відрізнявся між пацієтками обох груп. При мікроскопічному дослідженні вмісту з піхви кількість лейкоцитів

була вищою за норму у 96,1 % та 95,2 % пацієток, відповідно, в кожній групі.

У 88,4 % та 85,7 % випадках, відповідно, в обох групах за результатами бактеріологічного дослідження вмісту з піхви методами ІФЛ та ПРЛ виявлено патогенні мікроорганізми – збудники запального процесу. З них в I групі – 46,1 %, а в II групі – 30,8 % були ідентифіковані збудники ІПСШ (уреаплазма, мікоплазма, гарднерела, хламідія) (табл. 2, 3).

Таблиця 2. Асоціації мікроорганізмів, що персистують у вагінальному вмісті дівчат пубертатного віку, хворих на сальпінгоофорити на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура

№ п/п	Кількість видів, що входять в асоціацію	Мікроорганізми, що створюють асоціацію	Кількість асоціацій, абс. (%)	
			I група (n=26)	II група (n=21)
1	4	T.vaginalis S.aureus Гриби роду Candida E.coli	1 (3,8)	1 (4,7)
2	3	E.coli S.aureus Гриби роду Candida	1 (3,8)	1 (4,7)
3	3	S.aureus E.coli E.faecalis	2 (7,7)	1 (4,7)
4	3	S. epidermidis T.vaginalis Гриби роду Candida	1 (3,8)	-
5	3	E.coli S. epidermidis Гриби роду Candida	-	1 (4,7)
6	3	T.vaginalis E.coli Гриби роду Candida	1 (3,8)	1 (4,7)
7	2	S.aureus Гриби роду Candida	2 (7,7)	-
8	2	E.coli S. epidermidis	-	1 (4,7)
9	2	S.aureus E.faecalis	1 (3,8)	-
10	2	S. epidermidis Гриби роду Candida	2 (7,7)	-
11	2	T.vaginalis S.aureus	1 (3,8)	1 (4,7)
12	2	T.vaginalis Гриби роду Candida	-	1 (4,7)
13	2	S.aureus E.coli	1 (3,8)	1 (4,7)
14	2	E.coli Гриби роду Candida	1 (3,8)	1 (4,7)
15	Монокультура	Гриби роду Candida	6 (23,0)	4 (19,0)
		S. epidermidis	2 (7,7)	1 (4,7)
		S.aureus	1 (3,8)	1 (4,7)
		E.coli	1 (3,8)	2 (9,5)
		T.vaginalis	2 (7,7)	1 (4,7)



Таблиця 3. Видовий склад збудників інфекцій, що передаються статевим шляхом, виявлені у зішкрібках слизових оболонок піхви та вульви дівчат пубертатного віку, хворих на сальпінгоофорити на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура

№ п/п	Збудник	Виявлено антигенів, абс. (%)	
		I група (n=26)	II група (n=21)
1	Вагінальні гарднерели	1 (3,8)	2 (9,5)
2	Мікоплазми	3 (11,5)	1 (4,7)
3	Уреаплазми	4 (15,3)	3 (14,3)
4	Хламідії	4 (15,3)	2 (9,5)

Під час обстеження у 61,5 % пацієнок I групи та 57,1 % хворих II групи було діагностовано пієлонефрит із різним ступенем вираженості; цистит було діагностовано у 19,2 % та 19,0 % хворих, відповідно, в I та II групах. У 19,3 % пацієнок I групи та 23,9 % хворих II групи запальні захворювання нирок та сечового міхура були в анамнезі з частими рецидивами.

В загальному аналізі сечі у 81,7 % пацієнок I групи та 76,1 % хворих II групи відмічалось підвищення кількості лейкоцитів; у 19,3 % та 23,9 % пацієнок I та II груп, відповідно, кількість лейкоцитів у сечі не перевищувала норму. В результаті проведених бактеріологічних досліджень сечі встановлено, що в 61,5 % пацієнок I групи та 57,1 % в II групі були ідентифіковані *E.coli* та *Proteus vulgaris*, окрім того у 38,5 % дівчат I групи та 42,9 % хворих II групи мікробна кількість в сечі дорівнювала нулю. Слід зауважити, що серед 16 пацієнок I групи, в яких були виділені патогенні збудники в сечі, у 56,3 % вони були представлені монокультурою *E.coli* та у 25,0 % – *Proteus vulgaris*, а у 18,8 % пацієнок ці мікроорганізми виділялися в асоціаціях. Серед 12 пацієнок II групи монокультури *E. coli* та *Proteus vulgaris* були виділені відповідно в

58,3 % та 25,0 %, а у 16,7 % вони також були в асоціаціях.

**ВИСНОВКИ.** 1. Дівчата, хворі на сальпінгоофорити на тлі деякої урологічної патології, обов'язково перед початком протизапальної терапії гінекологічних захворювань повинні бути проконсультовані нефрологом або урологом з метою встановлення стадійності урологічних захворювань.

2. Комплекс діагностично-лікувальних заходів при запальних захворюваннях внутрішніх геніталій на тлі урологічної патології запального генезу повинен бути спрямований на підвищення ефективності відновлення репродуктивного здоров'я дівчат-підлітків.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.** Перспективним залишається подальше вивчення якісних схем діагностики, сучасних принципів лікування та профілактики, яке покращить якість життя пацієнок, дозволить зберігати їх репродуктивний потенціал. Проблема удосконалення лікувально-профілактичних заходів у дівчат-підлітків щодо запальних захворювань органів малого таза не втратила своєї актуальності не тільки для практичної дитячої гінекології, але і для наукових досліджень.

#### Література

1. Андрієць О.А. Репродуктивне здоров'я дівчат Буковини / О.А. Андрієць, О.І. Боднарюк: матеріали симпозиуму [“Хірургічні аспекти дисбактеріозу кишечника в дітей”, (Чернівці, 22-24 жовт. 2008 р.) / М-во охорони здоров'я України, Всеукраїнська асоціація дитячих хірургів, Буковинський державний медичний університет. – Чернівці: БДМУ, 2008. – С. 75-76.

2. Гнатко Е.П. Комбинированные препараты местного назначения в лечении вагинальных инфекций / Е.П. Гнатко // Здоровье женщины. – 2007. – №2(30). – С. 116-118.

3. Тихомиров А.Л. Амоксициллин/клавуланат - адекватный подход к лечению воспалительных заболеваний женских половых органов / А.Л. Тихомиров, С.И. Сарсания // Здоровье женщины. – 2007. – №2(30). – С. 108-115.

4. Шкробанець І.Д. Гінекологічна та екстрагенітальна патологія як індикатор репродуктивного здоров'я у дівчат Буковини // І.Д. Шкробанець, О.А. Андрієць // Здоровье женщины. – 2008. – №3. – С. 138-140.

5. Вдовиченко Ю.П. Современные аспекты лечения воспалительных заболеваний гениталий, обусловленных микст-инфекцией / Ю.П. Вдовиченко, С.И. Соболева, Е.В. Форостяная // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – №1(21). – С. 99-100.

6. Пирогова В.І. Етіологічна структура інфекційного чинника при гострих запальних захворюваннях придатків матки / В.І. Пирогова, О.В. Прикупенко, О.А. Гарбузов // Український медичний альманах. – 2008. – Том 11, № 1. – С. 107-109.

7. Железная А.А. Современные аспекты проблем урогинекологии в Украине (обзор литературы) / А.А. Железная // Новости медицины и фармации. – 2008. – №253. – С. 47-51.

8. Росс Д. Воспалительные заболевания органов малого таза / Д. Росс // Здоровье женщины. – 2007. – №3(31). – С. 101-102.

9. Кузнецова И.В. Сочетанная инфекция мочевыводящей и половой систем у девочек / И.В. Кузнецова, Е.В. Гусева // Акушерство и гинекология. – 2008. – №4. – С. 32-36.