

# ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

## INFLAMMATORY DISEASES OF THE PELVIC ORGANS: MODERN APPROACH TO DIAGNOSIS AND THERAPY (LITERATURE REVIEW)

**S. Ahmedova  
N. Omarov**

*Summary.* This article examines modern approaches to the diagnosis and treatment of inflammatory diseases of the pelvic organs. The most effective diagnostic methods are ultrasound, along with physical examination and laboratory research methods. Empiric antibiotic therapy is effective in treatment. It has been determined that the bulk of research is aimed at studying the diagnostic criteria for inflammatory diseases. Modern approaches to therapy showing clinical effectiveness have not been sufficiently studied.

*Keywords:* inflammatory diseases of the pelvic organs, reproductive system, polymicrobial association, diagnosis, antibiotic therapy.

**Ахмедова Саида Рафиковна**

Кандидат медицинских наук, доцент, «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ  
saida.ahmedova2017@yandex.ru

**Омаров Наби Султан-Мурадович**

Доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.  
sitoru@gmail.com

*Аннотация.* В настоящей статье изучены современные подходы к диагностике и терапии воспалительных заболеваний органов малого таза.

Наиболее результативным методом диагностики является ультразвуковое исследование, наряду с физикальным осмотром и лабораторными методами. Эффективность в лечении показывает эмпирическая антибиотикотерапия. Определено, что основная масса исследований направлена на изучение диагностических критериев воспалительных заболеваний. Современные подходы к терапии, показывающие клиническую эффективность, изучены недостаточно.

*Ключевые слова:* воспалительные заболевания органов малого таза, репродуктивная система, полимикробная ассоциация, диагностика, антибиотикотерапия.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) у женщин считается актуальной проблемой. По статистике данная группа заболеваний встречается в 60–65 % случаев, причем около половины требуют стационарного лечения [2]. Наблюдается рост заболеваемости в возрастной группе 18–30 лет, что представляет собой не только медицинскую, но и социальную и экономическую значимость. Доказано, что ВЗОМТ оказывают негативное влияние на репродуктивное здоровье [5]. У каждой четвертой женщины с диагнозом ВЗОМТ развиваются такие осложнения, как бесплодие, прерывание беременности, внематочная беременность, фетоплацентарная недостаточность и синдром хронической тазовой боли [12, 20, 27]. В результате происходит повышение затрат на диагностические и лечебные мероприятия среди женщин [25].

В настоящей статье проанализированы современные отечественные и зарубежные исследования, посвященные вопросу диагностики и лечения ВЗОМТ. Выбраны наиболее актуальные и достоверные работы, показывающие практическую значимость.

ВЗОМТ — воспалительные заболевания, локализуемые в верхнем отделе женской половой системы [2].

В данную группу заболеваний входят генитальный эндометрит, параметрит, сальпингит, оофорит, tuboовариальный абсцесс, пельвиперитонит и их сочетания.

Ведущим этиологическим фактором ВЗОМТ являются микроорганизмы. В литературе приводится разделение патогенов: абсолютные (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*), условно-патогенные при снижении иммунитета (*Bacteroides* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Prevotella* spp., *Escherichia coli*, *Gardnerella vaginalis*, *Streptococcus* spp. и другие). Некоторые исследователи подчеркивают, что наиболее часто причиной заболеваний становятся полимикробные ассоциации [29]. Считается, что ВЗОМТ могут быть вызваны не только бактериями, но и вирусами (*Herpes simplex virus*, *Cytomegalovirus hominis*, *Hepatitis B virus*, *Papillomavirus hominis* и другие), простейшими (*Entamoeba histolytica*, *Lambliia intestinalis*, *Trichomonas vaginalis*) и грибами (*Candida albicans*) [3, 9, 25].

Существуют различные факторы, которые повышают риск развития ВЗОМТ. К ним относят молодой возраст (до 25 лет), частая смена половых партнеров и отсутствие защиты, наличие инфекций, передающихся половым путем в анамнезе, акушерские и гинекологические

операции и внутриматочные диагностические манипуляции, а также введение внутриматочной спирали в течение последних 3 недель, менструация (сразу после ее окончания) [2, 9, 18, 28].

В патогенезе ВЗОМТ восходящий путь инфекции является основным. Проникновение возбудителя может осуществляться с помощью движения сперматозоидов, трихомонад, также возможен пассивный транспорт [20, 15].

Понимание факторов риска, причины и патогенеза ВЗОМТ позволяет использовать необходимые диагностические методы, по результатам которых осуществляется лечение пациентов.

Диагностика ВЗОМТ осложнена ввиду разнообразия клинических проявлений, схожестью симптоматики других групп заболеваний, отсутствия симптомов и нарушения общего состояния, которое вызывает трудности в дифференциации жалоб [16]. По статистическим данным стертое течение воспалительных заболеваний протекает в 25,7 % случаев [10]. Обобщая литературные данные, можно выделить наиболее значимые для диагностики критерии (табл.1) [12, 14, 16, 26].

Таблица 1.

Диагностические критерии ВЗОМТ

Минимальные	Дополнительные	Основные
Болезненность при пальпации в нижних отделах	Повышение температуры тела выше 38	Сонографическое и бимануальное подтверждение tuboовариальных образований
Болезненные тракции шейки матки	В ОАК (общий анализ крови) лейкоцитоз (более 10 тыс. в мм <sup>3</sup> ), повышение СОЭ (скорость оседания эритроцитов) и С-реактивного белка	Лапароскопическая картина ВЗОМТ
Диспареуния	Гнойные и кровяные выделения из влагалища	
Аномальные вагинальные кровотечения	Лабораторное подтверждение цервикальной инфекции	

Диагностические мероприятия ВЗОМТ в последнее время не претерпели изменений, они включают сбор анамнеза, клинический осмотр, лабораторно-инструментальные методы исследования. В зависимости от наличия жалоб, объем диагностики может изменяться [5].

Физикальное обследование служит неотъемлемым этапом в диагностике ВЗОМТ и включает: оценку состояния кожных покровов и слизистых оболочек, измерение температуры тела, ЧСС (частота сердечных сокращений), ЧДД (частота дыхательных движений), АД (артериальное

давление), пальпацию живота, осмотр наружных половых органов, шейки матки с помощью зеркал, бимануальное влагалищное исследование. Перечисленные методы позволяют предположить наличие воспалительного процесса, определить пальпируемое патологическое образование в области придатков матки, заподозрить начало развития пельвиоеритонита. Физикальный осмотр не является достоверным методов диагностики воспалительных заболеваний у женщин [1, 13, 19].

При подозрении на ВЗОМТ всем пациентам рекомендован общий анализ крови (ОАК), по результатам которого определяется наличие лейкоцитоза, повышение СОЭ и С-реактивного балка, анемия. При отсутствии изменений в ОАК наличие ВЗОМТ не исключается и может свидетельствовать о легкой форме заболевания [2, 19].

Некоторые исследователи подчеркивают необходимость определения уровня цитокинов с помощью ИФА (иммуноферментный анализ), поскольку повышение их концентрации (в частности интерлейкин-1, интерлейкин-2, интерлейкин-3, фактор некроза опухоли-альфа, фактор некроза опухоли-бета, интерферон-гамма) свидетельствует о воспалительных процессах, связанных с репродуктивной системой женщин [1].

Установлено, что при хроническом течении ВЗОМТ, возбудитель которых передается половым путем, диагностируется повышение концентрации антиспермальных антител, которые в свою очередь способствуют увеличению уровня иммуноглобулинов классов А, М, G в цервикальной жидкости [1, 7].

На сегодняшний день при подозрении на ВЗОМТ всем женщинам рекомендуется проведение исследования антител к ВИЧ, гепатиту В и С, антител суммарных классов к бледной трепонеме, ПЦР (полимеразная цепная реакция) для определения возбудителей ИППП (инфекции, передаваемые половым путем) [2].

Кроме того, в обязательный перечень лабораторной диагностики входит определение патологической микрофлоры цервикального канала и выявление чувствительности к антибиотикам [18].

Некоторые авторы отмечают, что при подозрении на tuboовариальный процесс необходимо определение уровня хорионического гонадотропина, который позволяет дифференцировать воспалительное заболевание от внематочной беременности при наличии нарушений менструального цикла [19].

Современные исследования, посвященные изучению тяжелых случаев ВЗОМТ и развития сепсиса в гинекологии, способствуют увеличению частоты выявления уровня прокальцитонина во врачебной практике,

предотвращая негативные последствия для здоровья пациенток [23].

УЗИ (ультразвуковое исследование) органов малого таза является наиболее информативным методом диагностики ВЗОМТ и назначается всем женщинам. На практике специалисты отдают предпочтение УЗИ с помощью трансвагинального датчика [12]. Отсутствие признаков воспалительных процессов не исключает наличие заболевания. Для исключения рекомендовано МРТ (магнитно-резонансная томография), особенно при тяжелом течении заболевания, обширного спаечного процесса вследствие оперативных вмешательств в анамнезе [11, 28].

Также может назначаться диагностическая лапароскопия с целью дифференцирования заболевания и при неэффективности консервативного лечения [2, 5, 20]. Данный метод диагностики сегодня назначается редко ввиду информативности других способов диагностирования.

Выбор лечебной тактики основывается на результатах диагностических мероприятий, стадии и локализации воспалительного процесса. В зависимости от окончательного диагноза лечение может быть как медикаментозным, так и хирургическим.

Установлено, что основной причиной ВЗОМТ является патогенная микрофлора, предпочтение отдается антибактериальной терапии. Причем необходимо учитывать наличие полимикробных ассоциаций. В настоящее время отсутствуют клинические исследования, которые доказывают эффективность и адекватность тех или иных препаратов и их сочетания при лечении ВЗОМТ.

В научном сообществе приняты 2 общие схемы элиминации всех возможных возбудителей [2, 5, 12, 14, 16–18, 20–22]:

1 курс антибиотикотерапии, рассчитанный на 7 дней: азитромицин + производные нитромидазола;

2 курс антибиотикотерапии назначается курсом на 14 дней: цефалоспорины II и III поколения + производные нитроимидазола + тетрациклины; цефалоспорины II и III поколения + производные нитроимидазола + фторхинолоны; амоксициллин-клавуланат + тетрациклины/фторхинолоны.

При установлении точного возбудителя заболевания используются специфические препараты. Так, при выявлении анаэробных микроорганизмов (*Bacteroides*, *Peptostreptococcus*) эффективным препаратом является митранидазол, при выявлении грамположительных (*Staphylococcus*, *Streptococcus*) — амоксициллин и макролиды. Также для данных групп могут назначаться клиндамицин и линкомицин [17, 21–22]. При обнаружении грамотрицательных микроорганизмов (*E. coli*, *Neisseria gonorrhoeae*) эффективны цефалоспорины III поколения. Для лечения хламидий (*Chlamydia trachomatis*) используются макролиды и доксициклин [6, 18]. Другие методы медикаментозного лечения подбираются в зависимости от состояния пациентки и симптоматики [2].

Исследования, проводимые с целью изучения возбудителей ВЗОМТ, их устойчивости к антибиотикам и другим средствам, мутации, показывают, что при медикаментозной терапии необходимо придерживаться определенных принципов: направленность на конкретного возбудителя; контроль эффективности в течение 48–72 часов; адекватный режим дозирования [20].

Выбор тактики хирургического лечения зависит от возраста пациентки, состояния репродуктивных функций, тяжести заболевания, наличия осложнений. Показаниями для оперативного вмешательства являются отсутствие эффекта от консервативного лечения, наличие гнойного tuboовариального образования. На сегодняшний день адекватная схема антибиотикотерапии позволяет проводить преимущественно органосохраняющие операции [6].

Пациенткам с ВЗОМТ рекомендуется избегание половых контактов на всем протяжении лечения [2].

Таким образом, воспалительные заболевания органов малого таза являются распространенной и опасной патологией для женщин репродуктивного возраста. Современное состояние науки позволяет достоверно диагностировать патологию, по результатам которого выбирается эффективный метод лечения. Несмотря на это, ввиду скрытых форм ВЗОМТ и не специфичности симптоматики, диагноз выставляется не своевременно, что затрудняет подбор терапии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Брагина Т.В., Петров Ю.А., Палиева Н.В. Воспалительные заболевания органов малого таза как одна из причин женского бесплодия // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». 2021. № 12 (23). С. 77–85.
2. Воспалительные болезни женских тазовых органов. Клинические рекомендации / Министерство здравоохранения Российской Федерации. 2021. 46 с.
3. Воспалительные заболевания органов малого таза / М.А. Паламаренко, Е.С. Соколова, Е.С. Корякин, А.А. Новикова // Аллея науки. 2021. № 5 (56). С. 116–119.
4. Воспалительные заболевания органов малого таза и их терапия в амбулаторных условиях / В.В. Скворцов, Е.М. Скворцова, И.Ю. Стаценко, О.В. Разваляева, Е.А. Дурноглазова // Врач. 2022. № (8). 19–22.
5. Гинекология: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 704 с.
6. Доманова Е.В. Возможности повышения эффективности и переносимости антимикробной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза в практике амбулаторного акушерства // Лечащий врач. 2019. № (4). С. 1–6.
7. Конопля А.А., Иванова О.Ю., Елагина К.А. Иммунные и метаболические нарушения на системном и локальном уровне при бесплодии трубно-перитонеального генеза // Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. 2019. № (3). С. 63–72.
8. Кузьмин В.Н. Новые подходы в лечении воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. 2022. № 3. С. 92–95.
9. Кузнецов Р.Э., Скрипчинко Д.В. Воспалительные заболевания органов малого таза: состояние проблемы // Consilium Medicum. 2019. № 21 (6). С. 92–97.
10. Мукизмз-Ода Т.М., Ходжамуродова Д.А. Воспалительные заболевания органов малого таза и длительное использование внутриматочной контрацепции (клинический случай) // Медицинский алфавит. 2019. № 14 (389). С. 47–51.
11. Нурадилова Д.М. Современный взгляд на проблему воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин репродуктивного возраста (обзор литературы) // Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2015. № (4). С. 21–27.
12. Пестрикова Т.Ю., Юрасов И.В., Юрасова Е.А. Воспалительные заболевания органов малого таза: современные тренды диагностики и терапии (обзор литературы) // Gynecology. 2018. № 6. С. 35–41.
13. Петров Ю.А. Результаты иммуно-микробиологической составляющей в генезе хронического эндометрита // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2011. № 3 (39). С. 50–53.
14. Российское общество акушеров-гинекологов. Клинические рекомендации Воспалительные болезни женских тазовых органов. 2021. 113 с.
15. Селихова М.С., Солтыс П.А. Современные акценты в диагностике воспалительных заболеваний органов малого таза // Архив акушерства и гинекологии им. В. Ф. Снегирева. 2020. № 7 (1). С. 37–43.
16. Серов В.Н., Дубницкая Л.В., Тютюнник В.Л. Воспалительные заболевания органов малого таза: диагностические критерии и принципы лечения // Рус. мед. журн. Мать и дитя. 2011. № 19 (1). С. 46–50.
17. Сехин С.В. Антибактериальная терапия воспалительных заболеваний органов малого таза: рациональный выбор в российских условиях // РМЖ. Мать и дитя. 2014. № (1). 83–86.
18. Скворцов В.В., Скворцова Е.М., Бангаров Р.Ю., Матвеев Н.Д. Современные представления о диагностике и лечении воспалительных заболеваний органов малого таза // Лечащий врач. 2022. № (5-6). С. 9–13.
19. Уткин Е.В. Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин: современные особенности клиники, диагностики и терапии // Мать и дитя в Кузбассе. 2009. № 3 (38). С. 9–16.
20. Юрасов И.В. Современные аспекты тактики при воспалительных заболеваниях органов малого таза у женщин: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Волгоград, 2015. 267 с.
21. Яковлев С.В. Новая концепция рационального применения антибиотиков в амбулаторной практике // Антибиотики и химиотерапия. 2019. № 3-4 (64). С. 48–58.
22. Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease / R.F. Savaris, D.G. Fuhrich, J. Maissiat, R.V. Duarte, J. Ross // Cochrane Database Syst Rev. 2020. Vol. P. 8 (8).
23. Erenel H., Yilmaz N., Oncul M., et al. Usefulness of Serum Procalcitonin Levels in Predicting Tubo-Ovarian Abscess in Patients with Acute Pelvic Inflammatory Disease // Gynecol Obstet Invest. 2017. Vol. 82(3). P. 262–266.
24. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease / J. Ross, S. Guaschino, M. Cusini, J. Jensen // PubMed. 2018. Vol. 29 (2). P. 108–114.
25. Goje O., Markwei M., Kollikonda S. et al. Outcomes of minimally invasive management of tubo-ovarian abscess: A systematic review // J Minim Invasive Gynecol. 2021. Vol. 28 (3). P. 556–564.
26. Jaiyeoba O., Lazenby G., Soper D.E. Recommendations and rationale for the treatment of pelvic inflammatory disease // Expert Rev Anti Infect Ther. 2011. Vol. 9 (1). P. 61–70.
27. Ong J.J., Bourne C., Dean J.A. et al. Australian sexually transmitted infection (STI) management guidelines for use in primary care 2022 update // Sexual health. 2022. Vol. 20 (1). P. 1–8.
28. Ross J.D.C. Pelvic inflammatory disease // Bacterial infections. Elsevier. 2014. Vol. (42). P. 6–16.
29. Tamarelle J., Thiebaut A.C.M., Barbeyrac B. et al. The vaginal microbiota and its association with human papillomavirus, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae and Mycoplasma genitalium infections: a systematic review and meta-analysis. Clin Microbiol Infect. 2019. Vol. 25 (1). P. 35–47.

© Ахмедова Саида Рафиковна (saida.ahmedova2017@yandex.ru); Омаров Наби Султан-Мурадович (sitoru@gmail.com)

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»