

DOI: 10.26442/20795696.2018.6.180072

# Воспалительные заболевания органов малого таза: современные тренды диагностики и терапии (обзор литературы)

Т.Ю.Пестрикова<sup>✉</sup>, И.В.Юрасов, Е.А.Юрасова

ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России.

680000, Россия, Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, д. 35

<sup>✉</sup>typ50@rambler.ru

Медицинская, социальная и экономическая актуальность воспалительных заболеваний органов малого таза требует весьма внимательного отношения к диагностике и лечению этой патологии. В структуре гинекологической заболеваемости число пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями гениталий занимает первое место, составляя 60,4–65,0%, причем не только в России, но и во всем мире. Показатель заболеваемости воспалительными заболеваниями органов малого таза за первое десятилетие XXI в. возрос у пациенток 18–24 лет в 1,4 раза, а у 25–29-летних – в 1,8. Одновременно увеличились затраты на диагностику и лечение, которые достигают 50–60% всех расходов на оказание гинекологической помощи населению. Понятие воспалительных заболеваний органов малого таза является собирательным. В него входят различные нозологические формы. Существуют многочисленные противоречия во взглядах на диагностические подходы и лечебную тактику, характер скрининга и контроль за отдаленными результатами лечения, этиологическое и патогенетическое значение различных микроорганизмов, обнаруживаемых в половых путях у пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза. В предлагаемом обзоре представлены результаты современного подхода к диагностике, тактике ведения и реабилитации пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза.

**Ключевые слова:** воспалительные заболевания органов малого таза, микробный спектр возбудителей, антимикробная терапия, реабилитация.

**Для цитирования:** Пестрикова Т.Ю., Юрасов И.В., Юрасова Е.А. Воспалительные заболевания органов малого таза: современные тренды диагностики и терапии (обзор литературы). Гинекология. 2018; 20 (6): 35–41. DOI: 10.26442/20795696.2018.6.180072

## Review

### Inflammatory disease of the womans reproductive system: modern trends in diagnosis and therapy (literature review)

T.Yu.Pestrikova<sup>✉</sup>, I.V.Yurasov, E.A.Yurasova

Far Eastern State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 680000, Russian Federation, Khabarovsk,

ul. Murav'eva-Amurskogo, d. 35

<sup>✉</sup>typ50@rambler.ru

#### Abstract

Medical, social and economic relevance of inflammatory diseases of the woman's reproductive organs requires a very careful attitude to the diagnosis and treatment of this pathology. The number of patients with genital infections and inflammatory diseases of the pelvic organs can takes the first place in structure of gynecological morbidity, and is 60.4–65.0%, and this fact is not unique to Russia, but all over the world. Incidence rate of inflammatory diseases of the pelvic organs in the first decade of the twenty-first century is increased at 1.4 times in patients who are from 18 to 24 years old and at 1.8 times in patients aged 25–29 years. At the same time, the cost of diagnosis and treatment has increased, reaching 50–60% of the total cost of providing gynecological care for population. The inflammatory diseases of pelvic organs are a collective concept. It includes of various nosological forms. There are numerous contradictions in the views on diagnostic approaches and treatment tactics, the nature of screening and control over the long-term results of treatment, the etiological and pathogenetic significance of various microorganisms found in the genital tract in patients with inflammatory diseases of the pelvic organs. Currently, there are many opinions among specialists about diagnostic approaches and treatment tactics, the type of screening and monitoring the long-term results of treatment, the etiological and pathogenetic role of various microorganisms which can be found in the genital tract in patients with inflammatory diseases. This review presents the results of a modern approach to the diagnosis, management and rehabilitation of patients with inflammatory diseases of the pelvic organs.

**Key words:** inflammatory diseases of the pelvic organs, microbial spectrum of pathogens, antimicrobial therapy, rehabilitation.

**For citation:** Pestrikova T.Yu., Yurasov I.V., Yurasova E.A. Inflammatory disease of the womans reproductive system: modern trends in diagnosis and therapy (literature review). Gynecology. 2018; 20 (6): 35–41. DOI: 10.26442/20795696.2018.6.180072

#### Введение

Медицинская, социальная и экономическая актуальность воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) требует весьма внимательного отношения к диагностике и лечению этой патологии. В структуре гинекологической заболеваемости число пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями гениталий занимает первое место, составляя 60,4–65,0%, причем не только в России, но и во всем мире. Показатель заболеваемости ВЗОМТ за первое десятилетие XXI в. возрос у пациенток 18–24 лет в 1,4 раза, а у 25–29-летних – в 1,8. Одновременно увеличились затраты на диагностику и лечение, которые достигают 50–60% всех расходов на оказание гинекологической помощи населению [1–3].

В большинстве случаев ВЗОМТ страдают сексуально активные женщины детородного возраста, что крайне неблагоприятно отражается в дальнейшем на их репродуктивном здоровье. У каждой 4-й пациентки, перенесшей ВЗОМТ, впоследствии встречаются такие осложнения, как бесплодие, невынашивание беременности, внематочная беременность, фетоплацентарная недостаточность и синдром хронической тазовой боли [4–6].

По мнению ряда исследователей, у женщин, ранее перенесших ВЗОМТ, частота атеросклероза, диабета, коронарных заболеваний, гипертензии, эндометриоза, колоректальных раков остается выше [6, 7]. Кроме этого, у перенесших ранее ВЗОМТ частота рака яичников увеличивается в 2,78 раза [8, 9].

Основные факторы риска по возникновению воспалительных заболеваний гениталий составляют 4 группы:

- 1-я объединяет ряд повреждающих агентов, влияющих на состояние иммунной системы, неспецифической резистентности организма и способствующих развитию иммунодефицитных состояний;
- 2-я включает факторы, способствующие разрушению биологической защиты гениталий от проникновения инфекционного агента;
- 3-я определяет резистентность инфекционного агента к противомикробным средствам и восприимчивость макроорганизма к инфекции;
- 4-я объединяет факторы демографического, социального, экономического, культурного, поведенческого характера [5, 6].

**Таблица 1. Классификация возбудителей болезней, вызывающих воспалительные заболевания гениталий у женщин**

А. Бактерии	<i>N. gonorrhoeae</i> <i>C. trachomatis</i> <i>Treponema pallidum</i> <i>Haemophilus ducreyi</i> <i>Mycoplasma hominis</i> <i>Ureaplasma urealyticum</i> <i>Calymmatobacterium granulomatis</i> <i>Shigella species</i> <i>Gardnerella vaginalis</i> <i>E. coli</i> <i>Staphylococcus sp.</i> <i>Streptococcus sp.</i> и др.
Б. Вирусы	<i>Herpes simplex virus</i> <i>Cytomegalovirus hominis</i> <i>Hepatitis B virus</i> <i>Papillomavirus hominis</i> <i>Molluscovirus hominis</i> <i>Human immunodeficiency virus</i> и др.
В. Простейшие	<i>Entamoeba histolytica</i> <i>Lambliа intestinalis</i> <i>Trichomonas vaginalis</i>
Г. Грибы	<i>Candida albicans</i>
Д. Эктопаразиты	<i>Phthirus pubis</i> <i>Sarcoptes scabiei</i>

**Этиопатогенетические аспекты ВЗОМТ**

ВЗОМТ являются полимикробными инфекциями, так как вызываются различными инфекционными агентами, степень вирулентности которых служит одним из решающих факторов, оказывающих влияние на распространенность патологического процесса. В современной медицинской науке известно около 2500 различных инфекций. Теоретически женщина может заболеть любой из них [5, 6].

Наиболее часто возбудителями воспалительных процессов гениталий в настоящее время являются *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*. Однако ряд исследователей считают, что частота случаев ВЗОМТ, связанных с гонококковой инфекцией, имеет тенденцию к снижению, в то время как частота случаев негонококковых ВЗОМТ увеличивается (табл. 1, 2). В этой связи целесообразно отметить значение *Escherichia coli* в развитии ВЗОМТ. Непатогенные бактерии *E. coli*, в норме в больших количествах населяющие кишечник, могут, тем не менее, вызвать развитие патологии при попадании в другие органы или полости человеческого тела (вагинит, цервицит) [5, 6].

Исследования, выполненные в Финляндии, свидетельствуют о том, что наиболее значимыми аэробными микроорганизмами у пациенток с ВЗОМТ были *E. coli* и *Haemophilus influenzae*. *E. coli* может быстро приобретать лекарственную устойчивость. В отдельных случаях вирулентные штаммы также вызывают гемолитико-уремический синдром, перитонит, мастит, сепсис и грамотрицательную пневмонию [11–13].

Восходящий путь инфекции является преобладающим в генезе воспалительных заболеваний репродуктивной системы. Проникновение инфекционных агентов в верхние отделы половой системы происходит с помощью сперматозоидов, трихомонад, возможен пассивный транспорт микроорганизмов [6, 5].

Аэробные и анаэробные бактерии, хламидии и микоплазмы способны прикрепляться к сперматозоидам. Особенно важна роль сперматозоидов в передаче гонореи. Установлена возможность прикрепления к различным участкам сперматозоида до 40 гонококков [6, 7, 13, 14].

Численность кишечной палочки в 1 мл эякулята достигает 100 тыс. бактерий. Поэтому сперма здоровых мужчин содержит большое число аэробных и анаэробных бактерий. Количество их прямо пропорционально фертильности спермы и половой активности мужчины. У половых партнеров пациентов с азоспермией частота воспалительных процессов органов малого таза значительно меньше, чем у женщин, имеющих половые связи с фертильными мужчинами.

Хламидии также способны прикрепляться к сперматозоидам, при этом чем больше хламидий, тем к большему числу сперматозоидов они прикрепляются. Кишечная палочка прикрепляется к поверхности трихомонады с помощью гликопротеиновых нитей [6, 7, 13–15].

Механизм прикрепления микроорганизмов к сперматозоидам обусловлен тем, что сперматозоиды обладают поверхностным отрицательным зарядом, который является своеобразным рецептором для микроорганизмов. Последние, прикрепившись к сперматозоидам, достигают матки, маточных труб, брюшной полости. Перенос инфекции в верхние отделы половых путей осуществляют также и трихомонады. Об этом было известно еще в 1950-х годах, когда трихомонады были выделены из жидкости позади маточного пространства. На роль трихомонад как переносчиков бактерий указывает то обстоятельство, что выделить их вне связи с другими микроорганизмами невозможно [2, 6, 15]. Помимо активного переноса микробов в верхние отделы полового тракта существует пассивный путь распространения трихомонады с помощью гликопротеиновых нитей [6, 14].

Вместе с активным переносом микробов в верхние отделы полового тракта существует пассивный путь распространения инфекции, при котором транспорт микроорганизмов происходит за счет сократительной деятельности матки, маточных труб, отрицательного давления в брюшной полости за счет движений диафрагмы [5–7].

Воспалительный процесс может развиваться и в результате активации нормальной эндогенной флоры влагалища, при ослаблении факторов естественной резистентности под воздействием ряда повреждающих агентов окружающей среды, а также после родов, абортов, при использовании внутриматочной контрацепции. Кроме этого, воспалительный процесс придатков матки может возникнуть вследствие первичного инфицирования брюшины при холецистите, панкреатите, пиелонефрите. Последнее место в распространении инфекционного процесса занимают гематогенный и лимфогенный пути передачи инфекции [2, 6, 7].

**Современные классификации ВЗОМТ**

Классификация болезней рассматривается как система рубрик, в которых конкретные нозологические единицы включены в соответствии с принятыми критериями.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра раздел воспалительных заболеваний представлен двумя группами [6, 16]: 1-я объединяет послеродовые инфекции, включенные в VII блок. В эту группу входят

**Таблица 2. Этиологическая классификация бактериальных агентов при ВЗОМТ**

Анаэробные клостридиальные	Анаэробные неклостридиальные	Аэробные	Смешанные (ассоциативные, микст-инфекции)
1. <i>Clostridium perfringens</i> 2. <i>C. tetani</i> 3. <i>C. oedematiens</i> и др.	1. <i>Acteroides sp.</i> 2. <i>Fusobacterium sp.</i> 3. <i>Peptococcus sp.</i> и др.	1. <i>Pseudomonas aeruginosa</i> 2. <i>Klebsiella sp.</i> 3. <i>E. coli</i> 4. <i>Staphylococcus sp.</i> 5. <i>Streptococcus sp.</i> и др.	1. Вызванные двумя и более анаэробами 2. Вызванные двумя и более аэробами 3. Анаэробно-аэробные
Анаэробные клостридиальные	Анаэробные неклостридиальные	Аэробные	Смешанные (ассоциативные, микст-инфекции)
1. <i>C. perfringens</i> 2. <i>C. tetani</i> 3. <i>C. oedematiens</i> и др.	1. <i>Acteroides sp.</i> 2. <i>Fusobacterium sp.</i> 3. <i>Peptococcus sp.</i> и др.	1. <i>P. aeruginosa</i> 2. <i>Klebsiella sp.</i> 3. <i>E. coli</i> 4. <i>Staphylococcus sp.</i> 5. <i>Streptococcus sp.</i> и др.	1. Вызванные двумя и более анаэробами 2. Вызванные двумя и более аэробами 3. Анаэробно-аэробные

Таблица 3. Классификация ВЗОМТ у женщин

По этиологическому фактору	По клиническому течению	По клиническому течению для специфических процессов	По локализации
I. Специфическое	I. Острое	I. Свежий процесс: • острый • подострый • торпидный	I. Наружные половые органы
II. Неспецифическое	II. Подострое	II. Хронический процесс – более 2 мес и при неизвестном сроке заболевания	II. Внутренние половые органы
	III. Хроническое: • первично хронический процесс • хронический рецидив • остаточное состояние хронического процесса	III. Носительство – наличие возбудителя при отсутствии клинических проявлений	III. Околomatочное пространство IV. Генерализованная инфекция

Таблица 4. Диагностические критерии ВЗОМТ

Минимальные критерии	Дополнительные критерии	Определяющие критерии
Болезненность при пальпации в нижних отделах	Температура тела выше 38°C	Сонографическое и бимануальное подтверждение tuboовариальных образований
Болезненность в области придатков	Лейкоцитоз более 10 000 в мм <sup>3</sup> , повышенный уровень СОЭ и С-реактивного белка	Лапароскопическая картина ВЗОМТ
Болезненные тракции шейки матки	Патологические выделения из влагалища и шейки матки	-
Диспареуния	Лабораторное подтверждение цервикальной инфекции	-
Аномальные вагинальные кровотечения	-	-

«Осложнения, связанные преимущественно с послеродовым периодом», к ним относятся: 085 – послеродовой сепсис; 086 – другие послеродовые инфекции; 087 – венозные осложнения в послеродовом периоде.

В VIII блок, который также относится к 1-й группе, входят: 098 – инфекционные и паразитарные болезни матери, классифицированные в других рубриках, но осложняющие беременность, роды и послеродовой период.

Вторая группа включает воспалительные заболевания женских половых органов, не связанные с родами, которые представлены в классе XIV в блоке N70–77. К ним относятся «Воспалительные болезни женских половых органов»: сальпингит и оофорит (N70); воспалительная болезнь матки, кроме шейки матки (N71); воспалительная болезнь шейки матки (N72); другие воспалительные болезни женских тазовых органов (N73); воспалительные болезни женских тазовых органов при болезнях, классифицированных в других рубриках (N74); болезни бартолиновой железы (N75); другие болезни влагалища и вульвы (N76); изъязвления и воспаления вульвы и влагалища при болезнях, классифицированных в других рубриках (N77) [1, 2, 6].

В класс I (блок A 50–64) входят «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни», включающие инфекции, передаваемые преимущественно половым путем [2, 6].

Как акушерские, так и гинекологические воспалительные заболевания вызываются одними и теми же микробными агентами, поражают одни и те же органы репродуктивной системы женщины. ВЗОМТ могут быть следствием как осложнений гестационного периода, так и аборт, различных оперативных вмешательств на женских половых органах. Классификация ВЗОМТ, как правило, представлена по нескольким параметрам (этиология, клиническое течение, локализация).

По клиническому течению выделяют: острые; подострые; хронические (в стадии ремиссии или обострения) воспалительные заболевания (табл. 3) [1, 2, 6].

Практическое использование, по мнению ряда исследователей, имеет классификация острого сальпингоофорита, которая отражает целостность звеньев единой патогенетической цепи воспалительного процесса:

- I. Острый эндометрит и сальпингит без признаков воспаления тазовой брюшины.
- II. Острый эндометрит и сальпингит с признаками раздражения брюшины.
- III. Острый сальпингоофорит с окклюзией маточных труб и развитием tuboовариального образования.
- IV. Разрыв tuboовариального образования [16, 17].

### Клиническая симптоматика, диагностика и дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний женских половых органов

Диагностика ВЗОМТ представляет определенные сложности, связанные с разнообразием клинических форм, имеющих сходную симптоматику. В последние годы произошли существенные изменения в клиническом течении ВЗОМТ. Частое отсутствие выраженных клинических проявлений и существенное нарушение общего состояния создают дополнительные трудности в раннем распознавании острой стадии заболевания. Температурная реакция, болезненность при пальпации живота, повышение острофазовых показателей крови стали необязательными симптомами. В настоящее время стертое или проградентное течение воспалительных заболеваний придатков матки отмечается в 25,7% случаев. Существуют определенные критерии постановки диагноза. Ряд исследователей выделяют несколько наиболее значимых диагностических критериев ВЗОМТ (табл. 4) [3, 5, 15, 18].

Объем диагностического исследования при ВЗОМТ включает комплекс клинических, лабораторно-диагностических методов (табл. 5).

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза является рутинным методом, позволяющим провести четкую верификацию диагноза и выбрать адекватную тактику (рис. 1). Наличие по данным УЗИ органов малого таза признаков гидросальпинкса считается основанием для прицельного поиска воспалительных изменений в других органах репродуктивной системы женщины [16, 17].

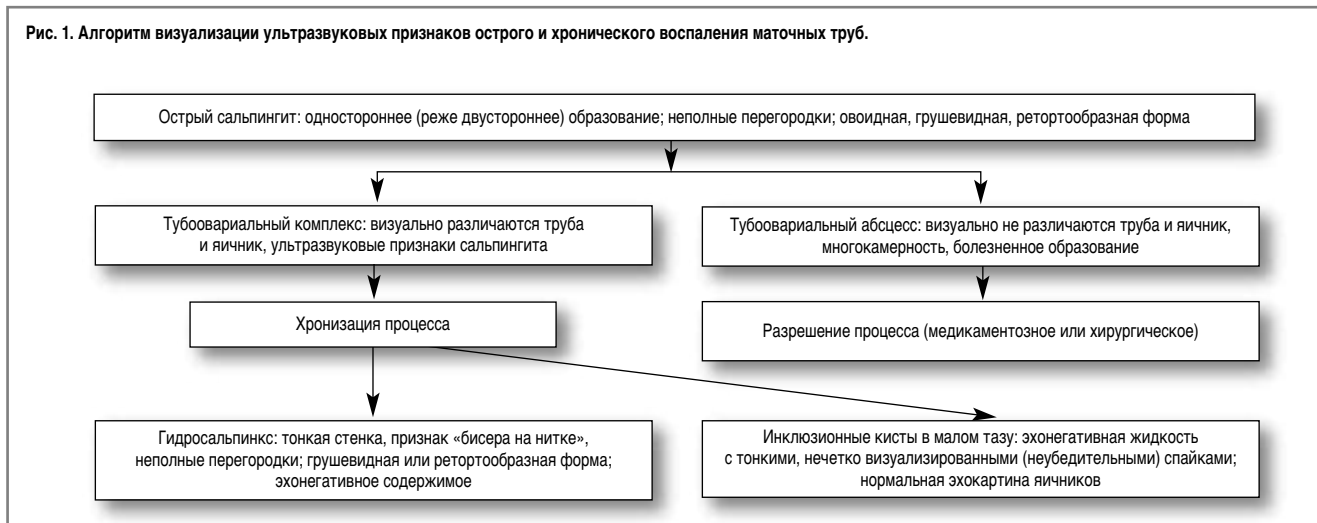
Объем лечебных мероприятий у пациенток с ВЗОМТ включает использование как оперативных, так и консервативных методов лечения [1–3, 6, 18, 19].

Алгоритм дифференцированного подхода к тактике ведения пациенток с ВЗОМТ на этапе стационарного лечения продемонстрирован на рис. 2 [5, 6].

Особую трудность для дифференциальной диагностики представляют боли при хронических формах ВЗОМТ, которые следует отличать от болей вследствие наличия:

- эндометриоза, синдрома Аллена–Мастерса;
- заболеваний органов нервной (радикулит, остеохондроз) и мочевыделительной системы;
- патологии желудочно-кишечного тракта (колиты, дивертикулиты, опухоли);
- травматического повреждения позвоночника;
- при опущении органов брюшной полости;
- при «синдроме хронической усталости» и пр. [1, 2, 5, 6].

Рис. 1. Алгоритм визуализации ультразвуковых признаков острого и хронического воспаления маточных труб.



Высокая частота хронических форм ВЗОМТ во многом зависит от несвоевременной и недостаточно эффективной терапии в острой стадии заболевания. В решении данной проблемы основное значение имеют ранняя диагностика и адекватная терапия острого процесса, так как только своевременное и рациональное лечение способно создать условия для полной реабилитации таких больных.

**Лечебные мероприятия при воспалительных заболеваниях гениталий**

Лечение воспалительных заболеваний гениталий включает различный спектр лечебных процедур. Для этой цели используются многие методы медикаментозной и немедикаментозной терапии с учетом клинических проявлений, данных лабораторной диагностики [1, 2, 18].

Терапевтическая тактика должна быть направлена прежде всего на купирование клинических симптомов, эрадикацию возбудителя и минимизацию рисков отдаленных последствий, которые развиваются почти у 1/4 пациенток. В последние годы CDC (Center for Disease Control, США) рекомендует придерживаться «низкого порога» для начала

агрессивной терапии острых воспалительных процессов малого таза, также предлагается лечить всех половых партнеров, с которыми были половые контакты у женщин за 60 дней до начала симптомов ВЗОМТ. С 2010 г. рекомендуется всем пациенткам с ВЗОМТ предлагать обследование на ВИЧ-инфекцию. При наличии инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), как причины ВЗОМТ повторное тестирование на инфекцию проводят через 3–6 мес после окончания лечения, принимая во внимание высокий риск реинфицирования, в том числе от нелеченого полового партнера [15, 20, 21].

При назначении антибиотиков важно помнить о смешанном характере инфекции органов малого таза. Точно установить этиологический состав инфекции обычно не представляется возможным по следующим причинам:

- получить материал из маточных труб можно только оперативным путем;
- исследование флоры влагалища неточно передает состав возбудителей в верхних отделах полового тракта;
- микробиологическое (культуральное) исследование требует времени и не подходит для выявления анаэробов и хламидий.

Таблица 5. Перечень клиничко-диагностических мероприятий для верификации диагноза ВЗОМТ				
Характер жалоб и данные анамнеза	Общий осмотр	Гинекологический осмотр	Лабораторные и морфологические методы	Диагностические методы
Боли: • внизу живота • в поясничной области • с иррадиацией во влагалище, задний проход, нижние конечности	Состояние кожных покровов и видимых слизистых оболочек	Осмотр наружных половых органов	Клинические анализы: • общий анализ крови • общий анализ мочи	УЗИ органов малого таза
Выделения из влагалища: • обильные • гнойные • водянистые • кровянистые • сукровичные	Пульс, артериальное давление, температура	Осмотр шейки матки в зеркалах	Биохимические анализы: • общий белок крови • С-реактивный белок • билирубин • мочевины • сахара крови	Диагностическая лапароскопия
Нарушение менструального цикла	Пальпация живота	Тракция шейки матки	Диагностика инфекционных заболеваний и верификация возбудителя: • антитела к ВИЧ • антитела к гепатиту В и С • антитела суммарных классов к бледной трепонеме • микроскопия влагалищного мазка • посев различных видов биоматериала на гонококк • культуральные исследования для определения микрофлоры и чувствительности к антибиотикам • ПЦР для определения возбудителей ИППП • иммуноферментный анализ для определения антител к возбудителям ИППП	Пункция заднего свода
Озноб	Наличие симптомов раздражения брюшины	Бимануальное исследование	Определение отдельных параметров гемостаза	
Длительность заболевания	Пальпация регионарных лимфоузлов	Ректальное исследование	Результаты морфологического исследования	

Рис. 2. Алгоритм дифференцированного подхода к тактике ведения пациенток с ВЗОМТ на этапе стационарного лечения.

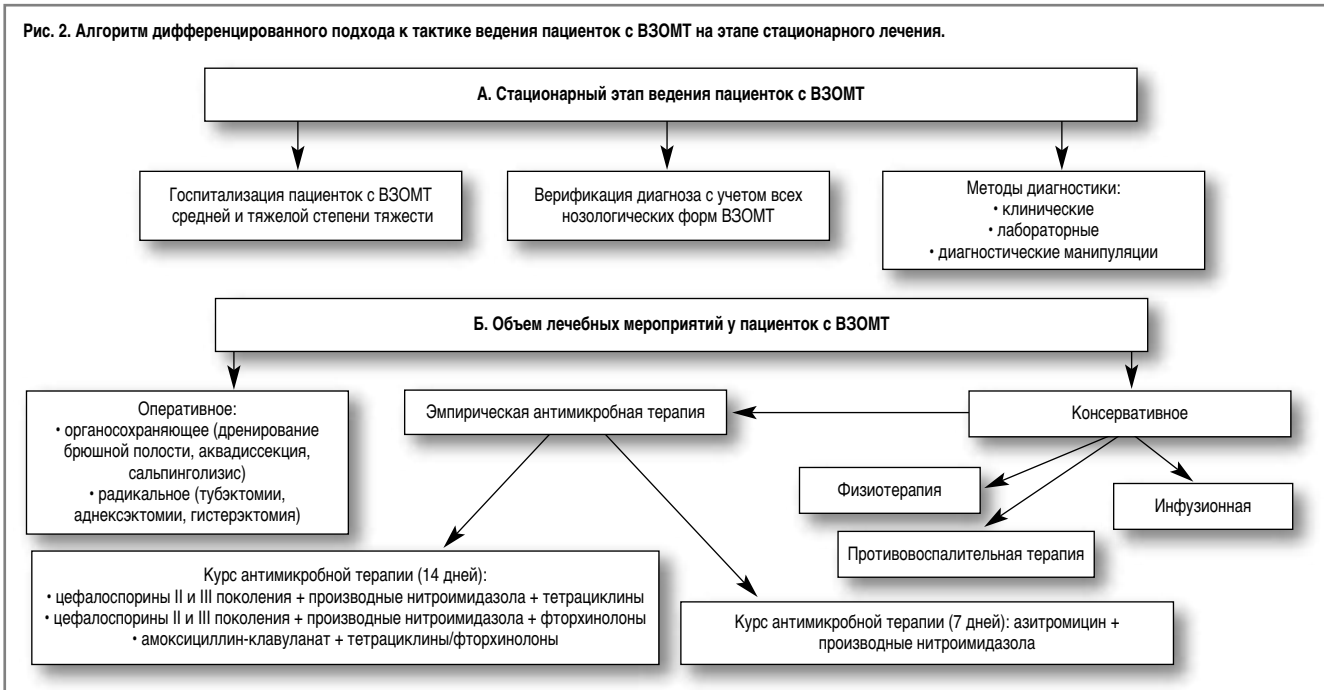


Рис. 3. Спектр микробных возбудителей при ВЗОМТ.



В смешанной инфекции практически всегда участвуют анаэробы, грамположительные и грамотрицательные аэробы. Триггером воспалительного процесса могут служить гонококки или хламидии, передаваемые половым путем, но никогда не присутствующие в очаге без сопутствующей условно-патогенной флоры (рис. 3).

В условиях невозможности точной диагностики микробного спектра при ВЗОМТ лечение всегда назначается эмпи-

рически. Даже при наличии микробиологического, серологического исследования или результатов диагностики методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) необходимо относиться к лечению ВЗОМТ как к эмпирической терапии, направленной на перекрытие максимального спектра основных микроорганизмов, включая выявленных возбудителей. Всегда следует предполагать участие анаэробов в воспалительном процессе (см. рис. 3) [6, 13, 15, 21, 22].

Поскольку действие антимикробной терапии должно быть направлено на возможный спектр всех основных возбудителей, она должна быть комбинированной. Спектр воздействия антибиотиков на возбудителей при ВЗОМТ представлен на рис. 4 [21–26].

Следовательно, основное место в лечении ВЗОМТ принадлежит антибиотикам, поэтому от рациональности их назначения зависит не только клиническая эффективность, но и возможное развитие резистентности микроорганизмов к данным препаратам. Международные и отечественные руководства по лечению ВЗОМТ, составленные учеными США, стран Европы, специалистами Всемирной организации здравоохранения, включают ряд практических рекомендаций по использованию антибиотиков (табл. 6) [21–26].

Амбулаторный этап является ответственным шагом в наблюдении пациенток с хроническими и легкими формами ВЗОМТ, поскольку данная патология оказывает непосред-

Рис. 4. Спектр активности антибиотиков с учетом распространенной резистентности микробных возбудителей.

Анаэробы	<i>Staphylococcus</i> spp. и др. грамположительные	<i>E. coli</i> и др. грамотрицательные	Гонококки	Хламидии
Метронидазол	Амоксициллин Макролиды	Гентамицин		Доксициклин Макролиды
Клиндамицин/линкомицин				
Цефалоспорины III поколения				
Фторхинолоны				
Амоксициллин/клавуланат (ингибиторозащищенные пенициллины)				

**Таблица 6. Практические рекомендации по использованию антимикробной терапии при ВЗОМТ**

Антимикробная терапия ВЗОМТ основывается на понимании их полимикробной этиологии и тесной связи с ИППП. Для оптимального режима лечения необходимо использовать существующие национальные и международные рекомендации, а также вновь появляющиеся данные по резистентности возбудителей и результаты контролируемых клинических исследований

При невозможности применить стандартные комбинации (недоступность, непереносимость, неэффективность) индивидуальный подбор препаратов целесообразно проводить совместно с клиническим фармакологом и клиническим микробиологом. Следует помнить, что большинство пациентов могут лечиться амбулаторно пероральными режимами, и только при тяжелом течении требуются госпитализация и парентеральное введение препаратов

Терапия ВЗОМТ должна быть начата как можно раньше после появления первых симптомов. Конечными целями лечения ВЗОМТ является купирование не только текущего эпизода, но и предотвращение или снижение количества и выраженности негативных последствий для репродуктивного здоровья женщины

Антимикробная терапия при ВЗОМТ, назначаемая эмпирически, должна быть применена не менее 14 дней. Спектр воздействия должен охватывать влияние на аэробную, анаэробную флору; внеклеточные и внутриклеточные микроорганизмы; простейшие

Необходимо оценивать первые результаты лечебных мероприятий в стационаре через 72 ч от начала назначения эмпирической антимикробной терапии. Если лечебная тактика была верной, то будет иметь место положительная клиническая динамика. Если нет, тогда необходимо решать вопрос о смене антимикробной терапии (совместное решение с клиническим фармакологом) или проведении хирургического лечения

Пациенткам с ВЗОМТ необходимо дать письменную информацию о возможных осложнениях при данной нозологической форме

Информация для пациенток должна включать следующие рекомендации:

- необходимо избегать половых контактов без использования барьерных методов до полного их излечения и излечения полового партнера
- чем более выражены клинические проявления, тем больше риск таких осложнений, как невынашивание беременности и бесплодие

**Таблица 7. Верификации хронических форм ВЗОМТ**

*Диагностические критерии хронических форм ВЗОМТ*

1.	Бактериологическое, бактериоскопическое исследование, ПЦР, иммуноферментный анализ
2.	Гистероскопия с биопсией эндометрия
3.	Гистеросальпингография (при хроническом сальпингоофорите)

*Определяющие критерии*

1.	Гистологическое обнаружение хронического эндометрита, другой патологии эндометрия при биопсии
2.	Сонографическое подтверждение объемных образований в придатках
3.	Данные лапароскопии

ственное влияние на основные, качественные показатели, к которым относятся перинатальная, материнская заболеваемость и смертность.

Кроме этого, ВЗОМТ напрямую оказывают влияние на возникновение бесплодия, внематочной беременности, невынашивания беременности, снижение овариального резерва после хирургического вмешательства, неудачных попыток экстракорпорального оплодотворения [21, 26–29].

В этой связи важным является уточнение диагностических критериев для верификации хронических форм ВЗОМТ, которые представлены в табл. 7.

Для сохранения репродуктивного потенциала у пациенток с ВЗОМТ важным этапом является осуществление реабилитационных мероприятий, в том числе проведение прегравидарной подготовки (рис. 5).

Вопросы лечения и реабилитации пациенток с ВЗОМТ весьма актуальны, так как рецидивы и хронизация воспалительных процессов ухудшают прогноз в отношении генеративной функции, что является важной социальной и экономической проблемой. Перспективы решения репродуктивных и демографических проблем XXI в. в большинстве своем неподвластны клиницисту и несут на себе бремя нерешенных социальных проблем. В этой связи важным остается решение вопроса о возможности информированности молодежи по вопросам репродуктивного здоровья. Необходимо формирование у каждой будущей матери осознанной самоохранительной концепции репродуктивного поведения, начиная с разработки медицинских критериев готовности женщины к беременности и алгоритмов индивидуализированной прегравидарной подготовки [30].



В последние годы, в частности в Великобритании, произошло смещение акцентов в подходах к здоровью женщин. Традиционная (реактивная) система, основывающаяся главным образом на специализированной консультативной и лечебной помощи, трансформировалась в холистическую, упреждающую (проактивную) систему. Ее целью являются акцент на работу поликлинического звена, проведение инструктирования женщины на протяжении всей ее жизни, оказание ей помощи в оздоровлении и выборе оптимальных условий, сохраняющих репродуктивный потенциал [21].

#### Литература/References

1. *Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии. Практическое руководство. Под ред. И.С.Сидоровой, Т.В.Овсянниковой, И.О.Макарова. М.: МЕДпресс-информ, 2009. / Ambulatorio-poliklinicheskaia pomoshch' v akusherstve i ginekologii. Prakticheskoe rukovodstvo. Pod red. I.S.Sidorovoi, T.V.Ovsiannikovoi, I.O.Makarova. M.: MEDpress-inform, 2009. [in Russian]*
2. *Гинекология: национальное руководство. Под ред. Г.М.Савельевой, Г.Т.Сухих, В.Н.Серова и др. 2-е изд., перераб и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. / Ginekologiya: natsional'noe rukovodstvo. Pod red. G.M.Savel'evoi, G.T.Sukhibk, V.N.Serova i dr. 2-e izd., pererab i dop. M.: GEOTAR-Media, 2017. [in Russian]*
3. *Кузьмин В.Н., Адамьян Л.В., Пустовалов Д.А. Инфекции, передаваемые половым путем, и охрана репродуктивного здоровья женщины. М., 2010. / Kuz'min V.N., Adam'yan L.V., Pustovalov D.A. Infektsii, peredavaemye polovym putem, i okhrana reproduktivnogo zdorov'ia zhenshchin. M., 2010. [in Russian]*
4. *Серов В.Н., Дубницкая Л.В., Тоттоник В.Л. Воспалительные заболевания органов малого таза: диагностические критерии и принципы лечения. РМЖ. 2011; 19 (395): 46–50. / Serov V.N., Dubnitskaia L.V., Tottonik V.L. Vospalitel'nye zabolevaniia organov malogo taza: diagnosticheskie kriterii i printsipy lecheniia. RMZh. 2011; 19 (395): 46–50. [in Russian]*
5. *Юрасов И.В. Современные аспекты тактики при воспалительных заболеваниях органов малого таза у женщины. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Волгоград, 2015. / Iurasov I.V. Sovremennye aspekty taktiki pri vospalitel'nykh zabolevaniiax organov malogo taza u zhenshchiny. Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. Volgograd, 2015. [in Russian]*
6. *Пестрикова Т.Ю., Юрасов И.В., Юрасова Е.А. Воспалительные заболевания в гинекологии. М.: Литтерра, 2009. / Pestrikova T.Yu., Iurasov I.V., Iurasova E.A. Vospalitel'nye zabolevaniia v ginekologii. M.: Litterra, 2009. [in Russian]*
7. *Инфекции, передающиеся половым путем. Клинические лекции. Под ред. В.Н.Прилепской. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. / Infektsii, peredavaiushchiesia polovym putem. Klinicheskie lektsii. Pod red. V.N.Prilepskoi. M.: GEOTAR-Media, 2014. [in Russian]*
8. *Hsu M, Lin HW. Risk of colorectal cancer in women with pelvic inflammatory disease: a matched cohort study. Int J Obstet Gynaecol 2014; 121 (3): 337–42.*
9. *Lin HW, Tu YY, Lin SY. Risk of ovarian cancer in women with pelvic inflammatory disease: a population-based study. Lancet Oncol 2011; 12 (9): 900–4.*
10. *Зароченцева Н.В., Аршакиян А.К., Меньшикова Н.С. Воспалительные заболевания органов малого таза у женщины (обзор литературы). Гинекология. 2013; 15 (4): 65–9. / Zarochentseva N.V., Arshakian A.K., Men'shikova N.S. Vospalitel'nye zabolevaniia organov malogo taza u zhenshchiny (obzor literatury). Ginekologiya. 2013; 15 (4): 65–9. [in Russian]*
11. *Andrews WW, Hauth JC, Cliver SP et al. Association of asymptomatic bacterial vaginosis with endometrial microbial colonization and plasma cell endometritis in nonpregnant women. J Obstet Gynecol 2006; 195 (6): 1611–6.*
12. *Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. 3-е изд. Под ред. Г.М.Савельевой, В.Н.Серова, Г.Т.Сухих. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. / Akusherstvo i ginekologiya. Klinicheskie rekomendatsii. 3-e izd. Pod red. G.M.Savel'evoi, V.N.Serova, G.T.Sukhibk. M.: GEOTAR-Media, 2009. [in Russian]*
13. *Петерсен, Э.Э. Инфекции в акушерстве и гинекологии. Пер. с англ. под общей ред. В.Н.Прилепской. М.: МЕДпресс-информ, 2007. / Petersen, E.E. Infektsii v akusherstve i ginekologii. Per. s angl. pod obshchei red. V.N.Prilepskoi. M.: MEDpress-inform, 2007. [in Russian]*
14. *Ковалык В.П. Хламидийная инфекция в гинекологии: современные тренды патогенеза, диагностики и лечения. Гинекология. 2013; 15 (2): 42–7. / Kovalyk V.P. Khlamidiiinaia infektsiia v ginekologii: sovremennye trendy patogeneza, diagnostiki i lecheniia. Ginekologiya. 2013; 15 (2): 42–7. [in Russian]*
15. *Щуршалкина А.В. Воспалительные заболевания органов малого таза: современная тактика терапии. Гинекология. 2011; 13 (5): 23–6. / Shursbalina A.V. Vospalitel'nye zabolevaniia organov malogo taza: sovremennaia taktika terapii. Ginekologiya. 2011; 13 (5): 23–6. [in Russian]*
16. *Озерская И.А. Эхография в гинекологии. М.: Медика, 2005. / Ozerskaia I.A. Ekhografiia v ginekologii. M.: Medika, 2005. [in Russian]*
17. *Буланов М.Н. Ультразвуковая гинекология. Курс лекций в 3 т. Т. 3. М.: Видар, 2011. / Bulanov M.N. Ul'trazvukovaia ginekologiya. Kurs lektsii v 3 t. T. 3. M.: Vidar, 2011. [in Russian]*
18. *Jaiyeoba O, Jaiyeoba O, Lazenby G, Soper DE. Recommendations and rationale for the treatment of pelvic inflammatory disease. Expert Rev Anti Infect Ther 2011; 9 (1): 61–70.*
19. *Jaiyeoba O, Soper DE. A practical approach to the diagnosis of pelvic inflammatory disease. Infect Dis Obstet Gynecol 2011; 7 (5): 30–7.*
20. *CDC. 2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services, 2015.*
21. *Женское здоровье. Руководство для врачей первичного звена. Под ред. А.К.Нолли, А.Бриттон. Пер. с англ. под общей ред. В.Н.Прилепской. М.: МЕДпресс-информ, 2018. / Zhenskoe zdorov'e. Rukovodstvo dlia vrachei pervichnogo zvena. Pod red. A.Konolli, A.Britton. Per. s angl. pod obshchei red. V.N.Prilepskoi. M.: MEDpress-inform, 2018. [in Russian]*
22. *Гомберг М.А. Новые Европейские рекомендации по ведению больных с хламидийной инфекцией: основные положения. Рос. вестн. акушера-гинеколога. 2011; 5: 102–6. / Gomberg M.A. Noveye Evropeiskie rekomendatsii po vedeniiu bol'nykh s khlamidiiinoi infektsiei: osnovnye polozheniia. Ros. vestn. akushera-ginekologa. 2011; 5: 102–6. [in Russian]*
23. *Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Юрасов И.В. Медикаментозная терапия в практике врача акушера-гинеколога. М.: Литтерра, 2011. / Pestrikova T.Yu., Iurasova E.A., Iurasov I.V. Medikamentoznaia terapiia v praktike vracha akushera-ginekologa. M.: Litterra, 2011. [in Russian]*
24. *Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике: европейские клинические рекомендации. Под ред. С.В.Яковлева, С.В.Сидоренко, В.В.Рафаэльского, Т.В.Спицач. М.: Пре100 Принт, 2016. / Strategii i taktika ratsional'nogo primeneniia antimikrobnnykh sredstv v ambulatornoi praktike: evropeiskie klinicheskie rekomendatsii. Pod red. S.V.Iakovleva, S.V.Sidorenko, V.V.Rafal'skogo, T.V.Spicach. M.: Pre100 Print, 2016. [in Russian]*
25. *Козлов Р.С. Проблема антибиотикорезистентности в акушерстве и гинекологии. РМЖ. 2014; 1: 79–82. / Kozlov R.S. Problema antibiotikorezistentnosti v akusherstve i ginekologii. RMZh. 2014; 1: 79–82. [in Russian]*
26. *Chen PC, Tseng TC, Hsieh JY, Lin HW. Association between stroke and patients with pelvic inflammatory disease. Stroke 2011; 42: 2074–6.*
27. *Herzog SA, Heijne JC et al. Describing the progression from Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae to pelvic inflammatory disease: systematic review of mathematical modeling studies. Altbais Sex Transm Dis 2012; 39 (8): 628–37.*
28. *Soper DE. Pelvic inflammatory disease. Obstet Gynecol 2010; 116 (6): 1459–60.*
29. *Sbib TY, Gaydos CA, Rothman RE. Poor Provider Adherence to the Center s for Disease Control and Prevention Treatment Guidelines in US Emergency Department Visits With a Diagnosis of Pelvic Inflammatory Disease. Sex Trans Dis 2011; 38 (4): 299–305.*
30. *Архипова М.П., Хамошина М.Б., Чотчаева А.И. и др. Репродуктивный потенциал России: статистика, проблемы, перспективы улучшения. Доктор Ру. 2013; 1 (79): 70–4. / Arkhipova M.P., Khamoshina M.B., Chotchaeva A.I. i dr. Reproduktivnyi potentsial Rossii: statistika, problemy, perspektivy uluchsheniia. Doktor Ru. 2013; 1 (79): 70–4. [in Russian]*

#### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Пестрикова Татьяна Юрьевна** – д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ДВГМУ. E-mail: typ50@rambler.ru

**Юрасов Игорь Владимирович** – д-р мед. наук, доц. каф. акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ДВГМУ

**Юрасова Елена Анатольевна** – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ДВГМУ. E-mail: urasovaea@yandex.ru