

# Воспалительные заболевания органов малого таза: современная тактика терапии

**А.В. Шуршалина**

Американский медицинский центр, Москва

Гинекология. – №5. – Т. 13. – 2011.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) включают широкий спектр воспалительных процессов, часто ассоциированных с инфекциями, передающимися половым путем (ИППП). В большинстве случаев ВЗОМТ протекают атипично или их клинические проявления стерты. Эмпирическая терапия ВЗОМТ обязательна у сексуально активных молодых женщин и в группах риска по ИППП при наличии симптомов воспаления. Парентеральные и пероральные режимы терапии должны покрывать весь спектр возможных возбудителей, вызывающих ИППП, а также анаэробы и микрофлору, ассоциированную с бактериальным вагинозом.

**Ключевые слова:** ВЗОМТ, воспаление, ИППП.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) – часто обсуждаемая, актуальная проблема современной гинекологии. Связано это прежде всего со стабильно высокой частотой данной группы заболеваний, которая составляет до 60% от общего числа гинекологических нозологий. Пик заболеваемости приходится на возраст 17–28 лет и четко ассоциирован с сексуальной активностью и отсутствием барьерных методов контрацепции.

ВЗОМТ обычно являются результатом восходящей инфекции из эндометрикса с развитием эндометрита, сальпингита, параметритита, оофорита, tuboovarальных абсцессов и пельвиоперитонита. Более чем в 1/2 случаев причиной ВЗОМТ являются инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). По результатам многочисленных исследований, в большинстве случаев возбудителем является *Chlamydia trachomatis* (30%) и *Neisseria gonorrhoeae* (50%), в то же время представители нормальной флоры полового тракта (анаэробы, *Gardnerella vaginalis*, *Neomophilus influenzae*, *Streptococcus agalactiae*, кишечные грамотригативные палочки) играют важную роль в поддержании воспалительного процесса [1–4]. В настоящее время с ВЗОМТ стали ассоциировать цитомегаловирус (ЦМВ), *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalium* и ВИЧ. L. Clarke при исследовании биоптатов эндометрия от 147 женщин с клиническими симптомами ВЗОМТ в 20,4% случаев выявил в ткани антиген ЦМВ [5]. Колонизация эндометрия микоплазмами также может служить причиной поддержания воспалительного процесса, инфицирования плодного яйца и прерывания беременности на ранних сроках. По данным разных авторов, *M. hominis* в 15–30% случаев является причиной развития ВЗОМТ [6]. Важно отметить, что в 15–20% случаев возбудитель выявить не удастся.

## Схемы терапии ВЗОМТ

### UK National Guideline for the PID Management (Великобритания) [4]

Рекомендуемый амбулаторный режим	Внутримышечно цефтриаксон 250 мг или внутримышечно цефокситин 2 г + пробенецид 1 г
	Далее доксициклин 100 мг 2 раза перорально + метронидазол (Трихопол) 400 мг 2 раза 14 дней
	Офлоксацин 400 мг 2 раза перорально + метронидазол (Трихопол) 400 мг 2 раза 14 дней
Стационарный парентеральный режим	Внутривенно цефокситин 2 г 3 раза + внутривенно доксициклин 100 мг 2 раза (возможна замена на пероральное применение)
	Далее доксициклин перорально 100 мг 2 раза + перорально метронидазол (Трихопол) 400 мг 2 раза 14 дней
	Внутривенно клиндамицин 900 мг 3 раза + внутривенно гентамицин (2 мг/кг, далее 1,5 мг/кг)
	Далее клиндамицин перорально 450 мг 4 раза 14 дней или доксициклин перорально 100 мг 2 раза + метронидазол (Трихопол) 400 мг 2 раза 14 дней
Альтернативные схемы стационарной терапии	Внутривенно офлоксацин 400 мг 2 раза + метронидазол (Трихопол) 500 мг 3 раза 14 дней
	Внутривенно ципрофлоксацин 200 мг 2 раза + внутривенно (или перорально) доксициклин 100 мг 2 раза + внутривенно метронидазол (Трихопол) 500 мг 3 раза 14 дней

### CDC PID Management Guide 2010 (США) [2]

Парентеральный режим А	Цефотетан 2 г внутривенно 12 ч или цефокситин 2 г внутривенно 6 ч + доксициклин 100 мг перорально или внутривенно каждые 12 ч
Парентеральный режим В	Клиндамицин 900 мг внутривенно каждые 8 ч + гентамицин внутривенно или внутримышечно 2 мг/кг, далее 1,5 мг/кг каждые 8 ч
Альтернативный парентеральный режим	Ампициллин/сульбактам 3 г внутривенно каждые 6 ч + доксициклин 100 мг перорально или внутривенно каждые 12 ч
Амбулаторный режим	Цефтриаксон 250 мг внутримышечно 1 доза + доксициклин 100 мг перорально 2 раза 14 дней ± метронидазол (Трихопол) 500 мг перорально 2 раза 14 дней
	Цефокситин 2 г внутримышечно 1 доза и пробенецид 1 г перорально + доксициклин 100 мг перорально 2 раза 14 дней ± метронидазол (Трихопол) 500 мг перорально 2 раза 14 дней
	Любой цефалоспориин III поколения (цефотаксим, цефтризоксим) + доксициклин 100 мг 2 раза 14 дней ± метронидазол (Трихопол) 500 мг 2 раза 14 дней
	Цефтриаксон 250 мг внутримышечно 1 раз + азитромицин 1 г 1 раз в неделю 14 дней

Российские национальные рекомендации по диагностике ВЗОМТ [7, 13]

Парентеральный режим	Амоксициллин/клавулановая кислота или амоксициллин/сульбактам, или цефоперазол/сульбактам в сочетании с доксициклином, или макролидами
Общая длительность терапии 14 дней	Цефалоспорины II–IV поколения в сочетании с доксициклином или макролидами и метронидазолом (Трихополом)
Альтернативный режим	Офлоксацин + метронидазол (Трихопол)
Общая длительность терапии 14 дней	Ципрофлоксацин + макролиды + метронидазол (Трихопол)
	Клиндамицин + гентамицин + доксициклин
	Имипенем + доксициклин (макролиды)

Клиническая картина ВЗОМТ крайне вариабельна, при этом даже острый воспалительный процесс может вызывать определенные трудности диагностики в связи с большим количеством возможных симптомов. Большая доля пациенток имеют стертые или субклиническое течение заболевания. При этом отсроченная диагностика и лечение способствуют распространению воспалительного процесса в верхние отделы полового тракта.

При диагностике ВЗОМТ важно выявление групп риска [2, 7, 8]:

1. Наличие в анамнезе ИППП и предшествующих эпизодов ВЗОМТ.
2. Оперативные вмешательства на органах малого таза, особенно внутриматочные манипуляции.
3. Наличие в анамнезе осложненных беременностей и родов.
4. Длительное использование внутриматочных средств (ВМС).
5. Частая смена половых партнеров и отсутствие барьерных методов контрацепции.

Клиническая диагностика острых ВЗОМТ часто неточна. Исследования показали, что при ВЗОМТ, протекающих с клиническими проявлениями, она имеет положительную прогностическую ценность (positive predictive value – PPV) 65–90% по сравнению с данными лапароскопии [2, 8]. При этом данный показатель зависит от эпидемиологических характеристик исследуемой популяции и имеет максимальные значения у сексуально активных молодых женщин и подростков, у пациенток с ИППП и в местностях с максимальными значениями частоты гонорей и хламидиоза. Число недиагностированных случаев ВЗОМТ с неспецифическими симптомами остается достаточно высоким. Учитывая трудности диагностики и потенциальный риск для репродуктивного здоровья (даже в случае атипичного и бессимптомного течения), многие клиницисты считают целесообразным значительно снизить диагностический порог для ВЗОМТ.

Согласно Российским национальным рекомендациям по диагностике ВЗОМТ при бимануальном исследовании важно учитывать наличие болезненности при пальпации матки и тракции за шейку матки, увеличение и уплотнение матки, патологические выделения из полового тракта, наличие признаков спаечного процесса в малом тазу, в том числе фиксации матки в ретрофлексии, невралгические реакции в малом тазу [7].

В Национальном британском руководстве по ведению ВЗОМТ выделены так называемые вероятные симптомы ВЗОМТ: боль внизу живота, диспареуния, аномальные вагинальные кровотечения, патологические выделения из влагалища и шейки матки [4]. К достоверным симптомам ВЗОМТ относятся: чаще билатеральная болезненность в нижних отделах живота, при бимануальном исследовании – чувствительность в области придатков матки, болезненная тракция за шейку матки, повышение температуры тела до 38 °С.

Center for Disease Control (CDC), США, предложил свои критерии для диагностики ВЗОМТ [2]. Минимальными

критериями ВЗОМТ по версии 2010 г. считаются: болезненная тракция за шейку матки, болезненная пальпация матки и придатков матки при бимануальном исследовании. При этом выявление только минимальных вышеперечисленных критериев не обладает достаточной специфичностью. Также выделены дополнительные критерии ВЗОМТ: повышение температуры тела более 38 °С, гнойные выделения из влагалища и шейки матки, лейкоцитоз во влагалищном отделяемом, повышение СОЭ и С-реактивного белка, выявление в половом тракте *C. trachomatis* или *N. gonorrhoeae*.

Важно отметить, что использование минимальных критериев для ВЗОМТ, переработанных в последние годы CDC, обладает невысокой информативностью. При этом применение старых критериев CDC для ВЗОМТ, существовавших с 1993 по 2002 г. и дополнительно включавшие боль в нижней части живота, повышают информативность этого метода, по нашим данным, до 55–60%. D. Blake установил, что при первичном опросе больных жалобы на боль внизу живота и диспареунию являются важными предикторами наличия ВЗОМТ с чувствительностью 100% и специфичностью 44% [9]. По данным A. Cogg, хронический эндометрит диагностируется в 69% случаев при наличии у пациенток боли в нижней части живота, в 43% случаев – при наличии гнойного цервицита или бактериального вагиноза и в 9% случаев – при отсутствии каких-либо клинических симптомов ВЗОМТ [10].

Таким образом, довольно часто для диагностики необходимо дополнительное обследование. К специфическим методам диагностики ВЗОМТ относятся: биопсия и гистологическое исследование эндометрия, трансвагинальная сонография, доплерометрия сосудов малого таза, магнитно-резонансная томография, лапароскопия. Активно обсуждается вопрос об использовании онкомаркера СА-125 в диагностике и мониторинге больных ВЗОМТ [8]. Использование дополнительных диагностических методов оправдано для точной локализации, оценки степени распространенности и характера воспалительного процесса, а также прогнозирования и профилактики осложнений.

Важным этапом диагностики является микробиологическое исследование и детекция ИППП в половом тракте. Наличие бактериального вагиноза, гнойного вагинита, верификация патогенных микроорганизмов в нижних отделах полового тракта, особенно *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* и вируса простого герпеса, свидетельствуют о высоком риске контаминации верхних отделов полового тракта. По данным исследований, отсутствие лейкоцитоза во влагалищном отделяемом свидетельствует об отсутствии ВЗОМТ с отрицательной прогностической ценностью (negative predictive value – NPV) до 95%, в то же время присутствие лейкоцитоза неспецифично – положительная прогностическая ценность составляет только 17% [4].

Показания к госпитализации: необходимость исключения острой хирургической патологии (аппендицит, внематочная беременность и т.д.), беременность, клиническая неэффективность амбулаторного лечения, отсутствие компла-

ентности пациента амбулаторному лечению, тяжелое течение с явлениями выраженной интоксикации, наличие tuboовариального абсцесса.

Дифференциальный диагноз при наличии болевого синдрома внизу живота проводят с [2, 4, 7]:

- внематочной беременностью (должна исключаться у всех женщин репродуктивного возраста);
- острым аппендицитом. Тошнота и рвота отмечаются у большинства пациенток с аппендицитом и у 50% – с ВЗОМТ, болезненные тракции за шейку матки могут выявляться в 25% случаев аппендицита [4];
- эндометриозом;
- разрывом кисты яичника;
- функциональной болью другой этиологии.

Среди осложнений и отсроченных последствий ВЗОМТ, как правило, выделяют спаечный процесс в малом тазу, бесплодие, внематочную беременность, стойкий болевой синдром и диспареунию. Синдром Фитца–Хага–Куртиса (Fitz–Hugh–Curtis) развивается у 10–20% женщин и сопровождается болью в верхнем правом квадранте как проявление перигепатита. В 2011 г. впервые опубликованы данные, полученные на огромной когорте больных, о повышении риска развития рака яичников после перенесенного эпизода ВЗОМТ, при этом относительный риск равен 0,92 (95% доверительный интервал – ДИ – 1,27–2,92) по сравнению с контролем, а после 5 эпизодов ВЗОМТ в анамнезе возрастает до 2,46 (1,48–4,09) [11].

Тактика терапии ВЗОМТ должна быть разумно агрессивной и основана на преимущественно эмпирической терапии препаратами широкого спектра противомикробного действия. С практической точки зрения важно снижение диагностического порога ВЗОМТ для начала эмпирического лечения, так как любая отсрочка в диагностике и лечении повышает частоту поздних осложнений, таких, как внематочная беременность, бесплодие и тазовая боль [12].

#### Общие положения ведения больных ВЗОМТ:

1. Амбулаторное лечение показано пациенткам с легкой и среднетяжелой формами ВЗОМТ и обязательно должно включать препараты с антианаэробной активностью [метронидазол (Трихопол) и др.]. Постельный режим показан при выраженных симптомах интоксикации, при болевом синдроме необходима адекватная анальгезия.

2. Стационарное лечение и внутривенное введение антимикробных препаратов предпочтительно при тяжелом течении ВЗОМТ, беременности, tuboовариальных абсцессах, пельвиоперитоните, а также отсутствии эффекта от амбулаторного лечения.

3. Хирургическое лечение проводится с целью адгезиолизиса и дренирования tuboовариальных абсцессов, при этом может быть использована лапароскопия или аспирация под контролем ультразвукового исследования. Возможно проведение адгезиолизиса и при перигепатитах, однако необходимость таких хирургических вмешательств спорна.

4. Половой партнер пациентки с ВЗОМТ должен быть обследован на ИППП, прежде всего на гонорею и хламидиоз. В период лечения рекомендуется ограничение половых контактов и использование барьерных методов контрацепции.

5. Удаление ВМС при лечении ВЗОМТ позволяет значительно улучшить клинические исходы воспалительного процесса. Однако рандомизированных контролируемых исследований, касающихся тактики удаления ВМС при ВЗОМТ, очень мало, поэтому этот вопрос должен решаться в каждом конкретном случае, исходя из риска наступления беременности и возможности использования экстренной контрацепции.

6. Беременные пациентки с острым ВЗОМТ ввиду риска развития осложнения должны проходить лечение только в

условиях стационара, предпочтительным является парентеральный путь введения антимикробных препаратов.

7. У подростков тактика диагностики, терапии и показания к госпитализации при ВЗОМТ точно такие же, как и у взрослых. При этом преимуществ проведения стационарного лечения подростков с ВЗОМТ в исследованиях не выявлено, так как клиническая эффективность и исходы оказались сопоставимы при стационарном и амбулаторном ведении, а также у подростков и женщин более старшего возраста.

8. Пациентки с ВИЧ обычно имеют более тяжелые клинические симптомы ВЗОМТ и чаще нуждаются в проведении хирургического лечения по поводу tuboовариальных абсцессов, однако, как правило, хорошо отвечают на антибактериальную терапию. При ВИЧ более частыми возбудителями ВЗОМТ являются *M. hominis*, *C. albicans* и некоторые представители *Streptococcus spp.*, а также активация вируса папилломы человека. Тактика терапии в целом у ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных пациенток не отличается.

В настоящее время медицинские сообщества предлагают разные схемы терапии ВЗОМТ, и, хотя используют одни и те же группы антимикробных препаратов, имеются различия в дозах, режиме и комбинации препаратов (см. таблицу). Все схемы терапии считаются сопоставимыми по клинической эффективности, при этом выбор препарата зависит от анамнеза, аллергических реакций и данных микробиологических исследований. В условиях стационара внутривенное введение препаратов продолжается в течение не менее 24 ч после клинического улучшения, далее пациентку переводят на пероральный прием препаратов. Отсутствие клинической динамики на протяжении 72 ч при тяжелом течении ВЗОМТ является показанием для хирургической ревизии брюшной полости.

Во всех амбулаторных схемах терапии обязательно использование метронидазола (Трихопола) как препарата с выраженной антианаэробной активностью, учитывая важнейшую роль анаэробов в развитии ВЗОМТ любых форм [14, 15]. Офлоксацин должен быть исключен из схем терапии при подозрении на гонококковую инфекцию вследствие высокой частоты резистентности гонококков к фторхинолонам. При беременности может быть использована комбинация внутримышечно цефтриаксона и эритромицина с добавлением перорально метронидазола 500 мг 3 раза в сутки в случае тяжелого клинического течения ВЗОМТ [4]. При обнаружении гонококковой инфекции в схему терапии автоматически включают антихламидийные препараты.

Исследования британских ученых показали, что при острых ВЗОМТ около 95% женщин следуют врачебным рекомендациям, также удается выявить от 40 до 60% инфицированных половых партнеров, при этом в крупных населенных пунктах данный показатель значительно меньше [16]. В то же время при анализе 1605 тыс. случаев острых ВЗОМТ, диагностированных в скорпомощных отделениях клиник США, выяснилось, что только в 30,5% случаев врачи строго следуют рекомендациям CDC по лечению, а в 38,4% случаев не назначают ни антибиотики, ни анальгетики [17]. Полученные данные подтверждают необходимость постоянного обсуждения схем рациональной терапии ВЗОМТ, отработку и внедрение единых рекомендаций, обязательных для использования в клинической практике любым врачом.

Таким образом, современная тактика терапии ВЗОМТ должна включать использование всех современных диагностических ресурсов, осознанное снижение диагностического порога, применение, как правило, эмпирически максимально эффективных комбинаций антимикробных препаратов, а также прогнозирование возможных осложнений и исходов воспалительного процесса.

**Pelvic inflammatory disease: current treatment management**

**A.V. Shurshalina**

Pelvic inflammatory disease (PID) comprises a spectrum of inflammatory disorders of the upper female genital tract often associated with Sexually Transmitted Diseases (STD). Many women with PID have subtle or mild symptoms which often delay the correct diagnosis and treatment. Empiric treatment for PID should be initiated in sexually active young women and other women at risk of STD in case of symptoms. Parenteral and oral therapy regimens should cover all the range of possible agents of sexually transmitted diseases, and also anaerobes, and microflora associated with bacterial vaginosis.

**Key words:** PID, inflammation, STD.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Boeke AJ. The risk of pelvic inflammatory disease with urogenital infection with Chlamydia trachomatis. Ned Tijdschr Geneeskd 2005; 16 (149): 878–84.  
 2. CDC. Sexually Transmitted Disease Treatment Guidelines. Pelvic Inflammatory Disease. MMWR 2010; 59: RR-12.  
 3. Cohen CR, Manhart LE, Bukusi EA et al. Association between Mycoplasma genitalium and acute endometritis. Lancet 2002; 359: 765–6.  
 4. RCOG Green Top Guidelines-Management of Pelvic Inflammatory Disease (2003, 2009) (www.rcog.org.uk)  
 5. Clarke LM, Duerr A, Yeung KH. Recovery of cytomegalovirus and herpes simplex virus from upper and lower genital tract specimens obtained from women with pelvic inflammatory disease. J Infect Dis 1997; 1 (176): 286–8.  
 6. Cohen CR. Association between Mycoplasma genitalium and acute endometritis. Lancet 2002; 359: 765–6.  
 7. Гинекология: национальное руководство / Под ред. В.И. Кулакова,

И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.  
 8. Jaiyeoba O, Soper DE. A practical approach to the diagnosis of pelvic inflammatory disease. Infect Dis Obstet Gynecol 2011; 753037.  
 9. Blake DR. Identification of symptoms that indicate a pelvic examination is necessary to exclude PID in adolescent women. J Pediatr Adolesc Gynecol 2003; 1 (16): 25–30.  
 10. Korn AP. Risk factors for plasma cell endometritis among women with cervical Chlamydia trachomatis, cervical Neisseria gonorrhoeae, or bacterial vaginosis. Am J Obstet Gynecol 1998; 5 (178): 987–90.  
 11. 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.  
 12. Hillis SD, Joesoef R, Marchbanks PA et al. Delayed care of pelvic inflammatory disease as a risk factor for impaired fertility. Am J Obstet Gynecol 1993; 163: 1503–9.  
 13. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / Под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. – М., 2002.  
 14. Ness RB, Soper DE, Holley RL. Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: results from the Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health (PEACH) Randomized Trial. American J Obstet Gynecol 2002; 186: 929–37.  
 15. Ross JD. Outpatient antibiotics for pelvic inflammatory disease. BMJ 2001; 322: 251–2.  
 16. Low N, Welch J, Radcliff K. Developing national outcome standards for the management of gonorrhoea and genital Chlamydia in genitourinary medicine clinics. Sex Trans Infect 2004; 80: 223–9.  
 17. Shih TY, Gaydos CA, Rothman RE. Poor Provider Adherence to the Centers 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.  
 18. 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.