



# Содержание

Предисловие к изданию на русском языке .....	6
Участники издания .....	7
Список сокращений и условных обозначений .....	10
1. Неотложные состояния в гинекологии: введение ( <i>Дана Н. Оуэнс</i> ) .....	12
2. Эктопическая беременность: внематочная беременность и беременность неизвестной локализации ( <i>Пир Янсен, Ибрагим Алкатут</i> ) .....	24
3. Интерстициальная беременность, беременность в рудиментарном роге матки и беременность в трубном углу матки ( <i>Нупур Тамхани, Эмад Михаэль</i> ) .....	47
4. Шеечная беременность ( <i>Бассам Х. Римави</i> ) .....	57
5. Беременность в рубце на матке после кесарева сечения ( <i>Хулио Рикардо Лорет де Мола</i> ) .....	72
6. Яичниковая беременность ( <i>Вэйвэй Фэнь, Вэй Чжань</i> ) .....	87
7. Брюшная беременность ( <i>Вэйвэй Фэнь, Вэй Чжань</i> ) .....	98
8. Гетеротопическая беременность ( <i>Абубакр Элнашар</i> ) .....	109
9. Воспалительное заболевание органов малого таза: недооцененная проблема ( <i>Атеф Дарвиш</i> ) .....	118
10. Септический аборт ( <i>Бассам Х. Римави</i> ) .....	136
11. Синдром токсического шока и другие связанные с ним тяжелые формы инфекций ( <i>Бассам Х. Римави</i> ) .....	146
12. Эндометриоз ( <i>Сина Нежат, Паван Анант, Далия Адмон</i> ) .....	173
13. Перекрут придатков матки/яичников ( <i>Хаджра Такала, Мона Омар, Айман Аль-Хенди</i> ) .....	193
14. Геморрагические и разорвавшиеся кисты яичников. Осложнения миомы матки ( <i>Юсеф Юсеф, Мостафа А. Борахай</i> ) .....	213
15. Синдром гиперстимуляции яичников: прогноз и лечение ( <i>Мохамед А. Юсеф, Абдель Магид Рамзи, Ботрос Ризк</i> ) .....	229
16. Невынашивание беременности ( <i>Эрих Т. Вайкофф, Хадир Усама Эбрахим Метвелли</i> ) .....	248
17. Гематокольпос ( <i>Омар М. Абузейд, Мостафа И. Абузейд</i> ) .....	259
18. Травмы женских половых органов. Заболевания бартолиновой железы ( <i>Малак Эль Сабех, Мостафа А. Борахай</i> ) .....	286
Предметный указатель .....	295

# 9

## Воспалительное заболевание органов малого таза: недооцененная проблема

Атеф Дарвиш

### Преамбула

На тему ВЗОМТ существует множество научных книг и статей [1–8]; несмотря на это, количество случаев ВЗОМТ и их последствий растет. Наиболее известным диагностическим руководством по выявлению ВЗОМТ считаются основные и второстепенные критерии, разработанные Центрами по контролю и профилактике заболеваний (CDC) [9]. Согласно этим критериям, ВЗОМТ определяется как чувствительность в области придатков и брюшной полости, а также в области шейки матки при ее смещении при отсутствии других очевидных причин данных симптомов. К сожалению, если врачи будут опираться лишь на данные критерии, разработанные CDC для диагностики ВЗОМТ, многие бессимптомные или субклинические случаи будут упущены. У 25% пациенток были выявлены серьезные осложнения с риском возобновления ВЗОМТ [3]. Все больше растет интерес к проведению обследования на предмет бессимптомно протекающих ИППП в группах риска для предупреждения ВЗОМТ с последующим безотлагательным лечением ИППП [10].

Для того чтобы правильно диагностировать ВЗОМТ, следует рассматривать его в качестве дифференциального диагноза для каждой пациентки с острой, подострой, хронической или обостренной болью в области малого таза. Подозрение на ВЗОМТ повышается в отношении сексуально активных пациенток, особенно это касается тех, кто ведет полигамный образ жизни и не использует или использует нерегулярно средства защиты, а также в отношении тех пациенток, которым была проведена операция на матке. Для назначения наиболее подходящего лечения врачи должны использовать подход, опирающийся на данные микробиологического исследования.

В настоящей главе представлена информация относительно диагностики ВЗОМТ, а также когда и как выявить его в клинической практике.

---

## Определение воспалительных заболеваний органов малого таза

Женская половая система состоит из верхних и нижних отделов половых органов. ВЗОМТ определяется как инфекционное или воспалительное заболевание верхних отделов женских половых органов (матки, маточных труб, яичников, параметрия и смежных половых структур, включающих брюшную полость). Инфекции и воспаления могут распространиться на брюшную полость в околопеченочное пространство, вызывая перигепатит (синдром Фитц-Хью–Кертиса), характеризующийся болью и классическими спайками в виде струн скрипки [11]. ВЗОМТ включает такие заболевания, как эндометрит, параметрит, оофорит, сальпингит, тубоовариальный абсцесс и пельвиоперитонит или их сочетания. Некоторые авторы приводят более гибкое определение и включают в него воспаление шейки матки, которая на самом деле входит в состав нижних половых органов.

Ранее в крупном исследовании [12] мы провели обследование шейки матки у 3500 пациенток и зафиксировали различные формы цервицита, не выявляя при этом ВЗОМТ ни у одной пациентки. Если симптомы ВЗОМТ присутствуют в области шейки матки, следует ожидать дальнейшего распространения инфекции в цервикальный канал. Минимальные признаки болезненности при смещении шейки матки, как основной критерий ВЗОМТ, не свидетельствуют о локальном поражении шейки матки, но указывают на масштаб распространения воспаления. CDC определяет ВЗОМТ как клинический синдром, причиной которого является перемещение микроорганизмов из шейки матки и влагалища в верхние отделы половых органов [13]. Таким образом, ВЗОМТ — это термин, который охватывает большое разнообразие инфекций и воспалительных процессов в органах малого таза.

---

## Масштаб проблемы

ВЗОМТ является одной из основных проблем здравоохранения в развитых и развивающихся странах [3], которая приводит к высокой заболеваемости по всему миру. Большая проблема состоит в том, что большинство случаев ВЗОМТ могут протекать бессимптомно или скрыто. Например, инфекция, вызванная бактериями *chlamydia trachomatis*, представляет собой

наиболее распространенное заболевание, передающееся половым путем среди женщин 15–24 лет и мужчин 25–34 лет. К сожалению, большинство пациентов с таким заболеванием не испытывают никаких симптомов. Таким образом, диагностика ВЗОМТ сложна и без своевременного лечения приводит к таким осложнениям, как бесплодие, внематочная беременность или спайки в малом тазу [14]. Кроме того, даже в США полноценное половое просвещение как в государственных, так и в частных школах обычно отсутствует. Подростки вряд ли распознают симптомы ВЗОМТ и не обратятся за необходимой помощью [15].

Отсутствие осведомленности в отношении ВЗОМТ и мер по его предупреждению является одной из существенных причин, по которой происходит бессимптомное течение ВЗОМТ, переходящее в серьезные осложнения. Данная проблема наиболее выражена в странах с низким уровнем ресурсов и ограниченной осведомленностью. Основное внимание следует сфокусировать на выявлении более легких форм инфекции, осознавая при этом, что бессимптомные и атипичные случаи ВЗОМТ встречаются часто [4].

---

## **Эпидемиология воспалительных заболеваний органов малого таза**

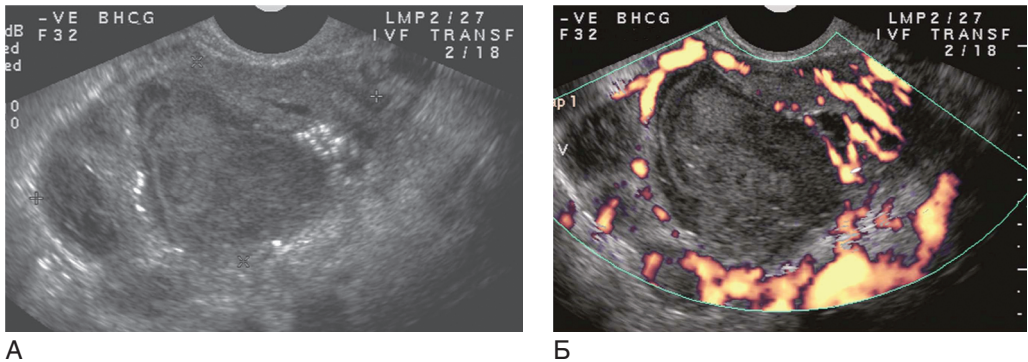
Истинная распространенность ВЗОМТ неизвестна; данные о пациентах, выписанных из больниц, вводят в заблуждение, так как по ним видны только случаи острой фазы ВЗОМТ, требующие госпитализации. Случаи амбулаторного лечения ВЗОМТ обычно не регистрируются, так как в основном они лечатся нестационарно. В современной практике существует общая тенденция к амбулаторному ведению пациентов с целью экономии затрат на госпитализацию, что привело к переходу от стационарного лечения ВЗОМТ к амбулаторному. Несмотря на то, что результаты исследований демонстрируют общее снижение частоты случаев ВЗОМТ, количество случаев гонореи и хламидиоза увеличивается, что может быть связано с ростом числа устойчивых к антибиотикам организмов и увеличением распространенности случаев бессимптомного течения ВЗОМТ.

---

## **Маркеры и факторы риска**

Все сексуально активные женщины, в частности те, кто моложе 25 лет, находятся в группе риска по ВЗОМТ, ассоциированным с ИППП [15, 16]. ВЗОМТ также часто диагностируют у следующих женщин: полигамных; использующих ВМС, особенно в период после введения; практикующих

спринцевание; курящих; с цервицитом, вызванным хламидиозом и гонококками, в анамнезе; с другими ИППП в анамнезе; с бактериальным вагинозом [3]. Иногда ВЗОМТ возникает у женщин, которые не ведут активную половую жизнь [1]. Использование барьерных контрацептивов может защитить от ВЗОМТ. После забора ооцитов для ЭКО можно также заразиться ВЗОМТ (рис. 9.1). Использование комбинированных оральных контрацептивов может стать причиной двух противоречащих друг другу проявлений в отношении ВЗОМТ. Они могут защитить от ВЗОМТ благодаря изменениям содержания слизи шейки матки, сокращению продолжительности менструации и сниженной «восприимчивости» эндометрия к инфекции. Однако комбинированные оральные контрацептивы могут также усилить эктопию шейки матки, что, как полагают, повышает восприимчивость к хламидиям. Спринцевание может увеличить риск возникновения ВЗОМТ [17]. Считается, что спринцевание помогает протолкнуть бактерии из нижних отделов половых органов в верхние, вызывая вредоносные изменения в здоровой бактериальной флоре во влагалище. При этом, согласно другим исследованиям, никакой связи между спринцеванием и ВЗОМТ или ИППП не выявлено [18]. Дополнительными факторами риска ВЗОМТ являются задержка или сниженный объем оказания медицинской помощи при легких случаях воспаления половых органов, а также предрасположенность к заболеванию и плохое соблюдение правил лечения [19]. Риск повторного возникновения ВЗОМТ выше у женщин с ВЗОМТ в анамнезе, у женщин с предшествующими операциями на органах малого таза или у женщин с ВМС [20].



**Рис. 9.1.** Воспалительный процесс в малом тазу через 3 нед после экстракорпорального оплодотворения. (А) Трансвагинальное ультразвуковое изображение левого придатка в сагиттальной плоскости: присутствуют неоднородное скопление жидкости и яркие эхосигналы, соответствующие пузырькам газа. (Б) Энергетическая доплерография: выявлено скопление жидкости со сложной структурой в области придатков с окружающей гиперемизированной тканью. (Воспроизведено с разрешения: Eyvazzadeh A., Levine D. Ultrasonographic evaluation of acute pelvic pain. Из: Rizk BRMB, ed. Ultrasonography in Reproductive Medicine and Infertility. Cambridge: Cambridge University Press, 2010, 176–86)

## Микробиология воспалительных заболеваний органов малого таза

Раньше считалось, что верхние отделы половых органов стерильны, несмотря на экстенсивную микробную колонизацию шейечно-влагалищного эпителия [22]. Однако результаты недавних исследований помогли выявить особенности микробиоты, колонизирующей матку, маточные трубы, яичники и плаценту [23]. Полученные данные нескольких исследований, зафиксировавших выделения микроорганизмов из эндометрия здоровой асимптоматической женщины в результате бактериального посева, опровергают утверждение о том, что верхние отделы половых органов стерильны [24]. На основе этих данных описана роль некоторых факторов (например, сниженные иммунные и экзогенные факторы) в проявлении симптомов возбудителей инфекции в верхних отделах половых органов. В целом у пациента с ВЗОМТ обычно выделяют более одного микроорганизма. Примерно 35% случаев ВЗОМТ по своей природе полимикробны [1]. Возможные возбудители ВЗОМТ делятся на первичные (микроорганизмы в шейке матки) и вторичные (влагалищная микрофлора). Первичные микроорганизмы у женщин репродуктивного возраста могут включать ИППП.

Впоследствии было доказано, что хламидии, гонококки и бактериальный вагиноз являются самыми распространенными бактериями, вызывающими заболевания репродуктивной системы, включая трубный фактор бесплодия и ВЗОМТ [3, 25]. В современной практике хламидии, в отличие от гонококков, все чаще становятся причиной ВЗОМТ [4]. Кроме того, высокая частота случаев хламидиоза была зафиксирована среди популяций асимптоматических пациентов. В промышленных странах считается, что невылеченный хламидиоз является преобладающей ИППП, вызывающей развитие ВЗОМТ [4, 14, 26].

Гонококки представляют собой облигатный человеческий патоген, который становится причиной инфицирования слизистых оболочек у мужчин и женщин репродуктивного возраста. Они могут привести к процессу рубцевания маточных труб, закупорке и потере реснитчатых клеток [27].

Также можно назвать еще ряд бактерий, вызывающих ВЗОМТ: микопlasма, уреapлазма, стрептококк, кишечная палочка, гемофильная палочка, пептострептококк и пептококк. В последнее время микопlasма рассматривается как одна из важнейших причин ВЗОМТ, в отношении которой существуют рекомендации по «проведению рутинного обследования женщин с возможным ВЗОМТ и мужчин-партнеров с подтвержденной микопlasменной инфекцией» [28]. Вторичные микроорганизмы обычно заселяют влагалище. Они включают такие аэробные микроорганизмы, как негемофильный стрептококк, бактерии *E. coli*, стрептококки группы В, стафилококки и гарднерелла, которая ассоциируется с бактериальным вагинозом.

Анаэробные микроорганизмы включают бактероиды (*B. fragilis* и *B. bivius*), пептострептококки и пептококки. Другие шеечные, кишечные, связанные с бактериальным вагинозом и респираторные патогены, включающие микобактерии туберкулеза, могут также быть причиной ВЗОМТ [16]. При этом между трихомониазом и ВЗОМТ связь незначительная [29].

---

## Способ передачи

ВЗОМТ чаще всего является результатом восходящего инфицирования из нижних отделов половых органов [30]. Альтернативные пути инфекции составляют лимфатические и кровяные сосуды в параметрии, гемоконтактные инфекции (туберкулез тазовых органов) и прямое распространение из аппендикса или желчного пузыря. Такие гинекологические процедуры, как гистеросальпингография, забор образцов эндометрия, кюретаж матки или введение ВМС, могут также стать причиной ВЗОМТ. Гистероскопия, диагностическая или хирургическая, может вызвать эндометрит или даже миометрит [31]. Известен случай ятрогенного ВЗОМТ с присоединением пиосальпинкса после гименотомии по случаю атрезии девственной плевы [32].

---

## Диагностика воспалительных заболеваний органов малого таза

Все гинекологи должны понимать, что диагностика ВЗОМТ проводится на основании клинических симптомов. Подозрение на ВЗОМТ должно возникнуть при наличии следующих жалоб и симптомов: боль в нижней части живота, тяжелая форма диспареунии, дизурия и/или аномальные влагалищные выделения (особенно если присутствует гной или неприятный запах). Кроме того, у пациенток с менструальной патологией (например, меноррагия, дисменорея или межменструальные кровотечения) или посткоитальным кровотечением также стоит подозревать ВЗОМТ. Диагностика острых форм ВЗОМТ проходит легче, когда у пациентки отмечаются сильные боли внизу живота, повышение температуры ( $>38^{\circ}\text{C}$ ), тошнота и рвота. При этом нет единого диагностического стандарта, согласно которому наличие ВЗОМТ в анамнезе, результаты гинекологического осмотра или лабораторных исследований могут считаться достаточно чувствительны и специфичны для выявления ВЗОМТ. Это связано с большим разнообразием клинических симптомов ВЗОМТ: от типичных картин воспаления до случаев с едва заметными или вообще отсутствующими симптомами или признаками инфекций.



ВЗОМТ может иметь острую, хроническую и субклиническую формы и зачастую не диагностируется. Диагноз чаще всего ставится на основании клинической настороженности лечащего врача. CDC рекомендует назначать эмпирическую терапию сексуально активным молодым женщинам или женщинам в зоне риска ИППП, у которых присутствует боль неясного генеза в нижней части живота или в области малого таза, а также при смещении шейки матки и при пальпации матки и придатков [9]. Типичные признаки ВЗОМТ, а также результаты лабораторно-диагностических исследований представлены подробнее в руководстве CDC 2015 г. по клиническому осмотру и лабораторно-диагностическим критериям (табл. 9.1) [9].

Из-за того, что ВЗОМТ может привести к серьезным осложнениям, включая перитонит, в критериях CDC акцентируется внимание на чувствительности (несколько ложноотрицательных симптомов) в ущерб специфичности (некоторые ложноположительные симптомы), чтобы избежать невыявленных случаев ВЗОМТ. По этой же причине при подозрении на ВЗОМТ очень рекомендуется проводить раннюю агрессивную эмпирическую терапию.

Критерии CDC включают постановку предварительного диагноза на основании клинического осмотра и результатов лабораторных исследований (минимальные клинические и дополнительные критерии), а также окончательные критерии. Во избежание невыявленных случаев достаточно опираться на вероятные критерии ВЗОМТ и начать незамедлительную антимикробную терапию.

**Таблица 9.1.** Диагностика воспалительных заболеваний органов малого таза согласно Центрам по контролю и профилактике заболеваний

Минимальные клинические критерии <sup>a</sup>	Чувствительность шейки матки при смещении Чувствительность матки Чувствительность придатков
Дополнительные критерии <sup>b</sup>	Температура орально >101 °F (38,3 °C) Слизисто-гнойные выделения из шейки матки или рыхлость шейки матки Большое количество лейкоцитов в отделяемом из влагалища Лейкоциты >10×10 <sup>9</sup> лейкоцитов/L Внутритазовый абсцесс или воспаление при бимануальном исследовании Повышенный уровень скорости оседания эритроцитов или С-реактивного белка Окрашивание бактерий слизистой шейки матки по Граму выявило грамотрицательные внутриклеточные диплококки (гонорея) Положительный тест на хламидии или микоплазму

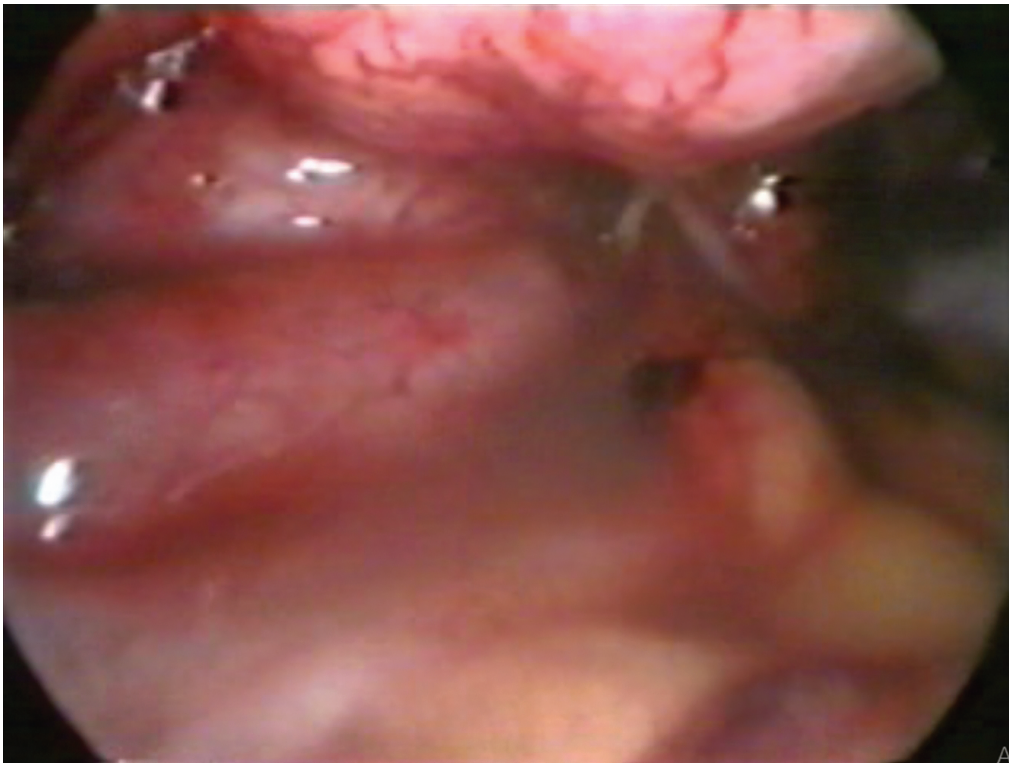
Специфические критерии <sup>в</sup>	Биопсия эндометрия с гистологическим подтверждением эндометрита По результатам трансвагинального УЗИ или МРТ маточные трубы утолщены и заполнены жидкостью, свободная жидкость в тазу или тубоовариальном комплексе присутствует или отсутствует Результаты доплерометрии указывают на наличие инфекции в малом тазу Результаты лапароскопии соответствуют наличию ВЗОМТ (рис. 9.2)
-------------------------------------	--

<sup>а</sup> Начинайте лечение при наличии одного или более критериев.

<sup>б</sup> В дополнение к одному или нескольким минимальным критериям один или несколько дополнительных критериев повышают специфичность диагностики ВЗОМТ.

<sup>в</sup> Наличие одного или более из вышеуказанных критериев способствует проведению более специфичной диагностики ВЗОМТ.

*Аббревиатуры:* CDC — Центры по контролю и профилактике заболеваний; ВЗОМТ — воспалительное заболевание органов малого таза.



**Рис. 9.2.** Лапароскопическая диагностика гнойного тубоовариального абсцесса (тяжелая форма воспалительных заболеваний органов малого таза)

Специфические критерии CDC придают особое значение диагностике маточных труб с помощью УЗИ, так как осложнения в области маточных труб на самом деле являются поздним симптомом и не подразумевают проведения диагностики заболеваний матки. Очень важно диагностировать эндометрит, который на ранней стадии на УЗИ выглядит как матка и эндометрий без патологий, но на поздней стадии представлен утолщенным и гетерогенным эндометрием в пролиферативной фазе, с жидкостью в дугласовом пространстве и повышенной васкуляризацией на доплерографии, а также с воздухом внутри матки [33, 34]. В таких случаях МРТ будет преимущественным методом выбора диагностики [35]. На исследовании в режиме T2 матка может быть увеличена с высокой интенсивностью сигнала. При этом в режиме T1 с гадолинием в качестве контрастного вещества может наблюдаться интенсивное увеличение матки. Согласно критериям CDC, эндометрит устанавливается только в случае гистологической диагностики. Кроме того, миометрит может быть выявлен только при проведении цветовой доплерографии, на которой обычно видна повышенная васкуляризация.

По-прежнему большая трудность в диагностике ВЗОМТ касается атипичных случаев, протекающих в легкой или бессимптомной форме, которые зачастую пропускаются многими гинекологами, что ведет к неблагоприятному воздействию на репродуктивную систему [36, 37]. Более того, хламидиоз и гонорея протекают у женщин в основном в бессимптомной форме, и, следовательно, большинство случаев остаются невыявленными и невылеченными [38]. Бессимптомное течение ВЗОМТ определяется как гистологическое подтверждение наличия эндометрита у женщин с риском развития гонореи, хламидиоза или бактериального вагиноза. У таких пациенток ВЗОМТ не имеет острой формы проявления. Кроме того, бессимптомное течение ВЗОМТ ассоциируется с бесплодием, что можно скорректировать после соответствующего лечения [37]. Демографические и микробиологические характеристики женщин с субклинической и острой формой ВЗОМТ сопоставимы. Патогистологические механизмы острой и субклинической формы ВЗОМТ схожи [39].

Клиническая картина ВЗОМТ варьируется от острой до малозаметной или скрытой. Микробиологическая оценка обычно недоступна по первому требованию, а более точные и специфические способы диагностики инвазивные и дорогостоящие. CDC рекомендует придерживаться низкого порога для диагностики ВЗОМТ, чтобы оградить женское репродуктивное здоровье от последствий, вызванных упущенными случаями ВЗОМТ. По той же причине CDC рекомендует начать эмпирическую терапию как можно раньше. Иными словами, диагностика ВЗОМТ во многом зависит от наличия одного или нескольких основных клинических критери-

ев. Впоследствии для расширения специфичности диагностики и подбора подходящего лечения требуется проведение дополнительного диагностического тестирования.

Лабораторное тестирование позволяет корректно поставить диагноз и определить степень тяжести ВЗОМТ. Аномальные выделения из шейки матки и влагалища могут показать наличие лейкоцитов в микроскопическом исследовании с использованием солевого раствора (более одного лейкоцита на эпителиальную клетку). Отсутствие полиморфнонуклеарных лейкоцитов может исключить ВЗОМТ (гистологический эндометрит) в >90% случаев. Необходимо взять мазок из шейки матки для выявления бактерии *N. gonorrhoeae* (форма диплококков) и хламидий (влажный препарат в солевом растворе). Влагалищный мазок, взятый с заднего свода стерильным тампоном, помогает выявить трихомонады и бактериальный вагиноз, однако отрицательный результат не исключает наличия ВЗОМТ.

Обычно на наличие аэробных и анаэробных микроорганизмов проводится культуральное исследование мазков из шейки матки и влагалища, в то время как исследование мазка из уретры можно провести, если есть подозрение, что гонорея является возбудителем. Важно отметить, что положительные результаты мазка на гонорею, хламидии подтверждают диагноз, но отсутствие инфекции не исключает ВЗОМТ. Полезно также провести серологическое микрофлуоресцентное исследование на предмет выявления антител к иммуноглобулинам IgG и IgM. Для получения максимального диагностического результата образцов из шейки матки рекомендуется использовать молекулярные методы исследования (например, метод полимеразной цепной реакции). Обнаружить бактериальный вагиноз можно с помощью критериев Амсея [40]. Скорость оседания эритроцитов и С-реактивный белок могут быть повышены, но не специфичны. Тест на беременность (анализ мочи или крови) следует проводить в случае возможных осложнений при беременности. Общий анализ мочи проводится для исключения инфекции мочевыводящих путей.

---

## Практические рекомендации

Нецелесообразно требовать проведения тестирования на все микроорганизмы в каждом случае. Это отнимает много времени и средств и приводит к излишней нагрузке на службы здравоохранения, в частности, в странах с ограниченными ресурсами. Гинекологи должны попытаться спрогнозировать возможные организмы-возбудители для каждого отдельного случая.

В соответствии с опубликованными рекомендациями [28], если пациентка молода и ее хирургический анамнез не отягощен никакими вмешательствами, следует подозревать ИППП в качестве возбудителя ВЗОМТ (например, гонококки, хламидии и микоплазма). В этих случаях часто возникает ассоциация с бактериальным вагинозом и трихомонозом. Если пациентка находится в послеродовом периоде, после аборта или после любой другой процедуры на влагалище (расширенная шейка матки), тогда энтеробактерии, стафилококки и анаэробы будут составлять основную часть восходящих к верхним половым органам микроорганизмов. Также в этих случаях можно обнаружить микоплазму и уреоплазму. Следует иметь в виду, что у женщин с невылеченными ИППП (например, хламидиозом и гонореей) на 23% выше вероятность развития ВЗОМТ после аборта [41]. Кроме того, хламидиоз протекает бессимптомно у 50–75% пациенток [26].

Несмотря на то, что в большинстве случаев диагноз ставится на основании клинической картины, двухмерное трансабдоминальное и трансвагинальное УЗИ представляет собой неинвазивный и доступный инструмент для быстрой диагностики, который помогает подтвердить ВЗОМТ, но только в клинически доказанных случаях. Важно также, что УЗИ органов малого таза и влагалища помогает отличить ВЗОМТ от других патологий со схожими симптомами, например, новообразования в области придатков, лейомиомы или внематочной беременности. Лапароскопия является дорогостоящей инвазивной процедурой, которая не проводится у женщин с подозрением на ВЗОМТ повсеместно. Однако лапароскопически подтвержденные визуальные свидетельства наличия отечности и непроходимости маточных труб, разрастание фимбрий, гидросальпинкс [42], пиосальпинкс или тубоовариальный абсцесс (см. рис. 9.2) являются надежным подтверждением наличия ВЗОМТ. Более того, лапароскопия обладает терапевтическим эффектом в отношении ВЗОМТ — дренаж гнойных скоплений и адгезиолиз. Ранее мы подчеркнули потенциальную полезность МРТ малого таза в качестве инструмента для исключения дифференциальной диагностики ВЗОМТ [28].

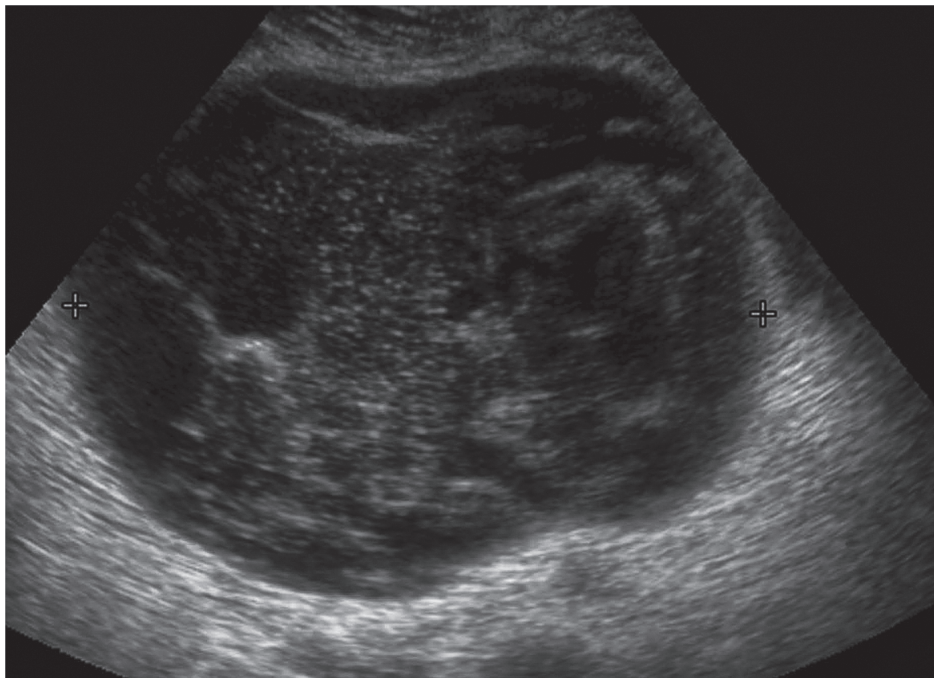
Считается, что симптомы ВЗОМТ эволюционируют с тенденцией к снижению степени тяжести. Как результат, теперь основное внимание концентрируется на выявлении более легких форм инфекции, учитывая тот факт, что субклинические и атипичные случаи ВЗОМТ встречаются часто. Повторные эпизоды ВЗОМТ ассоциируются с резким ростом риска необратимого повреждения маточных труб. Такие риски связаны с тяжестью и продолжительностью ВЗОМТ до начала лечения, а улучшение клинической картины может не привести непосредственно к предотвращению повреждения маточных труб. Однако следует отметить, что ВЗОМТ и его последствия во многом предотвратимы [3].

## Дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний органов малого таза

Острая форма ВЗОМТ считается неотложным состоянием в гинекологии. ВЗОМТ следует уметь отличать от других причин «острого живота». Если боль локализуется в правой стороне живота, следует подозревать аппендицит. Аппендицит у женщин репродуктивного возраста отличается от ВЗОМТ наличием чувствительности в области правого нижнего квадранта, присутствием тошноты и рвоты, отсутствием белей и положительным симптомом Щеткина–Блюмберга [43]. Другие состояния включают цервицит, инфекции мочевыводящих путей, эндометриоз, перекрут придатков, разрыв кисты яичника или перекрут яичника (рис. 9.3), педункулированные или дегенеративные субсерозные лейомиомы (рис. 9.4), интерстициальный цистит, дивертикулит, туберкулезный сальпингит, актиномикоз. Все эти состояния связаны с продолжительным использованием ВМС, септическим абортom и, в меньшей степени, с опухолями в области придатков. Внематочная беременность, синдром раздраженного кишечника и функциональные боли (боли неясного генеза) также являются частью дифференциальной диагностики.



**Рис. 9.3.** Перекрут у пациентки с острой болью в правом нижнем квадранте брюшной полости. На трансвагинальном ультразвуковом изображении виден увеличенный отечный яичник. (Воспроизведено с разрешения: Eyvazzadeh A., Levine D. Ultrasonographic evaluation of acute pelvic pain. Из: Rizk BRMB, ed. Ultrasonography in Reproductive Medicine and Infertility. Cambridge: Cambridge University Press, 2010, 176–86)



**Рис. 9.4.** Некротизированная лейомиома. Трансабдоминальное ультразвуковое исследование проведено после кесарева сечения у пациентки с жалобой на болевые ощущения. На снимке видно гетерогенное кистообразное и солидное образование. Цветовая доплерография (не показана) не выявила кровотока. (Воспроизведено с разрешения: Eyvazzadeh A., Levine D. Ultrasonographic evaluation of acute pelvic pain. Из: Rizk BRMB, ed. Ultrasonography in Reproductive Medicine and Infertility. Cambridge: Cambridge University Press, 2010, 176–86)

---

## Последствия воспалительных заболеваний органов малого таза

ВЗОМТ — это не просто воспаление. Данное заболевание может навсегда оставить рубцы и повредить маточные трубы, а также увеличивает риск бесплодия у женщин. У 25% пациенток наблюдаются серьезные долгосрочные последствия, включая трубный фактор бесплодия и риск повторного случая ВЗОМТ. Риск внематочной беременности увеличивается в шесть раз после хотя бы одного эпизода ВЗОМТ. После одной инфекции риск бесплодия увеличивается до 13%, а после трех — до 70% [3]. Кроме того, в одном исследовании указывается, что ВЗОМТ ранее ассоциировалось с незначительным увеличением риска серозной карциномы, но не с другими гистотипами [44]. В запущенном состоянии пиометра, пиосальпинкс, тубоовариальный