doi: 10.17116/rosakush2015154101-106

Воспалительные заболевания органов малого таза: диагностика и тактика ведения больных

Д.м.н., проф. В.Н. ПРИЛЕПСКАЯ[1], к.м.н. С.В. СЕХИН[2]

[1]ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, Россия; [2]кафедра акушерства и гинекологии с курсом пренатальной диагностики Смоленской государственной медицинской академии Минздрава России, Смоленск, Россия

Small pelvic inflammatory diseases: Diagnosis and patient management tactics

Prof. V.N. PRILEPSKAYA, MD[1]; S.V. SEKHIN, Cand. Med. Sci.[2]

[1]Academician V.I. Kulakov Research Center of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia; [2]Department of Obstetrics and Gynecology with Course of Prenatal Diagnosis, Smolensk State Medical Academy, Ministry of Health of Russia, Smolensk, Russia

Воспалительные заболевания органов малого таза (эндометрит, сальпингит, тубооваариальный абсцесс и пельвиоперитонит) у женщин детородного возраста являются одним из наиболее часто встречающихся заболеваний. На основании анализа американских и европейских руководств, содержащих рекомендации по ведению больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза, а также журнальных научных статей представлены критерии диагностики этих заболеваний (минимальные, дополнительные, специфические), критерии их амбулаторного или стационарного лечения, принципы лечения таких пациенток. Лечение таких больных должно быть комплексным, но основано на рациональной эмпирической антибактериальной терапии. Основные принципы антимикробной терапии следующие: 1) как можно более раннее начало; 2) назначение антибактериальных препаратов с охватом всего спектра вероятных возбудителей на 10—14 дней; 3) при воспалительных заболеваниях органов малого таза легкой и средней степени тяжести — амбулаторное лечение пероральными препаратами. Лечение больных с тяжелыми формами — только в стационаре с парентеральным применением антибактериальных препаратов, при улучшении состояния через 1—2 сут возможен переход на пероральный прием. Представлена высокая эффективность применения фторхинолона IV поколения — моксифлоксацина при лечении данной группы больных.

Авторы информируют об отсутствии конфликта интересов.

Ключевые слова: женщины репродуктивного возраста, воспалительные заболевания органов малого таза, критерии диагностики, критерии госпитализации, принципы антибактериальной терапии, моксифлоксацин.

Small pelvic inflammatory diseases (endometritis, salpingitis, tubo-ovarian abscess, and pelvioperitonitis) in women of childbearing age are most common. Analysis of U.S. and European guidelines for the management of patients with small pelvic inflammatory diseases and research articles from journals has provided criteria (minimum additional, specific) for the diagnosis of these diseases, those for their out- or inpatient treatment, and principles in the treatment of these patents. The management of these patients should be comprehensive, but based on rational empiric antibiotic therapy. The general principles of antimicrobial therapy should be as follows: 1) as early onset as possible; 2) 10—14-day antibiotic use covering the full spectrum of probable causative agents; 3) outpatient oral antibiotic treatment for mild and moderate small pelvic inflammatory diseases. Only inpatient parenteral antibiotic treatment should be performed in patients with severe forms and, if their condition improves, it may be switched over to oral antibiotics in 1—2 days. The fourth-generation fluoroquinolone moxifloxacin is shown to be highly effective in treating this patient group.

The authors declare no conflicts of interest.

Keywords: reproductive-aged women, small pelvic inflammatory diseases, diagnostic criteria, hospitalization criteria, principles of antibiotic therapy, moxifloxacin.

Инфекции верхних отделов женского репродуктивного тракта являются одними из наиболее часто встречающихся инфекционно-воспалительных заболеваний у женщин детородного возраста [1]. В настоящее время для обозначения данной патологии как за рубежом, так и в России широко используется термин «воспалительные заболевания органов малого таза» (ВЗОМТ). К ВЗОМТ относятся эндометрит, сальпингит, тубооваариальный абсцесс и пельвиоперитонит как по отдельности, так и в сочетании [2]. Также часто встречается словосочетание хронические ВЗОМТ, однако оно не совсем корректно, так как ВЗОМТ — это всегда острый процесс с более или ме-

© В.Н. Прилепская, С.В. Сехин, 2015

e-mail: Serge.Sekhine@antibiotic.ru

нее выраженной клинической симптоматикой. То, что подразумевают под «хроническими» эндометритами, сальпингитами и т.д., как правило, является последствием перенесенного острого процесса в виде спаек, образования рубцов и непроходимости маточных труб.

Большие проблемы малого таза

Помимо прямых убытков от ВЗОМТ в виде временной утраты трудоспособности, затрат на диагностику, лечение и реабилитацию, указанная патология приводит к серьезным негативным последствиям для репродуктивного здоровья. Так, около 30% всех случаев бесплодия, до 50% эктопических беременностей и значительное количество проблем, связанных с синдромом хронической тазовой боли, являются следствиями перенесенных ВЗОМТ [1]. Пациентки могут переносить ВЗОМТ несколько раз в течение жизни. Причем с увеличением количества эпизодов растет частота развития трубного бесплодия (с 8% после первого эпизода до 19,5% после второго и 40% после третьего) и внематочной беременности (с 6% после первого эпизода до 12% после второго и 22% после третьего) [3, 4]. То же самое можно отметить и в отношении синдрома хронической тазовой боли, который развивается у 12% пациенток после однократно перенесенного ВЗОМТ и у 67% — после трех эпизодов ВЗОМТ и более в анамнезе [5]. Лечение и реабилитация пациенток с подобными осложнениями не бывают быстрыми и не всегда дают положительный результат, а для восстановления репродуктивной функции зачастую требуются вспомогательные репродуктивные технологии (экстракорпоральное оплодотворение). Стоимость этих мероприятий может в несколько раз превышать стоимость лечения первичного эпизода ВЗОМТ.

Все это позволяет отнести инфекции органов малого таза к социально значимым заболеваниям, своевременная диагностика и эффективное лечение которых позволяют снизить негативное воздействие на репродуктивное здоровье и сократить расходы как государственной системы здравоохранения, так и личные затраты пациенток. В исследованиях было показано, что чем раньше поставлен диагноз ВЗОМТ и назначена антибактериальная терапия, тем реже развиваются осложнения. Так, если лечение начато в течение первых 2 дней после появления симптомов, то частота последующего бесплодия составляет 8,3%, если через 3 дня и более, то 19,7% [6]. Таким образом, в основе успешной борьбы с ВЗОМТ лежат своевременная диагностика и ранняя адекватная терапия.

Кого, когда и от чего лечить?

К сожалению, бóльшая часть инфекций органов малого таза (около 60%) протекает бес- или малосимптомно (субклинически), что не мотивирует пациенток обращаться за медицинской помощью и затрудняет выявление заболеваний медицинскими специалистами [1]. Для улучшения диагностики ВЗОМТ в различных национальных и международных руководствах используются группы объективных и субъективных симптомов, а также ряд лабораторных и инструментальных исследований. Наиболее систематизировано они представлены в американских руководствах по лечению заболеваний, передаваемых половым путем (Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines), разработанных Центром по контролю и профилактике заболеваний в Атланте (CDC, Atlanta), которые изданы в последней редакции в 2010 г. [2].

Критерии диагностики ВЗОМТ

Минимальные критерии, выявляемые при бимануальном влагалищном исследовании:

— болезненные тракции шейки матки;

— болезненность при пальпации матки;

— болезненность при пальпации придатков.

Дополнительные критерии:

— температура в полости рта более 38,3 °С;

— аномальные слизисто-гнойные выделения из цервикального канала или из влагалища;

— большое количество лейкоцитов в вагинальном секрете;

— повышение СОЭ;

— повышение уровня С-реактивного белка;

— обнаружение *N. gonorrhoeae* или *Ch. trachomatis* в цервикальном канале.

Специфические критерии:

— гистологические признаки эндометрита при биопсии эндометрия;

— обнаружение с помощью трансвагинального УЗИ или МРТ утолщенных, заполненных жидкостью маточных труб в сочетании со свободной жидкостью в малом тазу или тубооваривальным комплексом или без такового, или подозрение на инфекцию в малом тазу (например, гиперемия маточных труб) при допплерографическом исследовании;

— лапароскопические признаки ВЗОМТ.

В соответствии с рекомендациями CDC эмпирическое лечение необходимо начинать у живущих половой жизнью женщин при наличии у них тазовой боли или болей внизу живота в сочетании хотя бы с одним и более «минимальным» критерием диагностики ВЗОМТ, если других причин, кроме ВЗОМТ, выявить не удается. Для подтверждения и верификации диагноза используются «дополнительные» и «специфические» критерии. К сожалению, иногда их невозможно выявить вследствие недоступности соответствующего метода исследования или использования неадекватных методов (например, микроскопии вместо посева или полимеразной цепной реакции (ПЦР) для диагностики гонококковой инфекции, иммуноферментного анализа вместо ПЦР — хламидийной инфекции). Более того, при субклиническом течении заболевания многие «дополнительные» и «специфические» критерии не появляются. Поэтому их отсутствие при дальнейшем обследовании не должно быть причиной преждевременного прекращения лечения, за исключением случаев, когда в ходе дальнейшего наблюдения подтверждается неинфекционная природа симптомов. Такой подход, вероятно, ведет к гипердиагностике, однако в данном случае вред от неназначения лечения значительно превышает потенциальный вред недостаточно обоснованной антибактериальной терапии.

Рутинное микробиологическое исследование материала из верхних отделов женского репродуктивного тракта при подозрении на ВЗОМТ не является целесообразным и рациональным, так как требует значительных затрат средств и времени. Как показывают результаты многочисленных научных исследований, инфекции органов малого таза у женщин имеют полимикробную этиологию, и в течение последних 30—40 лет спектр возбудителей остается достаточно стабильным. Спектр возбудителей включает с незначительными расовыми и географическими вариациями возбудителей инфекций, передаваемых половым пу-

тем (*N. gonorrhoeae*, *Ch. trachomatis*, возможно, *Mycoplasma genitalium*), аэробную и анаэробную эндогенную флору влагалища (например, *Prevotella* spp., *Porphyromonas* spp., *Bacteroides fragilis*, *Peptostreptococci* spp., *Gardnerella vaginalis*, *Escherichia coli*, *Haemophilus influenzae* и аэробные стрептококки) [1, 2, 7—12]. Это довольно широкий круг возбудителей, включающий атипичную флору, грамположительные, грамотрицательные микроорганизмы и анаэробы. Микробиологическое или молекулярно-биологическое исследования при диагностике ВЗОМТ проводятся только с клиническим материалом из цервикального канала для выявления лейкоцитоза, гонококков, хламидий либо *M. genitalium* и подтверждения диагноза инфекции малого таза.

Где, чем и как долго лечить?

Лечение больных ВЗОМТ должно быть комплексным, включающим адекватное обезболивание, дезинтоксикацию, своевременное хирургическое вмешательство, но в основе всего лежит рациональная эмпирическая антибактериальная терапия. В условиях отечественной системы здравоохранения традиционно существует тенденция госпитализировать большинство пациенток, если не с легкой степенью ВЗОМТ, то, несомненно, со средней и тяжелой формами. В исследовании, проведенном в США, на популяции из 831 больной с инфекциями малого таза было показано, что при легкой и средней степени тяжести заболевания клиническая и микробиологическая эффективность лечения и отдаленные результаты (наступление беременности, повторные эпизоды ВЗОМТ, развитие эктопической беременности, синдрома хронической тазовой боли) не отличались в группах, получавших пероральную терапию амбулаторно и парентеральную терапию в условиях стационара [9]. Таким образом, в международной практике пациентки с легкими и среднетяжелыми формами ВЗОМТ лечатся амбулаторно пероральными формами антибиотиков, а госпитализация и соответственно парентеральное введение препаратов производятся при наличии определенных критериев.

Критерии госпитализации при ВЗОМТ [2, 7]

Рекомендации CDC 2010 г.:

— невозможность исключения острой хирургической патологии (например, аппендицита);

— беременность;

— отсутствие эффекта от пероральной терапии;

— неспособность пациента соблюдать или переносить амбулаторный пероральный режим терапии;

— тяжелая форма заболевания — тошнота, рвота, высокая лихорадка;

— тубооваориальный абсцесс.

Европейские рекомендации 2007 г.:

— диагностическая неопределенность;

— неэффективность перорального лечения;

— тяжелые симптомы;

— тубооваориальный абсцесс;

— непереносимость перорального лечения;

— беременность.

Эффективное лечение больных с ВЗОМТ возможно только при соблюдении основных принципов антимикробной терапии. Эти принципы сформулированы ведущими международными сообществами:

— антибактериальная терапия должна быть назначена как можно раньше при подозрении на ВЗОМТ, так как при задержке с началом лечения на 3 дня и более после появления абдоминальных болей риск возникновения эктопической беременности или бесплодия возрастает в 3 раза;

— она должна быть назначена эмпирически антибактериальными препаратами с охватом всего спектра вероятных возбудителей на 10—14 дней;

— лечение пероральными препаратами может быть назначено амбулаторно при ВЗОМТ легкой и средней степени тяжести, так как клинические исходы среди женщин, получающих пероральные препараты, такие же, как и при использовании парентеральных режимов терапии [2, 13].

При амбулаторном или стационарном лечении легких и среднетяжелых форм ВЗОМТ предпочтительна пероральная терапия. Причем к таким режимам относят и те, при которых используется не более чем однократное парентеральное введение препаратов в начале терапии [8]. Лечение больных с тяжелыми формами всегда необходимо начинать с парентерального назначения антибиотиков. В дальнейшем через 24—48 ч после клинического улучшения возможен переход на пероральный прием [2, 7, 8]. Такая тактика (ступенчатая антибактериальная терапия) позволяет не только экономить средства, но и более комфортна для пациентки. Если пероральная терапия продолжается тем же препаратом, можно в значительной степени быть уверенным в сохранении ее эффективности и хорошей переносимости в течение всего курса лечения, в то время как при смене препарата нельзя гарантировать, что он будет так же эффективен и/или хорошо переносим.

Необходимо отметить, что адекватных контролируемых клинических исследований по эффективности той или иной схемы антимикробной терапии ВЗОМТ проведено не так много. Кроме того, не все препараты, рекомендуемые, например, в США или Европе (цефотетан, цефокситин, пробенецид), доступны или широко распространены в России или других странах. Поэтому рекомендации по режимам антибактериальной терапии при ВЗОМТ, в отличие от диагностики, варьируют в зависимости от страны, но основные принципы выбора схемы лечения ВЗОМТ являются общепринятыми. Следует обеспечить элиминацию всего спектра возможных возбудителей (гонококков, хламидий, генитальной микоплазмы, грамотрицательной кишечной флоры, грамположительных аэробов и анаэробов). При этом нужно стремиться одновременно назначать меньшее количество препаратов (предпочтительна монотерапия), выбирать антибиотики с большим интервалом дозирования и хорошей переносимостью (повышается комплаентность), создающие высокие концентрации в тканях репродуктивных органов, имеющие как парентеральную, так и пероральную формы выпуска, а также те препараты, эффективность которых подтверждена в контролируемых исследованиях. На основании этих принципов разрабатывались американские, европейские рекомендации по терапии ВЗОМТ, в нашей стране ведущие институты предлагают различные схемы терапии, однако, к сожалению, официальных Российских национальных рекомендаций по лечению ВЗОМТ на данный момент не существует. Поэтому целесообразно использовать в практике схемы, предложенные Европейскими рекомендациями 2012 г. по лечению ВЗОМТ, основанные на принципах доказательной медицины, с учетом доступности этих препаратов в России [13].

Европейские рекомендации по лечению ВЗОМТ (2012 г.)

Режимы для стационарного лечения:

— цефокситин 2 г внутривенно 4 раза в день или цефотетан 2 г внутривенно 2 раза в день + доксициклин 100 мг внутрь или внутривенно каждые 12 ч, затем доксициклин 100 мг внутрь 2 раза в день до 14 дней + метронидазол 400 мг внутрь 2 раза в день до14 дней;

— клиндамицин 900 мг внутривенно 3 раза в день + гентамицин 2 мг/кг внутривенно, затем 1,5 мг/кг 3 раза в день или 3—5 мг/кг каждые 24 ч, затем клиндамицин 450 мг 4 раза в день до 14 дней или доксициклин 100 мг внутрь 2 раза в день до 14 дней + метронидазол 400 мг внутрь 2 раза в день до 14 дней.

Режимы для амбулаторного лечения:

— цефтриаксон 500 мг внутримышечно 1 раз в день или цефокситин 2 г внутримышечно 1 раз с пробенецидом 1 г внутрь + доксициклин 100 мг внутрь 2 раза в день 14 дней + метронидазол 400 мг внутрь 2 раза в день 14 дней;

— офлоксацин 400 мг внутрь 2 раза в день или левофлоксацин 500 мг внутрь 1 раз в день + метронидазол 500 мг внутрь 2 раза в день 10—14 дней.

Альтернативные режимы:

— офлоксацин 400 мг внутривенно 2 раза в день 14 дней + метронидазол 500 мг внутривенно 3 раза в день 14 дней;

— ципрофлоксацин 500 мг внутривенно 2 раза в день 14 дней + доксициклин 100 мг внутрь или внутривенно 2 раза в день + метронидазол 500 мг внутривенно 3 раза в день 14 дней;

— цефтриаксон 500 мг внутримышечно 1 раз в день + азитромицин 1 г внутрь в 1-й и 8-й день;

— моксифлоксацин 400 мг 1 раз в день 14 дней.

В процессе лечения необходимы тщательный контроль эффективности и своевременное принятие решения о смене антибактериального препарата. Это следует делать при отсутствии эффекта в течение 2—3 сут или еще раньше при утяжелении состояния, развитии нежелательных лекарственных реакций у пациентки. Также в случае отсутствия признаков клинического улучшения в течение 72 ч от начала лечения требуется уточнение диагноза (возможно, необходимо хирургическое вмешательство) и переход с перорального на парентеральное применение препаратов. Как и при других инфекциях, антибиотики необходимо назначать в адекватных дозах [14].

В последних европейских рекомендациях 2012 г. фторхинолоны рекомендуется назначать в комбинации с цефтриаксоном 0,5 г внутримышечно однократно пациенткам с высоким риском развития ВЗОМТ, ассоциированных с гонококками, в связи с повсеместной распространенностью среди них штаммов, резистентных к данному классу антибиотиков, например в случае гонококковой инфекции у полового партнера, в регионах с высокой распространенностью гонореи или при тяжелом течении заболевания [13].

Оптимальная продолжительность назначения антибиотиков при ВЗОМТ базируется не на сравнительных исследованиях, а на данных по фармакокинетике и фармакодинамике препаратов и основанных на них заключениях экспертов. Большинство авторов считают, что независимо от вида антимикробной терапии (парентеральная, ступенчатая или пероральная) общая ее продолжительность должна составлять 14 дней. Во всех ведущих рекомендациях по лечению ВЗОМТ: европейских (2012), американских (CDC — 2010), британских (2011) — длительность терапии ВЗОМТ составляет 14 дней. Все предложенные схемы терапии были изучены в клинических исследованиях в течение 14 дней. Только в европейских рекомендациях 2012 г. упоминается, что терапия может быть назначена на 10—14 дней, хотя далее все схемы представлены на 14 дней [2, 7, 13, 14].

Возможно, такая длительность необходима для проведения полной эрадикации возбудителей с целью предотвращения рецидивов и осложнений в дальнейшем, однако данных по отдаленной эффективности различных режимов терапии практически нет.

Что нового в терапии ВЗОМТ?

Большинство контролируемых исследований по выбору схем лечения ВЗОМТ проводилось в конце 70-х, в 80-е и начале 90-х годов прошлого века, и все они предполагают назначение как минимум двух антибиотиков. После внедрения в 1999 г. в клиническую практику фторхинолона IV поколения — моксифлоксацина (авелокс) — возникло предположение о его потенциальной эффективности при инфекциях репродуктивного тракта как у мужчин, так и у женщин. Данный препарат обладает высокой активностью против грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов (включая микроорганизмы, устойчивые к другим классам антибиотиков), анаэробов и атипичных возбудителей. По анаэробной активности он не уступает метронидазолу, и, самое главное, он высокоактивен в отношении хламидий и генитальных микоплазм, причем превосходит другие противохламидийные фторхинолоны. Например, по данным одного из исследований [15], авелокс в течение 7 дней был эффективен в 100% случаев после безуспешного лечения азитромицином или офлоксацином ВЗОМТ, вызванных *M. genitalium*. Эффективность азитромицина и офлоксацина в данном исследовании составила 79 и 56% соответственно. Моксифлоксацин способен перекрыть весь спектр возможных возбудителей ВЗОМТ.

Также моксифлоксацин эффективен против доксициклинрезистентных *Ureaplasma* spp. и *Mycoplasma hominis* [16—20]. Моксифлоксацин обладает фармакокинетическими параметрами, позволяющими принимать его 1 раз в сутки. После однократного введения 400 мг моксифлоксацин накапливается в течение 24 ч в тканях матки в концентрациях, значительно превышающих достаточные для эрадикации всех потенциальных возбудителей ВЗОМТ [21, 22].

Моксифлоксацин (авелокс) — один из немногих антибактериальных препаратов, которые были тщательно изучены в клинических исследованиях для лечения неосложненных ВЗОМТ. За последние 6 лет были опубликованы результаты нескольких контролируемых рандомизированных исследований эффективности и безопасности перорального применения моксифлоксацина при ВЗОМТ **(см. таблицу).** Из представленных в **таблице** данных видно, что клиническая и микробиологическая эффективность монотерапии авелоксом была довольно высокой и, как показал статистический анализ, существенно не отличалась от таковой у традиционно используемых комбинаций препаратов. Возможность использовать один антибиотик вместо схем с двумя или тремя препаратами положительно влияет на переносимость лечения, снижает вероятность неблагоприятных явлений. Так, по результатам одного из исследований [23], где авелокс сравнивался с комбинацией офлоксацина и метронидазола, частота таких неблагоприятных явлений, как расстройства желу-

Сравнительная эффективность моксифлоксацина при ВЗОМТ

Название исследования, год	Режим терапии	Число пациентов	Клиническая эффективность, %		Микробиологическая эффективность, % через 2—24 дня после лечения, %
			через 2—24 дня после лечения	через 21—42 дня после лечения	
MAIDEN, 2006 [23]	Моксифлоксацин 400 мг 1 раз в день 14 дней	275	90,2	85,8	87,5
	Офлоксацин 400 мг 2 раза в день 14 дней + метронидазол 500 мг 2 раза в день 14 дней	289	90,7	87,9	82,1
PID, 2009 [29]	Моксифлоксацин 400 мг 1 раз в день 14 дней	232	96,6	93,8	92,5
	Доксициклин 100 мг 2 раза в день 14 дней + метронидазол 400 мг 3 раза в день 14 дней + ципрофлоксацин 500 мг однократно	202	98	91,3	88,2
MONALISA*, 2010 [28]	Моксифлоксацин 400 мг 1 раз в день 14 дней	194	78,4	72,8	90
	Левофлоксацин 500 мг 1 раз в день 14 дней + метронидазол 500 мг 2 раза в день 14 дней	190	81,6	72,8	84,6

Примечание. * — при обнаружении *N. gonorrhoeae* назначался цефтриаксон 250 мг внутримышечно однократно.

дочно-кишечного тракта, нарушения со стороны нервной системы, головная боль, была меньше в группе применения авелокса.

Хорошая безопасность моксифлоксацина также была подтверждена в недавно опубликованном метаанализе его эффективности и безопасности при лечении урогенитальных инфекций [24]. Интересен тот факт, что число пациенток (n=701), получавших в трех приведенных клинических исследованиях моксифлоксацин и вошедших в оценку эффективности, превышает размеры популяций, которые участвовали в исследованиях эффективности всех ранее изучавшихся пероральных режимов терапии ВЗОМТ, в том числе входящих в американские и европейские рекомендации [25].

Насколько важны удобство и режим дозирования для пациента во время терапии ВЗОМТ?

Согласно исследованию, в котором изучалось выполнение пациентами назначенного лечения антибиотиками, увеличение кратности приема в сутки антибиотика приводит к существенному снижению приверженности к терапии — при двукратном приеме антимикробного препарата в день она составляла около 70%, а при трехкратном — еще меньше — 50%. Даже прием препарата 1 раз в день не соблюдался пациентами в 100% случаев, хотя, несомненно, однократный прием в сутки значимо повышал приверженность к лечению [26]. Низкая приверженность к сложным схемам терапии, состоящей из нескольких антибиотиков, может приводить к досрочному прерыванию терапии после купирования основных проявлений заболевания, что ведет к неполной эрадикации возбудителей и, соответственно, к обострениям в дальнейшем или формированию осложнений ВЗОМТ — бесплодию, эктопической беременности и хронической тазовой боли. Авелокс способствует высокой приверженности к терапии благодаря удобному режиму ежедневного дозирования — 1 таблетка 1 раз в день.

Таким образом, монотерапия моксифлоксацином в дозе 400 мг внутрь 1 раз в день в течение 14 дней может рассматриваться как удобная альтернатива существующим комбинированным режимам лечения инфекций органов малого таза легкой и средней степени тяжести у женщин, эффективность и безопасность которой подтверждена в широких клинических исследованиях. Эти данные уже нашли отражение в европейских (2007, 2012) и британских (2011) рекомендациях по ведению пациенток с ВЗОМТ, где единственный препарат — моксифлоксацин — рекомендуется для амбулаторного лечения в режиме монотерапии [7, 13, 27—29].

Широкая распространенность воспалительных заболеваний органов малого таза и частое развитие осложнений приводят к выраженному нарушению репродуктивного здоровья как пациенток и их семей, так и нации в целом. Учитывая преобладание субклинических форм, у врачей всех специальностей должна присутствовать настороженность в плане возможного наличия инфекций органов малого таза у женщин репродуктивного возраста при предъявлении всякого рода неспецифических жалоб со стороны нижних отделов живота и отсутствии других очевидных причин. При этом пациентка должна быть направлена к гинекологу для уточнения диагноза. Такой подход несомненно будет способствовать раннему выявлению и своевременному лечению ВЗОМТ, что является залогом снижения риска негативных осложнений. При назначении антибактериальной терапии необходимо учитывать полимикробную природу данной патологии, существующие национальные и международные рекомендации, а также вновь появляющиеся данные о резистентности возбудителей и результатах контролируемых клинических исследований. Следует помнить, что большинство пациенток могут лечиться амбулаторно. Кроме того, успешная борьба с ВЗОМТ невозможна без профилактических мероприятий, включающих повышение медицинской и сексуальной культуры населения, широкое использование барьерных методов контрацепции, своевременное выявление и лечение инфекций, передаваемых половым путем.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Sweet RL, Gibbs RS. Pelvic inflammatory disease. In: Infectious diseases of female genital tract. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2009: 220—244.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2010. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2010; 59: RR-12: 110.
3. Westrom LV. Sexually transmitted diseases and infertility. Sexually Transmitted Diseases. 1994; 21 Suppl: 532—537.
4. Westrom LV, Joesoef R, Reynolds G. Pelvic inflammatory disease and infertility. A cohort study of 1844 women with laparoscopically verified disease and 657 control women with normal laparoscopic results. Sexually Transmitted Diseases. 1992; 19: 185—192.
5. Westrom LV, Berger GS. Consequences of pelvic inflammatory disease. In: Berger GS, Westorm LV, editors. Pelvic inflammatory disease. New York: Raven Press. 1992: 101—114.
6. Hillis SD, Joesoef R, Marchbanks PA. Delayed care of pelvic inflammatory disease is a risk factor for impaired fertility. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1993; 168: 1503—1509.
7. Ross J, Judlin P, Nilas L. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. International Journal of STD and AIDS. 2007; 18: 662—666.
8. Sweet RL. Treatment of acute pelvic inflammatory disease. Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology. 2011; 2011: article ID 561909, 13.
9. 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 Journal of Obstetrics and Gynecology. 2002; 186: 5: 929—937.
10. Manhart LE, Critchlow CW, Holmes KK. Mucopurulent cervicitis and Mycoplasma genitalium. Journal of Infectious Diseases. 2003; 187: 4: 650—657.
11. P´epin J, Labb´e A-C, Khonde N. *Mycoplasma qenitalium*: an organism commonly associated with cervicitis among west African sex workers. Sexually Transmitted Infections. 2005; 81: 1: 67—72.
12. Moller BR, Taylor-Robinson D, Furr PM, Freundt E A. Acute upper genital-tract disease in female monkeys provoked experimentally by *Mycoplasma genitalium*. British Journal of Experimental Pathology. 1985; 66: 4: 417—426.
13. Ross J, Judlin P, Jensen J. 2012 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. (available at http://std.sagepub.com/content/25/1/1).
14. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. Под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. Смоленск: МАКМАХ. 2007; 464. *Prakticheskoe rukovodstvo po antiinfektsionnoi khimioterapii*. [Practical guide to antiinfections chemitherapy]. Ed. L.S. Strachunskii, Yu.B. Belousov, S.N. Kozlov. Smolensk: MAKMAKH. 2007; 464.
15. Jernberg E, Moghaddam A, Moi H. Azithromycin and moxifloxacin for microbiological cure of Mycoplasma genitalium infection: an open study. International Journal of STD & AIDS. 2008; 19: 10: 676—679.
16. Bauernfeind A. Comparison of the antibacterial activities of the quinolones Bay 12-8039, gatifloxacin (AM 1155), trovafloxacin, clinafloxacin, levofloxacin and ciprofloxacin. Journal of antimicrobial chemotherapy. 1997; 40: 5: 639—651.
17. Aldridge KE, Ashcraft DS. Comparison of the in vitro activities of Bay 12-8039, a new quinolone, and other antimicrobials against clinically important anaerobes. Antimicrobial agents and chemotherapy. 1997; 41: 3: 709—711.
18. Woodcock JM, Andrews JM, Boswell FJ. In vitro activity of BAY 12-8039, a new fluoroquinolone. Antimicrobial agents and chemotherapy. 1997; 41: 101—106.
19. Dalhoff A. In vitro activities of quinolones. Expert opinion on investigational drugs. 1999; 8: 2; 123—137.
20. Bebear CM, de Barbeyrac B, Pereyre S. Activity of moxifloxacin against the urogenital mycoplasmas *Ureaplasma* spp., *Mycoplasma hominis* and *Mycoplasma genitalium* and *Chlamydia trachomatis*. Clinical microbiology and infection. 2008; 14: 8: 801—805.
21. Sullivan JT, Woodruff M, Lettieri J. Pharmacokinetics of a once-daily oral dose of moxifloxacin (Bay 12-8039), a new enantiomerically pure 8-methoxy quinolone. Antimicrobial agents and chemotherapy. 1999; 43: 11: 2793—2797.
22. Stass H, Kubitza D, Aydeniz B. Penetration and accumulation of moxifloxacin in uterine tissue. International journal of gynaecology and obstetrics. 2008; 102: 2: 132—136.
23. Ross JD, Cronje HS, Paszkowski T. Moxifloxacin versus ofloxacin plus metronidazole in uncomplicated pelvic inflammatory disease: results of a multicentre, double blind, randomised trial. Sexually transmitted infections. 2006; 82: 6: 446—451.
24. Mu Y, Huang J, Liu R. Efficacy and safety profile of moxifloxacin in treatment of urogenital system infections: A meta-analysis of randomized controlled trials. African Journal of Pharmacy and Pharmacology. 2012; 6: 26: 1910—1922.
25. Walker CK, Sweet RL. Management. In: RL Sweet, HC Wiesenfeld, editors. Pelvic inflammatory disease. London: Taylor & Francis. 2006: 141—156.
26. Llor C, Sierra N, Hernández S, Moragas A, Hernández M, Bayona C, Miravitlles M. The higher the number of daily doses of antibiotic treatment in lower respiratory tract infection the worse the compliance. Journal of Antimicrobial Chemotherapy. 2009; 63: 396—399.
27. Ross J, McCarthy G. UK National Guideline for the management of Pelvic Inflammatory Disease 2011. British Association for Sexual Health and HIV. 2011: 17 (available at www.bashh.org/documents/3205).
28. Judlin P, Liao Q, Liu Z. Efficacy and safety of moxifloxacin in uncomplicated pelvic inflammatory disease: the MONALISA study. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology. 2010; 117: 12: 1475—1484.
29. Heystek M, Ross JD. PID Study Group. A randomized double-blind comparison of moxifloxacin and doxycycline/metronidazole/ciprofloxacin in the treatment of acute, uncomplicated pelvic inflammatory disease. International journal of STD & AIDS. 2009; 20: 10: 690—695.