УДК: 618.1-002:616-009.7:616.07

СЛОЖНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ – «СЕРЫЕ ЗОНЫ» ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ТАЗА

Иванисова А.Г.[1,3], Каюмова Д.Т.[2], Хусанходжаева М.Т.[3]

DIFFERENTSIAL TASHXISLASHNING MURAKKABLIGI - CHANOQ A'ZOLARINING YALLIG'LANISH KASALLIKLARINING "KULRANG JOYLARI"

Ivanisova A.G.[1,3], Kayumova D.T.[2], Husanxo'jayeva M.T.[3]

THE COMPLEXITY OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS IS THE "GRAY AREAS" OF PELVIC INFLAMMATORY DISEASES

Ivanisova A.G.[1,3], Kayumova D.T.[2], Khusanhojaeva M.T.[3]

[1]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка,
[2]Ташкентский государственный медицинский университет,
[3]Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Maqsad: *retrospektiv tahlil asosida o'tkir tos a'zolari yallig'lanish kasalligining murakkab shakllarini tashxislash samaradorligini qiyosiy baholash.* ***Material va usullar:*** *2025-yilda o'tkir tos a'zolari yallig'lanish kasalligining murakkab shakllari bilan kasalxonaga yotqizilgan 193 bemorning retrospektiv tahlili o'tkazildi, ultratovush tekshiruvi va operatsiya vaqtidagi natijalar taqqoslandi.* ***Natijalar:*** *ayniqsa, salpingit tashxisida ultratovushning past sezgirligi, shuningdek, ekstragenital patologiya bilan shoshilinch vaziyatlarda differentsial tashxis qo'yishda sezilarli qiyinchiliklar aniqlandi. Diagnostik laparoskopiya eng katta axborot mazmunini ko'rsatdi va shubha qilingan murakkab o'tkir tos a'zolari yallig'lanish kasalligida asosiy diagnostik bosqich deb hisoblanishi kerak.* ***Xulosalar:*** *klinik tos a'zolari og'rig'i va qorin og'rig'i sindromi bo'lgan bemorlarni tekshirish algoritmida diagnostik laparoskopiyaning yetakchi roli ko'rsatildi.*

Kalit so'zlar*: chanoq a'zolarining yallig'lanish kasalliklari, asoratlangan chanoq a'zolarining yallig'lanish kasalliklari, salpingit, tubo-ovariyal absess, diagnostik laparoskopiya, o'tkir qorindagi og'riq.*

Objective: *To comparatively evaluate the effectiveness of diagnosing complicated forms of acute pelvic inflammatory disease (PID) based on a retrospective analysis.* ***Material and methods:*** *A retrospective analysis of 193 patients hospitalized with complicated forms of PID in 2025 was conducted, with a comparison of ultrasound and intraoperative findings.* ***Results:*** *Low sensitivity of ultrasound was established, especially in the diagnosis of salpingitis, as well as significant difficulties in differential diagnosis in urgent situations with extragenital pathology. Diagnostic laparoscopy demonstrated the greatest information content and should be considered a key diagnostic step in suspected complicated PID.* ***Conclusions:*** *The leading role of diagnostic laparoscopy in the examination algorithm for patients with clinical pelvic pain and abdominal pain syndrome in suspected PID is demonstrated.*

Key words: *pelvic inflammatory disease complicated by PID, salpingitis, tubo-ovarian abscess, diagnostic laparoscopy, acute abdomen.*

Воспалительные заболевания органов таза (ВЗОТ) остаются серьезной проблемой общественного здравоохранения, затрагивающей миллионы женщин репродуктивного возраста во всем мире. Их распространенность значительно варьирует в зависимости от региона, что в значительной степени отражает различия в распространенности инфекций, передающихся половым путем (ИППП), доступе к медицинской помощи и наличии программ рутинного скрининга [5].

Социально-демографические факторы, включая низкий социально-экономический статус, ограниченный доступ к скринингу на ИППП или своевременному лечению, отсутствие лечения партнера и более широкие барьеры в здравоохранении, затрагивающие подростков, мигрантов и незастрахованных пациентов, добавляют еще один уровень уязвимости [4].

Несмотря на улучшение инструментальных методов диагностики, значительная часть случаев воспалительных заболеваний органов таза остается недодиагностированной из-за субклинических проявлений и непоследовательных систем отчетности в разных странах. Рост устойчивости к противомикробным препаратам, особенно у Mycoplasma genitalium и N. gonorrhoeae, также создает новые проблемы для профилактики и лечения [3].

Цель исследования

Сравнительная оценка эффективности диагностики осложнённых форм острых ВЗОТ на основании ретроспективного анализа.

Материал и методы

Исследование носило ретроспективный клинико-диагностический характер. В основу работы положен анализ историй болезни 193 пациенток в возрасте от 18 до 49 лет, поступивших в Республиканский центр экстренной медицинской помощи (г. Ташкент) с января по декабрь 2025 года с острыми осложнёнными формами ВЗОТ, потребовавшими экстренного лечения.

В рамках исследования проведен также анализ лапароскопических вмешательств с оценкой объёмов неизбежного хирургического лечения.

Анализировались клинико-анамнестические данные, особенности клинического течения заболевания, результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, показания к оперативному вмешательству, объём и характер выполненных хирургических операций. Оценка влияния проведённого лечения на репродуктивную функцию включала анализ сохранности органов репродуктивной системы, частоты органосохраняющих операций и наличия факторов риска снижения фертильности.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов описательной статистики. Результаты представлены в виде абсолютных и

относительных показателей. Статистически значимыми считались различия при уровне значимости p<0,05.

Результаты и обсуждение

ВЗОТ редко возникают до менархе, после менопаузы и во время беременности. ВЗОТ, как правило, возникают у женщин моложе 35 лет.

К факторам риска относятся: предыдущие ВЗОТ, наличие бактериального вагиноза или ИППП. К другим факторам риска, особенно связанных с гонорейной или хламидийной инфекциями, относятся молодой возраст, непринадлежность к белой расе. низкий социоэкономический статус, множественные или новые половые партнеры или партнер мужского пола, не использующий презервативы, спринцевание [7].

Так, средний возраст пациенток составил 31,3±13 лет (рис. 1). Большинство пациенток (36%) были в возрасте до 25 лет.

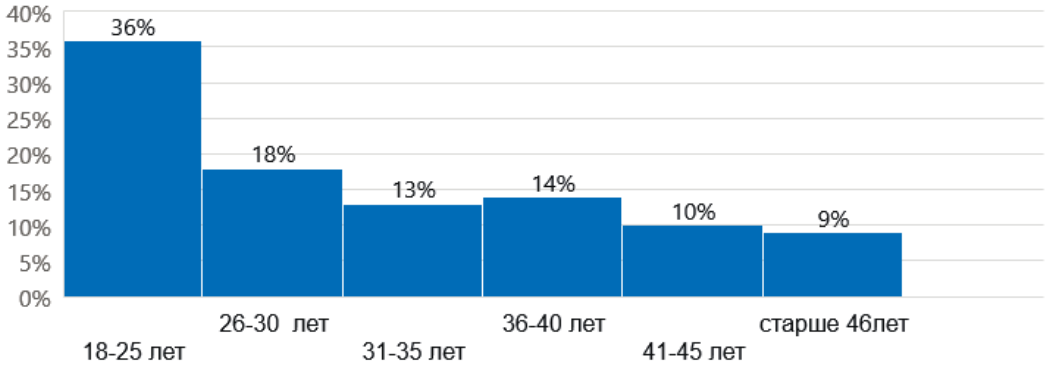


Рис. 1. Распределение пациенток по возрасту, %

40% пациенток проживают в городе, 60% были сельскими жительницами. Несмотря на существующую систему здравоохранения – диспансеризации и маршрутизации, где все женщины прикреплены к поликлиникам по месту жительства и имеют возможность своевременного получения медицинской помощи, за специализированной помощью пациентки обращались с запозданием и в экстренном порядке, т.е. с вероятными осложненными формами заболевания.

Клинический полиморфизм, стертость симптоматики и сходство осложненных форм ВЗОТ с острой хирургической патологией формируют так называемые «серые зоны» диагностики, особенно в условиях дефицита времени и ограниченных диагностических ресурсов.

При физикальном обследовании обычно выявлялась болезненность матки, шейки матки или придатков, что составляет минимальные диагностические критерии, рекомендованные CDC, называемые «симптомом люстры» (рис. 2) [6].

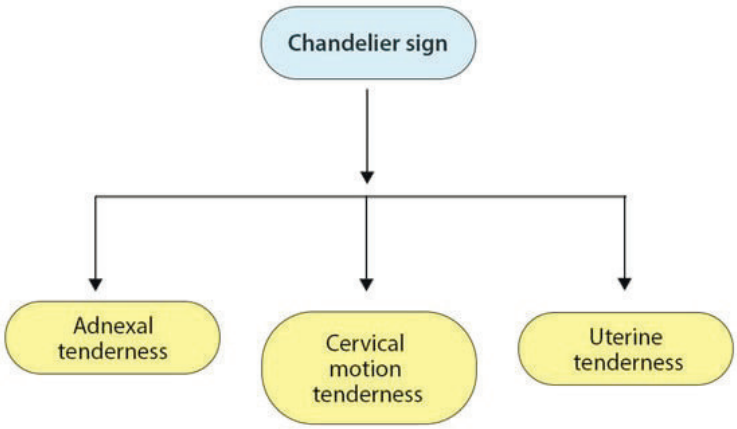


Рис. 2. Минимальные диагностические критерии ВЗОТ [заимствовано [6].

Если пациентку не удается адекватно осмотреть из-за болезненности, следует как можно скорее провести визуализирующие инструментальные исследования. Предпочтительным исследованием первой линии является ультразвуковое исследование (УЗИ). Если УЗИ недоступно или неубедительно, то для оценки образования абсцесса, включая тубоовариальный абсцесс, могут быть проведены другие методы визуализации, например, компьютерная томография [7].

Все пациентки были госпитализированы с признаками пельвиоперитонита и/или перитонита, «острого живота», и всем было выполнено УЗИ органов малого таза. По результатам инструментального исследования у 75 (63%) женшин значимой эхопатологии, свидетельствующей о наличии ВЗОТ, не выявлено. Пиосальпинкс и тубооваариальные образования диагностированы у 20 (по 8,5%) обследованных. Ультразвуковые признаки сальпингита выявлены у 24 (20%) пациенток. Анализ наличия

свободной жидкости в полости малого таза и брюшной полости показал, что у 31 (26%) пациентки свободная жидкость не определялась. У 24 (20%) пациенток объем свободной жидкости не превышал 100 мл. Свободная жидкость в объеме от 100 до 200 мл была диагностирована у 45 (37%) женщин. Наличие свободной жидкости во всех отделах брюшной полости выявлено в 19 (17%) наблюдениях (рис. 3).

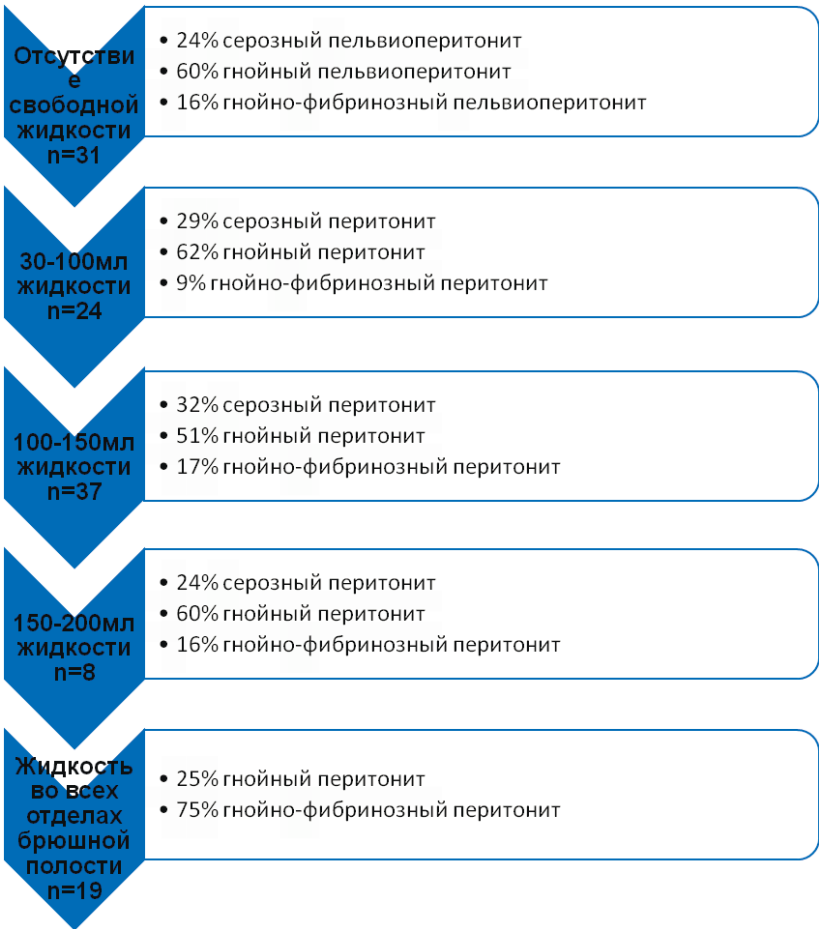


Рис. 3. Соотношение показателей жидкости в малом тазе к ВЗОТ.

Если после УЗИ или других методов визуализации диагноз остается не ясным или если эмпирическое лечение ВЗОТ не помогает, следует провести лапароскопию; гнойный перитонеальный материал, выявленный во время лапароскопии, является «золотым» стандартом диагностики [7].

ВЗОТ проявляется в широком клиническом спектре от незначительного дискомфорта до тяжелого системного заболевания. Разнообразие симптомов в значительной степени способствует недодиагностике и задержке лечения.

Атипичные проявления встречаются у подростков, пациенток в послеродовой период, женщин с ослабленным иммунитетом. В этих группах боль в животе может быть более диффузной, а тазовые проявления менее выраженными, что требует более тщательной визуализации. Желудочно-кишечные и мочевые симптомы могут еще больше затруднить диагностику, и воспалительные заболевания органов таза часто ошибочно принимают за аппендицит, перекрут яичника, инфекцию мочевыводящих путей или дивертикулит [1]. В нашем исследовании были исключены пациентки детского возраста до 18 лет, женщины в послеродовом периоде, также не было пациенток иммунодефицитом.

Поскольку ВЗОТ невозможно достоверно подтвердить или исключить только на основании клинического обследования, врачам рекомендуется проявлять высокую степень настороженности. Эмпирическое лечение следует начинать при соблюдении минимальных критериев CDC в отсутствии альтернативного диагноза, учитывая значительную репродуктивную заболеваемость, связанную с задержкой терапии. Раннее выявление имеет важное значение для предотвращения прогрессирования до серьезных осложнений, таких как тубооваариальный абсцесс, перитонит, сепсис или хроническая тазовая боль [2].

По данным обзора литературы, выполненного с использованием структурированного поиска в базах PubMed, Scopus и Google Scholar за период с января 2010 по декабрь 2024 г., в 2025 г. был предложен диагностический алгоритм, направленный на преодоление отсутствия единого подхода в современной литературе и объединяющий критерии CDC, оценку тяжести заболевания, лабораторные пороговые значения, а также четкие триггеры для проведения визуализационных исследований, дренирования и хирургического вмешательства, что позволяет сформировать более практичную и целостную основу для клинической оценки воспалительных заболеваний органов таза (рис. 4) [6].

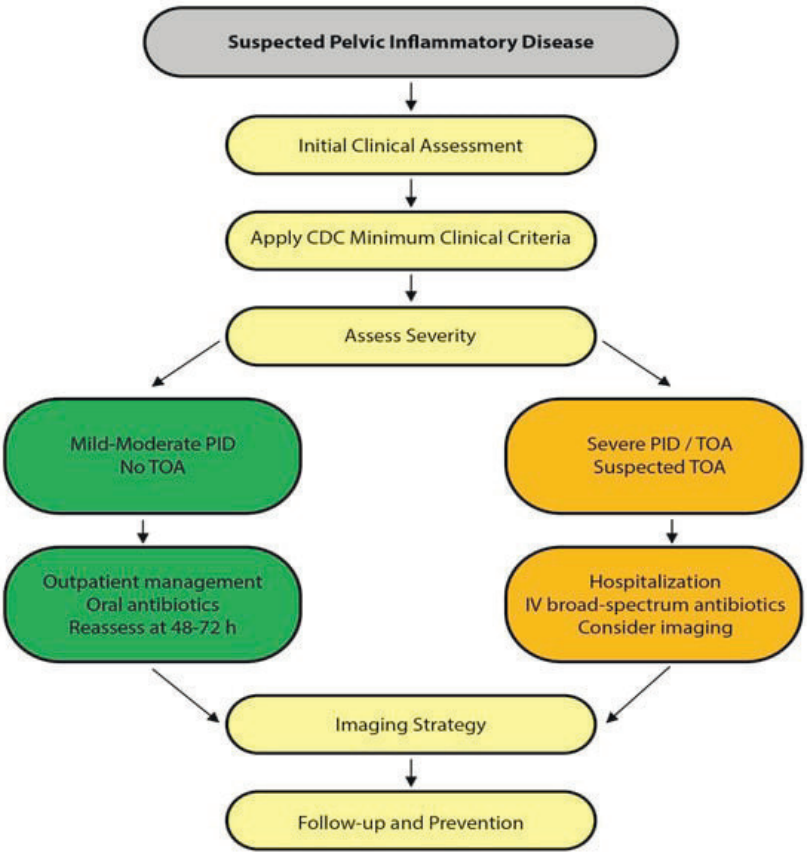


Рис. 4. Диагностический алгоритм ВЗОТ [заимствовано [6].

Методы лечения были следующими: у 100 (52%) пациенток было выполнено экстренное хирургическое вмешательство; каждой десятой (18; 10%) потребовалось отсроченное оперативное лечение, обусловленное неэффективностью консервативной терапии, нарастанием лейкоцитоза в периферической крови и прогрессированием клинической симптоматики; у 74 (38%) больных удалось ограничиться консервативным ведением.

При сопоставлении дооперационных данных УЗИ с интраоперационным диагнозом были выявлены существенные диагностические расхождения. Так, пиосальпинкс не был выявлен при УЗИ в 56% случаев, а тубоовариальное образование не диагностировано в 33,3% наблюдений (ложноположительный результат), что, вероятно, связано с его атипичным анатомическим расположением (рис. 5).

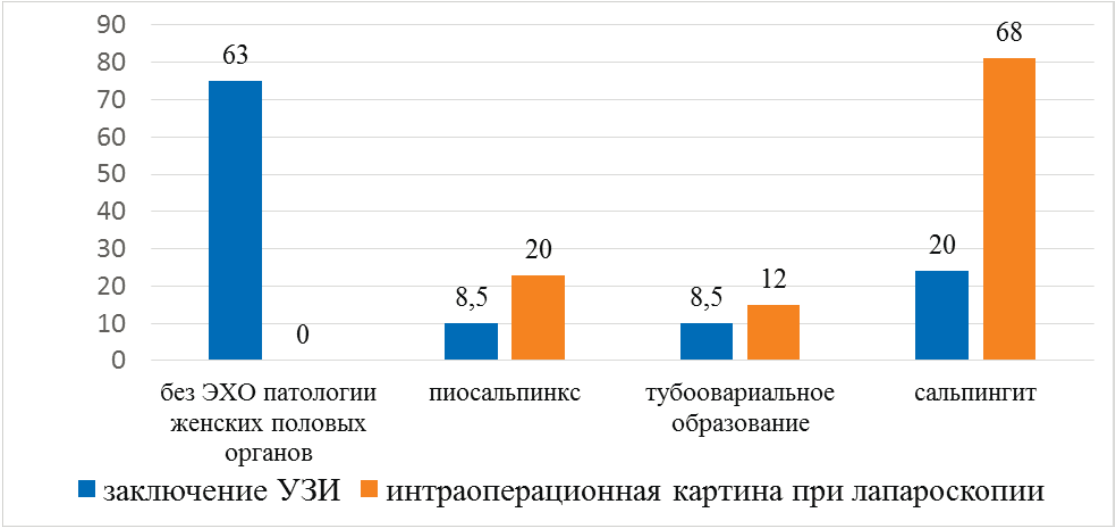


Рис. 5. Результаты визуализационных исследований, %.

Гнойный сальпингит, подтверждённый интраоперационно, по данным УЗИ был распознан лишь в 29,6% случаев (истинно положительный результат) и не диагностирован у 57 пациенток, что составило 47,9% от общего числа прооперированных больных (ложноотрицательный результат). Полученные ре-

зультаты указывают на наличие выраженной «серой зоны» в диагностике ВЗОТ, сохраняющейся даже при наличии и применении ультразвукового метода исследования.

У 70 (73%) пациенток в возрасте от 18 до 44 лет объём вмешательства ограничивался санацией и дренированием малого таза лапароскопическим доступом. У 33 (27%) женщин расширение объёма операции с удалением репродуктивных органов ассоциировалось с неблагоприятными репродуктивными исходами: бесплодие, обусловленное двусторонней сальпингэктомией, было обеспечено у 8 (24,2%), т.е. практически у каждой четвертой пациентки, сальпингооварэктомия выполнена у 7 (21,2%), односторонняя сальпингэктомия – у 18 (54,6%), т.е. у каждой второй пациентки данной группы. Хирургическое вмешательство во всех наблюдениях выполнялось на фоне ВЗОТ, осложнённых перитонитом (рис. 6), который, в свою очередь, является предиктором формирования выраженного спаечного процесса и развития трубно-перитонеального бесплодия.

Пациентка (рис. 7) готовилась к ЭКО с Duplex uteri, обнаружен односторонний пиосальпинкс, из ближайшего анамнеза – пациентка получала плазмотерапию внутриматочно.

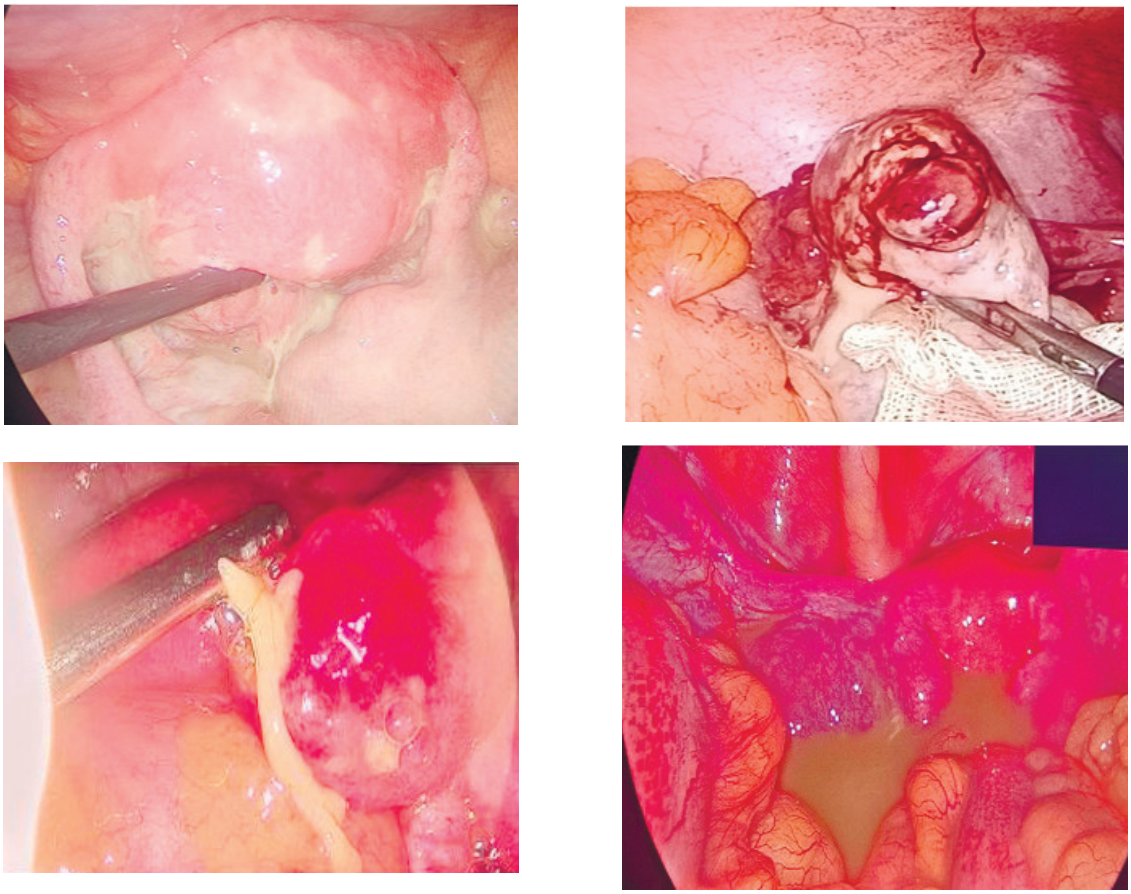


Рис. 6. Клинические случаи ВЗОТ, осложненные перитонитом (интраоперационная лапароскопическая съемка).

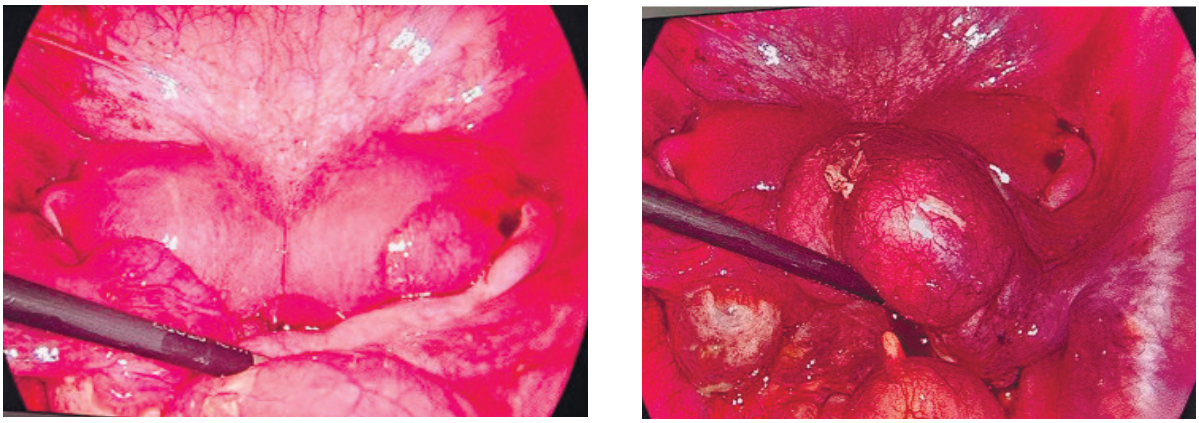


Рис. 7. Клинический случай ВЗОТ, осложненный перитонитом (интраоперационная лапароскопическая съемка).

При сопоставлении предварительного клинического и интраоперационного диагнозов была выявлена ещё одна значимая «серая зона» диагностики. На доклиническом и клиническом этапах сохраняются

выраженные трудности в достоверном исключении острого аппендицита и в дифференциальной диагностике этиологии перитонита, что нередко приводит к смещению диагностического фокуса с гинекологической на экстрагенитальную патологию, особенно у пациенток с тазовым болевым синдромом.

Согласно полученным данным, основным показанием к выполнению диагностической лапароскопии у 9 (7,7%) пациенток являлся перитонит неясной этиологии. Кроме того, у 2 (1,7%) пациенток с подтверждённой биохимической беременностью при отсутствии чёткой ультразвуковой визуализации плодного яйца оперативное вмешательство было выполнено по поводу подозрения на внематочную беременность. У другой пациентки на сроке гестации 18 недель не представлялось возможным исключить острый аппендицит; интраоперационно был выявлен перекрут гидросальпинкса, при вскрытии которого обнаружено мутное серозное содержимое. У второй пациентки менопаузального возраста клиническая картина соответствовала острому панкреатиту, однако в ходе операции было диагностировано тубоовариальное гнойное образование с атипичным расположением.

Следует отметить, что у 47 (39%) пациенток первичный дооперационный диагноз формулировался как «Острый аппендицит», при этом ни в одном случае он не был подтверждён интраоперационно как первичный (рис. 8). Лишь у 20 (17%) больных был выявлен вторичный аппендицит, развившийся на фоне острого гнойного сальпингита, осложнённого пельвиоперитонитом. Полученные данные подчёркивают сложность клинической дифференциальной диагностики и необходимость совершенствования алгоритмов оценки пациенток с острым абдоминальным и тазовым болевым синдромом.



Рис. 8. Предварительный и интраоперационный диагноз у пациенток с ВЗОТ, %.

На ограниченную чувствительность бактериологического метода при ВЗОТ и перитонеальных реакциях, при явном наличии инфекционного характера процесса указывают результаты бактериологического посева перитонеальной жидкости (рис. 9). Более чем в половине случаев (56%) бактериологический анализ показал отсутствие роста микрофлоры. В подавляющем большинстве идентифицируемых инфекционных агентов была высеяна грамположительная флора.

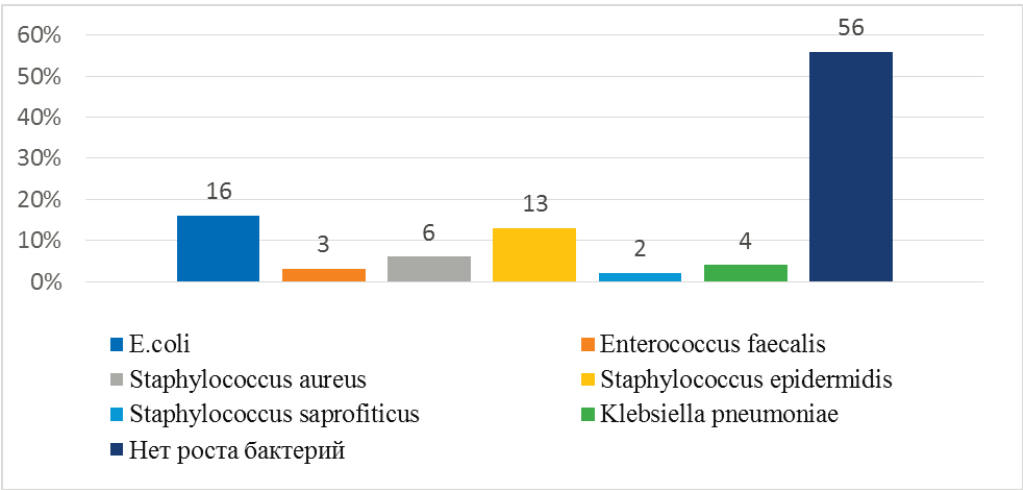


Рис. 9. Результаты бактериального посева перитонеальной жидкости у пациенток с ВЗОТ, %.

Выводы

1. Ретроспективный анализ историй болезни женщин с ВЗОТ показал, что на клиническом этапе сохраняются значительные трудности в достоверном исключении острого аппендицита и дифференциации этиологии перитонита, что приводит к смещению диагностического фокуса от гинекологической к экстрагенитальной патологии, особенно у женщин с тазовым болевым синдромом.

2. УЗИ демонстрирует ограниченную диагностическую чувствительность в выявлении ВЗОТ, прежде всего сальпингита, и в меньшей степени – его осложнённых форм. Интраоперационная визуализация при лапароскопии существенно расширяет диагностические возможности, позволяя выявлять патологические изменения в случаях, расцениваемых по данным УЗИ как отсутствие органической патологии.

3. Полученные данные обосновывают ведущую роль диагностической лапароскопии в алгоритме обследования пациенток с клиникой тазовой боли и абдоминальным болевым синдромом при подозрении на ВЗОТ.

4. Высокая доля отрицательных результатов посевов подчёркивает ограниченную чувствительность бактериологического метода при ВЗОТ и перитонеальных реакциях, но не исключают инфекционный характер процесса.

Литература

1. Alshammari SM, Alrajhi NN, Al-Rumayh SS et al. An Overview on Pelvic Inflammatory Disease Diagnosis and Management Approach. Arch. Pharm. Pract. 2022;12(2):103-105. https://doi.org/10.51847/1jlwKjj2kw
2. CDC. Sexually Transmitted Infections (STI) Treatment Guidelines. Pelvic Inflammatory Disease (PID). Available online: (accessed on 19 October 2025). https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/pid.htm#
3. Dela H, Behene E, Ocansey K et al. Prevalence and macrolide resistance of Mycoplasma genitalium from patients seeking sexual health care in Southern Ghana. BMC Infect Dis. 2024;24(1):981. doi: 10.1186/s12879-024-09880-2. PMID: 39285366; PMCID: PMC11403770.
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Chlamydia. In ECDC. Annual Epidemiological Report for 2023; ECDC Stockholm Sweden 2025
5. Gonorrhoea (Neisseria gonorrhoeae Infection). Available online: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/gonorrhoea
6. Kornovski Y, Kostov S, Ivanova Y et al. Tubo-Ovarian Abscess, Sepsis and Diffuse Peritonitis in Pelvic Inflammatory Disease A Diagnostic and Therapeutic Review. Germs. 2025; 15(4):6. https://doi.org/10.3390/germs15040006
7. Pelvic Inflammatory Disease (PID) – Gynecology and Obstetrics – MSD Manual Professional Edition

СЛОЖНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ – «СЕРЫЕ ЗОНЫ» ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ТАЗА

Иванисова А.Г., Каюмова Д.Т., Хусанходжаева М.Т.

Цель: *сравнительная оценка эффективности диагностики осложнённых форм острых воспалительных заболеваний органов таза (ВЗОТ) на основании ретроспективного анализа.* ***Материал и методы:*** *проведён ретроспективный анализ 193 пациенток, госпитализированных с осложнёнными формами ВЗОТ в 2025 г., с сопоставлением данных ультразвукового исследования и интраоперационных находок.* ***Результаты:*** *установлена низкая чувствительность УЗИ, особенно в диагностике сальпингита, а также выраженные трудности дифференциальной диагностики в ургентных ситуациях с экстрагенитальной патологией. Диагностическая лапароскопия показала наибольшую информативность и должна рассматриваться как ключевой этап диагностики при подозрении на осложнённые ВЗОТ.* ***Выводы:*** *показана ведущая роль диагностической лапароскопии в алгоритме обследования пациенток с клиникой тазовой боли и абдоминальным болевым синдромом при подозрении на ВЗОТ.*

Ключевые слова: *воспалительные заболевания органов таза, осложнённые ВЗОТ, сальпингит, тубооварильный абсцесс, диагностическая лапароскопия, острый живот.*

Информация об авторах

Иванисова Алёна Григорьевна, специалист отдела по подготовке кадров и непрерывному образованию врачей РСНПМЦЗМиР. Tel: +998977362610, e-mail: alenaivanidze@gmail.com или alyonka_gai@mail.ru, https://orcid.org/0009-0006-5933-1033

Каюмова Дилрабо Талмасовна, д.м.н., проф. каф.акушерства и гинекологии ТГМУ. Тел: +998901865643, e-mail: kdilrabo@mail.ru, https://orcid.org/0009-0004-5355-4354

Хусанходжаева Малика Турсунходжаевна, д.м.н., с.н.с., зав. отделением экстренной гинекологии РНЦЭМП. Тел: +998903519929, e-mail: malika.honik@inbox.ru, https://orcid.org/0009-0003-4067-3437