



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

8 (94) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

8 (94)

2026

Август

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 618.1-002-089:616-089.85:615.33.015.8

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА С УЧЁТОМ АНТИМИКРОБНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

^{1,3} Иванисова А.Г. <https://orcid.org/0009-0006-5933-1033> e-mail: alenaivanidze@gmail.com

² Каюмова Д.Т. <https://orcid.org/0009-0004-5355-4354> e-mail: kdilrabo@mail.ru

³ Хусанходжаева М.Т. <https://orcid.org/0009-0003-4067-3437> e-mail: malika.honik@inbox.ru

¹ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребёнка Узбекистан г. Ташкент Ташкенте: ул. Мирзо-Улугбека, 132-а тел: +998(71)2637818 e-mail: info@uzaig.uz

² Ташкентский государственный медицинский университет, 100109 Ташкент, Узбекистан, ул. Фаробия, 2, Тел: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

³ Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Узбекистан г. Ташкент, Малая кольцевая дорога, № 2 Tel: +998 (71) 150-46-00 Email.ru uzmedicine@mail.ru

✓ Резюме

В работе представлен анализ клинико-диагностических особенностей и результатов лечения пациенток с осложнёнными формами воспалительных заболеваний органов малого таза. Установлено, что поздняя обращаемость, атипичное течение заболевания и ограниченные диагностические возможности ультразвукового исследования способствуют высокой частоте хирургических вмешательств. Показано, что микробиологический спектр возбудителей характеризуется преобладанием условно-патогенной флоры и низкой чувствительностью к стандартной эмпирической антибактериальной терапии. Полученные данные свидетельствуют о необходимости ранней диагностики и пересмотра терапевтических подходов с учётом антимикробной резистентности.

Ключевые слова: воспалительные заболевания органов малого таза; tuboовариальный абсцесс; пиосальпинкс; антимикробная резистентность; антибактериальная терапия.

CHANOQ KICHIK A'ZOLARINING YALLIG'LANISH KASALLIKLARINING ASORATLANGAN SHAKLLARIDA KLINIK-DIAGNOSTIK JIHATLAR HAMDA ANTIMIKROB REZISTENTLIK VA LAPAROSKOPIK DAVOLASHNI HISOBGA OLGAN HOLDA DAVOLASHNI TAKOMILLASHTIRISH

Ivanisova A. G. ^{1,3}, Kayumova D. T. ², Husanxo'jayeva M. T. ³

¹ Respublika ixtisoslashtirilgan onalik va bolalik salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, O'zbekiston, Toshkent: Mirzo-Ulug'bek ko'chasi, 132-a, tel.: +998(71)2637818, e-mail: info@uzaig.uz

² Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti, 100109 Toshkent, O'zbekiston Farobiy ko'chasi 2, Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

³ O'zbekiston Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Toshkent sh., Kichik halqa yo'li, 2-uy. Tel: +998 (71) 150-46-00 Email.ru uzmedicine@mail.ru

✓ Rezyume

Ushbu ishda chanoq kichik a'zolarining yallig'lanish kasalliklarining asoratlangan shakllari bilan kasallangan bemorlarda klinik-diagnostik xususiyatlar va davolash natijalari tahlil qilingan. Kasallikka kech murojaat qilish, uning atipik kechishi hamda ultratovush tekshiruvining cheklangan diagnostik imkoniyatlari jarrohlik aralashuvlari yuqori darajada uchrashiga sabab bo'lishi aniqlangan. Qo'zg'atuvchilarning mikrobiologik spektrida shartli-patogen flora ustunligi va standart empirik antibakterial terapiyaga nisbatan sezuvchanlikning pastligi ko'rsatib berilgan. Olingan ma'lumotlar antimikrob rezistentlikni hisobga olgan holda erta diagnostika va terapevtik yondashuvlarni qayta ko'rib chiqish zarurligini tasdiqlaydi.

Kalit so'zlar: chanoq kichik a'zolarining yallig'lanish kasalliklari; tuboovarial abscess; piosalpinks; antimikrob rezistentlik; antibakterial terapiya.

CLINICAL AND DIAGNOSTIC ASPECTS AND IMPROVEMENT OF THE TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF PELVIC INFLAMMATORY DISEASES CONSIDERING ANTIMICROBIAL RESISTANCE AND LAPAROSCOPIC TREATMENT

¹Ivanisova Alyona Grigoryevna, ²Kayumova Dilrabo Talmasovna,
³Khusanhojaeva Malika Tursunhojaevna

¹Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health, Uzbekistan, Tashkent: Mirzo-Ulugbek St., 132-a, tel.: +998 (71) 2637818, e-mail: info@uzaig.uz

²Tashkent State Medical University, 100109 Tashkent, Uzbekistan, 2 Farobiy Street, Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

³Republican Scientific Center for Emergency Medical Care Uzbekistan Tashkent, Small Ring Road, No. 2 Tel: +998 (71) 150-46-00 Email.ru uzmedicine@mail.ru

✓ Resume

The study presents an analysis of the clinical and diagnostic features and treatment outcomes in patients with complicated forms of pelvic inflammatory diseases. It was established that delayed presentation for medical care, atypical disease course, and the limited diagnostic capabilities of ultrasound examination contribute to the high rate of surgical interventions. The microbiological spectrum of pathogens was shown to be characterized by the predominance of opportunistic flora and low sensitivity to standard empirical antibacterial therapy. The obtained data indicate the need for early diagnosis and revision of therapeutic approaches taking antimicrobial resistance into account.

Keywords: *pelvic inflammatory diseases; tubo-ovarian abscess; pyosalpinx; antimicrobial resistance; antibacterial therapy.*

Актуальность

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) остаются актуальной проблемой гинекологии вследствие сложности ранней диагностики, частого атипичного течения и высокого риска развития тяжёлых осложнений. Значительная доля случаев диагностируется поздно, что обуславливает необходимость раннего начала эмпирической терапии. Дополнительную проблему представляет рост антимикробной резистентности, существенно снижающий эффективность стандартных схем лечения.

ВЗОМТ невозможно достоверно подтвердить или исключить только на основании клинических обследований, врачам рекомендуется проявлять высокую степень настороженности [2]. Несмотря на улучшение инструментальных методов диагностики, значительная часть случаев воспалительных заболеваний органов таза диагностика остается достаточно сложной из-за субклинических проявлений и непоследовательных систем отчетности в разных странах [4]. Помимо этого, устойчивость к противомикробным препаратам (УПП) представляет собой серьезную угрозу для здоровья человека во всем мире. Крайне важно непосредственное влияние УПП на заболеваемость, смертность, продолжительность пребывания в больнице и затраты на здравоохранение и конкретных комбинаций патоген-лекарственных препаратов [6].

Целью исследования явилось проведение ретроспективного анализа осложнённых форм ВЗОМТ с оценкой клинических исходов, объёма хирургического вмешательства и микробиологического результата перитонеального содержимого для совершенствования алгоритмов ранней диагностики, хирургической тактики и антимикробной терапии.

Материал и методы

Проведено одно центровое ретроспективное исследование, включившее анализ 172 историй болезни пациенток с острыми осложнёнными формами ВЗОМТ, госпитализированных в Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Узбекистан (г. Ташкент) в период с января по декабрь 2025 года. Критерием включения являлось наличие выполненного бактериологического исследования биологического материала с определением спектра микрофлоры и её чувствительности к антибактериальным препаратам. У пациенток, подвергшихся хирургическому лечению, материалом служила перитонеальная жидкость (чаще - гной), полученная при лапароскопической санации малого таза и брюшной полости; у не оперированных пациенток исследование проводилось на основе исследования влагалищного

содержимого и секрета из цервикального канала. Дополнительно учитывались объём и характер выполненного хирургического вмешательства, а также клинические исходы. Клиническая оценка состояния пациенток проводилась на основании жалоб, анамнестических данных, физикального обследования, лабораторных показателей и инструментальных методов диагностики. Всем пациенткам выполнялось ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза как метод первой линии визуализации. При наличии признаков острой хирургической патологии или неясной клинической картины применялась диагностическая лапароскопия.

Статистическая обработка данных включала методы описательной статистики с расчётом относительных показателей (%). Для оценки различий между группами применялись критерии значимости ($p < 0,05$ считалось статистически значимым).

Результат и обсуждения

По данным обзора литературы, выполненного с использованием структурированного поиска в базах PubMed, Scopus и Google Scholar за период с января 2010 по декабрь 2024 года, в 2025 году 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 ВЗОМТ (рис.1) [5].



Рис.1. Диагностический алгоритм ВЗОТ [заимствовано [5]].

Согласно результатам настоящего исследования пациентки обращались за медицинской помощью только на 3–4-е сутки от появления специфических симптомов ВЗОМТ (тянущие боли внизу живота, патологические выделения из половых путей, озноб, лихорадка), при этом в день госпитализации клиническая картина дополнялась менее специфичными проявлениями ВЗОМТ, сходными с симптомами «острого живота» (тошнота, рвота), вследствие чего не менее половине пациенток хирургическое вмешательство было начато с диагностической лапароскопии совместно с абдоминальными хирургами ввиду невозможности исключения острой хирургической патологии. Критериями отбора для проведения консервативного лечения являлись: исключение острой хирургической патологии; положительная клиническая динамика в течение первых 2 часов

наблюдения в стационаре на фоне антибактериальной, инфузионной и симптоматической терапии (снижение болевого синдрома, отсутствие гипертермии и нарастания перитонеальных симптомов); отсутствие ультразвуковых признаков tuboовариальных образований; отсутствие свободной жидкости в малом тазу объёмом более 30 мл. На следующих снимках УЗИ, проведённого у обследуемых пациенток, представлено изображение tuboовариальных гнойных образований (ТОГО). (рис. 2).

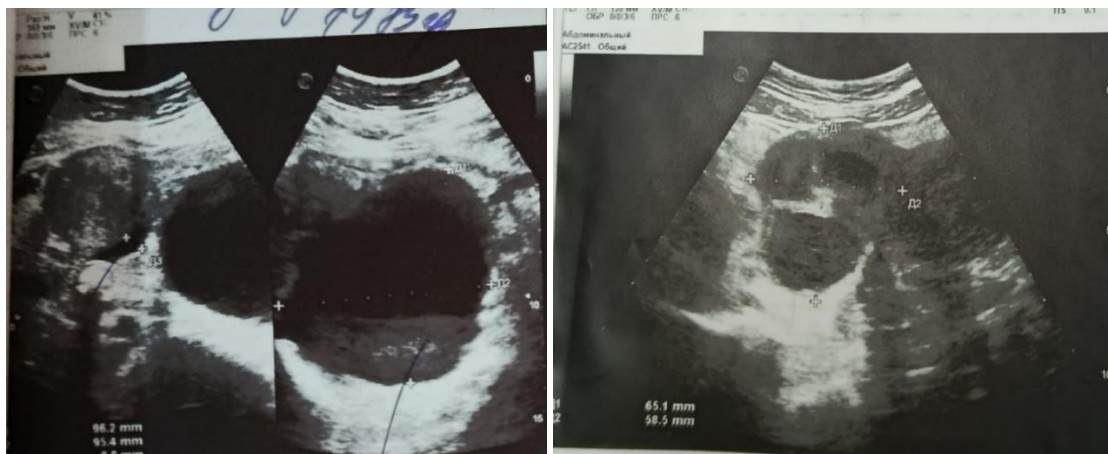


Рис. 2. Ультразвуковая картина при tuboовариальных гнойных образованиях

Трансвагинальное УЗИ служит методом первой линии инструментальной диагностики, поскольку оно доступно, экономически выгодно и позволяет детально визуализировать придатки, с характерными признаками, такими как утолщенные заполненные жидкостью трубы, «зубчатое» строение эндосальпингеальных складок, нечеткие tuboовариальные комплексы, свободная жидкость в полости таза, доплеровская гиперемия и сложные образования придатков, указывающие на абсцесс. Ультразвуковое исследование обеспечивает умеренную чувствительность около 75% и высокую специфичность около 90% для выявления ТОГО, хотя ранний острый сальпингит может оставаться невидимым, а это значит, что нормальный результат не исключает ВЗОМТ [5]. Общеизвестно, что если после УЗИ или других методов визуализации диагноз остается неясен или если эмпирическое лечение ВЗОТ не помогает, следует провести лапароскопию; гнойный перитонеальный материал, выявленный во время лапароскопии, является «золотым» стандартом диагностики [7].

Так в нашем исследовании экстренное хирургическое лечение выполнено 102 пациенткам (58,9%), что было обусловлено выраженной перитонеальной симптоматикой и нестабильными гемодинамическими показателями. При этом 19,29% пациенток были прооперированы вследствие неэффективности консервативной терапии и отсутствия положительной клинической динамики в течение первых суток лечения. Консервативная терапия оказалась эффективной у 70 пациенток (41,1%) со среднетяжёлым течением заболевания и стабильным клиническим состоянием.

Интраоперационно объёмные воспалительные образования внутренних половых органов с наличием гнойного резервуара по типу пиосальпинкса диагностированы у 38 пациенток (37,4%). У 16 из них выявлено формирование tuboовариального гнойного образования, что составило 15,9% от общего числа пациенток и 43,2% - среди пациенток с пиосальпинксом. При сопоставлении дооперационных данных УЗИ с интраоперационным диагнозом нами были выявлены существенные диагностические расхождения. Так, пиосальпинкс не был выявлен при УЗИ в 56% случаев, а tuboовариальное образование не диагностировано в 33,3% наблюдений (ложноотрицательный результат), что, вероятно, связано с его атипичным анатомическим расположением. Гнойный сальпингит, подтверждённый интраоперационно, по данным УЗИ был распознан лишь в 29,6% случаев (истинноположительный результат) и не диагностирован у 47,9% от общего числа прооперированных больных (ложноотрицательный результат).

Сравнительный анализ показал, что радикальный объём оперативного вмешательства достоверно чаще выполнялся при наличии tuboовариальных гнойных образований по сравнению с изолированным пиосальпинксом ($p < 0,05$), что свидетельствует о прямой зависимости объёма хирургического лечения от выраженности гнойно-деструктивного процесса (рис.3).

У 35% оперированных пациенток объём хирургического вмешательства был расширен с удалением органов репродуктивной системы, имеющих необратимые изменения, что подтверждено результатами гистологического исследования. Анализ репродуктивных исходов показал, что вследствие двусторонней сальпингэктомии бесплодие развилось у 19,35% пациенток. Сальпінгоооарэктомия была выполнена у 9,67% пациенток, что указывает на дополнительное интраоперационное снижение овариального резерва. Односторонняя сальпингэктомия проведена в 12,9% случаев и также ассоциирована со снижением качества ооцитов вследствие нарушения кровоснабжения тканей яичника.

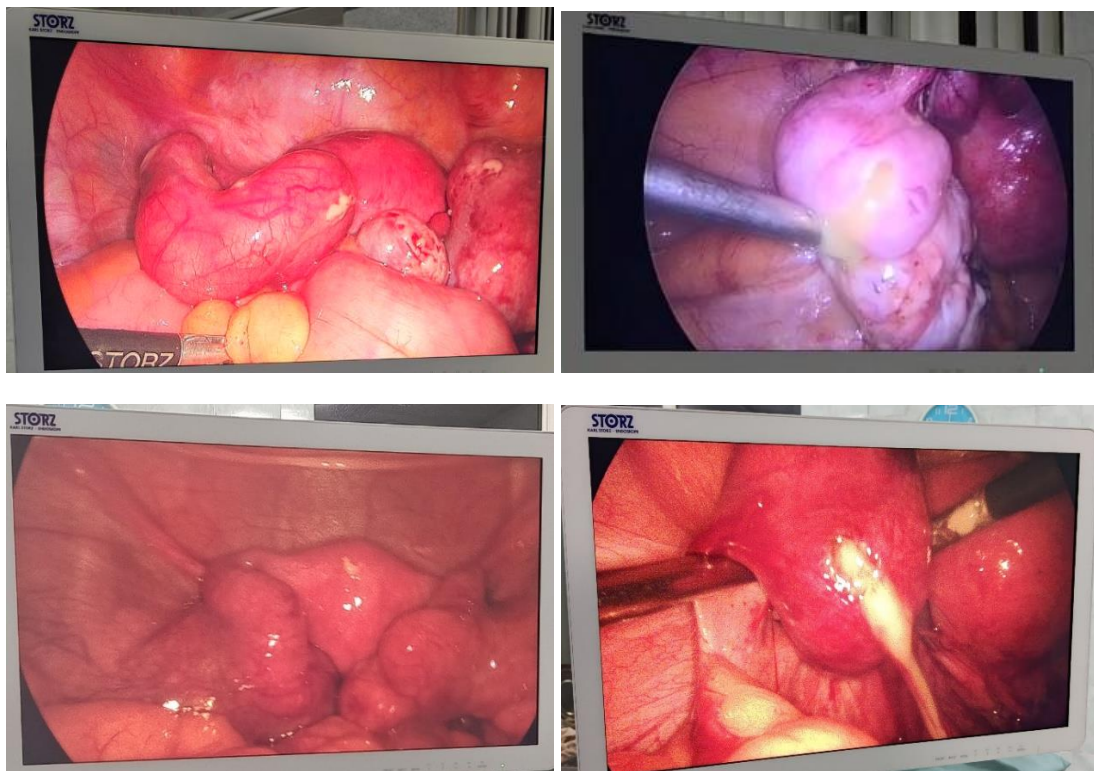


Рис. 3. Клинические случаи ВЗОМТ (тубоовариальные гнойные образования) осложненные перитонитом (интраоперационная лапароскопическая съемка).

В то же время у 65% пациенток удалось ограничить объём хирургического вмешательства санацией и дренированием полости малого таза. Следует отметить, что при отсутствии своевременного оперативного вмешательства и адекватной санации органов малого таза, а в ряде случаев — органов брюшной полости при разлитом гнойно-фибринозном перитоните, риск формирования трубно-перитонеального бесплодия был бы практически неизбежен вследствие развития выраженного спаечного процесса. Обращает на себя внимание, что 42% пациенток проживают в столице и имеют возможность своевременного получения медицинской помощи, однако обращаются за специализированной помощью с запозданием.

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 тубоовариальный абсцесс, перитонит, сепсис или хроническая тазовая боль [2]. Таким образом, всем пациенткам нашего исследования при госпитализации после забора материала для бактериологического исследования была назначена эмпирическая антибактериальная терапия: у неоперированных пациенток забор материала для определения микрофлоры и её чувствительности к антибактериальным препаратам осуществлялся из влагалища, тогда как у оперированных пациенток при лапароскопии проводился забор перитонеальной гнойной жидкости из брюшной полости. Эмпирическая антибактериальная терапия была назначена в соответствии с национальным клиническим протоколом Республики Узбекистан от 2023г.: Цефтриаксон 1,0 г внутривенно каждые 12 часов в течение 3–4 суток в сочетании с Метронидазолом 500 мг внутривенно каждые 12 часов в течение 3 суток. Ниже (таб. 1) приведена

схема эмпирической антибактериальной терапии ВЗОМТ интегрированная с классификацией антибиотиков ВОЗ AWaRe, для оценки и мониторинга их использования, 2023г [1,8].

ВОЗ отмечает расширение устойчивости к макролидам, фторхинолонам и цефалоспорином, что требует постоянного контроля за применением препаратов и обновления рекомендаций по лечению [5]. Широко распространено мнение, что антимикробная резистентность (АМР) представляет собой серьезную потенциальную угрозу для здоровья человека во всем мире. В обзоре по устойчивости к противомикробным препаратам, опубликованном в 2016 году, подсчитано, что к 2050 году от устойчивости к противомикробным препаратам ежегодно может умирать до 10 миллионов человек [3]. Шесть ведущих патогенов, вызывающих смертельные случаи, связанные с резистентностью (*Escherichia coli*, за которой следуют *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii* и *Pseudomonas aeruginosa*), стали причиной 929 000 (660 000–1 270 000) смертей, связанных с устойчивостью к противомикробным препаратам (УПП), и 3,57 миллиона (2,62–4,78) смертей, связанных с УПП, в 2019 году [6].

Далее представлены результаты 102 бактериологических посевов перитонеальной жидкости, полученной при лапароскопическом вмешательстве. Были выявлены следующие возбудители с умеренным и обильным ростом: *Escherichia coli* — 16,6% (17 случаев), *Staphylococcus spp.* — 10,8% (11 случаев), *Enterococcus spp.* — 6,9% (7 случаев), *Klebsiella spp.* — 4,9% (5 случаев), *Staphylococcus aureus* — 3,9% (4 случая). Единичные случаи (по 0,9%; 1 случай) представлены следующими микроорганизмами: *Proteus spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus spp.*, *Candida spp.*. Такие патогены, как *Acinetobacter spp.* и *Enterobacter spp.*, в исследуемом материале не выявлены. В 54 случаях роста бактериальной флоры не обнаружено, что, вероятно, может быть обусловлено наличием облигатной анаэробной микрофлоры либо нарушением условий транспортировки биологического материала.

Схемы эмпирической антибактериальной терапии ВЗОМТ в стационарных и амбулаторных условиях	
Лекарственный препарат схема стационарного назначения:	Antibiotic/ Class/ ATC code/ Category/ Listed on EML/EMLc 2023
Цефтриаксон 2 г в/в каждые 6 часов	Ceftriaxone/ Third-generation-cephalosporins/ J01DD04/Watch/ YES
+ Доксициклин по 100 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней	Doxycycline/ Tetracyclines/ J01AA02/ Access/ YES
+ Метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней.	Metronidazole_oral/ Imidazoles/ P01AB01/ Access/ YES
Продолжительность терапии – до 24-48 часов после улучшения клинической картины. Затем амбулаторное лечение:	
Доксициклин по 100 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней	Doxycycline/ Tetracyclines/ J01AA02/ Access/YES
+ Метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней.	Metronidazole_oral/ Imidazoles/ P01AB01/ Access/ YES

Табл.1. Схема эмпирической антибактериальной терапии ВЗОМТ интегрированная с классификацией антибиотиков ВОЗ AWaRe.

Анализ чувствительности выделенных при культивировании микроорганизмов к эмпирической антибактериальной терапии показал низкий уровень чувствительности к Цефтриаксону (Ceftriaxone; класс — Цефалоспорины III поколения): чувствительность отмечена у 7,69% пациенток, тогда как резистентность выявлена в 53,8% случаев при наличии подтверждённых возбудителей. Чувствительность к Доксициклину (Doxycycline; класс — Тетрациклины) также была низкой и составила 6,67%, при этом резистентность к данному препарату зафиксирована в 14,28% случаев. Наиболее высокая чувствительность патогенов отмечена к Амикацину (Amikacin; класс — Аминогликозиды): 78% выделенных микроорганизмов были чувствительны, случаев резистентности не выявлено. Далее по уровню чувствительности следует антибиотик резерва — Меропенем (Meropenem; класс — Карбапенемы), к которому чувствительность составила 57,14%, тогда как резистентность была зарегистрирована в 7% случаев.

Средняя продолжительность стационарного лечения составила 4,0 койко-дня.

Выводы

Пациентки с осложнёнными формами ВЗОМТ в большинстве случаев обращаются за медицинской помощью с опозданием (на 3–4-е сутки), что способствует прогрессированию заболевания и увеличению частоты хирургических вмешательств.

Клиническая картина ВЗОМТ нередко имитирует острые хирургические заболевания органов брюшной полости, что требует проведения диагностической лапароскопии и затрудняет своевременную верификацию диагноза.

Ультразвуковое исследование, являясь методом первой линии, обладает ограниченной чувствительностью в отношении гнойно-деструктивных форм ВЗОМТ, что подтверждается значительным числом диагностических расхождений с интраоперационными данными.

Частота выполнения хирургического лечения остаётся высокой (58,9%), при этом наличие tuboовариальных гнойных образований достоверно ассоциировано с увеличением объёма оперативного вмешательства и риском утраты репродуктивной функции.

Микробиологический спектр возбудителей представлен преимущественно условно-патогенной флорой (*Escherichia coli*, *Staphylococcus* spp., *Enterococcus* spp.).

Выявлен низкий уровень чувствительности возбудителей к стандартной эмпирической терапии (цефтриаксон, доксициклин) и высокая чувствительность к аминогликозидам и карбапенемам, что отражает нарастающую проблему антимикробной резистентности и требует пересмотра терапевтических подходов.

Ранняя диагностика и своевременная коррекция антибактериальной терапии с учётом чувствительности возбудителей являются ключевыми факторами снижения частоты осложнений, объёма хирургических вмешательств и неблагоприятных репродуктивных исходов.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: Исследование выполнено без целевого финансирования со стороны коммерческих или государственных структур.

Вклад авторов: идея, концепция и дизайн исследования, статистическая

Этическое заявление: исследование выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинкской декларации.

Информированное согласие: на проведение исследования и разрешение на анонимную публикацию результатов у всех пациентов получено письменное информированное согласие.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Национальный клинический протокол «Воспалительные заболевания органов малого таза». Ташкент: Министерство здравоохранения Республики Узбекистан; [цитировано 19 октября 2025]. Доступно: <https://uzaig.uz/ru/nauka-i-obrazovanie/protokoly-i-standarty>
2. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. Pelvic Inflammatory Disease. Centers for Disease Control and Prevention; 2021 [cited 2025 Oct 19]. Available from: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/pid.htm>
3. de Kraker MEA, Stewardson AJ, Harbarth S. Will 10 million people die a year due to antimicrobial resistance by 2050? PLoS Med. 2016;13(11):e1002184. doi: 10.1371/journal.pmed.1002184.
4. Dela H, Behene E, Ocansey K, Yanney JN, Addo KK, Miranda HV, et al. Prevalence and macrolide resistance of *Mycoplasma genitalium* from patients seeking sexual health care in Southern Ghana. BMC Infect Dis. 2024;24:981. doi: 10.1186/s12879-024-09981-2.
5. Kornovski Y, Kostov S, Ivanova Y, Slavchev S, Yordanov A, Tsoneva E. Tubo-Ovarian Abscess, Sepsis and Diffuse Peritonitis in Pelvic Inflammatory Disease—A Diagnostic and Therapeutic Review. Germs. 2025;15(4):6. doi: 10.3390/germs15040006.
6. Murray CJL, Ikuta KS, Sharara F, Swetschinski L, Aguilar GR, Gray A, et al. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. Lancet. 2022;399(10325):629-655. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02724-0.
7. Pelvic Inflammatory Disease (PID). In: MSD Manual Professional Edition [Internet]. Kenilworth (NJ): Merck Sharp & Dohme Corp.; [cited 2025 Oct 19]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/pelvic-inflammatory-disease-pid/pelvic-inflammatory-disease-pid>
8. World Health Organization. The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) antibiotic book. Geneva: World Health Organization; 2022. doi: 10.2471/9789240062382.

Поступила 20.07.2026