

<https://doi.org/10.29296/25877305-2022-08-03>

Воспалительные заболевания органов малого таза и их терапия в амбулаторных условиях

В.В. Скворцов, доктор медицинских наук, профессор,
Е.М. Скворцова,
И.Ю. Стаценко, кандидат медицинских наук, доцент,
О.В. Разваляева, К.А. Дурноглазова
 Волгоградский государственный медицинский университет
 Минздрава России
E-mail: vskvortsov1@ya.ru

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) – собирательный термин, включающий в себя инфекционные воспалительные заболевания верхних отделов полового тракта женщин с вовлечением маточных (фаллопиевых) труб, яичников и окружающих тканей. В статье рассматриваются классификация, этиология и патогенез ВЗОМТ, описывается клиническая картина заболевания, а также приводятся основные методы диагностики и лекарственной терапии.

Ключевые слова: гинекология, воспалительные заболевания органов малого таза, антибиотикотерапия.

Для цитирования: Скворцов В.В., Скворцова Е.М., Стаценко И.Ю. и др. Воспалительные заболевания органов малого таза и их терапия в амбулаторных условиях. Врач. 2022; 33 (8): 19–22. <https://doi.org/10.29296/25877305-2022-08-03>

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) – собирательный термин, включающий в себя инфекционные воспалительные заболевания верхних отделов полового тракта женщин с вовлечением маточных (фаллопиевых) труб, яичников и окружающих тканей. ВЗОМТ – часто обсуждаемая проблема современной общей врачебной практики и гинекологии. Связано это прежде всего со стабильно высокой частотой данной группы заболеваний от общего числа гинекологических патологий. Так, в США ВЗОМТ ежегодно являются причиной 2,5 млн визитов к врачу, 200 тыс. госпитализаций и 100 тыс. хирургических вмешательств.

КЛАССИФИКАЦИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

По форме клинического течения выделяют острые, подострые и хронические воспалительные заболевания, а также носительство [6, 12, 13].

По характеру течения:

- 1) катаральные;
- 2) гнойные:
 - гнойный эндометрит;
 - пиосальпинкс;
 - пиовар;
 - абсцесс яичника;
 - гнойное тубоовариальное образование;
 - пельвиоперитонит.

По локализации:

- 1) воспалительные заболевания нижнего отдела:
 - вульвит – воспаление наружных половых органов;
 - вагинит (кольпит) – воспаление слизистой оболочки влагалища;
 - бартолинит – воспаление большой железы преддверия влагалища;
 - эндоцервицит – воспаление слизистой оболочки цервикального канала;
- 2) воспалительные заболевания верхнего отдела малого таза:
 - эндометрит (острый и хронический) – воспаление слизистой оболочки матки;
 - сальпингоофорит (острый и хронический аднексит) – воспаление придатков матки.

ЭТИОЛОГИЯ

В возникновении заболевания ведущую роль играет инфекционный фактор. Спектр возбудителей, вызывающих воспаление женских половых органов, достаточно широк и включает как бактерии, которые обычно колонизируют влагалище и нижний отдел цервикального канала (эндогенную флору), так и возбудители инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Не потеряли своего значения такие возбудители, как стрептококк, стафилококк, кишечная палочка, протей, гонококк, хламидии, трихомонады, *Mycoplasma genitalium* и пр. Однако чаще всего встречаются гонококки, хламидии, трихомонады, *Mycoplasma genitalium*. В развитии ВЗОМТ также доказана роль анаэробной инфекции. В большинстве случаев воспалительные процессы носят полимикробный, смешанный характер. В результате заболевание теряет нозологическую специфичность [1, 2].

Пути проникновения инфекции:

- половой (в 99% случаев);
- лимфогенный (прежде всего из кишечника);
- гематогенный (очаг инфекции в гениталиях является вторичным очагом, первичный же очаг расположен экстрагенитально);
- по протяжению (например, из воспаленного аппендикулярного отростка, при колитах, патологии кишки);
- интраканаликулярный путь при специфической инфекции (гонококк).

В России около 1 млн женщин ежегодно болеют воспалительными заболеваниями матки и придатков, из них 30% нуждаются в стационарном лечении. Показаниями для госпитализации в большинстве случаев являются эпизоды обострений хронического сальпингоофорита (ХСО), частота которых достигает 74,5% от общего числа случаев данной патологии [5].

Столь широкое распространение и постоянный рост ХСО происходят по причине того, что остаются неизлеченными пациенты с острым и особенно подострым воспалительными процессами внутренних гениталий из-за поздней обращаемости больных, несвоевременной госпитализации, недостаточной эффективности проводимой терапии. Этому способствуют также первично возникающие хронические процессы. По современным данным, в 65–77% случаев острый сальпингоофорит переходит в ХСО, возникают запущенные, длительно текущие резистентные к терапии формы [3–5, 7].

ПАТОГЕНЕЗ

Последние годы придается большое значение организованному сообществу бактерий – биопленкам [5, 8, 9], бла-

годаря которым бактерии имеют повышенные выживаемость и патогенность в органах малого таза (ОМТ) [14].

В современных условиях доля участия микробных ассоциаций в виде биопленок в патогенезе ВЗОМТ очень высока и находится в пределах 52–96%. Эти ассоциации имеют в своем составе от 3 до 7 микроорганизмов, причем доминирующую роль (73,3%) играют условно-патогенные микроорганизмы — кишечная палочка, энтерококк, эпидермальный стафилококк, клебсиелла, а также анаэробы — бактероиды [4, 5, 7, 9].

Значительная роль в патогенезе хронических ВЗОМТ принадлежит также аутоиммунным процессам. Антитела, образовавшиеся в ответ на стимулирующее влияние антигенов собственных тканей, оказывают отрицательное влияние на внутриклеточный обмен и функции соответствующих органов и тканей. Данный иммунопатологический процесс снижает клинический эффект лечения и обуславливает прогрессирование и рецидивы заболевания [3].

На современном этапе в патогенезе широкого спектра заболеваний, включая инфекционно-воспалительные, особая роль отводится изменению состояния свободнорадикального окисления и антиоксидантной защиты. Так, недостаточная генерация активных форм кислорода, представляющих микробцидный потенциал фагоцитов, может привести к хронизации воспалительного процесса, а избыточная их продукция при недостаточности антиоксидантной системы инициирует перекисное окисление липидов, способствует формированию синдрома эндогенной интоксикации и оказывает повреждающее влияние на окружающие ткани, изменяет проницаемость клеточных мембран [5].

Механизмы реализации переноса инфекции:

- сперматозоиды как переносчики инфекции; они обладают отрицательным зарядом, который «притягивает» микроорганизм — таким образом, они являются транспортом микроорганизмов;
- жгутики — являются активным транспортом;
- пассивный путь.

Факторы, способствующие распространению инфекции:

- внутриматочные вмешательства: аборты, диагностические выскабливания, гистеросальпингография, все инвазивные процедуры, роды и выкидыши;
- переохлаждение;
- ослабление организма в результате хронической инфекции экстрагенитального характера.

Кроме того, выделяют следующие пути инфицирования при ВЗОМТ:

- восходящий активный;
- восходящий пассивный;
- гематогенный;
- лимфогенный;
- контактный.

Восходящий активный путь инфицирования при ВЗОМТ может осуществляться посредством следующих механизмов:

- гонококки и хламидии чаще фиксируются на поверхности двигающихся сперматозоидов или трихомонад;
- патогены способны активно транспортироваться через цервикальный канал в полость матки, в трубы и брюшную полость.

Восходящий пассивный транспорт, возможно, связан с сократительной деятельностью матки и маточных труб под влиянием отрицательного давления при движениях диафрагмы.

Гематогенный (нисходящий) путь диссеминации бактерий — из первичного экстрагенитального очага в маточные

трубы и яичники (чаще характерен для туберкулеза половых органов).

Лимфогенный путь распространения инфекции характерен для травмы эндометрия в результате гинекологических манипуляций и (или) при наличии длительного нахождения внутриматочных контрацептивов в полости матки.

Контактный путь распространения воспаления происходит в результате непосредственного контакта с воспаленным органом брюшной полости, в частности, при аппендиците (аппендикулярно-генитальный синдром), цистите, колите [1–3].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Преобладающей нозологической формой ВЗОМТ является ХСО, который находится на первом месте по частоте и занимает третью позицию в структуре гинекологической патологии с временной утратой трудоспособности. У женщин старшего репродуктивного возраста увеличивается частота отдаленных осложнений ХСО в виде гнойных воспалительных заболеваний придатков матки (пиосальпинкс, пиовар, tuboовариальный абсцесс и др.).

Как правило, у пациенток присутствуют жалобы на некоторую болезненность в нижней части живота или таза, хотя она может быть незначительной. Другие симптомы могут включать в себя новые или аномальные выделения из влагалища, лихорадку или озноб, спазмы, дизурию и аномальное или посткоитальное кровотечение. У некоторых женщин также могут быть боль в пояснице, диспептические явления (тошнота и рвота).

К достоверным симптомам ВЗОМТ относятся:

- матка, увеличенная в размерах;
- чаще билатеральная болезненность в нижних отделах живота;
- при бимануальном исследовании — чувствительность в области придатков матки;
- болезненная тракция за шейку матки;
- повышение температуры тела до 38°C [5].

Среди дополнительных диагностических критериев могут встречаться лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и наличие обильного количества лейкоцитов на микроскопии мазка, повышенная скорость оседания эритроцитов, повышенный уровень С-реактивного белка, диспротеинемия. Отсутствие лейкоцитоза во влагалищном отделяемом свидетельствует об отсутствии ВЗОМТ с отрицательной прогностической ценностью (*negative predictive value*) до 95%, в то же время присутствие лейкоцитоза неспецифично — положительная прогностическая ценность составляет только 17% [4].

Важно выявление у пациенток факторов риска:

- наличие в анамнезе ИППП и предшествующих эпизодов ВЗОМТ;
- оперативные вмешательства на ОМТ, особенно внутриматочные манипуляции;
- наличие в анамнезе осложненных беременностей и родов;
- длительное использование внутриматочных средств;
- частая смена половых партнеров и отсутствие барьерных методов контрацепции [5, 6].

ДИАГНОСТИКА

Полимикробная инфекция создает большие трудности в плане диагностики и лечения ХСО. Это связано, во-первых, с тем, что в ассоциации увеличивается патогенность каждого

из возбудителей. Во-вторых, микробная ассоциация приобретает уникальные биологические свойства, которые не выражены у отдельно взятого вида. Клинически это проявляется в исчезновении «специфичности», патогномичности симптомов заболевания. Подтверждением сказанного является преобладание в настоящее время стертых и первично хронических воспалительных придатков матки с затяжным рецидивирующим течением. В этом велика роль условно-патогенных микроорганизмов и их способности к длительной бессимптомной персистенции, что поддерживает воспалительный процесс или вызывает его рецидивы [5].

Также сложности диагностирования связаны с разнообразием клинических форм, которые имеют схожую симптоматику. Нередкое отсутствие клинических проявлений и существенное нарушение общего состояния делают затруднительным раннее распознавание острой стадии заболевания. Объем диагностического исследования при ВЗОМТ включает комплекс клиничко-лабораторных и инструментальных методов. Помимо анамнестического и клинического метода исследования, а также бимануального исследования в диагностике ВЗОМТ применяют специфические методы – биопсию и гистологическое исследование эндометрия, трансвагинальную сонографию, доплерометрию сосудов малого таза, магнитно-резонансную томографию (МРТ), лапароскопию. При микроскопическом исследовании можно оценить только степень воспаления, но не вид большинства возбудителей ИППП.

К наиболее специфическим признакам ВЗОМТ относят выявление гистологических признаков эндометрита во взятом материале, полученном при биопсии эндометрия, обнаружение утолщенных и заполненных жидкостью труб, tubo-овариальных образований, свободной жидкости в полости женского таза при проведении интравагинального ультразвукового сканирования.

Активно обсуждается вопрос об использовании онкомаркера СА-125 в диагностике и мониторинге больных ВЗОМТ [6]. Использование дополнительных диагностических методов оправдано для точной локализации, оценки степени распространенности и характера воспалительного процесса, а также прогнозирования и профилактики осложнений. Важным этапом диагностики является микробиологическое исследование и детекция ИППП в половом тракте [4, 5].

ЛЕЧЕНИЕ

Для лечения ВЗОМТ чаще всего используются антибактериальные препараты (АБП), а также противовоспалительная, инфузионно-трансфузионная, антикоагулянтная, десенсибилизирующая терапия.

Принципы терапии:

- применение противомикробной терапии, направленной на подавление анаэробной микрофлоры, местно или системно;
- создание оптимальных физиологических условий среды влагалища;
- восстановление нормального или максимально приближенного к норме микробиоценоза влагалища;
- коррекция микробиоценоза кишечника;
- использование десенсибилизирующих средств;
- проведение иммунокорректирующей терапии и физиотерапии.

Режим дозирования АБП и путь введения определяются в зависимости от степени распространенности воспалитель-

ного процесса, тяжести состояния пациентки, данных фармакокинетики и фармакодинамики препарата и с учетом выявленного возбудителя.

При амбулаторном или стационарном лечении легких и среднетяжелых форм ВЗОМТ предпочтительны пероральные режимы терапии.

Ингибитор-защищенные пенициллины указываются в качестве альтернативных препаратов, активны в отношении гонококков и условно-патогенной флоры половых органов, включая неспорообразующие анаэробы. В России наиболее актуальным представителем этой группы препаратов является амоксициллин/клавуланат.

Чаще всего их применяют при нетяжелых формах ВЗОМТ – амоксициллин + клавулановая кислота (амокси-клав, аугментин, арлет) внутрь 750 мг 3 раза в сутки, доксициклина моногидрат (юнидокс) внутрь по 0,1 г 2 раза в сутки. Препараты назначают курсом в течение 14 дней. При их использовании возможно дополнительное назначение противохламидийных, противомикоплазменных препаратов, в первую очередь – азитромицина (хемомицин, сумамед). Предпочтительным для лечения хламидийной инфекции, в особенности у беременных, в большинстве международных рекомендаций указывается макролидный АБП азитромицин. По сравнению с другими макролидами (джозамицин, эритромицин, кларитромицин) он не требует длительного курсового приема. Кроме того, фторхинолоны и доксициклин противопоказаны при беременности и грудном вскармливании.

В качестве альтернативного режима терапии в условиях ограниченных ресурсов допустимо применять сочетание аминогликозида, доксициклина и линкозамида.

Многочисленные работы последних лет показывают, что препаратом выбора в лечении ВЗОМТ в настоящее время считается левофлоксацин.

Левофлоксацин блокирует ДНК-гиразу (топоизомеразу II) и топоизомеразу IV, нарушает суперспирализацию и сшивку разрывов ДНК, подавляет синтез ДНК, вызывает глубокие морфологические изменения в цитоплазме, клеточной стенке и мембранах бактерий.

Левофлоксацин имеет широкий спектр антибактериальной активности против большинства грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов, активен в отношении бактерий, устойчивых к действию других АБП (аминогликозидов, макролидов и бета-лактамов). Резистентность к левофлоксацину вследствие спонтанных мутаций *in vitro* является редким случаем. Следует подчеркнуть, что фторхинолоны, включая левофлоксацин, отлично проникают в различные ткани, создавая высокие концентрации в почках, предстательной железе, женских половых органах, желчи, органах желудочно-кишечного тракта, бронхиальном секрете, альвеолярных макрофагах, легочной паренхиме, костях, а также в cerebrospinalной жидкости, поэтому эти препараты могут широко применяться при инфекциях практически любой локализации. Кроме того, хорошее внутриклеточное проникновение обеспечивает их активность в отношении атипичных патогенов [10, 11].

Формирование резистентности к левофлоксацину возможно, однако в настоящее время устойчивость к препарату развивается наиболее медленно и не является перекрестной с другими АБП.

Пациенткам с ВЗОМТ также назначают нестероидные противовоспалительные препараты с целью обезболивания, купирования лихорадки и противовоспалительного действия.

Возможно проведение инфузионной терапии в объеме инфузий 1,5–2,5 л/сут, как правило, в стационарных условиях. Продолжительность такой терапии индивидуальна (в среднем 4–7 сут).

У пациенток с тяжелыми формами ВЗОМТ велика вероятность выявления тубоовариального абсцесса, поэтому им следует выполнить УЗИ, МРТ или компьютерную томографию ОМТ [14]. Лишь у 75% женщин при обнаружении тубоовариального абсцесса можно обойтись только одной терапией АБП, в остальных случаях производится хирургическое вмешательство.

Для коррекции нарушенного иммунитета и повышения неспецифической резистентности организма по показаниям целесообразно включение в терапевтический комплекс препаратов интерферона, индукторов интерферона, а также иммуноактиваторов, таких как виферон – суппозитории для ректального применения 2 раза в сутки в течение 10 дней, и циклоферон внутрь (по 0,25 г на 1-й, 2-й, 4-й, 6-й, 11-й, 14-й, 17-й, 20-й, 23-й, 26-й, 29-й день лечения)

Физиотерапия может проводиться только вместе с адекватной антимикробной, дезинтоксикационной лекарственной терапией, начиная сразу после установления диагноза. Могут применяться такие манипуляции, как воздействие переменным магнитным полем (электрофорез кальция) до ликвидации отека; СВЧ-терапия дециметровыми токами/электрофорез цинка; магнитолазеротерапия; электрофорез лекарственными средствами импульсными токами [13–15].

Мужчин, которые являются партнерами женщин с ВЗОМТ, следует обследовать и лечить, если у них был сексуальный контакт в течение 60 дней после постановки диагноза ВЗОМТ. Мужчины часто бессимптомны, даже когда у их партнеров результаты анализов на хламидиоз или гонорею позитивны. Чтобы уменьшить вероятность рецидива, женщины и их партнеры должны воздерживаться от полового акта до тех пор, пока не пройдут курс лечения.

Женщинам с ВЗОМТ следует напомнить о профилактике ИППП, ВЗОМТ-инфекции, поскольку существует высокий риск повторного заражения, даже когда партнеры проходят лечение. Повторное тестирование для женщин с хламидиозом или гонореей предлагается через 3–6 мес после лечения.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Литература

1. Безбах И.В. Применение структурно-резонансной терапии в восстановительном лечении больных хроническим салпингоофортом. *Журнал Российского общества акушеров-гинекологов*. 2006; 3: 26–8.
2. Медведев Б.И. и др. Воспалительные заболевания матки и придатков. Челябинск, 2001; 278 с.
3. Стрижаков А.Н. и др. Генитальные инфекции. М.: ИД «Династия», 2003; 134 с.
4. Краснополянский В.И. и др. Гнойно-септические осложнения в акушерстве и гинекологии: патогенез, диагностика и лечебная тактика. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2007; 7 (1): 63–8.
5. Джайиоба О., Лезенби Г., Сопер Д.Е. Рекомендации по лечению воспалительных заболеваний органов малого таза. *Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучение*. 2013; 1: 43–54.
6. ДеЧерни А.Х., Натан Л. Акушерство и гинекология: уч. пособие. М.: МЕД-пресс-информ, 2009; с. 216–7.
7. Коновалова М.В. и др. Нисходящее распространение инфекции после медицинского аборта при хронических воспалительных гинекологических заболеваниях. *Евразийское Научное Объединение*. 2020; 11-3 (69): 185–8.
8. Пестрикова Т.Ю., Юрасов И.В., Юрасова Е.А. и др. Персонализированный подход к тактике ведения пациенток с хроническими формами ВЗОМТ на этапе прегравидарной подготовки. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2015; 3: 36–40.

9. Саулева Т. Современные взгляды на этиологию, патогенез, диагностику и лечение бактериального вагиноза как заболевания, передаваемого половым путем. *Вісник морької медицини*. 2000; 3: 28–32.

10. Davis R., Bryson H.M. Levofloxacin: a review of its antibacterial activity, pharmacokinetics and therapeutic efficacy. *Drugs*. 1994; 47 (4): 677–700. DOI: 10.2165/00003495-199447040-00008

11. Cooper I., Isbell D.J., Kruszynski J.A. et al. Comparative in vitro activity of Levofloxacin and FK037 to other agents against 10,040 fresh clinical isolates. *Int J Antimicrob Agents*. 1996; 6 (4): 201–11. DOI: 10.1016/0924-8579(95)00039-9

12. DeAbate C.A., Russel M., McElvaine P. et al. Safety and efficacy of levofloxacin versus cefuroxime axetil in acute bacterial exacerbation of chronic bronchitis. *Respir Care*. 1997; 42 (2): 206–13.

13. Guay D.R.P. Implications of quinolones pharmacokinetic drug interactions. *Hosp Pharm*. 1997; 32: 677–90.

14. Fish D.N. Fluoroquinolones adverse effects and drug interactions. *Pharmacotherapy*. 2002; 21 (10 pt 2): 253S–272S. DOI: 10.1592/phco.21.16.253s.33993

15. Lipsky B.A., Baker C.A. Fluoroquinolones toxicity profiles: a review focusing on newer agents. *Clin Infect Dis*. 1999; 28: 352–64. DOI: 10.1086/515104

References

1. Bezbakh I.V. Primenenie strukturno-rezonansnoi terapii v vosstanovitel'nom lechenii bol'nykh khronicheskim sal'pingoofortom. *Zhurnal Rossiiskogo obshchestva akusherov-ginekologov*. 2006; 3: 26–8 (in Russ.).
2. Medvedev B.I. et al. Vospalitel'nye zabolevaniya matki i pridatkov. Chelyabinsk, 2001; 278 p. (in Russ.).
3. Strizhakov A.N. et al. Genital'nye infektsii. M.: ID «Dinastiya», 2003; 134 s. (in Russ.).
4. Krasnopolsky V.I. et al. Pyoseptic complications in obstetrics and gynecology: pathogenesis, diagnosis, and treatment policy. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2007; 7 (1): 63–8 (in Russ.).
5. Jaiyeoba O., Lazenby G., Soper D.E. Recommendations and rationale for the treatment of pelvic inflammatory disease. *Obstetrics and Gynecology. News, Opinions, Training*. 2013; 1: 43–54 (in Russ.).
6. DeCherney A.H., Nathan L. Obstetric & Gynecologic. M.: MED-press-inform, 2009; s. 216–7 (in Russ.).
7. Konovalova M.V. et al. Niskhodyashchee rasprostraneniye infektsii posle meditsinskogo aborta pri khronicheskikh vospalitel'nykh ginekologicheskikh zabolevaniyakh. *Evraziiskoe Nauchnoe Ob'edinenie*. 2020; 11-3 (69): 185–8 (in Russ.).
8. Pestrikova T.Yu., Yurasov I.V., Yurasova E.A. et al. Personalized approach to management of patients with chronic pelvic diseases at the pre-gravid stage. *Far Eastern Medical Journal*. 2015; 3: 36–40 (in Russ.).
9. Sauleva T. Sovremennye vzglyady na etiologiyu, patogenez, diagnostiku i lechenie bakterial'nogo vaginoza kak zabolevaniya, peredavaemogo polovym putem. *Bicnik mor'koi meditsini*. 2000; 3: 28–32 (in Russ.).
10. Davis R., Bryson H.M. Levofloxacin: a review of its antibacterial activity, pharmacokinetics and therapeutic efficacy. *Drugs*. 1994; 47 (4): 677–700. DOI: 10.2165/00003495-199447040-00008
11. Cooper I., Isbell D.J., Kruszynski J.A. et al. Comparative in vitro activity of Levofloxacin and FK037 to other agents against 10,040 fresh clinical isolates. *Int J Antimicrob Agents*. 1996; 6 (4): 201–11. DOI: 10.1016/0924-8579(95)00039-9
12. DeAbate C.A., Russel M., McElvaine P. et al. Safety and efficacy of levofloxacin versus cefuroxime axetil in acute bacterial exacerbation of chronic bronchitis. *Respir Care*. 1997; 42 (2): 206–13.
13. Guay D.R.P. Implications of quinolones pharmacokinetic drug interactions. *Hosp Pharm*. 1997; 32: 677–90.
14. Fish D.N. Fluoroquinolones adverse effects and drug interactions. *Pharmacotherapy*. 2002; 21 (10 pt 2): 253S–272S. DOI: 10.1592/phco.21.16.253s.33993
15. Lipsky B.A., Baker C.A. Fluoroquinolones toxicity profiles: a review focusing on newer agents. *Clin Infect Dis*. 1999; 28: 352–64. DOI: 10.1086/515104

PELVIC INFLAMMATORY DISEASES AND THEIR THERAPY IN OUTPATIENT SETTINGS

Professor **V. Skvortsov**, MD; **E. Skvortsova**; Associate Professor **I. Statsenko**, Candidate of Medical Sciences; **O. Razvalyeva**; **K. Durnoglazova** Volgograd State Medical University, Ministry of Health of Russia

Pelvic inflammatory diseases (PIDs) are a collective term embracing infectious and inflammatory diseases of the upper female genital tract involving the uterine (fallopian) tubes, ovaries, and surrounding tissues. The paper considers the classification, etiology, and pathogenesis of PID, describes the clinical presentation of the disease, and also provides the main methods of diagnosis and drug therapy.

Key words: gynecology, pelvic inflammatory diseases, antibiotic therapy.

For citation: Skvortsov V., Skvortsova E., Statsenko I. et al. Pelvic inflammatory diseases and their therapy in outpatient settings. *Vrach*. 2022; 33 (8): 19–22. <https://doi.org/10.29296/25877305-2022-08-03>

Об авторах/About the authors: Skvortsov V.V. ORCID: 0000-0002-2164-3537