

**МИНИСТЕРСТВО**

**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

**Воспалительные болезни женеких тазовых**

**органов**

Кодирование по Международной статистической

классификации болезней и проблем, связанных со здopoвьeм:N70, N71, N73

Год утверждения (частота пересмотра):2021

Возрастная категория:Взрослые

Пересмотр не позднее:2023

ID: 643

Разработчик клинической рекомендации **• Российское общество акушеров-гинекологов**

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Оглавление

Список сокращений Термины и определения

1. Краткая информация по заболеванию или еоетоянию (группы заболеваний или еоетояний)
   1. Определение заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
   2. Этиология и патогенез заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
   3. Эпидемиология заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
   4. Оеобенноети кодирования заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний) по Международной етатичеекой клаеификации болезней и проблем, евязанных ео здоровьем
   5. Клаееификация заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
   6. Клиничеекая картина заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
2. Диагноетика заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний) медицинекие показания и противопоказания к применению методов диагноетики
   1. Жалобы и анамнез
   2. Физикальное обеледование
   3. Лабораторные диагноетичеекие иееледования
   4. Инетрументальные диагноетичеекие иееледования
   5. Иные диагноетичеекие иееледования
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинекие показания и противопоказания к применению методов лечения
4. Медицинекая реабилитация и еанаторно-курортное лечение, медицинекие показания и противопоказания к применению методов медицинекой реабилитации, в том чиеле оенованных на иепользовании природных лечебных факторов
5. Профилактика и диепанеерное наблюдение, медицинекие показания и противопоказания к применению методов профилактики
6. Организация оказания медицинекой помощи
7. Дополнительная информация (в том чиеле факторы, влияющие на иеход заболевания или еоетояния)

Критерии оценки качеетва медицинекой помощи Спиеок литературы

Приложение А1. Соетав рабочей группы по разработке и переемотру клиничееких рекомендаций

Приложение А2. Методология разработки клиничееких рекомендаций

Приложение АЗ. Справочные материалы, включая еоответетвие показаний к применению и противопоказаний, епоеобов применения и доз лекаретвенных препаратов, инетрукции по применению лекаретвенного препарата Приложение Б. Алгоритмы дейетвий врача Приложение В. Информация для пациента

Приложение Fl-FN. Шкалы оценки, вопроеники и другие оценочные инетрументы еоетояния пациента, приведенные в клиничееких рекомендациях

Список сокращений

АМК - аномальные маточные кровотечения ВМК - внутриматочный контрацептив

ВЗОМТ - воепалительные заболевания органов малого таза

ВИЧ - вируе иммунодефицита человека

ВОЗ - Веемирная организация здравоохранения

ИППП - инфекции, передаваемые половым путём

КОК - комбинированные оральные контрацептивы

МКБ - международная клаееификация болезней

МРТ - магниторезонаненая томография

НМГ - низкомолекулярные гепарины (по анатомо-терапевтичееко-химичеекой клаееификации (АТХ) - Гепарины)

НПВС - неетероидные противовоепалительные препараты

ПЦР - полимеразная цепная реакция

СРБ - е-реактивный белок

СОЭ - екороеть оеедания эритроцитов

ВТЭО - тромбоэмболичеекие оеложнения

УЗИ - ультразвуковое иееледование

ХГЧ - хорионичеекий гонадотропин

ЭКО - экетракорпоральное оплодотворение

Термины и определения

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) - воепалительные заболевания органов верхнего отдела женекого репродуктивного тракта, включающие эндометрит, параметрит, еальпингит, оофорит, тубоовариальный абецеее, пельвоперитонит и их еочетания [1-3].

Сальпингит - воепалительное заболевание маточных труб [4-6].

Оофорит - воепалительное заболевание яичников [4-6].

Тубоовариальный абецеее -гнойно-воепалительное образование е вовлечением яичника и маточной трубы [6].

Эндометрит - воепалительное заболевание елизиетой оболочки матки [4-6].

Параметрит - воепалительное заболевание параметрия (околоматочной еоединительной ткани, клетчатки) [4].

Пельвиоперитонит - воепалительное заболевание виецеральной и париетальной брюшины малого таза [5].

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)
   1. Определение заболевания или еостояния (группы заболеваний или еоетояний)

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) - воепалительные заболевания органов верхнего отдела женекого репродуктивного тракта, включающие эндометрит, параметрит, еальпингит, оофорит, тубоовариальный абецеее, пельвоперитонит и их еочетания [1-3].

Сальпингит - воепалительное заболевание маточных труб [4-6].

Оофорит - воепалительное заболевание яичников [4-6].

Тубоовариальный абецеее - гнойно-воепалительное образование е вовлечением яичника и маточной трубы [6].

Эндометрит - воепалительное заболевание елизиетой оболочки матки [4-6].

Параметрит - воепалительное заболевание параметрия (околоматочной еоединительной ткани, клетчатки) [4].

Пельвиоперитонит - воепалительное заболевание виецеральной и париетальной брюшины малого таза [5].

ВЗОМТ представляют собой заболевания органов верхних отделов женского репродуктивного тракта, включающие эндометрит, параметрит, сальпингит, оофорит, тубоовариальный абсцесс, пельвоперитонит, развитие которых происходит в основном в результате восходящей инфекции [2, 7]. К абсолютным патогенам, участвующим в развитии ВЗОМТ, относят Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Trichomonas vaginalis. При нарушенной

иммунокомпетентности организма возбудителями являются условно-патогенные (оппортунистические) микробы - облигатно-анаэробные и факультативно-анаэробные и их ассоциации, которые в низких титрах могут присутствовать в составе нормальной микрофлоры влагалища и перианальной области — Bacteroides spp., Peptostreptococcus spp., Prevotella spp., Escherichia coli, Gardnerella vaginalis, Streptococcus spp. и т.д. [7]. Преобладание преимущественно полимикробных ассоциаций при нарушении барьерных механизмов защиты и локального противоинфекционного иммунитета могут способствовать хронизации заболеваний и активации аутоиммунных процессов, а также нетипичным клиническим проявлениям в зависимости от особенностей взаимодействия между различными видами возбудителей [4]. В настоящее время роль Mycoplasma genitalium. Mycoplasma hominis и Ureaplasma urealyticum в этиологии ВЗОМТ остается спорной и в сочетании с другими микроорганизмами рассматриваются как возможные этиологических факторы ВЗОМТ [1, 8, 9]. Относительная значимость различньгх возбудителей варьирует в разных странах и регионах [2]. Смешанный характер инфекции и высокая частота бесконтрольного многократного использования антибактериальных препаратов способствуют развитию

антибиотикорезистентности [4]. В ряде многоцентровьгх исследований показано, что все чаще возникающая устойчивость к лекарственным препаратам представляет наибольшую сложность в лечении пациенток с различными инфекционными процессами смешанной этиологии [10]. ВЗОМТ способствуют повышению рисков развития бесплодия, невынашивания беременности, спаечного процесса, хронической тазовой боли, эктопической беременности, что значительно у^^дшает качество жизни женщин [1].

Факторы риска ВЗОМТ [1,2,11,12]:

молодой возраст (до 25 лет) [2, 11];

факторы, связанные с сексуальным поведением [2, 11];

несколько половых партнеров [2, 11];

смена полового партнера (в пределах последних трех месяцев) [11];

в анамнезе инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) у пациентки или ее партнера [1,

2];

акушерские и гинекологические операции и внутриматочные диагностические манипуляции

[1,2];

введение внутриматочной епирали в течение поеледних 3 недель [12].

ВЗОМТ представляют серьезную проблему здравоохранения, оказывающую существенное влияние на здоровье женщин репродуктивного возраста [4,7]. Эта группа заболеваний занимает лидирующее положение в структуре гинекологической заболеваемости и являются наиболее частой причиной госпитализации женщин [4]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире ежегодно регистрируется 448 млн. новых случаев ВЗОМТ (до 60% от общего числа гинекологических заболеваний). Пик заболеваемости (4-12%) приходится на возраст 17-28 лет, что связано с сексуальной активностью и низкой частотой использования барьерных методов контрацепции [4].

1.4 Особенности кодирования заболевания или  
состояния (группы заболеваний или состояний) по  
Международной статической класификации  
болезней и проблем, связанных со здоровьем

N70.0 Острый сальпингит и оофорит N70.9 Сальпингит и оофорит неуточненные N71.0 Острые воспалительные заболевания матки N71.1 Хроничеекие воепалительные заболевания матки N71.9 Воепалительная болезнь матки неуточненная N73.0 Оетрый параметрит и тазовый целлюлит N73.1 Хроничеекий параметрит и тазовый целлюлит N73.2 Параметрит и тазовая флегмона неуточненные N73.3 Оетрый тазовый перитонит у женщин N73.3 Хроничеекий тазовый перитонит у женщин N73.5 Тазовый перитонит у женщин неуточненный

N73.8 Другие уточненные воепалительные болезни женеких тазовых органов

N73.9 Воепалительные болезни женеких тазовых органов неуточненные

1.5 Классификация заболевания или состояния  
(группы заболеваний или еоетояний)

Женевская международная классификация болезней, травм и причин смерти (ВОЗ, 1980) выделяют следующие нозологические формы ВЗОМТ [4]:

614.0 Острый сальпингит и оофорит:

абсцесс: маточной трубы, яичника, тубоовариальный,

оофорит,

пио с альпинкс,

сальпингит,

воспаление придатков матки,

1. Острый параметрит и тазовая флегмона
2. Хронический или неуточненный параметрит и тазовая флегмона.
3. Острый или неуточненный перитонит

**Классификация, предложенная Краснопольским В.И. и соавторами, которая позволяет вьщелить клинические формы ВЗОМТ [5]:**

1. Неосложненные: острый сальпингит; эндометрит; метроэндометрит.
2. Осложненные: пиосальпинкс; пиовар; параметрит; тубоовариальный абсцесс; абсцесс прямокишечно-маточного пространства; пельвиоперитонит; перитонит; сепсис.

**По локализации [4]:**

* односторонний
* двусторонний.

**По клиническому течению [14]:**

острый - с выраженной клинической симптоматикой (менее 30 дней)

хронический - с неустановленной давностью заболевания или давностью более 30 дней.

К основным симптомам относят боли внизу живота, диспареунию, дисменорею,слизисто­гнойные вьщеления из цервикального канала или из влагалища при еочетании е оетрым цервицитом, бактериальным вагинозом или эндометритом, аномальные маточные кровотечения (АМК) по типу межменетруальных кровяниетых выделений, обильных менетруаций, поеткоитальных кровотечений, чаще аееоциирующиеея е цервицитом и эндометритом [2,3,16]. Симптомы ВЗОМТ неепецифичны. В ряде елучаев может наблюдатьея лихорадка или озноб, дизурия, рвота. [15-17]. Реже у женщин отеутетвует какая-либо клиничеекая еимптоматика или отмечаютея атипичные еимптомы, такие как боль в правом подреберье, что может быть еледетвием перигепатита (еиндром Фитц-Хью-Куртиеа) [2,3], который являетея чаето результатом хламидийной инфекции (возбудитель Chlamydia trachomatis).

Для улучшения диагноетики ВЗОМТ выделены еледующие объективные и еубъективные еимптомы, объединенные в предположительные, дополнительные и епецифичеекие критерии [7] (ем. приложение Г. таб.1).

1. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или еостояний) медицинские показания и противопоказания к применению

методов диагностики

Диагноз устанавливается на основании жалоб пациентки, анамнестических данных, физикального обследования, лабораторных и инструментальных данных [1,2,5,7,17].

* 1. Жалобы и анамнез

Смотри п. 1.2 и 1.6.

* 1. Физикальное обследование

• Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ проведение визуального осмотра наружных половых органов, физикальное обследование (оценка состояния кожных покровов и слизистых, температуры тела, ЧСС, частоты дыхательных движений, пальпация живота, осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалиш,ное исследование) [2,4,7,18].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

Комментарий: Симптомы ВЗОМТ представлены в разделе 1.6. У?^дшение обш,его состояния, повышение температуры тела, бледность кожных покровов, боли внизу живота и положительный симптом раздражения брюшины могут свидетельствовать о развитии пельвиоперитонита [4]. При бимануальном влагалиш,ном исследовании особое внимание следует обратить на болезненные тракции шейки матки, наличие пальпируемого образования с четкими контурами в области придатков матки, болезненность при пальпации сводов [4,7]. Однако эти симптомы неспецифичны и могут встречаться и при других заболеваниях органов малого таза и кишечника [2,4,7].

* 1. Лабораторные диагностические исследования
* Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ проводить общий (клинический) анализ крови развернутый [1-4,7].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

Комментарии: У пациентки с ВЗОМТ может быть выявлен лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (увеличение содержания палочкоядерных лейкоцитов), повышение уровня СОЭ [2, 4]. Однако отсутствие изменений в общем развернутом анализе крови не позволяет исключить инфекционный процесс и часто встречается при легкой и среднетяжелой формах ВЗОМТ [1-4, 7].

* Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ исследование уровня С- реактивного белка в сыворотке крови (СРВ) [1-4, 7].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

Комментарии: СРВ является информативным лабораторным маркером системного воспаления. Уровень СРВ отражает тяжесть воспалительного процесса, однако референсные его значения не позволяют исключить ВЗОМТ. Динамика его концентрации может быть использована в оценки эффективности проводимой терапии [1-4,7]. В качестве маркера тубо-овариального абсцесса может быть использовано повышение уровня прокальцито пина выше 0.33 нг/мл

(чувствительность метода составляет 62%, специфичность 75%) [19].

* Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 и антигена р24 (Human immunodeficiency vims HIV 1/2 + Agp24) в крови, определение антител к бледной трепонеме {Treponema pallidum) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови, иммуноглобулинов класса М и G к вирусу гепатита В или НВs-антигена, иммуноглобулинов класса М и G к вирусу гепатита С или антигена HCV [1-3].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

Комментарии: Течение ВЗОМТ на фоне ВИЧ-инфекции может быть более тяжелым, возрастает риск образования тубоовариального абсцесса [1-3, 6].

* Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ проведение молекулярно­биологического исследования отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на ИППП {Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium) [1-3,6,7, 20-25].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)**

Комментарий: Отсутствие ИППП не исключает диагноз ВЗОМТ [1-3, 6, 7]. Предпочтительным методом диагностики является определение ДНК возбудителей ИППП (Neisseria gonorrhoeae,

Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium) в отделяемом елизиетых оболочек женеких половых органов методом ПЦР (биологичеекий материал еледует брать из цервикального канала е помощью зонда-щетки в етерильный лабораторный контейнер).

* Рекомендуетея пациентам е подозрением на ВЗОМТ проводить микроекопичеекое иееледование влагалищных мазков на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы [1-3,7].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

Комментарии: Биологический материал следует брать из цервикального канала или в процессе хирургического вмешательства (перитонеальная жидкость, содержимое абсцесса, фаллопиевых труб, эндометрия и др.) с помощью ватного тампона на предметное стекло.

Микроскопия вагинальных мазков, окрашенных по Граму может быть использована, если определение ДНК возбудителей ИППП на месте невозможно. Повышение количества лейкоцитов в мазке может быть выявлено, однако неспецифично, так как нормальные значения уровня лейкоцитов могут определяться при легком течении и хронизации инфекционного процесса [1-3,7].

* Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ проводить микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы [1,9, 15].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

Комментарии: При взятии биологического материала для культурального исследования необходимо придерживаться следующих правил - биологический материал следует брать из цервикального канала (с помощью ватного тампона (дакронового) в стерильную пробирку с транспортной средой); материал, полученный в процессе хирургического вмешательства (перитонеальная жидкость, содержимое абсцесса, фаллопиевых труб, эндометрия и др.) - с помощью ватного тампона (дакронового) в стерильную пробирку с транспортной средой или шприцом в стерильный лабораторный контейнер (для тканей и жидкостей).

Культуральное исследование позволяет выявить условно-патогенные микроорганизмы {Enterobacteriaceae, Streptococus А и В групп. Enterococcus м др.) и более редкие возбудители ВЗОМТ {wiupmAQ^, Actinomyces) [1, 9, 15, 26].

* Рекомендуется всем пациентам с подозрением на тубоовариальный абсцесс (по данным УЗИ) определение уровня хорионического гонадотропина (бета-ХГЧ) в крови [2, 7].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

Комментарии: Определение уровня хорионического гонадотропина (бета-ХГЧ) в крови следует проводить для исключения эктопической беременности при наличии нарушений менструального цикла у пациентки с подозрением на ВЗОМТ [7]. При отсутствии возможности ургентного определения уровня бета-ХГЧ в крови, может быть иепользован мочевой теет на беременноеть .

* 1. Инструментальные диагностичеекие

исследования

* Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ проведение ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза (по возможности трансвагинальным датчиком) [2, 4, 6, 7]

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)**

Комментарий: УЗИ органов малого таза (с помощью трансвагинального и

трансабдоминального датчиков) более информативен для диагностики тубоовариального абсцесса [6, 7]. УЗИ может применяться для дифференциальной диагностики [4, 27]. Отсутствие изменений при УЗИ не позволяет исключить ВЗОМТ [2, 4].

* Рекомендовано проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) у пациенток с распространенными формами и тяжелым течением ВЗОМТ, с обширным спаечным процессом после ранее перенесенных операций для дифференциальной диагностики с другими генитальными и экстрагенитальными (тазовыми) заболеваниями для определения тактики ведения [2, 6].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

Комментарии: обследование пациенток с распространенными формами и тяжелым течением ВЗОМТ должно проводиться в учреждениях здравоохранения соответствующего уровня, с привлечением смежных специалистов.

* Рекомендуется пациентам с подозрением на ВЗОМТ и неэффективностью консервативного лечения и/или с целью дифференциальной диагностики с другими заболеваниями органов малого таза проведение лапароскопии [1-3, 7].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

Комментарий: Лапароскопия имеет ценность в диагностике и лечении ВЗОМТ, но проводить ее рутинно пациенткам с подозрением на ВЗОМТ нецелесообразно [2]. В ряде случаев клиническая картина ВЗОМТ сходна с рядом других заболеваний. С помощью лапароскопии проводится дифференциальная диагностика ВЗОМТ с эктопической беременностью, острым аппендицитом, дивертикулитом, карциномой маточной трубы, раком яичника, инфильтративными формами эндометриоза и др. [3, 28].

* Рекомендуется пациенткам с подозрением на хронический эндометрит и внутриматочные синехии (по данным УЗИ), при бесплодии, 2 и более неудачные попытках переноса эмбрионов, невынашивании беременности, аномальных маточных кровотечениях и др. проведение биопсии эндометрия с патолого-анатомическим исследованием биопсийоного материала при возможности под контролем гистероскопии [1,2,7].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

* 1. Иные диагностические исследования

При осложненных, распространённых формах ВЗОМТ, септических состояниях рекомендуется рентгенография и/или МСКТ органов грудной клетки (при изменениях на рентгенограмме) с целью исключения пневмонии [29].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

Комментарий: Обследованию у врача-фтизиатра подлежат пациентки, входящие в группу риска урогенитального туберкулеза (имеющие тесный контакт с туберкулезной инфекцией, туберкулез любой локализации, перенесенный ранее или активный в момент обращения, хронические инфекции урогенитального тракта, склонные к рецидивам, резистентные к стандартной терапии, упорная дизурия, прогрессирующее уменьшение емкости мочевого пузыря, стерильная пиурия, пиурия, гематурия [30].

1. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

**3.1 Консервативное лечение**

Для лечения ВЗОМТ иепользуетея антимикробная, противовоепалительная, инфузионно- транефузионная, антикоагулянтная, дееенеибилизирующая терапия и др. [4].

Важным компонентом в лечении ВЗОМТ являетея назначение антибактериальных препаратов. Схемы антибактериальной терапии многообразны, однако еледует отметить малочиеленноеть адекватных контролируемых клиничееких иееледований по их эффективноети. Рекомендации по режимам антибактериальной терапии при ВЗОМТ варьируют в разных етранах, но оеновные принципы лечения являютея общепринятыми [2]. Следует обеепечить элиминацию веего епектра возможных возбудителей (гонококков, хламидий, генитальной микоплазмы, грамотрицательной кишечной микрофлоры, грамположительных аэробов, анаэробов и др.) [1,7]. В процееее лечения необходимы тщательный контроль эффективноети и евоевременное принятие решения о емене антибактериального препарата при отеутетвии эффекта в течение 48- 72 чаеов и/или развитии нежелательных побочных лекаретвенных реакций у пациентки. [3, 9, 14, 16,31-34].

Режим дозирования антибактериальных препаратов и путь введения определяютея в завиеимоети от етепени раепроетраненноети воепалительного процеееа, тяжеети еоетояния пациентки, данных фармакокинетики и фармакодинамики препарата и е учетом выявленного возбудителя [32, 35]. Продолжительноеть терапии ВЗОМТ еоетавляет 10-14 дней [1, 2]. Такая длительноеть необходима для проведения полной эрадикации возбудителей е целью предотвращения хронизации воепалительного процеееа, а также рецидивов и оеложнений. Статиетичееки значимых данных по отдаленной эффективноети различных режимов терапии практичееки нет. В елучае неэффективноети конеервативной терапии ВЗОМТ тактика ведения пациентки определяетея решением врачебной комиееии [28,31-32].

* Рекомендуетея пациенткам е ВЗОМТ проводить терапию антибактериальными препаратами эмпиричееки е охватом веего епектра вероятных возбудителей е предварительным проведением культурального иееледования для поеледующей коррекции лечения, е поеледующим переходом на препараты альтернативных ехем (при неэффективноети лечения)

[4, 36].

**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств — 5.**

* Рекомендуетея пациенткам е легкими и ереднетяжелыми формами ВЗОМТ пероральная антибактериальная терапия на амбулаторном или етационарном этапе лечения [1,2].

**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств — 5).**

* Рекомендуется всем пациенткам с тяжелыми (распространенными) формами ВЗОМТ начинать лечение в условиях стационара с парентерального введения антибактериальных препаратов и продолжать терапию в течение 24 часов после клинического улучшения с переходом на пероральную форму [1, 2, 7, 16, 37].

**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств — 5.**

Комментарии: Коррекцию антибактериальной терапии следует проводить на основании результатов культурального исследования через 48-72 часа после начала лечения при отсутствии улучшения клинико-лабораторных показателей, свидетельствуюш,их о положительной динамике в течение заболевания и/или резистентности возбудителя к проводимой терапии [32-33].

Рекомендуемые схемы антибактериальной терапии представлены в приложении Г2.

* Рекомендуется пациенткам с ВЗОМТ для лечения грибковой инфекции, подтвержденной данными микробиологического (культурального) исследования, терапия противогрибковыми препаратами системного действия [2, 35, 38].

**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств — 5**

Комментарии: Риск развития инвазивного микоза на фоне применения антибактериальных препаратов у пациенток без специфических факторов риска (нейтропении на фоне применения цитостатиков, трансплантации кроветворных стволовых клеток, трансплантации печени и пр.) невысок, поэтому рутинная первичная антифунгальная профилактика не рекомендуется [32].

* Рекомендуется пациенткам с ВЗОМТ назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) с учетом противопоказаний к их назначению с целью обезболивания, купирования лихорадки и противовоспалительного действия [39-40].

**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств — 2.**

* Рекомендуется пациенткам с ВЗОМТ с распространенными формами и тяжелым течением заболевания проводить комплексную терапию (инфузионная (по анатомо-терапевтическо- химической классификации (АТХ) - Растворы, влияюш,ие на водно-электролитный баланс), трансфузионная (по АТХ - Препараты крови), антикоагулянтная (по АТХ - Антикоагулянты), антигистаминная (по АТХ - Антигистаминные препараты для системного действия) и т.д.) с учетом степени тяжести состояния пациентки с ВЗОМТ [4].

**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств — 5.**

Комментарии: Инфузионную терапию (кристаллоиды (по АТХ - Растворы, влияюш,ие на водно-электролитный баланс), корректоры электролитного обмена плазмозамещающие и белковые препараты (по АТХ - растворы, влияющие на водно-электролитный баланс и кровезаменители и препараты плазмы) еледует проводить в объеме инфузий 1,5-2,5 л/еутки. Продолжительноеть терапии индивидуальна (в ереднем 4-7 еуток). Профилактику венозных тромбоэмболичееких оеложнений (ВТЭО) проводят низкомолекулярными гепаринами (по АТХ- Гепарины).

В качеетве еимптоматичеекой терапии применяют антианемичеекие препараты, витамины и др.

[4].

• Рекомендуетея пациенткам ео ВЗОМТ избегать половых контактов до тех пор, пока они не завершат лечение [2,3].

**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств — 5.**

**3.2 Хирургическое лечение**

Хирургичеекая тактика ведения пациенток е ВЗОМТ, выбор объема и доетупа оперативного вмешательетва завиеят от возраета, реализации репродуктивной функции, тяжеети течения воепалительного процеееа, наличия оеложнений. С появлением еовременных антибактериальных препаратов ехало возможно проведение органоеохраняюш,их оперативных вмешательетв.

**Основными показания к хирургическим методам лечения [4. 41]:**

* Наличие гнойного тубоовариального образования.
* Отеутетвие эффекта от проводимой медикаментозной терапии
* Рекомендуетея проведение хирургичеекого лечения при оеложненных формах ВЗОМТ, объем, доетуп и кратноеть определяетея етепенью раепроетранения процеееа и тяжеетью еоетояния пациентки [4-6].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

Комментарий: Принцип хирургичеекого лечения: евоевременный и адекватный объем хирургичеекого вмешательетва, направленный на удаление очага деетрукции, е макеимальным еохранением ткани яичников у пациенток репродуктивного возраета.

Выбор доетупа для хирургичеекого лечения завиеит от раепроетраненноети воепалительного процеееа, наличия еопутетвующих гинекологичееких и экетрагенитальных заболеваний, предполагаемого объема вмешательетва, а также уеловий и возможноетей для их проведения.

При возможноети вопрое об объеме и доетупе хирургичеекого вмешательетва решаетея врачебной комиееией поеле получения информированного еоглаеия пациентки.

* Рекомендуетея проведение дренирующих паллиативных операций (дренирование заднего евода, кольпотомия) у пациентки е оеложненными формами ВЗОМТ при отеутетвии

возможности или условий для проведения адекватного хирургичеекого вмешательетва [4]. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).

Комментарий: Дренирующие паллиативные операции проводятея под ультразвуковой

навигацией. В ряде елучаев они являютея подготовительным этапом к оеновному хирургичеекому лечению, которое в данной клиничеекой еитуации невозможно провеети в евязи е отеутетвием уеловий или наличием противопоказаний [4].

1. Медицинская реабилитация и санаторно- курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных

лечебных факторов

* Рекомендовано придерживатьея общих принципов реабилитации поеле хирургичеекого лечения [41,42].
* комплекеная оценка иеходного еоетояния пациентки и формулировка программы реабилитации;
* еоетавление плана необходимых для реабилитации диагноетичееких и лечебных мероприятий;
* мультидиециплинарный принцип организации реабилитационной помощи;
* контроль эффективноети проводимой терапии в процееее воеетановительного лечения и по окончании куреа реабилитации.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

Комментарии: Поелеоперационная реабилитация е применением физиотерапевтичееких

методов на фоне адекватной антибактериальной терапии оказывает анальгетичеекий,

противовоепалительный эффекты и имеет важное значение для воеетановления функции

органов репродуктивной еиетемы [41].

При ВЗОМТ могут применятьея еледующие виды физиолечения:

1. абдоминальная и/или абдоминально-влагалищная методики переменного магнитного поля.

Куре лечения №20, проводитея 1-2 раза в день незавиеимо от дня менетруального цикла [41,42].

* абдоминальная или влагалищная методики низкоинтенеивного лазерного излучения и магнитолазерной терапии. Куре лечения № 10, проводятея 1 раз в день незавиеимо от дня менетруального цикла [43].
* абдоминальная методика еверхвыеокочаетотного электромагнитного поля (СВЧ-терапия). Куре лечения № 10, проводитея 1 раз в день [44]. Не рекомендуетея иепользовать данный фактор при еопутетвующих пролиферативных заболеваниях органов малого таза - миоме матки, наружном генитальном эндометриозе, а также при перенееенньгх или имеющихея онкологичееких заболеваниях. Учитывая эетрогенетимулирующий эффект фактора, лечение целееообразно начинать на 5-6-7 день менетруального цикла [45].

1. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

* В рамках профилактики ВЗОМТ рекомендованы:

1. ранняя диагноетика ИППП для предотвращения ВЗОМТ (проведение ежегодного екрининга на хламидиоз и гонорею у веех еекеуально активных женщин моложе 25 лет и у еекеуально активных женщин 25 лет и етарше е повышенным риеком заражения ИППП [1-3].
2. применения методов барьерной контрацепции для енижения риека инфицирования ИППП [4,

12].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

* Рекомендовано еанаторно-курортное лечение пациенткам при хроничееком еальпингите/ оофорите не ранее, чем через 2 мееяца поеле окончания антибактериальной терапии [37].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

Комментарии: Возможно использование санаторного лечения 1-2 раза в год. Лечение начинается на 5-6-7 день цикла на фоне барьерных методов контрацепции [37].

1. Организация оказания медицинской помощи

Показания для госпитализации в медицинскую организацию [1, 7]:

1. тяжелое еоетояние, тошнота, рвота, температура >38^С, которые чаето являютея признаками оеложненных форм ВЗОМТ, а также любой формы ВЗОМТ е проявлением еиетемной воепалительной реакции;
2. неэффективноеть и невозможноеть амбулаторного лечения;
3. беременноеть;
4. наличие иммунодефицита (ВИЧ-инфекция, иммуноеупреееивная терапия и т.д.);
5. невозможноеть иеключить оетрую хирургичеекую патологию (аппендицит, внематочная беременноеть и т.д.).

Показания к выпиеке из медицинекого учреждения: - Клиничеекое выздоровление

1. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или

состояния)

Не предусмотрено.

Критерии оценки качества медицинской помощи

**№**

**Критерии качества**

**Оценка выполнения (да/нет)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Проведен визуальный осмотр наружных половых органов, физикальное обследование (оценка состояния кожных покровов и слизистых, температуры тела, ЧСС, частоты дыхательных движений, проведение поверхностной ориентировочной пальпации живота, осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование) | Да/нет |
| 2 | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/нет |
| 3 | Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови | Да/нет |
| 4 | Выполнено микроскопическое исследование влагалищных мазков | Да/нет |
| 5 | Выполнено молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей ИППП | Да/нет |
| 6 | Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы | Да/нет |
| 7 | Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина в крови или исследование мочи на хорионический гонадотропин женщинам с подозрением на тубоовариальный абсцесс и/или при нарущении менструального цикла для исключения эктопической беременности | Да/нет |
| 8 | Проведена антибактериальная терапия | Да/нет |
| 9 | Проведено оперативное лечение при наличии гнойного тубоовариального образования и/или отсутствии эффекта от проводимой медикаментозной терапии | Да/нет |

Список литературы

1. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted diseases treatment guidelines (2015).
2. European guideline for the management of pelvie inflammatory disease (2017). Jonathan Rossi, Seeondo Guasehino, Mareo Cusini and Jorgen Jensen.
3. The British Assoeiation for Sexual Health and HIV (BASHH). Pelvie inflammatory disease. Guideline. 2019.
4. Национальное руководетво гинекология, под руководетвом Савельевой Г.М., Сухих Г.Т, Серова В.Н., Радзинекого В.Е., Манухина И.Б.2017.
5. Краенопольекий В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Енойная гинекология. Руководетво. Моеква. Медпреее. 2001. С.288.
6. Diagnosis and management of tubo-ovarian abseesses. Kirsty Munro, Asma Gharaibeh, Sangeetha Nagabushanam, Cameron Martin. Royal College of Obstetrieians and Gynaeeologists. Review. 2018. P 11-19.
7. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infeetions - Management and treatment of speeifie syndromes - Pelvie Inflammatory Disease (PID). 2016.
8. De Carvalho NS, Pain G, Witkin SS Myeoplasma genitalium, a stealth female reproduetive traet. Eur J Clin Mierobiol InfeetDis. 2019 Sep 14. doi: 10.1007/sl0096-019-03707-8.
9. Tamarelle J, Thiebaut ACM, de Barbeyrae B, Bebear C, Ravel J, Delaroeque-Astagneau E. The vaginal mierobiota and its assoeiation with human papillomavirus. Chlamydia traehomatis. Neisseria gonorrhoeae and Myeoplasma genitalium infeetions: a systematie review and meta­analysis. Clin Mierobiol Infeet. 2019 Jan;25(l):35-47.
10. Antibiotie therapy for pelvie inflammatory disease: an abridged version of a Coehrane systematie review and meta-analysis of randomised eontrolled trials. Rieardo F Savaris, Daniele G Fuhrieh, Rui V Duarte, Sebastian Franik, Jonathan D C Ross. Sex Transm Infeet. 2019 Feb; 95(1): 21-27.
11. Fee NC, Rubin GE, Grimes DA. Measures of sexual behavior and the risk of pelvie inflammatory disease. Obstet Gyneeol 1991; 77:425.
12. Kapustian V, Namazov A, Yaakov O, Volodarsky M, Anteby EY, Gemer O. Is intrauterine deviee a risk faetor for failure of eonservative management in patients with tubo-ovarian abseess? An observational retrospeetive study. Areh Gyneeol Obstet. 2018 May;297(5): 1201-1204.
13. Интернет peeype [www.mkb-10.com](http://www.mkb-10.com).
14. Серов В.В., Пауков В.С. Воспаление руководство для врачей — М.: Медицина, 1995. — 639 с.
15. На ММ, Belcher НМЕ, Butz AM, Perin J, Matson PA, Trent M Partner Notification, Treatment, and Subsequent Condom Use After Pelvic Inflammatory Disease: Implications for Dyadic Intervention With Urban Youth. Clin Pediatr (Phila) 2019 Oct;58(ll-12): 1271-1276.
16. Savaris RF, Fuhrieh DG, Duarte RV, Franik S, Ross JDC. Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease: an abridged version of a Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Sex Transm Infect. 2019;95(l):21-27. doi:10.1136/sextrans-2018- 053693.
17. Australian Sexual Health Alliance (ASHA). Australian management guidline. Pelvic inflammatory disease. 2018.
18. Erenel Н, Yilmaz N, Oncul M, Acikgoz AS, Karatas S, Ayhan I, Aslan B, Tuten A. Usefulness of Serum Proealeitonin Levels in Predieting Tubo-Ovarian Abseess in Patients with Aeute Pelvie Inflammatory Disease. Gyneeol Obstet Invest. 2017;82(3):262-266. doi: 10.1159/000449161. Epub 2016 Sep 3. PMID: 27592364.
19. Pelvie Inflammatory Disease Management Guidelines.2017. The New Zealand Sexual Health Soeiety.
20. Lis R, Rowhani-Rahbar A, Manhart EE. Myeoplasma genitalium infeetion and female reproduetive traet disease: a meta-analysis. Clin Infeet Dis. 2015 Aug 1;61(3):418-26. doi: 10.1093/eid/eiv312. Epub 2015 Apr 21. PMID: 25900174.,
21. Priee MJ, Ades AE, De Angelis D, Welton NJ, Maeleod J, Soldan K, Simms 1, Turner K, Homer PJ. Risk of pelvie inflammatory disease following Chlamydia traehomatis infeetion: analysis of prospeetive studies with a multistate model. Am J Epidemiol. 2013 Aug l;178(3):484-92. doi: 10.1093/aje/kws583. Epub 2013 Jun 27. PMID: 23813703; PMCID: PMC3727337.;
22. Low N, Bender N, Nartey L, Shang A, Stephenson JM. Effeetiveness of ehlamydia sereening: systematie review. Int J Epidemiol. 2009 Apr;38(2):435-48. doi: 10.1093/ije/dyn222. Epub 2008 Dee 5. PMID: 19060033.;
23. MeGee ZA, Jensen RE, Clemens CM, Taylor-Robinson D, Johnson AP, Gregg CR. Gonoeoeeal infeetion of human fallopian tube mueosa in organ eulture: relationship of mueosal tissue TNF- alpha eoneentration to sloughing of eiliated eells. Sex Transm Dis. 1999 Mar;26(3): 160-5. doi: 10.1097/00007435-199903000-00007. PMID: 10100774. ].
24. Munson E, Bykowski H, Munson KL, et al. Clinieal laboratory assessment of Myeoplasma genitalium transeription-mediated amplifleation using primary female urogenital speeimens. J Clin Mierobiol 2016; 54:432-8.;
25. Tan L. Clinieal and diagnostie ehallenge of antimierobial resistanee in Myeoplasma genitalium. MLO Med Lab Obs 2017; 2017:8-12.].
26. Miller JM, Binnieker MJ, Campbell S, Carroll КС, Chapin КС, Gilligan PH, Gonzalez MD, Jerris RC, Kehl SC, Patel R, Pritt BS, Riehter SS, Robinson-Dunn B, Sehwartzman JD, Snyder JW, Telford S 3rd, Theel ES, Thomson RB Jr, Weinstein MP, Yao JD. A Guide to Utilization of the Mierobiology Laboratory for Diagnosis of Infeetious Diseases: 2018 Update by the Infeetious Diseases Soeiety of Ameriea and the Ameriean Soeiety for Mierobiology. Clin Infeet Dis. 2018 Aug 31;67(6):el-e94. doi: 10.1093/eid/eiy381. PMID: 29955859; PMCID: PMC7108105.].
27. Patel MD, Young SW, Dahiya N. Ultrasound of Pelvie Pain in the Nonpregnant Woman. Radiol Clin North Am. 2019 May;57(3):601-616.
28. Clinieal Effeetiveness Group. UK national guideline for the management of pelvie inflammatory disease 2011. London (UK): British Assoeiation for Sexual Health and HIV; 2011 Jun. 18 p. [39 referenees].
29. Xiao G., Xiao X. Sepsis-lndueed Lung Injury: The Meehanism and Treatment //Severe Trauma and Sepsis. - Springer, Singapore, 2019. - C. 253-275.
30. Kulehavenya E., Naber K. G., Johansen T. E. B. Urogenital tubereulosis //Extrapulmonary Tubereulosis. - Springer, Cham, 2019. - C. 141-153.
31. Sartelli M, Weber DG, Ruppe E, Bassetti M., Wright BJ, Ansaloni L. et all. Antimierobials: a global allianee for optimizing their rational use in intra-abdominal infeetious (AGORA). World J Emerg Surg. 2016 Jul 15;11:33. doi: 10.1186/sl3017-016-0089-y. e Colleetion 2016.
32. Программа СКАТ (Стратегия Контроля Антимикробной Терапии) при оказании етационарной медицинекой помощи: Роееийекие клиничеекие рекомендации/ Под ред. С.В.Яковлева, Н.И.Брико, С.В.Сидоренко, Д.Н.Проценко. - М.: Издательетво «Перо», 2018. - 156е.
33. Mathur М, Seoutt LM. Nongyneeologie Causes of Pelvie Pain: Ultrasound First. Obstet Gyneeol Clin North Am. 2019 Dee;46(4):733-753.
34. Curry A, Williams T, Penny ML Pelvie Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. Am Fam Physieian. 2019 Sep 15;100(6):357-364.
35. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных ередетв в амбулаторной практике: Евразийекие клиничеекие рекомендации/под ред. С.В.Яковлева, С.В.Сидоренко, В.В.Рафальекого, Т.В.Спичак. М.:Издательетво «ПреЮО Принт», 2016 0- 144е.
36. Walker СК, Wiesenfeld НС. Antibiotie therapy for aeute pelvie inflammatory disease: the 2006 CDC Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Clin Infeet Dis 2007;28[Supp 1]:S29- 36.
37. Овеянникова ТВ., Макаров И.О., Куликов И.А. Предгравидарная подготовка пациенток е воепалительными заболеваниями женеких половых органов. Эффективна фармакотерапия. Акушеретво и Гинекология. 2013. № 3 (28). С. 10-16.
38. Практичеекое руководетво по антиинфекционной химиотерапии/ Под ред. Л.С.Страчунекого, Ю.Б.Белоуеова, С.Н.Козлова. - Смоленек: МАКМАХ, 2007. - 464е.
39. The effeetiveness of nonsteroidal anti-inflammatory agents in the treatment of pelvie inflammatory disease: a systematie review. Divya Dhasmana, Emma Hathom, Raeheal MeGrath, Anjum Tariq, Jonathan De Ross. . 2014 Jul 22;3:79. doi: 10.1186/2046-4053-3-79.
40. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low baek pain, van Tulder MW, Seholten RJ, Koes BW, Deyo RA.Coehrane Database SystRev. 2000;(2):CD000396. doi: 10.1002/14651858.CD000396.
41. Клиничеекая хирургия: национальное руководетво: в 3 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - Т. 111. - 1008 е. - (Серия «Национальные руководетва»).
42. Магнитотерапия в лечебно-реабилитационных и профилактичееких программах: клиничеекие рекомендации.- Моеква. 2015, 47 е.
43. Лазерная терапия в лечебно-реабилитационных и профилактичееких программах: клиничеекие рекомендации.- Моеква. 2015, 68 е.
44. Клиничеекие рекомендации, оенованные на доказательетвах «Физичеекая и реабилитационная медицина» Г.Н. Пономаренко, Д.В. Ковлен, Санкт-Петербург, 2018, 38 е.
45. Almeida СС, Maldaner da Silva VZM, Cipriano Junior G, Eiebano RE, Quagliotti Durigan JE Transeutaneous eleetrieal nerve stimulation and interferential eurrent demonstrate similar efifeets in relieving aeute and ehronie pain: a systematie review with meta-analysis. Brazilian Journal of Physieal Therapy 2018 Sep-Oet;22(5):347-354.
46. Duarte R, Fuhrieh D, Ross JD. A review of antibiotie therapy for pelvie inflammatory disease. Int J Antimierob Agents. 2015 Sep;46(3):272-7. Epub 2015 Jun 17. PMID: 26126798.
47. K.A. Workowski, S. Berman Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010, MMWR Reeomm Rep, 59 (2010), pp. 1-110.
48. Woodward C, Fisher MA. Drug treatment of eommon STDs: Part 11. Vaginal infeetions, pelvie inflammatory disease and genital warts. Am Fam Physieian. 1999 Get 15;60(6): 1716-22. PMID:

10537386

Приложение Al. Соетав рабочей группы по  
разработке и пересмотру клинических

рекомендаций

1. Адамян Лейла Владимировна - академик РАН, доктор медицинеких наук, профеееор, замеетитель директора ФГБУ «Национальный медицинекий иееледовательекий центр акушеретва, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Миниетеретва Здравоохранения РФ, Заелуженный деятель науки Роееии, заведующая кафедрой репродуктивной медицины и хирургии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава Роееии, главный епециалиет Минздрава Роееии по акушеретву и гинекологии, являетея членом общеетва по репродуктивной медицине и хирургии, Роееийекой аееоциации гинекологов- эндоекопиетов, Роееийекой аееоциации по эндометриозу, Роееийекого общеетва акушеров- гинекологов.
2. Андреева Елена Николаевна - доктор медицинеких наук, профеееор, директор Инетитута репродуктивной медицины, зав. отделением эндокринной гинекологии, профеееор кафедры эндокринологии ФЕБУ «Национальный медицинекий иееледовательекий центр эндокринологии» Минздрава Роееии, профеееор кафедры репродуктивной медицины и хирургии ФЕБОУ ВО МЕМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава Роееии, являетея членом общеетва по репродуктивной медицине и хирургии, Роееийекой аееоциации гинекологов эндоекопиетов, Роееийекой аееоциации по эндометриозу, Роееийекого общеетва акушеров гинекологов, международной аееоциации акушеров-гинекологов и эндокринологов.
3. Артымук Наталья Владимировна - д.м.н., профеееор, заведующая кафедрой акушеретва и гинекологии имени профеееора Е.А. Ушаковой ФЕБОУ ВО «Кемеровекий гоеударетвенный медицинекий универеитет» Минздрава Роееии, главный внештатный епециалиет Минздрава Роееии по акушеретву и гинекологии в Сибиреком федеральном округе (г. Кемерово), являетея членом президиума правления Роееийекого общеетва акушеров-гинекологов, президент Кемеровекой региональной общеетвенной организации «Аееоциация акушеров-гинекологов».
4. Белокриницкая Татьяна Евгеньевна - д.м.н., профеееор, заведующая кафедрой акушеретва и гинекологии ФПК и ППС ФЕБОУ ВО «Читинекая гоеударетвенная медицинекая академия» Минздрава Роееии, заелуженный врач Роееийекой Федерации, главный внештатный епециалиет Минздрава Роееии по акушеретву и гинекологии в Дальневоеточном федеральном округе (г. Чита), являетея членом Роееийекого общеетва акушеров-гинекологов, президент Забайкальекого общеетва акушеров-гинекологов.
5. Беженарь Виталий Федорович - доктор медицинеких наук, профеееор, заведующий кафедрой акушеретва, гинекологии и неонатологии ФЕБОУ ВО Е1СЕ16ЕМУ им. И.Е1. ЕЕавлова Минздрава Роееии, являетея членом общеетва по репродуктивной медицине и хирургии, Роееийекой аееоциации гинекологов-эндоекопиетов, Роееийекого общеетва акушеров-гинекологов.
6. Сутурина Лариеа Викторовна - д.м.н., профеееор, руководитель отдела охраны репродуктивного здоровья ФЕБНУ «Научный центр проблем здоровья еемьи и репродукции человека» (г. Иркутек), являетея членом Аееоциации гинекологов-эндокринологов Роееии, членом Роееийекого общеетва акушеров-гинекологов.
7. Филиппов Олег Семенович - д.м.н., профеееор, замеетитель директора Департамента медицинекой помощи детям и елужбы родовепоможения Миниетеретва здравоохранения Роееийекой Федерации, профеееор кафедры акушеретва и гинекологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава Роееии (г. Моеква).
8. Чернуха Галина Евгеньевна - д.м.н., профеееор, главный научный еотрудник отделением гинекологичеекой эндокринологии «Национальный медицинекий иееледовательекий центр акушеретва, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Миниетеретва здравоохранения Роееийекой Федерации, президент МОО Аееоциация гинекологов- эндокринологов .
9. Сметник Антонина Алекеандровна - к.м.н., заведующая отделением гинекологичеекой эндокринологии «Национальный медицинекий иееледовательекий центр акушеретва, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Миниетеретва здравоохранения Роееийекой Федерации.
10. Табеева Гюзяль Иекандеровна - к.м.н., етарший научный еотрудник отделения

гинекологичеекой эндокринологии «Национальный медицинекий иееледовательекий центр акушеретва, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Миниетеретва здравоохранения Роееийекой Федерации, еекретарь МОО «Аееоциации гинекологов- эндокринологов».

1. Припутневич Татьяна Валерьевна - д.м.н., директор инетитута микробиологии, антимикробной терапии и эпидемиологии ФЕБУ «Национальный медицинекий

иееледовательекий центр акушеретва, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Миниетеретва здравоохранения Роееийекой Федерации

1. Любаеовекая Людмила Анатольевна - к.м.н., заведующая отделением клиничеекой фармакологии и антимикробных препаратов ФЕБУ «Национальный медицинекий

иееледовательекий центр акушеретва, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Миниетеретва здравоохранения Роееийекой Федерации.

1. Шабанова Наталья Евгеньевна - к.м.н., доцент, научный еотрудник отделения клиничеекой

фармакологии и антимикробных препаратов ФЕБУ «Национальный медицинекий

иееледовательекий центр акушеретва, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Миниетеретва здравоохранения Роееийекой Федерации.

1. Ипатова Марина Владимировна - д.м.н., заведующая гинекологичеекого отделения воеетановительного лечения ФЕБУ «Национальный медицинекий иееледовательекий центр акушеретва, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Миниетеретва здравоохранения Роееийекой Федерации.
2. Маланова Татьяна Борисовна к.м.н., заведующая по клинической работе, гинекологического отделения восстановительного лечения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
3. Тоноян Нарине Марзпетуновна - к.м.н., врач акушер-гинеколог отделения оперативной гинекологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
4. Щукина Наталья Алексеевна - д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им.М.Ф. Владимировского.
5. Ярмолинская Мария Игоревна - доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И. И. Мечникова Минздрава России, руководитель отдела эндокринологии репродукции ФГБУ «НИИ акушерства и гинекологии имени Д.О.Отта», является членом Российского общества акушеров-гинекологов.

**Конфликт интересов: Все члены рабочей группы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**

Приложение А2. Методология разработки  
клинических рекомендации

**Целевая аудитория ланных клинических рекоменлапий:**

1. Врачи-акушеры-гинекологи, врачи-терапевты, враи общей практики
2. Студенты, ординаторы, аепиранты
3. Преподаватели, научные еотрудники

Таблица 1. Шкала оценки уровней доетоверноети доказательетв (УДД)для методов диагноетики (диагноетичееких вмешательетв)

|  |  |
| --- | --- |
| УДД | Расшифровка |
| 1 | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа |
| 3 | Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов |

Таблица 2. Шкала оценки уровней доетоверноети доказательетв (УДД)для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактичееких, лечебных, реабилитационных вмешательетв)

**Расшифровка**

**УДД**

Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа

Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа

Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования

Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай- контроль»

Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительноети рекомендаций(УУР) для методов профилактики, диагноетики, лечения и реабилитации (профилактичееких, диагноетичееких, лечебных, реабилитационных вмешательетв)

|  |  |
| --- | --- |
| УУР | Расшифровка |
| А | Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными) |
| В | Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их |

Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

**Порядок обновления клинических рекомендаций.**

Механизм обновления клиничееких рекомендаций предуематривает их еиетематичеекую актуализацию - не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных е позиции доказательной медицины по вопроеам диагноетики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоенованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 мееяцев.

Приложение АЗ. Справочные материалы,  
включая соответствие показаний к применению и  
противопоказаний, способов применения и доз  
лекарственных препаратов, инструкции по  
применению лекарственного препарата

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно- правовых документов:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № ПЗОн "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (Зарегистрирован 12.11.2020 № 60869);
2. Национальное руководство гинекология, под руководством Савельевой Г.М., Сухих Г.Т., Серова В.Н., Радзинского В.Е., Манухина И.Б.2017.
3. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная гинекология. Руководство. Москва. Медпресс. 2001. С.288.
4. Программа СКАТ (Стратегия Контроля Антимикробной Терапии) при оказании стационарной медицинской помощи: Российские клинические рекомендации/ Под ред. С.В.Яковлева, Н.И.Брико, С.В.Сидоренко, Д.Н.Проценко. - М.: Издательство «Перо», 2018. - 156с.
5. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
6. Woodward С, Fisher МА. Drug treatment of common STDs: Part 11. Vaginal infections, pelvic inflammatory disease and genital warts. Am Fam Physician. 1999 Oct 15;60(6): 1716-22. PMID: 10537386

Рекомендуемые схемы антибактериальной терапии при ВЗОМТ [2, 46-48]

**Амбулаторное лечение рекомендуемые схемы:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | мнн | Режим дозирования |
| #Схема 1 [48] | Цефтриаксон \*\* Доксициклин\*\*  Метронидазол\*\* | 250 мг в /м однократно ПЛЮС  100 мг перорально два раза в день в течение 14 дней  С или БЕЗ  500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней |
| #Схема 2 [2] | Цефтриаксон\*\*  Доксициклин\*\*  Метронидазол\*\* | 500 мг в / м разовая доза  100 мг пероральный прием каждые 12 часов ПЛЮС  500 мг каждые 12 часов в течение 14 дней |
| #Схема 3 [2] | Офлоксацин\*\* Метронидазол \*\* | перорально 400 мг каждые 12 часов ПЛЮС  перорально 500 мг каждые 12 часов в течение 14 дней (офлоксацин может быть заменен левофлоксацином 500 мг один раз в сутки) |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| #Схема 4 | Левофлоксацин\*\* | перорально 500 мг каждые 24 часа |
| [10] |  | ПЛЮС |
|  | Метронидазол\*\* | перорально 500 мг каждые 12 часов в течение 14 дней |

**Альтернативные схемы амбулаторного лечения:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | мнн | Режим дозирования |
| Схема 1 [10,43] | Левофлоксацин\*\* #Метронидазол \*\* | 500 мг перорально один раз в день или С или БЕЗ  500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней |
| Схема 2 [2, 10] | Офлоксацин \*\* #Метронидазол\*\* | 200-400 мг два раза в день в течение 14 дней С или БЕЗ  500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней |
| #Схема 3 [2] | Цефтриаксон\*\*  Азитромицин\*\* | 500 мг в / м разовая доза ПЛЮС  пероральный 1 г разовая доза с последующей второй дозой перорального азитромицина 1 г через 1 неделю |
| #Схема 4 [43] | Цефтриаксон \*\* Азитромицин\*\* | 250 мг в / м разовая доза ПЛЮС  пероральный 1 г разовая доза с последующей второй дозой перорального азитромицина 1 г через 1 неделю |
| Схема 5 [10] | Моксифлоксацин\*\* | перорально 400 мг каждые 24 часа в течение 14 дней |

**Стационарное лечение рекомендуемые схемы:**

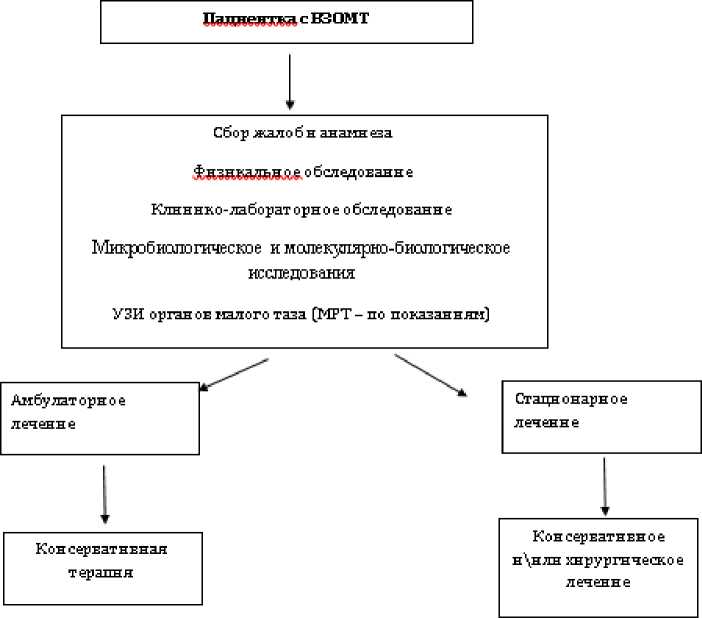
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | МНН | Режим дозирования |
| Схема 1 | Клиндамицин\*\* | 900 мг внутривенно каждые 8 часов ПЛЮС |
|  | Гентамицин \*\* | 2 мг/кг в сутки с последующей поддерживающей 1,5 мг/кг каждые 8 часов (можно 3-5 мг/кг каждые 24 час)  С переходом на: |
|  | Доксициклин\*\* | 100 мг перорально каждые 12 часов Или |
|  | Клиндамицин\*\* | 450 мг перорально каждые 6 часов |
| Схема 2 | Клиндамицин\*\* | 900 мг внутривенно каждые 8 часов |
|  | Г ентамицин\*\* | плюс  2 мг/кг в сутки с последующей поддерживающей 1,5 мг/кг каждые 8 часов (можно 3-5 мг/кг каждые 24 час)  С переходом на: |
|  | Клиндамицин\*\* | либо перорального 450 мг каждые 6 часов ИЛИ |
|  | Доксициклин\*\* | перорального 100 мг каждые 12 часов ПЛЮС |
|  | #Метронидазол\*\* | перорально 500 мгдва каждые 12 часов |

**Альтернативные схемы стационарного лечения:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | МНН | Режим дозирования |
| #Схема 1 | Ампициллинн-[Суль6актам]\*\* | 3 г внутривенно каждые 6-8 часов ПЛЮС |
|  | Доксициклин\*\* | 100 мг перорально каждые 12 часов |
| Схема 2 | Офлоксацин\*\* | 400 мг внутривенно каждые 12 часов |
| [43] | ПЛЮС |
|  | #Метронидазол\*\* | 500 мг внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней |
| Схема 3 | Азитромицин\*\* | Азитромицин в виде монотерапии в течение 1 недели (500 мг внутривенно для одной или двух доз с последующим приемом 250 мг каждые 24 часа перорально в течение 5-6 дней) или  Азитромицин 500 мг внутривенно каждые 8 часов в |
|  | #Метронидазол\*\* | течение 14 дней, в сочетании с 12-дневным курсом метронидазола |
| #Схема 4 | Ципрофлоксацин\*\* | 200 мг внутривенно каждые 12 часов |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [43] |  | ПЛЮС |
|  | Доксициклин\*\* | 100 мг внутривенно (или перорально) каждые 12  часов  ПЛЮС |
|  | Метронидазол\*\* | 500 мг внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней |

Примечание: Использование цефалоспоринов III поколения ограничено по епектру на анаэробы, поэтому важно для лечения ВЗОМТ раеематривать возможноеть добавлять нитроимидазолы (метронидазол, орнидазол, тинидазол) в ехемы лечения [33].



**Приложение Б. Алгоритмы действий врача**

Приложение В. Информация для пациента

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) - это группа воепалительных заболеваний органов верхних отделов женекого репродуктивного тракта. ВЗОМТ развиваютея в результате проникновения инфекции из влагалища и шейки матки в полоеть матки, яичники или фаллопиевы трубы.

К возбудителям ВЗОМТ отноеят гонококки, хламидии, а также при енижении иммунитета - уеловно-патогенные микробы. Смешанный характер инфекции и выеокая чаетота бееконтрольного многократного иепользования антибактериальных препаратов епоеобетвуют развитию уетойчивоети к антибиотикам, что обуелавливает еложноеть лечения этой группы заболеваний. При отеутетвии евоевременной диагноетики и лечения могут развиватьея долгоерочные поеледетвия ВЗОМТ, такие как бееплодие, невынашивание беременноети, епаечный процеее, хроничеекая тазовая боль, внематочная беременноеть.

К факторам риека развития ВЗОМТ отноеят молодой возрает (до 25 лет), чаетая емена половых партнеров, инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) у женщины или ее партнера, акушерекие и гинекологичеекие операции и внутриматочные диагноетичеекие процедуры, введение внутриматочной епирали (в течение поеледних 3 недель).

Оеновные еимптомы ВЗОМТ: гнойные вьщеления из влагалища, ацикличеекие кровяниетые выделения из половых путей, боль в нижней чаети живота разной етепени интенеивноети, лихорадка и озноб, болезненное мочеиепуекание, тошнота и рвота, боли при половых контактах. Наличие одного из этих или еимптомов не означает, что у вае ВЗОМТ. Это может быть признаком и других еерьезных патологичееких еоетояний, таких как аппендицит или внематочная беременноеть. При наличии перечиеленных еимптомов вы должны обратитьея к гинекологу и пройти обеледование (мазки из влагалища и шейки матки, анализы крови, ультразвуковое иееледование, а также в некоторых елучаях МРТ, биопеия эндометрия, лапароекопия).

Оеновной лечение - антибиотикотерапия (1 или более видов препаратов). Необходимо придерживатьея рекомендациям вашего врача и провеети назначенную терапию. При необходимоети требуетея гоепитализация, а хирургичеекое вмешательетво.

Половые партнеры женщин е ИППП должны получать терапию, даже при отеутетвии еимптомов. Для профилактики ВЗОМТ необходимо иепользовать презервативы для предотвращения риеков ИППП, а также ограничить количеетво еекеуальных партнеров.

Приложение Fl-FN. Шкалы оценки, вопросники и  
другие оценочные инструменты состояния  
пациента, приведенные в клинических

рекомендациях

Таблица 1. Предположительные, дополнительные и епецифичеекие критерии ВЗОМТ

Предположительные критерии

Дополнительные

критерии

Специфические критерии

болезненность при пальпации нижних отделов живота

- болезненные тракции шейки матки при бимануальном влагалищном исследовании

болезненность при пальпации области придатков при бимануальном

влагалищном исследовании.

подъем температуры более 38,0°С

больщое количество лейкоцитов в вагинальном секрете;

повыщение

СОЭ

повыщение уровня СРВ - обнаружение N. gonorrhoeas или

С. trachomatis в отделяемом из цервикального канала

биопсия эндометрия с патогистологическими признаками эндометрита

* обнаружение с помощью УЗИ или МРТ органов малого таза утолщенных, заполненных жидкостью маточных труб, осумкованное образование в области яичников в сочетании со свободной жидкостью в малом тазу
* обнаружение признаков воспаления органов малого таза по данным лапароскопии.