

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ**



**Национальный клинический протокол
«Воспалительные заболевания органов малого таза»**

ТАШКЕНТ 2023

**Национальный клинический протокол
«Воспалительные заболевания органов малого таза»**

Вводная часть

Клиническая проблема	Воспалительные заболевания органов малого таза.
Название документа	Национальный клинический протокол «Воспалительные заболевания органов малого таза».
Этапы оказания помощи	Учреждения системы родовспоможения республики Узбекистан (первичная медико-санитарная помощь, стационары).
Дата создания	2023 г
Планируемая дата обновления	2026 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах
Порядок обновления клинического протокола	Механизм обновления клинических рекомендаций протокола предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым протоколам, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.
Адрес для переписки	г. Ташкент, ул. Мирзо-Улугбекский район, ул. Мирзо-Улугбека, 132 а. Тел.: 71 263 78 30, 71 263 84 83 E-mail: obs-gyn@mail.ru

Оглавление

Состав рабочей группы.....	5
Введение.....	6
Список сокращений.....	7
Термины и определения.....	7
Коды по МКБ-10.....	8
Этиология и патогенез.....	8
Факторы риска ВЗОМТ.....	9
Эпидемиология.....	10
Классификация.....	10
Клиническая картина.....	10
Диагностика.....	12
Жалобы и анамнез.....	12
Физикальное обследование.....	12
Лабораторные тесты.....	13
Инструментальные методы диагностики.....	15
Дифференциальная диагностика ВЗОМТ.....	17
Лечение.....	17
Немедикаментозная терапия.....	17
Медикаментозная терапия.....	18
Хирургическое лечение.....	22
ВЗОМТ у особых групп населения.....	22
Медицинская реабилитация.....	23
Профилактика.....	24
Организация оказания медицинской помощи.....	24
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	25
Список литературы.....	25
Приложение 1. Методология разработки протокола.....	28
Приложение 2. Алгоритм действий при ВЗОМТ.....	31
Приложение 3. Рекомендуемые схемы антибактериальной терапии при ВЗОМТ.....	32
Приложение 4. Информация для пациента.....	36
Приложение 5. Алгоритм тактики ведения ВЗОМТ.....	37
Приложение 6. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.....	38

Состав рабочей группы:

Руководитель рабочей группы

Надырханова Н.С., д.м.н.

РСНПМЦАГ, директор

Ответственные исполнители

Иргашева С.У., д.м.н.

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Алиева Д.А., д.м.н., профессор

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Ашурова В.И., к.м.н.

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Сапаров А.Б., к.м.н.

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Даулетова М.Ж., к.м.н.

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Абдураимов Т.Ф.

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Бабаханова А.М.

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Усманов С.К., ведущий специалист

Национальная палата инновационного здравоохранения Республики Узбекистан

Абдуганиева М.М.

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Батирова М.А.

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Тоштемирова Ш.М.

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Методологическая поддержка

Ядгарова К.Т., к.м.н., начальник
отдела разработки медицинских
стандартов и протоколов

Национальная палата инновационного
здравоохранения Республики Узбекистан.

*РСНПМЦАГ – Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр акушерства и гинекологии*

ЦРПКМР - Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Техническая поддержка

Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА/UNFPA) в Узбекистане

Рецензенты:

Юсупбаев Р.Б.

РСНПМЦАГ, д.м.н., старший научный
сотрудник, секретарь Ученого Совета

Гафурова Ф.А.

ЦРПКМР, д.м.н., доцент кафедры
акушерства, гинекологии и перинатальной
медицины

Внешняя экспертная оценка (при поддержке представительства ВОЗ в Узбекистане):

Тинатин Гагуа, д.м.н.

Эксперт ВОЗ (Грузия)

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканского
Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Акушерства и
Гинекологии» « 26 » май 2022 г., протокол № 6

Председатель Ученого Совета – д.м.н., профессор Асатова М.М.

Введение.

Приверженность рекомендациям протокола:

В протоколе представлены рекомендации общего характера, разработанные на основе имеющихся на момент публикации доказательств.

Если в практической деятельности принимается решение отойти от рекомендаций данного протокола, то врачи-клиницисты должны задокументировать в истории болезни пациента следующие данные:

- кем принято такое решение;
- подробное обоснование решения отхода от протокола;
- какие рекомендации по ведению пациента были приняты.

Рекомендации не охватывают все элементы клинической практики, это означает, что врачи должны обсуждать с пациентами индивидуальную тактику ведения, принимая во внимание потребности пациента, придерживаясь принципа уважительного конфиденциального общения. Это включает:

- Использование услуг переводчика в случае необходимости;
- Консультирование пациента и получение информированного согласия на ту или иную манипуляцию или тактику введения;
- Обеспечение ухода в рамках требований законодательства и соблюдения стандартов профессионального поведения;
- Документирование любой тактики ведения и ухода в соответствии с общими и местными требованиями.

Цель протокола:

- Целью настоящего документа является обзор наилучших имеющихся доказательств, внедрение и организация системы и единого подхода по ведению пациентов с воспалительными заболеваниями органов малого таза.

Категории пациентов: пациенты с воспалительными заболеваниями органов малого таза: метритом, параметритом, сальпингитом, оофоритом, пельвиоперитонитом, тубоовариальным абсцессом.

Целевая группа протокола:

1. Врачи акушеры-гинекологи;
2. Врачи общей практики;
3. Врачи терапевты;
4. Врачи лаборанты;
5. Организаторы здравоохранения;
6. Клинические фармакологи;
7. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, аспиранты, преподаватели медицинских вузов.

Список сокращений:

АМК	аномальные маточные кровотечения
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВМК / ВМС	внутриматочный контрацептив / внутриматочная средство
ВЗОМТ	воспалительные заболевания органов малого таза
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ИППП	инфекции, передаваемые половым путём
КОК	комбинированные оральные контрацептивы
КТ	компьютерная томография
МКБ	международная классификация болезней
МРТ	магниторезонансная томография
НМГ	низкомолекулярные гепарины
НПВС	нестероидные противовоспалительные препараты
ПЦР	полимеразная цепная реакция
СРБ	С-реактивный белок
СОЭ	скорость оседания эритроцитов
ВТЭО	тромбоэмболические осложнения
УЗИ	ультразвуковое исследование
ХГЧ	хорионический гонадотропин
ЭКО	экстракорпоральное оплодотворение

Термины и определения.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) – воспалительные заболевания органов верхнего отдела женского репродуктивного тракта, включающие эндометрит, параметрит, сальпингит, оофорит, tuboовариальный абсцесс, пельвиоперитонит и их сочетания.

ВЗОМТ обычно являются результатом восходящей из нижнего отдела генитального тракта инфекции.

Сальпингит – воспалительное заболевание маточных труб.

Оофорит – воспалительное заболевание яичников.

Tuboовариальный абсцесс – гнойно-воспалительное образование с вовлечением яичника и маточной трубы.

Эндометрит – воспалительное заболевание слизистой оболочки матки.

Параметрит – воспалительное заболевание параметрия (околоматочной соединительной ткани, клетчатки).

Пельвиоперитонит / тазовый перитонит – воспалительное заболевание висцеральной и париетальной брюшины малого таза.

Острый сальпингит является наиболее важным компонентом спектра ВЗОМТ из-за его влияния на фертильность.

Большинство случаев ВЗОМТ можно отнести к категории заболеваний, передающихся половым путем, и они связаны с более чем одним микроорганизмом, включая:

- хламидии трахоматис - наиболее частый возбудитель ВЗОМТ, особенно у женщин моложе 30 лет;
- гонококки;
- вагинальные трихомонады;
- генитальные микоплазмы;
- микроорганизмы, связанные с бактериальным вагинозом, например, *G. Vaginalis*;
- кишечные бактерии, например, кишечная палочка.

- ✓ *Chlamydia trachomatis* и *Neisseria gonorrhoeae* являются наиболее частыми возбудителями ВЗОМТ.
- ✓ Также ВЗОМТ могут быть связаны с бактериальным вагинозом или респираторным патогеном, таким как *Mycobacterium tuberculosis*.
- ✓ 15% нелеченых хламидийных инфекций трансформируются в воспалительные заболевания малого таза, при гонококковой инфекции этот процент выше.

В ряде случаев при ВЗОМ конкретный патоген может быть не идентифицирован.

В контексте данного протокола будут рассмотрены ВЗОМТ неспецифической этиологии. Инфекции, передающиеся половым путем специфической этиологии представлены в соответствующих протоколах.

Коды по МКБ-10:

N70.0	Острый сальпингит и оофорит
N70.9	Сальпингит и оофорит неуточненные
N71.0	Острые воспалительные заболевания матки
N71.1	Хронические воспалительные заболевания матки
N71.9	Воспалительная болезнь матки неуточненная
N73.0	Острый параметрит и тазовый целлюлит
N73.1	Хронический параметрит и тазовый целлюлит
N73.2	Параметрит и тазовая флегмона неуточненные
N73.3	Острый тазовый перитонит у женщин
N73.4	Хронический тазовый перитонит у женщин
N73.5	Тазовый перитонит у женщин неуточненный
N73.8	Другие уточненные воспалительные болезни женских тазовых органов
N73.9	Воспалительные болезни женских тазовых органов неуточненные

Этиология и патогенез.

ВЗОМТ представляют собой заболевания органов верхних отделов женского репродуктивного тракта, включающие эндометрит, параметрит, сальпингит, оофорит, tuboovarian абсцесс, пельвиперитонит, развитие которых происходит в основном в результате восходящей инфекции.

К абсолютным патогенам, участвующим в развитии ВЗОМТ, относят *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*.

- ✓ В большинстве случаев (85%) возбудителем ВЗОМТ является возбудитель, передающийся половым путем, или возбудитель, ассоциированный с бактериальным вагинозом.
- ✓ В менее 5% случаев ВЗОМТ не связан с патогеном, передающимся половым путем (например, *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis*, Group B streptococci, *Campylobacter* spp) или респираторным патогеном (например, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, Group A streptococci, *Staphylococcus aureus*), которые колонизируются в нижних отделах половых путей.

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.

Преобладание преимущественно полимикробных ассоциаций при нарушении барьерных механизмов защиты и локального противоифекционного иммунитета могут способствовать хронизации заболеваний и активации аутоиммунных процессов, а также нетипичным клиническим проявлениям в зависимости от особенностей взаимодействия между различными видами возбудителей.

В настоящее время роль *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Gardnerella vaginalis* и *Ureaplasma urealyticum* в этиологии ВЗОМТ остается неясной.

Относительная значимость различных возбудителей варьирует в разных странах и регионах.

Смешанный характер инфекции и высокая частота бесконтрольного многократного использования антибактериальных препаратов способствуют развитию антибиотикорезистентности.

В ряде многоцентровых исследований показано, что все чаще возникающая устойчивость к лекарственным препаратам представляет наибольшую сложность в лечении пациенток с различными инфекционными процессами смешанной этиологии.

ВЗОМТ способствуют повышению рисков развития бесплодия, невынашивания беременности, спаечного процесса, хронической тазовой боли, эктопической беременности, что значительно ухудшает качество жизни женщин.

Факторы риска ВЗОМТ:

- молодой возраст (до 25 лет);
- курение табака;
- факторы, связанные с сексуальным поведением:
 - незащищенный половой акт при немоногамных отношениях;
 - половой акт с партнером с симптомами ИППП,
 - молодой возраст начала половой жизни (до 15 лет),
 - несколько половых партнеров.
- смена полового партнера (в пределах последних трех месяцев);
- ВЗОМТ в анамнезе (у пациентки или ее партнера);
- наркомания;

- акушерские и гинекологические операции, внутриматочные диагностические манипуляции, включая медикаментозный аборт, дилатацию и кюретаж, гистероскопию, гистеросальпингография, экстракорпоральное оплодотворение;
- введение внутриматочной спирали в течение последних 3 недель.

Эпидемиология.

ВЗОМТ – одна из наиболее распространенных инфекций у небеременных женщин репродуктивного возраста и важная проблема общественного здравоохранения. Это связано с серьезными долгосрочными последствиями, включая трубное бесплодие, внематочную беременность и хроническую тазовую боль. Кроме того, лечение острого ВЗОМТ и его осложнений связано со значительными затратами на здравоохранение.

По данным 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.

Классификация.

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

- 614.0 Острый сальпингит и оофорит:
 - абсцесс: маточной трубы, яичника, tuboовариальный,
 - оофорит,
 - пиосальпинкс,
 - сальпингит,
 - воспаление придатков матки,
- 614.3 Острый параметрит и тазовая флегмона
- 614.4 Хронический или неуточненный параметрит и тазовая флегмона.
- 614.5 Острый или неуточненный перитонит

Классификация, предложенная Краснопольским В.И. и соавторами, которая позволяет выделить:

Клинические формы ВЗОМТ:

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

По локализации:

- односторонний
- двусторонний.

По клиническому течению:

- острый – с выраженной клинической симптоматикой (менее 30 дней);
- хронический – с неустановленной давностью заболевания или давностью более 30 дней;
- субклинический;
- недиагностированный.

Клиническая картина.

Клиническая картина ВЗОМТ широко варьируется как по степени тяжести, так и по симптоматике, при этом у некоторых пациентов заболевание протекает бессимптомно.

К основным симптомам относят:

- тазовую боль: обычно двустороннюю. В некоторых случаях длительность болей составляет 2 недели и более. Также важным фактором является появление боли во время менструации или вскоре после нее,
- диспареунию,
- дисменорею,
- слизисто-гнойные выделения из цервикального канала или из влагалища при сочетании с острым цервицитом, бактериальным вагинозом или эндометритом,
- аномальные маточные кровотечения (АМК) по типу межменструальных, посткоитальных и меноррагических (отмечается в 1/3 случаев ВЗОМТ),
- болезненность при экскурсии шейки матки, матки, придатков матки при бимануальном влагалищном исследовании (отсутствует при легких и среднетяжелых ВЗОМТ).

В ряде случаев могут быть:

- лихорадка ($>38^{\circ}\text{C}$) или озноб,
- дизурия,
- тошнота и/или рвота.

Реже у женщин отсутствует какая-либо клиническая симптоматика или отмечаются атипичные симптомы, такие как боль в правом подреберье, что может быть следствием перигепатита (синдром Фитц-Хью-Куртиса), который является часто результатом хламидийной инфекции (возбудитель *Chlamydia trachomatis*).

Синдром Фитц-Хью-Куртиса встречается в 10% случаев ВЗОМТ и характеризуется болями в правом подреберье и плевральным компонентом, которые могут проявляться болью в области плеча. Пальпация указывает на выраженную боль, и может быть поставлен диагноз холецистита. Аминотрансферазы в основном в пределах нормы или незначительно повышены.

У женщин с инфекцией *M. genitalium* (аналогично женщинам с хламидийной инфекцией) наблюдается меньше клинических признаков и симптомов острого ВЗОМТ, чем у женщин с гонококковой инфекцией.

Для улучшения диагностики ВЗОМТ выделены следующие объективные и субъективные симптомы, объединенные в предположительные, дополнительные и специфические критерии.

Таблица 1. Предположительные, дополнительные и специфические критерии ВЗОМТ.

Предположительные критерии	Дополнительные критерии	Специфические критерии
- болезненность при пальпации нижних отделов живота; - болезненные тракции шейки матки при бимануальном влагалищном исследовании; - болезненность при	- подъем температуры более $38,0^{\circ}\text{C}$; - большое количество лейкоцитов в вагинальном секрете; - повышение СОЭ; - повышение уровня СРБ; - обнаружение <i>N.</i>	- биопсия эндометрия с патогистологическими признаками эндометрита; - обнаружение с помощью УЗИ или МРТ органов малого таза утолщенных, заполненных жидкостью маточных труб, осумкованного образования в области яичников в сочетании

пальпации области придатков при бимануальном влагалищном исследовании.	<i>gonorrhoeae</i> или <i>C. trachomatis</i> в отделяемом из цервикального канала.	со свободной жидкостью в малом тазу; - обнаружение признаков воспаления органов малого таза по данным лапароскопии.
--	--	--

Если симптомы ВЗОМТ атипичны (например, боль в атипичной области) или нет значительного улучшения в течение 72 часов от начала антибактериальной терапии, или боль сохраняется после окончания лечения, то в таких случаях необходимо заподозрить тубоовариальный абсцесс или поставить альтернативный диагноз.

Симптомы ВЗОМТ неспецифичны.

Диагностика.

Своевременная диагностика и лечение ВЗОМ необходимы для предотвращения долгосрочных осложнений и последствий.

Сложность диагностики ВЗОМТ заключается в том, что не существует легкодоступного и точного диагностического теста. Ни одна из инфекций или клинических проявлений не являются патогномоничной для ВЗОМТ. Вот почему не существует «золотого стандарта» диагностики ВЗОМТ.

Клинический диагноз – важнейшая практическая рекомендация!

Предварительный диагноз устанавливается на основании жалоб пациентки, анамнестических данных, физикального обследования, лабораторных и инструментальных данных.

С	У женщин из групп риска с необъяснимой тазовой болью, болезненной экскурсией шейки матки, болезненностью матки или придатков диагноз ВЗОМТ должен быть установлен на основании клинических симптомов при отсутствии других очевидных причин
---	---

Жалобы и анамнез.

См. рубрику «Клиническая картина».

Сбор анамнеза должен быть ориентирован на потенциальные факторы риска, особенно анамнез половой жизни, количество партнеров, незащищенный секс, а также недавние боли (преимущественно в последние 2 недели) и её характер (чаще всего острый).

Физикальное обследование.

С	<p>Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ проведение:</p> <ul style="list-style-type: none"> • визуального осмотра наружных половых органов, • оценки состояния кожных покровов и слизистых, • температуры тела, • ЧСС, • частоты дыхательных движений, • оценки выделений из влагалища (количество, консистенция, цвет, запах), • пальпации всех 4-х квадрантов живота, • осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах, • бимануальное влагалищное исследование
---	---

Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах проводится для выявления слизисто-гнойных выделений из цервикального канала, язвенных поражений и признаков воспалительного процесса (гиперемия, отёчность слизистых оболочек).

Бимануальное влагалищное исследование следует проводить всем пациенткам с подозрением на ВЗОМТ для оценки подвижности и болезненности шейки матки, матки, придатков и наличия образования с четкими контурами в области придатков матки (тубоовариальный абсцесс). Однако эти симптомы неспецифичны и могут встречаться и при других заболеваниях органов малого таза и кишечника.

Важно исключить другие потенциальные причины более внизу живота, включая внематочную беременность, кисты яичников и желудочно-кишечные причины, включая аппендицит.

К основным признакам и симптомам, требующим немедленной консультации акушера-гинеколога, относятся:

- сильная боль в животе, в том числе перитонеальные симптомы (например, ригидность мышц передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины),
- лихорадка,
- отсутствие реакции на пероральные препараты.

Лабораторные тесты.

Лабораторные тесты не должны задерживать начало эмпирической антибактериальной терапии ВЗОМТ.

С	Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ проводить общий (клинический) анализ крови развернутый
---	--

У пациентки с ВЗОМТ может быть выявлен лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (увеличение содержания палочкоядерных лейкоцитов), повышение уровня СОЭ.

Отсутствие изменений в общем развернутом анализе крови не позволяет исключить инфекционный процесс и часто встречается при легкой и среднетяжелой формах ВЗОМТ.

С	Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (СРБ)
---	---

СРБ является информативным лабораторным маркером системного воспаления. Уровень СРБ отражает тяжесть воспалительного процесса, однако референсные его значения не позволяют исключить ВЗОМТ. Динамика его концентрации может быть использована в оценки эффективности проводимой терапии. В качестве маркера тубо-овариального абсцесса может быть использовано повышение уровня прокальцитонина выше 0,33 нг/мл (чувствительность метода составляет 62%, специфичность 75%).

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">✓ Общий анализ крови, СОЭ, СРБ – крайне важны для госпитализированных больных или при тяжелом течении ВЗОМТ.✓ При диагностике заболеваний органов малого таза в целом эти тесты обладают низкой чувствительностью и специфичностью, но важны для оценки тяжести заболевания (например, тубоовариальный абсцесс брюшной полости), а также для контроля лечения. |
|---|

С	Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ проводить оценку pH
---	---

влагалища и аминный тест с гидроксидом калия

С

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 virus 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 HBs-антигена, иммуноглобулинов класса М и G к вирусу гепатита С или антигена HCV

Течение ВЗОМТ на фоне ВИЧ-инфекции может быть более тяжелым, возрастает риск образования тубоовариального абсцесса.

С

Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ проведение молекулярно-биологического исследования методом ПЦР отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на ИППП (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*)

Отсутствие ИППП не исключает диагноз ВЗОМТ. Предпочтительным методом диагностики является определение ДНК возбудителей ИППП (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* в отделяемом слизистых оболочек женских половых органов методом ПЦР (биологический материал следует брать из цервикального канала с помощью зонда-щетки в стерильный лабораторный контейнер).

С

Рекомендуется пациентам с подозрением на ВЗОМТ проводить микроскопическое исследование влагалищных мазков на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы

Микроскопия вагинальных мазков, окрашенных по Граму может быть использована, если определение ДНК возбудителей ИППП на месте невозможно.

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.

Повышение количества лейкоцитов в мазке (по крайней мере 1 лейкоцит на эпителиальную клетку или более 15 лейкоцитов в поле зрения при высоком увеличении) может быть выявлено, однако неспецифично. При легком течении ВЗОМТ и хронизации инфекционного процесса могут определяться нормальные значения уровня лейкоцитов. Повышенное содержание лейкоцитов в мазке может свидетельствовать о существовании бактериального вагиноза и трихомониаза.

С

Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ проводить микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы

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, Streptococcus A и B групп, Enterococcus и др.) и более редкие возбудители ВЗОМТ (например, Actinomyces)

С	Рекомендуется всем пациентам, живущим половой жизнью, с подозрением на ВЗОМТ определение уровня хорионического гонадотропина (бета-ХГЧ) в крови для исключения внематочной беременности
----------	---

Определение уровня хорионического гонадотропина (бета-ХГЧ) в крови следует проводить для исключения эктопической беременности у пациентки с подозрением на ВЗОМТ. При отсутствии возможности ургентного определения уровня бета-ХГЧ в крови, может быть использован мочевого тест на беременность.

Отрицательные результаты лабораторных исследований не исключают ВЗОМТ.

Инструментальные методы диагностики.

Инструментальные визуализирующие и инвазивные методы диагностики ВЗОМТ, как правило, показаны в случаях диагностической неопределенности и/или подозрения на тяжелые формы заболевания и осложнения (например, tuboовариальный абсцесс).

К более специфическим, по сравнению с лабораторными, методам диагностики ВЗОМТ относятся:

- трансвагинальное УЗИ с доплерографией (малоинформативно при неосложненных ВЗОМТ, но полезно при подозрении на tuboовариальный абсцесс, гидросальпинкс);
- КТ, МРТ;
- лапароскопия;
- биопсия эндометрия с гистологическим исследованием биоптата.

Инструментальная диагностическая оценка ВЗОМТ не должна задерживать начало лечения.

А	Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ проведение ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза (по возможности трансвагинальным датчиком)
----------	--

Результаты сонографических исследований часто основаны на квалификации врача. При неосложненных случаях ВЗОМТ изменения минимальны. Могут присутствовать утолщенные, заполненные жидкостью фаллопиевы трубы и симптом «зубчатого колеса» (вид зубчатого колеса на поперечном срезе трубы). У женщин с эндометритом УЗИ может выявить жидкость или газ в полости эндометрия, неоднородное утолщение или нечеткость эндометрия, но эти результаты неспецифичны и противоречивы. При наличии tuboовариального абсцесса в придатках можно увидеть сложное толстостенное многокамерное кистозное скопление, обычно с внутренним эхом или несколькими уровнями жидкости.

Отсутствие изменений при УЗИ не позволяет исключить ВЗОМТ.

С	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

Имеются ограниченные доказательства использования КТ или МРТ у женщин с подозрением на ВЗОМТ, однако они полезны для исключения альтернативных диагнозов у женщин с атипичными и тяжелыми проявлениями. Обследование пациенток, которым необходимо проведение КТ или МРТ, должно осуществляться в учреждениях третьего уровня, с привлечением смежных специалистов.

С Рекомендуется пациентам с подозрением на ВЗОМТ и неэффективностью консервативного лечения и/или с целью дифференциальной диагностики с другими заболеваниями органов малого таза проведение лапароскопии

Лапароскопия имеет ценность в диагностике и лечении ВЗОМТ, но проводить ее рутинно пациенткам с подозрением на ВЗОМТ нецелесообразно. 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.

Лапароскопия может быть полезной частью диагностического исследования ВЗОМТ, когда визуализирующие исследования не были окончательно информативными в следующих ситуациях:

- когда амбулаторное лечение ВЗОМТ оказалось неэффективным и необходимо искать альтернативные причины симптомов;
- у пациента, симптомы которого явно не улучшаются или ухудшаются примерно через 72 часа стационарного лечения ВЗОМТ, что позволяет предположить, что ВЗОМТ может быть неверным диагнозом.

Лапароскопия недостаточно чувствительна, чтобы считаться «золотым стандартом» диагностики. Специфичность лапароскопии высока, но ее чувствительность составляет всего 50%, поскольку она не выявляет изолированный эндометрит или легкое внутритрубное воспаление.

С Рекомендуется пациенткам с подозрением на хронический эндометрит и внутриматочные синехии (по данным УЗИ), при бесплодии, 2 и более неудачные попытки переноса эмбрионов, невынашивании беременности, аномальных маточных кровотечений и др. проведение биопсии эндометрия с гистологическим исследованием биопсийного материала при возможности под контролем гистероскопии

С При осложненных, распространённых формах ВЗОМТ, септических состояниях рекомендуется рентгенография и/или МСКТ органов грудной клетки (при изменениях на рентгенограмме)

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).

Дифференциальная диагностика ВЗОМТ.

Таблица 2. Альтернативные диагнозы и методы исследования при тазовой боли*.

Диагноз	Клинические признаки	Методы диагностики
Аппендицит	Боль в околопупочной области или в правом нижнем квадранте живота; Рвота / анорексия; Перитонеальные симптомы.	УЗИ или компьютерная томография
Внематочная беременность	Артериальная гипотония или анемия; Задержка менструации; Положительный тест на беременность; Односторонняя тазовая боль.	Трансвагинальное УЗИ
Эндометриоз	Дисменорея; Межменструальные кровотечения; Диспареуния.	Окончательная диагностика – лапароскопия с биопсией и гистологическим подтверждением
Киста яичника: разрыв или перекрут	Острое начало; Односторонняя тазовая боль; Перитонеальные симптомы.	Трансвагинальное УЗИ
Камни мочеточника	Дизурия; Лихорадка; Тошнота / рвота; Гематурия; Тазовая боль или в пояснице, боковой стороне туловища.	Компьютерная томография; Обзорная рентгенография; УЗИ; Анализ мочи.
Инфекции мочевыводящих путей	Частое мочеиспускание; Дизурия или гематурия; Односторонняя или двусторонняя тазовая боль или боль в пояснице.	Общий анализ мочи; Бактериологическое исследование посева мочи.
* - рассмотрение альтернативных диагнозов показано любому пациенту, у которого не наблюдается клинического улучшения через 72 часа рекомендуемого лечения ВЗОМТ или имеются атипичные для ВЗОМТ симптомы.		

Лечение.

Терапевтические цели лечения острого ВЗОМТ включают как краткосрочные результаты, такие как клиническое и микробиологическое излечение, так и предотвращение долгосрочных последствий, таких как бесплодие, внематочная беременность, рецидивирующая инфекция и хроническая тазовая боль.

Немедикаментозная терапия.

С	Пациенткам с тяжелыми ВЗОМТ формами ВЗОМТ показан дополнительный отдых
----------	--

Медикаментозная терапия.

Для лечения ВЗОМТ используется антимикробная, противовоспалительная, инфузионно-трансфузионная, антикоагулянтная терапия.

Откладывание лечения ВЗОМТ увеличивает риск отдаленных последствий, таких как внематочная беременность, бесплодие и хроническая тазовая боль. Из-за этого, а также из-за отсутствия четких диагностических критериев, рекомендуется начинать эмпирическое лечение при наличии минимальных клинических признаков или подозрении на ВЗОМТ.

В	Важно, чтобы эмпирическое лечение было начато, как только будет поставлен предположительный диагноз острого ВЗОМТ, поскольку предотвращение осложнений в значительной степени определяется ранним назначением (<72 часов) соответствующей антимикробной терапии
----------	---

Задержка лечения ВЗОМТ на 2-3 дня от момента поступления пациентки повышает риск бесплодия и внематочной беременности в 3 раза.

С	ВЗОМТ легкой и средней степени тяжести можно лечить в амбулаторных условиях без повышенного риска осложнений
----------	--

С	Показаниями к госпитализации в стационар являются: <ul style="list-style-type: none">• необходимость парентерального введения антибактериальных препаратов;• беременность;• неэффективность амбулаторного лечения;• тубоовариальный или тазовый абсцесс;• неотложные хирургические состояния (острый живот);• тяжелые (распространенные формы) ВЗОМТ (лихорадка $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$, тошнота и рвота);• диагностическая неопределенность.
----------	--

Важным компонентом в лечении ВЗОМТ является назначение антибактериальных препаратов. Схемы антибактериальной терапии многообразны, однако следует отметить малочисленность адекватных контролируемых клинических исследований по их эффективности.

Внедрение в клиническую практику антибиотиков привело к улучшению прогноза острого ВЗОМТ, практически ликвидирована смертность.

С	Эмпирическая антибактериальная терапия должна быть предложена всем пациенткам с ВЗОМТ в момент поступления
----------	--

Рекомендации по режимам антибактериальной терапии при ВЗОМТ варьируют в разных странах, но основные принципы лечения являются общепринятыми.

Режим дозирования антибактериальных препаратов и путь введения определяются в зависимости от степени распространенности воспалительного процесса, тяжести состояния пациентки, данных фармакокинетики и фармакодинамики препарата и с учетом выявленного возбудителя.

Продолжительность терапии ВЗОМТ составляет 10-14 дней. Такая длительность необходима для проведения полной эрадикации возбудителей с целью предотвращения хронизации воспалительного процесса, а также рецидивов и осложнений.

Статистически значимых данных по отдаленной эффективности различных режимов терапии практически нет. В случае неэффективности консервативной терапии ВЗОМТ тактика ведения пациентки определяется решением врачебного консилиума.

Схемы лечения ВЗОМТ должны охватывать широкий спектр вероятных патогенов (гонококки, хламидии, генитальные микоплазмы, грамтрицательная кишечная микрофлора, грамположительные аэробы, анаэробы и др.).

Все схемы, используемые для лечения острого ВЗОМТ, должны обеспечивать адекватное излечение *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*, даже при наличии отрицательных результатов эндоцервикального скрининга на эти микроорганизмы, поскольку оба этих возбудителя обычно присутствуют и имеют склонность вызывать непосредственное повреждение маточных труб (*N. gonorrhoeae*) или косвенно через иммунный ответ хозяина (*C. trachomatis*).

С	Рекомендуется пациенткам с ВЗОМТ проводить терапию антибактериальными препаратами эмпирически с охватом всего спектра вероятных возбудителей с предварительным проведением культурального исследования для последующей коррекции лечения и перехода на препараты альтернативных схем (при неэффективности лечения)
---	--

С	Рекомендуется пациенткам с легкими и среднетяжелыми формами ВЗОМТ пероральная антибактериальная терапия на амбулаторном или стационарном этапе лечения
---	--

С	Рекомендуется всем пациенткам с тяжелыми (распространенными) формами ВЗОМТ начинать лечение в условиях стационара с парентерального введения антибактериальных препаратов и продолжать терапию в течение 24-48 часов после клинического улучшения с переходом на пероральную форму
---	--

С	Парентеральная антибактериальная терапия ВЗОМТ может быть прекращена через 24 часа после клинического улучшения, дальнейшая терапия должна проводиться пероральными препаратами
---	---

Таблица 3. Схемы эмпирической антибактериальной терапии ВЗОМТ.

<i>Амбулаторно:</i>	<i>Стационарно:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Цефтриаксон 500 мг (при весе <150 кг) или 1 г (при весе >150 кг) однократно в/м + • Доксициклин по 100 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней ± • Метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней. 	<ul style="list-style-type: none"> • Цефтриаксон 2 г в/в каждые 6 часов + • Доксициклин по 100 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней + • Метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней. <p>Продолжительность терапии – до 24-48 часов после улучшения клинической картины. Затем амбулаторное лечение:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Доксициклин по 100 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней + • Метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней.
--	---

Симптомы, связанные с ВЗОМТ, должны начать исчезать в течение 48-72 часов после начала приема антибиотиков.

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

Всем женщинам с хламидиозом или гонореей необходимо провести повторное тестирование на наличие возбудителя через 3 месяца, независимо от лечения полового партнера.

Рекомендуемые схемы антибактериальной терапии представлены в приложении.

С	Рекомендуется пациенткам с ВЗОМТ для лечения грибковой инфекции, подтвержденной данными микробиологического (культурального) исследования, терапия противогрибковые препараты системного действия
----------	---

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.

С	Рекомендуется пациенткам с ВЗОМТ назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) с учетом противопоказаний к их назначению с целью обезболивания, купирования лихорадки и противовоспалительного действия
----------	---

С	Рекомендуется пациенткам с распространенными формами и тяжелым течением ВЗОМТ (лихорадка $>38^{\circ}\text{C}$, тубоовариальный абсцесс, тазовый перитонит) проводить комплексную терапию (инфузионная, трансфузионная, антикоагулянтная). Другие поддерживающие меры включают противорвотные, обезболивающие и жаропонижающие препараты.
----------	--

Инфузионную терапию (кристаллоиды, корректоры электролитного обмена плазмозамещающие и белковые препараты) следует проводить в объеме инфузий 1,5-2,5 л/сутки. Продолжительность терапии индивидуальна (в среднем 4-7 суток).

Профилактику венозных тромбэмболических осложнений (ВТЭО) проводят низкомолекулярными гепаринами (НМГ).

В качестве симптоматической терапии применяют антианемические препараты.

В	Для снижения риска повторного заражения рекомендуется обследование на ИППП
----------	--

и лечение полового партнера/ов

Половые партнеры женщин с ВЗОМТ должны быть обследованы и пролечены, если они имели половой контакт с больной в течение 60 дней до появления симптомов у пациентки, независимо от результатов теста женщины на ИППП.

С Рекомендуется пациенткам со ВЗОМТ избегать половых контактов до тех пор, пока они и их партнеры не завершат лечение и у них не исчезнут симптомы

С Пациентам с ВЗОМТ необходимо предоставить подробное объяснение их состояния с особым акцентом на долгосрочные последствия для здоровья их самих и их партнера (партнеров), подкрепленное четкой и точной письменной информацией

Предоставляя информацию пациентам, клиницист должен учитывать следующее:

- объяснение того, какое лечение проводится и его возможные побочные эффекты;
- что после лечения фертильность обычно сохраняется, но также сохраняется риск бесплодия в будущем, хронической тазовой боли или внематочной беременности;
- клинически более тяжелое заболевание связано с большим риском осложнений
- повторные эпизоды ВЗОМТ связаны с экспоненциальным увеличением риска бесплодия;
- чем раньше начато лечение, тем ниже риск будущих проблем с фертильностью;
- использование барьерной контрацепции значительно снизит риск ВЗОМТ;
- необходимость обследования полового партнера / партнеров на наличие инфекции для предотвращения повторного заражения.

Лечение ВЗОМТ может не предотвратить долгосрочные последствия из-за образования рубцов и спаек во время заживления поврежденных тканей. Риск потенциальных осложнений увеличивается с увеличением количества и тяжести эпизодов ВЗОМТ.

Потенциальные осложнения ВЗОМТ включают:

- синдром Фитца-Хью-Кертиса (перигепатит)
- tuboовариальный абсцесс
- внематочная беременность
- хроническая тазовая боль
- бесплодие трубной этиологии
- рецидивирующие ВЗОМТ.

Консультирование пациентов:

- обратиться за неотложной медицинской помощью при ухудшении симптомов на фоне проводимого лечения;
- обратиться к врачу для повторной оценки, если симптомы не улучшились в течение 3 дней;
- избегать сексуальных контактов до тех пор, пока пациент и его партнер(ы) не пройдут обследование, лечение до полного исчезновения симптомов ВЗОМТ;
- завершить все лечение в соответствии с указаниями врача, даже если симптомы улучшаются или исчезают;
- рекомендуется дополнительный отдых и использование обезболивающих (например, ацетаминофен, ибупрофен) при болях.

С	Отсутствие клинического улучшения через 72 часа от начала терапии среднетяжелых и тяжелых ВЗОМТ свидетельствует о необходимости дальнейшего обследования, парентеральной антибактериальной терапии и/или хирургического вмешательства.
----------	--

Хирургическое лечение.

Хирургическая тактика ведения пациенток с ВЗОМТ, выбор объема и доступа оперативного вмешательства зависят от возраста, реализации репродуктивной функции, тяжести течения воспалительного процесса, наличия осложнений. С появлением современных антибактериальных препаратов стало возможно проведение органосохраняющих оперативных вмешательств.

Основными показания к хирургическим методам лечения являются:

1. Наличие гнойного tuboовариального образования.
2. Отсутствие эффекта от проводимой медикаментозной терапии.

С	Рекомендуется проведение хирургического лечения при осложненных формах ВЗОМТ. Объем, доступ и кратность определяется степенью распространения процесса и тяжестью состояния пациентки
----------	---

Принцип хирургического лечения: своевременный и адекватный объем хирургического вмешательства, направленный на удаление очага деструкции, с максимальным сохранением ткани яичников у пациенток репродуктивного возраста.

Выбор доступа для хирургического лечения зависит от распространенности воспалительного процесса, наличия сопутствующих гинекологических и соматических заболеваний, предполагаемого объема вмешательства, а также условий и возможностей для их проведения. Лапароскопическое вмешательство является менее инвазивным методом.

Вопрос об объеме и доступе хирургического вмешательства решается врачебным консилиумом после получения информированного согласия пациентки.

С	Рекомендуется проведение дренирующих паллиативных операций (дренирование заднего свода, кольпотомия) у пациентки с осложненными формами ВЗОМТ при отсутствии возможности или условий для проведения адекватного хирургического вмешательства
----------	--

Дренирующие паллиативные операции проводятся под ультразвуковой навигацией. В ряде случаев они являются подготовительным этапом к основному хирургическому лечению, которое в данной клинической ситуации невозможно провести в связи с отсутствием условий или наличием противопоказаний.

Данные клинических испытаний о пользе лапароскопического разделения печеночных спаек и какого-либо другого дополнительного вмешательства при синдроме Фитца-Хью-Кертиса, являются недостаточными, чтобы дать конкретные рекомендации по лечению, помимо антибиотикотерапии.

ВЗОМТ у особых групп населения.

Беременность.

Беременные пациентки с ВЗОМТ подвержены высокому риску материнской заболеваемости и преждевременных родов и требуют госпитализации в стационар для

парентерального введения антибиотиков. Схемы антибактериальной терапии не должны включать доксициклин и фторхинолоны.

В	Данных клинических испытаний недостаточно, чтобы рекомендовать конкретный режим антибактериальной терапии для беременных женщин с ВЗОМТ, и следует рассмотреть эмпирическую терапию препаратами эффективными против гонореи, хламидиоза и анаэробных инфекций: цефалоспорины 3 поколения + макролиды + метронидазол
----------	---

Аллергия на пенициллины.

Необходимо тщательно собрать анамнез у пациентки для выявления аллергии на пенициллин, чтобы определить возможный уровень риска возникновения перекрестной аллергической реакции на цефалоспорины второго и третьего поколений. Стоит отметить, что перекрестная реактивность между пенициллинами и цефалоспоринами первого поколения – высока, но незначительна с цефалоспоринами второго и третьего поколений. Если лечение ВЗОМТ цефалоспоринами не может быть безопасным, пациента следует госпитализировать в стационар для парентерального лечения клиндамицином или гентамицином.

ВЗОМТ у женщины на фоне применения ВМС:

- ВМС не представляют повышенного риска на развитие ВЗОМТ после первых 20-ти дней после их введения.
- Лечение ВЗОМТ должно проводиться с применением соответствующих антибиотиков.
- Нет необходимости удалять ВМС, если наступает клиническое улучшение в течение 48-72 часов после начала антибактериальной терапии.
- ВМС может быть удалено по желанию пациентки, если она не преследует более контрацептивных целей. В таких случаях ВМС должно быть удалено после начала курса антибиотикотерапии.
- Если ВМС удаляется, то женщине может быть предложено использование других методов контрацепции, в том числе методов неотложной контрацепции, если такой метод является для нее приемлемым.
- Результаты лечения женщин с ВМС, содержащих левоноргестрел, в настоящее время неизвестны, так как текущие исследования включают только медные и негормональные ВМС.

ВИЧ-инфекция.

Женщины с ВЗОМТ, у которых также есть ВИЧ-инфекция, имеют те же симптомы, что и женщины без ВИЧ. Однако, женщины с ВИЧ подвергаются повышенному риску тубоовариальных абсцессов и у них чаще выявляются стрептококки и микоплазмы.

Нет доказательств того, что женщинам с ВИЧ необходима госпитализация или парентеральная терапия неосложненных ВЗОМТ.

В	Лечение пациентов с ВЗОМТ и ВИЧ-инфекцией проводится по тем же схемам, что и у женщин без ВИЧ. Никаких изменений в рекомендациях по лечению по сравнению с пациентами, не инфицированными ВИЧ, не требуется
----------	---

Медицинская реабилитация.

Специфической реабилитации нет.

Профилактика.

В	В рамках профилактики ВЗОМТ рекомендованы: 1) ежегодный скрининг на хламидиоз и гонорею у всех сексуально активных женщин моложе 25 лет и у женщин с повышенным риском заражения ИППП. 2) применение методов барьерной контрацепции для снижения риска инфицирования ИППП.
----------	--

Отмечена взаимосвязь между ВЗОМТ и анаэробными бактериями, ассоциированными с бактериальным вагинозом, но остаётся неясным, снижают ли скрининг и лечение бактериального вагиноза заболеваемость ВЗОМТ.

Также неизвестно, связан ли скрининг женщин на *M. genitalium* со снижением ВЗОМТ.

Рекомендуется с целью профилактики ВЗОМТ проводить интенсивное поведенческое консультирование всех взрослых с повышенным риском заражения ИППП и всех сексуально активных подростков, которое заключается в не менее 2-х часовом обучении. Консультирование с обучающим компонентом продолжительностью от 30 минут до 2-х часов также эффективно, но польза увеличивается при более длительном и интенсивном консультировании. Консультирование должно включать информацию о путях передачи и профилактике ИППП и практические навыки безопасного секса (использование презервативов).

Антибиотикопрофилактика ВЗОМТ рекомендуется:

- женщинам с ВЗОМТ в анамнезе или с расширенными маточными трубами на УЗИ, которым планируется гистеросальпингография;
- при проведении аборт в первом и втором триместрах беременности;

Антибиотикопрофилактика не рекомендуется при:

- кольпоскопии;
- биопсии эндометрия;
- установке ВМС;
- электрохирургической эксцизии шейки матки;
- абляции эндометрия.

Таблица 3. Рекомендации по скринингу на ИППП.

Бактериальный вагиноз	Рутинный скрининг у бессимптомных пациентов не рекомендуется. Обследование показано для женщин с симптомами.
Хламидия трахоматис	Ежегодный скрининг для всех сексуально активных женщин моложе 25 лет и всех женщин с повышенным риском ИППП (см. факторы риска).
Нейсерия гонореи	Ежегодный скрининг для всех сексуально активных женщин моложе 25 лет и всех женщин с повышенным риском ИППП (см. факторы риска).

Организация оказания медицинской помощи.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- 1) необходимость парентерального введения антибактериальных препаратов

- 2) тяжелое состояние, тошнота, рвота, температура $\geq 38^{\circ}\text{C}$, которые часто являются признаками осложненных форм ВЗОМТ, а также любой формы ВЗОМТ с проявлением системной воспалительной реакции;
- 2) неэффективность и невозможность амбулаторного лечения;
- 3) беременность;
- 4) невозможность исключить острую хирургическую патологию (аппендицит, внематочная беременность и т.д.).

Показания к выписке из медицинского учреждения – клиническое выздоровление.

Критерии оценки качества медицинской помощи.

№	Критерий качества	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 tuboовариальный абсцесс и/или при нарушении менструального цикла для исключения эктопической беременности	Да / нет
8	Проведена антибактериальная терапия	Да / нет
9	Проведено оперативное лечение при наличии гнойного tuboовариального образования и/или отсутствии эффекта от проводимой медикаментозной терапии	Да / нет

Список литературы.

1. Воспалительные болезни женских тазовых органов. Российское общество акушеров-гинекологов. Клинические рекомендации. Москва, 2021 г.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted diseases treatment guidelines (2015).
3. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease (2017). Jonathan Ross1, Secondo Guaschino, Marco Cusini and Jorgen Jensen.
4. The British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). Pelvic inflammatory disease. Guideline. 2019.

5. Национальное руководство гинекология. под руководством Савельевой Г.М., Сухих Г.Т., Серова В.Н., Радзинского В.Е., Манухина И.Б.2017.
6. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная гинекология. Руководство. Москва. Медпресс. 2001. С.288.
7. Diagnosis and management of tubo-ovarian abscesses. Kirsty Munro, Asma Gharaibeh, Sangeetha Nagabushanam, Cameron Martin. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Review. 2018. P 11-19.
8. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections – Management and treatment of specific syndromes – Pelvic Inflammatory Disease (PID). 2016.
9. De Carvalho NS, Palú G, Witkin SS Mycoplasma genitalium, a stealth female reproductive tract. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2019 Sep 14. doi: 10.1007/s10096-019-03707-8.
10. Tamarelle J, Thiébaud ACM, de Barbeyrac B, Bébéar C, Ravel J, Delarocque-Astagneau E. The vaginal microbiota and its association with human papillomavirus, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae and Mycoplasma genitalium infections: a systematic review and meta-analysis. Clin Microbiol Infect. 2019 Jan;25(1):35-47.
11. Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease: an abridged version of a Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Ricardo F Savaris, Daniele G Fuhrich, Rui V Duarte, Sebastian Franik, Jonathan D C Ross. Sex Transm Infect. 2019 Feb; 95(1): 21–27.
12. Kapustian V, Namazov A, Yaakov O, Volodarsky M, Anteby EY, Gemer O. Is intrauterine device a risk factor for failure of conservative management in patients with tubo-ovarian abscess? An observational retrospective study. Arch Gynecol Obstet. 2018 May;297(5):1201-1204.
13. Интернет ресурс www.mkb-10.com.
14. Ha MM, Belcher HME, 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(11-12):1271-1276.
15. Savaris RF, Fuhrich 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(1):21-27. doi:10.1136/sextrans-2018-053693.
16. Australian Sexual Health Alliance (ASHA). Australian management guideline. Pelvic inflammatory disease. 2018.
17. Erenel H, Yilmaz N, Oncul M, Acikgoz AS, Karatas S, Ayhan I, Aslan B, Tuten A. Usefulness of Serum Procalcitonin Levels in Predicting Tubo-Ovarian Abscess in Patients with Acute Pelvic Inflammatory Disease. Gynecol Obstet Invest. 2017;82(3):262-266. doi: 10.1159/000449161. Epub 2016 Sep 3. PMID: 27592364.
18. Pelvic Inflammatory Disease Management Guidelines.2017. The New Zealand Sexual Health Society.
19. Munson E, Bykowski H, Munson KL, et al. Clinical laboratory assessment of Mycoplasma genitalium transcription-mediated amplification using primary female urogenital specimens. J Clin Microbiol 2016; 54:432–8.;
20. Tan L. Clinical and diagnostic challenge of antimicrobial resistance in Mycoplasma genitalium. MLO Med Lab Obs 2017; 2017:8–12.].
21. Miller JM, Binnicker MJ, Campbell S, Carroll KC, Chapin KC, Gilligan PH, Gonzalez MD, Jerris RC, Kehl SC, Patel R, Pritt BS, Richter SS, Robinson-Dunn B, Schwartzman JD, Snyder JW, Telford S 3rd, Theel ES, Thomson RB Jr, Weinstein MP, Yao JD. A Guide to Utilization of the Microbiology Laboratory for Diagnosis of Infectious Diseases: 2018 Update by the Infectious Diseases Society of America and the American Society for Microbiology. Clin Infect Dis. 2018 Aug 31;67(6):e1-e94. doi: 10.1093/cid/ciy381. PMID: 29955859; PMCID: PMC7108105.].
22. Patel MD, Young SW, Dahiya N. Ultrasound of Pelvic Pain in the Nonpregnant Woman. Radiol Clin North Am. 2019 May;57(3):601-616.

28. Clinical Effectiveness Group. UK national guideline for the management of pelvic inflammatory disease 2011. London (UK): British Association for Sexual Health and HIV; 2011 Jun. 18 p. [39 references].
23. Xiao G., Xiao X. Sepsis-Induced Lung Injury: The Mechanism and Treatment //Severe Trauma and Sepsis. – Springer, Singapore, 2019. – С. 253-275.
24. Kulchavenya E., Naber K. G., Johansen T. E. B. Urogenital tuberculosis //Extrapulmonary Tuberculosis. – Springer, Cham, 2019. – С. 141-153.
25. Sartelli M, Weber DG, Ruppé E, Bassetti M., Wright BJ, Ansaloni L. et all. Antimicrobials: a global alliance for optimizing their rational use in intra-abdominal infections (AGORA). World J Emerg Surg. 2016 Jul 15;11:33. doi: 10.1186/s13017-016-0089-y. e Collection 2016.
26. 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.
27. Mathur M, Scutt LM. Nongynecologic Causes of Pelvic Pain: Ultrasound First. Obstet Gynecol Clin North Am. 2019 Dec;46(4):733-753.
28. Curry A, Williams T, Penny ML Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. Am Fam Physician. 2019 Sep 15;100(6):357-364.
29. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике: Евразийские клинические рекомендации/под ред. С.В.Яковлева, С.В.Сидоренко, В.В.Рафальского, Т.В.Спичак. М.:Издательство «Пре100 Принт», 2016 0-144с.
30. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии/ Под ред. Л.С.Страчунского, Ю.Б.Белоусова, С.Н.Козлова. – Смоленск: МАКМАХ, 2007. – 464с.
31. Магнитотерапия в лечебно-реабилитационных и профилактических программах: клинические рекомендации.- Москва. 2015, 47 с.
32. Лазерная терапия в лечебно-реабилитационных и профилактических программах: клинические рекомендации.- Москва. 2015, 68 с.
33. Клинические рекомендации, основанные на доказательствах «Физическая и реабилитационная медицина» Г.Н. Пономаренко, Д.В. Ковлен, Санкт-Петербург, 2018, 38 с.
34. Almeida CC, Maldaner da Silva VZM, Cipriano Junior G, Liebano RE, Quagliotti Durigan JL Transcutaneous electrical nerve stimulation and interferential current demonstrate similar effects in relieving acute and chronic pain: a systematic review with meta-analysis. Brazilian Journal of Physical Therapy 2018 Sep-Oct;22(5):347-354.
35. Duarte R, Fuhrich D, Ross JD. A review of antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease. Int J Antimicrob Agents. 2015 Sep;46(3):272-7. Epub 2015 Jun 17. PMID: 26126798.

Методология разработки протокола.

Национальный клинический протокол разработан в соответствии с требованиями Постановления Министерства здравоохранения республики Узбекистан и Национальной палаты инновационного здравоохранения республики Узбекистан № 59 от 23 декабря 2019 г.

В разработке протокола принимали участие специалисты ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии» и Национальной палаты инновационного здравоохранения Республики Узбекистан.

Создание данного протокола продиктовано медицинской значимостью проблемы, различиями в подходах в медицинской практике, существованием большого количества современных источников доказательств эффективности вмешательств.

Конфликт интересов: перед началом работы по созданию данного протокола все члены рабочей группы заполнили письменное Уведомление о конфликте интересов. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для применения в клинической практике по теме данного протокола.

Вовлечение заинтересованных сторон: при разработке руководящих принципов протокола и рекомендаций запрошены и учтены мнения целевой группы населения (пациентов и членов их семей), включая медицинские (польза для здоровья, побочные эффекты и риски вмешательств), этические, культурные, религиозные аспекты. Запрос мнений осуществлялся путем неформального интервью женщин в профильных отделениях ГУ РСНПМЦАГ.

Сбор, обобщение и критическая оценка доказательств.

Методы, использованные для сбора доказательств: поиск в электронных базах данных, библиотечные ресурсы. В качестве основных источников информации использовались клинические руководства медицинских сообществ и других профильных организаций разных стран на английском и русском языках за период 2012-2022 гг, приоритетными при разработке протокола явились данные последних 5 лет (с 2017 г.). В процессе разработки протокола не использовались учебники и монографии как источники с низким качеством доказательств или отсутствием таковых. Систематический поиск основных источников данных включал следующие базы данных:

- World Health Organization - <https://www.who.int/ru>
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGS) - <http://sogc.medical.org>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) - <http://www.nice.org.uk>
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) - <http://www.rcog.org.uk>
- Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) - <http://www.health.gov.au>
- New Zealand Guidelines Group (NZGG) - <http://www.nzgg.org.nz>
- Health professionals in Queensland public and private maternity and neonatal services - Guidelines@health.qld.gov.au
- European Society of Human Reproduction and Embryology - <http://eshre.eu/>
- Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ) - https://roag-portal.ru/clinical_recommendations

В качестве исходного документа для заимствования и адаптации рекомендаций использовались несколько клинических руководств из разных стран.

В случаях, когда в найденных и оцененных клинических руководствах отсутствовали требуемые рекомендации или они были описаны недостаточно/неполно, не подкреплялись доказательствами, противоречили друг другу, были неприменимы в местных условиях или устарели проводился дополнительный поиск рандомизированных контролируемых испытаний, систематических обзоров, мета-анализов, когортных исследований в базах данных: <http://www.cochrane.org>, <http://www.bestevidence.com>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>, <http://www.bmj.com>, <http://www.medmir.com>, <http://www.medscape.com>, <http://www.nlm.nih.gov> и др.

Проведена критическая оценка качества найденных источников с учетом современности клинических руководств, методологии их разработки, ранжирования рекомендаций по уровням достоверности доказательств и убедительности/силы, применимости к местным условиям оказания медицинской помощи.

Описание методов для формулирования рекомендаций. Окончательные рекомендации протокола формулировались путем заимствования части рекомендаций из нескольких клинических руководств в изначальной редакции без изменений, адаптации части рекомендаций клинических руководств к местным условиям, разработки рекомендаций на основе дополнительного поиска литературы. Рекомендации с низким качеством доказательств и не применимые в местных условиях – исключались. Заимствованные из клинических руководств рекомендации принимались с тем уровнем доказательности, с каким они были опубликованы изначально. В случае, если авторами зарубежных клинических руководств использовались другие шкалы уровней доказательности, то они (если это возможно) переводились в систему GRADE. В случаях, когда встречались одинаковые рекомендации в разных клинических руководствах, но с разным уровнем доказательности, рабочая группа включала в протокол ту рекомендацию, которая была сформулирована на основе более убедительных научных данных.

Протокол документально рецензирован внутренними и внешними экспертами. В случае, если доказательная база рекомендаций была более весома, чем мнение рецензента, или более приемлема для применения в условиях целевого звена здравоохранения, члены рабочей группы, оставляли за собой право отклонить предложения рецензентов.

При формировании окончательной редакции протокола проект протокола был представлен для обсуждения широкому кругу специалистов из числа профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директора филиалов ГУ РСНПМЦАГ и их заместители), врачей региональных учреждений системы родовспоможения. Проект протокола для обсуждения был доступен на официальном сайте ГУ РСНПМЦАГ (uzaig.uz) и телеграмм-канале. Отзывы принимались по электронной почте с заполнением стандартного Листа отзывов. Заключительное обсуждение проекта протокола и формирование окончательной его редакции проводилось в формате онлайн с участием рабочей группы, рецензентов, эксперта ВОЗ и широкого круга заинтересованных специалистов путем достижения неформального консенсуса.

Финансовая поддержка при разработке данного протокола оказана Представительством ВОЗ в Узбекистане и Представительством Фонда ООН в области народонаселения в Узбекистане (ЮНФПА/UNFPA). Внешнее финансирование включало методологическую поддержку в виде обеспечения внешней оценки документа экспертами ВОЗ на всех этапах

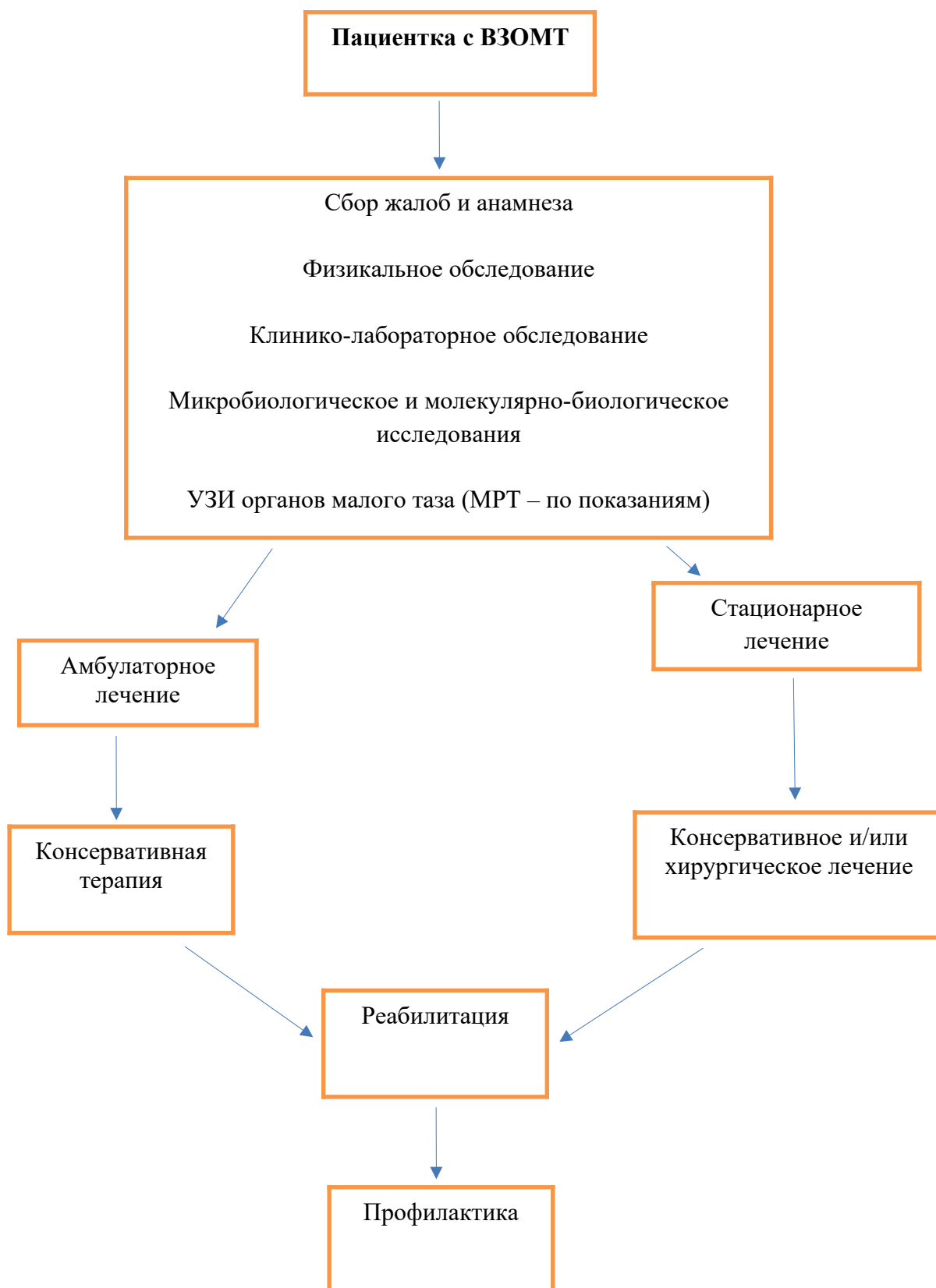
его разработки и техническую поддержку в виде перевода протокола на узбекский язык и его тиражирования. Мнения и интересы финансирующих органов не повлияли на окончательные рекомендации протокола.

В рекомендациях данного клинического протокола все сведения ранжированы по уровню убедительности рекомендаций в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств):

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 выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	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)

Алгоритм действий при ВЗОМТ.



Рекомендуемые схемы антибактериальной терапии при ВЗОМТ.

При выборе схемы антибактериального лечения следует учитывать:

- доступность,
- стоимость,
- приемлемость для пациента,
- побочные эффекты и противопоказания к препаратам.

Амбулаторное лечение – рекомендуемые схемы:

МНН	Режим дозирования	
Схема 1 УУР А	Цефтриаксон или другие парентеральные цефалоспорины	1,0 г в/м однократно
	Доксициклин	<i>ПЛЮС</i> 100 мг перорально два раза в день в течение 14 дней
	Метронидазол	<i>С или БЕЗ</i> 500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней
Схема 2 УУР А	Офлоксацин	перорально 400 мг каждые 12 часов в течение 14 дней
	Метронидазол	<i>ПЛЮС</i> перорально 500 мг каждые 12 часов в течение 14 дней (офлоксацин может быть заменен левофлоксацином 500 мг один раз в сутки)
Схема 3 УУР А	Левифлоксацин	перорально 500 мг каждые 24 часа в течение 14 дней
	Метронидазол	<i>ПЛЮС</i> перорально 500 мг каждые 12 часов в течение 14 дней
Схема 4 УУР А	Моксифлоксацин	перорально 400 мг каждые 24 часа в течение 14 дней

Альтернативные схемы амбулаторного лечения:

МНН	Режим дозирования	
Схема 1 УУР В	Цефтриаксон	1,0 г в/м однократно
	Азитромицин	<i>ПЛЮС</i> пероральный 1 г разовая доза с последующей второй дозой перорального азитромицина 1 г через 1 неделю (всего 2 дозы с интервалом 7 дней) <i>С или БЕЗ</i>

	Метронидазол	500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней
Схема 3	Офлоксацин	400 мг два раза в день перорально в течение 14 дней <i>ПЛЮС</i>
	Метронидазол	500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней
Схема 4	Левифлоксацин	500 мг перорально один раз в день в течение 14 дней <i>ПЛЮС</i>
	Метронидазол	500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней
Схема 5	Моксифлоксацин	перорально 400 мг каждые 24 часа в течение 14 дней <i>ПЛЮС</i>
	Метронидазол	перорально 500 мг каждые 12 часов в течение 14 дней

Стационарное лечение – рекомендуемые схемы:

МНН	Режим дозирования	
Схема 1 УУР А	Цефотетан	2 г в/в каждые 12 часов
	или	
	цефокситин	2 г в/в каждые 6 часов
	или	
	цефтриаксон	1,0 г в/в или в/м каждые 12 часов <i>ПЛЮС</i>
	Доксициклин	100 мг два раза в день перорально или в/в в течение 14 дней <i>С</i> или <i>БЕЗ</i>
	Метронидазол	500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней
Схема 2 УУР А	Клиндамицин	900 мг внутривенно каждые 8 часов <i>ПЛЮС</i>
	Гентамицин	2 мг/кг в в/в или в/м с последующей поддерживающей 1,5 мг/кг каждые 8 часов (можно 3-5 мг/кг 1 раз в сутки) <i>С</i> переходом на:
	Доксициклин	100 мг перорально каждые 12 часов <i>ПЛЮС</i>
	Клиндамицин	450 мг перорально каждые 6 часов <i>С ИЛИ БЕЗ</i>
	Метронидазол	500 мг перорально два раза в день

Альтернативные схемы стационарного лечения:

МНН	Режим дозирования	
Схема 1 УУР В	Ампициллин / Сульбактам	3 г в/в каждые 6-8 часов
	Доксициклин	<i>ПЛЮС</i> 100 мг перорально каждые 12 часов
Схема 2 УУР В	Офлоксацин	400 мг внутривенно каждые 12 часов в течение 14 дней
	Метронидазол	<i>ПЛЮС</i> 500 мг внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней
Схема 3 УУР В	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)
	Метронидазол	<i>ИЛИ</i> 500 мг внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней, в сочетании с 12-дневным курсом
Схема 4 УУР В	Ципрофлоксацин	200 мг внутривенно каждые 12 часов в течение 14 дней
	Доксициклин	<i>ПЛЮС</i> 100 мг внутривенно или перорально каждые 12 часов в течение 14 дней
	Метронидазол	<i>ПЛЮС</i> 500 мг внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней

Какой из цефалоспоринов является оптимальным выбором терапии остается неясным. С одной стороны, цефоситин лучше действует на анаэробы, тогда как цефтриаксон лучше действует на *N. gonorrhoeae*, а также других аэробных и анаэробных бактерий, связанных с ВЗОМТ. Использование доксициклина + метронидазол в отсутствие цефтриаксона не рекомендуется, поскольку доказательная база эффективности такой схемы лечения ограничена. В существующих исследованиях сообщается о значительной частоте неэффективности лечения доксициклином + метронидазол, добавление цефтриаксона улучшает результаты лечения ВЗОМТ.

Использование доксициклина в качестве первого выбора предпочтительно при лечении ВЗОМТ из-за его повышенной эффективности при совместном лечении хламидиоза. Внутривенное вливание доксициклина часто вызывает боль, поэтому доксициклин следует применять перорально, когда это возможно. Пероральное и внутривенное введение доксициклина обеспечивает аналогичную биодоступность.

Рутинное использование фторхинолонов для эмпирического лечения ВЗОМТ легкой и средней степени тяжести, в том числе гонорейной этиологии, больше не рекомендуется из-за быстро возникающей к ним резистентности. Фторхинолоны в качестве препаратов первой линии могут быть рассмотрены в регионах с большим распространением гонореи, а также для пациентов, у которых этиологическим фактором ВЗОМТ доказанно является *Mycoplasma genitalium*. Фторхинолоны также не лицензированы для использования у пациентов в возрасте до 18 лет.

Использование цефалоспоринов III поколения ограничено по спектру на анаэробы, поэтому важно для лечения ВЗОМТ рассматривать возможность добавлять нитроимидазолы (метронидазол, орнидазол, тинидазол) в схемы лечения. Отсутствие лечения против анаэробных возбудителей у женщин с острым ВЗОМТ может предрасполагать к развитию их осложнений.

Метронидазол включен в схемы лечения ВЗОМТ для перекрытия анаэробной флоры. Анаэробы имеют относительно большее значение у пациентов с тяжелыми формами ВЗОМТ. Метронидазол может быть прекращен у пациентов с легким или умеренным ВЗОМТ, которые не могут его переносить. Следует избегать употребления алкоголя за 12 часов до лечения, во время лечения и от 24 до 48 часов после лечения метронидазолом.

Моксифлоксацин обладает хорошей микробиологической активностью в отношении *Mycoplasma genitalium*.

Ампициллин-сульбактам, в отличие от клиндамицина, не вызывает селективное подавление микробной резистентности. Препарат эффективен в отношении *N. Gonorrhoeae* и анаэробов.

Нет четких доказательств превосходства какой-либо из рекомендованных схем над другими. Поэтому пациентов с аллергией на один из предложенных режимов лечения следует лечить альтернативным.

Информация для пациента.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) – это группа воспалительных заболеваний органов верхних отделов женского репродуктивного тракта. ВЗОМТ развиваются в результате проникновения инфекции из влагалища и шейки матки в полость матки, яичники или фаллопиевы трубы.

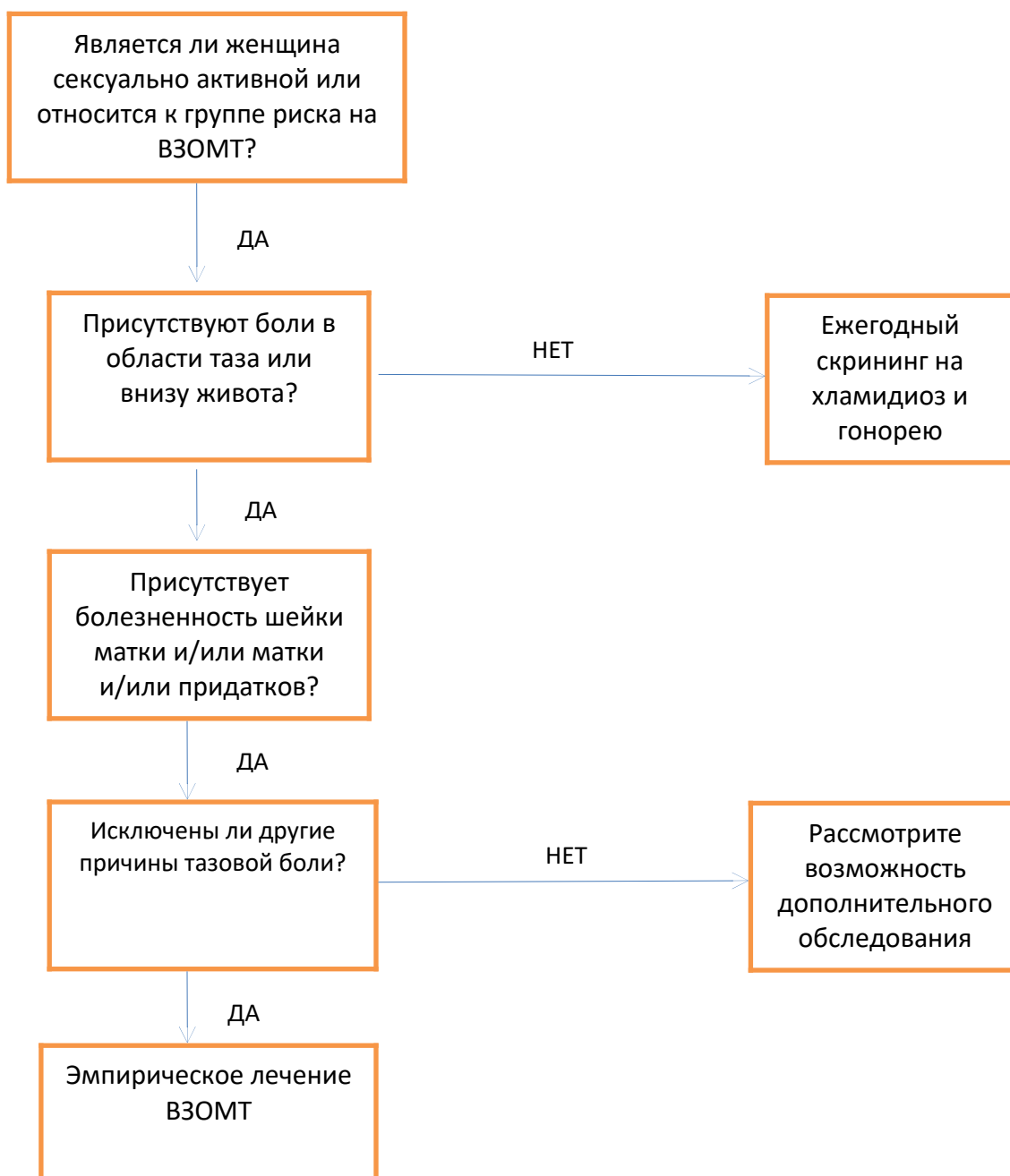
К возбудителям ВЗОМТ относят гонококки, хламидии, а также при снижении иммунитета – условно-патогенные микробы. Смешанный характер инфекции и высокая частота бесконтрольного многократного использования антибактериальных препаратов способствуют развитию устойчивости к антибиотикам, что обуславливает сложность лечения этой группы заболеваний. При отсутствии своевременной диагностики и лечения могут развиваться долгосрочные последствия ВЗОМТ, такие как бесплодие, невынашивание беременности, спаечный процесс, хроническая тазовая боль, внематочная беременность.

К факторам риска развития ВЗОМТ относят молодой возраст (до 25 лет), частая смена половых партнеров, инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) у женщины или ее партнера, акушерские и гинекологические операции и внутриматочные диагностические процедуры, введение внутриматочной спирали (в течение последних 3 недель).

Основные симптомы ВЗОМТ: гнойные выделения из влагалища, ациклические кровянистые выделения из половых путей, боль в нижней части живота разной степени интенсивности, лихорадка и озноб, болезненное мочеиспускание, тошнота и рвота, боли при половых контактах. Наличие одного из этих или симптомов не означает, что у вас ВЗОМТ. Это может быть признаком и других серьезных патологических состояний, таких как аппендицит или внематочная беременность. При наличии перечисленных симптомов вы должны обратиться к гинекологу и пройти обследование (мазки из влагалища и шейки матки, анализы крови, ультразвуковое исследование, а также в некоторых случаях МРТ, биопсия эндометрия, лапароскопия).

Основное лечение – антибиотикотерапия (1 или более видов препаратов). Необходимо придерживаться рекомендациям вашего врача и провести назначенную терапию. При необходимости требуется госпитализация, а хирургическое вмешательство. Половые партнеры женщин с ИППП должны получать терапию, даже при отсутствии симптомов. Для профилактики ВЗОМТ необходимо использовать презервативы для предотвращения рисков ИППП, а также ограничить количество сексуальных партнеров..

Алгоритм тактики ведения ВЗОМТ.



Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций.

1. Я, _____ (Ф.И.О. пациента)
« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу

_____, даю
(адрес места жительства (пребывания) пациента либо его законного представителя)

информированное согласие на предстоящее медицинское вмешательство в _____

(наименование медицинского учреждения)

2. В доступной для меня форме мне разъяснены возможные методы и варианты предстоящих медицинских вмешательств, их последствия, необходимость, цель и ожидаемые результаты предстоящего обследования, диагностики и/или лечения, в том числе вероятность развития осложнений, а также последствия отказа от медицинского вмешательства.

3. Я проинформирован, что точно предсказать результат и исход медицинского вмешательства невозможно. Я понимаю, что любое лечение или операция сопряжены с риском для жизни и могут привести к временной или постоянной, частичной или полной нетрудоспособности. Никакие гарантии относительно результатов медицинского вмешательства не предоставляются.

4. Я понимаю, что в процессе диагностических, лечебных и иных вариантов медицинских вмешательств могут возникнуть непредвиденные экстренные обстоятельства и осложнения, при которых я буду не в состоянии дать согласие на проведение необходимых экстренных действий (повторных операций или процедур). В таких ситуациях ход медицинского вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.

5. Я знаю, что в целях максимальной эффективности предстоящего медицинского вмешательства я обязан поставить врача в известность о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, в том числе об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, употреблении алкоголя, наркотических или токсических препаратов.

6. Я понимаю, что при проведении хирургического вмешательства возможна потеря крови и может возникнуть необходимость в переливании донорской крови или ее компонентов, на что я даю добровольное согласие. Я получил разъяснения от лечащего врача о цели переливания крови или ее компонентов, необходимости переливания, характере и особенностях процедуры, возможных последствиях, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий. Я извещен о вероятном течении заболевания при отказе от переливания крови и ее компонентов.

7. Я согласен на запись моего лечебно-диагностического процесса на любые информационные носители, с использованием любых технических средств, а также на

взятие у меня в диагностических и лечебных целях образцов биологических материалов, в том числе клеток, тканей, биологических жидкостей.

8. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи или потребовать его (их) прекращения, мне также разъяснены возможные последствия такого отказа.

9. Я разрешаю предоставлять информацию о моей болезни, прогнозе и лечении только:

(доверенные лица)

11. Я ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа, они мне понятны, о чем свидетельствует моя подпись ниже.

Подпись

Дата «__» _____ г.