

ГБУ РД «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Вид документа	Шаблон «Клинический протокол»	
	Версия	№1
	Запись в Едином реестре документации	№
	Экземпляр	№ 1
	Введен в действие	« » 2021 г
Конфиденциально	Срок действия	До 2023г
Название документа	Клинический протокол «Воспалительные болезни женских тазовых органов» N70, N71, N73 Возрастная группа -взрослые. Год утверждения 2021	

«Утверждено приказом №

« » _____
2021 г

	должность	ФИО	подпись	дата
Разработано:				
Оформлено:				
Согласовано				

I. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

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.

Сальпингит – воспалительное заболевание маточных труб.

Оофорит - воспалительное заболевание яичников.

Тубоовариальный 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 – воспалительное заболевание висцеральной и париетальной брюшины малого таза.

1. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний):

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

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. 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)

факторы, связанные с сексуальным поведением

несколько половых партнеров

смена полового партнера (в пределах последних трех месяцев)

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

акушерские и гинекологические операции и внутриматочные диагностические манипуляции

введение внутриматочной спирали в течение последних 3 недель

2. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).

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, тубоовариальный,

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; эндометрит; метроэндометрит.

2. Осложненные: пиосальпинкс; пиовар; параметрит; тубоовариальный 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.

3. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).

К основным симптомам относят боли внизу живота, 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 кровянистых выделений, обильных менструаций, посткоитальных кровотечений, чаще ассоциирующиеся с цервицитом и эндометритом. Симптомы ВЗОМТ неспецифичны. В ряде случаев может наблюдаться лихорадка или озноб, дизурия, 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*).

II. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.

1. Жалобы и анамнез

2. 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 влагалищное исследование)

3. Лабораторные диагностические исследования:

1. 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.

2. 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.

3. В качестве маркера тубо-овариального абсцесса может быть использовано повышение уровня прокальцитонина выше 0.33 нг/мл (чувствительность метода составляет 62%, специфичность 75%).

4. 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.

5. Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ проведение молекулярно-биологического исследования отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на ИППП.

(*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*).

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

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.

7. 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* А и В групп, *Enterococcus* и др.) и более редкие возбудители ВЗОМТ (например, *Actinomyces*).

8. Рекомендуется всем пациентам с подозрением на тубоовариальный абсцесс (по данным УЗИ) определение уровня хорионического гонадотропина (бета-ХГЧ) в крови.

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. При отсутствии возможности ургентного определения уровня бета-ХГЧ в крови, может быть использован мочевого тест на беременность .

Инструментальные методы исследования:

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

УЗИ органов малого таза (с помощью трансвагинального и трансабдоминального датчиков) более информативен для диагностики тубоовариального абсцесса. УЗИ может применяться для дифференциальной диагностики.

2. 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.

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

3. 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.

4. 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 кровотечениях и др. проведение биопсии эндометрия с патолого-анатомическим исследованием биопсийного материала при возможности под контролем гистероскопии.

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

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).

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

Консервативные методы:

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

1. Важным компонентом в лечении ВЗОМТ является назначение антибактериальных препаратов. Следует обеспечить элиминацию всего спектра возможных возбудителей (гонококков, хламидий, генитальной микоплазмы,

грамотрицательной кишечной микрофлоры, грамположительных аэробов, анаэробов и др.). В процессе лечения необходимы тщательный контроль эффективности и своевременное принятие решения о смене антибактериального препарата при отсутствии эффекта в течение 48-72 часов и/или развитии нежелательных побочных лекарственных реакций у пациентки.

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, с целью предотвращения хронизации воспалительного процесса, а также рецидивов и осложнений. В случае неэффективности консервативной терапии ВЗОМТ тактика ведения пациентки определяется решением врачебной комиссии.

2. Рекомендуется пациенткам с ВЗОМТ проводить терапию антибактериальными препаратами эмпирически с охватом всего спектра вероятных возбудителей с предварительным проведением культурального исследования для последующей коррекции лечения, с последующим переходом на препараты альтернативных схем (при неэффективности лечения).
3. Рекомендуется пациенткам с легкими и среднетяжелыми формами ВЗОМТ пероральная антибактериальная терапия на амбулаторном или стационарном этапе лечения.
4. 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.
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.
5. Рекомендуется пациенткам с ВЗОМТ для лечения грибковой инфекции, подтвержденной данными микробиологического (культурального) исследования, терапия противогрибковыми препаратами 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.

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

7. Рекомендуется пациенткам с ВЗОМТ с распространенными формами и тяжелым течением заболевания проводить комплексную терапию (инфузионная (по анатомо-терапевтической-химической классификации (АТХ) – Растворы, влияющие 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.

Инфузионную терапию (кристаллоиды (по АТХ – Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс), корректоры электролитного обмена плазмозамещающие и белковые препараты (по АТХ – растворы, влияющие на водно-электролитный баланс и кровезаменители и препараты плазмы) следует проводить в объеме инфузий 1,5-2,5 л/сутки. Продолжительность терапии индивидуальна (в среднем 4-7 суток). Профилактику венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) проводят низкомолекулярными гепаринами (по АТХ-Гепарины).

В качестве симптоматической терапии применяют антианемические препараты, витамины и др.

8. Рекомендуется пациенткам со ВЗОМТ избегать половых контактов до тех пор, пока они не завершат лечение.

Хирургические методы:

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:

- Наличие гнойного tuboовариального образования.
- Отсутствие эффекта от проводимой медикаментозной терапии

- 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 экстрагенитальных заболеваний, предполагаемого объема вмешательства, а также условий и возможностей для их проведения.

При возможности вопрос об объеме и доступе хирургического вмешательства решается врачебной комиссией после получения информированного согласия пациентки.

- 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.

Рекомендуемые схемы антибактериальной терапии при ВЗОМТ

Амбулаторное лечение рекомендуемые схемы:

	МНН	Режим дозирования
Схема 1	Цефтриаксон ** Доксициклин** Метронидазол**	250 мг в /м однократно <i>ПЛЮС</i> 100 мг перорально два раза в день в течение 14 дней <i>С</i> или <i>БЕЗ</i> 500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней
Схема 2	Цефтриаксон** Доксициклин** Метронидазол**	500 мг в / м разовая доза 100 мг пероральный прием каждые 12 часов <i>ПЛЮС</i> 500 мг каждые 12 часов в течение 14

		дней
Схема 3	Офлоксацин** Метронидазол **	перорально 400 мг каждые 12 часов <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 4	Левифлоксацин** Метронидазол**	перорально 500 мг каждые 24 часа <i>ПЛЮС</i> перорально 500 мг каждые 12 часов в течение 14 дней

Альтернативные схемы амбулаторного лечения:

	МНН	Режим дозирования
Схема 1	Левифлоксацин** #Метронидазол **	500 мг перорально один раз в день или <i>С</i> или <i>БЕЗ</i> 500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней
Схема 2	Офлоксацин ** Метронидазол**	200-400 мг два раза в день в течение 14 дней <i>С</i> или <i>БЕЗ</i> 500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней
Схема 3	Цефтриаксон** Азитромицин**	500 мг в / м разовая доза <i>ПЛЮС</i> пероральный 1 г разовая доза с последующей второй дозой перорального азитромицина 1 г через 1 неделю
Схема 4	Цефтриаксон ** Азитромицин**	250 мг в / м разовая доза <i>ПЛЮС</i> пероральный 1 г разовая доза с последующей второй дозой перорального азитромицина 1 г через 1 неделю
Схема 5	Моксифлоксацин**	перорально 400 мг каждые 24 часа в течение 14 дней

Стационарное лечение рекомендуемые схемы:

	МНН	Режим дозирования
Схема 1	Клиндамицин** Гентамицин **	900 мг внутривенно каждые 8 часов <i>ПЛЮС</i> 2 мг/кг в сутки с последующей

	Доксициклин** Клиндамицин**	поддерживающей 1,5 мг/кг каждые 8 часов (можно 3-5 мг/кг каждые 24 час) С переходом на: 100 мг перорально каждые 12 часов Или 450 мг перорально каждые 6 часов
Схема 2	Клиндамицин** Гентамицин** Клиндамицин** Доксициклин** Метронидазол**	900 мг внутривенно каждые 8 часов 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: либо перорального 450 мг каждые 6 часов ИЛИ перорального 100 мг каждые 12 часов ПЛЮС перорально 500 мг два каждые 12 часов

Альтернативные схемы стационарного лечения:

	МНН	Режим дозирования
Схема 1	Ампициллин+[Сульбактам]** Доксициклин**	3 г внутривенно каждые 6-8 часов ПЛЮС 100 мг перорально каждые 12 часов
Схема 2	Офлоксацин** Метронидазол**	400 мг внутривенно каждые 12 часов ПЛЮС 500 мг внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней
Схема 3	Азитромицин** Метронидазол**	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 течение 14 дней, в сочетании с 12-дневным курсом метронидазола
Схема 4	Ципрофлоксацин** Доксициклин** Метронидазол**	200 мг внутривенно каждые 12 часов ПЛЮС 100 мг внутривенно (или перорально) каждые 12 часов ПЛЮС 500 мг внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней

Примечание: Использование цефалоспоринов III поколения ограничено по спектру на анаэробы, поэтому важно для лечения ВЗОМТ рассматривать возможность добавлять нитроимидазолы (метронидазол, орнидазол, тинидазол) в схемы лечения.

IV. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

- Рекомендовано придерживаться общих принципов реабилитации после хирургического лечения.
- комплексная оценка исходного состояния пациентки и формулировка программы реабилитации;
- составление плана необходимых для реабилитации диагностических и лечебных мероприятий;
- мультидисциплинарный принцип организации реабилитационной помощи;
- контроль эффективности проводимой терапии в процессе восстановительного лечения и по окончании курса реабилитации.

Послеоперационная реабилитация с применением физиотерапевтических методов на фоне адекватной антибактериальной терапии оказывает анальгетический, противовоспалительный эффекты и имеет важное значение для восстановления функции органов репродуктивной системы.

При ВЗОМТ могут применяться следующие виды физиолечения:

1) абдоминальная и/или абдоминально-влагалищная методики переменного магнитного поля. Курс лечения №20, проводится 1-2 раза в день независимо от дня менструального цикла.

- абдоминальная или влагалищная методики низкоинтенсивного лазерного излучения и магнитолазерной терапии. Курс лечения № 10, проводятся 1 раз в день независимо от дня менструального цикла.
- абдоминальная методика сверхвысокочастотного электромагнитного поля (СВЧ-терапия). Курс лечения № 10, проводится 1 раз в день.

Не рекомендуется использовать данный фактор при сопутствующих пролиферативных заболеваниях органов малого таза - миоме матки, наружном генитальном эндометриозе, а также при перенесенных или имеющихся онкологических заболеваниях. Учитывая эстрогенстимулирующий эффект фактора, лечение целесообразно начинать на 5-6-7 день менструального цикла.

В рамках профилактики ВЗОМТ рекомендованы:

- 1) ранняя диагностика ИППП для предотвращения ВЗОМТ (проведение ежегодного скрининга на хламидиоз и гонорею у всех сексуально активных женщин моложе 25 лет и у сексуально активных женщин 25 лет и старше с повышенным риском заражения ИППП.
- 2) применения методов барьерной контрацепции для снижения риска инфицирования ИППП.

Рекомендовано санаторно-курортное лечение пациенткам при хроническом сальпингите/оофорите не ранее, чем через 2 месяца после окончания антибактериальной терапии.

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

V. Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- 1) 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) наличие иммунодефицита (ВИЧ-инфекция, иммуносупрессивная терапия и т.д.);
- 5) невозможность исключить острую хирургическую патологию (аппендицит, внематочная беременность и т.д.).

Показания к выписке из медицинского учреждения:

- Клиническое выздоровление

VIII. Критерии оценки качества медицинской помощи:

№	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
1	Проведен визуальный осмотр наружных половых органов, физикальное обследование (оценка состояния кожных	Да/нет

	покровов и слизистых, температуры тела, ЧСС, частоты дыхательных движений, проведение поверхностной ориентировочной пальпации живота, осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование)	
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 нарушении 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

Х. Информация для пациента (Кратко о заболевании)

- 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.

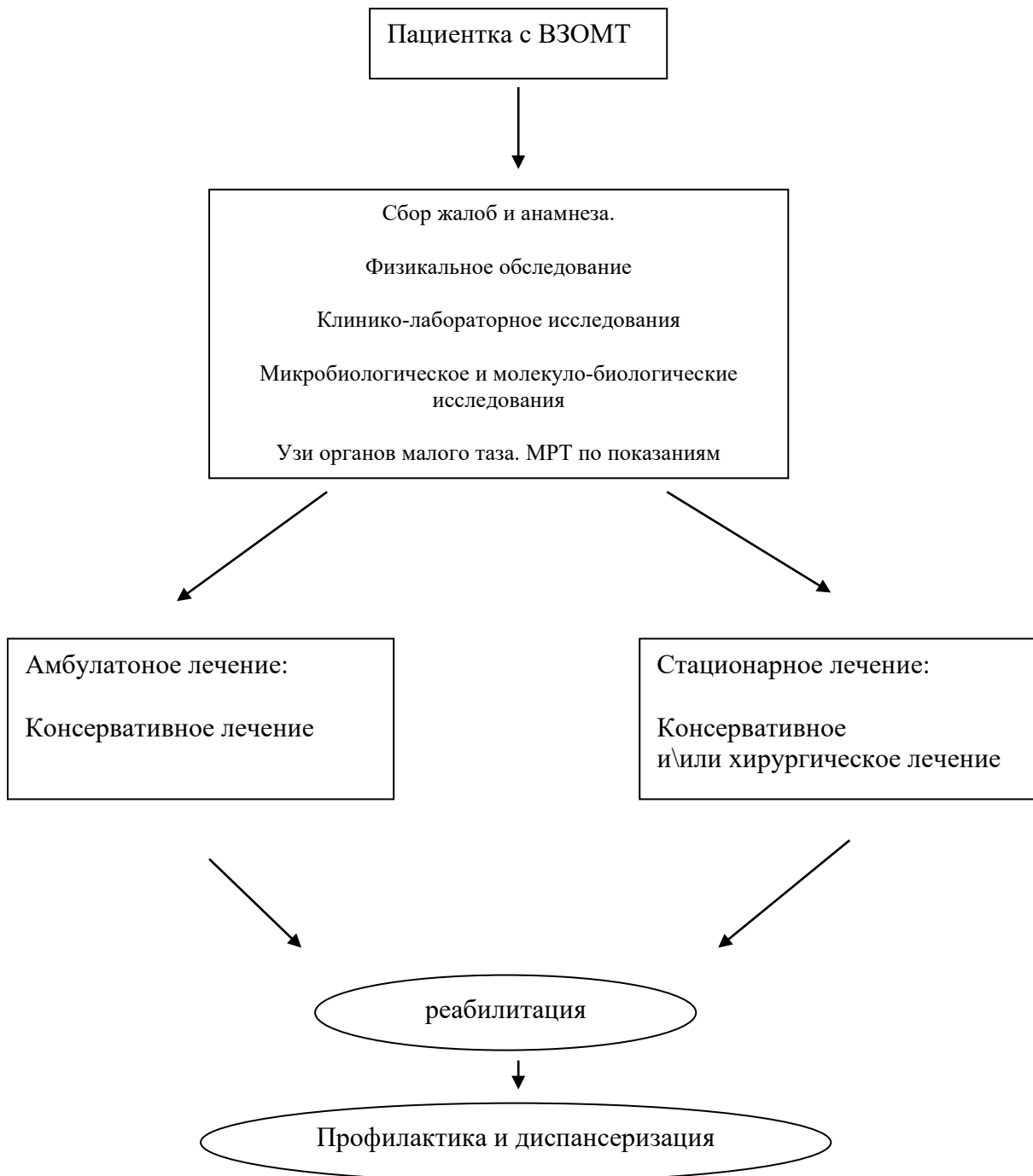
К факторам риска развития ВЗОМТ относят молодой возраст (до 25 лет), частая смена половых партнеров, инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) у женщины или ее партнера, акушерские и гинекологические операции и внутриматочные диагностические процедуры, введение внутриматочной спирали (в течение последних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

Основной 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.

XI. Алгоритмы действий врача (схема)



Предположительные, дополнительные и специфические критерии ВЗОМТ

Предположительные критерии	Дополнительные критерии	Специфические критерии
<ul style="list-style-type: none"> - болезненность при пальпации нижних отделов живота - болезненные тракции шейки матки при бимануальном влагалищном исследовании - болезненность при пальпации области придатков при бимануальном влагалищном исследовании. 	<ul style="list-style-type: none"> - подъем температуры более 38,0°C - большое количество лейкоцитов в вагинальном секрете; - повышение СОЭ - повышение уровня СРБ - обнаружение <i>N. gonorrhoeae</i> или <i>C. trachomatis</i> в отделяемом из цервикального канала 	<ul style="list-style-type: none"> - 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.

ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ

№ п/п	Ф.И.О.	подпись	дата
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
32.			
33.			
34.			
35.			
36.			
37.			
38.			
39.			
40.			

Рассылка

Получил, ознакомлен

№ экземпляра	ФИО
Контр.	В дело
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	