



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Воспалительные болезни женских тазовых органов

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **N70, N71, N73**

Год утверждения (частота пересмотра): **2021**

Возрастная категория: **Взрослые**

Год окончания действия: **2023**

ID: **643**

Разработчик клинической рекомендации

Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Краткая информация по заболеванию или состоянию

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) - воспалительные заболевания органов верхнего отдела женского репродуктивного тракта, включающие эндометрит, параметрит, сальпингит, оофорит, тубоовариальный 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 .

Этиология и патогенез заболевания или состояния

ВЗОМТ представляют собой заболевания органов верхних отделов женского репродуктивного тракта, включающие эндометрит, параметрит, сальпингит, оофорит, тубоовариальный 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.* и т.д

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; внутриматочные диагностические манипуляции

введение внутриматочной спирали в течении последних 3 недель

Эпидемиология заболевания или состояния

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

Классификация заболевания или состояния

1. Неосложненные: острый сальпингит; эндометрит; 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.

Клиническая картина заболевания или состояния

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. [15-17]. 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) [2,3], который является часто результатом хламидийной инфекции (возбудитель *Chlamydia trachomatis*).

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

специфические критерии (см. приложение Г. таб.1). **Диагностика заболевания или состояния**

Медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Диагноз устанавливается на основании жалоб пациентки, анамнестических данных, физикального обследования, лабораторных и инструментальных данных

Жалобы и анамнез

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)

Лабораторные диагностические исследования

Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ проводить общий (клинический) анализ крови развернуто

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

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 .

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*)

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*)

Рекомендуется пациентам с подозрением на ВЗОМТ проводить микроскопическое исследование влагалищных мазков на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы [1-3,7].

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

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

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

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

Инструментальные диагностические исследования

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

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

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

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

Иные диагностические исследования

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

рецидивам, резистентные к стандартной терапии, упорная дизурия, прогрессирующее уменьшение емкости мочевого пузыря, стерильная пиурия, пиурия, гематурия [30].

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

Консервативное лечение

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

Важным компонентом в лечении ВЗОМТ является назначение антибактериальных препаратов. Схемы антибактериальной терапии многообразны, однако следует отметить малочисленность адекватных контролируемых клинических исследований по их эффективности. Рекомендации по режимам антибактериальной терапии при ВЗОМТ варьируют в разных странах, но основные принципы лечения являются общепринятыми [2]. 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 . 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 врачебной комиссии .

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) .

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

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 .

Рекомендуется пациенткам с ВЗОМТ для лечения грибковой инфекции, подтвержденной данными микробиологического (культурального) исследования, терапия противогрибковыми препаратами системного действия .

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

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 [4].

Рекомендуется пациенткам со ВЗОМТ избегать половых контактов до тех пор, пока они не завершат лечение [2,3].

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 :

Наличие гнойного тубоовариального 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.

- 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 [4].

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.

Комментарии: 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 [41].

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 .

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

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

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
1	Проведен визуальный осмотр наружных половых органов, физикальное обследование (оценка состояния кожных покровов и слизистых, температуры тела, ЧСС, частоты дыхательных движений, проведение поверхностной ориентировочной пальпации живота, осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование)	Да/нет
2	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/нет
3	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/нет
4	Выполнено микроскопическое исследование влагалищных мазков	Да/нет
5	Выполнено молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей ИППП	Да/нет
6	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	Да/нет
7	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина в крови или исследование мочи на хорионический гонадотропин женщинам с подозрением на tuboovarianый 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 tuboovarianого образования и/или отсутствии эффекта от проводимой медикаментозной терапии	Да/нет

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-акушеры-гинекологи, врачи-терапевты, врачи общей практики
2. Студенты, ординаторы, аспиранты
3. Преподаватели, научные сотрудники

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

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

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций(УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	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)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций 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 КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Рекомендуемые схемы антибактериальной терапии при ВЗОМТ

Амбулаторное лечение рекомендуемые схемы:

МНН	Режим дозирования
------------	--------------------------

#Схема 1 [48]	Цефтриаксон ** Доксициклин** Метронидазол**	250 мг в /м однократно <i>ПЛЮС</i> 100 мг перорально два раза в день в течение 14дней <i>С или БЕЗ</i> 500 мг перорально два раза в день в течение 14дней
#Схема 2 [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 [2]	Офлоксацин** Метронидазол **	перорально 400 мг каждые 12 часов <i>ПЛЮС</i> перорально 500 мг каждые 12 часов в течение 14дней (офлоксацин может быть заменен левофлоксацином 500 мг один раз в сутки)
#Схема 4 [10]	Левифлоксацин** Метронидазол**	перорально 500 мг каждые 24 часа <i>ПЛЮС</i> перорально 500 мг каждые 12 часов в течение 14дней

Альтернативные схемы амбулаторного лечения:

	МНН	Режим дозирования
Схема 1 [10, 43]	Левифлоксацин** #Метронидазол **	500 мг перорально один раз в день или <i>С или БЕЗ</i> 500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней
Схема 2 [2, 10]	Офлоксацин ** #Метронидазол**	200-400 мг два раза в день в течение 14 дней <i>С или БЕЗ</i> 500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней
#Схема 3 [2]	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 [43]	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 [10]	Моксифлоксацин**	перорально 400 мг каждые 24 часа в течение 14дней

Стационарное лечение рекомендуемые схемы:

	МНН	Режим дозирования
--	------------	--------------------------

Схема 1	Клиндамицин** Гентамицин ** Доксициклин** Клиндамицин**	900 мг внутривенно каждые 8 часов <i>ПЛЮС</i> 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: 100 мг перорально каждые 12 часов ИЛИ 450 мг перорально каждые 6 часов
Схема 2	Клиндамицин** Гентамицин**	900 мг внутривенно каждые 8 часов <i>плюс</i> 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 <i>ИЛИ</i> перорального 100 мг каждые 12 часов <i>ПЛЮС</i> перорально 500 мг два каждые 12 часов
	Клиндамицин**	
	Доксициклин**	
	#Метронидазол**	

Альтернативные схемы стационарного лечения:

	МНН	Режим дозирования
#Схема 1	Ампициллин+[Сульбактам]** Доксициклин**	3 г внутривенно каждые 6-8 часов <i>ПЛЮС</i> 100 мг перорально каждые 12 часов
Схема 2 [43]	Офлоксацин** #Метронидазол**	400 мг внутривенно каждые 12 часов <i>ПЛЮС</i> 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 [43]	Ципрофлоксацин** Доксициклин** Метронидазол**	200 мг внутривенно каждые 12 часов <i>ПЛЮС</i> 100 мг внутривенно (или перорально) каждые 12 часов <i>ПЛЮС</i> 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 [33].

Приложение Б. Алгоритмы действий врач



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.

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента приведенные в клинических случаях

Предположительные критерии	Дополнительные критерии	Специфические критерии
<p>- болезненность при пальпации нижних отделов живота</p> <p>- болезненные тракции шейки матки при бимануальном влагалищном исследовании</p> <p>- болезненность при пальпации области придатков при бимануальном влагалищном исследовании.</p>	<p>- подъем температуры более 38,0°C</p> <p>- большое количество лейкоцитов в вагинальном секрете;</p> <p>- повышение СОЭ</p> <p>- повышение уровня СРБ</p> <p>- обнаружение <i>N. gonorrhoeae</i> или <i>C. trachomatis</i> в отделяемом из цервикального канала</p>	<p>- биопсия эндометрия с патогистологическими признаками эндометрита</p> <p>- 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</p> <p>- обнаружение признаков воспаления органов малого таза по данным лапароскопии.</p>