

Клинические рекомендации – Воспалительные болезни женских тазовых органов – 2024-2025-2026 (24.09.2024) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: N70, N71, N73
Год утверждения (частота пересмотра): 2024
Возрастная категория: Взрослые, Дети
Пересмотр не позднее: 2026
ID: 643
По состоянию на 24.09.2024 на сайте МЗ РФ
Официально применяется с 01.01.2025 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

Разработчик клинической рекомендации

- Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Список сокращений

АМК – аномальные маточные кровотечения
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ИППП – инфекции, передаваемые половым путем
МРТ – магниторезонансная томография
НМГ – низкомолекулярные гепарины (по анатомо-терапевтическо-химической классификации (АТХ) – Группа гепарина)
НПВС – нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты
ПЦР – полимеразная цепная реакция
СРБ – С-реактивный белок
СОЭ – скорость оседания эритроцитов
ВТЭО – тромбозомболические осложнения
УЗИ – ультразвуковое исследование
ХГЧ – хорионический гонадотропин

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 сочетание [1-3].

Тубоовариальный абсцесс – гнойно-воспалительное образование с вовлечением яичника и маточной трубы [6].

Эндометрит – воспалительное заболевание слизистой оболочки матки [4-6].

Параметрит – воспалительное заболевание параметрия (околоматочной соединительной ткани, клетчатки) [4].

Пельвиоперитонит – воспалительное заболевание висцеральной и париетальной брюшины малого таза [5].

Сальпингит – воспалительное заболевание маточных труб [4-6].

Оофорит – воспалительное заболевание яичников [4-6].

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) – воспалительные заболевания органов верхнего отдела женского репродуктивного тракта, включающие эндометрит, параметрит, сальпингит, оофорит, тубоовариальный абсцесс, пельвиоперитонит и их сочетание [1-3].

Сальпингит – воспалительное заболевание маточных труб [4-6].

Оофорит – воспалительное заболевание яичников [4-6].

Тубоовариальный абсцесс – гнойно-воспалительное образование с вовлечением яичника и маточной трубы [6].

Эндометрит – воспалительное заболевание слизистой оболочки матки [4-6].

Параметрит – воспалительное заболевание параметрия (околоматочной соединительной ткани, клетчатки) [4].

Пельвиоперитонит – воспалительное заболевание висцеральной и париетальной брюшины малого таза [5].

1.2. 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, тубоовариальный абсцесс, пельвиоперитонит, развитие которых происходит в основном в результате восходящей инфекции [2, 7]. К абсолютным патогенам, участвующим в развитии ВЗОМТ, относят *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*. При нарушенной иммунокомпетентности организма возбудителями являются условно-патогенные (оппортунистические) микроорганизмы – облигатно-анаэробные и факультативно-анаэробные и их ассоциации, которые в низких титрах могут присутствовать в составе нормальной микрофлоры влагалища и перианальной области – *Bacteroides* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Prevotella* spp., *Escherichia coli*, *Gardnerella vaginalis*, *Streptococcus* spp. и т.д. [7]. Преобладание преимущественно полимикробных ассоциаций при нарушении барьерных механизмов защиты и локального противоинфекционного иммунитета могут способствовать хронизации заболеваний и активации аутоиммунных процессов, а также нетипичным клиническим проявлениям в зависимости от особенностей взаимодействия между различными видами возбудителей [4]. В настоящее время роль *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum* в этиологии ВЗОМТ остается спорной, и в сочетании с другими микроорганизмами рассматриваются как возможные этиологических факторы ВЗОМТ [1, 8, 9]. Относительная значимость различных возбудителей варьирует в разных странах и регионах [2]. Смешанный характер инфекции и высокая частота бесконтрольного многократного использования антибактериальных препаратов способствуют развитию антибиотикорезистентности [4]. В ряде многоцентровых исследований показано, что все чаще возникающая устойчивость к лекарственным препаратам представляет наибольшую сложность в лечении пациенток с различными инфекционными процессами смешанной этиологии [10]. ВЗОМТ способствуют повышению рисков развития бесплодия, невынашивания беременности, спаечного процесса, хронической тазовой боли, эктопической беременности, что значительно ухудшает качество жизни

женщин [1].

Факторы риска ВЗОМТ [1, 2, 11, 12]:

- молодой возраст (до 25 лет) [2, 11];
- факторы, связанные с сексуальным поведением [2, 11];
- несколько половых партнеров [2, 11];
- смена полового партнера (в пределах последних трех месяцев) [11];
- в анамнезе инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) у пациентки или ее партнера [1, 2];
- акушерские и гинекологические операции и внутриматочные диагностические манипуляции [1, 2];
- введение внутриматочной спирали в течение последних 3 недель [12].

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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

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

- N70.0 Острый сальпингит и оофорит
- N70.9 Сальпингит и оофорит неуточненные
- N71.0 Острые воспалительные заболевания матки
- N71.1 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

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

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

- 614.0 Острый сальпингит и оофорит:
 - абсцесс: маточной трубы, яичника, 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 [5]:

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

По локализации [4]:

- односторонний
- двусторонний.

По клиническому течению [14]:

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

1.6. 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 ассоциирующихся с цервицитом и эндометритом [2, 3, 16]. 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 [7] (см. приложение Г. таб. 1).

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

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

2.1. Жалобы и анамнез

Смотри п. 1.2 и 1.6.

2.2. 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) [2, 4, 7, 18].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

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

2.3. Лабораторные диагностические исследования

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ проводить общий (клинический) анализ крови развернутой для оценки инфекционно-воспалительного процесса, контроля эффективности проводимого лечения [1-4, 7].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

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

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (СРБ) для оценки инфекционно-воспалительного процесса, контроля эффективности проводимого лечения [1-4, 7, 19, 20].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: 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 оценке эффективности проводимой терапии [1-4, 7]. В качестве маркера тубоовариального абсцесса может быть использовано повышение уровня прокальцитонина выше 0.33 нг/мл (чувствительность метода составляет 62%, специфичность – 75%) [20].

- 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 [1-3].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Течение ВЗОМТ на фоне ВИЧ-инфекции может быть более тяжелым,

возрастает риск образования tuboовариального абсцесса [1-3, 6].

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ проведение молекулярно-биологического исследования отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекции, передаваемые половым путем (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* для выявления возбудителей инфекций, передаваемых половым путем [1-3, 6, 7, 21-26, 28].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Отсутствие ИППП не исключает диагноз ВЗОМТ [1-3, 6, 7]. Предпочтительным методом диагностики является определение ДНК возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*) в отделяемом слизистых оболочек женских половых органов методом ПЦР (биологический материал следует брать из цервикального канала с помощью зонда-щетки в стерильный лабораторный контейнер). Следует также рекомендовать половому партнеру пройти обследование на ИППП [3, 19].

- Рекомендуется пациентам с подозрением на ВЗОМТ проводить микроскопическое исследование влагалищных мазков для оценки состояния микробиоценоза влагалища [1-3, 7, 19].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Повышение количества лейкоцитов в мазке может быть выявлено, однако неспецифично, так как нормальные значения уровня лейкоцитов могут определяться при легком течении и хронизации инфекционного процесса [1-3, 7]. Использование микроскопии позволяет уточнить характер микрофлоры вагинального отделяемого для выявления сопутствующих вагинальных инфекций (бактериальный вагиноз, трихомониаз, аэробный вагинит, кандидозный вульвовагинит). Предпочтительно использовать окраску по Граму из-за большей информативности [19].

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ проводить микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы для верификации возбудителя [1, 9, 15, 20].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: При взятии биологического материала для микробиологического (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 шприцем в стерильный лабораторный контейнер (для тканей и жидкостей).

Микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные, факультативно- и облигатно-анаэробные микроорганизмы позволяет выявить условно-патогенные микроорганизмы (семейства *Enterobacteriaceae*, *Streptococcus A* и *B* групп, *Enterococcus spp*, *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides spp.* и другие и более редкие возбудители ВЗОМТ (например, *Actinomyces*) [1, 9, 15, 19, 26, 28].

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на tuboовариальный абсцесс (по данным УЗИ) исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови для исключения беременности [2, 7].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке 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 сыворотке крови, может быть использован мочевого тест на беременность.

2.4. Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ проведение ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза комплексного (трансвагинального и трансабдоминального) для верификации диагноза, выявления сопутствующей гинекологической патологии [2, 4, 6, 7]

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: УЗИ органов малого таза (комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) более информативно для диагностики tuboовариального абсцесса [6, 7]. УЗИ может применяться для дифференциальной диагностики с другими заболеваниями [4, 29]. Отсутствие изменений при УЗИ не позволяет исключить ВЗОМТ [2, 4].

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

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

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

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

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: Лапароскопия диагностическая имеет ценность в диагностике и лечении ВЗОМТ, но проводить ее рутинно пациенткам с подозрением на ВЗОМТ нецелесообразно [2]. В ряде случаев клиническая картина ВЗОМТ сходна с рядом других заболеваний. С помощью диагностической лапароскопии проводится дифференциальная диагностика ВЗОМТ с эктопической беременностью, острым аппендицитом, дивертикулитом, карциномой маточной трубы, раком яичника, инфильтративными формами эндометриоза и др. [3, 30].

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

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

2.5. Иные диагностические исследования

- При осложненных, распространенных формах ВЗОМТ, септических состояниях рекомендуется проведение прицельной рентгенографии и/или МСКТ органов грудной клетки (при изменениях на рентгенограмме) с целью исключения пневмонии [31].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: Обследованию у врача-фтизиатра подлежат пациентки, входящие в группу риска урогенитального туберкулеза (имеющие тесный контакт с туберкулезной инфекцией, туберкулез любой локализации, перенесенный ранее или активный в момент обращения, хронические инфекции урогенитального тракта, склонные к рецидивам, резистентные к стандартной терапии, упорная дизурия, прогрессирующее уменьшение емкости мочевого пузыря, стерильная пиурия, пиурия, гематурия) [32].

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

3.1. Консервативное лечение

Для лечения ВЗОМТ используется противомикробная, противовоспалительная, инфузионно-трансфузионная, антикоагулянтная, десенсибилизирующая терапия и др. [4].

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.) [1, 7]. 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 [3, 9, 14, 16, 33-36].

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 [34, 37]. Продолжительность терапии ВЗОМТ составляет 10-14 дней [1, 2]. 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 [30, 33-34].

Рекомендуемые схемы антибактериальной терапии представлены в [приложении А3](#).

- Рекомендуется пациенткам с ВЗОМТ проводить терапию антибактериальными препаратами системного действия эмпирически с охватом всего спектра вероятных возбудителей с предварительным проведением микробиологического (культурального) исследования для последующей коррекции лечения, с последующим переходом на препараты альтернативных схем (при неэффективности лечения) ([приложение А3](#)) [4, 19, 20, 38].

Уровень убедительности рекомендаций **C**, уровень достоверности доказательств – 5.

- Рекомендуется пациенткам с легкими и среднетяжелыми формами ВЗОМТ пероральная антибактериальная терапия на амбулаторном или стационарном этапе лечения (приложение А3) [1, 2].

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

- Рекомендуется всем пациенткам с тяжелыми (распространенными) формами ВЗОМТ начинать лечение в условиях стационара с парентерального введения антибактериальных препаратов системного действия и продолжать терапию в течение 24 часов после клинического улучшения с переходом на пероральную форму (приложение А3) [1, 2, 7, 16, 39].

Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств – 5.

Комментарии: Коррекцию антибактериальной терапии следует проводить на основании результатов микробиологического (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 [34-35].

- Рекомендуется пациенткам с ВЗОМТ для лечения грибковой инфекции, подтвержденной данными микробиологического (культурального) исследования, терапия противогрибковыми препаратами системного действия (по анатомо-терапевтическо-химической классификации (АТХ) – J02 Противогрибковые препараты системного действия) [2, 37, 40].

Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств – 5

Комментарии: Риск развития инвазивного микоза на фоне применения антибактериальных препаратов у пациенток без специфических факторов риска (нейтропении на фоне применения цитостатиков – по АТХ – противоопухолевые препараты, трансплантации кроветворных стволовых клеток, трансплантации печени и др.) невысок, поэтому профилактика противогрибковыми препаратами (по АТХ – Противогрибковые препараты системного действия) не рекомендуется [34].

- Рекомендуется пациенткам с ВЗОМТ назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (АТХ – нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты) (НПВС) с учетом противопоказаний к их назначению с целью обезболивания, купирования лихорадки и противовоспалительного действия [41-42].

Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств – 2.

- Рекомендуется пациенткам с ВЗОМТ с распространенными формами и тяжелым течением заболевания проводить комплексную терапию (инфузионная (по АТХ – Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс), трансфузионная (по АТХ – Кровь и препараты крови), антикоагулянтная (по АТХ – Антитромботические средства), антигистаминная (по АТХ – Антигистаминные средства для системного действия) и т.д.) с учетом степени тяжести состояния пациентки с ВЗОМТ [4].

Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств – 5.

Комментарии: Инфузионную терапию (кристаллоиды (по АТХ – Растворы, 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 тромбозных осложнений (ВТЭО) проводят низкомолекулярными гепаринами (по АТХ – Группа гепарина).

В качестве симптоматической терапии применяют антианемические препараты, витамины и др. [4].

- Рекомендуется пациенткам с ВЗОМТ избегать незащищенных половых контактов до окончания лечения [2, 3].

Уровень убедительности рекомендаций **C**, уровень достоверности доказательств – 5.

3.2. 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.

Основные показания к хирургическим методам лечения [4, 41]:

- 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 [4-6].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: 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 – по НМУ: Вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса), Дренирование абсцесса женских половых органов) у пациентки с осложненными формами ВЗОМТ при отсутствии возможности или условий для проведения адекватного хирургического вмешательства [4].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: 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 [4].

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

Пик выявления ВЗОМТ приходится на возраст 17-28 лет, что оказывает существенное влияние на физическое и репродуктивное здоровье женщин, снижает качество жизни [43].

Важным компонентом эффективного лечения самого распространенного гинекологического заболевания является медицинская реабилитация, проведение которой ускоряет функциональное восстановление, сокращает сроки пребывания пациентки в стационаре, снижает частоту осложнений.

Реабилитация включает в себя использование стационарного и амбулаторного этапов, использование преформированных физических факторов, ЛФК, на отдаленных этапах – курортных факторов [43].

Целесообразно придерживаться общих принципов реабилитации после проведения антибактериальной терапии и хирургического лечения [44-45]:

- 1) комплексная оценка исходного состояния пациентки и формулировка программы реабилитации;
- 2) мультидисциплинарный принцип организации реабилитационной помощи;
- 3) контроль эффективности проводимой терапии в процессе восстановительного лечения и по окончании курса реабилитации.

При проведении реабилитации учитывается клинический диагноз, сроки и интенсивность антибактериальной терапии, объем оперативного вмешательства. На фоне адекватной антибактериальной терапии ВЗОМТ и в раннем послеоперационном периоде немедикаментозная реабилитация проводится независимо от дней менструального цикла. После окончания антибактериальной терапии и в отдаленном послеоперационном периоде реабилитация проводится с учетом дней менструального цикла.

- Рекомендована всем пациентам осмотр (консультация) врача-физиотерапевта для определения программы реабилитации [43-45].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- В раннем послеоперационном периоде в целях профилактики послеоперационных осложнений, более быстрого физического восстановления, сокращения сроков пребывания пациенток в стационаре в качестве первого этапа реабилитации после хирургического лечения ВЗОМТ рекомендованы [45-47, 55, 56]:

- дыхательная гимнастика 2-3 раза в день, курсом 10-12 процедур.

- общая магнитотерапия импульсная паравертебрально 1 раз в день, курсом N 5.

- общая магнитотерапия импульсная низкочастотная по абдоминальной или абдоминально-влагалищной методике. Процедуры проводятся 1-2-3 раза в день, курс до 20-30 процедур, независимо от дня менструального цикла;

- магнитолазеротерапия при заболеваниях женских половых органов по накожной методике по рефлексогенным зонам; Процедуры проводятся 1 раз в день, курс до 10 процедур, независимо от дня менструального цикла.

- чрескожная электронейростимуляция паравертебрально;

- ЛФК.

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Цели восстановительного лечения: достижение противоболевого, противовоспалительного эффектов, снижение медикаментозной нагрузки, профилактика послеоперационных осложнений, ускорение физического восстановления пациенток [48-52].

- В целях снижения медикаментозной нагрузки и профилактики хронизации воспалительного процесса рекомендованы при медикаментозном лечении ВЗОМТ (острый воспалительный процесс) следующие физиотерапевтические методы [45-47, 55, 56]:

- общая магнитотерапия импульсная низкочастотная по абдоминальной или абдоминально-влагалищной методике. Процедуры проводятся 1-2-3 раза в день, курс до 20-

30 процедур, независимо от дня менструального цикла;

- магнитолазеротерапия при заболеваниях женских половых органов по накожной методике по рефлексогенным зонам. Процедуры проводятся 1 раз в день, курс до 10 процедур, независимо от дня менструального цикла.

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Физические факторы не заменяют, а дополняют антибактериальную терапию. На фоне комплексной консервативной терапии ВЗОМТ применение физических факторов, обладающих противовоспалительным [53-54], обезболивающим эффектами способствует снижению медикаментозной нагрузки и профилактике хронизации воспалительного процесса.

- Рекомендованы следующие физиотерапевтические методы реабилитации пациенткам после окончания медикаментозного лечения и выписки пациентки из стационара [45-47, 55, 56]:

- интерференцтерапия по 4-электродной методике. Процедуры проводятся 2-3 раза в день, курс до 30 процедур;

- чрескожная электронейростимуляция паравертебрально. Процедуры проводятся 2-3 раза в день, курс до 30 процедур;

- терапия импульсными токами (ДДТ – А17.30.003, ИФТ – А17.30.005, СМТ – А17.30.004, ЭИТ – А17.20.004, ФТ – А17.30.033). Процедуры проводятся 2-3 раза в день, курс до 30 процедур;

- сверхвысокочастотное электромагнитное поле по абдоминальной методике (СВЧ-терапия – А17.20.008). Процедуры проводятся 1-2 раза в день, курс до 15-20 процедур;

- общая магнитотерапия импульсная низкочастотная по абдоминальной или абдоминально-влагалищной методике. Процедуры проводятся 2-3 раза в день, курс до 30 процедур;

- ЛФК (А19.20.001, А19.20.001.001). Ежедневные занятия по 20-30 мин с динамическим увеличением нагрузки. Занятия проводятся 1-2 раза в день.

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Физиолечение проводится строго с учетом дней менструального цикла – лечение всегда начинается на 5-6-7 дни цикла, используются интенсивные многокомпонентные курсы физиолечения, учитывается наличие гормонозависимых заболеваний (миома матки, наружный генитальный эндометриоз, относительная или абсолютная гиперэстрогения) для выбора проводимого физиолечения [45-49]. Обязательно учитываются общие противопоказания для использования физических факторов [45]. Всем пациенткам необходима ЛФК, физическая активность – сочетание силовых нагрузок, аэробных упражнений на растяжку, что значительно улучшает качество жизни пациенток и позволяет контролировать вес. Комплексы ЛФК подбираются совместно с врачом ЛФК.

- Рекомендовано проведение комплексного санаторно-курортного этапа реабилитации у пациенток с выраженным спаечным процессом, синдромом хронической тазовой боли, что значительно улучшает психоэмоциональное и физическое состояние пациентки, улучшает качество жизни [56].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендовано санаторно-курортное лечение пациенткам при хроническом сальпингите/оофорите не ранее, чем через 2 месяца после окончания антибактериальной терапии [56].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Возможно использование санаторно-курортного лечения 1-2 раза в год.

Лечение начинается на 5-6-7 день цикла на фоне барьерных методов контрацепции [39].

5. 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 [1-3]).

2) применения методов барьерной контрацепции для снижения риска инфицирования ИППП [4, 12].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

6. Организация оказания медицинской помощи

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

1) тяжелое состояние, тошнота, рвота, температура ≥ 38 °С, 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

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Не предусмотрено.

Критерии оценки качества медицинской помощи

N	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 выявление возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i>)	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 (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови 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

- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted diseases treatment guidelines (2015).
- European guideline for the management of pelvic inflammatory disease (2017). Jonathan Ross¹, Secondo Guaschino, Marco Cusini and Jorgen Jensen.
- The British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). Pelvic inflammatory disease. Guideline. 2019.
- Национальное руководство гинекология. под руководством Савельевой Г.М., Сухих Г.Т., Серова В.Н., Радзинского В.Е., Манухина И.Б. 2017.
- Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная гинекология. Руководство. Москва. Медпресс. 2001. С. 288.
- 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.
- Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections – Management and treatment of specific syndromes – Pelvic Inflammatory Disease (PID). 2016.
- 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.
- 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.
- 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.
- Lee NC, Rubin GL, Grimes DA. Measures of sexual behavior and the risk of pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 1991; 77:425.
- Капустян В, Назов А, Яаков О, Володарский М, Антебы ЕУ, Гемер О. 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. Серов В.В., Пауков В.С. Воспаление руководство для врачей – М.: Медицина, 1995. – 639.

15. 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.

16. 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.

17. Australian Sexual Health Alliance (ASHA). Australian management guideline. Pelvic inflammatory disease. 2018.

18. 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.

19. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, Reno H, Zenilman JM, Bolan GA. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021 Jul 23; 70(4): 1-187. doi: 10.15585/mmwr.rr7004a1. PMID: 34292926; PMCID: PMC8344968.

20. Brun JL, Castan B, de Barbeyrac B, Cazanave C, Charvériat A, Faure K, Mignot S, Verdon R, Fritel X, Graesslin O; CNGOF; SPILF. Pelvic inflammatory diseases: Updated French guidelines. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2020 May; 49(5): 101714. doi: 10.1016/j.jogoh.2020.101714. Epub 2020 Feb 20. PMID: 32087306.]

21. Pelvic Inflammatory Disease Management Guidelines.2017. The New Zealand Sexual Health Society.

22. Lis R, Rowhani-Rahbar A, Manhart LE. Mycoplasma genitalium infection and female reproductive tract disease: a meta-analysis. *Clin Infect Dis*. 2015 Aug 1; 61(3): 418 – 26. doi: 10.1093/cid/civ312. Epub 2015 Apr 21. PMID: 25900174.,

23. Price MJ, Ades AE, De Angelis D, Welton NJ, Macleod J, Soldan K, Simms I, Turner K, Horner PJ. Risk of pelvic inflammatory disease following Chlamydia trachomatis infection: analysis of prospective studies with a multistate model. *Am J Epidemiol*. 2013 Aug 1; 178(3): 484 – 92. doi: 10.1093/aje/kws583. Epub 2013 Jun 27. PMID: 23813703; PMCID: PMC3727337.;

24. Low N, Bender N, Nartey L, Shang A, Stephenson JM. Effectiveness of chlamydia screening: systematic review. *Int J Epidemiol*. 2009 Apr; 38(2): 435 – 48. doi: 10.1093/ije/dyn222. Epub 2008 Dec 5. PMID: 19060033.;

25. McGee ZA, Jensen RL, Clemens CM, Taylor-Robinson D, Johnson AP, Gregg CR. Gonococcal infection of human fallopian tube mucosa in organ culture: relationship of mucosal tissue TNF-alpha concentration to sloughing of ciliated cells. *Sex Transm Dis*. 1999 Mar; 26(3): 160 – 5. doi: 10.1097/00007435-199903000-00007. PMID: 10100774.].

26. 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.;

27. Tan L. Clinical and diagnostic challenge of antimicrobial resistance in Mycoplasma genitalium. *MLO Med Lab Obs* 2017; 2017: 8-12.].

28. 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.].

29. Patel MD, Young SW, Dahiya N. Ultrasound of Pelvic Pain in the Nonpregnant Woman. *Radiol Clin North Am*. 2019 May; 57(3): 601-616.

30. 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].

31. Xiao G., Xiao X. Sepsis-Induced Lung Injury: The Mechanism and Treatment //Severe Trauma and Sepsis. – Springer, Singapore, 2019. – С. 253-275.

32. Kulchavenya E., Naber K.G., Johansen T.E. B. Urogenital tuberculosis//Extrapulmonary Tuberculosis. – Springer, Cham, 2019. – С. 141-153.

33. Sartelli M, Weber DG, Ruppé E, Bassetti M., Wright BJ, Ansaloni L. et al. 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.

34. 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. – 156 с.

35. Mathur M, Scutt LM. Nongynecologic Causes of Pelvic Pain: Ultrasound First. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2019 Dec; 46(4): 733-753.

36. Curry A, Williams T, Penny ML Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. *Am Fam Physician*. 2019 Sep 15; 100(6): 357-364.

37. 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 0-144 с.

38. Walker CK, Wiesenfeld HC. Antibiotic therapy for acute pelvic inflammatory disease: the 2006 CDC Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *Clin Infect Dis* 2007;28[Suppl 1]:S29-36.

39. Овсянникова Т.В., Макаров И.О., Куликов И.А. Предгравидарная подготовка пациенток с воспалительными заболеваниями женских половых органов. Эффективная фармакотерапия. Акушерство и Гинекология. 2013. N 3 (28). С. 10-16.

40. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии/Под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. – Смоленск: МАКМАХ, 2007. – 464 с.

41. The effectiveness of nonsteroidal anti-inflammatory agents in the treatment of pelvic inflammatory disease: a systematic review. Divya Dhasmana, Emma Hathorn, Racheal McGrath, Anjum Tariq, Jonathan Dc Ross.. 2014 Jul 22; 3: 79. doi: 10.1186/2046-4053-3-79.

42. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. van Tulder MW, Scholten RJ, Koes BW, Deyo RA. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (2): CD000396. doi: 10.1002/14651858.CD000396.

43. Гинекология: национальное руководство/под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 1008 с. – (Серия "Национальные руководства"). – 1008 с. (Серия "Национальные руководства") – ISBN 978-5-9704-6796-1.

44. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./под ред. В.С. Савельева,

А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – Т. III. – 1008 с. – (Серия "Национальные руководства").

45. Стругацкий В.М., Маланова Т.Б., Арсланян К.Н. Физиотерапия в практике акушера-гинеколога (клинические аспекты и рецептура). – 2-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2008. – 264 с.

46. И.А. Аполихина, Н.В. Болотова, Ю.М. Райгородский. Реабилитация в гинекологии с помощью аппаратной физиотерапии. Руководство для врачей. Москва, 2019. Url: https://trima.ru/medicine/pdf/Rehabilitation_in_gynecology_with_the_help_of_hardware_physiotherapy.pdf

47. Абрамович С.Г. Особенности физиотерапии в гинекологии. – 2010.

48. 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.

49. Tokuda, M., Tabira, K., Masuda, T., Nishiwada, T., Shomoto, K. Effect of modulated-frequency and modulated-intensity transcutaneous electrical nerve stimulation after abdominal surgery: A randomized controlled trial(Article) Clinical Journal of PainVolume 30, Issue 7, July 2014, Pages 565-570

50. Grover CA, McKernan MP, Close RJH. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) in the Emergency Department for Pain Relief: A Preliminary Study of Feasibility and Efficacy. West J Emerg Med. 2018 Sep; 19(5): 872-876. doi: 10.5811/westjem.2018.7.38447.

51. Burgess LC, Immins T, Wainwright TW What is the role of post-operative physiotherapy in general surgical enhanced recovery after surgery pathways? European Journal of Physiotherapy 2019; 21(2): 67-72, systematic review

52. Nelson G, et al. Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations – 2019 Int J Gynecol Cancer 2019; 0: 1-18. doi:10.1136/ijgc-2019-000356

53. Rohde CH, Taylor EM, Alonso A, Ascherman JA, Hardy KL, Pilla AA. Pulsed Electromagnetic Fields Reduce Postoperative Interleukin-1 β , Pain, and Inflammation: A Double-Blind, Placebo-Controlled Study in TRAM Flap Breast Reconstruction Patients. Plast Reconstr Surg. 2015 May; 135(5): 808e-817e. doi: 10.1097/PRS.0000000000001152.

54. Mahaki H, Jabarivasal N, Sardanian K, Zamani A. Effects of Various Densities of 50 Hz Electromagnetic Field on Serum IL-9, IL-10, and TNF- α Levels Int J Occup Environ Med. 2020 Jan 1; 11(1): 24-32. doi: 10.15171/ijoem.2020.1572. Epub 2019 Oct 20.

55. Шинкарева Л.Ф. и др. Физиотерапия в гинекологии и акушерстве. – 1981.

56. Физическая и реабилитационная медицина. Национальное руководство. Под ред. Г.Н. Пономаренко. Геотар-медиа, Москва, 2023

57. 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.

58. Woodward C, Fisher MA. Drug treatment of common STDs: Part II. Vaginal infections, pelvic inflammatory disease and genital warts. Am Fam Physician. 1999 Oct 15; 60(6): 1716 – 22. PMID: 10537386

59. Государственный реестр лекарственных средств, доступно по ссылке: <https://grls.rosminzdrav.ru/>

60. Patel, D. R. (2004). Management of pelvic inflammatory disease in adolescents. The Indian Journal of Pediatrics, 71(9), 845-847. doi: 10.1007/bf02730726

61. Woods, J. L., Scurlock, A. M., & Hensel, D. J. (2013). Pelvic Inflammatory Disease in the Adolescent. Pediatric Emergency Care, 29(6), 720-725. doi:10.1097/pec.0b013e318294dd7b

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Адамян Лейла Владимировна – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, Заслуженный деятель науки России, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и Репродуктивной медицины Российского Университета Медицины, главный специалист Минздрава России по гинекологии, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российской ассоциации по эндометриозу, Российского общества акушеров-гинекологов.

2. Андреева Елена Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора – директор Института репродуктивной медицины, зав. отделением эндокринной гинекологии, профессор кафедры эндокринологии ГНЦ "Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии" Минздрава России, профессор кафедры акушерства, гинекологии и Репродуктивной медицины Российского Университета Медицины, президент Международной ассоциация акушеров, гинекологов и эндокринологов, член Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российской ассоциации по эндометриозу, Российского общества акушеров-гинекологов, РОСГЭМ.

3. Артымук Наталья Владимировна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии имени профессора Г.А. Ушаковой ФГБОУ ВО "Кемеровский государственный медицинский университет" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Сибирском федеральном округе (г. Кемерово), является членом президиума правления Российского общества акушеров-гинекологов, президент Кемеровской региональной общественной организации "Ассоциация акушеров-гинекологов".

4. Белокриницкая Татьяна Евгеньевна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Дальневосточном федеральном округе (г. Чита), является членом Российского общества акушеров-гинекологов, президент Забайкальского общества акушеров-гинекологов.

5. Беженарь Виталий Федорович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и неонатологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российского общества акушеров-гинекологов.

6. Сутурина Лариса Викторовна – д.м.н., профессор, руководитель отдела охраны репродуктивного здоровья ФГБНУ "Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека" (г. Иркутск), является членом Ассоциации гинекологов-эндокринологов России, членом Российского общества акушеров-гинекологов.

7. Филиппов Олег Семенович – д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, главный внештатный акушер-гинеколог ФМБА России, заместитель директора ФНКЦ детей и подростков ФМБА России, профессор кафедры акушерства, гинекологии и Репродуктивной медицины Российского Университета Медицины.

8. Чернуха Галина Евгеньевна – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник

отделением гинекологической эндокринологии ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, президент МОО Ассоциация гинекологов-эндокринологов.

9. Сметник Антонина Александровна – к.м.н., заведующая отделением гинекологической эндокринологии ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России

10. Табеева Гюзьяль Искандеровна – к.м.н., старший научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России

11. Припутневич Татьяна Валерьевна – член-корреспондент РАН, д.м.н., доцент, директор института микробиологии, антимикробной терапии и эпидемиологии ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России

12. Муравьева Вера Васильевна – к.б.н., старший научный сотрудник института микробиологии, антимикробной терапии и эпидемиологии ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России.

13. Шабанова Наталья Евгеньевна – к.м.н., доцент, заведующий отделением клинической фармакологии антимикробных и иммунобиологических препаратов института микробиологии, антимикробной терапии и эпидемиологии ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России

14. Ипатовая Марина Владимировна – д.м.н., заведующая гинекологического отделения восстановительного лечения ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России

15. Маланова Татьяна Борисовна к.м.н., заведующая по клинической работе, гинекологического отделения восстановительного лечения ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России.

16. Сальникова Ирина Александровна – к.м.н., научный сотрудник, врач-акушер-гинеколог 2 гинекологического отделения (детей и подростков) ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России

17. Тоноян Нарине Марзпетуновна – к.м.н., врач-акушер-гинеколог отделения оперативной гинекологии ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России

18. Щукина Наталья Алексеевна – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимировского.

19. Уварова Елена Витальевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая 2 гинекологическим отделением (детей и подростков) ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Министерства Здравоохранения РФ.

20. Ярмолинская Мария Игоревна – профессор РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом гинекологии и эндокринологии репродукции ФГБУ "НИИ акушерства и гинекологии имени Д.О. Отта", профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова Минздрава России, является членом Российского общества акушеров-гинекологов.

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

Приложение А2

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-акушеры-гинекологи, врачи-терапевты, врач 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
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))
---	--

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 утвержденным КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3

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

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых и иных документов:

1) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (Зарегистрирован 12.11.2020 N 60869);

2) Национальное руководство гинекология. под руководством Савельевой Г.М., Сухих Г.Т., Серова В.Н., Радзинского В.Е., Манухина И.Б. 2017.

3) Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная гинекология. Руководство. Москва. Медпресс. 2001. С. 288.

4) Программа СКАТ (Стратегия Контроля Антимикробной Терапии) при оказании стационарной медицинской помощи: Российские клинические рекомендации/Под ред. С.В. Яковлева, Н.И. Брико, С.В. Сидоренко, Д.Н. Проценко. – М.: Издательство "Перо", 2018. – 156 с.

5) Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.

6) Woodward C, Fisher MA. Drug treatment of common STDs: Part II. Vaginal infections, pelvic inflammatory disease and genital warts. Am Fam Physician. 1999 Oct 15; 60(6): 1716 – 22. PMID: 10537386

7) Методические рекомендации по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья от 08.04.2024 N 17-6/И/2-6434

Таблица 1. Предположительные, дополнительные и специфические критерии ВЗОМТ

Предположительные критерии	Дополнительные критерии	Специфические критерии
- болезненность при пальпации нижних отделов живота - болезненные тракции	- подъем температуры более 38,0 °С - большое количество лейкоцитов в вагинальном	- биопсия эндометрия с патогистологическими признаками эндометрита - обнаружение с помощью УЗИ

шейки матки при бимануальном влагалищном исследовании - болезненность при пальпации области придатков при бимануальном влагалищном исследовании.	секрете; - повышение СОЭ - повышение уровня СРБ - обнаружение <i>Neisseria gonorrhoeae</i> и/или <i>Chlamydia trachomatis</i> и/или <i>Trichomonas vaginalis</i> и/или <i>Mycoplasma genitalium</i> и/или условно-патогенных (оппортунистических) микроорганизмов – облигатно-анаэробных и факультативно-анаэробных и их ассоциации	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 диагностической лапароскопии.
--	--	--

Рекомендуемые схемы антибактериальной терапии при ВЗОМТ (взрослые пациенты) [2, 19, 38, 57-58]

Амбулаторное лечение рекомендуемые схемы:

	МНН	Режим дозирования
Схема 1 [19]	#Цефтриаксон** Доксициклин** #Метронидазол**	1 г в/м, в/в каждые однократно ПЛЮС 100 мг перорально два раза в день в течение 14 дней ПЛЮС 500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней
Схема 2 [2]	#Цефтриаксон** Доксициклин** #Метронидазол**	500 мг в/м однократно ПЛЮС 100 мг пероральный прием каждые 12 часов ПЛЮС 500 мг каждые 12 часов в течение 14 дней
Схема 3 [20]	Офлоксацин** #Метронидазол ** #Цефтриаксон**	перорально 400 мг каждые 12 часов ПЛЮС перорально 500 мг каждые 12 часов в течение 14 дней С или БЕЗ 1 г в/м, в/в каждые однократно
Схема 4 [20]	#Левифлоксацин** #Метронидазол** #Цефтриаксон**	перорально 500 мг каждые 24 часа ПЛЮС перорально 500 мг каждые 12 часов в течение 14 дней С или БЕЗ 1 г в/м, в/в каждые однократно

Альтернативные схемы амбулаторного лечения [19, 20, 57]:

	МНН	Режим дозирования
Схема 1 [2, 57]	#Левифлоксацин**	500 мг перорально один раз в день или С или БЕЗ
	#Метронидазол **	500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней
Схема 2 [2]	#Цефтриаксон**	500 мг в / м разовая доза ПЛЮС
	#Азитромицин**	пероральный 1 г разовая доза с последующей второй дозой перорального азитромицина** 1 г через 1 неделю
Схема 3 [2, 10, 57]	Моксифлоксацин**	перорально 400 мг каждые 24 часа в течение 14 дней

Стационарное лечение рекомендуемые схемы:

	МНН	Режим дозирования
Схема 1 [57]	Клиндамицин**	900 мг внутривенно каждые 8 часов ПЛЮС
	#Гентамицин**	2 мг/кг в сутки с последующей поддерживающей 1,5 мг/кг каждые 8 часов (можно 3-5 мг/кг каждые 24 час)
	Доксициклин**	С переходом на: 100 мг перорально каждые 12 часов Или
	Клиндамицин**	450 мг перорально каждые 6 часов
Схема 2 [57]	Клиндамицин**	900 мг внутривенно каждые 8 часов плюс
	#Гентамицин**	2 мг/кг в сутки с последующей поддерживающей 1,5 мг/кг каждые 8 часов (можно 3-5 мг/кг каждые 24 час)
	Клиндамицин**	С переходом на: либо перорального 450 мг каждые 6 часов ИЛИ
	Доксициклин**	перорального 100 мг каждые 12 часов ПЛЮС
	#Метронидазол**	перорально 500 мг два каждые 12 часов
Схема 3 [2, 19]	#Цефтриаксон**	1 г в/м, в/в каждые однократно
	Доксициклин**	перорально 100 мг 2 раза в день 14 дней
	#Метронидазол	перорально 500 мг 2 раза в день 14 дней

Альтернативные схемы стационарного лечения (взрослые пациентки):

	МНН	Режим дозирования
Схема 1 [19, 57]	Ампициллин [Сульбактам]** #Доксициклин**	+ 3 г внутривенно каждые 6-8 часов ПЛЮС 100 мг перорально каждые 12 часов
Схема 2 [19]	#Левифлоксацин** Метронидазол**	500 мг каждые 24 часа внутривенно ПЛЮС 500 мг внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней
Схема 3 [57]	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 [57]	#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 производные имидазола (метронидазол**, орнидазол, тинидазол) в схемы лечения [33].

Лечение ВЗОМТ у детей и подростков

ВЗОМТ рассматривают как полимикробное заболевание. Наиболее распространенными возбудителями является *S. trachomatis* и/или *N. gonorrhoeae* [19].

Лечение ВЗОМТ у детей и подростков осуществляется с учетом возраста и массы тела, согласно инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата.

Фторхинолоны (по АТХ – Фторхинолоны) противопоказаны к применению до 18 лет в связи с невозможностью исключить риск поражения хрящевых зон роста костей у ребенка [59].

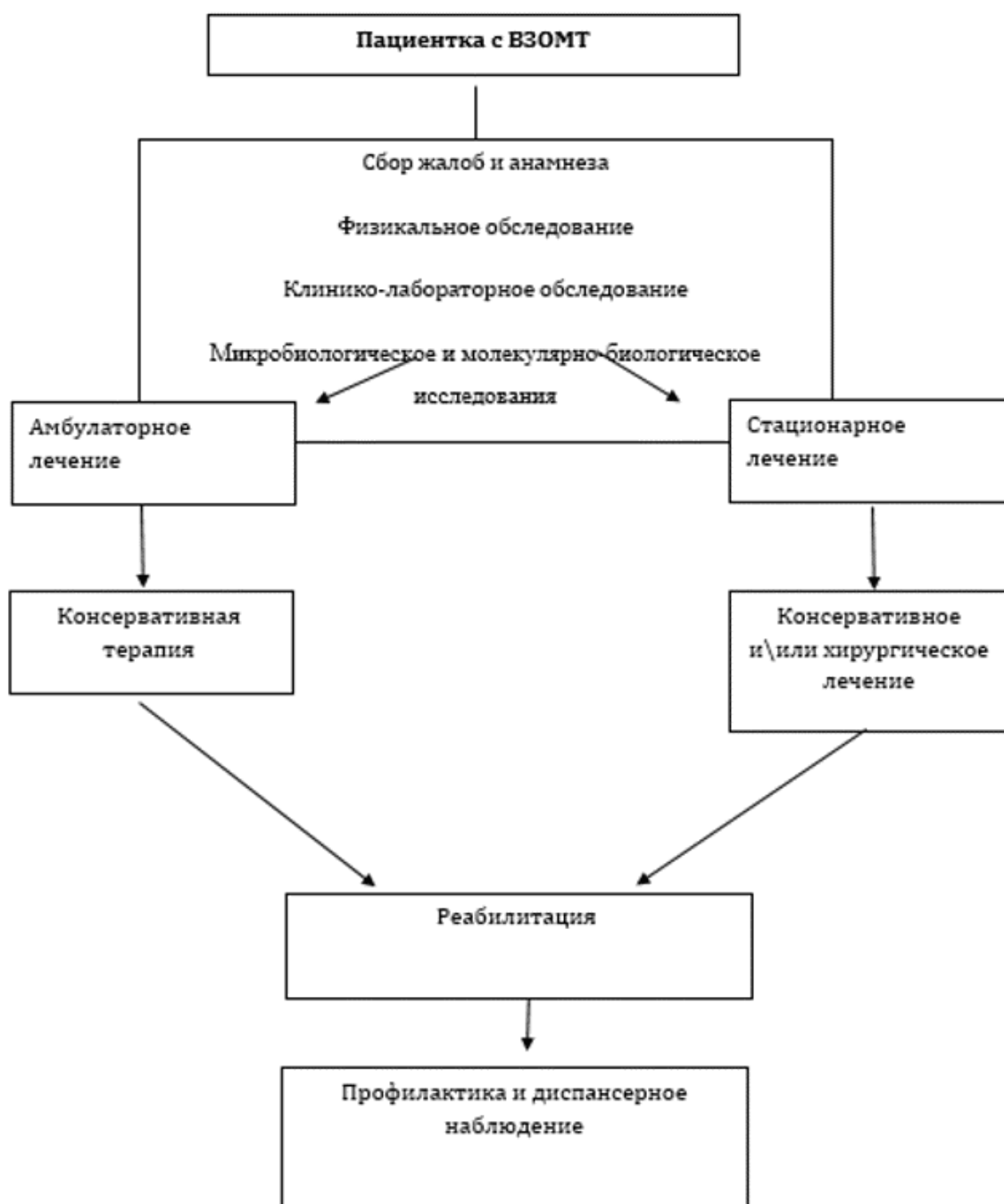
Доксициклин** противопоказан к применению до 8 лет в связи с возможностью образования нерастворимых комплексов с ионами кальция с отложением в костном скелете, эмали и дентине зубов [59].

Лечение детей и подростков

	МНН	Режим дозирования
Схема 1 [19, 60]	#Цефтриаксон**	Гонококковые ВЗОМТ у младенцев и детей массой тела ≤ 45 кг 25-50 мг/кг в/в или в/м однократно, не более 250 мг в/м бактериемии или артрита у детей с массой тела ≤ 45 кг 50 мг/кг массы тела (максимальная доза: 2 г) в/м или в/в однократно ежедневно каждые 24 часа в течение 7 дней у детей весом более 45 кг
	#Цефотаксим**	1 г в/м или в/в однократно каждые 24 часа в течение 7 дней Или 25 мг/кг в сутки в/в или в/м каждые 12 часов 7 дней (с продолжительностью 10-14 дней, если документирован менингит)
	#Эритромицин**	Хламидийная инфекция у младенцев и детей массой тела < 45 кг 50 мг/кг массы тела/день перорально, разделенные на 4 дозы в день в течение 14 дней
	#Азитромицин**	Для детей весом ≥ 45 кг, но в возрасте < 8 лет: 1 г перорально однократно
	#Доксициклин**	Для детей в возрасте ≥ 8 лет: 1 г перорально однократно. Или 100 мг перорально 2 раза/день в течение 7 дней

Примечание: коррекция антибактериальной терапии проводится на основании результатов молекулярно-биологического исследования.

Алгоритмы действий врача



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, трихомонады, а также при снижении иммунитета – условно-патогенные микробы. Смешанный характер инфекции и высокая частота неконтролируемого 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.

Приложение Г1-ГN

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

Новые, изданные в 2020-2024 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.
