



**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**

Пересмотр не позднее:2023

ID:643

Разработчик клинической рекомендации

- **Российское общество акушеров-гинекологов**

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Оглавление

- Список сокращений
- Термины и определения
- 1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)
- 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем
- 1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики
- 2.1 Жалобы и анамнез

- 2.2 Физикальное обследование
- 2.3 Лабораторные диагностические исследования
- 2.4 Инструментальные диагностические исследования
- 2.5 Иные диагностические исследования
- 3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения
- 4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации
- 5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики
- 6. Организация оказания медицинской помощи
- 7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)
- Критерии оценки качества медицинской помощи
- Список литературы
- Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций
- Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций
- Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата
- Приложение Б. Алгоритмы действий врача
- Приложение В. Информация для пациента
- Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Список сокращений

АМК - аномальные маточные кровотечения

ВМК – внутриматочный контрацептив

ВЗОМТ - воспалительные заболевания органов малого таза

ВИЧ - вирус иммунодефицита человека

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ИППП - инфекции, передаваемые половым путём

КОК – комбинированные оральные контрацептивы

МКБ – международная классификация болезней

МРТ - магниторезонансная томография

НМГ – низкомолекулярные гепарины (по анатомо-терапевтической-химической классификации (АТХ) - Гепарины)

НПВС – нестероидные противовоспалительные препараты

ПЦР – полимеразная цепная реакция

СРБ - с-реактивный белок

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

ВТЭО - тромбоемболические осложнения

УЗИ – ультразвуковое исследование

ХГЧ - хорионический гонадотропин

ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение

Термины и определения

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

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

Оофорит - воспалительное заболевание яичников [4-6].

Tuboовариальный 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. 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, tuboovarialный абсцесс, пельвиоперитонит и их сочетания [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, tuboовариальный 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*. При нарушенной иммунокомпетентности организма возбудителями являются условно-патогенные (оппортунистические) микробы - облигатно-анаэробные и факультативно-анаэробные и их ассоциации, которые в низких титрах могут присутствовать в составе нормальной микрофлоры влагалища и перианальной области – *Bacteroides spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Prevotella spp.*, *Escherichia coli*, *Gardnerella vaginalis*, *Streptococcus spp.* и т.д. [7]. Преобладание преимущественно полимикробных ассоциаций при нарушении барьерных механизмов защиты и локального противоинфекционного иммунитета могут способствовать хронизации заболеваний и активации аутоиммунных процессов, а также нетипичным клиническим проявлениям в зависимости от особенностей взаимодействия между различными видами возбудителей [4]. В настоящее время роль *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum* в этиологии ВЗОМТ остается спорной и в сочетании с другими микроорганизмами рассматриваются как возможные этиологических факторы ВЗОМТ [1, 8, 9]. Относительная значимость 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, передающиеся 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 являются наиболее частой причиной госпитализации женщин [4]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире ежегодно регистрируется 448 млн. новых случаев ВЗОМТ (до 60% от общего числа гинекологических заболеваний). Пик заболеваемости (4-12%) приходится на возраст 17 - 28 лет, что связано с сексуальной активностью и низкой частотой использования барьерных методов контрацепции [4].

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статической 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

N73.3 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 ассоциирующиеся 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 С (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 развернутый [1-4,7].

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

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

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

Уровень убедительности рекомендаций С (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 оценки эффективности проводимой терапии [1-4,7]. В качестве маркера тубо-овариального абсцесса может быть использовано повышение уровня прокальцитонина выше 0.33 нг/мл (чувствительность метода составляет 62%, специфичность 75%) [19].

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 и антигена р24 (Human immunodeficiency 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 С (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 ИППП (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*) [1-3,6,7, 20-25].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Отсутствие ИППП не исключает диагноз ВЗОМТ [1-3, 6, 7]. Предпочтительным методом диагностики является определение ДНК возбудителей ИППП (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*) в отделяемом слизистых оболочек женских половых органов методом ПЦР (биологический материал следует брать из цервикального канала с помощью зонда-щеточки в стерильный лабораторный контейнер).

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

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

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

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

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

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

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

Культуральное исследование позволяет выявить условно-патогенные микроорганизмы (*Enterobacteriaceae*, *Streptococcus* А и В групп, *Enterococcus* и др.) и более редкие возбудители ВЗОМТ (например, *Actinomyces*) [1, 9, 15, 26].

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

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

Комментарии: Определение уровня хорионического гонадотропина (бета-ХГЧ) в крови следует проводить для исключения эктопической беременности при наличии нарушений менструального цикла у пациентки с

подозрением на ВЗОМТ [7]. При отсутствии возможности ургентного определения уровня бета-ХГЧ в крови, может быть использован мочевого тест на беременность .

2.4 Инструментальные диагностические исследования

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

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: УЗИ органов малого таза (с помощью трансвагинального и трансабдоминального датчиков) более информативен для диагностики tuboовариального абсцесса [6, 7]. УЗИ может применяться для дифференциальной диагностики [4, 27]. Отсутствие изменений при УЗИ не позволяет исключить ВЗОМТ [2, 4].

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

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

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

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

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

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

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

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

2.5 Иные диагностические исследования

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

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

Комментарий: Обследованию у врача-фтизиатра подлежат пациентки, входящие в группу риска урогенитального туберкулеза (имеющие тесный контакт с туберкулезной инфекцией, туберкулез любой локализации, перенесенный ранее или активный в момент обращения, хронические инфекции урогенитального

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

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 антимикробная, 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, 31-34].

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 [32, 35]. 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 [28,31-32].

- 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) [4, 36].

Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств – 5.

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

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

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

Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств – 5.

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

Рекомендуемые схемы антибактериальной терапии представлены в приложении Г2.

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

Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств – 5

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

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

Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств – 2.

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

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- Гепарины).

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

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

Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств – 5.

3.2 Хирургическое лечение

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 [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 С (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) у пациентки с осложненными формами ВЗОМТ при отсутствии возможности или условий для проведения адекватного хирургического вмешательства [4].

Уровень убедительности рекомендаций С (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, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

- Рекомендовано придерживаться общих принципов реабилитации после хирургического лечения [41,42].
- 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.

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

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 [41,42].
- абдоминальная или влагалищная методики низкоинтенсивного лазерного излучения и магнитолазерной терапии. Курс лечения № 10, проводятся 1 раз в день независимо от дня менструального цикла [43].
 - абдоминальная методика сверхвысокочастотного электромагнитного поля (СВЧ-терапия). Курс лечения № 10, проводится 1 раз в день [44]. 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 [45].

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 С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано санаторно-курортное лечение пациенткам при хроническом сальпингите/оофорите не ранее, чем через 2 месяца после окончания антибактериальной терапии [37].

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

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

6. Организация оказания медицинской помощи

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

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

Показания к выписке из медицинского учреждения:

- Клиническое выздоровление

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

Не предусмотрено.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
1	Проведен визуальный осмотр наружных половых органов, физикальное обследование (оценка состояния кожных покровов и слизистых, температуры тела, ЧСС, частоты дыхательных движений, проведение поверхностной ориентировочной пальпации живота, осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование)	Да/нет
2	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/нет
3	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/нет
4	Выполнено микроскопическое исследование влагалищных мазков	Да/нет

5	Выполнено молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей ИППП	Да/нет
6	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	Да/нет
7	Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина в крови или исследование мочи на хорионический гонадотропин женщинам с подозрением на tuboовариальный абсцесс и/или при нарушении менструального цикла для исключения эктопической беременности	Да/нет
8	Проведена антибактериальная терапия	Да/нет
9	Проведено оперативное лечение при наличии гнойного tuboовариального образования и/или отсутствии эффекта от проводимой медикаментозной терапии	Да/нет

Список литературы

1. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted diseases treatment guidelines (2015).
2. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease (2017). Jonathan Ross¹, Secondo Guaschino, Marco Cusini and Jorgen Jensen.
3. The British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). Pelvic inflammatory disease. Guideline. 2019.
4. Национальное руководство гинекология. под руководством Савельевой Г.М., Сухих Г.Т., Серова В.Н., Радзинского В.Е., Манухина И.Б.2017.
5. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная гинекология. Руководство. Москва. Медпресс. 2001. С.288.
6. 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.
7. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections – Management and treatment of specific syndromes – Pelvic Inflammatory Disease (PID). 2016.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Lee NC, Rubin GL, Grimes DA. Measures of sexual behavior and the risk of pelvic inflammatory disease. Obstet Gynecol 1991; 77:425.

12. Kapustian V, Namazov A, Yaakov O, Volodarsky M, Anteby EY, Gemer O. Is intrauterine device a risk factor for failure of conservative management in patients with tubo-ovarian abscess? An observational retrospective study. *Arch Gynecol Obstet*. 2018 May;297(5):1201-1204.
13. Интернет ресурс www.mkb-10.com.
14. Серов В.В., Пауков В.С. Воспаление руководство для врачей — М.: Медицина, 1995. — 639 с.
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. Pelvic Inflammatory Disease Management Guidelines.2017. The New Zealand Sexual Health Society.
20. 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.,
21. 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.;

22. 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.;
23. 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.]
24. 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.;
25. Tan L. Clinical and diagnostic challenge of antimicrobial resistance in *Mycoplasma genitalium*. *MLO Med Lab Obs* 2017; 2017:8–12.].
26. 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.].
27. Patel MD, Young SW, Dahiya N. Ultrasound of Pelvic Pain in the Nonpregnant Woman. *Radiol Clin North Am*. 2019 May;57(3):601-616.
28. Clinical Effectiveness Group. UK national guideline for the management of pelvic inflammatory disease 2011. London (UK): British Association for Sexual Health and HIV; 2011 Jun. 18 p. [39 references].
29. Xiao G., Xiao X. Sepsis-Induced Lung Injury: The Mechanism and Treatment //Severe Trauma and Sepsis. – Springer, Singapore, 2019. – C. 253-275.
30. Kulchavenya E., Naber K. G., Johansen T. E. B. Urogenital tuberculosis //Extrapulmonary Tuberculosis. – Springer, Cham, 2019. – C. 141-153.

31. Sartelli M, Weber DG, Ruppé E, Bassetti M., Wright BJ, Ansaloni L. et all. Antimicrobials: a global alliance for optimizing their rational use in intra-abdominal infections (AGORA). World J Emerg Surg. 2016 Jul 15;11:33. doi: 10.1186/s13017-016-0089-y. e Collection 2016.
32. Программа СКАТ (Стратегия Контроля Антимикробной Терапии) при оказании стационарной медицинской помощи: Российские клинические рекомендации/ Под ред. С.В.Яковлева, Н.И.Брико, С.В.Сидоренко, Д.Н.Проценко. – М.: Издательство «Перо», 2018. – 156с.
33. Mathur M, Scoutt LM. Nongynecologic Causes of Pelvic Pain: Ultrasound First. Obstet Gynecol Clin North Am. 2019 Dec;46(4):733-753.
34. Curry A, Williams T, Penny ML Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. Am Fam Physician. 2019 Sep 15;100(6):357-364.
35. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике: Евразийские клинические рекомендации/под ред. С.В.Яковлева, С.В.Сидоренко, В.В.Рафальского, Т.В.Спичак. М.:Издательство «Пре100 Принт», 2016 0- 144с.
36. Walker CK, Wiesenfeld HC. Antibiotic therapy for acute pelvic inflammatory disease: the 2006 CDC Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Clin Infect Dis 2007;28[Supp 1]:S29–36.
37. Овсянникова Т.В., Макаров И.О., Куликов И.А. Предгравидарная подготовка пациенток с воспалительными заболеваниями женских половых органов. Эффективна фармакотерапия. Акушерство и Гинекология. 2013. № 3 (28). С. 10-16.
38. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии/ Под ред. Л.С.Страчунского, Ю.Б.Белосува, С.Н.Козлова. – Смоленск: МАКМАХ, 2007. – 464с.
39. 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.

40. 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.
41. 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»).
42. Магнитотерапия в лечебно-реабилитационных и профилактических программах: клинические рекомендации.- Москва. 2015, 47 с.
43. Лазерная терапия в лечебно-реабилитационных и профилактических программах: клинические рекомендации.- Москва. 2015, 68 с.
44. Клинические рекомендации, основанные на доказательствах «Физическая и реабилитационная медицина» Г.Н. Пономаренко, Д.В. Ковлен, Санкт-Петербург, 2018, 38 с.
45. 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.
46. 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.
47. K.A. Workowski, S. Berman Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010, *MMWR Recomm Rep*, 59 (2010), pp. 1-110.
48. 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

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Адамян Лейла Владимировна - академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ, Заслуженный деятель науки России, заведующая кафедрой репродуктивной медицины и хирургии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, главный специалист Минздрава России по акушерству и 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, директор Института репродуктивной медицины, зав. отделением эндокринной гинекологии, профессор кафедры эндокринологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России, профессор кафедры репродуктивной медицины и хирургии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов эндоскопистов, Российской ассоциации по эндометриозу, Российского общества акушеров гинекологов, международной ассоциации акушеров-гинекологов и эндокринологов.

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 ФПК и ППС 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, 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, заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России (г. Москва).

8. Чернуха Галина Евгеньевна – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отделением гинекологической эндокринологии «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, президент МОО Ассоциация гинекологов-эндокринологов.

9. Сметник Антонина Александровна - к.м.н., заведующая отделением гинекологической эндокринологии «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
10. Табеева Гюзяль Искандеровна - к.м.н., старший научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, секретарь МОО «Ассоциации гинекологов-эндокринологов».
11. Припутневич Татьяна Валерьевна - д.м.н., директор института микробиологии, антимикробной терапии и эпидемиологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
12. Любасовская Людмила Анатольевна - к.м.н., заведующая отделением клинической фармакологии и антимикробных препаратов ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
13. Шабанова Наталья Евгеньевна - к.м.н., доцент, научный сотрудник отделения клинической фармакологии и антимикробных препаратов ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

14. Ипатова Марина Владимировна - д.м.н., заведующая гинекологического отделения восстановительного лечения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

15. Маланова Татьяна Борисовна к.м.н., заведующая по клинической работе, гинекологического отделения восстановительного лечения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

16. Тоноян Нарине Марзпетуновна – к.м.н., врач акушер-гинеколог отделения оперативной гинекологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

17. Шукина Наталья Алексеевна – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им.М.Ф. Владимирского.

18. Ярмолинская Мария Игоревна - доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И. И. Мечникова Минздрава России, руководитель отдела эндокринологии репродукции ФГБУ «НИИ акушерства и гинекологии имени Д.О.Отта», является членом Российского общества акушеров-гинекологов.

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

Приложение А2. Методология разработки клинических 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
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 утверждённым 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 учётом следующих нормативно- правовых документов:

- 1) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (Зарегистрирован 12.11.2020 № 60869);
- 2) Национальное руководство гинекология. под руководством Савельевой Г.М., Сухих Г.Т., Серова В.Н., Радзинского В.Е., Манухина И.Б.2017.
- 3) Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Шукина Н.А. Гнойная гинекология. Руководство. Москва. Медпресс. 2001. С.288.
- 4) Программа СКАТ (Стратегия Контроля Антимикробной Терапии) при оказании стационарной медицинской помощи: Российские клинические рекомендации/ Под ред. С.В.Яковлева, Н.И.Брико, С.В.Сидоренко, Д.Н.Проценко. – М.: Издательство «Перо», 2018. – 156с.

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

6) Woodward 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

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

Амбулаторное лечение рекомендуемые схемы:

	МНН	Режим дозирования
#Схема 1 [48]	Цефтриаксон ** Доксициклин** Метронидазол**	250 мг в /м однократно <i>ПЛЮС</i> 100 мг перорально 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 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 14 дней (офлоксацин может быть заменен левофлоксацином 500 мг один раз в сутки)
#Схема 4 [10]	Левофлоксацин** Метронидазол**	перорально 500 мг каждые 24 часа <i>ПЛЮС</i> перорально 500 мг каждые 12 часов в течение 14 дней

Альтернативные схемы амбулаторного лечения:

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

		500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней
#Схема 3 [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 14 дней

Стационарное лечение рекомендуемые схемы:

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

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

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**	200 мг внутривенно каждые 12 часов
	Доксициклин**	<i>ПЛЮС</i> 100 мг внутривенно (или перорально) каждые 12 часов
	Метронидазол**	<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 врача

Приложение В. Информация для пациента

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

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

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

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

Основной лечение - антибиотикотерапия (1 или более видов препаратов). Необходимо придерживаться рекомендациям вашего врача и провести назначенную терапию. При необходимости требуется госпитализация, а хирургическое вмешательство.

Половые партнеры женщин с ИППП должны получать терапию, даже при отсутствии симптомов. Для профилактики ВЗОМТ необходимо использовать презервативы для предотвращения рисков ИППП, а также ограничить количество сексуальных партнеров.

Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Таблица 1. Предположительные, дополнительные и специфические критерии ВЗОМТ

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°С</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>S. 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>
---	---	---