

Клинические рекомендации

Сальпингит и оофорит

Кодирование по Международной
статистической классификации
болезней и проблем, связанных
со здоровьем: N70.0, N70.1,
N70.9

Возрастная группа: взрослые/дети

Год утверждения: **20..**

Разработчик клинической рекомендации:

- ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ)

Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	6
1.1 Определение	6
1.2 Этиология и патогенез.....	6
1.3 Эпидемиология	7
1.4 Кодирование по МКБ 10	7
1.5 Классификация.....	7
1.6 Клиническая картина.....	8
2. Критерии диагностики	9
2.1 Жалобы и анамнез	10
2.2 Физикальное обследование.....	11
2.3 Лабораторная диагностика.....	12
2.4 Инструментальная диагностика	13
2.5 Дифференциальная диагностика.....	15
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	15
3.1 Амбулаторное лечение	17
3.2 Стационарное лечение.....	17
3.3 Лечение партнера.....	18
3.4 Иное лечение.....	19
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации	13
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	17
6. Организация медицинской помощи	18
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	18
Критерии оценки качества медицинской помощи	20
Список литературы.....	23

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	28
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	27
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	29
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	32
Приложение В. Информация для пациента.....	33
Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	

Список сокращений

- АМК - аномальные маточные кровотечения
ВЗОМТ - воспалительные заболевания органов малого таза
ВИЧ - вирус иммунодефицита человека
ВРТ - вспомогательные репродуктивные технологии
ГСГ - гистеросальпигография
ИППП - инфекции, передаваемые половым путём
КТ – компьютерная томография
МРТ - магниторезонансная томография
СРБ - с-реактивный белок
ТЭО - тромбоэмболические осложнения
УЗИ – ультразвуковое исследование
ХГЧ - хорионический гонадотропин

Термины и определения

Термин “воспалительные заболевания органов малого таза” (ВЗОМТ) - объединяет воспалительные заболевания верхних отделов женского репродуктивного тракта¹ [3].

Сальпингит – это инфекционно-воспалительный процесс неспецифической или специфической этиологии с локализацией в маточных трубах¹ [3].

Оофорит - это инфекционно-воспалительный процесс неспецифической или специфической этиологии с локализацией в яичниках¹ [3].

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

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

1.1 Определение

Сальпингит – это инфекционно-воспалительный процесс неспецифической или специфической этиологии с локализацией в маточных трубах.

Оофорит - это инфекционно-воспалительный процесс неспецифической или специфической этиологии с локализацией в яичниках.

1.2 Этиология и патогенез

Сальпингит и оофорит обычно являются результатом восходящей инфекции, которая имеет смешанный полимикробный характер с преобладанием возбудителей, передаваемых половым путем (85%), таких как *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*. В 15% случаев причиной являются оппортунистические патогены - облигатно-анаэробные и факультативно-анаэробные ассоциации микроорганизмов, которые в низких титрах могут присутствовать в составе нормальной микрофлоры влагалища и перианальной области — *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Mobiluncus* spp., *Streptococcus* spp. (в первую очередь, *S.agalactiae*), *Enterobacteriaceae* (*Escherichia coli*) и т. д. Крайне редко сальпингит и оофорит ассоциирован с *Campylobacter* spp. или респираторными патогенными микроорганизмами (например, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, стрептококки группы А и *Staphylococcus aureus*), которые колонизировали нижние отделы половых путей [4]. В настоящее время роль *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* в этиологии ВЗОМТ остается спорной и в сочетании с другими микроорганизмами рассматриваются как возможные этиологических факторы ВЗОМТ [5].

Значительная доля смешанных инфекций в структуре ВЗОМТ обуславливает нетипичные клинические проявления в зависимости от особенностей взаимодействия между различными видами возбудителей. Особыми факторами риска ВЗОМТ являются инвазивные диагностические процедуры, во время которых происходит механический перенос микробных клеток в полость матки, фаллопиевы трубы, фолликулярную жидкость. Преобладание преимущественно полимикробных ассоциаций при нарушении барьерных механизмов защиты и локального противинфекционного иммунитета могут способствовать хронизации заболеваний и активации аутоиммунных процессов. Отсутствие снижения частоты ВЗОМТ и неконтрольное многократное использование

антибактериальных препаратов способствуют развитию антибиотикорезистентности. В ходе эволюции бактериальные агенты выработали способность образовывать биопленки, что повышает выживаемость их ассоциаций. Микроорганизмы остаются жизнеспособными при повышении концентрации пероксидных соединений, образующихся в ходе воспаления. В ряде многоцентровых исследований показано, что все чаще возникающая устойчивость к лекарственным препаратам представляет наибольшую сложность в лечении больных с различными инфекционными процессами смешанной этиологии [6]. Сальпингиты и оофориты у женщин репродуктивного возраста, вызванные смешанными формами возбудителей, сопровождаются нарушениями внутриклеточного метаболизма, деструкцией клеточных мембран, отеком ткани, развитием гипоксии и накоплением активных форм кислорода, что может приводить к ДНК-индуцированной гибели клеток, образованию антиовариальных антител. В этом аспекте сальпингит и оофорит являются основной причиной трубноперитонеального бесплодия, повышают риски развития спаечного процесса, хронической тазовой боли, эктопической беременности, а также преждевременной недостаточности яичников² [7].

1.3 Эпидемиология

ВЗОМТ занимают лидирующее положение в структуре гинекологической патологии. Точная заболеваемость их неизвестна из-за недостаточной диагностики и регистрации [2]. Пик заболеваемости приходится на 17-28 лет. Преобладающими нозологическими формами ВЗОМТ являются сальпингит и оофорит (60-67%). Согласно данным статистического анализа заболеваемости населения России за 2017 г., частота воспалительных процессов придатков матки увеличилась на 27% за год и составила 817,4 случаев на 100000 всего женского населения. Отсутствие симптомов в 60% случаев обуславливает низкую обращаемость пациенток за медицинской помощью и затрудняет выявление данных заболеваний [8,9].

1.4 Кодирование по МКБ 10

N70 сальпингит и оофорит

N70.0 острый сальпингит и оофорит

2. Инфекции, передаваемые половым путем. Руководство для дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов, инфекционистов, педиатров, семейных врачей и руководителей здравоохранения. 2009

N70.1 хронический сальпингит и оофорит. Гидросальпинкс

N70.9 сальпингит и оофорит неуточненные

1.5 Классификация

В зависимости от возбудителя:

- специфический
- неспецифический.

По локализации:

- односторонний
- двусторонний.

По клиническому течению:

- острые – с выраженной клинической симптоматикой (менее 30 дней)
- подострые – со стертыми проявлениями
- хронические – с неустановленной давностью заболевания или давностью более 30 дней.

В зависимости от степени тяжести

- легкий
- среднетяжелый
- тяжелый

В зависимости от наличия клинических симптомов³ [10].

- симптоматический
- асимптоматический

По характеру течения:

- катаральные;
- гнойные:
 - гнойный эндометрит;
 - пиосальпинкс;
 - пиовар;
 - абсцесс яичника;
 - гнойное tuboовариальное образование;
 - пельвиоперитонит.

1.6 Клиническая картина

Течение ВЗОМТ может быть симптоматическим или бессимптомным. Однако ни один из клинических симптомов не является специфичным и чувствительным

3.European guideline for the management of pelvic inflammatory disease (2017). Jonathan Ross¹, Secondo Guaschino, Marco Cusini and Jorgen Jensen.

для сальпингита и оофорита (положительная прогностическая ценность – 65-90% по сравнению с лапароскопическим диагнозом)^{3,4} [10, 11, 12, 13].

О наличии сальпингита или оофорита могут свидетельствовать следующие симптомы [2, 5, 12].

- боль в нижней части живота - обычно двусторонняя;
- диспареуния;
- аномальные маточные кровотечения - межменструальное кровотечение, посткоитальное кровотечение и меноррагия могут возникать вторично по отношению к сопутствующему цервициту и эндометриту;
- выделения из влагалища или шейки матки - в результате ассоциированного цервицита, эндометрита или бактериального вагиноза.

Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств – 4.

2. Критерии диагностики

Диагностика сальпингитов и оофоритов проводится путем комплексного клинико-лабораторного и инструментального обследований^{1,3} [10, 3].

Основные диагностические обследования:

- 1) сбор жалоб и анамнестических данных.
- 2) физикальное обследование
- 3) бимануальное исследования
- 4) лабораторные методы исследований:
 - а) развернутый клинический анализ крови;
 - б) определение уровня С-реактивного белка;
 - в) анализ крови на хорионический гонадотропин (ХГЧ) (для исключения внематочной беременности);
 - г) исследование отделяемого заднего свода влагалища на оппортунистические (условные) патогены: микроскопическое исследование с окраской по Граму и культуральное исследование с определением чувствительности к выделенным возбудителям;
 - д) исследование отделяемого из цервикального канала и уретры: исследование методом ПЦР и микроскопическое исследование на абсолютные патогены (возбудители

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

3.European guideline for the management of pelvic inflammatory disease (2017). Jonathan Ross1, Secondo Guaschino, Marco Cusini and Jorgen Jensen.

инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) – N.gonorrhoeae, Ch.trachomatis, M. genitalium, Tr. vaginalis; дополнительно - культуральное исследование на N.gonorrhoeae с определением чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам;

е) исследование перитонеальной жидкости (при проведении лапароскопического исследования) на оппортунистические и абсолютные патогены: микроскопическое исследование с окраской по Граму, культуральное исследование на оппортунистические патогены и исследование методом ПЦР на абсолютные патогены (N.gonorrhoeae, Ch. trachomatis, M. genitalium, Tr. Vaginalis)

ж) общий анализ мочи;

5) инструментальные методы исследования:

а) ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, при возможности с использованием трансвагинального датчика;

б) при неинформативности УЗИ, выраженном спаечном процессе, при тяжелом и продолжительном течении заболевания, при генерализации воспалительного процесса, при наличии сочетанных патологий: компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), лапароскопия [12, 14, 15].

2.1 Жалобы и анамнез

Сбор анамнеза должен включать следующие данные пациентки:

- возраст,
- наличие профессиональных вредностей,
- наличие вредных привычек (курение, алкоголь, наркотические препараты),
- характер менструаций (возраст менархе, длительность и регулярность менструального цикла, продолжительность менструального кровотечения, наличие аномальных маточных кровотечений),
- возраст начала половой жизни, количество половых партнеров,
- состояние здоровья мужа/партнера,
- методы контрацепции,
- акушерский анамнез (число беременностей и родов в анамнезе и их исход, наличие осложнений беременности, родов и/или аборт, весоростовые показатели и состояние здоровья рожденных детей, способ достижения беременности - самопроизвольная беременность или беременность в результате вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ)),

- перенесенные и имеющиеся гинекологические заболевания, оперативные вмешательства на органах малого таза,
- перенесенные соматические заболевания (в частности, детские инфекции, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания почек, эндокринные заболевания, аллергические заболевания, тромбоэмболические осложнения (ТЭО) и др.)¹ [2, 3, 4, 5].

В ряде случаев может наблюдаться лихорадка или озноб, судороги, дизурия. 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) [5]. Косвенный признак наличия у женщины сальпингита или оофорита – первичное или вторичное бесплодие¹ [3].

К факторам риска развития сальпингита и оофорита относят возраст моложе 25 лет, ранее начало половой жизни (до 15 лет), несколько половых партнеров или смена полового партнера в течение 3-х месяцев, отсутствие применения средств барьерной контрацепции, ИППП в анамнезе, наличие внутриматочной спирали, инструментальное прерывание беременности, гистеросальпигография (ГСГ), внутриматочные хирургические вмешательства³ и др.[11].

2.2 Физикальное обследование

- Рекомендовано провести пальпацию живота¹ [3, 9, 12].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарий: При физикальном обследовании возможна боль внизу живота при пальпации. Однако этот симптом может встречаться и при других заболеваниях органов малого таза и кишечника.

- Рекомендовано провести гинекологический осмотр пациентки^{1,3,4} [3, 5, 10, 11].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

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

3.European guideline for the management of pelvic inflammatory disease (2017). Jonathan Ross¹, Secondo Guaschino, Marco Cusini and Jorgen Jensen.

4.Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted diseases treatment guidelines (2015, accessed 15 November 2017).

Комментарий: гинекологический осмотр включает визуальный осмотр наружных половых органов, осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах (воспалительные заболевания органов нижних отделов половых путей могут быть косвенными признаками сальпингита и оофорита), бимануальное влагалищное исследование с определением размеров, консистенции, подвижности и болезненности матки и придатков матки, оценкой характера отделяемого влагалища. При бимануальном исследовании возможны болезненные тракции шейки матки и болезненность при пальпации придатков. Аномальные выделения из влагалища или шейки матки часто свидетельствуют о сочетании сальпингита и оофорита с острым цервицитом, бактериальным вагинозом или эндометритом. Однако эти симптомы могут встречаться и при других заболеваниях.

- Рекомендовано провести измерение температуры тела пациентки^{1,3} [3, 10, 12].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарий: Повышение температуры тела выше 38⁰С не является специфическим симптомом, т.к. выявляется у незначительной части женщин с сальпингитом и оофоритом.

2.3 Лабораторная диагностика

- Рекомендован развернутый клинический анализ крови.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: Лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и повышение уровня СОЭ чаще свидетельствуют об острых формах сальпингита и оофорита^{1,3} [2, 3, 5, 10, 12].

- Рекомендовано определение уровня СРБ в крови.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: Повышение уровня СРБ подтверждает наличие воспалительного процесса, но не является специфичным показателем и может иметь нормальные значения при хронических формах сальпингита и оофорита^{3,4} [10, 11] и других воспалительных заболеваний.

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

3. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease (2017). Jonathan Ross¹, Secondo Guaschino, Marco Cusini and Jorgen Jensen.

4. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted diseases treatment guidelines (2015, accessed 15 November 2017)

- Рекомендовано определение уровня хорионического гонадотропина (ХГЧ) в крови.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – IV)

Комментарии: определение уровня ХГЧ необходимо с целью исключения внематочной беременности³ [10], особенно при нарушениях менструального цикла и задержке менструаций.

- Рекомендовано определение в плазме крови иммуноглобулинов класса М и G и антигена р24/25 (Agp24/25) вируса иммунодефицита человека 1,2 (далее – ВИЧ), иммуноглобулинов класса М и G к вирусу гепатита В или HBs-антигена, иммуноглобулинов класса М и G к вирусу гепатита С или антигена HCV.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

Комментарии: течение ВЗОМТ на фоне ВИЧ-инфекции может быть более тяжелым, возрастает риск тубоовариального абсцесса³ [10].

- Рекомендовано микроскопическое исследование мазка из влагалища, цервикального канала, уретры, включая определение числа лейкоцитов и на оппортунистические (условные) патогены.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: повышение количества лейкоцитов в мазке неспецифично, и могут иметь нормальные значения при хронических формах^{3,4} [2, 10, 11, 15].

- Рекомендовано культуральное исследование отделяемого влагалища, цервикального канала, уретры с определением чувствительности выделенных возбудителей к антибактериальным препаратам

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: культуральное исследование отделяемого цервикального канала и уретры позволяет выявить более редких возбудителей ВЗОМТ [12, 13, 14].

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

3. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease (2017). Jonathan Ross¹, Secondo Guaschino, Marco Cusini and Jorgen Jensen.

4. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted diseases treatment guidelines (2015, accessed 15 November 2017)

- Рекомендовано исследование методом ПЦР отделяемого из цервикального канала и уретры на абсолютные патогены- *N.gonorrhoeae*, *Ch.trachomatis*, *M. Genitalium*, *Tr.vaginalis* [5, 16, 17, 18].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

- Рекомендовано культуральное исследование отделяемого цервикального канала и уретры на *N.gonorrhoeae* с определением чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам [18].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

- Рекомендовано микроскопическое исследование перитонеальной жидкости включая определение числа лейкоцитов и на оппорунистические (условные) патогены при проведении лапароскопии [15].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

2.4 Инструментальная диагностика

- Рекомендовано УЗИ органов малого таза, при возможности с использованием трансвагинального датчика

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

- Рекомендовано доплерометрическое исследование органов малого таза

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: при доплерометрическом исследовании можно обнаружить усиление кровотока маточных труб [19, 20].

- Рекомендовано проведение КТ/МРТ.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: КТ и МРТ используются для диагностики сальпингита и оофорита, однако имеют низкую чувствительность при легкой и среднетяжелой степени выраженности ВЗОМТ [15]. МРТ имеет преимущество перед КТ в оценке толщины стенки маточной трубы³ [10].

3. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease (2017). Jonathan Ross¹, Secondo Guaschino, Marco Cusini and Jorgen Jensen.

Сальпингит проявляется в виде неравномерно расширенной утолщенной маточной трубы с утолщенной стенкой, часто заполненной жидкостным содержимым, ткань воспаленного яичника неоднородна, с отеком и снижением дифференциации стромального и фолликулярного компонента. Контрастное усиление также позволяет дифференцировать тубоовариальные образования воспалительного генеза от неопластического процесса.

- Рекомендовано проведение лапароскопии.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарий: Лапароскопия имеет высокую чувствительность в диагностике сальпингитов и оофоритов, но проводить ее рутинно всем нецелесообразно^{3,4} [2, 10, 11]. Кроме того, с помощью ее трудно поставить диагноз при незначительном воспалении маточных труб. Для лапароскопической картины острого сальпингоофорита характерны выраженная гиперемия серозного покрова одной или обеих маточных труб, отек труб и фимбрий, наличие экссудата на поверхности трубы, вытекание его из просвета трубы, фибриновые наложения на брюшине, покрывающей трубы, наличие серозного или гнойного выпота в прямокишечно-маточном углублении. Данный диагностический метод особенно эффективен для женщин с бесплодием, т.к. в процессе проведения исследования можно выявить спаечный процесс, являющийся причиной непроходимости маточных труб, и, как следствие, бесплодия [4, 5].

2.5 Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику следует проводить с эктопической беременностью, беременностью малого срока, аппендицитом, перекрутом яичников, эндометриозом, гастроэнтеритом, разрывом маточной трубы, венерическим перигепатитом (синдромом Фитца-Хью-Куртиса), холециститом, пиелонефритом, кишечной непроходимостью, почечными коликами, синдромом раздраженного кишечника [1, 4, 12].

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

Пациенток с легкими и среднетяжелыми формами сальпингитов и оофоритов

3. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease (2017). Jonathan Ross¹, Secondo Guaschino, Marco Cusini and Jorgen Jensen.

4. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted diseases treatment guidelines (2015, accessed 15 November 2017)

рекомендовано лечить амбулаторно пероральными формами антибиотиков. Госпитализация и соответственно парентеральное введение препаратов рекомендованы при наличии определенных показаний (см. раздел 6) [19].

Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств – 1.

- Рекомендовано назначать терапию сальпингитов и оофоритов эмпирически антибактериальными препаратами с охватом всего спектра вероятных возбудителей [10, 11, 12].

Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1.

- При наличии аллергической реакции на один из препаратов рекомендуемых схем, рекомендовано назначать альтернативные схемы^{3,4} [10, 11].

Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1.

- При выраженном болевом синдроме, ассоциированном с сальпингитом или оофоритом, пациенткам рекомендовано назначать нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)¹ [3].

Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств – IV.

- При амбулаторном или стационарном лечении легких и среднетяжелых форм сальпингитов и оофоритов рекомендована пероральная терапия, а также однократное парентеральное введение препаратов в начале терапии [12, 19].

Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1.

- Лечение больных с тяжелыми формами сальпингитов или оофоритов рекомендовано начинать с парентерального назначения антибиотиков^{1,4} [3, 11].

Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств – 2.

Комментарии: В дальнейшем через 24-48 ч после клинического улучшения возможен переход на пероральный прием одноименных препаратов. Такая тактика (ступенчатая антибактериальная терапия) позволяет не только экономить средства, но и более комфортна для пациентки.

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

3.European guideline for the management of pelvic inflammatory disease (2017). Jonathan Ross1, Secondo Guaschino, Marco Cusini and Jorgen Jensen.

4.Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted diseases treatment guidelines (2015, accessed 15 November 2017)

При продолжении пероральной терапии идентичным препаратом можно в значительной степени быть уверенным в комплаентности и эффективности лечения.

- Рекомендовано назначать терапию, направленную на обеспечение элиминации всего спектра возможных возбудителей (N.gonorrhoeae, Ch.trachomatis, Tr.vaginalis, M. genitalium, грамотрицательной кишечной микрофлоры, грамположительных аэробов и анаэробов)¹ [3, 14, 15].

Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств – IV.

Комментарии: при этом необходимо стремиться одновременно назначать меньшее количество препаратов, выбирать антибиотики с большим интервалом дозирования и хорошей переносимостью, создающие высокие концентрации в тканях репродуктивных органов, имеющие как парентеральную, так и пероральную формы выпуска, а также те препараты, эффективность которых подтверждена в контролируемых исследованиях.

- Рекомендовано в процессе лечения проходить тщательный контроль эффективности и своевременное принятие решения о смене антибактериального препарата [12, 13, 19].

Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств – IV.

Комментарии: сменить антибактериальный препарат следует при отсутствии эффекта в течение 2-3 суток или еще раньше при утяжелении состояния, развитии нежелательных лекарственных реакций у пациентки.

- Рекомендовано продолжать внутривенное введение антибактериальных препаратов в течение не менее 24 часов после клинического улучшения с переходом на пероральную форму^{3,4} [10, 12, 13, 19].

Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств – IV.

- В случае отсутствия признаков клинического улучшения в течение 72 ч от начала внутривенного введения антибактериальных препаратов требуется уточнение диагноза на основе лапароскопической диагностики^{3,4} [10, 12, 13].

Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств – IV.

- Рекомендовано антибактериальную терапию проводить в течение 10-14 дней.

Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств – IV.

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

3.European guideline for the management of pelvic inflammatory disease (2017). Jonathan Ross1, Secondo Guaschino, Marco Cusini and Jorgen Jensen.

4.Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted diseases treatment guidelines (2015, accessed 15 November 2017)

Комментарии: оптимальная продолжительность терапии сальпингитов и оофоритов основывается на фармакокинетике и фармакодинамике препаратов, а также заключениях экспертов. Во всех ведущих рекомендациях по лечению ВЗОМТ: длительность терапии ВЗОМТ составляет 10-14 дней^{3,4} [10, 11, 12, 13, 14]. Такая длительность необходима для проведения полной эрадикации возбудителей с целью предотвращения рецидивов и осложнений в дальнейшем, однако данных по отдаленной эффективности различных режимов терапии практически нет.

3.1 Подраздел 1 «Амбулаторное лечение»

- **Рекомендуемые схемы:**

- 1) Амоксициллин/клавуланат внутрь 1,0 г 2 раза в день + доксицилина моногидрат 100 мг внутрь 2 раза в день 14 дней.
- 2) При подозрении на гонококковую этиологию ВЗОМТ требуется назначение цефалоспоринов III поколения (цефтриаксон 1000 мг в/м)⁵ [21].

Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1.

- **Рекомендуемые альтернативные схемы**^{3,5} [10, 21]:

- 1) Амоксициллин/клавуланат внутрь 1,0 г 2 раза в день + джозамицин внутрь 500 мг 3 раза в день 14 дней.
- 2) Цефоксим 400 мг 1 раз в сутки 14 дней + азитромицин 1 г однократно + метронидазол 500 мг 2 раза в день 14 дней.

Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1.

3.1 Подраздел 2 «Стационарное лечение»

- **Рекомендуемые схемы:**

Цефтриаксон 1 г внутримышечно (в/м) или внутривенно (в/в) + доксицилин 100 мг в/в 2 раза в день (может применяться пероральный доксицилина моногидрат), затем доксицилина моногидрат внутрь 100 мг два раза в день + метронидазол внутрь 500 мг два раза в день до 14 дней^{3,5} [10, 21].

3. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease (2017). Jonathan Ross¹, Secondo Guaschino, Marco Cusini and Jorgen Jensen.

4. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted diseases treatment guidelines (2015, accessed 15 November 2017)

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

Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1.

Клиндамицин в/в 300 мг 3 раза в день + гентамицин 3 мг/кг 1 раз в день с назначением доксицилина 100 мг 2 раза в день внутрь.

Клиндамицин внутрь 300 мг 4 раза в день 14 дней или доксицилина моногидрат в/в 100 мг два раза в день + метронидазол в/в 500 мг два раза в день до 14 дней^{3,4,5} [10, 11, 21].

Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1.

- Рекомендовано женщинам с ВИЧ-инфекцией назначать парентеральную терапию [10, 11].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств –1)

Комментарий: женщины с ВИЧ-инфекцией могут иметь более тяжелые клинические симптомы ВЗОМТ, которые, однако, достаточно хорошо реагируют на антибактериальную терапию.

- Рекомендовано удаление внутриматочной системы (ВМС) при развитии сальпингита и оофорита на ее фоне [22].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий: следует рассмотреть возможность удаления ВМС, так как это может быть связано с улучшением симптомов в более короткий срок.

3.1 Подраздел 3 «Лечение партнера»

- Все настоящие (в пределах шестимесячного периода) партнеры-мужчины женщин с сальпингитами и оофоритами должны быть обследованы на ИППП.
- Рекомендуется избегать незащищенных половых контактов до завершения курса лечения партнером.
- При диагностике гонореи у партнера-мужчины должно быть проведено соответствующее лечение

3. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease (2017). Jonathan Ross¹, Secondo Guaschino, Marco Cusini and Jorgen Jensen.

4. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted diseases treatment guidelines (2015, accessed 15 November 2017)

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

- Рекомендуется проведение одновременно эмпирического лечения хламидиоза для всех сексуальных партнеров в связи с вариабельной чувствительностью доступных диагностических тестов.
- Если адекватное обследование на ИППП у сексуального партнера(ов) не представляется возможным, должна быть проведена эмпирическая их терапия^{3,4} [10, 11, 15].

3.N Иное лечение

Если вышеуказанные режимы недоступны, то при выявлении следующих микроорганизмов должна быть назначена соответствующая антибактериальная терапия в течение 14 дней³ [10]:

- ✓ *Neisseria gonorrhoeae* – цефалоспорины III поколения
- ✓ *Chlamydia trachomatis* – тетрациклины, макролиды
- ✓ Анаэробы – метронидазол.

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

- Рекомендуется при остром сальпингите/оофорите использовать переменное магнитное поле для достижения противоболевого, противоотечного,

противовоспалительного эффектов, усиления действия антибактериальной терапии⁶ [23, 25].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

3. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease (2017). Jonathan Ross¹, Secondo Guaschino, Marco Cusini and Jorgen Jensen.

4. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted diseases treatment guidelines (2015, accessed 15 November 2017)

5. 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

6. Магнитотерапия в лечебно-реабилитационных и профилактических программах: клинические рекомендации.- Москва. 2015, 47 с.

Комментарии: физиолечение проводится на фоне адекватной антибактериальной терапии. Целесообразно применение абдоминальной и/или абдоминально-влагалищной методик, 1-2 раза в день, курсом до №20, независимо от дня менструального цикла.

- Рекомендуется при остром сальпингите/оофорите использовать воздействие низкоинтенсивным лазерным излучением и магнитолазерную терапию для достижения противоболевого, противоотечного, противовоспалительного эффектов, усиления действия антибактериальной терапии^{7,8} [24, 25].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: физиолечение проводится на фоне адекватной антибактериальной терапии. Использование абдоминальной или влагалищной методики, 1 раз в день до № 10, независимо от дня менструального цикла.

- Рекомендуется при остром и хроническом сальпингите/оофорите использовать воздействие сверхвысокочастотным электромагнитным полем (СВЧ-терапия) для достижения противоболевого, противоотечного, противовоспалительного эффектов, усиления действия антибактериальной терапии⁷. [25, 26].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: физиолечение проводится на фоне адекватной антибактериальной терапии. Использование абдоминальной методики, 1 раз в день до № 10. Не использовать данный фактор при сопутствующих пролиферативных заболеваниях органов малого таза - миоме матки, наружном генитальном эндометриозе. Учитывая эстрогенстимулирующий эффект фактора, лечение целесообразно начинать на 5-6-7 день менструального цикла.

7. Лазерная терапия в лечебно-реабилитационных и профилактических программах: клинические рекомендации. - Москва. 2015, 68 с.

8. Клинические рекомендации, основанные на доказательствах «Физическая и реабилитационная медицина» Г.Н. Пономаренко, Д.В. Ковлен, Санкт-Петербург, 2018, 38 с

- Рекомендуется при хроническом сальпингите/оофорите использовать терапию импульсными токами (интерференционными, синусоидальными модулированными, флюктуирующими) для достижения противоболевого, противоспаечного, трофического эффектов^{6,7,8} [23, 24, 25].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: использование по абдоминально-сакральной методике, 2 раза в день до № 20. Лечение начинается на 5-6-7 день цикла на фоне механической контрацепции. По показаниям возможно использование гормональной контрацепции. После окончания лечения контрацепция необходима еще 2 месяца.

- Рекомендуется при хроническом сальпингите/оофорите использовать ультразвуковую терапию/ультрафонофорез дефибрирующих препаратов для достижения противоспаечного, трофического эффектов^{7,8} [24, 25].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: использование подвижной абдоминальной методики ультразвуковой терапии в импульсном режиме, 1-2 раза в день до № 15. Лечение начинается на 5-6-7 день цикла на фоне механической контрацепции. По показаниям возможно использование гормональной контрацепции. Обладает выраженным эстрогенстимулирующим эффектом. Не использовать данный фактор

при сопутствующих пролиферативных заболеваниях органов малого таза - миоме матки, наружном генитальном эндометриозе. После окончания лечения контрацепция необходима еще 2 месяца.

6. Магнитотерапия в лечебно-реабилитационных и профилактических программах: клинические рекомендации.- Москва. 2015, 47 с.

7. Лазерная терапия в лечебно-реабилитационных и профилактических программах: клинические рекомендации.- Москва. 2015, 68 с.

8. Клинические рекомендации, основанные на доказательствах «Физическая и реабилитационная медицина» Г.Н. Пономаренко, Д.В. Ковлен, Санкт-Петербург, 2018, 38 с

- Рекомендуется при хроническом сальпингите/оофорите использовать абдоминальную декомпрессию для достижения противовоспалительного, трофического эффектов^{6,7} [23, 24].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: 1 раз в день по абдоминальной методике до № 15. Лечение начинается на 5-6-7 день цикла на фоне механической контрацепции. По показаниям возможно использование гормональной контрацепции. После окончания лечения контрацепция необходима еще 2 месяца.

- Рекомендуется при хроническом сальпингите/оофорите использовать воздействия лечебной грязью для достижения противовоспалительного, трофического эффектов⁷ [24].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: использование полостных (влагалищная, ректальная) и накожных (абдоминальная, пояснично-крестцовая, зона трусов) методик, индифферентной (Т-35-37 *С) или теплой (Т-38-40*С) температуры, 1 раз в день до № 15. Лечение начинается на 5-6-7 день цикла на фоне механической контрацепции. Обладает

выраженным эстрогенстимулирующим эффектом. Не использовать данный фактор при сопутствующих пролиферативных заболеваниях органов малого таза - миоме матки, наружном генитальном эндометриозе. После окончания лечения контрацепция необходима еще 4-6 месяцев.

- Рекомендуется при хроническом сальпингите/оофорите использовать санаторно-курортное лечение для достижения противовоспалительного, противобактериального эффекта⁷ [24].

6. Магнитотерапия в лечебно-реабилитационных и профилактических программах: клинические рекомендации.- Москва. 2015, 47 с.

7. Лазерная терапия в лечебно-реабилитационных и профилактических программах: клинические рекомендации.- Москва. 2015, 68 с.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –5)

Комментарии: не ранее, чем через 2 месяца после окончания антибактериальной терапии. Лечение начинается на 5-6-7 день цикла на фоне механической контрацепции. По показаниям возможно использование гормональной контрацепции. После окончания санаторного лечения контрацепция необходима еще 6 месяцев. Обязательно учитывать наличие пролиферативных заболеваний.

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

Профилактика ВЗОМТ в целом подразделяется на следующие две категории: 1) профилактика первого эпизода ВЗОМТ и 2) профилактика рецидива заболевания.

• Рекомендовано в рамках профилактики первого эпизода ВЗОМТ:

- а) ранняя диагностика ИППП для предотвращения ВЗОМТ (проводить ежегодный скрининг 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: женщины, имеющие нового полового партнера; имеющие более одного полового партнера, имеющие полигамного партнера, или имеющие полового партнера с ИППП)^{1,4} [3, 11].
- б) применения методов барьерной контрацепции для снижения риска инфицирования ИППП⁴ [11].

- Рекомендуется при хроническом сальпингите/оофорите использовать санаторно-курортное лечение для профилактики обострений воспалительного процесса, достижения противоспаечного эффекта^{6,7} [23, 24].

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

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

4.Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted diseases treatment guidelines (2015, accessed 15 November 2017)

6. Магнитотерапия в лечебно-реабилитационных и профилактических программах: клинические рекомендации.- Москва. 2015, 47 с.

7.Лазерная терапия в лечебно-реабилитационных и профилактических программах: клинические рекомендации.- Москва. 2015, 68 с.

Комментарии: не ранее, чем через 2 месяца после окончания антибактериальной терапии. Возможно использование санаторного лечения 1-2 раза в год. Лечение начинается на 5-6-7 день цикла на фоне механической контрацепции. По показаниям возможно использование гормональной контрацепции. После окончания санаторного лечения контрацепция необходима еще 6 месяцев. Обязательно учитывать наличие пролифератив

6. Организация медицинской помощи

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- 1) тяжелое состояние, тошнота, рвота, температура $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- 2) тубоовариальный абсцесс
- 3) неэффективность и невозможность амбулаторного лечения
- 4) беременность
- 5) наличие иммунодефицита (ВИЧ-инфекция, иммуносупрессивная терапия и т.д.)
- 6) невозможность исключить острую хирургическую патологию (аппендицит, внематочная беременность и т.д.)

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

Долгосрочные последствия ВЗОМТ:

- повышенный риск эктопической беременности,
- бесплодие,
- рецидивирующая инфекция,
- хроническая тазовая боль [2, 13].

Осложнения ВЗОМТ [2, 5, 10]:

- tuboовариальные абсцессы и тазовый перитонит;
- боль в правом подреберье, связанная с перигепатитом (синдром Фитца-Хью–Кертиса), может быть доминирующим симптомом;
- во время беременности ВЗОМТ встречаются редко, но может быть причиной повышенного риска как материнской, так и фетальной заболеваемости.

(Уровень доказательств III, B).

Критерии оценки качества медицинской помощи

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Проведен осмотр врачом акушером – гинекологом	Да/Нет
2.	Выполнен развернутый клинический анализ крови	Да/Нет
3.	Выполнено исследование уровня С – реактивного белка;	Да/Нет
4.	Анализ крови на хорионический гонадотропин (ХГЧ) (для исключения внематочной беременности)	Да/Нет
5.	Исследование отделяемого заднего свода влагалища на оппортунистические (условные) патогены: микроскопическое исследование с окраской по Граму и культуральное исследование с определением чувствительности к выделенным возбудителям	Да/Нет
6.	Исследование отделяемого из цервикального канала и влагалища: исследование методом ПЦР и микроскопическое исследование на абсолютные патогены (возбудители ИППП – N.gonorrhoeae, Ch.trachomatis, M. genitalium, Tr. vaginalis; дополнительно - культуральное исследование на N.gonorrhoeae с определением чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам	Да/Нет
7.	Исследование перитонеальной жидкости на оппортунистические и абсолютные патогены: микроскопическое исследование с окраской по Граму, культуральное исследование на оппортунистические патогены и исследование методом ПЦР на абсолютные патогены (N.gonorrhoeae, Ch. trachomatis, M. genitalium, Tr. Vaginalis)	Да/Нет
8.	Выполнен общий анализ мочи	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза с использованием трансвагинального датчика и/или компьютерная томография (КТ) и/или магнитно-резонансная томография (МРТ), лапароскопия (при подозрении на перитонит и тубоовариальный абсцесс для исключения других его причин))	Да/Нет
10.	Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Проведена консервативная терапия и/или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

Список литературы

4. Soper DE. Pelvic inflammatory disease. *Obstetrics and Gynecology* 2010;116((2 Pt 1)):419-28.
5. Savaris RF, Fuhrich DG, Duarte RV, Franik S, Ross J. Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
6. Национальное руководство. гинекология. под руководством Савельевой Г.М., Сухих Г.Т., Серова В.Н., Радзинского В.Е., Манухина И.Б.2017.
7. Brunham RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Pelvic inflammatory disease. *N Engl J Med* 2015; 372:2039.
8. Lis R, Rowhani-Rahbar A and Manhart LE. Mycoplasma genitalium infection and female reproductive tract disease: a meta-analysis. *Clin Infect Dis* 2015; 61: 418–426.
9. 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/
10. Инфекции, передаваемые половым путем. Руководство для дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов, инфекционистов, педиатров, семейных врачей и руководителей здравоохранения. 2009
11. Поликарпов А.В., Александрова Г.А., Голубев Н.А. Заболеваемость всего населения России в 2017 году (электронный ресурс) URL; <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/ьекфтшеьф-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskij-sbornik-2017-god>
12. Инфекции, передающиеся половым путем: Клинические лекции. Под ред. В.Н. Прилепской. М: ГЭОТАР-Медиа 2014; 160. Infektsii, peredayushchiesya polovym putem: Klinicheskie lektsii. . Ed. by V.N. Prilepskaya. Moscow: GEOTAR-Media Publ 2014; 704. (In Russ.).
13. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease (2017). Jonathan Ross¹, Secondo Guaschino, Marco Cusini and Jorgen Jensen.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted diseases treatment guidelines (2015, accessed 15 November 2017).
15. Pelvic Inflammatory Disease. Margaret Gradison, md, mhs-cl. 2012.
16. 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

Код поля изменен

17. Mathur M, Scoult LM. Nongynecologic Causes of Pelvic Pain: Ultrasound First. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2019 Dec;46(4):733-753
18. Acute pelvic pain. kayla dewey, mda., cory wittrock, mdb emerg med clin n am 37 (2019) 207–218.
19. Curry A, Williams T, Penny ML Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. *Am Fam Physician.* 2019 Sep 15;100(6):357-364.
20. 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.
21. 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
22. Bugg CW, Taira T, Zaurova M. Pelvic inflammatory disease: diagnosis and treatment in the emergency department. *Emerg Med Pract* 2016;18(12):1–20
23. Patel MD, Young SW, Dahiya N. Ultrasound of Pelvic Pain in the Nonpregnant Woman. *Radiol Clin North Am.* 2019 May;57(3):601-616
24. 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
25. 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
26. Магнитотерапия в лечебно-реабилитационных и профилактических программах: клинические рекомендации.- Москва. 2015, 47 с.
27. Лазерная терапия в лечебно-реабилитационных и профилактических программах: клинические рекомендации.- Москва. 2015, 68 с.
28. Клинические рекомендации, основанные на доказательствах «Физическая и реабилитационная медицина» Г.Н. Пономаренко, Д.В. Ковлен, Санкт-Петербург, 2018, 38 с.
29. 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.

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

1. Чернуха Галина Евгеньевна - профессор, д.м.н., руководитель отделения гинекологической эндокринологии «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2. Марченко Лариса Андреевна - профессор, д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

3. Табеева Гюзьяль 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.

4. Припутневич Татьяна Валерьевна - д.м.н., заведующая отделом микробиологии и клинической фармакологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

5. Любасовская Людмила Анатольевна – к.м.н., заведующая лабораторией клинической фармакологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

6. Ипатова Марина Владимировна – д.м.н., заведующая гинекологического отделения восстановительного лечения.

7. Маланова Татьяна Борисовна – к.м.н., заведующая по клинической работе, гинекологического отделения восстановительного лечения.

8. Аполихина Инна Анатольевна – д.м.н., профессор, рук. отделения Эстетической гинекологии и реабилитации НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова.

Конфликт интересов:

Все члены рабочей группы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Акушеры-гинекологи,
2. Общие хирурги,
3. Урологи,
4. Врачи семейной медицины,
5. Студенты, ординаторы, аспиранты, преподаватели медицинских вузов.

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 РФ от 1 ноября 2012 г. N 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (с изменениями и дополнениями);
- 2) Государственный регистр лекарственных средств

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) - это группа болезней, вызванных патогенными микроорганизмами (такими, как вирус герпеса, гонококки, хламидии, вирус папилломы человека, трихомонада, цитомегаловирус) и условно-патогенными микроорганизмами (стафилококки, стрептококки, гарднерелла, микоплазмы и уреаплазмы). Нередко причиной ВЗОМТ являются несколько возбудителей.

Воспалительный процесс органов малого таза подразумевает под собой не одно какое-то конкретное заболевание, а комплекс патологий:

- воспалительный процесс маточных труб у женщины – сальпингит;
- воспаление яичников – оофорит;
- воспалительный процесс матки, маточных труб и яичников - сальпингоофорит;
- воспалительный процесс в слизистой оболочке влагалища - вагинит;
- воспалительный процесс в матке – эндометрит;
- воспалительный процесс брюшной полости - пельвиоперитонит.

Основными факторами, которые влияют на течение воспалительного процесса, являются:

- ✓ аборты;
- ✓ внутриматочные вмешательства;
- ✓ длительное ношение внутриматочной спирали;
- ✓ постоянная смена половых партнеров;
- ✓ недолеченные ранее воспалительные процессы органов малого таза;
- ✓ нарушение правил личной гигиены (использование чужих полотенец, мыла, нечастые подмывания в течение дня) и другие.

Проявления ВЗОМТ могут быть следующими:

У большинства женщин воспалительные процессы органов малого таза протекают без каких-либо симптомов, и о своей проблеме пациентка узнает, не сразу, а, например, придя на обследование с целью профилактического осмотра, либо уже для выявления причин бесплодия.

- ✓ боли в животе и/или в поясничной области, иррадиирующие в паховую область, ногу, прямую кишку;
- ✓ болезненные ощущения и сильные боли при половом акте,
- ✓ повышение температура тела (не всегда);

- ✓ общая утомляемость, слабость, усталость, снижение работоспособности;
- ✓ нарушение менструального цикла, нерегулярные менструации;
- ✓ необычные влагалищные выделения, зуд половых органов;
- ✓ появление язвочек, пузырей, кондилом или пятен около входа во влагалище, области заднего прохода, на вульве;
- ✓ учащенное, болезненное, иногда с режями мочеиспускание;
- ✓ тошнота, рвота (непостоянно);
- ✓ отсутствие наступления беременности.

На приеме врач задаст пациентке вопросы относительно симптомов заболевания и проведет гинекологический осмотр, а также будет рекомендовать сдать некоторые дополнительные обследования (например, клинический анализ крови, ультразвуковое исследование органов малого таза).

Как правило, лечение ВЗОМТ – это антибактериальная терапия, которую будет рекомендовать врач в зависимости от результатов обследования.

Осложнениями ВЗОМТ могут быть:

- ✓ абсцессы яичников, маточных труб, области вульвы, входа во влагалище;
- ✓ внематочная беременность (нетипичное расположение развития эмбриона за пределами матки, как правило в маточных трубах);
- ✓ риск нарушения фертильности повышается при рецидивирующих ВЗОМТ, при клинически более тяжелых ВЗОМТ;
- ✓ хроническая тазовая боль различной степени тяжести поражает около 30% женщин с ВЗОМТ в анамнезе.

Методы профилактики ВЗОМТ:

- соблюдение режимов антибиотикотерапии при первичной ВЗОМТ;
- использование барьерной контрацепции;
- регулярное обследование у гинеколога, особенно при смене нескольких половых партнеров.

