

**Краевая общественная организация  
«Забайкальское общество акушеров-гинекологов»  
Некоммерческое Партнерство «Забайкальская медицинская палата»**

«УТВЕРЖДАЮ»

Президент КОО «Забайкальское  
общество акушеров-гинекологов»,  
д.м.н., профессор

 Т.Е. Белокриницкая  
«22» мая 2018 г.



«УТВЕРЖДАЮ»

Президент Некоммерческого  
Партнерства «Забайкальская  
медицинская палата», д.м.н.,  
доцент

 О.В. Серебрякова  
«06» июня 2018 г.



**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ  
ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН  
Клинические рекомендации (протокол лечения)**

Чита 2018

Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин. Клинические рекомендации (протокол лечения).- Чита, 2018.- 21 с.

**Авторы-составители:**

**Белокриницкая Т.Е.** – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская Государственная медицинская академия» Минздрава России, член Правления Российского общества акушеров-гинекологов, член Совета Ассоциации Акушерских анестезиологов-реаниматологов, президент КОО «Забайкальское общество акушеров-гинекологов» (Чита)

**Лига В.Ф.** – заслуженный врач РФ, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Забайкальского края, вице-президент КОО «Забайкальское общество акушеров-гинекологов» (Чита)

**Фролова Н.И.** – к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская Государственная медицинская академия» Минздрава России, член КОО «Забайкальское общество акушеров-гинекологов» (Чита)

**Рецензенты:**

**Артымук Н.В.** – д.м.н., профессор, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Сибирском федеральном округе, член Правления Российского общества акушеров-гинекологов, президент Кемеровской региональной общественной организации «Ассоциация акушеров-гинекологов», заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №2, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России (Кемерово)

**Загородняя Э.Д.** – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская Государственная медицинская академия» Минздрава России, член КОО «Забайкальское общество акушеров-гинекологов» (Чита)

**Плоткин И.Б.** – главный врач ГУЗ «Городской родильный дом», врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, член совета КОО «Забайкальское общество акушеров-гинекологов» (Чита)

**Труфанова С.М.** – главный внештатный специалист клинический фармаколог Министерства Здравоохранения Забайкальского края, Председатель НП «Забайкальское общество клинических фармакологов», член правления НП «Забайкальская медицинская палата» (Чита)

**Клинические рекомендации обсуждены врачами акушерами-гинекологами на Конференции Забайкальского общества акушеров-гинекологов 21 марта 2017 г., утверждены Конференцией Забайкальского общества акушеров-гинекологов 22 мая 2018 г., утверждены Советом Некоммерческого Партнерства «Забайкальская медицинская палата» 06 июня 2018 г протокол №19.**

## Оглавление

Сокращения	3
Актуальность проблемы	4
Дефиниции	4
Коды МКБ-10	5
Этиология, факторы риска	5
Цервициты	6
ВЗОМТ	9
Критерии постановки диагноза	9
Осложнения	11
Лечение больных с острыми ВЗОМТ	11
Показания к госпитализации	12
Лечение амбулаторных пациентов	13
Принципы антибактериальной терапии тяжелых форм гнойного воспаления	15
Дальнейшая тактика	16
Обследование и лечение партнера	17
Прогноз	17
Профилактика	18
Литература	18
Приложение 1. Классификация уровней достоверности и доказательности рекомендаций	20
Приложение 2. Информация, которую необходимо предоставить пациентке с ВЗОМТ	21

## Сокращения

ВЗОМТ – воспалительные заболевания органов малого таза

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВМС – внутриматочные средства (контрацепции)

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ИППП – инфекции, передаваемые половым путем

ИФА – иммуноферментный анализ

КТ – компьютерная томография

МКБ – международная классификация болезней

МРТ – магнитно-резонансная томография

ПЦР – полимеразная цепная реакция

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

СРБ – С-реактивный белок

УЗИ – ультразвуковое исследование

## **Актуальность проблемы**

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) до настоящего времени продолжают занимать лидирующее положение в структуре гинекологической заболеваемости и являются наиболее частой причиной нарушения репродуктивного здоровья женщин, создавая тем самым основные медицинские, социальные и экономические проблемы во всем мире.

Воспаление внутренних половых органов – одна из наиболее частых причин обращения молодых женщин за срочной помощью к врачам-гинекологам. В общей врачебной практике ежегодно 13 пациенткам из 1000 устанавливается диагноз ВЗОМТ, при этом только 10% из них госпитализируются. В гинекологической практике воспалительные заболевания матки и придатков диагностируются у 60-70% больных, причем у 15-20% из них возникают гнойно-септические осложнения, для устранения которых требуется оперативное вмешательство. Несвоевременность и неадекватность диагностики и лечения ВЗОМТ провоцируют хронизацию патологического процесса, бесплодие, развитие нарушений менструального цикла, диспареунии, увеличение частоты внематочной беременности, невынашивания беременности, формирование синдрома хронической тазовой боли, что значительно ухудшает качество жизни женщин. Воспалительные гнойные tuboовариальные образования представляют непосредственную опасность для жизни больной, особенно если они осложняются сепсисом. Летальность пациенток с гнойными заболеваниями внутренних половых органов составляет от 5 до 15%.

Острые воспалительные заболевания придатков матки чаще наблюдаются в возрастной группе 20-25 лет, хронические процессы и их последствия – у женщин 26-40 лет.

Практическому врачу необходимо принять во внимание, что в последние годы произошли существенные изменения в клиническом течении острых воспалительных заболеваний органов малого таза, которые часто (около 60%) протекают без выраженных клинических проявлений и существенного нарушения общего состояния, что не мотивирует пациенток обращаться за медицинской помощью и затрудняет выявление заболеваний медицинскими специалистами. Именно бессимптомные формы ВЗОМТ приводят к росту числа запущенных форм гнойного воспаления. Следовательно, в решении данной проблемы основное значение имеют ранняя диагностика и адекватная терапия острого и первично латентного воспалительного процесса, так как только своевременное и рациональное лечение способно создать условия для полной реабилитации больных с данной патологией.

## **Дефиниции**

Под воспалительными заболеваниями органов малого таза подразумевают весь спектр воспалительных процессов верхнего отдела репродуктивного тракта у женщин. Данная патология может быть представлена как одной нозологической формой (эндометрит, сальпингит, оофорит, tuboовариальный абсцесс, пельвиоперитонит), так и любыми их комбинациями.

## Коды МКБ-10

### N70-N77 Воспалительные болезни женских тазовых органов

N70	Сальпингит и оофорит
N71	Воспалительные болезни матки, кроме шейки матки
N72	Воспалительная болезнь шейки матки
N73	Другие воспалительные болезни женских тазовых органов
N74*	Воспалительные болезни женских тазовых органов при болезнях, классифицированных в других рубриках
N75	Болезни бартолиновой железы
N76	Другие воспалительные болезни влагалища и вульвы
N77*	Изъязвление и воспаление вульвы и влагалища при болезнях, классифицированных в других рубриках
<i>Исключены: осложняющие: аборт, внематочную или молярную беременность (O00-O07, O08.0), беременность, роды и послеродовой период (O23.-, O75.3, O85, O86.-)</i>	

### Этиология, факторы риска

При ВЗОМТ инфекция, как правило, распространяется восходящим путем из влагалища и эндоцервикса (цервиковагинит) и приводит к эндометриту, сальпингиту, оофориту, параметриту, tuboовариальному абсцессу, в тяжелых случаях – к перитониту и сепсису.

*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* определены как микроорганизмы, вызывающие ВЗОМТ. Микроорганизмы вагинальной флоры, включая *streptococci*, *staphylococci*, *E. coli*, *H. influenzae*, *M. hominis* и *U. urealyticum* также связаны с восходящей инфекцией органов малого таза.

Относительная значимость различных возбудителей варьирует в разных странах и регионах. По данным экспертов ВОЗ (2016), растущая во всем мире заболеваемость и смертность, связанная с патогенами, передаваемыми половым путем, негативно сказывается на качестве жизни, сексуальном и репродуктивном здоровье людей, а также на здоровье детей и новорожденных. ИППП также косвенно способствуют передаче половым путем ВИЧ-инфекции и приводят к изменениям на клеточном уровне, которые предшествуют развитию некоторых видов рака. ИППП, ложатся тяжелым бременем на бюджеты, как домохозяйств, так и национальных систем здравоохранения в странах со средним и низким уровнями доходов, и негативно влияют на общее благополучие людей.

### Факторы риска ВЗОМТ

- факторы, связанные с сексуальным поведением;
- юный возраст;
- несколько половых партнеров;
- смена полового партнера (в пределах последних трех месяцев);
- в анамнезе ИППП у больной или ее партнера;

- внутриматочное вмешательство;
- прерывание беременности;
- введение внутриматочной спирали в течение последних 6 недель;
- гистеросальпингография;
- экстракорпоральное оплодотворение.

## Цервициты

Для цервицита характерны два основных диагностических признака:

- 1) гнойный или слизисто-гнойный экссудат из цервикального канала;
- 2) кровоточивость даже при бережном контакте (например, ватным тампоном).

Цервицит часто является бессимптомным, но некоторые женщины предъявляют жалобы на патологические бели и межменструальные вагинальные кровотечения.

Цервицит может сопровождаться эндометритом, поэтому у женщин с новым эпизодом цервицита следует оценивать признаки ВЗОМТ и тестировать на хламидиоз и гонорею методом ПЦР, кроме того, на наличие бактериального вагиноза и трихомониаза. Следует учитывать, что чувствительность микроскопии для обнаружения трихомонады является относительно низкой (около 50%), поэтому женщины с симптомами цервицита при отрицательной микроскопии для обнаружения трихомонад должны проходить дальнейшее тестирование (культуральный метод или ПЦР). Наличие  $> 10$  лейкоцитов в поле зрения в вагинальном содержимом в отсутствии трихомониаза может указывать на цервицит, ассоциированный с другими патогенами, в частности, хламидиями.

Этиологическим агентом цервицита может быть *M. genitalium*. Верификация диагноза заболеваний, вызванных *M. genitalium*, осуществляется с помощью молекулярно-биологических методов, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *M. genitalium*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации. Кроме того, у пациенток с цервицитом отмечена высокая бактериальная нагрузка *U. urealyticum* и *M. hominis* слизистой оболочки органов репродуктивной системы.

Чрезвычайно важно помнить о том, что на фоне цервицита у 27% женщин развивается эндометрит, подтверждаемый гистологически, что побудило зарубежных и отечественных коллег в своей практической деятельности поставить знак равенства между цервицитом и субклиническим эндометритом. Именно поэтому при цервиците необходимо верифицировать эндометрит и его этиологию и проводить антибиотикотерапию препаратами с широким антимикробным спектром действия.

## Рекомендуемые схемы для эмпирического лечения цервицита\*

- Азитромицин 1 г перорально в однократной дозе, *или*
- Доксициклин таблетки диспергируемые 100 мг 2 раза в день в течение 7 дней.

\* Следует рассмотреть одновременное лечение гонококковой инфекции, если пациентка имеет риск гонореи или живет в обществе, где распространенность гонореи является высокой (CDC, 2015).

## Хламидийный цервицит (*European Guideline, 2015*)

- Доксициклин таблетки диспергируемые 100 мг 2 раза в сутки 7 дней (противопоказан при беременности) [Ia; A] (здесь и далее: уровни доказательности представлены в приложении 1)

или

- Азитромицин 1,0 г перорально однократно

или

- Эритромицин 500 мг 2 раза в сутки 7 дней перорально

или

- Левофлоксацин 0,5 г перорально 1 раза в сутки 7 дней (противопоказан при беременности) [II; B]

или

- Офлоксацин 0,4 г перорально 2 раза в сутки 7 дней (противопоказан при беременности)

или

- Джозамицин 500 мг перорально 3 раза в сутки 7 дней [II; B].

## Цервицит, вызванный *M. genitalium*

Таблица 1

### Чувствительность некоторых генитальных микоплазм к различным антибиотикам

Антибиотики	<i>M. hominis</i>	<i>M. fermentans</i>	<i>U. urealyticum</i>	<i>M. genitalium</i>
<b>Тетрациклины</b>				
Тетрациклин	+	+	+	ND
Доксициклин	+	+	±	++
<b>Макролиды</b>				
Эритромицин	-	±	±	++
Кларитромицин	-	-	++	++
Азитромицин	-	+++	+	+++
<b>Линкозамиды</b>				
Клиндамицин	+++	++	±	±
<b>Хинолоны</b>				
Ципрофлоксацин	+	++	+	±
Офлоксацин	+	++	+	±
Моксифлоксацин	++	+++	++	++
Пенициллин	-	-	-	-
Рифампицин	-	-	-	-

*Примечание:* «+++» — сверхчувствительны; «++» — очень чувствительны; «+» — умеренно чувствительны; «±» — слабо чувствительны; «-» — нечувствительны

## Схемы лечения (*European guideline, 2015*)

### Неосложненная инфекция *M. genitalium* при отсутствии резистентности к макролидам [IIb; B]

- Азитромицин 500 мг в день однократно, затем 250 мг ежедневно 2-5 дней (перорально).
- Джозамицин 500 мг 3 раза ежедневно в течение 10 дней [IV; C].

### Осложненная инфекция *M. genitalium* при резистентности к макролидам [IIb; B]

- Моксифлоксацин 400 мг в сутки 7-10 дней (перорально). Оптимальная продолжительность лечения четко не определена (*Terada et al., 2012*).

### Рекомендуемое лечение для персистирующей инфекции *M. genitalium* после применения азитромицина или моксифлоксацина [III; B]

- Доксициклин таблетки диспергируемые 100 мг два раза в сутки 14 дней может привести к эрадикации *M. genitalium* приблизительно у 30% пациенток, но пациентка должна быть информирована о низкой частоте эрадикации и необходимости воздержания от половых контактов, или использования презерватива.

## Цервицит, вызванный *M. hominis* и *U. urealyticum*

### Терапия выбора:

- Джозамицин 0,5 г перорально 3 раза в сутки 10 дней  
или
- Доксициклин таблетки диспергируемые 100 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней.

### Альтернативная терапия:

- Мидекамицин 0,4 г перорально 3 раза в сутки 10 дней.

## Лечение хламидийного цервицита у беременных \*

- Азитромицин 1,0 г перорально однократно [Ia; A]
- Амоксициллин 500 мг 3 раза в сутки перорально 7 дней [II; B]
- Эритромицин 500 мг 4 раза в сутки перорально 7 дней [II; B]
- Джозамицин 500 мг перорально 3 раза в сутки 7 дней [II; B]

\* Лечение беременных с заболеваниями, вызванными *C. trachomatis*, *M. genitalium*, осуществляется на любом сроке беременности (*European Guideline, 2015*).

Для уменьшения риска передачи и повторного заражения, женщины с цервицитом должны быть инструктированы о необходимости воздерживаться от половой жизни, пока они и их партнер(ы) не закончат адекватное лечение (т.е. в течение 7 дней после однократного приема или до завершения 7-дневного режима) и симптомы не будут устранены. Женщины с диагнозом «цервицит» должны быть обследованы на ВИЧ-инфекцию и сифилис.



## ВЗОМТ

ВЗОМТ могут быть симптомными и бессимптомными. Пациентка может предъявлять жалобы на боль внизу живота (обычно двустороннюю), диспареунию, аномальные маточные кровотечения (межменструальные, посткоитальные, меноррагии), патологические выделения из влагалища.

Для улучшения диагностики ВЗОМТ в различных национальных и международных руководствах используются группы объективных и субъективных симптомов, а также ряд лабораторных и инструментальных исследований.

**NB!** Основанием для постановки диагноза ВЗОМТ служат не жалобы пациентки, а наличие установленных критериев.

### Критерии ВОЗ для постановки диагноза ВЗОМТ

#### Минимальные критерии, выявляемые при бимануальном влагалищном исследовании

- болезненность и напряжение внизу живота;
- болезненность придатков;
- болезненные тракции за шейку матки.

#### Дополнительные критерии

- температура в полости рта более 38,3 °C;
- аномальные слизисто-гнойные выделения из цервикального канала или из влагалища (рис. 1);
- большое количество лейкоцитов в вагинальном секрете;
- повышение СОЭ;
- повышение уровня С-реактивного белка;
- обнаружение *N. gonorrhoeae* или *Ch. trachomatis* в цервикальном канале.



Рис. 1 Диагностика ВЗОМТ: слизисто-гнойные выделения (Positive swab test – положительный тест с тампоном). *Claire E. Stevens and Ronald E. Roddy. Seattle STD/HIV Prevention Training Center at the University of Washington/*

### **Специфические доказательные критерии**

- гистологические признаки эндометрита при биопсии эндометрия;
- обнаружение с помощью трансвагинального УЗИ или МРТ утолщенных, заполненных жидкостью маточных труб с/без свободной жидкости в малом тазу; наличие тубоовариального образования;
- лапароскопические признаки ВЗОМТ.

### **Дифференциальная диагностика**

**При болях внизу живота у молодых женщин необходимо исключить:**

- Внематочную беременность.
- Апоплексию яичника.
- Острый аппендицит.
- Осложнения кист яичника (разрыв или перекрут).
- Эндометриоз.
- Синдром раздраженного кишечника.
- Инфекции мочевыводящих путей.
- Функциональную боль (боль неизвестного физического происхождения).

### **Диагностика**

- Тест на беременность для исключения внематочной беременности.
- Всем пациенткам должен быть предложен скрининг на ИППП, в том числе на ВИЧ [IV; С]. Положительный результат на гонорею и хламидиоз подтверждает диагноз ВЗОМТ, однако, отсутствие этих микроорганизмов в цервикальном канале или уретре не позволяет исключить ВЗОМТ.

- Бактериоскопическое исследование. Отсутствие гнойных выделений из цервикального канала или влагалища имеет хорошую отрицательную прогностическую ценность (95%) для диагностики ВЗОМТ, но их присутствие является неспецифическим (низкая положительная прогностическая ценность – 17%).

- Определение СОЭ, СРБ. Повышение СОЭ или СРБ подтверждает диагноз ВЗОМТ, но неспецифично и часто не изменено при легкой и среднетяжелой формах ВЗОМТ.

- Наличие лейкоцитоза подтверждает диагноз ВЗОМТ, но может отсутствовать в легких случаях.

- При тяжелых формах заболевания проводится динамическое определение лейкоцитов и лейкоцитарной формулы, СОЭ.

- Лапароскопия однозначно подтверждает диагноз ВЗОМТ, но часто является неоправданной вследствие высокой стоимости и потенциальных затруднений в выявлении легких форм сальпингоофорита или эндометрита.

- Биопсия эндометрия может быть полезна для дифференциальной диагностики, однако нет доказательств для рекомендации применения этого метода в рутинной практике.

- УЗИ органов малого таза регламентировано порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

- КТ, МРТ органов малого таза могут быть показаны для исключения tuboовариального образования, наличия поражения смежных органов, межкишечных абсцессов и при тяжелых формах заболевания.

**Пациентке с ВЗОМТ необходимо предоставить информацию о поведении в период лечения, ближайших и долгосрочных последствиях (приложение №2)**

### **Осложнения**

- Тубоовариальный абсцесс и пельвиоперитонит – в большинстве случаев характеризуется острой болью в нижних отделах живота и лихорадкой. Для подтверждения тазового абсцесса может быть информативно ультразвуковое исследование.

- Перигепатит (синдром Фитца-Хью-Куртиса) – может быть ранним осложнением хламидийной инфекции. Проявляется болями в правом верхнем квадранте живота, может сопровождаться асцитом, реже присутствует клиника острого перитонита.

Во время беременности ВЗОМТ встречаются редко, но могут быть связаны с увеличением заболеваемости и даже летальности матери и плода. В связи с этим парентеральная терапия беременных с ВЗОМТ является обязательной. В современной научно-практической литературе имеется недостаточно сведений для рекомендации конкретного режима терапии ВЗОМТ при беременности. Целесообразным является назначение эмпирической терапии препаратами, эффективными против гонореи, хламидиоза и анаэробных инфекций с учетом индивидуальных особенностей пациентки:

- цефокситин 2 г три раза в день + эритромицин в/в со скоростью 60-80 кап/мин, разовая доза составляет 0,2 г, суточная 0,6 г; при тяжелом течение инфекции суточная доза может быть увеличена до 1 г, тогда препарат вводится 4 раза в сутки через 6 часов;
- во 2 и 3 триместрах гестации возможно добавление метронидазола 500 мг внутривенно три раза в день (противопоказан в 1 триместре).

## **Лечение больных с острыми ВЗОМТ**

### **Общие рекомендации**

- Постельный режим рекомендован пациенткам с тяжелой формой заболевания [С].
- Пациентки должны быть обеспечены соответствующими обезболивающими средствами [С].
- Для пациенток с тяжелыми формами заболевания рекомендуется внутривенная терапия [С].

Рекомендовано назначение эмпирического лечения ВЗОМТ при отсутствии окончательных клинических диагностических критериев, т.к. потенциальные последствия отсутствия лечения ВЗОМТ являются существенными. В клинически тяжелых случаях целесообразна госпитализация для лечения и дальнейшего обследования [В].

Лечение пациенток антибиотиками в амбулаторных условиях следует начинать сразу при подозрении на ВЗОМТ [В].

Женщины с ВИЧ-инфекцией могут иметь более тяжелые клинические проявления ВЗОМТ, которые, однако, достаточно хорошо реагируют на антибактериальную терапию. У таких пациенток является обязательным парентеральное введение антибиотиков [Ib; A].

Отсутствуют доказательства преимущества какой-либо из рекомендуемых схем лечения, поэтому при наличии аллергии на один из препаратов, рекомендуемых схем, следует назначать альтернативные схемы [Ib; A].

У женщин с контрацептивной внутриматочной системой (ВМС) следует рассмотреть возможность её удаления, так как это может быть связано с купированием симптомов заболевания в более короткий срок [Ib; A].

Для лечения требуется назначение препаратов широкого спектра антибактериального действия: требуется перекрытие спектра чувствительности гонококка, хламидии, генитальной микоплазмы, по возможности, анаэробов, стрептококков, стафилококков, кишечной палочки. Выбор соответствующего режима лечения может определяться надежными локальными данными антимикробной чувствительности, надежными доказательствами эпидемиологических исследований в учреждении, стоимостью, предпочтениями пациентки и переносимостью терапии, тяжестью заболевания.

Пациентки с легкими и среднетяжелыми формами заболевания должны получать лечение амбулаторно с применением пероральной терапии [Ib; A].

### **Показания к госпитализации**

*(CDC Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015):*

- Ситуация, когда не исключено экстренное хирургическое лечение.
- Клинически тяжелая форма заболевания.
- Тубоовариальный абсцесс.
- ВЗОМТ при беременности.
- Недостаточный ответ на оральную терапию.
- Непереносимость оральной терапии.

Внутривенная терапия должна быть продолжена до 24 часов после клинического улучшения, а затем осуществляется переход к пероральной терапии [IV; C].

Режим дозирования лекарственных средств должен строго соответствовать инструкциям к препаратам.

Оптимальная продолжительность лечения не определена, но большинство международных клинических протоколов прописывают общую продолжительность

антимикробной терапии 14 дней независимо от её вида (парентеральная, ступенчатая или пероральная). По мнению экспертов, такая длительность курса необходима для проведения полной эрадикации возбудителей с целью предотвращения рецидивов и осложнений в дальнейшем, однако в настоящее время нет убедительных данных по отдаленной эффективности различных режимов терапии.

### Лечение амбулаторных пациентов

При отсутствии показаний к госпитализации **антибиотики должны назначаться амбулаторно** в одном из следующих режимов:

- Цефтриаксон 1 г в/м однократно или цефокситин 2 г в/м однократно, затем – доксициклин таблетки диспергируемые 100 мг два раза в сутки + метронидазол внутрь 500 мг два раза в сутки 14 дней [Ia; A].
- Офлоксацин 400 мг внутрь два раза в сутки + метронидазол внутрь 500 мг два раза в сутки 14 дней [Ib; A].

**Таблица 2**

**Лечение нетяжелых ВЗОМТ, допускающих терапию в амбулаторных условиях (Альянс клинических химиотерапевтов и микробиологов, Российское общество акушеров-гинекологов, 2014)**

Этиология	Рекомендованные схемы	Альтернативные схемы	Примечание
N. gonorrhoeae (5–50%), C. trachomatis (25–30%). Ассоциации аэробных и анаэробных микроорганизмов (25–60%) – Bacteroides spp., G.vaginalis, Peptostreptococcus spp., Streptococcus spp. E. coli и т. д.	Амоксициллин/клавулановая кислота внутрь 1,0 г 2 р/с + доксициклин таблетки диспергируемые 0,1 г 2 р/с	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Амоксициллин/клавулановая кислота внутрь 1,0 г 2 р/с + джозамицин внутрь 0,5 г 3 р/с.</li> <li>• Ципрофлоксацин внутрь 0,5 г 2 р/с + доксициклин таблетки диспергируемые 0,1 г 2 р/с + метронидазол внутрь 0,5 г 2р/с.</li> <li>• Офлоксацин внутрь 0,4 г 2 р/с + метронидазол внутрь 0,5 г 2 р/с.</li> <li>• Левофлоксацин внутрь 0,5 г 1 р/с + метронидазол внутрь 0,5 г 2 р/с.</li> <li>• Моксифлоксацин внутрь 0,4 г 1 р/с</li> </ul>	Длительность терапии 14 дней. При наличии показаний – госпитализация и назначение АМП парентерально. При подозрении на гонококковую этиологию ВЗОМТ требуется назначение цефалоспоринов III поколения (цефтриаксон, цефотаксим, цефиксим) или спектиномицина

### Лечение в стационаре

Цель лечения – купировать острые проявления воспаления и адекватно воздействовать на микробного возбудителя.

#### 1. Антибиотикотерапия

Стационарное лечение антибиотиками должно быть основано на внутривенной терапии, которую следует продолжать до 24 часов после клинического улучшения с последующим переходом на пероральную терапию (В).

- Цефокситин 2 г в/в 4 раза в сутки (или цефтриаксон 1 г в/м или в/в) + доксициклин 100 мг в/в 2 раза в сутки (может применяться пероральный доксициклин),

затем доксициклин таблетки диспергируемые 100 мг два раза в сутки + метронидазол внутрь 500 мг два раза в сутки до 14 дней [Ia; A].

- Клиндамицин 900 мг 3 раза в сутки внутривенно + гентамицин 1,5 мг/кг 3 раза в сутки или 4,5 мг/кг 1 раза в сутки (назначение аминогликозидов с целью уменьшения токсичности 1 раз в сутки)

с последующим назначением доксициклина таблеток диспергируемых 100 мг 2 раза в сутки.

- Клиндамицин орально 450 мг 4 раза в сутки 14 дней

или

- доксициклин таблетки диспергируемые 100 мг два раза в сутки + метронидазол перорально 500 мг два раза в сутки до 14 дней [Ia; A].

### Альтернативные режимы

(имеют меньший уровень доказательности и/или безопасности)

- Офлоксацин в/в 200 мг два раза в сутки или 400 мг один раз в сутки + в/в метронидазол 500 мг 3 раза в сутки 14 дней [Ib, B].
- Ципрофлоксацин 200 мг 2 раза в сутки в/в + в/в или перорально доксициклин 100 мг 2 раза в сутки + метронидазол в/в 500 мг 3 раза в сутки 14 дней [Ia, B].
- Цефтриаксон в/в 1 г однократно + азитромицин 1 г перорально однократно с последующим назначением второй дозы азитромицина 1 г через неделю [Ia, A].
- Моксифлоксацин в/в 400 мг один раз в сутки 14 дней [Ia, A].

Если вышеуказанные режимы недоступны, то при выявлении следующих микроорганизмов должна быть назначена соответствующая антибактериальная терапия на 14 дней:

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

*Метронидазол включён в рекомендованные амбулаторные режимы для перекрытия спектра анаэробных бактерий, которые играют важную роль в патогенезе ВЗОМТ. Анаэробы, вероятно, имеют большее значение у больных с тяжелой формой ВЗОМТ, и некоторые исследования показали хорошие результаты без использования метронидазола. В связи с этим применение метронидазола может быть прекращено у пациенток с легкой или умеренной формами ВЗОМТ, которые плохо его переносят.*

Цефтриаксон может быть использован при недоступности цефокситина, поскольку он имеет аналогичный спектр активности, но менее эффективен при анаэробной инфекции.

Доксициклин может обладать большей эффективностью в лечении урогенитальной хламидийной инфекции в сравнении с азитромицином. Кроме того, при выборе препарата

нужно учитывать и тот факт, что в последние годы участились случаи неэффективности терапии хламидийной инфекции азитромицином в дозе 1 г однократно. Стоит отметить, что применение именно доксициклина моногидрата, а не гидрохлорида, переносится пациентками значительно лучше.

Джозамицин обладает высокой активностью в отношении *M. genitalium* и за счет особенностей химической структуры реже вызывает нежелательные реакции со стороны желудочно-кишечного тракта, а также в небольшой степени взаимодействует с другими лекарственными препаратами на уровне их метаболизма в печени.

Фторхинолоны, включая офлоксацин и моксифлоксацин, должны комбинироваться с однократной дозой цефтриаксона 1 г внутримышечно у пациентов с высоким риском гонореи, потому что имеется большое количество исследований, показавших резистентность *Neisseria gonorrhoeae* к фторхинолонам.

Моксифлоксацин имеет высокий уровень доказательности эффективности лечения ВЗОМТ, но обладает более высокой гепато- и кардиотоксичностью.

## 2. Дополнительная медикаментозная терапия

- Инфузионная терапия – показания и продолжительность определяются индивидуально.
- НПВС – обладают противовоспалительным, анальгезирующим, антиагрегационным эффектом.

## 3. Хирургическое лечение

Хирургическое лечение показано при неэффективности консервативной терапии в случаях наличия гнойного экссудата (гнойный сальпингит), при осложненных формах ВЗОМТ (гнойно-воспалительные деструктивные изменения придатков матки и матки, перфорации абсцессов в смежные органы и/или брюшную полость, перитонит, септический шок, сепсис).

**NB!** Пациенткам с осложненными формами ВЗОМТ хирургическим доступом является только лапаротомия.

**NB!** При необходимости выполнения хирургического лечения (лапароскопия, лапаротомия) обязательно интраоперационное внутривенное введение антибиотиков, с последующим продолжением антибактериальной терапии после операции не менее 5-7 суток.

## Принципы антибактериальной терапии тяжелых форм гнойного воспаления

1. Лечение изначально должно быть направлено на ассоциативную флору. Нецелесообразна терапия антибиотиками узкого спектра действия, кроме тех случаев, когда имеет место специфическая инфекция.

2. Необходима «агрессивная» терапия средними или максимальными разовыми или суточными дозами (в зависимости от тяжести случая) с соблюдением кратности введения. Длительность подобной терапии должна составлять не менее 5-7 суток.

3. Недопустимо бессистемное, длительное, иногда многомесячное применение антибактериальных препаратов по «нарастающему» принципу.

4. Положительный ответ на антибактериальную терапию в течение 24-48 часов от начала внутривенного введения препаратов служит основанием для ее продолжения. Отсутствие эффекта от консервативной терапии или недостаточная его выраженность является показанием к применению одного из методов хирургического лечения.

5. Следует учитывать, что при комбинированном назначении антибиотиков кумулируются не только их положительные, но и отрицательные свойства, поэтому предпочтение следует отдавать наименее токсичным препаратам, что особенно важно при характерной для гнойных заболеваний эндогенной интоксикации.

6. При прочих равных условиях терапия должна быть экономически оправданной.

7. Послеоперационная антибактериальная терапия должна проводиться в комплексе интенсивной терапии на фоне адекватного дренирования очага инфекции.

8. При отсутствии эффекта от проводимого лечения необходимо провести замену антибиотика с учетом чувствительности, при обязательном исключении хирургической причины (неадекватное хирургическое пособие, послеоперационные осложнения, сепсис).

**Таблица 3**

**Типичные ошибки при проведении антибактериальной терапии ВЗОМТ**

Назначение	Комментарий
<i>По выбору препарата</i>	
Пенициллин	Не включает весь спектр возможных возбудителей
Гентамицин	Неактивен против анаэробов и госпитальных штаммов
Комбинации β-лактамов и аминогликозидов	Неактивны в отношении внутриклеточных возбудителей (хламидии) и резистентных форм гонококков
Фторхинолоны	Повсеместно распространенная резистентность гонококков. С 2007 г исключены из списка препаратов, рекомендованных для лечения гонококковой инфекции.
<i>По длительности терапии</i>	
Курсы тетрациклинов < 14 дней	Отсутствие эффекта
Гентамицин > 7 дней	Нефротоксичность

**Дальнейшая тактика**

Необходимо динамическое наблюдение, особенно за пациентками с тяжелой и среднетяжелой формами; улучшение в их состоянии следует ожидать в течение 72



часов. Отсутствие клинического улучшения свидетельствует о необходимости дальнейшего обследования, парентеральной терапии и / или хирургического вмешательства [IV; C].

Тестирование на гонорею и хламидиоз необходимо повторить в следующих случаях:

- Симптомы заболевания сохраняются.
- Неизвестна чувствительность к антибиотику.
- Имеется риск повторного инфицирования.

**NB!** Все пациентки, перенесшие ВЗОМТ, нуждаются в дальнейшей реабилитации.

### **Обследование и лечение партнера**

- Всем настоящим (в пределах шестимесячного периода) партнерам-мужчинам женщин с ВЗОМТ должно быть рекомендовано обследование на гонорею и хламидиоз.
- Пациенткам необходимо рекомендовать избегать незащищенных половых контактов до завершения курса лечения партнером.
- При диагностике гонореи у партнера-мужчины должно быть проведено соответствующее лечение у врача-специалиста (уролога, венеролога).
- Рекомендуются проведение одновременно эмпирического лечения хламидиоза для всех сексуальных партнеров в связи с вариабельной чувствительностью доступных диагностических тестов.
- Если адекватное обследование на хламидиоз и гонорею у сексуального партнера(ов) не представляется возможным, должна быть проведена эмпирическая терапия гонореи и хламидиоза.

### **Прогноз**

Пациентки могут переносить ВЗОМТ несколько раз в течение жизни, при этом с увеличением количества эпизодов растет частота развития трубного бесплодия (с 8% после первого эпизода до 19,5% после второго и 40% после третьего) и внематочной беременности (с 6% после первого эпизода до 12% после второго и 22% после третьего).

Исход неосложненных форм ВЗОМТ после проведенного лечения и реабилитации – клиническое выздоровление, что не исключает в последующем возникновения репродуктивных нарушений. При наличии гнойного сальпингита в 20% случаев заболевание прогрессирует, в 20-43% – рецидивирует, у 18-40% пациенток возникает бесплодие, у 24% – хроническая тазовая боль, у 33-56% – эктопическая беременность.

При бесплодии после операций с сохранением матки показано ВРТ, при сохранении только яичника(ов) – суррогатное материнство.

При осложненных формах гнойных ВЗОМТ могут быть инвалидизация и летальный исход (редко).

### **Профилактика ВЗОМТ**

- Повышение уровня информированности населения об ИППП, ВЗОМТ и их последствиях.
- Воспитание культуры сексуальных отношений.
- Расширение применения барьерных методов контрацепции.
- Своевременное выявление возбудителей воспалительных заболеваний гениталий и применение рациональной антибактериальной терапии.
- Своевременное и полноценное применение комплекса лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий (если лечение начато в течение первых 2 дней после появления симптомов, то частота последующего бесплодия составляет 8,3%, если через 3 дня и более, то 19,7%).

### **Литература**

1. Антибактериальная терапия воспалительных заболеваний органов малого таза без ошибок и экспериментов: методическое руководство для врачей / Под. ред. Радзинского В.Е., Козлова Р.С., Духина А.О. – М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2013. – 16 с.
2. Аполихина И.А., Горбунова Е.А., Додова Е.Г., Гасанова Г.Ф. Современные аспекты комбинированной антибактериальной терапии неспецифического вагинита и цервицита (результаты неинтервенционного исследования «Баланс»). Акушерство и гинекология. - 2015. №8. С.70-77.
3. Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е. Клинические нормы. Акушерство и гинекология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 352 с.
4. Белоусов Ю.Б., Данилов А.Н., Зырянов С.К., Рачина С.А. Доксциклин-ассоциированный лекарственный эзофагит: современные фармакологические возможности решения клинической проблемы. Consilium Medicum. 2012. Том 14, №4. С. 40–46.
5. ВОЗ. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по инфекциям, передаваемым половым путем на 2016-2021 гг.: на пути к ликвидации ИППП. WHO/RHR/16.09. - 2016. - 60 с.
6. Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин. Клинические протоколы Кемеровской региональной общественной организации «Ассоциация акушеров-гинекологов» (авторы: Уткин Е.В., Артымук Н.В., Зеленина Е.М., Ходарева И.В., Черняева В.И.). - 2016.- 20 с.
7. Гинекология: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 1008 с.
8. Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий).
9. Прилепская В.Н., Сехин С.В. Воспалительные заболевания органов малого таза: диагностика и тактика ведения больных. Российский вестник акушера-гинеколога. 2015. №4. С.101-106.

10. Российское общество дерматологов и косметологов. Российское общество акушеров-гинекологов. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных урогенитальными заболеваниями, вызванными *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis*. 2015. 13 с.
11. Российское общество дерматологов и косметологов. Российское общество акушеров-гинекологов. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных урогенитальными заболеваниями, вызванными *M. genitalium*. 2015. 13 с.
12. Российское общество дерматологов и косметологов. Российское общество акушеров-гинекологов. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных хламидийной инфекцией. 2015. 17 с.
13. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике: Российские практические рекомендации / Под ред. С.В. Яковлева, С.В. Сидоренко, В.В. Рафальского, Т.В. Спичак. М.: Издательство Престо, 2014 – 121 с.
14. 2012 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease.- 22 p.
15. 2015 European Guideline for on the Management of Chlamydia Trachomatis infections Pelvic Inflammatory disease Proposed Date for Review: June 2015.
16. 2015 European Guideline on *Mycoplasma genitalium* infections.
17. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recommendations and Reports. Sexually transmitted disease treatment guidelines. 2015; 64(3): 1–140.
18. CDC. Pelvic Inflammatory Disease (PID). 2015. 10 p.
19. Guschin A, Ryzhikh P, Rumyantseva T, Gomberg M, Unemo M. Treatment efficacy, treatment failures and selection of macrolide resistance in patients with high load of *Mycoplasma genitalium* during treatment of male urethritis with josamycin. BMC Infections Diseases (2015) 15:40.
20. Guven MA, Gunyeli I, Dogan M et al. The demographic and behavioural profile of women with cervicitis infected with *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* and the comparison of two medical regimens Arch Gynecol Obstet (2005) 272: 197–200.
21. Handsfield HH. Questioning azithromycin for chlamydial infection. Sex Transm Dis. 2011 Nov; 38 (11):1028-9.
22. Heizmann P, Lode H, Heizmann WR. Is monotherapy with  $\beta$ -lactam antibiotics still up to date? New aspects for treatment of severe infections. Dtsch Med Wochenschr. 2012 Feb;137(6): 267–70.
23. Kong F.Y.S., Tabrizi S.N., Law M. et al. Azithromycin Versus Doxycycline for the Treatment of Genital Chlamydia Infection: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Clinical Infections Diseases 2014; 59(2):193–205.
24. Liu L., Cao G., Zhao Z., Zhao F., Huang Y. High bacterial loads of *Ureaplasma* may be associated with non-specific cervicitis. Scand J Infect Dis. 2014 Sep; 46(9):637-41.
25. Ljubin-Sternak S, Mestrovic T. Review: Clamydia trachonmatis and Genital Mycoplasmias: Pathogens with an Impact on Human Reproductive Health. Journal of Pathogens. 2014 (183167): 1–15.
26. Pelvic Inflammatory Disease (PID) Patient Counseling and Education. Centers for Disease Control. October 2014. Archived from the original on February 22, 2015. Retrieved February 21, 2015.
27. Ross J. et al. 2012 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. International Journal of STD & AIDS 2014, Vol 25(1) 1–7.
28. UK National Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease 2011 (updated June 2011). 18 p.

**Классификация уровней достоверности и доказательности рекомендаций**

<b>Качество научных доказательств: градация по уровням</b>	
<b>1a</b>	Доказательства, полученные из систематических обзоров (мета-анализов) рандомизированных контролируемых исследований
<b>1b</b>	Доказательства, полученные из рандомизированных контролируемых исследований
<b>2a</b>	Доказательства, полученные из контролируемых исследований с хорошим дизайном без рандомизации
<b>2b</b>	Доказательства, полученные из полужэкспериментальных исследований с хорошим дизайном (проспективные или ретроспективные когортные исследования; исследования «случай-контроль»)
<b>3</b>	Доказательства, полученные из неэкспериментальных описательных исследований с хорошим дизайном (сравнительные исследования, корреляционные исследования, описания случаев)
<b>4</b>	Доказательства, полученные из сообщений экспертных комитетов или мнений и/или клинического опыта авторитетных специалистов
<b>Надежность клинических рекомендаций: градация по категориям</b>	
<b>A</b>	Рекомендации основываются на качественных и надежных научных доказательствах
<b>B</b>	Рекомендации основываются на ограниченных или слабых научных доказательствах
<b>C</b>	Рекомендации основываются главным образом на согласованном мнении экспертов, клиническом опыте

**Информация, которую необходимо предоставить пациентке с ВЗОМТ**  
**(пациентка при ознакомлении/прочтении отмечает √ или +)**

- ☐ Следует избегать незащищенных половых контактов до завершения лечения.
- ☐ При выявлении ИППП показано обследование партнера.
- ☐ ***ВЗОМТ имеют долгосрочные последствия для здоровья:***
  - ☐ влияние на способность к зачатию: как правило, фертильность хорошо сохраняется при первом эпизоде ВЗОМТ у женщин, которые своевременно получили антимикробную терапию;
  - ☐ риск нарушения фертильности значительно увеличивается с каждым последующим эпизодом ВЗОМТ: примерно в два раза с каждым последующим обострением;
  - ☐ ВЗОМТ увеличивают риск последующей внематочной беременности;
  - ☐ при гнойном сальпингите заболевание прогрессирует в 20% случаев, рецидивирует в 20-43%, бесплодие возникает у 18-40% пациенток, эктопическая беременность – у 33-56%.
  - ☐ риск нарушения фертильности увеличивается при тяжелых формах ВЗОМТ;
  - ☐ после перенесенных ВЗОМТ у 24-30% женщин возникает хроническая тазовая боль различной степени тяжести.