

Рекомендовано
Экспертным советом
РГП на ПБХ «Республиканский
центр развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
от «20» ноября 2015 года
Протокол №16

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (САЛЬПИНГИТ, ООФОРИТ, САЛЬПИНГООФОРИТ)

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Воспалительные заболевания органов малого таза (сальпингит, оофорит, сальпингоофорит)

2. Код протокола:

3. Код(ы) МКБ-10:

N70 сальпингит и оофорит
N70.0 острый сальпингит и оофорит
N70.1 хронический сальпингит и оофорит. Гидросальпинкс
N70.9 сальпингит и оофорит неуточненные

—

4. Сокращения, используемые в протоколе:

Аг	антитело
АЛТ	аланинаминотрансфераза
АСТ	аспартатаминотрансфераза
АТ	антитело
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВМС	внутриматочная спираль
ГСГ	гистеросальпингография
КТ	компьютерная томография
МКБ	мочекаменная болезнь
МРТ	магнитно-резонансная томография
ОАК	общий анализ крови
ОАМ	общий анализ мочи
ПЦР	полимеразная цепная реакция
УЗИ	ультразвуковое исследование
RW	реакция Вассермана

5. Дата разработки протокола: 2015 год

6. Категория пациентов: девочки и женщины

7. Пользователи протокола: врачи акушеры-гинекологи, хирурги, урологи, врачи общей практики, врачи скорой помощи

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

Критерии, разработанные Канадской Целевой группой Профилактического Здравоохранения (Canadian Task Force on Preventive Health Care) для оценки доказательности рекомендаций

Уровни доказательности	Уровни рекомендаций
I: Доказательность основана, по крайней мере, на данных одного рандомизированного контролируемого исследования	A. Доказательные данные позволяют рекомендовать клиническое профилактическое воздействие
II-1: Доказательность основана на данных контролируемого исследования с хорошим дизайном, но без рандомизации	B. Достоверные свидетельства позволяют рекомендовать клиническое профилактическое воздействие
II-2: Доказательность основана на данных когортного исследования с хорошим дизайном (проспективного или ретроспективного) или исследования типа "случай-контроль", предпочтительно многоцентрового или выполненного несколькими исследовательскими группами	C. Существующие свидетельства являются противоречивыми и не позволяет давать рекомендации за или против использования клинического профилактического воздействия; однако, другие факторы могут влиять на принятие решения
II-3: Доказательность основана на данных сравнительного исследования с вмешательством или без вмешательства. Убедительные результаты, полученные в ходе неконтролируемых экспериментальных испытаний (например, такие как результаты лечения пенициллином в 1940-х) могли также быть включены в эту категорию	D. Существуют достоверные свидетельства, чтобы давать рекомендацию в пользу отсутствия клинического профилактического действия
III: Доказательность основана на мнениях авторитетных специалистов,	E. Существуют доказательные данные, чтобы рекомендовать против клинического профилактического действия
	L. Существует недостаточно доказательных данных (в количественном или качественном отношении), чтобы давать рекомендацию; однако, другие факторы могут влиять на принятие решения

<p>базирующихся на их клиническом опыте, на данных описательных исследований или сообщениях экспертных комитетов</p>	
--	--

8. Определение: Сальпингоофорит (сальпингит, оофорит) – инфекционно-воспалительный процесс неспецифической или специфической этиологии с локализацией в маточных трубах и яичниках [1].

9. Клиническая классификация:

- острый неспецифический (или специфический) сальпингоофорит;
- обострение неспецифического сальпингоофорита;
- хронический неспецифический сальпингоофорит [1].

10. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:

Показания для экстренной госпитализации:

- острый сальпингоофорит с симптомами интоксикации;
- обострение хронического сальпингоофорита с симптомами интоксикации.

Большинство женщин получают амбулаторное лечение. Госпитализация показана при неэффективности амбулаторного лечения. УД 1-А

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- сбор жалоб;
- анамнез жизни;
- осмотр на зеркалах;
- бimanуальное исследование;
- ОАК;
- ОАМ;
- мазок на степень чистоты;
- тест на беременность;
- УЗИ органов малого таза.

11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ГСГ;
- КТ/МРТ;
- допплерометрическое исследование сосудов органов малого таза;
- лапароскопия;
- биопсия эндометрия.

11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: согласно внутреннему регламенту стационара с учетом действующего приказа уполномоченного органа в области здравоохранения.

11.3 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне при экстренной госпитализации и по истечении сроков более 10 дней с момента сдачи анализов в соответствии с приказом МО:

- анамнез жизни;
- осмотр на зеркалах;
- бимануальное исследование;
- ОАК;
- ОАМ;
- анализ крови на RW;
- анализ крови на ВИЧ;
- УЗИ органов малого таза;
- биохимический анализ крови (общий белок, С-реактивный белок, протеинограмма, глюкоза крови, билирубин, мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ)
- мазок на степень чистоты;
- бактериологический посев из цервикального канала на чувствительность к антибиотикам.

11.4 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне при экстренной госпитализации и по истечении сроков более 10 дней с момента сдачи анализов в соответствии с приказом МО:

- коагулограмма при планируемом оперативном вмешательстве (фибриноген, МНО, ПТИ, фибриноген В);
- КТ/МРТ;
- ПЦР-диагностика на хламидии [3];
- допплерометрическое исследование органов малого таза [3].

12. Диагностические критерии (описание достоверных признаков заболевания в зависимости от степени тяжести процесса):

12.1 Жалобы и анамнез (характер возникновения и проявления болевого синдрома):

Жалобы при остром сальпингофорите

- сильные боли внизу живота;
- повышение температуры выше 38°C;
- озноб;
- дизурические явления;
- вздутие живота;
- патологические (серозные, гноевидные, серозно-гноевидные, кровянистые) выделения из половых путей;

- диспареуния.

Жалобы при обострении хронического сальпингофорита

- боли внизу живота;
- субфебрильная температура до 38°C;
- дизурические явления;
- вздутие живота;
- патологические выделения из половых путей;
- диспареуния.

Анамнез

- осложненные роды, аборты;
- внутриматочные инвазивные манипуляции (выскабливание полости матки, введение или извлечение ВМС);
- ГСГ;
- гистероскопия;
- раннее начало половой жизни;
- половой акт во время менструации;
- случайные половые контакты.

12.2 Физикальное обследование:

- на зеркалах – воспалительный эндоцервицит, серозно-гноевидные выделения
- при бимануальном исследовании – придатки четко не определяются, болезненные, отечные, тестообразной консистенции, при хроническом процессе - тяжистость в области придатков.

12.3 Лабораторные исследования:

- в ОАК - умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ;
- в биохимическом анализе крови - диспротеинемия с преобладанием глобулиновых фракций, повышение уровня С-реактивного белка;
- в коагулограмме возможно изменения в системе гемостаза в сторону гиперкоагуляции;
- в ОАМ - отсутствие лейкоцитурии;
- в мазке на степень чистоты 3-4 степень чистоты, наличие инфекционного возбудителя;
- в бактериологическом посеве может быть получен возбудитель;
- отрицательный тест на беременность;
- положительные результаты ПЦР-диагностики на хламидии, гонорею.

12.4 Инструментальные исследования:

- при УЗИ – наличие жидкости в позадиматочном пространстве, наличие жидкости в маточных трубах, утолщение стенок маточных труб;

- на КТ/МРТ наличие жидкости в позадиматочном пространстве, наличие жидкости в маточных трубах, изменения тазовой брюшины, утолщение крестцово-маточных связок;
- при Допплерометрическом исследовании органов малого таза – усиление кровоснабжения маточных труб;
- при лапароскопии – признаки воспаления маточных труб, гидросальпингс, сакtosальпинкс, спаечный процесс в малом тазу.

12.5 Показания для консультации узких специалистов:

- хирург - дифференциальный диагноз с острым аппендицитом, хирургическим перитонитом, опухолями кишечника, кишечной коликой;
- уролог - дифференциальный диагноз с почечной коликой.

12.6 Дифференциальный диагноз.

Симптомы, лабораторные данные	Воспалительные заболевания органов малого таза	Острый аппендицит	Хирургический перитонит	Почечная колика	Внематочная беременность	Перекрут кисты яичника	Эндометриоз
Боли внизу живота	+	Боли иррадиируют в правую подвздошную область	Боли по всему животу	Боли в поясничной области	+	+	Боли внизу живота носят циклический характер
Повышение температуры	+	+	+	+-	-	+-	-
анамнез	Хронический сальпингофорит, длительное ношение ВМК, случайные половые связи, внутриматочные инвазивные манипуляции		Язва желудка или 12-типерстной кишки	Заболевания почек, МКБ	Возможна задержка месячных	Киста яичника	Эндометриоз в анамнезе, бесплодие
Положительные симптомы раздражения брюшины	+	+	+	-	+	+	-
Лейкоцитоз	+	+	+	+	+-	+	-
Ускорение СОЭ	+	+	+	-	+	+	-
Изменения в ОАМ	-	-	-	+	-	-	-+ при поражении

							мочеточников
Положительный С-реактивный белок	+	+	+	-	-	+	-
Тест на беременность	-	-	-	-	+	-	-
Боли при бимануальном исследовании	+	-	-	-	+	+	+
Данные УЗИ	Наличие жидкости в позадиматочном пространстве или в трубах, утолщение стенок маточных труб	Специфических признаков нет	Специфических признаков нет	Наличие конкремента в почечных лоханках	Наличие плодного яйца вне матки	Эхонегативное образование в области придатков	Признаки эндометриоза на УЗИ

13. Цели лечения: Уменьшение симптомов интоксикации, улучшение общего состояния пациентки, элевация возбудителя из вагинального и цервикального секрета.

14. Тактика лечения:

- антибактериальная, противовоспалительная, дезинтоксикационная терапия. Пациенткам, пользующимся внутриматочной контрацепцией, рекомендуется удаление ВМС, однако, доказательств об эффективности недостаточно [3]. При отсутствии эффекта от лечения в течение 48-72 часов, рекомендуется удаление ВМС [3,4] (УД – II С).
- при отсутствии эффекта от консервативной терапии в течение 72 часов рекомендуется оперативное лечение (УД – II С)

14.1 Немедикаментозное лечение:

1-2 режим, стол №15, при оперативном лечении стол №1

14.2 Медикаментозное лечение:

Все схемы антибактериальной терапии должны быть эффективными против гонореи, хламидий и анаэробной инфекции, а также учитывать результаты посева из цервикального канала и чувствительность высеянного возбудителя к антибиотикам [3] (УД – 1А).

Применяется только одна из предложенных схем лечения:

Антибактериальная терапия:

Схема №1 (УД - 1А):

- цефтриаксон 500 мг в/в/внутримышечно 2 раза в день или цефокситин 2 грамма в/в/внутримышечно однократно + доксициклин по 100мг в/в либо доксициклин по 100мг по 2 раза в сутки +метронидазол 400 мг перорально, 14 дней;

Применение цефалоспоринов может быть прекращено через 24 часа после клинического улучшения, доксициклин продолжают до 14 дней терапии.

Схема №2 (УД - 1А):

- клиндамицин 900 мг внутривенно каждые 8 часов, до клинического улучшения + гентамицин внутривенно или внутримышечно (2 мг/кг массы тела), с последующей поддерживающей дозой (1,5 мг/кг) каждые 8 часов.

Парентеральное лечение может быть прекращено через 24 часа после клинического улучшения; пероральная терапия должна продолжаться и состоять из клиндамицина 450 мг внутрь четыре раза в день, 14 дней или доксициклин по 100мг по 2 раза в сутки +метронидазол 400 мг перорально, 14 дней.

Схема №3 (УД - 1В):

- ампициллин/сульбактам по 3 г каждые 6 часов – до клинического улучшения;
- доксициклин или внутривенно каждые 12 часов до клинического улучшения далее по 100 мг перорально – 14 дней.

Схема №4 (УД - 1В):

- цефтриаксон 250мг внутримышечно в разовой дозе;

- доксициклин 100 мг в/в либо перорально два раза в день в течение 14 дней;
- метронидазол 500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней.

Схема №5 (УД - 1В):

- цефокситин 2 г внутримышечно в разовой дозе;
- пробенецид 1 г перорально одновременно в одной дозе;
- доксициклин 100 мг перорально дважды в день в течение 14 дней;
- метронидазол 500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней.

При наличии тубоовариального абсцесса, применение схемы с клиндамицином более эффективно. У женщин с положительным тестом на гонорею при невозможности применения цефалоспоринов, возможно использование азитромицина: 2 грамма перорально однократно [3,4].

14.3. Другие виды лечения (например: лучевое и т.д.): нет

14.4. Хирургическое вмешательство:

14.4.2 хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях:

Показания:

- безэффективность консервативной терапии в течение 72 часов УД-II-C;
- нарастание симптомов интоксикации;
- нарастание клиники острого живота;
- нарастание воспалительных изменений в лабораторных данных;
- бесплодие трубно – перитонеального генеза.

При наличии показаний возможный объем операции - тубэктомия, аднексэктомия, сальпингоовариолизис, сальпингонеостомия, разъединение абдоминальных спаек. Оперативное лечение при бесплодии проводится лапароскопическим доступом с оценкой проходимости маточных труб, эффективным является использование противоспаечных барьеров в ходе операции. Объем оперативного вмешательства решается интраоперационно, с учетом желания пациентки и ее репродуктивного анамнеза. По результатам оперативного лечения составляется прогноз в отношении возможности наступления беременности.

14.5. Профилактические мероприятия:

- консультирование по безопасному сексу;
- использование презервативов;
- скрининг сексуально активных женщин на хламидиоз с последующим лечением [3] УД – II С;
- лечение сексуального партнера, если половой акт был в течение 60 дней до появления клиники заболевания, либо последнего полового партнера при половом акте ранее 60 дней до появления клиники заболевания. Лечение должно включать препараты, эффективные при лечении гонореи и хламидиоза [4].

14.6. Дальнейшее ведение:

При хроническом процессе

- исследование на флору из уретры, цервикального канала и степень чистоты влагалища – 1 раз в год;
- УЗИ органов малого таза - по показаниям;
- исследование на наличие уреаплазмы и микоплазмы - по показаниям;
- исследование методом ПЦР хламидий, ВПГ, ЦМВ – по показаниям.

Наблюдение в процессе проведения лечения 2 раза в неделю, после окончания лечения 2 раза в год, в течение года.

При остром и обострении хронического процесса

- ОАК, ОАМ – при обращении (в течение 1-2 дней.);
- исследование на флору из уретры, цервикального канала и степень чистоты влагалища; наличия уреаплазмы и микоплазмы;
- мазок из цервикального канала для выявления методом ПЦР хламидий, ВПГ, ЦМВ-по показаниям;
- УЗИ органов малого таза – по показаниям [5].

15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- купирование воспалительного процесса;
- отсутствие рецидивов и хронизации процесса;
- восстановление репродуктивной функции.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

- 1) Сармулдаева Шолпан Куанышбековна кандидат медицинских наук, и.о. заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Казахского медицинского университета непрерывного образования, врач акушер-гинеколог высшей категории.
- 2) Коркан Ануар Иванович доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии Казахского медицинского университета непрерывного образования, врач акушер-гинеколог высшей категории.
- 3) Тулетова Айнур Серикбаевна PhD, АО «Медицинский университет Астана», ассистент кафедры акушерства и гинекологии, врач первой категории.
- 4) Садвакасова Шынар Муратовна кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 РГП на ПХВ «Казахского Национального Медицинского Университета имени С.Д. Асфендиярова», врач акушер-гинеколог высшей категории.
- 5) Гурцкая Гульнар Марсовна Кандидат медицинских наук АО "Медицинский университет Астана" доцент кафедры общей фармакологии, врач клинический фармаколог.

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: нет

18. Рецензенты: Рыжкова Светлана Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, врач высшей категории, заведующая курсом по акшерству и гинекологии факультета усовершенствования врачей РГКП «Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова».

19. Указание условий пересмотра протокола: Пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы (необходимы ссылки на валидные исследования на перечисленные источники в тексте протокола).

- 1) Гинекология. Национальное руководство. В.И.Кулаков, И.Б.Манухин, Г.М.Савельева. М «ГЭОТАР-Медиа», 2011, с.720.
- 2) <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/195/diagnosis/tests.html>
- 3) <http://bestpractice.bmj.com/bestpractice/monograph/195/prevention/secondary.htm>
- 4) 2012 European Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease
- 5) Приказ МЗ РК №885 «Протоколы (стандарты) диспансеризации больных с хроническими формами заболеваний. Инструкция маршрута движения пациента» от 26 декабря 2012г.