Воспалительные болезни женских тазовых органов

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: N70, N71, N73 · Российское общество акушеров-гинекологов

ВЗОМТ — это воспаление органов верхнего отдела женского репродуктивного тракта: эндометрия, маточных труб, яичников, параметрия и тазовой брюшины, в основном вследствие восходящей инфекции. Рекомендация посвящена распознаванию заболевания, обследованию на инфекционные и воспалительные признаки, своевременной антибактериальной терапии и хирургической тактике при осложнениях.

Главное

- ВЗОМТ обычно вызываются восходящей инфекцией; среди значимых возбудителей — Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Trichomonas vaginalis и Mycoplasma genitalium, а при нарушении местной защиты возможна полимикробная инфекция с анаэробами и условно-патогенной флорой.
- Факторы риска: возраст до 25 лет, несколько половых партнеров или смена полового партнера в течение последних 3 месяцев, ИППП у пациентки или партнера, акушерские и гинекологические вмешательства, а также введение внутриматочной спирали в течение последних 3 недель.
- Основные проявления неспецифичны: боль внизу живота, диспареуния, дисменорея, слизисто-гнойные выделения, межменструальные или посткоитальные кровотечения; возможны лихорадка, озноб, дизурия, рвота и боль в правом подреберье при перигепатите.
- ВЗОМТ могут приводить к бесплодию, невынашиванию беременности, спайкам, хронической тазовой боли и эктопической беременности.
- Отрицательные результаты обследования на ИППП и нормальные показатели общего анализа крови не исключают ВЗОМТ.
- При осложненном течении возможны пиосальпинкс, пиовар, тубоовариальный абсцесс, пельвиоперитонит, перитонит и сепсис; острым считают течение менее 30 дней, хроническим — более 30 дней или с неустановленной давностью.

Диагностика

1. Уточнить жалобы и анамнез: боль внизу живота, выделения, кровотечения, диспареунию, дизурию, лихорадку, рвоту, нарушения цикла, сексуальные факторы риска, ИППП, акушерские и гинекологические операции и внутриматочные диагностические вмешательства.
2. Провести осмотр наружных половых органов, оценить кожу и слизистые, температуру, ЧСС и частоту дыхания, выполнить пальпацию живота, осмотр шейки матки в зеркалах и бимануальное исследование. Особое внимание — болезненности при тракции шейки, болезненности сводов и образованиям в области придатков. УУР С, УДД 5.
3. Назначить общий анализ крови и С-реактивный белок для оценки воспаления и динамики лечения; лейкоцитоз, сдвиг формулы влево и повышение СОЭ поддерживают диагноз, но их отсутствие его не исключает. УУР С, УДД 5.
4. Выполнить ПЦР-исследование отделяемого из цервикального канала на N. gonorrhoeae, T. vaginalis, C. trachomatis и M. genitalium, микроскопию влагалищного мазка и культуральное исследование на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы; одновременно рекомендовать обследование полового партнера на ИППП. УУР С, УДД 5.
5. Провести обследование на ВИЧ, сифилис, вирусные гепатиты B и C. При подозрении на тубоовариальный абсцесс по УЗИ, особенно при нарушении цикла, определить свободную β-субъединицу ХГЧ для исключения беременности и эктопической беременности; при отсутствии срочного анализа допустим мочевой тест. УУР С, УДД 5.
6. Выполнить комплексное УЗИ органов малого таза — трансвагинальное и трансабдоминальное — для подтверждения диагноза, поиска тубоовариального абсцесса и другой патологии. Отсутствие изменений на УЗИ не исключает ВЗОМТ. УУР С, УДД 5.

7. При распространенном или тяжелом процессе, обширных спайках после ранее перенесенных операций проводить МРТ для дифференциальной диагностики и выбора тактики; диагностическую лапароскопию — при неэффективности консервативного лечения или для дифференциальной диагностики с другой патологией, но не рутинно.

Лечение

- Начинать эмпирическую системную антибактериальную терапию после взятия материала на культуральное исследование; схема должна охватывать гонококки, хламидии, генитальную микоплазму, грамотрицательную кишечную флору, грамположительные аэробы и анаэробы. УУР С, УДД 5.
- Общая продолжительность антибактериальной терапии составляет 10–14 дней. При отсутствии клинического эффекта через 48–72 часа или при нежелательных реакциях препарат меняют, ориентируясь также на результаты культурального исследования.
- При легких и среднетяжелых формах возможна пероральная антибактериальная терапия амбулаторно или в стационаре. УУР С, УДД 5.
- При тяжелых или распространенных формах лечение начинают в стационаре с парентеральных системных антибиотиков; терапию продолжают в течение 24 часов после клинического улучшения, затем переходят на пероральную форму. УУР С, УДД 5.
- Для боли, лихорадки и противовоспалительного эффекта назначают НПВС с учетом противопоказаний. УУР С, УДД 2.
- При распространенных и тяжелых формах применяют комплексную терапию по тяжести состояния: инфузии, трансфузии, антикоагулянтную и антигистаминную терапию. Объем инфузионной терапии — 1,5–2,5 л/сут, в среднем 4–7 суток; профилактику ВТЭО проводят низкомолекулярными гепаринами. УУР С, УДД 5.
- Системные противогрибковые препараты назначают только при подтвержденной культуральным исследованием грибковой инфекции; профилактическое применение без специфических факторов риска не рекомендуется. УУР С, УДД 5.
- Хирургическое лечение показано при гнойном тубоовариальном образовании, осложненных формах или отсутствии эффекта от лекарственной терапии. При выборе объема стремятся удалить очаг деструкции и максимально сохранить ткань яичника у пациенток репродуктивного возраста; при отсутствии условий для адекватной операции проводят дренирование под УЗ-навигацией. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать при тяжелом состоянии, тошноте или рвоте, температуре ≥38 °С, признаках осложненной формы или системной воспалительной реакции.
- Направить в стационар при неэффективности или невозможности амбулаторного лечения, при беременности, иммунодефиците, включая ВИЧ-инфекцию и иммуносупрессивную терапию.
- Госпитализация нужна, если нельзя исключить острую хирургическую патологию, включая аппендицит или внематочную беременность.
- При распространенных и тяжелых формах обследование проводят в учреждении соответствующего уровня с привлечением смежных специалистов; МРТ используют для дифференциальной диагностики и определения тактики.
- Выписка возможна после клинического выздоровления.

Частые вопросы

Можно ли исключить ВЗОМТ при отрицательной ПЦР на ИППП?

Нет. Отсутствие выявленных ИППП не исключает диагноз ВЗОМТ.

Нужно ли госпитализировать пациентку с ВЗОМТ?

Да — при тяжелом состоянии, температуре ≥38 °С, тошноте или рвоте, системной воспалительной реакции, беременности, иммунодефиците, неэффективности или невозможности амбулаторного лечения, а также если нельзя исключить острую хирургическую патологию.

Как долго лечить ВЗОМТ антибиотиками?

Общая продолжительность антибактериальной терапии составляет 10–14 дней. При тяжелом течении терапию после клинического улучшения продолжают 24 часа, затем переходят на пероральную форму.

Когда менять антибактериальную терапию?

Если через 48–72 часа нет клинического и лабораторного улучшения либо появились нежелательные лекарственные реакции. Коррекцию проводят с учетом культурального исследования.

Когда при ВЗОМТ нужна операция?

Основные показания — гнойное тубооварильное образование, осложненная форма заболевания и отсутствие эффекта от медикаментозной терапии. Если адекватная операция невозможна, допускается дренирующее вмешательство под ультразвуковой навигацией.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/643-vospalitelnye-bolezni-zhenskih-tazovyh-organov. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/643_2