



Стандарт медичної допомоги «Запальні захворювання органів малого таза»*

Наказ МОЗ України від 18.05.2023 р. № 928

Загальна частина

Коди стану або захворювання.

НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

N70 Сальпінгіт та оофорит

N70.0 Гострий сальпінгіт та оофорит

N70.1 Хронічний сальпінгіт та оофорит

N70.9 Сальпінгіт та оофорит, неуточнені

N71 Запальне захворювання матки, за винятком шийки матки

N71.0 Гостре запальне захворювання матки

N71.1 Хронічне запальне захворювання матки

N71.9 Запальне захворювання матки, неуточнене

N72 Запальне захворювання шийки матки

N73 Інші запальні захворювання органів малого таза у жінок

N74 Запальні ураження органів малого таза у жінок при хворобах, класифікованих в інших рубриках

N74.3 Гонококові запальні хвороби органів малого таза у жінок

N74.4 Запальні хвороби органів малого таза у жінок, спричинені хламідіями

N74.8 Запальні хвороби органів малого таза у жінок при інших хворобах, класифікованих в інших рубриках

Розробники:

Дубров Сергій Олександрович – перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи;

Машкевич Олександра Григорівна – директор Департаменту медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України, заступник голови робочої групи;

Татарчук Тетяна Феофанівна – заступниця директора з наукової роботи, завідувачка відділення ендокринної гінекології Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор, заступниця голови робочої групи із клінічних питань;

Артьоменко Володимир Вікторович – професор кафедри акушерства і гінекології Одеського національного медичного університету, д.мед.н., професор;

Булавенко Ольга Василівна – завідувач кафедри акушерства і гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, д.мед.н., професор;

Дубоссарська Зінаїда Михайлівна – професор кафедри сімейної медицини факультету післядипломної освіти Дніпровського державного медичного університету, д.мед.н., професор;

Дубоссарська Юліанна Олександрівна – завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Дніпровського державного медичного університету, д.мед.н., професор;

Калугіна Людмила Вадимівна – провідний науковий співробітник відділення ендокринної гінекології Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені О.М. Лук'янової НАМН України», д.мед.н., старший науковий співробітник;

Косей Наталія Василівна – завідувач відділу репродуктивного здоров'я Державної наукової установи «Центр інноваційних медичних технологій Національної академії наук України», д.мед.н., професор;

Літус Олександр Іванович – завідувач кафедри дерматовенерології, алергології, клінічної і лабораторної імунології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика; д.мед.н., професор;

Мневєць Руслан Олександрович – лікар акушер-гінеколог відділення ендокринної гінекології Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені О.М. Лук'янової НАМН України»

Педаченко Наталія Юрївна – завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор;

Текст скорочено і адаптовано до формату журналу «Медичні аспекти здоров'я жінки». Повна версія документа: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/05/smd_928_18052023.pdf



Пирогова Віра Іванівна – завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, д.мед.н., професор;

Регада Світлана Іванівна – завідувач гінекологічного відділення Державної наукової установи «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», к.мед.н., старший науковий співробітник;

Рожковська Наталя Миколаївна – професор кафедри акушерства та гінекології № 1 Одеського національного медичного університету, д.мед.н., професор;

Тутченко Тетяна Миколаївна – старший науковий співробітник відділення ендокринної гінекології Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені О.М. Лук'янової НАМН України», к.мед.н.;

Хаджинова Наталя Афанасіївна – начальник відділу реалізації політики у сфері медичного забезпечення Департаменту медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України;

Шурпак Сергій Олександрович – професор кафедри сімейної медицини факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, д.мед.н., професор;

Щербакова Юлія Валеріївна – професор кафедри дерматовенерології, алергології, клінічної та лабораторної імунології НУОЗУ імені П.Л. Шупика, старший науковий співробітник Державної установи «Інститут дерматології та венерології НАМН України», д.мед.н.

Методичний супровід та інформаційне забезпечення:

Гуленко Оксана Іванівна – начальник відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу;

Шилкіна Олена Олександрівна – заступник начальника відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України».

Рецензенти:

Бойчук Алла Володимирівна – завідувачка кафедри акушерства та гінекології факультету післядипломної освіти Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, заслужений лікар України, д.мед.н., професор;

Подольський Василь Васильович – заступник директора з наукової роботи, завідувач відділення проблем здоров'я жінок фертильного віку Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», д. мед. н., професор.

Дата оновлення стандартів – 2028 рік.

Список умовних позначень та скорочень

ВМК – внутрішньоматковий контрацептив

ЛНГ-ВМС – внутрішньоматкова система з левоноргестрелом

в/в – внутрішньовенно

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ЗЗОМТ – запальні захворювання органів малого таза

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ІПСШ – інфекції, що передаються статевим шляхом

КМП – клінічний маршрут пацієнта

КТ – комп'ютерна томографія

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

МАНК – методи ампліфікації нуклеїнових кислот

МРТ – магнітно-резонансна томографія

НАМН – Національна академія медичних наук

НАН – Національна академія наук

п/о – перорально

ПЛР – полімеразна ланцюгова реакція

р/д – разів на добу

ТОА – тубооваріальний абсцес

СМД – стандарти медичної допомоги

УЗД – ультразвукове дослідження

ШОЕ – швидкість осідання еритроцитів

Розділ I. Організація надання медичної допомоги при запальних захворюваннях органів малого таза

1. Положення стандарту медичної допомоги

Жінки з підозрою на ЗЗОМТ мають бути направлені до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, з метою подальшої діагностики та лікування.

2. Обґрунтування

ЗЗОМТ посідають провідне місце у структурі гінекологічної захворюваності, особливо серед молодих жінок. У довгостроковій перспективі пацієнтки із ЗЗОМТ мають підвищений ризик рецидиву захворювання, безпліддя, пов'язаного з непрохідністю маткових труб, ектопічної вагітності та синдрому хронічного тазового болю, що вимагає виконання чітких і обґрунтованих вимог організації медичної допомоги для збереження репродуктивного здоров'я.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові

1. Існують локально узгоджені письмові документи, що координують та інтегрують медичну допомогу для забезпечення своєчасного направлення, діагностики та лікування пацієнток із ЗЗОМТ.

2. Необхідно забезпечити інформованість пацієнтки щодо її стану з особливим акцентом на довгострокових наслідках для здоров'я жінки та її статевого партнера.

3. Пацієнткам необхідно надати інформацію щодо переваг і недоліків, пов'язаних із кожним методом, що застосовується для діагностики та лікування ЗЗОМТ.



4. Пацієнтки і, за згодою, члени сім'ї/особи, які здійснюють догляд, забезпечуються у доступній формі інформацією щодо стану пацієнтки, плану обстеження й лікування та подальшого спостереження, навчання навичкам, необхідним для поліпшення результатів медичної допомоги, контактів для отримання додаткової інформації та консультації.

5. При виписуванні зі стаціонару пацієнтці із ЗЗОМТ надаються рекомендації щодо подальшого спостереження, профілактики рецидивів та вибору методів контрацепції.

6. Клінічні випадки гострого сальпінгіту, гострого ендометриту та цервіциту, які викликані хламідійною інфекцією або гонореєю, підлягають реєстрації.

7. У випадках виявлення осіб, постраждалих від домашнього насильства, або осіб, які ймовірно постраждали від домашнього насильства, насильства за ознакою статі, допомога надається відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Розділ II. Діагностика запальних захворювань органів малого таза

1. Положення Стандарту медичної допомоги

Діагностика ЗЗОМТ ґрунтується на підставі оцінки клінічних ознак – болючості при зміщенні шийки матки, матки чи її придатків, а також додаткових та специфічних діагностичних критеріїв. Під час діагностики необхідно використовувати принцип низького діагностичного порога, що передбачає наявність мінімальних діагностичних критеріїв, наведених у додатку 1 до цього Стандарту.

2. Обґрунтування

Найчастіше ЗЗОМТ є результатом висхідного інфікування з цервікального каналу *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, а також численними представниками умовно-патогенної мікрофлори, що призводить до розвитку ендометриту, сальпінгіту, оофориту, tuboоваріальних абсцесів та пельвіоперитоніту, проте відсутність лабораторного виявлення зазначених мікроорганізмів не виключає діагноз ЗЗОМТ.

Факторами ризику ЗЗОМТ вважають ранній початок статевого життя (до 15 років), вік жінки до 25 років, наявність ІПСШ та ЗЗОМТ в анамнезі, відсутність використання бар'єрної контрацепції, наявність статевого партнера з виявленою ІПСШ, насильство за ознакою статі. Ризик ЗЗОМТ після введення внутрішньоматкового контрацептиву (ВМК) є низьким, однак підвищується протягом перших 3-4 тижнів використання.

ЗЗОМТ може мати симптомний або безсимптомний перебіг, при цьому анамнестичним, фізикальним і лабораторним ознакам, за їх наявності, бракує чутливості та специфічності, тому епізоди ЗЗОМТ часто залишаються нерозпізнаними.

Диференціальну діагностику ЗЗОМТ необхідно проводити з ектопічною вагітністю, гострим апендицитом, ендометріозом, перекрутом або розривом кісти яєчника, інфекціями сечовивідних шляхів, синдромом подразненого кишечника.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові

1. Діагностика ЗЗОМТ проводиться на підставі оцінки скарг, анамнезу, клінічних ознак, даних загального фізикального і гінекологічного обстеження, результатів лабораторних та інструментальних методів дослідження.

2. Серед скарг, що вказують на ЗЗОМТ, відзначаються:

- біль у ділянці органів малого таза чи внизу живота, який зазвичай є двостороннім (але може бути й одностороннім), частіше виникає під час або невдовзі після менструації;
- лихоманка, нудота та блювання;
- аномальні вагінальні виділення;
- диспареунія;
- аномальні маткові кровотечі (посткоїтальна, міжменструальна, тяжка менструальна);
- дизурія;
- біль у правому верхньому квадранті живота, спричинений перигепатитом (синдром Фітца – Х'ю – Куртіса).

3. При зборі анамнезу слід з'ясувати:

- тривалість і перебіг захворювання;
- наявність вагітності;
- статевий анамнез, зокрема наявність нового статевого партнера або кількох статевих партнерів протягом 60 днів до захворювання;
- використання бар'єрної контрацепції;
- введення ВМК (<1 міс тому), нещодавній кюретаж або переривання вагітності;
- апендектомія, ЗЗОМТ в анамнезі;
- виявлення факторів підвищеного ризику ЗЗОМТ.

4. Під час загального фізикального обстеження жінки при ЗЗОМТ проводиться оцінка вітальних функцій та пальпація живота з визначенням симптомів подразнення очеревини.

5. Діагноз ЗЗОМТ встановлюється за наявності одного з мінімальних діагностичних критеріїв або болю у ділянці органів малого таза чи нижній частині живота, без будь-якої іншої встановленої причини болю. Для підтвердження діагнозу ЗЗОМТ використовують додаткові та специфічні діагностичні критерії відповідно до Додатка 1 до цього Стандарту, проводять лабораторні та інструментальні методи обстеження відповідно до Додатка 2 до цього Стандарту.

6. Випадок ендометриту має відповідати одному з наведених нижче критеріїв:

- виділена культура мікроорганізмів при дослідженні рідини або тканин ендометрія, які були отримані під час хірургічної операції, пункційно-аспіраційної біопсії або браш-біопсії;
- наявні не менше двох з наступних ознак або два із симптомів без будь-якої іншої встановленої причини: лихоманка (температура тіла >38 °С), біль у животі, чутливість матки при пальпації або гнійні виділення з матки.



7. До початку антибактеріального лікування ЗЗОМТ у жінок репродуктивного віку необхідно виключити маткову або ектопічну вагітність.

8. Трансвагінальне УЗД органів малого таза проводиться у пацієнок із діагнозом ЗЗОМТ, які мають:

- гострий початок захворювання;
- значну болючість при бімануальному дослідженні, що перешкоджає проведенню обстеження органів малого таза;
- наявність болючого утворення придатків матки при бімануальному обстеженні;
- підозру на ектопічну вагітність, кісту яєчника, ендометріоз.

При оцінці УЗД органів малого таза слід звертати увагу на наявність критеріїв, наведених у Додатку 3 до цього Стандарту, що дозволяють візуалізувати ознаки ЗЗОМТ, у тому числі визначити наявність тубооваріального абсцесу (ТОА) відповідно до Додатка 3 до цього Стандарту. За відсутності клінічного поліпшення через 72 год антибактеріальної терапії або при погіршенні загального стану пацієнтки УЗД органів малого таза проводиться повторно.

9. У разі проведення інтервенційної діагностики (пункції ТОА під контролем УЗД), лапароскопії або лапаротомії здійснюється збір біологічного матеріалу (перитонеальний екссудат, гнійний вміст ТОА) для мікробіологічних досліджень, наведених у Додатку 4 до цього Стандарту, з метою виявлення збудників ЗЗОМТ та оцінки чутливості до антибактеріальних препаратів.

10. При хірургічному лікуванні ТОА проводиться патологістологічне дослідження операційного матеріалу.

11. Діагностика сепсису, ВІЛ-інфекції, сифілісу та інших ІПСШ, аномальних вагінальних виділень та аномальних маткових кровотеч проводиться згідно із галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

Бажані

12. Самостійний збір зразків для тестування на *N. gonorrhoeae* та *C. trachomatis* має бути доступним як додатковий підхід до надання послуг із тестування на ІПСШ.

13. Бактеріологічне дослідження виділень із цервікального каналу для виявлення умовно-патогенної флори та *N. gonorrhoeae*, бактеріологічне дослідження біоматеріалу з ТОА на *N. gonorrhoea* проводяться для виявлення антибіотикорезистентності.

14. Визначення *M. genitalium* у виділеннях із цервікального каналу за допомогою ПЛР (МАНК) рекомендовано при рецидиві ЗЗОМТ та впливає на вибір препаратів для антибактеріальної терапії.

15. Для диференціальної діагностики за підозри на ТОА проводиться комп'ютерна томографія (КТ) або магнітно-резонансна томографія (МРТ) органів малого таза.

Розділ III. Лікування запальних захворювань органів малого таза

1. Положення стандарту медичної допомоги

Лікування ЗЗОМТ призначається відповідно до результатів клініко-лабораторного обстеження, нозологічної форми, тяжкості захворювання, виявлення ІПСШ та включає антибактеріальну, симптоматичну терапію і за показаннями – хірургічне лікування.

2. Обґрунтування

Вибір рекомендованої схеми антибактеріального лікування ЗЗОМТ враховує тяжкість захворювання, вік пацієнтки (збудники, що передаються статевим шляхом, рідше є причиною захворювання у літніх жінок), вартість, уподобання пацієнтки, комплаєнс, локальні дані щодо чутливості збудників ЗЗОМТ до антибактеріальних препаратів.

Критеріями поліпшення стану є покращення загального стану; нормалізація температури тіла; зменшення болючості при змищенні шийки матки, при пальпації матки та її придатків; значне зменшення болючості живота і симптомів подразнення очеревини протягом 72 год після початку антибактеріальної терапії.

Відкладення лікування збільшує ризик довготривалих наслідків ЗЗОМТ, таких як ектопічна вагітність, безпліддя та синдром хронічного тазового болю.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові

1. Лікування ЗЗОМТ проводиться з урахуванням особливостей перебігу захворювання, наявності вагітності або годування грудьми.

2. При наданні медичної допомоги пацієнткам із підозрою на ЗЗОМТ слід дотримуватися тактики, наведеної в Додатку 5 до цього Стандарту.

3. Тактика щодо видалення ВМК у пацієнок із ЗЗОМТ наведена у Додатку 6 до цього Стандарту і залежить від бажання жінки продовжити використання даного методу контрацепції та наявності клінічного поліпшення через 72 год після початку антибактеріальної терапії.

4. Вибір антибактеріальних лікарських засобів та режимів їх використання при ЗЗОМТ здійснюють відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Рекомендована тривалість лікування ЗЗОМТ незалежно від тяжкості захворювання становить 14 днів.

5. Антибактеріальне лікування жінок із неускладненим клінічним перебігом ЗЗОМТ проводиться в амбулаторних умовах відповідно до схем, наведених у Додатку 7 до цього Стандарту. При амбулаторному лікуванні ЗЗОМТ здійснюється повторний огляд акушером-гінекологом через 72 год після початку антибактеріальної терапії для оцінки клінічного поліпшення.

6. У профільному стаціонарі слід лікувати жінок, які мають неускладнений та ускладнений клінічний перебіг ЗЗОМТ у випадках:



- тяжкого загального стану, що супроводжується нудотою, блюванням та постійною лихоманкою $>38,3$ °С;
- наявності ТОА, пельвіоперитоніту;
- вагітності;
- непереносимості пероральних антибактеріальних препаратів, нездатності пацієнтки дотримуватись рекомендацій лікаря або відмови від амбулаторного лікування;
- відсутності клінічного поліпшення від амбулаторного антибактеріального лікування;
- наявності показань для ургентного хірургічного втручання.

Схеми антибактеріальної терапії при ускладнених ЗЗОМТ наведені у Додатку 8 до цього Стандарту.

7. При ускладнених ЗЗОМТ проводиться аспірація перитонеального ексудату під контролем УЗД або, за наявності показань до хірургічного лікування, лапароскопія чи лапаротомія з розділенням тазових перитонеальних спайок і дренуванням тазових абсцесів.

8. Консервативне лікування ТОА призначається за умови відповідності пацієнтки усім наступним критеріям:

- гемодинамічно стабільний стан без ознак розриву ТОА («гострий» живіт, сепсис), який зберігається протягом усього курсу лікування;
- тривале клінічне поліпшення під час лікування антибактеріальними лікарськими засобами;
- діаметр абсцесу <4 см;
- репродуктивний вік.

9. Тактика ведення пацієнток з ТОА наведена у Додатку 9 до цього Стандарту і передбачає проведення моніторингу можливих ускладнень. Неefективність консервативного лікування ТОА слід запідозрити, якщо у пацієнтки з'явилася нова або постійна лихоманка, посилення тазового або абдомінального болю, постійний або наростаючий лейкоцитоз та/або збільшення розмірів тазових утворень при повторному УЗД органів малого таза. Показаннями до ургентного хірургічного лікування є великі розміри абсцесу (>10 см), розрив абсцесу та сепсис. За наявності зазначених показань проводиться сальпінгооваріоектомія.

10. За наявності ТОА або двосторонніх ТОА розміром >4 см, на фоні антибактеріальної терапії проводиться дренування абсцесу за допомогою пункції під контролем УЗД або під час лапароскопії. Перевага віддається трансвагінальному дренуванню порівняно з лапароскопічним.

11. У пацієнток із ТОА у постменопаузі проводиться оперативне лікування, враховуючи високу ймовірність злоякісної пухлини. Слід розглянути можливість лапароскопічної або трансабдомінальної тотальної гістеректомії із двосторонньою сальпінгооваріоектомією.

12. Лікування сепсису, ВІЛ-інфекції, сифілісу та інших ІПСШ, аномальних вагінальних виділень та аномальних маткових кровотеч здійснюється відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Бажані

13. При амбулаторному лікуванні ЗЗОМТ рекомендується повторний огляд акушером-гінекологом після закінчення антибактеріальної терапії для надання рекомендацій щодо профілактики рецидивів та вибору методів контрацепції.

14. Для профілактики рецидивів рекомендовано обстеження та лікування статевих партнерів протягом останніх 60 днів після появи симптомів ЗЗОМТ; утримання від статевих стосунків, використання бар'єрної контрацепції до завершення лікування та зникнення симптомів.

Індикатори якості медичної допомоги

Перелік індикаторів якості медичної допомоги:

1. Наявність у ЗОЗ клінічного маршруту пацієнта (КМП) із ЗЗОМТ.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ клінічного маршруту пацієнта (КМП) із ЗЗОМТ.

Індикатор ґрунтується на положеннях Стандарту медичної допомоги «Запальні захворювання органів малого таза».

Зуваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів у регіоні. Якість надання медичної допомоги пацієнткам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному Стандарту медичної допомоги даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2023 рік – 90%;

2024 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора

ЗОЗ, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями, які надають первинну медичну допомогу, лікарями акушерами-гінекологами (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів із питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, у тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів, які надають первинну



медичну допомогу, лікарів акушерів-гінекологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам), зареєстрованих на території обслуговування.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів, які надають первинну медичну допомогу, лікарів акушерів-гінекологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам), зареєстрованих у районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів із питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про лікарів, які надають первинну медичну допомогу, лікарів акушерів-гінекологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам), зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів, які надають первинну медичну допомогу, лікарів акушерів-гінекологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП із ЗЗОМТ (наданий екземпляр КМП). Джерелом інформації є КМП, наданий лікарями, які надають первинну медичну допомогу, лікарями акушерами-гінекологами (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Директор Департаменту медичних послуг Олександра МАШКЕВИЧ

Додаток 1 до Стандарту медичної допомоги «Запальні захворювання органів малого таза» (пункт 1 розділу II)

Діагностичні критерії ЗЗОМТ

Групи критеріїв	Критерії діагностики ЗЗОМТ	Коментарі
Мінімальні	При гінекологічному обстеженні: <ul style="list-style-type: none"> • болючість при зміщенні шийки матки • болючість при пальпації матки • болючість при пальпації придатків матки 	Наявність одного із цих критеріїв або біль у ділянці органів малого таза чи нижній частині живота, якщо неможливо визначити іншу причину захворювання, є підставою для початку лікування ЗЗОМТ
Додаткові	<ul style="list-style-type: none"> • температура тіла >38,3 °C • аномальні слизисто-гнійні виділення із шийки матки • наявність великої кількості лейкоцитів при мікроскопії вагінальних виділень • підвищення ШОЕ • підвищення С-реактивного білка • лабораторне підтвердження <i>N. gonorrhoeae</i> або <i>C. trachomatis</i> у матеріалі із шийки матки 	Можна використовувати один із цих критеріїв для посилення специфічності мінімальних клінічних критеріїв і підтвердження діагнозу ЗЗОМТ
Специфічні	<ul style="list-style-type: none"> • біопсія ендометрія з патологістологічним дослідженням при ендометриті • ТВ УЗД або МРТ органів малого таза, що демонструють потовщені, заповнені рідиною маткові труби з/без вільної тазової рідини або тубооваріальне утворення, доплерометричні ознаки запального процесу при УЗД • результати лапароскопії, що відповідають ЗЗОМТ 	Діагностична оцінка за допомогою вказаних процедур може бути доцільною



Додаток 2
до Стандарту медичної допомоги «Запальні захворювання органів малого таза»
(підпункт 5 пункту 3 розділу II)

Лабораторні та інструментальні методи дослідження за підозри на ЗЗОМТ

Лабораторні дослідження		
Метод	Біологічний матеріал	Мета дослідження
Бактеріоскопія нативного мазка або мазка за Грамом	Цервіко-вагінальні виділення	Наявність підвищеної кількості лейкоцитів у цервікальному каналі – додатковий діагностичний критерій ЗЗОМТ (неспецифічний). Додатково – дані щодо бактеріального вагінозу та вагінальних інфекцій
ПЛР (МАНК) для виявлення <i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i>	Цервікальні виділення	Наявність ІПСШ – додатковий діагностичний критерій ЗЗОМТ, який впливає на вибір антибіотикотерапії, обстеження та лікування статевого партнера, контрольного обстеження після закінчення лікування
ПЛР (МАНК) для виявлення <i>M. genitalium</i> *	Вміст ТОА, перитонеальний ексудат*	
Бактеріологічне дослідження <i>N. gonorrhoeae</i> *	Цервікальні виділення Вміст ТОА, перитонеальний ексудат	Виявлення антибіотикорезистентних форм <i>N. gonorrhoeae</i>
Бактеріологічне дослідження на умовно-патогенну флору	Цервікальні виділення* Вміст ТОА, перитонеальний ексудат	Визначення збудника та чутливості до антибіотиків
Загальний аналіз крові	Кров	Ознаки запалення (лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, підвищення С-реактивного білка) – додаткові діагностичні критерії ЗЗОМТ. Оцінка тяжкості перебігу
С-реактивний білок		
Бета-ХГЛ загальний	Кров	Виключення вагітності (при сумнівному тесті на вагітність)
Загальний аналіз сечі	Сеча	Диференціальна діагностика з інфекціями сечовивідних шляхів
Тест на вагітність	Сеча	Виключення вагітності у статеві активних і потенційно фертильних жінок
Інструментальні дослідження		
Метод	Мета дослідження	
УЗД органів малого таза*	Ознаки запалення – додаткові діагностичні критерії ЗЗОМТ Візуальна діагностика ТОА, топічний діагноз. Диференціальна діагностика	
МРТ, КТ органів малого таза*	Візуальна діагностика ТОА, топічний діагноз. Диференціальна діагностика	

* Належить до бажаних критеріїв якості медичної допомоги.



**Додаток 3 до Стандарту медичної допомоги
«Запальні захворювання органів малого таза» (підпункт 8 пункту 3 розділу II)
Ультразвукові критерії ЗЗОМТ**

Ранні ультразвукові ознаки ЗЗОМТ:

- нечіткі межі матки;
- підвищення ехогенності жирової тканини у порожнині малого таза;
- потовщення маткової труби.

Неспецифічні ультразвукові ознаки ЗЗОМТ:

- наявність вільної рідини у порожнині малого таза та/або в порожнині матки;
- збільшення розмірів яєчників;
- збільшення товщини і васкуляризації ендометрія.

Ультразвукові ознаки сальпінгіту включають:

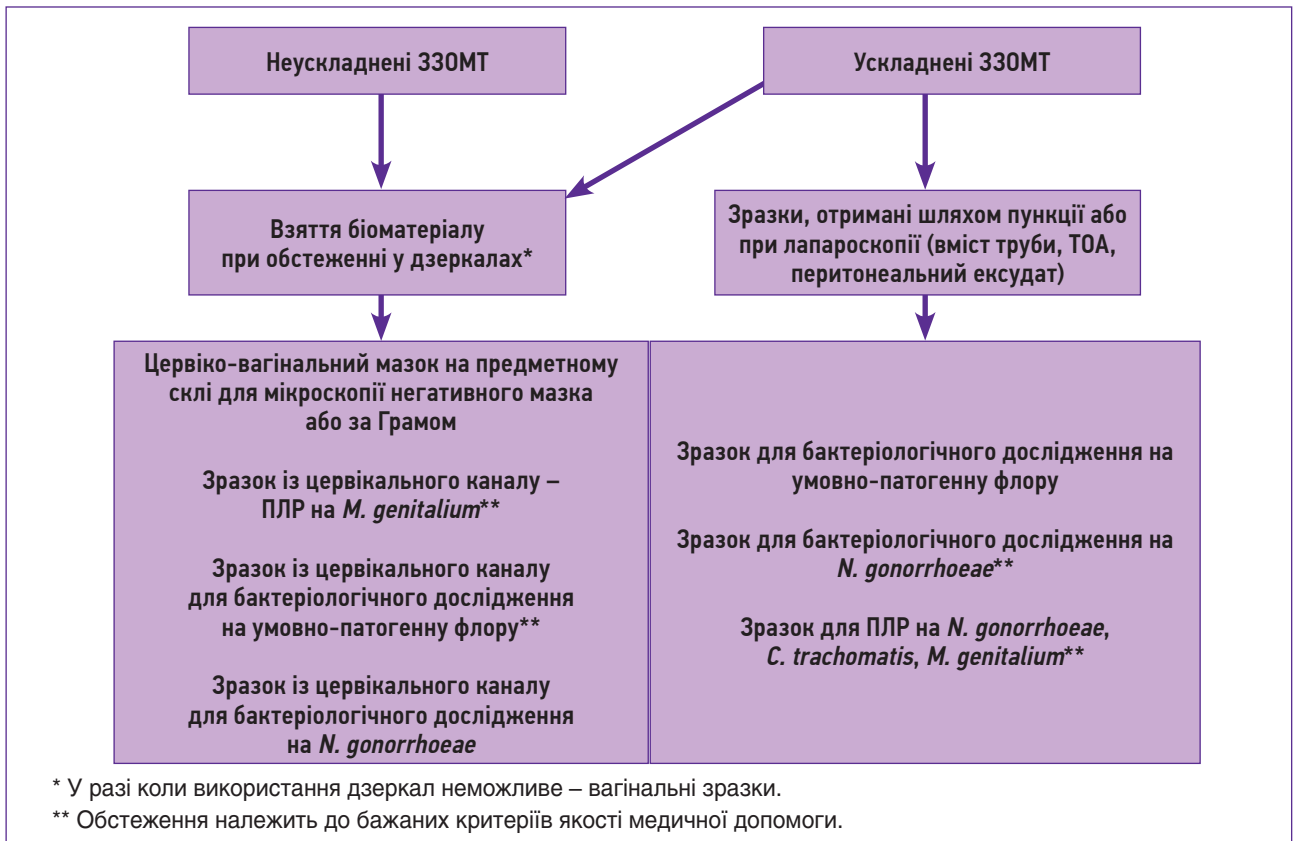
- потовщення/розширення маткових труб;
- неповні перегородки в матковій трубі;
- накопичення рідини у трубі (гідросальпінкс);
- збільшення васкуляризації навколо труби при кольоровій доплерографії;
- підвищена ехогенність жирової тканини навколо труби та наявність вільної рідини в порожнині малого таза;
- наявність рідини з ехогенною зависсю у трубі (піосальпінкс);
- ознака «зубчастого колеса»: вигляд розширених складок маткової труби на поперечному розрізі, які нагадують зубчасте колесо;
- ознака «намиста на струні»: візуалізується у вигляді складних виступів, схожих на вузлики у про-світі маткової труби.

У разі ускладненого перебігу ЗЗОМТ при УЗД можна виявити утворення в ділянці придатків матки з неоднорідним ехо-патерном.

ТОА при УЗД візуалізується у вигляді мультилокулярного комплексу позаматкового/придаткового утворення з товстими неправильними стінками, перегородками. ТОА зазвичай двосторонні.

**Додаток 4 до Стандарту медичної допомог
«Запальні захворювання органів малого таза» (підпункт 9 пункту 3 розділу II)**

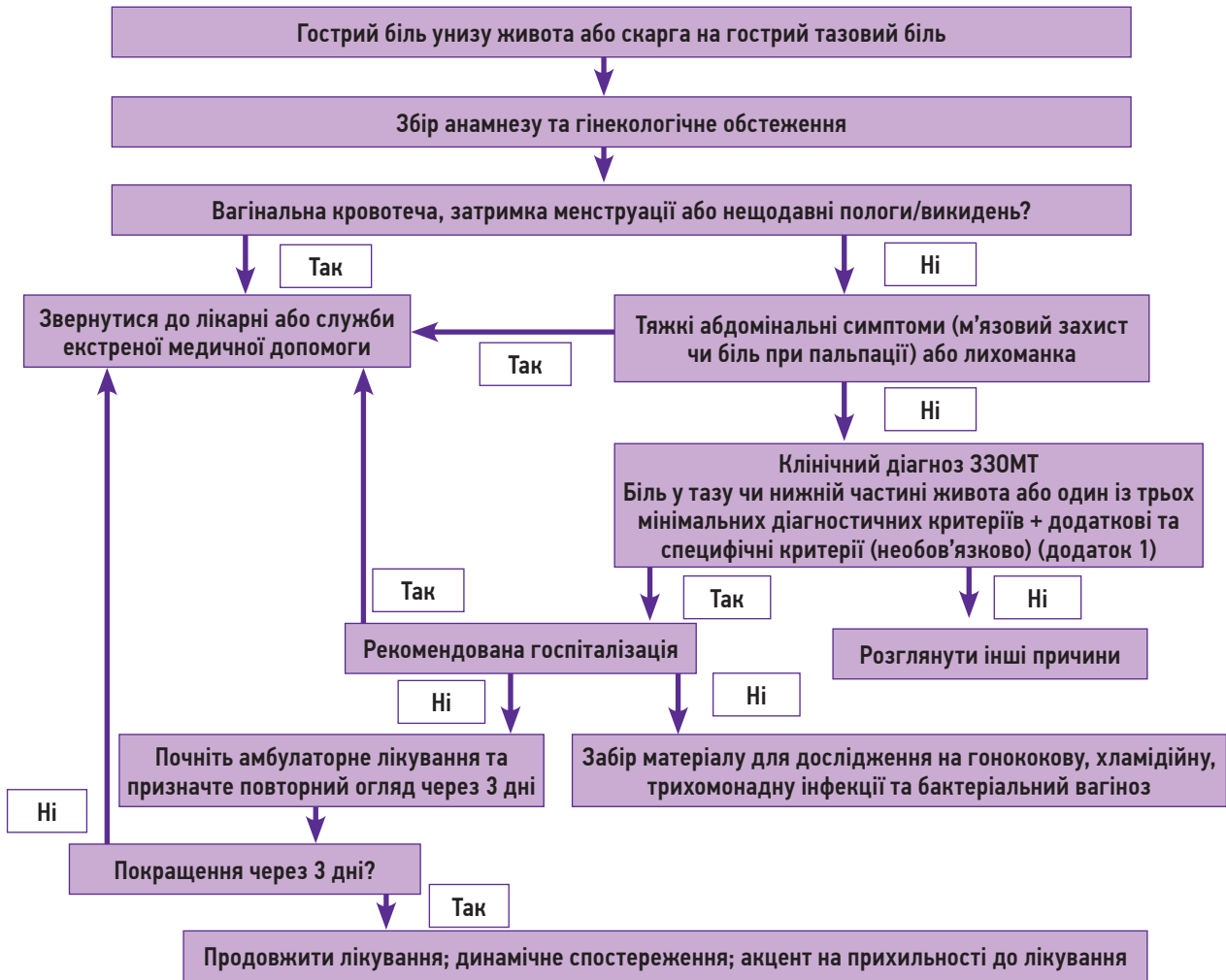
Мікробіологічні обстеження при ЗЗОМТ





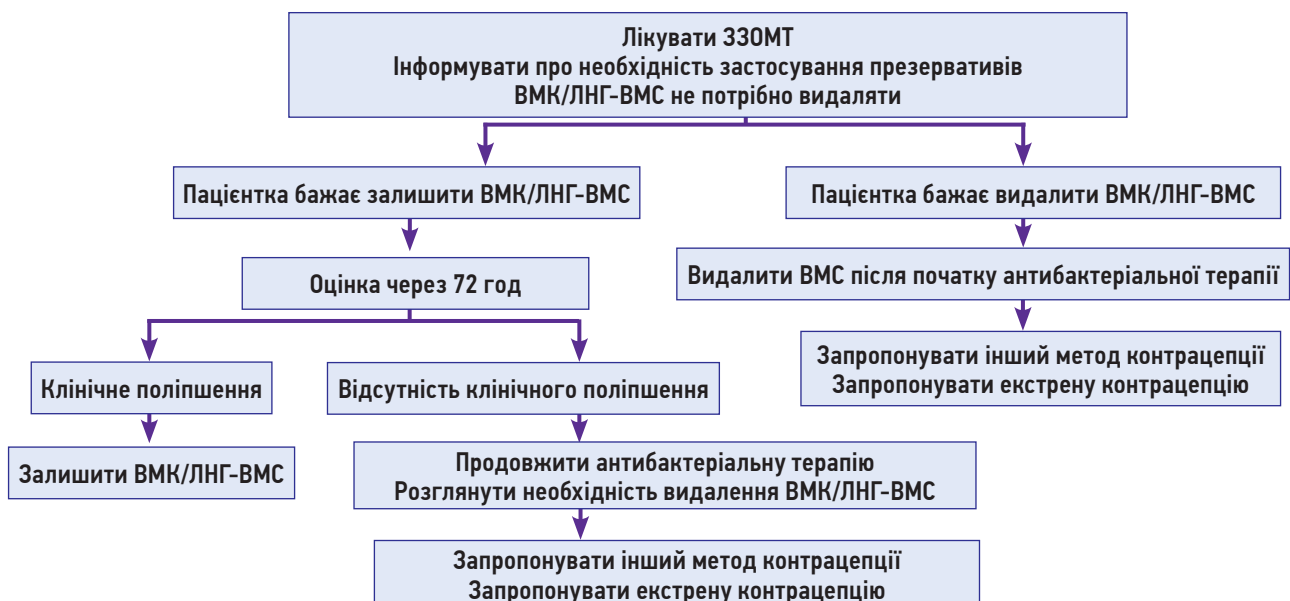
**Додаток 5 до Стандарту медичної допомоги
«Запальні захворювання органів малого тазу» (підпункт 2 пункту 3 розділу III)**

Тактика ведення пацієток із підозрою на ЗЗОМТ



**Додаток 6 до Стандарту медичної допомоги
«Запальні захворювання органів малого тазу» (підпункт 3 пункту 3 розділу III)**

Тактика ведення пацієток із ВМК або ЛНГ-ВМС при ЗЗОМТ





Додаток 7
до Стандарту медичної допомоги «Запальні захворювання органів малого тазу»
(підпункт 5 пункту 3 розділу III)

Схеми антибіотикотерапії при неускладнених ЗЗОМТ

Режим терапії	Антибіотики	Дозування ^a	Шлях введення	Тривалість ^b	Коментарі
Амбулаторний (перша лінія)	Цефтріаксон + доксициклін + метронідазол	1000 мг 100 мг ^a × 2 р/д 400-500 мг × 2 р/д	парентерально п/о п/о	1 раз 14 днів 14 днів	НЕ призначати доксициклін і метронідазол без стандартної дози цефтріаксону. Режим охоплює <i>C. trachomatis</i> , <i>N.gonorrhoeae</i> та анаероби, а також грамнегативні бактерії та стрептококи на 24-48 год
	Амбулаторний (альтернативні)	Офлоксацин + Метронідазол +/- цефтріаксон ^c	200-400 мг × 2 р/д п/о 400-500 мг × 2 р/д 1000 мг п/о парентерально	14 днів 14 днів 1 раз	Фторхінолони можуть викликати побічні ефекти з боку сухожиль, м'язів, суглобів та нервової системи, тому їх рекомендують лише як терапію другої лінії, за винятком лікування ЗЗОМТ, асоційованого з <i>M. genitalium</i>
		Левофлоксацин ^d + метронідазол +/- цефтріаксон ^c	500 мг/д 500 мг × 2 р/д 1000 мг п/о п/о парентерально	14 днів 14 днів 1 раз	
	моксифлоксацин ^e +/- цефтріаксон ^c	400 мг/д	п/о	14 днів	Необхідно дотримуватися застережень при застосуванні
		1000 мг	парентерально	1 раз	
Стационарний (перша лінія)	Цефтріаксон + доксициклін ^f + метронідазол ^f	1000-2000 мг 100 мг ^a × 2 р/д 400-500 мг × 2 р/д	в/в п/о в/в, п/о	1 раз 14 днів 14 днів	Режим, що охоплює <i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> та анаероби, а також грамнегативні бактерії та стрептококи на 24-48 год
Стационарний (альтернативні)	Кліндаміцин + гентаміцин, що потім замінюється на кліндаміцин	900 мг × 3 р/д 2 мг/кг, потім 1,5 мг/кг × 3 р/д або 5 мг/кг/д 450 мг × 4 р/д	в/в в/в п/о	<3 днів 14 днів	Кліндаміцин ефективний для <i>C. trachomatis</i> та анаеробів; Гентаміцин ефективний проти грамнегативних бактерій та <i>N. gonorrhoeae</i>
		Цефтріаксон негайно, потім азитроміцин	1000 мг 1000 мг на тиждень	в/в п/о	
	Ампіцилін-сульбактам + доксициклін	3000 мг × 4 р/д	в/в	14 днів	Ампіцилін-сульбактам + доксициклін ефективні проти <i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> та анаеробів у жінок із ТОА
		100 мг × 2 р/д	п/о	14 днів	
Кліндаміцин + гентаміцин	900 мг кожні 8 год 2 мг/кг, потім 1,5 мг/кг кожні 8 год або 3-5 мг/кг 1 р/д	в/в	14 днів	14 днів	
		в/в або в/м	14 днів		



Вагітні (перша лінія)	Цефтріаксон +	2000 мг × 1 р/д	в/в	1 раз	Слід уникати застосування гентаміцину. Доксидиклін і фторхінолони протипоказані під час вагітності. Усі інші препарати в рекомендованих режимах вважаються безпечними під час вагітності. Необхідно забезпечити адекватний моніторинг плода відповідно до терміну вагітності
	еритроміцин +	500 мг × 4 р/д	п/о	14 днів	
	метронідазол	500 мг × 3 р/д або 400 мг × 2 р/д	в/в, п/о	14 днів	
Вагітні (альтернативні)	Цефтріаксон +	2000 мг × 1 р/д	в/в	1 раз	
	азитроміцин (у разі сумнівів щодо дотримання вагітною режиму прийому еритроміцину) +	1000 мг у перший день лікування та повторно через тиждень	п/о	двократно	
	метронідазол	500 мг × 3 р/д або 400 мг × 2 р/д	в/в, п/о	14 днів	

Примітки:

- дозування запропоновані із розрахунку на вагу <80 кг та припустиму нормальну функцію нирок;
- це загальна тривалість лікування;
- амбулаторні протоколи, що включають фторхінолони, які не діють на *N. gonorrhoeae*, залишають відкритою можливість призначення цефтріаксону із самого початку у випадках факторів ризику ІПСШ або додавання його у разі виявлення резистентності *N. gonorrhoeae* до фторхінолонів за допомогою тесту на антибіотикочутливість, коли він доступний, з 3-го по 5-й день. Не слід призначати фторхінолони у разі їх попереднього прийому за останні 6 міс;
- на підставі фармакологічних даних та клінічних досліджень, левофлоксацин у дозі 500 мг 1 раз на добу може замінити офлоксацин;
- застосування моксифлоксацину потребує проведення електрокардіограми. Лікування моксифлоксацином протипоказано за наявності проаритмогенних станів й одночасного призначення препаратів, які можуть спричинити подовження інтервалу QT;
- висока пероральна біодоступність метронідазолу та доксихікліну вказує на те, що їх слід призначати перорально, як тільки це дозволяє клінічна ситуація.

Додаток 8 до Стандарту медичної допомоги «Запальні захворювання органів малого тазу» (підпункт 6 пункту 3 розділу III) Схеми антибіотикотерапії при ускладнених ЗЗОМТ

Режим терапії введення	Антибіотики	Дозування ^a	Шлях
Стационарний ^a (перша лінія)	Цефтріаксон + метронідазол ^b + доксихіклін ^b	1000-2000 мг на добу 500 мг × 3 р/д 100 мг × 2 р/д	в/в в/в, п/о п/о
	Кліндаміцин + гентаміцин	600 мг × 4 р/д 5 мг/кг × 1 р/д	в/в в/в
		Доксихіклін ^{b,c} + метронідазол ^c	100 мг × 2 р/д 500 мг × 3 р/д
Стационарний ^a (альтернативні)	Кліндаміцин	600 мг × 3 р/д	п/о
	Офлоксацин + метронідазол	200-400 мг × 3 р/д 500 мг × 3 р/д	п/о в/в, п/о
	Левовфлоксацин ^d + метронідазол	500 мг × 1 р/д 500 мг × 3 р/д	п/о в/в, п/о
	Моксифлоксацин ^e	400 мг × 1 р/д	п/о
	Ампіцилін-сульбактам + доксихіклін	3000 мг × 4 р/д 100 мг кожні 12 год	в/в п/о

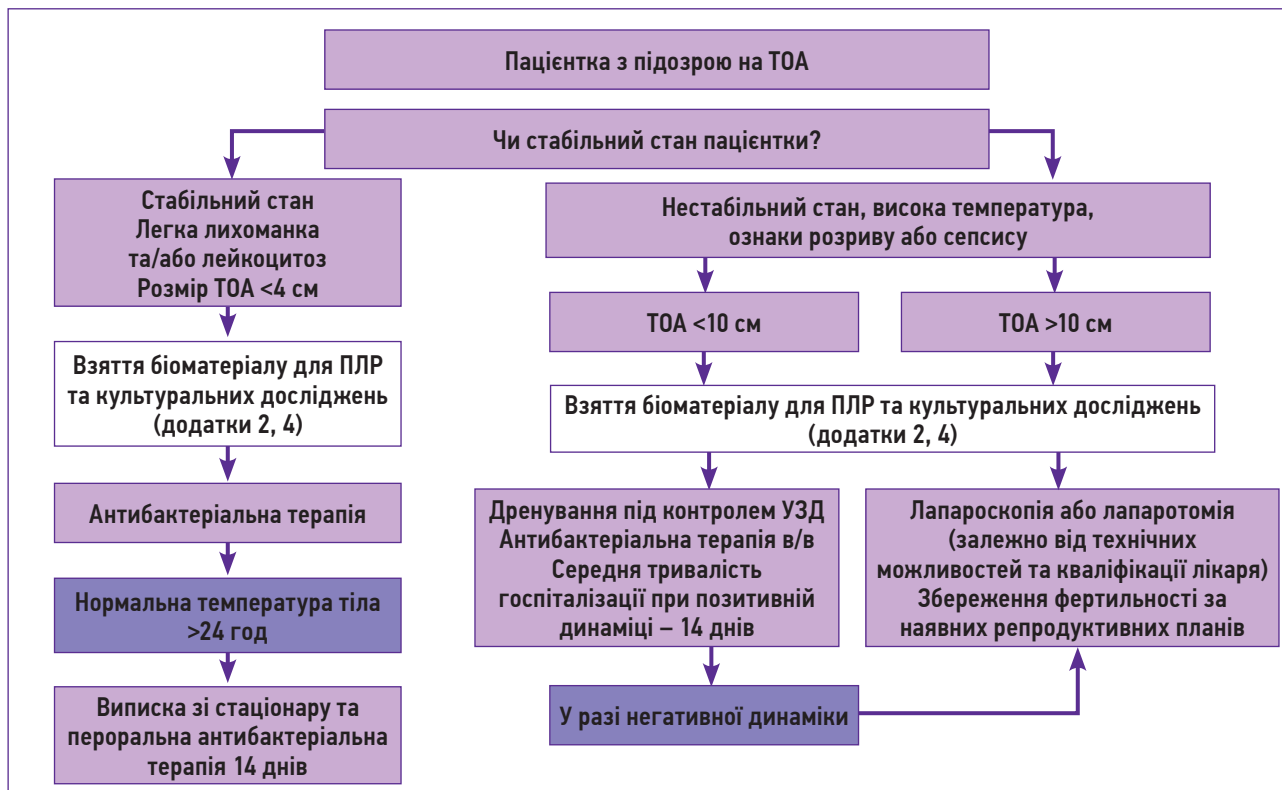
Примітки:

Загальна тривалість лікування – 14 днів.

- при ознаках погіршення перебігу додати гентаміцин 5 мг/кг 1 раз на добу в/в 5 днів з урахуванням функції нирок після отримання висновку лікаря-анестезіолога;
- висока пероральна біодоступність метронідазолу та доксихікліну вказує на те, що їх слід призначати перорально, як тільки дозволить клінічна ситуація;
- зазначені антибіотики підтверджені клінічними дослідженнями, але не забезпечують покриття аеробних грамнегативних паличок і забезпечують субоптимальне покриття стрептококів; якщо виявлено бактерії, що не покриваються (стрептококи, грамнегативні бактерії), поверніться до фторхінолонів або додайте цефтріаксон;
- на підставі фармакологічних даних та клінічних досліджень левофлоксацин у дозі 500 мг 1 раз на добу може замінити офлоксацин;
- застосування моксифлоксацину потребує проведення електрокардіограми. Лікування моксифлоксацином протипоказано за наявності проаритмогенних станів й одночасному призначенні препаратів, які можуть спричинити подовження інтервалу QT.

**Додаток 9 до Стандарту медичної допомоги
«Запальні захворювання органів малого тазу» (підпункт 9 пункту 3 розділу III)**

Тактика ведення пацієнток із тубооваріальним абсцесом



КНИЖКОВА ПОЛИЦЯ



Нетримання сечі у жінок: навчальний посібник

За ред. В.І. Горового, О.І. Яцини. – Вінниця: ТОВ «Твори», 2020. – 460 с.: іл.

Навчальний посібник висвітлює сучасні питання анатомії, термінології, епідеміології, етіології, патофізіології, діагностики та лікування різних видів нетримання сечі у жінок. Наведена власна оригінальна класифікація стресового нетримання сечі у жінок, а також методи консервативного та хірургічного лікування цього поширеного захворювання з позицій уродинамічних досліджень. Представлено сучасні класифікації пролапсів тазових органів та методи їх корекції у жінок із нетриманням сечі. Описані причини, методи діагностики та лікування імперативного, нейрогенного, парадоксального, коїтального, функціонального та нетримання сечі після завершення акту сечовипускання, які недостатньо повно описані у вітчизняній літературі. Дана характеристика сучасним абсорбуючим захисним гігієнічним засобам для пацієнток із нетриманням сечі.

Пропонується для практичного використання урологам, акушерам-гінекологам, хірургам, невропатологам, сімейним лікарям, фізіотерапевтам, клінічним ординаторам, інтернам, а також студентам вищих медичних закладів III-IV рівня акредитації.

Стосовно придбання посібника звертатися за тел.: (097) 751 81 53 з 21.00 до 22.00 щоденно.