Одобрен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «25» сентября 2026 года
Протокол №261

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ МАТКИ (ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ)

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Код(ы) Международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее – МКБ-10) / Международной классификации болезней 11-го пересмотра (далее – МКБ-11):

Код МКБ-10	**Наименование заболеваний и состояний**	**Код МКБ-11**	**Наименование заболеваний и состояний**
N71.1	Хронические воспалительные болезни матки	GA01.1	Хроническое воспалительное заболевание матки
		GA01.10	Хронический эндометрит

1.2. Дата разработки и пересмотра клинического протокола: 2015 год (пересмотр 2025 год).

1.3. Сокращения, используемые в клиническом протоколе:

Сокращение	**Расшифровка**
АЛТ	аланинаминотрансфераза
АСТ	аспартатаминотрансфераза
АЧТВ	активированное частичное тромбопластиновое время
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВМК	внутриматочный контрацептив
ВЗОМТ	воспалительные заболевания органов малого таза
ВРТ	вспомогательные репродуктивные технологии
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
НПВП	нестероидные противовоспалительные препараты
ОАК	общий анализ крови
ОАМ	общий анализ мочи
ПТВ	протромбиновое время
ПТИ	протромбиновый индекс
ПЦР	полимеразная цепная реакция
РКИ	рандомизированное контролируемое испытание

УД	уровень доказательности
УЗИ	ультразвуковое исследование
HCV	вирус гепатита С
HBsAg	поверхностный антиген вируса гепатита В
РПГА	реакция пассивной гемагглютинации
NCMT	N — Neisseria gonorrhoeae (гонорея) C — Chlamydia trachomatis (хламидиоз) M — Mycoplasma genitalium (микоплазмоз) T — Trichomonas vaginalis (трихомониаз)

1.4. Пользователи клинического протокола: врачи акушеры-гинекологи, врачи общей практики, врачи-репродуктологи.

1.5. Категория пациентов: взрослые.

1.6. Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор рандомизированное контролируемое испытание (РКИ) или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественных (++) когортных или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.

1.7. Термины и определения [1,2,3,4]

Хронический эндометрит – клинико-морфологический синдром, характеризующийся персистирующим воспалительным процессом в эндометрии и комплексом морфофункциональных изменений, приводящих к нарушению его циклической трансформации и рецептивности, ассоциированный с бесплодием и другими нарушениями репродуктивной функции. Заболевание часто протекает бессимптомно или сопровождается неспецифическими клиническими проявлениями, такими как патологические выделения из половых путей и дискомфорт внизу живота.

1.8. Классификация заболевания [2]

По этиологическому фактору:
- специфический;
- неспецифический.

По морфологическим вариантам:
- *атрофический* (характеризуется атрофией желез, фиброзом стромы, инфильтрацией стромы лимфоидными элементами);
- *кистозный* (характеризуется сдавлением фиброзной тканью протоков желёз, в результате чего их содержимое сгущается и образуются кисты);
- *гипертрофический* (характеризуется гиперплазией слизистой оболочки в результате хронического воспаления).

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ

2.1. Диагностические критерии:

Жалобы и анамнез [1,2,3]

Жалобы:
- нарушение репродуктивной функции (бесплодие, невынашивание беременности);
- нарушения менструального цикла (дисменорея, гиперменорея);
- патологические выделения из половых путей (серозные, серозно-гнойные);
- периодические ноющие боли внизу живота.

Анамнез:
- перенесённый острый или хронический эндометрит;
- бесплодие в анамнезе;
- привычное невынашивание беременности в анамнезе;
- осложнённые роды и аборты в анамнезе;
- внутриматочные инвазивные вмешательства (выскабливание полости матки, введение/удаление внутриматочного контрацептива);
- наличие факторов риска нарушения репродуктивной функции.

Физикальное обследование:
Специфические признаки хронического эндометрита, как правило, отсутствуют. Могут выявляться:
- болезненность при пальпации внизу живота;
- болезненность при бимануальном исследовании матки;
- патологические выделения из цервикального канала.

Диагностические исследования:
Основные лабораторные исследования:
✓ **гистологическое (гистопатологическое) исследование эндометрия –** рассматривается как «золотой стандарт» диагностики хронического эндометрита (УД – В); [2,3,4,5]

Диагностические признаки:

- инфильтрация стромы эндометрия плазматическими клетками;
- отек стромы;
- повышение плотности стромальных клеток;
- дезорганизация эпителиально-стромальных взаимоотношений;
- очаговый фиброз и склеротические изменения спиральных артерий.

✓ **иммуногистохимическое исследование эндометрия** – используется для верификации плазматических клеток и повышения диагностической точности (УД – В); [6,7–11]

- наличие плазматических клеток (CD138+) в строме эндометрия, считается диагностическим признаком хронического эндометрита (УД – В); [6,7–11]
- количественная оценка плазматических клеток может варьировать, однако наличие ≥1 CD138+ клетки в поле зрения рассматривается как диагностически значимое (УД – В).

✓ **молекулярно-генетическое исследование (ПЦР биоматериала на абсолютные патогены NCMT в реальном времени)** – используется для выявления бактериальных и вирусных патогенов и уточнения этиологии заболевания (УД – В). [5,12]

Дополнительные лабораторные исследования:

- общий анализ крови (анемия, признаки воспаления) (УД – С);
- инфекционный скрининг: HBsAg, анти-HCV, ВИЧ, РПГА (УД – С);
- **молекулярно-генетическое исследование (ПЦР) -** *ПЦР*-диагностика (Real-Time PCR) биоптата эндометрия (или менструальной крови / смывов из полости матки) на ДНК Mycobacterium tuberculosis complex (УД – В);
- **бактериологическое исследование (посев) -** Микробиологическое исследование (посев) биоптата эндометрия / менструальной крови на плотные и жидкие питательные среды (системы BACTEC) с определением чувствительности к противотуберкулёзным препаратам (УД – А);
- **бактериологическое исследование эндометрия** – используется для идентификации инфекционного агента и определения чувствительности к антибактериальной терапии (УД – С);
    - диагностически значимая обсемененность: $>10^4$ КОЕ/мл;
    - рекомендуется забор материала с использованием двухпросветного катетера для исключения контаминации;

Основные инструментальные исследования [1,4-6,12]:

- **ультразвуковое исследование органов малого таза** (на 17–22 день менструального цикла) (УД – С) [1];

Характерные признаки при УЗИ ОМТ:

- неоднородная эхоструктура эндометрия;
- расширение полости матки;
- гиперэхогенные включения в базальном слое;
- истончение эндометрия во II фазе менструального цикла (менее 7 мм) с нарушением структуры М-эхо и несоответствием фазе менструального цикла.

Примечание: ультразвуковые признаки не являются специфичными и требуют морфологической верификации.

- **гистероскопия** (УД – А) [8,9,10];

диагностические признаки:

- очаговая или диффузная гиперемия;
- отек стромы;
- микрополипы (<1 мм);
- точечные кровоизлияния;
- неравномерная толщина эндометрия;
- внутриматочные синехии;

Дополнительные инструментальные исследования:

- **доплерометрия сосудов малого таза –** снижение кровотока, повышение индекса резистентности в маточных и спиральных артериях (УД – С).

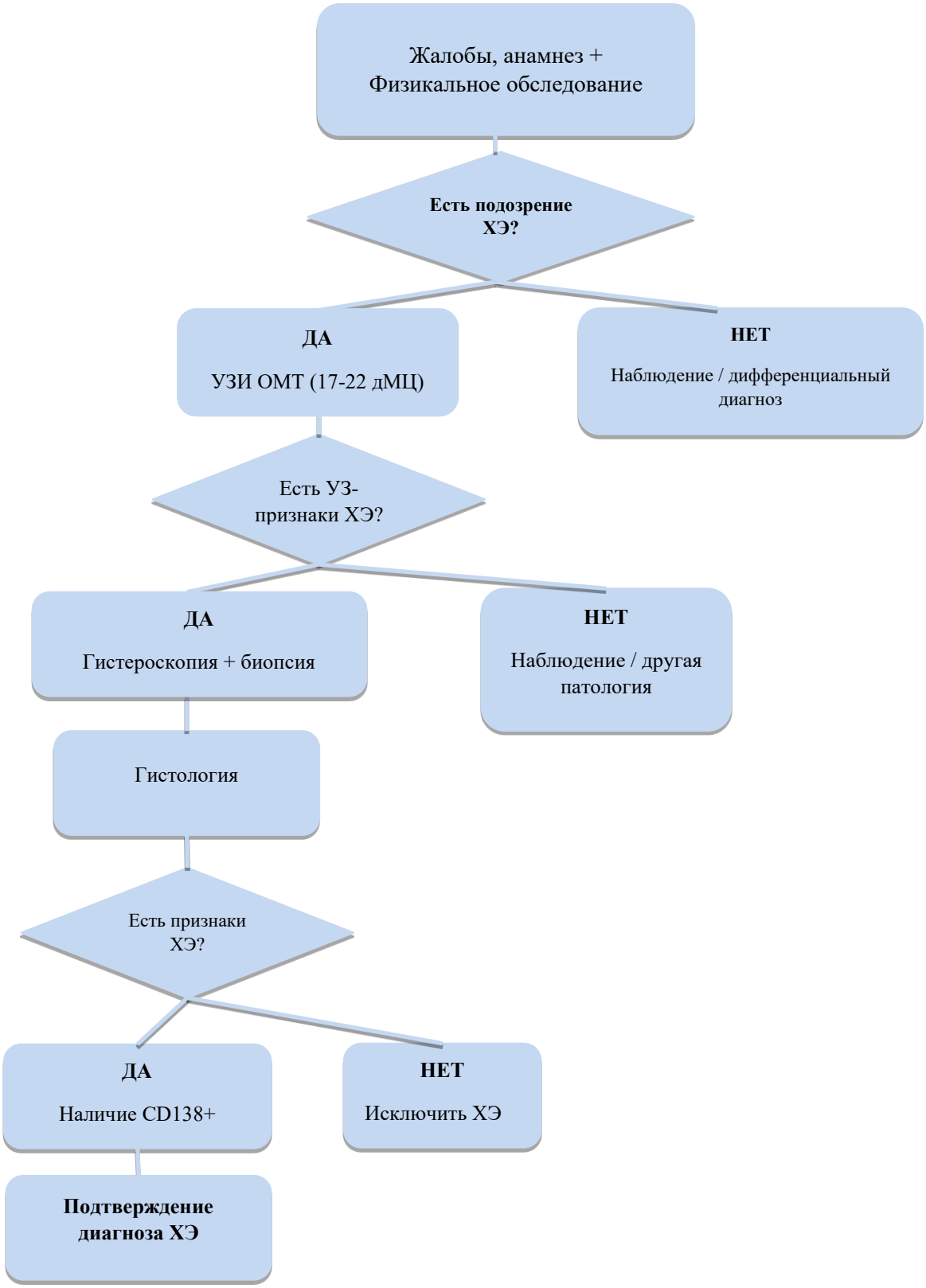
Примечание:

- Гистероскопия не заменяет гистологическое исследование, однако их сочетание повышает диагностическую точность (УД – А) [5,12];
- Гистероскопия может использоваться как диагностический и лечебный метод;
- Пайпель-биопсия эндометрия является малоинвазивным методом получения материала (УД – В);
- Биопсия под контролем гистероскопии повышает диагностическую точность по сравнению со «слепыми» методами, особенно при очаговых поражениях эндометрия (УД – В) [6].

Консультация профильного специалиста с описанием показаний и цели консультации: нет.

2.2. Диагностический алгоритм:

Схема – 1



2.3. Дифференциальный диагноз: [2,7,13]

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Аденомиоз (эндометриоз тела матки)	хроническая тазовая боль, дисменорея, бесплодие, увеличение матки	бимануальное исследование, УЗИ органов малого таза, МРТ (по показаниям)	отсутствие характерных УЗИ/МРТ-признаков аденомиоза (диффузная неоднородность миометрия, утолщение переходной зоны, миометриальные кисты); нормальные размеры матки; отсутствие выраженной дисменореи
ВЗОМТ (острый процесс)	острое начало заболевания, выраженный болевой синдром, повышение температуры тела, патологические выделения из половых путей	гинекологический осмотр, бимануальное исследование, общий анализ крови, С-реактивный белок, ПЦР/бактериологическое исследование на ИППП, УЗИ органов малого таза	отсутствие клинических признаков острого воспаления (лихорадка, выраженный болевой синдром); нормальные показатели воспалительных маркеров (лейкоциты, С-реактивный белок); отсутствие признаков острого воспалительного процесса по данным УЗИ

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ:

3.1. Немедикаментозное лечение:

Немедикаментозные методы лечения не являются основными и применяются в составе комплексной терапии. Они направлены на улучшение микроциркуляции, регенерацию эндометрия и модуляцию локального иммунного ответа.

3.2. Медикаментозное лечение:

В соответствии с рекомендациями ESHRE при диагностированном ХЭ антибиотикотерапия может рассматриваться, однако доказательность влияния лечения на репродуктивные исходы остается ограниченной. Антибиотикотерапия не должна проводиться эмпирически с целью профилактики хронического эндометрита или только на основании бесплодия/неудач имплантации без диагностических оснований. (УД С) [14].

Эмпирическая антибактериальная терапия рассматривается при подтвержденном хроническом эндометрите, предпочтительно по результатам эндометриальной биопсии с иммуногистохимическим выявлением плазматических клеток (CD138+), после исключения значимой внутриматочной патологии. (УД С) [14].

Согласно современным исследованиям и международном экспертном консенсусе 2026 года наиболее изученным антибактериальным препаратом и режимом первой линии при хроническом эндометрите является Доксициклин 100 мг два раза в день. (УД С) [15;16;17]. Рутинное назначение доксициклина при отсутствии подтвержденного хронического эндометрита не рекомендуется.

При сохраняющемся ХЭ после первого курса рекомендуется не проводить многократную эмпирическую антибиотикотерапию, а повторно подтвердить персистенцию заболевания и рассмотреть микробиологическое исследование для выбора последующей терапии с учетом риска антибиотикорезистентности. (УД В) [14;16].

Основные лекарственные средства:

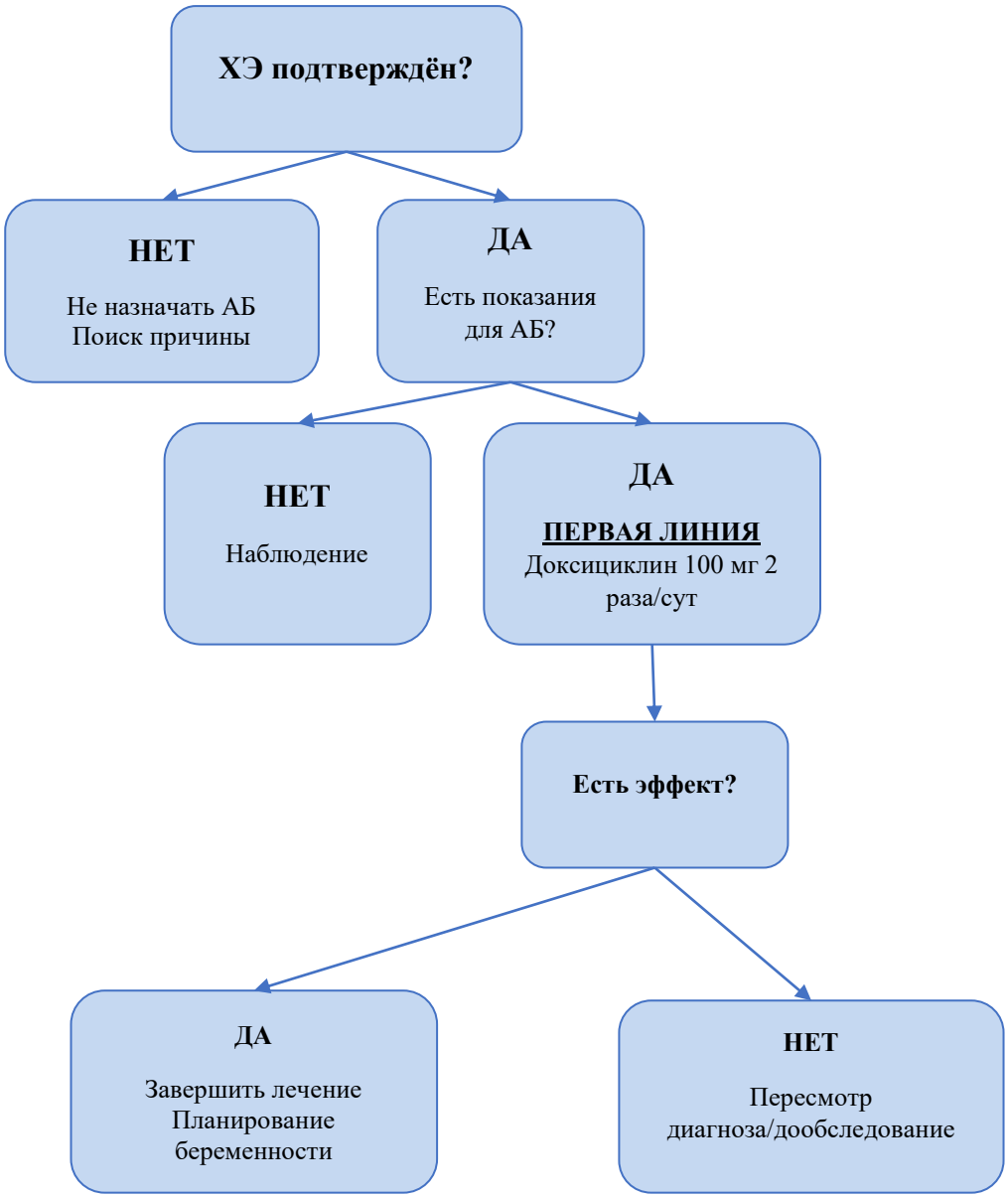
Фармако-терапевтическая группа	МНН ЛС	Способ применения	УД
Препарат первой линии			
Тетрациклины	Доксициклин	100 мг перорально два раза в день в течение 14 дней	С

Дополнительные лекарственные средства:

Фармако-терапевтическая группа	МНН ЛС	Способ применения	УД
Макролиды	Азитромицин	500 мг перорально в день в течение 3 дней.	С

Примечание: Азитромицин рекомендуется при непереносимости или наличии противопоказаний к Доксициклину.

Алгоритм лечения в амбулаторных условиях:
Схема 2.



3.3. Хирургическое лечение: [4,5,12]

Хирургическое лечение при хроническом эндометрите не является методом первой линии и применяется при наличии внутриматочной патологии или при отсутствии эффекта от консервативной терапии.

Цель хирургического лечения – устранение внутриматочной патологии, восстановление рецептивности эндометрия и повышение вероятности наступления беременности (в том числе в программах ВРТ).

Методы хирургического лечения:

Гистерорезектоскопия (УД – С) - малоинвазивный эндоскопический метод, позволяющий визуализировать полость матки и выполнить прицельное удаление патологических образований.

Показания к применению:

- внутриматочная патология:
  - синехии полости матки;
  - полипы эндометрия;
- подозрение на структурные изменения эндометрия, препятствующие имплантации.

Риски и возможные осложнения

Осложнения зависят от объема вмешательства и исходного состояния пациентки.

Интраоперационные:

- перфорация матки;
- кровотечение;
- травма шейки матки.

Ранние послеоперационные:

- инфекционно-воспалительные осложнения (эндометрит, метроэндометрит);
- обострение хронического воспалительного процесса;
- гематометра.

Поздние:

- формирование внутриматочных синехий (синдром Ашермана);
- рецидив полипов эндометрия;
- нарушения менструального цикла;
- снижение репродуктивной функции.

Анестезиологическое обеспечение:

Выбор метода анестезиологического пособия определяется объемом вмешательства, состоянием пациентки и уровнем оснащенности медицинской организации.

Рекомендуемые методы:

- внутривенная анестезия (тотальная внутривенная седация) – метод выбора;
- кратковременный общий наркоз – по показаниям.

4. Показания для госпитализации:

4.1 Показания для плановой госпитализации: нет.

4.2 Показания для экстренной госпитализации: нет.

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ:

5.1.-5.3. Согласно Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан № 106 от 7 июня 2023 года (зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 8 июня 2023 года № 32740), Хронический эндометрит подлежит лечению в стационарозамещающих условиях.

5.4. Дальнейшее ведение:

Длительность динамического наблюдения составляет 6–12 месяцев.

- первый контроль – через 1 месяц после завершения основного лечения;
- далее – амбулаторное наблюдение каждые 3 месяца (3-4 раза в год).

В рамках динамического наблюдения проводится:

- гинекологический осмотр;
- ультразвуковое исследование органов малого таза;
- Аспирационная биопсия эндометрия с иммуногистохимическим исследованием (CD138+) через 4-6 месяцев.

Послеоперационное наблюдение включает:

- гинекологический осмотр и УЗИ органов малого таза через 10-14 дней после вмешательства.

Профилактические мероприятия:

- своевременное выявление и лечение инфекций, передающихся половым путем;
- ограничение необоснованных внутриматочных вмешательств;
- ежегодное профилактическое ультразвуковое исследование органов малого таза.

5.5. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов:

- исчезновение клинических симптомов (боль, патологические выделения, нарушения менструального цикла);
- нормализация ультразвуковой картины эндометрия;
- отсутствие плазматических клеток (CD138+) по данным гистологического исследования;
- восстановление менструального цикла;
- отсутствие признаков воспалительного процесса в эндометрии по результатам контрольного обследования.

Репродуктивные исходы лечения:

- повышение частоты наступления беременности, в том числе после применения вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО).

Примечание: наступление беременности является желаемым репродуктивным исходом и дополнительным показателем эффективности лечения, однако не является непосредственным критерием излеченности воспалительного процесса в эндометрии, поскольку наступление беременности зависит от совокупности факторов женского и мужского репродуктивного здоровья.

6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА:

6.1. Наименование организации разработчика:

1) АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии».

6.2. Список разработчиков клинического протокола:

1) Аимбетова Алия Робертовна – доктор медицинских наук, заместитель Председателя Правления по клинической работе АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии», врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории.
2) Уразбаева Гульфайруз Галимовна – кандидат медицинских наук, ассоциированный профессор, врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, член ОО «Национальная ассоциация акушеров-гинекологов».
3) Иманбаева Жайсан Абильсеитовна – кандидат медицинских наук, врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, отдел непрерывного образования АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии»
4) Лян Венера Вячеславна – магистр медицины, врач акушер-гинеколог первой квалификационной категории, ординатор отделения гинекологии и детской гинекологии АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии».
5) Бекмолдақызы Мөлдір – врач акушер-гинеколог второй квалификационной категории АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии».
6) Пак Светлана Владимировна – руководитель отделения платных услуг АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии», врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории.
7) Базылбекова Зейнеп Омирзаковна – доктор медицинских наук, акушер-гинеколог, заведующая отделением для беременных с акушерской и экстрагенитальной патологией АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии».
8) Самитов Камиль Закиевич – магистр медицины, врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, заведующий родильным отделением АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии».
9) Иманбаева Салтанат Ерденовна – врач акушер-гинеколог первой квалификационной категории АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии».
10) Мүтәліп Ғайникамал Жайнарбекқызы – врач клинический фармаколог АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии».

6.3. Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

6.4. Данные рецензентов:
1) Султанова Жанат Умирзаковна – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», врач акушер-гинеколог высшей категории.
2) Кульчимбаева Сабира Муратовна – доктор медицинских наук, ассоциированный профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом клинической генетики НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», врач акушер-гинеколог высшей категории.

6.5. Указание условий пересмотра протокола:
1) пересмотр не реже 1 раза в 5 лет и не чаще 1 раза в 3 года при наличии новых методов диагностики и лечения с уровнем доказательности;

2) включение/исключение лекарственных средств в соответствии с рекомендациями Формулярной комиссии.

6.6. Список использованной литературы

1) Российское общество акушеров-гинекологов. Воспалительные болезни органов малого таза. Клинические рекомендации. Москва; 2021.
2) Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е., Манухин И.Б., ред. Гинекология: национальное руководство. М.: 2-е изд., перераб. и доп.-ГЭОТАР-Медиа; 2020.- 1008 с.
3) Kapustian V, Namazov A, Yaakov O, Volodarsky M, Anteby EY, Gemer O. Is intrauterine device a risk factor for failure of conservative management in tubo-ovarian abscess? Arch Gynecol Obstet. 2018;297(5):1201–1204.
4) Yan X, Jiao J, Wang X. Chronic endometritis: pathogenesis, diagnosis, and treatment. Front Endocrinol (Lausanne). 2025; 16:1603570.
5) Stefanoudakis D, Kotsira G, Stavros S, Gkoufas S, Vrettou N, Christopoulou S, et al. Advancements in Hysteroscopic Diagnosis and Management of Endometritis. Diagnostics (Basel). 2025; 15:243.
6) D Cimadomo, M J de los Santos, G Griesinger et al ESHRE good practice recommendations on recurrent implantation failure. Hum Reprod Open. 2023 Jun 15;2023(3): hoad023. doi: 10.1093/hropen/hoad023
7) British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). Pelvic inflammatory disease guideline. 2019.
8) Munro K, Gharaibeh A, Nagabushanam S, Martin C. Diagnosis and management of tubo-ovarian abscesses. BJOG. 2018; 125:11–19.
9) De Carvalho NS, Palú G, Witkin SS. Mycoplasma genitalium, a stealth pathogen in the female reproductive tract. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2020;39.
10) Tamarelle J, Thiébaut ACM, de Barbeyrac B, Bébéar C, Ravel J, Delarocque-Astagneau E. The vaginal microbiota and its association with human papillomavirus, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae and Mycoplasma genitalium infections: a systematic review and meta-analysis. Clin Microbiol Infect. 2019;25(1):35–47.
11) Savaris RF, Fuhrich DG, Maissiat J, Duarte RV, Ross J. Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease. Cochrane systematic review and meta-analysis. 2020;20(8):21–27.
12) Riemma G, Parry J, De Franciscis P. Hysteroscopic criteria for chronic endometritis: systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2025; 233:12–24. e4.
13) Curry A, Williams T, Penny ML. Pelvic inflammatory disease: diagnosis, management, and prevention. Am Fam Physician. 2019;100(6):357–364.
14) Kitaya K, Takeuchi T, Mizuta S, Matsubayashi H, Ishikawa T. Endometritis: new time, new concepts. Fertil Steril. 2018 Aug;110(3):344-350.
15) Neeta Singh 1, Ankita Sethi Endometritis - Diagnosis,Treatment and its impact on fertility - A Scoping Review JBRA Assist Reprod. 2022 Jul-Sep;26(3):538–546. doi: 10.5935/1518-0557.20220015
16) Kato H, Yamagishi Y, Hagihara M, Hirai J, Asai N, Shibata Y, Iwamoto T, Mikamo H. Systematic review and meta-analysis for impacts of oral antibiotic treatment on pregnancy outcomes in chronic endometritis patients. J Infect Chemother. 2022 May 28(5):61 0-615. doi: 10.1016/j.jiac.2022.01.001. Epub 2022 Jan 17

17) Ha MM, Belcher HME, Butz AM, Perin J, Matson PA, Trent M. Partner Notification, Treatment, and Subsequent Condom Use After Pelvic Inflammatory Disease: Implications for Dyadic Intervention With Urban Youth. Clin Pediatr (Phila). 2019;58(11-12):1271–1276.
18) Xiao G, Xiao X. Sepsis-induced lung injury: mechanisms and treatment. In: Severe Trauma and Sepsis. Singapore: Springer; 2019. p.253–275.
19) Kulchavenya E, Naber KG, Johansen TEB. Urogenital tuberculosis. In: Extrapulmonary Tuberculosis. Cham: Springer; 2019. p.141–153.
20) Яковлев С.В., Брико Н.И., Сидоренко С.В., Проценко Д.Н., ред. Стратегия контроля антимикробной терапии (СКАТ). М.; 2018.
21) Almeida CC, Maldaner da Silva VZM, Cipriano G Jr, Liebano RE, Durigan JLQ. Transcutaneous electrical nerve stimulation and interferential current demonstrate similar effects in relieving acute and chronic pain: a systematic review with meta-analysis. Braz J Phys Ther. 2018;22(5):347–354.
22) Moreno I, Cicinelli E, Garcia-Grau I, Gonzalez-Monfort M, Bau D, et al. Diagnosis of chronic endometritis in infertile women. Am J Obstet Gynecol. 2018;218(6): 602.e1–602.e16.