

ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА

**Доцент ЗВО кафедри акушерства і
гінекології №2 ПДМУ**

Макаров О.Г.

План лекції:

- 1. Класифікатор хвороб**
- 2. Етіологія**
- 3. Фактори ризику**
- 4. Діагностика**
- 5. Критерії якості медичної
допомги**
- 6. Лікування**

«Класифікатор хвороб »:

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

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**
- **синдрому хронічного тазового болю**

Це вимагає виконання чітких і обґрунтованих вимог організації медичної допомоги для збереження репродуктивного здоров'я.

ЕТІОЛОГІЯ

висхідне інфікування з цервікального каналу:

- *Neisseria gonorrhoeae*,
- *Chlamydia trachomatis*,
- *Mycoplasma genitalium*
- Умовно-патогенна мікрофлора

Відсутність лабораторного виявлення зазначених мікроорганізмів не виключає діагноз ЗЗОМТ.

Фактори ризику

- *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 ВМК є низьким, однак підвищується протягом перших 3–4 тижнів використання.

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

Диференційна діагностика

ектопічна вагітність, гострий апендицит, ендометріоз, перекрут або розрив кісти яєчника, інфекції сечовивідних шляхів, синдром подразненого кишечника.

Діагностика

Грунтується 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 порогу*, що передбачає наявність мінімальних діагностичних критеріїв.

Скарги

- *Біль у ділянці органів малого таза чи внизу живота* - зазвичай є двостороннім (але може бути одностороннім), частіше виникає під час або незабаром після менструації;
- *Лихоманка, нудота та блювання*
- *Аномальні вагінальні виділення;
Диспареунія;*
- *Аномальні маткові кровотечі
(посткоїтальна кровотеча, міжменструальна кровотеча, тяжка менструальна кровотеча);*
- *Дизурія;*
- *Біль у правому верхньому квадранті живота, спричинений перигепатитом
(синдром Фітца-Х'ю–Куртіса).*

При зборі анамнезу слід з'ясувати:

- **тривалість і перебіг хвороби**
- **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 місяця тому), нещодавній кюретаж або переривання вагітності**
- **апендектомія, ЗЗОМТ в анамнезі;**
- **виявлення факторів підвищеного ризику ЗЗОМТ.**

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

Діагноз ЗЗОМТ

встановлюється за наявності одного з мінімальних діагностичних критеріїв **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, проводять лабораторні та інструментальні методи

Випадок ендометриту

- повинен відповідати одному з наведених нижче критеріїв:
- виділена **культура мікроорганізмів** при дослідженні рідини або тканин ендометрію, 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 $> 38^{\circ}\text{C}$), біль в животі, чутливість матки при пальпації або гнійні виділення з матки.**

В разі проведення **інтервенційної діагностики** (пункції ТОА під контролем УЗД), лапароскопії чи лапаротомії здійснюється забір біологічного матеріалу (перитонеальний ексудат, гнійний вміст ТОА) для мікробіологічних досліджень, з метою виявлення збудників ЗЗОМТ та оцінки чутливості до антибактеріальних препаратів.

При **хірургічному лікуванні** ТОА проводиться патологогістологічне дослідження операційного матеріалу.

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.

Трансвагінальне УЗД

проводиться у пацієнток 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.

За відсутності клінічного поліпшення **через 72** години антибактеріальної терапії або при погіршенні загального стану пацієнтки **УЗД органів малого** таза проводиться повторно.

До початку антибактеріального лікування ЗЗОМТ жінкам репродуктивного віку необхідно виключити **маткову або ектопічну вагітність.**

Критерії гр	Критерії діагностики ЗЗОМТ	Коментарі
Мінімальні	Гінекологічне обстеження: • болючість при зміщенні шийки матки; • болючість при пальпації матки; • болючість при пальпації придатків матки.	Наявність <i>одного з 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.</i>
Додаткові	температура тіла $>38,3^{\circ}\text{C}$; аномальні слизисто-гнійні виділення з 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	біопсія ендометрія з патологогістологічним дослідженням при ендометриті ТВ УЗД або МРТ органів малого таза, що демонструють потовщені, заповнені рідиною маткові труби з або без вільної тазової рідини або тубооваріальне утворення, доплерометричні ознаки запального процесу при УЗД; результати лапароскопії.	Діагностична оцінка за допомогою вказаних процедур може бути доцільною

Лабораторні та інструментальні методи дослідження

Метод	Матеріал	Мета дослідження
Бактеріоскопія нативного мазка або мазка за Грамом	Цервіко-вагінальні виділення	Наявність підвищеної кількості лейкоцитів в цервікальному каналі – додатковий діагностичний критерій ЗЗОМТ. Додатково – дані щодо бактеріального вагінозу та вагінальних інфекцій.
ПЛР для виявлення <i>C. trachomatis</i>, <i>N. gonorrhoeae</i> ПЛР для виявлення <i>M. Genitalium</i> *	Цервікальні виділення Вміст ТОА, перитонеальний ексудат*	Наявність ІПСШ - додатковий діагностичний критерій ЗЗОМТ, який впливає на вибір антибіотикотерапії, обстеження та лікування статевого партнера, контрольного обстеження після закінчення лікування.
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	Церв.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-реакт білок		
бета-ХГЛ загальний	Кров	Виключення вагітності (при сумнівному тесті на вагітність)
Загальний аналіз сечі	Сеча	Диференційна 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. Диференційна діагностика.
МРТ, КТ органів малого таза*	Візуальна діагностика ТОА, топічний діагноз. Диференційна діагностика.

Ультразвукові критерії ЗЗОМТ

Ранні ультразвукові ознаки:

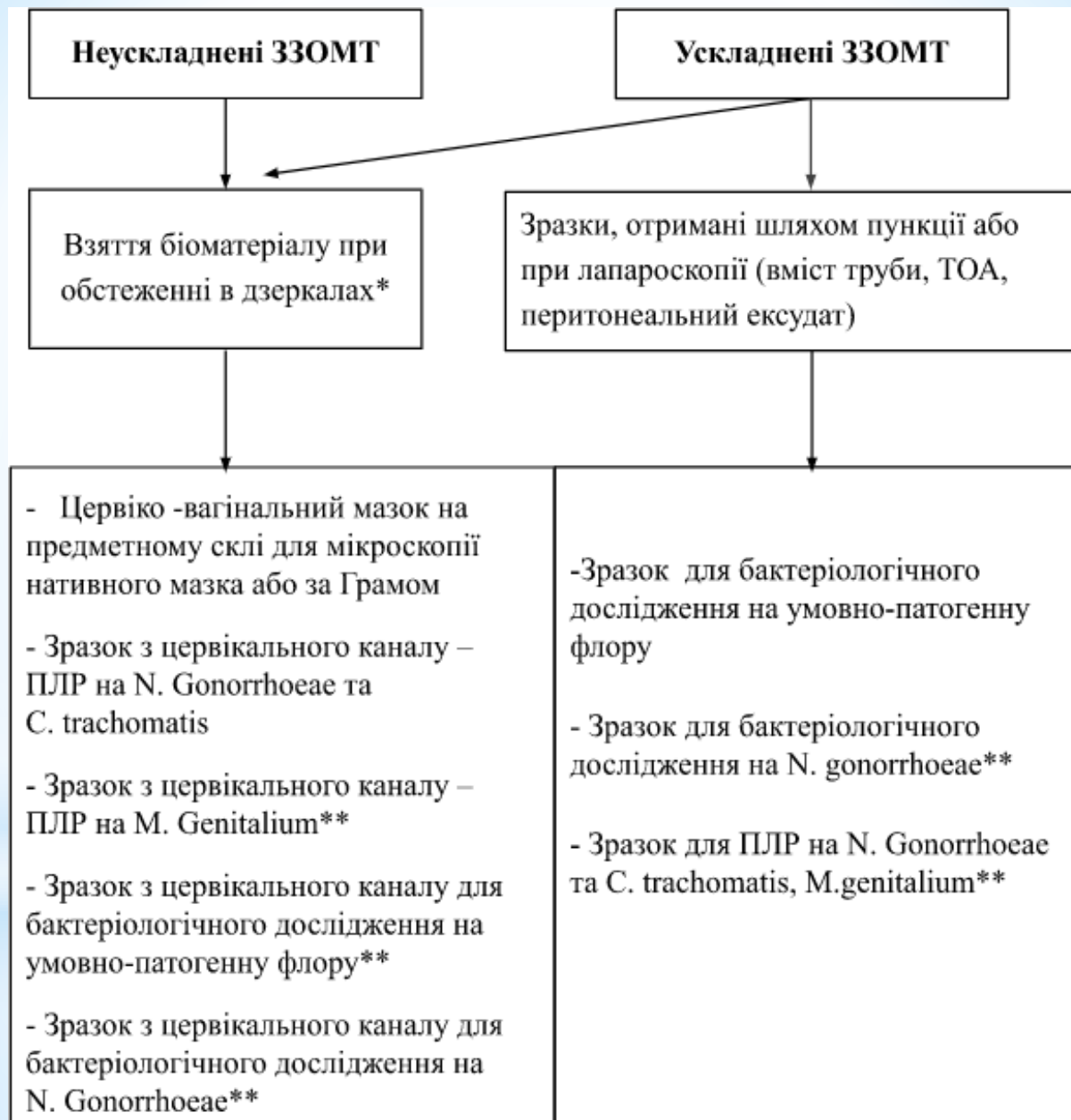
- нечіткі межі матки
- підвищення ехогенності жирової тканини у порожнині малого таза
- потовщення маткової труби

Неспецифічні ультразвукові ознаки:

- 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 в 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 в 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 в просвіті маткової труби.



Критерії якості медичної допомоги

- Збір зразків для тестування на *Neisseria gonorrhoeae* та *Chlamydia trachomatis* має бути доступним як додатковий підхід до надання послуг з тестування на ІПСШ.
- Бактеріологічне дослідження виділень з цервікального каналу для виявлення умовно-патогенної флори та *Neisseria gonorrhoeae*, бактеріологічне дослідження біоматеріалу з ТОА на *Neisseria gonorrhoea* проводяться для виявлення антибіотикорезистентності.
- Визначення *Mycoplasma genitalium* у виділеннях з цервікального каналу за допомогою ПЛР рекомендується при рецидиві ЗЗОМТ та впливає на вибір препаратів для антибактеріальної терапії.
- Для диференційної діагностики за підозри на ТОА проводиться комп'ютерна томографія (КТ) або магнітно-резонансна томографія (МРТ) органів малого таза.

Лікування ЗЗОМТ

Відповідно до:

- результатів клініколабораторного обстеження
- нозологічної форми
- тяжкості захворювання
- виявлення ІПСШ

Включає:

- антибактеріальну
- симптоматичну терапію
- за показаннями – хірургічне лікування.

Критерії поліпшення стану

- покращення загального стану
- нормалізація температури
- зменшення болючості при зміщенні шийки матки при пальпації матки та її придатків;
- значне зменшення болючості живота і симптомів подразнення очеревини протягом 72 годин після початку антибактеріальної терапії.

Лікування ЗЗОМТ проводиться з урахуванням:

- особливостей перебігу захворювання,
- наявності вагітності або годування грудьми.

Тактика щодо видалення ВМК залежить від бажання жінки продовжити використання даного методу контрацепції та від наявності клінічного поліпшення через 72 години після початку антибактеріальної терапії.

- Рекомендована тривалість лікування ЗЗОМТ становить 14 днів.
- Антибактеріальне лікування жінок з неускладненим клінічним перебігом ЗЗОМТ проводиться в амбулаторних умовах
- При амбулаторному лікуванні ЗЗОМТ здійснюється повторний огляд акушера-гінеколога через 72 години після початку антибактеріальної терапії для оцінки клінічного поліпшення.

Лікування у профільному стаціонарі

- тяжкий загальний стан, що супроводжується нудотою, блюванням та постійною лихоманкою вище 38,3°C;
- наявність ТОА, пельвіоперитоніту;
- вагітність;
- непереносимість пероральних антибактеріальних препаратів,
- нездатність пацієнтки дотримуватись рекомендацій лікаря або відмови пацієнтки від амбулаторного лікування;
- відсутність клінічного поліпшення від амбулаторного антибактеріального лікування;
- наявність показань для ургентного хірургічного втручання.

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.

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.

Неефективність консервативного лікування ТОА

- з'явилася нова або постійна лихоманка,**
- посилився тазовий або абдомінальний біль,**
- постійний або наростаючий лейкоцитоз**
- збільшення розмірів тазових утворень при повторному УЗД органів малого таза.**

Показаннями до ургентного хірургічного лікування

- великі розміри абсцесу (≥ 10 см),**
- розрив абсцесу**
- сепсис.**

За наявності зазначених показань проводиться сальпінгооваріоектомія.

При наявності ТОА або двосторонніх ТОА

розміром більше 4 см, на фоні антибактеріальної терапії проводиться дренування абсцесу за допомогою пункції під контролем УЗД або під час лапароскопії.

Перевага надається трансвагінальному дренуванню порівняно з лапароскопічним.

ТОА у постменопаузі

проводиться оперативне лікування, враховуючи високу ймовірність злоякісної пухлини.

Слід розглянути можливість лапароскопічної або трансабдомінальної тотальної гістеректомії з двосторонньою сальпінгооваріоектомією.

Лікування сепсису, ВІЛ-інфекції, сифілісу та інших ІПСШ, аномальних вагінальних виділень та аномальних маткових кровотеч здійснюється відповідно до чинних галузевих стандартів.

При амбулаторному лікуванні ЗЗОМТ

рекомендується повторний огляд акушера-гінеколога після закінчення антибактеріальної терапії для надання рекомендацій щодо профілактики рецидивів та вибору методів контрацепції.

Профілактика 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.

Схеми антибіотикотерапії при неускладнених ЗЗОМТ

Режим терапії	Антибіотик	Дозування ^a	Шлях введення	Тривалість ^b	Коментарі
Амбулаторний перша лінія	Цефтриаксон + доксициклін + метронідазол	1000 мг 100 мг ^a x 2 р/д 400-500 мг x 2 р/д	парентерально/о п/о	1 раз 14 днів 14 днів	НЕ призначати доксициклін і метронідазол без стандартної дози цефтриаксону. Режим охоплює <i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> та анаероби, а також грамнегативні бактерії та стрептококи на 24–48 годин
Амбулаторний альтернативні	Офлоксацин + метронідазол +/- цефтриаксон ^c	200-400 мг x 2 р/д 400-500 мг x 2 р/д 1000 мг	п/о/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 + метронідазол +/- цефтриаксон ^c	500 мг/д 500 мг x 2 р/д 1000 мг	п/о п/о парентерально	14 днів 14 днів 1 раз	
	моксифлоксацин ^c +/- цефтриаксон ^c	400 мг/д 1000 мг	п/о парентерально	14 днів 1 раз	Необхідно дотримуватися застережень при застосуванні

Режим терапії	Антибіотики	Дозування ^а	Шлях введення	Тривалість ^б	Коментарі
Стационарний перша лінія	Цефтриаксон +	1000-2000 мг	в/в	1 раз 14 днів	Режим, що охоплює <i>C.trachomatis</i> , <i>N.gonorrhoeae</i> та анаероби, а також грамнегативні бактерії та стрептококи на 24–48 годин
	доксидиклін ^f +	100 мг ^а х 2р/д 400 -500 мг	п/о	14 днів	
	метронідазол ^f	х 2 р/д	в/в, п/о		
Стационарний альтернативні	Кліндаміцин +	900 мг х 3р/д	в/в	<3 днів	Кліндаміцин ефективний для <i>C. trachomatis</i> та анаеробів; Гентаміцин ефективний для грамнегативних бактерій та <i>N.gonorrhoeae</i>
	гентаміцин, що потім замінюється на	2 мг/кг, потім 1,5 мг/кг х 3р/д або 5 мг/кг/д 450 мг х 4р/д	в/в		
	кліндаміцин		п/о	14 днів	Одноразові дози азитроміцину потенційно можуть викликати резистентність <i>M. genitalium</i> до макролідів, і застосування слід обмежити жінками, у яких відомо, що обстеження на <i>M. genitalium</i> негативне
	цефтриаксон негайно, потім азитроміцин	1000 мг 1000 мг на тиждень	в/в п/о	1 раз 14 днів	
	Ампіцилін- сульбактам + доксидиклін	3000 мг х 4р/д 100 мг х 2р/д	в/в п/о	14 днів 14 днів	Ампіцилін- сульбактам плюс доксидиклін ефективні проти <i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> та анаеробів у жінок з ТОА
	Кліндаміцин +	900 мг кожні 8	в/в	14 днів	

терапії	антибіотик	дозування	введення	лість ^b	коментарі
	гентаміцин	годин 2 мг на кг, потім 1,5 мг на кг кожні 8 годин або 3-5 мг на кг 1 р/д	в/в або в/м	14 днів	
Вагітні (перша лінія)	Цефтриаксон +	2000 мг x 1 р/д	в/вп/о	1 раз	Слід уникати застосування гентаміцину. Доксициклін і фторхінолони
	еритроміцин +	500 мг x 4р/д 500 мг x 3 р/д або 400мг x 2 р/д	в/в, п/о	14 днів	
	метронідазол			14 днів	
Вагітні (альтернативні)	Цефтриаксон + азитроміцин (у разі сумнівів щодо дотримання вагітною режиму прийому еритроміцину) + метронідазол	2000 мг x 1 р/д 1000 мг в перший день лікуваннята повторно через тиждень 500 мг x 3р/д або 400 мг x 2р/д	в/вп/о в/в, п/о	1 раз двократно 14 днів	протипоказані під час вагітності. Усі інші препарати в рекомендованих режимах вважаються безпечними під час вагітності. Необхідно забезпечити адекватний моніторинг плода відповідно до терміну вагітності

Режим терапії	Антибіотики	Дозування^а	Шлях введення
Стаціонарний ^а (перша лінія)	Цефтриаксон + Метронідазол ^б + Доксициклін ^б	1000-2000 мг на добу 500 мг х 3 р/д 100 мг х 2 р/д	В/В В/В, П/О П/О
Стаціонарний ^а (альтернативні)	Кліндаміцин + Гентаміцин	600 мг х 4 р/д 5 мг/кг х 1 р/д	В/В В/В
	Доксициклін ^{б,с+} Метронідазол ^с	100 мг х 2 р/д 500 мг х 3 р/д	П/О В/В, П/О
	Кліндаміцин	600 мг х 3 р/д	П/О
	Офлоксацин + Метронідазол	200-400 мг х 3 р/д 500 мг х 3 р/д	П/О В/В, П/О
	Левовфлоксацин ^д + Метронідазол	500 мг х 1 р/д 500 мг х 3 р/д	П/О В/В, П/О
	Моксифлоксацин ^е	400 мг х 1 р/д	П/О
	Ампіцилін- сульбактам + доксициклін	3000 мг х 4 р/д 100 мг кожні 12 годин	В/В П/О

Схеми антибіотикотерапії при ускладнених ЗЗОМТ

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 висовку лікаря анестезіолога;
- висока пероральна біодоступність метронідазолу та доксицикліну 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 цефтриаксон;
- 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 при наявності проаритмогенних станів і одночасному призначенні препаратів, які можуть спричинити подовження інтервалу QT.

Пацієнтка з підозрою на ТОА

Чи стабільний стан пацієнтки?

- Стабільний стан
- Легка лихоманка та/або лейкоцитоз
- Розмір ТОА < 4 см

- Взяття біоматеріалу для ПЛР та культуральних досліджень (дод.2, дод.4)

Антибактеріальна терапія

Нормальна температура тіла > 24 години

Виписка з стаціонару та пероральна антибактеріальна терапія 14 днів

Нестабільний стан, висока температура, ознаки розриву або сепсису

ТОА < 10 см

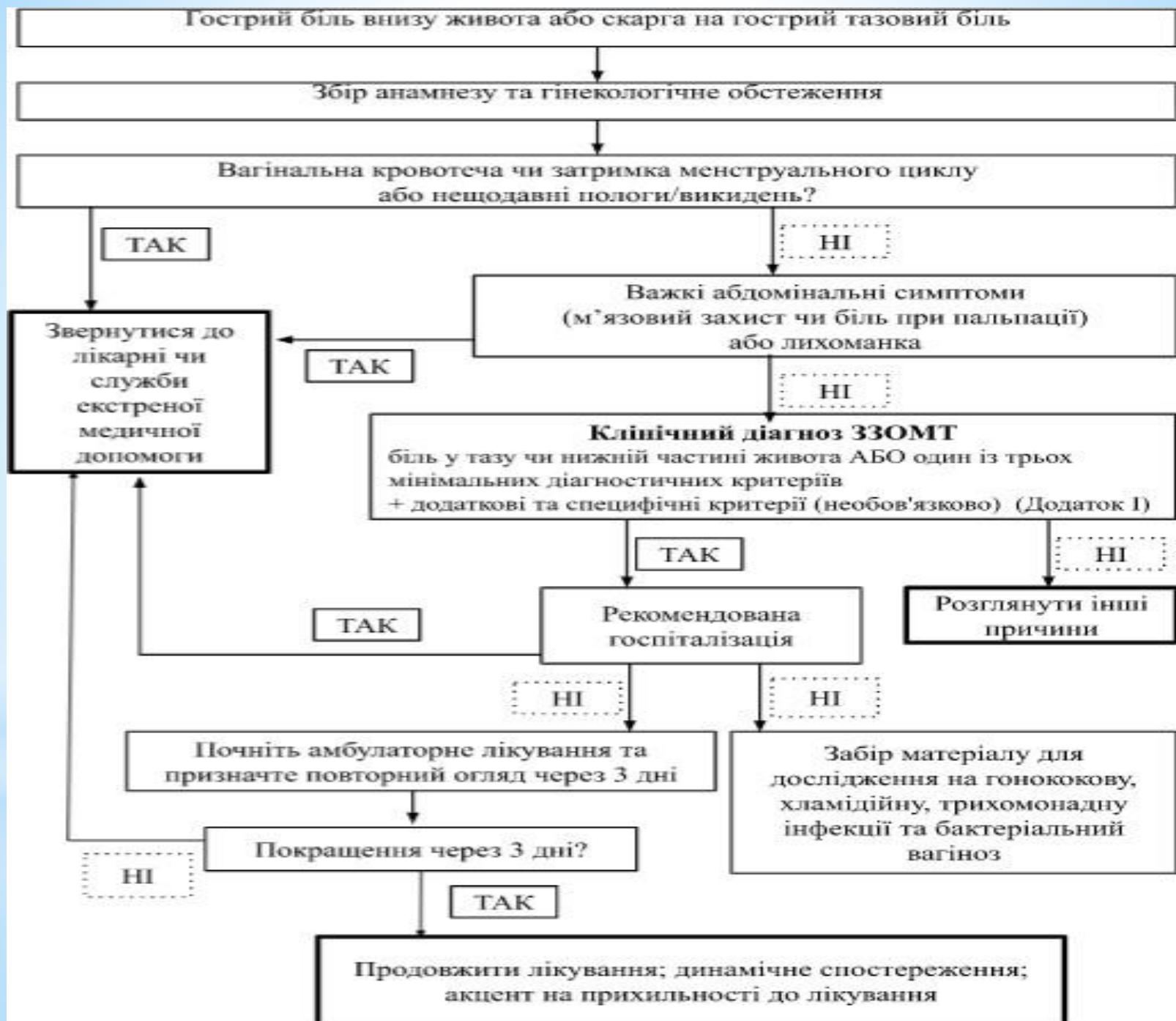
ТОА > 10 см

- Взяття біоматеріалу для ПЛР та культуральних досліджень (дод.2, дод.4)

- Дренування під контролем УЗД
- Антибактеріальна терапія внутрішньовенна
- Середня тривалість госпіталізації при позитивній динаміці -14 днів

- Лапароскопія чи лапаротомія (залежно від технічних можливостей та кваліфікації лікаря)
- Збереження фертильності при наявних репродуктивних планах

У разі негативної динаміки



- Лікувати ЗЗОМТ
- Інформувати про необхідність застосування презервативів
- ВМК/ЛНГ-ВМС не потрібно видаляти

Пацієнтка бажає залишити
ВМК/ЛНГ-ВМС

Оцінка через 72 години

Клінічне поліпшення

Залишити ВМК/ЛНГ-ВМС

Відсутність клінічного поліпшення

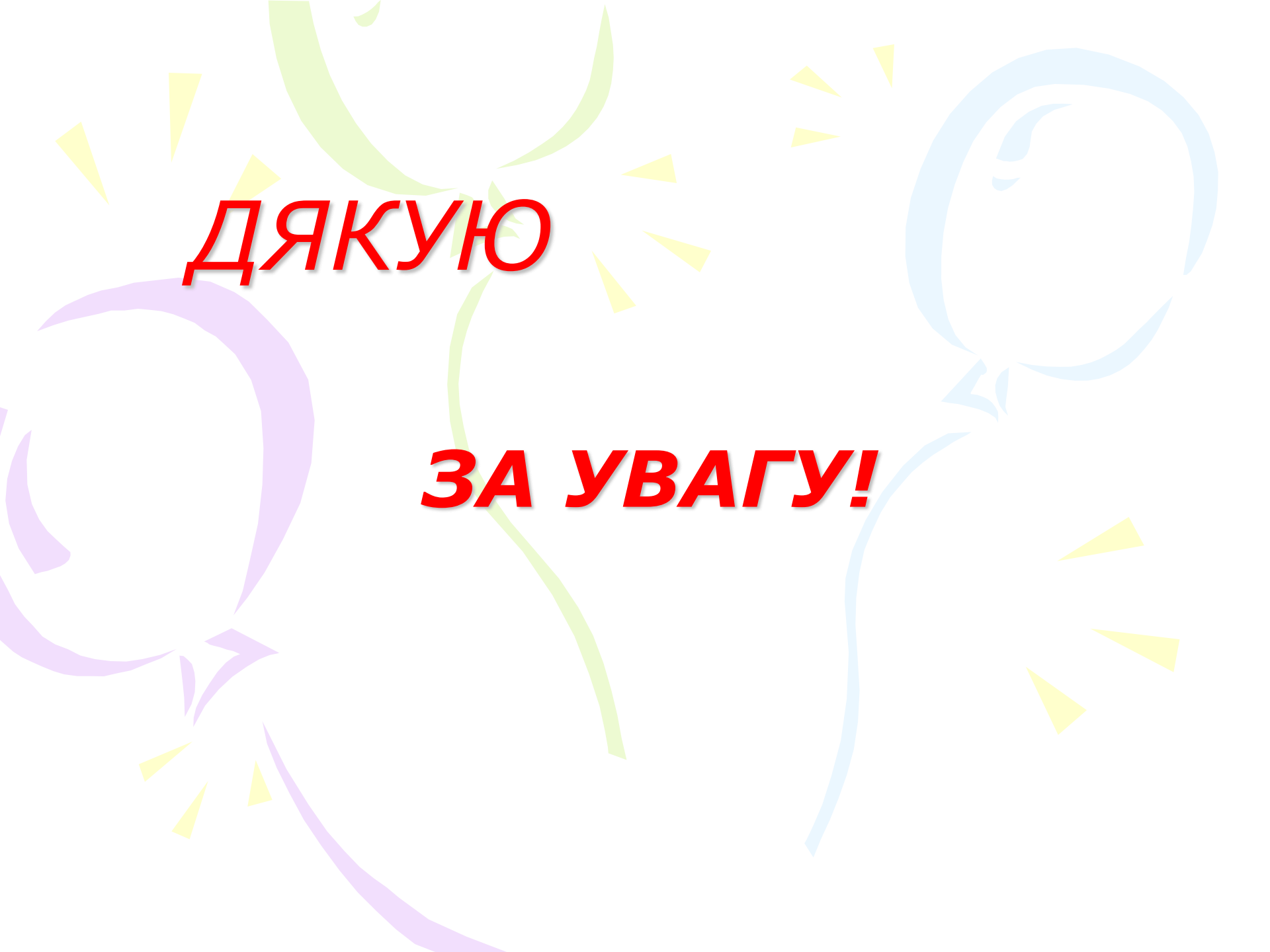
- Продовжити антибактеріальну терапію
- Розглянути необхідність видалення ВМК/ЛНГ-ВМС

- Запропонувати інший метод контрацепції
- Запропонувати екстрену контрацепцію

Пацієнтка бажає видалити
ВМК/ЛНГ-ВМС

Видалити ВМС після
початку
антибактеріальної терапії

- Запропонувати інший метод контрацепції
- Запропонувати екстрену контрацепцію

The background features several large, stylized swirls in light green, light blue, and light purple. Interspersed among these swirls are numerous small, yellow, four-pointed starburst shapes. The overall aesthetic is bright and celebratory.

ДЯКУЮ

ЗА УВАГУ!