

# Воспалительные заболевания органов малого таза

# Актуальность

Актуальность определяется частотой этой патологии и их осложнениями

## Частота

Данный контингент составляет 65% гинекологических больных в женской консультации и 30% в стационаре.

У 20% из них развиваются гнойно-септические осложнения, требующие оперативного лечения

## Осложнения

Формированием хронического воспалительного процесса, что клинически проявляется:

1. Диспареунией;
2. Бесплодием;
3. Тазовыми болями;
4. Внематочной беременностью;
5. Формированием опухолевидных образований шейки, тела или придатков матки.
6. Снижают качество жизни,
7. Причиняют физические (моральные) страдания могут быть причиной инвалидизации

## **Зависимость от возраста**

- **Пик заболеваемости приходится на возраст 15-24 лет, (прямая связь с сексуальной активностью пациенток и обратную зависимость от использования барьерных методов контрацепции.)**
- **После 30 лет частота инфекционных заболеваний снижается (упорядочиванию сексуальных контактов женщин и их половых партнёров.)**
- **Острые формы чаще в возрасте 20-25 лет**
- **Хроническое течение чаще в возрасте 26-40 лет**

## **Этиология**

- **Произошла эволюция возбудителей в этиологии воспалительных заболеваний гениталий за последние 40-50 лет.**
- **ВЗОМТ-результат инфекции, восходящей из эндоцервикса и вызывающей эндометрит, сальпингит, оофорит, параметрит, тубоовар.абсцесс,**
- **перитонит**
- **Основные микроорганизмы: гонококки, хламидии, микоплазма гениталис.**

# Микроорганизмы

- При сопоставлении бактериологических данных материала, полученного
- из гнойного очага и матки выявлена идентичная флора в -70%,
- в гнойном очаге и цервикальном канале и уретре только в -11% случаев.
- **Во влагалище нормальная флора:**
- грамположительные и грамотрицательные аэробные,;
- факультативно-аэробные и облигатно-анаэробные микроорганизмы;
- при этом 95% всех микроорганизмов представлено лактобактериями (*Lactobacillus*), среди которых 96% являются  $H_{202}$ -предуцирующими штаммами.\

## Микроорганизмы (продолжение)

**Примечание:** На современном этапе, около **400** видов бактерий и **150** вирусов могут быть идентифицированы у человека, **не имеющего никаких признаков болезни.**

**Следовательно,** выделение того или иного возбудителя не всегда является основанием для постановки диагноза инфекционного процесса.

**Решающую роль** в возникновении инфекционного процесса играют -

1. Состояние макроорганизма,
2. Массивность инфицирования и
3. Вирулентность микробного агента

# На пути возбудителей стоят анатомо-физиологические защитные механизмы:

- девственная плева;
- кислая среда влагалища;
- фагоцитоз с помощью макрофагов;
- иммунные механизмы (Т-лимфоциты, иммуноглобулины);
- слизистая пробка цервикального канала;
- внутренний маточный зев;
- десквамация функционального слоя эндометрия;
- лейкоциты базального слоя эндометрия;

# Факторы риска развития воспалительных заболеваний малого таза

## *Альтерирующие факторы риска*

- внутриматочные контрацептивы (60%) риск повышается в 4-6 раз (*особенно у нерожавших и применяющих спирали >5 лет*)
- прерывание беременности (30%)
- нарушение техники и нерадикальность хирургических операций
- гнойные осложнения после кесарева сечения
- несоблюдение условий и пренебрежение противопоказаниями к лапароскопическим вмешательствам

## *Генитальные факторы риска:*

- гипофункция яичников
- пороки развития матки
- урогенитальные заболевания у мужа (партнера)
- наличие в анамнезе ИППП, осложнений после родов, абортов.
- ЭКО в анамнезе. Установление ВМК

## ***Экстрагенитальные факторы риска.***

- сахарный диабет, нарушения жирового обмена, воспалительные заболевания мочевыводящих путей, дисбактериоз, иммунодефицитные состояния (СПИД, онкозаболевания).

## ***Социально-поведенческие факторы риска:***

- хронические стрессовые ситуации
- низкий уровень жизни
- хронический алкоголизм и наркомания
- раннее начало половой жизни (15-19 лет)
- высокая частота половых контактов и промискуитет
- половые сношения во время менструации
- нетрадиционные формы половых контактов.

## Пути распространения инфекции

*Основными путями распространения инфекции в половой сфере признаны:*

- 1. первый - восходящее** инфицирование флорой нижних отделов генитального тракта;  
(интраканаликулярный)-основной путь
- 2. второй-** распространение инфекции из экстрагенитальных очагов

## *(Продолжение)*

3. Проникновению инфекции в верхние отделы половых путей **способствуют** сперматозоиды, трихомонады, к которым прикрепляются микроорганизмы.
4. При наличии ВМК анаэробы могут распространяться по типу капиллярного эффекта по нитям, свисающим во влагалище.
5. **Гематогенный и лимфогенный** пути имеют значение только при генерализации инфекции.
6. Различают и так называемый **нисходящий** путь при поражении соседних органов (аппендикс, слепая или сигмовидная кишка).

## Что такое воспаление

С клинической точки зрения, воспаление - болезнь, характеризующаяся не только местными, но и общими проявлениями:

1. лихорадкой,
2. лейкоцитозом,
3. изменениями состава белков крови,
4. увеличением СОЭ,
5. явлениями интоксикации,
6. продукты жизнедеятельности бактерий повреждают эпителий, вызывают его цитолиз, десквамацию, цилиостаз.
7. Продукты распада липидных компонентов мембран оказывают общетоксическое действие.

## **В целом любое воспаление характеризуется:**

- **Локализацией** (паренхиматозное, интерстициальное (межуточное), смешанное).
- **Типом тканевой реакции** (специфическое, неспецифическое).
- **Характером течения** (острое - до 2 мес., подострое - до 6 мес., хроническое - протекающее годами).
- **Преобладанием того или иного компонента** (альтеративного, экссудативного, пролиферативного).

# Современные особенности течения ВЗОМТ

1. **Острое начало** воспалительного процесса наблюдают редко.

Формируется первично хроническое течение.

2. **Типично распространение инфекции** восходящим путём из эндоцервикса с развитием эндометрита, сальпингита, оофорита, параметрита, tuboовариальных абсцессов и пельвиоперитонита

3. **Характерны** неспецифичность, многообразие клиники, полимикробный характер поражения

# Классификация

**По локализации воспалительного процесса:**

1. Заболевания **нижнего отдела** женских половых органов: вульвит, бартолинит, кольпит, эндоцервицит.
2. **Цервициты**
3. Заболевания **верхнего отдела** (воспалительные заболевания органов малого таза ВЗОМТ): эндометрит, сальпингит, сальпингит, оофорит, параметрит.
4. Встречаются **генерализованные формы** заболеваний (сепсис, диффузный перитонит).

**По этиологии:**

- **Специфические:** (хламидиоз, туберкулез, гонорея, трихомониаз, сифилис, ВПГ, ВПЧ, ВИЧ и др.)
- **Неспецифические:** (стафилококк, стрептококк, эшерихии, протей, синегнойная палочка и др.)

.

## ПО ТЕЧЕНИЮ

### 1 особенность

Острое

Подострое

Хроническое

### 2 особенность

легкое течение

среднетяжелое течение

тяжелое течение

тубоовариальное гнойное  
образование

**Классификация по клиническому течению  
гнойно-воспалительных заболеваний:**

- Неосложненные формы;
- Осложненные формы.

# Зарубежная классификация

**1. G. Monif (1982)** Острый эндомет. и сальпингит  
с воспален и без воспал тазов брюшины

Окклюзия маточ труб(тубоовар .образ)

Разрыв образования

**2. ВОЗ (1980)** Острый сальпингит и оофорит

Оофорит, пиосальпинкс, сальпингит

Аднекстумор, Острый параметрит и таз. флегмона

Хроническ и неуточ параметрит и таз. Флегмона

Неуточненный тазовый перитонит

## Переход острого процесса в хронический

**Основная причина--** утрата механизмов контроля иммунного ответа,.

Наиболее частыми клиническими проявлениями иммунодефицита :

1. Смешанные инфекции
2. Рецидивирующие
- 3. Затяжные
4. Тяжело протекающие

## Тип повреждающего фактора

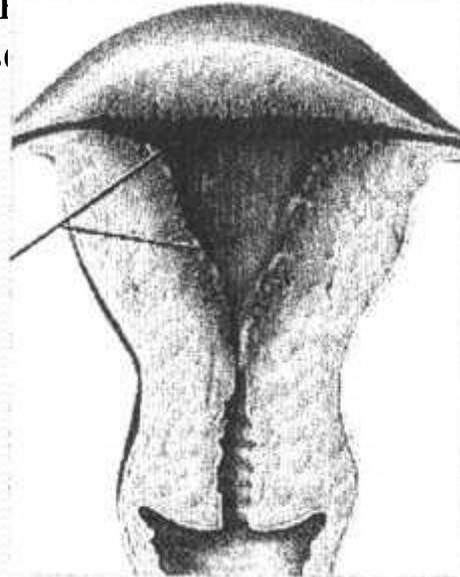
1. **Иницирующие** факторы - внедрение в организм бактериально-вирусного агента.
2. **Предрасполагающие** факторы - генетически обусловленные особенности иммунных клеток и клеток органов- мишеней, а также состояние гормонального фона женщины.
3. **Способствующие** факторы - это любые нарушения регуляторных механизмов иммунной системы (врожденные или приобретенные).
4. **Провоцирующие факторы**- менструация и роды (физиологические), а также любые лечебно-диагностические внутриматочные манипуляции и длительное применение некоторых лекарственных средств (ятрогенные факторы).

# Минимальные критерии ВЗОМТ

1. Напряженность и боль в низу живота и пояснице;(обычно двусторонняя)
  2. Патологические выделения из половых путей;
  3. Повышение температуры тела; (до 38\*С)
  4. Учащённое мочеиспускание;
  5. Аномальные маточные кровотечения
  6. Тошнота и рвота.
- Дополнительно: Синдром Фитца-Куртиса,
  - болезненность при тракции за шейку матки

## Определяющие (доказательные) критерии ВЗОМТ

- **Гистопатологическое** обнаружение эндометрита при биопсии эндометрия.
- **УЗИ трансвагинальным датчиком** (или при использовании других технологий), показывающее, утолщенные, наполненные жидкостным содержимым маточные трубы с или без свободной жидкости в брюшной полости или наличие тубоовариального образования.



## **VII. Клиника и диагностика**

### **Особенности**

- 1. Преобладание стёртых и малосимптомных форм заболевания.**
- 2. Зависимость клиники от основного возбудителя** Так, воспаление, вызванное *N. gonorrhoeae*, протекает более ярко, чем ВЗОМТ, спровоцированные хламидийной инфекцией.
- 3. При рутинном бимануальном исследовании у таких пациенток обнаруживают болезненность и напряжённость живота, особенно выраженную при смещении шейки матки;**
- 4. В некоторых случаях удаётся пальпировать опухолевидное образование.**

5. **Общий анализ крови** у пациенток - чаще всего лейкоцитоз и повышение СОЭ, в биохимическом анализе повышено содержание индикаторов воспаления .
6. **При микроскопическом исследовании** влагалищных и цервикальных мазков на фоне бактериального вагиноза обнаруживают ключевые клетки, при вагинитах — лейкоциты
7. **При УЗИ** признаками воспаления считают:
  1. и наличие в ней жидкого содержимого.
8. **МРТ ценно** при дифференцировки опухолей

# Особенности диагностики оппортунистических (условно- патогенных) вагинальных инфекций

Выделяют 3 этапа в диагностике  
оппортунистических вагинальных инфекций:

**1-исключение ИППП; (ПЦР)**

**2-микроскопия вагинального мазка,  
окрашенного по Граму;**

**3-посев вагинального отделяемого на  
факультативно-анаэробную группу**

## Сложности в диагностике факультативно-анаэробной флоры.

1. **Патогенность** может проявляться при сравнительно небольшом количестве факультативно-анаэробной флоры ( $10^5$  КОЕ/мл), которое не выявляется при микроскопическом исследовании.
2. **Однотипность** многих видов и родов (колиформные палочки или грамположительные кокки),
3. При этом их патогенные свойства и **чувствительность к антибиотикам** могут отличаться заметным разнообразием

## **VIII. Лёгкое или среднетяжёлое течение острых и обострившихся ВЗОМТ**

**Практически любые резидентные представители влагилищной микрофлоры в определённых условиях могут провоцировать воспалительный процесс во внутренних половых органах.**

# Особенности д-ки и лечения хламидийной, мико и уреаплаз. инфек

## Особенности диагностики

**Материал для лаб. исследования:**

- Отделяемое из уретры, цервикального канала,
- Первая порция свободно выпущенной мочи

## Методы диагностики

- Амплификация РНК
- Амплификация ДНК (ПЦР и ПЦР в режиме реального времени. Новый метод NASBA (Определяет жизнеспособность возбудителя)

**Используются тест-системы. Чувств. 100%**

# Схемы лечения хламидийной, микоплазменной и уреаплазменной инфекции

## Препараты выбора:

1 Доксициклин 100 мг внутрь х 2 в сутки 7 дней

2 Азитромицин 1 г внутрь однократно

3 Джозамицин 500 мг перор. х 3 р в сутки 7 дней

## Альтернативный препарат

Офлоксацин 400 мг 2 р в сутки 7 дней

**Примечание** 1 Длительность может варьировать

от 14 до 21 дня

2. Во время беременности, при любом сроке, можно применять джозамицин и азитромицин

# Лечение любых форм ВЗОМТ

**Три главных направления:**

*Первое*- лечение вагинальных инфекций,  
в том числе вагинозов

*Второе*- адекватное лечение собственно ВЗОМТ

1. начинать если есть минимум критериев и
2. только рекомендуемые схемы
3. и толь комбинацию нескольких препаратов

*Третье*- из группы риска ИППП рекомендовать  
барьерную контрацепцию

# Лечение (продолжение)

## 1. Что касается вагинальных инфекций-

Лечение проводить в 2 этапа:

*На первом-* антимикробная терапия

*На втором-* восстановление нормальной микрофлоры

Поскольку вагинальная флора мало чувствительна к метронидазолу, то лучше использовать комбинированные противомикробные препараты или антисептики

# Лечение (продолжение)

Согласно рекомендациям CDC (2016) проводить лечение одной из схем:

***Внутривенно в сочетании с пероральным приемом***

- 1. цефотетан 2г в\в кажд.12 ч + доксициклин 100 мг перорально или в\в каждые 12ч**
- 2. цефоксетин 2г в\в каждые 6 ч + доксициклин 100 мг перорально или в\в каждые 12ч**
- 3. клиндамицин 900мг в\в каждые 8 ч + гентамицин в\в , в\м из расчета 2 мг\кг каждые 8 часов**

# Лечение (продолжение)

## *Внутримышечные в сочетании с пероральным приемом*

1. Цефтриаксон 250 мг в\м однократно + доксициклин (100 мг перорально 2 раза в день 2 нед) + метронидазол (необязательно; 500 мг перорально 2 раза в день 2 нед)

# Лечение (продолжение)

2. цефокситин 2 г в\м однократно одновременно с пробенецидом 1 г перорально однократно + доксициклин ( 100 мг перорально 2 раза в день 2 нед) + метронидазол ( обязательно; 500 мг перорально 2 раза в день 2 нед)
3. Та же схема но с другим цефалоспорином 3 пок. ( например цефтизоксим или цефотаксим) + доксициклин + метрогидазол

# Схема лечения эндометрита

- **2 схема** Клиндамицин 900мг в\в каждые 8ч
- +гентамицин 2мг на 1кг веса в\в  
*далее* 1,5мг на 1кг веса каждые 8ч(или 3-5мг на 1кг
- однократно) в течение первых суток
- *Затем* клиндамицин 450мг х 4р в сутки до 14 дней, или доксициклин 100 мг х2р в сутки-14 дней
- *Или* доксициклин 100мг внутрь 2р -14 дней
- **Примечание** Можно использовать
- Джозамицин 500мг 3-4 раза в сутки
- Линкозамиды, фторхинолоны, макролиды

## *Схема лечения легких форм*

Антибактериальная монотерапия —

**400МГ моксифлоксацина 1 раз в сутки на протяжении 14 дней** (уровень доказательности эффективности предложенной схемы — наивысший из возможных) (1a—A).

## Показания к госпитализации пациенток с ВЗОМТ

- Невозможность исключения острых хирургических заболеваний (аппендицит, дивертикулит, почечная колика и др.).
- Беременность.
- Отсутствие клинического улучшения на фоне пероральной антибиотикотерапии.
- Невозможность соблюдения режима назначенного режима амбулаторно.
- Тяжелое течение заболевания (выраженная лихорадка, тошнота, рвота, болевой синдром и др.).
- Тубоовариальный абсцесс.

**Тубоовариальный абсцесс** —  
крайняя форма ВЗОМТ,  
диагностируемая у 15% всех  
пациенток с этим диагнозом и у 35%  
госпитализированных по поводу  
ВЗОМТ женщин.

## **Тактика лечения:**

**«Золотой стандарт»** - хирургическое удаление тубоовариального абсцесса при:

- 1. неэффективности** антибиотикотерапии.
- 2. отсутствие** улучшения,
- 3. нарастание** остроты процесса
- 4. дальнейшее** увеличение температуры тела
- 5. выраженности** лейкоцитоза в течение 48—72 ч после начала лечения.

**В случае тубоовариального абсцесса к назначаемым антибиотикам предъявляют особые требования:**

- 1. Они должны легко проникать в гнойную полость**
- 2. Сохранять активность в щелочной среде (гной).**

## **Схема лечения после выписки**

**Продолжить антибактериальную терапию препаратами широкого спектра действия, принимаемыми внутрь, до завершения 14-дневного курса лечения.**

### **Схема лечения**

**1 амоксициллин/клавуланат (в дозе 1 г 2 раза в сутки)**

**2 или комбинацию офлоксацина в дозе 400 мг 2 раза в сутки и метронидазола в дозе 500 мг 2 раза в сутки на протяжении 14 дней, так как эти сочетания активны против довольно широкого спектра микроорганизмов.**

## ***Примечание***

Наиболее тяжёлую форму ВЗОМТ — разрыв тубоовариального абсцесса — следует заподозрить у пациенток с клинической картиной **острого живота:**

- 1. пельвиоперитонита**
- 2. признаками септического шока.** Эта ситуация требует экстренного хирургического вмешательства.

# Факторы успешного лечения ИППП

1. **Немедленное** начало лечения после установления этиологического фактора
2. **Применение** наиболее эффективных методов лечения защищенные половые контакты
3. **Выявление**, обследование и лечение половых партнеров.

## **Режимы антибиотикотерапии ВЗОМТ в АМБУЛАТОРНЫХ условиях РФ**

- 1. Моксифлоксацин+Цефиксим по 400 мг 1 раз внутрь  
или Цефтриаксон 0,5 г внутримышечно 1 раз в сутки**
- 2. Амоксициллин/клавуланат 1гх2р в сутки  
+Азитромицин по1 г на 1 и 8 день или доксициклин  
100 мг х 2 р в сутки перорально**
- 3. Азитромицин 1 г в 1-й и 8-й день или  
Доксициклин+Метронадазол или  
Клиндамицин+Цефиксим 400 мг 1 раз внутрь или  
Цефтриаксон 0,5 г внутримышечно 1 раз в сутки**
- 4.Офлоксацин 0,4 г или Левофлоксацин 0,5  
г+Метронидазол+Цефиксим 400 мг 1 раз внутрь  
или Цефтриаксон 0,5 г внутримышечно 1 раз**

# ДОПОЛНЕНИЕ

- При лечении вагинитов нужно учесть:
- 1 редко бывает изолированным
- 2 часто сочетается с цервицитом
- 3 инфекция, локализующаяся внутри шейки матки не поддается лечению местными средствами

# ДОПОЛНЕНИЕ

- **1** Рекомендуется комбинированный препарат **САФОЦИД-**  
однократный прием внутрь одновременно  
4 таблеток, входящих в состав блистера  
Сафоцида, за 1 час до еды
- **2** и **ГЕКСИКОН-** по 1 свече 2 раза в день, курс 10 дн.
- Состав САФОЦИДА:
- **Азитромицин, Секнидазол, Флуконазол**

# Тест

## 1. При воспалительных заболеваниях женских половых органов отмечается:

- 1) преобладание ассоциаций микроорганизмов
- 2) возрастание числа анаэробов и вирусов
- 3) наличие хламидий и микоплазм
- 4) все ответы правильные

## 2. Зуд вульвы характеризуется:

- 1) в детском возрасте чаще связан с воспалительными заболеваниями половой сферы
- 2) в репродуктивном возрасте чаще связан с дисфункцией яичников
- 3) может быть симптомом крауроза
- 4) может возникнуть при диабете, лейкемии, лимфогрануломатозе
- 5) в климактерическом периоде чаще идиопатического характера

## 3. Вульвиты:

- 1) в репродуктивном возрасте чаще первичны
- 2) в подавляющем большинстве случаев гонорейной этиологии
- 3) в детском возрасте могут быть следствием глистной инвазии
- 4) могут быть следствием недостаточной секреции женских половых гормонов
- 5) обычно требуют назначения парантеральной антибактериальной терапии

## 4. Кольпит (выберете верное утверждение):

- 1) хламидийной этиологии является частым заболеванием женщин репродуктивного возраста
- 2) трихомонадной этиологии обычно диагностируется бактериологическим методом
- 3) трихомонадной этиологии успешно лечится препаратами метронидазола
- 4) кандидозной этиологии обычно не имеет характерных клинических симптомов
- 5) кандидозной этиологии может быть показанием к применению Канестена

## 5. Воспаление бартолиниевой железы:

- 1) обычно встречается в детском возрасте
- 2) чаще двухстороннее
- 3) может протекать с формированием ложного абсцесса
- 4) обычно не требует госпитализации
- 5) является показанием для обследования на гонорею

## 6. Больным с кистой бартолиновой железы рекомендуется:

- 1) УФО
- 2) лечение только в стадию обострения воспалительного процесса
- 3) оперативное лечение – вылушивание кисты бартолиновой железы в стадию ремиссии
- 4) все ответы правильные

## 7. Хламидийная инфекция:

- 1) может быть причиной бесплодия
- 2) диагностируется при бактериоскопии мазков из заднего свода влагалища
- 3) диагностируется по характерным признакам на гистеросальпингограммах
- 4) может поражать слизистую цервикального канала
- 5) является показанием к применению антибиотиков группы тетрациклина

## 8. Эндометрит:

- 1) обычно является следствием внутриматочных вмешательств
- 2) гонорейной этиологии может проявляться кровотечением во время месячных
- 3) туберкулезной этиологии обычно протекает остро
- 4) в острой стадии сопровождается выраженными симптомами раздражения брюшины
- 5) все ответы верны

## 9. Параметрит, верно все кроме:

- 1) обычно имеет связь с внутриматочными вмешательствами
- 2) в случае нагноения является показанием к лапаротомии
- 3) может быть причиной смещения матки в большую сторону
- 4) может быть причиной смещения матки в здоровую сторону
- 5) является показанием для гирудотерапии

## 10. Пельвиоперитонит:

- 1) характерен для гонореи
- 2) может быть следствием воспаления придатков
- 3) проявляется положительным симптомом Гентера
- 4) часто осложняется тромбофлебитом тазовых вен
- 5) является показанием для лапаротомии

# Тест

## Ответы!

1-5;

2-3,4,5;

3-3,4

4-3,5

5-3,5

6-3

7-1,4,5

8-5

9-2

10-1,2