

Кафедра акушерства и гинекологии СибГМУ

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ОРГАНОВ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Зав. кафедрой акушерства и
гинекологии СибГМУ,
профессор *Евтушенко И.Д.*



Томск 2013



КЛАССИФИКАЦИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЖЕНЩИНЫ

КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ЭТИОЛОГИИ

1

Воспалительные
процессы
неспецифической
этиологии

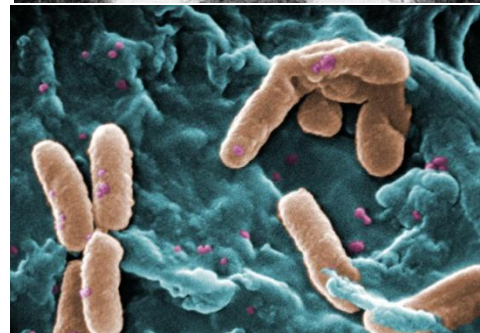
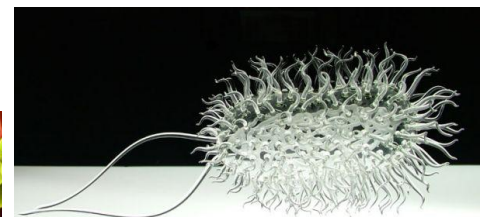
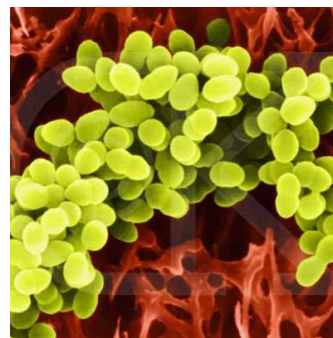
2

Воспалительные
процессы специфической
этиологии

КЛАССИФИКАЦИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЖЕНЩИНЫ

Воспалительные процессы неспецифической этиологии вызывают:

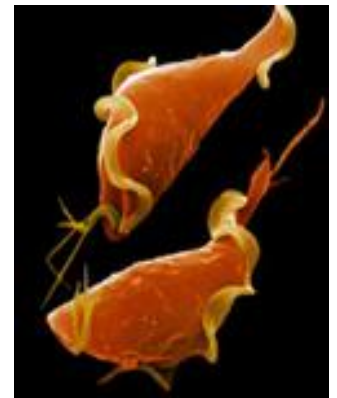
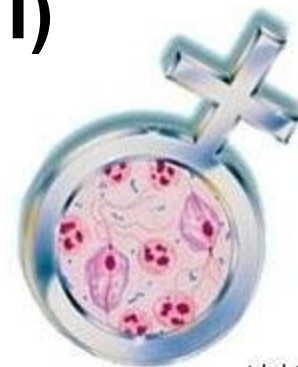
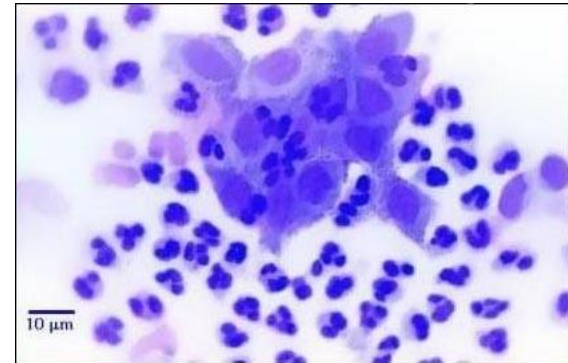
- кишечная палочка
- стафилококк
- стрептококк
- синегнойная палочка
- другие микроорганизмы



КЛАССИФИКАЦИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЖЕНЩИНЫ

Воспалительные процессы специфической этиологии вызывают:

- гонококк
- трихомонада
- хламидии
- другие инфекции, передающиеся половым путем (ИППП)





КЛАССИФИКАЦИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЖЕНЩИНЫ

ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ:

- 1. Воспалительные процессы наружных половых органов** (вульвит, вестибулит, бартолинит)
- 2. Воспалительные процессы внутренних половых органов** (кольпит, эндоцервицит, сальпингит, сальпингоофорит, эндометрит, параметрит, пельвиоперитонит)



КЛАССИФИКАЦИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЖЕНЩИНЫ

ПО ОТДЕЛАМ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ:

- 1. Нижний отдел половых органов** – ниже внутреннего зева (вульвит, вульвовагинит, бартолинит, кольпит, эндоцервицит)
- 2. Верхний отдел половых органов** – выше внутреннего зева (сальпингит, альпингоофорит, эндометрит, метроэндометрит, параметрит, пельвиоперитонит)



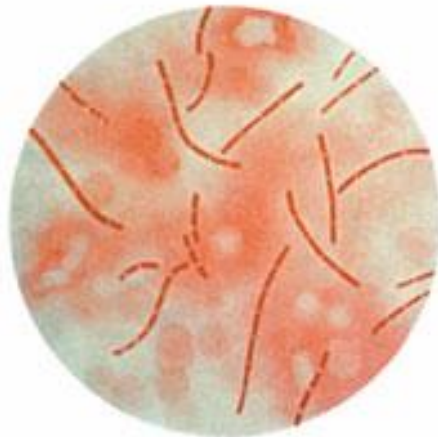
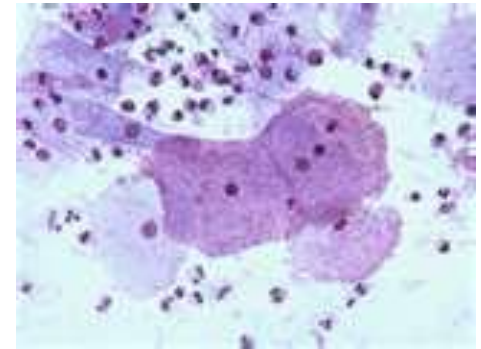
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ



БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ (БВ)

Этиология:

- Гарднерелла
- Коринебактерии
- Гемофильная палочка
- Бактероиды



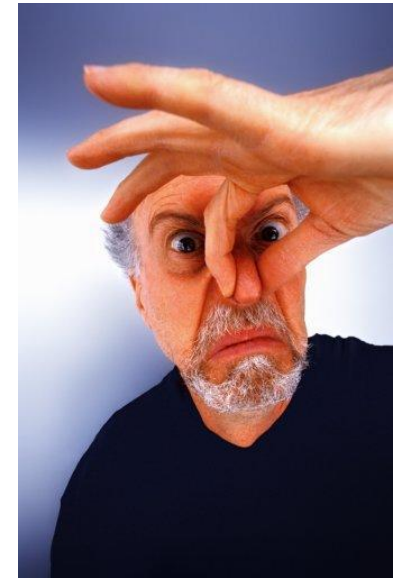
БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ (БВ)

Клиника:

- **Основная жалоба** – обильные, серые, вагинальные выделения с неприятным **«рыбным»** запахом

- **Зуд**

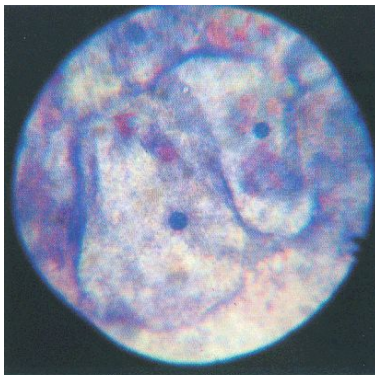
- **Жжение во влагалище**



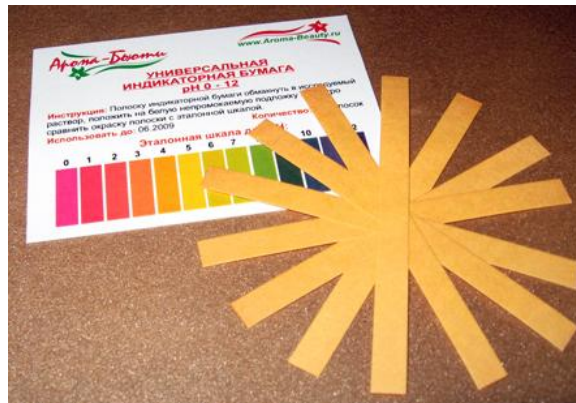
БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ (БВ)

Диагностика:

- Специфические вагинальные выделения
- Ключевые клетки
- рН влагалища $>4,5$
- Положительный аминовый тест



Бактериальный вагиноз.



(10% КОН)



БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ (БВ)

Лечение:

- Метронидазол 500 мг per os 2 раза в сутки, 7 дн.
- Орнидазол 500 мг per os 2 раза в сутки, 5 дн.
- Клиндамицин (далацин) 2% крем, интравагинально 1 раз в сутки, 3 дн.
- Флагил
- Тержинан
- Гиналгин
- Нео-пенотран , неопенотран-форте



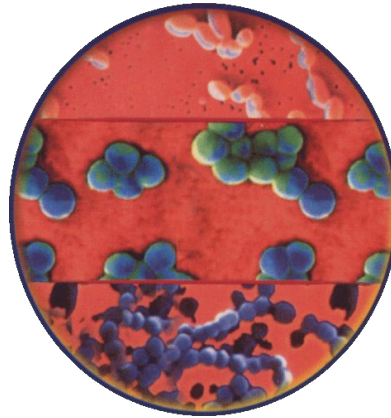
БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ (БВ)

Второй этап – восстановление микробиоценоза влагалища

- ЛАКТОБАКТЕРИН
- БИФИДУМБАКТЕРИН
- АЦИЛАКТ – АЦИДОФИЛЬНЫЕ СВЕЧИ



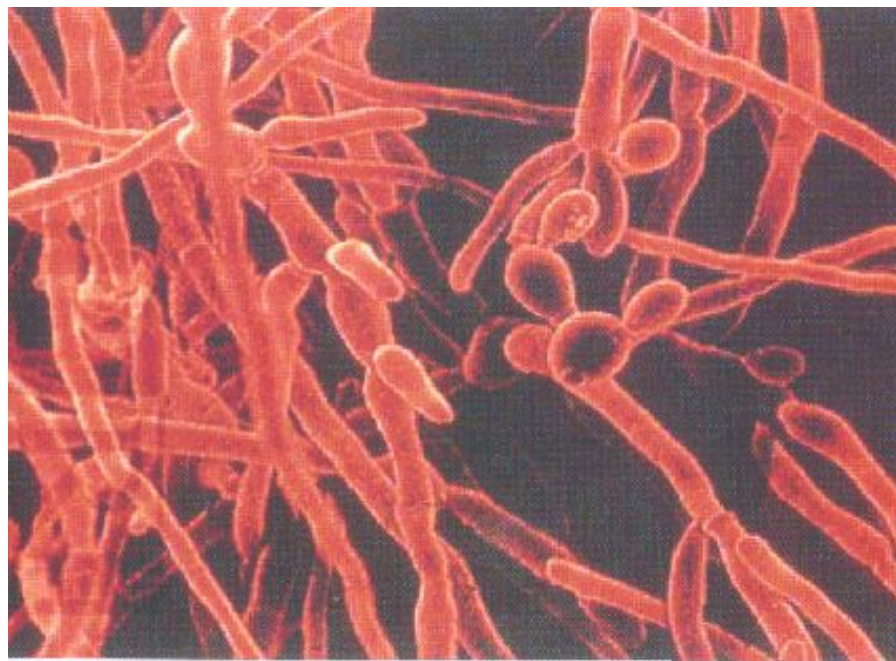
УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ



- Более 150 видов *Candida*
- 75-90% случаев *Candida Albicans*
- Условно-патогенные микроорганизмы
- Высеваются со слизистых гениталий у 20-25% здоровых женщин

ВОЗБУДИТЕЛИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

- **Candida Albicans – 80-94%**
- **C. glabrata – 2-15%**
- **C. krusei**
- **C. tropicalis**
- **C. parapsilosis**
- **C. lusitaniae**



Псевдомицелий. Кандидоз.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

● Лекарства:

- ✓ Цитостатики
- ✓ Кортикостероиды
- ✓ Антибиотики



- Патогенная микрофлора во влагалище
- pH влагалищной среды **5,8-6,5**
- Железодефицитная анемия



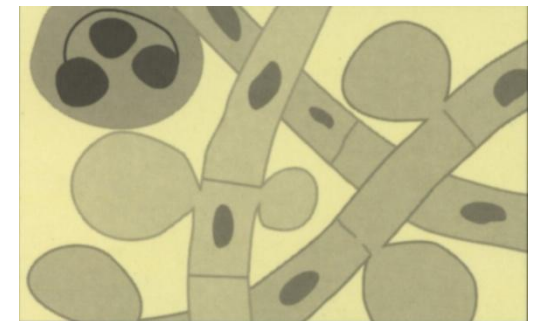
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

- **Эндокринная патология**
(сахарный диабет, гипотиреоз)
- **Туберкулез**
- **Облучение**
- **Работа на производствах белково-витаминного концентрата, по переработке фруктов, овощей**
- **Иммунодефицит**



КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

- **Острый урогенитальный кандидоз**
(до 2 месяцев)
- **Хронический (рецидивирующий) кандидоз**
 - (более 2 месяцев)
 - частота рецидивов – 20-40%
- **Кандидоносительство**



КЛИНИКА

1. Жалобы:

✓ Бели

- Творожистые
- Жидкие
- Густые
- Сливкообразные
- Зеленовато-белый цвет
- Неприятный, кисловатый запах



КЛИНИКА

1. Жалобы:

- Зуд
 - Наиболее частый симптом
 - Чаще беспокоит во вторую половину дня, вечером, ночью
 - После водных процедур полового акта
- Болезненность при мочеиспускании





УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ

Гинекологическое исследование:

- ✓ Отечность влагалища
- ✓ Гиперемия слизистой вульвы, влагалища, шейки матки
- ✓ Серо-белые, творожистые налеты на стенках влагалища и шейки матки
- ✓ Кровоточивость





УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ

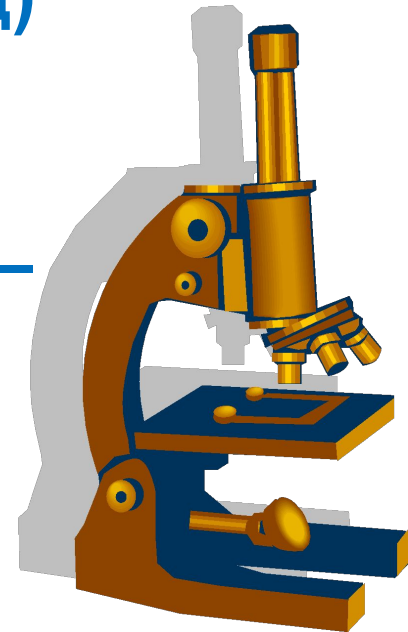
Хронический рецидивирующее течение:

- ✓ Гиперемия влагалища не выражена
- ✓ Непостоянный, неинтенсивный зуд
- ✓ Скучные выделения из половых путей
- ✓ Нет выраженности клинических СИМПТОМОВ



ДИАГНОСТИКА ГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

- **Микроскопическое исследование**
- **Микробиологический метод**
(селективные среды, точность до 95%)
- **Ауксонограмма (виды кандид)**
- **Фангискрин**
(вид и устойчивость кандид) –
автоматический анализатор



ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

ЭТИОТРОПНОЕ

- **НИЗОРАЛ** (кетоканазол)
– 200 мг 2 р./сут, 5 (10)дн. За 30 мин до еды
вагин. свечи – 1 р./сут 3-5 дн.
- **ГИНОФОРТ** – крем, местно, однократно
- **КЛОТРИМАЗОЛ** – 1 таблетка вагинально, 1 р./сут на ночь, 6-12 дн.
- **КАНДИД** (крем)
- **МАКМИРОР** – 1 свеча на ночь, 8 дн.



ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА ЭТИОТРОПНОЕ

- **ДИФЛЮКАН (флуконазол) - 150 мг,**
перорально, однократно
- **ОРУНГАЛ (итраконазол) – 200 мг 2 р./сут, 1**
дн., после еды



ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА



**Второй этап –
восстановление
микробиоценоза
влагалища**



ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ОСТРЫЕ ВЗОМТ



ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВЗОМТ

- 1. Восходящий (интраканаликулярный):** через канал шейки матки на эндометрий, на маточные трубы и яичники посредством сперматозоидов, трихомонад, хламидий
- 2. Нисходящий:** из смежных органов – аппендикс, прямая и сигмовидная кишка
- 3. Лимфогенный**
- 4. Гематогенный (туберкулез)**



ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВЗОМТ

- **ГЕНИТАЛЬНЫЕ** – хронические заболевания матки и придатков, ИППП, бактериальный вагиноз, урогенитальные заболевания у партнёра, наличие в анамнезе осложнений воспалительного характера
- **ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ** – сахарный диабет, нарушения жирового обмена, анемии, заболевания почек и мочевыделительной системы, иммунодефицитные состояния, дисбактериоз, длительное применение антацидов и глюкокортикоидов.

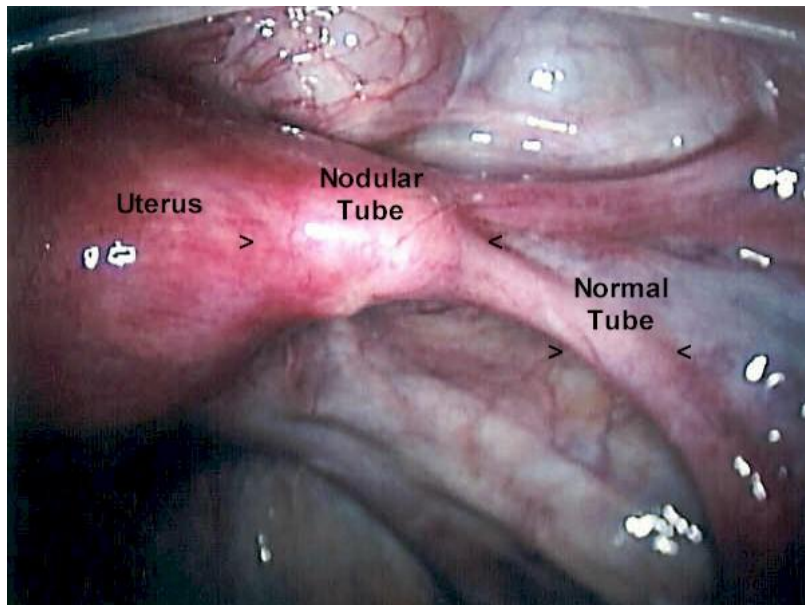


ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВЗОМТ

- **СОЦИАЛЬНЫЕ** – хронический стресс, низкий уровень жизни, недостаточное и нерациональное питание, хронический алкоголизм и наркомания
- **ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ** – раннее начало половой жизни, высокая частота половых контактов, большое число половых партнёров, нетрадиционные формы половых контактов, половые сношения во время менструации

ОСТРЫЙ САЛЬПИНГИТ (САЛЬПИНГООФОРИТ)

Частота до 70% всех
воспалительных процессов





ОСТРЫЙ САЛЬПИНГИТ (САЛЬПИНГООФОРИТ)

Патологоанатомическая картина:

При простом катаральном воспалении:
отёк, гиперемия, обильная экссудация
Под влиянием длительно текущего
воспалительного процесса стенка
трубы утолщается, чаще нодозно

ОСТРЫЙ САЛЬПИНГИТ (САЛЬПИНГООФОРИТ)

- **hydrosalpinx**
- **sactosalpinx**
- **pyosalpinx**
- **pyovarum**
- **abscessus tubo-ovarialis**





ОСТРЫЙ САЛЬПИНГИТ (САЛЬПИНГООФОРИТ)

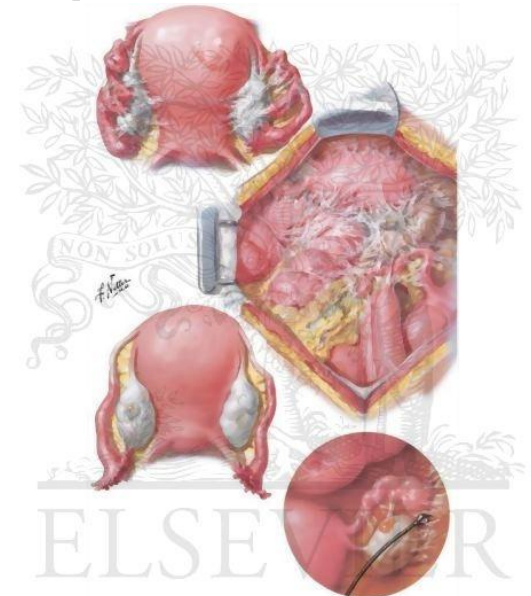
Классификация по течению:

- *острые* – 2 недели
- *подострые* – 2 месяца
- *хронические* – более 2 месяцев

ОСТРЫЙ САЛЬПИНГИТ (САЛЬПИНГООФОРИТ)

Первичный – с нижних отделов половых путей (coitus, ВМС, МСГ и т. д.)

Вторичный – с соседних органов брюшной полости



ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

- молодой возраст
- партнеры (множественные), ИППП, недавно появившийся половой партнер
- охлаждение
- аборты, роды, кесарево сечение
- ВМС, введение внутриматочных средств в течение предыдущих 6 недель
- менструация
- инвазивные методы
- гистеросальпингография
- экстракорпоральное оплодотворение





КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

ОБЩИЕ

- повышение температуры тела
- лихорадка
- ознобы
- слабость
- недомогание
- отсутствие аппетита
- увеличение лимфатических узлов



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

МЕСТНЫЕ

- боли
- бели
- нарушение менструального цикла
- нарушение деятельности со стороны соседних органов (мочевой пузырь, прямая кишка)
- диспареуния



Критерии диагностики ВЗОМТ (по стандарту)

- **Минимальные**
- **Дополнительные**
(для повышения специфичности
диагностики)
- **Определяющие**



Критерии диагностики ВЗОМТ (по стандарту)

МИНИМАЛЬНЫЕ

- Болезненность при пальпации в нижней части живота
- Болезненность в области придатков
- Болезненные движения за шейку матки



Критерии диагностики ВЗОМТ (по стандарту)

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ

- Повышение температуры выше 38°
- Патологические выделения
- Лейкоцитоз, смещение формулы влево, острофазовые белки



Критерии диагностики ВЗОМТ (по стандарту)

ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ

- Патоморфологическое подтверждение эндометрита
- Утолщение маточных труб, наличие свободной жидкости, тубоовариальные образования
- Признаки ВЗОМТ при лапароскопии

ДИАГНОСТИКА

1. Жалобы.
2. Анамнез
3. Общий осмотр
4. Осмотр живота
5. **Специальный осмотр - St. genitalis**
(увеличенные болезненные придатки,
болезненное смещение матки)



ДИАГНОСТИКА

6. Лабораторные методы исследования:
гематологические (СОЭ – от 8 до 25 мм/ч, ↑ количества лейкоцитов, сдвиг влево формулы), биохимические (белок и белковые фракции, С-реактивный белок), иммунологические (иммунодефицит), бактериоскопия и бактериологическое исследование, степень чувствительности к антибиотикам



ДИАГНОСТИКА

7. **Эхография** – в стадию пролиферации – норма, в стадию инфильтрации – увеличенные придатки
8. **Эндоскопия** – возможность визуального осмотра, дифференциального диагноза, аспират для бактериологического исследования, дренирование брюшной полости, подведение антибиотиков к очагу воспаления.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- внематочная беременность
- апоплексия яичника
- почечная колика
- перекрут кисты яичника
- острый аппендицит
- эндометриоз





ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО САЛЬПИНГИТА (САЛЬПИНГООФОРИТА)

Консервативное (базисное) лечение

- Антибиотики широкого спектра действия или комбинации препаратов:
 - Бактерицидный+бактерицидный
 - Бактериостатический+бактериостатический
 - Устойчивость к действию бета-лактамаз (цефтриабол)
 - Менее токсичные препараты. Лечение не менее 7-10 дней



ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО САЛЬПИНГИТА (САЛЬПИНГООФОРИТА)

- Лечение партнера при специфической инфекции
- Терапия должна быть рентабельной
- Наиболее эффективные комбинации:
 - Амоксициллин + Клавулановая кислота + Офлоксацин или Доксициклин (смешенная инфекция)
 - Метронидазол (метрогил)
 - Ампицилин + Гентамицин
 - Цефалоспорины III поколения + тетрациклины
 - Клиндомицин + гентамицин
 - Цефалоспорины II поколения + тетрациклин

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО САЛЬПИНГИТА (САЛЬПИНГООФОРИТА)

- Метронидазол (метрогил внутривенно)
- НПВС
- Антигистаминные
- Улучшение микроциркуляции
- Седативные средства
- Устранение болей
- Иммуномодулирующая терапия
- Ферментотерапия
- Местно – холод
- Дезинтоксикационные препараты
- Физиотерапия





ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО САЛЬПИНГИТА (САЛЬПИНГООФОРИТА)

Оперативное (при определенных показаниях)

Показания:

- ▣ **осложнения сальпингоофорита**
 - ***pyosalpinx***
 - ***pyovarum***
 - ***abscessus tubo-ovarialis***



ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО САЛЬПИНГИТА (САЛЬПИНГООФОРИТА)

- **Пункция маточно-прямокишечного пространства через задний свод влагалища (кульдоцентез)**
- **Лапароскопия (адгезиолизис, дренирование абсцесса, разделение спаек, удаление некротических тканей)**



Профилактика ВЗОМТ

- **Первичная** – предупреждение возникновения воспалительного процесса
- **Вторичная** – предупреждение рецидива:
 - Санитарно-просветительная работа
 - Рациональная лечение ВЗОМТ
 - Реабилитация
 - Лечение экстрагенитальных заболеваний



ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ





ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ

- воспаление брюшины малого таза

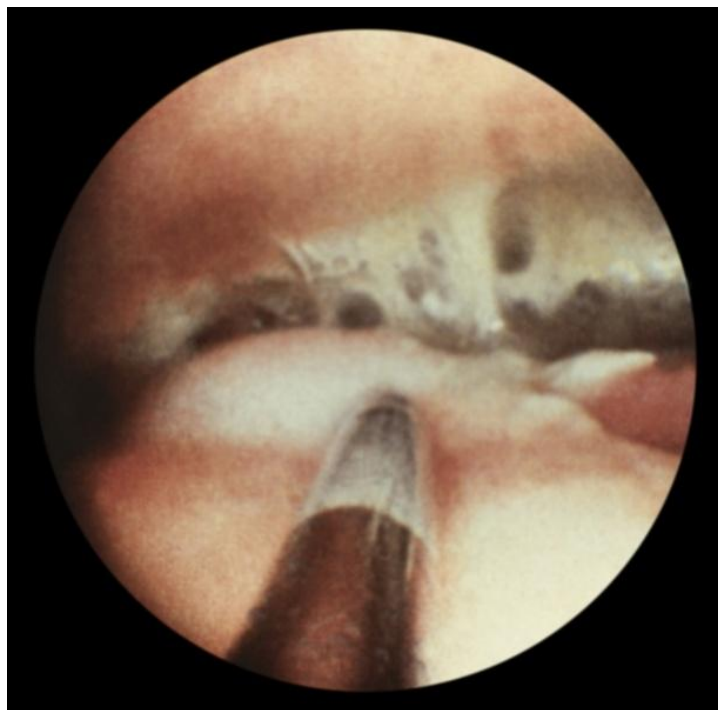
**ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ ВОЗНИКАЕТ
ВТОРИЧНО:**

- при сальпингите (гонококки)
- пиовар
- нагноение позаднебрюшной гематомы
- нагноение кисты или кистомы
- перфорация гнойников



ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ

- Серозно-фибринозный
- Гнойный





ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ

Острая стадия серозно-фибринозного пельвиоперитонита:

- расстройство микроциркуляции
- гиперемия
- отечность брюшины
- появление серозного экссудата
- при стихании - образование спаек

Гнойный пельвиоперитонит

- Дуглас - абсцесс

КЛИНИКА ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА

- повышение температуры тела, тахикардия, плохое самочувствие, лихорадка, ознобы, тяжелое состояние
- сильная боль внизу живота
- вздутие живота
- напряжение мышц передней брюшной стенки
- симптом Щеткина-Блюмберга
- язык суховат, икота, рвота, тошнота
- перистальтика ослаблена
- повышение СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг формулы влево

КЛИНИКА ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА

**Через 1-2 дня после лечения
снижается интенсивность
клинических проявлений**



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- Острый аппендицит
- Внематочная беременность
- Апоплексия яичника
- Почечная колика
- Перекрут кисты яичника
- Эндометриоз
- Функциональная боль

(боль неизвестного происхождения)



ЛЕЧЕНИЕ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА

1. **Консервативное** (базисное)
преимущественно
2. **Оперативное** (при определенных
показаниях)
 - Лапароскопия
 - Лапаротомия





ЛЕЧЕНИЕ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА

КОНСЕРВАТИВНОЕ лечение ВЗОМТ





ЛЕЧЕНИЕ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА

При неэффективности (или недостаточной эффективности) антибиотикотерапии 24-48-72 часа – **хирургическое вмешательство**



ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА

- гнойные тубо-овариальные образования (пиосальпинкс, абсцесс яичника, пиовар, тубо-овариальный абсцесс)
- угроза перфорации или перфорация пиосальпинкса, пиовара, тубо-овариального абсцесса с развитием разлитого перитонита



ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА

- сформировавшиеся пузырьно-придатковые и брюшно-стеночно-придатковые свищи
- образование внутрибрюшных абсцессов (межкишечный, поддиафрагмальный, подпеченочный)



ЛЕЧЕНИЕ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА

Хирургическое

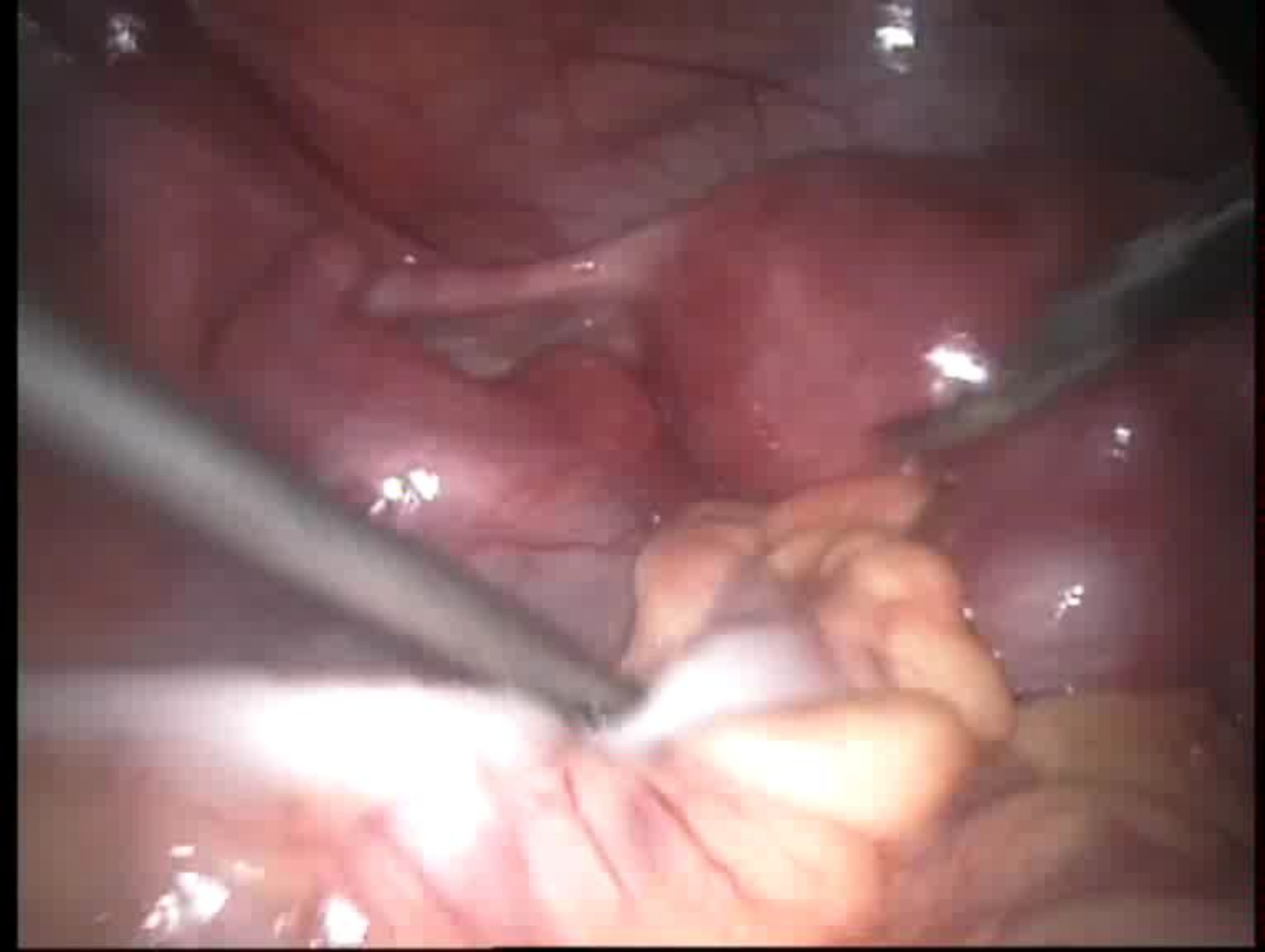
- **Объем**
 - Односторонняя или двухсторонняя сальпингэктомия
 - Односторонняя сальпингоофорэктомия (при четко отграниченном одностороннем абсцессе)

ЛЕЧЕНИЕ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА

Хирургическое

- **Объем**

- Тотальная абдоминальная гистерэктомия, двухсторонняя сальпингоофорэктомия, дренирование малого таза
- Задняя кольпотомия с последующим дренированием тазовых абсцессов (пельвиоперитонит, абсцесс заднего свода, кистозный абсцесс)





**Спасибо за
внимание!**



Томск 2010