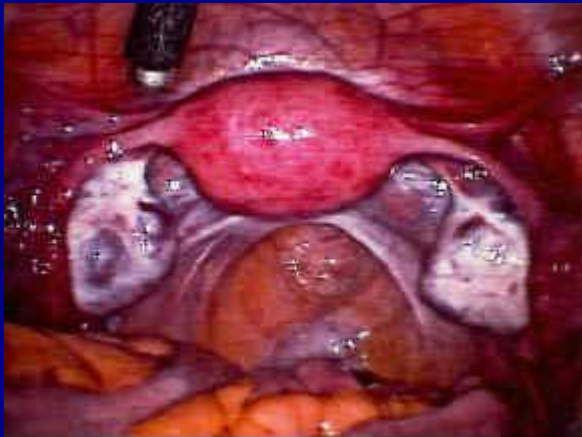


РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ С КУРСОМ
ПЕРИНАТОЛОГИИ
(ЗАВ. КАФЕДРОЙ – ПРОФЕССОР В.Е. РАДЗИНСКИЙ)

ЛЕКЦИЯ

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ



Воспаление. Терминология.



Воспаление – это типовой патологический процесс, развивающийся в ответ на внедрение инфекта и сопровождающийся развитием стандартного комплекса сосудистых и тканевых реакций.

Три фазы воспалительного процесса:

Альтерация – I фаза – возникает в ответ на внедрение инфекта и характеризуется преобладанием дистрофических и некротических сдвигов;

Экссудация – II фаза – преобладание микроциркуляторных расстройств (в основном венолярного отдела).

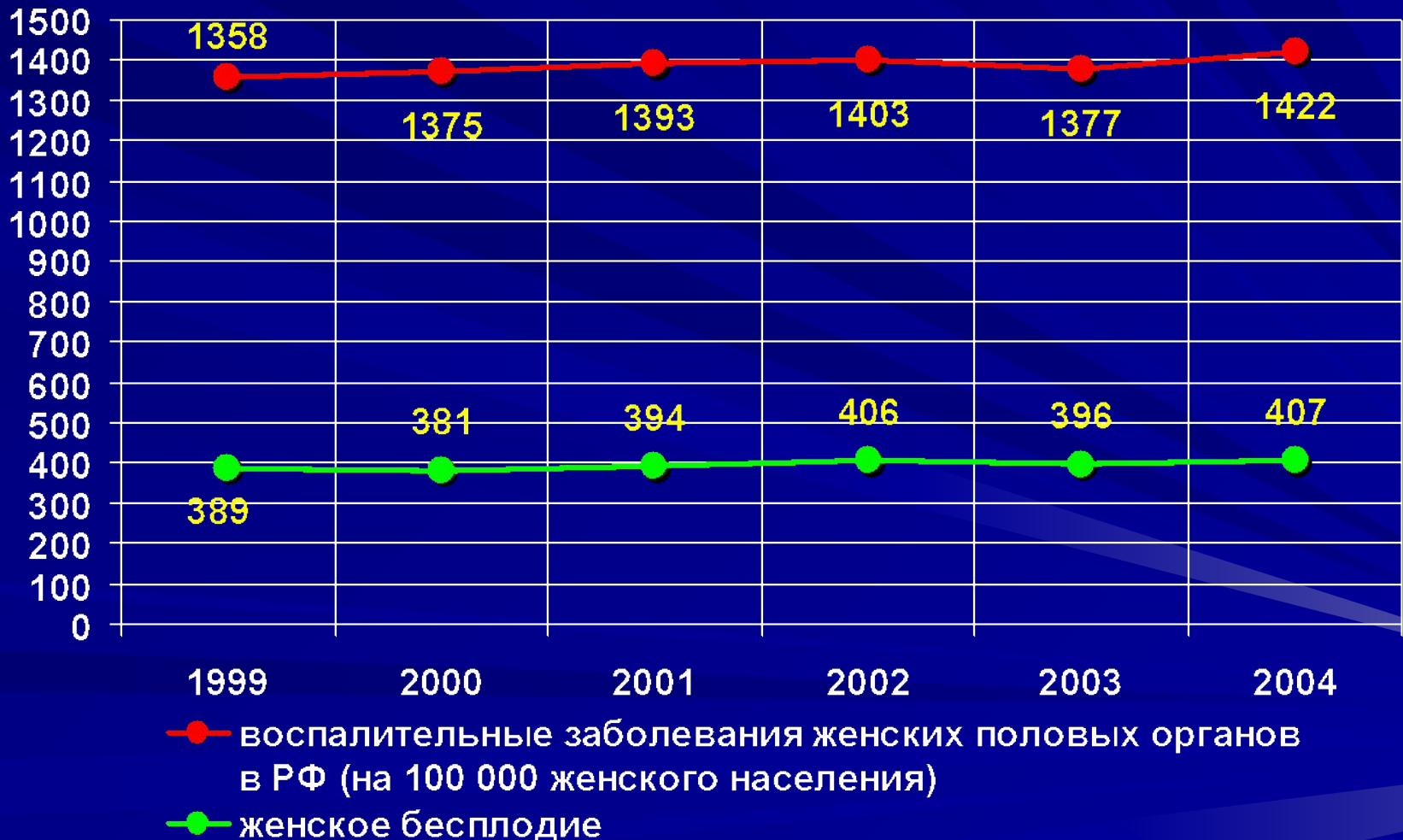
Пролиферация – III фаза – продуктивное воспаление – размножение клеточных элементов, микро- и макрофагальная инфильтрация.

Основные признаки воспалительного процесса:

Tumor (припухлость), rubor (краснота), Calor (жар), dolor (боль), functio laesa (нарушение функции).

Актуальность

В США регистрируют от 600 000 до 1 млн. случаев воспалительных заболеваний матки и придатков ежегодно (Х. Хансфилд, 2004).



Классификация ВЗЖПО

По этиологическому фактору:

- Специфическое –
Неспецифическое

По характеру течения:

- Острое
- Хроническое
- Подострое?

По локализации:

- Воспалительные заболевания
нижнего и верхнего отделов
женских половых органов,
границей между которыми
является внутренний зев.



Этиология воспалительных заболеваний женских половых органов



- *Neisseria gonorrhoeae* – 25-50%
 - *Chlamydia trachomatis* – 25-30%
 - **Аэробно/анаэробные ассоциации микроорганизмов** – 25-60% (*Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides*, *Mobiluncus*, *Streptococcus*, *Enterobacteriaceae*, *E. coli*, *Clostridium*, *Actinomycetaceae*)
 - *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* – 5-10%
 - *Candida albicans*, *Candida glabrata* – 20-40% всех инфекционных поражений влагалища
 - Вирусная инфекция – 5-10%
- Провоцирующие факторы:** физиологические (роды) и ятрогенные (аборт и т.д.)

Особенности ВЗОМТ на современном этапе



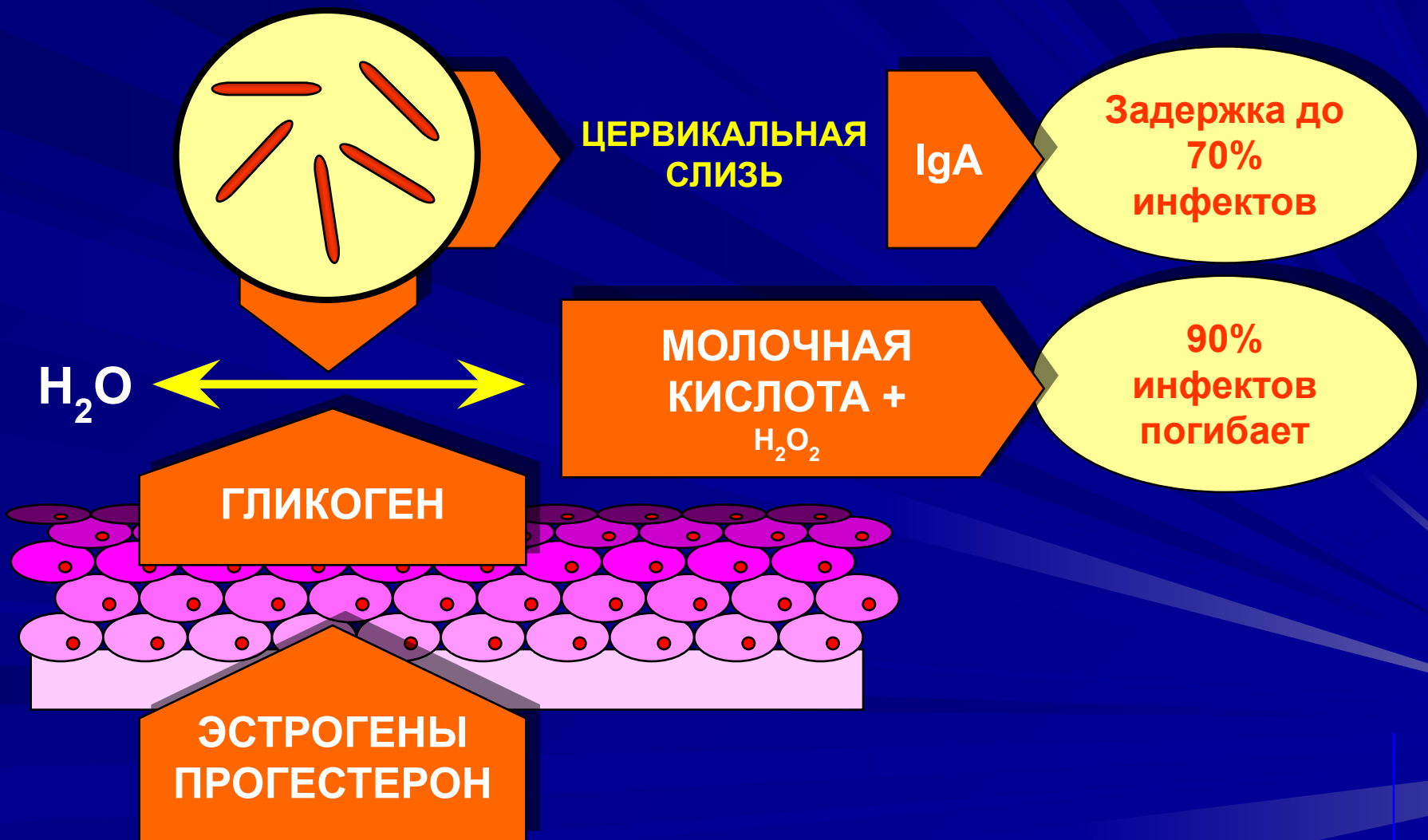
- Эра резистентности: рост в-лактамазных штаммов микроорганизмов, образование L-форм;
- Нерациональное использование антибиотиков;
- Переоценка роли внутриклеточных возбудителей (применение неадекватных тестов и их свободная интерпретация привели к гипердиагностике хламидиоза и необоснованному назначению макролидных антибиотиков);
- Микоплазмы и уреоплазмы в настоящее время относят к обычным комменсалам, в небольших количествах присутствующим в микрофлоре влагалища, не требующих специфического лечения.
- Увлечение иммунокоррекцией, применением препаратов пищеварительных ферментов (энзимотерапия) и других методов с недоказанной и сомнительной эффективностью нередко заменяет основу лечения инфекции – антибактериальную терапию и приводит к персистенции инфекции и хронизации процесса.

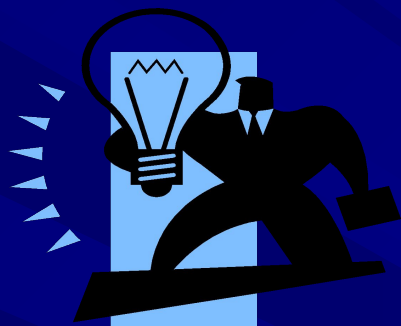


Механизмы биологической защиты

- Анатомо-физиологические особенности строения наружных половых органов;
- Многослойный плоский эпителий слизистой влагалища, преграждающий проникновение микроорганизмов в подлежащие ткани;
- Нормальная микрофлора влагалища (палочки молочно-кислого брожения);
- Кислая среда влагалища (рН 3,8-4,5);
- Способность влагалища к самоочищению;
- Наличие слизистой пробки цервикального канала (иммуноглобулины, лизоцим, мукополисахариды), препятствующей восходящему инфицированию;
- Циклическая отслойка функционального слоя эндометрия;
- Перистальтическое сокращение маточных труб и мерцательного реснитчатого эпителия труб в сторону просвета полости матки;
- Местный и общий противоинфекционный иммунитет.

Механизмы биологической защиты ПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЛАКТОБАЦИЛЛ !





Факторы риска развития ВЗОМТ

- Генитальные факторы – хр. воспалительные заболевания, бактериальный вагиноз, ЗППП.
- Социальные факторы – алкоголизм, наркомания, авитаминоз.
- Поведенческие факторы – ранее начало половой жизни, большое число половых партнеров.
- Экстрагенитальные факторы – дисбактериоз, сахарный диабет, иммунодефицит.

Основные пути распространения инфекции

- Интраканаликулярный (восходящий)
- Гематогенный (генитальный туберкулез)
- Лимфогенный
- В результате непосредственного контакта с воспалительно измененным органом брюшной полости (аппендикулярным отростком, мочевым пузырем или кишечником)

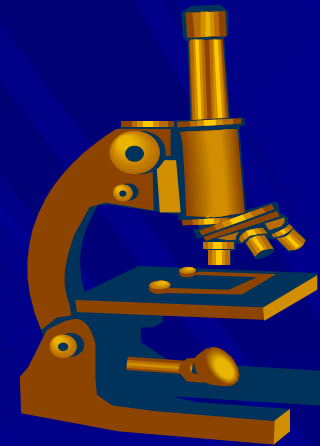
Воспалительные заболевания нижнего отдела женских половых органов

- Вульвовагинит
 - Кольпит
 - Цервицит
 - Бартолинит
- **Клиническая картина:**
 - Бели (слизисто-гнойные, гнойевидные);
 - Болевой синдром;
 - Зуд, жжение;
 - Посткоитальные кровянистые выделения;
 - Диспареуния;



Диагностика

- Гинекологический осмотр.
- Критерии диагностики:
- Гнойное отделяемое из цервикального канала (swab test);
- Кровоточивость (ранимость), отек и гиперемия слизистой, эритема в области наружного зева;
- $> 10 - 30$ нейтрофилов в мазке из канала шейки матки окрашенного по Грамму (бактериоскопия);
- Микробиологические исследования (по показаниям).



Кольпоскопическая картина цервицита

ЛЕЧЕНИЕ: ВОССТАНОВЛЕНИЕ НОРМОБИОЦЕНОЗА + ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДВУХФАЗНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

■ Восстановление анатомо-функциональной полноценности тазового дна



- Ликвидация запоров (*прирост лактобактерий в 3 раза*)
- Диета: *квашеная капуста, йогурт, биокефир; фитоэстрогены (соя, цимицифуга, красный клевер)*
- Дюфалак (SOLVAY PHARMA)
- Эубиотики
- Далацин (PFIZER)
- Бетадин (EGIS)
- Микосист (GEDEON RICHTER) Дифлюкан (PFIZER)
- Регулон, Новинет, Линдинет (GEDEON RICHTER)
- Дюфастон, Фемостон (SOLVAY PHARMA)

Абсцесс бартолиновой железы – показание к госпитализации в стационар



- Клиническая картина – болевой синдром, интоксикация (t – до 38°C), отек, гиперемия половой губы, болезненность при пальпации
- Лечение – вскрытие и дренирование абсцесса с одновременным назначением антибактериальной, десенсибилизирующей, седативной, обезболивающей терапии, физиотерапии, локальной гипотермии;

Воспалительные заболевания органов малого таза

- Эндометрит
- Аднексит
- Пиосальпинкс,
пиовар,
тубоовариальный
абсцесс
- Пельвиоперитонит



Клиническая картина

- БЕЛИ
- БОЛЕВОЙ СИНДРОМ
- ПОВЫШЕНИЕ
ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА
- ДИСПЕПСИЧЕСКИЕ
РАССТРОЙСТВА
- ДИЗУРИЧЕСКИЕ
РАССТРОЙСТВА
- НАРУШЕНИЯ
МЕНСТРУАЛЬНОГО
ЦИКЛА

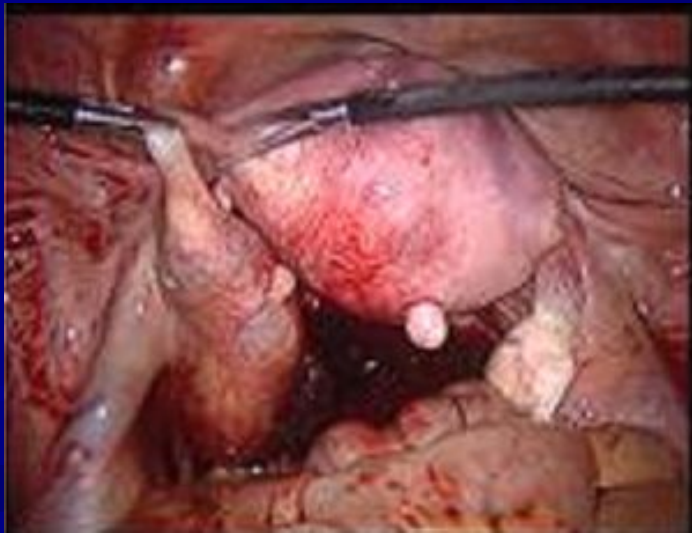


Диагностические критерии ВЗОМТ

- **Минимальные критерии:**
 - болезненность при пальпации в нижних отделах живота;
 - болезненность в области придатков;
 - болезненные тракции шейки матки.
- **Дополнительные критерии:**
 - температура тела $> 38^{\circ}\text{C}$;
 - лейкоцитоз $> 10\ 000$ в мм^3 , повышение СОЭ и С-реактивного белка;
 - патологические выделения из влагалища или шейки матки;
 - лабораторное (микробиологическое) подтверждение цервикальной инфекции.
- **Определяющие критерии:**
 - сонографическое и бимануальное подтверждение воспалительных tuboовариальных образований;
 - лапароскопическая картина ВЗОМТ.

Дифференциальный диагноз

Внематочная
беременность



Перекрут ножки
кисты яичника



Дифференциальный диагноз



Аппендицит

Показания к госпитализации

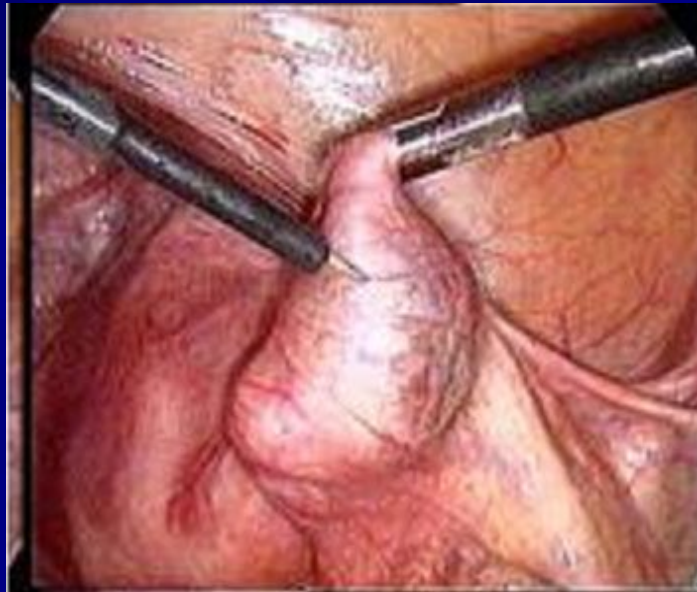
- Тяжелое состояние, тошнота, рвота, $t > 38^{\circ}\text{C}$
- Наличие тубоовариального абсцесса (пиосальпинкс)
- Неэффективность или невозможность амбулаторного лечения;
- Одновременное наличие беременности
- Наличие иммунодефицита (ВИЧ-инфекция, иммуносупрессия)
- Воспалительный процесс на фоне внутриматочного контрацептива
- Невозможность исключения острой хирургической патологии (внематочная беременность, аппендицит и т.д.)



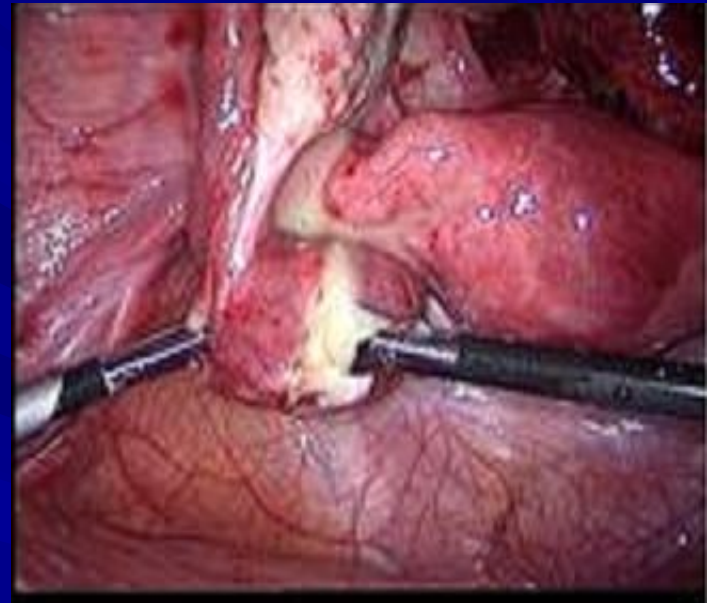
**ОСТРЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ
БРЮШИНЫ МОГУТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ
«ОСТРОГО ЖИВОТА»**

- Острый гнойный сальпингит с вовлечением брюшины
- Пиосальпинкс, пиовар, тубоовариальный абсцесс
- Пельвиоперитонит
- Перитонит

Эндоскопическая картина пиосальпинкса



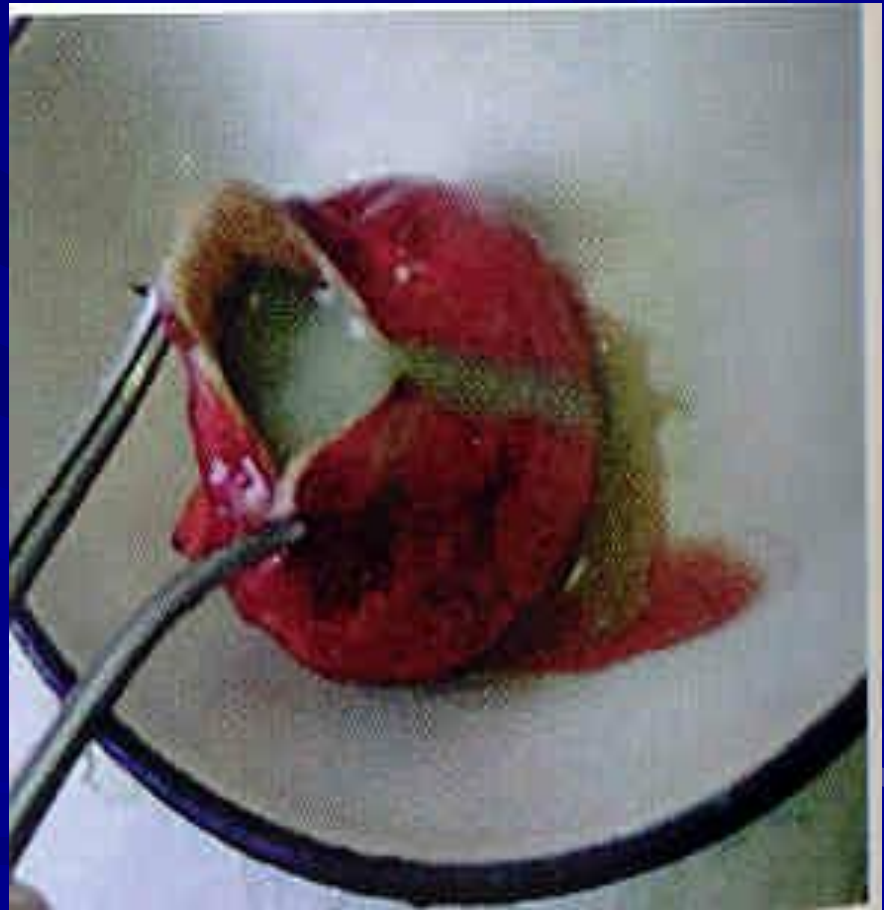
ГНОЙНЫЙ САЛЬПИНГИТ,
ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ,
ПИОСАЛЬПИНКС



ЛАПАРОСКОПИЯ,
САЛЬПИНГОСТОМИЯ
САНАЦИЯ, ДРЕНИРОВАНИЕ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ПОСЕВ
ИЗ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

ТУБООВАРИАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС

ЛАПАРОТОМИЯ,
АДНЕКСЭКТОМИЯ,
САНАЦИЯ,
ДРЕНИРОВАНИЕ
БРЮШНОЙ
ПОЛОСТИ, ПОСЕВ
ИЗ БРЮШНОЙ
ПОЛОСТИ



ПЕРИТОНИТ- ОПЕРАЦИЯ



ЛАПАРОТОМИЯ, ОБЪЕМ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
РЕШАЕТСЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННО

Лечение воспалительных заболеваний органов малого таза

- Антибактериальная, противовоспалительная терапия
- Инфузионная терапия
- Иммунотерапия (полиоксидоний, циклоферон, иммуномакс)
- Десенсибилизирующая терапия
- Экстракорпоральные методы детоксикации (плазмаферез, УФО крови)
- Физиотерапия

Схема антибиотикотерапии при воспалительных заболеваниях органов малого таза (пример)

Аугментин
(амоксциллин/клавулат)
1,2 г в/в 3-4 раза в сутки



Доксициклин
100мг в/в или per os
2 раза в сутки



Метронидазол
500мг в/в 2 раза в сутки



Офлоксацин
400 мг в/в 2 раза в сутки



Метронидазол
500мг в/в 3 раза в сутки

Патогенез хронических воспалительные заболевания женских половых органов

Снижение клеточного и гуморального иммунитета, показателей неспецифической резистентности, сенсбилизация организма и развитие аутоиммунного процесса



Нарушения в системе гемостаза и микроциркуляции (повышение коагуляционного потенциала и снижение фибринолитической активностис развитием хронической формы ДВС-синдрома).

Гипоксия тканей
Замедление процессов регенерации



**Хронизация
процесса**

Клиническая картина

- **БОЛЕВОЙ СИНДРОМ**

боли носят периодический характер, сохраняются после исчезновения признаков воспалительной реакции, могут усиливаться при охлаждении, физических и эмоциональных перегрузках

- **ИЗМЕНЕНИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ**

плохой сон, раздражительность, снижение трудоспособности, быстрая утомляемость

- **НАРУШЕНИЕ СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ 50-70%**

аноргазмия, вагинизм, диспареуния

- **НАРУШЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ 45-55% !**

мено-, метроррагии, олиго-, опсоменорея, альгоменорея

- **НАРУШЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ 30% !**

бесплодие, невынашивание беременности

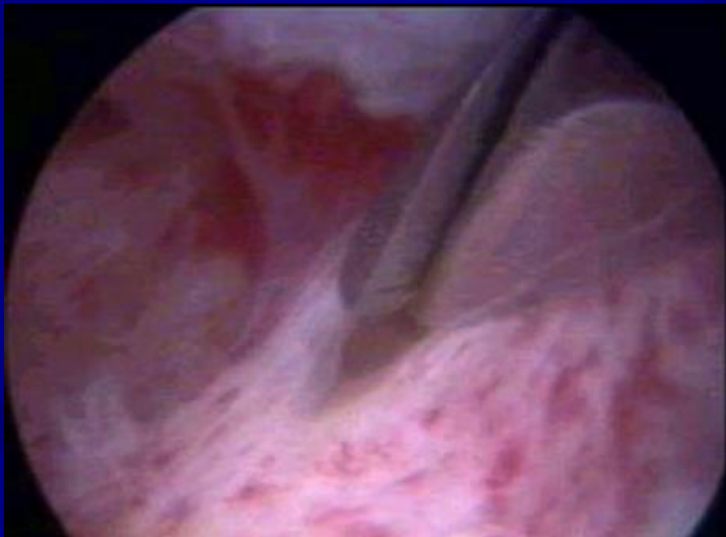
Диагностические критерии хронических воспалительных заболеваний женских половых органов

- Бактериоскопическое, бактериологическое исследования
- Гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием слизистой матки (при хроническом эндометрите):
- Гистеросальпингография (при хроническом сальпингоофорите):
- **Определяющие критерии:**
 - гистологическое обнаружение эндометрита при биопсии эндометрия;
 - сонографическое подтверждение объемных придатковых образований;
 - лапароскопическая картина.

Определяющие критерии при хроническом эндометрите

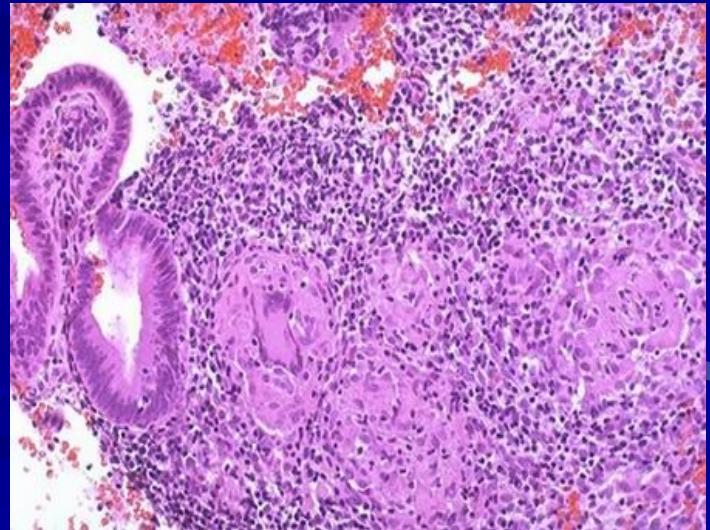
Гистероскопическая картина

неравномерное истончение и гипертрофия слизистой, белесоватая, тусклая слизистая, внутриматочные синехии



Морфологическое подтверждение при биопсии эндометрия

инфильтраты из плазматических клеток, гистиоцитов и нейтрофилов.



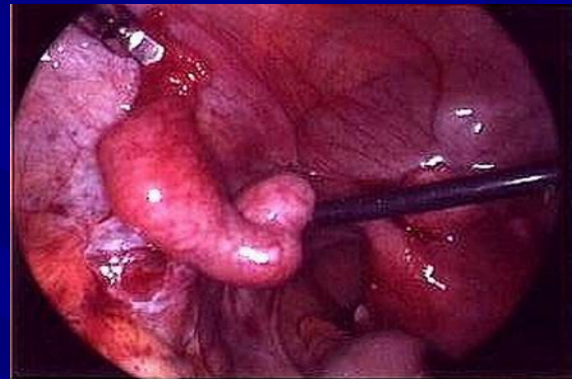
Определяющие критерии при хроническом хроническом сальпингоофорите

Рентгенологическая картина

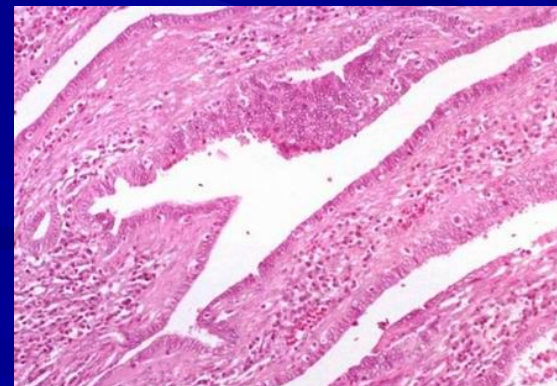
непроходимость маточных труб, сактосальпинкс, изменение топографии труб



Эндоскопическая картина (гидросальпинкс)

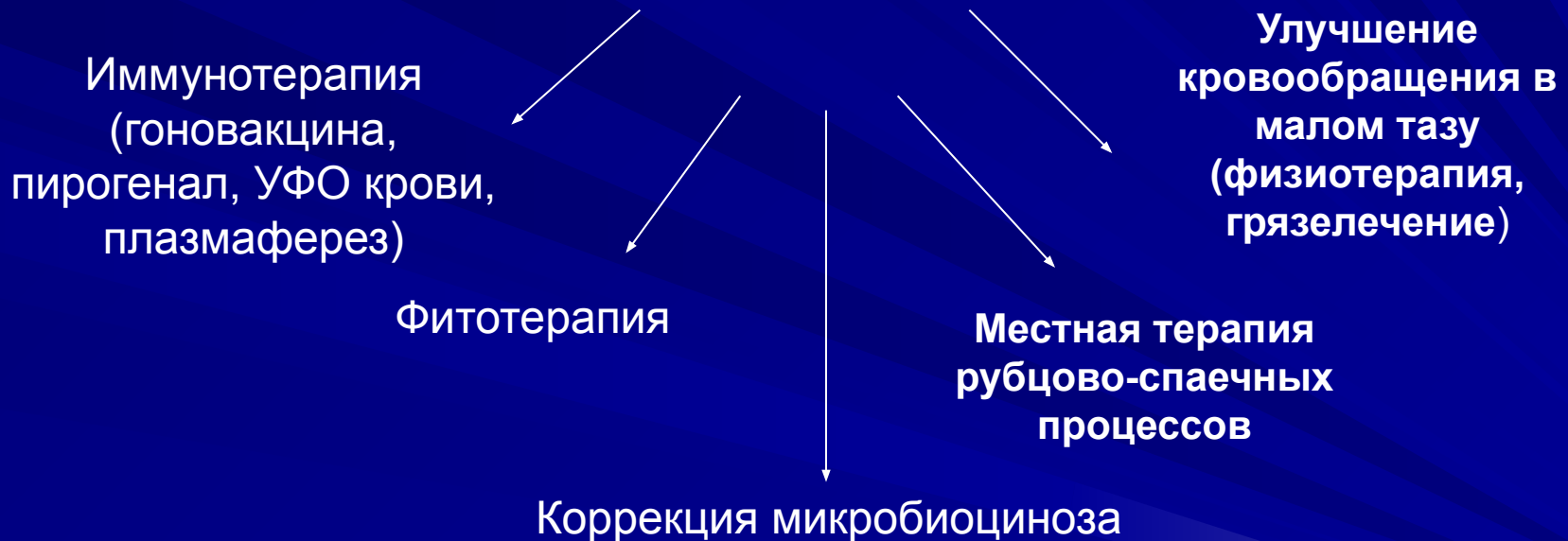


Морфология



Лечение хронических воспалительных заболеваний органов малого таза

Принципы терапии



В хронической стадии воспалительного процесса
антибиотики не назначаются

Лечение хронических воспалительных заболеваний органов малого таза



- Иммунотерапия (иммуномодуляторы, индукторы эндогенного интерферона)
- Внутриматочный диализ лекарственных средств
- Противовоспалительная терапия
- Интравагинальная терапия (тампоны с мазью Вишневского)
- Физиотерапия (магнитотерапия, ультразвук, электрофорез), бальнеотерапия
- Экстракорпоральные методы гемокоррекции (плазмаферез, УФО крови)
- Восстановление эубиоза
- Циклическая витаминотерапия (в I фазу – фолиевая кислота, во II фазу – витамин E)

Показания к антибиотикотерапии

1

Антибиотики не назначались или использовались неправильно в острой стадии процесса

2

Наличие обострения процесса (имеются симптомы: экссудация, повышение температуры тела, увеличение СОЭ и количества лейкоцитов, появление реактивного белка) С-

Заключение

Многообразие аспектов клиники, диагностики и лечения воспалительных заболеваний женских половых органов позволяет отнести эти процессы к наиболее тяжелым в гинекологии.

Успех лечения пациенток во многом определяется рациональной тактикой их ведения с использованием комплекса интенсивной терапии и длительной реабилитации.

В.И.Краснопольский и соавт., 1999.