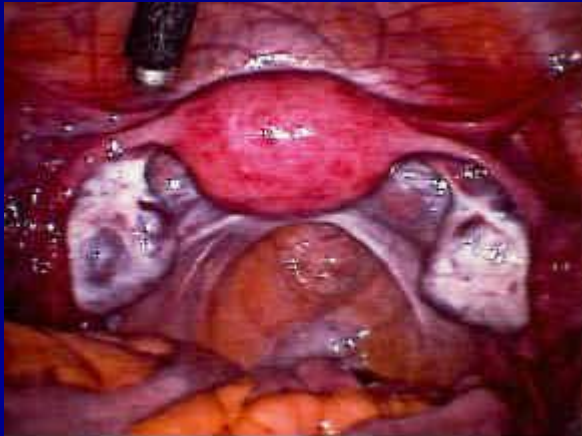


**РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ**  
**КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ С КУРСОМ**  
**ПЕРИНАТОЛОГИИ**  
**(ЗАВ. КАФЕДРОЙ – ПРОФЕССОР В.Е. РАДЗИНСКИЙ)**

**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).

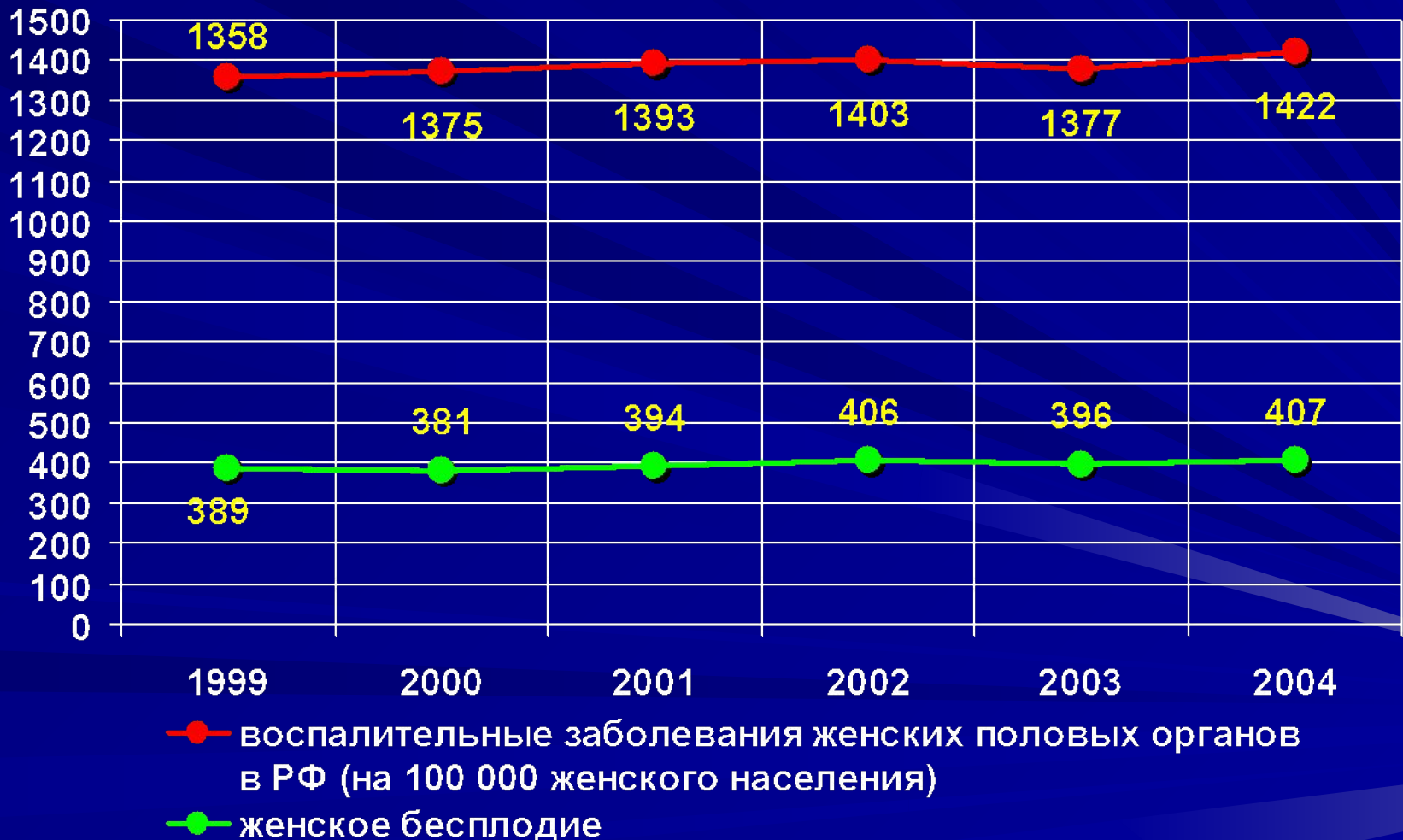
**Пролиферация** – III фаза – продуктивное воспаление – размножение клеточных элементов, микро- и макрофагальная инфильтрация.

**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:

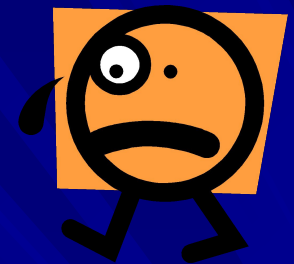
- Острое
- Хроническое
- Подострое?

## 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.

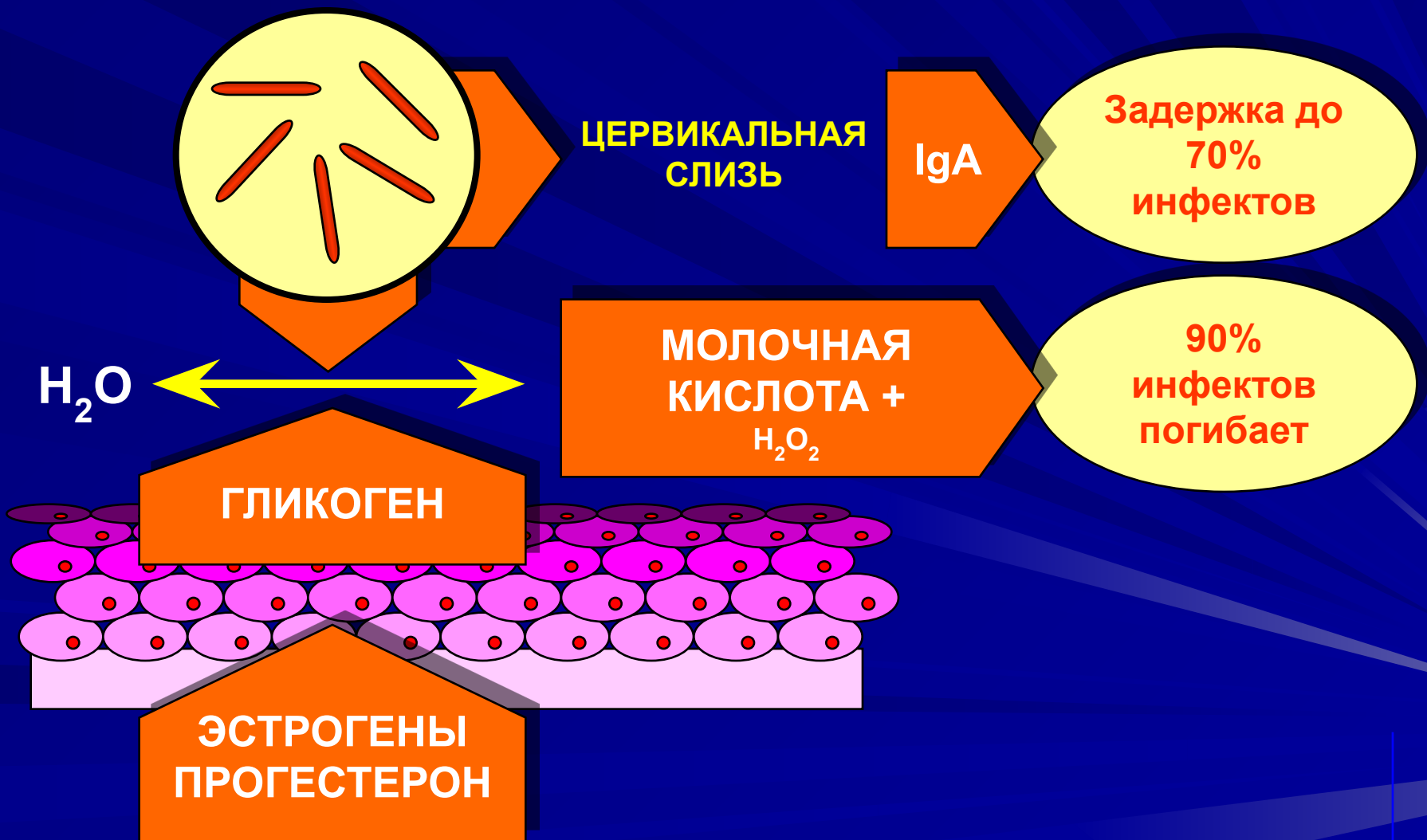




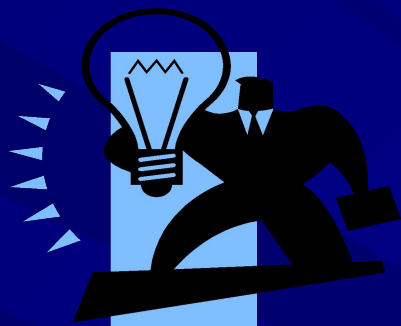
# Механизмы биологической защиты

- 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)

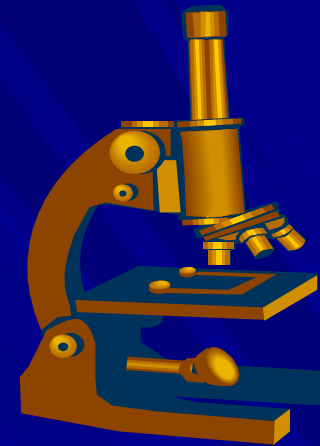
# Воспалительные заболевания нижнего отдела женских половых органов

- 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  $38^{\circ}\text{C}$ ), 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  $\text{мм}^3$ , 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.)





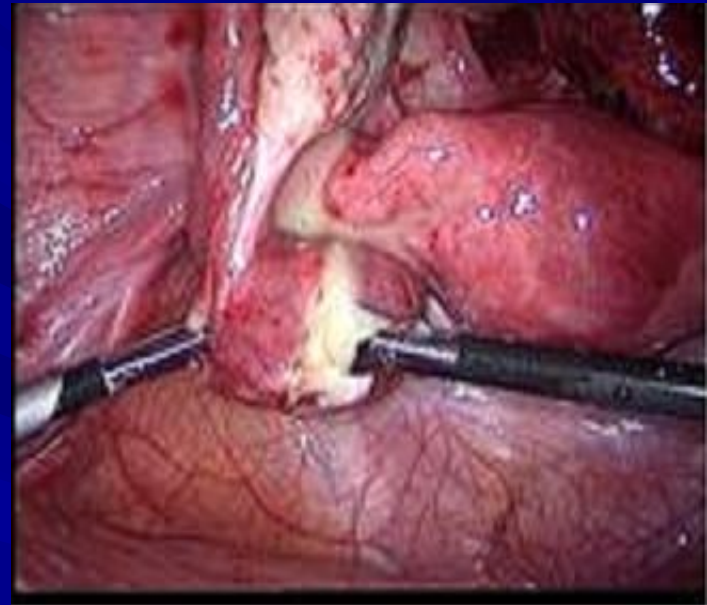
**ОСТРЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ  
ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ  
БРЮШИНЫ МОГУТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ  
«ОСТРОГО ЖИВОТА»**

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

# Эндоскопическая картина пиосальпинкса



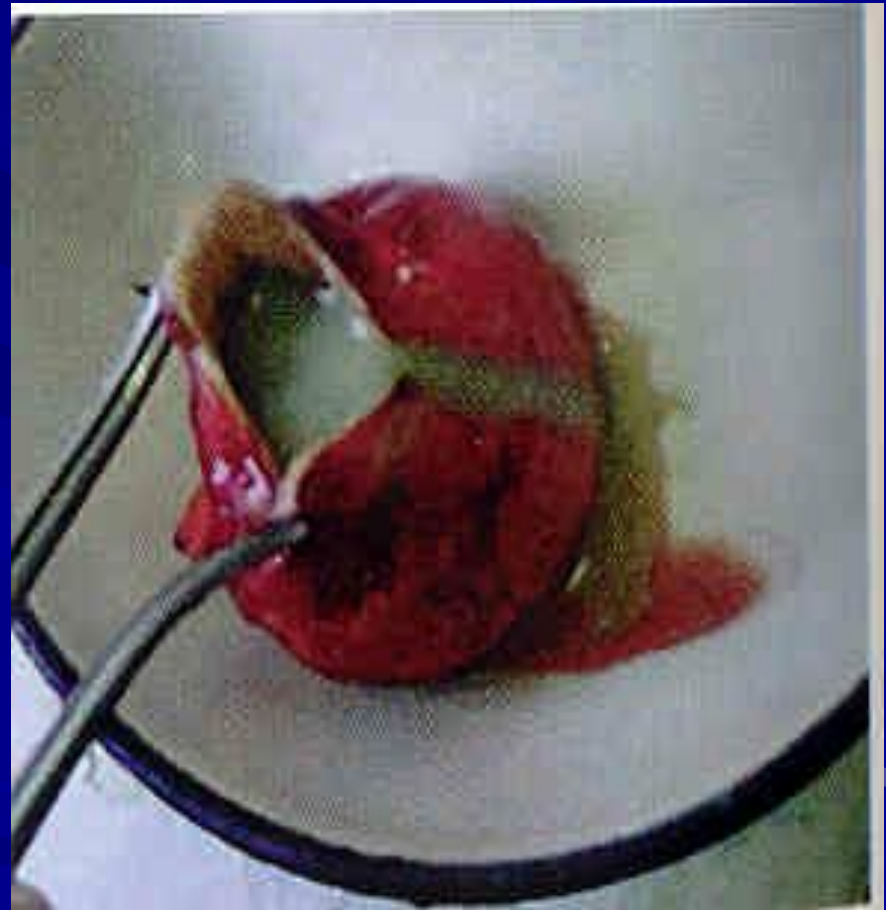
ГНОЙНЫЙ САЛЬПИНГИТ,  
ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ,  
ПИОСАЛЬПИНКС



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)

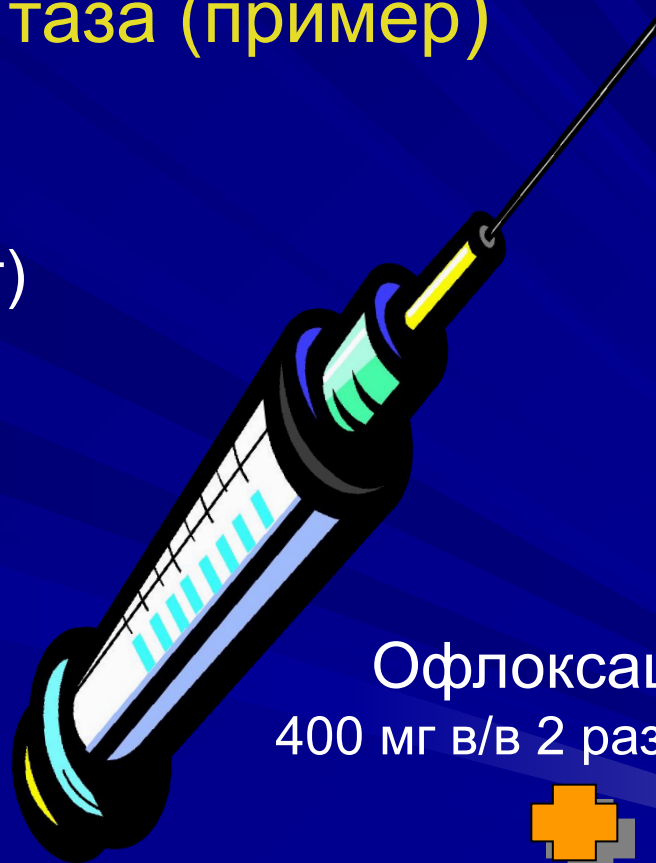
Аугментин  
(амоксциллин/клавулат)  
1,2 г в/в 3-4 раза в сутки



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

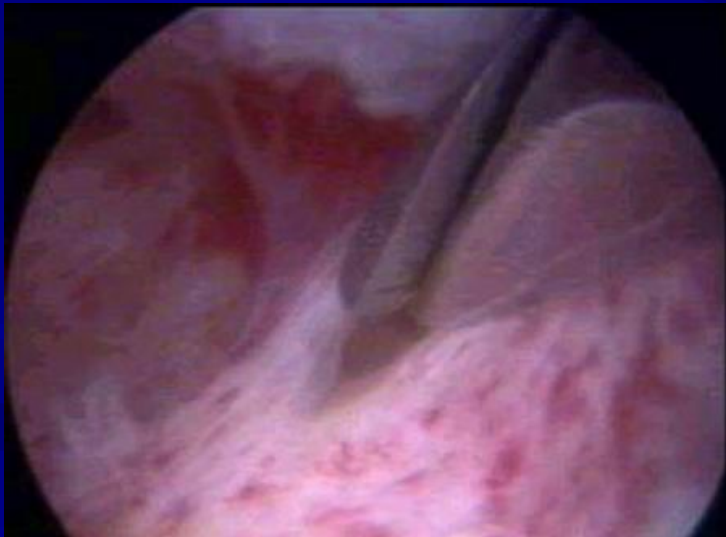
# Диагностические критерии хронических воспалительных заболеваний женских половых органов

- Бактериоскопическое, бактериологическое исследования
- Гистероскопия с отдельным 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

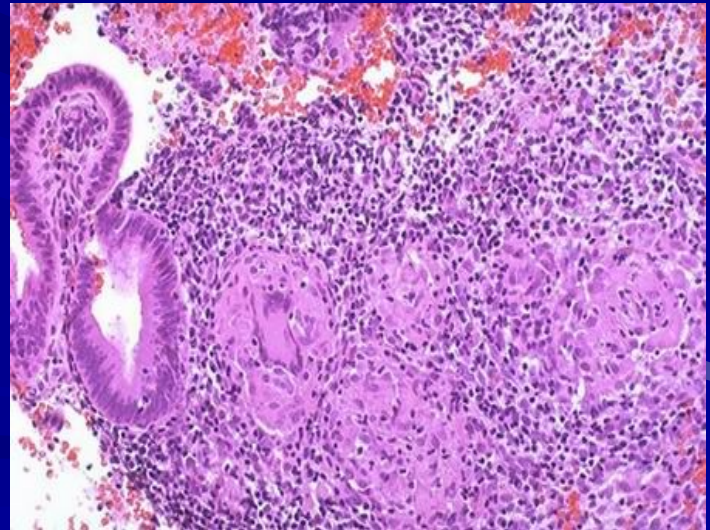
## Гистероскопическая картина

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



## Морфологическое подтверждение при биопсии эндометрия

инфильтраты из плазматических клеток, гистиоцитов и нейтрофилов.





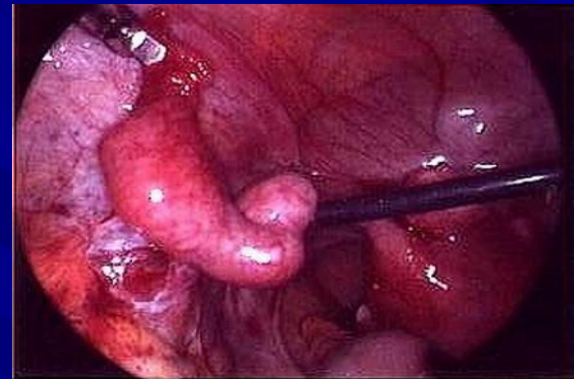
# Определяющие критерии при хроническом хроническом сальпингоофорите

## Рентгенологическая картина

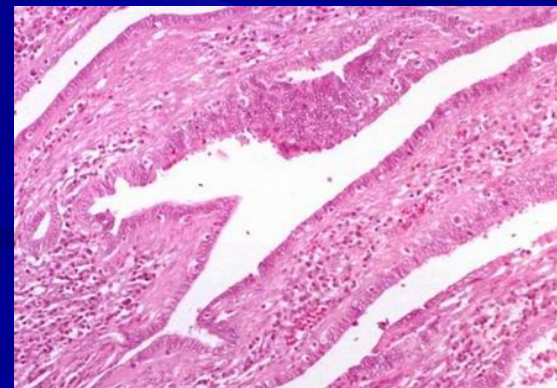
непроходимость маточных труб, сактосальпинкс, изменение топографии труб



## Эндоскопическая картина (гидросальпинкс)

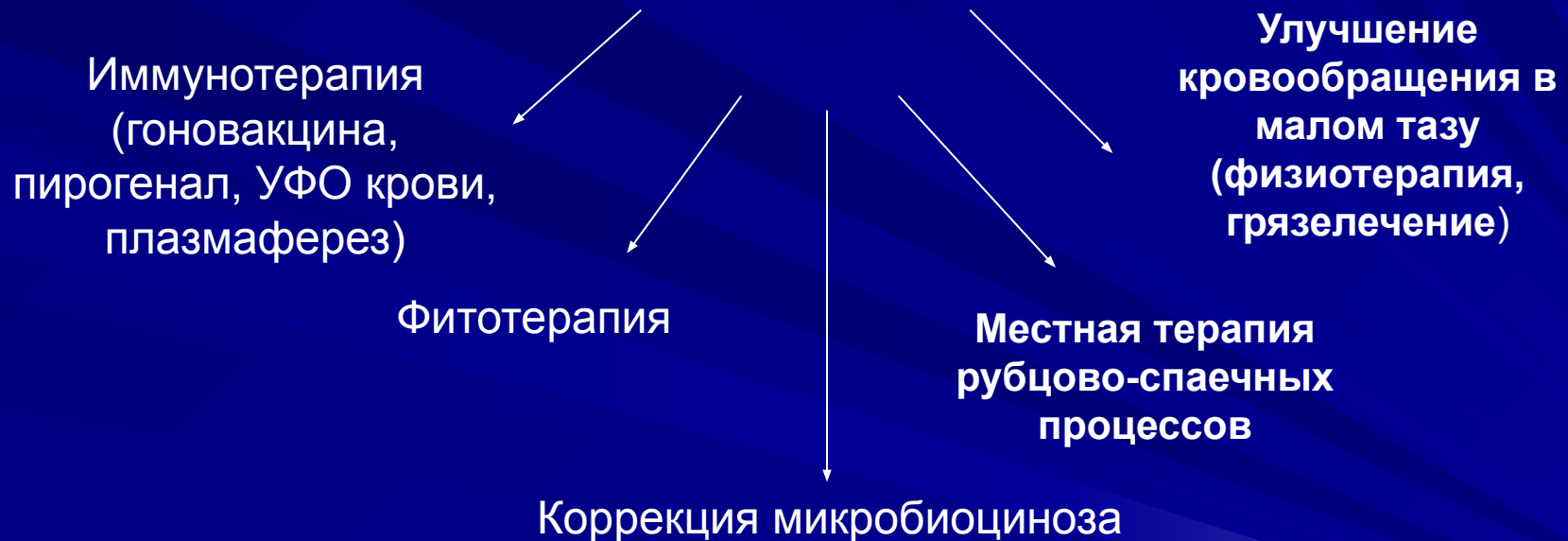


## Морфология



# 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.