



**Воспалительные
заболевания органов малого
таза.**

Тактика ВОП

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОТ)

- включают инфекции органов верхнего отдела половой системы:
- эндометрия (эндометрит),
- маточных труб (сальпингит),
- яичников (оофорит),
- стенок матки (миометрит)
- или париетальной брюшины (перитонит).
- ВЗОТ разделяют на острые и хронические.
- Часто ошибочно к хроническим ВЗОТ относят последствия острых ВЗОТ (гидросальпинкс, бесплодие, спайки).
- Истинные хронические ВЗОТ (например, туберкулёз тазовых органов и актиномикоз) встречаются редко.

БАКТЕРИОЛОГИЯ

- Как правило, острые ВЗОТ — полимикробные инфекции, вызываемые условно-патогнными микроорганизмами.
- Нормальная микрофлора влагалища:
 - Палочковидная флора: лактобациллы, коринебактерии и дифтероиды.
 - Кокковая флора: анаэробные и аэробные кокки, гемолитические и негемолитические стрептококки, энтерококк.
 - Реже выявляют клебсиеллы, энтеробактерии, представителей рода *Proteus*, грибы рода *Candida*.

Микроорганизмы, часто вызывающие воспаление фаллопиевых труб

- *Neisseria gonorrhoeae*
- *Chlamydia trachomatis*
- Эндогенные аэробные бактерии (например, *Escherichia coli*, *Proteus*, *Klebsiella*)
- Эндогенные анаэробные бактерии (например, *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*)
- *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum*.
- *Actinomyces israelii* обнаруживают в 15% случаев ВЗОТ, связанных с ВМС, при односторонних абсцессах. Заболеваемость повышается при использовании ВМС более 2 лет. Редко обнаруживают у женщин, не использующих ВМС.

Преобладающие микроорганизмы

- *N. gonorrhoeae* — единственный микроорганизм, выделяемый непосредственно из культуры материала, взятого из влагалища, у трети женщин с острыми ВЗОТ.
- У одной трети обнаруживают только аэробные и анаэробные организмы.
- *C. trachomatis* обнаруживают в культуре материала, взятого из маточных труб, примерно у 20% женщин с сальпингитом.
- *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis* высевают вместе в 25-40% случаев.

ПАТОГЕНЕЗ

- Сальпингофориту обычно предшествует колонизация влагалища и шейки матки условно-патогенной флорой.
- Бессимптомное носительство может продолжаться месяцы и годы.
- Под действием провоцирующего фактора бактерии проникают через полость матки в просвет труб.
- Процесс обычно двусторонний.
- Провоцирующие факторы:
 - Менструация - кровь и отторгнутый эндометрий — хорошая питательная среда. Две трети случаев острых ВЗОТ начинаются сразу после менструации.
 - Половой акт - сокращения миометрия способствуют развитию восходящей инфекции.
 - Ятрогенные причины
 - ! Медицинский аборт
 - ! Расширение цервикального канала и кюретаж
 - ! Введение ВМС
 - ! Гистеросальпингография
 - ! Введение в полость матки радиоактивных веществ с лечебными целями

Клиническое течение сальпингоофорита

- **Эндосальпингит** — воспалительный процесс слизистой оболочки труб и их бахромок. Развиваются гиперемия, отёк, расстройство микроциркуляции с последующим разрушением клеток слизистой оболочки бактериальными токсинами. Процесс обычно двусторонний, хотя возможно поражение маточной трубы только с одной стороны, особенно при использовании ВМС. Причина — хронический анаэробный эндометрит около устья одной из труб.
- Воспалительный процесс распространяется на мышечную и серозную оболочку маточных труб. Затем инфекция проникает в брюшную полость через абдоминальный конец трубы и поражает покровный эпителий яичника и близлежащую брюшину.

Клиническое течение сальпингоофорита

- Оофорит развивается с поверхности яичников. В дальнейшем инфицируются зернистые оболочки фолликулов с образованием микроабсцессов внутри яичников.
- Перитонит развивается при распространении инфекционного процесса по всей брюшной полости либо прямым, либо лимфогенным путём.
- Перигепатит со спайками и болью в правом верхнем квадранте живота известен как синдром *ФицХью-Кертиса*.
- Если лечение не проводится (при «тлеющих» очагах инфекции без выраженной клинической картины) или оно неадекватно, активизируются условно-патогенные бактерии, и развивается смешанная инфекция. В развитии тазовых абсцессов главную роль играют анаэробы.

Осложнения

- Пиосальпинкс (абсцесс маточной трубы)
- Гидросальпинкс (наполненная серозной жидкостью расширенная тонкостенная маточная труба, обычно полностью непроходимая)
- Частичная непроходимость труб и формирование крипт, могущих способствовать возникновению эктопической беременности
- Полная непроходимость маточных труб и бесплодие.
- Трубно-яичниковые абсцессы
- Околотрубные и перивариальные спайки
- Спайки в полости таза и брюшной полости
- Разрывы абсцессов, приводящие к сепсису и шоку
- Хроническая боль внизу живота и диспареуния

ДИАГНОСТИКА

- Признаки и симптомы ВЗОТ относительно неспецифичны, что часто приводит к ошибкам в диагностике.
- Данные лапароскопических исследований показали ненадёжность диагностики острых ВЗОТ только на основании анамнеза или обычных физикальных и лабораторных исследований
- Правильно поставить диагноз без лапароскопии можно в случаях с характерной клинической картиной
- Иногда, несмотря на серьёзность инфекции, симптоматика очень скудна. Женщины с *S. trachomatis* могут практически не предъявлять жалоб, хотя при лапароскопии выявляют картину тяжёлого воспалительного процесса

Частые жалобы

- Симптомы часто обостряются во время или сразу после менструации
- Боль в нижней части живота
- Боль в области придатков
- Лихорадка
- Тошнота и рвота
- Дизурия и уретрит
- Зловонные выделения из влагалища
- Опухолевидные образования в области придатков матки
- Увеличение СОЭ и лейкоцитоз

Дифференциальный диагноз

- **Эктопическая беременность**
- **Разрыв кисты яичника**
- **Аппендицит**
- **Эндометриоз**
- **Воспалительные заболевания кишечника**
- **Некроз фибромиомы**
- **Спонтанный аборт**
- **Дивертикулит**

Методы диагностики

- Окраска мазка шеечной слизи по Граму.
- При торпидном или хроническом течении заболевания приходится прибегать к провокации с последующим взятием мазков из всех предполагаемых очагов через 24, 48 и 72 часа. Существует несколько видов провокации.
- Химическая провокация — смазывание уретры, цервикального канала 1-2% раствором нитрата серебра с одновременным смазыванием нижнего отдела прямой кишки 1 % раствором Люголя.
- Биологическая провокация — введение гоновакцины или пирогенала.
- Физиологическая провокация происходит с 2 по 4 день менструации.
- Физиотерапевтические процедуры, например, индуктотермия, ультразвук, электрофорез, лечебные грязи.
- Некоторые продукты питания, например, острая и солёная пища, а также алкоголь.
- Более эффективно использование комбинированных методов провокации. Одновременно берут материал для получения культуры бактерий

Методы диагностики

- **Кульдоцентез** - при получении гнойной жидкости посев для определения чувствительности может помочь в выборе антибиотика. Однако, в первичном очаге процесс может быть обусловлен другим возбудителем.
- **Лапароскопия** — основной метод диагностики при неясной клинической картине.
- **УЗИ** помогает в диагностике объёмных образований придатков, нормальной или эктопической беременности, особенно если резкая боль мешает бимануальному исследованию органов малого таза. По данным УЗИ можно судить о динамике заболевания и об эффективности проводимой терапии

Методы диагностики

- **ХГТ. Определение уровня β -субъединицы ХГТ помогает исключить эктопическую беременность - низкие цифры в ранние сроки беременности.**
- **Исследование крови:**
 - **Лейкоцитоз не всегда сопровождает острое ВЗОТ (50%).**
 - **СОЭ — неспецифичный тест, повышена примерно у 75% женщин**

ЛЕЧЕНИЕ

- Основные принципы терапии — индивидуальный подход и постоянный контроль
- ВОП должен решать вопрос о необходимости госпитализации после 48-72-часового наблюдения за пациенткой.
- Госпитализация при ВЗОТ необходима в следующих случаях:
 - Диагноз неясен
 - Необходимо исключить острую хирургическую патологию, *например*, аппендицит, эктопическую беременность.
 - Подозрение на абсцесс органа малого таза.
 - Тяжёлое состояние больной (рвота, дегидратация, гипертермия или признаки перитонии)
 - Беременность.
 - Амбулаторное лечение пациентки неэффективно.

Острые ВЗОТ

- Рекомендуют несколько комбинированных схем лечения антибиотиками для борьбы с тремя основными возбудителями — *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* и анаэробами
- Доксциклин (100 мг в/в 2 р/д) и цефокситин (2,0 мг в/в 4 р/д)
- Клиндамицин (600 мг в/в 4 р/д) и гентамицин (2,0 мг/кг в/в). Затем поддерживающая терапия гентамицином (1,5 мг/кг в/в 3 раза в день); противопоказание — нарушение функции почек
- Доксциклин (100 мг 2 раза в день) и метронидазол (1,0 г в/в 2 р/д)
- Сначала используют консервативное лечение высокими дозами антибиотиков в/в. Если наступает клиническое улучшение, лечение продолжают до исчезновения симптомов (около 7-14 дней)

ДРУГИЕ ПРИЧИНЫ ВОСПАЛЕНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА:

гранулёматозный сальпингит

- Туберкулёзный сальпингит обычно на фоне лёгочного туберкулёза. Чаще болеют женщины детородного возраста. Среди больных ВЗОТ туберкулёз диагностируют у 10-11%; среди больных с нарушениями менструального цикла — у 8,4%; среди больных с бесплодием — у 10-22%.
- Классификация туберкулёза половых органов включает туберкулёз придатков матки, матки, шейки матки, вульвы и влагалища. По характеру течения процесс может быть острым, подострым и хроническим. По распространённости: вовлечение брюшины и прилегающих органов, асцит. Туберкулёз может протекать без бацилловыделения (БК-) и с выделением бактерий в окружающую среду (БК+). Также туберкулёзный процесс разделяют на фазы: инфильтрация, рассасывание, обызвествление, рубцевание.
- Данные физикального обследования разнообразны. У больных обычно обнаруживают уплотнения в парацервикальных, паравагинальных и околоматочных тканях. Наиболее подверженный заболеванию возраст — 20-40 лет. В анамнезе лёгочный туберкулёз, жалобы на слабые боли в низу живота, случаи туберкулёза в семье, бесплодие и аменорея.
- Патоморфология. Макроскопически маточная труба имеет вид «кисета», увеличена и расширена. Маточный конец закрыт, бахромки отёчны и увеличены. Микроскопически в туберкулёзных бугорках наблюдают эпителиоидную реакцию и гигантские клетки. Выражены процессы воспаления и рубцевания.
- Лечение по стандартным схемам для диссеминированного туберкулёза, включая изониазид, рифампицин и этамбутол. Прогноз благоприятный, но очень часто наступает бесплодие.

ДРУГИЕ ПРИЧИНЫ ВОСПАЛЕНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА: негранулёматозный сальпингит

- возникает вторично на фоне любой другой бактериальной инфекции брюшной полости. Может быть осложнением:
- Аппендицита
- Дивертикулита
- Болезни *Крона*
- Холецистита
- Околопочечного абсцесса

Причины патологических выделений из влагалища

Наиболее опасные:

- Онкологические заболевания
- Внематочная беременность

Причины патологических выделений из влагалища

Наиболее частые:

- ДМК
- Бактериальный вагиноз

Причины патологических выделений из влагалища

Кровянистые выделения:

- Внематочная беременность
- Спонтанный аборт
- Рак шейки матки
- Рак влагалища
- Рак эндометрия
- Полип эндометрия
- Эрозия шейки матки
- Эндометриоз
- Атрофический кольпит
- ДМК
- Геморрагические диатезы
- Миома матки
- травма

Причины патологических выделений из влагалища

Некровянистые выделения:

- Эндометрит
- Бактериальный вагиноз
- Вагиниты (бактериальные, грибковые)
- Цервицит
- Сальпингит
- Рак шейки матки
- Инородное тело