

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

кафедра акушерства и гинекологии ВолгГМУ
ассистент О.А. Ярыгин
к.м.н., отличник здравоохранения РФ

-
- Воспалительные заболевания женских половых органов занимают **1-е место** среди всей гинекологической патологии.
 - ? **Острый эпизод** ВЗОМТ регистрируется более чем у **1 млн. женщин** США и Европы в год. У подростков – 2,5% в год.
 - ? **В РФ** пациентки с ВЗОМТ составляют **60–65%** среди амбулаторных и до **30%** стационарных больных.
 - В **99%** инфекция попадает в женские половые органы половым путем.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В зависимости от возбудителя, женские заболевания принято разделять на две группы:

- ? Специфические воспалительные заболевания женских половых органов. Их возникновение вызвано патогенной флорой, которая обычно передаётся половым путём. Наиболее известные специфические воспалительные заболевания женских органов: гонорея, трихомониаз, сифилис, ВИЧ, туберкулёз, папилломавирусная и герпетическая инфекции. Как видим, в большинстве случаев к этой группе относятся венерические заболевания.
- ? Неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов. Эта группа заболеваний вызвана эндогенной флорой, которая присутствует в каждом организме. В норме она находится в неактивном состоянии, а при активизации вызывает воспалительные процессы (стафилококк, кишечная палочка, стрептококк и т. д.).

КЛАССИФИКАЦИЯ.

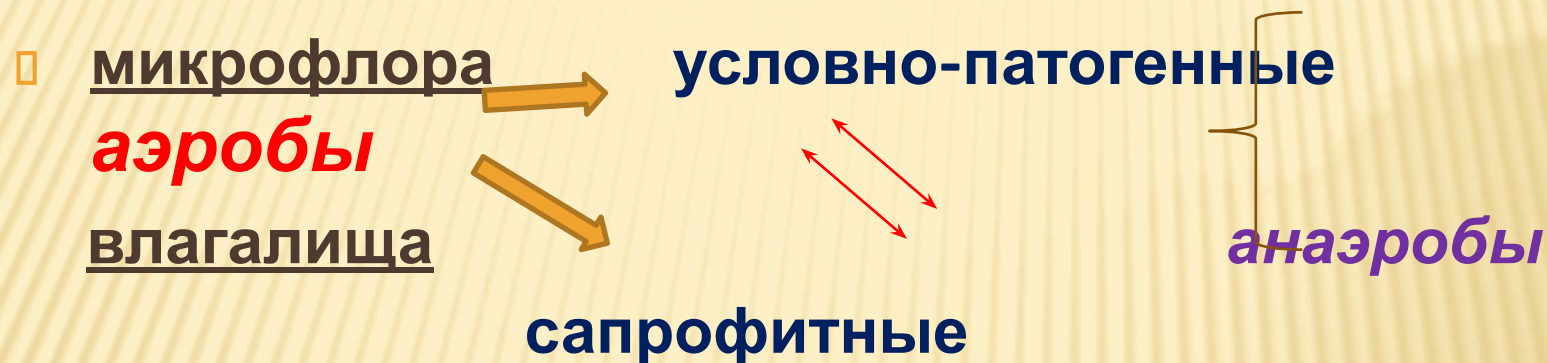
- ***По клиническому течению*** воспалительные процессы разделяют на острые с выраженной клинической симптоматикой, подострые со стертыми проявлениями и хронические.
- ***По локализации патологического процесса*** различают воспалительные заболевания нижних отделов (вульвит, бартолинит, кольпит, эндо-цервицит, цервицит) и верхних (эндомиометрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, параметрит) отделов половых органов

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВЗОМТ

- ? Инфекции, передающиеся половым путем
- ? Внутриматочные вмешательства
- ? Использование ВМК
- ? Осложнения после самопроизвольных и, особенно криминальных абортов
- ? Предшествующие полостные вмешательства

ЗАЩИТНЫЕ ФАКТОРЫ ОРГАНИЗМА:

- Секрет желез влагалища в количестве 1-2 мл в сутки.
Все что больше - патологические бели.



- ◆ лактобактерии - палочки молочнокислого брожения, создающие кислую рН во влагалище;
- ◆ слизистая пробка - бактерицидная пробка цервикального канала;
- ◆ функциональный слой эндометрия – очищение + на месте отторгнувшегося эндометрия образуется лимфоцитарный вал.

НОРМОЦИНОЗ (ТИПИЧНЫЙ БИОТОП ВЛАГАЛИЩА)

НЕТ ГР+, ГР- ФЛОРЫ, ЧИСТЫЕ ЭПИТ. КЛЕТКИ,
ПРЕОБЛАДАЮТ ЛАКТОБАКТЕРИИ

Лейкоциты	10-12 в п/зрения
Эпителий	8-10
Слизь	гомогенная
Гонококки	нет
Флора	палочки

ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ ТИП (ЧАСТО У ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН, РЕДКО СОПРОВОЖДАЕТСЯ ЖАЛОБАМИ И КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ)

УМЕРЕННОЕ ИЛИ СНИЖЕННОЕ КОЛИЧЕСТВО ЛАКТОБАКТЕРИЙ, НАЛИЧИЕ ГРАМПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ КОККОВ, ГР- ПАЛОЧЕК. ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ЛЕЙКОЦИТЫ, ЭПИТ. КЛЕТКИ

Лейкоциты	15-20 в п/зрения
Эпителий	10-12
Слизь	гомогенная
Гонококки	нет
Флора	Палочки Гр (-), КОККИ

ДИСБИОЗ ВЛАГАЛИЩА (БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ)

НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЕ КОЛ-ВО ИЛИ ОТСУТСТВИЕ ЛАКТОБАКТЕРИЙ,
НАЛИЧИЕ «КЛЮЧЕВЫХ КЛЕТОК», ПОЛИМИКРОБНАЯ КАРТИНА
МАЗКА

Лейкоциты	18-20 в п/зрения
Эпителий	10-12
Слизь	Гомогенно- волоконистая
Гонококки	нет
Флора	«Ключевые клетки»

ВАГИНИТ (НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ, СПЕЦИФИЧЕСКИЙ)

БОЛЬШОЕ КОЛ-ВО ЛЕЙКОЦИТОВ, ОБНАРУЖЕНИЕ ГОНОКОККОВ, ТРИХОМОНАД И ДР.

Лейкоциты	Все п/зрения
Эпителий	много
Слизь	волоконистая
Гонококки	Нет или Диплококки внутриклеточно
Флора	Отсутствует или Trichomonada Vaginolis

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ПОЛОВОЙ ПУТЕЙ

- ? Вульвит
 - ? Вагинит (кольпит)
 - ? Бартолинит
 - ? Эндоцервицит
 - ? экзоцервицит
-

КЛАССИФИКАЦИЯ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ

- Острый и подострый
- Хронический
- абсцесс и изъязвления вульвы

Жалобы

- зуд, жжение в области наружных половых органов и влагалища, диспареуния, дизурия
- Гиперемия и отек вульвы и стенок влагалища
- Серозно-гноевидный или гнойный налет

ДИАГНОСТИКА

- Бактериоскопия
- Бактериологическое исследование
- ОАК, ОАМ

Цели лечения

- клинико-лабораторное выздоровление
- предупреждение и устранение осложнений

БАРТОЛИНИТ – ВОСПАЛЕНИЕ БОЛЬШОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕДВЕРИЯ ВЛАГАЛИЩА

- Острое начало, пульсирующая боль со стороны поражения
- Интоксикационный синдром
- Резкая болезненность при пальпации
- При абсцедировании появления участка флюктуации

Лечение

- Купирование острого процесса в стадии инфильтрации
- Хирургическое при формировании абсцесса



ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ (ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА)

- ? Неосложненные: - эндометрит (острый,
хронический)
Сальпингоофарит (острый,
хронический)
- ? Осложненные: - тубоовариальный
абсцесс
- пельвиоперитонит

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ВЗОМТ

Минимальные

- болезненность при пальпации в нижних отделах живота
- Болезненность в области придатков, болезненные тракции шейки матки

Дополнительные критерии

- Температура тела 38°C ; лейкоцитоз $\geq 10\ 000$ в куб.мм; повышение СОЭ и С-реактивного белка; патологические бели
- Лабораторное подтверждение цервикальной инфекции

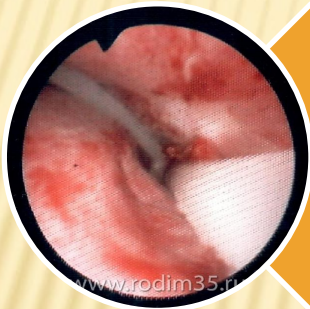
ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ КРИТЕРИИ

- ? Гистологическое обнаружение эндометрита при биопсии эндометрия
- ? Сонографическое и бимануальное подтверждение воспалительных tuboовариальных образований
- ? Лапароскопическая картина ВЗОМТ

ОСТРЫЙ ЭНДОМЕТРИТ



повышение температуры тела, боли внизу живота, озноб, гнойные или сукровично-гнойных выделений из половых путей.



Острая стадия заболевания продолжается 8-10 дней и заканчивается выздоровлением.



Возможна генерализация процесса (параметрит, перитонит, тазовые абсцессы, тромбофлебит вен малого таза, сепсис) или переход в подострую и хроническую форму.

ДИАГНОСТИКА

? матка увеличенная, мягкой консистенции, болезненная при исследовании.

? **При ультразвуковом сканировании** определяется утолщение М-эха.



? **При гистероскопии:** гиперемированная и отечная слизистая, обрывки некротизированной слизистой, элементы плодного яйца, остатки плацентарной ткани, инородные тела (лигатуры, ВМК и др.).

? **Лабораторные показатели:** лейкоцитоз, лимфопения, палочкоядерный сдвиг, увеличение СОЭ

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЭНДОМЕТРИТА (МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ)

- ? Элиминация возбудителей (АБ широкого спектра действия: комбинация цефалоспоринов III, IV поколения и метронидазола, или монотерапия (защищенные аминопеницилины или карбопенемы))
- ? Предотвращение хронизации процесса -- дезинтоксикационная, инфузионная терапия, десенсибилизирующая, общеукрепляющая терапия, маточный лаваж
- ? Восстановление менструальной и репродуктивной функции.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- ? Удаление ВМК
- ? Инструментальное опорожнение матки при наличии инфицированных остатков плодного яйца после аборта
- ? При отсутствии клинического улучшения в течении 72 часов от начала терапии (лечебно-диагностическая лапароскопия)

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ

Основные симптомы хронического эндометрита:

- нарушения менструального цикла — обильные, длительные менструации (гиперполименорея) или метроррагии вследствие нарушения регенерации слизистой оболочки и снижения сократительной способности матки.
- Больных беспокоят тянущие, ноющие боли внизу живота,
- серозно-гнойные выделения из половых путей.
- Нередко в анамнезе есть указания на самопроизвольные аборты (в результате нарушения имплантации плодного яйца).
- для окончательной верификации диагноза требуется гистологическое исследование эндометрия.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- ? Улучшение регенераторной способности эндометрия и восстановление менструальной и репродуктивной функции (иммуномодулирующая терапия, десенсибилизация, гормонотерапия, физиолечение)

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА

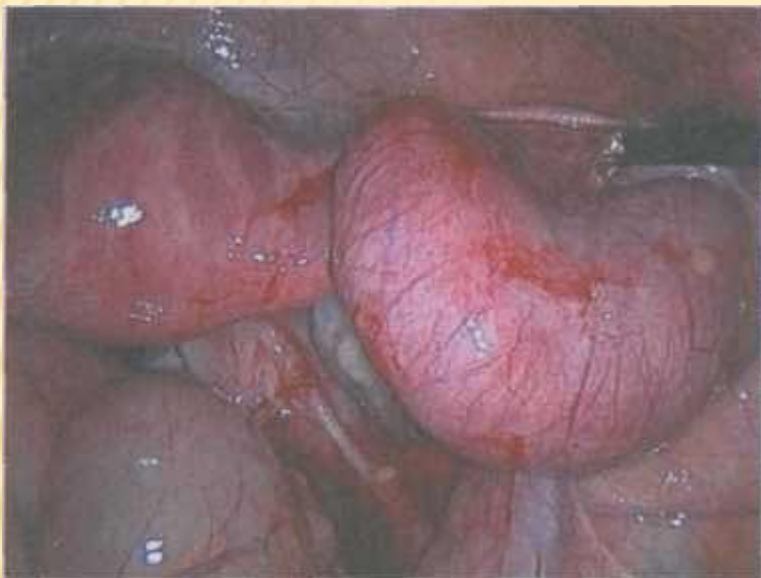
ХИРУРГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ (ГИСТЕРОСКОПИЯ)



САЛЬПИНГОФАРИТ

- воспаление придатков матки (трубы, яичника, связок), возникает либо восходящим либо нисходящим путем,
- вторично с воспалительными изменениями органов брюшной полости (например, при аппендиците) или гематогенно.
- Воспалительный экссудат, скапливаясь в просвете маточной трубы, может привести к слипчивому процессу и закрытию фимбриального отдела.
- Образуются мешотчатые образования маточных труб (сактосальпинксы). Скопление гноя в трубе ведет к образованию **пиосальпинкса**, серозного экссудата — к образованию **гидросальпинкса**

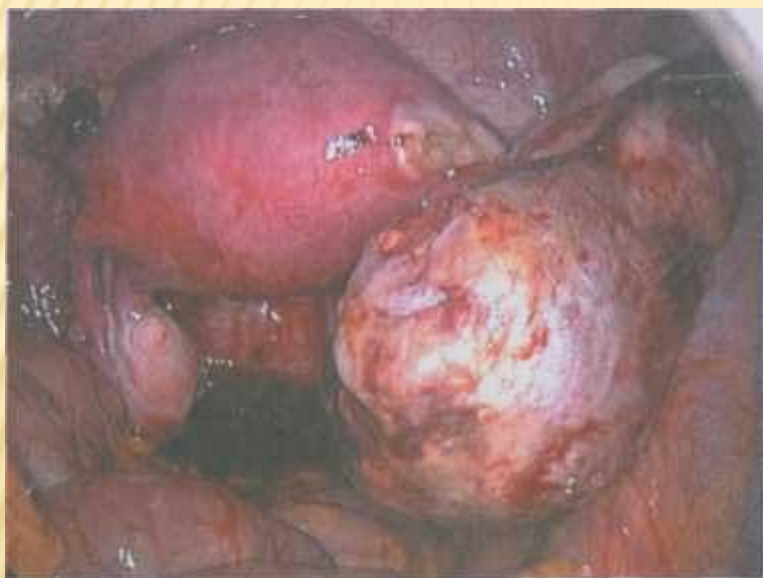
ГНОЙ В ТРУБЕ (ПИОСАЛЬПИНКС)



СКОПЛЕНИЕ СЕРОЗНОГО
ЭКССУДАТА (ГИДРОСАЛЬПИНКС)



МЕШОТЧАТОЕ ОБРАЗОВАНИЕ,
ЗАПОЛНЕННОЕ ГНОЕМ (ПИОВАР)



В РЕЗУЛЬТАТЕ РАСПЛАВЛЕНИЯ
СОПРИКАСАЮЩИХСЯ СТЕНОК
ПИОВАРА И ПИОСАЛЬПИНКСА
ОБРАЗУЕТСЯ ТУБОУВАРИАЛЬНЫЙ
АБСЦЕСС



- ПРИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ УСЛОВИЯХ ЧЕРЕЗ ФИМБРИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ ТРУБЫ,
- ПРИ РАЗРЫВЕ АБСЦЕССА ЯИЧНИКА, ПИОСАЛЬПИКСА, ТУБОУВАРИАЛЬНОГО АБСЦЕССА

ИНФЕКЦИЯ МОЖЕТ ПРОНИКНУТЬ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ И ВЫЗВАТЬ ВОСПАЛЕНИЕ БРЮШИНЫ МАЛОГО ТАЗА (ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ)

А ЗАТЕМ И ДРУГИХ ЭТАЖЕЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ (ДИФФУЗНЫЙ ИЛИ РАЗЛИТОЙ ПЕРИТОНИТ)



3-Х ЭТАПНАЯ СИСТЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ

- *Первый этап* - клиническое обследование, включающее бимануальное исследование, бактериологическую и лабораторную диагностику);
- *второй этап* — трансвагинальная эхография органов малого таза;
- *третий этап* — лапароскопия для гинекологических больных (гистероскопия для послеродовых больных).

ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ

- *первый этап* — клиническое обследование, включающее бимануальное и ректовагинальное исследование, бактериологическую и лабораторную диагностику;
- *второй этап* — трансабдоминальная и трансвагинальная эхография органов малого таза, брюшной полости, почек, печени и селезенки, эхокардиография. эхография с дополнительным контрастированием прямой кишки;
- *третий этап* — рентгенологическое исследование легких, дополнительные инвазивные методы обследования: цисто- и колоноскопия, фистулография.

- Эхографические признаки острого гнойного сальпингита: наличие -расширенных, утолщенных, вытянутых маточных труб, характеризующиеся повышенным уровнем звукопроводимости,
- у каждой второй больной в прямокишечно-маточном углублении отмечают скопление свободной жидкости

ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ

- ? Ликвидация воспалительного или гнойного процесса (очага) в брюшной полости
- ? сохранение жизни, здоровья, по возможности — детородной, менструальной и гормональной специфических женских функций.

