



ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Подготовила Лапина А.В.

КЛАССИФИКАЦИЯ

□ По локализации

-нижних отделов

-верхних отделов

Граница-внутренний зев шейного канала

□ По клиническому течению:

-острые

-подострые

-хронические



УРОВНИ ЗАЩИТЫ

- 1) сомкнутое состояние половой щели(за счет сокращения мышц промежности и сомкнутого состояния половых губ)
- 2) кислая среда влагалища(лактобациллы)
- 3) шейка матки(слизь цервикального канала)



3 МЕХАНИЗМА ПРОНИКНОВЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ

- 1) со сперматозоидами
- 2) с трихомонадами
- 3) через поврежденные ткани



ЗАБОЛЕВАНИЯ НИЖНИХ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ



Вульвит

- воспаление вульвы(наружных женских половых органов)
- Чаще сочетается-вульвовагинит
- *Этиология*-энтерококки,кишечная палочка, несоблюдение гигиены,эндокринные заболевания
- *Факторы развития*-прием антибиотиков, беременность,использование КОК.



Вульвит

- *Клиника*-гиперемия, отечность, мацерация, зуд, жжение, диспареуния
- *Диагностика*-Нижняя треть слизистой оболочки влагалища гиперемирована, отечна, может быть эндоцервицит и гнойные выделения на шейке матки.
- Бактериоскопический и бактериологический метод, ПЦР
- *Лечение*-Ванночки с настоем ромашки, фурациллином. Крем Бетадин



БАРТОЛИНИТ

- Воспаление большой железы преддверия влагалища
- Воспалительный инфильтрат перекрывает выводной проток железы
- Может сформироваться киста, истинный или ложный абсцесс.





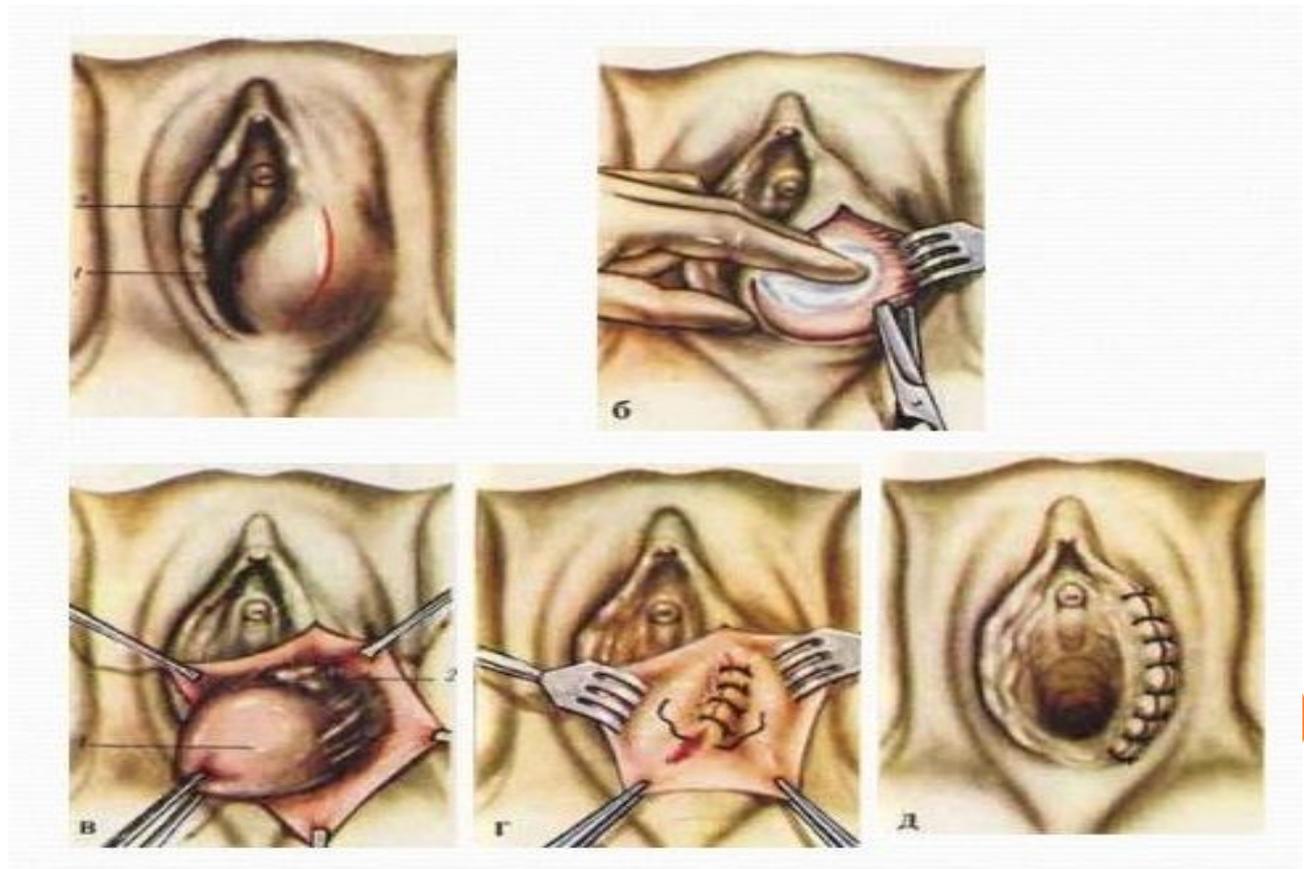
КЛИНИКА

- Общее состояние резко ухудшается
- Температура повышена
- Возникает озноб
- Сильная головная боль
- Резкие боли в области половых органов не только при движении, но и в покое
- При обследовании – резко болезненное опухолевидное образование
- При значительном скоплении гноя - флюктуация



ЛЕЧЕНИЕ

- Консервативное-покой, холод на низ живота, антибиотики, ванночки с фурациллином
- Хирургическое лечение-марсупализация, удаление кисты.



БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ

-инфекционный невоспалительный синдром, обусловленный нарушением микробиоценоза влагалища.

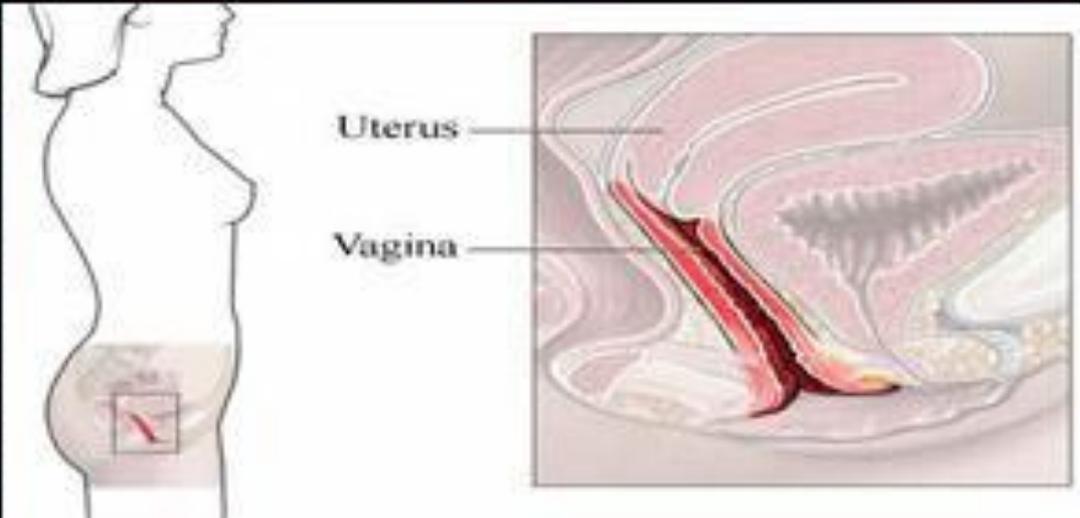
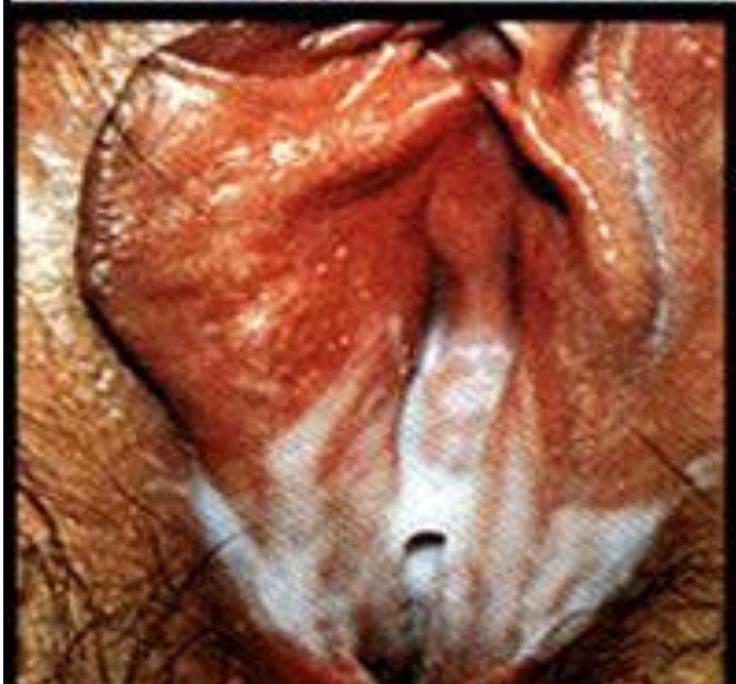
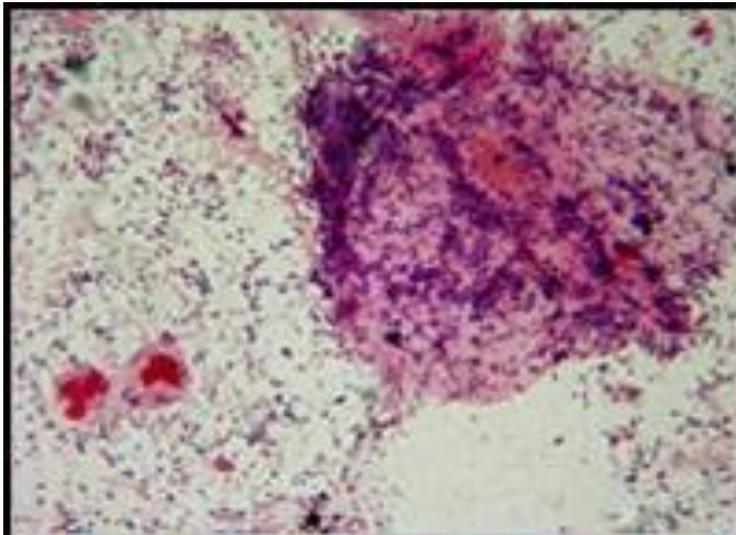
-массивным размножением *Gardnerella vaginalis*,
Mycoplasma hominis, уменьшение лактобацилл

Факторы риска-гормональные изменения, нарушения иммунитета, прием антибиотиков, противогрибковых препаратов, ВМС

▣ -обильные гомогенные бели белого цвета с резким, неприятным запахом несвежей рыбы в течение продолжительного времени.

▣ Зуд, жжение, диспареуния





БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ

Диагностика

- 1) обильные выделения из влагалища;
- 2) наличие «ключевых» клеток в мазках из влагалища;
- 3) pH влагалищного содержимого равно или более 4,7;
- 4) положительный аминотест.

Лечение

1 этап-местное-вагинальный крем с антибиотиком (метронидазол, клиндамицин).

2 этап-эубиотики-лактобактерин, ацилакт.

При гипоестрогении-эстриол.



НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ВАГИНИТ(КОЛЬПИТ)

-является воспалительным заболеванием влагалища, вызванным условно-патогенными микроорганизмами (эшерихии, стафилококки)

Клиника-выделения серозные, гнойные. Незначительные, умеренные, обильные бели вызывают раздражение-зуд, жжение, диспареуния.

Выделяют 2 формы

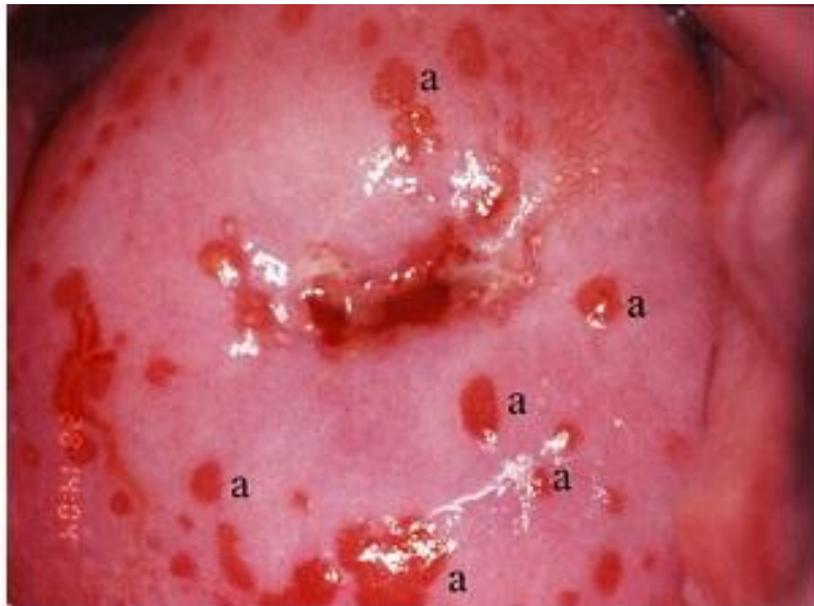
-простой(экссудативный)-слизистая влагалища отечная, гиперемированная, покрыта гнойвидным налетом.

-гранулезный(преобладанием отека и пролиферации тканей)-стенки влагалища имеют зернистый вид за счет отека сосочков.





Трихомонадный кольпит



Сенильный (атрофический) кольпит

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ВАГИНИТ(КОЛЬПИТ)

- ▣ *Диагностика*-кольпоскопия(отсутствие «ключевых» клеток, много эпителиальных клеток)
- ▣ бактериологическое исследование(большое число лейкоцитов, обильную грамположительную и грамотрицательную флору, отсутствие лактобацилл)
- ▣ *Лечение*-антибиотики(тержинан, бетадин) и дезинфекция(фурациллин)



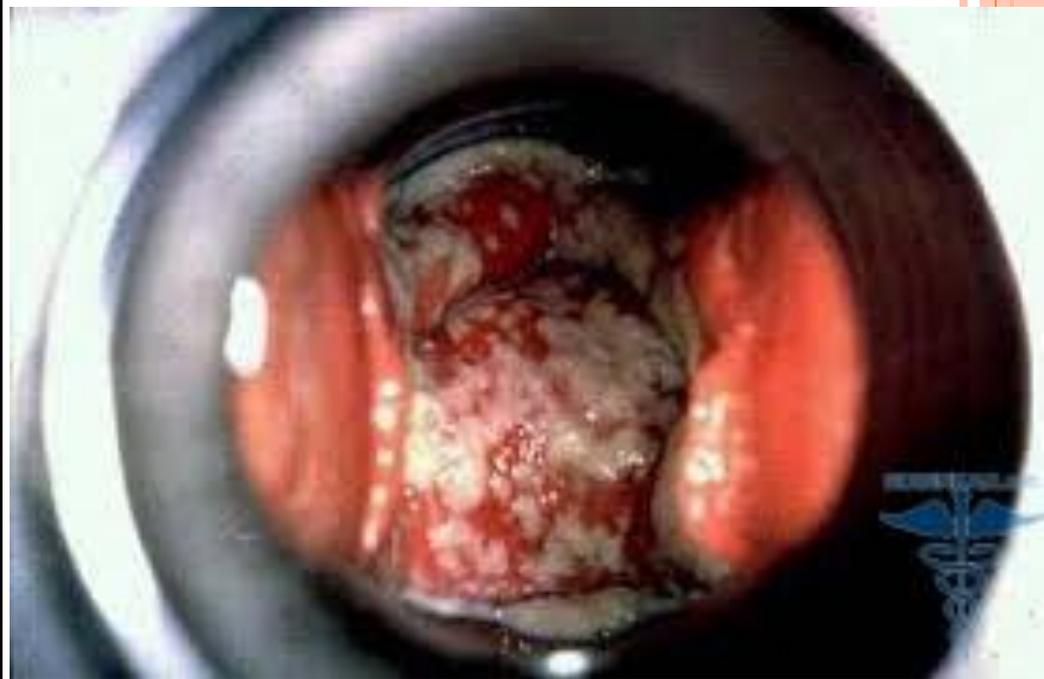
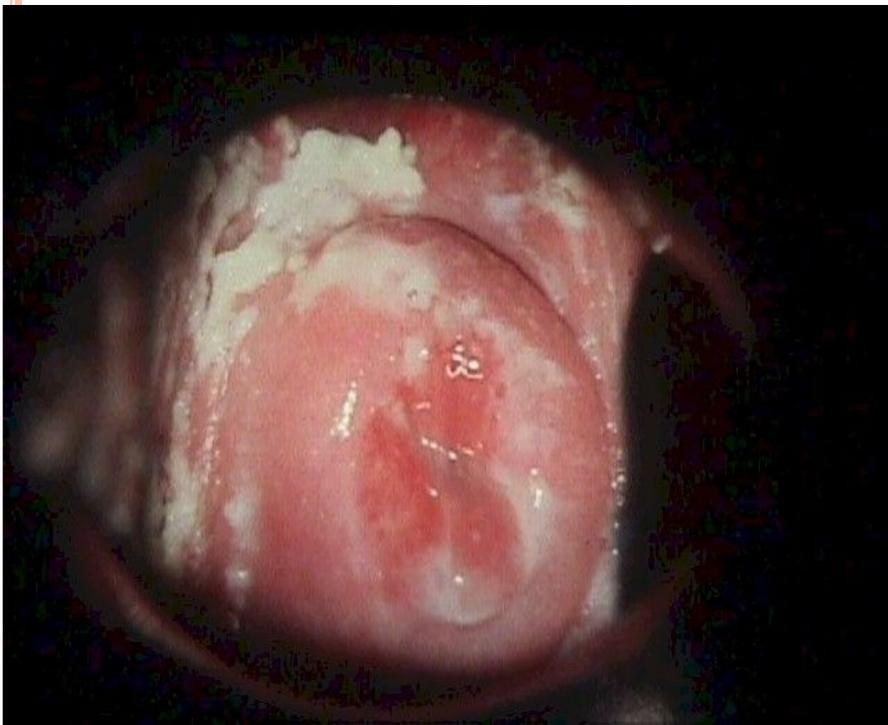
КАНДИДОЗНЫЙ ВАГИНИТ

грибы рода *Candida*.

Факторы риска-длительное приём антибиотиков, ГКК,КОК, ВМК.Снижение иммунитета.

- *Клиника*- Бели могут быть жидкими, густыми, хлопьевидными и творожистыми. Они могут иметь кисловатый запах.
- Зуд носит постоянный характер или усиливается по вечерам, ночью, перед или во время месячных
- Жжение,диспареуния





Кандидозный кольпит

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЛАГАЛИЩА (КАНДИДОЗНЫЙ ВАГИНИТ)

Диагностика- гиперемизированная отечная слизистая оболочка, покрытая округлыми или неправильных очертаний налетами, которые с трудом снимаются, и на их месте остаются кровоточащие участки

-культуральный и серологический метод

Лечение

-производные имидазола(миконазол, клотримазол,кетоконазол)

-производные триазола(Дифлюкан,Флюкостат)

-полиены(Пимафуцин,Леворин)

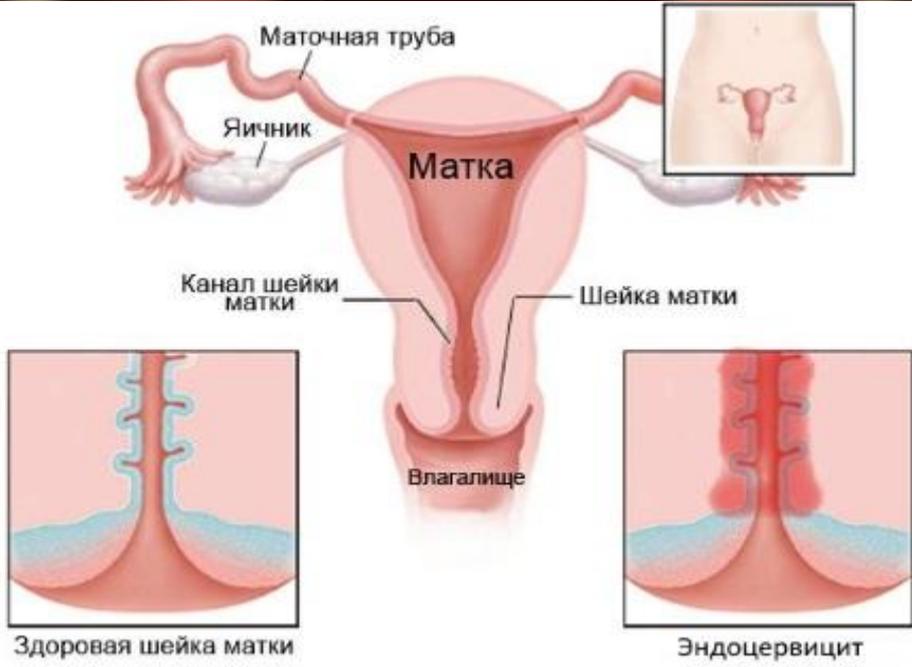
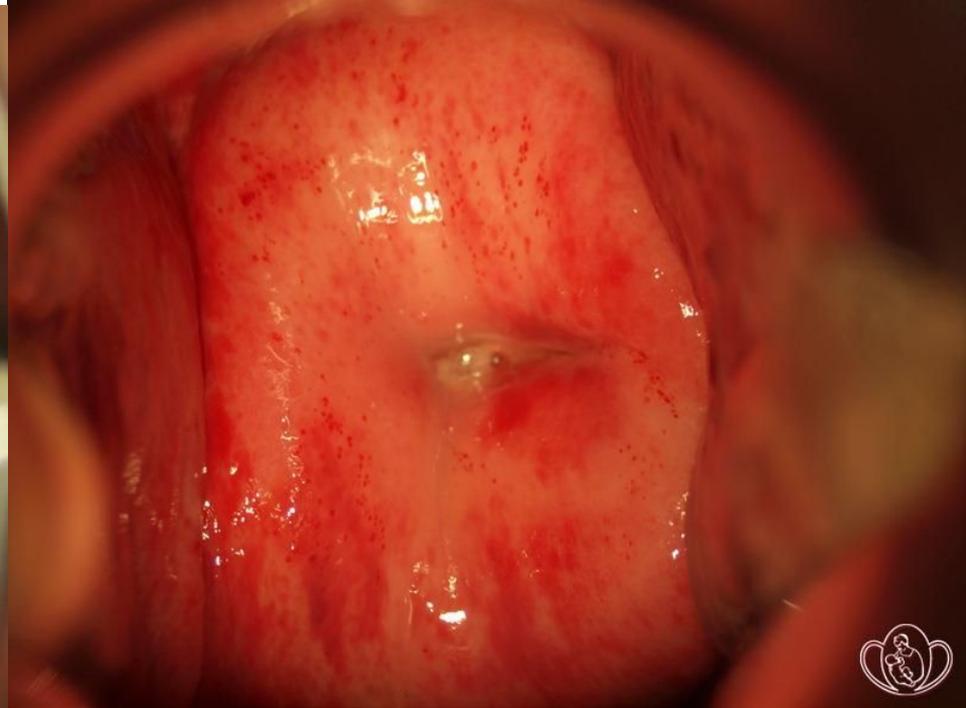
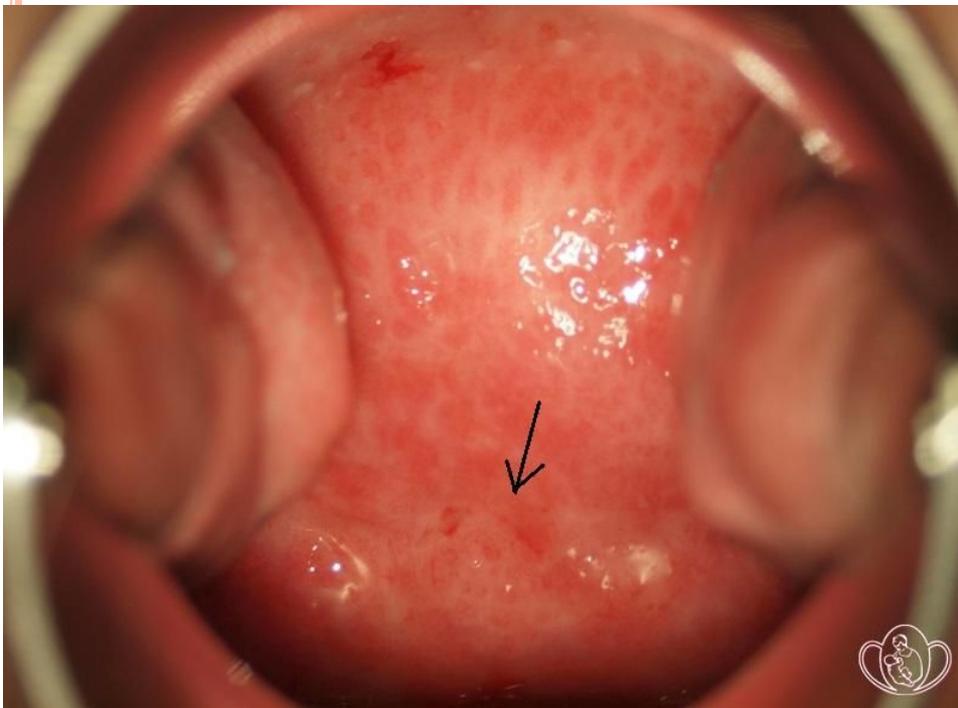
-Комбинированные(Тержинан,Полижинакс,Клион-Д)



ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

- Экзоцервицит-воспаление влагалищной части шейки матки.
- Эндоцервицит-воспаление слизистой оболочки цервикального канала шейки матки.
- *Этиология*-стафилококки, гонококки, хламидии
- *Патогенез*-травматизация шейки, снижение резистентности
- *Клиника*-слизистые и слизисто-гнойные выделения, редко-ноющие боли внизу живота.





ЭКЗОЦЕРВИЦИТ И ЭНДОЦЕРВИЦИТ

- *Диагностика*-гиперемия вокруг наружного отверстия цервикального канала, из которого истекают слизистогнойные выделения, отек, петехиальные кровоизлияния. На нижней губе шейки можно увидеть участок измененной ткани — эрозию или эктопию цилиндрического эпителия.
- Бактериоскопия, бактериология, цитология, ПЦР.
- Проба Шиллера при кольпоскопии.

- *Лечение*-этиотропное (антибиотики или противогрибковые препараты).



ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕРХНИХ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ



ОСТРЫЙ ЭНДОМЕТРИТ

- воспаление слизистой оболочки матки с поражением главным образом базального слоя эндометрия
- *Этиология*-полимикробной этиологии-стафилококки, стрептококки, кишечные палочки, бактероиды, хламидии, гонококки
- *Факторы*-самопроизвольные и искусственные аборты, диагностические выскабливания слизистой оболочки шейного канала и тела матки, введение ВМС и другие внутриматочные вмешательства



КЛИНИКА ОСТРОГО ЭНДОМЕТРИТА

- на 3–4-й день после инфицирования
- Ухудшение общего состояния, температура
- Боль, иррадиирующая в крестец
- Гноевидные, кровянисто-гнойные выделения
- Живот мягкий, болезненный в нижних отделах



ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ЭНДОМЕТРИТА

- анамнез
- матка умеренно увеличена, чувствительна при пальпации, особенно по бокам (по ходу крупных сосудов)
- клинический анализ крови
- микроскопия мазков из шейчного канала и уретры, окрашенных по Граму(для исключения гонореи);
- бактериологическое исследование отделяемого из матки с определением чувствительности флоры к антибиотикам;
- ПЦР,ИФА
- УЗИ малого таза



УЗИ



ГИСТЕРОСКОПИЯ



ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЭНДОМЕТРИТА

- Постельный режим, диета
- Периодически-холод на низ живота
- Комбинации антибиотиков (пенициллины, цефалоспорины, метронидазол, линкозамиды)
- Инфузионная терапия
- Десенсибилизирующая терапия
- Утеротоники в комбинации со спазмолитиками
- Внутриматочный лаваж с антисептиками
- Удаление ВМС, остатков плодного яйца



ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ

□ воспалительный процесс поддерживается повторными внутриматочными вмешательствами или наличием внутриматочных средств контрацепции.

□ атрофический/кистозный/гипертрофический

Клиника-маточные кровотечения(по типу гиперполименореи)

-пред-,пост- и межменструальные кровянистые выделения

□ -серозные или серозно-гноевидные выделения из половых путей.

□ -бесплодие

□ -невынашивание беременности



ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА

Диагностика-наличие гноевидных выделений из шеечного канала.

- -бимануально-плотную,несколько увеличенную матку
- -гистологическое исследование эндометрия(пайпель-кюретка,штрих-биопсия,диагностическое выскабливание полости матки)
- УЗИ
- ГСГ

Лечение-стационарное.

- Седативные,десенсибилизирующие препараты
- Физиотерапия.Антибиотики,витамины
- Монофазные низкодозированные КОК



ОСТРЫЙ САЛЬПИНГООФОРИТ

- ▣ *Этиология*-кишечной палочке, энтерококку, протее, клебсиелле, стафилококкам, хламидии, гонококки.
- ▣ *Факторы риска*-менструация, использование ВМС, различные трансцервикальные диагностические и терапевтические вмешательства, прерывание беременности.
- ▣ *Патогенез*-Воспалительный процесс начинается с эндосальпинкса, затем последовательно вовлекаются подслизистый слой, мышечная и серозная оболочки маточной трубы. В просвете трубы скапливается серозный воспалительный экссудат, который по мере прогрессирования процесса может становиться гнойным

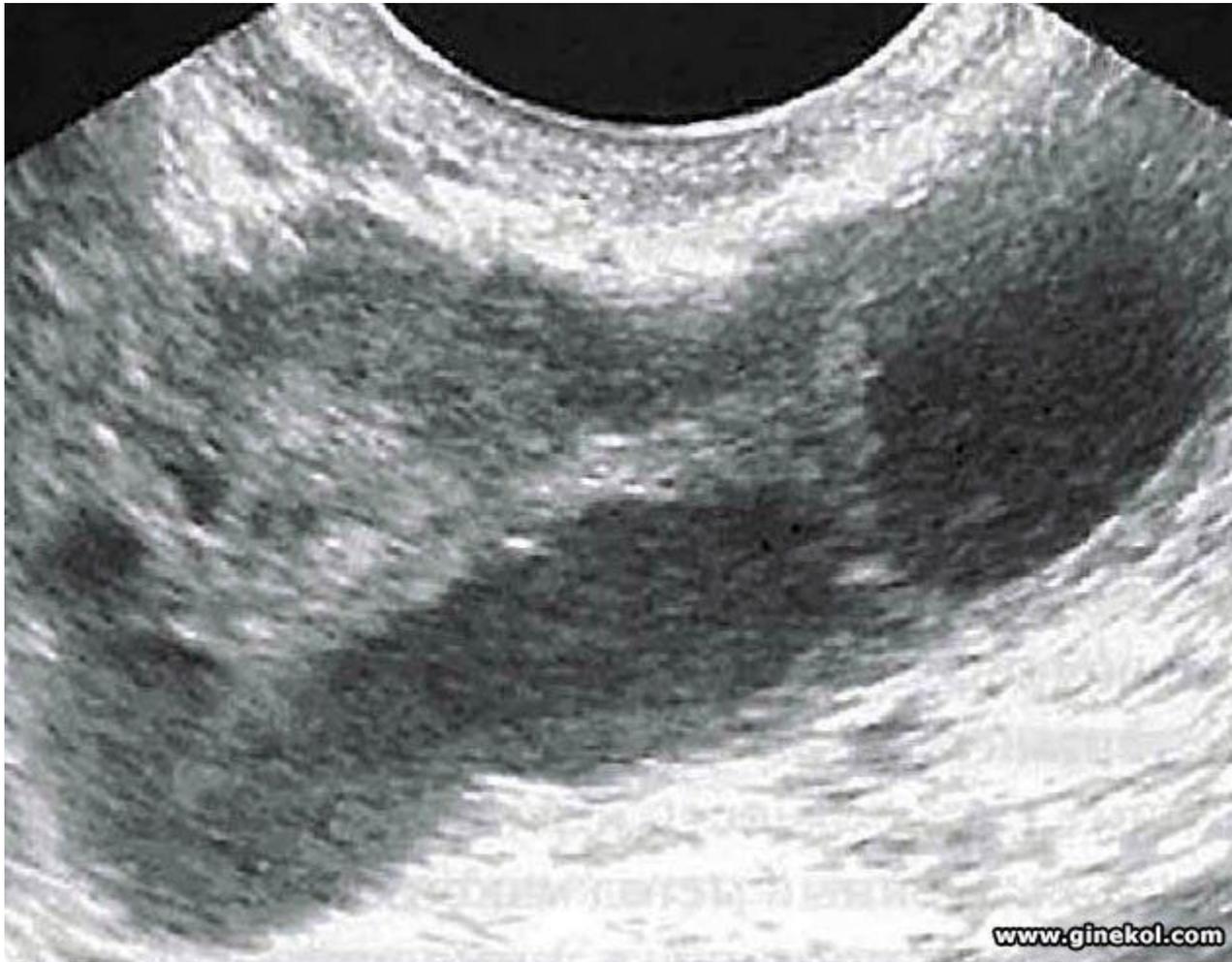


КЛИНИКА ОСТРОГО САЛЬПИНООФОРИТА

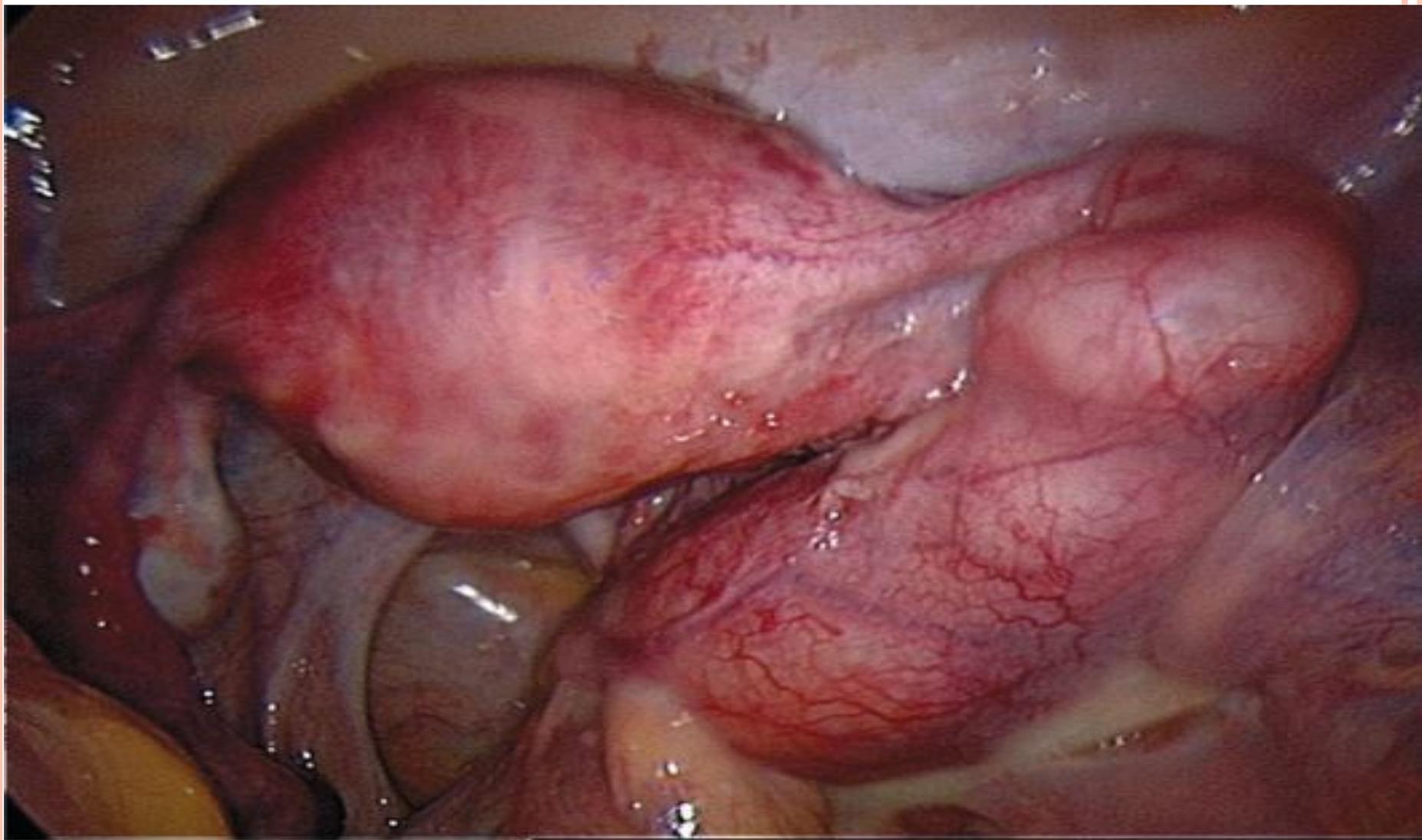
- Чаще у молодых женщин
- Боль в нижних отделах живота с иррадиацией в крестец, на внутреннюю поверхность бедер, диспареуния
- гнойные, сукровичные или кровяные выделения из половых путей
- Субфебрильная/фебрильная температура
- Общая слабость, головная боль, тошнота



УЗИ



ЛАПАРОСКОПИЯ



ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО САЛЬПИНООФОРИТА

- Анамнез(внутрибрюшные вмешательства,ВМС, особенности половой жизни)
- УЗИ
- Клинический анализ крови,СРБ
- Микродиагностика отделяемого
- Лапароскопическая диагностика



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Трубный аборт
- Перекрут ножки опухоли и разрыв кисты яичника
- Внематочная беременность
- Аппендицит
- Кишечная или почечная колика



ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО САЛЬПИНООФОРИТА

Консервативное

- Стационар
- Покой, холод, седация
- А/б терапия. После-дифлюкан
- Инфузионная терапия, НПВС.
- Ферментативная терапия

Хирургическое-диагностическая лапароскопия.



ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- подозрение на перфорацию гнойного образования придатков;
- осложнение острого воспаления придатков матки гнойным параметритом;
- наличие пиосальпинкса или тубоовариального абсцесса на фоне эндомиометрита, вызванного абортом или ВМС;
- неэффективность комплексного лечения с использованием лапароскопического дренирования, проводимого в течение 2—3 суток.

У молодых-сохранение репродуктивной функции.

У больных старше 35 лет при одностороннем поражении придатков разумно удалять и вторую маточную трубу.

У женщин старше 45 лет при необходимости хирургического лечения есть смысл произвести пангистерэктомию



ХРОНИЧЕСКИЙ САЛЬПИНГООФОРИТ

- воспалительные инфильтраты, прогрессирующие атрофические и склеротические изменения слизистого и мышечного слоев маточных труб на фоне значительного нарушения кровоснабжения.
- Обострения-переохлаждением организма, тяжелой физической работой, умственным переутомлением, стрессовыми ситуациями



КЛИНИКА

Вне обострения:

- тупыми, ноющими болями внизу живота, в паховых областях, в крестце. Боли усиливаются после физической нагрузки, стресса, переохлаждения, перед или во время месячных, во время любых экстрагенитальных заболеваний,
- Почти у половины больных нарушается функция яичников (гипофункция, ановуляция). Еще чаще страдает репродуктивная функция (бесплодие, самопроизвольные выкидыши, эктопическая беременность)



ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

- При хроническом процессе придатки болезненны, склерозирование и фиброзирование маточных труб с формированием спаечного процесса ограничивает их подвижность, движения за шейку матки болезненны.
- УЗИ
- ГСГ
- Лапароскопия

Лечение- НПВП, десенсибилизирующие средства, иммуномодуляторы, препараты для системной энзимотерапии, витамины, седативные средства.
Физиотерапия.



ПАРАМЕТРИТ

□ воспаление околоматочной клетчатки.

Выделяют-боковой параметрит(чаще), передний параметрит, задний параметрит.

Этиология- стафилококки, стрептококки, энтерококки, кишечная палочка

Факторы риска-аборты, диагностические выскабливания слизистой матки, введение ВМС, операции на половых органах

Клиника-боль с иррадиацией в крестец, поясницу.
вынужденное положение тела: на боку на стороне поражения, с ногой, согнутой в тазобедренном суставе.
Температура.



ПАРАМЕТРИТ

Диагностика

- Боковой параметрит смещает матку в противоположную сторону и ограничивает ее подвижность. Плотный, неподвижный, несколько болезненный инфильтрат доходит до стенки таза и сливается с ней. При бимануальном исследовании определяется сплаженность бокового свода влагалища, слизистая которого теряет свою подвижность.
- Задний параметрит удастся определить с помощью ректовагинального исследования, при котором обнаруживают резистентность в заднем своде между инфильтрированными крестцово-маточными связками, доходящую до прямой кишки и сливающуюся с ней.
- УЗИ,КТ,МРТ.

Лечение-стационарное.

Антибиотикотерапия-амоксиклав,цефтриаксон, клиндамицин.

Инфузионная терапия.НПВС.



ТУБЕРКУЛЕЗ

- Вторичный. Гематогенным путем.
- Выделяют:
 - туберкулезный сальпингит, сальпингоофорит
 - туберкулезное поражение матки (эндометрит)
 - активный/затихающий/реактивный/последствия перенесенного туберкулеза



КЛИНИКА

- Сальпингиты-двусторонние. Маточные трубы деформируются, теряют способность к перистальтическим движениям. При рубцовой облитерации формируется их непроходимость.
- Туберкулез матки-эндометрит. Если поражается базальный слой, то формируются рубцово-спаечные процессы (с. Ашермана)
- Периоды туберкулезной интоксикации (слабость, потливость, потеря аппетита, повышение температуры тела), сопровождающиеся болями внизу живота, сменяются периодами кажущегося здоровья. Бесплодие, гипоолигоменоррея.

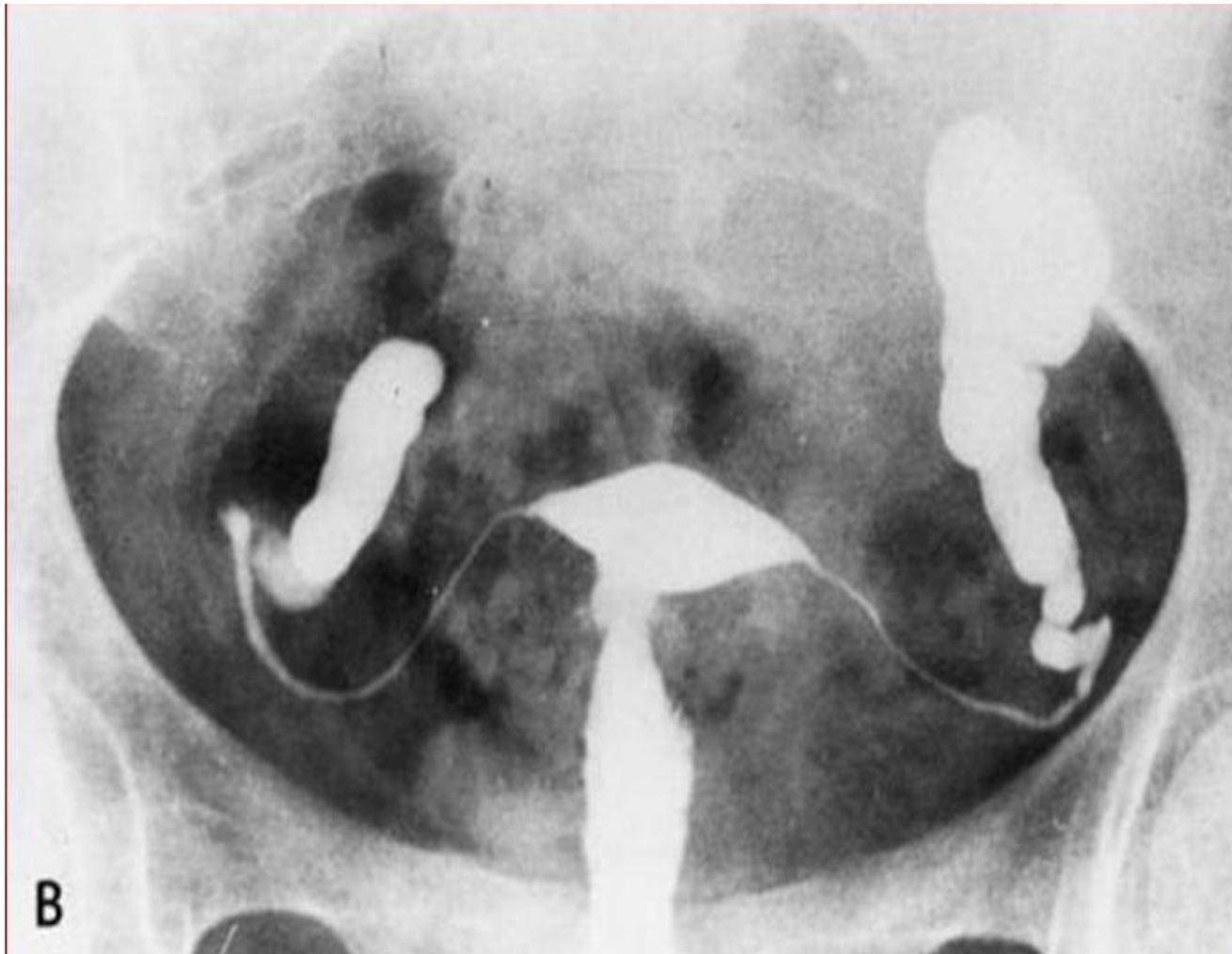


ДИАГНОСТИКА

- Бимануальное влагалищное и ректовагинальное исследование может обнаружить данные, свидетельствующие в пользу воспалительного процесса в придатках и спаечного процесса в малом тазу
- Провокационная туберкулиновая проба (ПТП) определяет общую и местную реакцию организма больной на подкожное введение 20 ТЕ (туберкулиновых единиц)
- Общая реакция проявляется повышением температуры тела, учащением пульса, изменением анализа крови (увеличение количества нейтрофилов, уменьшением числа лимфоцитов, увеличением СОЭ)
- УЗИ
- Микроскопия выпота Дугласова кармана, соскоба из полости матки
- ГСГ
- Лапароскопия
- Гистология после лапароскопии



ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИЯ



ЛЕЧЕНИЕ

- этиотропную терапию комбинацией 3—4 и более препаратов в течение длительного времени: от полугода до 2 лет
- (изониазид, этамбутол, паразидамид), антибиотики (рифампицин, микобутин, канамицин, амикацин) и фторхинолоны (максаквин, ципрофлоксацин).
- (электрофорез с лидазой или гидрокортизоном).
- Хирургическое лечение проводится по строгим показаниям:
- неэффективность консервативной терапии в течение 1 года;
- непереносимость антибактериальных препаратов;
- наличие тубоовариальных образований или пиосальпинксов.

