

# Воспалительные заболевания придатков матки: диагностика и лечение.

Выполнил студент: 601 группы  
Педиатрического факультета  
Медведкова Александра Витальевна

# Диагностика

## Анамнез.

- экстрагенитальных (аппендицит, холецистит, перигепатит, тонзиллит и т.п.)
- генитальных (вульвовагинит) очагов хронической инфекции.
- осложнённые роды, аборты;
- внутриматочные инвазивные манипуляции;
- выскабливания;
- ГСГ(гистеросальпингография);
- гистероскопия;
- введение и извлечение ВМК;
- случайные половые контакты и др.

## *Выяснить:*

- начались ли боли внезапно, среди полного здоровья или выявились постепенно на фоне плохого самочувствия, недомогания;
- где возникла первоначально боль, куда иррадиировала и где сконцентрировалась в последующем;

- была ли рвота (уточнить частоту рвоты, характер рвотных масс) и тошнота; предшествовала ли боль рвоте, или наоборот, и приносила ли рвота облегчение;
- наблюдались ли в первые часы заболевания головокружение, слабость, потемнение в глазах, дурнота, обморок, повышение температуры или озноб;
- снижение аппетита и жажда;
- нарушения мочеиспускания и дефекации.

# Объективное обследование

- В практике неотложной хирургии органов брюшной полости объективное исследование проводят в особом порядке, начиная с живота (этому предшествует лишь счет пульса и осмотр языка).
- Прежде чем начать пальпацию, надо попросить больную самостоятельно и по возможности точно указать место наибольшей болезненности.

▪ ***Симптом Жендринского*** для отличия острого аппендицита от острого сальпингоофорита заключается в том, что в лежачем положении у больной нажимают на точку Кюммеля (2 см ниже пупка) и, не отнимая пальца, просят больную встать. Если боль усиливается, то это указывает на острый аппендицит, если уменьшается — на острый сальпингоофорит.

Симптом, предложенный **С. П. Шиловцевым** для отличия острого аппендицита от заболеваний женской половой сферы и правосторонней почечной колики: при положении больной на спине выявляют болевую точку в правой подвздошной области и, не отнимая руки, предлагают больной повернуться на левый бок; если нет спаечного процесса и слепая кишка смещается, то боли в найденной точке уменьшаются и перемещаются



## *Физикальное обследование.*

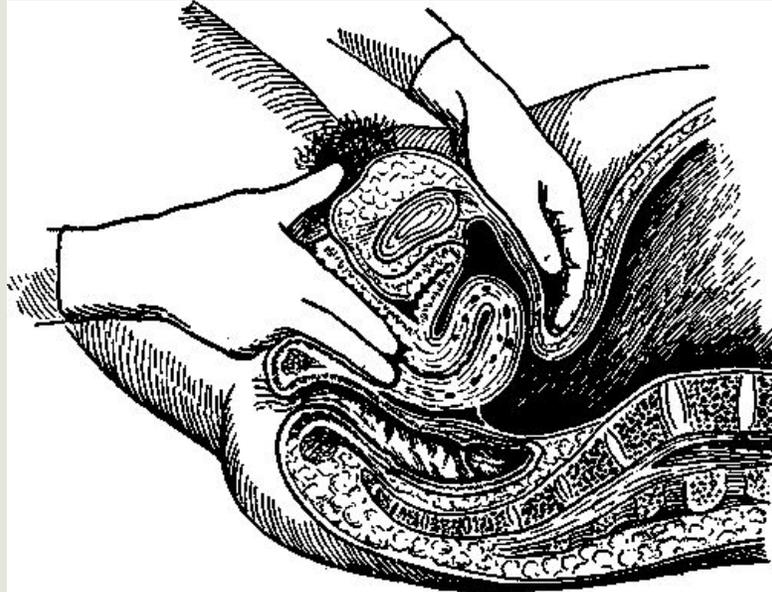
Бимануальное ректоабдоминальное исследование – в области расположения придатков матки отмечается болезненность, незначительное их увеличение. При формировании тубоовариальной опухоли воспалительного генеза определяется образование в области придатков матки, которое может достигать больших размеров. При наличии тазового ганглионеврита отмечают болезненность в области выхода тазовых нервов и отсутствие анатомических изменений внутренних половых органов.

При хроническом процессе, наоборот, склерозирование и фиброзирование маточных труб с формированием спаечного процесса в малом тазу делают придатки малоподвижными. Нередко определяют их болезненность.

## *У пациенток, живущих половой жизнью:*

- Осмотр в зеркалах – возможно проявления цервицита, вагинита – гиперемия влагалищной части шейки матки, наружного зева цервикального канала, стенок влагалища, патологические выделения из цервикального канала, на стенках влагалища
- Бимануальное влагалищно-абдоминальное исследование (также как при ректо-абдоминальном исследовании)

- При влагалищном исследовании полезным оказывается **прием Промптова**: шейку матки захватывают концами двух пальцев и, смещая ее в сторону, наблюдают за болевыми ощущениями больной; болезненность при смещении влево сигнализирует о боли при натяжении правой широкой связки и, наоборот, боль при смещении вправо указывает на локализацию патологического процесса в левой половине малого таза



# Лабораторные исследования

- клиническое исследование **крови** (обращают внимание на лейкоцитоз, изменение лейкоцитарной формулы, увеличение СОЭ, появление в крови С-реактивного белка)
- **микроскопическое и микробиологическое** исследование отделяемого содержимого из половых путей, уретры
- исследование крови методом **ИФА** на наличие гонококковой, хламидийной, уреаплазменной, микоплазменной инфекции
- исследование методом **ПЦР** на наличие хламидийной и гонококковой инфекции.
- Цель — выявления возбудителей и определения их чувствительности к антибиотикам.

# Инструментальные исследования

- **УЗИ** органов малого таза (используют трансабдоминальное, трансректальное, трансвагинальное УЗИ) – визуализируется утолщенные и расширенные маточные трубы, жидкость в маточных трубах, увеличенные размеры яичников, наличие тубоовариальных образований, в ряде случаев обнаруживают свободную жидкость в полости малого таза. Чувствительность данного метода — 32–42%, специфичность — 58–97%,
- При подозрении на объемное образование придатков матки (тубоовариальное образование) возможно проведение МРТ органов малого таза.

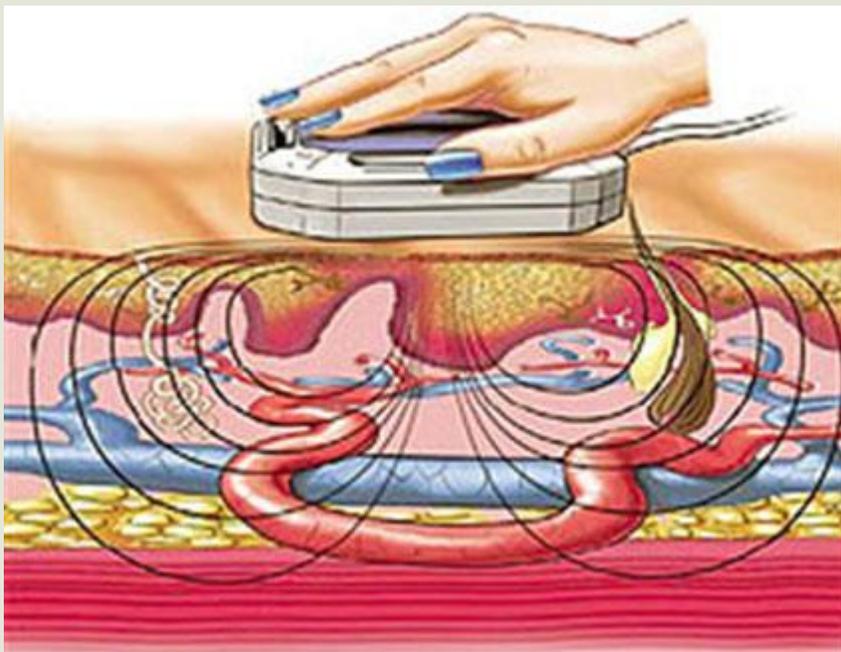
## Консультация смежных специалистов

- Со специалистами терапевтического профиля при подозрении на инфекцию или воспалительные заболевания мочевыводящих путей:
- с **хирургом** – для исключения острой хирургической патологии органов брюшной полости (острый аппендицит, хирургический перитонит, опухоли кишечника, кишечная или почечная колики)
- **фтизиатром** – для исключения воспалительного процесса туберкулёзной этиологии.

# Лечение

- **Цель:** Предотвращение дальнейшего развития воспалительного процесса, профилактика нарушений репродуктивной функции.
- *Показания к госпитализации:*
- Температура тела выше 38 °С.
- Выраженная интоксикация.
- Осложнённые формы ВЗОМТ (наличие воспалительного конгломерата – tuboовариального образования).
- Беременность.
- Наличие внутриматочного контрацептива.
- Неустановленный или сомнительный диагноз, наличие симптомов раздражения брюшины.
- Непереносимость препаратов для приёма внутрь.
- Отсутствие улучшения на фоне проводимой терапии через 48 ч.

# Немедикаментозное лечение



# Медикаментозное лечение

- При хламидийной и микоплазменной этиологии ВЗОМТ предпочтительно использование антибиотиков, способных к кумуляции в поражённых клетках и блокированию внутриклеточного синтеза белка:
- **тетрациклины** (доксциклин, тетрациклин)
- **макролиды** (азитромицин, джозамицин, кларитромицин, мидекамицин, олеандомицин, рокситромицин, спирамицин, эритромицин)
- **фторхинолоны** (лемефлоксацин, норфлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин, ципрофлоксацин, спарфлоксацин).

- В современной терапии острого неосложнённого **гонококкового** сальпингоофорита применяют следующие антибиотики:
- **цефтриаксон**
- **амоксциллин + клавулановая кислота**
- **цефотаксим**
- **фторхинолоны** (лемефлоксацин, норфлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин, ципрофлоксацин, спарфлоксацин)
- **спектиномицин.**

## Схемы возможных комбинаций антимикробных препаратов:

- амоксициллин + клавулановая кислота и доксициклин
- доксициклин и метронидазол
- фторхинолон и линкозамид
- фторхинолон и метронидазол
- макролид и метронидазол

## Из антимикотиков:

- **флуконазол** (для детей до 12 лет и массой менее 50 кг доза препарата составляет 3–12 мг/кг массы, для детей старше 12 лет и массой тела более 50 кг — 150 мг однократно во 2-й и последний день приёма антибактериальных препаратов);
- **итраконазол** (для детей старше 14 лет по 100 мг или 5 мг/кг массы тела (при массе менее 50 кг) 2 раза в день в течение 3 дней за 5 дней до окончания применения антибиотиков) или натамицин (по 100 мг 2–4 раза в сутки в течение приёма антибиотиков).

## Эфферентные методы лечения

- Антибактериальную терапию можно проводить в сочетании с **плазмаферезом** с малым объёмом плазмоэкспузии. Допускается проведение курса плазмафереза последовательно после окончания антибактериальной терапии. Для экстракорпоральной детоксикации, кроме плазмафереза, проводят также **облучение аутокрови ультрафиолетом, лазером, озонотерапию.**

# Противовоспалительная терапия

- Показано применение блокаторов синтеза ПГ:
- **нимесулида** (для детей старше 12 лет назначают разовую дозу 1,5 мг/кг массы тела, но не более 100 мг, 2 раза в день, максимальная суточная доза 5 мг/кг)
- **диклофенака** (для детей 6–15 лет используют только таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, в дозе 0,5–2 мг/кг массы тела, разделённой на 2–3 приёма; подросткам старше 16 лет можно назначать по 50 мг 2 раза в сутки перорально или в свечах ректально в течение 7 дней).
- Возможно использование и других НПВС. Необходимо с осторожностью применять диклофенак внутрь пациенткам с [заболеваниями печени](#), почек и ЖКТ, а индометацин — пациенткам с [заболеваниями печени](#), почек и эрозивно-язвенными поражениями ЖКТ.

- *Десенсибилизирующая терапия.*
- Среди антигистаминных препаратов предпочтительно назначение **клемастина, хифенадина, мебгидролина, хлоропирамина, лоратадина, кетотифена.**
- *Иммуномодулирующая терапия.*
- Целесообразно включение в терапевтический комплекс препаратов ИФН, индукторов ИФН, а также иммуноактиваторов.
- **Виферон ©** назначают ректально (у детей до 7 лет применяют свечи виферон1 ©, старше 7 лет и взрослым — виферон2© — 2 раза в сутки в течение 10 дней), циклоферон © внутрь или в/м (по 0,25 г на 1-й, 2-й, 4-й, 6-й, 11-й, 14-й, 17-й, 20-й, 23-й, 26-й, 29-й день лечения). Возможно использование кипферона© ректально по 1 свече 2–3 раза в сутки в течение 5–7 дней.

- *Восстановление биоценоза кишечника*
- Для нормализации микрофлоры кишечника (особенно после лечения антибиотиками) могут быть использованы такие препараты, как **линекс ©** (по 1–2 капсулы в 2-3 сутки в течение 10-14 дней, **хилак форте ©** (детям грудного возраста по 15–30 капель 3 раза в сутки, детям старшей возрастной группы по 20–40 капель 3 раза в сутки внутрь в небольшом количестве жидкости).

- *Метаболическая и адаптогенная терапия.*
- Возможно применение антиоксидантов, витаминных препаратов, адаптогенов (сапарал©, экстракт элеутерококка, настойка аралии, пантокрин©, настойка лимонника, настойка женьшеня и т.п.) и эубиотиков. Из эубиотиков девочкам допубертатного периода следует назначать бифидопрепараты (**бифидумбактерин ©, бифиформ ©** и т.д.). Девочкам старшего возраста назначают биопрепараты, содержащие как бифидо так и лактобактерии.

- траумель С © по 1 таблетке 3 раза в день или по 10 капель 3 раза в день или по 2,2 мл 3 раза в день в/м
- хепель © по 1 таблетке 3 раза в день
- лимфомиозот © по 20 капель 3 раза в день
- гинекохель © по 10 капель 3 раза в день.

- Для профилактики развития спаечного процесса и обострений воспалительного процесса рекомендуют проведение в течение 3 месяцев курса антигомотоксической терапии:
- лимфомиозот© по 10 капель 3 раза в день;
- гинекохель © по 10 капель 3 раза в день;
- траумель С © по по 1 таблетке 3 раза в день или по 10 капель 3 раза в день;
- галиумхель © по 10 капель 3 раза в день.

## ▪ *Хирургическое лечение*

- Показания к хирургическому лечению:
- при неэффективности консервативной терапии
- в случае формирования tuboовариальных гнойных образований
- острый сальпингоофорит, сопровождающийся разлитым перитонитом
- Предпочтительнее использование лапароскопического доступа, при этом следует стремиться к органосохраняющим операциям.

- Показания для проведения дренирующих паллиативных операций (пункция или кольпотомия) у больных с осложненными формами гнойного воспаления:
- угроза перфорации абсцесса в брюшную полость или полый орган (с целью предупреждения перитонита или формирования свищей);
- наличие острого пельвиоперитонита, на фоне которого хирургическое лечение наименее благоприятно;
- тяжелая степень интоксикации.

- По достижении ремиссии пациенток необходимо оперировать. Проведение повторных пункций заднего свода и кольпотомий нецелесообразно, поскольку это способствует формированию придатково-влагалищных свищей. Продолжительность предоперационной подготовки определяется индивидуально. Оптимальной для операции считается стадия ремиссии гнойного процесса.

- Интенсивное консервативное лечение должно продолжаться не более 5 дней, а при развитии клинических проявлений угрозы перфорации - не более 12–24 ч, если нельзя провести паллиативного вмешательства с целью устранения угрозы перфорации.
- В случае появления экстренных показаний к операции в течение 1,5–2 ч проводят предоперационную подготовку, включающую катетеризацию подключичной вены и трансфузионную терапию под контролем ЦВД в объеме как минимум 1200 мл коллоидов, белков и кристаллоидов в объеме 1:1:1.

- Показания к экстренному вмешательству:
- перфорация абсцесса в брюшную полость с развитием разлитого гнойного перитонита;
- перфорация абсцесса в мочевой пузырь или ее угроза;
- септический шок.
- Отличается характер хирургического лечения от тактики ведения больных с неосложненными формами. Таким пациенткам показана только лапаротомия.

- Объем хирургического вмешательства индивидуален и зависит от следующих основных моментов: характера процесса, сопутствующей патологии гениталий и возраста больных. Представления об объеме операции должны складываться еще до операции после получения данных обследования и выявления степени поражения матки, придатков, определения характера осложнений и наличия экстрагенитальных гнойных очагов.

- Показания к выполнению реконструктивной операции с сохранением матки в первую очередь - отсутствие гнойного эндомиометрита или панметрита, множественных экстрагенитальных гнойных очагов в малом тазу и брюшной полости, а также сопутствующей тяжелой генитальной патологии (аденомиоз, миома). При наличии двусторонних гнойных tuboовариальных абсцессов, осложненных генитальными свищами, выраженного обширного гнойно-деструктивного процесса в малом тазу со множественными абсцессами и инфильтратами тазовой и параметральной клетчатки, подтверждении гнойного эндомиометрита или панметрита необходимо производить экстирпацию матки с сохранением, по-возможности, хотя бы части неизмененного яичника.

- Основной принцип дренирования - установление дренажей по основным путям миграции жидкости в брюшной полости и малом тазе, т.е. основная часть дренажей должна находиться в латеральных каналах и позадидиматочном пространстве, что обеспечивает полное удаление патологического субстрата. Целесообразно использование аспирационно-промывного дренирования с введением двухпросветных дренажных трубок:
- трансвагинально через открытый купол влагалища после экстирпации матки (дренажи диаметром 11 мм);
- посредством задней кольпотомии при сохраненной матке (целесообразно использовать дренаж диаметром 11 мм или два дренажа диаметром 8 мм);
- трансабдоминально (дополнительно трансвагинальному) через контрапертуры в мезо- или эпигастральных областях при наличии подпеченочных или межкишечных абсцессов - дренажи диаметром 8 мм.

- Оптимальным режимом разряжения в аппарате при дренировании брюшной полости считают 30–40 см вод.ст. Средняя продолжительность дренирования 3 сут. Критериями прекращения дренирования служит улучшение состояния больной, восстановление функции кишечника, купирование воспалительного процесса в брюшной полости, тенденция к нормализации клинических анализов крови и температуры тела.



# Пиосальпингс, пиоовариум

