

*Острые воспалительные  
заболевания  
органов малого таза*



Доцент кафедры  
Евсеев Алексей Александрович

*Занимают первое место в  
структуре гинекологической  
патологии*



Пациентки с воспалительными  
заболеваниями половых органов  
составляют 60-65%

# Последствия ВЗОМТ

- Бесплодие
- Нарушения менструального цикла
- Хронические тазовые боли
- Эктопическая беременность
- Злокачественные новообразования (ВПЧ)
- Невынашивание беременности
- Гибель плодного яйца
- Нарушение внутриутробного развития плода
- Гнойно-септические заболевания матери и новорожденного

- Аутоимунная патология
- Анти-ХГ синдром
- Антифосфолипидный синдром
- Внематочная беременность
- Бесплодие
- Невынашивание беременности

**Последствия  
ИППП**

- Эктопии шейки матки
- Эндометриоз
- Полипы цервикального канала и эндометрия
- Миома матки
- Тазовые боли
- Диспареуния
- Нарушения менст. цикла

# Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)

Группа самостоятельных воспалительных нозологических форм в области верхних отделов репродуктивного тракта у женщин, которая может включать любую комбинацию:

- эндометрита
- сальпингита
- оофорита
- параметрита
- tuboовариального абсцесса
- тазового перитонита

**Наибольший пик заболеваемости ВЗОМТ приходится на период с 15 до 24-х лет.**

**После 20, и особенно после 30 лет, частота регистрации ВЗОМТ значительно уменьшается.**

Такая закономерность может быть обусловлена как изменением полового поведения, так и появлением защитных антител в цервикальном канале.

# Основные возбудители инфекций в акушерстве и гинекологии

- Streptococcus spp.
- Enterobacteriaceae
- Escherichia coli
- Bacteroides spp.
- Peptostreptococcus
- Chlamidia trachomatis
- Mycoplasma hominis
- Neisseria gonorrhoeae
- Trichomonas vaginalis

*“В настоящее время общепризнанно, что терапия должна быть прямо направлена против аэробного и анаэробного компонентов полимикробной флоры, которую чаще всего выделяют у больных с инфекциями малого таза”*

Предполагается, что в начале патологического процесса лишь один инфекционный агент инициирует воспаление, что приводит к изменению локальных иммунных механизмов, обеспечивающих, в свою очередь, благоприятную почву для дальнейшего инфицирования другими микроорганизмами.

В подавляющем большинстве случаев такими «инициаторами» выступают **гонококки и хламидии.**

# *Факторы, препятствующие распространению инфекции*

- **Свойства влагалищной микрофлоры:**
  - кислая среда
  - продукция перекисей
  - продукция антимикробных веществ
  - угнетение адгезии микроорганизмов
  - активация фагоцитоза
  - стимуляция иммунных реакций

## Состав нормальной микрофлоры влагалища у женщин репродуктивного периода

Микроорганизм	Количество (КОЕ/мл)
<b>Микроаэрофильные бактерии:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Lactobacillus spp.</i></li> <li>• <i>G. vaginalis</i></li> </ul>	$10^7-10^9$ $10^6$
<b>Облигатно-анаэробные ГР(+) бактерии:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Bifidobacterium spp.</i></li> <li>• <i>Clostridium spp.</i></li> <li>• <i>Propionibacterium spp.</i></li> <li>• <i>Mobiluncus spp.</i></li> <li>• <i>Peptostreptococcus spp.</i></li> </ul>	$10^3-10^7$ до $10^4$ до $10^4$ до $10^4$ $10^3-10^4$
<b>Облигатно-анаэробные ГР(-) бактерии:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Bacteroides spp.</i></li> <li>• <i>Prevotella spp.</i></li> <li>• <i>Fusobacterium spp.</i></li> </ul>	$10^3-10^4$ до $10^4$ до $10^3$
<b>Факультативно-анаэробные ГР(+) бактерии:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Corynebacterium spp.</i></li> <li>• <i>Staphylococcus spp.</i></li> <li>• <i>Streptococcus spp.</i></li> <li>• <i>Enterobacteriaceae</i></li> </ul>	$10^4-10^5$ $10^3-10^4$ $10^4-10^5$ $10^3-10^4$
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mycoplasma hominis</i></li> <li>• <i>Ureaplasma urealyticum</i></li> <li>• <i>Mycoplasma fermentas</i></li> <li>• Дрожжеподобные грибы рода <i>Candida</i></li> </ul>	$10^3$ $10^3$ до $10^3$ $10^4$

# *Влияют на качественный и количественный состав вагинальной флоры*

- Уровень эстрогенов (нейтральный период, постменопауза)
- Прием антибиотиков
- Обработка влагалища антисептиками
- Использование гормональных контрацептивов

# *Факторы, препятствующие распространению инфекции*

- Цервикальный канал
  - фагоцитоз
  - синтез опсонинов, лизоцима, трансферрина
  - иммуноглобулины
  - система комплемента
  - Т-лимфоциты

Гормональные контрацептивы сгущают цервикальную слизь, делая ее труднопроходимой для инфекции

# *Факторы, препятствующие распространению инфекции*

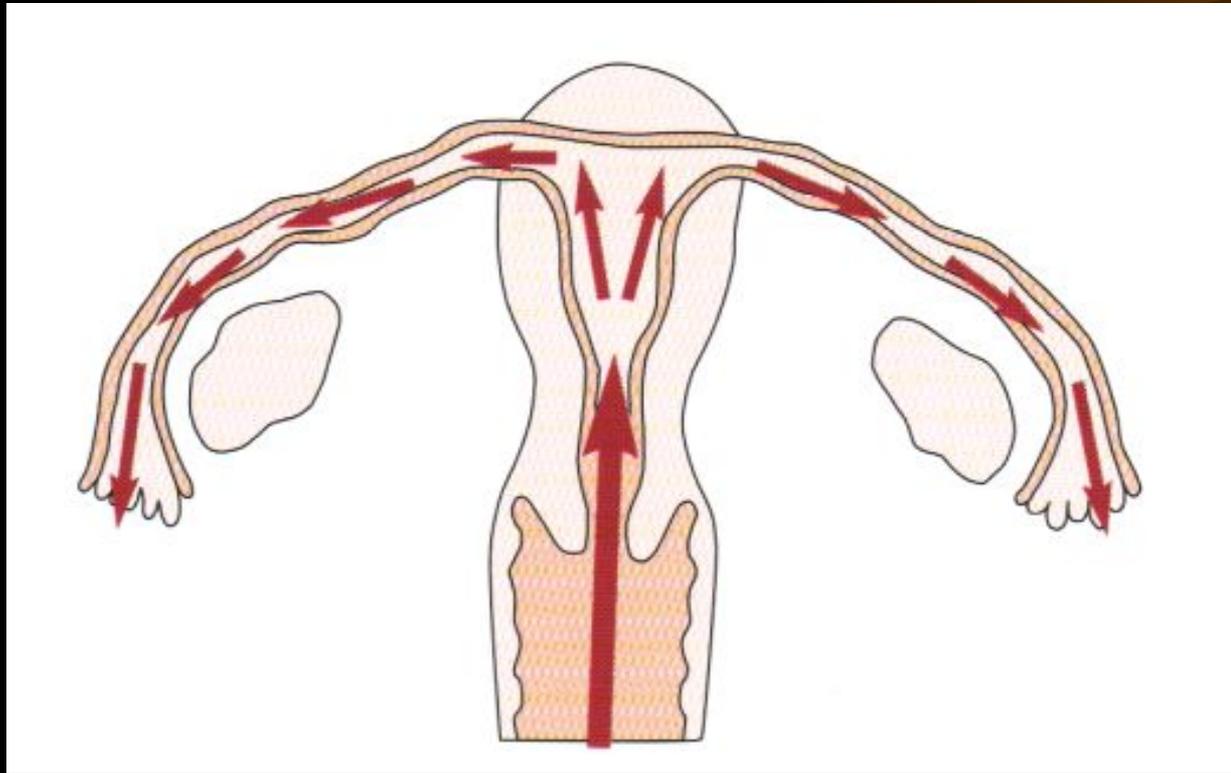
- Отторжение функционального слоя эндометрия во время менструации
- Хорошее кровоснабжение матки
- Пластические свойства тазовой брюшины, отграничивающие воспалительный процесс областью малого таза

# Восходящая инфекции чаще всего распространяется:

- Каналикулярно, то есть через цервикальный канал, полость матки, маточные трубы на брюшину и органы брюшной полости
- лимфогенно, с развитием пельвиоперитонитов и дальнейшим лимфогенным распространением (особенно хламидийной инфекции)
- гематогенно, о чем свидетельствует наличие экстрагенитальных осложнений

В восхождении инфекции могут также играть роль сперматозоиды, трихомонады и использование ВМК.

# Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)



ИНФЕКЦИЯ

**Распространению инфекции из очагов,  
расположенных в нижних отделах  
урогенитального тракта способствуют:**

- Менструация
- Аборты
- Внутриматочные вмешательства
- Внутриматочные контрацептивы
- Роды
- Операции на органах брюшной полости и малого таза
- Очаги хронической инфекции, снижение иммунитета

# Риск развития ВЗОМТ зависит от:

- Сексуальной активности
- Частоты смены половых партнеров
- Возраста
- Способа контрацепции
- Наличия в анамнезе инвазивных гинекологических вмешательств
- Введения ВМК в течение 6 предшествующих недель

## **Повышению частоты развития ВЗОМТ способствуют:**

- Ранний возраст первого полового контакта
- Множество половых партнеров
- Недавняя смена полового партнера  
(в течение 3-х месяцев)
- Частота половых контактов  
(даже в моногамной связи)

**Наличие у женщины бактериального вагиноза повышает риск развития и рецидивирования ВЗОМТ**

# *Клиническая картина ВЗОМТ*

- Боль в нижней части живота
- Диспареуния (особенно при недавно возникшем процессе)
- Гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей
- Тошнота, рвота
- Лихорадка

**ВЗОМТ могут протекать бессимптомно  
(особенно при хламидийной  
инфекции)**

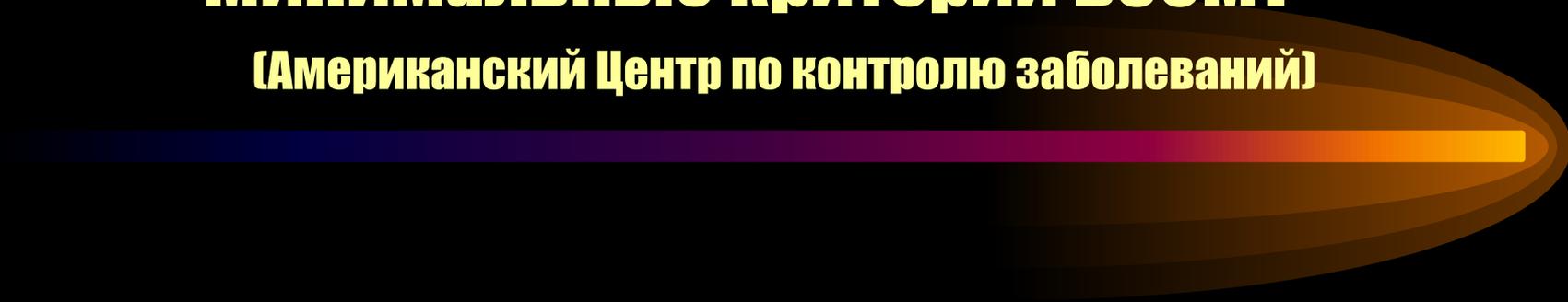
*Наличие клинических признаков  
и/или симптомов ВЗОМТ  
является основанием для  
обследования*



Обследованию подлежат  
пациентки из групп  
повышенного риска, не  
имеющие симптомов ВЗОМТ

# **Минимальные критерии ВЗОМТ**

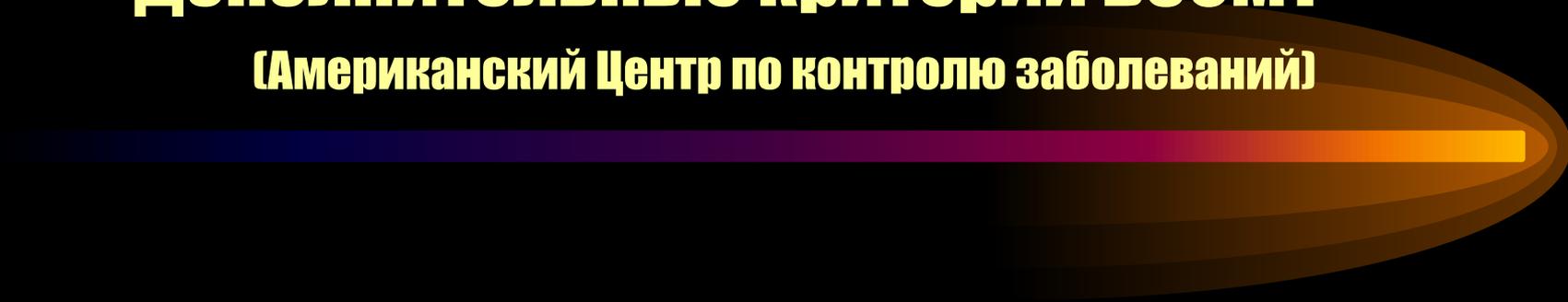
**(Американский Центр по контролю заболеваний)**



- Болезненность при пальпации нижней части живота**
- Болезненность при смещении шейки матки**
- Болезненность при пальпации в области придатков матки**

## **Дополнительные критерии ВЗОМТ**

**(Американский Центр по контролю заболеваний)**



- **Температура в ротовой полости более 38,3° С**
- **Патологические выделения из цервикального канала и влагалища**

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА**

## **Дополнительные критерии ВЗОМТ**

**(Американский центр по контролю заболеваний)**

- **Повышение СОЭ**
- **Повышение уровня С-реактивного белка**
- **Лабораторное подтверждение цервикальной инфекции, вызванной гонококками, хламидиями**

**Отсутствие инфекции в цервикальном канале и уретре не исключает ВЗОМТ!**

При наличии ВЗОМТ из цервикального  
канала выделяются

*гонококки* в 25-50%

*хламидии* в 22-47%

В 1/3 наблюдений у пациенток с  
ВЗОМТ из цервикального канала  
не удастся выделить никаких  
микроорганизмов

# **Определяющие (доказательные) критерии ВЗОМТ**

- Гистопатологическое обнаружение эндометрита при биопсии эндометрия
- Ультразвуковые данные с использованием трансвагинального сканирования, демонстрирующие утолщенные, наполненные жидкостным содержимым маточные трубы с или без свободной жидкости в брюшной полости; наличие тубоовариального образования
- Отклонения, обнаруженные при лапароскопии (лапаротомии), соответствующие ВЗОМТ

## **Особенности диагностики ВЗОМТ**

- Диагностика осуществляется преимущественно на основании клинических признаков
- Отсутствие специфических критериев
- Невысокая чувствительность и специфичность клинических проявлений (65-90%)
- Сложность выявления атипичных и бессимптомных форм ВЗОМТ
- Рекомендуется использовать “низкий диагностический порог”

# *Дифференциальная диагностика ВЗОМТ проводится с*

- *Внематочной беременностью*
- *Острым аппендицитом*
- *Эндометриозом*
- *Апоплексией яичника*
- *Осложненной кистой (опухолью)  
яичника*
- *Функциональными тазовыми болями*

## **Факторы, обуславливающие необходимость госпитализации**

- Не исключены состояния, требующие срочного хирургического вмешательства, такие как аппендицит, внематочная беременность и др.
- Пациентка беременна
- Безуспешное лечение пероральными антимикробными средствами
- Неспособность пациентки соблюдать или переносить амбулаторный пероральный режим
- Тяжело протекающее заболевание, тошнота и рвота, или высокая температура
- Тубоовариальный абсцесс
- Наличие иммунодефицита (ВИЧ - инфекция с низким количеством CD4, иммуносупрессивная терапия или другие заболевания)

Доказательные критерии ВЗОМТ удастся выявить лишь в развернутых стадиях заболевания, угрожающих потерей репродуктивного здоровья или жизни

П **Эффективность терапии тем выше, чем раньше она**

Вот почему при принятии решения о начале антибиотикотерапии следует использовать «низкий диагностический порог» ВЗОМТ, то есть терапия должна быть назначена при наличии «минимальных критериев» и отсутствии других причин, способных вызвать наблюдаемую симптоматику.

Такая тактика позволяет свести к минимуму риск развития осложнений ВЗОМТ, таких как внематочная беременность, бесплодие, хронические тазовые боли.

В мировой врачебной практике  
13 пациенткам из 1000 ежегодно  
ставится диагноз  
воспалительного заболевания  
органов малого таза .

Только 10% из них  
госпитализируются

# *Принципы консервативного лечения острых ВЗОМТ*

- Госпитализация (по показаниям), постельный режим
- Гипотермия гипогастральной области
- Антибактериальная терапия
- Инфузионная терапия
- Десенсибилизирующая терапия
- Коррекция нарушений иммунитета и системы интерферона
- Физиотерапия

# *Общие рекомендации по ведению пациенток с ВЗОМТ*

- При подозрении провести тест на беременность
- Назначение обезболивающих препаратов
- Внутривенное введение препаратов при тяжелом течении заболевания
- Отказ от незащищенных половых актов до завершения курса лечения и обследования, в т. ч. полового партнера
- Обследование на ИППП и ВИЧ
- Беседа, включающая информацию о возможных отдаленных последствиях для пациентки и ее партнера

# Требования ВОЗ

## к препаратам для лечения ИППП

- Эффективность не ниже 95%
- Доступность
- Низкая токсичность и хорошая переносимость
- Медленное развитие устойчивости возбудителя к применяемым лекарственным средствам
- Возможность сокращения кратности приема
- Пероральный прием
- Возможность использования во время беременности лактации
- Возможность применения у детей

# *Европейские стандарты по лечению ВЗОМТ*

Лекарственная терапия должна быть  
эффективна в отношении *N.gonorrhoeae*,  
*S.trachomatis* и анаэробной инфекции

**АНТИБИОТИКИ**  
**ШИРОКОГО СПЕКТРА !**

## *На схему лечения влияют:*

- Сведения о чувствительности микроорганизмов данной местности к применяемым препаратам
- Сведения об эпидемиологии специфических инфекций в данной местности
- Стоимость лечения
- Предпочтение пациентом той или иной схемы лечения
- Тяжесть заболевания

Схемы лечения антибиотиками  
разработаны на принципах  
доказательной медицины!

Внутривенное введение  
антибиотиков следует продолжать  
еще в течение суток после  
клинического улучшения, а затем  
переходить к пероральным схемам.

# ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

## Активность антибиотиков в отношении возбудителей

Возбудители Антибиотики	Гонококк	Хламидии	Кишечная палочка	Микопlasма, уреаплазма	Анаэробы	Трихомонада
Офлоксацин	+	+	+	+	-	-
Др. фторхинолоны	+	±	+	+	-	-
Доксициклин	±	+	±	±	±	-
Макролиды	+	+	-	+	-	-
Гентамицин	±	-	+	-	±	-
Цефтриаксон	+	-	+	-	±	-
Ампициллин	±	-	±	-	-	-
Метронидазол	-	-	-	-	+	+
Орнидазол	-	-	-	-	+	+

# Схемы амбулаторного лечения ВЗОМТ

- Офлоксацин 400 мг перорально 2 р/сутки + метронидазол 500 мг перорально 2 р/сутки – 14 дней
- Цефтриаксон 250 мг в/м однократно *или* цефокситим 2 г в/м однократно с пероральным приемом 1 г пробенецида, а затем доксициклин 100 мг перорально 2 р/сутки + метронидазол 400 мг 2 р/сутки – 14 дней

# *Схемы стационарного лечения ВЗОМТ*

- Цефокситин 2 г в/в 4 р/сутки (цефотетан 2 г в/в 2р/сутки) + доксициклин 100мг в/в (перорально) 2р/сутки

*затем*

доксициклин 100 мг 2р/сутки перорально  
+ метронидазол 400 мг 2р/сутки  
перорально

*в течение 14 дней*

# Схемы стационарного лечения ВЗОМТ

- Клиндамицин 900 мг в/в 3р/сутки + гентамицин 1,5-2,0 г/кг 3р/сутки (можно одной дозой) в/в

*затем*

*либо* клиндамицин 450 мг 4 р/сутки перорально, *либо* доксициклин 100 мг 2 р/сутки перорально + метронидазол 400 мг 2 р/сутки перорально

*в течение 14 дней*

# *Альтернативные схемы лечения ВЗОМТ*

- Офлоксацин 400 мг 2 р/сутки в/в + метронидазол 500 мг 3 р/сутки в/в – 14 дней
- Ципрофлоксацин 200 мг 2 р/сутки в/в + доксициклин 100 мг 2 р/сутки в/в (перорально) + метронидазол 500 мг 3 р/сутки в/в

Если лечение по указанным схемам не представляется возможным (отсутствие препаратов или другие причины), следует в течение 14 дней проводить лечение антибиотиками, эффективными в отношении:

- *N.gonorrhoeae* - фторхинолоны, цефалоспорины, пенициллин (при чувствительности местных штаммов)
- *C.trachomatis* – тетрациклины, макролиды
- Анаэробных бактерий - метронидазол

## *Особые ситуации*

- ВИЧ-инфицированные могут иметь более тяжелые проявления ВЗОМТ, но хорошо реагируют на лечение антибиотиками. Рекомендуется парентеральное введение лекарств.
- Синдром Фитца-Хью-Куртиса (боль в правом подреберье) может быть доминирующим, проявляется у 10-20% женщин с ВЗОМТ и связан с перигепатитом.

## *Особые ситуации*

- При беременности ВЗОМТ повышают риск развития патологии у матери и плода – рекомендуется парентеральная терапия
- Не существует специальных апробированных схем лечения ВЗОМТ для беременных женщин, однако следует применять препараты, эффективные в отношении хламидийной, гонорейной и анаэробной инфекции, безопасные при беременности, например, цефокситин 2 г 3 р/сутки в/в + эритромицин 50 мг/кг в/в с возможным добавлением метронидазола 500 мг в/в 3 р/сутки

# *Инфузионная терапия*

- Назначается при выраженной общей реакции
- Цель – дезинтоксикация, улучшение реологических и коагуляционных свойств крови, устранение электролитных нарушений, восстановление кислотно-основного равновесия, устранение диспротеинемии
- Инфузионная терапия, снижая вязкость крови, улучшает доставку антибиотиков в очаг воспаления и повышает эффективность антибактериальной терапии

# *Инфузионная терапия*

- Изотонические растворы хлорида натрия, глюкозы, дисоль, трисоль, раствор Рингера
- Реополиглюкин, реоглюман
- Глюкозо-новокаиновая смесь
- Бикарбонат натрия
- Альбумин, плазма

Дополняется низкомолекулярными гепаринами  
(фраксипарин, клексан)

# Десенсибилизирующая терапия

- Цель – снижение повышенной чувствительности к продуктам тканевого распада и антигенам микробной клетки
- **Антигистаминные препараты** уменьшают реакцию организма на гистамин, снимают спазм гладкой мускулатуры прекапилляров, уменьшают проницаемость сосудистой стенки

# *Нестероидные противовоспалительные препараты*

- Эффективно устраняют симптомы воспаления – боли, отек
- Применяются индометацин, вольтарен, ибупрофен, пироксикам

# *Коррекция иммунитета и интерферонового статуса*

- Гамма-глобулин
- Левамизол
- Т-активин, тималин
- Лейкинферон
- Интерферон
- Стимуляторы синтеза эндогенного интерферона (циклоферон, неовир, амиксин)
- Витамины, адаптогены
- Ультрафиолетовое облучение аутокрови

# Физиотерапия

- В острой фазе – УВЧ на область гипогастрия. **Тепловые процедуры противопоказаны!**
- При стихании воспалительного процесса – электрофорез иодистого калия, меди, цинка, фонофорез гидрокортизона, переменное магнитное поле, лазеротерапия, местное тепло.

Эффективность консервативной терапии следует оценивать через 12-48 часов.

Прогностически значимыми являются:

- улучшение общего самочувствия
- снижение температуры
- исчезновение симптомов раздражения брюшины
- нормализация гематологических показателей

# *Хирургическое лечение ВЗОМТ*

- Гистероскопия
- Пункция гнойных образований через задний свод влагалища под контролем ультразвука
- Лапароскопия
- Лапаротомия

*При лечении эндометрита*

*целесообразно*

**проведение гистероскопии**

**с промыванием полости матки  
антисептическими растворами,  
удалением остатков плодного  
яйца, плацентарной ткани,  
инородных тел**

# *Показания к хирургическому лечению ВЗОМТ*

- Отсутствие эффекта от консервативной терапии при пельвиоперитоните в течение 12-24 ч (24-48 ч)
- Нарастание местных и общих симптомов воспаления
- Невозможность исключить разрыв гнойного tuboовариального образования
- Перитонит

# *Пункция гнойных тубоовариальных образований через задний свод влагалища*

- При пиосальпинксах, пиоваре, абсцессе ректовагинального кармана
- Контроль УЗ сканирования
- Аспирация гнойного содержимого, промывание полости антисептиками, введение антибиотиков
- Бактериологическое исследование

# *Лапароскопия при ВЗОМТ*

- Диагностика - оценка выраженности и распространенности воспалительного процесса
- Лизис спаек, вскрытие и дренирование гнойных полостей, санация брюшной полости
- Удаление тубоовариальных образований
- Введение антибиотиков, антисептиков в брюшную полость
- Динамическая лапароскопия

# *Показания к лапароскопии*

- Отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии в течение 12-24 часов (24-48 ч)
- Нарастание местных и общих симптомов воспаления
- Дифференциальная диагностика с острыми хирургическими заболеваниями

# *Показания к лапаротомии (нижнесрединный доступ)*

- Разрыв гнойного tuboовариального образования
- Перитонит
- Тазовый абсцесс
- Неэффективность лечения в течение 24 ч после лапароскопического дренирования
- Невозможность проведения лапароскопии
- Гнойные tuboовариальные образования в пре- и постменопаузе (необходимость гистерэктомии)

# *Объем оперативного вмешательства при ВЗОМТ*

Определяется возрастом пациентки, степенью деструктивных изменений и распространенностью воспалительного процесса, сопутствующей патологией.

# *Объем оперативного вмешательства при ВЗОМТ*

- Органосохраняющие операции – вскрытие пиосальпинкса, пиовара, абсцесса малого таза
- Удаление трубы, придатков, тубоовариального образования
- НАМ (при сопутствующей патологии матки)
- Экстирпация матки (при вовлечении матки в воспалительный процесс – эндомиометрит, после родов, абортов, ВМК, при сопутствующей патологии матки и шейки)

# *Обследование и лечение партнеров*

- Следует постараться выявить **половых партнеров** за последние 6 месяцев до начала заболевания и предложить им пройти клиническое и лабораторное обследование на гонорею и хламидиоз
- Партнерам следует воздержаться от **половых контактов** до окончания обследования или курса лечения

# Обследование и лечение партнеров

- При обнаружении гонореи у полового партнера ее следует лечить соответственно рекомендуемым схемам одновременно с пациенткой
- Параллельное эмпирическое лечение хламидийной инфекции рекомендуется всем половым партнерам в связи с неодинаковой чувствительностью используемых в настоящее время диагностических тестов
- Если скрининг полового партнера на гонорею и хламидиоз невозможен, следует провести эмпирическое лечение этих инфекций

# *Последующее наблюдение*

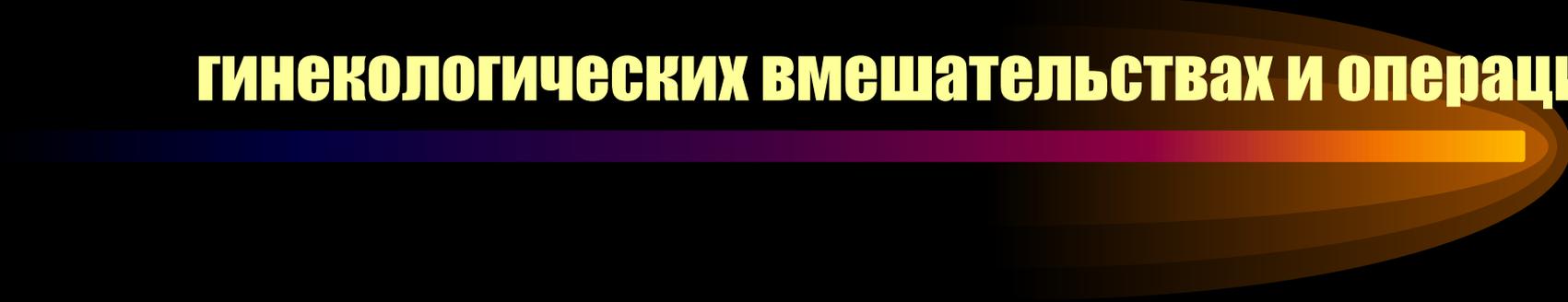
В течение 4-х недель после окончания лечения следует убедиться:

- В адекватности клинического ответа на лечение
- В соблюдении режима перорального лечения антибиотиками
- В обследовании и лечении половых партнеров

## *Последующее наблюдение*

- При обнаружении гонорейной инфекции повторное обследование на гонорею проводится после окончания лечения
- Повторное обследование на хламидии рекомендуется при персистенции симптомов заболевания, низкой дисциплине в отношении схем лечения.

## **Превентивная терапия при инвазивных гинекологических вмешательствах и операциях**



В целях профилактики возможных осложнений и в связи с невозможностью повсеместных специальных бактериологических, иммунологических и молекулярных исследований на флору, в практике широко используется превентивная терапия.