

Башкирский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии №2

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА**

АКТУАЛЬНОСТЬ

- Составляют 60—65% среди амбулаторных гинекологических больных
- За последние годы во всем мире зафиксирован рост числа больных на 13%
- Пациентки в возрасте до 25 лет составляют 70% среди всех больных





ТИПИЧНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЗОМТ:

- Первично хроническое течение;
- Распространение инфекции восходящим путем из эндоцервикса;
- Неспецифичность;
- Полимикробный характер поражения;
- С выделением условно-патогенной флоры – анаэробы!
- ИППП (у четверти пациенток);
- У20% микробный этиологический фактор не обнаруживается.

Классификация инфекционных поражений:

□ Вульвы и влагалища

□ Цервициты;

□ **ВЗОМТ:**

легкого;

средне тяжелого;

тяжелого течения;

тубоовариальные гнойные образования



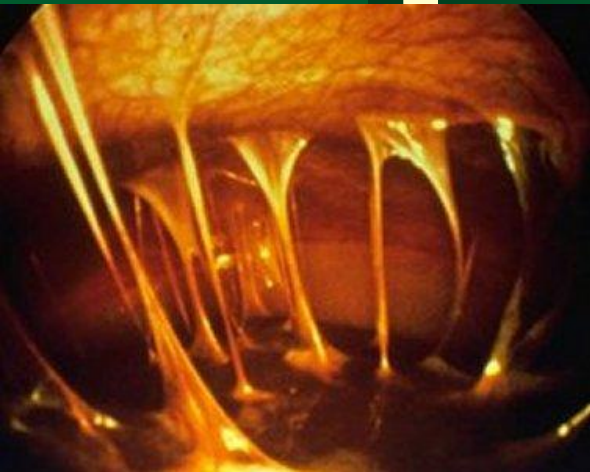
ВЗОМТ – собирательный термин

Объединяет воспалительные процессы в верхних отделах женской репродуктивной системы:

- эндометрит;**
- сальпингоофорит;**
- пельвиоперитонит;**
- тубоовариальный абсцесс.**


ПОСЛЕДСТВИЯ

- 30% - утрата фертильности;
- 50% - эктопическая беременность;
- вероятность тяжелых осложнений с хирургическим вмешательством;
- значительная доля случаев с синдромом хронической тазовой боли.





Факторы риска:

- **генитальные** – ИППП, БВ, инфекции полового партнера, патологические роды, аборты, ВМК, диагностические и лечебные манипуляции;
 - **экстрагенитальные** – ожирение, СД, иммунодефицитные состояния, дисбактериоз кишечника;
 - **социальные** – стрессовые ситуации, алкоголизм, наркомания, сексуальное поведение, нетрадиционные формы половых контактов, неправильное питание.
- 

Клинические симптомы ВЗОМТ:

болезненность в животе, пояснице;
патологические выделения из половых
путей;
повышение температуры;
учащённое мочеиспускание;
межменструальные или посткоитальные
кровотечения;
тошнота, рвота.



N. gonorrhoeae




Ureaplasma urealyticum

Клиника зависит от возбудителя,



Диагностика 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)



Диагностика при осложненных формах

- **первый этап** — клиническое обследование, (бимануальное и ректовагинальное исследование, бактериологическая и лабораторная диагностика)
- **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



Методы обследования ВЗОМТ

- **УЗИ** — в программе первичного обследования
утолщенные стенки маточной трубы с
жидкостным содержимым

для дифференциальной диагностики
с кистой яичника;

для диагностики пиосальпинкса и
тубоовариального абсцесса;

для решения вопроса о возможности
дренирования



Эхография гнойных тубоовариальных образований

- форма их чаще бывает неправильной, но все-таки приближается к овоидной;
- внутренняя структура отличается полиморфизмом: неоднородна и, как правило, представлена среднedisперсной эхопозитивной взвесью на фоне повышенного уровня звукопроводимости;
- контуры гнойного тубоовариального образования могут быть представлены: эхопозитивной толстой капсулой с четкими контурами, с участками неравномерной толщины и резкого истончения, а также образованием без четких контуров;
- отсутствие сосудистой сети внутри образования.



Дифференциальная диагностика

Острых ВЗОМТ:

- с аппендицитом;
- дивертикулом;
- эктопической беременностью;
- обструктивными уропатиями.

МРТ

Хронических ВЗОМТ:

- эндометриозом (22%);
- синдромом Аллена-Мастерса (25%);
- варикозным расширением яичниковых вен (12%);
- тазовым ганглионитом (16%);
- с диспареунией (10%).



цервицит = субклинический эндометрит



Бактериальный вагиноз



особенности санации



Специфические ВЗМОТ – 30%

неспецифические ВЗМОТ – 70%



Возбудители:

□ Анаэробная микрофлора;

□ *Chlamydia trachomatis*;

□ *Neisseria gonorrhoeae*;

□ *Mycoplasma genitalium*

□

□

□

□



любые резистентные представители влагалищной микрофлоры в определенных условиях могут спровоцировать воспалительный процесс в органах малого таза



Особенности ИППП в современных условиях:

- 80% визитов в клиники;**
- 66% - бессимптомное течение;**
- мы работаем с последствиями;**
- 11-15% - реинфекции через 3-4 мес.;**
- 34% - реинфекции у подростков;**
- 50% - при дефлорации без контрацепции;**
- 70-80% - при трубном бесплодии и эктопической беременности.**



**при легком и среднетяжелом течении
ВЗОМТ возможно амбулаторное
лечение.**



Показания для госпитализации

- невозможность исключить острый живот;
- беременность;
- неэффективность амбулаторного ведения;
- невозможность соблюдения режима назначенного лечения амбулаторно;
- тяжелое течение заболевания;
- tuboовариальный абсцесс.



Тяжелые формы ВЗОМТ. Тубоовариальный абсцесс

Особенности диагностического поиска:

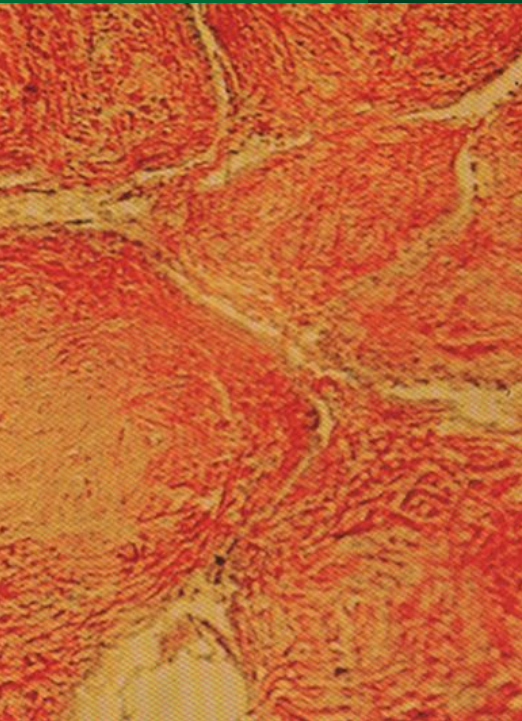
- учитывать полимикробную этиологию;**
- применить все доступные методы визуализации для диагностики абсцесса и сопутствующих заболеваний;**
- у 15% с ВЗОМТ диагностируется тубоовариальный абсцесс.**

При отсутствии эффекта от антибиотикотерапии в течении 48-72ч необходимо хирургическое дренирование.

Разрыв тубоовариального абсцесса требует экстренного хирургического вмешательства.



Гиперплазия – патологический рост соединительной ткани, который чаще всего является следствием продуктивной фазы хронического воспаления, вызванного инфекционными и аутоиммунными факторами.





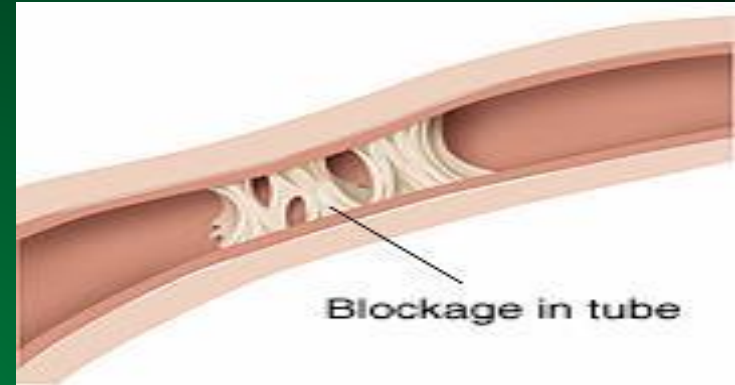
ЭТИОЛОГИЯ И МЕХАНИЗМ ЗАПУСКА ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

- Запуск защитной реакции организма, направленной на изолирование воспалительного агента (рост соединительной ткани, обволакивание воспалительного агента).
- Сбой в работе систем организма, отвечающих за контроль роста соединительной ткани в очаге воспаления.
- Гиперпродукция структурных элементов, вызывающая более грозные патологические изменения.

Реинфекция в формировании трубного бесплодия в исходе ВЗОМТ

один эпизод ВЗОМТ –
вероятность бесплодия
8%;

два эпизода – 19,5%
три эпизода – 40%



отсрочка лечения
вызывает
нарушение
фертильности

на 3 дня у 19,7%
на 5 дней у 40%



РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ



Трубно-перитонеальное бесплодие – Эктопическая беременность – 50%
40-72%

▶ Частота бесплодных браков в России
превысила 15%



Иммунитет

- Продукты тканевого распада из очага воспаления, преобразуются в аутоантигены, которые, проникая в иммунокомпетентные клетки, приводят к образованию аутоантител.
- Индуцируется развитие аутоиммунных процессов.
- Аутоиммунные сдвиги проявляются выработкой специфических аутоантител к тканям яичников и маточных труб вне беременности, а так же к структурным компонентам системы мать-плацента-плод.



Прогестерон

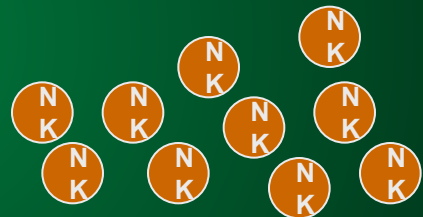
Кро
вь



пролиферация

дифференциация

Эндометрий



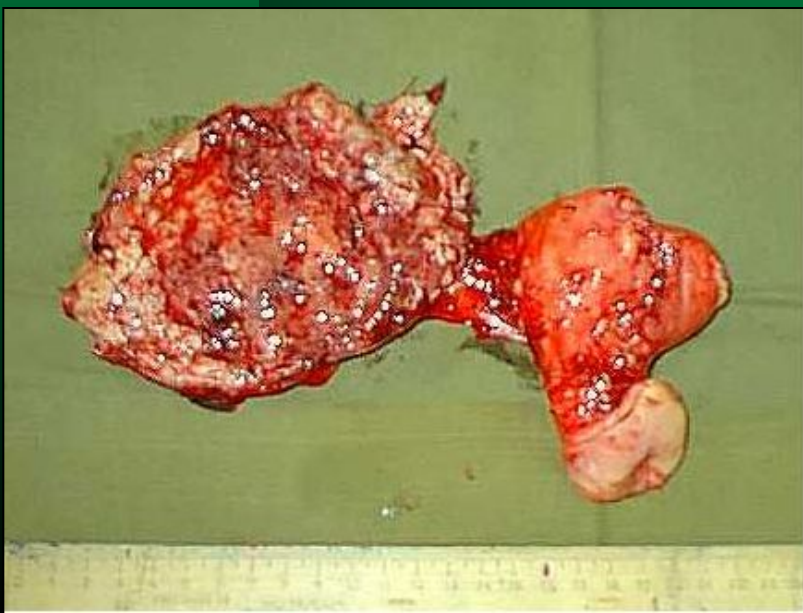
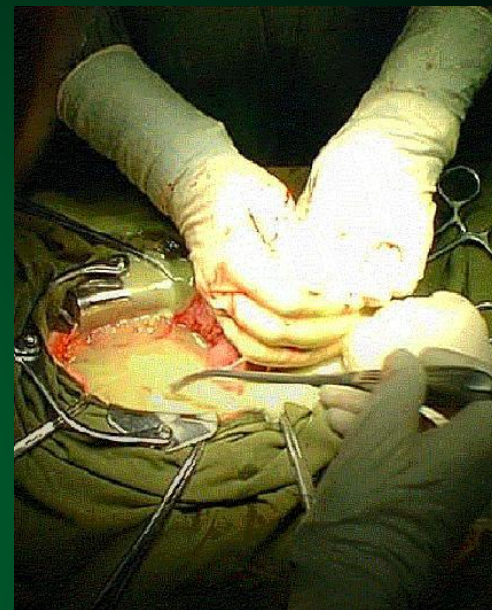
GM-CSF,
M-CSF,
IFN- γ , TGF- β ,
LIF

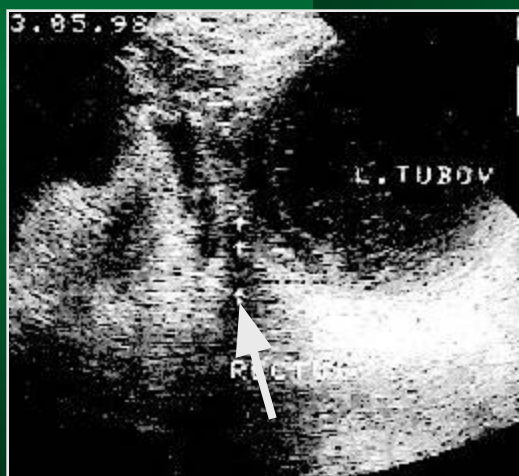
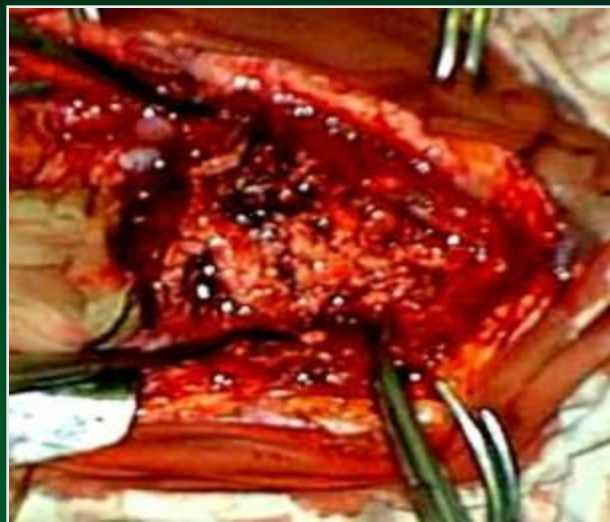
Галестин – 1
Гликоделин

Формирование
плаценты

иммуномодуляция

Тяжелые, деструктивные формы гнойного воспаления: основные причины – длительное ношение ВМК





**Придатково-
прямокишечный
свищ**



**Перфорация тазового
абсцесса в мочевой
пузырь**



**Абсцесс
паранефральной
клетчатки**



Этапы лечения ВЗОМТ

- Первый — устранение этиологического фактора
- Второй — восстановление морфофункционального потенциала тканей и устранение последствий вторичных повреждений, восстановление гемодинамики и активности рецепторного аппарата тканей (хронический процесс).



Правила назначения антибиотиков

- **Активность против возбудителей**
- **Достаточные концентрации в очаге инфекции**
- **Поддержание подавляющей концентрации в течение необходимого времени**



Показания к антибиотикотерапии при ВЗОМТ

Эмпирическое лечение при:

половая жизнь + тазовые боли

« минимальные диагностические критерии » :

- температурная реакция;
- лейкоцитоз;
- структурные изменения в органах.



показана только при доказано **остром**
или **обострении** хронического процесса
после **верификации возбудителя**

Моноинфекция в практике акушера-гинеколога не встречается

Внутриклеточ

ные

Хламидии
Микоплазмы

Гр(+)

Стрептококки
Стафилококки

Гр(-)

Кишечная
палочка
Гонококки

Анаэробы

Бактероиды
Пептострепток
окки

Необходимо применять комбинацию
антибиотиков

Предупреждение хронизации воспалительного процесса

Адекватный антибиотик

ЭРАДИКАЦИЯ

ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ

Выздоровление

**Увеличение
безрецидивного
интервала**

ОБОСТРЕНИЕ

**ПЕРСИСТЕНЦИЯ БАКТЕРИЙ
СЕЛЕКЦИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ**

**НЕАДЕКВАТНЫЙ
АНТИБИОТИК**

**ОТСУТСТВИЕ
ЭРАДИКАЦИИ**



Тактика ведения пациенток с ВЗОМТ:

- Ранняя диагностика и лечение;
- Использование комбинации антибиотиков;
- Половые партнеры нуждаются в обследовании и лечении;
- Если обследование невозможно **проводить эмпирическое лечение полового партнера**



Хинолоны и моксифлоксацин

особенности:

- резистентность гонококков ?!
- полная эрадикация микоплазм;
- убедительно предотвращает хронизацию процесса.



азитромицин

Особенности:

- Полная эрадикация хламидийной и гонорейной инфекции;
- недостаточная эффективность при лечении микоплазменной инфекции.



цефалоспорины

- Полная эрадикация гонорейной инфекции;
- Можно сочетать с доксициклином;
- длительно сохраняют высокую концентрацию в сыворотке крови;
- не теряет активность в содержимом абсцесса;
- Лучше – с азитромицином 2г на курс.



аминогликозиды

Особенности:

□ **инактивация в содержимом абсцесса;
(тканевом детрите);**

□ **нет длительного сохранения высокой
концентрации в сыворотке крови;**

при тяжелых формах ВЗОМТ и абсцессах

не назначать!



КЛИНДАМИЦИНЫ

- **суперактивность в отношении анаэробов;**
- **наличие резистентных штаммов микроорганизмов**



Европейское руководство по лечению ВЗОМТ (2012)

цефтриаксон 500мг
однократно
доксциклин 100мг
2 раза в день
метронидазол 400мг
2 раза в день 14 дней

ИЛИ

азитромицин 1г в нед
2 недели
в комплексном
лечении





Режим антибиотикотерапии ВЗОМТ в стационарных условиях (РФ):

□ амоксициллин/
клавуланат + азитромицин или доксициклин

□ Моксифлоксацил + цефтриаксон 0,5г в/м 1раз

□ офлоксацин + метронидазол + цефтриаксон
0,5г в/м 1раз

□ Клиндамицин + доксициклин + гентамицин



Лонгидаза® -

ЭТО ковалентный конъюгат
высокоочищенного фермента
ГИАЛУРОНИДАЗА
с активированным производным
высокомолекулярного соединения
ПОЛИОКСИДОНИЙ®



ПРИНЦИПИАЛЬНО НОВЫЕ
ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА
ФЕРМЕНТНОГО ПРЕПАРАТА



Метаболическая терапия:

- Мексидол 0,25-0,50 г в сутки в 2-3 приема до 2-6 недель.
- Витамин Е 200 МЕ 2 раза в сутки внутрь.
- Аскорбиновая кислота 0,1 г 3 раза в сутки внутрь.
- Метионин 0,5 г 3–4 раза в сутки внутрь.
- Глутаминовая кислота 1 г 2–3 р/сут внутрь.



Прогестерон

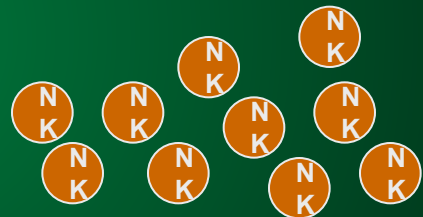
Кро
вь



пролиферация

дифференциация

Эндометрий



GM-CSF,
M-CSF,
IFN- γ , TGF- β ,
LIF

Галестин – 1
Гликоделин

Формирование
плаценты

иммуномодуляция



Критерии эффективности проводимой терапии:

- купирование клинических симптомов заболевания,
- восстановление эхографической картины тканей,
- элиминация или снижение активности инфекционного агента,
- восстановление морфологической структуры ткани.



хламидийная инфекция:

**современные зарубежные
и
российские рекомендации**



факты

- Грамотрицательные бактерии, внутриклеточные;
- место локализации – цилиндрический эпителий;
- Самая частая форма острого воспаления- цервицит;
- осложнения – ВЗОМТ (риск 15%);
- виноваты в возникновении каждого десятого диагноза « бесплодный брак»;
- осложняет течение беременности (мертворождение , невынашивание);
- опасность для новорожденных



диагностика

- Проводить скрининг на наличие инфекции у всех сексуально активных женщин в возрасте до 25 лет и у беременных.
- Методом ампликации нуклеиновых кислот (МАНК)
ПЦР-диагностика или
ПЦР в реальном времени;
- чувствительность и специфичность метода – 99%

~~ИФА~~

~~ПИФ (иммунофлюоресценция)~~



Формулировка диагноза

Верифицировать диагноз по локализации инфекции:

- уретрит;
- цервицит;
- проктит;
- конъюнктивит.

Возможно выделение форм:

- неосложненной;
- осложненной (ВЗОМТ).
 - ~~острая;~~
 - ~~хроническая;~~
 - ~~персистенция.~~



Выбор антибактериальной терапии

С позиции доказательной медицины

наиболее эффективным и безопасным лекарственным средством признан азитромицин

Проводить терапию **осложненных форм** в соответствии **стандартами терапии ВЗМОТ!**

~~определять чувствительность
к антибактериальным препаратам~~



Контроль излеченности

- На основании данных методов **ПЦР –диагностики**
- **МАНК** неспособны отличить живые организмы от нежизнеспособных;
- **Результаты обследования остаются положительными в течение 4 – 6 нед после проведенного лечения**
- **Обследование можно проводить через 1,5 мес после проведенного лечения.**



Генитальный туберкулез



факты

- **Внелегочной туберкулез (ВТ) составляет 10-12% от всех форм туберкулеза;**
- **Туберкулез женских половых органов занимает 4 место среди всех форм ВТ;**
- **Частота туберкулеза у женщин с бесплодием составляет 4 – 8%;**
- **Среди больных с хроническими формами ВЗОМТ достигает 15 – 25%;**
- **Пути распространения генитального туберкулеза гематогенный, лимфогенный, контактный, трансплацентарный**



Классификация по локализации:

- Сальпингит у 80 – 100%;
- Оофорит у 10 – 15%;
- С поражением матки у 30 – 35%;
- С поражением влагалища и шейки матки у 1 – 2%.



диагностика

Данные анамнеза:

- Туберкулез других органов;
- Контакт с больными туберкулезом;
- пневмонии, плеврит в анамнезе;
- туберкулезный вираж в анамнезе;
- указание на аппендэктомию в детстве.



Группа риска для выявления генитального туберкулеза

- хронический сальпингит при отсутствии половой жизни;
- аменорея, гипоменструальный синдром;
- бесплодие первичное, вторичное;
- тубоовариальные образования;
- внематочная беременность;
- наличие туберкулезного анамнеза;
- контакт с туберкулезом.



КЛИНИКА

- СИМПТОМЫ ИНТОКСИКАЦИИ;
- боли;
- аменорея, гипоменструальный синдром;
- бели (опорожнение сактосальпинксов);
- эктопическая беременность;
- дисбактериоз;
- поражение шейки матки;
- свищи (редко).

