

Острый живот в гинекологии

*Кафедра акушерства и гинекологии им. С.Н.Давыдова
СЗГМУ им. Мечникова И.И.
асс.кафедры Арнт О.С.*

Неотложные состояния в гинекологии

Острый живот

- **Острый живот** — клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и/или забрюшинного пространства, угрожающий жизни и требующий неотложной помощи.



Неотложные состояния в гинекологии

Острый живот

- Термин **«острый живот»** - собирательное понятие, объединяющее группу заболеваний, различных по этиологическому признаку и патогенезу.



Симптоматика «острого живота» в гинекологии Общее:

- Внезапное появление болей сре полного здоровья
- Боли внизу живота, с тенденцией усилению и распространению
- Тошнота, рвота
- Нарушение отхождения кишечни газов и кала



Симптоматика «острого живота» в гинекологии

Общее:



- Общее состояние удовлетворительное/средней тяжести
- Пульс учащён
- АД в норме
- Бледность кожных покровов
- Температура повышена до субфебрильных/ фебрильных цифр
- Холодный пот

гинекологии

Общее:

- Язык суховат, обложен беловатым налётом
- Живот напряжён, несколько вздут, резко болезненный, больше на стороне поражения
- Симптомы раздражения брюшины различной степени выраженности



Симптоматика «острого живота» в гинекологии Общее:

Бимануальное исследование ?
затруднено из-за напряжения и
болезненности
передней брюшной стенки
вследствие раздражения брюшины.

Симптоматика «острого живота» в гинекологии

Общее:

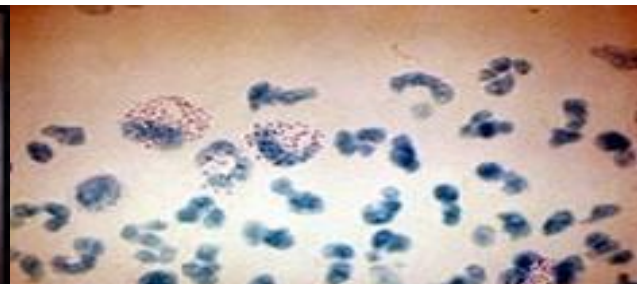
Лабораторное исследование:

- лейкоцитоз
- сдвиг формулы влево
- повышение СОЭ

Симптоматика «острого живота» в гинекологии Общее:

**Жесткое соблюдение
алгоритмов диагностики,
применение дополнительных методов
исследования
позволяют врачу своевременно
поставить диагноз
и начать лечение
в необходимом объеме.**

Группы заболеваний внутренних женских половых органов, при которых возникает клиника острого живота:



О. кровотечения из внутренних половых органов:

- 1. внематочная беременность**
- 2. апоплексия яичника**
- 3. травматическое повреждение**

О. нарушения кровообращения в опухолях /опухолевидных образованиях внутренних половых органов:

- 1. перекрут ножки опухоли яичника**
- 2. нарушение питания миоматозного узла**

О. гнойные заболевания внутренних половых органов с последующим развитием перитонита:

- 1. пиосальпинкс / пиовар**
- 2. гнойная тубоовариальная опухоль**
- 3. пельвиоперитонит**
- 4. распространенный**

«Острый живот»

Дифференциальная диагностика:

- угрожающий/неполный/состоявшийся аборт
- плацентарный полип
- аномалии развития матки (гематометра добавочного рога и другие)
- дисфункциональные маточные кровотечения
- о. аппендицит
- почечная колика
- перфорация язвы желудка/двенадцатиперстной кишки
- разрывы печени/селезёнки
- аномалии развития матки (гематометра добавочного рога и другие)

ОСТРЫЙ ЖИВОТ В ГИНЕКОЛОГИИ

ВЗОМТ

ВЗОМТ

— группа самостоятельных воспалительных нозологических форм в области верхних отделов женского репродуктивного тракта, которая может включать любую комбинацию:

- эндометрит
- сальпингит
- оофорит
- параметрит
- тубоовариальный абсцесс
- тазовый перитонит

ВЗОМТ

- Одна из самых распространенных причин обращения женщин к гинекологу.
- Основной причиной ухудшения репродуктивного здоровья населения явилась высокая инфекционная заболеваемость в стране, особенно урогенитальными инфекциями.

МЗ РФ, 2010 г.

ВЗОМТ

Эпидемиология

- **РФ:** около 2 млн новых случаев в год
 - 28-30% в структуре гинекологических заболеваний в стационаре
 - 60-65% амбулаторных больных

- **США:** 800 000 новых случаев в год
Экономические затраты на лечение ВЗОМТ и их последствий более 2 млрд долларов США.

- Великобритания: 1,7% женщин 16-46 лет ежегодно.
- Швеция: 15% женщин в течение жизни.
- ВЗОМТ в 2/3 случаев не диагностируются

ВЗОМТ

Эпидемиология

- Увеличение удельного веса пациенток со ВЗОМТ в структуре гинекологической заболеваемости
- **Острая типичная клиника ВЗОМТ встречается в 1,5 раза реже, чем субклинические формы**
- **число последних ежегодно растет!**

ВЗОМТ

Эпидемиология

- Сексуально активные женщины в возрасте до 25 лет наиболее подвержены риску возникновения ВЗОМТ
- ВОЗ: за последние 10 лет число женщин в возрасте 20–24 лет с диагнозом ВЗОМТ увеличилось в более чем в 1,5 раза

ВЗОМТ

Эпидемиология

Пик заболеваемости 15-24 лет.
После 30 лет риск значительно
снижается.

Исходы ВЗОМТ

- Хроническое течение воспалительного процесса
- Синдром хронической тазовой боли
- Внематочная беременность
- Бесплодие

Исходы ВЗОМТ

***Причина 50% всех внематочных
беременностей!***

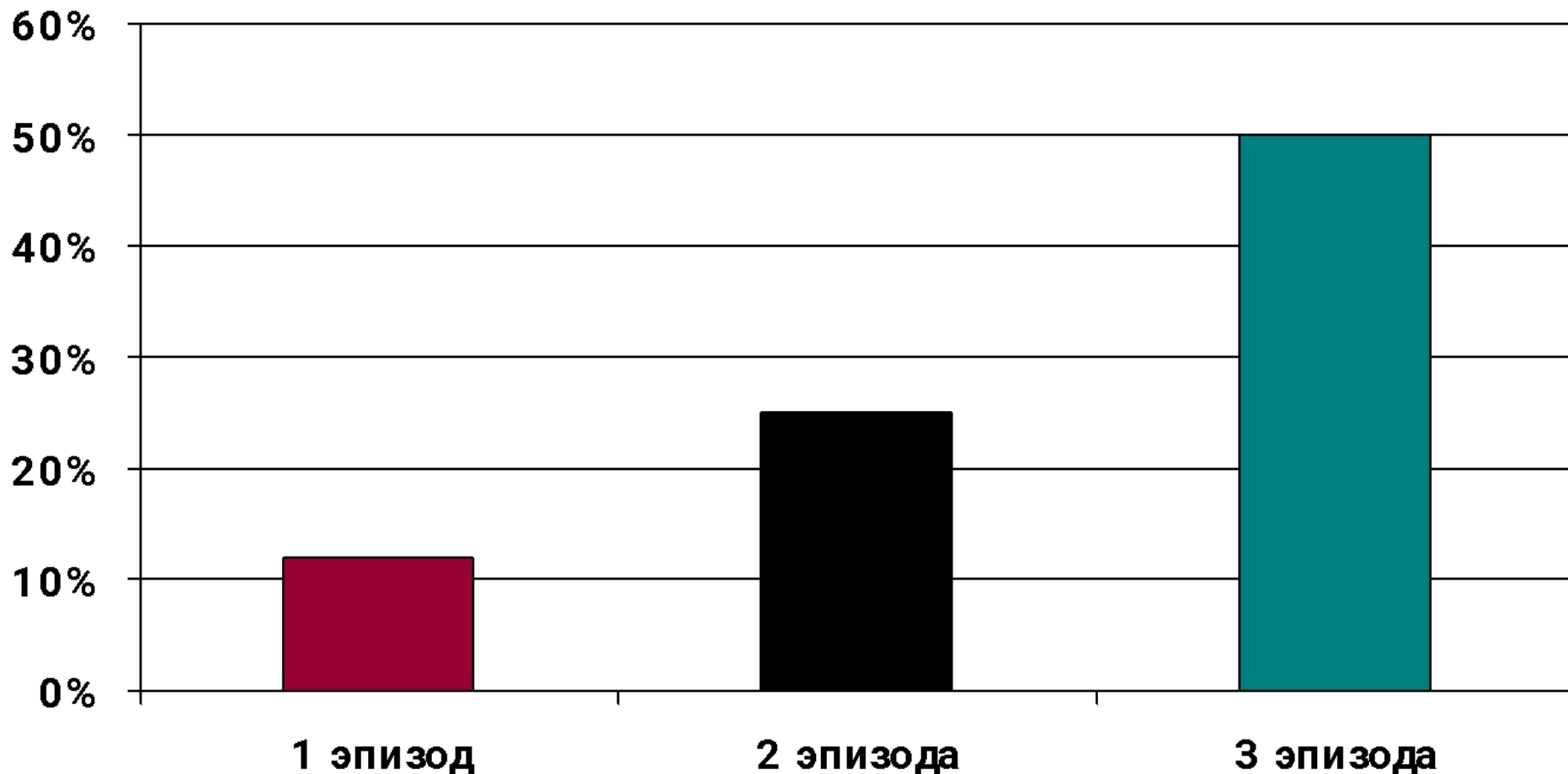
Причина 30% всех случаев бесплодия!

ВЗОМТ

Эпидемиология

- **20% женщин, перенесших ВЗОМТ, впоследствии не могут зачать ребенка**
- **У 20% развивается синдром хронической тазовой боли**
- **У 10% женщин, зачавших после ВЗОМТ, развивается внематочная беременность**

Частота бесплодия после ВЗОМТ



**После третьего эпизода ВЗОМТ половина женщин
не может зачать ребенка.**

CDC guidelines, 1991

ВЗОМТ

Эпидемиология

- 1-е место в структуре гинекологической заболеваемости
- За последние 10 лет увеличилась в более чем в 1,5 раза
- Самая частая причина:
 - негормонального бесплодия
 - эктопической беременности
 - невынашивания беременности
 - пороков развития плода

**КЛАССИФИКАЦ
ИЯ**

Классификация воспаления внутренних половых органов

N70-N77. Воспалительные болезни женских тазовых органов

N70. Сальпингит и оофорит

N70.0. Острый сальпингит и оофорит

N70.1. Хронический сальпингит и оофорит

N70.9. Сальпингит и оофорит неуточненные

N71. Воспалительная болезнь матки, кроме шейки матки

N71.0. Острая воспалительная болезнь матки

N71.1. Хроническая воспалительная болезнь матки

N71.9. Воспалительная болезнь матки неуточненная

N73. Другие воспалительные болезни женских тазовых органов

N73.0. Острый параметрит и тазовый целлюлит

N73.1. Хронический параметрит и тазовый целлюлит

N73.2. Параметрит и тазовый целлюлит неуточненные

N73.3. Острый тазовый перитонит у женщин

N73.4. Хронический тазовый перитонит у женщин

N73.5. Тазовый перитонит у женщин неуточненный

N73.6. Тазовые перитонеальные спайки у женщин

N73.8. Др.уточненные воспалител. болезни женских тазовых органов

N73.9. Воспалительные болезни женских тазовых органов

Классификация воспаления внутренних половых органов

- N74*. Воспалительные болезни женских тазовых органов при болезнях, классифицированных в других рубриках
 - N74.0*. Туберкулезная инфекция шейки матки (A18.1)
 - N74.1*. Воспалительные болезни женских тазовых органов туберкулезной этиологии (A18.1)
 - N74.2*. Воспалительные болезни женских тазовых органов, вызванные сифилисом (A51.4, A52.7)

N74.3*. Гонококковые воспалительные болезни женских тазовых органов

N74.4*. Воспалительные болезни женских тазовых органов, вызванные хламидиями (A56.1)

N74.8*. Воспалительные болезни женских тазовых органов при других болезнях, классифицированных в других рубриках

- N75. Болезни бартолиновой железы
 - N75.0. Киста бартолиновой железы
 - N75.1. Абсцесс бартолиновой железы
 - N75.8. Другие болезни бартолиновой железы
 - N75.9. Болезнь бартолиновой железы неуточненная

Классификация воспаления внутренних половых органов

По длительности

- **Острое:** воспалительные процессы длительностью до 4–6 недель
В большинстве случаев острое воспаление завершается в течение 1,5–2 недель
- **Хроническое**

Классификация воспаления внутренних половых органов

По характеру течения воспалительного
течения:

- Катаральные
- Гнойные

Классификация воспаления внутренних половых органов

Согласно предложению G.Monif (1983 г.) выделяют четыре стадии острого воспалительного процесса:

- **I стадия** — острый эндометрит и сальпингит без признаков воспаления тазовой брюшины
- **II стадия** — острый эндометрит и сальпингит с признаками раздражения брюшины
- **III стадия** — острый сальпингоофорит с окклюзией маточных труб и развитием тубоовариального образования
- **IV стадия** — разрыв тубоовариального образования


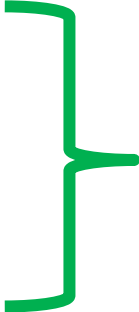
Классификация воспаления внутренних половых органов

В.И. Краснополюский (2002 г.):

- **неосложнённые формы:** сальпингит, оофорит, сальпингоофорит
- **осложнённые формы:** пиосальпинкс, пиовар, гнойное tuboовариальное образование
- **тяжёлые гнойносептические заболевания:** панметрит, параметрит, межкишечные/поддиафрагмальные абсцессы, генитальные свищи, гнойноинфильтративный оментит, разлитой перитонит, сепсис

Классификация воспаления внутренних половых органов

По этиологии

- **Неспецифическое**  **ИППП**
 - **Специфические воспалительные процессы**
 - туберкулёзной
 - актиномикотической
-  **ЭТИОЛОГИИ**

Классификация воспаления внутренних половых органов

По этиологии

Предлагают варианты деления ВЗОМТ на:

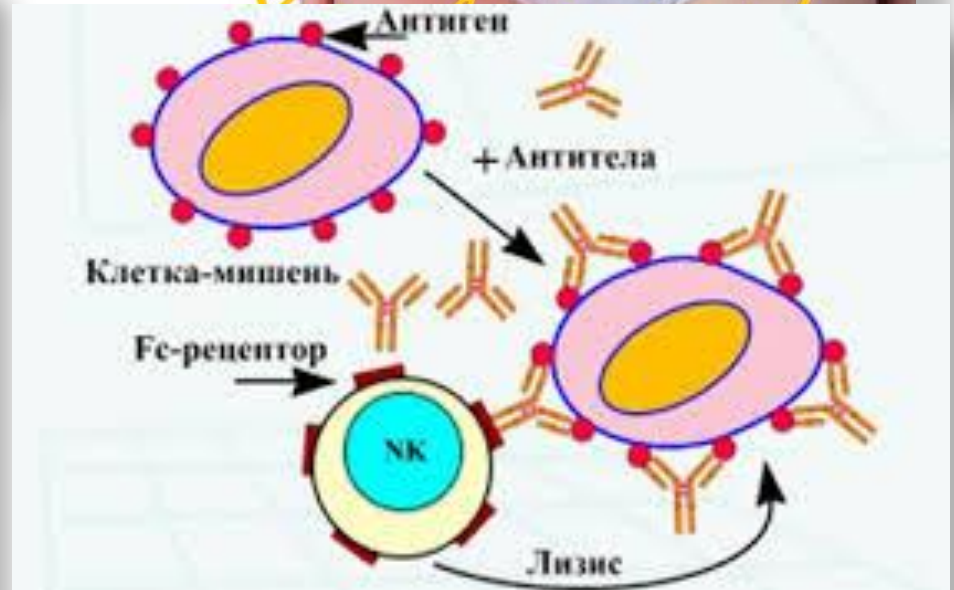
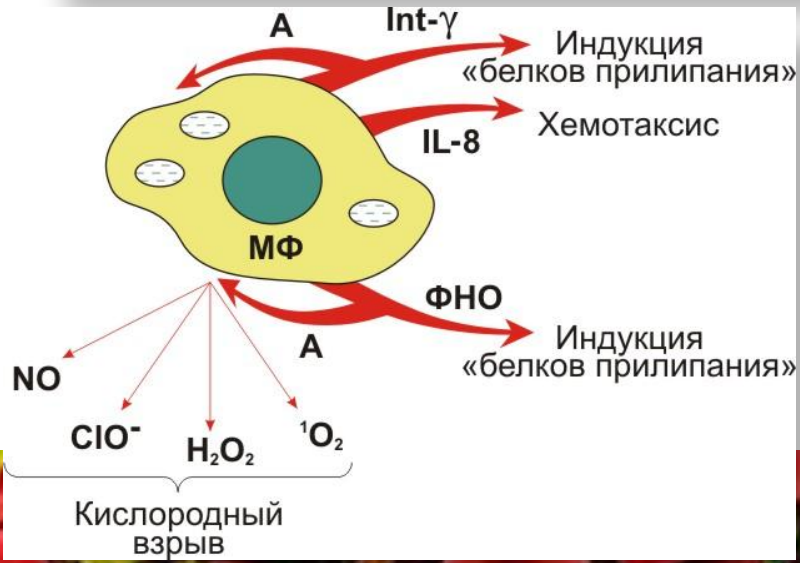
- паразитарные
- инфекционные



вирусные, грибковые, бактериальные:

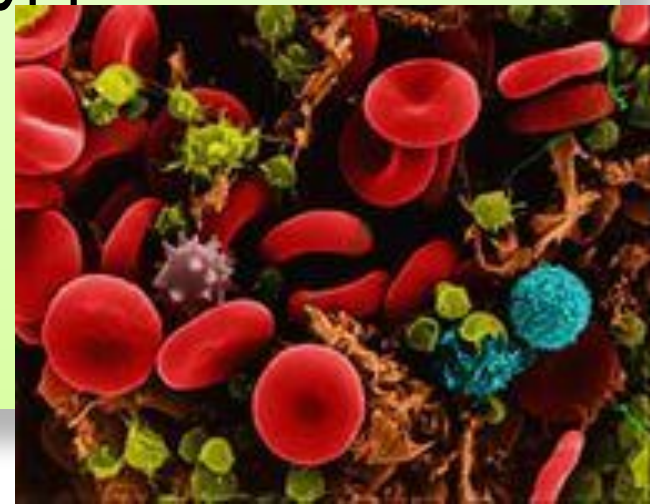
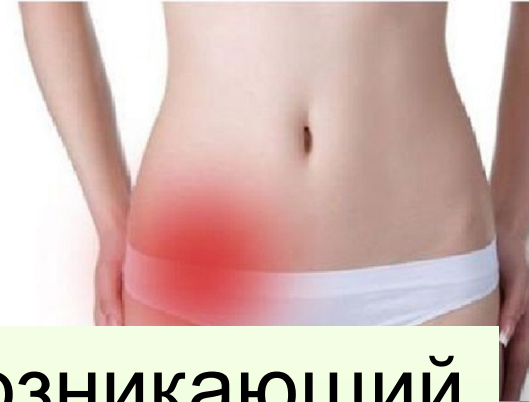
- туберкулёзные
- гонорейные
- хламидийные
- актиномикотические

Воспаление



Воспаление

— это патологический процесс, возникающий в ответ на воздействие инфекта или разнообразных патогенных факторов экзогенной/эндогенной природы, характеризующийся развитием стандартного комплекса сосудистых и тканевых изменений.



Воспаление

К внешним признакам воспаления относятся:

- **rubor (краснота)**
- **calor (жар)**
- **tumor (припухлость)**
- **dolor (боль)**
- **functio laesa (нарушение функции)**

Римский энциклопедист Цельс 2000 лет назад

Гален, греч. врач, начало н.э.

Фазы воспаления

1-я фаза — альтерация

Возникает в ответ на внедрение инфекта и характеризуется преобладанием дистрофических и некротических сдвигов.

2-я фаза — экссудация

Характеризуется преобладанием реакции системы микроциркуляции. На первый план выступает интенсивная экссудация плазмы, ее растворимых низкомолекулярных компонентов, а также миграция лейкоцитов.

3-я фаза — пролиферация

Характеризуется преобладанием размножения клеточных элементов пораженной ткани, интенсивной микро- или макрофагальной, лимфоцитарной инфильтрацией органа/ткани.

Фазы воспаления

1-я фаза – альтерация

- Проникновение чужеродного агента в ткани.
- Фагоцитоз и распознавание их тканевыми макрофагами-гистиоцитами.
- Выработка гистиоцитами *БАВ (ИЛ-1 и др.)*, обеспечивающих мобилизацию защитных сил организма на борьбу с агентом и условия для осуществления этой борьбы.



Фазы воспаления

2-я фаза — экссудация

- Выделяемый МФ ИЛ-1 воздействует на Тучные клетки, в которых происходит дегрануляция.
- ТК выделяют *ГИСТАМИН*, МФ выделяют *БАВ*, что приводит к расширению артериол и капилляров, в которых замедляется ток крови.
- Замедление тока крови приводит к выходу в пристеночный пул Лейкоцитов.
- БАВ усиливают адгезивные свойства Лей и Эндотелиоцитов, происходит прилипание «Лей+Эндотелиоциты».
- *ИЛ-1, ФНО, ГИСТАМИН* повышают проницаемость капилляров, возникает отек тканей, ее разрыхление, что необходимо для перемещения Лей к месту внедрения агента.



Фазы воспаления

2-я фаза — экссудация

- Лей, наталкиваясь на базальную мембрану, лизируют ее (*коллагеназа*) продвигаются к месту внедрения агента под действием хемоаттрактантов (*фактор активации тромбоцитов и др.*)
- Лей распознают агента (за счет фиксированного на его поверхности АГ или компонента) и фагоцитируют его.
- Исход:
 - полное разрушение агента (завершенный фагоцитоз)
 - распад Лей (незавершенный фагоцитоз)



Фазы воспаления

3-я фаза – пролиферация

В процессе фагоцитоза активированные ФЦ выделяют факторы пролиферации, что способствует регенерации тканей:

- полная регенерация
- размножение эндотелиоцитов, фибробластов.. формируется соединительная ткань (рубцевание)

УСЛОВИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВОСПАЛЕНИЯ

- **Проникновение чужеродного агента**
- **Полноценный иммунитет**

Барьерные механизмы

- анатомо-физиологические особенности строения наружных половых органов
- МПЭ слизистой влагалища
- нормальная микрофлора влагалища
- кислая среда влагалища (pH 3,8—4,5)
- способность влагалища к самоочищению
- наличие слизистой пробки цервикального канала (иммуноглобулины, лизоцим, мукополисахариды)
- перистальтическое сокращение маточных труб
- мерцание реснитчатого эпителия труб в сторону просвета полости матки
- циклическая отслойка функционального слоя эндометрия
- местный и общий противинфекционный иммунитет



Этиология ВЗОМТ

- Связь с ИППП
- Полимикробная этиология
- Полимикробный синергизм



Этиология ВЗОМТ

ВЗОМТ – результат восходящей инфекции, проникающей из эндоцервикса и вызывающей эндометрит, сальпингит, параметрит, оофорит, tuboовариальный абсцесс и/или пельвиоперитонит.

Основные патогены:

Neisseria gonorrhoeae

Chlamydia trachomatis

Другие микроорганизмы:

Mycoplasma genitalium

Анаэробы, Аэробно-анаэробные ассоциации (25-60%)

Микроорганизмы из влагалищной флоры:

В разных странах Европы преобладают различные патогены

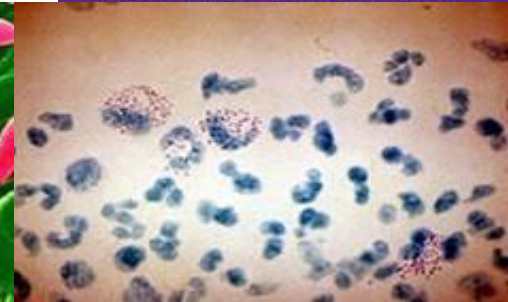
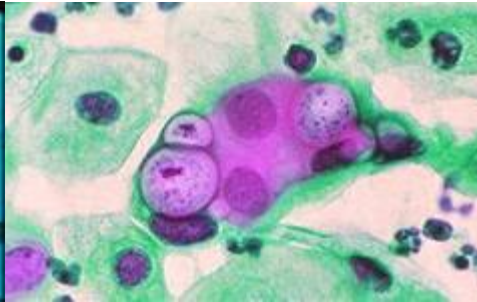
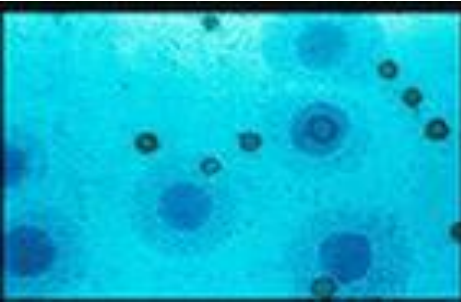
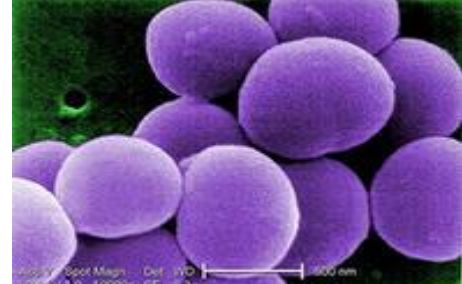
ВЗОМТ

Этиология (ВОЗ, 2000)

60-70% – хламидии и
гонококки:

□ *C.trachomatis* – до 30%

□ *N.gonorrhoea* – до 50%

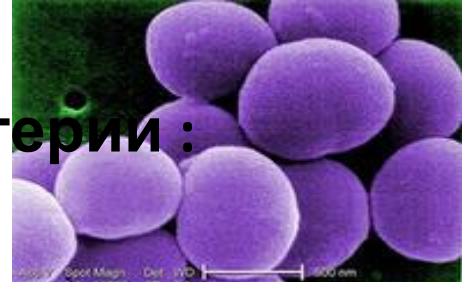




ВЗОМТ

Этиология

Ассоциации



грам(-) неспорообразующих анаэробных бактерий:

- Бактероиды/Фузобактерии/Превотеллы

**грам(+)
анаэробных бактерий:**

- Пептостептококки/Клостридии

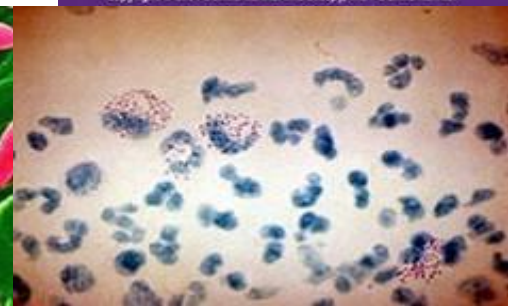
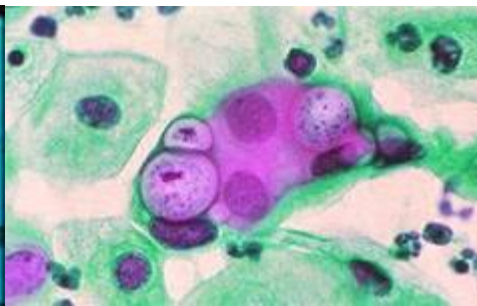
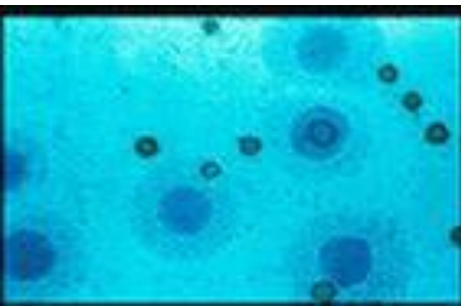
грам(-) неспорообразующих аэробных бактерий:

- Кишечная палочка/Клебсиелла/Протей/Энтеробактерии.

**грам(+)
неспорообразующих аэробных бактерий:**

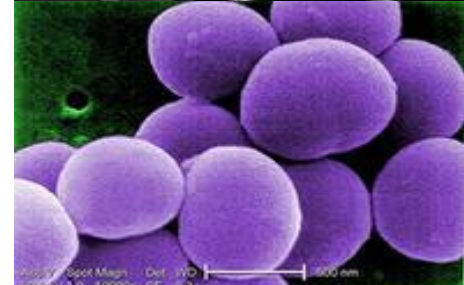
- Стрептококк/Энтерококк/Стафилококк

Савельева Г.М. 2006

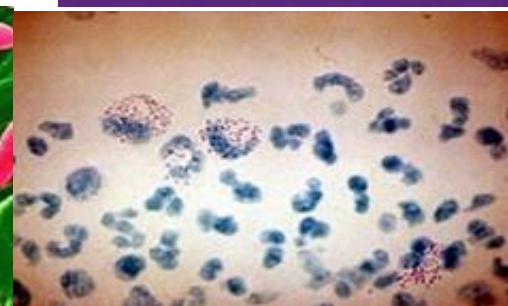
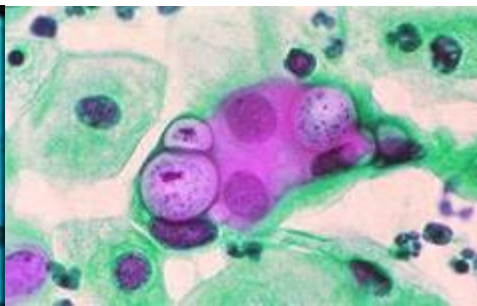
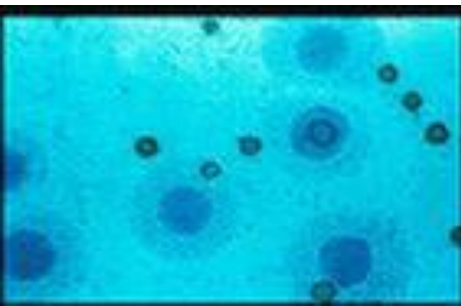


ВЗОМТ

Этиология (ВОЗ)



- ассоциации анаэробно/аэробных микроорганизмов
- условно-патогенных (смешанные инфекции) — 25— 60%
- уреаплазмы/микоплазмы — 10-15%
- *вирусная* инфекция — 10-15 %



ВЗОМТ

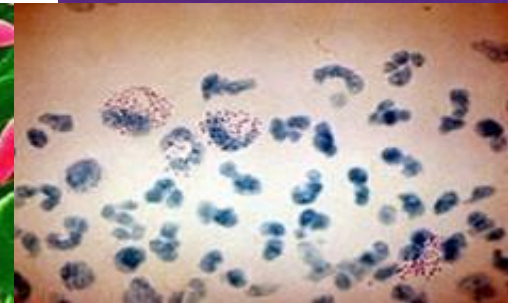
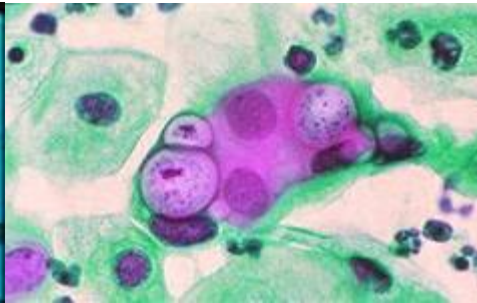
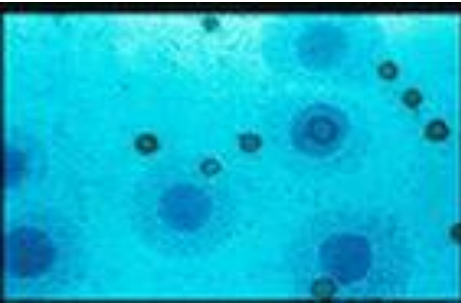
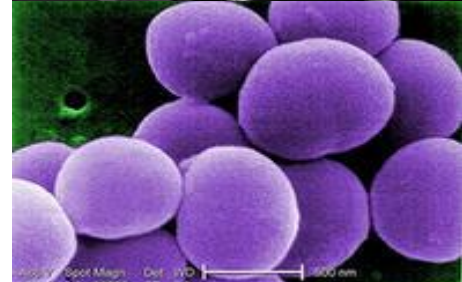
Этиология (ВОЗ)



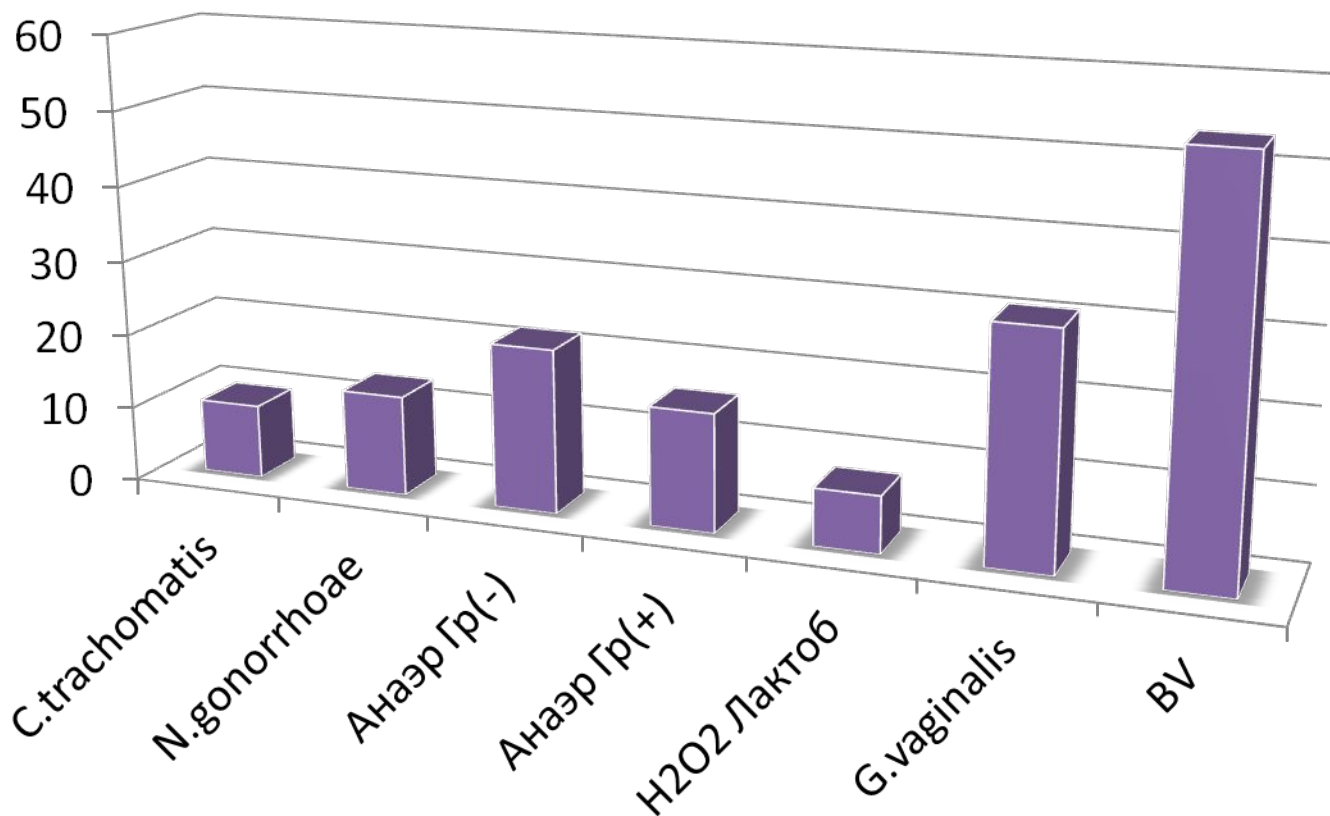
M. Hominis – до 50% здоровых,
сексуально активных женщин

U. Urealiticum – до 80% здоровых,
сексуально активных женщин

M. genitalium, *M. hominis*, *U. urealiticum*
не относятся к ИППП



Частота выявления микроорганизмов при культуральном исследовании материала из эндометрия при ВЗОМТ



Этиология ВЗОМТ

- ДОКАЗАНА ПОЛИМИКРОБНАЯ ЭТИОЛОГИЯ ВЗОМТ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ
- Доказана связь между бессимптомно протекающим воспалительным процессом (в т.ч. эндометритом) подтвержденным гистологически и БВ.

Наличие БВ сопряжено с тяжёлой инфекционно-воспалительными заболеваниями в акушерско-гинекологической практике

- Инфекционные осложнения после гинекологических операций, абортов, при установке внутриматочных контрацептивов
- Возникновение воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ)
- БВ ассоциирован с повышенной восприимчивостью к заболеваниям, передающимся половым путем, в особенности ВИЧ и генитальному герпесу , а также гонорее, трихомониазу

Larsson PG, Platz-Christensen JJ, Thejls H, et al. Incidence of pelvic inflammatory disease after first-trimester legal abortion in women with bacterial vaginosis after treatment with metronidazole: a double-blind, randomized study. *Am J Obstet Gynecol.*1992. №166(1 Pt 1).P.100-3

Birnbaumer DM, Anderegg C. Sexually transmitted diseases. In: Marx JA et al, eds. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice.* 7th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2009: chap 96.

Atashili J, Poole C, Ndumbe PM, Adimora AA, Smith JS. Bacterial vaginosis and HIV acquisition: a meta-analysis of published studies. *AIDS.* 2008. №22. P. 1493–501

**Женщина с нормальной микрофлорой,
контактирующая с больным
сифилисом заболит с вероятностью**

1 раз на 15 контактов

Женщина с

БВ имеет риск заражения –

1 раз на 2-3 контакта

Риск заражения ВИЧ у здоровой женщины –

1 раз на 150 контактов

Риск заражения ВИЧ при БВ

1 раз на 10 - 20 контактов

ВЗОМТ

Факторы риска

1-я группа = Социальные факторы

Повреждающие агенты, влияющие на состояние иммунной системы, неспецифическую резистентность организма, способствующие развитию иммунодефицитных состояний:

- хронические стрессовые ситуации
- недостаточное питание
- авитаминоз
- алкоголизм и наркомания
- урбанизация
- экологические катастрофы
- производственные вредности
- снижение уровня жизни
- раннее начало половой жизни



ВЗОМТ

Факторы риска

2-я группа = Ятрогенные факторы

Способствуют разрушению биологической защиты гениталий от проникновения инфекционного агента:

- аборты
- ВМК
- осложненное течение беременности и родов (в т.ч. КС)



ВЗОМТ

Факторы риска

3-я группа

- Факторы, повышающие резистентность инфекционного агента к противомикробным препаратам и восприимчивость микроорганизма к инфекциям:
 - самолечение!
 - бесконтрольное употребление лекарств
 - *Генитальные факторы:*
 - бактериальный вагиноз
 - урогенитальные заболевания у полового партнера
 - ИППП
 - *Ослабление/повреждение барьерных механизмов*

Факторы риска ВЗОМТ

- Наличие эпизодов ВЗОМТ в анамнезе (наличие ИППП в анамнезе у пациентки или ее полового партнера)
- Большое число половых партнёров
- Появление нового полового партнера (в последние 3 месяца)
- Наличие более 2 половых партнеров в течение последних 30 дней
- Возможность заражения гонореей или хламидиозом
- Сексуальное поведение
- Молодой возраст
- Сексуально активные подростки

Факторы риска ВЗОМТ

- Использование спринцевания в качестве метода контрацепции
- Инструментальные вмешательства на матке, способные приводить к нарушению цервикального барьера
- Прерывание беременности
- Гистеросальпингография
- Экстракорпоральное оплодотворение
- Недавнее введение внутриматочного контрацептива (в течение последних 6 недель, но не более 4 месяцев назад) или использование ВМК при наличии нескольких половых партнеров

ВЗОМТ

Пути распространения инфекции

- **Интраканаликулярный/восходящий (сперматозоиды, трихомонады, ВМК)**
- **Гематогенный (из отдаленных очагов)**
- **Лимфогенный (после внутриматочных вмешательств, родов)**
- **Контактный (из первичного патологического очага по брюшине; аппендицит)**

ВЗОМТ

- ***Острый воспалительный процесс:*** решающая роль принадлежит инфекционному агенту
- ***Хронический воспалительный процесс:*** преобладают аутоиммунные процессы

ВЗОМТ

**ДИАГНОСТИ
КА**

ВЗОМТ

Диагностика

- Анамнез (связь с м/циклом, операцией, ВМК, сменой полового партнера)
- Жалобы (боли, интоксикация)
- Результаты объективного исследования (осмотр в зеркалах, бимануальное исследование)
- Клинико-лабораторное исследование (клинический анализ крови, С-реактивный белок, бактериологическое и –скопическое исследование, ПЦР-диагностика)
- Дополнительные методы обследования (УЗИ , доплерография, КТ, диагностическая лапароскопия)

60% ВЗОМТ протекают бессимптомно или малосимптомно!

Критерии диагностики ВЗОМТ:

Минимальные

Дополнительные

Специфические

Минимальные критерии ВОЗ

```
graph TD; A[Минимальные критерии ВОЗ] --> B[Болезненность при пальпации в нижней части живота]; A --> C[Болезненность в области придатков]; A --> D[Болезненность тракции шейки матки];
```

Болезненность при
пальпации в
нижней
части живота

Болезненность в области
придатков

Болезненность тракции
шейки матки

Минимальные критерии

Необходима настороженность
в плане возможного наличия ВЗОМТ
у женщин репродуктивного возраста
при предъявлении неспецифических
жалоб со стороны нижних отделов
живота
и отсутствии других очевидных
причин



- Температура в полости рта $>38,3^{\circ}\text{C}$, температура тела выше 38°C
- Аномальные слизисто-гнойные выделения из цервикального канала или влагалища с большим количеством лейкоцитов
- Лейкоцитоз выше $10 \times 10^9/\text{л}$, изменение лейкоцитарной формулы
- Повышение СОЭ и С-реактивного белка
- Лабораторное подтверждение цервицита (гонококки, хламидии)

ВЗОМТ

Определяющие критерии, ВОЗ

Гистопатологическое
выявление эндометрита при
биопсии эндометрия

Отклонения,
соответствующи
е ВЗОМТ,
выявленные при
лапароскопии

УЗИ:
свободная
жидкость в
малом тазу,
тубоовариальн
ое образование

Специфические = определяющие критерии ВЗОМТ

- Гистологические признаки эндометрита при биопсии
- Обнаружение с помощью ТВ УЗИ или МРТ утолщённых, заполненных жидкостью маточных труб в сочетании со свободной жидкостью в малом тазу
или тубоовариальным комплексом (или без такового)
или доплерографическое подозрение на инфекцию в малом тазу
(например: гиперемия маточных труб)
- Лапароскопические признаки ВЗОМТ

ВЗОМТ

УЗ-Диагностика

УЗИ малого таза при остром процессе в придатках матки позволяет выявить опухолевидную форму:

- гидросальпинкс
- пиосальпинкс
- tuboовариальное образование



ВЗОМТ

УЗ-Диагностика



ВЗОМТ

УЗ-Диагностика



Диагностика ВЗОМТ

- Идентификация возбудителя заболевания, бактериологические, серологические исследования содержимого
- Пункция брюшной полости через задний свод влагалища
- Лапароскопия

НО! Микрофлора нижних отделов полового тракта только в 25-50 % случаев соответствует таковой в маточных труб и полости таза. В 30% случаев у пациенток со ВЗОМТ из цервикального канала не удастся выделить какие-либо микроорганизмы.

Диагностика ВЗОМТ

1. Исследование флоры влагалища неточно передает состав возбудителей в верхних отделах полового тракта
2. Отсутствие достоверной взаимосвязи между микрофлорой, выделяемой из цервикального канала и влагалища, и истинными возбудителями ВЗОМТ
3. Материал из маточных труб получить можно только оперативным путем
4. Трудность получения материала из очага инфекции
5. Микробиологическое культуральное исследование требует времени и не подходит для выявления анаэробов и хламидий

ВЗОМТ

Лапароскопическая диагностика

- Лапароскопия значительно повышает диагностические возможности.
- Это единственный метод максимально быстрой и точной диагностики, получения материала для бактериологического исследования и выполнения лечебных манипуляций.

Диагностика ВЗОМТ

- Исследование на *N.gonorrhoeae* и *C.trachomatis*
НО! Положительный результат сразу указывает на ВЗОМТ. Отсутствие этих инфекций не противоречит диагнозу ВЗОМТ.
- Отсутствие лейкоцитов в мазках из цервикального канала свидетельствует об отсутствии ВЗОМТ, но наличие, еще не означает, что ВЗОМТ есть.
- Повышенные лейкоцитоз, СОЭ и С-реактивный белок - в пользу ВЗОМТ, но неспецифичны при легких и среднетяжелых формах.
- Лапароскопия подтверждает диагноз ВЗОМТ, но рутинно не рекомендуются из-за возможных осложнений, цены и сложностях при диагностике невыраженного сальпингита или эндометрита.
- В диагностике может помочь биопсия эндометрия или УЗИ.
- Для исключения внематочной беременности - тест на беременность!

ВЗОМІ

Клиническая картина

определяется:

- реактивностью макроорганизма
- степенью вирулентности микроба
- выраженностью воспалительной реакции
- характером экссудата (серозный, гнойный)

Клиническая картина

определяется:

- **Местное воспаление**

тазовые боли, патологические выделения, опухолевидные образования в области придатков матки, перитонеальные симптомы

- **Симптомы воспаления**

лихорадка, тахикардия, изменения периферической крови, о. анализа мочи

- **Интоксикация**

слабость, бессонница, диспептические явления

ВЗОМТ

Клиническая картина

- Периодические боли внизу живота, усиливаются перед/ в конце менструации
- Иррадиация болей в область промежности/ поясницу / крестец
- Зуд в промежности, вызванный воспалением/ раздражением выделениями из вышележащих отделов
- Чувство распирания/ жара в области промежности, малого таза
- Нарушение менструального цикла
- Психоэмоциональные расстройства

ВЗОМТ

Клиническая картина

- Изменения либидо, диспареуния, аноргазмия, вагинизм
- Бели (слизисто-гнойные/ слизистые)
- Повышение температуры тела/ слабость/ утомляемость
- Частое мочеиспускание/дизурия
- Учащенная дефекация
- Периаппендицит (хламидиоз; у женщин < 20 лет)
- Боли в правом подреберье (с-м Фитц-Хью-Куртиса)
- Негормональное бесплодие
- Эктопическая беременность

ВЗОМТ

Клиническая картина

- Острая форма воспалительных заболеваний органов малого таза осложняется в 25% случаев

Осложнения:

- пиосальпинкс
- гидросальпинкс
- частичная непроходимость маточных труб
- полная непроходимость маточных труб, бесплодие
- тубоовариальные абсцессы
- перитубарные и periovariальные спайки
- спайки в полости малого таза и брюшной полости
- хронизация процесса

ВЗОМТ

Клиническая картина в современных условиях характеризуется

- изменением этиологической структуры с увеличением значимости ИППП и условно-патогенной микрофлоры
- трансформацией клинической симптоматики в сторону стертых форм и атипического течения
- несоответствием клинических проявлений и структурных изменений в органах

Основные подходы в терапии

- В условиях невозможности точной диагностики ВЗОМТ лечение всегда назначается эмпирически.
- Даже при наличии микробиологического, серологического или ПЦР-заключения необходимо относиться к лечению ВЗОМТ как к эмпирической терапии, направленной на перекрытие максимального спектра основных микроорганизмов, включая выявленных возбудителей.
- Всегда следует предполагать участие анаэробов.

Основные подходы в терапии

**Антибактериальная терапия должна
включать воздействие на спектр всех
основных возбудителей:
грамотрицательных и
грамположительных аэробов,
хламидий и анаэробов!!!**

Основные подходы в терапии

- Эмпирическое лечение ВЗОМТ необходимо начинать у живущих половой жизнью женщин, при наличии у них тазовой боли или болей внизу живота в сочетании с одним и более «минимальным» критерием, если других причин кроме ВЗОМТ выявить не удастся.
- Если лечение начато через ≥ 3 дня после появления симптомов, частота последующего бесплодия составляет 19,7%, по сравнению с 8,3% – если в течение первых 2 дней.

Выбор режима антибактериальной терапии при ВЗОМТ

- Пациентки с ВЗОМТ легкого или средне-тяжелого течения должны получать лечение амбулаторно препаратами для перорального приема
- Внутривенную терапию, в случае необходимости, следует продолжать до 24 ч после клинического улучшения, а затем переходить на пероральную терапию.
- Рекомендации по дозированию препаратов могут быть незначительно скорректированы в зависимости от локальных правил регистрации и наличия лекарственных форм препаратов.
- **Оптимальная продолжительность лечения, указанная в большинстве отчетов по клиническим исследованиям – 10-14 дней.**

Показания для госпитализации при ВЗОМТ:

1. Невозможность исключения острой хирургической патологии (например, аппендицита)
2. Беременность
3. Отсутствие эффекта от пероральной терапии
4. Неспособность пациента соблюдать или переносить амбулаторный пероральный режим терапии
5. Тяжелая форма заболевания, тошнота, рвота, диарея, высокая лихорадка
6. Тубоовариальный абсцесс

ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА АНТИБИОТИКОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВЗОМТ

- При выборе режима АБ терапии нужно учитывать также доступность, стоимость, предпочтения пациентов и данные антимикробной резистентности

ВЗОМТ

Выбор антибактериальной терапии

- Комбинированное применение антибактериальных препаратов.
- Учитывается:
 - особенности препарата
 - особенности организма
 - особенности воспалительного процесса
 - степень тяжести воспалительного процесса
- При уточнения характера микрофлоры, ее чувствительности переход на монотерапию/препарат более узкого спектра действия.

ТРЕБОВАНИЯ К АБТ ВЗОМТ

1. Раннее начало эмпирического лечения
2. Использование АБТ, эффективной против ВЗОМТ (гонококки, хламидии, микоплазмы, анаэробы)
3. Меньшее количество препаратов, предпочтение отдается монотерапии
4. Хорошая переносимость препарата
5. АБТ, не противопоказанная при беременности
6. Удобный режим дозирования
7. Наличие парентеральной и пероральной формы; использование «ступенчатой АБТ»=3+7
8. Эффективность, подтвержденная в контролируемых клинических исследованиях

Выбор антибактериальной терапии

Рекомендации:

Для лечения **неосложненной урогенитальной**, аноректальной и фарингиальной гонореи,

CDC рекомендует комбинированную терапии

- с однократным внутримышечным введением цефтриаксона 250 мг
плюс /либо
- азитромицин 1 г перорально, однократно
ИЛИ
- доксициклин 100 мг перорально два раза в день в течение 7 дней.

Выбор антибактериальной терапии

Альтернативные схемы

- **Цефтриаксон**

если недоступен:

- **Цефиксим 400 мг перорально однократно**

Плюс

- **Азитромицин 1 г перорально, однократно**

Или

- **Доксициклин 100 мг перорально два
р/день 7 дней**

Выбор антибактериальной терапии

**Если у пациента тяжелая аллергия
на цефалоспорины:**

□ Азитромицин 2 г перорально, однократно

ПЛЮС

□ повторный прием через 1 неделю

Update to CDC's Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010

2012, Европейское руководство по ведению пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза

- **Январь 2012**
- **Предполагаемая дата пересмотра: Январь 2015**

Авторы:

Prof. Jonathan Ross MB ChB MD FRCP
University Hospital Birmingham

Prof. Philippe Judlin MD, FACOG
France

Jorgen Skov Jensen
Denmark

Выбор антибактериальной терапии

- Устойчивость микроорганизмов к антимикробным препаратам определяет эффективность терапии и, в случае гонококковой инфекции, вносит существенные ограничения при определении тактики лечения.
- Для всех схем лечения, представленных в руководстве, в многочисленных клинических испытаниях доказана микробиологическая чувствительность $\geq 95\%$ при работе с образцами из урогенитального тракта.

Европейское руководство по диагностике и лечению гонококковой инфекции у взрослых
(International Union against Sexually Transmitted Infections, 2009).

Выбор антибактериальной терапии

- В настоящее время в Европе продолжает увеличиваться количество штаммов *N.gonorrhoeae*, устойчивых к антимикробным препаратам.
- Во многих странах устойчивость к антибиотикам

□ пенициллинового ряда

□ тетрациклинам

□ фторхинолонам

выявлена у более, чем 10% изолятов

Европейское руководство по диагностике и лечению гонококковой инфекции у взрослых
(International Union against Sexually Transmitted Infections, 2009).

Выбор антибактериальной терапии

- Возрастает количество штаммов, устойчивых к **азитромицину** (Великобритания).
- Устойчивость гонококков варьирует в зависимости от географического положения, в связи с чем возможно применение альтернативных схем терапии, основанных на результатах локального надзора за развитием устойчивости гонококков к антимикробным препаратам.

Европейское руководство по диагностике и лечению гонококковой инфекции у взрослых

(International Union against Sexually Transmitted Infections, 2009)

Показания для назначения терапии

- Обнаружение при микроскопии внутриклеточных Гр(-) диплококков в образцах из урогенитального тракта
- Положительный результат посева *или* подтвержденный результат ПЦР на *N. gonorrhoeae*
- Наличие подтвержденной гонококковой инфекции у партнера (для предотвращения дальнейшей передачи)
- При наличии гнойного уретрита у мужчин, слизисто-гнойного цервицита у женщин после взятия образцов для лабораторного исследования при невозможности проведения экспресс-диагностики
- В этом случае необходима терапия, направленная на элиминацию **гонококков и**

Выбор антибактериальной терапии

Рекомендованные схемы лечения при инфекции уретры, шейки матки или прямой кишки у взрослых и подростков:

- Ceftriaxone 500 mg intramuscularly (IM) as a single dose together with azithromycin 2 g as single oral dose [IV; C].

Европейское руководство по диагностике и лечению гонококковой инфекции у взрослых
(International Union against Sexually Transmitted Infections, 2012).

Выбор антибактериальной терапии

Рекомендованные схемы лечения при инфекции уретры, шейки матки или прямой кишки у взрослых и подростков:

- Цефтриаксон 500 мг внутримышечно (в/м) однократно вместе с 2 г азитромицина в виде однократной пероральной дозы [IV; C].

Европейское руководство по диагностике и лечению гонококковой инфекции у взрослых
(International Union against Sexually Transmitted Infections, 2012).

Выбор антибактериальной терапии

Рекомендованные схемы лечения при инфекции уретры, шейки матки или прямой кишки у взрослых и подростков (альтернативная схема):

- ❑ Cefixime 400 mg oral as a single dose [Ib; A] together with azithromycin 2 g as a single oral dose [IV; C].
- ❑ Ceftriaxone 500 mg IM as a single dose [IV; C].

This regimen is only an alternative option if azithromycin is not available or patient is unable to take oral medication.

- ❑ Spectinomycin 2 g IM as a single dose [Ib; A] together with azithromycin 2 g as a single oral dose [IV; C].

This regimen can be used if resistance to extended-spectrum cephalosporins is identified or suspected, or patient has history of penicillin anaphylaxis or cephalosporin allergy. Европейское руководство по диагностике и лечению гонококковой инфекции у взрослых (International Union against Sexually Transmitted Infections, 2012).

Выбор антибактериальной терапии

- Нередко у пациентов моложе 30 лет с гонококковой инфекцией обнаруживается ко-инфекция *Chlamydia trachomatis*.
- Если наличие *C.trachomatis* нельзя исключить с использованием высокочувствительного метода исследования, после лечения гонококковой инфекции в обязательном порядке следует назначать лечение хламидийной инфекции.

Европейское руководство по диагностике и лечению гонококковой инфекции у взрослых
(International Union against Sexually Transmitted Infections,2012).

Выбор антибактериальной терапии

azithromycin 1 g oral as a single dose

- or

doxycycline 100 mg oral dose twice daily for 7 days

should be given for possible chlamydial co-infection unless co-infection has been excluded with NAAT testing [GPP – good practice point].

Европейское руководство по диагностике и лечению гонококковой инфекции у взрослых
(International Union against Sexually Transmitted Infections,2012).

Выбор антибактериальной терапии

Альтернативные схемы лечения при инфекции уретры, шейки матки или прямой кишки у взрослых и подростков:

- Схемы, предусматривающие однократное применение цефалоспоринов.
- Альтернативные инъекционные и пероральные цефалоспорины **не имеют** преимуществ по фармакокинетики и эффективности перед цефтриаксоном и цефиксимом.
- В тех регионах, где эти препараты недоступны, для лечения урогенитальной и аноректальной гонококковой инфекции могут использоваться другие цефалоспорины, доказавшие свою эффективность.

Европейское руководство по диагностике и лечению гонококковой инфекции у взрослых
(International Union against Sexually Transmitted Infections, 2009)

Выбор антибактериальной терапии

Альтернативные препараты:

- Цефотаксим 500 мг или 1г в/м
- Цефодизим 500 мг в/м (2009)
- **Цефиксим 400 мг перорально
однократно**

**является только альтернативным
вариантом,**

в идеале + 2г азитромицина однократно

Европейское руководство по диагностике и лечению гонококковой инфекции у взрослых
(International Union against Sexually Transmitted Infections, 2012).

Выбор антибактериальной терапии

Обратить внимание!

Другие пероральные цефалоспорины **кроме цефиксима** не рекомендованы для лечения гонококковой инфекции.

Данных по клиническим испытаниям цефподоксима (400 мг внутрь) пока недостаточно.

Особенности фармакокинетики цефуроксима (1г внутрь) не позволяют достичь необходимой эффективности при однократном приеме.

Выбор антибактериальной терапии

Схемы однократного применения фторхинолонов

Фторхинолоны в целом не могут быть рекомендованы для лечения гонококковой инфекции в связи с широкой распространенностью и возрастающей частотой выявления устойчивых штаммов.

Европейское руководство по диагностике и лечению гонококковой инфекции у взрослых
(International Union against Sexually Transmitted Infections, 2012).

Выбор антибактериальной терапии

Схемы однократного применения фторхинолонов

Если до начала лечения удастся установить чувствительность микроорганизмов к фторхинолонам, доказана эффективность приема:

□ **ципрофлоксацина 500 мг внутрь однократно**

□ **офлоксацина 400 мг внутрь однократно**

Европейское руководство по диагностике и лечению гонококковой инфекции у взрослых
(International Union against Sexually Transmitted Infections,2012).

Выбор антибактериальной терапии

Фторхинолоны: возможные проблемы в терапии ВЗОМТ

- Ципрофлоксацин: не обладает достаточной активностью в отношении хламидий
- Ципрофлоксацин + офлоксацин: 2-х кратный прием в сутки, длительный курс лечения, снижение приверженности пациентов к лечению
- Низкий профиль безопасности (риск развития серьезных поражений кожи (синдром Стивенса-Джонсона, токсический эпидермальный некролиз) и печени
- Все фторхинолоны: быстрое развитие резистентности к ним *N.gonorrhoeae*

Е.А. Ушкалова. Применение азитромицина для профилактики и лечения воспалительных заболеваний органов малого таза и урогенитального хламидиоза. Фарматека №2 -2005г.

Практическое руководство по антимикробной химиотерапии /

Под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. — Смоленск: МАКМАХ,2007.-464с.

Сехин С.В. Воспалительные заболевания органов малого таза: просто о сложном. Consilium medicum.2012;14:48-53.

Lanjouw E., Ossewaarde J.M., Sary A., Boag F. European guideline for the management of

Chlamydia trachomatis infections. Int J STD AIDS. 2010; 21(11): 729-37.

Альтернативные схемы лечения при инфекции уретры, шейки матки или прямой кишки у взрослых и подростков:

Азитромицин

- ***Эффективность однократного приема 2 г азитромицина внутрь превышает 98%***
- **Препарат не рекомендован для лечения гонококковой инфекции в рутинной практике**

(в связи с увеличением частоты обнаружения устойчивых штаммов в странах Европы, наличием нежелательных реакций со стороны ЖКТ, 2012)

<p>CDC, 2010 Update to CDC's Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010</p>	<p>Европейское руководство по диагностике и лечению гонококковой инфекции у взрослых (International Union against Sexually Transmitted Infections, 2012)</p>	<p>Клинические рекомендации по ведению больных ИППП, и урогенитальными инфекциями. 2012. (гонококковая инфекция мочеполовых органов, пельвиоперитонит)</p>
<p>Комбинированная терапия</p>	<p>Цефтриаксон 250 мг в/м однократно</p>	<p>Цефтриаксон 1,0 г в/м или в/в 1 раз в сутки 14 дней</p>
<p>Однократное в/м введение цефтриаксона 250 мг</p>	<p>В случае отсутствия цефтриаксона в дозе 250мг для в/м введения, суспензия для в/м введения готовится следующим образом: 3.5 мл 10% лидокаина вводят во флакон, содержащий 1г цефтриаксона, перемешивают. Отбирают 1мл получившейся смеси и вводят в/м</p>	<p>или Цефотаксим 1,0 г в/в 3 раза в сутки 14 дней</p>
<p>+/или разовая доза Азитромицин 1 г перорально</p>	<p>или Цефиксим 400 мг внутрь однократно</p>	<p>или Спектиномицин 2,0 г в/м 2 раза в сутки 1-2 дней,</p>
<p>или Доксициклин 100 мг перорально 2 р/день 7 дней</p>	<p>или Спектиномицин 2 г в/м однократно</p>	<p>при исчезновении клинических симптомов: Цефиксим 400 мг внутрь 2 раза в сутки - 14 дней</p>

Антибактериальная терапия

*Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium,
Ureaplasma urealyticum* $\geq 10^4$ КОЕ/мл

Обследование обосновано:

- Перинатальных потерях/ невынашивании в анамнезе
- Клинических симптомах и лабораторных признаках воспалительного процесса мочеполовых органов: уретрит, цервицит (при отсутствии др. причины), прегравидарное обследование (ВРТ, анте-, постнатальной гибели плода инфекционного генеза), хориоамнионит

Антибактериальная терапия

*Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium,
Ureaplasma urealyticum* $\geq 10^4$ КОЕ/мл

Показания:

- Бесплодие в анамнезе
- Перинатальные потери/ невынашивание в анамнезе
- Клинические симптомы и лабораторные признаки воспалительного процесса мочеполовых органов
- Предгравидарная подготовка (при анте-, постнатальной гибели плода инфекционного генеза, программах ВРТ)

Антибактериальная терапия

Клинические рекомендации по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями, 2012 г.

Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium, Ureaplasma urealyticum

Схемы лечения:

**Джозамицин 500 мг внутрь х 3 раза в сутки
- 10 дней**

Или

**Доксициклина моногидрат 100 мг внутрь х 2
раза в сутки
- 10 дней.**

<p>CDC, 2010 Update to CDC's Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010</p>	<p>Европейское руководство по диагностике и лечению гонококковой инфекции у взрослых International Union against Sexually Transmitted Infections, 2012</p>	<p>Клинические рекомендации по ведению больных ИППП, и урогенитальными инфекциями, 2012</p>
<p>Азитромицин 1г внутрь однократно</p>	<p>Азитромицин 1г внутрь однократно</p>	<p>Джозамицин 500 мг внутрь х 3 р/сутки - 14-21 день</p>
<p>Доксициклина моногидрат 100 мг внутрь х 2 р/сутки 7 дней</p>	<p>Доксициклина моногидрат 100 мг внутрь х 2 раза в сутки - 7 дней</p>	<p>Доксициклина моногидрат 100 мг внутрь х 2 раза в сутки - 14-21 день</p>
<p>Альтернативная схема:</p>	<p>Альтернативная схема:</p>	<p>Альтернативная схема:</p>
<p>Левифлоксацин 500 мг 1 раз/сут-7 дней или Офлоксацин 300 мг 3 раз/сут- 7 дней</p>	<p>Джозамицин 500 - 1000 мг 2 р/сутки - 7 дней или курс лечения др. макролидами соотв. дозировками</p>	<p>Левифлоксацин 500 мг внутрь х 3 р/сутки 14-21 день</p>
<p>Эритромицин 500мг 4 раза/сут- 7 дней или Эритромицин</p>		<p>Офлоксацин 400 мг внутрь х 2</p>

Терапия при беременности

meta-analysis comprising 587 pregnant women reported equivalent efficacy of **azithromycin, erythromycin and amoxicillin**

Side-effects were however, significantly less in the azithromycin group than in the erythromycin group. There were no differences in pregnancy outcome.

In some studies, erythromycin is less efficacious than azithromycin and amoxicillin. The positive effect of treatment on pregnancy outcome even suggests screening and treatment of all pregnant women.

In countries where the drug is available, **josamycin** seems safe and efficacious and might also be considered.

- **First choice treatment in pregnancy is a single dose of 1 g azithromycin.**
- **Alternative treatment is a course of amoxicillin, 500 mg four times daily for 7 days.**
- **Erythromycin is not recommended (level I, grade A).**

In high prevalence populations (e.g. > 5%) pregnant women should be screened for *C.trachomatis* infection and, if positive, receive appropriate treatment (level II, grade B).

- Роман Сергеевич Козлов,
директор института антимикробной
химиотерапии Смоленской государственной
медицинской академии,
президент межрегиональной ассоциации по
клинической микробиологии и антимикробной
химиотерапии,
доктор медицинских наук, профессор.

- МАКМАХ — общественная некоммерческая
организация, занимающаяся
исследовательской и образовательной
деятельностью в области клинической
микробиологии и антимикробной

Терапия выбора

(в амбулаторных условиях)

Цефтриаксон в/м 1 г
однократно
+ Азитромицин внутрь 1 г
однократно,
затем 1 г через неделю

Или

Доксициклин внутрь 0,1 г
2 р/сут. - 10-14 дней
± Метронидазол внутрь 0,5 г
3 р/сут. - 10-14 дней.

Альтернативная

терапия

(в амбулаторных условиях)

- Левофлоксацин внутрь 0,5 г 1 р/сут.

Или

Офлоксацин внутрь 0,4 г 2 р/сут.

10-14 дней

+ Метронидазол внутрь 0,5 г 3 р/сут - 10-14 дней

- Амоксициллин/клавуланат
внутри 0,625 г 3 р/сут.

10-14 дней

+ Азитромицин внутрь 1 г
однократно, затем 1 г через
неделю

Терапия выбора

(стационар)

- Цефтриаксон в/м 1 г 1 р/сут
10 -14 дней
+ Азитромицин внутрь 1 г однократно,
затем 1 г через неделю
Или
- Доксициклин внутрь 0,1 г 2 р/сут. – 10 -14 дней.
+ Метронидазол внутрь 0,5 г 3 р/сут. – 10 -14 дней.

Альтернативная

терапия

(стационар)

- Моксифлоксацин в/в, внутрь 0,4 г 1 р/сут. – 10 -14 дней
- Левофлоксацин в/в, внутрь 0,5 г 1 р/сут.
Или
- Офлоксацин в/в, внутрь 0,4 г в/в, внутрь 10-14 дней
+ Метронидазол внутрь 0,5 г 3 р/сут - 10-14 дней
- Амоксициллин/клавуланат внутрь 0,625 г 3 р/сут.
10-14 дней
+ Амоксицилин/клавуланат в/в, внутрь 1,2 г 3 р/сут. или внутрь 0,625 г 3 р/сут 10-14 дней
+ Доксициклин внутрь 0,1 г 2 р/сут. 10-14 дней или
Азитромицин внутрь 1 г однократно

Антибактериальная терапия

Установлено, что широко распространенный лекарственный препарат

Азитромицин

больше других антибиотиков увеличивает риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний,

в редких случаях приводит к внезапной сердечной смерти.

Результаты исследования профессора превентивной медицины Вайна Рэя (Wayne Ray) и его коллег из Университета Вандербилта (Vanderbilt University) опубликованы в майском номере The New England Journal of Medicine, USA

ПРЕИМУЩЕСТВА ДЖОЗАМИЦИНА ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

- Высокая активность *in vitro* в отношении *C.trachomatis* и всех урогенитальных микоплазм, включая *M.hominis*.
- Высокая эффективность при хламидиозе, смешанных микоплазменных и хламидийных инфекциях подтверждена в многочисленных исследованиях.
- Хорошая переносимость.
- Возможность применения у людей без предрасположенности к безопасности.

ВИЛЬПРАФЕН И ДРУГИЕ МАКРОЛИДЫ ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

	ПРЕИМУЩЕСТВА	НЕДОСТАТКИ
Азитромицин (Сумамед)	<ul style="list-style-type: none"> • Высокая активность в отношении: <i>C. trachomatis</i> и <i>M.genitalium</i>, <i>U. urealyticum</i>, • Однократный прием • Хорошая переносимость • Разрешен к применению у беременных 	<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие активности в отношении <i>M.hominis</i> • ↑ сообщений о неэффективности однократного приема препарата
Джозамицин (Вильпрафен)	<ul style="list-style-type: none"> • Высокая активность в отношении всех потенциальных возбудителей: <i>C. trachomatis</i>, <i>U. urealyticum</i>, <i>M.hominis</i> и <i>M.genitalium</i> • Хорошая переносимость • Низкая вероятность лекарственных взаимодействий • Разрешен к применению у беременных 	<ul style="list-style-type: none"> • 2-3-х кратный прием препарата
Кларитромицин (Клацид)	<ul style="list-style-type: none"> • Высокая активность в отношении: <i>C. trachomatis</i>, <i>M.genitalium</i>, <i>U. urealyticum</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие активности в отношении <i>M.hominis</i> • 2-х кратный прием препарата • Высокая частота лекарственных взаимодействий • Частые НЛР со стороны ЖКТ • Противопоказан при беременности
Рокситромицин (Рулид)	<ul style="list-style-type: none"> • Высокая активность в отношении: <i>C. trachomatis</i> и <i>M.genitalium</i> • Хорошая переносимость • Низкая вероятность лекарственных взаимодействий 	<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие активности в отношении <i>M.hominis</i> • 2-х кратный прием препарата • Противопоказан при беременности

Консервативная терапия

- При сочетании с кандидозом в схему лечения добавить
 - Флуконазол 150 мг однократно или 50 мг/сут – 7 дней
 - Пимафуцин 100 мг №3

- При трихомониазе:
Метронидазол 250 мг х 3 раза в сутки в/венно струйно/ капельно
Через 2 дня - пероральный прием

Российские рекомендации по лечению ВЗОМТ_амбулаторный режим

Гинекология. Национальное руководство (2009 г) ¹	Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии (2010 г.) ²	Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии (2007 г) ³
<p><u>Схемы 1го ряда:</u> комбинация цефалоспоринов III пок. (цефотаксим, цефтриакон) + метронидазол (Флагил) /амоксициллин/клавулановая кислота и др. /</p> <p><u>Альтернативные схемы:</u> могут использоваться линкозамиды в комбинации с аминогликозидами III пок., фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин (Таривид) с метронидазолом (Флагил), карбапенемы.</p> <p>Учитывая высокий риск хламидийной инфекции пациенткам одновременно показано назначение</p>	<p><u>Рекомендуемый режим</u></p> <p>1. <i>Левифлоксацин</i> внутрь 500 мг 1 р/сут, 14 сут <i>или</i> <i>Офлоксацин пролонгир-го</i> <i>действия</i> 800 мг 1 р/сут <i>или</i> <i>Офлоксацин (Таривид)</i> внутрь 400 мг 2 р/сут, 14 сут + <i>Метронидазол (Флагил)</i> внутрь 500 мг 2 р/сут, 14 сут.</p> <p>2. <i>Цефотаксим</i> в/м 500 мг, 1-кр <i>или</i> <i>Цефтриаксон</i> в/м 250 мг, 1 раз + <i>Доксициклин</i> внутрь 100 мг 2 р/сут, 14 сут.</p> <p><u>Альтернативный режим</u> <i>Амоксициллин/клавуланат</i> внутри 500 мг/125 мг 3 р/сут <i>или</i> 1000 мг/200 мг 2 р/сут, № 14 + <i>Доксициклин</i> внутрь 100 мг 2 р/сут, 14 дней</p>	<p>1. <i>Амоксициллин+ клавулановая кислота</i> по 1000 мг 2 р/сутки + <i>Офлоксацин (Таривид)</i> 400 мг 2 р/сутки <i>или</i> <i>Доксициклин</i> 100мг 2 р/сутки 14 дней</p> <p>2. <i>Офлоксацин (Таривид)</i> 400 мг 2 р/день + <i>Метронидазол (Флагил)</i> 500 мг 2 р/день 14 дней</p>

Российские рекомендации по лечению ВЗОМТ_амбулаторный режим

<p style="text-align: center;">Гинекология. Национальное руководство (2009 г)¹</p>	<p style="text-align: center;">Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии (2010 г.)²</p>	<p style="text-align: center;">Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии (2007 г)³</p>
<p>К схемам I ряда относят комбинацию цефалоспоринов III поколения (цефотаксим, цефтриакон) с метронидазолом (Флагил)</p> <p>Назначение: амоксициллин/клавулановая к-та и др.</p> <p>В качестве альтернативных режимов м/использоваться линкозамиды в комбинации с аминогликозидами III пок., фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин (Таривид) с метронидазолом (Флагил), карбапенемы.</p> <p>Учитывая высокий риск хламидийной инфекции пациенткам одновременно показано назначение доксициклина или макролидов.</p>	<p><u>Рекомендуемый режим</u></p> <p>1. <i>Левифлоксацин</i> внутрь 500 мг 1 р/сут, 14 сут. или Офлоксацин пролонгированного действия 800 мг 1 р/сут или Офлоксацин (Таривид) внутрь 400 мг 2 р/сут, 14 сут. + Метронидазол (Флагил) внутрь 500 мг 2 р/сут, 14 сут</p> <p>2. <i>Цефотаксим</i> в/м 500 мг, однократно или <i>Цефтриаксон</i> в/м 250 мг, однократно + <i>Доксициклин</i> внутрь 100 мг 2 р/сут, 14 сут.</p> <p><u>Альтернативный режим</u></p> <p><i>Амоксициллин/клавуланат</i> внутрь 500 мг/125 мг 3 р/сут или 1000 мг/200 мг 2 р/сут, 14 сут + <i>Доксициклин</i> внутрь 100 мг 2 р/сут, 14 сут.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Амоксициллин + клавулановая кислота</i> по 1000 мг 2 р/сутки + <i>Офлоксацин (Таривид)</i> 400 мг 2 р/сутки или <i>Доксициклин</i> 100 мг 2 р/сутки, 14 дней • <i>Офлоксацин (Таривид)</i> 400 мг 2 р/день + <i>метронидазол (Флагил)</i> 500 мг 2 р/день 14 дней

Международные рекомендации по лечению ВЗОМТ_ амбулаторный режим

Британская ассоциация сексуального здоровья и ВИЧ¹ (2011 г.)	Европейские рекомендации по лечению ВЗОМТ³ (2007)	Рекомендации центров по контролю и профилактике заболеваний США по лечению заболеваний, передаваемых половым путем² (2010 г.)
<p><u>Рекомендованный режим</u></p> <p>1. Цефтриаксон 500 мг однократно, далее доксициклин 100 мг 2 раза в сутки + метронидазол (Флагил) 400 мг 2 раза в сутки 14 дней.</p> <p>2. Офлоксацин (Таривид) 400 мг 2 раза в сутки + метронидазол (Флагил) 400 мг 2 раза в сутки 14 дней.</p>	<p><u>Рекомендованный режим</u></p> <p>1. Цефтриаксон 250 мг в/м однократно, далее Доксициклин 100 мг 2 раза в сутки + метронидазол(Флагил) 400 мг 2 раза в сутки 14 дн.</p> <p>2. Моксифлоксацин 400 мг 1 раз в сутки, 14 дн.</p> <p>3. Офлоксацин (Таривид) 400 мг 2 раза в сутки + метронидазол (Флагил) 400 мг 2 раза в сутки 14 дн.</p>	<p><u>Рекомендованный режим</u></p> <p>1. в/м Цефтриаксон 250 мг однократно далее Доксициклин 100 мг 2 раза в сутки +/- метронидазол(Флагил) 500 мг 2 раза в сутки 14 дн.</p> <p>2. Любой цефалоспориин 3-го поколения + доксициклин 100 мг 2 раза в сутки +/- метронидазол (Флагил) 500 мг 2 раза в сутки 14 дней.</p>
<p><u>Альтернативный режим</u></p> <p>1. Цефтриаксон 500 мг, далее азитромицин 1 г. в неделю, в/м 2 недели</p> <p>2. Моксифлоксацин 400 мг 1 раз в сутки, 14 дн.</p>		<p><u>Альтернативный режим</u></p> <p>Левифлоксацин 500 мг 1 раз в сутки или офлоксацин (Таривид) 400 мг 2 раза в сутки 14 дней +/- метронидазол (Флагил) 500 мг 2 раза в сутки 14 дней.</p>

- 1. Гинекология. Национальное руководство. Под ред. В.И. Кулакова, Г. М. Савельевой, И.Б. Манухина 2009, М.; ГЭОТАР-Медиа, 1088 с.**
- 2. Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии. Под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих. М.: Литтерра, 2010.**
- 3. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В. Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007; 1029 с.**

- 1. UK National Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease 2011. (2011) (<http://www.bashh.org/guidelines>)**
- 2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, MMWR 2010; 59 (RR-12): 63–67.**
- 3. Ross J. et al. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. Int J STD AIDS. 2007 Oct;18(10):662-6.**

Клинические проявления неадекватной антибактериальной терапии

- Быстрая ранняя прогрессия
- Персистирующая инфекция
- Начальное улучшение, за которым следует ухудшение
- Медленное, хотя и прогрессивное улучшение

СМЕНА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА

1. Отсутствие эффекта в течение 2-3 дней
2. Развитие нежелательных эффектов
3. Применение антибиотика с кумулятивной токсичностью

Консервативная терапия:

- Антибактериальная
- Иммуномодулирующая
- Противовоспалительная, десенсибилизирующая, обезболивающая, седативная
- Инфузионная: дезинтоксикационная, улучшение реологии /общее количество жидкости — 2,5 л/сут.; средства, укрепляющие сосудистую стенку; коррекция КЩР (50-100 мл 4-5 % раствора бикарбоната натрия); парентеральное введение 5 % раствора глюкозы, полиглюкина, реополиглюкина, гемодеза, белковых препаратов/
- При стихании процесса - использование ФТЛ

Иммунокорригирующая терапия

- Не применять как монотерапию
- Учитывать побочные действия, противопоказания
- Значение иммунокорригирующего средства в остром периоде выше, чем в ремиссию

Иммунокорригирующая терапия:

**Галавит, Ликопид, Иммуномакс,
Полиоксидоний, Тамерит,
Деринат,
Генфрон, Виферон, Кипферон,
Имунофан, Тимоген, Лонгидаза**

Иммуноткорригирующая терапия



- *Нормализует функциональное состояние макрофагов*
- *Регулирует синтез про- и противовоспалительных цитокинов*
- *Стимулирует бактерицидные свойства нейтрофилов*
- *Повышает цитотоксическую активность НК (клеток-киллеров)*
- *Повышает синтез интерферонов*
- *Обладает антиоксидантным и гепатопротекторным действием*
- *Повышает неспецифическую резистентность организма к инфекционным заболеваниям*

Источники: инструкция по применению ЛС, сайты: galavit.ru, vidal.ru

Иммунокорригирующая терапия:

Торможение выброса макрофагами
провоспалительных цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО)
= Нормализация функции МФ

Снижение интенсивности воспалительной реакции

Нормализация функциональной активности
нейтрофилов, лимфоцитов, клеток-киллеров

Повышение выработки интерферонов

**Формирование эффективного
иммунного ответа**



Как назначать

ОПТИМАЛЬНАЯ СХЕМА «ТРИ ПЯТЕРКИ»

- Первые **5 доз ежедневно** – 100 мг/сут, **в/м** или ректально
- Последующие **5 доз** – 100 мг/сут через **48 часов**, **ректально** или **в/м**
- И последние **5 доз** – 100 мг/сут через **72 часа**, **ректально** или **в/м**

На курс лечения требуется: 1 упаковка ГАЛАВИТ® флаконы 100 мг № 5 + 1 упаковка ГАЛАВИТ® свечи 100 мг № 10

ДЕНЬ ЛЕЧЕНИЯ

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Галавит 100 мг



ВЗОМТ

**острые, подострые,
хронические оофориты,
сальпингоофориты,
эндометриты,
метроэндометриты,
цервициты, вагиниты**

Любые гинекологические манипуляции

- Abrasio cavi uteri

прерывание беременности на любом сроке, диагностические выскабливания, удаления полипов дисфункциональные маточные кровотечения

- Конизация, прижигание шейки матки

- дисплазия, лейкоплакия

- Полостные операции

- миомэктомия, гистерэктомия, экстирпация матки

- Гистероскопия

- Лапароскопия

- внематочная беременность

- удаление опухолей яичника, апоплексия яичника

ИППП

**Трихомониаз, хламидиоз,
ВПЧ, генитальный герпес,
кандидоз**



ГАЛАВИТ®

Противопоказания

- беременность и период кормления грудью
- индивидуальная непереносимость
- возраст до 6 лет (не проводились клинические исследования)
- таблетки (возраст до 12 лет)



ГАЛАВИТ®

СКОЛЬКО СТОИТ ?

- **799 руб.** розничная цена 100 mg № 5 флаконы
- **899 руб.** розничная цена 100 mg № 10 свечи
- **320 руб.** розничная цена 25 mg № 20 таблетки



Основные подходы в терапии

- Консервативная терапия в течение 12—24 ч.
- При отсутствии эффекта больная должна быть подвергнута оперативному лечению



Основные подходы в терапии

Критерии эффективности консервативной терапии:

- Купирование клинических симптомов заболевания.
- Восстановление эхографической картины тканей.
- Элиминация или снижение активности инфекционного агента.
- Восстановление морфологической картины тканей.

Основные подходы в терапии

Концепция диагностики гнойных ВЗОМТ

Краснопольский В.И., Буянова С.Н., 2001

предполагает соответствие следующим требованиям:

1. Определение точной локализации абсцесса
2. Выяснение степени поражения органа
3. Выяснение формы гнойного воспаления (острое, хроническое)
4. Определение степени тяжести интоксикации

**«Золотой стандарт» диагностики и лечения ВЗОМТ –
ЛАПАРОСКОПИЯ**

Основные подходы в терапии

«Золотой стандарт» диагностики и лечения ВЗОМТ - ЛАПАРОСКОПИЯ

Показана:

- всем больным с о.гнойными сальпингитом
- молодым нерожавшим женщинам при ГВЗОМТ
- при локализации болей в правом подреберье при подозрении на ВЗОМТ
- отсутствие эффекта от консервативной терапии через 12-24 часа

Основные подходы в терапии

«Золотой стандарт» диагностики и лечения ВЗОМТ - ЛАПАРОСКОПИЯ

- Одновременное решение диагностических и лечебных задач
- Возможность определения показаний для симультанного оперативного лечения (*аппендэктомия*)
- При необходимости – конверсия и выбор оптимального хирургического доступа

Основные подходы в терапии Операции «осознанного риска»

«Золотой стандарт» диагностики и лечения ВЗОМТ - ЛАПАРОСКОПИЯ

1. Диагностическая лапароскопия
2. Диагностическая лапароскопия + санация + дренирование
3. Диагностическая лапароскопия + санация + лапароскопический мониторинг
4. Диагностическая лапароскопия + лапароскопический мониторинг

Показания для лапаротомии

- Пиовар/ пиосальпинкс/ гнойные тубоовариальные образования
- Неэффективность лапароскопического дренирования в течение 24-36 часов
- Распространенный перитонит
- Угроза перфорации гнойного тубоовариального образования
- Неэффективность комплексной противовоспалительной терапии в течение 24 часов при гнойном тубоовариальном образовании и остром пельвиоперитоните
- Септический шок

Воспалительные заболевания органов малого таза



ВЗОМТ

Тактика ведения

- Во всем мире отмечается активная тактика ведения больных пельвиоперитонитом
- Активизация касается широкого применения хирургических методов лечения

(не расширения показаний к удалению пораженных органов):

- лапароскопия
- удаление гноя
- кольпотомия
- дренирование
- микроирригаторы для внутрибрюшных капельных инфузий и постоянной эвакуации патологического экссудата по типу перитонеального диализа

ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА АНТИБИОТИКОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВЗОМТ

- АБ терапия является эмпирической
- Лечение должно быть начато сразу же после постановки диагноза
- Режим АБ терапии должен перекрывать спектр наиболее вероятных возбудителей
- Любой режим АБ терапии должен обеспечивать активность в отношении **гонококков** и ***C.trachomatis*** в связи с невозможностью исключения их этиологической роли при рутинном обследовании
- В схему АБ терапии целесообразно включать препарат с антианаэробной активностью

Физические методы лечения

- Высокоинтенсивная УВЧ-терапия
- Микроволновая СВЧ-терапия
- Инфракрасная лазеротерапия (в т.ч. в сочетании с магнитотерапией)
- Высокочастотная магнитотерапия (в т.ч. в сочетании гальваноиндуктотермией, лекарственном электрофорезом, пелоидотерапией)
- Ультразвуковая терапия
- Радоновые, сероводородные ванны

Профилактика ВЗОМТ

- Образовательные программы для врачей и населения.
- Барьерные методы контрацепции для группы риска по возникновению ВЗОМТ

(сексуально-активные подростки; женщины, имеющие более 2 половых партнеров и т.д.)

- Адекватное восстановление биотопа влагалища.

(активное выявление и лечение бактериального вагиноза)

- Проведение восстановительного лечения после эпизодов ВЗОМТ

Заключение

- **ВЗОМТ- полимикробная инфекция, вызываемая микроорганизмами, передаваемыми половым путем.**
- **Очевидно, что анаэробные патогены играют существенную роль в этиологии ВЗОМТ, осложненных тубоовариальным абсцессом. Но не ясно, могут ли эти бактерии инфицировать и вызывать воспаление ранее непораженных маточных труб.**
- **Длительная антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия может стать причиной (на фоне изменения иммунитета) активации грибковой флоры, что требует проведения параллельной профилактики или последовательного лечения кандидоза.**
- **Антибактериальная терапия должна быть строго регламентирована по показаниям и продолжительности.**

*Спасибо за
внимание!*

