Воспалительные заболевания органов малого таза

Факторы защиты

- pH 4-4,5
- Микрофлора половых путей
- Состав и консистенция цервикальной слизи
- Уровень эстрогенов
- Прием КОК
- Менструальный цикл
- Пластические свойства тазовой брюшины

Классификация по локализации процесса

Нижних отделов:

- Вульвит
- Бартолинит
- Кольпит
- Эндоцервицит
- Цервицит

Верхних отделов:

- Эндомиометрит
- Сальпингоофорит
- Пельвиоперитонит
- Параметрит

Критерии ВЗОМТ

- Болезненность внизу живота
- Болезненность в области придатков матки
- Болезненные тракции шейки матки
- Температура выше 38,3С
- Патологические выделения из шейки или влагалища
- Повышение СОЭ и СРБ

Вульвит

- Чаще всего возникает вторично
- Часто сочетается с вагинитом
- Жалобы на зуд, жжение, дискомфорт
- Клиника: Гиперемия и отечность, гнойные/ серозно-гнойные выделения, увеличение паховых л/у

При хроническом течении возможны лейкоплакия и крауроз, а также кондиломы

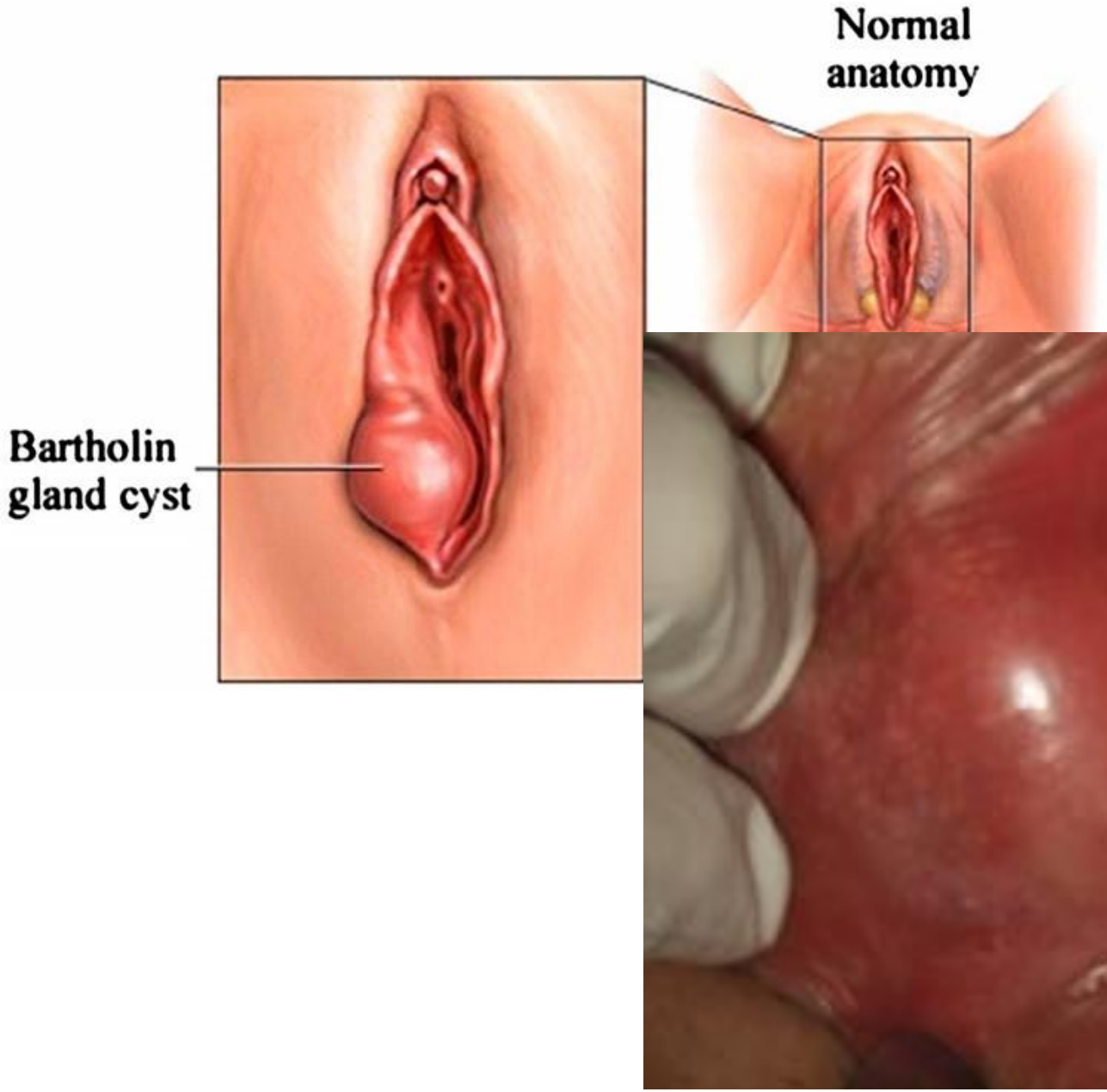
- Диагностика: бак.посев

Острый вульвит

Хронический вульвит

Бартолинит

- Частое формирование абсцессов (ложный и истинный)
- Жалобы те же
- Клиника: отечность в области выводного протока, гиперемия, гнойное отделяемое при надавливании, наличие узловатых уплотнений в области больших половых губ


Normal
anatomy
Bartholin
gland cyst

Кольпит

- Формы: сенильный, язвенный, простой, гранулярный
- Жалобы: боль и зуд, гнойные/ серозно-гнойные выделения, диспареуния
- Клиника: отечность и гиперемия слизистой, повышенная кровоточивость, гнойные налеты, точечные кровоизлияния, при тяжелом течении эрозии, выделения с рыбным запахом
- Диагностика: кольпоскопия, бак.посев, цитологическое исследование.

Особенности лечения воспалительных заболеваний нижних отделов

При выраженном процессе используют парентеральные антибиотики до улучшения состояния (температура меньше 37,5, лейкоцитоз меньше 10*10^9), затем переводят на пероральное или местное применение препаратов.

При осложненных формах лечение начинают с резервных антибиотиков.

- При лапароскопии возможно удаление спаек, вскрытие гнойных полостей и их дренаж.
- Нижнесрединная лапаротомия показана при разрыве тубооовариального абсцесса, перитоните, отсутствии эффективности в течение 24 часов после лапароскопии

Эндоцервицит

- Часто сочетается с кольпитом, эндометритом, аднекситом, эктопией шейки матки, эрозированном эктропионе
- Клиника: гиперемия и отек слизистой вокруг наружного зева, выпячивание слизистой цервикального канала, эрозии, слизистые/слизисто-гнойные выделения, зуд и жжение во влагалище, тупые боли внизу живота, петехии на слизистой.

При хроническом течении возникает цервицит, кисты

Диагностика: осмотр в зеркала, кольпоскопия, бак. посев, цитологическое исследование мазков шейки, pH-метрия, ПЦР

Острый
цервицит
Хронический
цервицит
Атрофический
цервицит

Эндометрит

- По течению острый и хронический
- Причины: аборты, выскабливания, внутриматочные процедуры, после родов и тд.
- Клиника: острое начало с лихорадки, болей внизу живота, гнойные/сукровично-гнойные выделения с ихорозным запахом, боли по ходу ребер

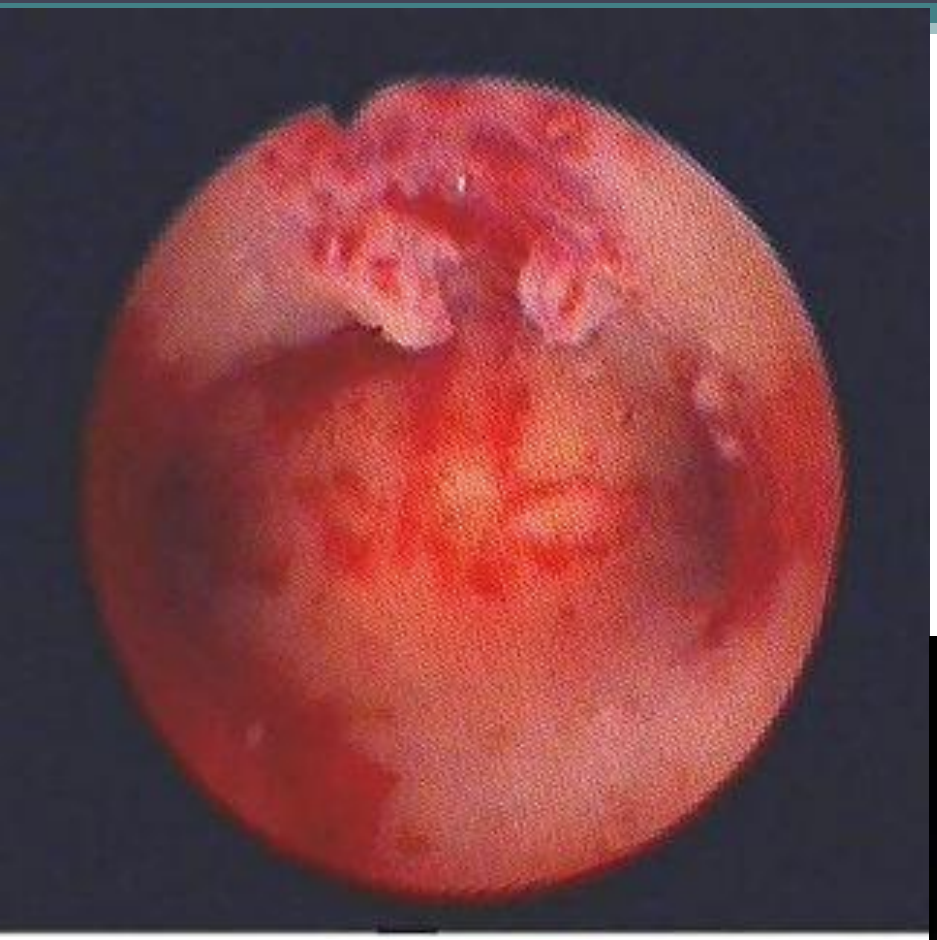
Матка увеличенная, пастозная, малоподвижная, болезненная, могут быть болезненные тракции шейки матки.

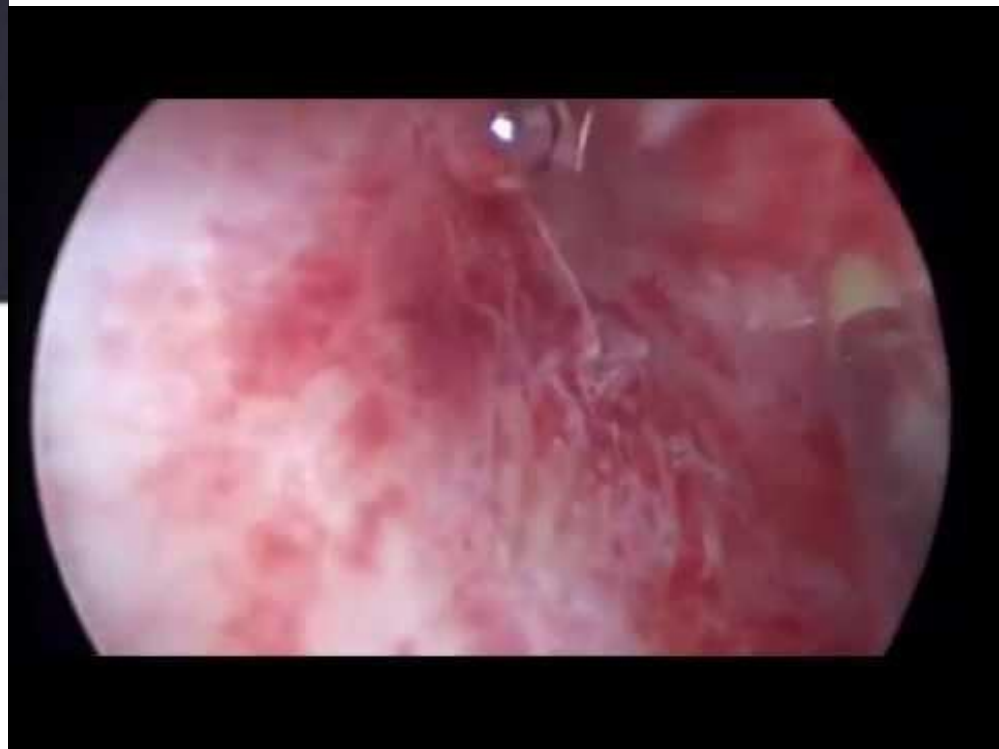
- Осложнения: параметрит, перитонит, тазовые абсцессы, тромбофлебиты вен малого таза, сепсис
- Диагностика: гистологическое исследование эндометрия, бак.посев, морфологическое исследование биоптатов эндометрия.

- При хроническом течении появление инфильтратов, склерозирование спиральных артерий, атрофия желез, формирование кист, снижение эстрогеновых рецепторов, гиперполименоррея, метроррагия

Классификация синехий Европейской классификации гинекологов:

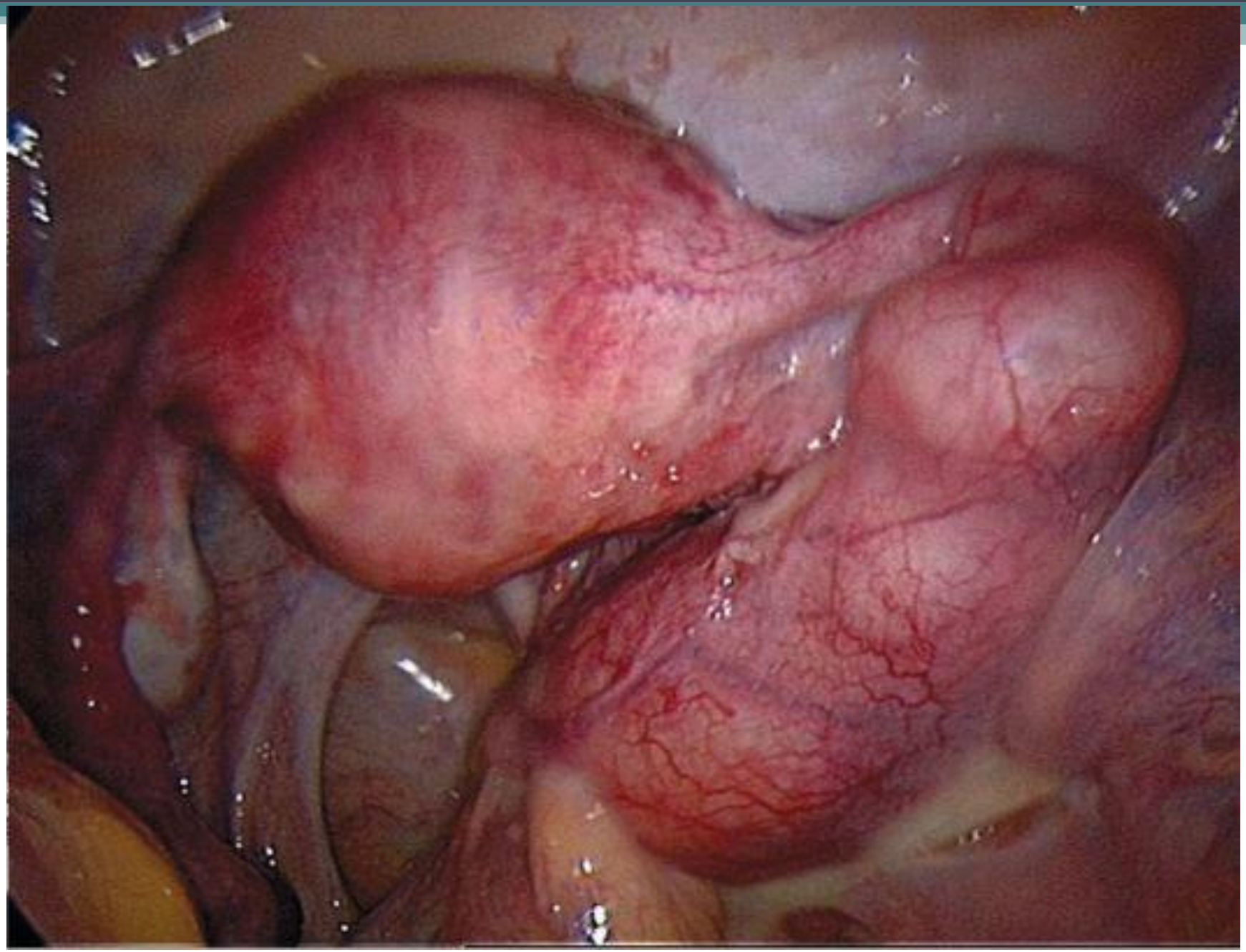
- 1ст. – тонкие, устья маточных труб свободны
- 2ст. – единичные плотные синехии, устья свободны
- 3ст. – множественные плотные синехии, односторонняя облитерация устьев.
- 4ст. – обширные плотные синехии с частичной окклюзией полости матки и 2х-сторонним вовлечением устьев труб
- 5ст. – обширное рубцевание и фиброзирование эндометрия





Сальпингоофорит

- Клиника: боли внизу живота, лихорадка, гнойные/сукровично-гнойные выделения из половых путей, дизурия и тд.
- Осложнения: пиовар, пиосальпинкс, тубооовариальный абсцесс, пельвиоперитонит и тд.
- Диагностика: УЗИ, пункция Дугласова пространства, диагностическая лапароскопия, гистеросальпингография, гидросонография.



Параметрит

- Возникает вторично
- Клиника: боли внизу живота, диспареуния, задержка пассажа мочи, гидронефроз, смещение матки в пораженную сторону
- Диагностика: бимануальное исследование, УЗИ, пункция Дугласова пространства, Крик Дугласа

Бактериальный вагиноз

- Чаще всего встречающиеся УПМ: микоплазмы, бактероиды, фузобактерии, стафило-/стрептококки
- pH растет с до 7-7,5
- Запах гнилой рыбы
- Часто сочетается с дисбактероизом кишечника
- Клиника: обильные однородные кремообразные серые (желтовато-зеленые) выделения из влагалища с рыбным запахом, зуд и жжение во влагалище, диспареуния, отсутствие воспаления
- Диагностика: специфические выделения, ключевые клетки во влагалищном мазке, аминотест(+), измерение pH

Лечение

- Хлоргексидин(суп.)
- Молочная кислота(суп.)
- Орнидазол
- Пробиотики(лактобактерин, экофемин, вагилак) – через 2-3 дня после антибиотикотерапии
- При частых рецидивах метронидазол(пес.)
- Лечение половых партнеров не требуется

Вагинальный кандидоз

- Возбудители: candida albicans, glabrata, tropicalis, krusei
- Клиника: зуд и жжение во влагалище, усиливающиеся во время сна, после контакта с водой и во время полового акта, белые творожистые выделения, при вовлечении уретры дизурия

Образование в острую фазу везикул и их эрозирование.

При хроническом течении образуются инфильтраты, .

- Диагностика: в зеркалах влагалище и влагалищная часть шейки матки малиновая, отечная, серо-белые налеты на стенках. Микроскопия мазков.

Лечение

- Препараты полиенового ряда (натамицин (суп.))
- Препараты имидазолового ряда (бутоконазол, клотримазол, миконазол, эконазоли тд.)
- При рецидивах в качестве поддерживающей терапии в течение 6 мес. Флуконазол 1 раз в неделю

Трихомониаз

- Чаще всего поражается влагалище, реже цервикальный канал, уретра, мочевой пузырь, Бартолиновы железы
- Отсутствие иммуннитета
- Клиника: зуд и жжение во влагалище, обильные пенистые выделения из влагалища серо-желтого цвета, дизурия
- Диагностика: в зеркалах симптом земляничной шейки матки, отек и гиперемия слизистой влагалища, пенистые гноевидные бели на стенках. При кольпоскопии петехии и эрозии шейки матки. Микроскопия мазков.

Гонорея

- Чаще всего поражается слизистая цервикального канала, маточных труб, уретры, парауретральные и Бартолиновы железы.

Классификация:

- Гонококковая инфекция нижних отделов МПС без осложнений
- Гонококковая инфекция нижних отделов МПС с осложнениями
- Гонококковая инфекция верхних отделов МПС и органов малого таза
- Гонококковая инфекция других органов

По течению: острая, подострая, хроническая, носительство, торпидная

- Клиника: в нижнем отделе МПС часто протекает бессимптомно, но может быть дизурия, зуд и жжение во влагалище, гноевидные сливкообразные выделения из цервикального канала.

В верхнем отделе боли внизу живота, лихорадка, дизурия, дисменоррея, гнойные/сукровично-гнойные выделения, отечные болезненные придатки, увеличенная мягкой консистенции матка, образование спаек в малом тазу

Лечение

- Цефалоспорины
- Аминогликозиды
- Гоновакцина
- При отсутствии эффекта лапароскопическое вскрытие и санация очага, его дренирование
- Для оценки лечения проводят 3х кратные бак. посевы выделений (при устойчивых формах) или 1-кратное в других случаях, 1й – через 24-72ч после исчезновения клиники

2й – в дни ближайшей менструации

3й – после окончания менструаций в течение 24-72ч

Урогенитальный хламидиоз

- Чаще всего возникает эндоцервицит, сальпингоофорит, уретрит.
- Клиника: характерно малосимптомное течение с частыми рецидивами, явная клиника возникает только при осложнениях. Часто рубцово-спаечный процесс в пораженных органах. Возможны серозно-гнойные выделения, симптом утренней капли(при вовлечении уретры).
- Диагностика: в зеркалах и при кольпоскопии выделения, гиперемия и отечность слизистых вокруг наружного зева, псевдоэрозии. При бимануальном исследовании возможны отечность и болезненность придатков матки, спайки между печенью и париетальной брюшиной. На цитологии включения Провачека.

Лечение

- Азитромицин
- Доксициклин
- Эритромицин
- Офлоксацин
- Контроль лечения проводят через 7-10 сут. и через 3-4 нед.

Генитальный герпес

- Чаще всего возбудителями являются ВПГ2, реже ВПГ1.
- Высококонтагиозен для женского пола.
- Клиника: Характерен зуд, общее недомогание, в месте внедрения пузырьковые высыпания при первом эпизоде заражения, после возникновения которых клиника уменьшается. Высыпания на наружных половых органах, влагалище, на шейке матки. Это везикулы 2-3 мм, окруженные гиперемированной слизистой. Через 2-3 дня вскрываются с обнажением эрозивной поверхности, после чего клиника снова нарастает. При появлении серовато-желтого налета – вторичное инфицирование.

При рецидивах возможно типичное и нет течение (с высыпаниями и без), рецидивы от 1 раза в 2-3 года, до 1 раза в месяц.

Идет пожизненное сохранение вируса чаще всего в ганглиях поясничного и крестцового симпатических сплетений.

- Диагностика: ИФА, ИФМ, иммуннопероксидазный метод, ПЦР. Материалом служит отделяемое пузырьков, из влагалища, цервикального канала, уретры.
- Лечение: противовирусная терапия (валацикловир, ацикловир и тд.)