

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета.

Реферат на тему: «Воспалительные заболевания органов малого таза»

Выполнила: ординатор
кафедры перинатологии, акушерства и
гинекологии лечебного
факультета Хрипко Ю.Р.

Проверил: Коновалов В.Н.

Хрипко Ю.Р.
Проф. Коновалов В.Н.

Красноярск, 2020

Содержание

1. Введение
2. Классификация воспалительных заболеваний женских половых органов.
3. Этиология.
4. Патогенез.
5. Клиническая картина.
6. Диагностика.
7. Дифференциальная диагностика.
8. Тактика.
9. Лечение.
10. Реабилитация больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза.
11. Список литературы

Введение

Воспалительные заболевания женских половых органов занимают 1-е место среди всей гинекологической патологии, на их долю приходится наибольшее количество обращений пациенток в женскую консультацию (60-65%) и госпитализации в гинекологический стационар (40%).

По данным Ю.В. Цвелева с соавт. (1996) заболеваемость сальпингоофоритом за последние 10 лет возросла в 2 раза и составляет 10-13 случаев на 1000 женщин в год. Женщины в молодом возрасте составляют большую группу среди пациенток, страдающих ВЗПМ. Так, по данным Г.М. Савельевой с соавт. (1990) из всех больных сальпингитом 70% – моложе 25 лет, 75% – нерожавшие женщины.

По данным Американского центра контроля за заболеваемостью, ежегодно в США регистрируется около миллиона случаев острого воспаления придатков матки.

Воспалительные заболевания органом малого таза у женщин – это весь спектр воспалительных процессов нижних, верхних отделов репродуктивных путей женщины, отдельные нозологические формы и в любой возможной комбинации.

Классификация воспалительных заболеваний гениталий

По клиническому течению:

I. Острое

II. Подострое III.

Хроническое.

По степени тяжести:

I. Легкая.

II. Средняя.

III. Тяжелая.

По локализации:

I. Воспаление половых органов нижнего отдела:

1) вульвы (вульвит);

2) бартолиновой железы (бартолинит);

3) влагалища (кольпит, вагинит);

4) шейки матки:

а) экзоцервицит (воспаление влагалищной части шейки матки, покрытой многослойным плоским эпителием);

б) эндоцервицит - воспаление слизистой оболочки, которая переходит в канал шейки матки и покрытая цилиндрическим эпителием.

II. Воспаление половых органов верхнего отдела:

1. Тела матки:

а) эндометрит (воспаление слизистой оболочки тела матки);

б) метроэндометрит (воспаление слизистого и мышечного пласта тела матки);

в) панметрит (воспаление всех пластов стенки матки);

г) периметрит (воспаление брюшины, которая покрывает тело матки).

2. Придатков матки:

а) сальпингит (воспаление маточных труб);

б) оофорит (воспаление яичников);

в) сальпингоофорит (воспаление маточных труб и яичников), или аднексит; г)

аднекстумор (воспалительная опухоль маточных труб и яичников);

д) гидросальпинкс (воспалительная мешотчатая опухоль маточной трубы с накоплением серозной жидкости в ее просвете);

е) пиосальпинкс (воспалительная опухоль маточной трубы с накоплением гноя в ее просвете);

з) пиоварум (воспалительная опухоль яичника с гнойным расплавлением его тканей);

ж) перисальпингит (воспаление брюшинного покрова маточной трубы).

3. Клетчатки таза - параметрит (воспаление клетчатки, которая окружает матку) - боковой, передний и задний).

4. Брюшины таза (пельвиоперитонит - воспаление брюшины малого таза).

Правильно сформулированный диагноз должен указывать на особенности клинического течения, локализацию процесса, что позволяет определить принцип лечения, его продолжительность, диагностические особенности, последующую тактику.

Увеличение заболеваемости связано с секс - революцией. Повышается рост трансмиссивных инфекций, т.е. инфекций, передающихся половым путем.

Т.О. воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) - это, прежде всего это инфекционный процесс, в возникновении которого могут играть роль различные микроорганизмы. Спектр возбудителей, вызывающих воспаление женских половых органов, достаточно широкий и включает:

- бактерии, которые обычно колонизируют влагалище, и нижний отдел цервикального канала (эндогенную флору);

- возбудители, которые передаются половым путем.

Не потеряли своего значения такие возбудители, как стрептококк, стафилококк, кишечная палочка, протей, гонококк и прочие. Доказана роль анаэробной инфекции. Монокультура составляет - 20%, полианаэробы - 44%, облигатные и факультативные анаэробы - 37,7%.

В большинстве случаев воспалительные процессы носят полимикробный, смешанный характер. В результате заболевания теряет нозологическую специфичность.

Ю.В. Цвелев с соавт. (1996) при изучении микрофлоры из цервикального канала у женщин с вялотекущим хроническим сальпингоофоритом получили следующие данные (таблица 1)

Таблица 1.

Состав микрофлоры, выделенной из цервикального канала больных хроническими ВЗПМ

Микроорганизмы	Число больных	%
Хламидии	135	71,4
Стафилококк	62	32,8
Кишечная палочка	45	23,8
Микоплазма	12	6,3
Уреаплазма	8	4,2
Трихомонады	15	7,9
Гарднереллы	24	12,7
Гонококк	7	3,7
Грибы рода Candida	35	18,5
Вирус герпеса простого	7	3,7
Цитомегаловирус	3	1,6

Причиной всех воспалительных заболеваний гениталий являются микробы, а не аборт, инструменты как студенты отвечают на экзаменах.

Пути проникновения инфекции:

- Половой путь. Микробы попадают в 99% случаев половым путем.
- Лимфогенный путь - это, прежде всего из кишечника;
- Гематогенный путь - главным образом - туберкулез, когда очаг инфекции в гениталиях является вторым очагом, а первый очаг расположен экстрагенитально;
- По протяжению - например, из воспаленного аппендикулярного отростка, при колитах, при патологии кишки;
- Интраканаликулярный путь при специфической инфекции (гонококк).

Механизм реализации переноса инфекции:

- Сперматозоиды являются переносчиками инфекции; они обладают отрицательным зарядом, который притягивает микроб - таким образом, они являются транспортом микроорганизмов.

- Жгутиковые - трихомонады - являются активным транспортом для микробов.
- Существует и пассивный путь распространения инфекции. Попадают микроорганизмы активно - половым путем, а затем пассивно распространяются по гениталиям.

Факторы, способствующие распространению инфекции:

- Внутриматочные вмешательства: аборты, диагностические выскабливания, гистеросальпингография, все инвазивные процедуры: зондирование полости матки, постановка и удаление внутриматочного контрацептива, роды и выкидыши.
- Переохлаждение
- Ослабление организма в результате хронической инфекции экстрагенитального характера.

Защитные факторы организма:

- Влагалище и его содержимое, то есть биоценоз влагалища
- Бели, которые выделяют железы влагалища в количестве 1-2 мл в сутки, являются нормальными. Все что больше - патологические бели.
- Микрофлора влагалища, которая представлена аэробами и анаэробами, но имеется динамическое равновесие между сапрофитными группами и условно-патогенными группами (аэробные микробы преобладают над анаэробными)
- Достаточное содержание лактобактерий - палочек молочнокислого брожения, которые создают кислую pH во влагалище за счет своего метаболизма и кислая среда pH является защитным барьером на пути проникновения микроорганизмов.
- Слизистая пробка - бактерицидная пробка цервикального канала; играет огромную роль в предупреждении генерализации инфекции: в слизистой пробке имеются неспецифические антитела, как факторы защиты; за счет изменения своей вязкости она препятствует проникновению микробов. На протяжении маточного цикла вязкость пробки изменяется: уменьшается вязкость в середину менструального цикла, для облегчения проникновения сперматозоидов и процессов овуляции. Прием оральных контрацептивов обеспечивает увеличение

вязкости слизистой пробки, затрудняют проникновение сперматозоидов в вышележащие отделы гениталий - это один из эффектов контрацепции. Прием оральных контрацептивов, особенно женщинами с хроническими воспалительными заболеваниями (ХВЗГ) гениталий снижает риск развития рецидивов и обострений воспалительного процесса.

Учитывая, что сперматозоиды являются активными переносчиками микроорганизмов, затрудняя проникновение сперматозоидов уменьшается риск проникновения инфекции, т.о. прием оральных контрацептивов особенно у женщин, страдающих ХВЗГ имеют двойной эффект: контрацепция профилактика рецидивов и обострений инфекции.

Эндометрий: функциональный слой эндометрия ежемесячно отторгается, происходит очищение организма, на месте отторгнувшегося эндометрия образуется лимфоцитарный вал. Для генерализации инфекции необходимо взаимоотношение макро- и микроорганизма. Агрессивность микроорганизма обуславливает его вирулентность и реактивность макроорганизма. У женщин с тяжелыми гнойными осложнениями, при исследовании ассоциации микробной флоры выявлено преобладание анаэробов ной флоры, состояния иммунитета, т.о. состояние макро- и микроорганизма определяет дальнейшее развитие заболевания. У девственниц острый сальпингит или острый сальпингоофорит может быть или туберкулезной этиологии или может проникнуть из кишечника, лимфогенным или гематогенным путем.

К специфическим инфекциям официально относятся гонорея, трихомониаз и туберкулез.

Хламидийную инфекцию условно относят к специфическим, хотя официально она относится к неспецифическим.

Бактериальный вагиноз

Понятие стало звучать в 80-х годах. Это заболевание обусловлено нарушением биоценоза влагалища, нарушением нормальной микрофлоры влагалища. Характерно:

- увеличение анаэробной флоры (палочки Гарднера)
- отсутствие лактобактерий
- щелочной средой влагалища

Клинически женщину беспокоят значительное увеличение выделения белей, это основная жалоба. Реже может быть зуд или жжение, повышение продукции белей при отсутствии каких-либо признаков воспаления. При осмотре в зеркалах мы не увидим - ни гиперемии, ни отека влагалища.

Синоним болезнь Гарднера, который впервые изучал микрофлору влагалища, обнаружил палочки - Гарднереллы. Они при бактериальном вагинозе определяются практически всегда. Но на данный момент принято считать, что в биоценозе влагалища и в норме встречаются единичные микоплазмы, уреплазмы и палочки Гарднера.

Учитывая, что при обследовании биоценоза влагалища мы имеем повышение содержания анаэробной инфекции и рН влагалища становится щелочным, соответственно, вытекает и лечение. Изменяться влагалищная среда может не только за счет инфицирования, но и за счет снижения эстрогенов, приема антибактериальных препаратов или контрацепции, на фоне гиповитаминоза.

Диагностика. Положительный аминотест: при добавлении гидроксида калия (KOH) к выделениям, появляется запах гнилой рыбы (сами по себе выделения без запаха), который доказывает наличие бактериального вагиноза.

Лечение

- Трихопол, так как преобладает в биоценозе влагалища анаэробная флора Гарднерелла чувствительна к трихополу.

- Спринцевания кислыми растворами (борной кислоты, лимонной кислоты, марганцовки – 1-2 спринцевания), поскольку рН влагалища становится щелочной. Частые спринцевания вредны для организма, так как они нарушают биоценоз влагалища и способствуют развитию бактериального вагиноза. Частое использование влагалищных тампонов (во время менструации) также вредно, так как они также нарушают нормальный биоценоз влагалища, а так как у женщин во влагалище имеются микроорганизмы, то это будет фактором, способствующим возникновению инфекции.

- Клиндомицин в таблетках по 150 мг (в капсулах) 3 раза в день и крем.
- Восстановление нормальной микрофлоры влагалища: внесение лактобацилл путем введения тампонов с лактобактерином (6-8 тампонов, не более чем на 4-5 часов 1 тампон).

- Витаминотерапия при гиповитаминозе.

Воспалительные заболевания нижнего отдела гениталий

А. Вульвит - воспалительное заболевание, развивается в основном у девочек. Инфицированию способствуют опрелости, расчесы, ссадины, эндокринная патология (сахарный диабет), глистные инвазии, детские вирусные инфекции.

Клиника: боль, отек вульвы, гнойное отделяемое.

Лечение: антибиотики внутрь, ванночки с дезинфицирующими растворами (перманганат калия, фурациллин).

Б. Бартолинит - абсцесс бартолиниевой железы вследствие закупорки ее выводного протока. Существует ложный и истинный абсцессы бартолиниевой железы:

Ложный абсцесс. Закупориваясь и расширяясь, проток превращается в кисту бартолиниевой железы, которая при присоединении инфекции нагнаивается, а повреждение близлежащих тканей не происходит, так как у кисты есть капсула.

Истинный абсцесс. Поражается капсула и близлежащие ткани (клетчатка). Клиника: интоксикация, лихорадка, сильные боли при движении, гнойные выделения, сочетание с кольпитом. При обследовании определяется болезненная опухоль определенных размеров в области одной из половых губ. Нередко увеличение паховых лимфоузлов, болезненность их при пальпации. Лечение: вскрытие и дренирование абсцесса (внутривенное обезболивание).

Кольпит - воспаление влагалища (вагинит).

В клинической картине триада симптомов: боли, бели, зуд. Диагноз после осмотра в зеркалах: слизистая влагалища гиперемирована, отек, может быть эрозивное поражение, язвы (трихомонадная микст-инфекция).

Цервицит - воспаление слизистой цервикального канала. Триада симптомов та же.

Патогенез

В патогенезе основная роль принадлежит агрессивности микробных агентов и резистентность организма женщины, особенность ее иммунитета.

Внедрение микробов вызывает альтерацию, они воздействуют на стенку сосудов, происходит высвобождение медиаторов воспаления (гистамин, серотонин и т.д.), что приводит к нарушению МЦР в очаге воспаления, также в регуляции межклеточных взаимоотношений ведущая роль принадлежит цитокиновой системе (группа белковых молекул).

Капилляры принимают извитую форму, просвет артерий суживается. Развивается повышенная сосудистая проницаемость и отек тканей. На сосудах оседают иммунные комплексы, обладающие повреждающим действием, развивается экссудация.

Воспалительный процесс и ответная реакция организма - **синдром системной воспалительной реакции (SIRS) – системная реакция организма на воздействие различных повреждающих факторов (инфекция, травма, операция и др.):**

- температура выше 38°C или ниже 36°C
- ЧСС 90/мин
- ЧД $>20/\text{мин}$ или гипервентиляция ($\text{PaCO}_2 \leq 32\text{ мм.рт.ст.}$)
- Лейкоциты крови $>12 \cdot 10^9/\text{мл}$ или $<4 \cdot 10^9/\text{мл}$, или незрелых форм $>10\%$

При внедрении анаэробной инфекции в гистологической картине присутствуют более выраженные повреждения тканей. Во всех случаях присутствуют все 5 признаков воспаления.

Клиническая картина воспалительных заболеваний гениталий

В современных условиях воспалительные заболевания гениталий имеют особенности, что существенно отличает их от клинической картины заболеваний 20-летней давности. Их характеризует:

- стертая клиническая симптоматика острой стадии заболевания;
- преимущество хронических процессов, а в последние годы - появление первично хронических заболеваний;
- стойкое рецидивирующее течение хронических процессов;
- наиболее частая локализация воспалительного процесса в придатках матки;
- редко поражается параметральная клетчатка;

Течение заболевания (острое, подострое, хроническое), степень тяжести (легкая, средняя, тяжелая), вовлечение многих тканей и органов (эндоцервикс, эндометрий, миометрий, эндосальпинкс, яичники); распространение процесса на окружающие ткани (параметрий, брюшину) в большей мере зависит от реактивности организма женщины, но также и от патогенных свойств возбудителей.

Выделяют два клинико-патогенетических варианта воспалительного процесса.

Первый - инфекционно-токсичный вариант характерно преимущественно инфекционно-токсических проявлений как результата проникновения или активации возбудителя (появление боли, температурной реакции, экссудативные процессы, интоксикация).

Второй вариант характеризуется стойким болевым синдромом и признаками нарушения функций сосудистой (преимущественно микроциркуляции), нервной, иммунной и эндокринной систем.

Первый вариант наблюдается при остром течении и обострении хронического. Второй вариант характерный для хронического течения заболевания.

Болевой синдром является ведущим симптомом хронического воспаления независимо от его локализации. Его морфологическая основа - это фиброз, склерозирование тканей, втягивание в процесс нервных ганглиев с развитием тазовых ганглионевритов.

Боль носит разнообразный характер: тупой, ноющий, тянущий, усиливается, постепенно или периодически. На фоне хронических воспалительных процессов характерна рефлекторная боль внизу живота м.б. диффузной, нередко локализуется в правом или левом паху, с иррадиацией во влагалище, в прямую кишку, в крестец, в нижние отделы живота.

Другие симптомы зависят от поражения анатомических структур. Для эндоцервицита характерны ненормальные влагалищные выделения, как правило, является началом восходящей инфекции. При этом можно наблюдать отек, гиперемию в зоне наружного зева шейки матки.

Общие симптомы (температура, тошнота, иногда рвота) являются результатом острого поражения маточных труб, яичников или окружающих тканей (параметрия, брюшины). Воспалительные заболевания половых органов могут включать в себя любую комбинацию эндометрит, сальпингит, оофорит, tuboовариальных образований, тазового перитонита.

Для клинической картины острого сальпингоофорита характерны следующие симптомы: боли различной интенсивности внизу живота, усиливающиеся при физической нагрузке, иррадиирующие в поясницу, реже в область заднего прохода, внутреннюю поверхность бедра; повышение температуры тела, не редко до высоких цифр, с ознобами; симптомы общей интоксикации; повышенное количество выделений из половых путей, гнойного характера, с неприятным запахом; учащенное мочеиспускание, иногда с резями; может быть учащенный

жидкий стул, болезненный акт дефекации. Схожая клиническая картина может отмечаться при обострении хронического ВЗПМ.

Таблица 2

Частота клинико-анатомических признаков при хронических ВЗПМ

(по данным Ю.В. Цвелев и др., 1996).

Клинико-анатомические признаки	Число больных абс.	Частота %
Тянущие боли внизу живота	141	74,6
Нарушения менструального цикла	119	62,69
Патологические выделения из половых путей	89	47,09
Зуд и жжение во влагалище и уретре	39	20,63
Болезненная половая жизнь	52	27,51
Бесплодие	52	27,51
Невынашивание беременности	65	54,39
Болезненные придатки матки	189	100
Кистозная дегенерация яичников	47	24,87
Эрозия шейки матки	81	42,86
Цервицит	93	42,21

Характерными особенностями клинического течения хронических ВЗПМ являются: затяжное, часто рецидивирующее течение, резистентность инфекционного процесса к традиционной антибактериальной терапии, наличие иммунодепрессии, частые осложнения (бесплодие, спаечный процесс, образование tuboовариальных образований).

Для клинической характеристики хронических ВЗПМ характерна картина

сочетания типичных симптомов и нарушений репродуктивной функции, представленных в таблице 2.

В полость матки инфекция проникает во время менструации, во время полового акта в дни менструации, во время некоторых лечебных процедур

(выскабливание слизистой оболочки матки, гидротубации и т.п.), во время родов и абортов, а также во время общих инфекционных заболеваний (грипп и т.п.).

Эндометрит - воспалительный процесс, локализуется только в поверхностном слое эндометрия, в глубоких тканях (базальный слой эндометрия, миометрий) - эндомиометритом. Особенностью эндометрита является частое распространение инфекции в маточные трубы. Острый эндометрит развивается остро. Повышается температура тела, ухудшается общее состояние, появляется боль, которая отдает в крестец и пах, чрезмерные серозно-гнойные или кровянисто-гнойные выделения, иногда метроррагия. Во время влагалищного исследования матка увеличена, болезненна. В случае острого эндометрита разрушается и некротизируется функциональный слой эндометрия, эпителий в некоторых местах десквамируется, глубже образуется подэпителиальный вал в виде большого лейкоцитарного инфильтрата. В крови наблюдается лейкоцитоз, увеличивается СОЭ.

Острая фаза воспаления в случае правильного лечения длится около 5-7 дней. Слизистая оболочка эндометрия отпадает и распадается, вместе с ней исчезает и скопление микроорганизмов, иногда возможное самоизлечение. Но в большинстве случаев течение болезни прогрессирует: процесс распространяется по лимфатическим и кровеносным сосудами на мышцу матки. В процесс может втягиваться также брюшина, покрывающая матку и окружающая клетчатка. В неблагоприятных случаях развивается флебит и тромбофлебит сосудов матки, и даже сепсис. Острый эндометрит чаще заканчивается выздоровлением, реже переходит в хронический эндометрит (метроэндометрит).

Клинические симптомы хронического эндометрита выражены меньше, чем в остром периоде: температура тела нормальная, выделения слизисто-гнойные, необильные, боль в пояснице незначительная. Возможно нарушение менструального цикла типа мено- или метроррагии, что связано с нарушением сократительной функции матки.

Сальпингит - воспалительный процесс захватывает маточные трубы. Инфекция проникает в маточные трубы восходящим путем из матки или нисходящим - в случае проникновения возбудителей из брюшины через воронку маточной трубы. Возможен лимфогенный и гематогенный пути распространения. В начальной стадии воспалительного заболевания в стенке маточной трубы развивается гиперемия, набухание слизистой оболочки и усиленная секреция эпителия. Развивается катаральный сальпингит. Стенка трубы равномерно утолщается, и труба легко пальпируется во время влагалищного исследования.

В случае прогрессирования процесса в отверстии маточной трубы накапливается чрезмерный секрет. Складки слизистой оболочки становятся отечными, утолщаются, маточная часть трубы становится непроходимой, а в случае закрытия воронки маточной трубы чрезмерный секрет растягивает стенки трубы,

превращая ее в мешотчатую продолговатую опухоль, заполненную серозным содержимым - сактосальпинкс или гидросальпинкс, чаще двусторонний. Если полость маточной трубы заполнена гноем, ее называют пиосальпинксом. В случае сальпингита в процесс втягивается брюшина маточной трубы, вследствие чего образуются сращения с окружающими органами, чаще с яичником, который также втягивается в воспалительный процесс. Развивается сальпингоофорит или аднексит. Если пиосальпинкс срастается с яичником, в толще которого тоже есть абсцесс, перегородка между ними рассасывается и образуется общая полость, наполненная гноем, - *тубоовариальный абсцесс*. Клиническое течение зависит от характера поражения. В случае развития воспалительного процесса в маточных трубах и яичниках внезапно повышается температура тела до 40⁰. Больные жалуются на слабость, недомогание, нарушение сна и аппетита. Беспокоит сначала резкая, а затем пульсирующая боль внизу живота. Отмечаются лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ, увеличение количества лейкоцитов.

Воспалительные заболевания матки и маточных труб могут распространиться на брюшину с развитием периметрита и периаднексита. В случае прогрессирования воспаления в процесс втягивается вся брюшина малого таза,

развивается пельвиоперитонит. Заболевание начинается с появления высокой температуры тела, озноба, сильной боли внизу живота, тошноты и рвоты. Пульс частый, слабого наполнения и напряжения. Нередко отмечается выраженный метеоризм, парез кишечника, задержка стула или пронос, иногда частое болезненное мочеиспускание. Брюшная стенка напряжена, симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Во время исследования крови определяется лейкоцитоз, повышенное количество нейтрофилов, лимфопения, повышенное СОЭ, низкий гемоглобин.

Диагностика ВЗОМТ В 63% случаев микрофлора не обнаруживается, поскольку локализуется в толще пораженных воспалением тканей и выявляется (подтверждается) только при исследовании удаленных по показаниям придатков и матки (Тихомиров А.Л., 2000). В связи с этим микробиологические данные не являются основными в диагностике ВЗОМТ.

Обязательные критерии:

- боли внизу живота, болезненность при пальпации нижних отделов живота;
- болезненность при тракции шейки матки;
- болезненность при пальпации придатков (с обеих или с одной стороны).

Дополнительные критерии:

- повышение температуры ($>38^{\circ}\text{C}$);
- патологические выделения из влагалища или шейки матки;
- повышение СОЭ (>15 мм/ч);
- повышение уровня С-реактивного белка;
- выявление возбудителей инфекции.

Окончательные критерии для диагностики ВЗОМТ:

- гистологические признаки эндометрита;
- УЗИ-данные: наличие гидросальпинксов, tuboовариальных образований, свободной жидкости в малом тазу;
- результаты лапароскопии.

Дифференциальная диагностика в острой стадии проводится с внематочной беременностью, острым заболеванием брюшной полости (острый аппендицит), иногда онкологическими заболеваниями.

При диагностике воспалительных заболеваний половых органов женщин в хронической стадии могут возникнуть значительные трудности. Отсутствие патогномоничной манифестации, характерных изменений крови, биохимических показателей требуют от врача проведения тщательного опроса, дифференциальной диагностики, использование вспомогательных методов функциональной диагностики, лапароскопию, вирусологического и бактериологического исследований). Стойкий тазовый болевой синдром может быть присущим колитам, проктосигмоидитам, при варикозном расширении вен яичниково-маточных сплетений, которые проявляет себя чувством тяжести, интенсивной болью, при эндометриозе (стойкая боль усиливается с началом менструации), может существовать самостоятельно, но очень часто развивается в очаге хронического воспаления.

Хронический аднексит следует дифференцировать с хроническим циститом, хроническим аппендицитом, специфическим воспалительным процессом (туберкулез гениталий).

Явные жалобы на боли внизу живота еще не дают повода для диагноза "хронический аднексит".

Диагноз основывается также на бактериологическом и бактериоскопическом исследовании. УЗИ информативно только в случае пиосальпинкса, пиовара; лапароскопия.

Лечение: оперативное (тубэктомия при пиосальпинксе, при сочетанном поражении - аднексэктомия, дренирование брюшной полости). Экстренные показания к операции возникают при наличии гнойных tuboовариальных образований:

- Перфорация

- гнойника
- угроза перфорации
- пельвиоперитонит
- перитонит

УЗ диагностика воспалительных заболеваний придатков матки

УЗ диагностика острого оофорита. Эхографическая картина острого оофорита характеризуется увеличением размеров яичников (или яичника). Изменяется форма яичника в норме продолговатая или овальная, при оофорите – более округлая. Меняется нормальная УЗ анатомия яичника по двум вариантам: 1-й более частый вариант – количество премордиальных фолликулов большое и они располагаются по всей площади увеличенного отечного яичника несколько пониженной; 2-й менее частый вариант – яичник увеличенный, округлый, отечный, картина как бы “размытая” – фолликулярный аппарат не определяется. Контур яичника тоже могут быть не четкими, размытыми из-за периовариального отека.

Достоверной эхографической картины хронического оофорита вне обострения не существуют. До сих пор многие специалисты УЗ-диагностики ошибочно интерпретируют расположение яичников по ребру матки как УЗ маркер хронического аднексита. Точно также наличие гиперэхогенных мелкоточечных включений – рассматриваемая рядом авторов, в частности А.М. Стыгаром – также вызывает значительное сомнение как маркер хронического аднексита.

Допплерометрия

Нормальная ДП яичников. Яичники получают артериальное кровоснабжение из двух сосудистых соединений – это собственно яичниковых артерий, которые отходят от аорты немного ниже, чем почечные артерии и проникают в яичники через lig. Suspensorium и брыжейку яичника, где анастомозируют с яичниковыми ветвями маточной артерии. Ветви сплетения проникают в яичники через ворота яичников и формирует сеть более мелких стромальных сосудов яичника. Численные значения овариального кровотока зависят от фазы менструального цикла.

Для острого оофорита характерна типичная картина повышенной васкуляризации яичниковой ткани, которая может быть получена при помощи

цветной доплерографии. По данным зарубежных авторов в воспалительно измененном яичнике при ЦД кровотока визуализируется в 100% случаев.

При остром оофорите отмечается повышение скорости и снижение резистентности артериального кровотока. Некоторые зарубежные исследователи отмечают, что при лечении острого воспаления придатков матки показатели резистентности в яичниковых сосудах нормализовались раньше, чем клинико-лабораторные данные.

У женщин с хроническими рецидивирующими воспалительными заболеваниями придатков матки часто нарушается и венозный кровоток: варикозное расширение маточных вен ($9,4 \pm 1,7$ мм), аркуатных вен ($4,4 \pm 1,3$ мм) и внутренних подвздошных вен ($11,5 \pm 1,2$ мм) и снижается пиковая систолическая скорость кровотока до $1,8 \pm 1,5$ см/сек. (В.Г. Мозес, 2000). После адекватного и эффективного лечения показатели венозного кровообращения могут нормализоваться.

УЗ диагностика острого сальпингита.

Ультразвуковая диагностика острого сальпингита возможна лишь в тех случаях, когда в маточной трубе скапливается какое-то количество воспалительного экссудата. При отсутствии оттока экссудата из трубы, чаще всего в результате отека и “склеивания” фимбрий трубы в ампулярном отделе, происходит не только скопление экссудата, но и расширение диаметра трубы.

Маточная труба при ГС имеет изогнутую, булавидную форму, стенки маточной трубы утолщены, эхогенность их повышена, содержимое напротив анэхогенное, чаще однородное. УЗ картина острого сальпингита очень часто сочетается с УЗ картиной острого оофорита, при этом если это первый эпизод воспаленный яичник и труба визуализируются отдельно.

УЗ диагностика гидросальпинкса (ГС)

ГС – является признаком хронического сальпингита, УЗ диагностика которого не представляет существенных трудностей. Одинаково часто встречаются как односторонние, так и двухсторонние ГС, в виде булавовидного, конусовидного или веретенообразного образования с тонкой гиперэхогенной капсулой и анэхогенным содержимым. Локализация чаще по бокам от матки, но могут быть и позади матки.

При ТВ-эхографии внутри ГС часто выявляются нежные тонкие единичные перегородки.

Дифференциальная диагностика – больших ГС с параовариальными кистами и кистами яичников. Иногда с варикозно расширенными венами матки, и даже внутренней подвздошной артерией.

Лечение ВЗПМ

Общие принципы терапии:

- Этиотропное лечение:
- Антибиотикотерапия (группы пенициллина, аминогликозиды, цефалоспорины, трихопол)
- детоксикационная терапия (инфукол, гемохез)
- коррекция водно-электролитного, щелочного баланса, микроэлементов, коррекция диспротеинемии
- антигистаминная терапия
- витаминотерапия (витамин С)
- кальция хлорид (укрепляет сосудистую стенку, десенсибилизация)
- иммунотерапия (тимолин, тимоген, УФО крови, лазеротерапия)

Комплексное лечение хронического сальпингоофорита включает в себя назначение антибактериальных (при вирусных инфекциях – противовирусных) препаратов, иммунокорректоров, ферментативных и энзимных препаратов, витаминов, биогенных стимуляторов.

Антибактериальная терапия

Имунокорегулирующая терапия:

- тимоген (интоназально или внутримышечно) по 1 мл в сутки,
- циклоферон – по 0,25 мг в сутки внутримышечно (10 инъекций на курс).

Ферментативные препараты (трипсин или химотрипсин) назначают для лучшего проникновения антибиотиков в клетку (по 0,01 г в течение 5 внутримышечно). Особое значение это имеет место при хламидийной и трихомонадной инфекциях.

Энзимотерапия. Базисным препаратом для энзимотерапии является вобэнзим (Wobenzim), представляющий собой комбинацию натуральных высокоочищенных протеолитических ферментов растительного и животного происхождения (трипсин, химотрипсин, липаза, амилаза, папаин, бромелаин) и витамина Р (рутин). Препарат назначают по 5 таблеток 3 раза в день за 40 минут до еды в течение 14-28 дней (на курс 200-400 таблеток).

Вобэнзим оказывает местное и системное противовоспалительное, противоотечное действие, иммуномодулирующее, повышает продукцию лейкоцитами крови β -интерферона, уменьшает явления дисбактериоза кишечника, повышает эффективность действия антибиотиков, может применяться в качестве монотерапии и в комбинации с антибиотиками, способствует ремиссии экстрагенитальных очагов воспаления. Вобэнзим особенно эффективен при хламидиозе, уреаплазмозе и вирусных инфекциях.

Физиолечение. Для повышения эффективности в комплекс лечения также рекомендуется включать физиотерапевтические процедуры. Преформированные физические факторы являются ведущими в комплексе патогенетически обоснованного лечения при лечении хронических ВЗПМ.

Фонофорез с 3% раствором тиосульфата натрия или террилитином.

При сочетании сальпингоофорита при выраженном болевом синдроме с кольпитом, эндоцервицитом или эрозией шейки матки применяют **низкочастотный гелий-неоновый лазер** (до 10 процедур на курс лечения).

И.П. Коротких, Э.В. Хадасевич (1999) предлагают использовать в комплексном лечении хронических ВЗПМ **импульсное магнитное поле низкой частоты** начиная с ранних сроков заболевания или с первых суток после эндохирургических вмешательств. Воздействию ИМП подвергается область внутренних половых органов с помощью 4 индукторов (2 на передней брюшной стенке в месте проекции яичников, 1 – в пояснично-крестцовой области, 1 полостной – во влагалище. Длительность воздействия 10-15 мин, курс лечения 8-10 дней.

В качестве физических методов применяют действие **переменных магнитных полей (ПемП), ультразвука в импульсном режиме, электрофорез цинка**. Л.В. Аккер с соавт. (1999) предложили использовать низкие разовые дозы этих методов

физического воздействия, для того чтобы одновременно использовать их сочетания без усиления негативного неспецифического воздействия на организм. Например, сочетание: ПеМП и электрофорез цинка или ПеМП и ультразвук в импульсном режиме. Сочетание этих факторов дает хороший эффект у больных хроническими ВЗПМ в стадии обострения воспалительного процесса.

Список литературы

- 1 . Аккер Л.В., Дерявкина Р.С., Хетагурова Г.И. Эффективность потенцирующих методов физиотерапии при лечении больных с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки в стадии обострения // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1999. - №2. – С.65-69.
- 2 . Антонова Л.В. Острые воспалительные заболевания придатков матки (этиология, клиника, диагностика, терапия): Автореф.дис. ... докт. мед. наук. – М, 1990. – 52с.
- 3 . Бодяжина В.И. Хронические неспецифические воспалительных заболеваний женских половых органов. – М.: Медицина, 1978. – 319с.
- 4 . Исаев А.К., Умаханова М.М., Торчинов А.М. и др. Комбинированная магнитно-лазерная и озонотерапия в комплексном лечении острого сальпингоофорита // Материалы IV Российского форума “Мать и дитя” – М., 2002. – Часть 2. – С.167-168.
5. Казачкова Э.А. Патогенез, клинко-морфологическая характеристика и лечение воспалительных заболеваний придатков матки: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – Челябинск, 2000. – 35с.
6. Коротких И.Н., Ходасевич Э.В. Использование низкочастотной импульсной магнитотерапии в комплексном лечении воспалительных заболеваний придатков матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1999. - №2. – С.62-65.
- 7 . Манухин И.Б., Стругацкий В.М., Верясов В.М. и др. Оптимизация комплексного лечения острого сальпингоофорита на догоспитальном этапе // Материалы IV Российского форума “Мать и дитя” – М., 2002. – Часть 2. – С.252-254.
- 8 . Мельникова С.Е., Орлов В.М. Лечение хронического воспаления придатков матки излучением гелий-неонового лазера // Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии. – Красноярск, 2002. – Вып.9. – С.361-363.
- 9 . Летучих А.А., Хилькевич Е.Г., Качесова Т.П. Обоснование озонотерапевтической терапии в лечении гнойных воспалительных заболеваний придатков матки // Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии. – Красноярск, 2002. – Вып.9. – С.340-344.

10. Онкогинекологическая гинекология: Тексты клинических лекций / под ред Е.В.Мареева. – М.: Изд-во УДН, 1985. – 88с.
11. Подзолкова Н.М. Патогенез, диагностика и лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1993. – 47с.
12. Савельева Г.М., Антонова А.В. Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов женщин. – М.: Медицина, 1987. – 158с.
13. Стрижова Н.В., Шесловитова О.Н., Растегаева И.Н. и др. Патогенетическое обоснование использования препарата системной энзимотерапии “Вобэнзим” в лечении хронических сальпингооофоритов // Российский вестник акушера-гинеколога. –Т.1. – №1. – С.19-22.

14. Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф., Плеханов А.Н. и др. Клинико-бактериологическая диагностика и комплексное лечение хронических сальпингоофоритов // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1996. - №3. – С.59-61.
15. Штыров С.В. Лапароскопическая диагностика в лечении острых воспалительных заболеваний придатков матки // Акушерство и гинекология. – 1996. - №5. – С.29-33.
16. Dolan M.G. Optimum therapy for acute pelvic inflammatory disease // Drugs. - 1990. – V.39. – P.511-522.
17. Gadd S. Inflammation of the pelvis mild // Orv.Hetil. – 1998. –V.139(36). – P.2115-2120.
18. Kattmann L.M. Pelvic inflammatory disease: clinical overview // J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs. – 1995. – V.24. – P.759-767.
19. Stacey C.M., Mundag P.E., Taylor R., Robins D. Et al. A longitudinal study of pelvic inflammatory disease // Brit. J. Obstet. Gynecol. – 1992. – V.99. -№12. – P.994-1000.
20. Padian N.S., Washington A.E. Pelvic inflammatory disease. A brief overview // Ann. Epidemiol. – 1994. – V.4, №2. – P.128-132.

