

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Реферат на тему: «Воспалительные заболевания органов малого таза»

Выполнила : ординатор 2-го года
кафедры Акушерства и
гинекологии ИПО Мартынова Е.С.

Красноярск, 2021 г.

Содержание

1. Определение
2. Эпидемиология
3. Медико-биологические особенности
4. Классификация
5. Этиология
6. Патогенез
7. Диагностика
8. Осложнения
9. Тактика ведения
10. Лечение / лечение партнера
11. Реабилитация
12. Профилактика

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)

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

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



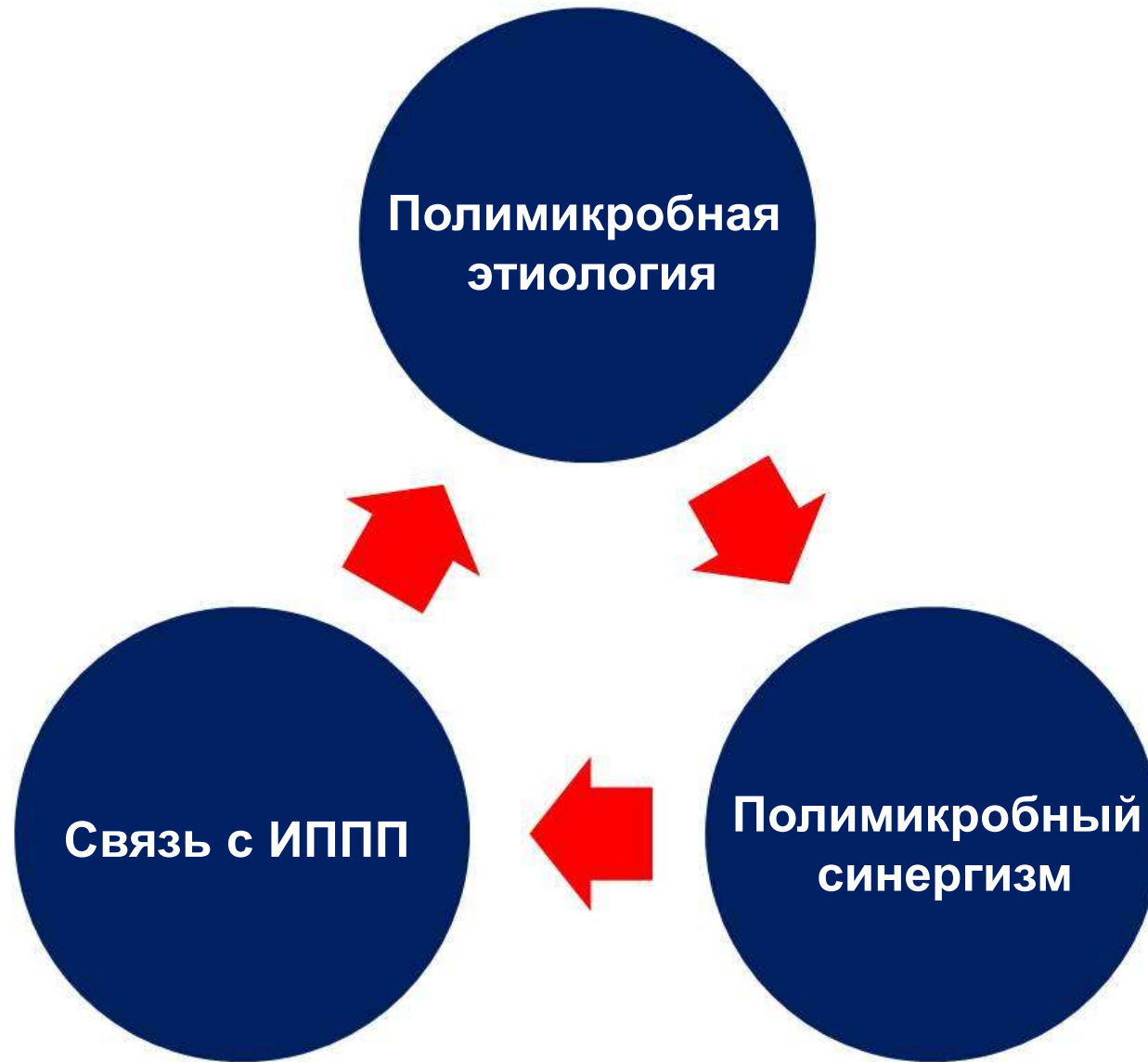
ВЗОМТ является основной причиной развития бесплодия, хронической тазовой боли и эктопической беременности

Эпидемиология ВЗОМТ

- ВЗОМТ занимают лидирующее положение в структуре гинекологической патологии. Точная заболеваемость их неизвестна из-за недостаточной диагностики и регистрации
- Пик заболеваемости приходится на 17-28 лет.
- Преобладающими нозологическими формами ВЗОМТ являются сальпингит и оофорит (60-67%).
- Статистика за 2017 г. В РФ, частота воспалительных процессов придатков матки увеличилась на 27% за год и составила 817,4 случаев на 100000 всего женского населения.
- *Отсутствие симптомов в 60% случаев обуславливает низкую обращаемость пациенток за медицинской помощью и затрудняет выявление данных заболеваний*



Медико-биологические особенности ВЗОМТ



Классификация

В зависимости от возбудителя:

- • специфический
- • неспецифический.

По локализации:

- односторонний
- двусторонний.

По клиническому течению:

- острые – с выраженной клинической симптоматикой (менее 30 дней)
- подострые – со стертыми проявлениями
- хронические – с неустановленной давностью заболевания или давностью более 30 дней.

В зависимости от степени тяжести

- легкий
- среднетяжелый
- тяжелый

В зависимости от наличия клинических симптомов.

- симптоматический
- асимптоматический

По характеру течения:

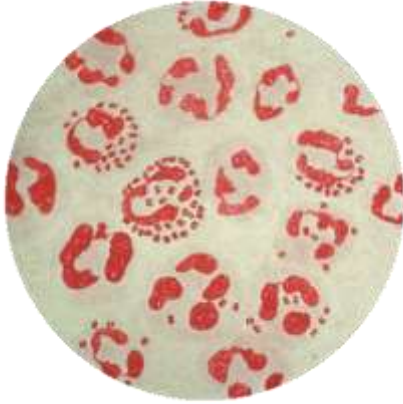
- катаральные;
- гнойные:
 - гнойный эндометрит;
 - пиосальпинкс;
 - пиовар;
 - абсцесс яичника;
 - гнойное tuboовариальное образование;
 - пельвиоперитонит.

Этиология ВЗОМТ

Возбудители ИППП	• <i>Chlamydia trachomatis</i> • <i>Neisseria gonorrhoeae</i> • <i>Mycoplasma genitalium</i> • <i>Trichomonas vaginalis</i>
Эндогенная микрофлора	• <i>Mycoplasma hominis</i> • <i>Ureaplasma urealyticum</i>
Анаэробные бактерии	• <i>Bacteroides spp.</i> • <i>Peptostreptococcus spp.</i> • <i>Prevotella spp.</i>
Факультативные (аэробные) бактерии	• <i>Escherichia coli</i> • <i>Gardnerella vaginalis</i> • <i>Haemophilus influenzae</i> • <i>Streptococcus spp.</i> • <i>Staphylococcus spp.</i>
В большинстве случаев ВЗОМТ ассоциированы более, чем с одним возбудителем	

Этиология ВЗОМТ: возбудители ИППП

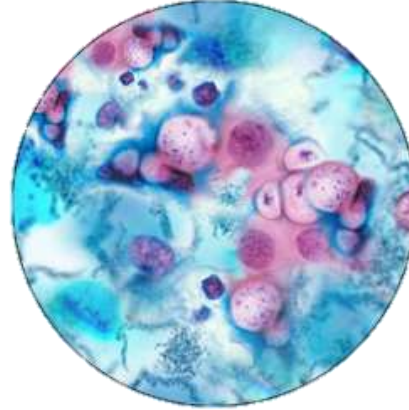
N.gonorrhoeae



Фактор вирулентности гонококка Ribosomal protein L12 считается ответственным за возникновении восходящей гонореи у женщин

Клеточные пептогликаны обеспечивают устойчивость мембраны гонококка к бактерицидным препаратам

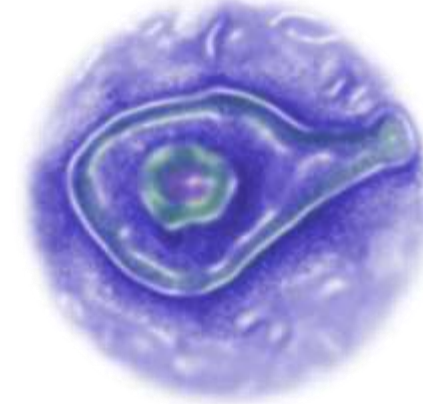
C.trachomatis



В исследованиях, где забор материала для микробиологического исследования выполнялся лапароскопически, частота выделения варьировала от 9 до 30%

По зарубежным данным *C.trachomatis* вызывает острые ВЗОМТ в 18,8% случаев

M.genitalium



Выделена из эндометрия и фаллопиевых труб женщин с ВЗОМТ

Вызывает морфологические изменения в клетках реснитчатого эпителия фаллопиевых труб

Серологические исследования свидетельствуют о существовании четкой связи между перенесенной ранее инфекцией, вызванной *M.genitalium*, и трубным бесплодием

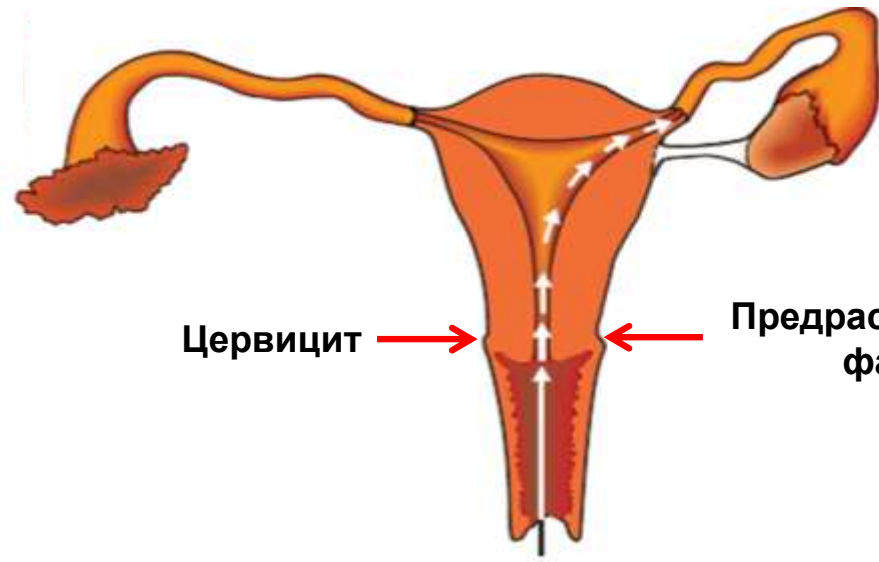
Патогенез ВЗОМТ

Факторы, ассоциированные с ВЗОМТ

Обусловленные сексуальным поведением	Обусловленные инструментальным вмешательством в полость матки/повреждением цервикального барьера
• Молодой возраст (раннее начало сексуально активной жизни) • Наличие нескольких половых партнеров • Недавно появившийся половой партнер (после 3 мес.) • ИППП в анамнеза (у пациентки или ее партнера)	• Прерывание беременности • Введение внутриматочного контрацептивного средства в течение предшествующих 6 нед. • Гистеросальпингография • Процедура оплодотворения <i>in vitro</i> и внутриматочная инсеминация

Патогенез ВЗОМТ

В норме микрофлора влагалища и шейки матки препятствует проникновению патогенных и условно-патогенных бактерий в полость матки и просвет фаллопиевых труб



Цервицит

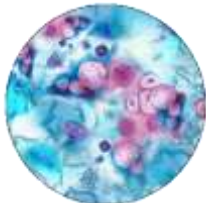
Предрасполагающие факторы

Возбудители инфекций, передаваемых половым путем

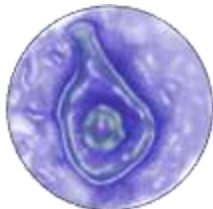
Колонизация шейки матки и влагалища условно-патогенной микрофлорой



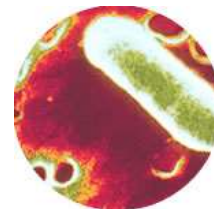
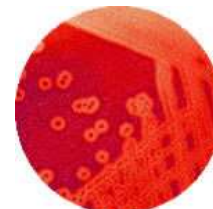
N.gonorrhoeae



C.trachomatis



M.genitalium



Диагностика ВЗОМТ

Для острых ВЗОМТ характерны следующие жалобы:

- боль в нижней части живота – билатеральная
- диспареуния;
- аномальные маточные кровотечения - межменструальное кровотечение, посткоитальное кровотечение и меноррагия могут возникать вторично по отношению к сопутствующему цервициту и эндометриту;
- выделения из влагалища или шейки матки - в результате ассоциированного цервицита, эндометрита или бактериального вагиноза.

Объективная клиническая картина:

- патологические выделения из шейки матки
- болезненность шейки матки при бимануальном исследовании
- болезненность в области придатков
- лихорадка $> 38^{\circ}\text{C}$



Диагностические критерии ВЗОМТ

Минимальные	Дополнительные	Определяющие
• болезненность при пальпации в нижних отделах живота • болезненность в области придатков • болезненные тракции шейки матки	• температура $> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$ • лейкоцитоз $> 10\ 000$ в мм^3 • повышение С-реактивного белка • патологические выделения из влагалища или шейки матки • лабораторное подтверждение цервикальной инфекции	• гистологическое обнаружение эндометрита при биопсии эндометрия • сонографическое и бимануальное подтверждение воспалительных tuboовариальных образований • лапароскопическая картина ВЗОМТ

Критерии Диагностики

Основные диагностические обследования:

1. сбор жалоб и анамнестических данных.
2. физикальное обследование
3. бимануальное исследования
4. лабораторные методы исследований:
 - а) развернутый клинический анализ крови;
 - б) определение уровня С-реактивного белка;
 - в) анализ крови на хорионический гонадотропин (ХГЧ) (для исключения внематочной беременности);
 - г) исследование отделяемого заднего свода влагалища на оппортунистические (условные) патогены: микроскопическое исследование с окраской по Граму и культуральное исследование с определением чувствительности к выделенным возбудителям;
 - д) исследование отделяемого из цервикального канала и уретры: исследование методом ПЦР и микроскопическое исследование на абсолютные патогены (возбудители инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) – *N.gonorrhoeae*, *Ch.trachomatis*, *M. genitalium*, *Tr. vaginalis*; дополнительно - культуральное исследование на *N.gonorrhoeae* с определением чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам;
 - е) исследование перитонеальной жидкости (при проведении лапароскопического исследования) на оппортунистические и абсолютные патогены: микроскопическое исследование с окраской по Граму, культуральное исследование на оппортунистические патогены и исследование методом ПЦР на абсолютные патогены (*N.gonorrhoeae*, *Ch. trachomatis*, *M. genitalium*, *Tr. Vaginalis*)
 - ж) общий анализ мочи;



Критерии диагностики

5) **инструментальные методы исследования:**

- а) ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, при возможности с использованием трансвагинального датчика;
- б) при неинформативности УЗИ, выраженном спаечном процессе, при тяжелом и продолжительном течении заболевания, при генерализации воспалительного процесса, при наличии сочетанных патологий: компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), лапароскопия



Жалобы и анамнез

АНАМНЕЗ:

- возраст,
- наличие профессиональных вредностей,
- наличие вредных привычек (курение, алкоголь, наркотические препараты),
- характер менструаций (возраст менархе, длительность и регулярность менструального цикла, продолжительность менструального кровотечения, наличие аномальных маточных кровотечений),
- возраст начала половой жизни, количество половых партнеров,
- состояние здоровья мужа/партнера,
- методы контрацепции,
- акушерский анамнез (число беременностей и родов в анамнезе и их исход, наличие осложнений беременности, родов и/или абортов, весоростовые показатели и состояние здоровья рожденных детей, способ достижения беременности - самопроизвольная беременность или беременность в результате вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ)),
- перенесенные и имеющиеся гинекологические заболевания, оперативные вмешательства на органах малого таза,
- перенесенные соматические заболевания (в частности, детские инфекции, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания почек, эндокринные заболевания, аллергические заболевания, тромбоэмболические осложнения (ТЭО) и др.)

!!!

В ряде случаев может наблюдаться лихорадка или озноб, судороги, дизурия. Реже у женщин отсутствует какая-либо клиническая симптоматика или отмечаются атипичные симптомы, такие как боль в правом подреберье, что может быть следствием перигепатита (синдром Фитц-Хью-Куртиса). Косвенный признак наличия у женщины сальпингита или оофорита – первичное или вторичное бесплодие.

К факторам риска развития сальпингита и оофорита относят возраст моложе 25 лет, ранее начало половой жизни (до 15 лет), несколько половых партнеров или смена полового партнера в течение 3-х месяцев, отсутствие применения средств барьерной контрацепции, ИППП в анамнезе, наличие внутриматочной спирали, инструментальное прерывание беременности, гистеросальпигография (ГСГ), внутриматочные хирургические вмешательства³ и др.[11].

Физикальное обследование

- 1. Пальпация передней брюшной стенки: возможна боль внизу живота при пальпации. Однако этот симптом может встречаться и при других заболеваниях органов малого таза и кишечника.
- 2. **Гинекологический осмотр**: включает визуальный осмотр наружных половых органов, осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах (воспалительные заболевания органов нижних отделов половых путей могут быть косвенными признаками сальпингита и оофорита), бимануальное влагалищное исследование с определением размеров, консистенции, подвижности и болезненности матки и придатков матки, оценкой характера отделяемого влагалища.

!!! При бимануальном исследовании возможны **болезненные тракции шейки матки** и **болезненность при пальпации придатков**. Аномальные выделения из влагалища или шейки матки часто свидетельствуют о сочетании сальпингита и оофорита с острым цервицитом, бактериальным вагинозом или эндометритом. Однако эти симптомы могут встречаться и при других заболеваниях.

- 3. Измерение температуры тела: Повышение температуры тела выше 38°C не является специфическим симптомом, т.к. выявляется у незначительной части женщин с ВЗОМТ

Лабораторная диагностика

- 1. **Развернутый анализ крови:** Лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и повышение уровня СОЭ чаще свидетельствуют об острых формах сальпингита и оофорита
- 2. **Определение СРБ:** Повышение уровня СРБ подтверждает наличие воспалительного процесса, но не является специфичным показателем и может иметь нормальные значения при хронических формах сальпингита и оофорита и других воспалительных заболеваний.
- 3. **Определение ХГЧ в крови:** необходимо с целью исключения внематочной беременности, особенно при нарушениях менструального цикла и задержке менструаций.
- 4. *Рекомендовано **определение** в плазме крови иммуноглобулинов класса М и G и антигена р24/25 (Agp24/25) вируса иммунодефицита человека 1,2 (далее – **ВИЧ**), иммуноглобулинов класса М и G к **вирусу гепатита В** или HBs-антигена, иммуноглобулинов класса М и G к **вирусу гепатита С** или антигена HCV (*течение ВЗОМТ на фоне ВИЧ-инфекции может быть более тяжелым, возрастает риск тубоовариального абсцесса*)

- 5. **Микроскопическое исследование** мазка из влагалища, цервикального канала, уретры: повышение количества лейкоцитов в мазке неспецифично, и могут иметь нормальные значения при хронических формах
- 6. **Культуральное исследование** отделяемого влагалища, цервикального канала, уретры с определением чувствительности выделенных возбудителей к антибактериальным препаратам: позволяет выявить более редких возбудителей ВЗОМТ
- 7. **ПЦР** отделяемого из цервикального канала и уретры на абсолютные патогены- *N.gonorrhoeae*, *Ch.trachomatis*, *M. Genitalium*, *Tr.vaginalis*
- 8. **Микроскопическое исследование перитонеальной жидкости** включая определение числа лейкоцитов и на оппортунистические (условные) патогены **при проведении лапароскопии**

Инструментальная диагностика

- 1. УЗИ + доплерометрическое исследование: при доплерометрическом исследовании можно обнаружить усиление кровотока маточных труб.
- 2. КТ и МРТ имеют низкую чувствительность при легкой и среднетяжелой степени выраженности ВЗОМТ. МРТ имеет преимущество перед КТ в оценке толщины стенки маточной трубы. (Сальпингит проявляется в виде неравномерно расширенной утолщенной маточной трубы с утолщенной стенкой, часто заполненной жидкостным содержимым, ткань воспаленного яичника неоднородна, с отеком и снижением дифференциации стромального и фолликулярного компонента. Контрастное усиление также позволяет дифференцировать тубоовариальные образования воспалительного генеза от неопластического процесса.)

Лапароскопия

Лапароскопия имеет высокую чувствительность в диагностике сальпингитов и оофоритов, но проводить ее рутинно всем нецелесообразно.

Кроме того, с помощью ее трудно поставить диагноз при незначительном воспалении маточных труб.

Для лапароскопической картины острого сальпингоофорита характерны выраженная гиперемия серозного покрова одной или обеих маточных труб, отек труб и фимбрий, наличие экссудата на поверхности трубы, вытекание его из просвета трубы, фибриновые наложения на брюшине, покрывающей трубы, наличие серозного или гнойного выпота в прямокишечно-маточном углублении. Данный диагностический метод особенно эффективен для женщин с бесплодием, т.к. в процессе проведения исследования можно выявить спаечный процесс, являющийся причиной непроходимости маточных труб, и, как следствие, бесплодия.



Осложнения ВЗОМТ

- **Трубное бесплодие:**
ВОЗ считает, что отсутствие своевременной терапии ВЗОМТ является причиной развития трубного бесплодия в 55-85% случаев
- **Внематочная беременность:** перенесенные ВЗОМТ повышают риск развития внематочной беременности в 7-10 раз
- **Хроническая тазовая боль**
- **Тубоовариальный абсцесс**
- **Пельвиоперитонит, перигепатит (синдром Фитца-Хью-Куртиса)**



Осложнения ВЗОМТ



Бессимптомная нелеченая инфекция



Поражение верхних отделов
генитального тракта и развитие ВЗОМТ

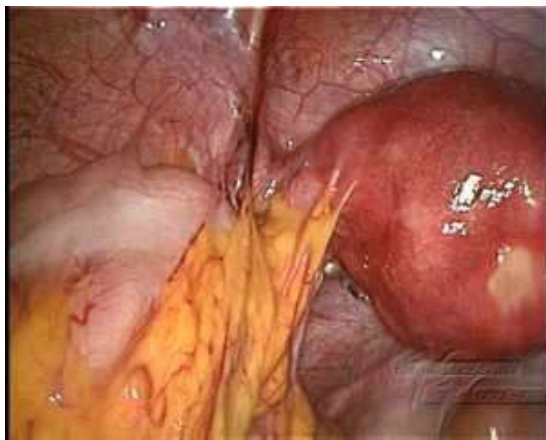
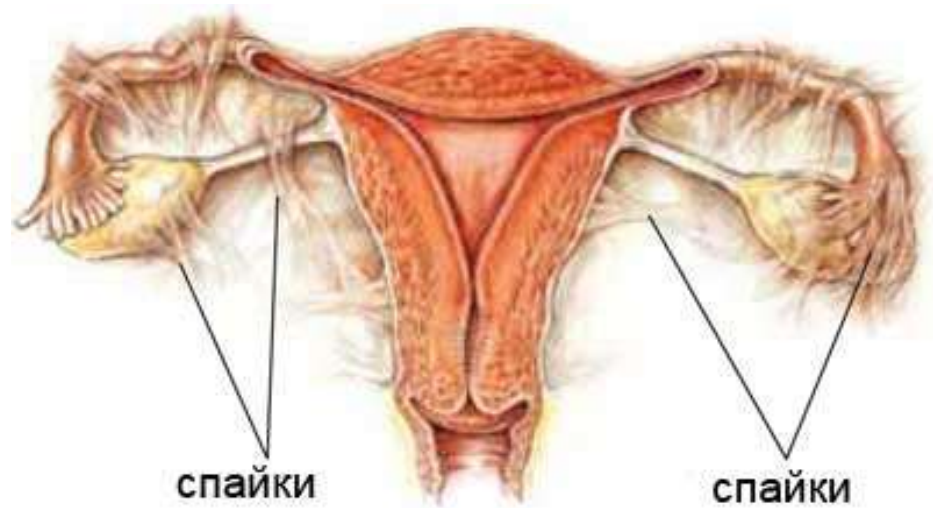


Фиброз, образование рубцов и
нарушение проходимости маточных
труб



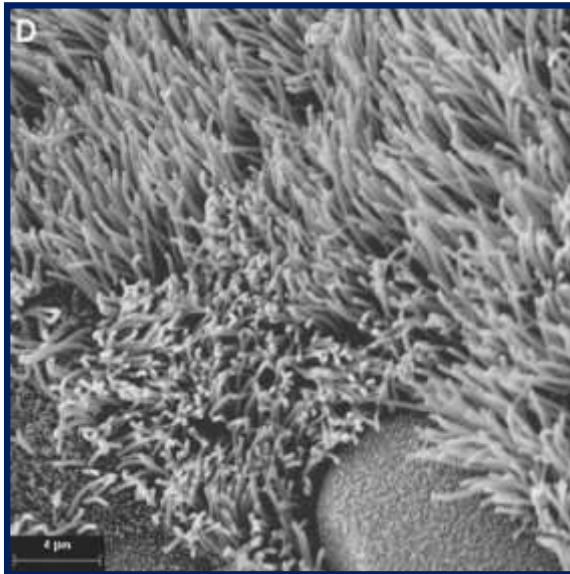
Серьезные нарушения репродуктивной
функции (трубное бесплодие,
эктопическая беременность, синдром
хронической тазовой боли)

Осложнения ВЗОМТ

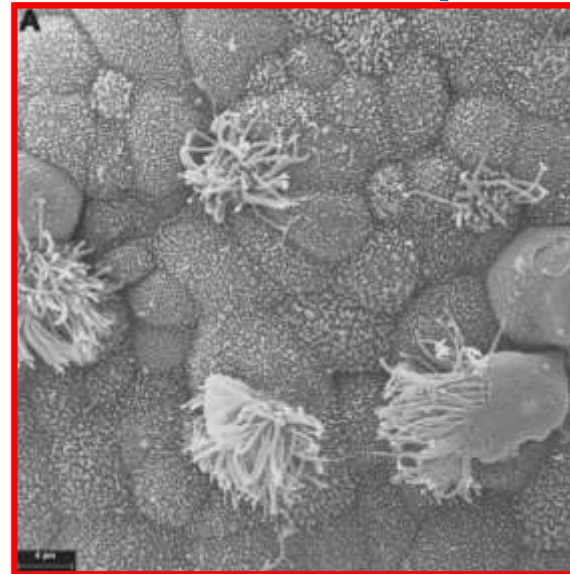


Влияние *C.trachomatis* и *M.genitalium* на слизистую маточных труб

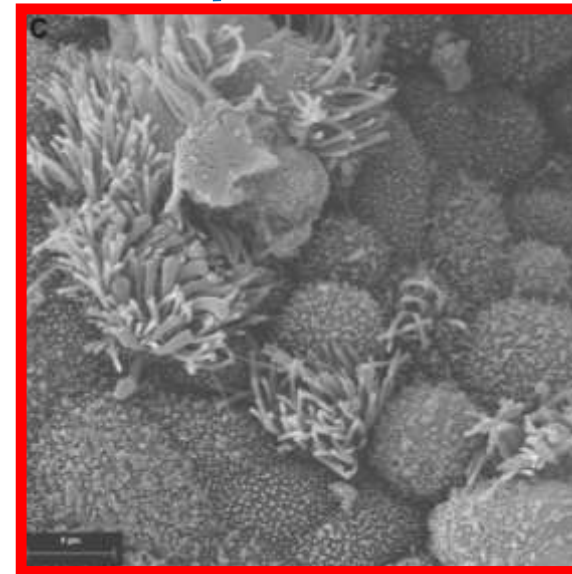
Изменения идентичны



Нормальный реснитчатый
эпителий слизистой
фаллопиевых труб

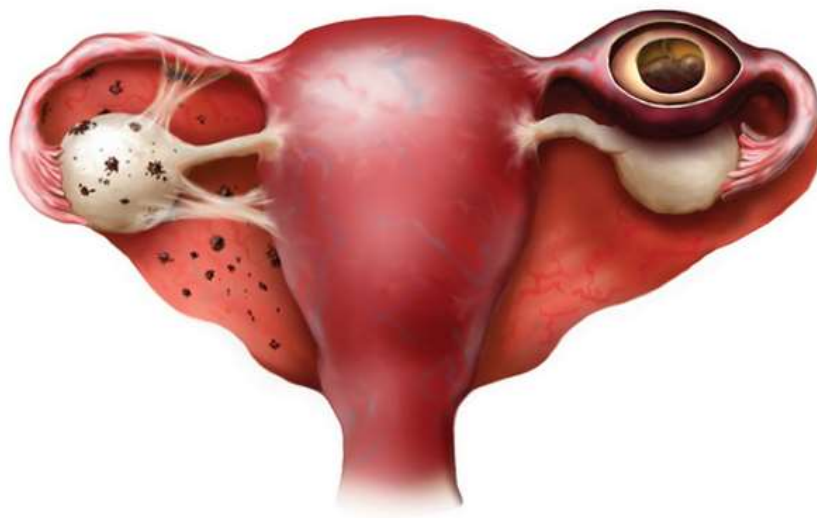


Поражение слизистой
фаллопиевых труб
C.trachomatis



Поражение слизистой
фаллопиевых труб
M.genitalium

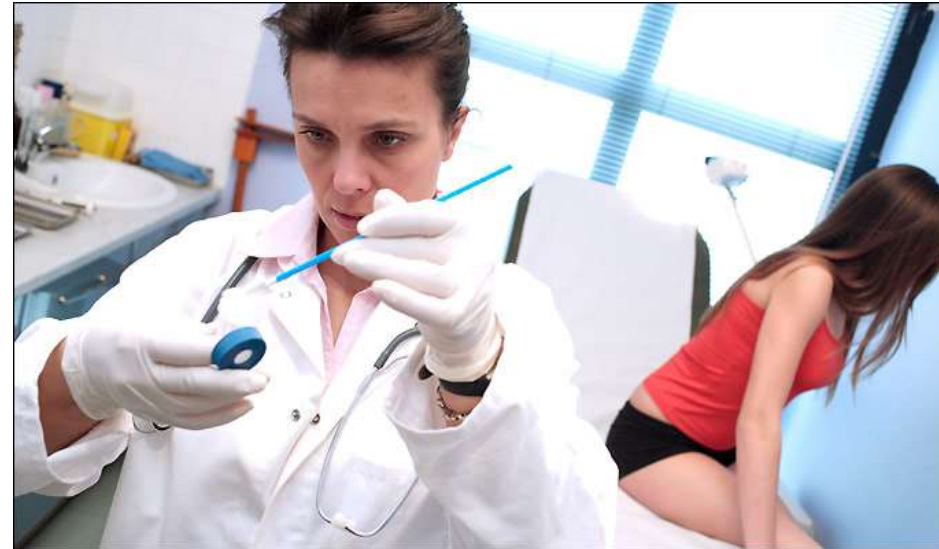
Дифференциальную диагностику следует проводить с
эктопической беременностью, беременностью малого срока,
аппендицитом, перекрутом яичников, эндометриозом,
гастроэнтеритом, разрывом маточной трубы, венерическим
перигепатитом (синдромом Фитца-Хью-Куртиса), холециститом,
пиелонефритом, кишечной непроходимостью, почечными
коликами, синдромом раздраженного кишечника



Тактика ведения пациенток с острыми ВЗОМТ

Ранние диагностика и лечение очень важны для профилактики бесплодия

Все пациентки должны быть обследованы на инфекции, передаваемые половым, включая ВИЧ



Тактика ведения пациентов

- Антибиотикотерапия должна обеспечивать элиминацию максимально широкого спектра возможных возбудителей (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*, Гр+ и Гр- аэробы и анаэробы)
- Оптимальный выбор – комбинированная антибактериальная терапия; желательно одновременное использование меньшего числа препаратов с большим интервалом дозирования и хорошей переносимостью
- Препараты должны создавать высокие концентрации в тканях репродуктивных органов
- Желательно выбирать препараты, имеющие как парентеральную, так и пероральную формы выпуска (для осуществления ступенчатой терапии)
- Эффективность и безопасность схем антибактериальной терапии ВЗОМТ должна быть подтверждена в рандомизированными клиническими исследованиями

Особенности антибактериальной терапии ВЗОМТ

- Пациентки с эпизодами ВЗОМТ легкой и средней степени тяжести должны лечиться в амбулаторно при помощи пероральных препаратов
- Лечение тяжелых форм всегда необходимо начинать с парентерального назначения антибиотиков, в дальнейшем, через 24–48 ч после клинического улучшения, возможен переход на пероральный прием
- Рекомендации по режимам антибактериальной терапии ВЗОМТ, в отличие от диагностики, варьируют в зависимости от страны, но основные принципы выбора схемы лечения ВЗОМТ являются общепринятыми
- Оптимальная продолжительность лечения не установлена, но большинством клинических наблюдений определено, что общая ее длительность должна составлять 10-14 дней



Общие принципы

- 1. При выраженном болевом синдроме, ассоциированном с сальпингитом или оофоритом, пациенткам рекомендовано назначать нестероидные противовоспалительные средства.
- 2. При амбулаторном или стационарном лечении легких и среднетяжелых форм сальпингитов и оофоритов рекомендована пероральная терапия, а также однократное парентеральное введение препаратов в начале терапии
- 3. Лечение больных с тяжелыми формами сальпингитов или оофоритов рекомендовано начинать с парентерального назначения антибиотиков. В дальнейшем через 24-48 ч после клинического улучшения возможен переход на пероральный прием одноименных препаратов. Такая тактика (ступенчатая антибактериальная терапия) позволяет не только экономить средства, но и более комфортна для пациентки. При продолжении пероральной терапии идентичным препаратом можно в значительной степени быть уверенным в комплаентности и эффективности лечения.
- 4. Рекомендовано назначать терапию, направленную на обеспечение элиминации всего спектра возможных возбудителей (*N.gonorrhoeae*, *Ch.trachomatis*, *Tr.vaginalis*, *M. genitalium*, грамотрицательной кишечной микрофлоры, грамположительных аэробов и анаэробов
- 5. Сменить антибактериальный препарат следует при отсутствии эффекта в течение 2-3 суток или еще раньше при утяжелении состояния, развитии нежелательных лекарственных реакций у пациентки. В случае отсутствия признаков клинического улучшения в течение 72 ч от начала внутривенного введения антибактериальных препаратов требуется уточнение диагноза на основе лапароскопической диагностики
- 6. Рекомендовано антибактериальную терапию проводить в течение 10-14 дней.



Показания к госпитализации

- Невозможность исключения острой хирургической патологии (например, аппендицита, внематочная беременность)
- Беременность
- Отсутствие эффекта от пероральной терапии
- Неспособность пациента соблюдать или переносить амбулаторный пероральный режим терапии
- Тяжелое состояние, тошнота, рвота, температура $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$
- Тубоовариальный абсцесс
- Наличие иммунодефицита (ВИЧ-инфекция, иммуносупрессивная терапия и т.д.)

Рекомендуемые схемы терапии ВЗОМТ: амбулаторное применение

	препарат №1
1 ЛИНИЯ	Амоксициллин/клавуланат внутрь 1,0 г 2 раза в день + доксциклина моногидрат 100 мг внутрь 2 раза в день 14 дней.
	При подозрении на гонококковую этиологию ВЗОМТ требуется назначение цефалоспоринов III поколения (цефтриаксон 1000 мг в/м)
Альтернативная схема	1. Амоксициллин/клавуланат внутрь 1,0 г 2 раза в день + джозамицин внутрь 500 мг 3 раза в день 14 дней. 2. Цефоксим 400 мг 1 раз в сутки 14 дней + азитромицин 1 г однократно + метронидазол 500 мг 2 раза в день 14 дней.

АЗИТРОМИЦИН в терапии ВЗОМТ

однократный прием внутрь 1,0 г перекрывает 3-5 циклов развития хламидий

Цикл развития хламидий
длится 48-72 ч



Концентрация азитромицина в инфицированных тканях даже после однократного приема 1.0 г:

- многократно превышает МПК₉₀ для *Chlamydia trachomatis*
- сохраняется до 10 дней
- перекрывает 3-5 циклов развития хламидий

Рекомендуемые схемы терапии ВЗОМТ: стационарное применение

- 1. Цефтриаксон 1 г внутримышечно (в/м) или внутривенно (в/в) + доксициклин 100 мг в/в 2 раза в день (может применяться пероральный доксициклина моногидрат), затем доксициклина моногидрат внутрь 100 мг два раза в день + метронидазол внутрь 500 мг два раза в день до 14 дней.
- 2. Клиндамицин в/в 300 мг 3 раза в день + гентамицин 3 мг/кг 1 раз в день с назначением доксициклина 100 мг 2 раза в день внутрь. / Клиндамицин внутрь 300 мг 4 раза в день 14 дней или доксициклина моногидрат в/в 100 мг два раза в день + метронидазол в/в 500 мг два раза в день до 14 дней.

!!! Рекомендовано женщинам с ВИЧ-инфекцией назначать парентеральную терапию

* Рекомендовано удаление внутриматочной системы (ВМС) при развитии сальпингита и оофорита на ее фоне

Если вышеуказанные режимы недоступны, то при выявлении следующих микроорганизмов должна быть назначена соответствующая антибактериальная терапия в течение 14 дней

✓ *Neisseria gonorrhoeae* – цефалоспорины III поколения

✓ *Chlamydia trachomatis* – тетрациклины, макролиды

✓ Анаэробы – метронидазол.

Лечение партнера

Все настоящие (в пределах шестимесячного периода) партнеры-мужчины женщин с сальпингитами и оофоритами должны быть обследованы на ИППП.

- Рекомендуется избегать незащищенных половых контактов до завершения курса лечения партнером.*
- При диагностике гонореи у партнера-мужчины должно быть проведено соответствующее лечение*

Рекомендуется проведение одновременно эмпирического лечения хламидиоза для всех сексуальных партнеров в связи с вариабельной чувствительностью доступных диагностических тестов.

- Если адекватное обследование на ИППП у сексуального партнера(ов) не представляется возможным, должна быть проведена эмпирическая их терапия*

Медицинская реабилитация

Рекомендуется при остром сальпингите/оофорите использовать переменное магнитное поле для достижения противоболевого, противоотечного, противовоспалительного эффектов, усиления действия антибактериальной терапии. Физиолечение проводится на фоне адекватной антибактериальной терапии. Целесообразно применение абдоминальной и/или абдоминально-влагалищной методик, 1-2 раза в день, курсом до №20, независимо от дня менструального цикла.

Рекомендуется воздействие низкоинтенсивным лазерным излучением и магнитолазерную терапию для достижения противоболевого, противоотечного, противовоспалительного эффектов, усиления действия антибактериальной терапии. Использование абдоминальной или влагалищной методики, 1 раз в день до № 10, независимо от дня менструального цикла.

Рекомендуется при остром и хроническом сальпингите/оофорите использовать воздействие сверхвысокочастотным электромагнитным полем (СВЧ-терапия) для достижения противоболевого, противоотечного, противовоспалительного эффектов, усиления действия антибактериальной терапии: физиолечение проводится на фоне адекватной антибактериальной терапии. Использование абдоминальной методики, 1 раз в день до № 10. **Не использовать данный фактор при сопутствующих пролиферативных заболеваниях органов малого таза** - миоме матки, наружном генитальном эндометриозе. Учитывая эстрогенстимулирующий эффект фактора, лечение целесообразно начинать на 5-6-7 день менструального цикла.

- Рекомендуется при хроническом сальпингите/оофорите использовать терапию импульсными токами (интерференционными, синусоидальными модулированными, флюктуирующими) для достижения противоболевого, противовоспалительного, трофического эффектов использование по абдоминально-сакральной методике, 2 раза в день до № 20. Лечение начинается на 5-6-7 день цикла на фоне механической контрацепции. По показаниям возможно использование гормональной контрацепции. После окончания лечения контрацепция необходима еще 2 месяца.
- Рекомендуется при хроническом сальпингите/оофорите использовать ультразвуковую терапию/ультрафонофорез дефиброзирующих препаратов для достижения противовоспалительного, трофического эффектов использование подвижной абдоминальной методики ультразвуковой терапии в импульсном режиме, 1-2 раза в день до № 15. Лечение начинается на 5-6-7 день цикла на фоне механической контрацепции. По показаниям возможно использование гормональной контрацепции. Обладает выраженным эстрогенстимулирующим эффектом. Не использовать данный фактор при сопутствующих пролиферативных заболеваниях органов малого таза - миоме матки, наружном генитальном эндометриозе. После окончания лечения контрацепция необходима еще 2 месяца.
- Рекомендуется при хроническом сальпингите/оофорите использовать воздействия лечебной грязью для достижения противовоспалительного, трофического эффектов использование полостных (влагалищная, ректальная) и накожных (абдоминальная, пояснично-крестцовая, зона трусов) методик, индифферентной (Т- 35-37 °С) или теплой (Т-38-40°С) температуры, 1 раз в день до № 15. Лечение начинается на 5-6-7 день цикла на фоне механической контрацепции. Обладает выраженным эстрогенстимулирующим эффектом. Не использовать данный фактор при сопутствующих пролиферативных заболеваниях органов малого таза - миоме матки, наружном генитальном эндометриозе. После окончания лечения контрацепция необходима еще 4-6 месяцев.
- Рекомендуется при хроническом сальпингите/оофорите использовать санаторно-курортное лечение для достижения противовоспалительного, противоболевого эффектов не ранее, чем через 2 месяца после окончания антибактериальной терапии. Лечение начинается на 5-6-7 день цикла на фоне механической контрацепции. По показаниям возможно использование гормональной контрацепции. После окончания санаторного лечения контрацепция необходима еще 6 месяцев. Обязательно учитывать наличие пролиферативных заболеваний.

Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Профилактика ВЗОМТ в целом подразделяется на следующие две категории: 1) профилактика первого эпизода ВЗОМТ и 2) профилактика рецидива заболевания.

Рекомендовано в рамках профилактики первого эпизода ВЗОМТ:

- ✓ ранняя диагностика ИППП для предотвращения ВЗОМТ (проводить ежегодный скрининг на хламидиоз и гонорею у всех сексуально активных женщин моложе 25 лет и у сексуально активных женщин 25 лет и старше с повышенным риском заражения ИППП: женщины, имеющие нового полового партнера; имеющие более одного полового партнера, имеющие полигамного партнера, или имеющие полового партнера с ИППП)
- ✓ применения методов барьерной контрацепции для снижения риска инфицирования ИППП
- ✓ Рекомендуется при хроническом сальпингите/оофорите использовать санаторно-курортное лечение для профилактики обострений воспалительного процесса, достижения противоспаечного эффекта

Список литературы

1. Национальное руководство. гинекология. под руководством Савельевой Г.М., Сухих Г.Т., Серова В.Н., Радзинского В.Е., Манухина И.Б.2017.
2. Поликарпов А.В., Александрова Г.А., Голубев Н.А. Заболеваемость всего населения России в 2017 г.
3. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease (2017). Jonathan Ross¹, Secondo Guaschino, Marco Cusini and Jorgen Jensen.
4. Mathur M, Scoutt LM. Nongynecologic Causes of Pelvic Pain: Ultrasound First. Obstet Gynecol Clin North Am. 2019 Dec;46(4):733-753
5. Клинические рекомендации, основанные на доказательствах «Физическая и реабилитационная медицина» Г.Н. Пономаренко, Д.В. Ковлен, Санкт-Петербург, 2018, 6. Проект клинических рекомендаций Сальпингоофорит от 2020г. РОАГ
7. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации, 4-е издание переработанное и дополненное / под ред. Г. М. Савельевой, В. Н. Серова, Г. Т. Сухих. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2019.
8. Балакшина Н.Г. Дифференциальная диагностика гнойных tuboовариальных воспалительных образований и рака яичника / Н.Г. Балакшина, Л.И. Кох // Research'nPracticalMedicineJournal. - 2017.
9. Баринов С.В. Условно-патогенная микрофлора у больных с бактериальным вагинозом / С.В. Баринов, В.А. Охлопков, Т.Ш. Бабаева, Л.Б. Синельникова, Т.В. Торлецкая//Мать и дитя в Кузбассе. – 2019. - №1.
10. Буралкина Н.А. Воспалительные заболевания органов малого таза: патогенетические аспекты, диагностика, клиника, лечение (обзор литературы) / Н.А. Буралкина, А.С. Каткова, Е.Э. Арутюнова, В.Е. Жорова, З.К. Батырова, Г.А. Власова // Гинекология. – 2018

**Спасибо за
внимание**

