



ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого
Минздрава России

Сальпингит и оофорит

Выполнила: ординатор кафедры
Акушерства и гинекологии ИПО
Федорева А.В.

Красноярск, 2021

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Сальпингит – это инфекционно-воспалительный процесс неспецифической или специфической этиологии с локализацией в маточных трубах.

Оофорит - это инфекционно-воспалительный процесс неспецифической или специфической этиологии с локализацией в яичниках.



ЭТИОЛОГИЯ



- Сальпингит и оофорит обычно являются результатом восходящей инфекции, которая имеет смешанный полимикробный характер с преобладанием возбудителей, передаваемых половым путем (85%), таких как *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*.
- В 15% случаев причиной являются оппортунистические патогены - облигатно-анаэробные и факультативно- анаэробные ассоциации микроорганизмов, которые в низких титрах могут присутствовать в составе нормальной микрофлоры влагалища и перианальной области – *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Mobiluncus* spp., *Streptococcus* spp. (в первую очередь, *S. agalactiae*), *Enterobacteriaceae* (*Escherichia coli*) и т. д.



- Крайне редко сальпингит и оофорит ассоциирован с *Campylobacter* spp. или респираторными патогенными микроорганизмами (например, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, стрептококки группы А и *Staphylococcus aureus*), которые колонизировали нижние отделы половых путей.
- В настоящее время роль *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* в этиологии ВЗОМТ остается спорной и в сочетании с другими микроорганизмами рассматриваются как возможные этиологических факторы ВЗОМТ.

ПАТОГЕНЕЗ

- Особыми факторами риска ВЗОМТ являются инвазивные диагностические процедуры, во время которых происходит механический перенос микробных клеток в полость матки, фаллопиевы трубы, фолликулярную жидкость. Преобладание преимущественно полимикробных ассоциаций при нарушении барьерных механизмов защиты и локального противоинфекционного иммунитета могут способствовать хронизации заболеваний и активации аутоиммунных процессов. Отсутствие снижения частоты ВЗОМТ и неконтролируемое многократное использование антибактериальных препаратов способствуют развитию антибиотикорезистентности.
- В ходе эволюции бактериальные агенты выработали способность образовывать биопленки, что повышает выживаемость их ассоциаций. Микроорганизмы остаются жизнеспособными при повышении концентрации пероксидных соединений, образующихся в ходе воспаления.

- Сальпингиты и оофориты у женщин репродуктивного возраста, вызванные смешанными формами возбудителей, сопровождаются нарушениями внутриклеточного метаболизма, деструкцией клеточных мембран, отеком ткани, развитием гипоксии и накоплением активных форм кислорода, что может приводить к ДНК- индуцированной гибели клеток, образованию антиовариальных антител.
- В этом аспекте сальпингит и оофорит являются основной причиной трубноперитонеального бесплодия, повышают риски развития спаечного процесса, хронической тазовой боли, эктопической беременности, а также преждевременной недостаточности яичников.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Пик заболеваемости приходится на 17-28 лет. Преобладающими нозологическими формами ВЗОМТ являются сальпингит и оофорит (60-67%).
- Согласно данным статистического анализа заболеваемости населения России за 2017 г., 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.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ САЛЬПИНГИТА И ООФОРИТА

- возраст моложе 25 лет,
- раннее 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,
- гистеросальпингография (ГСГ),
- внутриматочные хирургические вмешательства и др.

КОДИРОВАНИЕ ПО МКБ 10

N70 сальпингит и оофорит

N70.0 острый сальпингит и оофорит

N70.1 хронический сальпингит и оофорит. Гидросальпинкс

N70.9 сальпингит и оофорит неуточненные

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.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- боль в нижней части живота - обычно двусторонняя;
- 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.



ДИАГНОСТИКА ЖАЛОБЫ И 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,
- перенесенные и имеющиеся гинекологические заболевания, оперативные вмешательства на органах малого таза,
- перенесенные соматические заболевания.

- 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.



ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Рекомендовано провести:

- пальпацию живота;
- гинекологический осмотр пациентки;
- измерение температуры тела пациентки.



ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

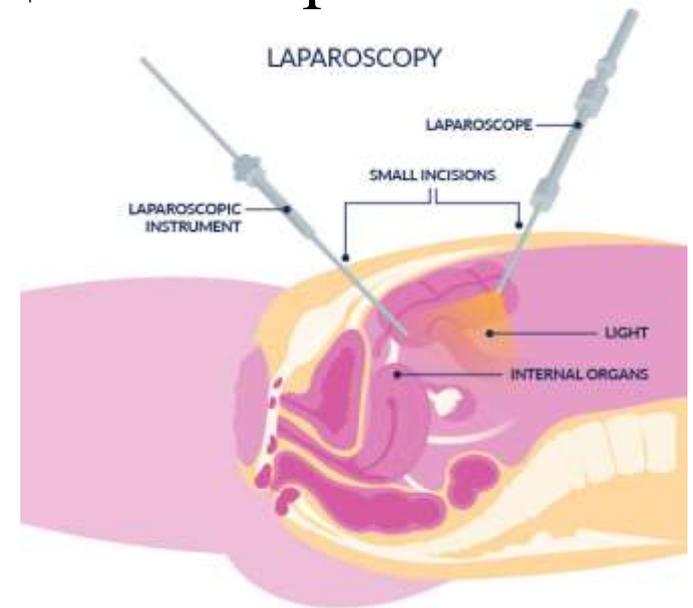
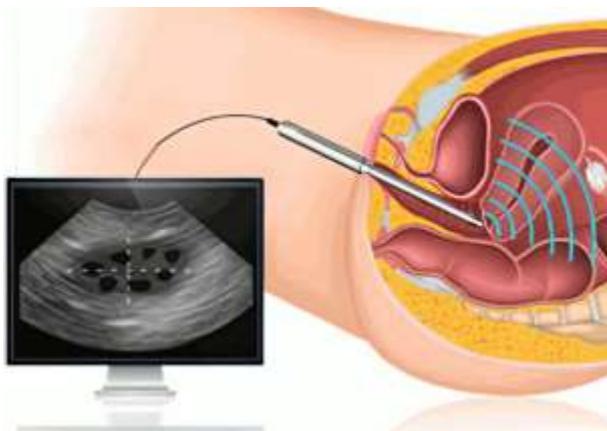


- развернутый клинический анализ крови;
- определение уровня СРБ в крови;
- определение уровня ХГЧ в крови;
- определение в плазме крови иммуноглобулинов класса М и G и антигена р24/25 (Аgr24/25) вируса иммунодефицита человека 1,2, иммуноглобулинов класса М и G к вирусу гепатита В или HBs-антигена, иммуноглобулинов класса М и G к вирусу гепатита С или антигена HCV;
- микроскопическое исследование мазка из влагалища, цервикального канала, уретры, включая определение числа лейкоцитов и на оппортунистические (условные) патогены;
- культуральное исследование отделяемого влагалища, цервикального канала, уретры с определением чувствительности выделенных возбудителей к антибактериальным препаратам;

- исследование методом ПЦР отделяемого из цервикального канала и уретры на абсолютные патогены- *N.gonorrhoeae*, *Ch.trachomatis*, *M. Genitalium*, *Tr.vaginalis*;
- культуральное исследование отделяемого цервикального канала и уретры на *N.gonorrhoeae* с определением чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам;
- микроскопическое исследование перитонеальной жидкости включая определение числа лейкоцитов и на оппорунистические (условные) патогены при проведении лапароскопии.

Инструментальная диагностика

- УЗИ органов малого таза, при возможности с использованием трансвагинального датчика;
- доплерометрическое исследование органов малого таза;
- КТ/МРТ;
- лапароскопия.



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- эктопическая беременность, беременность малого срока,
- аппендицит,
- перекрут яичников,
- эндометриоз,
- гастроэнтерит,
- разрыв маточной трубы,
- венерический перигепатит (синдромом Фитца-Хью-Куртиса),
- холецистит,
- пиелонефрит,
- кишечная непроходимость,
- почечная колика,
- синдромом раздраженного кишечника

ЛЕЧЕНИЕ

- Пациенток с легкими и среднетяжелыми формами сальпингитов и оофоритов рекомендовано лечить амбулаторно пероральными формами антибиотиков.
- Рекомендовано назначать терапию эмпирически антибактериальными препаратами с охватом всего спектра вероятных возбудителей.
- При выраженном болевом синдроме - нестероидные противовоспалительные средства.



- При амбулаторном или стационарном лечении легких и среднетяжелых форм сальпингитов и оофоритов рекомендована пероральная терапия, а также однократное парентеральное введение препаратов в начале терапии.
- 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.



- 
- Рекомендовано продолжать внутривенное введение антибактериальных препаратов в течение **не менее 24 часов после клинического улучшения** с переходом на пероральную форму.
 - В случае **отсутствия** признаков клинического улучшения в течение **72 ч** от начала внутривенного введения антибактериальных препаратов требуется уточнение диагноза на основе **лапароскопической диагностики**.
 - Рекомендовано антибактериальную терапию проводить в течение **10-14 дней**.

Амбулаторное лечение

Рекомендуемые схемы:

- Амоксициллин/клавуланат внутрь 1,0 г 2 раза в день + доксициклина 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).

Рекомендуемые альтернативные схемы:

- Амоксициллин/клавуланат внутрь 1,0 г 2 раза в день + джозамицин внутрь 500 мг 3 раза в день 14 дней.
- Цефиксим 400 мг 1 раз в сутки 14 дней + азитромицин 1 г однократно + метронидазол 500 мг 2 раза в день 14 дней.

Стационарное лечение

- 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.



- 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.

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
- 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.

ИНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

◆ 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.

Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

- При остром сальпингите/оофорите - переменное магнитное поле.
- 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.



- 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.



- СВЧ-терапия для достижения противоболевого, противоотечного, противовоспалительного эффектов, усиления действия 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.

- Терапия 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.

- Ультразвуковая терапия/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.

- Абдоминальная декомпрессия для достижения противовоспалительного, трофического эффектов.
- 1 раз в день по абдоминальной методике до № 15. 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.



- Воздействие лечебной грязью для достижения противовоспалительного, трофического эффектов.
- Использование полостных и накожных 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.

- 
- Санаторно-курортное лечение для достижения противовоспалительного, обезболивающего 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



Профилактика первого эпизода ВЗОМТ:

- ранняя диагностика ИППП для предотвращения ВЗОМТ;
- применения методов барьерной контрацепции для снижения риска инфицирования ИППП.

Профилактика рецидива заболевания:

- санаторно-курортное лечение.

Организация медицинской помощи

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- тяжелое состояние, тошнота, рвота, температура $\geq 38^{\circ}\text{C}$;
- тубоовариальный абсцесс;
- неэффективность и невозможность амбулаторного лечения;
- беременность;
- наличие иммунодефицита (ВИЧ-инфекция, иммуносупрессивная терапия и т.д.);
- невозможность исключить острую хирургическую патологию (аппендицит, внематочная беременность и т.д.).

Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Долгосрочные последствия ВЗОМТ:

- повышенный риск эктопической беременности,
- бесплодие,
- рецидивирующая инфекция,
- хроническая тазовая боль.

Осложнения ВЗОМТ:

- tuboовариальные абсцессы и тазовый перитонит;
- боль в правом подреберье, связанная с перигепатитом (синдром Фитца-Хью–Кертиса), может быть доминирующим симптомом;
- во время беременности ВЗОМТ встречаются редко, но может быть причиной повышенного риска как материнской, так и фетальной заболеваемости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Клинические рекомендации РОАГ