

**Полтавський державний медичний
університет
Кафедра акушерства і гінекології № 1**

**Запальні захворювання
жіночих статевих органів**

ЛЕКТОР – Д. МЕД. Н., ПРОФ.
ГРОМОВА АНТОНІНА МАКАРІВНА
ПОЛТАВА 2024

- 
- ЗЗОМТ посідають провідне місце у
структурі гінекологічної
захворюваності, особливо серед
молодих жінок. У довгостроковій
перспективі пацієнтки із ЗЗОМТ мають
підвищений ризик рецидиву
захворювання, безпліддя, пов'язаного з
непрохідністю маткових труб,
ектопічної вагітності та синдрому
хронічного тазового болю

Фактори ризику виникнення запальних захворювань органів малого тазу

- **демографічні зрушення**
 - Зміна вікової та статеві структури населення;
 - Зростання одиноких та тих що живуть окремо; ріст розлучень;
 - Продовження тривалості статеві життя;
- **соціально-економічні фактори** (урбанізація, міжнародний туризм);
- **зміна відношення суспільства до сексуального життя;**
- **соціальні катаклізми** (локальні війни, стихійні лиха, громадські безпорядки);
- **економічні умови;**
- **наркоманія, алкоголізм;**
- **резистентність мікроорганізмів до антибактеріальних засобів** в зв'язку з адаптаційними змінами і неконтрольованим прийомом ліків, в тому числі антибіотиків.

Етіологічні фактори ЗЗОМТ

- ✓ **Мікробна інвазія:** *гонококи, хламідії, умовно-патогена флора, анаеробна флора, мікробні асоціації*
- ✓ **Провокуючі фактори:** *менструація, пологи, аборти, ВМК, інвазивні дослідження, операції*
- ✓ **Фонові захворювання:** *бактеріальний вагіноз, екстрагенітальна патологія, шкідливі звички, особливості сексуальної поведінки, соціальні фактори*

Механізми біологічного захисту

☺ I бар'єр –

*зімкнута статева щілина, нормальний тонус м'язів тазового
дна*

☺ II бар'єр –

*кисле середовище піхви,
лактобактерії, що підтримують слабо кисле середовище*

☺ III бар'єр –

*шийка матки - механічний, імунологічний, ферментний
бар'єр*

☺ IV бар'єр –

*циклічне відторгнення функціонального шару ендометрію,
багата його васкуляризація і лімфоїдна інфільтрація в
передменструальному періоді*

*Перистальтичні рухи труб і ворсинчастого епітелію,
здатність до швидкого спаювання*

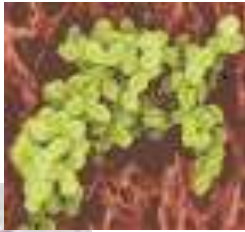
зародковий епітелій яєчників

*здатність очеревини малого тазу до швидкого і активного
утворення злук*

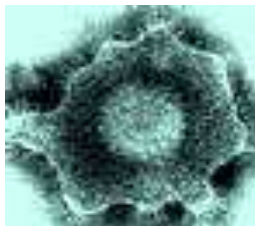
Нормальна мікрофлора статевих шляхів

- ✓ Лактобактерії (палички Додерлейна) – 90-95% мікробної флори піхви
- ✓ Протей, клебсіела, стафіло- і стрептококи, пептококи, гриби роду *Candida*, мікоплазми та ін. – не більше 5-10% мікробної флори піхви (не більше 10^3)
- ✓ Прожнина матки і маткові труби в нормі стерильні

Збудники запальних захворювань органів малого тазу



- ✓ Умовно-патогенні мікроорганізми: стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, ентерококи, протей, клебсієла та ін.



- ✓ Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ): гонококи, трихомонади, хламідії, віруси простого герпесу і папіломавіруси та ін.



К-ть безпосер едніх партнері в	К-ть осіб посереднього сексуального контакту (вважається, що кожна з цих осіб має стільки ж контактів, що і ви)	К-ть посередн їх партнері в
1		1
2		3
3		7
4		15
5		31
6		63
7		127
8		255

Шляхи розповсюдження інфекції в статевих шляхах

- ✓ Інтраканалікулярний (висхідний) –
ОСНОВНИЙ
- ✓ Гематогенний
- ✓ Лімфогенний

Фактори, що сприяють розповсюдженню інфекції

- ☹️ висока вірулентність мікроорганізмів
- ☹️ інвазивні лікувальні і діагностичні внутрішньоматкові втручання (вишкрібання, зондування, аборти та ін.)
- ☹️ внутрішньоматкова контрацепція
- ☹️ операції на статевих органах
- ☹️ порушення анатомічних відносин
- ☹️ зниження імунологічної резистентності організму

Пряма пошкоджуюча дія
інфекційного агенту

↓ імунних і неімунних захистних
властивостей

Виникнення дисбіотичних станів, активація умовно-патогенної
мікрофлори піхви, її транслокація у внутрішні статеві органи

Альтерація

Імунологічна недостатність

Ексудація: ↑ проникності судин; п-ня реологіч. властивостей ; стаз, мікротромби

↑ розладів в системі мікроциркуляції, зрив систем адаптації і компенсації,
↑ інтоксикації

Проліферація

Регенерація

Повна

Недостатня

Незавершеність
запального процесу

Хронічний процес

Вторинний
імунодефіцит

Повне відновлення
структури і функцій
статевих органів

Часткове відновлення структури та функцій,
необоротні морфофункційні зміни

Клініка і діагностика бактеріального вагінозу

- ✓ значні виділення
- ✓ неприємний амінний запах виділень
- ✓ мацерація шкіри, зуд, пекучість - рідко
- ✓ амінний тест
- ✓ рН-метрія
- ✓ «ключові» клітини в мазку
- ✓ значні гомогенні виділення
- ✓ Відсутність запальної реакції

Жінкам з підтвердженим БВ показане обстеження на хламідіоз, гонококову інфекцію, трихомоніаз, ВІЛ та сифіліс

Лікування БВ

I – препарати, що пригнічують ріст анаеробів (*метронідазол (5-7 днів місцево або перорально) або кліндаміцин (7 днів інтравагінально)*)

II – відновлення нормальної мікрофлори (біоценозу) піхви (*лактобактерії*)

Клініка і діагностика вагініту

- ✓ зуд і пекучість в ділянці піхви і вульви
- ✓ виділення з піхви, часто з неприємним запахом
- ✓ болючий coitus
- ✓ гіперемія і набряк слизової піхви
- ✓ Значні виділення (гноєвидні, пінисті, сировидні та ін.)
- ✓ в тяжких випадках - легка кровоточивість слизової
- ✓ бактеріоскопія мазків, посів виділень з визначенням чутливості до антибіотиків



Лікування вагініту

Місцева терапія –спринцювання і піхвові ванночки

Вагінальні свічки чи таблетки
(*поліжинакс, мератін, тержинан, гексикон*)

При рецидивуючому неспецифічному вагініті -
вітамінотерапія, рослинні імуномодулятори,
десенсибілізуючі препарати

При специфічному кольпіті – препарати, направлені на
знищення збудника

(протигрибкові – *ністатін, флюконазол*)
протитрихомонадні – *метронідозол*)

Відновлення нормальні мікрофлори за допомогою
препаратів молочно-кислих бактерій
(*лактобактерії*)



Клініка і діагностика бартолініту

- ✓ припухлість, набряк і сильний біль в ділянці великої статевої губи
- ✓ Посилення болю при ходьбі, спробі введення піхвових дзеркал
- ✓ підвищення температури, лихоманка, тахікардія
- ✓ набряк і гіперемія в ділянці великої статевої губи, при розвитку абсцесу – разм'якшення з флюктуацією
- ✓ Оцінка locus morbi, бактеріоскопічне дослідження виділень з протоки великої залози присінка піхви, посів виділень з бартолінової залози і/або виділень піхви на мікрофлору посів вмісту абсцесу

Лікування бартолініту

- При **каналікуліті** в гострій стадії: обробка піхви і вульви антисептичними розчинами, при підвищенні температури – антибактеріальна терапія з урахуванням збудника
- Розтин і дренування **абсцесу** (при його наявності)
- Антибактеріальна терапія (з урахуванням мікрофлори і чутливості до антибіотиків)



Клініка і діагностика ендоцервіциту

- ✓ Значні густі виділення
- ✓ зрідка – несильний тупий біль внизу живота, субфебрильна температура, слабкість
- ✓ гіперемія навколо зовнішнього вічка шийки матки, набряклість

- ✓ бактеріоскопія мазків,
- ✓ посів виділень з цервікального каналу
- ✓ специфічні методи дослідження для виявлення хламідій
- ✓ після стихання гострого запального процесу – кольпоскопія, цитологія

Лікування ендцервіциту

Антибактеріальна терапія з урахуванням збудника
і його чутливості до антибіотиків

При специфічному ендцервіциті – препарати,
направлені на знищення виявленого збудника
(хламідії, гонокок, вірус герпесу)

Місцеве протизапальне лікування
(поліжинакс, мератін, тержинан, гексикон)

Після лікування запальних явищ - лікування
фонової патології шийки матки

Клініка і діагностика гострого ендоміометриту

- ✓ болі в нижніх відділах живота
- ✓ слабкість, лихоманка,
- ✓ значні серозні або серозно-гнійні виділення, іноді з домішками крові
- ✓ матка при дослідженні болюча, м'якувата, дещо збільшена



- ✓ аналізи крові – ознаки запалення
- ✓ бактеріоскопія піхвового мазка
- ✓ посів відділяемого цервікального каналу (порожнини матки)
- ✓ ультразвукове дослідження матки – виключити залишки плодового яйця або плацентарної ткани



Лікування ендоміометриту

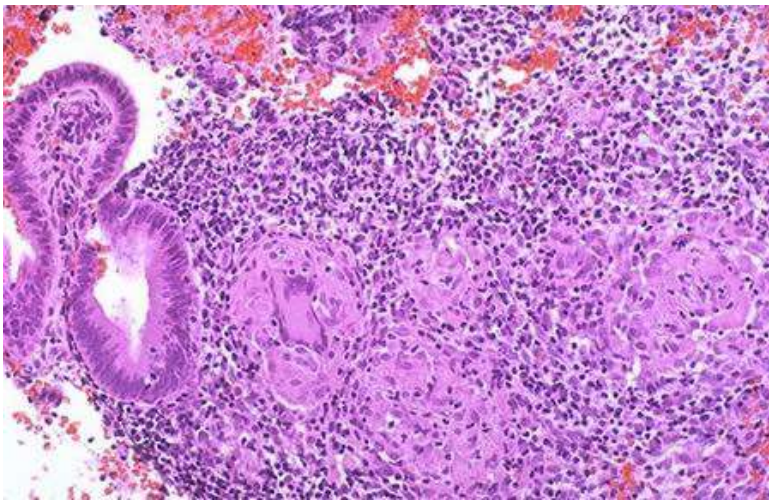
Постільний режим, холод на низ живота

Антибактеріальна терапія

Інтоксикаційний синдром -
інфузійна терапія

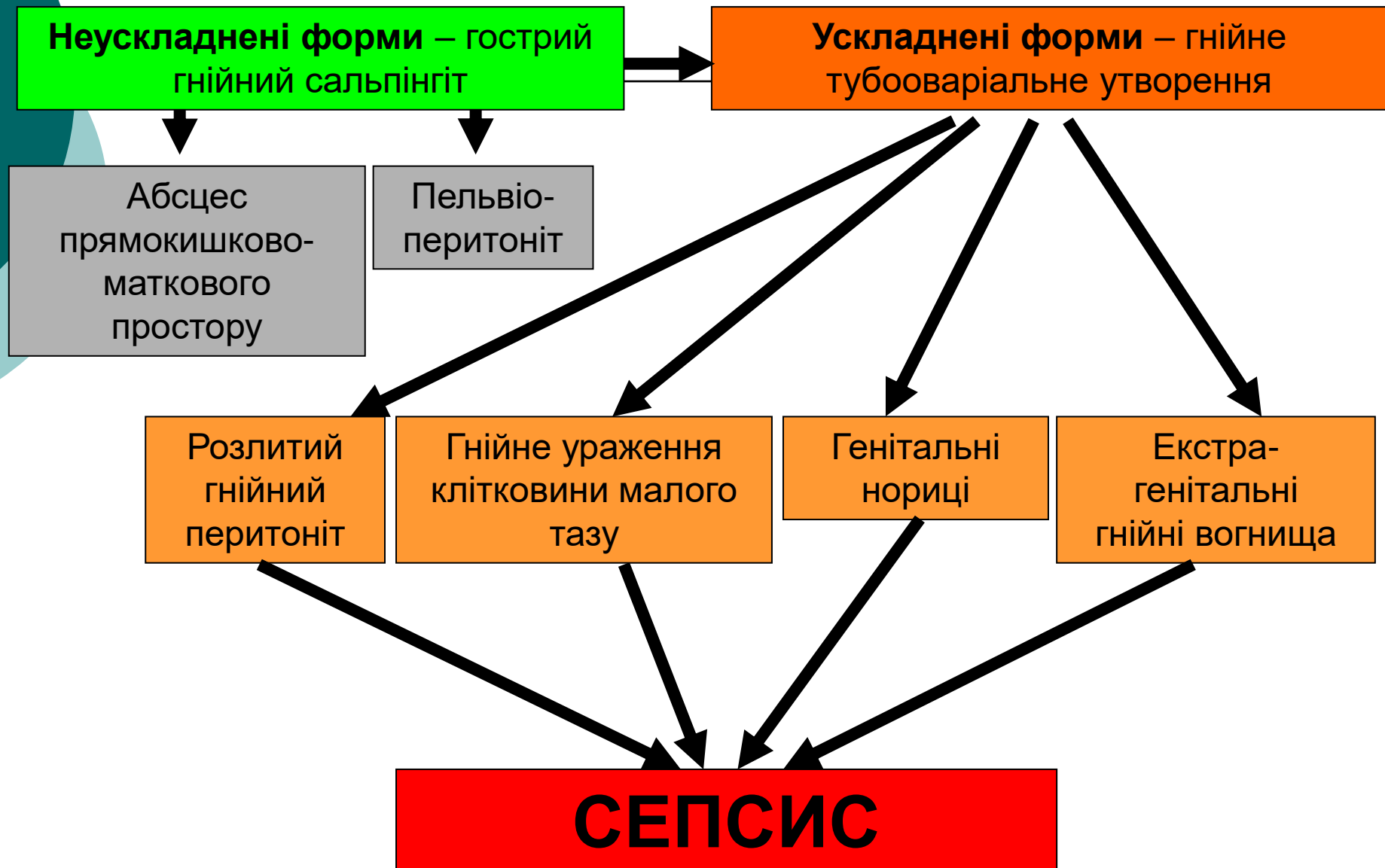
Десенсибілізуючі, імунокоригуючі,
знеболюючі засоби, вітаміни

Ендометрит на фоні ВМК –
видалення



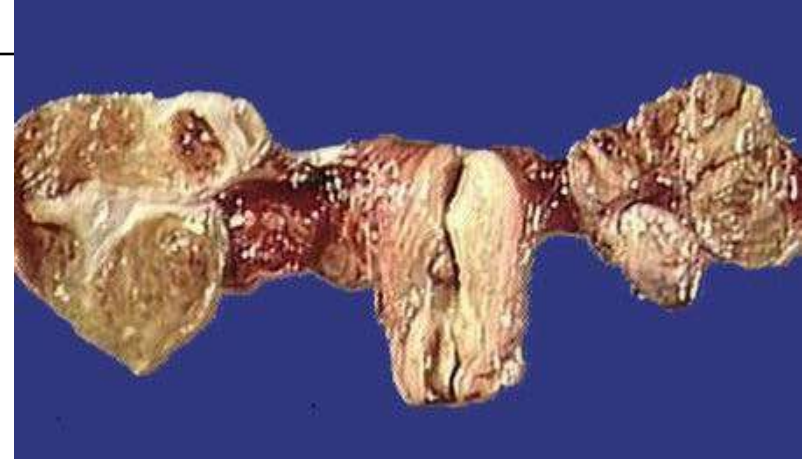
Ендометрит на фоні залишків
плодового яйця або плацентарної
тканини – видалення з порожнини
матки даних субстратів

Клінічні форми гнійно-запальних процесів придатків матки

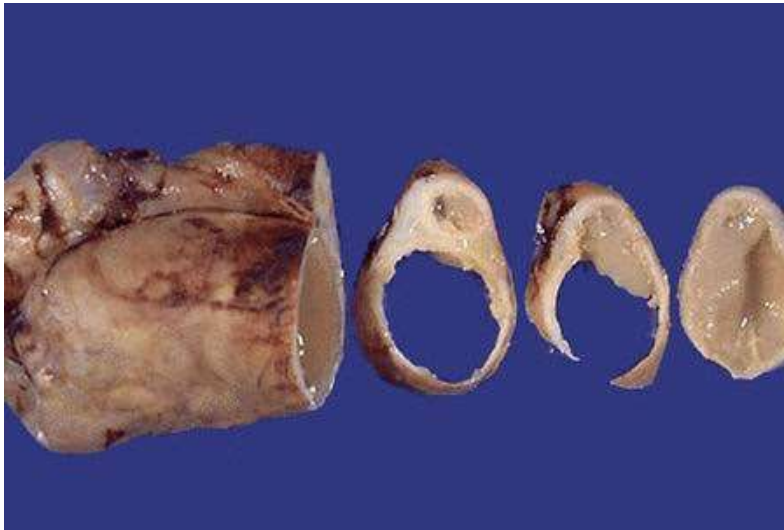


Клініка і діагностика гострого сальпінгоофориту

- ✓ Постійний інтенсивний біль в здухвинних ділянках з ірадіацією в стегно, попереk, крижі
- ✓ Посилення болю після переохолодження і під час менструації
- ✓ слизові, серозні, гнійні виділення



- ✓ болючість при рухах за шийку матки і пальпації матки
- ✓ придатки збільшені, набряклі та болючі
- ✓ при утворенні гнійної тубооваріальної «пухлини» - утворення без чітких контурів, різко болюче



Клініка і діагностика гострого сальпінгоофориту

- ✓ аналізи крові - запальні зміни, диспротеїнемія
 - ✓ аналізи сечі - незначна к-ть білка і лейкоцити
-

- ✓ бактеріоскопія мазків
- ✓ посів відділяемого з цервікального каналу (порожнини матки), посів з черевної порожнини, маткових труб, посів гною з тубооваріального абсцесу



- ✓ УЗД
- ✓ лапароскопія
- ✓ по показанням – цистоскопія, ректороманоскопія

Лікування сальпінгоофориту

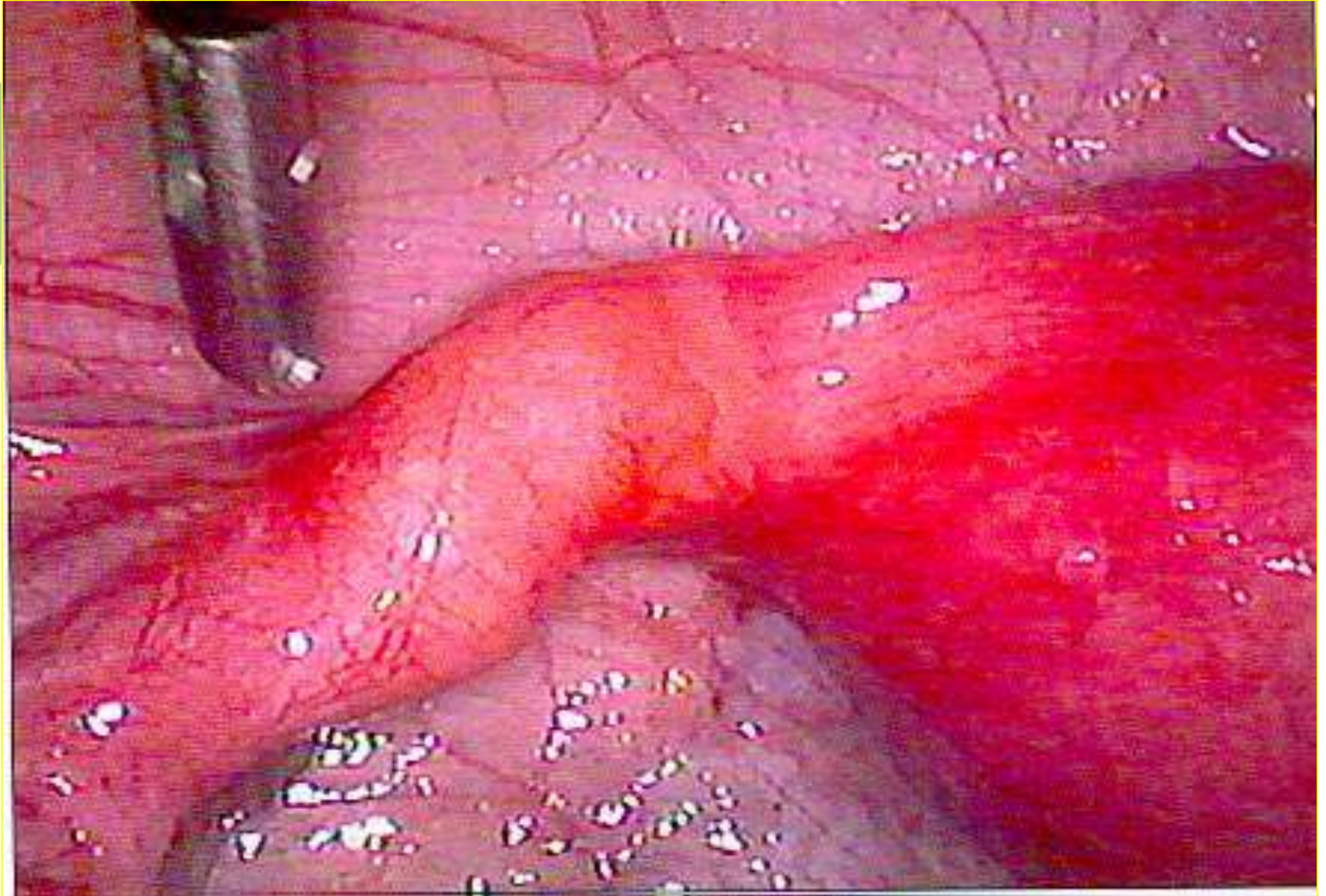
При неускладнених формах допустиме консервативне лікування:

- I. Антибактеріальна терапія
- II. Десенсибілізуючі препарати
- III. НПЗП
- IV. Вітаміни
- V. Імуномодулятори
- VI. Ензими та інші розсмоктуючі засоби
- VII. Місцеве лікування



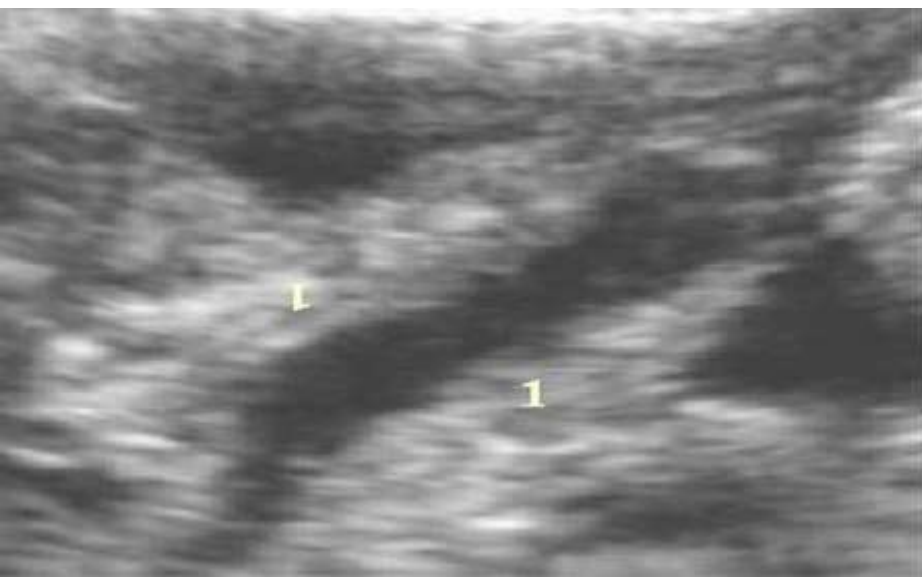
При ускладнених формах – лікування комплексне, консервативне і хірургічне

Сальпінгіт, лапароскопія





УЗД, гідросальпінкс



УЗД, гнійне тубооваріальне утворення



Перитоніт

○ За поширеністю:

- *Місцевий* (обмежений та необмежений)
- *Поширений* (дифузний (5 анат. ділянок) , розлитий (9 анат. ділянок), загальний (весь серозний покрив))

○ Фази:

- *Реактивна* (біль, нудота, блювання, $\uparrow t^{\circ}$, $\uparrow Ps$, грудне дихання, +с-м Щоткіна-Блумберга, лейкоцитоз зі зсувом вліво)
- *Токсична* (наморстання інтоксикації, збудження, дезорієнтація, гіпо-диспротеїнемія, токсична зернистість нейтрофілів)
- *Термінальна* (парез кишечника, $\downarrow AT$, $\uparrow Ps$, дихання, $\downarrow$ діурез, надзвичайно несприятливий прогноз)

Пельвіоперитоніт (клініка діагностика)

- Частіше вторинне виникнення;
- Висока температура (особливо при гнійному процесі);
- Сильний біль внизу живота
- Здуття живота
- Позитивні ознаки подразнення очеревини
- Передня черевна стінка бере участь у диханні
- Ригідність, випинання та болючість заднього склепіння
- Болючі рухи за шийку
- Анамнез
- Клінічна картина
- Лейкоцитоз з різким зсувом вліво
- Пункція черевної порожнини через заднє склепіння
- Бактеріологічне дослідження пунктату
- УЗД
- Діагностична лапароскопія



Пельвіоперитоніт (лікування)

- Антибактеріальна терапія з урахуванням виду збудника
- Дезінтоксикація –інфузійно –трансфузійна терапія
- Антигістамінні препарати
- Протизапальні препарати
- З лікувальною метою – пункція черевної порожнини через заднє склепіння
- Хірургічне лікування показане, якщо пельвіоперитоніт перебігає на тлі піосальпінксу, піовару, тубооваріального абсцесу



УЗД, пельвіоперитоніт



Лікування гнійних тубооваріальних утворень

хірургічне лікування для
хворих життєво необхідне
і є основним компонентом
у визначенні наслідків
захворювання



вибір методу хірургічного
втручання, доступу,
об'єму операції - від
пункції абсцесу,
лапароскопічної санації і
дренування до
пангістеректомії

Показання для проведення хірургічного втручання

ГОСТРИЙ ПЕРЕБІГ

- Розрив абсцесу
- Відсутність ефекту від консервативного лікування
- Для уточнення діагнозу

ХРОНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ

- Сильні тазові болі
- Повторні загострення
- Двосторонні абсцеси

- **Вибір часу:**

- Відсутність поліпшення протягом 24-72 годин
- 2-3 місяці після гострої стадії

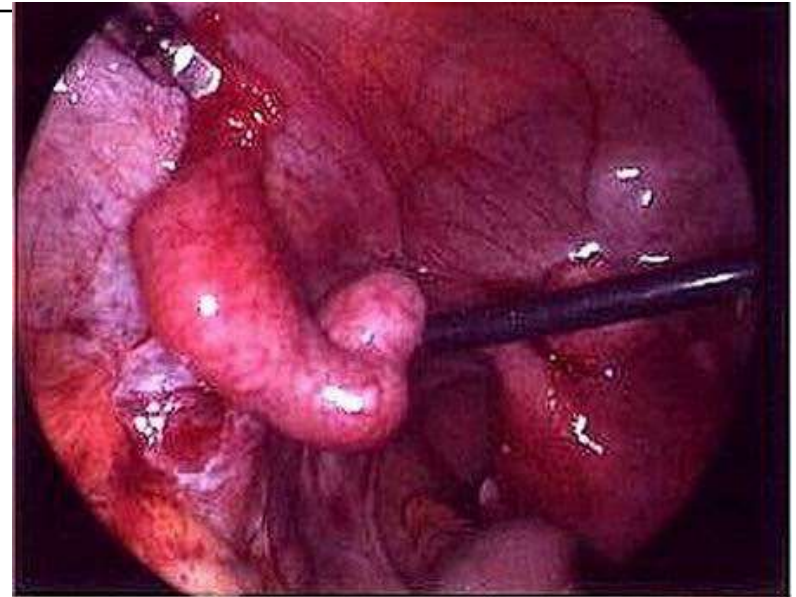


Основні принципи хірургічного лікування

- ✓ Повне видалення вогнища деструкції
- ✓ Ревізія органів черевної порожнини і сечовивідних шляхів
- ✓ Санація черевної порожнини великою кількістю антисептичних розчинів
- ✓ Адекватне дренирування

Лапароскопія в лікуванні ЗЗОМТ

- ✓ Діагностика
- ✓ Санація малого тазу і черевної порожнини
- ✓ Розділення злук
- ✓ Можливість видалення гнійного вогнища – при високій кваліфікації хірурга і оснащенні
- ✓ Дренування



Післяопераційне ведення

- ✓ Антибіотики широкого спектру дії
- ✓ Препарати, активні у відношенні анаеробів (*метрогіл, кліндаміцин, лінкоміцин*)
- ✓ Інфузійна терапія (*фізіологічний р-н , рінгера*)
- ✓ Профілактика парезу кишківника (*церукал, препарати К*)
- ✓ Вітаміни, імунокоректори (Інтерферони та їх індуктори: *інтерферон лейкоцитарний людський, віферон, циклоферон, імуномакс*)
- ✓ Рання післяопераційна фізіотерапія

Принципи післяопераційної реабілітації

- **Ліквідація залишкових інфільтративно-запальних змін**
 - Ензими і інші розсмоктуючі засоби
(Вобензім, серта, дистрептаза)
 - Біогенні стимулятори
(полібіолін, плазмол, екстракт алое)
- **Відновлення або заміщення функції яєчників - КОК**
 - Контрацептивний ефект
 - Захист яєчників від перитонеальної запальної реакції
 - Вплив ОК на властивості цервикального слизу - превентивний ефект від повторного зараження
- **Корекція імунітету** - *(інтерферон лейкоцитарний людський, віферон, іклоферон, імуномакс)*

ТЕРАПІЯ МІКСТ-ІНФЕКЦІЇ:

препарати, що найбільш часто фігурують
в різних схемах терапії
мікст-інфекції:

Група нітроїмідазолів (направлена на анаеробну складову та простіших): *метронідазол,*

тінідазол, орнідазол, німоразол, секнідазол.

- Група тетрациклінів (направлена на Грам+ та Грам- і антипову флору):

доксициклін.

- Група макролідів: *азітроміцин, кларитроміцин, джозаміцин та ін..*

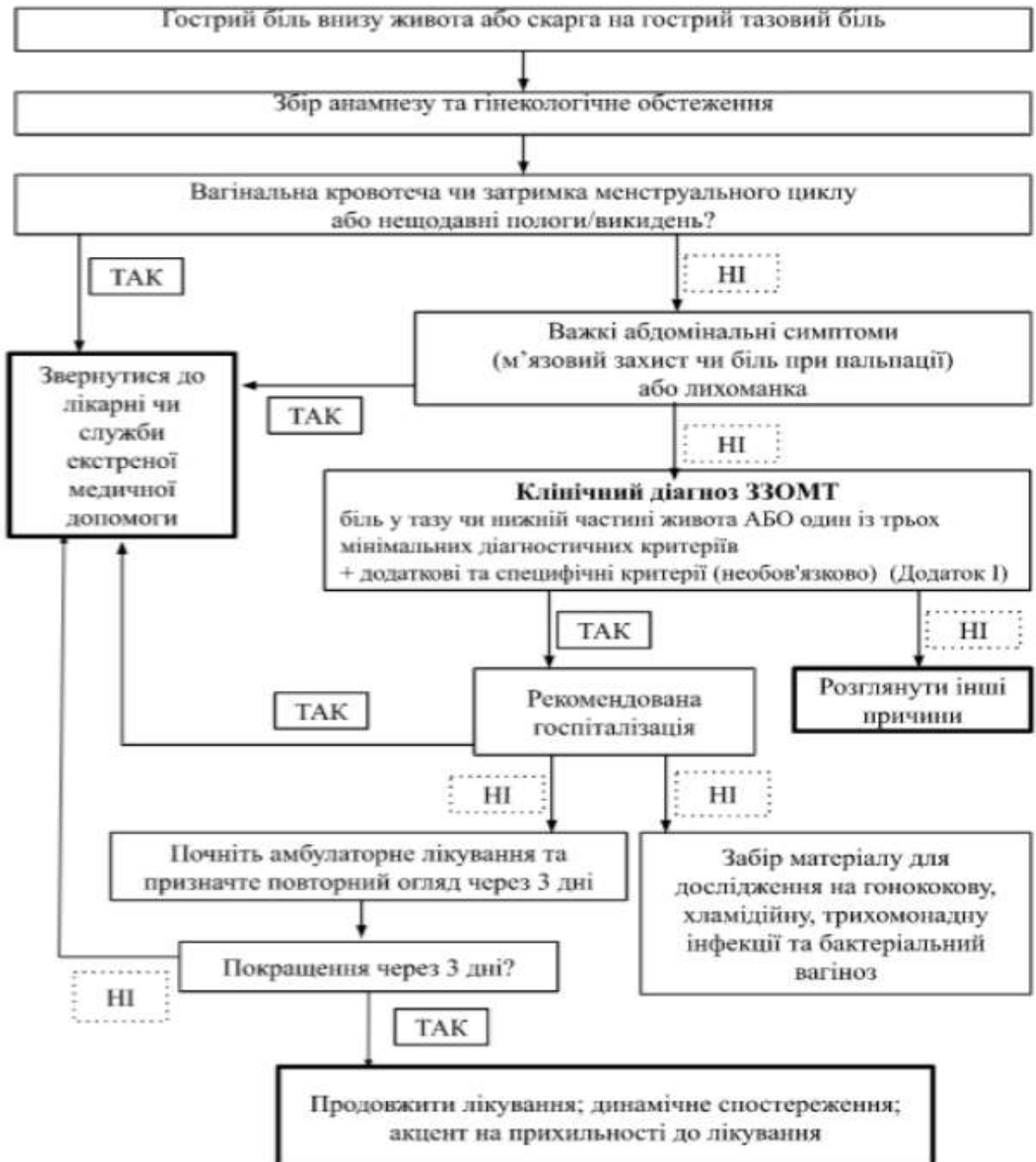
- Група фторхінолонів: *офлоксацин, левофлоксацин, гатифлоксацин та ін.*

- Протигрибкові препарати для перорального застосування: *флуконазол, ітраконазол, кетоконазол.*

Профілактика запальних захворювань

- ✓ Бар'єрна контрацепція
- ✓ Комбіновані оральні контрацептиви
- ✓ Обмеження використання ВМК у жінок груп ризику по запальним захворюванням
- ✓ Своєчасне і адекватне лікування ІПСШ
- ✓ Санація піхви перед інвазивними дослідженнями, абортами, пологами

Тактика ведення пацієток із підозрою на ЗЗОМТ



Наказ МОЗ України № 928 від 18.05.23
Стандарт медичної допомоги: Запальні захворювання органів малого таза

Додаток І
до Стандарту медичної допомоги
«Запальні захворювання органів
малого таза»
(пункт І розділу ІІ)

Діагностичні критерії ЗЗОМТ

Групи критеріїв	Критерії діагностики ЗЗОМТ	Коментарі
<i>Мінімальні</i>	При гінекологічному обстеженні: - болючість при зміщенні шийки матки; - болючість при пальпації матки; - болючість при пальпації придатків матки.	Наявність <i>одного з цих критеріїв АБО</i> біль у ділянці органів малого таза чи нижній частині живота, якщо неможливо визначити іншу причину захворювання – є підставою для початку лікування ЗЗОМТ.
<i>Додаткові</i>	- температура тіла >38,3°C; - аномальні слизисто-гнійні виділення з шийки матки; - наявність великої кількості лейкоцитів при мікроскопії вагінальних виділень; - підвищення ШОЕ; - підвищення С-реактивного білка; - лабораторне підтвердження <i>N. gonorrhoeae</i> або <i>C. trachomatis</i> у матеріалі із шийки матки	Можна використовувати один із цих критеріїв для посилення специфічності мінімальних клінічних критеріїв і підтвердження діагнозу ЗЗОМТ
<i>Специфічні</i>	- біопсія ендометрія з патологістологічним дослідженням при ендометриті; - ТВ УЗД або МРТ органів малого таза, що демонструють потовщені, заповнені рідиною маткові труби з або без вільної тазової рідини або тубооваріальне утворення, доплерометричні ознаки запального процесу при УЗД; - результати лапароскопії, що відповідають ЗЗОМТ	Діагностична оцінка за допомогою вказаних процедур може бути доцільною

Наказ МОЗ України № 928 від 18.05.23
Стандарт медичної допомоги: Запальні захворювання органів малого таза

Додаток 2
до Стандарту медичної допомоги
«Запальні захворювання органів
малого таза»
(підпункт 5 пункту 3 розділу II)

Лабораторні та інструментальні методи дослідження за підозри на ЗЗОМТ

Лабораторні дослідження		
Метод	Біологічний матеріал	Мета дослідження
Бактеріоскопія нативного мазка або мазка за Грамом	Цервіко- вагінальні виділення	Наявність підвищеної кількості лейкоцитів в цервікальному каналі – додатковий діагностичний критерій ЗЗОМТ (неспецифічний). Додатково – дані щодо бактеріального вагінозу та вагінальних інфекцій.
ПЛР (МАНК) для виявлення <i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> ПЛР (МАНК) для виявлення <i>M. Genitalium</i> *	Цервікальні виділення Вміст ТОА, перитонеальний ексудат*	Наявність ППСШ - додатковий діагностичний критерій ЗЗОМТ, який впливає на вибір антибіотикотерапії, обстеження та лікування статевого партнера, контрольного обстеження після закінчення лікування.
Бактеріологічне дослідження <i>N. gonorrhoeae</i> *	Цервікальні виділення Вміст ТОА, перитонеальний ексудат	Виявлення антибіотикорезистентних форм <i>N. gonorrhoeae</i> .
Бактеріологічне дослідження на умовно-патогенну флору	Цервікальні виділення* Вміст ТОА, перитонеальний ексудат	Визначення збудника та чутливості до антибіотиків.
Загальний аналіз крові	Кров	Ознаки запалення (лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, підвищення С-реактивного білка) – додаткові діагностичні критерії ЗЗОМТ.
С-реактивний білок		Оцінка тяжкості перебігу.
бета-ХГЛ загальний	Кров	Виключення вагітності (при сумнівному тесті на вагітність)

Наказ МОЗ України №
928 від 18.05.23
Стандарт медичної
допомоги: Запальні
захворювання органів
малого таза

Наказ МОЗ України № 928 від 18.05.23
Стандарт медичної допомоги: Запальні захворювання органів малого таза

Загальний аналіз сечі	Сеча	Диференційна діагностика з інфекціями сечовивідних шляхів
Тест на вагітність	Сеча	Виключення вагітності у статеві активних і потенційно фертильних жінок
Інструментальні дослідження		
Метод		Мета дослідження
УЗД органів малого таза*		Ознаки запалення – додаткові діагностичні критерії ЗЗОМТ. Візуальна діагностика ТОА, топічний діагноз. Диференційна діагностика.
МРТ, КТ органів малого таза*		Візуальна діагностика ТОА, топічний діагноз. Диференційна діагностика.

Примітка:

*- належить до бажаних критеріїв якості медичної допомоги



Дякую за увагу!