

# **ГИНЕКОЛОГИЯ**

## **РУКОВОДСТВО**

### **К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ**

---

**Под редакцией профессора В.Е. Радзинского**

**УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ**

**ТРЕТЬЕ ИЗДАНИЕ,  
ПЕРЕРАБОТАННОЕ И ДОПОЛНЕННОЕ**

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.Сеченова» в качестве учебного пособия для студентов образовательных учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальности 31.05.01 (060101.65) «Лечебное дело» по дисциплине «Акушерство и гинекология»



**Москва**  
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
**«ГЭОТАР-Медиа»**  
**2020**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений .....	5
Введение .....	7
<b>Глава 1. Эволюция и физиология женской половой системы</b> .....	10
1.1. Особенности развития половой системы в эмбриональном периоде .....	10
1.2. Анатомо-физиологические особенности женских половых органов. ....	26
1.3. Нормальный менструальный цикл .....	43
1.4. Нормальный биоценоз половых органов .....	58
<b>Глава 2. Препедевтика гинекологических заболеваний</b> .....	68
<b>Глава 3. Нарушения менструального цикла</b> .....	116
<b>Глава 4. Нейроэндокринные синдромы в гинекологии</b> .....	145
4.1. Нейроэндокринные синдромы .....	145
4.2. Нарушения в пери- и постменопаузальном периодах .....	179
<b>Глава 5. Воспалительные заболевания женских половых органов</b> .....	204
5.1. Острые и хронические воспалительные заболевания женских половых органов .....	204
5.2. Инфекции, передаваемые половым путем. Туберкулез половых органов .....	229
<b>Глава 6. Доброкачественные опухоли и предраковые заболевания женских половых органов</b> .....	261
6.1. Кисты наружных половых органов, влагалища и шейки матки .....	261
6.2. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников. ....	267
6.3. Предраковые заболевания наружных половых органов, влагалища и шейки матки .....	287
6.4. Миома матки. ....	302
6.5. Гиперпластические процессы эндометрия .....	311
<b>Глава 7. Эндометриоз</b> .....	321
<b>Глава 8. Злокачественные опухоли женских половых органов</b> .....	340
8.1. Рак шейки матки .....	340
8.2. Рак тела матки .....	351
8.3. Рак яичников .....	362
<b>Глава 9. Трофобластическая болезнь</b> .....	374
<b>Глава 10. Внематочная беременность</b> .....	385
<b>Глава 11. Планирование семьи, бесплодный брак</b> .....	403
11.1. Планирование семьи .....	403
11.2. Бесплодный брак .....	426
<b>Глава 12. Нарушения полового развития и пороки развития женских половых органов</b> .....	448
<b>Глава 13. Аномалии положения женских половых органов. Недержание мочи</b> .....	469

---

Глава 14. Травматические повреждения женских половых органов . . . . .	484
Глава 15. Нераковые заболевания молочной железы. . . . .	503
Глава 16. «Острый живот» в гинекологии . . . . .	516
Глава 17. Организация работы женской консультации. Этика и деонтология врача акушера-гинеколога . . . . .	526
Ответы на тестовые задания и задачи . . . . .	536
Литература . . . . .	546
Предметный указатель . . . . .	548

## Глава 5

# ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

### 5.1. ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ



**Цель занятия:** изучить клиническую картину, диагностику, лечение и профилактику острых и хронических воспалительных заболеваний женских половых органов.

**Студент должен знать:** этиологию, особенности патогенеза при острых и хронических воспалительных заболеваниях, клиническую картину, диагностику, лечение и профилактику острых и хронических заболеваний женских половых органов.

**Студент должен уметь:** взять мазок из уретры, цервикального канала, влагалища и прямой кишки на степень чистоты, взять материал для бактериологического и вирусологического исследований, произвести влагалищное обследование. На основании данных общего и специального обследования больной правильно поставить диагноз и выработать тактику лечения.

**Место занятия:** аудитория, отделение гинекологии.

**Оснащение:** таблицы, муляжи, истории болезни, ложки Фолькмана, протоколы ультразвуковых исследований, компьютерная презентация по данной теме.

**План организации занятия.**

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Учебная комната. Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации.
- Работа в гинекологическом отделении: демонстрация двух-трех больных с заболеванием соответственно теме, разбор истории болезни.
- Обобщение занятия в учебной комнате, ответы на вопросы.
- Домашнее задание.

#### Чем обусловлена актуальность воспалительных заболеваний женских половых органов?

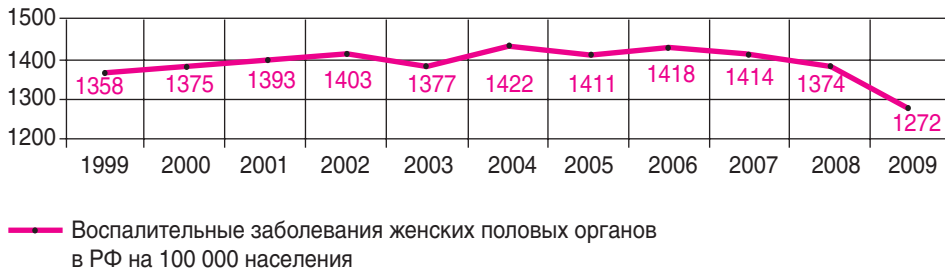
Актуальность воспалительных заболеваний женских половых органов определяется их высокой распространенностью, сложностью диагностики и лечения, высоким уровнем хронизации и связанных с ней отдаленных последствий (бесплодие, акушерские осложнения, повышенный риск эктопической беременности, синдром хронических тазовых болей).

Кроме того, важность проблемы воспалительных заболеваний женских половых органов обусловлена неуклонным ростом заболеваемости, «омоло-

жением» контингента больных, что значительно ухудшает репродуктивное здоровье женщин фертильного возраста.

### Какова частота воспалительных заболеваний женских половых органов?

Больные воспалительными заболеваниями женских половых органов составляют 60–65% пациенток, обратившихся по поводу гинекологических заболеваний в женскую консультацию, и 30% — направляемых на стационарное лечение (рис. 5.1).



**Рис. 5.1.** Динамика заболеваемости воспалительными заболеваниями женских половых органов

В США ежегодно регистрируется от 600 тыс. до 1 млн случаев острого воспалительного процесса половых органов.

### Чем обусловлено увеличение количества воспалительных заболеваний женских половых органов в современных условиях?

Отмеченный во многих странах мира, в том числе в РФ, рост количества воспалительных заболеваний женских половых органов — следствие возрастающей миграции населения, урбанизации, проституции, небезопасного полового поведения населения (частая смена половых партнеров, отсутствие барьерной контрацепции, искусственные аборты), а главное — ИППП. Несмотря на наличие эффективной диагностики (успехи микробиологии) и лечения, заболеваемость ИППП приобрела характер эпидемии.

В частности, ежегодно трихомониаз и хламидийную инфекцию выявляют у 5 млн американок.

### Что такое воспаление?

*Воспаление* — это патологический процесс, возникающий в ответ на воздействие инфекта или разнообразных патогенных факторов экзогенной или эндогенной природы, характеризующийся развитием стандартного комплекса сосудистых и тканевых изменений.

### Каковы особенности этиологии воспалительных заболеваний половых органов в настоящее время?

Важнейшие возбудители, по данным ВОЗ:

- ассоциации анаэробно/аэробных микроорганизмов, в том числе условно-патогенных (смешанные инфекции) — 25–60%;
- гонококк Нейссера — 25–50%;
- хламидии — 15–20%;
- вирусная инфекция — 10–15%.

### **Каковы основные пути распространения инфекции?**

Существуют следующие пути распространения инфекции: каналикулярный (восходящий, по протяжению), гематогенный и лимфогенный.

Проникновение инфекционных агентов в верхние половые пути происходит чаще всего с помощью сперматозоидов, трихомонад, возможен и пассивный транспорт, последнее место занимает гематогенный и лимфогенный путь. Гематогенный вариант характерен для туберкулеза половых органов. Лимфогенный путь, а также распространение воспаления в результате непосредственного контакта с воспалительно-измененным органом брюшной полости встречается при аппендиците, цистите, колите.

В передаче гонорей особенно важна роль спермы. Установлена возможность прикрепления к сперматозоиду до 40 гонококков. Хламидии также способны прикрепляться к сперматозоидам — чем больше хламидий, тем к большему числу сперматозоидов они прикрепляются. При снижении pH среды феномен прилипания хламидий увеличивается. Механизм прикрепления микроорганизмов к сперматозоидам изучался в эксперименте *in vitro*. Считается, что сперматозоиды обладают отрицательным зарядом, который служит своеобразным рецептором для микроорганизмов. Последние, прикрепившись к сперматозоидам, достигают матки, маточных труб и брюшной полости.

### **Какие существуют факторы риска развития воспалительного процесса?**

Генитальные факторы — бактериальный вагиноз, урогенитальные заболевания у полового партнера, ИППП.

В возникновении воспалительного процесса значительное, а иногда и решающее значение имеют провоцирующие факторы: осложненные роды, аборт, ГСГ, гистероскопия, выскабливание стенок полости матки, длительное применение ВМК.

Социальные факторы: хронические стрессовые ситуации, недостаточное питание, алкоголизм и наркомания, особенности сексуальной жизни (раннее начало половой жизни, высокая частота половых контактов, большое количество половых партнеров, нетрадиционные формы половых контактов, половые контакты во время менструации).

Экстрагенитальные факторы: алиментарная недостаточность, сахарный диабет, ожирение, анемия, воспалительные заболевания мочевыделительной системы, дисбактериоз, иммунодефицитные состояния.

В развитии воспалительного процесса большое значение имеет ослабление или повреждение барьерных механизмов, способствующее формированию входных ворот для патогенной микрофлоры.

### **Какие существуют барьерные механизмы биологической защиты от воспалительных заболеваний женских половых органов?**

К барьерным механизмам относятся:

- анатомо-физиологические особенности строения наружных половых органов, сомкнутые половые губы;
- многослойный плоский эпителий слизистой оболочки влагалища, преграждающий проникновение микроорганизмов в подлежащие ткани;
- нормальная микрофлора влагалища (лактобактерии);

- кислая среда влагалища (рН 3,8–4,5);
- способность влагалища к самоочищению;
- наличие слизистой пробки цервикального канала (иммуноглобулины, лизоцим, мукополисахариды), препятствующей восходящему инфицированию;
- циклическая отслойка функционального слоя эндометрия;
- перистальтическое сокращение маточных труб и мерцание реснитчатого эпителия труб в сторону просвета полости матки;
- местный и общий противоинфекционный иммунитет.

#### **Какие фазы выделяют в течение воспалительного процесса?**

В течение воспалительного процесса выделяют три фазы:

- I фаза — альтерация — возникает в ответ на внедрение инфекта и характеризуется преобладанием дистрофических и некротических сдвигов;
- II фаза — экссудация — характеризуется преобладанием реакции системы микроциркуляции, главным образом ее венулярного отдела, над процессами альтерации и пролиферации. При этом на первый план выступает интенсивная экссудация плазмы, ее растворимых низкомолекулярных компонентов, а также миграция лейкоцитов.
- III фаза — пролиферация (продуктивное воспаление) — характеризуется преобладанием размножения клеточных элементов пораженной ткани, а также интенсивной микро- или макрофагальной, лимфоцитарной инфильтрацией органа или ткани.

#### **В чем заключается патогенез острых воспалительных заболеваний половых органов?**

В инициации острого воспалительного процесса основная роль принадлежит микробному фактору, в ответ на внедрение которого развивается классический каскад реакций (альтерация, экссудация и пролиферация), регулируемых медиаторами воспаления (простагландинами, кининами). Нарушение проницаемости сосудистой стенки, дестабилизация сосудистых мембран способствуют тому, что в ткани выходят электролиты (калий, кальций, магний).

Нарушение микроциркуляции, повышение агрегации форменных элементов крови превращают очаг воспаления в очаг хронического диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС).

Гуморальные изменения вызывают локальный сосудистый спазм, сменяющийся в дальнейшем расширением мелких артерий с повышением давления в капиллярах — развитием сначала артериального, а затем венозного стаза, повышают проницаемость сосудистой стенки для микробных тел и их токсинов. При этом обеспечивается выход из сосудистого русла иммунокомпетентных клеток.

Тканевая гипоксия закономерно приводит к активизации анаэробного пути углеводного обмена (гликолиза) с образованием в тканях промежуточных недоокисленных продуктов (пировиноградной, яблочной, янтарной кислот), накоплением жирных кислот и кетоновых тел.

В очаге воспаления выделяется много кининов, которые вместе с простагландинами отвечают за возникновение боли в пораженном органе.

### **Каковы особенности патогенеза хронических воспалительных заболеваний половых органов?**

Одной из причин затяжного течения воспалительного процесса матки и ее придатков служит несостоятельность защитных систем организма. Проявляется она в изменении клеточного и гуморального звеньев иммунитета, снижении показателей неспецифической резистентности, сенсибилизации организма и развитии аутоиммунного процесса. Важным патогенетическим звеном хронического воспаления матки и придатков у женщин репродуктивного возраста служат нарушения в системе гемостаза и микроциркуляции. У больных хроническим сальпингоофоритом отмечаются повышение коагуляционного потенциала и снижение фибринолитической активности крови с развитием хронической формы ДВС-синдрома. Все это приводит к гипоксии тканей, замедлению процессов регенерации и хронизации процесса.

### **В чем отличие этиологии и патогенеза острого и хронического воспаления?**

Возбудители, выявляемые при остром воспалении, редко играют ведущую роль в хронизации процесса. Хронические воспалительные заболевания органов малого таза чаще связаны с ассоциациями условно-патогенной флоры, которая доминирует на фоне извращенных иммунных реакций макроорганизма.

В патогенезе острого воспалительного процесса решающая роль принадлежит инфекционному агенту, в патогенезе хронического воспаления преобладают аутоиммунные процессы.

### **Как классифицируют воспалительные процессы половых органов?**

По характеру течения процесса воспалительные заболевания разделяют на острые и хронические.

По этиологическому фактору воспалительные заболевания женских половых органов разделяются на неспецифические и специфические, вызванные ИППП, а также микобактериями туберкулеза.

Кроме того, существует разделение воспалительных заболеваний внутренних половых органов на воспалительные процессы нижнего и верхнего отделов, границей между которыми служит внутренний зев.

### **Что относится к воспалительным заболеваниям нижнего отдела полового тракта?**

К воспалительным заболеваниям нижнего отдела полового тракта относятся: вульвовагинит, вагинит, эндоцервицит, истинная эрозия шейки матки (*erosio vera, true erosion*), бартолинит, абсцесс бартолиниевой железы.

*Вагинит* — воспаление слизистой оболочки влагалища.

*Бартолинит* — воспаление большой железы преддверия влагалища.

*Эндоцервицит* — воспаление слизистой оболочки цервикального канала.

*Истинная эрозия шейки матки* — дефект покровного эпителия на влагалищной части шейки матки, которая встречается сравнительно редко.

### **Что относится к воспалительным заболеваниям верхнего отдела полового тракта?**

- *Эндометрит* (острый и хронический) — воспаление слизистой оболочки матки.



- *Эндомиометрит* (острый и хронический) — воспаление слизистой оболочки и мышц матки.
- *Сальпингоофорит* (острый и хронический) — воспаление придатков матки.
- Кроме того, выделяют осложнения данных заболеваний:
  - *параметрит* — воспаление околоматочной (параметральной) клетчатки;
  - *перисальпингит* — локальное воспаление участка брюшины, покрывающего маточную трубу;
  - *гидросальпинкс* — скопление серозного экссудата в просвете маточной трубы, вызванное воспалительными изменениями в ней;
  - *пиосальпинкс* — скопление гнойного экссудата в просвете маточной трубы, вызванное воспалительными изменениями в ней;
  - *пиовар (pyovarium)* — воспалительное поражение яичника, характеризующееся образованием полости с гнойным содержимым;
  - *тубоовариальное образование* — воспалительный инфильтрат, в который вовлечены яичник (возможен пиовар) и маточная труба (возможен пиосальпинкс);
  - *пельвиоперитонит* — воспаление брюшины малого таза;
  - *общий перитонит* (в данном случае это воспаление брюшины, выходящее за пределы малого таза — вплоть до разлитого).

#### **Каковы основные признаки острого воспалительного процесса?**

К внешним признакам воспаления относятся (по Гиппократу):

- *rubor* (краснота);
- *calor* (жар);
- *tumor* (припухлость);
- *dolor* (боль);
- *functio laesa* (нарушение функции).

### **Воспалительные процессы нижнего отдела женских половых органов**

#### **Каковы основные клинические симптомы воспалительных заболеваний нижнего отдела полового тракта?**

В клинической симптоматике вульвовагинитов, вагинитов, эндоцервицитов преобладают локальные симптомы: жжение и зуд половых органов, жжение при мочеиспускании, бели различного характера, иногда с неприятным запахом, в ряде случаев больные испытывают боли тянущего характера внизу живота.

#### **Каковы данные гинекологического осмотра при воспалительных заболеваниях нижнего отдела половых органов?**

При гинекологическом осмотре отмечаются гиперемия и отечность слизистой оболочки влагалища, иногда она покрыта фиброзным или гнойным налетом, при дотрагивании кровоточит, выделения серозно-гнойные, при кандидозном вагините — творожистые.

При каналикулите вокруг наружного отверстия выводного протока железы отмечается валик красного цвета, при надавливании на проток выделяется капелька гноя.

При ложном абсцессе отмечаются припухлость овоидной формы на границе средней и нижней трети больших половых губ, гиперемия, синюшность. Ложный абсcess выпячивает внутреннюю поверхность большой половой губы, распространяется на малую половую губу и может закрывать вход во влагалище. Кожный покров над железой гиперемирован, пальпация при истинном абсцессе вызывает резкую боль, в ряде случаев имеет место флюктуация, четких границ при пальпации не выявляется.

### **Назовите основные методы диагностики воспалительных заболеваний нижнего отдела полового тракта?**

К основным методам диагностики воспалительных заболеваний нижнего отдела полового тракта относят: осмотр в зеркалах, микробиологический (бактериоскопический, бактериологический, вирусологический) методы исследования, определение рН влагалищного содержимого, рН-метрия, аминный тест, специфические тесты на гонорейную, хламидийную, трихомонадную и другие инфекции.

### **Как производится забор мазков на флору?**

Мазки на флору берутся специальными щеточками или стерильной ложечкой Фолькмана из уретры, цервикального канала и влагалища.

### **Что такое бактериальный вагиноз?**

*Бактериальный вагиноз* — инфекционное невоспалительное заболевание, характеризующееся дисбиозом генитального тракта вследствие нарушения численного и видового состава влагалищной флоры.

### **Что происходит при бактериальном вагинозе?**

Бактериальный вагиноз можно рассматривать как дисбактериоз влагалища: резкое снижение доли лактобактерий приводит к росту числа бактероидов, пептострептококков, гарднерелл, микоплазм, которые становятся доминирующей флорой влагалища.

### **Что может способствовать развитию бактериального вагиноза?**

Развитию бактериального вагиноза могут способствовать эндогенные (изменение гормонального статуса, нарушение анатомии влагалища и промежности, снижение иммунологической реактивности, нарушение микробиоценоза кишечника) и экзогенные факторы (бесконтрольное местное применение антисептиков, предшествующая антибактериальная терапия, перенесенные и сопутствующие воспалительные заболевания мочеполового тракта, применение гормональных средств, иммунодепрессантов).

### **Каковы основные клинические проявления бактериального вагиноза?**

К ним относятся гомогенные пленчатые прозрачные выделения серо-белого цвета, адгезированные на слизистой оболочке влагалища, имеющие неприятный запах. Возможны субъективные ощущения в виде зуда и жжения.

### **Какова диагностика бактериального вагиноза?**

Лабораторное подтверждение диагноза бактериального вагиноза осуществляется измерением рН влагалищного отделяемого (>4,5), постановкой аминотеста (появление «рыбного» запаха при смешивании в равных количествах отделяемого влагалища и 10% раствора КОН), методом микроскопии мазка, окрашенного по Граму, и нативных препаратов с определением «ключевых» клеток.

**Что такое «ключевые клетки»?**

«Ключевые» клетки — так называемые влагалищные эпителиальные клетки, края которых размыты, нечетко различимы ввиду прикрепления к ним большого количества бактерий.

**В чем заключается лечение бактериального вагиноза?**

Цель лечения — восстановление нормального микробиоценоза влагалища.

Существует несколько схем противомикробного лечения:

- аскорбиновая кислота интравагинально — вводится по 1 таблетке на ночь в течение 6 дней;
- метронидазол-гель — 0,75% вводится интравагинально в дозе 5 г 1 раз в сутки в течение 7 дней;
- метронидазол — вагинальные таблетки 500 мг по 1 таблетке на ночь в течение 10 дней;
- орнидазол — 0,5 г перорально 2 раза в сутки в течение 10 дней;
- клиндамицин — 2% вагинальный крем интравагинально в дозе 5 г 1 раз в сутки на ночь в течение 7 дней (имеет преимущества при рецидивирующем течении бактериального вагиноза).

Однако главным фактором будет восстановление эубиоза кишечника, так как именно кишечник служит источником (донором) лактобацилл для влагалища. На 2–4-й неделе назначают эубиотики (препараты живых лактобактерий), способствующие нормализации микробиоценоза влагалища и кишечника.

Во время лечения и контрольного наблюдения следует рекомендовать использование барьерных методов контрацепции.

**Что такое вульвит?**

*Вульвит* (*vulvitis*) — воспаление наружных женских половых органов. Различают первичный и вторичный вульвит. Возникновению первичной формы способствуют опрелость (при ожирении), несоблюдение гигиены половых органов, химические, термические, механические раздражения, расчесы, ссадины, сахарный диабет. Вторичный вульвит возникает в результате наличия воспалительных процессов во внутренних половых органах. У женщин репродуктивного возраста вульвит развивается на фоне гипофункции яичников, авитаминоза, чаще бывает в постменопаузе, особенно при сахарном диабете.

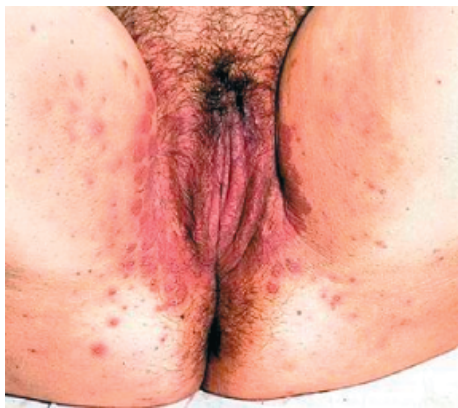
**Какова клиника и диагностика вульвита?**

При остром вульвите наблюдаются гиперемия и отек наружных половых органов, серозно-гнойные налеты (рис. 5.2). Больные жалуются на боль, зуд, жжение, боли при движениях.

Диагностика базируется на описанной клинической картине, данных бактериоскопического и бактериологического исследования отделяемого.

**Каковы лечение и профилактика вульвита?**

В острый период применяют отвар цветков ромашки, слабый раствор калия перманганата, борной кислоты; при бактериальных, грибковых, паразитарных инфекциях — метронидазол по одной влагалищной таблетке перед сном, длительность лечения 10 дней. Если возбудитель вторичного вульвита —



**Рис. 5.2.** Острый вульвовагинит

грибы рода *Candida*, то целесообразно нанесение крема на основе имидазола (клотримазол) на наружные половые органы — 10 дней. Высокая эффективность лечения наблюдается при использовании итроконазола по 100 мг 2 раза в день на протяжении 6–7 дней, потом на протяжении трех–шести МЦ по 1 капсуле в 1-й день цикла. Эффективно облучение наружных половых органов с помощью гелиево-неонового или полупроводникового лазера. При выраженном зуде назначают седативную терапию (препараты брома, пустырника, валерианы), местно — 5% анестезированную мазь.

Для профилактики данного заболевания необходимо соблюдение правил личной гигиены, лечение общих соматических заболеваний и воспалительных заболеваний половых органов, а главное — нормализация биоценоза половых органов.

### **Что такое вагинит (кольпит)?**

*Вагинит, кольпит (vaginitis, colpitis)* — воспаление слизистой оболочки влагалища, относится к самым частым гинекологическим заболеваниям у женщин репродуктивного возраста. Воспаление слизистой оболочки влагалища может быть вызвано стафилококком, стрептококком, кишечной палочкой, грибами кандиды, трихомонадами и др.

Предрасполагающими факторами к развитию вагинита могут быть снижение эндокринной функции яичников, хронические воспалительные процессы, нарушение целостности эпителиального покрова.

### **Какова клиническая картина и диагностика вагинита?**

Основными симптомами служат слизисто-гнойные выделения, локальный дискомфорт, жжение, зуд во влагалище. Больные жалуются на невозможность половой жизни, усиление боли и жжения во время мочеиспускания.

Диагностика базируется на основании анамнеза, жалоб больной, клинической картины, данных гинекологического осмотра и микробиологических исследований: бактериоскопического, бактериологического, ПЦР.

В острой стадии заболевания отмечаются отек и гиперемия слизистой оболочки с серозным или гнойным налетом. При прикосновении кровотоцит. При макулезном кольпите (*colpitis maculosa*) появляются дефекты эпителия в виде ярко-красных участков неправильной формы, а при гранулезном (*colpitis granulosa*) — точечная инфильтрация сосочкового слоя слизистой оболочки влагалища, которая выступает над поверхностью. В хронической стадии заболевания боль становится незначительной, гиперемия слизистой оболочки менее интенсивна. Возбудителя обнаруживают с помощью бактериоскопического, бактериологического исследований. Наиболее перспективен и информативен метод ПЦР, ДНК-гибридизации.

**Какое лечение проводится при кольпите?**

Для получения стойкого эффекта лечебные мероприятия должны быть направлены на ликвидацию основных и способствующих развитию патологии факторов.

Лечение должно быть комплексным:

- санация влагалища и вульвы;
- специфическая антимикробная терапия;
- лечение сопутствующих заболеваний;
- прекращение половых контактов до полного выздоровления, включая восстановление нормобиоценоза;
- обследование и лечение партнера;
- соблюдение гигиены.

Учитывая, что этиология вагинита разнообразна (трихомонадный, кандидозный, герпетический, бактериальный, смешанный), лечение должно определяться выявленными возбудителями.

Местное лечение заключается в туалете наружных половых органов и санации влагалища дезинфицирующими растворами (4% раствором хлоргексидина, мирамистина<sup>▲</sup> с экспозицией 3–5 мин). Хороший противовоспалительный эффект получен при местном назначении тетрабората натрия (бура в глицерине), вагинальных свечей (повидон-йод, хлоргексидин и др.), деквалиния хлорид (флуомизин<sup>▲</sup>), вагинальных таблеток метронидазола, местных инстилляций бутоконазола (при дрожжевом кольпите достаточно однократного применения). Выбор необходимо отдавать препаратам, сохраняющим кислую среду влагалища (свечи повидон-йода), которые создают условия для развития нормальной микрофлоры влагалища. При выраженном зуде используют 5% анестезированную или кортикостероидную мази. В комплекс терапии целесообразно включать десенсибилизирующие, антигистаминные и седативные препараты. При выраженных признаках воспаления или резистентности к лечению местно могут быть использованы антибиотики, однако только после определения чувствительности к ним.

После применения антисептиков обязательна нормализация биоценоза (перорально назначаются эубиотики, путем интравагинального введения таблеток вагинорма-С<sup>▲</sup>, лактагеля<sup>▲</sup> восстанавливается кислая среда влагалища). Лечение может считаться завершенным только после достижения эубиоза половых путей, подтвержденного лабораторными исследованиями.

**Какое лечение проводится при кандидозе половых органов?**

Лечение кандидоза половых органов комплексное.

Местно используются препараты:

- имидазолового ряда — клотримазол (1% крем, свечи), канестен<sup>▲</sup>;
- миконазолы — дактарин<sup>▲</sup> (свечи, шарики);
- эконазол (гино-певарил<sup>▲</sup>);
- изоконазол (гино-травоген<sup>▲</sup>);
- бутоконазол (гинофорт<sup>▲</sup>);
- сертоконазол (залаин<sup>▲</sup>).

Также местно применяются комбинированные препараты (полижинакс<sup>▲</sup>, тержинан<sup>▲</sup>, клион Д<sup>▲</sup>) и неспецифические средства (тетраборат натрия

в глицерине). Эубиотики назначаются перорально. При одновременном кандидозе кишечника или неэффективности местного лечения назначаются противогрибковые препараты внутрь (нистатин, леворин, натамицин (пимафуцин<sup>▲</sup>), флуконазол) в обычных терапевтических дозировках.

### **В чем особенности клинической картины воспаления большой железы преддверия влагалища?**

Воспаление большой железы преддверия влагалища (бартолинит) может вызываться стафилококками, кишечной палочкой, гонококками и др. Независимо от вида возбудителя процесс начинается в выводном протоке железы — возникает каналикулит, вокруг наружного отверстия выводного протока железы отмечается валик красного цвета, при надавливании на проток выделяется капелька гноя, которую берут для микробиологических исследований. Чаще встречается одностороннее поражение бартолиниевой железы. Воспалительный отек может закупоривать проток железы, препятствуя выделению гнойного секрета, который, задерживаясь в протоке, растягивает его, образуя кисту (ложный абсцесс). При закупорке протока и задержке в нем гноя бартолиниевая железа болезненна, увеличена, иногда достигает размеров куриного яйца и даже закрывает вход во влагалище. Температура субфебрильная, отмечаются боли при ходьбе, общее состояние удовлетворительное.

### **В чем заключается лечение воспаления большой железы преддверия влагалища?**

При каналикулитах в острой стадии проводится антибактериальная (с учетом чувствительности) и противовоспалительная терапия, локальная гипотермия (пузырь со льдом). При улучшении состояния на 3–4-й день терапии на область патологического очага назначают УФ-лучи, УВЧ или микроволны сантиметрового диапазона. При псевдоабсцессе производится операция: вскрывают проток бартолиниевой железы, выворачивают слизистую оболочку и подшивают ее к слизистой оболочке вульвы (марсупиализация). В послеоперационном периоде назначаются магнитотерапия и местная обработка дезинфицирующими растворами.

### **Что такое истинный абсцесс бартолиниевой железы?**

При *истинном абсцессе бартолиниевой железы* происходит проникновение микробов в паренхиму большой железы преддверия влагалища с гнойным расплавлением ее и окружающих тканей. Гнойное образование может самопроизвольно вскрываться с истечением густого желто-зеленого содержимого. Формирование абсцесса сопровождается ухудшением общего состояния больной, повышением температуры тела, резкой болезненностью, особенно при ходьбе, припухлостью малой и большой половых губ.

### **Какова клиническая картина истинного абсцесса бартолиниевой железы?**

Больные жалуются на общую слабость, недомогание, боль и неприятные ощущения в области наружных половых органов, особенно при ходьбе. Отмечается повышение температуры до 38–39 °С и выше, озноб.

Наблюдаются отек и гиперемия в участке бартолиниевой железы; при обследовании обнаруживают резко болезненное опухолевидное образо-

вание. После прорыва гнойника состояние больной улучшается: снижается температура тела, уменьшаются отек и гиперемия в участке бартолиниевой железы. Если лечение недостаточно и выводной проток перекрывается опять — наблюдаются рецидивы и формирование ретенционной кисты, которую ошибочно можно принять за доброкачественную или даже злокачественную опухоль наружных половых органов.

#### **В чем заключается врачебная тактика при абсцессе бартолиниевой железы?**

При истинном абсцессе бартолиниевой железы (рис. 5.3) на фоне антибактериальной, десенсибилизирующей и инфузионной терапии проводится оперативное лечение в экстренном порядке: вскрытие и дренирование абсцесса. В послеоперационном периоде проводится облучение зоны раны инфракрасным полупроводниковым лазером в сочетании с магнитным полем в терапевтических дозах. Курс лечения — 5–6 процедур. Местная терапия заключается в обработке дезинфицирующими растворами.

В «холодном» периоде целесообразно проведение энуклеации железы.

Профилактика заключается в соблюдении правил личной гигиены, исключении случайных половых связей, лечении вульвита, кольпита, уретрита. В «холодном» периоде проводится энуклеация железы.

#### **Каковы этиология и патогенез эндоцервицита?**

*Эндоцервицит (endocervicitis)* — воспаление слизистой оболочки канала шейки матки (рис. 5.4). Известно, что одним из барьеров, препятствующих внедрению возбудителя в верхние отделы половых путей, служит шейка матки. Этому способствуют узость цервикального канала шейки матки, наличие слизистой «пробки», содержащей секреторный иммуноглобулин А, лизоцим и другие вещества, обладающие необходимыми физическими и химическими свойствами. При наличии определенных факторов (в частности, травм шейки матки во время родов и аборт, диагностических выскабливаний матки и др.) происходит нарушение этих защитных механизмов и проникновение инфекции в половые пути, что вызывает развитие воспалительного процесса. Возбудителями могут быть хламидии, гонокок-



Рис. 5.3. Абсцесс бартолиниевой железы



Рис. 5.4. Эндоцервицит

ки, трихомонады, вирусы, грибы рода *Candida*, стафилококки, кишечная палочка. Эндоцервицит часто совмещается с другими воспалительными процессами половых органов — сальпингоофоритом, эндометритом и кондиломами.

### **Каковы клиническая картина и диагностика эндоцервицита?**

Клинические симптомы острого цервицита — обильные слизистые или гнойные выделения, зуд, режущие боли внизу живота. При осмотре шейки матки в зеркалах определяются гиперемия, отек, кровоизлияния в области наружного зева шейки матки, иногда могут наблюдаться участки изъязвления или слущивания поверхностных слоев эпителия до базального слоя. В хронической стадии выделения могут быть незначительными. При хроническом цервиците шейка матки отечная, с очаговой гиперемией. При длительном течении заболевания шейка матки гипертрофируется.

Диагностика базируется на осмотре с помощью зеркал, кольпоскопии. Наряду с клиническими признаками имеет определенные лабораторные критерии, определяемые при микроскопическом, бактериологическом исследовании выделений, цитологическом исследовании, рН-метрии влагалищного отделяемого, а также при специальных методах диагностики (иммуноферментный анализ и др.).

### **Как следует лечить эндоцервицит?**

Лечение эндоцервицита должно быть комплексным и включать не только этиотропное лечение, но и ликвидацию предрасполагающих факторов (нейроэндокринных, обменных и других функциональных нарушений, лечение сопутствующих заболеваний), нормализацию биоценоза влагалища, иммунотерапию.

Терапия эндоцервицитов включает применение антибактериальных, противотрихомонадных, противогрибковых, противовирусных, противохламидийных и других средств в зависимости от данных микробиологического и специальных методов исследования. Лазеротерапия показана как в острой, так и в хронической стадии заболевания. Применяют гелиево-неоновые и полупроводниковые лазеры.

В хронической стадии назначают физиотерапевтические процедуры (электрофорез цинка эндоцервикально). При возникновении цервицита на фоне разрывов шейки матки после противовоспалительного лечения показана пластическая операция (радиоволновая конизация шейки матки).

## **Острые воспалительные заболевания верхнего отдела женских половых органов**

### **Что такое эндометрит?**

*Эндометрит (endometritis)* — воспалительное заболевание слизистой оболочки матки, которое вызывается гонококком, стафилококком, стрептококком, кишечной палочкой, хламидиями. Воспалительный процесс распространяется на весь функциональный и базальный слои слизистой оболочки матки или имеет очаговый характер.



**Что такое эндометрит?**

При *эндометрите* воспалительный процесс захватывает прилегающую к эндометрию мышечную оболочку матки.

**Какова возможная этиология острого эндометрита?**

В зависимости от этиологии выделяют следующие эндометриты:

- гонорейный;
- туберкулезный;
- актиномикотический;
- неспецифический;
- смешанный.

**Какова клиническая симптоматика эндометрита?**

Эндометрит чаще всего возникает после родов (особенно при большой кровопотере, предшествовавших дисбиотических состояниях влагалища, хронических очагах инфекции и анемии во время беременности), абортов или диагностического выскабливания. Наличие крови, остатков плодного яйца и децидуальной ткани способствует росту микрофлоры. Отмечается повышение температуры тела, тахикардия, озноб, слизисто-гнойные с запахом или сукровичные выделения из половых путей. Нарушение отторжения патологически измененного эндометрия во время менструации обуславливает симптом гиперполименореи. Иногда воспалительный процесс по сосудам и лимфатическим капиллярам распространяется на мышечный слой с развитием эндометрита.

**Что такое оофорит?**

*Оофорит (oophoritis)* — воспалительное заболевание яичника. Изолированное поражение яичника, как правило, обусловлено воспалением смежных органов (червеобразный отросток) и носит вторичный характер. В подавляющем большинстве случаев встречается в сочетании с поражением маточной трубы (сальпингоофорит). Наиболее частое осложнение оофорита — пиовар, требующий оперативного лечения.

**Что такое сальпингоофорит?**

*Сальпингоофорит (salpingoophoritis)* — воспалительное заболевание придатков матки — относится к наиболее часто встречающимся заболеваниям половой сферы. Возникает обычно восходящим путем при распространении инфекции из влагалища, полости матки, чаще всего в связи с осложненными родами или абортами. Спектр возбудителей сходен с острым эндометритом.

Воспалительный процесс начинается обычно на слизистой оболочке маточной трубы, затем переходит на ее мышечную и серозную оболочки (эндосальпингит, перисальпингит). Экссудат, образовавшийся в результате воспалительного процесса, скапливается в просвете маточной трубы, а затем из абдоминального конца изливается в брюшную полость, нередко вызывая спаечный процесс. Непроходимость маточной трубы ведет к образованию мешотчатых воспалительных образований (гидросальпинкс, пиосальпинкс).

**Какова клиническая симптоматика сальпингоофорита?**

Клиническая картина острого сальпингоофорита характеризуется болями внизу живота, повышением температуры тела, ухудшением общего состояния, дизурическими и диспепсическими проявлениями.

В первые дни заболевания живот напряжен, болезнен при пальпации, может проявляться феномен мышечной защиты. Гинекологическое исследование усиливает боль, контуры придатков определяются недостаточно отчетливо (отечность, перифокальная инфильтрация); придатки увеличены, пастозны, подвижность их ограничена. В клиническом анализе крови — сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличена СОЭ; в протеинограмме преобладают глобулиновые фракции; в крови повышен уровень С-реактивного белка.

При выраженной интоксикации возможны изменения в сосудистой и нервной системах.

В значительной степени клиническая картина определяется степенью вирулентности микроба, иммунореактивностью организма, а следовательно, выраженностью воспалительной реакции и характером экссудата (серозный, гнойный).

### **Какие существуют методы диагностики воспалительных процессов внутренних половых органов?**

Диагностика острого эндометрита и сальпингоофорита основывается на правильной интерпретации данных анамнеза, характере жалоб и результатах объективного исследования.

Данные гинекологического обследования: при эндометрите — матка несколько увеличена, болезненна при пальпации, патологические выделения из цервикального канала; при сальпингоофорите — увеличенные, болезненные придатки матки, в сочетании с данными лабораторных исследований (в клиническом анализе крови — лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ) позволяют установить правильный диагноз.

Бактериоскопическое, бактериологическое исследования позволяют определить микробную флору. Бактериологическое исследование необходимо провести до начала противомикробной терапии с обязательной антибиотикограммой для более эффективного дальнейшего лечения. Целесообразно проведение УЗИ для выявления увеличения и изменения анатомии тазовых органов, определения свободной жидкости в малом тазу, диагностики осложнений (гидросальпинкс, пиосальпинкс, tuboовариальное мешотчатое образование).

Внедрение лапароскопии в гинекологическую практику значительно повысило диагностические возможности. Это единственный метод максимально быстрой и точной диагностики, а также получения материала для микробиологического исследования из очага поражения, который сочетается с возможностью выполнения лечебных манипуляций.

Необходимо учитывать, что исследование микробной флоры цервикального канала недостаточно информативно для определения возбудителя при остром сальпингоофорите, лишь в 10–25% случаев микробная флора бывает аналогичной микроорганизмам, обнаруживаемым в экссудате и тканях трубы.

### **С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику острого сальпингоофорита?**

Дифференциальную диагностику острого сальпингоофорита необходимо проводить с прервавшейся внематочной беременностью, острым

аппендицитом (табл. 5.1), апоплексией яичника, перекрутом ножки опухоли яичника. Иногда возникают трудности при дифференциации острого воспаления придатков матки и перекрута ножки кисты или опухоли яичника. Для последнего характерны внезапное начало заболевания, отсутствие указаний в анамнезе на воспалительный процесс в придатках матки, обнаружение в области придатков опухолевидного образования округлой формы, болезненного при смещении. Параметральный воспалительный инфильтрат отличается от сальпингоофорита более плотной консистенцией; переходит на стенку таза, слизистая оболочка под инфильтратом неподвижна.

**Таблица 5.1.** Дифференциально-диагностические критерии воспаления придатков матки и аппендикита (по И.И. Яковлеву, И.М. Старовойтову)

Признак	Сальпингоофорит	Аппендицит
Начало заболевания	Постепенное, недомогание, бели	Боли резкие с иррадиацией в правую подвздошную область, тошнота, рвота
Клинический анализ крови	Умеренный лейкоцитоз, незначительный сдвиг формулы влево, увеличение СОЭ	Лейкоцитоз уже в первые часы заболевания, быстрое его нарастание, с выраженным сдвигом лейкоцитарной формулы влево
Данные влагалищного исследования	Болезненность придатков матки, резкая болезненность при попытке смещения матки	Отсутствие болезненности при пальпации матки и ее придатков, тракции шейки безболезненны
Симптомы Ровзинга, Щеткина–Блюмберга, Ситковского, напряжение мышц передней брюшной стенки	Отсутствуют или выражены нерезко. Локальное напряжение мышц передней брюшной стенки может иметь место	Все симптомы выражены отчетливо
Симптом Промптова (локализация боли при ректальном исследовании)	Чувствительность позадидаточного углубления незначительна, приподнимание матки резко болезненно	Болезненность в области позадидаточного углубления, приподнимание матки почти безболезненно
Изменение состояния при дальнейшем наблюдении	Постепенное стихание острых явлений под влиянием противовоспалительного лечения	Все признаки заболевания прогрессируют, общее состояние ухудшается, нарастают явления перитонита

### Методы лечения воспалительных заболеваний внутренних половых органов

Лечение больных острым эндометритом и острым сальпингоофоритом проводится в условиях стационара.

Основное место при лечении острого процесса принадлежит противомикробной терапии с учетом чувствительности к выявленной микрофлоре. В силу того что практически ни один антибиотик не активен

против всех возбудителей воспалительных заболеваний, их выбор в таких случаях основан на комбинированном применении препаратов с целью обеспечения перекрытия спектра основных (в том числе устойчивых) возбудителей.

В связи с высокой частотой присоединения анаэробов рекомендуется дополнительно применять метронидазол.

При остром эндометрите и сальпингоофорите назначается антибактериальная терапия, локальная гипотермия (лед на низ живота).

В комплекс терапии включают противовоспалительную (НПВС), десенсибилизирующую, инфузионную, седативную терапию; назначаются средства, укрепляющие сосудистую стенку, по мере стихания воспалительного процесса обязательна физиотерапия, с целью профилактики осложнений и снижения спаечного процесса в малом тазу.

При выраженной интоксикации используют инфузионную терапию (парентеральное введение 5% раствора глюкозы<sup>▲</sup>, белковых препаратов; общее количество жидкости — 2,5 л).

При наличии в полости матки остатков плодного яйца, децидуальной и плацентарной ткани, крупных сгустков крови лечение следует начинать с опорожнения матки (гистероскопия, вакуум-аспирация) под «прикрытием» антибактериальной терапии. При этом возможен лаваж (проточное дренирование) полости матки антисептиками.

При адекватном лечении острый процесс заканчивается через 8–10 дней. Целесообразно раннее использование физиотерапевтических процедур.

### **Какие осложнения могут возникнуть при острых заболеваниях органов малого таза?**

У каждой четвертой женщины с острой формой воспалительных заболеваний органов малого таза развиваются осложнения:

- параметрит;
- панметрит;
- пиосальпинкс, пиовар, tuboовариальное образование;
- пельвиоперитонит;
- перитонит.

### **Что такое параметрит?**

*Parametrium (parametritis)* — воспаление околоматочной клетчатки. Возникает чаще всего после различных вмешательств на матке (патологические роды, аборт, гинекологические операции). Патогенная или условно-патогенная флора проникает в параметрий при травматизации матки либо реже — лимфогенным или гематогенным путем из рядом расположенных очагов инфекции (аднексит, эндометрит, вагинит). После внедрения инфекции в параметрии образуется диффузный воспалительный инфильтрат, который способен нагнаиваться (при современном уровне терапии это происходит достаточно редко), рассасываться либо приобретать хроническое течение. Инфильтрат обычно располагается в определенных областях: от переднего отдела шейки матки по латеральным краям мочевого пузыря к передней брюшной стенке; от переднебоковых отделов шейки матки — к паховой связке и боковым отделам живота; от заднебоковых

отделов шейки матки — к стенкам таза; от заднего отдела шейки матки — к прямой кишке. Воспаление всей клетчатки малого таза носит название пельвиоцеллюлита.

### **Каковы клиническая картина и диагностика параметрита?**

Один из первых симптомов заболевания — стойкое повышение температуры тела (при нагноении она может приобретать интермиттирующий характер). Первоначально общее состояние пациентки практически не изменено, затем появляются и нарастают признаки интоксикации — головная боль, слабость, вялость, адинамия. Появляются жалобы на тупую боль внизу живота, чувство давления на прямую кишку, могут присоединяться дизурические явления и затруднения акта дефекации.

При бимануальном исследовании определяется укорочение и сглаживание заднего или боковых сводов влагалища, более выраженное со стороны поражения (либо равномерно — при тотальном инфильтрате). Матка полностью не контурируется, поскольку включена в воспалительный инфильтрат частично или целиком. Сбоку от матки определяется инфильтрат, сначала мягковатой, позже — плотной консистенции. Признаки раздражения брюшины отсутствуют. Пальпация живота в начале заболевания безболезненна или малоболезненна. При возникновении нагноения живот становится чувствительным при пальпации. Важным дифференциально-диагностическим критерием параметрита служит притупление перкуторного тона над верхней передней подвздошной остью на стороне поражения. Осложнения могут возникнуть при несвоевременной диагностике и развитии нагноения инфильтрата — прорыв гнойника в свободную брюшную полость, прямую кишку, мочевой пузырь.

### **Каково лечение параметрита?**

Лечение следует начинать с назначения антибиотиков широкого спектра или препаратов фторхинолонового ряда (ципрофлоксацин) в сочетании с метронидазолом в течение 7–10 дней. Женщина находится на строгом постельном режиме, показан холод на низ живота, инфузионная, десенсибилизирующая, дезинтоксикационная терапия. При нагноении вскрывают гнойник через задний свод влагалища либо со стороны передней брюшной стенки (внебрюшинно) с введением дренажа. При переходе процесса в подострую стадию начинают воздействие физическими факторами (УФ-лучи, УВЧ). При хронизации процесса можно использовать преднизолон в суточной дозе 20 мг в течение 10 дней с последующим переходом на НПВС, при нормализации показателей крови показаны ультразвук на низ живота, ректальные свечи с индометацином, микроклизмы с ацетилсалициловой кислотой. Заболевание отличается длительным обратным развитием. Спустя 4–6 мес показано санаторно-курортное лечение с использованием грязевых влагалищных и ректальных тампонов, гинекологического массажа. В комплекс терапии целесообразно включать эфферентные методы детоксикации (плазмаферез).

### **Что такое пельвиоперитонит?**

*Пельвиоперитонит* — это воспаление брюшины малого таза.

### **Какова клиническая картина пельвиоперитонита?**

Для клинической картины пельвиоперитонита характерно наличие симптомов интоксикации: тошнота, рвота, слабость, повышение температуры тела. Отмечаются интенсивные боли внизу живота, возможно его некоторое вздутие и ослабление перистальтики, но процесс ограничен гипогастральной областью (главный дифференциально-диагностический признак!), где отмечаются положительные симптомы раздражения брюшины. Матку и придатки пропальпировать, как правило, не удастся.

### **Какова тактика ведения больных пельвиоперитонитом?**

В настоящее время во всем мире отмечается более активная тактика ведения больных гинекологическими пельвиоперитонитами.

Активизация касается не расширения показаний к удалению пораженных органов, а более широкого применения хирургических методов лечения — лапароскопии, удаления гноя, дренирования, пункции. Больные пельвиоперитонитом подлежат немедленной госпитализации в стационар. Первый этап обследования — идентификация возбудителя заболевания путем бактериологических, серологических исследований содержимого влагалища и цервикального канала. Микрофлора нижних отделов полового тракта только в 50% соответствует таковой в маточных трубах и полости таза. В связи с этим забор материала производят при пункции брюшной полости через задний свод влагалища (с одновременным введением антибиотиков) или лапароскопии.

При отсутствии эффекта от консервативной терапии в течение 4–6 ч или присоединении признаков разлитого перитонита больная должна быть подвергнута оперативному лечению в объеме, достаточном для удаления источника гноя и адекватного дренирования брюшной полости.

Чаще необходимы дренирование брюшной полости с кольпотомией; введение дренажей, микроирригаторов для внутрибрюшных капельных инфузий и постоянной эвакуации патологического экссудата по типу перитонеального диализа.

### **Каковы показания к хирургическому лечению воспалительных заболеваний внутренних половых органов?**

Хирургическое лечение показано при пельвиоперитоните (отсутствии эффекта от терапии в течение 4 ч и более); пиосальпинксе (рис. 5.5), пиоваре, tuboовариальном мешотчатом образовании (угрозе их перфорации, перфорации с развитием пельвио- и перитонита); перитоните; безуспешности консервативной терапии.

## **Хронические воспалительные заболевания верхнего отдела женских половых органов**

### **Каковы особенности течения хронических заболеваний?**

Хронические воспалительные процессы органов малого таза необходимо рассматривать как полисистемное заболевание, в основе которого лежат нарушения иммунитета. Именно неадекватность иммунной защиты на местном и системном уровнях — основная причина хронизации про-

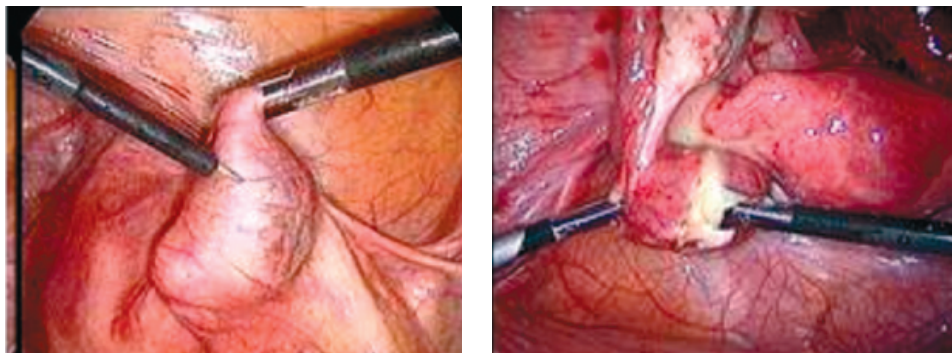


Рис. 5.5. Эндоскопическая картина пиосальпинкса

песса. Наиболее важным патогенетическим звеном следует считать прекращение размножения либо полную элиминацию инфекта, вызвавшего ранее острый воспалительный процесс. Это служит патогенетическим обоснованием отказа или ограничения антибактериальной терапии при терапии хронических воспалительных заболеваний органов малого таза.

#### **Как протекают иммунные процессы при хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза?**

В зависимости от типа возбудителя при остром процессе и исходного состояния иммунитета реакция организма при хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза может развиваться по двум вариантам: реже — формирование иммунодефицита (снижение концентрации IgA и IgM, лизоцима, и компонентов комплемента, снижение активности В-лимфоцитов, уменьшение числа Т-хелперов, увеличение Т-супрессоров); чаще — развитие патологической гиперергической реакции, способствующей поддержанию воспалительного процесса (увеличение IgG в сыворотке крови, изменение активности цитокинов и значительное повышение иммуноглобулинов всех классов в тканях пораженных органов, особенно накопление IgG на поверхности эпителиальных клеток, выявляется лимфоцитарная инфильтрация и скопление плазматических клеток вокруг желез и кровеносных сосудов эпителия).

#### **Каковы клинические проявления хронического эндометрита и хронического сальпингоофорита?**

Клинические проявления хронических воспалительных процессов разнообразны, при этом некоторые симптомы связаны не столько с изменениями в матке и придатках, сколько с нарушением деятельности эндокринной, сердечно-сосудистой, нервной систем, возникающим вторично.

Наиболее постоянный и характерный симптом — боли. Они, как правило, локализованы в нижних отделах живота и могут иррадиировать в поясничный или крестцовый отделы позвоночника. Боли чаще носят периодический характер и нередко сохраняются после исчезновения признаков воспалительной реакции и могут усиливаться при охлаждении, интеркуррентных заболеваниях, физических и эмоциональных перегрузках.

Как правило, болевой синдром сопровождается изменениями в нервно-психическом состоянии больных (плохой сон, раздражительность, снижение трудоспособности, быстрая утомляемость).

Следующим важным проявлением хронического воспалительного процесса служит нарушение менструальной функции. Существование стойкого очага воспаления в малом тазу приводит к нарушению МЦ у 45–55% больных, что проявляется в виде мено- и метроррагий, гипоменструального синдрома и вторичной дисменореи.

Нарушения сексуальной функции встречаются в 50–70% случаев и проявляются аноргазмией, вагинизмом, диспареунией.

Нарушением репродуктивной функции страдает около 30% женщин с хроническим эндометритом, что в большинстве наблюдений связано с прерыванием беременности на ранних сроках гестации.

Частота бесплодия у больных хроническим сальпингоофоритом колеблется от 30 до 70% (трубно-перитонеальный фактор).

У каждой четвертой женщины хроническим сальпингоофоритом и эндометритом отмечаются бели, характер и количество которых может быть различным и связано, как правило, с остротой процесса.

#### **Какие существуют методы диагностики хронического эндометрита?**

Диагноз ставится на основании данных анамнеза, особенностей клинического течения заболевания, данных инструментальных и лабораторных методов исследования.

Достоверных данных в отношении двуручного гинекологического обследования при хроническом эндометрите не существует. Обязательно проведение бактериологических исследований, исследование содержимого цервикального канала, уретры, влагалища. Этиологическую значимость других инфектов необходимо определять только количественными методами. Количество инфекта более  $10^5$  КОЕ/мл позволяет отнести его к возбудителю заболевания.

Четкие УЗИ-критерии хронического эндометрита отсутствуют, хотя хронические воспалительные заболевания тазовых органов сопровождаются определенными структурными изменениями в них. На сегодняшний день для диагностики хронического эндометрита широко используется гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием слизистой оболочки матки (в первую фазу цикла).

Макроскопические изменения слизистой оболочки тела матки при хроническом эндометрите не всегда одинаковы. Клинико-гистероскопические особенности отражают характер и глубину патоморфологических изменений в эндометрии при хроническом процессе и их связь с клиническими симптомами заболевания. Неравномерное истончение и гипертрофия слизистой оболочки служат результатом двух противоположных компенсаторно-приспособительных механизмов эндометрия в ответ на хронический процесс, который проявляется обильными менструациями. Скудные менструации и белесоватая, тусклая слизистая оболочка матки при гистероскопии свидетельствуют об исходе воспалительного процесса. В ряде случаев при гистероскопии в полости матки могут обнаруживаться внутриматочные синехии.



Таким образом, гистероскопия с выскабливанием слизистой оболочки матки и последующим гистологическим исследованием — наиболее достоверный метод диагностики хронического эндометрита.

Гистологическими признаками хронического эндометрита служат инфильтраты, состоящие преимущественно из плазматических клеток, гистиоцитов и нейтрофилов.

Для диагностики хронического эндометрита используется исследование аспирата из полости матки с количественным определением состава иммуноглобулинов. Количественное содержание иммуноглобулинов классов М, А и G в эндометриальном секрете при хроническом эндометрите в 100 раз превышает показатели содержания иммуноглобулинов у здоровых женщин и в 3 раза — при остром эндометрите.

Сопутствующие гинекологические заболевания не влияют на уровень иммуноглобулинов всех трех классов в эндометриальном секрете. Количественное определение иммуноглобулинов всех трех классов в содержимом полости матки — диагностический тест хронического эндометрита.

#### **Какие существуют методы лечения хронических воспалительных процессов половых органов?**

При хроническом эндометрите и сальпингоофорите клинический эффект зависит от решения следующих задач:

- достижение обезболивающего и противовоспалительного эффекта;
- повышение активности компенсаторно-защитных механизмов; профилактика обострения процесса;
- восстановление нарушенных функций половой системы;
- ликвидация вторично возникших полисистемных расстройств и сопутствующих заболеваний.

Один из наиболее важных принципов лечения — строгая обоснованность антибактериальной терапии.

В хронической стадии эндометрита и сальпингоофорита рутинно антибиотики не назначаются.

Антибиотикотерапия показана в двух клинических ситуациях:

- если антибиотики не назначали или использовали неправильно в острой стадии процесса;
- при обострении воспалительного процесса, когда имеются объективные симптомы: экссудация, повышение температуры тела, увеличение СОЭ и количества лейкоцитов, появление С-реактивного белка.

#### **Какие еще лечебные мероприятия входят в комплекс терапии хронических воспалительных заболеваний малого таза?**

В комплекс терапии необходимо включать нестероидные противовоспалительные средства — индометацин (75–100 мг), диклофенак (25–50 мг 2–3 раза в день или по 1 свече на ночь ректально).

В комплекс терапии хронических процессов входят: адаптогены (настойка женьшеня, экстракт элеутерококка, сироп солодкового корня или пантокрин<sup>♦</sup>); биогенные стимуляторы, которые улучшают клеточный метаболизм, трофику и регенерацию тканей.

Из иммуномодуляторов используют интерферон в виде ректальных свечей.

Иммуностимулирующая терапия включает: левамизол, тактивин<sup>▲</sup>, дибазол<sup>▲</sup>. Индукторы эндогенного интерферона — это циклоферон<sup>▲</sup>, виферон<sup>▲</sup>. Хороший эффект получен при использовании пирогенала<sup>▲</sup>, гоновакцины (по стандартным схемам), т.е. при проведении «агрессивной» иммунотерапии, с обострением хронического процесса, установлением микробного возбудителя и дальнейшим подключением антибиотиков.

Целесообразно назначение циклической витаминотерапии: в первую фазу цикла фолиевая кислота 5 мг/сут, витамин Е 100 мг/сут; во вторую фазу аскорбиновая кислота по 200—400 МЕ/сут, витамин Е 200 мг/сут. Курс витаминотерапии проводят 3 мес.

Один из методов лечения хронического сальпингоофорита — плазмаферез. Плазмаферез оказывает детоксикационное, реокорректирующее и иммунокорректирующее влияние.

Нередко течение хронического эндометрита и сальпингоофорита может быть отягощено развитием дисбактериоза. В связи с этим необходимо дополнить базовую терапию препаратами, устраняющими нарушения в микробиоценозе кишечника и влагалища. К таким препаратам относятся бификол<sup>▲</sup>, лакто- и бифидумбактерин и др. (с. 64).

#### **Какие физиотерапевтические мероприятия показаны при воспалительных заболеваниях органов малого таза?**

Обязательным будет применение физиотерапии. При длительности заболевания до 2 лет и ненарушенной функции яичников используют микроволны сантиметрового диапазона или магнитотерапию; если заболевание длится более 2 лет — целесообразно применять ультразвук в импульсном режиме или электрофорез цинка. Для лечения хронического сальпингоофорита широко используют как природные (сероводородные, радоновые, йодобромные ванны, пеллоиды), так и преформированные физические факторы (ультразвук, магнитное поле, лазерное излучение электро- и фонофорез).

Для снятия болевого синдрома используют массаж, при этом проводится сочетанный массаж области живота и пояснично-крестцовой зоны. Кроме перечисленных мероприятий, для успешной ликвидации системных изменений организма женщины, вызванных хроническим эндометритом или сальпингоофоритом, необходима определенная установка личности, направленная на активное преодоление болезни.

#### **Каковы основные направления реабилитации после лечения хронических воспалительных заболеваний органов малого таза?**

Реабилитация после лечения воспалительных заболеваний органов малого таза — крайне актуальная задача, учитывая что основной контингент пациенток — женщины репродуктивного возраста.

Комплекс реабилитационных мер включает:

- нормализацию биоценоза кишечника и половых органов (достигается дотацией лактобактерий);
- нормализацию функции яичников — достижение двухфазного МЦ (в репродуктивном возрасте);
- планирование семьи (контрацепция, а также предгравидарная подготовка и репродуктивные технологии при необходимости).

**Текстовые задания**

*Выберите один или несколько правильных ответов.*

**1. Какие возбудители считаются основными в этиологии воспалительных заболеваний половых органов на современном этапе?**

- 1) аэробная инфекция;
- 2) гонорейная инфекция;
- 3) ассоциации анаэробно/аэробных микроорганизмов;
- 4) вирусная инфекция;
- 5) анаэробная инфекция.

**2. Каковы основные пути распространения инфекции?**

- 1) парентеральный;
- 2) гематогенный;
- 3) воздушно-капельный;
- 4) лимфогенный;
- 5) каналикулярный.

**3. Что относится к барьерным механизмам биологической защиты от воспалительных заболеваний половых органов?**

- 1) нормальная микрофлора влагалища;
- 2) слизистая пробка цервикального канала;
- 3) особенности строения внутренних половых органов;
- 4) циклическая отслойка функционального слоя эндометрия;
- 5) особенности строения наружных половых органов.

**4. Какие фазы выделяют в течение воспалительного процесса?**

- 1) альтерация;
- 2) секреция;
- 3) пролиферация;
- 4) экссудация.

**5. Что относится к воспалительным заболеваниям верхнего отдела полового тракта?**

- 1) эндоцервицит;
- 2) сальпингит;
- 3) эндометрит;
- 4) параметрит;
- 5) панметрит.

**6. Основными клиническими симптомами воспалительных заболеваний нижнего отдела полового тракта являются:**

- 1) жжение;
- 2) повышение температуры тела;
- 3) зуд;
- 4) бели;
- 5) нарушение МЦ.

**7. Основными методами диагностики воспалительных заболеваний нижнего отдела полового тракта являются:**

- 1) бактериоскопический;
- 2) цитологический;
- 3) бактериологический;
- 4) вирусологический.

**8. Основными критериями диагностики бактериального вагиноза являются:**

- 1) измерение рН влагалищного отделяемого (<4,5);
- 2) измерение рН влагалищного отделяемого (>4,5);
- 3) отрицательный аминотест;
- 4) положительный аминотест;
- 5) микроскопия мазка с определением «ключевых клеток».

**9. Диагностика острых воспалительных заболеваний верхнего отдела полового тракта основывается:**

- 1) на характере жалоб;
- 2) данных анамнеза;
- 3) данных гинекологического обследования;
- 4) данных микробиологических, клинических исследований;
- 5) данных иммунологических исследований.

**10. Особенности течения хронических воспалительных заболеваний органов малого таза являются:**

- 1) острое начало процесса;
- 2) выраженная гипертермия;
- 3) неадекватность иммунной защиты на местном и системном уровнях;
- 4) элиминация инфекта, вызвавшего острый воспалительный процесс.

**11. Исключительно половой путь передачи инфекции характерен:**

- 1) для хламидий;
- 2) вируса простого герпеса;
- 3) трихомонады;
- 4) правильные ответы 1 и 3;
- 5) правильные ответы 2 и 3.

**12. Основным методом диагностики хронического эндометрита является:**

- 1) двуручное гинекологическое обследование;
- 2) эхографическое исследование;
- 3) морфологическое исследование;
- 4) гистероскопия.

**13. Принципами лечения хронических воспалительных процессов являются:**

- 1) повышение активности компенсаторно-защитных механизмов;
- 2) восстановление нарушенных функций половой системы;
- 3) широкое применение антибактериальных препаратов;
- 4) достижение обезболивающего эффекта.

**14. Для пельвиоперитонита гонорейной этиологии характерны:**

- 1) склонность к образованию спаек и сращений;
- 2) чаще отмечается ограничение процесса;
- 3) наличие симптомов раздражения брюшины в нижних отделах живота;
- 4) правильные ответы 1 и 2;
- 5) все ответы правильные.

**15. Лечение больших хронической гонореей не включает:**

- 1) терапию гоновакциной;
- 2) пирогенал;
- 3) санаторно-курортное лечение;
- 4) влагалищные ванночки с 3–5% раствором протаргола;
- 5) инстилляций в уретру 0,5–1% раствора азотнокислого серебра.

**16. Критерий излеченности больных гонореей устанавливается после лечения в течение:**

- 1) 1 мес;
- 2) 2 мес;
- 3) 3 мес;
- 4) 4 мес;
- 5) 5 мес.

### **Задачи**

**17.** Женщина, 31 года, обратилась в женскую консультацию с жалобами на выраженные боли внизу живота, больше слева; повышение температуры тела до 37,8 °С. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое срочных родов и два медицинских аборта, без осложнений. Осмотр с помощью зеркал: слизистая оболочка влагалища и шейки матки чистая, наружный зев щелевидный, бимануальное обследование: тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки матки справа не определяются, область их безболезненна, слева — пальпируются болезненные, несколько увеличенные в размерах, ограничено подвижные; своды глубокие, выделения из половых путей слизистые. Каков предварительный диагноз? Какова тактика врача?

**18.** Женщина, 23 лет, госпитализирована в гинекологическое отделение по поводу неразвивающейся беременности малого срока. В анамнезе 3 медицинских аборта. Было произведено выскабливание матки под контролем гистероскопии. Каков диагноз? Какова дальнейшая тактика врача?

## **5.2. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ. ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**



**Цель занятия:** научить студентов диагностике наиболее распространенных форм ИППП, туберкулеза половых органов, изучить эпидемиологию, пути передачи возбудителей, классификацию, клиническую картину, диагностику, лечение основных ИППП и туберкулеза.

**Студент должен знать:** эпидемиологию, этиологию, пути передачи возбудителей, патогенез, клиническую картину, диагностику, лечение и профилактику ИППП и туберкулеза женских половых органов.

**Студент должен уметь:** взять мазок из уретры, цервикального канала, влагалища и прямой кишки на степень чистоты, взять материал для бактериологического и вирусологического исследований, произвести влагалищное обследование. На основании данных общего и специального обследования больной правильно поставить диагноз и выработать тактику лечения.

**Место проведения занятия:** аудитория, отделение гинекологии.