

Vulvas un krūšu iekaisīgas saslimšanas meitenēm un pusaudzēm

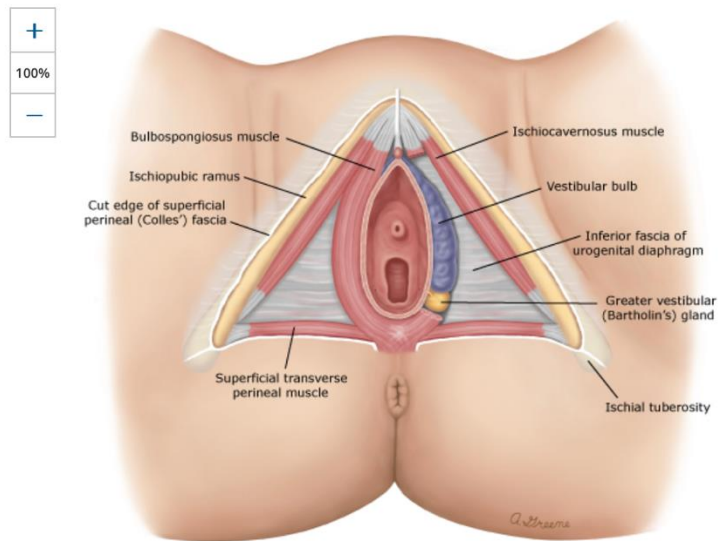
Dr. Laura Lūse

Ginekologs, dzemdību speciālists

BKUS, RDN

Anatomija

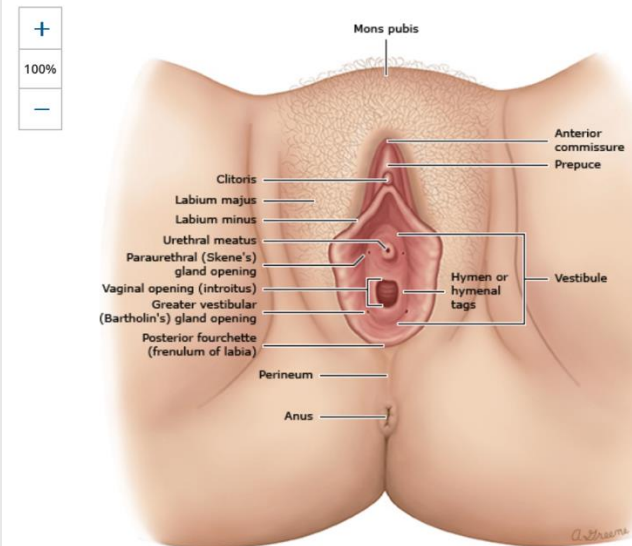
Deep anatomy of the vulva



Graphic 64605 Version 4.0

© 2025 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.

Anatomy of the vulva



Graphic 72614 Version 13.0

© 2025 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.

Anatomija II

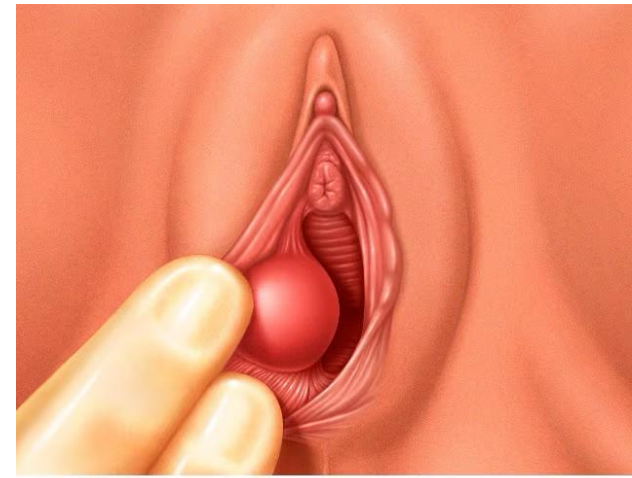
- Biežākās infekcijas vietas ir no ādas vai zemādas audiem t.i. matu folikuli un taukaudu dziedzeri.
- Abscesa veidošanos veicina irdenie zemādas saistaudi un abscesa izplatīšanos veicina zemādas fascijas turpinājums ar augšstilba mediālo daļu, vēdera priekšējo sienu un išiorektālo rajonu.

Abscesu veidi, pēc to izcelsmes un lokalizācijas

- Āda, matu folikuli un sviedru dziedzeri.
- *Bartolini dziedzera abscesi – visbiežākas vulvas masas, kad nosprostojošs dziedzerīša izvadam abscedējas tā saturs.*

Case report meitenēm pirms mēnešreižu sākšanās t.sk. 4 mēnešu vecumā.

- *Skene abscesi- gadījuma apraksti,*
- Sekundāras infekcijas pēc vulvas traumām, abscedējušās hematomas.



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

Mikrobioloģija

- Vulvas ādu kolonizē mikroorganismi, kas parasti ir sastopami makstī un rectum:
 - *S. aureus* (MRSA),
 - Gram- mikroorganismi: *E.coli*, *B streptococci*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, and *Enterococcus*,
 - Anaeroibi: *Peptostertococcus*, *Bacteroides fragilis*.

Tādēļ infekcijas visbiežāk ir polimikrobiālas.

Riska faktori

- Adipozitāte,
- Slikta higiēna,
- Vulvas trauma t.sk. pēc vaksācijas un skūšanās,
- Imunokompromitēti pacienti (slikti kontrolēts diabēts, HIV, imunosupresantu terapija),
- Grūtniecība.

Sūdzības

Vulvas abscesu diagnostika pēc lokālas apskates (klīniska diagnoze) – fluktuējoša masa, ko apņem eritēma un tūska.

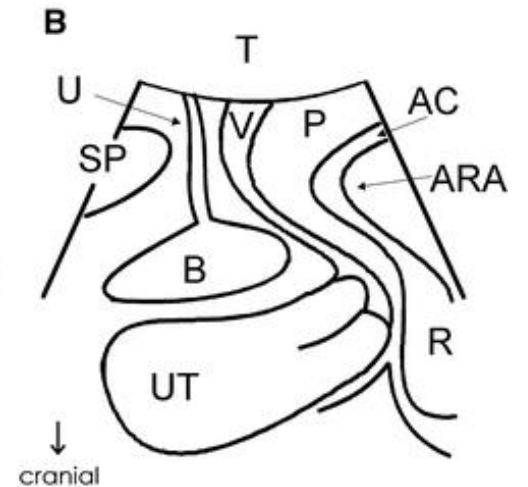
- Sāpes un uztūkums starpenes rajonā,
- Grūtības apsēsties vai staigāt,
- Paaugstināta ķermeņa temperatūra $> 38^{\circ}\text{C}$ ir novērojama tikai 10% no meitenēm.

Laboratoriskā izmeklēšana

- Vulvas abscesus neizraisa STS izraisītāji (piem. N gonorrhea, Chl. Trachomatis), bet gan multiflora.
 - Izņēmums ir Bartholini dziedzeru abscesi, kas var būt saistīts ar STS infekciju.
- Ja nepieciešama incīzija un drenāža nepieciešama kultūra un a/b jūtības noteikšana.

Radioloģiskā izmeklēšana

- Pamatā radioloģiskās izmeklēšanas metodes nav nepieciešamas, ja vien nav aizdomas par iekaisuma izplatīšanos ārpus vulvas audiem.
- Translabiāla USG, lai diferencētu celulītu no drenējama abscesa.



Diferenciāldiagnoze

- Ģenitālas herpes – vezikulārie izsitumi ir daudz mazāki
- Nekrotizējošais fascīts
- *Hydradenitis suppurativa*

Diferenciāldiagnoze *Hydradenitis suppurativa*

Hroniska iekaisīga ādas slimība.
Rodas dēļ sviedru dziedzeru noprostojuma,
kas izriasa recidivējošus abscesus un fistulu
veidošanos.

Novērojama: padusēs, cirksnī, perianālajā
rojonā.

Visbiežāk sastopama sievietēm no pusaudžu
gadiem līdz 40 gv.

Ārstēšana atkarīga no slimības smaguma
pakāpes.

Medikamentoza terapija (antibiotikas+
antiandrogēni medikamenti) līdz ķirurģijai
un bioloģisko preperātu lietošanai.

Moderate hidradenitis suppurativa



Reproduced with permission from: F William Danby, MD, FRCPC, FAAD and Lynne J Margesson, MD.



FIGURE 3 Severe Perianal Hidradenitis Suppurativa. Note the

Hidradenitis suppurativa with an abscess



Reproduced with permission from: F William Danby, MD, FRCPC, FAAD and Lynne J Margesson, MD.

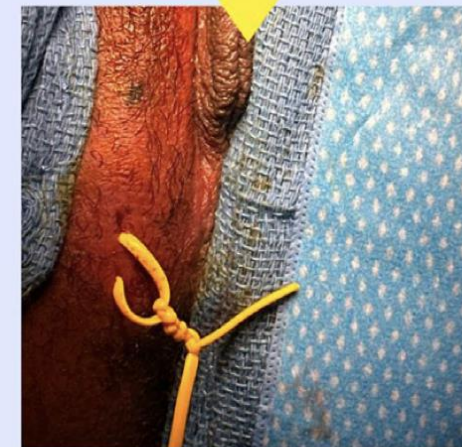
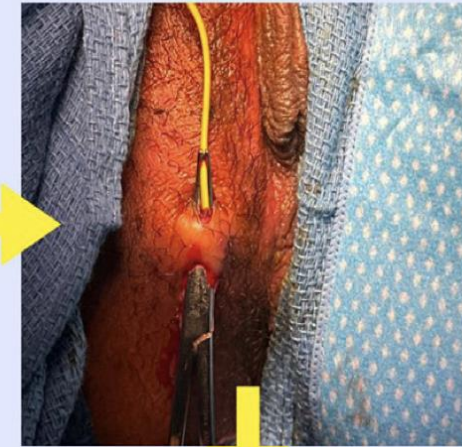
Ārstēšana

- Mazi abscesi (< 2 cm)
 - Sēdvanīņas 4x dienā+ a/b terapija
- Lielāki abscesi (> 2 cm), individuāla pieeja.

Nepieciešama incīzija un drenāža ar antibiotikām.

Pēc drenāžas a/b terapija vismaz 7 dienas

Drenas



Two incisions are made into the abscess and a narrow curved clamp guides a vessel loop through the tract formed.

Tie multiple knots to endure the loop stays in place. Placing a finger between the skin and first knot prevents tissue strangulation.

Loop Drains for Treatment of Vulvar Abscess: A Case Series. _

Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 2025-04-01, Volume 38,

Issue 2, Pages 261-262, Copyright © 2025

Antibiotiku terapija

- Antibiotiku terapijai ir jānosēd **S. aureus+ un gr- baktērijas**, smagu infekciju gadījumā ir jāpievieno antibiotika, kas nosēd anairobis.
- Pēc incīzijas un drenāžas iespēju robežās vadīties pēc uzsējuma rezultātiem.

Antibiotikas

Trimetoprimis/ sulfametaxol

Trimetoprimis/ sulfametaxol + amoxicillin-klavulānskābe

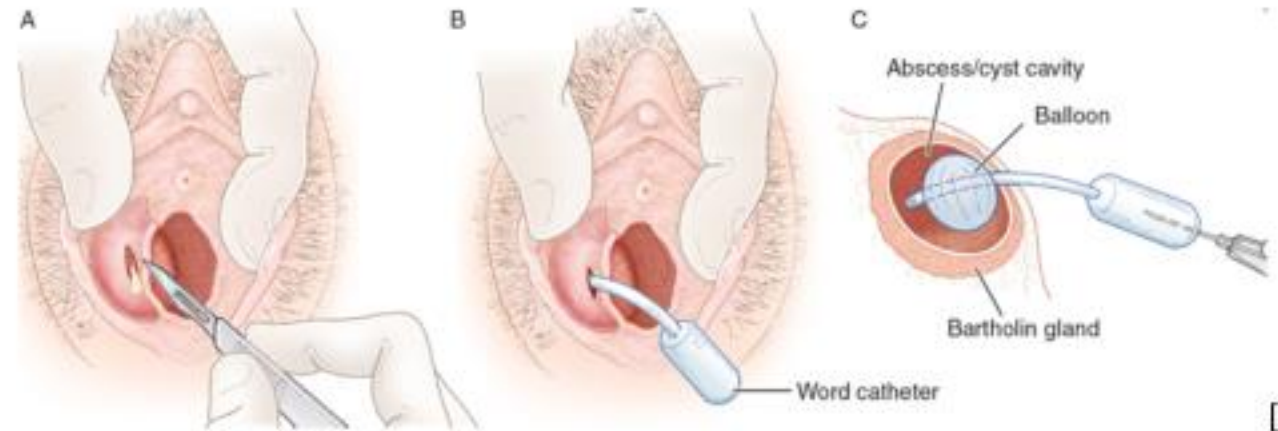
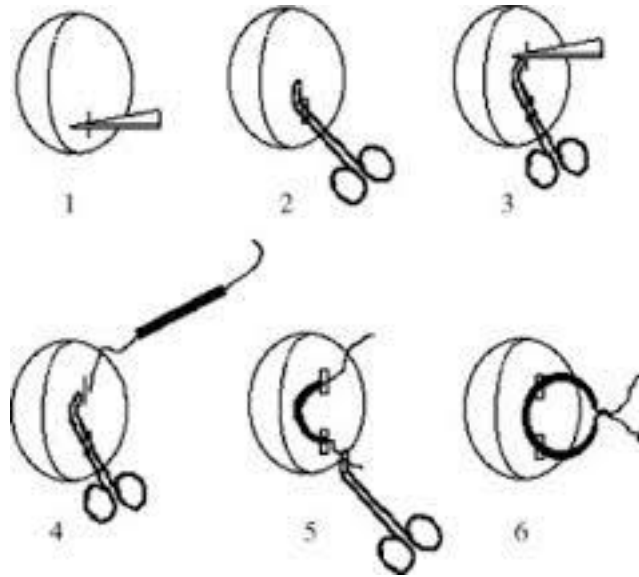
Trimetoprimis/ sulfametaxol + metronidazol

Doxycycline + amoxicillin-klavulānskābe
NB! No 7 gadu vecuma

Doxycycline + metronidazol

Clindamycin + amoxicillin-klavulānskābe

Bartolini dziedzera abscess



Krūšu iekaisīgas saslimšanas

Ar laktāciju nesaistīts mastīts

Staphylococcus aureus ir biežākais mastītu izraisītājs bērniem un jauniešiem.

Retāk, bet izraisītāji var būt arī:

Enterococcus, Streptococcus pyogenes, Pseudomonas, Streptococcus agalactiae (B grupas *Streptococcus*) un *Bacteroides*.

Etioloģija

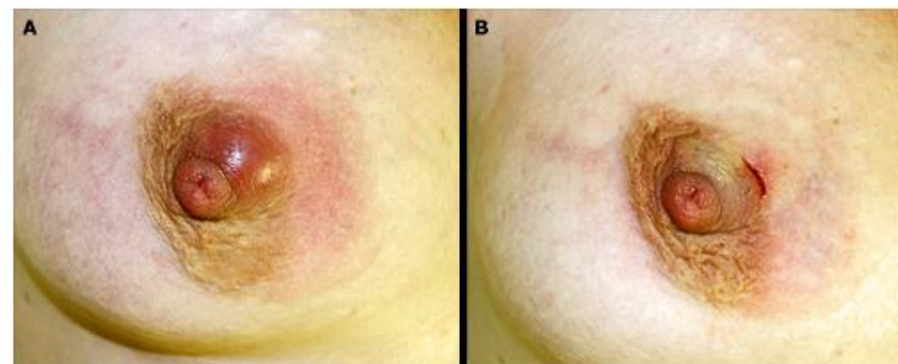
- Mastīts bērniem ≥ 2 gadiem un jauniešiem rodas no baktēriju nokļūšanas duktālā sistēmā.
- Faktori, kas predisponē infekcijai:
 - Krūts ievainojums (matiņu pūkšana, izsitumu izspiešana, insektu kodumi, pīrsingi)
 - Aptaukošanās
 - *Hydradenitis suppurativa*
 - Lokāla ādas infekcija
 - Dermatīts ap areolu

Diagnostika

Mastīts

- Biežāk sastopams pirmajos divos dzīves mēnešos, pēc tam bērniem ≥ 8 gadu vecumā
- Klīniska diagnoze:
 - Pietūkums, eritēma, siltums un jutīgums, palpatori veidojums krūtī.
 - Pie abscesa perifēri novērojama fluktācija, retāk purulenti izdalījumi no krūtsgala.
- Laboratorās un radioloģiskās izmeklēšanas metodes nav nepieciešamas diagnozes uzstādīšanā, bet var palīdzēt precizēt iekaisuma apmēru un diferenciāldiagnozē.

Periareolar abscess



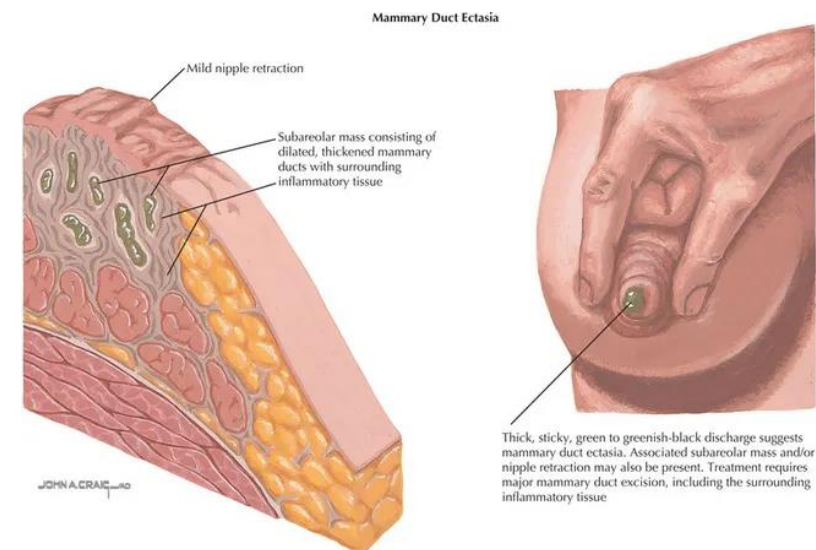
Periareolar abscess. Large incisions are not necessary for the drainage of a breast abscess.

Courtesy of Michael J Dixon, MD.

UpToDate®

Diferenciāldiagnoze

- Krūts trauma-
 - Tieša trauma, kā piem, no drošības siksnas var radīt hematomas un taukaudu nekrozi, kas var radīt solidu masu.
- Limfangioma-
 - limfātiskās sistēmas malformācijas, kas ir cistiskas struktūras ar plānu sienas kapsulu. Nav iekaisuma komponents- apsārtums, jūtīgums un hiperēmija.
- Piena vadu ekstāzija-
 - var būt asocēta ar asiņainiem un zaļganiem izdalījumiem bērniem un jauniešiem. USG – retroareolāri, dilatētas anehogēnas tubulāras struktūras.
- Audzējs-
 - ļoti, ļoti rets jauniešiem un bērniem. Blīva, neregulāra masa.



Piena vadu ekstāzija

Ārstēšana

- Rekomendācijas:
 - Miera saudzējošs režīms
 - Divreiz dienā aukstuma kompreses
 - Krūšturis, kas nenospiež krūti
- Antibiotiku terapija (7-10 dienas)

Antibiotikas (imunokompitentiem pacientiem)	Antibiotikas (imunokompremitētiem pacientiem)
Cephalexin 25 to 50 mg/kg dienā p/o	Cefazolin 50 to 100 mg/kg dienā (IV) trijās devās, dienas maksimālā deva 3g
Clindamycin 30 to 40 mg/kg dienā p/o Piem. Meitene 50 kg 600 mg x3 p/o, 7 dienas	Clindamycin 30 to 40 mg/kg dienā IV dalot 3-4 devās (maksimālā dienas deva 2.7g)
Trimethoprim- sulfamethoxazole (TMP-SMX) 8 to 12 mg TMP/kg dienā, divās devās.	

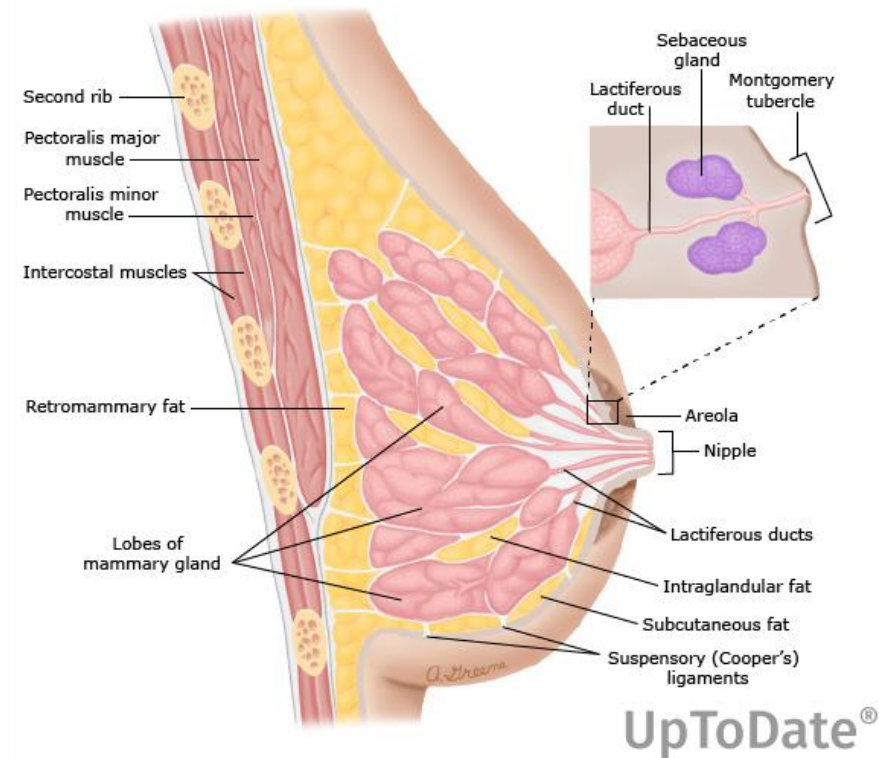
Abscesa drenāža

- Ja sākotnēji ir fluktējošs abscess,
- Ja uz antibakteriālās terapijas fona abscesa lielums pieaug.

Incīzijas vietai jābūt tālāk no areolas, lai minimizētu iespēju ievainot piena vadus.

Jācenšas kopumā mazus griezienus, lai neievainotu piena vadus.

Anatomy of the breast



Novērošana ar antibakteriālu terapiju

- Iekaisumiem, kas ir mazi un ārstēšana ir uzsākta kamēr ir tikai infiltrāts, bet nav abscedēšanās pazīmes, nozīmejam a/b un rekomendācijas, ar kontroli pēc 1 nedēļas,
- Ja ir aizdomas, ka attīstīsies/palielināsies abscess, bet pirmreizējas apskates laikā nav indikācijas drenāžai- a/b+ rekomendācijas un individuāli noteikta kontrole, lai lemtu par nepieciešamību drenāžai.



Paldies par uzmanību !