


**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ
ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ
ОРГАНОВ**



ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

- Частота их по данным ВОЗ (1982 г.) составляет 60-65% гинекологических больных и 30% - среди направленных на лечение в стационар.
- нередко они протекают в "стертой" форме, и больные не всегда обращаются к врачу. Актуальность этой проблемы обусловлена не только частотой, но и выраженным неблагоприятным влиянием на репродуктивную, менструальную и половую функции женщины.
- Так, у 17-20% больных острый процесс переходит в хронический с развитием спаечного процесса, стойкого болевого синдрома, нарушением овуляции, 15% из них впоследствии страдают бесплодием и у 18% рано или поздно развивается внематочная беременность.

Физиологические защитные механизмы.

- физиологическая десквамация и цитолиз поверхностных клеток эпителия влагалища;
 - неспецифические антимикробные механизмы, действующие на клеточном уровне: фагоцитоз, неспецифические гуморальные факторы (трансферрин, опсонины, лизоцим-пептид);
 - иммунные механизмы защиты;
 - наличие цервикальной слизи, содержащей антимикробные вещества и антитела к некоторым микроорганизмам (кишечной палочке, гонококкам, вирусам простого герпеса, грибам кандиды).
-



Различают следующие пути передачи инфекции:

1) половой,

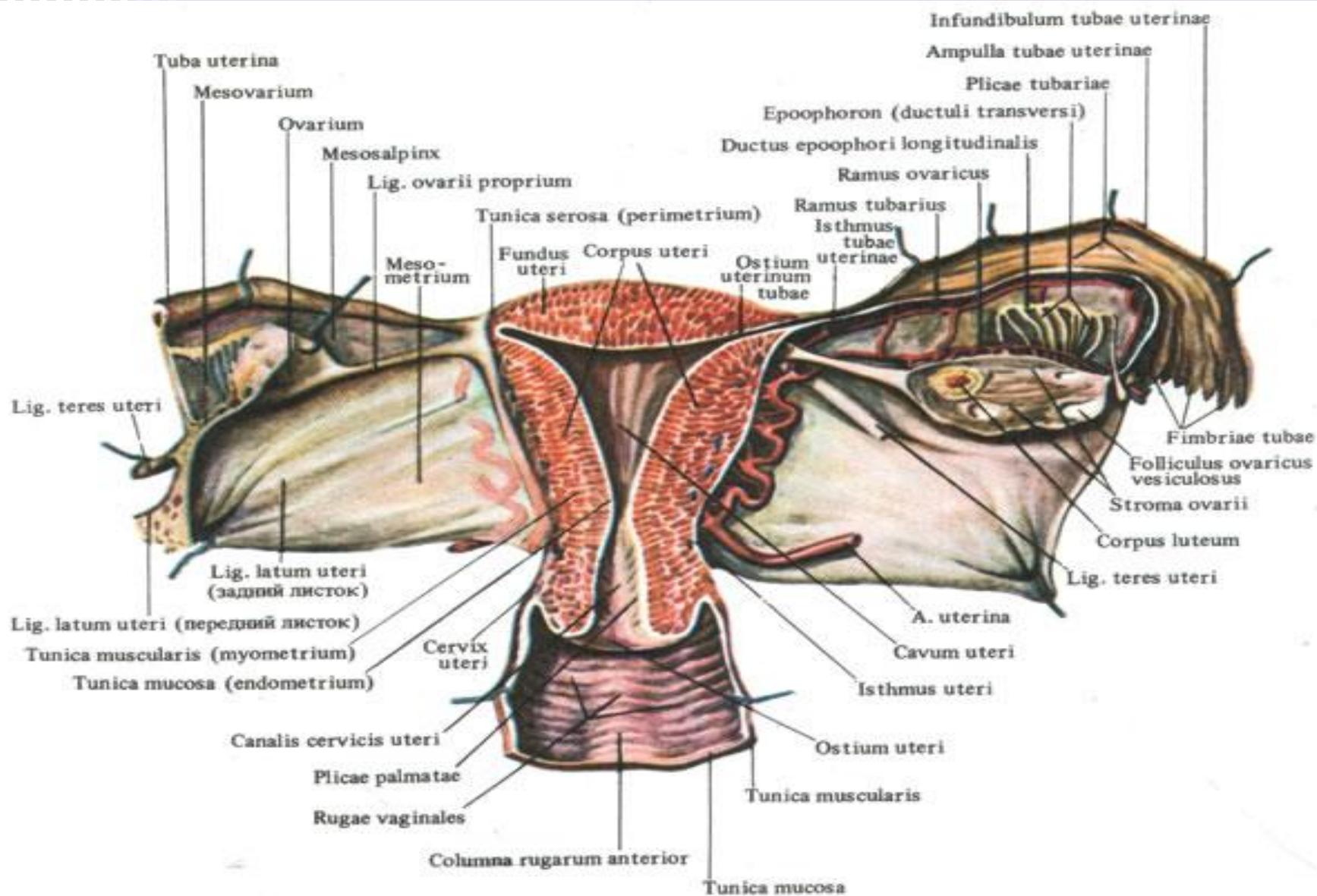
2) после инвазивных вмешательств (зондирование, гистероскопия, гистеросальпингография);

3) после абортов, родов;

4) наличие внутриматочных контрацептивов;

5) вследствие патологии кишечника;

6) метастатический (из отдаленных очагов - особенно миндалин).





Классификация воспалительных заболеваний

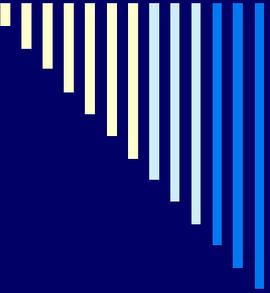
1. Поражение нижнего отдела половых органов
 - вульвит,
 - кольпит,
 - воспаление большой железы преддверия влагалища,
 - эндоцервицит (цервицит),
 - эрозия шейки матки.
-



Классификация воспалительных заболеваний

2. Поражение верхнего отдела половых органов:

- - эндометрит,
 - - параметрит,
 - - воспаление придатков матки (сальпингит, гидросальпинкс, пиосальпинкс, оофорит, сальпингоофорит, тубоовариальное образование, тубоовариальный абсцесс),
 - - пельвиоперитонит,
 - - перитонит.
-



классификация

1. Неспецифические воспалительные заболевания, вызванные условно-патогенной микрофлорой, преимущественно стафилококком в ассоциации с другими микроорганизмами (кишечная палочка, протей, стрептококк). Отмечается возрастающая роль анаэробной инфекции (бактероидов, пептококков, пептострептококков).
-



2. Специфические воспалительные заболевания.

гонорея,
трихомоноз,
хламидиоз,
уреаплазмоз,
микоплазмоз,
кандидомикоз,
бактериальный вагиноз,
вирусные заболевания,
туберкулез.



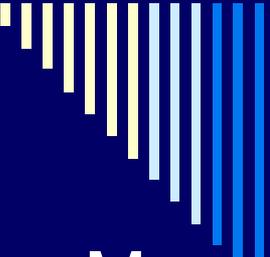
Стадии воспалительного процесса.

- Согласно существующей номенклатуре различают
 - острое,
 - подострое
 - хроническое течение.
-



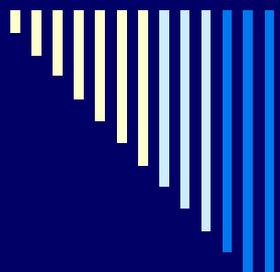
осложнения воспалительных заболеваний:

- - наличие спаечного процесса,
 - - выраженный болевой синдром,
 - - нарушение менструальной функции,
 - - гипофункция яичников,
 - - развитие синдрома поликистозных яичников,
 - - нарушение овуляции,
 - - невынашивание беременности,
 - - бесплодие,
 - - внематочная беременность,
-



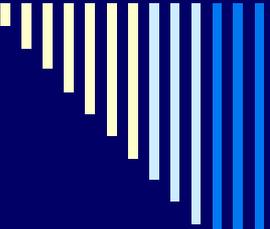
Воспаление большой железы преддверия влагалища (бартолинит).

Микроорганизмы поражают выводной проток железы (каналикулит), а также непосредственно железу. При закупорке выводного протока возникает псевдоабсцесс железы, появляется припухлость овоидной формы на границе средней и нижней трети больших половых губ, распространяется на малую половую губу и закрывает вход во влагалище, гиперемия, цианоз. Температура обычно субфебрильная; отмечаются боли при ходьбе.



Вульвит - воспаление наружных половых органов.

Различают первичный и вторичный вульвит. Возникновению первичного вульвита способствуют опрелость, несоблюдение гигиены, эндокринные заболевания (сахарный диабет и пр.), воспалительные процессы в перинеальной области, глистная инвазия. Вторичный процесс часто имеет характер вульвовагинита и возникает при наличии воспалительного процесса внутренних половых органов.



Кольпит - воспаление слизистой влагалища

- Клиника: основным признаком кольпита являются серозно-гноевидные бели.
 - При острой стадии больные жалуются на зуд, жжение в области влагалища и при мочеиспускании.
 - При осмотре отмечается гиперемия слизистой оболочки, выделения.
 - В хронической стадии периодически беспокоят зуд, жжение.
-



Эндоцервицит (цервицит)- воспаление слизистой канала шейки матки.

- Клиника: в острой стадии больные жалуются на серозно-гнойные выделения, иногда тянущие боли в нижних отделах живота и пояснице.
- При осмотре с помощью зеркал отмечаются гиперемия вокруг наружного зева и мутные выделения из канала шейки матки.



Эндометрит воспаление слизистой матки

после абортов,

- родов,
- диагностических выскабливаний матки, гистеросальпингографии
- в связи с использованием внутриматочных контрацептивов.
- Воспалительный процесс может захватить прилегающую к эндометрию мышечную оболочку матки с развитием эндомиометрита и часто сочетается с заболеваниями придатков матки



Клиника острой стадии

- больные жалуются на боли внизу живота с иррадиацией в крестец и паховые области, серозно - гнойные или сукровичные выделения, часто нарушения менструальной функции.
 - При общем объективном исследовании отмечается ухудшение общего состояния, повышение температуры, учащение пульса. Живот при пальпации болезненный в нижних отделах. При гинекологическом исследовании тело матки увеличено, мягковатой консистенции, болезненное.
 - При лабораторном исследовании в крови обнаруживают лейкоцитоз, ускорение СОЭ.
-



клиника хронической стадии

- серозные или гноевидные выделения из половых путей,
 - ноющие боли внизу живота,
 - пост- и предменструальные кровянистые выделения,
 - межменструальные кровянистые выделения, которые связаны с повышенной проницаемостью сосудов эндометрия в период овуляции.
-



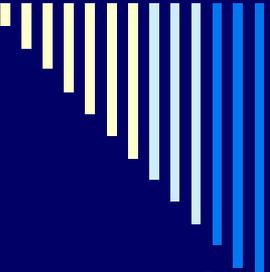
Воспаление придатков матки.

- воспаление трубы - сальпингит и воспаление яичника –оофорит
- Признаки воспаления этих органов настолько сливаются друг с другом, что трудно и нецелесообразно выделять отдельно симптоматику сальпингита и оофорита.
- В практической деятельности пользуются термином "сальпингоофорит" или аднексит.



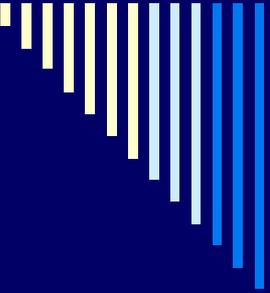
Острый сальпингоофорит. клиника

- Больные жалуются на боли внизу живота, с иррадиацией в поясничную область и прямую кишку,
- беспокоит тошнота,
- однократная рвота, озноб,
- общая слабость,
- учащенное мочеиспускание,
- вздутие кишечника;
- гнойные или кровяные выделения.
- заболевание возникает после менструации,
- переохлаждения,
- диагностического выскабливания или аборта, применения ВМС.



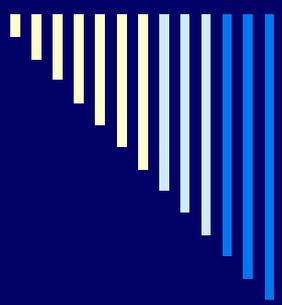
клиника

- повышение температуры,
 - учащение пульса.
 - Язык обложенный белым налетом.
 - Живот при пальпации болезненный в нижних отделах.
 - в крови лейкоцитоз,
 - ускорение СОЭ.
 - При гинекологическом исследовании утолщение, пастозные и болезненные придатки матки.
-



Дифференциальный диагноз.

- Острый сальпингоофорит дифференцируют
 - с острым аппендицитом
 - нарушенной трубной беременностью
-



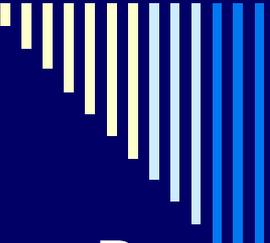
Тубоовариальные образования воспалительного характера

- характеризуются длительным течением и возникают на фоне хронического сальпингоофюрита с частыми обострениями. Последнее время отмечено увеличение частоты возникновения тубоовариальных образований на фоне ВМС при несоблюдении условия для их введения (наличие воспалительных процессов гениталий) или длительного ношения (более 5 лет).



Воспаление околоматочной клетчатки (параметрит)

- после патологических родов, абортов,
 - операций на половых органах.
 - Инфекция в околоматочную клетчатку проникает при наличии травмы ("входные ворота"),
 - лимфатическим
 - гематогенным путем из существующих очагов инфекции (эндометриг, эндоцервицит и др.).
-



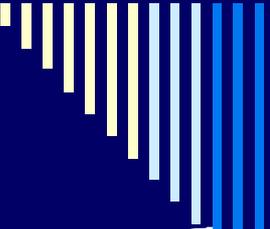
Клиника параметрита

- В острой стадии отмечается повышение температуры, учащение пульса,
 - тупая боль внизу живота.
 - При гинекологическом исследовании определяется резистентность бокового свода влагалища, несколько позднее- инфильтрат сбоку от матки. Инфильтрат болезненный, простирается до стенки таза.
 - Симптом Гентера (перкуссия передневерхних остей таза дает притупление со стороны инфильтрата) положительный.
 - Консистенция его вначале мягковатая, затем плотная.
-



Пельвеоперитонит - воспаление брюшины малого таза,

- возникает вторично, вследствие проникновения микроорганизмов из маточной трубы, (каналикулярный) путь
- Первичный очаг инфекции может быть
- в яичниках,
- матке,
- клетчатке малого таза,
- в аппендиксе, откуда инфекция поступает лимфогенным или гематогенным путем



Клиника пельвиоперитонита

- объективное исследование-
- учащение пульса,
- язык суховат.
- При пальпации - вздутие живота,
- напряжение мышц передней брюшной стенки,
- резкая болезненность в нижних отделах живота,
- положительный симптом Щеткина-Блюмберга.
- Перистальтика кишечника ослаблена.
- При лабораторном исследовании - лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, сдвиг формулы влево.

Перитонит распространение острого воспаления за пределы малого таза.

- разлитые схваткообразные боли
- выраженные симптомы интоксикации.
- Состояние тяжелое,
- тошнота, рвота,
- общая слабость,
- позывы на дефекацию, жидкий стул,
- затрудненное дыхание.
- Передняя брюшная стенка не участвует в акте дыхания,
- перистальтика кишечника не выслушивается .
- движения шейки матки резко болезненные,
- своды влагалища упрощены.



комплексная противовоспалительная терапия.

- Антибактериальная терапия с учетом микрофлоры и чувствительности к антибиотикам
- 2. Для профилактики дисбактериоза и кандидомикоза рекомендуется назначение противогрибковых препаратов: нистатин, леворин, дифлюкан и эубиотиков для перорального и местного применения (ацилакт, бифидум-бактерин или бификол).
- 3. С целью дезинтоксикации больным с перитонитом или выраженными явлениями интоксикации проводится инфузионная терапия: гемодез, реополиглютокии, физиологический раствор, 5% раствор глюкозы и др.



КОМПЛЕКСНАЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ.

- 4. Воздействие на активность медиаторов и модуляторов воспаления (аспирин, индометацин, вольтарен).
 - 5. Иммунокорректирующая терапия (нуклеинат натрия, тималин, Т-активин и др.)
 - 6. Витаминотерапия (витамины группы В, аскорбиновая кислота).
 - 7. Гипосенсибилизирующая терапия (димедрол, супрастин, ди-азолин, фенкарол).
 - 6. Профилактика ДВС-синдрома (кураптил, Трениан).
 - 9. После стихания острого процесса - рассасывающая терапия (аутогемотерапия, глюконат кальция).
 - 10. Физиотерапия: в течение первых 3-4 суток назначают лед на низ живота или местную анестезию. После стабилизации процесса переходят на другие виды физиотерапевтического лечения: УВЧ, переменное магнитное поле (ПемП) низкой частоты, низкочастотный лазер, электрофорез с лекарственными препаратами (сульфат магния, кальция, сапонины и др.).
-



Трихомоноз

- Это заболевание, вызывается влагалищной трихомонадой и являющееся причиной развития кольпитов, цервицитов, уретритов.
- Заражение трихомонадами происходит в основном половым путем. Инкубационный период продолжается 5-15 дней.
- Различают следующие формы генитально-го трихомоноза:
- - свежий трихомоноз, в котором выделяют острую, подострую и торпидную форму;
- - хронический трихомоноз, для которого характерно торпидное течение и давность заболевания более 2-х месяцев;
- - трихомонадоносительство, характеризующееся отсутствием симптомов при наличии трихомонад в содержимом влагалища



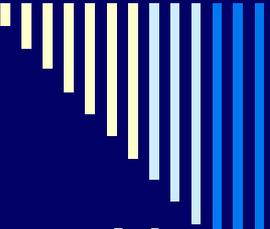
Клиника трихомониаза

- обильные бели,
- пенистого характера,
- зуд, жжение,
- рези при мочеиспускании.
- При исследовании с помощью зеркал обнаруживают бели, гиперемию и отечность слизистой оболочки влагалища, влагалищной части шейки матки.



Лечение трихомониаза

- метронидазола (трихопол),
- тинидазола (фасижин),
- тиберала
- местно влагалищные свечи (метронидазол. Клион Д, тержинан, полижинакс).
- Контроль излеченности осуществляется в течение 2-3 менструальных циклов.



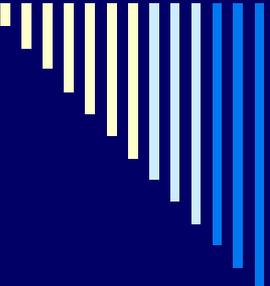
Хламидиоз.

- Хламидийная инфекция занимает одно из первых мест в структуре заболеваний, передающихся половым путем.
 - Хламидии являются облигатными внутриклеточными паразитами.
 - Клинические проявления хламидноза неспецифичны и характеризуются торпидным течением.
-



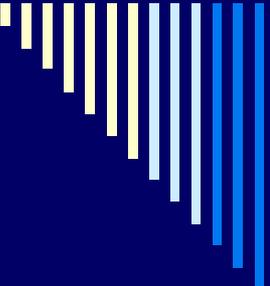
Микоплазменная инфекции половых органов

- развивается преимущественно у лиц с иммунодефицитным состоянием.
 - протекает как в острой, так и в хронической форме, не имея симптомов, специфичных для данного возбудителя.
 - Для нее характерно торпидное течение.
 - Микоплазмы могут вызывать воспалительные заболевания нижних и верхних отделов гениталий, особенно при гнойных tubo-овариальных образованиях.
 - Доказана роль микоплазмы в генезе бесплодия и невынашивания беременности.
-



Лечение микоплазмоза

- проводится так же, как и хламидиоз.
Используются антибиотик тетрациклинового ряда, макролиды, фтор-хинолы.
 - Антибактериальное лечение
 - иммуномодулирующая терапия.
-



Бактериальный вагиноз

- Широкое распространение бактериального вагиноза (БВ), выявляемого у 20-30% женщин репродуктивного возраста, развитие осложнений, которые связывают с этим заболеванием - невынашивание беременности, эндометрит, сальпингоофорит и другие - обуславливают актуальность данной проблемы.
- При БВ происходит изменение микробиотоза влагалища, которое характеризуется резким снижением или отсутствием лактобактерий, преобладание бактероидов, пеггострептококков, гарднерелл, микоплазм и др. анаэробов.



Клиника бактериального вагиноза

- гомогенные сливкообразные выделения серо-белого цвета, имеющие неприятный рыбный запах.
- субъективные ощущения в виде зуда, жжения.
- выявление ключевых клеток (сплюснутые клетки плоского эпителия, покрытые грамвариабильными микроорганизмами),