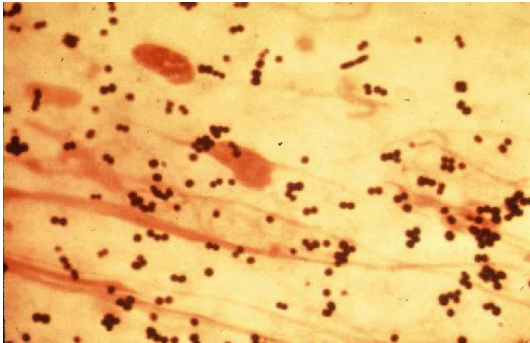
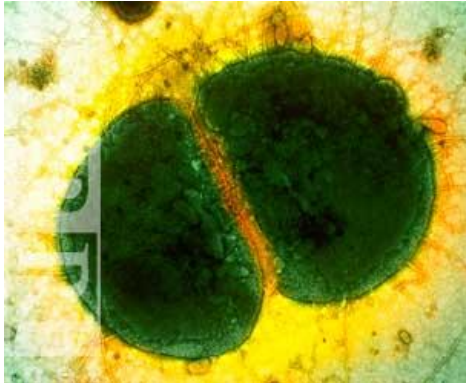





ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Алпысбаева Л.Ж. 740Аиг

КЛАССИФИКАЦИЯ

	Факультативные анаэробы	Облигатные анаэробы
Грам-положительные кокки	<p>Staphylococcus: <i>S. aureus</i> <i>S. epidermidis</i> <i>S. saprophyticus</i></p>  <p>Streptococcus: <i>S. pyogenes</i> <i>S. agalactiae</i> <i>S. faecalis</i> (Enterococcus)</p>	<p>Petrococcus Petrostreptococcus</p>
Грам-отрицательные кокки	<p>Neisseria gonorrhoeae</p> 	<p>Veillonela</p> 

	Факультативные анаэробы	Облигатные анаэробы
Грам-отрицательные палочковидные бактерии	<p>Escherichia coli</p> <p>Citrobacter</p> <p>Klebsiella: K. pneumoniae K. oxitoca</p> <p>Enterobacter: E. cloacae E. aerogenes</p> <p>Serratia marcescens</p> <p>Proteus: P. vulgaris P. mirabilis</p> <p>Providencia: P. rettgeri P. alcalifaciens</p> <p>Gardnerella vaginalis</p> <p>Pseudomonas</p>	<p>Bacteroides:</p> <p>B. fragilis</p> <p>B. bivium</p> <p>B. oralis</p> <p>B. melaninogenicus</p> <p>Mobiluncus</p> 

	Факультативные анаэробы	Облигатные анаэробы
Грам-положительные палочковидные бактерии	Listeria monocytogenes	Clostridium perfringens
Облигатные внутриклеточные патогены	Chlamydia trachomatis	
Микроорганизмы без клеточной стенки	Mycoplasma hominis Ureaplasma urealyticum	



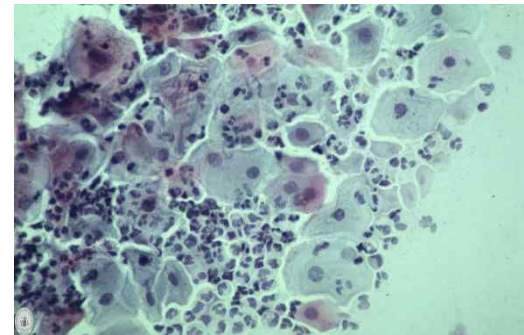
ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ:

1. Возможен массивный транспорт микроорганизмов с помощью сперматозоидов, трихомонад.

Была доказана способность аэробных и анаэробных бактерий, хламидий, микоплазм, гонококков прикрепляться к сперматозоидам.

2. Гематогенный путь.

3. Лимфогенный путь.



ПУТИ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ

▣ Экзогенное инфицирование (по Бодяжиной, 1978 г.)

1. Восхождение микробов из анальной области и наружных половых органов
2. Занесение микробов половым путем
3. Проникновение патогенных микробов с механическими противозачаточными телами во время малых гинекологических операций. Проникновению инфекции в верхние половые пути могут способствовать внутриматочные манипуляции (зондирование, гистероскопия, гидротубации, abrasio) + ВМК (контрацепция)
4. Самопроизвольное восхождение в полость матки (во время менструации, абортов, родов)

Эндогенное инфицирование возможно:

1. Лимфогенным путем – при наличии воспалительных процессов в кишечнике
2. Гематогенным путем – при наличии воспалительных процессов в отдаленных очагах (фолликулярная ангина, отит и пр.)



ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ВОСПАЛЕНИЯ

- Механические
- Термические
- Химические
- Умственное переутомление
- Чрезмерная физическая нагрузка
- Кровопотеря
- Эндокринные нарушения
- Стрессовые ситуации
- Аллергические факторы
- Наличие дремлющей инфекции
- Нарушение целостности покровов половых органов при менструации, родах, аборте, внутриматочных вмешательствах, биопсии шейки матки и канала шейки матки
- Изменение микрофлоры половых путей с началом menses. В предменструальном периоде концентрация аэробных бактерий уменьшается в 100 раз, соответственно возрастает концентрация анаэробных бактерий.



МЕХАНИЗМЫ ЗАЩИТЫ

- ❑ Сомкнутое состояние половой щели, которое обеспечивается тонусом мышцы промежности
- ❑ Кислая среда влагалища, которая возникает за счет распада гликогена клетками эпителия до молочной кислоты. Концентрация молочной кислоты обеспечивает бактерицидные свойства влагалища
- ❑ Мощным защитным фактором является шейка матки с содержащейся в ее канале слизистой пробкой. Протеолитическая и бактерицидная активность слизи обусловлена присутствием лизоцина, комплемента, лактоферрина, иммуноглобулинов, интерферона. Состав и строение цервикальной слизи зависят от фазы менструального цикла, срока беременности, гормонального фона. Шейка матки является пограничным органом между стерильной полостью матки и бактериально обсемененным влагалищем
- ❑ Важную роль играет нормальная микрофлора влагалища, которая в норме включает разнообразные виды микробов:
 - до 10 видов лактобактерий
 - свыше 30 видов других аэробных и анаэробных бактерий
 - стабильное состояние “V” определяется:
 - уровнем гормонов
 - рН влагалищного содержимого (около 3,8-4,2)
 - состоянием местного иммунитета
 - доминированием флоры



НА СОСТАВ НОРМАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ ВЛИЯЕТ:

1. *pH влагалищного содержимого*, что в свою очередь, связано с функцией яичников.
2. *Физиологический статус* женщины , изменяющийся в зависимости от возраста, менструального цикла, при беременности и в послеродовом периоде.
3. *Сексуальная активность*.
4. *Применение контрацептивов*.
5. *Различные заболевания*
6. *Применение антибиотиков*
7. *Снижение местного и общего иммунитета*

В условиях *снижения иммунологической защиты*, а также при *изменении гормональной функции яичников и надпочечников*, когда нарушается равновесие в микроценозах половой системы, микроорганизмы условно-патогенной группы могут стать причиной местной и восходящей инфекции.



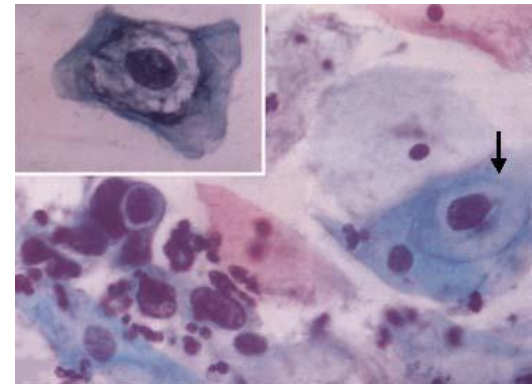
ПАТОГЕНЕЗ:

Патологические	Клинические
<p>1. <u>Альтерации</u></p>	<p>1. <u>Альтернативное воспаление</u> или стадия инфильтрации (преобладают процессы дистрофии и некроза)</p>
<p>2. <u>Стадия сосудистых расстройств</u></p>	<p>2. <u>Экссудативное воспаление</u> (характеризуется выраженным нарушением кровообращения с явлениями экссудации)</p>
<p>3. <u>Стадия пролиферации</u></p>	<p>3. <u>Пролиферативное или продуктивное воспаление</u> (характеризуется развитием соединительной ткани – рубцовым перерождением)</p>

КЛАССИФИКАЦИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

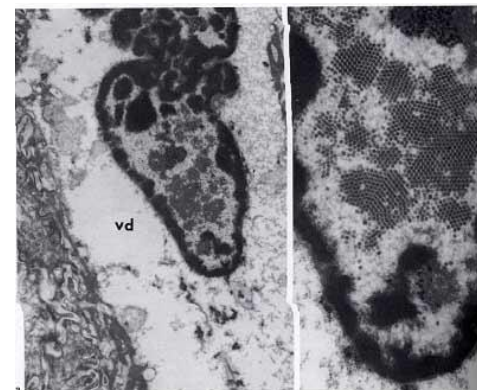
I. По виду возбудителя

1. Неспецифический – стафилококк, стрептококк, кишечная палочка, гноеродная флора и др.
2. Специфический – туберкулезная палочка, гонококк
3. Вирусы – МПС-УГИ
4. Грибковые
5. Простейшие



II. По характеру экссудата

- при воспалительном
 - процессе:
2. серозные
 3. серозно-кровянистые
 4. серозно-гнойные
 5. гнойные



III. По течению:

1. Острое
2. Подострое
3. Хроническое
 - Первично-хронический процесс
 - Хронический рецидив
 - Остаточное состояние хронического сальпингоофорита

для специфических процессов

1. Свежий процесс

- a) острый
- b) подострый
- c) торпидный

2. **Хронический** – более 2 мес. и при неизвестном сроке заболевания

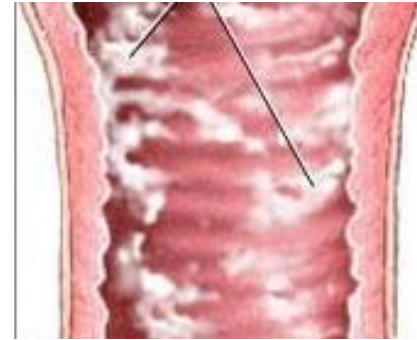
3. **Носительство** (наличие возбудителя при отсутствии клинических признаков)



IV. По локализации:

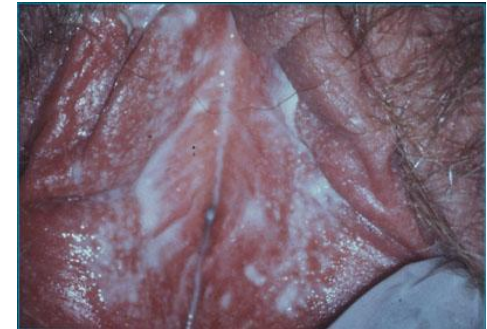
1. *Воспаление наружных*

- *половых органов –*
- *вульвит, бартолинит,*
- *острые кондиломы*



2. *Воспаление влагалища*

- *(вагинит, кольпит) – простой,*
- *трихомонадный, грибковый,*
- *дифтерийный, эмфизематозный,*
- *язвенный, старческий*



3. *Воспаление шейки матки*

- 4. *Воспаление матки, придатков, клетчатки малого таза, тазовой брюшины, разлитой перитонит.***



ДИАГНОСТИКА:

I. Анамнез

II. Жалобы

- боль
- жжение
- общее недомогание
- боли разного характера
- иногда боль при мочеиспускании
- зуд, приводящий к бессоннице и расстройству нервной системы, усиливающийся во время menses



Характерны для воспалительных заболеваний наружных половых органов, кроме воспалительных заболеваний вирусной этиологии, т.к. нередко протекают бессимптомно или при наличии маловыраженных симптомов

- повышение температуры
- учащение пульса
- познабливание
- маточное кровотечение, характерное для хронического эндометрита
- сильные боли внизу живота с иррадиацией в паховую область, область крестца, влагалище, rectum (иррадиация зависит от локализации воспалительного очага)
- дизурические явления



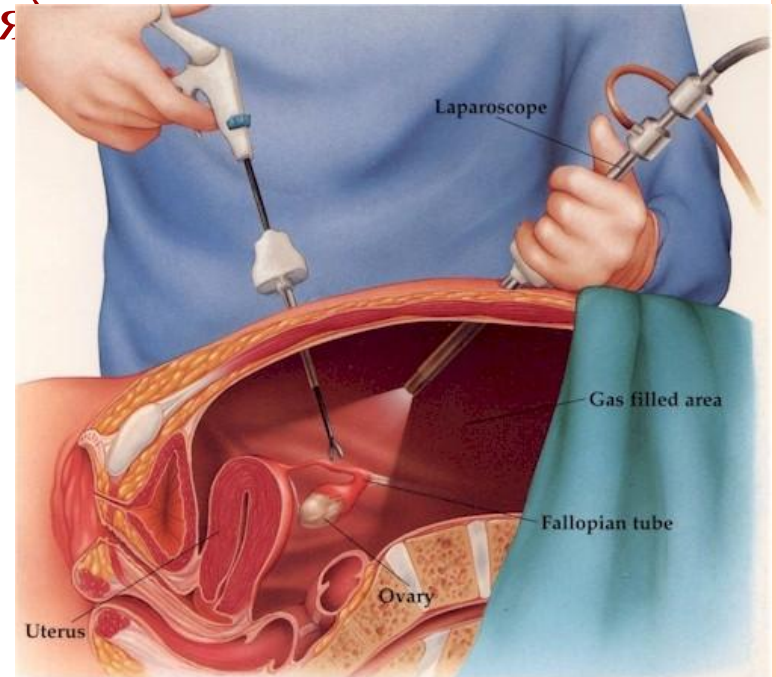
Характерны для воспалительных заболеваний внутренних половых органов



III. Лабораторные методы (бактериологический, бактериоскопический — 4 степени чистоты влагалища)

IV. Эндоскопические (кольпоскопия, гистероскопия — при хроническом течении процесса, диагностическая лапароскопия)

V. Иммунологические



ОРГАНОВ

I. Заболевания матки

1. Эндометрит, метроэндометрит – воспаление слизистой и мышечной оболочки.

Причины:

- abrasio
- диагностическое выскабливание
- осложнения в родах
- удаление фиброматозных узлов

Клиника:

- повышение температуры, лейкоцитоз, ускоренное РОЭ
- Острая фаза воспаления длится около пяти дней. Слизистая оболочка эндометрия отторгается, распадается и вместе с ней удаляются скопления микробов. Такой исход бывает редко, он приводит к самоизлечению. Чаще возникает метроэндометрит, затем периметрит, и в особо неблагоприятных случаях развивается флебит и метрофлебит сосудов матки.



1. Заболевания матки (*продолжение*)

2. Периметрит – воспаление серозного слоя матки.

Патанатомически выделяют две формы:

- a) слипчивую (сухую)
- b) экссудативную (влажную)

Причины: развивается в результате распространения инфекции из матки, ее придатков или из соседних органов (при сигмоидите, аппендиците)

Клиника:

- появление температуры, повышение СОЭ
- жажда и сухость языка, общее недомогание, головная боль
- боль внизу живота, напряжение мышц брюшной стенки, учащение пульса
- своды влагалища теряют смещаемость, стенки сводов утолщены, матка болезненна
- инфильтрат имеет туго-эластичную консистенцию, болезненный; нижняя его граница овоидной формы, верхняя – нечеткая и определяется с трудом (в отличие от более низкого расположения и веерообразного распространения инфильтрата к стенкам таза при параметрите)

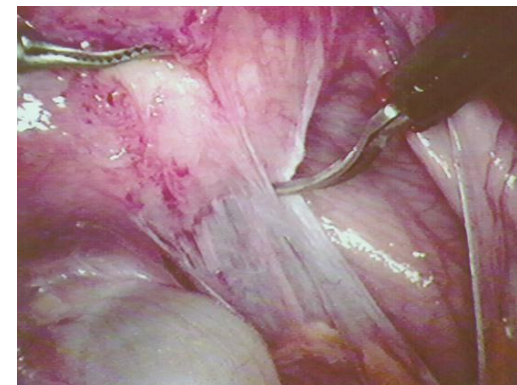


II. Заболевания придатков

1. Сальпингит – воспаление слизистой оболочки маточной трубы.

- a) гидросальпинкс
- b) пиосальпинкс
- c) гематосальпинкс

2. Оофорит – воспаление яичников. При воспалительном процессе в трубах и яичниках говорят о сальпингоофорите (аднексите).



III. Воспалительные заболевания тазовой брюшины и околоматочной клетчатки

1. Параметрит — воспаление околоматочной клетчатки, непосредственно окружающей шейку и некоторые участки тела матки. Различают три стадии заболевания:

- инфильтрация — расширяются и частично тромбируются сосуды, возникает периваскулярный отек
- экссудация — выход из сосудистого русла лейкоцитов и других форменных элементов крови.
- уплотнение — инфильтрат уплотняется в связи с выпадением из экссудата фибрина



2. Пельвиоперитонит и перитонит — острое воспаление брюшины.



ЛЕЧЕНИЕ:

- Антибактериальная терапия, после определения чувствительности АБ к антибиотику
- Инфузионная терапия
- Симптоматическая терапия
- Динамическая лапароскопия



ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЗОМТ

- 1) гнойные tuboovarialные образования (пиосальпинкс, абсцесс яичника, пиовар, tuboovarialный абсцесс), не поддающиеся консервативной медикаментозной терапии
- 2) рецидивирующее течение гнойной инфекции с тенденцией к генерализации и образованию tuboovarialных абсцессов;
- 3) осложнения гнойных воспалительных заболеваний придатков матки, в том числе:
 - 📌 угроза перфорации или перфорация пиосальпинкса, пиовара, tuboovarialного абсцесса с развитием разлитого перитонита;
 - 📌 - сепсис;- сформировавшиеся пузырьно-придатковые, кишечно- придатковые и брюшностеночно-придатковые свищи;
 - 📌 - образование внутрибрюшных абсцессов.



ЛИТЕРАТУРА:

- ▣ Зароченцева Н.В.Зароченцева Н.В., Аршакян А.К.Зароченцева Н.В., Аршакян А.К., Меньшикова Н.С. , **Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин (обзор литературы) 2013г.**
- ▣ **Радзинский Гинекология, 2007г**

