

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина»

Кафедра акушерства и гинекологии

Тема: «Современные представления о воспалительных заболеваниях женских половых органов»

**Выполнила: студентка 5 курса (503 группы)
Буданцева Юлия Викторовна
дневное отделение
лечебное дело**

Тамбов 2017



Актуальность

- ▶ **Актуальность проблемы изучения воспалительных заболеваний женских половых органов определяется неблагоприятной эпидемиологической ситуацией в связи с возрастанием ИППП.**
- ▶ **Спектр возбудителей воспалительных заболеваний женских половых органов, составляющих 60-70% гинекологических больных.**
- ▶ **Уменьшилась частота бактериальных инфекций и значительно увеличился уровень хламидийной, микоплазменной и вирусной инвазий.**
- ▶ **Сексуальная раскрепощенность, изменение полового поведения способствовали тому, что 25% воспалительных заболеваний составляют вирусные инфекции, а на хламидиоз и микоплазмоз приходится более половины всей инфекционной патологии гениталий.**
- ▶ **Микстинфекция, в виде различных сочетаний хламидий, микоплазм, гонококков, трихомонад, дрожжеподобных грибов *Candida*, стала наиболее частой причиной воспалительных заболеваний.**
- ▶ **Инфекционные заболевания урогенитального тракта обычно осложняются внутриутробным инфицированием плода.**

Воспаление

-это сформировавшаяся в процессе эволюции универсальная защитно-приспособительная генетически-детерминированная реакция организма на повреждение, направленная на локализацию, уничтожение и удаление повреждающего агента и устранение последствий его действия характеризующаяся альтерацией, экссудацией и пролиферацией

Видовой состав нормальной микрофлоры вульвы, влагалища и цервикального канала женщин в репродуктивном возрасте

Окраска по Граму	Микроорганизмы	
	Факультативные	Анаэробные
Грамположительные кокки	Staphylococcus epidermidis Staphylococcus aureus Grup D Streptococcus B-Hemolytic Streptococcus	Peptococcus species Peptococcus anaerobius Peptococcus assaccharolyticus Peptococcus prevotii Peptococcus variabilis Peptostreptococcus anaerobius
Грамотрицательные кокки	–	Veillonella species Acidominococcus fermentas
Грамположительные палочки	Lactobacillus species Corinebacterium species	Lactobacillus species Bifidobacterium species Clostridium species Eubacterium species Propionibacterium species
Грамотрицательные палочки	Echerichia coli Klebsiella species Другие виды семейства Enterobacteriaceae Gardnerella vaginalis	Bacteroides melaninogenicus Bacteroides vulgatus Bacteroides species Fusobacterium nucleatum Fusobacterium species (группа Sphaerophorus) Leptotrichia species Campylobacter species «anaerobic vibrios»

Классификация

▶ По локализации патологического процесса :

1. Воспалительные заболевания нижних отделов половых органов (вульвит, бартолинит, кольпит, эндо-цервицит, цервицит)
2. Верхних отделов половых органов (эндометрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, параметрит)
Границей которых является внутренний зев

▶ **По клиническому течению:**

1. острые с выраженной клинической симптоматикой
2. подострые со стертыми проявлениями
3. хронические (с неустановленной давностью заболевания или давностью боли 2 месяца) в стадии ремиссии или обострения

▶ **В зависимости от вида возбудителя ВЗПО делятся на:**

- ▶ 1. Неспецифические: - Стрептококки, Стафилококки, Энтерококки, грибы Candida, Хламидии, Микоплазмы, Уреаплазмы, Кишечная палочка, Клебсиеллы, Протей, Вирусы, Актиномицеты, Трихомонады и др.
- ▶ 2. Специфические: - Гонорея, Туберкулез, Сифилис, Дифтерия

Микроскопическая характеристика биоценоза влагалища

Состояние (тип биоценоза)	Характеристики признаков	Нозологические формы
Нормоценоз	Доминирование <i>Lactobacillus</i> spp., отсутствие грамотрицательной микрофлоры, спор, мицелия, псевдогифов, лейкоцитов, единичные «чистые» эпителиальные клетки	Типичное состояние нормального биотопа влагалища
Промежуточный тип	Умеренное или сниженное количество <i>Lactobacillus</i> spp., грамположительные кокки, грамотрицательные палочки. Обнаруживают лейкоциты, моноциты, макрофаги, эпителиальные клетки	Часто наблюдают у здоровых женщин, редко сопровождается субъективными жалобами и клинической картиной
Дисбиоз влагалища	Незначительное количество или полное отсутствие <i>Lactobacillus</i> spp., обильная полиморфная грамотрицательная и грамположительная палочковая и кокковая микрофлора; «ключевые клетки». Количество лейкоцитов варьируемо, отсутствие или незавершенность фагоцитоза. Полиморфная микрофлора	Бактериальный вагиноз
Вагинит (воспалительный тип мазка)	Большое количество лейкоцитов, макрофагов, эпителиальных клеток, выраженный фагоцитоз	Неспецифический вагинит
	При обнаружении: гонококков, трихомонад, мицелия, псевдогифов, спор	Гонорея, Трихомоноз, микотический вагинит

Факторы, связанные с развитием ВЗПО:



Симптомы ассоциированные с ВЗПО

Вероятные СИМПТОМЫ

- Боли внизу живота (65-70%)
- Патологические вагинальные (цервикальные) выделения (55-65%)
- Межменструальные, посткоитальные выделения
- Диспареуния (50-70%)

Достоверные СИМПТОМЫ

- Билатеральная болезненность в нижних отделах живота
- Болезненность в области придатков матки при бимануальном исследовании
- Болезненные тракции за шейку матки

Вульвовагиниты

- ▶ **Определение.** Вульвит-воспаление слизистой оболочки малых половых губ, преддверия влагалища. Если процесс распространяется на слизистую оболочку влагалища, заболевание называется вульвовагинитом.
- ▶ **Факторы риска**

Вульвит

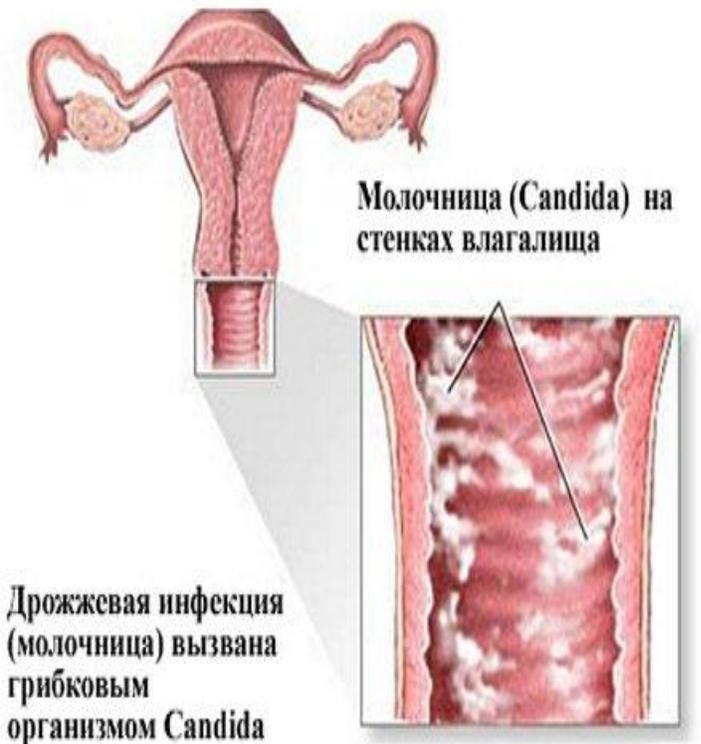
- Несоблюдение гигиены наружных половых органов
- опрелости при ожирении
- Химические, термические или механические воздействия (расчески, ссадины и др.)
- Эндокринные заболевания (СД)
- Псориаз, экзема
- Опущение и выпадение внутренних половых органов
- Геморрой

Вульвовагинит

- Длительный и/или бессистемный прием антибиотиков
- Беременность
- Использование КОК
- Применение цитостатиков
- Лучевая терапия
- Прием глюкокортикоидов
- Дисфункция яичников
- Иммунодефицит, связанный с тяжелыми заболеваниями, травмами

Вульвовагинальный кандидоз

- ▶ **ВВК**- воспаление слизистой оболочки вульвы, влагалища, уретры, промежности, вызванное грибами рода *Candida*.
- ▶ **Классификация.** Острый и рецидивирующий (хронический) ВВК. Кандидоносительство не расценивают как патологию.
- ▶ **ВВК половым путем не передается!**
- ▶ **Клиническая картина.**
 - Обильные или умеренные творожистые выделения из влагалища
 - Зуд, жжение в области наружных половых органов. Зуд усиливается во второй половине дня, во время сна, полового контакта, длительной ходьбы, во время менструации
 - Диспареуния
 - Дизурия



► **Диагностика.** Помимо анамнеза, осмотра и анализа жалоб пациентов, врач обязательно применяет экспресс-методы исследования. К их числу относятся:

-Микроскопия грамм-мазков на основе окрашенного биоматериала; -
Люминесцентная микроскопия; -
Световая микроскопия (ее проводят с использованием нативных препаратов).

]Также в диагностику вульвовагинального кандидоза включают культуральные и иммунофлюоресцентные, серологические методы.

Выделяют такие основные критерии диагностики:

Кислотность влагалища (уровень pH) – 4,0-4,5;

Отсутствие запаха (проводят тест на запах и аминотест);

Наличие активных дрожжеподобных грибов в выделениях – более 60%;

Наличие в мазке по Грамму кандид.

► **Лечение.** В основе эффективности противогрибковой терапии лежит выполнение ряда условий:

-Отмена (по возможности) ряда препаратов – эстрогенгестагенного, антибактериального, глюкокортикостероидного типа;

-Отказ от вредных привычек;

-Исключение углеводов;

-Укрепление иммунитета;

-Соблюдение гигиенических норм.

Острый вульвовагинальный кандидоз

- Бутоконазол, 2% (влажалищный крем) по 5 г однократно;
- Кетоконазол (свечи) по 1 в сутки 3-5 дней;
 - Флуконазол (таблетки) 150 г внутрь однократно;
- Итраконазол (таблетки) внутрь по 200 мг 2 раза в сутки 3 дня;
 - Сертаконазол (свечи) однократно.
- Клотримазол (влажалищные таблетки) по 100 мг в сутки 7 дней/ 1% крем по 5 г в сутки 7-14 дней
- Нистатин, увлажалищные таблетки по 100000 ЕД в сутки 14 дней

Хронический вульвовагинальный кандидоз

- Системный антимикотик: Итраконазол 200 мг внутрь 2 раза в сутки 3 дня / флуконазол по 150 мг 1 раз в сутки в течение 3 дней
- Местная терапия препаратами азолового ряда обычно в течение 14 дней.

Профилактика вульвовагинального кандидоза

- Системный антимикотик: Итраконазол 200 мг внутрь/ флуконазол по 150 мг внутрь в 1 день менструации в течении 6 мес;
- Местная терапия препаратами азолового ряда 1 раз в неделю в течении 6 мес.

► Контроль лечения.

При остром ВВК эффективность лечения оценивают через 7 дней после его окончания.

При хроническом ВВК эффективность лечения оценивают в течение трех менструальных циклов в 1 день после окончания менструации.

Для подтверждения результатов нужна микроскопия мазка, а в случае с рецидивирующим кандидозом – еще и посев на питательную среду.

Бактериальный вагиноз

- ▶ **БВ-** заболевание, вызванное ассоциацией микроорганизмов, характеризующееся обильными и продолжительными выделениями из влагалища, нередко с неприятным запахом
- ▶ Нет признаков воспаления слизистой оболочки влагалища
- ▶ Не передается половым путем.
- ▶ **Классификация.** Компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный.
- ▶ **Клиническая картина.** Обильные однородные бели белого цвета с резким, неприятным запахом несвежей рыбы в течение продолжительного времени. Четверть пациенток отмечают зуд в области наружных половых органов, жжение, диспареунию. Кроме того, могут беспокоить дизурия и боли в области влагалища или промежности.



▶ **Диагностика.** Определение рН содержимого влагалища с помощью тест-полосок.
Проведение микроскопии влагалищных мазков из области заднего свода.
Культуральные, иммуноферментные, серологические исследования.

▶ **Лечение.**

Первый этап: Метронидазол по 500 мг внутрь 2 раза в день в течение 5 дней;

Метронидазол, 0,75% гель, 1 полный аппликатор (5 г) во влагалище 1-2 раза в день 5 дней

Клиндамицин, 2% вагинальный крем, один полный аппликатор (5 г) во влагалище на ночь в течение 7 дней

Хлоргексидин (гексикон), по 1 вагинальному суппозиторию 1-2 раза в день 7-10 дней

Вагинорм-С (L-аскорбиновая кислота) по 1 таблетке на ночь интравагинально 6 дней

Второй этап: Лактобактерин, Гинофлор, Ацилакт. Эубиотики назначают через 2-3 дня после лечения антибиотиками.

Урогенитальный микоплазмоз

- ▶ УМ-инфекционное воспалительное заболевание мочеполовых путей, вызываемое микоплазмами. (Уреаплазмы, микоплазмы)
- ▶ Не относятся к патогенным микроорганизмам.
- ▶ Способный размножаться в половых органах, не вызывая воспаления.
- ▶ Пути распространения: половой, восходящий, гематогенный, транслокационный, трансплацентарный.
- ▶ Эпидемиология: У 5-20% здоровых женщин обнаруживают *M. hominis*, у 40-50% *Ureaplasma spp.*
- ▶ По клиническому течению различают: свежий урогенитальный микоплазмоз (острый, подострый, вялотекущий); хронический урогенитальный микоплазмоз; носительство микоплазм
- ▶ Клиническая картина: патогномоничных симптомов нет. Жалобы на периодический зуд и жжение в области половых органов, выделения из половых путей, дизурические расстройства
- ▶ Диагностика: Материал берут из уретры, влагалища, цервикального канала.

Культуральный метод, ПЦР, Иммунологические методы

- ▶ **Лечение.** Немедикаментозное лечение: Фитобиотики (экстракт чеснока, настойка эхинацеи узколистной) и интерфероноподобные средства (кошачьего корня коры экстракт).

Медикаментозное лечение: Антибактериальные препараты 7-14 дней: Доксициклин внутрь по 100 мг 2 раза в сутки; тетрациклин внутрь по 500 мг 4 раза в сутки; азитромицин внутрь по 250 мг 2 раза в сутки; офлоксацин внутрь по 200 мг 2 раза в сутки; спирамицин внутрь по 3 млн МЕ 2-3 раза в сутки. Антимикотические средства: метронидазол. Энзимные препараты: Вобэнзим, Флогэнзим)

- ▶ **Контроль лечения.** Эффективность лечения оценивают через 10-14 дней по результатам посева и восстановлению микробиоциноза влагалища. А при лечении заболеваний, вызванных *M.genitalium*- через 4 нед по результатам ПЦР

Урогенитальный трихомоноз

- ▶ Т- специфическое воспалительное заболевание мочеполового тракта.
- ▶ Заражение происходит от человека к человеку
- ▶ **Классификация:** свежий трихомоноз (острого, подострого, торпидного течения), хронический трихомоноз, трихомонадоносительство.
- ▶ **Клиническая картина:** ухудшение общего состояния, обильные выделения с неприятным запахом, сильным зудом наружных половых органов, может сопровождаться учащенным и болезненным мочеиспусканием, иногда болями внизу живота.
- ▶ **Диагностика.** Мазки берут из влагалища, уретры, прямой кишки. Микроскопия нативного препарата («висячая капля»). Микроскопия окрашенного препарата. Культуральное исследование. Иммунологическое исследование. Метод латекс-агглютинация.
- ▶ **Лечение:** 1. Проводят обоим партнёрам. 2. Исключить половую жизнь и прием алкоголя 3. Назначается при всех формах заболевания
Метронидазол внутрь от 5-7,5 г на курс. Тенидазол. Местное лечение: КлионД 100
- ▶ **Контроль лечения:** через 1 нед после окончания курса и после менструации. Отсутствие трихомонад, нет клинических проявлений, благоприятные результаты клинического и лабораторного исследований в течение 2-3 менструальных циклов

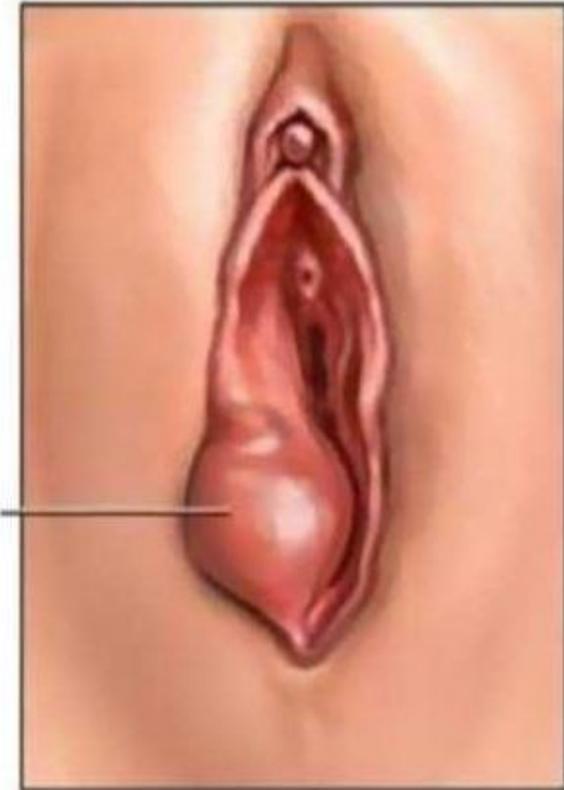
Статистика заболеваемости хламидиозом и гонореей

- ▶ ВОЗ- ежегодная заболеваемость хламидиозом 105,7 млн новых случаев, гонореей-106,1 млн новых случаев
- ▶ Россия: гонорея- 2013г- 36,3/100000
хламидиоз 2013г- 61,4/100000

Бартолинит

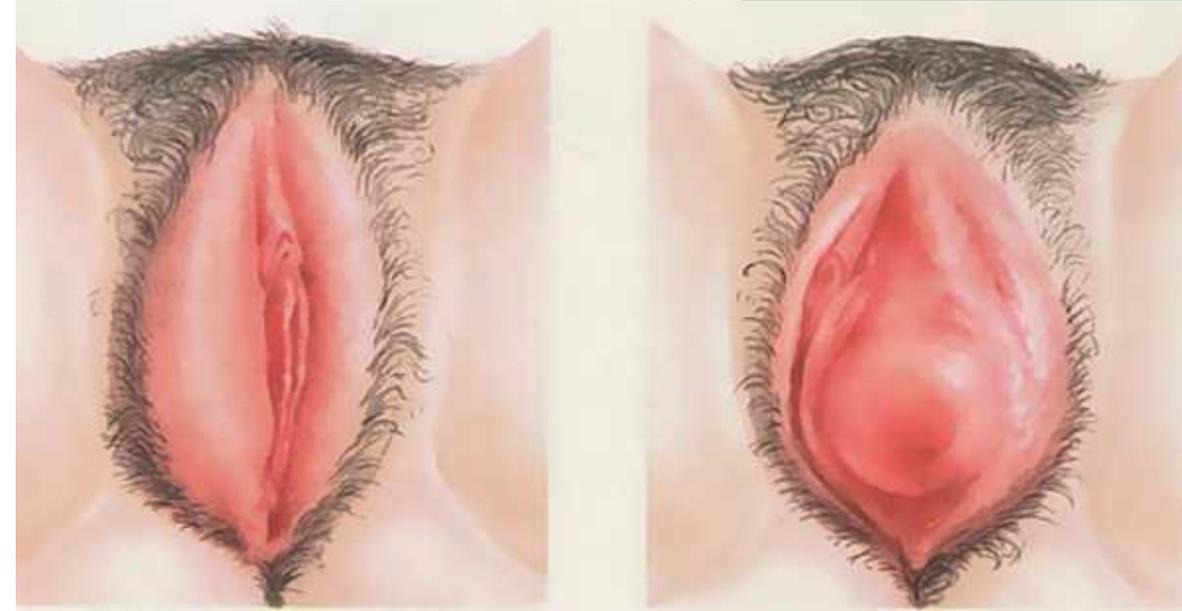
- ▶ **Б-** воспаление большой железы преддверия влагалища с вовлечением окружающей клетчатки и образованием гнойной полости с пиогенной капсулой (истинный абсцесс бартолиновой железы).
- ▶ **Классификация.** По течению бартолинита различают острую и хроническую форму. Острый бартолинит проявляется в виде: ложного абсцесса (первичного— каналикулита и вторичного – при воспалении ранее сформировавшейся кисты) истинного абсцесса.
- ▶ **Острый бартолинит.** Ложный абсцесс бартолиниевой железы
Формирование ложного абсцесса начинается с каналикулита - воспаления выводного протока железы. У наружного выхода протока возникает покраснение с воспалительным валиком вокруг, кожа над припухлостью подвижна. Из отверстия протока при надавливании отделяется гнойное содержимое. Общее самочувствие меняется незначительно. При закупорке выводного протока гнойный секрет накапливается, железа растягивается, становится болезненной, возникает припухлость, гиперемия (ложный абсцесс). Происходит выпячивание поверхности бартолиниевой железы, которая частично перекрывает вход во влагалище. Температура тела может подниматься до 37,5 С, возникают боли при движении. Вторичный ложный абсцесс при остром бартолините также может развиваться при нагноении ранее образовавшейся кисты. Иногда бартолинит затухает самостоятельно, не осложняясь нагноением, но через какое-то время вновь обостряется.

БАРТОЛИНИТ

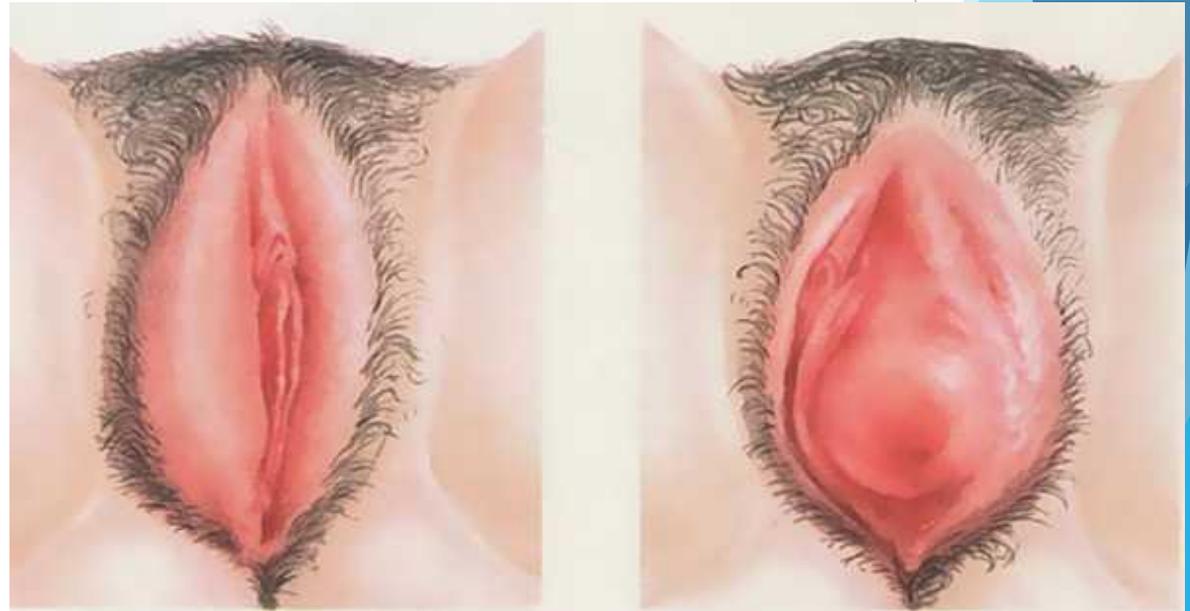


► **Истинный абсцесс бартолиниевой железы** При проникновении инфекции непосредственно в ткани железы острый бартолинит сопровождается образованием истинного абсцесса. Паренхима железы расплавляется, кожа над абсцессом становится неподвижной. Отмечаются сильный отек половых губ, постоянная, резкая боль в области промежности со стороны поражения; увеличение паховых лимфоузлов. Температура повышается (выше 37,5 С; при остром течении – до 40 С), появляется озноб, слабость, ухудшается самочувствие. Внутри железы пальпируется гнойник. При самопроизвольном вскрытии полного опорожнения капсулы не происходит. Несмотря на улучшение самочувствия, инфекция, оставшаяся внутри железы, может вызвать повторное нагноение.

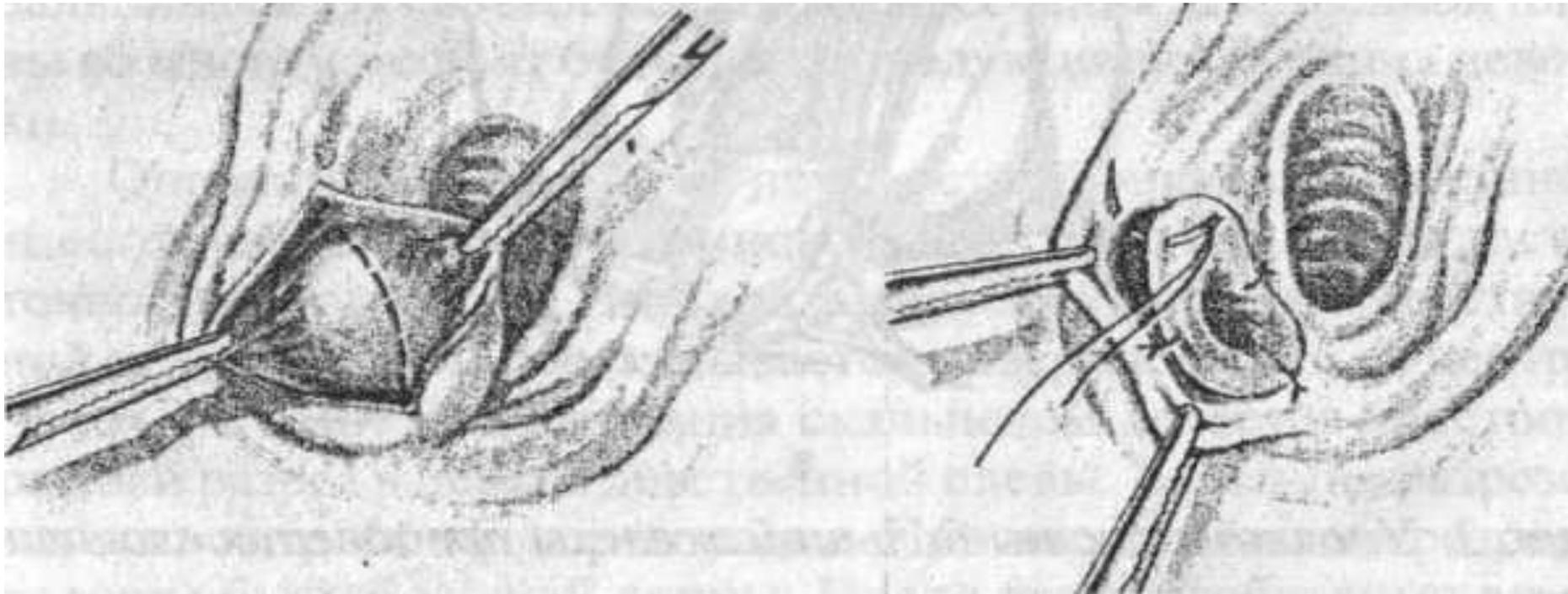
► **Хронический бартолинит.** характеризуется чередованием обострений и временных улучшений. Обострения бартолинита могут возникать при менструациях, снижении иммунитета, наличии других инфекционных заболеваний. При хроническом бартолините отмечаются незначительные боли в области воспаления, дискомфорт при движении, уплотнение в области железы. Температура обычно в норме, иногда субфебрильная. При длительном течении хронического бартолинита в железе формируется киста, как правило, небольших размеров, заполненная воспалительным экссудатом.



- ▶ **Осложнения бартолинита:** Рецидивы заболевания; Образование незаживающего свища(противоестественного отверстия); Распространение инфекционного процесса на соседние органы мочеполовой системы(кольпиты, уретриты); Сепсис (тяжелое инфекционное заболевание) может развиваться при попадании инфекции в кровь при ослабленном иммунитете.
- ▶ **Диагностика.** Осмотр больной, сбор анамнеза, проведение кольпоскопии. ПЦР-диагностика основных половых инфекций (хламидиоз, гонорея, трихомониаз, микоплазмоз, уреаплазмоз, герпес, вирус папилломы человека); Бактериологический посев выделений из влагалища для установления чувствительности к антибиотикам; Бактериологическое исследование гноя (при прорыве абсцесса, или путем легкого надавливания на выводной проток железы).

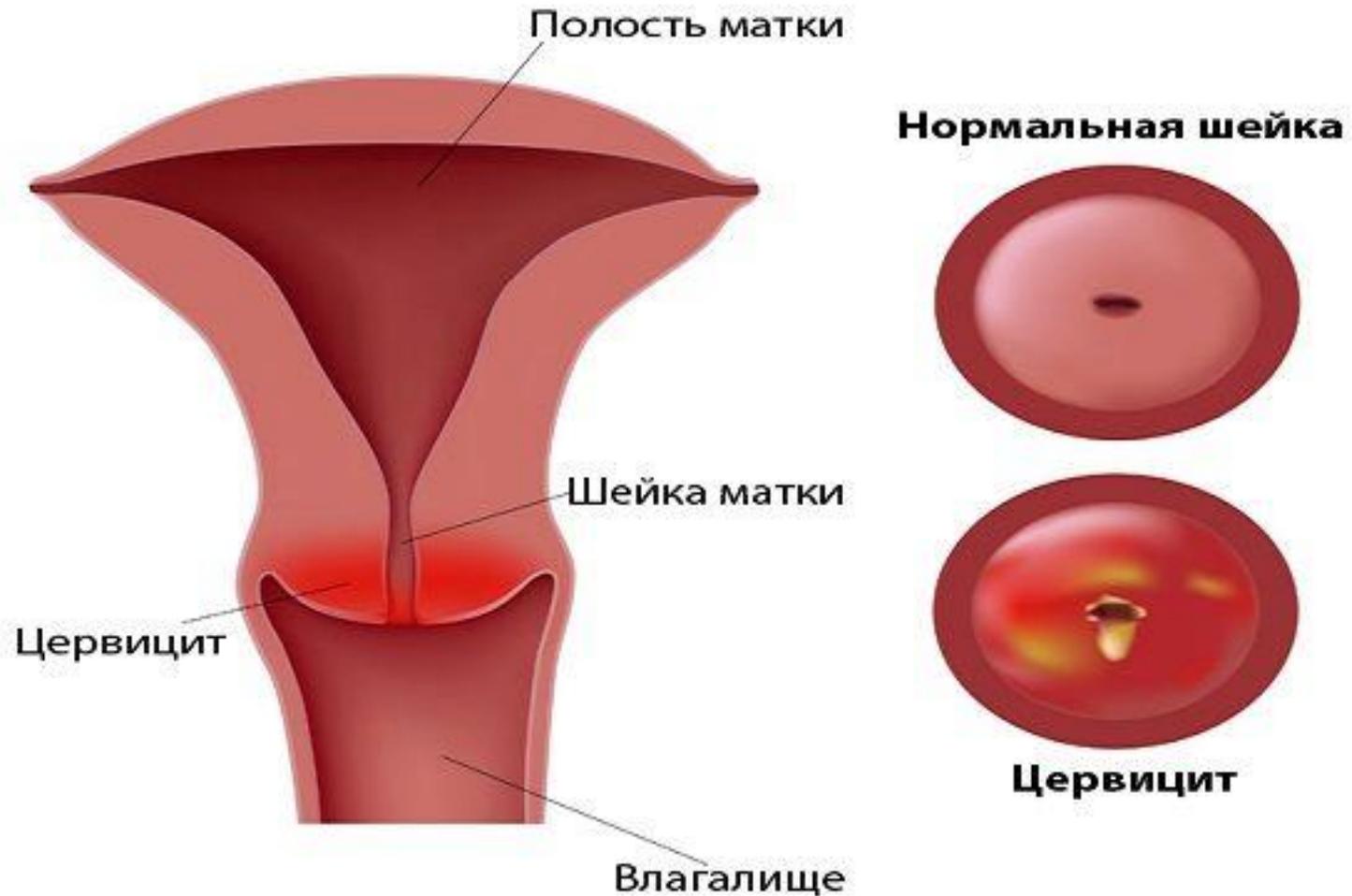


Лечение. Консервативное: холод на область гениталий, половой покой, ограничение физической активности, местная противовоспалительная терапия (теплые сидячие ванночки с марганцовой, хлоргексидином, мирамистином, мазевые аппликации с ихтиолом, линиментом по Вишневскому) антибиотики (амоксиклав, комбинации офлоксацина или доксицилина с метранидазолом). болеутоляющие средства физиопроцедуры (магнитотерапия, УФО, УВЧ) при стихании остроты процесса общеукрепляющая терапия (витамины, иммуномодуляторы: виферон, тималин). Оперативное лечение:



Экзоцервицит и эндоцервицит

- ▶ **Экзоцервицит**-воспаление влагалищной части шейки матки. **Эндоцервицит**-воспаление слизистой оболочки цервикального канала шейки матки.





Слизисто-гнойный эндоцервицит



Экзоцервицит

▶ **Этиология и патогенез-**

-воспалительные заболевания мочеполовой системы;

-ЗППП

-неспецифические инфекции, вызванные стафилококками, стрептококками, кишечной флорой и так далее;

- травматические воздействия на шейку матки способствуют проникновению микробов: аборты и диагностические выскабливания, разрывы шейки матки во время родов;

- опущение шейки матки и влагалища;

- снижение иммунитета;

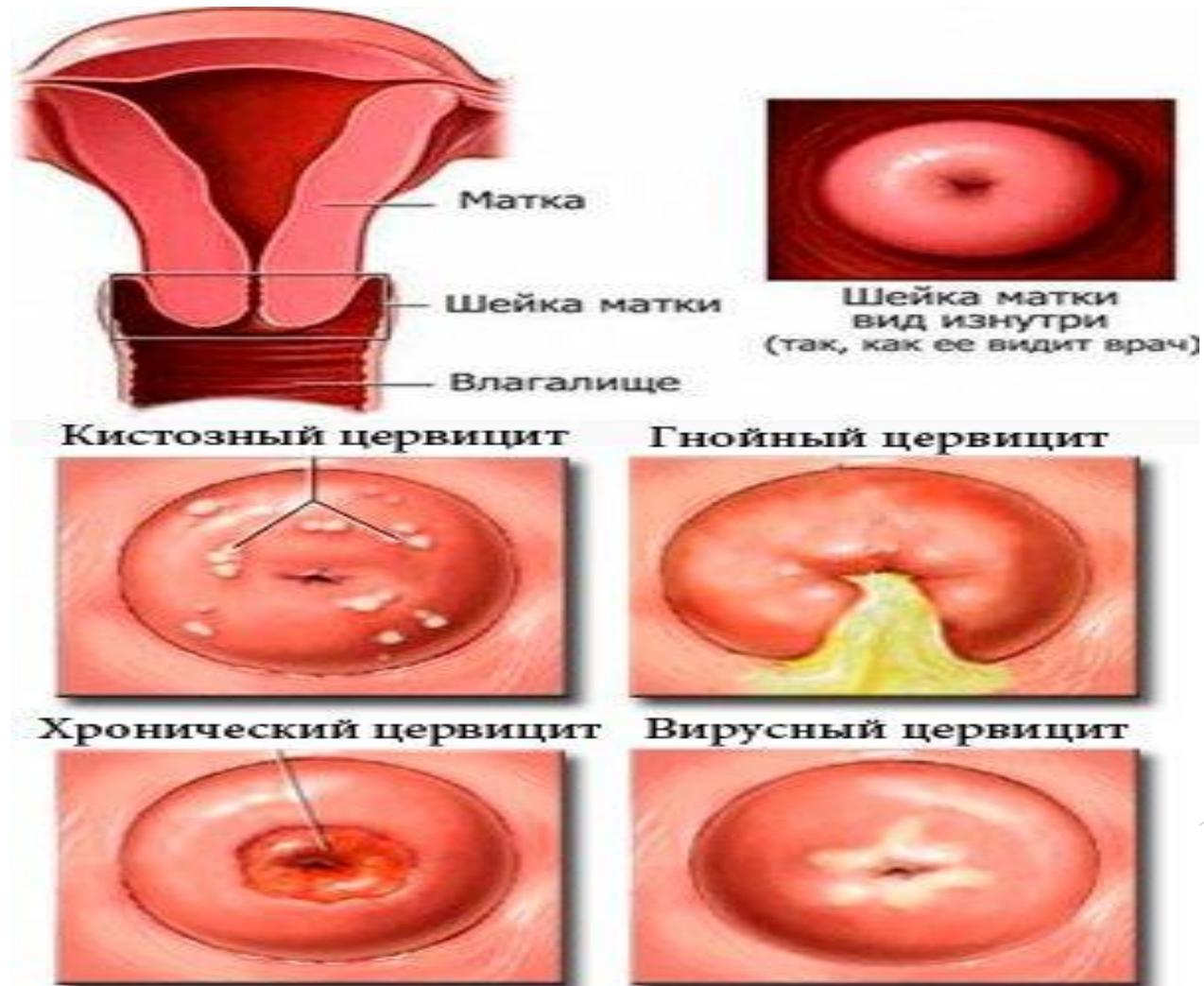
- частая смена половых партнеров.

- нерациональное применение противозачаточных средств;

- гормональные изменения в климактерическом периоде – из-за снижения уровня эстрогенов развивается атрофический цервицит- слизистая шейки матки истончается и становится легко ранимой и уязвимой для различных микробов.

- ▶ **Клиника.** Симптомы цервицита могут быть стертыми, а могут быть ярко выражены. В большинстве случаев, выраженность клиники зависит от возбудителя инфекционного процесса. Выраженные жалобы чаще бывают у пациенток с цервицитом на фоне гонореи, а бессимптомное течение характерно для цервицита на фоне хламидиоза. По клиническому течению цервицит бывает острой и хронической формы. Острая форма цервицита - слизистые либо гнойные выделения из влагалища, зуд и жжение во влагалище, усиливающиеся при мочеиспускании. Могут быть тупые, тянущие боли внизу живота. учащенное мочеиспускание(при сочетании патологий (цистит)). При воспалении придатков и цервиците боли внизу живота более выражены, при выраженном воспалительном процессе- повышается температура. При наличии эрозии шейки матки на фоне цервицита- могут быть кровотечения после полового акта. Характерно, что симптомы цервицита обостряются сразу после менструации. При хронической форме цервицита симптомов почти нет. Это связано с тем, что воспалительный процесс постепенно стихает, происходит уплотнение шейки матки, образуются мелкие кисты после заживления сопутствующей цервициту эрозии.

- ▶ **Диагностика.** При осмотре в зеркалах отмечается гиперемия слизистой шейки матки вокруг наружного зева, шейка матки часто бывает эрозирована. Из цервикального канала обильно идут гнойные или слизисто-гнойные выделения. Это особенно заметно при острой форме эндоцервицита.



- мазок на флору;
- ПЦР-диагностика основных инфекций, передающихся половым путем
- цитологическое исследование соскоба с шейки матки и цервикального канала;
- бактериологический посев микрофлоры влагалища с определением чувствительности к антибиотикам;
- кровь на RW, ВИЧ и гепатиты;
- УЗИ органов малого таза;
- кольпоскопия
- используют как дополнительный метод с целью определения сопутствующей патологии шейки матки (эрозия, псевдоэрозия);
- при жалобах на учащенное мочеиспускание- анализ мочи;
- при хроническом экзоцервиците необходима биопсия патологического участка в первую фазу менструального цикла.

► Лечение.

При цервиците кандидозного происхождения назначают противогрибковые антибиотики (Флуконазол в дозе 150 мг внутрь) инвагинально экконазол по 1 свече во влагалище на ночь 3-4 дня.

При хламидийном цервиците- антибиотики тетрациклинового ряда(Доксициклин), макролиды (Азитромицин), хинолами (офлоксацин). Применяют местное лечение: обрабатывают шейку матки растворами хлорофиллипта.

При наличии цервицита вирусной этиологии лечение более длительное и трудоемкое. При генитальном герпесе с симптомами цервицита показано длительное лечение противовирусными препаратами (Ацикловир, Зовиракс, Валтрекс). При наличии папилломавирусной инфекции назначают цитостатики (5-Фторурацил).

Если женщина менопаузального возраста и никаких инфекций и острых проявлений воспалительного процесса не обнаружено, скорее всего цервицит возник из-за дефицитов эстрогенов. В этом случае показано местное применение заместительной - гормональной терапии (свечи Овестин). Совместно с этиотропной терапией назначают витамины и иммуномодуляторы.

Если выявлена половая инфекция - обязательно проводят лечение обоих половых партнеров. При хронической форме цервицита консервативное лечение менее эффективно, хотя в любом случае этиотропное лечение обязательно.

Острый эндометрит

- ▶ **ОЭ**- воспаление слизистой оболочки матки с поражением главным образом базального (росткового) слоя эндометрия.
- ▶ **Классификация**: специфические и неспецифические эндометриты
- ▶ **Причины заболевания**:

Травмы роженицы при родах. В полость матки может проникнуть инфекция при разрывах влагалища, промежности и шейки матки.

Повреждение слизистой влагалища. Чрезмерные спринцевания, несоблюдение норм гигиены, использование вагинальных противозачаточных средств изменяют нормальную микрофлору и нарушают защитные свойства.

Месячные, роды, аборт. При кровяных выделениях происходит защелачивание кислой среды во влагалище, снижаются его противовоспалительные свойства, и болезнетворные микроорганизмы начинают активно размножаться.

Внутриматочные спирали. При длительном нахождении в полости матки спираль становится потенциальным источником инфицирования.

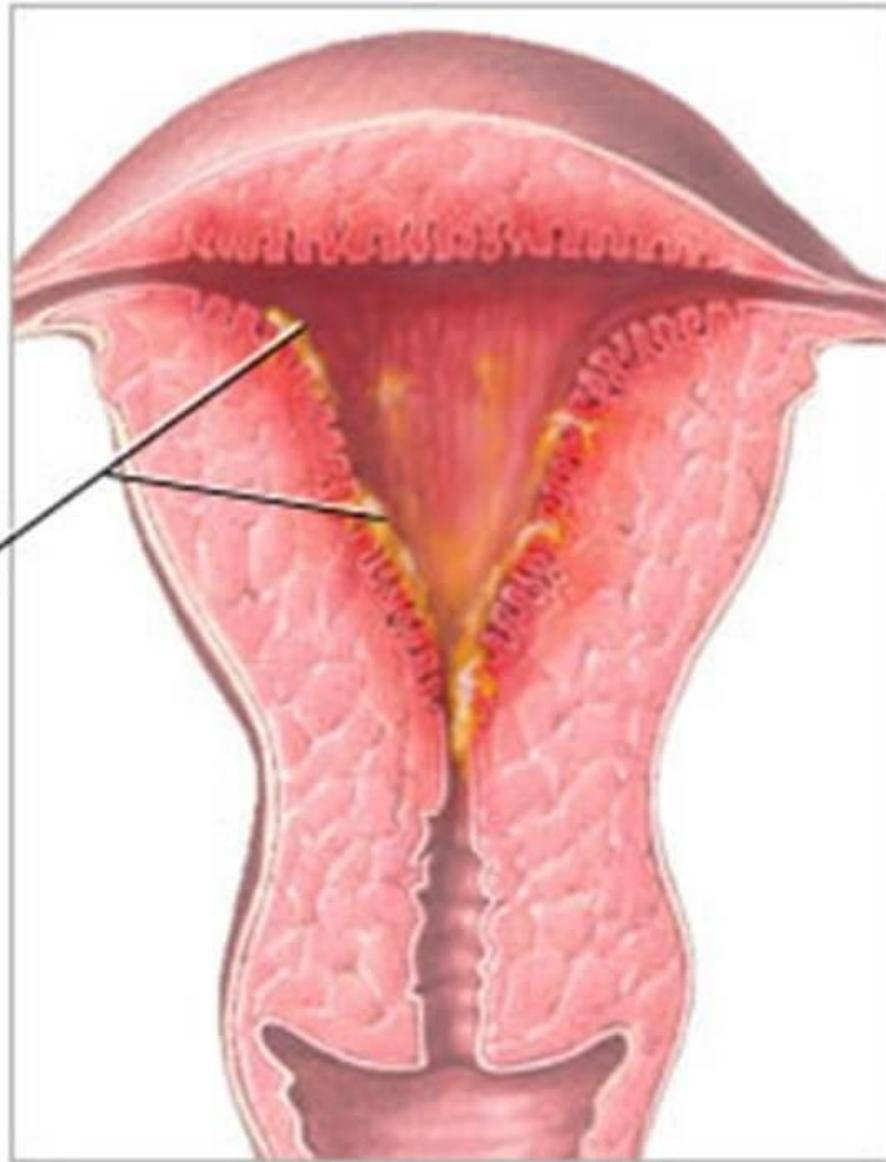
Применение тампонов. Эти средства гигиены являются оптимальной средой для роста болезнетворных организмов.

Постоянный стресс. Снижает общий иммунитет организма, делает его уязвимым для инфекций.

Эндометрит



Воспаление и
инфекция в
эндометрии
(внутреннем слое
матки)



Клинические признаки:

- ▶ возникают, как правило, на 3-4 день после инфицирования.
- ▶ повышение температуры тела;
- ▶ болевые ощущения в нижней части живота;
- ▶ обильные выделения с неприятным запахом;
- ▶ маточные кровотечения;
- ▶ общая слабость и головные боли, вызванные интоксикацией;
- ▶ учащение сердцебиения;
- ▶ озноб;
- ▶ болезненность мочеиспускания.
- ▶ У женщин, имеющих внутриматочные спирали, болезнь развивается наиболее тяжело и стремительно. Поэтому при первом подозрении на острый эндометрит такие пациентки должны обратиться к гинекологу за консультацией.
- ▶ Симптомы заболевания несколько похожи на симптоматику заболеваний пищеварительной системы: аппендицита, парапроктита, проктита. Поэтому для диагностирования острого эндометрита необходимо тщательное и продуманное обследование.

► Диагностика.

Анамнез.

Гинекологическое обследование: матка умеренно увеличена, чувствительны при пальпации, особенно по бакам.

Анализ крови: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ, с-реактивный белок.

Микроскопия вагинального мазка (оценивают состояние вагинального эпителия, лейкоцитарную реакцию, состав микрофлоры).

Бактериологическое и цитологическое исследование.

Диагностика ИППП- ПЦР, латекс-агглютинация, иммунофлюоресцентный анализ и культуральный метод.

УЗИ

► Лечение.

Постельный режим на весь период лихорадки. Диета богатая витаминами и не нарушающая функции кишечника. Периодический холод на живот.

Медикаментозное лечение. Цефалоспорины 3-4 поколения. Аминопенициллины (амоксциллин+клавулановая кислота) и карбапенемы (имипенем+ цластатин, меропенем). Дозы и продолжительность зависит от тяжести заболевания. По показаниям инфузионная терапия, десисбилизующее, укрепляющее лечение.

Хирургическое лечение. Если эндометрит развивается на фоне ВМК, необходимо его удалить. Инструментальное опорожнение полости матки производят в случае задержки остатков плодного яйца после аборта.

Хронический эндометрит

- ▶ **ХЭ**- хронический воспалительный процесс в функциональном и базальном слоях эндометрия. В тяжелых случаях в воспалительный процесс вовлекается миометрий.
- ▶ **Классификация:** атрофический, кистозный , гипертрофический.
- ▶ **Патогенез:** следствие острого эндометрита. Инородное тело
- ▶ **Клиническая картина:**
 - Маточное кровотечение, межменструальные, постменструальные, предменструальные кровяные выделения
 - Серозные, серозно-гноевидные выделения
 - Ноющие боли внизу живота
 - Бесплодие, невынашивание беременности

Диагностика

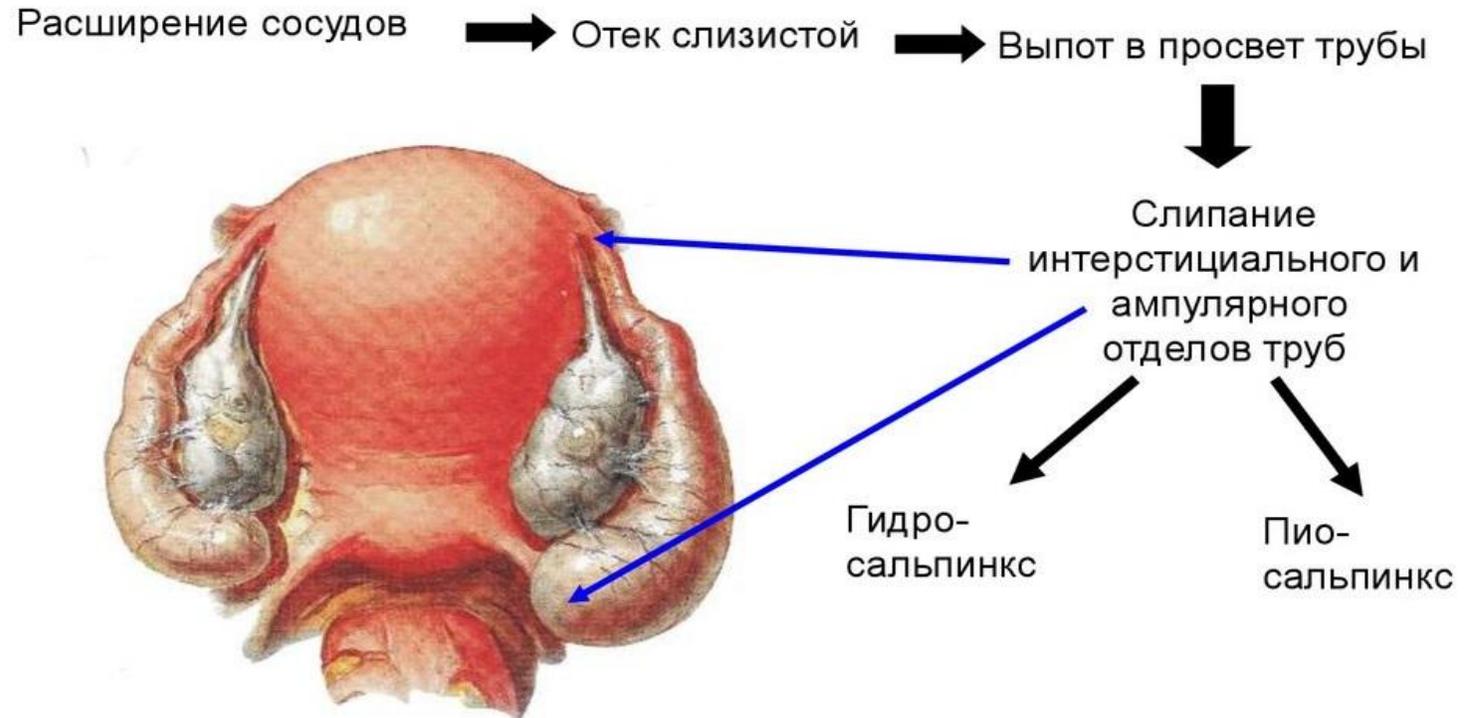
- ▶ Анамнез
- ▶ Бимануальная пальпация- увеличение и уплотнение матки
- ▶ Бактериологическое исследование
- ▶ Клинический анализ крови
- ▶ Гистологическое исследование
- ▶ Диагностическое выскабливание
- ▶ Гистероскопия
- ▶ УЗИ малого таза.

Лечение

- ▶ Физиотерапия, стимулирование функции яичников
- ▶ Медикаментозное лечение. Введение антибиотиков в слизистую оболочку матки. Внутриматочный лаваж (демитилсульфоксидаза, прокаина). Общеукрепляющее лечение. По показаниям седативные, десенсибилизирующие препараты, витамины.
- ▶ Хирургическое лечение: при внутриматочных сепсисах

Сальпингофорит

- ▶ **С(аднексит)**- инфекционно-воспалительный процесс неспецифической или специфической этиологии в маточных трубах и яичниках.
- ▶ **Классификация:** острый неспецифический (специфический), обострение хронического неспецифического сальпингофорита. Хронический неспецифический сальпингофорит.
- ▶ **Патогенез:** Сальпингофорит в подавляющем большинстве случаев вызывается микроорганизмами (специфическими и неспецифическими). Чаще наблюдают смешанную инфекцию.



Сальпингит

Воспаление
маточной трубы



Оофорит

Воспаление
яичника



- ▶ **Клиническая картина:** сильны боли внизу живота, сопровождающиеся повышением температуры тела до 38 С. Возможны дизурия, вздутие живота и диспепсия. Беспокоят слабость, головные боли, снижение аппетита.
- ▶ **Диагностика:-** Анамнез.
 - Бимануальное исследование: болезненно, придатки четко не определяются, ткани в проекции придатков отечные, тестообразной консистенции.
 - Обследование в зеркалах: воспалительный эндоцервицит и серозно-гноевидные выделения из наружного зева, при хроническом процессе склерозирование и фиброзирование маточных труб с формированием спаечного процесса.
 - Бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала, влагалища и уретры.
 - Анализ крови: увеличение СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, диспротеинемия, с преобладанием глобулиновых фракций, повышение содержания С-реактивного белка. При хроническом процессе- только увеличение СОЭ.

- ▶ **Лечение:** Хронические процессы или период реабилитации: УВЧ-терапия, магнитотерапия, электрофорез с цинком, магнием, санаторно-курортное лечение.

Медикаментозное лечение: Антибактериальное- цефалоспорины 3-го поколения (цефотаксим, цефтриаксон) с метронидазолом, аминопенициллины (амоксциллин+ клавулановая кислота). Как правило начинается с внутривенного введения с последующим переходом на прием внутрь. Дезинтоксикационная инфузионная терапия: вводят солевые растворы, 5% р-р глюкозы, гемодез и др. По показаниям анальгетики, НПВС местно (свечи), холод на живот.

Хирургическое лечение: диагностическая лапароскопия, введение в брюшную полость растворы антибиотика (ампициллин 1 г на 20 мл физиологического раствора). Удаление гнойных тубоовариальных образований.

Список используемой литературы

- ▶ 1. Гинекология. Национальное руководство. Под редакцией акад. РАН Г. М.Савельевой, Г.Т.Сухих, проф. И.Б.Манухина. Москва издательская группа «ГЭОТАР-Медиа» 2017
- ▶ 2. Ищенко А.Е. Кдрина Е.А. Эндометриоз: диагностика и лечение.
- ▶ 3. Воспалительные заболевания придатков матки. Курбанова Д.Ф., 2007г. Москва «Медицина».
- ▶ 4. <https://studfiles.net/preview/1607526/>

Спасибо за внимание!

