ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Выполнили: **Алимжан Сержан и Таубалдинова Малика**

- Актуальность воспалительных заболеваний женских половых органов определяется их высокой распространенностью, сложностью диагностики и лечения, высоким уровнем хронизации и связанными с ней отдаленными последствиями (бесплодие, акушерские осложнения, повышенный риск внематочной беременности, синдром хронических тазовых болей). Актуальность воспалительных заболеваний женских половых органов определяется их высокой распространенностью, сложностью диагностики и лечения, высоким уровнем хронизации и связанными с ней отдаленными последствиями (бесплодие, акушерские осложнения, повышенный риск внематочной беременности, синдром хронических тазовых болей).
- Больные ВЗЖПО составляют 60 – 65% пациенток, обратившихся по поводу гинекологических заболеваний в женскую консультацию, и 30% - направляемых на стационарное лечение.

КЛАССИФИКАЦИЯ

- Классификация воспалительных заболеваний ЖПО По характеру течения процесса воспалительные заболевания разделяют на **острые и хронические**.
- По этиологическому фактору делят на **неспецифические и специфические, вызванные ИППП, а также микобактериями туберкулеза.**
- По локализации процесса выделяют **воспалительные заболевания нижнего и верхнего отделов**, границей между которыми является внутренний зев.

- каникулярный (восходящий путь, по протяжению): связан с продвижением сперматозоидов из влагалища в маточные трубы; пассивный перенос за счет сокращения матки; травмы при бурном половом акте; лечебные манипуляции во влагалище и на шейке матки; выскабливание слизистой цервикального канала и полости матки; транспорт возбудителей трихомонадами.
- лимфогенный
- гематогенный
- контактный (прямое проникновение инфекции – колиты, аппендицит и др. заболевания брюшной полости).

ОСНОВНЫЕ ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ

- повреждение клеточных элементов в патологическом очаге.
- нарушение кровообращения и проницаемости сосудов микроциркуляторного русла с переходом из крови в ткани жидкости белков, форменных элементов крови.
- размножение клеток
- кратковременный спазм артериол расширение артериол, венул
- лимфостаз

ПАТОГЕНЕЗ – ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ ГЕНИТАЛИЙ

К ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ПОЛОВОГО ТРАКТА ОТНОСЯТСЯ

- Вагинит (кольпит) – воспаление слизистой оболочки влагалища;
- Вульвовагинит – воспаление вульвы (малых и больших половых губ, преддверия влагалища) и слизистой оболочки влагалища;
- Бартолинит – воспаление большой железы преддверия влагалища (располагается в средней трети больших половых губ с обеих сторон);
- Эндоцервицит – воспаление слизистой оболочки цервикального канала.

ВУЛЬВИТ

- Вульвит у женщин репродуктивного возраста в основном является вторичным, как следствие кольпита, цервицита, эндометрита. Первичный вульвит отмечается при сахарном диабете.
- Острый вульвит характеризуется жалобами на зуд во влагалище, наружных половых органов. Сопровождается гиперемией наружных половых органов, отеком тканей, увелечением паховых лимфоузлов. При хроническом процессе клиническая картина менее выражена. Диагностика основывается на данных статуса (травмы, результатов бактериоскопического и бактериологического исследования).
- Лечение комплексное, местное (ванночки с дезинфицирующими растворами, мази содержащие антибактериальные препараты).

КОЛЬПИТ

- Кольпит – воспаление слизистой влагалища. Основной симптом серозно-гнойные выделения, жалобы на зуд, неприятные ощущения во влагалище, жжение, невозможность жить половой жизнью. При хроническом течении клиническая картина стертая.
- Диагностика основывается на данных осмотра в зеркалах, бактериологического и бактериоскопического исследования содержимого влагалища, шейки матки, общий анализ крови на TORCH-инфекцию.
- При неспецифических кольпитах лечение комплексное: сочетание местной и общей терапии с учетом этиотропных противовоспалительных препаратов. Лечение полового партнера.
- Основные принципы лечения: местное лечение – спринцивания влагалища дезинфицирующими растворами (0,5% раствор хлоргексидина, мирамистина, отварами шалфея, ромашки и календулы) на 5 – 7 дней, свечи «Полиженакс», «Тержинан», «Бетадин», «Гексикон» на 7 – 10 дней. При кандидозном кольпите – клотримазол (крем 1%, свечи), нистатин (крем), «Гинофорт» (шприц-апликатор), «Пимафуцин» (свечи) курсом на 10 дней. После лечения, с целью восстановления нормальной микрофлоры влагалища, показано назначение свечи «Ацелак», «Бифидум-бактерин», «Вагинорм С» на 10 – 14 дней.

БАРТОЛИНИТ

- Бартолинит- воспаление большой вестибулярной железы, может быть специфической и неспецифической этиологии. Больные жалуются на наличие отека в области половой губы, общую слабость, повышение температуры. При осмотре гиперемия, отек.
- Основные принципы лечения: в стадии воспаления назначают антибактериальную терапию, локальную гипотермию (пузырь со льдом). При улучшении состояния на 3 – 4 день лечения на область железы назначают УФ-лучи, УВЧ. При формировании абсцесса выполняют хирургическое вскрытие абсцесса со стороны слизистой вульвы, дренирование и инстилляцию антисептических растворов. Назначают магнитотерапию, антибактериальное лечение и местную обработку дезинфицирующими растворами.

ЭНДОЦЕРВИЦИТ

- Возбудителями могут быть трихомонады, стрептококки, стафилококки, кишечная палочка, трихомонады, хламидии, вирусы, грибы рода Candida. Часто эндоцервицит совмещается с другими воспалительными процессами половых органов – аднекситом (сальпингоофоритом, эндометритом, кольпитом). Клиническими симптомами острого эндоцервицита являются обильные слизистые или гноевидные выделения, зуд, реже боли внизу живота. При осмотре шейки матки в зеркалах определяются гиперемия, отек, кровоизлияния в области наружного зева шейки матки. Диагностика: осмотр с помощью зеркал + бактериологическое исследование выделений. Основные принципы лечения: та же, что и при кольпите.

К ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПОЛОВОГО ТРАКТА ОТНОСЯТСЯ:

- эндометрит (острый и хронический) – воспаление слизистой оболочки матки;
- метроэндометрит (острый и хронический) – воспаление всей стенки матки;
- сальпингоофорит (острый и хронический) – воспаление маточных труб (сальпингит) и яичников (оофорит);

- Эндометрит – воспалительный процесс, локализующийся в поверхностном слое эндометрия; при проникновении воспаления в более глубокие ткани (базальный слой эндометрия, миометрий) заболевание называется метроэндометрит. Особенностью эндометрита является частый переход восходящей инфекции на маточные трубы.
- Клинические признаки острого процесса проявляются на 3 – 4 день после занесения инфекции. Отмечается повышение температуры тела, боли внизу живота и паховых областях, слизисто-гнойные жидкие выделения, иногда с неприятным запахом (в случаи поражения кишечной палочкой), иногда к гнойным выделениям могут присоединяться сукровично-кровянистые выделения.

- При гинекологическом исследовании матка несколько увеличена, размягчена, болезненная при пальпации, болезненность при смещении шейки матки.
- В общем анализе крови – лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево до палочкоядерных лейкоцитов.
- Диагностика: анамнез (внутриматочное вмешательство, аборт, менструация);
- гинекологический осмотр;
- ОАК;
- Бактериологическое исследование содержимого из цервикального канала;
- УЗИ органов малого таза.

- Основные принципы лечения:
- 1. Антибактериальная терапия (с учетом результатов посевов) Цефазолин 1,0 г 4 раза в сутки в/м 7 – 10 дней; Цетазидим 1,0 г 3 раза в сутки в/м 7 дней; Амикацин 0,5 2 раза в сутки 7 дней; Доксициклин по 100 мг 2 раза в сутки 10 дней; Гентамицин 160 мг 1 раз в стуки 7 – 10 дней.
- 2. Противовоспалительные препараты: Диклофенак 3,0 в/м раз в сутки; Ортофен 3,0 в/м раз в сутки;
- 3. Десенсибилизирующие препараты: Диазолин по 1 таб. 2 раза в день; Тавегил по 1 таб 2 раза в день; Кларитин по 1 таб в сутки; Телфаст по 1 таб в сутки;
- 4. Местное лечение: Санация влагалища антисептическими раствора + свечи.
- 5. Физиолечение при стихании острого воспаления.

- Сальпингоофорит – 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, абортом или на фоне ВМК. Спектр возбудителей сходен с острым эндометритом.
- Воспалительный процесс начинается на слизистой оболочке маточной трубы, затем переходит на ее мышечную и серозную оболочки. Экссудат, образовавшийся в результате воспалительного процесса, скапливается в просвете маточной трубы, а затем из изливается в брюшную полость, нередко вызывая спаечный процесс. Непроходимость маточной трубы ведет к возникновению мешотчатых воспалительных образований (гидросальпинкс, пиосальпинкс).

- Клиническая картина характеризуется болю внизу живота, повышением температуры, ухудшением общего самочувствия, головная боль, сухость во рту, может быть тошнота, жидкий стул. В первые дни заболевания живота напряжен, умеренно болезненный при пальпации в подвздошных областях (либо по всему гипогастрию), возможен положительный симптом Щеткина-Блюмберга в проекции придатков.
- При гинекологическом исследовании область придатков резко болезненная, контуры придатков определяются недостаточно отчетливо, придатки увеличены, отечны, расширены, подвижность их ограничена. Движения за шейку матки резко болезненны.
- В общем анализе крови – сдвиг лейкоцитарной формулы влево (до палочкоядерных лейкоцитов), выраженное повышение лейкоцитов (более 10,0х 109).
- Острый сальпингоофорит необходимо дифференцировать от прервавшейся внематочной беременности, апоплексии яичника, перекрута ножки опухоли (кисты), аппендицита.

- Основные принципы лечения: антибактериальная терапия + метронидазол; противовоспалительные препараты (НПВС); инфузионная терапия (5% раствор глюкозы 500,0 в/в кап., Плазмолит 1000,0 в/в кап., натрия хлорид изотонический раствор 500,0 + 5,0 5% аскорбиновой кислоты в/в кап., дисоль 400,0, ацесоль 400,0, изотонический раствор натрия хлорида 500,0 + 5,0 баралгина в/в кап.); десенсибилизирующие препараты; санация влагалища + свечи при стихании острого воспаления – физиолечение.

Специфические воспаления гениталий:

- гонорея
- Туберкулез
- Кандидоз
- Трихомониаз
- хламидиоз.

- Трихомониаз – инфекционное заболевание, вызываемые влагалищными трихоманадами. - Заражение происходит половым путем. - Трихомонады могут сосуществовать с гонококками, вирусами, хламидиями и другими микробами. - Инкубационный период 5-15 дней.
- Классификация

- свежий трихомониаз, в котором разделяют острую, подострую и торпидную формы.
- хронический, для которого характерено торпидное течение
- трихомонадоносительство, отсутствие симптомов при наличии трихомонад во влагалищном содержимом.

- Диагностика основана на клинических проявления и данных бактериоскопического бактериологического исследования.
- Лечение: 1) лечение проводится одновременно обеих партнеров. 2) половая жизнь исключается. 3)Препараты: метронидазол по 500 мг перорально 2р.д. №5-7 в сочетании с местным лечением (свечи тержинан 10 дней), иммуномодуляторы 7-10 дней, солкотриховак К по 0,5мл через 2 недели 3 инъекции. После лечения восстановление нормального биоциноза влагалища препаратами содержащими молочно-кислые бактерии (бифидум, вагилак).

- Гонорея. Среди специфических воспалений гениталий после трихомониаза занимает второе место (от 5-25%). Гонококки поражают цилиндрический эпителий, слизистую цервикального канала, эндометрий, маточные трубы.
- Клиника. Инкубационный период 3-7 дней, клиника зависит от локализации процесса, вирулентности микроорганизма, возраста иммунологического состояния больной.
- Выделяют 2 формы гонореи: свежая (длительность 2 месяца) хроническая
- Свежая гонорея делится на:
  - острую
  - подострую
  - торпидную
- Различают гонорею нижнего отдела мочеполовых органов и восходящею гонорею верхних половых органов
  - К гонорею нижнего отдела мочеполовых органов относится: уретрит, эндоцервицит, бартолинит.
  - -Гонорея считается восходящей если процесс распространяется на матку, маточные трубы, яичники и тазовую брюшину. Границей нисходящей и восходящей гонореи является внутренний зев шейки матки.

- Клиническая картина гонореи верхних половых органов

-Гонорейный эндометрит - как при эндометрите неспецифической этиологии.

-Гонорейный сальпингит – это второй этап восходящей гонореи с поражением маточных труб. Специфические гонорейные сальпингиты двухсторонние, в отличие от неспецифических.

-Гонорейный пельвиоперитонит – это третий этап, когда гонорея из труб попадает в брюшную полость и развивается клиника пельвиоперитонита.

- Лечение гонореи проводится в условиях специализированного стационара. Основными препаратами являются антибиотики группы пенициллина, цефалоспорины, аминогликозиды, макролиды в комбинации с метронидазолом.

- Хламидиоз.
- В последние годы отмечается большая роль хламидий в развитии воспаления гениталий. Ежегодно выявляется в США, не менее 4 млн., а в Европе 3 млн. инфицированных хламидиями.
- В связи с тем, что 50-70% этих инфицированных,женщин не имеют клинической картины, заболевание представляет исключительную проблему для программ охраны здоровья населения.
- Так называемые «немые инфекции», в том числе и хламидийная являются наиболее частой причиной трубного бесплодия и только 1/3 бесплодных женщин в анамнезе имеют воспаление гениталий. Бессимптомные персистирование хламидий может служить источником антигенной стимуляции и приводить к изменениям труб и яичников. Хламидии в 60% воспаления гениталий поражают молодых женщин до 25 лет, основная локализация маточная труба.
- Абсцедирование при воспаление гениталий вызывается не хламидиями, а только в синергизме с факультативными или анаэробными бактериями.
- Диагностика: обнаружение в анализе выделения из влагалища и ПЦР реакции. Не определена рольразвития воспаления микоплазмы и уреоплазмы.

- Папилломовирусная инфекция приводит к развитию острых и плоских кондилом влагалища и шейки матки, передается половым путем.

Доказана патогенетическая роль папилломовирусной инфекции в возникновении рака шейки матки.

- Кандидоз – заболевание вызванное дрожжеподобными грибами, преимущественно рода Candida.

Развитию кандидоза способствует нерациональное или длительное применение антибиотиков, нарушение углеводного обмена, авитаминозы. Это одноклеточные микроорганизмы оказывает непосредственное влияние на возбудителей бактериальной инфекции и приводят к снижению чувствительности бактерий к антибиотикам и другим препаратам. Различают: кандидомикоз вульвы, влагалища, матки и придатков.

- Генитальный герпес – это заболевание вызывается вирусом простого герпеса, в основном 2 типа (ВПГ – 2). Вирус локализуется на слизистой оболочке мочеполовых органов, а также в нервных сплетениях, симпатической нервной системе, передается половым путем.
- Различают 3 стадии герпетического процесса:

I – стадия – поражение герпесом наружных половых органов

II – стадия – поражения влагалища, шейки матки, мочеиспускательного канала.

III – стадия – матки, придатков, мочевого пузыря.

- Клинически различают:

типичное течение

атипичное течение

бессимптомное (вирусоносительство)

- Клинические симптомы: гиперемия и отек цервикального канала, мочеиспускательного канала, серозно-гнойные выделения, на слизистых оболочках вульвы и кожи промежности появляется множественные везикулы, которые через 2-8 дней покрываются серовато-желтым налетом, лопаются.
- Длительность заболевания 2-4 недели. Жалобы на боль в области вульвы, появление везикул. Характерно, что при вирусной инфекции одновременно поражаются шейка матки, мочеиспускательный канал, конъюктива глаза, суставы, область промежности.
- Диагноз ставится на основании выявления вируса или его антител в сыворотке крови больной. Однако более достоверно получение вируса выделения из влагалища шейки матки и мочеиспускательного канала ПЦР диагностика.
- Лечение проводится антивирусными препаратами (ацикловир, валацикловир, вальтрекс), иммунномодуляторы (циклоферон, лаферон, виферон), обезболивающие, антиоксиданты, витамины. Вакцинотерапия.