

Воспалительные заболевания женских половых органов



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).

Кроме того, важность проблемы ВЗЖПО обусловлена неуклонным ростом заболеваемости, «омоложением» контингента больных, что значительно ухудшает репродуктивное здоровье женщин фертильного возраста.

Больные ВЗЖПО составляют 60 – 65% пациенток, обратившихся по поводу гинекологических заболеваний в женскую консультацию, и 30% - направляемых на стационарное лечение.

Отмеченных во многих странах мира, в том числе и в РФ, рост ВЗЖПО является следствием возрастающей миграции населения, урбанизации, проституции, изменением полового поведения молодежи (частая смена половых партнеров, отсутствие барьерной контрацепции, половые извращения, раннее начало половой жизни, искусственные аборты), а главное – рост числа заболеваний, передающихся половым путем.

Заражение заболеваниями, передающихся половым путем (ЗППП) приобрело характер эпидемии. По данным статистики, ими поражены 5% популяции. На сегодняшний день 75% взрослого населения являются носителями той или иной инфекции, при этом многие даже не подозревают об этом. В частности, ежегодно в мире хламидийную инфекцию выявляют у 80 млн., а гонорейю у 200 млн человек.

По оценкам ВОЗ, ежегодно во всем мире более 340 миллионов мужчин и женщин в возрасте 15-49 лет заболевают излечимыми инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе *Treponema pallidum* (сифилисом), *Neisseria gonorrhoeae* (гонорея), *Chlamydia trachomatis* (хламидийная инфекция) и *Trichomonas vaginalis* (трихомоноз).

До 40% женщин с нелеченной гонококковой или хламидийной инфекцией приобретут воспалительные заболевания таза. У каждой четвертой из них разовьется бесплодие.

Ежегодно в мире от глазных инфекций, которые могут быть объяснены нелеченной гонококковой или хламидийной инфекцией у матерей, слепнут до 4000 новорожденных.

У женщин с нелеченым ранним сифилисом 25% беременностей закончатся мертворождением, 14% – смертью новорожденного.

Первое место по распространенности среди инфекций, передающихся половым путем занимает *урогенитальный хламидиоз* - 32,4% среди всех ИППП.

Второе место приходится на *урогенитальный трихомониаз* – 27%

Третье место занимает сифилис – 11,3%. Гонорея – 7,4%. Половой герпес – 8,6%.

Основные пути распространения инфекции:

1. 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.
2. лимфогенный
3. гематогенный
4. контактный (прямое проникновение инфекции – колиты, аппендицит и др. заболевания брюшной полости).

Факторы риска развития воспалительного процесса:

- 1. Генитальные факторы:** бактериальный вагиноз, урогенитальные заболевания полового партнера, инфекции, передаваемые половым путем.
- 2. Социальные факторы:** хронические стрессовые ситуации, недостаточное питание, алкоголизм и наркомания, некоторые особенности сексуальной жизни (раннее начало половой жизни, нетрадиционные формы половых контактов, половые сношения во время менструации).
- 3. Экстрагенитальные факторы:** гиповитаминоз, сахарный диабет, ожирение, анемия, дисбактериоз кишечника, иммунодефицитные состояния, переохлаждение, перегревание.
- 4. Провоцирующие факторы:** патологические роды, аборты, гистеросальпингография, гистероскопия, выскабливание стенок полости матки, длительное применение внутриматочных контрацептивов.

Механизмы биологической защиты половой системы женщины от инфекции

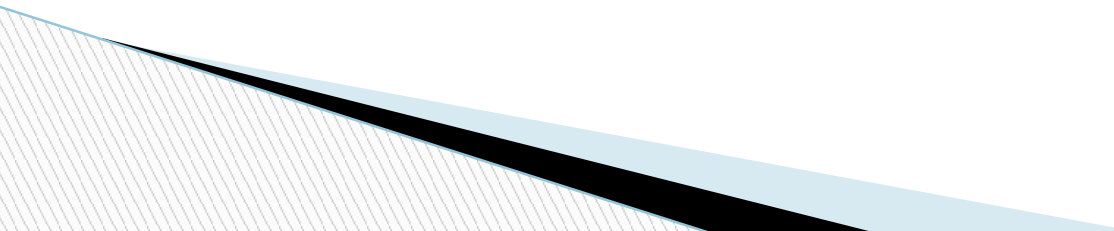
Первый биологический барьер – сомкнутое состояние половой щели, обеспечивающее разобщение влагалища с внешней средой за счет тонуса мышц промежности и тазового дна, что обеспечивает смыкание половой щели и создание вульварного кольца.

Второй биологический барьер – определяется строением и функциями влагалища: прилеганием передней и задней стенок влагалища; строением слизистой оболочки (многослойный плоский эпителий не благоприятствует размножению патогенных микроорганизмов); способность влагалища к самоочищению; кислой средой влагалища – рН 4-4,5.

Третий биологический барьер – шейка матки: узость цервикального канала; наличие слизистого секрета, содержащего большое количество факторов иммунитета (бактерицидное действие слизистой «пробки»; в физиологических условиях верхние 2/3 цервикального канала являются стерильными).

Четвертый биологический барьер – обусловлен состоянием матки и придатков: циклической отслойкой функционального слоя эндометрия во время менструации; перистальтическими сокращениями маточных труб в сторону просвета полости матки; устойчивости к инфекции зародышевого эпителия, покрывающего поверхность яичников.

Условия, нарушающие барьерные механизмы защиты половой системы женщины

- Родовые травмы промежности, вызывающие зияние половой щели и способствующие беспрепятственному проникновению патогенных микроорганизмов;
 - Выпадение стенок влагалища;
 - Механические, химические, термические факторы, оказывающие повреждающее действие на эпителий слизистой оболочки влагалища;
- 

- Разрывы шейки матки, обуславливающие зияние наружного зева, что нарушает бактерицидные свойства цервикальной слизи;
- Роды, аборты, менструации (происходит вымывание кровью цервикальной слизи и содержимого влагалища вместе с факторами иммунной защиты и лактобактериями);
- Внутриматочные контрацептивы;
- Применение тампонов. Адсорбируя кровь, они создают оптимальные условия для быстрого размножения патогенных микроорганизмов и угнетение защитных механизмов.

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.

К воспалительным заболеваниям нижнего отдела полового тракта относятся: вульвовагинит, вагинит, бартолинит (и абсцесс бартолиновой железы), эндоцервицит.

- 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.

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);

Кроме того, выделяют осложнения данных заболеваний:

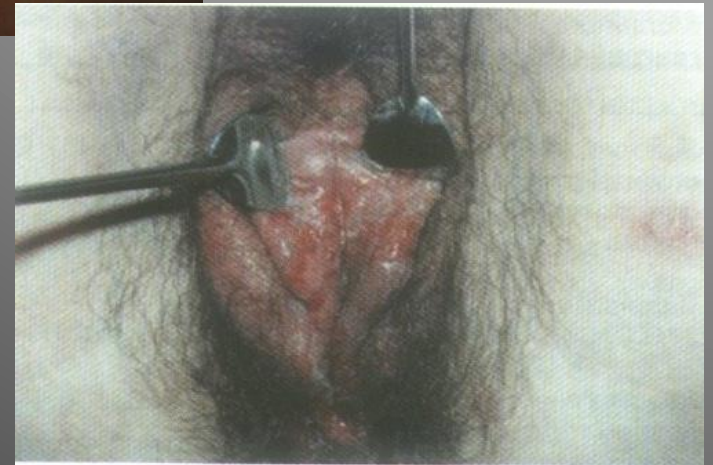
- параметрит – воспаление околоматочной клетчатки;
- гидросальпинкс – скопление серозного экссудата в просвете маточной трубы, вызванное воспалительными изменениями в ней;
- пиосальпинкс – скопление гнойного экссудата в просвете маточной трубы;
- пиовар – воспалительное поражение яичника, характеризующееся образованием полости с гнойным содержимым;
- тубоовариальное образование – воспалительный инфильтрат, в который вовлечены яичник (возможен пиовар) и маточная труба (возможен пиосальпинкс);
- пельвиоперитонит – воспаление брюшины малого таза;
- разлитой перитонит – воспаление брюшины всей брюшной полости.

Вульвит – воспаление наружных половых органов. Возникновению вульвита способствуют опрелость (при ожирении), несоблюдение гигиены половых органов, химические, термические, механические раздражения, расчесы, ссадины, сахарный диабет.

При остром вульвите наблюдается гиперемия, отек наружных половых органов, серозно-гнойные налеты. Больные жалуются на боль, зуд, жжение, боль при движении.

Обязательно проводится бактериологическое исследование выделений с целью определения возбудителя.

Основные принципы лечения: отвар цветков ромашки, слабый раствор перманганата калия, борной кислоты местно, в качестве сидячих ванночек, влагалищных спринцеваний.



Кольпит – относится к наиболее частым гинекологическим заболеваниям у женщин репродуктивного возраста. Воспаление слизистой влагалища может быть вызвано стафилококком, стрептококком, кишечной палочкой, грибами кандиды, трихомонадами и др.

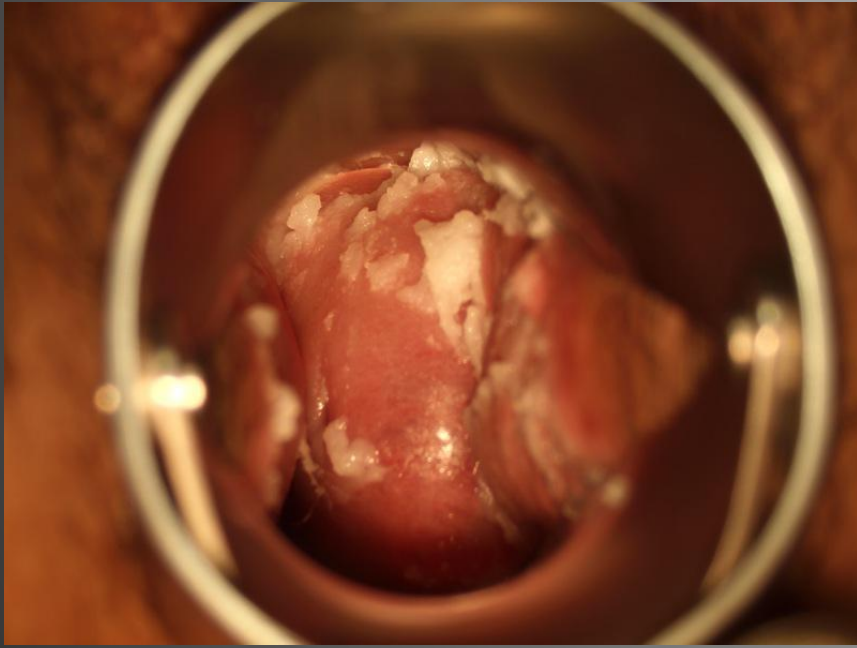
Основные симптомы: слизисто-гнойные выделения, дискомфорт внизу живота, жжение и зуд во влагалище, боль и жжение во время полового акта и мочеиспускания.

Диагностика – жалобы + анамнез + гинекологически осмотр + бактериологическое исследование.

Основные принципы лечения: местное лечение – спринцевания 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

Чаще встречается одностороннее воспаление бартолиновой железы. Воспалительный отек может закупоривать проток железы, препятствуя выделению гнойного секрета, который скапливаясь, образует абсцесс железы.

Бартолиновая железа резко болезненная, увеличена (иногда достигает размеров куриного яйца), закрывает вход во влагалище, половые губы со стороны поражения отечны, гиперемированы. Температура субфебрильная, отмечаются боли при ходьбе, общее состояние удовлетворительное.

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.

Бартолиновы железы в основании больших половых губ



Киста бартолиновой железы



Б



В



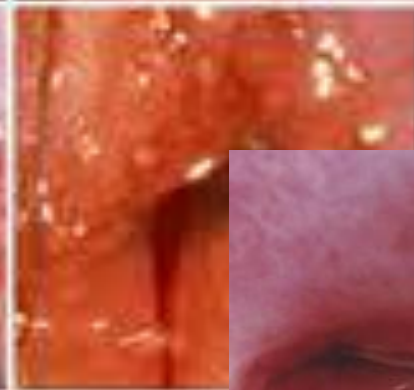
Эндоцервицит

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 гнойевидные 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.



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 случае поражения кишечной палочкой), иногда к гнойным выделениям могут присоединяться сукровично-кровянистые выделения.

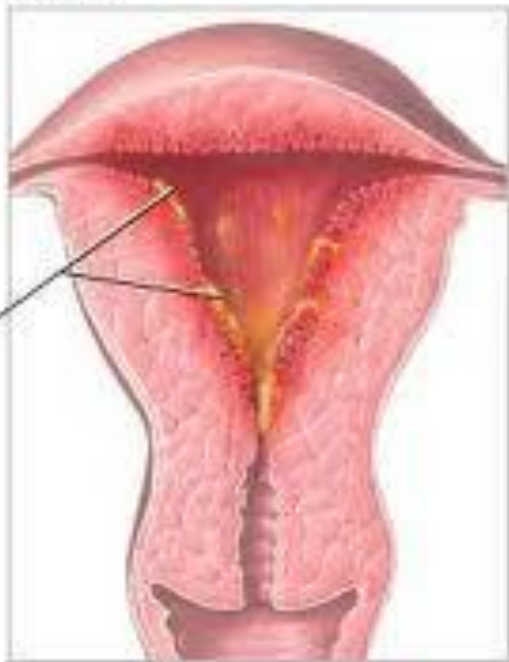
При гинекологическом исследовании матка несколько увеличена, размягчена, болезненная при пальпации, болезненность при смещении шейки матки.

В общем анализе крови – лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево до палочкоядерных лейкоцитов.

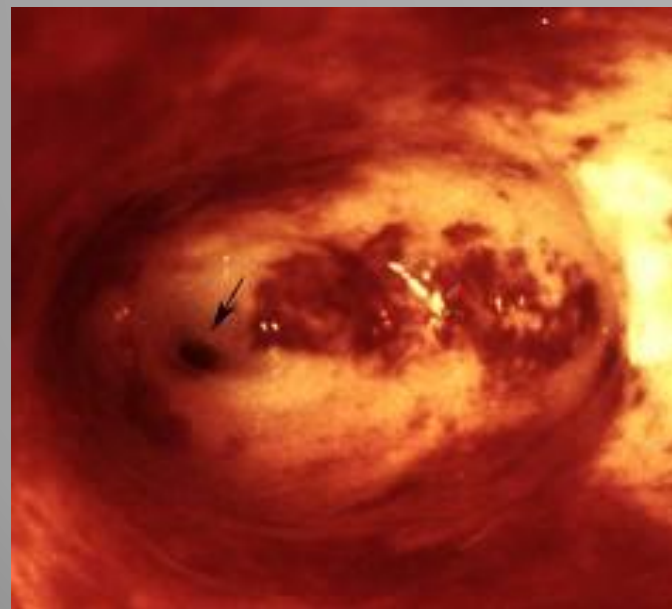
Диагностика:

- анамнез (внутриматочное вмешательство, аборт, менструация);
- гинекологический осмотр;
- ОАК;
- Бактериологическое исследование содержимого из цервикального канала;
- УЗИ органов малого таза.

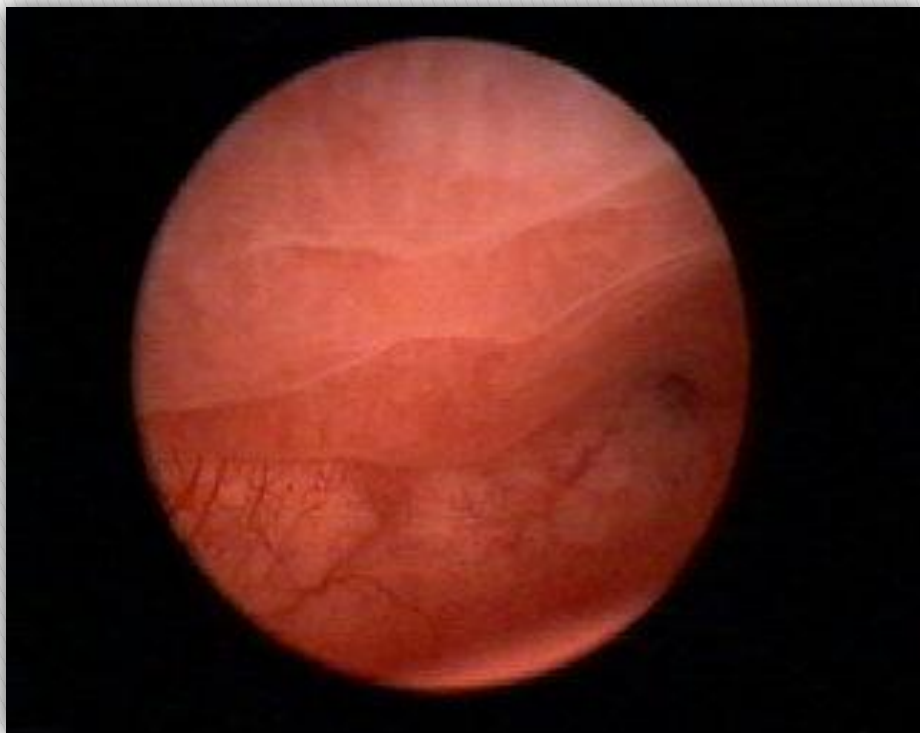
Эндометрит



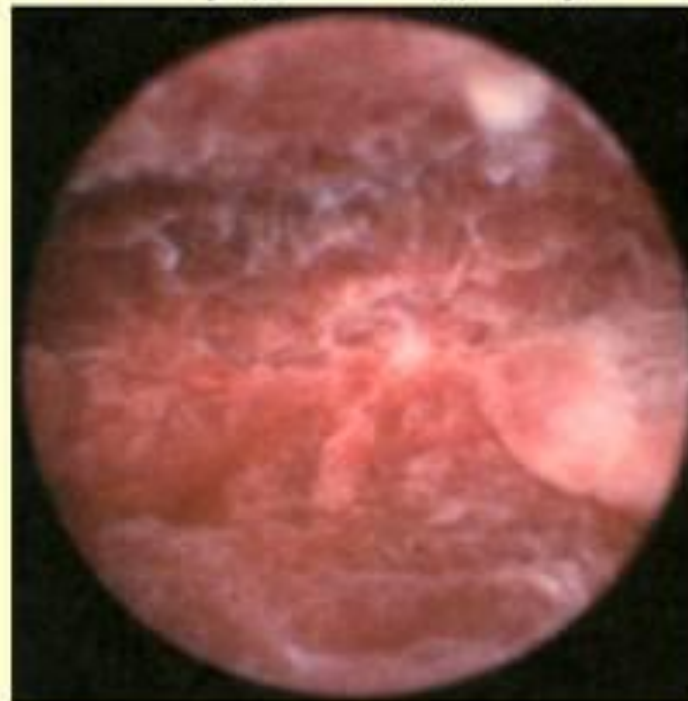
Воспаленная
слизистая обо-
лочка матки



Гистероскопия, норма



Послеродовой эндометрит



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.

Сальпингофорит – 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.

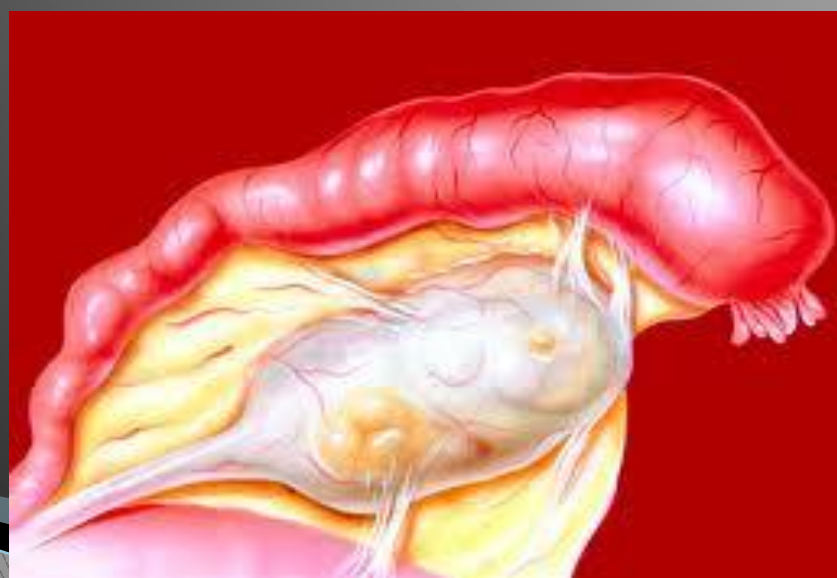
Воспалительный процесс начинается на слизистой оболочке маточной трубы, затем переходит на ее мышечную и серозную оболочки. Экссудат, образовавшийся в результате воспалительного процесса, скапливается в просвете маточной трубы, а затем изливается в брюшную полость, нередко вызывая спаечный процесс.

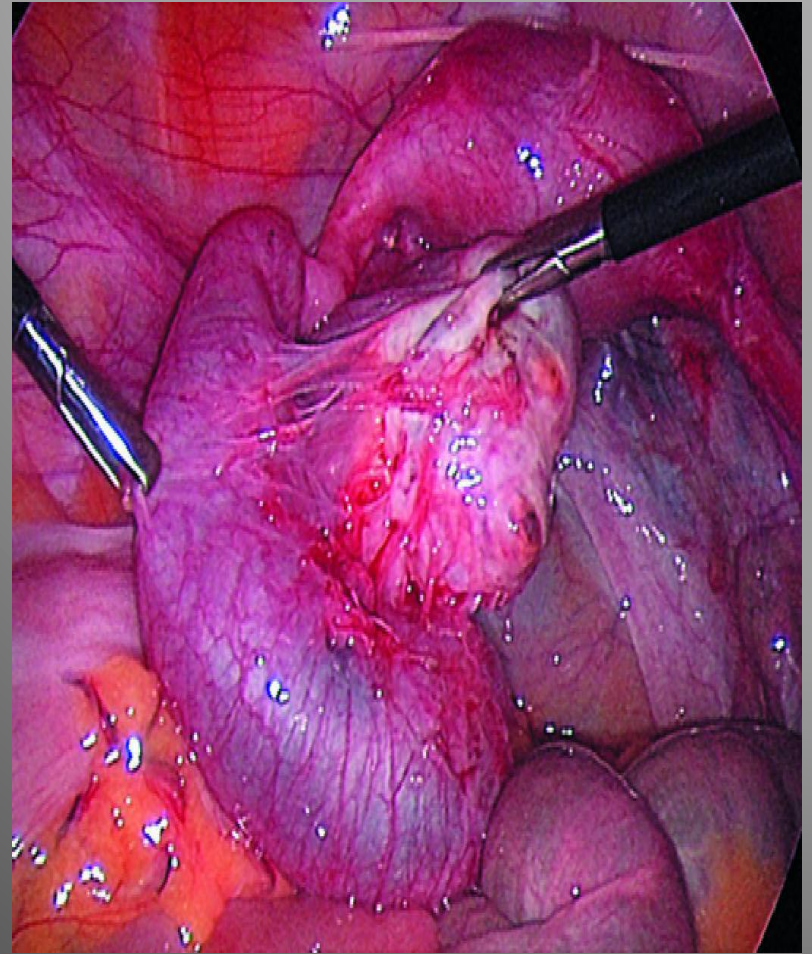
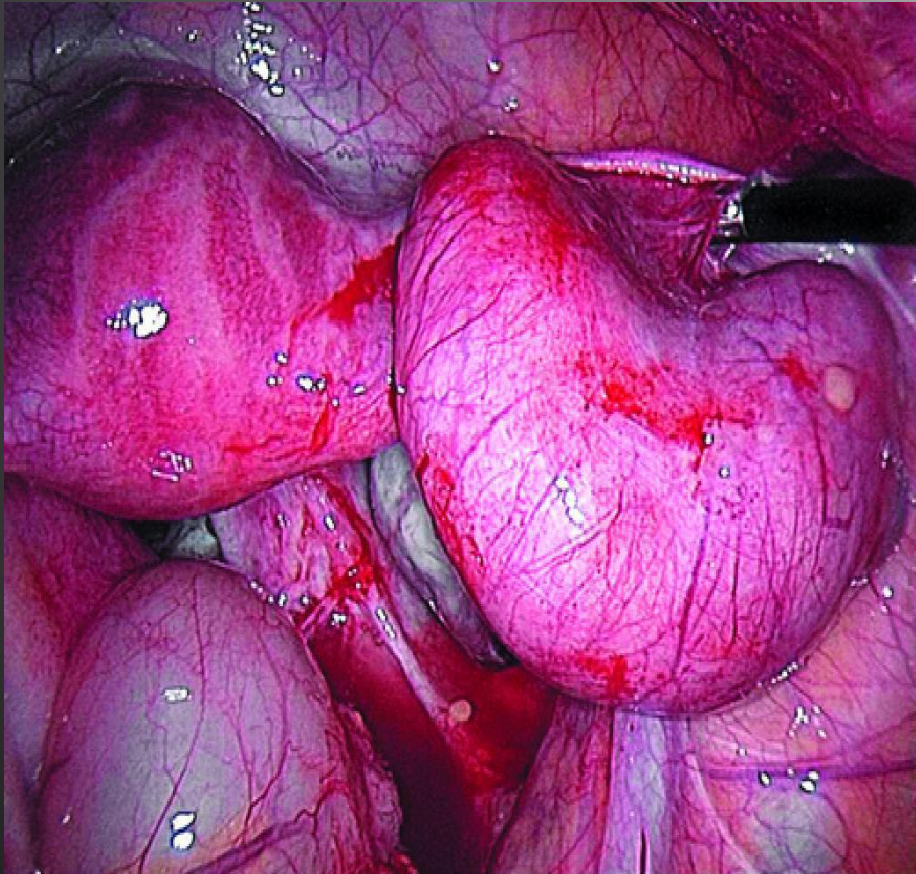
Непроходимость маточной трубы ведет к возникновению мешотчатых воспалительных образований (*гидросальпинкс, пиосальпинкс*).

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 $10,0 \times 10^9$).

Острый сальпингоофорит *необходимо дифференцировать* от прервавшейся внематочной беременности, апоплексии яичника, перекрута ножки опухоли (кисты), аппендицита.





| <i>Признак</i> | <i>Сальпингоофорит</i> | <i>Аппендицит</i> |
|---|--|--|
| Начало заболевания | Постепенное, недомогание, обильные бели. | Боли резкие в правой подвздошной области, тошнота, рвота. |
| Анализ крови | Умеренный лейкоцитоз, незначительный сдвиг формулы влево. | Лейкоцитоз уже в первые часы заболевания, быстрое его нарастание с выраженным сдвигом лейкоцитарной формулы влево. |
| Данные влагалищного исследования | Болезненность придатков матки, придатки отечные, увеличены, резкая болезненность при попытке смещения матки. | Отсутствие болезненности при пальпации придатков матки, движения за матку и шейку матки безболезненны. |
| Симптомы Ровзинга, Щеткина-Блюмберга, напряжения мышц передней брюшной стенки | Отсутствуют или выражены нерезко. Может иметь место локальное напряжение мышц передней брюшной стенки. | Все симптомы выражены отчетливо. |
| Ректальное исследование (симптом Промптова) | Чувствительность позадиматочного углубления незначительна, приподнимание матки резко болезненно. | Безболезненность в области позадиматочного углубления, приподнимание матки почти безболезненно. |
| Изменения состояния при дальнейшем наблюдении | Постепенное стихание острых явлений под влиянием противовоспалительного лечения. | Все признаки заболевания прогрессируют, общее состояние ухудшается, нарастают явления перитонита. |

Основные принципы лечения:

1. антибактериальная терапия + метронидазол;
2. противовоспалительные препараты (НПВС);
3. 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.);
4. десенсибилизирующие препараты;
5. санация влагалища + свечи
6. при стихании острого воспаления – физиолечение.

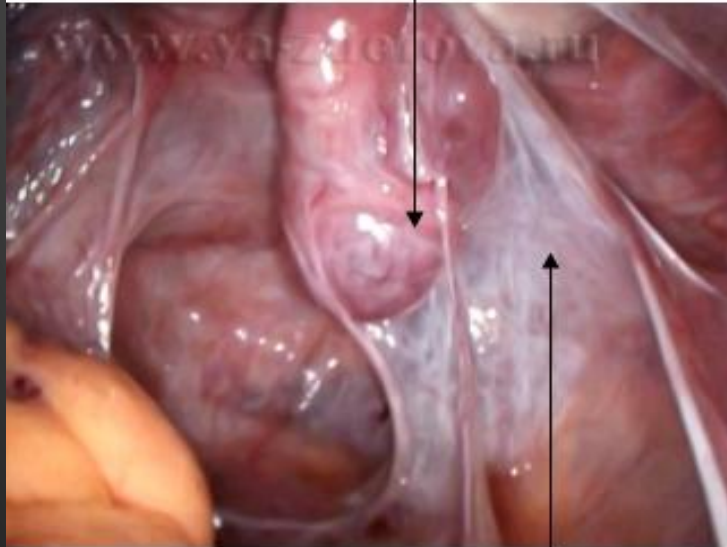
Осложнения острых воспалительных заболеваний внутренних половых органов:

- параметрит;
- пельвиоперитонит;
- внутриматочные синехии (спайки);
- пиосальпинкс;
- гидросальпинкс;
- полная, либо частичная непроходимость маточных труб и, как результат, - бесплодие;
- трубно-яичниковые (тубоовариальные) абсцессы;
- спайки в полости малого таза и брюшной полости;
- в 6 – 10 раз возрастает часто внематочной беременности, как результат патологии маточных труб;
- разрывы абсцессов, приводящие к перитониту.

Спаечный процесс



Маточная труба,
закрытая на
конце



Спайка

Матка



Яичник

Перигепатит



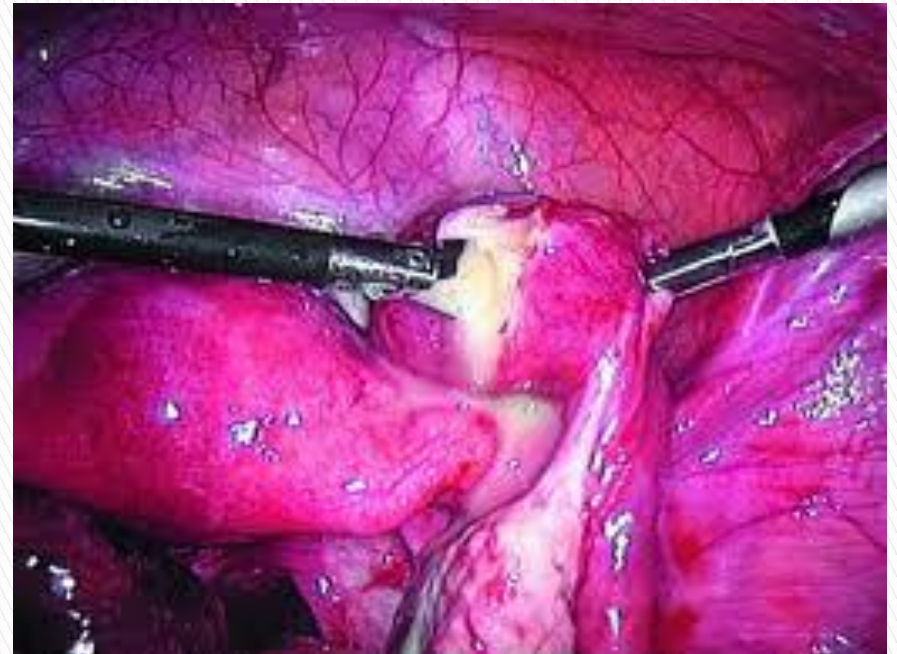
Рис. 2. Спаечный процесс при хламидиозе
(синдром Фитц-Хью – Куртиса)



Гидросальпинкс



Пиосальпинкс



Пельвиоперитонит

Для клинической картины пельвиоперитонита характерно наличие симптомов интоксикации: сухой язык, жажда, тошнота, рвота, слабость, повышение температуры до 38 – 39С⁰. Отмечаются интенсивные, резкие боли внизу живота, вздутие живота и ослабление кишечной перистальтики, однако процесс ограничен гипогастральной областью (главный диагностический признак!!!), где отмечаются положительные симптомы раздражения брюшины. Матку и придатки пропальпировать, как правило, не удастся из-за выраженной болезненности.

Больные подлежат немедленной госпитализации в гинекологический стационар.

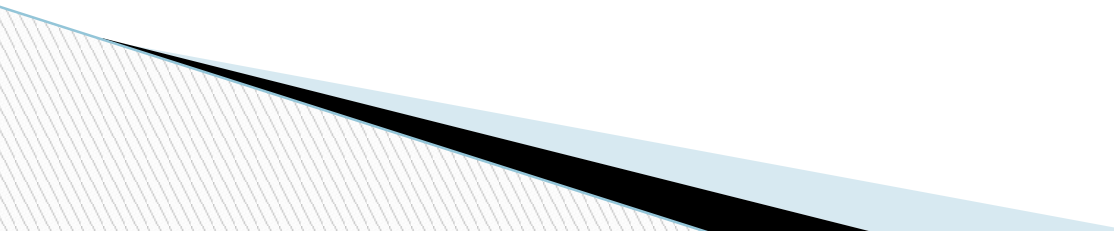
В отличие от хирургического перитонита, пельвиоперитонит в акушерстве и гинекологии начинают с консервативного лечения!

При отсутствии лечения от консервативной терапии в течение 4 – 6 часов и/или присоединении признаков разлитого перитонита больная должна быть подвергнута оперативному лечению в объеме – удаления источника гноя, дренирования брюшной полости.

Пельвиоперитонит



Показания для экстренного хирургического лечения воспалительных заболеваний внутренних половых органов:

- пельвиоперитонит, не поддающийся консервативному лечению в течение 4 – 6 часов;
 - пиосальпинкс, пиовар, тубоовариальный абсцесс при угрозе из перфорации, либо их перфорации с развитием пельвиоперитонита;
 - при появлении на фоне проводимой консервативной терапии признаков разлитого перитонита;
 - безуспешность консервативной терапии.
- 

Спасибо за внимание!