

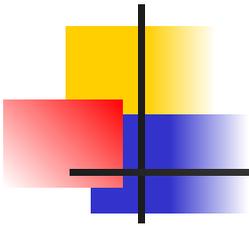
The background features a dark, textured purple and blue gradient. Scattered throughout are several glowing, semi-transparent spheres with a grid-like or cellular pattern. Some spheres are larger and more prominent, while others are smaller and more distant. The overall aesthetic is futuristic and scientific.

**Воспалительные заболевания
женских половых органов
неспецифической этиологии**



- **Мотивация изучения темы:**

В структуре гинекологических заболеваний ВЗОМТ занимают первое место, составляя 60-65 %. Наибольший пик заболеваемости наблюдают у лиц в возрасте от 15-24 лет; после 30 лет частота ВЗОМТ значительно уменьшается, что может быть обусловлено как изменением полового поведения, так и появлением защитных антител в канале шейки матки. Острое начало воспалительного процесса в современных условиях наблюдают редко. Как правило, имеет место постепенное развитие, нередко без выраженных клинических проявлений, приводящее к хроническому течению. Медицинская сестра должна знать основные проявления ВЗОМТ, первую помощь при неотложных состояниях, принципы терапии.

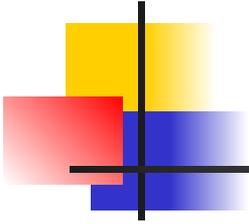


■ Цели занятия:

Знать:

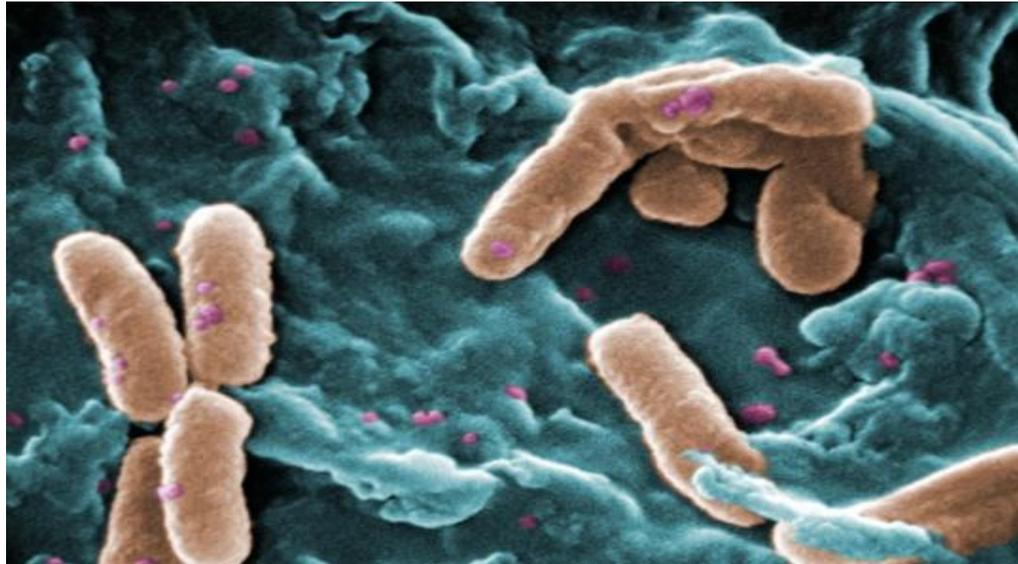
- Классификацию,
- этиологию,
- общую характеристику,
- диагностику (основные и дополнительные методы)
- клинические проявления,
- принципы лечения,
- профилактику.

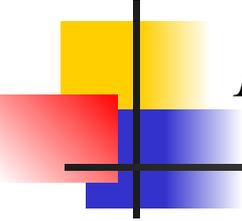




План лекции

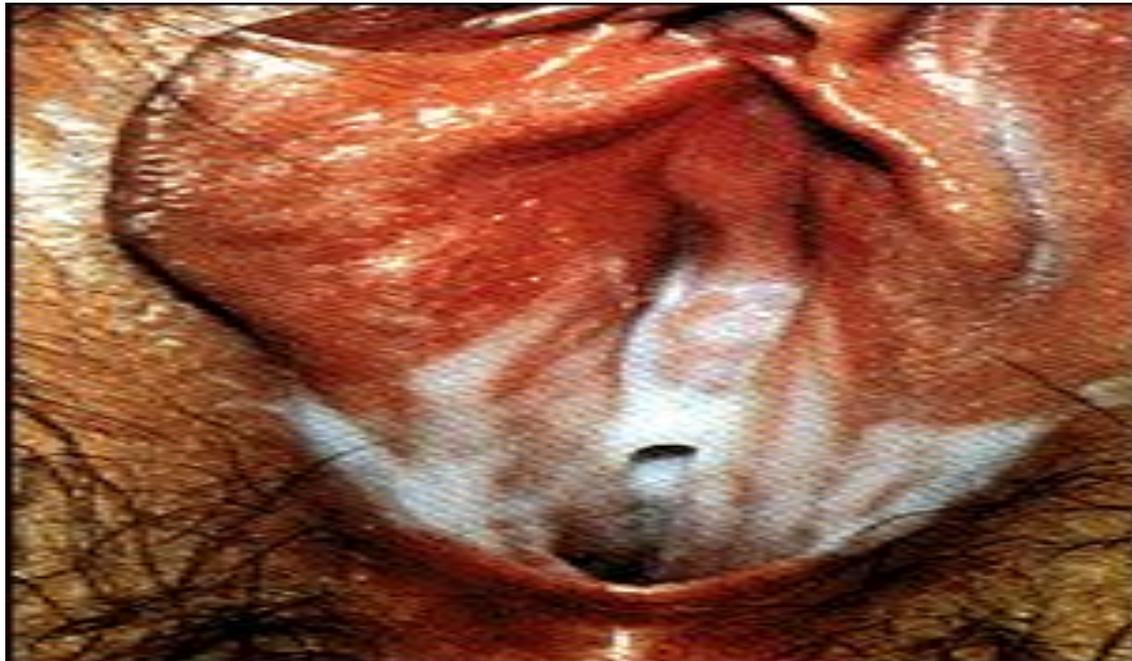
- 1. Общая характеристика воспалительных заболеваний женских половых органов;
- 2. Воспалительные заболевания нижних отделов половых путей;
- 3. Воспалительные заболевания верхних отделов половых путей (органов малого таза).





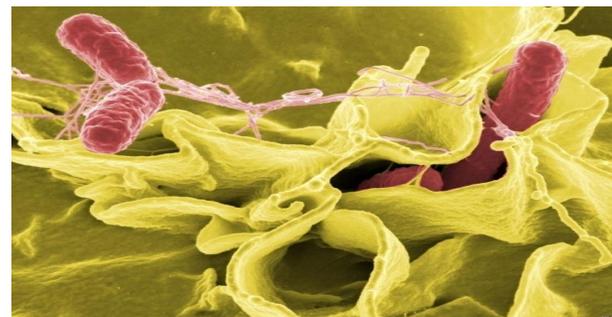
К внешним признакам воспаления относятся:

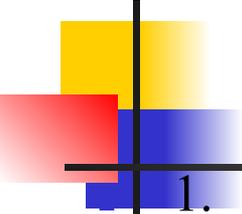
- rubor (бледность) - calor (жар) - tumor (припухлость) - dolor (боль) - function laesa (нарушение функции)



Классификация воспалительных заболеваний гениталий (ВЗГ) осуществляется по ряду принципов:

- *по этиологии* — условно-неспецифические и специфические ВЗГ (инфекции передаваемые половым путем);
- *по локализации* — различают воспалительные заболевания нижних (вульвит, бартолинит, кольпит, эндо-цервицит, цервицит) и верхних (эндомиометрит, сальпингоофорит, пель-виоперитонит, параметрит) отделов половых органов, границей которых является внутренний маточный зев.
- *по клиническому течению* — острая местная и общая инфекция, хроническая общая и местная инфекция.





Факторы риска развития воспалительных заболеваний:

1. Генитальный фактор – хроническое воспалительное заболевание половых органов, бактериальный вагиноз, урогенитальные заболевания у полового партнера, инфекции передаваемые половым путем (ИППП).

2. Социальные факторы – хронические стрессовые ситуации, недостаточное питание, авитаминоз, алкоголизм и наркомания.

3. Поведенческие факторы включают в себя некоторые особенности сексуальной жизни: раннее начало половой жизни, высокая частота половых контактов, большое число половых партнеров, нетрадиционные формы половых контактов.

4. Экстрагенитальные факторы: сахарный диабет, ожирение, анемия, воспалительные заболевания мочевыделительной системы, дисбактериоз, иммунодефицитное состояние.

5. Важное значение имеет существенный рост во всем мире числа штаммов микроорганизмов, устойчивых к воздействию антибиотиков.

6. В развитии воспалительного процесса большое значение имеет

К барьерным механизмам относятся:

- анатомо-физиологические особенности строения наружных половых органов;
- многослойный плоский эпителий слизистой влагалища;
- ~~нормальная микрофлора влагалища (палочки Додерлейна);~~
- кислая среда влагалища (рН 3,8-4,5);
- способность влагалища к самоочищению;
- наличие слизистой пробки цервикального канала (иммуноглобулины, лизоцим, мукополисахариды);
- циклическая отслойка функционального слоя эндометрия;
- перистальтическое сокращение маточных труб и мерцание реснитчатого эпителия в сторону просвета полости матки;
- местный и общий иммунитет.

По клиническому течению воспалительные процессы разделяют на:

- острые с выраженной клинической симптоматикой;
- подострые со стертыми проявлениями;
- хронические (с неустановленной давностью заболевания или давностью более 2 мес) в стадии ремиссии или обострения.



Пути распространения инфекции

Распространение инфекции из нижних отделов половых путей в верхние может быть пассивным и активным. К пассивному относятся распространение через цервикальный канал в полость матки, в трубы и брюшную полость, а также гематогенный или лимфогенный путь. Микроорганизмы могут также активно транспортироваться на поверхности двигающихся сперматозоидов и трихомонад.

Патогенные возбудители ВЗПО передаются половым путем, реже - бытовым (в основном у девочек при пользовании общими предметами гигиены).



Распространению инфекции в половых путях способствуют:

- различные внутриматочные манипуляции, при которых происходит занос инфекции из внешней среды или из влагалища в полость матки, а затем инфекция попадает через маточные трубы в брюшную полость;
- менструация, во время которой микроорганизмы легко проникают из влагалища в матку, вызывая восходящий воспалительный процесс;
- роды;
- операции на органах брюшной полости и малого таза;
- очаги хронической инфекции, обменные и эндокринные нарушения, недостаточность или несбалансированность питания, переохлаждения, стрессы и др.



Основные клинические проявления ВЗОМТ

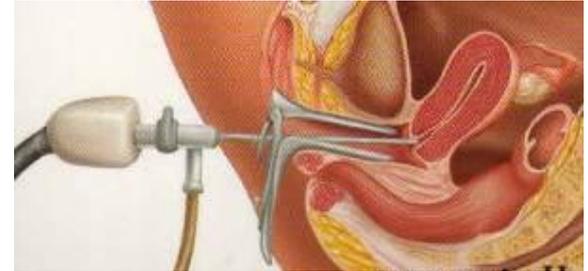


1. Болезненность в нижних отделах живота, в области придатков матки с иррадиацией в область промежности, поясничный и крестцовый отделы.
2. Бели: слизисто-гнойные, реже слизистые.
3. Дизурия.
4. Частая дефекация (как проявление дисфункции прямой кишки).
5. Диспареуния.
6. Повышение температуры тела.
7. Общая утомляемость, слабость

Острое начало воспалительного процесса в настоящее время наблюдается редко. Как правило, имеет место постепенное развитие, нередко без выраженных клинических проявлений, приводящее к хроническому течению.

ВЗОМТ часто протекает бессимптомно, длительное время, оставаясь нераспознанным, в связи, с чем клиническая диагностика представляет значительные трудности, поэтому лабораторные и инструментальные методы носят определяющий характер.

Критерии диагностики ВЗОМТ



Минимальные критерии:

- болезненность при пальпации нижней части живота;
- Болезненность в области придатков
- болезненные тракции шейки матки

Дополнительные критерии:

- температура тела выше 38 °;
- патологические выделения из шейки матки или влагалища;
- лейкоцитоз, изменение лейкоцитарной формулы (смещение влево), повышение СОЭ и содержания С-реактивного белка;
- лабораторное подтверждение цервикальной инфекции, вызванной гонококками, трихомонадами, хламидиями.

Определяющие критерии

- данные биопсии эндометрия;
- результаты УЗИ;
- Отклонения при лапароскопии.

ЗАБОЛЕВАНИЯ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

- **Вульвит** (vulvitis) – воспаление наружных женских половых органов

Различают первичный и вторичный вульвит



КЛИНИКА

- Различают острый и хронический вульвит
При остром вульвите наблюдается диффузная гиперемия и отек наружных половых органов, гнойные выделения
- Жалобы: зуд, жжение в области половых органов, нередко – общая слабость



ДИАГНОСТИКА

- Основывается на данных анамнеза,
- анализа,
- жалоб,
- результата гинекологического осмотра,
- онкоцитологического и бактериоскопического исследование отделяемого вульвы.
- Диагноз подтверждается при кольпоскопии



ЛЕЧЕНИЕ

- Туалет наружных половых органов:
 - теплый раствор перманганата калия;
 - настоем ромашки (1 ст.л. ромашки залить кипятком, настоять 20 мин.);
 - 2-3% р-р борной кислоты.

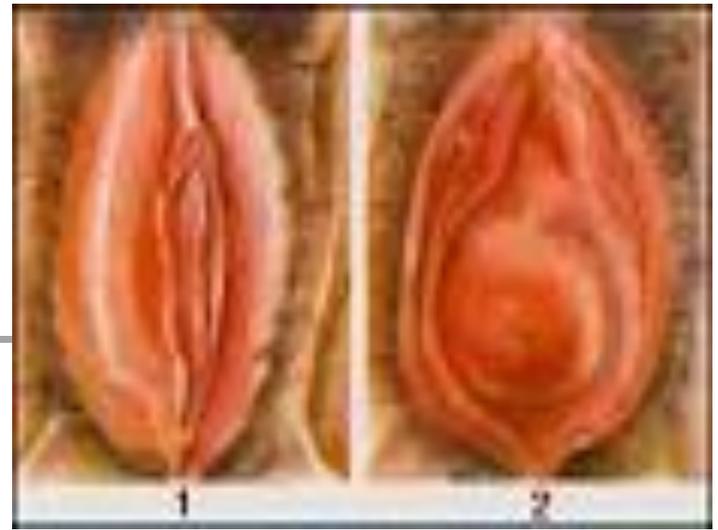




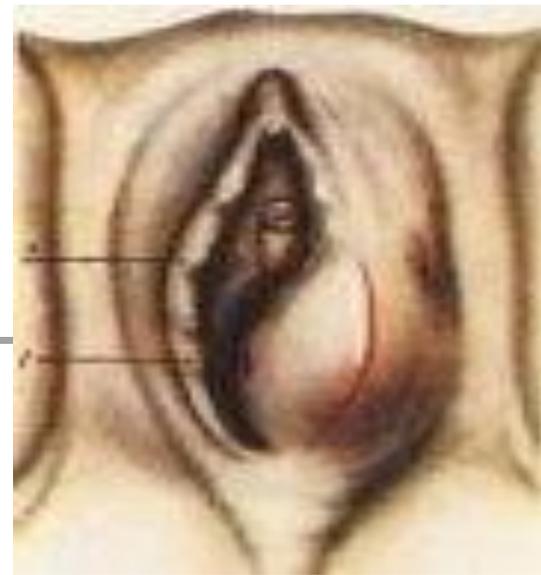
- При бактериальных вульвитах:
 - *тержинан* по 1 таб. перед сном (10 дней);
 - *гинопеварил* по 1 свечке на ночь (3 дня);
 - *орунгал* по 100 мг 2 раза в день – 6-7 дней (достигается высокая эффективность).
- При сильном зуде вульву смазывают 5% анестезиновой мазью.



БАРТОЛИНИТ



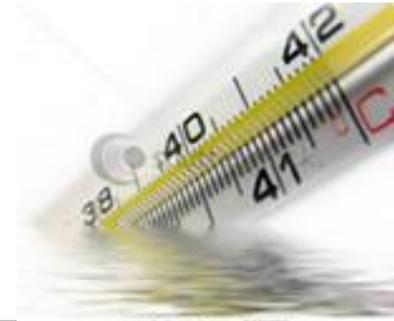
- **Бартолинит** (bartholinitis) –воспаление большой железы преддверия влагалища
- Клиника:
 - вокруг наружного отверстия выводного протока железы – валик красного цвета;
 - при надавливании на проток выделяется капелька гноя, которую берут для бактериологического исследования.



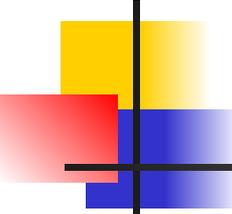
- При закупорке выводного протока возникает псевдоабсцесс железы.
- Проникновение микробов в паренхиму железы и окружающую клетчатку ведет к возникновению истинного абсцесса большой железы преддверия влагалища.



КЛИНИКА



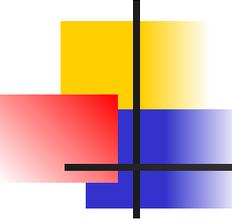
- Общее состояние резко улучшается
- Температура повышена
- Возникает озноб
- Сильная головная боль
- Резкие боли в области половых органов не только при движении, но и в покое
- При обследовании – резко болезненное опухолевидное образование
- При значительном скоплении гноя - флюктуация



ЛЕЧЕНИЕ



- Антибиотики
- Ванночки с раствором калия перманганата (1:1000)
- Мазевые аппликации (ихтиол, мазь Вишневского) до появления флюктуации
- На 3-4 день на область очага УФ-лучи, УВЧ
- При псевдоабсцессе – оперативное вмешательство



КОЛЬПИТ



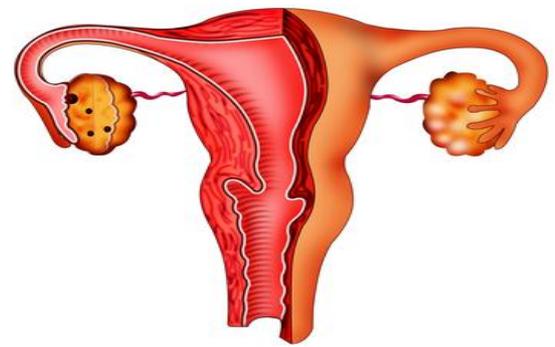
- **Кольпит** (colpitis) – воспаление слизистой оболочки влагалища
- **Формы течения заболевания:**
 - острая;
 - подострая;
 - хроническая (рецидивирующая).



КЛИНИКА



- Основной симптом – серозно-гноевидные бели
- Жалобы на жжение, зуд в области вульвы и влагалища
- Невозможность половой жизни (диспареуния)
- Усиление боли и жжения при мочеиспускании
- В хронической стадии эти явления стихают



КЛИНИКА

- В острой стадии слизистая оболочка:
 - отечная;
 - гиперемизированная;
 - при дотрагивании кровоточит;
 - покрыта гнойными или серозными налетами.

ДИАГНОСТИКА –

данные осмотра в зеркалах
УЗИ



ЛЕЧЕНИЕ:

общее и местное

Местная терапия:

- туалет наружных половых органов и спринцевания влагалища настоем ромашки, шалфея, растворами

антисептических средств (калия перманганата, фурацилина, диоксидина, хлоргексидина не более 3-4 суток



ЛЕЧЕНИЕ



- При анаэробной или смешанной микрофлоре - метронидазол, бетадин.
- При грибковой этиологии – дифлюкан, орунгал, гинопеварил, тержинан.
- Не зависимо от возбудителя – солкотриховак, лактобактрин.
- Обязательное лечение полового партнера.



БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ – это влагалищный дисбактериоз

- Встречается у 10-35% женщин репродуктивно-го возраста с гинекологической патологией
- При бактериальном вагинозе происходит резкое снижение к-ва лактобактерий
- Увеличение pH содержимого от 5,0 до 7,5



КЛИНИКА

- Основная жалоба:
 - выделения с неприятным «рыбным запахом»;
 - зуд и жжение в участке вульвы;
 - неприятные ощущения при половом акте.



ДИАГНОСТИКА



- Для установления диагноза необходимо наличие не менее 3 из 4 критериев:
 - специфические выделения из половых путей;
 - «ключевые клетки» в вагинальном мазке;
 - рН выделений из влагалища выше 4,5;
 - положительный аминотест вагинального отделяемого.
- Основной метод диагностики бактериоскопический.
- В мазках – «ключевые клетки».

ЛЕЧЕНИЕ



- *Метронидазол* - 250 мг 2-3 раза в день (7-10 дней);
- *гиналгин, хлорхинальдин, клион Д* – 1 свеча на ночь во влагалище;
- *инстилляции во влагалище* – 100 мл 2-3% молочной или борной кислоты ежедневно (1 неделя);
- *эубиотики (лактобактерин, бифидумбактерин, бифидин)* – разводят в 5мл кипяченной воды с добавлением лактозы, водят во влагалище 2,5-3 дозы 2 раза в день с 10-12 часовыми интервалами.

ЭНДОЦЕРВИЦИТ



- **Эндоцервицит** (endocerviicitis) – воспаление слизистой оболочки шейки матки

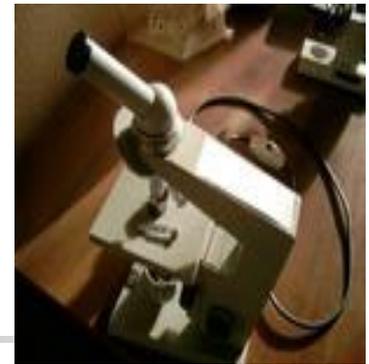
КЛИНИКА:

- слизисто-гнойные или гнойные бели;
- тянущиеся боли внизу живота и пояснице;
- при осмотре в зеркалах – гиперемия вокруг наружного зева и слизисто-гнойные выделения из канала шейки матки





ДИАГНОСТИКА



- Данные клинической картины
- Осмотр шейки матки при двуручном исследовании
- Кольпоскопия
- Бактериологическое исследование выделений
- Реже цитологическое и морфологическое исследование биоптата

ЛЕЧЕНИЕ



- В острой стадии заболевания – антибактериальная терапия в зависимости от вида возбудителя
- Спринцевания, ванночки с хлоргексидином, димексидом

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ



- **Эндометрит (endometritis)** – воспаление слизистой оболочки матки
- Возникновению воспаления способствуют внутриматочные вмешательства (диагностическое выскабливание, осложненные аборты, роды, внутриматочные контрацептивы)
- При тяжелом эндометрите в процесс вовлекается мышечный слой

КЛИНИКА



- Начало острое, повышается температура тела, появляется озноб
- Боль внизу живота, паховых областях
- Выделения слизисто-гнойные с неприятным запахом
- При гинекологическом исследовании – серозно-гнойные выделения
- Матка несколько увеличена, мягкой консистенции, чувствительная при пальпации, в особенности по бокам – по ходу больших лимфатических сосудов



ДИАГНОСТИКА



- Анамнестические, клинические, бактериоскопические, бактериологические данные
 - Общий анализ крови – лейкоцитоз, повышенная СОЭ
 - Ультразвуковое исследование
- Заболевание длится 8-10 дней. При правильном лечении заканчивается выздоровлением.*
- Изредка острый эндометрит переходит в хронический*



ЛЕЧЕНИЕ



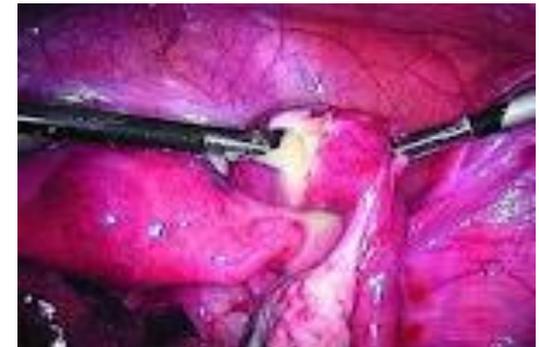
- Пастельный режим
- Холод на низ живота
- Антибиотики, соответственно чувствительности микроорганизмов
- Дозы индивидуальны
- Дезинтоксикационная терапия
- Общеукрепляющая терапия
- Десенсибилизирующая терапия

САЛЬПИНГООФОРИТ



- **Сальпингоофорит** (salpingoоrрnоrіtіs) – воспаление придатков матки
- Пути возникновения:
 - восходящий - распространение инфекции из влагалища, полости матки;
 - нисходящий – из смежных органов (червеобразный отросток, прямая и сигмовидная кишка);
 - гематогенный

- Воспаление возникает сначала в слизистой оболочке маточной трубы, распространяясь затем на другие слои
- Сальпингоофорит - микроорганизмы распространяются на яичник – возникает практически у 2/3 больных
- Сактосальпинксы - мешотчатые образования (просвет трубы закрывается полностью)
- Пиосальпинкс – нагнаивание экссудата
- Тубоовариальная опухоль – спаивание ампулярного конца трубы с яичником





КЛИНИКА



Начало острое, подострое, хроническое

- *При остром сальпингоофорите:*
 - боль внизу живота и пояснице;
 - повышение температуры тела;
 - дизурические и диспептические явления;
 - увеличение СОЭ;
 - лейкоцитоз со сдвигом влево;
 - при пальпации живота – боль, симптом мышечной защиты

КЛИНИКА



- *При хроническом сальпингоофорите:*
 - уплотненные, ограниченные в подвижности, нередко болезненные при попытке смещения, придатки;
 - протекает длительно, с обострениями

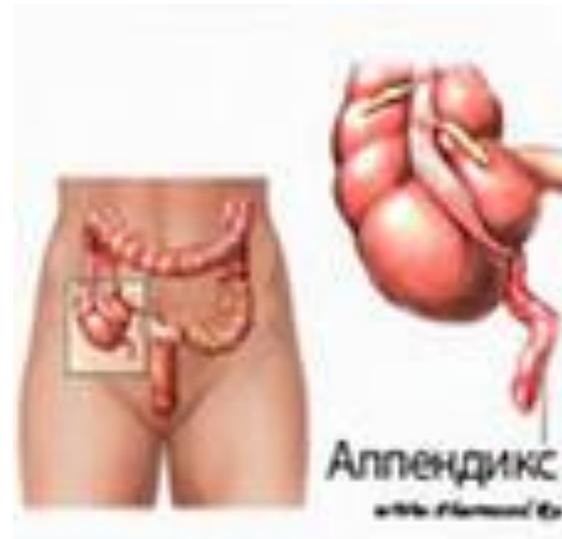
ДИАГНОСТИКА



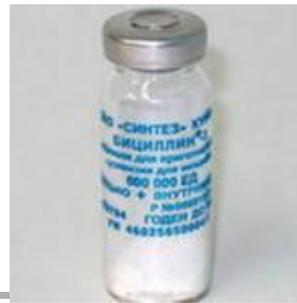
- Данные анамнеза
- Особенности клинического проявления заболевания
- Объективные исследования
- Лабораторные данные
- Дополнительные методы исследования
 - Эхоскопия недостаточно информативна, в некоторых случаях вводит в заблуждение*

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДИАГНОСТИКА

- Воспаление придатков матки чаще всего приходится дифференцировать:
 - в острой стадии от аппендицита;
 - при хроническом течении заболевания – от трубного аборта



ЛЕЧЕНИЕ



- Лечение острого сальпингоофорита исключительно стационарное
- Назначают:
 - строгий постельный режим;
 - антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры;
 - метронидазол, в тяжелых случаях в/в;
 - после нормализации температуры, исчезновения симптомов раздражения брюшины антибактериальную терапию проводят еще на протяжении 5 дней

ЛЕЧЕНИЕ



- дезинтоксикационная терапия 5% р-ром глюкозы, гемодезом, реополиглюкином, р-ром хлорида натрия, плазмой;
- Показано назначение препаратов:
 - десенсибилизирующих;
 - витаминных;
 - нестероидных противовоспалительных.
- При тубоовариальной опухоли – эвакуация содержимого с промыванием и последующим введением антибиотиков
- Если состояние больной не улучшается – оперативное вмешательство

ЛЕЧЕНИЕ



- Лечение хронического сальпингоофорита в осуществляется в женской консультации
- Назначают:
 - противовоспалительные (бутадион, индометацин);
 - иммуномодуляторы (пирогенал, продигиозан);
 - биостимуляторы (плазмол);
 - аутогемотерапию;
 - иглорефлексотерапию, психотерапию
- При частых обострениях:
 - динамические или синусоидальные токи, ультразвук;
 - вибрационный и гинекологический массаж



Гнойные tuboовариальные опухоли – осложнения сальпингофорита



КЛИНИКА

- Состояние больной тяжелое
- Кожа бледная и цианотичным оттенком
- Боль может распространяться по всему животу
- Нередко симптом раздражения брюшины
- Боль иррадирует в пах, промежность, грудную клетку

КЛИНИКА



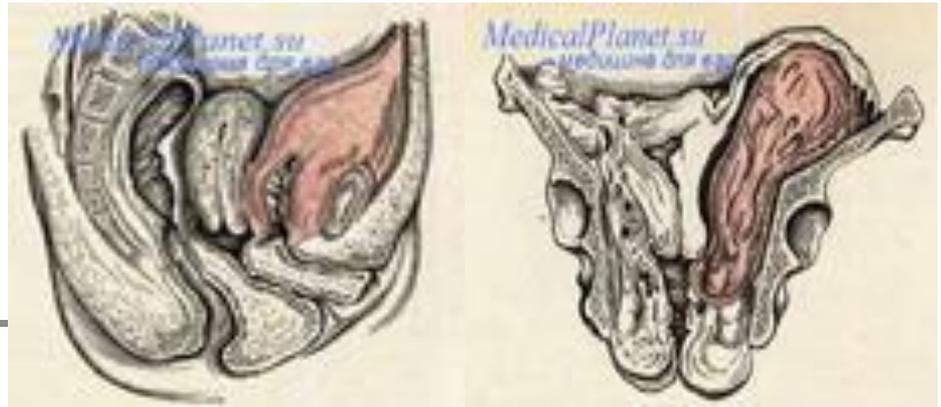
- Повышение температуры до 39 С
- Учащение пульса (соответствует температуре)
- Снижение АД
- Сухость языка
- Живот мягкий, принимает участие в акте дыхания, незначительно вздут преимущественно в нижних отделах, болезненный
- При бимануальном исследовании – матка несколько увеличена, болезненна, нередко спаяна в единый конгломерат с увеличенными придатками

ЛЕЧЕНИЕ



- Лечение tuboовариальных опухолей зависит от возраста пациенток, длительности процесса и устойчивости возбудителя к антибактериальным препаратам
- У молодых, нерожавших женщин лечение необходимо начинать с консервативных методов
- Рекомендуется проведение пункции опухоли (эвакуация содержимого, промывание, введение антибиотиков)
- Проводится общая антибактериальная, противовоспалительная терапия
- При отсутствии эффекта - хирургическое вмешательство

ПАРАМЕТРИТ



Параметрит (parametritis) – воспаление околоматочной клетчатки

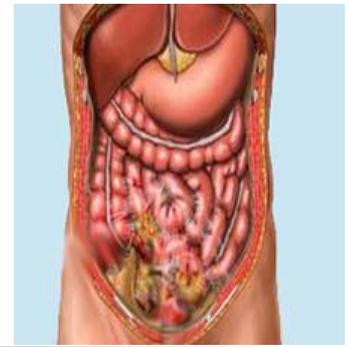
- Возбудители: стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, анаэробная инфекция, а также ассоциация микроорганизмов
- Различают 3 стадии: инфильтрация, экссудация, уплотнение экссудата (соответственно стадиям воспаления)
- Экссудат большей частью бывает серозным

КЛИНИКА



- Ранние проявления: постоянная тупая боль внизу живота с иррадиацией в крестец, поясницу
- Вскоре повышается температура тела до 38-39 С, тахикардия (частота соответствует степени повышения температуры)
- Головная боль, сухость во рту, жажда, нарушение сна, аппетита, ухудшение самочувствия
- Пальпация живота в нижних отделах болезненная, напряжение передней брюшной стенки отсутствует
- При бимануальном исследовании – выраженная болезненность матки

ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ



- Диагностика основывается на данных:
 - анамнеза;
 - клинического течения;
 - осмотр при помощи влагалищных зеркал и ректовагинального исследования.
- Лечение: антибактериальные, десенсибилизирующие , общеукрепляющие препараты

ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ



Пельвиоперитонит (pelvioperitonitis) – воспаление брюшины малого таза

- Возбудителями наиболее часто бывают микробные ассоциации
- Пельвиоперитонит – вторичный воспалительный процесс
- Пути распространения – каналикулярный, лимфогенный, гематогенный

КЛИНИКА



- Начало острое: повышение температуры тела до 35-36 С, озноб, учащение пульса, который опережает температуру
- Сильные боли внизу живота
- Живот вздут в нижних отделах, симптом Щеткина-Блюмберга положительный
- Перистальтика кишечника ослаблена
- Передняя брюшная стенка принимает участие в акте дыхания
- Гинекологическое исследование – ригидность и болезненность заднего свода. В малом тазу инфильтрат, выпячивающий задний свод влагалища

ЛЕЧЕНИЕ



- Лечение проводят в гинекологическом стационаре
- Постельный режим с возвышенным головным концом
- Полный покой, холод на низ живота
- Антибактериальная и десенсибилизирующая терапия
- Проводят коррекцию водноэлектролитного обмена, кислотно-щелочного состояния, физиотерапевтические мероприятия, пункции брюшной полости ч/з задний свод влагалища для эвакуации содержимого и введения лекарственных веществ

ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- Выявление предрасполагающих факторов и их устранение
- Санитарно-просветительная работа по разъяснению правил личной гигиены и гигиены половой жизни.
- Пропаганда ЗОЖ.
- Профилактические осмотры и постановка женщины на диспансерный учет – это одна из основных задач женской консультации, и большое участие в этой работе принимает медицинская сестра.
- Соблюдение медицинской сестрой правил асептики и антисептики при проведении различных диагностических и лечебных манипуляций.
- Индивидуальная профилактика – повседневный уход за наружными половыми органами и соблюдение правил гигиены во время менструации, в послеродовом периоде и после аборта.
- Предупреждение эндогенной инфекции – санация очагов хронической инфекции в организме.
- . Повышение сопротивляемости организма – рациональное чередование труда и отдыха, приём витаминов, профилактика простудных заболеваний и др.
- Применение контрацептивов, с целью предупреждения абортов.

Задание на дом

- **Литература:**

- **Основная**

- Славянова И.К «Сестринский уход при заболеваниях в акушерстве и гинекологии – Ростов на/Д: Феникс, 2015. – 395 с. 292-316.

- **Дополнительная:**

-

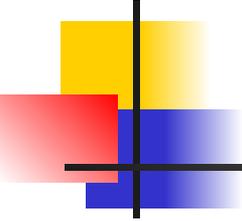
- Сивочалова О.В «Гинекология» М:Издательский центр «Академия», 2011. – 211с
- Дзигуа М.В «Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни» М:ГОЭТАР- Медиа, 2012



Задание на дом



- **Задание:**
- Внимательно прочитайте рекомендуемую литературу.
-
- Выполните задание:
 - Проработайте материалы лекции, литературы;
 -
 - 2. Составьте схему «методы обследования при воспалительных заболеваниях гениталий».



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ



*Преподаватель
Омельченко Ольга Николаевна*