

СРС

На тему: Острые воспалительные заболевания органов женской половой сферы. Частота и особенности распространения. Факторы способствующие развитию. Оущая характеристика. Клинические проявления. Диагностика. Принципы лечения. Прогноз.

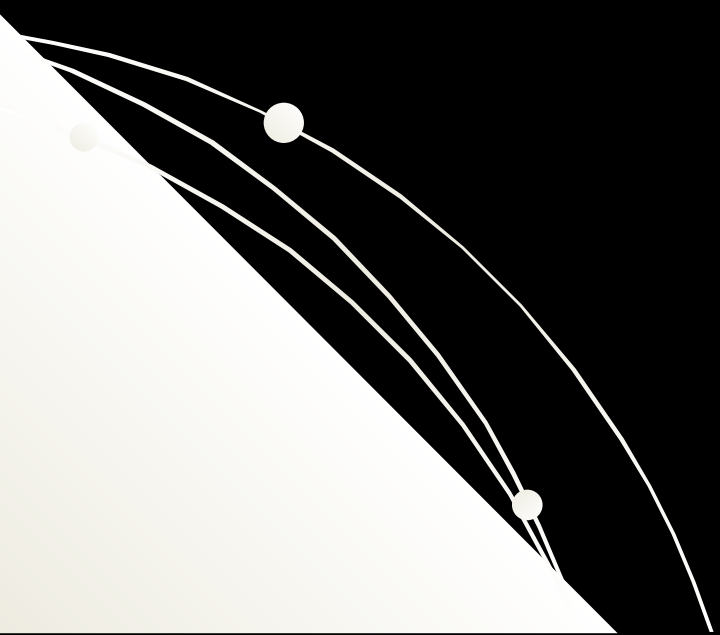
Выполнили: Базарбай А.
Бахторозова А.
Гани Л.
Группа: 463 ОМ
Проверил: Штефанов И.И.

Астана 2015г.



Содержание:

- Введение
- Распространенность
- Факторы способствующие инфицированию женских половых органов
- Воспалительные заболевания нижних отделов половых путей
- Воспалительные заболевания верхних отделов половых путей (органов малого таза).



Введение.

Воспалительные заболевания женских половых органов составляют 60-65% гинекологических заболеваний, около 40% стационарных больных. Болеют женщины репродуктивного возраста. Заболевая рано, в 16–18 лет, к 22–25 годам многие уже не могут полноценно реализовать свою репродуктивную функцию, причиной чего становится длительно текущий хронический воспалительный процесс, подчас осложненный. ВЗ женских половых органов являются самой частой причиной негормонального бесплодия, к примеру после обострений сальпингита бесплодие регистрируется в 50%.

Воспалительные заболевания – одни из самых распространенных заболеваний женской половой сферы. Развитие воспалительных процессов половых органов нарушает функции и других органов и систем женского организма.

Воспалительные процессы половых органов могут быть вызваны специфическими или неспецифическими микроорганизмами.

К первой группе относят воспалительные процессы, вызванные стафилококками, стрептококками, кишечной палочкой, синегнойной палочкой. Ко второй группе относят воспалительные процессы, вызванные трихомонадами, гонококками, вирусами, микоплазмами, хламидиями (инфекции, передающиеся половым путем).

Распространенность.

Воспалительные заболевания женских половых органов составляют 60-65% гинекологических заболеваний, около 40% стационарных больных. Болеют женщины репродуктивного возраста. Заболевая рано, в 16–18 лет, к 22–25 годам многие уже не могут полноценно реализовать свою репродуктивную функцию, причиной чего становится длительно текущий хронический воспалительный процесс, подчас осложненный. ВЗ женских половых органов являются самой частой причиной негормонального бесплодия, к примеру после обострений сальпингита бесплодие регистрируется в 50%.

Распространение инфекции на вышерасположенные половые органы (матку, яичники) объясняется наличием инфекции во влагалище. Попасть инфекционный агент может при помощи сперматозоидов или пассивным транспортом самих микроорганизмов. Последнее место занимают гематогенный (с током крови) и лимфогенный (с током лимфы) пути распространения.

Факторы, способствующие инфицированию верхних отделов половых органов и возникновению заболеваний органов таза:

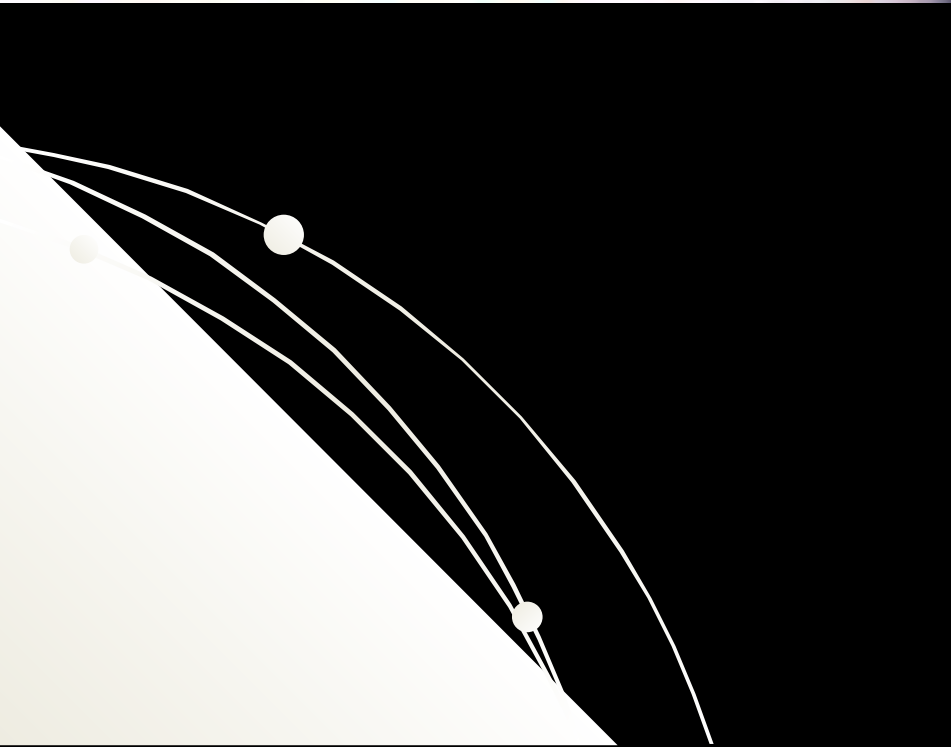
- Внутриматочные процедуры (зондирование, гистеросальпингография, гистероскопия, гидротубация, операции на половых органах), прерывание беременности.
- Внутриматочные контрацептивы.

Воспалительные заболевания нижних отделов половых путей

Вульвит - воспаление наружных половых органов (вульвы). Чаще вторично развивается вторично при кольпите, эндоцервитите, эндометрите. Первичный вульвит встречается при диабете, несоблюдении правил гигиены.

При остром вульвите больные предъявляют жалобы на зуд, жжение в области наружных половых органов, иногда общее недомогание.

Клинически заболевание проявляется гиперемией и отеком вульвы, гнойными или серозно-гнойными выделениями с увеличением паховых лимфатических узлов. В хронической стадии клинические проявления стихают, периодически появляются зуд и жжение. К дополнительным методам диагностики вульвита относится бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого наружных половых органов для выявления возбудителя заболевания.

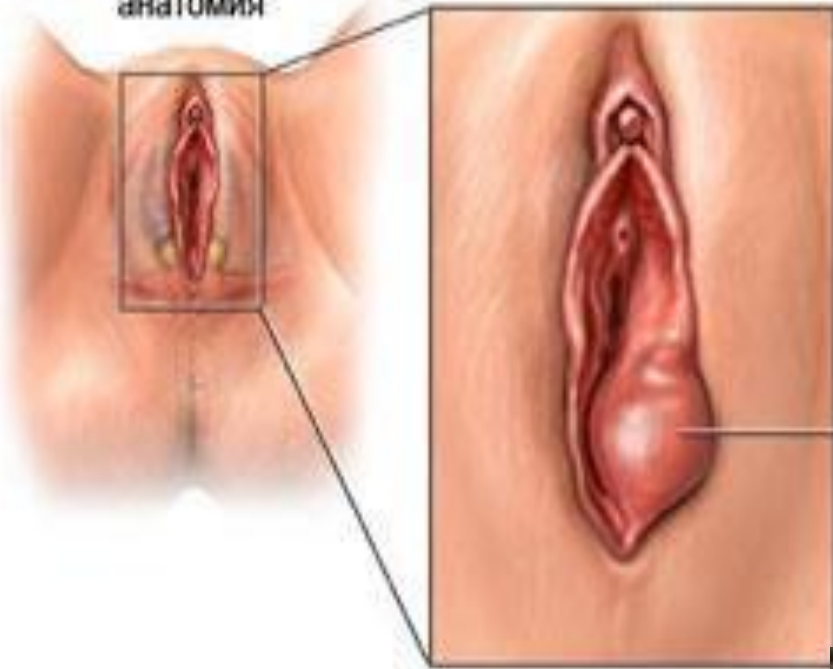


Лечение вульвита заключается в устранении вызвавшей его сопутствующей патологии. Назначают промывание влагалища настоем трав (ромашки, календулы, шалфея, зверобоя), растворами антисептиков (диоксидина, мирамистина, хлоргексидина, октинисепта, перманганата калия и др.). Используют комплексные антибактериальные препараты, эффективные в отношении многих патогенных бактерий, грибов, трихомонад: полижинакс, тержинан, нео-пенотран, макмирор для введения во влагалище ежедневно в течение 10-14 дней. После стихания воспалительных изменений местно можно применять мази с витаминами А, Е, солкосерил, актовегин, облепиховое масло, масло шиповника и др. для ускорения репаративных процессов. При выраженном зуде вульвы назначают антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, тавегил и др.), местно-анестезирующие средства (анестезиновая мазь).

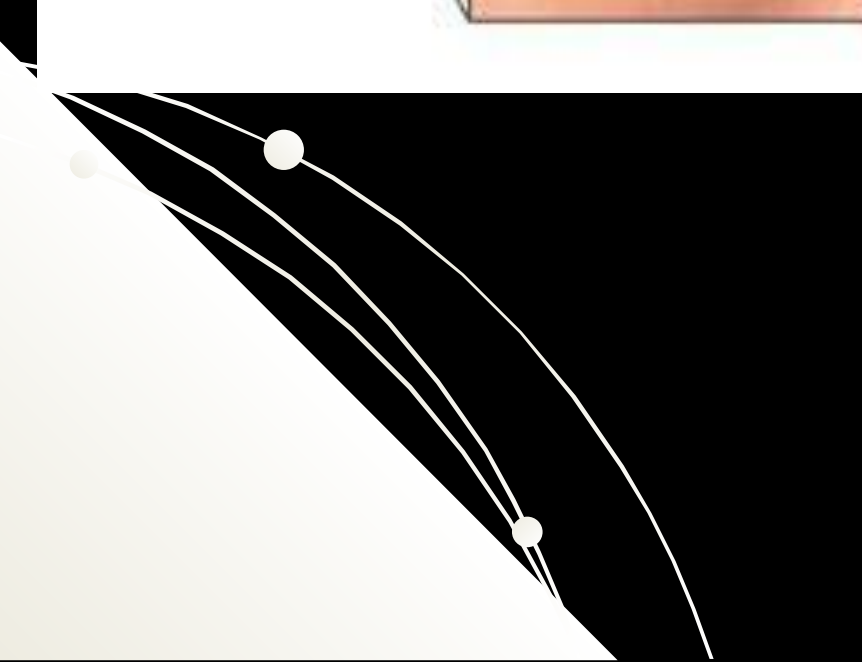
Бартолинит - воспаление большой железы преддверия влагалища. Воспалительный процесс в цилиндрическом эпителии, выстилающем железу, и окружающих тканях быстро приводит к закупорке ее выводного протока с развитием абсцесса.

При бартолините пациентка предъявляет жалобы на боли в месте воспаления. Определяются гиперемия и отек выводного протока железы, гнойное отделяемое при надавливании. Формирование абсцесса приводит к ухудшению состояния. Появляются слабость, недомогание, головная боль, озноб, повышение температуры до 39°C боли в области бартолиновой железы становятся резкими, пульсирующими. При осмотре отмечаются отек и гиперемия в средней и нижней трети большой и малой половых губ на стороне поражения, болезненное опухолевидное образование, закрывающее вход во влагалище. Хирургическое или самопроизвольное вскрытие абсцесса приводит к улучшению состояния и постепенному исчезновению симптомов воспаления.

Нормальная
анатомия



Киста
Бартолиновой
железы



Лечение бартолинита сводится к назначению антибиотиков с учетом чувствительности возбудителя, симптоматических средств. Местно назначают аппликации противовоспалительных мазей, прикладывают пузырь со льдом для уменьшения остроты воспаления. В острой фазе воспалительного процесса применяют физиотерапию - УВЧ на область пораженной железы.

При образовании абсцесса бартолиновой железы показано хирургическое лечение - вскрытие абсцесса.

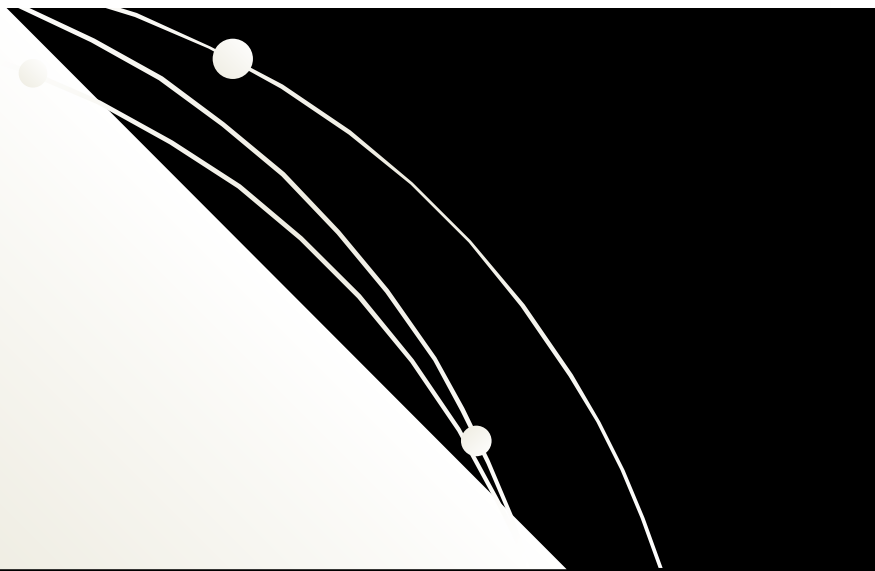
Кольпит - воспаление слизистой оболочки влагалища, вызывается различными микроорганизмами, может возникнуть в результате действия химических, термических, механических факторов. В острой стадии заболевания больные жалуются на зуд, жжение во влагалище, гнойные или серозно-гнойные выделения из половых путей, боли во влагалище при половом акте. Кольпит нередко сочетается с вульвитом, эндоцервицитом, уретритом. При гинекологическом осмотре обращают на себя внимание отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища, которая легко кровоточит при прикосновении, гнойные наложения и точечные кровоизлияния на ее поверхности. При тяжелом течении заболевания происходит отторжение эпителия влагалища с образованием эрозий и язв. В хронической стадии зуд и жжение становятся менее интенсивными, возникают периодически, основной жалобой остаются серозно-гнойные выделения из половых путей.

Дополнительным методом диагностики кольпита является кольпоскопия, помогающая обнаружить даже слабо выраженные признаки воспалительного процесса. Для выявления возбудителя заболевания используют бактериологическое и бактериоскопическое исследование выделений из влагалища, уретры, цервикального канала.

Лечение кольпитов должно быть комплексным, направленным, на борьбу с инфекцией и устранение сопутствующих заболеваний. Назначают антибактериальные препараты, воздействующих на возбудители заболевания. С этой целью используют как местную, так и общую терапию. Назначают промывания или спринцевания влагалища растворами диоксидина, хлоргексидина, мирамистина, хлорофиллипта 2-3 раза в день. Длительное спринцевание (более 3-4 дней) не рекомендуется, поскольку мешает восстановлению естественного биоценоза и нормальной кислотности влагалища. Антибиотики и антибактериальные средства применяют в виде свечей, вагинальных таблеток, мазей, гелей. Местное лечение часто комбинируют с общей антибиотикотерапией с учетом чувствительности возбудителя.

Эндоцервицит - воспаление слизистой оболочки цервикального канала, возникает в результате травмы шейки матки при родах, абортах, диагностических выскабливаниях и других внутриматочных вмешательствах. Тропность к цилиндрическому эпителию канала шейки матки особенно характерна для гонококков, хламидий. Эндоцервицит часто сопутствует другим гинекологическим заболеваниям как воспалительной (кольпит, эндометрит, аднексит), так и невоспалительной этиологии (эктопия шейки матки, эрозированный эктропион). В острой стадии воспалительного процесса больные жалуются на слизисто-гнойные или гнойные выделения из половых путей, реже на тянущие тупые боли внизу живота. Хронизация процесса приводит к развитию цервицита. Хронический цервицит сопровождается гипертрофией и уплотнением шейки матки, появлением небольших кист в толще шейки (наботовы кисты *ovulae Nabothii*).

Цервицит шейки матки



Диагностике эндоцервицита помогает бактериологическое и бактериоскопическое исследование выделений из цервикального канала, а также цитологическое исследование мазков с шейки матки.

Лечение эндоцервицита в острой фазе заключается в назначении антибиотиков с учетом чувствительности возбудителей заболевания. Местное лечение противопоказано из-за риска восходящей инфекции.

После проведения антибактериальной терапии необходимо назначение эубиотиков (бифидумбактерин, лактобактерин, биовестин, жлемик), восстанавливающих естественную микрофлору и кислотность влагалища.

Воспалительные заболевания верхних отделов половых путей (органов малого таза)

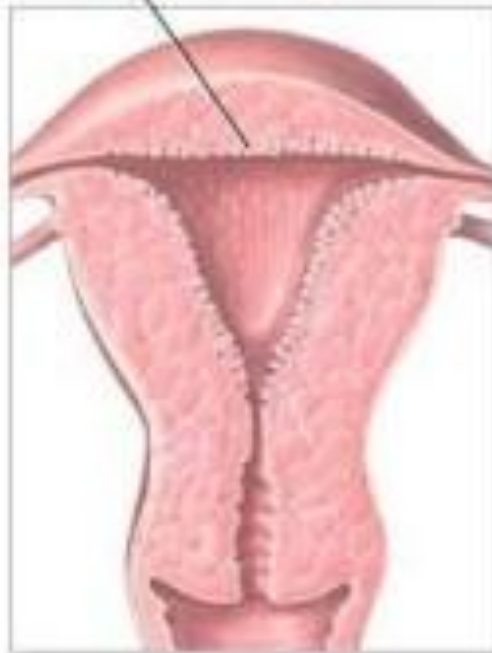
Эндометрит - воспаление слизистой оболочки матки.

Острый эндометрит, как правило, возникает после различных внутриматочных манипуляций - абортов, выскабливаний, введения внутриматочных контрацептивов, а также после родов. Воспалительный процесс может быстро распространиться на мышечный слой (эндомиометрит), а при тяжелом течении поражать всю стенку матки (панметрит). Заболевание начинается остро с повышения температуры тела, появления болей внизу живота, озноба, гнойных или сукровично-гнойных выделений из половых путей.

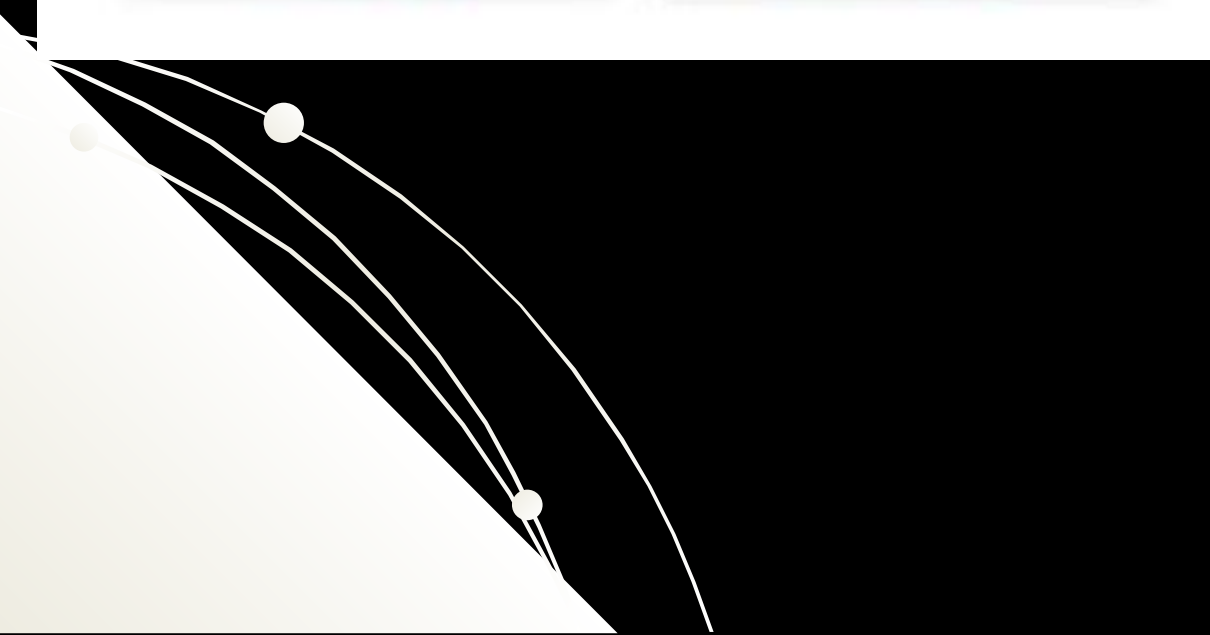
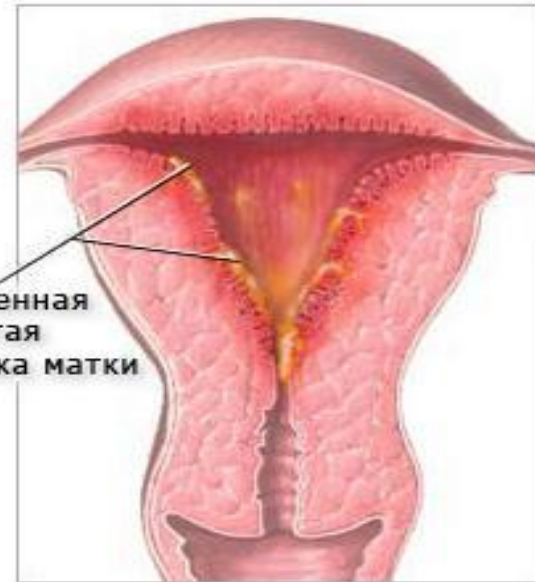
**Воспаленная
эндометрия**



**Нормальный
эндометрий**



**Воспаленная
слизистая
оболочка матки**

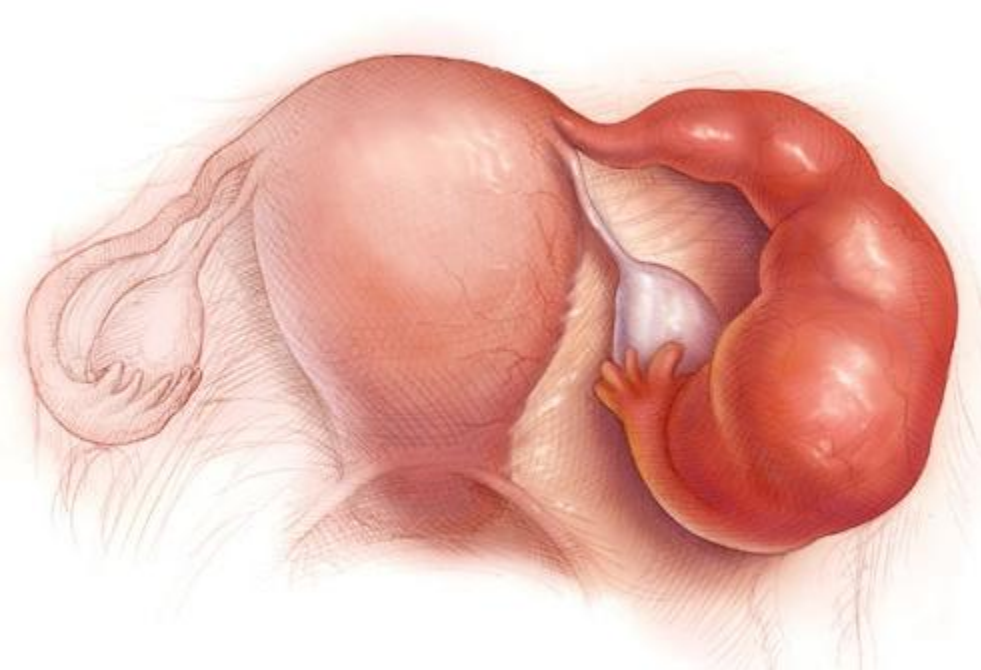


Острая стадия заболевания продолжается 8-10 дней и заканчивается, как правило, выздоровлением. Реже происходит генерализация процесса с развитием осложнений (параметрит, перитонит, тазовые абсцессы, тромбофлебит вен малого таза, сепсис) или воспаление переходит в подострую и хроническую форму. При гинекологическом осмотре определяется увеличенная матка мягкой консистенции, болезненная или чувствительная, особенно в области ребер (по ходу крупных лимфатических сосудов). В клиническом анализе крови выявляются лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, лимфопения, повышение СОЭ.

Хронический эндометрит возникает чаще вследствие неадекватного лечения острого эндометрита, чему способствуют неоднократные выскабливания слизистой оболочки матки по поводу кровотечений, остатки шовного материала после кесарева сечения, внутриматочные контрацептивы. Хронический эндометрит - понятие клинко-анатомическое. Роль инфекции в поддержании хронического воспаления весьма сомнительна.

Клиническое течение латентное. К основным симптомам хронического эндометрита относят нарушения менструального цикла - мено- или менометроррагии вследствие нарушения регенерации слизистой оболочки и снижения сократительной способности матки. Больных беспокоят тянущие, ноющие боли внизу живота, серозно-гнойные выделения из половых путей. Нередко в анамнезе есть указания на самопроизвольные аборты. Хронический эндометрит можно заподозрить на основании данных анамнеза, клиники, гинекологического осмотра (небольшое увеличение и уплотнение тела матки, серозно-гнойные выделения из половых путей). Для окончательной верификации диагноза требуется гистологическое исследование эндометрия.

Сальпингоофорит(аднексит - воспаление придатков матки (трубы, яичника, связок), возникает либо восходящим, либо нисходящим путем вторично с воспалительно-измененных органов брюшной полости (например, при аппендиците) или гематогенно. При восходящем инфицировании микроорганизмы проникают из матки в просвет маточной трубы, вовлекая в воспалительный процесс все слои (сальпингит), а затем у половины больных - и яичник (оофорит) вместе со связочным аппаратом (аднексит, сальпингоофорит). Воспалительный экссудат, скапливаясь в просвете маточной трубы, может привести к слипчивому процессу и закрытию фимбриального отдела. Возникают мешотчатые образования маточных труб (сактосальпинксы). Скопление гноя в трубе ведет к образованию пиосальпинкса, серозного экссудата - к образованию гидросальпинкса.



При проникновении микроорганизмов в ткань яичника в нем могут образовываться гнойные полости (абсцесс яичника), при слиянии которых происходит расплавление овариальной ткани. Яичник превращается в мешотчатое образование, заполненное гноем.

Одной из форм осложнения острого аднексита является тубоовариальный абсцесс.

При определенных условиях через фимбриальный отдел трубы, а также в результате разрыва абсцесса яичника, пилосальпинкса, тубоовариального абсцесса инфекция может проникнуть в брюшную полость и вызвать воспаление брюшины малого таза (пельвиоперитонит), а затем и других этажей брюшной полости (перитонит) с развитием абсцессов ректовагинального углубления, межкишечных абсцессов.

Клиника острого аднексита включает в себя боли внизу живота различной интенсивности, повышение температуры тела до 38-40 °С, озноб, тошноту, иногда рвоту, гнойные выделения из половых путей, дизурические явления. Выраженность симптомов обусловлена, с одной стороны, вирулентностью возбудителей, а с другой - реактивностью макроорганизма.

Острый сальпингоофорит (ОСО) характеризуется следующими стадиями:

острый эндометрит и сальпингит без признаков воспаления тазовой брюшины

острый эндометрит и сальпингит с признаками раздражения брюшины

острый сальпингоофорит с окклюзией маточных труб, с развитием tuboовариальных образований.

разрыв tuboовариального образования.

В клинической картине ОСО выделяют 2 фазы:

токсическая (преобладает аэробная флора)

формирование tuboовариального образования. К

аэробной флоре присоединяется анаэробная флора.

Это приводит к утяжелению симптомов заболевания и развитию осложнений.

Диагностика:

Данные анамнеза (патологические роды, аборты, введение ВМС, диагностическое выскабливание)

Осмотр (бимануальное обследование)

Полное клиническое обследование (общий анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, бактериоскопическое и бактериологическое исследование выделений из уретры, цервикального канала заднего свода влагалища)

УЗИ-диагностика

Лапароскопия

Лечение:

I. Острый период – антибактериальная терапия. Необходимо применять АБ с более длительным периодом полураспада:

Полусинтетические пенициллины:

амоксициллин

амоксиклав (защищенные пенициллины)

ампициллин

бакампициллин

фторхинолоны (офлоксацин, перфлорксацин, ципрофлоксацин)

Макролиды:

фрамилид

макропен

азитромицин

klarитромицин

азикар

Необходимо сочетание антибиотиков:

клиндамицин с хлорамфениколом

гентамицин с левомицитином или линкомицином, или

клиндомицином

II. При подозрении на анаэробную флору применяют метронидазол внутривенно капельно 5-8 дней.

III. При выраженных признаках интоксикации применяются:

Инфузионно-трансфузионная терапия (гемодез, желатиноль, реоглюман, реополиглюкин, неорондекс, реомакродекс, альбумин, свежезамороженная плазма, солевые растворы).

Лечебная лапароскопия (орошение маточных труб 0,9 % раствором NaCl антибиотиками и антисептиками) в сочетании с активным дренированием малого таза.

В подострой стадии используются физиотерапия и эфферентные методы лечения.

Хронический сальпингоофорит (ХСО).

Процесс может быть продолжением острого сальпингоофорита.

Чаще всего хронический сальпингоофорит – результат недолеченного острого сальпингоофорита. Установлено, что при остром сальпингоофорите изменяются тканевые и плазменные компоненты гемостаза, сопровождающиеся развитием хронического ДВС-синдрома.

Хроническая стадия процесса характеризуется наличием инфильтратов, утратой физиологических функций слизистой и мышечной оболочек маточной трубы, развитием соединительной ткани, сужением просвета сосудов, склеротическими процессами, при длительном течении нередко возникает непроходимость маточных труб с образованием гидросальпинкса и спаечного процесса в малом тазу. Могут образовываться перитубарные и перивариальные спайки, препятствующие захвату яйцеклетки.

Клинические проявления:

Основная жалоба – боли тупые, ноющие ощущаются внизу живота, в паховых областях, в области крестца, во влагалище. Боль особенно сильная по ходу тазовых нервов (невралгия тазовых нервов, вегетативный ганглионеврит, возникшие вследствие хронического воспалительного процесса).

Нарушения менструальной функции (полименорея, олигоменорея, альгодисменорея) наблюдается у 40-55 % больных и связаны с наступающими нарушениями функции яичников (гипофункция, ановуляция).

Нарушения половой функции (болезненный половой акт, снижение или отсутствие либидо) отмечается у 35-40 % больных.

При хроническом сальпингоофорите часто имеются нарушения функции пищеварительных органов, мочевыделительной системы (бактериурия, цистит, пиелонефрит). Возможны изменения функции гепатобилиарной системы.

При продолжительном течении и частых рецидивах хронического сальпингоофорита в патологический процесс постепенно вовлекаются нервная, эндокринная, сосудистая системы и заболевание приобретает характер полисистемного процесса.

Диагностика:

Данные анамнеза (указания на наличие ранее перенесенного воспалительного процесса в придатках матки после аборта, осложненного течения родов, послеродового, послеоперационного периодов, внутриматочных диагностических процедур, переохлаждения)

Бимануальное гинекологическое исследование. Важно обращать внимание на положение и подвижность матки, состояние придатков матки, крестцово-маточных связок и стенок таза.

УЗИ-исследование: при хроническом сальпингоофорите определяется наличие жидкости в маточных трубах (гидро- и пиосальпингс)

Гистеросальпингография (ГСГ): выявляются грубые анатомические изменения в маточных трубах в 65 % случаев.

Лапароскопия.

Лечение:

Цель лечения – достижение противовоспалительного и обезболивающего эффекта, повышение защитных сил организма, восстановление нарушенных функций половых органов и вторично возникших расстройств нервной, эндокринной и других систем организма.

Назначение иммуномодуляторов для стимуляции клеточного и гуморального иммунитета.

антибактериальная терапия показана:

В период обострения, если в клинической картине заболевания выражены признаки усиления воспалительной реакции

Если рациональная терапия антибиотиками (сульфаниламидными препаратами) не проводилась в острой (подострой) стадии или при предшествующих обострениях процесса. При этом следует проводить полный курс антибактериальной терапии.

Хирургическое лечение хронического сальпингоофорита проводят с целью восстановления фертильности (проходимости маточных труб) для лечения трубного бесплодия.

Лапароскопия:

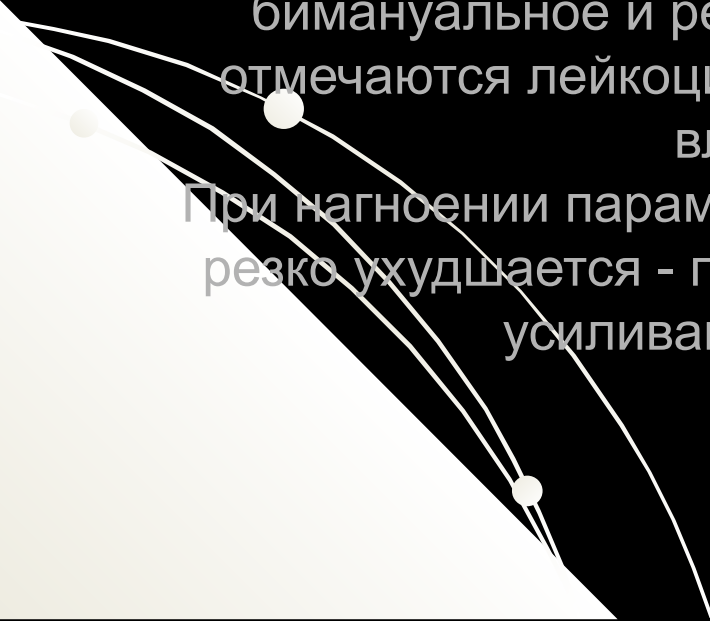
Иссечение или коагуляция спаек

Освобождение фимбриальных отделов труб, удаление труб по показаниям.

Психотерапия

Лечебное питание

Параметрит - воспаление клетчатки, окружающей матку. Возникает при распространении инфекции из матки после родов, абортов, выскабливаний слизистой оболочки матки, операций на шейке матки, при использовании внутриматочных контрацептивов. Инфекция проникает в параметральную клетчатку лимфогенным путем. Параметрит начинается с появления инфильтрата и образования серозного воспалительного экссудата в месте поражения. При благоприятном течении инфильтрат и экссудат рассасываются, но в некоторых случаях в месте воспаления развивается фиброзная соединительная ткань, что приводит к смещению матки в сторону поражения. При нагноении экссудата возникает гнойный параметрит, который может разрешиться с выделением гноя в прямую кишку, реже в мочевой пузырь, брюшную полость.



Симптомы параметрита обусловлены воспалением и интоксикацией: повышение температуры, головная боль, плохое самочувствие, сухость во рту, тошнота, боли внизу живота. Иногда инфильтрация параметрия приводит к сдавлению мочеточника на стороне поражения, нарушению пассажа мочи и даже развитию гидронефроза. В диагностике заболевания важную роль играет бимануальное и ректовагинальное исследование. В крови отмечаются лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ.

При нагноении параметральной клетчатки состояние пациентки резко ухудшается - появляются озноб, гектическая лихорадка, усиливаются симптомы интоксикации.

Бактериальный вагиноз является влагалищным заболеванием, причиной которого является изменение баланса бактерий, которые естественным образом находятся во влагалище. И хотя жидкие, серовато-белые выделения с "рыбным" запахом всего лишь докучают некоторым женщинам, бактериальный вагиноз связан с осложнениями беременности и заражением после проведения процедур или хирургических операций в области таза.

Около половины женщин, у которых бактериальный вагиноз, не замечают никаких его симптомов. Женщины, у которых симптомы проявляются, сообщают, что симптомы ухудшаются после полового акта и после менструаций.

Бактериальный вагиноз лечат пероральными антибиотиками или в виде кремов, гелей или свечей, которые вводятся во влагалище. Лечение мужского сексуального партнёра заражённой женщины необязательно, или же не приносит результатов.

Бактериальный вагиноз возникает вследствие дисбаланса организмов (флора), которые естественным образом находятся во влагалище. Обычно, около 95% влагалищной флоры составляют молочнокислые бактерии. (Этот вид бактерий присущ исключительно людям, и отличается от тех бактерий, которые присутствуют в йогурте). Эти молочнокислые бактерии помогают поддерживать низкий уровень кислотно-щелочного баланса во влагалище с целью предотвращения чрезмерного роста других видов организмов. Женщины, у которых бактериальный вагиноз, имеют меньше молочнокислых бактерий в организме, чем в нормальном состоянии, и больше бактерий другого типа. Эксперты ещё до конца не понимают, что же приводит к такому дисбалансу.

