

Лекція



**Запальні
захворювання
жіночих статевих
органів**

План

- Частота.
- Збудники та шляхи проникнення їх в статеві органи.
- Фізіологічні захисні механізми жіночої статевої системи.
- Поширення інфекції в організмі та чинники, які сприяють цьому.
- Вплив загального стану на перебіг захворювання.
- Профілактика запальних захворювань жіночих статевих органів.
- Неспецифічні запальні захворювання жіночих статевих органів. Класифікація за локалізацією патологічного процесу.
- Неспецифічні запальні захворювання нижнього відділу: бартолініт, вульвіт, кольпіт, ендоцервіцит.

- Запальні процеси у жіночих статевих органах становлять близько 65 % усіх гінекологічних захворювань.
- Серед хворих - 80% жінок віком до 25 років (16 – 25 років), із них 75% жінок з пологами в анамнезі.



Етіологія



Чинники виникнення:

- Інфекційні (найчастіше)
- Механічні
- Термічні.

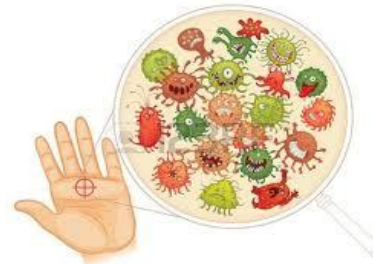
Залежно від збудника, розрізняють запальні процеси **неспецифічної** та **специфічної** етіології.

- **Перша група** - зумовлені стафілококами, кишковою паличкою, стрептококами, синьогнійною паличкою тощо.
- **Друга група** – зумовлені трихомонадами, гонококами, кандидами, мікоплазмами, вірусами, хламідіями, туберкульозною паличкою тощо.
- Майже в усіх хворих виявляють не чисту культуру, а кілька інфекційних чинників (асоціації різних мікроорганізмів).
- Умовно-патогенні мікроорганізми стають збудниками запальних захворювань, якщо підвищенна їхня вірулентність та зниженні імунобіологічні властивості макроорганізму.



Види інфекції

- **Екзогенна** – нестерильні інструменти, белизна, руки та ін.



- **Ендогенна** – тонзилити, захворювання нирок, печинки та ін.



Фактори, які сприяють розвитку запальних захворювань

- Вік
- Менструація
- Пологи
- Крововтрата
- Вишкрібання слизової оболонки порожнини матки
- Гідротубація, пертубація
- Гістероскопія
- Гістеросальпінгографія
- Внутрішньоматкові контрацептиви
- Гінекологічні операції
- Зниження естрогеної насиченості.
- Переохолодження
- Перегрівання
- Механічні ушкодження статевих органів.
- Вплив хімічних і термічних факторів (лікурські препарати високої концентрації, опики та інш.).
- Розумове і фізичне перенавантаження.
- Неправільне харчвання
- Дії низьких доз радіації
- Ендокринні та обмінні порушення.

Шляхи розповсюдження інфекції в організмі

- Лімфогенний
- Гематогенний
- Каналікулярний (піхва, канал шийки матки, порожнина матки, маткові труби).



Шляхи поширення

- статевий шлях.

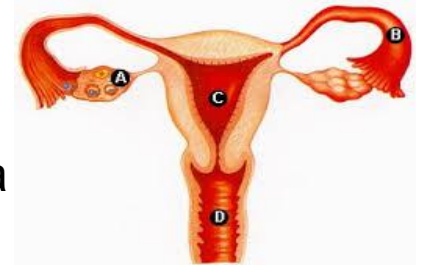
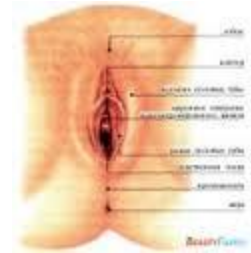


- побутовий (рідше) –у разі користування спільними предметами гігієни.



Фізіологічні бар'єри, що перешкоджають поширенню запальних захворювань в організмі жінки

- Вульва (зімкнута статеві щілина).
- Піхва (кисле середовище сприяє його самоочищенню).
- Слизова пробка шийки матки і виражене звуження каналу шийки матки в ділянці внутрішнього вічка і перешийка.
- Циклічне відшарування функціонального шару ендометрія під час менструації.
- Перистальтичне скорочення маткових труб, мерехтіння епітелію, наявність безлічі слизових складок, злипання яких гальмує розвиток запального процесу.
- Епітелій яєчника і внутрішня сполучнотканинна оболонка перешкоджають проникненню інфекції до цього органа.
- Захисні фізіологічні бар'єри зазнають вікових змін, змінюються протягом менструального циклу, а також після пологів, абортів.



Ускладнення запальних процесів

- Безплідність
- Ектопічна вагітність
- Порушення менструального циклу
- Гетеротопії і дисплазії шийки матки
- Лейоміома
- Ендометріоз
- Невіношування вагітності
- Фетоплацентарна недостатність
- Захворювання плода і новонародженого

Класифікація

За клінічним перебігом :

- **Гострі** процеси –характерізуються вираженою реакцією організму (підвищення температури тіла, озноб, втрата апетиту, головній біль, прискорення пульсу, зміна в картині крові – лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, збільшення ШОЕ) і значними місцевими проявами (болісність, гіперемія, набряк, місцеве відчуття жару).
- **Підгострі** процеси – загальні явища менше виражені.
- **Хронічні** процеси - клінічні ознаки захворювання мало виражені, різноманітність морфологічних змін в уражених органах і тканинах (стовщення, спайки тощо).



Класифікація

За ступенем тяжкості

- I. Легка.



- II. Середньої
тяжкості.



- III. Тяжка.



Класифікація

За локалізацією

Запалення нижнього відділу статевих органів:



- **вувьви** (вувьвіт);
- **великої залози присінка піхви** (бартолініт);
- **піхви** (кольпіт, вагініт);
- **шийки матки:**
 - а) *цервіцит* (запалення піхвової частини шийки матки, покритої багатошаровим плоским епітелієм);
 - б) *ендоцервіцит* (запалення слизової оболонки каналу шийки матки, покрита циліндричним епітелієм).

Класифікація

Запалення верхнього відділу статевих органів (органів малого таза):



- **Тіла матки:**
 - а) ендометрит (запалення слизової оболонки тіла матки);
 - б) метроендометрит (запалення слизової і м'язової оболонок тіла матки);
 - в) периметрит (запалення очеревини, що вкриває тіло матки);
- **Придатків матки:**
 - а) сальпінгіт (запалення маткових труб);
 - б) оофорит (запалення яєчників);
 - в) сальпінгоофорит або аднексит (запалення маткових труб і яєчників),
 - г) запальна тубооваріальна пухлина (запальна пухлина маткових труб і яєчників);
 - д) гідросальпінкс (накопичення серозної рідини у просвіті маткової труби);
 - е) піосальпінкс (накопичення гною у просвіті маткової труби);
 - є) піовар (наявність гнійника в яєчнику);
- **Запалення тазової клітковини, що оточує матку** - боковий, передній і задній (параметрит);
- **Запалення очеревини малого таза** (пельвіоперитоніт).

Запальні захворювання неспецифічної етіології нижнього відділу статевих органів

- **Вульвіт** - запалення зовнішніх жіночих статевих органів.

Первинний зумовлюють:

- заприлість,
- цукровий діабет,
- різні шкірні захворювання,
- термічні, механічні, хімічні ушкодження шкіри зовнішніх статевих органів,
- гіпофункція яєчників
- тощо.



- У жінок репродуктивного віку частіше - **вторинний** (при кольпіті, цервіциті, ендометриті, аднекситі).

Вульвіт (продовження)

Клінічна картина Гострий вульвіт:



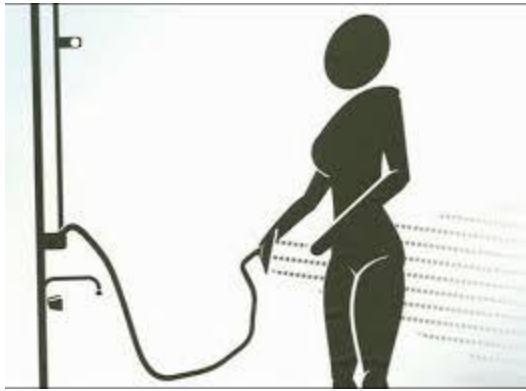
- набряк тканин;
 - гіперемія ділянки пахвинних складок, внутрішньої поверхні стегон;
 - іноді збільшенням пахвинних лімфатичних вузлів;
 - печія та свербіж у ділянці зовнішніх статевих органів, особливо після сечовипускання;
 - гнійні виділення;
 - больові відчуття при рухах.
-
- **Хронічний вульвіт** також проявляється свербіжем, печінням та гіперемією, однак ці симптоми стерті.

Вульвіт (продовження)



Діагностика

- Анамнез (скарги, соматичні захворювання, недотримання правил статевої гігієни, травматичні ушкодження),
- гінекологічний огляд,
- Бактеріоскопічне і бактеріологічне дослідження секрету вульви.



- **Лікування** - комплексне, включає застосування місцевих і загальнозміцнювальних засобів. Показано лікування супутніх захворювань (діабет, гнійничкові ураження, гельмінтози, цервіцит),

При гострому вульвіті:

- ліжковий режим,
- утримування від статевого життя,
- туалет зовнішніх статевих органів розчином 2—3 рази на день
- анестезинова мазь (сильний свербіж)
- сидячі ванночки 2—3 рази на день по 10 хв.

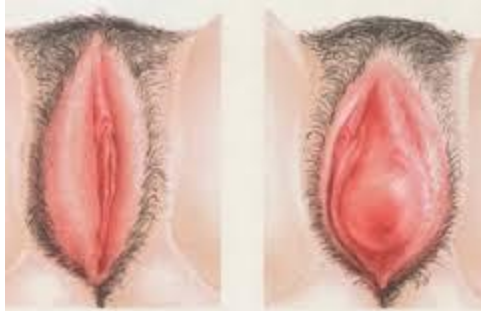


БАРТОЛІНІТ - запалення великої залози присінка піхви (залаза Бартоліна).

Клініка.

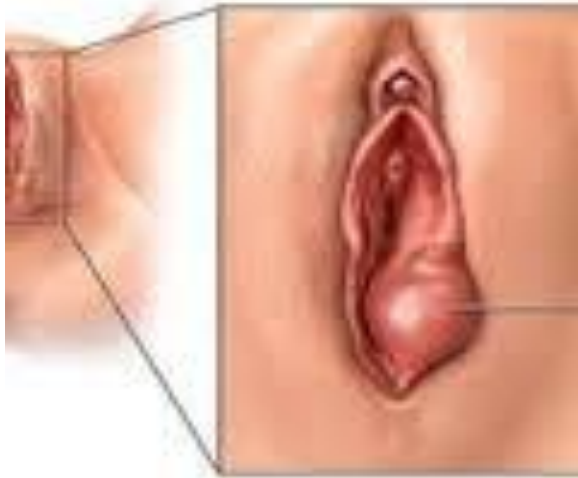
Ураження вивідної протоки залози (каналікуліт).

- Загальний стан порушений незначною мірою.
- Навколо зовнішнього отвору вивідної протоки залози валик червоного кольору; при натисненні на протоку виділяється крапля гною, яку беруть для бактеріоскопічного дослідження.
- Унаслідок закупорення вивідної протоки розвивається **псевдоабсцес залози**, який випинає зовнішню або переважно внутрішню поверхню великої статевої губи, поширюється на малу статеву губу і закриває отвір піхви.
- Скарги на загальну слабкість, неприємні відчуття в ділянці зовнішніх статевих органів.
- Температура тіла субфебрильна.
- набряк і гіперемія на межі середньої та нижньої третин великих статевих губ,
- Пальпаторно - різкий біль, місцеве підвищення температури і набряк м'яких тканин.
- На внутрішній поверхні великої статевої губи навколо вивідної протоки з'являється червона пляма.



БАРТОЛІНІТ (клініка - продовження)

Ураження безпосередньо самої залози (виникнення справжнього абсцесу залози).



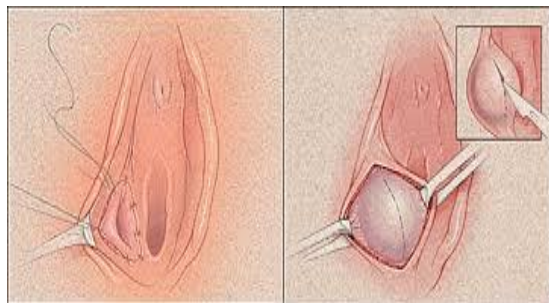
- Загальний стан різко погіршується:
 - температура тіла підвищена;
 - озноб;
 - сильний головний біль;
 - різкий біль у ділянці статевих органів не лише під час рухів, а й у стані спокою.
- Під час обстеження виявляють різко болюче пухлиноподібне утворення, при значному накопиченні гною відзначається флуктуація.
- Можливе мимовільне розкриття абсцесу, при цьому загальний стан хворої поліпшується, температура тіла знижується, однак незабаром настає рецидив.

БАРТОЛІНІТ

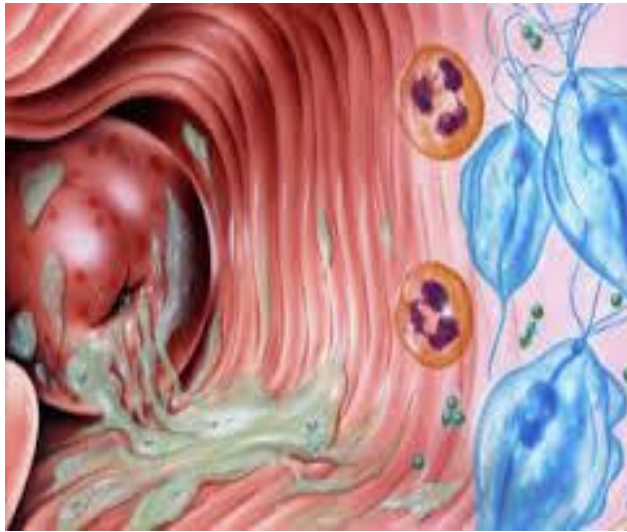
Лікування



- При каналікулітах у гострій стадії
- антибіотики.
- теплі сидячі ванночки з розчином калію перманганату (1:5000),
- міхур з льодом, що прикладають на 10-15 хв 3 - 4 рази на день,
- мазеві аплікації (іхтіол, мазь Вишневського) до появи флуктуації,
- симптоматичні засоби;
- на 3-ю – 4-у добу - ультрафіолетове опромінення, УВЧ-терапія.
- При псевдоабсцесі - операція. Розкривають протоку залози в місці найвираженішої флуктуації, вивертають слизову оболонку та підшивають її до слизової вульви.
- При рецидивному бартолініті або утворенні ретенційної кісти виконують енуклеацію залози разом з її протокою.



Кольпіт - запалення слизової оболонки піхви.



- Запальна реакція може бути як осередкованою, так і дифузною характеру, нерідко поширюючись на піхвову частину шийки матки і вульву.
- Для розвитку кольпіту необхідно ушкодження епітелію піхви (механічна чи хімічна травма) або наявність загальних чинників, які знижують реактивність організму (порушення обміну речовин, зниження естрогенної активності, інфекційні захворювання тощо).

Кольпіт



Клінічна картина.

- Основний симптом - серозно-гноєподібні білі.
- печія, свербіж у ділянці піхви і вульви,
- неможливість вести статеве життя (диспареунія),
- посилення болю і печіння під час сечовипускання.

- У хронічній стадії ці явища згасають.

Кольпіт

Діагностика

- **Огляд за допомогою дзеркал.**

Гостра стадія

- набряк (у період менопаузи слизова оболонка витончена, гладенька),
- гіперемія,
- кровоточивість слизової оболонки піхви, що вкрита гнійним або серозним нальотом.
- За умови тяжкого перебігу - дефекти епітелію у вигляді яскраво-червоних ділянок неправильної форми або інфільтрації сосочкового шару піхви, що підіймаються над поверхнею слизової оболонки.

Хронічна стадія

- гіперемія слизової оболонки мало виражена, кількість білей незначна.
- **Збудника** встановлюють за допомогою бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження вмісту піхви, каналу шийки матки, сечівника, вивідних проток бартолінієвих залоз.



Кольпіт Лікування



Загальна терапія :

- етіотропні протизапальні препарати,
- санація супутніх захворювань
- санація статевого партнера.



Місцева терапія:

- туалет зовнішніх статевих органів,
- зрошування піхви (ванночки, спринцювання) настоєм ромашки, шавлії, розчинами антисептичних засобів (калію перманганату, фурациліну, діоксидину, хлоргексидину) протягом 3-4 діб.



Цервіцит - запалення піхвової частини шийки матки.

Ендоцервіцит - запалення слизової оболонки каналу шийки матки.

Цервіцит шийки матки



- **Виникнення зумовлюють:**

- травми унаслідок пологів, внутрішньоматкових втручань, абортів,
- захворювання інших відділів статеві системи (кольпіт, аднексит тощо).

Клінічна картина.

Гостра стадія:

- слизисто-гнійні білі,
- тягнучий біль унизу живота і в попереку.



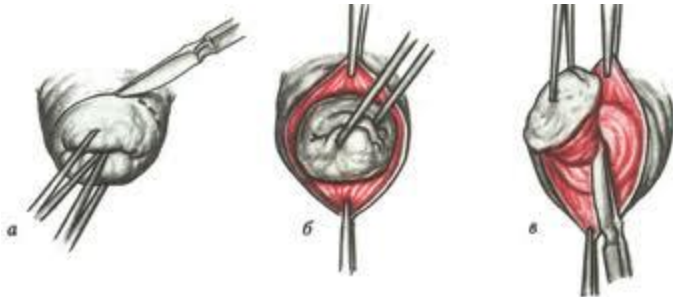
Цервіцит, ендочервіцит (продовження)



Діагностика:

- клінічна картина;
- **огляд за допомогою дзеркал** - гіперемія навколо зовнішнього вічка та слизисто-гнійні виділення з каналу шийки матки;
- кольпоскопія;
- бактеріологічне дослідження виділень.

Цервіцит, ендоцервіцит (продовження)



Лікування.

- В гостру стадію - антибактеріальна терапія залежно від виду збудника.
- Місцеві процедури протипоказані (ризик поширення інфекції), їх проводять лише після затихання процесу: зрошення піхви, ванночки із хлоргексидином, рекутаном, димексидом.
- В усіх стадіях захворювання рекомендована лазеротерапія.
- У разі розвитку на тлі розривів шийки матки після протизапального лікування показана пластична операція шийки матки (за Емметом або за Штурмдорфом).

Дякую за увагу!



Дякую за увагу!





Лекція

- **Запальні захворювання жіночих статевих органів.**

План

- Неспецифічні запальні захворювання верхнього відділу: ендометрит, аднексит, параметрит, пельвіоперитоніт (клінічні прояви, діагностика, лікування).
- Загальне септичне ураження: перитоніт, тромбофлебіт, септицемія, септикопіємія, септичний шок (клініка, діагностика, лікування, догляд за хворими).

Запальні захворювання верхнього відділу статевих органів (органів малого тазу)

- Чинники ризику розвитку запальних захворювань органів малого тазу є
- ранній початок статевого життя,
- наявність кількох статевих партнерів,
- ВМЗ,
- наявність запальних захворювань органів малого тазу в анамнезі (рецидиви трапляються у 25% випадків),
- запальних захворювань нижнього відділу жіночих статевих органів
- або захворювань, що передаються статевим шляхом.
- До чинників, що провокують розвиток або загострення запальних захворювань органів малого тазу належать
- менструація,
- статевий акт,
- ятрогенні чинники (медичний аборт, діагностичне вишкрібання порожнини матки, уведення ВМЗ, гістеросальпінгографія, процедура запліднення in vitro).

Алгоритм обстеження хворих із запальними захворюваннями органів малого таза:

- **-скарги:** гострий біль у ділянці малого тазу (дво- або однобічний), підвищення температури тіла 38°C та вище, метрорагія, слизисто-гнійні виділення із піхви;
- **-анамнез:** поява симптомів після менструації, незахищеного статевого акту, абортів, гістеросальпінгографії, наявність ВМЗ, ранній початок статевого життя;
- **-огляд за допомогою дзеркал та бімануальне гінекологічне обстеження:** слизисто-гнійні виділення з каналу шийки матки, ерозія шийки матки, незначне збільшення та болючість матки, збільшення та болючість придатків матки (одно- або двобічне), обмеження їхньої рухомості, болючість у разі зміщення матки;
- **-клініко-лабораторне дослідження:** загальний аналіз крові (лейкоцитоз, зсув формули вліво, збільшення ШОЕ), загальний аналіз сечі, амінотест, визначення рН піхви, бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження виділень із каналу шийки матки, сечівника, вивідних проток парауретральних залоз, визначення збудників у зскрібках зі слизової оболонки сечівника та шийки матки імуноферментним, імунофлюоресцентним методом або методом полімеразної ланцюгової реакції, УЗД

- Відповідно до клінічного перебігу та результатів патоморфологічних досліджень виділяють дві клінічні форми гнійних запальних захворювань внутрішніх статевих органів – *неускладнені* й *ускладнені*.
- До *неускладнених* належать ендометрит, гострий гнійний сальпінгіт, пельвіоперитоніт; до *ускладнених* – усі осумковані запальні пухлини придатків матки, гнійні тубооваріальні утворення.

- Показаннями до госпіталізації при запальних захворюваннях органів малого таза є: клінічні прояви гострого запального процесу органів малого таза, тубооваріальні гнійні пухлини, необхідність виключення гострої хірургічної патології, тяжкий стан хворої (блювання, гіпертермія, дегідратація, ознаки “гострого живота”), неефективна амбулаторна терапія.

- Диференціальну діагностику проводять з ектопічною вагітністю, ускладненою кістою яєчника, гострим апендицитом, генітальним ендометріозом, запальними захворюваннями кишок, некрозом міоматозного вузла.

- **Ендометрит** - запалення слизової оболонки матки, що найчастіше виникає після внутрішньоматкових втручань (діагностичне вишкрібання, ускладнені аборти, пологи, внутрішньоматкові протизапліднені засоби). Запальний процес може поширюватися на всю слизову оболонку матки або має вогнищевий характер. При тяжкому ендометриті до процесу залучається і м'язовий шар, ураження якого також може бути дифузним і вогнищевим (метроендометрит).

- **Клінічна картина і діагностика.** Захворювання починається гостро, підвищується температура тіла, з'являється озноб, хворих турбує біль унизу живота й у пахвинній ділянці, слизисто-гнійні рідкі виділення з неприємним запахом. Під час гінекологічного обстеження у піхві виявляють серозно-гнійні виділення, які інколи бувають сукровичними за рахунок десквамації епітелію на деяких ділянках слизової оболонки матки. Канал шийки матки нерідко відкритий. Матка дещо збільшена, м'якої консистенції, чутлива при пальпації.
- Гостра стадія захворювання триває 8—10 днів і закінчується, як правило, одужанням. Рідше спостерігають генералізацію процесу з розвитком ускладнень (параметрит, перитоніт, тазові абсцеси, тромбофлебіт вен малого тазу, сепсис) або запалення переходить у підгостру і хронічну форму.

- Хронічний ендометрит переважно розвивається внаслідок неадекватного лікування гострого ендометриту. Клінічний перебіг латентний. До основних симптомів хронічного ендометриту належать порушення менструального циклу — менометрорагії на тлі порушення регенерації слизової оболонки і зниження скоротливої здатності матки. Хворих турбують біль унизу живота, серозно-гнійні виділення зі статевих шляхів. Нерідко в анамнезі - мимовільні аборти. Під час гінекологічного огляду встановлюють незначне збільшення і ущільнення тіла матки, серозно-гнійні виділення зі статевих шляхів.

- **Сальпінгоофорит** - це запалення придатків матки, найпоширеніше серед запальних захворювань органів малого тазу. Поширюється зазвичай висхідним шляхом із піхви і порожнини матки, а також із прилеглих органів (червоподібний відросток, пряма та сигмовидна кишка) або гематогенним чи лімфогенним шляхом. Запалення виникає спочатку в слизовій оболонці маткової труби та переходить на інші шари. У разі тяжкого перебігу сальпінгіту мікроорганізми крізь черевний отвір маткової труби потрапляють на яєчник, унаслідок чого розвивається сальпінгоофорит практично в 2/3 хворих.

- Накопичення в просвіті маткової труби запального ексудату може призвести до склеювання фімбрій труби. Формуються мішкуваті утворення маткових труб (сактосальпінкси). Накопичення в порожнині труби серозної рідини спричинює виникнення гідросальпінксу, який може бути одnobічним і двобічним (мал. 75).
-
- **Мал. 75 Гідросальпінкс**
- У разі збільшення об'єму рідини в такому утворенні з'являється сильний біль у животі, а при високовірулентній інфекції та зниженні захисних сил організму ексудат може нагноюватися і виникає піосальпінкс (Мал. 76).
-
- **Мал. 76 Двобічний піосальпінкс**
- Якщо мікроорганізми потрапляють у тканину яєчника в ньому можуть утворюватися гнійні порожнини (абсцес яєчника), унаслідок злиття яких розплавляється оваріальна тканина. Яєчник перетворюється на мішкувате утворення, заповнене гноєм (піовар) (мал. 77).
-
- **Мал. 77 Численні абсцеси яєчника**
- Якщо ампулярний кінець труби з'єднується з яєчником, формується так звана тубооваріальна пухлина (мал. 78).
-
- **Мал.78 Хронічний сальпінгоофорит (тубооваріальна пухлина)**
- Запальні процеси маткових труб і яєчників, спричинені неспецифічними мікроорганізмами, на відміну від специфічних процесів, не мають тенденції до відокремлення, тому процес часто поширюється на тазову очеревину і виникає пельвіоперитоніт.

- **Клінічна картина і діагностика.** Клініка охоплює такі симптоми, як біль унизу живота різної інтенсивності, підвищення температури тіла до 38—40°C, озноб, нудота, гнійні виділення зі статевих шляхів, дизуричні явища. Пальпаторно – болючість у підчеревній ділянці. Під час гінекологічного обстеження виявляють гнійні або сукровично-гнійні виділення з каналу шийки матки, потовщення, набряки, біль у ділянці придатків матки. При формуванні піосальпінксу, піовару, тубооваріальних абсцесів у ділянці придатків матки або позаду від матки можуть визначатися нерухомі, об'ємні, болючі утворення без чітких контурів, нерівномірної консистенції, нерідко вони становлять єдиний конгломерат з тілом матки. У периферійній крові - лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, збільшення ШОЕ, підвищення рівня С-реактивного білка, диспротеїнемія. Аналіз сечі може показати підвищення вмісту білка, лейкоцитурію, бактеріурію, що пов'язане із ушкодженням сечівника і сечового міхура. Іноді клінічна картина гострого сальпінгоофориту стерта, однак у придатках матки наявні виражені деструктивні зміни.

- Бактеріологічне дослідження виділень із каналу шийки матки не завжди допомагає встановити збудника сальпінгоофориту. Точніші результати дає мікробіологічне дослідження вмісту маткових труб і черевної порожнини, отриманого при лапароскопії або пункції черевної порожнини.
- Для хронічної стадії процесу характерні ущільнення, обмеження рухомості, невиражений біль у ділянці придатків матки під час їх зміщення на тлі спайкового процесу. Хронічне запалення придатків матки, особливо рецидивне, як правило, супроводжують порушення функцій нервової, ендокринної, серцево - судинної і сечової систем.
- Іноді запальний процес із матки та придатків переходить на серозну оболонку матки (периметрит). У хворих підвищується температура тіла, з'являється відчуття спраги і сухості в роті, загальна слабкість, головний біль, частішає пульс, посилюються біль унизу живота, спостерігається напруження передньої черевної стінки
- У результаті бімануального піхвового обстеження виявляють інфільтрат, що охоплює матку. Пальпаторно матка болюча, інфільтрат тугоеластичної консистенції, болючий.

- *Ускладненнями* гострого сальпінгіту й оофориту: піосальпінкс (абсцес маткової труби), гідросальпінкс (заповнена серозною рідиною, розширена, зі стоншеною стінкою маткова труба, зазвичай повністю непрохідна), часткова непрохідність маткових труб з утворенням крипт (чинник розвитку ектопічної вагітності), повна непрохідність маткових труб та безплідність, тубооваріальні абсцеси, спайковий процес (перитубарні та періоваріальні спайки), розриви абсцесів із розвитком перитоніту, сепсису та шоку, хронічний тазовий біль та диспареунія.

- **Параметрит** - це запалення приматкової клітковини. Запаленням всієї клітковини малого тазу є *пельвіоцелюліт* (мал 79-80).
- **Мал. 79 Пельвіоцелюліт (фронтальний розріз, схема)**
- 1 – сечовий міхур; 2 – міхурово-маткове заглиблення; 3 – прямокишково-маткове заглиблення; 4 – ексудат; 5 – пряма кишка
-
- **Мал. 80 Пельвіоцелюліт (сагітальний розріз, схема)**
- 1 – сечовий міхур; 2 – ексудат; 3 – пряма кишка; 4 - матка
- У перебігу параметриту розрізняють три стадії (відповідно до стадій запалення): інфільтрації, ексудації й ущільнення ексудату, здебільшого серозного (нагноєння стається рідко). Якщо лікування успішне, настає резорбція ексудату, інфільтрат розсмоктується, але іноді розвивається фіброзна сполучна тканина, що призводить до зміщення матки вбік перенесеного запального процесу. Коли ж ексудат нагноюється, виникає гнійний параметрит, що може супроводжуватися проривом гною, частіше в пряму кишку або сечовий міхур (Мал 81).
-
- **Мал. 81 Прорив правобічного параметрального абсцесу у порожнину матки**
- Залежно від топографії клітковини малого тазу розрізняють передній, бічний і задній параметрит. Найпоширеніший бічний параметрит, за якого інфільтрат розміщується біля бічної поверхні матки і переходить на бічну поверхню стінки тазу; при цьому бічне склепіння піхви згладжується і слизова оболонка під інфільтратом швидко втрачає рухомість.
- При передньому параметриті інфільтрат визначають попереду матки, він згладжує переднє склепіння піхви, може поширюватися на передміхурову клітковину і передню черевну стінку.
- Запалення клітковини між маткою і прямою кишкою називають заднім параметритом. Інфільтрат щільно охоплює пряму кишку, нерідко зумовлюючи звуження її просвіту.

- **Клінічна картина і діагностика.** Раннім симптомом параметриту є біль унизу живота, що виникає раніше за інфільтрат, він постійний та іррадіює в крижі і попереку. Незабаром підвищується температура тіла до 38—39°C, частішає пульс, хворі скаржаться на головний біль, відчуття спраги й сухості в роті. Під час гінекологічного обстеження встановлюють лише різко виражену болючість матки. На 3—4-й день виявляють зміщення матки у здоровий бік чи вгору. Відділити її від інфільтрату неможливо, він стає щільним, нерухомим. У разі поширення процесу положення тіла хворої вимушене - на боці ураження нога зігнута у кульшовому суглобі.
- За умови нагноєння приматкової клітковини загальний стан різко погіршується, температура тіла стає гектичною, з'являється озноб, значно збільшуються ШОЕ, лейкоцитоз, зсув нейтрофілів уліво. Нагноєння параметрального інфільтрату і прорив гнояка в сечовий міхур діагностують на основі результатів дослідження сечі і цистоскопії. Прорив у пряму кишку встановлюють на підставі виявлення гною в калових масах і даних ректоскопії.

- **Пельвіоперитоніт** - це запалення очеревини малого таза; вторинний запальний процес, що розвивається як ускладнення запалення матки і придатків, піосальпінксу або піовару. Шляхи поширення- каналікулярний, лімфогенний, гематогенний.
- За характером ексудату розрізняють серозно-фібринозний і гнійний пельвіоперитоніт. Серозно-фібринозній формі властивий розвиток спайкового процесу, порівняно швидке відокремлення запалення (мал. 82).

-

- **Мал. 82 Злипливий пельвіоперитоніт**

- При гнійному пельвіоперитоніті спостерігається накопичення гною в позаматковому заглибленні (мал. 83).

-

- **Мал. 83 Заматковий абсцес**

- 1 – абсцес; 2 – пряма кишка; 3 – матка; 4 – сечовий міхур

- **Клінічна картина і діагностика.** Захворювання починається гостро, із підвищення температури тіла до 39°С, ознобу; частішає пульс, з'являються інтенсивний біль унизу живота, метеоризм, нудота, іноді блювання. Об'єктивно: язик обкладений білим нальотом, живіт роздутий у нижніх відділах, симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний, перистальтика кишок слабка, але передня черевна стінка бере участь в акті дихання.
- Під час гінекологічного обстеження, проведення якого внаслідок болючості і напруження передньої черевної стінки утруднене, відзначають ригідність і болючість заднього склепіння піхви, у малому тазі безпосередньо за маткою визначають інфільтрат, що випинає заднє склепіння піхви. При пункції черевної порожнини через заднє склепіння піхви можна аспірувати запальний ексудат. Виконують бактеріологічне дослідження отриманого матеріалу.

- **Лікування запальних захворювань органів малого таза**
- За умови *гострої стадії* захворювання – ліжковий режим, холод на низ живота, антибіотики. Основний курс терапії - високі дози антибіотиків внутрішньовенно або внутрішньом'язово (кратність і тип парентерального введення залежать від клінічної картини) - триває 3 – 5 – 7 діб (до зникнення клінічних симптомів і ще одну добу після клінічного покращення) із подальшим переходом до пероральних схем або, у разі потреби, зі зміною антибіотика та шляхів його введення. Загальна тривалість лікування має становити не менше 14 діб.
- Антибактеріальну терапію доповнюють десенсибілізувальною, інфузійною, антиоксидантною, симптоматичною, протикандидозною терапією. Лікування ускладнених форм сальпінгоофориту (тубооваріальних пухлин), позаматкових абсцесів, заднього параметриту, що нагноюється, пельвіоперитоніту після прориву піосальпінксу, або піовару залежить від віку пацієнток, тривалості процесу і стійкості збудника до антибактеріальних препаратів. У молодих жінок, які ще не народжували, лікування розпочинають із консервативних методів. Рекомендовано пункції гнійних новоутворень для евакуації вмісту, промивання порожнини гнояка антисептиками та введення до них антибактеріальних речовин. Паралельно призначають загальну антибактеріальну, десенсибілізувальну, протизапальну і дезінтоксикаційну терапію.

- Якщо консервативна терапія неефективна протягом 72 год, проводять подальше обстеження, переглядають лікувальну тактику або призначають оперативне лікування з видаленням запального вогнища та дренуванням черевної порожнини.
- Під час хронічної стадії лікування має бути комплексним і включати біологічні (гоновакцина, аутогемотерапія, плазмол, екстракт плаценти, алое, ФіБС тощо), фармакологічні (вітаміни, десенсибілізувальні, нестероїдні протизапальні засоби, ферменти тощо) і фізіотерапевтичні (діатермія, парафін, озокерит, грязі тощо) методи, лікувальну фізкультуру, санаторно – курортне лікування.

- **СЕПТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ**

- У гінекологічній практиці трапляються септичні захворювання, що є вторинними, як наслідок ослаблення реактивних сил організму за наявності запальних процесів, зумовлених високовірulentною мікрофлорою. Ці захворювання проявляються у вигляді перитоніту, тромбофлебіту, бактеріально-токсичного шоку, септицемії та септикопемії.
- **ПЕРИТОНІТ** – запалення очеревини черевної порожнини. Розвивається як ускладнення після гінекологічних операцій, кесаревого розтину; у разі розриву піосальпінксу, піовар тощо, перфорації матки; як наслідок проникнення інфекції з матки через труби в черевну порожнину (при гістеросальпінгографії, гідротубаціях тощо) або поширення інфекції лімфогенним чи гематогенним шляхами.
- Перитоніт можуть зумовлювати стафілококи, кишкова паличка, стрептококи і анаеробна флора, гонококи, трихомонади тощо.

- **Клінічна картина.** Розрізняють три фази перитоніту: реактивну, токсичну та термінальну.
- **Реактивна фаза.** Виникають біль у животі, відрижка, нудота, блювання. Спочатку блювотні маси є вмістом шлунка, потім з'являються домішки жовчі та вмісту тонкої кишки. Далі виникає зневоднення, наростають явища інтоксикації, парезу кишок: сухість у роті, спрага, язик сухий, обкладений, підвищення температура тіла (іноді до 40°C), пульс прискорений, живіт здутий, грудний тип дихання, задишка, при пальпації-напруження м'язів живота, позитивний симптом Щоткіна - Блюмберга.
- З розвитком захворювання реактивна фаза перитоніту переходить у *токсичну* - наростає інтоксикація, що проявляється збудженням, дезорієнтацією, а далі - депресією, адинамією. Вигляд хворої виснажений, вираз обличчя стражденний, спостерігається ціаноз шкіри. Пульс частий, нерідко ниткоподібний. Низький артеріальний тиск. Високий лейкоцитоз.
- Токсична фаза може перейти в наступну - *термінальну*, головними симптомами якої є: адинамія, загальмованість, повна дезорієнтація, лице Гіппократа. Відзначають параліч кишок, різко порушений обмін речовин: організм втрачає білки, солі, рідину, різко знижується діурез. Прогресують вегетативні розлади - ще більше знижується артеріальний тиск, прискорюються пульс, дихання. Прогноз у цій фазі надзвичайно несприятливий.
- **Діагностика** ґрунтується на клінічній картині, УЗД і лабораторному дослідженні крові. Іноді – на рентгенологічному дослідженні кишок (горизонтальні рівні рідини, що не змінюють свого положення, – чаші Клойбера). У деяких випадках можна вдаватися до пункції заднього склепіння піхви.
- **Лікування.** При підозрі на перитоніт акушерка або медична сестра в жодному разі не повинна до огляду лікаря вводити хворій знеболювальні чи наркотичні засоби. Слід лише підняти узголів'я ліжка, покласти холод на низ живота і викликати лікаря.
- Якщо діагноз сумнівний, рекомендують старанне спостереження за станом хворої та інтенсивну терапію протягом 6 – 12 год. Якщо, незважаючи на лікування, клінічні явища наростають, це свідчить про розвиток розлитого перитоніту, за якого обов'язково проводять хірургічне втручання для видалення джерела інфекції (матка, гнійні пухлини придатків, абсцеси приматкової клітковини), токсичних продуктів розпаду тканин (промивання, дренирування черевної порожнини). Проводять також інтубацію кишок для постійного відсмоктування кишкового вмісту.
- Оперативне втручання здійснюють після відповідної підготовки – корекції гемодинамічних порушень шляхом проведення ізотропної (допамін чи добутамін або норадреналін, глюкокортикоїди) терапії та адекватної інфузійної терапії (рефортан, венофундин, ХАЕС-стеріл, розчин Рінгера, ізотонічний розчин натрію хлориду тощо) з постійним моніторингом гемодинаміки.
- Знеболювання - краще ендотрахеальний наркоз із застосуванням міорелаксантів.
- Завдання лікування в післяопераційному періоді - проведення антибактеріальної терапії, ліквідація інтоксикації, відновлення водно – сольового, білкового обмінів, підвищення імунітету.

- **ТРОМБОФЛЕБІТ**

- **Тромбофлебіт** – запалення і тромбоз вени, може виникнути на тлі локалізованого запалення, перитоніту, сепсису, а також розвинути як ускладнення в післяопераційному періоді. Небезпека тромбозу зростає у хворих з варикозним розширенням вен, анемією, ожирінням, серцево – судинними захворюваннями.
- Розрізняють тромбофлебіт:
 - Поверхневих вен;
 - Глибоких вен
 - а) матки;
 - б) таза;
 - в) ніг (клубово – стегнової ділянки, стегна, гомілки).
- **Клінічна картина і діагностика.** Відзначають підвищення температури тіла (може бути озноб), прискорення пульсу, біль за ходом судин. При тромбофлебіті поверхневих вен - напруження вени, її болісність при пальпації, гіперемія шкіри над нею. При тромбофлебіті глибоких вен ніг - набряк, ціаноз кінцівки, її похолодання, зниження температури шкіри на пальцях стопи внаслідок спазму артерії, може з'явитися відчуття повзання мурашок.
- Метротромбофлебіт виникає на тлі метроендометриту. Під час бімануального піхвового обстеження поверхня матки може бути "фасетковою" або на ній є характерні звивисті тяжі. При тромбофлебіті вен таза вони промацуються спочатку в основі широкої зв'язки і на бічній стінці таза у вигляді болючих щільних і звивистих тяжів, згодом, при переході запального процесу на клітковину – як інфільтрат.
- Загальний аналіз крові – незначний лейкоцитоз, помірний зсув формули вліво, незначне збільшення ШОЕ. Визначають час згортання крові, уміст гепарину, протромбіновий індекс.
- **Лікування.** Призначають ліжковий режим (ліжко має бути з трохи піднятим нижнім кінцем), антикоагулянти, антибіотики, спазмолітичні і десенсибілізуючі засоби. Місцево застосовують холод, бинтування ноги еластичним бинтом, гепаринову мазь. За показанням проводять операцію тромбоектомії.

- **БАКТЕРІАЛЬНО - ТОКСИЧНИЙ ШОК** - гостра загальна реакція організму на раптове потраплення в кров бактерій, їх токсинів, а також токсичних продуктів розпаду тканин.
- Бактеріально – токсичний шок в гінекологічній практиці може виникати після септичного аборту, септичного тромбофлебіту вен таза, внутрішньовенного введення антибіотиків широкого спектра дії у великих дозах або нестерильних розчинів крові і кровозамінників.
- Унаслідок дії токсичних продуктів на судини спочатку виникає їх спазм, а потім - парез, що призводить до порушення мікроциркуляції у тканинах: з'являються стаз, мікротромбози, гіпоксія тканин, розвивається ацидоз, підвищується проникність капілярів, втрачаються фібрин, плазменні фактори, зменшується кількість тромбоцитів – розвивається ДВЗ – синдром. Порушуються функції різних органів, зокрема нирок - розвивається гостра ниркова недостатність. Як адаптаційна реакція на стрес підвищується секреція АКТГ.
- **Клінічна картина.** Починається гостро: різке підвищення температури тіла, озноб, шкіра бліда, вкрита холодним потом. Пульс частий, слабкого наповнення, тони серця глухі, виражена задишка. Артеріальний тиск швидко знижується (систоличний – до 80 – 60мм. рт.ст., діастолічний - до 0).
- Через деякий час температура тіла падає до субфебрильної, з'являються ознаки мікротромбозів - акроціаноз, петехіальні висипання на шкірі, іноді синюшні плями на обличчі, холодіють кінцівки. Можуть виникнути виражене збудження, затьмарення свідомості, сильний головний біль, біль за грудниною, ядуха, судоми, блювання, відчуття страху смерті.
- Виникає олігурія, що може змінитись анурією. Під час дослідження крові визначають лейкоцитоз (можлива лейкопенія), зсув лейкоцитарної формули вліво, лімфопенію. Підвищується гематокрит.
- **Лікування.** У першу чергу видаляють джерело інфекції (найчастіше матку), одночасно проводять інтенсивну терапію шоку: введення препаратів, що покращують мікроциркуляцію (реополіглюкін, поліглюкін, макродекс). У початковій стадії для зняття спазму судин вводять спазмолітики, промедол, а також антигістамінні препарати. За умови розвитку другої (при колапсі) - засоби, що тонізують серцево-судинну систему, гідрокортизон. Для запобігання тромбоутворенню вводять гепарин. Обов'язково проводять корекцію електролітного балансу, ліквідацію ацидозу і гіпоксії. Призначають антибіотики широкого спектру дії.
- Одним із методів профілактики бактеріального шоку при септичних станах є проведення форсованого діурезу. Цей метод передбачає попереднє водне навантаження (близько 1,5 – 2л рідини внутрішньовенно) з подальшим струминним уведенням діуретичних засобів (манітол, фуросемід, еуфілін). Одночасно проводять корекцію електролітного балансу та боротьбу з гіпопротеїнемією. За потреби переводять на гемодіаліз.

- **СЕПСИС** - загальний септичний процес, який розвивається внаслідок зниження реактивності організму хворої та значній вірулентності мікроорганізмів. Це тяжке загальне інфекційне захворювання, що характеризується токсемією мікробного і тканинного походження, постійним або періодичним надходженням мікроорганізмів з вогнища інфекції до загального кровотоку, утворенням в окремих випадках гнійних метастазів; а також спостерігають тяжкі дистрофічні зміни в печінці, нирках, серці, легенях, селезінці, крововиливи в шкірі, слизових та серозних оболонках внаслідок ураження стінок капілярів.
- Спричинити сепсис можуть стафілококи, стрептококи, протей, кишкова паличка, анаероби, часто – змішана інфекція.
- Розрізняють дві форми генералізованої інфекції: сепсис без метастазів – септицемію та сепсис з метастазами – септикопіємію.

- Для *септицемії* характерні бактеріємія і виражена інтоксикація організму. Стан хворої відразу стає тяжким, нерідко вона втрачає свідомість, марить. На шкірі - поліморфний висип. Виникає озноб, температура тіла досягає високої позначки і стає постійною, однак процес може перебігати й без високої температури. Спостерігають повторні озноби. Пульс прискорюється до 120-140 за 1 хв. Локалізованого болю в животі зазвичай немає. Печінка й селезінка збільшуються в розмірі. Язик сухий, обкладений, живіт трохи здутий, нерідко розвивається пронос токсичного походження, діурез зменшений.
- Септицемія може закінчитися видужанням, смертю або ж перейти в сепсис з метастазами. Тривалість захворювання становить 1,5-2 тижні. У разі блискавичної форми смерть настає протягом кількох діб.

- СЕПТИКОПІЄМІЯ передбачає утворення в органах і тканинах гнійних вогнищ. Інфекція локалізована у вигляді тромбофлебітів і численних дрібних септичних вогнищ переважно в легенях, нирках, печінці, селезінці, кістках. Разом із легенями вражена серцево-судинна система – виникають септичні васкуліти та ендокардит.
- Перебіг хвороби затяжний (іноді він триває до 2 міс.), хвилеподібний (погіршення стану збігається з утворенням нових метастатичних абсцесів).
- Захворюванню властиві озноби, висока температура тіла, сильна пітливість, біль у м'язах, порушення сну й апетиту, тяжка інтоксикація, нерідко спостерігають психічні розлади (ейфорія, пригніченість). Можуть розвиватись серцево-судинна (тахікардія, лабільність пульсу, схильність до артеріальної гіпотензії), дихальна (задишка тощо) недостатність, порушення функції нирок. Смертність висока.
- ДІАГНОСТИКА сепсису ґрунтується на даних клінічного перебігу захворювання і лабораторного дослідження.
- При дослідженні крові виявляють лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво, анеозинофілію, лімфо- та моноцитопенію. Може бути гемолітична анемія. ШОЕ збільшується.
- Завжди є порушення білкового обміну, що проявляється гіпо- і диспротеїнемією. Визначають також гіповолемію та гіпоглікемію.
- При посіві крові на стерильність, узятій під час ознобу, як правило, виявляють мікроби.
- Також досліджують функції нирок і печінки.
- Іноді під час піхвового обстеження не спостерігають будь-яких патологічних змін у внутрішніх статевих органах.
- ЛІКУВАННЯ має бути комплексним – протиінфекційна, дезінтоксикаційна, десенсибілізувальна, імуностимулювальна терапія. Хірургічне лікування спрямоване на ліквідацію джерела інфекції.

- **ДОГЛЯД ЗА ХВОРОЮ ІЗ СЕПТИЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ**
- Велике значення для її видужання має догляд за хворою. Акушерка або медична сестра повинна ретельно виконувати призначення лікаря. Необхідно стежити за артеріальним тиском, частотою пульсу, диханням, підраховувати діурез, кількість введеної рідини і усі дані чітко занотовувати в листку інтенсивної терапії. Особливо уважно слід доглядати за хворою під час блювання. Якщо хворої ввели або постійній внутрішньовенний катетер, або катетер у сечовий міхур, або дренажі у черевну порожнину, або інтестинальний зонд, треба ретельно за ними стежити. Обов'язково проводити туалет ротової порожнини, профілактику пролежнів, регулярно провітрювати палати.
- Саме медпрацівник середньої ланки, постійно перебуваючи біля ліжка хворої, повинен своєчасно помітити найменші зміни у стані хворої й негайно повідомити про них лікаря.

Дякую за увагу!

- **Лекція № 5**
- **ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ
ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ
СПЕЦИФІЧНОЇ ЕТІОЛОГІЇ**

- **План**
- Захворювання, що передаються статевим шляхом: гонорея, трихомоніаз,
- кандидоз (збудники, шляхи зараження, клініка, діагностика, лікування).

- **ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ**
- Інфекційні захворювання, що передаються статевим шляхом (ІЗПСШ) – це група найбільш поширених інфекцій статевих шляхів, причиною яких невелика кількість мікроорганізмів (бактерій, вірусів та грибків). Таких захворювань, за класифікацією ВООЗ, налічують 21 (табл. 1). Останніми роками частота цих захворювань збільшилась.

- Табл. 1 Захворювання, що передаються статевим шляхом
- (за класифікацією ВООЗ)
- **Класичні венеричні хвороби**
- **Нозологія** Збудники Сифіліс *Treponema pallidum* Гонорейна інфекція *Neisseria gonorrhoeae* Шанкроїд *Haemophilus ducrei* Лімфогранульома венерична *Chlamydia trachomatis* Пахова гранульома *Callimantobacterium granulomatis*
3,4,5 трапляються переважно у тропічних країнах

- **Інші інфекційні захворювання, що передаються статевим шляхом**
- **Нозологія Збудники А.** З переважним ураженням статевих органів
 1. Урогенітальний хламідіоз. *Chlamydia trachomatis*
 2. Урогенітальний трихомоніаз *Trichomonas vaginalis*
 3. Урогенітальний мікоплазмоз *Mycoplasma hominis*
 4. Кандидозні вульвовагініти і баланопостити *Candida albicans*
 5. Генітальний герпес *Herpes simplex virus*
 6. Гострокінцеві бородавки. *Papillomavirus hominis*
 7. Генітальний контагіозний моллюск *Molluscovirus hominis*
 8. Бактеріальний вагіноз. *Gardnerella vaginalis* та ін.
 9. Урогенітальний шигельоз гомосексуалістів *Shigella species*
 10. Фтиріаз (лобковий педикульоз) *Phthyrus pubis*
 11. Короста (може передаватись і іншим шляхом). *Sarcoptes scabiei*

- **Б.** З переважним ураженням інших органів
1. Інфекція, зумовлена вірусом імунодефіциту людини Human immunodeficiency virus
2. Гепатит В Hepatitis B virus
3. Цитомегаловірусна інфекція Cytomegalovirus hominis
4. Амебіаз (переважно у гомосексуалістів) Entamoeba histolytica
5. Лямбліоз Giardia lamblia

- **Алгоритм клінічного обстеження жінок з ІПСШ:**
- - *скарги*: біль унизу живота; значні виділення із статевих шляхів; свербіж та\ або печіння у ділянці статевих органів; безплідність; пухирцеві висипання; появлення папілом у ділянці статевих органів, на промежині; мажучі кров'янисті виділення при непорушеному менструальному циклі;
- - *анамнез*: з'ясувати, коли з'явилися виділення; коли був останній статевий акт; чи використовувалися презервативи; кількість статевих партнерів; зв'язок між скаргами та статевим контактом; чи є подібні симптоми у партнера; наявність подібних симптомів ІЗПСШ в анамнезі; чи використовувалися при лікуванні антибіотики; алергійні реакції;
- - *оцінка ризику ІПСШ*: пацієнтка із групи підвищеного ризику; більше одного партнера; чи має партнер симптоми ІПСШ; чи проходив він лікування з приводу ІПСШ; партнер із групи підвищеного ризику;

- - *огляд*: шкірних покривів і слизових оболонок на наявність виразок; долонь і стоп, живота, передньої черевної стінки;
- - *пальпація*: пахвинних лімфатичних вузлів (збільшення, болючість);
- - *гінекологічне обстеження*: огляд зовнішніх статевих органів, промежини (висип, роздряпи на шкірі; лобкові воші та гниди; кондиломи, виразки); огляд за допомогою дзеркал стінок піхви, шийки матки (ерозії, виразки; колір слизових оболонок; кількість та запах виділень із піхви; характер виділень із каналу шийки матки: прозорі слизові, слизисто – гнійні, гнійні, із домішкою крові); піхвове, бімануальне піхвове обстеження (пальпація склепінь піхви, шийки матки, тіла матки, придатків матки: болючість; стан склепінь; збільшення матки та її придатків; наявність пухлиноподібного утворення в ділянці придатків матки);
- - *збирання матеріалу та перехід до лабораторного етапу діагностики ІПСШ.*

- **Трихомоніаз**
- Збудником трихомоніазу статевих органів і сечових шляхів є піхвова трихомонада (мал. 87).
-
- **Мал. 87 Піхвова трихомонада**
- Серед жінок, які живуть активним статевим життям, захворюваність на трихомоніаз сягає 60-70 %, позастатеве зараження можливе дуже рідко (у лікувальних закладах при використанні недостатньо знезаражених рукавичок, інструментів тощо; побутове - при користуванні чужими губками, білизною тощо).
- Основним місцем паразитування трихомонад є слизова оболонка піхви, рідше - сечівник, сечовий міхур, вивідні протоки великих залоз присінку піхви, присінок піхви, слизова оболонка каналу шийки матки, придатки матки.
- **Клінічна картина.** Інкубаційний період триває від 3-5 до 20-30 днів.
- Клінічно розрізняють такі форми трихомоніазу: свіжу (давністю до 2 міс.) з гострим, підгострим, торпідним перебігом; хронічну (давністю більше 2 міс.) і трихомонадоносієство.
- Частіше спостерігають кольпіт, уретрит, ендоцервіцит, проктит, рідше - висхідну інфекцію.
- Хворі скаржаться на появу рясних пінистих білей сіро-жовтого кольору з неприємним запахом, свербіж і печіння в ділянці зовнішніх статевих органів і піхви. Об'єктивно: почервоніння, мацерація, розчухи шкіри вульви, промежини, малих і великих статевих губ, наявність ерозії на шийці матки, почервоніння і набряк слизової оболонки піхви, пінисті гнійні білі.
- У підгостру стадію клінічні прояви захворювання незначні або відсутні, спостерігають нерізко виражену гіперемію слизової оболонки піхви та невелику кількість виділень. За торпідної - скарги відсутні. При хронічному трихомоніазному кольпіті запальні зміни піхви і шийки матки мало виражені.
- Захворювання характеризується затяжним перебігом і схильністю до рецидивів.

- **Діагностика** ґрунтується на клінічних проявах захворювання та результатах бактеріоскопічного і бактеріологічного дослідження мазків з піхви та каналу шийки матки на наявність трихомонад. Як допоміжний метод виявлення використовують люмінесцентну мікроскопію.
- **Лікування.** У період лікування заборонене статеве життя, одночасно проводять лікування статевого партнера, використовують загальні і місцеві гігієнічні процедури.
- *Системне* антипротозойне лікування залежить від форми захворювання: метронідазол (трихопол, флагіл): Тінідазол (фазижин):
 - по 2г одноразово;
 - по 2г усередину 1 раз на добу курсовою дозою 6 г.
- Орнідазол (ліберал):
 - по 0,5г 2 рази на добу, 5 - 10 днів.
- Атрикан 250 - по 1 капсулі усередину 2 рази на день, 4 дні.
- Тощо.

- Після дослідження імунного статусу призначають імуномодулятори. Проводиться відновлення нормального біоценозу піхви. При хронічному трихоманіазі рекомендована специфічна вакцина - солкотриховак К по 0,5 мл через 2 тиж., 3 ін'єкції, повторна вакцинація через рік - одноразово 0,5 мл.
- Для *місцевого* лікування застосовують препарати у вигляді таблеток, кульок, свічок тощо, які вводять у піхву 1 раз на день упродовж 10 днів, а також антисептичні розчини: трихомонацид, 0,002 % розчин хлоргексидину тощо.
- *Контроль* лікування проводять через 7-10 днів після закінчення курсу. Згодом дослідження проводять 3 рази після кожної менструації.
- Вагітним (II - III триместр) та у період лактації призначають препарати лише місцевої дії у невисоких дозах.

- **ГОНОРЕЯ** - венерична хвороба, зумовлена гонококами. Серед специфічних запальних захворювань жіночих статевих органів гонорейна інфекція посідає друге місце після трихомоніазу (5-25 % випадків).
- Збудником гонореї є гонокок, відкрив його А. Нейссер 1879 р. Належить до грамнегативних парних коків, за формою нагадує кавові зерна (мал. 88).
-
- **Мал. 88 Гонококи (мазок)**
- Для гонореї характерне переважне ураження слизових оболонок сечових і статевих органів, що вкриті циліндричним епітелієм.
- Гонокок не утворює екзотоксину. Коли гонокок гине, виділяється ендотоксин, що спричинює дегенеративно-деструктивні зміни в тканинах, розвиток спайкових процесів. Імунітету до гонореї немає, тому ті, хто уже хворіли, можуть заразитися повторно. Гонорея, своєю чергою, значно змінює імунореактивність організму.
- Джерело зараження - хвора на гонорею людина. Основний шлях інфікування - статевий, рідше - побутовий (через губки, рушники, брудну білизну), внутрішньоутробний та під час пологів (ураження очей, піхви новонародженої).
- Інкубаційний період триває 3-7 діб, рідше - до 2-3 тижнів. Розрізняють гонорею нижнього відділу статевих органів (гонорейний уретрит, ендоцервіцит, бартолініт, вульвовагиніт) і верхніх відділів статевих органів, тобто висхідну гонорею (ендометрит, сальпінгіт, пельвіоперитоніт) (мал. 89).
-
- **Мал. 89 Шляхи поширення гонорейної інфекції**

- Виділяють *свіжу* гонорейну інфекцію з гострим, підгострим і торпідним перебігом, що триває не більше ніж 2 міс, і *хронічну*, тривалість якої становить понад 2 міс.
- *Гонорейний уретрит* проявляється неприємними відчуттями у ділянці сечівника, болем і печінням при сечовипусканні, частими позивами до сечовипускання. Спостерігають набряк і гіперемію зовнішнього вічка сечівника, гнійні або слизисто-гнійні виділення з нього. Для встановлення діагнозу досліджують вміст сечівника. Окрім бактеріоскопічного виконують і бактеріологічне дослідження.
- *Гонорейний бартолініт* виникає внаслідок ураження гонококами великої залози присінку піхви. Відзначають набряк і гіперемію зовнішнього вічка вивідної протоки цієї залози. При закупорці протоки формується псевдоабсцес великої залози присінка піхви. Діагноз ставлять після дослідження секрету, що виділився внаслідок натискання на залозу.
- *Гонорейний ендцервіцит* діагностують у 80% хворих зі свіжою гонореєю, він часто поєднується з гонорейним уретритом. Запальний процес розвивається в слизовій оболонці каналу шийки матки. Клінічні прояви хронічного ендцервіциту досить неспецифічні. Навколо зовнішнього вічка виявляють яскраво-червоний віночок, слизисто-гнійні виділення з каналу шийки матки. Гонококи виявляють методом бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження секрету з каналу шийки матки.
- *Гонорейний ендометрит* - перший етап висхідної гонореї з ураженням слизової оболонки тіла матки (функціонального та базального шарів). У тяжких випадках процес поширюється вглиб стінки матки (гонорейний метроендометрит). З'являється біль унизу живота, іноді нудота, блювання, підвищується температура тіла. Виділення рідкої консистенції, кров'янисто-гнійні або серозно-гнійні. Матка при біманульному обстеженні дещо збільшена, болюча. Для хронічного гонорейного ендометриту характерне порушення менструальної функції (гіперполіменорея, іноді ациклічні кровотечі).
- *Гонорейний аднексит* - другий етап поширення висхідної інфекції з ураженням маткових труб і подальшим залученням до запального процесу яєчників. Гонорейний сальпінгоофорит переважно двобічний. Гострій стадії властиві біль унизу живота, озноб, підвищення температури тіла. Може виникнути піосальпінкс (мал. 89).

• **Мал. 89 Двобічний піосальпінкс з переходом на яєчник**

- *Гонорейний пельвіоперитоніт* - Специфічне запалення очеревини малого таза. Це третій етап поширення висхідної інфекції, зумовлений потраплянням збудника інфекції із маткових труб на очеревину малого таза. Водночас можливе лимфогенне поширення інфекції.
- Розрізняють відкритий і закритий гонорейний пельвіоперитоніт. При відкритій формі розвивається реактивне запалення очеревини малого таза, а при закритій запальний процес у малому тазі ізольований за рахунок наявності зрощень і спайок (мал. 90).

• **Мал. 90 Злипливий пельвіоперитоніт**

- Проявляється сильним болем унизу живота, симптомами подразнення очеревини в нижніх відділах живота, блюванням, підвищенням температури тіла.

- **Діагностика** гонореї верхніх відділів статевих органів ґрунтується на клінічних проявах захворювання і виявленні гонококів у мазках, узятих із сечівника, каналу шийки матки або інших вогнищ інфекції.
- При хронічній гонореї для загострення процесу використовують так звану провокаційну пробу:
- Фізіологічну - менструація;
- Аліментарну - уживання гострої, солоної їжі (пиво, оселедці тощо);
- Біологічну -уведення гонококової вакцини (500 млн мікробних тіл);
- Хімічну - змащування слизової оболонки каналу шийки матки 5% розчином нітрату срібла або розчином Люголя; слизової оболонки сечівника - 1% розчином нітрату срібла;
- Термічну - застосування впродовж 3 днів діатермії тощо
- Механічну - масаж сечівника.
- Мазки рекомендують брати на 2 – 4-й день менструації, після провокації - через 24, 48 та 72 год.

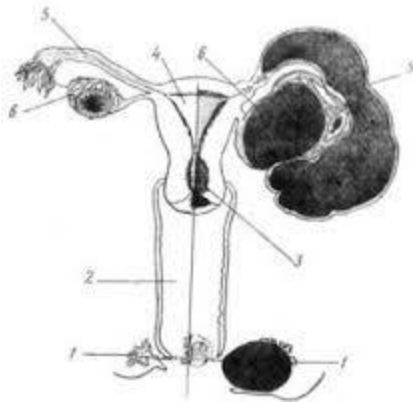
- Гонорея у вагітних часто перебігає безсимптомно, може призвести до ускладнень вагітності, пологів і післяпологового періоду, а також є чинником ризику для плода і новонародженого. Можливі ускладнення: у жінки - недоношування вагітності, хоріонамніоніт, субінволюція матки, ендометрит, у плода - анофтальмія, внутрішньоутробний сепсис, смерть.
- **Лікування гонорейної інфекції** проводять в умовах спеціалізованого стаціонару. Основними препаратами є антибіотики групи пеніциліну, цефалоспорини, аміноглікозиди, тробіцин, макроліди (сумамед), хінолони (ципрофлоксацин, офлоксацин) у комбінації з метронідазолом, тибералом.
- **Критерії ефективності лікування.** Через 7 – 10 днів після закінчення лікування антибіотиками беруть мазки на наявність гонококів. За їх відсутності проводять провокаційну пробу і протягом 3 днів беруть матеріал для дослідження. За відсутності гонококів у мазках, узятих на 2-4-й день менструації впродовж наступних 3-х менструальних циклів, хвору знімають з обліку.

- **КАНДИДОЗ** - захворювання, спричинене дріжджоподібними грибами, переважно роду кандиди (*Candida albicans*, *C. glabrata*, *C. tropicalis*). До розвитку призводять ушкодження слизових оболонок, порушення гормонального, вуглеводного (цукровий діабет) і білкового обміну, гіпо- й авітамінози, нераціональне застосування антибіотиків, статеве життя.
- Зараження кандидозом можливе в усі вікові періоди, включаючи внутрішньоутробний.
- Гриби роду *Candida* чинять безпосередній стимулювальний вплив на збудників бактерійних інфекцій, а також призводять до зниження чутливості бактерій до антибіотиків та інших хіміотерапевтичних препаратів.

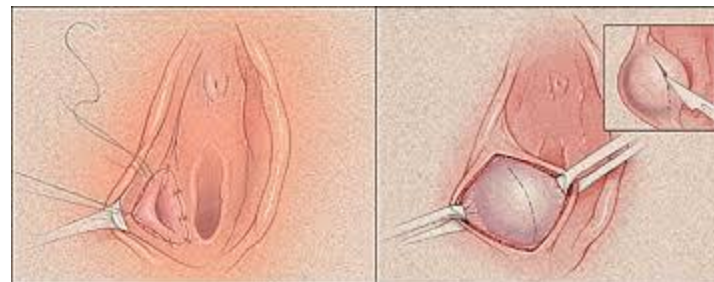
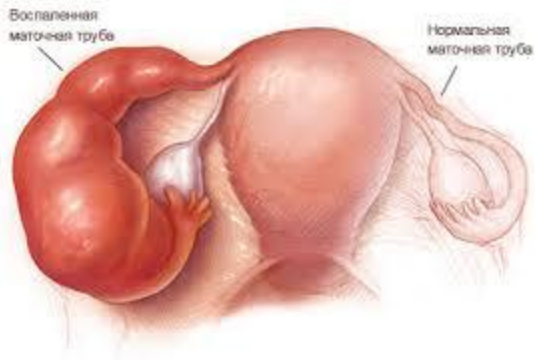
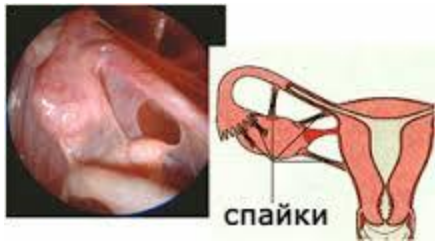
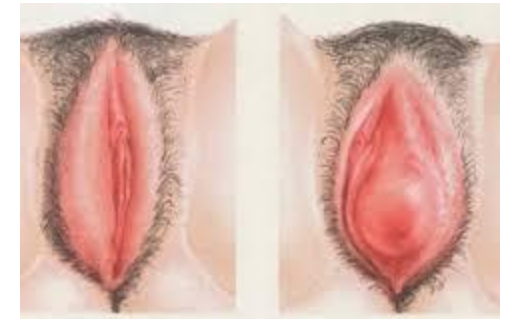
- **Класифікація.** Виділяють три клінічні форми:
- неускладнений кандидоз без патологічного фону (виникає під впливом екзогенних факторів);
- неускладнений кандидоз, зумовлений ендогенними чинниками;
- ускладнений висхідний урогенітальний кандидоз на тлі значного зниження захисних сил організму.
- Розрізняють кандидамікоз вульви, піхви, матки і придатків матки.

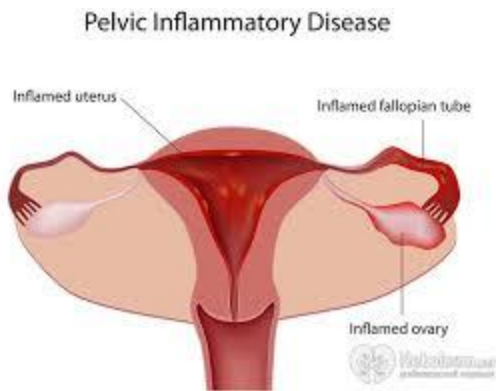
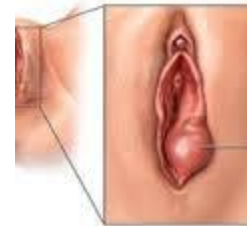
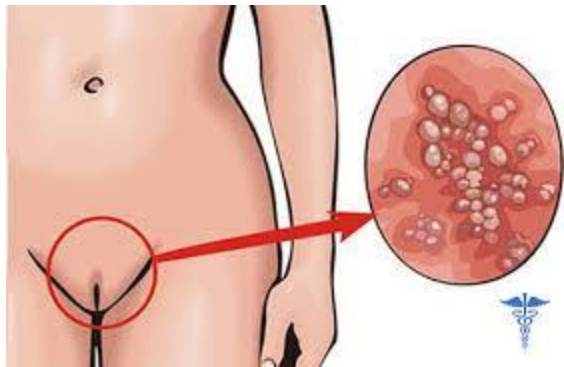
- **Клінічна картина і діагностика.** При вагінальному кандидозі хворі скаржаться на свербіж, печіння у піхві, рясні сирністі виділення зі статевих шляхів. Оглядаючи піхву та шийку матки за допомогою дзеркал виявляють набряк, білі або сіро-білі сироподібні нашарування.
- Діагноз ґрунтується на клінічній симптоматиці, результатах бактеріоскопічних і бактерологічних досліджень. Мікроскопія піхвового мазка дає змогу виявити спори та псевдоміцелій грибів (мал. 91).
-
- **Мал. 91 Картина піхвового мазка при ураженні слизової оболонки кандидами**
- **Лікування.** *Системне* антимікотичне лікування: тріазол (флуконазол, дифлюкон, дифлазон, медофлюкон та ін.) перорально по 150 мг одноразово або по 50 мг протягом 7 днів, ітроконазол (Орунгал) перорально по 200 мг 2 рази на день упродовж одного дня. Для *місцевого* лікування застосовують різні препарати (ністатин, пімофуцин, клотрїмазол, міконазол, кліон - Д та ін.) у вигляді вагінальних таблеток, кульок, супозиторіїв, кремів, які вводять у піхву на ніч, а також піхвові ванночки (розчини фурациліну, бікарбонату натрію тощо).
- Призначають імуномодулятори рослинного походження (за показаннями). Відновлюють нормальний біоценоз піхви препаратами, що містять *L. acidophilus*, *L. bifidus*, *L. bulgaricus*, *S. thermophilus*. Під час вагітності (II та III триместр) і лактації призначають препарати тільки місцевої дії. До боротьби з мікотичною інфекцією належать дотримання правил особистої гігієни, ефективне лікування статевого партнера.
- *Контроль* виліковування проводять шляхом триразового обстеження хворих протягом 3 міс.















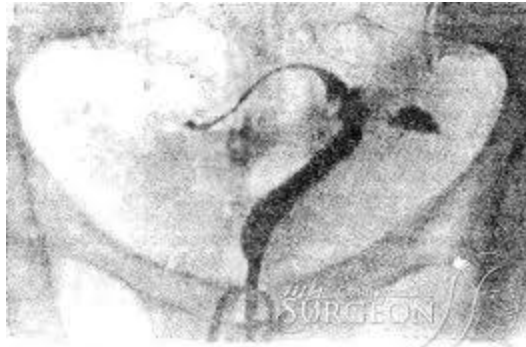
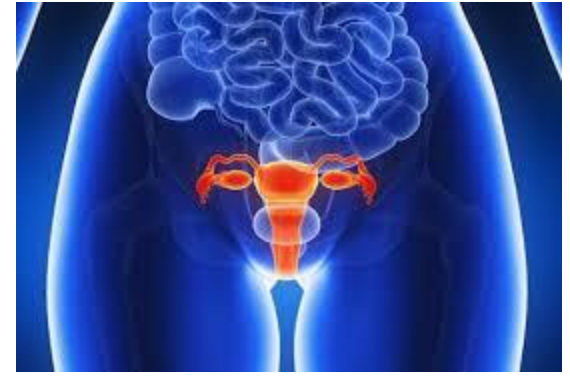
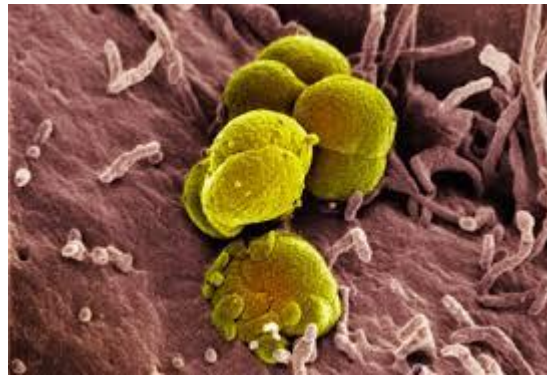
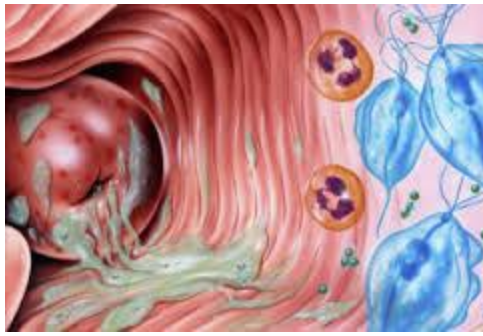
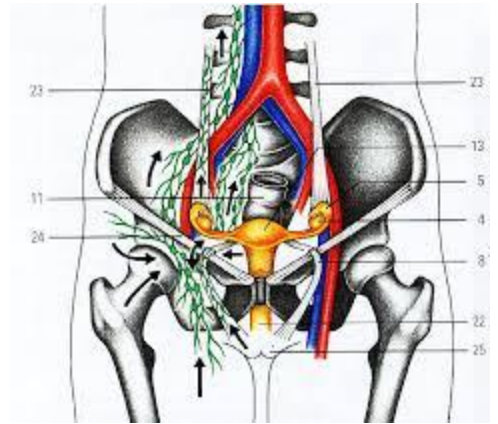
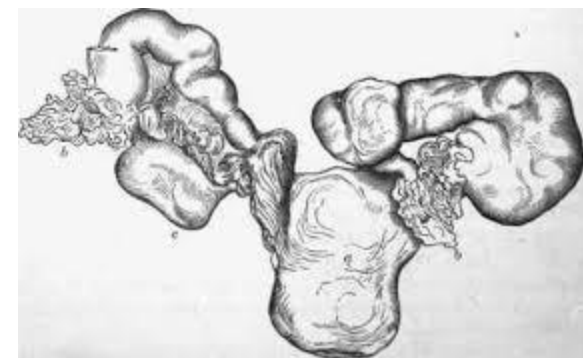


Рис. 28. Гистеросальпингограмма при туберкулезе матки и труб







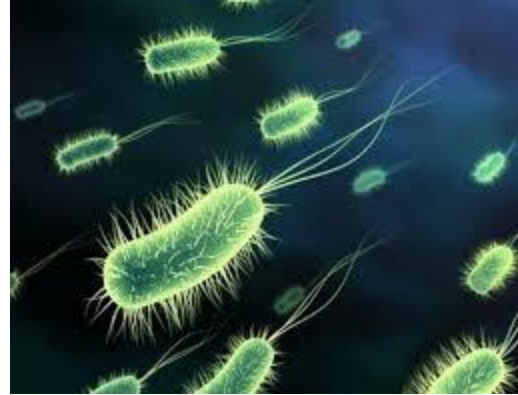
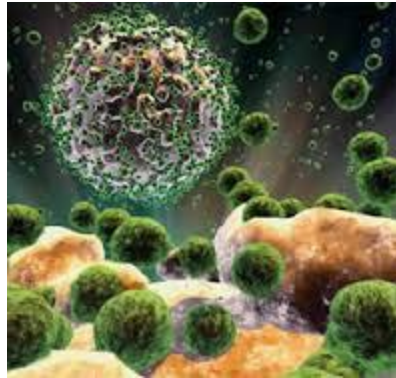
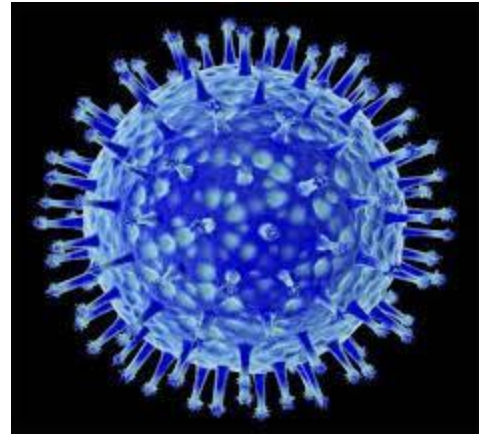


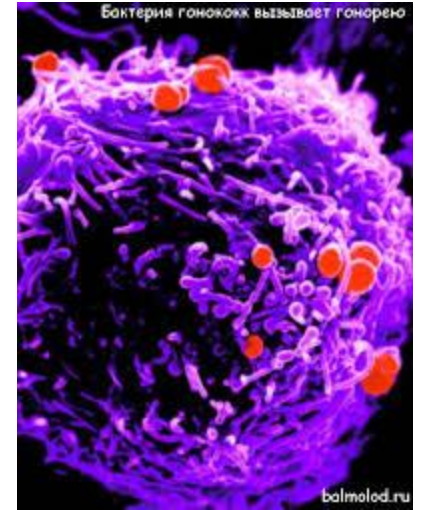
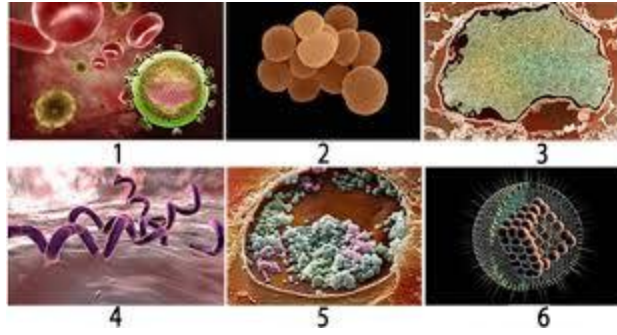


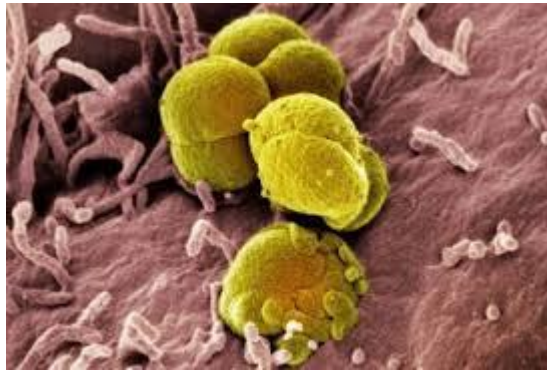
- Зуд
- Жжение
- Выделения
МОЛОЧНИЦА?

**Узнай
ТОЧНО!**

premium
diagnostics



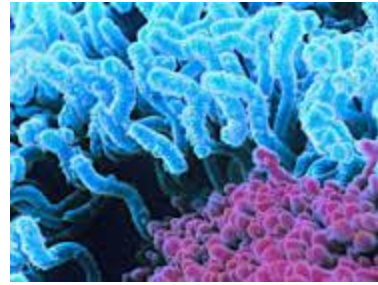
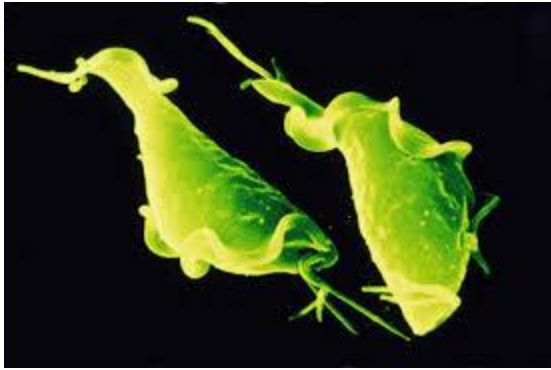




здоровая шейка матки

эрозия шейки матки



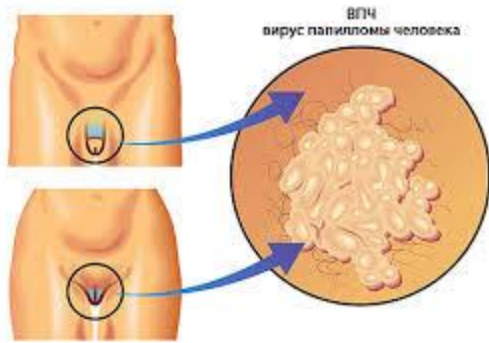


ХЛАМИДИОЗ

- Хламидиоз-инфекция, передаваемая половым путём, возбудителем которой являются хламидии



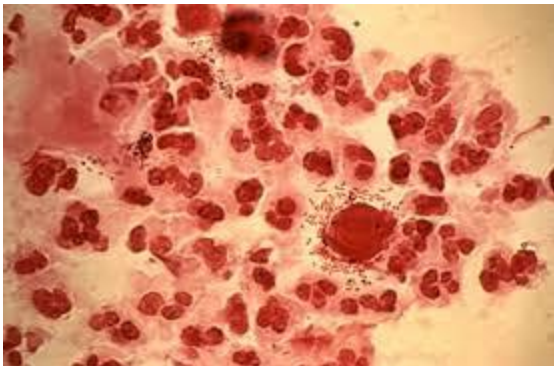
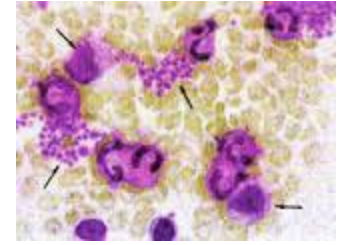
MyShared

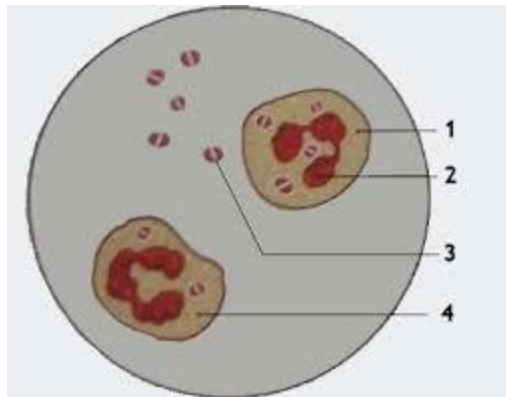
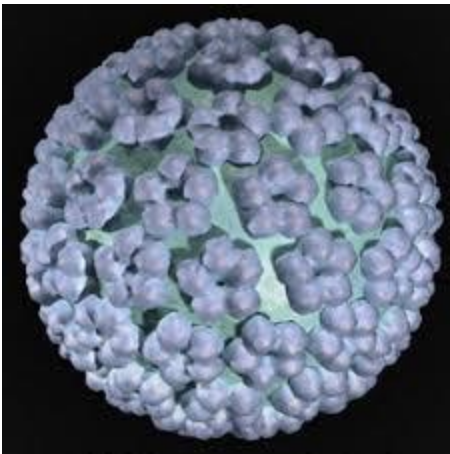
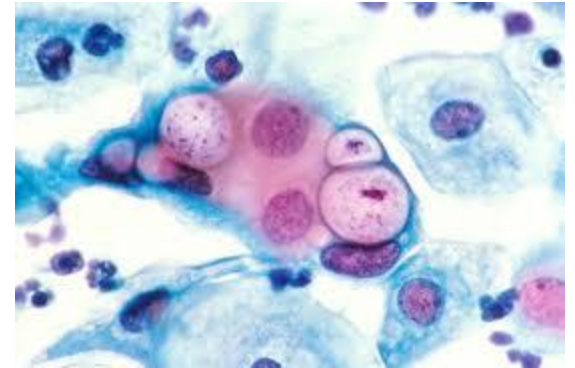
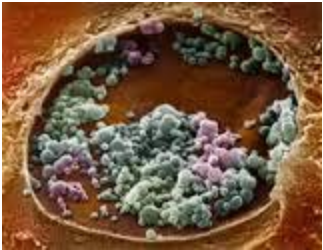
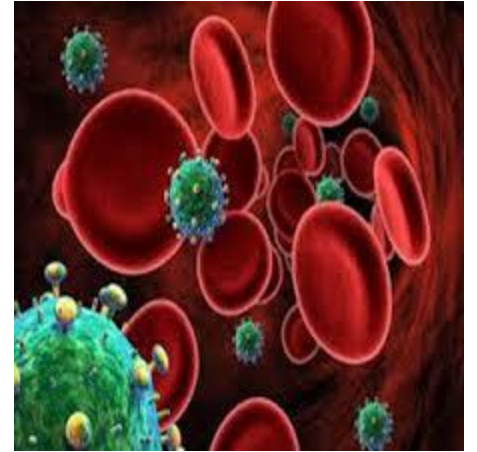


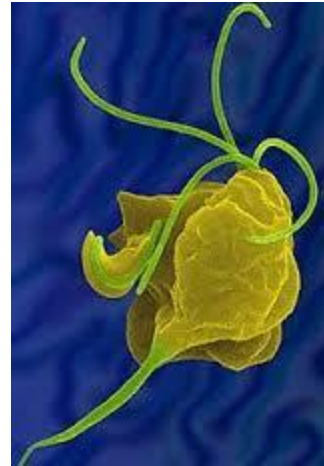
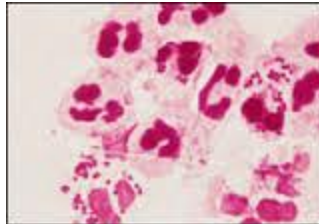
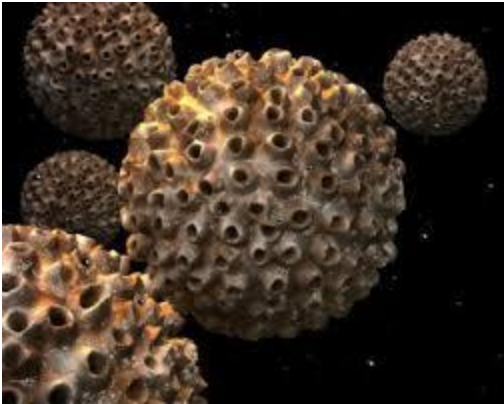
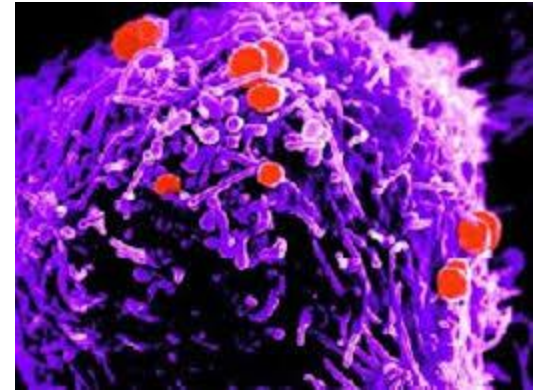
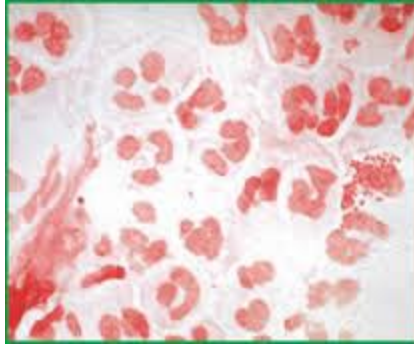
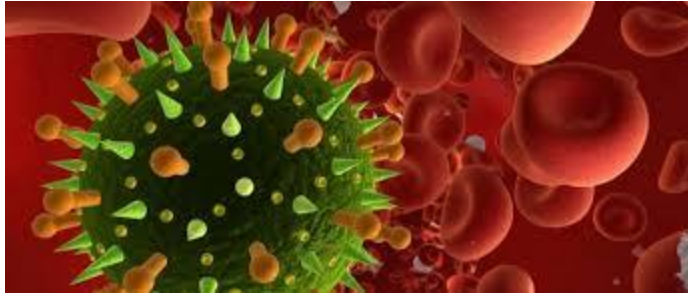
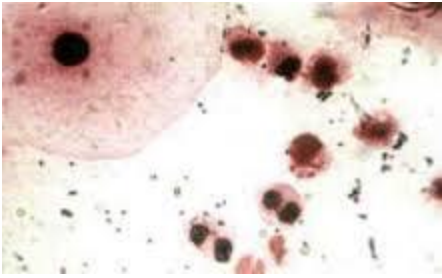
Трихомониаз

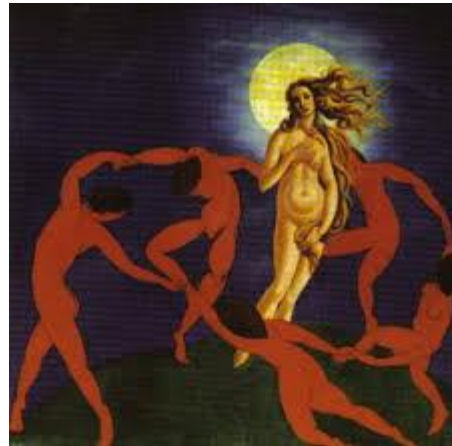
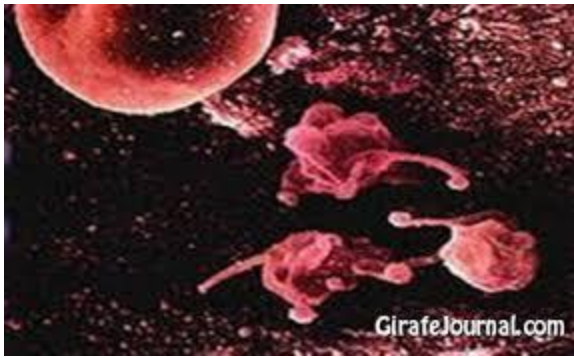
Заболевание передающееся половым путем, возбудитель простейший одноклеточный паразит. Передается половым путем, иногда бытовым между девочками. Лечится относительно легко у врача.
Профилактика: здоровый партнер











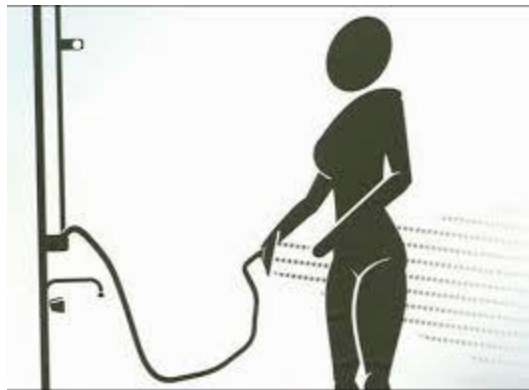
"A BREAKTHROUGH HERPES TREATMENT THAT'S PROVEN"



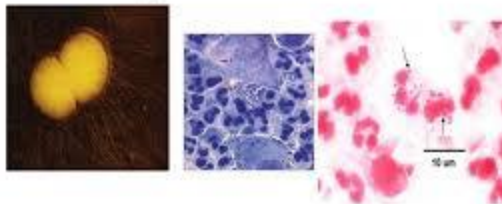
Dynamiclear
Rapid Relief in ONE Application



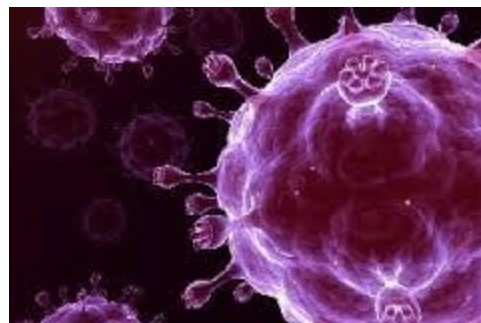
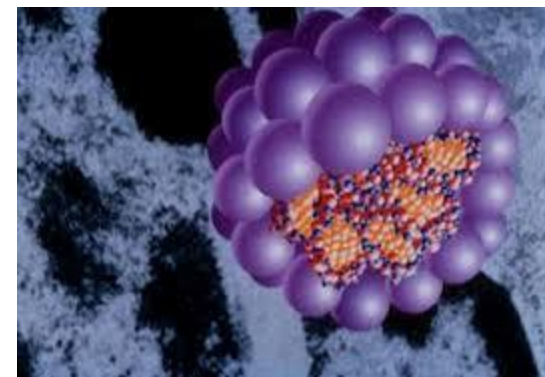
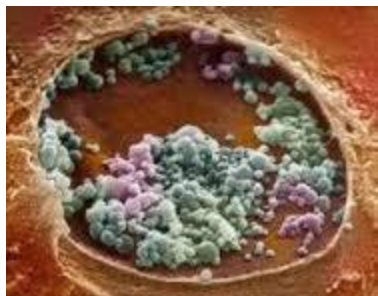
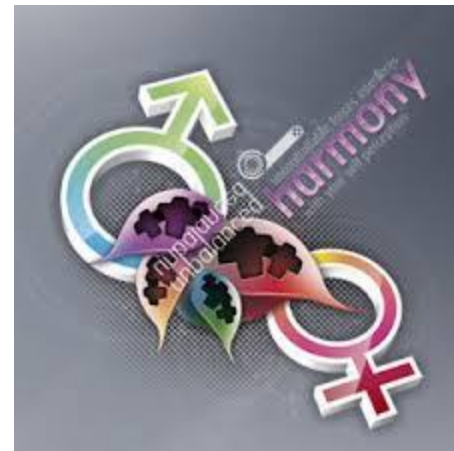
- No stinging
- No more sores
- Kills the virus instantly
- Deep healing instantly
- No side effects
- No more sores

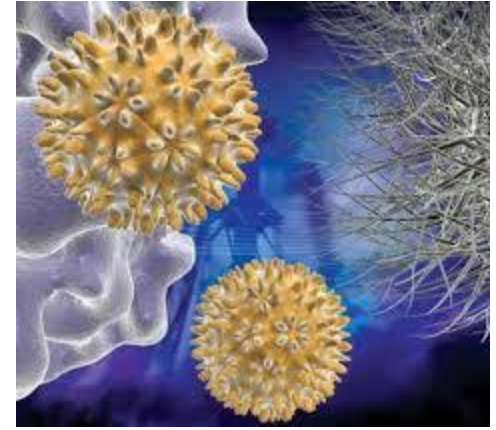


Гонококки в электронном микроскопе и в гное



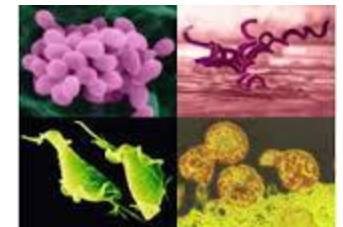
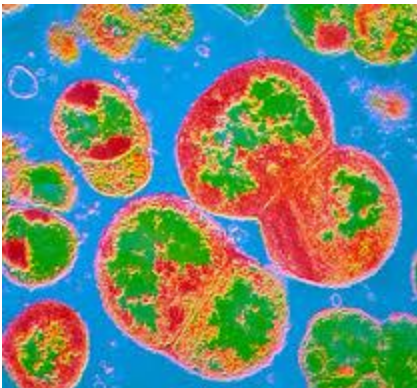
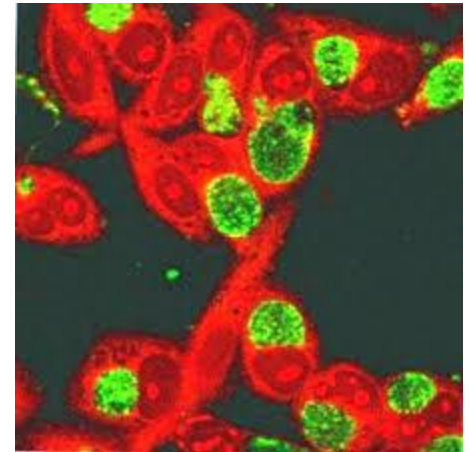
MyShared

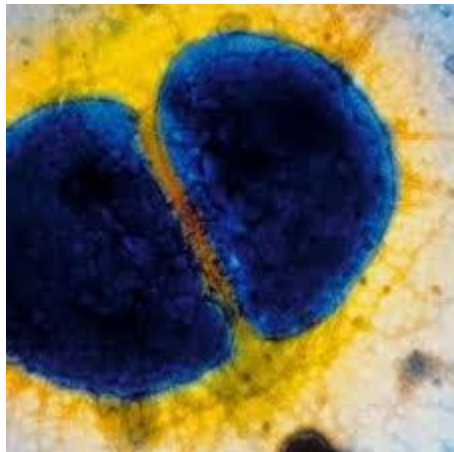


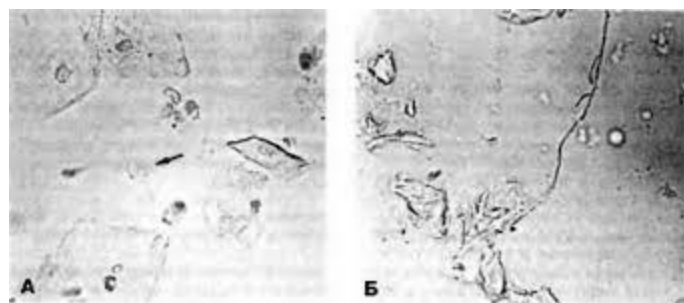


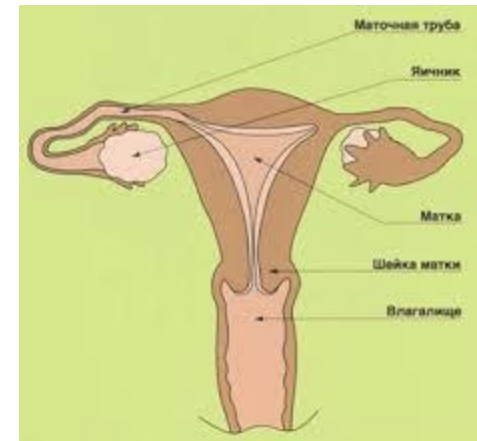
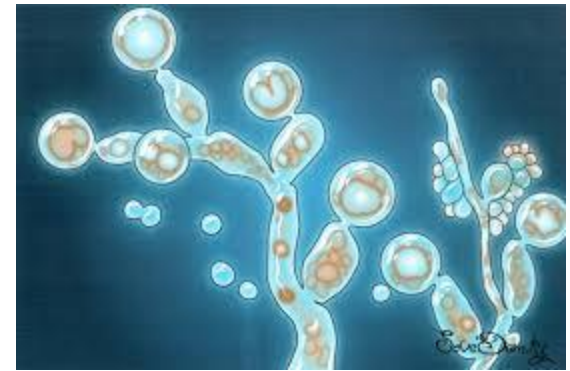
ХЛАМИДИОЗ

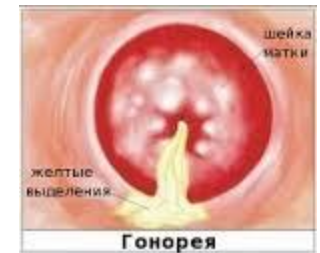
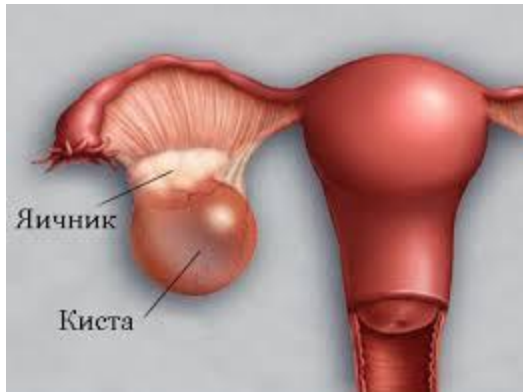
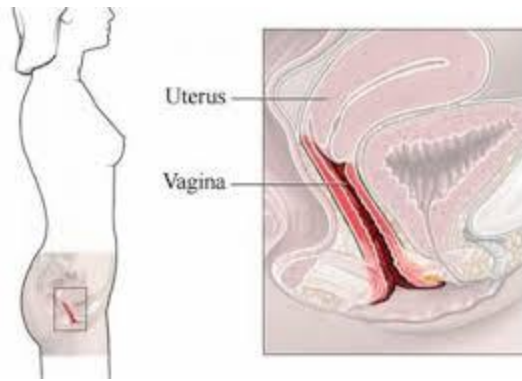
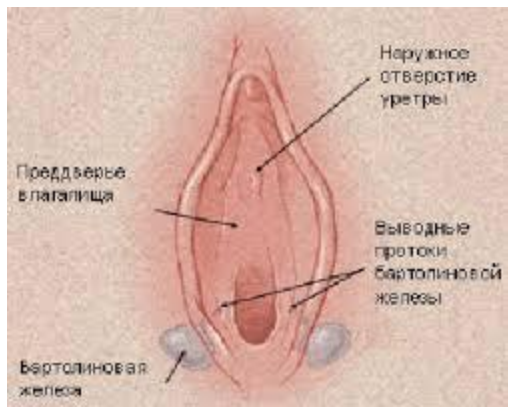
- Хламидиоз-инфекция, передаваемая половым путём, возбудителем которой являются хламидии

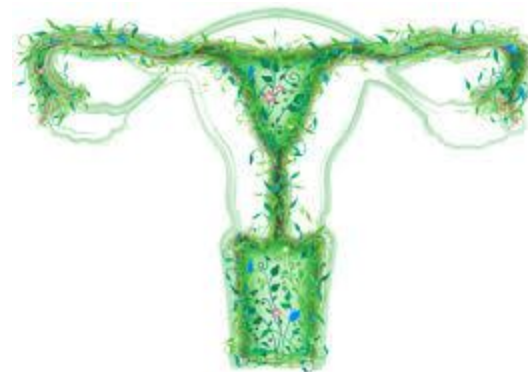














Гонорея

супп. ваг. 100 мг, уп. контурн.
6/яч. 3, пач. картон. 1
Пимафуцин®

р-р вагин. 0,1%, фл.-спринц. 140 мл
[с канюлей], кор. 5
Тантум® Роза



пор. д/р-ра ваг. 500 мг, пак. бум. ламин. ПЭ 9,4 г, пач. картон. 10
Тантум® Роза



Гонорея

Это инфекционное венерическое заболевание, поражающее слизистые оболочки мочеполовых органов, слизистой глаз, полости рта и прямой кишки.

Возможно при любых половых контактах, и даже через полотенце. Лечится относительно легко, но у врача. Мужчинам иногда помогает помочиться, сразу после полового акта.

Профилактика: презерватив, здоровый партнер.



ГОНОРЕЯ

особо опасно гонорея протекает у женщин

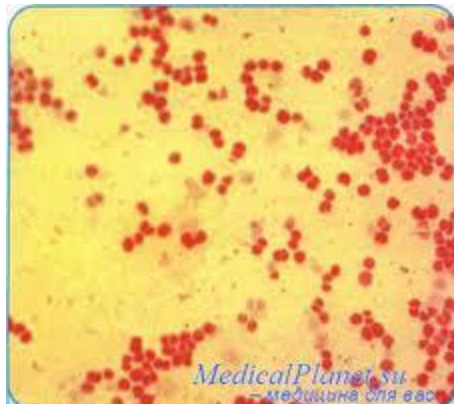
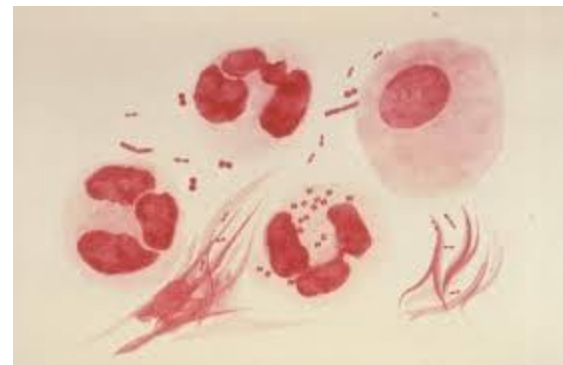
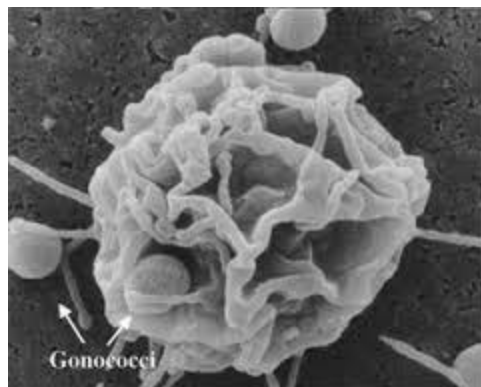
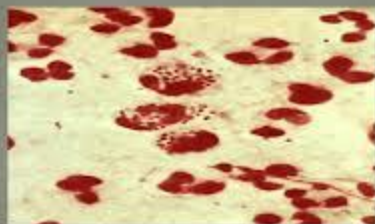


Рис. 3.33. Чистая культура N. gonorrhoeae. Окраска по Граму



ГОНОРЕЯ



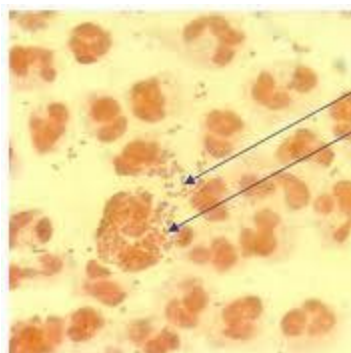
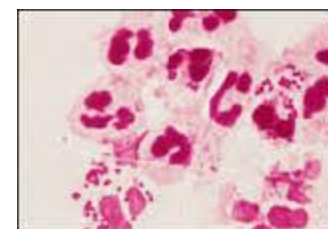
Симптомы гонореи

- Симптомы гонореи у женщин:
 - желтовато-белые выделения из влагалища
 - болезненность и чувство жжения при мочеиспускании
 - кровянистые выделения в межменструальный период
 - боль в нижних отделах живота и пояснице
 - дискомфорт при половом акте

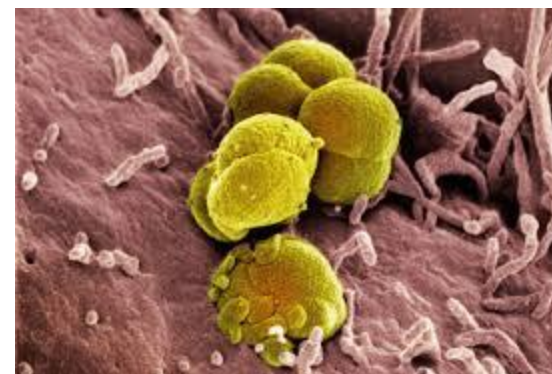
У большинства женщин инфекция протекает бессимптомно!

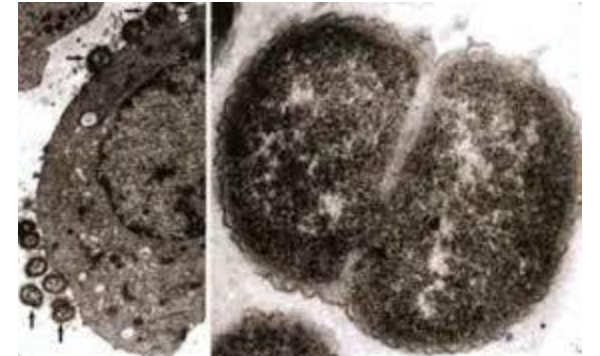
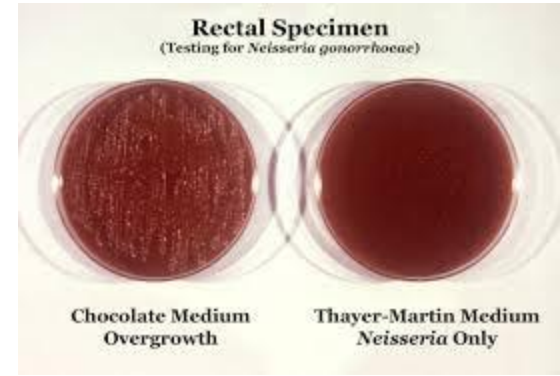
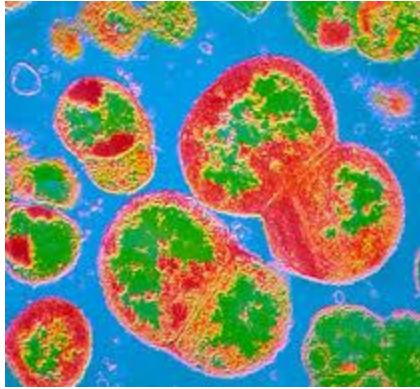
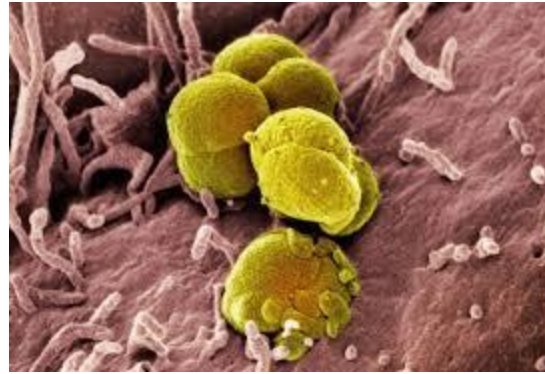
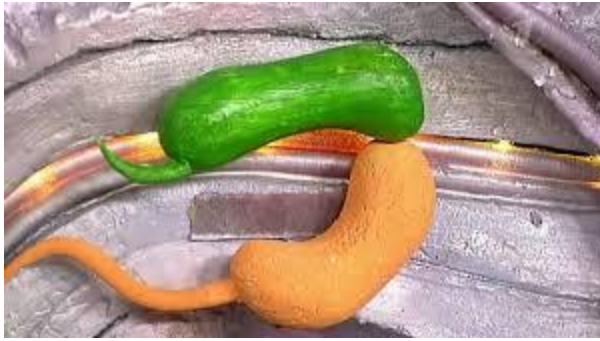


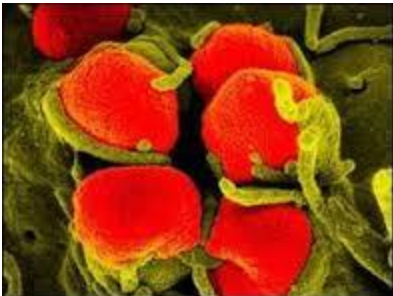
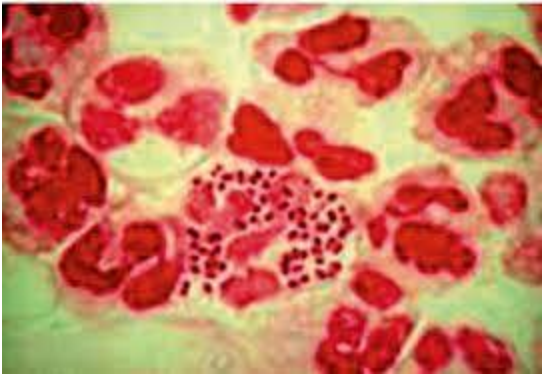
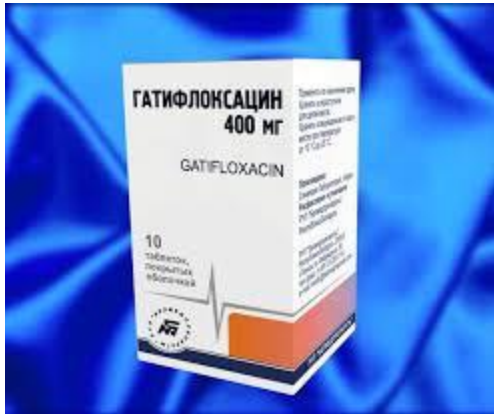
MyShared



Возбудитель инфекции вокруг клеток эпителия







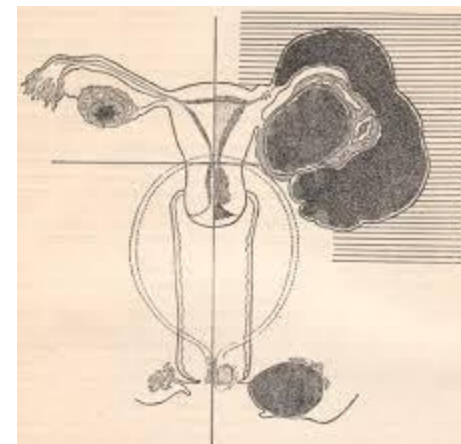
Neisseria gonorrhoeae
открыта Н. Нейсером в 1879 г.

Гонококки в клетках лейкоцитов (неполный фагоцитоз)

Гонококк, размер 0.7 x 1.7 мкм
Увеличение x5000



Гонорея!



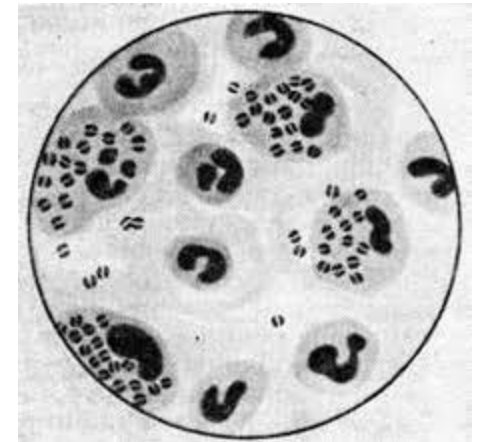


Энциклопедия Врача
www.vracha.ru



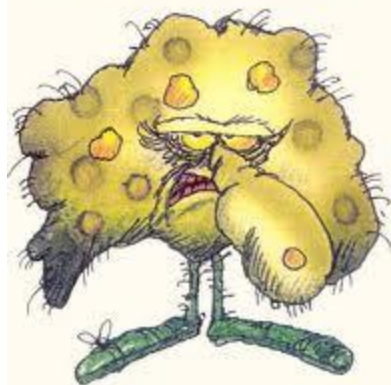
Как быстро вылечить гонорею

Медицинский видео-справочник

A cartoon illustration of a male doctor in a white lab coat and stethoscope, holding a clipboard and looking towards the text.

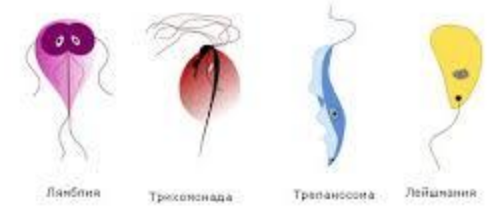
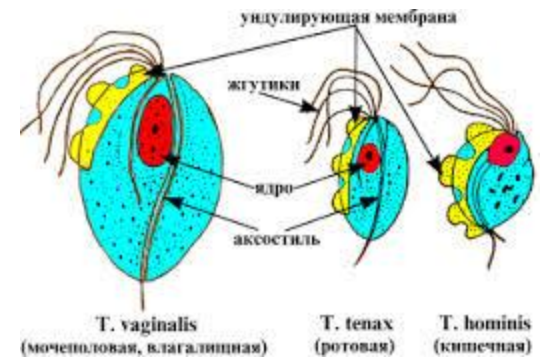
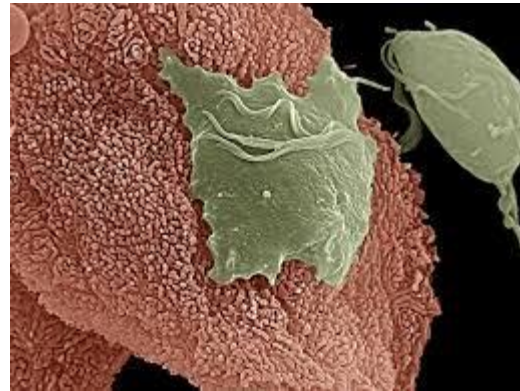
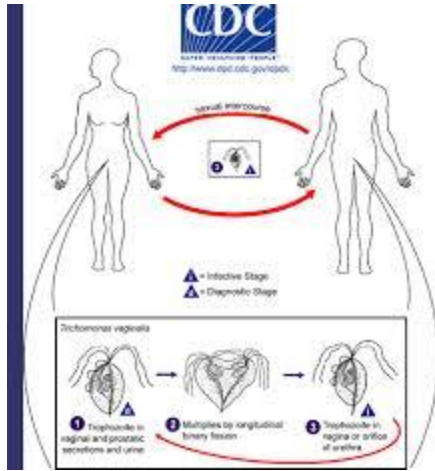
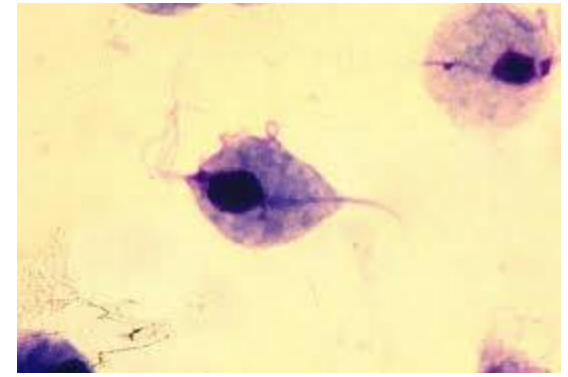
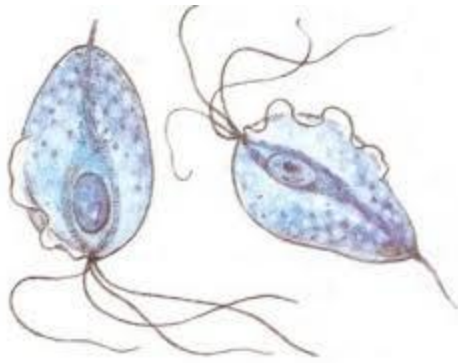
ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ
СПЕЦИФІЧНОЇ ЕТИОЛОГІЇ

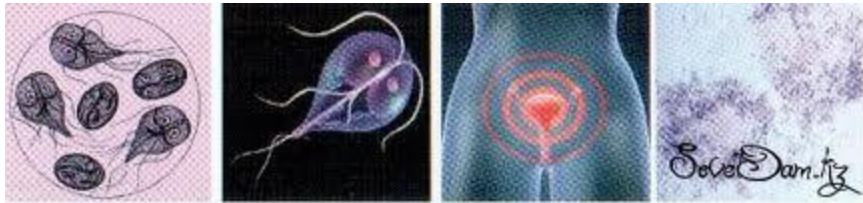
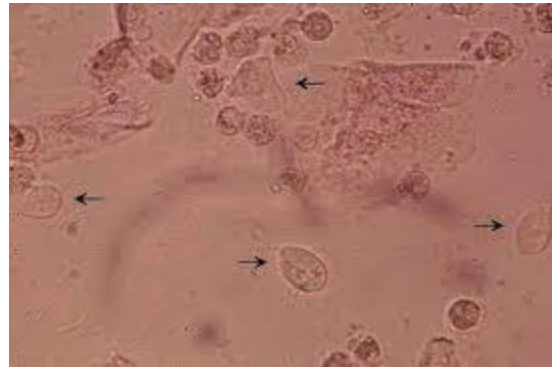
GONORRHEA

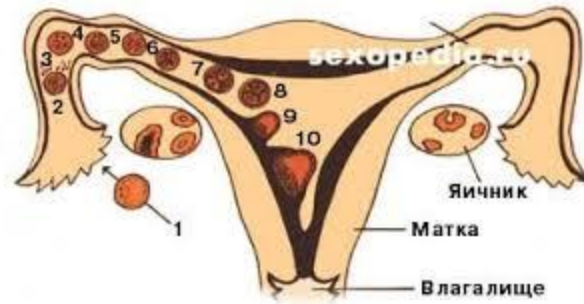
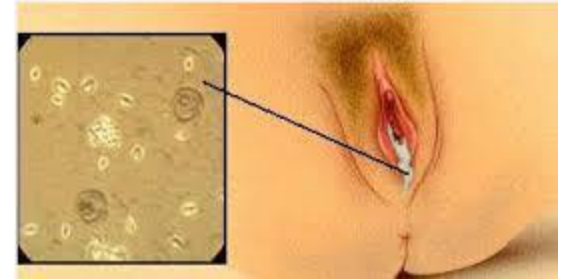
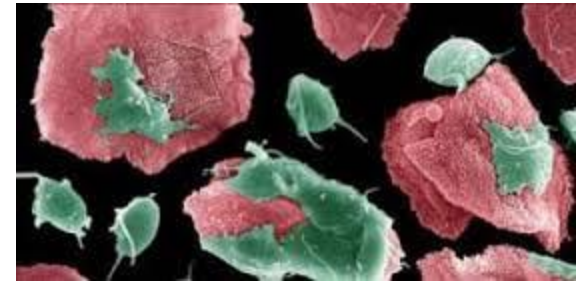


rastenitv-tecarsvennie.ru





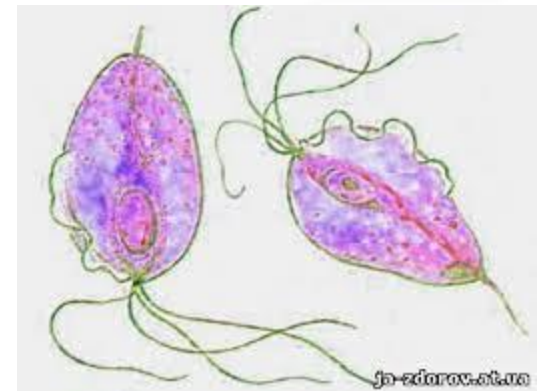




Цервицит шейки матки



 More Healthy



ja-zdorov.st.ua

