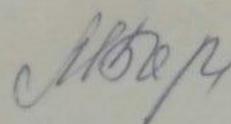


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И

РЕФЕРАТ

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Выполнила:

клинический ординатор

Ткачева Н.В.

Красноярск, 2017.

Рецензия

на реферат по дисциплине «акушерство и гинекология»

клинического ординатора Ткачевой Н.В. на тему: «Воспалительные заболевания половых органов»

Работа Ткачевой Н. В. посвящена проблемам воспалительных заболеваний женских половых органов в современной практике акушера-гинеколога.

В работе полностью раскрыто содержание материала, материал изложен грамотно, в определенной— логической последовательности, продемонстрировано системное и глубокое— знание программного материала, знание современной учебной и научной литературы, точно используется терминология.

Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованны, обладают важным теоретическим значением. Реферат написан хорошим литературным языком, проиллюстрирован и оформлен.

Считаю, что реферат Ткачевой Н.В. на тему: «Воспалительные заболевания половых органов» полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ, а его автор заслуживает оценки «отлично».

М.В.Р.

Содержание

1. Введение, определение.....	2
2. Классификация	2
3. Этиология	2
4. Патогенез	5
5. Бартолинит	5
6. Вагинит.....	6
7. Вульвит.....	6
8. Аднексит.....	7
9. Эндометрит.....	7
10. Параметрит.....	8
11. Библиографический список.....	10

Воспалительные заболевания половых органов (ВЗПО) у женщин занимают 1-е место в структуре гинекологической патологии и составляют 60-65% обращаемости в женские консультации. Возможно, число заболевших больше, так как нередко при стертых формах больные к врачу не обращаются. Рост числа ВЗПО во всех странах мира является следствием изменения полового поведения молодежи, нарушения экологии и снижения иммунитета.

Классификация.

По локализации патологического процесса различают воспалительные заболевания нижних (вульвит, бартолинит, кольпит, эндо-цервицит, цервицит) и верхних (эндомиометрит, сальпингоофорит, пель-виоперитонит, параметрит) отделов половых органов, границей которых является внутренний маточный зев.

По клиническому течению воспалительные процессы разделяют на:

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

Этиология.

ВЗПО могут возникать под действием механических, термических, химических факторов, но наиболее значим - инфекционный. В зависимости от вида возбудителя ВЗПО делятся на неспецифические и специфические (гонорея, туберкулез, дифтерия). Причиной неспецифических воспалительных заболеваний могут быть стрептококки, стафилококки, энтерококки, грибы *Candida*, хламидии, микоплазмы, уреоплазмы, кишечная палочка, клебсиеллы, протей, вирусы, актиномицеты, трихомонады и др. Наряду с абсолютными патогенами (гонококки, хламидии, трихомо-нады, *Mycoplasma genitalium*) в возникновении ВЗПО важную роль играют и условно-патогенные микроорганизмы, обитающие на определенных участках половых путей, а также ассоциации микроорганизмов. В настоящее время воспалительные заболевания в половых путях вызываются смешанной микрофлорой с преобладанием анаэробных неспорообразующих микроорганизмов. Патогенные возбудители ВЗПО передаются половым путем, реже - бытовым (в основном у девочек при пользовании общими предметами гигиены). К заболеваниям, передаваемым половым путем, относят гонорею, хламидиоз, трихомониаз, герпетическую и папилломавирусную инфекцию,

синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), сифилис, аногенитальные бородавки, контагиозный моллюск. Условно-патогенные

микроорганизмы становятся возбудителями ВЗПО при определенных условиях, повышающих их вирулентность, с одной стороны, и снижающих иммунобиологические свойства макроорганизма - с другой.

Факторы, препятствующие попаданию и распространению инфекции в организме. В половых путях существует множество уровней биологической защиты от возникновения инфекционных заболеваний. К первому относится сомкнутое состояние половой щели.

Активации условно-патогенных микроорганизмов и распространению инфекции препятствуют свойства влагалищной микрофлоры - создание кислой среды, продукция перекисей и других антимикробных веществ, угнетение адгезии для других микроорганизмов, активация фагоцитоза и стимуляция иммунных реакций.

В норме влагалищная микрофлора весьма разнообразна. Она представлена грамположительными и грамотрицательными аэробами, факультативно- и облигатно-анаэробными микроорганизмами. Большая роль в микробиоценозе принадлежит лакто- и бифидобактериям (палочкам Дедерлейна), которые создают естественный барьер для патогенной инфекции (рис. 12.1). Они составляют 90-95% микрофлоры влагалища в репродуктивном периоде. Расщепляя гликоген, содержащийся в поверхностных клетках влагалищного эпителия, до молочной кислоты, лактобактерии создают кислую среду (рН 3,8-4,5), губительную для многих микроорганизмов. Количество лактобактерий и соответственно образование молочной кислоты уменьшаются при снижении уровня эстрогенов в организме (у девочек в нейтральном периоде, постменопаузе). Гибель лактобацилл наступает в результате использования антибиотиков, спринцевания влагалища растворами антисептических и антибактериальных препаратов. К влагалищным палочковидным бактериям относятся также актиномицеты, коринебактерии, бактероиды, фузобактерии.

Второе место по частоте обнаружения бактерий во влагалище принадлежит коккам - эпидермальному стафилококку, гемолитическим и негемолитическим стрептококкам, энтерококкам. В небольших количествах и реже

встречаются энтеробактерии, кишечная палочка, клебсиелла, микоплазма и уреоплазма, а также дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Анаэробная флора преобладает над аэробной и

факультативно-анаэробной. Вагинальная флора представляет собой динамичную саморегулирующуюся экосистему.

Общие инфекционные заболевания, сопровождающиеся снижением иммунитета, эндокринные нарушения, использование гормональных и внутриматочных контрацептивов, прием цитостатиков нарушают качественный и количественный состав микрофлоры влагалища, что облегчает инвазию патогенных микроорганизмов и может приводить к развитию воспалительных процессов, вызванных условно-патогенными бактериями.

Цервикальный канал служит барьером между нижними и верхними отделами половых путей, а границей является внутренний зев матки. В цервикальной слизи содержатся биологически активные вещества в высокой концентрации. Цервикальная слизь обеспечивает активацию неспецифических факторов защиты (фагоцитоз, синтез опсонинов, лизоцима, трансферрина, губительных для многих бактерий) и иммунных механизмов (система комплемента, иммуноглобулины, Т-лимфоциты, интерфероны). Гормональные контрацептивы вызывают сгущение цервикальной слизи, которая становится труднопроходимой для инфекционных агентов.

Распространению инфекции также препятствуют отторжение функционального слоя эндометрия во время менструации вместе с попавшими туда микроорганизмами. При проникновении инфекции в брюшную полость пластические свойства тазовой брюшины способствуют отграничению воспалительного процесса областью малого таза.

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

Распространению инфекции в половых путях способствуют:

- различные внутриматочные манипуляции, при которых происходит занос инфекции из внешней среды или из влагалища в полость матки, а затем инфекция попадает через маточные трубы в брюшную полость;
- менструация, во время которой микроорганизмы легко проникают из влагалища в матку, вызывая восходящий воспалительный процесс;
- роды;

- операции на органах брюшной полости и малого таза;
- очаги хронической инфекции, обменные и эндокринные нарушения, недостаточность или несбалансированность питания, переохлаждения, стрессы и др.

Патогенез.

После проникновения инфекции в очаге поражения происходят деструктивные изменения с возникновением воспалительной реакции. Высвобождаются биологически активные медиаторы воспаления, вызывающие расстройства микроциркуляции с экссудацией и одновременно стимуляцию пролиферативных процессов. Наряду с местными проявлениями воспалительной реакции, характеризующейся пятью кардинальными признаками (краснота, припухлость, повышение температуры, болезненность и нарушение функций) могут возникать общие реакции, выраженность которых зависит от интенсивности и распространенности процесса. Общие проявления воспаления включают лихорадку, реакции кроветворной ткани с развитием лейкоцитоза, повышенную СОЭ, ускоренный обмен веществ, явления интоксикации организма. Изменяются деятельность нервной, гормональной и сердечно-сосудистой систем, показатели иммунологической реактивности гемостазиограммы, в очаге воспаления нарушается микроциркуляция. Воспаление относится к числу наиболее распространенных патологических процессов. С помощью воспаления обеспечиваются локализация, а затем элиминация инфекционного агента вместе с поврежденной под его воздействием тканью.

БАРТОЛИНИТ—воспаление большой железы преддверия влагалища. Возбудителями являются различные микробы: стафилококки, эшерихии, гонококки и др. Инфекция проникает через выводной проток железы (каналикулит), затем воспалительный процесс захватывает паренхиму (серозное, гнойное воспаление). Гнойный экссудат заполняет дольки железы с образованием ложного абсцесса, который может самостоятельно вскрыться.

Симптомы, течение. В острой стадии недомогание, слабость, ощущение припухлости в области наружных половых органов, повышение температуры тела. При объективном исследовании отмечают припухлость и гиперемию в области бартолиновой железы; ее пальпация резко болезненна. При образовании псевдоабсцесса температура гектическая, ознобы. При прорыве гнойника улучшается общее состояние больной, снижается температура. В хронической стадии заболевания возможно развитие ретенционной кисты. Заболевание имеет склонность к рецидивам.

Лечение. В острой стадии покой, антибиотики, сульфаниламиды, сидячие теплые ванночки с раствором перманганата калия (1:6000), при образовании псевдоабсцесса — хирургическое лечение. В случае рецидивирующего бартолинита показана экстирпация железы.

ВАГИНИТ (КОЛЬПИТ) — воспаление слизистой оболочки влагалища. Возбудители: стрепто- и стафилококки, эшерихии, трихомонады, грибы (кандиды). *Предрасполагающие факторы:* общие заболевания, гипофункция яичников, несоблюдение правил личной гигиены, инволюционные процессы в пожилом возрасте.

Симптомы, течение. Различают острое, подострое и хроническое течение. При остром воспалении жалобы на ощущение тяжести во влагалище, жжение и зуд в области наружных половых органов, обильные серозно-гнойные бели. При исследовании с помощью влагалищных зеркал находят гиперемия слизистой оболочки влагалища с точечными кровоизлияниями и обильные бели. В хронической стадии больные жалоб не предъявляют. Диагноз основывается на характерном анамнезе, данных гинекологического исследования и бактериоскопии белей.

Лечение зависит от причины вагинита. При остром воспалении производят орошения слизистой оболочки влагалища настоем ромашки или раствором молочной кислоты (2 чайные ложки на 1 л воды), назначают влагалищные ванночки (2% раствор нитрата серебра, 3—5% раствор протаргола), влагалищные тампоны с синтомициновой эмульсией. При трихомонадном вагините применяют трихопол внутрь по 0,25 г 2 раза в день в течение 7—10 дней (обязательно одновременное лечение мужа). Противопоказания: беременность (ранние сроки), нарушения гемопозеза, поражения ЦНС. Местно применяют октилин в виде 1 % или 3% раствора или в виде вагинальных шариков. При кандидозном стоматите (молочнице) обрабатывают влагалище 3% раствором натрия тетрабората (бура). Вагиниты, вызванные грибами типа кандиды, лечат нистатином и леворином (свечи, содержащие по 250 000 и 500 000 ЕД нистатина, или свечи, содержащие 250 000 ЕД лезорина), а также назначают противогрибковый препарат клотримазол (2 таблетки вводят во влагалище на ночь, курс лечения 2 нед). При старческом вагините показаны влагалищные спринцевания раствором молочной кислоты (1 чайная ложка на стакан) с последующим введением тампонов с синтомициновой эмульсией или с масляными растворами эстрогенов.

ВУЛЬВИТ — воспаление наружных половых органов; часто сочетается с вагинитом. Возникает вследствие механических, химических воздействий, развития инфекций.

Симптомы, течение. Боль и зуд в области половых органов, при наружном осмотре в острой стадии — гиперемия и отечность тканей вульвы с серозно-гнойными выделениями; возможно изъязвление и образование налетов.

Лечение. Проводят лечение воспалительных заболеваний влагалища и матки. Устраняют механические и другие раздражители. В острой стадии — постельный режим, обмывание наружных половых органов 2—3 раза в день теплым раствором перманганата калия (1:10 000), настоем ромашки, 2% раствором борной кислоты. Теплые сидячие ванны со слабым раствором перманганата натрия.

АДНЕКСИТ (сальпингоофорит). Воспаление придатков матки, при котором измененная маточная труба спаивается с яичником, образуя единый конгломерат. Возникновение гноя в маточной трубе приводит к расплавлению ткани яичника с развитием tuboовариального воспалительного образования (пиосальпинкс, пиоварий).

Симптомы и течение. Различают острую, подострую и хроническую стадии заболевания. Острая проявляется болями внизу живота и в поясничной области, высокой температурой, ознобом, дизурическими расстройствами, нередко дисфункциональными маточными кровотечениями. В хронической стадии больных беспокоят непостоянные боли в животе и нарушения менструального цикла. Часты рецидивы, особенно под влиянием переутомления, переохлаждения, инфекционных заболеваний. Нередко наличие бесплодия.

Лечение. Зависит от стадии заболевания. В подострой стадии - физиотерапевтическое. При остром процессе - лечение в стационаре. Покой, в первые дни лед на низ живота, обезболивающие средства, антибиотики, сульфаниламиды, хлорид кальция. В хронической - все виды физиотерапии и грязелечения. Если консервативный метод безуспешен, а придатки матки значительно увеличены, показано хирургическое вмешательство. Гонорейные и туберкулезные аднекситы подлежат специфическому лечению.

ЭНДОМЕТРИТ — воспаление слизистой оболочки матки. Воспаление вызывается гноеродными микробами, из которых наибольшее значение имеет золотистый патогенный стафилококк; возможно поражение туберкулезными микобактериями. Чаще связано с послеабортной инфекцией, но может развиваться после менструаций, внутриматочных диагностических манипуляций (зондирование, выскабливание). Некроз эндометрия приводит к его отторжению, кровотечению, появлению жидких гнойно-кровянистых белей. Процесс может распространяться на миометрий с развитием метрита или метроэндометрита.

Симптомы, течение. Повышенная температура, общее недомогание, боль внизу живота, жидкие гнойные бели. Хроническое течение сопровождается уплотнением матки, расстройством менструального цикла, невынашиванием беременности.

Лечение. В острой стадии — покой, холод на низ живота, антибиотики, сульфаниламиды, обезболивающие средства, в/в введение 10% раствора хлорида кальция, аугагемотерапия. В хронической стадии тепловые рассасывающие процедуры.

Прогноз при адекватном лечении благоприятный.

Профилактика. Соблюдение гигиены во время менструаций (отказ от половой жизни, от влажных спринцеваний); меры, предупреждающие возникновение послеабортной или послеродовой инфекции.

ПАРАМЕТРИТ—воспаление околоматочной клетчатки. Возбудители — чаще всего золотистый стафилококк или эшерихия, нередко ассоциация микроорганизмов. Инфекция из матки и придатков распространяется по лимфатическим путям. Особенно часто параметриты развиваются при сочетании воспаления и травмы различных отделов половых органов (послеабортные разрывы шейки матки, диатермокоагуляция и диатермоэксцизия шейки матки, операционная рана матки или придатков). Воспаление обычно захватывает определенные области: от переднего отдела шейки инфильтрат распространяется по латеральным краям мочевого пузыря к передней брюшной стенке; от переднебоковых отделов шейки — к пупартовой связке и боковым отделам живота; от заднебоковых отделов шейки — к стенкам таза; от заднего отдела шейки — к прямой кишке. Воспалительный инфильтрат может рассосаться, нагноиться или приобрести хроническое течение.

Симптомы, течение. Стойкое повышение температуры, приобретающее при нагноении интермиттирующий характер. Общее состояние больной в начале заболевания изменено мало, но при распространении процесса определяются признаки интоксикации: бледность кожных покровов, отсутствие аппетита, адинамия, головная боль. Появляются тупая боль и тяжесть внизу живота, чувство давления на прямую кишку, иногда дизурия, болезненность и затруднение акта дефекации. Показатели крови до нагноения, как правило, только стойкое и длительное повышение СОЭ; при нагноении — в случае выраженного лейкоцитоза резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Признаки раздражения брюшины отсутствуют. При распространении инфильтрата к стенкам таза его верхняя граница может определяться на уровне пупартовых связок, а по средней линии — клиновидно по направлению к пупку. При перкуссии остистых отростков подвздошных костей таза выявляется притупление звука, если инфильтрат достигает стенок таза (симптом Гентера). Этот прием по разнице перкуторного тона помогает обнаружить одностороннее или

двустороннее поражение клетчатки. Характерные данные получают при бимануальной пальпации, при которой определяются укорочение и сглаживание влагалищных сводов, более выраженные либо по месту поражения отдельных слоев околоматочной клетчатки (сзади, спереди или с боков), либо по всем отделам сводов при тотальном распространении процесса. Матка полностью не контурируется, поскольку целиком или частично включена в инфильтрат.

Пальпация в начале заболевания малоболезненна, но при нагноении становится болезненной. Признаками нагноения являются изменение общего состояния и выявление участков размягчения инфильтрата. Осложнения: прорыв гнойника в свободную брюшную полость, прямую кишку, мочевого пузыря. Дифференцировать необходимо от пельвиоперитонита, острого воспаления придатков матки, перекрута ножки опухоли придатков матки, некроза узлов и фибромиомы матки.

Лечение. В острой стадии воспаления применяют такие антибиотики, как мономицин, канамицин, цефалоспорины, в сочетании с сульфаниламидами (10% раствор этазола по 10 мл в/в 2 раза в день). Учитывая возможную роль анаэробов в развитии процесса, полезно применять в течение 5—10 дней метронидазол (трихопол) по 0,25 г 3 раза в день. Целесообразно вводить в/в до 150 мл 3% раствора хлорида кальция капельно; в/м 10 мл 25% раствора сульфата магния 1 раз в день. Холод на низ живота, обезболивающие средства. При нагноении вскрывают гнойник путем задней кольпотомии с обязательным введением дренажной Т-образной резиновой трубки на несколько дней. При распространении гнойника к границам пупартовой связки его вскрывают со стороны брюшной стенки (внебрюшинно). При переходе острой стадии в подострую и хроническую назначают средства, способствующие рассасыванию инфильтрата: микроклизмы с 2% раствором йодида калия по 50 мл 1 раз в сутки, легкое тепло. При длительном существовании инфильтрата применяют кортикостероидные препараты, преднизолон по 20 мг/сут (суммарная доза 400 мг). При полной нормализации показателей крови — ультразвук на низ живота. Через 4—6 мес после начала заболевания показано курортное лечение с использованием сероводородных влагалищных орошений, грязевых влагалищных и ректальных тампонов, массажа (Мацеста, Хилово, Пятигорск, Саки и другие курорты). Заболевание отличается медленным обратным развитием воспалительных явлений.

Литература

1. Айламазян, Э. К. Акушерство : учеб. для мед. вузов / Э. К. Айламазян. СПб., 1999. С. 417–431.
2. Акушерство : справ. / под ред. К. Нисвандера, А. Эванса. М. : Практика, 1999. 704 с.
3. Акушерство от десяти учителей / под ред. С. Кэмпбелла, К. Лиза. М. : Мед. информ. агенство, 2004. С. 360–365.