Воспалительные заболевания нижнего отдела органов малого таза.

Выполнила студентка 5 курса 7 группы
Педиатрического факультета
Соловьева М.А.

- Воспалительные заболевания нижнего отдела гениталий (вульвит, бартолинит, кольпит , цервицит) обычно имеют инфекционное происхождение (чаще всего микробные ассоциации) и передаются половым путем; наблюдается тенденция ежегодного увеличения частоты их встречаемости. У значительного числа пациенток (не менее 25 %) следствием этих процессов является внематочная беременность. В современных условиях воспалительные заболевания женских половых органов нередко имеют длительное рецидивирующее течение и переходят в хроническую стадию.

Вульвит.

-воспаление покровов наружных половых органов.

Виды вульвита:

- Первичный (при травмах, несоблюдении гигиены; опрелость при ожирении; мочеполовые свищи; цистит, гельминтоз, эндокринные болезни (сахарный диабет); химические, термические и механические воздействия; нерациональное принятие антибиотиков и других препаратов)
- Вторичный (вследствии воспалительных процессов внутренних половых органов (эндометрит, эндоцервицит, кольпит). При воспалительных заболеваниях мочевыделительной системы (циститах и мочеполовых свищах)

Клиника.

- Жалобы на боли, жжение, зуд, усиливающиеся при мочеиспускании.
- В острой стадии болезни вульвит сопровождается отеком, покраснением больших и малых губ, клитора, преддверия влагалища. Поверхность вульвы покрывается слизисто-гнойными выделениями, которые, подсыхая, склеивают половые губы. Увеличение паховых лимфатических узлов, повышение температуры тела, недомогание.

Диагностика.

- Сбор анамнеза, жалоб, данные гинекологического осмотра, кольпоскопии (по необходимости) и результатов лабораторных анализов.
- Для выделения возбудителя проводят бактериоскопию мазков и культуральный посев с определением чувствительности к антибиотикам.
- Выявляют сопутствующие заболевания, которые могут являться источником инфекции или понижать иммунный статус организма.
- Обследование на папилломавирус человека, вирус контагиозного моллюска, трихомонады, Candida albicans (при необходимости).
- Посев на гонококк (при необходимости).

Лечение.

- Устранение сопутствующей патологии, и факторов способствующих её возникновению.
- Воздержание от половой жизни.
- Назначают промывание влагалища настоем трав (ромашки, календулы, шалфея, зверобоя), растворами антисептиков (диоксидина, мирамистина, хлоргексидина, октинисепта, перманганата калия и др.).
- Антибактериальное лечение назначают с учетом выявленного возбудителя и его чувствительности к антибиотикам. При вульвите специфической природы (гонорейном, трихомонадном, хламидийном, туберкулезном) необходимо специальное, соответствующее возбудителю, лечение. При кандидозном вульвите основными являются противогрибковые препараты. У девочек вульвит чаще вызывается условно-патогенной микрофлорой, в связи с этим антибиотики назначают местно (мази, кремы) для введения во влагалище ежедневно в течение 10—14 дней.

- После стихания воспалительных изменений местно можно применять мази с витаминами А, Е, солкосерил, актовегин, облепиховое масло, масло шиповника и др. для ускорения репаративных процессов.
- При выраженном зуде вульвы назначают антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, тавегил и др.), местно-анестезирующие средства (анестезиновая мазь).
- Аллергические вульвиты лечат антигистаминными препаратами, назначением диеты с исключением сладких, острых и соленых продуктов.

Осложнения.

- Хронизация процесса с частыми рецидивами: умеренными проявлениями отека, болезненности и гиперемии на отдельных участках слизистой вульвы, гипертрофией сальных желез, зудом, жжением, скудными выделениями.
- Иногда при вульвите после заживления эрозий и язв гениталии могут деформироваться, затрудняя в дальнейшем половую жизнь. У девочек могут возникнуть сращения в области половых губ - синехии.
- Острый бартолинит - воспаление больших желез преддверия влагалища.
- Флегмона с тяжелыми общими явлениями (при проникновении возбудителей в клетчатку вульвы)

Профилактика.

- Своевременное лечение общих заболеваний и ликвидацию очагов хронической инфекции.
- Соблюдение правил личной гигиены (чистота половых органов, ношение свободного гигиенического белья).
- Здоровый образ жизни и укрепление иммунитета (отказ от курения, алкоголя, отсутствие случайных половых связей, правильное питание, занятия спортом).

Бартолинит.

- воспаление большой железы преддверия влагалища.

Этиология.

- стафилококки, гонококки, кишечная палочка, трихомонады, синегнойная палочка.
- Бартолинит также может возникнуть при ослаблении иммунитета (стресс, переохлаждение, авитаминоз) и после хирургических вмешательств (операция, медаборт).

Пути распространения:

- гематогенный (при хронических заболеваниях – тонзиллит, гайморит, кариес, пиелонефрит),
- непосредственно через выводные протоки (при нарушении правил личной гигиены, беспорядочных половых контактах).

Классификация.

- По течению бартолинита различают острую и хроническую форму.

Острый бартолинит проявляется в виде:

- ложного абсцесса (первичного– каналикулита и вторичного – при воспалении ранее сформировавшейся кисты)
- истинного абсцесса

Острый бартолинит.

- Ложный абсцесс бартолиниевой железы
- Формирование ложного абсцесса начинается с каналикулита - воспаления выводного протока железы. У наружного выхода протока возникает покраснение с воспалительным валиком вокруг, кожа над припухлостью подвижна. Из отверстия протока при надавливании отделяется гнойное содержимое. Общее самочувствие меняется незначительно.
- При закупорке выводного протока гнойный секрет накапливается, железа растягивается, становиться болезненной, возникает припухлость, гиперемия (ложный абсцесс). Происходит выпячивание поверхности бартолиниевой железы, которая частично перекрывает вход во влагалище. Температура тела может подниматься до 37,5 С, возникают боли при движении. Вторичный ложный абсцесс при остром бартолините также может развиться при нагноении ранее образовавшейся кисты.
- Иногда бартолинит затухает самостоятельно, не осложняясь нагноением, но через какое-то время вновь обостряется.

- Истинный абсцесс бартолиниевой железы
- При проникновении инфекции непосредственно в ткани железы острый бартолинит сопровождается образованием истинного абсцесса. Паренхима железы расплавляется, кожа над абсцессом становиться неподвижной. Отмечаются сильный отек половых губ, постоянная, резкая боль в области промежности со стороны поражения; увеличение паховых лимфоузлов. Температура повышается (выше 37,5 С; при остром течении – до 40 С), появляется озноб, слабость, ухудшается самочувствие. Внутри железы пальпируется гнойник. При самопроизвольном вскрытии полного опорожнения капсулы не происходит. Несмотря на улучшение самочувствия, инфекция, оставшаяся внутри железы, может вызвать повторное нагноение.

Хронический бартолинит.

- характеризуется чередованием обострений и временных улучшений.
- Обострения бартолинита могут возникать при менструациях, снижении иммунитета, наличии других инфекционных заболеваний.
- При хроническом бартолините отмечаются незначительные боли в области воспаления, дискомфорт при движении, уплотнение в области железы. Температура обычно в норме, иногда субфебрильная.
- При длительном течении хронического бартолинита в железе формируется киста, как правило, небольших размеров, заполненная воспалительным экссудатом.

Осложнения бартолинита:

- Рецидивы заболевания;
- Образование незаживающего свища (противоестестественного отверстия);
- Распространение инфекционного процесса на соседние органы мочеполовой системы(кольпиты, уретриты);
- Сепсис(тяжелое инфекционное заболевание) может развиться при попадании инфекции в кровь при ослабленном иммунитете.

Диагностика

- Осмотр больной, сбор анамнеза, проведение кольпоскопии.
- ПЦР-диагностика основных половых инфекций (хламидиоз,гонорея,трихомониаз,микоплазмоз, уреаплазмоз, герпес, вирус папилломы человека);
- Бактериологический посев выделений из влагалища для установления чувствительности к анитибиотикам;
- Бактериологическое исследование гноя (при прорыве абсцесса, или путем легкого надавливания на выводной проток железы)

Лечение.

Лечение каналикулита консервативное:

- холод на область гениталий, постельный режим
- местная противовоспалительная терапия (теплые сидячие ванночки с марганцовой, хлоргексидином, мирамистином, мазевые аппликации с ихтиолом, линиментом по Вишневскому)
- антибиотики (амоксиклав, комбинации офлоксацина или доксициклина с метранидазолом).
- болеутоляющие средства
- физиопроцедуры (магнитотерапия, УФО, УВЧ) при стихании остроты процесса
- общеукрепляющая терапия (витамины, иммуномодуляторы: виферон, тималин).

- Лечение абсцесса бартолиновой железы только оперативное
- Производят вскрытие гнойника и его удаление. Полость дренируется и промывается дезинфицирующими растворами. Одновременно назначают антибактериальную терапию, витамины, физиолечение.
- Рассечение псевдоабсцесса при бартолините приводит лишь к временному улучшению, пока секрет свободно оттекает из железы. При смыкании краёв разреза вновь образуется киста.

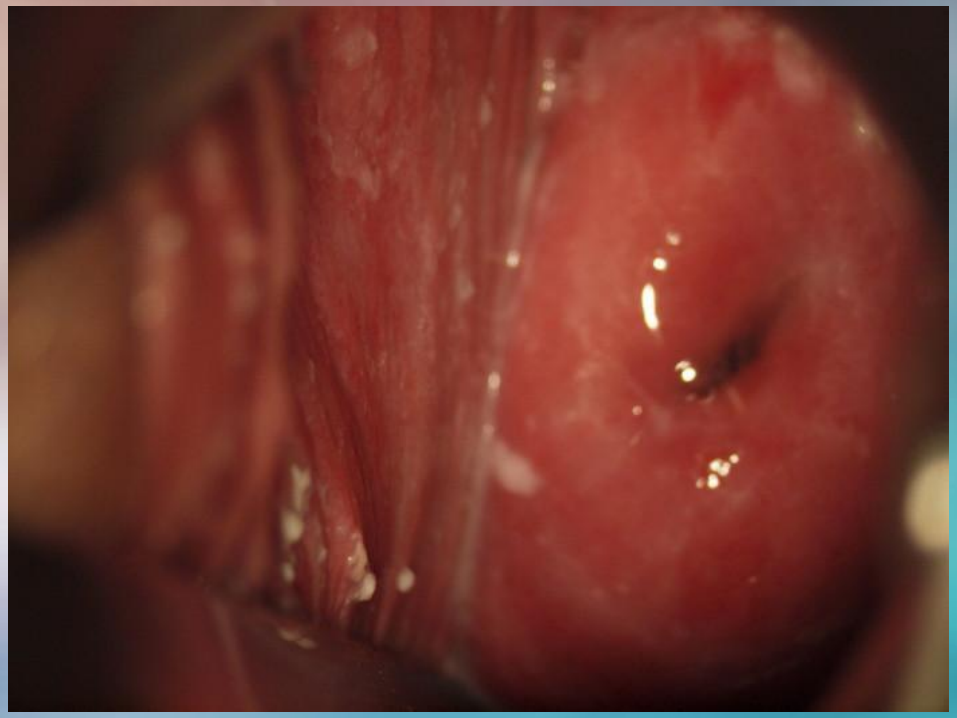
- Лечение кисты бартолиновой железы
- Киста подлежит удалению. Операцию проводят в “холодном периоде”, т.е. вне обострения одним из двух методов: марсупиализации кисты или экстирпации железы.
- Марсупиализация кисты – создание искусственного протока железы, для того чтобы жидкость в ней не накапливалась и киста не образовывалась – является более щадящей операцией с меньшим числом осложнений и частоты рецидивов (1 -2 %).
- Экстирпация железы - полное хирургическое удаление бартолиниевой железы, проводится при рецидивирующем бартолините.

Профилактика.

- Регулярное посещение гинеколога;
- Защита от половых инфекций -применение презервативов, моногамный образ жизни;
- Своевременное лечение инфекций;
- Укрепление иммунитета: полноценное питание, физические упражнения, отказ от вредных привычек.

Кольпит (вагинит)

- воспаление слизистой оболочки влагалища.



Этиология

- хламидия, микоплазма, стрептококк, стафилококк, гемофильная палочка и т.д. Заболевание может вызываться и ассоциацией микроорганизмов.

Предрасполагающие факторы для развития кольпита:

- инфекции, передающиеся половым путем
- другие инфекционные заболевания
- механические повреждения слизистой оболочки влагалища
- нарушение питания слизистой оболочки
- нарушение анатомических особенностей влагалища
- заболевания эндокринной системы
- длительный прием антибиотиков
- аллергические реакции (на презерватив, свечи, мази и т.д.)
- несоблюдение правил личной гигиены

Классификация

- Кольпиты подразделяют на:
- первичные (воспаляется непосредственно слизистая оболочка влагалища)
- вторично-восходящие (инфекция попадает из вульвы во влагалище)
- вторично-нисходящие (инфекция проникает во влагалище из матки)
- Дрожжевой кольпит или кандидозный кольпит - это молочница. О симптомах и лечении молочницы читайте в статье «Что такое молочница? Причины молочницы».
- Атрофический и синильный (старческий) кольпиты равиваются преимущественно на фоне выраженного снижения гормональной функции яичников и истончения слизистой оболочки влагалища.

Виды:

- Специфический кольпит образуется через инфекции, передающиеся половым путем. Симптомы: стенки влагалища становятся бархатистыми, отечными, начинают кровоточить при прикосновении.
- Неспецифический кольпит – это инфекционно-воспалительное заболевание влагалища, которое характеризуется действиями условно-патогенных микроорганизмов (стафилококками, стрептококками, кишечной палочкой и другими). Симптомы: гнойные и слизистые выделения.

По течению заболевания кольпит может быть:

- острым
- подострым
- вялотекущем
- хроническим
- латентным
- бессимптомным

Признаки острого кольпита:

- - выделения с неприятным запахом;
- - покраснение и отечность наружных половых органов;
- - боль при мочеиспускании;
- - боль внизу живота;
- - зуд;
- - боль при половом акте.
- Если своевременно не лечить кольпит, то заболевание может перейти на шейку матки, матку, на придатки и прочие половые органы. Такой воспалительный процесс кольпита может привести к эрозии шейки матки, эндометриту и бесплодию.

Хроническая форма

- Без соответствующего лечение болезнь переходит в хроническую форму, для которой характерны частые рецидивы. Симптомы становятся менее выраженными, пациенток беспокоят:
- незначительные слизистые или гнойные выделения
- зуд наружных половых органов (не всегда)

Диагностика

- сбор анамнеза и общий гинекологический осмотр
- общий мазок
- цитологический мазок с шейки
- бактериологический посев микрофлоры влагалища
- посевы с определением чувствительности к антибиотикам
- анализ ПЦР (на микоплазму, уреаплазму, хламидию, гарднереллу, трихомонаду , вирус папилломы человека, вирус простого герпеса)
- ИФА крови (по показаниям)
- бактериологический посев мочи (по показаниям)
- исследование гормонального фона (по показаниям)
- С помощью бактериологического исследования выявляют характер кольпита: специфический или неспецифический. Специфических возбудителей кольпита (хламидию, микоплазму, уреаплазму и т.д.) выявляются с помощью метода ПЦР.
- После того, как определен возбудитель заболевания, важно провести посев на питательные среды, позволяющий определить чувстрительность возбудителя к антибиотикам, что дает возможность подобрать максимально эффективный препарат для лечения.

Лечение.

- терапия, направленная на устранение предрасполагающих факторов для развития заболевания, лечение сопутствующих заболеваний с учетом клинических проявлений.

Лечение кольпита включает в себя:

- антибактериальную терапию
- физиотерапию
- препараты для общего укрепления
- соблюдение диеты

Для местного лечения назначаются:

- спринцевание
- противомикробные свечи и мази
- мазевые аппликации
- влагалищные ванночки
- местная гормональная терапия (по показаниям)

Во время лечения следует придерживаться молочно-растительной диеты и ограничить потребление жидкости. Такая диета не раздражает слизистую влагалища и шейки матки.

Антибактериальная терапия назначается только после определения чувствительности возбудителя к антибиотикам. Также учитываются форма и стадия заболевания.

Местная гормональная терапия (при гипофункции яичников).

Осложнения.

- Длительное течение вагинита вызывает у женщины эмоциональную и сексуальную дисгармонию, а также серьезнейшие нарушения ее репродуктивного здоровья.
- Женщины, страдающие бактериальным или трихомонадным вагинитом, подвергаются большему риску заражения венерическими заболеваниями и ВИЧ-инфекцией.
- Запущенные формы вагинита увеличивают вероятность возникновения самопроизвольного выкидыша, внематочной беременности, преждевременных родов, преждевременного излития околоплодных вод, внутриутробного инфицирования плода и новорожденного инфекциями, вызвавшими воспаление.
- В послеродовом периоде вагинит является серьезной угрозой развития у женщины перитонита, метрита, эндометрита, сепсиса. Инфицирование новорожденного ведет к нарушениям микрофлоры кишечника и снижению иммунной защиты.

Профилактика

- заключается в своевременном обращении к врачу при появлении первых симптомов заболевания, соблюдении правил личной гигиены, использовании барьерных методов контрацепции (презерватива).

Цервицит: Экзоцервицит, Эндоцервицит.

- Цервицит - это воспаление слизистой оболочки шейки матки.
- Экзоцервицит - воспаление влагалищной части шейки матки.
- Эндоцервицит- воспаление слизистой оболочки канала шейки матки.

Слизисто-гнойный

Эндоцервицит

Экзоцервицит

Возникновению цервицитов способствуют:

- - воспалительные заболевания мочеполовой системы (на фоне эрозии шейки матки, кольпита (воспаление влагалища), эндометрита, цистита и воспаления придатков);
- - ЗППП в канал шейки матки могут проникать хламидии, гонококки, трихомонады, микоплазмы, грибы и вирусы. Наиболее часто трихомонады и гонококки – в 25 % случаев из 100 у больных с трихомониазом и гонореей развиваются цервициты;
- -неспецифические инфекции, вызванные стафилококками, стрептококками, кишечной флорой и так далее;
- - травматические воздействия на шейку матки способствуют проникновению микробов: аборты и диагностические выскабливания, разрывы шейки матки во время родов;
- - опущение шейки матки и влагалища;
- - снижение иммунитета;
- - частая смена половых партнеров.
- - нерациональное применение противозачаточных средств, применение химических спермицидов, спринцевание кислотами с целью предохранения;
- - гормональные изменения в климактерическом периоде – из-за снижения уровня эстрогенов развивается атрофический цервицит- слизистая шейки матки истончается и становится легко ранимой и уязвимой для различных микробов.

Клиника

- Симптомы цервицита могут быть стертыми, а могут быть ярко выражены. В большинстве случаев, выраженность клиники зависит от возбудителя инфекционного процесса. Выраженные жалобы чаще бывают у пациенток с цервицитом на фоне гонореи, а бессимптомное течение характерно для цервицита на фоне хламидиоза. По клиническому течению цервицит бывает острой и хронической формы.
- острая форма цервицита - слизистые либо гнойные выделения из влагалища, зуд и жжение во влагалище, усиливающиеся при мочеиспускании. Могут быть тупые, тянущие боли внизу живота.
- учащенное мочеиспускание(при сочетании патологий (цистит))

- При воспалении придатков и цервиците боли внизу живота более выражены, при выраженном воспалительном процессе- повышается температура.
- При наличии эрозии шейки матки на фоне цервицита- могут быть кровотечения после полового акта. Характерно, что симптомы цервицита обостряются сразу после менструации
- При хронической форме цервицита симптомов почти нет. Это связано с тем, что воспалительный процесс постепенно стихает, происходит уплотнение шейки матки, образуются мелкие кисты после заживления сопутствующей цервициту эрозии.

Диагностика.

- При осмотре в зеркалах отмечается гиперемия (покраснение и отечность) слизистой шейки матки вокруг наружного зева, шейка матки часто бывает эрозирована. Из цервикального канала обильно идут гнойные или слизисто-гнойные выделения. Это особенно заметно при острой форме эндоцервицита.

Диагностика

- - мазок на флору;
- - ПЦР-диагностика основных инфекций, передающихся половым путем
- - цитологическое исследование соскоба с шейки матки и цервикального канала;
- - бактериологический посев микрофлоры влагалища с определением чувствительности к антибиотикам;
- - кровь на RW, ВИЧ и гепатиты;
- - УЗИ органов малого таза;
- - кольпоскопия - используют как дополнительный метод с целью определения сопутствующей патологи шейки матки (эрозия, псевдоэрозия);
- - при жалобах на учащенное мочеиспускание- анализ мочи;
- - при хроническом экзоцервиците необходима биопсия патологического участка в первую фазу менструального цикла.

Лечение

- В острой фазе заключается в назначении антибактериальных средств с учетом чувствительности возбудителей заболевания. Местное лечение противопоказано из-за риска восходящей инфекции. В хронической стадии при фоновых заболеваниях шейки матки после санации половых путей применяют хирургические методы .
- В зависимости от конкретной ситуации проводят криотерапию (“приморaживание” тканей жидким азотом), лазеротерапию (воздействие лазерным лучом), электрохирургическое лечение аппаратом “Сургитрон”. Если женщина нерожавшая, возможна обработка пораженного участка шейки матки раствором Солковагин или Ваготил.

Лечение.

- При цервиците кандидозного происхождения назначают противогрибковые антибиотики (Дифлюкан, Микосист, Флюкостат. Нистатин), при хламидийном цервиците- антибиотики тетрациклинового ряда(Доксициклин), макролиды (Сумамед) и так далее.
- При наличии цервицита вирусной этиологии лечение более длительное и трудоемкое. При генитальном герпесе с симптомами цервицита показано длительное лечение противовирусными препаратами (Ацикловир, Зовиракс, Валтрекс).
- При наличии папиломавирусной инфекции назначают цитостатики (5-Фторурацил).
- Если женщина менопаузального возраста и никаких инфекций и острых проявлений воспалительного процесса не обнаружено, скорее всего цервицит возник из-за дефицитов эстрогенов. В этом случае показано местное применение заместительно - гормональной терапии (свечи Овестин).
- Совместно с этиотропной терапией назначают витамины и иммуномодуляторы .
- Если выявлена половая инфекция - обязательно проводят лечение обоих половых партнеров.
- При хронической форме цервицита консервативное лечение менее эффективно, хотя в любом случае этиотропное лечение обязательно.

Осложнения цервицитов:

- - переход острой формы в хроническую;
- - эрозия шейки матки;
- - развитие восходящей инфекции (распространение воспалительного процесса на матку, придатки, брюшину, мочевой пузырь).
- - при наличии половой инфекции может развиться бартолинит
- - воспаление придатков;
- - развития синдрома Фитц-Хью-Куртиса при сочетании цервицита с хламидиозом, самым грозным осложнением подобного синдрома является развитие спаечного процесса в малом тазу и брюшной полости, что ведет к бесплодию;
- - рак шейки матки. Группу риска представляют пациентки, у которых цервицит сочетается с вирусом папилломы человека высокого онкогенного типа.

Профилактика:

- - регулярное посещение гинеколога -дважды в год;
- - ушивание разрывов шейки матки после родов;
- - отказ от абортов;
- - моногамный образ жизни, использование презервативов со случайными половыми партнерами;
- - своевременное лечение инфекций и других мочеполовых заболеваний;
- - профилактика опущения и выпадения внутренних половых органов- упражнения Кегеля (сжимание и разжимание мышц влагалища), освоение вумбилдинга (выработка навыков управления вагинальными мышцами);
- - заместительно - гормональная терапия в климактерическом периоде;
- - укрепление иммунитета -регулярные физические упражнения, прием витаминов.

Микоплазмоз.

- урогенитальное инфекционное заболевание, вызванное Mycoplasma genitalium, самыми микроскопическими из известных микроорганизмов.

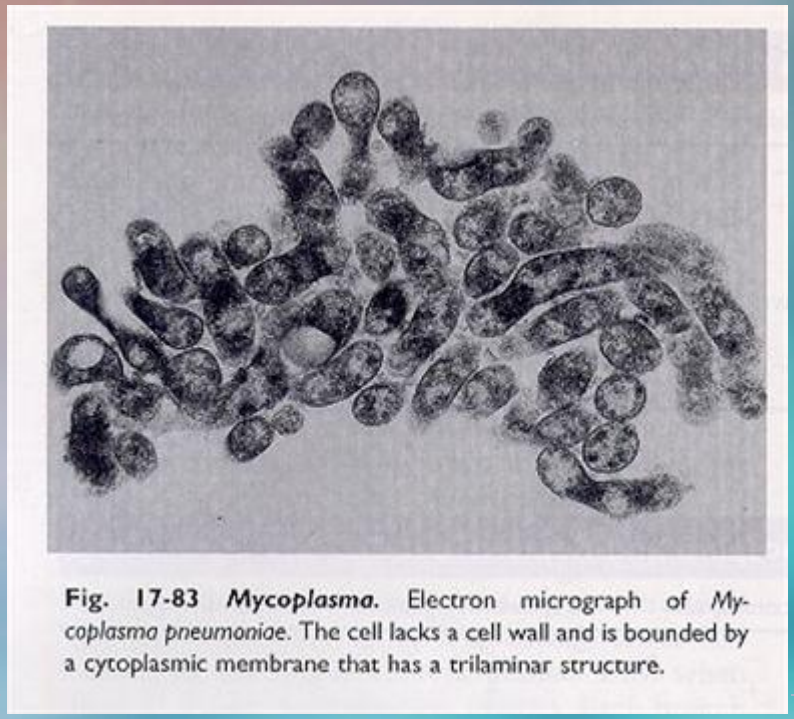


Fig. 17-83 ***Mycoplasma.*** Electron micrograph of *Mycoplasma pneumoniae*. The cell lacks a cell wall and is bounded by a cytoplasmic membrane that has a trilaminar structure.

Пути передачи микоплазмоза:

- Половым путем
- прямым путем (через предметы домашнего обихода, например, постельные принадлежности, врачебные инструменты).
- Кроме того, организмы микоплазмы могут проникнуть в мочеполовую систему женщины вместе со сперматозоидами, которые заражены микоплазмами.
- Доказано, что при прохождении ребенка через зараженные микоплазмами родовые пути, младенец заражается бактериями.
- Микроорганизмы микоплазмы имеют особенность укрепляться на сперматозоиды, эритроциты крови, фибробласты, макрофаги и слой трахейного эпителия.

К группы риска:

- - женщины фертильного возраста;
- - люди с повышенной сексуальностью;
- - люди, страдающие заболеваниями половой системы воспалительного характера;
- - беременные женщины.
- Продолжительность скрытого периода заболевания от 3 дней до 5 недель, в среднем 15-19 дней. у женщин поражаются - уретра, парауретральные ходы, влагалище, малые и большие вестибулярные железы, шейка и тело матки, маточные трубы, яичники, брюшина малого таза.

Клиника

- В большинстве случаев урогенитальный микоплазмоз протекает бессимптомно, но возможны скудные полупрозрачные выделения из влагалища.
- Через некоторое время появляются умеренные боли при мочеиспускании и во время полового акта, когда микоплазмы инфицируют матку и придаток, появляются тянущие периодические боли, особенно усиливающиеся перед менструацией.
- В конечном итоге ослабевает местный иммунитет яичников, труб, или матки, что приводит к абсцессам, сальпингитам, эндометритам, аднекситам и другой патологии. Очень часто при болезни микоплазмозом симптомы у женщин обостряются во время месячных, климакса или других гормональных сбоев.

Лечение.

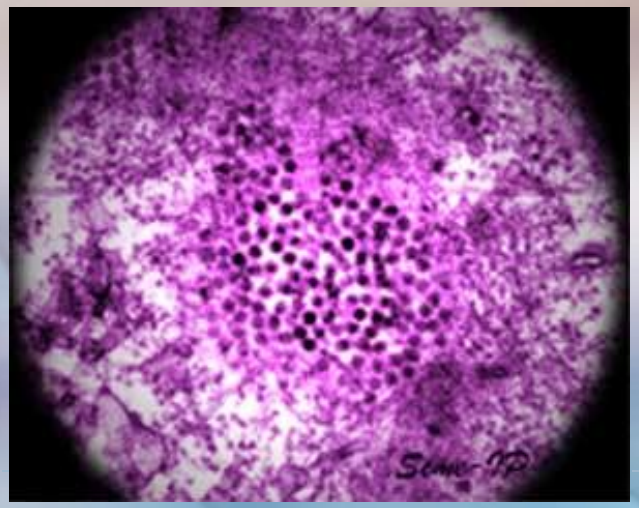
- Для лечения урогенитального микоплазмоза применяют антибиотики, в частности, эритромицин и тетрациклин. Обычно курс лечения длится до 14 дней. Женщинам при микоплазменной инфекции рекомендуют дополнительно влагалищные таблетки с антибиотиком, и влагалищные ванночки, а мужчинам – свечи и инстилляции антибактериальных средств в уретру, или мочевой пузырь. Как и при остальных венерических заболеваниях, лечение должны проходить оба сексуальных партнера во избежание повторной инфекции.

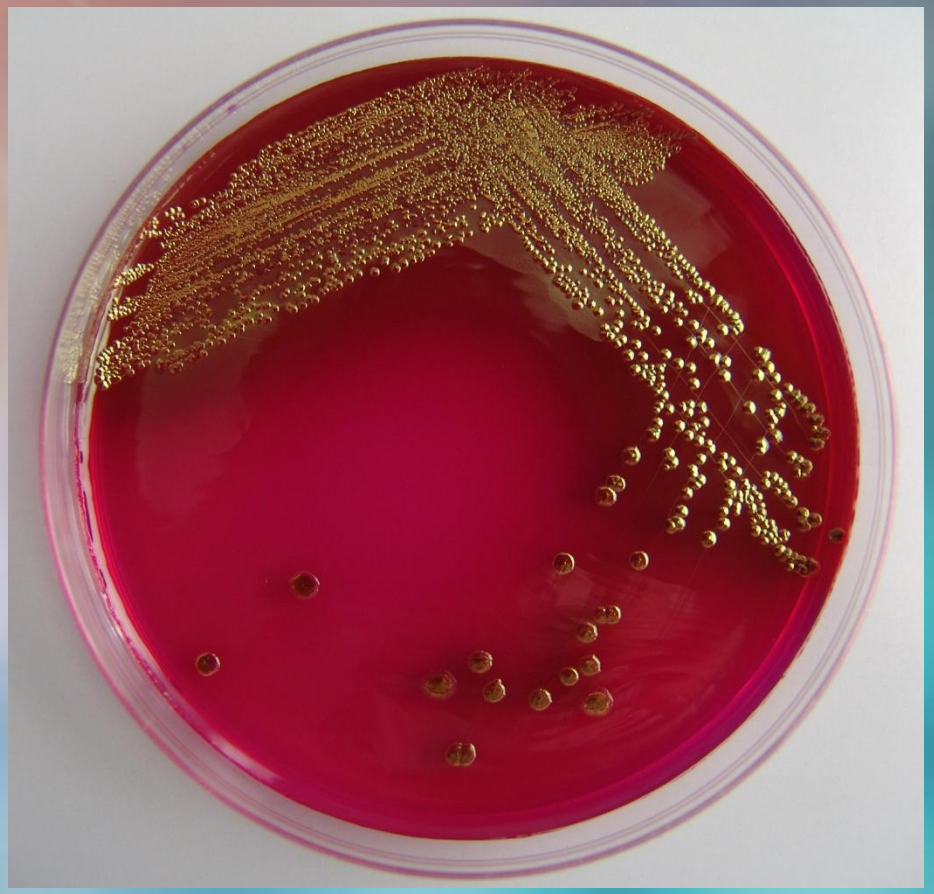
Профилактика.

- Лучшая профилактика урогенитальной микоплазменной инфекции – постоянное использование презервативов при любых сексуальных контактах.

Хламидиоз

- - инфекционное заболевание, передающиеся половым путём, вызываемое хламидиями (Chlamydia trachomatis). Хламидиоз является одним из самых распространённых ЗППП.





Заражение хламидиозом

- В большинстве случаев при половых контактах во влагалище и прямую кишку. Заражение при оральном сексе возможно, но маловероятно.
- При прохождении через родовые пути возможно инфицирование новорожденного с развитием у него конъюнктивита и воспаления легких.
- Бытовое заражение маловероятно. Это обусловлено тем, что (1) хламидия быстро погибает вне организма человека; (2) для заражения необходимо, чтобы в организм попало достаточное количество хламидий. Бытовой способ заражения не может обеспечить попадания нужного количества хламидий.
- Вероятность заражения при незащищенном половом контакте (вагинальном, анальном) с больным хламидиозом составляет около 50%.

Клиника

- Инкубационный период хламидиоза составляет 1-3 нед.

Симптомы хламидиоза у женщин:

- - выделения из влагалища
- - боль при мочеиспускании
- - межменструальные кровотечения
- - боль внизу живота
- Следует отметить, что хламидиоз (как у мужчин, так и у женщин) часто протекает бессимптомно. Именно бессимптомное течение хламидиоза обуславливает его позднюю диагностику и лечение, существенно увеличивая риск осложнений.
- При поражении глаз возникает хламидийный конъюнктивит.

Диагностика

- По результатам общего мазка. При этом заболевании количество лейкоцитов в общем мазке может быть повышено незначительно или вообще не превышать нормы. Для выявления возбудителя используют более точные методы исследования – ПЦР. Точность ПЦР составляет 90-95%.
- культуральный метод(посев)с определением антибиотикочувствительности,
- молекулярная (ДНК) диагностика(полимеразная цепная реакция - ПЦР),
- иммуноферментный(определение антител в крови),
- иммунофлюоресцентный (исследование соскоба под флюоресцентным микроскопом с обнаружением антигена) и некоторые другие.

Лечение

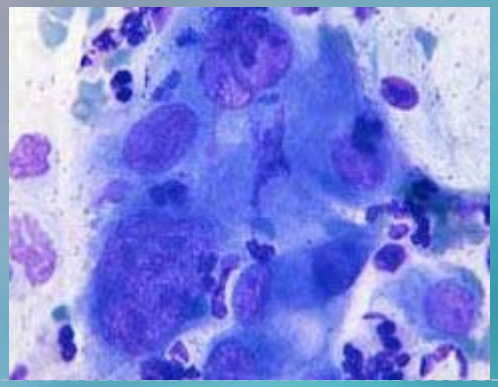
- Лечение острого неосложненного хламидиоза включает:
- - азитромицин, 1 гр внутрь однократно или
- - доксициклин, 100 мг 2 раза в сутки в течение 7 сут
- Коммерческие названия азитромицина: Азивок, Азитрал, Азитрокс, Зитролид, Сумизид, Сумамед, Хемомицин
- Коммерческие названия доксициклина: Апо-Докси, Вибрамицин, Доксал, Доксициклина гидрохлорид, Доксициклин Никомед, Доксициклин-Риво, Медомицин, Юнидокс Солютаб
- В ряде случаев назначают дополнительное лечение (иммунотерапия, массаж предстательной железы, инстилляции уретры, физиотерапия и т. д.).
- При хроническом хламидиозе (тем более осложненном) антибиотикотерапия более длительная, часто комбинированная (применяют несколько антибиотиков). Кроме того назначают дополнительное лечение (иммунотерапия, инстилляции уретры, физиотерапия и т. д.).

Контроль после лечения

- Установление излеченности урогенитального хламидиоза у женщин следует проводить с учетом метода диагностики. Культуральное исследование, проведенное ранее 10-14 дней после окончания антибиотикотерапии, может дать ложноотрицательный результат. Прямой иммунофлюоресцентный тест и метод полимеразной цепной реакции (ПЦР - ДНК), выполненные ранее 3-4нед, могут дать ложноположительные результаты из-за возможного сохранения нежизнеспособных микроорганизмов или их остатков.
- Обнаружение хламидий после указанных сроков контроля требует назначения повторного курса противохламидийной терапии препаратами других групп.
- Критериями излеченности урогенитального хламидиоза у девочек являются отрицательные результаты лабораторного исследования, отсутствие клинических симптомов заболевания. Диспансерное наблюдение за пациентами осуществляется в течение не менее 3 мес после окончания лечения хламидиоза.

Уреаплазмоз

- Уреаплазмы – это мельчайшие бактерии, которые обитают на слизистых половых органов и мочевых путей человека. Сначала уреаплазмы относились к микоплазмам, но были выделены в отдельный род из-за своей способности расщеплять мочевину.
- виды: Ureaplasma parvum и Ureaplasma urealyticum
- уреаплазмы являются условно-патогенными микроорганизмами.



Заражение уреаплазмами

- Заражение уреаплазмами возможно от матери во время родов. Их выявляют на половых органах (чаще у девочек) и в носоглотке новорожденных.
- Взрослые заражаются при половых контактах. Бытовое заражение маловероятно.

Клиника

- Инкубационный период заболевания (от момента заражения до появления симптоматики) составляет от нескольких дней до месяца, иногда дольше (нескольких месяцев). Человек в этот период контагиозен.
- Очень часто заболевание имеет скрытую симптоматику, иногда заболевание вообще не проявляется. У женщин бессимптомное течение заболевания встречается чаще, чем у мужчин, поэтому они десятками лет могут жить с уреаплазмозом и даже не подозревать о том, что являются его носителями.
- характеризуется прозрачными выделениями из половых путей, если же уреаплазмы вызвали воспаление матки и придатков (яичники, маточные трубы), возникают боли в нижней части живота. При оральном полового контакте в месте проникновения возбудителя возможно появление ангины: появляется боль в горле, гнойные налеты на миндалинах (фолликулярная, лакунарная формы ангины).
- Первая симптоматика уреаплазмоза чаще всего выражена слабо и быстро проходит. Но сами уреаплазмы остаются в организме, они прикрепляются к стенкам мочеполовых органов, и ждут, чтобы проявить своим симптомы в полную силу. В случае ослабления иммунитета (сильное переохлаждение организма, тяжелые физические нагрузки, стресс, заболевания) уреаплазмы начинают активизироваться, симптомы заболевания проявляются в полной мере.

- Заболевания, причиной которых могут быть Ureaplasma parvum и Ureaplasma urealyticum
  - Воспалительные заболевания матки и придатков
- - Мочекаменная болезнь (образование камней в почках)
- - Самопроизвольные аборты и преждевременные роды

Диагностика уреаплазмоза

- Для выявления Ureaplasma parvum и Ureaplasma urealyticum используют посев и ПЦР.
- ИФА и ПИФ широко применяются в нашей стране, но характеризуются невысокой точностью (около 50-70%).
- Выявление антител к Ureaplasma parvum и Ureaplasma urealyticum имеет ограниченное значение в диагностике уреаплазмоза.

Лечение

- Лечение уреаплазмоза в обязательном порядке проводится всем имеющимся партнерам (состоящим в половых контактах). Для этого применяют антибактериальные препараты, курс лечения антибиотиками - 2 недели. Также назначается иммуномодулирующая терапия (препараты, стимулирующие иммунитет), местное лечение (введение в мочеиспускательный канал лекарственных препаратов - инсталляции).
- Антибактериальная терапия подбираются с учетом чувствительности к ним микроорганизмов. Уреаплазмы чувствительны к антибиотикам: макролидам (олеандомицин, рокситромицин, кларитромицин, эритромицин), тетрациклинового ряда, линкозаминам (далацин, нкомицин, клиндамицин), противопротозойным и противогрибковым и препаратам.

- Иммуномодуляторы, витаминотерапия (тималин, таквитин, лизоцим, де-карис, метилурацил). В качестве иммуномодулятора можно применять экстракт элеутерококка и пантокрин. По окончанию курса лечения, больному назначаю витамины В и С, бифидум- и лактобактерин, гепатопротекторы (стимуляция функции печени и желчного пузыря).
- На протяжении всего лечения больной должен отказаться от сексуальных контактов, придерживаться рекомендованной диеты. После лечения проводится контрольное исследование для установления эффективности лечебных мероприятий. Контроль делают на протяжении нескольких месяцев (обычно 3 - 4).