

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Кубанский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ
ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ
НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ
ЭТИОЛОГИИ**

В структуре гинекологических заболеваний ВЗПО занимают I место и составляют 60-65 % всех гинекологических больных.

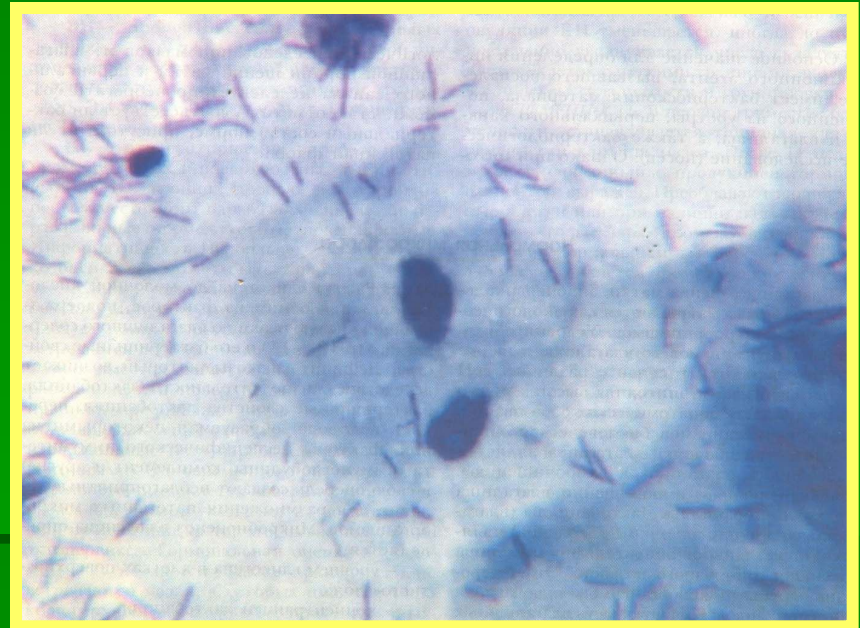
В последние годы во всех странах мира отмечен рост воспалительных заболеваний на 13-25 %.

Несвоевременное и/или неадекватное лечение ВЗПО приводит к хронизации процесса и является причиной бесплодия, внематочных беременностей, тазовых болей и может приводит к инвалидизации женщин.

Важную роль в возникновении ВЗПО играет так называемая нормальная микрофлора половых путей.

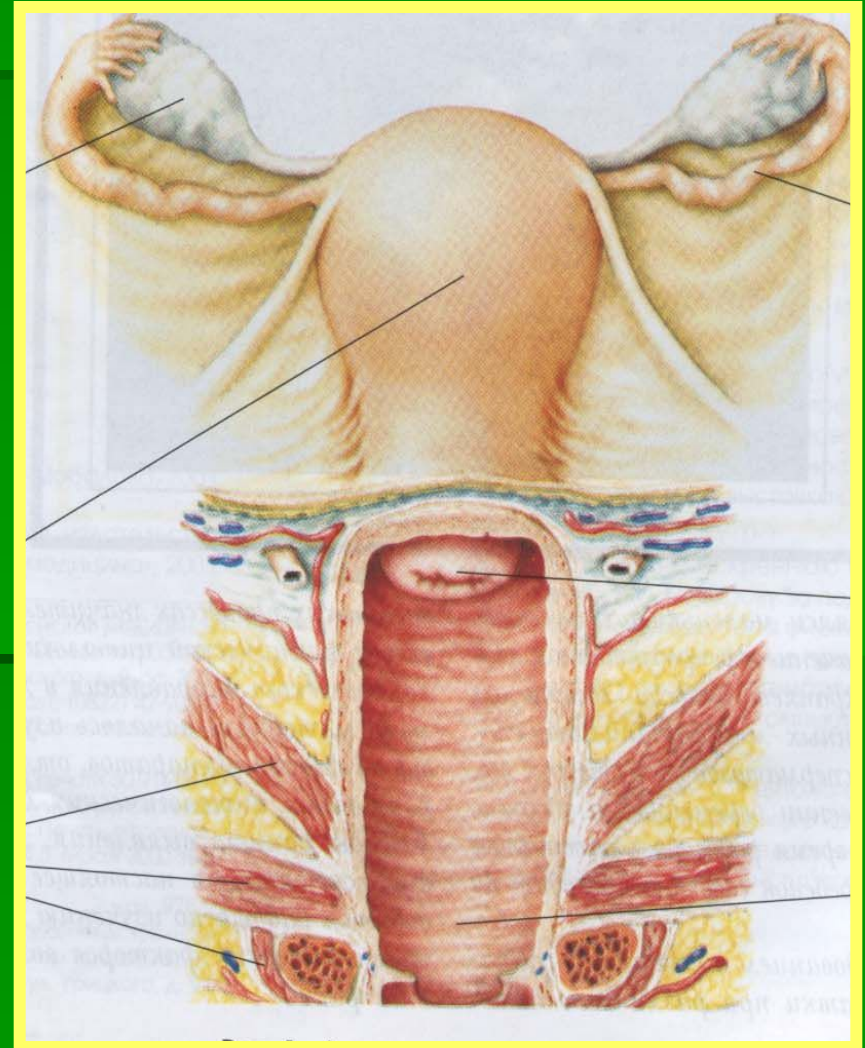
МИКРОФЛОРА ВЛАГАЛИЩА В НОРМЕ:

- палочковая флора
- КОККИ
- клебсиелла
- энтеробактерии
- кишечная палочка
- грибы рода *Candida*

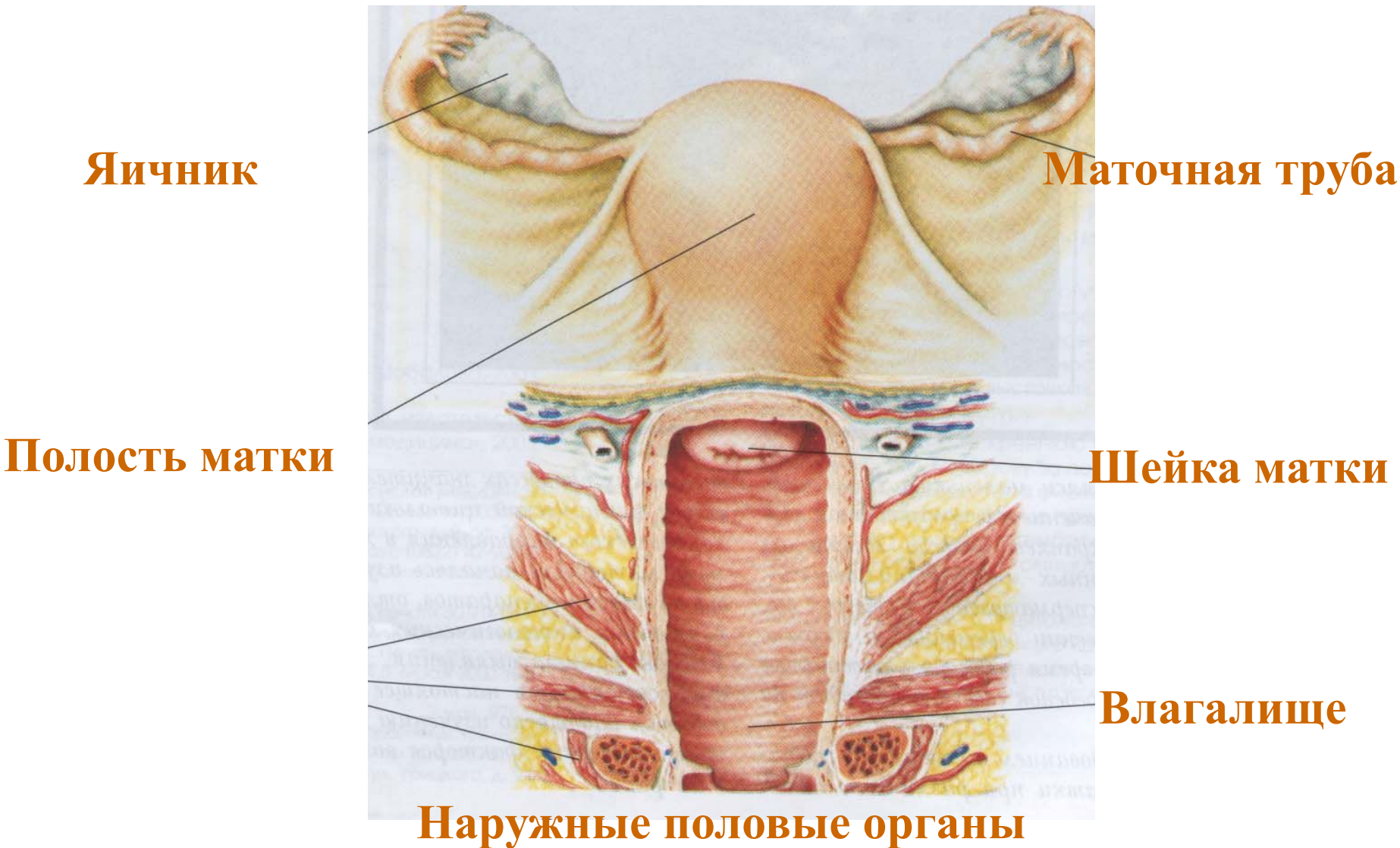


ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТНЫЕ БАРЬЕРЫ

- Н.П.О.
- влагалище
- шейка матки
- полость матки
- маточные трубы



ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТНЫЕ БАРЬЕРЫ



ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ

- **восходящий (интраканаликулярный)**
- **гематогенный**
- **лимфогенный**
- **из экстрагенитальных очагов (при аппендиците)**

ЭТИОЛОГИЯ

ВОЗБУДИТЕЛИ:

- **грамотрицательные аэробы: кишечная палочка, протей, энтеробактерии, клебсиелла, синегнойная палочка и др.**
- **неклостридиальные анаэробы (пептококки, пептострептококки, бактероиды)**
- **условно патогенная микрофлора (облигатные анаэробные микроорганизмы)**

ЧАЩЕ АССОЦИАЦИИ МИКРООРГАНИЗМОВ.

По распространенности и локализации воспалительные процессы женских половых органов подразделяются на заболевания нижнего и верхнего отделов половых органов.

Классификация воспалительных заболеваний женских половых органов

Верхний отдел

Эндометрит

Сальпингоофорит

Пельвиоперитонит

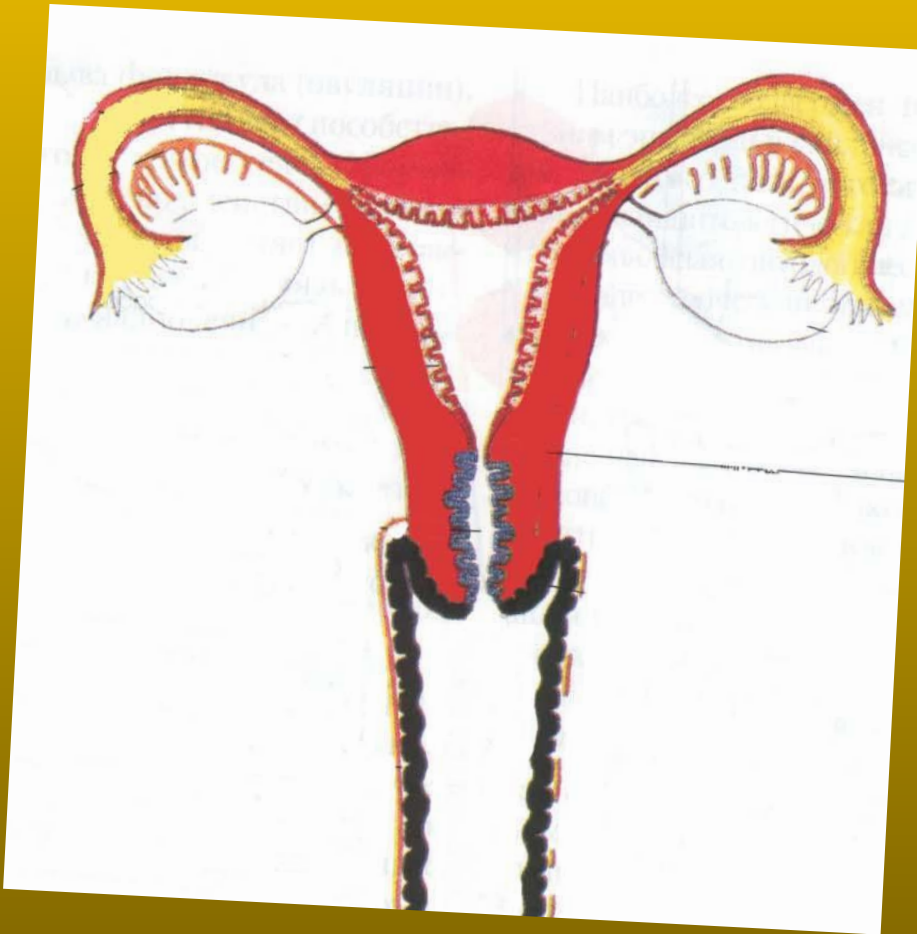
Нижний отдел

Вульвит

Бартолинит

Вагинит

Эндоцервицит



КЛАССИФИКАЦИЯ ВЗПО

по стадиям

1. Острая
 2. Подострая
 3. Хроническая (обострения, рубцово-спаечная форма)
-

ОСТРАЯ СТАДИЯ

- клинически проявляется высокой температурой, нарушением общего состояния, выраженными симптомами интоксикации, изменениями в гемограмме, очаговыми нарушениями и болевой реакцией.

ПОДОСТРАЯ СТАДИЯ

возникает впервые и характеризуется менее выраженными клиническими проявлениями: субфебрильная температура, отсутствует выраженная интоксикация, менее выражена болевая реакция, затяжное течение, незначительные изменения крови.

ОБОСТРЕНИЕ

это острый, подострый процесс,
развивающийся на фоне
хронического.

ВУЛЬВИТ

первичный - в детстве и препубертатном периоде, 65% всех заболеваний ВЗПО;

вторичный - у женщин репродуктивного периода на фоне кольпита, цервицита, эндометрита и др. ВЗПО.

Острая стадия - гиперемия, отечность, наличие серозно-гнойных налетов. Боль, жжение, зуд, недомогание.

Клиника - гиперемия, отечность нижних половых органов, серозно-гнойные налеты на половых органах.

КОЛЬПИТ

Кольпит неспецифической этиологии-аллергический, механический, проф.вредность, песарии.

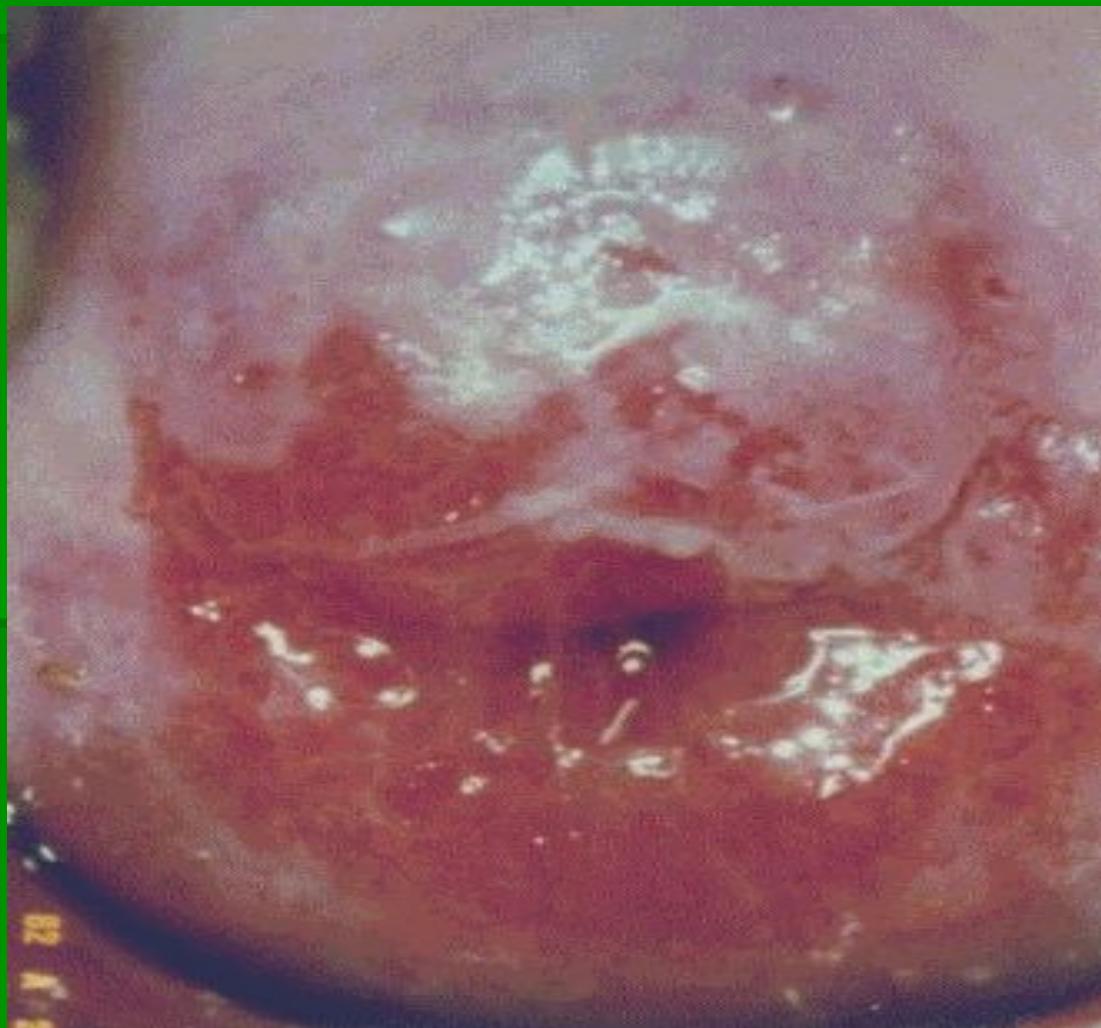
Инфекционный кольпит - часто у женщин репродуктивного периода, этиология - трихомонады, грибы рода кандиды, вирус герпеса.

Клиника острого кольпита - бели, зуд, жжение, иногда боль, ухудшение общего состояния, нарушения сна.

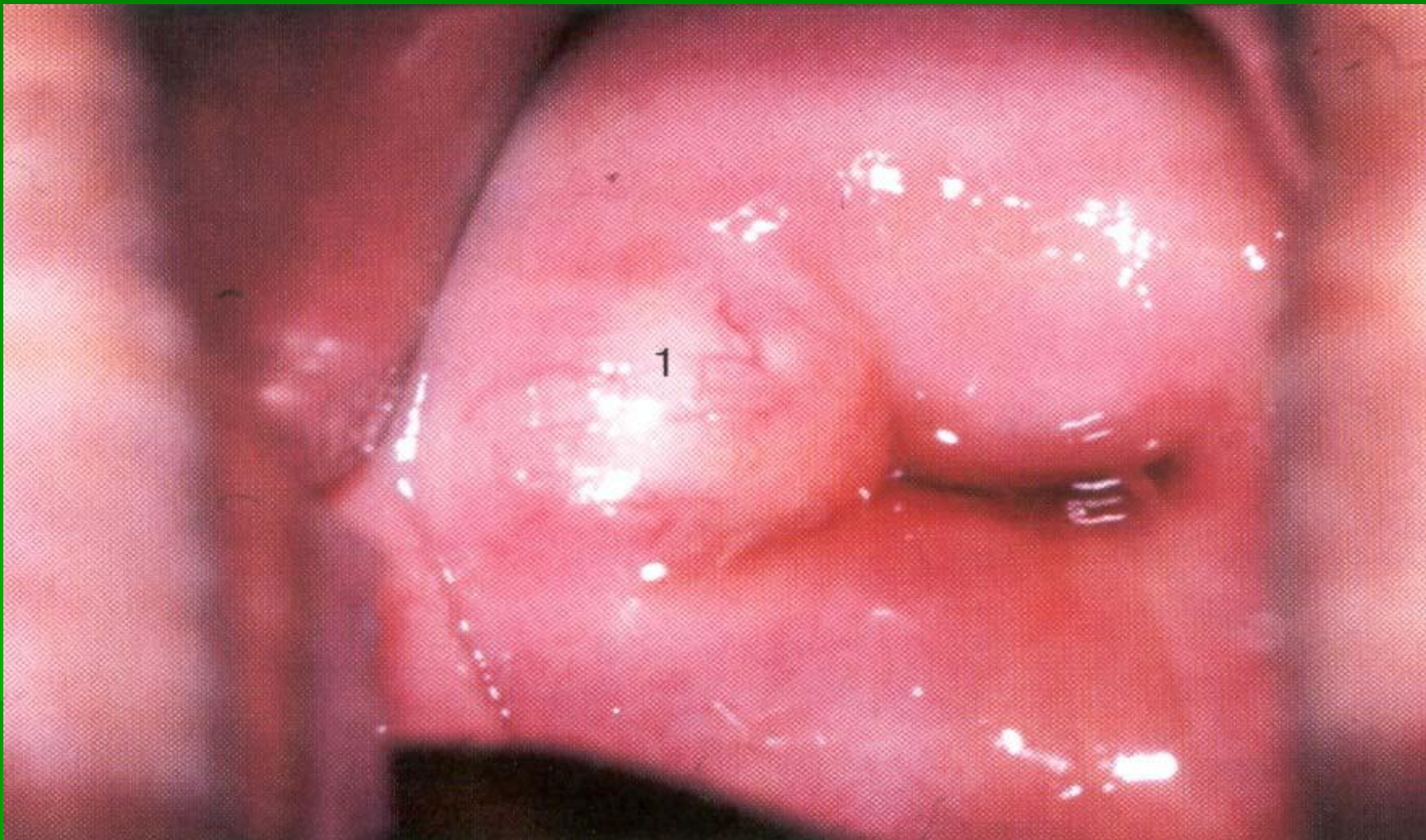
Клиника хронической стадии - основной симптом - выделения из половых путей, чаще серозного, иногда гнойного характера.

Диагностика - проста, на основании осмотра, бактериоскопии, кольпоскопии.

КОЛЬПОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО КОЛЬПИТА



ЦЕРВИЦИТ (ЭНДОЦЕРВИЦИТ)



ЛЕЧЕНИЕ ВУЛЬВИТА, КОЛЬПИТА

1. Применение антибактериальных, противовоспалительных средств, этиотропных.
2. Лечение сопутствующих заболеваний.
3. Прекращение половых сношений до полного выздоровления, обследование и лечение партнера.

Неспецифические воспалительные заболевания органов малого таза

**ВЗОТ - это эндометрит, сальпингит,
оофорит, пельвиоперитонит,
перитонит, параметрит.**

ЭНДОМЕТРИТ

поражает в основном базальный (ростковый, камбиальный) слой эндометрия. Острый эндометрит - чаще всего возникает после абортов, родов, диагностического выскабливания, ВМС.

Острая стадия продолжается 8-10 дней, при правильном лечении процесс заканчивается, реже переходит в подострую и хроническую форму.

Клиника острого эндометрита - через 3-4 дня после инфицирования повышение температуры, тахикардия, познабливание, лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ, тяжелое общее состояние. Матка увеличена в размерах, чувствительна, особенно по бокам по ходу лимфатических сосудов. Выделения серозно-гноевидные, нередко длительное время они сукровичные, что связано с задержкой регенерации слизистой оболочки.

Хронический эндометрит - как правило возникает вследствие не вылеченного до конца острого эндометрита.

Дифференциальная диагностика - начавшийся аборт, миома матки, рак тела матки.

САЛЬПИНГООФОРИТ

Клиника: повышение температуры, ухудшение общего состояния, сильная боль внизу живота, озноб, дизурические явления.

Р.У. контуры придатков определяются недостаточно отчетливо, они увеличены, пастозны, подвижность их ограничена.

Гемограмма - сдвиг влево, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, гипопротейнемия, преобладание глобулиновой фракции, повышение С-реактивного белка.

Диагностика: жалобы, клиническая картина, лапароскопия, УЗИ.

Дифференциальная диагностика: внематочная беременность, апоплексия яичника, перекрут ножки кисты.

ПЕРИТОНИТ

- **Жалобы:** схваткообразные боли, тошноту, рвоту, головокружения, общую слабость, потливость, позывы на дефекацию, жидкий стул, затрудненное дыхание.
- **Клиника:** быстрый подъем температуры тела и прогрессирующее ухудшением общего состояния. Температурная реакция длительное время остается резко выраженной (38 - 39 градусов).

Наращение явлений интоксикации: сухость во рту, сухой обложенный язык, частый пульс.

Живот умеренно вздут, участвует в акте дыхания. Выраженная мышечная защита. В нижних отделах и гипогастральных областях. Перистальтика кишечника вялая.

Незначительное смещение шейки матки вызывает резкую болезненность – этот признак указывает на вовлечение в воспалительный процесс брюшины малого таза.

В крови – лейкоцитоз с умеренным палочкоядерным сдвигом, некоторое увеличение количества лимфоцитов и резко повышенная СОЭ.

- **Различают гнойную, серозную и серозно-фиброзную формы перитонита.**

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение перитонита проводится только в стационарах, где создается физический и психический покой, назначается легко усвояемая пища, адекватное количество жидкости, наблюдение за функцией кишечника и выделительных органов.

Антибактериальная терапия: проводится обязательно и в течение 48 часов после прекращения лихорадки, болей, явлений интоксикации, полный курс не должен быть менее 10 дней.

Дезинтоксикационная терапия - выведение токсинов эндогенного происхождения.

Общий расчет инфузии 40 мл на 1 кг массы тела.

Десенсибилизирующая терапия.

Иммуномодуляторы

Ферментотерапия: трипсин, лидаза.

Показания к хирургическому лечению:

Наличие объемных мешотчатых образований в малом тазу, частые обострения, пельвиоперитонит с тенденцией к разлитому

Лечебная лапароскопия - промывание, разделение спаек, введение антисептиков.

Пункция тубоовариального образования через задний свод - эвакуация гноя, введение антисептиков.







