

Факторы препятствующие к проникновению и распространению инфекции;

1. сомкнутое состояние половой щели;
2. кислая среда влагалища;
3. слизистая пробка шейки матки, сужение просвета цервикального канала;
4. лизоцим, лактоферрин, комплемент, иммуноглобулины в составе шеечной слизи;
5. десквамация функционального слоя эндометрия во время менструации;
6. слипание складок слизистой оболочки при сальпингите;
7. образование спаек и отграничение очага при пельвеоперитоните.

Условия, способствующие ВЗОТ:

1. Родовые травмы промежности и шейки матки;

2. Менструация: кровь и отторгнутый эндометрий является прекрасной питательной средой для развития микроорганизмов, поэтому 2/3 случаев острых ВЗОТ возникают сразу после менструации;

3. Медицинский аборт,

4. Гистеросальпингография;

5. Выпадение стенок влагалища;

6. Нарушение гигиены половой жизни;

- 7. Частые спринцевания;**
- 8. ВМК;**
- 9. Риск ВЗОТ возрастает в несколько раз (3-9) при наличии нескольких половых партнеров**
- 10. Заболевания смежных органов;**
- 11. Снижение иммунологической защиты организма;**
- 12. Гормональный дисбаланс.**

При воспалении половых органов в тканях происходят типичные для воспаления процессы альтерация, экссудация, пролиферация.

Альтерация и экссудация характерны для острого воспаления, пролиферация - для хронического.

Клинические симптомы воспалительных заболеваний зависят от стадии процесса: в острой стадии обычно выражен болевой симптом, общая реакция организма на воспаление, пораженный орган увеличен в размере, консистенция его мягковатая, пальпация болезненна, кроме того, при остром процессе обычно имеет место значительное увеличение выделений из половых путей.

При хроническом воспалении пораженный орган может быть несколько увеличен в размере за счет пролиферации соединительнотканых элементов, при этом консистенция его чаще бывает плотной. В связи со спаечным процессом подвижность органа может быть ограничена и смещение его вызывает болезненность. Самое основное, что при этом нарушается функция органа: если это матка, то могут быть обильные и болезненные месячные, нарушение процессов имплантации плодного яйца, что может привести как к выкидышу, так и к формированию предлежащей плаценты. Если это яичник, то чаще возникает нарушение менструального цикла по типу ановуляции,

при поражении труб нарушается их транспортная функция.

Существуют еще подострые воспалительные процессы, для которых характерно недавнее начало заболевания (7-8 дней), субфебрильная температура, некоторое увеличение числа лейкоцитов в крови, болезненность при исследовании половых органов.

Наиболее частые жалобы при ВЗОТ:

1. Боль

2. Лихорадка

3. Выделения из влагалища

Цервицит.

Клиническими симптомами острого неспецифического цервицита являются гнойные выделения, лейкорея и бели с неприятным запахом, тянущие боли внизу живота. Шейка матки при остром цервиците бывает отечной, гиперемизированной, при дотрагивании (осмотре врача и половом контакте) слизистая кровоточит. Наиболее частой причиной этого патологического процесса являются *Gardnerella vaginalis*, но причиной может быть гонококк, стрептококки, стафилококки, хламидии, трихомонады и вирусная инфекция.

При хроническом цервиците шейка также отечная, гипертрофированная с очаговой гиперемией. В результате воспалительных изменений происходит десквамация эпителия и появляется истинная эрозия.

Для диагностики цервицита, как и для диагностики других заболеваний шейки матки используется осмотр шейки в зеркалах, кольпоскопия, цитологическое исследование мазков, биопсия шейки матки. При осмотре в зеркалах шейка увеличена, гиперемированна, отечна.

В результате десквамации эпителия при расширенной кольпоскопии будет выявляться йоднегативная зона. При цитологическом исследовании будут выявляться парабазальные клетки с дистрофическими изменениями, в мазке обнаруживается большое количество лейкоцитов и могут быть выявлены микроорганизмы, которые вызвали заболевание.

Эндоцервицит-

Воспаление слизистой оболочки цервикального канала возникает в результате проникновения в него возбудителей инфекции. Этому способствуют не восстановленные разрывы шейки матки, опущение влагалища и шейки матки. Симптомы эндоцервицита даже в острой стадии могут быть нерезко выраженными.

В острой стадии отмечается гиперемия вокруг наружного зева. В хронической стадии она незначительная. Нередко эндоцервицит сочетается с кольпитом и цервицитом.

Диагностика основывается на данных осмотра в зеркалах и кольпоскопии. При кольпоскопии определяются измененные участки эпителия в виде отдельных образований, имеющих желто-красный цвет и окруженных беловатой каймой. На поверхности этих образований определяются тонкие измененные сосуды.

Лечение цервицита и эндоцервицита состоит в этиотропной антибактериальной терапии и применении местных процедур.

Местно применяют влагалищные спринцевания дезинфицирующими растворами: мирамистин, пливасепт, фурациллин, хлоргексидин, раствор марганца, Тантум Роза и др.

Кроме того, используют влагалищные таблетки, шарики или свечи. В последнее время количество средств для лечения воспалительных заболеваний шейки матки значительно расширилось. Применяют Тержинан, Бетадин, Макмирор, Полижинакс, Клион-Д, свечи с нистатином, с метронидазолом, мазевые тампоны. В хронической стадии - физиопроцедуры.

Клинические признаки острого эндомиометрита (Э) проявляются на 3-4 сутки после инфицирования: повышение температуры, озноб, боли внизу живота, с иррадиацией в крестцовую и паховую области, выделения из половых путей.

При осмотре отмечается: учащение пульса, гиперемия кожных покровов, вынужденное положение (согнувшись, щадя низ живота).

При гинекологическом исследовании: гиперемия вокруг цервикального канала и выделения из него. Матка резко болезненна при исследовании, увеличена, консистенция ее мягкая, подвижность может не быть сниженной, но при попытке перемещения усиливаются болевые ощущения.

При УЗИ вокруг эндометрия определяется гипоэхогенный ободок, при вовлечении в процесс миометрия наблюдается неоднородность его структуры и пониженная эхогенность.

Лабораторные данные: в крови лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. При исследовании отделяемого из цервикального канала иногда можно выявить причину заболевания, чаще же обнаруживают большое количество лейкоцитов вмазке.

Большинство ХЭ протекает латентно и не имеет
клинических проявлений инфекции.

Выделяют следующие морфологические варианты ХЭ:

атрофический, при котором отмечается атрофия желез, фиброз стромы, инфильтрация ее лимфоидными элементами;

кистозный вариант - в том случае, когда происходит замещение участков эпителия фиброзной тканью, сдавливаются выводные протоки желез, содержимое их сгущается и образуются кисты;

гипертрофический вариант - если слизистая оболочка в результате хронического процесса подвергается пролиферации.

Клинические признаки ХЭ:

1. Маточные кровотечения, которые обусловлены повышением проницаемости сосудов эндометрия и нарушением сократительной способности миометрия.

2. Ноющие боли внизу живота, с иррадиацией в крестец или паховые области.

3. При бимануальном исследовании-увеличенная матка, плотноватая, подвижность ограничена.

Диагностика ХЭ:

На основании данных анамнеза (частые спонтанные аборты (в том числе привычные) или бесплодие) клиники, бимануального исследования.

Для уточнения диагноза ХЭ нередко производят *диагностическое выскабливание эндометрия*. Гистологически обнаруживают инфильтраты, состоящие из лимфоидных элементов и плазматических клеток, полиморфно-ядерных клеток и гистиоцитов. Расположение инфильтратов чаще очаговое, вокруг сосудов или желез. Отмечается очаговый фиброз стромы, при этом происходит уплотнение ткани вокруг сосудов. Наблюдается склероз спиральных артерий.

Для диагностики ХЭ в последние годы используют *гистероскопию*. При этом более доступна диагностика при атрофическом варианте ХЭ.

УЗИ - в зоне срединного М-эхо возникает участок повышенной эхогенности. В базальном слое эндометрия выявляются четкие небольшие (0.1-0.2 мм) гиперэхогенные образования, представляющие собой участки фиброза, кальциноза или склероза. У 30% пациенток выявляется расширение полости матки за счет жидкостного содержимого.

Сальпингоофорит (СО)- воспаление придатков матки является самой частой локализацией процесса внутренних половых органов женщины

Клиническая картина острого СО:

- 1. боль (сильная и постоянная), которая иррадирует в нижние отделы живота, в поясницу, в прямую кишку,**
- 2. озноб,**
- 3. повышение температуры,**
- 4. общая слабость.,**
- 5. вздутие кишечника.**

6. учащение пульса

7. лейкоцитоз, ускорение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

8. при пальпации отмечается болезненность живота, иногда напряжение мышц передней брюшной стенки.

9. при гинекологическом исследовании определяются болезненные утолщенные мягковатые придатки матки, но иногда из-за болезненности детальное исследование невозможно.

Диагностика острого СО:

1. Анамнез,
2. Клиника,
3. Объективное исследование,
4. Бимануальное исследование,
5. Лабораторные данные,
6. УЗИ,
7. Лапароскопия.

Пельвиоперитонит (ПП).

ПП - воспаление тазовой брюшины, которое может носить диффузный характер, когда в процесс вовлекается и висцеральная и париетальная брюшина или частичный характер - периоофорит, перисальпингит, периметрит.

Клиническая картина ПП:

1. высокая температура тела,
2. учащение пульса,
3. сильная боль внизу живота,
4. познабливание, вздутие живота,
5. напряжение мышц передней брюшной

стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

6. СОЭ ускорена, высокий лейкоцитоз со сдвигом влево, изменения в содержании белков и электролитов крови (ацидоз).

7. Перистальтика кишечника слабая, язык суховат, бывает тошнота и рвота.

Основные принципы лечения острых воспалительных заболеваний внутренних половых органов следующие:

1. Обеспечение физического и психического покоя (необходимо стационарное наблюдение).
2. Адекватная антибактериальная терапия, цефалоспоринового ряда: цефазолин, кефзол, ципробай, роцефин и др. Широкое применение нашел препарат далацин - клиндамицин. Он назначается по 0,3 г 3-4 раза в день в течение 6-7 дней. Представитель азалидов - сумамед - назначается по 250 мг-500 мг 2 раза в день в течение 6 дней. Таривид (офлоксацин) относится к группе фторхинолонов, назначается по 200 мг 2 раза в день за час до еды 6-7 дней.

Среди препаратов тетрациклинового ряда широкое применение нашел юнидокс и доксоциклин по 100 мг 2 раза в день в течение 7 дней. Антибиотики 4-го поколения, которые с успехом применяются при тяжелых инфекциях - это тиенам - имипенем, антибиотик группы карбапенемов. Назначается в/в по 0.5 г каждые 8 часов и по 0.5 г в/м каждые 12 часов.

Необходимо помнить, что во время лечения антибиотиками возможно развитие грибковых заболеваний,

поэтому обязательно применяется лево-рин или нистатин по 500 мг 4 раза в день; низорал по 200 мг 4 раза в день, дифлюкан, флюкостат 150 мг 1-2 раза в неделю.

3. Дезинтоксикационная и инфузионная терапия: раствор Рингера, полиглюкин, реополиглюкин, гемодез, глюкоза 5%, альбумин, плазма и другие препараты необходимо широко использовать при лечении ВЗОТ. Количество инфузионных растворов зависит от характера патологического процесса и состояния женщины.

4. Симптоматическое лечение.

**5. Десенсибилизирующая терапия:
назначается супрастин, тавегил и др.**

**6. Общеукрепляющая терапия
(витамины)**

**7. Иммуностимулирующая терапия
(тимоген, тималин, иммунофан и др.)**

**8. После стихания острого процесса
рассасывающая терапия и
физиопроцедуры**

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС (ГГ) –
заболевание **вызываемое,**
вирусом простого герпеса (ВПГ) 2
типа. Частота ГГ варьирует от 7 до
35%.

Пути инфицирования: половой,
бытовой, при медицинских
манипуляциях.

Клиника: Перименструальные маточные кровотечения, меноррагия, боли внизу живота, субфебрильная температура, слабость, недомогание, увеличение и болезненность паховых лимфатических узлов бесплодие, невынашивание . На слизистых оболочках и прилежающих участках кожи определяются сгруппированные везикулезные элементы, которые вскрываются через 1-2 дня, образуя мокнущие эрозии или язвочки. При этом больная испытывает зуд, жжение, боль.

Клинические формы ГГ:

- Первичная; характеризующаяся отсутствием в крови антител к ВПГ;**
- Вторичная; антитела в крови обнаружены, однако отсутствуют указания в анамнезе на наличие герпесной инфекции;**
- Рецидивлирующая; наличие как антител к ВПГ в крови, так и эпизодов заболевания в анамнезе.**

Диагностика:

Анамнез, клиника.

Используются

серологические методы

исследования,

иммуноферментные и

иммунофлюоресцентные методы,

метод полимеразной цепной

реакции и культуральный метод

исследования.

ЛЕЧЕНИЕ: проводится в три этапа.

На первом этапе - химиотерапия в острый или рецидивирующий период местными или системными формами химиотерапевтических средств (зовиракс, валтрекс) в течение 5-10 дней.

Второй этап - иммуномодуляция лечение в фазе ремиссии, после стихания основных клинических проявлений. Препараты интерферона-виферон- свечи, реаферон, Амиксин, неовир,ларифан.

Третий этап - противогерпетическая вакцина - 2мл внутрикожно 1 раз в 7-10 дней, ревакцинация 3-5 раз через 6 месяцев.

Противовирусные препараты: хелепин, бонафтол, мегосил, госсипол, ацикловир,зовиракс.

Методы провокации:

- а) физиологический метод-менструация**
- б) алиментарный метод:использовать острую пищу или алкоголь.**
- в) механический метод: массаж, использование колпачков.**
- г) химическая провокация смазывание 1% раствором ляписа.**
- д) биологическая - поливалентная гоновакцина -лактотерапия, протидигиозан.**

Гонорея женщин имеет свои особенности:

1. Из-за анатомического строения мочеполовых органов она в значительном большинстве случаев не вызывает заметных болевых ощущений.

2. Гонорея у женщин отличается многоочаговостью, одновременно очаги воспаления существуют в шейке матке, в уретре, в бартолиновых железах.

3. Гонококк, как правило, поражает цилиндрический эпителий.

Формы гонореи.

I. Свежая гонорея

а) острая

б) подострая

в) торпидная

II. Латентная форма.

III. Хроническая гонорея.

IV. Асимптомная гонорея и гонококконосительство

Классификация гонореи:

1. Заболевания нижнего отдела мочеполовых путей.
2. Заболевания верхнего отдела половых путей.
3. Осложнения в мочеполовых путях (тубоовариальные абсцессы, пиосальпинксы)
4. Гонококковые метастазы (периостит, эндокардит, перикардит).
5. Постгонорейные процессы без гонококков (бесплодие, нарушение цикла).

Лечение гонореи - отказ от половых сношений. Антибиотики - пенициллин, тетрациклин и препараты группы тетрациклина (доксциклин, юнидокс) высоко эффективным (95% успеха) является тробицин, который вводится по 2.0 внутримышечно однократно или 2 раза в неделю. Применяется также роцефин по 1,0 г 2-3 раза в течение 3-5 дней. Десенсибилизирующая, иммуностимулирующая, витаминотерапия и т. д. Местное лечение - санация влагалища антисепетическими растворами и влагал-е таблетки во влагал.-Тержинан, полижинакс.

Хламидии - облигатные внутри-клеточные паразиты, которые поражают все отделы полового тракта. Нередко хламидии поражают половые органы вместе с гонококком (40%) и трихомонадой (40%), а также с грибами.

Клиника: инкубационный период продолжается 20 - 30 дней. Заболевание длительно, рецидивирующее.

Жалобы неспецифичны: ноющие боли с иррадиацией в поясницу, дизурические явления, нарушение менструальной функции, бесплодие. Острая стадия характеризуется гнойными выделениями с рыбным запахом отечностью влагалищной части шейки матки. Хроническая стадия - псевдоэрозия, цервицит, хронический сальпингоофорит.

Диагностика:

Анамнез, репродуктивный анамнез: бесплодие, привычное невынашивание, острое многоводие, хориоамниониты, гибель и уродства плода.

-цитоморфологический метод выявляют гигантские много-ядерные клетки;

-иммунофлюоресцентный и иммуноферментный методы обнаружения антигенов ВПГ;

-полимеразная цепная реакция;

-методы определения иммунного статуса.

Лечение:

Запрет половых сношений, употребления спиртных напитков, острой и соленой пищи.

Доксоциклин, эритромицин, суммамед, ровамицин, метронидазол, клион-Д, тиберал рош, иммуномодуляторы - иммунофан, циклоферон, тимоген, тималин, Т - активин, полиоксидоний, противогрибковые препараты - нистатин, леворин, флюкостат,

Местно санация антисептическими растворами (миромистин, хлоргексидин) и влаг. таблетки - макмирор, бетадин, тержинан, полижинакс)

КЛИНИКА ВК:

1)Зуд, 2)жжение при мочеиспускании, 3) выделения из половых путей творожистые, сметаноподобные с неприятным запахом. 4) При осмотре наружных половых органов и влагалища выявляется значительная гиперемия кожи и слизистой, налеты серовато-белого цвета, после снятия которых обнажается инъецированная слизистая.

ДИАГНОСТИКА:

1)Анамнез, 2) клиника, 3) осмотр НПО и влагалища, 4)микроскопическое исследование мазков.

ЛЕЧЕНИЕ:

Противогрибковое лечение

Нистатин, леворин, низорал, дифлюкан, флюкостат, амфо-глюкамин.

Иммуномодуляторы: Т-активин, тималин, тимоген, полиокси-доний, иммунофан.

Местно: санация влагалища

антисептическими растворами

(миромистин, хлоргексидин), влагалищные

мазевые тампоны (нистатиновая,

нитазоловая, левориновая, канестеновая,

клотри-мазоловая мази.) таблетки:

клотримазол, канестен, тержинан,

пимафуцин, полижинакс, бетадин и др.