Министерство здравоохранения РБ

УЗ «Мозырьская городская больница»

Реферат на тему

Воспалительные заболевания женских половых органов

Выполнила :

Врач-интерн Поддубная А.В.

Руководитель интернатуры :

Зав. 1-го хирургического отделения Журавский В.П.

Мозырь 2013-2014

**Воспалительные заболевания у женщин**

Воспалительные заболевания - это обобщающее название для самых различных заболеваний женских половых органов - матки, придатков матки: фаллопиевых труб и яичников. Иногда воспаление затрагивает всю тазовую область.

Эти заболевания женских половых органов занимают особое место. Их значимость обусловлена, прежде всего, тем, что эти болезни затрагивают органы и ткани, относящиеся к репродуктивной системе. Воспалительные заболевания опасны тем, что являются одной из ведущих причин бесплодия, внематочной беременности, нарушений менструальной функции, расстройства половой функции, эндометриоза, опухолей, и многих других осложнений.

Воспалительные заболевания - это результат инфицирования не только бактериальными инфекциями, но и венерическими заболеваниями.

**Причины воспалительных заболеваний половых органов у женщин**

Здоровье женщины - очень тонкий инструмент. Поголовная урбанизация, ухудшение экологической обстановки, а также последствия бесконтрольного применения лекарств (в первую очередь антибиотиков) оказывают медвежью услугу в сохранении женского здоровья. Таким образом идет подавление нормальной микрофлоры влагалища. Свято место пусто не бывает: под влиянием этих условий нормальная микрофлора приобретает патогенные свойства, а ее представители становятся возбудителями целого ряда болезней, а защитная система половых органов становится слишком слабой, чтобы противостоять атаке урогенитальных инфекций. Да, помимо микробной атаки, немалую роль в развитии воспалительных заболеваний играет и особенности иммунитета женщины - устойчивость ее организма к инфекциям.

Развитию воспалительных процессов в половых органах весьма способствуют и любые заболевания вообще, инфекции, переохлаждение, аборты, манипуляции как с оперативной так и с диагностической целью (выскабливания полости матки, гистероскопия зондирование полости матки, гистеросальпингография, гидротубации, роды и др.), несоблюдение гигиены половой жизни, неадекватное лечение антибиотиками (которое очень любят врачи в государственных женских консультациях, назначая антибиотикотерапию для пациенток лишь на основании данных мазка, который очень многих возбудителей не показывает, и не может показывать). Распространению инфекции также весьма способствует ВМС. При использовании внутриматочной спирали риск возникновения воспалительных процессов возрастает в 4-5 раз. Таким же свойством - свойством распространения инфекции обладает и неправильное использование внутривлагалищных тампонов.

Одной из причин воспалительных заболеваний может служить повреждение тканей при хирургических вмешательствах. В этом случае существенно снижается их окислительно-восстановительный потенциал, и это создает идеальные условия для неконтролируемого размножения условно-патогенной флоры. Операции кесарева сечения и гистерэктомии также чреваты: с инструментами возможно занесение во внутренние органы женщины анаэробных бактерий извне - на инструментах, перчатках, тампонах…

На широкое распространение воспалительных заболеваний повлияло, конечно же, и изменение сексуальных норм. Сексуальная революция принесла «свободу» в отношениях, но не принесла культуры в эти отношения. Симптомы половых инфекций зачастую очень слабо выражены, и женщины длительное время не обращаются к врачу-гинекологу. Это приводит к хронизации процесса, сложностям в лечении, к многочисленным проблемам с женским здоровьем. Таким образом, один из осиновых путей проникновения микробов в гениталии - половой. В дополнении к этому, негативный эффект от инфекции усиливается, когда ей удается «пробраться» из влагалища выше - в матку, маточные трубы, яичники. Этому передвижению инфекции вверх способствую, как это ни парадоксально, сперматозоиды и трихомонады. Да, вы не ослышались - некоторые бактерии способны «прикрепляться» к сперматозоидам и двигаться вместе с ними: сперматозоиды обладают отрицательным зарядом, который является своеобразным рецептором для микробов. Также микробы из одного места в другое способны передаваться с токами крови и с токами лимфы.

Симптомы и проявления воспалительных заболеваний женских половых органов исключительно разнообразны.

· Постоянные выделения из влагалища;

· Зуд половых органов;

· Выделения с запахом;

· Учащение мочеиспускания;

· Болезненность и жжение при мочеиспускании;

· Боль при половом акте

Симптомы воспалительных заболеваний внутренних тазовых органов зачастую начинают проявлять себя в процессе и сразу после менструации. Это, как правило, боли внизу живота и таза, которые могут сопровождаться лихорадкой, высокой температурой и тошнотой, выделения из влагалища

Выделения при кандидозе зачастую обильные - белые хлопья, похожие на творог - так называемые творожистые выделения. При гарднереллезе выделения зачастую прозрачные, с неприятным (рыбным) запахом. Гнойные выделения (густые, бело-желтого или желто-зеленого цвета) характерны для кокковой микрофлоры, но могут служить и симптомом гонореи.

Классическими признаками острого воспаления является покраснение, припухлость, повышение температуры воспаленного участка, болезненность. Нарушается нормальное функционирование воспаленного органа.

Изменяется и реакции всего организма. Повышается температура. Общий анализ крови показывает лейкоцитоз, ускорение СОЭ.

Выраженность реакции организма зависит от возбудителя и причины заболевания, от иммунитета организма, от степени повреждения органа.

**Классификация воспалительных заболеваний**

-По давности возникновения и яркости проявлений воспалительные заболевания классифицируют как острые и хронические.

Также существуют классификации по возбудителям, вызвавшим воспалительные процессы (такими причинами могут быть любые инфекции - бактерии, вирусы, грибки, простейшие и т. д.), и -по месту локализации патологического процесса.

В отдельную группу выделяют послеродовые, послеабортные, послеоперационные воспалительные процессы

**Воспалительные заболевания нижних отделов половых путей**

**Вульвит** - воспаление наружных половых органов (вульвы). Чаще вторично развивается вторично при кольпите, эндоцервитите, эндометрите. Первичный вульвит встречается при диабете, несоблюдении правил гигиены.

При остром вульвите больные предъявляют жалобы на зуд, жжение в области наружных половых органов, иногда общее недомогание. Клинически заболевание проявляется гиперемией и отечностью вульвы, гнойными или серозно-гнойными выделениями увеличением паховых лимфатических узлов. В хронической стадии клинические проявления стихают, периодически появляются зуд жжение.

К дополнительным методам диагностики вульвита относится бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого наружных половых органов для выявления возбудителя заболевания.

Лечение вульвита заключается в устранении вызвавшей его сопутствующей патологии. Назначают промывание влагалища настоем трав (ромашки, календулы, шалфея, зверобоя), растворами антисептиков (диоксидина, мирамистина, хлоргексидина, октинисепта, перманганата калия и др.). Используют комплексные антибактериальные препараты, эффективные в отношении многих патогенных бактерий, грибов, трихомонад: полижинакс, тержинан, нео-пенотран, макмирор 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).

**Бартолинит** - воспаление большой железы преддверия влагалища. Воспалительный процесс в цилиндрическом эпителии, выстилающем железу, и окружающих тканях быстро приводит к закупорке ее выводного протока с развитием абсцесса.

При бартолините пациентка предъявляет жалобы на боли в месте воспаления. Определяются гиперемия и отек выводного протока железы, гнойное отделяемое при надавливании. Формирование абсцесса приводит к ухудшению состояния. Появляются слабость, недомогание, головная боль, озноб, повышение температуры до 39є С боли в области бартолиновой железы становятся резкими, пульсирующими. При осмотре отмечаются отек и гиперемия в средней и нижней трети большой и малой половых губ на стороне поражения, болезненное опухолевидное образование, закрывающее вход во влагалище. Хирургическое или самопроизвольное вскрытие абсцесса приводит к улучшению состояния и постепенному исчезновению симптомов воспаления.

Лечение бартолинита сводится к назначению антибиотиков с учетом чувствительности возбудителя, симптоматических средств. Местно назначают аппликации противовоспалительных мазей, прикладывают пузырь со льдом для уменьшения остроты воспаления. В острой фазе воспалительного процесса применяют физиотерапию - УВЧ на область пораженной железы.

При образовании абсцесса бартолиновой железы показано хирургическое лечение - вскрытие абсцесса.

**Кольпит** - воспаление слизистой оболочки влагалища, вызывается различными микроорганизмами, может возникнуть в результате действия химических, термических, механических факторов. В острой стадии заболевания больные жалуются на зуд, жжение во влагалище, гнойные или серозно-гнойные выделения из половых путей, боли во влагалище при половом акте. Кольпит нередко сочетается с вульвитом, эндоцервицитом, уретритом. При гинекологическом осмотре обращают на себя внимание отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища, которая легко кровоточит при прикосновении, гнойные наложения и точечные кровоизлияния на ее поверхности. При тяжелом течении заболевания происходит отторжение эпителия влагалища с образованием эрозий и язв. В хронической стадии зуд и жжение становятся менее интенсивными, возникают периодически, основной жалобой остаются серозно-гнойные выделения из половых путей.

Дополнительным методом диагностики кольпита является кольпоскопия, помогающая обнаружить даже слабо выраженные признаки воспалительного процесса. Для выявления возбудителя заболевания используют бактериологическое и бактериоскопическое исследование выделений из влагалища, уретры, цервикального канала.

Лечение кольпитов должно быть комплексным, направленным, на борьбу с инфекцией и устранение сопутствующих заболеваний. Назначают антибактериальные препараты, воздействующих на возбудители заболевания. С этой целью используют как местную, так и общую терапию. Назначают промывания или спринцевания влагалища растворами диоксидина, хлоргексидина, мирамистина, хлорофиллипта 2-3 раза в день. Длительное спринцевание (более 3-4 дней) не рекомендуется, поскольку мешает восстановлению естественного биоценоза и нормальной кислотности влагалища.

Антибиотики и антибактериальные средства применяют в виде свечей, вагинальных таблеток, мазей, гелей. Местное лечение часто комбинируют с общей антибиотикотерапией с учетом чувствительности возбудителя.

**Эндоцервицит** - воспаление слизистой оболочки цервикального канала, возникает в результате травмы шейки матки при родах, абортах, диагностических выскабливаниях и других внутриматочных вмешательствах. Тропность к цилиндрическому эпителию канала шейки матки особенно характерна для гонококков, хламидий. Эндоцервицит часто сопутствует другим гинекологическим заболеваниям как воспалительной (кольпит, эндометрит, аднексит), так и невоспалительной этиологии (эктопия шейки матки, эрозированный эктропион). В острой стадии воспалительного процесса больные жалуются на слизисто-гнойные или гнойные выделения из половых путей, реже на тянущие тупые боли внизу живота. Xpoнизация процесса приводит к развитию цервицита. Хронический цервицит сопровождается гипертрофией и уплотнением шейки матки, появлением небольших кист в толще шейки (наботовы кисты ovulae Nabothii).

Диагностике эндоцервицита помогает бактериологическое и бактериоскопическое исследование выделений из цервикального канала, а также цитологическое исследование мазков с шейки матки.

Лечение эндоцервицита в острой фазе заключается в назначении антибиотиков с учетом чувствительности возбудителей заболевания. Местное лечение противопоказано из-за риска восходящей инфекции.

После проведения антибактериальной терапии необходимо назначение эубиотиков (бифидумбактерин, лактобактерин, биовестин, жлемик), восстанавливающих естественную микрофлору и кислотность влагалища.

**Воспалительные заболевания верхних отделов половых путей (органов малого таза)**

**Эндометрит** - воспаление слизистой оболочки матки.

Острый эндометрит, как правило, возникает после различных внутриматочных манипуляций - абортов, выскабливаний, введения внутриматочных контрацептивов, а также после родов. Воспалительный процесс может быстро распространиться на мышечный слой (эндомиометрит), а при тяжелом течении поражать всю стенку матки (панметрит). Заболевание начинается остро с повышения температуры тела, появления болей внизу живота, озноба, гнойных или сукровично-гнойных выделений из половых путей. Острая стадия заболевания продолжается 8-10 дней и заканчивается, как правило, выздоровлением. Реже происходит генерализация процесса с развитием осложнений (параметрит, перитонит, тазовые абсцессы, тромбофлебит вен малого таза, сепсис) или воспаление переходит в подострую и хроническую форму. При гинекологическом осмотре определяется увеличенная матка мягковатой консистенции, болезненная или чувствительная, особенно в области ребер (по ходу крупных лимфатических сосудов). В клиническом анализе крови выявются лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, лимфопения, повышение СОЭ.

Хронический эндометрит возникает чаще вследствие неадекватного лечения острого эндометрита, чему способствуют неоднократные выскабливания слизистой оболочки матки по поводу кровотечений, остатки шовного материала после кесарева сечения, внутриматочные контрацептивы. Хронический эндометрит - понятие клинико-анатомическое. Роль инфекции в поддержании хронического воспаления весьма сомнительна.

Клиническое течение латентное. К основным симптомам хронического эндометрита относят нарушения менструального цикла - мено- или менометроррагии вследствие нарушения регенерации слизистой оболочки и снижения сократительной способности матки. Больных беспокоят тянущие, ноющие боли внизу живота, серозно-гнойные выделения из половых путей. Нередко в анамнезе есть указания на самопроизвольные аборты. Хронический эндометрит можно заподозрить на основании данных анамнеза, клиники, гинекологического осмотра (небольшое увеличение и уплотнение тела матки, серозно-гнойные выделения из половых путей). Для окончательной верификации диагноза требуется гистологическое исследование эндометрия.

**Сальпингоофорит(аднексит -** воспаление придатков матки (трубы, яичника, связок), возникает либо восходящим, либо нисходящим путем вторично с воспалительно-измененных органов брюшной полости (например, при аппендиците) или гематогенно. При восходящем инфицировании микроорганизмы проникают из матки в просвет маточной трубы, вовлекая в воспалительный процесс все слои (сальпингит), а затем у половины больных - и яичник (оофорит) вместе со связочным аппаратом (аднексит, сальпингоофорит). Воспалительный экссудат, скапливаясь в просвете маточной трубы, может привести к слипчивому процессу и закрытию фимбриального отдела. Возникают мешотчатые образования маточных труб (сактосальпинксы). Скопление гноя в трубе ведет к образованию пиосальпинкса, серозного эксудата - к образованию гидросальпинкса.

При проникновении микроорганизмов в ткань яичника в нем могут образовываться гнойные полости (абсцесс яичника), при слиянии которых происходит расплавление овариальной ткани. Яичник превращается в мешотчатое образование, заполненное гноем. Одной из форм осложнения острого аднексита является тубоовариальный абсцесс.

При определенных условиях через фимбриальный отдел трубы, а также в результате разрыва абсцесса яичника, пиосальпинкса, тубоовариального абсцесса инфекция может проникнуть в брюшную полость и вызвать воспаление брюшины малого таза (пельвиоперитонит), а затем и других этажей брюшной полости (перитонит) с развитием абсцессов ректовагинального углубления, межкишечных абсцессов.

Клиника острого аднексита включает в себя боли внизу живота различной интенсивности, повышение температуры тела до 38-40 °С, озноб, тошноту, иногда рвоту, гнойные выделения из половых путей, дизурические явления. Выраженность симптомов обусловлена, с одной стороны, вирулентностью возбудителей, а с другой - реактивностью макроорганизма.

В периферической крови выявляют лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ, уровня С-реактивного белка, диспротеинемию. Анализ мочи может показать повышение белка, лейкоцитурию, бактериурию, что связано с поражением уретры и мочевого пузыря. Иногда клиническая картина острого аднексита стертая, но есть выраженные деструктивные изменения в придатках матки.

Бактериоскопия мазков из влагалища и цервикального канала позволяет выявить повышение числа лейкоцитов, кокковую флору, гонококки, трихомонады, псевдомицелий и споры дрожжеподобного гриба. Бактериологическое исследование выделений из цервикального канала далеко не всегда помогает выявить возбудитель аднексита. Более точные результаты дает микробиологическое исследование содержимого маточных труб и брюшной полости, полученного при лапароскопии, лапаротомии или пункции.

При УЗИ могут визуализироваться расширенные маточные трубы, свободная жидкость в малом тазу (воспалительный экссудат).

В диагностике острого аднексита наиболее информативна лапароскопия. Лапароскопия позволяет определить воспалительный процесс матки и придатков, его выраженность и распространенность провести дифференциальную диагностику заболеваний, сопровождающихся картиной «острого живота», для определения правильной тактики. При остром сальпингите эндоскопически выявляются отечные гиперемированные маточные трубы, истечение серозно-гнойного или гнойного эксудата из фимбриальных отделов и его скопление в ректовагинальном углублении. Получение гнойного содержимого из объемных образований придатков матки при их пункции через задний свод влагалища под контролем УЗИ также косвенно подтверждает воспалительный характер заболевания.

Хронический аднексит является следствием перенесенного острого или подострого воспаления придатков матки. К причинам хронизации воспалительного процесса следует отнести неадекватное лечение острого аднексита, снижение реактивности организма, свойства возбудителя. Хронический аднексит сопровождается развитием воспалительных инфильтратов, соединительной ткани в стенке маточных труб и образованием гидросальпинксов. Следствием перенесенного острого или подострого воспаления придатков матки становится спаечный процесс в малом тазу между трубой, яичником, маткой, стенкой таза, мочевым пузырем, сальником и петлями кишечника. Заболевание имеет затяжное течение с периодическими обострениями.

Пациентки предъявляют жалобы на тупые, ноющие боли в нижних отделах живота различной интенсивности. Боли могут иррадиировать в поясницу, прямую кишку, в бедро, т.е. по ходу тазовых сплетений, и сопровождаться психоэмоциональными (раздражительность, нервозность, бессонница, депрессивные состояния) и вегетативными нарушениями. Боли усиливаются после переохлаждения, стрессов, менструации. Кроме того, при хроническом аднексите наблюдаются нарушения менструальной функции по типу менометроррагий, опсо- и олигоменореи, предменструального синдрома, обусловленных ановуляцией или недостаточностью желтого тела. Бесплодие при хроническом аднексите объясняется как нарушением стероидогенеза в яичниках, так и трубно-перитонеальным фактором. Спаечный процесс в придатках матки может стать причиной внематочной беременности. Частые обострения заболевания приводят к сексуальным расстройствам - снижению либидо, диспареунии.

Обострения хронического аднексита возникают в связи с усилением патогенных свойств возбудителя, реинфицированием, снижением иммунобиологических свойств макроорганизма. При обозрении усиливаются боли, нарушается общее самочувствие, может повышаться температура, отмечаются гнойные выделения из половых путей.

Диагностика хронического аднексита бывает чрезвычайно затруднена, поскольку хронические тазовые боли с периодическим усилением встречаются и при других заболеваниях (эндометриозе, кистах и опухолях яичника, колитах, тазовых плекситах).

При длительном течении заболевания с периодическими болями внизу живота, при неэффективности антибиотикотерапии следует прибегать к лапароскопии, которая позволяет визуально определить наличие или отсутствие признаков хронического аднексита. К ним относятся спаечный процесс в малом тазу, гидросальпинксы. Последствиями перенесенного острого аднексита, чаще гонорейной или хламидийной этиологии, считают спайки между поверхностью печени и диафрагмой (синдром Фитц-Хью-Куртиса).

**Параметрит** - воспаление клетчатки, окружающей матку. Возникает при распространении инфекции из матки после родов, абортов, выскабливаний слизистой оболочки матки, операций на шейке матки, при использовании внутриматочных контрацептивов. Инфекция проникает в параметральную клетчатку лимфогенным путем. Параметрит начинается с появления инфильтрата и образования серозного воспалительного экссудата в месте поражения. При благоприятном течении инфильтрат и экссудат рассасываются, но в некоторых случаях в месте воспаления развивается фиброзная соединительная ткань, что приводит к смещению матки в сторону поражения. При нагноении экссудата возникает гнойный параметрит, который может разрешиться с выделением гноя в прямую кишку, реже в мочевой пузырь, брюшную полость.

Симптомы параметрита обусловлены воспалением и интоксикацией: повышение температуры, головная боль, плохое самочувствие, сухость во рту, тошнота, боли внизу живота. Иногда инфильтрация параметрия приводит к сдавлению мочеточника на стороне поражения, нарушению пассажа мочи и даже развитию гидронефроза. В диагностике заболевания важную роль играет бимануальное и ректовагинальное исследование. В крови отмечаются лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ.

При нагноении параметральной клетчатки состояние пациентки резко ухудшается - появляются озноб, гектическая лихорадка, усиливаются симптомы интоксикации.

**Бактериальный вагиноз** является влагалищным заболеванием, причиной которого является изменение баланса бактерий, которые естественным образом находятся во влагалище. И хотя жидкие, серовато-белые выделения с "рыбным" запахом всего лишь докучают некоторым женщинам, бактериальный вагиноз связан с осложнениями беременности и заражением после проведения процедур или хирургических операций в области таза.

Около половины женщин, у которых бактериальный вагиноз, не замечают никаких его симптомов. Женщины, у которых симптомы проявляются, сообщают, что симптомы ухудшаются после полового акта и после менструаций.

Бактериальный вагиноз лечат пероральными антибиотиками или в виде кремов, гелей или свечей, которые вводятся во влагалище. Лечение мужского сексуального партнёра заражённой женщины необязательно, или же не приносит результатов.

Бактериальный вагиноз возникает вследствие дисбаланса организмов (флора), которые естественным образом находятся во влагалище. Обычно, около 95% влагалищной флоры составляют молочнокислые бактерии. (Этот вид бактерий присущ исключительно людям, и отличается от тех бактерий, которые присутствуют в йогурте). Эти молочнокислые бактерии помогают поддерживать низкий уровень кислотно-щелочного баланса во влагалище с целью предотвращения чрезмерного роста других видом организмов. Женщины, у которых бактериальный вагиноз, имеют меньше молочнокислых бактерий в организме, чем в нормальном состоянии, и больше бактерий другого типа. Эксперты ещё до конца не понимают, что же приводит к такому дисбалансу.

**Трихомонадное поражение мочеполовых органов** - широко распространенное инфекционное воспалительное заболевание, передаваемое половым путем.

Этиология. Заболевание вызывается урогенитальной (влагалищной) трихомонадой Trichomonas vaginalis - это одноклеточный микроорганизм, относящийся к простейшим класса жгутиковых, имеет в длину 13-18 мкм (до 30-40 мкм). Благодаря движениям жгутиков и волнообразной (ундулирующей) мембраны трихомонады могут активно перемещаться, а высокая пластичность тела позволяет им образовывать псевдоподии и проникать в межклеточные пространства.

Урогенитальные трихомонады являются паразитом человека, приспособившимся обитать только в его мочеполовых органах. В других органах (кишечнике, желудке и пр.) и вне человеческого организма они быстро гибнут, так как не образуют защитных приспособлений и малоустойчивы к неблагоприятным факторам внешней среды. Особенно губительно действуют на них высушивание, нагревание свыше 45°С, прямые солнечные лучи, изменения осмотического давления. Поэтому обнаружить урогенитальные трихомонады во внешней среде, например в открытых водоемах даже в местах наибольшего скопления людей, в сточных водах общественных бань и т. д. не удается. В естественных условиях урогенитальные трихомонады не вызывают заболеваний животных, у которых паразитируют другие виды трихомонад.

В эксперименте при введении чистых культур урогенитальных трихомонад у лабораторных животных развиваются подкожные абсцессы, перитонит и вагинит.

Трихомониаз протекает по типу смешанного протозойно-бактериального заболевания. Наряду с трихомонадами при вагинитах и уретритах может быть обнаружена другая патогенная микробная флора (стафилококки, стрептококки, грамположительные и грамотрицательные диплококки, палочки и др.). Трихомонады способны фагоцитировать гонококки.

Пути распространения инфекции. Заражение обычно происходит половым путем. Редкие случаи внеполового заражения относятся большей частью к маленьким девочкам, которые инфицируются через предметы, загрязненные выделениями больных (губки, мочалки и т. д.). Это возможно благодаря тому, что в комочках гноя или слизи урогенитальные трихомонады в течение нескольких часов сохраняют жизнеспособность (до высыхания субстрата или до полного перемешивания его с водой). Однако во внешней среде трихомонады еще менее устойчивы, чем гонококки, поэтому внеполовое заражение трихомониазом встречается реже, чем гонореей.

Классификация. Согласно Международной статистической классификации урогенитальный трихомониаз подразделяют на трихомониаз неосложненный и трихомониаз с осложнениями.

В связи с многоочаговостью трихомонадной инфекции при постановке диагноза следует указывать локализацию поражения.

Патогенез. Урогенитальные трихомонады обладают первичной патогенностью и способны обусловить явную или скрытую инфекцию у всех людей. Врожденной невосприимчивости к ним нет, но у некоторых людей заражение приводит лишь к кратковременному (транзиторному) трихомонадоносительству. У мужчин трихомонады могут паразитировать в уретре, парауретральных ходах, преиуциальном мешке, придатках яичек и добавочных половых железах, у женщин - в уретре, железах преддверия, влагалище, шеечном канале. В редких случаях трихомонады проникают в полость матки, вызывают восходящую мочевую инфекцию (цистит, пиелонефрит). У девочек они обусловливают вульвовагиниты. Урогенитальные трихомонады в прямой кишке паразитировать не могут и проктитов не вызывают. Гематогенной диссеминации не бывает. Таким образом, хотя при трихомонадной инвазии обычно появляется несколько очагов поражения, все они ограничиваются пределами мочеполовой системы. Несмотря на такой характер поражений, трихомонадная инвазия сопровождается появлением в сыворотке крови различных антител. Однако последние не обеспечивают сколько-нибудь заметного защитного действия, поэтому возможно повторное заражение этой инфекцией.

Клиническая картина неосложненного урогенитального трихомониаза у женщин характеризуется воспалительными процессами во влагалище и влагалищной части шейки матки. В дальнейшем может присоединиться вестибулит, парауретрит, эндоцервицит, эндометрит и др., что рассматривается, как осложненное течение заболевания.

У девочек заболевание протекает с поражением вульвы и влагалища.

Существует также носительство, являющееся по сути латентной инфекцией (асимптомное течение). Носители представляют особую эпидемическую опасность, являясь источниками инфекции и реинфекции для своих половых партнеров.

Инкубационный период при трихомониазе продолжается 5-14 дней. Заболевание протекает чаще всего малосимптомно. При уретрите больные жалуются на зуд, неприятные ощущения в уретре, слипание ее губок. Выделения из мочеиспускательного канала обычно скудные, слизисто-гнойные. При переднем уретрите моча в двухстаканной пробе в 1-й порции опалесцирующая или прозрачная, со взвешенными нитями и хлопьями. При вялотекущем заболевании воспалительный процесс часто распространяется на заднюю уретру, предстательную железу, семенные пузырьки, придатки яичек, мочевой пузырь и даже почечные лоханки. При осложнениях наиболее часто поражается предстательная железа, которая впоследствии может служить резервуаром трихомонад. Осложнения при трихомонадных уретритах у мужчин встречаются чаще, чем при гонорее. Клиническая картина трихомонадных простатитов, везикулитов, эиидидимитов отличается от таковой гонорейной этиологии, протекающей, как правило, более бурно. Длительно протекающий трихомонадный уретрит может привести к рубцовому сужению уретры.

При остротекущем трихомонадном уретрите распространение воспаления на заднюю уретру приводит к таким же симптомам уретроцистита (учащенные и императивные позывы, боли в конце мочеиспускания, тотальная пиурия, терминальная гематурия), как при остром гонорейном уретрите. Хронический трихомонадный уретрит периодически дает обострения, внешне напоминающие острое или подострое заболевание. В слизистой уретры образуются такие же, как при гонорее, изменения эпителия, инфильтративные очаги и рубцовые стриктуры.

У женщин трихомонадная инвазия обычно протекает с более выраженными симптомами, чем у мужчин. Как правило, у женщин преобладают симптомы вагинита (гиперемия и легкая кровоточивость слизистой влагалища и шейки матки, жидкие, гнойные, нередко пенистые выделения), с которым могут сочетаться уретрит, эндоцервицит, эрозии шейки матки, поражения вестибулярных желез. При остром вагините обильные выделения вызывают жжение и зуд кожи наружных гениталий, при торпидном и хроническом течении субъективные расстройства нередко отсутствуют. В воспалительный процесс могут вовлекаться большие вестибулярные и парауретральные железы, шейка матки. Трихомонады обнаружены в полости матки, в сактосальпинксах, кистах яичников. Имеются сообщения о связи урогенитального трихомониаза с осложнениями беременности (преждевременные роды, ранний разрыв плодного пузыря и др.). У мужчин трихомонады могут вызывать поражение предстательной железы, семенных пузырьков, придатков яичек, куперовых желез. У девочек возникает острый или малосимптомный вульвовагинит с гиперемией слизистой оболочки и выделениями.

Диагноз. Диагностика основывается на обнаружении трихомонад в выделениях из уретры. Самым простым, доступным и достоверным способом является исследование в световом микроскопе нативных (неокрашенных) препаратов отделяемого уретры, центрифугированного осадка свежевыпущенной мочи, секрета простаты, что позволяет наблюдать движения трихомонад на фоне неподвижных лейкоцитов и эпителиальных клеток. Высушенные и фиксированные мазки из уретры окрашивают метиленовым синим красителем, однако в этом случае бывает затруднительно дифференцировать трихомонады от окружающих клеток эпителия, поэтому для их идентификации требуются специальные методы окраски.

**Гонорея** - инфекционное заболевание, вызываемое гонококком (Neisseria gonorrhoeae), с преимущественным поражением мочеполовых органов. Перенесенная гонорея нередко становится причиной женского бесплодия.

Этиология и патогенез. Гонококк представляет собой парный кокк (диплококк) бобовидной формы, не окрашиваемый по Граму, располагается обязательно внутриклеточно (в цитоплазме лейкоцитов). Гонококки высокочувствительны к факторам внешней среды: погибают при температуре выше 55 °С, при высыхании, обработке растворами антисептиков, под влиянием прямых солнечных лучей. Гонококк сохраняет жизнеспособность в свежем гное до высыхания. В связи с этим заражение происходит в основном половым путем (от инфицированного партнера). Контагиозность инфекции для женщин составляет 50-70%. Гораздо реже бывает заражение бытовым путем (через грязное белье, полотенца мочалки), в основном, у девочек. В связи с широким использованием антибиотиков появилось множество штаммов гонококка, вырабатывающих фермент Я-лактамазу и соответственно устойчивых к действию антибиотиков, содержащих Я-лактамное кольцо.

Гонококки поражают преимущественно отделы мочеполовой системы, выстланные цилиндрическим эпителием, - слизистую оболочку цервикального канала, маточных труб, уретры, парауретральных и больших вестибулярных желез. При генитально-оральных контактах могут развиваться гонорейный фарингит, тонзиллит и стоматит, при генитально-анальных - гонорейный проктит. При попадании инфекции на слизистую оболочку глаз, в том числе и при прохождении плода через инфицированные родовые пути, появляются признаки гонорейного конъюнктивита.

Гонорея - Что повышает риск заражения?

Стенка влагалища, покрытая многослойным плоским эпителием, устойчива к гонококковой инфекции. Однако если эпителий истончается или становится рыхлым, возможно развитие гонорейного вагинита (при беременности, у девочек и у женщин в постменопаузе).

Гонококки быстро фиксируются на поверхности эпителиальных клеток при помощи пилей, а затем проникают в глубь клеток, межклеточные щели и подэпителиальное пространство, вызывая деструкцию эпителия и воспалительную реакцию.

Гонорейная инфекция распространяется чаще по протяжению (каналикулярно) из нижних отделов мочеполового тракта в верхние. Продвижению нередко способствуют адгезия гонококка к поверхности сперматозоидов и энтеробиоз внутри трихомонад, являющихся активными переносчиками инфекции.

Иногда гонококки попадают в кровяное русло (обычно они гибнут из-за бактерицидных свойств сыворотки), приводя к генерализации инфекции и появлению экстрагенитальных очагов поражения, в первую очередь суставов. Реже развиваются гонорейный эндокардит и менингит.

В ответ на внедрение гонорейной инфекции в организме вырабатываются антитела, но иммунитет при этом не развивается. Человек может заражаться и болеть гонореей многократно. Это объясняется антигенной вариабельностью гонококка.

Инкубационный период гонореи колеблется от 3 до 15 дней, реже до 1 мес.

Различают следующие виды гонорейной инфекции: гонорею нижних отделов мочеполовой системы, верхних отделов мочеполовой системы и органов малого таза и гонорею других органов.

К гонорее нижних отделов мочеполовой системы относят поражение уретры, парауретральных желез, желез преддверия влагалища, слизистой оболочки цервикального канала, влагалища, к гонорее верхних отделов мочеполовой системы (восходящей) - поражение матки, придатков и брюшины.

Выделяют также свежую гонорею (длительность до 2 мес), которая подразделяется на острую, подострую, торпидную (малосимптомную или бессимптомную со скудным экссудатом, в котором обнаруживаются гонококки), и хроническую гонорею (продолжительность более 2 мес или неустановленной давности). Хроническая гонорея может протекать с обострениями. Возможно гонококконосительство, когда возбудитель не вызывает появления экссудата и субъективных расстройств нет.

**Симптомы гонореи**. Гонорея нижнего отдела мочеполовой системы часто бывает бессимптомной. Выраженные проявления болезни включают в себя дизурические явления, зуд и жжение во влагалище, гноевидные сливкообразные выделения из цервикального канала. При осмотре выявляют гиперемию и отечность устья уретры и цервикального канала.

Гонорея верхнего отдела (восходящая) обычно вызывает нарушение общего состояния, жалобы на боли внизу живота, повышение температуры до 39 °С, тошноту, иногда рвоту, озноб, жидкий стул, учащенное и болезненное мочеиспускание, нарушение менструального цикла. Распространению инфекции за пределы внутреннего зева способствуют аборты, выскабливания слизистой оболочки матки, зондирование полости матки, взятие аспирата эндометрия, биопсии шейки матки, введение внутриматочных контрацептивов. Острому восходящему воспалительному процессу нередко предшествуют менструация, роды.

В настоящее время гонорейный процесс не имеет типичных клинических признаков, поскольку почти во всех наблюдениях выявляется микст-инфекция. Смешанная инфекция удлиняет инкубационный период, способствует более частому рецидивированию, затрудняет диагностику и лечение.

Хронизация воспалительного процесса приводит к нарушению менструального цикла, развитию спаечного процесса в малом тазу, что может привести к бесплодию, внематочной беременности, невынашиванию беременности, синдрому хронических тазовых болей. Основными методами лабораторной диагностики гонореи являются бактериоскопический и бактериологический, направленные на выявление возбудителя. Для выявления стертых и бессимптомных форм гонореи, а также инфекции у детей и беременных более подходит бактериологический метод.

**Лечение**. Основное место принадлежит антибиотикотерапии, при этом следует учитывать рост штаммов гонококка, устойчивых к современным антибиотикам. Причиной неэффективности лечения может служить способность гонококка образовывать L-формы, вырабатывать Я-лактамазу, сохраняться внутри клеток. Лечение назначают с учетом формы заболевания, локализации воспалительного процесса, осложнений, сопутствующей инфекции, чувствительности возбудителя к антибиотикам.

Этиотропное лечение свежей гонореи нижних отделов мочеполовой системы без осложнений заключается в однократном назначении одного из антибиотиков: цефтриаксона (роцефин), азитромицина, ципрофлоксацина, спектиномицина, офлоксацина, амоксиклава. Для лечения гонореи нижних отделов мочеполовой системы с осложнениями и гонореи верхних отделов и органов малого таза предлагают использовать те же антибиотики в течение 7 дней.

На время лечения исключают алкоголь и половые контакты. В период диспансерного наблюдения настоятельно рекомендуется использовать презерватив. После окончания лечения антибактериальными препаратами целесообразно назначать эубиотики интравагинально (лактобактерин, бифидумбактерин, ацилакт).

**Урогенитальный хламидиоз** - одно из наиболее распространенных заболеваний, передаваемое половым путем. Хламидийные уретриты встречаются намного чаще, чем гонорейные, и могут осложнять течение гонорейных уретритов (смешанная инфекция). Более половины случаев заболеваний негонорейными уретритами вызывается микроорганизмом Chlamydia trachomatis. Это наиболее распространенный возбудитель воспалительных заболеваний, передающихся половым путем. В развитых странах хламидийные уретриты встречаются в 3 раза чаще, чем гонорейные, однако впервые из мочеполовых путей хламидии были выделены лишь в конце 50-х годов нашего века.

**Этиология**. Хламидия - микроорганизм настолько своеобразный, что был отнесен к отдельному семейству в классификации бактерий. Хламидия представляет собой грамотрицательную бактерию с уникальным жизненным циклом, не встречающимся больше в природе. Этот микроорганизм занимает как бы промежуточное положение между бактериями и вирусами и сочетает в себе их основные характеристики. Так, имея обе нуклеиновые кислоты (ДНК и РНК), соответствующую грамотрицательным бактериям клеточную стенку, обладая способностью к бинарному делению в процессе размножения и чувствительностью к антибиотикам, возбудитель обладает и теми признаками, которые считают присущими исключительно вирусам. К таким свойствам хламидии можно отнести следующие: во-первых, они не могут самостоятельно функционировать вне клеток-хозяев, так как не имеют собственной АТФ и энергетически зависимы от других клеток, в которых они только и могут обитать, т. е. являются «энергетическими паразитами». С этим обстоятельством связано еще одно свойство хламидии, сближающее их с вирусами, - на искусственных питательных средах хламидии расти не могут, для их жизнедеятельности необходима живая клеточная культура; во-вторых, одна из форм существования хламидии напоминает спору, которая метаболически неактивна, нечувствительна к действию антибиотиков, неспособна к размножению; в-третьих, по своим размерам хламидии соизмеримы с вирусами.

Всего выделяют 15 серотипов С. trachomatis, 4 из которых вызывают заболевание глаз - трахому, 8 могут являться возбудителями урогенитальных инфекций или конъюнктивита (паратрахома), 3 серотипа - возбудители еще одного заболевания, передающегося половым путем - венерической лимфогранулемы. Кроме того, существуют еще 3 вида хламидии С. psittaci, С. pneumoniae и С. pecorum. С урогенитальными инфекциями связывают только С. trachomatis.

Различают две основные формы существования хламидии: элементарное тельце (ЭТ) и ретикулярное тельце (РТ). Элементарное тельце имеет диаметр около 300 нм и метаболически неактивно. Диаметр ретикулярного тельца в 3 раза больше, чем у ЭТ. РТ неинфекционны, однако метаболически активны и размножаются путем бинарного деления. Жизненный цикл хламидии состоит в переходе одной формы в другую, что совершается внутри клеток-хозяев.

**Патогенез**. Хламидии обладают тропизмом к цилиндрическому эпителию, который у человека выстилает слизистую оболочку уретры, цервикального канала, прямой кишки, конъюнктивы глаз и области глотки.

В зависимости от места попадания хламидии в организм у больных развивается клиническая картина того или иного заболевания: уретрита, цервицита, конъюнктивита и т. д. Всего насчитывают около 20 различных нозологических форм, в возникновении которых могут принимать участие хламидии.

Заражение человека происходит после попадания на слизистые оболочки ЭТ хламидии. Именно эти формы являются инфекционными. Обычно заражение происходит половым путем. ЭТ адсорбируются на поверхности клеток цилиндрического эпителия, фагоцитируются ими и оказываются внутри клеток, окруженные вакуолью, препятствующей разрушению хламидии ферментами клетки-хозяина. Так начинается цикл развития хламидии, занимающий около 72 ч. В течение этого времени происходит трансформация ЭТ через промежуточные формы (тельца) в РТ, которые размножаются делением, после чего в них начинается обратный процесс реорганизации, приводящий к появлению ЭТ нового поколения. Постепенно цитоплазматическая вакуоль, внутри которой развивается этот процесс, достигает больших размеров. По аналогии с вирусной такую вакуоль, заполненную тельцами хламидии на разной стадии развития, называют включением. Увеличиваясь в размерах, включение вначале оттесняет ядро клетки к периферии, а затем может приводить и к разрыву клетки с выходом телец хламидии в межклеточное пространство с последующим заражением других эпителиальных клеток.

В международной классификации болезней X пересмотра раздел «Хламидийные инфекции» представлен следующим образом:

А56.0 Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта

Хламидийный:

цервицит

цистит

уретрит

вульвовагинит

А56.1 Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов

Хламидийный (ые):

эпидидимит

воспалительные заболевания органов малого таза у женщин

орхит

А56.2 Хламидийная инфекция мочеполового тракта неуточненная

А56.3 Хламидийная инфекция аноректальной области

А56.4 Хламидийный фарингит

А56.8 Хламидийные инфекции, передающиеся половым путем другой локализации

А55 Хламидийная лимфогранулема (венерическая)

Из заболеваний, которые хламидии способны вызывать у мужчин чаще встречаются уретрит и его осложнения: эпидидимит, простатит, реже - проктит. У женщин хламидии являются причиной развития цервицита; его осложнениями являются сальпингит, сальпингоофорит, а также перигепатит, периаппендицит, пельвиоперитонит. Для женщин хламидийная инфекция представляет наибольшую угрозу из-за слабо выраженной симптоматики и связанными с этим поздней диагностикой и несвоевременным лечением. Показано, что выделяемый хламидиями белок (так называемый белок теплового шока (Rsp) массой 60 кДа) при хроническом течении сходен по своему аминокислотному составу с человеческим и способен вызывать аутоиммунные процессы в области органов малого таза у женщин с развитием бесплодия. Кроме того, хламидия может привести к появлению антиспермальных антител, что является еще одной из причин бесплодия. Возможно также развитие перисценции хламидии в мочеполовых органах с последующими рецидивами инфекции. При постановке диагноза указывается топический диагноз, включая экстрагенитальную локализацию.

Урогенитальный хламидиоз не имеет специфических клинических проявлений и патогномоничных симптомов, обычно протекает торпидно, мало- или бессимптомно. При болезни Рейтера хламидия обнаруживается в синовиальной жидкости.

воспалительный заболевание половой женщина

**Клиническая картина**. Кардинальных различий в клинике различных негонорейных уретритов, в том числе хламидийной этиологии и гонореи не имеется. Хламидии поражают тот же цилиндрический эпителий, что и гонококки, и вызывают появление тех же клинических форм урогенитальных заболеваний. Тем не менее некоторые различия между хламидийными и гонорейными уретритами существуют. Во-первых, инкубационный период при хламидийном уретрите, как правило, более длительный, чем при гонорее, и составляет 10-14 дней. Во-вторых, субъективные ощущения больных при хламидийных уретритах менее острые, чем при гонорее, а иногда такие уретриты могут протекать даже бессимптомно. Из жалоб при хламидийных уретритах обычно встречаются зуд в области мочеиспускательного канала, умеренные выделения и незначительные рези при мочеиспускании, в то время как для гонореи характерна более выраженная симптоматика: боли, рези, обильные выделения из уретры. В-третьих, различается сам характер таких выделений. Если при хламидийном уретрите обычно бывают не слишком выраженные слизистые или слизисто-гнойные выделения, то при гонорее эти выделения, как правило, гнойные и обильные.

Все эти различия носят весьма относительный характер. Они непостоянны и могут лишь предполагать наличие той или иной инфекции, т. е. без лабораторной диагностики, только на основании клинической картины диагноз хламидийного уретрита поставлен быть не может. Возможно торпидное течение гонореи, напоминающее хламидийный уретрит и, наоборот, остро протекающий хламидиоз с обильными гнойными выделениями и резями, присущими гонорее.

**Диагноз**. Исходя из вышеперечисленных свойств хламидий, можно понять многие проблемы, связанные с диагностикой хламидиоза.

Главными трудностями при выявлении хламидий оказываются их малые размеры, а также неспособность расти на искусственных питательных средах. Поскольку хламидий обитают внутри клеток цилиндрического эпителия, материалом для исследования на наличие этого возбудителя является соскоб эпителия, а не выделения из мочеиспускательного канала, как при гонорее.

Для культивирования хламидий приходится использовать живые культуры клеток, что значительно усложняет диагностическую процедуру. Обычно для культивирования хламидий используют культуру фибробластов, обработанную антиметаболитами, облегчающими развитие в них хламидий, поскольку развитие самих клеток приостанавливается. Диагностика занимает около недели, что весьма неудобно в клинических условиях. Однако этот метод является одним из самых надежных, именно с ним сравнивают диагностическую ценность других методов выявления хламидий.

Обычные методы окраски гистологическими красителями (по Романовскому-Гимзе) в случае хламидий оказываются недостаточно чувствительными, поскольку из-за малых размеров возбудителя можно выявить только хламидийные включения. Таким методом можно обнаружить хламидий лишь у 15-20% больных.

В настоящее время распространены следующие основные методы обнаружения хламидий: иммунофлюоресцентный, иммуноферментныи, серологический, методы выделения возбудителя в культуре клеток и методы ДНК-диагностики (полимеразная и лигазная цепная реакция, ДНК-зонды). Для массовых скрининговых обследований предпочтительно использовать иммуноферментныи метод. Современные серологические методики, спообные обнаружить не только IgG, но и IgA и IgM, особенно важны для выявления хламидий у детей, при наличии инфекции в труднодоступных для взятия соскобового материала местах при осложненном течении урогенитального хламидиоза и болезни Рейтера.

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) обладает чрезвычайно высокой чувствительностью и специфичностью. Этот метод генодиагностики создан американским ученым Керри Муллисом в 1985 г., получившим за это Нобелевскую премию. Он основан на многократном увеличении числа специфических участков генов вируса или бактерий. Изолированное умножение гена или его фрагментов называют амплификацией. ПЦР позволяет осуществлять такую амплификацию при помощи ДНК-полимеразы и коротких олигонуклеотидных 20-30 членных затравок (праймеров), комплементарных специфическим последовательностям антипараллельных цепей ДНК-генома хламидий. Присутствие специфического ПЦР-продукта - амплификона детектирует электрофоретическим разделением ПЦР-амплифицированной смеси на окрашенной бромистым этидием агарозном или полиакриломидном гелях. Лигазная цепная реакция (ЛЦР) использует вместо полимеразы термостабильную лигазу.

Профилактика. Профилактические меры не отличаются от тех, которые рекомендуют при гонорее. Как и при любом заболевании, передающемся половым путем, следует помнить, что необходимо лечение обоих половых партнеров.

Профилактически важно обследование на наличие хламидий даже при отсутствии симптомов заболевания групп риска: сексуально активных девушек-подростков, лиц часто меняющих партнеров, женщин, в анамнезе которых имеются указания на внематочную беременность и воспалительные заболевания малого таза.

**Используемая литература**

1. Савельева Г.М. - Гинекология, 2004

. Сметник В.П. - Неоперативная гинекология(книга1), 1995