ЛЕКЦИЯ ПО ГИНЕКОЛОГИИ.

ЛЕКТОР: ДОЦЕНТ НЕЖЕНЦЕВА Е.Л.

ТЕМА: ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ".

Воспалительные заболевания женских половых органов занимают 1-е место среди всей гинекологической патологии. 40% больных в стационаре - больные с ВЗПО. Рост связан с sex - революцией. Повышается рост трансмиссивных инфекций, то есть инфекций, передающихся половым путем. В 99% инфекция попадает в женские половые органы половым путем.

Причиной всех воспалительных заболеваний гениталий являются микробы, а не аборты, инструменты как студенты отвечают на экзаменах.

Микробы попадают в 99% случаев половым путем, но существует и лимфогенный путь - это прежде всего из кишечника; гематогенный путь - главным образом - туберкулез, когда очаг инфекции в гениталиях является вторым очагом, а первый очаг расположен экстрагенитально; по протяжению - например из воспаленного аппендикулярного отростка, при колитах, при патологии кишки и интраканаликулярный путь при специфической инфекции (гонококк).

Механизм реализации переноса инфекции:

1. Сперматозоиды являются переносчиками инфекции; они обладают отрицательным зарядом, который притягивает микроб - они таким образом являются транспортом микроорганизмов.
2. Жгутиковые - трихомонады - являются активным транспортом для микробов.

Существует и пассивный путь распространения инфекции. Попадают микроорганизмы активно - половым путем, а затем пассивно распространяются по гениталиям.

Факторы, способствующие распространению инфекции:

1. Внутриматочные вмешательства: аборты, диагностические выскабливания, гистеросальпингография, то есть все инвазивные процедуры: зондирование полости матки, постановка и удаление внутриматочного контрацептива, роды и выкидыши.
2. Переохлаждение
3. Ослабление организма в результате хронической инфекции экстрагенитального характера.

Защитные факторы организма:

1. Влагалище и его содержимое, то есть биоценоз влагалища
2. бели, которые выделяют железы влагалища в количестве 1-2 мл в сутки являются нормальными. Все что больше - патологические бели.
3. микрофлора влагалища, которая представлена аэробами и анаэробами, но имеется динамическое равновесие между сапрофитными группами и условно-патогенными группами (аэробные микробы преобладают над анаэробными)
4. достаточное содержание лактобактерии - палочек молочнокислого брожения, которые создают кислую рН во влагалище за счет своего метаболизма и кислая рН является тем защитным барьером на пути проникновения микроорганизмов.
5. слизистая пробка - бактерицидная пробка цервикального канала; пробка играет огромное значение по предупреждению генерализации инфекции: в слизистой пробке имеются неспецифические антитела, как факторы защиты; за счет изменения своей вязкости она препятствует проникновению микробов. На протяжении маточного цикла вязкость пробки изменяется: уменьшается вязкость в середину менструального цикла, для облегчения проникновения сперматозоидов и процессов овуляции. Прием оральных контрацептивов обеспечивает увеличение вязкости слизистой пробки, затрудняют проникновение сперматозоидов в вышележащие отделы гениталий - это один из эффектов контрацепции. Прием оральных контрацептивов, особенно женщинами с хроническими воспалительными заболеваниями (ХВЗГ) гениталий снижает риск развития рецидивов и обострений воспалительного процесса. Так как сперматозоиды являются активными переносчиками микроорганизмов, то затрудняя проникновение сперматозоидов мы уменьшаем риск проникновения инфекции, то есть прием оральных контрацептивов особенно у женщин , страдающих ХВЗГ имеют двойной эффект:
6. контрацепция
7. профилактика рецидивов и обострений инфекции
8. эндометрий: функциональный слой эндометрия ежемесячно отторгается, идет очищение организма, также на месте отторгнувшегося эндометрия образуется лимфоцитарный вал. Для генерализации инфекции необходимо взаимоотношение макро- и микроорганизма. Агрессивность микроорганизма обуславливает его вирулентность и реактивность макроорганизма. У женщин с тяжелыми гнойными осложнениями выделены при исследовании ассоциации микробной флоры, причем сочетание аэробов и анаэробов (+) состояние иммунитета у них резко снижено, таким образом состояние макро- и микроорганизма определяет дальнейшее развитие заболевания. У девственниц острый сальпингит или острый сальпингоофорит может быть или туберкулезной этиологии или может проникнуть из кишечника, то есть лимфогенным или гематогенным путем. К специфическим на данный момент официально относятся 3 инфекции - гонорея, трихомониаз, туберкулез. Хламидийную инфекцию устно ( то есть не по документам) относят к специфической, хотя официально она относится к неспецифическим.

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ. Понятие стало звучать в 80-х годах. Это заболевание обусловлено нарушением биоценоза влагалища, нарушением нормальной микрофлоры влагалища. Соотношение аэробной и анаэробной флоры изменяется в сторону увеличения анаэробов, количество лактобактерий значительно уменьшается, рН влагалища становится щелочным.

Клинически женщину беспокоят значительное увеличение выделения белей, то есть это основная жалоба. Реже может быть зуд или жжение. То есть повышение продукции белей при отсутствии каких-либо признаков воспаления. При осмотре в зеркалах мы не увидим - ни гиперемии, ни отека влагалища.

Синоним болезнь Гарднера, который впервые изучал микрофлору влагалища обнаружил палочки - Гарднереллы. Они при бактериальном вагинозе определяются практически всегда. Но на данный момент есть исследования, говорящие что в биоценозе влагалища и в норме встречаются единичные микоплазмы и палочки Гарднера. Учитывая, что при обследовании биоценоза влагалища мы имеем повышение содержания анаэробной инфекции и рН влагалища становится щелочным ,соответственно, вытекает и лечение. Лечить это надо. Изменяться влагалищная среда может не только за счет инфицирования, но и за счет снижения эстрогенов, приема антибактериальных препаратов или контрацепции, на фоне гиповитаминоза.

Положительный аминотест: при добавлении определенного компонента будет появляться запах гнилой рыбы этих выделений (сами по себе выделения ничем не пахнут), который доказывает наличие бактериального вагиноза.

Лечение: так как преобладает в биоценозе влагалища анаэробная флора, то лечим препаратами трихопола. Гарднерелла чувствительна к трихополу. Поскольку рН влагалища становится щелочной, то делает 1-2 спринцевания кислыми растворами (борной кислоты, лимонной кислоты, марганцовки). Частые спринцевания вредны для организма, так как они нарушают биоценоз влагалища и способствуют развитию бактериального вагиноза. Частое использование влагалищных тампонов ( во время менструации) также вредно, так как они также нарушают нормальный биоценоз влагалища, а так как у нас во влагалище имеются микроорганизмы , то это будет фактором, способствующим возникновению инфекции.

Следующий компонент лечения - клиндомицин - его используют и как крем и в таблетках по 150 мг ( в капсулах) 3 раза в день. В лечение всех кольпитов входит восстановление нормальной микрофлоры влагалища: внесение лактобацилл путем введения тампонов с лактобактерином (6-8 тампонов, не более чем на 4-5 часов 1 тампон). Если есть гиповитаминоз то необходима витаминотерапия.

Хламидийная инфекция. Хламидии это Гр(-) палочки. Это инфекция №1 на данном этапе. У них очень много общего с гонококком:

1. хламидии тропны к цилиндрическому эпителию
2. хламидии, располагаются внутриклеточно
3. хламидийная инфекция приводит к обширному образованию спаек в брюшной полости и главным образом в ампуллярном отделе маточных труб и таким образом основной жалобой у женщин будет являться бесплодие, нередко первичное бесплодие. Это из-за отсутствия у этой инфекции яркой клинической картины - она протекает стерто, малосимптомно. А у мужчин, болеющих ею вообще чаще всего симптомы отсутствуют, даже анализы на хламидийную инфекцию у них могут быть отрицательными. Таким образом, первой жалобой является бесплодие. При хламидийной инфекции характерен симптом перигепатита - симптом образования спаек в области печени - впервые был описан при гонококковом пельвиоперитоните. Нередко женщины, страдающие хламидийной инфекцией предъявляют жалобы на боли в правом подреберье и эти жалобы нужно дифференцировать с обострением хронического холецистита, острым холециститом, патологией печени или даже острой пневмонией. А на самом деле они связаны с перигепатитом, наличием спаек в области печени, куда инфекция распространяется лимфогенно.
4. Это скрытая инфекция так как помимо стертых клинических проявлений идентификация самих хламидий затруднена. Гонококк можно увидеть в мазках по Грамму, а хламидийную инфекцию мы можем определить при помощи специальных исследований - при помощи иммунофлуоресценции с использованием иммунноклональных антител. Так как хламидийная инфекция тропна к цилиндрическому эпителию следовательно необходимо брать анализ из цервикального канала и из уретры. Антитела к хламидийной инфекции в крови говорят нам и о болезни, и о результате (женщина пролечилась и у нее нет никакого носительства); но в тоже время она может быть и больна. На основании исследования антител к хламидиям в крови мы не имеем правом поставить диагноз хламидийной инфекции. Диагноз ставится только на основании исследования мазков, соскобов из цервикального канала и из уретры.

Лечение:

1. Хламидия чувствительна к тетрациклинам (доксициклин 0.1 2 раза в день в течение 10 дней, также есть растворимый доксациклин - юнидоксолютаб).
2. Макролиды
3. эритромицин (используется реже, так как есть другие), 0.25 4 раза в день минимум 7 дней
4. суммамед 500 мг 1 раз в день - 5 дней
5. маропен 400 мг 4 раза в день - 7 дней
6. рулид 150 мг 2 раза в день - минимум 7 дней
7. клацид 150 мг 3 раза в день

Это только общедоступные антибиотики и они в некоторой степени вызывают гепатотоксичные эффекты и являются менее выраженными аллергенами.

Использование группы офлоксацинов, ципрофлоксацинов (например, таривид) сейчас не рекомендуется использовать для лечения хламидийной инфекции, так как они вызывают устойчивые формы.

Лечение микоплазменной и уреоплазменной инфекции проводится теми же препаратами, что и хламидийной. Все они опасны тем что вызывают бесплодие, выкидыши, преждевременные роды, послеродовые осложнения - хорионамнионит, эндометрит, метроэндометрит, также оказывают отрицательное действие на плод - плаценту и внутриутробные инфекции плода - хламидийная, микоплазменная, вирусная пневмония.

Вирусные инфекции.

1. Вирус герпеса 2-го серотипа и вирус папилломы человека - они вызывают воспалительный процесс шейки матки.
2. Цитомегаловирусная инфекция как правило протекает в форме носительства, редко имеется активный процесс, но оказывает повреждающее действие на беременность: помимо выкидышей цитомегаловирусная инфекция вызывает уродства плода.

Все вирусные инфекции протекают скрыто, трудно поддаются терапии с помощью противовирусных препаратов и склонны к рецидивам и обострениям (переохлаждение, смена климата, смена воды, гиповитаминоз могут вызвать обострение вирусной инфекции). При герпесвирусной инфекции если имеется активный процесс на гениталиях и если женщина беременна, то родоразрешение выполняется путем операции абдоминального кесаревого сечения, иначе в 100% случаев произойдет инфицирование плода.

Диагностика: в обычных мазках эти инфекции не определяются. Диагностируют эти инфекции при помощи иммунофлуоресцентного микроскопа или специальных сывороток.

Лечение: крайне сложно. Как правило, встречаемся со следующим - женщина приходит, у нее был выкидыш или мертворождение плода, а при исследовании плаценты был поставлен диагноз: вирусный плацентит, а самая главная причина прерывания в 1-м триместре - вирусная инфекция.

Лечение герпесвирусной инфекции (вирус герпеса 2-го серотипа)

1. ацикловир (виролекс, зовиракс) - нарушает синтез ДНК вируса и таким образом оказывает повреждающее действие.
2. для лечения вирусной инфекции необходимо введение препаратов не только местно, но и перорально или даже внутривенно. Ацикловир используется во форме таблеток по 200 мг 5 раз в день в течение 2-х недель.
3. дополняется применением крема. Местная противирусная терапия дополняется новым препаратов из группы интерферонов - вифероном. Он представлен в форме влагалищных ( для женщин) или ректальных (для мужчин) свечей. Утром и вечером по 2 свечи ( в упаковке 20 свечей). Он повышает неспецифическую противовирусную активность.
4. Также используется неовир в комплексной противовирусной терапии - это индуктор эндогенного интерферона.
5. фамвир (фамцикловир) - очень дорогой препарат. Он также используется для лечения герпеса, вызванного Herpes zoster. 250 мг 3 раза в день. 500 мг 3 раза в день - для лечения рецидивирующего герпеса гениталий, плохо поддающегося лечению.
6. для лечения всех генитальных инфекция необходимо использовать местное лечение и препараты перорально.

Кандидозный кольпит.

Грибы рода Кандида представляют нормальную микрофлору влагалища. Но будем лечить кольпит только в том случае, если в мазке имеется мицелий, а не отдельные дрожевые клетки; наличие мицелия говорит о размножении грибы рода Candida. Диагноз ставится просто, так как для этой инфекции патогномоничным является наличие белых творожистых выделений. необходимо отметить, что кандидозный кольпит не передается половым путем. Некоторые авторы отмечают, что лечение партнера не является обязательным. Однако этот вопрос до конца не изучен и является спорным. Грибы рода Кандида повышают свою активность на фоне антибактериальной терапии, заместительной терапии, гиповитаминоза, гипоэстрогении. Также активирующим фактором может быть беременность (беременность создает гипоэстрогению).

В данном случае требуется только местное лечение:

1. так как рН влагалища изменяется , то необходимы 1-2 спринцевания кислыми растворами
2. клотримазол - активен против грибов рода Кандида и трихомонад. Применяется в виде крема или вагинальных таблеток.
3. Представители эконазола: гинопиворил, гинотравален в форме вагинальных таблеток по 150 мг (3 капсулы в течение 3-х дней во влагалище), свечей.
4. Пимафуцин. В составе содержит антимикотический антибиотик катамицин. Курс лечения составляет 10-14 дней (интравагинальное введение свечей). Также пимафуцин применяется при дисбактериозе.
5. Нистатин и леворин малоэффективны ля лечения кандидозного кольпита. Пероральный прием таблеток применяется только при дисбактериозе кишечника.
6. тержикан и полижинакс в свечах: в состав входит неомицин - антибиотик местного действия.
7. тернидазол - входит в тержикан - активен против трихомонад и анаэробной инфекции. Таким образом, таржикан применяется для санации и для местного лечения кольпитов.

Если лечить только одним вагинальным препаратом, то излечение не будет. Поэтому необходимо дополнять лечение введением препаратов перорально.

Трихомонадный кольпит.

Трихомонады тропны к многослойному плоскому эпителию влагалища. Также может поражать эндометрий, вызывать сальпингоофорит в ассоциации в другими микробами, так как трихомонода является активным переносчиком других микроорганизмов.

Лечение:

1. трихопол - 5 г на курс лечени. Трихопол гепатотоксичен, поэтому рекомендуют применять флагил (США) или атрикан (Франция) по 250 мг 2 раза в день в течение 5 дней + лечение партнера.
2. Если трихомониаз рецидивирует или плохо поддается лечению, то используют вакцины солко-триховак и солко-уровак, которые вводятся по 2 мл через 2 недели (всего 3 инъекции). Они нормализуют влагалищную микрофлору, оказывают повреждающее действие на трихомонады, повышают резистентность организма.

Папиломовирусная инфекция.

Вирус папиломы не чувствителен к ацикловиру, фамвиру. Заболевание лечится лазерной и криодеструкцией. Вирус вызывает эктоцервикс - мелкие плоские кандиломы - папиломы, которые могут быть не видны при кольпоскопии. При цитоскопическом исследовании находят пойлоциты с пузырьками воздуха в цитоплазме (Ballon cells). Эти клетки являются маркерами вируса папиломы. Это заболевание плохо поддается диагностике, и очень трудно лечится. Известно, что вирус папиломы является фактором риска для развития рака шейки матки, следовательно, лечить папиломовирусную инфекцию необходимо. Отметим, что эта инфекция передается только половым путем.

Специфические инфекции.

Свойства:

1. Передаются половым путем.
2. вызывают двустороннее поражение (гонорея, туберкулез, хламидии)
3. в анамнезе имеется указание на половой контакт и связь с менструациями (как физиологическая провокация).
4. Развитие спаечного процесса, который приводит чаще всего к бесплодию.
5. Антибактериальная терапия дает хороший эффект (особенно при гонококковой инфекции)

Параметрит - воспаление околоматочной клетчатки.

Развитию параметрита всегда предшествует внутриматочное вмешательство: роды, аборт, операция надвлагалищной ампутации матки, удаление придатков, диатермокоагуляция или диатермоэксцизия. Инфекция в параметральную клетчатку попадает лимфогенно.

Диагностика: не смотря на наличие активной клинической картины и выраженного интоксикационного синдрома диагноз ставится только на основании данных бимануального исследования. Слизистая влагалища при пальпации и исследовании сводов не подвижна так как туда распространяется инфильтрация. Отметим некоторые анатомические особенности: клетчатки с одной стороны ограничивается маткой, с другой - стенкой таза, внизу - влагалищным сводом. Из вышесказанного следует, что шейка матки и матка при параметрите неподвижны. Также неподвижен влагалищный свод. Вышеперечисленные особенности касаются двустороненнего параметрита. При одностороннем параметрите шейка матки отклонена в противоположную сторону. Инфильтрация плотная, болезненная, неподвижная, идет веером от боковой стенки матки до стенок таза по передней или задней поверхности. Однако в клинике чаще всего мы наблюдаем боковой параметрит.

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с пиоваром, тубоовариальным абсцессом. Дифференциальный диагноз проводится для решения вопроса о способе терапии. Оперативное лечение проводится только в случае нагноения инфильтрата (дренирование). Также проводится дифференциальная диагностика с острым аднекситом, острым сальпингоофоритом, внематочной беременностью, перекрутом ножки опухоли, МКБ, острым пиелонефритом.

1. Учитываются данные анамнеза и объективные данные:
2. при остром сальпингоофорите - подострое начало, постепенное нарастание болей в нижних отделах живота, указание на внутриматочное вмешательство, связь с половым контактом или менструацией. Температура - субфебрильная или высокая лихорадка.
3. При внематочной беременности характерна аменорея с последующими мажущими кровянистыми темными выделениями после задержки, как правило нет температурной реакции и имеется определенный болевой синдром: боли в правой или левой подвздошной области с иррадиацией в прямую кишку или на внутреннюю поверхность бедер или с иррадиацией в правую надключичную область (френикус симптом), или с иррадиацией в надпеченочную область. Все сопровождается признаками анемии или кровотечения: головокружение, слабость, снижение АД. Также имеются положительные тесты на беременность.
4. Перекрут ножки опухоли: характерны резко возникающие боли внизу живота, справа или слева, эти боли могут спровоцировать повышение внутрибрюшного давления в результате поднятия тяжестей или удара; тошнота, рвота. Может быть субфебрилитет.
5. МКБ: для МКБ или пиелонефрита характерны боли в пояснице, иррадиирующие по ходу мочеточника, в паховую область.
6. Осмотр в зеркалах и бимануальное исследование:
7. при наличии воспалительного процесса гнойные выделения, признаки кольпита или цервицита. При бимануальном исследовании матка плотная, нормальных размеров, с обеих сторон, либо с одной стороны - болезненные, увеличенные придатки. При движении за шейку матки слева направо - болезненность. Своды свободные.
8. при внематочной беременности: темные, кровянистые выделения, шейка матки цианотична. При бимануальном исследовании матка мягкая, больше нормы может быть болезненная за счет действия прогестерона. Придатки увеличены только с одной стороны, определяется плотное образование. Своды могут быть утолщены
9. перекрут ножки опухоли: осмотр в зеркалах информацию не дает. При бимануальном исследовании - матка нормальных размеров, справа или слева определяется резко болезненное образование, плотное, определенных размеров.
10. МКБ: осмотр в зеркалах и бимануальное исследование ничего не дают.
11. Дополнительные методы:
12. тест на беременность при внематочной беременности
13. УЗИ