**БПОУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**специальность 31.02.01 Лечебное дело**

**ПМ .01** **Диагностическая деятельность**

**МДК 01.01** **Пропедевтика клинических дисциплин**

**Раздел №14 Диагностика в акушерстве и гинекологии**

**Учебно-методический комплект преподавателя**

**Комаровой Г.Я. по теме №14.10**

**Диагностика воспалительных заболеваний женских половых органов.**

**Лекция №17**

**Вульвит. Бартолинит. Этиология и патогенез. Клиника,**

**Диагностика.**

План лекции.

1.Определение понятия - воспалительные заболевания женских половых органов**.**

2.Бартолинит. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика.

3.Вульвит. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика.

4.Кольпит. Клиника, диагностика, принципы лечения, профилактика

5.Эндоцервицит. Клиника, диагностика

6.Бактериальный вагиноз

7.Понятие о специфических воспалительных заболеваниях половых органов женщины.

8.Вагинальный кандидоз. Клиника, диагностика.

**Слайд 2**

***1.Определение понятия - воспалительные заболевания***

***женских половых органов.***

Воспалительные заболевания женских половых органов (ВЗОМТ) - это воспалительные процессов в области верхних и нижних отделов половых органов женщин, как отдельные нозологические формы, так и в любой возможной комбинации.

В зависимости от локализации процесса различают:

* воспаления наружных половых органов (***вульвит,***),
* воспаление бартолиновой железы (***бартолинит)***;
* влагалища (***кольпит),***
* шейки матки (**эндоцервицит**),
* матки (***эндометрит***),
* придатков матки (***сальпингоофорит),***
* клетчатки малого таза (***параметрит),***
* тазовой брюшины (***пельвиоперитонит),***

**Слайд 3**

При остром воспалении женских половых органов появляются локальные боли, отёк поражённого органа, нередко поднимается температура тела, меняется картина крови, возможны нарушения менструального цикла.

Причина неспецифических воспалительных заболеваний являются гноеродная флора (стафилококки, кишечная палочка и т.д.), хирургическое вмешательство (искусственный аборт, биопсия, гидротурбация и т.д.), а также нарушение правил личной гигиены и гигиены половой жизни.

***Слайд 4***

***2.Бартолинит*** – воспаление большой железы преддверия влагалища. Железа увеличивается с одной или обеих сторон, становится, болезненной, при надавливании из выходного отверстия выделяется гнойное содержимое.

Хронический бартолинит часто рецидивирует, характеризуется маловыраженными явлениями воспаления, незначительными болями, которые могут и вовсе отсутствовать, уплотнением железы. При длительном существовании хронического бартолинита в полости железы накапливаются жидкое содержимое, слизь, образуется безболезненная опухоль – киста эластической консистенции, без явлений воспаления.



***Слайд 5***

***Диагностика*** не представляет трудностей. Достаточно осмотра и взятия мазков на уточнение возбудителя заболевания.

***Лечение*** в острой стадии: покой, холод, УВЧ, обезболивание, применение антибиотиков. При образовании абсцесса лечение хирургическое в условиях стационара даже в случае самостоятельного вскрытия гнойника.

***Слайд 6***

***3.Вульвит –*** воспаление наружных половых органов. Заболевание может быть первичным и вторичным.



***Первичные вульвиты*** отмечаются редко – при травмах, загрязнениях (недостаточной чистоплотности женщины), особенно часто при нарушении обмена веществ (сахарном диабете), малокровии и других заболеваниях, ослабляющих реактивность организма.

Чаще наблюдаются ***вторичные вульвиты***, появляющиеся вследствие раздражения вульвы выделениями из расположенных выше очагов воспаления (***влагалище, матка***). Они могут возникать также при воспалительных заболеваниях мочевыделительной системы (***циститах и мочеполовых свищах***), когда инфицированная моча увлажняет и раздражает вульву. Развитию заболевания способствуют ***острицы,*** раздражение наружных половых органов различными химическими веществами, нерациональное применение медикаментов и др.

Женщины жалуются на боли, жжение, зуд, усиливающиеся при мочеиспускании. Острая стадия вульвита сопровождается отеком, покраснением больших и малых губ, клитора, преддверия влагалища. Поверхность вульвы покрывается слизисто-гнойными выделениями, которые, подсыхая, склеивают половые губы.

***Слайд 7***

***Диагностика*** основывается на клинической картине, исследовании мазков.

***Лечение*** заключается в устранении причин, способствующих возникновению вульвита (лечение диабета, гельминтоза, воспалительных заболеваний влагалища, матки).

В острой стадии заболевания назначаются антибактериальная и общеукрепляющая терапия, При зуде применяются антигистаминные средства ( димедрол, тавегил), местно –анестезиновая мазь. После стихания обострения можно применять мази ( актовегин, солкосерил), масло шиповника или облепихи для восстановления поражённых тканей.

***Слайд 8***

***4. Кольпит –*** воспаление слизистой оболочки влагалища, вызванное смешанной микрофлорой. ***Из*** ***общих причин*** большое значение имеет нарушение функций яичников, что ведет к снижению кислотности влагалищного содержимого и развитию патогенной микрофлоры, сахарный диабет и общие инфекционные заболевания. ***Местные причины*** возникновения кольпитов – несоблюдение правил личной гигиены, зияние половой щели при старых разрывах промежности, опущение стенок влагалища, пожилой и старческий возраст.

Больные жалуются на гнойные выделения, неприятные ощущения, жжение, болезненность при половом сношении и влагалищном исследовании. При осмотре при помощи зеркал отмечается гиперемия, отёк слизистой влагалища, скопления гноевидных белей.

Л***ечение.*** Спринцевания (с настоем ромашки, хлоргексидина, хлорофиллипта) 2 – 3 раза в день в течение 3 – 4 дней, введение антибиотиков в виде таблеток, мазей, свечей, гелей. Комплексные препараты (противомикробные, противогрибковые и противопротозойные) – полижинакс, тержинан для приёма внутрь.

***Слайд 9***

***5.Эндоцервицит -*** воспаление слизистой оболочки цервикального канала, которое возникает в результате травм шейки матки, инфекции (чаще хламидийной и гонококковой). Жалобы на бели, иногда боли тянущего характера в области крестца, гиперемия вокруг наружного зева шейки матки, гнойные выделения из цервикального канала. ***Лечение*** вострой стадии– назначение антибиотиков с учётом чувствительности к ним инфекционного агента.

***Слайд 10***

***6.Бактериальный вагиноз*** – это дисбактериоз влагалища. Заболевание характеризуется значительным уменьшением или отсутствием молочнокислых бактерий с одновременным резким увеличением числа болезнетворных микроорганизмов (гарднерелл и др.) и снижением кислотности влагалищной среды. Развитие бактериального вагиноза тесно связано со снижением местного иммунитета, изменениями гормонального баланса.

Основной жалобой больных бактериальным вагинозом являются бели (патологические выделения) из половых органов с неприятным («рыбным») запахом. Этот запах обусловлен продуктами жизнедеятельности микробов. В начале заболевания выделения имеют жидкую консистенцию, белый или серый цвет, а в дальнейшем приобретают желто-зеленую окраску, становятся густыми, липкими, могут пениться. Продукция влагалищного отделяемого достигает до 20мл (при норме 2мл). Больная может ощущать дискомфорт, зуд и жжение в области вульвы, часто беспокоят неприятные ощущения при половом акте.

**Слайд 11**

В ***диагностике*** БВ имеет значение определение «ключевых клеток» в мазке и положительный аминовый тест (появление запаха гнилой рыбы при добавлении гидроокиси калия к влагалищным белям).

Задачей ***лечения*** является улучшение физиологической среды влагалища, ликвидация патогенной микрофлоры, коррекция местного и общего иммунитета. С этой целью назначают метронидазол, клиндамицин в течение 5 – 7 дней. Можно вводить во влагалище тержинан в виде таблеток.

Далее необходимо восстановить нормальный микробиоценоз влагалища с помощью эубиотиков – лактобактерина, ацилакта и др. Создание вакцины «Солко Триховак», состоящей из ассоциации лактобацилл позволяет улучшить иммунитет. Образованные антитела быстро уничтожают возбудителей БВ.

**Слайд12**

***7.Понятие о специфических воспалительных заболеваниях***

***половых органов женщины***

В последние годы отмечается рост числа заболеваний, передающихся половым путем. Они характеризуются высокой контагиозностью и сравнительно быстрым распространением среди определённых групп населения.

Факторами, способствующими распространению заболеваний, передающихся половым путем, являются рост миграции населения, урбанизация, изменение сексуального поведения молодежи.

Установлено, что половым путём передаётся свыше 20 возбудителей. Некоторые из них ( хламидии, вирус простого герпеса, папилломовирус, вирус гепатита С, ВИЧ) постепенно вытесняют возбудителей классических бактериальных болезней (сифилис, гонорея, шанкроид и др.) как в плане значимости, так и в плане частоты случаев.

Этих возбудителей, считающихся вторым поколением микроорганизмов, передаваемых половым путём, зачастую трудно идентифицировать, а вызываемые ими инфекции труднее лечить. Они могут вызывать тяжёлые осложнения, приводящие к хроническим нарушениям, инвалидности и даже смерти

**Слайд 13**

***8. Вагинальный кандидоз. Клиника, диагностика,***

***Урогенитальный кандидоз*** – грибковое заболевание слизистых оболочек и кожи мочеполовых органов, вызываемое дрожжеподобными грибами рода Candida.

**Слайд 14**

***Кандидозный вагинит*** – характеризуется пятнистой краснотой слизистой оболочки влагалища с беловатым густым сметанообразным отделяемым, а иногда крошковатыми налетами, рыхло сидящими на геперемированной слизистой оболочке. Нередко имеются обширные эрозии на стенках и сводах влагалища. Белые творожистые, обильные, жидкие или сливкообразные бели, часто пенистые и даже гнойные с неприятным запахом.

Больные ощущают зуд, жжение и небольшую болезненность. Отмечается микотическое поражение не только слизистых оболочек влагалища, но и влагалищной части шейки матки.

******

**Слайд 15**

Выделяют 3 формы кандидозной инфекции влагалища:

1. ***Бессимптомное кандидоносительство*,** при котором отсутствуют клинические проявления заболевания, дрожжеподобные грибы выявляются в низком титре
2. ***Истинный кандидоз*,** при котором грибы выступают в роли моновозбудителя, вызывая клинически выраженную картину вагинального кандидоза.
3. ***Сочетание вагинального кандидоза и бактериального вагиноза,*** при котором дрожжеподобные грибы участвуют в полимикробных ассоциациях, как возбудители заболевания.

**Слайд 16**

***Диагностика.*** Диагноз вагинального кандидоза должен ставиться на основании симптомов заболевания с обязательным выделением культуры дрожжевых клеток из области вульвы и влагалища с помощью фазово-контрастной микроскопии и культивирования.

***Микроскопическое исследование***. Материал для исследования (соскобы с эрозивных поверхностей, слизистых оболочек, чешуйки кожи) на предметном стекле фиксируют 20% КОН.

***Культуральное исследование***. На среде Сабуро культура гриба С. albicans растет быстро - в течение 3 дней. Колония белого цвета имеет округлые очертания и четкие границы, выпуклую форму, блестящую и гладкую поверхность

***Лечение*** вагинального кандидоза представляет чрезвычайно трудную задачу. Основной принцип терапии - эффективно и быстро воздействуя на грибы, т.е. оказывая фунгицидное действие, исключить отрицательное воздействие препаратов на органы и системы организма. Одним из основных условий на период лечения является, если это возможно, отмена кортикостероидов, цитостатиков, гормональных эстроген-гестагенных препаратов, антибиотиков, отказ от вредных привычек.

При ВК применяют ванночки и спринцевания дезинфицирующими и противовоспалительными растворами (перманганата калия, нитрата серебра, натрия тетрабората), противогрибковые вагинальные таблетки и суппозитории, содержащие препараты с фунгицидным действием. Препараты для лечения вагинального кандидоза подразделяют на следующие группы.

* антибиотики (нистатин, леворин, пимафуцин, амфотерицин В);
* имидазолы (клотримазол, кетоконазол, миконазол, гинопеварил);
* триазолы (флуконазол, итраконазол);
* препараты разных групп (дафнеджин, препараты на основе йода, гризеофульвин, нитрофунгин).

***Профилактика:*** Необходимо проводить коррекцию состояний, приводящих к развитию генитального кандидоза.

**БПОУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**специальность 31.02.01 Лечебное дело**

**ПМ .01** **Диагностическая деятельность**

**МДК 01.01** **Пропедевтика клинических дисциплин**

**Раздел №14 Диагностика в акушерстве и гинекологии**

**Учебно-методический комплект преподавателя**

**Комаровой Г.Я. по теме №14.10**

**Диагностика воспалительных заболеваний женских половых органов.**

**Лекция 18**

**Эндометрит. Параметрит. Клиника, диагностика**

План лекции.

1.Клиническая картина эндометрита

2.Диагностика эндометрита.

3.Лечение и профилактика эндометрита.

4.Определение понятия и клиническая картина сальпингоофорита.

5.Диагностика заболевания.

6.Пельвиоперитонит. Этиология и патогенез, клиника,

7. Параметрит. Этиология и патогенез, клиника,

**Слайд 2**

***1.Клиническая картина эндометрита***

***Эндометрит -*** воспаление слизистой оболочки матки, обычно возникает после менструации, родов, абортов и других внутриматочных вмешательств. Часто инфекция распространяется вглубь, проникая в мышечный слой (метрит) и брюшинный покров (периметрит).



Воспаление половых органов выше внутреннего зева шейки матки практически всегда вызывает общую интоксикацию – недомогание, повышение температуры тела, учащение пульса, боли в низу живота, гнойные или гнойно-кровянистые выделения из матки. В анализах крови отмечается увеличение числа лейкоцитов, повышение скорости оседания эритроцитов. Матка увеличена в размерах, болезненна, мягковатой консистенции.

**Слайд 3**



Острый период воспаления слизистой оболочки матки продолжается примерно 4–5 дней. За это время микробы выводятся из полости матки вместе с распадающейся и отторгающейся слизистой оболочкой, верхний слой ее восстанавливается, в результате чего может наступить самоизлечение.

Однако такой исход не всегда возможен. . Если в течение 2–3 циклов не нормализуется менструальная функция, острый эндометрит переходит в хронический.

**Слайд 4**

Для него характерны очаговые воспалительные изменения в слизистой оболочке матки, изменяется способность эндометрия воспринимать гормональную стимуляцию, что приводит к нарушению менструальной функции.

Больные жалуются на обильные длительные менструации или скудные предменструальные, пост– и межменструальные мажущие кровянистые выделения, которые связаны как с нарушением сократительной функции мышцы матки и поражением ее слизистой оболочки, так и с расстройством функции яичников, обусловленным воспалением.

Нередко женщин беспокоят бели, временами усиливающиеся боли в низу живота и в области крестца. Хроническое воспаление матки обычно не сопровождается изменениями в анализах крови (иногда только повышается скорость оседания эритроцитов).

**Слайд 5**

***2.Диагностика эндометрита.***

Диагноз эндометрита основывается на характерных жалобах, данных бимануального исследования, УЗИ и лабораторных исследованиях.

***3.Лечение и профилактика эндометрита.***

В острой стадии эндометрита рекомендуются постельный режим, холод на низ живота, антибиотики в зависимости от чувствительности к ним микроорганизмов Целесообразно сочетать антибиотики с метронидазолом и противогрибковыми препаратами (нистатин, дифлюкан, орунгал).

Проводят также дезинтоксикационную, общеукрепляющую, антигистаминную терапию. Целесообразно промывание полости матки антисептическими растворами.

***При хроническом эндометрите*** проводят комплексное лечение, которое включает в себя: физиопроцедуры (ультразвук, электрофорез меди и цинка), бальнеотерапию, назначаемую с целью улучшения кровоснабжения органов малого таза; лечебные грязи, озокеритовые, парафиновые аппликации, радоновые воды, лечение гормонами, антиаллергическая и общеукрепляющая терапия.

После прохождения лечения в стационаре рекомендуется амбулаторное наблюдение, а через 6- 12 месяцев - санитарно- курортное лечение

**Слайд 6**

***4.Определение понятия и клиническая картина сальпингоофорита.***

***Сальпингоофорит (аднексит)***  – воспаление придатков матки (маточной трубы, яичника, связок). Чаще всего инфекция проникает восходящим (из матки) либо нисходящим (из аппендикса других органов брюшной полости) путём. Возможен занос инфекции из других очагов – при ангине, гриппе, пневмонии.



**Слайд 7**

***Клиническая картина*** характеризуется очень высокой температурой тела с отклонениями в течение суток в 1–2 градуса тяжелой интоксикацией, болями в низу живота и в паховых областях, отдающие в крестец. В крови отмечается увеличение числа лейкоцитов, повышение скорости оседания эритроцитов. Менструации часто принимают длительный характер. Гинекологическое исследование выявляет утолщённые, отёчные, болезненные придатки матки с одной или обеих сторон.

**Слайд 8**

Большую опасность представляют гнойные воспаления придатков матки, которые могут прорваться в брюшную полость, прямую кишку или мочевой пузырь. При намечающемся прорыве гнойника в брюшную полость усиливаются боли в животе, появляются симптомы раздражения брюшины, тошнота, рвота, состояние больных резко ухудшается. Если намечается прорыв в прямую кишку, отмечаются ложные болезненные позывы к акту дефекации, выделение слизи, нередко поносы, а при угрозе прорыва в мочевой пузырь – частые и болезненные позывы к мочеиспусканию.



**Слайд 9**

***5.Диагностика сальпингоофорита.***

***Диагноз*** заболевания основывается на жалобах больной данных влагалищного исследования, УЗИ, бактериоскопии мазков, лабораторных данных и лапароскопии.

1.Пельвиоперитонит. Этиология и патогенез, клиника,

2 Параметрит. Этиология и патогенез, клиника,

**Слайд 10**

***6.Пельвиоперитонит. Этиология и патогенез, клиника,***

***Пельвиоперитонит –*** воспаление брюшины малого таза наиболее часто развивается как осложнение воспаления матки и придатков.

По характеру воспалительного выпота различают серозно-фибринозный и гнойный пельвиоперитонит. Для первой формы характерно развитие спаечного процесса и сравнительно быстрое отграничение воспаления. При гнойном процессе происходит скопление гноя в позадиматочном пространстве.

Начало заболевания острое, с ознобом и резким повышением температуры, учащением пульса, тошнотой, рвотой, сильными болями в низу живота, его вздутием. Язык влажный, может быть обложен белым налетом. Перистальтика кишечника ослаблена, но передняя брюшная стенка принимает участие в акте дыхания. Появляются симптомы раздражения брюшины, выраженная интоксикация, напряжение и болезненность заднего отдела влагалища.

**Слайд 11**

В анализе крови отмечаются увеличение числа лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов, изменения содержания белка и солей.

***Диагностика*** базируется на характерной клинической картине, данных УЗИ, лапароскопии, лабораторных данных. Имеет значение пункция заднего отдела влагалища с последующим бактериологическим исследованием.

***Принципы лечения*** пельвиоперитонитатакие же как и пригнойном аднексите с учётом тяжести клинических симптомов.

***Прогноз*** в большинстве случаев благоприятный. Однако в некоторых случаях при ослаблении защитных сил организма может развиться разлитой перитонит (воспаление всей брюшины). В этом случае проводятся срочное оперативное вмешательство, удаление инфекционного очага и дренирование брюшной полости.

**Слайд 12**

***7. Параметрит. Этиология и патогенез, клиника,***

***Параметрит-***это воспаление околоматочной клетчатки. Возбудителями параметрита являются золотистый стафилококк, стрептококки, кишечная палочка и др. Инфекция из матки и придатков распространяется по лимфатическим путям. Чаще развивается вторично как осложнение после родов или аборта (особенно криминального).

***Острый параметрит*** начинается с повышения температуры тела до 38—39 градусов С и более, появляется озноб, сухость во рту, тошнота, боли внизу живота При бимануальном исследовании определяется инфильтрат в области параметрия. В зависимости от локализации воспалительного процесса различают передний, задний и боковой параметрит. Наиболее часто встречается боковой параметрит. Воспалительный инфильтрат может рассосаться, нагноиться или приобрести хроническое течение.

**Слайд 13**

В случае распространения воспалительного процесса на мочевой пузырь или прямую кишку нарушается функция этих органов: появляются расстройства мочеиспускания, тенезмы и др.



***Лечение параметрита.*** При остром параметрите показана госпитализация. Назначают постельный режим, лед на низ живота, антибиотики и симптоматические средства. При образовании в параметрии абсцесса (наличии флюктуации) проводят оперативное вмешательство. При подостром и хроническом параметрите рекомендуют физиотерапию и курортное лечение.

***Профилактика*** заключается в рациональном ведении родов, предупреждении абортов, строгом соблюдении правил асептики при проведении внутриматочных манипуляций, своевременном выявлении и лечении воспалительных заболеваний органов малого таза.

**Литература**

**Основные источники:**

1.Гинекология [Текст]:учебник/под ред. Г.М.Савельевой, В.Г. Бреусенко.- «ГЭОТАР-Медиа», 2006.-432с. стр.161 - 180

2.Гинекология: учебное пособие /под редакцией А.Н.Стрижакова, А.И.Давыдова,-«ГЭОТАР-Медиа», 2009.-472с.

**Дополнительные источники:**

**Интернет-ресурсы**:

1.Портал профессиональной медицины - Режим доступа: http://medobook.com/ свободный.-Загл. с экрана.

2.Медицинский портал - Режим доступа: http://medwedi.ru/ свободный.-Загл. с экрана.

3.Медицинский сайт - Режим доступа: <http://medicalplanet.ru/>

свободный.-Загл. с экрана.

4.Большой медицинский портал - Режим доступа: http://www.megamedportal. ru/ свободный.-Загл. с экрана.