**Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии**

Эти заболевания занимают 65% от всей структуры стационарных гинекологических больных.

В последнее время отмечается рост этих заболеваний (ВЗНЭ). Большое значение придается влагалищной микрофлоре. Впервые об этом заговорили в 1895 году, когда Дадерлейн, обнаружил Гр (+) палочки - лактобактерии, создающие кислую среду влагалища, это первый этап защиты влагалища. рН влагалища в кислую сторону обуславливают также эстрогены, поэтому в климаксе изменяется влагалищная среда в сторону ощелачивания.

Нормальная влагалищная микрофлора, помимо лактобактерий, создают коринбактерии и дифтероиды, гемолитические и негемолитические стрептококки, кишечная палочка, кандида. Соотношение аэробной и анаэробной флоры смещено в сторону первых. Следующий фактор защиты - десквамация поверхностных клеток эпителия влагалища. Неспецифические факторы защиты также играют большую роль, это фагоцитоз ( на клеточном уровне), неспецифические гуморальные факторы - белок плазмы трансферрин, опсонины ( усиливают фагоцитоз), лизоцим, лизин (выделяется тромбоцитами в очаге воспаления). Также играют роль Т и В-лимфоциты, иммуноглобулины и система комплемента.

Другой фактор защиты - бактерицидная слизистая пробка цервикального канала, которая содержит антитела ко многим микробам, лизоцим, IgA. Вязкость этой пробки изменяется на протяжении менструального цикла, ее увеличивают гормональные контрацептивы, таким образом препятствуя генерализации инфекции. Эндометрий, функциональный слой которого ежемесячно отторгается, тоже играет определенную защитную роль возможного распространения инфекции.

**Пути проникновения микробов в гениталии.**

Половой активный транспорт микробов реализуется сперматозоидами и трихомонадами. Сперматозоиды обладают отрицательным зарядом, который является своеобразным рецептором для микробов.

Пассивный транспорт

Гематогенный транспорт

Лимфогенные, например, из кишечника при гнойном аппендиците.

Факторы способствующие распространению инфекции

Различные внутриматочные вмешательства ( зондирование полости матки, гистероскопия, гистеросальпингография, гидротубации, операции, выскабливания полости матки, роды, ВМС ( риск возрастает в 4-5 раз).

Использование внутривлагалищных тампонов.

**Патогенез.**

Помимо агрессивности микробных агентов играет роль и резистентность организма женщины, особенностью ее иммунитета.

Внедрение микробов вызывает альтерацию, они воздействуют на степени сосудов, происходит высвобождение медиаторов воспаления (гистамин, серотонин и т.д.), что приводит к нарушению МЦР в очаге воспаления. Капилляры принимают извитую форму, просвет артерий суживается. Развивается повышенная сосудистая проницаемость и отек тканей. На сосудах оседают иммунные комплексы, обладающие повреждающим действием, развивается экссудация.

При внедрении анаэробной инфекции в гистологической картине присутствуют более выраженные повреждения тканей. Во всех случаях присутствуют все 5 признаков воспаления.

**Этиология ВЗНЭ**

стафилококки 60%

кишечная палочка

стрептококк

протей

анаэробная инфекция

хламидии

микоплазмы

вирусы

дрожжи (Candida, актиномицеты)

**Хламидийная инфекция.**

До 60-70% больных ВЗНЭ инфицированы хламидией. Передается только половым путем. Много общего имеет с гонококками. Хламидии - Гр (-) внутриклеточные бактерии, тропны к цилиндрическому эпителию ( цервикальный канал, маточные трубы, протоки бартолиниевых желез, уретра и парауретральные ходы). Инкубационный период 20-30 дней. Яркой клиники нет, изначально есть склонность к хроническому и вялотекущему заболеванию, а также рецидивированию. Результатом не леченного хламидиоза является бесплодие, трубная его форма, либо невынашивание беременности. Также нередко внутриутробное инфицирование плода ( хламидийная пневмония). Помимо всего прочего, хламидийную инфекцию сложно диагностировать - необходимо ИФА либо специальные сыворотки. Материалом служит соскоб из цервикального канал и уретры. Хламидии чувствительны лишь к тетрациклинам, макролидам и фторхинолонам. Лечение должно проводится у обоих партнеров.

**Вирусная инфекция.**

Путь передачи лишь половой.

Структура:

вирусы группы герпеса второго серотипа

вирус папилломы человека

Доказано, что рак шейки матки вызывает именно этими двумя вирусами - цитомегаловирусы - играют большую роль в возникновении уродств плода.

Течение вирусной инфекции хроническое, малосимптомное, при рецидивах - пузырьки, зуд, и жжение. Диагностика крайне сложна. Лечение также затруднено - необходимо применять ацикловир.

**Миклоплазменная инфекция.**

Гр (-) мелкие колибациллярные бактерии. Как правило, прикрепляются к сперматозоидам. Большое значение играют в невынашивании и внутриутробном инфицировании плода.

**Кандидозная инфекция.**

Грибы рода Candida, сапрофиты, аэробы. Живут во влагалище. Половой путь не обязателен, развитие кандидозного кольпита возможно на фоне гормональных изменений, массивной антибактериальной терапии, лечения цитостатиками. Жалобы на зуд, творожистые белые выделения. Лечение: местная терапия клотримазолом, экомазол.

Все ВЗНЭ условно разделяются на:

ВЗНЭ нижнего отдела гениталий

ВЗНЭ верхнего отдела гениталий.

А. Вульвит - воспалительное заболевание, развивается в основном у девочек. Инфицированию способствуют опрелости, расчесы, ссадины, эндокринная патология ( ИЗСД), глистные инвазии, детские вирусные инфекции.

Клиника: боль, отек вульвы, гнойное отделяемое.

Лечение: антибиотики внутрь, ванночки с ромашкой, чередой.

Б. Бартолинит - абсцесс бартолиниевой железы вследствие закупорки ее выводного протока. Существует ложный и истинный абсцессы бартолиниевой железы:

Ложный абсцесс. Закупориваясь и расширяясь, проток превращается в кисту бартолиниевой железы, которая при присоединении инфекции нагнаивается, а повреждение близлежащих тканей не происходит, так как у кисты есть капсула.

Истинный абсцесс. Поражается капсула и близлежащие ткани ( клетчатка). Клиника: интоксикация. Лихорадка, сильные боли при движении, гнойные выделения, сочетание с кольпитом. При обследовании определяется болезненная опухоль определенных размеров в области одной из половых губ. Нередко увеличение паховых лимфоузлов, болезненность их при пальпации. Лечение: вскрытие и дренирование абсцесса ( внутривенное обезболивание).

**Кольпит - воспаление влагалища ( вагинит).**

В клинической картине триада симптомов: боли, бели, зуд. Диагноз после осмотра в зеркалах:

слизистая влагалища гиперемирована

отек

может быть эрозивное поражение, язвы (трихомонадная микст-инфекция).

Бактериальный вагиноз ( диагноз с 1980 года) болезнь Гарднера. Жалобы только на повышенное отхождение белей. При осмотре симптомов воспаления нет. При этом заболевании происходит изменение биоценоза влагалища, то есть соотношение аэробной и анаэробной флоры. Происходит увеличение количества анаэробов и практически исчезают лактобактерии. Кислая среда превращается в щелочную. Таким образом гарднелерез ( болезнь Гарднера) характеризуется :

увеличение анаэробной флоры (палочки Гарднера)

отсутствие лактобактерий

щелочной средой влагалища

Лечение: трихопол ( метронидазол).

Цервицит - воспаление слизистой цервикального канала. Триада симптомов та же.

Воспалительные заболевания верхнего отдела. Острый сальпингоофорит ( на первом месте по частоте). Инфекционный процесс переходит на яичник во время овуляции, когда после выхода яйцеклетки обнажена раневая поверхность, то есть входные ворота для инфекции.

Клиника: боли различного характера и степени выраженности внизу живота, процесс как правило двусторонний. Симптомы интоксикации ( лихорадка, озноб, слабость, недомогание и т.д.).

Осмотр в зеркалах: гнойные выделения, воспалительные изменения влагалища. При бимануальном исследовании - плотные отечные болезненные придатки ( в норме они не определяются). Если развивается пельвоперитонит отмечаются симптомы раздражения брюшины и при бимануальном исследовании не удается четко отконтурировать ни матку ни придатки. Воспалительные процесс начинается со слизистой влагалища, далее переход на мышечные и серозные слои. Вследствие склеивания маточных труб, их фимбрий происходит запаивание ампулярного отдела маточных труб - или гидросальпинкс. Если инфекция попала в яичник, происходит гнойное расплавление его и развивается пиовар. При бимануальном исследовании определяется болезненное неподвижное образование при сочетании пиосальпинкса и пиовара, так как развивается спаечный процесс. Диагноз основывается также на бактериологическом и бактериоскопическом исследовании. УЗИ информативно только в случае пиосальпинкса, пиовара; лапароскопия.

Лечение: оперативное (тубэктомия при пиосальпинксе, при сочетанном поражении - аднексэктомия, дренирование брюшной полости). Экстренные показания к операции возникают при наличии гнойных тубоовариальных образований:

перфорация гнойника

угроза перфорации

пельвиоперитонит

перитонит

Эндометрит - поражение эндометрия. При поражении эндометрия и мышечного слоя - метроэндометрит.

Метротромбофлебит - поражение эндометрия, миометрия и сосудов ( при инфицированных абортах). Эти заболевания возникают после каких-либо вмешательств, операций. Клиника: симптомы интоксикации, боли, гнойно-кровянистые выделения.

Бимануальное исследование: матка отечна, увеличена в размерах, мягкая, болезненная. Нередко вялотекущий эндометрит приводит к рубцовым изменениям эндометрия и впоследствии к нарушению менструального цикла вплоть до бесплодия.

Параметрит - воспаление околоматочной клетчатки. Распространение инфекции на параметру происходит лимфогенным путем.

По локализации воспалительного инфильтрата:

боковой (правый и левый)

передний

задний

Параметриту как правило предшествует внутриматочные вмешательства (роды, аборты, эксцизия шейки матки).

Клиника: симптомы интоксикации, боли. Бимануальное исследование: с одной или с обеих сторон от матки определяется плотный болезненный инфильтрат, который распространяется от стенок матки до костей таза. Матка не подвижная или есть ограничение в подвижности. Неподвижность слизистой влагалища со стороны поражения. Необходимо дифференцировать параметрит с тубовариальными абсцессами или опухолью так как тактика лечения различная.

Лечение консервативное ( антибиотики). Хирургическое лечение в случае нагноения - дренирование параметрального абсцесса через влагалища ( задняя кольпотомия).

Чревосечение не допустимо, так как параметрит расположен забрюшинно.

Общие принципы терапии:

Этиотропное лечение:

Антибиотикотерапия (группы пенициллина, аминогликозиды, цефалоспорины, трихопол)

детоксикационная терапия (гемодез, реополиглюкин)

коррекция водно-электролитного, щелочного баланса, микроэлементов, коррекция диспротеинемии

антигистаминная терапия

витаминотерапия ( витамин С)

кальция хлорид (укрепляет сосудистую стенку, десенсибилизация)

иммунотерапия ) тимолин, тимоген, УФО крови, лазеротерапия)