

Запальні захворювання статевих жіночих органів жінок (ЗЗСО) займають перше місце в структурі гінекологічних захворювань і становлять 60-65% серед усіх гінекологічних захворювань. Серед хворих на ЗЗСО – 75% становлять жінки, молодші 25 років (від 16 до 25 років), аз них ? тих, що мали пологи.

Запальні захворювання є найголовнішою причиною негормонального безпліддя, ектопічних вагітностей не виношування, відіграють певну роль в розвитку фетоплацентарної недостатності, захворюваннях плода та новонародженого. Треба мати на увазі, що запалення нижнього відділу статевих органів можуть привести до виникнення передракової патології шийки матки (ектопії, дисплазії), тіла матки (лейоміома). Знання причин, методів діагностики та лікування запальних захворювань жіночих статевих органів необхідно лікарю будь-якого профілю в його практичній діяльності.

Запальний процес в статевих органах жінки являє собою перш за все інфекційний процес, у виникненні якого можуть відігравати роль різні мікроорганізми. Спектр збудників достатньо широкий і включає бактерії, які звичайно колонізують піхву, та нижній відділ цервікального каналу (індигенну флору), а також збудників, що передаються статевим шляхом. На сьогодні нараховують більше 20 захворювань, що передаються статевим шляхом.

За класифікацією ВОЗ, виділяють три групи запальних захворювань, що передаються статевим шляхом:

I група містить традиційні, «класичні» венеричні хвороби: сифіліс, гонорею, шанкроїд (м'який шанкр), лімфогранульоматоз венеричний, гранульому венеричну.

II група містить захворювання, що передаються статевим шляхом з переважним ураженням статевих органів: хламідіоз, мікоплазмоз, трихомоніаз, урогенітальний кандидоз, генітальний герпес, бактеріальний вагіноз. Збудників цих захворювань часто називають інфекцією другого (нового) покоління.

Деякі захворювання (III група) можуть мати як статевий, так і нестатевий шляхи передачі (папіломавірусні інфекції статевих органів, гепатит В, лямбліоз та ін.)

Захворюваність інфекціями II групи знаходиться на високому рівні, вони поступово витискають збудників класичних венеричних хвороб (сифілісу та гонореї) за частотою випадків. Для практики гінеколога ці захворювання є найважливішими.

Не втратили свого значення такі збудники, як стрептокок, стафілокок, кишкова паличка, протей та інші. Дослідженнями останніх років доведено роль

анаеробної інфекції, її монокультура досягає 20%, поліанаероби – 44%, облигатні та факультативні анаероби – 37,7%.

У більшості випадків запальні процеси носять полімікробний характер. В наслідок цього захворювання втрачає нозологічну специфічність. Особливості сьогодення в тому, що спостерігається значне зниження імунної реактивності жіночого організму, що зумовлено погіршенням екологічної обстановки, наявністю хронічного стресу, особливістю живлення та зміною фізіологічних періодів в житті жінки.

Велика кількість запальних захворювань статевого тракту жінок первинно пов'язана з інфекціями, що передаються статевим шляхом. Частота їх загрозливо зростає в зв'язку з підвищенням статевої активності у молодому віці, нестабільністю сексуальних контактів, легалізацією абортів. Ризик цих захворювань є найвищим у незаміжніх жінок з численними сексуальними партнерами. Ці інфекції дуже негативно впливають на репродуктивне здоров'я жінок. Крім того, інфекції, що передаються статевим шляхом, можуть вражати не тільки статеві органи. Значна розповсюдженість захворювань, що передаються статевим шляхом, обумовлює необхідність знання збудників, етіотропність та патогенний механізм розвитку ЗЗСО. Найбільш характерні збудники, що передаються статевим шляхом, запальних захворювань нижнього відділу статевих органів є трихомоноз, гонорея, генітальний кандидоз, генітальний герпес.

Гонорея – збудник грамнегативний диплокок, розташований внутрішньоклітинно в сегментоядерних лейкоцитах та клітинах циліндричного епітелію. Мікроб здатний проникати в міжклітинні щілини та утворювати мікроколонії. Клінічно виділяють гонорею свіжу давністю до 2 місяців – гостру, підгостру, торпідну а також хронічну персистуючу форму.

Симптоми захворювання залежать від місця ураження. Діагноз встановлюється тільки при лабораторному виявленні гонококків. Клініко – діагностичні дослідження: виявлення гонококків у досліджуваному матеріалі (бактеріоскопія), культуральні дослідження (ідентифікація гонококків у культурах «Біолік» та інших) ПЛР. Взяття матеріалу обов'язковоз цервікального каналу уретри та піхви. Препаратами вибору для лікування вважають цефалоспорини, аміноглікозиди та фторхіналони, іноді застосовують пеніцилін.

Трихомоноз – збудник представник джгутикових найпростіших *Trichomonas vaginalis*. Вагінальні трихомонади це аеротолернтні анаероби. Завдяки наявності на поверхні трихомонад великої кількості ферментів (гіалуронідази, амілази, каталази). Вони можуть проходити в міжклітинні щілини, розповсюджуватися по уrogenітальному тракту. Жінки і чоловіки

можуть бути трихомонадоносіями, характерні значні пінисті, зловонні, жовто-зелені виділення. Клініка залежить від ураження. Клініко-лабораторні дослідження виявлення трихомонади у нативному мазку та дослідженому матеріалі забарвленому за методом Грама та Романовського-Гімзи, культуральні дослідження. Лікування: препарати групи нітроїмідазолів.

Генітальний кандидоз – збудники дріжджеподібні гриби роду кандиди (*C. albicans*, *C. tropicalis*), іноді гриби роду *Leptotrix*.

Пусковим моментом захворювання є порушення біоценозу піхви через застосування антибіотиків, кортикостероїдів, ендокринні захворювання. Характерні специфічні сироподібні виділення.

Клініко-лабораторні дослідження: бактеріоскопія, культуральне дослідження.

Лікування: протигрибкові препарати.

Генітальний герпес – збудники двох типів: вірус простого герпесу Herpes Simplex I (ВПГ-1) та Herpes Simplex II (ВПГ-2). В 90% випадках захворювання викликає ВПГ-2. Інфекція передається переважно при сексуальних контактах від хворого або носія ВПГ, який немає клінічних симптомів. Виділяють 3 форми герпетичної інфекції: первинна інфекція, непервинна інфекція (у пацієток, які вже мають антитіла до одного з типів до одного з типів ВПГ), рецидивуюча інфекція. Факторами, які сприяють рецидивам є зниження імунологічної реактивності. Розподіляють клінічні форми: маніфестна – характеризується болем в зоні вульви та появою везикульозних елементів, ознаки загального нездужання, високою або субфебрильною температурою. В подальшому на місці везикул утворюються ерозії, які поступово епітелізуються. Загальна тривалість клінічних проявів складає до 5-6 тижнів; атипова – характеризується тим, що вогнище ураження виглядають як тріщини слизової вульви, іноді як набряк вульви. Тріщини епітелізуються протягом 5-7 днів; абортивна форма – вогнище ураження, минає стадії характерні для маніфестної форми і виглядає як пляма чи папула, що свербить. Ця форма спостерігається у пацієток, що раніше отримували противірусну терапію. Субклінічна форма характеризується мікросимптоматикою. Клініколабораторне дослідження: полімеразна ланцюгова реакція, серологічні дослідження (ІФА), виділення та ідентифікація вірусу герпесу, цитологічні дослідження. Лікування: противірусні препарати, інтерферони та їх індуктори, симптоматична терапія.

Існують механізми біологічного захисту статевої системи жінок від інфікування, які нараховують чотири біологічних бар'єри.

Перший біологічний бар'єр – це зімкнута статева щілина, що забезпечує захист піхви від навколишньої середовища за рахунок тонуса промежини і вульварного кільця.

Другий біологічний бар'єр забезпечується будовою слизової стінки вагіни (багатошаровий сквамозний епітелій не сприяє розмноженню патогенних мікроорганізмів); здатністю вагіни до самоочищення, кислого середовища $pH=4-4,5$ (залежить від фази менструального циклу).

Третій фізіологічний бар'єр – шийка матки, вузький цервікальний канал, наявність слизового секрету, який містить велику кількість факторів імунітету (бактерицидна дія слизової «пробки»; у фізіологічних умовах дві верхні третини цервікального каналу залишаються стерильними).

Четвертий бар'єр обумовлений станом матки та придатків, циклічними відшаруваннями ендометрію, перистильтичними скороченнями маткових труб в сторону порожнини матки.

Слід пам'ятати про ятрогенні фактори та умови, що порушують бар'єрні механізми захисту статевих систем жінки, які сприяють поширенню запальних процесів, такі як пологові травми промежини, випадіння стінок піхви, механічні, хімічні, термічні фактори, які подразнюють епітелій слизової оболонки піхви, розриви шийки матки, розриви шийки матки, які зумовлюють виникнення ектопіона та порушують бактерицидні властивості цервікального слизу. Часте вживання дезінфектантів, сперміцидних вагінальних свічок та гелів призводить до знищення сапрофітної аутофлори піхви. Вживання тампонів типу «Тамрах» сприяє утворенню оптимальних умов для швидкого розмноження патогенних мікроорганізмів та пригнічення захисних механізмів. Пологи, аборти, симультанні операції, ендоскопічні методи обстеження сприяють поширенню запального процесу. Виникненню ЗЗСО сприяють такі супутні захворювання як цукровий діабет, гіпофункція яєчників, екстрагенітальна патологія, порушення обміну речовин, хронічні інфекції, хіміотерапія, глюкокортекоїдна терапія з імуносупресивним ефектом.

ПАТОГЕНЕЗ. Головними ланцюгами патогенезу запальних захворювань статевих систем жінки є:

- пряма вражаюча дія інфекційного агента на фоні зниження імунних та неімунних захисних механізмів організму, виникнення дисбіотичних станів.
- Альтерація тканин, що супроводжується розвитком біохімічних реакцій в зоні запалення та морфологічні зміни в клітинах тканин.

- Екссудація – внаслідок порушення мікро циркуляції, міграції лейкоцитів та інших формених елементів крові.
- Проліферація та міграція фібробластів, ріст судин та грануляційної тканини.
- Регенерація тканин.

Морфологічні прояви вражаючої дії збудників:

- некробіотичні зміни в клітинах;
- місцеві розлади кровообігу (крововиливи, тромбози, некрози)
- дистрофічні зміни тканин;
- репаративна внутрішньоклітинна регенерація.

При хронічному запальному процесі жіночих статевих органів центральне місце в патогенезі займає аутоімунна агресія. В процесі альтерації деструктивні тканини є антигенами, у відповідь утворюються ауто антитіла, які руйнують ушкоджені та здорові тканини організму.

Механізми інфікування:

- восхідний шлях – інтраканікулярний;
- лімфогенний;
- гематогенний;
- контактний (пряме проникнення з органів черевної порожнини).

Класифікація запальних захворювань статевих органів.

За клінічним перебігом:

- I. Гострі процеси.
- II. Підгострі процеси.
- III. Хронічні процеси.

За ступенем важкості:

- I. Легка.

II. Середня.

III. Важка.

За локалізацією:

I. Запалення статевих органів нижнього відділу:

- 1) вульви (вуль віт);
- 2) баролінової залози (бартолініт);
- 3) піхви (кольпіт, вагініт);
- 4) шийки матки ;
- 5) екзоцервіцит (запалення піхвової частини шийки матки, покритої багат шаровим плоским епітелієм);
- 6) ендocerвіцит – запалення слизової оболонки, яка переходить в канал шийки матки і вкрита циліндричним епітелієм.

II. Запалення статевих органів верхнього відділу:

1. Тіла матки:

- а) ендометрит (запалення слизової оболонки тіла матки);
- б) метроендометрит (запалення слизового і м'язового шару тіла матки);
- в) панметрит (запалення усіх шарів стінки матки);
- г) периметрит (запалення очеревини, що покриває тіло матки).

2. Придатків матки:

- а) сальпінгіт (запалення маткових труб);
- б) оофорит (запалення яєчників);
- в) сальпінгоофорит, аднексит (запалення маткових труб та яєчників);
- г) аднекстумор (запальна пухлина маткових труб та яєчників);
- д) гідросальпінкс (запальна мішечкувата пухлина маткової труби з накопичуванням серозної рідини в її просвіті);
- е) піосальпінкс (запальна мішотчата пухлина маткової труби з накопиченням гною у її просвіті);
- є) піоваріум (запальна пухлина яєчника з гнійним розплавленням його тканин);

ж) пері сальпінгіт (запалення очеревинного покриву маткової труби).

3. Клітковини таза:

Параметрит (запалення клітковини, що оточує матку) – боковий, передній, задній.

4. Очеревини таза:

Пельвіоперітоніт – запалення очеревини малого тазу.

В сучасних умовах запальні захворювання геніталій мають деякі особливості. Їх характеризує:

- стерта клінічна симптоматика гострої стадії захворювання;
- перевага хронічних процесів, а в останні роки поява первинно хронічних захворювань;
- стійкий рецидивуючий перебіг хронічних процесів;
- найбільш часта локалізація запального процесу в придатках матки;
- рідкісне ураження параметральної клітковини;
- рідкісний розвиток гнійних процесів.

Перебіг захворювань (гострий, підгострий, хронічний), ступінь важкості (легка, середня, важка), залучення багатьох тканин та органів, (ендоцервікс, ендометрій, біометрій, ендосальпінкс, яєчники); розповсюдження процесу на оточуючі тканини (параметрій, очеревину) в більшій мірі залежить від реактивності організму жінки, а також від патогенних властивостей мікробів.

Виділяють два клініко-патогенетичні варіанти запального процесу. Для першого є характерною перевага інфекційно-токсичних прояв як результату вкорінення або активації мікробів (поява болю, температурна реакція, ексудативні процеси, інтоксикація) – інфекційно-токсичний варіант. Другий варіант характеризується стійким больовим синдромом та ознаками порушення функцій судинної (переважно мікроциркуляції), нервової, імунної та ендокринної систем. Перший варіант спостерігається при гострому перебігу та загостренні хронічного процесу. Другий варіант характерний для хронічного перебігу захворювання.

Больовий синдром є провідним симптомом хронічного запалення незалежно від його локалізації. Його морфологічна основа – це фібротизація, склерозування тканин, втягнення в процес нервових гангліїв з розвитком тазових гангліоневритів і таких же уражень у віддалених органах (соляри та ін.). Біль має різний характер: тупий, ниючий, тягнучий, такий, що посилюється, постійний, або періодичний. Для хронічних запальних процесів характерний рефлекторний біль, що виникає за механізмом вісцеро-сенсорних і вісцеро-кутанних рефлексів. Біль внизу живота буває дифузний, нерідко локалізується в правому або в лівому паху, ірадіює в ділянку поперека, у піхву, у пряму кишку, у крижі, у нижні кінцівки. Інші симптоми залежать від ураження різних анатомічних структур.

КЛІНІКА. Запальні захворювання нижнього відділу геніталій (вульвіт, бартолініт, кольпіт, ектоцервіцит) звичайно мають інфекційне походження (часто мікробні асоціації) і передаються статевим шляхом. Спостерігається тенденція щорічного збільшення частоти їх поширення. У значного числа пацієток (не менше 25%), наслідком цих процесів є позаматкова вагітність.

В сучасних умовах запальні захворювання жіночих статевих органів нерідко мають довготривалий рецидивуючий перебіг і тенденцію до хронізації процесу.

Вульвіт – це запальний процес зовнішніх статевих органів. Розділяють: первинний вульвіт (недотримання гігієни, поприлості при ожирінні, сечостатеві нориці, цистит, гельмінтоз, ендокринні хвороби, хімічні, термічні та механічні подразнення, нераціональне вживання антибіотиків та інших препаратів), вторинний вульвіт (внаслідок запальних процесів внутрішніх статевих органів – кольпітів, ектоцервіцитів та інших).

Етіологія: неспецифічна умовна патогенна мікрофлора, трихомонади, дрожжеподібний грибок, віруси (простого герпесу, папіломи людини, контагіозного моллюска).

Клінічно поділяють: гострий вульвіт та хронічний вульвіт.

Гострий вульвіт – скарги на біль, відчуття свербіжу та печії в області вульви, які посилюються при ходьбі та сечовипусканні, рясні виділення, загальне нездужання, підвищення температури тіла. Об'єктивно: набряк зовнішніх статевих органів, гіперемія великих та малих статевих губ дифузного характеру, або у вигляді обмежених ділянок, мілкі ерозивні подразнення зовнішніх статевих органів із гнойними виділеннями, загальна слабкість, підвищення температури тіла, іноді можуть бути збільшені пахові лімфатичні вузли. Хронічний вульвіт – вказані симптоми менш виражені.

Обстеження:

1. Загальний аналіз крові.
2. Загальний аналіз сечі.
3. Аналіз крові на RW, ВІЛ.
4. Мазок вагінальних виділень на флору.
5. Посів вагінальних виділень на мікрофлору та чутливість до антибіотиків.
6. Обстеження на папіломовірус людини, вірус контагіозного малюска (ПЦР), трихомонади, candida albicans (за необхідністю).
7. Посів на гонокок.

Лікування:

I) Утримання від статевого контакту.

II) Місцеве лікування:

1) вагінальні ванночки та санація зовнішніх статевих органів 0,5 % розчином хлоргексидина або декаметоксина.

2) Обробка піхви та вульви бетадином, вокадином, цитеалом, мірамістином, інстиллагелем.

3) Введення вагінальних таблеток, тампонів, свічок що містять препарати етіотропної дії:

а) При неспецифічній коковій флорі – тержинан, поліжинакс, мератин – комбі, мікожинакс, бетадин.

б) При гарднеллерах – Ung. Dalacini 2%, метронідазол (флагіл, трихопол, ефлоран, нідазол), тержинан, міратін – комбі, клеон – Д.

в) При трихомоніазі (загальне та місцеве лікування проводити на протязі 10 днів після менструації – 3 цикла) – таблетки трихопола, тінідазола, фазижина, клеон – Д, міратін – комбі, тержинан, трихомонацид, нео-пенотран.

г) При дрожжеподібних грибах – препарати полієнового ряду: ністатін, леворін, танаміцин, пімафуорт; препарати імідазолowego ряду: кетоконазол, клотримазол, міконазол, гінезол, еконазол, гіналгін; комплексні препарати: декамін, тержинан.

При генітальному герпесу – препарати прямої противірусної дії: ацикловір (зовіракс, віролекс, герпевір); шарики з інтерферонами: альфа –інтерверон,

віферон;мазі з противірусними препаратами рослинного походження: алпізарин і мегасин.

4)Підсушуючи засоби.

Rp.:Camphorae 0,5

Zinci oxydi 2,5

Talci 47,0

M.D.S. Присипати поверхність вульви.

5)Протизудні засоби

Rp.: Mentholi 1,0

Anaesthesini 3,0

Folliculini 300000ЕД

Streptocidi alba 4,0

M.D.S. Протирати поверхності,що сверблять

Rp.;Sol.Dicaini 3% - 2 ml

D.S.Для змазування вульви.

III. Загальне лікування проводити при значних клінічних проявах в залежності від виду збудника.

IV Імунотерапія. Вітамінотерапія: тіамінохлорид по 0,002 г 3 раз/на добу.,

30-40 днів,рибофлавін –по 0,005 г 2 раз/на добу,віт. С (200 мг) з віт.Е (100мг) – по 1 капсулі 3 раза на добу,аевіт – по 1 капсулі 2-3 раз/ на добу.

VI. Фітотерапія –відвари та настої для сидячих ванночок та шпринцувань(дуб звичайний,ромашка аптечна,листя кропиви,спориша трави).

VII.Фізіотерапія:

1)УФО зовнішніх статевих органів.

2)Електрофорез з 1% раствором новокаїну або 10% розчином кальцію хлориду на зону зовнішніх статевих органів.

Бартолініт – це запальний процес великої залози передмісця піхви.

Етіологія – неспецифічна умовно-патогенна мікрофлора, гонокок, трихомонади,кандиди,хламідії,уреаплазми,мікоплазми,віруси.

Клініка

I. По локалізації запального процесу розрізняють:

- 1) каналікуліт (мікроорганізми вражають вивідний протік залози без закупорювання протоку),
- 2) несправжній абсцес бартолінійної залози.
- 3) абсцес бартолінійної залози.

II. По процесу: гострий та хронічний.

Каналікуліт

Загальний стан жінки не суттєво змінюється.

Locus morbi: навколо зовнішнього отвору вивідного протоку бартолінійної залози відмічається червоне плямо і виступаючий запальний валік; при надавленні на протік виділяється капелька гною (беруть для бактеріологічного дослідження).

Несправжній абсцес бартолінійної залози – виникає при закупорюванні вивідного протоку бартолінійної залози.

Загальний стан змінюється не суттєво, температура звичайно субфебрильна, періодично можуть виникати різкі болі при ходьбі, дискомфорт та виникнення болі при статевому акті, зіткнення з одягом.

Locus morbi: припухлість овоїдної форми на межі середньої та нижньої великої статевої губи, шкіра над припухлістю рухлива, гіперемія шкіри, псевдоабсцес випинає на внутрішню поверхню великої статевої губи і закриває вхід у піхву; іноді відмічається незначна болючість при пальпації.

Абсцес бартолінійної залози – виникнення гнійної порожнини з піогенною капсулою в області великої залози передмісця піхви.

Причини: інфекційна етіологія. Частіше за все збудники інфекції (строгі анаероби) проникають в паренхіму залози та навколишню клітковину внаслідок чого відбувається розплавлення паренхіми.

Первинний осередок – вагініт, уретрит.

Клініка: постійний гострий, пульсуючий біль в області зовнішніх статевих органів на боці запалення, який посилюється під час сидіння та при ходьбі; погіршення загального стану, підвищення температури тіла до 38,5 С та вище, підвищення РОЕ, лейкоцитоз.

Locus morbi: припухлість в області великої та малої статевих губ, серповидна статева щилина, гіперемія та набряк на враженій стороні, нерухлива шкіра над абсцесом, пальпація залози різко болюча, визначається флюктуація, іноді збільшуються пахові лімфатичні вузли.

Хронічний бартолініт – характеризується маловиразними проявами запалення, незначним болем, більш щільною структурою залози.

Хронічний бартолініт часто рецидивує, при довготривалому існуванні у порожнині залози накопичується рідкий ексудат та утворюється кіста бартолінієвої залози.

Обстеження при захворювання бартолінієвої залози:

- 1) Загальний аналіз крові;
- 2) Загальний аналіз мочі;
- 3) Аналіз крові на RW ВІЧ;
- 4) Мазок виділень на флору;
- 5) Бактеріоскопічне дослідження виділень з протока великої залози;
- 6) Посів виділень з бартолінієвої залози та виділень піхви на мікрофлору до АБ;
- 7) При необхідності дослідження на хламідії, уреоплазми, мікоплазми, трихомонади, герпетичну інфекцію, посів на гонокок, СМВ.

Лікування:

1) Канікуліта в гострій стадії:

- а) холод на область враженої залози;
- б) обробка дезінфікуючими розчинами;
- в) при підвищенні температури – антибактеріальна температура з урахуванням чутливості збудника до антибіотиків;
- г) фізіопроцедури (УВЧ-УФО) на 3 - 4 день на область осередка у «холодний період».

2) Абсцеса бартолінієвої залози:

- а) госпіталізація в стаціонар;
- б) розтин порожнини абсцеса з дронуванням вогнища та інстиляціями антисептичними розчинами;

в)антибактеріальна терапія з урахуванням мікрофлори та чутливості до АБ;

г)десенсибілізуюча терапія (діазолін 0,05 г,кларітин 0,01г);

д)анальгетики;

е)седативна терапія(фітосет,настойка валеріани);

ж)фізіотерапія у холодному періоді;

У разі кісти бартолінієвої залози та рецидивуючих псевдоабсцесів роблять екстерпацію бартолінієвої залози.

Кольпіт –запальний процес слизової оболонки піхви,

Етіологія –часто інфекційна визвана трихомонадами,грибами кандіда, вірусами генітального герпеса,мікоплазмами,уреоплазмами, флорою кишечника,умовно-патогенними збудниками (ешеріхії,протей, гемофільна вагінальна палочка та інші).

Клініка – за клінічним перебігом розрізняють 3 стадії:гостру,підгостру та хронічну.

При гострому кольпіті хворі скаржаться на виділення рясні або помірні,сирозні або гнійні,відчуття важкості в області піхви,іноді внизу живота,свербіж,печія в області піхви іноді біль при сечовипусканні.

При огляді за допомогою дзеркал:виражена гіперемія та набряк слизової оболонки піхви,петехіальна сип,червоні вузли інфільтрати,пігментні утворення епітеліального покриву,ерозійні виразки слизової оболонки.

У підгострій стадії: клінічні прояви помірні,біль стихає,кількість виділень,гіперемії та набряк слизової зменшується.

В хронічній стадії:клінічні прояви незначні,Захворювання довготривале характеризується рецидивами.Головними симптомами є виділення сирозного іноді гнійного характеру,часто виникає свербіж.

Обстеження: 1)об'єктивне обстеження: огляд зовнішніх статевих органів на наявність виділень та запальних змін;

2)Огляд піхви та шийки матки в дзеркалах з проведенням необхідних клініколабораторних тестів;

3)Бімануальне та ректальне дослідження.

Клініко-лабораторна діагностика.

Обов'язкові дослідження:

- 1) Мікроскопія виділень з цервікального каналу, піхви та уретри, на бактеріальну флору, в тому числі на трихомонади, гарднерелли, гонококи та гриби;
- 2) Бактеріологічний посів досліджуваного матеріалу з виявленням збудника та чутливості його до антибіотиків;
- 3) Мазок на онкоцитологію.

Додаткові дослідження:

- 1) Загальний аналіз крові, загальний аналіз мочі, аналіз крові на RW ВІЧ, посів на гонок;
- 2) Діагностика інфекцій, що передаються статевим шляхом (герпетичної, папіломо-вірусної, хламідійної, мікоплазменної, уреоплазменної);
- 3) Кольпоскопія.

Бактеріальний вагіноз.

Бактеріальний вагіноз – характеризується змінами екосистеми піхви, які полягають у заміщенні домінуючих у мікрофлорі вагіни мікроорганізмів роду *Lactobacillus* асоціацією різних бактерій, в тому числі *Gardnerella vaginalis*, анаеробів (*Bacteroides*, *Prevotella*, *Porphyromonas*, *Peptostreptococcus*, *Mobiluncus*) *Mycoplasma hominis* та інші.

Всі перераховані мікроби є представниками нормальної флори піхви, але при бактеріальному вагінозі різко підвищується їх кількість, порушується співвідношення аеробів та анаеробів (в нормі 1:5, при бактеріальному вагінозі 1:100). Наслідком різкого зменшення або відсутності лактобацил є підвищення рН вагінального середовища, що також сприяє розвитку інших, умовно-патогенних мікробів. Клінічне значення бактеріального вагінозу полягає в тому, що велика кількість умовно-патогенних мікробів у піхві є фактором ризику, виникнення висхідної інфекції, а також розвитку запалення у статевому партнері. Клінічні прояви бактеріального вагінозу не мають характерних ознак, переважно жінки скаржаться на значні вагінальні виділення, з неприємним запахом «гнилої риби» (наслідок метаболізму гарднерелли виробляє летючі аміни). Ознаки запалення піхви

відсутні, що дозволяє диференціювати бактеріальний вагіноз із вагінітом.

Диференційно-діагностичні критерії вагінальних виділень

Ознаки	Нормальний			
стан	Бактеріальний			
вагіноз	Кандидоз	Трихомоніаз		
Тип вагінальних виділень	Утворюються згортки		Гомогенні сливкоподібні	
	Творожкові			
виділення	Гомогенні пінисті			
pH	< 4,5	> 4,5	< 4,5	< 4,5
Аміачний запах	Відсутній	Присутній	Відсутній	Присутній або Відсутній
Ключові клітини	Відсутні	Присутні	Відсутні	Присутні
Трихомонади	Відсутні	Відсутні	Відсутні	Присутні
	Дріжжеподібні			
спори	Відсутні	Відсутні	Присутні	Відсутні
Лактобацили	Присутні	Відсутні	Присутні	Присутні або відсутні
Запалення	Відсутні	Відсутні	Присутні	Присутні

Лікування.

В основі лікування кольпітів знаходяться методи загальні та місцеві, які подавляють активність або різко знижують численність збудника, з послідуочим відновленням нормальної мікрофлори, роводиться модуляція місцевих та загальних захисних сил організму.

Місцеве лікування складає 2 етапа: етіотропне лікування та відновлення звичайного біоценозу піхви.

I. Етіотропне лікування(в залежності від виду збудника):

1) У гострій стадії починають із застосування теплих сидячих ванночок із каля перманганата 1:500 – 1:10000, або ромашки, шавлії, дубової кори у поєднанні з антибактеріальною терапією з урахуванням чутливості збудника.

Обробка піхви: 4% хлоргексидином, розчином цитеала 1 раз/добу 10-15 днів, аплікації інстиллагелем, 10% бетадином, 5% вокадином, 5% мірамістином,

2) Після затихання гострих запальних явищ призначають спринцювання піхви 2% розчином борної кислоти, або 0,02 % розчином фурациліну, при гнійних виділеннях розчином натрію бікарбоната, розчином ріванола, розчином хлорфіліпта, розчином ротокана, хлоргексидина, біглюконата.

3) введення вагінальних тампонів, свічок, шариків, таблеток:

а) при неспецифічній бактеріальній флорі: поліжинакс (комбінація неоміцина поліміксина, ністатина), тержинан (комбінація тернидазола, неоміцина сульфата, ністатина, преднізолон), міратін – комбі (орнідазол, неоміцина, ністатина, преднізолон), мікожинакс (метронідазол, хлорамфенікол, дексаметазон, ністатина), бетадін, вокадін (йодполівінілпіролідон);

б) при гарднереллах: гіналгін (метронідазол хлорхіналдол, далацин (вагінальний крем 2 % інтравагінально), тержинан, міратін – комбі, мікожинакс, метронідазол, кліон – Д 100 (метранідазол, міконазол нітарат);

в) при трихомоніазі (курси по 10 днів на протязі 3 менструальних циклів): метронідазол (гіналгін, кліон, ефлоран, трихопол, флагіл, пітрід), тінідазол, фазижин), тержинан (міратін – комбі, мікожинакс), трихомонацид, неопенотран, гексікон);

г) при дріжджеподібних грибах : клотримазол, міконазол, еконазол, інтраконазол)

препарати вводять у піхву 1 раз на добу протягом 3 діб. Призначають пімафуцин протягом 6 днів, діфлюкан по 150 мг усередину та інші;

д) при генітальному герпесі: ацикловір (цикловір, зовіракс, віворакс, герпевір, віролекс, ацик), бонафтон, епіген, 4-5 раз на добу протягом 5-10 днів; інтерферони та їх індуктори (віферон, альфаінтерферон, полудан, гепон); препарати рослинного походження (алпизарин, мегосин, місцево 3-4 рази на добу).

II. Відновлення нормального біоценозу піхви.

Проводиться після завершення курсу етіотропної терапії: біфідумбактерін, біфікол, лактобактерін, колібактерін, вагілак, ацелак, сімбітер -2, на протязі 10 днів.

Загальне лікування проводиться при значних клінічних проявах в залежності від виду збудника при відсутності ефекта від проведеного місцевого лікування.

В комплексі лікування – вітамінотерапія, імунотерапія, фітотерапія, вакцинопрофілактика (полівалентна, протигерпетична вакцина, солкотріховак).

При старечому кольпіті неспецифічної етіології слід застосувати місцеві етіотропні протизапальні засоби, лікувати обмінні порушення, тощо.

Екзоцервіцит – запальний процес в області слизової оболонки вагінальної частини шийки матки. Збудниками екзоцервіциту являються: стафілококи, стрептококи, гонококи, трихомонади, мікоплазми, вірус папіломи людини, кандиди, гарднерелли, хламідії. Екзоцервіциту супроводжуються псевдоерозії шийки матки, ектропіон, кольпіт. Довготривалість захворювання сприяють травми шийки матки під час абортів діагностичного вишкрябання матки, пологів. Гістологічно виявляють: гіперемію слизової оболонки, її набряк, злущування поверхневого епітелія, утворення інфільтратів. Клінічно хворі скаржаться на слизо-гнойні виділення із піхви, іноді тянучі болі у нижніх відділах живота та поясниці. Лікування залежить від гостроти процесу. Активні місцеві процедури протипоказані через можливе поширення інфекції на вище розташовані відділи статевого апарату. Антибіотики та сульфаніламідні препарати вводять у поєднанні із загальнозміцнювальної терапії. Місцево призначають свічки, шарики, таблетки. У разі хронічного екзоцервіциту проводять більш активне місцеве лікування: спринцювання розчином срібла нітрату 2 %, 10 % розчином протарголу.