Министерство образования Российской Федерации

Пензенский Государственный Университет

Медицинский Институт

Кафедра Гинекологии

Зав. кафедрой д.м.н., -------------------

Доклад

на тему:

«Вульвовагинит»

Выполнила: студентка V курса ----------

----------------

Проверил: к.м.н., доцент -------------

Пенза

2008

# **План**

Введение

1. Кандидозный вагинит
2. Трихомонадный вагинит
3. Вагинит, вызванный палочкой GARDNERELLA
4. Простой герпес, тип II
5. Контактный вульвовагинит
6. Инородные тела во влагалище

Литература

**ВВЕДЕНИЕ**

Вульвовагинит является одним из наиболее частых гинекологических заболеваний, с которыми сталкивается врач, оказывающий первую помощь. Наиболее частые причинные факторы острого вульвовагинита включают следующее:

1) инфекция, вызванная Candida albicans, Trichomonas, Gardnerella и вирусом простого герпеса, тип 2;

2) контактный вульвовагинит;

3) местная реакция влагалища на инородное тело.

В большинстве случаев диагноз ставится на основании детального гинекологического анамнеза, данных влагалищного исследования и рутинной микроскопии влагалищного секрета, с использованием изотонического раствора хлорида натрия и раствора гидроокиси калия для приготовления исследуемых образцов.

**1. КАНДИДОЗНЫЙ ВАГИНИТ**

Candida albicans представляет часть нормальной микрофлоры влагалища почти у 50 % здоровых женщин без каких-либо симптомов. Другие микроорганизмы, в норме населяющие влагалище, например лактобактерии или каринобактерии, питаются гликогеном клеток влагалищного эпителия, создавая при этом нормально кислую (рН 3,5—4,1) среду влагалища. Условия, способствующие подавлению роста нормальной флоры влагалища (системная антибиотикотерапия), уменьшению запасов гликогена в клетках влагалищного эпителия (сахарный диабет, беременность, использование гормональных противозачаточных пилюль и постменопаузальное состояние) или повышению рН влагалищного секрета (менструальная кровь или сперма), могут обусловить колонизацию Candida с последующим возникновением симптоматической инфекции.

Клинические симптомы включают лейкорею, вагинальный прурит, а иногда и дизурию и (или) диспареунию. При влагалищном исследовании могут обнаруживаться эритема вульвы и ее отек, эритема влагалища (в 20 %), а иногда и густые выделения "деревенского сыра", наиболее часто встречающиеся у беременных.

Диагноз кандидозного вагинита ставится на основании микроскопии образца влагалищного секрета, приготовленного с использованием раствора гидроокиси калия (2 капли 10 % раствора гидроокиси калия наносят на эпителиальные клетки влагалища, оставляя дрожжевые зачатки и псевдогифы нетронутыми).

Лечебный эффект достигается с помощью 100 мг клотримазола в форме вагинальных суппозиториев при назначении постельного режима в течение 7 дней; альтернативно можно использовать 2 суппозитория при постельном режиме в течение 3 дней или, наконец, 5 суппозиториев на одну ночь в виде однократной дозы. Чаще назначаются кремы (а не суппозитории) ввиду легкости их применения, особенно в случае обширного поражения влагалища, а также для их использования супругом пациентки.

У пациенток с рецидивирующей или резистентной инфекцией необходимо следующее:

1) обследование в связи с предшествующими заболеваниями, такими как диабет или контактный вульвовагинит;

2) прекращение применения противозачаточных таблеток и системных антибиотиков;

3) направить их супругов на лечение.

**2. ТРИХОМОНАДНЫЙ ВАГИНИТ**

Хотя трихомонады могут выживать в течение нескольких часов на влажных губах или полотенцах и до 24 часов — в моче (на туалетных сидениях), их следует рассматривать как микроорганизмы, передающиеся половым путем. Поэтому констатируется следующее:

1) в тех случаях, когда трихомонадный вагинит диагностируется как причинный фактор влагалищной инфекции у детей, следует заподозрить сексуальное злоупотребление;

2) примерно у 40 % инфицированных мужчин трихомонада служит причиной простатита;

3) ассоциируется с двукратным повышением частоты послеродового эндометрита у женщин, инфицированных во время родов;

4) трихомонада вызывает эрозию шейки матки, которая может предрасполагать к злокачественному перерождению ткани.

Клинически у пациенток наблюдаются дурно пахнущие зеленовато-серые выделения и умеренный локальный зуд, обычно во время менструации или сразу после нее. У 20 % больных отмечается дизурия и у 10 % — боли внизу живота.

При влагалищном исследовании обнаруживается классическая "клубничная шейка" вследствие диффузно-точечных кровоизлияний (у 20 % пациенток); диффузная эритема свода влагалища наблюдается в 80 % случаев.

Диагноз трихомонадного вагинита ставится на основании результатов теста "висящей капли" на предметном стекле: с помощью хлопчатобумажного шарика получают пробу секрета из свода влагалища (но не из канала шейки матки) и помешают эту пробу с каплей изотонического раствора хлорида натрия на предметное стекло. Микроскопическое исследование обнаруживает много полиморфно-ядерных лейкоцитов и подвижные трихомонады, имеющие грушевидную форму и жгутики, которые несколько больше лейкоцитов.

Небеременных пациенток лучше всего лечить однократной пероральной дозой (2 грамма) метронидазола. Проведение более длительного курса лечения является дорогостоящим, обусловливает плохое соблюдение режима, что связано с сопутствующим раздражением желудочно-кишечного тракта, и дает лишь несколько больший эффект. Поскольку метронидазол является ингибитором ацетальдегидегидрогеназы, одновременное употребление алкоголя может вызвать антабусоподобную реакцию. Таким образом, следует избегать употребление алкоголя в течение суток после приема препарата. Почти у 80 % мужчин трихомонадная инфекция протекает бессимптомно, поэтому все супруги пациенток должны быть направлены на лечение. Неудавшиеся попытки подвергнуть лечению бессимптомных партнеров, вероятно, ответственны за высокую частоту рецидива инфекции. При резистентных формах инфекции проводится лечение метронидазолом (250 мг 3 раза в день в течение 7 дней). Метронидазол является ингибитором фолиевой кислоты, поэтому его назначение в I триместре беременности не рекомендуется. Клотримазол (100-миллиграммовые влагалищные свечи, назначаемые при постельном режиме в течение 7 дней) оказался эффективным в 70 % случаев; его следует использовать у беременных с тяжелыми симптомами заболевания.

**3. ВАГИНИТ, ВЫЗВАННЫЙ ПАЛОЧКОЙ GARDNERELLA**

Этот вагинит (известный также как "гемофильный вагинит", "коринебактериальный вагинит" и "неспецифический вагинит") вызывается грамотрицательной аэробной коккобактерией, которая в норме присутствует у 10—40 % здоровых женщин без каких-либо симптомов. Колонизация, повидимому, происходит почти исключительно у сексуально активных женщин, и явные признаки инфекции обычно проявляются примерно через 5—10 дней после полового акта.

Клинически у пациенток наблюдаются умеренный зуд и небольшие влагалищные выделения, имеющие неприятный рыбный запах. Влагалищное исследование не выявляет отклонений от нормы, за исключением умеренной эритемы влагалища (20%) и наличия небольших пенистых выделений серо-белого цвета.

Диагноз вагинита, вызванного Cardnerella, часто ставится при получении увлажненного солевого препарата, на котором в 40—60 % случаев определяются патогномоничные нитевидные клетки (грозди бацилл, облепляющих поверхность десквамированных эпителиальных клеток). Часто диагноз предполагается на основании типичной сопутствующей клинике при отсутствии кандид и трихомонад при микроскопическом исследовании.

Хотя метронидазол в дозе 500 мг 2 раза в день в течение 7 дней считается стандартной терапией этого заболевания, в одном из последних исследований отмечено, что однократная доза (2 грамма) препарата принесла излечение 95 % (из 531) пациенток. Альтернативная терапия включает ампициллин (500 мг 4 раза в день в течение 7 дней) и цефрадин (500 мг 4 раза в день в течение 6 дней). Так как вагинит, вызванный Cardnerella, относится к заболеваниям, передающимся половым путем, мужья пациенток также должны подвергнуться лечению.

**4. ПРОСТОЙ ГЕРПЕС, ТИП II**

Herpes vulvovaginitis является исключительно болезненным заболеванием, которое распространяется главным образом посредством полового контакта. Клинические симптомы первичной инфекции появляются через 3—5 дней после контакта, но зуд и покалывание в области гениталий часто возникают в течение инкубационного периода. Пациентки жалуются на вульвовагинальные боли, лихорадку, общее недомогание и миалгию. При осмотре обнаруживаются болезненные паховые лимфатические узлы и наполненные прозрачной жидкостью пузырьки (2—4 мм в диаметре) с эритематозным основанием. Пузырьки позже лопаются, оставляя маленькие язвы с бледно-желтым основанием и эритематозными краями. Первоначальные проявления заболевания могут сохраняться от 2 до 6 недель в зависимости от иммунного ответа пациентки. После начального проявления вирус поселяется в корешке дорсального нерва ганглия на пораженной стороне. Реактивация вируса (имеет место почти в 50 % случаев) может быть спровоцирована физической перегрузкой или эмоциональным стрессом. Предвестником рецидива часто является ощущение покалывания в гениталиях, как правило, менее болезненное; системные симптомы или болезненность лимфатических узлов обычно отсутствуют, и рецидив бывает менее продолжительным.

Диагноз генитального герпеса ставится на основании наблюдения классического поражения, описанного выше, при обнаружении типичных многоядерных гигантских клеток с внутриядерными включениями в культуре микробов по Папу или посредством использования специальных культур вируса.

Лечение herpes vulvovaginitis может быть как симптоматическим, так и специфическим. Симптоматическое лечение состоит в применении примочек жидкостью Бурова, сидячих ванн и постельного режима, а также в назначении обезболивающих средств. Специфическая терапия ацикловиром (зовираксом) подавляет репликацию вируса и оказывает более благоприятное действие, если проводится на ранней стадии первичной герпетической инфекции. Пероральная доза в 200 мг (5 раз в день в течение 7—10 дней) сокращает продолжительность боли, уменьшает распространение вируса и ослабляет системные симптомы первичной герпетической инфекции. Пероральный ацикловир менее эффективен при лечении рецидивов заболевания, но он может принести пользу при его раннем назначении пациенткам с тяжелыми рецидивами. Постоянная супрессивная терапия ацикловиром (200 мг внутрь 2—5 раз в день) заметно снижает частоту рецидива у пациенток с частыми (более 6 в год) повторными эпизодами заболевания; но такое лечение дорого стоит, к тому же еще предстоит установить степень его безвредности при длительном применении.

**5. КОНТАКТНЫЙ ВУЛЬВОВАГИНИТ**

Контактный дерматит возникает в результате воздействия на эпителий вульвы и слизистую оболочку влагалища химических раздражителей или аллергенов. В любом случае появляются характерные локальные эритема и отек. Тяжелая реакция может прогрессировать до изъязвления и вторичной инфекции. Обычные раздражители и (или) аллергены содержатся в препаратах для спринцевания, в мыле, дезодорантах, духах, туалетной бумаге и салфетках, тампонах и мягких прокладках, средствах женской гигиены, в местно применяемых антибиотиках, чулках и эластичном нижнем белье.

Пациентки жалуются на наличие местного отека, зуда или ощущение жжения. При влагалищном исследовании выявляются покраснение и отечность вульвовагинальной области. Местное образование пузырей и изъязвление чаще наблюдается при использовании аллергенов или раздражителей в сильной концентрации. Изменения рН влагалища могут ускорить колонизацию и развитие инфекционного процесса, вызванного Candida albicans, что сделает первичную причину еще менее ясной.

Контактный вульвовагинит диагностируется путем исключения инфекционного причинного фактора и идентификации возбудителя. В большинстве случаев умеренно выраженный вульвовагинальный контактный дерматит проходит спонтанно после устранения причинного фактора. Пациенткам с сильной болевой реакцией облегчение могут принести холодные сидячие ванны и влажные компрессы (разбавленная борная кислота или жидкость Бурова). Уменьшит симптомы заболевания и ускорит выздоровление местное применение кортикостероидов, таких как ацетат гидрокортизона (кортеф), флюоцинолон-аце-тонид (синалар) или триамцинолон-ацетонид (аристокорт). Следует избегать пероральных анти гнетами иных препаратов, так как они могут вызвать сухость слизистой оболочки влагалища, что приведет к еще большему раздражению и дискомфорту.

**6. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ВО ВЛАГАЛИЩЕ**

Дети при осмотре своих гениталий или для сексуальной стимуляции могут вводить во влагалище различные предметы. У маленьких девочек наиболее часто вводимыми инородными телами являются скрученная туалетная бумага, игрушки и небольшие предметы домашнего обихода. У девушек часто обнаруживаются забытые тампоны. Инородные тела, оставленные на месте более чем надвое суток, могут вызвать тяжелую локальную инфекцию, обусловленную Escherichia coli, анаэробами или усиленным ростом другой влагалищной флоры. У пациенток имеются зловонные и (или) кровянистые выделения из влагалища. После удаления инородного предмета вагинальные выделения и запах в большинстве случаев исчезают без дальнейшего лечения в течение нескольких дней.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Айламазян Э.К. «Акушерство» - Санкт-Петербург: Специальная литература, 1997г., 479с.

2. Грицук В.И., Винокуров В.Л., Карелин М.И. Справочник практического гинеколога: 2-е издание, исправленное и дополненное - М.: Медицина, 2005 г.,750с.