**БПОУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**специальность 31.02.01 Лечебное дело**

**ПМ .02** **Осуществление лечебно -** д**иагностической деятельности**

**МДК 02.04** **Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний акушерско-гинекологического профиля**

**Учебно-методический комплект преподавателя**

**Комаровой Г.Я. по теме**

**Диагностика и лечение воспалительных гинекологических заболеваний. Лекция**

**Цель лекции:** Определение понятий, этиология, патогенез, пути заражения, классификация, особенности клинического течения воспалительных заболеваний половых органов в разные возрастные периоды

План лекции.

1. Понятие о специфических воспалительных заболеваниях половых органов женщины в разные возрастные периоды.
2. Вагинальный кандидоз. Клиника, диагностика, лечение
3. Бактериальный вагиноз. Клиника, диагностика, лечение
4. Трихомониаз. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, принципы лечения
5. Урогенитальный хламидиоз. Клиника, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение
6. Гонорея. Клиника, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение
7. Генитальный туберкулёз. Влияние на репродуктивную функцию
8. Организация гинекологической помощи девочкам и девушкам-подросткам
9. Возможные осложнения ВЗОМТ
10. Дифференциальная диагностика

**Цель лекции:** Изучить теоретические аспекты и нормативные документы по диагностике и лечению воспалительных гинекологических заболеваний в разные возрастные периоды

**Клинические рекомендации** Аногенитальные (венерические) бородавки 2021год

**Клинические рекомендации** Гонококковая инфекция 2021г

**Клинические рекомендации** По диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин. 2019 год

**Термины и определения**

**Аногенитальные (венерические) бородавки** — вирусное заболевание, передаваемое преимущественно половым путем, обусловленное вирусом папилломы человека.

**Гонококковая инфекция** - инфекционное заболевание человека, передаваемое половым путем, вызываемое гонококками (Метепа §опоггкоеае).

**Микробиота влагалища** — эволюционно сформированная совокупность микроорганизмов, обитающих во влагалище в нормальных физиологических условиях у здоровой женщины

**Биопленки** — это физические структуры с уникальными характеристиками, образуемые связанными с поверхностями микробными сообществами. Способность бактерий формировать биопленки является существенным фактором патогенности.

***1.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

***2. Вагинальный кандидоз. Клиника, диагностика,***

***лечение, профилактика***

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

***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, диспареуния, дизурия. Отмечается микотическое поражение не только слизистых оболочек влагалища, но и влагалищной части шейки матки.

******

***Объективные признаки:***

— отечность, гиперемия слизистой оболочки;

— наличие беловатых налетов, легко снимаемых тампоном;

— при тяжелом ВВК трещины кожных покровов и слизистых в области вульвы, задней спайки и перианальной области ;

— при РВВК могут наблюдаться сухость, атрофия, лихенификация в области

поражения, скудные беловатые выделения из влагалища

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.

***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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Группы | | Представители |
| [***Полиены***](http://antibiotics.ru/books/mach/mac0301.shtml?ysclid=m5i1z3mhqm36656507#p0101) | | [Нистатин](http://antibiotics.ru/books/mach/mac0301.shtml?ysclid=m5i1z3mhqm36656507#p0101)  [Леворин](http://antibiotics.ru/books/mach/mac0301.shtml?ysclid=m5i1z3mhqm36656507#p0102)  [Натамицин](http://antibiotics.ru/books/mach/mac0301.shtml?ysclid=m5i1z3mhqm36656507#p0103)  [Амфотерицин В](http://antibiotics.ru/books/mach/mac0301.shtml?ysclid=m5i1z3mhqm36656507#p0104) |
| **А З О Л Ы** | [***Имидазолы***](http://antibiotics.ru/books/mach/mac0302.shtml) | [Кетоконазол](http://antibiotics.ru/books/mach/mac0302.shtml#p020105)  [Клотримазол](http://antibiotics.ru/books/mach/mac0302.shtml#p020101)  [Миконазол](http://antibiotics.ru/books/mach/mac0302.shtml#p020102)  [Оксиконазол](http://antibiotics.ru/books/mach/mac0302.shtml#p020103)  [Бифоназол](http://antibiotics.ru/books/mach/mac0302.shtml#p020104) |
| [***Триазолы***](http://antibiotics.ru/books/mach/mac0302.shtml#p020201) | [Флуконазол](http://antibiotics.ru/books/mach/mac0302.shtml#p020201)  [Итраконазол](http://antibiotics.ru/books/mach/mac0302.shtml#p020202) |
| [***Аллиламины***](http://antibiotics.ru/books/mach/mac0303.shtml) | | [Тербинафин](http://antibiotics.ru/books/mach/mac0303.shtml#p0301)  Нафтифин |
| [***Препараты разных химических групп***](http://antibiotics.ru/books/mach/mac0303.shtml#p030201) | | [Гризеофульвин](http://antibiotics.ru/books/mach/mac0303.shtml#p030202)  [Флуцитозин](http://antibiotics.ru/books/mach/mac0303.shtml#p030201)  [Хлорнитрофенол](http://antibiotics.ru/books/mach/mac0303.shtml#p030204)  [Калия йодид](http://antibiotics.ru/books/mach/mac0303.shtml#p030203) |



***3.Бактериальный вагиноз***

***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.

**С*инонимы***: анаэробный вагиноз, неспецифический вагиноз, актобациллез, аминокольпит, вагинальный дисмикробизм, дисбактериоз влагалища, гарднереллез.

БВ — полимикробное заболевание. При нем происходит замещение протективных лактобацилл анаэробными микроорганизмами.

***У взрослых***: БВ не относится к ИППП, однако есть связь между возникновением заболевания и наличием большого числа половых партнеров (не только мужчин, но и женщин) и их частой сменой

***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.

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 вволить 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.

***Лечение не показано*** мужчинам, являющимся половыми партнерами женщин

с БВ в отсутствие у них симптомов.



Примечание. \* — предусмотрена одноэтапная терапия. Однако частота рецидивов БВ после применения метронидазола сразу после лечения составляет 30%. Еще у 50% женщин рецидив наступает в течение 1 года

***4.Трихомониаз. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика,***

***принципы лечения, профилактика***

Трихомониаз является одним из наиболее распространённых заболеваний мочеполового тракта и пока занимает первое место среди заболеваний, передаваемых половым путём. Возбудителем мочеполового трихомониаза является влагалищная трихомонада. Она относится к простейшим –классу жгутиковых.

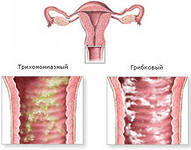
У человека паразитируют 3 вида трихомонад: (в полости рта, в желудочно-кишечном тракте, в мочеполовом тракте). Влагалищная трихомонада в естественных условиях обитает только в мочеполовом аппарате человека и не поражает животных. Основным местом обитания трихомонады в женском организме является влагалище, у мужчин – предстательная железа и семенные пузырьки. Заражение происходит половым путем при контакте с больным или носителем инфекции.

***Классификация:*** В зависимости от длительности заболевания и интенсивности реакции организма на внедрение возбудителя различают следующие формы трихомониаза:

* ***свежая:***  острая, подострая, торпидная (малосимптомная);
* ***хроническая*** (торпидное течение и давность заболевания свыше 2-ух месяцев);
* ***трихомонадоносительство*** (при наличии трихомонад отсутствуют объективные и субъективные симптомы заболевания).

***Клиника:*** Инкубационный период при трихомониазе равен в среднем 5-15 дней, но может колебаться от 1-3 дней до 3-4 недель.

Клиническая картина острого трихомониаза у женщин характеризуется симптомами вагинита. Женщины жалуются на обильные, раздражающие кожу выделения и значительный зуд наружных половых органов. Беспокоит также жжение и болезненность при мочеиспускании.



При осмотре находят воспалительные изменения от умеренной гиперемии влагалища и шейки матки до обширных эрозий, геморрагий и опрелости в области промежности. В области заднего свода имеется скопление жидких, серовато-жёлтых, пенистых выделений. Уретра нередко отёчна и гиперемирована, можно выдавить небольшое количество гнойных выделений при массаже. При торпидной форме трихомониаза объективные и субъективные ощущения могут полностью отсутствовать. Для хронического трихомониаза характерны периодические обострения

***Диагностика:*** Диагноз мочеполового трихомониаза устанавливается на основании клинических признаков заболевания и обнаружения в исследуемом материале трихомонад. Для лабораторной диагностики трихомониаза применяют следующие методы: микроскопия нативного препарата; микроскопия окрашенного препарата; культуральные; люминесцентная микроскопия; иммунологические;

***Лечение:*** Лечению подлежат половые партнёры, а также больные с воспалительными процессами, у которых при исследовании трихомонады не обнаружены, но найдены у полового партнёра.

Одним из наиболее эффективных препаратов является трихопол (метронидозол, флагил). Существуют различные схемы его приёма. Например: при свежем трихомонозе с острым и подострым течением, препарат принимают по 0,25 г три раза в день 4 дня, а далее 4 дня – по 1 таблетке 2 раза в день.

Одновременно вечером во влагалище закладывается свеча или вагинальная таблетка, содержащая 0,5 г трихопола. Во время лечения запрещается половая жизнь, употребление алкогольных напитков и острой пищи.

Первые контрольные исследования у женщин проводят через 7 – 8 дней после окончания лечения. В дальнейшем исследования осуществляют в течение трёх менструальных циклов (лучше перед менструацией или через 1 –2 дня после её окончания).

***5.Урогенитальный хламидиоз. Клиника, диагностика, лечение,***

***диспансерное наблюдение, профилактика***

Заболевание вызывается бактериями рода хламидий (внутриклеточным паразитом). По своим свойствам хламидии занимают промежуточное положение между вирусами и бактериями, поэтому до сих пор хламидиоз диагностируется и лечится с большим трудом, нежели обычные бактериальные инфекции.

* Урогенитальный хламидиоз относится к заболеваниям, передающимся половым путем, интраплацентарно и интранатально. Различают:  ***свежую*** (давность заболевания до двух месяцев),  ***хроническую*** форму хламидиоза (давность заболевания свыше двух месяцев) и носительство хламидийной инфекции.

***Клиника:*** Заболевание протекает почти бессимптомно.Но при этом хламидийная инфекция часто вызывает непроходимость фаллопиевых труб, внематочную беременность, послеродовый или постабортный эндометрит.

***Диагностика:*** Наиболее точным и доступным методом определения хламидий в отделяемом из уретры и цервикального канала на сегодняшний день является реакция иммунофлюоресценции (РИФ) с использованием антител, меченых особым веществом, а также молекулярно-биологический метод (ПЦР – полимеразная цепная реакция). «Золотой стандарт» - культуральный метод (выявление хламидий на культуре клеток)

***Лечение:*** Кроме курса антибактериальной терапии (азитромицин, спирамицин, эритромицин, доксициклин и др. в течение 7 – 10 дней), обязательно иммуномодулирующая терапия, витаминотерапия, препараты интерферона, антиоксиданты, физиолечение, эубиотики.

Лечение обязательно должно проводиться половым партнерам. По окончании курса проводятся контрольные анализы. Если хламидии не обнаруживаются, то анализы проводятся еще 2 раза через 1 месяц (у женщин - перед менструацией). Только после этого можно будет говорить об эффективности проведенной терапии

***6.Гонорея. Клиника, диагностика, лечение, диспансерное***

***наблюдение, профилактика***

***Гонорея*-** заболевание, вызываемое гонококком, является наиболее распространенным среди заболеваний передающихся половым путем. Различают гонорею нижнего отдела (поражается слизистая оболочка цервикального канала, уретра с парауретральными ходами и выводные протоки больших вестибулярных жёлез) и гонорею верхнего отдела (поражается эндометрий, маточные трубы, яичники и брюшина малого таза). Инкубационный период составляет от 3 до 15 дней в среднем.

***Клиническая картина:*** обильные гнойные выделения, частое, болезненное мочеиспускание (при острой форме). При осмотре: отмечают гиперемию в области наружного отверстия мочеиспускательного канала и наружного зева шейки матки. При гонорее верхнего отдела нарушается общее состояние, появляются боли внизу живота, температура до 39 градусов, озноб, тошнота, нарушение менструального цикла, В настоящее время клиника гонореи не имеет типичных симптомов, так как часто наблюдается микст-инфекция.

Образование спаек в области малого таза при гонорее ведёт к бесплодию, внематочной беременности, хроническим тазовым болям.

***Диагностируют гонорею*** при помощи бактериоскопического и бактериологического исследования.

***Лечение:*** проводят половым партнёрам антибиотиками пенициллинового, цефалоспоринового и тетрациклинового ряда. Учитывая, что у половины больных гонорея сочетается с хламидиозом и трихомониазом, (а иногда и с двумя заболеваниями одновременно), необходимо применение комплексных методов лечения. Если в течении 3-х месяцев в мазках взятых во время менструального цикла (на 2-4 день), гонококк не выявился, говорят об излечении гонореи.

***7.Генитальный туберкулёз. Влияние на репродуктивную функцию***

***Генитальный туберкулез*** – инфекционное заболевание женских половых органов, (возбудителем которого является туберкулёзная палочка) имеет ***вторичный характер*** и развивается в результате переноса инфекции из первичных очагов заражения (легкие или кишечник). В большинстве случаев поражаются маточные трубы (в 90-100% случаев). Довольно часто встречается поражение эндометрия (в 25-30% случаев). Гораздо реже диагностируется туберкулез шейки матки, влагалища, вульвы и яичников.

***Этиология и патогенез.*** При недостаточном питании, стрессах и т.д. происходит существенное ослабление защитных функций организма, что способствует переносу микобактерий из первичного очага заражения в половые органы. Основным способом распространения инфекции является её ***гематогенный*** перенос с кровотоком, при заражении кишечника инфицирование может произойти ***контактным путем или лимфогенно***. При заражении внутренних половых органов в них возникают типичные для данной патологии изменения – казеозные некрозы, экссудация и разрастание тканевых элементов.

Поражение маточных труб нередко приводит к появлению спаек и их последующему заращению, скоплению гноя в трубной полости, а если тканевое разрастание достигает мышечного слоя, то в нем могут образоваться туберкулы (бугорки), которые являются проявлением нодозного воспаления. Туберкулезный эндометрит сопровождается казеозными некрозами и появлением туберкулезных бугорков. При заражении придатков матки изменения нередко возникают и в брюшине – развивается асцит, в кишечнике могут образовываться спайки и фистулы. Развитие генитального туберкулеза нередко приводит к поражению мочевых путей.

***Классификация.*** В зависимости от пораженных органов, может развиться туберкулезный эндометрит, сальпингит, сальпингоофорит.

Существует также классификация туберкулеза на основе активности его развития. Выделяют:

* активную форму (длится около 2 лет),
* затихающую (2-4 года), неактивную,
* форму, характеризующуюся как последствие перенесенного туберкулеза.

***Клиническая картина:*** Главным симптомом поражения является бесплодие, которое возникает из-за отклонений в эндометрии и маточных трубах. У большинства женщин появляются менструальные нарушения (аменорея, олигоменорея, альгодисменорея, нерегулярность месячных, иногда – меноррагия и метроррагия), причиной чего является поражение эндометрия и яичников. Физическими проявлениями являются ноющие и тянущие боли внизу живота, вследствие образования спаек и поражения нервных окончаний. Туберкулезная интоксикация характеризуется слабостью, ночной потливостью, нарушением аппетита, похуданием.

***Диагностика***. Подозрения на туберкулез при воспалении гениталий появляются в том случае, если в анамнезе присутствуют указания на пневмонию, плеврит, бронхоаденит, легочный или другую форму туберкулеза и отсутствие эффекта от «обычного» противовоспалительного лечения. Гинекологический осмотр в данном случае, помогает лишь установить наличие воспалительных процессов.

Основным диагностическим методом является туберкулиновая проба, при которой под кожу вводится туберкулин и осуществляется оценка общей и очаговой реакции. При генитальном туберкулезе среди общих проявлений повышается температура, происходят изменения в крови, наблюдается тахикардия. Местная реакция характеризуется болевыми ощущениями в животе, повышением температуры шейки матки. Туберкулиновые пробы противопоказаны при активном туберкулезе, сахарном диабете, почечной или печеночной недостаточности.

Большой информативной ценностью обладают бактериологические исследования половых выделений, маточного аспирата, менструальных кровотечений, соскобов эндометрия, а также ПЦР-диагностика микобактерий туберкулеза. Диагностическая лапароскопия позволяет обнаружить специфические туберкулезные изменения в органах малого таза (бугорки, спайки, казеозные очаги и т.д.). Гистеросальпинография позволяет обнаружить характерные для туберкулёза изменения в матке.

***Лечение*** генитального туберкулеза проводится в противотуберкулёзных диспансерах. Медикаментозное лечение подразумевает химиотерапию, прием противотуберкулезных средств. Также назначается физиотерапия, большое внимание уделяется полноценному питанию и отдыху. Иногда требуется восстановление менструальной функции. Длительность лечения составляет от 6 до 24 месяцев. В некоторых случаях может потребоваться хирургическое вмешательство.

***8.Организация гинекологической помощи девочкам и девушкам-подросткам***

На ***первом этапе*** основная роль в профилактике и раннем выявлении гинекологических заболеваний у девочек в возрасте до 18 лет принадлежит врачам-педиатрам детских поликлиник, дошкольных и школьных учреждений, интернатов.

В первые годы жизни девочку следует обучить правилам личной гигиены. В 11-12 лет девочек знакомят с анатомо-физиологическими особенностями их организма, менструальной функцией, учат ведению менструального календаря, правилам гигиены во время менструации, обращают внимание на значение режима отдыха, питания, физкультуры, гигиены одежды.

Девушкам в 14-18 лет более широко освещают вопросы физиологии женского организма, знакомят с сущностью детородной функции, фиксируют внимание на неблагоприятных последствиях ранней половой жизни, абортов, венерических заболеваний, знакомят с контрацепцией.

Особое внимание уделяется моральному воспитанию, пониманию роли женщины-матери в нашем обществе. Беседы с девочками целесообразно проводить в небольших группах или индивидуально, что обеспечивает более тесный контакт с ними.

***2 этап*** организации гинекологической помощи детям и подросткам заключается в проведении профилактических гинекологических осмотров девочек при приеме в 1 класс (6-7 лет), в 5 классе (11-12 лет) и ежегодно с 15 до 18 лет включительно.

***3 этапом*** организации гинекологической помощи детям и подросткам является оказание стационарной помощи. Из общего количества страдающих гинекологическими заболеваниями девочек и девушек в стационарной помощи нуждаются 20-25%.

В гинекологических детских отделениях девочки должны размещаться по возрастным группам. Учитывая специфику обследования и лечения девочек раннего возраста, страдающих гинекологическими заболеваниями, предусмотрено пребывание с ними матерей.

***9.Возможные осложнения ВЗОМТ***

Без проведения своевременного лечения воспалительные заболевания органов малого таза могут привести к нарушению функции репродуктивных органов и стать причиной появления спаек и скопления инфекционной жидкости (абсцесс) в фаллопиевых трубах.

Выделяют осложнения данных заболеваний:

- параметрит - воспаление околоматочной (параметральной) клетчатки;

- перисальпингит - локальное воспаление участка брюшины, покрывающего маточную трубу;

- гидросальпинкс - скопление серозного экссудата в просвете маточной трубы, вызванное воспалительными изменениями в ней;

- пиосальпинкс - скопление гнойного экссудата в просвете маточной трубы, вызванное воспалительными изменениями в ней;

- пиовар (pyovarium) - воспалительное поражение яичника, характеризующееся образованием полости с гнойным содержимым;

- тубоовариальное образование - воспалительный инфильтрат, в который вовлечены яичник (возможен пиовар) и маточная труба (возможен пиосальпинкс);

- пельвиоперитонит - воспаление брюшины малого таза;

- общий перитонит (в данном случае это воспаление брюшины, выходящее за пределы малого таза - вплоть до разлитого).

- внематочная беременность. ВЗОМТ являются основной причиной развития трубной (внематочной) беременности. При внематочной беременности, оплодотворенная яйцеклетка не продвигается по фаллопиевым трубам, чтобы прикрепиться к матке. Внематочная беременность может вызвать обильное кровотечение опасное для жизни и требует немедленного оказания хирургической медицинской помощи.

- бесплодие. ВЗОМТ могут привести к нарушению деятельности репродуктивных органов и стать причиной бесплодия - невозможности забеременеть после года ведения половой жизни без применения контрацепции. Чем чаще случались ВЗОМТ, тем выше риск бесплодия. Откладывание лечения воспалительных заболеваний женских половых органов автоматически увеличивает риск бесплодия.

- хронические боли в области таза. У многих женщин страдающих ВЗОМТ наблюдается хроническая боль в области таза (внизу живота), которая может длиться месяцами и годами. Спайки в фаллопиевых трубах и других органах таза могут быть причиной боли во время полового акта, занятий спортом или овуляции.

**Лечение заболевания**

ВЗОМТ может быть излечены антибиотиками. Доктор после полного обследования предпишет соответствующее лечение. Однако лечение не может полностью восстановить нанесенные заболеванием повреждения репродуктивным органам.

Если женщина ощущает хроническую тазовую боль или другие признаки ВЗОМТ, она должна немедленно обратиться к доктору. Быстрое обследование и лечение поможет предотвратить серьезный ущерб репродуктивным органам. Любое промедление увеличивает шансы на развитие серьезных осложнений.

Из-за трудности выделения микроорганизмов из внутренних репродуктивных органов, а также по причине того, что ВЗОМТ вызывают множество видов бактерий, заболевание лечится, по крайней мере, двумя антибиотиками активными против широкого спектра бактерий. Проявления заболевания могут проходить раньше, чем инфекция излечена, поэтому очень важно получить весь курс лечения, к тому же это поможет предотвратить возвращение инфекции. Обязательным является лечение половых партнеров, для предотвращения повторного заражения, даже если их ничего не беспокоит.

***10.Дифференциальная диагностика***

Основные клинические симптомы, характерные как для воспалительных заболеваний органов малого таза, так и для других гинекологических, хирургических, урологических, неврологических заболеваниях очень схожи*.* Дифференциальная диагностика проводится между воспалительными заболеваниями органов малого таза и эндометриозом, внематочной беременностью, опухолями придатков матки, аппендицитом, синдромом тазовых болей, неврологическими и другими нарушениями*.*

***Задание для студента***

**Задача № 1**

На прием к венерологу обратилась пациентка с жалобами на выделения из уретры. Больна 3 дня. Неделю назад была случайная половая связь , имя которого скрывает. При осмотре выявлена гиперемия слизистой преддверия влагалища и гнойные выделения. Первая порция мочи мутная, вторая прозрачная. В мазках обнаружены гонококки. При работе с пациенткой присутствует медицинская сестра.

**Задания:**

1.Поставьте и обоснуйте диагноз.

2.Назначьте лечение.

3.Дайте рекомендации после излечения.

**Задача №2**

Женщина жалуется на умеренные выделения из половых путей в течение года. Кроме того, больная отмечает межменструальные кровянистые выделения, болезненость во время половых контактов, зуд, жжение, болезненость при мочеиспускании.

Лечение антибиотиками пенициллинового ряда неэффективно. При осмотре выявлена картина вульвовагинита и уретрита.

**Задания:**

1.Поставьте и обоснуйте диагноз.

2.Уточните, какое обследование необходимо провести.

3.Назначьте лечение.