

**Содержание**:

1. Введение

2. Определение

3. Классификация

4. Методы лечения и профилактика

5. Литература

**Введение**

Проблема воспалительных гинекологических заболеваний занимает важное место в деятельности врача акушера-гинеколога.

Эти заболевания у гинекологических больных встречаются значительно чаще других заболеваний половых органов.

Значение воспалительных заболеваний особенно велико, так как известно, что они часто обостряются, приводя больных к нетрудоспособности и даже инвалидизации. Кроме того, воспалительные процессы половых органов нередко ведут к нарушениям менструальной функции, вызывают бесплодие, общую интоксикацию организма с вовлечением в патологический процесс нервной системы, печени, почек и других жизненно важных органов и систем.

Причиной развития воспалительных заболеваний женских половых органов обычно являются микробные или вирусные возбудители.

Пути проникновения микробов в гениталии:

Половой – активный транспорт микробов из влагалища в вышележащие органы реализуется сперматозоидами и трихомонадами. Сперматозоиды обладают отрицательным зарядом, который является своеобразным рецептором для микробов.

Пассивный транспорт (самостоятельное распространение микробов и вирусов по половым органам).

Гематогенный транспорт (из других органов с током крови).

Лимфогенные (по лимфатической системе), например, из кишечника при гнойном аппендиците.

Факторы, способствующие распространению инфекции (провоцирующие факторы):

Переохлаждение, ослабление общих защитных сил организма в результате заболеваний других органов и систем.

Физиологическое (менструация, роды) или искусственное (аборт, внутриматочные спирали, внутриматочные диагностические и лечебные вмешательства, операции на органах брюшной полости, ЭКО и др.) ослабление или повреждение защитных (барьерных) механизмов шейки матки.

Социальные факторы: хронические стрессовые ситуации, низкий уровень жизни (недостаточное и нерациональное питание, неблагоприятные условия жизни), хронический алкоголизм и наркомания.

Поведенческие факторы: раннее начало половой жизни, высокая частота половых контактов, большое количество и частая смена половых партнеров при этом – использование гормональной, а не барьерной контрацепции, нетрадиционные формы половых контактов (орогенитальный, анальный), половые отношения во время менструации, частые спринцевания и самолечение, неправильное использование внутривлагалищных тампонов и др.

Начало заболевания часто связано со сменой полового партнера.

Специалисты классифицируют воспалительные заболевания женских половых органов по вызвавшим их возбудителям, по месту локализации, по давности и выраженности симптомов.

По виду возбудителя заболевания в гинекологии могут быть специфическими и неспецифическими:

Специфические воспаления вызваны инфекциями, передающимися половым путем. К ним относят ВИЧ, гонорею, герпес, трихомониаз, гонококк, трихомонаду, хламидиоз и другие. Иногда в качестве возбудителей могут выступать сразу несколько инфекций.

Неспецифические воспаления вызваны собственной флорой женщины, которая активизируется, если в организме произошли сбои: кишечной палочкой, стрептококком, стафилококком и др. В последние несколько лет все больше проблем доставляют женщинам вирусы и простейшие грибы, которые в обычном состоянии являются частью нормальной микрофлоры влагалища.

Как таковой разницы между специфическими и неспецифическими заболеваниями нет, зато есть общее правило —приступить к лечению сразу после появление первых симптомов.

По характеру воспаления могут быть острыми, подострыми, хроническими и обостренными:

Острое течение процесса возникает впервые и сопровождается яркими клиническими проявлениями.

Подострое также беспокоит женщину в первый раз, однако выражено не так явно.

Хроническое течение длится более четырех недель. Жалобы от пациентки на протяжении этого времени, как правило, отсутствуют и появляются лишь при обострении хронического процесса. Жалобы могут быть связаны и с уже наступившими осложнениями хронического процесса (нарушение менструальной функции, бесплодие, нарушение функции других органов и систем).

Течение воспалительного процесса зависит от характера возбудителя и особенностей защитных сил организма женщин. При срыве защитных сил организма может произойти распространение процесса (сепсис).

По месту поражения женские заболевания делятся на два типа — поражения верхнего и нижнего отделов гениталий.

Поражения верхнего отдела объединяют следующие болезни: сальпингоофорит (воспаление яичников и маточных труб), эндометрит (воспаление слизистой оболочки тела матки), пельвиоперитонит (воспаление брюшины), параметрит (воспаление околоматочной клетчатки), тубоовариальный абсцесс (гнойное воспаление придатков матки).

Самым распространенным воспалительным заболеванием у женщин является сальпингоофорит.

Симптомы:

Чаще всего острый, гнойный сальпингоофорит начинается остро:

Повышение температуры, иногда сопровождающееся ознобами. Размахи температуры могут быть различны, характерно вечернее повышение температуры при нормальных или субфебрильных показателях утром.

Боли в низу живота. Возникают остро. В начале заболевания они, как правило, носят локальный характер, и пациентка может четко указать область поражения, при наличии сопутствующего воспаления матки и окружающих тканей боли могут быть распространенными и иррадиировать в поясницу, прямую кишку и бедро).

Обильные гнойные (реже – серозо-гнойные) бели и резей при мочеиспускании. Как правило, они сопровождаются гнойными выделениями из уретры, что приводит также к появлению у больных частого, малыми порциями, болезненного мочеиспускания или сильных резей при мочеиспускании.

В последующем присоединяются симптомы гнойной интоксикации (слабость, тахикардия, мышечные боли, чувство сухости во рту), диспепсические и эмоционально-невротические и функциональные расстройства.

Полного излечения, как правило не происходит, чаще заболевание приобретает хроническое течение с периодическими обострениями. Обострение хронического сальпингоофорита может начаться под влиянием многих внешних факторов: переохлаждения, перегревания, утомления, реже связано с реинфекцией. В период обострения повышается температура, появляются или усиливаются боли в низу живота, увеличивается количество выделений. Обычно боли усиливаются перед и во время менструаций, иногда нарушается цикл. До половины больных отмечают нарушения половой функции: исчезает либидо, коитус становится болезненным. При продолжительном течении и частых рецидивах в патологический процесс вовлекаются мочевыделительная, нервная, эндокринная, сосудистая система, и заболевание приобретает характер полисистемного процесса.

Эндометрит

Симптомы:

Острая форма заболевания обычно развивается после перенесенных лечебно-диагностических вмешательств на матке, операций. Предрасполагающими факторами являются оставление в полости матки плодных оболочек во время аборта, сгустков крови, большое количество патогенных и условно-патогеных (эшерехий, протей и др.) микроорганизмов во влагалищном биоценозе.

Острая форма начинается с повышения температуры тела появляются боли в низу живота, выделения из половых путей различного характера (гнойные, кровянисто-гнойные), женщины жалуются на слабость, головную боль.

Без лечения воспаление может распространиться на все слои матки и параметрий – клетчатку, расположенную между листками широких связок матки. Развивается параметрит. Острая форма параметрита может привести к абсцессу параметрия, который иногда самостоятельно вскрывается в прямую кишку, матку, брюшную полость или мочевой пузырь.

При неадекватном лечении развитие переходит в хроническое.

Хронический эндометрит характеризуется светлыми серозными выделениями из половых путей, периодическими маточными кровотечениями вне менструации. Иногда хронический процесс протекает без каких-либо внешних симптомов, но приводит при этом к нарушению менструального цикла, невынашиванию, бесплодию.

Пельвиоперитонит – воспаление брюшины малого таза. Чаще является осложнением вышеперечисленных заболеваний.

Симптомы: заболевание характеризуется острыми болями в животе, тошнотой, рвотой, вздутием живота, задержкой стула и газов, повышением температуры, учащением пульса. Язык сухой, обложен белым налетом. При современном (стертом) течении возможна малая выраженность симптомов или отсутствие некоторых из них.

Больные нуждаются в особом наблюдении в связи с возможностью перехода пельвиоперитонита в разлитой перитонит, при котором необходима экстренная операция.

К поражениям нижнего отдела относится вульвит, кольпит (вагинит), уретрит, бартолинит и цервицит (экзоцервицит, эндоцервицит).

Вульвит - воспаление слизистой оболочки преддверия влагалища. Развивается в основном у девочек. Инфицированию способствуют опрелости, расчесы, ссадины, эндокринная патология (ИЗСД), глистные инвазии, детские вирусные инфекции. У взрослых, как правило, вульвит сочетается с воспалением слизистой влагалища.

Клиника: боль, отек вульвы, гнойное отделяемое.

Бартолинит - это воспаление больших желез преддверия влагалища. Очень часто при несоблюдении правил гигиены половых органов в нее попадают различные бактерии и ИППП. Ее выводной проток закупоривается и в железе возникает воспалительный процесс. Чаще встречается одностороннее поражение бартолиновой железы.

Проявляется сначала покраснением вокруг наружного отверстия выводного протока, далее воспалительный отек может закупоривать проток железы, препятствуя выделению гнойного секрета, который, задерживаясь в протоке, растягивает его, образуя ложный абсцесс (гнойник), который выпячивает внутреннюю поверхность большой половой губы и закрывает вход во влагалище. Может повышаться температура тела, болезненность в области промежности. В редких случаях воспалительный процесс может захватывать непосредственно ткань железы, при этом возникает истинный абсцесс с сильным нагноением и увеличением железы. Припухает большая и малая половые губы. Увеличиваются паховые лимфатические узлы. Повышается температура тела. От ложного абсцесса истинный отличается постоянной болью, резкой отечностью половой губы, неподвижностью кожи над абсцессом, высокой температурой.

Гнойник может самопроизвольно вскрываться с истечением густого желто-зеленого содержимого, после чего состояние улучшается. Воспалительный процесс может затухать самостоятельно (без нагноения). При этом наблюдается уплотнение и незначительное увеличение железы. Однако довольно часто через некоторое время воспалительный процесс возобновляется и осложняется.

Кольпит - воспаление влагалища (вагинит).

В клинической картине триада симптомов: боли, бели, зуд.

Кольпит могут вызывать гонококки, трихомонады, хламидии, а также условно патогенные микроорганизмы, такие как стафилококки, стрептококки, грибы рода Candida, кишечная палочка и др. Выделяют острый и постоянный вагиниты. При остром процессе женщины жалуются на зуд в области преддверия влагалища, жжение, ощущение давления, жара в половых органах и малом тазу, многие отмечают дизурические растройства. Характерным являются обильные выделения – бели. Воспалительный процесс, вызванный различными возбудителями, имеет свои особенности. Например, обильные пенистые желтовато-зеленые выделения с неприятным запахом характерны для трихомонадного вагинита; выделения белого творожистого вида – для грибкового. При хронических формах воспаления боли отсутствуют, в основном больные жалуются на выделения, зуд, жжение, небольшие изъязвления в области преддверия влагалища.

Бактериальный вагиноз (диагноз с 1980 года) болезнь Гарднера. Жалобы только на повышенное отхождение белей (выделения обильные, дурно пахнущие). Симптомов воспаления нет. Часто женщины жалуются на дискомфорт и жжение во влагалище. В последнее время бактериальный вагиноз рассматривают как своеобразный дизбактериоз влагалища, возникающий при уменьшении числа лактобактерий, выделяющих молочную кислоту, повышении рН вагинального секрета (больше 4,5). При этом создаются условия для массивного размножения таких микроорганизмов, как гарднереллы и облигатные анаэробы бактерии. Это заболевание редко встречается у девочек в препубертатном периоде и у женщин в постменапаузе, что указывает на большое значение гормонального компонента в возникновении такого дисбаланса.

Цервицит представляет собой воспаление шейки матки, которое возникает в результате проникновения в цервикальный канал гонококков, трихомонад, хламидий, стафилококков, стрептококков и других бактерий, реже вирусов. Возникновению способствуют разрывы шейки матки при родах, опущение половых органов, инфекционные процессы во влагалище и, наоборот, во внутренних половых органах. При остром процессе женщину беспокоят слабые боли в низу живота, неприятные ощущения во влагалище, иногда зуд, слизистые или гнойно слизистые выделения из влагалища, болезненные ощущения во время половых контактов. При хроническом процессе жалобы выражены слабее.

Эндоцервицит – воспаление слизистой оболочки канала шейки матки. Может возникать при проникновении различных бактерий (стафилококков, стрептококков, гонококков, кишечной эшерихии и др.). Эндоцервицит часто сочетается с воспалительным процессом в других отделах полового аппарата – кольпитом, сальпингоофоритом, эрозией шейки матки.

Симптомы: слизисто-гнойные выделения из влагалища, болевых ощущений нет. Клинические признаки выражены мало. В острой стадии определяется гиперемия вокруг наружного зева и слизисто-гнойные выделения. В хронической стадии гиперемии почти нет, выделения остаются. При длительном течении процесса развивается гипертрофия (утолщение) шейки матки – цервицит

Кондиломы остроконечные (множественные разрастания по поверхности наружных половых органов и входа влагалища). Могут распространяться на промежность, влагалище, шейку матки. Причиной возникновения кондилом служит фильтрующийся вирус (вирус папилломы человека), развитию процесса способствуют обильные выделения из половых путей при кольпитах и эндоцервицитах. Очень быстро остроконечные кондиломы разрастаются при беременности.

Симптомы: кондиломы чаще всего локализуются на наружных половых органах, промежности, вокруг заднепроходного отверстия. В случаях некроза кондилом и присоединения вторичной инфекции появляется гнойное отделяемое. Кондиломы влагалища и шейки матки во время беременности и родов могут быть причиной кровотечения. Диагноз ставят на основании осмотра.

Профилактика воспалительных заболеваний у женщин

Кто предупрежден, тот вооружен, поэтому специалисты настоятельно рекомендуют девушкам и женщинам соблюдать ряд простых правил, которые помогут избежать возникновения серьезных проблем со здоровьем.

Лабораторные диагностические исследования

Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ проводить общий (клинический) анализ крови развернутый,

У пациентки с ВЗОМТ может быть выявлен лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (увеличение содержания палочкоядерных лейкоцитов), повышение уровня СОЭ. Однако отсутствие изменений в общем развернутом анализе крови не позволяет исключить инфекционный процесс и часто встречается при легкой и среднетяжелой формах ВЗОМТ.

Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ исследование уровня С- реактивного белка в сыворотке крови (СРБ).

СРБ является информативным лабораторным маркером системного воспаления. Уровень СРБ отражает тяжесть воспалительного процесса, однако референсные его значения не позволяют исключить ВЗОМТ. Динамика его концентрации может быть использована в оценки эффективности проводимой терапии. В качестве маркера тубо-овариального абсцесса может быть использовано повышение уровня прокальцитонина выше 0.33 нг/мл (чувствительность метода составляет 62%, специфичность 75%).

Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ исследование уровня антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 и антигена p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови, определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови, иммуноглобулинов класса M и G к вирусу гепатита В или HBs-антигена, иммуноглобулинов класса M и G к вирусу гепатита С или антигена HCV.

Течение ВЗОМТ на фоне ВИЧ-инфекции может быть более тяжелым, возрастает риск образования тубоовариального абсцесса.

Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ проведение молекулярно- биологического исследования отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на ИППП (Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium). Отсутствие ИППП не исключает диагноз ВЗОМТ. Предпочтительным методом диагностики является определение ДНК возбудителей ИППП (Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистых оболочек женских половых органов методом ПЦР (биологический материал следует брать из цервикального канала с помощью зонда-щетки в стерильный лабораторный контейнер).

Рекомендуется пациентам с подозрением на ВЗОМТ проводить микроскопическое исследование влагалищных мазков на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы.

Биологический материал следует брать из цервикального канала или в процессе хирургического вмешательства (перитонеальная жидкость, содержимое абсцесса, фаллопиевых труб, эндометрия и др.) с помощью ватного тампона на предметное стекло.

Микроскопия вагинальных мазков, окрашенных по Граму может быть использована, если определение ДНК возбудителей ИППП на месте невозможно. Повышение количества лейкоцитов в мазке может быть выявлено, однако неспецифично, так как нормальные значения уровня лейкоцитов могут определяться при легком течении и хронизации инфекционного процесса.

Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ проводить микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы.

При взятии биологического материала для культурального исследования необходимо придерживаться следующих правил - биологический материал следует брать из цервикального канала (с помощью ватного тампона (дакронового) в стерильную пробирку с транспортной средой); материал, полученный в процессе хирургического вмешательства (перитонеальная жидкость, содержимое абсцесса, фаллопиевых труб, эндометрия и др.) - с помощью ватного тампона

 (дакронового) в стерильную пробирку с транспортной средой или шприцом в стерильный лабораторный контейнер (для тканей и жидкостей).

Культуральное исследование позволяет выявить условно-патогенные микроорганизмы (Enterobacteriaceae, Streptococus A и В групп, Enterococcus м др.) и более редкие возбудители ВЗОМТ (например, Actinomyces).

Рекомендуется всем пациентам с подозрением на тубоовариальный абсцесс (по данным УЗИ) определение уровня хорионического гонадотропина (бета-ХГЧ) в крови .

Определение уровня хорионического гонадотропина (бета-ХГЧ) в крови следует проводить для исключения эктопической беременности при наличии нарушений менструального цикла у пациентки с подозрением на ВЗОМТ. При отсутствии возможности ургентного определения уровня бета-ХГЧ в крови, может быть использован мочевой тест на беременность .

Инструментальные диагностические исследования

Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ВЗОМТ проведение ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза (по возможности трансвагинальным датчиком).

УЗИ органов малого таза (с помощью трансвагинального и трансабдоминального датчиков) более информативен для диагностики тубоовариального абсцесса. УЗИ может применяться для дифференциальной диагностики. Отсутствие изменений при УЗИ не позволяет исключить ВЗОМТ.

Рекомендовано проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) у пациенток с распространенными формами и тяжелым течением ВЗОМТ, с обширным спаечным процессом после ранее перенесенных операций для дифференциальной диагностики с другими генитальными и экстрагенитальными (тазовыми) заболеваниями для определения тактики ведения.

Обследование пациенток с распространенными формами и тяжелым течением ВЗОМТ должно проводиться в учреждениях здравоохранения соответствующего уровня, с привлечением смежных специалистов.

Рекомендуется пациентам с подозрением на ВЗОМТ и неэффективностью консервативного лечения и/или с целью дифференциальной диагностики с другими заболеваниями органов малого таза проведение лапароскопии имеет ценность в диагностике и лечении ВЗОМТ, но проводить ее рутинно пациенткам с подозрением на ВЗОМТ нецелесообразно. В ряде случаев клиническая картина ВЗОМТ сходна с рядом других заболеваний. С помощью лапароскопии проводится дифференциальная диагностика ВЗОМТ с эктопической беременностью, острым аппендицитом, дивертикулитом, карциномой маточной трубы, раком яичника, инфильтративными формами эндометриоза и др.

Рекомендуется пациенткам с подозрением на хронический эндометрит и внутриматочные синехии (по данным УЗИ), при бесплодии, 2 и более неудачные попытках переноса эмбрионов, невынашивании беременности, аномальных маточных кровотечениях и др. проведение биопсии эндометрия с патолого- анатомическим исследованием биопсийоного материала при возможности под контролем гистероскопии.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

**Консервативное лечение**

Для лечения ВЗОМТ используется антимикробная, противовоспалительная, инфузионно-трансфузионная, антикоагулянтная, десенсибилизирующая терапия и др.

Важным компонентом в лечении ВЗОМТ является назначение антибактериальных препаратов. Схемы антибактериальной терапии многообразны, однако следует отметить малочисленность адекватных контролируемых клинических исследований по их эффективности. Рекомендации по режимам антибактериальной терапии при ВЗОМТ варьируют в разных странах, но основные принципы лечения являются общепринятыми. Следует обеспечить элиминацию всего спектра возможных возбудителей (гонококков, хламидий, генитальной микоплазмы, грамотрицательной кишечной микрофлоры, грамположительных аэробов, анаэробов и др.) В процессе лечения необходимы тщательный контроль эффективности и своевременное принятие решения о смене антибактериального препарата при отсутствии эффекта в течение 48- 72 часов и/или развитии нежелательных побочных лекарственных реакций у пациентки.

Режим дозирования антибактериальных препаратов и путь введения определяются в зависимости от степени распространенности воспалительного процесса, тяжести состояния пациентки, данных фармакокинетики и фармакодинамики препарата и с учетом выявленного возбудителя [32, 35]. Продолжительность терапии ВЗОМТ составляет 10-14 дней [1, 2]. Такая длительность необходима для проведения полной эрадикации возбудителей с целью предотвращения хронизации воспалительного процесса, а также рецидивов и осложнений. Статистически значимых данных по отдаленной эффективности различных режимов терапии практически нет. В случае неэффективности консервативной терапии ВЗОМТ тактика ведения пациентки определяется решением врачебной комиссии.

Рекомендуется пациенткам с ВЗОМТ проводить терапию антибактериальными препаратами эмпирически с охватом всего спектра вероятных возбудителей с предварительным проведением культурального исследования для последующей коррекции лечения, с последующим переходом на препараты альтернативных схем (при неэффективности лечения).

Рекомендуется пациенткам с легкими и среднетяжелыми формами ВЗОМТ пероральная антибактериальная терапия на амбулаторном или стационарном этапе лечения. Рекомендуется всем пациенткам с тяжелыми (распространенными) формами ВЗОМТ начинать лечение в условиях стационара с парентерального введения антибактериальных препаратов и продолжать терапию в течение 24 часов после клинического улучшения с переходом на пероральную форму Коррекцию антибактериальной терапии следует проводить на основании результатов культурального исследования через 48-72 часа после начала лечения при отсутствии улучшения клинико-лабораторных показателей, свидетельствующих о положительной динамике в течение заболевания и/или резистентности возбудителя к проводимой терапии.

Рекомендуется пациенткам с ВЗОМТ для лечения грибковой инфекции, подтвержденной данными микробиологического (культурального) исследования, терапия противогрибковыми препаратами системного действия.

Риск развития инвазивного микоза на фоне применения антибактериальных препаратов у пациенток без специфических факторов риска (нейтропении на фоне применения цитостатиков, трансплантации кроветворных стволовых клеток, трансплантации печени и пр.) невысок, поэтому рутинная первичная антифунгальная профилактика не рекомендуется.

Рекомендуется пациенткам с ВЗОМТ назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) с учетом противопоказаний к их назначению с целью обезболивания, купирования лихорадки и противовоспалительного действия.

Рекомендуется пациенткам с ВЗОМТ с распространенными формами и тяжелым течением заболевания проводить комплексную терапию (инфузионная (по анатомо- терапевтическо-химической классификации (АТХ) – Растворы, влияющие на водно- электролитный баланс), трансфузионная (по АТХ – Препараты крови), антикоагулянтная (по АТХ - Антикоагулянты), антигистаминная (по АТХ – Антигистаминные препараты для системного действия) и т.д.) с учетом степени тяжести состояния пациентки с ВЗОМТ [4].

Инфузионную терапию (кристаллоиды (по АТХ – Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс), корректоры электролитного обмена плазмозамещающие и белковые препараты (по АТХ – растворы, влияющие на водно- электролитный баланс и кровезаменители и препараты плазмы) следует проводить в объеме инфузий 1,5-2,5 л/сутки. Продолжительность терапии индивидуальна (в среднем 4-7 суток). Профилактику венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) проводят низкомолекулярными гепаринами (по АТХ-Гепарины).

В качестве симптоматической терапии применяют антианемические препараты, витамины и др.

Рекомендуется пациенткам со ВЗОМТ избегать половых контактов до тех пор, пока они не завершат лечение.

**Хирургическое лечение**

Хирургическая тактика ведения пациенток с ВЗОМТ, выбор объема и доступа оперативного вмешательства зависят от возраста, реализации репродуктивной функции, тяжести течения воспалительного процесса, наличия осложнений. С появлением современных антибактериальных препаратов стало возможно проведение органосохраняющих оперативных вмешательств.

Основными показания к хирургическим методам лечения [4, 41]:

Наличие гнойного тубоовариального образования.

Отсутствие эффекта от проводимой медикаментозной терапии

Рекомендуется проведение хирургического лечения при осложненных формах ВЗОМТ, объем, доступ и кратность определяется степенью распространения процесса и тяжестью состояния пациентки [4-6].

Принцип хирургического лечения: своевременный и адекватный объем хирургического вмешательства, направленный на удаление очага деструкции, с максимальным сохранением ткани яичников у пациенток репродуктивного возраста.

Выбор доступа для хирургического лечения зависит от распространенности воспалительного процесса, наличия сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, предполагаемого объема вмешательства, а также условий и возможностей для их проведения.

При возможности вопрос об объеме и доступе хирургического вмешательства решается врачебной комиссией после получения информированного согласия пациентки.

• Рекомендуется проведение дренирующих паллиативных операций (дренирование заднего свода, кольпотомия) у пациентки с осложненными формами ВЗОМТ при отсутствии возможности или условий для проведения адекватного хирургического вмешательства [4].

Дренирующие паллиативные операции проводятся под ультразвуковой навигацией. В ряде случаев они являются подготовительным этапом к основному хирургическому лечению, которое в данной клинической ситуации невозможно провести в связи с отсутствием условий или наличием противопоказаний

**Профилактика**

Употребляйте как можно больше цитрусовых и бобовых, блюд из рыбы и картофеля, а также кисломолочных продуктов (особенно тех, в чей состав входят бифидобактерии). Это позволит избежать дисбактериозов наружных половых органов.

Во время менструации используйте при необходимости – днем тампоны, а ночью прокладки. Помните, что супервпитывающие тампоны, а также тампоны, остающиеся во влагалище на шесть и более часов, способствуют размножению микроорганизмов.

Не приобретайте специфические средства интимной гигиены: цветные тампоны и туалетную бумагу, мыло с отдушкой и спреи — это может стать причиной раздражения слизистой и развития дисбактериоза и воспаления.

После бассейна или купания в море, старайтесь не ходить долго в мокром купальнике, так как это чревато опасностью переохлаждения органов малого таза и активизации в этих органах микробной и вирусной флоры. Кроме того, вы непроизвольно создаете идеальные парниковые условия для микробов.

Отдавайте предпочтение белью из натуральных тканей — синтетические ткани почти не впитывают влагу и не обеспечивают достаточно хорошей циркуляции воздуха в области гениталий. Хлопковое белье не дает образоваться щелочной среде на слизистой влагалища.

Ограничивайте в своем рационе продукты с высоким содержанием сахара. По мнению многих известных врачей, рафинированный сахар обладает свойствами, достаточными для поддержания хронического кандидоза.

Обращайте внимание даже на незначительный дискомфорт при мочеиспускании — он может быть предвестником серьезного недомогания.

Не ешьте слишком много хлеба и грибов, не злоупотребляйте алкоголем, особенно пивом — все эти продукты благоприятствуют возникновению хронических грибковых инфекций.

Соблюдайте правила гигиены и пользуйтесь лишь своими бритвенными станками и другими туалетными принадлежностями.

При гигиенических процедурах генитальной и перианальной области, ваши движения должны иметь направленность в сторону ануса, чтобы избежать занесения в половые органы кишечных болезней из анального отверстия.

Если у вашего партнера обнаружилась какая-либо инфекция, вы также должны обратиться к гинекологу — с большой долей вероятности микробная флора будет беспокоить и вас.

Избегайте случайных половых связей. Если же произошел незащищенный контакт со случайным половым партнером, необходимо как можно быстро обратиться в клинику для проведения профилактических мероприятий, предупреждающих заражением мочеполовыми инфекциями.

**Литература**

1. **Национальное руководство гинекология. под руководством Савельевой Г.М., Сухих Г.Т., Серова В.Н., Радзинского В.Е., Манухина И.Б.2017.**
2. **Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная гинекология. Руководство. Москва. Медпресс. 2001. С.288.**
3. **Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике: Евразийские клинические рекомендации/под ред. С.В.Яковлева, С.В.Сидоренко, В.В.Рафальского, Т.В.Спичак. М.:Издательство «Пре100 Принт», 2016 0- 144с.**
4. **Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии/ Под ред. Л.С.Страчунского, Ю.Б.Белоусова, С.Н.Козлова. – Смоленск: МАКМАХ, 2007. – 464с.**
5. **Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / под ред. В. С. Савельева, А.**