

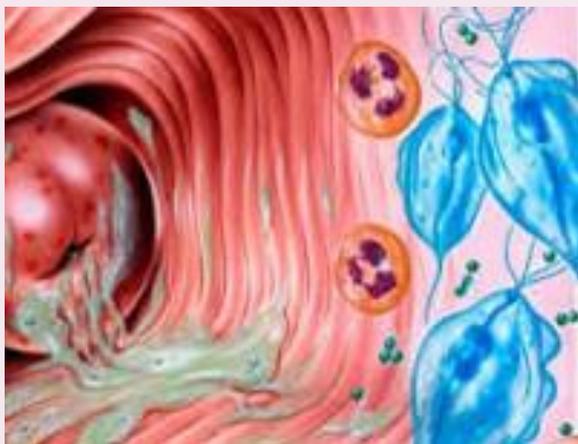
Воспалительные заболевания органов малого таза

Подготовили:
врачи-интерны УЗ «ГКБ СМП г.Гродно»

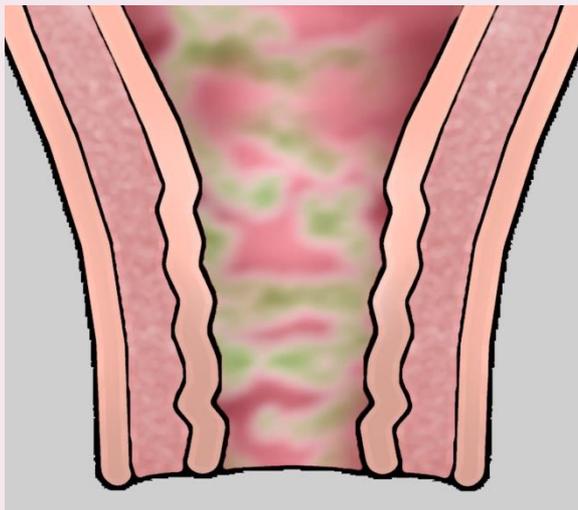
Рожко Яна Викторовна,
Корж Анастасия Александровна

Научный руководитель:
Станько Денис Эдуардович

Вульвовагинит



- воспалительное заболевание нижнего отдела половых путей.
- **Вульвит** – воспаление наружных половых органов женщины: **слизистой оболочки малых половых губ, преддверия влагалища**.
- Если процесс распространяется на **слизистую влагалища**, заболевание называют «**вульвовагинит**».



Коды по МКБ-10:

N76.0 Острый вагинит.

N76.1 Подострый и хронический вагинит.

N76.2 Острый вульвит.

N76.3 Подострый и хронический вульвит.

N76.4 Абсцесс вульвы.

N76.5 Изъязвление влагалища.

Этиология

Воспалительные заболевания вульвы возникают, как правило, под действием **смешанной флоры**: *гонококки, стрептококки, стафилококки (аэробные и анаэробные), кишечная палочка, энтерококки, протей, бактероиды, трихомонады, хламидии, грибы рода Candida, мико- и уреоплазмы.*

Наличие патогенной флоры – признак патологического процесса только в случае, если развивается ответная воспалительная реакция.



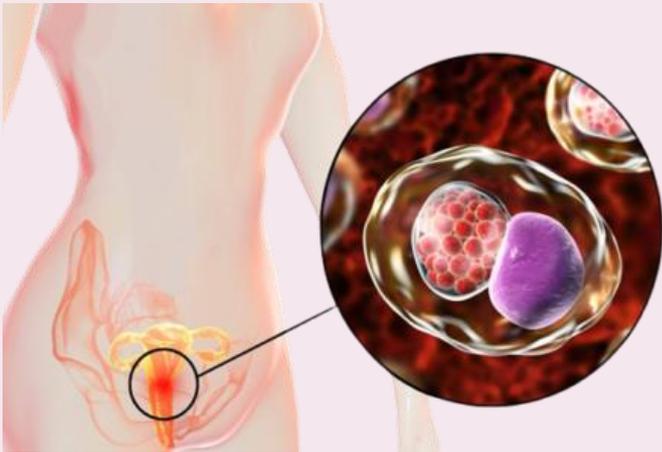
Развитию первичного вульвита способствуют:

- несоблюдение гигиены наружных половых органов;
- опрелости при ожирении;
- химическое, термическое или механическое воздействие (расчески, ссадины и др.);
- эндокринные заболевания (сахарный диабет);
- псориаз, экзема;
- опущение и выпадение внутренних половых органов;
- геморрой;
- разного рода воспалительные процессы в перианальной области.

Этиология

Факторы, провоцирующие развитие вульвовагинита:

- длительный и/или бессистемный прием антибиотиков;
- беременность;
- использование КОК (особенно с высоким содержанием эстрогенов);
- применение цитостатиков;
- лучевая терапия;
- прием глюкокортикоидов;
- эндокринные заболевания, разные эндокринопатии;
- дисфункция яичников;
- иммунодефицит, связанный с тяжелыми заболеваниями, операциями, травмами.



Патогенез

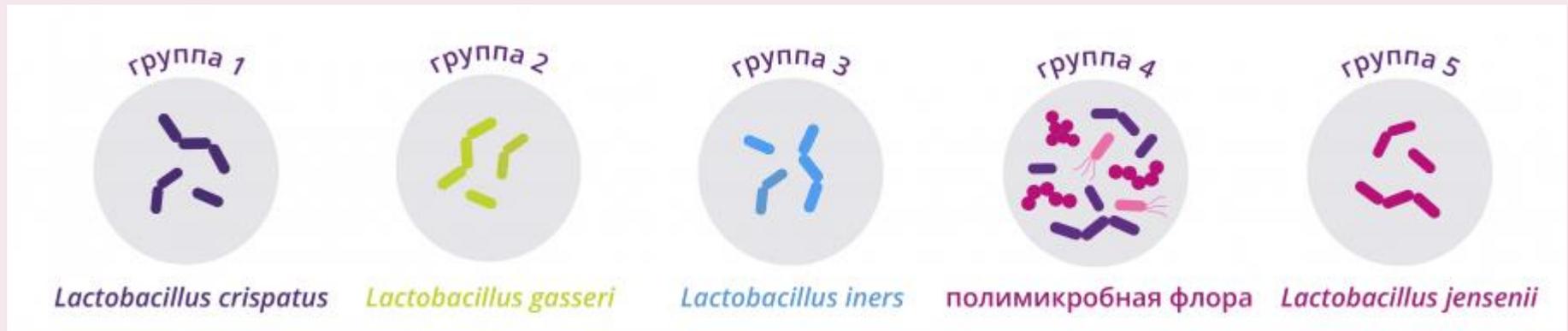
Важную роль в механизме возникновения патологических воспалительных процессов в половых органах женщины играет **изменение микроэкосистемы нормального биоценоза половых путей** в ответ на разные неблагоприятные воздействия. Основная функция нормальной микрофлоры – обеспечение совместно с иммунной системой колонизационной резистентности оптимального количества микробных ассоциантов в биотопе.

Во влагалище здоровой женщины обитает большое количество микроорганизмов:

- Палочковидная флора: лактобациллы (поддерживают кислую среду, что защищает от патогенов), коринебактерии.
- Кокковая флора: анаэробные и аэробные кокки, гемолитические и негемолитические стрептококки, энтерококки.
- Реже встречаются клебсиеллы, энтеробактерии, протей, кишечная палочка, грибы рода *Candida*.

Защитные механизмы могут быть врожденными, конституциональными или приобретенными в процессе постоянного взаимодействия с инфекционными агентами.

Если эти механизмы не предупреждают микробную инвазию, развивается воспалительный процесс вульвы и влагалища. Далее инфекция распространяется восходящим путем и поражает внутренние половые органы.



Клиника

Наиболее частые жалобы :

- жжение,
- зуд в области наружных половых органов,
- эритема в области вульвы и входа во влагалище,
- диспареуния,
- дизурия,
- нередко общее недомогание.

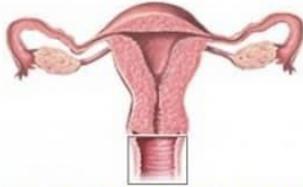


Вульвит в острой стадии характеризуется гиперемией и отечностью наружных половых органов, наличием серозногноевидных или гнойных налетов.

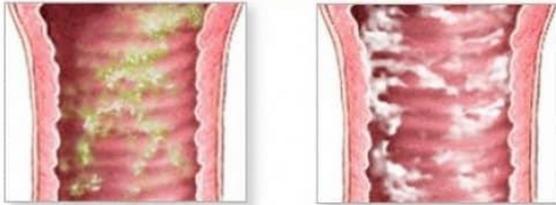
В хронической стадии гиперемия, зуд, отечность вульвы и экссудация стихают, но возобновляются при обострениях.

Диагностика

Вульвовагинит



Воспаление наружных половых органов (вульвит) и слизистой влагалища (вагинит)



- Анамнез.

Острый вульвовагинит может развиваться на фоне псориаза, сахарного диабета, при эндокринопатиях; беременности; при длительном лечении антибиотиками, цитостатиками, глюкокортикоидами.

- Физикальное исследование:

гиперемия, отек, иногда расчесы с изъязвлениями и гнойным налетом, бели желтовато-зеленоватого цвета. Введение гинекологических зеркал во влагалище резко болезненно. Нижняя треть слизистой влагалища гиперемирована, отечна, могут быть эндоцервицит и желтоватые гнойные выделения на шейке матки.

- Лабораторные исследования - бактериоскопическое и бактериологическое исследование выделений из влагалища и уретры (обязательны при вульвовагинитах любой этиологии).

При бактериоскопическом исследовании материала из цервикального канала можно обнаружить:

- повышенное количество лейкоцитов (до 60-80 клеток в поле зрения или сплошь),
- бактерии, в материале из уретры – 15-20 лейкоцитов в поле зрения.

Культуральное (бактериологическое) исследование выделений незаменимо для уточнения диагноза. Бактериологическое исследование на скрытые инфекции помогает выявить возбудителей ИППП.

Клинический анализ крови не изменен.

В анализах мочи может быть лейкоцитурия (особенно если есть признаки цистита).

Диагностика

- Лабораторные исследования - бактериоскопическое и бактериологическое исследование выделений из влагалища и уретры (обязательны при вульвовагинитах любой этиологии).

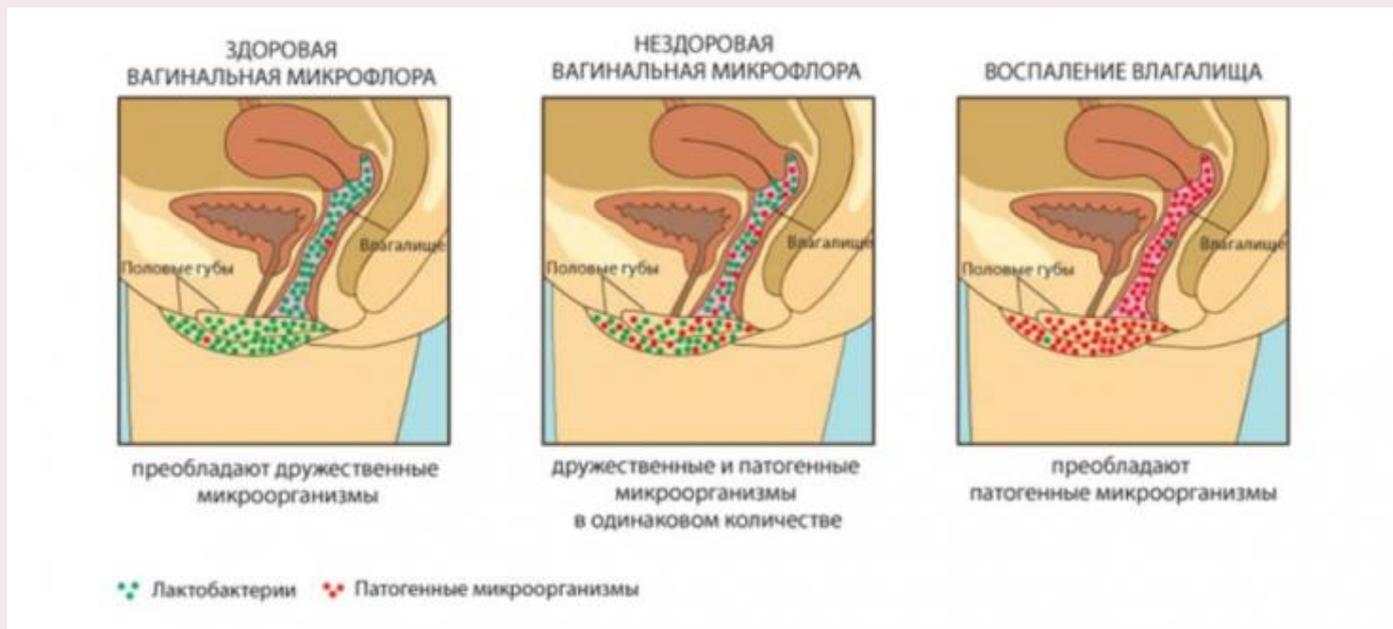
При бактериоскопическом исследовании материала из цервикального канала можно обнаружить:

- повышенное количество лейкоцитов (до 60-80 клеток в поле зрения или сплошь),
- бактерии, в материале из уретры – 15-20 лейкоцитов в поле зрения.

Культуральное (бактериологическое) исследование выделений незаменимо для уточнения диагноза. Бактериологическое исследование на скрытые инфекции помогает выявить возбудителей ИППП.

Клинический анализ крови не изменен.

В анализах мочи может быть лейкоцитурия (особенно если есть признаки цистита).

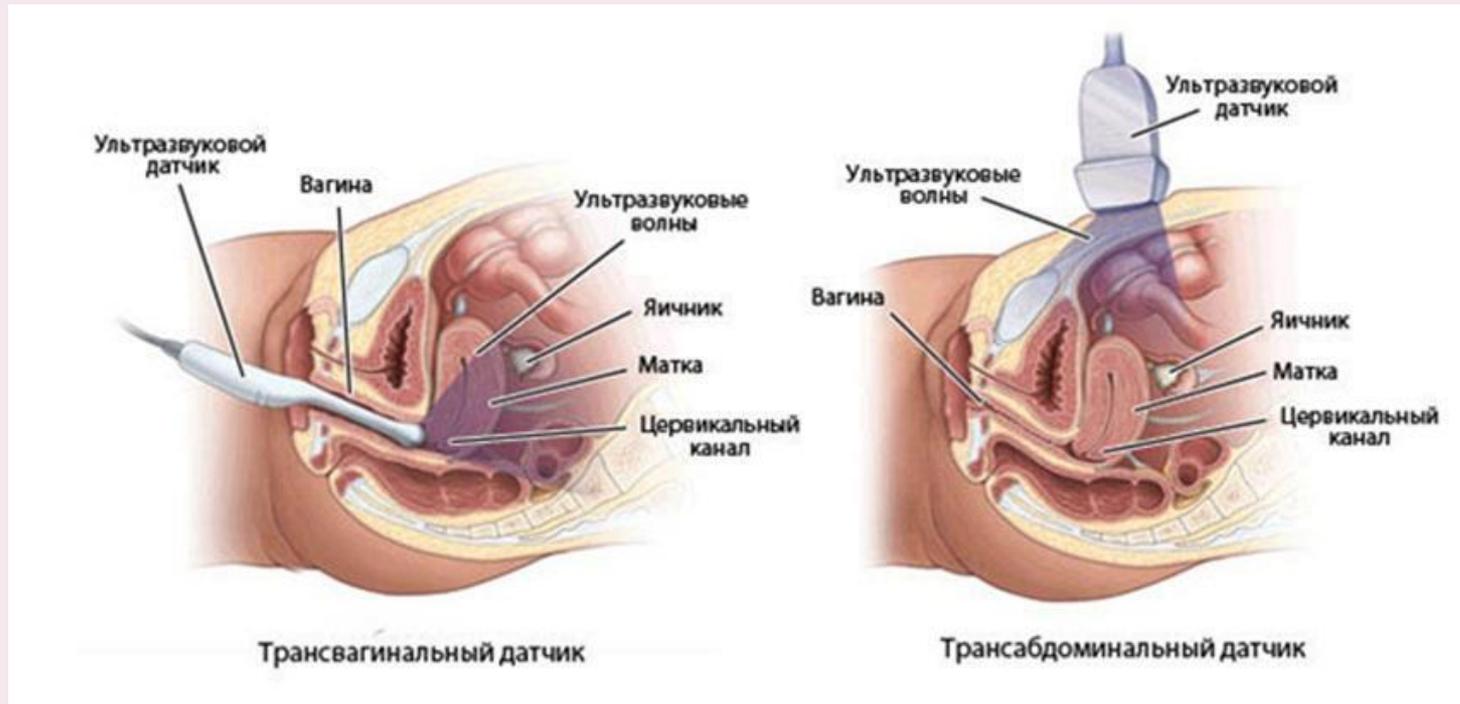


Диагностика

- Инструментальные:

УЗИ ОМТ позволяет провести дифференциальную диагностику вульвовагинита с осложненным течением тубоовариальных воспалительных процессов или онкологических заболеваний (особенно в период химиотерапии).

У молодых женщин с тубоовариальными абсцессами могут возникать пиурия и бактериурия



Лечение

- **Немедикаментозное лечение:**

- диета в остром периоде (исключить острую раздражающую пищу, алкоголь).
- половой покой.

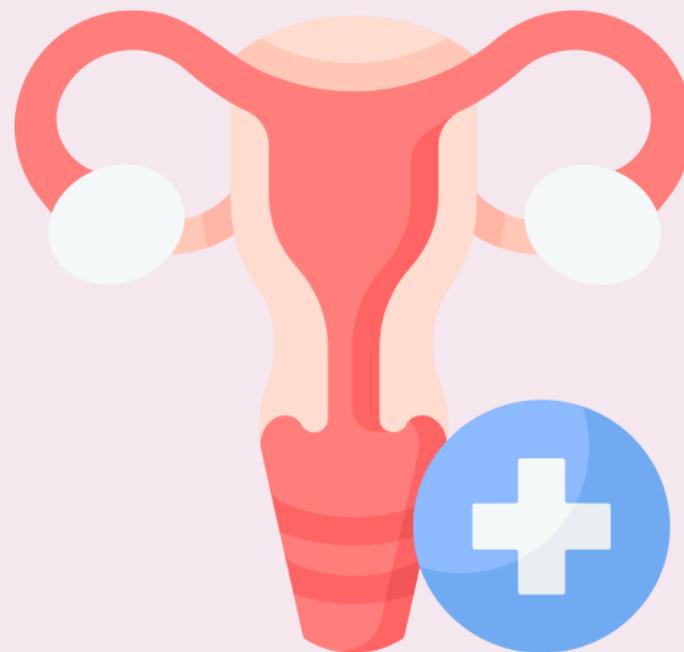
- **Медикаментозное лечение:**

Имеет целенаправленный характер после определения возбудителя и его чувствительности к антибиотикам.

Эмпирическая терапия сводится к назначению сидячих ванночек с отваром ромашки, спринцеваний, применению антибактериальных препаратов на тампонах, смазыванию вульвы кремами.

- **Хирургическое лечение:**

только при очаговых нагноениях в области вульвы.



Профилактика. Прогноз

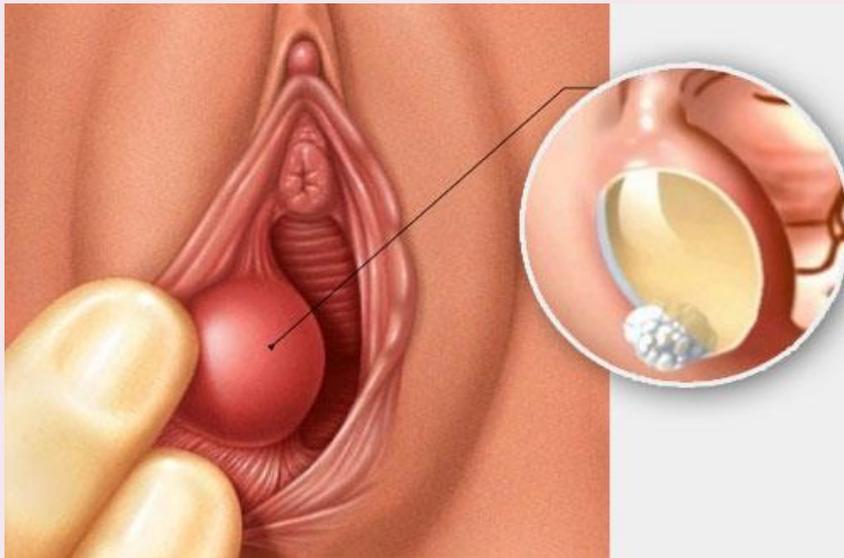
- устранение факторов риска,
- лечение эндокринных заболеваний, ожирения, выпадения внутренних половых органов.
- своевременная диагностика и лечение ИППП,
- адекватное лечение антибиотиками, цитостатиками, гормонами под защитой биоценоза влагалища.



Прогноз благоприятный. Рецидивы возможны на фоне экстрагенитальных заболеваний (сахарный диабет, тиреотоксикоз, ожирение).

Бартолинит

– воспаление большой железы преддверия влагалища (бартолиновой). Проявляется острым инфекционным процессом и абсцессом бартолиновой железы с вовлечением окружающей клетчатки и образованием гнойной полости с пиогенной капсулой.



Коды по МКБ-10:

N75 Болезни бартолиновой железы.

N75.0 Киста бартолиновой железы.

N75.1 Абсцесс бартолиновой железы.

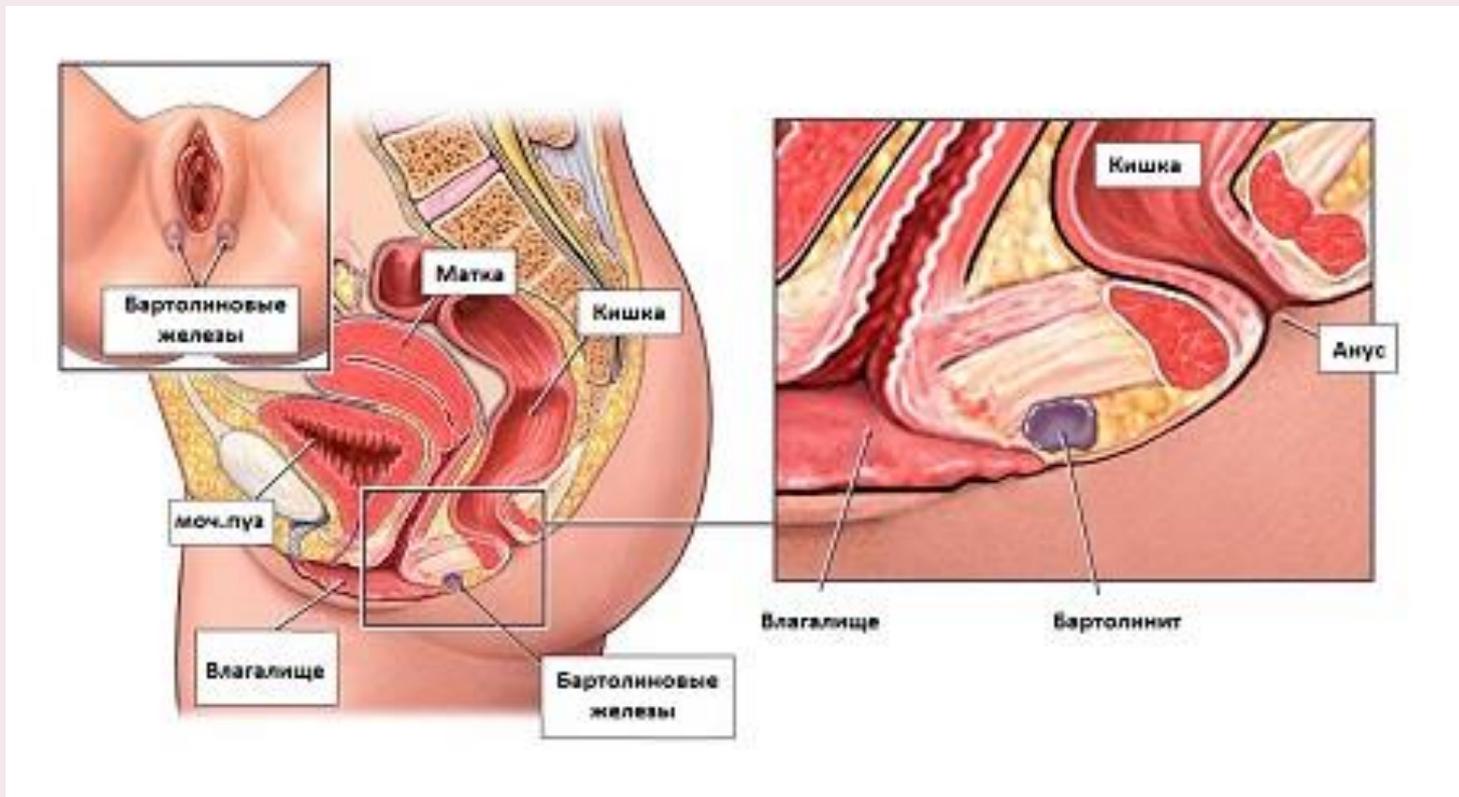
N75.8 Другие болезни бартолиновой железы.

N75.9 Болезнь бартолиновой железы неуточненная.

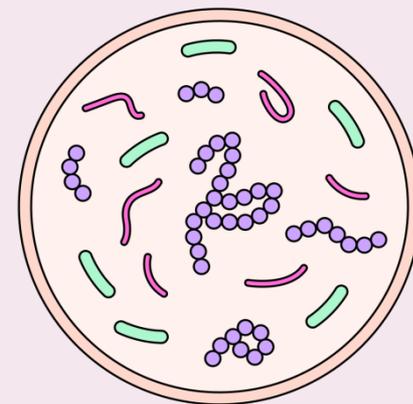
Эпидемиология

Возникает чаще всего в репродуктивном возрасте:

- при занесении инфекции во время половых контактов,
- при несоблюдении гигиенических мер во время менструаций, после родов, абортов,
- при ношении тесной одежды и механическом раздражении наружных половых органов.



Этиология



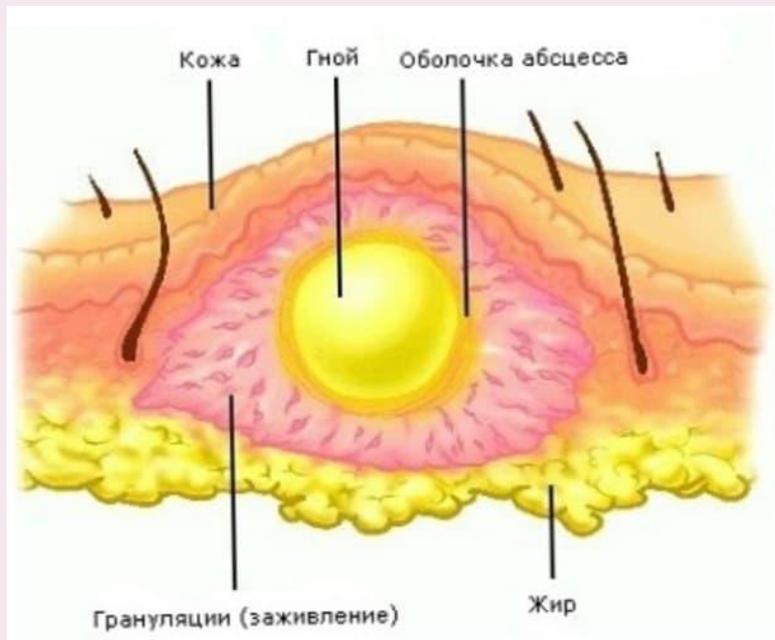
Острый бартолинит и абсцесс бартолиновой железы имеют **инфекционную этиологию**.

Возбудители в большинстве случаев носят ассоциативный характер.

Часто это заболевание вызывают *представители пиогенной флоры*, которая при попадании в бартолиновую железу из влагалища или уретры (при вагините или уретрите) вызывает воспаление протока железы, а затем его закупорку и образование ретенционной кисты (с последующим ее нагноением и формированием абсцесса).

Патогенез

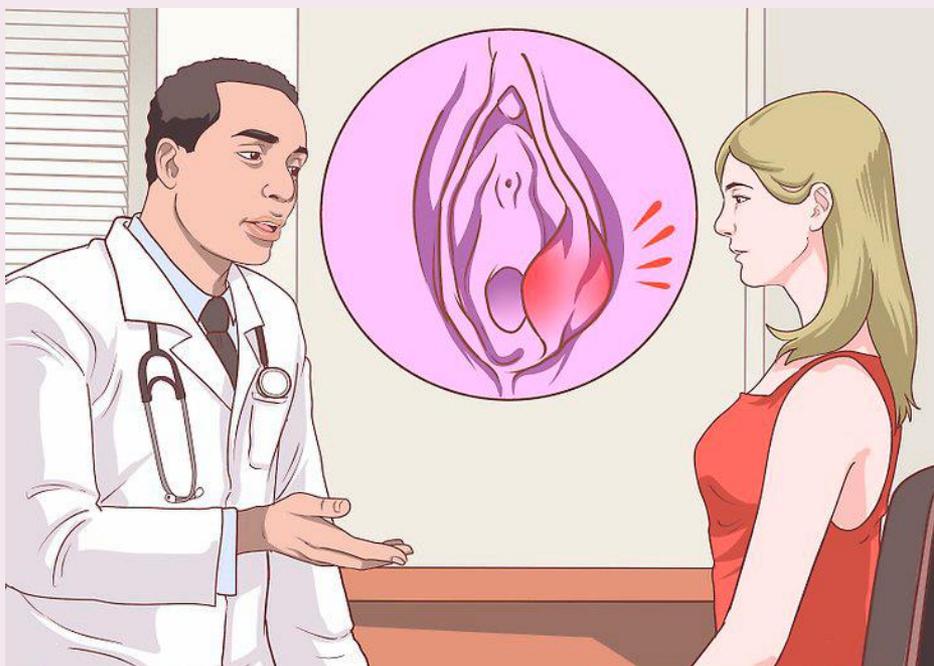
Включает *все признаки воспалительной реакции*, возникающие в железистом эпителии протока и самой железе (отек, гиперемия, секреция железы с присоединением микробных возбудителей, лейкоцитов и развитием слипчивого процесса выходного протока).



Воспалительная инфильтрация распространяется на стенку железы и окружающие мягкие ткани большой половой губы и влагалища, а также паравагинальную клетчатку с формированием инфильтрата, а затем и абсцесса.

Клиника

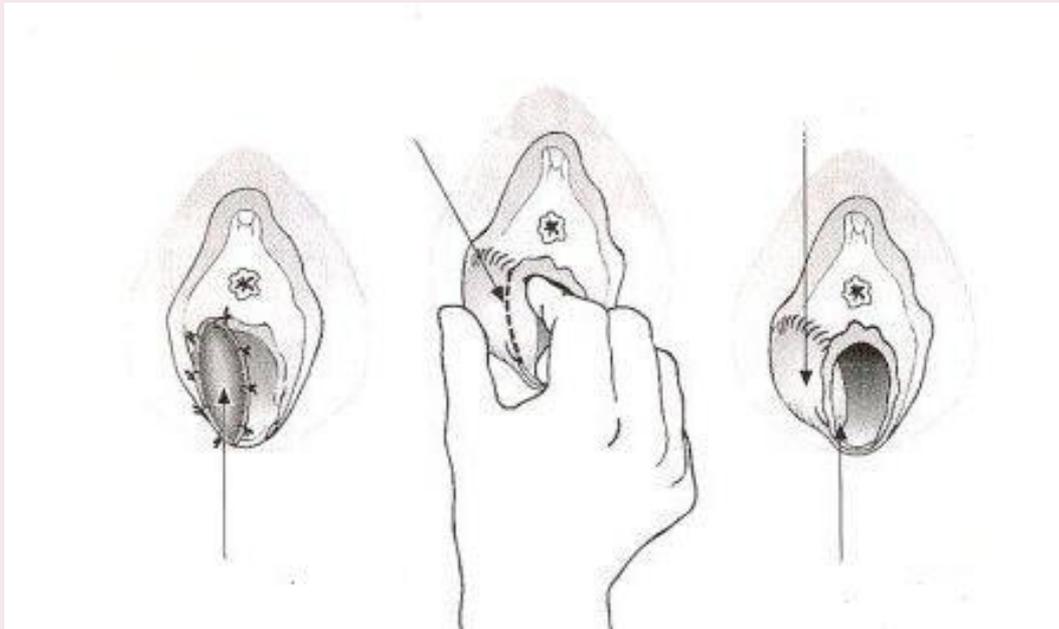
- **Острое начало** заболевания с появлением пульсирующей боли в области наружных половых органов на стороне воспаления (чаще возникает односторонний процесс).
- **Боль** усиливается при ходьбе, сидении, дефекации.
- **Общее состояние ухудшается**, температура повышается до 38°C и выше (в стадии нагноения), могут возникать озноб и общая слабость.



- При **визуальном осмотре** отмечают **припухлость и гиперемию** в области большой половой губы и локализации бартолиновой железы.
- При **пальпации** – **резкая болезненность**. Если выявляют флюктуацию, следует думать об истинном абсцессе бартолиновой железы. В этом случае происходит гнойное расплавление железы и окружающих тканей, что сопровождается усилением местных проявлений (воспаление, боли, высокая температура тела, нарастание лейкоцитоза).

Диагностика

- **характерная клиническая картина**
- **данные осмотра и пальпации железы,**
- **лабораторные исследования:**
 - бактериоскопия мазков,
 - бактериология отделяемого абсцесса,
 - клинический анализ крови,
 - ПЦР для выявления скрытой инфекции.

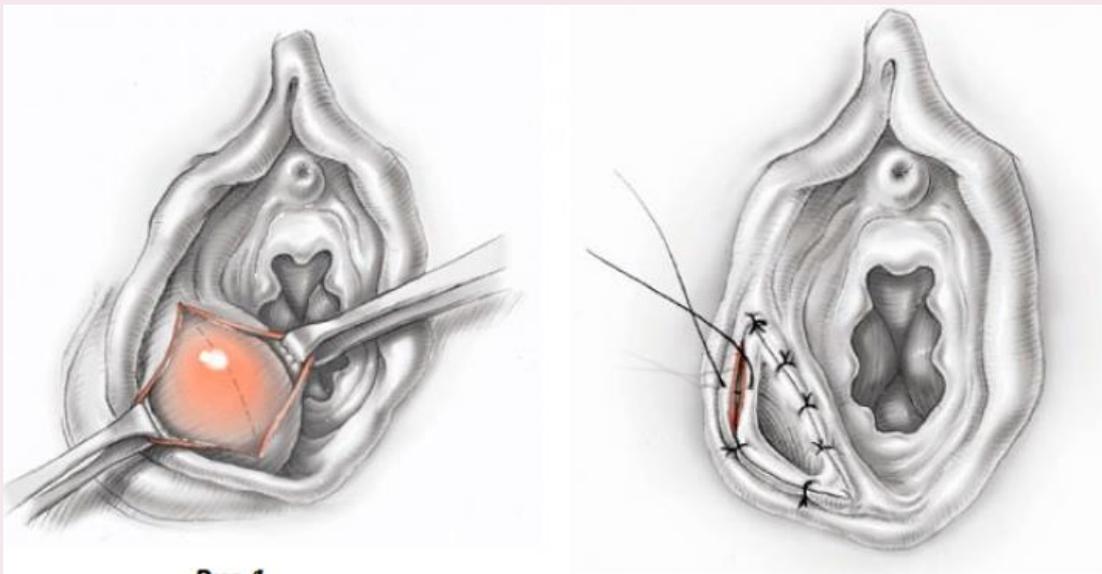


Лечение

Острое воспаление бартолиновой железы не требует госпитализации.

Проводят консервативное лечение антибиотиками, гигиенические процедуры, воздействие холодом на область воспаления, назначают половой покой и постельный режим.

Пациентов с абсцессом бартолиновой железы необходимо лечить в гинекологическом стационаре.



Требуется вскрытие абсцесса (лучше в стороне от входа во влагалище), санация и дренирование турундой с гипертоническим раствором, ежедневные промывания антисептиками.

Применяют также **общее лечение антибиотиками и УВЧ на область абсцесса.**

Вскрытие абсцесса и дренирование выполняют под кратковременной внутривенной анестезией.

Профилактика. Прогноз

Предупреждение инфекционных заболеваний, применение барьерных методов контрацепции.

Прогноз благоприятный.



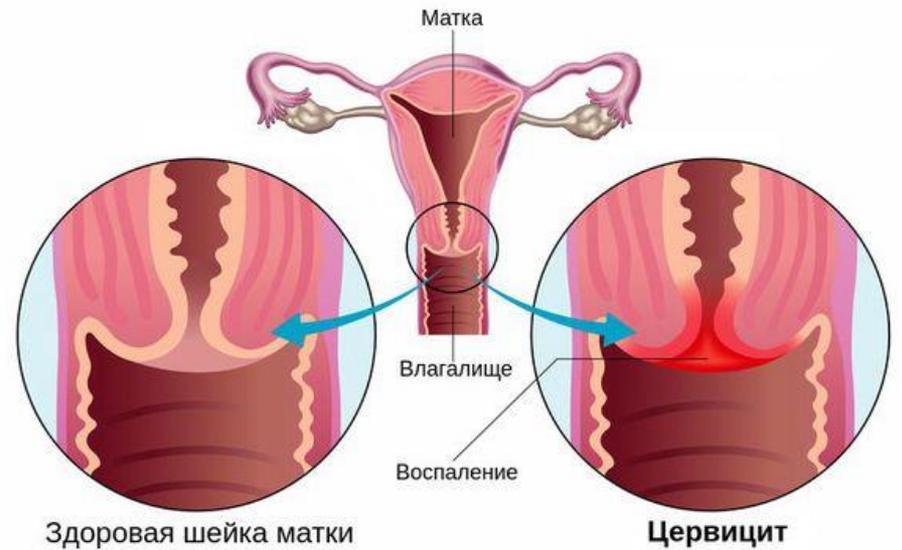
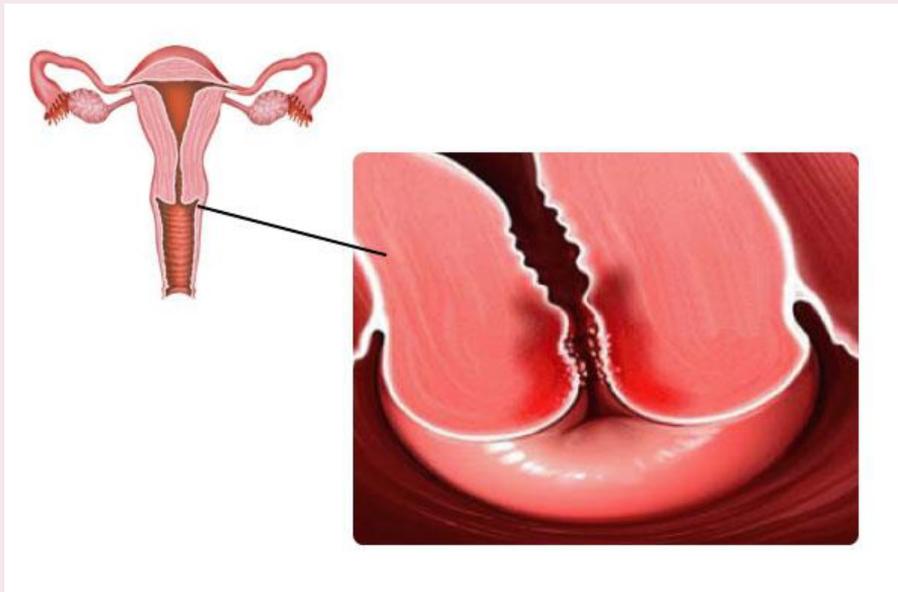
Экзо- и эндоцервицит

Под термином экзоцервицит понимают воспаление влагалищной части шейки матки.

Эндоцервицит – воспаление слизистой оболочки цервикального канала шейки матки.

Код по МКБ-10:

N72 Воспалительные болезни шейки матки.

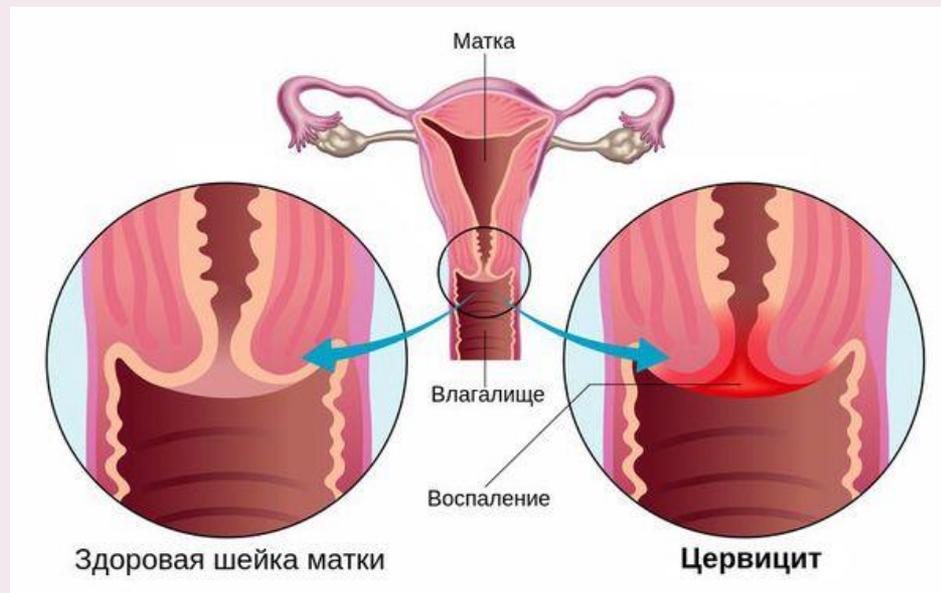


Эпидемиология. Классификация

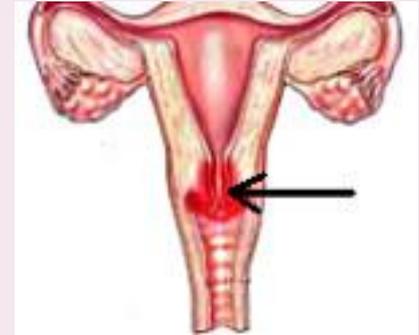
В связи с тенденцией к увеличению частоты воспалительных заболеваний женских половых органов инфекционные процессы в шейке матки встречаются довольно часто. Экзо- и эндоцервициты выявляют у **70% женщин**, обращающихся в поликлинические отделения.

- **Классификация**

Различают: острый неспецифический цервицит и вагинит.



Этиология



Неспецифические цервицит и вагинит обусловлены действием условно-патогенных микроорганизмов (*E. coli*, стрептококки, стафилококки, эпидермальный стафилококк, бактероиды, коринебактерии и др.).

Экзо- и эндоцервицит могут быть вызваны **ИППП** (хламидии, мико- и уреоплазмы, трихомонады и др.).

При некоторых возрастных изменениях **дефицит эстрогенов** ведет к развитию атрофического кольпита и неспецифического цервицита.

Патогенез

Шейка матки – один из биологических барьеров, защищающих половую систему от внедрения возбудителя.

Совокупность анатомических и физиологических особенностей шейки матки (*узкий цервикальный канал; наличие в нем слизистой пробки, содержащей секреторный IgA, лизоцим и другие вещества, обладающие бактерицидными свойствами*) защищает от внедрения возбудителей.

Защитные механизмы нарушаются при травмах шейки после родов, абортов (эктропион), инвазивных диагностических процедур, при которых инфекция свободно проникает в половые пути и воспалительный процесс возникает прежде всего в экзо- и эндоцервиксах.

Основная функция экзоцервикса – защитная, при этом механическую его прочность обеспечивают кератин, а гранулы гликогена создают местный иммунитет влагиалищного биотопа.

Основная функция эндоцервикса – секреторная. Цервикальный канал выстлан цилиндрическим эпителием, щели и углубления в нем носят название цервикальных желез. Они вырабатывают секрет, характер которого меняется в зависимости от фазы менструального цикла.

В зависимости от характера возбудителя и места его внедрения воспалительный процесс развивается в экзо- и/или эндоцервиксе.

В основе патогенеза экзо- и эндоцервицита лежат три стадии воспаления: альтерация, экссудация и пролиферация

Клиника

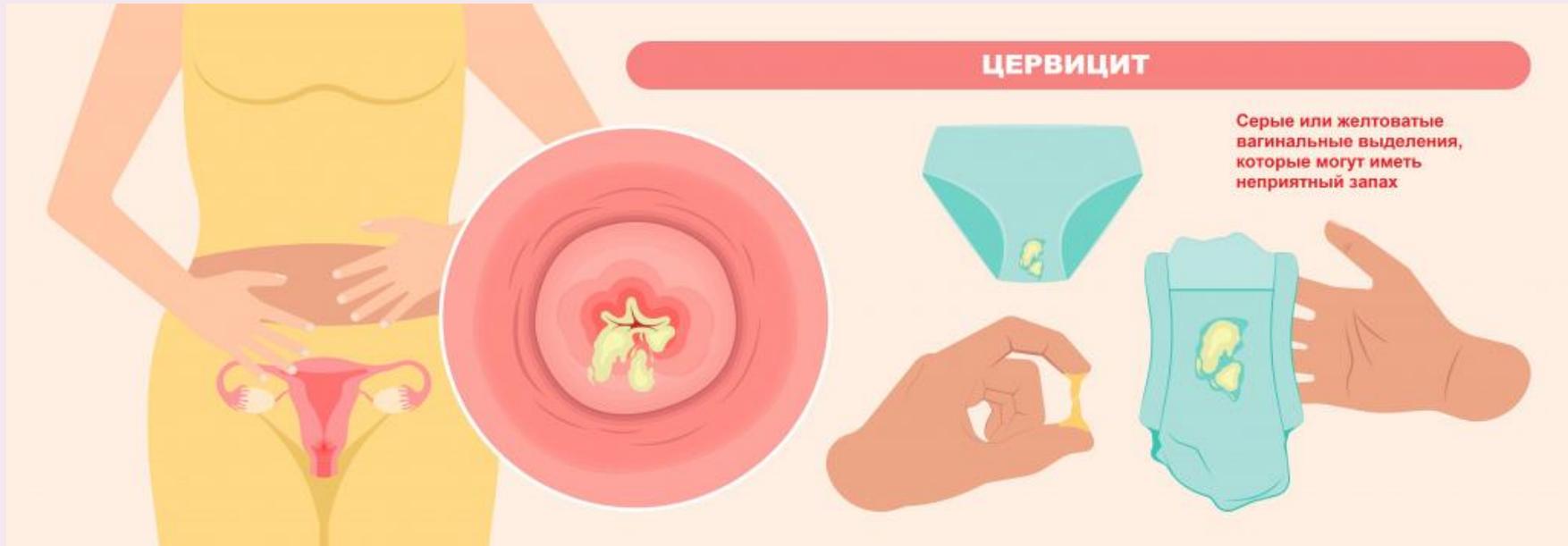
Острые неспецифические цервицит и вагинит характеризуются:

- обильными слизистыми или гнойными выделениями,
- зудом во влагалище,
- иногда тупыми болями внизу живота.

При осмотре в зеркалах во влагалище и на шейке матки визуализируются:

- петехиальные кровоизлияния,
- гиперемия слизистой,
- отек,
- при тяжелом течении могут быть изъязвления.

При хроническом цервиците и вагините **выделения незначительные, но шейка матки отечная.**



Диагностика

- **анамнез**
- **полноценный визуальный осмотр** – обнаружение гиперемии эпителия, отека, контактной кровоточивости, изменение количества и характера выделений (слизисто-гнойные, гнойные) из цервикального канала – помогают заподозрить наличие у них воспалительного процесса шейки матки, явления вульвовагинита, наличие герпетических высыпаний, кондиломатоза, в большинстве случаев сопровождающихся воспалительной реакцией со стороны эктоцервикса или экто- и эндоцервикса.



Диагностика

Лабораторные методы исследования:

- **микроскопическое** – увеличение количества лейкоцитов более 10 в поле зрения при увеличении × 1000 и просмотре не менее 5 полей зрения в сочетании со слизисто-гнойными выделениями из цервикального канала. **При наличии клинических проявлений цервицита в сочетании с большим числом полиморфно-ядерных лейкоцитов в препарате из цервикального канала (более 30 в поле зрения микроскопа при увеличении × 1000 и просмотре не менее 5 полей зрения) следует исключать наличие хламидийной или гонококковой инфекции.**

При микроскопическом методе диагностики возможно обнаружение таких патогенных микроорганизмов, как *Trichomonas vaginalis* и *Neisseria gonorrhoeae*. По данным О.К. Хмельницкого (2004), при воспалении усиливается эксфолиация эпителиальных клеточных элементов, наблюдается отек и экссудация клеток воспаления. За счет этих изменений **мазки, полученные у пациенток с воспалительными заболеваниями, как правило, «толстые».**

- **бактериологическое** – при постановке диагноза цервицит и обнаружении роста условно-патогенных бактерий, таких как кишечная палочка, стрептококки, стафилококки, анаэробные кокки и др. необходимо обязательно произвести бактериологическое исследование отделяемого цервикального канала и влагалища, причем **клинически значимым является рост микроорганизмов в количестве более чем 10^4 степени КОЕ/мл.**

- **цитологическое** - при воспалении морфологически наблюдаются дегенеративные (альтеративные), экссудативные и репаративные изменения. **Для воспаления характерно наличие большого количества нейтрофильных гранулоцитов, ядра в них располагаются по периферии клетки, отмечаются явления фагоцитоза, имеются разрушенные формы, «обломки» нейтрофилов.** Хронический лимфоцитарный (фолликулярный) цервицит при цитологическом исследовании характеризуется **обнаружением большого количества лимфоидных клеток различной степени зрелости**, встречается у женщин с эктропионом в менопаузе. Некоторые исследователи считают, что лимфоцитарный цервицит может быть обусловлен хламидиозом или микоплазменной инфекцией. Хотя в задачи цитологического исследования не входит выявление микроорганизмов, тем не менее и при традиционном, и при жидкостном методах исследования может быть идентифицирован целый ряд микроорганизмов (бактерии, грибы, паразиты, вирусы)

- **pH-метрия влагалищного отделяемого,**

- **ПЦР и иммуноферментный анализ,**

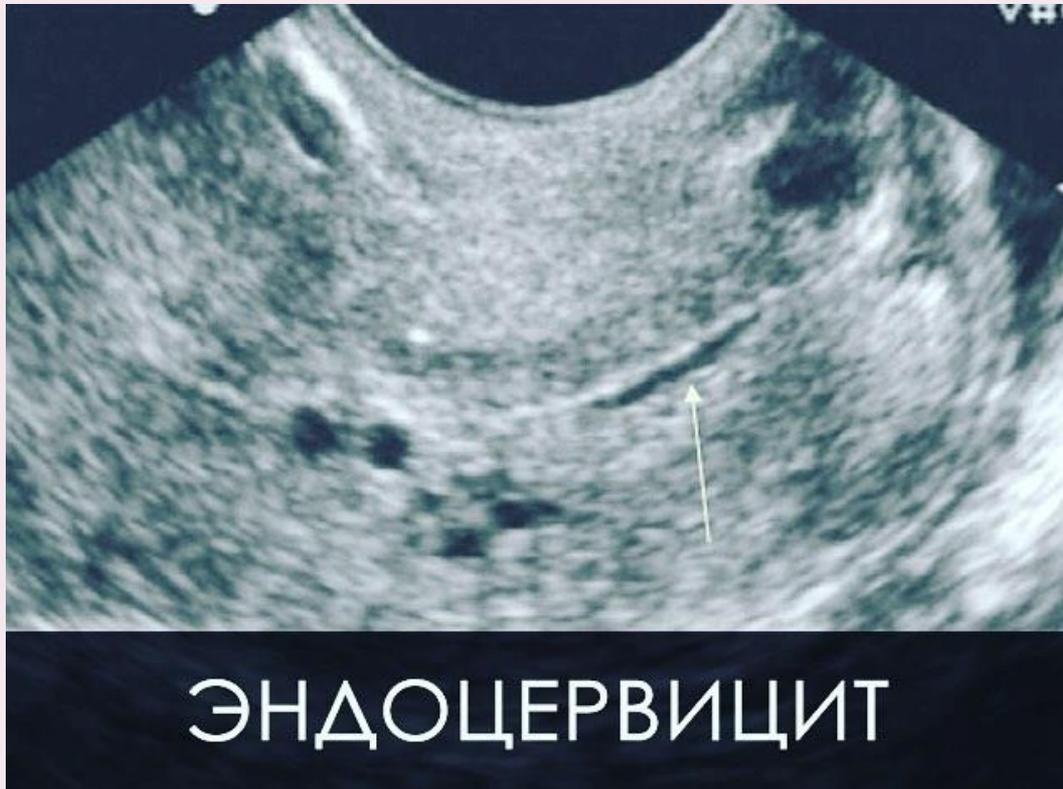
- **расширенная кольпоскопия** (определение патогномоничных для инфекции процессов и их локализация: фолликулярный кольпит, «лунный ландшафт» – для хламидиоза; очаговый кольпит – для трихомониоза; диффузный кольпит – для неспецифической бактериальной инфекции; симптом «манной крупы» – для герпетической инфекции).

Диагностика

Инструментальные методы исследования:

При эндоцервиците при УЗИ у пациенток без патологических изменений шейки матки эндоцервикс (М-эхо шейки матки) имеет вид центрально расположенной гиперэхогенной линейной структуры шириной около 1,5 мм.

Ультразвуковым признаком эндоцервицита является увеличение толщины М-эхо шейки матки более пороговой величины – 4 мм в виде расширения цервикального канала, утолщения его стенок и реактивного отека подэпителиальных отделов.



Хронический эндоцервицит

- Хронический эндоцервицит, по данным Кондрикова Н.И. (2008), возникает в связи с инфицированием слизистой оболочки цервикального канала, **чему способствуют деформация шейки матки вследствие невозстановленных разрывов, наличия эктропиона, опущения матки.** Нередко хронический цервицит является следствием вагинита или сопутствует ему.
- Хронический цервицит, по данным Краснопольского В.И, Радзинского В.Е. и соавт. (1997), диагностируется почти у каждой третьей женщины, обращающейся за помощью к гинекологу по поводу лейкорееи.
- Наблюдаются **гиперемия шейки матки, контактная кровоточивость, отек.** При хроническом эндоцервиците наблюдаются **инфильтрация подэпителиальной ткани** лимфоцитами, плазмócитами, **полнокровие сосудов.** Наряду с дистрофическими изменениями в эпителии шейки матки при воспалении у женщин репродуктивного возраста также присутствуют **процессы пролиферации и гиперплазии резервных клеток, плоскоклеточная метаплазия, митозы.**
- При хроническом эндоцервиците **усиливается секреция слизи,** в которой находятся отторгшиеся дистрофически измененные клетки эпителия и воспалительного инфильтрата.
- Иногда поверхность эндоцервикса в результате хронического воспаления имеет вид мелких сосочковых образований, возможно **изменение ядер клеток с нарушением ядерно-цитоплазматического соотношения.**
- В подэпителиальной соединительной ткани возможно формирование лимфоидного фолликула, при увеличении числа которых наблюдается фолликулярный цервицит.
- **Часто при хроническом цервиците обнаруживаются дискератозы,** характеризующиеся такими изменениями в многослойном плоском эпителии, как гиперкератоз, акантоз, полиморфизм клеток, наблюдается нарушение гликогенизации эпителия. Подобные изменения при цервиците могут быть ошибочно приняты при цитологическом исследовании за диспластический процесс.
- **Реактивные изменения, обусловленные воспалением, обычно исчезают через 6–8 недель после антимикробной терапии**
- **Длительность существования хронического эндоцервицита обусловлена проникновением** микроорганизмов в межклеточное пространство крипт слизистой оболочки цервикального канала, где они менее доступны для санации.
- Симптомы хронического цервицита могут быть слабо выраженными: **неровный рельеф поверхности шейки матки, незначительная гиперемия вокруг наружного зева, гипертрофия шейки матки.** При кольпоскопии наблюдаются явления диффузного и/или очагового кольпита, за счет локальной дистрофии многослойного плоского эпителия появляются признаки наличия дискератозов шейки матки.
- Инфекции многослойного плоского эпителия эктоцервикса возникают совместно с инфекциями влагалища, в то время как инфекции цилиндрического эпителия эндоцервикса возникают самостоятельно и вызываются лишь некоторыми микроорганизмами

Лечение

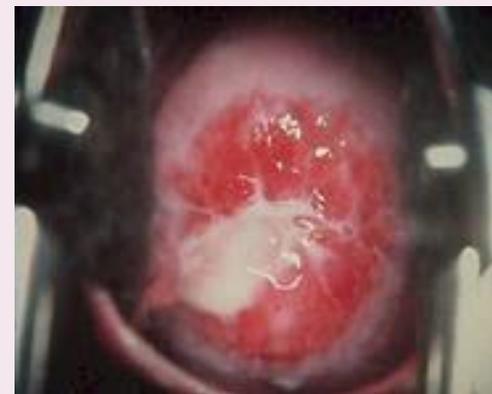
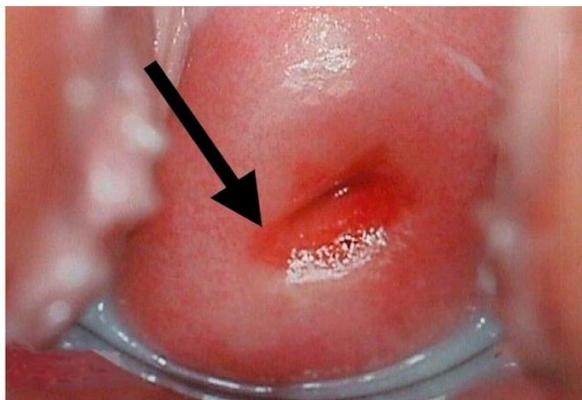
Немедикаментозное лечение (общеукрепляющее):

- физические упражнения,
- фитнес-терапия,
- регуляция режима.

Медикаментозное лечение:

I этап - применение антибактериальных, противотрихомонадных, противогрибковых, противохламидийных и других препаратов.

II этап – восстановление нормального микробиоценоза влагалища.



Профилактика. Прогноз

Необходимо обследовать женщин на наличие скрытых инфекций при планировании семьи, во время беременности, при диспансеризации на производствах.

При наличии экзо- и эндоцервицитов, вагинитов необходимо дообследование – цитологическое исследование мазка с поверхности шейки матки для раннего выявления онкологических заболеваний шейки матки.

Прогноз благоприятный.



Острый эндометрит

– инфицирование внутренней поверхности матки с поражением в основном базального (росткового, камбиального) слоя эндометрия.

Острый эндометрит относят к воспалительным заболеваниям матки.

Часто воспалительный процесс распространяется по лимфатическим сосудам и капиллярам в мышечный слой и развивается **метроэндометрит**.

Код по МКБ-10:

N71.0 Острые воспалительные болезни матки.



Эпидемиология. Скрининг

Острый эндометрит и метроэндометрит диагностируют в 2,1% случаев всех гинекологических заболеваний или в 9,7% – при острых воспалительных процессах в верхних отделах половых путей.

В структуре воспалительных заболеваний внутренних половых органов встречается в 0,9% случаев.

Скрининг всем женщинам:

- с внутриматочными манипуляциями в анамнезе,
- при бактериальном вагинозе,
- при частой смене половых партнеров,
- при ИППП в анамнезе,
- при низком социально-экономическом статусе.



Классификация. Этиология

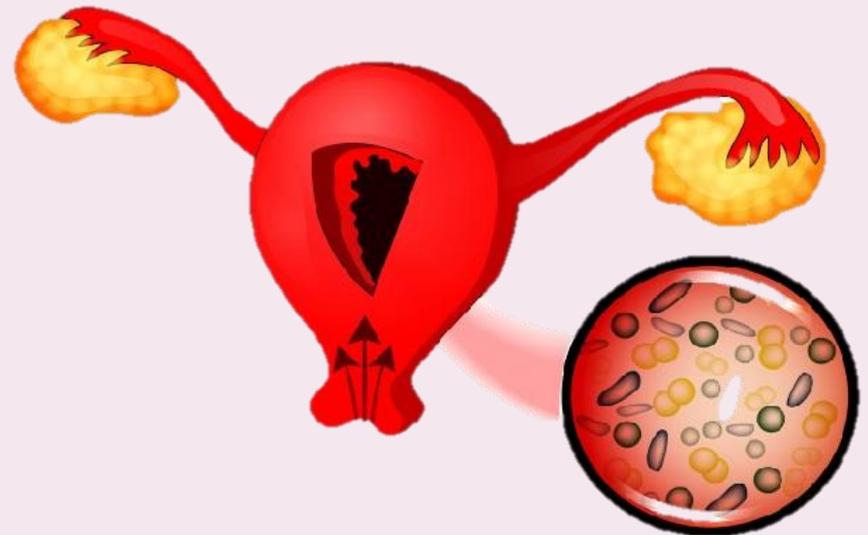
По этиологическому принципу все эндометриты делят следующим образом:

- специфические (туберкулезные, гонорейные эндометриты, а также поражение слизистой оболочки матки актиномикозом);
- неспецифические.

Острый воспалительный процесс в эндометрии может быть обусловлен **бактериальной, вирусной, паразитарной, грибковой, микоплазменной, а также протозойной и спирохетозной инфекциями.**

Нередко наблюдают ассоциации из 3-4 анаэробов с 1-2 аэробами.

Возросло значение хламидийной и генитальной герпетической инфекции.



Патогенез

Первично возникший воспалительный процесс, ограниченный пределами матки, обычно развивается **вследствие восхождения инфекции вдоль шеечного канала.**

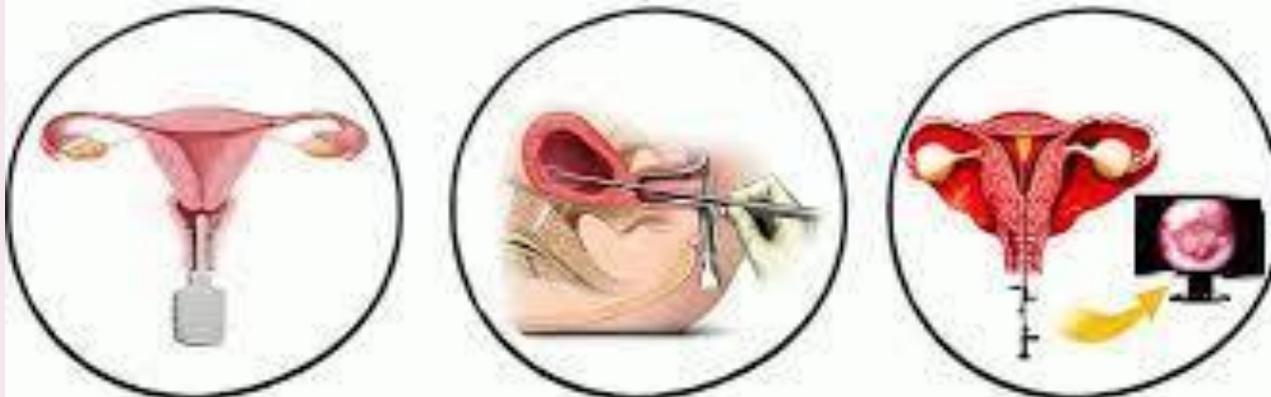
При этом интактный эндоцервикальный барьер могут преодолевать такие высоковирулентные микроорганизмы, как гонококк.

Обычно **бактерии проникают в эндо- и миометрий при нарушении целостности шеечного барьера.**

Это может произойти:

- при самопроизвольных и искусственных абортах,
- диагностических выскабливаниях слизистой оболочки шейки и тела матки,
- введении внутриматочного контрацептива и других внутриматочных вмешательствах.

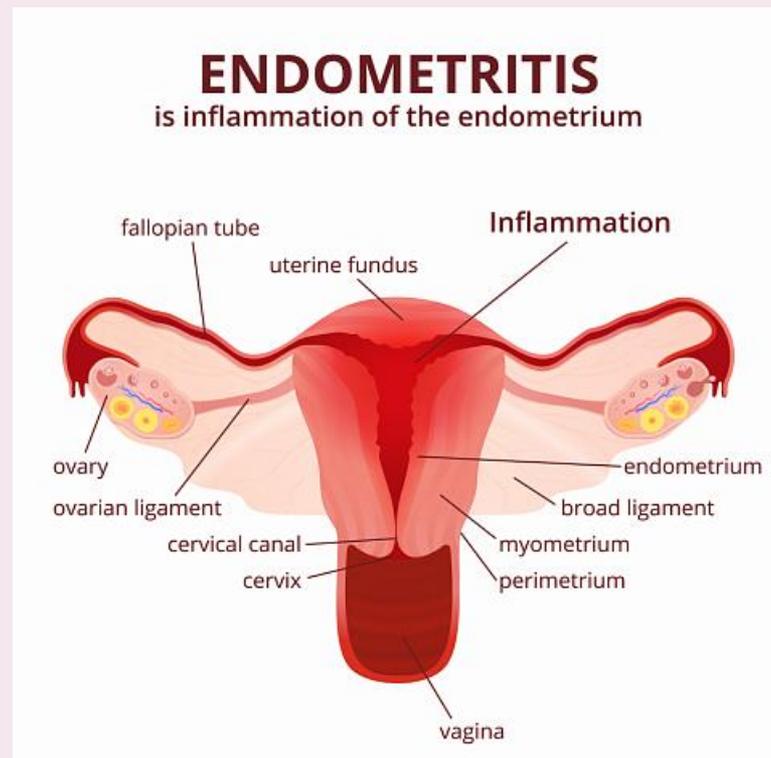
ПРИЧИНЫ ЭНДОМЕТРИТА



Клиника

Клинические признаки острого эндометрита возникают, как правило, на третий-четвертый день после инфицирования.

- **повышение температуры** (от субфебрильных цифр до выраженной гипертермии), появление озноба,
- **боли** в нижних отделах живота, иррадиирующие в крестец или в паховые области,
- **выделения** приобретают серозно-гноевидный характер; нередко длительное время они сукровичные, что связано с задержкой регенерации слизистой оболочки;
- при наличии остатков плодного яйца может быть значительное **кровотечение**.



Острый гонорейный эндометрит часто манифестирует только кровотечениями (в виде затянувшейся менструации) либо в виде кровянистых выделений, появившихся через несколько дней после окончания месячных.

Диагностика

- **Анамнез.**

При сборе анамнеза обращает на себя внимание проведение накануне каких-либо внутриматочных вмешательств.

- **Физикальное исследование**

Внешний вид пациентов зависит от степени интоксикации и величины кровопотери.

Общее состояние оценивают обычно как удовлетворительное.

Гинекологическое обследование позволяет определить **умеренно увеличенную матку, чувствительную при пальпации.**

При наличии в полости матки остатков плодного яйца (выкидыши на малых сроках беременности) наружный зев шейки матки остается приоткрытым.

При поздних выкидышах шейный канал свободно пропускает палец.



Вагинальное
кровотечение



Высокая
температура



Боль внизу
живота

Диагностика

- **Лабораторные исследования**

В анализе крови пациентов с острым эндометритом обнаруживают **лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ, С-реактивный белок.**

Важное диагностическое значение имеет **исследование выделений из влагалища и канала шейки матки.**

При микроскопии вагинального мазка, окрашенного по Граму, оценивают:

- состояние вагинального эпителия;
- лейкоцитарную реакцию;
- состав микрофлоры (количественная и качественная оценка по морфотипам и тинкториальным свойствам).

С поверхности внутриматочного контрацептива необходимо взять материал для бактериоскопического и цитологического исследования.

- **Инструментальные исследования**

Для уточнения диагноза эндометрита осуществляют ультразвуковой мониторинг.



А



Б

Лечение



Лечение острых эндометритов проводят в стационаре!

Немедикаментозное лечение:

- постельный режим на весь период лихорадки;
- легко усвояемую диету, богатую витаминами и не нарушающую функций кишечника;
- периодически холод на низ живота.

Медикаментозное лечение

В острой стадии эндометрита назначают **системные антибиотики**.

Выбор режима терапии определяется спектром предполагаемых возбудителей (грамположительные кокки, энтеробактерии, неспорообразующие анаэробы и др.) и их чувствительностью к антимикробным препаратам.

Учитывая полимикробную этиологию заболевания, чаще применяют **комбинированную антибактериальную терапию**, например, комбинацию цефалоспоринов III-IV поколения и метронидазола, линкозамидов и аминогликозидов II-III поколения.

В качестве монотерапии можно использовать ингибиторозащищенные аминопенициллины (амоксциллин/клавулановая кислота и др.) и карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем).

Хирургическое лечение

Комплекс хирургических мероприятий включает:

- удаление ВМК;
- инструментальное опорожнение полости матки при наличии инфицированных остатков плодного яйца после искусственного аборта.

В случае отсутствия признаков клинического улучшения в течение 72 ч от начала терапии требуется уточнение диагноза (возможно, необходимо хирургическое вмешательство)!

Острая стадия эндометрита продолжается 8-10 дней. При правильном лечении процесс заканчивается, реже переходит в подострую и хроническую форму.

Профилактика. Прогноз

Профилактика заключается в **обязательном обследовании пациентов перед разными внутриматочными вмешательствами** для выявления степени чистоты влагалища и для предварительной санации по показаниям.

Целесообразно **превентивной терапии.**

также **назначение противовоспалительной**



При использовании ВМК опасность развития воспалительных заболеваний высока в первый месяц и через 2 года после введения контрацептива.

При своевременно начатой адекватной терапии **прогноз благоприятный.**

Хронический эндометрит

– хронический воспалительный процесс, протекающий с поражением функционального и базального (камбиального) слоев эндометрия. В тяжелых случаях в патологический процесс вовлекается миометрий.

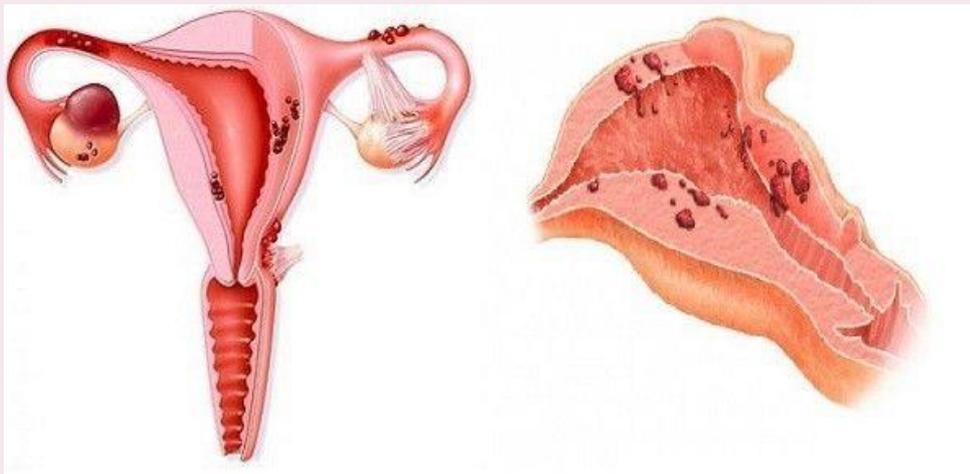
Код по МКБ-10:

N71.1 Хронические воспалительные болезни матки.

Эпидемиология. Частота хронического эндометрита варьирует в широких пределах от 0,2 до 66,3%, но в среднем составляет 14%.

Скрининг следует проводить:

- пациентам с острым эндометритом в анамнезе,
- перенесшим повторные внутриматочные вмешательства,
- использующим ВМК.



Актуальность

На Международном конгрессе в Барселоне в 2007 г. было решено ставить диагноз и лечить хронический эндометрит у всех женщин, перенесших хотя бы одну неразвивающуюся беременность.

Среди пациенток с диагнозом «бесплодие», длительно и неудачно леченных всеми доступными методами, включая вспомогательные репродуктивные технологии, хронический эндометрит диагностируется в 60% случаев.

Осложнения беременности



Выкидыш



Внематочная
беременность

Осложнение на ранних
сроках беременности



Преждевременные
роды



Преэклампсия

Осложнение на поздних
сроках беременности

Классификация

Выделяют морфологические варианты хронического эндометрита:

- **Атрофический** (атрофия желез, фиброз стромы, инфильтрация ее лимфоидными элементами).
- **Кистозный**, если фиброзная ткань сдавливает протоки желез (их содержимое сгущается, образуются кисты).
- **Гипертрофический**, если в результате хронического воспаления происходит гиперплазия слизистой оболочки.

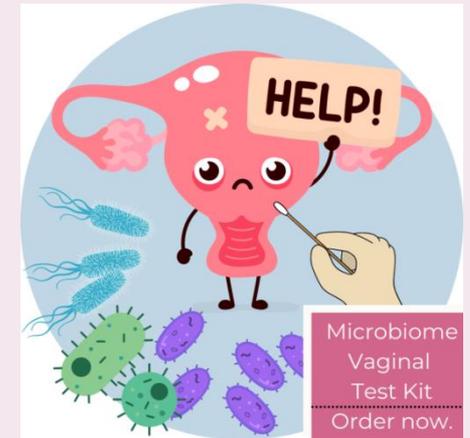
С учетом ведущего этиологического фактора ХЭ делят на:

- **специфический** (вызываемый хламидиями, гонококками, туберкулезными палочками, микоплазмами, вирусами, грибами, простейшими, паразитами);
- **неспецифический** (вызываемый условно-патогенными микроорганизмами: кишечными палочками, стрептококками, фекальными энтерококками, стафилококками, протейями, а так же на фоне бактериального вагиноза, иммунодефицита, ВМС, после лучевой терапии);
- отдельно выделяют **саркоидоз эндометрия**.

Этиология

Часто значение первичного возбудителя при хроническом воспалении утрачивается и главную роль играет **вторичное инфицирование**.

Дисбиоз (следствие побочного действия лекарств) и **суперинфекция** (аутоинфекция условно-патогенными микробами) отягощают течение основного заболевания.



Присутствие во влагалищном микроценозе условно-патогенных микроорганизмов из группы факультативно-анаэробных бактерий (*E.coli*, *Proteus spp.*, *S.aureus*, генитальных микоплазм), а также **увеличение количества анаэробных бактерий** (например, гарднерелл, бактероидов, вибрионов) резко повышает риск восходящего инфицирования эндометрия.

Микробные агенты выступают триггером, запуская механизмы иммунного, гормонального, гемостазиологического дисбаланса, который нарушает нормальное функционирование ткани эндометрия. Одним из ключевых моментов, проливающих свет на то, почему присутствие инфекционного агента в полости матки далеко не у всех пациентов приводит к развитию воспалительной реакции, является признание двух разных событий: контаминация полости матки микроорганизмами и их инвазия в строму эндометрия.

Патогенез

Хронический эндометрит – следствие невылеченного острого послеродового (или послеабортного) эндометрита.

Часто его развитию способствуют **повторные внутриматочные вмешательства** по поводу маточных кровотечений.

Редко причиной хронического эндометрита могут стать **элементы скелета плода**, оставшиеся после прерывания больших сроков беременности, или **шовный материал** после операции кесарева сечения.

Клиника

Основной симптом заболевания – **маточное кровотечение**.

Нарушаются процессы десквамации и регенерации эпителия, следствием чего становятся **пред- и постменструальные кровянистые выделения**.

Срединные (межменструальные) кровянистые выделения связаны с повышением проницаемости сосудов эндометрия в период овуляции.

У данных пациентов часто отмечают изменение секреторной функции в виде **серозных или серозно-гноевидных выделений из половых путей**.

Достаточно постоянны жалобы на **ноющие боли внизу живота**.

Характерно расстройство репродуктивной функции – **бесплодие и самопроизвольные выкидыши**, в том числе привычные.



Диагностика

- **Анамнез**

Обращают на себя внимание повторные внутриматочные вмешательства, использование ВМК, бесплодие, самопроизвольные выкидыши, перенесенный острый эндометрит.

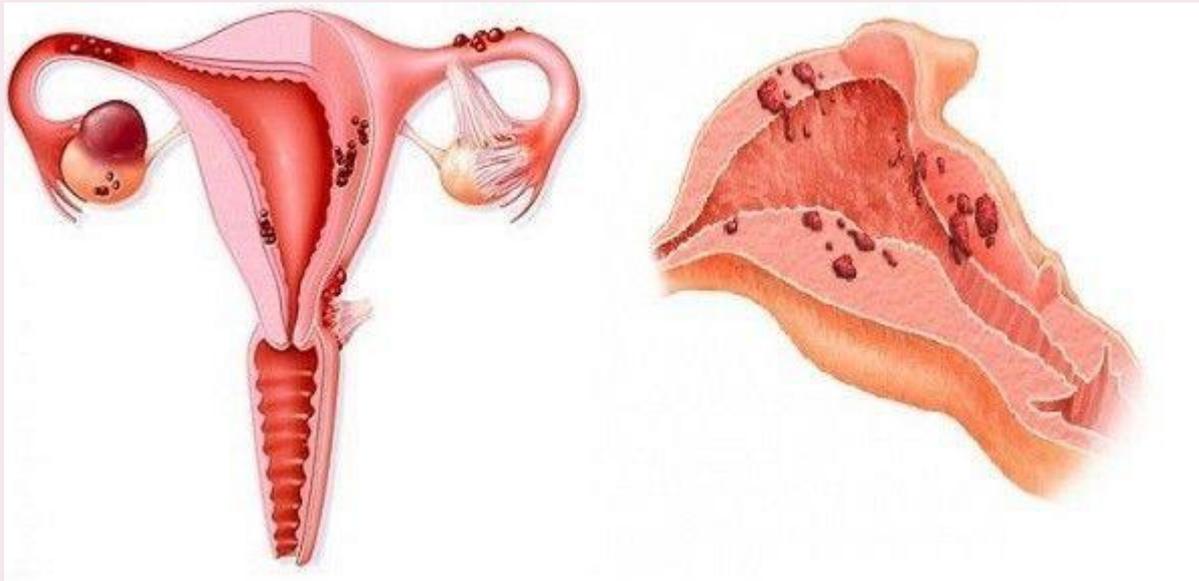
- **Физикальное исследование**

При бимануальной пальпации можно обнаружить небольшое увеличение и уплотнение матки.

- **Лабораторные исследования**

Включают исследование выделений из влагалища и канала шейки матки, клинический анализ крови.

ИФА, основанный на определении антител к возбудителям с определением специфических иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG, может быть использован как дополнительный, так как он указывает исключительно на присутствие антител, а не на наличие возбудителя, который может обладать низкой иммуногенностью.

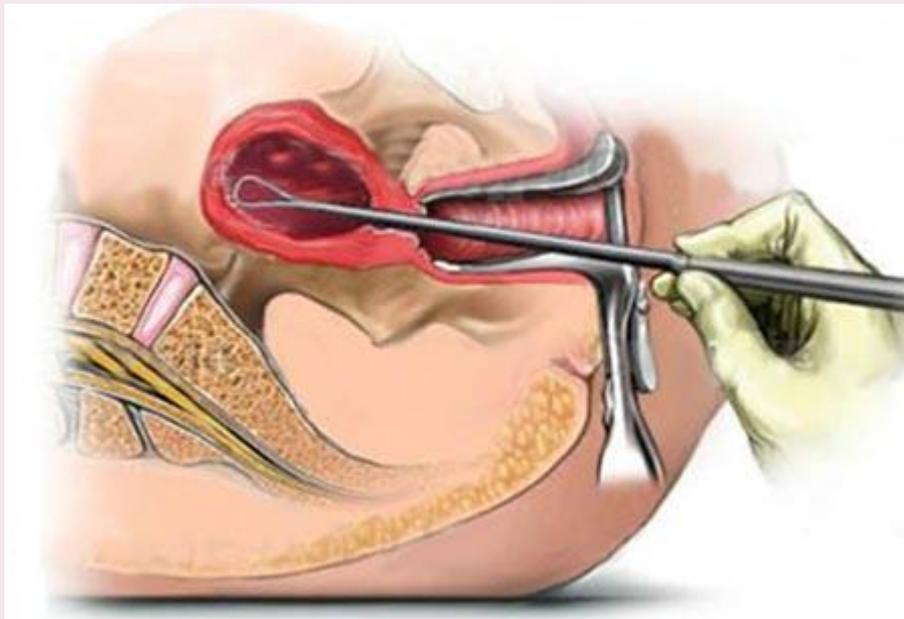
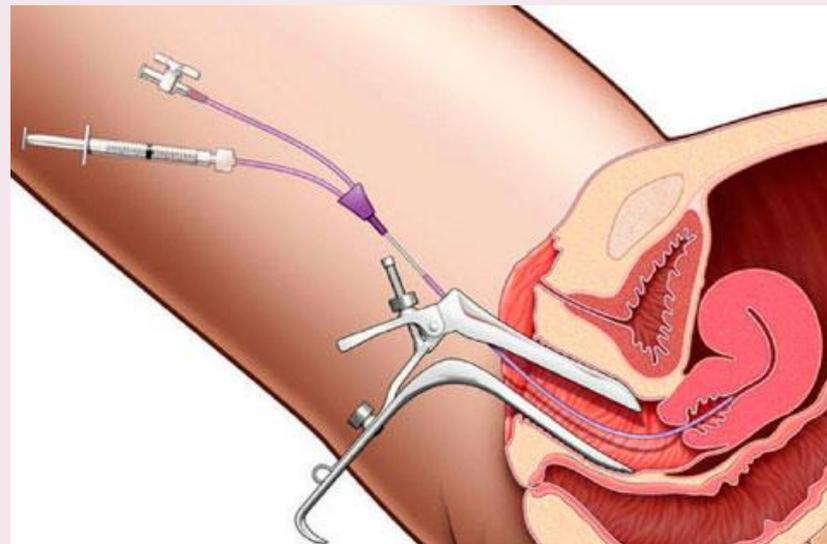


Инструментальная диагностика

«Золотым стандартом» диагностики, рекомендованным CDC, является **морфологическое исследование эндометрия, которое выполняется путем аспирационной биопсии вакуумной кюреткой Pipel в амбулаторных условиях.**

Вопрос об обязательном выявлении того или иного микробного агента в рутинной амбулаторной практике не имеет положительного ответа, так как мировой опыт, включающий научные исследования с высоким уровнем доказательности, демонстрирует необходимость эмпирической терапии, основанной на минимальных клинических критериях, ведь в противном случае последствия для репродуктивной системы могут быть непоправимы.

Клиницисту важно понимать, что только с помощью программы вспомогательных репродуктивных технологий невозможно вылечить женское бесплодие.



Гистологическое исследование соскоба эндометрия позволяет окончательно подтвердить диагноз хронического эндометрита! Для получения максимума информации операцию диагностического выскабливания слизистой оболочки матки рекомендуют проводить в первую фазу (8, 10-й день) менструального цикла. При гистологическом исследовании соскобов эндометрия можно провести **иммуногистохимическое определение рецепторной активности эндометрия и его иммунного статуса.**

Диагностика. ИГХ

Иммуногистохимия (ИГХ) — это метод, применяющийся для выявления точной локализации антигена, благодаря его реакции с мечеными антителами.

Иммуногистохимическое исследование эндометрия (ИГХ) проводится параллельно с морфологическим исследованием.

Определяется маркер плазматических клеток CD138 (синдекан-1), что повышает точность диагностики ХЭ на 25-30%.

При иммунофенотипировании клеток эндометрия отмечаются повышенные уровни моноцитов/макрофагов (CD14+), NK-клеток с фенотипом CD56+, NK-клеток с фенотипом CD16+, макрофагов (CD68+), HLADR (II) + , что характеризует интенсивность воспалительного процесса в ткани.

С целью выбора тактики лечения, определяются уровни экспрессии стероидных гормонов в эпителии и строме эндометрия на 21-24 дни менструального цикла (ERα и PR).

Для анализа результатов иммуногистохимии используют метод гистологического счета H-score по формуле: $HS = 1a + 2b + 3c$, где а – процент слабо окрашенных клеток, b– процент умеренно окрашенных клеток, с – процент сильно окрашенных клеток, 1, 2, 3 – интенсивность окрашивания, выраженная в баллах.

Степень выраженности экспрессии ERα и PE-рецепторов расценивают:

0– 10 баллов– отсутствие экспрессии,

11–100 баллов– слабая экспрессия,

101–200 баллов– умеренная экспрессия,

201–300 баллов– выраженная экспрессия.

Дополнительно определяется коэффициент экспрессии (PE /ERα). В норме, на период «окна имплантации», он составляет от 2 до 4. Изучение экспрессии Toll-like рецепторов 2, 4, 9 типов в срезах биоптата эндометрия проводится с помощью специфических моноклональных антител. Результаты реакций оценивались по проценту позитивно окрашенных клеток в баллах:

0 баллов - отсутствие окрашенных клеток;

2 балла – до 20% окрашенных клеток;

4 балла – 20-40% окрашенных клеток;

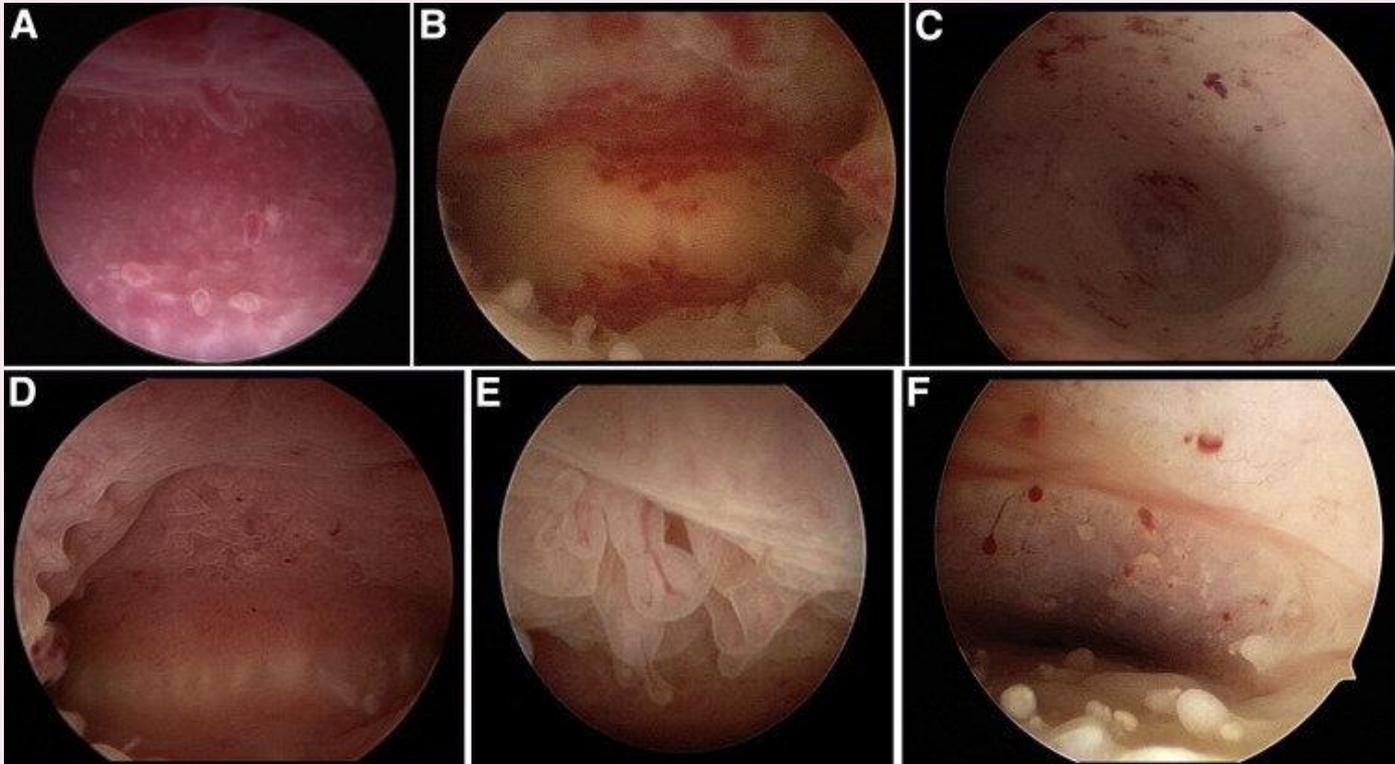
6 баллов – более 40%.



Дигностика. Гистероскопия

наиболее частыми признаками ХЭ при ГС являются:

- неравномерность толщины (32%) и окраски эндометрия (26,7%),
- гиперемия (25,3%) и точечные кровоизлияния (6,7%),
- полипы (17,3%),
- очаговая гипертрофия слизистой оболочки (12%),
- синдром Ашермана: фиброз, облитерация, синехии полости матки (30%).



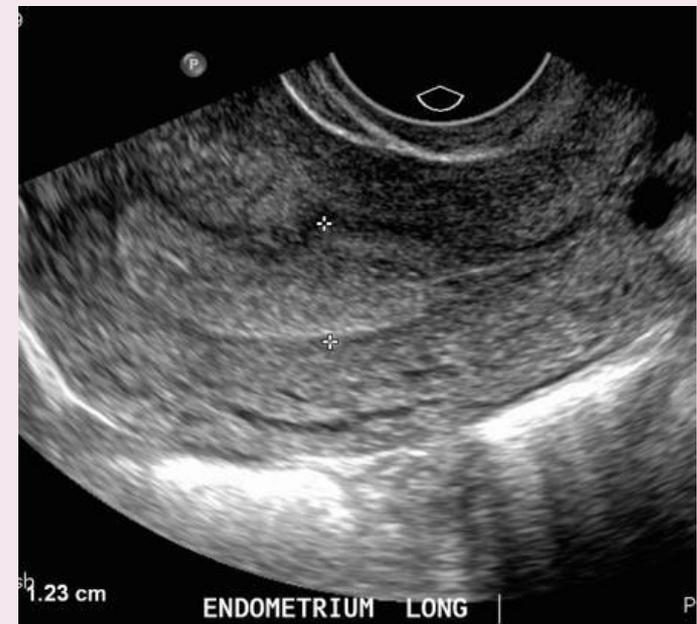
Дигностика. УЗИ

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза проводят дважды в течение менструального цикла: на 5-7 и 22-23 дни.

Ультразвуковые критерии ХЭ впервые были разработаны Демидовым В.Н. (1993г):

- изменение структуры эндометрия (появление участков различной эхогенности),
- в проекции базального слоя эндометрия
- четкие единичные или множественные гиперэхогенные образования, размером 1-3 мм, представляющие собой очаги фиброза, кальциноза;
- неровность линии смыкания и асимметрия эндометрия передней и задней стенок матки;
- газообразные пузырьки в полости матки;
- диффузно-очаговые и кистозные изменения в субэндометриальной зоне миометрия;
- расширение вен миометрия >3 мм и параметрия >5 мм;
- несоответствие размеров М-эха фазе менструального цикла;
- синехии в полости матки в виде гипер- или изоэхогенного столбика;
- расширение полости матки за счет жидкостного содержимого.

У каждой второй больной с ХЭ отмечается наличие нескольких из перечисленных признаков. Чувствительность метода составляет 78,1%, специфичность - 82%



Диагностика



ALICE
генетическое исследование на инфекции при хроническом эндометрите

Эндометрий **Матка**
Эмбрион **Яичник**

Почему микробиом эндометрия имеет значение

Баланс бактерий в эндометрии является ключевым фактором для успешной имплантации

 **Патогенные бактерии,** с которыми могут быть связаны нарушения имплантации и повторные выкидыши: Стафилококк, Стрептококк, Энтерококк, Микоплазма, Уреаплазма, Энтеробактерии (*Escherichia*, *Klebsiella*), Хламидии и Нейссерии.

Улучшение микробиома эндометрия повышает шансы на успешную имплантацию эмбриона и благополучное вынашивание беременности

Тест Alise - обнаруживает хронический эндометрит, вызванный бактериями, и рекомендует соответствующие антибиотики

Лечение

Лечение амбулаторное!

Немедикаментозное лечение: физиотерапия. Это улучшает гемодинамику в малом тазу, стимулирует сниженную функцию яичников и активность рецепторов эндометрия.

Медикаментозное лечение:

- средства, направленные на терапию сопутствующих заболеваний; общеукрепляющие средства;

- коррекция метаболических нарушений, восстановление гемодинамики и рецепторного аппарата эндометрия: *дипиридамол 25 мг по 1 таб. 3 раза в день в течение 1 месяца; альфа-токоферола ацетат 400 мг по 1 капсуле 1 раз в сутки 2-3 недели; метионин 250 мг по 1 таб. 3 раза в день 10 дней; инозин 2% 10 мл внутривенно капельно через день в течение 10 дней; актовегина концентрат (400 мг) 10 мл внутривенно, затем по 1 драже 2 раза в сутки 3-4 недели;*

- при ИГХ исследовании эндометрия доказано значительное снижение экспрессии эстрогеновых и, в большей степени, прогестероновых рецепторов, что приводит к нарушению его полноценной трансформации, репродуктивным потерям, бесплодию. Поэтому, с целью улучшения рецепторного аппарата и восстановления эндометрия, важным этапом является назначение **низкодозированных монофазных комбинированных оральных контрацептивов** на 3 месяца. При неполноценной трансформации и несоответствии размеров эндометрия фазе менструального цикла **применяют заместительную гормональную терапию (ЗГТ);**

- альтернативой ЗГТ у женщин с тонким эндометрием может являться применение гидролизата плаценты, силденафила и филграстима;
- по показаниям – седативные, десенсибилизирующие препараты, витамины;
- высокий терапевтический эффект достигнут при введении лекарственных препаратов, в том числе антибиотиков, непосредственно в слизистую оболочку матки (с помощью низкочастотной ультразвуковой кавитации),
- ФТЛ.

Хирургическое лечение

Показано при наличии внутриматочных синехий (диагностируют путем гистероскопии).



Схемы антибактериальной терапии хронического эндометрита

Режимы	Сочетание препаратов				
	Препарат №1		Препарат №2	Препарат №3	
Первоочередный	Для эрадикации <i>N. gonorrhoeae</i> – цефтриаксон 0,25 г однократно внутримышечно или цефотаксим 0,5 г однократно внутримышечно	+	Азитромицин 1 г внутрь в 1-й и 8-й день или Доксициклин 0,1 г 2 раза в день или Эритромицин 0,5 г 4 раза в день (или спирамицин)	+	Метронидазол 0,5 г 3 раза в день
	Амоксициллин/клавуланат 0/625 г 3 раза в день или 1,0 г 2 раза в день	+	Азитромицин 1 г внутрь на 1-й и 8-й день или Доксициклин 0,1 г 2 раза в день или Эритромицин 0,5 г 4 раза в день (или спирамицин)		
Альтернативный	Офлоксацин 0,4 г 2 раза в день	+	Метронидазол 0,5 г 3 раза в день		
	Ципрофлоксацин 0,5 г 2 раза в день	+	Азитромицин 1 г внутрь в 1-й и 8-й день или Доксициклин 0,1 г 2 раза в день или Эритромицин 0,5 г 4 раза в день (или спирамицин)	+	Метронидазол 0,5 г 3 раза в день

Спектр действия антибактериальных препаратов, применяемых при лечении ВЗОМТ

МНН	Мокси-флоксацин	Джоза-мицин	Офлоксацин	Метронидазол	Аммоксициллина клавуонат	Доксициклин
Группа	Фторхинолон	Макролид	Фторхинолон II	Нитроимидазол	Ингибитор-защ.пенициллины	Тетрациклин
Форма выпуска	таблетки 400 мг №5	Таблетки 500 мг №10, (сол. ют.) табл. 1000 мг №10	таблетки 200 мг №10	таблетки 250 мг №20	таблетки 625 мг №15	таблетки 100 мг №10 (сол.ютаб)
Действие	Бактерицидное	Бактериостатич.	Бактерицидное	Бактериостатич.	Бактерицидное	Бактериостатич.
Микробный агент	Грам+, грам-атипичные м/о, анаэробы	Грам+, атипичные м/о, некоторые грам- и анаэробы	Грам+, грам-, меньшая активность в отношении атипичных МО	Анаэробы Простейшие(трихомонады)	Грам+, грам-, анаэробы	Грам+, грам-, меньшая активность в отношении и атипичных МО и анаэробов
Режим и дозировка	1 табл. 400 мг 1 раз/день	1 табл 500 мг 3 раза/день	2 табл 200 мг 2 раза/день	2 табл 250 мг 3 раза/день	1 табл 625 мг 3 раза/день	1 табл 100 мг 2 раза/день.

Профилактика. Прогноз

Профилактика. После лечения острого эндометрита необходим регулярный клинико-лабораторный контроль.

Прогноз. При своевременной диагностике и адекватной терапии – благоприятный.



Сальпингоофорит

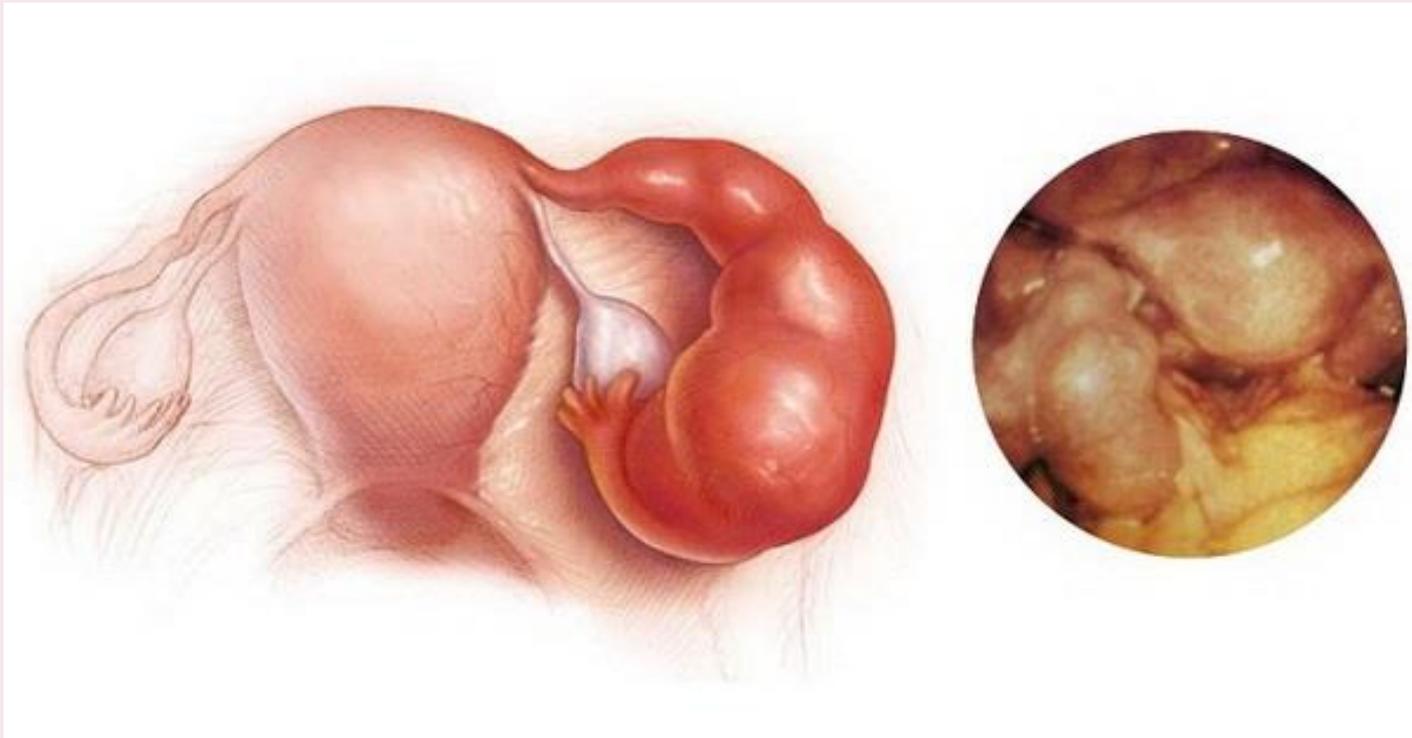
- инфекционно-воспалительный процесс неспецифической или специфической этиологии с локализацией в маточных трубах и яичниках.
- Синонимы: аднексит, сальпингит.

Коды по МКБ-10:

N70.0 Острый сальпингит и оофорит.

N70.1 Хронический сальпингит и оофорит.

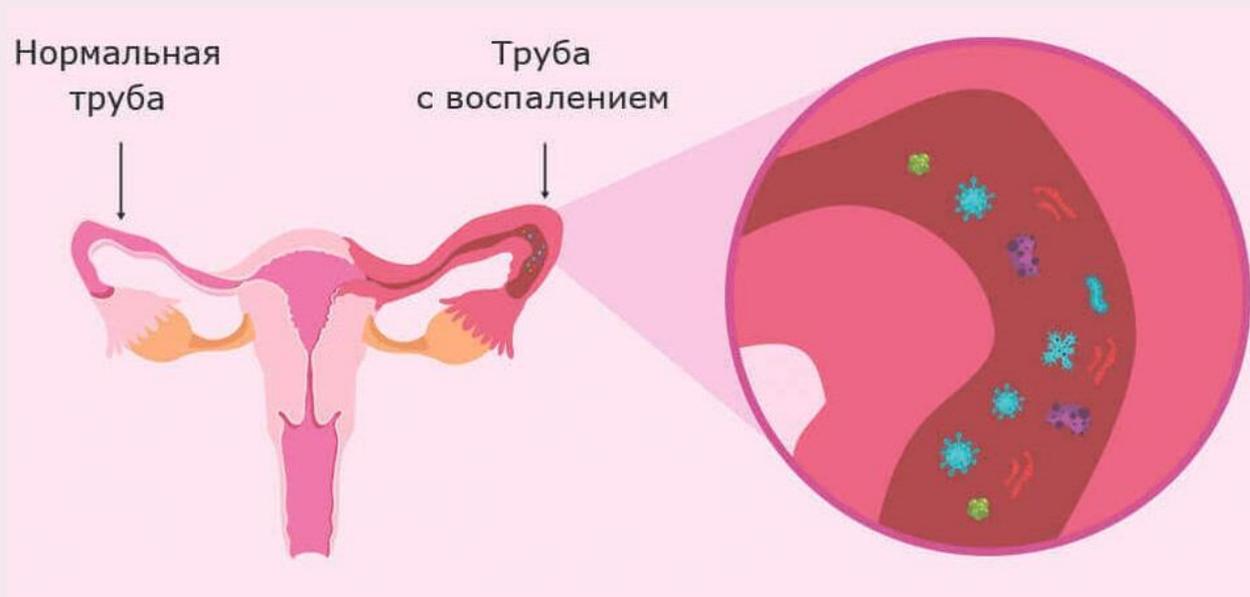
N70.9 Сальпингит и оофорит неуточненные.



Классификация. Этиология

- **Острый неспецифический** (или специфический) сальпингоофорит.
- **Обострение неспецифического сальпингоофорита.**
- **Хронический неспецифический сальпингоофорит.**

Этиология. Неспецифические (негонорейные) сальпингоофориты вызываются патогенными и условно-патогенными возбудителями. Чаще всего наблюдают смешанную инфекцию.

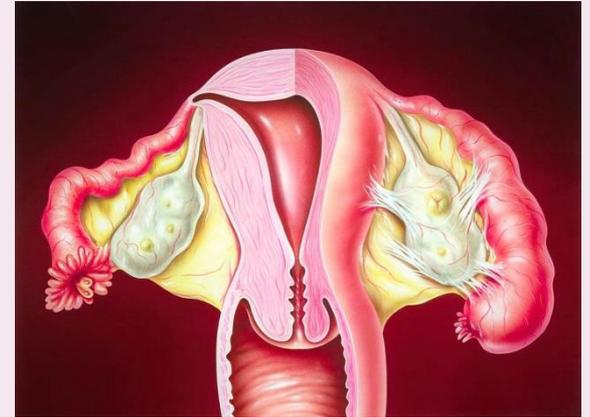


Патогенез

У воспалительных процессов маточных труб и яичников общий патогенез.

Вначале на слизистой оболочке маточных труб (эндосальпинксе) возникают все признаки воспаления: гиперемия, расстройства микроциркуляции, экссудация, отек, клеточная инфильтрация → в воспаление распространяется на мышечную оболочку маточной трубы, возникает ее отек → труба утолщается и удлиняется, пальпация ее становится болезненной → микробы вместе с содержимым трубы попадают в брюшную полость, поражают серозный покров трубы и окружающую брюшину → перисальпингит и пельвиоперитонит → после разрыва фолликула яичника возбудители попадают внутрь, инфицируют гранулезную оболочку фолликула → воспалительный процесс в яичнике (сальпингоофорит).

В маточной трубе быстро идет слипчивый процесс в ампулярном отделе за счет утолщения фимбрий и экссудации. Слипчивый процесс происходит и в устье трубы. Секрет накапливается в трубе с образованием гидросальпинкса (может длительно существовать как хроническая патология). Спаечный процесс возникает вследствие склеивания воспалительно измененных маточных труб (особенно их фимбриального отдела) с брюшиной Дугласа, прилежащими петлями кишечника, аппендикулярным отростком (нередко возникает вторичный аппендицит).



Клиника

- Сильные боли внизу живота, сопровождающиеся повышением температуры до 38°C (иногда с ознобом),
- Ухудшение общего состояния,
- Могут быть дизурические явления,
- Иногда вздутие живота.

Острый сальпингоофорит может приобрести характер подострого или хронического процесса с частыми обострениями и продолжаться годами. Клинические проявления тогда не столь яркие.

- температурная реакция может быть субфебрильная или нормальная,
- боли носят характер тупых, ноющих с локализацией внизу живота и в пояснице,
- диспареуния и бесплодие.



Боли
в нижней
части живота



Кровотечения



Боли при
мочеиспускании



Тошнота,
рвота



Высокая
температура

Диагностика

- **Анамнез :**
- осложненные роды, аборт;
- внутриматочные инвазивные манипуляции; • выскабливания;
- ГСГ;
- гистероскопия;
- введение и извлечение внутриматочного контрацептива;
- случайные половые контакты и др. Физикальное исследование При остром воспалении бимануальное исследование всегда болезненное (особенно область придатков), так как при этом в процесс вовлечена тазовая брюшина (иногда с симптомами раздражения). При хроническом процессе, наоборот, склерозирование и фиброзирование маточных труб с формированием спаечного процесса в малом тазу делает придатки малоподвижными. Нередко определяют их болезненность.

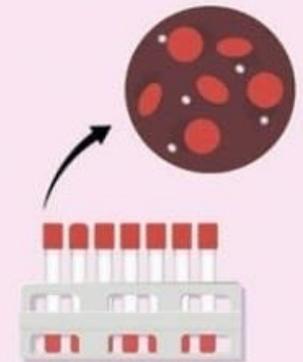
- **Лабораторные исследования**

- при остром процессе нет специфических изменений в анализах (умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ),
- при хроническом процессе нередко обнаруживают только увеличение СОЭ.

Главное значение придают бактериоскопическому и бактериологическому исследованию материала из цервикального канала, влагалища и уретры! Цель – выявление возбудителей и определение их чувствительности к антибиотикам.



Обследование
органов
малого таза



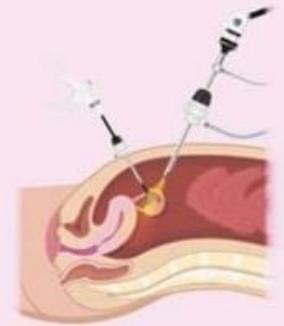
Клинический
анализ крови

Диагностика

- **Инструментальные исследования**
 - **Эхографический метод** не дает четкой информации об остром сальпингоофорите. Можно диагностировать только утолщение маточных труб, спаечный процесс в малом тазу. При пельвиоперитоните обнаруживают скопление небольшого количества жидкости в Дугласовом кармане. Можно также определить опухолевидную форму при гидросальпинксе или пиосальпинксе.
 - **КТ или МРТ**, особенно при дифференциальной диагностике с опухолями яичников.



Ультразвуковая
диагностика

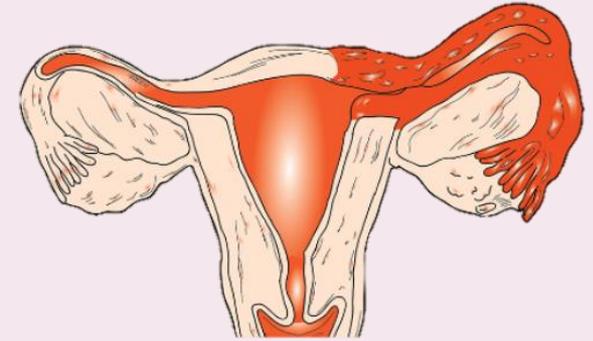


Лапароскопия

Лечение

При остром сальпингоофорите или обострении хронического – госпитализация в стационар!

Немедикаментозное лечение (при хроническом процессе или в период постгоспитальной реабилитации при остром процессе): физиотерапевтические методы: УВЧ, магнитотерапию, электрофорез с цинком, магнием, гиалуронидазой и др., диадинамические токи, санаторнокурортное лечение (радоновые ванны и орошения, талассотерапия).



Медикаментозное лечение: антибиотикотерапия, которая назначается эмпирически.

К схемам первого ряда относят комбинации:

- цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефтриакон) + метронидазол,
- ингибитор-защищенные аминопенициллины (амоксциллин/клавулановая кислота и др.).

В качестве альтернативных режимов могут использоваться:

- линкозамиды + аминогликозиды II-III поколения,
- фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин) + метронидазол,
- карбапенемы.

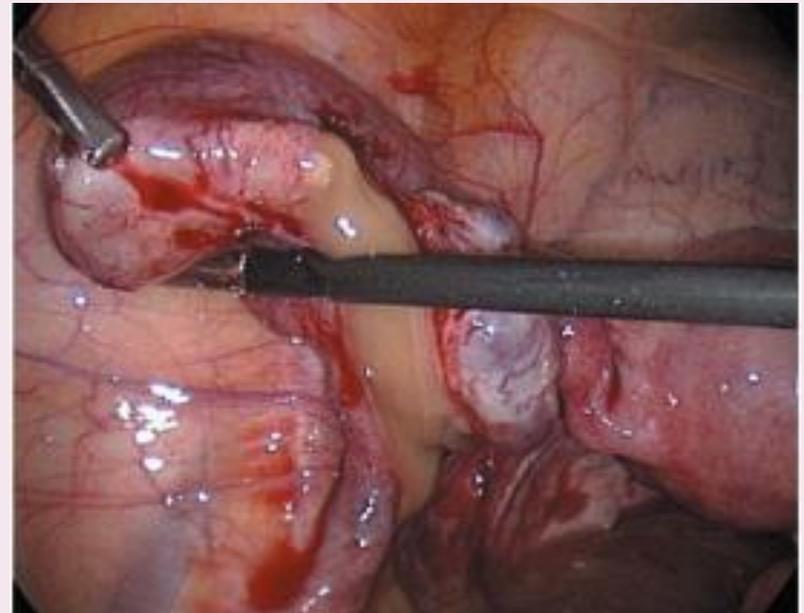
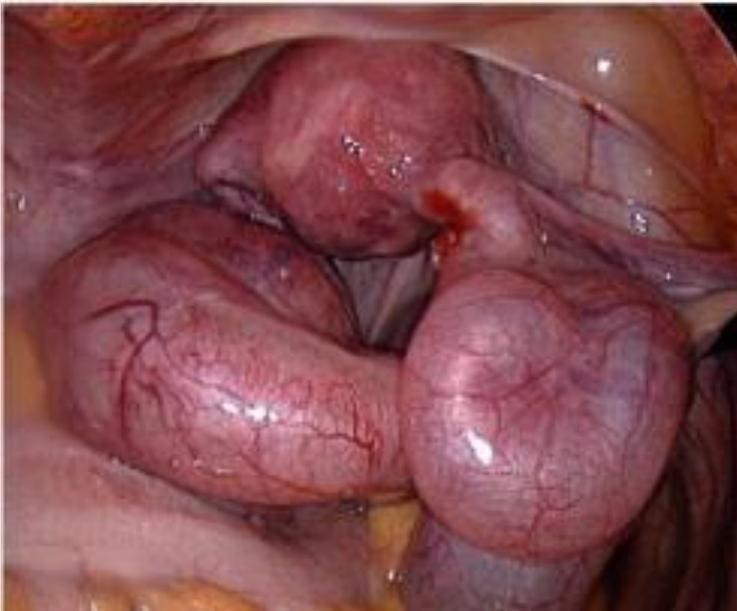
Антибиотики сочетают с дезинтоксикационной терапией. По показаниям назначают анальгетики, местные противовоспалительные препараты в виде свечей, лед на живот.

Лечение

Хирургическое лечение.

На начальном этапе используют диагностическую лапароскопию. При остром воспалительном процессе целесообразно ввести в брюшную полость раствор антибиотиков (ампициллин 1 г на 20 мл физиологического раствора).

В дальнейшем к хирургическому лечению прибегают при отсутствии эффекта от консервативной медикаментозной терапии и формировании гнойных tuboовариальных образований.



Профилактика. Прогноз

Профилактика. Необходима пропаганда методов контрацепции и безопасного секса.

Прогноз. Для жизни – благоприятный. Проблемы, как правило, возникают с менструальной, половой и репродуктивной функцией

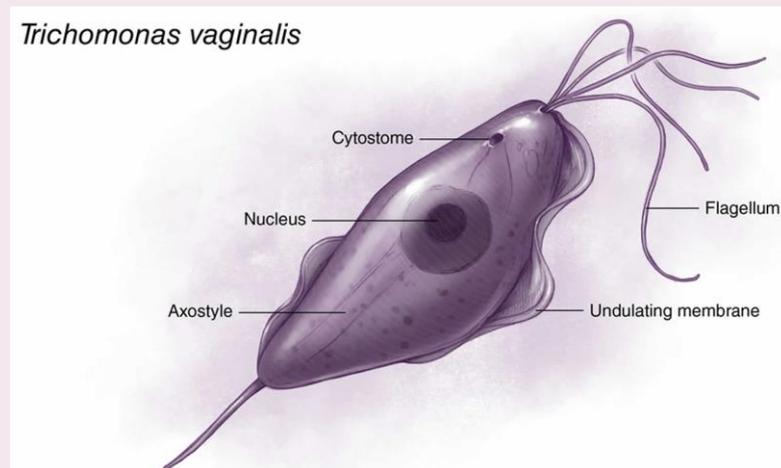


Беременность не наступает
более 12 месяцев



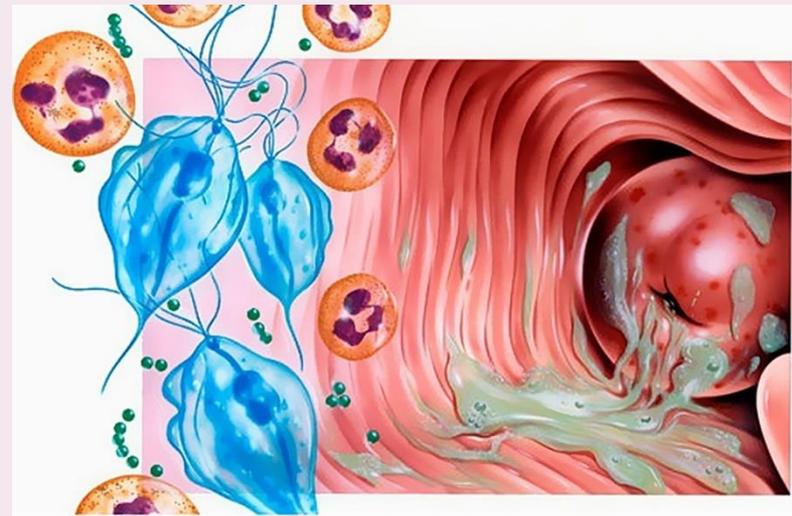
Урогенитальный трихомониаз

- Код по МКБ-10 **A59.0**
- *Trichomonas vaginalis* принадлежит к группе паразитов класса жгутиковых (*Flagellata*).
- Два свойства *T. vaginalis* обуславливают их высокую патогенность: способность к фагоцитозу и самостоятельному передвижению (подобно троянскому коню, трихомонады переносят в цервикальный канал, полость матки и ее придатки гонококки, хламидии и условно-патогенную флору).
- Вне организма трихомонады быстро погибают при высушивании (для жизнедеятельности им обязательно нужна влажная среда).



Классификация

- По локализации воспалительного процесса у женщин различают **урогенитальный трихомониаз**:
 - нижних отделов мочеполовой системы (вульвит, вагинит, экто- и эндоцервицит, уретрит, бартолинит);
 - органов малого таза и других отделов мочеполовой системы (эндомиометрит, сальпингоофорит, цистит).
- Согласно **МКБ-10** выделяют уrogenитальный трихомониаз неосложненный и трихомониаз с осложнениями.
- По клиническому течению различают **трихомониаз**:
 - свежий (острая, подострая и торпидная формы);
 - хронический (торпидное течение и давность заболевания более 2 мес);
 - трихомонадоносительство (отсутствие симптомов при наличии трихомонад в содержимом влагалища).



Клиническая картина

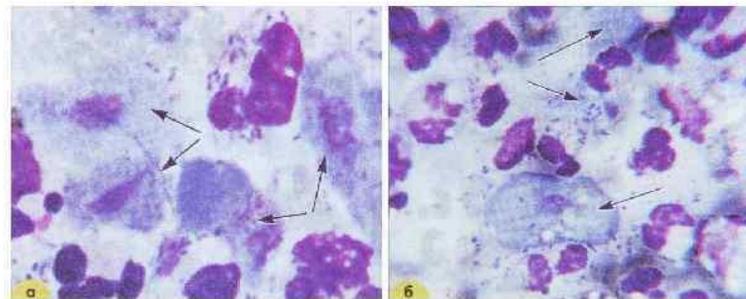
- Инкубационный период урогенитального трихомониаза колеблется от 3 сут до 3–4 нед, составляя в среднем 10–14 сут.
- При **острой форме** в клинической картине преобладают признаки вагинита и вульвовагинита: зуд, жжение во влагалище, в области наружных половых органов и промежности. Характерно появление пенистых гнойных выделений желтого цвета из влагалища. Больные жалуются на боли при половых сношениях и неприятные ощущения внизу живота. Возможно учащенное, болезненное мочеиспускание при поражении мочеиспускательного канала и мочевого пузыря.
- При **торпидной форме** жалобы на бели, зуд и другие проявления заболевания не выражены или отсутствуют. Стертые признаки воспалительного процесса выявляются лишь при кольпоскопии.
- **Хронический трихомониаз** протекает длительно, с рецидивами. Клиническая картина заболевания во многом зависит от функциональной активности яичников (под действием эстрогенов образуется необходимая для трихомонад влажность, «пышный» эпителий, менее густая, легко проходимая цервикальная слизь). При заражении на фоне гипофункции яичников воспалительные изменения выражены слабее, картина заболевания стертая, нередко отмечается трихомонадоносительство.



Диагностика

Материал для исследования берут из влагалища, мочеиспускательного канала, прямой кишки. Проводят исследование нативного препарата, бактериоскопическое исследование мазков, окрашенных по Граму, культуральное исследование, ПЦР.

Диагноз выставляется на основании клиники и обнаружения трихомонад одним из вышеперечисленных методов.



- Трихомонадный кольпит: а - трихомонады: ядра звездчатые, цитоплазма голубая, вакуоли, включения в цитоплазме (указаны стрелками). Окрашивание по Романовскому. X600; б - трихомонады крупных и мелких размеров (указаны стрелками). Бактериальная флора смешанная, мелкие палочки в лейкоцитах (незавершённый флэгеллоз). Окрашивание по Паппенгейму. X600

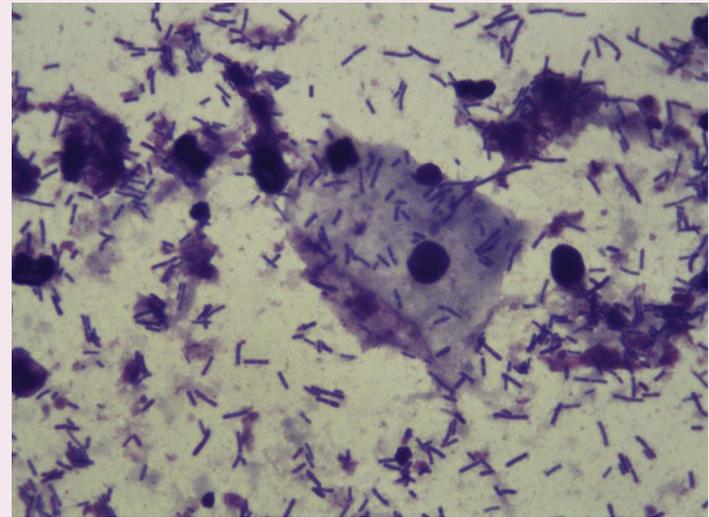
Лечение

- лечение проводят одновременно обоим сексуальным партнерам;
- на время лечения рекомендуется прекратить половую жизнь и прием алкогольных напитков; после завершения лечения необходимо также воздерживаться от приема алкоголя в течение 24 часов при использовании метронидазола и 72 часов – тинидазола.
- лечению подлежат больные со всеми формами заболевания (включая трихомонадоносителей и больных с воспалительными процессами, у которых трихомонады не обнаружены, но найдены у полового партнера);
- местное лечение назначают одновременно с препаратами системного действия.
- При **неосложненном** урогенитальном трихомониазе применяют:
- Препараты выбора: Метронидазол внутрь 2.0 г однократно или Метронидазол 500 мг внутрь 2 р/д 7-10 дней;
- Альтернативные препараты: Тинидазол внутрь 2.0 г однократно (не применяется у беременных и в период лактации).
- При **осложненном** урогенитальном трихомониазе дозу препаратов необходимо увеличить.
- Терапевтическое воздействие должно быть направлено не только на уничтожение трихомонад, но и на последующую нормализацию влагалищного биоценоза.

Лечение

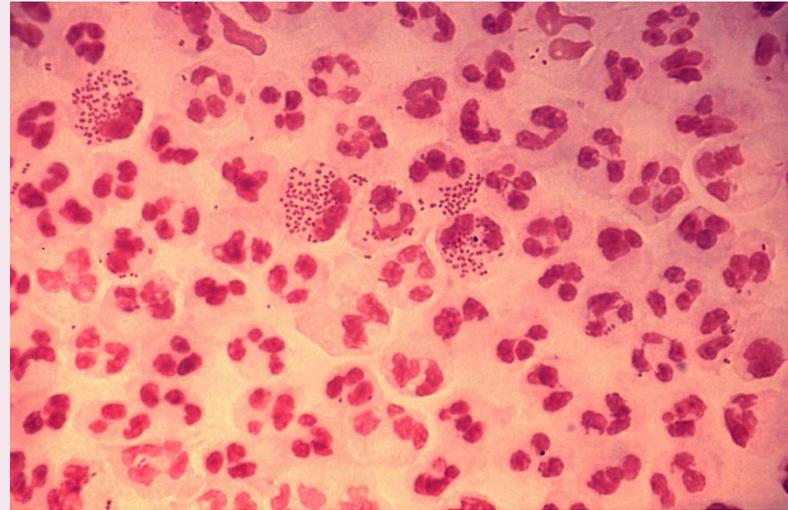
- Излеченность от мочеполового трихомоноза определяют с помощью бактериоскопического и культурального методов исследования. Первое контрольное обследование необходимо проводить через 7–8 сут после окончания лечения, второе — сразу же после очередной менструации.
- Срок контрольного наблюдения 2–3 мес. Если источник заражения не установлен, срок наблюдения может быть увеличен до 6 мес.
- Критерий излеченности — отсутствие трихомонад во всех очагах в половых органах (при лабораторном исследовании) в течение 3 менструальных циклов.

- **Нормальный мазок на флору**



Гонорея

- **Код по МКБ-10 A54**
- Гонококк относится к грамотрицательным диплококкам, по форме напоминает кофейные зерна, обращенные вогнутой поверхностью друг к другу. Особое эпидемиологическое значение имеет фагоцитоз гонококка трихомонадами.
- Гонококки поражают слизистые оболочки, покрытые нежным цилиндрическим эпителием, — мочеиспускательного канала, влагалища, прямой кишки, цервикального канала, полости носа, рта, гортани. У женщин процесс может распространяться на матку, яичники, маточные трубы. Распространяясь по кровяному руслу, гонококки могут иногда вызывать гонококковый сепсис и метастазы в различные органы.



Классификация

- Для унификации эпидемиологических данных была создана Международная статистическая классификация гонореи, согласно которой выделяют гонорею:
 - нижних отделов мочеполового тракта без осложнений
 - нижних отделов мочеполового тракта с осложнениями;
 - верхних отделов мочеполового тракта и органов малого таза;
 - других органов.
- По клиническому течению различают свежую и хроническую гонорею. Свежая гонорея, в свою очередь, делится на острую (возникшую не более 2 нед назад), подострую (воспалительные процессы давностью 2–8 нед) и торпидную (со стертым началом и течением). Гонорею следует считать хронической, если ее давность превышает 2 мес или срок начала заболевания установить не удастся.



Клиническая картина

- Гонорея имеет короткий инкубационный период (3–5 сут). Примерно у 40–60% женщин, больных гонореей, манифестация заболевания начинается в конце менструации. При поражении нижнего отдела мочеполовых органов возникают жалобы на гнойные выделения из половых путей, незначительную боль и жжение при мочеиспускании, тупые боли внизу живота. При восходящей гонорее возможны усиление болей внизу живота, отсутствие аппетита, повышение температуры тела. Наиболее часто (у 60–90% больных) встречается торпидная форма, такое же вялое течение гонореи наблюдается и у полового партнера. Зачастую единственным симптомом стертого течения оказывается гипофункция яичников. Другая особенность гонореи — частое сочетание ее с другими ИППП (микст-инфекция): трихомонадными (70–100%), вирусными (4–6%).



Диагностика

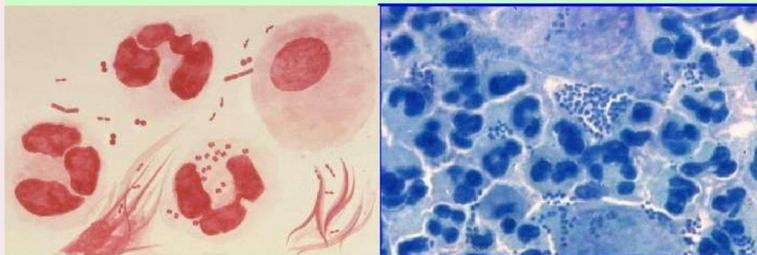
- Диагноз гонореи ставят на основании обнаружения гонококков в выделениях из уретры, влагалища, цервикального канала, прямой кишки (бактериоскопический метод).
- Для уточнения тяжести воспалительного процесса проводят клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови и мочи, УЗИ органов малого таза.

***N. gonorrhoeae* (гонококк)**

окраска:

по Граму

метиленовым синим



Лечение

- Для лечения **неосложненной** гонококковой инфекции у взрослых, в том числе в период беременности и лактации для элиминации препарат выбора Цефтриаксон 500 мг в\м однократно или альтернативное лечение (при наличии противопоказаний к назначению препарата выбора) Спектиномицин 2 г в\м однократно;
- Для лечения **диссеминированной (осложненной)** гонококковой инфекции у взрослых применение одного из перечисленных препаратов:
 - 1) Цефтриаксон по 1,0-2,0 в/м или в/в один раз в сутки;
 - 2) Цефотаксим 500 мг в/в два раза в сутки;
 - 3) Ципрофлоксацин 500 мг в/в два раза в сутки;
 - 4) Спектиномицин 2,0 г в/м два раза в сутки.
- Лечение проводится в течении семи суток. При положительной динамике клинических симптомов возможно продолжение лечения с помощью одного из антибактериальных препаратов для перорального применения:
 - 1) Цефиксим по 400 мг 2 р/д внутрь
 - 2) Ципрофлоксацин 500 мг два раза в день внутрь, или
 - 3) Офлоксацин 400 мг два раза в день внутрь
- Общий курс лечения обычно составляет 14 дней. Увеличение его продолжительности должно быть обоснованно клиническими показаниями.
- Критерий излеченности — отрицательный результат бактериоскопического исследования после провокаций в течение 3 менструальных циклов.



Урогенитальная хламидийная инфекция

- Коды по МКБ-10 A55, A56, A74.0
- Урогенитальная хламидийная инфекция — высококонтагиозное заболевание, передаваемое половым путем. Возбудитель — *Chlamydia trachomatis* серотипов D-K. Это облигатный внутриклеточный паразит с грамотрицательной клеточной стенкой.
- *C. trachomatis* способна к бинарному делению в процессе размножения, обладает высокой контагиозностью и выраженным тропизмом к цилиндрическому эпителию (реже — к многослойному плоскому эпителию, моноцитам).

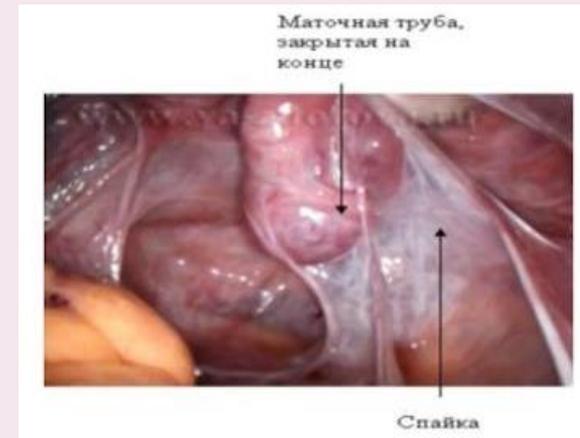


Классификация

- Урогенитальную хламидийную инфекцию подразделяют:
 - на свежий (неосложненный) воспалительный процесс нижних отделов мочеполовой системы (уретрит, парауретрит, бартолинит, вагинит, эндоцервицит);
 - хронический (длительно текущий, персистирующий, рецидивирующий) — верхних отделов мочеполовой системы, включая органы малого таза (эндометрит, сальпингит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, перигепатит).

Клиническая картина

- Не существует каких-либо специфических симптомов и выраженной клинической симптоматики с момента инфицирования. Инкубационный период составляет от 5–7 сут до 3–6 нед. Заболевание, как правило, начинается с уретрита или цервицита. Первичные хламидийные вагиниты встречаются редко, так как хламидии не способны размножаться в многослойном плоском эпителии, а вне клетки высокочувствительны к кислой реакции влагалища. Вагиниты характерны для хламидийной инфекции при изменении гормонального фона у пожилых женщин, беременных и девочек.
- Возможны жалобы на обильные выделения из влагалища, зуд в области вульвы, дизурию. Однако эти симптомы обычно выражены слабо, и процесс переходит в хронический. При этом преимущественно поражаются придатки матки. Для хламидийного сальпингита и сальпингоофорита характерно длительное подострое, стертое течение без склонности к «утяжелению», приводящее к непроходимости маточных труб, внематочной беременности, трубно-перитонеальному бесплодию, развитию спаечного процесса в малом тазу, перигепатиту с выраженными подпеченочными спайками (синдром Фитц-Хью-Куртиса), невынашиванию беременности.



Диагностика

- Стандартом лабораторной диагностики остается культуральный метод, чувствительность которого приближается к 100%. В качестве скринингового может применяться метод ПЦР.
- Дополнительно применяют методы:
 - цитологический — визуализация цитоплазматических клеток (включений Провачека), микроскопия при этом позволяет учитывать количество лейкоцитов как показатель воспаления;
 - иммуноморфологический — обнаружение антигенов хламидий в эпителии и других тканях при обработке препаратов специфичными антителами;
- Выявление в сыворотке крови IgA-, IgG- и IgM-антител к антигену хламидий с определением их титра позволяет определить стадию заболевания, обосновать антибактериальное лечение и оценить его эффективность.
- При урогенитальной хламидийной инфекции исследуют мазки, соскобы со слизистой оболочки уретры, цервикального канала, шейки матки, прямой кишки, конъюнктивы. Материал берут ложечкой Фолькмана, специальными тампонами (swab-test), щеточками или платиновой петлей.

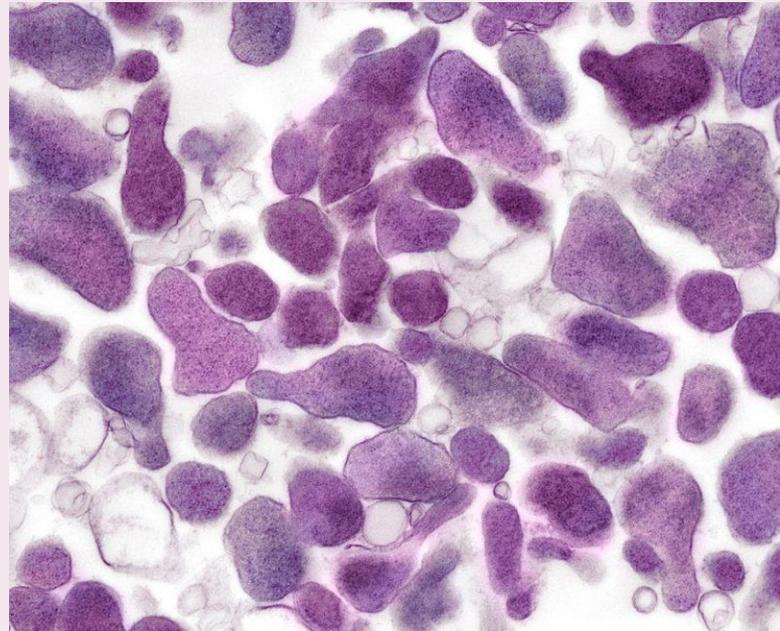


Лечение

- Для лечения **неосложненной** хламидийной инфекции (**1 линия терапии**) применяют один из перечисленных препаратов:
- 1) Доксициклин внутрь 100 мг дважды в день в течение 7 дней (препарат противопоказан во время беременности);
- 2) Азитромицин внутрь 1,0 г однократно.
- Для лечения **неосложненной** хламидийной инфекции (**2 линия терапии**) применяют один из перечисленных препаратов:
- 1) Эритромицин внутрь 500 мг 4 раза в день в течение 7 дней;
- 2) Левофлоксацин внутрь 500 мг один раз в день в течение 7 дней (препарат противопоказан беременным);
- 3) Офлоксацин внутрь 200 мг дважды в день в течение 5-7 дней (препарат противопоказан беременным).
- Для лечения **неосложненной** хламидийной инфекции (**3 линия терапии**) применяют:
- 1) Джозамицин внутрь по 500 мг три раза в день или по 1000 мг два раза в день на протяжении 7 дней.
- Для восстановления нормального микробиоценоза влагалища и коррекции местного иммунитета на завершающем этапе лечения рекомендуют применение эубиотиков.
- Критерии излеченности: отрицательные результаты лабораторного исследования и отсутствие клинических симптомов заболевания.
- Контрольные исследования проводят через 3 нед после окончания лечения и далее в течение 3 менструальных циклов.

Микоплазменные урогенитальные заболевания

- **Код по МКБ-10 A63.8**
- Генитальные микоплазмы (уреаплазмы и микоплазмы) — уникальные микроорганизмы, не имеющие клеточной оболочки, а только цитоплазматическую мембрану. Они способны к репликации на бесклеточных средах.
- Доказано, что микоплазмы являются частью нормальной микрофлоры влагалища. Они способны лишь в определенных условиях, чаще в ассоциации с другими патогенными и условно-патогенными микроорганизмами, вызвать воспалительные процессы нижних половых путей.
- Микоплазмы, причинно-значимая роль которых в развитии воспалительного процесса не доказана, являются косвенными маркерами дисбиоза влагалища.



Клиническая картина

- Клиническая картина урогенитальной микоплазменной инфекции неспецифична. Заболевание обычно протекает не остро, характерны значительная устойчивость к проводимому лечению, рецидивирование процесса. Наиболее частые жалобы: легкий зуд и жжение в области половых органов, длительно существующие бели, дизурические расстройства.
- При осмотре характерны обильные жидкие белесые бели, возможны явления цервицита и вагинита.



Диагностика

- К основным методам лабораторной идентификации генитальных микоплазм относятся ИФА с обнаружением антител, ПЦР.
- Заболевания мочеполовых путей объединяют в группу урогенитальных микоплазменных инфекций при выявлении возбудителя, при условии, что все другие причины исключены.

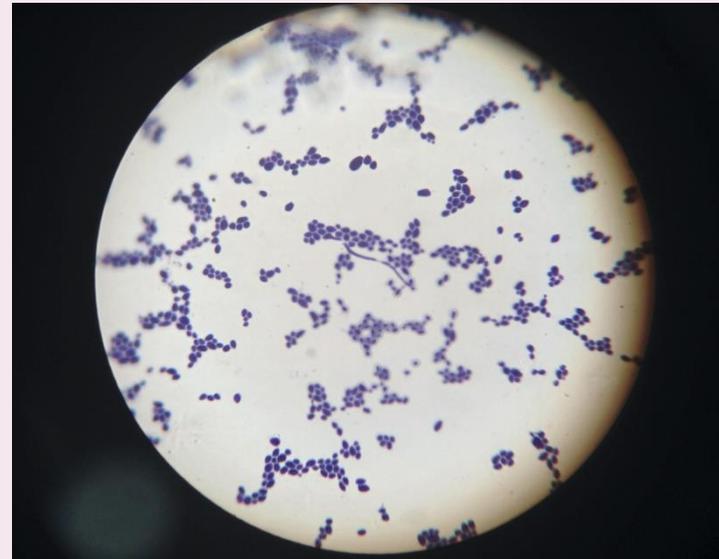
Лечение

- Для лечения **неосложненной** *M. genitalium*-инфекции (**1 линия терапии**) применяют один из перечисленных препаратов:
 - 1) Азитромицин внутрь 500 мг – 1-й день, затем по 250 мг 1р/д в течение 4 суток (общая длительность лечения 5 дней)
 - 2) Джозамицин внутрь 500 мг 3р/д в течение 10 суток.
- Для лечения **неосложненной** *M. genitalium*-инфекции (**2 линия терапии**) применяют:
 - 1) Моксифлоксацин внутрь 400 мг 1р/д в течение 7-10 суток (препарат противопоказан беременным).
- Для лечения **неосложненной** *M. genitalium*-инфекции (**3 линия терапии**) применяют:
 - 1) Доксициклин внутрь 100 мг 2р/д в течение 14 суток (эффективность ~30%, о чём следует проинформировать пациента). Препарат противопоказан беременным.
- Критерии излеченности: отрицательные результаты лабораторного исследования и отсутствие клинических симптомов заболевания.
- Контрольные исследования проводят через 2 нед после окончания лечения.



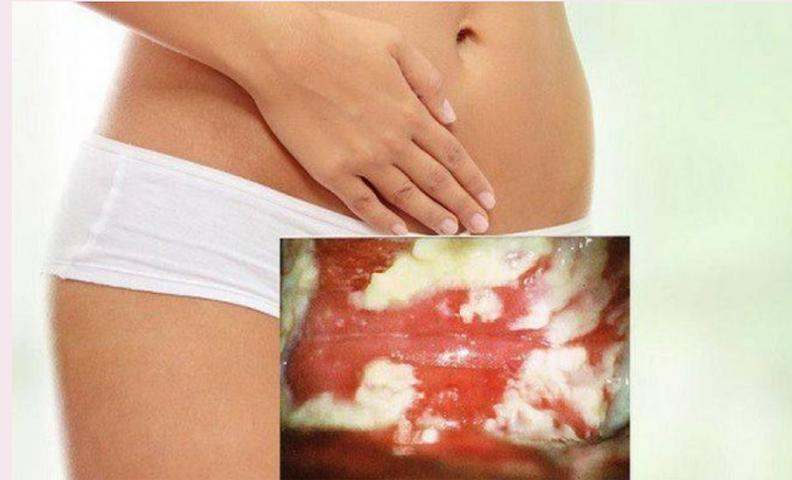
Генитальный кандидоз

- **Код по МКБ-10 B37.3**
- Возбудители заболевания — дрожжеподобные грибы, чаще всего рода *Candida*. В 85–90% случаев клинически выраженного генитального кандидоза выявляют *Candida albicans*.
- Дрожжеподобные грибы попадают в половые пути женщины преимущественно из кишечника. При благоприятных для их жизнедеятельности факторах происходит адгезия грибов к слизистой оболочке влагалища, при этом они угнетают нормальную микрофлору, конкурируя с лактобациллами за участки связывания на клетках эпителия.



Классификация

- В зависимости от состояния вагинального микробиоценоза различают 3 формы кандидозной инфекции влагалища:
- бессимптомное кандидоносительство (отсутствуют клинические проявления заболевания, титр дрожжеподобных грибов менее 10^4 КОЕ/мл, в составе биоценоза абсолютно доминируют лактобациллы);
- истинный кандидоз (грибы обнаруживаются в высоком титре — более 10^4 КОЕ/мл и выступают в роли моновозбудителя, обуславливая развитие выраженной клинической картины; лактобациллы обнаруживаются в количестве не менее 10^6 КОЕ/мл);
- сочетание генитального кандидоза и бактериального вагиноза (дрожжеподобные грибы участвуют в полимикробных ассоциациях при большом количестве — более 10^9 КОЕ/мл — облигатно-анаэробных бактерий и резком снижении содержания лактобацилл или их отсутствии).
- По клиническому течению различают формы кандидоза: острую (продолжительность заболевания не более 2 мес) и хроническую (рецидивирующую).



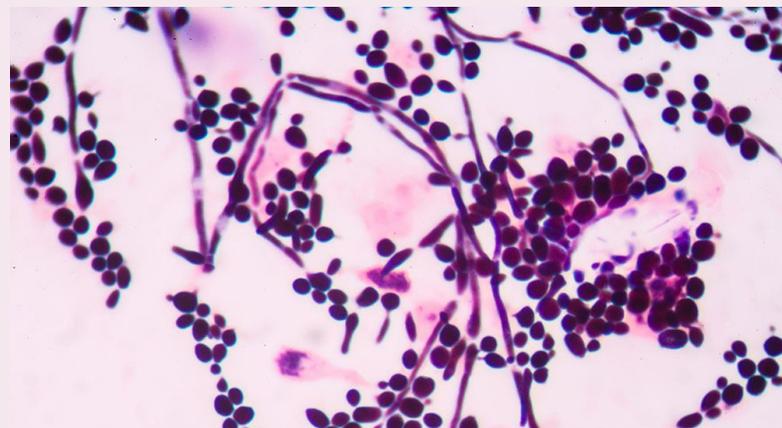
Клиническая картина

- При острой форме или обострении хронического кандидоза возникают жалобы на зуд и жжение в области вульвы и влагалища, патологические бели.
- Зуд бывает постоянным или беспокоящим вечером и ночью, что делает вклад в развитие бессонницы и невротизацию пациенток. Зуд усиливается во время ходьбы и во время менструации, может вызвать нарушение мочеиспускания (жжение, боли). Нестерпимый зуд приводит к расчесам и повреждению целостности тканей, присоединению вторичной инфекции.
- Бели творожистые, бело-серого цвета, могут быть обильными, жидкими с крошковатыми белыми включениями. Запах выделений при кандидозе кисловатый, неприятный. Обильные бели могут вызывать мацерацию кожи и слизистой оболочки половых органов, способствовать возникновению длительно незаживающих трещин в области половых губ, задней спайки и ануса.
- При осмотре вульвы, влагалища и влагалищной порции шейки матки обнаруживают признаки воспаления (отечность, гиперемия) и характерный серовато-белый налет на пораженных участках слизистой оболочки. Налеты могут быть точечными или обширными, имеют неправильные очертания, в острой стадии заболевания снимаются с трудом, затем — легко. На месте удаления налета обнаруживается сильно гиперемированная слизистая оболочка со склонностью к кровоточивости.



Диагностика

- Самый распространенный из методов диагностики — микроскопическое исследование выделений.
- При отсутствии воспаления или патологических белей обнаружение грибковой флоры во влагалище — вариант нормы и не должно расцениваться как генитальный кандидоз.



Лечение

- Лечим только при наличии жалоб!
- Флуконазол по 0.15 г внутрь однократно при остром кандидозе, при рецидивирующем кандидозе приём длительный, до 6 месяцев; интраконазол 0.2 г внутрь каждые 12 часов в течение 3 дней при остром кандидозе и 0.1 г внутрь ежедневно в течение не менее 6 месяцев при хроническом течении болезни;
- Натамицин (суппозитории по 0.1 г 3-6 дней), клотримазол (вагинальные таблетки 500 мг однократно или 200 мг 1 раз/сут 3 дня), миконазол (суппозитории по 0.1 г 14 дней) и др.
- Оптимального, универсального, «самого эффективного» препарата, который бы отвечал всем необходимым требованиям (низкая токсичность, короткий курс применения, удобство использования) и имел бы 100% эффективность, не существует.



Бактериальный вагиноз

- Код по МКБ-10 N89
- Бактериальный вагиноз — это инфекционное полимикробное заболевание, связанное с изменением микрофлоры влагалища, при котором происходит значимое уменьшение количества или полное исчезновение палочек Додерлейна (лактобактерий) и их замещение факультативными анаэробными микроорганизмами и/или возбудителем гарднереллеза. Увеличение уровня лейкоцитов в вагинальном отделяемом и признаки воспаления стенок влагалища могут отсутствовать.



Причины

- Предрасполагающие факторы, ведущие к развитию бактериального вагиноза: длительное применение внутриматочных контрацептивов;
- ношение синтетического нижнего белья, злоупотребление прокладками на каждый день и тампонами, которые препятствуют проникновению кислорода;
- длительный прием антибиотиков;
- хронические заболевания кишечника и другие состояния, вызывающие дисбактериоз;
- использование пероральных контрацептивов;
- перенесенные ранее воспалительные заболевания урогенитального тракта;
- нарушение гормонального статуса, сопровождающееся нарушением менструального цикла, преимущественно по типу олигоменореи или аменореи;
- атрофия слизистой оболочки влагалища;
- снижение иммунитета;
- воздействие малых доз ионизирующего излучения;
- стрессовые воздействия на организм.

Классификация

- *Классификация бактериального вагиноза на основании микроскопического исследования:* Компенсированный бактериальный вагиноз — количество лактобактерий снижено, что является фактором риска заселения влагалища патогенными микроорганизмами.
- Субкомпенсированный — низкий уровень лактобактерий и растущее число условно-патогенных микроорганизмов.
- Декомпенсированный — в мазке выявляются условно-патогенные микроорганизмы, лактобактерии отсутствуют, выражены клинические симптомы бактериального вагиноза.

Клиническая картина

- Признаков воспаления (покраснения слизистой, отека, кровоточивости) при вагинозе не наблюдается
- У большинства женщин бактериальный вагиноз протекает бессимптомно и может быть обнаружен случайно во время рутинного осмотра и взятия мазка.
- Интенсивный рост факультативной флоры, образование патологических биопленок сопровождается появлением влагалищных выделений с характерным неприятным запахом.



Клиническая картина

- Эпизод бактериального вагиноза проявляется выделениями из влагалища, имеющими серовато-белый цвет, однородную консистенцию, неприятный «рыбный» запах; болезненностью во время половых актов; дискомфортом, зудом и жжением в половых органах (могут быть выражены слабо либо отсутствовать); болезненностью, резью при мочеиспускании, болью внизу живота в надлобковой области (редко).
- Рецидивирующий бактериальный вагиноз — это непрерывное течение заболевания более 2-х месяцев, несмотря на проводимое лечение. Как правило, он сочетается с нарушением гормонального фона и атрофией слизистой оболочки влагалища.



Диагностика

Другие уточненные заболевания, передающиеся преимущественно половым путем (A63.8) Бактериальный вагиноз (в соответствии с установленным этиологическим фактором)	РУ ОУ	Физикальный осмотр		Микроскопическое исследование на гоноорею и трихомонады Бактериологическое исследование на гоноорею, микоплазмоз, уреоплазмоз РИФ (ПИФ) на хламидии
		Общий анализ крови	1/10 дн.	
		Общий анализ мочи	1/10 дн.	
		Исследование кала на гельминты	1	
		КСР	1	
		ИФА-ВИЧ*	1	
		ИФА-Нbs антиген*	1	
		ИФА-НСV*	1	
		Микроскопическое исследование на ключевые клетки.	1	
		Определение рН влагалища (аминный тест)	1	
Обследование полового партнера на ключевые клетки	1			

Диагностика

- При постановке диагноза у врача есть четыре критерия, которыми он пользуется. Наличие у пациентки трех из них говорит в пользу бактериального вагиноза.
- Наличие гомогенных беловато-серых выделений, равномерно распределяющихся по стенкам влагалища.
- Показатель кислотности при рН-метрии сдвигается в щелочную сторону, повышается уровень влагалищного рН $>4,5$.
- Положительный аминовый тест с 10% раствором гидроокиси калия (усиление специфического запаха гнилой рыбы) — определение летучих аминов.
- Обнаружение в нативных мазках и/или в мазках по Граму «ключевых клеток», т. е. клеток эпителия влагалища с плотно прикрепленными к их поверхности грамвариабельными микроорганизмами. Лейкоциты в этих мазках содержатся в пределах нормы, что говорит об отсутствии воспаления, а уровень лактобактерий снижен вплоть до полного отсутствия.

Принципы лечения

- Нуждаются в лечении:
 1. Все женщины с симптомами бактериального вагиноза при наличии лабораторно подтвержденного диагноза.
 2. Женщины без симптомов в следующих случаях:
 - риск невынашивания беременности (анамнез преждевременных родов либо поздних выкидышей);
 - перед введением внутриматочных контрацептивов;
 - перед оперативным вмешательством на органах малого таза, в том числе перед медицинским абортом;
 - все беременные, имеющие в анамнезе самопроизвольные выкидыши, замершие беременности, преждевременные роды либо поздние выкидыши с рН>4,5, положительным аминотестом и положительным результатом микроскопии («ключевые клетки», биопленки) независимо от наличия симптомов.

Лечение

- Лечение проходит в 2 этапа:
- 1-й этап. Назначают антибактериальную терапию, которая может быть местной или системной и направлена на уничтожение анаэробных (бескислородных) бактерий. Идеальным вариантом является использование вагинальных препаратов с возможностью эффективного воздействия на бактериальные пленки без развития резистентности.
- 2-й этап. Направлен на нормализацию биоценоза влагалища и заселение его лактобактериями. Для восстановления вагинальной микрофлоры могут быть использованы вагинальные капсулы с живыми лактобактериями и гель с молочной кислотой, а также пробиотики, содержащие живые микрокультуры.

Лечение

- **Терапия 1 линии:** **Метронидазол** по 400-500 мг внутрь 2 раза/сут в течение 5-7 дней или **Гель метронидазола 0,75%** по одному полному аппликатору (5 г) внутривагинально, один раз в день в течение 5 дней или **Крем с клиндамицином 2%** по одному полному аппликатору (5 г) внутривагинально перед сном в течение 7 дней
- **Альтернативное лечение:**
- **Метронидазол** 2 г внутрь однократно или **Тинидазол** 2 г внутрь однократно или **Тинидазол** 1 г внутрь 5 дней или **Клиндамицин** 300 мг внутрь 2 раза/сут 7 дней или **Деквалиния хлорид** 10 мг ваг.таб. 1 раз/сут 6 дней
- **Против биоплёнок**
- **Аскорбиновая кислота ваг.таб. 250 мг** интравагинально по 1 таб. 6 дней или **Молочная кислота ваг.супп. 100 мг** по 1 супп. интравагинально 1 раз/сут 10 дней или
- **Эубиотики (лактобактерин, бифидумбактерин)** интравагинально в виде тампонов 5 доз + 5 мл дистиллированной воды 1 раз/сут – 10 дней



Туберкулёз женских половых органов

- **Код по МКБ-10 A18.1**
- Туберкулёз половых органов возникает обычно в детском возрасте, а впервые проявляется в период полового созревания или даже позже. Диагностируют заболевание в основном у женщин раннего репродуктивного возраста (20–35 лет).
- Туберкулёз может поражать все отделы половой системы, но чаще всего — маточные трубы (80–90% случаев). На втором месте по частоте поражения — тело матки, преимущественно эндометрий (35–50%); поражение яичников составляет 1–12%; значительно реже встречается туберкулёз шейки матки, влагалища, вульвы (0,5–9%).



Классификация

- Туберкулез половых органов классифицируют **по локализации патологического процесса**: придатков матки, тела матки, шейки матки, влагалища, вульвы.
- Формы туберкулеза **придатков матки**:
- I. Туберкулез с признаками активности:
 - –клиническая форма с незначительными воспалительными изменениями;
 - –клиническая форма с выраженными воспалительными изменениями (тубоовариальные образования);
 - –клиническая форма с наличием туберкуломы.
- II. Отдаленные последствия клинически излеченного туберкулеза придатков матки:
 - –рубцово-спаечная форма (рубцы и плоскостные сращения в области внутренних половых органов и между органами малого таза).

Классификация

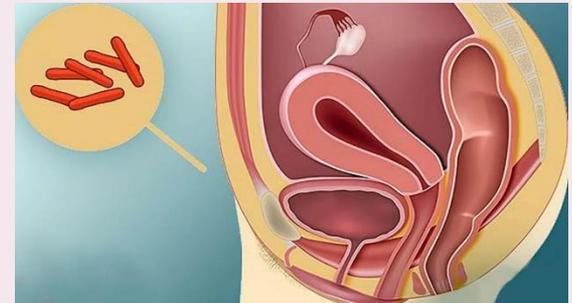
- Формы туберкулеза матки:
- I. Туберкулез с признаками активности:
 - –очаговый эндометрит;
 - –милиарный эндометрит (тотальное поражение);
 - –казеозный эндометрит;
 - –метроэндометрит.
- II. Отдаленные последствия клинически излеченного туберкулеза матки:
 - –рубцово-спаечная форма (деформация или облитерация полости матки, внутриматочные синехии);
 - –язвенная форма (туберкулез шейки матки, вульвы, влагалища).

Классификация

- Туберкулез женских половых органов любой локализации классифицируется по нескольким признакам.
- **По характеру течения:** острый, подострый, хронический.
- **По бактериовыделению** в менструальной крови или в содержимом белей: «БК+» (с выделением микобактерий) и «БК–» (без выделения микобактерий).

Клиническая картина

- Клинические проявления туберкулеза женских половых органов стерты, преобладает латентное течение с нормальной температурой тела и неизменной картиной периферической крови. Заболевание чаще встречается у внешне здоровых женщин, так как в большинстве случаев не сопровождается характерной для туберкулеза интоксикацией.
- Туберкулезный процесс имеет длительное хроническое течение. К первому обострению латентного процесса часто приводит начало половой жизни. Острое течение заболевания встречается редко. Общие симптомы при туберкулезе половых органов многообразны и сходны с неспецифическими ВЗОМТ. Боль внизу живота и в пояснице при туберкулезе не связана с менструальным циклом, носит постоянный характер (в отличие от эндометриоза) и обусловлена спаечными изменениями в малом тазу.
- Нарушения менструального цикла при туберкулезе половых органов встречаются у 25–50% больных и зависят от поражения эндометрия и расстройства функции яичников. Нарушения цикла могут проявляться альгодисменореей, гипоменореей, менометроррагиями, первичной и вторичной аменореей.
- Один из наиболее постоянных симптомов туберкулеза половых органов — бесплодие. Часто бесплодие становится единственной жалобой больных при обращении к гинекологу.
- Туберкулез половых органов может сочетаться с другими гинекологическими заболеваниями, которые могут преобладать в клинической картине и определять лечебную тактику (миомы матки, кисты яичников, эндометриоз, неспецифические воспалительные процессы).

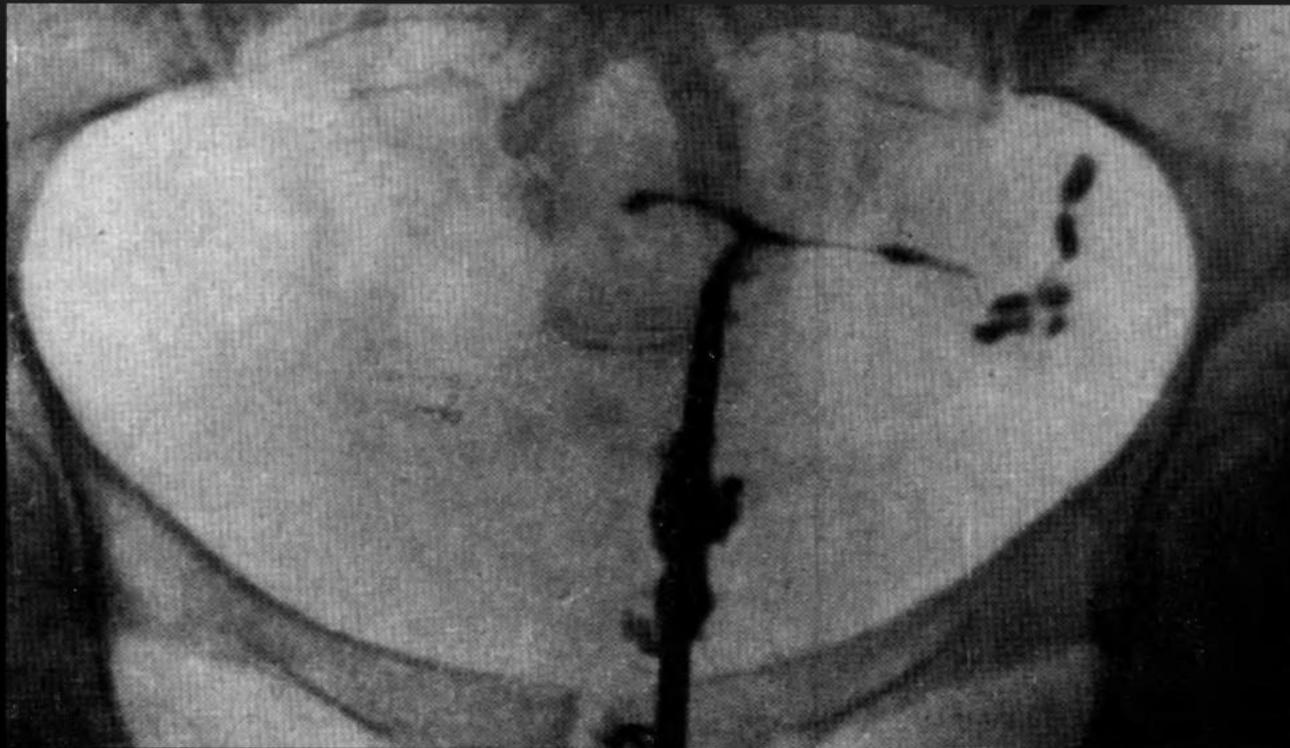


Диагностика

- Морфологическое и микробиологическое подтверждение туберкулеза позволяет с полной достоверностью верифицировать диагноз и оценить активность специфического воспаления.
- **Морфологическое подтверждение** диагноза туберкулеза внутренних половых органов возможно только при гистологическом исследовании органов, удаленных во время операции, или ткани эндометрия, полученной при диагностическом выскабливании слизистой оболочки полости матки.
- **Микробиологическое исследование.** При туберкулезе женских половых органов редко удается выделить микобактерии туберкулеза из отделяемого половых путей. Это связано с затруднениями, возникающими при получении материала, а также с отсутствием дренирующей системы в придатках матки, где чаще локализуется процесс.
- **Рентгенологические методы исследования** при туберкулезе половых органов позволяют уточнить этиологию, но не активность специфического воспаления. *Маточная труба в виде «четок»* на рентгеновской гистеросальпингограмме — патогномоничный признак туберкулеза придатков матки.

Гистеросальпингография

Гистеросальпингография: полость тела матки значительно уменьшена и резко деформирована. Левая труба состоит как бы из отдельных сегментов «бусоподобная» или «стриктуроподобная».
Заключение: туберкулезный эндометрит и туберкулезный сальпингит.



Диагностика

- Помимо рентгенологических и лабораторных методов исследования, в диагностике туберкулеза половых органов используется **лапароскопия** — она высокоинформативна и доступна. Ее следует шире применять на завершающем этапе обследования. Данные, полученные при лапароскопии, дополняют результаты рентгенологического исследования, позволяют уточнить анатомические изменения во внутренних половых органах, лимфатических узлах брыжейки, выраженность спаечных процессов в малом тазу, характер спаек.
- **Кольпоскопическое исследование** включают в обязательный комплекс обследований в сочетании с **туберкулиновой пробой с целью дифференциальной диагностики при туберкулезе женских половых органов. Однако информативность кольпоскопии невысока, так как у половины больных туберкулезом половых органов имеются различные неспецифические заболевания шейки матки, сходные по кольпоскопической картине.**
- **УЗИ органов малого таза** позволяет подтвердить туберкулезный генез воспаления при выявлении кальцинатов или туберкулом.

Лечение

- Специфическое лечение проводят при активном туберкулезном процессе.
- Наиболее высокой бактериостатической активностью обладает **изониазид**. Это основной препарат в химиотерапии туберкулеза.
- Иногда возникает необходимость в оперативном лечении. **Показаниями к операции** служат: туберкулемы в придатках матки, тубоовариальные образования, сактосальпинксы, сочетания туберкулеза половых органов с миомой матки, эндометриозом, образованиями, исходящими из яичников, требующими хирургической коррекции. Если в удаленных органах найдены морфологически активные проявления туберкулезного процесса, то противотуберкулезные препараты назначают в течение не менее 6 мес после операции.



Папилломавирусная инфекция

- распространенная инфекция, передающаяся половым путем.

Ежегодно в мире регистрируется более 750 тысяч онкологических заболеваний, инициированных ВПЧ высокого риска (ВПЧ ВР).

На первом месте по распространенности – рак шейки матки (РШМ) (ВПЧ выявляется в 99,7% случаев РШМ. 16-й и 18-й типы ВПЧ наиболее распространены и несут ответственность за РШМ в 70% случаев.)

на втором – рак гортани,

на третьем – анальный рак.

Далее – рак вульвы, полового члена, влагалища.

Проявления различных типов ВПЧ

тип	проявление
1, 2, 3, 4	Бородавки на подошве, напоминают мозоли
6, 11, 13, 16, 18, 31, 33, 35	Аногенитальные бородавки на половых органах
10, 28, 49	Плоские бородавки
27	Обычные бородавки
16, 18, 30, 31, 33, 39, 40, 42, 43, 52, 55, 57–59, 61, 62, 67–70	Бородавки в носоглотке, на органах мочевыводящей системы, гениталиях

90% аногенитальных бородавок вызываются низкоонкогенными типами: 6 и 11

90% рака шейки матки, анального и ротоглотки ассоциированы

Пути передачи

- кожей, гениталиями, слизистыми оболочками, биологическими жидкостями;
- могут передаваться половым путем, включая орогенитальный, аногенитальный контакт.



Половой путь
(основной путь передачи)



Возможна передача
контактно-бытовым
путем



От матери
новорожденному

Качества вируса папилломы человека:

- **Строго эпителиотропный** (поражает только эпителий кожи, слизистых оболочек гениталий и других органов: гортань, ротовая полость, глаза и др.). Персистирует в эпителиальных клетках. **Не определяется в крови.**
- **Тканевая типоспецифичность ВПЧ** (каждый тип ВПЧ поражает свою ткань-мишень – вульгарные ладонные бородавки не могут стать причиной аногенитальных бородавок и т. д.).
- **Высокая контагиозность.** Сценарий развития после инфицирования в значительной степени зависит от локального и системного иммунитета человека.
- В настоящее время **идентифицировано и охарактеризовано около 200 генотипов ВПЧ**, инфицирующих человека, млекопитающих и птиц.
- К представителям ВПЧ, которые инфицируют человека, относятся **alpha-, beta-, gamma-, mu- и papillomavirus.** ?
- ВПЧ (HPV) – **ДНК-содержащий**, относится к семейству паповавирусов (Papovaviridae), группе **Papillomavirus.**
- Различают **неонкогенные штаммы** (HPV-1, 2, 3, 5), онкогенные штаммы низкого риска (HPV-6, 11, 42, 43, 44) и **высокого онкогенного риска** (HPV-16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68).
Инфицированность одним типом ВПЧ не исключает наличие другого, т. е. штаммы могут сочетаться.

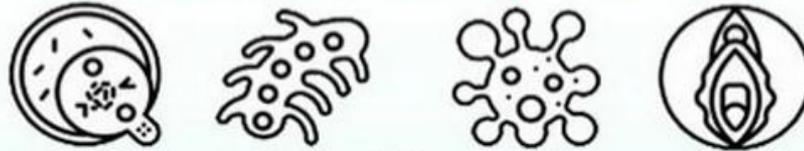


Риск инфицирования ВПЧ

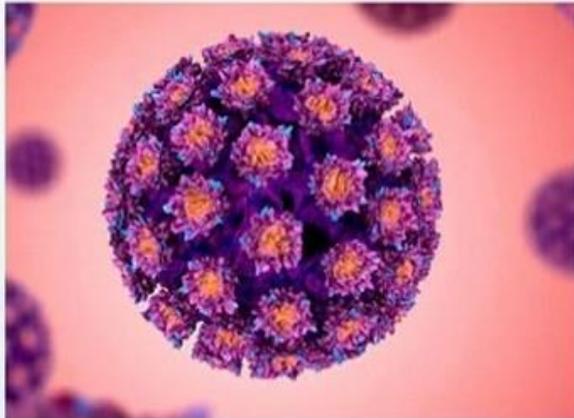
Риск инфицирования ВПЧ зависит от ряда факторов:

- локализация очагов поражения,
- количественные показатели ВПЧ (вирусная нагрузка),
- степень и характер контакта,
- состояние общего и локального иммунного статуса пациента,
- наличие микротравм и воспалительных процессов.

ФАКТОРЫ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ВПЧ



Вызывает развитие бородавок, папиллом и кондилом



Раннее начало половой жизни

Частая смена половых партнеров

Прием лекарственных средств, подавляющих иммунитет

Нарушения микрофлоры влагалища

Нетрадиционный секс: анальный, оральный

Аборты

Заболевания: грипп, герпес, ВИЧ, гепатит

Курение

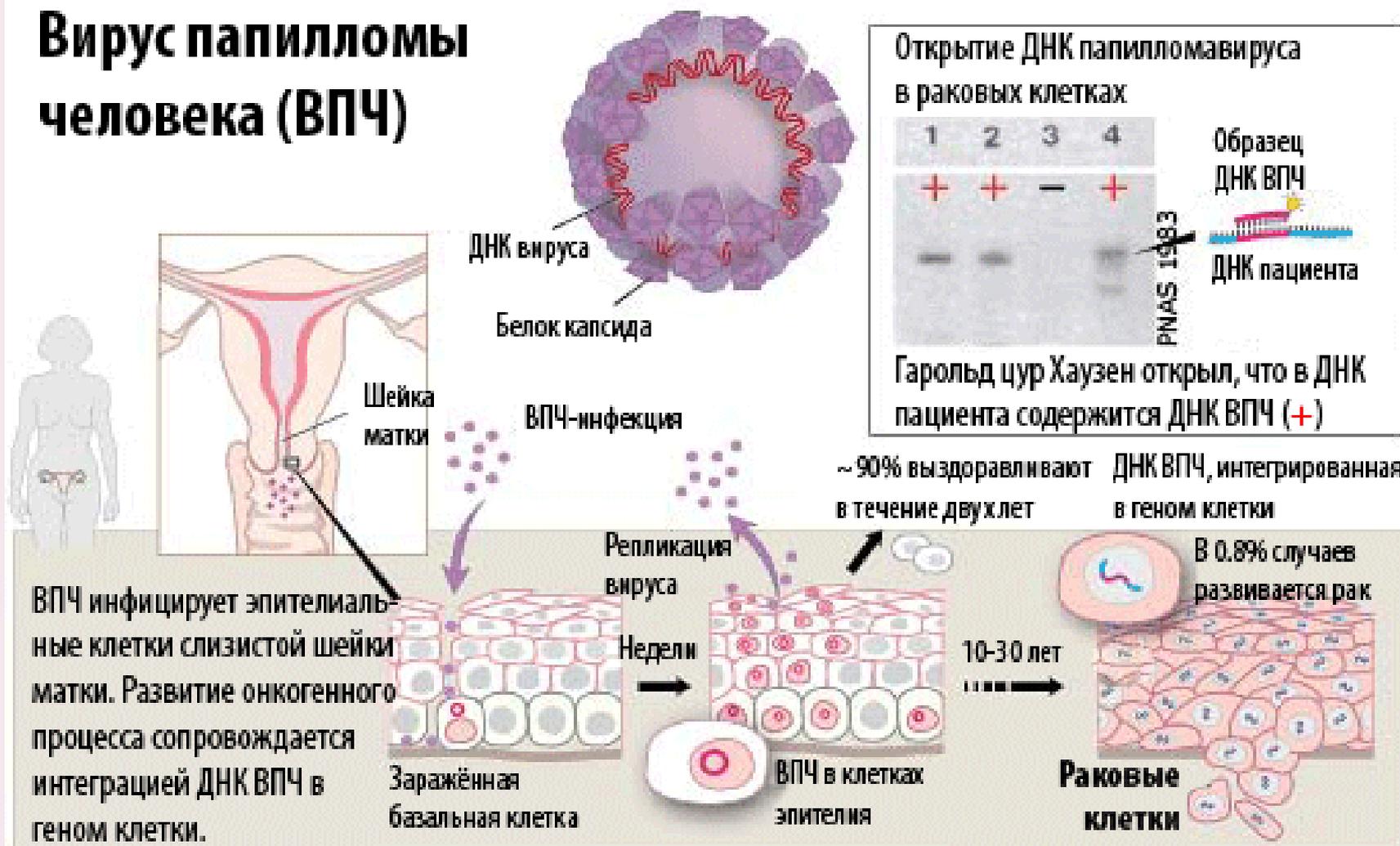
Сопутствующие заболевания, передающиеся половым путем

Жизненный цикл ВПЧ

- **ВПЧ проникает через поврежденный эпителий**, в то время как здоровые эпителиальные клетки способны противостоять вирусу.
- **Вирус поражает базальный и парабазальный слои эпителия**, где может находиться длительно бессимптомно и со временем элиминировать без клинических проявлений.
- **На начальном этапе ВПЧ находится в эписомальном состоянии**: не проникает в ядро и не внедряется в геном клеток.
- В ряде случаев **может происходить пролиферация ткани хозяина под воздействием ВПЧ** (клиническая картина в виде папиллом).
- **В некоторых случаях происходит интеграция генома вируса в клетку-хозяина, потенцируя клинические проявления в виде онкопатологии.**
- Интеграция вирусной ДНК в клеточную ДНК человека сопровождается потерей вирусного материала, за исключением генов E6, E7.
- Интегрированный вирусный геном не способен к полной ауторепликации, поэтому вирусная нагрузка при реализации онкопотенциала в виде тяжелых поражений может снижаться.
- **В иммунологическом ответе организма на ПВИ ведущие – Th1-клеточный ответ** (активация цитотоксических лимфоцитов) и **интерфероновый статус.**
- **ВПЧ способен избегать иммунного контроля со стороны организма человека** и вызывать довольно агрессивное течение заболевания за счет стратегий уклонения:
 - *отсутствие виремии,*
 - *отсутствие воспаления,*
 - *низкие концентрации белка,*
 - *нет гибели клетки.*
- **ВПЧ уклоняется от механизмов врожденного ответа и тормозит активацию адаптивного иммунного ответа.**

Жизненный цикл ВПЧ

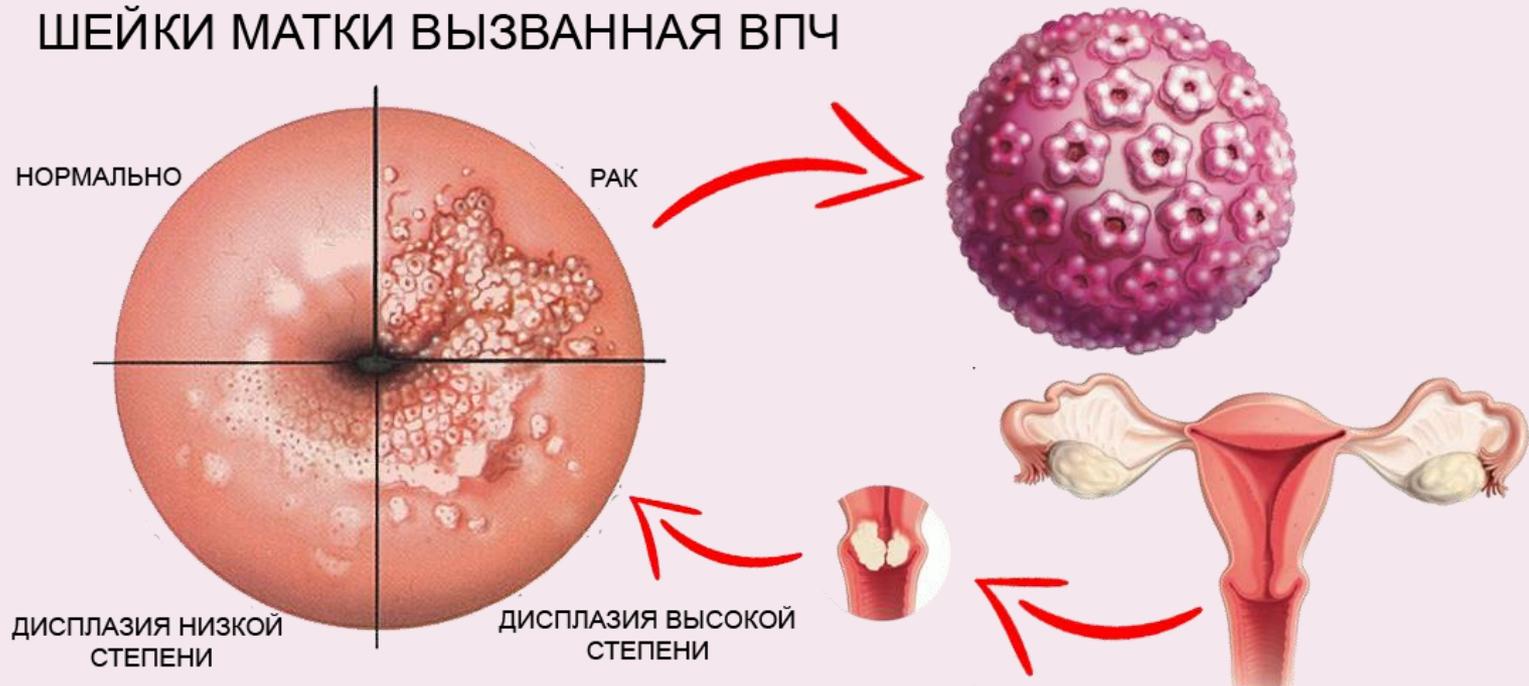
Вирус папилломы человека (ВПЧ)



Факторы формирования необратимой неоплазии

- **Взаимодействие ВПЧ с другими инфекционными агентами:** цитомегаловирусы, ВПГ II типа, *C. trachomatis*, *Mycoplasma spp* и *Ureaplasma spp*.
- **Индукция множественных повреждений хромосомной ДНК** в инфицированной клетке.
- **Активная экспрессия генов Е6 и Е7 высокоонкогенных типов ВПЧ-16 и 18.**
- Выявлена взаимосвязь между тяжестью заболевания с распространенностью разнообразных микробиомов и низким уровнем *lactobacillus spp*.

СТАДИИ РАЗВИТИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ВЫЗВАННАЯ ВПЧ



Классификация

Согласно МКБ 10, выделяют:

B97.7. Носительство папилломавирусов.

A63.0. Аногенитальные бородавки.

Клинические формы:

- **экзофитные кондиломы** (остроконечные, опухолевидные или папиллярные, папуловидные и др.);
- **цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN)** (плоскоклеточные интраэпителиальные поражения);
- **микроинвазивная плоскоклеточная и железистая карцинома;**
- **субклинические формы** (невидимые вооруженным глазом и бессимптомные, выявляемые только при кольпоскопии и (или) цитологическом или гистологическом исследовании);
- **латентные формы** (отсутствие клинических, морфологических или гистологических изменений при обнаружении ДНК ВПЧ).



Клиника

- **Экзофитные кондиломы** могут быть бессимптомными, беспокойство вызывает косметический дефект, зуд, бели и боли.
- **Эндофитные кондиломы** растут внутри плоского эпителия («плоская кондилома») и часто сочетаются с дисплазией эпителия шейки матки и карциномой in situ.
- **Субклинические формы** инфекции обычно бессимптомны, однако могут наблюдаться зуд, жжение, бели.



Пути развития ПВИ

Пути развития ПВИ после инфицирования ВПЧ (спустя 6-12 мес.) могут идти по разным сценариям.

ВПЧ «низкого риска»:

- Латентная инфекция – спонтанное выздоровление.
- Латентная инфекция – генитальные бородавки – прогрессирующий рост, рецидивы.
- Клиническая форма – генитальные бородавки – прогрессирующий рост, рецидивы.



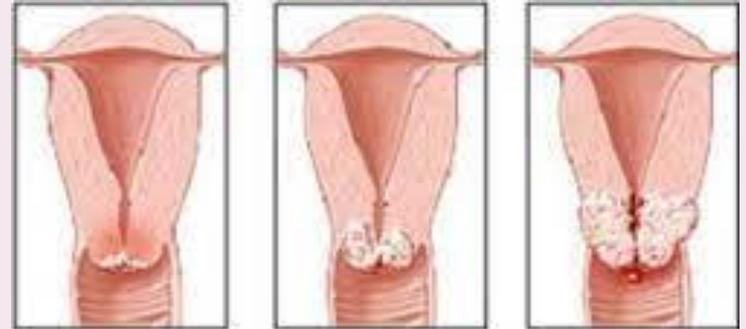
ВПЧ «высокого риска»:

Клиническая форма – CIN I/II - CIN III - Карцинома in situ – инвазивный рост.
Субклиническая форма – CIN I/II - CIN III - Карцинома in situ – инвазивный рост.

Типы течения ПВИ

1. Транзиторное течение (специфического лечения не требуется):

- Репликация ВПЧ (включая онкогенные и неонкогенные типы) при отсутствии клинических проявлений.
- Элиминация ВПЧ при отсутствии провоцирующих факторов происходит в среднем в сроки от 6 до 10 месяцев.



2. Персистирующее течение:

- Обнаружение одинаковых типов HPV при повторном тестировании через 6-12 месяцев при исключении повторного инфицирования.
- Необходимо наблюдение и подбор тактики дальнейшего ведения пациента.



Диагностика

Основана на выявлении генома вируса (ПЦР) и верификации реализации его потенциала в виде биопсии новообразования.

Персистентное/латентное течение: ПЦР-тест на ВПЧ.

Неоплазия/дисплазия: ПЦР-тест на ВПЧ, ПАП-тест – койлоцитоз, аномальные клетки, кольпоскопия, биопсия и гистологическое исследование.

Карцинома: клинические проявления, ПЦР-тест на ВПЧ, ПАП-тест – койлоцитоз, атипичные клетки, кольпоскопия, биопсия и гистологическое исследование.

Другие методы: оптико-электрические методы и иммуногистохимический и иммуноцитохимический методы (определение онкобелка E7, окраска p16\Ki67 при высокой степени вероятности развития тяжелой неоплазии).

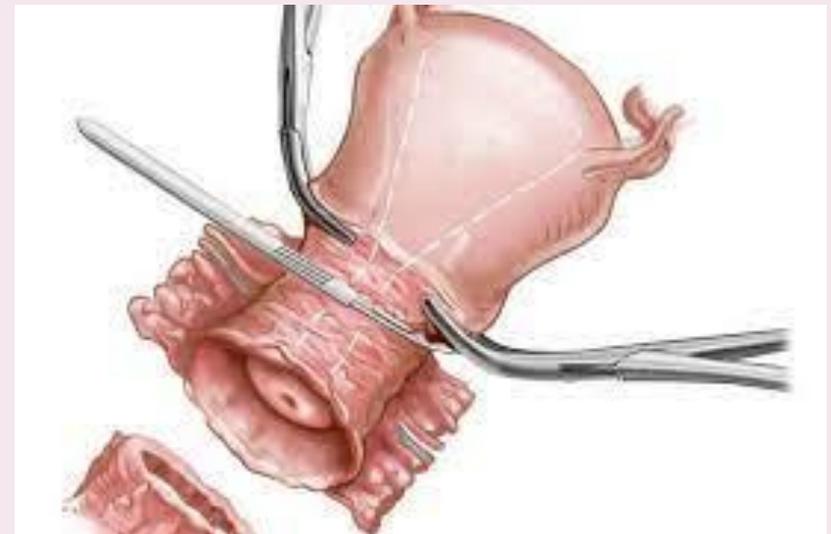
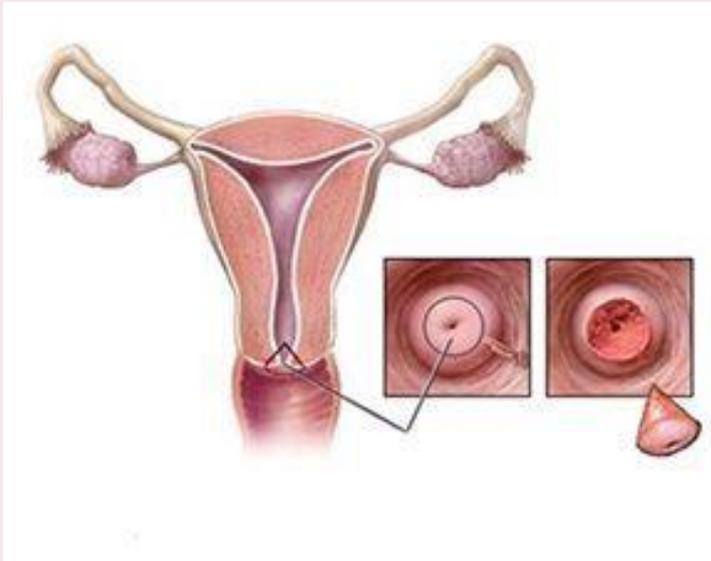
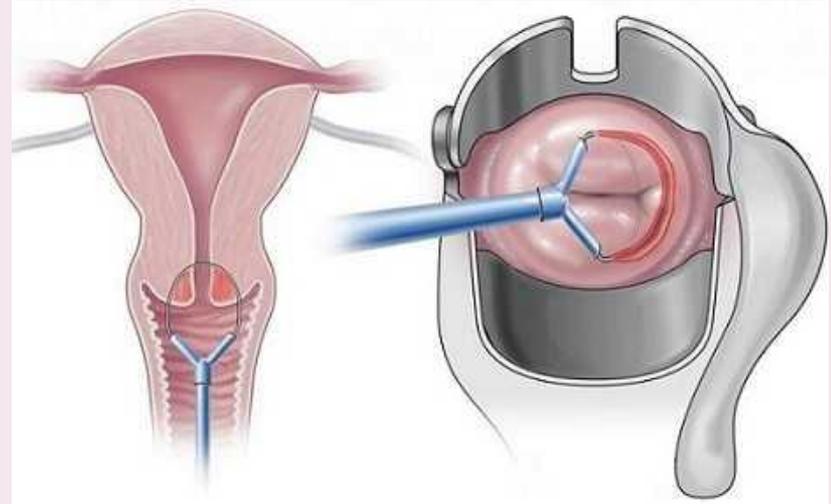


Лечение

Специфического лечения ПВИ не существует.

С помощью деструктивных методов производится **устранение измененной вирусом ткани**. Радиоволновой метод наиболее приемлем с позиции онкогинекологии, так как весь удаленный материал доступен гистологическому исследованию.

При *отсутствии АГБ или цервикальных плоскоклеточных интраэпителиальных поражений* лечение субклинической генитальной ПВИ не проводится.



Профилактика

Первичная профилактика ПВИ и РШМ включает вакцинацию.

Вакцинация проводится девочкам до начала половой жизни. Можно эффективно предотвратить ПВИ и РШМ с помощью бивалентной (Cervarix), квадριвалентной (ВПЧ 6, 11, 16, 18) или 9-valent Gardasil (ВПЧ 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) вакцин против ВПЧ. **Для профилактики генитальных бородавок подходит только вакцина Gardasil.**

К первичной профилактике РШМ можно отнести также **практику защищенных сексуальных контактов** (использование барьерных методов контрацепции), **моногамию, отказ от табакокурения, поддержание нормоценоза влагалища.**

Вторичная профилактика РШМ включает методики скрининга, «золотой стандарт» которого – цитологическое исследование – ПАП-тест. Ведутся исследования о возможности комбинации (ко-тестирования) жидкостной цитологии для выполнения ПАП-теста с выделением ДНК ВПЧ ВКР в качестве скринингового метода, поиск других решений.



HPV test



HPV vaccination



HPV education programs

Скрининг

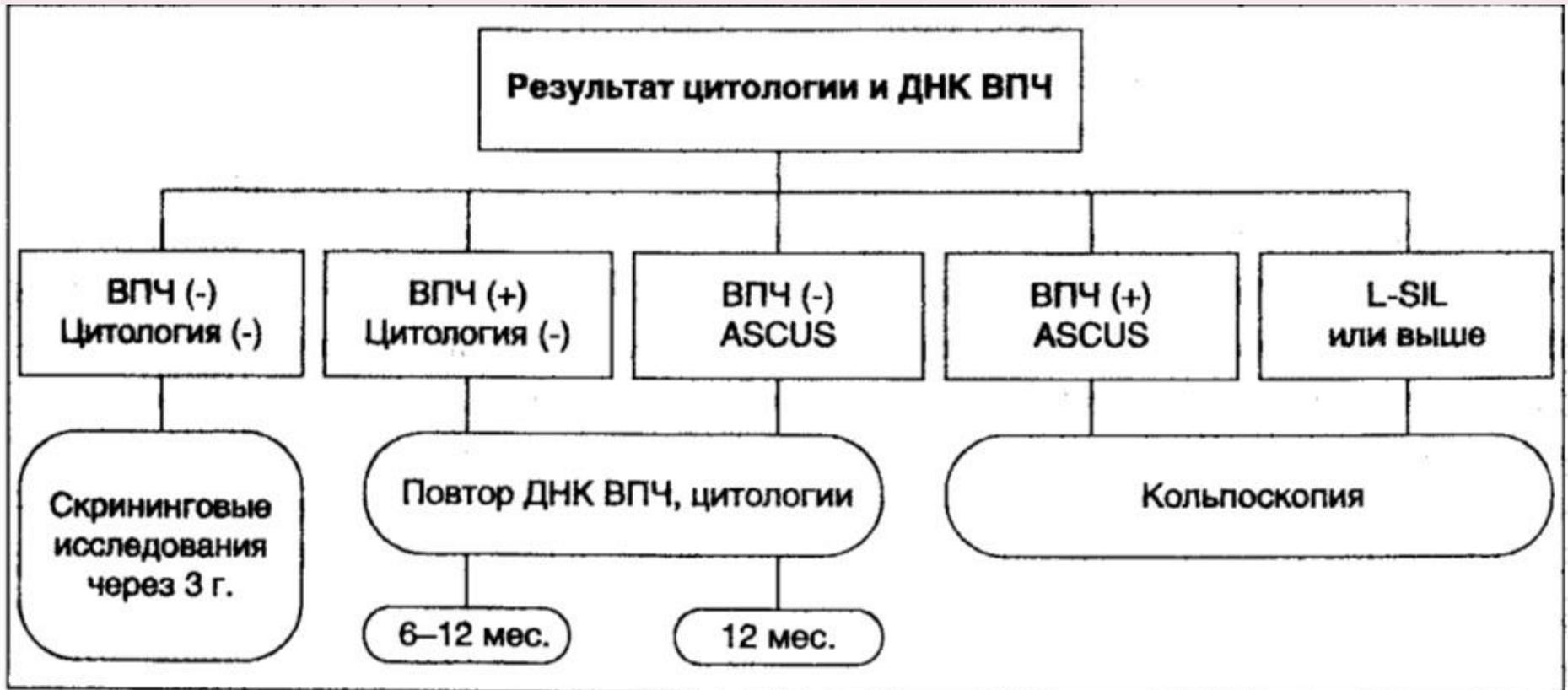


Рис. 1. Алгоритм использования ВПЧ-теста на первом этапе скрининга

Скрининг



Рис. 2. Алгоритм использования ВПЧ-теста при сомнительных результатах цитологического исследования (ASCUS)

Скрининг



Рис. 3. Алгоритм использования ВПЧ-теста как самостоятельного исследования на первом этапе скрининга [23]

Герпетическая инфекция. Генитальный герпес

– наиболее распространенная вирусная ИППП, лишь в некоторой степени уступает ВПЧ.

Выделяют три семейства герпесвирусов:

α-герпесвирусы:

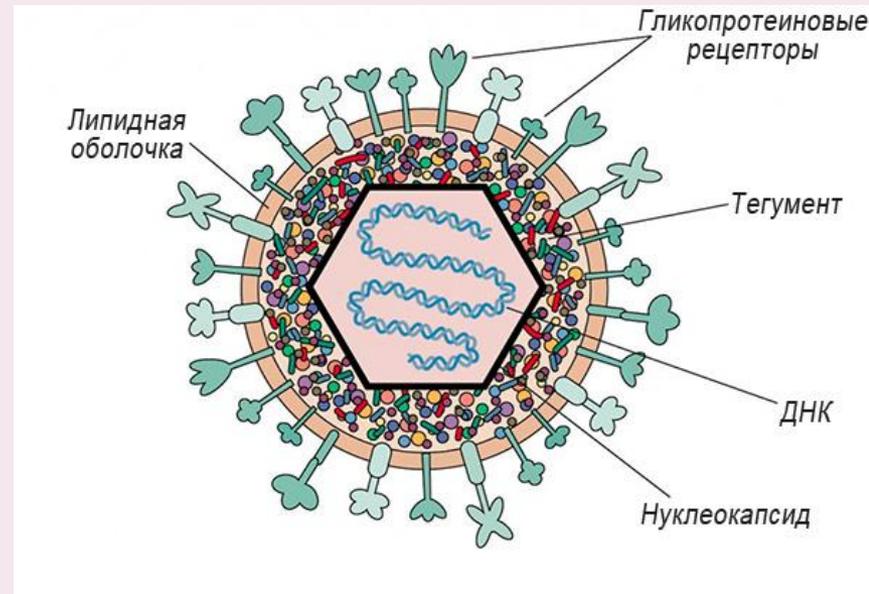
- Вирус простого герпеса 1-го типа (ВПГ-1, HSV-1). Поражает кожу и слизистые (лабиальный герпес), 20% – генитальный герпес (ГГ).
- Вирус простого герпеса 2-го типа (ВПГ-2, HSV-2) – ГГ (первичный/рецидивирующий).
- Varicella Zoster (ВГЧ-3, VZV). При первичном инфицировании → ветряная оспа, при реактивации «дремлющей» инфекции → опоясывающий лишай (герпес зостер).

β-герпесвирусы:

- ЦМВ (цитомегаловирус, ВГЧ-5).
- ВГЧ-6 (вирус герпеса человека 6-го типа), разделенный на А и Б подтипы.
- ВГЧ-7 (вирус герпеса человека 7-го типа).

γ-герпесвирусы:

- Вируса Эпштейна-Барр (ВЭБ, ВГЧ-4).



О вирусе герпеса..

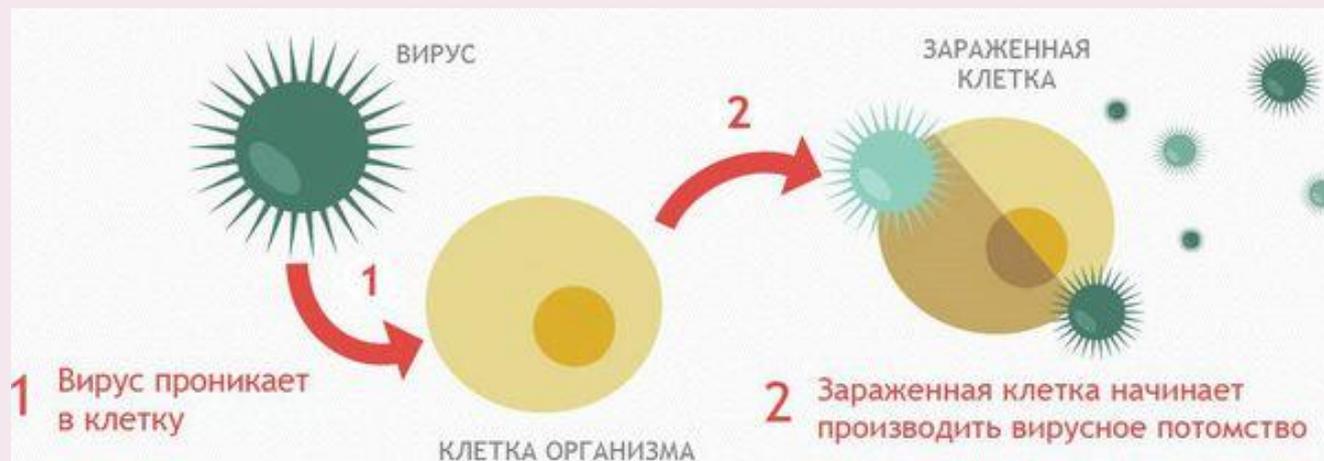
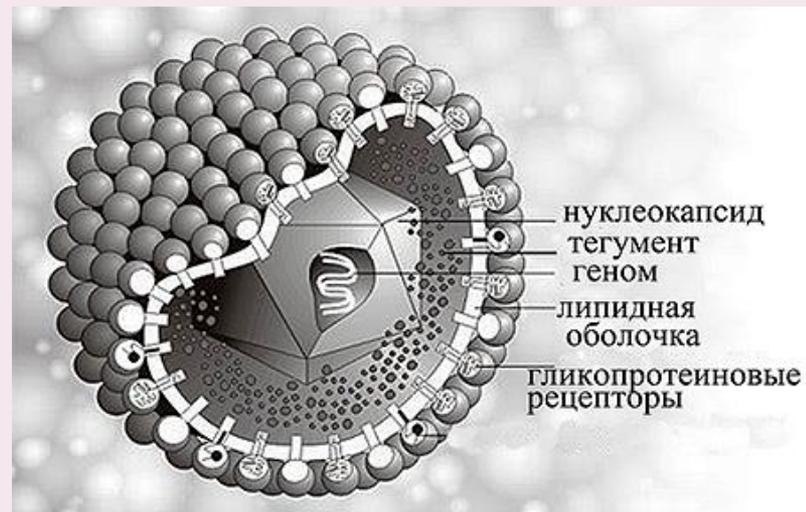
Вирионы герпеса – довольно крупные частицы, достигающие 15-200 нм в диаметре.

Вирион состоит из нуклеокапсида (ДНК-содержащая сердцевина вируса) и суперкапсида (наружная оболочка).

При внедрении вирус прикрепляется к клеточной мембране клетки-хозяина, выходит из оболочки («раздевается») и проникает сначала в цитоплазму, а затем и в ядро. В ядре клетки-хозяина происходит репликация вирусной ДНК.

Для самовоспроизводства вирусы герпеса используют материал пораженной клетки («заставляют работать на себя»). После сборки новых вирусных ДНК из элементов мембраны ядра пораженной клетки синтезируют оболочки новых вирионов, ядро повреждается, клетка гибнет. Из одной клетки хозяина выходит несколько миллионов новых вирионов.

Важно разграничивать понятие инфицированности и заболеваемости. Сегодня α -герпес-вирусами заражены порядка 95-98% сексуально-активного населения. У подавляющего большинства из них вирусы находятся в латентном состоянии, поэтому наличие антител не является поводом для беспокойства.



Пути заражения

HSV-1 – причина *лабиального герпеса, герпеса кожи, слизистых оболочек, энцефалитов, пневмоний*; большинство людей контактирует с этим вирусом с раннего детства.

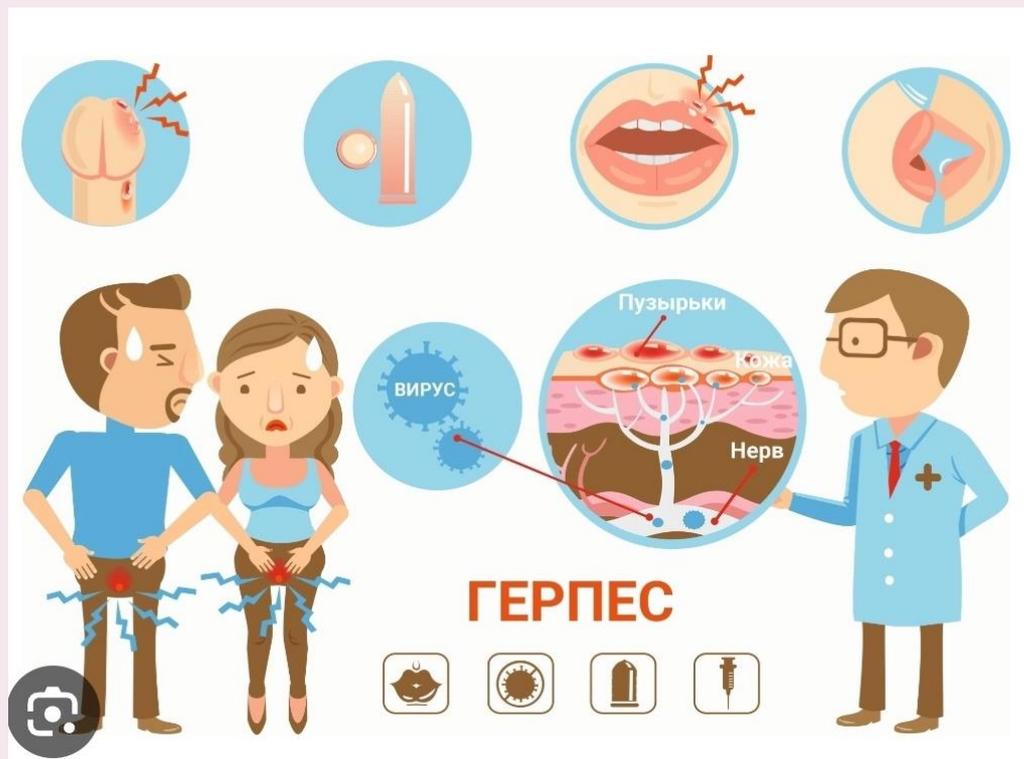
Из 2 типов HSV возбудителем заболеваний половых органов в основном служит второй тип HSV-2.

Однако возможно развитие герпеса половых органов и при воздействии HSV-1 или в результате смешанной инфекции.

Встречаются ректальные и перианальные герпетические высыпания, вызванные ВПГ-1 и ВПГ-2. К симптомам герпетического проктита относятся **боли в аноректальной области, выделения из прямой кишки, тенезмы, запор.**

Пути заражения:

- воздушно-капельный,
- контактный (в т. ч. половой),
- трансплацентарный,
- гемотрансфузионный.



Патогенез

- Через поврежденную кожу и слизистые вирус попадает в ганглии тройничного нерва или конского хвоста (в зависимости от пути инфицирования), сохраняются пожизненно в нервных клетках (латенция в виде безоболочечных L- и PREP-частиц), становясь неуязвимыми для противовирусных атак.
- Полный цикл репродукции вирусы герпеса проходят только в клетках эпителия.
- Инфекция рецидивирует при воздействии триггерных факторов.

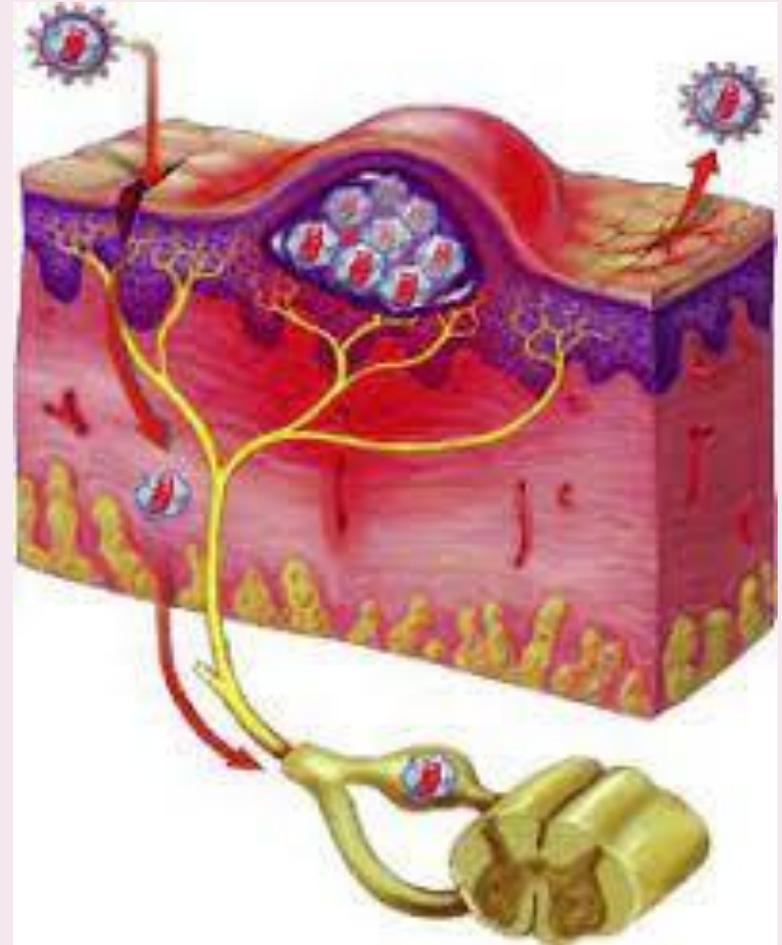


Биологические особенности вирусов герпеса

- Могут находиться в эпителиальных клетках разных органов и тканей (ВПГ-1, 2, 3 типы – эпителиотропные).
- Пожизненно сохраняются в видоизмененной форме в ганглиях чувствительных нервов (**латенция**).
- **Хроническое** течение герпесвирусной инфекции приводит к иммунной перестройке.

Факторы, определяющие течение заболевания:

- Давность заболевания.
- Возраст.
- Состояние иммунной и нервной системы.



Классификация

Согласно клинико-морфологической классификации выделяют 4 типа генитального герпеса:

- первый клинический эпизод первичного герпеса половых органов;
- первый клинический эпизод при существующем герпесе половых органов;
- рецидивирующий герпес половых органов (типичная и атипичная формы);
- бессимптомное вирусовыделение.

Степени тяжести клинического течения герпеса половых органов:

- *легкая* – обострение заболевания 3-4 раза в год, ремиссия не менее 4 месяцев;
- *средняя* – обострение 4-6 раз в год, ремиссия не менее 2-3 месяцев;
- *тяжелая* – ежемесячные обострения, ремиссия не более 6 недель.

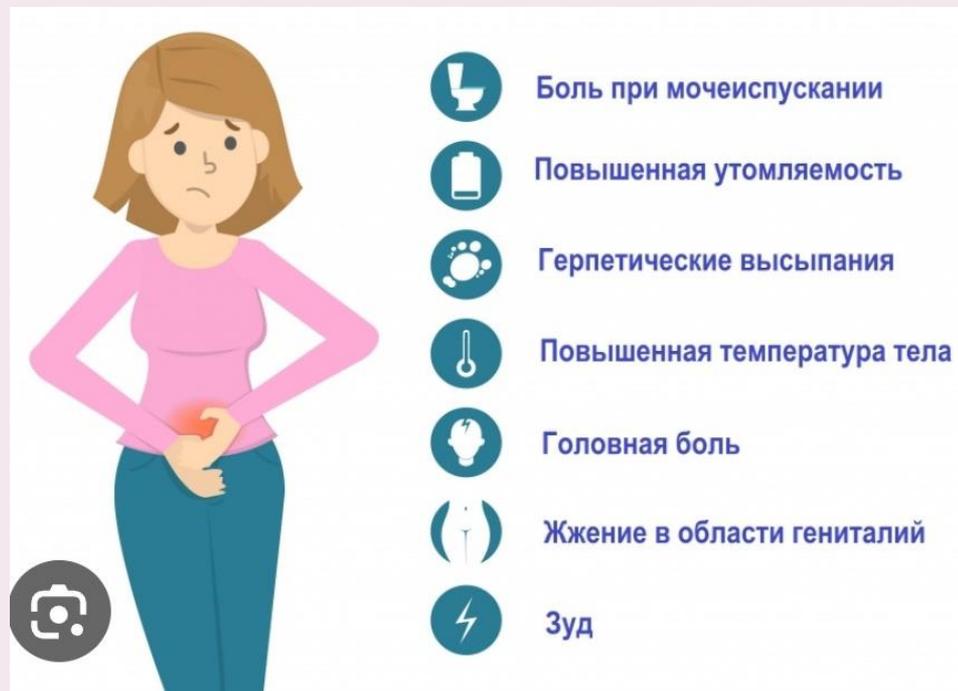


Клиническое течение

В 80% случаев генитального герпеса (ГГ) у женщин протекает без классической клинической симптоматики.

Типичная форма:

- развитие ограниченного (реже – распространенного) очага поражения: эритема, везикулезные высыпания и их раннее вскрытие с образованием мокнущих эрозий, безрубцовая эпителизация,
- очаги поражения локализуются, как правило, на одном и том же участке кожи или слизистой оболочки,
- за 12-48 ч до манифестации могут появляться местные и общие продромальные явления: зуд и жжение в очаге, отечность, паховый лимфаденит на стороне поражения, субфебрилитет, общая слабость, недомогание.



Абортивная форма:

- отсутствуют типичные проявления (пузырьки),
- заболевание дебютирует с появления эрозий.

Клиническое течение

Атипичные формы:

- **Зудящая** (отсутствуют изменения на коже и слизистых, но субъективно – жалобы на зуд во влагалище, в области вульвы, в уретре). Для правильной постановки диагноза соскобы должны быть взяты с поверхности зудящих папул или со дна везикул (при их наличии). Чаще всего ошибочно набирается материал из цервикального канала и влагалища.
- **Эритематозная.** Характеризуется пятнистыми эритематозными высыпаниями неправильной формы с отчетливыми краями. Часто имитирует аллергический дерматит. Может локализоваться не только на коже гениталий, но и на слизистой влагалища или шейки матки.
- **Папулезная.**
- **Трещины.** Характеризуется кратковременным появлением на слизистой оболочке наружных половых органов поверхностных трещинок, сопровождающихся значительным зудом.
- **Отечная форма** – очаг поражения на слизистой оболочке вульвы представлен гиперемией и диффузным отеком. Ошибочно принимается за аллергическую реакцию с назначением антигистаминных и глюкокортикоидных препаратов, которые не дают эффекта или усугубляют течение.

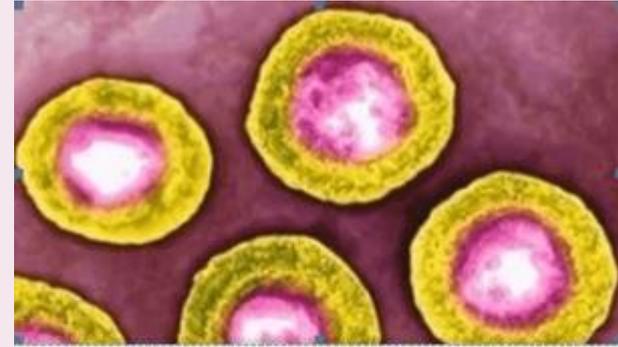


Диагностика

на основании совокупности клинических и лабораторных данных обнаружения вируса простого герпеса или антител к нему в сыворотке крови пациентки.

Материал из пораженных органов – влагалища и шейки матки – получают путем поверхностного соскоба; из полости матки – методом аспирации; из уретры – в виде мазка.

- **ПЦР** позволяет определить ДНК вируса в любых биологических тканях.
- **Иммунофлуоресцентный и иммуноферментный анализ** для выявления антигенов вируса простого герпеса может применяться до назначения этиотропной терапии и в первые дни лечения.
- **Выделение вируса на клеточной культуре** – наиболее достоверный и чувствительный метод. Недостатки: высокая стоимость и продолжительность исследования.
- **Цитологическое исследование** (световая микроскопия) – обнаружение специфических гигантских клеток с внутриядерными включениями.
- Используют также **серологический метод**, но обнаружение IgG методом ИФА – не повод для лечения.



Интерпретация данных ИФА при ГГ:

- **IgG и IgM отрицательные:** серонегативные пациенты (нет инфицирования), крайне редко иммуносупрессия (яркие клинические проявления при негативных результатах ИФА).
- **IgG- и IgM+:** возможна начальная стадия инфекции. При невысоком титре IgM (менее 1:100). Требуется повторное определение IgG и IgM через 1-2 недели.
- **IgG и IgM положительные** при высоком титре IgM (1:200 и более): большая вероятность недавнего первичного инфицирования, при невысоком титре IgG назначается повторное определение IgG и IgM через 1-2 недели.
- **IgG+ и IgM-:** инфицирование; в случае отсутствия клиники и фрагментов возбудителя при использовании прямых методов выявления вируса – латентная инфекция.

Лечение

Первичная ГИ требует терапии в течение 10 дней.

Базовая эпизодическая терапия герпеса в данном случае включает химические аналоги нуклеозидов в течение 5 дней: ацикловир, фамцикловир и валацикловир (согласно российским, европейским рекомендациям и CDC):

- Ацикловир (200 мг 5 р/сутки, 5 дней).
- Ацикловир (400 мг 3 р/сутки, 5 дней).
- Фамцикловир (125 мг 2 р/сутки, 5 дней).
- Валацикловир (500 мг 2 р/сутки, 5 дней).

Супрессивная терапия:

- назначается при тяжелом течении, которое определяется не количеством высыпаний и выраженностью клинических проявлений, а частотой рецидивов.
- Используемые препараты: ацикловир, фамцикловир и валацикловир.
- **Продолжительность терапии определяется совместно врачом и пациентом, составляет 6-12 месяцев.**
- *Юридически обоснована также эпизодическая супрессивная терапия, предполагающая прием противовирусного препарата за 5 дней до воздействующего провоцирующего фактора (посещение стоматолога, воздействие УФО, стресс косметологические процедуры и т. д.), в течение всего периода воздействия и в течение 5 дней после этого.*

500 мг 1 р/день 6 месяцев.

Супрессивная терапия:

- Ацикловир (200 мг 4 р/сутки).
- Ацикловир (400 мг 2 р/сутки).
- Фамцикловир (125 мг 2 р/сутки).
- Валацикловир (500 мг 1 р/сутки).
- Вариант супрессивной терапии: валацикловир по 500 мг 2 р/день 5 дней, далее по



Важно!

- половые партнеры могут быть обследованы и проконсультированы;
- бессимптомное вирусовыделение играет существенную роль в передаче ВПГ;
- риск передачи ВПГ снижается как при **использовании барьерных методов контрацепции, так и на фоне супрессивной терапии;**
- крайне важно правильно проводить дифференциальную диагностику и **не использовать противовирусные препараты без необходимости.**

Что нужно знать О ГЕРПЕСЕ

Симптомы герпеса:

- 1 зуд в области губ
- 2 появление красного пятна на губах
- 3 появление пузырька на губах и отечности
- 4 через 3-5 дней образуется корочка
- 5 на 7-9 день симптомы исчезают

Что провоцирует герпес:

- снижение иммунитета
- повреждение кожи
- гормональные изменения

Диета при герпесе:

Продукты богатые цинком, витаминами А, Е, С



Как не заразиться:

- не трогать высыпания руками, мыть руки после случайного прикосновения
- пользоваться только личным полотенцем, посудой, косметикой
- воздержаться от поцелуев и интимных контактов
- наносить противовирусные средства не пальцами, а косметическими палочками

Ошибки при лечении герпеса:

- 1 лечение спиртом, чесноком, зеленкой
- 2 отказ от лечения герпеса
- 3 пренебрежение гигиеной
- 4 раздавить пузырёк на губе

Спасибо за внимание!

