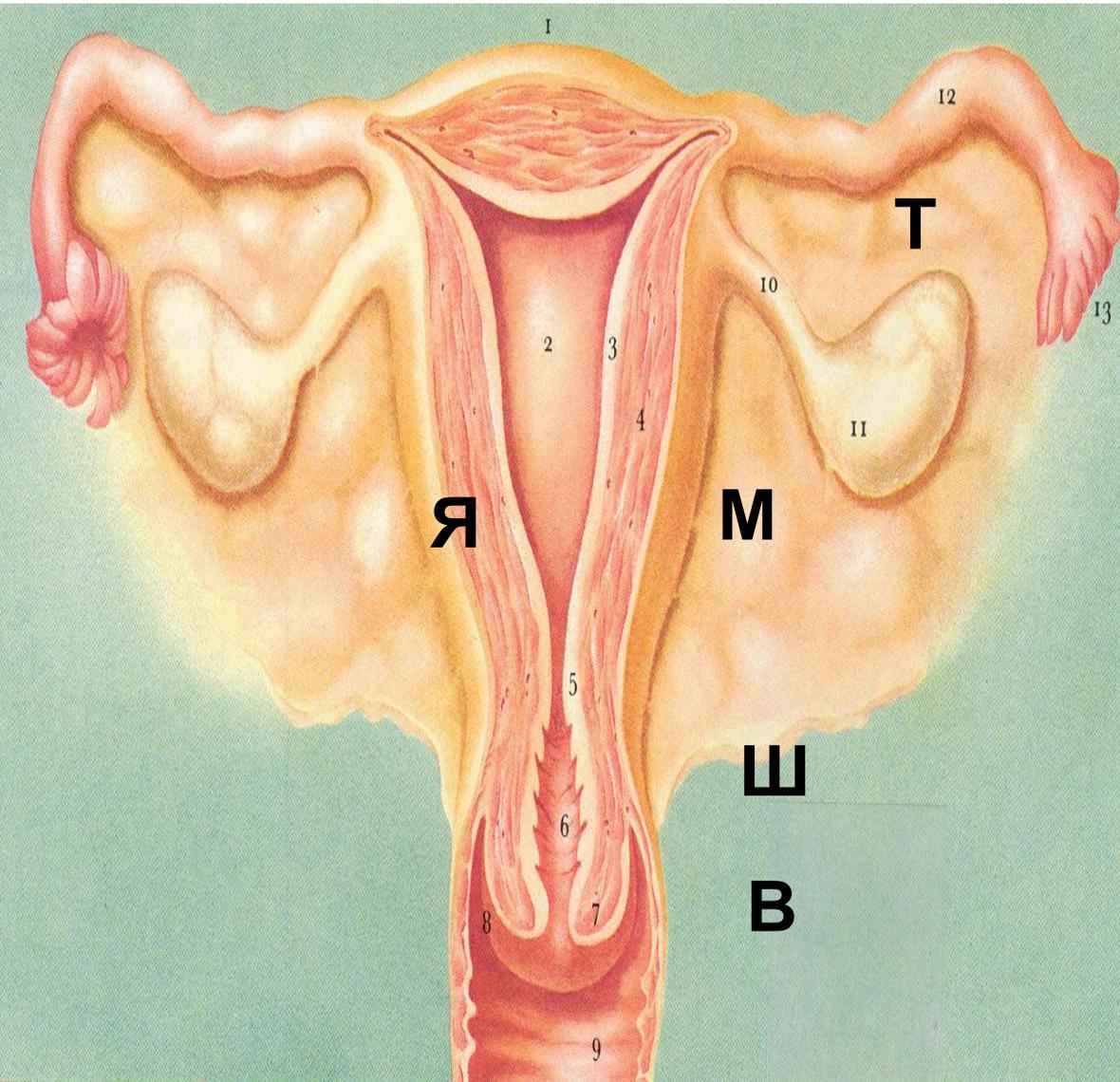


# Воспалительные заболевания половых органов женщин



# Анатомия половых органов



**Я = Яичники**

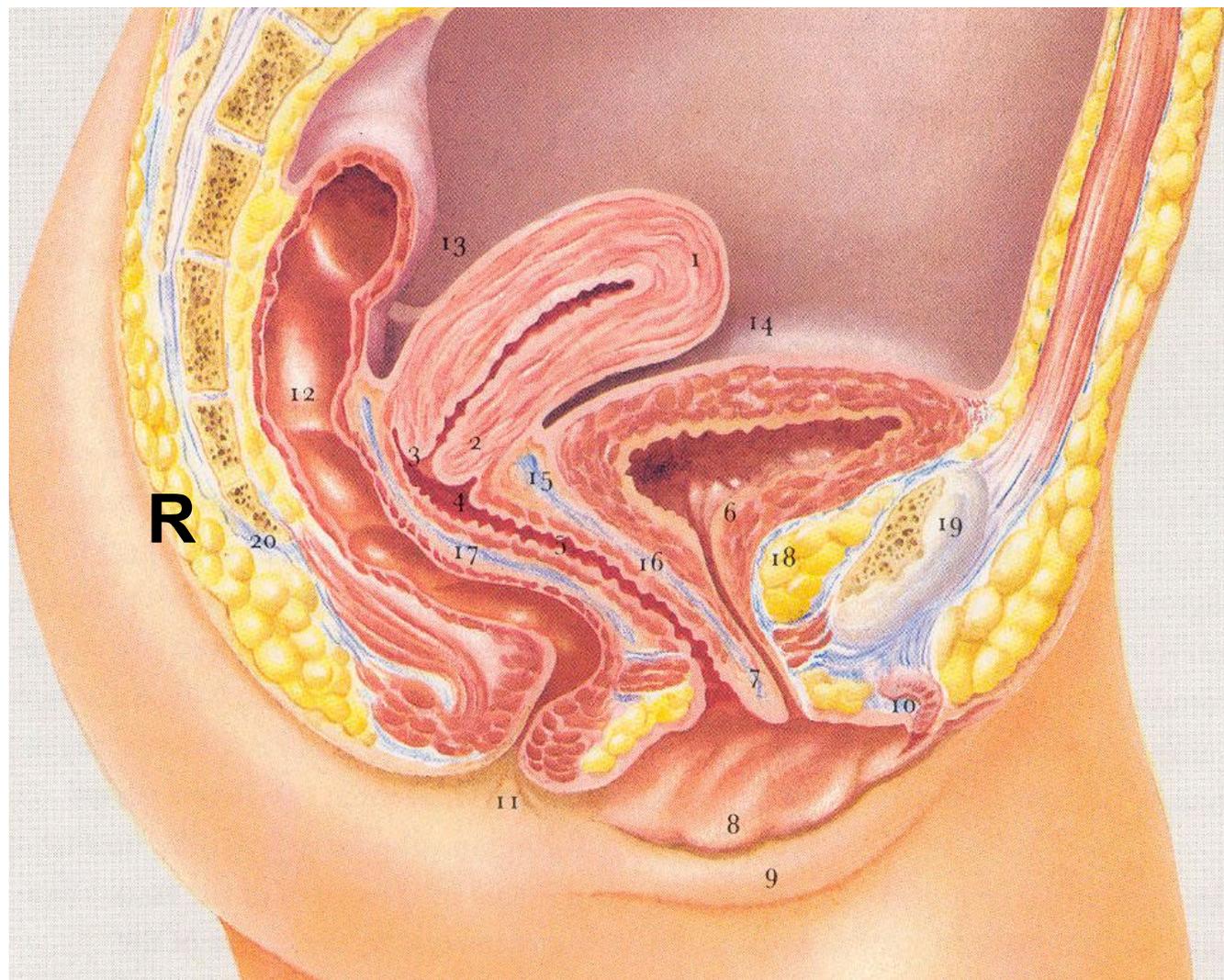
**М = Матка**

**Т = Трубы**

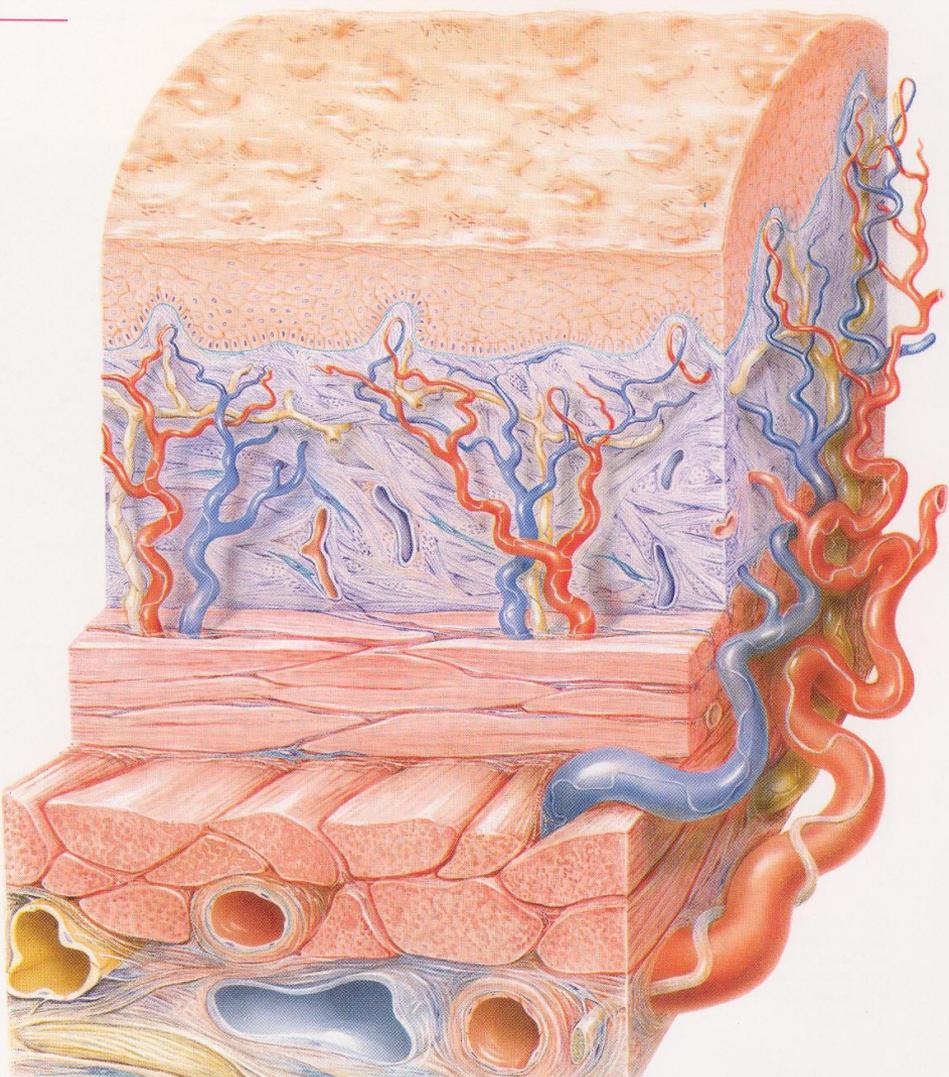
**Ш = Шейка матки**

**В = Влагалище**

# Защитные механизмы женского организма

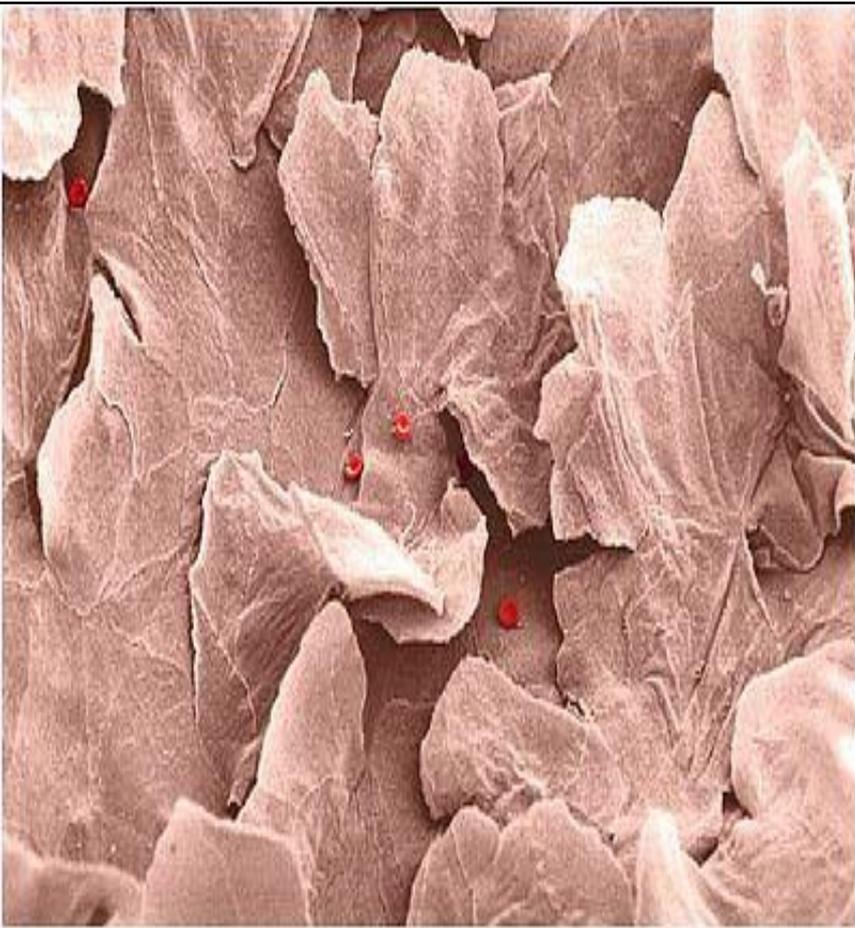


# Гистология влагалища



- Слизистая мембрана (нет кератинизации)
- Выраженная васкуляризация
- Эластические волокна
- Много складок
- Толстый слой свободной соединительной ткани

# Физиология влагалища



*Защитные системы влагалища  
сравнимы с желудочно-  
кишечным трактом и  
дыхательной системой  
Бактериям трудно  
колонизироваться на стенке  
влагалища, поскольку клетки к  
которым они прикрепляются  
постоянно обновляются  
Лактобациллы и вагинальная  
слизь защищают влагалище от  
вредных микробов*

# Почему мы не болеем

- Анатомическая, физиологическая, гистологическая, гормональная защита женского организма:
  1. Девственная плева,
  2. Строение слизистой влагалища,
  3. рН среды влагалища,
  4. Цервикальная слизь,
  5. Эндометрий,
  6. Эпителий маточных труб.

# Что мы лечим? Кто лечит?

## **Бактериальные:**

- сифилис, гонорея
- шанкроид (мягкий шанкр), паховая гранулема (донованоз) хламидийная лимфогранулема (венерическая)
  - хламидиоз урогенитальный
  - микоплазмоз урогенитальный
  - бактериальный вагиноз

## **Вирусные**

- генитальный герпес
- аногенитальные (венерические ) бородавки,
  - ВИЧ-инфекция
- парентеральные гепатиты
  - контагиозный моллюск
- цитомегаловирусная болезнь

## **Протозойные:**

- урогенитальный трихомоноз,
- амебиаз аногенитальной области,
- гиардиаз мочеполовых органов.

## **Вызванные грибами:**

**урогенитальный (вульвовагинальный) кандидоз**

**Вызванные эктопаразитами: чесотка и педикулез**

**Некоторые болезни вызывают условно-патогенные возбудители:**

- урогенитальный микоплазмоз (*M.hominis*, *M.genitalium*, *U.urealiticum*)
- вульвовагинальный кандидоз (*C.albicans*)
- бактериальный вагиноз (гарднереллы, микоплазмы, мобилункус и др.)

# КТО ЛЕЧИТ ЭТИ БОЛЕЗНИ?

- Гинеколог
- Дермато-  
венеролог
- Уролог



# УСЛОВИЯ

- ВМС
- Дебют полового акта или смена партнера
- Роды
- Инвазивные методы диагностики и лечения
- Нагноение кистозных образований в результате пункций (лечебная, диагностическая, протокол ЭКО)



Ну что ж,  
мы разделись,  
я сверху... Как  
долго ждать  
пока начнутся  
приятные  
ощущения?

Не знаю, но  
голова у меня  
уже болит!

# ЭТИОЛОГИЯ:

- **Streptococcus spp. (haemolyticus)**
- **Staphylococcus aureus**
- **Proteus spp.**
- **E. coli**
- **Micobacterium spp.**
- **Klebsiella spp.**
- **Bacteroides spp.**
- **Peptococci spp.**
- **Peptostreptococci spp.**
- **Классические венерические заболевания (трихомониаз, гоноррея, донованоз, лимфогранулема Брока, мягкий шанкр)**
- **Другие ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, генерализованный кандидоз, вирусные инфекции и др.)**
- **Нозокомиальные инфекции**

# ОСОБЕННОСТИ микробного фактора

- Персистенция в результате: АБ, радиации, нерациональной контрацепции, неадекватной реабилитации по восстановлению нормобиоценоза ЖКТ и кольпобиотопа...



# НОЗОЛОГИЯ

- Сальпингит (включает: пиосальпинкс) N 70. Острый сальпингит N 70.0
- Оофорит (включает: пиовар) N 70. Острый оофорит N 70.0
- Туовариальный пиосальпинкс N 70
- Хронический сальпингит N 70.1
- Хронический оофорит N 70.9
- Эндометрит: N 71
- Эндомиометрит
- Пиометра
- Абсцесс матки
- Панметрит

# МКБ (10 пересмотр)

- Острый параметрит N 73.1 (хронический параметрит N 73.2)
- Острый тазовый целлюлит N 73.1 (хронический тазовый целлюлит N 73.2)
- Цервицит N 72
- Пельвиоперитонит N 73.4 (хронический пельвиоперитонит N 73.5)
- Туберкулез тазовых органов (A 18.1))
- Сифилис половых органов (A 51.4/ A 52.7)
- Гонорея (A 54.2)
- Хламидийная инфекция (A 56.1)

# МКБ (10 пересмотр)

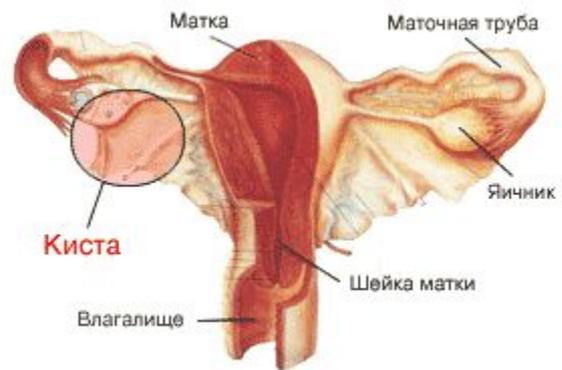
- Киста Бартолининовой железы (N 75.0)
- Абсцесс Бартолининовой железы (N 75.1)
- Вульвит (N 76.0; острый вульвит N 76.2).  
Хронический вульвит N 76.3. Абсцесс вульвы N 76.4
- Кольпит (N 76.1)
- Изъязвление влагалища N 76.5
- Изъязвление вульвы N 76.6
- Субинволюция матки N 85.3
- Инфекция, связанная с ЭКО N 98.0

# МКБ (10 пересмотр)

- Неполный инфицированный выкидыш 003-006.5
- Неудачный медицинский аборт, осложненный инфекцией 007.0
- Инфекция половых путей и тазовых органов, вызванная абортом, внематочной и молярной беременностью 008.0
- Трихомониаз А 59.0
- Лейомиома матки с нарушением трофики узла
- Некроз фиброматозного узла
- Выворот матки рожденным субмукозным узлом N 85.5

# КЛАССИФИКАЦИЯ

- **Неосложненные формы:**
- 1. Острый гнойный сальпингит.
- Может осложняться двумя вариантами:
- Пельвиоперитонит.
- Абсцесс прямокишечно-маточного пространства.
- **Осложненные формы (когда имеются необратимые изменения в тканях):**
- Гнойный пиосальпинкс.
- Гнойный пиовар.
- Параметрит.
- Панметрит.
- Панцеллюлит.
- Генитальные свищи.
- Межкишечные абсцессы.
- Поддиафрагмальный абсцесс.
- Гнойный оментит.
- Разлитой гнойный перитонит.
- Сепсис.



# Клинические критерии постановки диагноза:

- Тазовая боль (в зависимости от вовлеченности брюшины и соседних органов).
- Патологические бели.
- Общий симптом интоксикации (в зависимости от кровоснабжения органа).
- Дизурия (отек круглых связок и маточнопузырной складки).
- Диспепсия (отек Дугласова пространства, объемное образование в области Дугласова пространства).
- Диспареуния.

# Минимально достаточный уровень диагностики:

- Почасовая термометрия.
- Общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, гематокрит, тромбоциты, СОЭ, лейкоцитарная формула, ЛИИ, группа крови, резус-фактор).
- Биохимический анализ крови (белки, калий, натрий, глюкоза, мочеви́на, СРВ).
- КЩС.
- Общий анализ мочи.
- Коагулограмма.
- Исследование в зеркалах.
- Влагалищное бимануальное исследование.
- Ректальное исследование.
- Бактериоскопия влагалищного мазка.
- Бакпосев.
- Кульдоцентез с исследованием перитонеальной жидкости.
- УЗИ органов малого таза, мочевого пузыря, гепатобилиарной системы (МРТ, КТ).
- ЭКГ.
- Консультация хирурга.
- Консультация уролога.

# Вагинальный кандидоз

- Второе место среди всех вагинальных инфекций
- У 75% женщин детородного возраста имелся один эпизод ВК
- У 50 % женщин имелся повторный эпизод ВК
- 5% женщин страдает хроническим рецидивирующим кандидозом
- у 15% небеременных и у 30% беременных женщин выделяют культуры *Candida* из отделяемого влагалища

# Факторы риска развития молочницы

- **Беременность**
- **КОК**
- **Антибиотики**
- **Сахарный диабет**
- **Иммунодефицит**

# **ВОЗБУДИТЕЛИ**

## **вульвовагинального кандидоза**

<b>От 80 до 90%</b>	<b>Candida albicans</b>
<b>5-10%</b>	<b>Candida glabrata</b>
<b>1-3%</b>	<b>Candida krusei</b>
<b>Менее 1%</b>	<b>Candida tropicalis</b> <b>Candida kefyr</b> <b>Candida parapsilosis</b> <b>Candida guilliermondii</b>

# Формы генитального кандидоза (1)

- **Острый кандидоз** (протекает не более 2 мес)
- **Хронический кандидоз:**
  - ✓ **Рецидивирующий кандидоз**  
(4 и более эпизодов в год)
  - ✓ **Персистирующий кандидоз** (симптомы сохраняются постоянно с той или иной степенью выраженности, обычно стихая после проведенного лечения)

# Формы генитального кандидоза

- **Осложненный кандидоз**

(хронический, нетипичная этиология,  
выраженные клинические проявления,  
тяжелые предрасполагающие состояния)

- **Вторичный кандидоз**

(на фоне неинфекционных  
поражений половых органов)

# Основные жалобы

- Зуд в области наружных половых органов, жжение, боль в области влагалища, зуд в области ануса, мокнутие в аногенитальной области, «творожистые» выделения из половых путей, обильные, иногда водянистые, с выраженным кислым запахом

# **Клиника и формы течения вульвовагинального кандидоза**

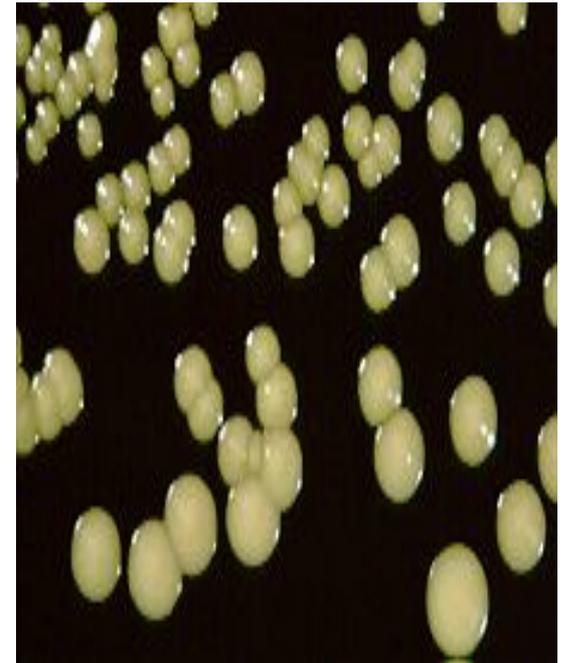
- Легкая форма с зудом, жжением и небольшим количеством белей, причем клиническая картина еще не указывает на кольпит.**
- Среднетяжелая форма с субъективными жалобами такими же, как при легкой форме, однако, с видимыми признаками воспаления в виде кольпита.**
- Тяжелая форма с зудом, часто сопровождающимся жгучими болями, клиническая картина тяжелого кольпита.**

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- **бактериальный вагиноз**
- **трихомоноз**
- **генитальный герпес**
- **хламидийная инфекция**
- **гонореей**
- **«кожными» заболеваниями вульвы**
  - **Lichen sclerosus**
  - **Lichen ruber planus**
  - **Lichen ruber mucosae**
  - **псориаз**
  - **различными формами экземы,**
  - **редко - с экстрамаммарной формой болезни Педжета и вульводинией**

# Лабораторная диагностика

- **Прямая микроскопия**
- **Посев и выделение культуры**
- **Определение чувствительности к антимикотикам**



# **Критерии диагностики вагинального кандидоза:**

- Вагинальный pH 4 - 4,5
- Отсутствие запаха (в “тесте на запах” на зеркале и в тесте на аминовый запах на предметном стекле).
- Наличие дрожжевых грибков или псевдогрибов во влажном препарате вагинальных выделений (положительный результат в 40-60%).
- Дрожжевые грибы или псевдогрибы при окрашивании по Граму вагинальных выделений (положительный результат в 65%).
- При посеве материала вагинальных выделений высевается один из видов дрожжевого грибка (если преобладают симптомы поражения вульвы, мазок берется из вульвы);
- При рецидивирующем вагинальном кандидозе (4 и более рецидивов в год) целесообразно обследование на вирус простого герпеса (генитальный герпес).

# Алгоритм назначения Микосиста® при вагинальном кандидозе

**Неосложненный:** 150 мг однократно  
(эффективность 75%)

**Осложненный:** 150 мг в неделю в течение  
двух недель  
(эффективность 95%)

**Рецидивирующий** 150 мг в неделю в течение  
двух недель + Клион  
Д100 - 6 дней  
(эффективность 89%)

# ОСОБЫЕ СИТУАЦИИ

- **Рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз** (не менее 4 эпизодов в год, но при полном исчезновении симптомов после лечения каждого эпизода) –
  - флуконазол (микосист) по 50 мг в сутки в течение 14 дней или по 150 мг 1 раз в 3 дня в течение 14 дней.
- **Персистирующий вульвовагинальный кандидоз** (симптомы после лечения каждого эпизода облегчаются, но не исчезают) –
  - флуконазол (микосист) по 150 мг 1-2 раза в месяц в течение 1-2 лет; устранение возможных провоцирующих факторов.
- **Лечение детей, больных урогенитальным кандидозом**
  - флуконазол (микосист) 1-2 мг на 1 кг массы тела, суточная доза однократно.

# Гинофорт.

## Механизм действия.

- Активная субстанция – буптоконазола нитрат, являющийся антифунгальным агентом из класса азолов.
- Обладает фунгистатическим и фунгицидным действием



# Преимущества Гинофорта

- Быстрое купирование симптомов вагинального кандидоза
- Одна доза на курс лечения
- Применяется в любое время суток
- Может применяться во время беременности
- Минимум побочных эффектов
- Не вытекает, не пачкает бельё
- Можно не воздерживаться от половых контактов



# БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ

В 10-15% случаев бактериальный вагиноз сочетается с кандидозным кольпитом

- **Метронидазол** внутрь 0,5 г 2 раза/сут 7 дней
- **Метронидазол** интравагинально: гель 2 раза в день 5-7 дней
- **Клиндамицин** внутрь 0,3 г 2 раза в день 7 дней или интравагинально 2% крем 2 раза в день 7 дней
- **Клион Д** вагинально по 1 свече 10 дней

# ТРИХОМОНАДНЫЙ ВАГИНИТ

- **Метронидазол** внутрь 2 г однократно или 0,5 г 2 раза/сут 7 дней

Для местного лечения применяют **клион Д** (0,1 г метронидазола и 0,1 г нитрата миконазола), **нитазол, гиналгин** – по 1 влагалищной таблетке на ночь в течение 10 дней.

- Однако при лечении трихомониоза местные формы **малоэффективны**
- **Лечение полового партнера:** метронидазол внутрь 2 г однократно

# ГОНОРЕЯ

## острая неосложненная

- **Цефтриаксон** 1 г в/м или 0,5 г в/в однократно
- **Цефиксим** 0,4 внутрь однократно
- **Цефотаксим** 0,5 в/м однократно

### *Альтернативные режимы:*

- **Спектиномицин** 2 г в/м однократно
- **Вильпрафен** 500 мг 3 р\д 10 дней
- **Ровамицин** 9 млн/сутки не менее 7 дней

## Гонорея диссеминированная

- **Цефтриаксон** в/м или в/в 1 г 1 раз/сут 7 дней
- **Цефотаксим** в/м или в/в 1 г 3 раза/сут 7 дней
- **Спектиномицин** в/м 2 г 2 раза/сут 7 дней
- **Вильпрафен 500 мг per os 3 р\д 7-10 дней**
- **Ровамицин** 9 млн/сутки 14 дней

# ХЛАМИДИОЗ

# Статистика

- Антитела к *Cl.pneumoniae* - 60%
- Возраст 5 -20 лет - 30%
- Старше 20 лет 50-70%
- *Cl.trachomatis* - развитие слепоты у 60 млн. жителей планеты
- Ежегодно в мире регистрируется около 90 млн. новых случаев ИППП

# СТАТИСТИКА

- Хламидии выявлены у каждой второй женщины с хроническим воспалением урогенитальной сферы
- У 57% женщин, страдающих бесплодием
- У 87% женщин с невынашиванием беременности
- Частота ХИ при трубном бесплодии составляет 41-51%

# Жизнедеятельность хламидий

- Инфекционные внеклеточные (элементарные тельца)
- Неинфекционные внутриклеточные (ретикулярные тельца)

Полный цикл репродукций хламидий  
48-72 часа.

# Особенности

- Преобладание латентных, асимптомных форм течения **85-90%**
- Большое количество смешанных форм:
  - с гарднереллёзом - **14-24%**
  - с кандидозом - **13-15%**
  - с трихомониазом - **5-10%**
  - с гонореей - **3-5 %**
  - с вирусом простого герпеса - **18-20%**

# По клинике:

- Свежий хламидиоз:
  - острый,
  - подострый,
  - торпидный,
- Хронический хламидиоз:
  - Инкубационный период 15-35 дней
  - 75% составляют хронические формы

# Клетки-мишени

- Клетки цилиндрического и переходящего эпителия мочеполовых органов
- прямой кишки
- задней стенки глотки
- конъюнктивы
- синовиальной оболочки суставов

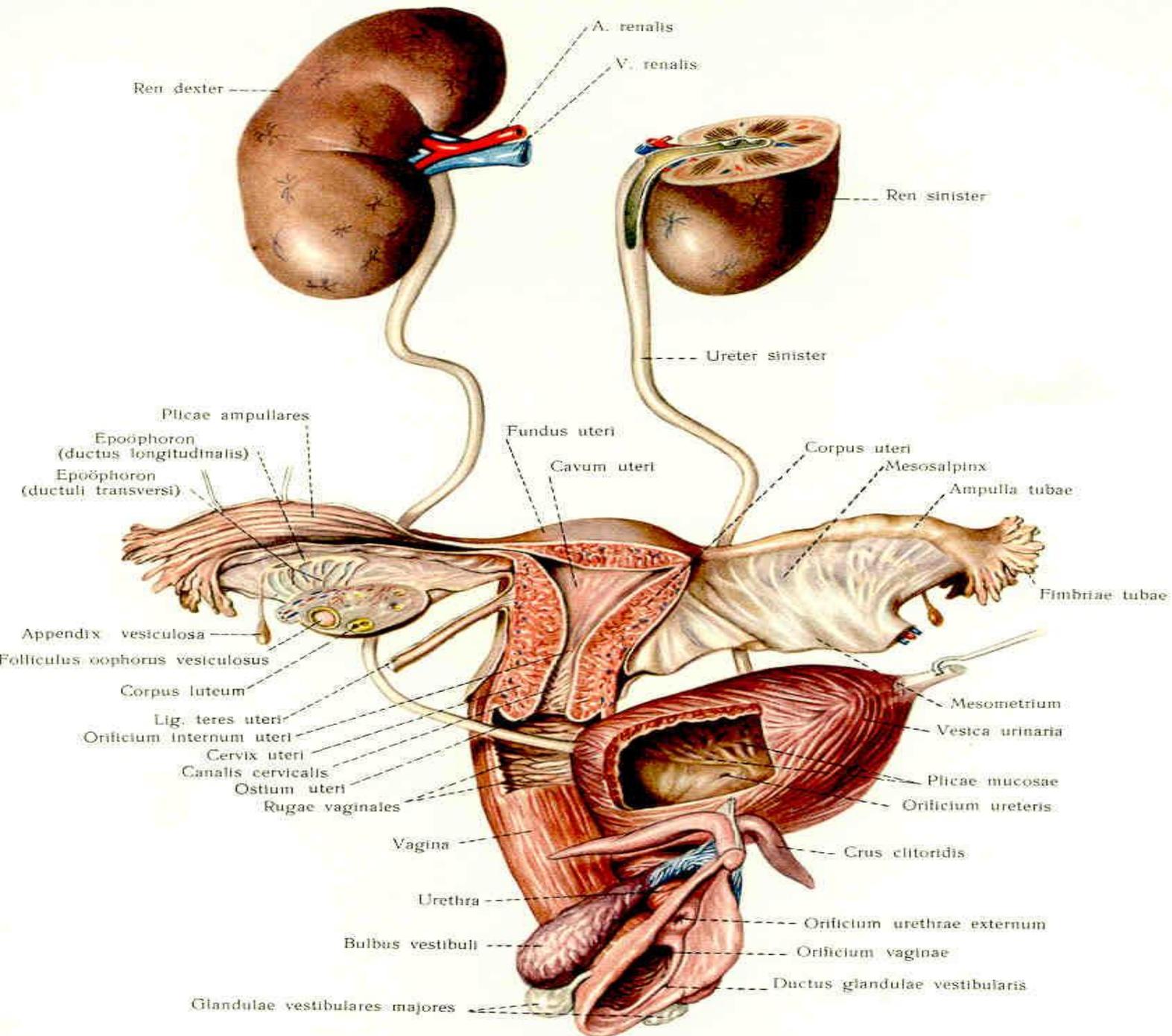
# По топографии поражения

- Поражения нижнего отдела уrogenитального тракта (уретрит, парауретрит, бартолинит, кольпит, эндоцервицит)
- Восходящая хламидийная инфекция (поражение слизистой оболочки матки, труб, яичников)



# Восходящая инфекция распространяется:

- каналикулярно, т.е. через цервикальный канал
- лимфогенно - по лимфатическим капиллярам
- гематогенно
- с участием сперматозоидов
- при внутриматочных вмешательствах



# Как заподозрить, что Вы больны?

- Бели
- Цервицит, эндоцервицит
- Бесплодие
- Артриты
- Конъюнктивиты (вне сезона)
- Обострения уретрита или цистита

# Хламидиоз у беременных

## 10-30%

- самопроизвольные выкидыши
- неразвивающаяся беременность
- преждевременные роды
- многоводие
- отставание плода в развитии

Хламидии не являются причиной пороков развития плода.

# Диагностика

- РИФ («мазок»)
- ИФА (анализ крови)
- ПЦР («мазок»)
- ЛЦР («мазок»)
- ДНК-гибридизация
- «Золотой» стандарт – культуральный метод, рост хламидий на культуре клеток (фибробластов)

# Лечение, принципы

- Лечение начинать во время месячных
- Лечение всех половых партнеров
- Отказ от половой жизни на время лечения
- 2-х этапность лечения
- 3-й контроль излеченности

# Терапия

- Тетрациклины
- Макролиды
- Фторхинолоны
- Имидазолы
- Аминогликозиды
- Иммуномодуляторы
- Эубиотики, пробиотики
- Адаптогены

## Рекомендуемые режимы лечения хламидиоза при беременности

- **Эритромицин**

0,5 внутрь 4 раза/сут в течение 7 дней  
**после 14-16 недель (в 18-20 недель)**

- **Спирамицин (ровамицин, джозамицин)**

3 млн. МЕ внутрь 3 раза/сут 7 дней  
**вне зависимости от срока беременности**

# Ровамицин (спирамицин), Вильпрафен (джозамицин)

**Возможность безопасного  
применения у беременных  
на любом сроке.**

**Инструкция  
к препарату**

*« Очень важной  
характеристикой  
спирамицина являются  
безопасность его применения у  
беременных и отсутствие  
токсического действия на  
плод...»*

**РОАГ. Академик  
РАМН, проф. Серов В.Н.**



## Рекомендуемые режимы лечения мико-уреаплазмоза при беременности

- **Эритромицин** 0,5 внутрь 4 раза/сут  
в течение 10 дней  
**после 14-16 недель (в 18-20 недель)**
- **Джозамицин, спирамицин (Вильпрафен,  
Ровамицин)**  
3 млн. МЕ внутрь 3 раза/сут 7 дней  
**вне зависимости от срока беременности**

# УРЕТРИТ, ЦЕРВИЦИТ НЕГОНОКОККОВЫЕ

Вызывается *C.trachomatis*, *M.hominis*, *U.urealyticus*, *E.coli*

- **эритромицин** 0,5 4 раза/сут  
или **рокситромицин** 0,3 в 1-2 приема  
или **спирамицин** 3 млн. МЕ внутрь 3 раза/сут

✓ Терапия проводится в течение не менее 7 дней

# СИНДРОМ ИНТРААМНИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

- Хориоамнионит
  - Внутриутробная инфекция у плода
- ✓ Клинические проявления:  
многоводие,  
гиперплазия плаценты,  
субфебрилитет,  
воспалительные изменения в  
периферической крови

# СИНДРОМ ИНТРААМНИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

Схема лечения при подозрении на инфицирование плода или при синдроме интраамниальной инфекции:

- **цефалоспорины II-III поколений**  
(цефуроксим аксетил 0,5 внутрь или 0,75-1,5 в/м 3 раза/сут, цефотаксим 1,0 в/м 2-3 раза/сут, цефтриаксон 1,0-2,0 раз/сут) в течение 5 дней, затем
  - **Джозамицин, спирамицин** – 500 мг или 3 млн МЕ 3 раза/сут внутрь или 1,5 млн. ЕД в/венно 7-10 дней в любом сроке беременности
- ✓ **Препаратом выбора для лечения урогенитальных инфекций у беременных в любом сроке является спирамицин и джозамицин**

# **ИТОГ: терапия свежих бактериальных адгезивных и внутриклеточных ИППП**

- Имидазолы (Metronidasole, Flagyl) - 500 mg, 2 раза в день per os в течение 7 дней (WHO) – лизис клеток, увеличение биодоступности АБ**
- Цефалоспорины (Ceftriaxone) 250 mg 1 раз в день, на курс 7.5 g (WHO)**
- Макролиды (Вильпрафен, Ровамицин, Рулид) – 500 мг 3 р\д 10 дней; Rovamycin внутрь 6-9 млн. МЕ в 2-3 приема; или внутривенно 1,5 млн. МЕ каждые 8 часов Rulid 0.15 g 2 раза в день per os 7-10 дней**

# Оппортунистические инфекции при беременности

## Фоновая эндо-/экзогенная экология вульвовагинального кандидоза:

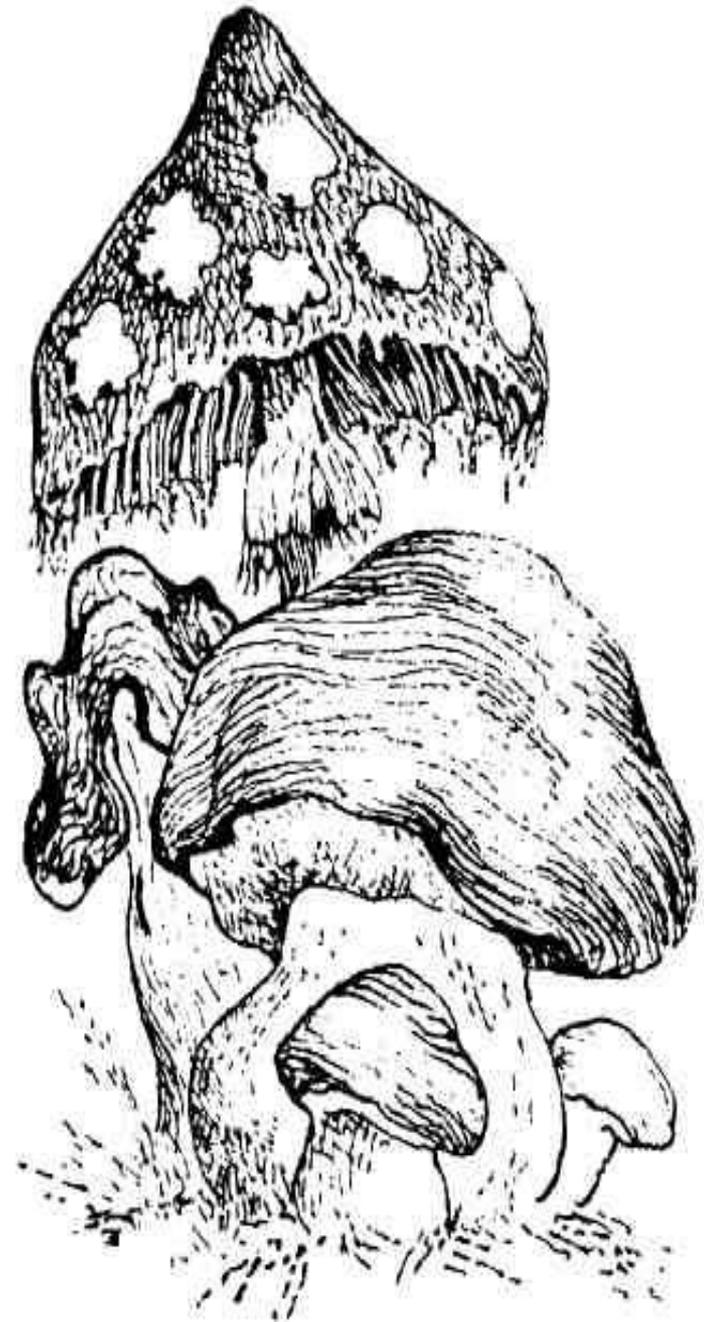
- Периоды изменения толерантности к глюкозе
- Контринсулярное действие ПЛ, ХЧГ
- Ятрогения

# Лечение

- Системные антимикотики (флуконазол: *Микосист, Дифлазон, Микофлюкан, Флюмикон...*) –

*«применение при беременности возможно, если ожидаемый эффект терапии превышает потенциальный риск для плода»*

- Местные (много-/ или



# Местные антимикотики

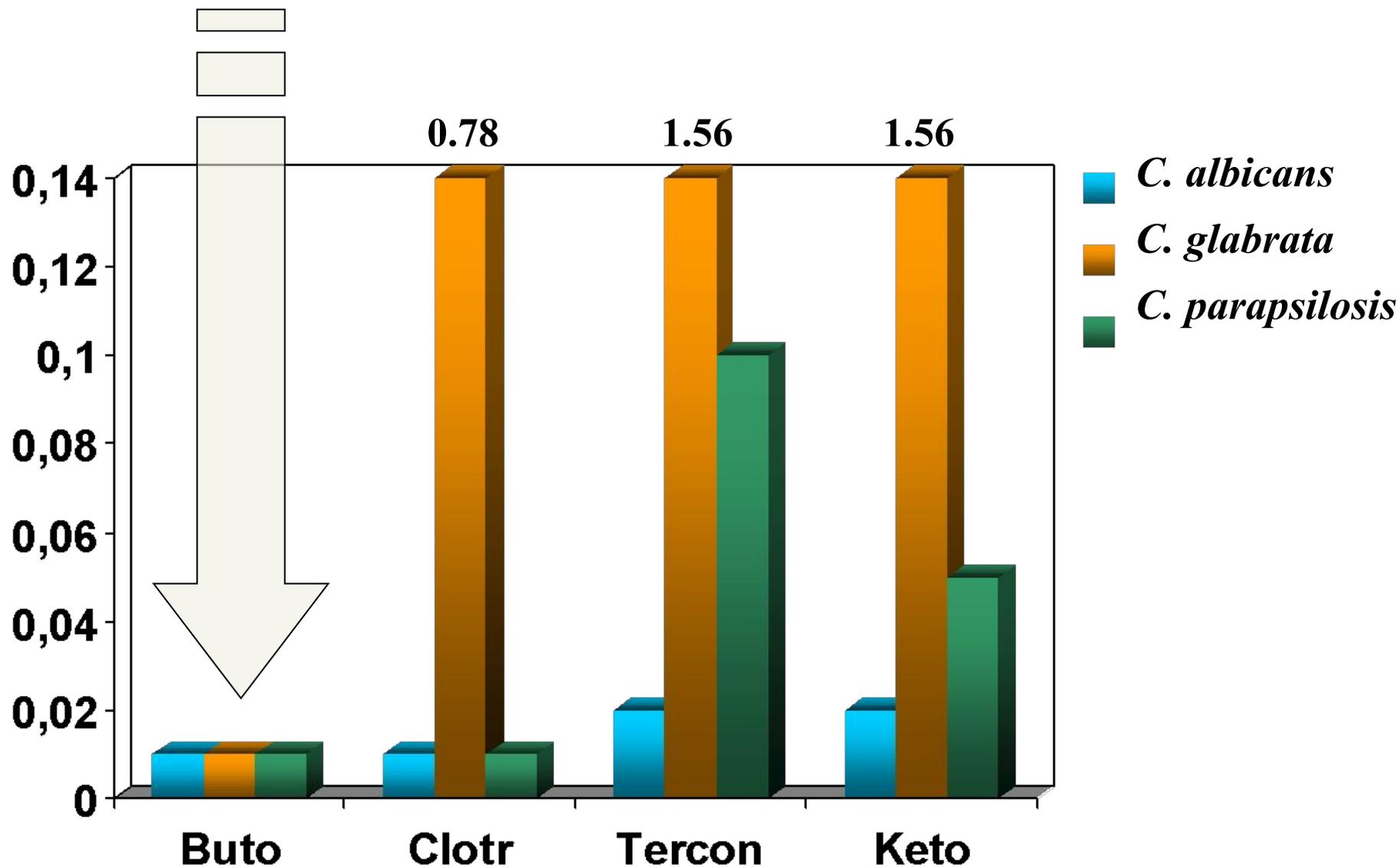
## Многократный прием:

- *Гинезол (миконазол)*
- *Микозолон (миконазол)*
- *Гино-певарил (эконазол)*
- *Пимафуцин (натамицин)*

## Однократный прием:

- *Гинофорт (бутоконазол)*
- *Гино-травоген (изоконазол)*

# МИК у четырех антифунгальных ИМИДАЗОЛОВ



# СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

