

Тема лекции

Воспалительные заболевания женских половых органов

Лектор:
доцент Слинько О.М.

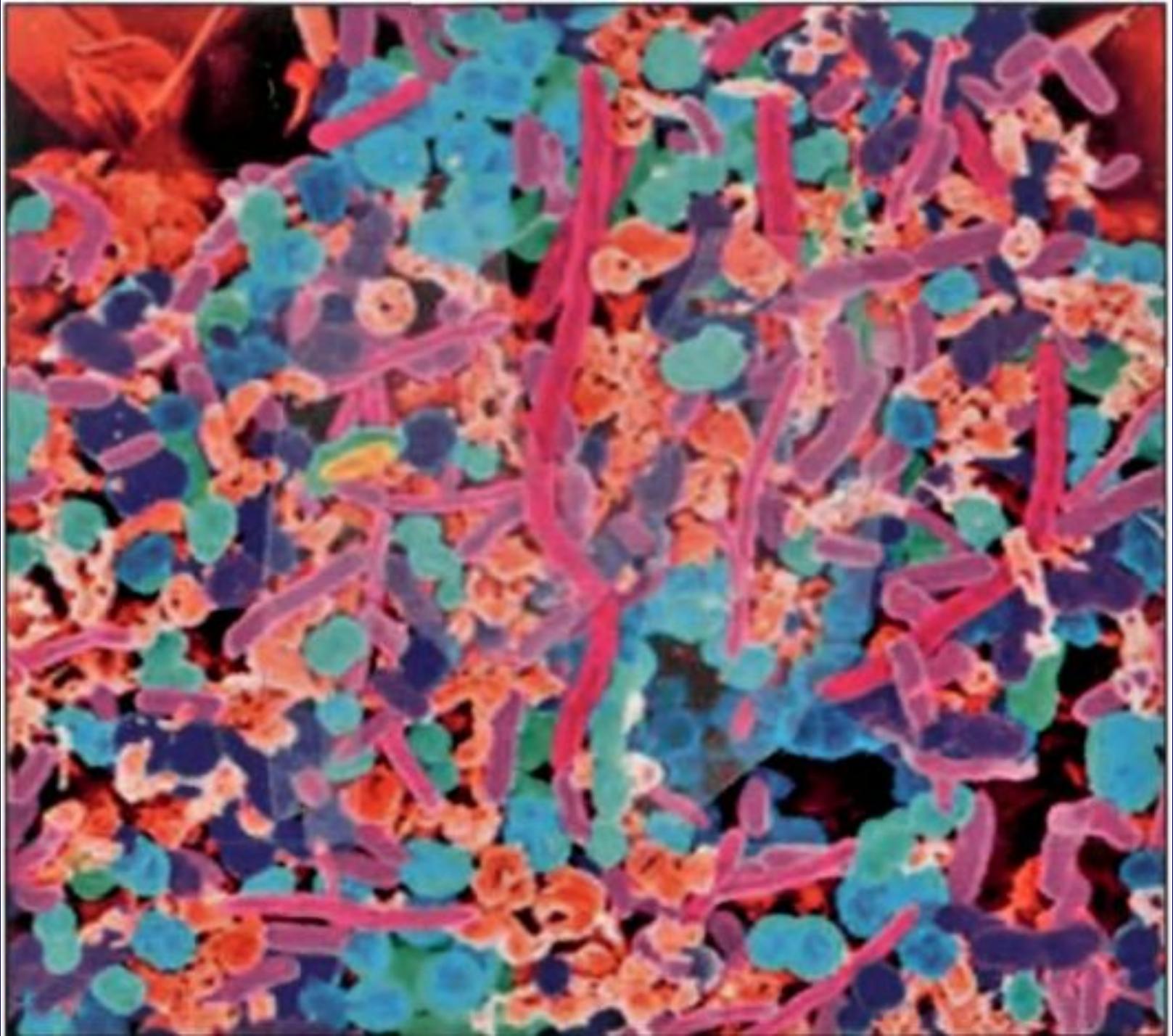
- Воспалительные заболевания женских половых органов это одна из частых нозологических единиц в гинекологии, которая приводит к хроническим процессам, является причиной бесплодия, внематочных беременностей, тазовых болей причиняющих страдание и даже инвалидность женщин в репродуктивном возрасте.

- Частота больных с воспалением гениталий составляет 65% гинекологических больных, обращающихся в Ж/К, 80% составляют женщины до 25 лет, из них 75% женщины после родов. Отмеченный во всех странах мира рост ВЗПО является следствием возрастающей миграции населения, урбанизации, изменения полового поведения молодежи, уровня социальной и культурной жизни населения.

Воспалительные заболевания гениталий делятся на :

- специфические
- неспецифические

- К неспецифическим относятся воспалительные процессы, обусловленные инфекционными возбудителями, а именно стрептококками, стафилококками, кишечной палочкой.
- В настоящее время клиническую значимость приобрела группа условно-патогенных возбудителей, анаэробная и аэробная флора.





- К специфическим воспалениям гениталий относятся ВЗПО, вызванные трихомонадами, гонококками, вирусами, хламидиями и туберкулезной палочкой.

Слайд 6

- Однако следует отметить, что в настоящее время воспалительные процессы гениталий нередко вызываются микробными ассоциациями различных микроорганизмов.
- Условно патогенные микроорганизмы становятся возбудителями ВЗ в условиях повышенной вирулентности микробов и сниженной иммунологической системы организма женщины.
- ВОЗП хламидийной инфекции у подростков составляет 16% (15-19 лет), до 30 лет – 60%.
- Подобно многим облигатным внутриклеточным паразитам, хламидии способны изменить нормальные защитные механизмы.
- Микопlasма, уреопlasма, как правило, являются причиной ВЗПО в группе молодых женщин (до 20 лет).
- В возрастной группе старше 30 лет первое место среди возбудителей ВОЗП занимают анаэробные организмы.

Слайд 7

- В возникновении ВОЗП важную роль играет нормальная флора влагалища. Во влагалище здоровой женщины обитает большое количество микроорганизмов.
- 1) палочковидная флора лактобацилл, поддерживающих кислую среду и обладающая в связи с этим бактерицидными свойствами по отношению к патогенной флоре коринебактерий.
- 2) Кокковая флора : анаэробные и анаэробные кокки, гемолитические стрептококки.
- Реже встречаются клебсиеллы, кишечная палочка, а также грибы типа Кандидов.
- Анаэробная и аэробная флора представлена в микрофлоре влагалища в одинаковом количестве.
- **Наличие патогенной флоры не является признаками воспалительного процесса при отсутствии воспалительной реакции.**

- В микрофлоре влагалища девочек пубертатного периода преобладают стафилококки, дифтериоиды, бактериоиды, небольшое количество лактобактерий. После менопаузы превалируют анаэробные пептострептококки и бактериоды, отмечается уменьшение количества лактобактерий и смещение РН в щелочную сторону.
- Недостаточное количество эстрогенов у девочек и постменопаузальном периоде влияет на содержание микрофлоры влагалища, что относится к эндогенному фактору. К эндогенным факторам, влияющим на флору влагалища, относится также химическое и термическое воздействие при спринцеваниях и применении контрацептивов.

Слайд 9

Препятствием для проникновения патогенных микроорганизмов являются физиологические защитные барьеры, которые меняются в течении менструального цикла, после родов и абортов.

К ним относятся:

- смыкание половой щели;
- способность влагалища к самоочищению;
- влияние эстрогенов на влагалищный эпителий.

Эстрогены усиливают процессы десквамации эпителия (освобождается большое количество гликогена, который с помощью ферментов влагалища превращается в молочную кислоту, способствуют самоочищению и созданию кислой среды).

- наличие лизоцима в цервикальном канале, антител к кишечной палочке, гонококки, сальмонеллы
- в матке защитную функцию несет эндометрий, специфические свойства которого препятствует проникновению микроорганизмов во время менструации
- неспецифический иммунитет.

Пути заражения

- Основной путь заражения - половой.

Проникновение инородных агентов в верхние половые пути происходит с помощью сперматозоидов, трихомонад.

Доказана способность аэробных и анаэробных бактерий, хламидий, микоплазм прикрепляться к сперматозоидам и попадать в гениталии.

При снижении pH влагалища феномен прилипания увеличивается.

- Гематогенный при туберкулезе
- Контактный путь (сигмоидит, аппендицит)

Факторы способствующие инфицированию верхних отделов половой сферы и возникновению воспалительных заболеваний:

- Внутриматочные манипуляции – зондирование, гистероскопии, диагностические выскабливание полости матки.
- Искусственные аборты. Воспаления являются наиболее частым осложнением аборта. Риск развития послеабортных воспалений резко возрастает при наличии в цервикальном канале патогенной флоры. Сама по себе операция аборта ведет к ослаблению местной барьерной системы.
- Осложнения течения беременности, кесарево сечения.
- Экстрагенитальные и эндокринные заболевания способствующие ослаблению иммунологического статуса женщины.
- ВМС оказывает отрицательное влияние на развитие воспалительных заболеваний.

Слайд 12

Частота возникновения воспалений на фоне ВМС по данным различных авторов колеблется от 14-30% после 2 лет ношения спирали. Также отмечено, что у 16-19 летних девушек тазовые инфекции при использовании ВМК возникают в 10 раз чаще, чем у 39-40летних женщин.

Контрацептивное действие ВМК заключается

- в изменении характера внутриматочной среды, негативно воздействующей на пассаж сперматозоидов через матку и способствующей образованию в полости матки «биологической пены» содержащей нити фибрина, фагоциты и ферменты.
- стимулирует образование простагландинов в полости матки, что вызывает воспаление и постоянное сокращение матки. Электронная микроскопия эндометрия у носительниц ВМК обнаруживает воспалительные изменения в его поверхностных отделах. Известен так же, «фитильный» эффект нитей ВМК- способствующих персистирующему распространению заболевания, высокой степени интоксикации и формированию свищей.

Патогенез – иммунных нарушений при воспалительных процессах гениталий:

- повреждение клеточных элементов в патологическом очаге.
- нарушение кровообращения и проницаемости сосудов микроциркуляторного русла с переходом из крови в ткани жидкости белков, форменных элементов крови.
- размножение клеток
- кратковременный спазм артериол
- расширение артериол, венул
- лимфостаз

Слайд 14

После внедрения инфекции происходит спазм артериол. Это универсальный феномен и рассматривается как защитная реакция организма, связанная с высвобождением катехоламинов.

Далее следует расширение микроциркуляторного русла с повышением проницаемости стенок для жидкой части крови и белков.

- Это связано с активацией протеолитических ферментов и гиалуронидазы.

- Роль пускового механизма выполняют биологически активные вещества – гистамины, серотонины, продукты распада ДНК и РНК, гиалуронидаза, простагландины.

- Важная роль принадлежит гистамину, который изменяет кровоток, облегчает прохождение различных веществ через сосудистую стенку.

- Избыток кининов усугубляет стаз ферментных элементов, повышает сосудистую проницаемость.

Вследствии этого в брюшной полости накапливается экссудат. Экссудация жидкости приводит к изменению объема циркулирующей плазмы, повышению гематокрита. Это способствует нарушению вязкости и тягучести крови, усилению агрегации тромбоцитов, развитию ДВС синдрома с отложением фибрина.

К группе риска следует отнести женщин:

- с хроническими воспалительными процессами придатков матки в анамнезе
- пациенток, у которых при бактериоскопических исследованиях обнаружены персистирующие микроорганизмы (гонорея, хламидии)
- ВМК. Для прогестеронсодержащих ВМК риск возникновения воспаления малого таза повышается в 2,2 раза, для медьсодержащих в 1,9 раз. Эндометриты и тубо-овариальные образования придатков матки чаще возникает на фоне применения ВМК, реже медьсодержащих. Наибольшее количество осложнений в первые три месяца после введения.

При длительности ношения контрацептива (от 5 до 7 лет) - СООФ и тубоовариальные образования составили 14,3 и 37,1% соответственно. Именно ВМК приводят к деструктивным гнойным формам воспаления придатков.

Классификация воспалительных процессов гениталий по клиническому течению:

- Острые процессы
- Подострые процессы
- Хронические процессы

Классификация воспалительных процессов гениталий по степени тяжести:

- легкая форма
- средняя форма
- тяжелая форма

Классификация воспалительных процессов гениталий по локализации процесса:

1. воспаление нижнего отдела половых органов
 - вульвит
 - бартолинит
 - кольпит
 - экзоцервицит и эндоцервицит

2. воспаление верхних отделов половых органов

* воспаление тела матки:

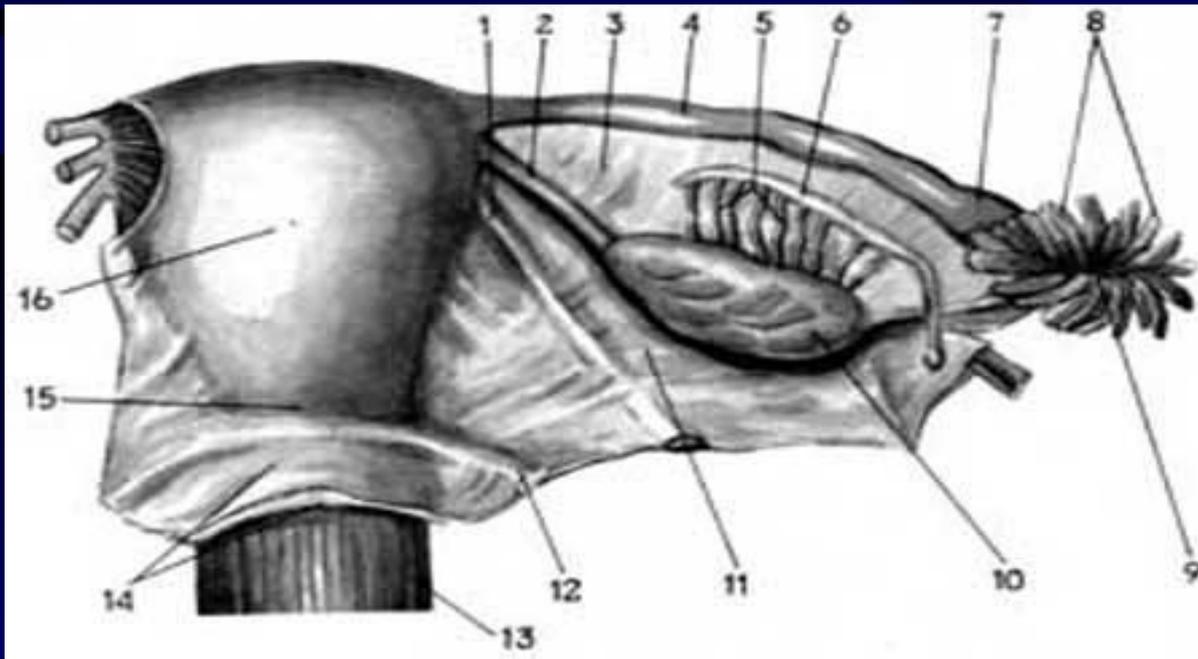
- эндометрит- воспаление слизистой оболочки тела матки
- метроэндометрит - воспаление слизистой и толщи матки

* придатков матки:

- сальпингит - воспаление маточных труб
- оофорит, аднексит- воспаление яичников
- сальпингоофорит – воспаление маточных труб и яичников
- tuboовариальное образование –воспалительная опухоль труб и яичников
- гидросальпинкс- накопление серозной жидкости в трубе
- пиосальпинкс- накопление гнояного содержимого в трубах
- пиовар- накопление гнояного содержимого в яичнике

* параметрит- воспаление околоматочной клетчатки

* пельвиоперитонит- воспаление брюшины малого таза.



Слайд 19

- **Вульвит** у женщин репродуктивного возраста в основном является вторичным, как следствие кольпита, цервицита, эндометрита. Первичный вульвит отмечается при сахарном диабете.
- Острый вульвит характеризуется жалобами на зуд во влагалище, наружных половых органов. Сопровождается гиперемией наружных половых органов, отеком тканей, увеличением паховых лимфоузлов.
- При хроническом процессе клиническая картина менее выражена.
- Диагностика основывается на данных статуса (травмы, результатов бактериоскопического и бактериологического исследования).
- Лечение комплексное, местное (ванночки с дезинфицирующими растворами, мази содержащие антибактериальные препараты).

Слайд 20

- **Бартолинит**- воспаление большой вестибулярной железы, может быть специфической и неспецифической этиологии.
- Больные жалуются на наличие отека в области половой губы, общую слабость, повышение температуры. При осмотре гиперемия, отек.
- Лечение антибактериальная терапия, ванночки с дезинфицирующими растворами, мази (мазь Вишневского), до появления флюктуации УВЧ.
- При нагноении - вскрытие и дренирование абсцесса.
- При рецидиве или образовании кисты - энуклеация вместе с каналом в холодном периоде.

Кольпит – воспаление слизистой влагалища.

- Основной симптом серозно-гнойные выделения, жалобы на зуд, неприятные ощущения во влагалище, жжение, невозможность жить половой жизнью. При хроническом течении клиническая картина стертая.
- Диагностика основывается на данных осмотра в зеркалах, бактериологического и бактериоскопического исследования содержимого влагалища, шейки матки, общий анализ крови на TORCH-инфекцию.
- При неспецифических кольпитах лечение комплексное: сочетание местной и общей терапии с учетом этиотропных противовоспалительных препаратов. Лечение полового партнера.

Бактериальный вагиноз - это полимикробный клинический синдром, который характеризуется уменьшением во влагалище молочно-кислых бактерий на фоне увеличения условно-патогенной флоры и снижением pH влагалища с 5 до 7,5. Создаются условия для размножения гарднерелл, анаэробных бактерий.

- Клиника- жалобы на усиление выделений с «рыбным запахом», зуд, жжение, неприятные ощущения после полового акта.
- Диагностика: положительный аминный тест, наличие «ключевых клеток» при прямой микроскопии мазка.
- Лечение: Метронидазол 400-500 per os 5-7 дней, после чего восстановление нормального биоциноза влагалища лактобактериями, вагилак – 10 дней.
- Лечение эрозий, общее и местное.

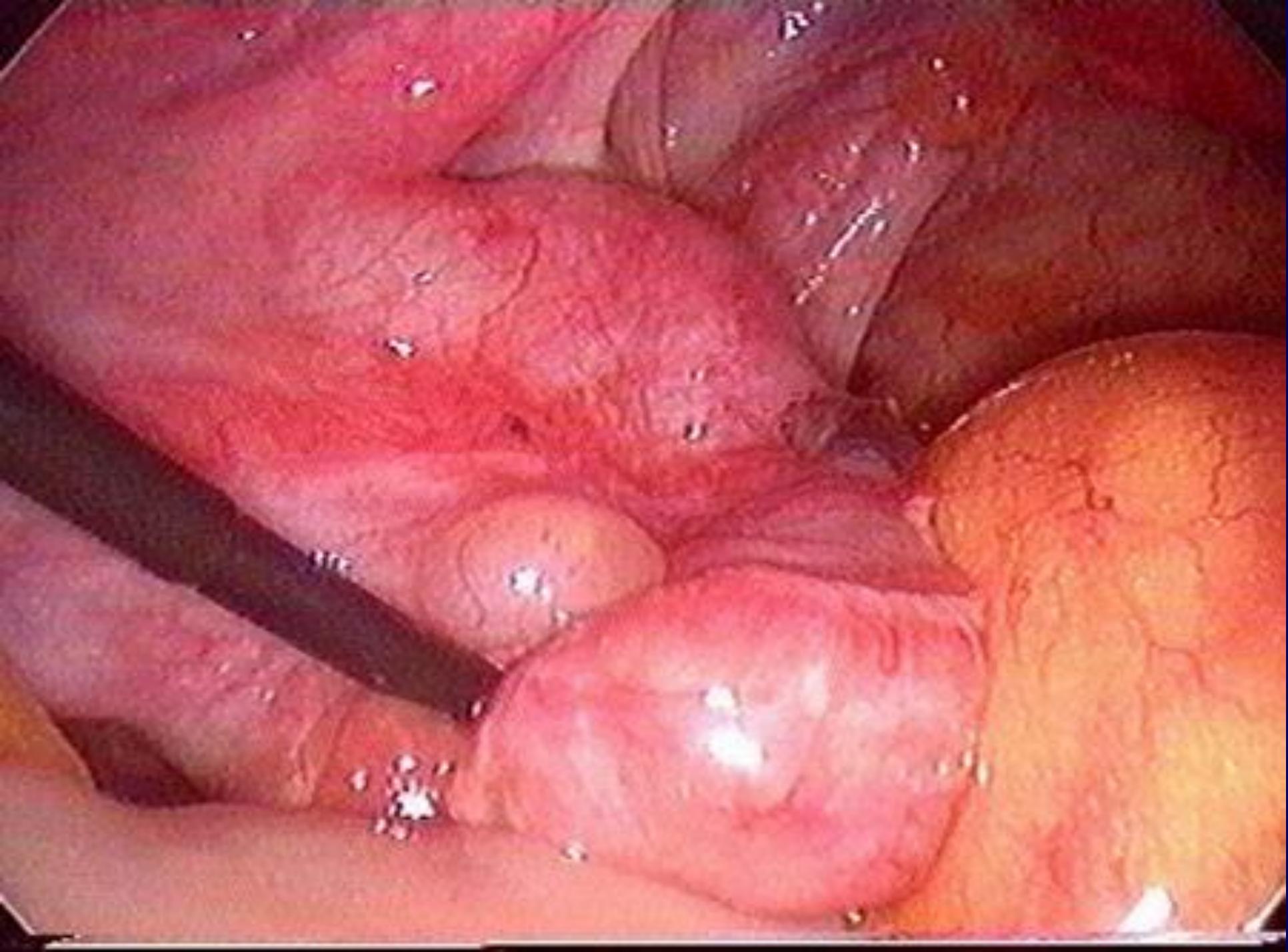
Эндометрит- воспаление слизистой оболочки матки. В первую очередь поражается базальный слой эндометрия. При тяжелом течении может быть поражение мышечной оболочки – метроэндометрит.

- Начинается остро на 3-4 сутки. Жалобы на общую слабость, повышение температуры тела, боли внизу живота, слизисто-гнойные бели с характерным запахом. При бимануальном исследовании отмечается раскрытие цервикального канала, увеличение матки. Матка болезненная, увеличенная, мягкой консистенции. Острая стадия 8-10 дней.

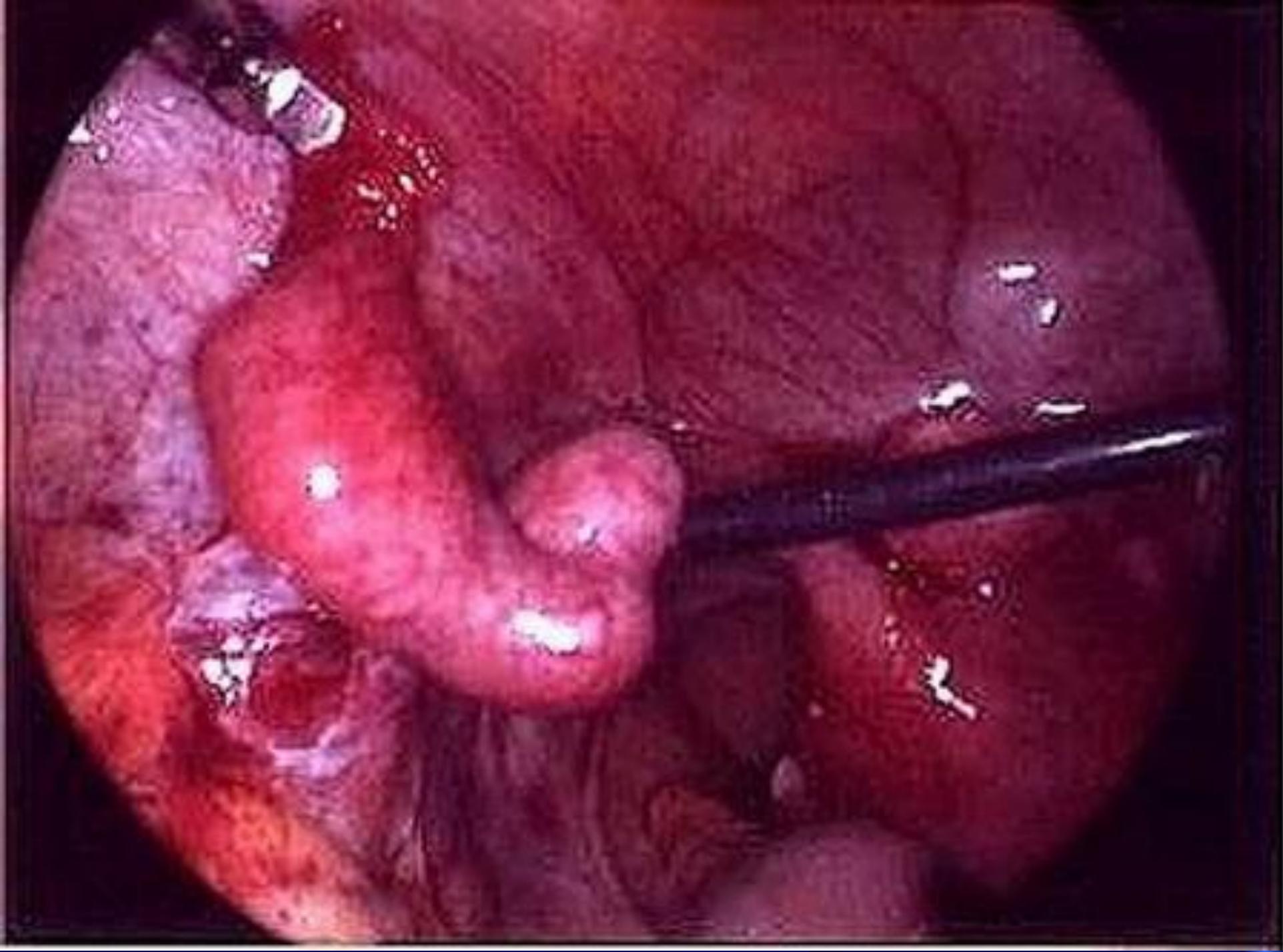
Хронический эндометрит развивается как следствие недостаточного лечения острого эндометрита, при позднем обращении больной, у больных с ВМС.

- Клиническая картина хронического эндометрита зависит от глубины и длительности патоморфологических изменений в эндометрии.
Основной симптом - кровотечение, нарушение процессов десквамации и регенерации функционального слоя. При гинекологическом осмотре бели серозно-гнойного характера, небольшое увеличение и уплотнение матки. Бесплодие, выкидыши. Гистологическое исследование после соскоба (8-10 день цикла).
- Важную роль в развитии хронического эндометрита играет ВМС. Течение хронических воспалений отягощается проявлением дисбактериоза вследствие побочного действия лекарств.

- **Сальпингофорит** –поражение маточных труб и яичников (самая частая локализация).
- Клиническая картина – повышение температуры тела до 39 - 40° С, ухудшение общего состояния, боли внизу живота, ознобы при нагноительных процессах. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. При гинекологическом исследовании пальпируются увеличенные, пастозные, болезненные придатки.
- При накапливании жидкости в просвете маточной трубы воспалительного экссудата происходит заращение спайками трубы. Формируется образование маточных труб – сактосальпинкс. Если жидкость серозная –гидросальпинкс, при нагноении –пиосальпинкс. При абсцессе яичника- пиовар. Если процесс охватывает яичник и тубы – тубоовариальное образование.
- Диагностика: анамнез, жалобы, объективное обследование, УЗИ, лапароскопия.
- **Хроническая стадия** воспаления придатков характеризуется наличием инфильтратов соединительной ткани, сужением просвета сосудов, непроходимостью труб, образованием гидросальпинкса, спаечного процесса.
- Клиническая картина - жалобы на тупые ноющие боли, усиливающиеся при охлаждении, перед и во время месячных, нарушение менструального цикла, как следствие бесплодие, выкидыши, тазовые боли.
- Диагностика - данные анамнеза, бимануального исследования, УЗИ, данные лабораторных исследований.
- Осложнениями СООФ являюсимптомами тся гидросальпинкс, частичная или полная непроходимость из-за спаек маточных труб в различных отделах и бесплодие, внематочная беременность, тубоовариальные гнойные опухоли.
- Общими клиническими гнойных осложнений является нарастание симптомов интоксикации (появление гектичной лихорадки, тошнота, рвота).







Параметрит- воспаление околоматочной клетчатки.

Воспаление всей клетчатки малого таза носит название панцеллюлит.

В зависимости от расположения параметрита делятся на:

- **передний параметрит** - воспалительный инфильтрат определяется спереди от матки, сглаживает передний свод, может распространяться на переднепузырную клетчатку и переднюю брюшную стенку
- **боковой параметрит** - воспалительный инфильтрат ограничивается верхним отделом широкой связки, снизу нижним отделом кардиальных связок, сбоку- стенкой таза.
- **задний параметрит** - инфильтрат сглаживает своды влагалища, охватывает прямую кишку

Клиническая картина:

- Ранним симптомом параметрита является болевой синдром, боли внизу живота, пояснице, постоянное повышение температуры до 38-39°C, частый пульс, явления интоксикации. При бимануальном исследовании определяется резко болезненная матка, на 3-4 день матка смещается в здоровую сторону и пальпируется вместе с инфильтратом в едином конгломерате. При нагноении общее состояние больной резко ухудшается, температура приобретает гектический характер, ознобы. Увеличивается лейкоцитоз, сдвиг влево, резко повышается СОЭ. Нагноение параметрального инфильтрата с прорывом в мочевой пузырь диагностируется на основании анализа мочи и цистоскопии.

Слайд 25

Пельвиоперитонит – воспаление брюшины малого таза, вторичный процесс, который развивается как осложнение воспаления матки и придатков, пиосальпинкса, tuboовариальной гнойной опухоли.

По характеру экссудата различают:

- серозно-фибринозный
- гнойный пельвиоперитонит.

Клиническая картина : начало острое, с повышением температуры тела до 38-39С, озноб, тахикардия, тошнота, дизурические явления, интенсивные боли внизу живота, метеоризм. Живот болезненный при пальпации, вздут. В нижних отделах положительный Щеткина _ Блюмберга, ослабленная перистальтика кишечника.

- При бимануальном исследовании отмечается резкая болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки, боль при движении за шейку матки, сглаживание, а иногда и выпячивание заднего свода влагалища. Исследование поэтому затруднено. Показана пункция через задний свод для получения экссудата и проведения бактериологического исследования.

Лечение:

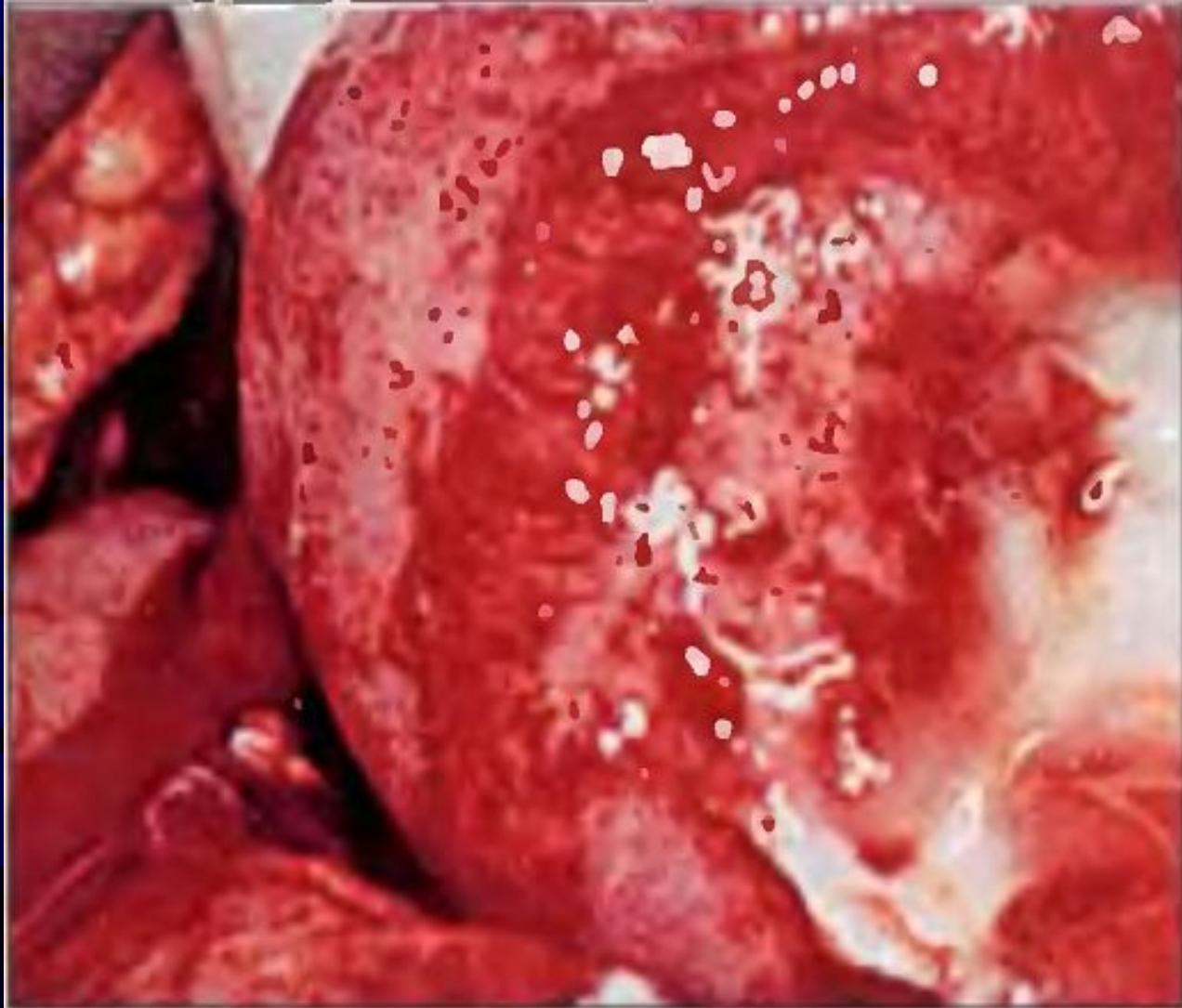
- антибиотики в/в или в/м в течении 7-10 дней с переходом на пероральный прием (в среднем 14 дней)
- дезинтоксикационная терапия
- десенсибилизирующая терапия
- антиоксиданты
- противокандидозная

У молодых женщин начинают лечение консервативно, после 72 часов при отсутствии улучшения, оперативное лечение.

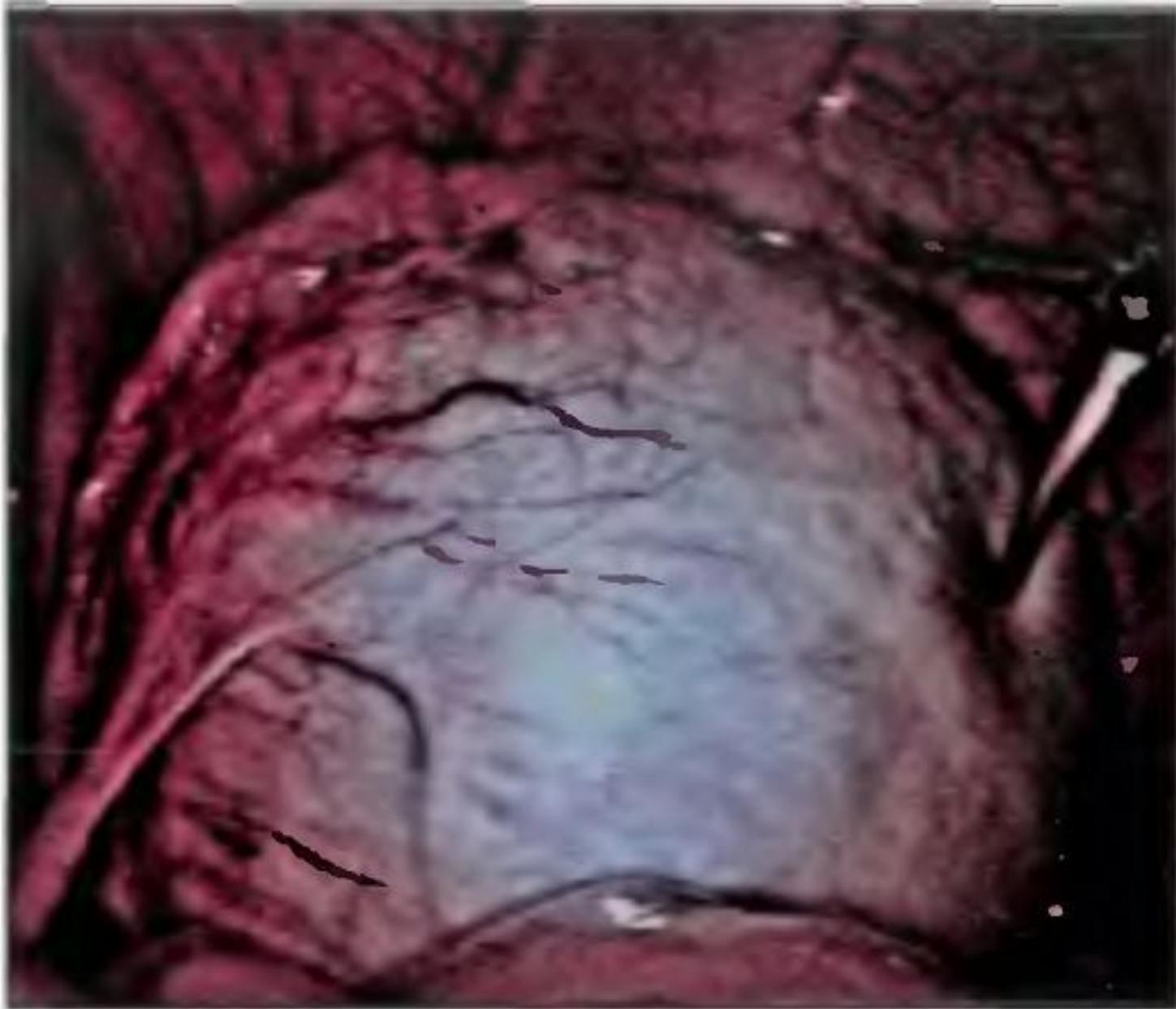
При гнойном процессе рациональным является хирургический метод лечения.

Экстренными показаниями к хирургическому лечению являются:

- перфорация абсцесса в брюшную полость с развитием гнойного перитонита.
- перфорация в мочевого пузыря
- септический шок



*Пиосальпинкс, спаянный с нижней
поверхностью матки (тяжелое
течение ВЗОМТ)*



Тубоовариальное образование

Специфические воспаления гениталий: гонорея, туберкулез, кандидоз, трихоманиаз, хламидиоз.

Особенности течения специфических процессов.

- полиморфизм поражений, то есть от эндоцервицита и до развития пельвиоперитонита, поражения придатков с обеих сторон.
- несоответствие между выраженным болевым синдромом и отсутствием анатомических изменений гениталий. Выраженная клиника при малых изменениях в малом тазу при гинекологическом исследовании.
- связь с анамнезом – при туберкулезе с наличием контактов больными туберкулезом. Туберкулез гениталий вторичный.
- нарушение менструального цикла при туберкулезе в сторону гипоменструального синдрома, вплоть до аменореи, при туберкулезном эндометрите.

Трихомониаз – инфекционное заболевание, вызываемые влагалищными трихоманадами.

- Заражение происходит половым путем.
- Трихомонады могут сосуществовать с гонококками, вирусами, хламидиями и другими микробами.
- Инкубационный период 5-15 дней.

Классификация

- свежий трихомониаз, в котором разделяют острую, подострую и торпидную формы.
- хронический, для которого характерно торпидное течение
- трихомонадоносительство, отсутствие симптомов при наличии трихомонад во влагалищном содержимом.
- **Диагностика** основана на клинических проявлениях и данных бактериоскопического бактериологического исследования.
- **Лечение:**
 - 1) лечение проводится одновременно обоих партнеров.
 - 2) половая жизнь исключается.
 - 3) Препараты: метронидазол по 500 мг перорально 2р.д. №5-7 в сочетании с местным лечением (свечи тержинан 10 дней), иммуномодуляторы 7-10 дней, солкотриховак К по 0,5мл через 2 недели 3 инъекции.
- После лечения восстановление нормального биоценоза влагалища препаратами содержащими молочнокислые бактерии (бифидум, вагилак).

Гонорея.

Среди специфических воспалений гениталий после трихоманиаза занимает второе место (от 5-25%). Гонококки поражают цилиндрический эпителий, слизистую цервикального канала, эндометрий, маточные трубы.

Клиника. Инкубационный период 3-7 дней, клиника зависит от локализации процесса, вирулентности микроорганизма, возраста иммунологического состояния больной.

Выделяют 2 формы гонореи:

- свежая (длительность 2 месяца)
- хроническая

Свежая гонорея делится на:

- острую
- подострую
- торпидную

Различают гонорею нижнего отдела мочеполовых органов и восходящую гонорею верхних половых органов

- К гонорею нижнего отдела мочеполовых органов относятся: уретрит, эндоцервицит, бартолинит.

- Гонорея считается восходящей если процесс распространяется на матку, маточные трубы, яичники и тазовую брюшину. Границей нисходящей и восходящей гонореи является внутренний зев шейки матки.

Клиническая картина гонореи верхних половых органов

- Гонорейный эндометрит - как при эндометрите неспецифической этиологии.
- Гонорейный сальпингит – это второй этап восходящей гонореи с поражением маточных труб. Специфические гонорейные сальпингиты двухсторонние, в отличие от неспецифических.
- Гонорейный пельвиоперитонит – это третий этап, когда гонорея из труб попадает в брюшную полость и развивается клиника пельвиоперитонита.

Лечение гонореи проводится в условиях специализированного стационара. Основными препаратами являются антибиотики группы пенициллина, цефалоспорины, аминогликозиды, макролиды в комбинации с метронидазолом.

Туберкулез женских половых органов – одна из форм общего заболевания туберкулезом, развивающейся в легких и из первичного очага происходит поражение гениталий.

Особенности течения туберкулеза гениталий:

- полиморфизм проявлений, вариабельность паталого-анатомических изменений (продуктивная форма, фиброз, кальцинация, рубцовые изменения)
- связь с анамнезом (в детстве бронхиты, лимфадениты)
- волнообразность течения
- нарушение менструального цикла по типу гипоменструального синдрома, вплоть до аменореи
- стойкое бесплодие
- несоответствие между стертой клиникой воспаления гениталий и выраженными анатомическими изменениями гениталий.

Диагностика:

- анамнез (контакт с туберкулезным больным, лимфоденит в детстве);
- бимануальное обследование
- туберкулиновая проба Коха
- посев менструальной крови, выделение из влагалища, содержимое в матке после аспирационной биопсии, эндометрия после выскабливания.
- гистеросальпингография, УЗИ, гистероскопия, компьютерная диагностика.
- лапароскопия
- диагностическое выскабливание
- рентгенологическое исследование.

Лечение проводится в туберкулезном диспансере, длительная комплексная терапия.

- **Хламидиоз.**
- В последние годы отмечается большая роль хламидий в развитии воспаления гениталий. Ежегодно выявляется в США, не менее 4 млн., а в Европе 3 млн. инфицированных хламидиями.
- В связи с тем, что 50-70% этих инфицированных, женщин не имеют клинической картины, заболевание представляет исключительную проблему для программ охраны здоровья населения.
- Так называемые «немые инфекции», в том числе и хламидийная являются наиболее частой причиной трубного бесплодия и только 1/3 бесплодных женщин в анамнезе имеют воспаление гениталий. Бессимптомное персистирование хламидий может служить источником антигенной стимуляции и приводить к изменениям труб и яичников. Хламидии в 60% воспаления гениталий поражают молодых женщин до 25 лет, основная локализация маточная труба.
- Абсцедирование при воспалении гениталий вызывается не хламидиями, а только в синергизме с факультативными или анаэробными бактериями.
- **Диагностика:** обнаружение в анализе выделения из влагалища и ПЦР реакции. Не определена роль развития воспаления микоплазмы и уреоплазмы.

Слайд 31

- Микоплазмы относятся к условно патогенным возбудителем урогенитального тракта.
- Встречаются и среди представителей нормальной флоры, но чаще – при изменениях биоциноза.
- К мелким микроорганизмам, которые локализуются, как и микоплазмы, на слизистой рта, дыхательных путей, нижних отделах мочеполового тракта относятся уреоплазмы.
- Есть данные о роли уреоплазмы в развитии острого и особенно хронического негонорейного уретрита. Отмечается и способность уреоплазмы вызывать специфический артрит и снижение иммунитета. Свидетельством специфического инфекционного процесса следует считать лишь массивный рост культур или 4х-кратное возрастание титра антител в динамике заболевания.

Слайд 32

Генитальный герпес – это заболевание вызывается вирусом простого герпеса, в основном 2 типа (ВПГ – 2). Вирус локализуется на слизистой оболочке мочеполовых органов, а также в нервных сплетениях, симпатической нервной системе, передается половым путем.

Различают 3 стадии герпетического процесса:

- I – стадия – поражение герпесом наружных половых органов
- II – стадия – поражения влагалища, шейки матки, мочеиспускательного канала.
- III – стадия – матки, придатков, мочевого пузыря.

Клинически различают:

- типичное течение
- атипичное течение
- бессимптомное (вирусоносительство)

Клинические симптомы: гиперемия и отек цервикального канала, мочеиспускательного канала, серозно-гнойные выделения, на слизистых оболочках вульвы и кожи промежности появляются множественные везикулы, которые через 2-8 дней покрываются серовато-желтым налетом, лопаются.

Длительность заболевания 2-4 недели. Жалобы на боль в области вульвы, появление везикул. Характерно, что при вирусной инфекции одновременно поражаются шейка матки, мочеиспускательный канал, конъюнктивы глаза, суставы, область промежности.

Диагноз ставится на основании выявления вируса или его антител в сыворотке крови больной. Однако более достоверно получение вируса выделения из влагалища шейки матки и мочеиспускательного канала ПЦР диагностика.

Лечение проводится противовирусными препаратами (ацикловир, валацикловир, вальтрекс), иммуномодуляторы (циклоферон, лаферон, виферон), обезболивающие, антиоксиданты, витамины. Вакциноterapia.

Папилломовирусная инфекция приводит к развитию острых и плоских кондилом влагалища и шейки матки, передается половым путем.

Доказана патогенетическая роль папилломовирусной инфекции в возникновении рака шейки матки.

Кандидоз – заболевание вызванное дрожжеподобными грибами, преимущественно рода *Candida*.

Развитию кандидоза способствует нерациональное или длительное применение антибиотиков, нарушение углеводного обмена, авитаминозы. Это одноклеточные микроорганизмы оказывает непосредственное влияние на возбудителей бактериальной инфекции и приводят к снижению чувствительности бактерий к антибиотикам и другим препаратам.

- Различают: кандидомикоз вульвы, влагалища, матки и придатков.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ