

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Е. Н. Кириллова

**ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ
В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2011

УДК 618.1-02-02-022.6(075.8)
ББК 57.1 я73
К43

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 23.02.2011 г., протокол № 6

Рецензенты: проф. каф. акушерства и гинекологии Белорусской медицинской академии последипломного образования, д-р. мед. наук П. С. Русакевич; доц. каф. акушерства и гинекологии Белорусского государственного медицинского университета, канд. мед. наук Р. Л. Коршикова

Кириллова, Е. Н.

К43 Инфекционно-воспалительные заболевания специфической этиологии в гинекологической практике: учеб.-метод. пособие / Е. Н. Кириллова. – Минск: БГМУ, 2011. – 18 с.

ISBN 978-985-528-

Излагаются современные данные по этиологии, классификации, методах диагностики и лечению специфических инфекций в гинекологической практике.

Предназначено для студентов старших курсов медицинских вузов, субординаторов, клинических ординаторов и врачей-интернов.

УДК 618.1-02-02-022.6(075.8)
ББК 57.1 я73

ISBN 978-985-528-

© Оформление. Белорусский государственный медицинский университет, 2011

Введение

Урогенитальные инфекции специфической этиологии и заболевания, передающиеся половым путем, являются важной причиной патологии репродуктивной системы. Это один из факторов формирования бесплодия, осложнений беременности и родов, заболеваемости новорожденных. Ежегодно в мире отмечается инфицирование 250 млн человек, причем 30 % из них — люди моложе 25 лет.

В настоящее время можно выделить следующие факторы, влияющие на частоту и распространение инфекций, передающихся половым путем:

- 1) социальные:
 - алкоголизм, наркомания;
 - низкий уровень жизни;
 - урбанизация общества;
 - увеличение числа разводов;
- 2) демографические:
 - снижение возраста полового созревания;
 - увеличение возраста вступления в брак;
- 3) экономические:
 - международный туризм;
- 4) поведенческие:
 - раннее начало половой жизни;
 - количество половых партнеров;
 - частая смена половых партнеров;
 - нетрадиционные половые контакты.

Встречаемость различных патогенных организмов и их причастность к возникновению заболеваний изменяются. На современном этапе очевидно, что не каждый воспалительный процесс является результатом инфекции, а для полного излечения многих инфекций урогенитального тракта применение только противомикробных средств часто оказывается недостаточным.

Большая роль в профилактике инфекций половых органов сегодня отводится нормальному микробиоценозу влагалища, изменение которого ведет к разнообразной патологии. В норме влагалищное содержимое имеет кислую реакцию (рН 3,8–4,5), что объясняется наличием молочной кислоты, образующейся в результате расщепления гликогена эпителия влагалища в процессе жизнедеятельности *Lactobacillus spp.* Такое значение рН препятствует чрезмерному росту других микроорганизмов, входящих в микробиоценоз влагалища.

Нормальная микрофлора влагалища находится под воздействием как организма, так и некоторых факторов внешней среды. Изменение эн-

догенных и экзогенных условий может стать причиной нарушения микробной флоры влагалища.

Урогенитальный кандидоз

Он обусловлен дрожжеподобными грибами рода *Candida*, у большинства пациенток (более 90 %) — *Candida albicans*.

Классификация урогенитального кандидоза:

- бессимптомное носительство (клинические проявления отсутствуют, титр менее $10 \cdot 4$ КОЕ/мл);
- острый (яркие клинические проявления воспаления; длительность заболевания не превышает 2 месяца).
- хронический (рецидивирующий) (длительность заболевания более 2 месяцев, в клинической картине преобладают вторичные элементы в виде инфильтрации, лихенизации и атрофии тканей).

Факторы риска:

- *физиологические*: беременность;
- *механические*: применение ВМС, первый половой контакт, тесное синтетическое нижнее белье;
- *эндокринные*: сахарный диабет, патология щитовидной железы;
- *ятрогенные*: длительное применение антибиотиков, ГКС, комбинированных пероральных контрацептивов, лекарственных средств, оказывающих иммуносупрессивное действие;
- иммунодефицитные состояния, в том числе заболевания, передающиеся половым путем.

Клинические проявления: зуд, жжение в области наружных половых органов и во влагалище, выделения различной консистенции из половых путей (творожистые, хлопьевидные, сливкообразные) в сочетании с гиперемией и отеком влагалища.

Диагностика:

- клинические признаки;
- микроскопическое исследование влагалищного отделяемого (нативных и окрашенных препаратов);
- культуральное исследование: посев материала на питательную среду с последующей идентификацией полученной культуры гриба и определением его чувствительности к противогрибковым лекарственным средствам.

Дифференциальный диагноз проводится с бактериальным вагинозом, герпетическим поражением, кожными заболеваниями (красный плоский лишай, болезнь Бехчета и др.).

Принципы терапии:

1. Элиминация возбудителя: санация ротовой полости (жевательные таблетки), кишечника (таблетки, покрытые оболочкой), местная терапия (вульва и влагалище).

2. Устранение факторов, поддерживающих рецидивирующий характер заболевания (устранение поражений кожи, сухости, трещин генитальной и перианальной области).

3. Лечение сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, угнетение иммунитета в результате лекарственной терапии и др.).

4. Бессимптомное носительство требует индивидуального подхода (например, перед предстоящим хирургическим вмешательством необходимо назначение противогрибковых препаратов).

При редко рецидивирующем урогенитальном кандидозе показана местная терапия коротким курсом (100 мг натамицина во влагалище по 1 свече 6–9 дней, изоконазол во влагалище по 1 свече 3 дня, 400 мг кетоконазола во влагалище — 3–5 дней, 100 мг клотримазола во влагалище по 1 вагинальной таблетке 6 дней; все препараты — 1 раз/сут на ночь); однократный прием перорального препарата (150 мг флуконазола); с целью профилактики рецидива: лекарственные средства для местного применения за 6 дней до *mensis* и 6 дней после окончания.

При хроническом рецидивирующем кандидозе определяют вид *Candida* (наиболее тяжелые симптомы вызываются *Candida albicans*); оценивают состояние эпителия вульвы; обследуют и лечат полового партнера; выясняют пищевые пристрастия (исключение сладостей и диеты, богатой углеводами).

Во время лечения используют системные противогрибковые препараты (флуконазол: таблетки по 100 мг, таблетки 2 раза в день; 1-я доза сразу, 2-я — через неделю, 3-я — через 4 недели, 4-я — через 8 недель или по 150 мг на 1-е и 4-е сутки лечения, затем в течении 6 месяцев 150 мг в 1-й день менструального цикла); комбинацию системных и местных противогрибковых препаратов (например, флуконазол и сертаконазол (Залаин)); с целью предотвращения образования микротрещин перед половым актом смазывают кожу половых органов. Эрадикацию грибковой инфекции путем одновременной терапии нистатином (500 000 ЕД 4 раза в сутки — до 14 дней) или натамицином (100 мг 4 раза в сутки — 5–10 дней).

Оценка эффективности лечения: исчезновение симптомов заболевания; отрицательные результаты микробиологического исследования через 14 дней после окончания лечения.

Трихомониаз

Наиболее распространенное, передаваемое половым путем, инфекционное заболевание мочеполового тракта, которое вызывается влагалищной трихомонадой. *Trichomonas vaginalis* относится к простейшим Protozoa, классу жгутиковых Flagellata, роду трихомонад *Trichomonas*. *Trichomonas vaginalis* состоит из оболочки, протоплазмы, фибрилл, блефаробласта, ядра, акростилия, 4 жгутиков, ундулирующей мембраны. Размножается путем продольного деления; не образует цист или других форм устойчивости; быстро теряет жизнеспособность вне человеческого организма. Во внешней среде при высушивании погибает за несколько секунд; для нее губительны температура выше 40 °С, прямые солнечные лучи, медленное замораживание, антисептики.

Патогенез: *Trichomonas vaginalis* проникают per continuitatem, через межклеточные пространства в субэпителиальную соединительную ткань. Выделяемая ими гиалуронидаза значительно разрыхляет ткани и проникает в межклеточные пространства токсических продуктов обмена бактерий сопутствующей флоры. Перенесенный трихомониаз не приводит к развитию выраженного иммунитета. Выявляемые антитела подтверждают существующую или ранее перенесенную инфекцию, но не способны обеспечить иммунитет.

Выделяет следующие формы трихомониаза:

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

Клиническая картина: инкубационный период 5–15 дней (от 1–3 дней до 3–4 недель).

Острая форма: вагинит (обильные гнойные, пенистые, жидкие выделения, зуд) с присоединением вульвитита; уретрит (жжение, болезненность); эндоцервицит; эндометрит. При осмотре в зеркалах наблюдаются умеренная гиперемия свода влагалища и шейки матки, обширные эрозии, петехиальные геморрагии и опрелости в области промежности; гранулематозные, рыхлые поражения слизистой оболочки шейки матки; в заднем своде — скопление жидких, серовато-желтых, пенистых выделений; губки уретры нередко отечны и гиперемированы.

При *торпидной* и *хронической* формах субъективные ощущения нередко отсутствуют.

Для успешной **диагностики** необходимо придерживаться следующих принципов (И. И. Ильин, Е. Н. Туранова, 1991):

- сочетанное использование различных способов диагностики;
- неоднократные исследования изучаемого материала;

- забор материала из разных очагов (уретра, вульва, вагина, протоки больших вестибулярных желез);
- правильная техника забора и транспортировка материала.

Методы диагностики:

- микроскопия (нативного и окрашенного препарата);
- люминесцентная микроскопия;
- культуральный;
- иммунологический.

Методы и препараты комплексной терапии:

1. Этиотропные: базисная терапия — производные имидазола (метронидазола по 500 мг 2 раза в день в течение 10 дней, метрогил, трихопол и др.); альтернативные препараты (нитазол по 100 мг 3 раза в день в течение 15 дней, макмирор, клион-Д в виде влагалищных таблеток 1 раз в день в течение 10 дней, тиберал).

2. Иммунокорригирующие: *специфические* (солкотриховак: основная вакцинация — 3 инъекции по 0,5 мл с интервалом в 2 недели — обеспечивает годовую защиту; через год — повторно 0,5 мл однократно) и *неспецифические* (пирогенал, аутогемотерапия и др.).

3. Биостимуляторы (вобэнзим, трипсин, террилитин).

4. Витамины.

Местное лечение: спринцевания, сидячие ванночки с антисептиками (хлоргекседин, гексетедин и др.), настоем цветов ромашки, травы шалфея.

Оценка эффективности лечения устанавливается с помощью бактериоскопического и культурального методов исследования. Первые контрольные исследования проводят через 7–8 дней после окончания лечения; далее — в течение 3 менструальных циклов. Лабораторное обследование проводится перед менструацией или через 1–2 дня после ее окончания.

Хламидиоз

Высококонтрагиозное инфекционное заболевание, передающееся половым путем, ведущее к развитию воспалительных изменений органов мочеполовой системы и оказывающее существенное влияние на генеративную функцию.

Возбудитель — *Chlamydia trachomatis* серотипов D-K, грамотрицательный облигатный внутриклеточный паразит, характеризующийся формами, различающимися по морфологическим и биологическим свойствам. Внеклеточные формы (элементарные тельца) являются метаболически неактивными формами возбудителя, устойчивы к антибактериальным лекарственным средствам, ответственны за передачу инфекции от одного хозяина другому. Внутриклеточные формы (ретикулярные тельца) — мета-

болически активные неинфекционные формы, обеспечивающие размножение *S. trachomatis*. Продолжительность полного цикла развития составляет 48–72 часа. Источником инфекции служат лица с клинически проявляющимся или бессимптомным уrogenитальным хламидиозом.

Механизм передачи:

- контактный (половой и контактно-бытовой пути);
- вертикальный (антенатальный и интранатальный пути).

В патогенезе условно выделяют стадию инфицирования; формирования первичного очага инфекции; внутриклеточного размножения *S. trachomatis*, ведущего к развитию воспалительного процесса в пораженных клетках и распространению инфекции (клинические проявления); органических и функциональных изменений различных органов и систем на фоне развившихся иммунных реакций.

Клинические формы:

- острый (свежий, неосложненный) хламидиоз нижних отделов мочеполового тракта: цервицит, бартолинит, уретрит, парауретрит;
- хронический (длительно текущий, персистирующий или рецидивирующий, осложненный) хламидиоз органов малого таза и других мочеполовых органов: эндометрит, сальпингит, сальпингоофорит, перигепатит, периаппендицит, пельвиоперитонит;
- носительство хламидийной инфекции.

Клинические признаки и симптомы: инкубационный период составляет от 5 до 30 дней (в среднем — 14–21 день).

До 80 % хламидийного цервицита протекает бессимптомно), в остальных случаях — дизурические явления, зуд и жжение в области промежности, слизисто-гнойные выделения из влагалища, тянущие боли внизу живота.

При осмотре с помощью зеркал: шейка матки как нормальная, так и гиперемированная, отечная; вокруг наружного зева обнаруживаются эрозии, нередко лимфоидные фолликулы, характерные только для хламидийного цервицита; выделения из цервикального канала обильные, слизисто-гнойные.

У 4,5 % женщин возможно развитие перигепатита, у 2 % — периаппендицита.

Хламидийный эндометрит: боли внизу живота, мено- и метрорагии. Изолированно встречается редко.

Хламидийный сальпингоофорит: тупые, ноющие боли внизу живота, крестцовой области, усиливающиеся при напряжении; болезненность придатков при бимануальном исследовании.

Синдром Фитц-Хью-Куртиса: сочетание острого хламидийного перитонита и острого фиброзного перигепатита. Характерно сочетание признаков перитонита и острого холецистита.

Диагностика:

1) иммуноморфологические методы: ПИФ, НИФ (чувствительность — 90 %, специфичность — 85 %); иммунопероксидазный метод (чувствительность — 100 %, специфичность — 92 %); иммуноферментный анализ (чувствительность — 65 %, специфичность — 90 %);

2) культуральное исследование (чувствительность — 80 %, специфичность — до 100 %);

3) молекулярно-биологические методы:

– неамплификационные (ДНК-, РНК-гибридизация; чувствительность — 80 %, специфичность — 100 %);

– амплификационные (ПЦР, ЛЦР; чувствительность и специфичность приближены к 100 %);

4) серологические методы.

Диагноз считается верифицированным в случае обнаружения *S. trachomatis* с помощью 2 методов, один из которых — ПЦР.

Лечение:

1. Антибиотикотерапия. Тетрациклины: 1,5–2 г тетрациклина 1 раз в сутки 10 дней тетрациклина (свежие формы), 15–20 дней — хронические формы; доксицилин 200 мг 1 раз в сутки 7 дней — свежие формы, 14 дней — хронические формы. Макролиды: 500 мг эритромицин-основания 4 раза в сутки 7–10 дней; 250–500 мг кларитромицина 2 раза в сутки 7–14 дней; 1 г азитромицина однократно. Фторхинолоны: 200–400 мг офлоксацина 2 раза в сутки 10–14 дней; 400 мг ломефлоксацина 1 раз в день 10 дней.

2. Иммуномодуляция (интерфероны).

3. Биокоррекция (эубиотики).

4. Местное лечение: инстилляция во влагалище 100 мл 2%-ного раствора борной или молочной кислоты, тампоны с 25%-ным димексидом и др.

Оценка эффективности лечения: контрольное культуральное исследование у обоих половых партнеров проводится не ранее чем через 14 суток после завершения терапии; метод прямой иммунофлуоресценции — не ранее чем через 4–6 недель после окончания терапии; ПЦР — не ранее чем через 4–6 недель после окончания лечения. При выявлении *S. trachomatis* при контрольном обследовании необходим повторный курс антибактериальной терапии с использованием лекарственных средств других фармацевтических групп.

Уреамикоплазменная инфекция

Мико- и уреоплазмы относятся к факультативным патогенам урогенитального тракта, способным вызывать инфекционно-воспалительные процессы мочеполовых органов. Человек является хозяином 14 видов ми-

коплазм. В настоящее время этиологическая роль *M. hominis*, *M. genitalium*, *M. fermentans*, *U. urealyticum* считается доказанной для: цистита (в 60–75 %), воспалительных процессов органов малого таза (70–85 %), бесплодия, невынашивания беременности, преждевременных родов, перинатальной патологии.

Классификация:

- свежий (острый, подострый, вялотекущий);
- хронический;
- носительство микоплазменной инфекции.

Преимущественно половой *путь передачи*, но возможны воздушно-капельный или контактно-бытовой.

Факторы патогенности: большая подвижность; способность прикрепляться к мембране клетки хозяина, в результате чего возможно изменение антигенного состава взаимодействующих мембран и как следствие — индукция различных аутоиммунных реакций. Адсорбция микоплазм на лимфоцитах приводит к иммуносупрессивному эффекту.

Клинические признаки: характерных нет. Наиболее частые жалобы: легкий зуд и жжение в области половых органов, дизурические явления. При обследовании в 40–50 % случаев выявляется вульвовагинит, в 45–50 % — бактериальный вагиноз, в 50–60 % — эндоцервицит, в 40–45 % — цистит.

Лабораторная диагностика:

1) культуральное исследование (100%-ная специфичность, возможность получения чистой культуры для определения чувствительности к лекарственным средствам; недостатки — низкая чувствительность, длительность выполнения);

2) молекулярно-биологические методы (ПЦР — наиболее информативный метод, позволяющий выявить фрагменты ДНК-возбудителя в исследуемом материале);

3) иммунологические методы выявления антигенов микоплазм и антител к ним в сыворотке крови.

К критериям назначения этиотропного *лечения* относят:

- наличие *M. genitalium*;
- клинические проявления воспалительного процесса;
- предстоящие оперативные или инвазивные вмешательства;
- бесплодие, если другие причины устранены;
- беременность с отягощенным акушерским анамнезом;
- осложненное течение настоящей беременности, предполагающее возможное инфицирование плода.

Этиотропную терапию выбирают с учетом вида возбудителя (микоплазма, уреоплазма). Используются следующие группы antimicrobных препаратов: тетрациклины (500 мг тетрациклина 4 раза в сутки 10 дней), макролиды (500 мг джозамицина 3 раза в сутки 10 дней), линкозамыны

(0,6 г линкомицина в/м 2 раза в сутки 7 дней), аминогликозиды (80 мг гентамицина в/м 3 раза в сутки 7 дней), фторхинолоны (лемефлоксацин — в первый день одномоментно 800 мг, затем в течение 6 дней по 600 мг).

Иммунокорригирующее лечение при хроническом течении заключается в назначении неовира, виферона).

Местная терапия предполагает: тетрациклиновую, эритромициновую, гентамициновую и др. мази, влагалищные инстилляции с 3%-ным протарголом.

Оптимизация лечения: адаптогены (эстифан), ферменты (химотрипсин), витамины (аевит, антиоксикапс).

Оценка эффективности лечения: отрицательные результаты повторных лабораторных исследований (3 менструальных цикла) при отсутствии клинических признаков заболевания.

Генитальный герпес

Одна из форм герпетической инфекции, передающаяся половым путем, характеризующаяся появлением высыпаний в области половых органов.

Возбудители — 2 типа вируса простого герпеса: ВПГ — 2 (70 % случаев); ВПГ — 1 (30 % случаев).

Эпидемиология: до 70–80 % взрослых имеют антитела против ВПГ-1 и до 20–30 % — против ВПГ-2.

Клинико-морфологические формы:

- первый клинический эпизод первичного генитального герпеса;
- первый клинический эпизод при существующем генитальном герпесе;
- рецидивирующий генитальный герпес;
- бессимптомный генитальный герпес;
- атипичный генитальный герпес.

Инфицирование, как правило, происходит при половом контакте с партнером, у которого имеется клинически проявляющаяся или бессимптомная герпетическая инфекция (прямая контактная инфекция). Передача вируса через предметы (непрямая контактная инфекция) встречается редко, так как вирус имеет низкую устойчивость во внешней среде.

Первый клинический эпизод первичного генитального герпеса — истинное проявление первичной герпетической инфекции у пациенток, у которых никогда не было симптомов генитального герпеса и в крови отсутствуют антитела к ВПГ. Обычно через 3–9 суток после контакта с инфицированным человеком появляются сгруппированные болезненные пузырьки, которые превращаются в пустулы, вскрывающиеся с образованием язв и серых корочек. Выздоровление происходит без образования рубцов.

Особенности клинической картины: отечность вульвы; широкое распространение пузырьков в области гениталий прилежащей кожи; двусторонняя локализация патологических очагов; длительная персистенция кожных элементов (до 3 недель); болезненное увеличение паховых лимфатических узлов, которое может сохраняться дольше, чем высыпания в области вульвы (иногда в течение многих недель).

Первичный клинический эпизод при существующей герпетической инфекции — появление симптомов заболевания у лиц, у которых ранее уже выявлялись антитела к ВПГ. При этой форме заболевания выраженность симптомов менее интенсивна, однако, провести дифференциальную диагностику часто возможно только по лабораторным тестам.

Рецидивирующий генитальный герпес встречается в 35–70 % случаев, возникает вследствие реактивации эндогенной инфекции.

Факторы, которые могут спровоцировать рецидив, — стрессы, переутомление, менструация, УФО, локальная травма.

Продромальные знаки и симптомы: зуд, напряжение, болезненность и покалывание в зоне поражения.

Клинические симптомы похожи на первый эпизод, но короче по времени проявления и менее тяжело выражены. Могут отсутствовать типичные высыпания, а в области наружных половых органов появляются отечность, чувство дискомфорта, боль и лимфаденит.

В зависимости от частоты обострений выделяют, легкое течение (ремиссия не менее 4 месяцев); среднее (ремиссия от 2 до 3 месяцев); тяжелое (ремиссия от нескольких дней до 6 недель).

Бессимптомный генитальный герпес встречается в 40 % случаев, характеризуется реактивацией ВПГ без развития симптомов заболевания.

Атипичный генитальный герпес наблюдается у пациенток с неполноценным специфическим противогерпетическим иммунитетом или системным иммунодефицитом. Проявления часто скрыты симптоматикой сопутствующих заболеваний.

Наиболее значимые жалобы: обильные без запаха выделения из половых путей, неподдающиеся традиционной антибактериальной терапии (85 %); упорная вульводиния (78,4 %); тазовый ганглионеврит (30 %); рецидивирующие фоновые заболевания шейки матки (27,8 %); кондиломы вульвы (17 %).

Методы диагностики:

- 1) вирусологические: культуральный метод;
- 2) иммунологические:
 - выявление антигенов ВПГ (реакции прямой и непрямой иммунофлуоресценции, иммуноферментный анализ);
 - выявление антител в сыворотке крови (иммуноферментный анализ);

3) молекулярно-биологические (ПЦР, дот-гибридизация).

Лечение включает противовирусную химиотерапию:

– эпизодическая терапия: 200 мг ацикловира 5 раз в сутки 5 суток или 500 мг валацикловира 2 раза в сутки 5 суток;

– превентивную супрессивную терапию: 200 мг ацикловира 4 раза в сутки или 400 мг 2 раза в сутки или 500 мг валацикловира 1 раз в сутки длительно.

Иммуномодулирующее лечение предполагает применение тактивина, арбидола, антиоксидантов, адаптогенов, интерферонов (виферон, циклоферон).

В фазе ремиссии возможно также применение герпетической вакцины (при тяжелых формах генитального герпеса): 0,25 мл герпетической вакцины в/к 0,25 мл 1 раз в 3 дня, 5 инъекций с перерывом 2 недели, затем 1 раз в 7 дней, 5 инъекций. Через 6 месяцев по такой же схеме проводят ревакцинацию.

Местное лечение — герпевир, виролекс, зовиракс.

Критерий эффективности лечения: уменьшение частоты рецидивов генитального герпеса и их продолжительности.

Папилломавирусная инфекция

Это инфекция, передаваемая половым путем, характеризующаяся появлением экзофитных разрастаний на внутренних и наружных половых органах, промежности, перианальной области, а также другими различными поражениями кожи и слизистых оболочек.

Вирус папилломы человека (ВПЧ) — ДНК-содержащий вирус, способный вызывать пролиферацию эпителия кожи и/или слизистых оболочек. Описано более 150 типов ВПЧ, 30 из которых вызывают поражение эпителия урогенитального тракта. Генотипы ВПЧ подразделяются на типы низкого онкогенного риска, которые обнаруживаются преимущественно в доброкачественных остроконечных кондиломах, и типы высокого риска. При использовании наиболее чувствительных методов исследования ВПЧ высокого риска обнаруживаются более чем в 95 % случаев цервикальных карцином.

Типы онкогенного риска: низкий (6, 11, 42, 43, 44); средний (31, 33, 35, 51, 52, 58); высокий (16, 18, 45, 36).

Возможно инфицирование 2 и более типами вирусов.

Формы поражений половых органов, обусловленные ВПЧ:

1) клинические (видимые невооруженным глазом):

– экзофитные кондиломы (типичные остроконечные, папиллярные, папуловидные);

2) субклинические (невидимые невооруженным глазом и бессимптомные, выявляемые только при кольпоскопии или цитологическом/гистологическом исследовании):

- плоские кондиломы (типичная структура с множеством койлоцитов);
- малые формы (различные поражения многослойного плоского и метапластического эпителия с единичными койлоцитами);
- кондиломатозный цервицит/вагинит;
- инвертированные кондиломы (с локализацией в криптах);

3) латентные (отсутствие клинических, морфологических или гистологических изменений при обнаружении ДНК ВПЧ);

4) цервикальная интраэпителиальная неоплазия (ЦИН).

Заражение происходит преимущественно половым путем, возможно инфицирование при медицинских манипуляциях, не исключен бытовой путь.

Внедрение вируса происходит на уровне незрелых клеток эпителия кожи и слизистых оболочек (базальный слой).

Экспрессия вирусом онкопротеидов приводит к снижению способности эпителиальных клеток к апоптозу и пролиферации клеток эпителия на месте внедрения вируса с дальнейшим возникновением экзофитных и эндофитных образований. Активизация ВПЧ, как правило, связана с дисбалансом в иммунной системе.

Клинические признаки связаны с тем, что нередко инфекция протекает бессимптомно. Часто пациентки предъявляют следующие жалобы: зуд и жжение в области половых органов; наличие образования в области наружных половых органов и перианальной области; выделения из влагалища; диспареуния; дизурические явления.

Наиболее типичной является экзофитная форма ПВИ, которая имеет следующие проявления и особенности: разрастания соединительной ткани с сосудами внутри, покрытые плоским эпителием, имеющие толстую ножку или широкое основание; поверхность не изъязвляется, нередко бывает ороговевшей; основание подвижно, не спаяно с подлежащими тканями; консистенция мягкая или плотная; на шейке матки экзофитные кондиломы имеют вид розовых или сероватых возвышений.

Диагностика:

1) анамнез (наличие бородавок на половых органах, кондилом у полового партнера; заболевание шейки матки в анамнезе, большое число половых партнеров);

2) клинические проявления;

3) расширенная кольпоскопия (ацетобелый эпителий, йод-негативные участки, мозайка, пунктация и др.);

4) полимеразная цепная реакция (ПЦР) для выявления ДНК ВПЧ (соскоб щеткой с места поражения);

5) исследование мазков из шейки матки (мазок по Папаниколау);

6) гистологическое исследование биоптатов (показания — нетипичные формы экзофитных кондилом или атипичные кольпоскопические признаки).

К специфическим признакам ПВИ по данным гистологического исследования относят:

обнаружение койлоцитов, дискератоцитов, акантоз (утолщение шиповатого слоя), папилломатоз (разрастание соединительнотканых сосочков), гиперплазию базального слоя эпидермиса.

Принципы терапии:

– деструкция папилломатозных очагов (хирургическое иссечение, электрохирургические методы, лазерокоагуляция, криотерапия, химическая деструкция).

– иммунная терапия (моно- и политерапия интерферонами). Методы применения: местный, системный, внутриочаговый (интерферон- α , человеческий лейкоцитарный интерферон, интерферон- β).

Критерии эффективности лечения: клиническое излечение; снижение числа рецидивов.

Женщинам, у которых ранее был выявлен ВПЧ 16 и 18 типов, необходимы кольпоскопия, ПЦР, мазок по Папаниколау (2 раза в год).

Профилактика инфицирования заключается в барьерных методах, вакцинации (Гардасил, Церварикс), иммуномодуляторах (Панавир).

Литература

1. *Арестова, И. М.* Генитальные инфекции и беременность. / И. М. Арестова, С. Н. Занько, П. С. Русакевич. М., 2007. 176 с.
2. *Адаскевич, В. П.* Синдром вагинальных выделений / В. П. Адаскевич. Г. В. Кривчик. Минск, 2004. 56 с.
3. *Безнощенко, Г. Б.* Внутриутробные инфекции. / Г. Б. Безнощенко, Т. И. Долгих, Г. В. Кривчик. Н. Новгород, 2006. 89 с.
4. *Михалевич, С. И.* Репродуктивное здоровье женщины при ИППП. / С. И. Михалевич, С. А. Костюк, М. Н. Исмаил. Минск, 2008. 360 с.
5. *Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии.* Руководство для практикующих врачей. /Под общ. редакцией В.И. Кулакова, В.Н. Серова. – М., 2008. – 1152 с.
6. *Петерсен, Эйко Э.* Инфекции в акушерстве и гинекологии / Эйко Э. Петерсен. М., 2007. 352 с.

Оглавление

Введение	3
Урогенитальный кандидоз.....	4
Трихомониаз.....	5
Хламидиоз	7
Уреамикоплазменная инфекция.....	9
Генитальный герпес.....	11
Папилломовирусная инфекция	13
Литература.....	16

Учебное издание

Кириллова Е. Н.

**ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ
В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Учебно-методическое пособие

Отв. за выпуск Л. Ф. Можейко
Редактор А. В. Михалёнок
Компьютерная верстка В. С. Римошевского

Подписано в печать . Формат 60×84/16. Бумага писчая « ».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. . Уч.-изд. л. 0,7. Тираж экз. Заказ .

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.