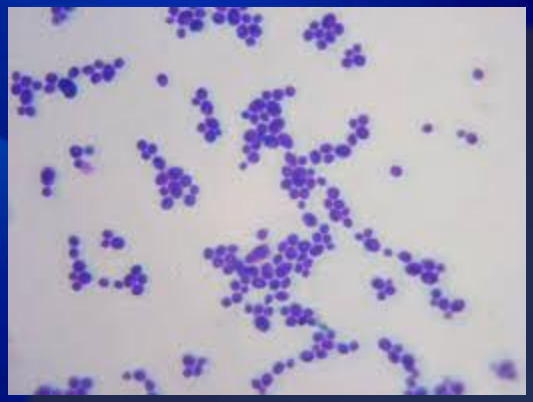
Трансмиссивные сексуальные заболевания, или заболевания передающиеся половым путем.

Кандидоз.

Наиболее часто встречается кандидозный кольпит (урогенитальный кандидоз) – это инфекционное трансмиссивное сексуальное заболевание слизистой оболочки влагалища, распространяющееся на шейку матки и часто на вульву.

Возбудители заболевания: дрожжеподобные грибы, чаще всего кандида (Candida albicans).



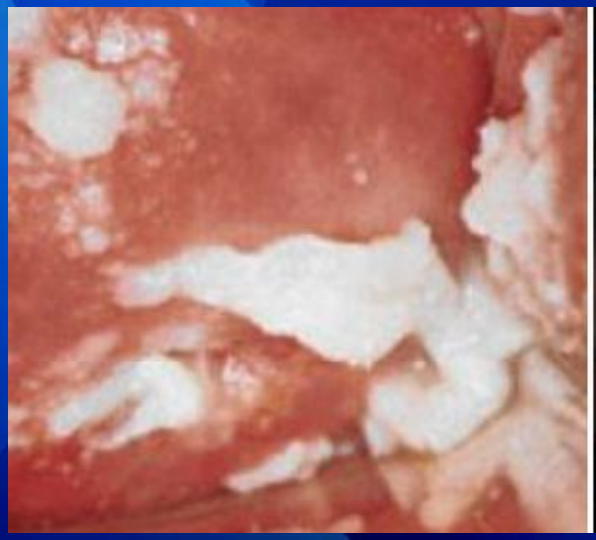
Обычно заболевание развивается на фоне гормональных нарушений, нарушений метаболизма белков, углеводов, витаминов, у лиц, страдающих хроническими заболеваниями (сахарный диабет, туберкулез, заболевания органов пищеварения).

В патогенезе генитального кандидоза играет роль длительное использование гормональных контрацептивов, длительное применение антибиотиков, кортикостероидных гормонов и иммунодепрессантов, что усиливает размножение и патогенность грибов.

Клинические проявления урогенитального кандидоза:

- ☹ Бели
- ☹ Зуд

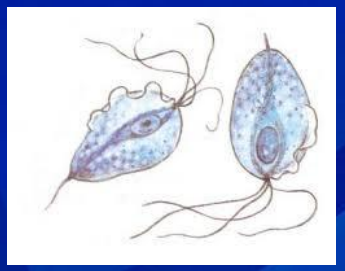
- ☹ Творожистые выделения из влагалища
- ☹ Запах выделений кисловатый, неприятный
- ☹ Зуд и жжение при мочеиспускании



Алгоритм лечения урогенитального кандидоза.

Флуконазол (только на областном уровне) 150 мг од-нократно
Местное лечение:
влагалищные тампоны с нистатиновой мазью (100 000 ЕД/1г) 1 раз/сут - 6 дней; клотримазол - влагалищные таблетки по 100 мг
1 раз/сут - 7 дней
При хроническом рецидивирующем кандидозе-
Флуконазол (только на областном уровне) 150 мг
1 раз в 3 дня – 3 дня, затем
1 раз в неделю - 4-6 месяцев

Урогенитальный трихомониаз.

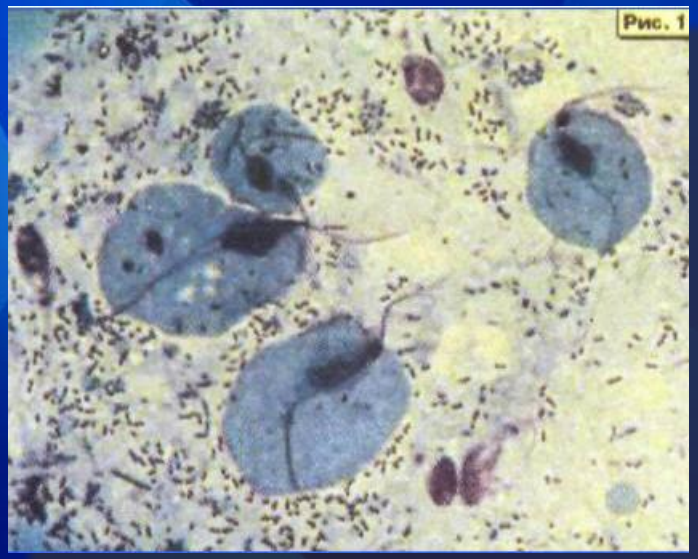


Возникает в результате занесения в нижние отделы половых органов (и уретры) влагалищных трихомонад. Это самое распространенное заболевание, передающееся половым путем.

Инкубационный период – 5-15 дней.

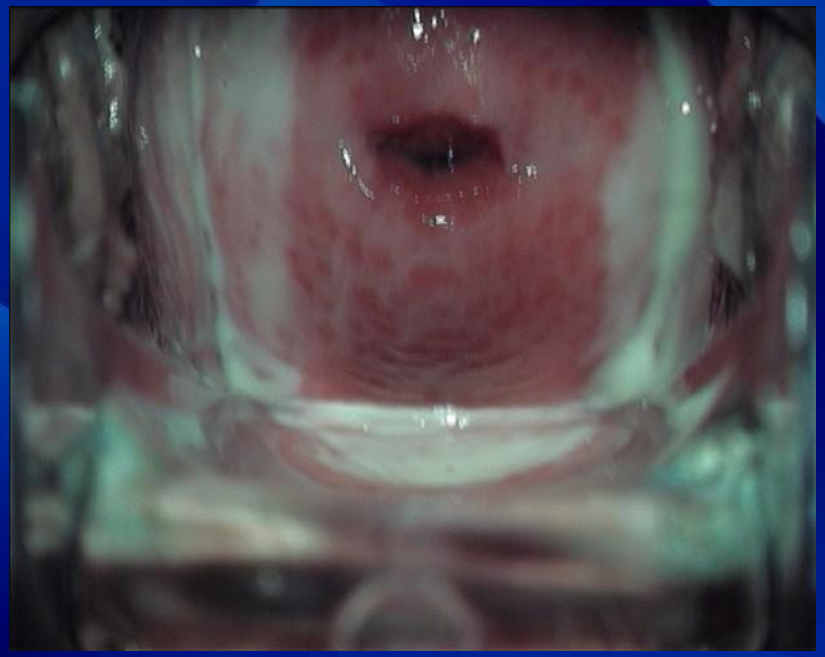
Трихомонады интенсивно размножаются во время и после менструации, что связано с изменением кислотности содержимого влагалища в этот период.

Основным местом паразитирования трихомонад является слизистая оболочка влагалища, обычно поражается и влагалищная часть ШМ.

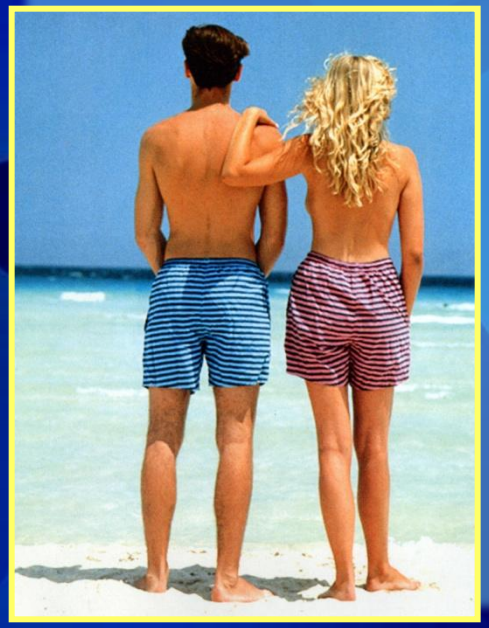


Клинические проявления урогенитального трихомониаза.

При острой и подострой формах заболевания больные жалуются на обильные зеленоватые выделения, зуд, жжение. При поражении уретры появляются жжение и болезненность при мочеиспускании.



Принципы лечения урогенитального трихомониаза:



- ✔ Лечение совместно обоих половых партнеров;
- ✔ Половая жизнь в период лечения запрещается;
- ✔ Устраняют факторы, снижающие сопротивляемость организма (сопутствующие заболевания);
- ✔ Применяют противотрихомонадные средства на фоне общих и местных гигиенических процедур.

Алгоритм лечения урогенитального трихомониаза:

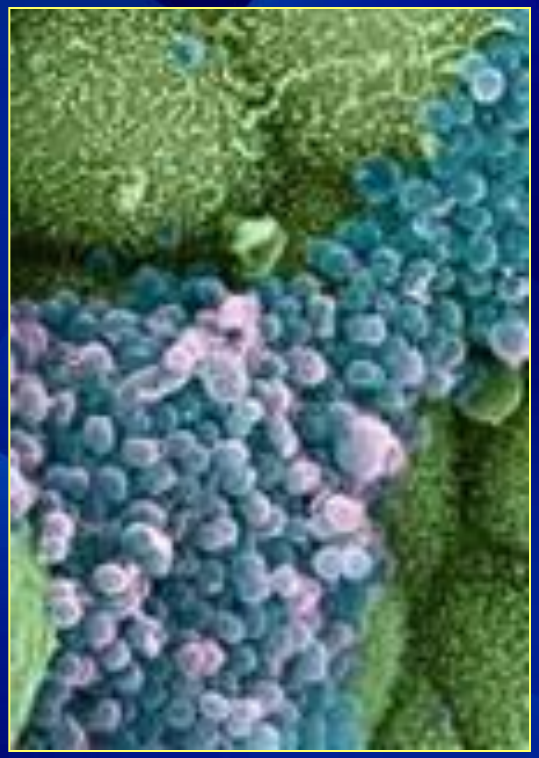
Метронидазол по 0,5 г 3 раза/сут - 6 дней

Местно метронидазол 100 мг, 500 мг в виде влагалищ-ных суппозиторий

Гонорея половых органов.

Гонококки поражают слизистые оболочки половых органов, покрытые нежным цилиндрическим эпителием. Обычно поражается слизистая цервикального канала, эндометрия и маточных труб, мочеиспускательного канала.

Заражение гонореей у взрослых происходит при половых контактах.



Гонорея встречается чаще всего у женщин молодого возраста (20-35 лет), имевших случайные половые связи и не соблюдающих правила личной гигиены.

Клинические проявления заболевания:

Инкубационный период составляет от 3 до 5 дней, реже 10–15 дней и больше

Классификация гонореи.

- ✔ гонорея нижнего отдела мочеполовых органов
- ✔ восходящая гонорея, распространяющаяся на верхние отделы половой системы.
- ✔ метастатическая гонорея

Гонорея нижних отделов половых органов протекает как местный процесс, без существенных изменений функций важнейших органов и систем.

Восходящая гонорея часто сопровождается изменениями в иммунной, эндокринной, кроветворной и других системах.

Алгоритм лечения гонореи:

Спектиномицин у мужчин 2 г в/м однократно, у женщин – 4 г (одновременно в каждую ягодицу по 2 г) или цефтриаксон 1 г в/м однократно

Лечение беременных осу-ествляется введением бен-зилпенициллина натриевой соли, начальная доза 600000 ЕД в/м, затем по 400 000 ЕД каждые 3 часа, курсовая до-за 3 4000 000 ЕД

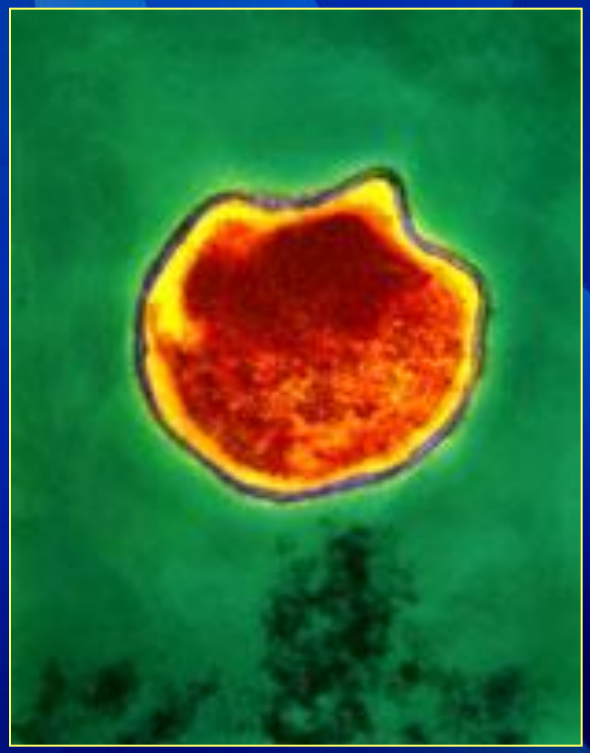
Хламидиоз половых органов.

Хламидии это грамм-отрицательные бактерии.
У женщин урогенитальный хламидиоз проявляется в виде уретрита, кольпита, цервицита, псевдоэрозии шейки матки, сальпингита, проктита.

У новорожденных хламидиоз клинически проявляется: конъюнктивитом, отитом, пневмонией.

.

Инкубационный период составляет 20-30 дней. Острая стадия хламидийного эндоцервицита характеризуется гнойными выделениями из цервикального канала и гиперемией вокруг наружного зева, нередко отмечается отечность влагалищной части шейки матки. В хронической стадии воспалительного процесса выделения слизисто – гноевидные, на шейке матки часто обнаруживают псевдоэрозию.



при лапароскопическом исследовании женщин с воспалительными заболеваниями органов таза, подозрительных на наличие хламидийной инфекции, выявляется экссудат и лентоподобные спайки в области печени, получившие название синдрома Фитца-Хью-Куртиса.

Хламидийные сальпигоофориты склонны к длительному торпидному течению и являются причиной бесплодия и невынашивания беременности.

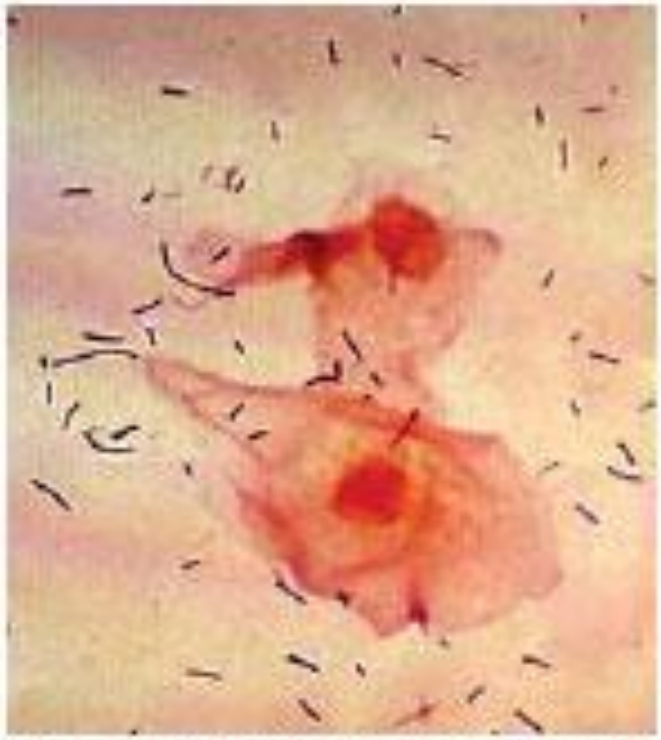
Алгоритм лечения хламидийной инфекции:

Азитромицин 1 г однократно и по 0,5 г 1 раз/сут - 10 дней или
Доксициклин 0,2 г однократно и по 0,1 г 2 раза/сут - 14 дней
Для лечения беременных рекомендуется использовать эритромицин по 0,5 г внутрь 4 раза/сут - 14 дней
Биокоррекция: бифидум-бактерин 3-5 доз 3 раза/сут - 10 дней

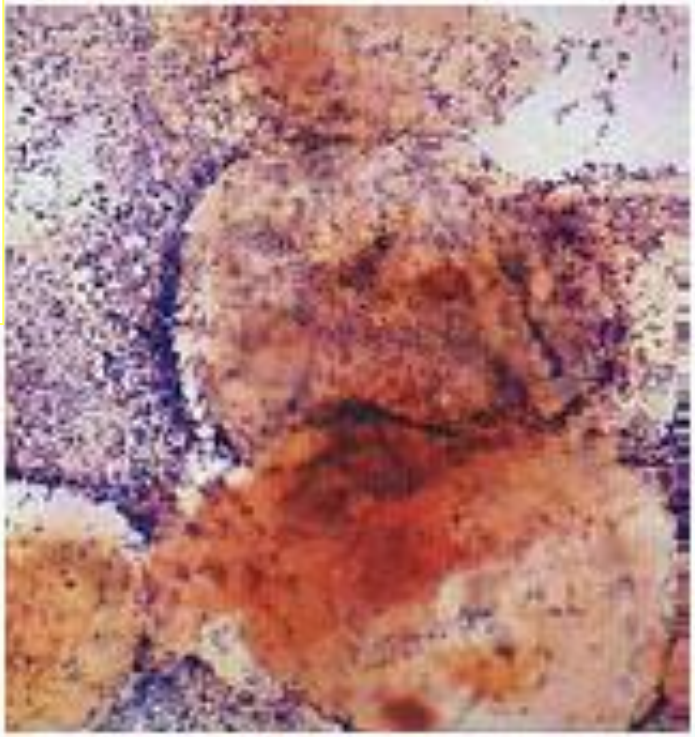
Макролиды — Фторхинолоны — Тетрациклины

Бактериальный вагиноз.

-дисбактериоз влагалища с нарушением микробиоценоза.
В норме pH вагинального секрета составляет 3,8-4,2, что обусловлено продукцией молочной кислоты штаммами лактобацилл.
При увеличивается pH влагалищного секрета более 4,5. создаются условия для массивного размножения гарднерелл.



Нормальный мазок. Ключевые клетки отсутствуют. Нормальная микрофлора - лактобациллы.



Мазок при БВ. Ключевые клетки, обильная грамвариабельная флора. Лактобацилл нет.

Основные клинические проявления бактериального вагиноза.

Обильные бели с неприятным запахом. В начале заболевания бели имеют жидкую консистенцию, белые или с сероватым оттенком. При длительном течении заболевания выделения приобретают желтовато – зеленую окраску, становятся более густыми , часто напоминают творожистую массу.

Особенностью бактериального вагиноза является отсутствие признаков воспаления влагалища.

Алгоритм лечения бактериального вагиноза:

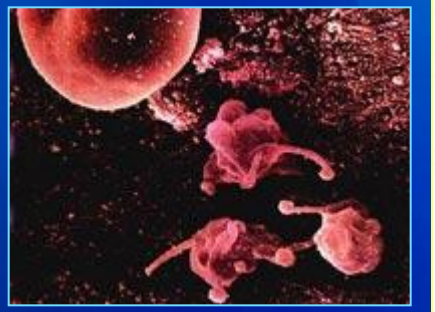
- 1 этап – оптимизировать физиологическую влагалищную среду и провести коррекцию местного и общего иммунитета.

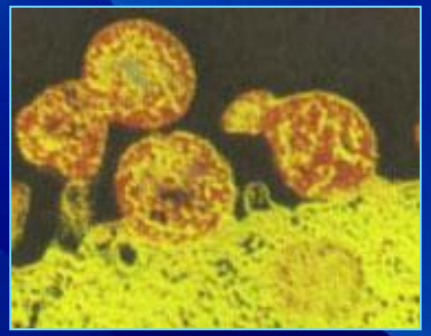
Местное лечение

- ⇨ Вагинальные свечи с метронидазолом или тинидазолом (0,5 г) 2 раза в сутки 7-10 дней.
- ⇨ Бетадин, изобетадин, йодокар – спринцевание влагалища 1%-ным раствором –12-15 дней.
- ⇨ Широко применяются иммунокорректоры – иммунал, циклоферон, эхинацея композитум С, вобэнзим, полиоксидоний, декарис (левамизол).

Генитальный мико- и уреаплазмоз.

Семейство plasmaticeae – это группа микроорганизмов, в состав которых входят 2 рода возбудителей: Mycoplasma (75 видов) и Ureaplasma urealyticum – 10 серотипов.





Клиническое течение уреаплазменной инфекции:

- Острая форма
- Хроническая (часто торпидное течение) форма
- Латентная форма

При патологических родах, несвоевременном отхождении околоплодных вод часто происходит инфицирование плода с последующим развитием заболеваний легких, заболеваний конъюктивы глаз и поражение наружных половых органов. Уреаплазмы могут быть возбудителями послеродовых заболеваний.

Алгоритм лечения генитального мико- и уреаплазмоза.

Лечение мико- и уреаплазмоза проводится также как и хламидиоза. Используются 3 группы антибиотиков: макролиды, фторхинолоны и тетрациклины.

Доксициклин 0,2 г, далее по 0,1 г 2 раза/сут (7-10 дней) или азитромицин 1 г, далее 0,5 г - 1 раз/сут (7 дней) внутрь, или офлоксацин по 0,2 г 2 раза/сут в/в капельно (10 дней)

При лечении беременных: эритромицин 0,5 г 4 раза/сут (7-10 дней)