



наименее сложные задачи, и наоборот, наиболее сложные задачи.

# 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 кандиды (*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:

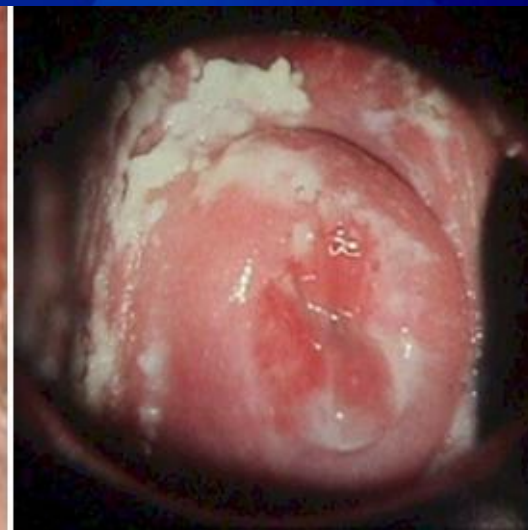
☹ **Бели**

☹ **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-**

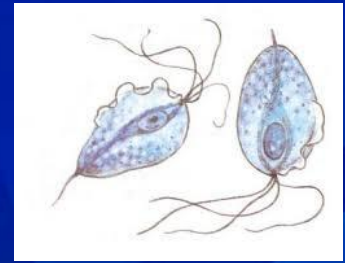
**Флуконазол (только на областном уровне) 150 мг**

**1 раз в 3 дня – 3 дня, затем**

**1 раз в неделю - 4-6 месяцев**



# Урогенитальный трихомониаз.



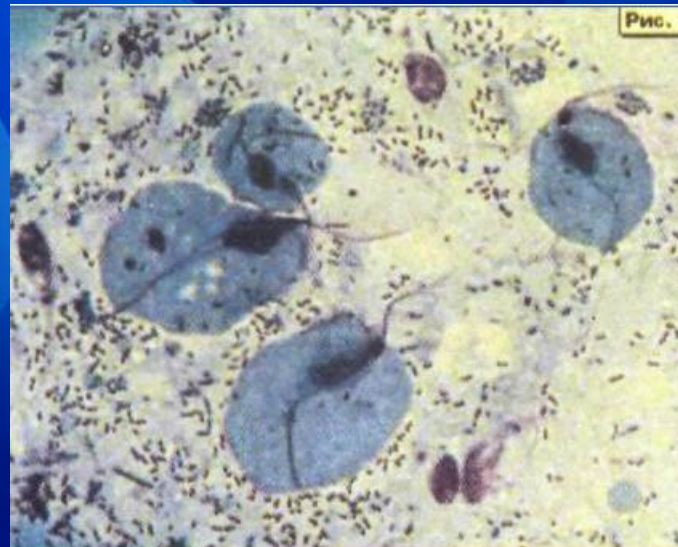
**Возникает в результате занесения в нижние отделы половых органов (и уретры) влагалищных трихомонад. Это самое распространенное заболевание, передающееся половым путем.**

**Инкубационный период – 5-15 дней.**

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

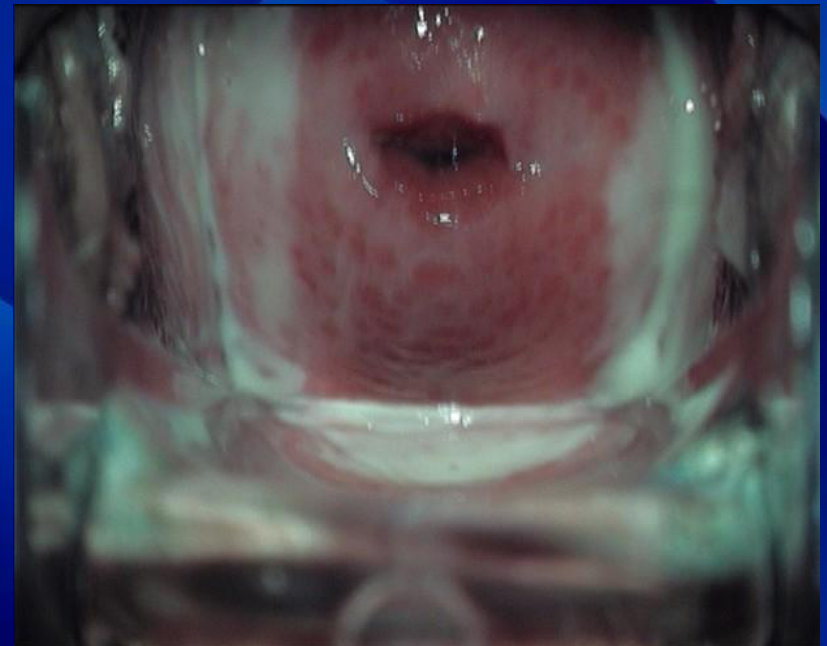


**Основным местом паразитирования трихомонад является слизистая оболочка влагалища, обычно поражается и влагалищная часть ШМ.**



# Клинические проявления урогенитального трихомониаза.

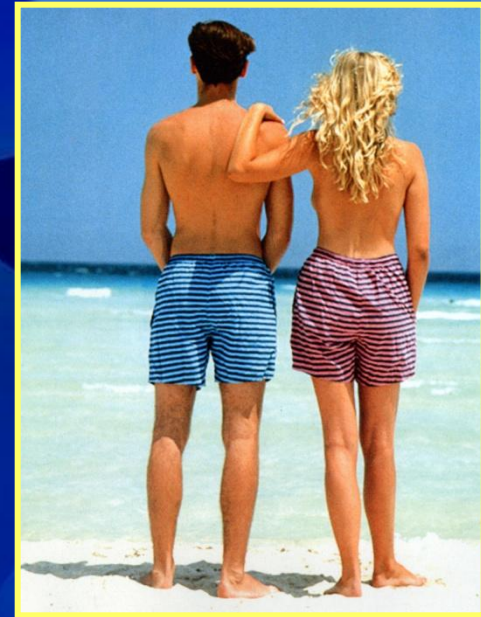
При острой и подострой формах заболевания больные жалуются на обильные зеленоватые выделения, зуд, жжение. При поражении уретры появляются жжение и болезненность при мочеиспускании.





# Принципы лечения урогенитального трихомониаза:

✓ Лечение совместно обоим половым партнерам;



- ✓ 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**

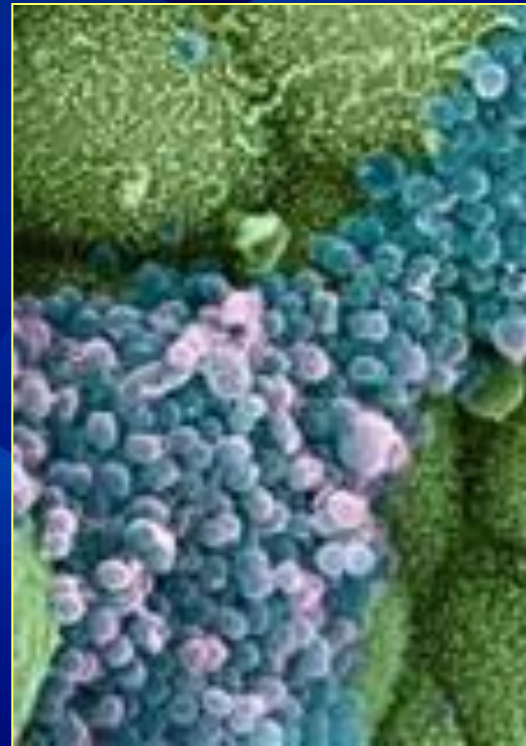


# Гонорея половых органов.



**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**

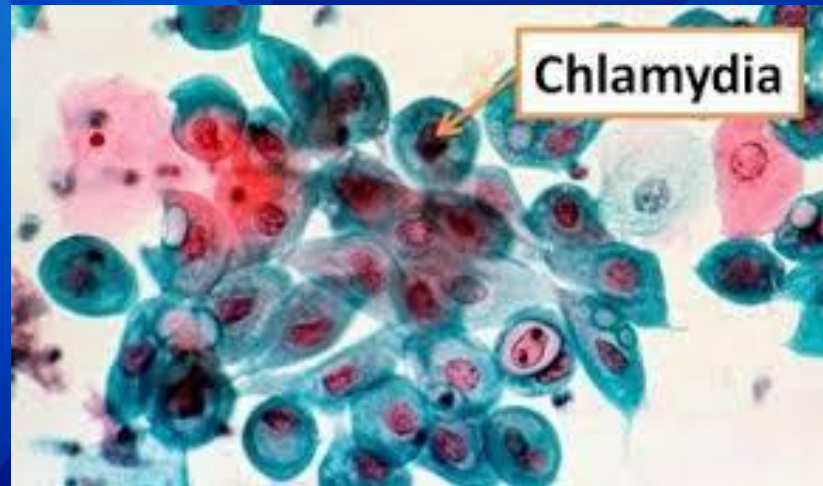
**Лечение беременных осу-ествляется введением бен-зилпенициллина натриевой соли, начальная доза 600000 ЕД в/м, затем по 400 000 ЕД каждые 3 часа, курсовая до-за 3 4000 000 ЕД**

# Хламидиоз половых органов.

**Хламидии это грамм-отрицательные бактерии.**

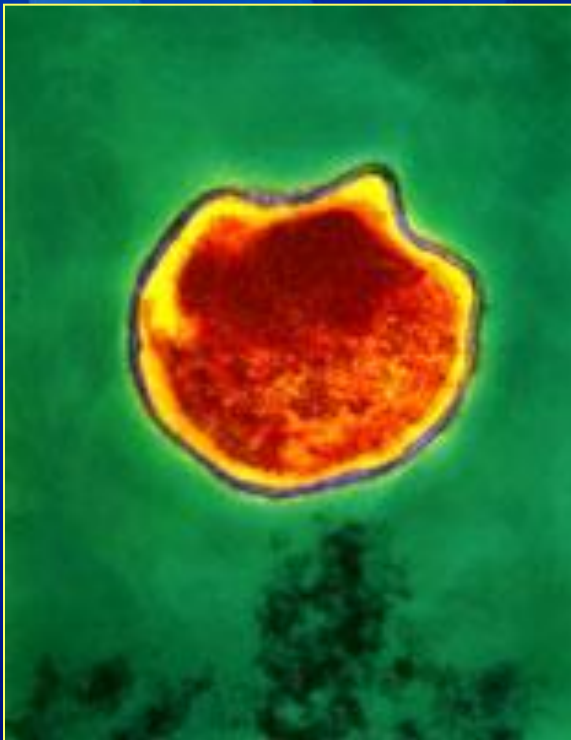
**У женщин урогенитальный хламидиоз проявляется в виде уретрита, кольпита, цервицита, псевдоэрозии шейки матки, сальпингита, проктита.**

**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 – гнойные, 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.

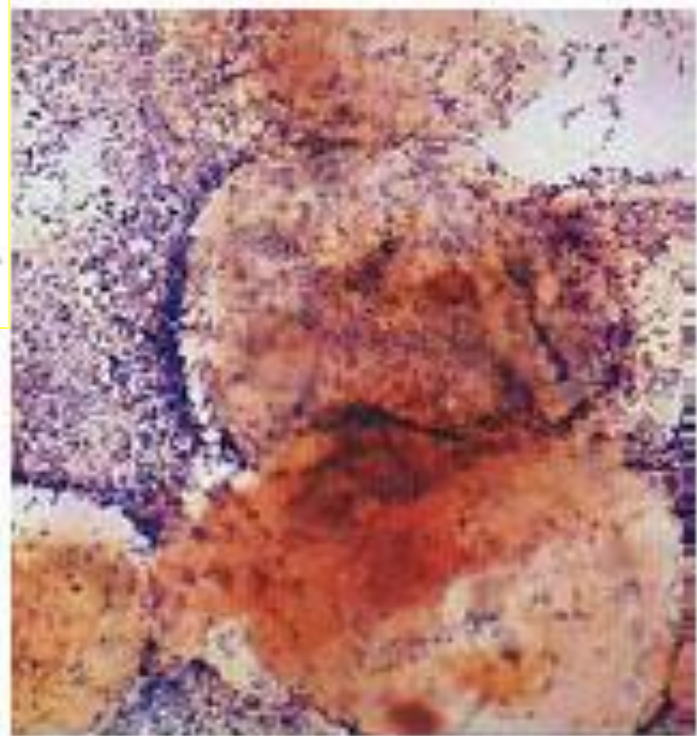
-дисбактериоз влагалища с нарушением микробиоценоза.

В норме рН вагинального секрета составляет 3,8-4,2, что обусловлено продукцией молочной кислоты штаммами лактобацилл.

При увеличении рН 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 (леваamisол).

# Генитальный мико- и уреоплазмоз.

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



<b>Семейство микоплазм</b>	
Род микоплазма <i>M. genitalium</i> <i>M. hominis</i>	Род уреоплазма <i>U. urealyticum</i>
<b>урогенитальные микоплазмы</b>	
Микоплазмоз	уреоплазмоз





# Клиническое течение уреоплазменной 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 конъюнктивы глаз и поражение наружных половых органов.**

**Уреоплазмы 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)**