


**Современные подходы
к профилактике и лечению инфекций
в акушерстве и гинекологии**



***Профессор кафедры
акушерства и гинекологии
ДВГМУ,
д.м.н. Е.А. Юрасова***

СКРЫТОЕ БРЕМЯ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

- Согласно оценкам, ежегодно 357 миллионов людей в возрасте 15-49 лет заболевают **четырьмя** излечимыми инфекциями, передаваемыми половым путем *Chlamydia trachomatis* (131 миллион), *Neisseria gonorrhoeae* (78 миллионов), **сифилисом** (6 миллионов) или *Trichomonas vaginalis* (142 миллиона).
- Столь же высокую распространенность имеют некоторые **инфекции, передаваемые половым путем, вирусного происхождения**: согласно оценкам, 417 миллионов человек имеют **вирус простого герпеса второго типа**, а около 291 миллиона женщин – **вирус папилломы человека**. Распространенность этих инфекций, передаваемых половым путем, варьируется в зависимости от региона и пола. Эти эпидемии серьезнейшим образом сказываются на здоровье и жизни детей, подростков и взрослого населения во всех странах мира.

СКРЫТОЕ БРЕМЯ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

- **Гибель плода и новорожденных** – сифилис во время беременности ежегодно становится причиной более чем 300 000 случаев смерти плода и новорожденных, а еще 215 000 грудных детей подвергаются риску гибели в раннем возрасте;
- **Рак шейки матки** – по оценкам, вирус папилломы человека ежегодно приводит к 530 000 случаев цервикального рака и 264 000 случаев смерти, вызванных этим онкологическим заболеванием;

СКРЫТОЕ БРЕМЯ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

- **Бесплодие** – инфекции, передаваемые половым путем, такие как **гонорея и хламидиоз**, являются причинами бесплодия в большом проценте случаев во всем мире;
- Риск ВИЧ – **присутствие инфекций, передаваемых половым путем, таких как сифилис, гонорея или вирус простого герпеса, значительно повышает риск заражения ВИЧ-инфекцией** или ее передачи (для некоторых групп – в два-три раза);
- Физические, психологические и социальные последствия инфекций, передаваемых половым путем, существенно снижают качество жизни инфицированных.

ВЫДЕЛЕНИЕ ТРЕХ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В КАЧЕСТВЕ ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ДЛЯ СТРАТЕГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ВО ВСЕМ МИРЕ (ВОЗ):

В настоящем проекте глобальной стратегии сектора здравоохранения по инфекциям, передаваемым половым путем, основное внимание уделяется трем поддающимся мониторингу инфекциям, борьба с которыми требует неотложных действий:

Neisseria gonorrhoeae – вследствие растущего риска возникновения неизлечимых форм этого заболевания, а также **риска коинфицирования** другими инфекциями, передаваемыми половым путем, включая *Chlamydia trachomatis*;

Treponema pallidum – элиминация врожденного сифилиса, что предполагает наличие сильных систем, обеспечивающих скрининг и лечение всех беременных женщин и борьбу с сифилисом в особых группах населения;

Вирус папилломы человека – уделение особого внимания вакцинации в целях элиминации рака шейки матки и остроконечных кондилом.

Репродуктивно значимые микроорганизмы, обитающие в половых путях у женщины

Облигатно-патогенные возбудители:

- ▣ *Chlamydia trachomatis*
- ▣ *Neisseria gonorrhoeae*
- ▣ *Mycoplasma genitalium*
- ▣ *Trichomonas vaginalis*

Условно-патогенные микроорганизмы:

- **Облигатно-анаэробные бактерии** (*Gardnerella vaginalis*, *Eubacterium*, *Mobiluncus* spp., *Corynebacterium* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Atopobium vaginae* и другие)
- **Факультативно-анаэробные (аэробные) бактерии** (*Enterobacterium*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*, в том числе *Str.agalactiae*, *Enterococcus*)
- **Генитальные микоплазмы** (*Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*, *Mycoplasma hominis*)
- **Грибы** рода *Candida*

Методы лабораторной диагностики репродуктивно-значимых микроорганизмов

- Прямые методы – выявляют инфекционный агент
 - Бактериоскопический метод: световая микроскопия.
 - Бактериологический (культуральный) метод: идентификация по культуральным и морфологическим признакам.
 - Молекулярно-биологический метод (ПЦР, NASBA): выявление ДНК или РНК возбудителя.
 - Выявление антигена (АГ) возбудителя в ИФА, ИФ.

Методы лабораторной диагностики репродуктивно-значимых микроорганизмов

- Непрямые методы
 - Выявление антител (АТ) к возбудителю в крови человека (ИФА, ИХА и т.д.).
- Косвенные методы оценки микрофлоры репродуктивного тракта
 - рН-метрия вагинального отделяемого
 - аминотест

Принципы лабораторной диагностики облигатно патогенных агентов

- Качественное определение (количественное не нужно!)
- Приоритет «прямых» методов выявления
- Применение наиболее чувствительного и специфичного методов: ПЦР.
- «Непрямые» методы имеют второстепенное значение.
- Обследование половых партнеров.
- Контроль излеченности – обязателен!
- Соблюдение сроков диагностики по контролю излеченности

Принципы лабораторной диагностики условно-патогенных микроорганизмов

- Обязательное определение количества микроорганизмов и их соотношения.
- Приоритет молекулярно-биологических методов.
- «Непрямые» методы лабораторной диагностики не имеют значения.

Пути передачи и распространения инфекции:

- ▣ **половой путь** передачи инфекции гениталий;
- ▣ **восходящий путь** распространения инфекции является преобладающим в генезе воспалительных заболеваний женских половых органов малого таза;

Пути передачи и распространения инфекции:

- ▣ **воспалительный процесс придатков матки может возникнуть вследствие *первичного инфицирования* брюшины при холецистите, панкреатите, пиелонефрите;**
- ▣ ***лимфогенный, гематогенный* пути распространения инфекции гениталий.**

Пути передачи и распространения инфекции:

- **проникновение инфекционных агентов в верхние отделы половой системы происходит с помощью сперматозоидов, трихомонад, возможен пассивный транспорт микроорганизмов;**
- **пассивный транспорт - сократительная деятельность матки, маточных труб, отрицательное давление в брюшной полости за счет движений диафрагмы.**

Пути передачи и распространения инфекции:

- ▣ доказана способность хламидий, микоплазм, гонококков и др. прикрепляться к сперматозоидам;
- ▣ возможно прикрепление **до 40 ГОНОКОККОВ** к различным участкам сперматозоидов !!!

Диагностика воспалительных заболеваний гениталий

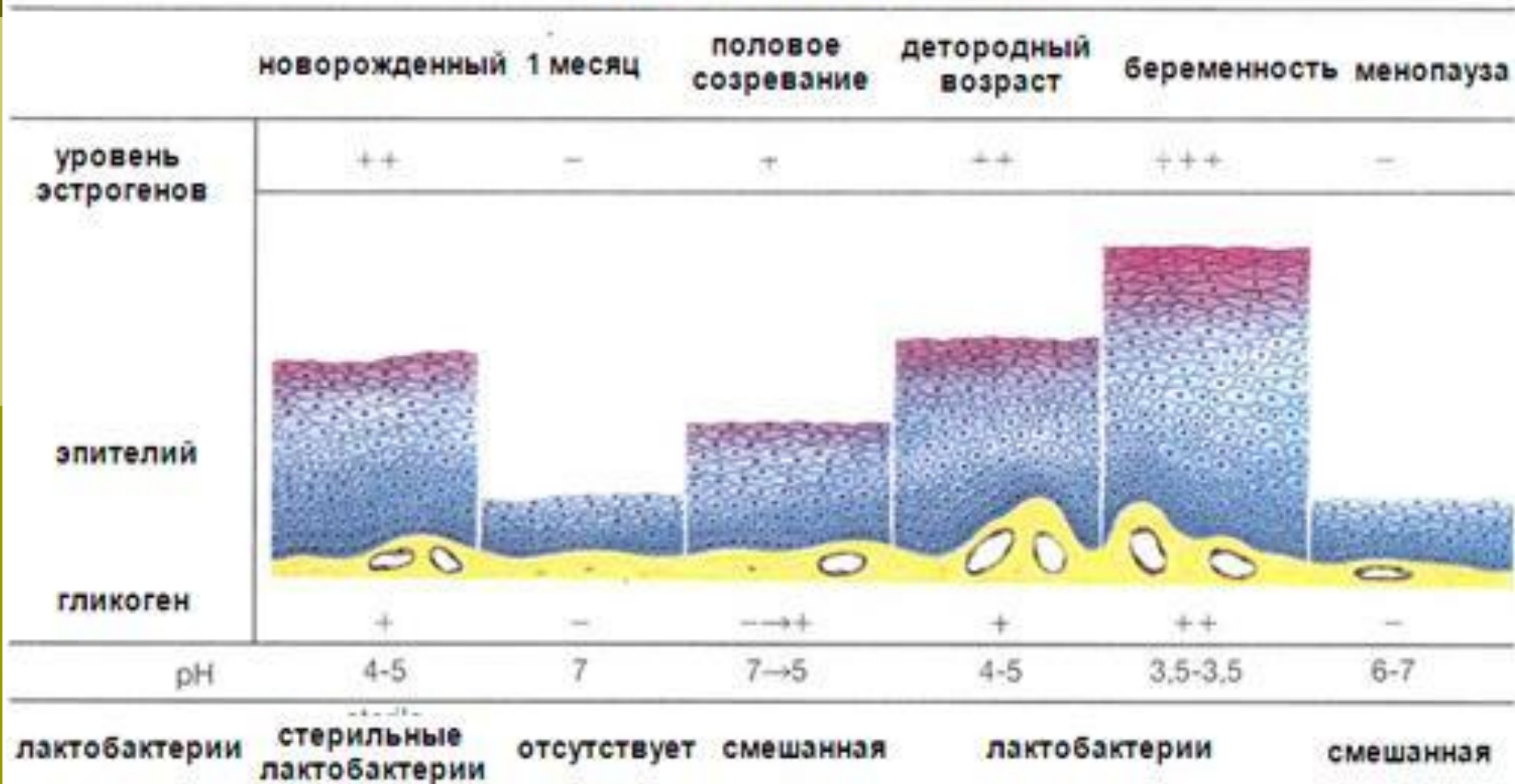
- **анамнез**
- **осмотр наружных половых органов и шейки матки в зеркалах, проведение бимануального исследования;**
- **термометрия;**
- **данные общего и биохимических анализов крови;**
- **общий анализ мочи;**

Диагностика воспалительных заболеваний гениталий

- рН-метрия
- данные бактериоскопии влагалищных мазков
- метод цитологический (*жидкостная цитология*)
- культуральный метод (бактериологического исследования - бакпосев);
- ПЦР – диагностика (PCR-Real Time – Фемофлор, Фемофлор Скрин, Андрофлор, Андрофлор Скрин);
- метод ИФА;
- УЗИ органов малого таза;
- гистероскопия;
- отдельное диагностическое выскабливание;
- лапароскопия.

рН-метрия

Экосистема влагалища



pH-метрия

- Всем женщинам при гинекологическом осмотре следует проводить pH-метрию вагинального содержимого: нормальная кислотность влагалища колеблется от 3,8 до 4,4.
- Уровень pH вагинального содержимого выше 4,4 — чёткое указание на необходимость обследования хотя бы на основные ИППП (решение о широте спектра лабораторного поиска врачу следует корректировать с учётом высокой стоимости соответствующих анализов и гинекологического анамнеза пациентки).

pH-метрия

- До pH 5,0 – начинает размножаться *Ureaplasma urealyticum*
- При pH 5,4 на эпителии, кроме *Gardnerella vaginalis*, продуктивно адгезируются виды *Mobiluncus*
- При pH от 5,7 во влагалище полноправно заселяются *Clostridium sordellii*
- От pH 6,0 начинает размножаться *Mycoplasma hominis*
- От pH 6,5 – бактерии рода *Enterobacteriaceae*
- От pH 8,0 - *Peptostreptococcus*

Скрининговые тесты

- Мазок по Папаниколау (Pap-smear test)
- Жидкостная цитология
- ВПЧ-тест (ПЦР-РВ, Digene test)
- Визуальный метод с пробами (альтернатива для развивающихся стран)

Скринет



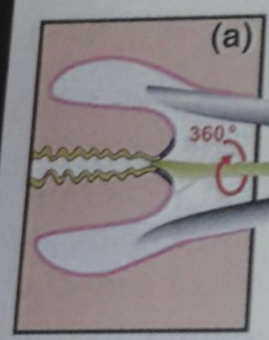
Шпатель Айре



Пайпель Марк II

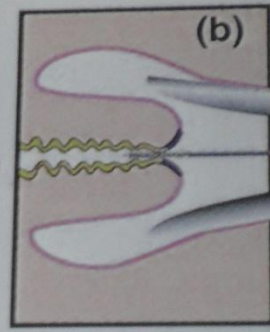


Дуо-браш

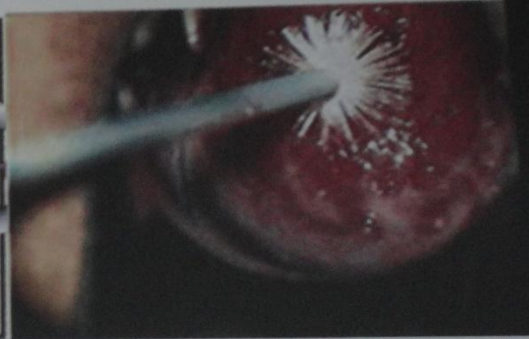


(a)

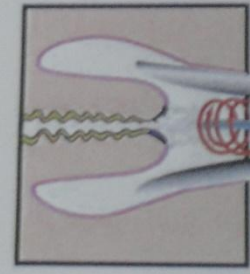
360°



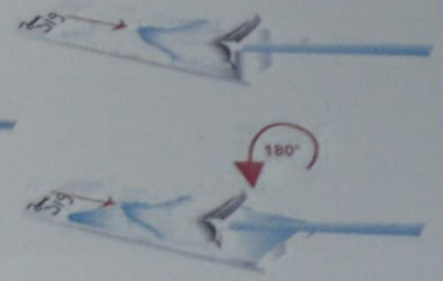
(b)



75



5x360°



180°

Жидкостная цитология

- Размещение материала не на стекле, а в транспортной жидкости
- Мазок тонкослойный, не загрязнен воспалительными и кровяными элементами
- Чувствительность выше, чем у традиционного мазка по Папаниколау
- Возможность компьютерной интерпретации большого числа мазков
- Возможность одновременного исследования клеточного материала из одного флакона на ВПЧ (ВПЧ-тест) и цитологию (ПАП-тест)
- Возможность проведения дополнительных, уточняющих исследований - выявление онкобелков p16 и Ki67



Юбилейный Всероссийский конгресс с международным участием «Амбулаторно-поликлиническая помощь - в эпицентре женского здоровья» 18-21 марта 2014 г.

PCR-real-time: Фемофлор-Скрин

- Контроль взятия материала (КВМ)
- Общая бактериальная масса (ОБМ)
- НОРМОФЛОРА - *Lactobacillus* spp.
- Анаэробные микроорганизмы
 - *Gardnerella vaginalis*+*Prevotella bivia*+*Porphyromonas* spp
- Микоплазмы
 - *Mycoplasma hominis*
 - *Mycoplasma genitalium*
 - *Ureaplasma (urealyticum+parvum)*
- Патогены
 - *Chlamydia trachomatis*
 - *Neisseria gonorrhoeae*
 - *Trichomonas vaginalis*
- Грибы *Candida* spp.
- Вирусы
 - Herpes simplex virus I, II
 - Cytomegalovirus



PCR-real-time: Фемофлор-16

- Контроль взятия материала (КВМ)
- Общая бактериальная масса (ОБМ)
- **НОРМОФЛОРА - Lactobacillus spp.**
- **Аэробные микроорганизмы**
 - Enterobacterium spp.
 - Streptococcus spp.
 - Staphylococcus spp.
- **Анаэробные микроорганизмы**
 - Gardnerella vaginalis+Prevotella bivia+Porphyromonas spp
 - Eubacterium spp.
 - Sneathia spp.+Leptotrichia spp.+Fusobacterium spp.
 - Megasphaera spp.+Veillonella spp.+Dialister spp.
 - Lachnobacterium spp.+Clostridium spp. +Mobiluncus spp.+Corinebacterium spp.
 - Peptostreptococcus spp.
 - Atopobium vaginae
- **Микоплазмы**
 - Mycoplasma hominis
 - Mycoplasma genitalium
 - Ureaplasma spp.
- **Грибы Candida spp.**



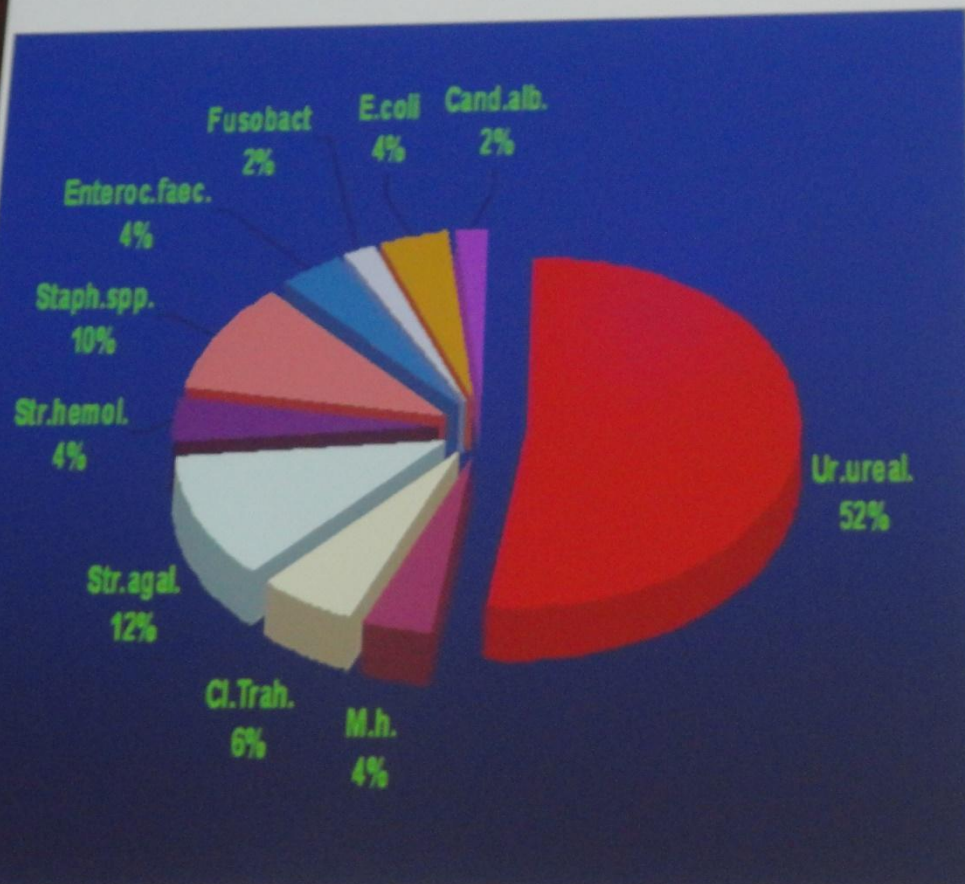
ПОКАЗАТЕЛИ	Андрофлор Скрин	Андрофлор
Общая бактериальная масса (ОБМ)	✓	✓
Геномная ДНК человека (ГДЧ)	✓	✓
Lactobacillus spp	✓	✓
Нормофлора: Staphylococcus spp., Streptococcus spp., Corynebacterium spp.	✓	✓
УПМ, ассоциированные с баквагинозом: Gardnerella vaginalis, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum	✓	✓
УПМ, ассоциированные с баквагинозом: Atopobium cluster, Megasphaera spp./Veilonella spp./Dialister spp., Sneathia spp./Leptotrihia spp./Fusobacterium spp.		✓
УПМ анаэробы: Bacteroides spp./Porphyromonas spp./Prevotella spp., Anaerococcus spp., Eubacterium spp., Peptostreptococcus spp./Parvimonas spp.		✓
УПМ: Pseudomonas aeruginosa / Ralstonia spp. / Burkholderia spp.		✓
УПМ: Haemophilus spp.		✓
УПМ: Enterobacteriaceae spp. / Enterococcus spp.	✓	✓
Дрожжеподобные грибы: Candida spp.	✓	✓
ИППП: Trichomonas vaginalis, Neisseria gonorrhoeae,	✓	



Осложнения воспалительных заболеваний половых органов

- **внематочная беременность;**
- **преждевременное прерывание беременности (аборт, роды);**
- **плацентарная недостаточность;**
- **внутриутробное инфицирование плода;**
- **бесплодие;**
- **формирование опухолей и опухолевых процессов малого таза;**
- **синдром хронических тазовых болей.**

Микробный состав амниотической жидкости при преждевременном излитии вод в 24-36 нед. беременности (PCR-real-time)



- Амниоцентез у 115 беременных при преждевременном излитии вод
- Повышение IL-6, IL-10, TNF, MMP-9 в амниотической жидкости во всех случаях

PLoS One. 2012; 7(8): e43677.

Юбилейный Всероссийский конгресс с международным участием «Амбулаторно-поликлиническая помощь - в эпицентре женского здоровья» 18-21 марта 2014 г.

Терминология

- ▣ **ВУИ: менингит, энцефалит, перитонит, энтероколит, сепсис, пневмония и т.д.**
- ▣ **Внутриутробное инфицирование: хориоамнионит, плацентит, децидуит и т.д.;**

Материнские инфекции могут стать причиной аутизма и шизофрении у ребёнка

- В апреле 2020 года в журнале *Brain, behavior, and immunity* был опубликован результат исследования, возможно, проливающего свет на **механизм** взаимосвязи **инфекционных процессов** в организме женщины во время беременности и **рисков возникновения аутизма, шизофрении** и других неврологических расстройств у ребёнка.
- Первые доказательства роли материнской инфекции в психических расстройствах и нарушениях развития появились после исследования **эпидемии гриппа 1918** года. У потомства женщин, перенёсших болезнь в период беременности, спустя 15–20 лет исследователи обнаруживали неврологические заболевания гораздо чаще, чем у тех, кого минула эпидемия.

Факторы риска внутриутробных инфекций

- хронические очаги инфекции в организме матери (в том числе наличие воспалительных заболеваний органов малого таза, урогенитальные инфекции);
- первичное инфицирование во время беременности, активация инфекционного процесса;
- патологическое снижение общего и местного иммунитета
- наличие экстрагенитальной патологии (анемия, тромбофилии, аутоиммунные заболевания);
- отягощенный акушерско-гинекологический диагноз;
- неблагоприятные социально-бытовые факторы.

Влияние инфекции на эмбрион заключается в воздействии комплекса:

1. патологическое воздействие микроорганизмов и их токсинов (инфекционное заболевание, гипоксия плода, задержка развития плода);
2. нарушение процесса имплантации и плацентации (низкая плацентация, предлежание плаценты);
3. снижение метаболических процессов и иммунологической защиты плода.

Базовый спектр обследования беременных женщин (приказ №572н)

Рубрики А1, А2, А3

- Анализы крови¹²³⁴ и мочи, определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*)
- Микроскопическое исследование отделяемое женских половых органов на гонококк, микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на грибы рода кандиды

Базовый спектр обследования беременных женщин (приказ №572н)

В-комплекс исследований на инфекции

- Микробиологическое исследование отделяемое женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и чувствительность к антибиотикам
- Микроскопическое исследование отделяемое женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы
- Полимеразная цепная реакция (далее ПЦР)
Chlamidia (?) trachomatis

Бактериальный вагиноз

- Существует мнение, что БВ — самостоятельная нозологическая форма заболевания.
- БВ — полимикробное заболевание. При нем происходит замещение протективных лактобацилл анаэробными микроорганизмами, такими как *Bacteroides/Prevotella spp.*, *Mobiluncus spp.*, *Veillonella spp.*, *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Megasphaera spp.*, *Leptotrichia spp.* и др.

Бактериальный вагиноз

Пути передачи

- У взрослых: **БВ не относится к ИППП**, однако есть связь между возникновением заболевания и наличием большого числа половых партнеров (не только мужчин, но и женщин) и их частой сменой, различными способами сексуальных отношений (**оральные, анальные контакты**).

Факторы риска, ассоциированные с развитием БВ:

- характер половой жизни (частая смена половых партнеров, их большое количество);
- перенесенные СТИ (хламидиоз, гонорея, трихомоноз);
- частые влагалищные души, спринцевания;
- ятрогенные факторы: антибиотикотерапия, использование внутриматочных средств для контрацепции, вагинальных колец и пессариев, применение спермицидов;
- гипоэстрогенные состояния

При измерении **pH влагалищной жидкости** с помощью индикаторных полосок

Кольпо-тест pH — показатель кислотности **сдвигается в щелочную сторону от 4,5 до 7,5.**

Бактериальный вагиноз

Половой путь передачи и ведение половых партнеров

Считается, что БВ не передается половым путем, хотя ассоциация этого заболевания с сексуальными контактами очевидна. Проведение скрининга, а также лечение партнера(ов) мужского пола в отсутствие симптомов не требуется.

Согласно результатам клинических исследований, ответ женщин на лечение и возможность рецидива БВ не зависят от лечения половых партнеров.

NB! На настоящий момент нет точных данных о необходимости лечения партнеров в отсутствие у них симптомов в случае наличия рецидивирующего БВ у женщины.

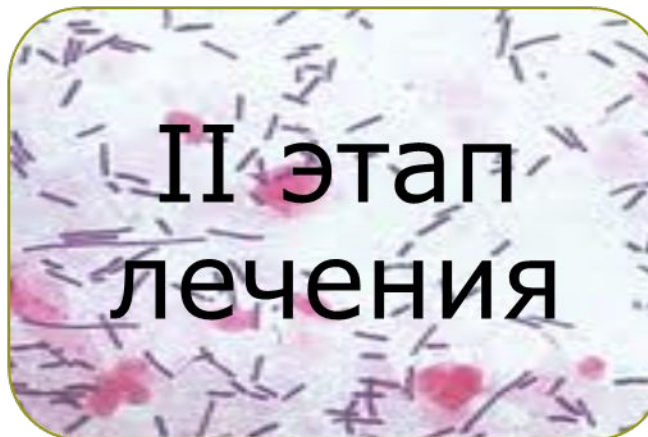
Бактериальный вагиноз

- Диагностика (критерий Амсея) – $\text{pH} > 4,5$, аминный тест, ключевые клетки, клинические проявления (жидкие бели с «рыбьим запахом»).
- Влияние на плод – снижение массы тела, хроническая гипоксия.
- Влияние на беременность – повышен риск преждевременного прерывания беременности, хориоамнионит, послеродовые гнойно-воспалительные заболевания.
- Профилактика – своевременное восстановление микрофлоры влагалища.

Лечение заболеваний, сопровождающихся нарушением микробиоценоза влагалища



- назначение препаратов с антимикробным действием, направленных на снижение количества анаэробных микроорганизмов



- восстановление нормального биоценоза влагалища

I этап терапии:

Рекомендованные схемы лечения бактериального вагиноза:

- клиндамицин крем 2% 5,0 г в аппликаторе (разовая доза) интравагинально 1 раз в сутки (на ночь), в течение 7 дней

или:

- метронидазол гель 0,75% 5,0 г (разовая доза) интравагинально 1 раз в сутки (на ночь), в течение 5 дней

или:

- метронидазол внутрь по 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней

или:

- орнидазол внутрь по 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней

Альтернативные схемы лечения:

- клиндамицин овулы 100 мг интравагинально на ночь в течение 3 дней

или:

- клиндамицин капсулы внутрь по 300 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней

или:

- метронидазол таблетки внутрь 2,0 г однократно

Лечение бактериального вагиноза

- I этап: противомикробная терапии
 - системная (клиндамицин)
 - местная (метронидазол, клиндамицин, тернидазол, гексикон)

- II этап: восстановление микробиоценоза
 - Применение биологических препаратов
 - системных (ацилакт, лактобактерин, бифидобактерин, хилак-форте, линекс, риофлора баланс, риофлора иммуно)
 - Применение биологических препаратов
 - местных (лактонорм, фемилекс, вагинорм С)

Бактериальный вагиноз

- В I триместре целесообразно использовать бетадин (повидон-йод) 14 дней, гексикон (хлоргексидин биглюконат) по 1 суппозитории 2 раза в сутки в течение 7 -10 дней.
- Во II-III триместрах беременности для лечения БВ можно использовать клион-Д 100, далацин, тержинан.

Вагинальный кандидоз

- В структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища частота ВК составляет 24 – 36%.
- Практически у каждой второй беременной встречаются признаки ВК.
- За последние годы частота ВК у доношенных новорожденных возросла с 1,9 до 15,6%.

Пути передачи ВВК

- *У взрослых:* согласно современным данным, ВВК не передается половым путем и не относится к ИППП, что не исключает возможности возникновения кандидозного баланопостита у мужчин — половых партнеров женщин с ВВК.
- В рабочей версии МКБ-11 сообщается, что ВВК распространяется эндогенно, но также может передаваться половым путем.

Вагинальный кандидоз

Дифференциальная диагностика:
исключить (!)

- бактериальные,
- протозойные,
- вирусные инфекции,
- дерматозы,
- аллергические реакции.

Возможно сочетание ВВК с этими заболеваниями.

Примеры формулировки расширенного диагноза:

- Неосложненный вульвовагинальный кандидоз.
- Осложненный (*C. albicans*, рецидивирующий) вульвовагинальный кандидоз.
- Осложненный (*C. glabrata*, рецидивирующий) вульвовагинальный кандидоз.
- Осложненный (*C. albicans*) вульвовагинальный кандидоз на фоне сахарного диабета.

Вагинальный кандидоз

- Клиника у беременной – кандидозный вульвовагинит, кандидоз полости рта, ЖКТ, кожи.
- Диагностика – микроскопия, бакпосев, ПЦР.
- Влияние на плод – интранатальное, контактное заражение, высокий риск колонизации полости рта, ЖКТ, у 90% инфицированных детей в течение 1-й недели жизни развивается «молочница полости рта», «пеленочный дерматит».
- Профилактика – выявление факторов риска, предгравидарная подготовка, санация беременной.

Особые ситуации

▣ **В период беременности**

- ▣ Не следует использовать пероральные препараты
- ▣ До 12 нед беременности и в период лактации при грудном вскармливании используется натамицин по 1 суппозиторию в течение 6 дней.
- ▣ После 12 нед беременности с осторожностью возможно интравагинальное применение итраконазола, кетоконазола, клотримазола, сертаконазола, тиоконазола, циклопирокса, эконазола.

Обследование и лечение полового партнера

- ▣ Проведение скрининга, а также лечение партнера(ов) мужского пола **в отсутствие симптомов не требуется.**
- ▣ При наличии баланита/баланопостита: применение партнером местных азоловых средств в виде крема или флуконазола 150 мг внутрь однократно.

рецидивов ВВК

- Применение *Lactobacillus casei rhamnosus Doderleini Lcr-35* по 1 вагинальной капсуле 1 раз в день в течение 21 дня
- Имеются данные о благоприятных результатах применения вагинальных капсул пробиотиков, содержащих *Lactobacillus casei rhamnosus Doderleini Lcr-35*, позволяющих снизить частоту преждевременных родов и рождение маловесных детей

Препараты



СИСТЕМНЫЕ

МЕСТНЫЕ

Терапия:

- Локальная (местная) терапия
- Системная терапия
- Комбинированная терапия (системная + местная)

Системные-

Это антимикотики в таблетках или капсулах, принимаемые внутрь, действующие в первую очередь в кишечнике, а потом всасывающиеся в кровь и проникающие во все органы и ткани организма. Вне беременности такой прием антимикотиков является основным и предпочтительным, поскольку основной очаг грибов находится в кишечнике, и именно там нужно их уничтожить в первую очередь.

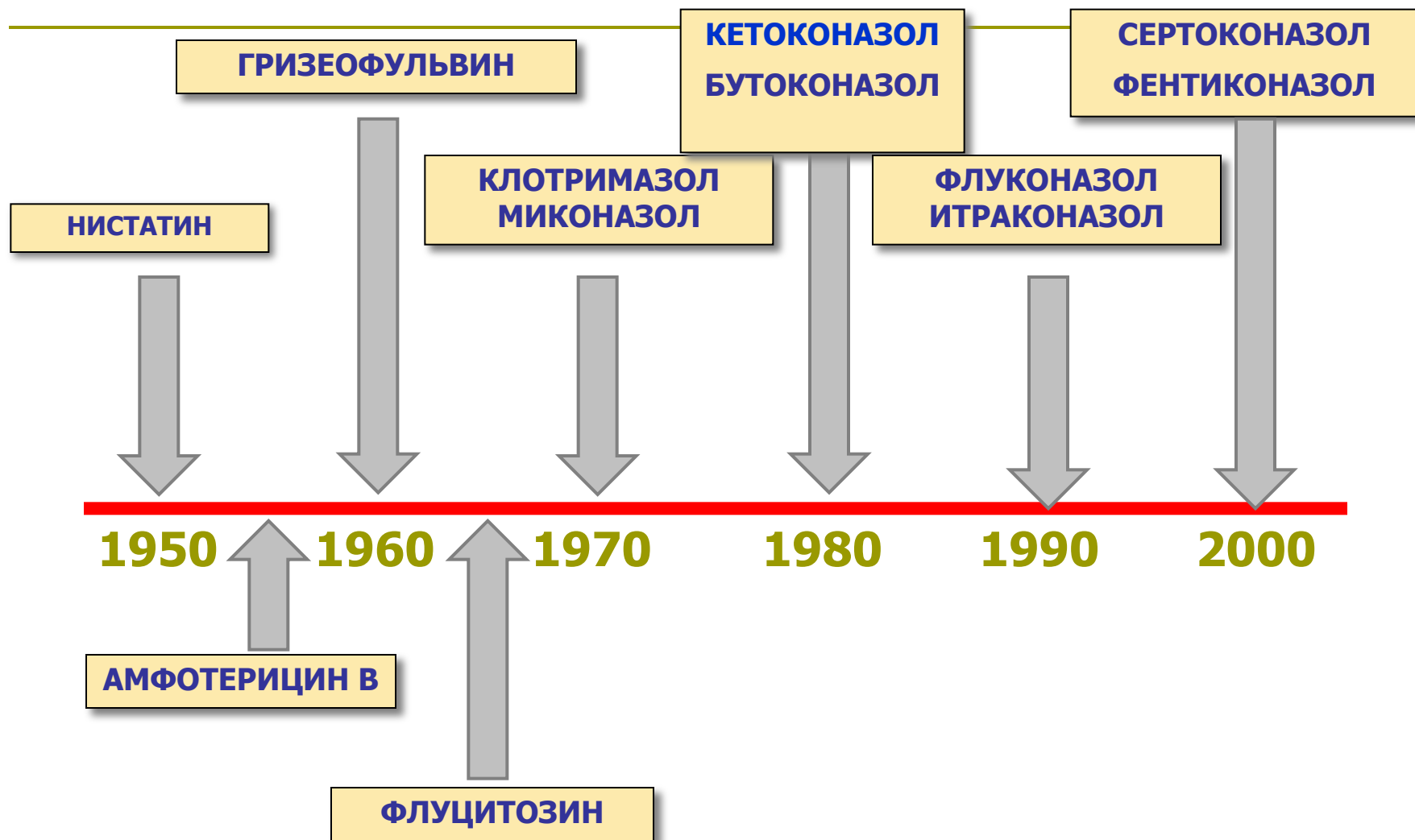
Кроме того, даже во влагалище грибы живут в толще стенок, а местные препараты действуют только на поверхности, уменьшая проявления кандидоза (и даже нормализуя микроскопическую картину), но не убивая полностью ее возбудителя.

Местные-

антимикотики, применяемые в виде свечей, влагалищных таблеток и кремов.

Топическое лечение может сочетаться с системным, а во время беременности является предпочтительным.

Эволюция противогрибковых препаратов



Группы препаратов:

- Антибиотики (нистатин, леворин, пимафуцин, амфотерицин В);
- Имидазолы (клотримазол, кетоконазол, бутоканазол, миконазол, эконазол);
- Триазолы (флуконазол, итраконазол);
- Сертаконазол (Залаин);
- Фентиконазол (Ломексин);
- Комбинированные препараты (Полижинакс, Клион Д, Тержинан, Нео-Пенотран, Нео-Пенотран форте, Нео-Пенотран форте L);

Вагинальный кандидоз

- в I,II,III триместрах, показан прием пимафуцина (натамицин оказывает фунгицидное действие). Пимафуцин назначают по 1 суппозитории (1 вагинальная суппозитория содержит 100 мг натамицина) 1 раз в день, в течение 3-6 дней;
- Со II триместра беременности можно использовать залаин (сертоканазол) и тержинан. При наличии вульвовагинита, целесообразно использовать свечи в комбинации с наружной обработкой кремом Залаин (2%).
- Использование системных антимикотиков (флуконазол) возможно с 32 недель гестационного периода.

▣ Класс Mollicutes

▣ Порядок Mycoplasmatales

▣ Семейство

Mycoplasmataceae

▣ Род

Ureaplasma

(более 100 видов)

Mycoplasma

Mycoplasmataceae

- Является причиной 30-40% урогенитальных заболеваний.
- Частота колонизации мочевых органов уреоплазмами у мужчин- 25%, а у женщин – до 80%
- Частота выявления *U. Urealyticum* среди гинекологических больных составляет – 49,5- 55,4%

Урогенитальный микоуреаплазмоз

- Причиной воспалительных заболеваний урогенитального тракта могут быть представители класса Mollicutes, к которым относятся *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum*.
- Распространенность – инфицированы 15-40% беременных женщин.
- Путь передачи – половой, вертикальный (преимущественно интранатально).

Микоплаз

мы

- Самые мелкие из прокариот.
- По сравнению с другими бактериями наиболее часто возникают мутации, что свидетельствует об их постоянной эволюции.
- Способны проникать в клетки хозяина и вызывать слияние клеток, апоптоз и даже онкогенные эффекты.

Уреаплазма

- Мелкий грамотрицательный полиморфный микроорганизм
- Является мембранным паразитом способным к внутри- и внеклеточным паразитом.
- Локализуется преимущественно в урогенитальном тракте и носоглотке.
- Передается преимущественно половым путем.

Топография поражения:

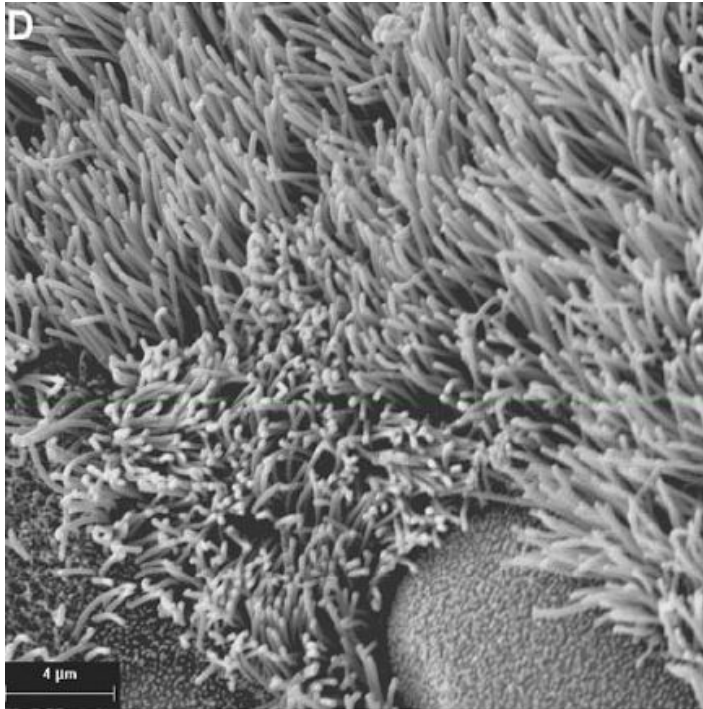
- ▣ **Заболевания нижнего отдела-** уретрит ,
парауретрит, цистит, бартолинит, кольпит,
эндоцервицит
- ▣ **Восходящая инфекция-** эндометрит,
сальпингит, сальпингоофорит,
пельвиоперитонит .

По времени:

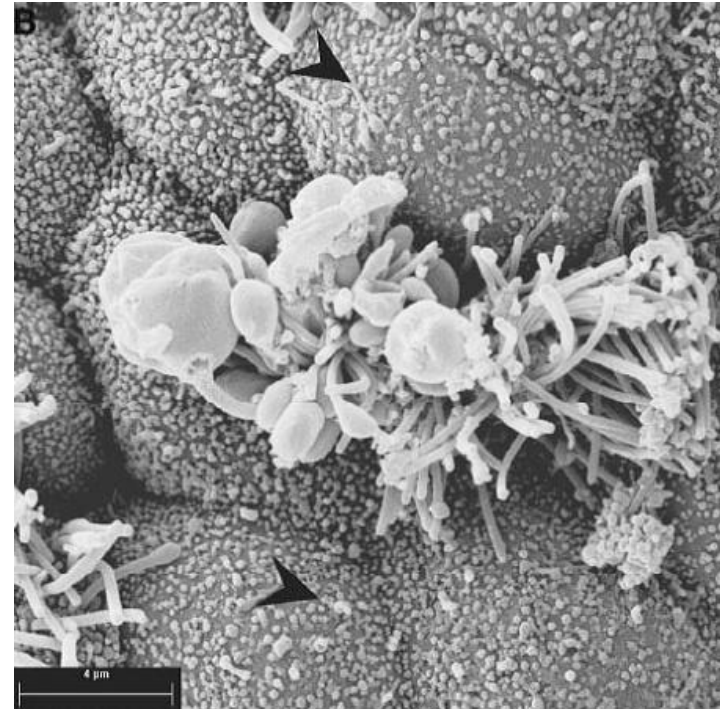
- ▣ **Свежий** (острый, подострый, вялотекущий) –
менее 2 мес.
- ▣ **Хронический**, малосимптомный- более 2 мес.

Роль *Mycoplasma genitalium*

Образцы ткани фаллопиевых труб человека



Образец «здоровой»
ткани



После заражения *M. genitalium*.
Выраженное обеднение ворсинчатого
эпителия

Урогенитальный микоуреаплазмоз

Факторы риска

- Эктопия шейки матки-10-15%
- Молодой возраст
- Раннее начало половой жизни высокая сексуальная активность
- Большое количество половых партнеров
- Беременность

Урогенитальный микоплазмоз

Клиника

- Инкубационный период по разным данным колеблется от 5 до 60 дней.
- Основные жалобы: зуд чувство жжения белесоватые слизисто-гнойные выделения дизурические расстройства разной степени выраженности
- Воспалительный процесс наиболее выражен в пред- и постменструальном периоде.
- У девочек протекает в виде острых и подострых форм вульвовагинита

Лечение уреаплазменной инфекции

- При наличии клинических проявлений, а также выявлении *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum* (более 10^4 КОЕ), используют antimicrobial препараты
- Основные принципы терапии сходны с основами лечения ИППП, а именно : комплексное лечение обоих партнеров, на период лечения - применение барьерных методов контрацепции

Урогенитальный микоуреаплазмоз

- Клиника у беременной – бессимптомное течение, цервицит, самопроизвольный выкидыш, преждевременные роды, многоводие, хориоамнионит.
- Диагностика – ПЦР: Фемофлор Скрин, Фемофлор 16, бакпосев.
- Влияние на плод - в ассоциации с другими патогенными или условно-патогенными микроорганизмами вызывают конъюнктивиты, врожденные пневмонии, респираторный дистресс-синдром, хронические заболевания легких, менингит и неонатальный сепсис.

Микоплазмоз при беременности

А 64 Болезни, передаваемые половым путем, не уточненные
(приказ № 572н)

- Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.
- ПЦР + чувствительность к антибиотикам (бакпосев из цервикального канала).

Микоплазмоз при беременности

А 64 Болезни, передаваемые половым путем, не уточненные
(приказ № 572н)

Показания к обследованию на *M.genitalium*:

- воспалительные процессы в нижних отделах мочеполового тракта;
- наличие осложнений (воспалительные заболевания органов малого таза – ВЗОМТ, бесплодие и др.);
- обследование полового партнера пациента с обнаруженной *M.genitalium*;
- обследование женщин при планировании и во время беременности.

Микоплазмоз при беременности

А 64 Болезни, передаваемые половым путем, не уточненные
(приказ № 572н)

Показания к обследованию на другие микоплазмы (*U. urealyticum*, *U. parvum*, *M. hominis*):

- наличие клинико-лабораторных признаков воспалительного процесса органов урогенитального тракта при отсутствии патогенных микроорганизмов;
- отягощенный акушерский анамнез (невынашивание беременности, бесплодие, перинатальные потери и др.);
- осложненное течение настоящей беременности, предполагающее возможное инфицирование плода.

Микоплазмоз при беременности

А 64 Болезни, передаваемые половым путем, не уточненные
(приказ № 572н)

***При наличии клинических
проявлений со стороны
урологического тракта:***

- общий анализ мочи (анализ мочи по Нечипоренко);
- бактериологический анализ мочи + чувствительность к антибиотикам;
- консультация врача-уролога.

Микоплазмоз при беременности

А 64 Болезни, передаваемые половым путем, не уточненные
(приказ № 572н)

- Азалиды (азитромицин).
- Полусинтетические пенициллины (амоксцициллин).

Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике:

Евразийские клинические рекомендации (2016)



7.5 Инфекции, передаваемые половым путем

Особенность и пациентов и патологии	Основные возбудители	Средства 1-й линии	Средства 2-й линии	Примечания
Уретрит, вагинит, цервицит	<i>M. hominis</i> <i>U. urealyticum</i>	Джозамицин 0,5 3 р/с 10 дн. Доксициклина моногидрат 0,1 2 р/с 10 дн.		Лечение показано при наличии клинико-лабораторных признаков воспаления, бесплодии, невынашивани и, перинатальных потерях в анамнезе, а также терапии подлежат доноры спермы
Беременные		Джозамицин 0,5 3 р/с 10 дн.		

Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике: Евразийские клинические рекомендации (2016)



7.5 Инфекции, передаваемые половым путем

Особенность и пациентов и патологии	Основные возбудители	Средства 1-й линии	Средства 2-й линии	Примечания
Уретрит, вагинит, цервицит	<i>M. genitalium</i>	Джозамицин 0,5 3 р/с 10 дн. Доксициклина моногидрат 0,1 2 р/с 10 дн.	Офлоксацин вн.0,4 2 р/с 7 дн.	При осложненной форме инфекции <i>M. genitalium</i> продолжительность лечения может варьировать до 14 дней
Беременные		Джозамицин 0,5 3 р/с 10 дн.		Лечение беременных с заболеваниями, вызванные <i>M. genitalium</i>, осуществляется на любом сроке

Критерии излеченности

- ▣ **Контроль излеченности (для *M.genitalium*) проводят через 6-8 недель после ОКОНЧАНИЯ терапии (Фемофлор Скрин).**

Урогенитальный микоуреаплазмоз

- Локальную терапию, одновременно с использованием системных антибиотиков, можно осуществлять с помощью **гексикона** (вагинальных таблеток). Гексикон активен в отношении простейших, вирусов, грамположительных и грамотрицательных бактерий, а также *Ureaplasma spp.*, *Chlamydia spp.* Состав вагинальных таблеток включает хлоргексидин биглюконат **по 1 свече 2 раза в сутки в течение 7 -10 дней** (отсутствует вытекание препарата из влагалища).
- Одновременно с антимикробными препаратами (со II триместра беременности) целесообразно использовать противовирусную терапию (виферон, генферон).

Урогенитальный микоплазмоз

- Виферон – комбинированный препарат, который обладает противовирусной, иммуномодулирующей и антипролиферативной активностью. В состав виферона входит интерферон человеческий рекомбинантный альфа-2b, а также аскорбиновая кислота и токоферол.

Беременным женщинам препарат назначают:

- **с 14-й по 30-ю неделю** Виферон-1 используется в свечах по 500000 МЕ по 1 свече 2 раза в день (10 дней);
- **с 30-й по 40-ю неделю** Виферон-2 по 1000000 МЕ по 1 свече 2 раза в день (10 дней).

Урогенитальный микоплазмоз

- Генферон – является комбинированным препаратом, содержащим интерферон (ИФН) человеческий рекомбинантный альфа-2, а также таурин и анестезин. Препараты рекомбинантных интерферонов обладают противовирусной, антипролиферативной и иммуномодулирующей активностью, усиливают действие антибиотиков.
- Во время беременности Генферон можно использовать после 14 недель гестационного периода по 500000 МЕ назначают 2 раза в день, ректально в свечах (10 дней).

Хламидийная инфекция у женщин

Лишь в 30% случаев инфекция сопровождается следующими симптомами и признаками:

- Слизисто-гнойный цервицит
- Гнойные выделения из влагалища
- Боль внизу живота
- Кровоточивость после полового акта или между менструациями
- Дизурия
- Признаки воспалительного заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), хронические тазовые боли

Кроме этого –

- Выделения из ануса и прямой кишки или дискомфорт в этой области
- Конъюнктивит

Урогенитальный хламидиоз

- Распространенность – инфицированы до 7% беременных.
- Путь передачи – половой, вертикальный (антенатально, интранатально).
- Клиника у беременной – бессимптомное течение, цервицит (до 80%), преждевременные роды (риск увеличен в 1,5 раза), многоводие, хориоамнионит.

Этиологические особенности течения хламидийной инфекции

- Ассоциация с микоплазменной и уреоплазменной инфекцией – в 22 – 28% случаев
- Ассоциация с бактериальным вагинозом в 14-24% случаев;
- С вагинальным кандидозом – в 13-15%;
- С трихомониазом – в 5-10%;
- С гонореей – в 3-5%;
- С вирусом простого герпеса – в 18-20%;
- Моноинфекция – 36-47%

А 55 Хламидийная лимфогранулема (венерическая) при беременности

А 56 Другие хламидийные болезни, передаваемые половым путем.

А 56.0 Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполовой системы.

А 56 1 + Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов. (приказ №572н)

- 1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.
- 2. Обследование в соответствии с рубрикой В.
- 3. При наличии цервицита, воспалительных заболеваний органов малого таза, уретрита обследование на хламидиоз.
- 4. ПЦР метод исследования мазка из цервикального канала.
- 5. При положительной ПЦР кровь из вены на:
 - а) антитела IgM, IgA, IgG к хламидийным антигенам;
 - б) определение хламидийного антигена в крови.
- 6. **Через 3-4 недели после окончания терапии контроль излеченности (ПЦР метод).**
- 7. В 36-37 недель (у пролеченных ранее) – обследование см. пункт 5. У не леченых п.5.

Урогенитальная хламидийная инфекция: критерии назначения терапии

- Подтвержденная лабораторно инфекция, вызванная *C. trachomatis* (генитальная, экстрагенитальная – конъюнктивит, проктит, фарингит)
- Инфекция, вызванная *C. trachomatis* у полового партнера
- Наличие у сексуального партнера цервицита, ВЗОМТ, уретрита, эпидидимита хламидийной или гонококковой этиологии
- Сексуальное насилие

А 55 Хламидийная лимфогранулема (венерическая) при беременности

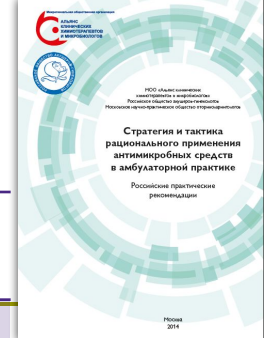
А 56 Другие хламидийные болезни, передаваемые половым путем.

А 56.0 Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполовой системы.

А 56 1 + Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов. (приказ №572н)

- Антибиотикотерапия после 12 недель (макролиды, полусинтетические пенициллины) при наличии клинических проявлений инфекции.
- В 36-37 недель антибактериальная терапия с лечебной целью для профилактики интранатального инфицирования плода.

Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике: Евразийские клинические рекомендации (2016)



7.5 Инфекции, передаваемые половым путем

Особенности пациентов и патологии	Основные возбудители	Средства 1-й линии	Средства 2-й линии	Примечания
Хламидийный уретрит, цервицит	<i>C.trachomatis</i>	Доксициклина моногидрат 0,1 2 р/с 10 дн. Джозамицин 0,5 3 р/с 10 дн. 0,5 3 р/с 10 дн. Азитромицин вн. 1,0 г однократно	Левифлоксацин 0,5 1 р/с 7 дн. Офлоксацин вн.0,4 2 р/с 7 дн.	Высокий риск ко-инфекции гонококками и другими ИППП
Беременные		Джозамицин 0,5 3 р/с 7 дн.		Лечение беременных осуществляется на любом сроке беременности

РОССИЙСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ РОДВК 2012 РЕЖИМЫ ТЕРАПИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА

Препараты выбора:

- ▣ **Доксициклина моногидрат** 100 мг 2 раза в сутки 14-21 дней
или
- ▣ **Джозамицин** 500 мг внутрь 3 раза в сутки 14-21 дней

Урогенитальный хламидиоз

- Влияние на плод - вертикальная передача – до 70%, конъюнктивит (20-50%), пневмония (10-20%).
- Лечение вне беременности и во время беременности проводится аналогично, как при терапии уреамикоплазменной инфекции
- Профилактика – предгравидарная подготовка, санация беременной.

Критерии излеченности

- ▣ **Контроль излеченности (для *M.genitalium*) проводят через 6-8 недель после ОКОНЧАНИЯ терапии (Фемофлор Скрин).**
- ▣ **Контроль излеченности (для *M.genitalium*) возможен через 2 недель после ОКОНЧАНИЯ терапии (NASBA).**

0 98.2 Гонорея, осложняющая беременность, деторождение или послеродовой период
(приказ №572н)

- 1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.
- 2. Скрининговая микроскопия влагалищного мазка
- 3. При положительном результате микроскопическое исследование отделяемого влагалища, уретры, прямой кишки.
- 4. При положительном результате – консультация врача дерматовенеролога
- 5. Бактериологический посев на гонококк с определением чувствительности к антибиотикам

Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике:

Евразийские клинические рекомендации (2016)



7.5 Инфекции, передаваемые половым путем

Особенность и патологии	Основные возбудители	Средства 1-й линии	Средства 2-й линии	Примечания
Инфекция нижних отделов мочеполового тракта (уретрит, цервицит)	<i>N.gonorrhoeae</i>	Цефтриаксон в/м 0,25 однократно Цефиксим вн. 0,4 однократно		
Беременные		Цефтриаксон в/м 0,25 однократно	Цефиксим вн. 0,4 однократно	Лечение беременных осуществляется на любом сроке беременности

Лечение гонококковой инфекции у беременных (2016)

- По рекомендации CDC, IUSTI и РОАГ – на любом сроке беременности. Лечение по тем же схемам, что вне беременности

Трихомониаз

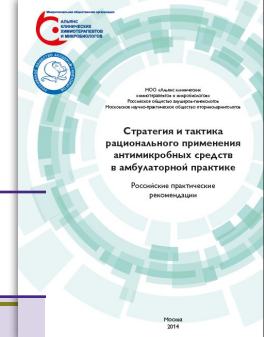
- Возбудитель – *Trichomonas vaginalis*.
- Распространенность – инфицированы до 5% беременных.
- Путь передачи – половой.
- Мочеполовой трихомониаз является многоочаговой инфекцией. Клинические проявления во время беременности включают наличие следующих признаков:
 - вульвовагинит,
 - дизурия,
 - бессимптомное течение (до 50%),
 - повышен риск преждевременного прерывания беременности,
 - развитие хориоамнионита,
 - развитие послеродовых гнойно-септических заболеваний.
- Диагностика – микроскопия нативного мазка, ПЦР, культура, серологические методы.
- Влияние на плод – низкая масса тела при рождении.

Трихомониаз

- Во время беременности лечение трихомониаза в I триместре беременности можно начинать с 10 недели гестационного периода тержинан по 1 вагинальной таблетке на протяжении 10-20 дней.
- Во II-м и III-м триместрах беременности можно использовать клион Д, метронидазол.
- Профилактика – предгравидарная подготовка, санация во время беременности.

Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике:

Евразийские клинические рекомендации (2016)



7.5 Инфекции, передаваемые половым путем

Особенность и пациентов и патологии	Основные возбудители	Средства 1-й линии	Средства 2-й линии	Примечания
Урогенитальный трихомониаз (уретрит, цервицит)	<i>T. vaginalis</i>	Метронидазол вн. 0,5 2 р/д, 7 дней Орнидазол вн. 0,5 2 р/день, 5 дней Тинидазол 0,5 2 р/день, 5 дней		
Беременные		Метронидазол вн. 2 г однократно		Лечение беременных осуществляется на любом сроке беременности для предотвращения ПРПО

Генитальный герпес

- К факторам высокого риска относится манифестная форма первичного генитального герпеса в последнем триместре беременности (риск инфицирования до 50%).
- К факторам низкого риска относится первичный эпизод генитального герпеса у серопозитивных женщин после 34 недели беременности (риск неонатальной инфекции до 5%).
- Путь передачи – половой, вертикальный, прямой контакт.
- Клиника – эпизоды генитального герпеса, бессимптомная инфекция. Влияние на плод - риск вертикальной передачи при первичном эпизоде – 50%, при рецидиве – 4%, антенатально – 5%, интранатально – 90%, постнатально – 5%.

Генитальный герпес

- В I триместре беременности, при рецидиве инфекции проводится
 - обработка герпетических высыпаний раствором бриллиантовой зелени;
 - назначают витамины группы В
 - внутривенно капельно используют человеческий иммуноглобулин по 25 мл (№3 в 200,0 мл изотонического раствора).

Генитальный герпес

Начиная со II триместра, противогерпетическая химиотерапия проводится по следующим показаниям:

- первичный, рецидивирующий генитальный герпес в сочетании с угрозой прерывания беременности или симптомами инфицирования плода;
- беременным женщинам с генитальной герпетической инфекцией за 10-14 дней до родов следует проводить противогерпетическую химиотерапию.

С этой целью используют валоциклофир по 500 мг 2 раза в день 5 дней или ацикловир по 200 мг 5 раз (5 дней).

Одновременно с этиотропной терапией целесообразно использовать свечи с генфероном.

Генитальный герпес

Профилактика:

- Операция кесарева сечения при первичной инфекции накануне родов;
- в период предгравидарной подготовки целесообразно назначать супрессивную терапию валтрексом (при рецидиве).

Цитомегаловирусная инфекция

- Возбудитель – цитомегаловирус, представитель оппортунистических инфекций, клинические проявления которых манифестируются только на фоне иммунодефицитных состояний.
- Группа риска – серонегативные беременные женщины (10-30%).
- Распространенность врожденной ЦМВИ – 0,2-2,5% новорожденных.
- Путь передачи – контакт с биологическими жидкостями больного, половой.

Цитомегаловирусная инфекция

- Клиника у беременной – в 20% случаев возникают неспецифические симптомы вирусной инфекции (лихорадка, фарингит, лимфаденопатия).
- Диагностика – серологический метод (обнаружение IgM или значительное повышение титра IgG), ПЦР.
- Путь передачи – вертикальная передача, при первичной ЦМВИ, – 30-50%, при вторичной ЦМВИ – 2%, при вертикальной передачи – антенатальный (трансплацентарный или восходящий путь), интранатальный (восходящий путь), постнатальный (с грудным молоком).

Цитомегаловирусная инфекция

- Влияние на плод - у 90% новорожденных симптоматика на момент рождения отсутствует, в дальнейшем у 5-20% выявляют глухоту, умственную отсталость, задержку психомоторного развития.
- Лечение ЦМВИ проводится аналогично лечению герпесвирусной инфекции.
- Профилактика – ограничение контакта серонегативных беременных с лицами, выделяющими вирус.

Абсолютные показания для прерывания беременности

- краснуха до 16 недель беременности;
- развитие тяжелых форм хронического активного гепатита или цирроза печени при гепатитах В и С;
- развитие тяжелых отечных форм гемолитической болезни плода при парвовирусной инфекции;
- развитие тяжелых форм пневмонии, вызванной вирусом ветряной оспы, опоясывающего лишая.

Относительные показания для прерывания беременности

- первичный генитальный герпес или ЦМВ-инфекция на ранних сроках беременности;
- первичный токсоплазмоз в ранние сроки беременности;
- ВИЧ-инфекция;
- ветряная оспа в первые 20 недель беременности.

Профилактика ВУИ при планировании беременности

1. Проведение прививок у серонегативных женщин, планирующих беременность:
 - против гепатита В;
 - против краснухи, против кори и паротита;
 - против гриппа в осенне-зимний период;
 - против полиомиелита при поездках в эндемичные зоны в случае, если последняя вакцинация проводилась более 10 лет назад;
 - против ВПЧ.

Профилактика ВУИ при планировании беременности

2. В обязательном порядке проводится:

- профилактические курсы терапии против ВПГ при наличии тяжелых форм генитального герпеса.
- Определение серологического статуса по TORCH-комплексу.
- Обследование на наличие хламидийной, мико-уреаплазменной инфекции не менее чем двумя методами диагностики

Ведение половых партнеров

- Все партнеры, находившиеся в половом контакте с больным в течение 60 дней до установления диагноза подлежат обязательному обследованию и лечению
- Не рекомендуются сексуальные отношения в период лечения, а также диспансерного наблюдения (до установления контроля излеченности)
- Показано использование презерватива



Лечение воспалительных заболеваний в акушерстве и гинекологии

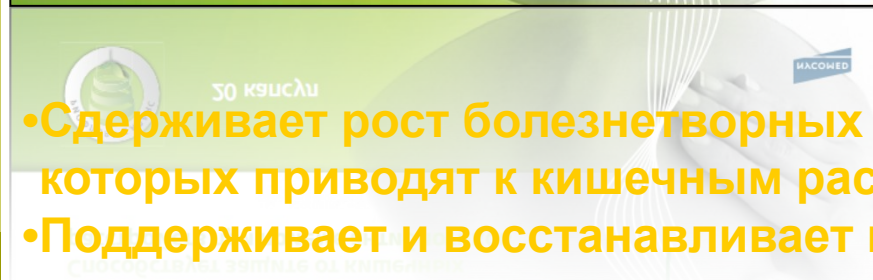
1. **рациональная антимикробная терапия;**
2. **восстановление микрофлоры;**
3. **терапия, направленная на устранение нарушений микроциркуляции и ДВС-синдрома;**
4. **анальгетики и противовоспалительная терапия;**
5. **антимикотики;**
6. **иммунокорректирующая терапия;**
7. **антигистамины;**
8. **системная энзимотерапия;**
9. **поливитамины;**
10. **вакцинопрофилактика;**
11. **гормональная терапия;**
12. **санаторно-курортное лечение.**

Антибиотик ассоциированная диарея (ААД):

Это три или более эпизодов неоформленного стула в течение двух или более последовательных дней, развившихся на фоне или в течение 2 месяцев после применения антибактериальных средств.

▣ **ААД развивается у 5-30% лиц, получающих антибиотики !!!**

Состав Риофлоры: 8 штаммов бактерий



1. *Bifidobacterium lactis*
2. *Lactobacillus plantarum*
3. *Bifidobacterium bifidum*
4. *Lactobacillus acidophilus W37*
5. *Lactobacillus acidophilus W55*
6. *Lactobacillus rhamnosus*
7. *Lactobacillus paracasei*
8. *Lactobacillus salivarius*

→ 1.0 x 10⁹ cfu/gram

- Сдерживает рост болезнетворных бактерий, многие из которых приводят к кишечным расстройствам
- Поддерживает и восстанавливает полезную микрофлору кишечника, снижая риск диареи при приеме антибиотиков
- Способствует защите от размножения болезнетворных бактерий
- Нормализует баланс микрофлоры кишечника
- Активизирует иммунитет, увеличивая уровень иммуноглобулинов

Состав Риофлоры Иммуно: 9 штаммов бактерий



Bifidobacterium lactis
Bifidobacterium lactis
Bifidobacterium longum
Lactobacillus acidophilus
Lactobacillus paracasei

Lactobacillus plantarum
Lactobacillus salivarius
Lactococcus lactis
Streptococcus thermophilus

- Влияет на различные параметры, относящиеся к иммунному ответу (уровень иммуноглобулинов, цитокинов).
- Способствует повышению резистентности организма к патогенной микрофлоре.
- Активизирует иммунитет, увеличивая уровень иммуноглобулинов
- Способствует защите от размножения болезнетворных бактерий
- Нормализует баланс микрофлоры кишечника

Профилактика гемокоагуляционных нарушений:

- В центре «зрелых» миоматозных узлов, в сравнении с толщиной окружающего миометрия, эндометрия и серозного покрова, при бактериологическом исследовании находится большое количество полимикробной флоры (*Chlamidia trachomatis*; *Ureaplasma urealyticum*; *Trichomonas vaginalis*), даже при их отсутствии в нижележащих отделах половых путей (при обследовании проведенном до операции).
- Ряд специфических возбудителей (ИППП) способствуют выработке коллагеназы и протеаз, которые усугубляют тканевую гипоксию и ведут процессы репарации пораженных тканей по пути субституции, особенно при повреждениях.

*Курантил применяют за 1 час до приема пищи,
по 25-50 мг 3 раза в сутки, минимальный курс – 4
недели*

« Учитывая системный характер миомы матки, возникает необходимость комплексного подхода к его лечению, принимая во внимание индивидуальные особенности организма.

Применение препарата Курантил в комплексной консервативной терапии миомы матки с целью улучшения микроциркуляции, профилактики гипоксии, тромботических осложнений и улучшения реологических свойств крови, а также иммуномодулирующего действия у данного контингента больных...»

Десенсибилизирующая терапия:

- *супрастин,*
- *тавегил,*
- **кларитин,**
- **зиртек,**
- **кестин)**



Системная энзимотерапия (вобензим, флогензим)

Вобэнзим

5-7 табл. X 3 р/день X 2-16 нед.
За 40 минут до еды

- Гестоз (преэклампсия)
- □ ИППП, хронические инфекции гениталий
- Мастопатии
- Снижение частоты и выраженности побочных эффектов от гормональной терапии
- □ Лечение и профилактика гнойно-септических осложнений, спаечного процесса, тромбозов после оперативных вмешательств

Профилактическая медикаментозная терапия -

- ▣ **представляет комплекс мероприятий, направленных на факторы, которые приводят к развитию эндотелиальной дисфункции, в том числе прием поливитаминных препаратов (Геримакс, Берокка, Супрадин, Триовит и др.).**

Преимущества перорального использования пробиотиков



Удобство приема

Совместный прием с антибиотиками

Комбинация с местной терапией

Подростковый возраст (с 10 лет)

В период менструации

При ограничении использования топических форм

Пробиотик на основе штаммов *L. rhamnosus GR-1* и *L. reuteri RC-14* (для приема внутрь с пищей **по 1 капс 2 раза в день в течение 7 дн, затем – по 1 капс в день в течение 3–5 нед**) используется для восстановления и поддержания нормальной микрофлоры влагалища у женщин (в том числе – беременных) и девочек старше 10 лет

При пероральной антибактериальной терапии препарат необходимо принимать не менее чем за 3 часа до или после принятия антибиотиков

Инструкция по медицинскому применению биологически активной добавки вагилак (vagilac), капсулы 230 мг. № государственной регистрации: KZ 16.01.78.003.E.001538.08.14 от 06.08.2014 г. Энциклопедия РЛС

Состав **BION 3**:

Пробиотические культуры: *Lactobacillus gasseri* PA 16/8,
Bifidobacterium bifidum MF 20/5, *Bifidobacterium longum* SP 07/3

- **Витамин А**
- **Витамин Е**
- **Витамин С**
- **Витамин В1**
- **Витамин В2**
- **Витамин В6**
- **Витамин В12**
- **Витамин D3**
- **Биотин**
- **Фолиевая кислота**
- **Никотинамид**
- **Пантотеновая кислота**
- **Кальций (фосфат)**
- **Железо**
- **Магний**
- **Йод**
- **Марганец**
- **Хром**
- **Молибден**
- **Селен**
- **Цинк**



Рекомендованные курсы:



- Для повышения иммунитета – 1 таблетка 1 раз в день, принимать в течение 3-х месяцев
- Для регулирования кишечной функции и микрофлоры, общего здоровья и отличного самочувствия – 1 таблетка 1 раз в день в течение 30 дней
- При приеме антибиотиков рекомендуется принимать ежедневно по 1 таблетке Бион®3 через 2 часа после приема антибиотиков прием Бион®3 необходимо одновременно с началом приема антибиотиков. Беременным и женщинам, планирующим беременность, не следует превышать рекомендуемую дозу.

Разработан компанией MERK, производится в Германии по всем стандартам GMP, зарегистрирован более, чем в 20 странах мира

Рекомендованные курсы:



- Для повышения иммунитета – 1 таблетка 1 раз в день, принимать в течение 3-х месяцев
- Для регулирования кишечной функции и микрофлоры, общего здоровья и отличного самочувствия – 1 таблетка 1 раз в день в течение 30 дней
- При приеме антибиотиков рекомендуется принимать ежедневно по 1 таблетке Бион®3 через 2 часа после приема антибиотиков. Начинать прием Бион®3 необходимо одновременно с началом приема антибиотиков. Беременным и женщинам, планирующим беременность, не следует превышать рекомендуемую дозу.

ГАРДАСИЛ: Первая вакцина для профилактики рака шейки матки

- ВПЧ типов 6, 11, 16, 18¹
- Рекомбинантная вакцина (не содержит живых вирусов)¹
- Произведена на *Saccharomyces cerevisiae*¹
 - Выработанные на дрожжах вакцины вводились миллионам детей и взрослых²
- Патентованный алюминиевый адъювант 225 мкг в дозе¹
- Каждая инъекция в 0,5 мл объема содержит ВПЧ типов 6/11/16/18 (20/40/40/20 мкг соответственно)
- Внутримышечное введение¹
- Режим введения 0-, 2-, 6-месяцев¹



Эффекты гормональной контрацепции

Отторженный
эндометрий –
субстрат для
размножения
бактерий



28-дневная календарная
упаковка призвана повысить
комплаентность приема

Угнетение
пролифера-
тивных
процессов
В
эндометрии
вплоть до
атрофии

Burkman RT, Jr.: Noncontraceptive effects of hormonal contraceptives: bone mass, sexually transmitted disease and pelvic inflammatory disease, cardiovascular disease, menstrual function, and future fertility.

Am J Obstet Gynecol 2004, 170(5 Pt 2):1569-1575.

Эффекты гормональной контрацепции

Менструальная кровь –
субстрат для размножения
бактерий



Снижение
количества
теряемой
менструальной
крови

Эффекты гормональной контрацепции

Риск:

- Вероятность развития восходящей инфекции за счет маточных сокращений и

Эффект:

интенсивности маточных сокращений и перистальтической активности маточных труб
Снижение цервикальной слизи



Импланон НКСТ



- Этоногестрел 68 мг
- Контрацепция на 3 года

Механизм действия:

- Подавление овуляции
- Повышение вязкости цервикальной слизи
- Атрофия эндометрия

*Женщинам с хроническими заболеваниями
половых органов показана общеукрепляющая
и рассасывающая терапия:*

- **Морская вода (талассотерапия), грязь (пеллоидотерапия);**
- **Сероводородные воды (рассасывание спаечного процесса после гонореи, туберкулеза); грязелечение; нафталан; мышьяковистые воды.**
- **На выше указанные курорты нецелесообразно направлять пациенток старше 35 лет, длительностью заболевания свыше 8-10 лет.**

Применение в гинекологии

как адъювантное лечение или в качестве реабилитационных мероприятий:

- Хр. воспалительные заболевания внутренних половых органов с частыми обострениями;
- Хр. сальпингоофорит, параметрит с выраженными рубцово-спаечными процессами в малом тазу;
- Хр. воспаления придатков матки в сочетании с неспецифическими кольпитами, эндоцервицитами;
- Первичное и вторичное бесплодие трубно-перитонеального генеза;
- Синдром хронических тазовых болей;
- Простая эрозия шейки матки;
- БВ;
- Хр. атрофический вагинит;

Методы сочетанной физикофарматерапии

- ▣ Воспалительные заболевания органов малого таза
(с экссудативным компонентом):
- ▣ электрофорез Zn, Mg;
- ▣ переменная низкочастотная магнитотерапия.

Методы сочетанной физикофарматерапии

- ▣ Воспалительные заболевания органов малого таза (в период ремиссии):
- ▣ УЗ - терапия;
- ▣ лечение током надтоновой частоты;
- ▣ индуктотермия;
- ▣ электрофорез гиалуронидазы.

Противопоказания для назначения санаторного лечения:

- Наличие острого воспалительного процесса, в том числе туберкулезной или гонорейной этиологии (через 3 месяца после полного излечения гонореей).**
- Наличие тубоовариального образования, сактосальпинкса.**
- Наличие протеинурии, лейкоцитурии, цилиндрурии.**
- Болезнь Крона, опухолевого процесса, включая рак, любой локализации.**

Основные принципы применения физиотерапии:

- **Наиболее целесообразно начинать курс физиотерапии на 5-7-й день менструального цикла; в противном случае, особенно в период овуляции и непосредственно перед ней, значительно возрастает вероятность неблагоприятных (неадекватных) ответных реакций организма пациентки.**

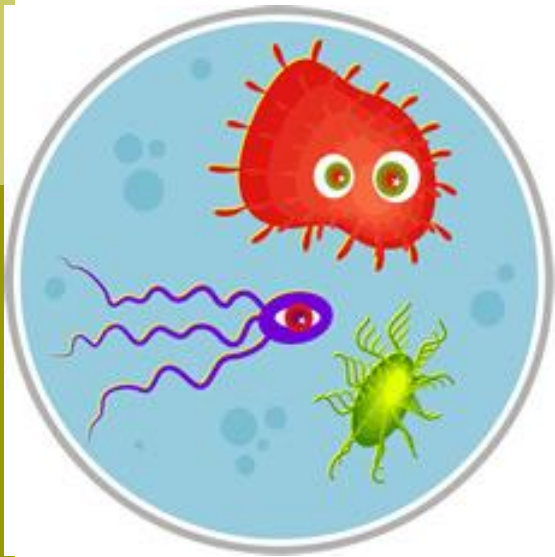
Основные принципы применения физиотерапии:

- **Процедуры желательно проводить ежедневно, поскольку при лечении через день результативность лечения снижается.**
- **Процедуры проводятся без перерыва в дни менструаций.**
- **При оценке эффективности курса физиотерапии важно учитывать ее последствие - продолжение вызванных физическим фактором физиологических изменений после прекращения воздействия.**

Надо помнить, что ...

- ▣ **Период послевоздействия у гинекологических больных продолжается в среднем после полного курса грязелечения - 6 месяцев;**
- ▣ **в период курса физиотерапии и в период последействия показана контрацепция.**

*...Факт того, что Ваши пациенты
не предъявляют жалоб, еще не
означает отсутствие у них
инфекции...*



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!