КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Заведующая кафедрой: профессор,

д.м.н. Газазян М.Г.

**Реферат на тему:**

**«ТРИХОМОНИАЗ. КАНДИДОЗ. ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ»**

Подготовил: студент 22 группы

курса лечебного факультета

Окорочков Е.Е.

Проверил: ассистент, д.м.н.

Хардиков А.В.

Курск, 2011

**СОДЕРЖАНИЕ**

1. ТРИХОМОНИАЗ

.1 Этиология

.2 Классификация

.3 Клиническое течение

.4 Диагностика

.5 Лечение

 КАНДИДОЗ

.1 Этиология

.2 Симптоматика кандидоза

.3 Диагностика

.4 Лечение

.5 Профилактика

 ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

.1 Этиологические и патогенетические аспекты папилломавирусной инфекции

.2 Эпидемиологические особенности заболевания

.3 Клинические варианты ПВИ

.4 Прогноз

.5 Диагностические особенности выявления ПВИ

.6 Методы лечения

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

**1. Трихомониаз**

Трихомониаз (trichomoniasis; синоним трихомоноз) - паразитарная болезнь органов мочеполовой системы, вызываемая простейшими - влагалищной трихомонадой.

Источниками возбудителя инвазии являются люди - больные и носители трихомонад. В подавляющем большинстве случаев заболевание передается половым путем. Однако в Международной классификации болезней, травм и причин смерти IX пересмотра трихомониаз не включен в перечень венерических болезней. При трихомонадной инвазии поражаются мочеиспускательный канал у мужчин, влагалище, канал шейки матки, уретра и парауретральные ходы у женщин. Реже трихомонады проникают в бартолиниевы железы и мочевой пузырь, еще реже - в полость матки, крайне редко - в маточные трубы.

Распространению заболевания способствуют беспорядочные половые связи, особенно в группах повышенного риска. Внеполовое заражение встречается редко, например через руки медперсонала, предметы личного туалета (губки, мочалки, полотенца, ночные горшки, постельное белье и т.д.), которыми незадолго до этого пользовался больной. Чаще бытовой путь передачи возбудителя наблюдается у девочек, которые могут также заражаться во время родов от больных матерей. Заражение происходит чаще через предметы общего пользования. Новорожденные девочки могут инфицироваться во время родов при прохождении через родовые пути матери, больной трихомониазом.

**1.1 Этиология**

У человека обнаружено несколько разновидностей трихомонад (влагалищная, ротовая и кишечная), однако заболевание вызывает только влагалищная трихомонада. Она крайне чувствительна ко многим факторам окружающей среды (высокая температура, высыхание, изменение осмотического давления, действие дезинфицирующих растворов) и не образует цист или каких-либо устойчивых форм. Питание трихомонад происходит путем эндоосмоса, поглощения клеток, в т.ч. микроорганизмов, отдельные из которых, в частности гонококки, могут сохранять жизнеспособность внутри трихомонад и проявлять свое патогенное действие после гибели последних. Этим объясняются рецидивы гонореи, возникающие иногда после антибактериальной терапии трихомоноза у больных со смешанной трихомонадно-гонорейной инфекцией. Иммунитет при трихомониазе отсутствует, поэтому возможно повторное заражение.

**1.2 Классификация**

По течению:

. Свежий трихомониаз (давность заболевания до 2 мес.)

а) острый

б) подострый

в) торпидный

. Хронический трихомониаз - вялотекущие формы с давностью заболевания более 2 мес. или при неизвестном сроке начала заболевания.

. Трихомонадонсительство - случаи когда отсутствует воспалительная реакция, но при половой близости трихомонады предаются здоровым людям, вызывая у них типичную клиническую картину заболевания.

По локализации.

. Трихомониаз нижнего отдела урогенитального тракта.

.1 Вульвит

.2 Кольпит

.3 Вестибулит

.4 Бартолинит

.5 Эндоцервицит

.6 Уретрит и парауретрит

. Трихомониаз верхнего отдела урогенитального тракта

.1 Цервицит

.2 Сальпингит

.3 Цистит

**1.3 Клиническое течение**

Трихомониаз у женщин, страдающих гинекологическими заболеваниями, по данным разных авторов, обнаруживается в 40-80% случаев. Особенно часто трихомониаз встречается у больных гонореей (40-80%), что объясняется общностью путей заражения. У девочек трихомониаз отмечается крайне редко и составляет 0,9-3% негонококковых вульвовагинитов.

При трихомонадном кольпите одновременно могут поражаться мочеиспускательный канал, парауретральные ходы, железы преддверия влагалища, мочевой пузырь.

При остром и подостром кольпите отмечают обильные, жидкие, желтого цвета, пенистые выделения из половых путей, нередко разъедающего характера с неприятным запахом, резкий зуд в области наружных половых органов, жжение, болезненность при половых сношениях, неприятные ощущения (чувство тяжести) в низу живота. Слизистая оболочка влагалища резко гиперемирована, отечна, местами с точечными кровоизлияниями, легко кровоточит.

При торпидном процессе симптомы заболевания слабо выражены, преобладают жалобы на выделения из половых путей, периодически возникающий зуд; гиперемия слизистой оболочки может отсутствовать, выделения обильные, гнойные, пенистые. При кольпоскопическом исследовании на слизистой оболочке видны мелкоточечные кровоизлияния.

Для хронического кольпита характерны длительное течение с периодически появляющимся зудом в области наружных половых органов; скудные, гноевидные выделения из половых путей. Слизистая оболочка влагалища может быть не изменена; при кольпоскопическом исследовании отчетливо определяется ее очаговая гиперемия с точечными кровоизлияниями.

При трихомонадоносительстве жалобы и местные воспалительные изменения отсутствуют, а в мазках определяются влагалищные трихомонады. Для поражения мочеиспускательного канала и мочевого пузыря характерны жалобы на рези и учащенное мочеиспускание.

Степень выраженности симптомов трихомониаза зависит от общего состояния больной, ее возраста, сопутствующей инфекции (гонореи, кандидоза, хламидиоза). Заболевание нередко принимает затяжное течение с периодами обострений и ремиссий. Упорное течение трихоманиаза наблюдается при сочетании его с гонореей и кандидозом.

Трихомониаз у девочек чаще отмечается вульвовагинит, который возникает преимущественно в первые месяцы жизни.

Трихомонадный вульвовагинит у девочек сличается острым течением. Наиболее типичный симптом - обильные жидкие гнойные пенистые выделения из влагалища. Слизистая оболочка половых органов, вульвы и влагалища отечна, гиперемирована, чрезвычайно ранима. Гиперемия имеет диффузный, иногда пятнистый характер. Выделения раздражают кожу наружных половых органов и бедер, вызывают сильный зуд; наблюдается отек наружных половых органов. Часто одновременно поражается уретра, что сопровождается учащенным болезненным мочеиспусканием, гиперемией и отеком области наружного отверстия мочеиспускательного канала. На слизистой оболочке наружных половых органов иногда имеются множественные поверхностные эрозии, кровоточащие при контакте. В воспалительный процесс может вовлекаться и влагалищная часть шейки матки. В этих случаях слизистая оболочка влагалища и шейки матки отечна, гиперемирована, легко ранима, в своде влагалища обнаруживается большое количество выделений пенистого характера. Лечению подлежат все больные женщины, у которых обнаружены трихомонады, независимо наличия или отсутствия у них воспалительных изменений в мочеполовых органах. Для лечения используют противотрихомонадные средства.

**1.4 Диагностика**

Диагностика трихомониаза начинается со световой микроскопии. Во время первого же осмотра врач берет так называемый общий мазок для бактериоскопического исследования. У женщин для анализа берутся выделения с заднего свода влагалища, у мужчин - выделения из мочеиспускательного канала и секрет предстательной железы. Этот анализ делается немедленно - биение ресничек трихомонады и высокая подвижность этих овальных микроорганизмов хорошо заметны под микроскопом. Результат этого исследования будет готов уже через 15-20 мин. Этот вид диагностики позволяет установить общее количество микробов и степень выраженности воспалительной реакции слизистой.

Для подтверждения предварительного диагноза или же в случаях, когда выраженных симптомов воспаления и выделений нет, проводятся более тщательные анализы. Очень распространенным является посев на флору (бактериологический метод). Его смысл в том, что отделяемое, взятое из влагалища или уретры, помещается («сеется») на особую питательную среду, благоприятную для размножения тех или иных бактерий. Посев позволяет определить сопутствующие неспецифические заболевания, видовую принадлежность бактерий, количество того или иного возбудителя и чувствительность к антибактериальным препаратам, что помогает при назначении оптимального лечения трихомониаза. Поэтому посев может применяться не только непосредственно для диагностирования трихомоноза, но и для того, чтобы отрегулировать методику лечения.

Наиболее точным методом на настоящий момент считается ДНК-диагностика (ПЦР). Точность этого исследования составляет около 95%, а делается анализ за 1-2 дня. Для проведения ДНК-диагностики из биологического материала извлекается генетически уникальный кусочек ДНК микроба и исследуется в лаборатории. К достоинствам ПЦР относится также то, что он позволяет точно выявить и возбудителей, сопутствующих трихомонозу: это могут быть хламидии, микоплазмы, уреаплазмы и другие микроорганизмы.

Иногда в сомнительных случаях при диагностике трихомоноза используется метод прямой иммунофлюоресценции (ПИФ). Этот метод отличается быстротой проведения анализа - результаты исследования будут готовы уже через 1-2 часа. ПИФ-метод основан на выявлении антител к возбудителю инфекции. Кроме того, иногда проводятся другие иммунологические исследования, но эти анализы не считаются результативными, так как не дают возможности отличить существующую в настоящее время инфекцию от перенесенной ранее.

**1.5 Лечение**

Для лечения трихомонадной инфекции используют производные нитромедазола. В случае неосложненного урогенитального трихомониаза показан тинидазол - 2,0 г внутрь, либо ронидазол - 500 мг 2 раза в сутки внутрь в течение 7 дней.

При осложненном трихомониазе - метранидазол - 500 мг 4 раза в сутки в течение 3 дней, либо тинидазол - 2,0 г 1 раз в сутки в курсовой дозе 6,0 г. При длительном рецидивирующем течении дополнительно применяется вакцина Солкотриховак - 0,5 мл внутримышечно, 3 инъекции с интервалом в 2 недели, затем через год 0,5 мл однократно.

Местнодействующими препаратами является метранидазол - вагинальные шарики по 0,5 г 1 раз в сутки интервагинально в течение 6 дней, либо орнидазол - вагинальные таблетки по 0,5 г однократно в течение 3-6 дней.

Лечение беременных проводят метронидазолом (исключая первый триместр беременности) в дозе 2,0 г однократно.

Для лечения детей метранидазол назначают по 1/3 таблетки, содержащей 250 мг, 2-3 раза в сутки детям до 5 лет; детям 6-10 лет по 0,125 г 2 раза в суткм, до 15 лет - по 0,25 г 2 раза в сутки 7 дней.

Лечение проводят при обнаружении трихомонад независимо от наличия или отсутствия признаков воспаления. Кроме того обязательно пролечивают обоих супругов (партнеров) как при наличии клинических проявлений заболевания, так и при трихомонадоносительстве. Половая жизнь в период лечения запрещается. Лечение мужчин, больных трихомонозом, проводят в урологических кабинетах поликлиник, в кожно-венерологических диспансерах.

Больные женщины считаются излеченными, когда при однократных повторных исследованиях не удается обнаружить трихомонады в течение трех менструальных циклов (исследование проводят на 1-й, 2-й и 3-й день после окончания менструации). После лечения трихомониаза обязательно поведение комплексной провокации гонореи с трехкратным взятием мазков.

Дети, больные трихомонозом, не допускаются в детский коллектив до выздоровления. Женщины, страдающие трихомонозом, отстраняются от работы в детских учреждениях.

**2. Кандидоз**

Кандидоз (синонимы: кандидамикоз, монилиаз, бластомикоз, молочница и др.) - инфекционное заболевание человека, вызываемое дрожжеподобными грибами рода Candida.

Среди микотических инфекций кандидоз занимает одно из ведущих мест. Заболеваемость кандидозом растет во всем мире, и это связывают в широким применением антибактериальных препаратов, гормональных средств, цитостатиков, также с увеличением спектра заболеваний, создающих благоприятный фон для развития кандидоза (заболевания кроветворных органов, иммунодефицитные состояния, злокачественные новообразования, ВИЧ-инфекция и др.).

**2.1 Этиология**

Молочницу вызывают дрожжеподобные грибы рода Candida. Эти микроорганизмы входят в состав нормальной микрофлоры рта, влагалища и толстой кишки большинства здоровых людей. Заболевание обусловлено не просто наличием грибов рода Candida, а их размножением в большом количестве. Чаще всего молочница возникает при снижении общего и местного иммунитета.

Хотя возбудители молочницы могут передаваться половым путем, в большинстве случаев молочница не связана с половыми контактами. Молочница не относится к венерическим болезням и рассматривается вместе с ними из-за сходной клинической картины.

Факторы, способствующие развитию молочницы:

прием антибиотиков широкого спектра действия;

ослабление общего иммунитета (из-за резкой смены климата, сильного эмоционального стресса);

беременность (особенно последние 3 месяца беременности);

сахарный диабет;

ВИЧ-инфекция.

**2.2 Симптоматика кандидоза**

У женщин при этом заболевании обычно поражается влагалище и наружные половые органы.

Характерны следующие клинические признаки:

жжение и зуд в области наружных половых органов;

белые творожистые выделения из влагалища;

боль при половом акте;

боль при мочеиспускании.

**2.3 Диагностика**

Диагностика основана на клинической картине и результатах световой микроскопии. Выявление грибов рода Candida при посеве, методом прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) и методом ДНК-диагностики (ПЦР) не имеет диагностического значения, так как при молочнице важно не просто наличие, а количество грибов рода Candida. В небольшом количестве эти грибы присутствуют во рту, влагалище и толстой кишке большинства здоровых людей.

**2.4 Лечение**

При легком течении кандидозного вульвовагинита (поражение влагалища и наружных половых органов) достаточно местного лечения. Препараты для местного лечения (вагинальные таблетки или свечи) включают (сначала приводятся международные названия, затем в скобках перечисляются коммерческие названия):

клотримазол (Антифунгол, Йенамазол 100, Кандибене, Канестен, Канизон, Клотримазол) - наиболее распространенный препарат для местного лечения;

изоконазол (Гино-травоген Овулум);

миконазол (Гинезол 7, Гино-дактарин, Клион-Д 100);

натамицин (Пимафуцин);

нистатин (Полижинакс, Тержинан).

При этом нистатин (входит в состав препаратов Полижинакс и Тержинан) является устаревшим и не очень эффективным препаратом. Некоторые врачи назначают при молочнице 5-10% раствор буры в глицерине местно (во влагалище). Это очень древний и малоэффективный метод лечения молочницы.

Кроме того, при легком течении заболевания вместо препаратов для местного лечения возможен однократный прием флуконазола, 150 мг внутрь. Коммерческие названия флуконазола - Медофлюкон, Дифлазон, Дифлюкан, Микосист, Форкан, Флюкостат.

Применение вагинальных таблеток и свечей широкого спектра действия (Тержинан, Полижинакс, Бетадин) при молочнице нецелесообразно, так как они способствуют развитию гарднереллеза. В состав этих препаратов входят антибактериальные средства широкого спектра действия, подавляющие нормальную микрофлору влагалища.

В ряде случаев назначают лечение, дополняющее противогрибковые препараты (иммунотерапия, общеукрепляющие препараты, физиотерапия и т. д.).

**2.4.1 Лечение рецидивирующей молочницы**

При рецидивирующей молочнице (более 4 обострений в течение года) возможны следующие варианты лечения:

свечи или вагинальные таблетки с клотримазолом (Антифунгол, Йенамазол 100, Кандибене, Канестен, Канизон, Клотримазол) 1 раз/нед в течение нескольких месяцев;

флуконазол (Медофлюкон, Дифлазон, Дифлюкан, Микосист, Форкан, Флюкостат) по 100 мг внутрь 1 раз/нед в течение нескольких месяцев.

*2.4.2 Лечение молочницы у беременных*

При молочнице у беременных показано только местное лечение.

**.5 Профилактика**

Профилактика кандидоза должна начинаться до рождения ребенка. Имеет значение регулярное обследование беременных женщин, особенно в третьем триместре. При наличии кандидоносительства или кандидоза беременной назначается местная антимикотическая терапия гениталий. В роддоме, для предотвращения инфицирования новорожденных, персонал обрабатывает руки антимикотическими средствами; хороший фунгицидный эффект обеспечивает раствор диоцида в разведении 1:5000. Им же обрабатываются все предметы ухода за новорожденными детьми (ванночки, пеленальные столы и др.). Раннее, в первые часы жизни, прикладыва-ние новорожденных к груди значительно снижает риск инфицирования грибами Candida. Строгое соблюдение требований асептики и антисептики при проведении различных диагностических и терапевтических эндоскопических манипуляций также предохраняет от наслоения кандидозной инфекции. С целью выявления ранних признаков кандидоза необходимо проводить систематическое обследование больных из группы высокого риска по кандидозной инфекции (больные с заболеваниями крови, ВИЧ-инфекцией, с онкологическими процессами, получающие длительно цитостатики, гормоны, больные с хроническими заболеваниями органов дыхания и желудочно-кишечного тракта).

**3. Папилломавирусная инфекция**

Среди заболеваний, передаваемых половым путем, особое значение имеет папилломавирусная инфекция (ПВИ) гениталий, возбудителем которой является вирус папилломы человека (ВПЧ). Частота распространения инфекции является высокой. Число инфицированных в мире за последнее десятилетие увеличилось более чем в 10 раз.

**3.1 Этиологические и патогенетические аспекты папилломавирусной инфекции**

трихомониаз кандидоз папилломавирусная инфекция

Папилломавирусы поражают широкий спектр позвоночных и относятся к подгруппе А семейства паповавирусов *(Papovaviridae).* Вирионы не имеют оболочки, диаметр их равен 50-55 нм. Капсид имеет форму икосаэдра и состоит из 72 капсомеров. Геном представлен двуспиральной, кольцевидно скрученной ДНК, включает около 8000 пар оснований и кодирует всего 8 открытых рамок считывания.

В процессе репликационного цикла геном вируса экспрессирует от 8 до 10 белковых продуктов. Ранние белки (early) контролируют репликацию вируса, транскрипцию и клеточную трансформацию; в частности, за онкогенные свойства вируса ответственны онкобелки Е6 и Е7. Поздние гены (late) L1 и 12 кодируют структурные белки вириона. Гены Е6 и Е7 всегда выявляются в опухолевых клетках зараженных ВПЧ, в то время как другие фрагменты вирусного генома могут быть утеряны в процессе его длительной персистенции.

Этапы инфекционного процесса:

первичная инфекция (ИППП)

персистенция вирусного генома в эписомальной форме с продукцией вирусных частиц

поликлональная интеграция вирусной ДНК в клеточный геном

индукция мутаций в клеточной ДНК, вызывающая нестабильность генома

селекция клона клеток с мутантной ДНК, содержащей интегрированную вирусную ДНК

активное размножение данного клона клеток и рост опухоли

Итак, проникая через микротравмы, ВПЧ инфицирует стволовые клетки базального слоя, которые затем являются постоянным источником инфицирования эпителиальных клеток, проходящих затем последовательные стадии дифференцировки с персистирующим репликативно неактивным вирусом.

Таблица 1

Классификация типов ВПЧ по гомологии нуклеотидных последовательностей ДНК по тканевой специфичности по Н. Pfister и Р. Fuchs(1994)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Кожные покровы | Кожные покровы Слизистая оболочка | Слизистая оболочка |
| 5 9 24 50 4 1 41 48 8 15 60 63 12 17 65 36 37 47 38 49 14 75 19 76 20 21 22 23 25 | 2 3 26 54 7 34 71 27 10 51 40 64 57 28 69 43 73 61 29 62 77 30 72 53 56 66 | 6 32 16 18 11 42 31 39 13 33 45 44 35 59 55 52 68 74 58 70 67 |

**3.1 Эпидемиологические особенности заболевания**

Инфицирование ВПЧ половых органов (как и кожных покровов в целом) происходит при наличии микротравм (механическая травматизация во время полового контакта, бактериальные микроповреждения и т. д.). При этом следует учитывать, что резервуаром ВПЧ-инфекции могут служить уретра, семенная жидкость и предстательная железа.

Поскольку генитальная ВПЧ-инфекция передается половым путем, она, как и другие уретрогенитальные ИППП, часто бывает многоочаговой и ассоциированной (более чем с одним типом ВПЧ и/или с другими возбудителями ИППП). Одним или более типами ВПЧ инфицировано не менее 50% взрослых, живущих активной половой жизнью, причем в большинстве случаев генитальная ВПЧ-инфекция у них является нераспознанной, протекающей субклинически или асимптомно.

В целом же частота ВПЧ-инфекции зависит от сексуального поведения: она повышается при раннем начале половой жизни и весьма распространена у женщин, ведущих активную половую жизнь с частой сменой половых партнеров. При этом ВПЧ-инфекция может поражать нормальный эпителий мочеполового тракта, превращая его в «вирусный резервуар». Таким образом, аногенитальные бородавки обычно возникают вскоре после полового контакта с новым партнером.

Пути передачи *ПВИ:*

*I. Половой путь передачи.* Инфицирование ВПЧ происходит при генитально-генитальном, мануально-генитальном и орально-генитальном половых контактах.

*II. Вертикальный путь передачи.* Частота передачи ВПЧ от матери плоду, по данным разных исследователей, разнится весьма существенно - от 4 до 87% , что зависит от чувствительности использованных методов диагностики. Как происходит трансмиссия вируса от матери плоду, до настоящего времени окончательно не выяснено.

Наиболее вероятны восходящая ВПЧ-инфекция околоплодных вод и плаценты, а также инфицирование через сперму во время зачатия. Возможна передача и при непосредственном соприкосновении (кожный контакт), а также при родах - заражение новорожденного от инфицированной матери. Описаны случаи ларингеального папилломатоза у детей, рожденных с помощью кесарева сечения. ДНК ВПЧ обнаруживается у 33% новорожденных в аспирате из носоглотки, а также в амниотической жидкости у ВПЧ-позитивных женщин. Допустима, но не подтверждена, передача ВПЧ через нижнее белье, хирургические перчатки, инструменты для биопсии и другие предметы, обсемененные ВПЧ.

Вирус очень контагиозен и быстро размножается в организме человека. Инкубационный период составляет от 1 до 20 месяцев (обычно 3-6 месяцев), но может растягиваться на годы.

Пик частоты распространения ПВИ у женщин наблюдается в возрасте от 18 до 24 лет, частота выявления ПВИ у женщин моложе 24 лет в - 2 раза выше, чем у женщин старше 35 лет. По данным исследований последних лет, до 82% женщин считаются инфицированными уже через 2 года после сексуального дебюта, при этом даже при одном партнере 20% женщин заражены.

**3.2 Клинические варианты ПВИ**

Манифестация генитальной ВПЧ-инфекции сопровождается появлением генитальных бородавок, тогда как её субклиническая форма обнаруживается только с помощью проведения пробы с 3% уксусной кислотой в виде мелких плоских бородавок или устанавливается на основании характерной гистологической картины. Отсутствие же клинических и гистологических признаков инфекции при выявлении ДНК ВПЧ свидетельствует о латентной или асимптомной инфекции.

Спектр клинических проявлений генитальной ВПЧ-инфекции варьирует от субклинических проявлений до рака шейки матки.

Уженщинпоражаются: уздечка половых губ, половые губы, клитор, уретра, лобок, промежность, перианальная область, преддверие влагалища, вход во влагалище, девственная плева, влагалище, шейка матки.

Наружное отверстие уретры у женщин поражается в 4-8% случаев, более глубокое поражение мочеиспускательного канала вызывает явления упорно протекающего уретрита. Больные жалуются на неприятные ощущения при мочеиспускании, боль внизу живота и наружных половых органов.

Клинически выделяют 4 типа генитальных бородавок:

*1. Остроконечные кондиломы -* бородавчатые фиброэпителиальные образования, состоящие из большого числа сливающихся узелковых элементов и выростов, напоминающих цветную капусту. Поражают слизистые оболочки (головка полового члена, наружное отверстие уретры, внутренний листок крайней плоти, малые половые губы, вход во влагалище, шейку матки, анус и анальный канал), реже - ороговевший эпителий (паховая область, промежность, перианальная область).

*2. Кератотические бородавки* имеют роговой вид, часто напоминают цветную капусту или себорейный кератоз; обычно располагаются на сухой коже (ствол полового члена, мошонка, половые губы).

. *Папулезнеые бородавки* имеют куполообразную форму диаметром 1-4 мм, гладкую поверхность (менее роговую, чем кератотические), цвет сырого мяса, располагаются на полностью ороговевшем эпителии.

 *4. Плоские бородавки -* пятнистые или слегка приподнятые, обычно невидимые невооруженным глазом; располагаются на частично или полностью ороговевшем эпителии.

У некоторых больных, особенно с нарушением клеточного иммунитета (ВИЧ-инфекция, иммуносупрессивная терапия, болезнь Ходжкина) или беременностью - развиваются очень крупные генитальные бородавки - этот процесс носит название *гигантская кондилома Бушке-Левенштейна.* Эта предраковая инвазивная и деструирующая опухоль ассоциируется в ВПЧ-6 и 11.

**3.3 Прогноз течения папилломавирусной инфекции**

Без лечения генитальные бородавки могут спонтанно инволюционировать, длительно персистировать или увеличиваться в размере и количестве, трансформируясь в рак. При этом спонтанной инволюции обычно подвергаются недавно появившиеся очаги поражения. Не следует забывать о том, что больной также нередко может инфицироваться новыми для него типами ВПЧ. Реинфекция одним и тем же типом ВПЧ, однако, встречается не часто, возможно благодаря приобретенному иммунитету. Прогноз при ВПЧ-инфекции зависит от ее типа, а также от сопутствующих заболеваний.

**3.4 Диагностические особенности выявления ПВИ**

Лабораторная диагностика ВПЧ-инфекции проводится на основании цитологического, гистологического исследования биоптатов, определения антител к ВПЧ, обнаружения ДНК ВПЧ и онкобелка Е7.

Существуют следующие методы диагностики:

*1. Клинико-визуальный метод*является одним из наиболее распространенных методов в диагностике ВПЧ-инфекции. С помощью рутинного осмотра шейки матки и влагалища с добавлением теста с 3-5% уксусной кислотой и раствором Люголя выявляется большинство выраженных патологических состояний шейки матки.

Клинический осмотрнаружных половых органов следует проводить при хорошем освещении с использованием для обнаружения мелких элементов лупы. Для осмотра губок уретры их можно вывернуть с помощью ватного тампона. Эндоуретральные генитальные бородавки можно выявить только при уретроскопии. Каждому больному с наличием генитальных бородавок следует обследовать промежность и перианальную область. При наличии анальных бородавок выполняют аноскопию до зубчатой линии.

*2. Кольпоскопия*представляет собой высокоинформативный и недорогой метод ранней диагностики ВПЧ, без которого сегодня невозможно представить обследование женщины с гинекологической патологией. Наиболее популярной разновидностью его является расширенная кольпоскопия, включающая в себя осмотр и ревизию состояния слизистой оболочки шейки матки, влагалища и вульвы при увеличении с помощью микроскопа в 7-30 раз и применения некоторых эпителиальных тестов, при которых оценивается реакция тканей в ответ на их обработку различными медикаментозными средствами.

Кольпоскопия и биопсия показаны всем женщинам с цервикальной интра-эпителиальной неоплазией класса II (CIN II) или класса III (CIN III) независимо от подтверждения у них наличия ВПЧ-инфекции.

Проведение исследований по Папаниколау (Pap-мазки) для диагностики ВПЧ-инфекции не рекомендуется. Кольпоскопия применяется у женщин с подозрением надисплазиюдля определения границ биопсии, но также не показана для рутинной диагностики ВПЧ .

*3. Цитологический метод диагностики*

Цитологический скрининг признан классическим методом и рекомендован ВОЗ для проведения в масштабах национальных программ. Чувствительность цитологического метода исследования, по данным разных авторов, составляет 66-83%, специфичность - 60-85% . Подсчитано, что скрининг женщин в возрасте 25-64 лет с интервалом в 5лет может привести к снижению смертности от РШМ на 84%.

*4. Молекулярно-биологические методы* диагностики, направленные наобнаружение мельчайших частиц ДНК вируса папилломы в материале .

*5.Гистологический метод диагностики*

Гистологические методы диагностики ПВИ позволяют оценить морфологическую степень изменения тканей, что является отсроченной процедурой и выполняется при кольпоскопии. Забор материала проводится путем биопсии. Чаще всего источником изучения является шейка матки. Показанием для проведения биопсии шейки матки существуют определенные кольпоскопические изменения. Забор образца ткани должен производиться из наиболее измененного участка и сравнивается с образцом неизмененной ткани, то это несет большую диагностическую ценность.

*6. Лабораторная диагностика*

Лабораторная диагностика ВПЧ-инфекции проводится на основании цитологического, гистологического исследования биоптатов, определения антител к ВПЧ, обнаружения ДНК ВПЧ и онкобелка Е7.

*7. Метод типирования ВПЧ с помощью полимеразной цепной реакции* в настоящее время получил широкое распространение. Метод имеет большую диагностическую значимость и позволяет идентифицировать отдельные типы ВПЧ. Однако использование этого метода как диагностического критерия для неопластических процессов шейки матки приводит к значительной гипердиагностике, т. к. в большинстве случаев инфицирование имеет кратковременный характер и заканчивается спонтанным выздоровлением и элиминацией вируса. Таким образом, положительный результат при лабораторном исследовании на ДНК ВПЧ не позволяет в большинстве случаев прогнозировать развитие цервикального рака.

*8. Определение онкобелка Е7 в цервикальном материале*

Интеграция ДНК ВПЧ в геном клеток сопровождается двумя молекулярными событиями. Встраивание вирусной ДНК в хромосому всегда сопровождается нарушением структуры гена Е2, который является репрессором Е7. При интеграции ДНК-вируса синтез белка Е2 прекращается вследствие нарушения структуры соответствующего гена, и активируется синтез белка Е7 .

**.5 Методы лечения**

Таблица 2

|  |  |
| --- | --- |
| Методы терапии | Средства для лечения |
| Противовирусные препараты | Мазь бонафтона 0,5-1-2% и риодоксола - 0,25 и 0,5%. Наносить 5-6 раз в день, 2-3 недели. Мазь 2% бонафтона + 0,5% риодоксола. Бонафтон внутрь по 0,2 г 3 раза в день, 10 дней. 3% мазь оксолиновая, 2-3 недели. Индинол, по 2 капсулы 2 раза в день натощак, за 10 минут до еды в течение 3 месяцев. |
| Иммунологические методы | а-, b-, y-интерфероны, индукторы ИНФ, рекомбинантные ин-терлейкины (ИЛ-2, ронколейкин). Изопринозин (табл. 0,5) по 1,0 г 3 р./день, 2-4 нед. как основное лечение. Либо лазеротерапия + изопринозин по 2 табл. 5 дней, 3 курса с интервалом 1 мес. Ликопид табл. по 10 мг/день, 6 дней. 3 курса с интервалом в 2 нед. Галавит в/м., 1-й д. - 200 мг, 2-й день - 100 мг, с 111 дня - по 100 мг через день, № 10-15. 12,5% циклоферон в/м по 2 мл (250 мг) по схеме 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20 и 23-й дни лечения. Местно аппликации 5% линимента циклоферона, либо гидрогель алломедина 3-4 раза в день. Изопринозином по 2 таблетки (1000 мг) 3 р/д в течение 14-28 дней в сочетании с в/м введением циклоферона по 4 мл (500 мг) № 10 по основной схеме. |
| Цитотоксические препараты, местно | Подофиллин в виде 10-25% раствора, 1-2 р. в нед., 5 недель. Подофиллотоксин (кондилин) 2 раза в сутки в течение 3 дней с 4-дневным перерывом, повторять до 4 раз. 20% мазь подофиллотоксина.5-фторурацил в виде 5% крема 1 раз на ночь 7 дней, или 1 раз в неделю в течение 10 недель |
| Деструктивные методы | Физические (криодеструкция, лазеротерапия, диатермокоагуляция). |
| Хирургические методы | Химические (80-90% трихлоруксусная кислота, ферезол - 1 раз в нед., солкодерм - излечение 80-90%). В т. ч. и электрохирургическое иссечение |
| Комбинированные методы | Сочетание различных вариантов лечения |

**Список литературы**

- Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Издательство «Триада - Х», Москва, 2000, с. 604;

Библиогр.: Бодяжина Б.И., Сметник В.П. и Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология, с 292, М., 1990;

Избранные разделы гинекологии, под ред. Г.М. Савельевой, М., 1984;

Киселев В. И. Вирусы папилломы человека в развитии рака шейки матки / В.И. Киселев. М. : Димитрейд График Групп, 2004.- 184 с. 51

- Кобозева Н.В. Методы обследования и лечения детей с гинекологическими заболеваниями, Л., 1978;

Минкина Г.Н. Предрак шейки матки / Г. Н. Минкина, И. Б. Манухин, Г.А. Франк М. : Аэрографмедиа, 2001;

Туранова Е.Н., Частикова А.В. и Антонова Л.В. Гонорея женщин, М., 1983;