***ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ***

***НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ***

 Воспалительные заболевания гениталий (ВЗГ), особенно в хронической стадии, на протяжении длительного времени остается одной из важных проблем гинекологии, которая имеет не только клиническое, но и социальное значение. Число больных составляет, по данным разных авторов, от 60 до 82 процентов от всех женщин, которые обращаются по поводу заболеваний половых органов. Следует обратить внимание еще на одну важную особенность ВЗГ: страдают из них женщины детородного возраста; ВЗГ часто имеют хроническое течение.

 Неоднократные, на протяжении года амбулаторное и стационарное лечение, санаторно-курортное лечение с привлечением современных терапевтических комплексов не всегда дают надлежащий лечебной эффект. Больная женщина иногда надолго остается неработоспособной. Проблема ВЗГ - является социальной проблемой. ВЗГ и их осложнение слишком неблагоприятные влияют на детородную функцию женщины, обусловливая причины бесплодности, невынашивания.

 Беременность и роды у женщин, которые перенесли ВЗГ, нередко осложняются кровотечением, нарушением прикрепления и отслаивания плаценты, послеродовыми септическими заболеваниями. Высокие показатели перинатальной смертности, неблагополучные демографические тенденции в Украине требуют рассматривать лечение больных ВЗГ как подготовку женщин к будущей беременности. Исследования последних лет, которые определили очаг длительного хронического воспаления потенциальным к предраковым изменениям, хронического ДВС-синдрома, заставили изменить тактику лечения больных хроническими рецидивными ВЗГ, отказаться от длительного консервативного лечения.

 Социальная и медицинская важность воспалительных заболеваний требует очень внимательного отношения к этой много численной группы больных: своевременного, полноценного поэтапного лечения, профилактики ВЗГ и профилактика их осложнений.

***ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ***

***ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ***

 Воспалительный процесс в половых органах женщины представляет собой, прежде всего, **инфекционный процесс,** в возникновении которого могут играть роль разные микроорганизмы:

* патогенный стафилококк (в 53-56% случаев);
* условно патогенно флора (Esherichia coli, Mycoplasma hominis), которые встречаются изолировано или в ассоциациях с другими микроорганизмами.
* микоплазмы встречаются в 10-15% больных воспалением придатков матки,
* смешанная аэробная и анаэробная флора в 26 %,
* аэробная в 26%,
* анаэробная в 18%. Значительно повысилась роль анаэробов, среди которых чаще встречаются пептококи, стрептококки (33%), клостридии (17%), хламидии (5-40% при острых ВЗГ).
* наблюдается рост вирусных заболеваний.
* воспалительные процессы, вызванные вирусами герпеса, цитомегалии, урогенитальной инфекции, только в 1% больных имеют тяжелое острое течение, в других наблюдается хроническое течение заболевания. Часто наблюдается микст-инфекция.

 Рядом с причинным фактором в развитии воспаления **значительную роль играет состояние макроорганизма** и тот комплекс условий, который действует на организм одновременно с этиологическим фактором. Да, кишечная палочка, которая в обычных условиях воспаления не вызывает, может быть причиной тяжелого перитонита у больной внематочной беременностью, ослабленной большой кровопотерей.

По современным представлениям воспаление является преимущественно защитной реакцией в ответ на раздражение и повреждение ткани (альтерация), в виде изменений тканевого обмена, сосудистой реакции, фагоцитоза, размножения и образования тканевых элементов.

Следует всегда помнить, что воспалительный процесс не является только местным процессом в пораженном органе - матке, маточной трубе или другом органе половой системы. Раздражение и повреждение ткани относятся в первую очередь к наиболее динамической структуре - рецепторному аппарату нервной клетки. Патогенный раздражитель осуществляет влияние не только в области локализации воспалительного процесса, но и удаленно от него.

***ПАТОГЕНЕЗ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ***

***ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА***

***Изменения в ячейке воспаления заключаются***, прежде всего, в нарушении углеводного обмена, повышении анаэробного гликолиза с образованием в тканях промежуточных недоокисленных продуктов (пировиноградной, яблочной, янтарной кислот), в накоплении жирных кислот, кетоновых тел в результате неполного расщепления жиров и белков. Снижения дыхательного потенциала клетки, уменьшения буферной емкости ведёт сначала к развитию компенсированного, а затем некомпенсированного тканевого ацидоза. Не забывая об этом моменте патогенеза, в лечебный комплекс следует вводить препараты, которые обладают дезинтоксикационными и щелочными свойствами.

***Второй важный момент - изменения кровообращения в очагее воспаления.*** Спазм сосудов, который возник сначала, в дальнейшем изменяется расширением мелких артерий с повышением давления в капиллярах - развитием сначала артериальной, а затем венозной. Нарушается проницаемость сосудистой стенки. Процессы повреждения, которые были вызваны воспалительным агентом, распространяются на субклеточные структуры (митохондрии, лизосомы), которые повреждаясь выделяют большую численность гидролитических ферментов, ферментов гликолиза. С разрушением лизосом связано появления еще одной группы биологических соединений - простагландинов. Все эти биологически активные вещества повышают проницаемость сосудистой стенки для микробных тел и их токсинов. Понимание этого момента патогенеза воспаления диктует необходимость применения в лечении больных в острой стадии воспаления средств, которые суживают сосуды, уменьшают их проницаемость. Патогенетически обусловленным будет применение ингибиторов протеолиза.

В очаге воспаления выделяется много кининов, которые вместе с простагландинами отвечают за возникновение боли в пораженном органе. Патогенетически обусловленными обезболивающими препаратами являются ингибиторы кининов и простагландинов, к которым принадлежат препараты ацетилсалициловой кислоты (аспирин, индометацин).

Нарушение проницаемости сосудистой стенки, дестабилизация сосудистых мембран способствуют потому, что в ткани выходят электролиты (калий, кальций, магний), потому коррекция водный солевого обмена настоятельнее необходима.

Нарушение микроциркуляции, повышение агрегации форменных элементов превращают очаг воспаления в очаг хронического диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Этот момент патогенеза нуждается в применении в лечении дезагрегантов.

***ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ХРОНИЧЕСКОГО***

***ВОСПАЛЕНИЯ ГЕНИТАЛИЙ***

Этиологическим моментом хронического воспаления может быть любой неспецифический фактор: обострение воспаления может быть спровоцированно переохлаждением, физическим или психоэмоциональным нагрузками. Но не микробным фактором. Следует помнить о возможности образования в очаге воспаления L-форм микробов, которые при благоприятных условиях могут превращаться в активную форму.

**Патогенез**.

Хронический воспалительный процесс гениталий нужно понимать как полисистемное заболевание. Возникают изменения в нервной, эндокринной, сосудистой, иммунной, ферментной и других системах организма. Изменениям в центральной и периферической нервной системе принадлежит ведущая роль в патогенезе общих реакций, присущих долговременным воспалительным процессам придатков матки. Очаг воспаления в гениталиях является источником патологической импульсации в кору головного мозга, в подкорковые структуры с образованием в них болевой доминанты. Клинические проявления нарушений функции нервной системы врач видит, прежде всего в астеноневротическом синдроме, эмоциональных нарушениях. Изменения функции периферической нервной системы проявляется невралгиями, особенно тазовых нервов, стойкими ганглионевритами, которые лежат в основе стойкого тазового болевого синдрома.

Очень важно для понимания и правильного лечения знания изменений, которые образуются в сосудистой системе. Эти изменения относятся к общим и местным, локальным реакциям. Наблюдаются значительные нарушения регионарного кровообращения в виде дефицита кровенаполнения и дистонии сосудов малого таза, более выраженные в тех местах, где создается соединительная ткань, то есть в спайках, рубцах. Вены трубно-яичниковых сплетений имеют неравномерный диаметр, они извитые, суженные, склерозированы, варикозно расширенные. Если при остром воспалении проницательность сосудов в ячейке воспаления повышена, то при хроническом процессе она, напротив, сниженная. Эта особенность хронического воспаления объясняет неэффективность медикаментозной терапии при этих заболеваниях, которая связана с трудностями проникновения лечебных веществ в очаг воспаления через измененную стенку сосудов. Изменения регионарного кровообращения сопровождаются замедлением кровотока, образованием тромбозов, которое может стать причиной стойкого тазового болевого синдрома. Нарушение венозного оттока содействует развитию варикозный расширенных вен малого таза. С другой стороны нарушения микроциркуляции способствует прогрессу синдрома диссиминированного внутрисосудистого свертывания. Дефицит кровенаполнения с развитием хронической гипоксии тканей в конце концов превращает очаг хронического воспаления в очаг потенциального онкологического неблагополучия. Понимание этого момента патогенеза хронических ВЗГ заставило отказаться от тактики длительного консервативного лечения больных с воспалительными опухолями. Общие сосудистые реакции проявляются в сосудистой дистонии, сосудистых спазмах с головной болью, болью в области сердца.

Выраженные нарушения наблюдаются в системе регуляции менструальной функции, то есть в системе гипоталамус-гипофиз-яичники. Дисфункция этой системы проявляется в изменении продукции гонадотропных гормонов (фоликулостимулирующего, лютеинизирующего), повышении базальной секреции, которая вызывает снижение продукции половых гормонов (эстрадиола и прогестерона). Подавление функции коры надпочечников.

В последние годы большое место в патогенезе хронических заболеваний отводится нарушению функции иммунокомпетентных систем. Подавление Т- и L-систем лимфоцитов, их функциональной активности, развитие незавершенного фагоцитоза способствуют рецидированию процессов. Очень важное значение приобретает не только угнетение реактивности, но и ее повреждение - развивается явление аутоаллергии: организм перестает распознавать свой собственный белок, измененный микробными токсинами, и производит на него органические ауто-антитела. Циркулирующие органические ауто антитела к тканям маточных труб, яичников предусматривают реакцию антиген-антитело, которая способствует последующему разрушению клеток пораженного органа (трубы, матка и тому подобное). Стала понятной нецелесообразность и даже вредность применения антибиотиков, препаратов кальция, необходимость стимулирования, или регуляции функции иммунокомпетентных систем, вредность полипрагмазии, особенно на фоне аутоалергии при хронических ВЗГ.

В современных условиях ВЗГ имеют некоторые особенности, которые существенно отличают их от клинической картины заболеваний 20-летней давности. Их характеризует:

1. стертая клиническая симптоматика острой стадии заболевания;
2. преимущество хронических процессов, а в последние годы

 появление первично хронических заболеваний;

1. стойкое рецидивирующее течение хронических процессов;
2. наиболее частая локализация воспалительного процесса в

 придатках матки;

1. редкое поражение параметральной клетчатки;
2. редкое развитие гнойных процессов.

***Классификация воспалительных заболеваний гениталий***

***I. По клиническому течению:***

1.Острые процессы;

2. Хронические процессы;

* в стадии ремиссии;
* в стадии обострения:
* преимуществом инфекционно-токсического влияния с признаками, которые присущи острому воспалению (температура, изменение картины крови) -
встречаются редко (5%);
* с преимуществом изменений в нервной системе в виде следовой реакции бывшего воспалительного процесса - хронический аднексит с тазовым ганглиневритом.

***II. По локализации:***

1.Воспаление наружных половых органов:

* Вульва - вульвит,
* Остроконечные кондиломы
* Бартолиновая железа - бартолинит;

2.Воспаление внутренних половых органов:

* Влагалище - кольпит, вагинит;
* Шейка матки - эндоцервицит (воспаление влагалищной шейки матки, покрытой многослойным плоским эпителием);
* Эндоцервицит (воспаление слизистой оболочки, обращенной в канал шейки и покрытой цилиндрическим эпителием);
* Цервикоз (поражение всех слоев шейки матки);
* Эрозия (псевдоэрозия - эктопия цилиндрического эпителия на многослойный; настоящая эрозия - дефект многослойного эпителия, существование эрозии
поддерживается недостаточной гормональной функцией яичников);
* Тело матки - эндометрит (воспаление слизистой оболочки тела матки);
* Метроэндометрит (воспаление слизистого и мышечного слоев тела матки);
* Панметрит (воспаление всех слоев стенки матки);
* Периметрит (воспаление брюшины, которая покрывает тело матки);
* Придатки матки - сальпингит (воспаление маточных труб);
* Оофорит (воспаление яичников);
* Сальпингоофорит (воспаление маточных труб и яичников), или аднексит;
* Аднекстумор (воспалительная опухоль маточных труб и яичников);
* Гидросальпинкскс (воспалительная опухоль маточной трубы с накоплением серозной жидкости в ее просвете);
* Пиосальпинкс (воспалительная мешковидная опухоль маточной трубы с накоплением гноя в ее просвете);
* Пиоварум (воспалительная опухоль яичника с гнойным расплавлением его тканей);
* Перисапингит (воспаление брюшинного покрова маточной трубы);
* Клетчатка таза - параметрит (воспаление клетчатки, которая окружает матку) - боковой, передний и задний;
* Брюшина таза - пельвиоперитонит (воспаление брюшины малого таза);
* Общий перитонит (диффузный или разлитой).

***Бартолинит***

 ***Бартолинит*** - воспаление большой железы предверья влагалища. Может вызываться стафилококками, эшерихиями, гонококками и др. Независимо от вида возбудителя, процесс начинается в выводном протоке железы - возникает каналикулит, затем воспалительный процесс захватывает паренхиму (серозное, гнойное воспаление). Гнойный экссудат заполняет дольки железы с образованием ложного абсцесса, который может самостоятельно вскрыться.

**Возникновение бартолинита** возможно  при несоблюдении гигиены половых органов, ослаблении организма, нарушении самоочищаемости влагалища, венерических болезнях. Чаще встречается одностороннее поражение бартолиновой железы. Воспалительный отек может закупоривать проток железы, препятствуя выделению гнойного секрета, который, задерживаясь в протоке, растягивает его, образуя кисту (ложный абсцесс). При закупорке протока и задержке в нем гноя бартолиновая железа болезненна, увеличена, иногда достигает размеров куриного яйца. В редких случаях воспалительный процесс может захватывать непосредственно ткань железы, при этом возникает истинный абсцесс с гнойным расплавлением железы и окружающих тканей. Гнойное образование может самопроизвольно вскрываться с истечением густого желто-зеленого содержимого, после чего состояние улучшается. Воспалительный процесс может затухать самостоятельно без нагноения. При этом наблюдается уплотнение и незначительное увеличение железы. Однако довольно часто через некоторое время воспалительный процесс возобновляется и осложняется. Вначале заболевание может не причинять сильного беспокойства: небольшое уплотнение у входа во влагалище слегка болезненно, иногда ощущается легкое покалывание в области промежности, жжение. При ухудшении состояния появляются резкая боль в области наружных половых органов, усиливающаяся при движении и половых сношениях, повышение температуры до 38- 39°С и выше, озноб.

 ***Клиника.*** Больные жалуются на общую слабость, недомогание, неприятные ощущения в участке наружных половых органов. Температура тела повышена. Наблюдаются отек и гиперемия в участке бартолиновой железы; при пальпации – резкая болезненность, местное повышение температуры и отек мягких тканей. Если гнойный экссудат заполняет все частицы железы - образуется псевдо абсцесс. Состояние женщины резко ухудшается: температура тела становится гектической, возникают озноб, сильная головная боль. При обследовании обнаруживают резко болезненное опухолевидное образование. После прорыва гнойника состояние больной улучшается: снижается температура тела, уменьшаются отек и гиперемия в участке бартолиновой железы. Если лечение недостаточно и выводной проток перекрывается опять - наблюдаются рецидивы и формирования ретенционной кисты, которую ошибочно можно считать за доброкачественную или даже злокачественную опухоль наружных половых органов.

 

 ***Лечение.*** Антибиотики в соответствии с чувствительностью микроорганизмов, сульфаниламидные препараты. Показанные теплые сидячие ванночки с раствором калия перманганата (1:6000), тепловые процедуры (грелка, солюкс) в сочетании с мазевыми аппликациями (ихтиол, мазь Вишневского) к появлению флуктуации, симптоматические средства. При образовании псевдоабсцесса или ретенционной кисты - хирургическое рассечение, при рецидивирующем бартолините - экстирпация железы. Облучение зоны раны инфракрасным полупроводниковым лазером в сочетании с магнитным полем в терапевтических дозах. Курс лечения - 5- 6 процедур. При гонорейной этиологии - специфическое лечение. Половая жизнь противопоказана из-за возможного инфицирования партнера или нагноения железы. Профилактика заключается в соблюдении правил личной гигиены, исключении случайных половых связей, лечении вульвита, кольпита, уретрита.

***Вульвит***

 ***Вульвит (vuivitis) -*** воспаление наружных женских половых органов. Различают первичный и вторичный вульвит. Возникновению первичной формы способствуют опрелость (при ожирении), несоблюдение гигиены половых органов, химические, термические, механические раздражения, расчёсы, ссадины, сахарный диабет и тому подобное. Вторичный вульвит возникает в результате инфицирования наружных половых органов патогенными микроорганизмами, которые содержатся в выделениях из влагалища при кольпите, цервиците, эндометрите.

 У женщин репродуктивного возраста вульвит развивается на фоне гипофункции яичников, авитаминоза, чаще бывает у девочек и женщин в пост менопаузе.

 ***Клиника.*** При остром вульвите наблюдается гиперемиея и отек наружных половых органов, серозно-гнойные налёты. Больные жалуются на боль, зуд, жжение, нередко - на общую слабость. В хронической стадии эти проявления стихают, но периодически возобновляются.



 ***Диагностика*** базируется на описанной клинической картине. Для установления возбудителя целесообразно провести бактериологическое и бактериоскопическое исследование выделений. Необходимо установить первичным или вторичным является воспалительный процесс.

 ***Лечения***  в первую очередь направляют на устранение заболевание, которое осложнилось вульвитом. В острый период применяют отвар цветков ромашки, слабый раствор калия перманганата, борной кислоты; при бактериальных, грибковых, паразитарных - ***тержинан*** по одной влагалищной таблетке перед сном, длительность лечения 10 дней. Если возбудителем вторичного вульвита является грибы рода Candida, то целесообразно назначать ***Гино-певарил*** – по 1 свече (150 мг) на ночь на протяжении 3-х дней, при рецидивах по 1 свече (50 мг) 2 раза в сутки 7 дней, а также нанесение крема на наружные половые органы - 10 дней. Высокая эффективность лечения наблюдается при использовании ***орунгала*** по 100 мг 2 раза в день на протяжении 6 - 7 дней, потом на протяжении 3-6 менструальных циклов по 1-й капсуле в первый день цикла. Эффективное облучение наружных половых органов с помощью гелий-неонового или полупроводникового лазера. Если есть выраженный зуд, назначают препараты брома, пустынника, валерианы, местно - анестезированную мазь.

***Вагинизм***

 ***Вагинизм*** - болевой спазм мышц входа влагалища и тазового дна. Он может развеваться при воспалительном процессе наружных половых органов, влагалища или иметь неврогенный характер (например, развивается после грубой попытки осуществить половой акт). Врачи различают вагинизм с коитофобией (боязнь полового акта) и вагинизмоподобным расстройством (состояние, напоминающее вагинизм, но развившееся непосредственно после аборта, травмы).

**Почему появляются спазм мышц и боли при половом акте?**В норме, во время сексуального возбуждения, тело женщины само создает оптимальные условия для введения полового члена: мышцы дна таза и влагалища расслабляются, выделяется смазывающий секрет, к половым губам приливает кровь, губы несколько увеличиваются в размерах, раскрываются и становятся более мягкими. Все это происходит по команде особых нервных центров, расположенных в головном и спинном мозге. В случае вагинизма, мозг женщины дает ошибочные команды половым органам. В результате возможно следующее:

1. Недостаточное расслабление или спазм мышц влагалища и таза;
2. Дефицит выработки смазывающей жидкости;
3. Недостаточное набухание половых губ;
4. Боль и неприятные (как минимум) переживания - вершина всех симптомов.

Эти ошибочные команды мозга невозможно контролировать сознательно, так же, как, например, работу желудка или сердца. И в то же время, функции мозга достаточно пластичны и перестраиваются в процессе лечения. Мы успешно используем это для лечения вагинизма и его причин.

*Причины заболевания:*

Чаще всего вагинизм обусловлен психоэмоциональной травмой женщины. Это может быть связано с сильным страхом перед болью во время акта дефлорации (разрыва [девственной плевы](http://www.sikirina.tsi.ru/anathomy.phtml)) или другими страхами: наступлением нежелательной беременности, заражением венерическими заболеваниями и пр. Причиной вагинизма может стать неправильное половое воспитание девушки. Помимо этого заболевание развивается после изнасилования или очень грубого отношения во время половой близости.

*Развитие заболевания***:**

Выделяют три степени вагинизма:

* При 1-ой степени мышечная реакция наступает только при попытке введения полового члена или гинекологического инструмента во влагалище.
* При 2-ой степени мышечная реакция наступает при прикосновении к половым органам или при ожидании прикосновения к ним.
* При 3-ей степени мышечная реакция наступает от представления полового акта или гинекологического обследования.

 ***Клиника***. При попытке осуществления полового акта, иногда лишь мысли о нем возникают спазмы предверья влагалища и приводящих мышц бедра, которое препятствует введению полового члена во влагалище. Гинекологический осмотр следует проводить осторожно, поскольку болезненный спазм может возникнуть от одного прикосновения к половым органам.



***Лечение.***

При наличии вульвита, кольпита проводят противовоспалительное лечение. При неврогенной форме необходимые тактичное поведение мужчины при половых отношениях, психотерапия, гипноз. Больная нуждается в консультации сексопатолога. Лечением занимается врач-сексопатолог. Основными методами лечения являются рациональная психотерапия (обоих половых партнеров), специальные тренировки мышц влагалища и тазового дна. Эффективно проведенное лечение, как правило, возвращает женщине всю прелесть сексуальных ощущений, возможность испытывать чувство оргазма, возможность забеременеть и испытать счастье материнства.

***Кондиломы***

 ***Кондиломы (бородавки) остроконечные -***  доброкачественные капиллярные разрастания в участке больших и малых половых губ, промежности, реже - на шейке матки, во влагалище. Причиной их возникновения является вирус, который передается половым путем. Это вирусное заболевание, возбудителем которого служит вирус папилломы человека (ВПЧ). Сначала несколько слов о самом вирусе.

***Вирус папилломы человека*** (далее – ВПЧ) распространен повсеместно и вызывает целый ряд заболеваний кожи и слизистых. В настоящее время известно более 100 типов этого вируса. При этом разные типы ВПЧ вызывают разные заболевания. Например, ВПЧ типа 1 вызывает подошвенные бородавки, ВПЧ типа 2 и 4 – простые бородавки, ВПЧ типа 3 и 10 – плоские бородавки, ВПЧ типа 6 и 11 – остроконечные кондиломы, ВПЧ типа 16, 18, 31, 33 и 35 вызывают дисплазию шейки матки и увеличивают риск рака шейки матки.
Заражение ВПЧ происходит контактным путем, то есть при контакте с инфицированной кожей или слизистыми. Бытовое заражение не исключено. После заражения вирус остается в коже и слизистых. В кровь и другие органы он не попадает. ВПЧ размножается в глубоких слоях кожи. Он находится внутри клеток. По мере «созревания» и перемещения в верхние слои кожи зараженных эпителиальных клеток, «созревают» и перемещаются выше и вирусы. Достигнув верхних слоев кожи, ВПЧ выходит на поверхность. Заразными являются только вирусы, достигшие поверхности кожи.
Особенностью инфекции ВПЧ является то, что она может неопределенное время находиться в латентном (спящем) состоянии. При этом вирус находится в глубине кожи, но на поверхность не выделяется. В таком состоянии маловероятно как заражение других людей, так и выявление ВПЧ лабораторными методами.

***Инфекции ВПЧ половых органов***.

Все типы ВПЧ, поражающие кожу и слизистые половых органов, делят на две группы.

1. Типы ВПЧ «высокого риска» (прежде всего 16, 18, 31, 33 и 35) вызывают дисплазию шейки матки и увеличивают риск рака шейки матки. Они не вызывают остроконечные кондиломы.
2. Типы ВПЧ «низкого риска» (главным образом 6 и 11) вызывают остроконечные кондиломы, но не вызывают дисплазию шейки матки и не увеличивают риск рака шейки матки.

Заражение ВПЧ происходит при половых контактах во влагалище и прямую кишку, реже при оральных половым контактах. Бытовое заражение не исключено, но изучено мало. Возможно заражение новорожденных во время родов. Инфекцию ВПЧ относят к наиболее распространенным инфекциям, передающимся половым путем, во всем мире (как в развивающихся, так и в развитых странах). При этом она не ограничивается традиционной группой риска (проститутки; лица, часто меняющие половых партнеров; наркоманы), а широко распространена во всех слоях общества. К группе риска инфекции ВПЧ можно отнести практически всех людей, живущих половой жизнью.
Вот несколько цифр, наглядно демонстрирующих распространенность инфекции ВПЧ:

* + Более 50% людей, живущих половой жизнью, заражены ВПЧ (одним или несколькими типами).
	+ При обследовании студенток американских колледжей было выяснено, что более половины из них заражаются ВПЧ от своих первых 2-3 половых партнеров.

***Проявления остроконечных кондилом и инфекция ВПЧ.***

У подавляющего большинства людей, зараженных ВПЧ (любого типа), он никак не проявляется. Вирус находится под контролем иммунной системы.
Остроконечные кондиломы возникают лишь у 1-2% людей, зараженных ВПЧ «низкого риска». Их возникновение и возможные дальнейшие рецидивы связаны с ослаблением общего и местного иммунитета.
Остроконечные кондиломы обычно возникают в местах, которые травмируются при половых контактах. От момента заражения до появления остроконечных кондилом может пройти от нескольких недель до нескольких лет.
На половых органах появляются бородавчатые образования розового или телесного цвета. Размер элементов – от 1 мм до нескольких сантиметров. Высыпания могут расти, постепенно приобретая вид цветной капусты. У мужчин остроконечные кондиломы чаще всего возникают на головке полового члена, венце головки, уздечке крайней плоти и внутреннем листке крайней плоти.

У женщин поражается уздечка половых губ, большие и малые половые губы, клитор, наружное отверстие мочеиспускательного канала, преддверие влагалища, девственная плева, влагалище и шейка матки.

|  |  |
| --- | --- |
| остроконечные  кондиломы, инфекция ВПЧ, симптомы, течение, осложнения, у мужчин, у женщин | остроконечные  кондиломы, инфекция ВПЧ, симптомы, течение, осложнения, у мужчин, у женщин |
|  **Фото. 1***Проявление остроконечных кондилом у мужчин* | **Фото. 2***Проявление остроконечных кондилом у женщин* |



Как у мужчин, так и женщин остроконечные кондиломы могут возникать вокруг заднего прохода. Такая локализация высыпаний обычно не связана с анальными половыми контактами. Дело в том, что ВПЧ поражает не ограниченный участок, а большие участки кожи (как правило, это вся кожа половых органов, паховая область, промежность, кожа вокруг заднего прохода).

**Течение остроконечных кондилом** зависит от иммунной системы. Возможны следующие варианты:

* постепенный рост кондилом (как размеров, так и их количества);
* отсутствие изменений (в течение длительного времени);
* самостоятельное разрешение.

**Осложнения остроконечных кондилом:**

* могут травмироваться и кровоточить;
* могут препятствовать нормальной половой жизни;
* могут беспокоить, как косметический дефект;
* могут вызывать психологический дискомфорт и снижение самооценки;
* могут препятствовать нормальным родам.

**Проявления инфекции ВПЧ «высокого риска»:**

Инфекция ВПЧ «высокого риска» (16, 18, 31, 33 и 35) в большинстве случаев протекает бессимптомно. Эти типы вируса могут вызывать дисплазию шейки матки, а также увеличивать риск рака шейки матки.

 ***Диагностика остроконечных кондилом и инфекции ВПЧ***

***Диагностика инфекции ВПЧ***

Доказательством наличия инфекции ВПЧ служат:

* проявления инфекции ВПЧ (остроконечные кондиломы);
* результаты цитологического исследования (изучения характера клеток под микроскопом), свидетельствующего о дисплазии шейки матки;
* выявление ВПЧ методом ПЦР (подробнее см. ниже);
* выявление в крови антител к ВПЧ (используется только в научных целях).

Несмотря на высокую чувствительность ПЦР, при бессимптомной инфекции ВПЧ выявить вирус удается далеко не всегда. Это связано с особенностями этой инфекции:

* инфекция ВПЧ может неопределенное время находиться в латентном (спящем) состоянии. При этом вирус находится в глубине кожи и слизистых, но на поверхность не выделяется. В таком состоянии его сложно выявить методом ПЦР.
* инфекция ВПЧ в большинстве случаев поражает обширные участки кожи, включая кожу половых органов, лобка и кожу вокруг заднего прохода. При этом в отсутствие симптомов не совсем ясно, исследование какого участка кожи будет более достоверным.

В этой связи интересны результаты одного исследования. Женщин, у которых ранее были проявления инфекции ВПЧ, еженедельно в течение нескольких месяцев обследовали на ВПЧ методом ПЦР. При этом у большинства женщин вирус выявляли далеко не при каждом обследовании.
Поэтому отрицательный результат ПЦР не исключает наличия инфекции ВПЧ.

***Диагностика остроконечных кондилом***

Обычно для диагностики остроконечных кондилом достаточно осмотра.
При типичных остроконечных кондиломах в выявлении и определении типа ВПЧ нет необходимости. У мужчин за остроконечные кондиломы очень часто принимают *папулезное ожерелье полового члена* (проявляется 1-3 рядами отдельно расположенных папул диаметром 1-2 мм, локализованными на венце головки и симметрично в области уздечки крайней плоти). Это вариант нормы. У женщин за остроконечные кондиломы нередко принимают *м****икропапилломатоз половых губ*** (отдельно расположенные папулы, расположенные симметрично на внутренней поверхности малых половых губ и в области преддверия влагалища). Это также вариант нормы.
Кроме того, при подозрении на остроконечные кондиломы следует исключать ряд заболеваний, таких как контагиозный моллюск и широкие кондиломы (проявления сифилиса). Всех больных остроконечными кондиломами в обязательном порядке обследуют на сифилис и ВИЧ. Целесообразно обследование и на другие инфекции, передающиеся половым путем.

***Диагностика дисплазии шейки матки***

Учитывая распространенность инфекции ВПЧ (включая типы «высокого риска») всем женщинам показано ежегодное цитологическое исследование мазков с шейки матки для своевременного выявления дисплазии шейки матки.
У женщин с остроконечными кондиломами (как и у половых партнерш мужчин с остроконечными кондиломами) риск дисплазии шейки матки не выше, чем у остальных женщин. Им показано цитологическое исследование мазков с шейки матки с той же периодичностью (1 раз в год).

***Лечение остроконечных кондилом и инфекции ВПЧ***

Существует множество методов лечения остроконечных кондилом. Ни один из них не является идеальным или универсальным. Каждый из этих методов имеет свои преимущества и недостатки. В настоящее время лечения, избавляющего от инфекции ВПЧ, не существует. Современное лечение остроконечных кондилом по своей сути является симптоматическим и преследует цель удалить или уменьшить симптомы заболевания. Оно не избавляет от инфекции ВПЧ и не предупреждает дальнейшей передачи вируса. После любого метода лечения возможны рецидивы. Методы лечения остроконечных кондилом, применяемые в настоящее время, не имеют преимуществ друг перед другом в снижении риска рецидивов. После любого лечения риск рецидивов составляет около 30%.

Существует научная классификация методов лечения остроконечных кондилом. Коснемся лишь наиболее распространенных методов:

1. ***Криодеструкция жидким азотом.*** Метод заключается в воздействии на кондиломы низкой температурой. Метод не требует обезболивания и хорошо переносится. Рубцы после криодеструкции возникают редко.
2. ***Лазерная терапия*** представляет собой удаление остроконечных кондилом с помощью лазера. Метод требует обезболивания. Возможно образование рубцов. Лазерная терапия является резервным методом лечения. С него не следует начинать лечение остроконечных кондилом.
3. В процессе лазерной терапии взвесь вирусов попадает в воздух. Поэтому персонал должен быть масках, а помещение должно быть оборудовано вытяжкой.
4. ***Электрокоагуляция.*** Суть метода – воздействие на кондиломы высокой температурой. Метод требует обезболивания. Возможно образование рубцов.В процессе электрокоагуляции взвесь вирусов попадает в воздух. Поэтому персонал должен быть масках, а помещение должно быть оборудовано вытяжкой.
5. ***Подофиллотоксин*** (Кондилайн Никомед, Кондилин). Препарат представляет собой экстракт из растений рода *Podophyllum*. Он вызывает некроз остроконечных кондилом. Его наносят специальным аппликатором (который входит в комплект) 2 раза/сут с интервалом 12 ч в течение 3 сут ежедневно. Затем на 4-7 сут делает перерыв. Следует избегать попадания препарата на здоровую кожу. Лечение продолжают до исчезновения остроконечной кондиломы, но не более 5 нед. Нередко возникают умеренное жжение, болезненность и краснота. Эти симптомы обычно разрешаются в течение нескольких суток. Хотя препарат предназначен для самостоятельного использования и содержит подробную инструкцию (обязательно прочитайте перед применением!), следует лечиться под руководством врача. *Беременным Подофиллотоксин противопоказан. Женщинам детородного возраста показана надежная контрацепция или отказ от половой жизни во время лечения этим препаратом.*
6. ***Интерферон*** применяют местно (обкалывают им кондиломы) или системно (вводят внутримышечно. Применение интерферона часто сопровождается гриппоподобным состоянием (высокая температура, озноб, недомогание, головная боль). По эффективности интерферон не превосходит другие методы. Во многих странах широкое применение интерферона при остроконечных кондиломах не рекомендуется из-за выраженных побочных эффектов.
7. ***Имиквимод*** (Aldara, производитель – 3M Pharmaceuticals) в форме 5% крема применяют для местного лечения остроконечных кондилом. Его наносят 3 раза в неделю перед сном, утром смывают водой с мылом. Лечение продолжают до разрешения высыпаний. Максимальная продолжительность лечения составляет 16 нед. Препарат эффективен при небольшом размере кондилом. При этом его эффективность у женщин выше, чем у мужчин. Безопасность при беременности не изучена. В России препарат находится в процессе регистрации.
8. Эффективность иммунных препаратов, широко применяемых в нашей стране (Полудан, Амиксин, Иммунал, Циклоферон, Иммуномакс, Полиоксидоний, …) не доказана. Качественных исследований, доказывающих их эффективность, нет. В развитых странах их не применяют.

***Перспективы лечения остроконечных кондилом***

В настоящее время разрабатываются противовирусные препараты и вакцины для лечения инфекции ВПЧ. Скорее всего, в ближайшие несколько лет эти исследования не смогут принципиально изменить ситуацию с лечением остроконечных кондилом. Однако в отдаленной перспективе (более 10 лет), скорее всего, появятся препараты и вакцины, эффективные в отношении ВПЧ.

***Выбор метода лечения остроконечных кондилом***

1. Вопрос о выборе метода лечения должен решаться лечащим врачом индивидуально для каждого больного. При этом учитывается множество факторов (тип остроконечных кондилом, их количество, локализация и т. д.). Окончательное решение должно приниматься после согласования мнения врача и пожеланий больного.
2. Учитывая возможность самостоятельного разрешения остроконечных кондилом, иногда целесообразно не проводить никакого лечения.
3. Учитывая возможность повторного появления кондилом после их удаления, агрессивные методы лечения (при которых высок риск побочных эффектов) лучше не применять.

 ***Предотвращение повторное возникновение остроконечных кондилом***

* Инфекция ВПЧ является пожизненной. Ни один из современных методов лечения не избавляет от ВПЧ и не может гарантировать отсутствие рецидивов (повторного появления).
* Частота рецидивов после лечения любым из методов составляет около 30%.
* Для снижения риска рецидивов логично было бы применение иммуностимуляторов. Однако эффективность современных иммунных препаратов (Полудан, Амиксин, Иммунал, Циклоферон, Иммуномакс, Полиоксидоний, …) не доказана.
* В этой ситуации единственное, что можно порекомендовать – избегать факторов, снижающих иммунитет (переохлаждение, курение, сильные эмоциональные стрессы, злоупотребление алкоголем, хроническое переутомление, авитаминоз).
* Использование презервативов при контактах с постоянными половыми партнерами нецелесообразно, так как к моменту начала лечения они уже инфицированы.
* Использование презервативов после инфицирования не влияет на дальнейшее течение остроконечных кондилом.

***ЛЕЧЕНИЕ КОНДИЛОМ У БЕРЕМЕННЫХ И ДЕТЕЙ***

 Во время беременности видимые кондиломы часто рецидивируют, имеют тенденцию к росту и становятся рыхлыми. Рекомендуется их активное лечение, поскольку они представляют собой очаг инфекции, увеличивающий опасность инфицирования плода. Кроме того, образования больших размеров могут служить причиной механических и геморрагических осложнений во время родов. Лечение беременных желательно проводить на ранних сроках, соблюдая определенную осторожность. Поэтому использование лазерного и криовоздействия, а так же цитостатических препаратов является неприемлемым. Наиболее щадящим и эффективным при лечении остроконечных кондилом влагалища и наружных половых органов у беременных, у детей и подростков и в гинекологической практике в целом является метод с использованием препарата "Солкодерм", предложенный к применению швейцарской фирмой "Солко Базель". Препарат широко используется в некоторых ведущих клиниках Москвы. Наш достаточно длительный опыт применения препарата "Солкодерм" также свидетельствует о том, что выздоровление наступает быстро и практически безболезненно.

***Кольпит***

***Кольпит (colpitis) (бактериальный вагиноз).***

Кольпит (вагинит) - воспаление слизистой оболочки влагалища.
Относятся к самым частым гинекологическим заболеваниям у женщин репродуктивного возраста. Воспаление слизистой оболочки влагалища может быть вызвано стафилококком, стрептококком, кишечной палочкой, грибами Кандида, тризомонадами, вирусами гениального герпеса, гарднерелами, цитомегаловирусами, хламидиями. Бактериальный вагиноз может быть вызван определенным видом бактерий или их ассоциацией, которая состоит из 2-5 видов возбудителей.

***Факторами, способствующими возникновению*** [***БВ***](http://www.women-medcenter.ru/index.phtml?id=8) ***являются***:

* заболевания, [передающиеся половым путем](http://www.women-medcenter.ru/index.phtml?id=44) (хламидиоз, трихомониаз, молочница, микоуреаплазмоз и др.)
* снижение иммунитета при инфекционных заболеваниях,
* снижение эндокринной функции желез внутренней секреции (заболевание яичников различной природы, менопауза, сахарный диабет, ожирение),
* нарушение анатомических особенностей влагалища из-за опущения его стенок,
* зияние половой щели, повреждения слизистой оболочки влагалища при проведении манипуляции во влагалище и в матке (внебольничный аборт, неправильное спринцевание, введение различных предметов во влагалище, например, при [мастурбации](http://www.women-medcenter.ru/index.phtml?id=258)).
* нарушение питания слизистой оболочки при сосудистых расстройствах и старческой атрофии.
* несоблюдение правил личной [гигиены и гигиены половой жизни](http://www.women-medcenter.ru/index.phtml?id=256)
* нерациональное применении антибиотиков.
* аллергия (например, на резину презерватива, или на лекарства, которые вводятся во влагалище).

Все перечисленные выше моменты способствуют поселению во влагалище необычной для него микрофлоры с дальнейшим развитием воспалительных изменений.Во влагалище здоровой женщины постоянно обитают микроорганизмы. Среди них есть влагалищные палочки, которые вырабатывают молочную кислоту, губительную для болезнетворных микробов. Казалось бы, сама природа способствовала тому, чтобы происходило самоочищение слизистой оболочки влагалища. Тем не менее кольпит, или вагинит, возникает.   Естественная флора влагалища в виде палочек Додерлейна является достаточно мощным барьером на пути посторонней микрофлоры, попадающей во влагалище прежде всего при половых контактах.

|  |
| --- |
| kolpitРис. палочки Додерлейна |

Кислая реакция влагалищного содержимого препятствует заселению его патогенными и условно патогенными микробами. Влагалищные палочки способны поддерживать кислую среду во влагалище лишь при условии нормально функционирующих яичников, под влиянием которых вырабатываются гормоны, способствующие обновлению клеток слизистой оболочки влагалища. Если женщина переносит какое-либо заболевание, как правило, [эндокринное,](http://www.gynecolog.su/endokrin.phtml) когда нарушается баланс гормонов яичников, то меняется и микробная флора во влагалище. Падают ее защитные функции, размножаются болезнетворные микробы, попавшие во влагалище извне или обитавшие в нем и раньше, но в кислой среде не имевшие возможности проявить свою агрессивность.   Кольпит неизбежно возникает, если болезнетворные микроорганизмы попадут во влагалище в большом количестве. Чаще всего возбудителями кольпита становятся трихомонады, гарднереллы, стафилококки, стрептококки, кишечные палочки. Причиной кольпита может стать и попадание во влагалище различных возбудителей в случаях, если женщина не соблюдает [элементарных гигиенических правил:](http://www.medsan.ru/html1/01_intim.htm) не подмывает половые органы, редко меняет белье. У некоторых женщин развивается так называемый грибковый кольпит, или [молочница (кандидоз).](http://www.medsan.ru/html1/10.htm)  В последние годы резко возросло число кольпитов, вызванных хламидиями и микоплазмами. Урогенитальные хламидиозы часто протекают в форме смешанных инфекций: хламидийно-микоплазменных, хламидийно-трихомонадных и особенно часто хламидийно-гонококковых.

***Клиника.***  Основными симптомами являются слизисто гнойные выделения, боль, изжога, зуд во влагалище. Больные жалуются на невозможность половой жизни, усиления боли и изжоги во время мочеиспускания. В хронической стадии эти явления стихают.

*Бели* - чрезмерные или необычные по характеру выделения из влагалища (молочно-белые, желто-зеленые, сукровичные, жидкие или густые, имеющие запах и т.д.), вызывающие зуд, жжение и постоянное ощущение влажности. В отличие от белей физиологические (нормальные) выделения из влагалища необильные, светлые. Обычно они не вызывают раздражения кожи и слизистой оболочки половых органов, количество выделений несколько увеличивается перед менструацией, во время беременности и в послеродовом периоде, а у девочек - в период полового созревания. Бели - один из самых частых симптомов гинекологических заболеваний, связанный с количественным или качественным изменением секрета половых органов. Причины появления белей: воспалительные процессы, инфекции, травмы, опухоли различной локализации. Характер белей обусловлен их происхождением (трубные, маточные и влагалищные бели жидкие, шеечные - слизистые). Примесь гноя обычно указывает на воспалительный процесс, крови - часто на развитие опухоли. Бели часто появляются при различных гинекологических (например, аднексит, вагинит, кольпит) и других заболеваниях. Они могут возникать при опущении стенок влагалища, разрывах промежности, спринцевании концентрированными антисептическими растворами, длительном применении химических противозачаточных средств, при застойных явлениях в органах таза, обусловленных запорами и малоподвижным образом жизни, нарушении правил личной гигиены.

  Кольпит чреват ***осложнениями.*** Со слизистой оболочки влагалища воспалительный процесс способен распространиться на мочеиспускательный канал, прямую кишку, на канал шейки матки, ее полость и придатки. Это может спровоцировать развитие [эрозии шейки матки,](http://www.gynecolog.su/ginek.phtml?id=4) возникновение эндометрита и привести к [бесплодию.](http://www.gynecolog.su/endokrin.phtml?id=6) Восхождению инфекции способствуют половые сношения во время менструации, когда открывается канал шейки матки.

  Чем дольше не лечить кольпит, тем вероятнее осложнения. Если кольпит вызван трихомонадами, то лечение необходимо проводить одновременно обоим супругам. Бывает, что кольпит принимает хронические формы, и периоды улучшения сменяются периодами обострения.

***Таблица 1. Видовой состав нормальной микрофлоры влагалища***

|  |  |
| --- | --- |
| **Факультативные микроорганизмы** | **Анаэробные микроорганизмы** |
| **Грамположительные кокки***Staphylococcus epidermidis**Staphylococcus aureus*\**Streptococcus* группы Д-Гемолитический *Streptococcus* *Peptococcus* prevotii\* | **Грамположительные кокки***Peptococcus spp.*\**Peptococcus* anaerobius*Peptococcus* asaccharolyticus |
| Другие виды стрептококков | *Peptococcus* variabilis*PeptoStreptococcus spp.*\**PeptoStreptococcus* anaerobiusГрамотрицательные кокки*Veillonella spp.*Acidominococcus fermentas |
| **Грамположительные палочки***Lactobacillus spp.*\*Corinebacterium spp. | **Грамположительные палочки***Lactobacillus spp.*\**Bifidobacterium spp.**Clostridium spp.**Eubacterium spp.**Propionibacterium spp.* |
| **Грамотрицательные палочки**Echerichia coli\**Klebsiella spp.*Другие виды семейства*Enterobacteriacea*e | **Грамотрицательные палочки***Bacteroides melaninogenicus*\**Bacteroides* vulgatus\**Bacteroides spp.*\**Fusobacterium nucleatum*\**Fusobacterium spp.* (группаSphaerophorus)\*Leptotrichia spp.Campylobacter spp. ("анаэробныевибрионы") |
| \*Микроорганизмы, имеющие наибольшее клиническое значение. |

***Таблица 2. Микроскопическая характеристика биоценоза влагалища***

|  |  |
| --- | --- |
| **В норме** | **При бактериальном вагинозе** |
| Доминирование лактобактерийОтсутствие грамотрицательноймикрофлоры, спор, мицелия,псевдогифовОтсутствие лейкоцитовСоотношение анаэробы:аэробы 2:1 – 5:1Единичные "чистые"эпителиальные клетки | Незначительное количество илиполное отсутствие лактобактерий.Обильная полиморфнаяграмотрицательная играмположительная палочковаяи кокковая микрофлора.Количество лейкоцитоввариабельно.Соотношение анаэробы:аэробы100:1 – 1000:1Наличие “ключевых” клетокПолимикробная картина мазка |

 ***Диагностика*** базируется на основании анамнеза, жалоб больной, клинической картины и результатов комплексной лабораторной диагностики, на данных осмотра в зеркалах. В острой стадии заболевания слизистая оболочка влагалища отёкшая, гиперемированная, при прикосновении кровоточит, покрытая гнойным или серозным налётом. При макулезном кольпите появляются ярко-красные участки неправильной формы, а при гранулезном - точечная инфильтрация сосочкового слоя слизистой оболочки влагалища, которая выступает над поверхностью. В хронической стадии кольпита боль становится незначительной, гиперемия слизистой оболочки менее интенсивна. Возбудителя обнаруживают с помощью бактериоскопического, бактериологического исследования содержания влагалища, канала шейки матки, мочи, выводных протоков бартолиновых желез.Наиболее перспективен и информативен ***метод (ПЦР)ДНК***, позволяющий выявить таких специфических возбудителей как хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, вирусы папиломы человека, вирус простого герпеса, мобилункус, лептотрикс и др. Полноценная лабораторная диагностика - залог успешного лечения. Примерный перечень рекомендованных анализов в комплексе диагностики урогенитальных инфекций как причины кольпита. Если присутствуют периодические или постоянные симптомы: выделения, зуд, чувство жжения в области половых органов, запах, дискомфорт при мочеиспускании, необычный характер выделений (цвет, количество, консистенция, а так же случайный половой контакт без применения средств барьерной контрацепции.

 ***Лечение кольпита***

Прежде всего следует по возможности устранить предрасполагающие моменты болезни, обратить внимание на лечение сопутствующих заболеваний и функциональных нарушений. При гипофункции яичников необходимо провести коррекцию их деятельности, направленную на восполнение дефицита их гормонов в организме. Следующим обязательным моментом, который необходимо строго соблюдать при лечении кольпитов, является полное прекращение половой жизни во время лечения. Необходимо провести обследование и по показаниям лечение полового партнера. Лечение кольпитов слагается из местного и общего с учетом характера возбудителя. ***Местное лечение*** заключается в назначении сидячих теплых ванн с настоем ромашки. При густых гнойных или слизистых выделениях проводят спринцевание влагалища раствором двууглекислой соды (2 ч. л. на 1 стакан воды), а через 20-25 минут осуществляется спринцевание марганцовокислым калием. При гнойных зловонных выделениях спринцевание проводят с сернокислым цинком (2 ч. л. на 1 л воды), сернокислой медью (0,5-1 ч. л. на 1 л воды). При прекращении гнойных выделений спринцевание влагалища проводят с вяжущими средствами (отвар коры дуба, например). В упорных случаях применяют влагалищные ванночки: после предварительного спринцевания содовым раствором через круглое влагалищное зеркало вводят 1-2 ст. л. 2-3%-ного раствора азотнокислого серебра, 3-10%-ного раствора протаргола. Через 2-3 минуты жидкость удаляют. Влагалищные ванночки делают через 2-3 дня.

Одновременно применяют общеукрепляющее лечение. При кольпите, вызванном [кандидой](http://www.diagnos.ru/bolezni/more/candidosis.html), рекомендуется спринцевание раствором сернокислой меди (1 ст. л. 2%-ного раствора на стакан кипяченой воды) или 1-3%-ным раствором буры. Одновременно следует вводить во влагалище посредством тампонов 20%-ный раствор буры в глицерине. При старческих кольпитах следует делать спринцевание настоем ромашки или одним из следующих растворов: борной кислоты, молочной кислоты, 0,25%-ным раствором хлористого цинка, а также вводить тампоны с рыбьим жиром. В случае недостаточно эффективного лечения, склонности к рецидивам и при выраженной гипофункции яичников рекомендуется местное применение эстрогенных гормонов в виде эмульсий или вместе с облепиховым маслом в небольших дозах (0,2-0,5 мг) в течение 10-15 дней (в дальнейшем по показаниям). Антибиотики и сульфаниламидные препараты назначают после определения чувствительности к ним возбудителя. Их применяют местно в виде растворов и эмульсий и для общего лечения.

Если гонококки высокочувствительны к тетрациклинам, применяют амоксицилин в дозе 3 г и пробенецид в дозе 1 г однократно. Соль бензилпенициллина (при высокой чувствительности гонококков к пенициллинам) вводят однократно внутримышечно в дозе 4-8 млн МЕ и пробенецид однократно через рот в дозе 1 г. Возможно введение доксикциклина через рот 2 раза в день в дозе 100 мг в течение 2 дней или тетрациклина в дозе 500 мг через рот 4 раза в день в течение 7 дней. Беременным женщинам тетрациклин назначать не следует.

В районах, где гонококки менее устойчивы к антибиотикам, назначают канамицин однократно внутримышечно в дозе 2 мг или тиамфеникол в течение 2 дней подряд через рот 2,5 г 1 раз в день, возможно использование триметоприма 80 мг, сульфометоксазола (400 мг) по 10 таблеток ежедневно в течение 3 дней. При высокой устойчивости гонококков к антибиотикам вводят цефтриаксон однократно внутримышечно в дозе 250 мг, или цефалоспорин 3-го поколения, или ципрофлоксацин однократно через рот в дозе 500 мг, или квинолон, или спектиномицин однократно внутримышечно в дозе 2 мг.

Инфекции, вызываемые трихомонадами, лечат введением метронидазола через рот в количестве 2 г в виде однократной дозы. Половых партнеров женщин, страдающих трихомонозом, следует лечить однократно метронидозолом в количестве 2 г. Метронидазол противопоказан в 1 триместре беременности, но при необходимости может применяться в течение 2-го и 3-го триместров.

У беременных и кормящих женщин, больных трихомонадным кольпитом, применяют альтернативную схему лечения: клотримазол во влагалище по 100 мг каждый вечер в течение недели. При этом наступает ослабление симптомов, но излечение бывает только у 1/5 части больных. Лечение трихомонадного кольпита у кормящих женщин проводят метронидазолом (однократной дозой 2 мг через рот), грудное вскармливание прекращают на 24 часа. Больных, принимающих метронидазол, следует предупредить о необходимости отказа от употребления алкогольных напитков.

При кандидозе назначают местное применение какого-либо одного препарата из широкого ряда противогрибковых средств (миконазол, клотримазол, эконазол, бутоконазол, терконазол) или полиенов (нистатин или кандицидин). Имидазолы позволяют применять более короткий курс лечения. Нистатин вводят по 100 000 - 1 000 000 МЕ во влагалище, ежедневно в течение 14 дней. Независимо от возбудителя, который является причиной бактериального вагинозп, для нормализации биоценоза влагалища используют солкотриховак, вагилак.

***Экзо- и Эндоцервицит***

 ***Эндоцервицит*** - воспаление слизистой оболочки канала шейки матки. Известно, что одним из барьеров, препятствующих внедрению возбудителя в верхние отделы половых путей, является шейка матки. Этому способствуют узость цервикального канала шейки матки, наличие слизистой "пробки", содержащей секреторный иммуноглобулин А, лизоцим и другие вещества, обладающие определенными физическими и химическими свойствами. При наличии определенных факторов (в частности, травм шейки матки во время родов и абортов, диагностических выскабливаний матки и др.) происходит нарушение этих защитных механизмов и проникновение инфекции в половые пути, что вызывает развитие воспалительного процесса, в частности экзо- и эндоцервицита.   В настоящее время под термином "***экзоцервицит***" понимают воспаление влагалищной части шейки матки. Эндоцервицит - воспаление слизистой оболочки цервикального канала шейки матки. Возбудителями могут быть хламидии, гонококки, трихомонади, вирусы, грибы рода Candida, микоплазмы, стафилококки, кишечная палочка. Эндоцервицит часто совмещается с другими воспалительными процессами половых органов - аднекситом, ендометритом и кондиломами.

Все воспалительные процессы гениталий принято делить на неспецифические и специфические, так как воспаление экзо- и эндоцервицита могут быть вызваны как возбудителями неспецифической этиологии, так и специфической.
      Развитие экзо- и эндоцервицитов также может быть обусловлено инфекционными заболеваниями, передающимися половым путем (хламидиоз, трихомониаз, вирусные заболевания и т.д.).   Чаще всего заболевание встречается у женщин репродуктивного возраста. Однако нередко в результате возрастных изменений, которые связаны с дефицитом эстрогенов, происходят изменения, проявляющиеся в виде атрофического кольпита (вагинита) и неспецифических цервицитов.

   ***Клиника.*** Клиническими симптомами острого неспецифического цервицита и вагинита являются обильные слизистые или гноевидные выделения, зуд, реже - боли внизу живота. При влагалищном исследовании определяются гиперемия, отек, кровоизлияния в области слизистой оболочки влагалища и шейки матки, иногда могут наблюдаться участки изъязвления или слущивания поверхностных слоев эпителия до базального слоя.   В хронической стадии выделения могут быть незначительными. При хроническом цервиците шейка матки отечная, с очаговой гиперемией. При остром эндоцервиците появляются слизисто гнойные выделения, которые изредка сопровождаются тупой болью внизу животА, пояснице. При осмотре в зеркалах обнаруживают гиперемию вокруг наружного зева и слизисто гнойные выделения из канала шейки матки. При длительном течении заболевания шейка матки гипертрофируется.

 ***Диагностика*** базируется на осмотре в зеркалах, кольпоскопии, бактериологическом исследовании выделений. Наряду с клиническими признаками имеет определенные лабораторные критерии, определяемые при микроскопическом, бактериологическом, цитологическом исследованиях, рН-метрии влагалищного отделяемого, а также при специальных методах диагностики (ДНК-зонд, полимеразная цепная реакция, иммуноферментный анализ и др.).   Расширенная кольпоскопия позволяет не только правильно поставить диагноз, но и определить эффективность последующего лечения.
   Кольпоскопическая картина в ряде случаев не позволяет выделить какой-либо специфический фактор.   Кольпоскопическая картина шейки матки и влагалища может зависеть не только от характера возбудителя, но и от стадии менструального цикла, гормонального статуса, стадии воспалительного процесса, возраста пациентки и т.д. Совокупность всех перечисленных признаков и определяет особенности клинического течения воспаления.   Принято различать ***очаговые и диффузные формы цервицита***. При ***очаговом цервиците*** на поверхности диффузно гиперемированной слизистой выявляются участки, которые как бы несколько приподняты над окружающей тканью. Они имеют различную величину, бывают округлой или овальной формы с отечной каймой. В этих участках могут быть видны множество мелких точек в виде очаговых скоплений. Красные точки представляют собой концевые петли расширенных субэпителиальных капилляров в воспаленных соединительнотканых сосочках подлежащей ткани.   ***При диффузном цервиците*** на фоне гиперемии и отечности слизистой видны диффузно расположенные красные точки, которые после обработки раствором уксусной кислоты светлеют. После пробы Шиллера поверхность слизистой окрашивается неравномерно, с характерной крапчатостью йоднегативных и йодпозитивных участков.   По данным Краснопольского и соавт. (1997) [4], при кольпоскопии шейки матки с неспецифическим воспалением можно выделить следующие признаки:

   1. Выделения различного цвета и консистенции в зависимости от рода возбудителя.
   2. Цилиндрический и многослойный плоский эпителий дают одну и ту же капиллярную реакцию - верхушки расширенных капилляров видны как ярко-красные точки, расположенные диффузно или очагами с неровными контурами. При этом нередко разница между ЦЭ и МПЭ исчезает.
   3. Проба Шиллера является хорошим индикатором интенсивности процесса. Локальное и диффузное отсутствие гликогена в МПЭ и определяет пестроту картины. Каждая светлая крапинка на коричневом фоне соответствует вершине воспаленного соединительнотканого сосочка. Могут иметь место значительные округлые йоднегативные участки с расплывчатыми границами, сливающиеся друг с другом.

   4. Истинные эрозии с типичной картиной, дно которых нередко покрыто гноевидными выделениями.

 ***Лечение.***

Лечение экзо- и эндоцервицитов должно быть комплексным и включать не только этиотропное лечение, но и ликвидацию предрасполагающих факторов (нейроэндокринных, обменных и других функциональных нарушений), лечение сопутствующих заболеваний.   Терапия экзо- и эндоцервицитов включает в себя применение антибактериальных, противотрихомонадных, противогрибковых, противовирусных, противохламидиозных и других средств в зависимости от данных микробиологического и специальных методов исследования (полимеразная цепная реакция, ДНК-зонд, иммуноферментный анализ и т.д.).
   В частности, при кандидозном цервиците и вагините в настоящее время рекомендуют применение препарата Дифлюкан - представителя нового класса триазольных соединений, который оказывает выраженное специфическое действие на синтез стеролов грибов. Дифлюкан применяют в начальной дозе 150 мг однократно.   При хламидийном цервиците наряду с антибиотиками тетрациклинового ряда (тетрациклин, мономицин, доксициклин, метациклин и др.), макролидов (эритромицин), хинолонов (таривид, максаквин) в последние годы с успехом применяют препарат азитромицин (сумамед) из группы азалидов. Сумамед назначают в первый день 500 мг, а затем по 250 мг 1 раз в сутки в течение 10 дней. Этиотропную терапию перечисленными препаратами некоторые авторы рекомендуют сочетать с местным лечением: обработка шейки матки и влагалища 1 - 2% раствором хлорофиллипта, 3% раствором димексида, раствором нитрата серебра.   Чрезвычайно трудную задачу представляет лечение воспалительных процессов, вызванных вирусными заболеваниями (вирус простого герпеса и паппиломовирусная инфекция).
В острой стадии заболевания проводят преимущественно антибактериальную терапию, в зависимости от вида возбудителя (Гонорея, Хламидиоз, Трихомоноз). Местные процедуры противопоказаны, их проводят после стихания процесса. Применяют спринцевание, ванночки с хлоргексидином, рекутаном, димексидом, бализом. Лазеротерапия показана как в острой, так и в хронической стадии заболевания. Применяют гелий-неоновые и полупровидниковые лазеры.

***Эндометрит***

 ***Эндометрит***  - воспаление слизистой оболочки матки, которое вызывается стафилококком, стрептококком, кишечной палочкой и тому подобное. Возникновению его способствуют осложнение аборта и родов, диагностическое выскабливание матки, гистеросальпингография и другие внутренне-маточные вмешательства. Воспалительный процесс распространяется на весь функциональный и базальный слои слизистой оболочки матки или имеет очаговый характер.

 В зависимости от этиологии выделяют следующие эндометриты:

* гонорейный
* туберкулезный
* актиномикотический
* неспецифический

*Факторами риска* развития эндометрита являются:

* аборты
* осложненные роды
* внутриматочные манипуляции (диагностическое выскабливание, гистероскопия, зондирование матки, продувание маточных труб)
* использование внутриматочной спирали
* снижение местного и общего иммунитета
* несоблюдение правил личной гигиены

 ***Клиника.***

Симптомы эндометрита появляются через несколько дней после инфицирования, которое произошло в процессе [аборта](http://www.mastopathy.ru/abort.php), родов или внутриматочных манипуляций. Острый эндометрит продолжается около 7-10 дней, если пациентка своевременно обратилась к врачу, то заболевание проходит полностью.

Основные симптомы острого эндометрита:

* повышение температуры
* общая слабость
* боль внизу живота
* жидкие гноевидные выделения (возможно с примесью крови)
* повышение СОЭ
* при влагалищном исследовании определяют незначительное увеличение размеров матки, ее болезненность, мягкую консистенцию.

Анализ крови показывает лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, при пальпации определяется увеличенная, болезненная матка. Без соответствующей терапии возможен переход заболевания в хроническую форму.

Основные симптомы хронической формы:

* боли внизу живота, носящие ноющий характер
* серозно-гнойные выделения
* [нарушение менструального цикла](http://www.mastopathy.ru/narush-menstr.php)

При хронической форме заболевания происходит структурное изменение эндометрия, приводящее к образованию кист, атрофии и гипертрофии эндометрия. Одним из главных симптомов является нарушение менструального цикла, для которого характерно пост- и пременструальные кровотечения. Нередко у пациенток с данной болезнью встречается привычное невынашивание беременности и [бесплодие](http://www.mastopathy.ru/besplodie.php). Это связано с тем, что оплодотворенная яйцеклетка не может прикрепиться к измененному эндометрию.

 ***Диагностика.*** Диагноз подтверждается с помощью бактериологического исследования содержания полости матки, ультразвукового исследования.

 ***Лечение.*** Обязательная госпитализация в гинекологический стационар.

**Лечение эндометрита** – терапия, которую может назначить только врач, после осмотра и проводения ряда исследований. Самолечение может привести к тяжелой форме заболевания, являющейся причиной бесплодия. Лечение эндометрита (особенно острого) заключается в применении следующих видов терапии:

* антибактериальной
* десенсибилизирующей
* инфузионной
* общеукрепляющей

Для общего лечения применяются антибиотики, которые действуют на возбудителя. Препарат подберается в зависимости от чувствительности возбудителя, с учетом особеностей организма пациента. Антибактериальную терапию проводят до стойкого закрепления терапевтического эффекта. В острой стадии эндометрита используют антибиотики с учетом чувствительности к ним возбудителя, чаще доксициклин, клацид, цефобид, цифран, клафоран, дала цин „С”, полусинтетические пеницилини, уназин, метронидазол.

Для лечения хронического эндометрита неоходим комплексный подход, который повысил бы неспецифическую резистентность организма. Важную роль играет применение физиотерапии. Она помогает повысить активность рецепторов эндометрия, улучшить гемодинамику малого таза, стимулировать пониженную функцию яичников. Также применяются:

* ультразвук
* магнитотерапия
* электрофорез с йодом и цинком
* бальнеотерапия
* озокеритные, парафиновые аппликации

Отсутствие лечение приводит к распространению инфекции, что является причиной сепсиса и, как результат, спаечной болезни. Образуясь на органах малого таза, спайки не только причиняют боль, но и являются причиной бесплодия.

**Профилактика эндометрита** заключается в:

* воздержании от половой жизни во время менструации
* предупреждение возникновения инфекции после аборта или родов
* соблюдении правил личной гигиены

***Сальпингоофорит***

***Сальпингоофорит (аднексит) -***  воспалительное заболевание маточных труб и яичников, имеющие сходный патогенез и клинику. Возбудителем аднексита могут быть гонококки, микобактерии туберкулеза, стафилококки, стрептококки, эшерихии, энтерококки, хламидии и пр. Воспалительный процесс начинается обычно на слизистой оболочке маточной трубы, затем переходит на ее мышечную и серозную оболочки ( эндосальпингит, перисальпингит ). Потом из абдоминального конца трубы патологическое содержимое изливается на окружающую тазовую брюшину и эпителиальный покров яичника. Затем инфекция проникает в фолликул (непосредственно после овуляции) или в желтое тело и далее развивается непосредственно в яичнике. Труба и яичник спаиваются между собой, образуя единый конгломерат, а затем и воспалительное тубо-овариальное образование (пиосальпинкс, или пиовар), причем в дальнейшем развиваются многочисленные спайки, ограничивающие проходимость труб. Среди заболеваний женской половой системы случается чаще всего. Возбудителями неспецифического сальпингоофориту могут быть патогенные или условно патогенные микроорганизмы: стрептококки, стафилококки, бактероиды, энтерококки, эшерихии. Инфекция по большей части бывает смешанной. Стадии течения болезни: острая, подострая, хроническая.

 **Клиника аднексита**

Клинически выделяют:

* острый
* хронический аднексит.

При остром аднексите отмечаются повышение температуры, значительное нарушение общего состояния, сильная боль в низу живота, дизурические явления. В первые дни болезни живот чувствителен при пальпации, может отмечаться защитное напряжение мышц. Боль усиливается при гинекологическом обследовании. Контуры придатков матки неотчетливы, увеличены, подвижность их ограничена. В крови выражен лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, повышение СОЭ, отмечаются другие неспецифические признаки воспаления (диспротеинемия, С-реактивный белок и пр.).

**Диагностика аднексита**

Диагностика острого аднексита ( сальпингоофорита ) основывается на данных анамнеза и типичной клинике, подтверждением диагноза может служить ультразвуковое исследование.

**Лечение аднексита**

Лечение острого аднексита ( сальпингоофорита ) проводится только в условиях стационара. Больным показан полный покой, постельный режим, обезболивающие средства в зависимости от выраженности болевого синдрома, антибиотики широкого спектра действия или противомикробные препараты из группы фторхинолонов, противоспалительные и десенсибилизирующие средства. После стихания острых воспалительных явлений показаны биостимуляторы и физиотерапия (электрофорез с калием, магнием, цинком, ультразвук на низ живота, вибромассаж).

**Хронический аднексит** ( сальпингоофорит ) является преобладающей по частоте формой заболевания. Чаще всего это результат недолеченного или нелеченого острого аднексита. Больные предъявляют жалобы на тупые, ноющие боли в низу живота, усиливающиеся перед менструацией, после охлаждения и при возникновении интеркуррентных заболеваний. У большинства пациенток отмечается нарушение менструальной функции (поли-, гипо-, альгоменорея), что связано с нарушением функции яичников (гипофункция, ановуляция и др.). Очень часто хроническое воспаление в трубах и яичниках приводит к бесплодию.

Если же беременность наступает, то протекает неблагоприятно, имеет внематочную локализацию или заканчивается спонтанным абортом. Значительная часть больных страдает от нарушения сексуальной функции (снижение либидо, аноргазмия и пр.). Причиной этого могут быть как органические, так и психосоматические нарушения, нередко связанные с переживаниями женщины по поводу бесплодия. Очень часто наблюдаются сопутствующие нарушения функций кишечника (запоры и хронический колит), гепатобилиарной системы (дискинезия желчевыводящих путей, бескаменный или калькулезный холецистит) и мочевыводящей системы (пиелонефрит).

Течение заболевания длительное, характеризуется периодическими обострениями и ремиссиями. При объективном исследовании определяются увеличенные и болезненные при пальпации придатки, расположенные сзади от матки, эластической или плотной консистенции. Обычно заболевание сопровождается кольпитом или эндоцервицитом с соответствущей клинической картиной.

В **лечении хронической стадии аднексита** ( сальпингоофорита ) доминируют физиотерапия и бальнеолечение. Применение антибактериальной терапии не показано, так как даже при обострении не происходит активации аутоинфекции или реинфекции. Применяется обезболивающая, десенсибилизирующая и противовоспалительная терапия в разных сочетаниях в зависимости от преимущественной симптоматики у конкретной больной. Обязательно используется местное лечение в виде грязевых и озокеритных аппликаций, вагинальных ванночек, гинекологического массажа. Кроме того, пациенткам показана общеукрепляющая терапия, витамины, иммуностимуляторы, неплохой эффект дает психотерапия.

***Параметрит***

**Параметрит** — воспаление околоматочной клетчатки. Возникает чаще всего после различных вмешательств на матке (патологические роды, аборты, гинекологические операции). Патогенная или условно-патогенная флора проникает в параметрий при травматизации матки либо — реже — лимфогенным или гематогенным путем из рядом расположенных очагов инфекции (аднексит, эндоцервицит, кольпит). После внедрения инфекции в параметрии образуется диффузный воспалительный инфильтрат, который способен нагнаиваться (при современном уровне терапии это происходит достаточно редко), рассасываться либо приобретать хроническое течение. Инфильтрат обычно располагается в определенных областях: от переднего отдела шейки по латеральным краям мочевого пузыря к передней брюшной стенке, от переднебоковых отделов шейки — к пупартовой связке и боковым отделам живота, от заднебоковых отделов шейки — к стенкам таза, от заднего отдела шейки — к прямой кишке.

**Клиника параметрита**

Одним из первых симптомов заболевания является стойкое повышение температуры (при нагноении она может приобретать интермиттирующий характер). Первоначально общее состояние пациентки практически не изменено, затем появляются и нарастают признаки интоксикации — головная боль, слабость, вялость, адинамия. Появляются жалобы на тупую боль в низу живота, чувство давления на прямую кишку, могут присоединяться дизурические явления и затруднения акта дефекации.

**Диагностика параметрита**

В крови больных обычно отмечается только стойкое повышение СОЭ. При развитии нагноения инфильтрата возникают лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, диспротеинемия и пр. При бимануальном исследовании определяется укорочение и сглаживание заднего или боковых сводов влагалища, более выраженное со стороны поражения (либо равномерно — при тотальном инфильтрате). Матка полностью не контурируется, поскольку включена в воспалительный инфильтрат частично или целиком. Затем сбоку от матки определяется инфильтрат, сначала мягковатой, позже — плотной консистенции. Признаки раздражения брюшины отсутствуют. Пальпация живота в начале заболевания безболезненна или малоболезненна, при возникновении нагноения живот становиться чувствительным при пальпации. Осложнения могут возникнуть при несвоевременной диагностике и развитии нагноения инфильтрата — прорыв гнойника в свободную брюшную полость, прямую кишку, мочевой пузырь.

**Лечение параметрита**

Лечение следует начинать с назначения антибиотиков широкого спектра или препаратов фторхинолонового ряда (ципрофлоксацин) в сочетании с метронидазолом в течение 5—7 дней. Женщина находится на строгом постельном режиме, показан холод на низ живота, внутривенное капельное введение хлористого кальция до 150 мл 3%-ного раствора. При нагноении вскрывают гнойник через задний свод влагалища либо со стороны передней брюшной стенки (внебрюшинно). При хронизации процесса можно использовать преднизолон в суточной дозе 20 мг в течение 10 дней с последующим переходом на НПВС, при нормализации показателей крови показаны ультразвук на низ живота, легкое тепло, свечи с индометацином. Заболевание отличается длительным обратным развитием. Спустя 4—6 месяцев показано санаторно-курортное лечение с использованием грязевых влагалищных тампонов, сероводородных орошений или ванночек, гинекологического массажа.

***Пельвиоперитонит***

**Пельвиоперитонит** — воспаление брюшины малого таза — развивается вторично при поражении матки, маточных труб и яичников. Преимущественный путь проникновения микроорганизмов в полость брюшины — через маточные трубы. Кроме того, инфекция может поступать лимфогенным и гематогенным путями, а также контактным (например, при аппендиците).

Выделяют:

* серозно-фиброзный
* гнойный пельвиоперитонит.

Первый из них имеет более благоприятное течение и тенденцию к ограничению процесса пределами малого таза. Этому способствует развитие спаек между париетальными листками брюшины малого таза, маткой, придатками матки, а также сальником, петлями тонкой кишки, сигмовидной кишкой и мочевым пузырем. При гнойном пельвиоперитоните отграничение процесса происходит гораздо медленнее, сопровождается затеканием гноя в дугласово пространство и образованием дуглас-абсцессов.

**Клиника пельвиоперитонита**

Клиника типична для острого воспаления: фебрильная температура, сильная боль в низу живота, его вздутие, защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, при гнойном пельвиоперитоните отмечается положительный симптом Щеткина—Блюмберга. Перистальтика кишечника ослаблена, может быть задержка стула и газов, язык сухой, отмечаются тошнота и рвота. В крови СОЭ резко ускорена, выражен высокий лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево. Состояние пациентки тяжелое, однако при правильном и полноценном лечении наступает значительное улучшение в течение 1—2 суток.

**Диагностика пельвиоперитонита**

При гинекологическом исследовании в первые дни заболевания отмечается только ригидность и болезненность заднего свода, где затем появляется выпячивание вследствие скопления экссудата. Важное значение имеют пункция заднего свода, бактериологическое исследование пунктата, ультразвуковое исследование.

**Лечение пельвиоперитонита**

Лечение — только в условиях стационара. Больной назначают строгий постельный режим, покой, холод на низ живота, антибиотики широкого спектра действия или препараты фторхинолонового ряда в сочетании с метронидазолом. Инфузионно-детоксикационная терапия осуществляется в объеме, соответствующем тяжести состояния пациентки. При образовании дуглас-абсцесса показано опорожнение путем пункции или кольпотомии с последующим введением в полость антибиотиков.

 ***Прогноз*** в большинстве случаев благоприятный.

***Список литературы:***

1. Воспаление. Руководство для врачей (Под ред. В.В. Серова, В.С. Паукова). Медицина, 1995;640.
2. Прилепская В.Н., Роговская С.И., Межевитинова Е.А. Кольпоскопия. Практическое руководство. М. 1997;108.
3. Singer A, Monaghan JM. Lower Genital Tract Precancer. Colposcopy, Pathology, Treatment, Blackwell Science. Inc., 1994.
4. Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., Буянова С.Н., Манухин И.Б., Кондриков Н.И. Патология влагалища и шейки матки. Медицина, 1997;272.
5. Бычков В.И. Консервативное лечение неспецифического цервицита при фоновых и предраковых процессах слизистой оболочки шейки матки. Акуш. и гинек. 1989;4:55-8.
   6. Boon ME, Suurmeijer AJH. The Pap Smear. Leiden, 1991.
6. Адаскевич В.П. Заболевания, передаваемые половым путем. Витебск, 1996.
7. Кирющенков А. Хламидиоз и вирусные заболевания женских половых органов. Врач 1994;1:13-5.
8. Анкирская А.С., Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р., Муравьева В.В. Бактериальный вагиноз: особенности клинического течения, диагностика, лечение. Русс. мед. журн. 1998;6(5):276-82
9. С.Н.Занько, А.Н.Косинец, Л.Я.Супрун Хронические воспалительные заболевания придатков матки. – Витебск, 1998.
10. Избранные лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. А.Н.Стрижакова, А.И.Давыдова, Л.Д.Белоцерковцевой. – Росто- на- Дону: «Феникс», 2000.- с.512.
11. Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф., Пономаренко Г.Н., Гайвороновский Д.И. Практический справочник акушера-гинеколога. // С-Пб.: ООО „Издательство ФОЛИАНТ”., 2001
12. Чайка В.К., Демина Т.Н., Коломийцева А.Г. и др. Невынашивание беременности: проблемы и тактика лечения/ Под ред. Т.Н.Деминой.- 2-е изд., испр. и доп.- Севастополь: Вебер, 2003.-261с.
13. Наказ № 582 2003р „Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги”
14. Кимберли Ворковски, Уильям Леваин. Рекомендации по лечению заболеваний, передающихся половым путем. – Киев.: Фармацевт-Практик, 2004.- 194с.
15. Мэррей Энкин, Марк Дж. Н.С.Кейрс, Мери Ренфрью, Джеймс Нейлсон под редакцией Элеонор Энкин. Руководство по эффективной помощи при беременности и родах. Второе издание. Перевод с английского Л.П.Симбирцевой. СПб: Нордмед-издат. 1999г. – 544с.
16. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. // Под ред. В.И.Кулакова, В.Н.Серова, Ю.И.Барашневаю – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.