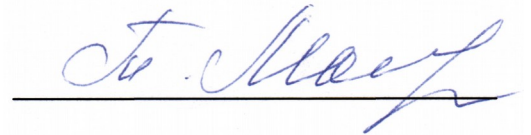


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

"Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"

Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Заведующая кафедрой: д.м.н., доцент
Макаренко Т.А.



Реферат

Воспалительные заболевания женских половых органов

Выполнила:
Ординатор 1го года обучения
Шелковникова Евгения Игоревна
каф. Оперативной гинекологии ИПО

Красноярск 2018

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 (*Escherichia 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 пептококки, 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.

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 очаге 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 женских половых органов

Этиологическим моментом хронического воспаления может быть любой неспецифический фактор: обострение воспаления может быть спровоцировано 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 диссеминированного 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 (фолликулостимулирующего, 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 рецидивированию 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 аутоаллергии при хронических ВЗГ.

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

- стертая клиническая симптоматика острой стадии заболевания;
- преимущество хронических процессов, а в последние годы появление первично хронических заболеваний;
- стойкое рецидивирующее течение хронических процессов;
- наиболее частая локализация воспалительного процесса в придатках матки;
- редкое поражение параметральной клетчатки;
- редкое развитие гнойных процессов.

Классификация воспалительных заболеваний гениталий

I. По клиническому течению:

1. Острые процессы;

2. Хронические процессы;

в стадии ремиссии;

в стадии обострения:

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

II. По локализации:

1. Воспаление наружных половых органов:

Вульва - вульвит,

Остроконечные кондиломы

Бартолинова 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);

Гидросальпинкс (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);

Перисальпингит (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 преддверья 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°C 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 (vulvitis) - 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 гиперемия 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.

Лечение

В первую очередь направляют на устранение заболевания, которое осложнилось вульвитом. В острый период применяют отвар цветков ромашки, слабый раствор калия перманганата, борной кислоты; при бактериальных, грибковых, паразитарных - тержинал по одной влагалищной таблетке перед сном, длительность лечения 10 дней. Если возбудителем вторичного вульвита является грибок 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 развиваться 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) 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 необходимо изменить поведение мужчины при половых отношениях, психотерапия, гипноз. Больная нуждается в консультации сексопатолога. Лечение 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 области 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 половых 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.

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 удастся 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 микропапилломатоз 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.

Список литературы:

1. Учебное пособие. Физические методы лечения воспалительных заболеваний женских половых органов. Под редакцией О.В. Макарова Савченко Т.Н., Озолина Л.А. - Москва.-с. 22.- 2010.
2. Схемы лечения. Акушерство и гинекология. Под редакцией Кулакова В. И. и Серова В. Н. 2007 г. Издательство: Литтерра.
3. Гинекологические заболевания. Серов В.Н., Бурлев В.А., Колода Ю.А., Коноводова Е.Н., Соколова Ю.Ю. 2008 г. Издательство: Литтерра.
4. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии: диагностика и лечение. Пирлман М., Тинтиналли Дж. 2008 г. Издательство: Бином. Лаборатория знаний.