

Основные симптомы БВ:

- Обильные бели с неприятным запахом (особенно после полового акта или менструации), при длительном течении – густые, зеленоватые, пенные.
- Иногда зуд, диспареуния. Дизурические расстройства.
- Отсутствие воспалительной реакции со стороны влагалища.
- Иногда обильные менструации, боли внизу живота.
- В 24% случаев – нет симптомов.

Раздражение вульвы и влагалища наблюдаются редко, что отличает БВ от кандидоза и трихомониаза, которые обычно сопровождаются сильным зудом.

Диагностика основана на данных клинического обследования и лабораторных методах исследования. Существуют четыре основных признака бактериального вагиноза, для диагноза необходимо наличие хотя бы трех из четырех признаков:

1. Наличие характерных для заболевания симптомов, т.е. гомогенных, жидких, имеющих запах рыбы выделений, прилипающих к стенке влагалища.
2. Усиление «рыбного» запаха при добавлении к влагалищному секрету растворов щелочей.
3. Щелочной характер среды во влагалище. Для измерения кислотности среды используют специальные тестирующие полоски.
4. Наличие соответствующих изменений в результатах анализов влагалищных мазков. К таким изменениям, в частности, относится обнаружение в мазках «ключевых клеток». Эти клетки являются клетками эпителия влагалища, покрытыми, будто «приперченными», мелкими палочками (гарднереллами).

В сложных случаях для диагностики может использоваться идентификация ДНК гарднереллы – полимеразная цепная реакция (ПЦР).

Лечение вне беременности: общая терапия обязательна – базисная терапия орнидазол по 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней. Альтернативное лечение: метронидазол 500 мг 2 раза в день в течение 7 суток. Местное лечение (вагинальное): бетадин интравагинально по 1 свече перед сном в течение 7 дней, далацин (клиндамицин) – по 5 г (одноразовая доза) 2% крема вводится с помощью аппликатора перед сном в течение 3 дней, тержинан по 1 таблетке перед сном в течение 10 дней.

Во время беременности проводится в основном терапия, хотя есть сведения об эффективности ампициллина. Беременным метронидазол назначается

только в тяжелых случаях и лишь в 2 и 3 триместрах беременности. Для местной терапии в 1 триместре используются бетадин по 1 свече 7 дней, во 2 половине беременности – далацин (клиндамицин) 2% – 5,0 крема на ночь в течение 3 дней, тержинан по 1 таблетке на ночь в течение 10 дней. По завершении лечения необходимо провести лечение пробиотиками для восстановления нормальной микрофлоры влагалища (Хилак форте, Линекс, Бифидум-бактерин, Ацилакт, Глицирризиновая кислота).

Одним из новых и эффективных способов лечения и профилактики бактериального вагиноза является применение L-аскорбиновой кислоты (вагинорм-С, вагинальные таблетки 250 мг). Вагинорм-С снижает pH влагалища, ингибирует рост бактерий и способствует восстановлению и поддержанию нормальных показателей pH и флоры влагалища (*Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus gasseri*). Достоинством служит постепенное растворение таблетки, что способствует пролонгированному действию препарата, во-первых, предотвращает раздражение эпителия влагалища. Вагинорм-С применяют интравагинально в течение 6 дней 1 раз в день вечером.

ТҰЖЫРЫМ

БАКТЕРИАЛЫҚ ВАГИНОЗ

Т.С. Юсупова

№6 қалалық емхана, Алматы қ.

Бактериалық вагиноз – бұл ісіну құбылыстарымен бірге болмайтын қынап дисбактериозы. Бұл кезде қынаптың тазалануына болысатын пайдалы микроағзалардың (мысалы, лактобактериялар) саны азаяды және белгілі бір жағдайларда ауруға алып келуі мүмкін шартты-патогенді микроағзалардың (гарднереллалар, микоплазмалар және т.б.) саны ұлғаяды.

SUMMARY

BACTERIAL VAGINOSIS

T.S. Yusupova

City polyclinic №6, Almaty c.

Bacterial vaginosis is a vaginal disbacteriosis without inflammatory events. It is characterized by decrease of quantity of beneficial microorganisms that help to clean the vagina (e.g., lactic acid bacillus) and by decrease of the number of so called opportunistic microorganisms (*Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma* and other) that may cause a disease under certain conditions.

Т.С. ЮСУПОВА

Городская поликлиника №6, г. Алматы

ПИЕЛОНЕФРИТ У БЕРЕМЕННЫХ

Пиелонефрит – неспецифическое воспалительное заболевание почек бактериальной этиологии, характеризующееся поражением почечной лоханки, чашечек и паренхимы почки. Это самое частое заболевание почек у беременных (6-12%) и связано с гормональными изменениями, сдавливанием мочеточников растущей маткой, наличием очагов инфекции в организме (ангина, кариозные зубы, фурункулез и др.). Возбудителями ПН у беременных часто являются условно-патогенные микроорганизмы. Кишечная палочка высевается у 36-88% беременных и вызывает склероз почечных лоханок, околопочечной клетчатки и капсулы почек. Протей (5-20%) своими ферментами расщепля-

ет белки и мочевину с образованием аммиака и других веществ, которые повреждают клетки эпителия почек и мочеточников. Эта инфекция вызывает образование камней и имеет рецидивирующее течение. Из мочи беременных высевают также клебсиеллу, энтерококк и др. Однако чаще всего возбудителями ПН являются грамотрицательные микроорганизмы – стрептококки групп D и B, стафилококки и микрококки. Воспаление в почках могут вызывать также *Candida*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis*, анаэробные бактерии. При свежем процессе находят, как правило, одного возбудителя, при длительно существующем – несколько.

Клиническая картина. Различают острый и хронический ПН. Появление или обострение ПН чаще происходит в 22-28 недель беременности, когда резко возрастают уровни половых и кортикостероидных гормонов. Этот период является критическим для беременных, больных ПН.

ПН начинается с повышения температуры до 38-40°C, озноба, головной боли, боли в конечностях, в пояснице, усиливающихся при дыхании, иррадиацией по ходу мочеточников, в паховую область, бедро, половые губы. Симптом Пастернацкого положительный. Обычно появляется учащенное болезненное мочеиспускание. Если заболевание прогрессирует, интоксикация сопровождается тахикардией (до 120-140 уд/мин), головной болью, слабостью, адинамией, иктеричностью склер, тошнотой, рвотой. В 25% наблюдений добавляются симптомы бактериально-токсического шока с падением АД, резкой бледностью, акроцианозом, спутанностью сознания. При тяжелом течении пиелонефрита появляются признаки почечно-печеночной недостаточности с азотемией, выраженной желтухой. Распространение процесса на паранефральную клетчатку вызывает симптом напряжения мышц передней брюшной стенки, болезненность в подреберье и напряжение мышц поясничной области.

Диагностика. Своевременная диагностика пиелонефрита крайне важна для получения эффективного лечения и устранения риска болезни для здоровья матери и ребенка. Для постановки диагноза острого ПН врачу достаточно выявить симптомы болезни. Дополнительное обследование позволит уточнить диагноз хронического ПН, протекающего бессимптомно:

- общий и биохимический анализ крови показывает признаки воспаления: увеличение числа лейкоцитов, увеличение скорости оседания эритроцитов, а также умеренное повышение концентрации мочевины и креатинина;
- анализ мочи по Нечипоренко показывает содержание в моче иммунных клеток лейкоцитов, увеличение которых в моче укажет на воспаление мочевыводящих путей;
- общий анализ мочи покажет наличие в моче лейкоцитов, бактерий, белков;
- проба Зимницкого проводится для проверки способности почек концентрировать мочу;
- УЗИ почек проводится для установления морфологических изменений почек, оно может быть использовано и во время беременности без особого риска для плода.

Лечение пиелонефрита зависит от формы и стадии заболевания, вида возбудителя, срока беременности. В основе лечения острого ПН – антибиотики на фоне восстановления пассажа мочи из больной почки катетеризацией мочеточников после предварительной хромоцистографии. Эвакуация из почечной ткани воспалительного детрита предотвращает развитие бактериального шока, который может быть связан с выделением большого количества эндотоксинов из погибших под влиянием антибиотиков микроорганизмов при нарушенной выделительной функции мочевыводящих путей. В I триместре используют полусинтетические пенициллины, которые не оказывают эмбриотоксического действия – ампициллин, оксациллин, метициллин. Во II триместре спектр антибиотиков расширяется ввиду включения защитной функции плаценты. Категорически запрещается вводить препараты тетрациклинового ряда, стрептомицин и левомицетин. С осторожностью – аминогликозиды (канамицин, гентамицин) ввиду их ото- и нефротоксического действия. Доза антибиотика зависит от суммарной функциональной способности

почек с относительной плотностью мочи. Для усиления антибактериального действия антибиотика в течение 2-х недель назначают в комбинации с 5-НОК, невиграмоном, фурагином, уросульфамом. На фоне антибактериальной терапии широко используется инфузионная, дезинтоксикационная, седативная, десенсибилизирующая терапия, витамины, растительные и салуретические (дробно, малыми дозами) мочегонные препараты.

Ведение беременности и родов. ПН неблагоприятно влияет на течение беременности и состояние плода. При наличии почечной гипертензии гораздо чаще возникают осложнения беременности, незрелость детей и перинатальная смертность. Поздний гестоз присоединяется не менее чем у 40% больных ПН, особенно хроническим. Невынашивание у них достигает 30%, перинатальная смертность – 25-50%.

В зависимости от формы ПН выделено 3 степени риска возникновения осложнений во время беременности и родов. 1 степень – женщины с острым ПН, возникшим во время беременности. 2 степень – беременные с хроническим ПН, 3 степень – беременные, страдающие ПН в сочетании с гипертензией или азотемией, или беременные с ПН единственной почки. При 1 и 2 степени риска беременность можно пролонгировать при условии контроля состояния мочи 2 раза в месяц (в период между 22 и 28 неделями – еженедельно) и наблюдения у нефролога. При 3 степени беременности противопоказана из-за резкого ухудшения здоровья с риском для жизни женщины. Госпитализация показана: при возникновении осложнений беременности; при обострении ПН на любом сроке беременности – в специализированный стационар или в наблюдательное отделение роддома; в критические сроки (22-28 нед) для обследования и определения функционального состояния почек; при выявлении гипоксии или гипотрофии плода. Наиболее благоприятный исход беременности наблюдается при остром ПН, возникшем во время беременности, с хорошим эффектом от лечения. Лечение должно быть направлено на восстановление функции почек. Особое внимание надо уделять профилактике осложнений беременности у женщин, страдающих ПН, следить за динамикой АД, массы тела, тонусом матки, состоянием плода, проводить профилактику невынашивания беременности. При признаках претоксикоза проводить профилактику позднего гестоза, мягкую стимуляцию диуреза в условиях женской консультации. Родоразрешение больных ПН предпочтительно через естественные родовые пути в наблюдательном отделении роддома. Используются спазмолитики и анальгетики, даже при наличии нефростомы, возможны самопроизвольные роды. Кесарево сечение допустимо только по строгим акушерским показаниям, предпочтительно без вскрытия брюшной полости (экстраперитонеальным путем) во избежание тяжелых септических осложнений в послеоперационном периоде. У 20% женщин после перенесенного гестационного пиелонефрита функция почек остается сниженной. Обострение заболевания наблюдается на 4-й и 12-14 день (критические сроки). Необходимо провести обследование, профилактику обострения ПН до выписки из роддома. В дальнейшем – наблюдение у уролога.

Т Ў Ж Ы Р Ы М

ПИЕЛОНЕФРИТ

Т.С. Юсупова

№6 қалалық емхана, Алматы қ.

Пиелонефрит – бүйрек астауының, тостағаншаларының және бүйрек ұлпасының зақымданумен білінетін, бүйректердің бактериялық этиологиясының өзіне тән емес ісіну ауруы. Бұл жүкті әйелдердің жиі кездесетін бүйрек

аурулары (6-12%) және бұл гормоналды өзгерістермен, жатырдың өсуімен зәрағардың қысылуымен, ағзада жұқпа ошақтарының (ангина, жегі түскен тістер, шіқан басу және басқалардың) бар болуына байланысты.

SUMMARY
PYELONEPHRITIS

T.S. Yusupova

City polyclinic №6, Almaty c.

Pyelonephritis is nonspecific inflammatory kidney disease of bacterial etiology, characterized by affection of renal pelvis, calices and parenchyma. This disease is the most common in pregnant women (6-12%) and related with hormonal changes, the compression of renal ducts by extending uterus, the presence of centers of infection in the organism (tonsillitis, decayed teeth, furunculosis and other).

ГЕНИТАЛЬНЫЕ КОНДИЛОМЫ

З.Б. БИЛДЕБЕКОВА

Клиника Private, г. Алматы

Среди болезней, передаваемых половым путем, особое значение имеет папилломавирусная инфекция. Во всем мире наблюдается рост заболеваемости этой инфекцией. При исследованиях вирус папилломы человека был обнаружен у 40-50% молодых женщин. По статистическим данным ВПЧ встречается в 3 раза чаще, чем генитальный герпес. В настоящее время идентифицировано более 100 типов ВПЧ, подробно описаны более 70 типов, твердо установлен факт, что определенные типы ВПЧ могут инфицировать строго определенный вид эпителия и вызывать характерные изменения. Клиническим проявлением персистирующей инфекции ВПЧ типов 6 и 11 являются аногенитальные бородавки (кондиломы). Кондиломатоз развивается через 2-3 месяца после заражения, в 20-30% случаев наступает самоизлечение, а приблизительно у 30% больных наблюдаются рецидивы. Вероятность заражения ВПЧ при половом контакте составляет около 70%. При этом риск заражения выше при начале половой жизни вскоре после менархе, что, видимо, связано с более восприимчивым эпителием генитального тракта у молодых девушек. Пик заболеваемости приходится на 15-25-летних женщин.

Этиология

Возбудителем папилломавирусной инфекции является ВПЧ, который относится к семейству паповирусов, к группе ДНК-содержащих вирусов с двухцепочечной ДНК. Нуклеиновая кислота, выделенная из вируса, обладает инфекционными и трансформирующими свойствами. ВПЧ обладает эпителиотропностью и обнаруживается в коже, а также в слизистой оболочке рта, конъюнктивы, пищевода, бронхов, прямой кишки, половых органов. ВРЧ в отличие от других вирусов не растет в культуре клеток и не может быть получен в виде массы вирусных частиц вирионов. Ранее считалось, что ВПЧ вызывает только генитальную инфекцию, и заражение происходит только половым путем, однако это точка зрения была пересмотрена в связи с тем, что эти вирусы были обнаружены у детей и подростков, не живущих половой жизнью. По данным различных исследований было доказано, что среди беременных было значительно больше ДНК-позитивных, чем среди небеременных женщин, это, вероятно, связано с транзитной иммуносупрессией и, как следствие, усиленной репликацией вируса. При изучении возможности передачи вируса от матери ребенку во время родов была обнаружена ДНК вируса в эпителии слизистой оболочки ротовой полости более чем у половины детей. При этом следует отметить, что вирусы типа 6 и 11, которые хоть и относятся к вирусам низкого онкогенного риска, часто являются причиной респираторного папилломатоза у новорожденных. Кроме заражения при прохождении через родовые пути также возможно инфицирование плода

через амниотические оболочки. Респираторный папилломатоз может встречаться и у взрослых лиц, являясь следствием инфицирования при орально-генитальном сексуальном контакте [1, 2].

Факторы риска развития ВП-инфекции:

- сексуальное поведение (раннее начало половой жизни, большое количество партнеров, частые половые контакты);
- наличие партнеров, имеющих контакты с женщиной, болюющей раком шейки матки, с аногенитальными кондиломами;
- другие ЗППП (хламидиоз, гонорея, сифилис, трихомониаз, ВПГ и ДР.);
- молодой возраст;
- курение, алкоголь;
- беременность;
- эндометриоз;
- внутренние факторы (авитаминоз, изменение иммунного статуса) [2, 3].

Течение папилломавирусной инфекции. Для папилломавирусной инфекции гениталий характерно наличие кондилом, диагностируемых как самостоятельное заболевание.

Кондиломы, или генитальные бородавки, клинкоморфологически разделяют на экзофитную или остроконечную (папиллярную), эндофитную (инвертирующую) и интраэпителиальную (плоскую) формы.

Выделяют клиническую, субклиническую и латентную формы папилломавирусной инфекции.

Одним из клинических проявлении папилломавирусной инфекции слизистых являются остроконечные кондиломы, которые представляют собой разрастание соединительной ткани с сосудами, покрытые плоским эпителием с морфологическими признаками папилломавирусной инфекции. Они выступают над поверхностью кожи и слизистой, имеют ножку, могут иметь широкое основание. Чаще остроконечные кондиломы представлены множественными разрастаниями, но могут быть одиночными. Основание не спаяно с окружающими тканями, подвижно, может быть как мягкой, так и плотной консистенции, цвет на коже беловатый или коричневый, на слизистых оболочках – от бледно-розового до красноватого. На поверхности возможны признаки ороговения. Часто это сопровождается воспалением, нарушением микроциркуляции, отеком. Локализация кондилом различна, в основном малые половые губы, влагалище, шейка матки, устье уретры, клитор, область ануса, прилегающие кожные покровы [5].

Кроме остроконечных выделяют инвертированные кондиломы. Редкая форма. Инвертированные кондиломы локализуются в криптах слизистой оболочки цервикального канала, диагностируются только на удаленном