

пертного Совета при МЗ РК №21 от 15.11.2010. Астана, 2010. – 214 с.

3 Кристиан Хоффман, Юрген К. Рокштро. Лечение ВИЧ-инфекции. – Москва, 2012. – С. 356-470

ТҰЖЫРЫМ

С.Т. ДОСҚОЖАЕВА

Алматы мемлекеттік дәрігерлер білімін жетілдіру институты

АИВ СЕБЕП БОЛҒАН ИНФЕКЦИЯЛАРДЫҢ ИММУН-ДЫҚ ЖЕТІСПЕУШІЛІК ЖАҒДАЙЫНДА ДАМУЫ

АИВ-инфекциясы бар науқастарда екіншілік аурулардың кезеңі заманауи вирусологиялық, иммундық, инструменталдық әдістерді, соның ішінде компьютердік томографияны, магнитті – резонанстық томографияны қолдану арқылы кең және терең диагностиканы талап етеді. Туберкулезді, шайылған цитомегаловирустық инфекциясын, лимфопролиферативтік ауруларды диагностикалауда жиі қиындықтар кездеседі. Әсіресе III және IV клиникалық

кезеңдердегі науқастарда әдетте түрлі зақымданулар және бірнеше маркерлік инфекциялар және (немесе) екіншілік аурулар орын алуымен байланысты.

SUMMARY

S.T. DOSKOZHAYEVA

Almaty state institute of improvement of doctors

DEVELOPMENT OF INFECTIONS ON THE BACKGROUND OF AN IMMUNODEFICIENCY CAUSED BY HIV

The stage of secondary diseases of patients with HIV infection requires expanded and profound diagnostics with the use of the modern virologic, immunologic, instrumental methods, including computer tomography, magnetic resonance tomography. Quite often there are difficulties in diagnostics of tuberculosis, generalized human cytomegalovirus, lymphoproliferative diseases. It is bound to, as a rule, patients, especially in III IV clinical stages various defeats and development of several marker infections and (or) secondary diseases take place.

УДК 616.178.192-002-055.25-07

М.С. БАСПАЕВА

Медицинский центр «Асар», г. Ақтобе

ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ДЕВОЧЕК В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

За последние годы происходит стремительный рост больных половыми инфекциями. Количество инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), на сегодняшний день насчитывает более 30 заболеваний различной этиологии. Причиной развития этих заболеваний могут служить бактерии (сифилис, гонорея), вирусы (герпес, СПИД, остроконечные кондиломы), простейшие (трихомонада), грибы (кандидоз).

Ключевые слова: воспалительные заболевания органов малого таза, девочки, клинические признаки и симптомы, диагностика, рекомендации.

Воспалительные заболевания являются наиболее частой патологией половых органов в детском возрасте. ВЗОМТ составляют от 1 до 5% всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у детей и по частоте занимают третье место после острого аппендицита и кишечной непроходимости. Существует несколько возрастных пиков заболеваемости ВЗОМТ: в 3–5, 11–13 и 18–20 лет. Первые два совпадают с возрастными максимумами заболевания аппендицитом, последний – с массовым дебютом половой жизни у девушек. В связи с частым сочетанием воспаления аппендикса и придатков матки выделяют первичный и вторичный сальпингит в рамках аппендикулярно-генитального синдрома [1, 2].

Как правило, ВЗОМТ характеризуются полимикробной этиологией. Практически все микроорганизмы, присутствующие во влагалище (кроме лакто- и бифидобактерий), могут участвовать в воспалительном процессе. Однако ведущая роль принадлежит наиболее вирулентным микроорганизмам: представителям семейства Enterobacteriaceae (прежде всего кишечной палочке) и стафилококку [3].

Большое значение в последние годы специалисты придают «оппортунистической инфекции», вызванной микроорганизмами преимущественно апатогенными или со слабо выраженной патогенностью, которые способны проявлять свои патогенные свойства в основном на фоне нарушения механизмов противоинфекционной защиты организма [4]. Развитию оппортунистических инфекций способствует нерациональное применение антибиотиков широкого спектра действия и гормональных препаратов,

оперативные вмешательства, различные инвазивные медицинские процедуры, нарушение целостности тканей и местного иммунитета влагалища в результате первичной инфекции и др. [5]

Клинические признаки и симптомы

Для сальпингита характерны следующие клинические проявления:

- боли внизу живота с одной или двух сторон;
- бели;
- возможны нарушения менструального цикла (как по типу олигоменореи, так и полименореи и дисменореи).

Клинические проявления острого сальпингита включают:

- резкое нарастание интенсивности болей;
- повышение температуры тела;
- лейкоцитоз;
- повышение СОЭ;
- метеоризм, симптомы раздражения брюшины (непостоянно).

При эндометрите девочку могут беспокоить выделения из половых путей, обильные менструации, переходящие в кровотечения, подъем температуры тела.

Диагноз и рекомендуемые клинические исследования

Диагностический минимум при подозрении на воспалительные заболевания органов малого таза:

- подробная термометрия (измерение температуры тела каждые 3 ч), клинический анализ крови;
- определения уровня С реактивного белка в сыворотке крови;
- оценка иммунного статуса;

- исследования влагалищного отделяемого для определения флоры и ее чувствительности к антибиотикам;
- ПЦР-диагностика ЗППП;
- бимануальное ректоабдоминальное исследование (если девушка живет половой жизнью – вагинальное исследование);

- УЗИ органов малого таза;
- МРТ органов малого таза (в сложных клинических ситуациях, например, для дифференциальной диагностики тубоовариального образования и опухоли яичника).

При сальпингите и оофорите ректоабдоминальное исследование позволяет выявить пастозность в области придатков матки, болезненность при пальпации (резкую при остром воспалительном процессе), спайки в области придатков (характерны для хронического процесса).

Для тубоовариального образования характерно наличие в области придатков малоподвижного образования без четких контуров, чувствительного при пальпации.

При эндометрите матка может быть чувствительна при пальпации, несколько увеличена в размерах и иметь мяговатую консистенцию.

Показания к лечебно-диагностической лапароскопии:

- положительные перитонеальные симптомы;
- наличие тубоовариального образования;
- неэффективность консервативной терапии.

При подозрении на воспалительный процесс в матке, помимо перечисленных инструментальных и лабораторных методов исследования, для постановки диагноза применяют гистероскопию и раздельное диагностическое выскабливание.

Лечение острых ВЗОМТ

Дозировку препаратов подбирают с учётом возраста, массы тела ребенка и выраженности клинической картины заболевания. Антибактериальные препараты или их сочетание подбирают с учётом возбудителя и его чувствительности к противомикробным препаратам. При лёгкой форме заболевания базовая терапия состоит из антибактериальных препаратов, производных нитроимидазола, противогрибковых и антигистаминных препаратов. Дополнительно используют НПВС, иммуномодуляторы. При хламидийной и микоплазменной этиологии ВЗОМТ предпочтительно использование антибиотиков, способных к кумуляции в поражённых клетках и блокированию внутриклеточного синтеза белка. К таким препаратам относят тетрациклины (доксикалин, тетрациклин), макролиды (азитромицин, джозамицин, кларитромицин, мидекамицин, олеандомицин, рокситромицин, спирамицин, эритромицин) и фторхинолоны (лемефлоксацин, норфлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин, цiproфлоксацин, спарфлоксацин). В современной терапии острого неосложнённого хламидийного или микоплазменного сальпингоофорита применяют следующие антибиотики:

- азитромицин;
- доксициклин.

При сальпингоофоритах, вызванных гонококками, применяют «защищенные» пенициллины – комбинацию антибиотика с веществами, разрушающими β-лактамазу, учитывая, что 80% штаммов гонококка вследствие продукции β-лактамазы устойчивы к препаратам пенициллина. Не менее эффективны препараты группы цефалоспоринов, особенно III–IV поколения (цефтриаксон, цефотаксим и др.), и фторхинолонов.

В современной терапии острого неосложнённого гонококкового сальпингоофорита применяют следующие антибиотики:

- цефтриаксон;
- амоксициллин + клавулановая кислота;

- цефотаксим;
- фторхинолоны (лемефлоксацин, норфлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин, цiproфлоксацин, спарфлоксацин);
- спектиномицин.

В острой стадии воспалительного процесса при отсутствии технической или клинической возможности забора материала и определения вида возбудителей заболевания *exjuvantibus* применяют сочетание нескольких антибактериальных препаратов широкого спектра действия в лечении хронических ВЗОМТ.

В течении хронического сальпингоофорита выделяют фазы обострения и ремиссии. Болезнь в стадии обострения может протекать по двум различным вариантам: при одном развивается истинное обострение воспаления, т.е. повышается СОЭ, преобладают болезненность в области придатков, лейкоцитоз, гипертермия, экссудативный процесс в придатках матки.

При другом, более частом варианте, острофазные сдвиги в клинической картине и формуле крови не выражены, происходит ухудшение самочувствия, наблюдают неустойчивое настроение, невротические реакции, отмечают симптомы невралгии тазовых нервов.

Терапию обострения, протекающего по первому варианту, проводят аналогично терапии острого сальпингоофорита.

Энзимные препараты (вобэнзим®, флогэнзим®, трипсин®, химотрипсин® и др.) играют важную роль в патогенетической терапии ВЗОМТ. Вобэнзим® назначают по 3 таблетки 3 раза в день детям до 12 лет и по 5 таблеток 3 раза в день детям старше 12 лет внутрь за 40 мин до еды с большим количеством жидкости (250 мл). Этот препарат с осторожностью назначают пациенткам с высоким риском возникновения кровотечения и выраженными нарушениями функции почек и печени.

При обострении сальпингоофорита, протекающего по второму варианту, антибактериальные препараты используют редко, лишь при усилении признаков воспалительного процесса. В комплексной терапии применяют факторы физического воздействия, препараты, активизирующие кровообращение, ферментные и витаминные препараты.

Выводы

Девочек с ВЗОМТ (и их родителей) необходимо информировать, что при ухудшении общего самочувствия, появлении болей внизу живота, повышении температуры тела, появлении выделений из половых путей с неприятным запахом необходимо обратиться к врачу. При наличии очагов хронической инфекции (хронические воспалительные заболевания ротоглотки, мочевыводящей системы, ЖКТ) необходимо наблюдение специалистами соответствующего профиля. После перенесённого острого ВЗОМТ или при сформировавшемся хроническом воспалении внутренних гениталий необходимы регулярные профилактические обследования детским гинекологом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – СПб.: ООО «Изд-во Фолиант», 2002
- 2 Брянецев А.В. Лапароскопия в диагностике и лечении острой хирургической патологии внутренних половых органов у девочек: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.35. – М., 1999
- 3 Гуркин Ю.А. Гинекология подростков / Руководство для врачей – СПб.: ИКФ «Фолиант», 2000
- 4 Трубина Т.Б., Трубин В.Б. Инфекционные осложнения медицинского аборт // Журн. акуш. и женск. бол. – 2003. – №1

5 Kamvendo J, Forslin L, Bodin L, Danielsson D. Programmes to reduce pelvic inflammatory disease – the Swedish experience. Lancet 1998; 351 (Suppl. 3): 25–8

6 Pletcher JR, Slap YB. Pelvic inflammatory disease // Pediatr Rev 1998; 19 (11): 363–7. Источник: Гинекология – национальное руководство под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. – Гэтар-Медиа, 2009

ТҰЖЫРЫМ

М.С. БАСПАЕВА

Асар медицина орталығы, Ақтөбе қ.

ЖАСӨСПІРІМДІК ЖАСТАҒЫ ҚЫЗДАРДАҒЫ КІШІ ЖАМБАС ОРГАНДАРЫНЫҢ ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫ

УДК 616.594.171.2-003.264-085

Г.Н. АКАНОВА

Медицинский центр Акниет, г. Ақтөбе

ГЛАВНЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

Вульвовагинальный кандидоз – болезнь современной цивилизации, его развитию способствует ношение белья из синтетических тканей, плотно облегающего тело. В этих условиях создается микроклимат с повышенной влажностью и температурой, что приводит к мацерации рогового слоя кожи, возникновению термостатных условий для развития местной микрофлоры, в частности грибов.

Ключевые слова: вульвовагинальный кандидоз, клиническая картина, диагностика, лечение.

Вульвовагинальный кандидоз (ВВК) – одно из наиболее часто встречающихся заболеваний, с которыми на практике приходится сталкиваться акушерам и гинекологам. Вульвовагиниты, обусловленные грибковой инфекцией, занимают, по данным разных авторов, от 30 до 40% в структуре инфекционных поражений наружных половых органов (вульвы и влагалища), и их число неуклонно увеличивается. Причем ВВК является одной из наиболее частых причин обращения женщин за медицинской помощью. Чаще им страдают женщины репродуктивного возраста. ВВК представляет собой значительную социальную проблему, существенно снижает качество жизни женщины, может привести к осложнениям беременности [1, 2].

Существует ряд известных факторов, предрасполагающих к развитию ВВК: изменение гормонального фона (беременность, постменопауза). Риск развития вагинального кандидоза изменяется в соответствии с фазами менструального цикла, причем пик заболеваемости приходится на вторую фазу цикла. Это связано с повышением содержания гликогена в эпителиоцитах, сдвигом pH и угнетением механизмов иммунной защиты [3, 4].

Лечение некоторыми лекарственными препаратами может быть осложнено развитием вагинального кандидоза (антибиотики, иммунодепрессанты, кортикостероиды, контрацептивы и спермициды). Антибиотики широкого спектра действия подавляют нормальную вагинальную флору, включая лактобактерии (*Lactobacterium acidophilus*). Нарушение структуры нормальной бактериальной флоры может изменять кислую pH влагалища и уменьшать конкуренцию за нутриенты, такие как гликоген. Эти факторы облегчают пролиферацию кандиды во влагалище, что приводит к развитию инфекции.

Клиническая картина вульвовагинального кандидоза

Для клинической картины характерны:

- обильные или умеренные творожистые выделения из влагалища;

Жас өспірім қыздардағы жасөспірімдік жамбас қабынуын уақытылы алдын алмаған жағдайда репродуктивті жүйенің бұзылуына және бедеулікке әкеледі.

SUMMARY

M.S. BASPAYEVA

Asar Medical Center, Aktobe c.

PELVIC INFLAMMATORY DISEASES IN ADOLESCENT GIRLS

Untimely diagnostics and inadequate therapy of inflammatory diseases of bodies of a small basin at girls can lead further to violation of reproductive function and be at the bottom of infertility.

- зуд и жжение в области наружных половых органов;
- усиление зуда во второй половине дня, во время сна, после водных процедур, полового акта, длительной ходьбы, во время менструации;

- диспареуния;
- дизурические симптомы.

Диагностика вульвовагинального кандидоза

Диагноз ставят, оценивая данные анамнеза, жалоб, клинических проявлений и результатов лабораторных исследований. Помимо экспресс-методов (световая микроскопия нативных препаратов, микроскопия Грам-мазков, окрашенных аккрединоранжем, люминесцентная микроскопия), применяют культуральные методы с селективными средами (Сабура) и иммунофлюоресцентные методы. Чтобы заподозрить кандидозную инфекцию, необходимо сочетание трёх из названных симптомов:

- зуд;
- творожистые выделения;
- местные признаки воспаления;
- присутствие в мазках спор или мицелия.

Критерии диагностики вульвовагинального кандидоза:

- pH влагалища 4,0–4,5;
- отсутствие запаха (в тесте на запах, в зеркале и аминотест);
- обнаружение дрожжеподобных грибов или псевдогрифов во влажном препарате (положительный результат 40–60%);
- обнаружение дрожжеподобных грибов или псевдогрифов в мазке по Граму (положительный результат до 65%);
- обнаружение дрожжеподобных грибов при культуральном исследовании материала (если преобладают симптомы со стороны вульвы, то материал необходимо взять тампоном в этой области).

Порядок диагностики урогенитального кандидоза

1. Микроскопия мазка.