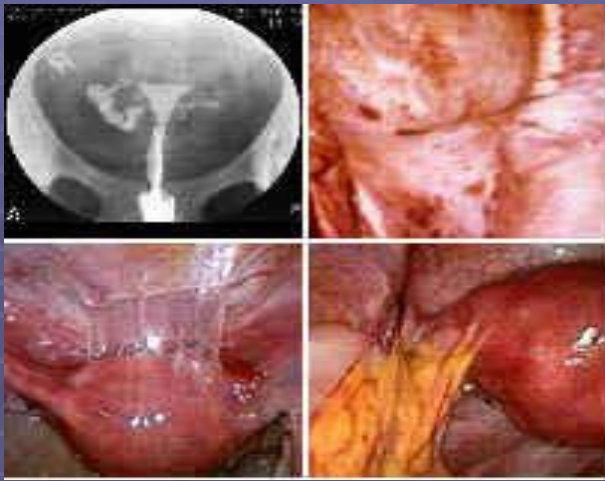


Воспалительные заболевания органов малого таза

Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины
Отделение реабилитации репродуктивной функции женщин
Заведующая отделением: проф., д.мед.н. Корнацкая А.Г.



Класс XIV. Заболевания мочеполовой системы

Рубрики N70-N77 включают 47
нозологий, которые имеют
воспалительную природу или
сопровождаются
воспалительным процессом

Классификация ВЗОМТ

I. По клиническому течению:

1. Острые процессы;
2. Хронические процессы;
в стадии ремиссии;
в стадии обострения.

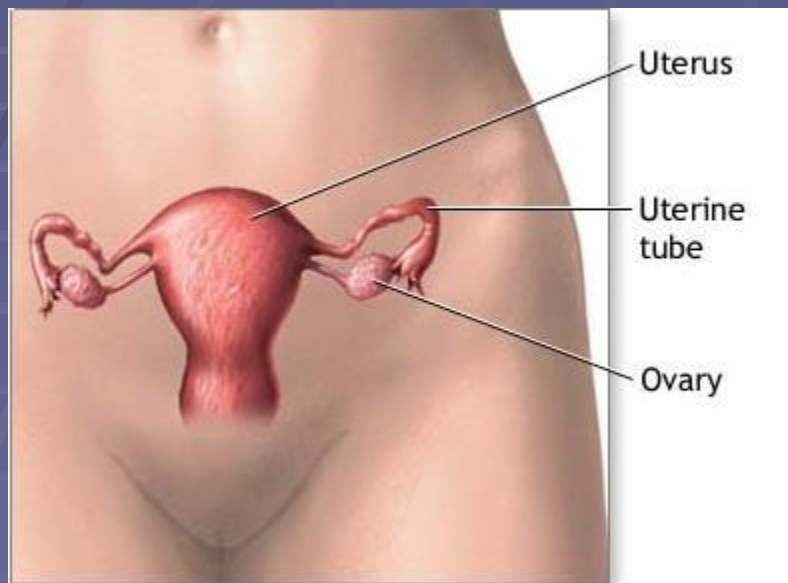
II. По локализации:

- Воспаление нижних отделов половых органов (влагалище, бартолинова железа, вульва)
- Воспаление верхних отделов половых органов (матки, маточных труб, ячников, брюшины)

ВОСПАЛЕНИЕ:

это комплексный, локальный и общий патологический процесс, который возникает в ответ на повреждение или действие патологического фактора и проявляется реакциями, которые направлены на ликвидацию продуктов повреждения, а если возможно, то и на повреждающие факторы и создает максимальные условия для восстановления в зоне повреждения

Под термином *воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)* объединяется весь спектр воспалительных процессов в области верхних отделов репродуктивного тракта у женщин:



- ☐ эндометрия и миометрия
- ☐ маточных труб
- ☐ яичников
- ☐ тазовой брюшины
- ☐ тазовой клетчатки

Клинические особенности ВЗОМТ

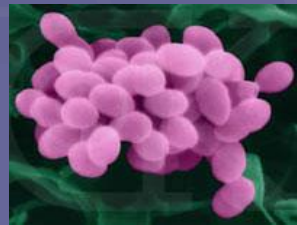
- Частая причина обращения к врачу гинекологу
- Интимность заболевания
 - ▶ частое самолечение
 - ▶ запоздалый визит к врачу
- Вызывается различными возбудителями
- Часто безуспешное лечение и рецидивы
- Необходимость дополнительного общего клинического обследования
- Необходимо учитывать особенности различных возрастных групп



Современная эпидемиология ВЗОМТ

Протокол «Запальні захворювання органів малого тазу», наказ МОЗ №582 від 15.12.2005 р

- Доказана полимикробная этиология ВЗОМТ, с преобладанием возбудителей, передаваемых половым путем:
 - *N.gonorrhoeae* (25-40%)
 - *C.trachomatis* (20%)
 - - ассоциации аэробных и анаэробных микроорганизмов, которые являются частью вагинальной микрофлоры (25-60%) - *Bacteroides* spp., *Peptostreptococcus* spp., *G.vaginalis*, *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp., *E.coli* и др.
 - - некоторые эксперты считают, что возбудителями ВЗОМТ могут быть *M.hominis* и *U.urealyticum*, хотя иногда эти микроорганизмы быстрее комменсалы нежели патогены.



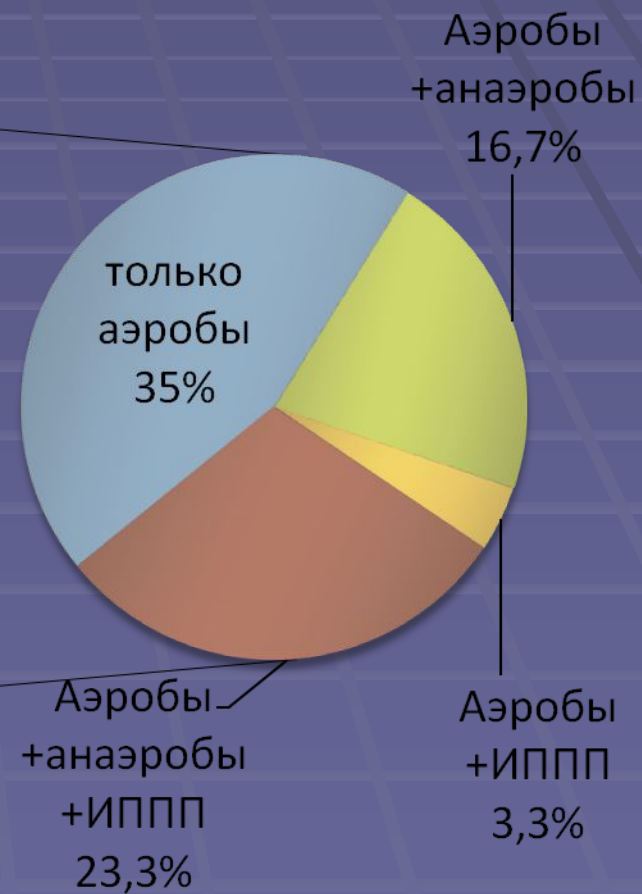
Современная эпидемиология ВЗОМТ

Частота выявления различной флоры



флора не
выявлена
21,7%

флора
выявлена
78,3%



Современная эпидемиология ВЗОМТ

Неспецифические микроорганизмы, изолированные из верхних отделов гениталий и брюшной полости (n=218)

Аэробы

Стафилококки

63%

- эпидермальный 54% ✓
- золотистый 24% ✓
- сапрофитный 22% ✓

Энтеробактерии

37%

- кишечная палочка 72% ✓
- клебсиела 7%
- вульгарный протей 5%

Фекальный стрептококк 1,1%

Синегнойная палочка 0,5%

Анаэробы

Бактероиды 79%

Фузобактерии 46%

Клостридии 2%

Порфинобактерии 22%

Коринебактерии 39%

Пептококки 34%

Пептострептококки 41%

Современная эпидемиология ВЗОМТ

Отсутствие точных диагностических критериев!

- У 1/3 пациенток из цервикального канала не удастся выделить никаких микроорганизмов
- У 1/2 пациенток флора цервикального канала не совпадает с флорой выделенной непосредственно из очага ВЗОМТ

*Недостаточная
доказательная база
для выбора
адекватного
антибиотика*

- В 50% случаев из верхних отделов полового тракта высевается различная анаэробная флора

*Недостаточная
материальная база
лабораторной службы
для идентификации
анаэробной флоры*

Видовой состав нормальной микрофлоры влагалища

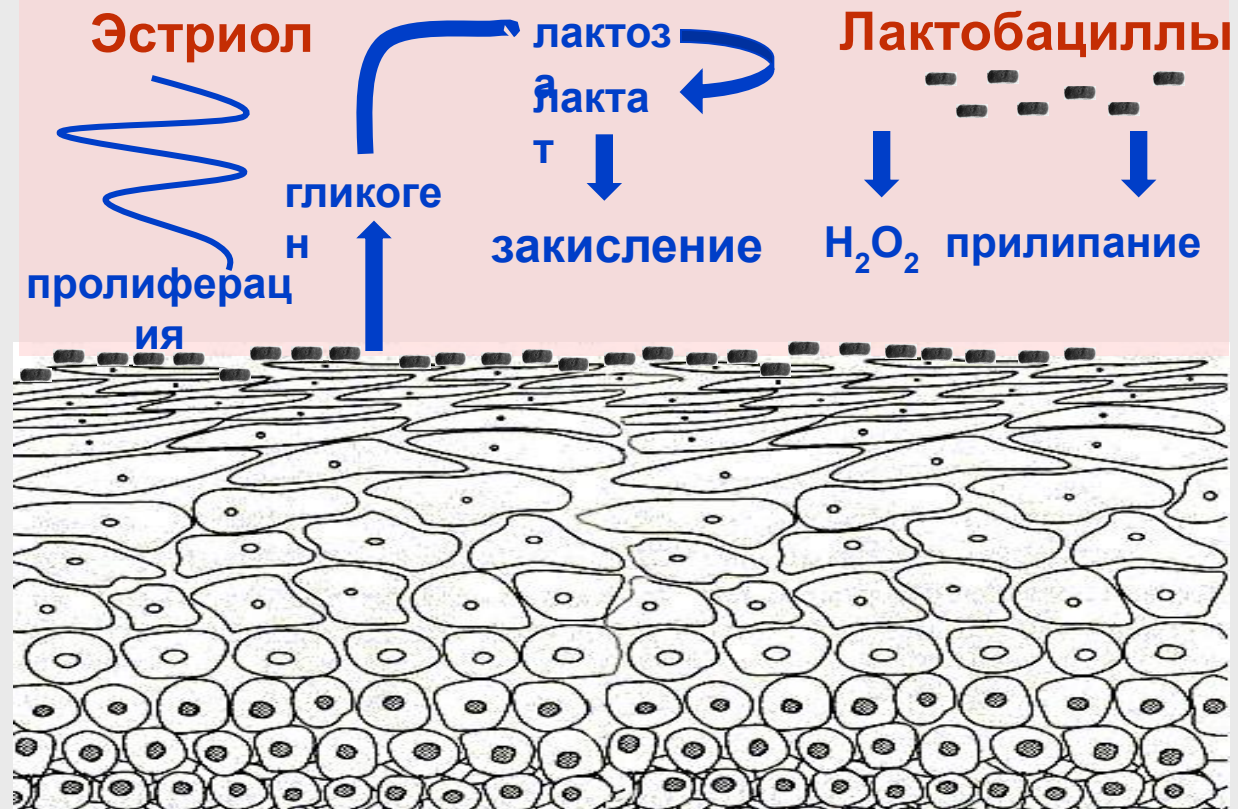


Факультативные микроорганизмы	Анаэробные микроорганизмы	
Грам-положительные кокки <i>Staphylococcus epidermidis</i> <i>Staphylococcus aureus</i> * <i>Streptococcus</i> группы D В-гемолитический <i>Streptococcus</i> Другие виды стрептококков	Грам-положительные кокки <i>Peptococcus</i> spp.* <i>Peptococcus anaerobicus</i> <i>Peptococcus asaccharolyticus</i>	<i>Peptococcus prevotii</i> * <i>Peptococcus variabilis</i> <i>Peptostreptococcus</i> spp.* <i>Peptostreptococcus anaerobicus</i>
	Грам-отрицательные кокки <i>Veillonella</i> spp. <i>Acidominococcus fermentas</i>	
Грам-положительные палочки <i>Lactobacillus</i> spp.* <i>Corinebacterium</i> spp	Грам-положительные палочки <i>Lactobacillus</i> spp.* <i>Bifidobacterium</i> spp.	<i>Clostridium</i> spp. <i>Eubacterium</i> spp. <i>Propionibacterium</i> spp.
Грам-отрицательные палочки <i>Echerichia coli</i> * <i>Klebsiella</i> spp. Другие виды семейства <i>Enterobacteriaceae</i>	Грам-отрицательные палочки <i>Bacteroides melaninogenicus</i> * <i>Bacteroides vulgatus</i> * <i>Bacteroides</i> spp.*	<i>Fusobacterium</i> spp.* (группа <i>Sphaerophorus</i>)* <i>Leptotrichia</i> spp. <i>Campylobacter</i> spp. («анаэробные вибрионы»)

Микроскопическая картина нормальной микрофлоры влагалища

Нормальная вагинальная экосистема

pH = 4.3 - 4.5



Лактобациллы
Поверхностные кл.
Промежуточные кл.
Парабазальные кл.
Базальные кл.

ВАРИАНТЫ ДИСБИОЗА

Первый вариант - адаптационный: незначительное повышение количества лейкоцитов (20-30 в поле зрения), значительное количество эпителиальных клеток, дефицит нормальной микрофлоры, умеренное повышение количества коков, стрептококков, палочек, грибов.

Второй вариант - неспецифический вагинит: значительное повышение количества нейтрофилов и лейкоцитов (30-100 в поле зрения), усиленная десквамация эпителия, дегенеративные изменения ядер, вакуолизация цитоплазмы, внутренне плазматические или внутриядерные включения, существенный дефицит или отсутствие нормальной микрофлоры, значительное повышение количества коков, стрептококков, палочек, грибов.

Третий вариант - бактериальный вагиноз: появление большого количества “ключевых клеток”, дефицит нормальной микрофлоры, увеличение количества гарднерелл, Mobiluncus, незначительный лейкоцитоз, значительное количество эпителиальных клеток.

Факторы риска возникновения дисбиоза влагалища

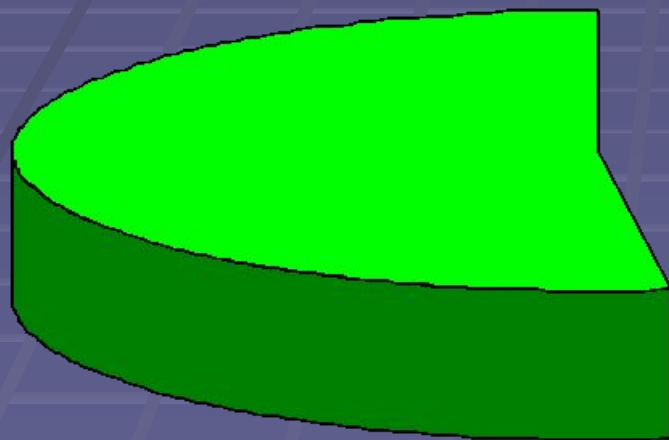
Эндогенные

- Изменения уровней гормонов
- Менструация
- Беременность, лактация
- Накопление гликогена
- Конкуренция среди микроорганизмов
- Сахарный диабет
- Другие серьезные системные заболевания

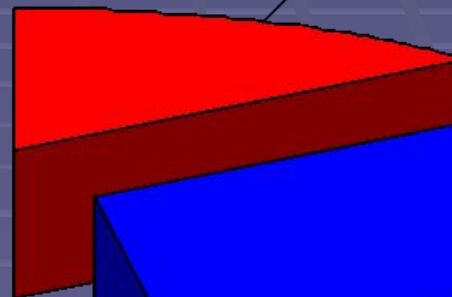
Экзогенные

- Антибактериальная терапия
- Некорректная личная гигиена
- Синтетическое белье
- Стресс, истощение
- Хлорированная вода
- Незащищенный секс (сперма)
- Контрацепция
- Иммуносупрессия
- Лучевая терапия

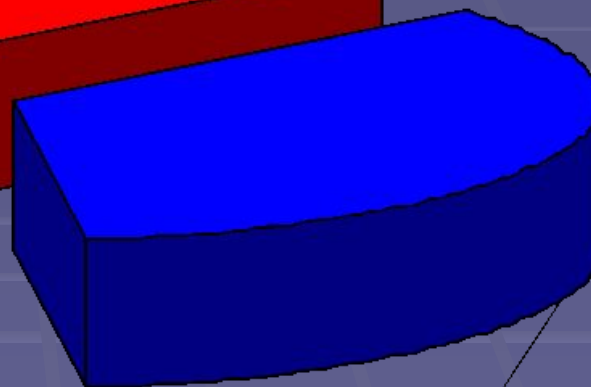
Неспецифический
вагинит
52%



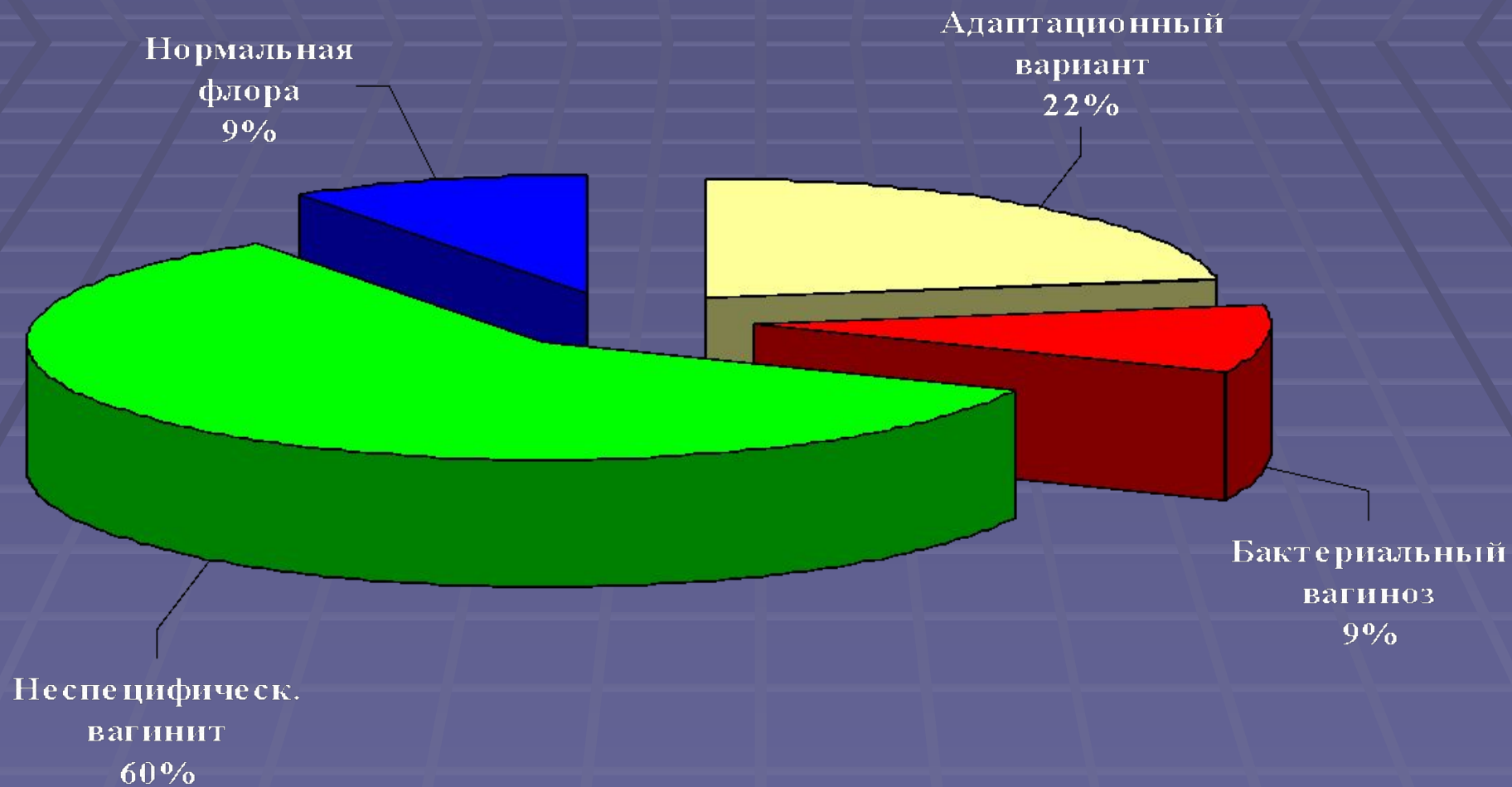
Адаптационный
вариант
14%



Бактериальный
вагиноз
34%



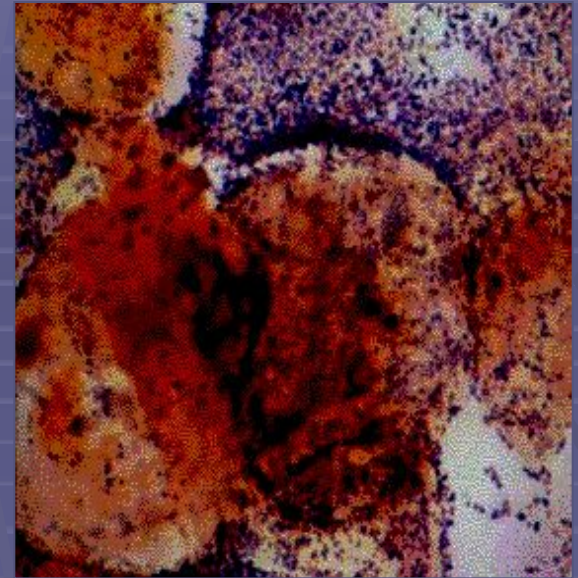
**Варианты дисбиоза влагалища у женщин с
нарушенной репродуктивной функцией**



**Варианты дисбиоза влагалища у женщин с
ненарушенной репродуктивной функцией.**

Дисбиоз влагалища

- Незначительное количество или полное отсутствие лактобактерий
- обильная полиморфная Gr + и Gr - палочковая и кокковая микрофлора
- наличие "ключевых клеток"
Количество лейкоцитов
вариабельно
- отсутствие или
незавершенность фагоцитоза
- полимикробная картина мазка

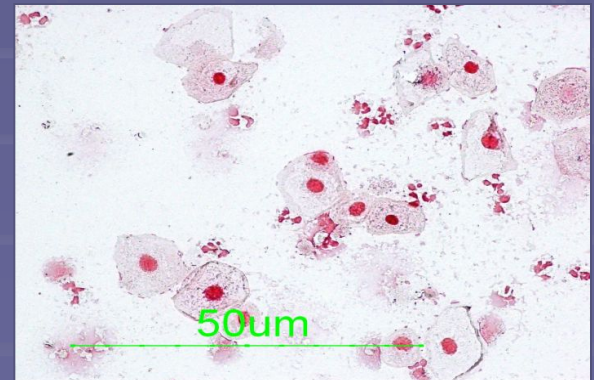
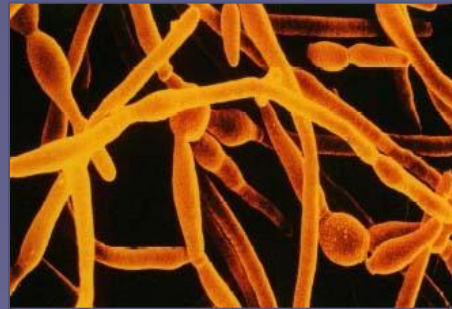


Микроскопическая картина
дисбиоза влагалища



Вагинит (воспалительный тип мазка)

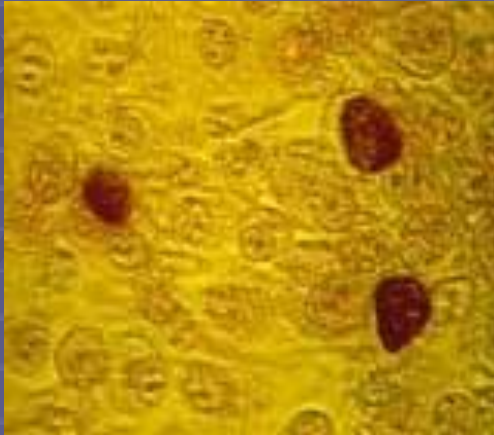
- Большое количество лейкоцитов, макрофагов, эпителиальных клеток, гонококков, трихомонад, мицелия, псевдогифов, спор; выраженный фагоцитоз



Классификация инфекций репродуктивного тракта (ВОЗ, 2005)



ХЛАМИДИОЗ

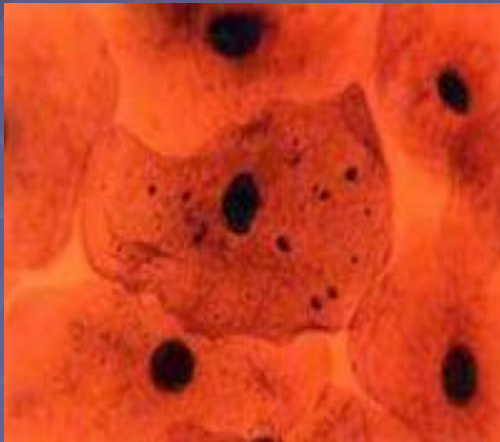


- ❑ Доминирующая инфекция среди инфекций передающихся преимущественно половым путем (ИППП)

по актуальности последствий для репродуктивного здоровья

- **Хламидии выделяются:**

- у 36% женщин с эндоцервицитом
- у 47% женщин с эктопией шейки матки
- У 25-30% женщин с ВЗОМТ



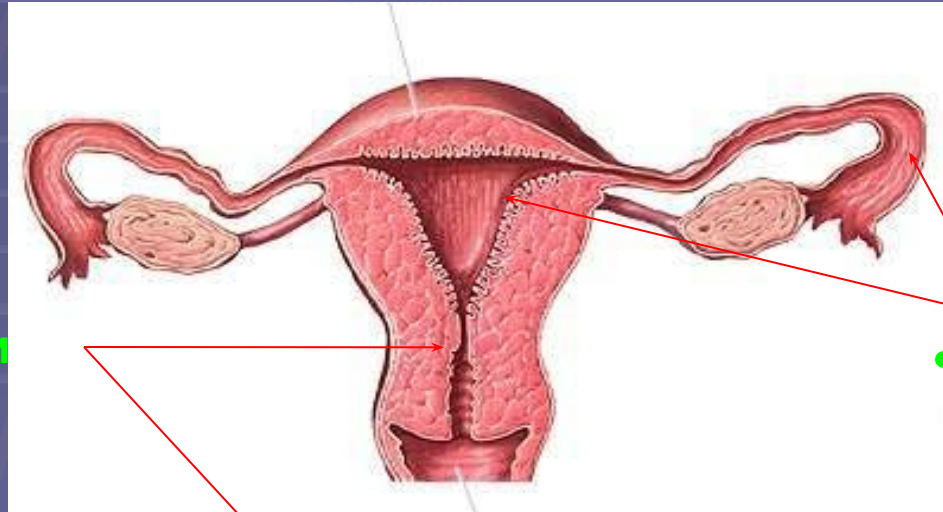
*Протокол «Інфекції, що передаються статевим шляхом»,
наказ МОЗ №582 від 15.12.2005 р.*

Возбудитель

□ *Chlamydia trachomatis*

- Грамотрицательная бактерия
- Облигатный внутриклеточный паразит

Преимущественная локализация



- Цилиндрический эпителий шеечного канала (эндоцервикальная инфекция)



- Слизистая матки, маточных труб и мезотелий брюшины (эндометрит, сальпингит, перисальпингит – ВЗОМТ)

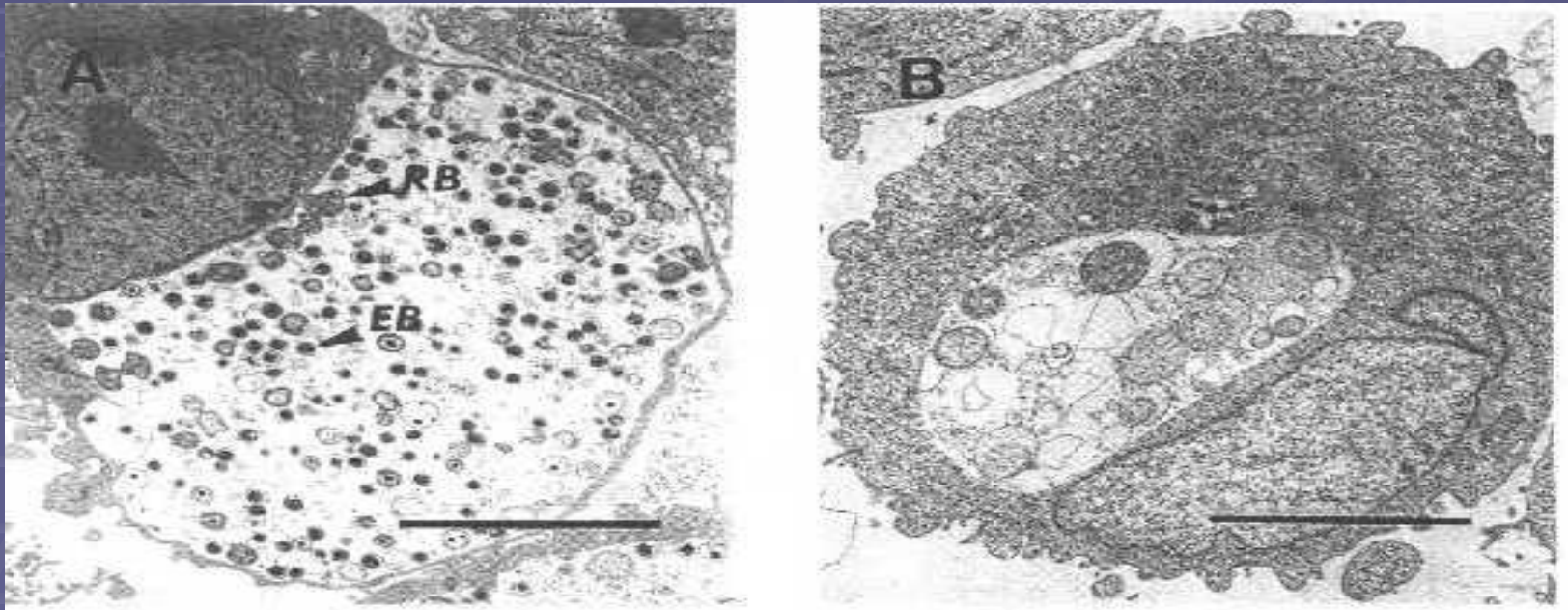
Жизненный цикл (а) и возможный механизм развития персистенции хламидий (б, в)

а – проникновение в клетку ЭТ путем эндоцитоза – образование внутриклеточного включения – превращение в РТ – деление РТ – редифференцировка в ЭТ – экзоцитоз (высвобождение) инфекционных ЭТ;

б – выделение Th1 лимфоцитами интерферона
г – активация ИДО – разрушение триптофана – частичная гибель и остановка деления РТ – накопление неделящихся жизнеспособных форм (персистенция);

в – образование индола микрофлорой влагалища (уретры?) – расщепление индола собственным ферментом – синтез триптофана – редифференцировка персистентных РТ в ЭТ

На фотографии, полученной при электронной микроскопии, клетки инфицированные *Chlamydia trachomatis*



(А) Типичное включение, содержащее элементарные (ЕВ) и ретикулярные тельца (RB) тельца, 48 ч после инкубации.

(В) Патоморфологическая модель хламидийной персистенции. В результате культивирования инфицированных клеток, в начале при 37С в течение 24 ч и далее при 42 С (тепловой шок) в течение 24 ч, во включениях меньших размеров, содержатся крупные, патологические формы хламидий.



Трихомониаз

- Заболевание мочеполовой системы
- Вызывается простейшим одноклеточным м/о *Trichomonas vaginalis*
- В мире трихомониазом страдает около 170 млн. человек
- Частота инфицирования трихомониазом: в развитых странах – 2-10%; в развивающихся странах – 15-40%
- Носители трихомонады – 40-50% больных смешанной урогенитальной инфекцией
- Трихомонадная инфекция не приводит к развитию выраженного иммунитета.
- У 14% больных трихомониазом заболевание носит восходящий характер
- Около 50% трихомонадных инфекций протекают бессимптомно
- Средняя длительность трихомониаза у женщин



Трихомониаз

- В мире трихомониазом болеет около 170 млн. людей
- Частота инфицирования трихомониазом: в развитых странах – 2-10%; в развивающихся странах – 15-40%
- Носителями трихомонад – 40-50% больных со смешанной урогенитальной инфекцией
- Трихомонадная инфекция не приводит к развитию устойчивого иммунитета.
- У 14% больных трихомониазом заболевание имеет восходящий характер
- Около 50% трихомонадных инфекций протекает бессимптомно
- Средняя продолжительность трихомониаза у женщин составляет 3-5 лет.

Факторы, способствующие трихомонадной инвазии:

- Интенсивность инфекции
- pH влагалищного содержимого
- Физиологическое состояние слизистых оболочек
- Сопутствующая микрофлора





Tr.vaginalis существует только как трофозоид

Tr.vaginalis совершает незавершенный фагоцитоз разных микроорганизмов и этим самым способствует резервированию в себе гонококков, хламидий, вирусов и других инфекционных микроорганизмов, которые выявляют высокую резистентность к применяемым антибиотикам, что является одной из причин рецидивов урогенитальных инфекций.



Возбудитель – дрожжевые грибы рода *Candida*

– одноклеточные микроорганизмы величиной 6–10 мкм.

Грибы р. *Candida* диморфны: образуют бластомицеты (клетки-почки) и псевдомицелий (нити удлинённых клеток)



ЭТИОЛОГИЯ

- Насчитывается более 180 видов микроорганизмов рода *Candida*
- Патогенными для организма человека являются: *C. albicans*, *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. Krusei*, *C. pseudotropicalis* и др.



Роль возбудителей в структуре вульвовагинального кандидоза

Candida albicans

(75-80%)

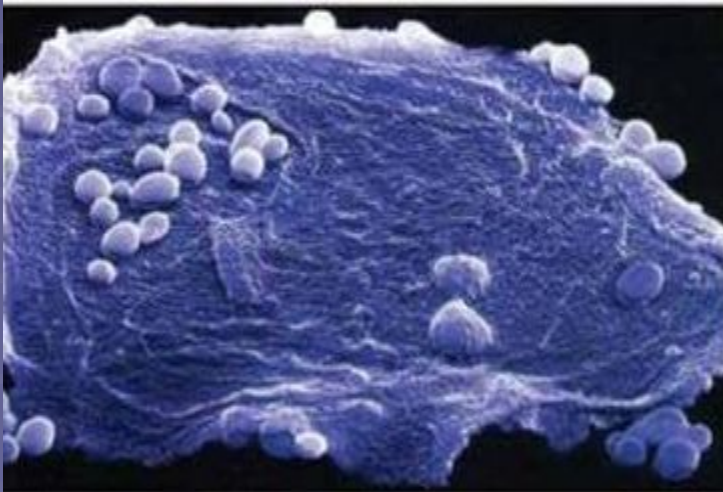
Candida non-albicans

C. glabrata (10-15%)

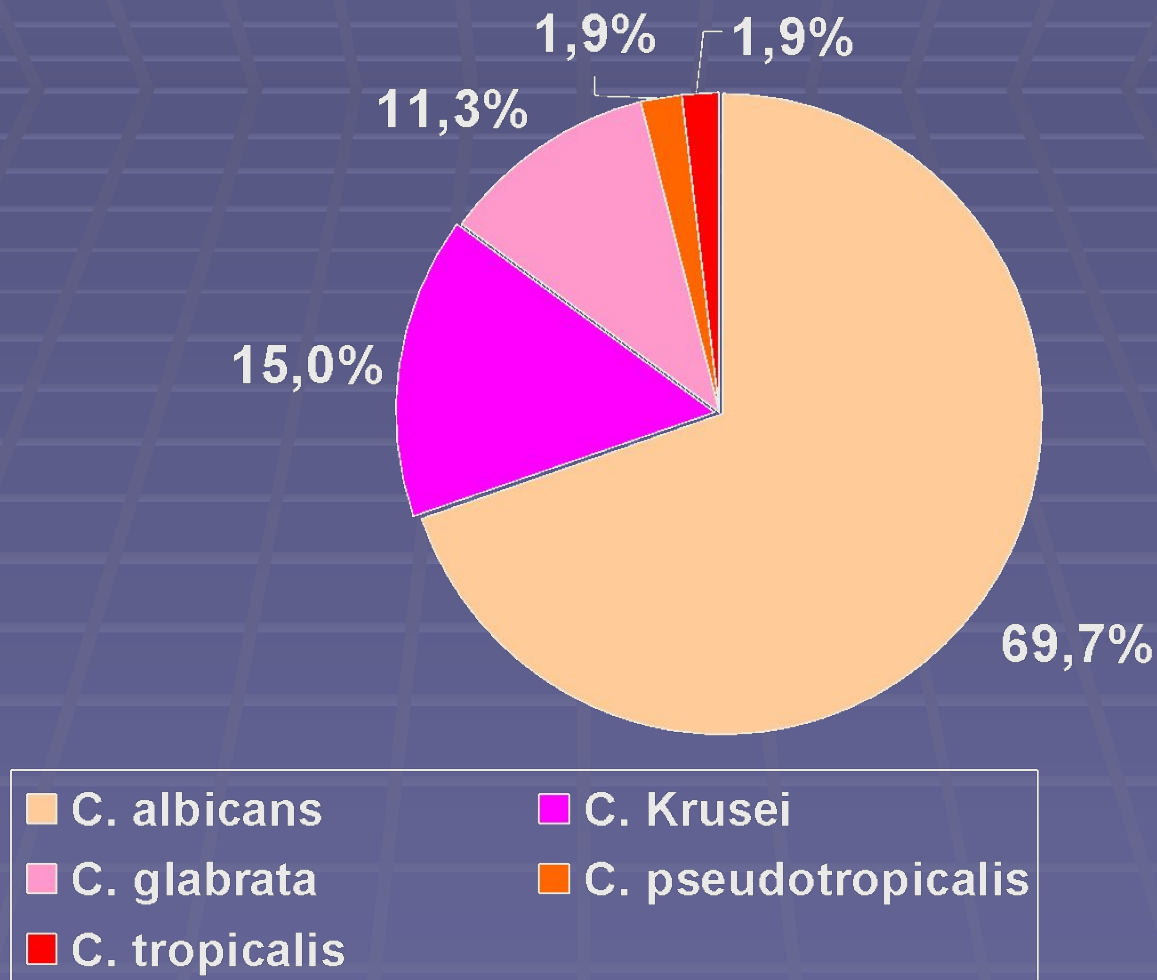
C. tropicalis (3-5%)

C. parapsilosis (3-5%)

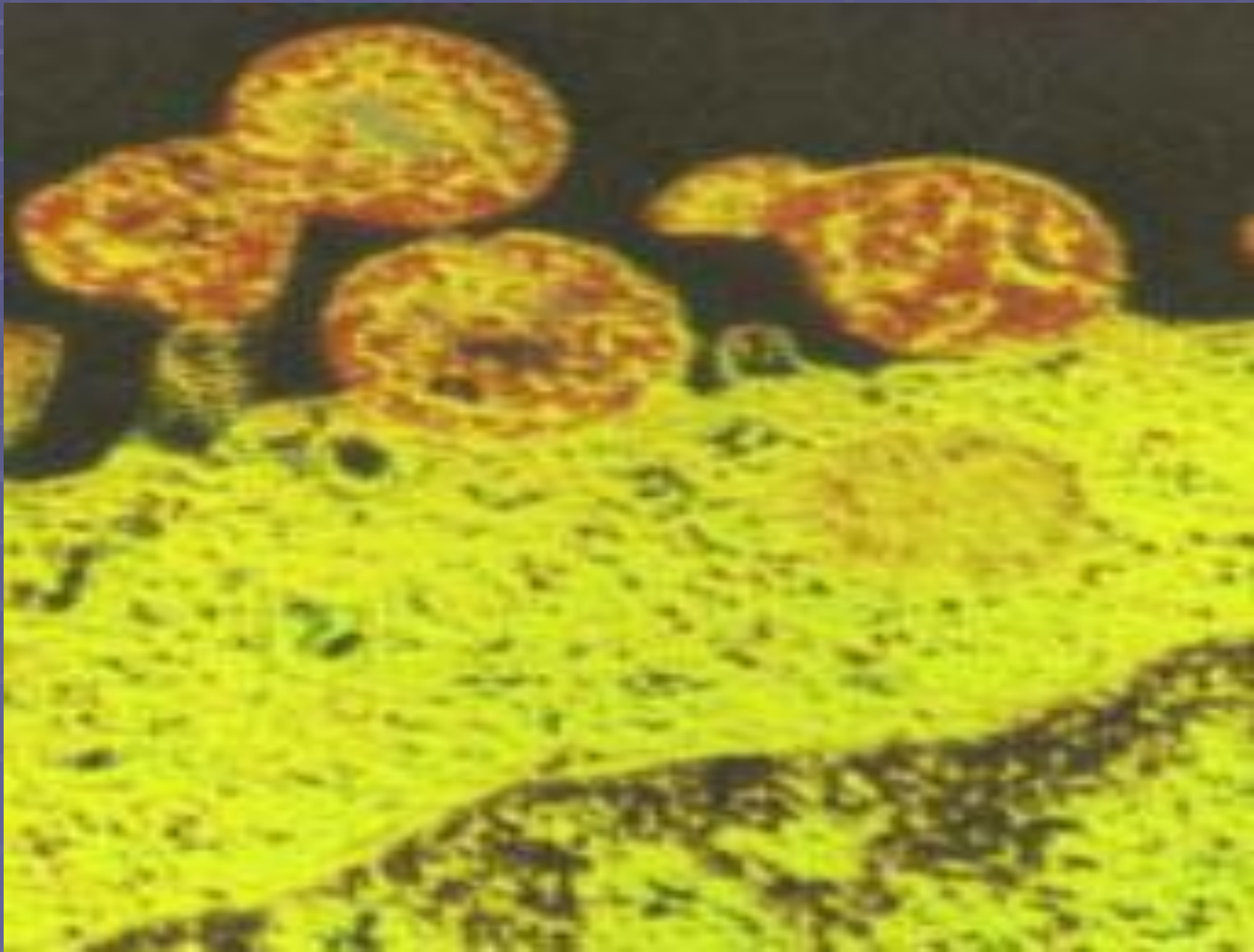
C. Krusei (1-3%)



Вагинальный кандидоз ВИДОизменился!

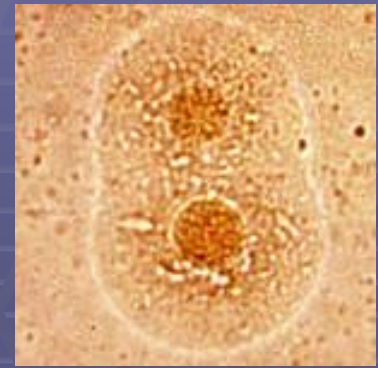


Возбудители микоплазмоза

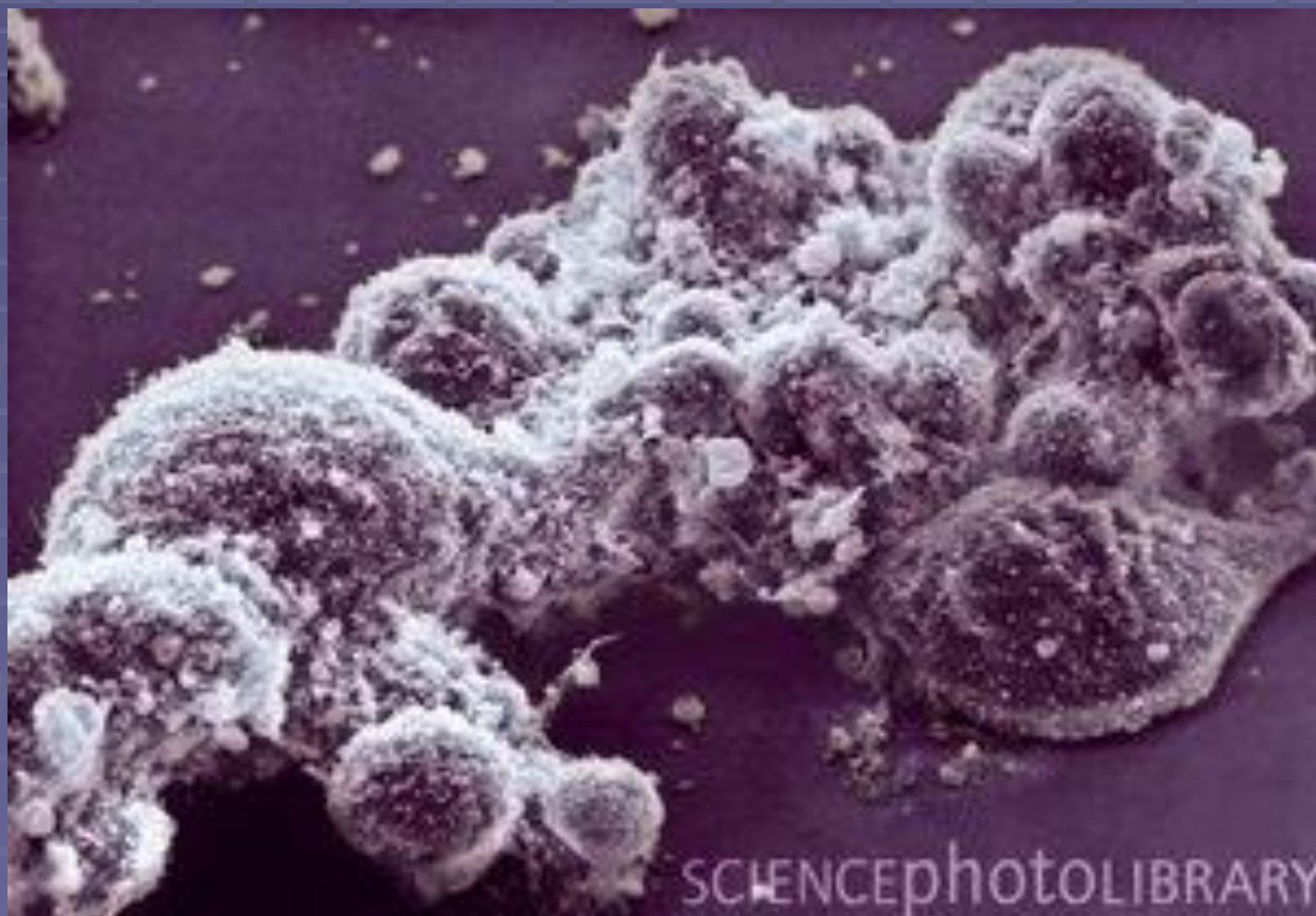


Роль уреаплазм та микоплазм в патогенезе ВЗОМТ

- Фиксируются при помощи адгезинов к эпителиальным клеткам, фибробластам.
- Продуцируют эндо- и экзонуклеазы, влияют на нуклеиновый обмен инфицированных клеток



Генитальный герпес



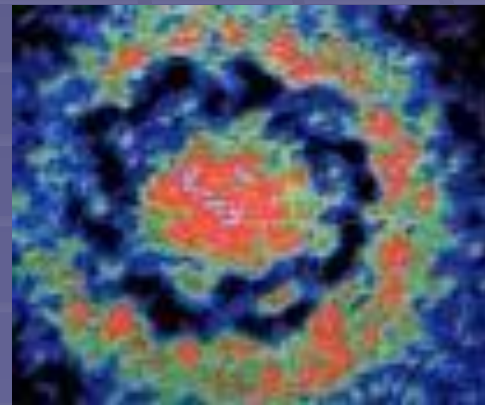


По данным ВОЗ:

- Заболевания, вызываемые вирусами герпеса, занимают второе место среди причин смертности от вирусных инфекций (уступая только вирусу гриппа)
- К 13-14 годам 70-80 % детского населения инфицированы вирусами герпеса, а к 50 годам количество инфицированных превышает 90 %
- Инфицированность и заболеваемость человечества из года в год растет, превышая скорость прироста населения Земли^{1,2}
 - 1. Деконенко Е.П. Вирус герпеса и поражение нервной системы // Российский медицинский журнал. – 2002. – № 2. – С.46-49.
 - 2. Протас И.И. Герпетический энцефалит – клиника, патогенез, терапия. Руководство для врачей. – Минск, 2000. – 175 с.

Около 90% населения Земли инфицированы одним или несколькими типами герпесвирусов человека.

Рецидивирующими формами болезни страдает 5-12% населения и требуют лечения.



ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ



Осмотр



Определение pH



**Микроскопия
мазка**



Аминный тест



добавляет ценность
диагнозу

МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИППП В РАЗЛИЧНОМ БИОЛОГИЧЕСКОМ МАТЕРИАЛЕ:

- ✓ Gardnerella vaginalis
- ✓ Mycoplasma genitalium
- ✓ Mycoplasma hominis
- ✓ Chlamydia trachomatis
- ✓ Neisseria gonorrhoeae
- ✓ Trichomonas vaginalis
- ✓ Ureaplasma species
- ✓ Candida albicans
- ✓ Trichomonas vaginalis
- ✓ Кардиолипиновые антитела
- ✓ Трепонемные антитела

- I. Микроскопический (анализ мазка на микрофлору)
- II. Культуральный:
 - 1) Количественное выявление возбудителя классическим бактериологическим методом;
 - 2) Полуколичественное выявление и определение чувствительности
 - 3) Молекулярно – биологический (ПЦР)
- III. Иммунологический (ИФА)



Преимущества метода ПЦР и бактериологический методов в диагностике ИППП:

ПЦР

- Высокая чувствительность и специфичность
- Позволяет определить наличие или отсутствие возбудителя
- Позволяет исключить субъективизм микроскопического исследования
- Дает возможность диагностики не только острых форм, но и латентных
- Быстрота получения результата
- В значительной мере отвечает на вопрос о необходимости назначения схемы лечения
- Позволяет оценить качество терапии путем контроля наличия или отсутствия возбудителя

Бактериологический посев

- Позволяет выявить наличие или отсутствие роста возбудителя, что подтверждает или отрицает этиологическую роль заболевания
- Основываясь на количественной оценке, позволяет дать заключение об «инфицированности» или «инфекционном заболевании», и решить вопрос о необходимости и начале назначения схемы лечения
- Позволяет осуществить выбор лекарственных средств на основании результатов постановки чувствительности к антибиотикам или другим препаратам
- Позволяет оценить качество проведенного лечения на основании контрольных тестов, выявляющих отсутствие роста возбудителя

Метод DUO

- Высокочувствительный и специфичный
- Позволяет определить жизнеспособные микроорганизмы
- Одновременное определение *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum*
- Полная укомплектованность тест-систем

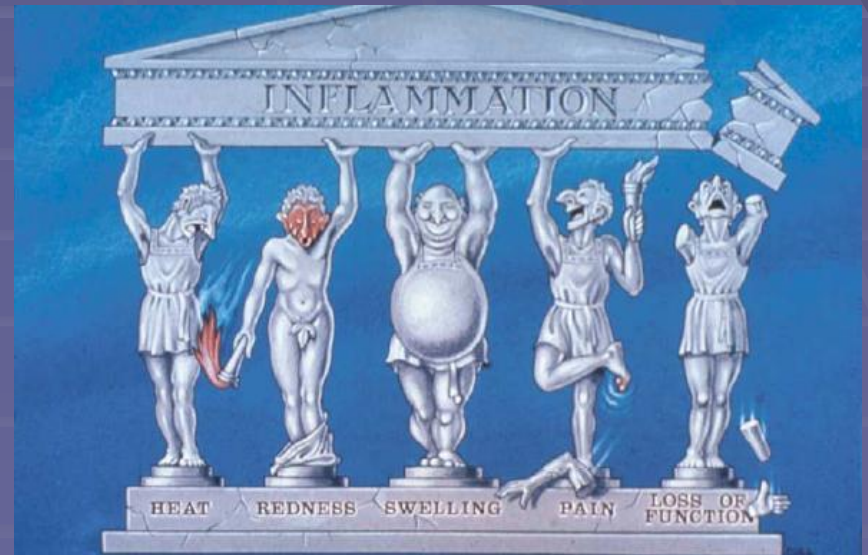
ГИПЕРДИАГНОСТИКА. КАК ИЗБЕЖАТЬ



- Культуральное исследование (посев) на *Gardnerella vaginalis* не рекомендуется, т.к. этот возбудитель часто обнаруживается у здоровых женщин
- Обследование на микоплазму, хламидию необходимо если не найден возбудитель другой этиологии или неспецифическое лечение не было эффективным
- Обследование не проводят во время менструации
- Исследование проводят не ранее чем через 72 часа после последнего полового сношения

Симптоматика ВЗОМТ

- Болевой синдром
- Нарушение менструального цикла
- Нарушение половой функции
- Выделение из половых путей
- Дизурия
- Общая симптоматика



Диагностические критерии ВЗОМТ (CDC, USA) 2006.

(Международный центр по контролю и предупреждению
заболеваний, США, 2006)

Минимальные критерии ВЗОМТ :

- ☐ Болезненность при пальпации нижней части.
живота
- ☐ Болезненность в области придатков.
- ☐ Болезненные тракции шейки матки.

Принципы антибактериальной терапии

(Европейское руководство)

- При отсутствии точных диагностических критериев рекомендуется **эмпирическое лечение V3OMT.**
- Выбор антибиотиков для лечения V3OMT должен основываться на их **эффективности, подтвержденной в исследованиях, основанных на принципах доказательной медицины.**
- Предпочтение отдается **монотерапии** с привлечением антибактериальных препаратов адекватного спектра действия.

Европейские рекомендации по лечению ВЗОМТ, 2007 г.

- ВЗОМТ обычно являются причиной инфекции, восходящей из эндоцервикса и могут быть причиной эндометрита, сальпингита, параметрита, оофорита, tuboовариального абсцесса и/или перитонита.
- Наиболее частыми возбудителями являются: хламидии, гонококки, микоплазмы и ассоциации
- Наиболее часто ассоциируются: анаэробы, стрептококки, стафилококки, кишечная палочка и *Haemophilus influenzae*

**Вывод: необходима а/б терапия широкого спектра,
не вызывающая резистентность**

Принципы антибактериальной терапии

- Использование антибактериальных препаратов, которые были бы одновременно эффективны против основных возбудителей: *гонококков, хламидий и анаэробных микроорганизмов*
- Основной курс терапии высокими дозами антибиотиков внутривенно или внутримышечно продолжительностью 3-5-7 дней (до исчезновения клинических симптомов и еще 24 часа после клинического улучшения)
- Последующий переход на пероральные схемы, или при необходимости, смена антибиотиков и путей его введения (ступенчатая терапия)
- Общая продолжительность антибиотикотерапии должна составлять *не менее 14 дней*

Европейские рекомендации по лечению ВЗОМТ, 2007 г.

На выбор режима терапии влияют:

- Наличие надлежащих данных по чувствительности к а\б;
- Данные по местной эпидемиологии инфекций;
- Стоимость терапии;
- Комплаентность пациентки в отношении определенного режима;
- Тяжесть заболевания

Европейские рекомендации по лечению ВЗОМТ, 2007 г.

Рекомендуемые режимы а/б терапии:

- При легкой и средней степени тяжести проводится пероральная антибиотикотерапия амбулаторно (уровень доказательности А);
- При тяжелом/осложненном течении заболевания проводится в/в терапия до клинического улучшения и затем еще 24 часа с последующим переходом на пероральные схемы (уровень доказательности С);
- Оптимальная продолжительность лечения – 10-14 дней

Европейские рекомендации по лечению ВЗОМТ, 2007 г.

Основные режимы для применения в стационаре (тяжелое/осложненное течение) –

уровень доказательности А:

- Цефокситин 2 мг 4 раза в сут. в\в +
Доксициклин в\в или per oss 100 мг 2 раза в сутки +
Метронидазол 400 мг 2 раза в день
14 дней (уровень доказательности 1А);
- Клиндамицин 900 мг в\в 3 раза в сут. +
Гентамицин 2 мг/кг и затем 1,5 мг/кг 3 раза в сут.
14 дней (уровень доказательности 1А);
- Клиндамицин 450 мг 4 раза в сутки per oss
14 дней (уровень доказательности 1А);
- Доксициклин 100 мг 2 раза в день per oss +
Метронидазол 400 мг 2 раза в день
14 дней (уровень доказательности 1А)

Европейские рекомендации по лечению ВЗОМТ, 2007 г.

Альтернативные режимы для применения в стационаре (тяжелое/осложненное течение) уровень доказательности В:

- Офлоксацин в\в 400 мг 2 раза в сут.+
Метронидазол в\в 500 мг 3 раза в сут
14 дней
- Ципрофлоксацин в\в 200 мг 2 раза в сут. +
Доксициклин по 100 мг 2 раза в сут. +
Метронидазол по 500 мг в\в 3 раза в сут.

Европейские рекомендации по лечению ВЗОМТ, 2007 г.

Рекомендуемые режимы для амбулаторного применения:

- Цефтриаксон в\м 250 мг +
Доксициклин per oss 100 мг 2 раза в сут.
14 дней (уровень доказательности 1A);
- Моксифлоксацин по 1 таблетке (400 мг) в сут.
14 дней (уровень доказательности 1A);
- Офлоксацин per oss по 400 мг 2 раза в сут. +
Метронидазол 500 мг per oss 2 раза в сутки
14 дней (уровень доказательности 1A)

Выбор антибактериальных препаратов для терапии

Приказ №582

Клинический протокол «Воспалительные заболевания органов малого таза»

- **Схемы стационарного лечения ВЗОМТ**

- Цефалоспорины II поколения + тетрациклины
- Цефалоспорины III поколения + тетрациклины
- Клиндамицин + гентамицин
- Цефалоспорины III поколения + гентамицин

- **Альтернативные схемы лечения (А,В)**

- Фторхинолоны (офлоксацин, ципрофлоксацин, авелокс)

Целевая антибактериальная терапия в гинекологии

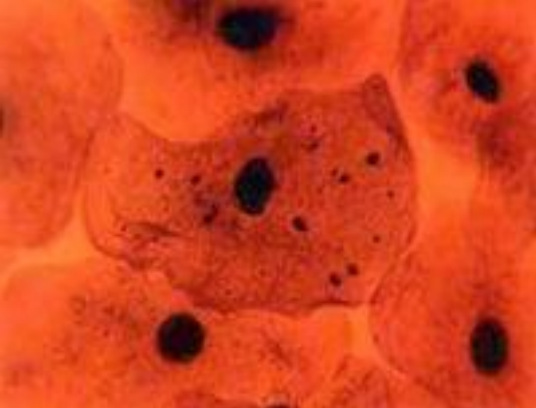
- Инфекции передающиеся преимущественно половым путем (ИППП)

*Клинический протокол
«Инфекции, которые
передаются половым путем»
Приказ МОЗ Украины №582 от
15.12.2003*



Патогенетическое

- Активация факторов защиты от инфекции (лаферобион)
- Восстановление нормальной экосистемы влагалища (лактовит форте)
- Улучшение микроциркуляции,
- Коррекция гормональных нарушений
- Лечение сопутствующих соматических; эндокринных, инфекционных и прочих заболеваний



ХЛАМИДИОЗ – антибактериальная терапия

*Протокол «Інфекції, що передаються статевим шляхом»,
наказ МОЗ №582 від 15.12.2005 р.*



- **Макролиды (азитромицин,
кларитромицин, рокситромицин)**



Противотрихомонадная терапия

- Проводится первым этапом – до антибиотикотерапии – учитывая свойство трихомонад резервировать другие микроорганизмы
- Используются препараты класса 5-нитроимидазолов
 - ✓ Метронидазолы
 - ✓ Тинидазолы
 - ✓ Орнидазолы (мератин)
 - ✓ Ниморазолы
 - ✓ Тенонитрозолы



**Этиопатогенетический
подход к лечению моно- и
микс ИППП
(трихомонадные,
бактериальные,
хламидийные,
микоплазменные и другие)**

Стиллат - 2 таблетки в сутки - 10 дней
Обязательна терапия обоим половым
партнеров!



Мератин (орнидазол) раствор для инфузий, фл. 500 мг/100 мл

- Выраженная антианаэробная, антипротозойная, антитрихомонадная активность благодаря составу (наличие активного атома хлора обеспечивает активный и пассивный транспорт вещества в клетку).
- Отсутствие резистентности микроорганизмов (чувствительность превышает 96% м/о).
- Возможность использования у пациенток с заболеваниями печени и почек благодаря низкой токсичности.
- Хорошо проникает во все органы и ткани.
- Высокая биодоступность (больше 90%), которая не зависит от сопутствующей терапии и приема пищи.

Современная стратегия противогерпетической терапии

Лечение первичного эпизода

Лечение рецидивирующего
генитального герпеса



Эпизодическая
терапия



Супрессивная
терапия



Схемы лечения генитального герпеса (ацикловир)

(Рекомендации CDC)

ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ІНФЕКЦІЇ

Добова доза

400 мг + 400 мг + 400 мг



Або

200 мг + 200 мг + 200 мг + 200 мг + 200 мг



**Тривалість лікування
7–10 днів**

Эпизодическая терапия

- Эпизодическая терапия не предупреждает последующие рецидивы
- Сокращает время выздоровления в среднем на 2 дня
- Сокращает время выделения вируса в среднем на 2 дня
- Сокращает время болевого синдрома на 1 день

Показана пациентам с рецидивами менее 6 раз в год

Супрессивная терапия

- Увеличивает интервалы между рецидивами
- Сокращает количество рецидивов в год на 70-80%¹
- Сокращает субклиническое выделение вируса на 90%²
- Уменьшает передачу вируса половому партнеру²

Показана пациентам с рецидивами хворим более 6 раз в год

1. Whitley RJ. *Optimizing the management of genital herpes*. Ed. Royal Society of Medicine. Ltd. 200; 24-7

2. Anna Wald, Judith Zeh, Gail Barnum, L.G. Davis. *Suppression of Subclinical Shedding of Herpes Simplex Virus Type 2 with Acyclovir*, Annals of Internal medicine // 1 January.—1996.—V.124.— P. 8—15

Супрессивная терапия

- Высокоэффективная
- Безопасна хорошо переносится
- Не вызывает резистентности

Схемы лечения генитального герпеса

(Рекомендации CDC)

ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВУЮЧОГО ГЕНІТАЛЬНОГО ГЕРПЕСУ (ЕПІЗОДИЧНА ТЕРАПІЯ)

Добова доза

800 мг + 800 мг



Або

400 мг + 400 мг + 400 мг



Або

200 мг + 200 мг + 200 мг + 200 мг + 200 мг



**Тривалість лікування
5 днів**

Схемы лечения генитального герпеса

(Рекомендации CDC)

ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВУЮЧОГО ГЕНІТАЛЬНОГО ГЕРПЕСУ (СУПРЕСИВНА ТЕРАПІЯ)

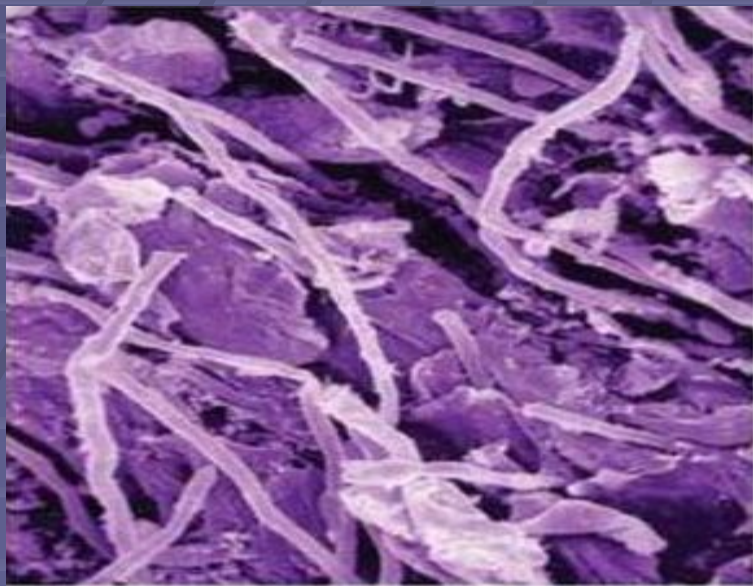
Добова доза

400 мг + 400 мг



**Тривалість лікування
визначається індивідуально**

Чувствительность кандид к разным азолам существенно отличается!



... практически все штаммы *C. Krusei* первично устойчивы к флуконазолу, а большинство изолятов *C. glabrata* отличается дозозависимой чувствительностью или резистентны к флуконазолу и итраконазолу... а именно

15% штаммов *C. glabrata* резистентны к флуконазолу

46% штаммов *C. glabrata* и 31% *C. crusei* резистентны к итраконазолу

Чувствительность кандид к разным азолам существенно отличается!

Candida spp.	Флуконазол	Итраконазол	Кетоконазол
C. albicans	Чувствительны	Чувствительны	Чувствительны
C. tropicalis	Чувствительны	Чувствительны	Чувствительны
C. parapsilosis	Чувствительны	Чувствительны	Чувствительны
C. glabrata	Слабочувствительны	Слабочувствительны	Чувствительны
C. Krusei	Резистентны	Слабочувствительны	Чувствительны

Оценка эффективности терапии проводится на основании:

- клинических данных - через 2 недели
- клинических данных, результатов бактериологического и бактериоскопического исследований, отсутствия рецидива заболевания – через 1 мес.

Критерии эффективности комплексной терапии :

- отсутствие болевого синдрома
- отсутствие патологических вагинальных выделений
- нормализация бактериальной флоры при микробиологическом исследовании
- отсутствие хламидий и уреа-микоплазм при исследовании ПЦР.

Эффективность лечения

Выбор оптимального
препарата

Выбор оптимальной
схемы лечения

Эффективность
лечения

The diagram features a central red rectangle with the text 'Эффективность лечения' in white. Surrounding this rectangle are six green text labels, each with a blue arrow pointing towards the center. The labels are arranged in two columns: 'Выбор оптимального препарата' and 'Доступность препарата' on the left; 'Выбор оптимальной схемы лечения' and 'Четкое соблюдение методики лечения' on the right; and 'Отсутствие побочного действия' and 'Хорошая переносимость препарата' at the bottom. The arrows point from each of these labels towards the central rectangle.

Доступность
препарата

Четкое соблюдение
методики лечения

Отсутствие
побочного действия

Хорошая переносимость
препарата



ЛАКТОВИТ ФОРТЕ

- **Lactic acid bacillus** -120 миллионов спор
- **Витамин В₁₂** – 15 мкг
- **Фолиевая кислота** -1,5 мг

Желатиновые капсулы № 30

Препаратов с таким составом действующих компонентов –
АНАЛОГОВ В УКРАИНЕ НЕТ

Применение в гинекологии

- **Лактовит форте** назначают внутрь в дозах - 2, максимально 4 капсулы в сутки в 2 приема за 40 минут до еды в течение 3-4 недель.
- **Для дородовой подготовки беременных** группы "риска" препарат назначают по 2 капсулы 1 раз в сутки в течение 5-8 дней. Лечение проводят под контролем восстановления чистоты вагинального секрета I-II степени, появления лактофлоры и исчезновения клинических симптомов заболевания.





Благодарю за внимание!