

Физиологические выделения



Влагалищные выделения – это смесь, состоящая из жидкости с растворенными в ней белками, электролитами, эпителиальных клеток и **бактерий**.

Количество выделений: от 1 до 4 мл в сутки - зависит от объёма жидкости, которая образуется из транссудата плазмы крови из сосудов, секрета желёз шейки матки, сальных и потовых желёз вульвы, бартолиниевых желёз.

Цвет: белый, серый, бежевый, прозрачный и др.

Консистенция: жидкая, густая, вязкая, неоднородная и др.

Запах: не имеют запаха/минимальный запах или не имеют неприятного запаха.

Не должно быть раздражающих симптомов: зуда, жжения, покраснения и отёка, связанных с выделениями.

pH до 4.5

«Бактериальная составляющая» влагалищных выделений



■ 5 % - ассоциация из более 300 разнообразных видов

■ 95 % - Лактобактерии

Вследствие бактериальной конкуренции чаще всего доминирует один или два вида лактобактерий

Культуральный метод: 20-30 видов бактерий



NGS: 300 видов бактерий



Открытые
медицинские
коммуникации



E. coli 10^5 КОЕ/мл vs *Lactobacillus* spp. 10^7 КОЕ/мл
соотношение 1:100



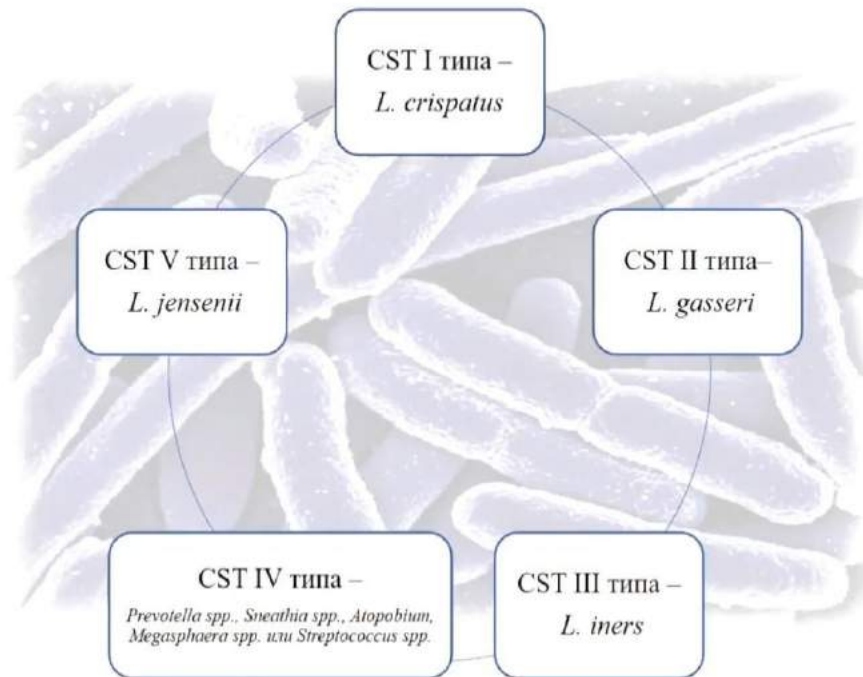
Диагноз: «*E. coli* в высокой концентрации 10^5 КОЕ/мл»



Открытые
медицинские
коммуникации



Типы нормальных вагинальных микробных сообществ (community state types, CST) у клинически здоровых женщин



Ravel J., et al (2011)



Открытые
медицинские
коммуникации



Доминирование *L.crispatus* во влагалище является «показателем здоровья» вагинальной микроэкосистемы



Самое низкое значение pH за счёт самой активной продукции молочной кислоты

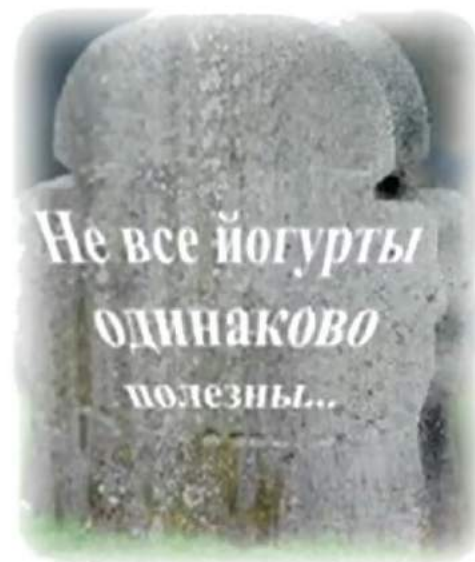
Ravel et al., 2011

Вид *Lactobacillus iners*



Доминирование *L.iners* ассоциировано с низкой концентрацией молочной кислоты, что связано со сниженной способностью к ее синтезу

Witkin et al., 2013



***L.iners* предрасполагает к заселению вагинального биотопа условно-патогенными бактериями**



Открытые
медицинские
коммуникации



«Микробиология» ранней пролиферативной фазы менструального цикла



- 1) увеличение pH влагалищной среды снижает колонизацию влагалища лактофлорой;
- 2) повышение концентрации ионов железа, которые являются факторами роста анаэробов *G.vaginalis*, *A.vaginae*.

«БВ-подобная микробиота»



Важно учитывать в
клинической практике



Нозологические формы и синдромы цервико-вагинальных инфекций



- Сифилис
- Гонорея
- Хламидиоз
- **Трихомониаз*
- Инфекция, вызванная *Mycoplasma genitalium*
- Генитальный герпес
- Папилломавирусная инфекция
- **Бактериальный вагиноз*
- **Кандидозный вульвовагинит*
- Аэробный вагинит

**70% всех инфекций женского
репродуктивного тракта*



Лечебная стратегия при патологических вагинальных выделениях



Бактериальный вагиноз
Кандидозный вульвовагинит
Аэробный вагинит (? CDC)
Трихомониаз



Открытые
медицинские
коммуникации

Грамотная диагностика, основанная на «золотых стандартах» – гарантия успеха в «борьбе» с инфекциями органов репродуктивного тракта



**Клинические
данные
(субъективные и
объективные)**

**Тесты
лабораторной
диагностики**

Анамнез



Открытые
медицинские
коммуникации



Клинический случай №1

Жалобы и анамнез

Пациентка М., 26 лет.

Жалобы на зуд, жжение в области вульвы и влагалища, обильные выделения, раньше и в настоящий момент – боль при половых контактах на входе во влагалище, в связи с чем вагинальный секс в последние 6 месяцев отрицает.

Операции, онкологические заболевания, гемотрансфузии, гепатиты, аллергию к лекарственным препаратам отрицает.

Наследственность не отягощена. Не курит.

Менархе с 13 лет, менструальная функция не нарушена. 11-ый день цикла.

Б-0. Партнёр постоянный, контрацепция – презерватив.

Заболевания: бактериальный вагиноз, «уреаплазмоз» .

ИМТ=18,2 кг/м²



История развития заболевания

Первые признаки заболевания почувствовала

1,5 года назад после появления нового полового партнёра в виде дискомфорта во влагалище, в связи с чем обратилась к гинекологу, прошла несколько курсов антибактериальной терапии совместно с партнёром в связи с бактериальным вагинозом и «уреаплазмозом». Улучшения не отмечала, постепенно начала отказываться от половых контактов из-за выраженной болезненности и выделений из половых путей, а также появление трещин в области задней спайки на вульве.



Схема лечения

№	Возраст	Пол	Дата рождения	Дата приема	Время приема	Доза	Путь введения	Результат
1	12 лет	М	1998.05.15	2000.05.15	18.00	100 мг	Орально	Улучшение
2	12 лет	М	1998.05.15	2000.05.15	18.00	100 мг	Орально	Улучшение
3	12 лет	М	1998.05.15	2000.05.15	18.00	100 мг	Орально	Улучшение
4	12 лет	М	1998.05.15	2000.05.15	18.00	100 мг	Орально	Улучшение
5	12 лет	М	1998.05.15	2000.05.15	18.00	100 мг	Орально	Улучшение
6	12 лет	М	1998.05.15	2000.05.15	18.00	100 мг	Орально	Улучшение
7	12 лет	М	1998.05.15	2000.05.15	18.00	100 мг	Орально	Улучшение
8	12 лет	М	1998.05.15	2000.05.15	18.00	100 мг	Орально	Улучшение
9	12 лет	М	1998.05.15	2000.05.15	18.00	100 мг	Орально	Улучшение
10	12 лет	М	1998.05.15	2000.05.15	18.00	100 мг	Орально	Улучшение

Медикаментозное лечение:

- Преддзерватив!!!
- Тантум Роза 140 мл 2 раза в день 3 дня |||||
- Нео Пенотран форте по 1 свече на ночь 7 дней |||||
- Ципроай по 250 мг 2 раза в день 7 дней |||||
- Виферон по 3 млн ед 1 раз в день 10 дней на ночь в прямую кишку |||||
- Хилак форте по 40 кап 3 раза в день на 1/2 стак воды +
- продолжить Пимафуцин по 100 мг 4 раза в день до конца антибиотиков +
- После всего лечения Вагилак по 1 капсу 2 раза в день 14 дней !
- Фемилекс 1 таб во влагалище на ночь 10 дней }

Примечание:

Открытые
медицинские
коммуникации



Объективный осмотр

Status vaginalis:

Осмотр с помощью зеркал резко болезненный.

Шейка матки цилиндрической формы, отёк и гиперемия эктоцервикса.

Наружный зев щелевидный; закрыт.

Слизистая влагалища гиперемирована, отёчна.

Выделения: обильные, бело-желтые, гомогенные.

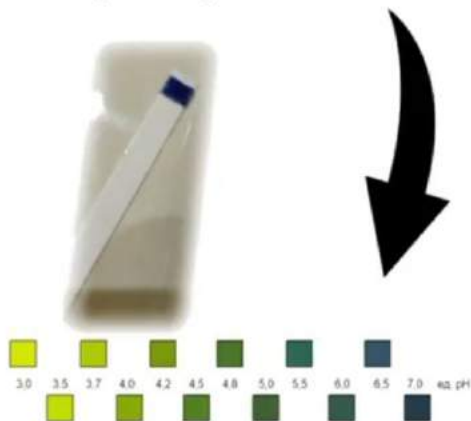


Открытые
медицинские
коммуникации





pH-метрия – 6,5



Измерение pH влагалища является единственным наиболее важным методом, который управляет диагностическим процессом и должен всегда определяться

!Тест-полоску для измерения pH наносят на несколько секунд на боковую стенку влагалища (чтобы избежать загрязнения кровью, спермой или цервикальной слизью, которая скапливается в заднем своде и искажает результаты)

«Диагностические ловушки»



Жалобы на выделения /запах или патологический характер вагинальных выделений



ПЦР ДНК *Gardnerella vaginalis*

Жалобы на творожистые выделения /зуд или патологический характер вагинальных выделений



ПЦР ДНК *Candida albicans*



Диагностика бактериального вагиноза

- гомогенный характер вагинальных выделений
- pH вагинального отделяемого более 4,5
- положительный аминный тест
- «ключевые клетки»

по Amsel

Диагностически значимым считается наличие 3 положительных признаков из 4

Баллы	A Lactobacilli	B Gardnerella	C Mobiluncus
0	более 30 морфотипов	нет морфотипов	нет морфотипов
1	5 - 30 морфотипов	один морфотип	один морфотип
2	1-4 морфотипа	1-4 морфотипа	1-4 морфотипа
3	один морфотип	5 - 30 морфотипов	5 - 30 морфотипов
4	нет морфотипов	более 30 морфотипов	более 30 морфотипов

- Количество полученных баллов суммируют
- 0 – 3 балла, нормальная микрофлора
- **4 – 6 баллов: промежуточная микрофлора**
- **более 7 баллов: бактериальный вагиноз**

по Nugent





Диагностика **кандидозного вульвовагинита**

Жалобы на патологические влагалищные выделения и обнаружения элементов грибов при микроскопическом исследовании (культуральном) влагалищного отделяемого

Обнаружение *Candida spp.* в ходе лабораторных исследований (ПАП-тест, ПЦР, микроскопия, культура) без симптомов – НЕ кандидозный вагинит

У 50% женщин с зудом гениталий отсутствует кандидозный вульвовагинит*



Клинико-лабораторные критерии **аэробного вагинита**



- Наличие вагинита при осмотре (гиперемия, отек слизистой)
- Признаки воспаления по микроскопии: ПМЯЛ > 10 в п/зр или ПМЯЛ:ЭК > 1:1
- Отсутствие *Candida spp.*, *T.vaginalis*
- Преобладание аэробных бактерий над лактобактериями

Donders, 2002



Открытые
медицинские
коммуникации



Микст-инфекции – «серая зона» доказательной медицины



- Возбудители микст-инфекций усугубляют течение заболевания.
- Отдельные «классические» (критерии Амсея, Ньюджента) диагностические тесты не позволяют диагностировать несколько заболеваний.
- **Диагностика и лечение должно носить комплексный характер.**

Jack D. Sobel • Chitra Subramanian • Betsy Foxman •
Marilyn Fairfax • Scott E. Gyax

Curr Infect Dis Rep (2013) 15:104–108



Открытые
медицинские
коммуникации





Тест-система «Флороценоз» - комплексный тест, основанный на ПЦР в реальном времени

***Имеется международная валидация теста**

**Diagnosis of aerobic vaginitis by quantitative real-time PCR / T.A. Rumyantseva, G. Beilen, Y.A. Savochkina [et al.] // Arch. Gynecol. Obstet. – 2016. – Vol. 294, № 1. – P. 109-14.*

Диагностика вульвовагинального кандидоза: сопоставление информативности клинических данных и результатов лабораторных исследований / Т.А. Румянцова, Ю.А. Савочкина, Т.В. Долгова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2015. - № 3. – С. 55-6

Международная валидация набора реагентов для диагностики бактериального вагиноза / Т.А. Румянцова, А.Е. Гуцин, Г. Дондерс.

ПЦР



- ДНК *N.gonorrhoeae*
- ДНК *C.trachomatis*
- ДНК *M.genitalium*
- ДНК *T.vaginalis*



ИППП

ПЦР



- ДНК *Bacteriaceae*
- ДНК *Lactobacillus spp*
- ДНК *G.vaginalis*
- ДНК *A.vaginae*



Бактериальный
вагиноз



- ДНК *Enterobacteriaceae spp.*
- ДНК *Staphylococcus spp*
- ДНК *Streptococcus spp*



Аэробный
вагинит



- ДНК *M.hominis*
- ДНК *U.urealyticum*
- ДНК *U.parvum*



- ДНК *C.albicans*
- ДНК *C.glabrata*
- ДНК *C.krusei*
- ДНК *C.tropicalis/parapsilosis*



Кандидозный
вульвовагинит



Открытые
медицинские
коммуникации



Условно-патогенные микоплазмы в женском репродуктивном тракте (2018)



JEADV

Journal of The European Academy of Dermatology and Venereology

EADV

Review Article

Should we be testing for urogenital *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma parvum* and *Ureaplasma urealyticum* in men and women? – a position statement from the European STI Guidelines Editorial Board

P. Hoener, G. Donders, M. Cuzin, M. Gansberg, J.S. Jensen, M. Unemo

First published: 20 June 2018 | <https://doi.org/10.1111/jdv.15146> | Cited by: 2

Рутинный скрининг бессимптомных женщин на
Mycoplasma hominis, *Ureaplasma urealyticum* и *Ureaplasma parvum*

!не рекомендуется!

Бессимптомное носительство этих бактерий распространено и не сопровождается у большинства развитием каких-либо заболеваний.

Table 1: Summary of the association of adverse pregnancy outcomes for mycoplasmata.

Characteristic	<i>Ureaplasma urealyticum</i>	<i>Ureaplasma parvum</i>	<i>Mycoplasma hominis</i>	<i>Mycoplasma genitalium</i>
Prevalence	8%–93% (depending on the detection technique used)	80% of previous Uu	3%–51%	0.5%–1%

Donders, G. G. G. (2017). *Mycoplasma/Ureaplasma infection in pregnancy: to screen or not to screen. Journal of Perinatal Medicine*, 45(5). doi:10.1515/jpm-2016-0111



Могут условно-патогенные микоплазмы вызывать цервицит и вагинит?



Table 1 Associations of infectious exposures with cervicitis

Bacterial exposure	Prevalence (%) (95% CI)	PR of cervicitis, unadjusted (95% CI)	p Value
<i>M genitalium</i>	21/527 (4.0%) (2.5 to 6.0)	1.85 (1.52 to 2.26)	<0.0001
<i>M hominis</i>	90/527 (17.1%) (14.0 to 20.6)	1.00 (0.79 to 1.26)	0.99
<i>U urealyticum</i>	74/527 (14.1%) (11.2 to 17.3)	0.96 (0.73 to 1.25)	0.75
<i>U parvum</i>	273/527 (51.8%) (47.4 to 56.1)	1.09 (0.91 to 1.31)	0.34
<i>Chlamydia</i>	30/527 (5.7%) (3.9 to 8.0)	1.59 (1.26 to 2.01)	0.0001

*Only covariates with p values <0.05 in unadjusted models were included in the adjusted model.

Lusk, 2011

JEADV

EADV

Review Article

Should we be testing for urogenital *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma parvum* and *Ureaplasma urealyticum* in men and women? - a position statement from the European STI Guidelines Editorial Board

P. Horner, M. D'Amico, M. Gualdi, M. Gualdi, M. Gualdi, M. Gualdi

Received 20 June 2014 | Accepted 10 July 2014 | Published 10 July 2014

There are no case control studies or other appropriate evidence that *M. hominis*, *U. parvum* or *U. urealyticum* causes an inflammatory vulvovaginitis.^{4,48,50} The number of leukocytes in vaginal smears are also not increased in women positive for only ureaplasmas.⁴⁸



Открытые
медицинские
коммуникации



Gilbert G.G. Donders*, Kateryna Ruban, Gert Bellen and Ljubomir Petricevic

Mycoplasma/Ureaplasma infection in pregnancy: to screen or not to screen

Table 1: Summary of the association of adverse pregnancy outcomes for mycoplasmata.

Characteristic	<i>Ureaplasma urealyticum</i>	<i>Ureaplasma parvum</i>	<i>Mycoplasma hominis</i>	<i>Mycoplasma genitalium</i>
Prevalence	8%–93% (depending on the detection technique used)	80% of previous <i>Uu</i>	3%–51%	0.5%–1%
Co-infections	BV	BV	BV	<i>Chlamydia</i> (in 2 of 8 studies), NOT with BV
Young age	–	–	–	+++
Sex risk behavior	±	±	±	+++
Miscarriage	–	–	+ (with BV)	++
Preterm birth	–	+ (with BV)	+ (with BV)	++
Chorioamnionitis/PPROM	–	–	±	?
Transmission to neonate	+ (preterm)	+ (preterm)	+ (preterm)	–



Как и несколько тысяч других видов **УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ** микроорганизмов, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* и *Ureaplasma parvum* могут быть причиной неблагоприятных исходов беременности.

Инфекционный скрининг перед ЭКО (2021 г.)



Приложение № 4
к Порядку использования
вспомогательных репродуктивных
технологий, противопоказаниям
и ограничениям к их применению,
утвержденному приказом
Российской Федерации
от «11» сентября 2020 г. № 1023 и

Сроки годности
результатов обследования для оказания медицинской помощи
с использованием вспомогательных репродуктивных технологий
и искусственной инсеминации

Включены:

Приказ вступил в силу с 1 января 2021 г.

Исключены: микробиологическое исследование на
микоплазму и уреаплазму; молекулярно-биологическое
исследование на вирус простого герпеса 1, 2, на
цитомегаловирус.

14.	Определение иммуноглобулинов класса М и G к вирусу краснухи (Rubella) в крови	при наличии иммуноглобулинов класса М – 1 месяц; при наличии иммуноглобулинов класса G – не ограничен
15.	Определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор)	не ограничен
16.	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	1 месяц
17.	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium)	3 месяца
18.	Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала)	1 год
19.	Исследование уровня фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови на 2-5 день менструального цикла	6 месяцев
20.	Исследование уровня антимюллерова гормона в крови	6 месяцев
21.	Спермограмма	6 месяцев
22.	Консультация врача-терапевта	1 год
23.	Консультация врача-уролога (донорам спермы)	1 год
24.	Консультация врача-генетика (по показаниям)	1 год
25.	Заключение из Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями (ВИЧ-инфицированным)	1 месяц
26.	Справка из психоневрологического диспансера (для доноров и сурrogатных матерей)	1 год



Открытые
медицинские
коммуникации

Условно-патогенные микоплазмы рассматриваются как **БВ-ассоциированные** виды



- «Не имеет смысла выявление уреоплазм в урогенитальном тракте женщин, если при этом не оценивается общее состояние микрофлоры влагалища. **Применение различных схем антибактериальной терапии не улучшает исходы беременности при обнаружении условно-патогенных микоплазм**» - G. Donders, 2017
- «**БВ, а не микоплазмы – причина преждевременных родов.** При нарушении микрофлоры создаются благоприятные условия для размножения *M. hominis*, поэтому цель лечения – нормализация микрофлоры» – D. Taylor-Robinson, 2011





БВ, ВВК, АВ, условно-патогенные микоплазмы
не относятся к ИППП
бессимптомные партнёры пациенток не нуждаются
в обследовании и профилактическом лечении



Открытые
медицинские
коммуникации





**Клинического
значение не имеет**

Параметр	Результат	Референсные значения	Ед. Изм.
Количество клеток в образце	Более 50000	.	ГЭ/мл
Флороценоз и NCMT и Микроскопия (часть I)	Готов	.	
ДНК Bacteria	$7 \cdot 10^7$	Не менее 10^6	ГЭ/мл
ДНК Lactobacillus spp.	$6 \cdot 10^7$	.	ГЭ/мл
ДНК Gardnerella vaginalis	$3 \cdot 10^7$	.	ГЭ/мл
ДНК Atopobium vaginae	Не обнаружено	.	ГЭ/мл
ДНК Enterobacteriaceae	Не обнаружено	.	ГЭ/мл
ДНК Staphylococcus spp.	Не обнаружено	.	ГЭ/мл
ДНК Streptococcus spp.	$2 \cdot 10^6$	.	ГЭ/мл
ДНК Ureaplasma parvum	$2 \cdot 10^5$	.	ГЭ/мл
ДНК Ureaplasma urealyticum	Не обнаружено	.	ГЭ/мл
ДНК Mycoplasma hominis	Не обнаружено	.	ГЭ/мл
ДНК Candida albicans	$3 \cdot 10^3$	.	ГЭ/мл
ДНК Candida glabrata	Не обнаружено	.	ГЭ/мл
ДНК Candida krusei	Не обнаружено	.	ГЭ/мл
ДНК Candida parapsilosis/tropicalis	Не обнаружено	.	ГЭ/мл
Заключение	Соотношение концентраций ДНК микроорганизмов соответствует бактериальному вагинозу в сочетании с повышенным содержанием аэробной флоры. Концентрация Ureaplasma parvum превышает 10^5 ГЭ/мл. Концентрация Candida albicans превышает 10^2 ГЭ/мл		
Количество ДНК Neisseria gonorrhoeae	Не обнаружено	Не обнаружено	копии/мл
Количество ДНК Chlamydia trachomatis	Не обнаружено	Не обнаружено	копии/мл
Количество ДНК Mycoplasma genitalium	Не обнаружено	Не обнаружено	копии/мл
Количество ДНК Trichomonas vaginalis	Не обнаружено	Не обнаружено	копии/мл



Открытые
медицинские
коммуникации





Диагноз

Смешанная инфекция: аэробный вагинит, неосложнённый кандидозный вульвовагинит, рецидивирующий бактериальный вагиноз

1 этап терапии - лечение микст-инфекции

орнидазол 500 мг + **неомицин** 65000 ME + **эконазол** 100 мг + **преднизолон** 3 мг интравагинально 9 дней.

Крем мометазона фуроат 2-5 дней для облегчения симптомов, далее - симптоматически по мере необходимости





Заседание экспертного совета с участие иностранных экспертов в области инфекций, передающихся половым путем 6 сентября 2019 г., Таллин

МИКСТ-ИНФЕКЦИИ

Председатель Совета экспертов:

проф. Гомберг М.А.

Члены совета экспертов:

Проф. Кира Е.Ф.
проф. Савичева А.М.
проф. Хрянин А.А.
проф. Роговская С.И.
проф. Ледина А.В.

проф.Тихомиров А.Л.
проф.Чернова Н.И.
проф. Минкина Г.Н.
prof. G.G.Donders
prof. M.Domeika

Поскольку инфекционные заболевания половых путей женщин редко вызывает лишь один микроорганизм - гораздо чаще специалисту приходится иметь дело со смешанными рецидивирующими вагинитами, вызванными полимикробными ассоциациями

Поэтому, для лечения рационально использовать концепцию физиологического подхода, основанную на локальном воздействии комбинированных вагинальных препаратов



Открытые
медицинские
коммуникации





Лечение бактериального вагиноза (РОАГ, 2019 г.)

Источник	Рекомендуемые схемы	Альтернативные схемы
CDC*	<i>Метронидазол</i> по 500 мг <i>per os</i> 2 раза в день в течение 7 дней или <i>Метронидазол</i> 0,75% гель один полный аппликатор (5 г) <i>per vaginam</i> однократно в течение 5 дней или <i>Клиндамицин</i> 2% вагинальный крем один полный аппликатор (5 г) однократно на ночь в течение 7 дней	<i>Тинидазол</i> 2 г <i>per os</i> 1 раз в день в течение 2 дней или <i>Тинидазол</i> 1 г <i>per os</i> 1 раз в день в течение 5 дней или <i>Клиндамицин</i> 300 мг <i>per os</i> 2 раза в день в течение 7 дней или <i>Клиндамицин</i> овули 100 мг вагинально 1 раз на ночь в течение 3 дней
1-й этап	<i>Хлоргексидин</i> 16 мг <i>per vaginam</i> по 1 суппозиторию 2 раза в день 10 дней и/или <i>Молочная кислота</i> 100 мг <i>per vaginam</i> по 1 суппозиторию 1 раз в день в течение 10 дней	<i>Орнидазол</i> 500 мг + <i>Неомицин</i> 65000 ME + <i>Эконазол</i> 100 мг + <i>Преднизолон</i> 3 мг (комбинированный препарат) <i>per vaginam</i> по 1 вагинальной таблетке в течение 6—9 дней
2-й этап	<i>Лактобактерии</i> (<i>Lactobacillus casei rhamnosus Doderleini</i> Lcr-35) <i>per vaginam</i> по 1 вагинальной капсуле 2 раза в день в течение 7 дней или по 1 вагинальной капсуле 1 раз в день в течение 14 дней	<i>Лактобактерии</i> ацидофильные (<i>Lactobacillus acidophilus</i>) <i>per vaginam</i> по 1 вагинальному суппозиторию 2 раза в день в течение 5—10 дней





Безопасность 5-НИМЗ

Орнидазол – препарат из группы 5-нитроимидазолов

Побочные эффекты препаратов группы 5-НИМЗ*

Со стороны ЖКТ – неприятный (металлический) вкус или/и сухость во рту, тошнота, диарея, боли в животе, рвота. Со стороны ЦНС – головная боль, головокружение, нарушение сна и координации движений, атаксия. Кожно-аллергические – сыти, кожный зуд.

на фоне приема метронидазола - 59%,
на фоне приема орнидазола – 3,7%



Совместимость с алкоголем

Метронидазол, тинидазол и др. ингибируют в организме фермент альдегид-дегидрогеназу и несовместимы с алкоголем, т.к. вызывают дисульфирамподобные реакции.

Орнидазол не влияет на активность альдегид-дегидрогеназы, поэтому он совместим с алкоголем, что очень важно для сохранения качества жизни пациентов



Открытые
медицинские
коммуникации

*Елксеева Е.В., Торгунцева И.П., Туркеничкова А.В. и др. Эмпирическая антибиотикотерапия воспалительных заболеваний органов малого таза на стандартном этапе // Гинекология. 2013. №1. С.12-15.; / Khranin A.A., Boshetnikov D.V. Clinical and microbiological efficacy of metronidazole and ornidazole in the treatment of urogenital trichomoniasis in men // Antibiot. Khimioter. 2006. Vol. 51 (1). P. 18-21.





***Lactobacillus* spp. устойчивы к производным 5-нитроимидазолов**

Результаты исследования антибиотикорезистентности у 34 штаммов пробиотических *Lactobacillus* и *Bifidobacterium* показали, что практически все штаммы **чувствительны** к ампициллину, бацитрацин, клиндамицину, эритромицин, диклоксациллин, новобиоцину, пенициллину G, рифампицину.

D'Aimmo MR et al. Antibiotic resistance of lactic acid bacteria and Bifidobacterium spp. isolated from dairy and pharmaceutical products. Int J Food Microbiol. 2007 1;115(1):35-42.

Goldstein EJ, Tyrrell KL, Citron DM. Lactobacillus species: taxonomic complexity and controversial susceptibilities. Clin Infect Dis. 2015 May 15; 60 Suppl 2:S98-107.





Лечение неосложненного вульвовагинального кандидоза азоловыми (**не полиеновыми!**) антимикотиками*



- Не часто (< 4р/год)
- Не сильно (легкая/умеренная тяжесть вагинита)
- Возбудитель
- Нормальный иммунный ответ

**Флуконазол 150 мг
однократно или*
топические агенты**

Эффективность 80-90%

*нет данных по превосходству какого-либо
препарата или пути введения



Открытые
медицинские
коммуникации



Лечение неосложненного кандидозного вульвовагинита, вызванного *C.albicans* (IUSTI, 2018)



Пероральные препараты:

- флуконазол 150 мг в однократно
- итраконазол 200 мг 2 раза в день 1 день

Влагалищные препараты:

- клотримазол 500 мг однократно или 200 мг 1 раз в день в течение 3 дней
- миконазола 1200 мг в виде разовой дозы или 400 мг 1 раз в день в течение 3 дней.
- эконазола 150 мг однократно



Использование итраконазола или кетоконазола не одобрено FDA, т.к. требует периодической оценки функции печени, в связи с гепатотоксичностью препаратов



Антибактериальное лечение аэробного вагинита (IUSTI, 2018 г., POAG 2019 г.)



- 2% клиндамицин-крем 5 г интравагинально в течение 7 - 21 дней
- канамицин (в супп.) или моксифлоксацин.



Открытые
медицинские
коммуникации





Лечение аэробного вагинита (РОАГ 2019 г.)



Терапевтический выбор при АВ предполагает применение антибиотиков широкого спектра действия, обладающих действием против большинства бактерий кишечного происхождения, бактерицидным эффектом и слабым или полным отсутствием влияния на нормальную вагинальную микробиоту. Также могут рассматриваться препараты с предполагаемым влиянием на анаэробную и аэробную, вагинальную и ректальную микробиоты. Предпочтительно применять влагалищную форму препаратов, чтобы гарантировать высокий уровень концентрации антибиотика локально и в достаточном временном интервале, максимально исключая системную спектральную поглотительную способность.



Спектр действия неомицина включает возбудителей аэробного вагинита



НЕОМИЦИН -
аминогликозид

AU TGA pregnancy category: D
US FDA pregnancy category: D

Staphylococcus spp., Streptococcus, Escherichia coli,
Salmonella spp., Shigella spp., Corynebacterium
diphtheriae, Bacillus anthracis, Proteus spp.

Входит в состав комбинированных
противомикробных препаратов для
топического использования



Открытые
медицинские
коммуникации



Глюкокортикоиды в клинических протоколах (IUSTI, 2018 г.)



При кандидозном вульвовагините: наличии выраженного зуда возможно использование **препаратов с глюкокортикоидами** для быстрого облегчения симптомов.

При аэробном вагините: **трансвагинальные стероиды (гидрокортизон 300-500 мг интравагинально в течение 7 - 21 дней)**

Преднизолон в составе 4-компонетного препарата (неомицин + эконазол + орнидазол + преднизолон) активируется только в очаге воспаления



Гидролитическое превращение пролекарства в активное соединение требует участия ферментов, т.е. не происходит спонтанно

[Yan-hui Tang et al. Enzyme-mediated hydrolytic activation of prodrugs. *Acta Pharmaceutica Sinica B*. 2011; 3(1):143-158].



Активность таких ферментов из класса гидролаз возрастает при воспалительной реакции /в очаге воспаления

[Frances M. Platt et al. Lysosomal storage disorders: The cellular impact of lysosomal dysfunction. *J Cell Biol*. 2012; 199(3): 723-734].



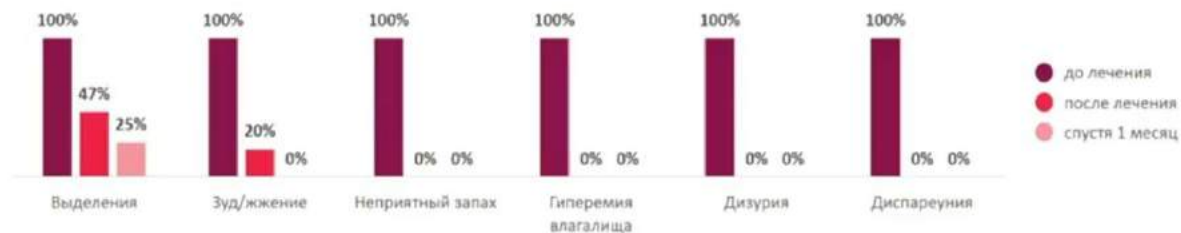
Преднизолона фосфат не оказывает своего действия в отсутствии метаболической активации.



Клиническая эффективность препарата неомицин + эконазол + орнидазол + преднизолон



Динамика основных симптомов у женщин



Комбинированный препарат эффективно устраняет основные симптомы вагинальных инфекций, сохраняя длительный стойкий результат после проведенного лечения

Савичева А.М., Спасибова Е.В., Шилипина Е.В., Воробьева Н.Е., Переверзева Н.А., Бриль Ю.А. «Вагинальная микробиота, ассоциированная с аэробным вагинитом и бактериальным вагинозом: как сориентироваться в «микробном мире»?» STATUSPRAESENS. ГИНЕКОЛОГИЯ. АКУШЕРСТВО. БЕСПЛОДНЫЙ БРАК, №3(47), 2018

Исследования эффективности неомицин + эконазол + орнидазол + преднизолон в РФ



Как предотвратить рецидивы бактериального вагиноза у пациентки М.?

Рецидивы бактериального вагиноза (БВ) – у 15-30% женщин в течение 30-90 дней после стандартного лечения



(Bradshaw CS et al. J. Infect. Dis. 2006;193:1478–1486.)

Имеются ограниченные данные по лечению рецидивов БВ

Профилактика рецидивов БВ не может гарантировать отсутствие эпизодов БВ при отмене лечения

В случае частых рецидивов БВ в настоящее время нет оптимальных режимов терапии



Открытые
медицинские
коммуникации



Рецидивы бактериального вагиноза (БВ) (IUSTI, 2018)



- БВ связан с курением и вагинальными спринцеваниями, но нет доказательств того, что отказ от курения и спринцеваний уменьшает частоту БВ
- Использование презервативов снижает частоту БВ на 50%
- Комбинированные оральные контрацептивы снижают частоту БВ на 16% и инъекции / импланты прогестерона - на 19%
- В небольших исследованиях сообщалось об увеличении частоты БВ при использовании медь-содержащих ВМС
- НЕИЗВЕСТНО влияние левоноргестрел-содержащей ВМС на частоту БВ
- Частота БВ увеличивалась с появлением новых партнёров мужчин или наличием нескольких половых партнёров-мужчин или появлением партнёра женского пола.

Лечение половых партнёров женщин с бактериальным вагинозом



Trusted evidence.
Informed decisions.
Better health.

Cochrane Database of Systematic Reviews

[Intervention Review]

Antibiotic treatment for the sexual partners of women with bacterial vaginosis

Jairo Amaya-Guio¹, David Andres Viveros-Carreño¹, Eloisa Mercedes Sierra-Barrios¹, Mercy Yolima Martinez-Velasquez², Carlos F Grillo-Ardila^{1,3}

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Universidad Nacional de Colombia, Bogota, Colombia. ²Department of Obstetrics and Gynecology, Clinica Universitaria Colombia, Sanitas, Bogota, Colombia. ³Clinical Research Institute, Faculty of Medicine, Universidad Nacional de Colombia, Bogota, Colombia

Contact address: Jairo Amaya-Guio, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Universidad Nacional de Colombia, Bogota, Colombia. jamayaguo@gmail.com, jamayaguo@unal.edu.co.

Editorial group: Cochrane STI Group.

Publication status and date: New, published in Issue 10, 2016.

Citation: Amaya-Guio J, Viveros-Carreño DA, Sierra-Barrios EM, Martinez-Velasquez MY, Grillo-Ardila CF. Antibiotic treatment for the sexual partners of women with bacterial vaginosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 10. Art. No. CD011701. DOI: 10.1002/14651858.CD011701.pub2.

NOT APPROVED

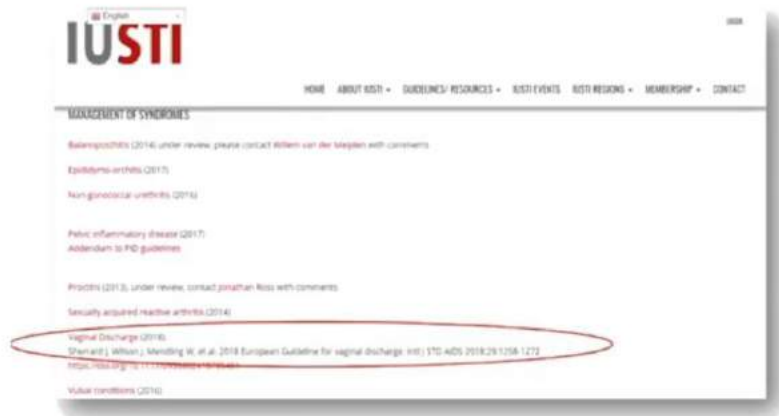


Лечение половых партнеров женщин с БВ не увеличивает частоту клинического выздоровления, симптоматического улучшения и не сокращает частоту рецидивов



Открытые
медицинские
коммуникации





- Антибактериальные препараты
- Пробиотики
- Молочная кислота

Лечебная стратегия при рецидивах бактериального вагиноза – сложная задача



ССЫЛКА: <https://iusti.org/treatment-guidelines/>



Пробиотики для предотвращения рецидивов бактериального вагиноза

Не достаточно доказательств в поддержку или против
приёма пробиотиков для лечения бактериального вагиноза

Probiotics. In a systematic review of probiotics for the treatment of BV, the authors concluded that the results do not provide sufficient evidence for or against recommending probiotics for the treatment of BV.⁸⁶



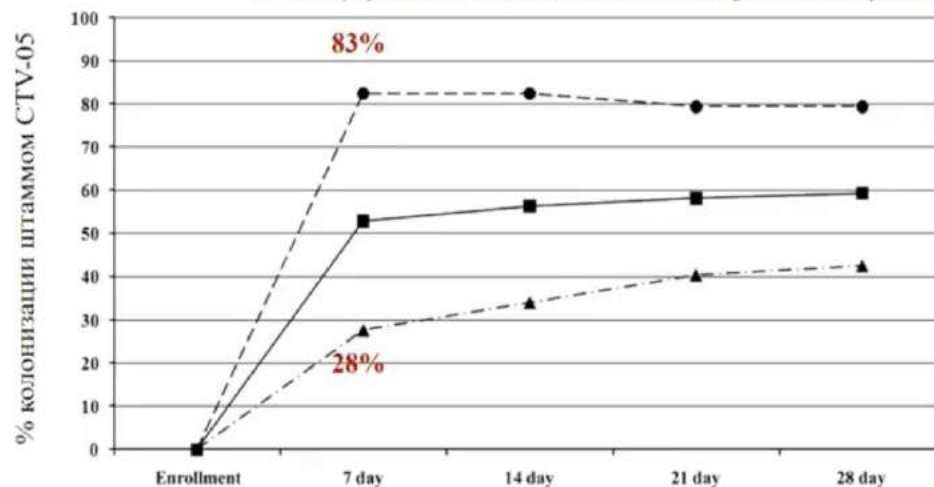
Открытые
медицинские
коммуникации

2018 European (IUSTI/WHO) Guideline on the Management of Vaginal Discharge



Частота колонизации пробиотическим штаммом *L. crispatus* CTV-05 в зависимости от начального «*L. crispatus* - статуса» женщин

The Journal of Infectious Diseases, Volume 199, Issue 10, 2009, Pages 1506–1513, <https://doi.org/10.1086/598686>



Штамм *L. crispatus* CTV-05 10⁶–10⁸ КОЕ, желатиновые капсулы 2 раза в день, 3 дня, интравагинально

- ◆ - *L. crispatus* отсутствовали
- ▲ - *L. crispatus* присутствовали
- - все участницы

Колонизация влагалища эндогенным *L. crispatus*, no-видимому, препятствует успешному заселению экзогенным штаммом *L. crispatus* за счёт механизмов бактериальной конкуренции



Открытые
медицинские
коммуникации

OXFORD
UNIVERSITY PRESS

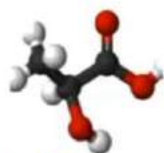
Комплекс «**молочная кислота+гликоген**» (лактат гель)
для лечения рецидивов БВ
(IUSTI, 2018 г.)



1264

Intravaginal lactate gel. In a small placebo-controlled trial of intravaginal lactate gel 5 ml used for three days after menses for six months, 88% of women using the lactate gel were BV free compared with 10% using placebo.⁸⁵





Применение молочной кислоты при рецидивирующем бактериального вагиноза



- 42 женщины с рецидивирующим БВ применяли гель молочной кислоты (**лактат-гель**, 5мл, рН 3.8) ежедневно в течение **7 дней**.
- Вторым этапом провели **двойное слепое плацебо-контролируемое РКИ** и ежемесячно в течении 3 дней на протяжении 6 месяцев использовали молочную кислоту или плацебо.

РЕЗУЛЬТАТЫ:

- Исчезновение симптомов в 88% случаев при применении молочной кислоты и в 10% - плацебо.
- Лактобактерии обнаруживали в 83% случаев при применении молочной кислоты и в 16% - плацебо.

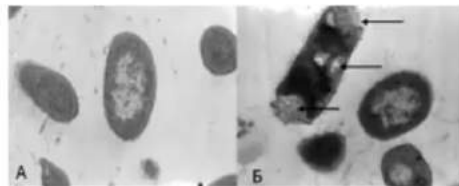
ВЫВОД:

Интравагинальное применение молочной кислоты безопасно, эффективно и является предпочтительной альтернативой антибиотикотерапии у женщин с рецидивирующим БВ.

Andersch B. Bacterial vaginosis and the effect of intermittent prophylactic treatment with an acid lactate gel. Gynecol Obstet Invest. 1990;30(2):114-9.

Комплекс «молочная кислота + гликоген» (лактат-гель)

1. Проявляет **антимикробную** и **антимикотическую (!)** активность в 2-4 раза большую, чем пробиотические штаммы лактобактерий.
2. Подавляет рост и вызывает деструктивные изменения условно-патогенных микроорганизмов и микроскопических грибов (*S. aureus*, *E. Coli*, *C. albicans*)
3. Не оказывает негативного влияния на морфологические свойства лактобактерий и стимулирует их рост.



Ультратонкий срез клеток *E. coli*.

А - Интактная структура клетки. Б - Ультратонкий срез клеток *E. coli* после воздействия МК в комплексе с гликогеном. Деструктивные изменения указаны стрелками (Ув. 30000)

Рыбальченко О.В., Орлова О.Г., Капустина В.В. Экспериментальная модель коррекции микробиоты влагалища в условиях воспалительного процесса. *Акушерство и гинекология*. 2019; 6 <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2019.6>.

2 этап терапии - профилактика рецидивов бактериального вагиноза



Комплекс «гликоген-молочная кислота» (**лактат-гель**) первые 1-3 дня после менструации по 1 тюбику интравагинально, в течение 6 месяцев;

Посткоитально – по 1 тюбику после полового контакта.



Пандемия

Визит через 10 месяцев



Жалобы на сохраняющийся зуд вульвы, сухость, боли при попытке полового акта. Однократно за весь период лечения отмечала жжение во влагалище при использовании Лактагель (кандидоз был исключён лабораторно).

Status vaginalis: на коже вульвы определяются тонкие участки атрофии белесоватого цвета

Шейка матки цилиндрической формы, отёка, гиперемии нет. Наружный зев щелевидный; закрыт.

Слизистая влагалища не гиперемирована, не отёчна.

Выделения: слизистые, умеренные.

pH – 3,5



Консультация дерматолога



Открытые
медицинские
коммуникации





Состояние до лечения

Эритема

Опалесцирующие
бляшки

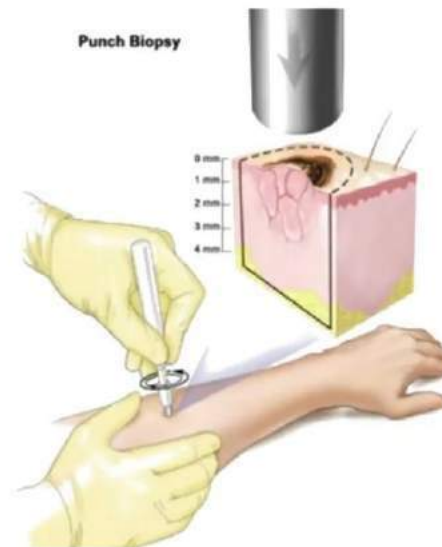
Эрозии



Гистологическое исследование кожи вульвы

Показания

- Нетипичные высыпания, сомнения в диагнозе
- Подозрение на злокачественный процесс
- Недостаточный ответ/отсутствие ответа на стандартную терапию
- Ухудшение на фоне терапии



Diagnosis and Management of Vulvar Skin Disorders: ACOG Practice Bulletin Summary, Number 224. Obstet Gynecol 2020 Jul;136(1):222-225 DOI: 10.1097/AOG.0000000000003945



Открытые
медицинские
коммуникации



Гистологическое исследование



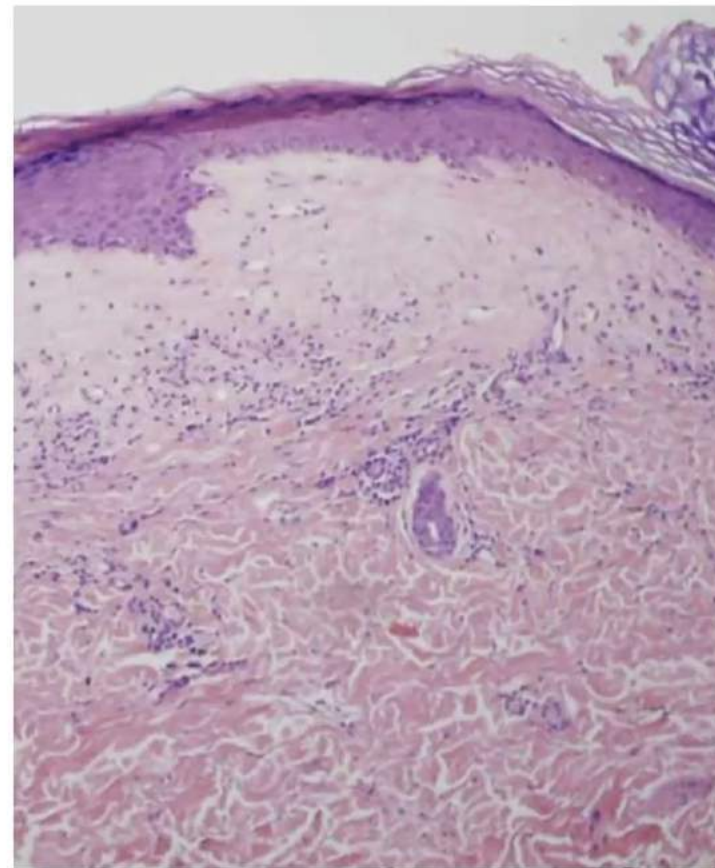
Маркировка материала: фрагмент кожи

Характер материала: биопсия диагностическая

МАКРООПИСАНИЕ: Фрагмент серой ткани дм 0,1 см

МИКРООПИСАНИЕ: Кожа с придатками кожи. Эпидермис истончен. Субэпидермально полосовидная зона гиалиноза соединительной ткани. В дерме диффузный лимфоцитарный инфильтрат

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: **Гистологическая картина соответствует склератрофическому лихену**



**10 дней лечения мазью клобетазола
пропионат 0,05%**



- ✓ Эпителизация эрозий
- ✓ Существенное уменьшение, разрешение эритемы с исходом в атрофию и гипопигментацию



Лечение склерозирующего лишена в компетенции дерматолога



- Топические кортикостероиды высокой и очень высокой активности
- Топические ингибиторы кальциневрина Off label (такролимус, пимекролимус)
- Резистентные к терапии случаи – внутриочаговое введение кортикостероидов, циклоспорин, метотрексат, ретиноиды, системные кортикостероиды, лазер, ФДТ и другие.



Клинический случай №2

Жалобы на момент обращения



- выраженный отек в области вульвы, больших и малых половых губ, лобка
- зуд наружных половых органов, обильные белые выделения из половых путей
- повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$
- чувство тяжести в области гениталий
- боль при половых контактах



Акушерско-гинекологический анамнез



- **47 лет**
- 3 беременности, 2 - родов, 1 - аборт.
- Менструальная функция не нарушена.
- Половую жизнь начала в 16 лет, регулярные половые отношения с **одним партнером**.
- Контрацепция - прерванный половой акт.
- Гинекологические заболевания - лейомиома матки с интрамурально-субсерозной локализацией узла (<2 см), кандидозный вагинит, бактериальный вагиноз, полип эндометрия.



В среднем - 10-11 раз обращений в год
2 госпитализации в дерматовенерологический стационар
Основное направление – исключение инфекций репродуктивного тракта
ИППП и др. инфекций органов репродукции не обнаружено



- Гинекологи, дерматовенерологи, иммунолог, гастроэнтерологи, ревматологи, инфекционисты, проктологи, урологи, психотерапевт
- Определение антител к *T. pallidum*, ВИЧ, гепатитам В и С, к возбудителям протозойных инфекций (опиосторхисам, трихинеллам, токсокарам, эхинококкам).
- до 2-3 раз в год - оценка состояния вагинальной микрофлоры: микроскопия, культуральное исследование, ПЦР (*N.gonorrhoeae*, *C.trachomatis*, *M.genitalium*, *T.vaginalis*, *C.albicans*, *G.vaginalis*, *U.parvum/urealyticum*, *M.hominis*, HPV, HSV, CMV).



7 лет диагностического поиска и мешок обследований!



Открытые
медицинские
коммуникации



Диагнозы



«особая воспалительная реакция со стороны наружных половых органов в ответ на развитие вульвовагинита бактериальной и/или вирусной этиологии»

«хроническая пиодермии (целлюлита)»

«отёк наружных половых органов неясной этиологии»

«тяжёлая форма крапивницы»

«ангионевротический отёк»

«лимфаденопатия»

«лимфостаз»



Лечебные мероприятия (за 4 года до обращения)



Различные группы антибактериальных препаратов (гентамицин, ампициллин, амоксиклав, цефтриаксон, цефтибутен, левофлоксацин, моксифлоксацин, доксициклин, нифуател), противовирусных препаратов (валацикловир), пробиотиками, иммуномодуляторами, парентеральными и пероральными глюкокортикоидами, НПВС, антигистаминными препаратами

Препараты для локального использования (мази, гели, кремы, вагинальные суппозитории, таблетки), содержащие антисептики, глюкокортикоиды, вещества для усиления регенерации и метаболизма, витамины, кортикостероиды, пробиотики

3 курса лечебного плазмафереза «с целью удаления из сосудистого русла циркулирующих иммунных комплексов, антител, медиаторов воспаления»

Озонотерапия



История развития заболевания: впервые заболела 7 лет назад

Последовательность появления симптомов



зуд в лобковой
области

в течение
последующих 2-3
часов формируется
отёк и гиперемия
наружных
гениталий

повышение
температуры тела

Данные объективного осмотра



- Двусторонняя ассиметричная гипертрофия, выраженный отек больших половых губ. Трещины с жидким отделяемым.
- При пальпации - большие половые губы крайне плотные, безболезненные. Малые половые губы с обеих сторон плотные, многократно увеличенные в размерах, не прикрытые большими половыми губами и ассиметрично выступающие за их пределы, края - огрубевшие с сосочковидными разрастаниями.
- Анатомия и локализация наружного отверстия уретры, клитора не были изменены. Осмотр влагалища и влагалищной части шейки матки с помощью зеркал не выявил признаков



Данные объективного осмотра



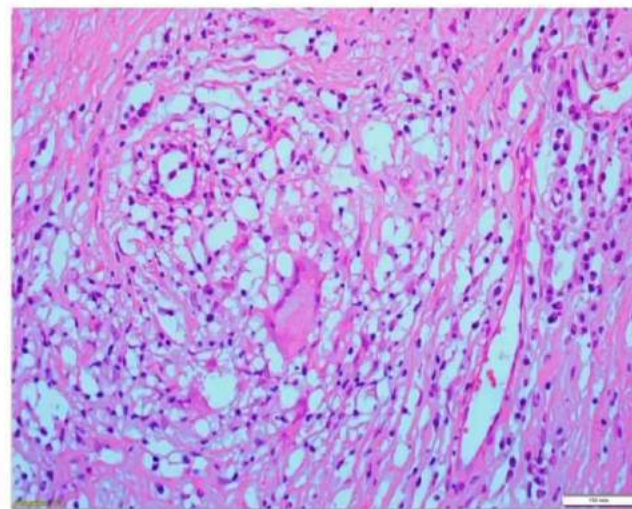
- Вокруг ануса обнаружили конусовидные кондиломовидные разрастания кожи, гиперемию кожных покровов перианальной области



Биопсия поражённых участков



Гистологическая картина



Препараты № 58338-41.

Микроскопическое описание

1. 2. Оба объекта представлены фрагментами кожи половых губ покрытой многослойным плоским эпителием с ортокератозом, небольшими участками гиперкератоза, очаговым акантозом. В дерме — выраженный диффузный отек; лимфангиостазис с наличием в просветах расширенных сосудов наряду с лимфой гистиоцитарных и лимфоидных клеток, очаговой периваскулярной лимфо-гистиоцитарной инфильтрацией с формированием микрогранулем, признаками обитерирующего гранулематозного лимфангита. Наряду с этим, визуализируется диффузно-очаговая слабая, местами умеренно выраженная лимфо-плазмочитарная с преимущественно немоногеноидными эозинофильными лейкоцитами инфильтрация, а также мелкие и более крупные лимфоидные агрегации и некалосифицирующиеся гистиоцитарные гранулемы с наличием энтелионидных клеток и гигантских многоядерных клеток типа титроденных тел и Лангханса, встречаются новообразованные сосуды, пролиферирующие нервные волокна с очаговыми признаками неврита, участки склероза.

Заключение.

Учитывая клинические данные (болезнь Крона), описанные морфологические изменения можно квалифицировать как мультицентрическую форму поражения кожи при болезни Крона.*

* Комментарий. Изменения более выражены в препаратах малой половой губы.



Открытые
медицинские
коммуникации



Болезнь Крона - системное хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся воспалением с сегментарным поражением различных отделов пищеварительного тракта от полости рта до анального канала, иногда - с внекишечными проявлениями.

Вульварная (изолированная) БК



- описано **146 случаев** изолированной вульварной БК
- первое описание в 1965 г.
- в доступной отечественной литературе данных нет
- у 20–36% пациентов с вульварной БК отсутствуют желудочно-кишечные симптомы

Abboud ME, Frasure SE. Vulvar inflammation as a manifestation of Crohn's disease. World J Emerg Med. 2017;8(4):305–307.

У пациентки посредством гастро-, колоноскопии, МРТ исключили заболевание ЖКТ



Через 3 месяца лечения ГК
Дипроспан, сусп. д/инъекц. 5 мг/1 мл.



Открытые
медицинские
коммуникации





Received 1 August 2019 | Revised 12 December 2019 | Accepted 7 January 2020

DOI: 10.1002/ccr.2191

CASE REPORT

Clinical Case Reports WILEY

Crohn's disease of the vulva: A tough diagnosis (a case report of a 47 y.o. patient)

Karina R. Bondarenko¹ | Yulia E. Dobrokhotova¹ | Tatiana A. Rumyantseva¹ |
Nailya I. Nayrova^{1,2}

¹Department of Obstetrics and Gynecology,

Therapeutic Faculty, Pirogov Russian

National Research Medical University,

Moscow, Russia

²Clinical Diagnostic Center, Central

Research Institute of Gynecology,

Moscow, Russia

³Department of Gynecology, Central

Clinical Hospital of Civil Aviation,

Moscow, Russia

Correspondence:

Karina R. Bondarenko, Department of

Obstetrics and Gynecology, Therapeutic

Faculty, Pirogov Russian National Research

Medical University, Ostozhskaya str. 1,

Moscow 121153, Russia

Email: karina@medmail.ru

1 | INTRODUCTION

Crohn's disease (CD) is a chronic inflammatory granulomatous disease of the gastrointestinal tract affecting almost any part of it from the oral cavity to the rectum.¹ The inflammation in CD is usually transmural and segmental, which in some cases causes the involvement of enteric parts of the intestine and adjacent organs (eg, genitalia) accompanied by fistulas and abscesses.² Extraintestinal manifestations of CD are associated mainly with direct (through the fistulas) or hematogenous spread of inflammation from the primary focus. However, an isolated form of CD may have an extraintestinal localization in the perineal region, affecting mainly the vulva, with no pathomorphological features typical of CD in the intestines (CD of the vulva).³ Epidemiological data on the prevalence of CD of the vulva are currently scarce, which is probably due to misdiagnosis. In some cases, it took patients 5 years to be diagnosed with CD of the vulva.⁴ To

Abstract

Extraintestinal symptoms of Crohn's disease may occur in the eye, the urinary system, on the skin, or subcutaneous fat. We report the case of a 3-year diagnostic search of isolated vulvar Crohn's disease in a 47-year-old woman. The disease is characterized by gradual formation of pronounced bilateral asymmetric labial hypertrophy.

KEYWORDS

hypertrophy of the vulva, vaginal discharge, vaginal infection, vulvar Crohn's disease

date, to the best of our knowledge, 146 cases of isolated CD of the vulva have been described worldwide.⁵ Thus, reports on each confirmed case of CD of the vulva contributes to the accumulation of international knowledge and experience in the field and, which can significantly shorten the time between manifestation of the first symptoms and the correct diagnosis. The case of CD of the vulva in a 47-year-old woman is reported.

2 | CASE REPORT

A 47-year-old white female complained of a recurrent severe vulvar edema, itching, excessive vaginal discharge, fever (37.5°C), heaviness in the genital area and painful intercourse.

The patient had 3 pregnancies, 2 deliveries, 1 abortion. She menstruated regularly. She had first sexual intercourse

Опубликовано в журнале WILEY

Bondarenko K.R. et al. Crohn's disease of the vulva: A tough diagnosis (a case report of a 47 y.o. patient). Clin Case Rep. 2020;8(3):563-567.

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

© 2020 The Authors. Clinical Case Reports. published by John Wiley & Sons Ltd.

Clin Case Rep. 2020;8(3):563-567.

wileyonlinelibrary.com/journal/ccr



Открытые
медицинские
коммуникации

Клинический случай №3



- Пациентка К., 26 лет.
- **Жалоб нет**, периодически отмечает увеличение объёма выделений из половых путей, «второе мнение».
- 7-ой день цикла, лактацию завершила 6 месяцев назад.
- В анамнезе Б-1, р-1, с/в-0
- Гинекологические заболевания: эктопия шейки матки.

На 13 день предыдущего менструального цикла обратилась для профилактического гинекологического обследования в коммерческую клинику.



Лечение совместно с партнёром



Медикаментозное лечение:

- Предзерватив!!!
- Тантум Роза 140 мл 2 раза в день 3 дня |||||
- Нео Пенотран форте по 1 свече на ночь 7 дней |||||
- Ципробай по 250 мг 2 раза в день 7 дней |||||
- Виферон по 3 млн ед 1 раз в день 10 дней на ночь в прямую кишку |||||
- Хилак форте по 40 кап 3 раза в день на 1/2 стак воды +
- продолжить Пимафуцин по 100 мг 4 раза в день до конца антибиотиков +
- После всего лечения Вагилак по 1 капс 2 раза в день 14 дней !
- Фемилекс 1 таб во влагалище на ночь 10 дней !

Примечание:

8 наименований препаратов!



Открытые
медицинские
коммуникации





Открытые
медицинские
коммуникации

ИССЛЕДОВАНИЕ МАЗКОВ

Гр. [REDACTED]

Цель исследования

Отделяемое из	Уретры	Шейки	Вагины
Гнойные клетки	20-80		
Слизь			
Гонкокки Нейсера			
Диплококки внутричлесточ.			
Гр. полож. палочки	мелкие		
Гр. полож. палочки	палочки		
Стафилококки			
Стрептококки			
Гр. отриц. палочка			
Прочие микробы			
Трихомонады вагин.			
Клетки плоск. эпителия			
« промежуточные			
« базальные			

Исследов. производил

"dd" 05

2005

Результаты обследований

Формы: 2004/1/3/1/3

Дата сбора биоматериала: 22.05.2015

Материал: Соскоб

Внутр. № D01N0937

Параметр	Результат	Референсные значения
ДНК Chlamydia trachomatis	Не обнаружено	Не обнаружено
ДНК Mycoplasma hominis	Не обнаружено	Не обнаружено
ДНК Mycoplasma genitalium	Не обнаружено	Не обнаружено
ДНК Ureaplasma parvum/Ureaplasma urealyticum	U. parvum	Не обнаружено
ДНК вируса простого герпеса I и II типа	Не обнаружено	Не обнаружено
ДНК цитомегаловируса	Не обнаружено	Не обнаружено
ДНК Gardnerella vaginalis	ОБНАРУЖЕНО	Не обнаружено

Биолог Стукова А.А.

Дата печати: 24.05.2015 г.

Результаты исследований



Лейкоцитоз

Диагностическое значение для ВЗОМТ (в т.ч. острого цервицита) обнаружения лейкоцитов в шейке матки при микроскопии



Отсутствие лейкоцитов при микроскопии из локусов С и V имеет высокую отрицательную прогностическую ценность (95%) для диагноза ВЗОМТ

Наличие лейкоцитов абсолютно неспецифично (положительная прогностическая ценность крайне низкая - 17%)



Диагностические критерии цервицита («золотой стандарт» CDC, 2015)



- Наличие гнойного или слизисто - гнойного содержимого на ватном тампоне после взятия материала из цервикального канала или экзоцервикса.
- Контактное кровотечение после мягкого прикосновения ватным тампоном к поверхности шейки матки.

**Диагноз острого цервицита
является клиническим**

Гипердиагностика цервицита?



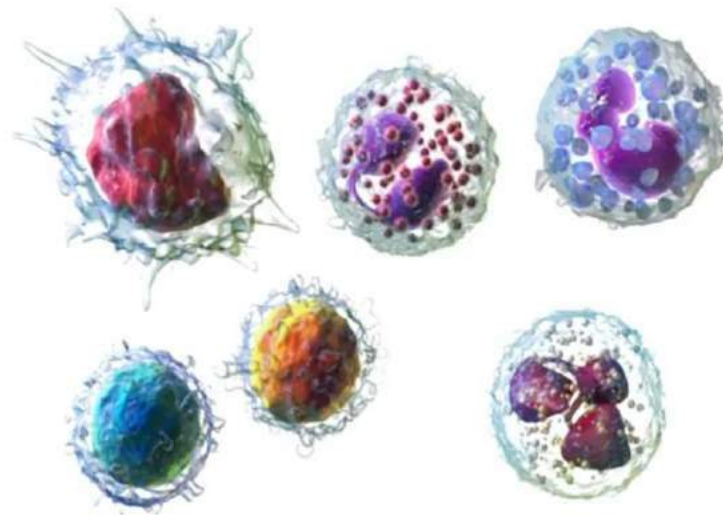
Открытые
медицинские
коммуникации



«Физиологическая лейкорея» (после исключения инфекционных причин)



- 1) Период овуляции
- 2) Женщины с эктопией ш/м



Данные объективного осмотра



Status vaginalis:

Шейка матки цилиндрической формы, отёка, гиперемии нет. Наружный зев щелевидный; закрыт. Эктопия цилиндрического эпителия (ЗТ I типа). Слизистая влагалища не гиперемирована, не отёчна.

Выделения: слизистые, умеренные.

pH – 3,8



Результаты теста Флороценоз



Параметр	Результат	Референсные значения	Ед. Изм.
Количество клеток в образце (параметр используется для клинической интерпретации)	Более 50000	.	ГЭ/мл
Флороценоз и NСMT и Микроскопия (часть 1)	Готов	.	
ДНК <i>Bacteria</i>	$1 \cdot 10^7$	Не менее 10^6	ГЭ/мл
ДНК <i>Lactobacillus spp.</i>	$9 \cdot 10^7$	.	ГЭ/мл
ДНК <i>Gardnerella vaginalis</i>	Не обнаружено	.	ГЭ/мл
ДНК <i>Atopobium vaginae</i>	Не обнаружено	.	ГЭ/мл
ДНК <i>Enterobacteriaceae</i>	$4 \cdot 10^5$	.	ГЭ/мл
ДНК <i>Staphylococcus spp.</i>	Не обнаружено	.	ГЭ/мл
ДНК <i>Streptococcus spp.</i>	Не обнаружено	.	ГЭ/мл
ДНК <i>Ureaplasma parvum</i>	Не обнаружено	.	ГЭ/мл
ДНК <i>Ureaplasma urealyticum</i>	Не обнаружено	.	ГЭ/мл
ДНК <i>Mycoplasma hominis</i>	Не обнаружено	.	ГЭ/мл
ДНК <i>Candida albicans</i>	Не обнаружено	.	ГЭ/мл
ДНК <i>Candida glabrata</i>	Не обнаружено	.	ГЭ/мл
ДНК <i>Candida krusei</i>	Не обнаружено	.	ГЭ/мл
ДНК <i>Candida parapsilosis/tropicalis</i>	Не обнаружено	.	ГЭ/мл

Заключение

Физиологическая лейкоррея

На основании соотношений концентраций ДНК микроорганизмов
бактериальный вагиноз не установлен.



Открытые
медицинские
коммуникации



Выводы

- При диагностике и лечении инфекций женского репродуктивного тракта акушеру-гинекологу необходимо руководствоваться клиническими рекомендациями РОАГ
- Отсутствие информации по некоторым разделам или данные низкого качества требуют от врача принятия самостоятельного клинического решения, опираясь на собственный опыт, когортные, поперечные исследования и/или мнение экспертов
- Не следует трактовать отдельный лабораторный параметр или отдельную жалобу, как инфекцию, необходима верификация диагноза
- В ряде случаев необходима консультация дерматолога для исключения дерматологической патологии вульвы после биопсии.

Благодарю за внимание!

Мы в соцсетях



@true_gyn



Открытые
медицинские
коммуникации

