

**Клинические рекомендации по допуску лиц к занятиям спортом
(тренировкам и спортивным соревнованиям)
в соответствии с видом спорта, спортивной дисциплиной, возрастом,
полом при болезнях и патологических состояниях репродуктивной и
мочеполовой систем**

Москва 2018

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	4
ТАБЛИЦА 1 СВОДНАЯ ТАБЛИЦА ПО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВОЗМОЖНОСТИ ДОПУСКА К ЗАНЯТИЯМ СПОРТОМ	6
1.1 ПАТОЛОГИЯ, ИМЕЮЩАЯ СЛАБОВЫРАЖЕННУЮ ГЕНДЕРНУЮ СПЕЦИФИКУ	6
1.2 ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ.....	52
1.3 ПАТОЛОГИЯ, СВОЙСТВЕННАЯ ЛИЦАМ МУЖСКОГО ПОЛА	75
БИБЛИОГРАФИЯ.....	79

Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций:

Председатель: д.м.н. профессор С.А. Парастаев

Секретарь: Н.К. Хохлина

К.м.н. Т.В. Абрамова

К.м.н. М.Ю. Базовая

Д.м.н. профессор И.В. Бахарева (руководитель темы)

Л.П. Ершова

Д.м.н. профессор В.А. Курашвили

И.В. Круглова

Д.м.н. профессор Б.А. Поляев

ВВЕДЕНИЕ

В структуре патологии различных органных систем, верифицированной в спортивных контингентах, распространенность заболеваний мочеполовой системы и репродуктивной сферы находится на пятом месте после патологии дыхательного тракта, инфекционных поражений кожи, болезней нервной системы и пищеварительного тракта [1].

Спортсмены, страдающие патологией мочеполовой системы, в том числе заболеваниями, передаваемыми половым путем, нуждаются в особом внимании, т.к. указанная проблематика актуализируется высокой вероятностью осложнений, затрагивающих репродуктивные функции, что может проявляться как мужским, так и женским бесплодием. Большинство урологических и гинекологических заболеваний (и что особенно важно, инфекционной природы) на ранних стадиях своего развития протекают либо с минимально выраженными проявлениями, либо даже бессимптомно [2].

Именно высокая распространенность и скрытое течение патологии мочевого тракта являются predisposing факторами для развития эректильной дисфункции, которая в отдельных видах спорта может встречаться значительно чаще, чем общей популяции, – 13-24% [3], что обусловлено воздействием специфических факторов риска (например, длительного сдавления артерий промежности).

Кроме того, в современных условиях особую актуальность приобретает создание новых методологических подходов к повышению эффективности диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при патологии уrogenитального тракта у спортсменов. Это обусловлено, прежде всего, сложностью проблемы влияния спортивной деятельности на механизмы обеспечения функционирования мочеполовой системы (включая особенности гормональной регуляции); огромное медико-социальное значение имеет и недостаточная эффективность лечения инфекций, передаваемых половым путем.

Для более полного понимания проблемы патологии урогенитального тракта и репродуктивной системы с учетом гендерных различий, и соответственно, рационального решения вопроса о возможности ведения тренировочной и соревновательной деятельности и определения допустимых нагрузок на фоне восстановления после перенесенных заболеваний, включая сведения об оперативных вмешательствах, и были разработаны настоящие Клинические рекомендации.

ТАБЛИЦА 1 СВОДНАЯ ТАБЛИЦА ПО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВОЗМОЖНОСТИ ДОПУСКА К ЗАНЯТИЯМ СПОРТОМ

1.1 ПАТОЛОГИЯ, ИМЕЮЩАЯ СЛАБОВЫРАЖЕННУЮ ГЕНДЕРНУЮ СПЕЦИФИКУ

Заболевание, передаваемое половым путем (ЗППП)	Краткое описание патологии	Этиология и патогенез заболевания	Возможные факторы риска развития данной патологии	Диагностика	Динамическое наблюдение и/или консервативное лечение	Возможные риски (осложнения)	Ограничения по допуску в связи с дообследован ием и консервативн ым лечением	Дополнитель ные указания
A54 Гонококковая инфекция (одна из наиболее распространенны х инфекций, передаваемых половым путем – ИППП: ежегодно в мире регистрируется около 60 миллионов случаев заболевания).	Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез (A54.0) Более чем у 50% женщин отмечается субъективно асимптомное течение. При наличии клинических проявлений могут быть субъективные симптомы: - гнойные или слизисто-гнойные выделения из уретры и/или половых путей;	Возбудитель заболевания - <i>Neisseria gonorrhoeae</i> . Гонококково е воспаление приводит к развитию инфильтративных и дегенеративных процессов слизистой оболочки органов урогенитальной и репродуктивной систем, прямой кишки, ротоглотки, конъюнктивы.	Беспорядочная половая жизнь. Сексуальное насилие.	Анамнез, жалобы, осмотр, лабораторные исследования: микроскопическое исследование препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму; культуральное исследование с использованием селективных питательных сред и определением ферментативных свойств <i>N. gonorrhoeae</i> ; молекулярно-биологические методы исследования, направленных на обнаружение специфических	Лечение гонококковой инфекции нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез, гонококкового фарингита и гонококковой инфекции аноректальной области: - цефтриаксон 500 мг внутримышечно однократно или - цефиксим 400 мг перорально однократно.	Гонококковые пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов (A54.2) (эпидидимит, орхит, простатит, воспалительные заболевания органов малого таза у женщин) Симптомы общей интоксикации : - повышение температуры тела; - общая слабость,	На период амбулаторного лечения неосложненных форм системными антибиотиками – временный недопуск до клинико-лабораторного подтверждения выздоровления; не менее 1 нед Лечение осложненных форм (простатит, вовлечение в процесс органов малого таза, пельвиоперит	

	- зуд, жжение в области наружных половых органов; - болезненность во время половых контактов (диспареуния); - зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); - дискомфорт или боль в области нижней части живота. Объективные симптомы: - гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные или гнойные уретральные выделения; - гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища; слизисто-гнойное или гнойное отделяемое в заднем и боковых			фрагментов ДНК и/или РНК <i>N. gonorrhoeae</i>. У детей диагноз гонококковой инфекции устанавливается на основании результатов культурального и/или молекулярно-биологических методов исследования. Консультации специалистов рекомендованы по показаниям в следующих случаях: - акушера-гинеколога (при вовлечении в воспалительный процесс органов малого таза, при ведении беременных, больных гонококковой инфекцией); - уролога (для диагностики возможных осложнений со стороны репродуктивной системы, при длительном течении и	Альтернативный препарат: - спектиномицин 2,0 г внутримышечно однократно. Лечение гонококковой инфекции глаз у взрослых: - цефтриаксон 500 мг внутримышечно 1 раз в сутки в течение 3 дней. Лечение гонококковой инфекций нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желез, гонококкового пельвиоперитонита и другой гонококковой инфекций мочеполовых органов:	утомляемость ; - повышение СОЭ. Женщины Субъективные симптомы: - сальпингоофорит: боль в нижней части живота схваткообразного характера, гнойные или слизистогнойные выделения из половых путей; при хроническом течении субъективные проявления менее выражены, нарушение менструального цикла; - эндометрит: боль в нижней части живота, тянущего характера, гнойные или слизистогнойные выделения из половых	онит) проводят в стационарных условиях (2 нед) с последующим переводом на амбулаторный режим (2-4 недели) до полного клинико-лабораторного выздоровления – временный недопуск.	
--	---	--	--	--	---	---	---	--

	сводах влагалища; - отечность, гиперемия и эрозии слизистой оболочки шейки матки, слизистогнойные или гнойные выделения из цервикального канала. Субъективные симптомы у мужчин: - гнойные выделения из уретры; - зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); - зуд, жжение в области уретры; - болезненность во время половых контактов (диспареуния); - учащенное мочеиспускание и urgentные позывы на мочеиспускание; - боль в промежности с иррадиацией в прямую кишку. Объективные симптомы:			неэффективности ранее проводимой терапии эпидидимоорхита, простатита); - офтальмолога, оториноларинголога, проктолога, ревматолога, у детей – неонатолога, педиатра (для уточнения объема и характера дополнительного обследования).	-цефтриаксон 1,0 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 часа в течение 14 дней или -цефотаксим 1,0 г внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней. Альтернативный препарат: - спектиномицин 2,0 г внутримышечно каждые 12 часов. Через 24-48 часов после начала парентеральной антибактериальной терапии, при условии исчезновения клинических симптомов заболевания, возможно продолжение терапии по схеме: - цефиксим 400 мг перорально 2	путей; при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены, нередко отмечаются пост- и межменструальные скудные кровянистые выделения; - пельвиоперитонит: резкая боль в животе, тошнота, рвота, нарушение дефекации, слабость, тахикардия. - сальпингоофорит: при остром течении - увеличенные, резко болезненные маточные трубы и яичники, укорочение сводов влагалища, гнойные или	
--	--	--	--	---	---	---	--

	- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры; - гнойные выделения из уретры. У детей – выраженная клиническая картина заболевания и многоочаговость поражения. Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желез (A54.1) Гонококковый вульвит у женщин. Субъективные симптомы: - незначительные гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей;				раза в сутки с общей продолжительностью терапии – 14 дней. При осложненном течении заболеваний дополнительно рекомендуется назначение патогенетической терапии и физиотерапии. Лечение беременных: - цефтриаксон 500 мг внутримышечно однократно. или - цефиксим 400 мг перорально однократно. Альтернативный препарат: - спектиномицин 2,0 г внутримышечно однократно. Лечение беременных осуществляется на любом	слизисто-гнойные выделения из цервикального канала; при хроническом течении - незначительная болезненность, уплотнение маточных труб; - эндометрит: при остром течении воспалительного процесса - болезненная, увеличенная матка мягкой консистенции, гнойные или слизисто-гнойные выделения из цервикального канала; при хроническом течении - плотная консистенция и ограниченная подвижность матки; - пельвиоперитонит: характерный внешний вид		
--	---	--	--	--	--	---	--	--

	- болезненность и отечность в области вульвы. Объективные симптомы: - гиперемия наружных отверстий протоков вестибулярных желез; - незначительные гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей; - болезненность и отечность в области протоков вестибулярных желез при пальпации. У лиц обоего пола - гонококковое поражение парауретральных желез. Субъективные симптомы: - дизурия; - гнойные или слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала; - болезненность во время половых контактов (диспареуния);				сроке беременности антибактериальными препаратами с учетом их влияния на плод при участии акушеров - гинекологов. Лечение детей (с массой тела менее 45 кг): - цефтриаксон 125 мг внутримышечно однократно. Альтернативный препарат: спектиномицин 40 мг на кг массы тела (не более 2,0 г) внутримышечно однократно. Лечение гонококковой инфекции у детей с массой тела более 45 кг проводится в соответствии со схемами лечения взрослых.	– facies hypocratica, гектическая температура тела, гипотензия, олигурия, резкая болезненность в нижних отделах живота при поверхностной пальпации, напряжение мышц брюшной стенки и положительный симптом раздражения брюшины. Мужчины Субъективные симптомы: - эпидидимоорхит: гнойные выделения из мочеиспускательного канала, дизурия, диспареуния, резкая болезненность в области мошонки, придатка яичка и паховой		
--	---	--	--	--	--	---	--	--

	- болезненность в области наружного отверстия уретры. Объективные симптомы: - гнойные или слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала; - наличие плотных болезненных образований величиной с просяное зерно в области выводных протоков парауретральных желез. Гонококковая инфекция аноректальной области (A54.6) Чаще – асимптомное течение заболевания. Субъективные симптомы: - при локальном поражении прямой кишки: зуд, жжение в аноректальной области, незначительные выделения желтоватого или					области, боль в промежности с иррадиацией в область прямой кишки, в нижней части живота; боль может распространяться на семенной канатик, паховый канал, область поясницы, крестца; - простатит: боль в промежности и в нижней части живота с иррадиацией в область прямой кишки, дизурия. Объективные симптомы: - эпидидимоорхит: гнойные выделения из мочеиспускательного канала, гиперемия и отек мошонки		
--	---	--	--	--	--	--	--	--

	красноватого цвета; - при локализации процесса выше анального отверстия: тенезмы, болезненность при дефекации, гнойные выделения из прямой кишки, нередко с примесью крови, вторичные запоры. Объективные симптомы: - гиперемия кожных покровов складок анального отверстия; - слизисто-гнойное или гнойное отделяемое из прямой кишки. Гонококковый фарингит (A54.5). Чаще – асимптомное течение заболевания. Субъективные симптомы: - чувство сухости в ротоглотке;					в области поражения, при пальпации определяются увеличенные, плотные и болезненные яичко и его придаток; - простатит: при пальпации определяется болезненная, уплотненная предстательная железа. При диссеминированной гонококковой инфекции могут развиваться (A54.8) эндокардит, перикардит, менингит, артрит, абсцесс мозга, пневмония, перигепатит, перитонит, сепсис, остеомиелит, синовит, не имеющие		
--	---	--	--	--	--	---	--	--

	- боль, усиливающаяся при глотании; - осиплость голоса. Объективные симптомы: - гиперемия и отечность слизистой оболочки ротоглотки и миндалин с зернистой поверхностью и пленчатыми наложениями. Гонококковая инфекция глаз (А 54.3) Субъективные симптомы: - резкая болезненность пораженного глаза; - слезотечение; - отечность век; - светобоязнь; - обильное гнойное отделяемое в углах поражённого глаза. Объективные симптомы: - отечность век; - гиперемия кожных покровов и слизистых					ПАТОГНОМОНИЧ НЫХ СИМПТОМОВ.		
--	--	--	--	--	--	-----------------------------------	--	--

	оболочек пораженного глаза; - обильное гнойное отделяемое в углах поражённого глаза.							
А 59. Урогенитальный трихомониаз (одна из наиболее распространенных ИППП. В структуре всех ИППП занимает одно из первых мест у лиц, обратившихся за специализированной дерматовенерологической, акушерско–гинекологической и урологической помощью по поводу инфекционно–воспалительных заболеваний урогенитального тракта).	У 20-40% больных отмечается асимптомное течение. Субъективные симптомы у женщин: - выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко – пенистые, с неприятным запахом; - зуд, жжение в области половых органов; - болезненность во время половых контактов (диспареуния); - зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); - дискомфорт и/или боль в нижней части живота. Объективные симптомы:	Возбудитель - <i>Trichomonas vaginalis</i> - жгутиковый простейший одноклеточный паразит, вызывающий поражение урогенитального тракта. Трихомонады являются резервуаром сохранения патогенных микроорганизмов при смешанной инфекции.	Беспорядочная половая жизнь. Сексуальное насилие.	Анамнез, жалобы, осмотр. Лабораторные исследования: обнаружение <i>T.vaginalis</i> или генетического материала возбудителя с помощью одного из методов: - микроскопическое исследование нативного препарата, или «влажного мазка»; - молекулярно-биологические методы, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК <i>T.vaginalis</i> ; - культуральное исследование при мало- и бессимптомных формах заболевания, а также в случаях,	Лечение: - метронидазол 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней или - орнидазол 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней или - тинидазол 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней Альтернативные схемы лечения: - метронидазол 2,0 г перорально однократно или - орнидазол 1,5 г	Воспалительные заболевания органов малого таза (сальпингоофорит, эндометрит), цистит). Может неблагоприятно влиять на беременность и ее исход. У мужчин: простатит и везикулит.	На период амбулаторного лечения неосложненных форм системным применением противозачаточных препаратов – временный недопуск до клинικο-лабораторного подтверждения выздоровления; 1-2 нед. Лечение осложненных форм (простатит, вовлечение в процесс органов малого таза) проводят в стационарных условиях (2 нед) с последующими	

	- гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища; - серо-желтые, жидкие пенистые вагинальные выделения с неприятным запахом; - эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки половых органов, кожи внутренней поверхности бедер; - петехиальные кровоизлияния на слизистой оболочке влагалищной части шейки матки («клубничная» шейка матки). Субъективные симптомы у мужчин: - прозрачные выделения из уретры; - зуд, жжение в области уретры; - боль в промежности с иррадиацией в прямую кишку;			если предполагаемый диагноз не подтверждается при микроскопическом исследовании.	перорально однократно или - тинидазол 2,0 г перорально однократно. Лечение осложненного и рецидивирующего трихомониаза: - метронидазол 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней или 2,0 г внутрь 1 раз в сутки в течение 5 дней или - орнидазол 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 10 дней или - тинидазол 2,0 г перорально 1 раз в сутки в течение 3 дней. При лечении осложненных форм		м переводом на амбулаторный режим (2-4 недели) до полного клинико-лабораторного выздоровления– временный недопуск.	
--	---	--	--	---	--	--	---	--

	- диспареуния; - дизурия; - эрозивно-язвенные высыпания на коже головки полового члена; - боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку. Объективные симптомы: - гиперемия и отечность в области наружного отверстия уретры; - скудные или умеренные слизистые уретральные выделения; - эрозивно-язвенные высыпания на коже головки полового члена.				урогенитально го трихомониаза возможно одновременно применение местнодействующих протистоцидных препаратов: - метронидазол, вагинальная таблетка 500 мг 1 раз в сутки в течение 6 дней или - метронидазол, гель 0,75% 5 г интравагинально 1 раз в сутки в течение 5 дней.			
A56, A74.0 Хламидийная инфекция (широко распространенная ИППП: частота в популяции варьируется в зависимости от возраста – наиболее высокая заболеваемость	A56.0 Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта Более чем у 70% женщин – асимптомное течение. Возможные субъективные проявления:	Возбудитель - облигатный внутриклеточный паразит <i>Chlamydia trachomatis</i>. Хламидии существуют в организме	Беспорядочная половая жизнь. Воспалительные процессы органов уrogenитального тракта и репродуктивной системы. Сексуальное насилие.	Анамнез, жалобы, осмотр, Лабораторные исследования: молекулярно-биологические методы, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК <i>C. Trachomatis</i>.	Лечение хламидийных инфекций нижнего отдела мочеполовой системы (A56.0), аноректальной области (A56.3), хламидийного	Пельвиоперитонит: характерный внешний вид – facies hypocratica, гектическая температура тела, гипотензия, олигурия, резкая болезненность	На период амбулаторного лечения хламидийных инфекций мочеполового тракта и аноректальной области системными антибиотиками – временный	

отмечается у лиц моложе 25 лет; в РФ заболеваемость в 2014 году составила 46,9 случаев на 100000 населения: у лиц в возрасте от 0 до 14 лет – 0,7 случаев на 100000 населения, у лиц в возрасте 15-17 лет - 45,8 случаев на 100000 населения, у лиц в возрасте старше 18 лет - 56,2 случаев на 100000 населения).	- мутные выделения из уретры и/или половых путей; - межменструальные кровянистые выделения; - диспареуния (болезненность во время половых контактов); - дизурия (); - дискомфорт или боль в нижней части живота. Объективные симптомы: - гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры; - отечность и гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала, эрозии	в двух формах (элементарные тельца — внеклеточные инфекционные тельца и ретикулярные тельца — внутриклеточная форма возбудителя) и имеют особый жизненный цикл, который начинается с инфицирования чувствительных клеток хозяина посредством специфического для хламидий процесса фагоцитоза.		Метод выделения <i>C. trachomatis</i> в культуре клеток не рекомендуется применять в рутинных исследованиях и для установления этиологии бесплодия. Консультации других специалистов рекомендованы по показаниям в следующих случаях:	фарингита (А 56.4), хламидийного конъюнктивита (А 74.0) Препараты выбора: - доксициклина моногидрат 100 мг перорально 2 раза в сутки течение 7 дней или - азитромицин 1,0 г перорально однократно или - джозамицин 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней Альтернативный препарат: -офлоксацин 400 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней. Лечение хламидийных инфекций верхних отделов	б живота при поверхностной пальпации, в нижних отделах определяется напряжение мышц брюшной стенки и положительный симптом раздражения брюшины. При диссеминированной хламидийной инфекции могут развиваться пневмония, перигепатит, перитонит. Осложнения со стороны репродуктивной системы.	недопуск до клинико-лабораторного подтверждения выздоровления; не менее 2-3 нед Лечение инфекций верхних отделов урогенитального тракта (простатит, эпидидимоорхит, сальпингоофорит, эндометрит, пельвиоперитонит) и поражений иной локализации (конъюнктивит, фарингит, олигоартрит) проводят в стационарных условиях (3-4 недели последующим переводом на амбулаторный режим (2-4 недели) до полного клинико-	
---	---	---	--	---	---	--	---	--

	слизистой оболочки шейки матки. Субъективные симптомы у мужчин: - необильные выделения из уретры; - зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); - дискомфорт, зуд, жжение в области уретры; - диспареуния; - учащенное мочеиспускание и urgentные позывы на мочеиспускание (при проксимальном распространении воспалительного процесса); - боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку. Объективные симптомы: - гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускатель			сопутствующего уретриту; - офтальмолога, оториноларинголога, проктолога, ревматолога, - с целью уточнения объема и характера дополнительного обследования.	<i>мочеполовой системы, органов малого таза и других органов (А 56.1, А 56.8)</i> Длительность курса терапии зависит от степени клинических проявлений воспалительных процессов мочеполовых органов, результатов лабораторных и инструментальных исследований . В зависимости от вышеперечисленных факторов длительность терапии может варьировать от 14 до 21 дня. Препараты выбора: - доксициклина моногидрат 100 мг		лабораторного выздоровления – временный недопуск. При рецидивирующем течении множественного поражения суставов – абсолютный недопуск	
--	---	--	--	---	---	--	--	--

	ного канала, инфильтрация стенок уретры; - слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры. Особенностью клинического течения хламидийной инфекции у девочек является более выраженная субъективная и объективная симптоматика и поражение слизистых оболочек вульвы и влагалища. Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов (A56.1) Женщины Субъективные симптомы: - вестибулит: незначительные выделения из половых путей, болезненность и				перорально 2 раза в сутки в течение 14-21 дней или - джозамицин 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 14-21 дней. Альтернативный препарат: - офлоксацин 400 мг перорально 2 раза в сутки в течение 14-21 дней. При осложненном течении заболеваний дополнительно назначается патогенетическая терапия и физиотерапия. <i>Лечение беременных:</i> - джозамицин 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней или - азитромицин 1,0 г перорально однократно. Лечение беременных,			
--	---	--	--	--	---	--	--	--

	отечность в области вульвы; - сальпингоофорит: боль в области нижней части живота схваткообразного характера, выделения из половых путей; при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены, отмечается нарушение менструального цикла; - эндометрит: боль в нижней части живота, как правило, тянущего характера, выделения из половых путей; при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены, нередко отмечаются пост- и межменструальные скудные кровянистые выделения;				больных хламидийной инфекцией, осуществляется на любом сроке беременности антибактериальными препаратами с учетом их влияния на плод при участии акушеров - гинекологов. <i>Лечение детей (с массой тела менее 45 кг):</i> - джозамицин 50 мг на кг массы тела в сутки, разделённые на 3 приема, перорально в течение 7 дней. Лечение новорожденных, родившихся от матерей, больных хламидийной инфекцией, проводится при участии неонатологов. Лечение хламидийной			
--	---	--	--	--	--	--	--	--

	- пельвиоперитонит: резкая боль в животе, тошнота, рвота, слабость, нарушение дефекации. Объективные симптомы: - вестибулит: незначительные слизисто-гнойные выделения из половых путей, гиперемия наружных отверстий протоков вестибулярных желез, болезненность и отечность протоков при пальпации; - сальпингоофорит: при остром течении - увеличенные, болезненные при пальпации маточные трубы и яичники, укорочение сводов влагалища, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала; при хроническом течении -				инфекции у детей с массой тела более 45 кг проводится в соответствии со схемами назначения у взрослых с учетом противопоказаний.			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

	незначительная болезненность, уплотнение маточных труб; - эндометрит: при остром течении - болезненная, увеличенная матка мягкой консистенции, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала; при хроническом течении заболевания - плотная консистенция и ограниченная подвижность матки; Мужчины Субъективные симптомы - эпидидимоорхит: выделения из мочеиспускательного канала, дизурия, диспареуния, болезненность в области придатка яичка и паховой области, чаще односторонняя; боль в промежности с иррадиацией в область прямой							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

	кишки, в нижней части живота, в области мошонки; боль может распространяться на семенной канатик, паховый канал, область поясницы, крестца; - простатит, сопутствующий уретриту: боль в промежности и в нижней части живота с иррадиацией в область прямой кишки, дизурия. Объективные симптомы - эпидидимоорхит: слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, при пальпации увеличенные, плотные и болезненные яичко и его придаток, гиперемия и отек мошонки в области поражения; - простатит, сопутствующий уретриту: при пальпации							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

болезненная, уплотненная предстательная железа. Хламидийное поражение парауретральных желез Субъективные симптомы: - дизурия; - выделения из мочеиспускательного канала; - диспареуния; - болезненность в области наружного отверстия уретры. Объективные симптомы: - слизистогнойные выделения из мочеиспускательного канала, наличие болезненных образований величиной с просяное зерно в области выводных протоков парауретральных желез. Хламидийная инфекция аноректальной области (A56.3)								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

Субъективно - чаще асимптомное течение заболевания. Субъективные симптомы при локальном поражении перианальной области: зуд, незначительные выделения; - при локализации процесса выше анального отверстия: болезненные тенезмы, болезненность при дефекации, выделения, нередко с примесью крови, вторичные запоры. Объективные симптомы: - гиперемия кожных покровов складок анального отверстия; - слизистогнойное отделяемое из прямой кишки. Хламидийный фарингит (A56.4).								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

	Чаще асимптомное течение заболевания. Субъективные симптомы: - чувство сухости в ротоглотке; - боль, усиливающаяся при глотании. Объективные симптомы: - гиперемия и отечность слизистой оболочки ротоглотки и миндалин. Хламидийный конъюнктивит (A74.0) Субъективные симптомы: - незначительная болезненность пораженного глаза; - сухость и покраснение конъюнктивы; - светобоязнь; - скудное отделяемое в углах поражённого глаза. Объективные симптомы: - гиперемия и отечность							
--	---	--	--	--	--	--	--	--

	конъюнктивы пораженного глаза; - скудное слизисто-гнойное отделяемое в углах поражённого глаза. Хламидийные инфекции, передаваемые половым путем, другой локализации (A56.8) Реактивный артрит - асептическое воспаление синовиальной оболочки сустава, связок и фасций. Заболевание может протекать в виде уретроокулосиновиального синдрома, в виде триады: уретрит, конъюнктивит, артрит. Синдром может протекать с поражением кожи и слизистых оболочек (кератодермия, цирцинарный баланопостит, изъязвления слизистой							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

	оболочки полости рта), а также с симптомами поражения сердечно-сосудистой, нервной системы и патологии почек. При реактивном артрите страдают следующие суставы: коленный, голеностопный, плюснефаланговый, пальцев стоп, тазобедренный, плечевой, локтевой и другие. Чаще протекает в виде моноартрита. Протекает волнообразно: в 50% случаев наблюдаются рецидивы заболевания. У 20% больных выявляются энтезопатии: наиболее часто страдает ахиллово сухожилие и плантарная фасция, что вызывает нарушения ходьбы.							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

A50-A53 Сифилис (снижение заболеваемости по РФ: 2009 г. – 53,3 случая на 100000 населения, 2014 г. – 30,7 на 100 тыс.; в то же время отмечается увеличение числа зарегистрирован ных случаев нейросифилиса с преобладанием его поздних форм -70,1%)	Первичный сифилис (A51.0- A51.2) Первичный аффе́кт – эрозия или язва диаметром от 2-3 мм до 1,5-2 см и более, округлых очертаний, с ровными краями, гладким, блестящим дном розового, красного или серовато-желтого цвета, блюдцеобразной формы, со скудным серозным отделяемым, безболезненная при пальпации; в основании - плотноэластическ ий инфильтрат. Первичный аффе́кт может быть типичным (эрозивный, язвенный) и атипичным (индуративный отек, шанкр- панариций и шанкр- амигдалит); единичным и множественным; генитальным, перигенитальным	Инфекционн ое заболевание, вызываемое бледной трепонемой (<i>Treponema pallidum</i>), передаваемо е преимуществ енно половым путем, характеризу ющееся поражением кожи, слизистых оболочек, нервной системы, внутренних органов и опорно- двигательно го аппарата.	Беспорядочная половая жизнь. Сексуальное насилие.	Анамнез, осмотр, лабораторные исследования: - обнаружение бледной трепонемы в образцах, полученных из очагов поражений, с помощью микроскопии в темном поле зрения и иммуногистохими ческого исследования с использованием моноклональных или поликлональных антител; - выявление специфической ДНК и РНК возбудителя молекулярно- биологическими методами; серологические методы диагностики. 1.Нетрепонемные тесты: - реакция микропреципитаци и (РМП) с плазмой и инактивированной сывороткой или ее аналоги: - RPR (ППР) – тест быстрых	Лечение больных первичным сифилисом: - бициллин-1 по 2,4 млн. ЕД 1 раз в 5 дней внутримышеч но, на курс 3 инъекции или - бициллин-5 по 1,5 млн. ЕД 2 раза в неделю внутримышеч но, на курс 5 инъекций или - бензилпеници лина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышеч но в течение 20 суток или - бензилпеници лина натриевая соль кристаллическ ая по 1 млн. ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышеч но в течение 20 суток. Препарат выбора –	При присоединени и вторичной инфекции у больных первичным сифилисом – импети́гиниза ция, баланопостит, вульвовагини т, фимоз, парафимоз, гангренизаци я, фагеденизм. Нейросифили с. Сифилитичес кое поражение внутренних органов и опорно- двигательно го аппарата.	Пациентам, получающим превентивное лечение – ограничений по допуску нет. При первичном серонегативн ом сифилисе – временный недопуск на время лечения (от 12 до 24 дней, в зависимости избранной схемы лечения) Вторичный и ранний скрытый сифилис – временный недопуск на период лечения (1 мес.) Третичный (включая висцеральны й и нейросифили с), поздний сурытый и неуточненны й скрытый	Больным, получившим превентивно е лечение - однократный серологичес кий контроль через 3 месяца. После лечения первичного серонегатив ном сифилиса – условный допуск до однократног о контрольного о обследовани я через 3 месяца После лечения первичного серопозитив ного, вторичного и раннего скрытого сифилиса – условный допуск до окончания периода диспансерно го
--	---	---	--	--	--	--	---	--

	и экстрагенитальным; сопровождается регионарным лимфаденитом, реже лимфангитом. В конце первичного периода появляется полиаденит и интоксикационный синдром. Вторичный сифилис (A51.3) проявляется: высыпаниями на коже (розеолезными, папулезными, папуло-пустулезными и редко везикулезными) и/или слизистых оболочках (ограниченными и сливными розеолезными и папулезными сифилидами); лейкодермой и алопецией (L99.8). Возможны остаточные явления первичного сифилиса,			плазменных реактивов (Rapid Plasma Reagins), или экспресс-тест на реактины плазмы; - VDRL – Venereal Disease Research Laboratory test – тест исследовательской лаборатории венерических заболеваний; - TRUST – тест с толуидиновым красным и непрогретой сывороткой (Toluidin Red Unheated Serum Test); -USR – тест на реактины с непрогретой сывороткой (Unheated Serum Reagins); 2.Трепонемные тесты: - ИФА (иммуноферментный анализ), выявляющий IgM и IgG к возбудителю сифилиса; - иммуноблоттинг, используемый для подтверждения диагноза, в особенности при	дюранный пенициллин (бензатин бензилпенициллин). Бензилпенициллин в виде новокаиновой соли и водорастворимый пенициллин используют при необходимости и лечения больного в стационаре. Лечение больных вторичным и ранним скрытым сифилисом: - бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 28 дней или - бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая по 1 млн.		сифилис – временный недопуск на время лечения (2 месяца) При наличии нейросифилиса временный недопуск дается до момента негативации серологических реакций в ликворе!	наблюдения (+ 6 месяцев с момента негативации серологических реакций, как правило, 1-2 года); серологический контроль – 1 раз в 3 месяца При третичном и позднем скрытом сифилисе – условный допуск на период диспансерного наблюдения (3 года); серологический контроль – ежеквартально в течение 2 лет, затем 1 раз в полгода. При наличии гуммозного поражения опорно-двигательного аппарата вопрос о
--	--	--	--	---	--	--	---	---

	поражения внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и нервной системы (A51.4). Третичный сифилис (A52.7). Проявляется высыпаниями на коже и слизистых оболочках (бугорковый и гуммозный сифилиды, третичная розеола Фурнье), поражениями внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и нервной системы (A52.0-A52.7). Скрытый сифилис: ранний (A51.5) – до 2 лет с момента инфицирования, поздний (A52.8) – свыше 2 лет с момента инфицирования) и неуточненный ранний или поздний (A53.0). Характеризуется отсутствием			сомнительных или противоречивых результатах других трепонемных тестов; - метод иммунохемилюми несценции (ИХЛ) - количественное определение уровня антител к возбудителю сифилиса, может быть использован для подтверждения сифилитической инфекции и скрининга; - РПГА (реакция пассивной гемагглютинации) – высокочувствительный и специфичный тест; - реакция иммунофлуоресценции (РИФ), в модификациях РИФ_{abc} и РИФ₂₀₀ - для дифференциации скрытых форм сифилиса и ложноположительных результатов исследований на сифилис; - реакция иммобилизации	ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 28 суток или - бициллин-1 по 2,4 млн. ЕД 1 раз в 5 дней внутримышечно, на курс 6 инъекций. Лечение больных третичным, скрытым поздним и скрытым неуточненным сифилисом: - бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая по 1 млн. ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 28 суток, через 2 недели – второй курс лечения бензилпенициллина натриевой солью кристаллической			возможности условного допуска после специфического лечения подлежит коллегиальному решению, с привлечением венеролога и травматолога ортопеда. При нейросифилисе – условный допуск в течение 3 лет после негативации серологических реакций в ликворе; контроль – каждые полгода.
--	--	--	--	---	--	--	--	---

	клинических проявлений.			бледных трепонем (РИБТ, РИТ); используется для дифференциальной диагностики скрытых форм сифилиса с ложноположительными результатами серологических реакций на сифилис.	ой в аналогичных дозах в течение 14 суток, либо одним из препаратов «средней» длительности (бензилпенициллина новокаиновая соль) или - бензилпенициллина новокаиновая соль 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 28 суток, через 2 недели - второй курс лечения бензилпенициллина новокаиновой солью в аналогичной дозе в течение 14 суток. При наличии аллергических реакций на пенициллин используют цефтриаксон: для лечения			
--	-------------------------	--	--	---	---	--	--	--

					первичного сифилиса – 1,0 г 1 раз в сутки внутримышечно в течение 10 суток; для лечения вторичного и раннего скрытого сифилиса – 1,0 г 1 раз в сутки внутримышечно в течение 20 суток.			
A63.0 Аногенитальные (венерические) бородавки (по данным ВОЗ, 50-80% населения инфицировано вирусом папилломы человека –ВПЧ, но только 5-10% инфицированных лиц имеют клинические проявления; заболеваемость аногенитальными бородавками в среднем – 194,5 случая на 100000 населения)	Разновидности: - остроконечные кондиломы; - бородавки в виде папул; - поражения в виде пятен; - внутриэпителиальная неоплазия; - бовеноидный папулез и болезнь Боуэна; - гигантская кондилома Бушке-Левенштайна. Субъективные симптомы: - наличие одиночных или множественных	Вирусное заболевание, вызываемое ВПЧ, относящимся к роду папилломавирусов (<i>Papillomavirus</i>) и характеризующееся появлением экзофитных и эндофитных разрастаний на коже и слизистых	Беспорядочная половая жизнь. Сексуальное насилие. Иммунодефицитное состояние.	Анамнез, осмотр, проба с 5% раствором уксусной кислоты, лабораторные исследования: - молекулярно-биологические методы для идентификации генотипа ВПЧ, определения степени вирусной нагрузки и прогнозирования течения заболевания; - цитологическое и морфологическое исследования для исключения	Показанием к проведению лечения является наличие клинических проявлений заболевания. При отсутствии аногенитальных бородавок или цервикальных плоскоклеточных интраэпителиальных поражений лечение субклинической	Рак шейки матки.	В контактных видах спорта – временный недопуск на период лечения, т.е. деструкции образований и заживления раневых поверхностей, на 1-3 недели (удлинение сроков временного недопуска показано в контактных видах спорта)	После лечения ограничений по допуску нет

	образований в виде папул, папиллом, пятен на кожных покровах и слизистых оболочках наружных половых органов; - зуд и парестезии в области поражения; - диспареуния; - при локализации высыпаний в области уретры – зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия), при обширных поражениях – затрудненное мочеиспускание; - болезненные трещины и кровоточивость в местах поражения. Объективные симптомы: - остроконечные кондиломы – пальцеобразные выпячивания на поверхности кожных покровов и слизистых оболочек, имеющие	оболочках наружных половых органов, уретры, влагалища, шейки матки, перианальной области. ВПЧ высоко тканеспецифичны и поражают клетки эпителия кожи и слизистых оболочек. К настоящему времени идентифицировано и описано более 190 типов ВПЧ, которые классифицируются на группы высокого и низкого онкогенного риска в соответствии с их		онкологической патологии. По показаниям – консультации: - акушера-гинеколога (для диагностики фоновых и диспластических процессов шейки матки, вульвы и влагалища; при ведении беременных, больных аногенитальными бородавками); - уролога (при внутриуретральной локализации аногенитальных бородавок); - проктолога (при обширном процессе в анальной области); - иммунолога (при наличии иммунодефицитных состояний и рецидивировании заболевания).	генитальной папилломавирусной инфекции не проводится. Методы деструкции аногенитальных бородавок: 1. Цитотоксические методы: - подофиллотоксин (крем 0,15%, раствор 0,5%) 2 раза в сутки наружно на область высыпаний в течение 3 дней с 4-х дневным интервалом. 2. Химические методы: - 1,5% раствор цинка хлорпропионата в 50% 2-хлорпропионовой кислоте, - раствор, состоящий из азотной, уксусной, щавелевой, молочной кислот и тригидрата нитрата меди,				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

	типичный “пестрый” и/или петлеобразный рисунок; - бородавки в виде папул – папулезные высыпания без пальцеобразных выпячиваний; - поражения в виде пятен – серовато-белые, розовато-красные или красновато-коричневые пятна на коже и/или слизистой оболочке половых органов; - бовеноидный папулез и болезнь Боуэна – папулы и пятна с гладкой или бархатистой поверхностью; цвет элементов в местах поражения слизистой оболочки – бурый или оранжево-красный, а поражений на коже – пепельно-серый или коричневаточерный; - гигантская кондилома Бушке-Левенштайна – мелкие	потенциалом индуцировать рак. Международное агентство по изучению рака выделяет 12 типов ВПЧ высокого риска (типы 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59), которые могут потенцировать развитие рака и предраковых поражений различной локализации: шейки матки, вульвы, влагалища, анального канала, пениса, шеи, гортани, ротовой полости.			наносится однократно. 3.Иммуномодуляторы для местного применения: - имихимод, крем наносится тонким слоем на аногенитальные бородавки на ночь (на 6-8 часов) 3 раза в неделю (через день); курс – не более 16 недель; - внутриочаговое введение препаратов α-интерферона. 4.Физические методы - электрокоагуляция; - лазерная деструкция; - радиохирургическая деструкция; - криодеструкция. Лечение беременных.			
--	---	--	--	--	--	--	--	--

	бородавчатоподобные папилломы, сливающиеся между собой и образующие очаг поражения с широким основанием.				До 36 недель беременности – криодеструкция, лазерная деструкция или электрокоагуляция при участии акушеров–гинекологов. Детям – физические методы деструкции.			
А60 Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция (генитальный герпес): - половых органов и мочевого тракта (А 60.0) - перианальных кожных покровов и прямой кишки (А60.1). Наиболее распространено эрозивно-язвенное заболевание гениталий; ежегодно генитальным герпесом	Субъективные симптомы: - болезненные высыпания в области половых органов и/или в перианальной области; - зуд, боль, парестезии в области поражения; - диспареуния; - при локализации высыпаний в области уретры – дизурия; - при вагинальной локализации высыпаний – слизисто-гнойные вагинальные выделения;	Хроническое рецидивирующее вирусное заболевание, передаваемое преимущественно половым путем, вызывается вирусом простого герпеса (ВПГ) II и/или I типа. Вирус герпеса размножается в ядрах эпителиальных и нервных	Беспорядочная половая жизнь. Иммунодефицитное состояние. Нарушение правил личной гигиены и ухода за детьми.	Анамнез, осмотр, лабораторные методы исследования: - молекулярно-биологические методы для исследования содержимого везикул, смывов с тканей и органов, мазков-отпечатков, соскобов, слизи, мочи, секрета предстательной железы. - метод ИФА для выявления циркулирующих в сыворотке крови или других биологических жидкостях и	Применение ациклических нуклеозидов, которые блокируют репликацию ВПГ. Лечение первичного клинического эпизода генитального герпеса (длительность терапии – 7-10 дней): - ацикловир по 200 мг перорально 5 раз в сутки или по 400 мг перорально 3 раза в сутки или	При присоединении вторичной инфекции: - появление гнойного экссудата; - увеличение и болезненность паховых лимфатических узлов. Неврологические: - энцефалит, - менингит. Увеличиваются риски развития рака шейки матки. Тяжелые заболевания плода и новорожденн	Временный недопуск на время лечения и до момента полного исчезновения высыпаний, включая остаточные; в среднем – от 10 до 20 дней. При развитии неврологической симптоматики и – временный недопуск на период полной инфлюции	Факт проведения супрессивной терапии не является основанием для недопуска

заболевают около 500 000 человек; у большинства из них инфекция остается недиагностированной вследствие частых субклинических и атипичных форм заболевания.	- общие симптомы интоксикации (повышение температуры тела, головная боль, тошнота, недомогание, миалгия, нарушения сна), возникающие чаще при первом эпизоде заболевания, чем при его рецидивах. Объективные симптомы: - гиперемия и отечность кожных покровов и слизистых оболочек в области поражения (у мужчин – в области полового члена, мошонки, лобка, промежности, перианальной области; у женщин – в области вульвы, клитора, влагалища, шейки матки, лобка, промежности, перианальной области); - единичные или множественные	клеток, где происходит транскрипция вирусной ДНК.		секретах организма антител (IgM, IgG) к вирусу герпеса. Обследование для исключения ВИЧ-инфекции – при частоте рецидивов более 6 раз в год. Консультации специалистов – по показаниям: - акушера-гинеколога – при ведении беременных, больных генитальным герпесом; - неонатолога и педиатра – при ведении новорожденных, больных герпетической инфекцией; - иммунолога - при наличии иммунодефицитных состояний и рецидивировании заболевания.	- валацикловир по 500 мг перорально 2 раза в сутки или - фамцикловир по 250 мг перорально 3 раза в сутки. Лечение рецидива генитального герпеса: - ацикловир по 200 мг перорально 5 раз в сутки в течение 5 дней или по 400 мг перорально 3 раза в сутки также в течение 5 дней или - ацикловир по 800 мг перорально 3 раза в сутки в течение 2 дней Или - валацикловир по 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней	ого (при внутриутробном заражении).	проявлений + 1 месяц	
---	---	---	--	--	--	-------------------------------------	----------------------	--

	везикулезные элементы полициклической формы с прозрачным содержимым, на гиперемизированном основании, - после вскрытия везикулезных элементов образуются эрозии размером 2-4 мм с гладким дном и непокрытыми краями, окруженными ярко-красным ободком.				или по 1,0 г перорально 2 раза в сутки в течение 1 дня или - фамцикловир по 125 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней или по 1,0 г перорально 2 раза в сутки в течение 1 дня. Супрессивная терапия (длительность определяется индивидуально): - валацикловир 500 мг 1 раз в сутки перорально или фамцикловир 250 мг 2 раза в сутки перорально или - ацикловир 400 мг 2 раза в сутки перорально			
N89.0 - Бактериальный вагиноз (по данным мировой	Субъективные симптомы: - выделения из половых путей,	Инфекционный невоспалительный	Эндогенные факторы риска: - гормональные изменения	Диагноз устанавливается на основании наличия не менее	Схемы лечения: - клиндамицин	Инфекционные осложнения после гинекологиче	Факт проведения местного лечения не	

статистики, занимает одно из первых мест среди заболеваний влагалища: частота распространения в популяции – от 12% до 80%; выявляется у 80-87% женщин с патологическими вагинальными выделениям, частота выявления заболевания у беременных – до 37-40%). В настоящее время к ИППП не относится!	часто с неприятным «рыбным» запахом, усиливающиеся после незащищенного полового акта, проведения гигиенических процедур с использованием мыла, после менструации; - дискомфорт в области наружных половых органов; - диспареуния; - редко – зуд и/или жжение в области половых органов; - редко – зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия). Объективные симптомы: - гомогенные беловато-серые вагинальные выделения густой консистенции, равномерно распределяющиеся по слизистой оболочке вульвы и влагалища.	синдром полимикробной этиологии, связанный с дисбиозом вагинальной микробиоты, характеризующийся количественным снижением или полным исчезновением лактобацилл, особенно перекись-продуцирующих, и значительным увеличением облигатных и факультативных анаэробных условно-патогенных микроорганизмов (<i>Gardnerella vaginalis</i>, <i>Bacteroides</i> spp.,	(возрастные – в пубертатном периоде и менопаузе, при патологии беременности, в послеродовом и послеабортном периодах), - гипотрофия и атрофия слизистой оболочки влагалища, - наличие кист и полипов стенок влагалища, гименальной области, - нарушения рецепторной функции вагинального эпителия, - антагонизм между вагинальными микроорганизмами, - снижение концентрации перекиси водорода в вагинальной среде за счёт уменьшения концентрации лактобацилл и др. Экзогенные факторы риска:	чем 3-х из 4-х критериев Amsel: - густые, гомогенные, беловато-серые, с неприятным запахом выделения из влагалища; - pH вагинального отделяемого >4,5; - положительный аминотест; - обнаружение «ключевых» клеток. Лабораторные исследования - микроскопия вагинального отделяемого, - культуральное исследование для определения видового и количественного состава микробиоты влагалища, - молекулярно-биологические методы исследования для обнаружения специфических фрагментов ДНК лактобацилл, <i>A. vaginae</i>, <i>G. vaginalis</i>, <i>M. hominis</i> и <i>Ureaplasma</i> spp. и других бактерий.	крем 2% 5,0 г интравагинально 1 раз в сутки (на ночь) в течение 7 дней или - метронидазол гель 0,75% 5,0 г интравагинально 1 раз в сутки (на ночь) в течение 5 дней или - метронидазол 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней или - тинидазол 2,0 г перорально 1 раз в сутки в течение 3 дней. Альтернативные схемы лечения: - клиндамицин овули 100 мг интравагинально 1 раз в сутки (на ночь) в течение 3 дней или	ских операций и абортот. Воспалительные заболевания органов малого таза, перитонит, абсцесс органов малого таза при введении внутриматочных контрацептивов. Неоплазия шейки матки, а также повышенная восприимчивость к ИППП, особенно к ВИЧ-инфекции и генитальному герпесу.	является основанием для недопуска спортсменов к занятиям тренировкам и соревнованиям (за исключением представителей водных видов спорта)	
--	--	--	---	--	---	---	---	--

	Возможно отсутствие симптомов.	Prevotella spp., Mobiluncus spp., Veillonella spp., Megasphe- ra spp., Leptotrichia spp., Atopobium vaginae и др.).	- инфицирование возбудителями ИППП и колонизация половых путей генитальными микоплазмами, - лекарственная терапия антибактериальны- ми, цитостатическими , глюкокортикостер- оидными, антимикотически- ми препаратами, - лучевая терапия, - присутствие инородных тел во влагалище и матке, - пороки развития половых органов или их деформации после родов и хирургических вмешательств, - нарушение гигиены половых органов (частое применение спринцеваний, использование спермицидов).	Консультации специалистов (гинеколога- эндокринолога, эндокринолога, гастроэнтеролога) с целью исключения сопутствующих заболеваний (состояний), которые могут способствовать нарушению нормальной вагинальной микробиоты.	- клиндамицин 300 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней или - тинидазол 1,0 г перорально 1 раз в сутки в течение 5 дней. Лечение беременных - метронидазол 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней, назначается со второго триместра беременности или - метронидазол 250 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней, назначается со второго триместра беременности или - клиндамицин 300 мг			
--	--------------------------------------	--	---	--	---	--	--	--

					перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней. Лечение детей - метронидазол 10 мг на кг массы тела перорально 3 раза в сутки в течение 5 дней.			
В37 Урогенитальный кандидоз (УГК): - вульвы и вагины (В37.3) - других урогенитальных локализаций (В37.4) - баланит (N51.2) - уретрит (N37.0) Широко распространенно е заболевание, чаще у женщин репродуктивного возраста: частота регистрации кандидозного вульвовагинита составляет 30- 45% в структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища; 70-	Неосложнённый (спорадический) урогенитальный кандидоз, как правило, вызывается <i>C.albicans</i> ; является впервые выявленным или развивающимся спорадически (менее 4 раз в год); сопровождается умеренными проявлениями вульвовагинита; наблюдается у женщин, не имеющих факторов риска развития заболевания, сопровождающих подавлением реактивности организма	Воспалитель ное заболевание мочеполовог о тракта, обусловленн ое дрожжеподоб ными грибами рода <i>Candida</i> . <i>Candida spp.</i> – условно- патогенные микрооргани змы, являющиеся факультатив ными анаэробами и обладающие тропизмом к тканям, богатым	Эндогенные факторы риска: - эндокринные заболевания (сахарный диабет, ожирение, патология щитовидной железы и др.), - фоновые гинекологические заболевания, - нарушения состояния местного иммунитета; экзогенные факторы риска: - прием антибактериальны х, глюкокортикостер оидных, цитостатических препаратов, иммунодепрессан тов,	Анамнез, осмотр, лабораторные исследования: - микроскопическое исследование нативных препаратов, препаратов с добавлением 10% раствора КОН и препаратов, окрашенных метиленовым синим по Граму; - культуральное исследование с видовой идентификацией возбудителя (<i>C. albicans</i> , <i>C. non- albicans</i> , грибов не <i>Candida</i> родов) – при клинических проявлениях УГК, отрицательном результате	Лечение кандидоза вульвы и вагины - натамицин вагинальные суппозитории по 100 мг 1 раз в сутки в течение 6 дней или - клотримазол вагинальные таблетки по 200 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 3 дней или по 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней или - клотримазол крем 1% (А) 5 г	Осложнённый урогенитальн ый кандидоз: как правило, вызывается <i>Candida non- albicans</i> ; является рецидивирую щим (развивается 4 и более раза в год); сопровождает ся выраженными объективными и симптомами вульвовагини та (яркая островоспали тельная эритема, отек, изъязвления, трещины слизистых	Местное (топическое) лечение неосложненн ых форм урогенитальн ого кандидоза позволяет вести полноценную тренировочну ю и соревновател ьную деятельность (за исключением водных и контактных видов спорта). Лечение осложненных форм требует	Развитие осложнений урогениталь ного кандидоза (с частыми рецидивами) , а также генерализац ия процесса требуют иммунокорр екции

75% женщин имеют в течение жизни хотя бы один эпизод кандидозного вульвовагинита, при этом у 5-10% из них заболевание приобретает рецидивирующий характер (к 25 годам около 50% женщин, а к началу периода менопаузы – около 75% женщин имеют хотя бы один диагностированный врачом эпизод заболевания).	(сахарный диабет, прием цитостатических, глюкокортикостероидных препаратов и др.). Субъективные симптомы у женщин: - белые или желтовато-белые творожистые, густые или сливкообразные выделения из половых путей, как правило, усиливающиеся перед менструацией; - зуд, жжение на коже и слизистых оболочках аногенитальной области; - дискомфорт в области наружных половых органов; - болезненность во время половых контактов (диспареуния); - зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия). Объективные симптомы:	гликогеном (например, слизистой оболочке влагалища).	- лучевая терапия, - ношение тесной одежды, белья из синтетических тканей, - регулярное применение гигиенических прокладок, длительное использование внутриматочных средств, влагалищных диафрагм, спринцевания, использование спермицидов. Рецидивирующие формы развиваются на фоне локальных иммунных нарушений, обусловленных врожденными качествами эпителиоцитов влагалища.	микроскопическое исследование на фоне клинических проявлений заболевания, при рецидивирующем течении заболевания с целью определения тактики лечения, - молекулярно-биологические методы, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК возбудителя. Консультации других специалистов ((гинекологов, гинекологов - эндокринологов, гастроэнтерологов) – (гинекологов, гинекологов-эндокринологов, гастроэнтерологов) – при частом рецидивировании после проведенного лечения с целью исключения сопутствующих заболеваний, которые могут способствовать	интравагинально 1 раз в сутки перед сном в течение 7-14 дней или - итраконазол, вагинальная таблетка 200 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 10 дней или - миконазол вагинальные суппозитории по 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней или - бутаконазол 2% крем 5 г интравагинально 1 раз в сутки перед сном однократно или - флуконазол 150 мг перорально однократно или - итраконазол по 200 мг перорально 1 раз в день в течение 3 дней.	оболочек и кожи перианальной области); наблюдается у женщин, имеющих факторы риска развития заболевания, сопровождающиеся подавлением реактивности организма. Воспалительные заболевания органов малого таза; уретроцистит. Увеличение частоты развития осложнений течения беременности, а также риска антенатальной инфеции плода. Кандидоз плода может привести к его внутриутробн	временного недопуска	
--	---	--	--	--	--	--	----------------------	--

	- белые, желтовато-белые творожистые, густые или сливкообразные вагинальные выделения, адгезированные на слизистой оболочке вульвы, в заднем и боковых сводах влагалища; - трещины кожных покровов и слизистых оболочек в области вульвы, задней спайки и перианальной области; - при рецидивирующем кандидозном вульвовагините может наблюдаться сухость, атрофичность, лихенификации в области поражения, скудные беловатые вагинальные выделения. Субъективные симптомы у мужчин: - покраснение и отечность в			нарушению нормальной влагалищной микрофлоры.	Лечение кандидозного баланопостита - натамицин 2% крем 1-2 раза в сутки на область поражения в течение 7 дней или - клотримазол 1% крем 2 раза в сутки на область поражения в течение 7 дней или - флуконазол по 150 мг перорально однократно или - итраконазол по 200 мг перорально 1 раз в день в течение 3 дней. Лечение хронического рецидивирующего урогенитального кандидоза. Целью первого этапа является купирование рецидива заболевания.	ой гибели или преждевременным родам. В послеродовом периоде у женщин возможно развитие кандидозного эндометрита.		
--	---	--	--	---	--	---	--	--

	области головки полового члена; - зуд, жжение в области головки полового члена; - высыпания в области головки полового члена; - дискомфорт в области наружных половых органов; - диспареуния (болезненность во время половых контактов); - дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании). Объективные симптомы: - гиперемия и отечность в области головки полового члена; - высыпания в виде пятен, папул или эрозий в области головки полового члена, нередко покрытые белым налетом; - трещины в области головки полового члена.				Для этого используются схемы лечения, указанные выше. 1.Применение местнодействующих азольных препаратов курсом до 14 дней или флуконазола по 150 мг перорально трижды с интервалами в 72 часа. При выявлении <i>C. non-albicans</i> – лечение натамицином по 100 мг интравагинально 1 раз в сутки в течение 6-12 дней. 2.После достижения клинического и микробиологического эффекта в течение 6 месяцев: - натамицин, вагинальные суппозитории			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

					по 100 мг 1 раз в неделю или - клотримазол, вагинальные таблетки по 500 мг один раз в неделю или - флуконазол по 150 мг перорально 1 раз в неделю. При развитии рецидивов заболевания после отмены поддерживающей терапии менее 4 раз в течение года лечение проводится по схемам терапии отдельного эпизода; если рецидивы развивались более 4 раз в год, следует возобновить курс поддерживающей терапии. Лечение беременных Местнодействующие антимикотические средства:			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

					- натамицин, вагинальные суппозитории по 100 мг 1 раз в сутки в течение 3-6 дней (разрешен к применению с 1-го триместра беременности) или - клотримазол вагинальные таблетки по 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней (разрешен к применению со 2-го триместра беременности) или - клотримазол 1% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 7 дней (разрешен к применению со 2-го триместра беременности) .			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

					Лечение детей - флуконазол 2 мг на 1 кг массы тела — суточная доза внутрь однократно.			
A63.8 Урогенитальные заболевания, вызванные <i>Mycoplasma genitalium</i> : - уретрит (A63.8/N34.1) - цервицит (A63.8/N72). Обнаруживают у 11,5-41,7% больных негонеомикобактериальными и уретритами, у 3-54,5% больных негонеомикобактериальными и хламидийными уретритами и у 7-10% женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза.	Более чем у 50% женщин отмечается субъективно асимптомное течение заболевания; возможны жалобы на: - слизистогнойные выделения из половых путей; - ациклические кровянистые выделения; - болезненность во время половых контактов (диспареуния); - зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); - дискомфорт или боль в нижней части живота. Объективные симптомы: - гиперемия и отечность слизистой оболочки	<i>Mycoplasma genitalium</i> – патогенный микроорганизм, способный вызывать уретрит у лиц обоего пола, цервицит и воспалительные заболевания органов малого таза у женщин.	Беспорядочная половая жизнь. Сексуальное насилие.	Анамнез, осмотр, лабораторные методы: молекулярно-биологические методы, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК <i>M. genitalium</i> . Показаны консультации других специалистов: - акушера-гинеколога – при вовлечении в воспалительный процесс органов малого таза, при ведении беременных с заболеваниями, вызванными <i>M. genitalium</i> ; - уролога - для диагностики возможных осложнений со стороны репродуктивной системы.	Лечение неосложненных форм урогенитальных заболеваний, вызванных <i>M. genitalium</i> . Препараты выбора: - доксициклина моногидрат по 100 мг перорально 2 раза в сутки в течение 10 дней или - джозамицин по 500 мг 3 раза в сутки перорально в течение 10 дней Альтернативный препарат: - офлоксацин по 400 мг 2 раза в сутки перорально в течение 10 дней.	У женщин – сальпингоофорит и эндометрит. Субъективная симптоматика сальпингоофорита – боль в области нижней части живота схваткообразного характера, слизистогнойные выделения из половых путей; при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены, отмечается нарушение менструального цикла; эндометрита – боль в нижней части живота, как	Факт проведения местного лечения неосложненных форм не требует прерывания тренировочного процесса. Лечение осложненных форм заболевания системными антибиотиками – временный недопуск до окончания терапии (10-14 дней)	

	наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизистые или слизисто-гнойные выделения из уретры; - отечность и гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала. Субъективные симптомы у мужчин: - скудные выделения из уретры; - зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); - дискомфорт, зуд, жжение в области уретры; - болезненность во время половых контактов (диспареуния); - учащенное мочеиспускание и urgentные позывы на				Лечение осложненных форм урогенитальных заболеваний, вызванных M. Genitalium. Длительность курса терапии (от 14 до 21 дня) зависит от степени клинических проявлений воспалительных процессов мочеполювых органов, результатов лабораторных и инструментальных исследований. Препараты выбора: - доксициклина моногидрат по 100 мг 2 раза в сутки перорально в течение 14-21 дней или - джозамицин по 500 мг 3 раза в сутки перорально в течение 14-21 дней.	правило, тянущего характера, слизисто-гнойные выделения из половых путей; при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены, нередко отмечаются межменструальные скудные кровянистые выделения. Объективные симптомы - сальпингоофорита – при остром течении инфекционного процесса определяются увеличенные, резко болезненные маточные трубы и яичники, укорочение сводов влагалища, обильные		
--	--	--	--	--	---	--	--	--

	мочеиспускание (при проксимальном распространении воспалительного процесса); - боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку. Объективные симптомы: - гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры; - слизисто-гнойные или слизистые выделения из уретры.				Альтернативные препараты: - офлоксацин по 400 мг 2 раза в сутки перорально в течение 14-21 дней. Лечение беременных: - джозамицин по 500 мг 3 раза в сутки перорально в течение 10 дней. Лечение детей (с массой тела менее 45 кг): - джозамицин по 50 мг на кг массы тела в сутки, разделенные на 3 приема, перорально в течение 10 дней. Лечение заболеваний, вызванных <i>M. genitalium</i>, у детей с массой тела более 45 кг проводится в соответствии со схемами назначения у взрослых с	слизисто-гнойные выделения из цервикального канала; при хроническом течении заболевания – незначительная болезненность, уплотнение маточных труб; - эндометрита – при остром течении: болезненная, увеличенная матка мягкой консистенции, обильные слизисто-гнойные выделения из цервикального канала; при хроническом течении: плотная консистенция и ограниченная подвижность матки.		
--	---	--	--	--	--	---	--	--

					учетом противопоказа ний.			
A63.8 Урогенитальные заболевания, вызванные <i>Mycoplasma</i> <i>hominis</i> и/или <i>Ureaplasma</i> spp.: - уретрит, (A63.8/N34.1) - цервицит (A63.8/N72) - вагинит (A63.8/N76.0). Частота обнаружения возбудителей варьируется в различных популяционных группах, составляя от 10% до 80%. Возможно обнаружение у 5- 20% клинически здоровых лиц.	Субъективные симптомы у женщин: - выделения из половых путей; - болезненность во время половых контактов (диспареуния); - зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); - дискомфорт или боль в нижней части живота. Объективные симптомы: - гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускатель ного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные выделения из уретры; - отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, слизисто-гнойные	<i>Mycoplasma</i> <i>hominis</i> и <i>Ureaplasma</i> spp. – условно- патогенные микрооргани змы, которые при реализации своих патогенных свойств способны вызывать уретрит (<i>U.</i> <i>urealyticum</i>), цервицит, цистит, воспалитель ные заболевания органов малого таза, а также осложнения течения беременност и, послеродовы е и послеабортн ые осложнения.	Беспорядочная половая жизнь. Сексуальное насилие.	Анамнез, осмотр, лабораторные исследования: - молекулярно- биологические, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК <i>Ureaplasma</i> spp. и <i>M. hominis</i>; - культуральное исследование, позволяющее идентифицировать и оценить количество <i>Ureaplasma</i> spp. и <i>M. hominis</i>, основываясь на степени гидролиза мочевины или аргинина, и определить чувствительность микроорганизмов к антибактериальны м препаратам. Консультации специалистов по показаниям: - акушера- гинеколога – при вовлечении в воспалительный процесс органов	Схемы лечения - доксициклина моногидрат по 100 мг перорально 2 раза в сутки в течение 10 дней или - джозамицин по 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 10 дней Особые ситуации Лечение беременных: - джозамицин по 500 мг 3 раза в сутки перорально в течение 10 дней. Лечение детей (с массой тела менее 45 кг): - джозамицин по 50 мг на кг массы тела, разделенные на 3 приема в сутки, перорально в	Воспалительны е заболевания органов малого таза, осложнения течения беременности , послеродовые и послеабортны е осложнения, бесплодие.	На период амбулаторног о лечения неосложненн ых форм системными антибиотикам и – временный недопуск до подтвержден ия клинικο- лабораторной санации организма; не менее 2 недель Лечение осложненных форм (вовлечение в процесс органов малого таза) проводят в стационарны х условиях (2 недели) с последующи м переводом на амбулаторны й режим (2-4 недели) до полного клинико- лабораторног о	Условный допуск контроля излеченност и. Первые тренировки проводить на уровне 50% ограничения интенсивнос ти и продолжител ьности нагрузок; затем в течение 1 месяца постепенно увеличивать нагрузки и еще через месяц – возобновлен ие полноценног о тренировочн о- соревновате льного процесса

	выделения в боковых и заднем своде влагалища и из цервикального канала. Субъективные симптомы у мужчин: - необильные выделения из уретры; - дизурия; - дискомфорт, зуд, жжение в области уретры; - диспареуния; - учащенное мочеиспускание и urgentные позывы на мочеиспускание; - боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку. Объективные симптомы: - гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры; - слизистогнойные или слизистые			малого таза, при ведении беременных с заболеваниями, вызванными <i>Ureaplasma spp.</i> и/или <i>M. hominis</i>; - уролога – для диагностики возможных осложнений со стороны репродуктивной системы.	течение 10 дней.		выздоровления – временный недопуск.	
--	---	--	--	--	-------------------------	--	--	--

	выделения из уретры.							
--	----------------------	--	--	--	--	--	--	--

1.2 ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ

Гинекологическое заболевание	Краткое описание патологии	Этиология и патогенез заболевания	Возможные факторы риска развития данной патологии	Диагностика	Динамическое наблюдение и/или консервативное лечение	Возможные риски (осложнения)	Консервативное лечение. Показания к хирургическому вмешательству	Ограничения по допуску в связи с консервативным лечением и дообследовани	Ограничения по допуску после хирургического лечения
N83.0 Фолликулярная киста яичника (вместе с кистой желтого тела составляют 75-87% всех кистозных образований яичника).	Функциональная киста, чаще однокамерная с тонкой стенкой, без капсулы, размерами 3-8 см (иногда 8-10 см).	Сложный генез возникновения функциональных кист яичников. Клинические проявления зависят от типа (персистенция фолликула, удлинение фолликулярной фазы, формирование фолликулярной кисты).	Нарушения менструального цикла, ановуляторные циклы.	Диагностика: - анамнез (нарушение менструального цикла по типу олигоменореи из-за удлинения фолликулярной фазы; редко болевой синдром), - осмотр (пальпация), - УЗИ органов малого таза в динамике, - МРТ.	При отсутствии жалоб – динамическое наблюдение в течение 1-2 менструальных циклов. Возможные исходы: самостоятельный полный или неполный регресс в конце очередной менструации; в 90% случаев полный регресс через 2 цикла.	Риск разрыва (апоплексии, чаще в болевой форме), риск рецидива через 1 или несколько менструальных циклов (особенно при нерегулярных месячных).	Оперативное лечение (резекция яичника) при отсутствии динамики в течение 2-х менструальных циклов, болевом синдроме, при кистах больших размеров, при апоплексии (смешанная форма).	На время дообследования перед операцией – недопуск, физический и половой покой (при болевом синдроме и кистах более 35 мм).	После оперативной лапароскопии и (удаление кисты, резекция яичника) – недопуск, физический и половой покой в течение 1 менструального цикла. Контрольный осмотр – через 1 месяц, после окончания очередной менструации, назначение КОК,

					Возможно гормональное лечение – при отсутствии признаков регресса после 2-го менструального цикла или при больших размерах функциональных кист (назначение дюфастона или утрожестана, комбинированных оральных контрацептивов – КОК).				полный допуск.
N83.1 Киста яичника желтого тела (вместе с фолликулярными кистами составляют 75-87% от всех кистозных образований яичника).	Функциональная киста, возникает в лютеиновую фазу менструального цикла, медленно растет, чаще имеет размеры 25-40 мм.	Сложный генез возникновения функциональных кист яичников. Клинические проявления зависят от типа (воспалительный процесс, недостаточность лютеиновой	Нарушения менструального цикла, НЛФ.	Анамнез (нарушение менструального цикла, аномальные маточные кровотечения, часто болевой синдром), осмотр (пальпация) УЗИ органов малого таза в динамике, МРТ.	При отсутствии жалоб – динамическое наблюдение 1-2 менструальных циклов. Возможные исходы: самостоятельный регресс в конце очередной менструации. При отсутствии регресса после 1-го	Риск рецидива, риск разрыва и внутрибрюшного кровотечения (апоплексия яичника смешанная форма).	Оперативное лечение при отсутствии динамики в течение 2-х менструальных циклов, при кистах больших размеров, при апоплексии (смешанная форма).	На время дообследования перед операцией – недопуск, физический и половой покой (при болевом синдроме и кистах более 35 мм).	После оперативной лапароскопии и (резекция яичника) – недопуск, физический и половой покой 1 менструальный цикл. Контрольный осмотр – через 1 месяц, после окончания очередной менструации, назначение

		фазы – НЛФ).			цикла, возможно гормональное лечение (назначение КОК).				КОК, полный допуск.
N80.1 Эндометриоидная киста яичника (3-е место в структуре гинекологической патологии)	Имеет толстую стенку и содержит кровь.	Вариант генитальног о наружного эндометриоз а, с высоким риском рецидива после оперативног о лечения.	Может быть изолированн ой, но чаще сочетается с другими очагами эндометриоз а и аденомиозом .	Анамнез (нарушение менструальног о цикла, болевой синдром), УЗИ органов малого таза в динамике, МРТ, Определение онкомаркеров – ракового эмбр ионального антигена (РЭА) и антигена рака яичников (CA 125).	При малых размерах кист (до 30 мм) – Диенгест, 2 мг, в режиме монотерапии , однако эффективност ь без оперативного лечения недостаточна.	Риск снижения овариальног о резерва и бесплодия, риск рецидива и малигнизаци и, риск апоплексии.	При отсутствии эффекта от гормонально го лечения в течение 3-6 месяцев или при размерах кисты более 30 мм – комбинирова нное лечение (плановая оперативная лапароскопи я и обязательное дальнейшее назначение противореци дивной гормонально й терапии).	На время дообследов ания перед оперативн ым лечением – недопуск, физически й и половой покой (при болевым синдроме и кистах более 35 мм).	После оперативной лапароскопи и – недопуск, физический и половой покой в течение 1 менструальн ого цикла. Контрольны й осмотр после окончания очередной менструации , назначение КОК, полный допуск.
Дермоидная киста яичника (зрелая тератома) (составляет 99% от всех герминогенных опухолей яичников и 15% от всех новообразований придатков матки). Кроме зрелых (доброкачественны	Врожденный порок развития, возникает в результате нарушения формировани я тканей в эмбриональн ом периоде развития. В структуре	Зрелые тератомы яичника являются наиболее распростран енным типом (до 8- 15% случаев). Эти опухоли обладают	Опухоли возникают в процессе нарушений эмбриогенеза , на ранних стадиях развития бластомеров. Эти зачатки, не свойственны	Анамнез (нарушение менструальног о цикла, болевой синдром возникает, как правило, при опухолях более 30 мм), УЗИ органов малого таза	Динамическо е наблюдение – 1-2 месяца при отсутствии жалоб и малых размерах (до 25-30 мм), далее – обязательное	Риск перекрута ножки, апоплексии, нагноения и малигнизаци и (пролиферац ия одного или нескольких компонентов	Обязательное плановое оперативное лечение (с учетом данных местораспол ожения и динамики роста опухоли).	На время дообследов ания перед оперативн ым лечением – недопуск, физически й и половой покой (при опухолях	Золотой стандарт – оперативная лапароскопи я (резекция яичника; редко, менее чем в 1%, при опухолях больших размеров

х) могут быть и незрелые (злокачественные) опухоли.	опухоли могут быть ткани 2-х или 3-х зародышевых листков, чаще это ткани эктодермы (кожа и нервная ткань), энтодермы (эпителий кишечника и бронхов) и мезодермы (костная и хрящевая ткань). Чаще в основе опухоли – сальное содержимое, а также волосы, зубы, костная и жировая ткань; выявляются в детском и юношеском возрасте, размеры – от 5 до 40 мм (в 10-15% случаев бывают 2-х сторонними).	большой энергией роста, могут увеличиваться в размерах и развиваться параллельно росту организма, достигая больших размеров (до 15 см); в детстве опухоли чаще растут медленно, а в период полового созревания прогрессируют. По локализации различают гонадные и экстрагонадные тератомы; виды: органоидные и организмоидные.	с тем органам, в которых они начинают развиваться, всегда окружены плотной соединительнотканной капсулой. Наиболее часто развиваются в яичниках, крестцово-копчиковой области и мозге.	(возможна визуализация даже при малых размерах образования – 2-3 мм), МРТ, РЭА, СА 125.	оперативное лечение!	тератомы приводит к развитию злокачественной формы опухоли).		более 35 мм).	показана аднексэктомия). Затем, физический и половой покой 1 менструальный цикл; контрольный осмотр после окончания очередной менструации, полный допуск.
№83.2 Параовариальная или паратубарная	Это опухолевидные	Чаще киста односторонняя и	Находится в ограниченном листками	Анамнез (как правило, отсутствие	При отсутствии жалоб и	Динамическое наблюдение	Оперативное лечение в экстренном	На время дообследования перед	После оперативной лапароскопии

киста в области придатков (у 10% женщин). Формируется из придатка яичника; чаще – неподвижное образование (на широком основании).	образования эпителиально го происхождения, чаще из мезотелия или парамезонеф рального остатка; располагаются паратубарно или параовариально, чаще как находка при УЗИ органов малого таза (анэхогенное тонкостенное образование без кровотока). Крайне редко выявляют пограничные или злокачественные формы.	однокамерная, с тонкой и эластичной оболочкой, что позволяет ей накапливать большой объем жидкости. Ввиду хрупкой оболочки кисты могут разрываться и вызывать внутрибрюшное кровотечение.	маточных связок пространстве между фаллопиевой трубой и яичником (дифференциальный диагноз с овариальной кистой).	жалоб при малых размерах – до 30-35 мм, болевой синдром – при размерах более 35-50 мм), УЗИ органов малого таза, МРТ.	малых размерах кист (до 30-35 мм) - динамическое наблюдение, УЗИ-контроль – каждые 6 месяцев. При отрицательной динамике роста (более 35 мм) – риск разрыва, перекрута и нагноения.	при отсутствии жалоб и малых размерах образования – 1-2 мес. Риск разрыва (при динамике роста более 35 мм). Риск разрыва и перекрута увеличивает время беременности. Риск малигнизации минимальный.	порядке при наличии болевого синдрома или в плановом порядке при кистах размерами более 30-35 мм.	оперативным лечением по поводу кист большого размера (более 35 мм) – недопуск, физический и половой покой	и (удаление кисты) – недопуск, физический и половой покой 1 менструальный цикл. Контрольный осмотр после окончания очередной менструации, полный допуск.
D25 Лейомиома матки встречается в среднем от 20-40% до 77% женщин репродуктивного возраста (чаще в более позднем периоде). За последние годы увеличилась частота миомы в	Доброкачественная, моноклональная, хорошо отграниченная, капсулированная, одиночная или множественная опухоль	Локализация миоматозных узлов бывает самая разнообразная. Наиболее часто диагностируются субсерозные	Факторы риска: раннее менархе, отсутствие родов в анамнезе, поздний репродуктивный возраст, менопауза,	Анамнез, клинические проявления у 25% зависят от локализации и направления роста узла по отношению к оси матки (шеечная, перешеечная и корпоральная).	Динамическое наблюдение каждые 6-12 месяцев при малых размерах межмышечных узлов. Симптоматическое и патогенетическое лечение	Риск быстрого роста узла (48-60% в репродуктивном периоде и 8,4% в период перименопаузы), маточного кровотечения	Оперативное лечение необходимо примерно в 15% случаев. Показания: большие размеры матки (более 12 недель), быстрый	При отсутствии жалоб на боли и кровотечение на время дообследования ограничить по допуску.	После оперативного лечения определяются его объемом: эмболизация маточных артерий (ЭМА) - малоинвазивный

возрасте до 30 лет (с 2 до 12,5%). Средний возраст выявления миомы – 33-35 лет, через 10 лет у 40-65% больных опухоль прогрессирует.	миометрия из гладкомышечных клеток шейки матки (всего 5%) или тела матки (95%). Основная роль в развитии отводится гиперэстрогении и гиперпрогестеронемии. Менопауза наступает на 1-3 года позже, чем у здоровых женщин (в норме 2/3 всех узлов в менопаузе подвергаются дегенерации: гиалиноз 65%, миксоматоз 15%, кальциноз 10%).	и межмышечные (интрамуральные) узлы, их количество варьируется от 1 до 25 и более(!), а размеры могут значительно увеличиваться в динамике. Подслизистые (субмукозные) узлы встречаются редко и всегда сопровождаются клиническими проявлениями и (кровотечение и/или болевой синдром). Редко встречаются межсвязочные и шеечные.	курение, нарушение жирового обмена – НЖО. Миома матки – это болезнь дезадаптации, поэтому часто сочетается с другими заболеваниями (патология молочных желез – 86%, НЖО – 64%, заболевания ЖКТ – 40%, невроты – 11%, патология щитовидной железы 4,5%). Климактерический синдром (КС) развивается в 2-2,5 раза чаще, чем в популяции.	Болевой синдром – у каждой 3-ей, обильные менструальные кровотечения (ОМК) и межменструальные маточные кровотечения (ММК) – у 70%. Основной метод – УЗИ органов малого таза (трансвагинальное и трансабдоминальное) с цветовым доплеровским картированием (ЦДК), современные 3/4D-технологии, эхогистерография, КТ (СКТ), МРТ, гистероскопия (субмукозные узлы). цитологический мазок по Папаниколау – ПАП-мазок, клинический анализ крови (КАК) и биохимия.	– НПВС, транексамовая кислота, прогестагены, гормональная внутриматочная спираль – ЛНГ-ВМС (с левоноргестрелом), КОК, гонадотропин-рилизинг-гормон – Гн-РГ, мифепристон. Гормональное лечение антагонистами Гн-РН (аГн-РГ) используют как самостоятельное (особенно, в перименопаузальном возрасте) или чаще при подготовке к оперативному лечению. Это единственное эффективное лекарственное средство (уменьшение объема узлов до 50%!), но его использовани	я, роста узла с нарушением его питания, перекрута ножки субсерозного узла с развитием клинической картины острого живота (при размерах узла свыше 3-5 см в узле начинаются дегенеративные изменения). Возможности нарушения функции соседних органов, бесплодие, невынашивание беременности. Риск гиперпластических процессов в гормонозависимых тканях; крайне редко (0,3-0,7 %) – злокачественное перерожден	рост опухоли (более 4-х недель за год), рост в постменопаузе; субмукозные, межсвязочные, шеечные и перешеечные узлы; нарушение функции соседних органов; рецидивирование аномальных маточных кровотечений с развитием анемии; болевой синдром, включая хроническую тазовую боль; нарушение репродуктивной функции, бесплодие (при исключении других причин)	При наличии болевого синдрома и аномального маточного кровотечения – временный недопуск по недообследованию. Субмукозные узлы, независимо от размера, всегда подлежат удалению! (иногда в экстренном порядке при спонтанной экспульсии подслизистого узла).	альтернативный метод при отказе от хирургического и гормонального лечения (риск рецидива роста узла) и миомэктомия – лапароскопическая или гистероскопическая (риск рецидива 27-59%) у женщин молодого репродуктивного возраста. Гистерэктомия – единственный радикальный метод лечения, в тотальном объеме – экстирпация (половой покой 1,5-2 месяца) или субтотальном объеме (НАМ). Физический и половой
---	--	--	--	---	---	---	--	--	---

					е ограничено во времени (не более 6 месяцев в связи с выраженным и побочными эффектами); после отмены объем узла через 2-3 месяца часто возвращается к исходному. Современный препарат селективный модулятор рецепторов прогестерона - улипристала ацетат, который тоже влияет на размер узла и имеет существенно меньше побочных эффектов. Оперативное лечение (узлы больших размеров, подслизистые узлы, рост узлов в постменопаузе) В первые 2 года постменопаузы	ие узла (особенно в постменопаузе у женщин старше 60 лет) и разрыв кровеносного сосуда миомы с кровотечением в брюшную полость (возможно при беременности, травме или подъеме тяжестей).			покой после лапароскопии и 1 месяц, после лапаротомии - 1,5-2 месяца. Контрольный осмотр после окончания очередной менструации .
--	--	--	--	--	---	---	--	--	---

					ы наступает регресс миоматозных узлов. При отсутствии регресса, особенно больших узлов, или их росте в этот период – повышается риск возникновения саркомы матки.				
N80 Эндометриоз (встречается у 8-15 % всех менструирующих женщин); наиболее часто встречающиеся формы: N80.1 – эндометриоз яичников и N80.0 – внутренний эндометриоз (аденомиоз). Есть мнение, что в возрасте 50 лет поверхностный аденомиоз имеется у 85-90% женщин!	Эндометриоз – генетически обусловленное дисгормональное и иммунозависимое заболевание репродуктивного возраста. По локализации различают генитальный (92-94% случаев) и экстрагенитальный эндометриоз. Генитальный эндометриоз разделяют на наружный и внутренний (аденомиоз).	Это процесс, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию. Часто выявляют сопутствующие заболевания молочных желез, щитовидной	Осмотр, РЭА и СА 125 по показаниям (часто повышен от 27,2 до 35 Ед/мл), УЗИ органов малого таза в динамике, в 1 и 2-ю фазу менструального цикла, МРТ, КТ (СКТ), гистероскопия. УЗИ молочных желез. ПАП-мазок. КАК и биохимия крови.	Тазовая боль в течение всего менструального цикла (усиливается перед и, особенно, во время месячных), дисменорея, диспареуния (26-70%); нарушение менструального цикла и бесплодие в анамнезе отмечают 46-50% пациенток. При аденомиозе – появляются скудные кровянистые (шоколадного	Медикаментозная гормональная терапия аГн-РГ или антагонистам и Гн-РГ (анти Гн-РГ) возможна при аденомиозе, наружном генитальном эндометриозе при отсутствии эндометриальных кист и других образований яичников – это патогенетическое лечение антигормонами приводит к временному	Риск рецидивирования (болевого синдрома, аномальные маточные кровотечения), особенно, при распространенных формах после оперативного лечения: через 1-2 года составляет 15-21%, через 5 лет – 36-47%, через 5-7 лет – 50-55%. После удаления	Оперативное лечение – это основной этап в лечении эндометриоза! Операцию выполняют только в 1 фазу менструального цикла (5-12 дни), что снижает риск рецидива в 2 раза. Показания: стойкий болевой синдром и /или аномальные маточные кровотечения, сочетание аденомиоза	При отсутствии жалоб, на время дообследования, ограниченный по допуску нет (если нет жалоб на боли и кровотечения). При наличии болевого синдрома и маточного кровотечения – временный недопуск по недообследованию.	После оперативного лечения – в зависимости от объема и доступа оперативного вмешательства. Оптимальным является лапароскопический доступ – это золотой стандарт, особенно, для женщин с целью сохранения репродуктивной функции. При

	Наружный – эндометриоз шейки матки, влагалища, промежности, ретроцервикальной области, яичников, маточных труб, брюшины, прямокишечно-маточного углубления; внутренний эндометриоз – эктопическое расположение желез и стромы эндометрия внутри гиперплазированной миометрия. При экстрагенитальном – эндометриозе могут поражаться кишечник, сальник, мочевой пузырь, почки, послеоперационные рубцы,	железы, кисты яичника, миому матки, гиперпластические процессы эндометрия.		цвета) выделения до и после менструации. Бесплодие при эндометриозе – ассоциированное, поэтому хирургический этап лечения используют, прежде всего, для восстановления нормальной анатомических взаимоотношений органов малого таза и для удаления эндометриoidных кист, проводится также обязательная проверка проходимости маточных труб.	угнетению функции яичников, что приводит к уменьшению секреции эстрадиола и регрессу эндометриoidных гетеротопий. Возможно назначение прогестагенов в или КОК в непрерывном режиме. Кратковременное применение НПВС при болевом синдроме.	эндометриoidных кист в течение первых 2-5 лет рецидивы возникают в 12 -30% случаев. Объем операции при эндометриoidных кистах обязательно должен быть адекватным: необходимо сохранить фертильность (овариальный резерв) и в то же время снизить риск развития рецидива. Вопрос о необходимости оперативного лечения эндометриoidных кист малого размера (до 30 мм) – резекция яичника, считается оправданным с целью	с эндометриoidной кистой яичника, ростом миомы матки, рецидивирующей гиперплазией эндометрия.		обширных инфильтративных поражениях, с резекцией смежных органов, допустим абдоминальный доступ. Оптимальным при оперативном лечении эндометриoidной кисты является метод полной энуклеации стенки кисты после ее опорожнения и промывания полости (это значительно снижает риск развития рецидивов!). Абляция капсулы кисты возможна только при угрозе аднексэктомии и/или резком снижении овариального
--	--	--	--	---	---	---	---	--	--

	пупок, легкие. Эндометриоз часто характеризуется персистирующим рецидивирующим течением.					верификации и диагноза.			о резерва, в этом случае допустима лазерная вапоризация, особенно при рецидивах кист. Резекцию яичника используют при удалении эндометриодных кист малых размеров. Физический и половой покой – от 1(после оперативной лапароскопии) – до 2-х (после оперативной лапаротомии) менструальных циклов. Обязательный контрольный осмотр после окончания очередной менструации.
Q51 Врожденные anomalies (пороки развития) тела и	Эмбриологически, гениталии	.	Визуальный осмотр,	Дообследование и лечение у	Тактика индивидуальная, зависит	Риск бесплодия, осложненно	Большая часть пороков не	При отсутствии жалоб, на	Оперативное лечение по показаниям

шейки матки (агенезия и гипоплазия матки, полностью удвоенная матка, однорогая матка, двурогая матка, матка с частичной или полной перегородкой, седловидная матка). Врожденная 2-х сторонняя агенезия яичников обычно сочетается с синдромом дисгенезии гонад, односторонняя агенезия яичника, сверхкомплектные яичники. Агенезия, удвоение, наличие перегородок влагалища, кисты гартнерова хода и др.	формируются из 2-х пар симметричных зародышевых парамезонефрических (Мюллеровых) протоков. Из них же развиваются почки и мочеточники. Яичники развиваются отдельно из мезонефрических (Вольфовых) протоков, поэтому не сопровождаются аномалиями развития почек и мочеточников.		гормоны крови, УЗИ органов малого таза, МРТ, ГС.	детского гинеколога.	от порока развития.	го течения беременности и родов	подлежит лечению.	время дообследования, ограничений по допуску нет.	(решение по допуску индивидуальное).
N84.1 Полип шейки матки (не более 5%, пик заболеваемости приходится на возраст 40-50 лет, 99% имеют доброкачественное течение).	Большинство полипов шейки матки формируется в цервикальном канале из железистого эпителия. Различают: железистый (из цилиндрического	Причины различные: неспецифическое хроническое воспаление, урогенитальная инфекция (УГИ) и инфекции, передаваемые половым путем	Большие полипы видны при визуальном осмотре в зеркалах, УЗИ органов малого таза (шейки матки), мазок на оонокцитологию – вирус папилломы	Хронические аномальные маточные кровотечения (могут быть скудными), чаще во время полового акта или после него.	Консервативного лечения нет!	Риск угрозы прерывания беременности и (увеличивается в 5 раз), инфицирования (т.к. имеет место хроническое воспаление), кровотечения и малигнизации,	Единственное возможное лечение – хирургическое удаление! (в первую неделю после месячных – профилактика эндометриоза), полипэктомия,	На время дообследования ограничений по допуску нет (если нет жалоб на кровотечения).	После оперативного лечения – недопуск, физический и половой покой – 1 менструальный цикл. Контрольный осмотр после окончания очередной

	эпителия, легко травмируются), фиброзно-железистый (чаще при длительном существовании, имеет толстую фиброзно-сосудистую ножку), аденоматозный (с выраженной железистой пролиферацией, имеет рыхлую консистенцию и ворсинчатое строение, опухолевый характер роста и может малигнизироваться), децидуальный (возникает при беременности, это не истинное разрастание слизистой, а пролабирование околоплодных тканей),	(ИППП), ВМС, изменения гормонального фона (гиперэстрогения), наследственная предрасположенность (в 30%).	человека (ВПЧ) высокого онкогенного риска, расширенная кольпоскопия и цервикоскопия.			и, рецидива в 10% (если не удалена полностью ножка полипа).	выскабливание цервикального канала и раздельное диагностическое выскабливание – РДВ (этот объем необходим, особенно в период перименопаузы). У молодых – допустима полипэктомия и гистероскопия.		менструации, допуск полный.
--	--	--	--	--	--	---	--	--	-----------------------------

	грануляционный =воспалительный (после операций на шейке матки, представлен грануляционной тканью с активной воспалительной инфильтрацией, часто изъязвляется, может приводить к деформации и облитерации ц/канала). Плоскоклеточная папиллома развивается из плоского эпителия на наружной поверхности шейки матки, происходит гиперплазия эпителия на фоне вирусного поражения (ВПЧ).								
Гиперплазия эндометрия: N85.0 – неатипическая и N85.1 – атипическая/интраэ	Гиперплазия – простая или сложная, с атипией или без нее	Гиперплазия эндометрия – это патологическое	УЗИ органов малого таза, РДВ под контролем	Аномальные маточные кровотечения	Консервативное гормональное лечение (в т.ч. ВМС)	Риск кровотечения и малигнизации 0,5%	Единственное возможное лечение – хирургическое удаление!	При отсутствии жалоб, на время дообследовать	После оперативного лечения – недопуск, физический

пителиальная неоплазия. N84.0 – полип тела матки (эндометрия), имеет место у 10% женского населения (их них в 20% случаев - множественные образования).	(основная характеристика); обусловлена пролиферацией желез эндометрия, что приводит к увеличению соотношения стромальной и железистой ткани. Наиболее частая форма – простая (железистая), сложная (железисто-кистозная) встречается значительно реже. Полипы эндометрия могут быть одиночными, но чаще – множественные; выделяют: железистые, железисто-фиброзные и фиброзные.	состояние, для которого характерны гиперпластические изменения железистой и стромальной структур эндометрия. Прогрессирующая, рецидивирующая или атипическая гиперплазия – это серьезная проблема, предшествующая раку эндометрия в 8-29% случаев.	гистероскопии		«Мирена») возможно только после РДВ и гистологического исследования .	(особенно, на фоне приема тамоксифена). Особое внимание в пери- и постменопаузе!	(в первую неделю после месячных – профилактика эндометриоза): полипэктомия, выскабливание слизистой цервикального канала и полости матки под контролем гистероскопии.	ания перед оперативным лечением, ограниченный по допуску нет.	и половой покой 1 менструальный цикл. Контрольный осмотр – после окончания очередной менструации, допуск полный.
N87 Дисплазия шейки матки.	Отличительные признаки: в анамнезе – неудовлетворительный результат ПАП теста.	ПАП тест (атипические изменения), кольпоскопия - атипическая	Онкоцитологический мазок, обследование на ВПЧ высокого онкогенного	Чаше жалоб нет, пациентки могут жаловаться на ациклические кровотечения. При	При изменениях типа ASCUS (атипичные клетки плоского эпителия	Высокий риск малигнизации, особенно при тяжелой форме дисплазии	При HSIL – выскабливание цервикального канала и последующая радиоволнов	При отсутствии жалоб, на время дообследования, ограничени	После оперативного лечения – недопуск, физический и половой покой 1

		картина (ацетобелый эпителий - АЦБ, пунктация и мозаика, атипичные сосуды). Прицельная биопсия и выскабливание цервикального канала с последующим гистологическим исследованием подтверждают диагноз.	риска, расширенная кольпоскопия. Прицельная биопсия и выскабливание цервикального канала.	сопутствующим воспалительным процессом – дискомфорт и боли во влагалище, выделения (гноевидные или бели), зуд, жжение.	неопределенного характера) консервативное лечение и динамическое наблюдение каждые 6-12 месяцев, при переходе в стадию LSIL (плоскоклеточное интраэпителиальное поражение легкой степени) – кольпоскопия и противовоспалительная терапия (прицельная биопсия по показаниям). При HSIL (плоскоклеточное интраэпителиальное поражение тяжелой степени) – обязательная прицельная биопсия и выскабливание цервикального канала, далее	на фоне ВПЧ 16 и/или 18 типа. ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ СРОЧНАЯ консультация и лечение у врача онкогинеколога при выявлении тяжелой цервикальной интраэпителиальной неоплазии, атипических железистых клеток и при подозрении на рак!	ая или лазерная конизация шейки матки	й по допуску нет.	менструальный цикл (риск кровотечения при отторжении струпа). Контрольный осмотр после окончания очередной менструации, допуск полный.
--	--	---	---	--	--	--	---------------------------------------	-------------------	--

					радиоволновая или лазерная конизация шейки матки. При изменениях HSIL обязательное лечение у врача онкогинеколога!				
N86 Эрозия, эктопия и эктропион шейки матки и наботиевы кисты шейки матки (8% у взрослых женщин и 13% у женщин в менопаузе).	Эрозия (истинная) – это дефект эпителия, покрывающего влагалищную часть шейки матки. Эктопия – это смещение границ цилиндрического эпителия эндоцервикса за пределы наружного зева на влагалищную часть шейки матки. Эктропион – это выворот слизистой оболочки ц/канала. Наботиевы или	Истинная эрозия м.б. воспалительной, травматической, трофической (при опущении и выпадении шейки матки). Эктопия по этиопатогенезу: врожденная и приобретенная; по клиническому течению: неосложненная и осложненная (сочетание с цервицитом, вагинитом); по гистологии:	Обязательное обследование: кольпоскопия, мазок на онкоцитологию с целью выявления или исключения атипической трансформации клеток экзо- и эндоцервикса. (ПАП -тест или жидкостная цитология). Исключение воспалительного процесса: полимеразная реакция (ПЦР) на ВПЧ онкогенного	Чаше жалоб нет, могут быть жалобы на периодические ациклические кровотечения. При сопутствующем воспалительном процессе – дискомфорт и боли во влагалище, выделения (гноевидные или бели), зуд, жжение.	Динамическое наблюдение: контроль онкоцитологии и при отрицательных результатах ВПЧ онкогенного риска – раз в 3 года; при наличии ВПЧ – ежегодно. При ASCUS или LSIL – цитологический контроль через 6 месяцев, обязательное лечение сопутствующего воспалительного процесса. При персистенции ВПЧ и	Риск развития дисплазии и неоплазии на фоне ВПЧ онкогенного риска, особенно, при персистенции 16 и/или 18 типа.	Оперативное лечение при выявлении Дисплазии – радиоволновая или лазерная конизация шейки матки	На время дообследования ограничения по допуску нет.	После оперативного лечения шейки матки – недопуск, физический покой 1 менструальный цикл (риск кровотечения при отторжении струпа). Контрольный осмотр после окончания очередной менструации, допуск полный.

	ретенционные кисты эндоцервикальных желез содержат муцин и являются кистами, происходящими из эндотелия.	железистая, папиллярная, эпидермизирующая. Наботиевы кисты м.б. одиночными или множественными.	риска (особенно 16 и 18 типы), хламидии и вирус простого герпеса второго типа (ВПГ 2). RW и ВИЧ (перед подготовкой к оперативному лечению), прицельная биопсия (для верификации диагноза), выскабливание цервикального канала (когда не визуализируется стык эпителия).		поражении эпителия HSIL – радиоволновая или лазерная конизация шейки матки. Для лечения доброкачественных поражений шейки матки используют различные методы лечения: криодеструкцию, лечение солковагином (химическая коагуляция), лазерокоагуляцию, радиоволновую коагуляцию или петлевую эксцизию измененного участка шейки матки.				
Олигоменорея: N91.3 – первичная, N91.4 – вторичная.	Это редкие и скудные менструации (продолжительность менструального цикла – более 38 дней, но менее 6 мес). Выделяют		Уровень гормонов в крови (гипофиза, яичников, щитовидной железы, надпочечников, хорионического гормона	Дообследование и лечение у врача эндокринолога-гинеколога.	Гормональное лечение, нормализация пищевого поведения.	Риск развития аменореи вторичной (со всеми последующими рисками).	-	На время дообследования ограничения по допуску нет.	При проведении консервативного лечения – исключение или ограничение физической нагрузки на 50% на 1-3

	первичную (с менархе) и вторичную формы.		человека бета –b-ХГЧ). УЗИ органов малого таза, УЗИ щитовидной железы, УЗИ молочных желез.						месяца (в зависимости от вида спорта).
Аменорея: N91.0 – первичная, N91.1 – вторичная.	Аменорея развивается при нарушениях нормального (физиологического) гормонального механизма или при анатомических аномалиях у женщин. Отсутствие менархе после 16 лет - первичная аменорея; отсутствие менструаций у ранее нормально менструировавшей женщины 6 и более месяцев – вторичная аменорея.	Различают маточную форму (отклонения от нормальной анатомии: отсутствие матки, заращение влагалища и др.) – анатомическое нарушение, которые приводят к ложной аменорее. Чаще причиной данной патологии являются гипоталамо-гипофизарные нарушения (любой дефект на любом	Уровень гормонов в крови (гипофиза, яичников, щитовидной железы, надпочечников, b-ХГЧ). УЗИ органов малого таза, УЗИ щитовидной железы, УЗИ молочных желез, УЗИ надпочечников МРТ, КТ.	Дообследование и лечение у врача эндокринолога-гинеколога.	Нормализация пищевого поведения, сбалансированное питание, гормональное лечение (гормональная заместительная терапия – ГЗТ, КОК), бифосфаты (по показаниям).	Риск бесплодия и развития триады спортсменки (с высоким риском переломов костей, особенно, в области тазобедренного сустава и запястья, вследствие остеопороза).	Оперативное – при анатомических нарушениях.	На время дообследования ограничить по допуску нет.	При проведении консервативного лечения – исключение физической нагрузки на 1-3 месяца (в зависимости от вида спорта). После восстановления менструального цикла – ограничение физических нагрузок на 50% 1-3 месяца (в зависимости от вида спорта).

		уровне гормонально й регуляции менструальн ого цикла) и сопутствую щие заболевания щитовидной железы, синдром резистентно сти яичников, синдром преждеврем енного истощения яичников, синдром поликистозн ых яичников – СПЯ, длительный бесконтроль ный прием высокодозир ованных КОК. Вторичная аменорея чаще развивается на фоне избыточных физических нагрузок, неправильно го несбалансир ованного питания,							
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

		резкого снижения веса							
L68.0 гирсутизм, L68 гипертрихоз.	Гирсутизм – рост чрезмерной мужской модели волос у женщин после полового созревания; выделяют гиперандрогенный и негиперандрогенный гирсутизм. Гиперандрогенная форма всегда связана с гиперпродукцией андрогенов овариального или адреналового начала, опухолевого и неопухолевого генеза (у 75% женщин при СПЯ, 0,2% – андроген-секретирующие опухоли; неклассическая	В основе негиперандрогенного гирсутизма может лежать применение таких лекарств, как андрогены, глюкокортикостероиды, прогестины, антагонисты эстрогенов или гонадотропинов. Гипертрихоз также может быть вызван некоторыми лекарствами – стрептомицином, циклоспорином, миноксидилом и др. Гирсутизм при СПЯ появляется в период полового созревания, чаще минимальны	Уровень гормонов в крови (гипофиза, яичников, щитовидной железы, надпочечников). УЗИ органов малого таза, УЗИ щитовидной железы, УЗИ молочных желез. УЗИ почек и надпочечников РЭА, СА 125	Диагностика и лечение у врача эндокринолога-гинеколога.	Консервативное и симптоматическое лечение (учитывая косметические проблемы, часто совместно с врачами дерматологами)	Риск бесплодия, онкозаболеваний в отношении гормон-продуцирующих опухолей яичника.	Оперативное лечение – при гормон-продуцирующих опухолях!	На время обследования и консервативного лечения ограничить по допуску нет (за исключением периода обследования перед оперативным лечением при гормон-продуцирующих опухолях).	Вопрос о допуске после оперативного лечения (при опухолях) решается индивидуально, с учетом диагноза и объема операции.

	врожденная адреналовая гиперплазия чаще встречается у Ашкеназског о еврейского населения – 3,7%). Негиперандр огенная форма развивается при применении некоторых лекарств, эндокринопат иях (гипертиреоз, гиперпролакт инемия, акромегалия, синдром Кушинга). Гирсутизм может быть идиопатическ им - 10% (это диагноз исключения, генетически детерминиро ванный, чаще у женщин Восточно- Индийского и средиземном орского происхожден ия с регулярным	й или умеренный. Гирсутизм опухолевого генеза всегда очень выраженный , есть признаки вирилизации ; эти опухоли всегда автономны, около 50% из них – злокачествен ные!							
--	---	---	--	--	--	--	--	--	--

	менструальным циклом, нормальной морфологией яичников и нормальным уровнем андрогенов). Другие причины: в определенные физиологические периоды (у беременных – на фоне функциональной гиперпролактинемии и в постменопаузе – при относительной гиперандрогении).								
E28.2 Синдром поликистозных яичников – наиболее распространенное заболевание среди женщин репродуктивного возраста с характерными эндокринными и метаболическими нарушениями, этиология до конца	Встречается у 5-10% женщин в период половой активности и у 20-25% у девочек-подростков. Это гетерогенный синдром неизвестной этиологии,	Многочисленные исследования, указывают на то, что это – генетическое заболевание. Исследования генов показало связь биосинтеза	Визуальный осмотр, УЗИ органов малого таза, гормоны крови, антимюллеров гормон АМГ (у женщин репродуктивного периода), биохимия крови (с	Основные симптомы: олиго- или аменорея, гиперандрогения, поликистозная морфология яичников, стойкая хроническая ановуляция – у 5-10% женщин репродуктивного возраста,	Лечение метаболического синдрома, гормональное лечение, диета (богатая клетчаткой, позволяет уменьшить некоторые факторы, влияющие на уровень инсулина,	Риск бесплодия, развития метаболического синдрома, сахарного диабета 2 типа.	При неэффективности гормональной стимуляции (отсутствие овуляции, повышенной концентрации и лютеинизирующего гормона –ЛГ, а также при	На время дообследования и консервативного лечения ограничить по допуску нет.	Оперативная лапароскопия с диагностической и лечебной целью. Проводится дреллинг с помощью электрического тока (электрокаутеризация) или

не известна, но данные говорят о том, что это сложное многогенное расстройство с сильным эпигенетическим и экологическим воздействием, включая факторы питания и образа жизни.	это синдром неоднородных эндокринных нарушений с типичными симптомами олигоменореи, гиперандрогении, гирсутизма, ожирения, устойчивости к инсулину и повышенного риска диабета 2 типа.	стероидных гормонов и метаболизма, действие гонадотропина и гонадных гормонов на фолликулогенез, ожирение, секрецию инсулина. Происходит окончание фолликулярного созревания, накопление мелких фолликулов в корковом слое и гиперплазия стромы яичника.	липидным спектром).	часто сопутствующий метаболический синдром (в 2-5 раз чаще), НЖО – абдоминальное ожирение и резистентность к инсулину, повышенный риск кардиометаболических нарушений.	холестерина, ЛПВП). Консервативное лечение СПЯ (ципротерон-ацетат-содержащие КОК и с антиандрогенным эффектом в течение 12 месяцев, метформин). Для стимуляции овуляции - кломифенцитрат на 3-6 месяцев, при неэффективности - гонадотропины.		сопутствующей патологии: спаечный процесс, эндометриоз, непроходимость маточных труб) – показано лапароскопическое оперативное лечение бесплодия.		лазерного воздействия; они создают точечные отверстия в утолщенной оболочке яичника. Как правило, дреллинг односторонний с небольшим количеством отверстий (4-6), чтобы предупредить риск повреждения и преждевременной недостаточности яичников. Физический и половой покой – 2-4 недели, контрольный осмотр после окончания очередной менструации, допуск полный.
--	--	--	---------------------	--	---	--	---	--	---

У спортсменок, занимающихся спортом, связанным с поднятием тяжестей, экстремальным напряжением, с высокой аэробной нагрузкой (тяжелая атлетика, дзюдо, самбо, сумо, бокс, хоккей, футбол, бобслей, санный спорт,

художественная и спортивная гимнастика, лыжные гонки, биатлон, фристайл и другие) – недопуск после оперативного лечения лучше рассматривать в сторону увеличения (минимум 4 недели)!

1.3 ПАТОЛОГИЯ, СВОЙСТВЕННАЯ ЛИЦАМ МУЖСКОГО ПОЛА

Нозологии	Краткое описание патологии	Этиология и патогенез заболевания	Возможные факторы риска развития данной патологии	Диагностика	Динамическое наблюдение и/или консервативное лечение	Возможные риски (осложнения)	Консервативное лечение. Показания к хирургическому вмешательству	Ограничения по допуску в связи с консервативным лечением и дообследованием	Ограничения по допуску после хирургического лечения
I86.1 Варикозное расширение вен мошонки (син.: расширение семенного канатика или расширение вен гроздьевидного сплетения или варикоцеле). Распространенность варикоцеле в контингенте спортсменов – 30%, а среди бодибилдеров – до 60-80% (для сравнения: в общей популяции варикоцеле	В подавляющем большинстве случаев (до 95%) варикоцеле варикозное расширение возникает слева	Преимущественная локализация варикоцеле обусловлена рефлюксом венозной крови из левой почечной вены в тестикулярную, которой свойственная недостаточность клапанного аппарата.	Физические нагрузки, сопровождающиеся повышением внутрибрюшного давления, провоцируют переход субклинической формы заболевания в манифестную: скорость трансформации у юных спортсменов примерно в 5 раз выше, чем в общей популяции подростков. При субклиническом течении варикоцеле рефлюкс в	Диагностика: - анамнез, - осмотр (пальпация) - УЗИ (наличие расширенных вен семенного канатика >2-2.5мм), - почечная венография (установление механизма возникновения - извращение кровотока по яичниковой вене под действием гидростатического фактора, либо венозной застойной гипертензии.) - лабораторные исследования (наличие	При резком ограничении тренировочной и соревновательной активности на длительное время (>6 месяцев) может наступить инволюция клинических проявлений.	Снижение фертильности (бесплодие)	Единственный метод лечения у спортсменов – плановое малоинвазивное хирургическое вмешательство (операция Мармара, лапароскопическое клипирование тестикулярной вены) Наиболее адекватным выбором является операция Мармара - субингвинальное микрохирургическое ушивание вен семенного канатика. Предпочтительным является как	На время дообследования перед операцией – временный недопуск, физический покой.	Временный недопуск – не менее 3 месяцев после операции. Затем постепенное возвращение (в течение 1-3 месяцев) на привычный уровень нагрузок, начиная с 50% интенсивности и продолжительности. Без оперативного лечения – относительный недопуск: исключены занятия зимними

встречается от 5 до 20% лиц мужского пола).			тесткулярную вену обнаруживается при пробе Вальсальвы исключительно доплерометрически	изменений спермограммы - астенозооспермия).			можно более раннее оперативное вмешательство, что обусловлено меньшим риском снижения ожидаемых спортивных результатов из-за длительного периода исключения физических нагрузок после операции. При рецидивах варикоцеле проводят рентгенэндоваскулярное склерозирование тестикулярной вены		видами спорта (негативное влияние переохлаждения) и велоспортом (усугубление нарушений сперматогенеза); следует ограничить физические нагрузки с выраженным статическим компонентом, сопровождающиеся повышением внутрибрюшного давления (тяжелая атлетика, санный спорт, спортивные единоборства, спортивная гимнастика), а также спортивные игры с высокой прыжковой активностью.. Наиболее благоприятны занятия плаванием (за счет внешнего воздействия гидростатичес
---	--	--	---	---	--	--	---	--	---

									кого давления, препятствующего венозному рефлюксу).
N41 Простатит Самое распространенное урологическое заболевание у мужчин моложе 50 лет – у 5-8%; хотя бы 1 раз в жизни от 35 до 50 % из них испытывали симптомы со стороны нижних мочевых путей (СНМП), характерные для простатита; у 8-11% европейцев простатит носит рецидивирующий характер	Выделяют 4 категории простатита : острый бактериальный – N41.0 (<5% случаев), бактериальный хронический (5-10%) – N41.2, ХП/синдром хронической тазовой боли – СХТБ (до 90%) – N41.9, а также бессимптомный простатит (частота не установлен а); каждая из категорий имеет различный профиль симптомов	Острый бактериальный простатит (N41.1): • <i>E. coli</i> • <i>Klebsiella</i> sp. • <i>Prot. mirabilis</i> • <i>Enterococcus faecalis</i> • <i>Pseudomonas aeruginosa</i> Хронический бактериальный: • <i>Staphylococcus</i> • <i>Streptococcus</i> • <i>C. trachomatis</i> • <i>U. urealyticum</i> • <i>M. hominis</i> Возможно поражение простаты гонококками (A54.2) и трихомонадами (A59.0)	Увеличение (включая застойные явления) простаты, урологическое вмешательство (например, трансректальная биопсия ПЖ). Диареи и запоры, связанные с нарушением барьерной функции прямой кишки. Нарушения питания, стрессорные воздействия	Согласно рекомендациям Guidelines EAU (2015) лабораторные исследования при простатите включают: • общий анализ и посев мочи; • исключение инфекций, передаваемых половым путем (<i>C. trachomatis</i>, <i>U. Urealyticum</i>, <i>M. hominis</i> и др.); • урофлоуметрию и определение остаточной мочи; • 4-стаканную пробу; • микроскопию секрета простаты или первой порции мочи, полученной после массажа железы; • культуральные	Лечение определяется категорией заболевания и может не включать антибактериальную терапию (если лечение антибиотиками проводится, то приоритет фторхинолам четвертого поколения – левофлоксацино 500мг однократно не менее 28 дней). Показан прием иммуномодуляторов	Риск гиперплазии и малигнизации процесса. Согласно Клиническим рекомендациям Европейской ассоциации урологии (Guidelines EAU, 2016) простатит исключен из перечня причин бесплодия	Консервативное лечение	На время лечения (не менее 4 недель) – временный недопуск. Через 2-4 недели – возобновление тренировочной активности, начиная с нагрузок 50% интенсивности и продолжительности с постепенным повышением и возвращению к занятиям в полном объеме в течение 2-4 недель	

	Несоответствие (диссоциация) выраженности воспаления и интенсивности боли); недостаточная эффективность терапии и высокая частота рецидивов			исследования секрета простаты, мочи, полученной после массажа предстательной железы, и/или спермы					
--	---	--	--	---	--	--	--	--	--

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Derman W., Schwellnu M., Jordaan E., Blauwet Ch.A., Emery C., Pit-Grosheide P., Patino Marques N.-A., Martinez-Ferrer O., Stomphorst J., van de Vliet P., Webborn N., Willick S.E. Illness and injury in athletes during the competition period at the London 2012 Paralympic Games: development and implementation of a web-based surveillance system (WEB-ISS) for team medical staff. *Br J Sports Med.* 2015; 49(7):441-7
(<http://bjsm.bmj.com/content/47/7/420>)
2. Шакула А.В., Рудовский А.А., Толкачев А.О., Жовнерчук Е.В. Профилактика урологических заболеваний у спортсменов юношеского возраста. *Медицинский вестник МВД.* 2016; т. LXXXV, №6 (85):56-60
3. Gulino G., Sasso F., D'Onofrio A., Palermo G., Di Luigi F., Sacco E., Pinto F., Bassi P.F. Sport, infertility and erectile dysfunction. *Urologia.* 2010; 77(2):100–6 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20890868>)