They were divided into 2 groups (basic and control) on 65 person in each of them. The results of this treatment were examined.

The patients of basic group were carried out nonmedicamental therapy (zchen-su, su-dgok and auriculotherapy) during 2 years which led to follow results: recover was noted at 68,7% of patients, improvement of condition — 28,1% patients, without changes — 3,2% patients.

The patients of control group were carried out symptomatic therapy which led to follow results: recover is noted at 23,4% of patients, improvement of condition — 26,6% patients, without changes — 39,1%, deterioration of condition — 10,9%.

The comparison of treatment results demonstrated statistic reliable superiority of nonmedicamental method of second prevention of traumatic encephalopathy.

В. В. ТЕРТЫШНИКОВА

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ

*Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии ФПК и ППС
Кубанского государственного медицинского университета*

Рост заболеваемости и смертности от туберкулеза (ТБ) с 90-х годов в мире и России связывается с социально-экономическими изменениями в обществе, увеличением потока мигрантов, ростом числа социально дезадаптированных лиц и появлением новой болезни, названной вначале СПИД, а после открытия возбудителя — ВИЧ-инфекция [1]. В странах с широким распространением ВИЧ-инфекции «активный туберкулез» (ТБ) развивается у 1/3 ВИЧ-инфицированных пациентов [2].

Ряд авторов показывает, что ТБ среди вторичных инфекций больных СПИДом составляет 78,0% случаев, госпитальная смертность достигает 43,0—89,0%. [2, 4]. Взаимосвязь ТБ и ВИЧ-инфекции вызывает необходимость срочного мониторинга ТБ, так как увеличение числа новых случаев ТБ указывает на распространение ВИЧ-инфекции [3].

Сочетание ТБ и ВИЧ-инфекции рассматривают как два взаимовлияющих и усугубляющих друг друга заболевания: предпосылкой для повышенной заболеваемости туберкулезом ВИЧ-инфицированных является почти 100%-ная инфицированность микобактериями ТБ (МБТ) взрослого населения. Присоединяющаяся в этих условиях ВИЧ-инфекция вызывает переход инфицированности ТБ в болезнь, которая в силу отсутствия иммунитета неуклонно прогрессирует и в большинстве случаев заканчивается летальным исходом [1, 3]. Кроме того, у лиц, перенесших ТБ, всегда есть остаточные посттуберкулезные изменения, которые на фоне ВИЧ-инфекции являются источником реактивации МБТ [5, 6].

В развитии как ТБ, так и ВИЧ-инфекции ведущая роль отводится иммунопатологическим процессам, которые связаны с лимфоцитами и клетками макрофагально-моноцитарного ряда. Иммунная система у ВИЧ-инфицированных утрачивает способность задерживать рост и распространение МБТ [5]. При сохранном иммунном статусе (ИС) на ранних стадиях ВИЧ-инфекции структура клинических форм ТБ аналогична таковой у не инфицированных ВИЧ. При снижении иммунитета развиваются диссеминированные процессы в 38,0—61,4% случаев, генерализованные процессы в 26,0—40,0% случаев с поражением 2 и более органов [1, 5].

Даже высокоэффективное лечение по поводу ТБ, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, обеспечивает лишь временную ремиссию [4, 5]. Это связывается с дефицитом иммунитета и более высокой лекарственной устойчивостью МБТ к противотуберкулезным препаратам. Так, J. Rappotокс соавт., 2000 г., свидетельствуют, что лекарственная устойчивость (ЛУ) МБТ у впервые выявленных больных ТБ и ВИЧ-инфекцией выше, чем у больных ТБ без ВИЧ-инфекции: 5,2% против 0,4%.

По данным Л. П. Алексеевой и соавт., 2003 г., ЛУ МБТ обнаружена в 51,3% случаев, среди них: S — в 87,8%, E — 62,7%, R — 63,3%, H — 44,4%, ЛУ — в 8,1% культур МБТ против 4,4% при ТБ без ВИЧ-инфекции. Исследование ЛУ МБТ у больных ТБ и ВИЧ-инфекцией до сих пор остается малоизученным в условиях пенитенциарной системы.

Важным клиническим маркером при диагностике стадии ВИЧ-инфекции и лечении ТБ у ВИЧ-инфицированных является количество СД₄ клеток. Так, при стадиях II, III ВИЧ-инфекции начинают противоретровирусную терапию (ПРВТ) при количестве СД₄ < 200 кл/мм³, а при стадии IV вне зависимости от числа СД₄ клеток [3]. Данные о количестве СД₄ при различных клинических формах ТБ и мониторинг результатов лечения остаются малоизученными.

Рост числа случаев ТБ, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, требует целенаправленного анализа эпидемической ситуации в пенитенциарной системе и в северокавказском регионе в целом, изучения особенностей диагностики, структуры клинических форм, течения и лечения легочного и внелегочного ТБ.

Цель исследования — изучить заболеваемость ТБ среди ВИЧ-инфицированных осужденных и распространение ВИЧ-инфекции среди больных ТБ, особенности клинических проявлений, диагностики у больных сочетанной патологией в зависимости от уровня иммунодефицита.

Для выполнения цели, поставленной в этом исследовании, была изучена частота выявления ТБ у больных с ВИЧ-инфекцией и ВИЧ-инфекции у больных ТБ в ИК-3 п. Двубратского Усть-Лабинского района

за период с 2001 по 2008 г. и взаимное влияние эпидемических процессов по ТБ и ВИЧ-инфекции.

Проведено обследование 325 больных ТБ и ВИЧ-инфекцией в период с 2001 по 2008 г., поступивших в ИК-3. Контрольную группу (К) составили 649 больных ТБ без ВИЧ-инфекции, пролеченных в ИК-3 за период 2001—2008 гг. В результате деятельности в течение 10 лет было проконсультировано 4255 пациентов с ВИЧ-инфекцией (осужденные в различные годы), из их числа диагноз впервые выявленного ТБ в сочетании с ВИЧ-инфекцией установлен у 574 человек.

Средняя продолжительность наблюдения ВИЧ-инфицированных в ГУЗ «ККБ СПИД и ИЗ» до момента развития ТБ составила 1 год и 3 года, только в 20,3% случаев ТБ выявляли при сроках наблюдения от 4 до 10 лет.

Диагноз ТБ устанавливали на основании традиционных методов диагностики. Диагноз ВИЧ-инфекции подтверждали индикацией в крови специфических антител методом твердофазного ИФА, при получении первичного положительного результата проводилась референсдиагностика с помощью иммуноблота в лаборатории ГУЗ «ККБ СПИД и ИЗ». Клинические стадии ВИЧ-инфекции определяли по классификации В. И. Покровского (2001) и рекомендованной для применения в ЛПУ России. Посевы мокроты на МБТ и определение ЛУ проводили в специализированной лаборатории УО 68/7 г. Усть-Лабинска. Методом ПЦР определяли в крови, моче и смывах с глотки МБТ, ЦМВ, вирусы простого герпеса, цитомегаловирус. В лаборатории ГУЗ «ККБ СПИД и ИЗ» исследовали показатели иммунного статуса.

Изучение анамнеза болезни, особенностей течения и исходов ТБ и ВИЧ-инфекции позволило выделить 2 группы больных:

1-я — 184 осужденных с ВИЧ-инфекцией, у которых ТБ был выявлен на фоне ВИЧ-инфекции в стадиях вторичных заболеваний (ВИЧ/ТБ);

2-я — 141 больной ТБ, у которых ВИЧ-инфекция была обнаружена при различных сроках давности ТБ (ТБ/ВИЧ).

ТБ у ВИЧ-инфицированных в 100,0% случаев был впервые выявленным, при этом в процессе стадийного развития ВИЧ-инфекции ТБ присоединялся на стадиях вторичных заболеваний. Профилактически ТБ был выявлен только у больных ТБ/ВИЧ в 4,3% случаев. Среди больных ТБ/ВИЧ впервые выявленных больных было 79,3%, при этом в 7,1% случаев впервые установлены хронические формы ТБ; в 13,6% случаев давность заболевания была от 2 и более лет. В контрольной группе впервые выявленный ТБ был в 26,0% случаев.

При более детальном анализе проявлений сочетанной патологии выяснилось, что в 44,5% случаев первичным было ВИЧ-инфицирование.

Основным путем передачи ВИЧ-инфекции являлось употребление в/в наркотиков: у больных ТБ/ВИЧ 91,8%, ВИЧ/ТБ — в 65,5% случаев.

В 85,7% случаев у больных сочетанной патологией была установлена III, IV или V стадии ВИЧ-инфекции, в том числе у больных ТБ/ВИЧ — в 66,8%, у ВИЧ/ТБ — в 100,0% случаев. У всех больных ВИЧ/ТБ ВИЧ-инфекция была в стадии СПИД.

Таким образом, стадии ВИЧ-инфекции у больных, имеющих первичный ТБ, более благоприятны, чем у отбывающих наказание, имеющих первичную ВИЧ-инфекцию.

Структура клинических форм ТБ изучена у 325 больных, из которых 184 осужденных — ВИЧ/ТБ, 141 женщина — ТБ/ВИЧ. Всем больным было проведено исследование иммунного статуса (ИС) при поступлении в процессе лечения. В зависимости от уровня CD_4 выделены 5 подгрупп больных сочетанной патологией, у которых были изучены особенности структуры клинических форм ТБ.

В 1-й подгруппе с количеством $CD_4 < 100$ кл/мм³ было 47 больных ВИЧ/ТБ (11,8% от 325 обследованных и 21,6% от числа больных группы ВИЧ/ТБ). Больных ТБ/ВИЧ при уровне $CD_4 < 100$ кл/мм³ не было.

Диссеминированный ТБ составил 59,6% (из них милиарный со множественной локализацией в 46,4% случаев), первичный ТБ — 25,5%; инфильтративный — 14,9% случаев. Туберкулезное поражение органов дыхания выявлено в 92,5%, внелегочный ТБ — в 27,7% случаев при множественной локализации с поражением от 5 до 16 органов.

В терминальной V стадии ВИЧ-инфекции были 41 из 47 лиц, находящихся в пенитенциарной системе. У всех больных были вторичные заболевания: от 1 (генерализованный кандидоз) до 3 (кандидоз, ЦМВИ, токсоплазмоз или пневмоцистная пневмония), а также полиорганная недостаточность вследствие интоксикации и других заболеваний.

Во 2-й подгруппе с количеством CD_4 100—199 кл/мм³ было 76 больных (19,1% от числа всех обследованных), в т. ч. из группы ВИЧ/ТБ — 59 чел. (27,1%) и ТБ/ВИЧ — 17 чел. (9,4%).

У больных ВИЧ/ТБ диссеминированные формы ТБ составили 69,5% (из них милиарный множественной локализации — 32,2%, инфильтративный ТБ — 20,3%; первичный ТБ — 7,6%; туберкулезный плеврит — 2,6% случаев). Внелегочные локализации ТБ с поражением от 1 до 5 органов выявлены в 32,2% случаев в сочетании с ТБ органов дыхания.

У больных ТБ/ВИЧ основной клинической формой ТБ была казеозная пневмония — 53,0%, диссеминированный — 29,4%, инфильтративный — 11,8%, очаговый — 5,9% случаев. При уровне $CD_4 < 200$ кл/мм³ хронических ТБ процессов с фиброзированием не было.

Сохранялись высокий уровень поражения внелегочных органов и систем и развитие вторичных заболеваний, чаще кандидоза и ЦМВИ. Суммарно больные сочетанной патологией с уровнем $CD_4 < 200$ кл/мм³ составили 28,9% (123 от 325 осужденных), удельный вес больных ВИЧ/ТБ — 48,6% (106 от 218 чел.), ТБ/ВИЧ — 9,4% (17 от 184 чел.). Тяжесть состояния больных определяли вторичные и ВИЧ-ассоциированные заболевания, что отличает клиническую картину ТБ от классических проявлений этого заболевания у больных без ВИЧ-инфекции на момент выявления, но не делает ее атипичной. У больных ТБ/ВИЧ в 13,0% случаев был установлен кандидоз.

В 3-й подгруппе с уровнем CD_4 200—399 кл/мм³ зарегистрировано наибольшее число больных: 159 чел. (39,9% от числа обследованных больных), в т. ч. из группы ВИЧ/ТБ — 83 чел. (38,1%) и ТБ/ВИЧ — 76 чел. (42,2%).

У больных ВИЧ/ТБ наиболее распространенным был диссеминированный ТБ легких: 47,0% (включая милиарный со множественной локализацией — 8,4%, милиарный легочный — 1,2%). Инфильтративный ТБ отмечен в 33,7%; первичные формы (ТВГЛУ) — в 3,6%, очаговый — в 1,2% случаев. Внелегочные локализации

ТБ выявлялись всегда в сочетании с диссеминированным ТБ легких.

У больных ТБ/ВИЧ выявлялись все классические клинические формы ТБ легких, но со значительным отличием их структуры. Так, казеозная пневмония установлена в 8,0%, диссеминированный — в 22,4%, инфильтративный — в 38,2%, очаговый — в 7,9%, фиброзно-кавернозный — в 15,8%, экссудативный плеврит — в 4,0%, туберкулема — в 2,6% случаев.

Таким образом, по-прежнему у больных сочетанной патологией, особенно в группе ВИЧ/ТБ, одной из частых форм туберкулеза остается диссеминированный туберкулез легких, хотя реже выявлялись милиарные процессы. В группе ТБ/ВИЧ отмечена высокая частота выявления остро прогрессирующей казеозной пневмонии и фиброзно-кавернозного ТБ.

К 4-й подгруппе с уровнем $СД_4$ 400—599 кл/мм³ было отнесено 89 больных (22,4% от числа всех обследованных), в т. ч.: из группы ВИЧ/ТБ — 18 чел. (8,3%); ТБ/ВИЧ — 71 чел. (39,4%).

У больных с ВИЧ/ТБ установлены: диссеминированный ТБ легких — 44,5% (включая милиарный со множественной локализацией — 5,6%); первичные формы ТБ (ТВГЛУ) — 5,6%, очаговый — 11,1%; инфильтративный — 11,1% случаев; туберкулезный плеврит — 16,6%.

У больных ТБ/ВИЧ основной клинической формой ТБ был инфильтративный — 38,0%; фиброзно-кавернозный — 16,9%, реже диссеминированный — 9,9%, очаговый — 11,0%, цирротический — 4,2%, туберкулезный плеврит — 2,8% и казеозная пневмония — 2,8% случаев.

Таким образом, при уровне $СД_4$ 400—599 кл/мм³ число больных ТБ/ВИЧ превышает число больных ВИЧ/ТБ в 3,9 раза, наблюдались все клинические формы ТБ и высокий удельный вес фиброзно-кавернозного и цирротического ТБ, что связано с ВИЧ-инфицированием больных ТБ, имевших давность заболевания более 2 лет.

5-я подгруппа больных с количеством $СД_4 \geq 600$ кл/мм³ составила 27 чел. (6,8% от числа обследованных), в том числе ВИЧ/ТБ — 11 чел. (5,1%), ТБ/ВИЧ — 16 чел. (8,9%). В обеих группах выявлялись впервые выявленные первичные, инфильтративные и очаговые процессы малой распространенности.

У больных ВИЧ/ТБ часто развивался милиарный ТБ множественной локализации (18,3%), частота которого зависит от иммунодепрессии: при $СД_4 < 100$ кл/мм³ — в 27,7%; $СД_4$ 100—199 кл/мм³ — в 32,2% случаев, при $СД_4$ 200—399 кл/мм³ и 400—599 кл/мм³ соответственно в 8,4% и 5,6%. При $СД_4 > 600$ кл/мм³ генерализованного ТБ у больных ВИЧ/ТБ не выявляли. Наиболее часто встречались поражения следующих органов: легких — 92,9%, лимфатических узлов: ВГЛУ — 78,8%, внутрибрюшных — 48,9%, периферических — 37,5%, селезенки — 36,4%, кишечника — 40,0%, плевриты — 22,8%, мозговых оболочек и ЦНС — 19,6%, почек — 17,9%, печени — 9,2%, бронхиального дерева — 8,4%, перикарда — 7,0%, надпочечников — 5,0%, костей и суставов — 2,5%, сердца — 2,5%, желудка — 2,5% и туберкулезный отит — 2,5%. У одного больного число пораженных ТБ органов доходило до 16. Клинические проявления заболевания соответствовали сумме симптомов и синдромов, возникающих при поражении ТБ органов и систем.

Инфильтративный ТБ — вторая по частоте форма ТБ легких у больных с сочетанной патологией. У боль-

ных ВИЧ/ТБ эта форма выявлялась в 22,9% случаев, в основном при уровне $СД_4$ 200—399 кл/мм³ — в 33,7%, $СД_4 > 400$ кл/мм³ — в 10,0—11,1%, $СД_4 < 100$ кл/мм³ — в 14,9% случаев. У больных ТБ/ВИЧ инфильтративный ТБ обнаруживали чаще (34,3%), что, скорее всего, связано с более благополучным ИС по сравнению с группой ВИЧ/ТБ.

Заболевание у 92,0% больных имело острое начало с фебрильной или гектической t° тела, снижением веса, интоксикацией; легочными симптомами различной степени выраженности, (кашель, выделение мокроты, одышка).

Большинство больных, находящихся в пенитенциарной системе, имели остро прогрессирующие распространенные процессы, с массивным бактериовыделением. Полости распада выявлялись одинаково, в среднем в 66,0%. Деструкции у больных 1-й группы по сравнению со 2-й группой и контрольной имели нежные контуры, без формирования типичной с четкими стенками каверны, множественные полостные образования выявлены у 2/3 больных. Одновременное увеличение лимфатических узлов средостения наблюдали в 30,0% случаев у больных ВИЧ/ТБ. Двустороннее поражение отмечено в 22,0% случаев у больных ВИЧ/ТБ и в 65,8% — ТБ/ВИЧ. В то же время у больных ВИЧ/ТБ наблюдали малоинтенсивные фокусы и инфильтраты с быстрой, в течение 2 мес., регрессией с малыми остаточными изменениями. Течение инфильтративных процессов было более благоприятным, чем диссеминированных.

В структуре пролеченных больных удельный вес очагового ТБ составил в группе ТБ/ВИЧ 10,0% и в группе ВИЧ/ТБ — 2,3%.

Кроме того, среди больных ТБ/ВИЧ были диагностированы: казеозная пневмония — в 9,4%, туберкулемы — в 3,9%, цирротический ТБ — в 2,8% случаев. Эти клинические формы ТБ у больных ВИЧ/ТБ не выявлялись. По клинико-рентгенологическим проявлениям в начальной стадии заболевания эти формы ТБ не отличались от классического варианта. При $СД_4 > 400$ кл/мм³ отмечается благоприятное течение этих клинических форм ТБ в случае сохраненной чувствительности к противотуберкулезным препаратам.

Однако в 60,0% случаев течение казеозной пневмонии следует назвать злокачественным в связи с генерализацией туберкулезной инфекции в другие органы и системы, в которых также развиваются казеозно-некротические изменения. При летальном исходе на аутопсии были выявлены такие редкие локализации, как ТБ сердечной мышцы, абсцессы печени и диафрагмы.

Выводы

Больные туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в зависимости от времени присоединения инфекций делятся на 2 группы: 1-я — ВИЧ/ТБ (56,7%), у которых туберкулез развивается на фоне ВИЧ-инфекции в стадии вторичных заболеваний; 2-я — ТБ/ВИЧ (43,3%), у которых первичен туберкулез, а ВИЧ-инфекция присоединяется на различных сроках заболевания туберкулезом.

При туберкулезе в сочетании с ВИЧ-инфекцией поражение органов дыхания выявлено в 98,6% случаев, так как туберкулез органов дыхания выявляется раньше внелегочных локализаций в связи с проведением рентгенологического исследования каждые три месяца в условиях пенитенциарной системы. 18,3% больных имели милиарный туберкулез множественной локализации. Однако при генерализованном милиарном

туберкулезе в 19,5% случаев рентгенологически в легких обнаруживали картину лишь интерстициальных изменений.

У больных ТБ/ВИЧ выявлены все классические формы туберкулеза с преобладанием инфильтративного (34,4%), диссеминированного (17,0%) и фиброзно-кавернозного ТБ (14,4%), характеризующиеся остро прогрессирующим течением. Ни одного случая с уровнем $СД_4 < 100$ кл/мм³ среди больных ТБ/ВИЧ не выявлено.

Бактериовыделение у больных ТБ/ВИЧ установлено чаще, чем у больных ВИЧ/ТБ, и идентично в контроле: соответственно 63,3%, 46,8%, 63,7%, что объясняется выраженностью остроты течения туберкулеза и деструктивных изменений и высокой частотой фиброзно-кавернозного туберкулеза.

В структуре клинических форм туберкулеза у больных ВИЧ/ТБ преобладали первичный туберкулез (12,0%), остро текущий диссеминированный туберкулез легких (30,2%), милиарный туберкулез легких и милиарный туберкулез со множественной локализацией и поражением от 2 до 16 органов (24,3%), в т. ч. различных групп лимфатических узлов — 55,0%, селезенки — 35,0%, плевры — 22,5%, мозговых оболочек и ЦНС — 20,0%, почек — 17,5%, печени — 12,5%. При уровне $СД_4 < 100$ кл/мм³ выявляется осложненный абдоминальный туберкулез в 40,0% случаев, надпочечников — в 5,0%, других органов — реже.

Поступила 28.04.2008

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Л. П., Горбачева Э. С., Груздев Б. М. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом // Проблемы туберкулеза. 1996, № 2. С. 16—17.
2. Демихова О. В., Зебницкая И. С., Корнилова З. Х. Оппортунистические и сопутствующие заболевания у больных ВИЧ-ин-

фекцией и туберкулезом: Доклад на научно-практической конференции 25—26 мая 2005 г. М. С. 135—136.

3. Кравченко А. В., Юрин О. Г., Шахгильдян В. И., Груздев Б. М., Горбачева Э. С. Течение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией // 3 Международная конференция «СПИД, рак и родственные проблемы». Санкт-Петербург. 22—26 мая 1995 г.

4. Фролова О. П., Приймак А. А., Рахманова А. Г., Воронин Е. Е., Бузова Н. В., Груздев Б. М. Клинические формы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в России // Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции: Сборник материалов научно-практической конференции, 29—31 окт. 1997 г. СПб, 1997. С. 145—146.

5. WHO (1993). WHO Guidelines on HIV infection and AIDS in prison. Geneva: WHO (WHO/GPA/93.3).

6. WHO & International Committee of the Red Cross (2000). Tuberculosis Control in Prison. A Manual for Programme Managers. Geneva: WHO.

V. V. TERTYSHNIKOVA

CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL FEATURES AT SICK OF A TUBERCULOSIS AND A HIV- AN INFECTION IN CONDISHIOS PENITENSHION SYSTEMS

Faculty of infectious diseases both epidemiological FPK and PPS the Kuban state medical university.

Tuberculosis (TB) and the HIV-infection consider as two influencing and aggravating each other diseases: the precondition for increase in frequency of disease of a tuberculosis of a HIV-infected are almost 100% infection tuberculosis (MBT) adult population. Joining in these conditions of a HIV-infection causes transition infecshion TB in illness which by virtue of absence of immunity, uncontrollably progresses and in most cases comes to an end with a lethal outcome.

V. V. ТЕРТЫШНИКОВА, Л. Б. МИРОШНИЧЕНКО

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА И КАНДИДОЗА У ЖЕНЩИН, НАХОДЯЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ

ООО МФО «Клиника «На здоровье»

Инфекционная патология женских половых органов занимает одно из ведущих мест в структуре гинекологической, материнской заболеваемости и смертности. Интерес к этой проблеме связан не только с ее частотой, но и с возможностью передачи инфекции плоду, перинатальными потерями и заболеваемостью детей первых дней жизни. Воспалительные заболевания довольно часто протекают торпидно, без проявлений общей интоксикации и выраженного болевого синдрома. Это приводит к поздней диагностике и лечению, которое в ряде случаев не проводят вообще. Все эти факторы способствуют формированию различных осложнений на уровне шейки матки, матки и ее придатков [2, 3].

Инфекционный вульвовагинит может быть результатом размножения патогенных или условно-патогенных микроорганизмов, которые становятся патогенными в результате дисбаланса в экосистеме, развившегося вследствие каких-либо заболеваний или их лечения. Микроорганизмы, заселяющие слизистые оболочки влагалища, цервикального канала, могут при определенных условиях стать вирулентными и участвовать в развитии воспалительных заболеваний внутренних половых органов [1, 4].

Инфекции нижнего отдела полового тракта женщин (чаще всего вагиниты, вульвовагиниты) играют значительную роль в общей проблеме воспалительных гинекологических заболеваний. Этиология вагини-