

Автономная некоммерческая организация содействия развитию спорта

"Эстафета"

С.А. Парастаев, Н.К. Хохлина, Т.В. Абрамова, М.Ю. Базовая, И.В. Бахарева,
Л.П. Ершова, В.А. Курашвили, И.В. Круглова, Б.А. Поляев, И.Т. Выходец,
Ю.В. Мирошникова, И.А. Берзин

**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**

Клинические рекомендации

Под редакцией проф. В.В. Уйба

Москва 2019

ГРНТИ 76.35.41
УДК 61:796/799

Утверждены медицинской профессиональной некоммерческой организацией в области спортивной медицины и реабилитации - Общероссийской общественной организацией «Российская ассоциация по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов». Рекомендованы к изданию Ученым советом ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства» (протокол № 24 от 26.09.2019 г.). Введены впервые.

С.А. Парастаев, Н.К. Хохлина, Т.В. Абрамова, М.Ю. Базовая, И.В. Бахарева, Л.П. Ершова, В.А. Курашвили, И.В. Круглова, Б.А. Поляев, И.Т. Выходец, Ю.В. Мирошникова, И.А. Берзин. 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. Клинические рекомендации. Под ред. проф. В.В. Уйба // М.: ФМБА России, 2019. – 82 с.

Клинические рекомендации предназначены для медицинского персонала спортсменов, врачей по спортивной медицине, массажистов, врачей-специалистов, оказывающих медицинскую помощь спортсменам, а также аспирантов, ординаторов и студентов медицинских вузов и других специалистов, непосредственно участвующих в медицинском и медико-биологическом обеспечении спортсменов.

ГРНТИ 76.35.41
УДК 61:796/799

- © Федеральное медико-биологическое агентство, 2019
- © ФГБУ ФНКЦСМ ФМБА России, 2019
- © Автономная некоммерческая организация содействия развитию спорта "Эстафета"

Настоящие клинические рекомендации не могут быть полностью или частично воспроизведены, тиражированы и распространены без разрешения Федерального медико-биологического агентства

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	5
ТАБЛИЦА 1 СВОДНАЯ ТАБЛИЦА ПО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВОЗМОЖНОСТИ ДОПУСКА К ЗАНЯТИЯМ СПОРТОМ.....	7
1.1 ПАТОЛОГИЯ, ИМЕЮЩАЯ СЛАБОВЫРАЖЕННУЮ ГЕНДЕРНУЮ СПЕЦИФИКУ	7
1.2 ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ.....	54
1.3 ПАТОЛОГИЯ, СВОЙСТВЕННАЯ ЛИЦАМ МУЖСКОГО ПОЛА.....	78
БИБЛИОГРАФИЯ	82

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 выделительного тракта являются предрасполагающими 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 урогенитального 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

Заболывание, 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 дообследовани ем и консервативн ым лечением	Дополнитель ные указания
A54 Гонококковая инфекция (одна из наиболее распространенных 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	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	Лечение гонококковой инфекции нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез, гонококкового фарингита и гонококковой аноректальной области: - цефтриаксон 500 мг внутримышечно однократно или - цефиксим 400 мг	Гонококковой 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;	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	

	<p>уретры и/или половых путей; - 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</p>			<p>специфических 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.</p> <p>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</p>	<p>перорально однократно. Альтернативный препарат: - спектиномицин 2,0 г внутримышечно однократно.</p> <p>Лечение гонококковой инфекции глаз у взрослых: - цефтриаксон 500 мг внутримышечно 1 раз в сутки в течение 3 дней.</p> <p>Лечение гонококковой инфекций нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желез, гонококкового пельвиоперитонита и другой гонококковой</p>	<p>- общая слабость, утомляемость; - повышение СОЭ.</p> <p>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 слизисто-</p>	<p>малого таза, пельвиоперитонит) проводят в стационарных условиях (2 нед) с последующим переводом на амбулаторный режим (2-4 недели) до полного клинико-лабораторного выздоровления – временный недопуск.</p>	
--	--	--	--	--	---	---	---	--

	<p>или гнойное отделяемое в заднем и боковых сводах влагалища; - отечность, гиперемия и эрозии слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные или гнойные выделения из цервикального канала.</p> <p>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</p>			<p>длительном течении и неэффективности ранее проводимой терапии эпидидимоорхита, простатита); - офтальмолога, оториноларинголога, проктолога, ревматолога, у детей – неонатолога, педиатра (для уточнения объема и характера дополнительного обследования).</p>	<p>инфекций мочеполовых органов: -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</p>	<p>гнойные выделения из половых 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,</p>		
--	---	--	--	--	--	---	--	--

	<p>иррадиацией в прямую кишку. Объективные симптомы: - 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.</p> <p>Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желез (A54.1)</p> <p>Гонококковый вульвит у женщин. Субъективные симптомы:</p>				<p>терапии по схеме: - цефиксим 400 мг перорально 2 раза в сутки с общей продолжительностью терапии – 14 дней. При осложненном течении заболеваний дополнительно рекомендуется назначение патогенетической терапии и физиотерапии.</p> <p>Лечение беременных: - цефтриаксон 500 мг внутримышечно однократно. или - цефиксим 400 мг перорально однократно. Альтернативный препарат: - спектиномицин 2,0 г внутримышеч</p>	<p>укорочение сводов влагалища, гнойные или слизистогнойные 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 слизистогнойные выделения из цервикального канала; при хроническом течении - плотная консистенция и ограниченная подвижность матки;</p>		
--	---	--	--	--	--	--	--	--

	<p>- незначительные гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей; - 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.</p> <p>У лиц обоего пола - гонококковое поражение парауретральных желез. Субъективные симптомы: - дизурия; - гнойные или слизисто-гнойные выделения из</p>				<p>но однократно. Лечение беременных осуществляется на любом сроке беременности антибактериальными препаратами с учетом их влияния на плод при участии акушеров - гинекологов.</p> <p>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</p>	<p>- пельвиоперитонит: характерный внешний вид – facies hystercatica, гектическая температура тела, гипотензия, олигурия, резкая болезненность в нижних отделах живота при поверхностной пальпации, напряжение мышц брюшной стенки и положительный симптом раздражения брюшины.</p> <p>Мужчины Субъективные симптомы: - эпидидимоорхит: гнойные выделения из мочеиспускательного канала, дизурия, диспареуния, резкая</p>		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

	<p>мочеиспускательного канала; - болезненность во время половых контактов (диспареуния); - 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.</p> <p>Гонококковая инфекция аноректальной области (A54.6) Чаще – асимптомное течение заболевания. Субъективные симптомы: - при локальном поражении</p>				<p>проводится в соответствии со схемами лечения взрослых.</p>	<p>болезненность в области мошонки, придатка яичка и паховой 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: - эпидидимоор</p>		
--	--	--	--	--	---	--	--	--

	<p>прямой кишки: зуд, жжение в аноректальной области, незначительные выделения желтоватого или 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.</p> <p>Гонококковый фарингит (A54.5). Чаще – асимптомное</p>					<p>хит: гнойные выделения из мочеиспускат ельного канала, гиперемия и отек мошонки в области поражения, при пальпации определяются увеличенные, плотные и болезненные яичко и его придаток; - простатит: при пальпации определяется болезненная, уплотненная предстательна я железа.</p> <p>При диссеминиров анной гонококковой инфекции могут развиться (A54.8) эндокардит, перикардит, менингит, артрит, абсцесс мозга,</p>		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

	<p>течение заболевания. Субъективные симптомы: - чувство сухости в ротоглотке; - боль, усиливающаяся при глотании; - осиплость голоса. Объективные симптомы: - гиперемия и отечность слизистой оболочки ротоглотки и миндалин с зернистой поверхностью и пленчатыми наложениями.</p> <p>Гонококковая инфекция глаз (А 54.3) Субъективные симптомы: - резкая болезненность пораженного глаза; - слезотечение; - отечность век; - светобоязнь; - обильное гнойное отделяемое в углах</p>					<p>пневмония, перигепатит, перитонит, сепсис, остеомиелит, синовит, не имеющие патогномичных симптомов.</p>		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

	<p>поражённого глаза. Объективные симптомы: - отечность век; - гиперемия кожных покровов и слизистых оболочек пораженного глаза; - обильное гнойное отделяемое в углах поражённого глаза.</p>							
<p>A 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</p>	<p>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</p>	<p>Возбудитель - <i>Trichomonas vaginalis</i> - жгутиковый простейший одноклеточный паразит, вызывающий поражение урогенитального тракта. Трихомонады являются резервуаром сохранения патогенных микроорганизмов при смешанной инфекции.</p>	<p>Беспорядочная половая жизнь. Сексуальное насилие.</p>	<p>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</p>	<p>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:</p>	<p>Воспалительные заболевания органов малого таза (сальпингоофорит, эндометрит), цистит). Может неблагоприятно влиять на беременность и ее исход. У мужчин: простатит и везикулит.</p>	<p>На период амбулаторного лечения неосложненных форм системным применением противозачаточных препаратов – временный недопуск до клинико-лабораторного подтверждения выздоровления; 1-2 нед. Лечение осложненных форм (простатит,</p>	

заболеваний урогенитального тракта).	при мочеиспускании (дизурия); - дискомфорт и/или боль в нижней части живота. Объективные симптомы: - 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).			и/или РНК <i>T.vaginalis</i> ; - культуральное исследование при мало- и бессимптомных формах заболевания, а также в случаях, если предполагаемый диагноз не подтверждается при микроскопическом исследовании.	- метронидазол 2,0 г перорально однократно или - орнидазол 1,5 г 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		вовлечение в процесс органов малого таза) проводят в стационарных условиях (2 нед) с последующим переводом на амбулаторный режим (2-4 недели) до полного клинико-лабораторного выздоровления – временный недопуск.	
--------------------------------------	---	--	--	--	---	--	--	--

	<p>Субъективные симптомы у мужчин:</p> <ul style="list-style-type: none"> - прозрачные выделения из уретры; - зуд, жжение в области уретры; - боль в промежности с иррадиацией в прямую кишку; - диспареуния; - дизурия; - эрозивно-язвенные высыпания на коже головки полового члена; - боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку. <p>Объективные симптомы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гиперемия и отечность в области наружного отверстия уретры; - скудные или умеренные слизистые уретральные выделения; - эрозивно-язвенные высыпания на коже головки полового члена. 				<p>- тинидазол 2,0 г перорально 1 раз в сутки в течение 3 дней.</p> <p>При лечении осложненных форм урогенитального трихомониаза возможно одновременно применение местнодействующих протистоцидных препаратов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>A56, A74.0 Хламидийная инфекция (широко распространена в ИППП: частота в популяции варьируется в зависимости от возраста – наиболее высокая заболеваемость 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).</p>	<p>A56.0 Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта Более чем у 70% женщин – асимптомное течение. Возможные субъективные проявления: - 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,</p>	<p>Возбудитель - облигатный внутриклеточный паразит <i>Chlamydia trachomatis</i>. Хламидии существуют в двух формах (элементарные тельца — внеклеточные инфекционные тельца и ретикулярные тельца — внутриклеточная форма возбудителя) и имеют особый жизненный цикл, который начинается с инфицирова</p>	<p>Беспорядочная половая жизнь. Воспалительные процессы органов уrogenитального тракта и репродуктивной системы. Сексуальное насилие.</p>	<p>Анамнез, жалобы, осмотр, Лабораторные исследования: молекулярно-биологические методы, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК <i>C. Trachomatis</i>. 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: - акушера-гинеколога - при вовлечении в воспалительный процесс органов малого таза, при ведении беременных, больных хламидийной инфекцией;</p>	<p><i>Лечение хламидийных инфекций нижнего отдела мочеполовой системы (A56.0), аноректальной области (A56.3), хламидийного фарингита (A56.4), хламидийного конъюнктивита (A74.0)</i> 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</p>	<p>Пельвиоперитонит: характерный внешний вид – facies hystercatica, гектическая температура тела, гипотензия, олигурия, резкая болезненность 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.</p>	<p>На период амбулаторного лечения хламидийных инфекций мочеполового тракта и аноректальной области системными антибиотиками – временный недопуск до клинико-лабораторного подтверждения выздоровления; не менее 2-3 нед Лечение инфекций верхних отделов уrogenитального тракта (простатит, эпидимоорхит, сальпингоофорит, эндометрит, пельвиоперитонит) и поражений иной локализации (конъюнктив</p>	
---	---	--	---	---	---	--	---	--

	<p>слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры; - отечность и гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала, эрозии слизистой оболочки шейки матки.</p> <p>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</p>	<p>ния чувствительных клеток хозяина посредством специфичного для хламидий процесса фагоцитоза.</p>		<p>- уролога - с целью диагностики возможных осложнений со стороны репродуктивной системы, при длительном течении и неэффективности ранее проводимой терапии эпидидимоорхита, простатита, сопутствующего уретриту; - офтальмолога, оториноларинголога, проктолога, ревматолога, - с целью уточнения объема и характера дополнительного обследования.</p>	<p>Альтернативный препарат: -офлоксацин 400 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней.</p> <p><i>Лечение хламидийных инфекций верхних отделов 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</p>		<p>ит, фарингит, олигоартрит) проводят в стационарных условиях (3-4 недели последующим переводом на амбулаторный режим (2-4 недели) до полного клинико-лабораторного выздоровления – временный недопуск.</p> <p>При рецидивирующем течении множественного поражения суставов – абсолютный недопуск</p>	
--	--	---	--	--	--	--	--	--

	<p>воспалительного процесса); - 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 необильные выделения из уретры.</p> <p>Особенностью клинического течения хламидийной инфекции у девочек является более выраженная субъективная и объективная симптоматика и поражение слизистых оболочек вульвы и влагалища.</p>				<p>зависимости от вышеперечисленных факторов длительность терапии может варьировать от 14 до 21 дня. Препараты выбора: - доксицилина моногидрат 100 мг 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</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов (A56.1)</p> <p>Женщины</p> <p>Субъективные симптомы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вестибулит: незначительные выделения из половых путей, болезненность и 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 				<p>патогенетическая терапия и физиотерапия.</p> <p><i>Лечение беременных:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - джозамицин 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней или - азитромицин 1,0 г перорально однократно. <p>Лечение беременных, больных хламидийной инфекцией, осуществляется на любом сроке беременности антибактериальными препаратами с учетом их влияния на плод при участии акушеров - гинекологов.</p> <p><i>Лечение детей (с массой тела менее 45 кг):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - джозамицин 50 мг на кг массы тела в 			
--	---	--	--	--	---	--	--	--

	<p>характера, выделения из половых путей; при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены, нередко отмечаются пост- и межменструальные скудные кровянистые выделения;</p> <p>- пельвиоперитонит: резкая боль в животе, тошнота, рвота, слабость, нарушение дефекации. Объективные симптомы:</p> <p>- вестибулит: незначительные слизисто-гнойные выделения из половых путей, гиперемия наружных отверстий протоков вестибулярных желез, болезненность и отечность протоков при пальпации;</p>				<p>сутки, разделённые на 3 приема, перорально в течение 7 дней.</p> <p>Лечение новорожденных, родившихся от матерей, больных хламидийной инфекцией, проводится при участии неонатологов.</p> <p>Лечение хламидийной инфекции у детей с массой тела более 45 кг проводится в соответствии со схемами назначения у взрослых с учетом противопоказаний.</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>- сальпингоофорит: при остром течении - увеличенные, болезненные при пальпации маточные трубы и яичники, укорочение сводов влагалища, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала; при хроническом течении - незначительная болезненность, уплотнение маточных труб;</p> <p>- 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;</p>							
--	---	--	--	--	--	--	--	--

	<p>Мужчины Субъективные симптомы - эпидидимоорхит: выделения из мочеиспускатель ного 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</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>- эпидидимоорхит: слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, при пальпации увеличенные, плотные и болезненные яичко и его придаток, гиперемия и отек мошонки в области поражения;</p> <p>- простатит, сопутствующий уретриту: при пальпации болезненная, уплотненная предстательная железа.</p> <p>Хламидийное поражение парауретральных желез</p> <p>Субъективные симптомы:</p> <p>- дизурия;</p> <p>- выделения из мочеиспускательного канала;</p> <p>- диспареуния;</p> <p>- болезненность в области наружного отверстия уретры.</p>							
--	---	--	--	--	--	--	--	--

	<p>Объективные симптомы: - слизистогнойные выделения из мочеиспускательного канала, наличие болезненных образований величиной с просяное зерно в области выводных протоков парауретральных желез.</p> <p>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</p>							
--	---	--	--	--	--	--	--	--

	<p>тенизмы, болезненность при дефекации, выделения, нередко с примесью крови, вторичные запоры. Объективные симптомы: - гиперемия кожных покровов складок анального отверстия; - слизистогнойное отделяемое из прямой кишки.</p> <p>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.</p>							
--	---	--	--	--	--	--	--	--

	<p>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.</p> <p>Хламидийные инфекции, передаваемые половым путем, другой локализации (A56.8)</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>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, цирциарный 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, плюснефалангов</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>ый, 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.</p>							
<p>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 зарегистрированных случаев нейросифилиса с</p>	<p>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</p>	<p>Инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой (<i>Treponema pallidum</i>), передаваемое преимущественно половым путем, характеризующееся</p>	<p>Беспорядочная половая жизнь. Сексуальное насилие.</p>	<p>Анамнез, осмотр, лабораторные исследования: - обнаружение бледной трепонемы в образцах, полученных из очагов поражений, с помощью микроскопии в темном поле зрения и иммуногистохимического</p>	<p>Лечение больных первичным сифилисом: - бициллин-1 по 2,4 млн. ЕД 1 раз в 5 дней внутримышечно, на курс 3 инъекции или - бициллин-5 по 1,5 млн. ЕД 2 раза в неделю внутримышеч</p>	<p>При присоединении и вторичной инфекции у больных первичным сифилисом – импетигинизация, баланопостит, вульвовагинит, фимоз, парафимоз, гангренизация</p>	<p>Пациентам, получающим превентивное лечение – ограничений по допуску нет. При первичном серонегативном сифилисе – временный недопуск на время</p>	<p>Больным, получившим превентивное лечение – однократный серологический контроль через 3 месяца. После лечения первичного серонегатив</p>

<p>преобладанием его поздних форм -70,1%)</p>	<p>серовато-желтого цвета, блюдцеобразной формы, со скудным серозным отделяемым, безболезненная при пальпации; в основании - плотноэластический инфильтрат. Первичный аффе́кт может быть типичным (эрозивный, язвенный) и атипичным (индуративный отек, шанкр-панариций и шанкр-амигдалит); единичным и множественным; генитальным, перигенитальным и экстрагенитальным; сопровождается регионарным лимфаденитом, реже лимфангитом. В конце первичного периода появляется полиаденит и</p>	<p>ющееся поражением кожи, слизистых оболочек, нервной системы, внутренних органов и опорно-двигательного аппарата.</p>		<p>исследования с использованием моноклональных или поликлональных антител; - выявление специфической ДНК и РНК возбудителя молекулярно-биологическими методами; серологические методы диагностики. 1.Нетрепонемные тесты: - реакция микропреципитации (РМП) с плазмой и инактивированной сывороткой или ее аналоги: - RPR (ППР) – тест быстрых плазменных реактивов (Rapid Plasma Reagins), или экспресс-тест на реактины плазмы; - VDRL – Venereal Disease Research Laboratory test – тест исследовательской лаборатории венерических заболеваний;</p>	<p>но, на курс 5 инъекций или - бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 20 суток или - бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая по 1 млн. ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 20 суток. Препарат выбора – дюрантный пенициллин (бензатин бензилпенициллин). Бензилпенициллин в виде новокаиновой соли и водорастворимый пенициллин используют при</p>	<p>я, фагеденизм. Нейросифилис. Сифилитическое поражение внутренних органов и опорно-двигательного аппарата.</p>	<p>лечения (от 12 до 24 дней, в зависимости от избранной схемы лечения) Вторичный и ранний скрытый сифилис – временный недопуск на период лечения (1 мес.) Третичный (включая висцеральный и нейросифилис), поздний скрытый и неуточненный сифилис – временный недопуск на время лечения (2 месяца) При наличии нейросифилиса временный недопуск дается до момента негитивации</p>	<p>ном сифилиса – условный допуск до однократного контрольного обследования через 3 месяца После лечения первичного серопозитивного, вторичного и раннего скрытого сифилиса – условный допуск до окончания диспансерного наблюдения (+ 6 месяцев с момента негитивации серологических реакций, как правило, 1-2 года); серологический контроль – 1 раз в 3 месяца</p>
---	--	---	--	--	--	--	---	--

	<p>интоксикационный синдром.</p> <p>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, поражения внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и нервной системы (A51.4).</p> <p>Третичный сифилис (A52.7). Проявляется высыпаниями на</p>			<p>- TRUST – тест с толуидиновым красным и непрогретой сывороткой (Toluidin Red Unheated Serum Test);</p> <p>-USR – тест на реакины с непрогретой сывороткой (Unheated Serum Reagins);</p> <p>2.Трепонемные тесты:</p> <p>- ИФА (иммуноферментный анализ), выявляющий IgM и IgG к возбудителю сифилиса;</p> <p>- иммуноблоттинг, используемый для подтверждения диагноза, в особенности при сомнительных или противоречивых результатах других трепонемных тестов;</p> <p>- метод иммунохемилюминесценции (ИХЛ) - количественное определение уровня антител к возбудителю</p>	<p>необходимость и лечения больного в стационаре.</p> <p>Лечение больных вторичным и ранним скрытым сифилисом:</p> <p>- бензилпеницилина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 28 дней или</p> <p>- бензилпеницилина натриевая соль кристаллическая по 1 млн. ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 28 суток или</p> <p>- бициллин-1 по 2,4 млн. ЕД 1 раз в 5 дней внутримышечно, на курс 6 инъекций.</p>		<p>серологических реакций в ликворе!</p>	<p>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.</p> <p>При наличии гуммозного поражения опорно-двигательного аппарата вопрос о возможности условного допуска после специфического лечения подлежит коллегиальному решению, с привлечением венеролога и</p>
--	---	--	--	---	--	--	--	---

	<p>коже и слизистых оболочках (бугорковый и гуммозный сифилиды, третичная розеола Фурнье), поражениями внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и нервной системы (A52.0-A52.7).</p> <p>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 клинических проявлений.</p>			<p>сифилиса, может быть использован для подтверждения сифилитической инфекции и скрининга; - РПГА (реакция пассивной гемагглютинации) – высокочувствительный и специфичный тест; - реакция иммунофлуоресценции (РИФ), в модификациях РИФ_{абс} и РИФ₂₀₀ - для дифференциации скрытых форм сифилиса и ложноположительных результатов исследований на сифилис; - реакция иммобилизации бледных трепонем (РИБТ, РИТ); используется для дифференциальной диагностики скрытых форм сифилиса с ложноположительными результатами серологических</p>	<p>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 в аналогичных дозах в течение 14 суток, либо одним из препаратов «средней» длительности (бензилпенициллина</p>			<p>травматолога ортопеда.</p> <p>При нейросифилисе – условный допуск в течение 3 лет после негативации серологических реакций в ликворе; контроль – каждые полгода.</p>
--	--	--	--	---	--	--	--	---

				реакций на сифилис.	<p>новокаиновая соль) или</p> <p>- 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.</p> <p>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</p>			
--	--	--	--	---------------------	---	--	--	--

					вторичного и раннего скрытого сифилиса – 1,0 г 1 раз в сутки внутримышечно в течение 20 суток.			
<p>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)</p>	<p>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 образований в виде папул, папиллом, пятен на кожных покровах и слизистых оболочках</p>	<p>Вирусное заболевание, вызываемое ВПЧ, относящимся к роду папилломавирусов (<i>Papillomavirus</i>) и характеризующееся появлением экзофитных и эндофитных разрастаний на коже и слизистых оболочках наружных половых органов, уретры, влагалища, шейки</p>	<p>Беспорядочная половая жизнь. Сексуальное насилие. Иммунодефицитное состояние.</p>	<p>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 онкологической патологии. По показаниям – консультации: - акушера-гинеколога (для диагностики фоновых и</p>	<p>Показанием к проведению лечения является наличие клинических проявлений заболевания. При отсутствии аногенитальных бородавок или цервикальных плоскоклеточных интраэпителиальных поражений лечение субклинической генитальной папилломавирусной инфекции не проводится. Методы деструкции</p>	<p>Рак шейки матки.</p>	<p>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)</p>	<p>После лечения ограничений по допуску нет</p>

	<p>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 типичный “пестрый” и/или петлеобразный рисунок; - бородавки в виде папул –</p>	<p>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 потенциалом индуцировать рак. Международное агентство по</p>		<p>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).</p>	<p>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, наносится однократно. 3. Иммуномодуляторы для местного применения:</p>			
--	--	---	--	---	--	--	--	--

	<p>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 бородавчатоподобные папилломы, сливающиеся между собой и образующие очаг</p>	<p>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.</p>			<p>- 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. До 36 недель беременности – криодеструкция, лазерная</p>			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

	поражения с широким основанием.				деструкция или электрокоагуляция при участии акушеров–гинекологов. Детям – физические методы деструкции.			
А60 Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция (генитальный герпес): - половых органов и мочеполового тракта (А 60.0) - перианальных кожных покровов и прямой кишки (А60.1). Наиболее распространено эрозивно-язвенное заболевание гениталий; ежегодно генитальным	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	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	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	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	При присоединении и вторичной инфекции: - появление гнойного экссудата; - увеличение и болезненность паховых лимфатических узлов. Неврологические: - энцефалит, - менингит. Увеличиваются риски развития рака шейки матки. Тяжелые заболевания плода и	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

<p>герпесом заболевают около 500 000 человек; у большинства из них инфекция остается недиагностированной вследствие частых субклинических и атипичных форм заболевания.</p>	<p>вагинальные выделения; - 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,</p>	<p>нервных клеток, где происходит транскрипция вирусной ДНК.</p>		<p>жидкостях и секретах организма антител (IgM, IgG) к вирусу герпеса.</p> <p>Обследование для исключения ВИЧ-инфекции – при частоте рецидивов более 6 раз в год.</p> <p>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.</p>	<p>раза в сутки или - 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</p>	<p>новорожденного (при внутриутробном заражении).</p>	<p>проявлений + 1 месяц</p>	
---	--	--	--	--	---	---	-----------------------------	--

	<p>перианальной области); - единичные или множественные везикулезные элементы полициклической формы с прозрачным содержимым, на гиперемированном основании, - после вскрытия везикулезных элементов образуются эрозии размером 2-4 мм с гладким дном и непокрытыми краями, окруженными ярко-красным ободком.</p>				<p>течение 5 дней 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.</p> <p>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</p>			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

<p>N89.0 - Бактериальный вагиноз (по данным мировой 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%).</p> <p>В настоящее время к ИППП не относится!</p>	<p>Субъективные симптомы: - выделения из половых путей, 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,</p>	<p>Инфекционный невоспалительный синдром полимикробной этиологии, связанный с дисбиозом вагинальной микрофлоры, характеризующийся количественным снижением или полным исчезновением лактобацилл, особенно перекись-продуцирующих, и значительным увеличением облигатных и факультативных анаэробных условно-патогенных</p>	<p>Эндогенные факторы риска: - гормональные изменения (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</p>	<p>Диагноз устанавливается на основании наличия не менее 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 микрофлоры влагалища, - молекулярно-биологические методы исследования для обнаружения специфических фрагментов ДНК лактобацилл, А.</p>	<p>Схемы лечения: - клиндамицин 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</p>	<p>Инфекционные осложнения после гинекологических операций и абортов. Воспалительные заболевания органов малого таза, перитонит, абсцессы органов малого таза при введении внутриматочных контрацептивов. Неоплазия шейки матки, а также повышенная восприимчивость к ИППП, особенно к ВИЧ-инфекции и генитальному герпесу.</p>	<p>Факт проведения местного лечения не является основанием для недопуска спортсменок к занятиям тренировкам и соревнованиям (за исключением представителей водных видов спорта)</p>	
---	---	--	---	---	--	---	---	--

	<p>равномерно распределяющиеся по слизистой оболочке вульвы и влагалища. Возможно отсутствие симптомов.</p>	<p>микроорганизмов (Gardnerella vaginalis, Bacteroides spp., Prevotella spp., Mobiluncus spp., Veillonella spp., Megaspheara spp., Leptotrichia spp., Atopobium vaginae и др.).</p>	<p>концентрации лактобацилл и др.</p> <p>Экзогенные факторы риска:</p> <ul style="list-style-type: none"> - инфицирование возбудителями ИППП и колонизация половых путей генитальными микоплазмами, - лекарственная терапия антибактериальными, цитостатическими, глюкокортикостероидными, антимикотическими 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). 	<p>vaginae, G. vaginalis, M. hominis и Ureaplasma spp. и других бактерий. Консультации специалистов (гинеколога-эндокринолога, эндокринолога, гастроэнтеролога) с целью исключения сопутствующих заболеваний (состояний), которые могут способствовать нарушению нормальной вагинальной микробиоты.</p>	<p>но 1 раз в сутки (на ночь) в течение 3 дней или</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Лечение беременных</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 			
--	---	---	---	---	--	--	--	--

					<p>триместра беременности или</p> <ul style="list-style-type: none"> - клиндамицин 300 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней. <p>Лечение детей</p> <ul style="list-style-type: none"> - метронидазол 10 мг на кг массы тела перорально 3 раза в сутки в течение 5 дней. 			
<p>B37 Урогенитальный кандидоз (УГК):</p> <ul style="list-style-type: none"> - вульвы и вагины (B37.3) - других урогенитальных локализаций (B37.4) - баланит (N51.2) - уретрит (N37.0) <p>Широко распространенное заболевание, чаще у женщин репродуктивного возраста: частота регистрации кандидозного</p>	<p>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</p>	<p>Воспалительное заболевание мочеполового тракта, обусловленное дрожжеподобными грибами рода <i>Candida</i>. <i>Candida spp.</i> – условно-патогенные микроорганизмы, являющиеся</p>	<p>Эндогенные факторы риска:</p> <ul style="list-style-type: none"> - эндокринные заболевания (сахарный диабет, ожирение, патология щитовидной железы и др.), - фоновые гинекологические заболевания, - нарушения состояния местного иммунитета; <p>экзогенные факторы риска:</p> <ul style="list-style-type: none"> - прием антибактериальны 	<p>Анамнез, осмотр, лабораторные исследования:</p> <ul style="list-style-type: none"> - микроскопическое исследование нативных препаратов, препаратов с добавлением 10% раствора КОН и препаратов, окрашенных метиленовым синим по Граму; - культуральное исследование с видовой идентификацией возбудителя (С. 	<p>Лечение кандидоза вульвы и вагины</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 	<p>Осложнённый урогенитальный кандидоз: как правило, вызывается <i>Candida non-albicans</i>; является рецидивирующим (развивается 4 и более раза в год); сопровождается выраженными объективными и симптомами вульвовагинита (яркая</p>	<p>Местное (топическое) лечение неосложнённых форм урогенитального кандидоза позволяет вести полноценную тренировочную и соревновательную деятельность (за исключением водных и контактных</p>	<p>Развитие осложнений урогенитального кандидоза (с частыми рецидивами), а также генерализация процесса требуют иммунокоррекции</p>

<p>вульвовагинита составляет 30-45% в структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища; 70-75% 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).</p>	<p>факторов риска развития заболевания, сопровождающихся подавлением реактивности организма (сахарный диабет, прием цитостатических, глюкокортикостероидных препаратов и др.).</p> <p>Субъективные симптомы у женщин:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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); 	<p>факультативными анаэробами и обладающие тропизмом к тканям, богатым гликогеном (например, слизистой оболочке влагалища).</p>	<p>х, глюкокортикостероидных, цитостатических препаратов, иммунодепрессантов,</p> <ul style="list-style-type: none"> - лучевая терапия, - ношение тесной одежды, белья из синтетических тканей, - регулярное применение гигиенических прокладок, длительное использование внутриматочных средств, влагалищных диафрагм, спринцевания, использование спермицидов. <p>Рецидивирующие формы развиваются на фоне локальных иммунных нарушений, обусловленных врожденными качествами эпителиоцитов влагалища.</p>	<p>albicans, C. non-albicans, грибов не Candida родов) – при клинических проявлениях УГК, отрицательном результате микроскопического исследования на фоне клинических проявлений заболевания, при рецидивирующем течении заболевания с целью определения тактики лечения,</p> <ul style="list-style-type: none"> - молекулярно-биологические методы, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК возбудителя. <p>Консультации других специалистов ((гинекологов, гинекологов - эндокринологов, эндокринологов, гастроэнтерологов) – (гинекологов, гинекологов-эндокринологов, эндокринологов, гастроэнтерологов) – при частом рецидивировании</p>	<p>сутки перед сном в течение 7 дней или</p> <ul style="list-style-type: none"> - клотримазол крем 1% (А) 5 г 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 - буюконазол 2% крем 5 г интравагинально 1 раз в сутки перед сном однократно или - флуконазол 150 мг перорально 	<p>островоспалительная эритема, отек, изъязвления, трещины слизистых оболочек и кожи перианальной области); наблюдается у женщин, имеющих факторы риска развития заболевания, сопровождающиеся подавлением реактивности организма.</p> <p>Воспалительные заболевания органов малого таза; уретроцистит.</p> <p>Увеличение частоты развития осложнений течения беременности, а также риска антенатальной</p>	<p>видов спорта).</p> <p>Лечение осложненных форм требует временного недопуска</p>	
--	---	---	---	---	--	---	--	--

	<p>- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия). Объективные симптомы: - 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 периаанальной области; - при рецидивирующем кандидозном вульвовагините может наблюдаться сухость, атрофичность, лихенификации в области поражения, скудные беловатые</p>			<p>после проведенного лечения с целью исключения сопутствующих заболеваний, которые могут способствовать нарушению нормальной влагалищной микрофлоры.</p>	<p>однократно или - итраконазол по 200 мг перорально 1 раз в день в течение 3 дней. 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</p>	<p>ого инфицирования плода. Кандидоз плода может привести к его внутриутробной гибели или преждевременным родам. В послеродовом периоде у женщин возможно развитие кандидозного эндометрита.</p>		
--	--	--	--	---	--	--	--	--

	<p>вагинальные выделения.</p> <p>Субъективные симптомы у мужчин:</p> <ul style="list-style-type: none"> - покраснение и отечность в 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). <p>Объективные симптомы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гиперемия и отечность в области головки полового члена; - высыпания в виде пятен, папул или эрозий в области головки полового члена, нередко 				<p>щего уrogenитально го кандидоза. Целью первого этапа является купирование рецидива заболевания. Для этого используются схемы лечения, указанные выше.</p> <p>1. Применение местнодействующих азольных препаратов курсом до 14 дней или флуконазола по 150 мг перорально трижды с интервалами в 72 часа.</p> <p>При выявлении <i>C. non-albicans</i> – лечение натамицином по 100 мг интравагинально 1 раз в сутки в течение 6-12 дней.</p> <p>2. После достижения</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>покрытые белым налетом; - трещины в области головки полового члена.</p>				<p>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</p>			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

					<p>возобновить курс поддерживающей терапии.</p> <p>Лечение беременных</p> <p>Местнодействующие антимикотические средства:</p> <p>- натамицин, вагинальные суппозитории по 100 мг 1 раз в сутки в течение 3-6 дней (разрешен к применению с 1-го триместра беременности)</p> <p>или</p> <p>- клотримазол вагинальные таблетки по 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней (разрешен к применению со 2-го триместра беременности)</p> <p>или</p> <p>- клотримазол 1% крем 5 г 1 раз в сутки</p>			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

					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 негонококковым и уретритами, у 3-54,5% больных негонококковым и нехламидийными уретритами и у 7-10% женщин с	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	<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	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	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	Факт проведения местного лечения неосложненных форм не требует прерывания тренировочного процесса. Лечение осложненных форм заболевания системными антибиотиками – временный недопуск до окончания	

<p>воспалительным и заболеваниями органов малого таза.</p>	<p>при мочеиспускании (дизурия); - дискомфорт или боль в нижней части живота. Объективные симптомы: - гиперемия и отечность слизистой оболочки 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.</p> <p>Субъективные симптомы у мужчин: - скудные выделения из уретры; - зуд, жжение, болезненность при</p>			<p>ведении беременных с заболеваниями, вызванными <i>M. genitalium</i>; - уролога - для диагностики возможных осложнений со стороны репродуктивной системы.</p>	<p>течение 10 дней Альтернативный препарат: - офлоксацин по 400 мг 2 раза в сутки перорально в течение 10 дней.</p> <p>Лечение осложненных форм урогенитальных заболеваний, вызванных <i>M. Genitalium</i>. Длительность курса терапии (от 14 до 21 дня) зависит от степени клинических проявлений воспалительных процессов мочеполовых органов, результатов лабораторных и инструментальных исследований. Препараты выбора: - доксициклина моногидрат по</p>	<p>субъективные проявления менее выражены, отмечается нарушение менструального цикла; эндометрита – боль в нижней части живота, как правило, тянущего характера, слизистогнойные выделения из половых путей; при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены, нередко отмечаются межменструальные скудные кровянистые выделения. Объективные симптомы - сальпингоофорита – при остром течении</p>	<p>терапии (10-14 дней)</p>	
--	---	--	--	---	---	--	-----------------------------	--

	<p>мочеиспускании (дизурия);</p> <ul style="list-style-type: none"> - дискомфорт, зуд, жжение в области уретры; - болезненность во время половых контактов (диспареуния); - учащенное мочеиспускание и ургентные позывы на мочеиспускание (при проксимальном распространении воспалительного процесса); - боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку. <p>Объективные симптомы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры; - слизистогнойные или слизистые выделения из уретры. 				<p>100 мг 2 раза в сутки перорально в течение 14-21 дней или</p> <ul style="list-style-type: none"> - джозамицин по 500 мг 3 раза в сутки перорально в течение 14-21 дней. <p>Альтернативные препараты:</p> <ul style="list-style-type: none"> - офлоксацин по 400 мг 2 раза в сутки перорально в течение 14-21 дней. <p>Лечение беременных:</p> <ul style="list-style-type: none"> - джозамицин по 500 мг 3 раза в сутки перорально в течение 10 дней. <p>Лечение детей (с массой тела менее 45 кг):</p> <ul style="list-style-type: none"> - джозамицин по 50 мг на кг массы тела в сутки, разделенные на 3 приема, перорально в течение 10 дней. 	<p>инфекционного процесса определяются увеличенные, резко болезненные маточные трубы и яичники, укорочение сводов влагалища, обильные слизистогнойные выделения из цервикального канала; при хроническом течении заболевания – незначительная болезненность, уплотнение маточных труб;</p> <ul style="list-style-type: none"> - эндометрита – при остром течении: болезненная, увеличенная матка мягкой консистенции, обильные слизистогнойные выделения из цервикального канала; при 		
--	--	--	--	--	---	--	--	--

					Лечение заболеваний, вызванных <i>M. genitalium</i> , у детей с массой тела более 45 кг проводится в соответствии со схемами назначения у взрослых с учетом противопоказаний.	хроническом течении: плотная консистенция и ограниченная подвижность матки.		
<p>A63.8 Урогенитальные заболевания, вызванные <i>Mycoplasma hominis</i> и/или <i>Ureaplasma spp.</i>: - 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-</p>	<p>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</p>	<p><i>Mycoplasma hominis</i> и <i>Ureaplasma spp.</i> – условно-патогенные микроорганизмы, которые при реализации своих патогенных свойств способны вызывать уретрит (<i>U. urealyticum</i>), цервицит, цистит, воспалительные заболевания органов малого таза, а также осложнения</p>	<p>Беспорядочная половая жизнь. Сексуальное насилие.</p>	<p>Анамнез, осмотр, лабораторные исследования: - молекулярно-биологические, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК <i>Ureaplasma spp.</i> и <i>M. hominis</i>; - культуральное исследование, позволяющее идентифицировать и оценить количество <i>Ureaplasma spp.</i> и <i>M. hominis</i>, основываясь на степени гидролиза мочевины или аргинина, и определить</p>	<p>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</p>	<p>Воспалительные заболевания органов малого таза, осложнения течения беременности, послеродовые и послеабортные осложнения, бесплодие.</p> Лечение осложненных форм (вовлечение в процесс органов малого таза) проводят в	<p>На период амбулаторного лечения неосложненных форм системными антибиотиками – временный недопуск до подтверждения клинико-лабораторной санации организма; не менее 2 недель</p> Лечение осложненных форм (вовлечение в процесс органов малого таза) проводят в	<p>Условный допуск контроля излеченности. Первые тренировки проводить на уровне 50% ограничения интенсивности и продолжительности нагрузок; затем в течение 1 месяца постепенно увеличивать нагрузки и еще через месяц – возобновление полноценного</p>

<p>20% клинически здоровых лиц.</p>	<p>мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные выделения из уретры; - отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, слизисто-гнойные выделения в боковых и заднем своде влагалища и из цервикального канала.</p> <p>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.</p>	<p>течения беременности, послеродовые и послеабортные осложнения.</p>		<p>чувствительность микроорганизмов к антибактериальным препаратам. Консультации специалистов по показаниям: - акушера-гинеколога – при вовлечении в воспалительный процесс органов 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.</p>	<p>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 течение 10 дней.</p>		<p>стационарных условиях (2 недели) с последующим переводом на амбулаторный режим (2-4 недели) до полного клинико-лабораторного выздоровления – временный недопуск.</p>	<p>тренировочного соревновательного процесса</p>
-------------------------------------	---	---	--	--	---	--	---	--

	Объективные симптомы: -гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры; -слизистогнойные или слизистые 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 ем	Ограничения по допуску после хирургического лечения
N83.0 Фолликулярная киста яичника (вместе с кистой желтого тела составляют 75-87% всех кистозных	Функциональная киста, чаще однокамерная с тонкой стенкой, без капсулы,	Сложный генез возникновения функциональных кист яичников.	Нарушения менструального цикла, ановуляторные циклы.	Диагностика: - анамнез (нарушение менструального цикла по типу олигоменореи	При отсутствии жалоб – динамическое наблюдение в течение 1-2 менструальн	Риск разрыва (апоплексии, чаще в болевой форме), риск рецидива	Оперативное лечение (резекция яичника) при отсутствии динамики в течение 2-х	На время дообследования перед операцией – недопуск, физический и	После оперативной лапароскопии (удаление кисты, резекция яичника) –

образований яичника).	размерами 3-8 см (иногда 8-10 см).	Клинические проявления зависят от типа (персистенция фолликула, удлинение фолликулярной фазы, формирование фолликулярной кисты).		из-за удлинения фолликулярной фазы, редко болевой синдром), - осмотр (пальпация), - УЗИ органов малого таза в динамике, - МРТ.	ых циклов. Возможные исходы: самостоятельный полный или неполный регресс в конце очередной менструации; в 90% случаев полный регресс через 2 цикла. 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).	через 1 или несколько менструальных циклов (особенно при нерегулярных месячных).	менструальных циклов, болевом синдроме, при кистах больших размеров, при апоплексии (смешанная форма).	половой покой (при болевом синдроме и кистах более 35 мм).	недопуск, физический и половой покой в течение 1 менструального цикла. Контрольный осмотр – через 1 месяц, после окончания очередной менструации, назначение КОК, полный допуск.
№83.1 Киста яичника желтого	Функциональная киста,	Сложный генез	Нарушения менструальн	Анамнез (нарушение	При отсутствии	Риск рецидива,	Оперативное лечение при	На время дообследов	После оперативной

тела (вместе с фолликулярными кистами составляют 75-87% от всех кистозных образований яичника).	возникает в лютеиновую фазу менструального цикла, медленно растет, чаще имеет размеры 25-40 мм.	возникновения функциональных кист яичников. Клинически проявления зависят от типа (воспалительный процесс, недостаточность лютеиновой фазы – НЛФ).	ого цикла, НЛФ.	менструального цикла, аномальные маточные кровотечения, часто болевой синдром), осмотр (пальпация) УЗИ органов малого таза в динамике, МРТ.	жалоб – динамическое наблюдение 1-2 менструальных цикла. Возможные исходы: самостоятельный регресс в конце очередной менструации. При отсутствии регресса после 1-го цикла, возможно гормональное лечение (назначение КОК).	риск разрыва и внутрибрюшного кровотечения (апоплексия яичника смешанная форма).	отсутствии динамики в течение 2-х менструальных циклов, при кистах больших размеров, при апоплексии (смешанная форма).	ания перед операцией – недопуск, физический и половой покой (при болевом синдроме и кистах более 35 мм).	лапароскопии (резекция яичника) – недопуск, физический и половой покой 1 менструальный цикл. Контрольный осмотр – через 1 месяц, после окончания очередной менструации, назначение КОК, полный допуск.
N80.1 Эндометриоидная киста яичника (3-е место в структуре гинекологической патологии)	Имеет толстую стенку и содержит кровь.	Вариант генитального наружного эндометриоза, с высоким риском рецидива после оперативного лечения.	Может быть изолированной, но чаще сочетается с другими очагами эндометриоза и аденомиозом.	Анамнез (нарушение менструального цикла, болевой синдром), УЗИ органов малого таза в динамике, МРТ, Определение онкомаркеров – ракового эмбрионального антигена (РЭА) и	При малых размерах кист (до 30 мм) – Диенгест, 2 мг, в режиме монотерапии, однако эффективность без оперативного лечения недостаточна.	Риск снижения овариального резерва и бесплодия, риск рецидива и малигнизации, риск апоплексии.	При отсутствии эффекта от гормонального лечения в течение 3-6 месяцев или при размерах кисты более 30 мм – комбинированное лечение (плановая оперативная лапароскопия и обязательное	На время дообследования перед оперативным лечением – недопуск, физический и половой покой (при болевом синдроме и кистах более 35 мм).	После оперативной лапароскопии – недопуск, физический и половой покой в течение 1 менструального цикла. Контрольный осмотр после окончания очередной менструации

				антигена рака яичников (СА 125).			дальнейшее назначение противоречит дивной гормональной терапии).		, 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 (доброкачественных) могут быть и незрелые (злокачественные) опухоли.	Врожденный порок развития, возникает в результате нарушения формирования тканей в эмбриональном периоде развития. В структуре 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	Зрелые тератомы яичника являются наиболее распространенным типом (до 8-15% случаев). Эти опухоли обладают 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	Опухоли возникают в процессе нарушений эмбриогенеза, на ранних стадиях развития blastomeres. Эти зачатки, не свойственные тем органам, в которых они начинают развиваться, всегда окружены плотной соединительнотканной капсулой. Наиболее часто развиваются в яичниках, крестцово-копчиковой области и мозге.	Анамнез (нарушение менструального цикла, болевой синдром возникает, как правило, при опухолях более 30 мм), УЗИ органов малого таза (возможна визуализация даже при малых размерах образования – 2-3 мм), МРТ, РЭА, СА 125.	Динамическое наблюдение – 1-2 месяца при отсутствии жалоб и малых размерах (до 25-30 мм), далее – обязательное оперативное лечение!	Риск перекрута ножки, апоплексии, нагноения и малигнизации и (пролиферация одного или нескольких компонентов тератомы приводит к развитию злокачественной формы опухоли).	Обязательное плановое оперативное лечение (с учетом данных месторасположения и динамики роста опухоли).	На время дообследования перед операцией недопуск, физический и половой покой (при опухолях более 35 мм).	Золотой стандарт – оперативная лапароскопия (резекция яичника; редко, менее чем в 1%, при опухолях больших размеров показана аднексэктомия). Затем, физический и половой покой 1 менструальный цикл; контрольный осмотр после окончания очередной менструации, полный допуск.

	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).	локализации различают гонадные и экстрагонадные тератомы; виды: органоидные и организмоидные.							
N83.2 Параовариальная или паратубарная киста в области придатков (у 10% женщин). Формируется из придатка яичника; чаще – неподвижное образование (на широком основании).	Это опухолевидные образования эпителиального происхождения, чаще из мезотелия или парамезонефрального остатка; располагаются паратубарно или параовариально, чаще как находка при УЗИ органов малого таза (анэхогенное тонкостенное образование	Чаще киста односторонняя и однокамерная, с тонкой и эластичной оболочкой, что позволяет ей накапливать большой объем жидкости. Ввиду хрупкой оболочки кисты могут разрываться и вызывать внутрибрюшное кровотечение.	Находится в ограниченном листками маточных связок пространстве между фаллопиевой трубой и яичником (дифференциальный диагноз с овариальной кистой).	Анамнез (как правило, отсутствие жалоб при малых размерах – до 30-35 мм, болевой синдром – при размерах более 35-50 мм), УЗИ органов малого таза, МРТ.	При отсутствии жалоб и 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.	Динамическое наблюдение при отсутствии жалоб и малых размерах образования – 1-2 мес. Риск разрыва (при динамике роста более 35 мм). Риск разрыва и перекрута увеличивается во время беременности. Риск малигнизации и минимальный.	Оперативное лечение в экстренном порядке при наличии болевого синдрома или в плановом порядке при кистах более 30-35 мм.	На время дообследования перед оперативным лечением по поводу кист большого размера (более 35 мм) – недопуск, физический и половой покой	После оперативной лапароскопии (удаление кисты) – недопуск, физический и половой покой 1 менструальный цикл. Контрольный осмотр после окончания очередной менструации, полный допуск.

	без кровотока). Крайне редко выявляют пограничные или злокачественные формы.								
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 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.	Доброкачественная, моноклональная, хорошо отграниченная, капсулированная, одиночная или множественная опухоль 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	Локализация миоматозных узлов бывает самая разнообразная. Наиболее часто диагностируются субсерозные и межмышечные (интрамуральные) узлы, их количество варьируется от 1 до 25 и более(!), а размеры могут значительно увеличиваться в динамике. Подслизистые (субмукозные) узлы встречаются	Факторы риска: раннее менархе, отсутствие родов в анамнезе, аборт, поздний репродуктивный возраст, менопауза, 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%, неврозы –	Анамнез, клинические проявления у 25% зависят от локализации и направления роста узла по отношению к оси матки (шеечная, перешеечная и корпоральная). Болевой синдром – у каждой 3-ей, обильные менструальные кровотечения (ОМК) и межменструальные кровотечения (ММК) – у 70%. Основной метод – УЗИ органов малого таза (трансвагинальное и трансабдоминальное) с	Динамическое наблюдение каждые 6-12 месяцев при малых размерах межмышечных узлов. Симптоматическое и патогенетическое лечение – 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	Риск быстрого роста узла (48-60% в репродуктивном периоде и 8,4% в период перименопаузы), маточного кровотечения, 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). Возможност	Оперативное лечение необходимо примерно в 15% случаев. Показания: большие размеры матки (более 12 недель), быстрый рост опухоли (более 4-х недель за год), рост в постменопаузе; субмукозные, межсвязочные, шеечные и перешеечные узлы; нарушение функции соседних органов; рецидивирующие аномальные маточные кровотечения	При отсутствии жалоб и кровотечения на время дообследования ограничены по допуску. При наличии болевого синдрома и аномального маточного кровотечения – временный недообследование. Субмукозные узлы, независимо от размера, всегда подлежат удалению!	После оперативного лечения определяются его объемом: эмболизация артерий (ЭМА) – малоинвазивный 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

	норме 2/3 всех узлов в менопаузе подвергаются дегенерации: гиалиноз 65%, миксоматоз 15%, кальциноз 10%).	редко и всегда сопровождаются клиническими проявлениями и кровотечениями и/или болевой синдром). Редко встречаются межсвязочные и шейечные.	11%, патология щитовидной железы 4,5%). Климактерический синдром (КС) развивается в 2-2,5 раза чаще, чем в популяции.	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.	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 использование 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	ь нарушения функции соседних органов, бесплодие, невынашивание беременности. Риск гиперпластических процессов в гормонозависимых тканях; крайне редко (0,3-0,7 %) – злокачественное перерождение узла (особенно в постменопаузе у женщин старше 60 лет) и разрыв кровеносного сосуда миомы с кровотечением в брюшную полость (возможно при беременности и, травме или подъеме тяжестей).	с развитием анемии; болевой синдром, включая хроническую тазовую боль; нарушение репродуктивной функции, бесплодие (при исключении других причин)	(иногда в экстренном порядке при спонтанной экспульсии подслизистого узла).	репродуктивного возраста. Гистерэктомия - единственный радикальный метод лечения, в тотальном объеме – экстирпация (половой покой 1,5-2 месяца) или субтотальном объеме (НАМ). Физический и половой покой после лапароскопии и 1 месяца, после лапаротомии - 1,5-2 месяца. Контрольный осмотр после окончания очередной менструации.
--	--	---	---	--	--	--	---	---	--

					- 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 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	Эндометриоз – генетически обусловленно	Это процесс, при котором за	Осмотр, РЭА и СА 125 по	Тазовая боль в течение всего менструальног	Медикаментозная гормональная	Риск рецидивирования	Оперативное лечение – это основной	При отсутствии жалоб, на	После оперативного лечения –

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!	е дисгормональное и иммунозависимое заболевание репродуктивного возраста. По локализации различают генитальный (92-94% случаев) и экстрагенитальный эндометриоз. Генитальный эндометриоз разделяют на наружный и внутренний (аденомиоз). Наружный – эндометриоз шейки матки, влагалища, промежности, ретроцервикальной области, яичников, маточных труб, брюшины, прямокишечного-маточного углубления; внутренний эндометриоз	пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию. Часто выявляют сопутствующие заболевания молочных желез, щитовидной железы, кисты яичника, миому матки, гиперпластические процессы эндометрия.	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.	о 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 цвета) выделения до и после менструации. Бесплодие при эндометриозе – ассоциированное, поэтому хирургический этап лечения используют, прежде всего, для восстановления нормальных анатомических взаимоотноше	терапия агн-РГ или антагонистам и Гн-РГ (анти Гн-РГ) возможна при аденомиозе, наружном генитальном эндометриозе при отсутствии эндометриодных кист и других образований яичников – это патогенетическое лечение антигормонами приводит к временному угнетению функции яичников, что приводит к уменьшению секреции эстрадиола и регрессу эндометриодных гетеротопий. Возможно назначение прогестагенов в или КОК в непрерывном режиме. Кратковреме	(болевого синдром, 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 эндометриодных кист в течение первых 2-5 лет рецидивы возникают в 12-30% случаев. Объем операции при эндометриодных кистах обязательно должен быть адекватным: необходимо	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 с эндометриодной кистой яичника, ростом миомы матки, рецидивирующей гиперплазией эндометрия.	время дообследования, ограниченный по допуску нет (если нет жалоб на боли и кровотечения). При наличии болевого синдрома и маточного кровотечения – временный недопуск по недообследованию.	в зависимости от объема и доступа оперативного вмешательства. Оптимальным является лапароскопический доступ – это золотой стандарт, особенно, для женщин с целью сохранения репродуктивной функции. При обширных инфильтративных поражениях, с резекцией смежных органов, допустим абдоминальный доступ. Оптимальным при оперативном лечении эндометриодной кисты является метод
--	---	---	---	--	--	--	--	---	--

	<p>- эктопическое расположение желез и стромы эндометрия внутри гиперплазированной миометрии. При экстрагенитальном – эндометриозе могут поражаться кишечник, сальник, мочевого пузыря, почки, послеоперационные рубцы, пупок, легкие.</p> <p>Эндометриоз часто характеризуется персистирующим рецидивирующим течением.</p>			<p>ний органов малого таза и для удаления эндометриoidных кист, проводится также обязательная проверка проходимости маточных труб.</p>	<p>нное применение НПВС при болевом синдроме.</p>	<p>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 верификации и диагноза.</p>		<p>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 резерва, в этом случае допустима лазерная вапоризация, особенно при рецидивах кист. Резекцию яичника используют при удалении эндометриoidных кист малых</p>
--	---	--	--	--	---	---	--	---

									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 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	Эмбриологически, гениталии формируются из 2-х пар симметричных зародышевых парамезонефрических (Мюллеровых) протоков. Из них же развиваются почки и мочеточники. Яичники развиваются отдельно из	.	Визуальный осмотр, гормоны крови, УЗИ органов малого таза, МРТ, ГС.	Дообследование и лечение у детского гинеколога.	Тактика индивидуальная, зависит от порока развития.	Риск бесплодия, осложненного течения беременности и родов	Большая часть пороков не подлежит лечению.	При отсутствии жалоб, на время дообследования, ограниченный по допуску нет.	Оперативное лечение по показаниям (решение по допуску индивидуальное).

синдромом дисгенезии гонад, односторонняя агенезия яичника, сверхкомплектные яичники. Агенезия, удвоение, наличие перегородок влагалища, кисты гартнерова хода и др.	мезонефрических (Вольфовых) протоков, поэтому не сопровождаются аномалиями развития почек и мочеточников.								
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 эпителия, легко травмируются), фиброзно-железистый (чаще при длительном существовании, имеет толстую фиброзно-сосудистую ножку), аденоматозный (с	Причины различные: неспецифическое хроническое воспаление, урогенитальная инфекция (УГИ) и инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), ВМС, изменения гормонального фона (гиперэстрогения), наследственная предрасположенность (в 30%).	Большие полипы видны при визуальном осмотре в зеркалах, УЗИ органов малого таза (шейки матки), мазок на оонокцитологию – вирус папилломы человека (ВПЧ) высокого онкогенного риска, расширенная кольпоскопия и цервикоскопия.	Хронические аномальные маточные кровотечения (могут быть скудными), чаще во время полового акта или после него.	Консервативного лечения нет!	Риск угрозы прерывания беременности (увеличивается в 5 раз), инфицирования (т.к. имеет место хроническое воспаление), кровотечения и малигнизации, рецидива в 10% (если не удалена полностью ножка полипа).	Единственное возможное лечение – хирургическое удаление! (в первую неделю после месячных – профилактика эндометриоза), полипэктомия, выскабливание цервикального канала и раздельное диагностическое выскабливание – РДВ (этот объем необходим, особенно в период перименопаузы). У	На время дообследования ограничить по допуску нет (если нет жалоб на кровотечения).	После оперативного лечения – недопуск, физический и половой покой – 1 менструальный цикл. Контрольный осмотр после окончания очередной менструации, допуск полный.

	<p>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), грануляционный =воспалительный (после операций на шейке матки, представлен грануляционной тканью с активной воспалительной инфильтрацией, часто</p>						<p>молодых – допустима полипэктомия и гистероскопия.</p>		
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

	изъявляется, 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/интраэпителиальная неоплазия. N84.0 – полип тела матки (эндометрия), имеет место у 10% женского населения (их них в 20% случаев - множественные образования).	Гиперплазия – простая или сложная, с атипией или без нее (основная характеристика); обусловлена пролиферацией желез эндометрия, что приводит к увеличению соотношения стромальной и железистой ткани.	Гиперплазия эндометрия – это патологическое состояние, для которого характерны гиперпластические изменения железистой и стромальной структур эндометрия. Прогрессирующая,	УЗИ органов малого таза, РДВ под контролем гистероскопии	Аномальные маточные кровотечения	Консервативное гормональное лечение (в т.ч ВМС «Мирена») возможно только после РДВ и гистологического исследования	Риск кровотечения и малигнизации и 0,5% (особенно, на фоне приема тамоксифена). Особое внимание в пери- и постменопаузе!	Единственное возможное лечение – хирургическое удаление! (в первую неделю после месячных – профилактика эндометриоза): полипэктомия, выскабливание слизистой цервикального канала и	При отсутствии жалоб, на время дообследования перед оперативным лечением, ограничить допуск нет.	После оперативного лечения – недопуск, физический и половой покой 1 менструальный цикл. Контрольный осмотр – после окончания очередной менструации, допуск полный.

	<p>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.</p>	<p>рецидивирующая или атипичная гиперплазия – это серьезная проблема, предшествующая раку эндометрия в 8-29% случаев.</p>					<p>полости матки под контролем гистероскопии.</p>		
<p>N87 Дисплазия шейки матки.</p>	<p>Отличительные признаки: в анамнезе – неудовлетворительный результат ПАП теста.</p>	<p>ПАП тест (атипические изменения), кольпоскопия - атипичная картина (ацетобелый эпителий - АЦБ, пунктация и мозаика, атипичные сосуды). Прицельная биопсия и выскабливание</p>	<p>Онкоцитологический мазок, обследование на ВПЧ высокого онкогенного риска, расширенная кольпоскопия. Прицельная биопсия и выскабливание цервикального канала.</p>	<p>Чаще жалоб нет, пациентки могут жаловаться на ациклические кровотечения. При сопутствующем воспалительном процессе – дискомфорт и боли во влагалище, выделения (гноевидные или бели), зуд, жжение.</p>	<p>При изменениях типа ASCUS (атипичные клетки плоского эпителия неопределенного характера) консервативное лечение и динамическое наблюдение каждые 6-12 месяцев, при переходе в стадию LSIL (плоскоклето</p>	<p>Высокий риск малигнизации, особенно при тяжелой форме дисплазии на фоне ВПЧ 16 и/или 18 типа. ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ СРОЧНАЯ консультация и лечение у врача онкогинеколога при</p>	<p>При HSIL – выскабливание цервикального канала и последующая радиоволновая или лазерная конизация шейки матки</p>	<p>При отсутствии жалоб, на время дообследования, ограниченный по допуску нет.</p>	<p>После оперативного лечения – недопуск, физический и половой покой 1 менструальный цикл (риск кровотечения при отторжении струпа). Контрольный осмотр после окончания очередной</p>

		<p>цервикального канала с последующим гистологическим исследованием подтверждают диагноз.</p>			<p>чное 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 радиоволновая или лазерная конизация шейки матки. При изменениях HSIL обязательное лечение у врача</p>	<p>выявлении тяжелой цервикальной интраэпителиальной неоплазии, атипических железистых клеток и при подозрении на рак!</p>			<p>менструации, допуск полный.</p>
--	--	---	--	--	--	--	--	--	------------------------------------

					онкогинеколога!				
N86 Эрозия, эктропион 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 ретенционные кисты эндоцервикальных желез содержат муцин и являются кистами, происходящими	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: железистая, папиллярная, эпидермизирующая. Наботиевы кисты м.б. одиночными или	Обязательно 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 цепная реакция (ПЦР) на ВПЧ онкогенного риска (особенно 16 и 18 типы), хламидии и вирус простого герпеса второго типа (ВПГ 2). RW и ВИЧ	Чаще 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 поражении эпителия HSIL – радиоволновая или лазерная конизация шейки матки. Для лечения доброкачеств	Риск развития дисплазии и неоплазии на фоне ВПЧ онкогенного риска, особенно, при персистенции и 16 и/или 18 типа.	Оперативное лечение при выявлении Дисплазии – радиоволновая или лазерная конизация шейки матки	На время дообследования ограничены по допуску нет.	После оперативного лечения шейки матки – недопуск, физический и половой покой 1 менструальный цикл (риск кровотечения при отторжении струпа). Контрольный осмотр после окончания очередной менструации, допуск полный.

	ми из эндотелия.	множественными.	(перед подготовкой к оперативному лечению), прицельная биопсия (для верификации диагноза), выскабливание цервикального канала (когда не визуализируется стык эпителия).		енных 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 первичную (с менархе) и вторичную формы.		Уровень гормонов в крови (гипофиза, яичников, щитовидной железы, надпочечников, хорионического гормона человека бета –b-ХГЧ). УЗИ органов малого таза, УЗИ щитовидной железы,	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 месяца (в зависимости от вида спорта).

			УЗИ молочных желез.						
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 уровне гормональной регуляции менструального цикла) и сопутствующие	Уровень гормонов в крови (гипофиза, яичников, щитовидной железы, надпочечников, в-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).

		заболевания щитовидной железы, синдром резистентности яичников, синдром преждевременного истощения яичников, синдром поликистозных яичников – СПЯ, длительный бесконтрольный прием высокодозированных КОК. Вторичная аменорея чаще развивается на фоне избыточных физических нагрузок, неправильного несбалансированного питания, резкого снижения веса							
L68.0 гирсутизм, L68 гипертрихоз.	Гирсутизм – рост чрезмерной	В основе негиперандрогенного	Уровень гормонов в крови	Дообследование и лечение у врача	Консервативное и симптоматич	Риск бесплодия, онконасторо	Оперативное лечение – при гормон-	На время дообследования и	Вопрос о допуске после

	<p>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 врожденная адреналовая гиперплазия чаще встречается у</p>	<p>гирсутизма может лежать применение таких лекарств, как андрогены, глюкокортикоиды, прогестины, антагонисты эстрогенов или гонадотропинов. Гипертрихоз также может быть вызван некоторыми лекарствами или стрептомицином, циклоспорином, миноксидилом и др. Гирсутизм при СПЯ появляется в период полового созревания, чаще минимальный или умеренный. Гирсутизм опухолевого генеза</p>	<p>(гипофиза, яичников, щитовидной железы, надпочечников). УЗИ органов малого таза, УЗИ щитовидной железы, УЗИ молочных желез. УЗИ почек и надпочечников РЭА, СА 125</p>	<p>эндокринолога-гинеколога.</p>	<p>еское лечение (учитывая косметические проблемы, часто совместно с врачами дерматологами)</p>	<p>женность в отношении гормон-продуцирующих опухолей яичника.</p>	<p>продуцирующих опухолях!</p>	<p>консервативного лечения ограничить по допуску нет (за исключением периода дообследования перед оперативным лечением при гормон-продуцирующих опухолях).</p>	<p>оперативного лечения (при опухолях) решается индивидуально, с учетом диагноза и объема операции.</p>
--	--	---	--	----------------------------------	---	--	--------------------------------	--	---

	<p>Ашкеназского еврейского населения – 3,7%). Негиперандрогенная форма развивается при применении некоторых лекарств, эндокринопатиях (гипертиреоз, гиперпролактинемия, акромегалия, синдром Кушинга). Гирсутизм может быть идиопатическим - 10% (это диагноз исключения, генетически детерминированный, чаще у женщин Восточно-Индийского и средиземноморского происхождения с регулярным менструальным циклом, нормальной морфологией</p>	<p>всегда очень выраженный, есть признаки вирилизации; эти опухоли всегда автономны, около 50% из них – злокачественные!</p>							
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

	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 не известна, но данные говорят о том, что это	Встречается у 5-10% женщин в период половой активности и у 20-25% у девочек-подростков. Это гетерогенный сложный синдром неизвестной этиологии, это синдром неоднородных	Многочисленные исследования, указывают на то, что это – генетическое заболевание. Исследования многих генов показало связь биосинтеза стероидных гормонов и метаболизма	Визуальный осмотр, УЗИ органов малого таза, гормоны крови, антимюллеров гормон (у женщин репродуктивного периода), биохимия крови (с липидным спектром).	Основные симптомы: олиго- или аменорея, гиперандрогения, поликистозная морфология яичников, стойкая хроническая ановуляция – у 5-10% женщин репродуктивного возраста, часто сопутствующий	Лечение метаболического синдрома, гормональное лечение, диета (богатая клетчаткой, позволяет уменьшить некоторые факторы, влияющие на уровень инсулина, холестерина, ЛПВП).	Риск бесплодия, развития метаболического синдрома, сахарного диабета 2 типа.	При неэффективности гормональной стимуляции (отсутствие овуляции, повышенной концентрации и лютеинизирующего гормона –ЛГ, а также при сопутствующей патологии:	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 лазерного воздействия; они создают

<p>сложное многогенное расстройство с сильным эпигенетическим и экологическим воздействием, включая факторы питания и образа жизни.</p>	<p>эндокринных нарушений с типичными симптомами олигоменореи, гиперандрогении, гирсутизма, ожирения, устойчивости к инсулину и повышенного риска диабета 2 типа.</p>	<p>, действие гонадотропина и гонадных гормонов на фолликулогенез, ожирение, секрецию инсулина. Происходит окончание фолликулярного созревания, накопление мелких фолликулов в корковом слое и гиперплазия стромы яичника.</p>		<p>метаболический синдром (в 2-5 раз чаще), НЖО – абдоминальное ожирение и резистентность к инсулину, повышенный риск кардиометаболических нарушений.</p>	<p>Консервативное лечение СПЯ (ципротеронацетат-содержащие КОК и с антиандрогенным эффектом в течение 12 месяцев, метформин). Для стимуляции овуляции - кломифенцитрат на 3-6 месяцев, при неэффективности - гонадотропины.</p>		<p>спаечный процесс, эндометриоз, непроходимость маточных труб) – показано лапароскопическое оперативное лечение бесплодия.</p>	<p>точные отверстия в утолщенной оболочке яичника. Как правило, дриллинг 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.</p>
---	--	--	--	---	---	--	---	---

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
<p>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 встречается от 5 до 20%</p>	<p>В подавляющем большинстве случаев (до 95%) варикоцеле варикозное расширение возникает слева</p>	<p>Преимуществом локализация варикоцеле обусловлена рефлюксом венозной крови из левой почечной вены в тестикулярную, которой свойственна недостаточность клапанного аппарата.</p>	<p>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 тестикулярную вену обнаруживается</p>	<p>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 изменений спермограммы -</p>	<p>При резком ограничении тренировочной и соревновательной активности на длительное время (>6 месяцев) может наступить инволюция клинических проявлений.</p>	<p>Снижение фертильности (бесплодие)</p>	<p>Единственный метод лечения у спортсменов – плановое малоинвазивное хирургическое вмешательство (операция Мармара, лапароскопическое клипирование тестикулярной вены) Наиболее адекватным выбором является операция Мармара - субингинальное микрохирургическое ушивание вен семенного канатика. Предпочтительным является как можно более раннее оперативное</p>	<p>На время дообследования перед операцией – временный недопуск, физический покой.</p>	<p>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 видами спорта (негативное</p>

лиц мужского пола).			тся при пробе Вальсальвы исключительно доплерометрически	астенозооспермия).			<p>вмешательство, что обусловлено меньшим риском снижения ожидаемых спортивных результатов из-за длительного периода исключения физических нагрузок после операции.</p> <p>При рецидивах варикоцеле проводят рентгенэндovasкулярное склерозирование тестикулярной вены</p>	<p>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 гидростатического давления,</p>
---------------------	--	--	--	--------------------	--	--	--	---

									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 установлена); 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, урологические вмешательства (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 (C. trachomatis, U. Urealyticum, M. hominis и др.); • урофлоуметрию и определение остаточной мочи; • 4-стаканную пробу; • микроскопию секрета простаты или первой порции мочи, полученной после массажа железы; • культуральные исследования	Лечение определяется категорией заболевания и может не включать антибактериальную терапию (если лечение антибиотиками проводится, то приоритет фторхинолам четвертого поколения – левофлоксацина 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			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-IISS) 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>)