

Инфекции, передаваемые половым путем в гинекологической практике

**Марина Геннадьевна Аскерова,
к.м.н., доцент кафедры акушерства и
гинекологии УГМУ**

2016 год

Воспалительные заболевания женских половых органов

- В структуре гинекологической заболеваемости 1-ое место (65-68%)
- Этиология – **ИППП**, условно-патогенная микрофлора (*E.coli* – 65,7%, ↑ *Klebsiella pneumoniae* на фоне ИДС), полимикробная флора, в 20% - выделить микроорганизм не удается
- **Доказана полимикробная этиология ВЗОМТ, с преобладанием возбудителей, передаваемых половым путем:**
 - *N. gonorrhoeae* (25-50%) - гонококковая инфекция
 - *C. trachomatis* (25-30%) – хламидийная инфекция
 - Ассоциации аэробных и анаэробных микроорганизмов (25-60%) - *E. coli*, *Bacteroides* spp., *Peptostreptococcus* spp., *G.vaginalis*, *Streptococcus* spp. и т.д.

Обследованию на ИППП подлежат

- ◆ женщины с воспалительными процессами гениталий и их половые партнеры
- ◆ пациентки с хроническими, рецидивирующими воспалительными процессами органов системы мочевого выделения
- ◆ пациентки с ОАГА
- ◆ беременные женщины (на любом сроке беременности при осложненном течении данной беременности).
- ◆ Супружеская пара на этапе планирования беременности

Самые частые вопросы при ИППП. Кто виноват? Что делать?



Инфекции, регистрируемые в РФ, как ИППП (Приказ МЗ РФ от 12.08.2002г. №403)

Сифилис, ВИЧ

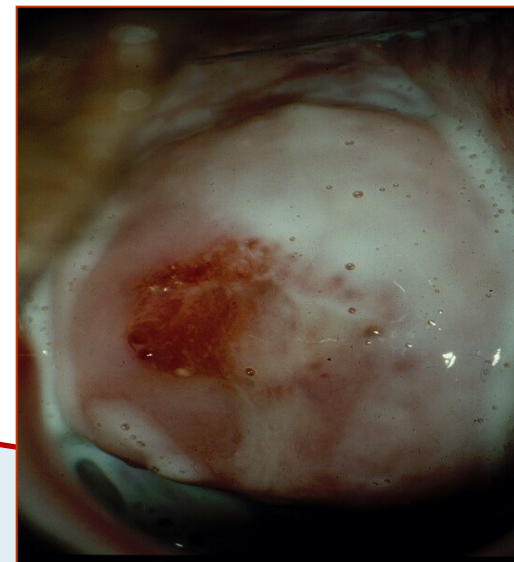
Гонорея

Хламидии

Трихомониаз

Генитальный герпес

Аногенитальные бородавки



- Герпесвирусная инфекция занимает одно из ведущих мест по распространенности среди заболеваний, передающихся половым путем.
- Заболевания, вызванные ВПГ, занимают второе место (15,8%) после гриппа в качестве причин смерти от вирусных инфекций (не считая СПИДа).
- ВПГ поражает все популяционные группы. 98% взрослого населения во всем мире имеют антитела к ВПГ- I или ВПГ - II.
- Более 530 миллионов человек в мире имеют вирус, вызывающий генитальный герпес (ВПГ-2).
- Число зарегистрированных случаев ГГ в России в 2012 г.- 16,8 на 100тыс. населения; в Москве -17,6 на 100 000 населения

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС

- хроническое, рецидивирующее, вирусное заболевание, передающееся преимущественно половым путем.

ВПГ- I

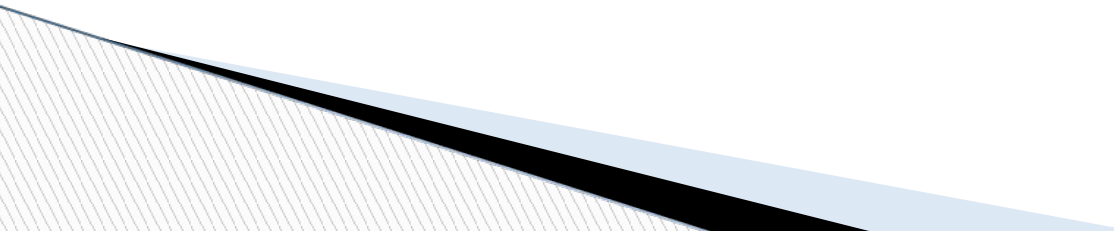
ВПГ- II

Основным возбудителем генитального герпеса является ВПГ II типа (70 % случаев)

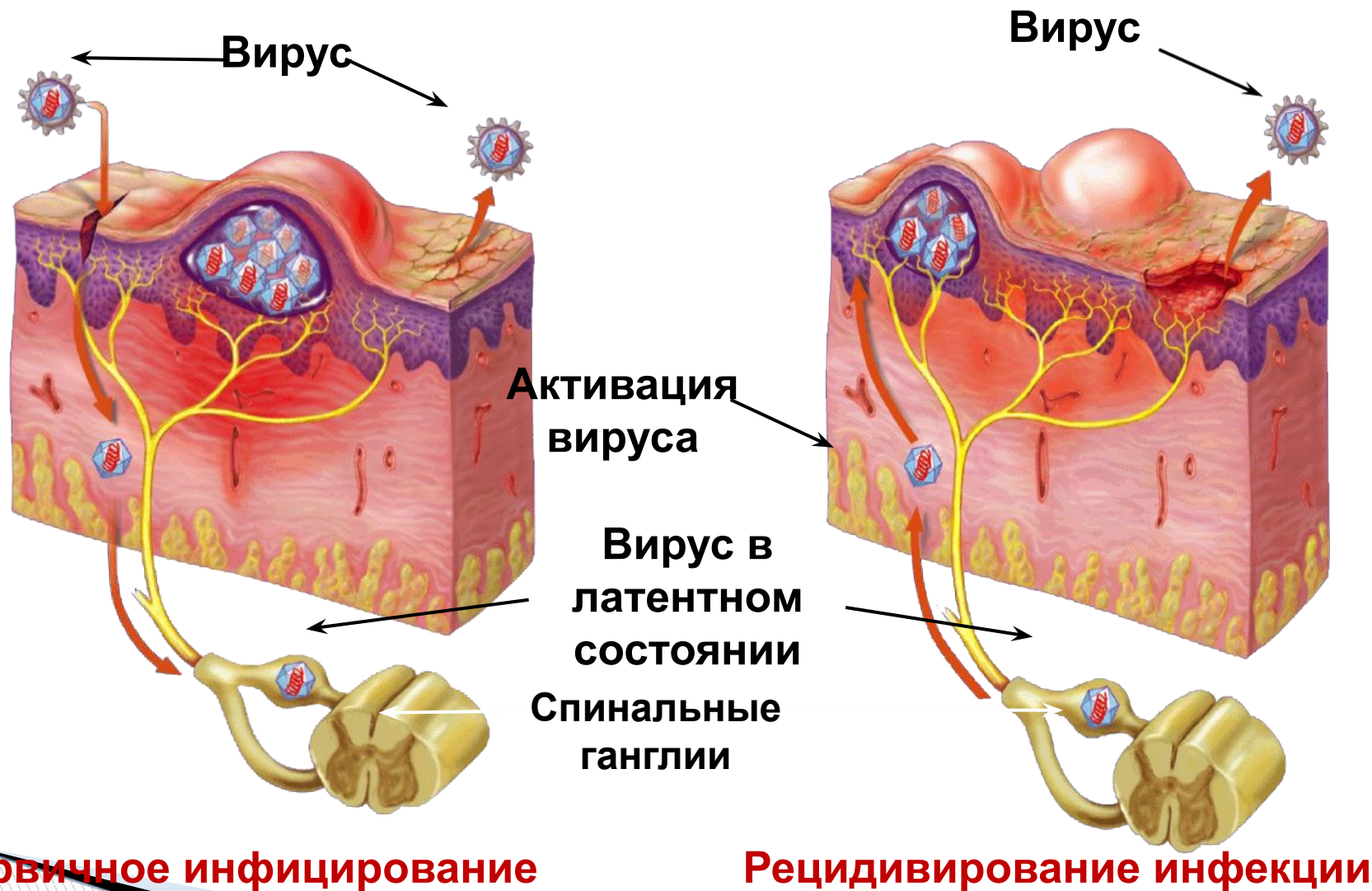
Реже – ВПГ I типа (30 % случаев)



Факторы риска

- Раннее начало половой жизни
 - Большое число половых партнеров
 - **Пренебрежение принципами безопасного секса**
 - Рост числа гомосексуальных связей
 - Бессимптомное течение ГГ, отсутствие контроля за передачей вируса
- 

75% половых партнеров-источников генитальной герпетической инфекции узнают о своем заболевании только от «свежезараженного» партнера.



КЛАССИФИКАЦИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

Клинические формы ГГ

- Первичный ГГ (первый эпизод)
- Рецидивирующий ГГ
 - а) типичная
 - б) атипичная
 - в) бессимптомное вирусовыделение

Степень тяжести заболевания

- **Легкая** форма - обострения 3-4 раза в год, ремиссия не менее 4 месяцев.
- **Средней** тяжести - обострения 4-6 раз в год, ремиссия не менее 2-3 месяцев.
- **Тяжелая** форма - ежемесячные обострения, ремиссии от нескольких дней до 6 недель.

Локализация герпетических высыпаний у женщин



- Кожа наружных половых органов
- Периаанальная область
- Ягодицы
- Бедра
- Слизистая влагалища
- Слизистая шейки матки
- Уретра и др.

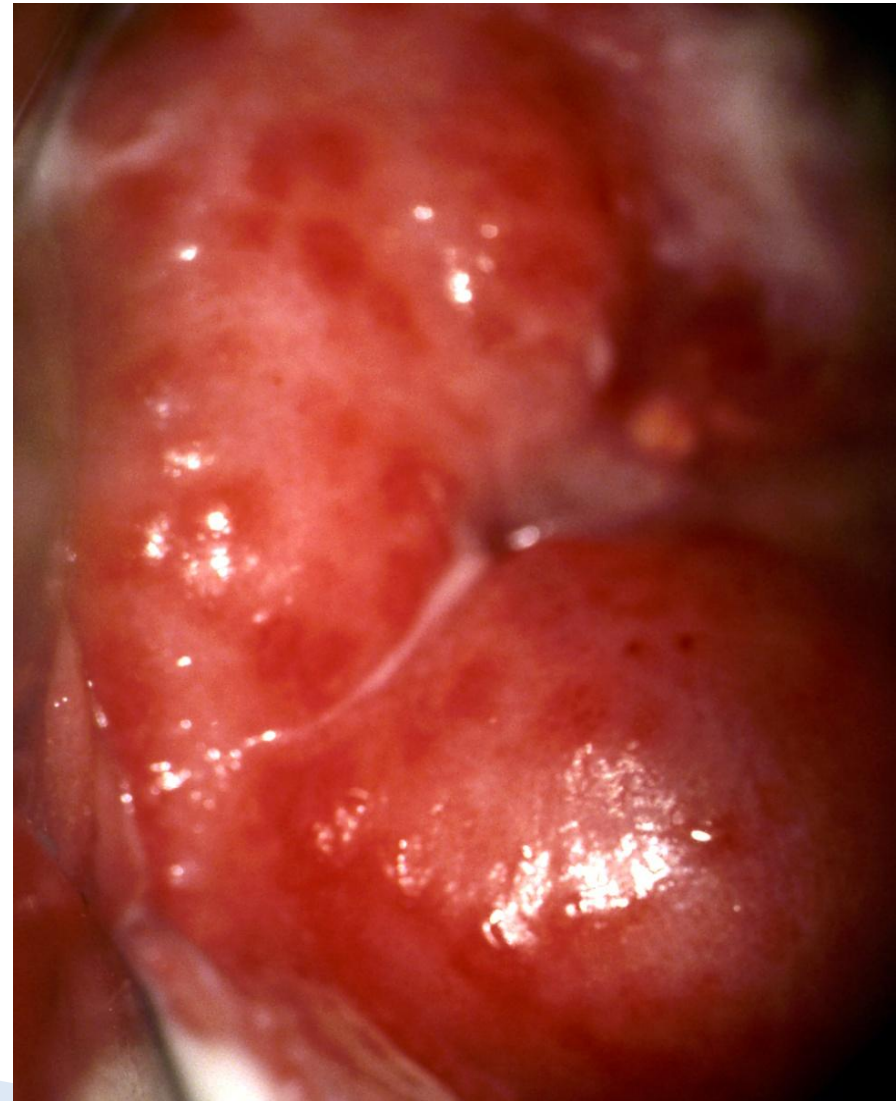
Типичный первичный генитальный герпес



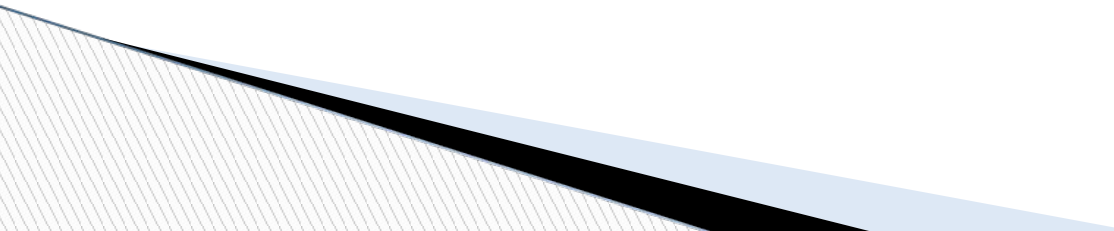
Герпетические высыпания на руках

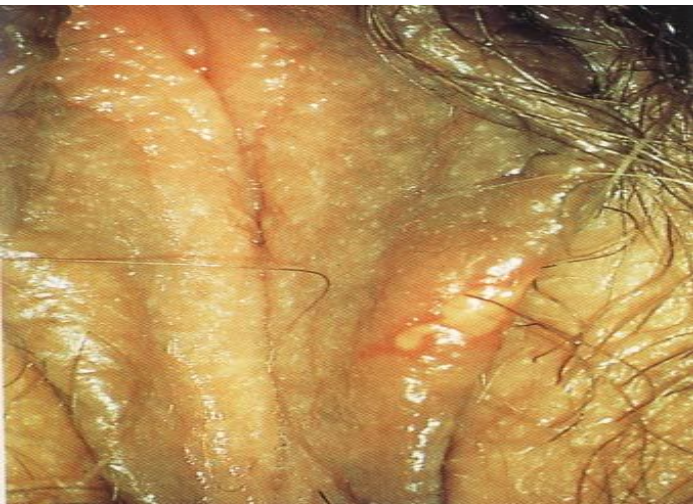


Герпетические высыпания на шейке матки, экзоцервицит



Факторы , способствующие рецидивированию генитального герпеса:

- ❑ Снижение иммунологической реактивности**
 - ❑ Психоэмоциональное напряжение**
 - ❑ Переохлаждение и перегрев организма**
 - ❑ Тяжелые интеркуррентные заболевания**
 - ❑ Резкая перемена климата**
 - ❑ Ультрафиолетовое облучение**
 - ❑ Менструации**
 - ❑ Медицинские манипуляции (аборты и введение ВМС, гистероскопия и др.)**
- 



• **Атипичная** клиническая картина **чаще** встречается **при рецидивах** ГГ и включает целый ряд **неспецифических симптомов**¹⁻⁶

- Едва заметные, часто безболезненные, язвочки
- Гиперемия и отечность области поражения
- Дизурия
- Выделения из уретры и влагалища
- Рецидивирующие трещины в области промежности, мошонки или вульвы, которые самостоятельно эпителизируются в течение 4 - 5 дней

1. Corey L, Adams HG, Brown ZA, Holmes KK (1983) Genital herpes simplex virus infections: clinical manifestations, course, and complications. Ann Intern Med 98:958-972
2. Langenberg AG, Corey L, Ashley RL et al (1999) A prospective study of new infections with herpes simplex virus type 1 and type 2. N Engl J Med 341:1432-1438
3. Koutsky LA, Stevens CE, Holmes KK et al (1992) Underdiagnosis of genital herpes by current clinical and viral-isolation procedures. N Engl J Med 326:1533-1539
4. Ashley RL, Wald A (1999) Genital herpes: review of the epidemic and potential use of type-specific serology. Clin Microbiol Rev 12:1-8
5. Markos AR (2004) Successful management of vulvar adhesions with potent topical corticosteroids: a case report. J Reprod Med 49:398-400
6. Uuskula A, Raukas L (1994) Atypical genital herpes: report of five cases. Scand J Infect Dis 36:37-39



Атипичная форма генитального герпеса

Диагностика генитального герпеса.



**Материалом для исследования
являются содержимое везикул,
соскоб со дна эрозий, слизистой
оболочки уретры, влагалища,
цервикального канала, пробы
крови.**

Диагностика генитального герпеса

- ▣ Вирусологические методы обнаружения и идентификации ВПГ
- ▣ Молекулярно-биологические (ПЦР, ПЦР-РВ)
- ▣ Цитоморфологический метод (*выявление внутриклеточных включений*)
- ▣ Иммунологические:
 - выявление антигенов ВПГ (*реакции прямой и непрямой иммунофлуоресценции*);
 - выявление антител IgM, IgG в сыворотке крови методом ИФА

(Только определение типоспецифических антител к гликопротеину G обеспечивает адекватную точную диагностику)

**Существуют два основных документа,
регулирующих лечебную тактику в
отношении пациентов, страдающих
генитальным герпесом**

*«Руководство по лечению заболеваний,
передающихся половым путем» («Sexually
Transmitted Diseases Treatment Guidelines»,
США)*

*«Европейские стандарты диагностики и лечения
заболеваний, передающихся половым путем»*

Вершина айсберга

Айсберг = Все
ВПГ-2 Серо-позитивные лица

Лечатся

10%

Герпес
диагностирован,
но лечение не
проводится

10%

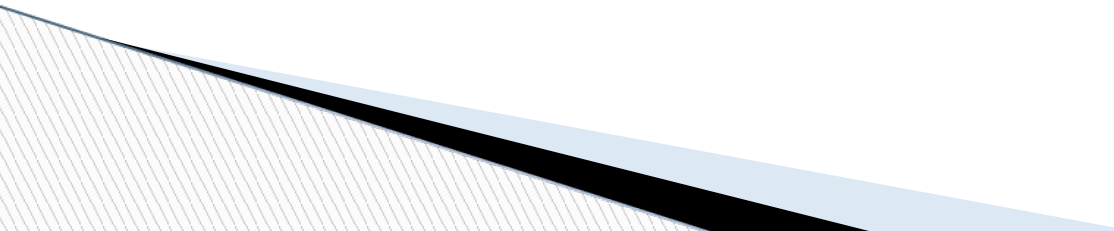
60%
Симптомы есть,
но диагноз не
поставлен

Асимптоматичные
формы

20%



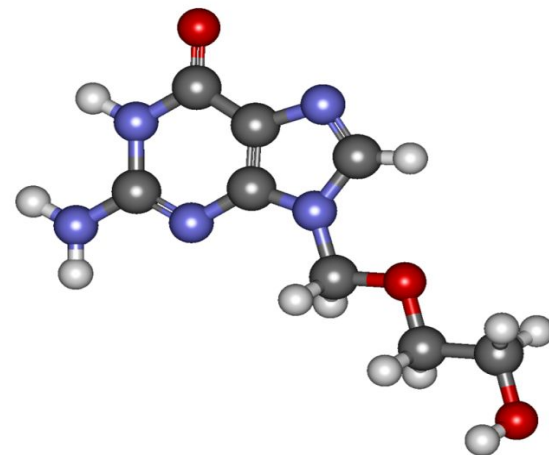
Основные принципы лечения генитального герпеса

- Противовирусная химиотерапия
 - Иммунотерапия
 - Комбинация этих методов
- 

Ациклические нуклеозиды (аналоги нуклеозидов) – препараты выбора для *лечения генитального герпеса*

Специфически встраиваются в вирусные ДНК и обрывают процесс репликации вирусов на любой стадии и препятствуют образованию новых вирусов

- ▣ **ацикловир**
- ▣ **фамцикловир**
- ▣ **валацикловир**



Лечение первого эпизода генитального герпеса

	CDC(2010)	IUSTI (2010)
Ацикловир	<ul style="list-style-type: none">■ 200 мг х 5 раз в день – 7-10 дней■ 400 мг х 3 раза в день – 7-10 дней	<ul style="list-style-type: none">■ 200 мг х 5 раз в день – 5 дней■ 400 мг х 3 раза в день – 5 дней
Фамцикловир	250 мг х 3 раза в день – 7-10 дней	250 мг х 3 раза в день – 5 дней
Валацикловир	1г х 2 раза в день – 7-10 дней	500 мг х 2 раза в день – 5 дней

Centers for Disease Control and Prevention, Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010
Европейское руководство по ведению больных генитальным герпесом, 2010

Длительность, интенсивность и требуемый объем лечения ГГ определяется

- **тяжестью клинического течения**
- **частотой рецидивов**
- **состоянием иммунной системы**
- **психоэмоциональными последствиями**
- **наличием риска передачи инфекции половому партнеру или новорожденному**

Два варианта терапии рецидивирующего генитального герпеса

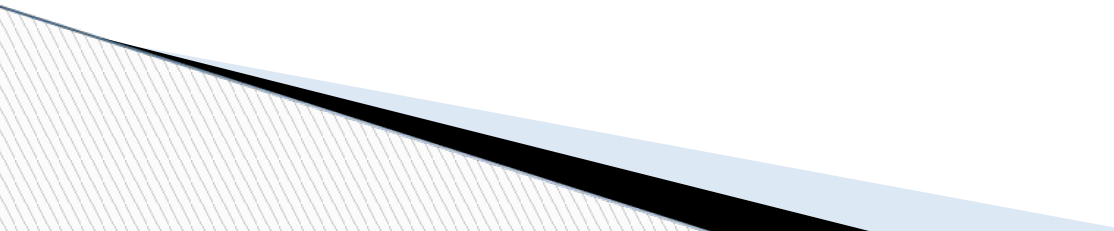
- **Эпизодическая**
 - **Супрессивная**
- 

Эпизодическая терапия рецидивирующего генитального герпеса

	CDC(2010)	IUSTI (2010)
Ацикловир	<p>400 мг х 3 раза в день - 5 дней</p> <p>800 мг х 2 раза в день - 5 дней</p> <p>800 мг х 3 раза в день - 2 дня</p>	<p>200 мг х 5 раз в день – 5 дней</p> <p>400 мг х 3 раза в день – 3-5 дней</p> <p>800 мг х 3 раза в день- 2 дня</p>
Фамцикловир	<p>125 мг х 2 раза в день – 5 дней</p> <p>1г х 2 раза в день -1 день</p> <p>500 мг однократно, а затем по 250 мг дважды в день в течение 2 дней</p>	<p>125 мг х 2 раза в день - 5 дней</p> <p>1г х 2 раза в день -1 день</p>
Валацикловир	<p>500 мг х 2 раза в день – 3 дня</p> <p>1г х 1 раз в день - 5 дней</p>	<p>500 мг х 2 раза в день- 5 дней</p> <p>500 мг х 2 раза в день- 3 дня</p>

Супрессивная терапия рецидивирующего генитального герпеса

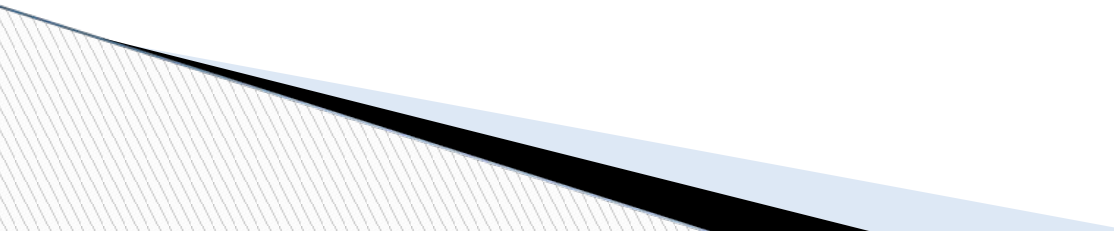
Показания

- Тяжелое течение с частыми обострениями
 - Клинически выраженные продромальные симптомы
 - Особые обстоятельства (отпуск, экзамены, свадьба и т.п.)
 - Во время иммуносупрессивной терапии
 - При психосексуальных расстройствах
 - Во избежание риска передачи
- 

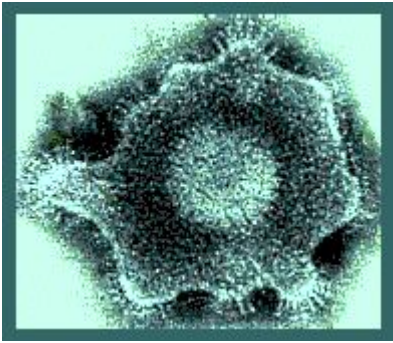
Супрессивная терапия рецидивирующего генитального герпеса

	CDC(2010)	IUSTI (2010)
Ацикловир	400 мг x 2 раза в день	800 мг x 1 раз в день; 200 мг x 4 раза в день; 400 мг x 2 раза в день
Фамцикловир	250 мг x 2 раза в день	250 мг x 2 раза в день
Валацикловир	500 мг x 1 раз в день 1г x 1 раз в день	500 мг x 1 раз в день; 250 мг x 2 раза в день; 1г x 1 раз в день

Иммуномодулирующая терапия

- 1. Индукторы синтеза эндогенного интерферона.***
 - 2. Экзогенные интерфероны.***
 - 3. Специфические иммуноглобулины.***
 - 4. Герпетические вакцины.***
- 

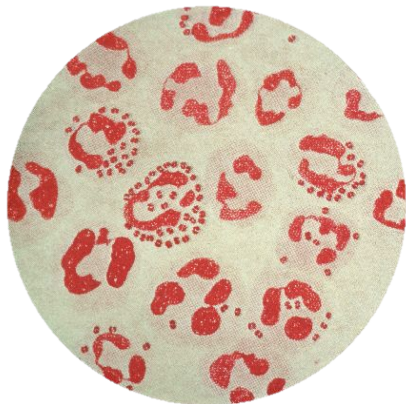
Консультирование больных



Пациенты должны быть проинформированы о том, что в настоящее время отсутствуют методы лечения, способные полностью элиминировать возбудитель из организма; кроме того, существует вариабельность чувствительности вируса к рекомендуемым препаратам, а также возможность развития резистентности к противовирусным препаратам.

Возбудители ИППП ассоциированные с ВЗОМТ

N.gonorrhoeae



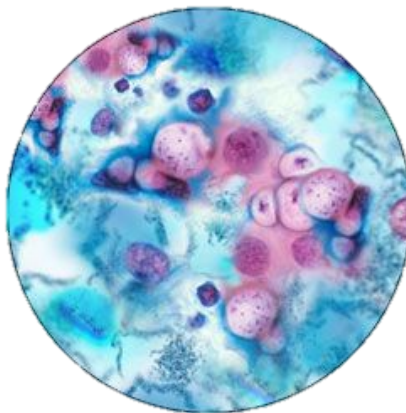
Фактор вирулентности гонококка Ribosomal protein L12 считается ответственным за возникновение восходящей гонореи у женщин

Клеточные пептогликаны обеспечивают устойчивость мембраны гонококка к бактерицидным препаратам

Частота выделения *N.gonorrhoeae* при ВЗОМТ варьирует от 11 до 98%

Sweet RL. Treatment strategies for pelvic inflammatory disease. Expert Opin/ Pharmacother 2009; 10: 823–37.

C.trachomatis

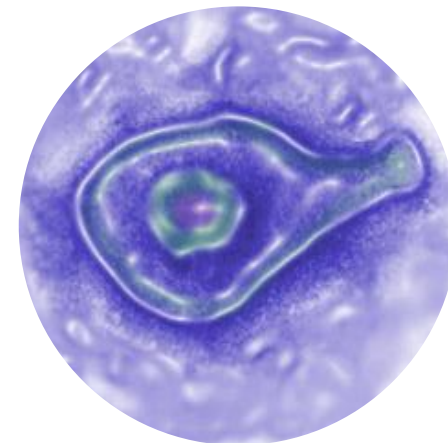


В исследованиях, где забор материала для микробиологического исследования выполнялся лапароскопически, частота выделения варьировала от 9 до 30%

По зарубежным данным *C.trachomatis* вызывает острые ВЗОМТ в 18,8% случаев

В среднем частота выделения при ВЗОМТ колеблется от 1,2 до 44%

M.genitalium



Выделена из эндометрия и фаллопиевых труб женщин с ВЗОМТ^{1,2}

Вызывает морфологические изменения в клетках реснитчатого эпителия фаллопиевых труб³

Серологические исследования свидетельствуют о существовании четкой связи между перенесенной ранее инфекцией, вызванной *M.genitalium*, и трубным бесплодием⁴

Получены доказательства роли в этиологии цервицита и эндометрита у женщин⁵

1. Cohen CR, et al. Association between Mycoplasma genitalium and acute endometritis. Lancet. 2002; 359: 765–766.
2. Cohen C, Ret al. Detection of Mycoplasma genitalium in women with laparoscopically diagnosed acute salpingitis. Sex. Transm. Infect. 2005; 81: 463–466.
3. Baczyńska A. Prevalence of Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis and Chlamydia trachomatis among Danish patients requesting abortion. Syst Biol Reprod Med. 2008 May-Jun; 54(3): 127–34.
4. Clausen HF, et al. Serological investigation of Mycoplasma genitalium in infertile women. Hum. Reprod. 2001; 16: 1866–1874.
5. Taylor S.N. Mycoplasma genitalium. Curr Infect Dis Rep. 2005; 7(6): 453–457.

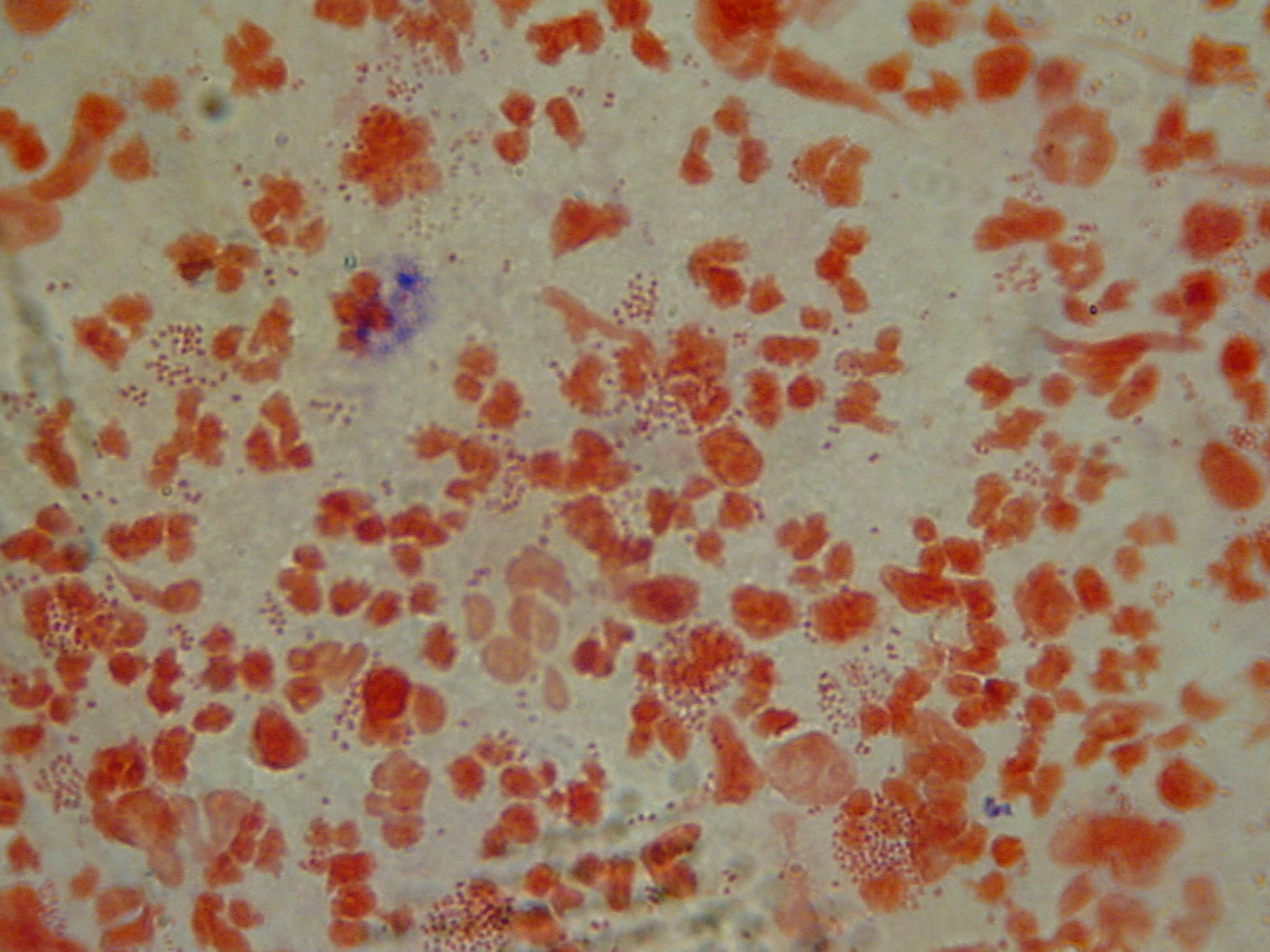
Гонорея как причина выделений из влагалища



Диагностика гонореи

Диагноз основывается на выявлении

N. gonorrhoeae



Диагностика гонококковой инфекции

- **Микроскопический** метод с окраской препаратов по Грамму может быть использован только при обследовании **мужчин с наличием выделений из уретры**
- **Культуральный метод** является методом выбора при соблюдении условий транспортировки клинического материала, использовании качественных питательных сред, строгого проведения условий лабораторного исследования, а также в популяции с повышенным риском заболевания
- В популяции низкого риска, для скрининга и для исследования неинвазивных образцов **МАНК/ПЦР** подходят больше (к примеру, исследование мочи у мужчин и вагинальных образцов у женщин)
- При обследовании пациентов без клинических симптомов заболевания **МАНК/ПЦР обязательно должны подтверждаться бактериологическим методом**

Как лечить гонорею?

- Фторхинолоны для лечения гонококковой инфекции не рекомендуются
- Единственный класс препаратов, рекомендованный для лечения гонореи – **Цефалоспорины**
- Из-за роста резистентности гонококка к цефалоспорином согласно Европейским рекомендациям **IUSTI/WHO (2012)** следует лечить неосложненную гонорею комбинацией цефтриаксона (**500** мг в/м с азитромицином (**2,0** г внутрь))

Centers for Disease Control and Prevention. Update to CDC's Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2014

Bignell C. 2012 European (IUSTI/WHO) guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults.

Хламидии как причина выделений из влагалища

Европейское руководство по ведению больных с инфекциями, вызванными *Chlamydia trachomatis**

- Дата обновления: июль 2010 г.

Авторы:

E. Lanjouw, J.M. Ossewaarde, *Роттердам, Нидерланды,*
A. Sary, *Вена, Австрия,*
F. Voag, *Лондон, Великобритания*

Редактор: W.I. van der Meijden, *Роттердам, Нидерланды*

*В данном руководстве рассматриваются только урогенитальные инфекции, вызванные урогенитальным и LGV-биотипами *C. trachomatis*.

www.iusti.org

www.iusti.ru

Урогенитальная хламидийная инфекция у женщин

Клиническая картина

- Бессимптомное течение (до 90% случаев)
- Цервицит
- Уретрит
- Посткоитальные или контактные кровотечения
- Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)
- Проктит

Симптомы инфекции

- Выделения из влагалища
- Контактные кровяные выделения из влагалища
- Нелокализованная боль в животе или боль внизу живота
- Слизисто-гнойные выделения из наружного маточного зева
- Кровоточивость слизистой шейки матки
- Отек слизистой шейки матки
- Эрозии шейки матки
- Межменструальные кровяные выделения из влагалища
- Болезненное мочеиспускание

Методы лабораторной диагностики хламидийной инфекции

- Методы амплификации нуклеиновых кислот (МАНК)*
- Выделение возбудителя в культуре клеток
- Иммуноферментный анализ (ИФА)
- Метод прямой

*превосходство МАНК перед другими методами доказано множеством исследований

Лечение неосложненного урогенитального хламидиоза

Для лечения неосложненного урогенитального хламидиоза в первую очередь рекомендуется один из следующих способов :

- Азитромицин в дозе 1 г внутрь однократно или
- **Доксициклин/ Юнидокс солютаб в дозе 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 суток**

Другие способы лечения :

- **Джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 суток** или
- курс другого макролида в соответствующей дозе.

*Эти рекомендации относятся только к случаям моноинфекции *S. trachomatis*.*

При осложненной форме УГХ длительность лечения составляет 14 – 21 день

Чувствительность *C. trachomatis* к разным антибактериальным препаратам

	Минимальная ингибирующая концентрация MIC ₉₀ , мг/л
Моксифлоксацин	0.03–0.06
Офлоксацин	0.25–4.0
Левифлоксацин	0.25–1.0
Доксициклин	0.015–0.5
Эритромицин	0.25–1.0
Азитромицин	0.12–1.0

Чем меньше МИК, тем выше чувствительность

Williams WL, Hightwood C, Morrissey J. Activity of moxifloxacin and four comparators against recent isolates of *Chlamydia trachomatis*. Poster presented at ECCMID 2006: P1298.

Donati M, Rodriguez Fermepin M, Olmo A, D'Apote L, Cevenini R. Comparative *in vitro* activity of moxifloxacin, minocycline and azithromycin against *Chlamydia* spp. *J Antimicrob Chemother* 1999; **43**: 825–7.

Bébéar CM, de Barbeyrac B, Pereyre S, Renaudin H, Clerc M, Bébéar C. Activity of moxifloxacin against the urogenital mycoplasma *Ureaplasma* spp., *Mycoplasma hominis* and *Mycoplasma genitalium* and *Chlamydia trachomatis*. *Clin Microbiol Infect* 2008; in press.

Cevenini R, Donati M, Pignanelli S, Accardo S, Cavrini F, Mazzeo C. *In vitro* antichlamydial activity of moxifloxacin versus a range of antimicrobial agents. Poster presented at ECCMID 2006: P715

Лечение хламидийной инфекции у беременных

- При выборе препаратов для лечения важно учитывать их возможное побочное действие на развитие плода и исход беременности.
- При беременности назначают **азитромицин** (1 г внутрь однократно).
- Допустимо также назначение **амоксициллина** в дозе **500 мг внутрь 4 раза в сутки 7 дней**
- **Джозамицин (500-1000 мг 2 раза в сутки 7 дней)** показал себя безопасным и эффективным препаратом, вследствие чего может быть рекомендован для лечения беременных.
- Эритромицин для лечения беременных не рекомендуется.

Применение джозамицина у беременных в Российской Федерации

Вильпрафен - Инструкция по медицинскому применению

(Утверждена Минздравом России 29 июля 2003 г.)

«Беременность и лактация:

Разрешено применение при беременности и в период грудного вскармливания по показаниям»

Сочетание с другими ИППП

- Беременных лечить
- Хламидийная инфекция повышает риск заражения другими ИППП, а также риск передачи их окружающим, поэтому больным нужно предлагать обследоваться как минимум на гепатит В, гонорею, сифилис и ВИЧ - инфекцию.
-
- *Mycoplasma genitalium* — вызывает клинические проявления, схожие с *C. trachomatis*, включая ВЗОМТ.

Как быть с микоплазмами?



Заболевания, ассоциированные с микоплазмами и уреоплазмами

- Уретрит
- Пиелонефрит
- ВЗОМТ
- Эндометрит или хориоамнионит
- Инфекционный артрит
- Хирургические инфекции
- Неонатальная пневмония
- Неонатальный менингит

Диагностика

- **Уретрит у женщин:** в отделяемом уретры 10 и более полиморфноядерных лейкоцитов в поле зрения при увеличении в световом микроскопе x 1000.
- **Цервицит:** в отделяемом цервикального канала 10 и более полиморфноядерных лейкоцитов в поле зрения при увеличении в световом микроскопе x 1000.

Ассоциация *M. g.* с цервицитами, уретритами и выделениями из влагалища

Anagrius and Lore (2002)

- 9.7% (21/217) женщин с уретритами или цервицитами
- 2.6% (6/228) среди женщин без этих заболеваний, $p = 0.003$

Perin (STI, 2005)

- MG обнаружены у 26.3% женщин, занимающихся коммерческим сексом в Гане
- MG ассоциировались с клиническими признаками цервицита, $p < 0.05$ (выделения из цервикального канала, гной на тампоне для забора материала, кровоточивость после взятия материала, болезненность при бимануальном исследовании, отечность/эритема) (95% CI, 1 –3.1)

Casin(STD, 2005)

- Не обнаружил ассоциации с цервицитом
- Частота выявления *M. g.* при выделениях из влагалища - 38% (*C.trachomatis* -8%)

Falk (2005) и Anagrius(2005).

- Обнаружили ассоциацию *M. g.* с цервицитом ($p < 0.02$)

МЕТОДЫ диагностики

Для выявления *M. genitalium* применяются **ТОЛЬКО** молекулярно - биологические методы: ПЦР, NASBA

Для выявления других микоплазм (*U. urealyticum*, *M. hominis*) используют методы, позволяющие количественно оценить содержание микроорганизмов в исследуемом материале:

- молекулярно- биологические: ПЦР в реальном времени.
- культуральные исследования с возможностью количественной оценки**

**Данный метод не позволяет дифференцировать вид уреаплазм

***Mycoplasma genitalium* и ВЗОМТ**

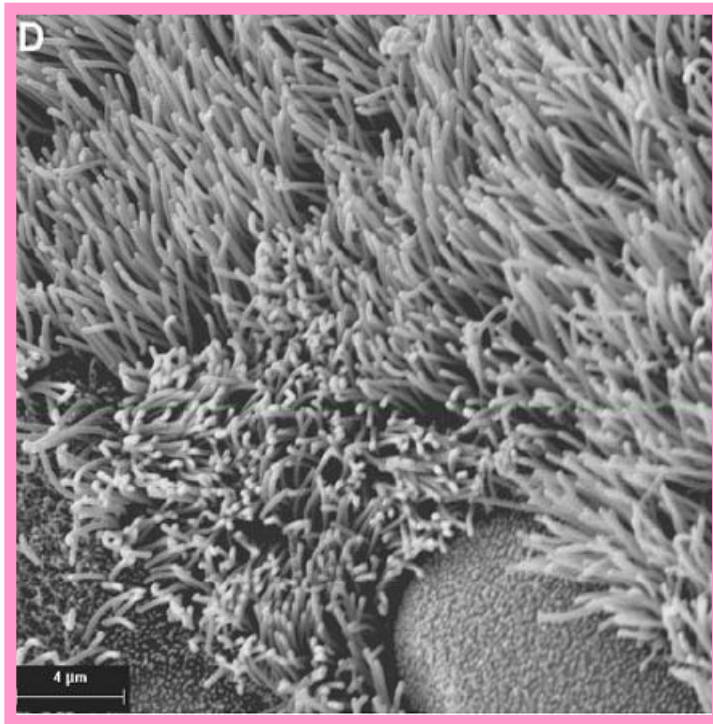
- **M. genitalium** в 13 раз повышает риск эндометрита
- Показана ассоциация трубного бесплодия с серопозитивностью к **M. genitalium**
- **M. genitalium** плохо поддается лечению препаратами, часто используемыми при ВЗОМТ: цефокситином и доксициклином

Заключение:

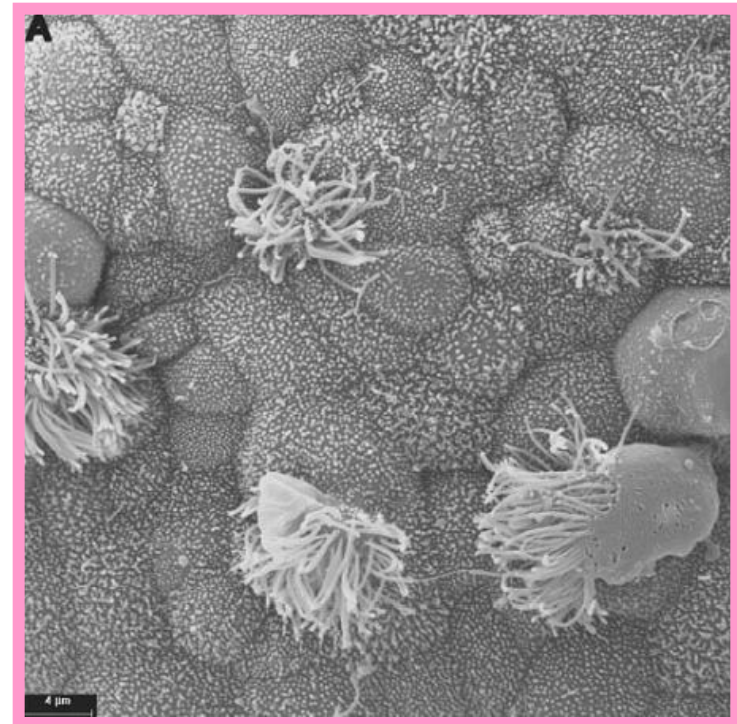
- ❖ ***M. genitalium*** действительно ассоциирована с ВЗОМТ
- ❖ Необходимо разработать методы диагностики и лечения восходящей инфекции половых путей, вызванной ***M. genitalium***

Роль *Mycoplasma genitalium* в развитии ХВЗОМТ

Образцы ткани фаллопиевых труб человека



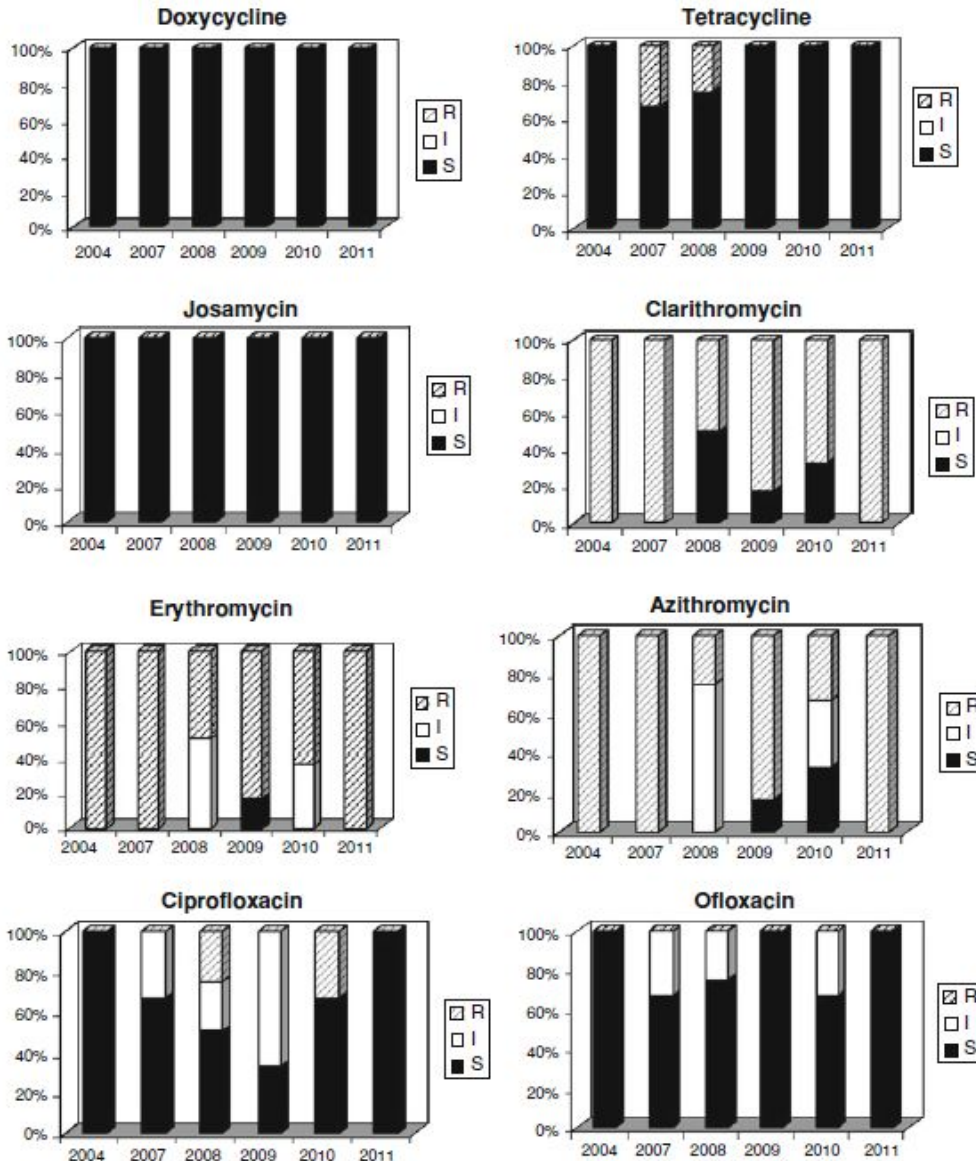
Образец «здоровой» ткани



Выраженное обеднение ворсинчатого эпителия после заражения *M. genitalium*

Mycoplasma hominis – определение чувствительности к антибиотикам

Mycoplasma hominis



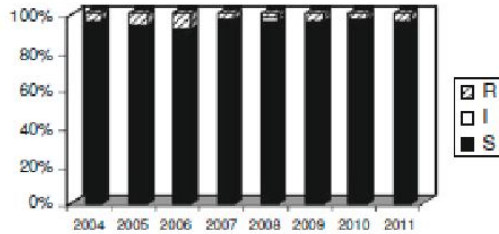
- тетрациклины (67-100%)
- джозамицин (79-89%)

M. A. De Francesco, S. Caracciolo, C. Bonfanti and N. Manca, "Incidence and Antibiotic Susceptibility of *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* Isolated in Brescia, Italy, over 7 Years," Journal of Infection and Chemotherapy, 2012 Nov

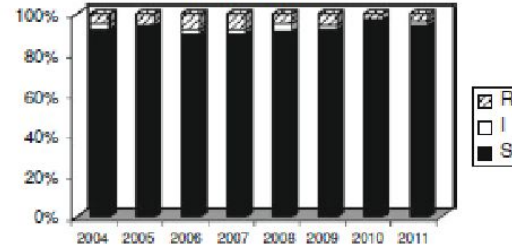
U. urealyticum – определение чувствительности к антибиотикам

Ureaplasma urealyticum

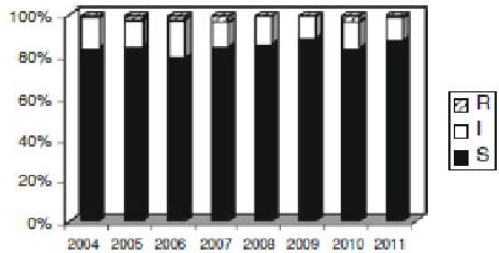
Доксициклин



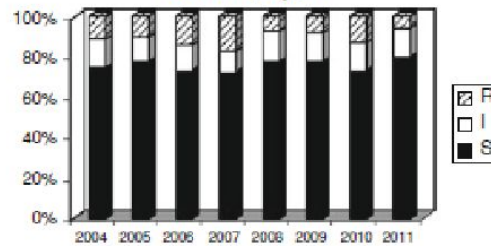
Тетрациклин



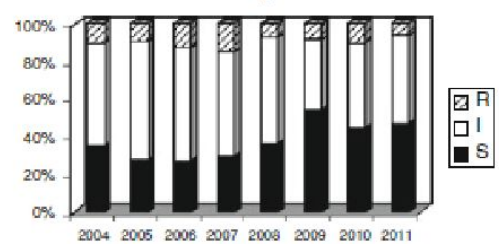
Джозамицин



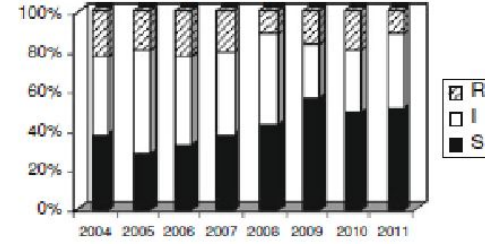
Кларитромицин



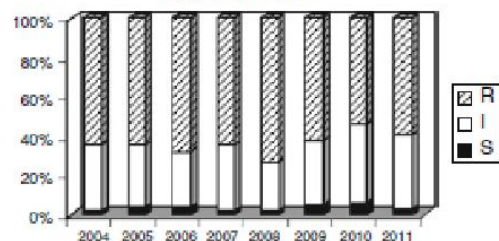
Азитромицин



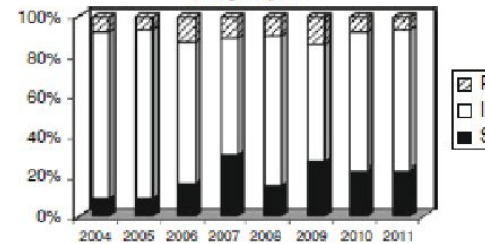
Эритромицин



Ципрофлоксацин



Офлоксацин



- К тетрациклинам (89-97%)
- К джозамицину (100%)

M. A. De Francesco, S. Caracciolo, C. Bonfanti and N. Manca, "Incidence and Antibiotic Susceptibility of *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* Isolated in Brescia, Italy, over 7 Years," *Journal of Infection and Chemotherapy*, 2012 Nov

Роль уреоплазм при цервицитах и НГУ

- *U.urealyticum* ассоциирована с НГУ;
U.parvum - “нормальная флора”
- Присутствие *U.parvum* маскирует ассоциацию *U.urealyticum* с НГУ
- Более ранние исследования, где не дифференцировали *U.urealyticum* от *U.parvum* не могли выявить ассоциацию с НГУ

Терапия инфекции, вызванной *Mycoplasma genitalium*

- ❖ Одномоментное лечение 1.0 г азитромицина при *M. genitalium* малоэффективно
- ❖ Неэффективное лечение может приводить к персистенции инфекции

Weinstein SA, Stiles BG. Sex Health. 2011 Jun;8(2):143-58.

A review of the epidemiology, diagnosis and evidence-based management of *Mycoplasma genitalium*.

Важно

- **M. genitalium** требует обязательной эрадикации независимо от наличия симптомов
- При выявлении уреоплазм необходимо отличать *U. urealyticum* от *U. parvum*
- При наличии воспаления мочеполовых органов при отсутствии других этиологических агентов, кроме *M. hominis*, следует устранить эту инфекцию
- **Самые активные антибиотики для элиминации всех видов генитальных микоплазм:**
 - из макролидов – **джозамицин**
 - из тетрациклинов – **доксициклин**
- При лечении микоплазменной инфекции **у беременных препарат выбора - джозамицин**

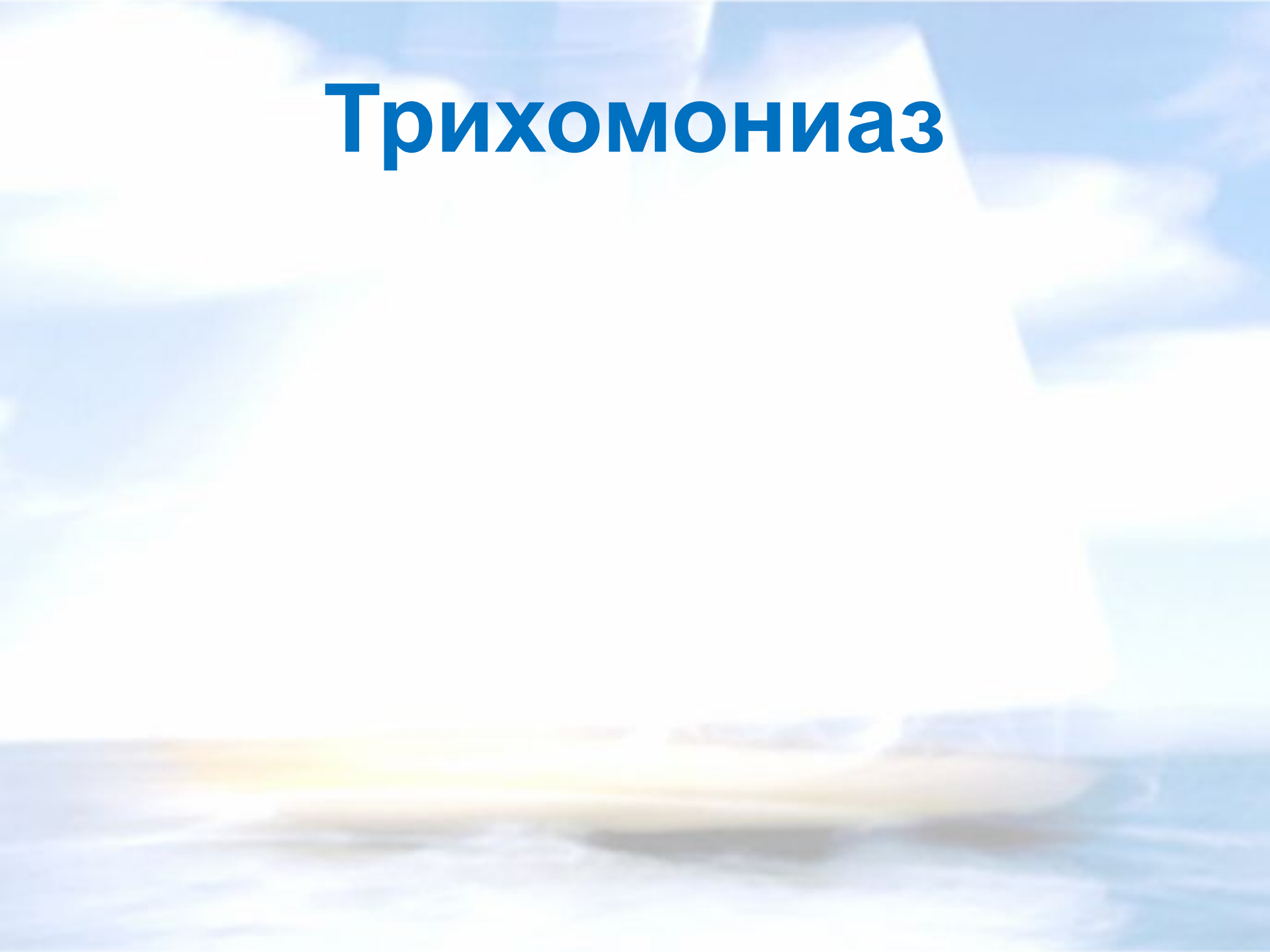
**При проведении
антибактериальной терапии 1 раз
в неделю антимикотики -**

Флуконазол 150мг или

**Пимафуцин по 1 табл. 2 раза в день
7-14 дней / по 2 табл. 2 раза в день /**

- Контроль лечения проводится через 3 -4 недели после лечения.
- Отсутствие положительного эффекта:
 - несоблюдение режима лечения;
 - неадекватная терапия;
 - ложноположительный результат исследования;
 - повторный контакт с нелеченым партнером;
 - инфицирование от нового партнера.

Трихомониаз

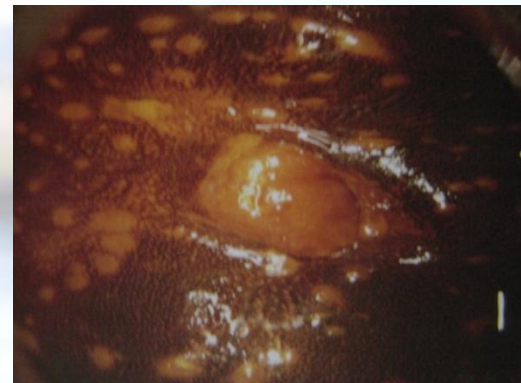


**Приказ МЗ СССР №1570 «Лабораторная
диагностика гонореи и трихомониаза»
(Методические указания)**

**Клинический диагноз трихомониаза во
всех случаях должен быть подтвержден
обнаружением**

типичных форм

**влагалищных трихомонад
при лабораторном исследовании**



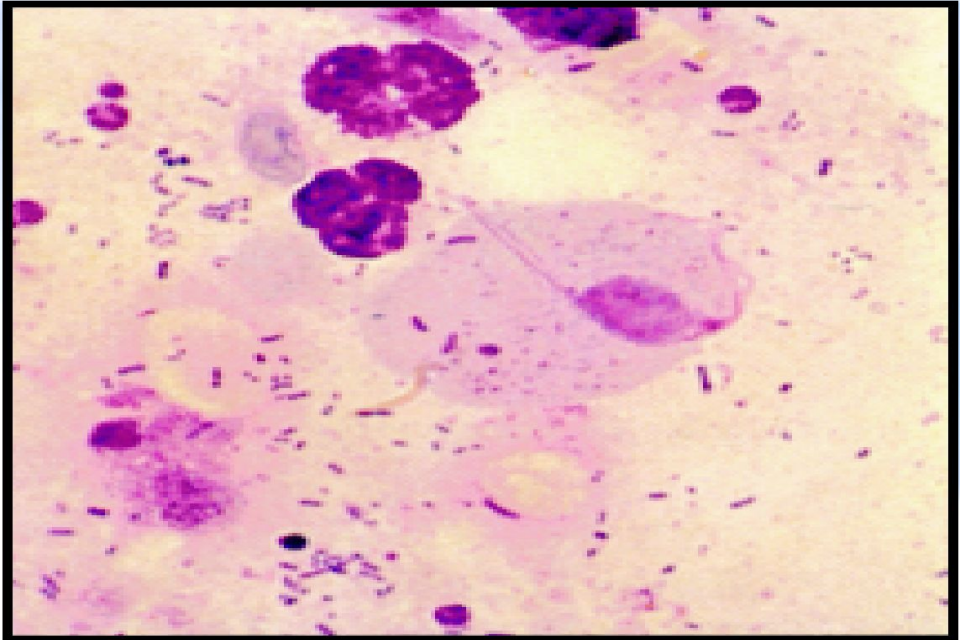
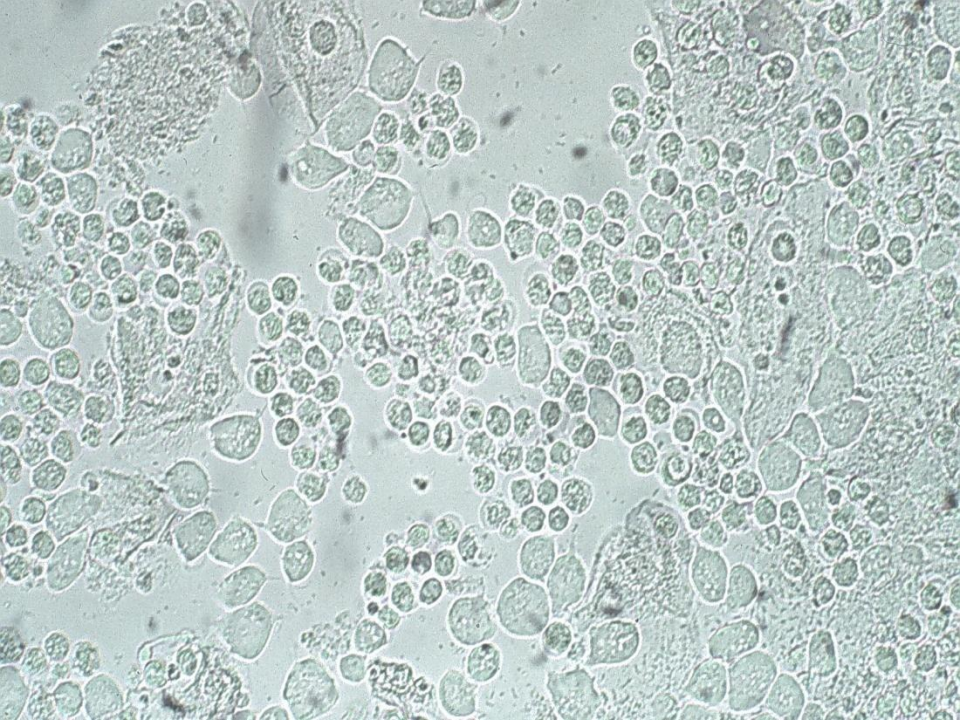
Диагностика трихомониаза

- При наличии клинических проявлений рекомендуется провести **микроскопическое исследование влажного мазка** на трихомонады. Достаточным основанием для подтверждения диагноза трихомониаза является обнаружение живых простейших, совершающих характерные движения.
- При подозрении на трихомониаз и отрицательных результатах микроскопии должно быть проведено **культуральное исследование**.
- Культуральный метод обладает более высокой чувствительностью, чем микроскопическое исследование.
- При скрининговых исследованиях или при исследовании большого количества образцов, наиболее оптимальным является применение **МАНК**. В отсутствие международных коммерческих тестов in-house тесты должны быть валидированы с использованием доступных общепринятых международных стандартов.

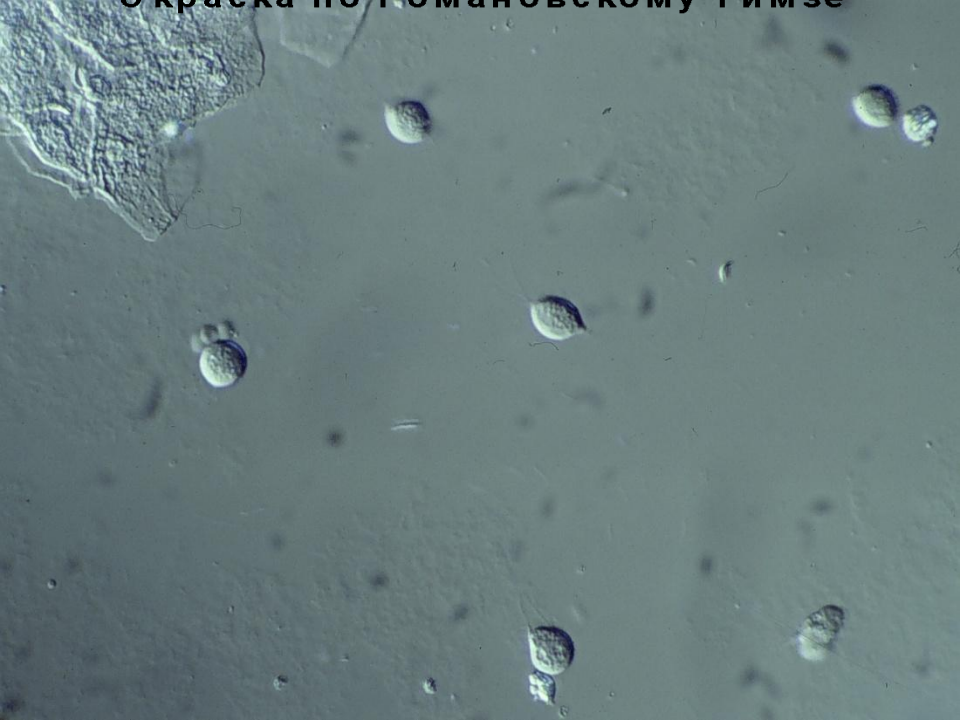
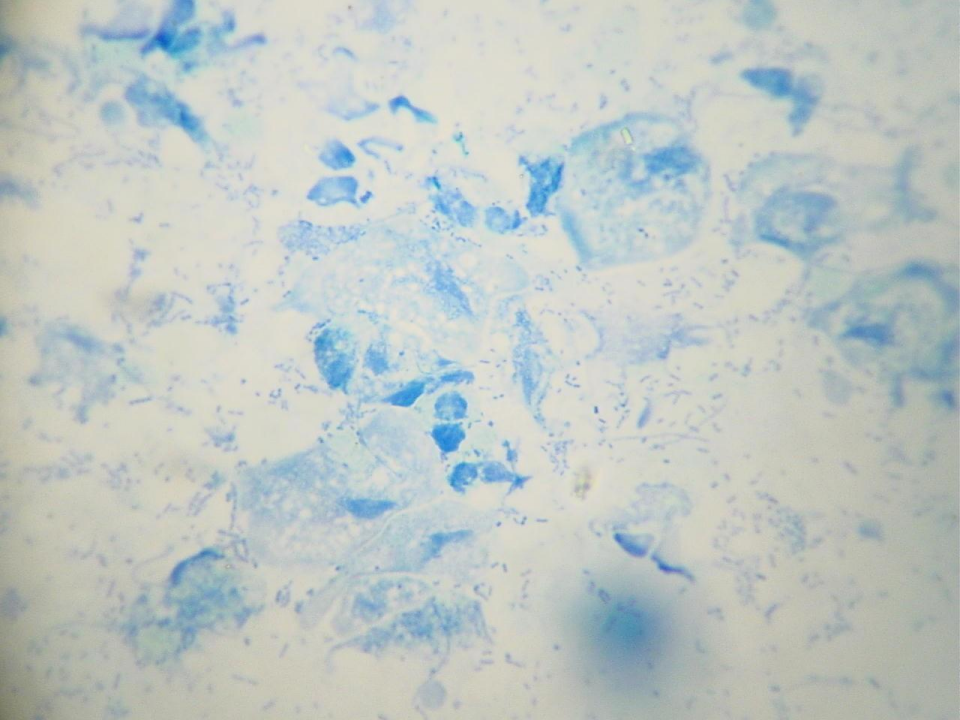
Лабораторная диагностика урогениального трихомониаза в РФ

- Микроскопические исследования -100%
- Культуральное исследование -56%
- ПИФ-96,3%
- ИФА (определение антител в сыворотке крови)-74%
- ПЦР*-35%
- Сочетание 2-х методов-87%

*отсутствуют регламентирующие документы



Trichomonas vaginalis
Окраска по Романовскому-Гимзе



Схемы лечения трихомониаза и БВ (Уровень доказательности Ia)

Схемы выбора

- Метронидазол по 500мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 - 7 дней
или
- Метронидазол 2г внутрь однократно?
или
- Тинидазол 2г внутрь однократно



Трихомонадная инфекция у беременных

- Скрининг всех беременных - МАНК (ПЦР) –(определение ДНК трихомонад в мазке из вагинального отделяемого)
- Микроскопия нативного мазка

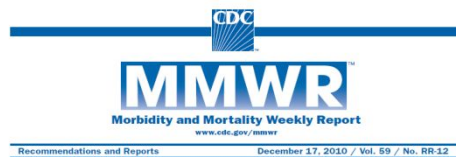
Метронидазол 500мг внутрь 2 р/сут. 7дн
или
Метронидазол 2 г внутрь однократно
или
Тинидазол 2 г внутрь однократно

внутри, в/в -
противопоказаны
Метронидазол 500мг
вагинально 7дней
только со II триместра!

European guideline for the management of *Chlamydia trachomatis* infections

2012

IUSTI
INTERNATIONAL UNION AGAINST
SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS



Sexually Transmitted Diseases
Treatment Guidelines, 2010

Клинические
рекомендации



Акушерство
и гинекология

4-е издание,
переработанное и дополненное 2014

Российское общество акушеров-гинекологов

АКУШЕРСТВО
НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО

2013

Рекомендации Центра по контролю заболеваемости (CDC) США 2010 при неэффективности терапии трихомониаза

- Если исключена реинфекция
- Повторно Метронидазол 500 мг 2 раза в день 7 дней
- Если вновь неудача: Метронидазол или тинидазол по 2 г раз в день 5 дней
- Если опять неудача, то можно заподозрить устойчивость к метронидазолу и проверить ее с помощью CDC (telephone: 404-718-4141; website: <http://www.cdc.gov/std>).

Тактика ведения половых партнеров

Все половые партнеры пациентки, с которыми она имела контакты в последние 60 дней, должны быть обследованы и пролечены¹

В том случае, если у полового партнера диагностируется гонорея или хламидийная инфекция, необходимо немедленно начать антибактериальную терапию¹

Европейское руководство по ведению пациентов с ВЗОМТ¹, 2008 г

Цефтриаксон 250 мг в/м однократно
+
АЗИТРОМИЦИН 1,0 г однократно

Британское руководство по ведению пациентов с ВЗОМТ², 2010 г

АЗИТРОМИЦИН 1,0 г однократно



1. *European guidelines for management of Pelvic Inflammatory Disease 2008*

2. *United Kingdom National guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease 2010*

Показания к лечению половых партнеров женщин с выделениями из влагалища

- При наличии гонореи и хламидийной инфекции – ВСЕГДА
- При наличии трихомониаза – ВСЕГДА
- При наличии БВ или кандидоза лечение партнеров проводится только по показаниям и на рецидивы этих заболеваний у женщин не влияют

В ы в о д ы

- В настоящее время при поражении уrogenитального тракта значительно чаще встречаются **ассоциации** возбудителей ИППП
- Современная концепция лечения подразумевает назначение препаратов с активностью в отношении наиболее частых возбудителей: хламидий, микоплазм и уреаплазм

Выводы

- Терапия воспалительных заболеваний должна быть комплексной, но не чрезмерной по медикаментозной нагрузке
- Применение препаратов с небольшой кратностью приема, разнонаправленным действием, в различных лекарственных формах позволяет обеспечить высокую эффективность и хорошую приверженность пациентов к лечению

Вотчал Борис Евгеньевич (1895-1971)

Основоположник российской
клинической фармакологии

- «Надо назначать лекарства не ради дозы, а ради эффекта»
- « Как можно меньше лекарств и только необходимые лекарства!»

Профилактика и лечение неблагоприятных последствий антибактериальной терапии

Пробиотики – важный компонент терапии

Вагинальный способ введения, для коррекции вагинальной флоры

Пероральные пробиотики направлены преимущественно на коррекцию дисбиоза кишечника

Вагилак, Экофемин
баланс микрофлоры-пероральные пробиотики, нормализующие вагинальную микрофлору

Вагилак, Экофемин баланс микрофлоры и др. - пробиотики, эффективно восстанавливающие вагинальную микрофлору после антибиотикотерапии.

Иммуномодуляторы в комплексной терапии. Цели и задачи терапии

Результаты многоцентровых исследований на территории РФ

Усиление защитных, компенсаторных и приспособительных реакций

Ослабление реакций и механизмов повреждения

«.....Подтверждена целесообразность использования патогенетических препаратов, влияющих на течение иммунных реакций.....»



Хаитов Р.М., Ильина Н.И., Латышева Т.В., Лусс Л.В. / Иммуноterapia: руководство (Под ред. Хаитова Р.М., Атауллаханова Р. И.) - М.: Гэтар-Медиа, 2011

Полиоксидоний

1990г.

Создание препарата в
ГНЦ РФ «Институт
иммунологии МР»*

1996г.

Препарат разрешен
к применению в
России

2004г.

Препарат разрешен
к применению в
ряде стран СНГ и ЕС

ИММУНОМОДУЛЯТОР

ДЕТОКСИКАНТ

АНТИОКСИДАНТ

Увеличивает устойчивость организма к локальным и общим инфекциям, а также восстанавливает иммунную систему нормализуя работы нарушенных компонентов.

Обладает способностью адсорбировать различные токсические вещества, в том числе микробной природы, и выводить их из организма.

Повышает устойчивость мембран клеток к цитотоксическому действию лекарственных препаратов и химических веществ, **снижает их токсичность.**

*Коллективом авторов Петров Р.В., Хаитов Р.М., Некрасов А.В., Пучкова Н.Г., Иванова А.С.

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИОКСИДОНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- Более быстрая нормализация общих и местных клинических симптомов
- Ранние положительные изменения УЗ-картины
- Нормализация СОЭ, лейкоцитоза и лейкоцитарной формулы
- Увеличение длительности периодов ремиссии
- Сокращение сроков лечения



СТАНДАРТНАЯ СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ:

Суппозитории интравагинально или ректально 6 мг ежедневно в течение 3-х дней. Далее по 6 мг через день. Курс 10 суппозиториев

Лонгидаза® -

это ковалентный конъюгат

высокоочищенного фермента

ГИАЛУРОНИДАЗА

с активированным производным

высокомолекулярного соединения

ПОЛИОКСИДОНИЙ®

**ПРИНЦИПИАЛЬНО НОВЫЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ
СВОЙСТВА **ФЕРМЕНТНОГО ПРЕПАРАТА****

МЕХАНИЗМЫ ДЕЙСТВИЯ

Лонгидаза[®] контролирует патологический процесс на всех стадиях его развития, начиная от первой стадии воздействия на организм повреждающего фактора и заканчивая стадией развитого фиброза,

не затрагивая нормально протекающие репаративные процессы.

**«Прогресс знаний - это
постоянный пересмотр
предшествующих точек
зрения»**



Жан Пиаже



Восстановление морфофункционального потенциала поврежденных тканей

- Коррекция метаболических нарушений и последствий ацидоза
- Восстановление гемодинамики и активности рецепторного аппарата эндометрия

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Самоцвет, Липовка, Горячий Ключ,
Пятигорск, Мацеста, Сергеевка, Белокуриха



Истинные критерии эффективности

**СНИЖЕНИЕ
РЕПРОДУКТИВНЫХ
ПОТЕРЬ И РОЖДЕНИЕ
ЗДОРОВОГО ПОТОМСТВА**

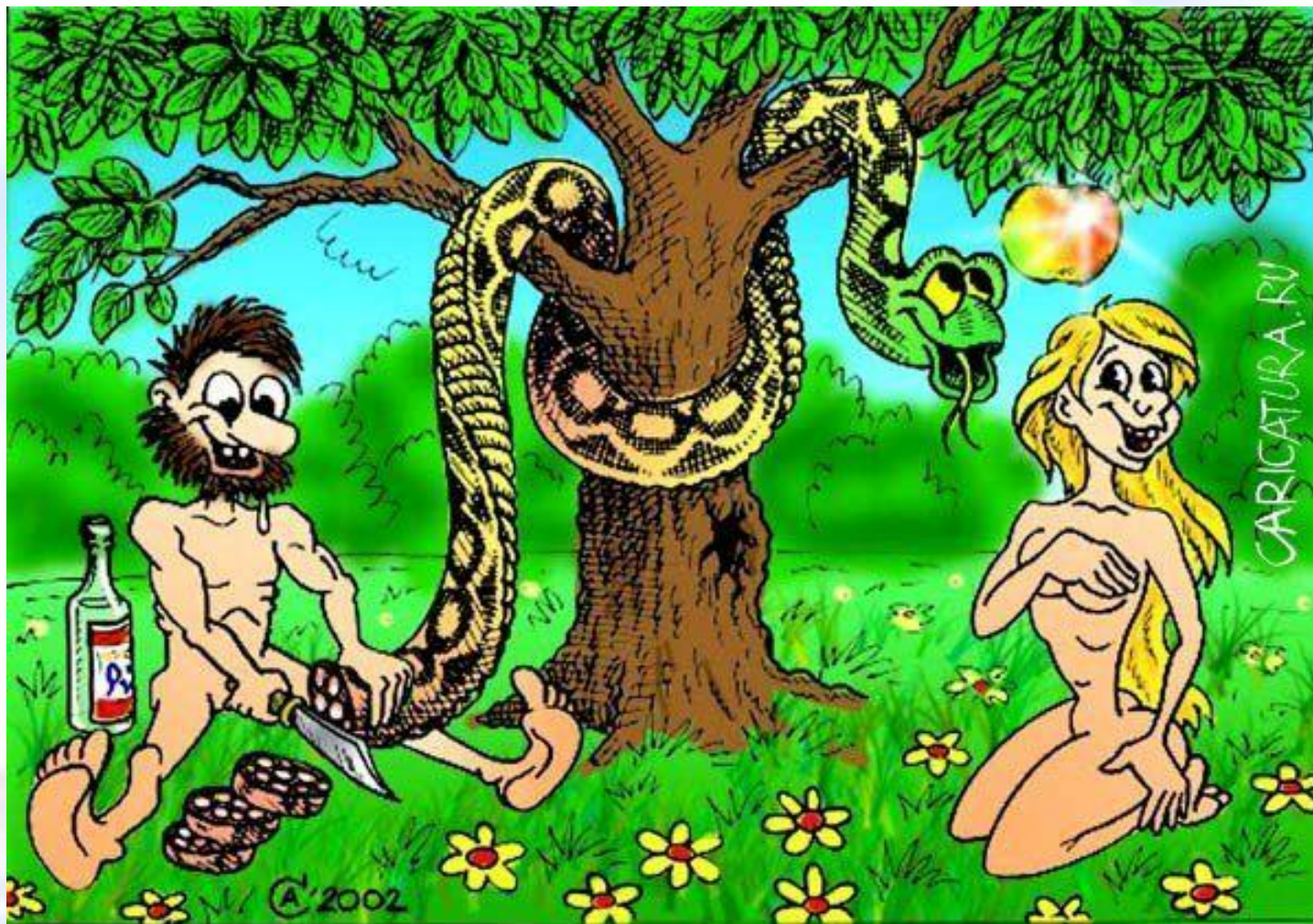


**Искренняя благодарность профессору
Гомберг М.А.**

**Президенту Гильдии специалистов по ИППП - ЮСТИ Ру
За возможность подготовить лекцию с использованием**

современных представлений по вопросу ИППП

«Я могу устоять против всего, кроме соблазна»
Оскар Уайльд



Благодарю за внимание!!