

Инфекции, передаваемые половым путем в гинекологической практике

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

2018год

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.

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

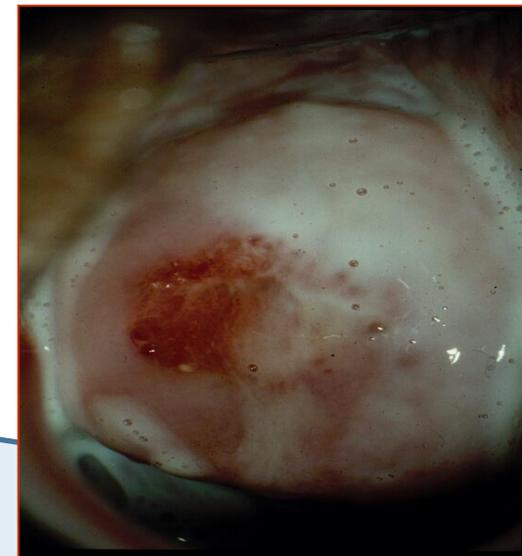
Гонорея

Хламидии

Трихомониаз

Генитальный герпес

Аногенитальные бородавки



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 ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКО - ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ
- ◆ Беременные женщины (на любом сроке беременности при осложненном течении данной беременности)
- ◆ Супружеская пара на этапе планирования беременности

Хламидийная инфекция: определение ¹

**Хламидийная инфекция –
инфекция, передаваемая половым
путём, возбудителем которой
является**

Chlamydia trachomatis.

Хламидийная инфекция: классификация ¹

A56.0 Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта

Хламидийный: цервицит, цистит, уретрит, вульвовагинит

A56.1 Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов

Хламидийный(ые):

эпидидимит (N51.1)

воспалительные заболевания органов малого таза у женщин (N74.4)

орхит (N51.1)

A56.3 Хламидийная инфекция аноректальной области

A56.4 Хламидийный фарингит

A56.8 Хламидийные инфекции, передаваемые половым путем, другой

локализации

A74.0 Хламидийный конъюнктивит (H13.1*)

1. РОДВК. РОАГ. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных хламидийной

инфекцией. 2015. 17 с.

Хламидийная инфекция: эпидемиология актуальность ¹

ВОЗ: каждый год в мире регистрируется 357 000 000 новых случаев инфекций, передаваемых половым путем:

131 млн случаев хламидийной инфекции

78 млн случаев гонореи

6 млн случаев сифилиса

142 млн случаев трихомониаза

Хламидийная инфекция занимает одну из лидирующих позиций по распространенности среди ИППП

Хламидийная инфекция: эпидемиология ¹

Заболеваемость в РФ (2015):

41,3 случаев на 100 000 населения:

0-14 лет - 0,5 случаев : 100 000

15-17 лет - 44,7 : 100000

>18 лет - 49,7 : 100000

**«Эти цифры скорее отражают
неполную регистрацию заболевания,
чем реальную заболеваемость по стране»**

Вероятность заражения *C. trachomatis*

- Средняя вероятность передачи инфекции при однократном вагинальном контакте 10%
- При контактах между двумя партнерами в течение 6 мес. вероятность передачи инфекции 55%
- Вероятность получения *C. trachomatis* партнерами **инфицированных людей очень высока**

Вывод: очень важно выявлять и лечить половых контактов инфицированных

Хламидийная инфекция: этиология^{1,2}

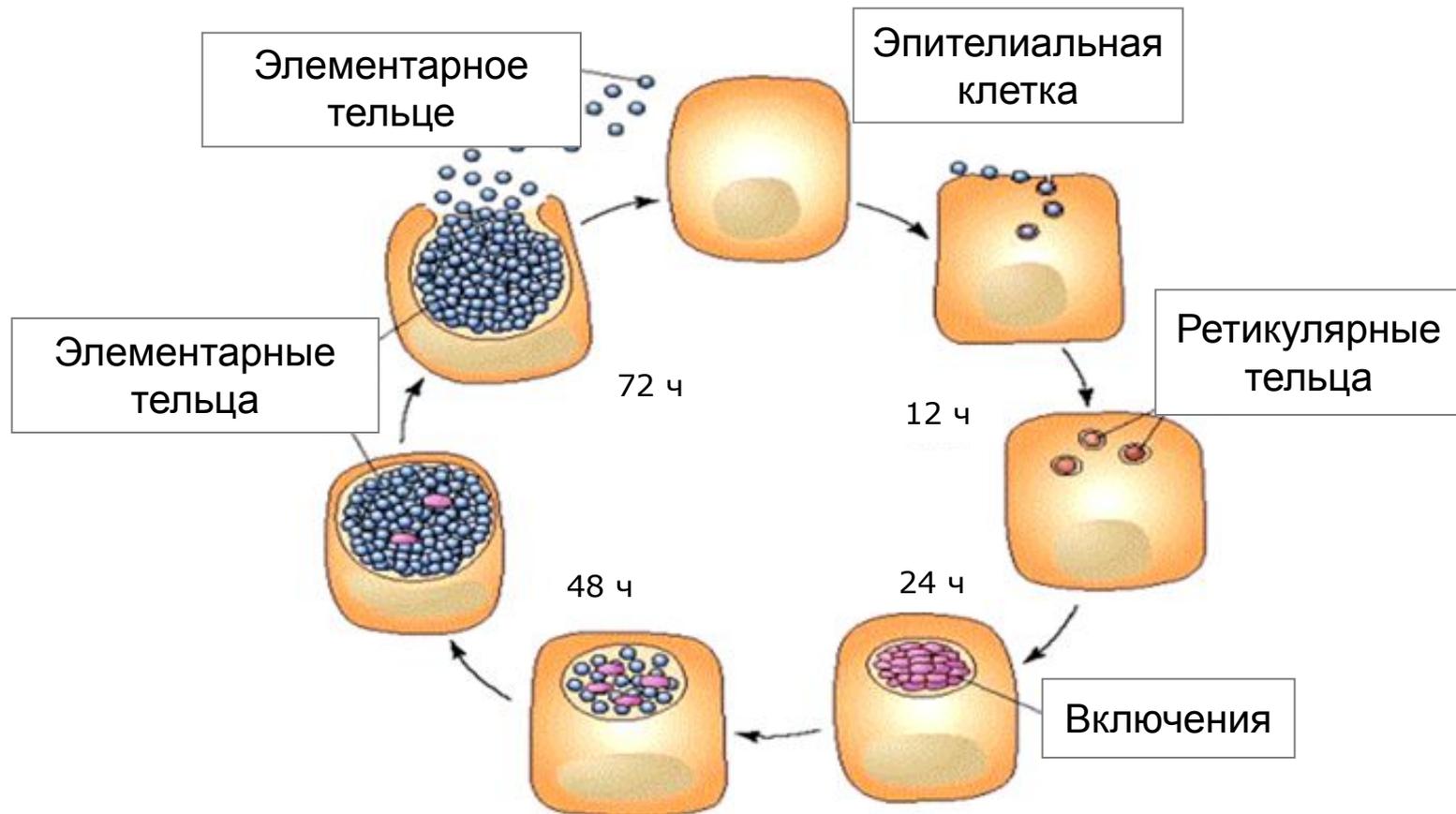
Chlamydia trachomatis

- грамотрицательная внутриклеточная бактерия
- абсолютный внутриклеточный патоген
- не образует «классические» колонии на питательных средах

1. РОДВК. РОАГ. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных хламидийной инфекцией. 2015. 17 с.

2. Bastidas R.J. et al. *Microbiol. Mol. Biol. Rev.* June 2016 vol. 80 no. 2 411-427

C. trachomatis: жизненный цикл ¹



1. CDC STD/HIV prevention Training center, информация доступна на сайте

<http://www.cdc.gov/std/training/std101/presentations-2012/std-common-clinicians.pdf> (дата

обращения 19.10.2016)

Хламидийная инфекция: клиническая картина

Урогенитальные формы хламидийной инфекции

Женщины¹:

Уретрит,
Цервицит,
ВЗОМТ

**70-95% -
бессимптомное
течение**

Мужчины¹:

Уретрит,
Эпидидимит

Осложнения^{1,2}:

Эпидидимоорхит
Реактивный артрит
(SARA)
Простатит

1. Lanjouw E. et al. European guideline for the management of Chlamydia trachomatis infections. Int J STD AIDS. 2015 Nov 24.

2. РОДВК. РОАГ. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных хламидийной инфекцией. 2015. 17 с.

Проявления урогенитальной хламидийной инфекции у

ЖЕНЩИН

- Слизисто-гнойный цервицит с наличием или отсутствием контактной кровоточивости
- Легкая ранимость слизистой в области цервикса
- Отечность шейки матки
- Эндоцервикальные эрозии
- Уретрит
- Дизурия
- Выделения из влагалища
- Постокитальная и интерменструальная кровоточивость
- Недифференцируемые боли внизу живота
- **70-95% бессимптомно**
2015 European guideline on the management of *Chlamydia trachomatis* infections

Хламидийная инфекция: диагностика

Для верификация диагноза рекомендованы молекулярно-биологические методы ^{1,2}:

NASBA

ПЦР

ПЦР-РТ

Чувствительность 98-100%, специфичность - 100% ¹

1. РОДВК. РОАГ. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных хламидийной инфекцией. 2015. 17 с.

2. Lanjouw E. et al. European guideline for the management of Chlamydia trachomatis infections. Int J STD AIDS. 2015 Nov 24.

Хламидийная инфекция: диагностика

Клинический материал для лабораторных исследований

Женщины

- первая порция свободно выпущенной мочи;
- отделяемое (соскоб) уретры, цервикального канала

Мужчины

- первая порция свободно выпущенной мочи
- отделяемое (соскоб) уретры
- при наличии показаний - секрет предстательной железы

Хламидийная инфекция: диагностика

Ошибки

- Применение культурального метода для постановки диагноза
- Определение чувствительности хламидий к антибиотикам *in vitro*
- Постановка диагноза и оценка эрадикации возбудителя серологическими методами
- **Оценка эрадикации методом ПЦР ранее 4 недель после окончания лечения**

Хламидийная инфекция: лечение ¹

! Одновременное лечение половых партнеров является обязательным

! Беременные: лечение с I триместра

Вертикальная передача *Chlamydia trachomatis*

- Обнаруживают у 50% новорожденных при вагинальных родах инфицированными матерями

Возможна передачи и при КС с неповрежденными оболочками

- Ассоциация с неблагоприятными исходами беременности
 - **Преждевременные роды**
 - **Преждевременное вскрытие околоплодных оболочек**
 - **Сниженный вес плода**

2015 European guideline on the management of *Chlamydia trachomatis* infections

Инфекция глаз *Chl. trachomatis*

- Развитие конъюнктивита у новорожденных и детей
- Хронический персистирующий в течение нескольких месяцев конъюнктивит у взрослых, если не лечить

Хламидийная инфекция: лечение ¹

Лечение хламидийной инфекции нижнего отдела мочеполовой системы

Препараты выбора:

Доксициклина моногидрат

100 мг перорально 2 раза в сутки течение 7 дней (А)

или

азитромицин

1,0 г перорально однократно (А)

или

Джозамицин

500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней (С)

Альтернативный препарат:

офлоксацин 400 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней (В)

Хламидийная инфекция: лечение ¹

Лечение хламидийной инфекции верхних отделов мочеполовой системы, органов малого таза и других органов

Препараты выбора:

Доксициклина моногидрат

100 мг перорально 2 раза в сутки в течение 14-21 дней (А)

или

Джозамицин

500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 14-21 дней (С)

Альтернативный препарат:

офлоксацин

400 мг перорально 2 раза в сутки в течение 14-21 дней (В)

1. РОДВК. РОАГ. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных хламидийной инфекцией. 2015. 17 с.

Хламидийная инфекция: лечение

Особые ситуации ¹

Лечение беременных (на любом сроке беременности):

Джозамицин

500 мг пер орально 3 раза в сутки 7 дней ² (B)

или

азитромицин

1,0 г пер орально однократно (A)

Лечение детей (с массой тела менее 45 кг):

Джозамицин

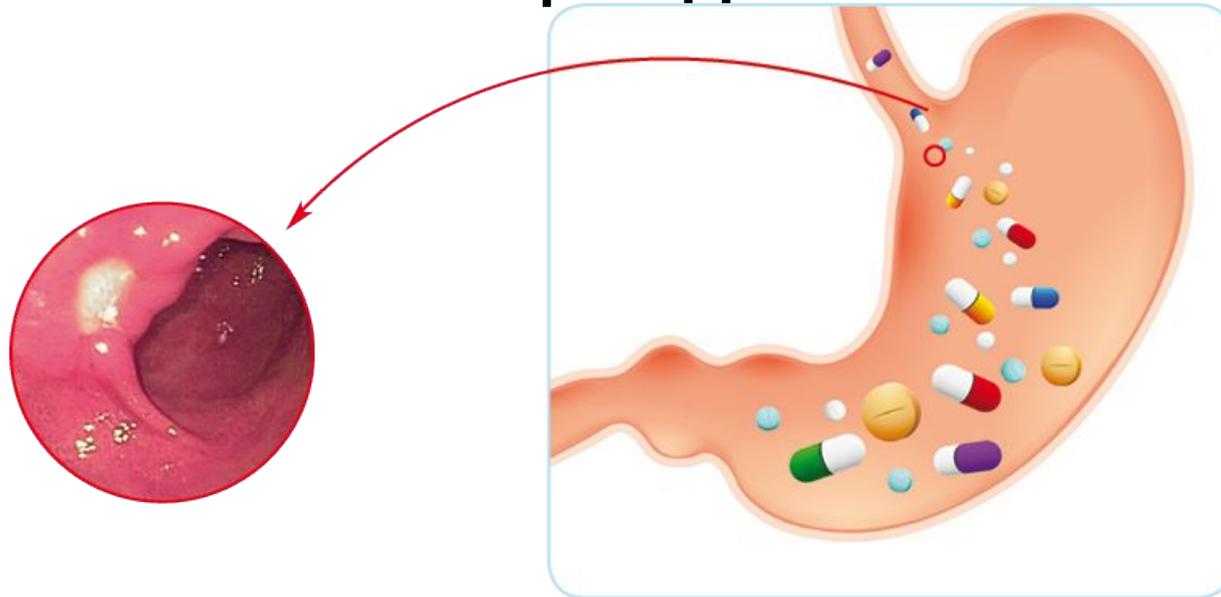
50 мг на кг массы тела в сутки, в 3 приема, пер орально 7 дней (D)

1. РОДВК. РОАГ. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных хламидийной инфекцией. 2015. 17 с.

2. Инструкция по медицинскому применению препарата Вильпрафен® (П N012028/01 - 24032010). Вильпрафен® разрешен к применению в период беременности после врачебной оценки пользы/риска

Доксициклин гидрохлорид. В чём проблема?

Приём доксициклина гидрохлорида может
вызывать эрозивно-язвенные поражения
пищевода ¹



Доксициклина моногидрат. Благоприятный профиль безопасности ^{1,2}



Юнидокс Солютаб® – доксициклин
в виде нейтральной формы
моногидрата хорошо
переносится; риск изъязвлений
пищевода минимален

1. Белоусов Ю.Б., и соавт. *Consilium Medicum* 2012;14(4):40-6
2. Рафальский В.В. с соавт. Место доксициклина в терапии инфекций: значение новых лекарственных форм. *Вестник практического врача*. 2014. Спецвыпуск 1: 3 - 6.

Хламидийная инфекция: оценка эффективности лечения ¹

Требования к результатам лечения

- эрадикация *C. trachomatis*;
- клиническое выздоровление

КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ

Метод амплификации РНК (NASBA)	Через 2 недели после окончания лечения
Метод амплификации ДНК (ПЦР)	<u>≥1 месяц</u> после окончания лечения

При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015

(Recommendations and Reports / Vol. 64 / No. 3)

C. trachomatis

Высокая частота выявления *C. trachomatis* инфекции наблюдается у женщин и мужчин, получавших лечение по поводу хламидийной инфекции в течение последних месяцев^{1 2 3}. Большинство выявляемой инфекции после лечения является не результатом неудачи терапии, а реинфицирования, связанного с нарушением или отсутствием терапии у половых партнеров или началом половой жизни с новым инфицированным партнером.

1. Hosenfeld CB, Workowski KA, Berman S, et al. Repeat infection with chlamydia and gonorrhea among females: a systematic review of the literature. *Sex Transm Dis* 2009;36:478–89.

2. Fung M, Scott KC, Kent CK, et al. Chlamydial and gonococcal reinfection among men: a systematic review of data to evaluate the need for retesting. *Sex Transm Infect* 2007;83:304–9.

3. Dunne EF, Chapin JB, Rietmeijer CA, et al. Rate and predictors of repeat *Chlamydia trachomatis* infection among men. *Sex Transm Dis* 2008;35(11 Supp1):S40–4.

Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015

(Recommendations and Reports / Vol. 64 / No. 3)

C.trachomatis

Для минимизации трансмиссии заболевания на половых партнеров пациенты, получающие по поводу хламидийной инфекции, должны быть информированы о необходимости воздержания от половых актов в течение 7 дней после приема однократной дозы азитромицина или до полного окончания 7-дневного курса лечения доксициклином и отсутствия симптомов (если они были). Для минимизации риска реинфицирования пациенты должны быть информированы о необходимости воздержаться от половых контактов на период лечения их половых партнеров в том числе.

Хламидийная инфекция: оценка эффективности лечения ¹

ТАКТИКА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ

- **исключение реинфекции**
- **назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы**

**Урогенитальная
микоплазменная
инфекция**

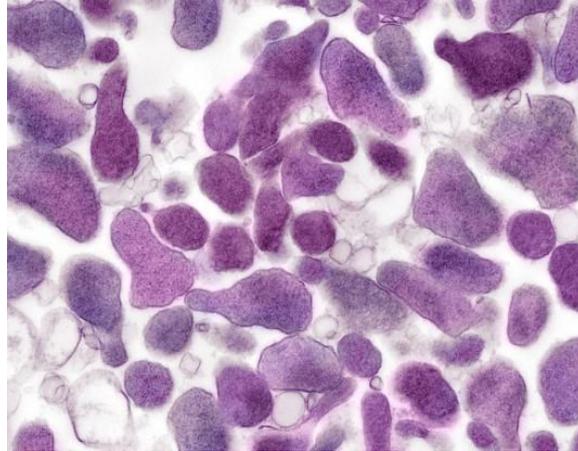
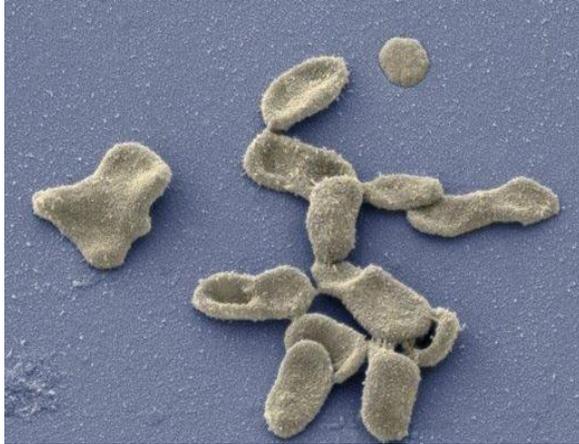
Как быть с микоплазмами?



Микоплазмы:

M. genitalium, *M. hominis*, *U. urealyticum*¹

- Самые маленькие микроорганизмы
- В отличие от бактерий, не имеют клеточной стенки
- Могут существовать на питательных средах

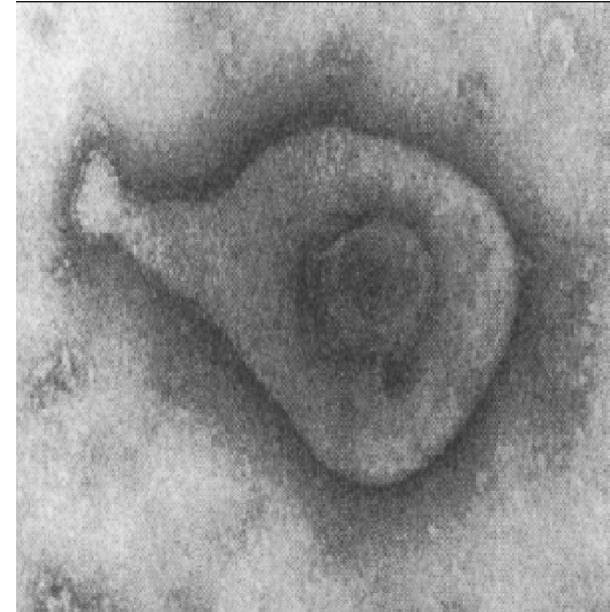


1. Jonathan R. Karr, Jayodita C. Sanghvi, Derek N. Macklin, Miriam V. Gutschow, Jared M. Jacobs, Benjamin Bolival, Nancyra Assad-Garcia, John I. Glass, Markus W. Covert, A Whole-Cell Computational Model Predicts Phenotype from Genotype, *Cell*, 2012, DOI: 10.1016/j.cell.2012.05.044

Заболевания, вызванные
Mycoplasma genitalium

Mycoplasma genitalium

- Микоплазмы – самые маленькие прокариоты, способные к самовоспроизведению,
- *M.genitalium* – самая маленькая из микоплазм
- Продукты жизнедеятельности (H_2O_2 и O) определяют патогенность *M.genitalium*



Pollack, JD. Trends Microbiol. 1997;
5:413-419

*M. genitalium*¹:

- **Абсолютный патоген**
- **Вызывает уретрит, цервицит, ВЗОМТ, эпидидимит*, простатит ***
- **Рост на питательных средах - до 5 месяцев (!) – культуральный метод диагностики не используется в рутинной клинической практике**

* Этиологическая роль *M. genitalium* обсуждается
1. РОДВК. РОАГ. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных урогенитальными заболеваниями, вызванными *M. genitalium*. 2015. 13 с.

Классификация ¹

А63.8 Другие уточненные заболевания, передающиеся преимущественно половым путем, например:

А63.8 (+N34.1) Уретрит, вызванный *M. genitalium*

А63.8 (+N72) Цервицит, вызванный *M. genitalium*

Заболелвания, вызванные *M. genitalium*: эпидемиология

Выявление *M. genitalium* у пациентов ¹:

- С негонококковыми уретритами 41,7%**
- С негонококковыми не хламидийными уретритами 54,5%**
- С воспалительными заболеваниями органов малого таза – 10%**

Заболевания, вызванные *M. genitalium*: клиническая картина

Женщины

**40-75% - бессимптомное
течение**

Цервицит
Уретрит
Ректальная и фарингеальная
инфекция – обычно
бессимптомное течение

Осложнения:
B3OMT
SARA

Мужчины

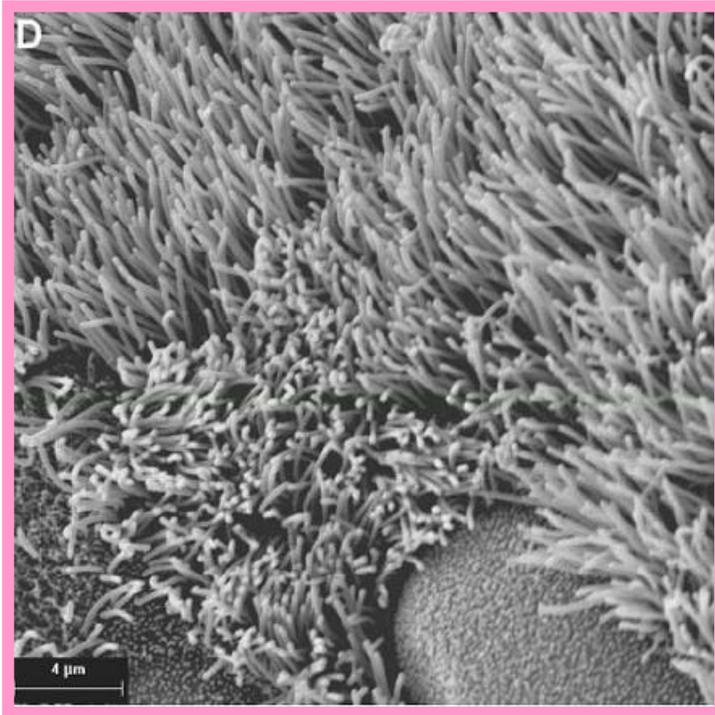
**30% - бессимптомное
течение**

Уретрит
Проктит
Баланопостит

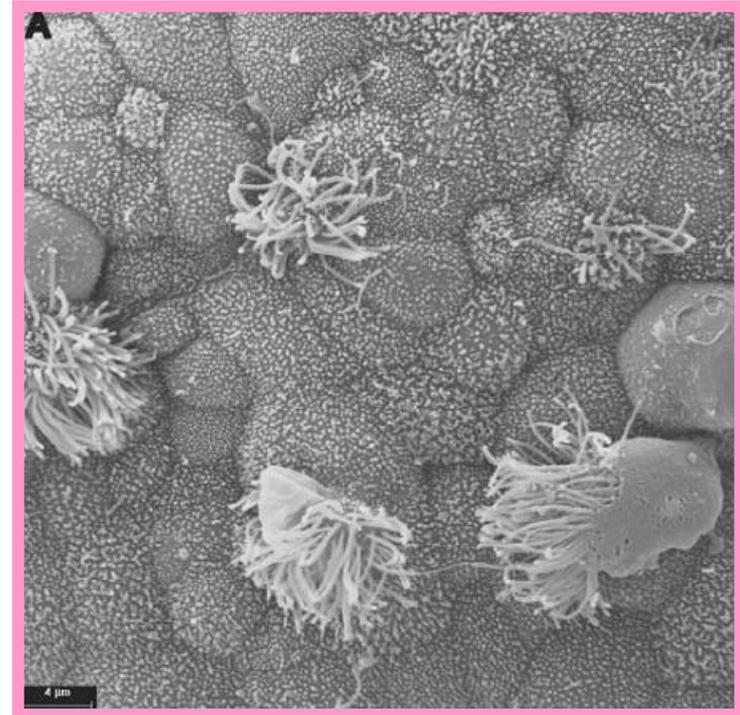
Осложнения:
SARA
Эпидидимит

Роль *Mycoplasma genitalium* в развитии ХВЗОМТ

Образцы ткани фаллопиевых труб человека



Образец «здоровой» ткани



Выраженное обеднение ворсинчатого эпителия после заражения *M. genitalium*

Осложнения как следствие инфицирования *M.genitalium* у женщин

- Приобретенный половым путем реактивный артрит (**SARA**)

Taylor-Robinson et al., 1994

- ВЗОМТ (эндометрит, сальпингит)
- Трубная беременность

Lis et al., 2015

Заболевания, вызванные *M. genitalium*: диагностика

Верификация диагноза заболеваний,
вызванных
M. genitalium, осуществляется с помощью
молекулярно-биологических методов ¹:

NASBA

ПЦР

ПЦР-РТ

Заболевания, вызванные *M. genitalium*: диагностика

Клинический материал для лабораторных исследований ¹:

Женщины

- первая порция свободно выпущенной мочи;
- отделяемое (соскоб) уретры, цервикального канала

Мужчины

- первая порция свободно выпущенной мочи
- отделяемое (соскоб) уретры

Заболевания, вызванные *M. genitalium*: диагностика

Ошибки в диагностике

1. Применение культурального метода для постановки диагноза
2. Определение чувствительности *M. genitalium* к антибиотикам *in vitro*
3. Оценка эрадикации серологическими методами
4. Оценка эрадикации методом ПЦР ранее 4 недель после окончания лечения

Заболевания, вызванные *M. genitalium*: лечение ¹

Препараты выбора:

Доксициклина моногидрат

100 мг 2 р/сутки

или

Джозамицин

500 мг 3р/сутки

! Продолжительность терапии:

**Неосложненные формы: 10
дней**

**Осложненные формы: 10-14
дней**

Альтернативный препарат:

офлоксацин

400 мг 2 раза в сутки

Заболевания, вызванные

M. genitalium: лечение

Особые ситуации ¹

Лечение беременных (на любом сроке беременности):

Джозамицин

500 мг 3 раза в сутки перорально в течение 10 дней ² (B)

Лечение детей (с массой тела менее 45 кг):

Джозамицин

50 мг на кг массы тела в сутки, разделенные на 3 приема, перорально в течение 10 дней (D)

Лечение заболеваний, вызванных *M. genitalium*, у детей с массой тела более 45 кг проводится в соответствии со схемами назначения у взрослых с учетом противопоказаний.

1. РОДВК. РОАГ. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных урогенитальными заболеваниями, вызванными *M. genitalium*. 2015. 13 с

2. Инструкция по медицинскому применению препарата Вильпрафен® (П N012028/01 - 24032010). Вильпрафен® разрешен к

применению в период беременности после врачебной оценки пользы/риска

Проблемы терапии при инфекции *M.genitalium*

- У *M.genitalium* обнаружена выраженная способность к развитию устойчивости ко всем антибиотикам, которые используются сегодня для избавления от нее (тетрациклины, макролиды, фторхинолоны)
- Низкая эффективность доксициклина (микробиологическое излечение) 30-40%
- **Эффективность** азитромицина в дозе 1 г однократно с 2007 по 2011 **снизилась с 85% до 40%**, а в Гренландии до 100% что связывают с развитием устойчивости из-за широкого распространения однократного назначения

Заболевания, вызванные *M. genitalium*: оценка эффективности лечения¹

Требования к результатам лечения

- эрадикация *M.genitalium*;
- клиническое выздоровление

КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ

Метод амплификации РНК (NASBA)	Через 2 недели после окончания лечения
Метод амплификации ДНК (ПЦР)	≥1 месяц после окончания лечения

При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат

Заболевания, вызванные *M. genitalium*: оценка эффективности лечения ¹

ТАКТИКА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ

- исключение реинфекции;
- назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы

Заболелвания, вызванные
Ureaplasma spp., Mycoplasma hominis

КЛАССИФИКАЦИЯ МКБ-10 ¹

- **N34.**
 - +B96.8 Уретрит, вызванный *Ureaplasma spp.* и/или *M.hominis*
- **N76.**
 - +B96.8 Вагинит, вызванный *Ureaplasma spp.* и/или *M.hominis*
- **N72.**
 - +B96.8 Цервицит, вызванный *Ureaplasma spp.* и/или *M.hominis*

Заболевания, вызванные *M. hominis*, *Ureaplasma spp.*: этиология ¹

***Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma spp.*:**

- условно-патогенные микроорганизмы,
- могут встречаться у клинически здоровых лиц (в 5-20% наблюдений)
- могут вызывать уретрит (*U. urealyticum*), цервицит, цистит, воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), осложнения течения беременности, послеродовые и послеабортные осложнения

Частота обнаружения: 10 – 80%

Заболевания, вызванные

M. hominis, *Ureaplasma spp.*: диагностика

Показание к обследованию на *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis*:

наличие клинико-лабораторных признаков воспалительного процесса в области урогенитального тракта и репродуктивной системы при отсутствии патогенных возбудителей ИППП.

При отсутствии клинико-лабораторных признаков воспалительного процесса обследованию подлежат:

- доноры спермы;**
- пациенты с диагнозом бесплодие;**
- пациенты, имеющие в анамнезе невынашивание беременности и перинатальные потери.**

Заболевания, вызванные *M. hominis*, *Ureaplasma spp.*: диагностика

Клинический материал для лабораторных исследований ¹:

Женщины:

- отделяемое (соскоб) уретры, влагалища, цервикального канала
- первая порция свободно выпущенной мочи

Мужчины:

- отделяемое (соскоб) уретры,
- первая порция свободно выпущенной мочи

1. РОДВК. РОАГ. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных урогенитальными заболеваниями, вызванными *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis*. 2015. 13 с.

Заболевания, вызванные *M. hominis*, *Ureaplasma spp.*: лечение ¹

При выявлении *M. hominis* и/или *Ureaplasma spp.* в количестве $> 10^4$ КОЕ (ГЭ)/мл(г) и при отсутствии клинических и/или лабораторных признаков воспалительного процесса мочеполовой системы **лечение не проводится.**

При отсутствии клинических признаков воспалительного процесса и выявлении *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis* лечение проводится у следующих категорий пациентов:

- доноры спермы,
- лица с диагнозом бесплодие
- женщины с невынашиванием беременности и перинатальными потерями в анамнезе

**Половые партнёры лиц,
инфицированных *Ureaplasma spp.* и/или
M. hominis, подлежат лечению при
наличии у них клинической
симптоматики и лабораторных
признаков воспалительного процесса
мочеполовых органов (при
исключении иной этиологии данного
воспалительного процесса) ¹**

Заболелвания, вызванные *M. hominis, Ureaplasma spp.*: лечение

Схемы лечения

Доксициклина моногидрат

100 мг перорально 2 раза в сутки в течение 10 дней (B)

Джозамицин

500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 10 дней (B)

Особые ситуации

Лечение беременных:

Джозамицин

500 мг 3 раза в сутки перорально в течение 10 дней (C)

Лечение детей (с массой тела менее 45 кг):

Джозамицин

50 мг на кг массы тела, разделить на 3 приема в сутки, перорально в течение 10 дней (D)

1. РОДВК. РОАГ. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных урогенитальными заболеваниями, вызванными *Ureaplasma spp., Mycoplasma hominis*. 2015. 13 с.

2. Инструкция по медицинскому применению препарата Вильпрафен® (П N012028/01 - 24032010). Вильпрафен® разрешен к применению в период беременности после врачебной оценки пользы/риска

Заболевания, вызванные *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis*: оценка эффективности лечения

Требования к результатам лечения ¹

- клиническое выздоровление
- ликвидация лабораторных признаков воспаления

**! Эрадикация *M. hominis* и/или *Ureaplasma spp.*
не является требованием к результатам
лечения!**

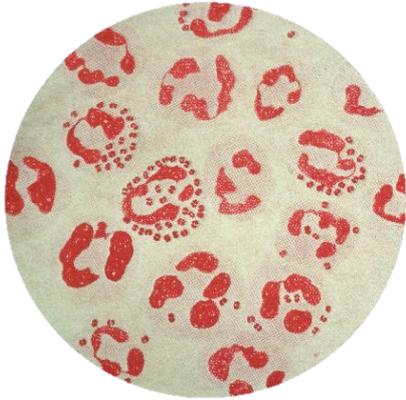
1. РОДВК. РОАГ. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных урогенитальными заболеваниями, вызванными *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis*. 2015. 13 с.

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**

Возбудители ИППП ассоциированные с ВЗОМТ

N.gonorrhoeae



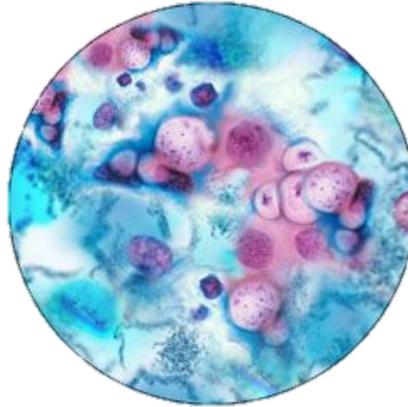
Фактор вирулентности гонококка Ribosomal protein L12 считается ответственным за возникновении восходящей гонореи у женщин

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

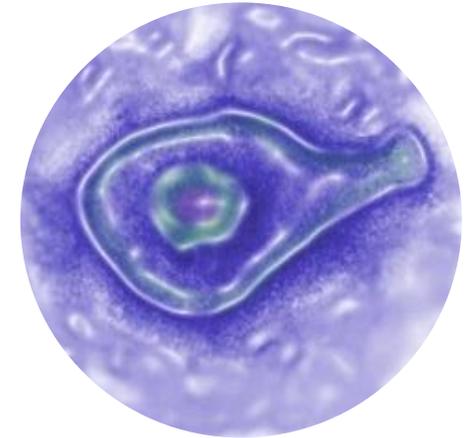


В исследованиях, где забор материала для микробиологического исследования выполнялся лапароскопически, частота выделения варьировала от 9 до 30%

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

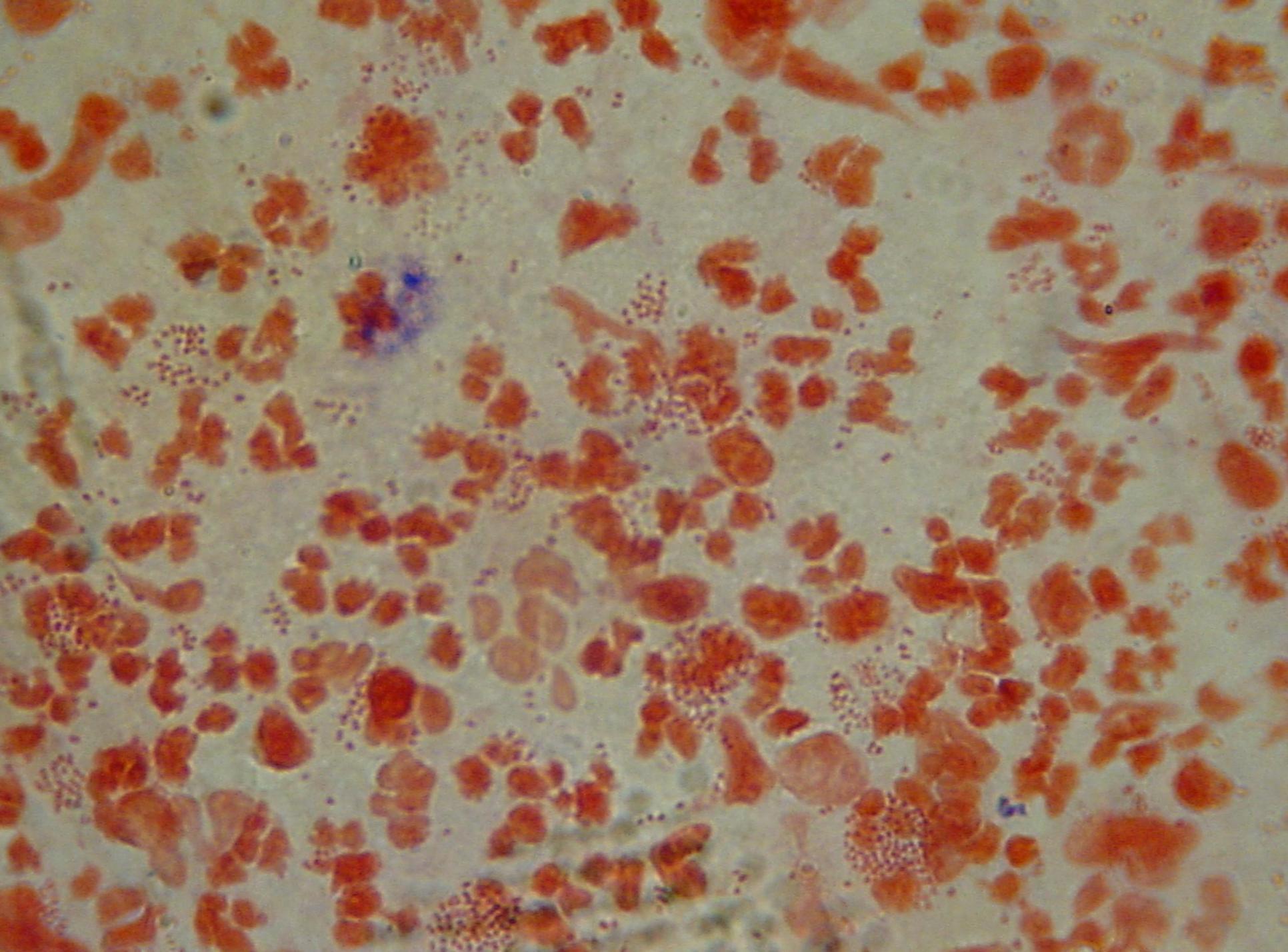
Получены доказательства роли в этиологии цервицита и эндометрита у женщин⁵

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.

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**

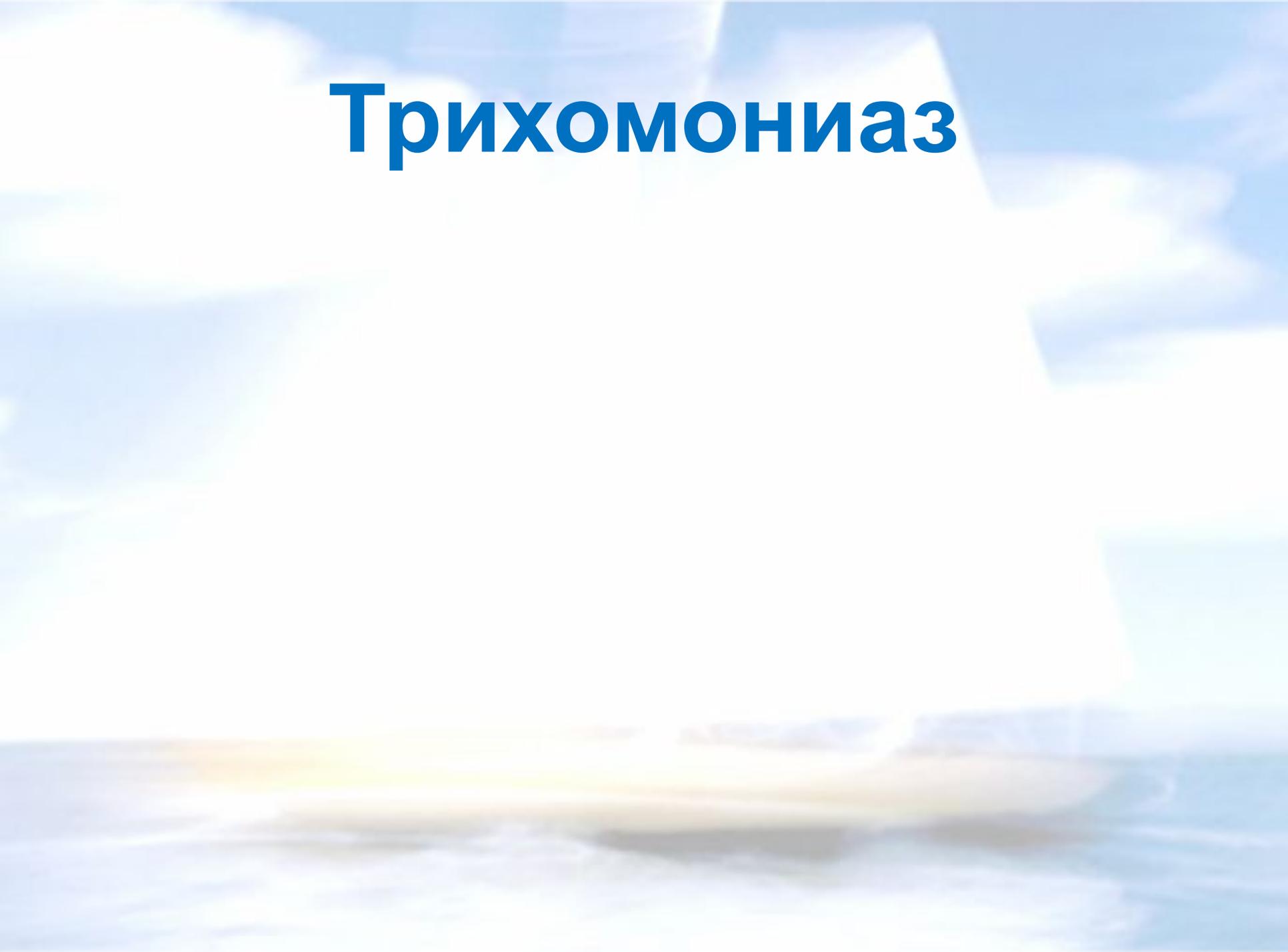
Как лечить гонорею?

- 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.

Трихомониаз

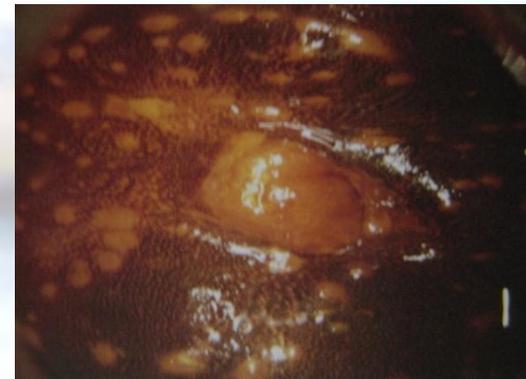


**Приказ МЗ СССР №1570 «Лабораторная
диагностика гонореи и трихомониаза»
(Методические указания)**

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

типичных форм

**влагалищных трихомонад
при лабораторном исследовании**



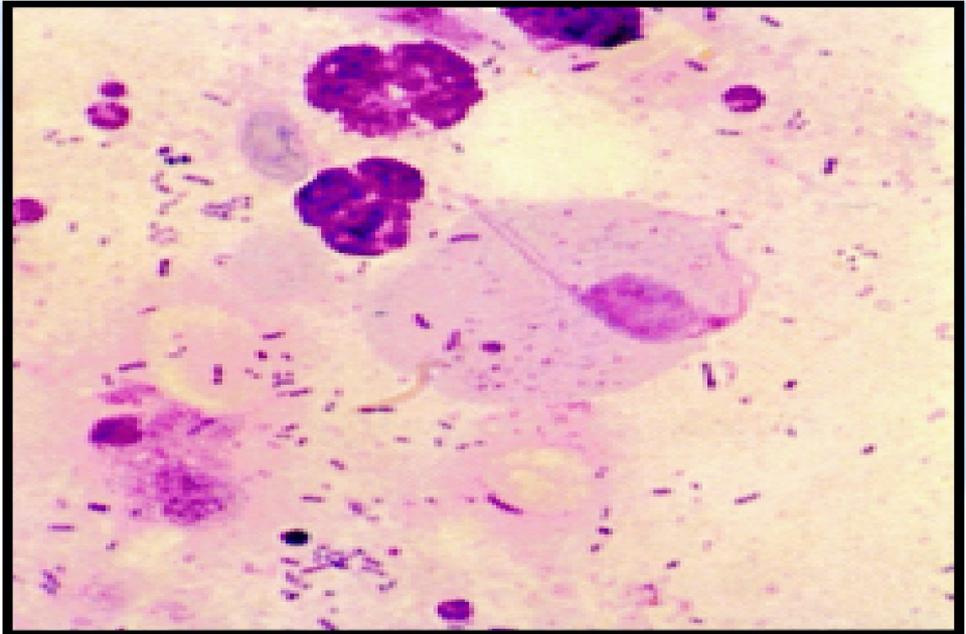
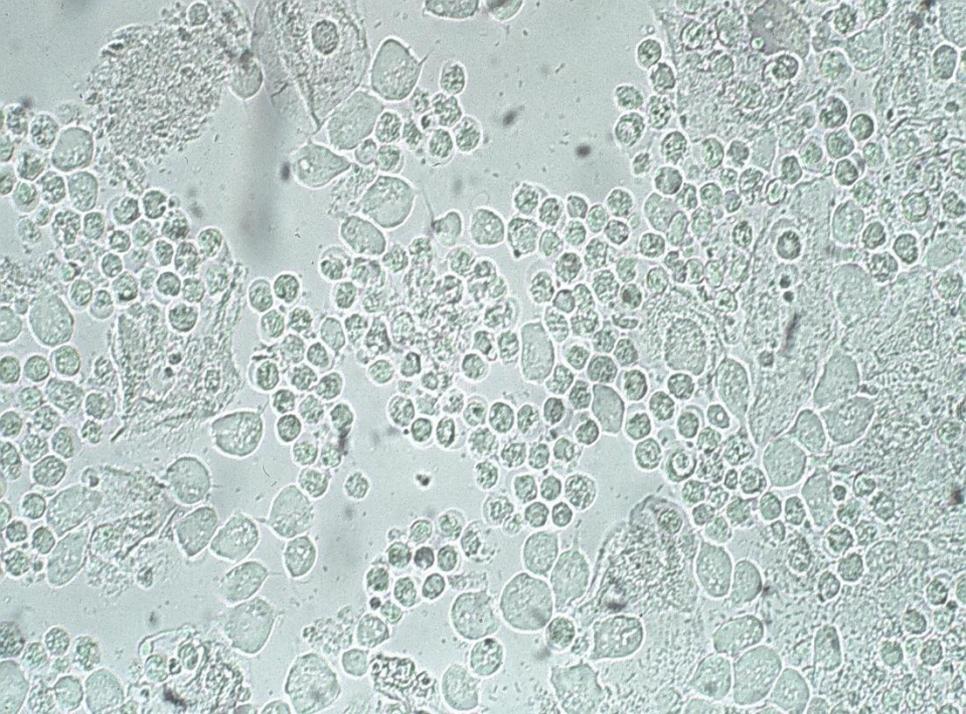
Диагностика трихомониаза

- 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.

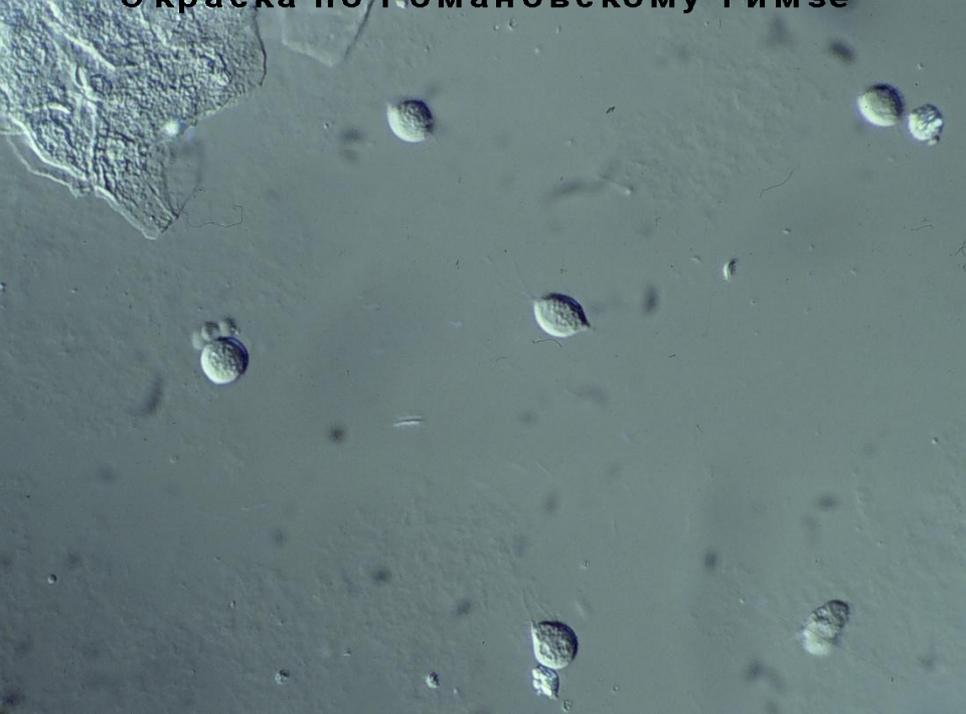
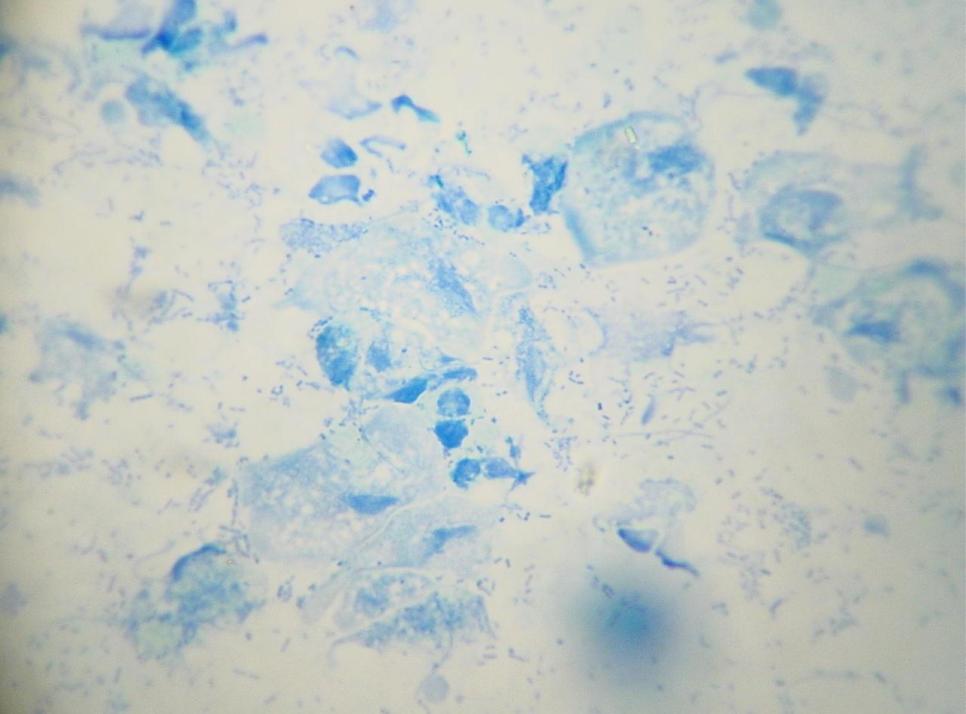
Лабораторная диагностика урогениального трихомониаза в РФ

- 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

Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015

(Recommendations and Reports / Vol. 64 / No. 3)

Трихомониаз

Культуральный метод рассматривался как “золотой стандарт” диагностики трихомонадной инфекции до появления ПЦР диагностики

Рекомендуемая схема терапии

Метронидазол 2 грамма однократно
или

Тинидазол 2 грамма однократно

Альтернативная схема терапии

Метронидазол 500 мг дважды в день 7 дней

Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015

(Recommendations and Reports / Vol. 64 / No. 3)

Трихомониаз

В случаях неэффективности терапии однократной дозой метронидазола и исключения реинфекции пациенты и их половые партнеры должны быть пролечены 500 мг метронидазола 2 раза в день 7 дней. При отсутствии эффекта и от этого курса рекомендуемая схема: тинидазол 2 грамма в течение 7 дней.



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 2017

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*

Обследование и лечение половых контактов

- Следует оповестить и предложить обследование и лечение теми же антибиотиками всех половых контактов за 6 мес. до появления симптоматики или обнаружения *C.trachomatis* или *M.genitalium* инфекции
- Обследовать контакты нужно на все ИППП, а не только на эти инфекции
- Если **контакты не удастся привлечь к обследованию** можно рекомендовать им эпидемиологическое лечение теми же антибиотиками
- Пациентам с выявленной инфекцией (C.t. или M.g.) рекомендуют воздержаться от незащищенного секса до окончания терапии как их самих, так и их половых партнеров

2015 European guideline on Mycoplasma genitalium infections

2015 European guideline on the management of *Chlamydia trachomatis* infections

Показания к лечению половых партнеров женщин с выделениями из влагалища

- При наличии гонореи и хламидийной инфекции – ВСЕГДА
- При наличии трихомониоза – 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 уреоплазм

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. / Иммунотерапия: 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

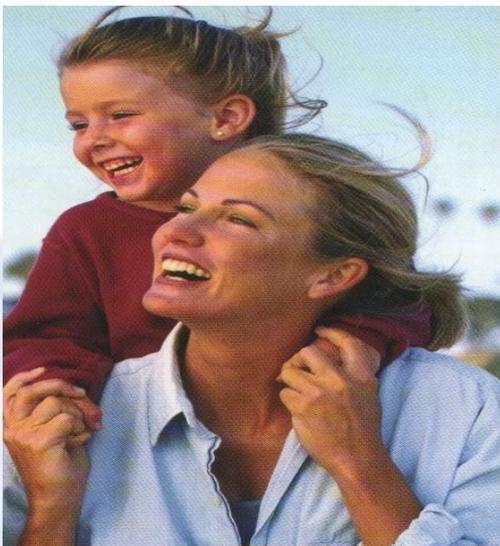
Увеличивает устойчивость организма к локальным и общим инфекциям, а также восстанавливает иммунную систему нормализуя работы нарушенных компонентов.

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.

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**



СПУСТЯ 2 НЕДЕЛИ У НАС В ПАМЯТИ ОБЫЧНО ОСТАЕТСЯ

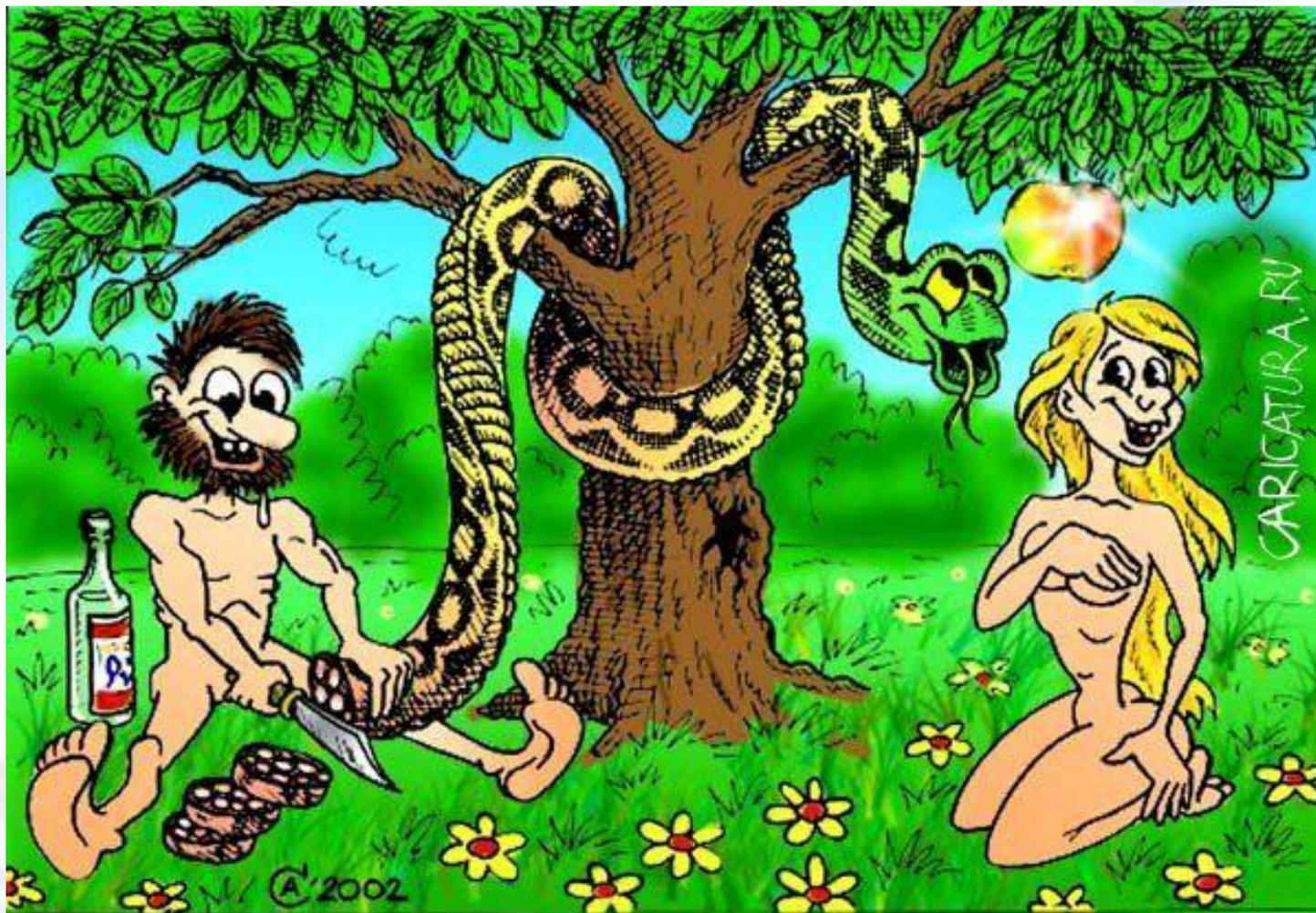


П
а
с
с
и
в
н
а
я

А
к
т
и
в
н
а
я



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





СОВРЕМЕННАЯ СТУДЕНТКА – КАКАЯ ОНА ?

1. Умная

2. Красивая

3. Умная и красивая

4. Умная, красивая и ответственная



Двойной голландский метод

- КОК + презерватив
- 100% защита от нежелательной беременности и ИППП
- *при правильном соблюдении схемы приема препаратов и использовании барьерных методов



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

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

современных представлений по вопросу ИППП

- 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

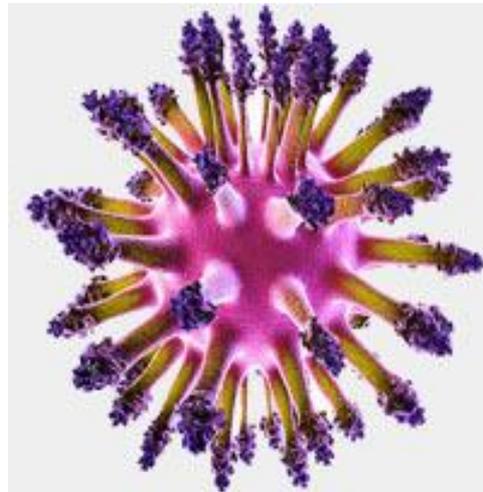
- хроническое, рецидивирующее, вирусное заболевание, передающееся преимущественно половым путем.

ВПГ- I

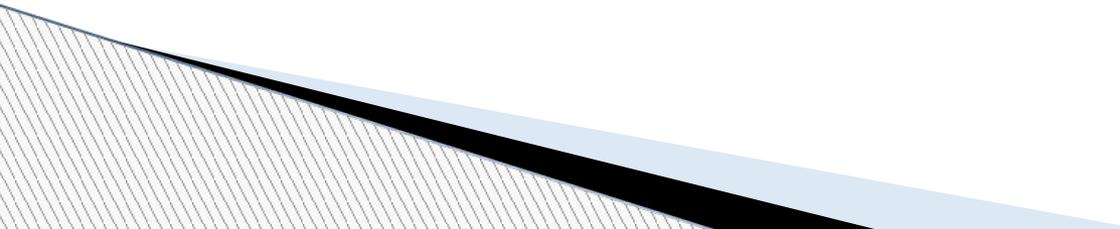
ВПГ- II

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

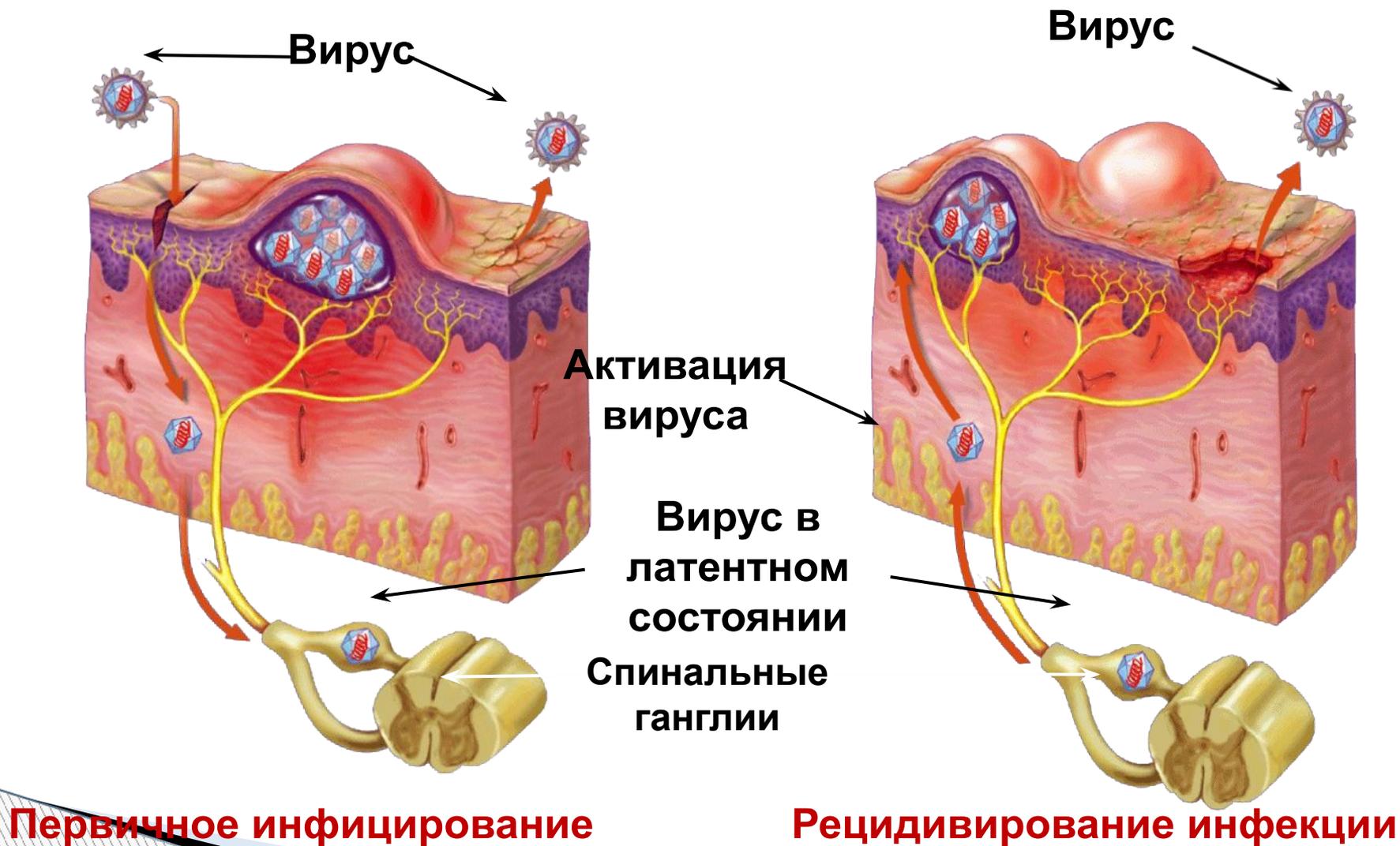
Реже – ВПГ I типа (30 % случаев)



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**
- ▣ **Перианальная область**
- ▣ **Ягодицы**
- ▣ **Бедра**
- ▣ **Слизистая влагалища**
- ▣ **Слизистая шейки матки**
- ▣ **Уретра и др.**

Типичный первичный генитальный герпес



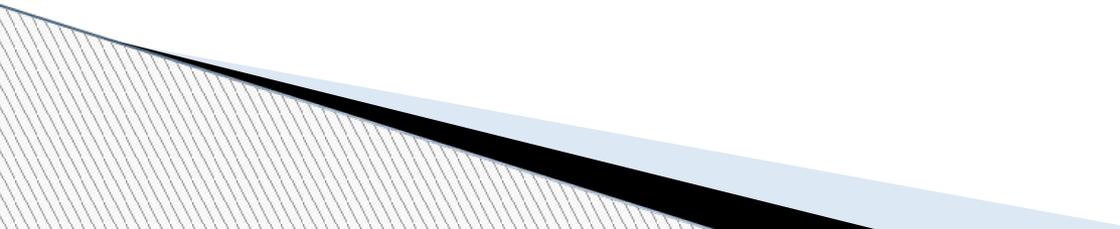
Герпетические высыпания на вульве



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,
регламентирующих 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%

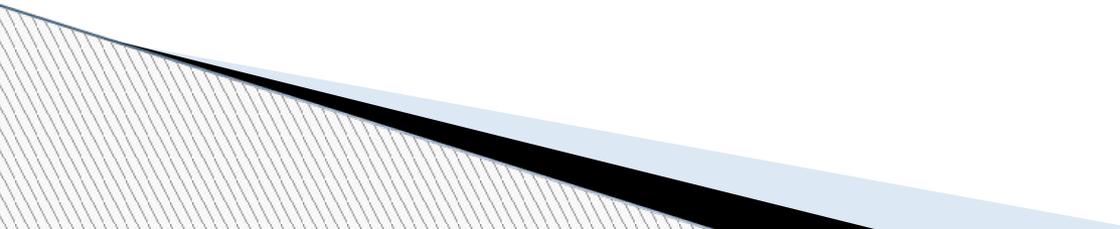
60%
Симптомы есть,
но диагноз не
поставлен

Асимптоматичные
формы

20%



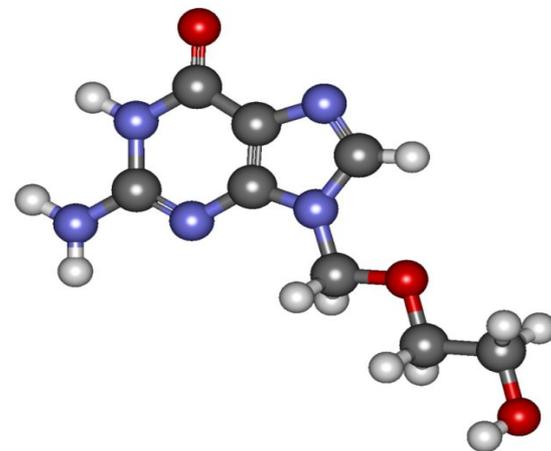
Основные принципы лечения генитального герпеса

- 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

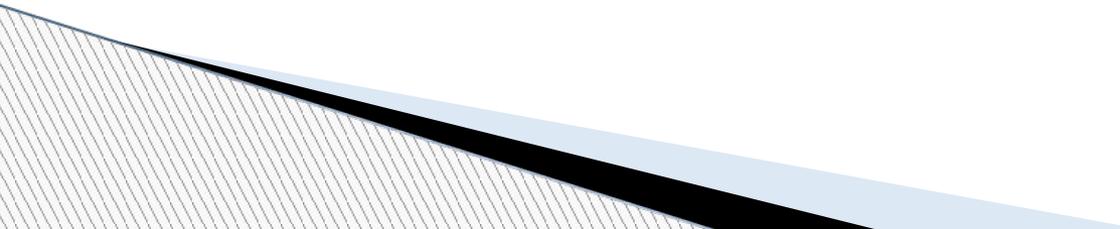
	CDC(2010)	IUSTI (2010)
Ацикловир	<ul style="list-style-type: none">■ 200 мг х 5 раз в день – 7-10 дней■ 400 мг х 3 раза в день – 7-10 дней	<ul style="list-style-type: none">■ 200 мг х 5 раз в день – 5 дней■ 400 мг х 3 раза в день – 5 дней
Фамцикловир	250 мг х 3 раза в день – 7-10 дней	250 мг х 3 раза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

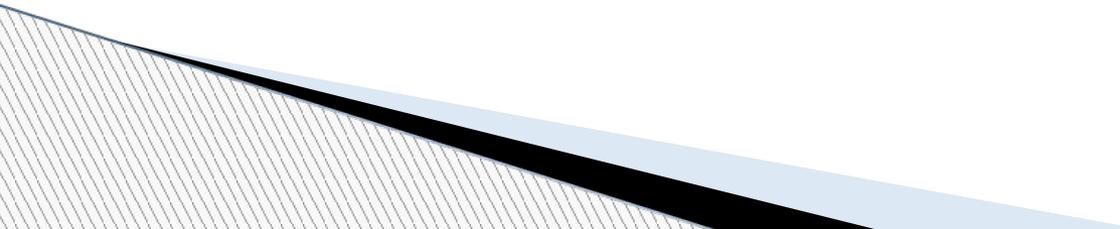
- **Эпизодическая**
 - **Супрессивная**
- 

Эпизодическая терапия рецидивирующего генитального герпеса

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

Супрессивная терапия рецидивирующего генитального герпеса

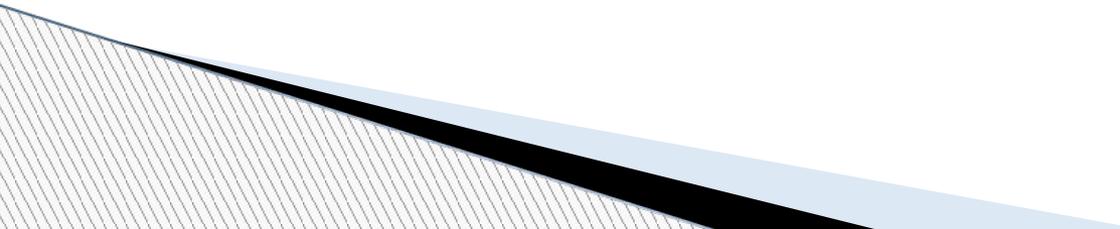
Показания

- ▣ 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.***
- 

Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015

(Recommendations and Reports / Vol. 64 / No. 3)

ГЕНИТАЛЬНЫЙ герпес

Recommended Regimens

Acyclovir 400 mg orally three times a day for 5 days

•OR

Acyclovir 800 mg orally twice a day for 5 days

•OR

Acyclovir 800 mg orally three times a day for 2 days

•OR

Valacyclovir 500 mg orally twice a day for 3 days

•OR

Valacyclovir 1 g orally once a day for 5 days

•OR

Famciclovir 125 mg orally twice daily for 5 days

•OR

Famciclovir 1 gram orally twice daily for 1 day

•OR

Famciclovir 500 mg once, followed by 250 mg twice daily for 2 days

Recommended Regimens

Acyclovir 400 mg orally twice a day

•OR

Valacyclovir 500 mg orally once a day*

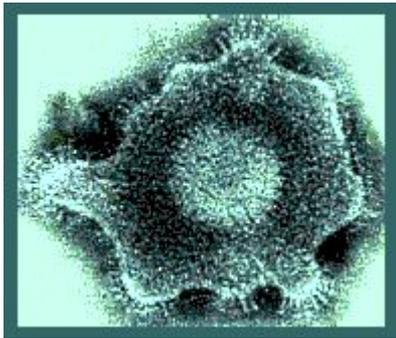
•OR

Valacyclovir 1 g orally once a day

•OR

Famciclovir 250 mg orally twice a day

*Valacyclovir 500 mg once a day might be less effective than other valacyclovir or acyclovir dosing regimens in persons who have very frequent recurrences (i.e., ≥ 10 episodes per year)



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.