

**• ИНФЕКЦИИ,  
ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ  
ПОЛОВЫМ ПУТЕМ**

**доц.каф АиГ КРСУ  
ИМАНКАЗИЕВА Ф.И.**

- **ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ  
ПОЛОВЫМ ПУТЕМ**

- **ИППП**

- Это большая группа болезней, имеющие соц.характер.
- Возбудители этих болезней, передаются от чел.к человеку, исключительно или преимущественно ПП.
- Распространенность ИППП: случайная п. связь, ранняя п.жизнь, частая смена п. партнеров, недостаточность п.воспитания, самолечение.

- **Для ИППП также как и для других воспал. заболеваний органов гениталия хар-но:**

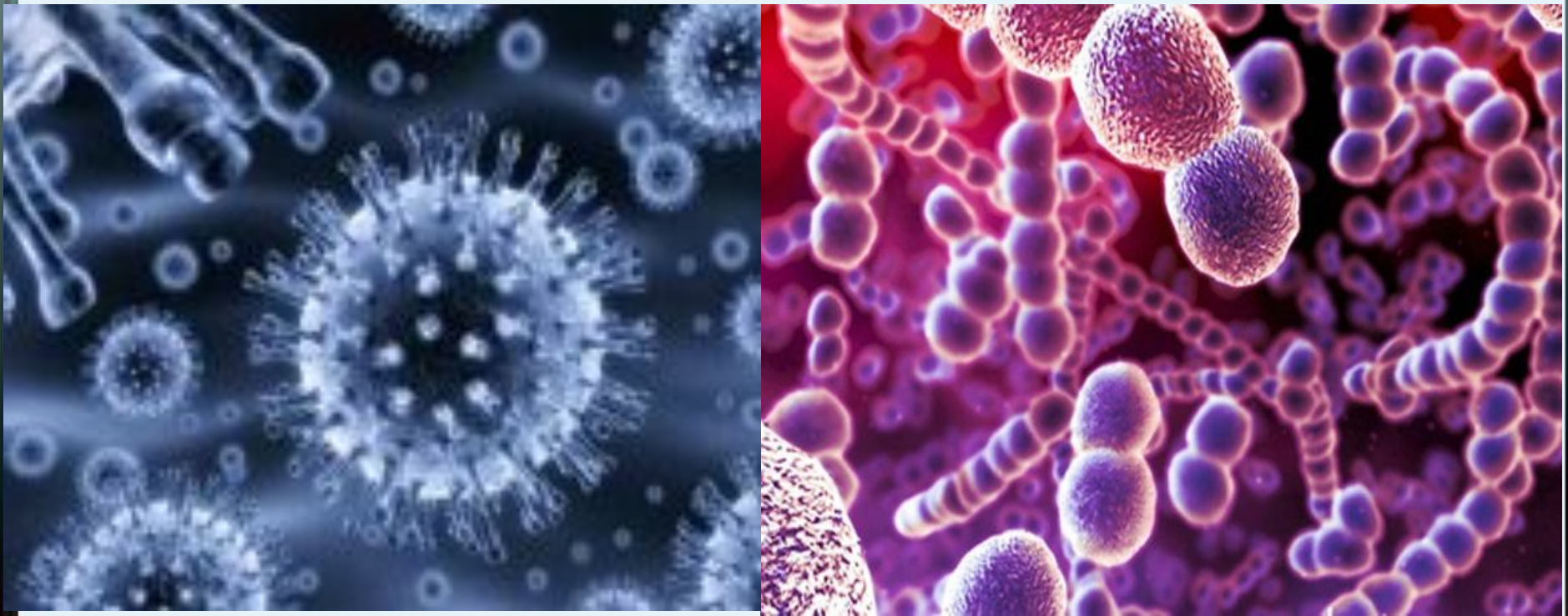
- зуд в обл.преддверия влаг-ща
- боли внизу живота
- обильные бели
- мочевые рас-ва
- нмц, ндф
- сексуальная дисгармония
- нарушение образа жизни

- Понятие „вен.болезни“ 1974 г.было заменено ВОЗ-ом на нейтральное - ЗППП (заболевания, передающиеся половым путем);в 1985 на ИППП.

- **ИППП :**

- сифилис уrogen.уреаплазмоз
- гонорея контагиозный моллюск
- трихомониаз уrogen.уреамикоплазмоз
- мягкий шанкр уrogen.хламидиоз
- венер.гранулёма
- вир.инфекции(ПВИ,ГГГ,ЦМВ,в.гепат.,ВСД, ВИЧ-инф,лобк.вошь,чесотка)

# **УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗ**



# Эпидемиология УГХ

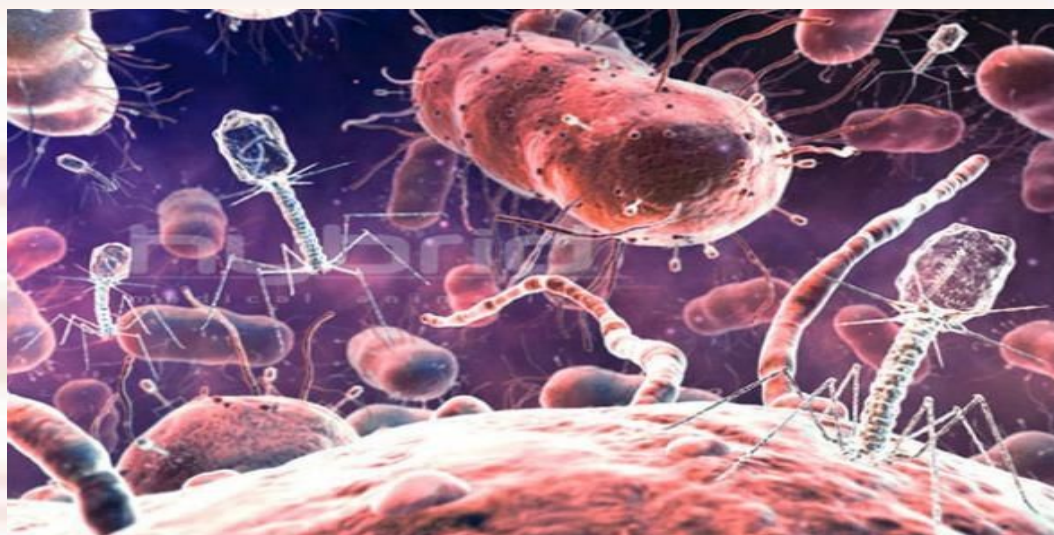
Относится к наиболее распространенным ИППП

При однократном незащищенном половом контакте риск заражения превышает 60%.

Наибольший процент данной инфекции выявляется в развивающихся странах мира. При обследовании подростков, было констатировано: вульвовагинит- у 100%, цервицит-74,4%, уретрит-57,7%, конъюнктивит-50%, проктит-19,5%. У каждой 4-ой девочки -хронический сальпингит или сальпингоофорит. У 48,8% девочек хронический пиелонефрит. В мире ежегодно регистрируется более 90 млн новых случаев хламидиоза.

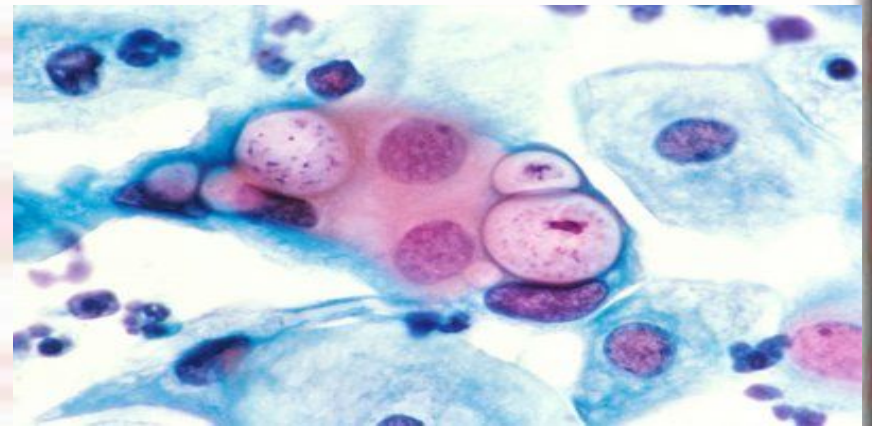
# Урогенитальный хламидиоз

Инфекционное заболевание, вызываемое хламидиями, передающееся преимущественно половым путем, поражающее урогенитальный тракт и другие органы, имеющее слабо выраженную симптоматику и склонность к хронизации.



***Chlamidia trachomatis*** имеет несколько серотипов:

- ❖ Серотип L1, L2, L3 – вызывает венерическую лимфогранулему
- ❖ Серотип А,В,С – классическую трахому
- ❖ Серотип Д-К – урогенитальный хламидиоз.

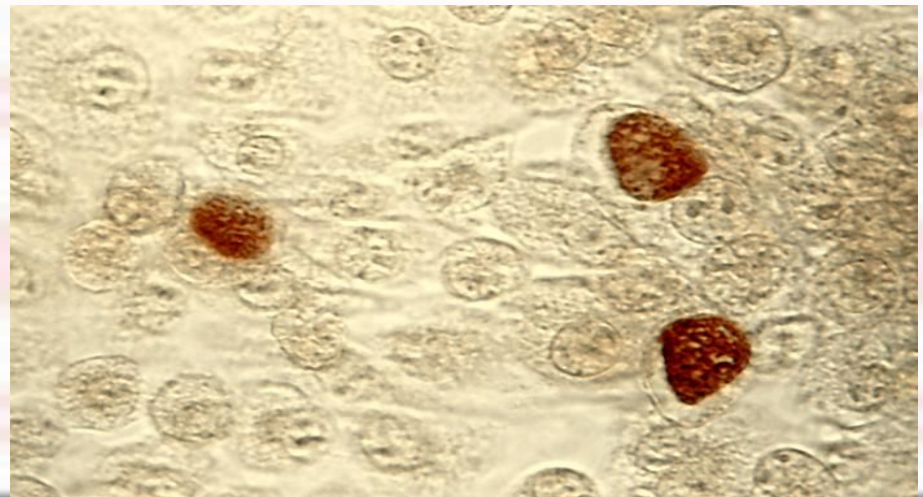
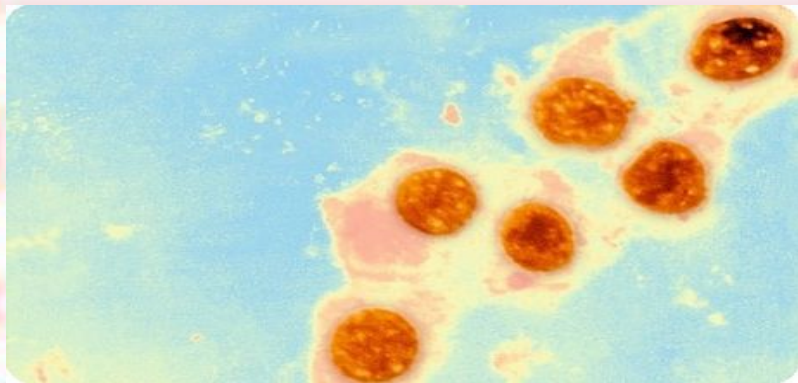




## *Chlamydia trachomatis*

Возбудитель УГХ - *Chlamydia trachomatis*, серотипы D-K. Представляют собой неподвижные, кокковидные, грамтрицательные, облигатные внутриклеточные микроорганизмы.

Содержат в своем составе ДНК и РНК и имеют клеточную стенку, но размножение происходит внутри клеток хозяина.

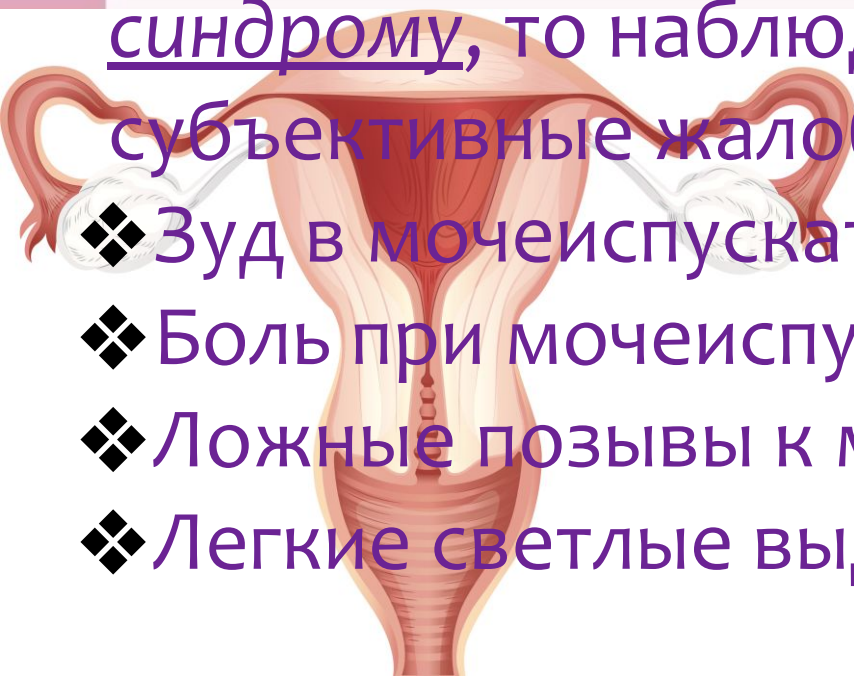


Наиболее часто инфицируется *шейка матки* и оттуда, как из резервуара, инфекция распространяется в *мочеиспускательный канал, матку, маточные трубы*.

Инфекция может одновременно поражать шейку матки и уретру, при этом 90% женщин не испытывает никаких ощущений

Если же инфекция приводит к уретральному синдрому, то наблюдается незначительные субъективные жалобы:

- ❖ Зуд в мочеиспускательном канале
- ❖ Боль при мочеиспускании
- ❖ Ложные позывы к мочеиспусканию
- ❖ Легкие светлые выделения при массаже уретры



## ◆ **Классификация УГХ по МКБ 10 :**

- ◆ Хламидийные инф-ии нижних отделов мочеполового тракта (цервицит, цистит, уретрит, вульвовагинит, бартолинит)
- ◆ Хлам.инф-ии органов малого таза и др. мочеполовых органов (воспал.забол.органов малого таза у женщин, орхит, эпидидимит)
- ◆ Хлам.инф-ия мочеполового тракта неуточненная
- ◆ Хлам.инф-ия аноректальной области
- ◆ Хлам.инф-ии, передающиеся пол.путем, другой локализации(хлам.фарингит, гепатит)

**В клиническом течении** урогенитального хламидиоза выделяют следующие формы:

- ◆ **Острая форма – 2 мес**
- ◆ **Хроническая форма – более 2 мес**
- ◆ **Вялопротекающая форма**
- ◆ **Хламидийный вагинит развивается у детей, пожилых женщин и у беременных женщин, связанный структурно – функциональными изменениями эпителия с особенностями гормонального состояния. При хламидийном эндометрите, могут быть ноющие боли внизу живота, кровянистые выделения в межменструальном периоде и после полового акта, боль при половом контакте. В более поздних периодах- бесплодие**

# Осложнения УХ

Эктопическая беременность

Сальпингоофорит

Окклюзия маточных труб

Б I, Б II

Преждевременные роды

Спонтанный выкидыш

Неразвивающаяся беременность

Внутриутробное инфицирование плода в 40 - 60 % случаев

Гипотрофия плода

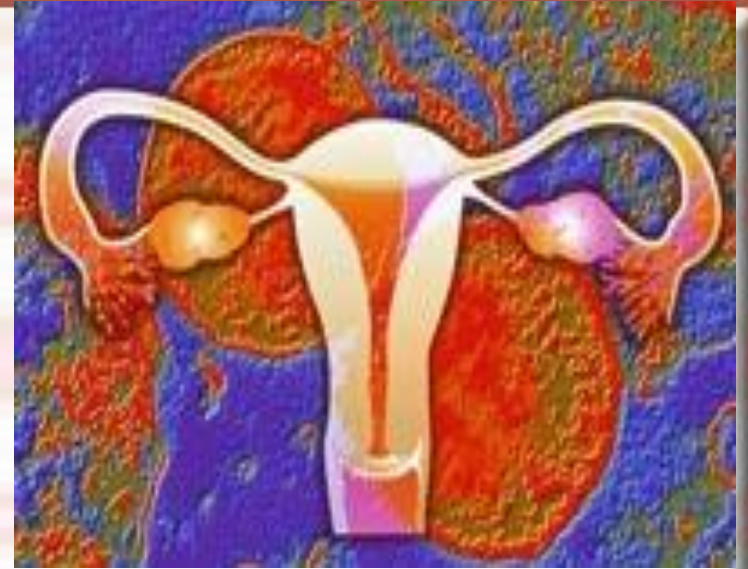
*Осложнения у инфицированных новорожденных:*

Конъюнктивит

Пневмония

Назофарингит

Гастроэнтеропатии и др



## Диагностика УГХ

Для точной диагностики важно:

- ❖ Правильный забор материала
- ❖ Использование качественных диагностических препаратов
- ❖ Квалифицированная микроскопия

**Забор материала** берут из уретры и канала шейки матки:

Шейка матки обрабатывается сухим тампоном (удаляется слизь), материал берется бескровно;

Из уретры материал берется после предварительного массажа.

**Метод прямой иммунофлуорисценции (ПИФ)** с моноклональными антителами

**Метод иммуноферментного анализа (ИФА)** – основан на выявлении в исследуемом материале определенных фрагментов ДНК хламидий и увеличение их количества при помощи фермента полимеразы и процесса амплификации.

**ПЦР**



# Требования к антибиотикам применяемым для лечения УГИ

Уроселективность – способность накапливаться в органах и тканях мочеполового тракта, выведение с мочой

Действие на внутриклеточные возбудители

Безопасность для беременных и кормящих

Желательные свойства:

- ❖ Возможность ступенчатой терапии \_\_\_\_\_ (инъекции, затем таблетки)
- ❖ Бактерицидный механизм действия (фторхинолоны, аминогликозиды)
- ❖ Высокая биодоступность при пероральном применении

## Лечение УГХ

Выделяют 3 группы препаратов:

- ❖ Макролиды (кларитромицин, макропен, эритромицин)
- ❖ Тетрациклины (доксидиклин)
- ❖ Фторхинолоны (норфлоксацин)





При лечении хламидийной урогенитальной инфекции необходимым является дополнение

**иммуномоделирующими препаратами :**

- ❖ левамизол, иммунал
- ❖ адаптогены (настойка элеутерококка или сапарала в каплях)
- ❖ ферменты системного характера (вобензим, флогензим 1 таб 5р/сут)
- ❖ витамины ДУОВИТ

Имеет значение воздержание от половых контактов

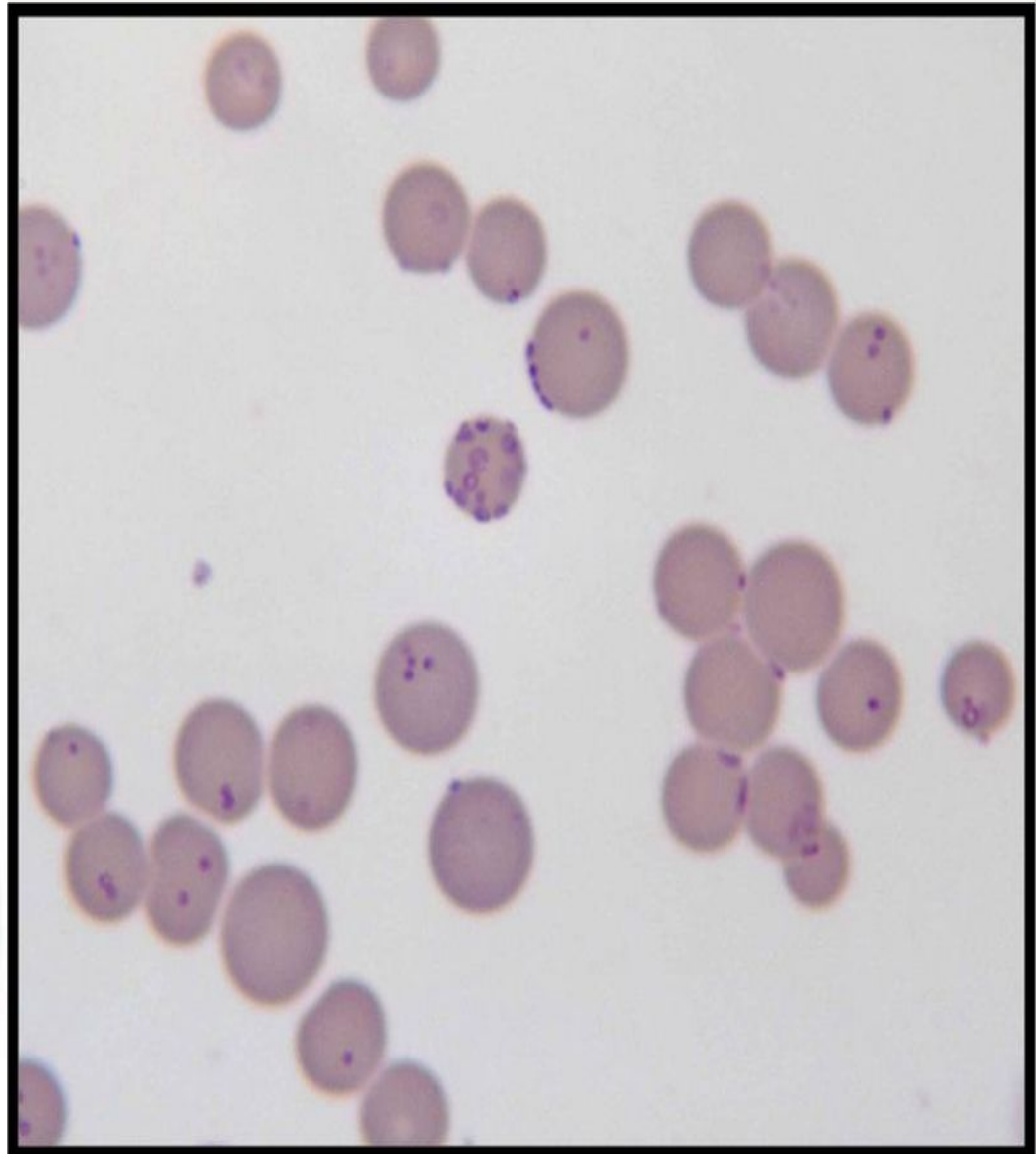
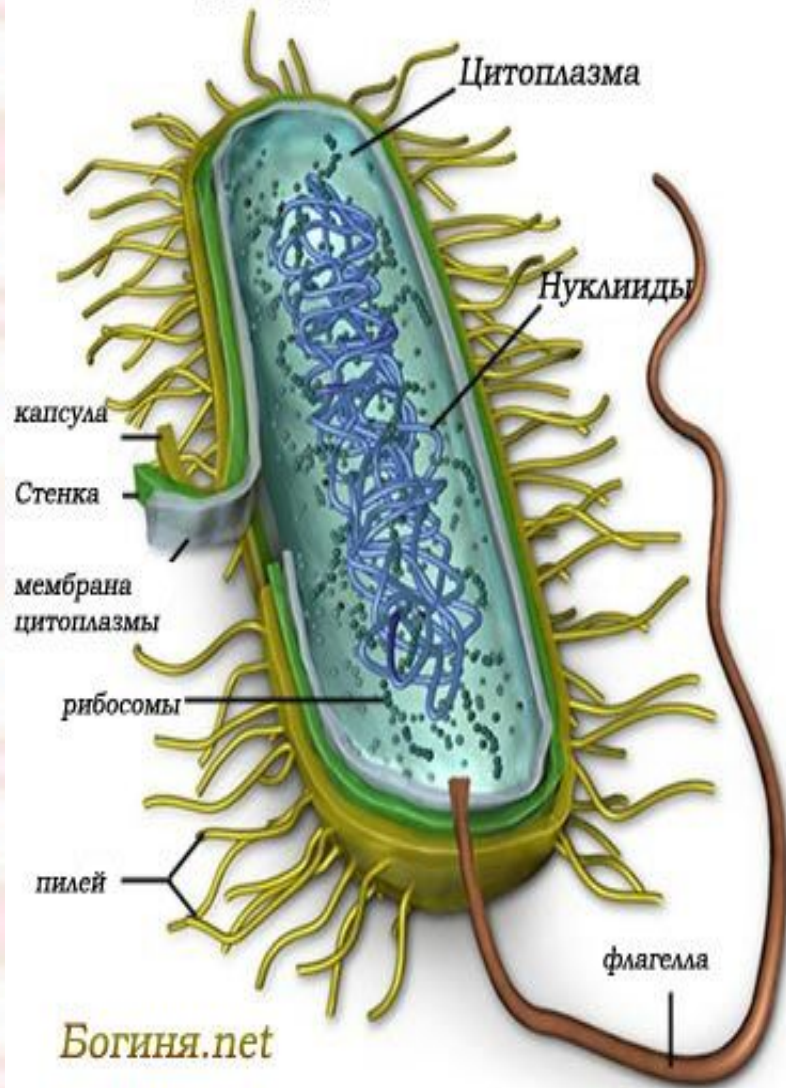
Лечение партнера

Контроль излеченности проводят через 2-4 недели после терапии и затем 3 менструальных цикла.



# Микоплазменные инфекции

Структура микоплазмы



# Микоплазменные инфекции

Часто становятся причиной воспалительных заболеваний органов гениталий, в 2-3 раза чаще, чем гонорея и сифилис.

Известно 100 видов микоплазм. От человека выделяют больше 16 видов микоплазм, из них **5 являются паразитами:**

- ❖ *M. pneumoniae* являются возбудителями респираторного микоплазмоза,
- ❖ *M. incognitis* - генерализованного малоисследованного инфекционного процесса,
- ❖ *M. fermentans* и *M. penetrans* играют определенную роль в развитии СПИДа,
- ❖ *M. hominis*, *M. genitalium*, *U. urealyticum* - микоплазмоза уrogenитального тракта.



## Свойства микоплазм

Микоплазмы не имеют клеточной стенки, тесно контактирует с клеткой хозяина, обмениваются аминокислотами, нуклеиновыми кислотами, нарушают синтез белка, развиваются аутоиммунные процессы.

В связи с тем, что микоплазмы не перевариваются фагоцитами, они долго персистируют в организме и размножаются.

Микоплазмы повышают количество свободной арахидоновой кислоты, что приводит к активизации синтеза ПП, а это является причиной спонтанных абортов.

Вызывает разнообразные изменения системы гемостаза (гипо- и гиперкоагуляция, приводит к лейкопении, плацентарная недостаточность) ЗВУР

Микоплазмы вызывают бесплодие, в 70-80% случаях наблюдается прерывание беременности.



## Свойства микоплазм

Индукцируют иммуносупрессию и аутоимунные реакции организма

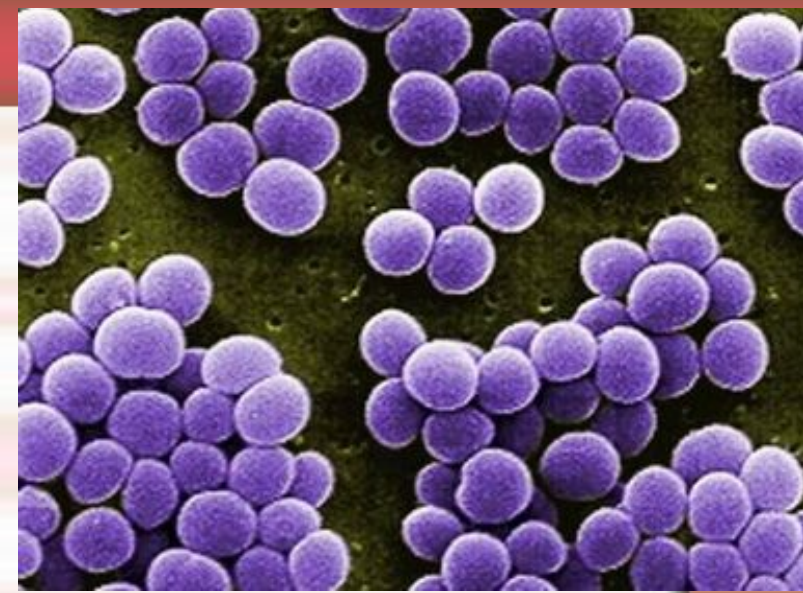
Микоплазмы вызывают хромосомные абберации и тератогенный эффект на половые клетки.

Микоплазмы чаще (80-90% случаев) встречаются в ассоциации с другими микробами (синергизм).

При внутриутробном инфицировании плода наблюдается поражение органов дыхания, ЦНС, зрения, печени, почек, кожных покровов.

Микоплазменные инфекции вызывает эндометрит, тяжелое септическое заболевание после родов, аборт.

Следует отметить, что патогенные свойства микоплазмы недостаточно изучены.



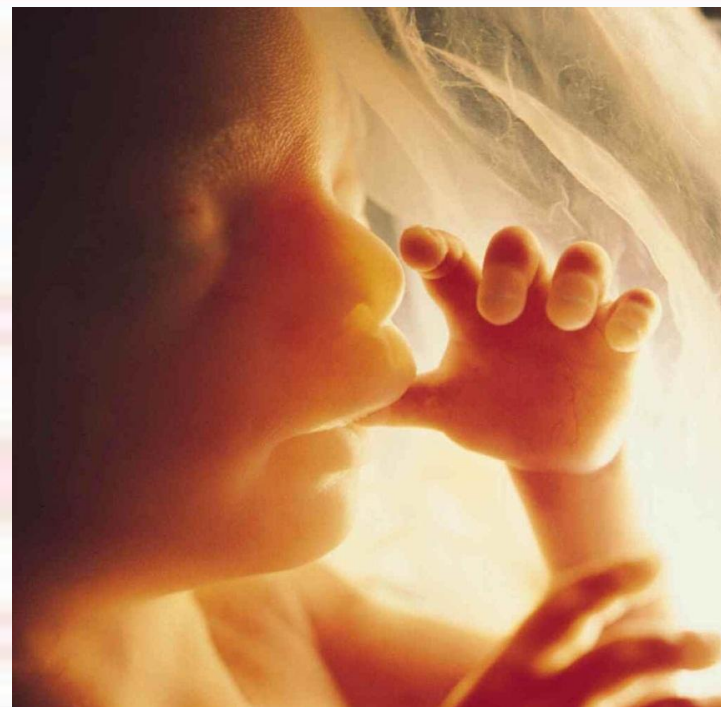
Источником микоплазменной инфекции является человек.

### *Пути распространения:*

- ❖ половой,
- ❖ гематогенный,
- ❖ трансплацентарный,
- ❖ транслокационный (из одного органа в другой)

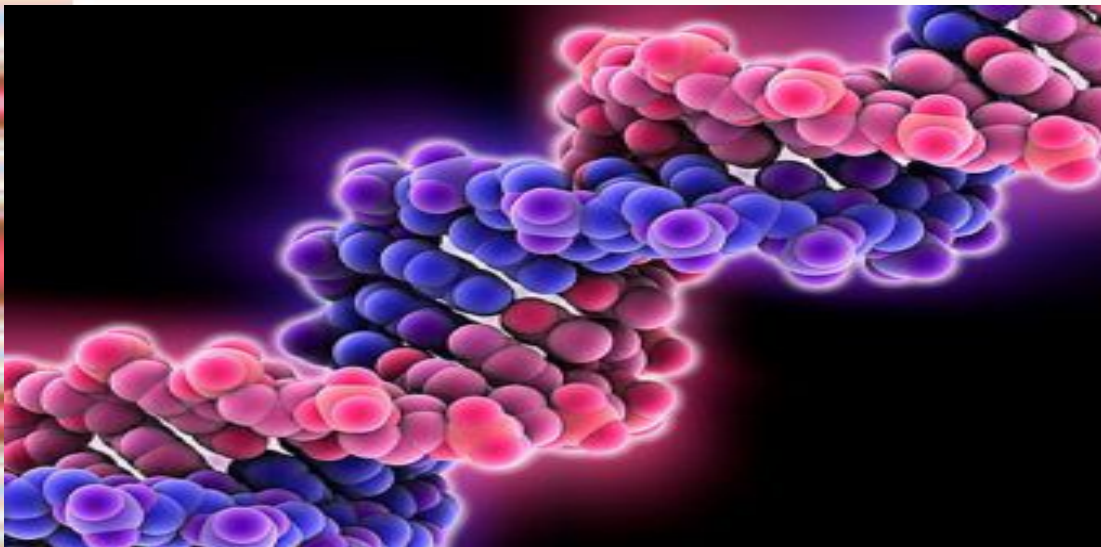
### *Классификация:*

- ❖ Свежий:
- ❖ Острый
- ❖ Подострый
- ❖ Вялотекущий
- ❖ Хронический
- ❖ Носительство



**Клиники** четкой может и не быть: зуд слабый в области НПО, незначительные гнойно-слизистые выделения.

**Диагностика:** нахождение микоплазменной инфекции в выделениях из уретры, цервикса, влагалища. В настоящее время более распространен метод ПЦР.



# Принципы лечения УГ микоплазмоза

Лечение с партнёром

Использование антибактериальных препаратов, воздействующих на синтез белка и ДНК

Включение в лечение средств, стимулирующих неспецифическую сопротивляемость организма.

Ферменты, Витамины

Эубиотики





# Лечение микоплазмоза

Учитывая, что макролиды являются высокоактивными в отношении внутриклеточных патогенов и имеют самую лучшую пенетрацию внутрь клетки, то можно назначить

❖ Мидекамицин (Макропен) 400 мг 3-4 р/сутки в течение 7-10 дней

❖ Кларитромицин (Фромилид/Фромилид Уно) 250/500 мг 1-2р/сутки курс 6-14 дней

Через десять дней после окончания лечения, и в дальнейшем, 3хкратно в течении трех месяцев, перед менструацией или через 1-2 дня после окончания, берется мазок на ПЦР.

Если не удастся выявить возбудителя, то больная считается излеченной.

# Уреаплазменная инфекция

Уреаплазма – это грамотрицательные микроорганизмы, имеют 2 биовара:

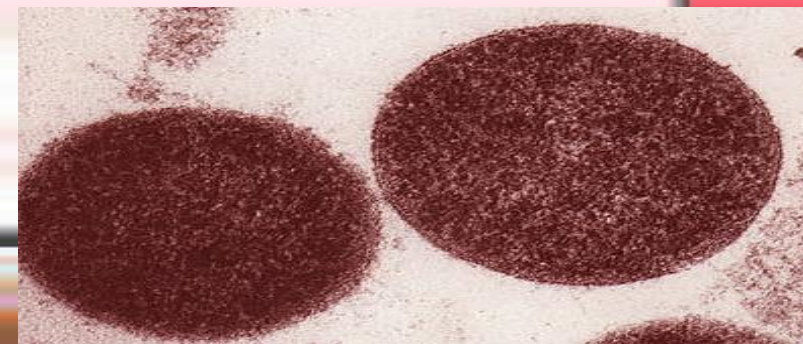
Биовар Parvo имеет серотипы 1,3,6,14

Биовар T 960 имеет 10 серотипов.

Уреаплазмы тропны к эпителию. Оптимальный рост их при температуре 36-37 градусов, в виде колоний по типу «яичницы – глазуньи» в присутствии марганца они окрашиваются в коричневый цвет.

В отличии от других микоплазм уреаплазмы способны гидролизовать мочевины до аммиака и углекислого газа.

Изменять pH, окраску среды.



Заражение происходит в основном половым путем.

Инфицирование плода – внутриутробно, при прохождении через родовые пути инфицированной матери. Не исключается гематогенный путь инфицирования органов гениталия.

По течению различают:

- ❖ Свежий (острый, подострый, вялотекущий)
- ❖ Хронический – давность заболевания более 2 месяцев, малосимптомно

Наиболее часто локализуется во влагалище, в стенке матки.

Клиника: не имеет характерных признаков. Больные жалуются на наличие выделений, зуд, жжение, незначительные тупые боли внизу живота, а также на проблемы дизурии четкого характера – учащение мочеиспускания и рези при ней, болезненность при наполнении мочевого пузыря.

Высокий процент бессимптомного течения.

При объективном осмотре: гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия уретры, влагалища и шейки матки.



# Диагностика уреаплазмоза

Возраст первого сексуального контакта, количество партнеров

Наличие в прошлом и настоящем времени заболеваний мочевыделительной системы и других хронических заболеваний.

Гинекологический анамнез: хронические воспалительные заболевания органов гениталий, бесплодие

Акушерский анамнез: дородовое излитие околоплодных вод, самопроизвольный выкидыш, преждевременные роды, инфицирование плода, заболевание новорожденных у матерей с уреаплазмой

Клиническая симптоматика

Кольпоскопия – расширение капилляров шейки матки, йоднегативные участки

Цитологическое исследование

ПЦР и культуральный метод



# Лечение уреаплазмоза

Должно быть комплексным.

Критерии этиотропной терапии:

Клинические проявления инфекции –  
воспалительные заболевания шейки матки.

Акушерско-гинекологический анамнез

Результаты комплексного исследования



# Лечение уреаплазмоза

3 группы препаратов:

Тетрациклины

Макролиды

Фторхинолоны

Следует отметить, что широким применением препаратов тетрациклинового ряда отмечается эффект доксициклина с 95% до 56,2%, что касается тетрациклина считают, что уреаплазма резистентна к нему.

- ❖ Наиболее широко применяются для лечения – макролиды. Мидекамицин (макропен) 400 мг 3-4 р/сутки в течении 7-10 дней
- ❖ Кларитромицин (Фромилид/Фромилид Уно) по 250/500 мг 1-2р/сутки курс 6-14 дней.

Макропен по данным многих авторов высоко эффективен в отношении уреаплазмы в 92,3% случаев.



# Лечение уреаплазмоза

Антибиотики группы фторхинолонов обладают бактерицидным действием на возбудитель уреаплазмоза.

Препятствуют синтезу ДНК в клетках

Норфлоксацин 400 мг 2р/сутки – этот фторхинолон является препаратом выбора особенно при поражении мочевыделительных путей.

С профилактической целью необходимо назначать антимикогенные средства и препараты метронидозола,

подключаются системные энзимные препараты –

флогензим, вобензим, иммуномодулирующие препараты –

адаптогены с последующим восстановлением

микробиоценоза влагалища зубиотиками.

Контроль излеченности проводится через 10-14 дней после окончания лечения, а затем в течении 3-х менструальных циклов перед или после менструации с использованием ПЦР







## **Тактика при отсутствии эффекта от лечения**

**Проводится обследование на наличие иных возбудителей  
назначение АБ препарата другой фармакологической группы  
увеличение длительности терапии до 14 дней.**

**Таким образом на основании вышеизложенного можно сказать, что указанные УГИ имеют широкое распространение, малосимптомное течение, тяжелые последствия, как у взрослых, так и новорожденных.**

**Своевременная диагностика и лечение указанных инфекций предотвратит вышеизложенные тяжелые последствия.**



# ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

- ◆ *Эпидемиология. ГИ – одно из распространенных ИППП. Возбудитель заб-я – Gp.Нейсера (1879), парный кокк бобовидной формы, неподвижные, не образуют споры, Гр( - ), содержит гонотоксин, который вызывает интоксикацию орг.хозяина;вне орг.не устойчив.*
- ◆ *Гонококк имеет трубчатые пили, с помощью кот-ых он прикрепляется к клеткам. Может образовывать L-формы.*
- ◆ *Устойчив к антибиотикам, сод-им В-лактамное кольцо. Имунитета к гонорее не существует. Источником инф-ии яв-ся больной человек. Инкубационный период от 3-х до 15 дней*
- ◆ *(реже до 1 мес.)*

- ◆ Инфицирование происходит половым путем, интранатально, бытовым путем.
- ◆ **Классификация по МКБ 10 :**
- ◆ гонорея нижних отделов мочеполового тракта без осложнений
- ◆ гонорея нижних отделов мочеполового тракта с осложнениями
- ◆ гонорея верхних отделов мочеполового тракта и органов малого таза
- ◆ гонорея других органов
- ◆ при этом указывается полный топический диагноз.
- ◆ **По локализации выделяют:**
- ◆ генитальный
- ◆ экстрагенитальный
- ◆ диссеминированный(метастатический)

*По временному критерию:*

*Свежая:*

*Острая*

*Подострая*

*Торпидная*

*Хроническая:*

*Латентная*

◆ *К неосложненным формам гн инф-ии нижних отделов мочеполовой системы :*

◆ ***Уретрит***

◆ ***Цистит***

◆ ***Цервицит***

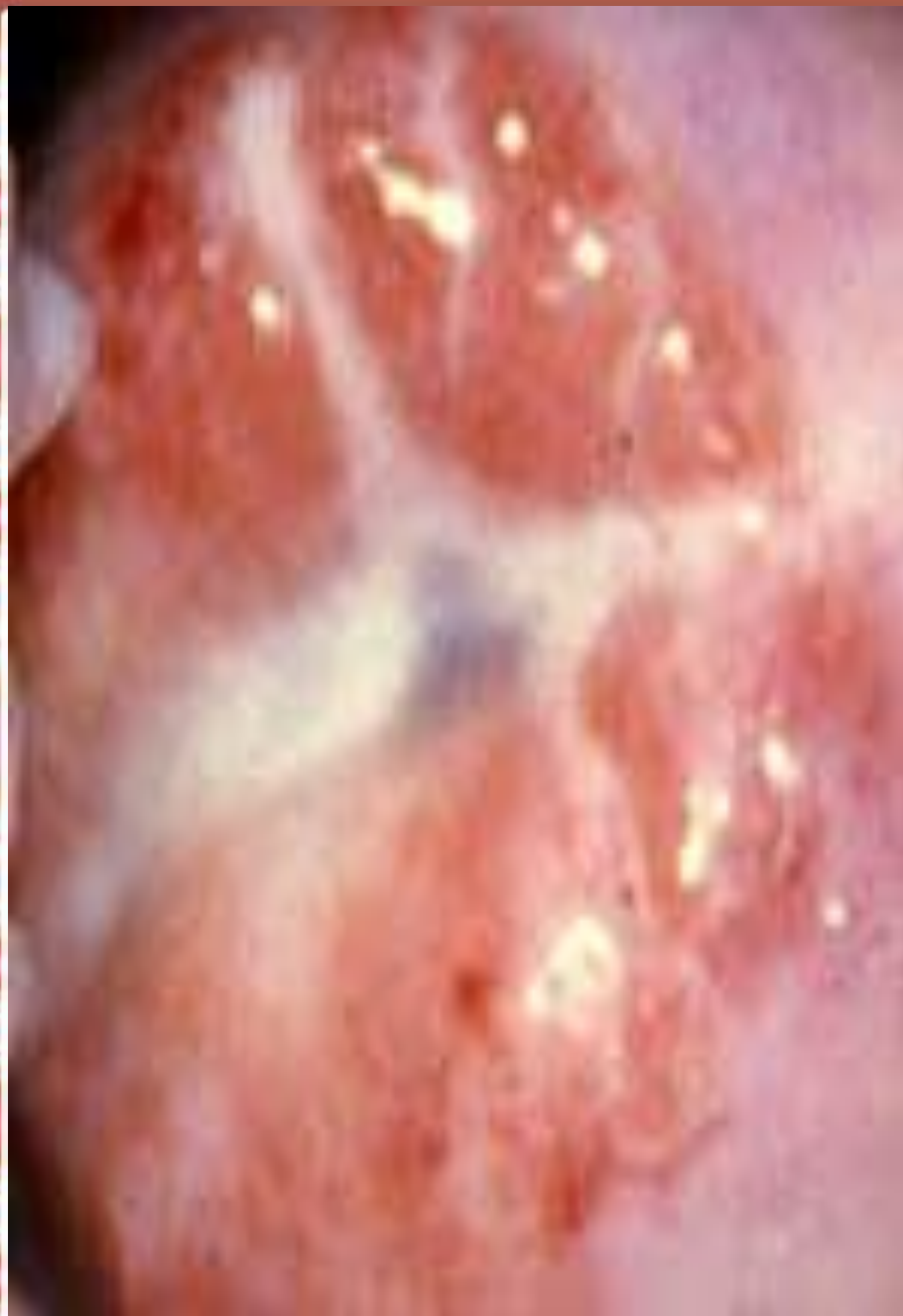
◆ ***Вульвовагинит***

◆ *При них следующие симптомы – боль внизу живота, дизурия, слиз.-гн выделения, зуд, жжение, дискомфорт в области НПО.*

- ◆ Вульвовагинит возникает у девочек препубертатного воз-та, у беременных и у женщин старческого воз-та.
- ◆ К осложненным формам относят-
- ◆ абсцедирование переуретральных и придаточных желез,
- ◆ гнойный эндометрит,
- ◆ сальпингоофорит,
- ◆ перитонит,
- ◆ Простатит,
- ◆ эпидидимит,
- ◆ пельвиоперитонит
- ◆ При гин осмотре – резкая гиперемия и отек губок уретры, гнойные выделения из мочеиспускательного канала, острые симптомы

- ◆ При воспалении преддверия и половых губ – гиперемия, отек, густые гнойные выделения. Может быть гиперемия промежности, паховых складок, внутренней поверхности бедра (у девочек). Могут наблюдаться поражения бартолиновой железы. При поражении влагалища – густые гнойные выделения.
- ◆ При цервиците – гиперемия ШМ, гнойные выделения из цервикса (у девочек длительные и упорные).





- ◆ Острая гонорея верхнего отдела (эндометрит, метроэндометрит, сальпингоофорит, перитонит и др)

- ◆ **СИМПТОМЫ :**

- ◆ боли внизу живота, Т(39), тошнота, рвота
- ◆ частое болезненное мочеиспускание
- ◆ гноевидные выделения из половых путей
- ◆ жидкий стул
- ◆ нарушение репродуктивного цикла

- ◆ **В анамнезе** -менструация, аборт, роды, различные другие ВМ манипуляции, ВМС, биопсия.

- ◆ **В анализе крови** - лейкоцитоз, СОЭ высокое

- ◆ **Гинекологический осмотр**- ШМ гиперемирована, гнойные или сукровичные выделения из канала шейки.

- ◆ Т. матки большое, мягковатой консистенции, болезненное

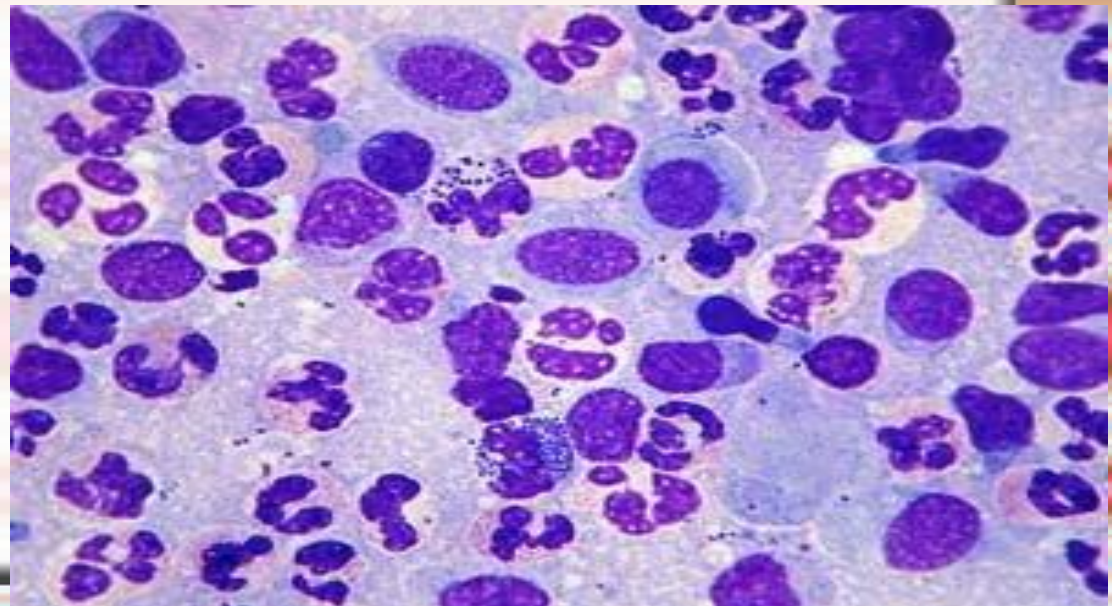
- ◆ Обд придатков большая при СОФ (мощности обр)

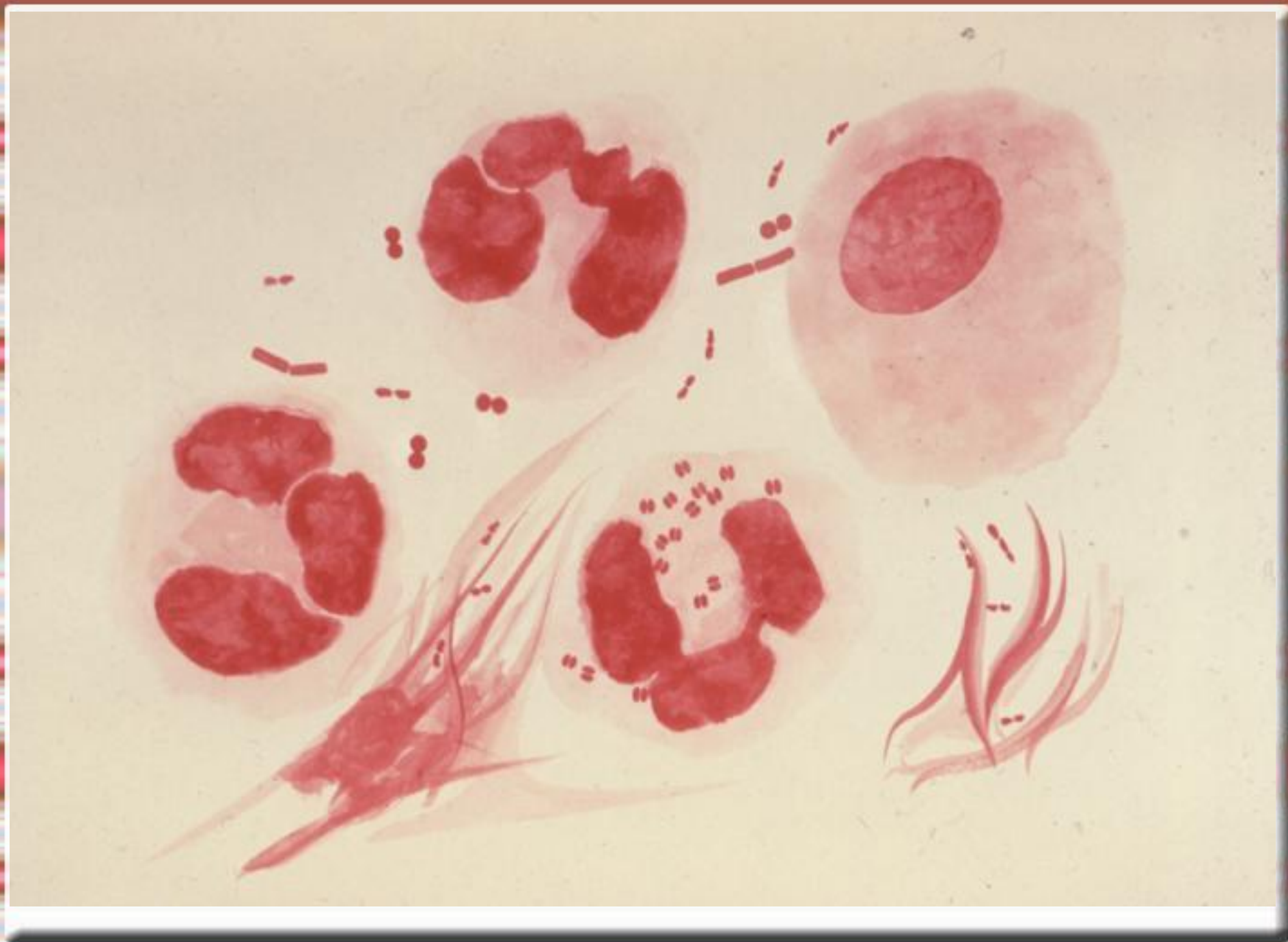
- ◆ *В наст. время гн процесс не имеет вышеуказанных типичных признаков, т.к всегда при гн выявляется микст-инфекция. Последняя удлиняет инкуб период, способствует частому рецидиву, затрудняет диагностику и лечение.*
- ◆ *Хронический Гн нарушает репродуктивный цикл, вызывает спаечный процесс (внем. бер., бесп., невынаш.), возникает синдром хрон .таз.боли.*

- ◆ **Гонорейный проктит :**
- ◆ **Первичный (анальный секс)**
- ◆ **Вторичный (затекание и выделения из влаг.и уретры).**
- ◆ **Часто протекает бессимптомно. Иногда – зуд, жжение, инфильтрация, абсцедирование, болезненные позывы на акт дефекации.**
- ◆ **Гн стоматит, сухость во рту, жжение губ, саливация неприятный запах, слизистые гнойные выделения изо рта.**



- ◆ **Клинические проявления Гн у беременных:**
- ◆ Вагинит, цервицит, бартолинит, ПИОВ, послеродовая лихорадка, септический аборт, редко м/б о.гн.сальпингит в первом триместре.
- ◆





## ◆ **Лечение**

- ◆ *Принципы :Учитывается форма забол., локализация, наличие осложнений сопут. инфекции, лечение обоих партнеров,(исключ.острых продукт.и алкоголя,реком.обильное питье,искл.вело-спорт,бассейны).*
- ◆ **При гонорее ниж.отделов мочеполовой системы без осложнений** назн-ся один из след.а/б - цефтриаксон(*im*) 250 вв или азитромицин 2 г (*per os*), ципрофлоксацин (*iv*) 500 мг 1 раз, цефотаксим 400 мг 1 раз (*iv*).



- ◆ **Альтернативные препараты** : офлоксацин 400 мг 1 раз пер ос, канамицин 2 г (im), фторхинолоновый ряд преп.нельзя до 14 лет, бер.и кормящим.
- ◆ Беременным при неосл.гн – цефтриаксон 250 мг 1 раз вм, спектиномицин 2г вм,эритромицин 0,5 - 6 раз в сутки 2 дня, при хориономнионите – безнилпенициллин 20 млн ед (iv) в сутки, ампициллин 0,5 - 4 раза 7 дн.
- ◆ **Лечение осл.н-отдел МПС и гн верх.отд МПС и орг.мал.таза** -цефтриаксон вм1 г в сутки №7, цефотаксим 1 г вв 3 раза №7, канамицин 1 млн ед 2 раза в сутки,ципрофлоксацин 5



- *Критерии излеченности гонореи*
- *Проводится в теч. 3-х менстру.циклов исслед. мазка на гонококк, если отсутствовала инфекция в мазке 7-10 дней после окончания лечения.*
- *Оценивают отсутствие клинических проявлений при осмотре. Затем проводят комбинированную провокацию с целью объективной оценки излечиваемости. Если в мазках ничего нет, то это объективная излечиваемость. Через месяц проводится обследование - кровь на РВ (Реакция Вассермана).*

- Лечение хронической гонореи двухэтапное
- 1-й этап – специф/неспециф иммуно-терапия В качестве неспецифической иммунотерапии используются: аутогемотерапия, лактотерапия, пирогенал, продигиозан, метилурацил, миелопид, глицирам, Т-активин, тималин, тимактин. Протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин, авелизин, стрептокиназа, лидаза, рибонуклеаза) оказывают противовоспалительное и усиливающее действие антибактериальных средств в общеизвестных дозах. Они применяются в общепринятых дозах.
- 2-й этап применяется после повышения Т,общ.местн.реакции, подключ.а/б – бицилин 1,3,5 до 6 млн ед, доксициклин 1,5 г,эритромицин (курс.доза)-0,5г, клацид(курс.доза) – 7,8 г.

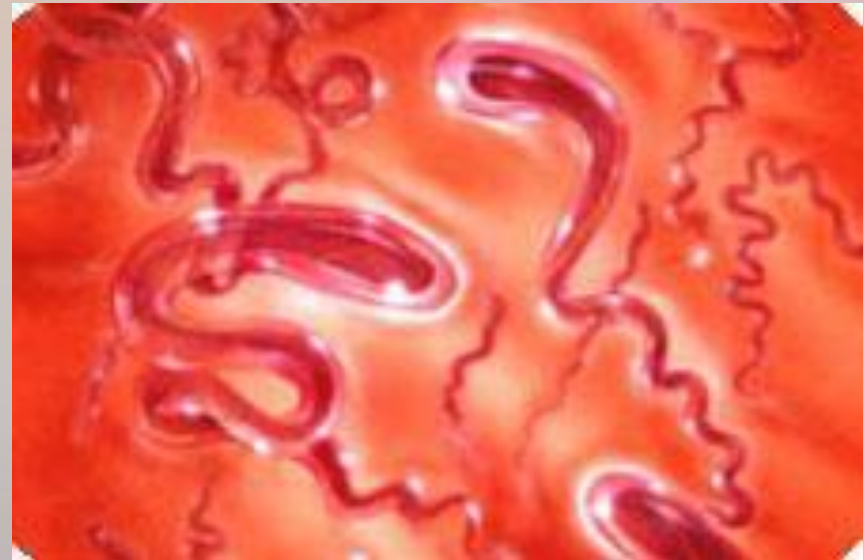
## ● Провокация

- С целью определения критерий излеченности хрон.Гн. проводят провокации для усиления воспалительной реакции организма.
- Существует несколько видов провокаций:
  - алиментарная (употребление алкоголя)
  - физические методы раздражения (пальпация, физиотерапия)
  - механическое раздражение (бужирование)
  - химическое раздражение (введение в уретры серебра, протаргола)
  - биологическое раздражение (введение гоновакцины)
- Чаще всего в **диагностике хронической гонореи** используют комбинированную провокацию – биологическую + химическую. После 24 -48-72 часов берутся мазки для определения гонококка, если отсутствует – больная снимается с учета.

- *Лечение метастатической гонорей: (выз. штаммом L, лишены способности вызывать заболевания орг.гениitalia)- роцефин 1г вв 2 рз в сутки(№14), или клафоран (цефотаксим) – 1г ч/з 8 часов.*

# СИФИЛИС

**Сифилис** (syphilis) — хроническая венерическая болезнь, вызванная бледной трепонемой, характеризующаяся волнообразностью течения, с поражением кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, костей и нервной системы.



- Возбудитель заболевания - бледная трепонема (*Treponema pallidum*) была открыта в 1905 году немецкими учеными Шаудином и Гофманом. Микроорганизм получил название <бледный> из-за слабой способности окрашиваться красителями. В заразных стадиях заболевания возбудитель имеет вид спирали из 8-12 равномерных упругих завитков, толщиной 1 мкм, длиной от 6 до 20 микрон. Микроорганизм является активно подвижным.

- Имеет 4 вида подвижности: (сгибательный, сократительный, поступательный, вращательный). Бледная трепонема размножается путем поперечного деления, может существовать в 4 формах (спиралевидная, зернистая, цистная и L-форма), что вызывает разные клинические варианты течения болезни.



Возбудитель устойчив к низким температурам (при  $t -78^{\circ}\text{C}$  его вирулентность сохраняется в течение года), длительно сохраняет свою жизнеспособность в цельной крови или сыворотке. Вне человеческого организма при температуре  $40-42^{\circ}\text{C}$  погибает в течение 3-6 часов. Быстро инактивируется при высушивании, высокочувствителен к воздействию химических средств.





# Пути передачи

Половой

Бытовой (ч/з предм.обихода)

Трансплацентарный

Интранатальный

Через молоко матери

Трансфузионный

Профессиональный(гинекологи,хирурги,  
стоматологи,пат.анатомы)



- Выделяют клинические формы :
- Ранняя
- Поздняя
- Каждая форма имеет манифестную стадию и латентную.
- Ранняя стадия длится 2 года:  
первичный/вторичный сифилис, скрытый период

# Первичный сифилис

После 3-4 недельного инкуб.периода, наступает 1-й период, появляется твердый шанкр (язва овальной формы, с четкими краями, углубленным дном, отделяемое скудное, при пальпации безболезненно, язвы могут быть одиночными и множественными).



Локализация:

Органы гениталия (задняя спайка, мал. пол.губы)

Губы

После появления тв.шанкра ч-з неделю увеличив.региональные лимфоузлы, хрящеподобной консист.,подвижные, гладкие,безболезн., неспаянные, иногда изъязвляются.

## Вторичный сифилис

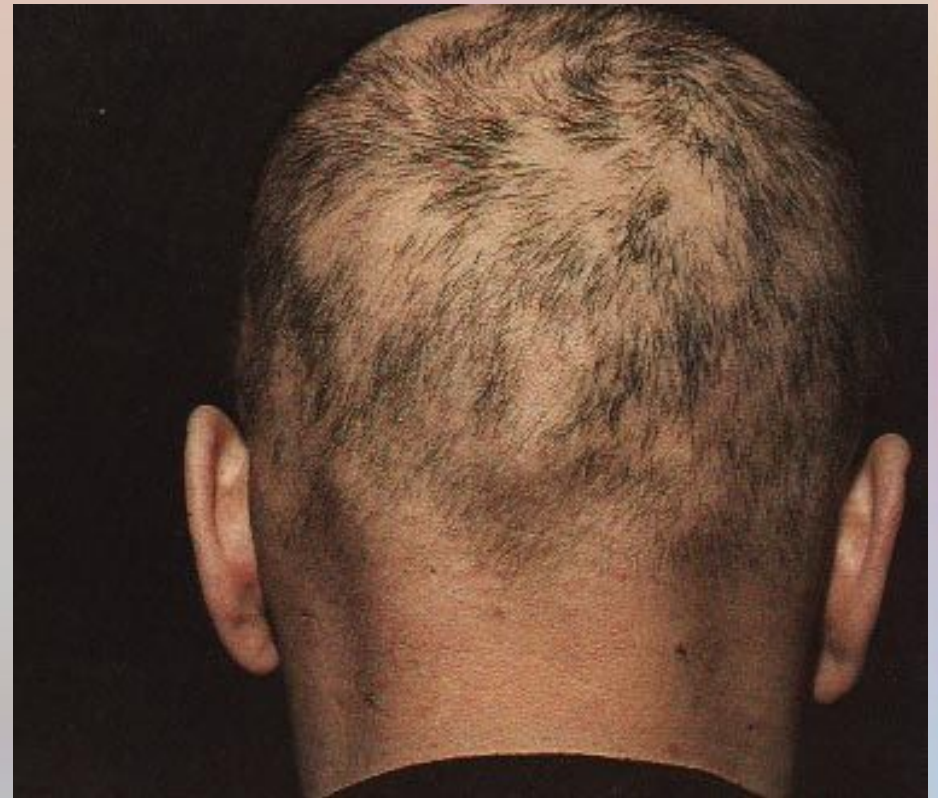
Через 6-7 нед.после появления тв.шанкра,наступает 2 стадия. Вторичный сифилис (*syphilis II secundaria*) — стадия заболевания, обусловленная гематогенным распространением возбудителей из первичного очага, характеризующаяся полиморфными высыпаниями (папулы, пятна, пустулы) на коже и слизистых оболочках, субъективных ощущений нет. Первые проявл.вторич.сиф.сопровожд.полиаденитом.(сущ.ок. 2-х мес,их скрывает скрытый период,появл.снова ч-з 2-3 мес). Клинические признаки рецессируют даже без лечения, серологические реакции в крови положительные. Вторичный период сифилиса (*syphilis secundaria*) варьирует по течению от 2 до 3 – 5 лет при отсутствии лечения.



С каждым рецидивом, высыпания становятся различными – крупные, мелкие. Появляются папуломатозные разрастания в виде кондилом в аногенитальной области. На шее располагаются депигментир. и гиперпигментир. участки в виде ожерелья ("ожерелье Венеры"). появляется аллопеция диффузная или мелкоочаговая ("мех, побитый молью"), появ. сифил. слабость голоса.



0



## Третичный сифилис

*Третичный сифилис (syphilis III tertiaria) — стадия, следующая за вторичным сифилисом; характеризуется деструктивными поражениями внутренних органов и нервной системы с возникновением в них гумм.*



## Диагностика сифилиса

Анализ крови на RW – реакцию Вассермана, позволяет диагностировать любую стадию сифилиса. Если RW дает «++++» – это резко положительная реакция; «+++» – положительная; «++» – слабо положительная; «+» – сомнительная; и, наконец, «-» – отрицательная. Вторичный сифилис всегда дает четыре креста (++++).

Реакция иммунофлюоресценции (РИФ). На сегодняшний день это самая точная диагностика. РИФ выявляет сифилис, как в самых ранних стадиях, так и поздний скрытый сифилис.





# ЛЕЧЕНИЕ

Бензилпенициллин и его производные :

бициллин-1,

бициллин-3

бициллин-5.

Ранние формы сифилиса лучше поддаются лечению пенициллином, чем скрытые и поздние. N.N-дибензилэтилендиаминовая соль бензилпенициллина, которая производится во многих странах мира под различными названиями – бициллин-1, ретарпен, экстенциллин, тардоциллин, пентибен. однократная инъекция в дозе 2,4 млн ЕД обеспечивает трепонемотцидную концентрацию антибиотика в крови в течение 21-23 сут. Проникает через плацентарный барьер и в молоко матери. Его назначают внутримышечно по 1,2 млн ЕД или 2,4 млн ЕД, 1 раз в неделю в количестве 1, 2 или 3 инъекций в зависимости от возраста, массы тела и стадии ранних форм сифилиса.

- При непереносимости пенициллина используются эритромицин, тетрациклин, олететрин, доксициклин и сумамед. Для превентивного лечения эритромицин, тетрациклин, олететрин назначают по 0,5 г 4 раза в день, доксициклин по 0,1 г 3 раза – 14 дней. При свежих формах сифилиса эти антибиотики в тех же дозах применяют: на протяжении 20 дней – при первичном, 25 дней – при вторичном свежем и 40 дней – при вторичном рецидивном и скрытом раннем.

- Сумамед (азитромицин) назначают внутрь по 0,5 г 1 раз в день 10 дней. При непереносимости пенициллина и антибиотиков широкого спектра действия Американским центром контроля ЗППП для лечения сифилиса рекомендуется роцефин (цефтриаксон) по 1,0 г внутримышечно через день, в течение 5 или 10 дней в соответствии с первичным серопозитивным или вторичным свежим сифилисом.

В качестве средств неспецифической терапии используются пиротерапия, витаминотерапия, инъекции биогенных стимуляторов (экстракта алоэ, плаценты, стекловидного тела, спленина и др.), иммуномодуляторы (декарис, метилурацил, пентоксил, нуклеинат натрия, активин, пирроксан, реинфузия УФ-облученной аутокрови), аутогемотерапия, гемотрансфузии, оксигенотерапия и курорто- и бальнеотерапия.



*Взрослые и дети, получившие превентивное лечение после полового или тесного бытового контакта с больными ранними стадиями сифилиса, подлежат клинико-серологическому контролю в течение 3 мес после лечения. Клинико-серологический контроль осуществляется один раз в 3 мес.*



*Больные первичным серонегативным сифилисом подлежат ежеквартальному клинико-серологическому контролю в течение 3 мес.*

При 3-ой форме, помимо антибиотиков, при поздних формах — продукты висмута (бийохинол, бисмоверол).

Бактериостатическое действие последних связано с подавлением активности ферментов, содержащих сульфгидрильные группы.



Бисмоверол (Б). Во флаконах по 100 мл.

Взвесь висмутовой соли моновис-мутвинной кислоты в персиковом масле.

Применение и дозы. При сифилисе во всех периодах — внутримышечно по 1 мл через день в первой половине курса лечения и через 2 дня во второй половине. Курсовая доза — 16—20 мл. Высшая разовая доза в мышцы—1 мл (1 раз в 2 дня).

Больной обязан соблюдать все назначения и НЕ иметь половых контактов за все время лечения сифилиса.

В зависимости от того, на какой стадии находился сифилис на момент начала лечения, зависит, как долго придется наблюдаться у врача после окончания лечения – от нескольких месяцев, до нескольких лет. В зависимости от лечения реакция Вассермана может оставаться положительной на протяжении 1,5-2 лет после излечения.

Иммунитета к сифилису не существует. Тот, кто переболел однажды, может заболеть и повторно.

# ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

- ВПЧ- относится к подгруппе (а-семейство паповирусов), имеет ДНК. ВПЧ считают агентами, отвечающими за предраковые поражения гениталий и плоскоклеточный рак и муж.и жен. У ВПЧ 120 генотипов и больше.
- Делятся по степени потенц.риска возникновения рака ШМ. Вирусы типа 16,18,31,33,35 - вызывают дисплазию ШМ, 6,11-остроконечные кондиломы., 3,10-плоские бородавки, 2,4 – простые бородавки.



Вторая форма – субклиническая, не проявляется экзофитным ростом, находит изменение в слизистой оболочке ШМ, в виде плоских кондилом и цитологически опред.единичные койлоциты(клетки,с перинуклеарным просветлением,вокруг маленького ядра и многочисленные вакуоли в цитоплазме), шиповатый слой эпителия утолщается,происходит гиперплазия базального слоя эпителия. Эта форма протекает в виде кондиломатозного цервицита, горые можно увидеть кольпоскопически.

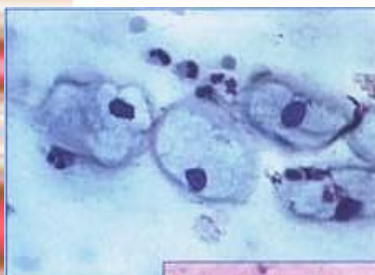
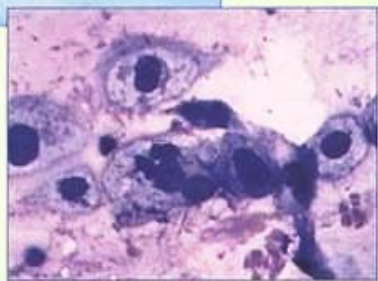


Рис. 1, 2  
Койлоциты



Vip-dermatolog.ru



- ◆ *Заражение происходит при половых контактах (ректальных, оральных). К группе риска инф-и ВПЧ относятся почти все люди, живущие половой жизнью. Инкуб.период от 4-8 мес, инфекция проникает ч-з микротравмы .*



## ◆ **Классификация :**

◆ I - клинические формы, обнаруживаемые глазом (визуально) – остроконечные кондиломы, папуловидные, бородавчатые, одиночные, множественные.

◆ II - субклиническая форма, определяется только при кольпоскопии, цитологически и гистологически

◆ III - латентная, определяется молекулярно-биологическим методом, находит ДНК ПВИ.

◆ IV – цервикальная, интраэпителиальная неоплазия – плоскоклеточное интраэпителиальное поражение: цин 1, цин 2, цин 3.

◆ течение 1-й группы – зуд, жжение в обл. пол. органов, разрастания, выделение из влагалища, дизурические явления, могут травмироваться и кровоточить, косметический дефект, препятствует нормальной половой жизни и нормальным родам, психологический дискомфорт и снижение самооценки..

## **Диагностика:**

Доказательством наличия ВПЧ служат остроконечные кондиломы, выявления ВПЧ методом ПЦР, результаты цитологического и гистологического исследования

## **Лечение:**

Креодиструкция жидким азотом, лазерная терапия, электрокоагуляция(воздействие на кондиломы высокой Т), при посл.2 методах вирус попадает в воздух, а это значит, что персонал должен работать в масках.

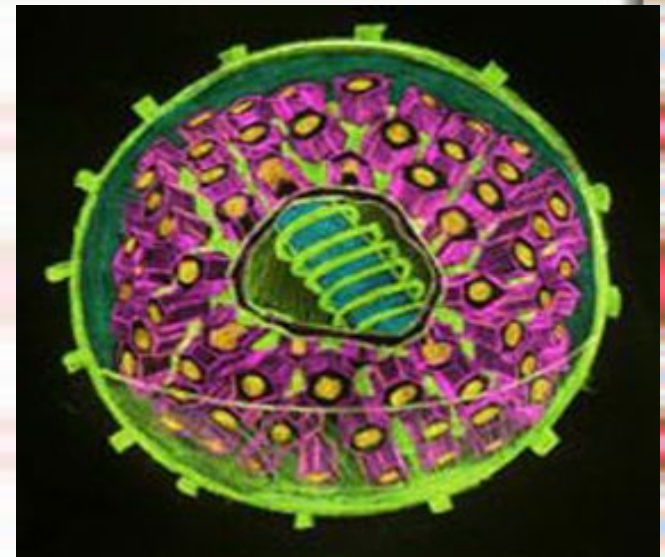
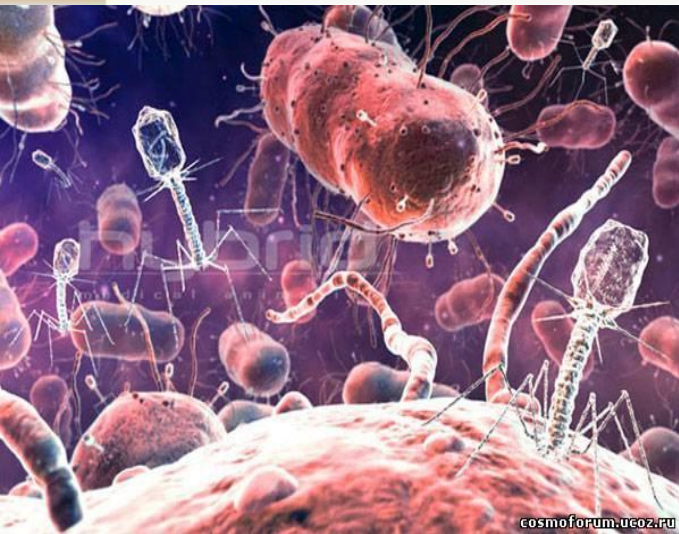
Подофиллотоксин(кондилайн, никомед, кондилиин) наносится 2 раза в сутки, лечение не более 5-ти недель. Нельзя жить половой жизнью.

Интерферрон - обкалывание кондиломы, вводится вМ Алдара – Имиквимот 5% 3 р в нед.перед сном.

Лечение вакцинами против ВПЧ – гардосил(серотипы 6,11,16,18), вводится в дельтовидную мышцу 225 мкг повторяется ч-з 2 и 6 месяцев. Эффективно предотвращает персистирование ВПЧ ,развитие цин 1-3. кондиломы вульвы.

Побочных эффектов нет, не влияет на беременность. Известны моновалентные - (16), бивалентные- (16-18) вакцины.

# Генитальная герпетическая инфекция



В настоящее время известно более 100 герпесвирусов, 8 из них выделены от человека. К человеческим патогенам, относятся вирус простого герпеса 1 типа (ВПГ -1) и (ВПГ-2), вирус зостер, ЦМВ, вирус Эпштейна-Барр, герпесвирусы 7 и 8, герпесвирус человека типа 6.

# Генитальная герпетическая инфекция

ВПГ-1 вызывает поражения слизистой оболочки рта, глаз и кожи, герпетический энцефалит и пневмонит.  
ВПГ-2 – поражение гениталий, неонатальный герпес и диссеминированный герпес.

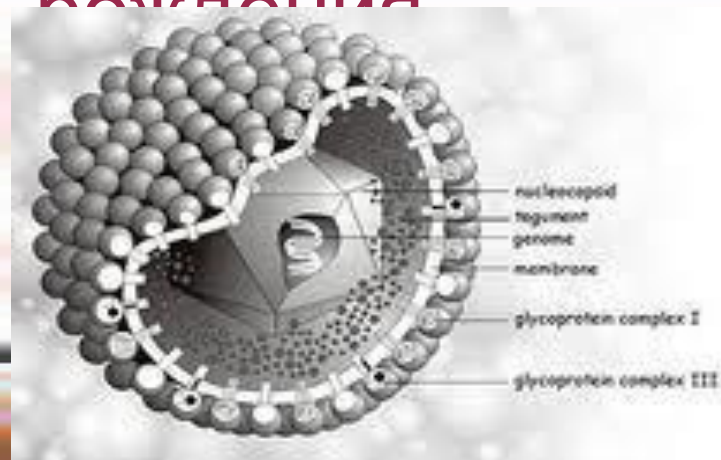
Вирус зостер – вызывает ветряную оспу и опоясывающий лишай.

ВПГ-4 (Эпштейна-Барр) – вызывает инфекц. мононуклеоз, ворсистую лейкоплакию языка, назофарингеальную карциному, В-клеточную лимфому, синдром хрон.усталости и иммунодепрессии.



## Особенности ВПГ-2 :

Основной источник инф-ии – человек, основной путь передачи – половой, ВПГ длительно персистирует в организме, вызывает иммуносупрессию, сакральную радикуло-миопатию, гиперэстезию промежности, асептический менингит. ВПГ-2 может быть причиной карциномы ШМ, ПНБ, прерыванию бер., ВПР плода, поражения плода с летальным исходом после



## Классификация :

I – первичный генитальный герпес, 1-й клинический эпизод, с локальными клин. проявлениями, с выраженным общеинфекционным симпт.

II – 1-й клин.эпизод, при наличии инф-ии в организме

III – рецидивирующий герпес

В зависимости от локального поражения орг.гениталия делится на стадии :

1) поражается НПО

2)влагалище, ШМ

3)матка, придатки

При 1-й генитальном герпесе отмечается типичные герпетические элементы – пузырьки, папулы, которые впоследствии лопаются, образуются эрозии, корочки, которые держатся 2-3 недели. Герп.высыпания сопровождаются головной болью, недомоганием, температурой. При нетрадиционных отношениях, высыпания могут образовываться в области губ, ротовой полости, области промежности, ануса.



Рецидивирующая форма проявляется дискомфортом общего состояния, в виде менингеальных симптомов, герп.высыпанием, при их отсутствии м/б отек, гиперемия, боль в области орг.гениталия. В зависимости от рецидива, рецидив.форма делится на степени тяжести.

### **ДИАГНОСТИКА:**

Не зависимо от клинического варианта течения и уровня поражения половой сист., диагностика ГГ базируется на выявлении возбудителя или его компонентов непосредственно в очаге поражения. Материалом для исслед.служит – эпителий влагалища, вульвы, эндометрия, церв.канала, уретры. Используются след. методы – ПЦР, иммунофлуоресцентный, ИФА.

Лечение делится на 2 вида :

**1) эпизодическое**

**2) превентивное**

Ацикловир 200 мг 5 раз 5-10 дн

Валлацикловир 500 мг 2 р 5-10 дн

Местная терапия добавляется при рецидивах

Видарбин гель 10%

Ацикловир 3,5% мазь

Обязательно дают интерферрон, циклоферрон,  
имуномакс

При тяжелой рецидив.форме – герпетическая вакцина  
0,5 мл 1 раз в 3 дня, 5 инъекций, перерыв 2 недели и  
повтор.

При планировании беременности можно назначать  
противогерпетический иммуноглобулин

# ЦМВ

Входит в группу герпетических вирусов рода цитомегалы.

Недостаточно изучен. Высоковосприимчивый вирус.

характеризуется латентным течением у взрослых, генерализованной формой поражения нервной системы и внутренних органов у плода при внутриутробном заражении.

Источник заболевания – больной человек. Пути передачи – воздушно капельный, контактный, половой,

трансплацентарный, гемотрансфузионный, с молоком матери, трансплантационный. Инкубационный период можно определить при трансфузии биологических жидкостей.

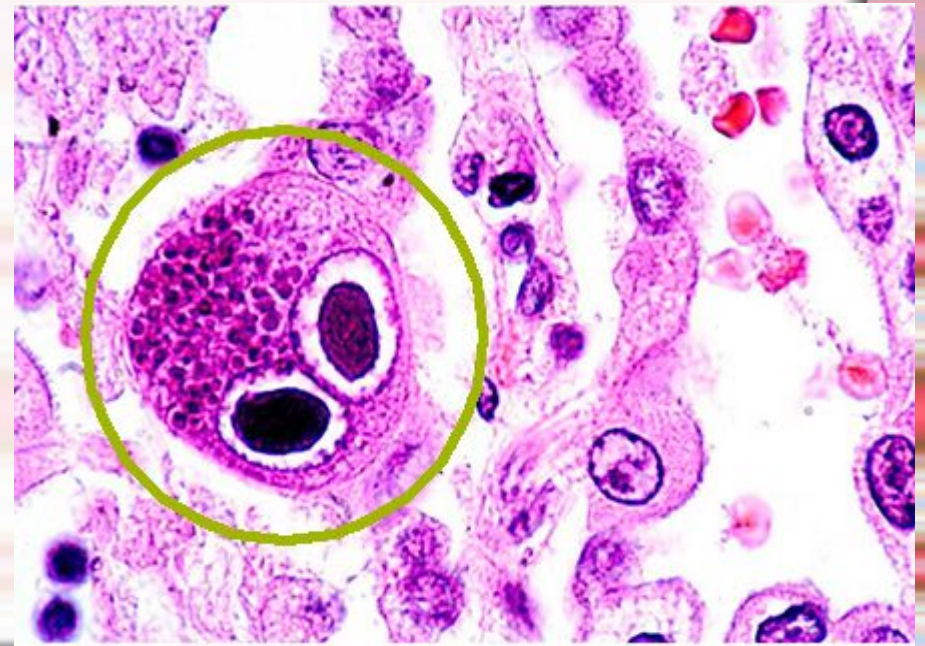
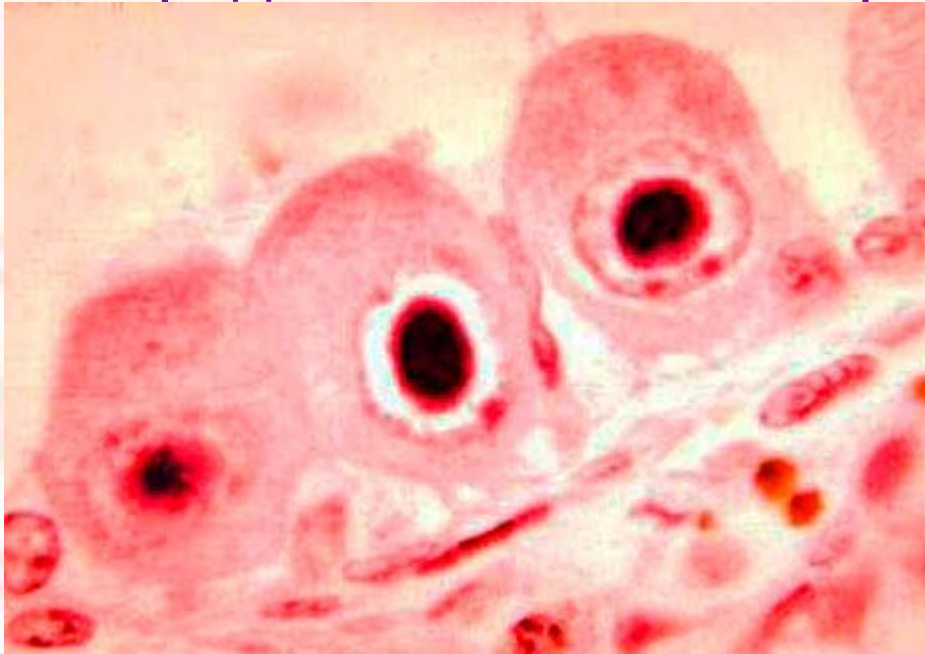
Клинические формы ЦМВ – врожденная – зараж.от матери в любом триместре беременности.

Исходы :

Неразвив.берем., а-гибель плода, СЗРП, недоношенность, рождение больных детей, гидроцефалия, микроцефалия, глухота, геморрагические заболевания.

- ◆ Если даже рождается ребенок без симптомов заболевания, в последствии обнаруживаются неврологические рас-ва, мышечно-скелетные аномалии, внутречерепные поражения, эпилепсия, потеря зрения, слуха и тд.
- ◆ Приобретенная форма ЦМВ протекает в виде локализованных форм – рино-фарингит, кашель, ОРВИ, субфебрильная темп.
- ◆ Генер.форма – пневмония, или протекает как мононуклеозоподобная инфекция (температура, озноб, лихорадка, утомляемость, головная боль и тд), в большинстве случаев выздоровление, но могут быть осложнения в виде поражения печени, легких, головного мозга. При хроническом ЦМВ у бер.женщин наблюдается невынаш.бер, аномалии разв.плода, мертвый плод или рождаются нежизнеспособные дети.

- ◆ **Диагностика**
- ◆ цитологическое исследование мочи, слюны, молока, содержимого цервикал.канала, уретры, спинномозговой жидкости, секц.материал. В них обнаруживают специфическую клетку „совиный глаз“, овальная клетка с ядром, которая содержит включение окруженное светлым ободком. Кроме этого применяются серологические методы – определяют антитела в разведении 1:8, 1:16, 1:32.

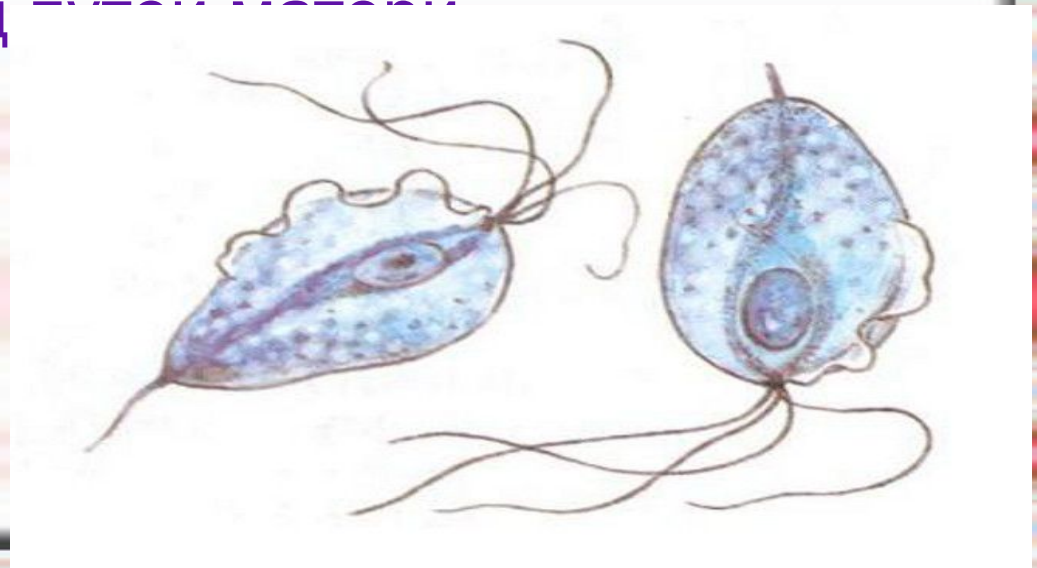




- ◆ **Лечение** : иммунокоррекции в теч.3-х месяцев
- ◆ левомизол 1 нед.50мг 2 рз 5 дн. 2 нед – 2 дня 50 мг 2 раза 5 дн перерыв. Курс лечения 2 950 мг, при необходимости – повторить. При беременности, дают актогем 1 раз в в в 1-м триместре беременности. При обострении ЦМВ дают специфический иммуноглобулин. Ведется работа над вакциной. При наличии аномалий развития беременность прерывают.

# ТРИХОМОНИАЗ

- ◆ Наиболее частое ИППП. Поражает 60-70% женщин, живущих пол.жизнью. Возбудитель- влаг. трихомонада, простейшее, имеет жгутики от 3-5 и ундулирующую мембрану, с помощью кот. двигается.
- ◆ Трихомониаз – это многоочаговое заболевания. Основной путь заболевания – половой, контагиозность – 100 %. бытовой путь не исключается, заражение девочек может произойти при прохождении инфицированной матери



- ◆ **Классификация :**

- ◆ Свежий

- ◆ Хронический

- ◆ Трихомонада носительство

- ◆ инкуб.период – от 3-х до 30-ти дней

- ◆ **Клиника :**

- ◆ зуд,жжение во влаг., обильные пенистые выделения серо-желтого цвета, позывы к част. мочеиспусканию.

- ◆ **Диагностика :**

- ◆ Жалобы, анамнез,контакты, объективный осмотр : гиперемия слизистой влагалища и влаг.части ШМ, эрозия. В мазках выявляется возбудитель, ПЦР подтверждает

- ◆ **Принцип лечения :**

- ◆ лечение обоих партнеров, сбривание волосяного покрова, отказ от алкоголя и острых продуктов, избегание половых контактов



- ◆ Противотрихомонадные препараты : орнидазол 1,5 г пер ос 1 раз
- ◆ тинидазол 2 г пер ос перед сном
- ◆ метронидазол 500 мг внутрь каждые 12 часов в теч.5-ти дн.
- ◆ Ниморазол 500 мг пер ос 2 раза в сутки 6 дн
- ◆ Подключение местной терапии, после лечения – 1/2 цололю мази на наличие Трх.

