

*Воспалительные
заболевания половых органов
специфической этиологии*



Инфекции передаваемые половым путем

- ИППП – группа заболеваний социального характера.
- Распространенность с мире ИППП – 340 млн чел. За последние 5 лет заболеваемость в России увеличилась на 37,5%.
- Специфика ИППП: смешанная этиология, стертая или бессимптомная клиническая картина, высокая частота микстинфекций, склонность к рецидивированию, сочетание ИППП и нарушение биоценоза влагалища (84%).

Факторы распространения ИППП

- Раннее начало половой жизни
- Наличие многочисленных половых партнеров
- Свобода сексуальных отношений
- Несоблюдение мер по профилактике ИППП
- Лечение в неспециализированных структурах, самолечение.
- Сокращение использования культуральных методов диагностики
- Развитие антибиотикорезистентности

Возбудители воспалительных заболеваний женских половых органов специфической этиологии

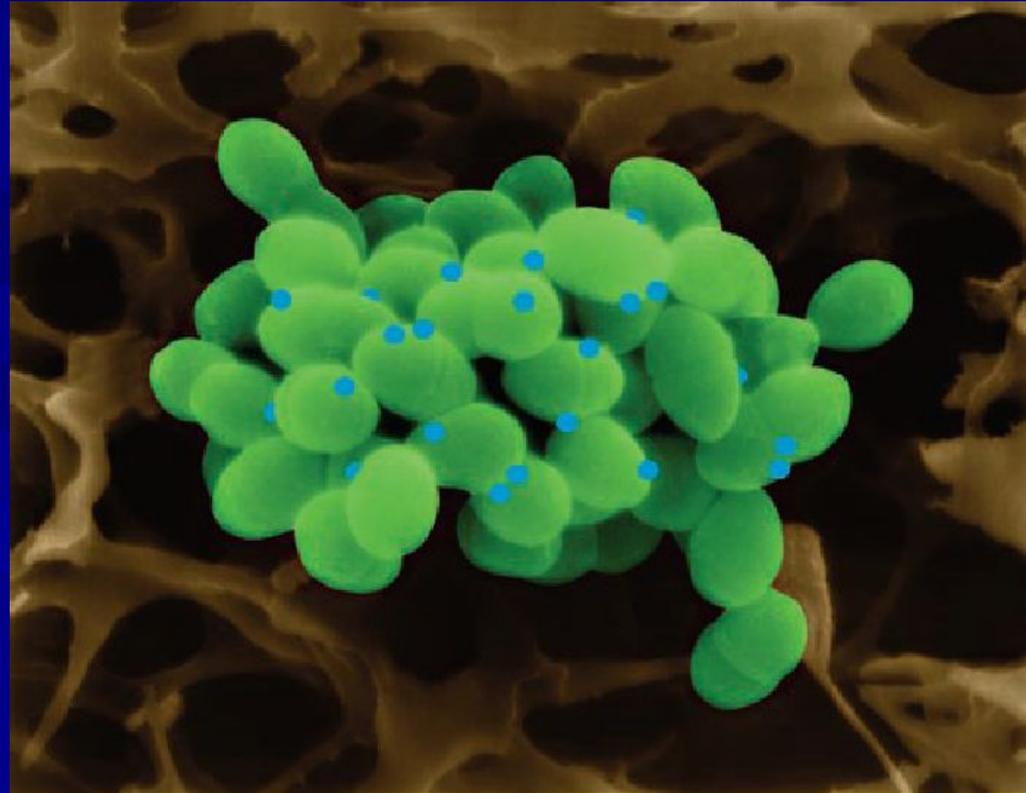
- *Герпес-вирусы ВПГ 1-го и 2-го типов, цитомегаловирусы, папилломовирусы.*
- *Trichomonas vaginalis*
- *Chlamydia trachomatis*
- *Mycoplasma genitalium*
- *Neisseria gonorrhoea*
- *Treponema pallidum*

гонорея

- распространенность – 200 млн больных ежегодно в мире
- Возбудитель - грамотриц. диплококк.
- Вирулентность и передача генетической информации за счет пилей.
- Антибиотикорезистентность обеспечивается за счет трансформации гонококков в L-формы и спорообразные формы. Способные вырабатывать В-лактомазу
- Внутриклеточному перевариванию (незавершенный фагоцитоз) гонококков препятствуют капсидоподобные субстанции.

Классификация гонореи по МКБ

- 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 отделов



Классификация по клиническому течению

- 1) Свежая гонорея (до 2-х месяцев)
 - острая
 - подострая
 - торпидная (малосимптомная или асимптомная)
- 2) Хроническая гонорея (более 2-х месяцев или с неустановленной давностью заболевания).

Факторы, способствующие высокому уровню заболеваемости

- Увеличение количества асимптомных и малосимптомных хронических форм, сопровождающихся иммунопатологии и разнообразными осложнениями
- Наличие смешанной инфекции в 80% случаев
- Удлинение инкубационного периода
- Устойчивость к антибактериальным препаратам
- Увеличение числа рецидивов

гонорея

- бессимптомно в 75%
- Г. Поражают все слизистые, покрытые цилиндрическим эпителием, что обуславливает многоочаговость и локализацию поражений.
- Г.- поверхность эпителиальных клеток- межклеточные щели(24-28ч) – внутрь клетки и субэпителиальные ткани – образование микроколоний – деструкция клеток –воспаление.
- Пути распространения: интраканаликулярный и лимфогенный.
- Пост инфекционный иммунитет не возникает.
- Контагиозность у женщин 60-70% в 2 раза больше чем у мужчин.

Клиническая картина

- Инкубационный период от 3-5 до 15 дней-1 месяц
- Топографическая локализация поражений:
 - Цервицит
 - Уретрит
 - Парауретрит
 - Бартолинит
 - Сальпингоофорит
 - Эндометрит
 - Протит
 - Ларингит
 - Конъюнктивит
 - Гонит
- Жалобы: выделения из влагалища, дизурические расстройства,
- боли внизу живота, симптомы интоксикации, нарушение менструального цикла, зуд.
- Объективно: гиперемия, отечность тканей.
- Сливкообразные выделения

Лабораторная диагностика

- Культуральное исследование содержимого уретры, цервикального канала, прямой кишки
- Методы провокации:
 - Химическая (1% р-р AgNO_3)
 - Биологическая (в/м гоновакцина пирогенал)
 - Алиментарная (соленая, острая пища)
 - Физиологическая (менструация)

Бактериологическое и бактериоскопическое исследования проводят через 24-48-72 часа после провокации, или во время менструации

Методы лечения

- Препаратами выбора являются цефалоспорины третьего поколения: цефиксим, цефтриаксом, офлоксацин, ципрофлоксацин
- Альтернативная антибиотикотерапия: азитромицин, ломефлоксацин, норфлоксацин, спектиномицин и др.
- Фторхинолоны противопоказаны беременным, кормящим и детям до 14 лет
- Иммунотерапия
- Местное лечение с использованием протеолитических ферментов.
- Физиотерапия
- R.S до назначения антибиотикотерапии проводят серологическое исследование на сифилис.

Методы лечения

- Вакциноterapia – торпидная и хроническая гонорея
- Неспецифическая терапия (пирогенал, метилурацил, биогенные стимуляторы, протеолитические ферменты, аутогемотерапия)
- Специфическая и неспецифическая иммуноterapia

Критерии излеченности

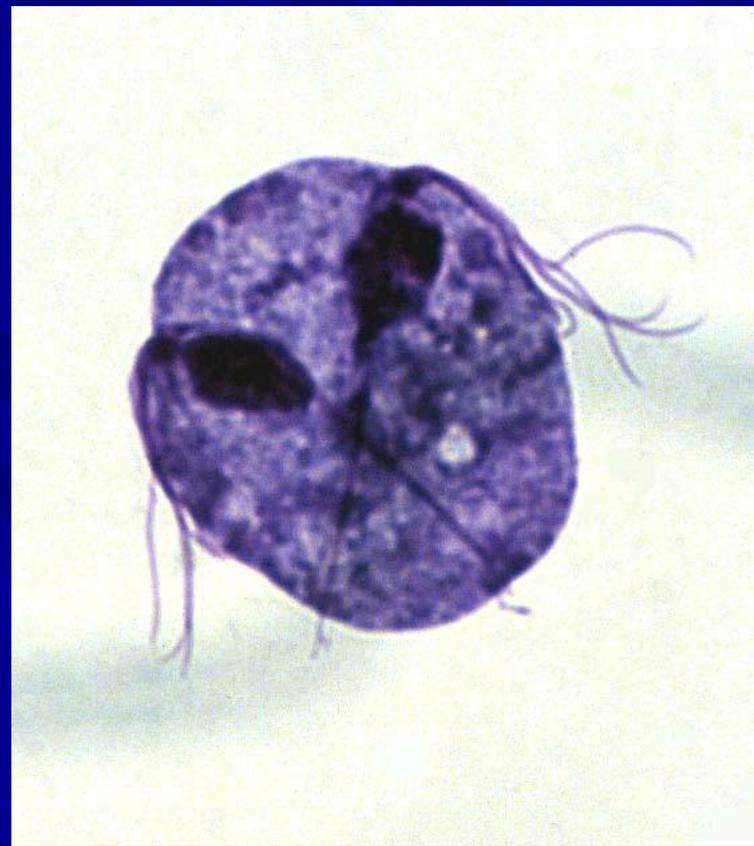
- Отсутствие субъективных и объективных симптомов
- Стойкие отрицательные результаты микроскопических и культуральных исследований.

Урогенитальный трихомоноаз

- Патогенез: Т. – прикрепление к вагинальному эпителию – амебовидная трансформация – образование псевдоподий – выработка белков-адгезинов – продукция клеточно-разъединяющего фактора, способствующего проникновению Т. в межклеточное пространство.
- Пути передачи: при половых контактах, крайне редко контакто-бытовой.
- Трихомонадная инфекция не приводит к развитию адекватной иммунной реакции.

Урогенитальный трихомониаз

- -свежий трихомониаз (острый, подострый, торпидный, малосимптомный)
- -хронический трихомониаз (давностью более 2 мес.)
- трихомонадоносительство



Симптомы острого трихомониаза

- Обильные желто-зеленого цвета пенистые бели с неприятным запахом
- Зуд
- Дизурические расстройства
- Диспареуния
- Гиперемия слизистой вульвы влагалища и шейки матки (вид «клубники»)
- pH выделений более 5,0
- При остром трихомониазе чаще всего симптомы цервицита, кольпита и уретрита.

Лабораторная диагностика

- Микроскопический метод
- иммунологический
- Культуральный
- Генотипический

Трихомонадный цервицит



эндоц
ервикс

эндоц
ервиц
ит

Лечение урогенитального трихомониаза

- половой покой
- Единственная группа препаратов-нитроимидазолов: тинидазол (физажин) – 2,0г
однократно внутрь
- метронидазол (флагил)-
500мг 2 рвс 7 дней
- орнидазол (тиберал)-500мг
2 рвс 5 дней.
- *Местно:* обработка наружных половых органов, уретры, влагалища растворами антисептиков
 - мирамистин,
 - хлоргексидин,
 - диоксидин

+ *влагалищные свечи*

 - Тержинан,
 - орнидазол,
 - осарбол,
 - метранидазол
 - гексикон

по 1 свече на ночь 7-10 дней

Лечение урогенитального трихомониаза

- Нормализация влагалищного биотопа
- Неспецифическая иммунотерапия
- Витаминотерапия
- Протеолитические ферменты
- Гормональная терапия при снижении уровня эстрогенов
- Профилактика рецидивов – вакцина солкоТриховак.
- Излеченность- отсутствие Т. в течение 3-х менструальных циклов.

Урогенитальный микоплазмоз

- у 14% здоровых женщин обнаруживается микоплазма не более 10 в 3 степени КОЕ. У женщин, имеющих несколько половых партнеров микоплазмы обнаруживаются в 59% случаев.
- Микозы приводят к возникновению сальпингоофорита, пиелонефрита, заболеваний шейки матки, невынашивания беременности в ранние сроки.

Клиника и лечение

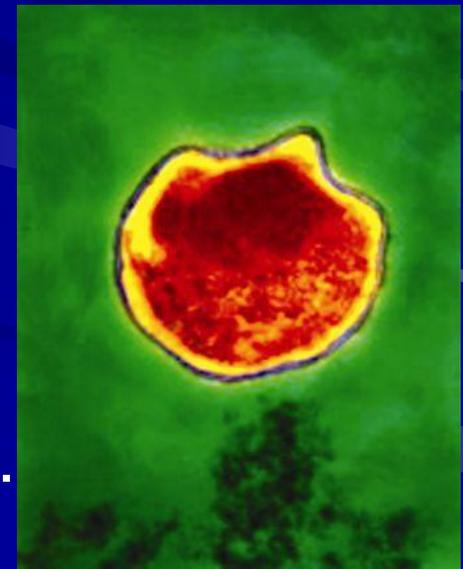
- Патогномоничных признаков нет.
- Течение малосимптомное, субклиническое, длительное течение инфекции.
- Методы диагностики:
высококчувствительный, специфичный, низкий по себестоимости метод ДНК-диагностики (ПЦР)
- Лечение: макролиды, фторхинолоны.

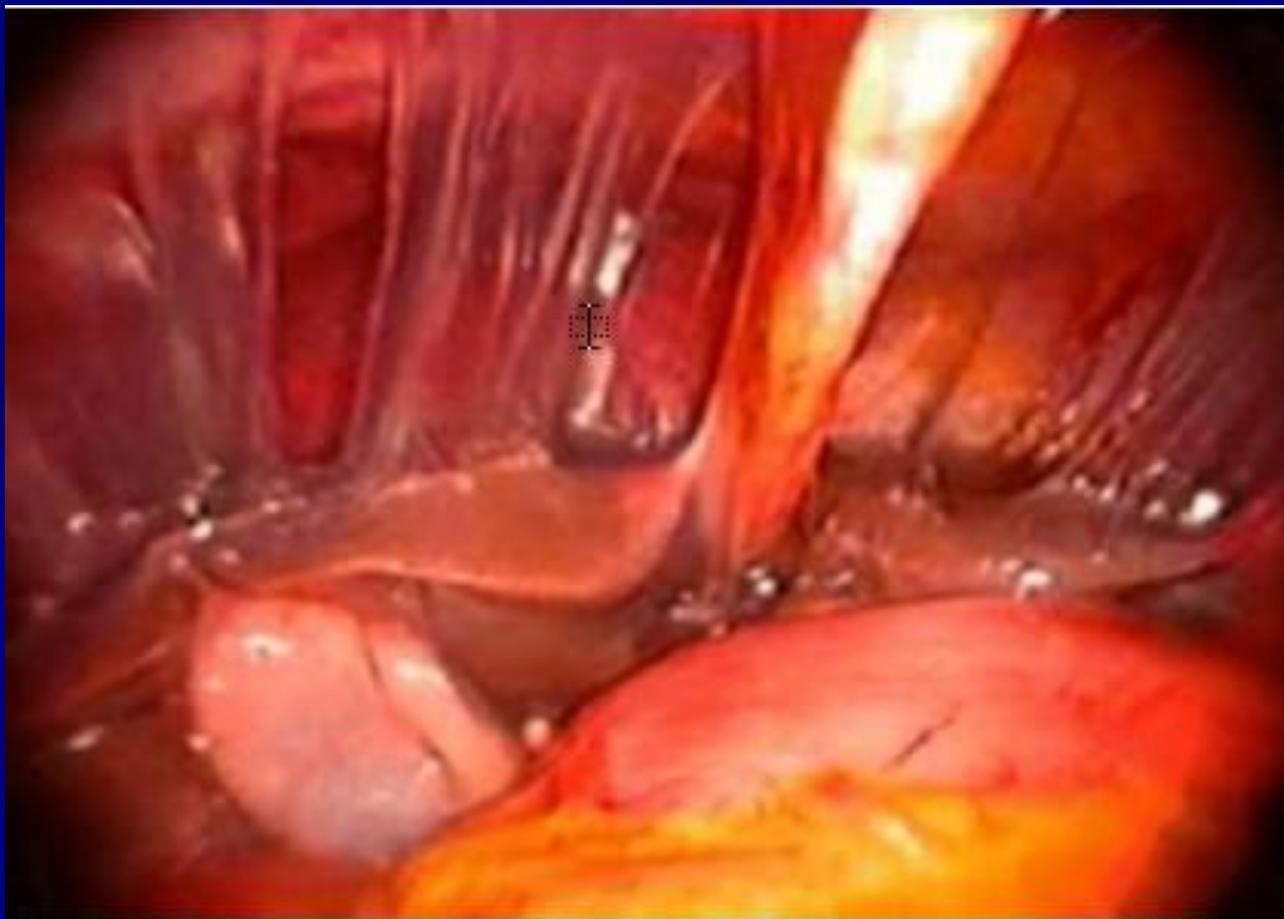
Хламидиоз

- Частота 28-40% от всех обратившихся в гинекологические и дерматовенерологические клиники.
- Главный фактор патогенеза –персистенция внутри клетки-хозяина без роста и размножения в жизнеспособном состоянии.
- Пути передачи: половой, контактно-бытовой, гематогенный(синдром Рейтера), интраканаликулярный, лимфогенный (развитие перигепатита и перитонита).

Урогенитальный хламидиоз

- **-острый** (свежий неосложненный) хламидиоз нижних отделов мочеполового тракта:
 - *цервицит,*
 - *бартолинит,*
 - *уретрит,*
 - *парауретрит.*
- **-хронический** (длительно текущий, персистирующий или рецидивирующий, осложненный) хламидиоз органов малого таза и других мочеполовых органов:
 - *эндометрит,*
 - *сальпингит,*
 - *сальпингоофарит,*
 - *перигепатит,*
 - *периаппендицит,*
 - *пельвиоперитонит,*
 - *носительство хламидийной инфекции.*





- ***Синдром Фитц-Хью-Куртиса*** – сочетание о. хламидийного перитонита и о. фиброзного перигепатита. Синдром характеризуется повышением температуры, болями в области печени и органов малого таза.

Синдром РЕЙТЕРА

- Уретрит
- Конъюнктивит
- Артрит, развивающиеся последовательно.
- Синдром Рейтера может сопровождаться циститом и пиелонефритом хламидийной этиологии. Для этого заболевания характерны также последовательное поражение суставов и возникновение полиартрита.

Клиника и диагностика

- Патогномоничные клинические проявления и выраженная симптоматика отсутствует.
50-70% инфекция протекает бессимптомно.
- Ни один из методов современной диагностики хламидиоза не обеспечивает 100% надежности. Лабораторная диагностика должна основываться на сочетании минимум 2 методов, один из которых культуральный.

Лечение урогенитального хламидиоза

Антибактериальная терапия

Препаратами выбора являются:

- **1. Макролиды: азитромицин** 1г однократно внутрь 1 раз/нед в течение 3 нед (вариант «пульс-терапия»), или рокситромицин, ломфлоксацин.
- 2. Фторхинолоны: спарфлоксацин, офлоксацин, ломфлоксацин.
- **3. Препараты резерва – тетрациклины: доксициклин** 100мг внутрь 2 рвд, 7 суток или метациклин.

Альтернативные схемы:

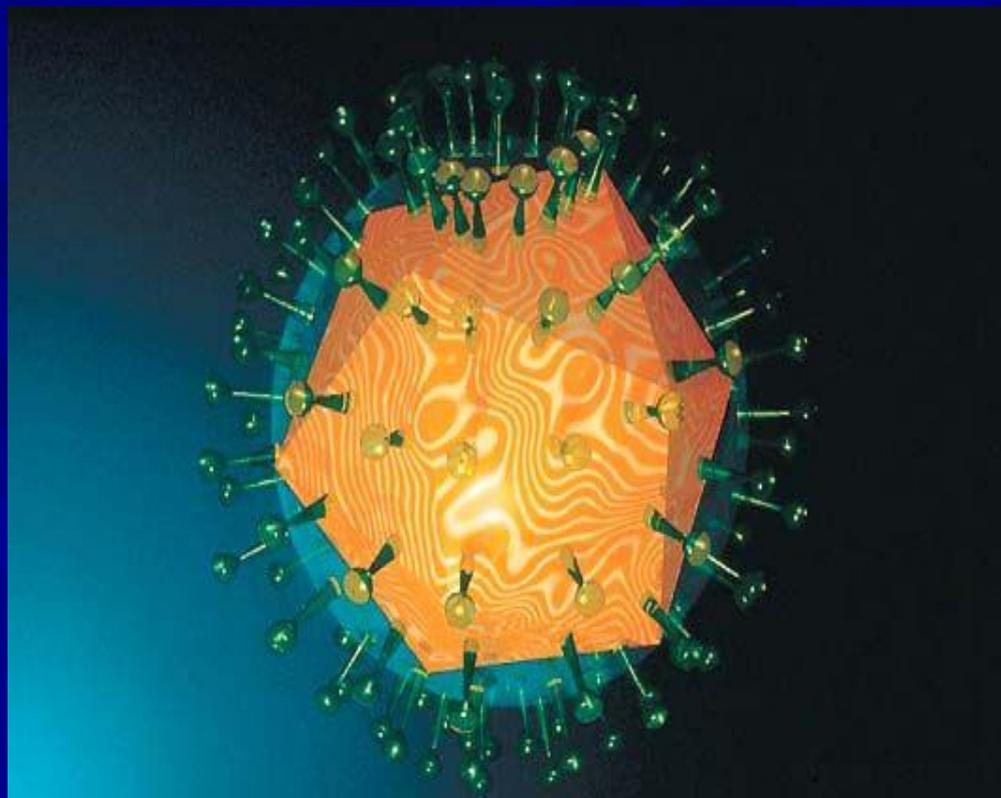
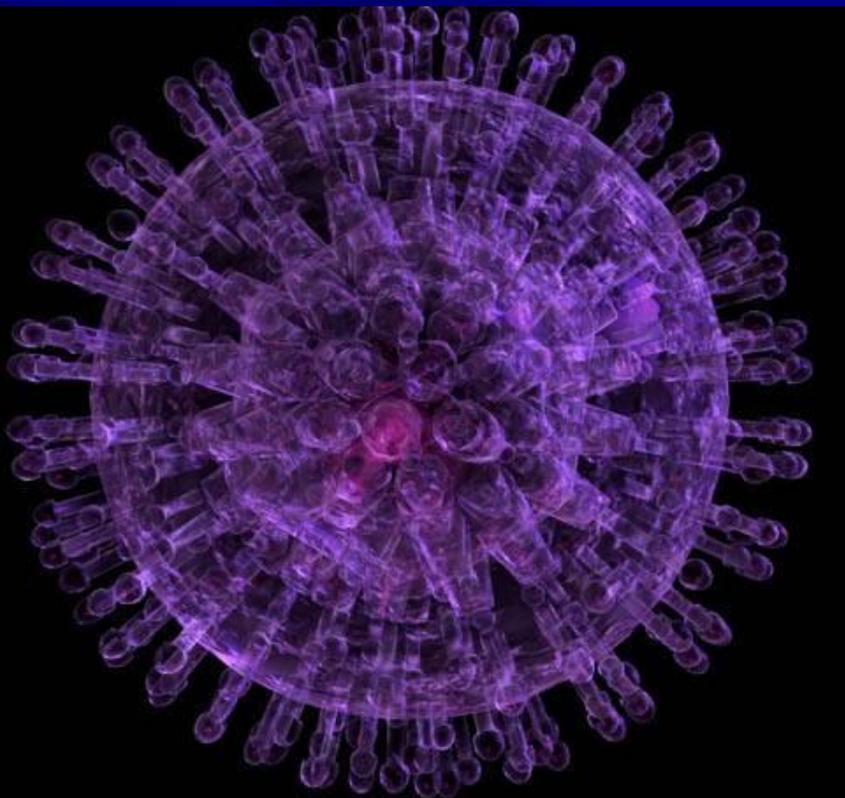
- **кларитромицин** 250 мг внутрь 2 рвд, 7 дней
- **офлоксацин** 200 мг внутрь 2 рвд, 7 дней
- **спарфлоксацин** внутрь 400мг (2 таб по 200 мг) однократно утром, в последующие дни по 200 мг 1 рвд до 10 суток.

Лечение урогенитального хламидиоза

Иммунокоррекция

- **-имунофан** п/к или в/м 0,05 мг 1 рвд через день 10-15 инъекций, или
- **-иммуномакс** в/м 100-200 ЕД 1 рвд через день 6 инъекций
- **-циклоферон** в/м по схеме.

Генитальный герпес (ГГ)



Генитальный герпес

- Возбудитель: ВПГ-1 и ВПГ-2
- Источник инфекции: больной или вирусоноситель.
- Пути передачи герпетической инфекции: воздушно-капельный, контактный, трансплацентарный (в основном ЦМВ-инфекция), восходящий (трансервикальный), при трансплантации органов.
- Входные ворота: неповрежденные слизистые оболочки и поврежденная кожа.

Генитальный герпес

- Патогенез: адсорбция вируса на поверхности клеткт-мишени –проникновение внутрь клетки вирусной ДНК – инициация «дочерних» вирусов.
- Максимальное количество вновь синтезированных вирусных белков через 8 ч. Вирионы покидают клетку через 10ч. Продолжительность существования вирионов ВПГ и ЦМВ 3 суток. Инкубационный период от 1 до 10 дней.

Особенности ГГ

- Способность к латентному существованию
- Латентная инфекция – результат персистенции вируса в нервных ганглиях
- Постоянная репродукция и выделение вируса из сакральных ганглиев.

(ГГ) по клиническому течению

- Первичный ГГ
- Рецидивирующий ГГ: типичная, атипичная, малосимптомная формы.
- Бессимптомное вирусовыделение.
- Клиника: зуд, жжение, боль в очагах поражения, 2-х стороннее увеличение и болезненность паховых узлов, фебрилитет, гиперемия слизистой и кожи, везикулы.
- При рецидивах возникает «аура» - парестезии, болезненность, слабость, невралгия тазового сплетения.

Генитальный герпес (ГГ)



Лечение генитального герпеса

применение противовирусных ЛС

- ***ацикловир*** 200 мг внутрь 5 р/сутки 5 суток, или
- ***валацикловир*** 500 мг 2 р/сутки 5 дней, или
- ***фамцикловир*** 500 мг 2 р/сутки 5 дней,

Лечение генитального герпеса

Иммунотерапия

- **имунофан** в/м 1 мл 1 р/сутки через день 5 инъекций, или
- **ликопид** 1 таб 2р/сутки 10 дней, или
- **циклоферон** по схеме
- **ридостин** в/м 1 р/сутки через сутки 5 инъекций

Лечение генитального герпеса

Вакцинация

Вакцина для профилактики герпетической инфекции

в/к 0,25 мл 1 р/3 суток, 5 инъекций,
перерыв 2 нед.,

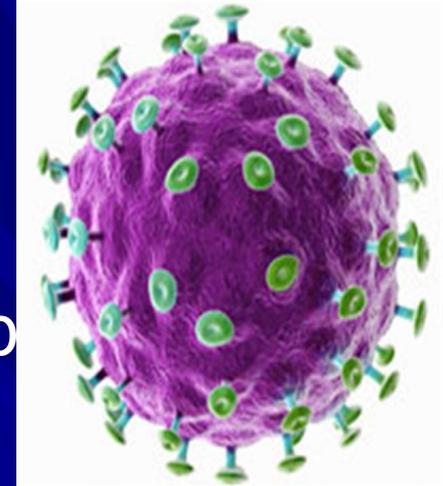
затем 0,25 мл 1 р/7 суток, 5 инъекций.

Оценка эффективности лечения путем комбинации ПЦР диагностики и определения уровня специфических иммуноглобулинов в сыворотке крови.

Папилловиральная инфекция

- возбудитель- ВПЧ
- Проявления в виде, экзофитных разрастаний на внутренних и наружных органах, промежности и перианальной области.
- Генитальные бородавки вызваны ВПЧ-6 и ВПЧ-11
- ВПЧ инфекция ассоциируется с цервикальным раком и в 99% случаев способствует этому злокачественному новообразованию. Выделяют 3 вида ВПЧ по степени онкогенности

Папилломавирусная инфекция

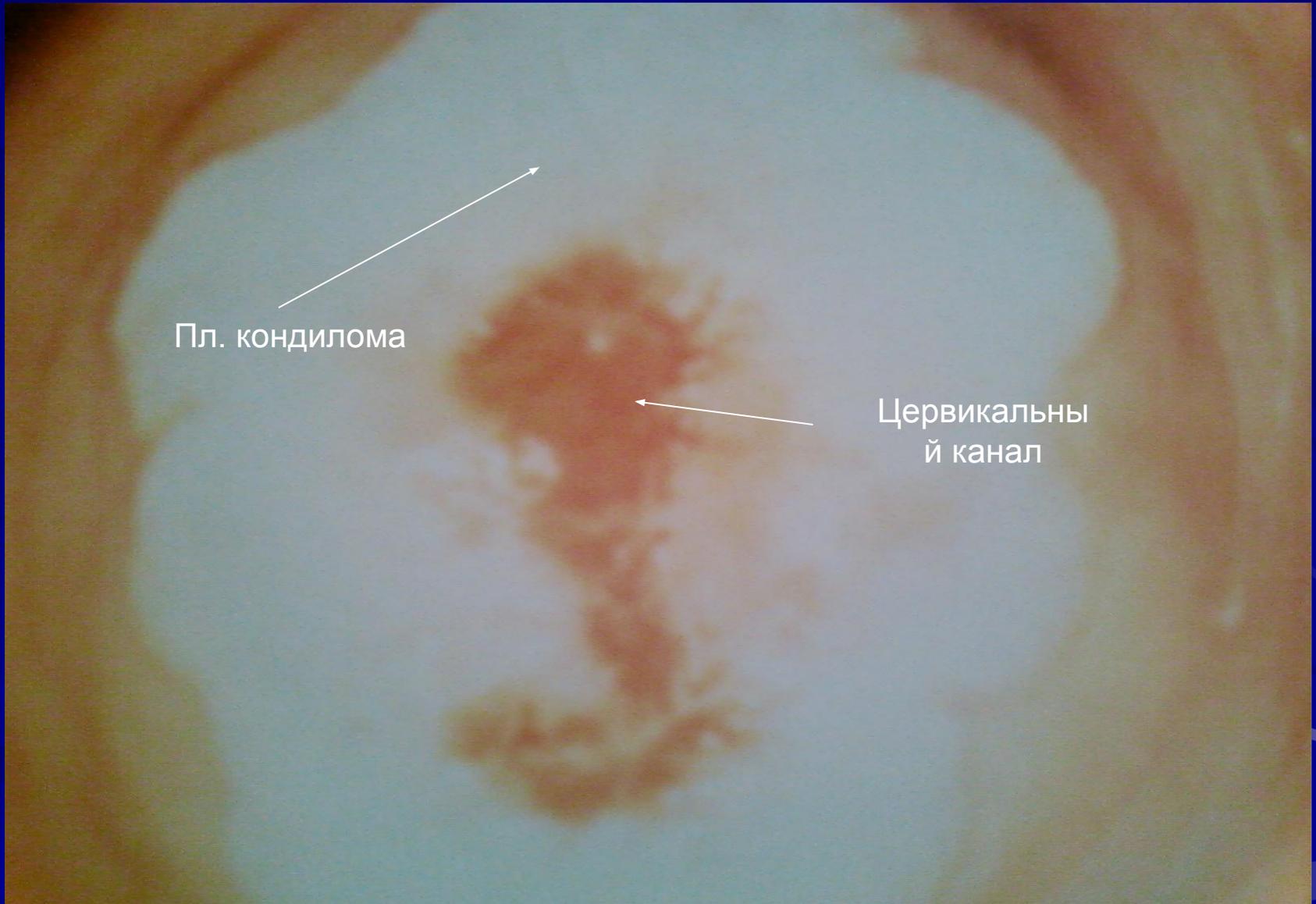


- **-клинические формы** видимые невооруженным взглядом (экзоф. кондиломы)
- **-субклинические формы** невидимые невооруженным взглядом и бессимптомные, выявляются только при кольпоскопии (плоские кондиломы, кондиломатозный цервицит/вагинит, инвертированные кондиломы)
- **-латентные формы** (отсутствие клин. проявлений при обнаружении ДНК ВПЧ)
- **-цервикальная неоплазия** (слабо выраженная, выраженная, тяжелая, микроинвазивная плоскоклеточная карцинома)

Гиганская кондилома Бушке-Левенштейна



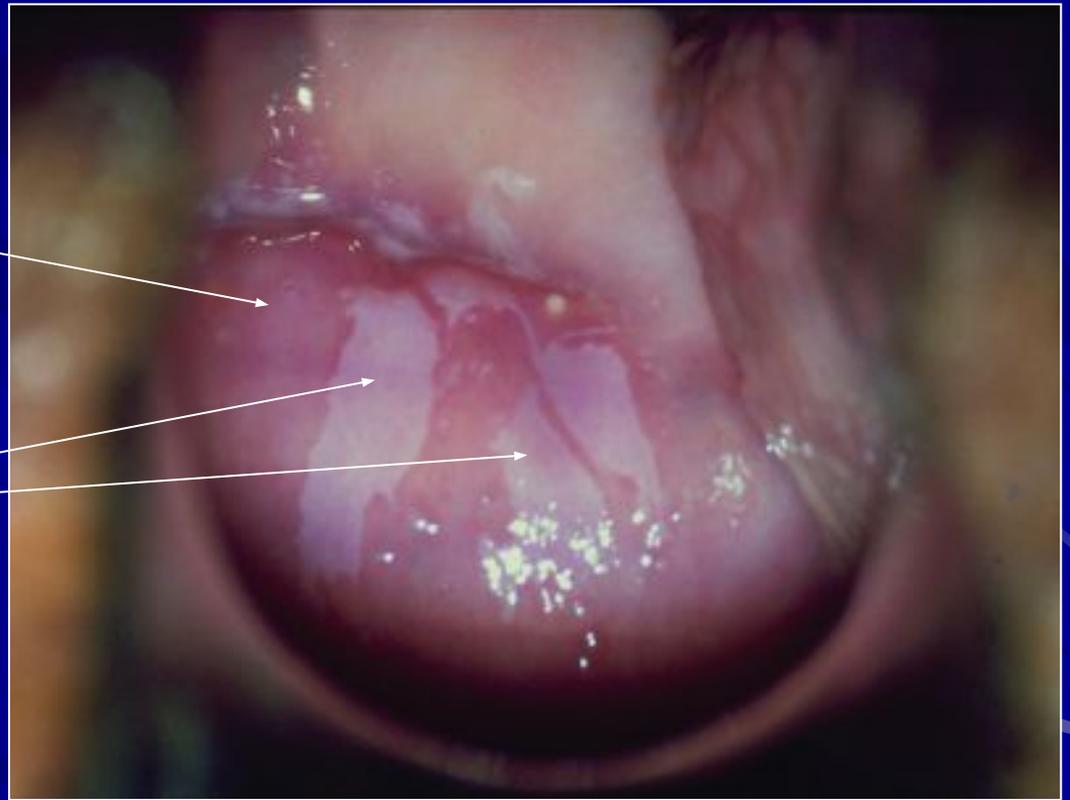
Ороговевающая плоская кондилома шейки матки



Плоская кондилома

задняя
губа
шейки
матки

Плоск
ая
конди
лома

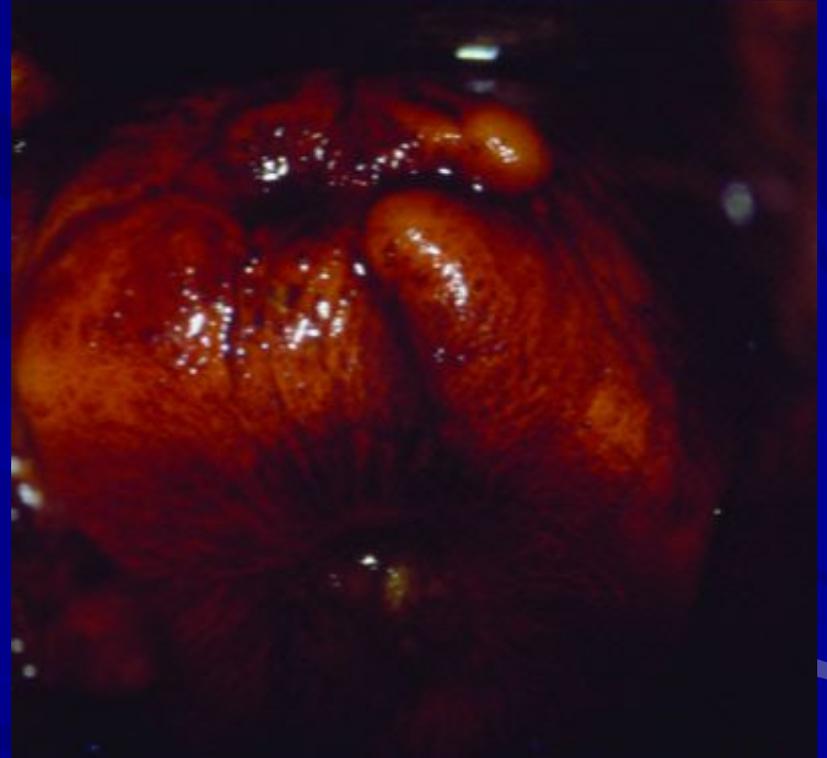


Плоскоклеточная папиллома шейки матки

- До обработки Люголем



- После обработки Люголем



Лечение папилломовирусной инфекции

- ***Деструкция*** (крио-, диатермо-, лазерокоагуляция, радиоволновая, электрохирургическая)

Обработка кондилом азотной, карболовой, трихлоруксусной кислотой

- ***Иммунотерапия*** (интерферон, ликопид, циклоферон)

Профилактика ПВИ

- Вакцинация – гардасил. Вводится 3-х кратно на протяжении 6 месяцев.
- Вакцинация способна предотвратить развитие рака шейки матки.
- Назначают детям, подросткам в возрасте от 9 до 17 лет, молодым женщинам от 18 до 26 лет для предупреждения заболеваний. Вызванных ВПЧ тип 6,11,16,18.

Спасибо за внимание

