

СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
Кафедра
акушерства и гинекологии СГМУ

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ
ОРГАНОВ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ
СИСТЕМЫ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ
ЭТИОЛОГИИ**



Зав. кафедрой акушерства и
гинекологии СГМУ,
профессор *Евтушенко И.Д.*
доцент *Петрова М.С.*

Томск 2013

ИНФЕКЦИИ ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

1. Сифилис
2. Гонорея
3. Трихомониаз
4. СПИД
5. Хламидиоз
6. Генитальный герпес
7. Шанкرويد
8. Венерическая гранулема
9. Гепатит В
10. Кандиломы генитальные
11. Вирус папилломы человека
(серотип 16,18)
12. Уреаплазмоз



ИППП

1. ГОНОРЕЯ

По ВОЗ в мире 200
млн. человек

2. ТРИХОМОНИАЗ

По ВОЗ в мире 170
млн. человек.
В России 252 на 100
000

3. ХЛАМИДИОЗ

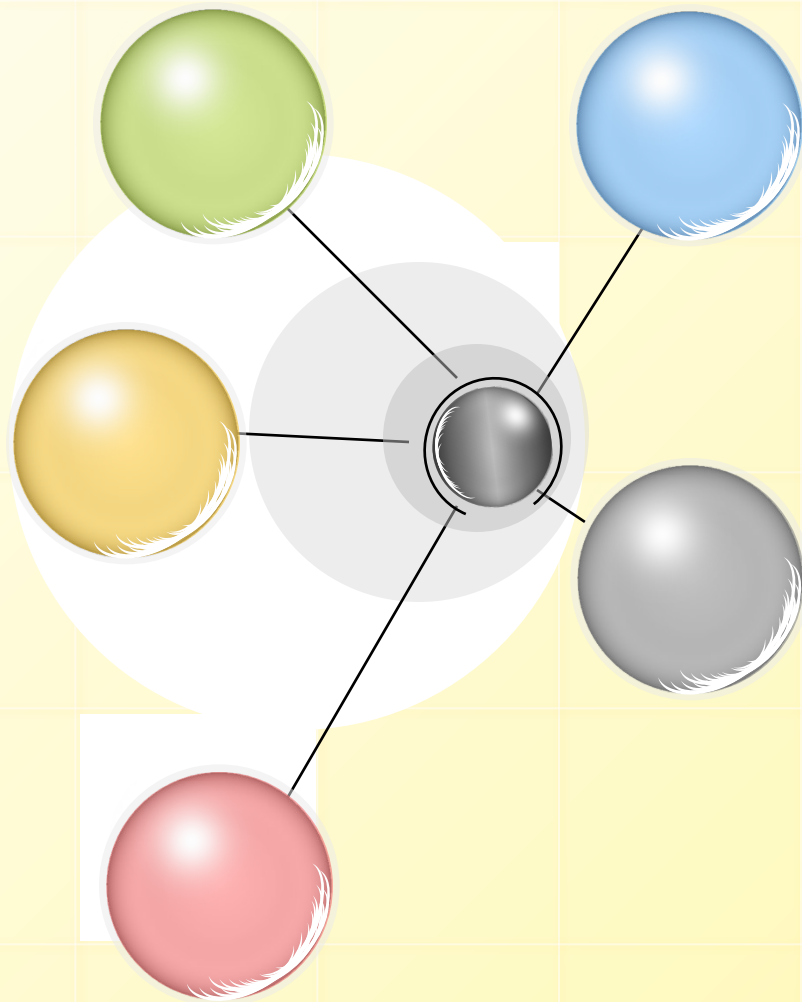
В России 7-16%

4. ВПГ

В мире 20
млн.
случаев

5. ВПЧ

В России – 29,3
на 100 000



МУЛЬТИСЕКТОРАЛЬНЫЙ ПОДХОД К БОЛЬНЫМ С ИППП



УРОЛОГ

Хр. простатит
проблемы потенции

**Акушер-
гинеколог**

ВЗОМТ
бесплодие

ПЕДИАТР

Врожденный
сифилис

ПУТИ ПЕРЕДАЧИ

1. **Транскутанная инокуляция.** Соприкосновения тела партнера с пораженным участком, физический перенос (сифилис, гонорея, шанкرويد, венерическая и паховая гранулома)
2. **Гематогенный** (Гепатит В, ЦМВ, ВИЧ)

Coitus:

- Per vaginum
- Per rectum
- Per os

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИППП

1. Латентное течение
2. Удлинение инкубационного периода
3. Смешанная инфекция
4. Иммунологическая недостаточность
5. Самолечение
6. Повышенная частота рецидивов
7. Повышенная частота осложнений после перенесенных ИППП
8. Увеличение женщин с социальной дизадаптацией

ИППП

I. Бактерии, вызывающие ИППП:

- Гонорея
- Шанкرويد

II. Спирохеты, вызывающие ИППП:

- Сифилис

III. Хламидии, вызывающие ИППП:

- Урогенитальный хламидиоз

ИППП

IV. Вирусные ИППП:

- Вирус папилломы человека
 - ВПГ-2
- Контагиозный моллюск
 - ВИЧ

V. Протозойные ИППП:

- Трихомониаз

VI. Эктопаразиты:

- Лобковый педикулез
- Чесотка

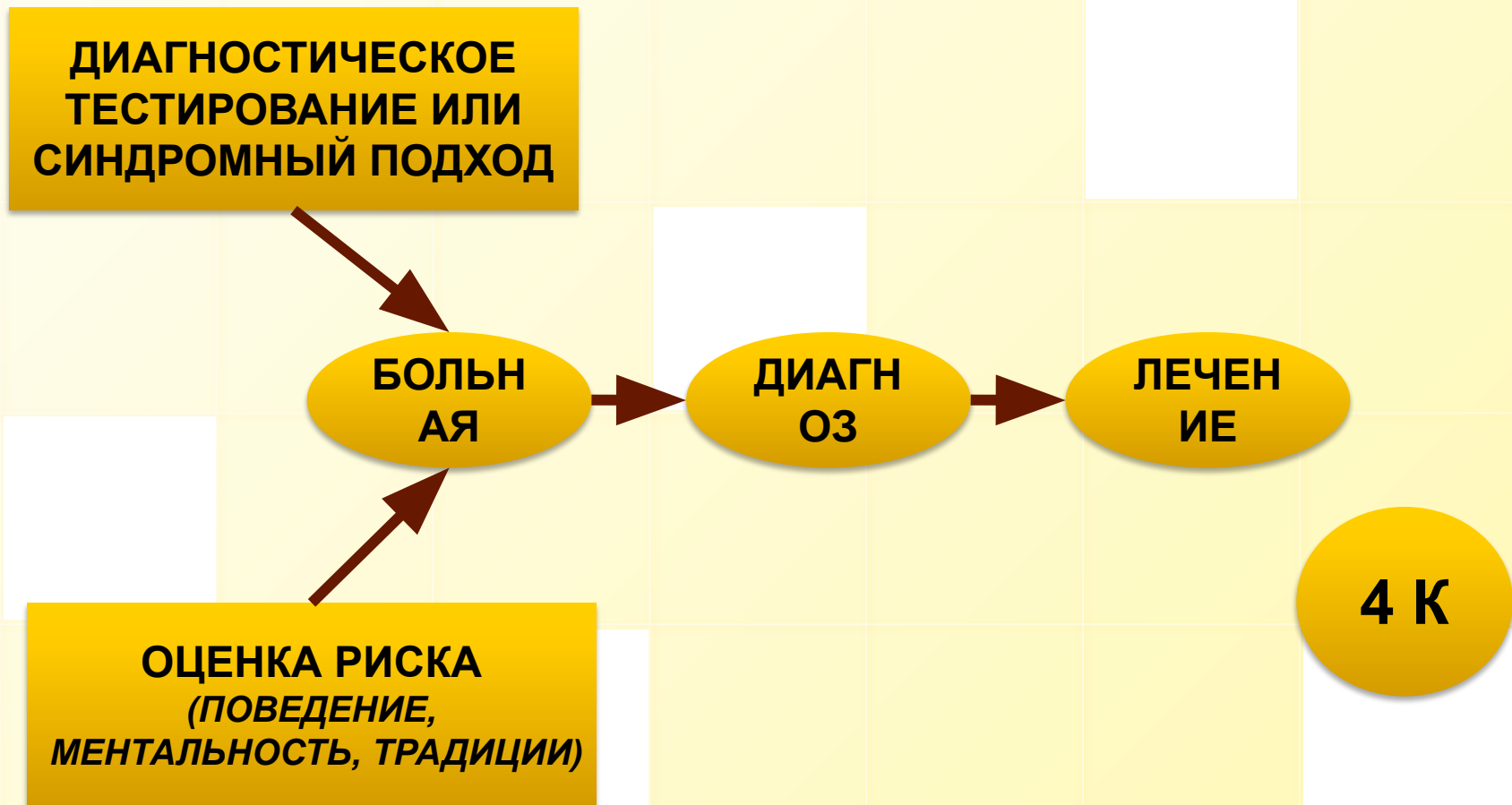
ОСЛОЖНЕНИЯ ИППП

1. Нарушение репродуктивной функции.
(бесплодие, привычное невынашивание беременности)
2. Нарушение менструальной функции
(Болезненные месячные)
3. Диспареуния
4. Синдром тазовых болей
5. ВЗОТ
6. Внематочная беременность
4. Рак шейки матки (ВПЧ).
5. Смерть пациентки (СПИД).

ПРОФИЛАКТИКА ИППП

- Информировать пациентов о факторах риска ИППП
- Обеспечение доступности диагностики и лечения ИППП
- Избегать полового контакта с инфицированным человеком
- Иметь одного полового партнера, для которого
Вы – единственный половой партнер
- Или ограничить количество половых партнеров
- Использование презерватива

ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ИППП



4
К

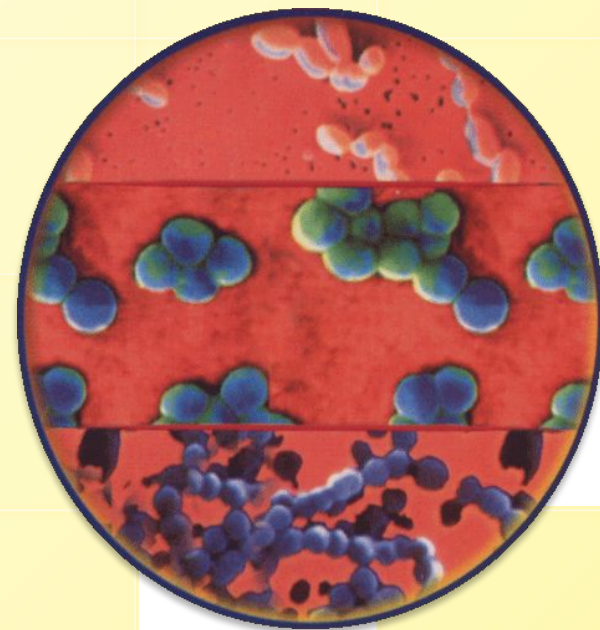
1. Контакт
2. Кондом
3. Консультирование
4. Компаентность

- ✓ Информированное согласие
- ✓ Партнерское отношение



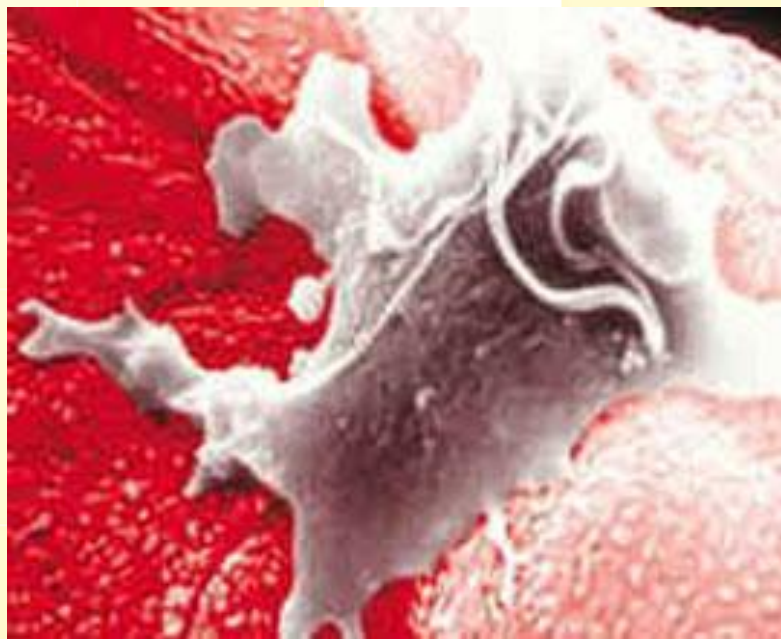
ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ИППП

- Конфиденциальность
- Эффективность
- Доступность
- Переход от стационарного к амбулаторному лечению

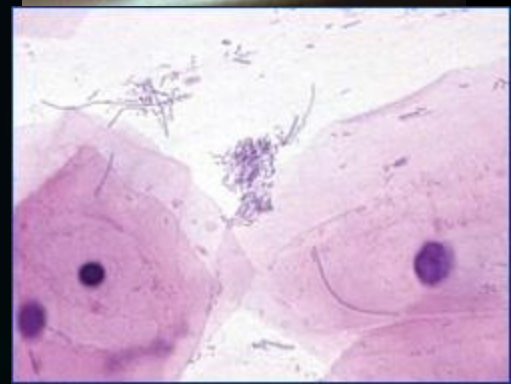
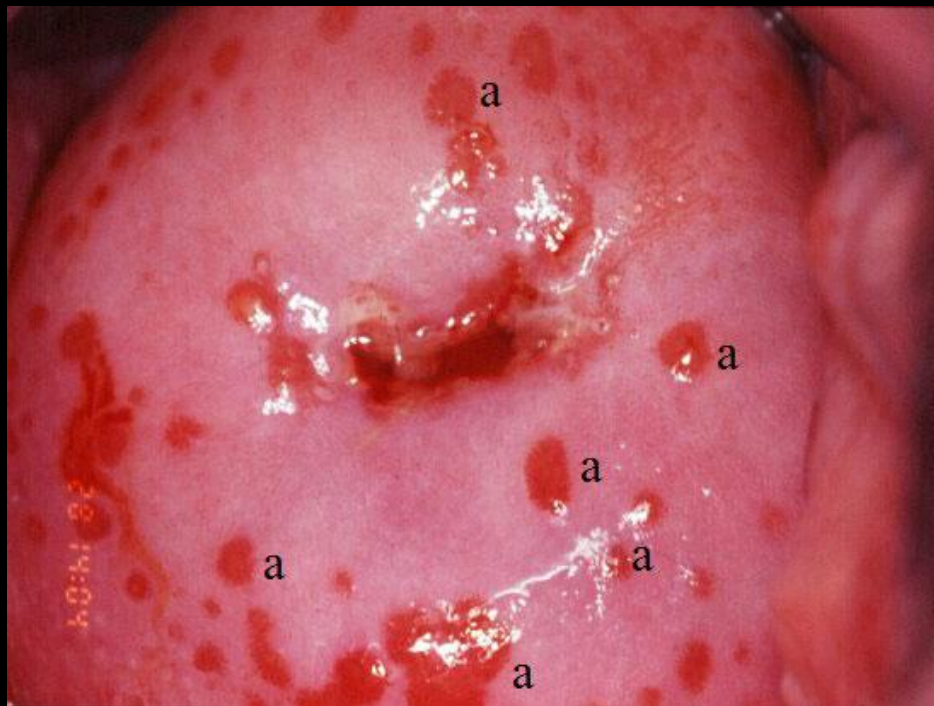




ТРИХОМОНИАЗ



Поражение шейки матки



ТРИХОМОНИАЗ

ЭТИОЛОГИЯ:

В 1836 г. впервые открыл парижский врач Донне. Существует 50 разновидностей трихомонад. У человека паразитируют 3 разновидности трихомонад:

- Урогенитальные
- Ротовые
- Кишечные

У женщин в 4 раза чаще, чем у мужчин

КЛАССИФИКАЦИЯ

Формы трихомониаза по клинике:

1. Свежий, острый, подострый, торпидный, малосимптомный
2. Хронический (свыше 2х мес.)
3. Трихомонадоносительство – от 2-41%
 - Урогенитальный трихомониаз
 - Трихомониаз других локализаций
 - Трихомониаз неуточненной локализации

НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ

У женщин:

- влагалище

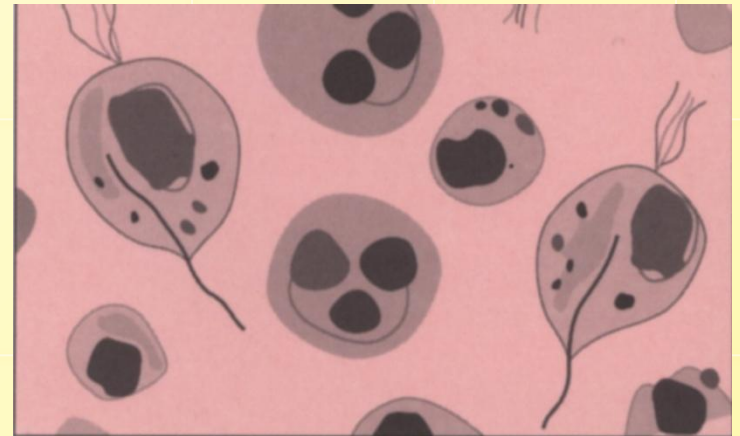
У мужчин:

- Предстательная железа, семенные пузырьки

**Без лечения трихомонады
не покидают
организм хозяина**

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ТРИХОМОНИАЗА:

- Интенсивность инфекции
- рН 5,5-6,5
- Физиологическое состояние слизистых оболочек
- Сопутствующая флора



ОСТРЫЙ ТРИХОМОНИАЗ

**Острый трихомониаз протекает бурно
Инкубационный период 5-15 дней**

Симптомы:

1. Зуд половых органов 25-80%
2. Выделения из половых путей 50-75%
3. Дизурия 35%
4. Неприятный запах 10%
5. Боли в нижней части живота 5-12%

Объективно:

- Выделения серовато-желтые, пенистые
- Пастозность и болезненность уретры
- Точечные кровоизлияния на шейке матки, при кольпоскопии - «синдром клубничной шейки»

ХРОНИЧЕСКИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ ТРИХОМОНИАЗ

Хронический мочеполовой трихомониаз – смешанный протозойно-бактериальный процесс

Трихомонады являются резервуаром для:

1. Гонококки 29,1%
2. Гарднереллы 31,4%
3. Хламидии 18,2%
4. Уреаплазмы 20,9%
5. Кандиды 15,7%
6. Микоплазмы 4,3%

ДИАГНОСТИКА ТРИХОМОНИАЗА

Критерии диагностики: клинические признаки заболевания + обнаружения трихомонад

Правила забора материала: прекратить за 5-7 дн. прием противотрихомонадных препаратов

Материал берут из:

- Влагиалища
- Уретры
- Прямой кишки
- Центрифугат мочи

ДИАГНОСТИКА ТРИХОМОНИАЗА

Методы диагностики:

- Микроскопия нативного препарата
- Культуральные
- ИФА (Ig G, Ig M)
- ПЦР

ЛЕЧЕНИЕ НЕОСЛОЖНЕННОГО ТРИХОМОНИАЗА

1. Метронидазол

- 1 г. 3 раза в сутки, 2 дня
- 0,5 г. 3 раза в сутки, 5 дней
- 0,5 г. 2 раза в сутки, 7 дней
- 2 г. однократно.

2. Тинидазол 2 г., однократно

3. Орнидазол 1,5 г., однократно

4. Секнидазол 2 гр., однократно

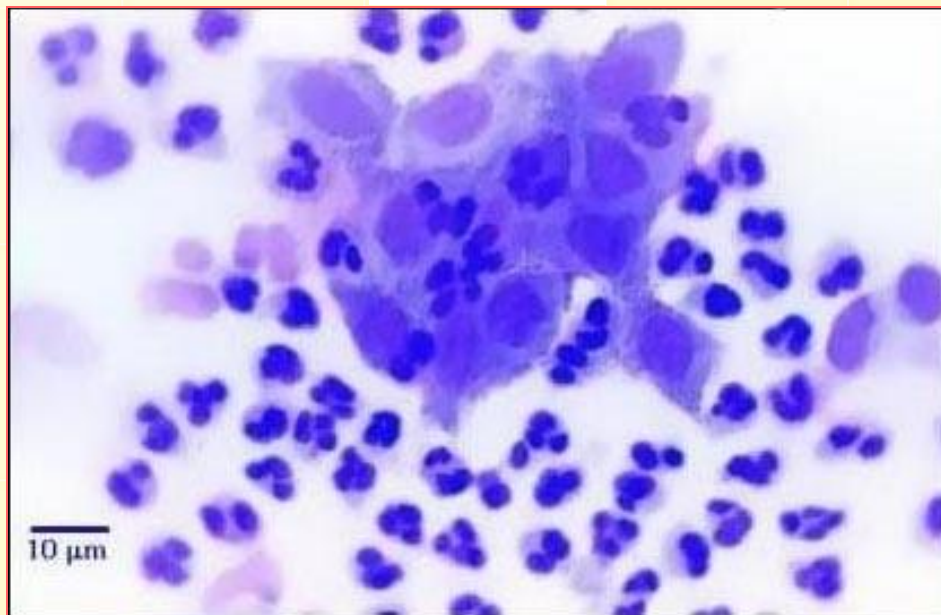
ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ТРИХОМОНИАЗА

1. Метронидазол 0,5 г., 4 раза в сутки ,
в течение 7 дней

2. Тинидазол 2 г., 1 раз в сутки, 3 дня

3. Орнидазол 0,5 г., 2 раза в сутки, 10 дней

ГОНОРЕЯ



Гонорея



Выделения из влагалища при гонорее.



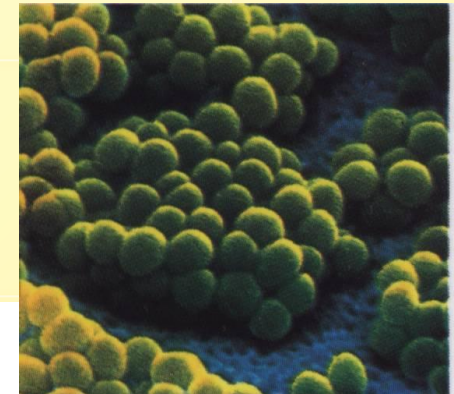
Поражение Бартолиниевой железы

ГОНОРЕЯ

ЭТИОЛОГИЯ:

Грамоотрицательный гонококк, диплококк, имеет тропность к:

- Эпителий слизистых оболочек человека (цилиндрический, переходный эпителий, эндометрий)
- Оболочки покрытые эндотелием (брюшина, синовиальные оболочки суставов)



КЛАССИФИКАЦИЯ ГОНОРЕИ

Формы гонореи по клинике:

I. Свежая (до 2 мес.)

- Острая
- Подострая
- Торпидная

II. Хроническая (свыше 2х месяцев)

КЛАССИФИКАЦИЯ ГОНОРЕИ

По распространенности:

I. Гонорея нижнего отдела мочеполовых органов:

- Гонорейный уретрит
- Гонорейный эндоцервицит
- Гонорейный проктит
- Гонорейный вульвит
- Гонорейный бартолинит
- Гонорейный кольпит

КЛАССИФИКАЦИЯ ГОНОРЕИ

По распространенности:

II. Гонорея верхнего отдела мочеполовых органов:

- **Гонорейный эндометрит**
- **Гонорейный сальпингоофорит**
- **Гонорейный пельвиоперитонит**

**Короткий инкубационный период – 2-3 дня
после coitus**

- **Жжение, резь, учащенные позывы к мочеиспусканию:**
 - гнойные выделения
 - боль в нижней части живота
 - повышение температуры
 - отсутствие аппетита
- **У 40-60% женщин манифестация заболевания начинается в конце менструации, особенно при ВЗОТ**

ДИАГНОСТИКА ГОНОРЕИ

1. Окраска по Грамму секрета из шейки матки, уретры, прямой кишки:

(грамоотрицательные диплококки или полиморфноядерные лейкоциты, заполненные диплококками)

2. Посев, культивирование в кровяном агаре

3. ПЦР

ЛЕЧЕНИЕ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГОНОРЕИ (НИЖНИЙ ОТДЕЛ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА)

1. Цефтриаксон 250 мг. в/м, однократно
2. Ципрофлоксацин 500мг., per os, однократно

Альтернативные схемы:

1. Офлоксацин 400 мг., per os, однократно.
2. Спектиномицин 4 г, в/м
3. Ломефлоксацин 600 мг., per os

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ГОНОРЕИ (ВЗОТ)

1. Цефтриаксон 1 г в/м, в/в каждые 24 ч.

Альтернативные схемы:

1. Цефотаксим 1 г, в/в каждые 8 ч.

2. Ципрофлоксацин 500мг., в/в каждые 12 ч.

3. Спектиномицин 2 г, в/м каждые 12 ч.

МЕТОДЫ ПРОВОКАЦИИ

Обычно применяется комбинированный метод провокации.

Исследование проводят через 24, 48, и 72 часа.

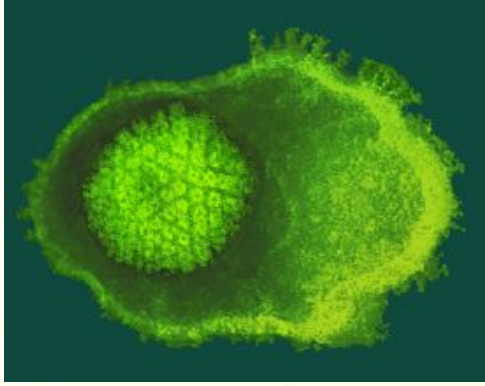
- Химический метод
- Биологический метод
- Термический метод
- Физиологический метод
- Алиментарный метод

КРИТЕРИИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ГОНОРЕИ

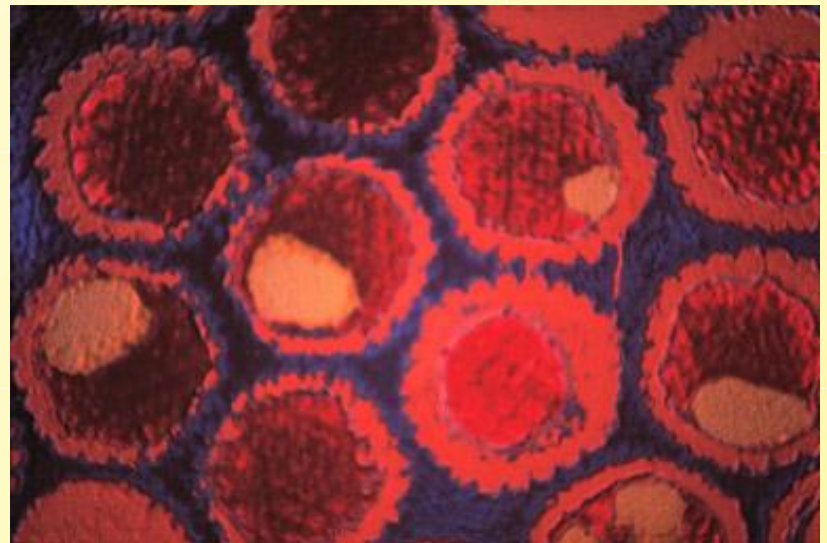
Отрицательные результаты в течении
3х менструальных циклов.

Повторное обследование проводится:

- По желанию пациентки
- В связи с жалобами пациентки
- Перед планированием беременности



ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС





КЛАССИФИКАЦИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

I. По клинике:

1. Типичная
2. Атипичная

II. По наличию рецидивов:

1. Первичнорецидивировующий
2. Вторичнорецидивировующий

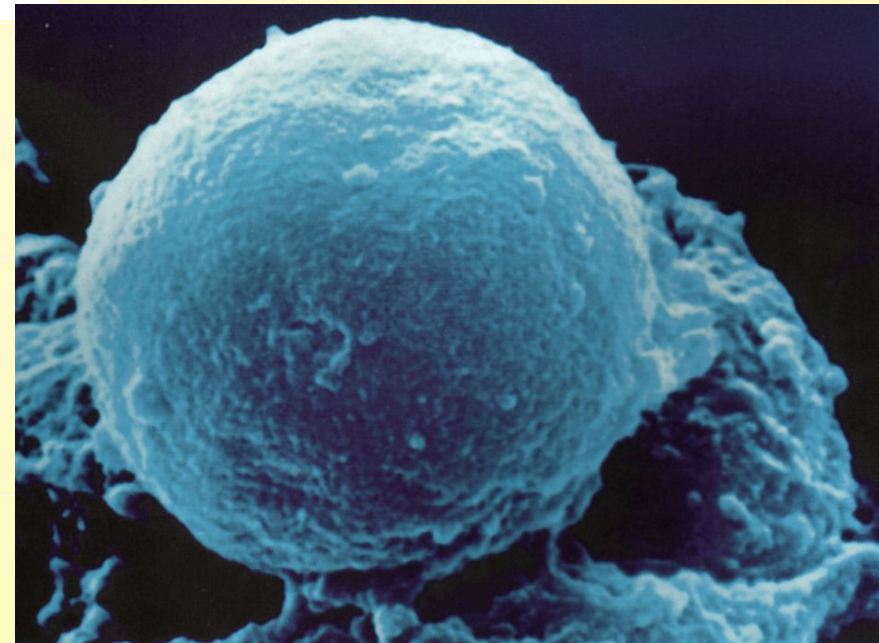
III. По степени тяжести рецидивов:

1. Стихающий тип (легкая степень, 1-2 раза в год)
2. Аритмичный тип (средняя степень, 3-4 раза в год)
3. Монотонный тип (тяжелая степень, ежемесячно)

КЛАССИФИКАЦИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

IV. По локализации:

1. Поражение ВПГ-2 наружных половых органов
2. Герпетические кольпиты, цервициты, уретриты
3. Герпетические эндометриты, сальпингоофориты, циститы



ДИАГНОСТИКА ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

- 1. ИФА (Ig M, Ig G, Ig A)**
- 2. ПЦР**
- 3. Культуральный метод**

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

- 1. Противовирусная химиотерапия**
- 2. Вакцинация**

ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

1. Первичная инфекция:

- Ацикловир 200 мг 5 раз в сутки, 5 дней
- Валацикловир 1 г. 2 раза в сутки, 5 дней

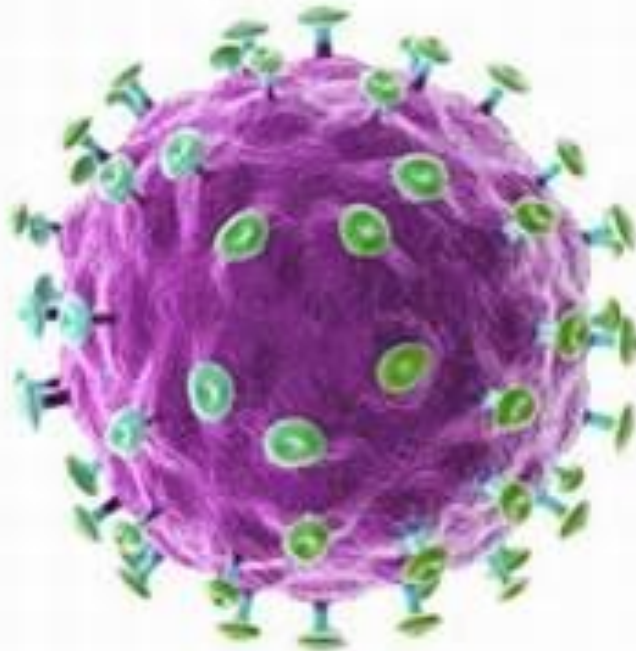
2. Рецидивирующая инфекция:

- Ацикловир 200 мг 5 раз в сутки, 10 дней
- Валацикловир 500 мг 2 раза в сутки, 10 дней

- **ЗОВИРАКС**
- **ГАНЦИКЛОВИР**
- **ФАМВИР**
- **ПАНАВИР**

- **ВИРОЛЕКС**
- **БОНАФТОН**
- **АЛПИЗАРИН**
- **ХЕЛЕПИН**

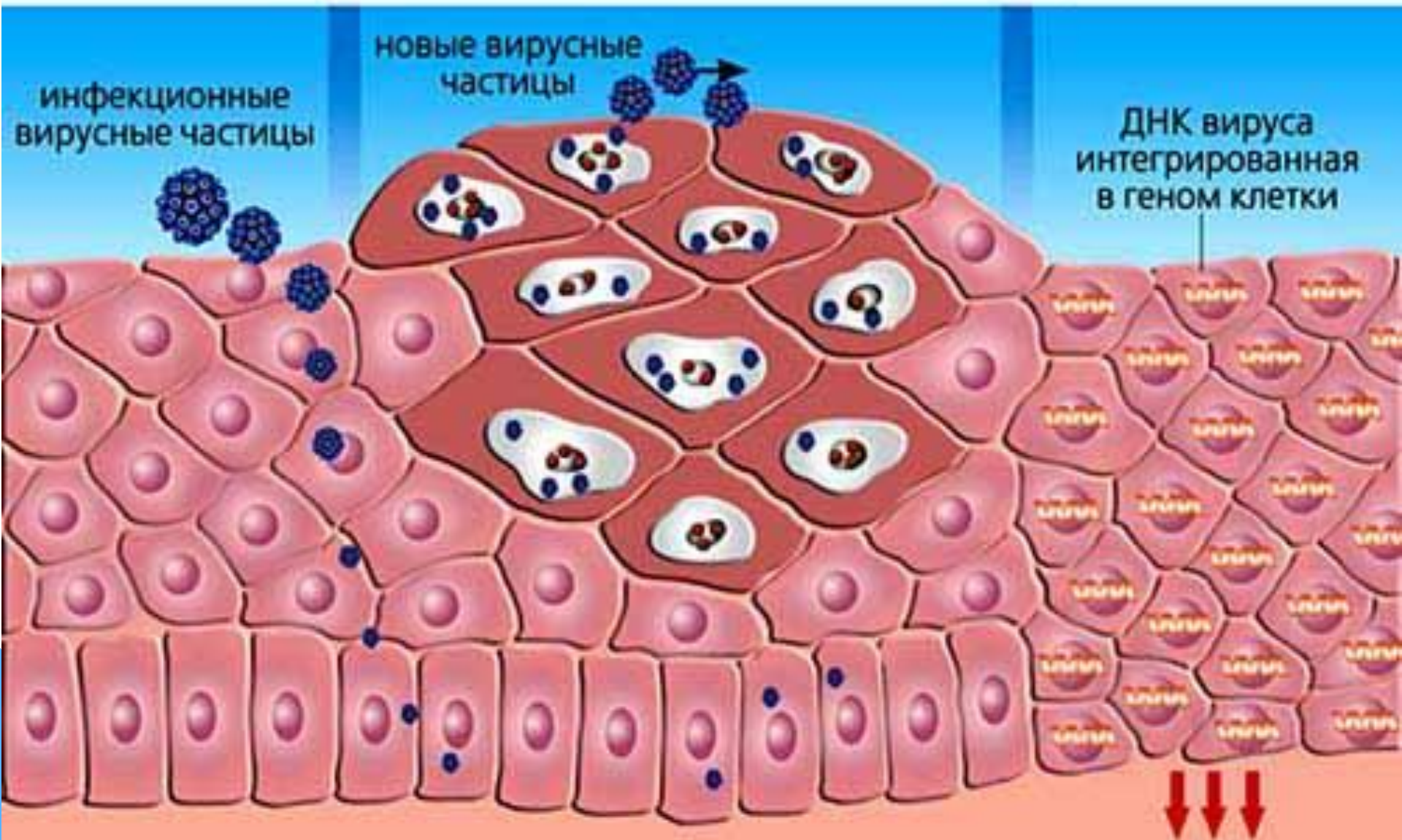
ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА



нормальный
эпителий

HPV-инфекция
интраэпителиальная
неоплазия стадия I

интраэпителиальная
неоплазия стадии II и III
рак шейки матки



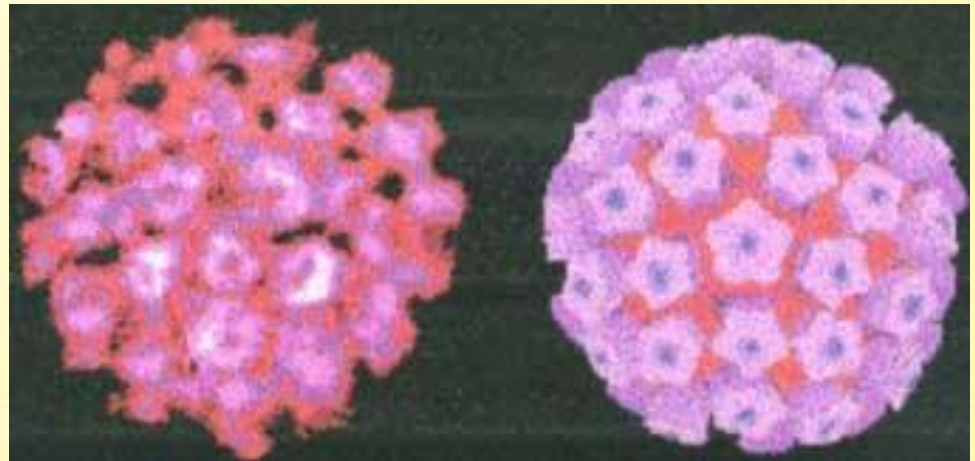


РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

- **В общей популяции – 20-70%**
- **В женской популяции – 30%**
- **Среди больных с гинекологической патологией – 44%**
- **Среди больных раком шейки матки – 95-100%**

ХАРАКТЕРИСТИКА ВИРУСА

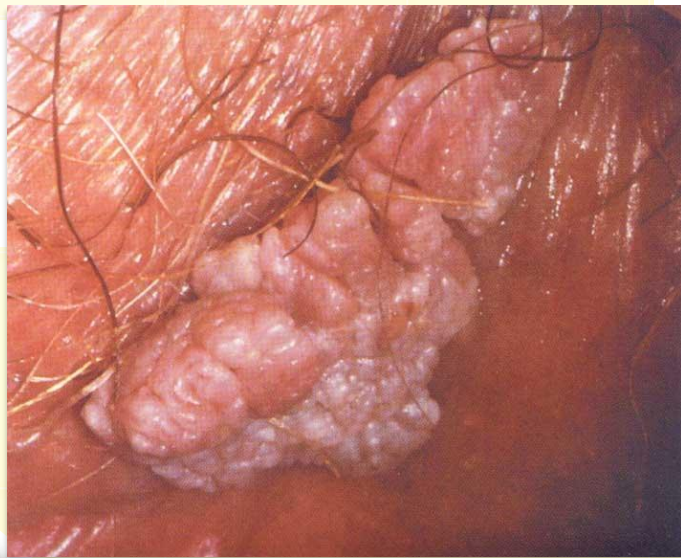
Инкубационный период – от 1 до 20 месяцев, в среднем 2-3 месяца, либо растягивается на многие годы, что делает невозможным определение точного времени заражения



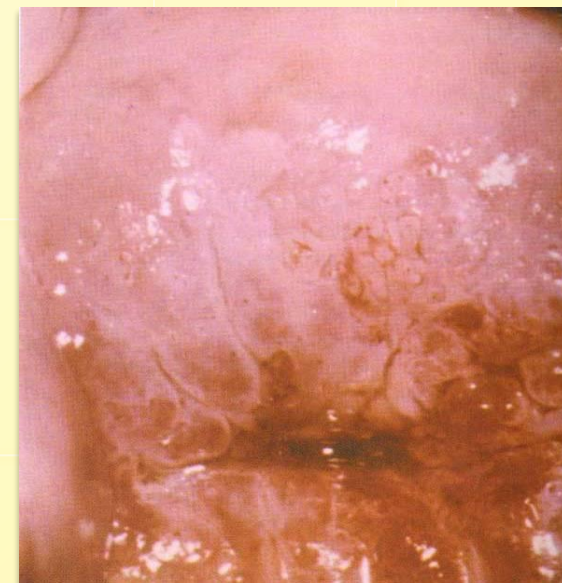
ДИАГНОСТИКА

- ПЦР
- Кольпоскопия (ВПЧ 16, 18)

**остроконечные
кондиломы**

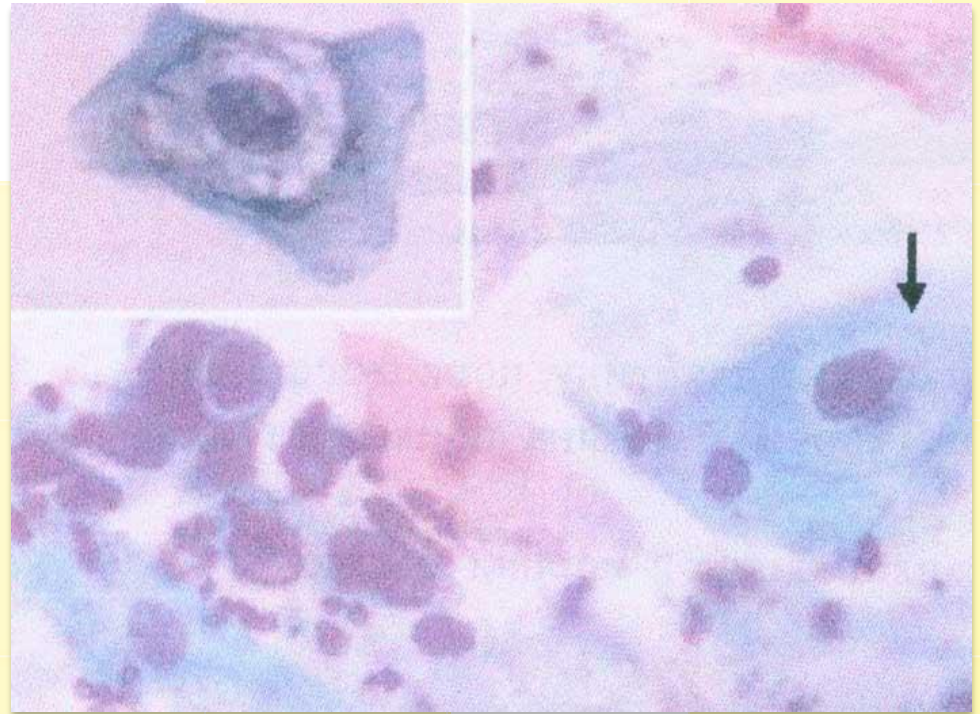


**ацетобелый
«жемчужный»
эпителий,
лейкоплакия**



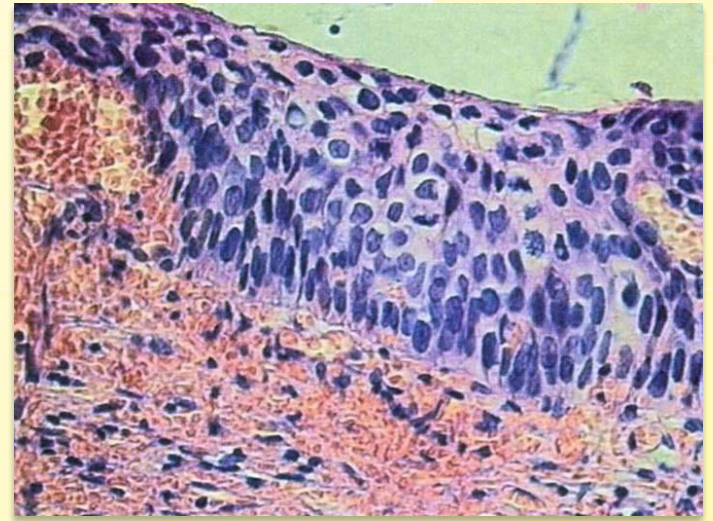
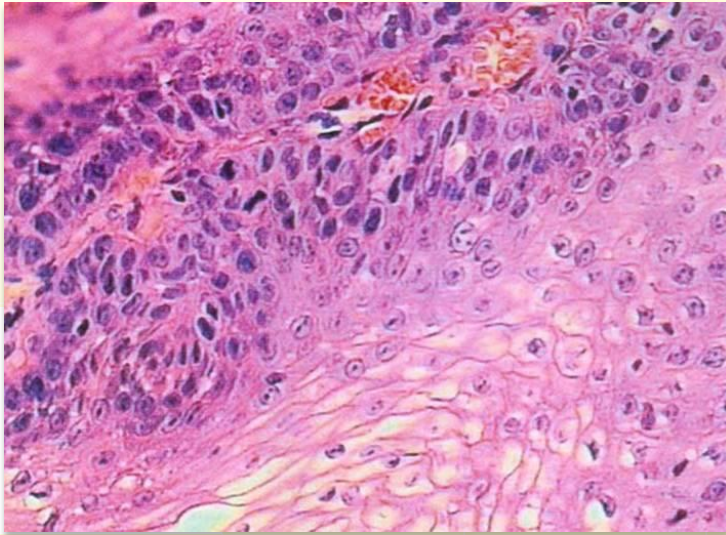
ДИАГНОСТИКА

- Морфологическое исследование
- PAP-тест



ДИАГНОСТИКА

- Гистологическое исследование



ЛЕЧЕНИЕ ПВИ

комплексная комбинированная терапия

Назначение интерферонов и их индукторов

- Интерфероны: виферон, КИПферон, реаферон
- Индукторы интерферона: циклоферон, неовир, амиксин, ликопад

□ Иммуномакс

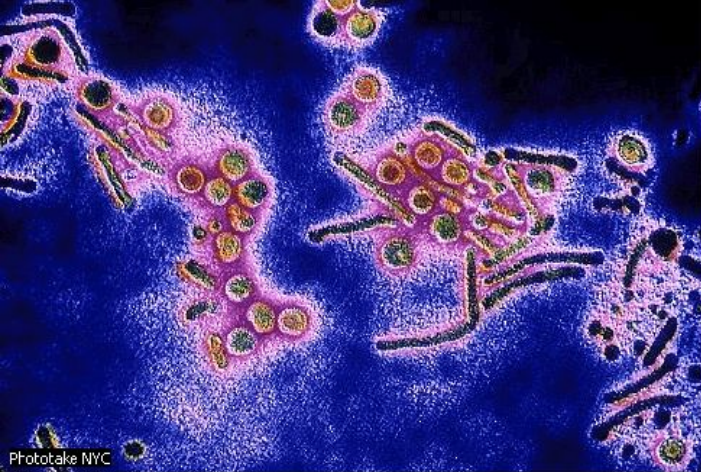
□ Гепон

□ Ридостин

ЛЕЧЕНИЕ ПВИ – комплексная комбинированная терапия

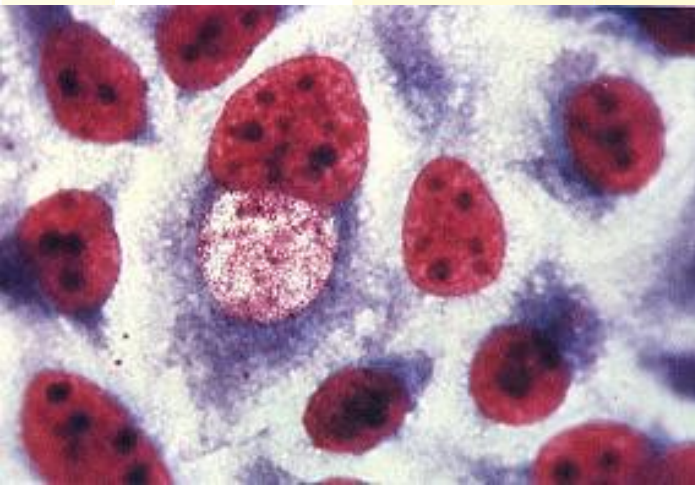
Деструктивные методы

- цитотоксическая терапия – подофиллин, кондилилин, 5-фторурацил**
- физические методы – криодеструкция, применение лазера-диатермокоагуляции, электрохирургическое иссечение, радиоволновая хирургия**
- химические методы – трихлоруксусная кислота, фerezол, солкодерм**



Phototake NYC

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗ



SCIENCEPHOTOLIBRARY

Хламидиоз



Прозрачные выделения на шейке матки при хламидиозе.

ЕЖЕГОДНОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ХЛАМИДИОЗА



Более 50 миллионов заболевших



Россия - 1,5 миллиона



США - 5 миллионов



Германия - 1 миллион

КЛАССИФИКАЦИЯ ХЛАМИДИЙ

Род	Вид	Биовары	Серовары
C H L A M	C.trachomatis (патоген человека, 1907г)	Трахома, паратрахома Урогенитальный хламидиоз и пневмония новорожденных Венерическая лимфогранулема LGV Мышиная пневмония	A, B, B_a, C D, E, F, G H I, J, K L₁, L₂, L₃ 1
Y D I A	C.psittaci (патоген животных (овец) и птиц, 1930г)	Орнитоз, пситтаккоз, спонтанные аборты овец	13 сероваров

КЛАССИФИКАЦИЯ ХЛАМИДИЙ

Род	Вид	Биовары	Серовары
С Н L A M Y D I A	S.pneumoniae (патоген человека, 1989г)	Пневмония, ОРЗ, атеросклероз, саркоидоз, бронхиальная астма (респираторный хламидиоз)	TW AR, AR, KA, CWL
	S.piscium (патоген животных – мелкий и крупный рогатый скот, свиньи, 1992г)	Пневмонии, полиартриты, энцефаломиелиты, диарея, аборты	2, 3, 4, 6, 9

A56 - Включены болезни, передающиеся половым путем, вызванные *S. trachomatis*

- Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта (A56.0) (цервицит, цистит, уретрит, вульвовагинит)
- Хламидийные инфекции органов малого таза и др. мочеполовых органов (A56.1) (эпидидимит, воспалительные заболевания органов малого таза у женщин, орхит)
- Хламидийная инфекция мочеполового тракта неуточненная (A56.2)
- Хламидийная инфекция аноректальной области (A56.3)
- Хламидийный фарингит (A56.4)
- Хламидийные инфекции, передающиеся половым путем, другой локализации (A56.8)

КЛАССИФИКАЦИЯ ХЛАМИДИОЗА

1. Неосложненный хламидиоз
2. Осложненный хламидиоз

- Инкубационный период 2-4 недели
- В 90% случаев хламидиоз протекает бессимптомно
- Нечастые симптомы:
 - Легкая дизурия
 - Желтоватые выделения
 - Боль внизу живота
 - Дисменорея
 - Контактная кровоточивость

СХЕМА ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА ХЛАМИДИЙ

Жизненный цикл *Chlamydia trachomatis*

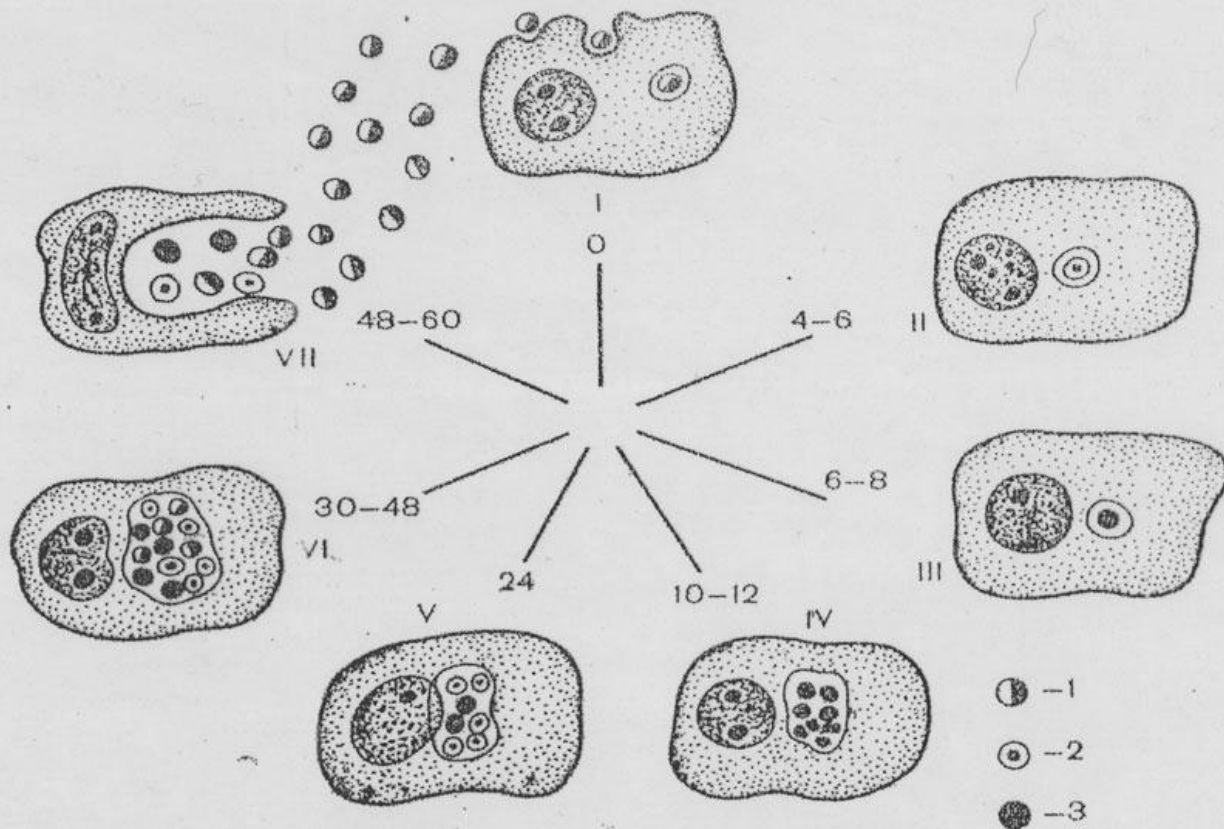
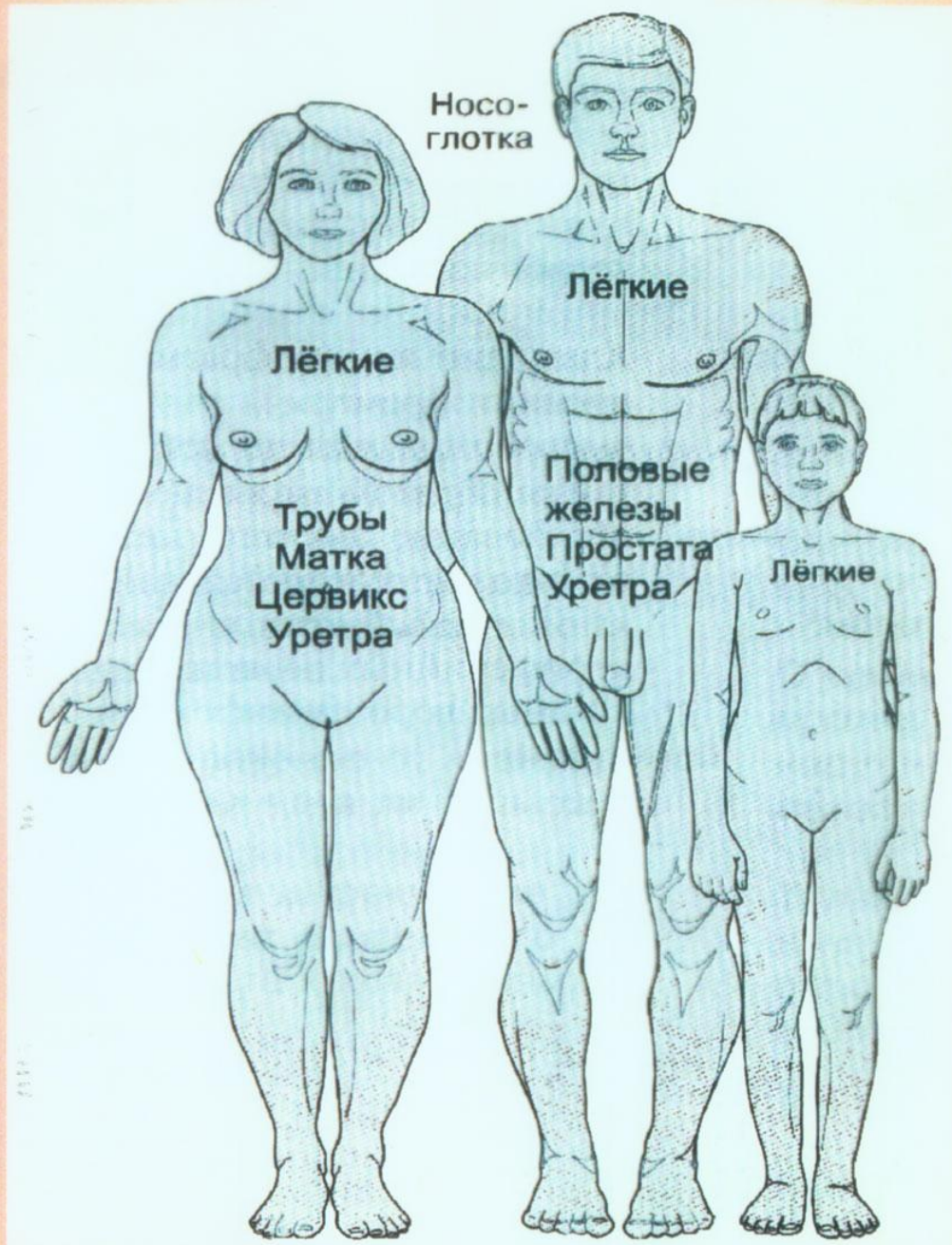


Рис. 1.2. Цикл развития хламидий в клетке-хозяине по Шаткину [Шаткин А. А., Мавров И. И., 1983].

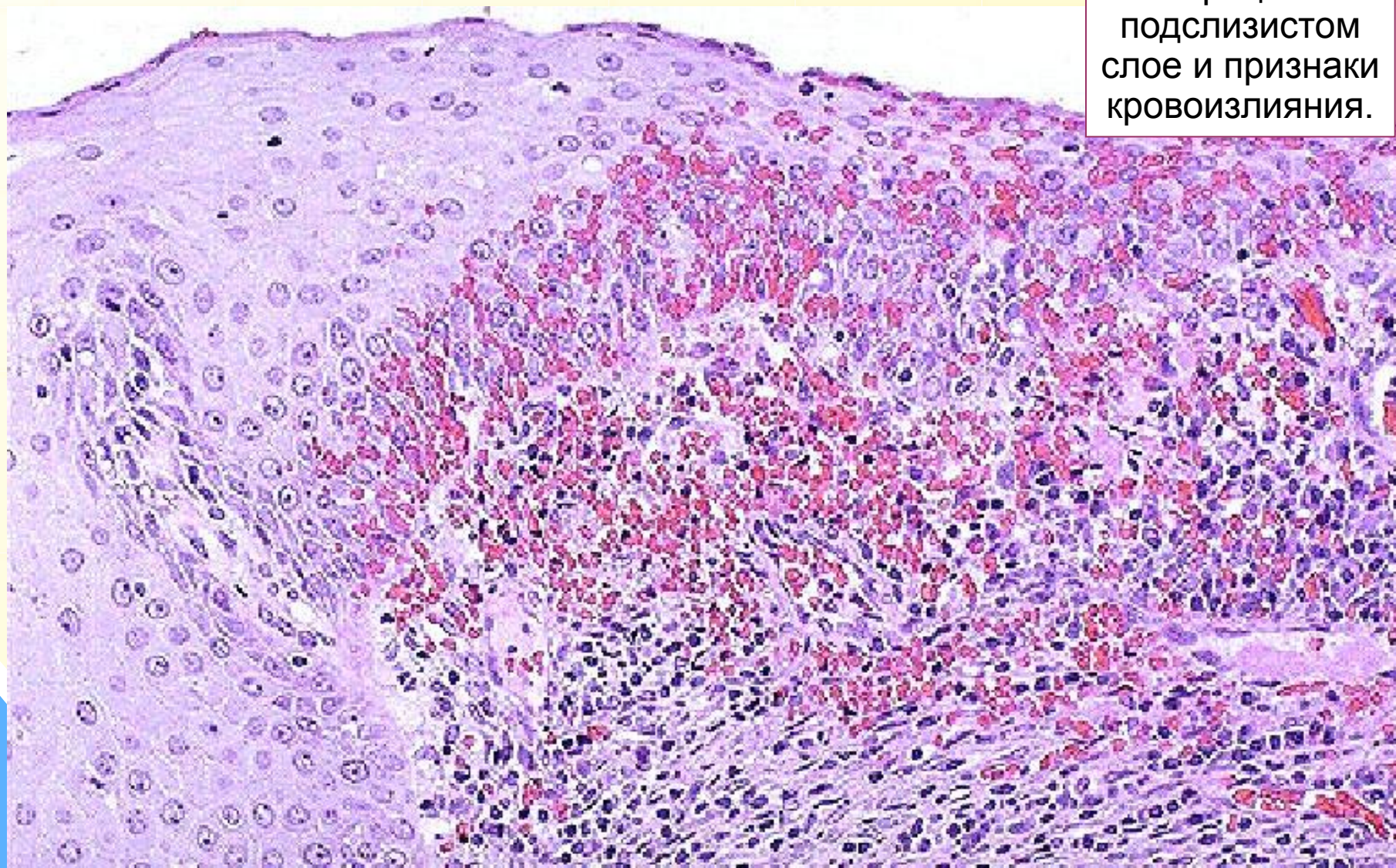
I — элементарное тельце; 2 — переходное тельце; 3 — ретикулярное тельце.

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ



МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОГО ЦЕРВИЦИТА

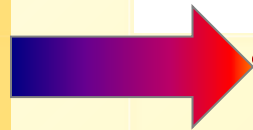
Видны темные
лимфоциты в
подслизистом
слое и признаки
кровоизлияния.



ХЛАМИДИОЗ - ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОСЛЕДСТВИЯ

Женщины

- уретрит
- цервицит
- эндометрит
- периаппендицит
- перигепатит
- сальпингит
- конъюнктивит
- венерическая лимфогранулема (LGV)



- бесплодие
- нарушение фертильности
- эктопическая беременность
- хронические абдоминальные боли
- постинфекционные артриты (реактивные)
- синдром Рейтера
- поражение генитального тракта с лимфогранулемой (LGV)

ХЛАМИДИОЗ - ЛЕЧЕНИЕ

Рекомендуемые схемы:

Азитромицин

1,0г внутрь однократно (3 нед.)

Доксициклин

100мг внутрь 2 раза/ сутки 7-10 дней

Эритромицин

500мг внутрь 4 раза/сутки 10-14 дней

«Веди себя благоразумно – среди тысяч людей только один умирает естественной смертью, остальные погибают вследствие безрассудной манеры бытия»

Маймонид

**Спасибо за
внимание!**

