

**ИНФЕКЦИИ,
ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ
(ИППП)**

Лапина А.В.

ТРИХОМОНИАЗ

- Возбудитель мочеполового трихомониаз-одноклеточное простейшее *Trichomonas vaginalis*.
- Заражение половым путем. Очень редко внеполовым (через предметы личной гигиены).
- Возможно заражение плода во время прохождения его по родовым путям
- Основной очаг-влагалище, выводные протоки больших желез преддверия влагалища, шейка матки, уретра, мочевого пузырь.



КЛАССИФИКАЦИЯ

По клиническому течению

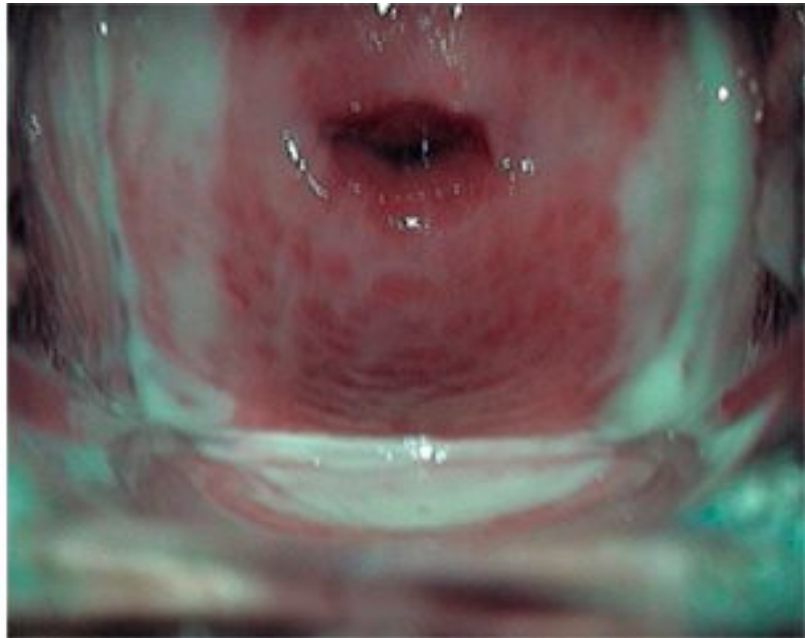
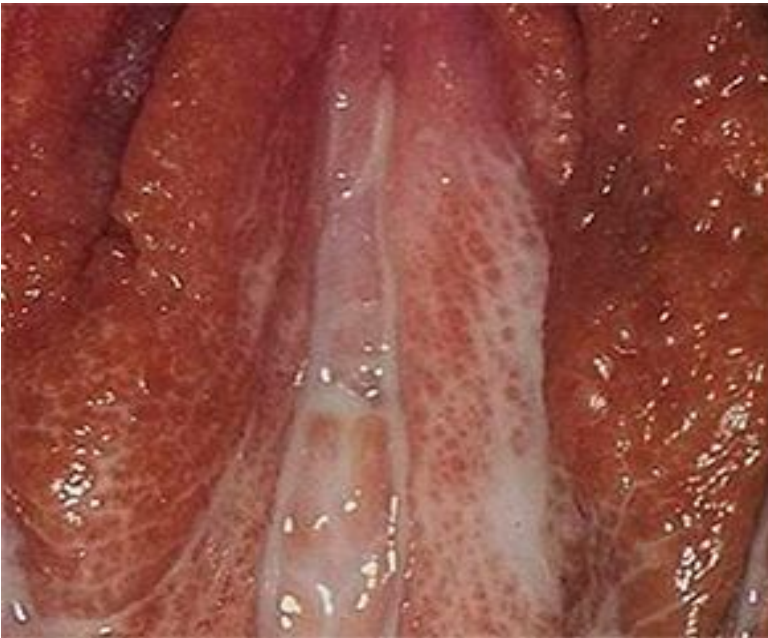
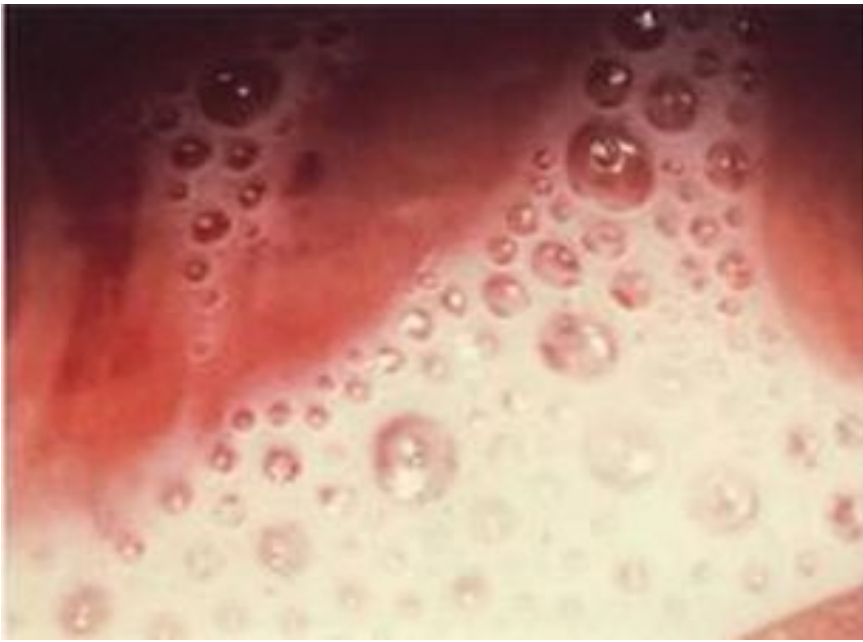
- 1) свежий трихомониаз длительностью не более 2 мес., в котором выделяют острый, подострый и торпидный (малосимптомный) вагинит;
- 2) хронический (при давности заболевания свыше 2 мес.);
- 3) трихомонадоносительство.



КЛИНИКА

- Инкубационный период длится от 5 до 15 дней.
- При острой и подострой формах-обильные бели, сопровождающиеся сильным зудом и жжением в области половых органов, усиливающимися во время и после месячных, учащенное и болезненное мочеиспускание.
- Осмотр с помощью зеркал выявляет симптомы вагинита. Основной признак воспаления — жидкие, гнойевидные, пенящиеся бели. При остром процессе можно обнаружить гиперемию, отечность и легкую кровоточивость слизистой влагалища.





ДИАГНОСТИКА

- Микроскопия нативного препарата (в «висячей» или «раздавленной» капле)
- Микроскопия окрашенного препарата (по Граму или Романовскому — Гимзе)
- люминесцентная микроскопия.



ЛЕЧЕНИЕ

Основные правила:

- 1) терапии подлежат все формы трихомониаза, включая трихомонадоносительство;
- 2) одновременно с больной проводится лечение ее полового партнера;
- 3) на время лечения больная должна прекратить половую жизнь.

Схема лечения неосложненного урогенитального трихомониаза:

-орнидазол или тинидазол внутрь однократно

Лечение осложненного урогенитального трихомониаза:

орнидазол каждые 12 ч в течение 10 дней.

Вагинальные свечи и таблетки-(клион-Д, тержинан).

Витамины А, Е и С и иммунокорректоров (ликопид-10, левамизол, тималин и др.)



КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

- Контроль за эффективностью терапии, проводимой любыми средствами, можно осуществлять через 7—10 дней после окончания лечения.
- Критерием полного выздоровления является отсутствие *Trichomonas vaginalis* в материалах, взятых в 1-й день месячных, в течение трех циклов.



ГОНОРЕЯ

- инфекционное заболевание, вызываемое гонококком (*Neisseria gonorrhoeae*), с преимущественным поражением мочеполовых органов.
- Заражение только половым путем. Возможно контактным (через предметы личной гигиены).
- Инфекция чаще поражает лиц, ведущих чрезмерно активную, беспорядочную половую жизнь,
- Поражает слизистая оболочка цервикального канала, маточных труб, уретры, парауретральные и большие железы преддверия.



КЛАССИФИКАЦИЯ

По локализации выделяют следующие варианты гонореи:

- гонорея нижних отделов мочеполовой системы без осложнений;
- гонорея нижних отделов мочеполовой системы с осложнениями;
- гонорея верхних отделов мочеполовой системы;
- гонорея других органов.

По длительности и выраженности клинического течения различают:

-свежую гонорею (продолжительностью до 2 мес.):

- Острая
- Подострая
- Торпидная

-хроническую (продолжительностью свыше 2 мес.)

-гонококконосительство



КЛИНИКА

- Инкубационный период длится от 3 до 15 дней.
- Гонорейный вагинит и вульвовагинит-обильные гнойные выделения из влагалища, зуд и жжение в области вульвы
- Острый эндоцервицит-тянущие боли внизу живота и гнойные бели. Даже без лечения эти явления быстро исчезают.
- Гонорейный бартолинит-боли отсутствуют, гнойное отделяемое чрезвычайно скудное. При закупорке наружного отверстия протока гной скапливается в протоке и растягивает его, формируя ложный абсцесс железы (температуры и боли нет).

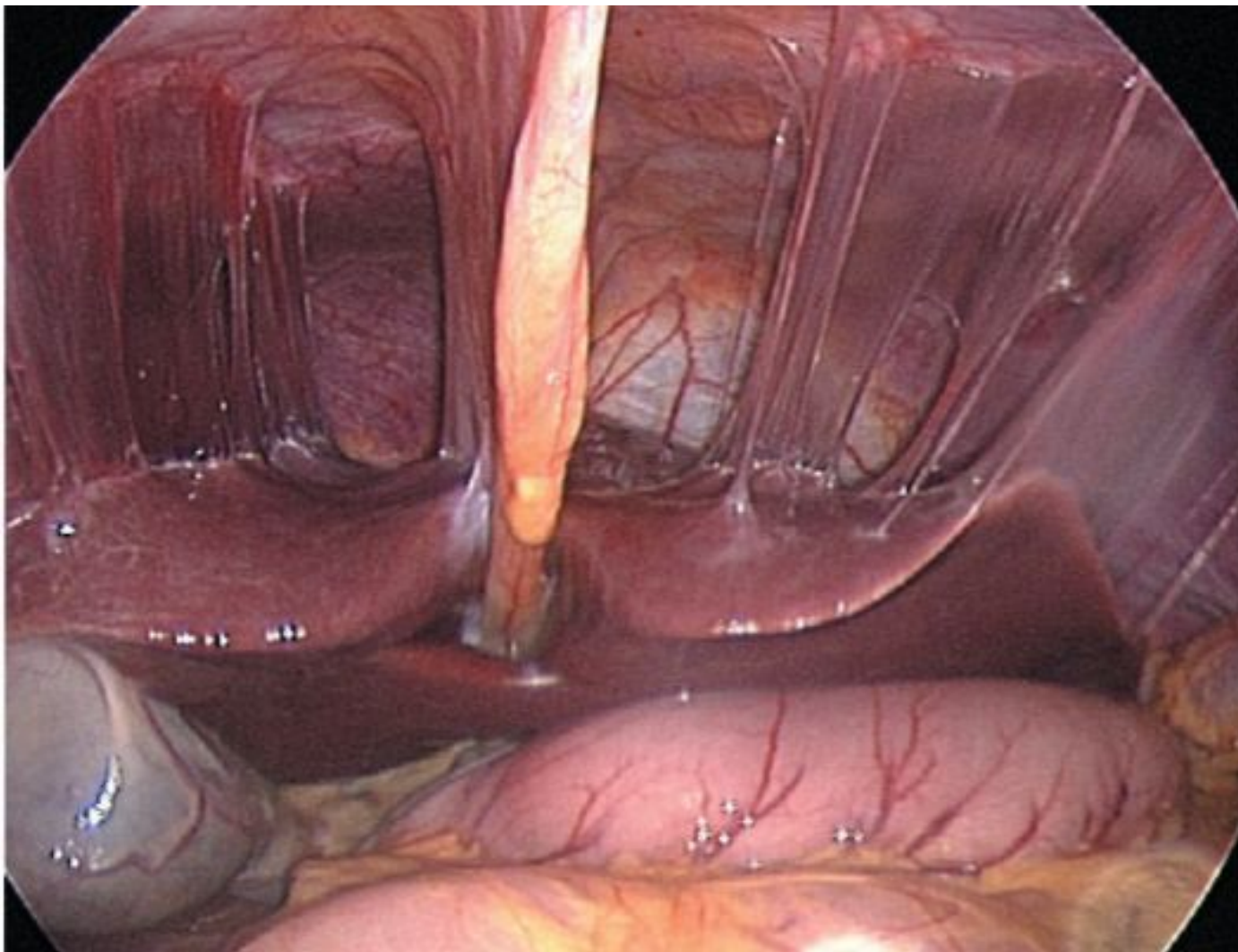


КЛИНИКА

- Острый эндометрит-боль в нижних отделах живота, повышение температуры тела, кровотечением в виде затянувшейся менструации либо в виде кровяных выделений, появляющихся через несколько дней после окончания менструации.
- Сальпингит и сальпингоофорит-чаще двусторонний, боли внизу живота с иррадиацией в крестец, на внутренние поверхности бедер и в правое подреберье (синдром Фитц — Хью — Куртиса); повышением температуры тела
- Гонорейный пельвиоперитонит —выраженная склонность к отграничению процесса. Резко ухудшается самочувствие больной, повышается температура тела.



Синдром Фитц — Хью — Куртиса



Гонорея у женщин

Шейка матки

Гной



ХРОНИЧЕСКАЯ ГОНОРЕЯ

- Приводит к нарушению менструального цикла, развитию спаечного процесса в малом тазу, может стать причиной бесплодия, внематочной беременности, неразвивающаяся беременность, синдрома хронических тазовых болей.



ДИАГНОСТИКА

- Бактериоскопический метод
- Бактериологический метод
- ПЦР
- Комбинированная провокация



ЛЕЧЕНИЕ

1) Гонорея нижних отделов мочеполового аппарата, протекающая без осложнений:

-цефтриаксон или ципрофлоксацин однократно

2. Гонорея нижних отделов мочеполового аппарата с осложнениями и гонорея верхних отделов полового аппарата:

-цефтриаксон каждые 24 ч в течение 7 дней

-спектиномицин каждые 12 ч в течение 7 дней

Лечение проводится до получения эффекта и продолжается еще в течение 48 ч.



КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

- Проверка эффективности лечения проводится через 7—10 дней после его окончания. Она заключается в бактериоскопии мазков из уретры и шеечного канала с окраской по Граму и в бактериологическом исследовании материала, взятого из тех же мест.



ХЛАМИДИОЗ

- Возбудитель-*Chlamidia trachomatis*
- Основной путь распространения инфекции — половой. Возможен контактный путь.
- Велика вероятность внутриутробной передачи инфекции и заражения плода при прохождении через родовые пути. У инфицированных новорожденных развивается конъюнктивит и (или) пневмония.



КЛАССИФИКАЦИЯ

Выделяют следующие формы:

- хламидиоз нижних отделов мочеполового тракта;
- хламидиоз верхних отделов полового аппарата;
- хламидиоз иной локализации(Синдром Фитца-Хью-Куртиса)

По течению-острый и хронический.



ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ

- восходящий: каналикулярный (через цервикальный канал, полость матки, маточные трубы на брюшину и органы брюшной полости), вместе со сперматозоидами и через ВМК;
- гематогенный;
- лимфогенный



КЛИНИКА

- Инкубационный период варьируется от 5–7 дней до 3–6 нед, в среднем, 21 день
- Бартолинит обычно возникает при ассоциации хламидий с другими видами инфекции
- Хламидийное воспаление выводных протоков больших желез преддверия влагалища приводит к их закупорке. При присоединении вторичной инфекции возникает абсцесс железы.
- При остром эндоцервиците могут появляться слизистые или слизисто-гнойные выделения из влагалища, редко-ноющие боли в нижних отделах живота.



КЛИНИКА

- Сальпингит — наиболее частая локализация хламидиоза верхних отделов полового аппарата. Он отличается латентным, малосимптомным течением. Как исход-трубное бесплодие, внематочная беременность.
- Перигепатит-Синдром Фитца-Хью-Куртиса- появление фибринозного экссудата с нежными спайками между висцеральной и париетальной брюшиной)



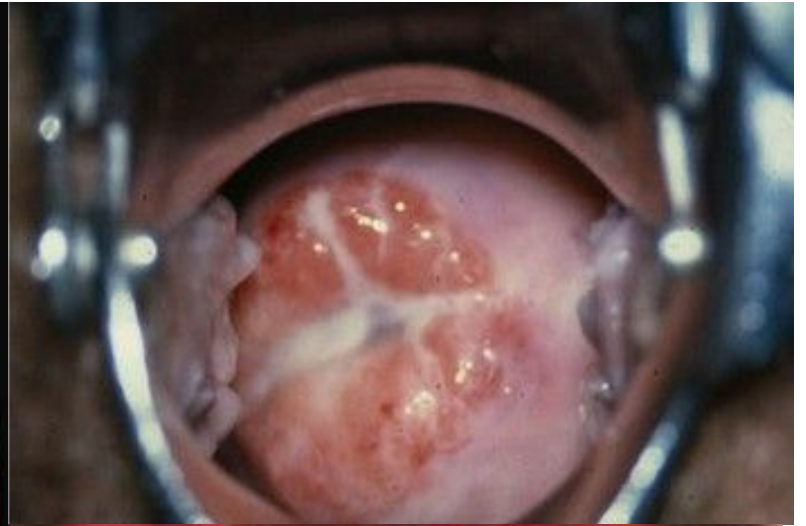
ДИАГНОСТИКА

- При осмотре-отек и гиперемия вокруг наружного зева, эрозию или эктопию, серозно-гнойные выделения из шеечного канала.
- При бимануальном обследовании выявляют увеличение, умеренную болезненность, ограничение подвижности придатков с обеих сторон.

Для исследования берут материал из шеечного канала и уретры.

- Культуральный метод
- Серологический метод
- ИФА, ПЦР.





ДИАГНОСТИКА

Анализ на хламидиоз

Показатель	Расшифровка
IgM-, IgG-	Инфекция отсутствует
IgM-, IgG+	Носительство хламидий или иммунитет после перенесенного заболевания. Лечение не требуется
IgM+, IgG-	Острый первичный хламидиоз
IgM+, IgG+	Обострение хронического хламидиоза или начало выработки иммунитета при первичном инфицировании



ЛЕЧЕНИЕ

▣ Хламидиоз нижних отделов мочеполовых органов:

- азитромицин однократно в течение 7—10 дней;
- доксациклин 2 раза в сутки в течение 7—10 дней

▣ Хламидиоз верхних отделов полового аппарата:

- азитромицин 1 раз в неделю в течение 3 недель.

Параллельно с этиотропной терапией желательно назначать:

- иммунокорректоры (виферон, лейкинферон, ликопид-10, тактивин, тималин),
- индукторы интерферона (циклоферон, неовир), витамины.
- антимикотики



КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

- Отсутствие клинической симптоматики
- Отрицательные результаты лабораторных исследований(контроль через 3-4 недели после лечения, далее в течение трех менструальных циклов)



УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ МИКОПЛАЗМОЗ

- инфекционное воспалительное заболевание мочеполовых путей, вызываемое микоплазмами.
- Пути распространения:
 - половой;
 - восходящий;
 - гематогенный;
 - транслокационный (из одного органа в другой);
 - трансплацентарный



КЛАССИФИКАЦИЯ

По клиническому течению различают:

- свежий урогенитальный микоплазмоз (острый, подострый, вялотекущий);
- хронический урогенитальный микоплазмоз;
- носительство микоплазм



КЛИНИКА

- Патогномоничных симптомов нет
- Умеренный зуд и жжение в области половых органов, выделения из половых путей, дизурические расстройства.
- Бесплодие, неразвивающаяся беременность
- Фетоплацентарная недостаточность
- Аномалии развития плода



ДИАГНОСТИКА

Материал берется из уретры, влагалища, цервикального канала

- Культуральный метод
- Иммунологический метод
- ПЦР



ЛЕЧЕНИЕ

- Фитобиотики
- Антибактериальные препараты-азитромицин, доксициклин, кларитромицин в течение 7-14 дней
- Антимикотические препараты



КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ

- Эффективность лечения оценивают через 10–14 дней по результатам посева (отсутствие микоплазм или снижение их титра) и восстановлению микробиоценоза влагалища, а при лечении заболеваний, вызванных *M. genitalium*, — через 4 нед по результатам ПЦР.



ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС

- Генитальный герпес – хроническое рецидивирующее вирусное заболевание, передающееся преимущественно половым путем, которое вызывается вирусом простого герпеса (ВПГ) II и/или I типа.
- Заражение вирусом ВПГ-1 начинается с детства при прямом контакте с инфицированными людьми.
- Распространение ВПГ-2 происходит только половым путем.



КЛАССИФИКАЦИЯ

По клиническому течению:

- легкая степень — обострение заболевания 3–4 раза в год, ремиссия не менее 4 мес;
- средняя степень — обострение 4–6 раз в год, ремиссия не менее 2–3 мес;
- тяжелая степень — ежемесячные обострения, ремиссия от нескольких дней до 6 недель.



КЛИНИКА

- Через 3—9 дней после заражения.
- Типичным местным выражением- везикулы на фоне гиперемии и отека участка слизистой вульвы, влагалища и (или) влагалищной части шейки матки. Через 2—3 дня везикулы вскрываются, а на их месте образуются эрозии и язвы, покрытые желтым налетом. В течение 10 дней язвы заживают без образования рубцов.
- Парестезий, зуда, жжения, боли в области гениталий, регионарным лимфаденитом, дизурических явления
- К общим проявлениям герпетической инфекции относятся недомогание, головная боль, лихорадка, миалгия



КЛИНИКА

Атипичные формы генитального герпеса:

- гиперемия и отечность области поражения при отсутствии патологических высыпаний;
- рецидивирующие трещины слизистой оболочки наружных половых органов, которые самостоятельно эпителизируются в течение 4–5 дней;
- геморрагическая форма: единичные или множественные везикулезные элементы с геморрагическим содержимым;
- abortивная форма: очаг поражения проявляется в виде зудящего пятна или папулы, разрешающихся за 1–3 дня; везикулезные элементы отсутствуют;
- субклиническая форма: кратковременное появление на слизистой оболочке наружных половых органов поверхностных трещинок, сопровождающихся незначительным зудом



КЛИНИКА

- Рецидивы- от одного случая в 2—3 года до ежемесячных обострений. Провоцируют рецидивы разнообразные факторы: переохлаждение, переутомление стресс, менструация, половое сношение, экстрагенитальные и гинекологические болезни.
- Если бессимптомно-хуже- бесплодие, неразвивающаяся беременность, инфицирование плода. Серьезным последствием герпетического поражения экзо- и эндоцервикса считается возможность развития предрака и рака шейки матки.





Герпетические поражения



Ранняя стадия



Поздняя стадия

ДИАГНОСТИКА

- Типичные везикулярные элементы или эрозии и язвочки на месте бывших пузырьков В анамнезе (зуд, жжение, боль), в прошлом возможны выкидыши, преждевременные роды, пороки развития плода.
- лабораторное исследование отделяемого с везикул, со стенок влагалища и шейки матки-культуральный.
- ИФА, ПЦР.



ЛЕЧЕНИЕ

- достичь полной элиминации инфекции из организма больной практически не удастся.
- Ингибирующие репликацию вирусов ДНК: ацикловир, валацикловир, фамцикловир в течение 5-10 дней
- Для профилактики рецидивов-наружные средства: видарабин в виде геля или ридоксол в виде мази.
- Проводят индукцию синтеза интерферона (циклоферон, неовир, амиксин) или назначают препараты интерферона (виферон, реаферон, лейкинферон).
- В качестве иммуномодуляторов применяют тимические препараты (тактивин, тимоген, тималин).



БЕРЕМЕННОСТЬ И ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС

- все схемы лечения герпеса распространяются на беременных;
- при наличии герпеса в анамнезе необходимо провести лечение по схеме терапии рецидивов;
- для лечения герпеса у беременных предпочтение отдается ацикловиру;
- кесарево сечение в качестве профилактики герпеса новорожденных показано только при наличии герпетических высыпаний на гениталиях или при первичном клиническом эпизоде в течение последнего месяца беременности



ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

- ЦМВИ-антропонозная оппортунистическая инфекция, вызываемая цитомегаловирусом (ЦМВ) из группы β -герпес-вирусов с длительной персистенцией в организме
- Источник инфекции — носители ЦМВ или больные ЦМВИ.
- Вирус передается при близком или интимном контакте через все биологические субстраты и выделения человека.



Пути передачи

- фекально-оральный (через грязные руки, предметы обихода);
- воздушно-капельный;
- половой;
- парентеральный;
- вертикальный.



КЛАССИФИКАЦИЯ

По клиническому течению различают ЦМВИ:

- латентную;
- субклиническую;
- клинически выраженную (острую, подострую, хроническую).

В зависимости от локализации патологического процесса различают

- висцеральную (локализованное поражение одного-двух органов)
- диссеминированную формы



КЛИНИКА

- Активируется во время беременности
- Приводит к самопроизвольным абортам, неразвивающейся беременности, порокам развития плода
- Манифестная форма-лихорадка, катаральные симптомы, увеличение шейных лимфатических узлов



ДИАГНОСТИКА

- Цитологический метод
- Серологический метод
- ПЦР
- ДНК-зонд
- УЗИ



ЛЕЧЕНИЕ

- Полностью излечить невозможно
- Противовирусные препараты-ацикловир, ганцикловир, валацикловир, фамцикловир
- При реактивации ЦМВИ у беременных- человеческий иммуноглобулин-3 курса за беременность
- Иммуномодуляторы



ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

- ВПИ- половых органов полиморфная многоочаговая патология кожи и слизистых оболочек нижнего отдела полового тракта, ассоциированная с инфекцией (ВПЧ)
- Локализация ПВИ: слизистая оболочка шейки матки, влагалища, уретры, кожа вульвы, промежности, перианальной области



КЛАССИФИКАЦИЯ

- Типы ВПЧ «низкого» риска (6, 11, 42, 43, 44) — причина остроконечных кондилом, их часто выделяют при ЦИН I и ЦИН II, крайне редко они связаны с CIS.
- Типы ВПЧ «высокого» риска (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 50) обнаруживают в CIS и в ЦИН II–III степени.
- Типы 31, 33, 35, 51 и 52 некоторые авторы называют «промежуточными», так как их реже встречают при РШМ, чем при ЦИН II–III степени



Пути инфицирования

- половой контакт;
- трансплацентарный;
- перинатальный;
- контактно-бытовой.



КЛИНИКА

- Значительное разрастание остроконечных кондилом может осложнять половую жизнь, затруднять ходьбу. Присоединение неспецифической инфекции приводит к развитию воспалительного процесса, который сопровождается болевыми ощущениями и гнойными выделениями с неприятным запахом.
- Зуд, парестезии, диспареуния, дизурия
- Эндофитные и плоские кондиломы не имеют клинических проявлений.



ДИАГНОСТИКА

- При обычном осмотре-папилломатозные разрастания над поверхностью кожи или слизистой. Их основания обычно тонкие. При обильном росте остроконечные кондиломы напоминают цветную капусту.
- При локализации на коже разрастания имеют беловатую или коричневую окраску, при расположении на слизистых оболочках — бледно-розовую или красноватую. Консистенция их может быть мягковатой или плотной. Плоские кондиломы располагаются в толще эпителия и практически не видны невооруженным глазом.
- Диагностику помогают цитология, кольпоскопия и гистологическое исследование.
- Определение типа ВПЧ с использованием метода ПЦР.



Остроконечные кондиломы



БОВЕНОИДНЫЙ ПАПУЛЕЗ И БОЛЕЗНЬ БОУЭНА



ГИГАНТСКАЯ КОНДИЛОМА БУШКЕ—ЛЕВЕНШТАЙНА



ЛЕЧЕНИЕ

□ Консервативное

Небольшие участки остроконечных кондилом можно уничтожить, смазывая их веществами, вызывающими мумификацию или некроз тканей. Чаще всего с этой целью используют подофиллин (подофиллотоксин) и солкодерм. Лечение продолжается не менее 3 дней. Если через 3—4 дня не происходит мумификации кондилом, то процедуру повторяют.

□ Хирургическое

Большие участки остроконечных кондилом ликвидируют с помощью электро-, крио- или лазеродеструкции.



ПРОФИЛАКТИКА

- Квадривалентная вакцина против ВПЧ — Гардасил.
- Вакцина предотвращает развитие РШМ, рака вульвы, влагалища, ЦИН I–III степени, дисплазий вульвы, влагалища II–III степени и экзофитных генитальных кондилом, вызываемых ВПЧ типов 16, 18, 6, 11.

