

**БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ОМСКОЙ ОБЛАСТИ
«МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

Тема лекции:

ИППП

**Преподаватель:
Мурашев Е.В.**

г. Омск 2017 г.

Хламидиоз

Хламидийная инфекция

- инфекция, передаваемая половым путем,
возбудителем которой является *Chlamydia trachomatis*.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- *Chlamydia trachomatis* - грамотрицательная внутриклеточная бактерия, относящаяся к порядку Chlamydiales, семейству Chlamydiaceae, роду Chlamydia;
- урогенитальный хламидиоз является широко распространенной инфекцией, передаваемой половым путем (ИППП);
- распространенность хламидийной инфекции в популяции варьирует в зависимости от возраста, при этом наиболее высокая заболеваемость отмечается у лиц моложе 25 лет.

КЛАССИФИКАЦИЯ

1. Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта

- Хламидийный: цервицит, цистит, уретрит, вульвовагинит

2. Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов

- Хламидийный(ые): эпидидимит, орхит, воспалительные заболевания органов малого таза у женщин

3. Хламидийная инфекция аноректальной области

- Хламидийный фарингит

4. Хламидийные инфекции, передаваемые половым путем, другой локализации

- Хламидийный конъюнктивит

ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ

У взрослых лиц:

- половой контакт (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным хламидийной инфекцией).

У детей:

- перинатальный;
- половой контакт;
- контактно-бытовой (в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта женщины

1. Более чем у 70% женщин отмечается субъективно асимптомное течение заболевания.
2. При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы:
 - слизисто-гнойные выделения из уретры и/или половых путей;
 - межменструальные кровянистые выделения;
 - болезненность во время половых контактов (диспареуния);
 - зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
 - дискомфорт или боль в нижней части живота.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры;
- отечность и гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала, эрозии слизистой оболочки шейки матки.

Мужчины

Субъективные симптомы:

- слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры;
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- дискомфорт, зуд, жжение в области уретры;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- учащенное мочеиспускание и urgentные позывы на мочеиспускание (при проксимальном распространении воспалительного процесса);
- боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

Мужчины

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры;
- слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры.

У детей

выраженная субъективная и объективная симптоматика и поражение слизистых оболочек вульвы и влагалища, чему способствуют анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы девочек.

Хламидийная инфекция аноректальной области

1. У лиц обоих полов, как правило, отмечается субъективно асимптомное течение заболевания.
2. При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы:
 - при локальном поражении прямой кишки: зуд, жжение в аноректальной области, незначительные выделения желтоватого или красноватого цвета;
 - при локализации процесса выше анального отверстия: болезненные тенезмы, болезненность при дефекации, слизисто-гнойные выделения, не-редко с примесью крови, вторичные запоры.

Хламидийная инфекция аноректальной области

Объективные симптомы:

- гиперемия кожных покровов складок анального отверстия;
- слизисто-гнойное отделяемое из прямой кишки.

Хламидийный фарингит

1. У лиц обоих полов, как правило, отмечается субъективно асимптомное течение заболевания.
2. При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы:
 - чувство сухости в ротоглотке;
 - боль, усиливающаяся при глотании.

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки ротоглотки и миндалин.

Хламидийный конъюнктивит

У лиц обоих полов

Субъективные симптомы:

- незначительная болезненность пораженного глаза;
- сухость и покраснение конъюнктивы;
- светобоязнь;
- скудное слизисто-гнойное отделяемое в углах пораженного глаза.

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность конъюнктивы пораженного глаза;
- скудное слизисто-гнойное отделяемое в углах пораженного глаза.

Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов у женщин

Субъективные симптомы:

- **вестибулит:** незначительные слизисто-гнойные выделения из половых путей, болезненность и отечность в области вульвы;
- **сальпингоофорит:** боль в области нижней части живота схваткообразного характера, слизисто-гнойные выделения из половых путей; при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены, отмечается нарушение менструального цикла;
- **эндометрит:** боль в нижней части живота, как правило, тянущего характера, слизисто-гнойные выделения из половых путей; при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены, нередко отмечаются пост и межменструальные скудные кровянистые выделения;
- **пельвиоперитонит:** резкая боль в животе, тошнота, рвота, слабость, нарушение дефекации.

Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов у женщин

Объективные симптомы:

- **вестибулит:** незначительные слизисто-гнойные выделения из половых путей, гиперемия наружных отверстий протоков вестибулярных желез, болезненность и отечность протоков при пальпации;
- **сальпингоофорит:** при остром течении воспалительного процесса - увеличенные, болезненные при пальпации маточные трубы и яичники, укорочение сводов влагалища, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала; при хроническом течении заболевания - незначительная болезненность, уплотнение маточных труб;
- **эндометрит:** при остром течении воспалительного процесса - болезненная увеличенная матка мягкой консистенции, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала; при хроническом течении заболевания - плотная консистенция и ограниченная подвижность матки;
- **пельвиоперитонит:** характерный внешний вид - *facies hypocratica*, гектическая температура тела, гипотензия, олигурия, резкая болезненность живота при поверхностной пальпации, в нижних отделах определяются напряжение мышц брюшной стенки и положительный симптом раздражения брюшины.

Мужчины

Субъективные симптомы

- **эпидидимоорхит**: слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, дизурия, диспареуния, болезненность в области придатка яичка и паховой области, чаще односторонняя; боль в промежности с иррадиацией в область прямой кишки, в нижней части живота, в области мошонки; боль может распространяться на семенной канатик, паховый канал, область поясницы, крестца;
- **простатит, сопутствующий уретриту**: боль в промежности и в нижней части живота с иррадиацией в область прямой кишки, дизурия.

Мужчины

Объективные симптомы

- **эпидидимоорхит**: слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, при пальпации определяются увеличенные, плотные и болезненные яичко и его придаток, наблюдаются гиперемия и отек мошонки в области поражения;
- **простатит, сопутствующий уретриту**: при пальпации определяется болезненная уплотненная предстательная железа.

У лиц обоих полов - хламидийное поражение парауретральных желез

Субъективные симптомы:

- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- болезненность в области наружного отверстия уретры.

У лиц обоих полов - хламидийное поражение парауретральных желез

Объективные симптомы:

- слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, наличие плотных болезненных образований величиной с просыное зерно в области выводных протоков парауретральных желез.

Хламидийные инфекции, передаваемые половым путем, другой локализации

- реактивный артрит - асептическое воспаление синовиальной оболочки сустава, связок и фасций;
- при реактивном артрите в порядке убывания страдают следующие суставы: коленный, голеностопный, плюснефаланговый, пальцев стоп, тазобедренный, плечевой, локтевой и другие;
- реактивный артрит протекает волнообразно: в 50% случаев через различные интервалы времени наблюдаются рецидивы заболевания. У 20% больных выявляются различные энтезопатии: наиболее часто страдают ахиллово сухожилие и плантарная фасция, что вызывает нарушения ходьбы;
- синдром также может протекать с поражением кожи и слизистых оболочек (кератодермия, цирцинарный баланопостит, изъязвления слизистой оболочки полости рта);
- симптомами поражения сердечно-сосудистой, нервной систем и патологии почек;
- средняя продолжительность первого эпизода заболевания - 4-6 месяцев.

ДИАГНОСТИКА

Диагностику хламидийной инфекции рекомендовано проводить:

- лицам с клиническими и/или лабораторными признаками воспалительного процесса органов урогенитального тракта и репродуктивной системы, при наличии показаний - прямой кишки, ротоглотки, конъюнктивы, суставов;
- при обследовании женщин во время беременности;
- при предстоящих оперативных (инвазивных) манипуляциях на половых органах и органах малого таза;
- лицам с перинатальными потерями и бесплодием в анамнезе;
- половым партнерам больных ИППП;
- лицам, перенесшим сексуальное насилие.

ДИАГНОСТИКА

Клиническим материалом для лабораторных исследований являются:

- **у женщин:** отделяемое (соскоб) уретры, цервикального канала, первая порция свободно выпущенной мочи (при исследовании молекулярно-биологическими методами);
- **у мужчин:** отделяемое (соскоб) уретры, первая порция свободно выпущенной мочи (при исследовании молекулярно-биологическими методами); при наличии показаний - секрет предстательной железы;
- **у детей и у женщин, не имевших в анамнезе половых контактов с пенетрацией,** - отделяемое уретры, задней ямки преддверия влагалища, влагалища; при осмотре с использованием детских гинекологических зеркал - отделяемое цервикального канала.

ДИАГНОСТИКА

- ПЦР
- МАНК
- ПИФ

трихомониаз

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Урогенитальный трихомониаз - инфекция, передаваемая половым путем, возбудителем которой является *Trichomonas vaginalis*.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- *Trichomonas vaginalis* - жгутиковый простейший одноклеточный паразит, вызывающий поражение урогенитального тракта человека;
- урогенитальный трихомониаз является одной из наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП);
- в структуре всех ИППП трихомониаз занимает одно из первых мест.

КЛАССИФИКАЦИЯ

- урогенитальный трихомониаз;
- трихомониаз других локализаций.

ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ

У взрослых лиц:

- половой контакт.

У детей:

- интранатальный;
- половой контакт;
- контактно-бытовой (в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

У 20-40% больных отмечается субъективно асимптомное течение урогенитального трихомониаза.

Женщины

При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы:

- выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко - пенистые, с неприятным запахом;
- зуд, жжение в области половых органов;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- дискомфорт и/или боль в нижней части живота.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища;
- серо-желтые жидкие пенистые вагинальные выделения с неприятным запахом;
- эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки половых органов, кожи внутренней поверхности бедер;
- петехиальные кровоизлияния на слизистой оболочке влагалищной части шейки матки («клубничная» шейка матки).
- к основным осложнениям трихомонадной инфекции у женщин относятся: воспалительные заболевания органов малого таза (сальпингоофорит, эндометрит), цистит.
- урогенитальный трихомониаз может неблагоприятно влиять на беременность и ее исход.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Мужчины

При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы:

- слизистые выделения из уретры;
- зуд, жжение в области уретры;
- боль в промежности с иррадиацией в прямую кишку;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- эрозивно-язвенные высыпания на коже головки полового члена;
- гематоспермия (редко);
- боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

ДИАГНОСТИКА

Клиническим материалом для лабораторных исследований являются:

- **у женщин:** отделяемое (соскоб) уретры, цервикального канала, влагалища, первая порция свободно выпущенной мочи (при исследовании молекулярно-биологическими методами);
- **у мужчин:** отделяемое (соскоб) уретры, первая порция свободно выпущенной мочи (при исследовании молекулярно-биологическими методами); при наличии показаний - секрет предстательной железы;
- **у детей и у женщин, не имевших в анамнезе половых контактов с пенетрацией** - отделяемое уретры, задней ямки преддверия влагалища, влагалища; при осмотре с использованием детских гинекологических зеркал - отделяемое цервикального канала.

Диагностика на основании - обнаружении *T. vaginalis* или генетического материала возбудителя с помощью одного из методов:

- микроскопического исследования при клинически выраженных формах заболевания, в особенности у женщин;
- молекулярно-биологических методов, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *T. vaginalis*;
- культурального исследования (чувствительность - до 95%), показанного при мало- и бессимптомных формах заболевания, а также в случаях, когда предполагаемый диагноз не подтверждается при микроскопическом исследовании;
- другие методы лабораторных исследований, в том числе прямую иммунофлюоресценцию (ПИФ) и иммуноферментный анализ (ИФА) для обнаружения антител к *T. vaginalis*, использовать для диагностики трихомонадной инфекции недопустимо.

Бактериальный вагиноз

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Бактериальный вагиноз - это инфекционный невоспалительный синдром полимикробной этиологии, связанный с дисбиозом вагинальной микробиоты, который характеризуется количественным снижением или полным исчезновением лактобацилл, особенно перекись-продуцирующих, и значительным увеличением облигатных и факультативных анаэробных условно-патогенных микроорганизмов.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- БВ является полимикробным заболеванием, при котором происходит замещение нормальной вагинальной микрофлоры (протективных лактобацилл) микроаэрофильными (*Gardnerella vaginalis*) и облигатно-анаэробными микроорганизмами.
- бактериальный вагиноз занимает одно из первых мест среди заболеваний влагалища. Частота его БВ выявляется у 80—87% женщин с патологическими вагинальными выделениями;
- частота выявления заболевания у беременных достигает 37-40%.
- заболевание не представляет непосредственной опасности для жизни женщины, однако является фактором риска развития осложнений беременности: самопроизвольных абортов, внутриамниотической инфекции, преждевременного излития околоплодных вод, преждевременных родов, рождения детей с низкой массой тела. У женщин с БВ могут развиваться эндометрит и сепсис после кесарева сечения
- длительное течение БВ является одним из факторов риска развития неоплазий шейки матки, а также повышенной восприимчивости к инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), особенно к ВИЧ-инфекции и генитальному герпесу.

К эндогенным факторам

- относятся гормональные изменения (возрастные - в пубертатном периоде и менопаузе; при патологии беременности; в послеродовом и послеабортном периодах);
- гипотрофия и атрофия слизистой оболочки влагалища, наличие кист и полипов стенок влагалища, гименальной области, нарушения рецепторной функции вагинального эпителия и др.

К экзогенным факторам

- инфицирование возбудителями ИППП и колонизация половых путей генитальными микоплазмами;
- лекарственная терапия (антибактериальными, цитостатическими, глюкокортикостероидными, антимикотическими препаратами);
- лучевая терапия;
- присутствие инородных тел во влагалище и матке;
- нарушение гигиены половых органов, в том числе частое применение спринцеваний и вагинальных душей;
- применение для гигиены мыла;
- использование спермицидов.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Субъективные симптомы:

- гомогенные беловато-серые выделения из половых путей, часто с неприятным «рыбным» запахом, усиливающиеся после незащищенного полового акта, проведения гигиенических процедур с использованием мыла, после менструации;
- дискомфорт в области наружных половых органов;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- редко - зуд и/или жжение в области половых органов;
- редко - зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Объективные симптомы:

гомогенные беловато-серые вагинальные выделения густой консистенции, равномерно распределяющиеся по слизистой оболочке вульвы и влагалища.

у большинства больных симптомы воспалительной реакции со стороны половых органов отсутствуют.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз устанавливается на основании наличия не менее чем 3 из 4 критериев (критерии Amsel):

- выделения из влагалища - густые, однородные, беловато-серые, с неприятным запахом;
- значение pH вагинального отделяемого $> 4,5$;
- положительный результат аминотеста (появление «рыбного» запаха при смешивании на предметном стекле вагинального отделяемого с 10% раствором КОН в равных пропорциях);
- обнаружение «ключевых» клеток при микроскопическом исследовании вагинального отделяемого.

Лабораторные исследования

Микроскопическое исследование вагинального отделяемого

- Для диагностики БВ необходимо отмечать наличие/отсутствие следующих признаков:
- уменьшение количества или исчезновение лактобацилл;
- увеличение количества смешанной микробной (не лактобациллярной) микрофлоры;
- наличие «ключевых» клеток - поверхностных клеток вагинального эпителия с адгезированными на них бактериями
- отсутствие местной лейкоцитарной реакции (у большинства пациенток количество полиморфноядерных лейкоцитов в вагинальном отделяемом не превышает 10 - 15 клеток в поле зрения).

Культуральное исследование

- выделения и идентификации *G. vaginalis*;
- выделения и идентификации других факультативных и/или облигатных анаэробов;
- выделения и идентификации лактобацилл (при БВ наблюдается отсутствие роста лактобацилл или резкое снижение их количества (< 10⁴ КОЕ/мл));
- выделения и идентификации *M. hominis* и *Ureaplasma spp.*

Молекулярно-биологические методы исследования, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК микроорганизмов

**УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ,
ВЫЗВАННЫЕ MYCOPLASMA
GENITALIUM**

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- *Mycoplasma genitalium* - патогенный микроорганизм, способный вызывать уретрит у лиц обоего пола, цервицит и воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) у женщин;
- *M. genitalium* имеет самую маленькую величину генома (600 т.п.н.) из всех микоплазм и других самореплицирующихся микроорганизмов, что обуславливает значительные сложности в его изучении, связанные с трудностью культивирования (рост на питательных средах составляет от 1 до 5 месяцев).

КЛАССИФИКАЦИЯ

- уретрит;
- цервицит;

ИНФИЦИРОВАНИЯ

У мужчин и женщин:

- полового контакт.

У детей:

- интранатальный;
- полового контакт.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

урогенитальная инфекция, вызванная *M. genitalium*, подразделяется на неосложненную (в случае развития уретрита у мужчин и уретрита и/или цервицита у женщин) и осложненную (в случае развития воспалительных заболеваний органов малого таза).

Неосложненные формы

- у 50% женщин отмечается субъективно асимптомное течение заболевания.
- при наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы:
- слизисто-гнойные выделения из половых путей;
- ациклические кровянистые выделения;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- дискомфорт или боль в нижней части живота.

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизистые или слизисто-гнойные выделения из уретры;
- отечность и гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала.

Неосложненные формы

Мужчины :

- слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры;
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- дискомфорт, зуд, жжение в области уретры;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- учащенное мочеиспускание и urgentные позывы на мочеиспускание (при проксимальном распространении воспалительного процесса);
- боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры;
- слизисто-гнойные или слизистые выделения из уретры.

Осложненные формы урогенитальных заболеваний

У женщин характеризуются следующими симптомами.

Субъективные симптомы:

- **сальпингофорит:** боль в области нижней части живота схваткообразного характера, слизисто-гнойные выделения из половых путей; при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены, отмечается нарушение менструального цикла;
- **эндометрит:** боль в нижней части живота, как правило, тянущего характера, слизисто-гнойные выделения из половых путей; при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены, нередко отмечаются межменструальные скудные кровянистые выделения.

Осложненные формы урогенитальных заболеваний

Объективные симптомы:

- **альпингоофорит:** при остром течении инфекционного процесса определяются увеличенные, резко болезненные маточные трубы и яичники, укорочение сводов влагалища, обильные слизисто-гнойные выделения из цервикального канала; при хроническом течении заболевания = незначительная болезненность, уплотнение маточных труб;
- **эндометрит:** при остром течении инфекционного процесса определяется болезненная, увеличенная матка мягкой консистенции, обильные слизисто-гнойные выделения из цервикального канала; при хроническом течении заболевания - плотная консистенция и ограниченная подвижность матки.

ДИАГНОСТИКА

Клиническим материалом для лабораторных исследований является:

- у женщин: отделяемое (соскоб) уретры, цервикального канала, первая порция свободно выпущенной мочи;
- у мужчин: отделяемое (соскоб) уретры, первая порция свободно выпущенной мочи;
- у детей и у женщин, не имевших в анамнезе половых контактов с пенетрацией - отделяемое уретры, задней ямки преддверия влагалища, влагалища; при осмотре с использованием детских гинекологических зеркал - отделяемое цервикального канала.

ДИАГНОСТИКА

- Микроскопия при увеличении 1000
- ПИФ
- МАНК

**УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ,
ВЫЗВАННЫЕ UREAPLASMA SPP.,
MYCOPLASMA HUMANUM**

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum* - условно-патогенные микроорганизмы, которые при реализации своих патогенных свойств способны вызывать уретрит, цервицит, цистит, воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), а также осложнения течения беременности, послеродовые и послеабортные осложнения.
- частота обнаружения *Ureaplasma spp.* и *Mycoplasma hominis* широко варьирует в различных популяционных группах, составляя от 10 до 50% .

- **КЛАССИФИКАЦИЯ A63.8 Другие уточненные заболевания, передающиеся преимущественно половым путем, например: A63.8 (+N34.1) Уретрит, вызванный *Ureaplasma* spp. и/или *M. hominis* A63.8 (+N72) Цервицит, вызванный *Ureaplasma* spp. и/или *M. hominis* A63.8 (+N76.0) Вагинит, вызванный *Ureaplasma* spp. и/или *M. hominis***

- **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА Женщины** Субъективные симптомы: ■ слизисто-гнойные выделения из половых путей; ■ болезненность во время половых контактов (диспареуния); ■ зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); ■ дискомфорт или боль в нижней части живота. Объективные симптомы: ■ гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные выделения из уретры; ■ отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, слизисто-гнойные выделения в боковых и заднем своде влагалища и из цервикального канала.

- Мужчины Субъективные симптомы: ■ слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры; ■ зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); ■ дискомфорт, зуд, жжение в области уретры; ■ болезненность во время половых контактов (диспареуния); ■ учащенное мочеиспускание и urgentные позывы на мочеиспускание (при проксимальном распространении воспалительного процесса); ■ боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.
731 Объективные симптомы: ■ гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия моче-испускательного канала, инфильтрация стенок уретры; ■ слизисто-гнойные или слизистые выделения из уретры.

- **ДИАГНОСТИКА** Показанием к обследованию на *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis* является наличие клинико-лабораторных признаков воспалительного процесса в области уrogenитального тракта и репродуктивной системы, дисбиотических нарушений вагинальной микробиоты при отсутствии патогенных возбудителей. При отсутствии клинико-лабораторных признаков воспалительного процесса обследованию подлежат: ■ доноры спермы; ■ пациенты с диагнозом бесплодие; ■ пациенты, имеющие в анамнезе невынашивание беременности и перинатальные потери. Клиническим материалом для лабораторных исследований является: ■ у женщин: отделяемое (соскоб) уретры, влагалища, цервикального канала, первая порция свободно выпущенной мочи (при исследовании молекулярно-биологическими методами); ■ у мужчин: отделяемое (соскоб) уретры, первая порция свободно выпущенной мочи (при исследовании молекулярно-биологическими методами); ■ у детей и у женщин, не имевших в анамнезе половых контактов с пенетрацией, — отделяемое уретры, задней ямки преддверия влагалища, влагалища; при осмотре с использованием детских гинекологических зеркал — отделяемое цервикального канала. Для получения достоверных результатов лабораторных исследований необходимо соблюдение ряда требований, к которым относятся: 1) сроки получения клинического материала с учетом применения антибактериальных лекарственных препаратов: для идентификации культуральным методом — не ранее, чем через 14 дней после окончания приема препаратов, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в режиме реального времени) — не ранее, чем через месяц после окончания приема препаратов; 2) получение клинического материала из уретры не ранее, чем через 3 часа после последнего мочеиспускания, при наличии обильных уретральных выделений — через 15—20 минут после мочеиспускания; 3) получение клинического материала из цервикального канала и влагалища вне менструации; 4) соблюдение условий доставки образцов в лабораторию. С позиций доказательной медицины применение биологических, химических и алиментарных провокаций с целью повышения эффективности диагностики нецелесообразно. Верификация диагноза заболеваний, вызванных *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis*, базируется на результатах лабораторных исследований с помощью одного из методов: Уrogenитальные заболевания, вызванные *ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis* Инфекции, передаваемые половым путем 732 ■ молекулярно-биологических, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации или ■ культурального исследования с использованием тест-систем (разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации), позволяющих идентифицировать и оценить количество микоплазм (*Ureaplasma spp.* и *M. hominis*), основываясь на степени гидролиза мочевины или аргинина и определять чувствительность микроорганизмов к антибактериальным препаратам. При этом целесообразность применения методики количественного определения, как и клиническое значение полученных результатов, убедительно не доказаны. Традиционная диагностика, основанная на культивировании микроорганизмов (уреаплазм, микоплазм), на чашках с агаровой средой и последующей микроскопической идентификацией колоний в широкой практике не рекомендуется. С целью оценки степени лейкоцитарной реакции и состояния микроценоза уретры, влагалища, цервикального канала проводится микроскопическое исследование клинического материала. Диагностическим критерием, подтверждающим наличие уретрита у мужчин, является обнаружение: ■ в отделяемом уретры 5 и более полиморфноядерных лейкоцитов в поле зрения при просмотре более 5 полей зрения при увеличении светового микроскопа $\times 1000$; ■ в осадке первой порции мочи 10 и более лейкоцитов при увеличении светового микроскопа $\times 400$. Диагностическим критерием, подтверждающим наличие уретрита у женщин, является обнаружение 10 и более полиморфноядерных лейкоцитов в поле зрения в отделяемом уретры при просмотре более 5 полей зрения при увеличении светового микроскопа $\times 1000$. Диагностическим критерием, подтверждающим наличие вагинита, является обнаружение 15—20 и более полиморфноядерных лейкоцитов в поле зрения в отделяемом влагалища при просмотре более 5 полей зрения при увеличении светового микроскопа $\times 1000$, а также отношение полиморфноядерных лейкоцитов к клеткам плоского эпителия более чем 1:1. Диагностическим критерием, подтверждающим наличие цервицита, является обнаружение 10 и более полиморфноядерных лейкоцитов в поле зрения в отделяемом цервикального канала при просмотре более 5 полей зрения при увеличении светового микроскопа $\times 1000$ и наличие слизистогнойных выделений из цервикального канала. Другие методы лабораторных исследований, в том числе метод прямой иммунофлуоресценции (ПИФ), иммуноферментный анализ (ИФА) для обнаружения антител к *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis* недопустимо использовать для диагностики заболеваний, вызванных *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*. 733 Консультации других специалистов рекомендованы по показаниям в следующих случаях: ■ акушера-гинеколога — при вовлечении в воспалительный процесс органов малого таза, при ведении беременных с заболеваниями, вызванными *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis*; ■ уролога — с целью диагностики возможных осложнений со стороны репродуктивной системы.

Урогенитальный кандидоз

- Урогенитальный кандидоз — воспалительное заболевание мочеполового тракта, обусловленное дрожжеподобными грибами рода *Candida*.

- **ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ** К грибам рода *Candida*, вызывающим развитие урогенитального кандидоза (УГК), относятся *Candida albicans* — доминирующий возбудитель заболевания (выявляется у 90—95% больных УГК), а также представители *Candida* Урогенитальный кандидоз Инфекции, передаваемые половым путем 738 non-*albicans* видов (чаще — *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. parapsilosis*, реже — *C. lipolytica*, *C. rugosa*, *C. norvegensis*, *C. famata*, *C. zeylanoides*), выявляемые, как правило, при рецидивирующем УГК, протекающем на фоне сахарного диабета, ВИЧ-инфекции, постменопаузы. *Candida* spp. — условно-патогенные микроорганизмы, являющиеся факультативными анаэробами и обладающие тропизмом к тканям, богатым гликогеном (например, слизистой оболочке влагалища). УГК является широко распространенным заболеванием, чаще наблюдается у женщин репродуктивного возраста. Частота регистрации кандидозного вульвовагинита составляет 30—45% в структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища. По данным исследователей, 70—75% женщин имеют в течение жизни хотя бы один эпизод кандидозного вульвовагинита, при этом у 5—10% из них заболевание приобретает рецидивирующий характер. К 25 годам около 50% женщин, а к началу периода менопаузы — около 75% женщин имеют хотя бы один диагностированный врачом эпизод заболевания. Кандидозный вульвовагинит редко наблюдается у женщин в постменопаузе, за исключением женщин, получающих заместительную гормональную терапию. УГК не относится к инфекциям, передаваемым половым путем, однако это не исключает возможности возникновения кандидозного баланопостита у мужчин — половых партнеров женщин с УГК.

- К эндогенным факторам риска развития УГК относят эндокринные заболевания (сахарный диабет, ожирение, патологию щитовидной железы и др.), фоновые гинекологические заболевания, нарушения состояния местного иммунитета; к экзогенным факторам риска — прием антибактериальных, глюкокортикостероидных, цитостатических препаратов, иммунодепрессантов, лучевую терапию; ношение тесной одежды, белья из синтетических тканей, регулярное применение гигиенических прокладок, длительное использование внутриматочных средств, влагалищных диафрагм, спринцевания, использование спермицидов. Вопрос о причинах формирования рецидивирующего УГК не решен окончательно, так как рецидивирующие формы заболевания встречаются и у женщин, не имеющих вышеперечисленных факторов риска. Ведущее значение в развитии рецидивирующих форм УГК придают локальным иммунным нарушениям, обусловленным врожденными качествами эпителиоцитов влагалища.

- КЛАССИФИКАЦИЯ В37.3 Кандидоз вульвы и вагины В37.4 Кандидоз других урогенитальных локализаций
Кандидозный: баланит (N51.2) уретрит (N37.0)

- **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА** Клиническая классификация УГК включает в себя острую и хроническую форму заболевания в соответствии с характером его течения. Рядом экспертов предлагается иная клиническая классификация: ■ неосложненный (спорадический) УГК: как правило, вызывается *C. albicans*; является впервые выявленным или развивающимся спорадически (менее 4 раз в год); сопровождается умеренными проявлениями вульвовагинита; наблюдается у женщин, не имеющих факторов риска развития заболевания, сопровождающихся подавлением реактивности организма (сахарный диабет, прием цитостатических, глюкокортикостероидных препаратов и др.); ■ осложненный УГК: как правило, вызывается *Candida non-albicans*; является рецидивирующим (развивается 4 и более раза в год); сопровождается выраженными объективными симптомами вульвовагинита (яркая остро-воспалительная эритема, отек, изъязвления, трещины слизистых оболочек и кожи перианальной области); наблюдается у женщин, имеющих факторы риска развития заболевания, сопровождающиеся подавлением реактивности организма.

- Женщины Субъективные симптомы: ■ белые или желтовато-белые творожистые, густые или сливкообразные выделения из половых путей, как правило, усиливающиеся перед менструацией; ■ зуд, жжение на коже и слизистых оболочках аногенитальной области; ■ дискомфорт в области наружных половых органов; ■ болезненность во время половых контактов (диспареуния); ■ зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия). Объективные симптомы: ■ гиперемия и отечность в области вульвы, влагалища; ■ белые, желтовато-белые творожистые, густые или сливкообразные вагинальные выделения, адгезированные на слизистой оболочке вульвы, в заднем и боковых сводах влагалища; ■ трещины кожных покровов и слизистых оболочек в области вульвы, задней спайки и перианальной области; ■ при рецидивирующем кандидозном вульвовагините может наблюдаться сухость, атрофичность, лихенификации в области поражения, скудные беловатые вагинальные выделения. К осложнениям урогенитального кандидоза у женщин относятся воспалительные заболевания органов малого таза; возможно вовлечение в патологический процесс мочевыделительной системы (уретроцистит). На фоне урогенитального кандидоза возрастает частота развития осложнений течения беременности, а также увеличивается риск антенатального Урогенитальный кандидоз Инфекции, передаваемые половым путем 740 инфицирования плода. Кандидоз плода может привести к его внутриутробной гибели или преждевременным родам. В послеродовом периоде у женщин возможно развитие кандидозного эндометрита. У новорожденных кандидоз может протекать в виде локализованной инфекции (конъюнктивит, омфалит, поражение ротовой полости, гортани, легких, кожи) и диссеминированного поражения, развившегося в результате кандидемии.

- Мужчины Субъективные симптомы: ■ покраснение и отечность в области головки полового члена; ■ зуд, жжение в области головки полового члена; ■ высыпания в области головки полового члена, нередко покрытые белым налетом; ■ дискомфорт в области наружных половых органов; ■ диспареуния (болезненность во время половых контактов); ■ дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании). Объективные симптомы: ■ гиперемия и отечность в области головки полового члена; ■ высыпания в виде пятен, папул или эрозий в области головки полового члена, нередко покрытые белым налетом; ■ трещины в области головки полового члена.

- **ДИАГНОСТИКА** Верификация диагноза урогенитального кандидоза базируется на результатах лабораторных исследований: ■ микроскопического исследования нативных препаратов, препаратов с добавлением 10% раствора КОН и препаратов, окрашенных метиленовым синим по Граму (при УГК наблюдается преобладание вегетирующих форм грибов *Candida* — псевдомицелия и почкующихся дрожжевых клеток). Чувствительность микроскопического исследования составляет 65— 85%, специфичность (при наличии клинических проявлений) — 100%; ■ культурального исследования с видовой идентификацией возбудителя (*C. albicans*, *C. non-albicans*, грибов не *Candida* родов), которое показано при клинических проявлениях УГК, при отрицательном результате микроскопического исследования на фоне клинических проявлений заболевания, при рецидивирующем течении УГК с целью определения тактики лечения. Необходимость видовой идентификации возбудителя культуральным методом в практическом отношении обусловлена устойчивостью некоторых видов грибов рода *Candida* к антимикотическим препаратам. В случаях неудачи проведенной терапии культуральное исследование может использоваться с целью определения чувствительности выделенных грибов *Candida* spp. к антимикотическим препаратам; 741 ■ для детекции грибов рода *Candida* могут быть использованы молекулярно-биологические методы, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК возбудителя, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации. Необходимость видовой идентификации возбудителя в практическом отношении обусловлена устойчивостью некоторых видов *Candida* к антимикотическим препаратам. Консультации других специалистов (гинекологов, гинекологов-эндокринологов, эндокринологов, гастроэнтерологов) рекомендованы в случае частого рецидивирования УГК после проведенного лечения с целью исключения сопутствующих заболеваний (состояний), которые могут способствовать нарушению нормальной влагалищной микрофлоры.