

Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики
Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»
Научно-исследовательский институт репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи

Аспекты междисциплинарного взаимодействия при ведении детей и подростков с урогенитальными заболеваниями

Золото Е.В. – директор НИИ РЗДПМ ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО, доц. каф. акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО, городской внештатный специалист по акушерству и гинекологии для несовершеннолетних, д.мед.н.

8 июня 2022 г. Донецк

ИППП (инфекции, передаваемые половым путем) – группа инфекционных заболеваний, которые распространяются при половом акте с человеком, имеющим эту инфекцию. Число известных сегодня ИППП превышает **30**.



Урогенитальный хламидиоз

Частота хламидийной инфекции в популяции достигает 8-15%, ежегодно в мире регистрируется около 90 млн новых случаев заболевания. У пациентов

Репродуктивного возраста хламидии наиболее часто ассоциируются с трихомонадами (39,5%), гарднереллами (15%), микоплазмами (12%), а в детском и пожилом возрасте – с золотистым стафилококком (21%) и грибами рода *Candida* (15%).

Источником инфекции при урогенитальном хламидиозе является человек, болеющий острой или хронической формой заболевания с манифестным или бессимптомным течением. Возбудитель урогенитального хламидиоза обитает в эпителии мочеполовых органов, поэтому основным путем передачи инфекции является половой.

Распространение в организме происходит каналикулярно (трансцервикально, через маточные трубы), трансплацентарно, лимфогенно, гематогенно, а также при участии сперматозоидов. Для детей описывают антенатальный, интранатальный, контактно бытовой и половой путь инфицирования.

Клиника урогенитального хламидиоза.

В 50-70% случаев урогенитальный хламидиоз протекают мало- или асимптомно. Из микросимптомов для хламидиоза характерны умеренные или обильные влагалищные выделения (40%), зуд в области наружных половых органов (26%), дизурические явления (30%). Учитывая тропность *Ch. trachomatis* к цилиндрическому и переходному эпителию, основные очаги поражения локализуются в уретре, цервикальном канале и прямой кишке.

Влияние на течение и исход беременности.

Среди беременных частота выявления хламидийной инфекции колеблется от 2 до 24% и наиболее высока в группе молодых малообследованных пациенток. Риск внутриутробного инфицирования плода составляет от 10 до 12%. Новорожденные чаще всего инфицируются интранатально, и у 50% из них развивается хламидийный конъюнктивит. Примерно у 10% детей в возрасте 2-3 мес. жизни возможна манифестация хламидийной пневмонии и отита среднего уха.

Диагностика урогенитального хламидиоза

Согласно рекомендациям ВОЗ диагностика урогенитального хламидиоза проводится в следующих случаях:

- новорожденные при наличии диагностированной хламидийной инфекции у матери;
- хронический цистит;
- хронические воспалительные заболевания мочеполовой системы;
- эктопия шейки матки;
- нарушение менструального цикла по типу метроррагий;
- самопроизвольные и искусственные аборты;
- лечебные и диагностические выскабливания слизистых оболочек шейки и тела матки, другие внутриматочные вмешательства;
- использование внутриматочной контрацепции;
- частая смена половых партнеров;
- реактивный артрит;
- хронический конъюнктивит;
- атипичная пневмония;
- лихорадка неясного генеза.

Учитывая, что хламидии обитают внутри клеток цилиндрического эпителия, в качестве материала для исследования используют соскобы (а не выделения) со слизистой оболочки уретры, шеечного канала, прямой кишки, конъюнктивы и др. В настоящее время основным методом диагностики урогенитального хламидиоза является ПЦР. Серологическое исследование необходимо проводить только для верификации венерической лимфогранулемы или для подтверждения хламидийной пневмонии у новорожденных.

Лечение урогенитального хламидиоза.

Из современных препаратов, активных в отношении хламидий, с учетом биологических свойств возбудителя используются тетрациклины, макролиды и фторхинолоны. Согласно клиническим рекомендациям Российского общества дерматовенерологов и косметологов от 2012 г. препаратами первого выбора являются :

- Доксициклина моногидрат 100 мг внутрь 2 раза в день 7 дней или
- Джозамицин 500 мг 3 раза в день 7 дней или
- Азитромицин 1,0 г внутрь однократно

Альтернативная схема

- Левофлоксацин 500 мг внутрь 1 раз в день 7 дней или офлоксацин 400 мг внутрь 2 раза в день 7 дней

Беременные

- Джозамицин 500 мг 3 раза в день 7 дней
- **При хламидийной инфекции органов малого таза**
 - Доксициклина моногидрат 100 мг внутрь 2 раза в день 14--21 день или
 - Джозамицин 500 мг 3 раза в день 14--21 день

Альтернативная схема

- Левофлоксацин 500 мг внутрь 1 раз в день 14--21 день или
- Офлоксацин 400 мг внутрь 2 раза в день 14--21 день

Беременные

- Джозамицин 500 мг 3 раза в день 7 дней.

Уреаплазмоз

Уреаплазмоз — инфекционное воспалительное заболевание мочеполовых органов, вызванное патологической активностью уреаплазм. В 70-80% случаев заболевание протекает в форме бессимптомного носительства. Может проявляться неспецифическими дизурическими симптомами, увеличением количества прозрачных влагалищных выделений, тянущими болями в нижней части живота и нарушением репродуктивной функции.

Возбудителем заболевания является уреаплазма — внутриклеточная бактерия без собственной клеточной мембраны, обладающая тропностью к цилиндрическому эпителию мочеполовых органов. Из 6 существующих видов уреаплазм патогенная активность выявлена у двух — *Ureaplasma urealyticum* и *Ureaplasma parvum*. Заражение происходит при незащищённом половом контакте или во время родов.

В большинстве случаев носительство уреоплазм является бессимптомным. Основными факторами, способствующими развитию воспалительного процесса, являются:

- **Дисгормональные состояния.** Возбудитель может проявлять патогенную активность во время беременности, при нарушении эндокринной функции яичников.
- **Снижение иммунитета.** Воспаление урогенитального тракта чаще возникает у женщин при заболеваниях, снижающих иммунитет, и на фоне приёма иммуносупрессивных препаратов (при лечении онкопатологии).
- **Вагинальный дисбактериоз.** Нарушение нормальной микрофлоры влагалища при нерациональной антибактериальной терапии и гормональном дисбалансе активирует условно-патогенные микроорганизмы, в том числе уреоплазмы.
- **Инвазивные вмешательства.** Пусковым моментом для развития уреоплазмоза в ряде случаев становятся аборты, инструментальные лечебно-диагностические процедуры (гистероскопия, уретро- и цистоскопия, хирургические методы лечения эрозии шейки матки и др.).
- **Частая смена половых партнёров.** Бактерия активируется в ассоциации с другими возбудителями ИППП, проникающими в половые органы женщины во время незащищённого секса со случайными партнёрами

Классификация

Основными критериями выделения клинических форм уреоплазмоза у женщин являются характер течения и степень выраженности патологических проявлений. В частности, специалисты в области гинекологии различают:

- **Носительство.** У большинства женщин, при обследовании которых выявляется этот микроорганизм, никаких признаков воспалительных процессов нет.
- **Острый уреоплазмоз.** Наблюдается крайне редко, сопровождается клинически выраженными признаками поражения мочеполовых органов и общей интоксикацией.
- **Хронический уреоплазмоз.** Признаки острого воспаления отсутствуют или проявляются периодически при наличии провоцирующих факторов, возможны нарушения репродуктивной функции и хроническое воспаление органов уrogenительного тракта.

Уреаплазмоз у детей

Уреаплазмы выявляют на половых органах примерно у каждой третьей новорожденной девочки. У мальчиков этот показатель значительно меньше.

Нередко у детей, зараженных во время родов, со временем происходит самоизлечение от уреаплазм. Особенно часто это происходит у мальчиков. В результате у школьниц, не живущих половой жизнью, уреаплазмы выявляют лишь в 5-22% случаев.

У людей, живущих половой жизнью, распространенность уреаплазм возрастает, что связано с заражением при половых контактах. Носителями уреаплазм являются около половины женщин. У мужчин они встречаются реже, возможно самоизлечение.

Пути заражения

Заражение уреаплазмами возможно от матери во время родов. Их выявляют на половых органах (чаще у девочек) и в носоглотке новорожденных.

Диагностика

Данные влагалищного осмотра, бимануального обследования и клиническая картина заболевания неспецифичны и, как правило, свидетельствуют о наличии воспалительного процесса. Поэтому ключевую роль в диагностике уреаплазмоза у женщин играют специальные методы исследования, позволяющие обнаружить возбудителя:

- **Бак. посев на уреаплазму**. При посеве биоматериала (выделений, мазков) на питательную среду выявляются колонии уреаплазм, после чего определяется их чувствительность к антибактериальным препаратам.
- **ПЦР**. С помощью полимеразной цепной реакции в биоматериале пациентки в течение суток можно обнаружить генетический материал возбудителя.
- **Серологическое исследование**. В ходе иммунофлюоресцентного анализа (**ИФА**) и при прямой флюоресценции (ПИФ) в крови женщины обнаруживаются антитела к бактерии, определяется их титр.
- При дифференциальной диагностике необходимо исключить инфицирование другими возбудителями — хламидиями, трихомонадами, гонококками, микоплазмами и т.п. Основанием для постановки диагноза уреаплазмоза является наличие воспалительных процессов в мочеполовых органах женщины при отсутствии каких-либо других возбудителей ИППП, кроме уреаплазм. Наряду с гинекологом, к консультированию пациентки привлекают уролога.

Лечение уреоплазмоза

Ключевыми задачами терапии при уреоплазменной инфекции являются уменьшение воспаления, восстановление иммунитета и нормальной влагалищной микрофлоры.

Пациенткам с клиническими признаками уреоплазмоза рекомендованы:

- **Этиотропная антибиотикотерапия.** При выборе препарата необходимо учитывать чувствительность возбудителя. Обычно назначают 1-2-недельный курс тетрациклинов, макролидов, фторхинолонов.
- **Санация влагалища.** Введение свечей с антибиотиком и противогрибковым препаратом дополняет антибактериальное лечение.
- **Иммунотерапия.** Для восстановления иммунитета показаны иммуномодулирующие и иммуностимулирующие средства, в том числе растительного происхождения.
- **Нормализация микробиоценоза влагалища.** Применение пробиотиков местно и внутрь позволяет восстановить вагинальную микрофлору, которая угнетает патологическую активность уреоплазм.
- **Ферментные препараты.** Энзимы оказывают противовоспалительный эффект и усиливают процессы регенерации тканей.
- **Витаминотерапия.** С общеукрепляющей целью в комплексном лечении уреоплазмоза у женщин используют мультивитаминные и витаминно-минеральные комплексы.

Важно отметить, что показания для назначения этиотропного противоуреоплазменного лечения ограничены. Как правило, антибиотики применяют при обнаружении уреоплазм у пациенток с устойчивыми к лечению хроническими воспалительными процессами и нарушениями репродуктивной функции при отсутствии других возбудителей ИППП. Также антибактериальный курс рекомендован носительницам уреоплазмы, которые планируют беременность.

Микоплазмоз

Mycoplasma primatum, *Mycoplasma spermatophilum*, *Mycoplasma penetrans* мало изучены и пока представляют лишь научный интерес. *Mycoplasma hominis* и *Mycoplasma genitalium* изучены подробнее. Микоплазмы являются условно-патогенными микроорганизмами. Они способны вызвать ряд заболеваний, но в то же время нередко их выявляют и у здоровых людей.

Заражение микоплазмами

Заражение микоплазмами возможно от матери во время родов. Девочки во время родов заражаются чаще, чем мальчики. Взрослые заражаются при половых контактах. Бытовое заражение маловероятно.

Распространенность микоплазмоза

Mycoplasma hominis выявляют на половых органах примерно у 25% новорожденных девочек. У мальчиков этот показатель значительно меньше. Нередко у детей, зараженных во время родов, со временем происходит самоизлечение от микоплазм. Особенно часто это происходит у мальчиков. В результате у школьниц, не живущих половой жизнью, *Mycoplasma hominis* выявляют лишь в 8-17% случаев. У людей, живущих половой жизнью, распространенность *Mycoplasma hominis* возрастает, что связано с заражением при половых контактах.

Носителями *Mycoplasma hominis* являются 20-50% женщин. У мужчин они встречаются реже. У мужчин возможно самоизлечение. *Mycoplasma genitalium* распространены значительно меньше, чем *Mycoplasma hominis*.

Заболевания, причиной которых могут быть *Mycoplasma hominis* и *Mycoplasma genitalium*

- Уретрит (воспаление мочеиспускательного канала) у мужчин. Из микоплазм основную роль в развитии уретрита играет *Mycoplasma genitalium*.
- Воспалительные заболевания матки и придатков. (*Mycoplasma hominis*.)
- Пиелонефрит. (*Mycoplasma hominis*.)

Роль микоплазм в развитии простатита в настоящее время не доказана.

Диагностика микоплазмоза

1. Бактериологический метод.
2. Иммунофлуоресцентные тесты.
3. Метод ДНК-зондов (GEN PROBE).
4. Полимеразная цепная реакция (ПЦР).

Лечение микоплазмоза

1. **Лечение инфекции, вызванной *M. genitalium***
 - Джозамицин 500 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней или
 - Доксициклин 100 мг два раза в сутки в течение 10 дней или
 - Азитромицин 500 мг внутрь в первый день, далее 250 мг в сутки в течение 4 дней.
2. **Лечение урогенитальных инфекционных заболеваний, вызванных *U. Urealyticum* и *M. hominis***
 - Джозамицин 500 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней или
 - Доксициклин 100 мг два раза в сутки в течение 10 дней.
3. **Лечение беременных**

Джозамицин 500 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней.

ПАПИЛЛОМАВИРУС ЧЕЛОВЕКА (ВПЧ)

Папиллома (papilla – сосок (лат.) + oma – опухоль (греч)) – сосочковые разрастания на коже и слизистых оболочках.

Различают вирусы низкой (6,11,42,43,44), средней (31,33,35,51,52,58) и высокой степени (16,18, 45, 56) риска развития онкологического заболевания.

Источник папилломавирусной инфекции – больной или вирусоноситель.

Папиллома может находиться не только на коже и слизистых органов мочеполовой системы, вирус может циркулировать в моче, сперме и слюне.

Локализация

- негенитальная (носоглотка, полость рта, придаточные пазухи носа, голосовые связки)
- органы мочевыводящей системы (уретра, мочеточники, мочевого пузыря, почечные лоханки)
- гениталии (у женщин: слизистые наружных гениталий, преддверие влагалища, промежность, перианальная область и шейка матки, реже – уретру, лобок, влагалище; у мужчин: головка полового члена, внутренний листок крайней плоти, венечная борозда, уздечка, ствол полового члена, мошонка, кожа паховой области, лобок, промежность, перианальная область)

Наружное отверстие уретры у мужчин поражается в 20-24% случаев.

Заболевания, вызываемые различными типами ВПЧ.

Заболевания и клинические проявления	Типы ВПЧ (hpv)
Поражения кожи:	
Бородавки на подошве стопы	1, 2, 4
Обычные бородавки	2, 4, 26, 27, 29, 57
Плоские бородавки	3, 10, 28, 49
Бородавки мясников	7
Веруциформная эпидермодисплазия	2-3, 5, 8-10, 12, 14-15, 17, 19-20, 36-37, 46-47, 50
Поражения слизистых оболочек половых органов:	
Остроконечные кондиломы	6, 11, 42, 54
Плоские кондиломы и дисплазия шейки матки с высоким риском превращения в рак	6, 11, 16, 18, 30-31, 33, 39-40, 42-43, 51-52, 55, 57, 61-62, 64, 67
Рак шейки матки, наружных половых органов, влагалища, области анального отверстия	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51-52, 54, 56, 66, 68
Поражения других (не генитальных) слизистых оболочек:	
Слизистая рта (эпителиальная гиперплазия)	13, 32
Рецидивирующий папилломатоз дыхательных путей	6, 11, 30
Рак головы, шеи, легких	2, 6, 11, 16, 18, 30

Диагностика

Проводится анализ анамнеза болезни, осмотр и опрос больного. В целях диагностики проводится ПЦР-анализ, онкоцитология, выполняется кольпоскопия, биопсия ткани влагалища.

Лечение

Специфическое лечение ВПЧ отсутствует. Определенный противовирусный эффект дает применение рекомбинантных интерферонов, но результат не стабильный и ограниченный. В тяжелых случаях хороший клинический результат был получен при длительной комбинированной терапии интерферонами в сочетании с нуклеозидными аналогами, используемыми при лечении ВИЧ/СПИДа. При рецидивирующей кожной форме папилломатоза у иммунокомпетентных лиц медикаментозная терапия вообще не показана. Необходимо быстрое косметологическое удаление бородавок и папиллом сразу после их появления для исключения эффекта «рассеивания».

Таким образом, наблюдается резкий рост ИППП у женщин молодого возраста от 15 до 35 лет, рост микст-инфекций, осложненных форм заболеваний передающихся половым путем в силу низкого социального уровня населения, дороговизны обследований и лекарственных препаратов.





**Спасибо
за внимание!**