



**Северо-Западный центр
пельвиоперинеологии**



Клиника высоких медицинских
технологий
им. Н.И. Пирогова СПбГУ

Инфекции, передаваемые половым путем: взгляд уролога

Старосельцева Ольга Юрьевна
врач-уролог, нейроуролог

Шульгин Андрей Сергеевич
врач-уролог, урогинеколог
кандидат медицинских наук

Кто лечит заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП)?

- Врач-дерматовенеролог
- Врач-инфекционист
- Врач акушер-гинеколог
- Врач-уролог
- Другие профильные специалисты



Когда уролог сталкивается с ИППП?

- Уретрит
- Простатит
- Эпидидимит
- Цистит
- Симптомы нижних мочевыводящих путей
- Хроническая тазовая боль
- Планирование беременности
- Рутинное обследование



Возбудители заболеваний, передаваемых половым путем

Бактериальные	Вирусные	Протозойные
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)	<i>Trichomonas vaginalis</i>
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Вирус простого герпеса 1, 2 типов	
<i>Treponema pallidum</i>	Вирус папилломы человека	Грибковые
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Вирусы гепатита В, С	<i>Candida albicans</i>
<i>Haemophilus ducreyi</i>	Цитомегаловирус	
<i>Klebsiella granulomatis</i>	Вирус контагиозного моллюска	Паразитарные
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	Герпесвирус человека 8 типа	<i>Phthirus pubis</i>
		<i>Sarcoptes scabiei</i>

Официальная статистика в России

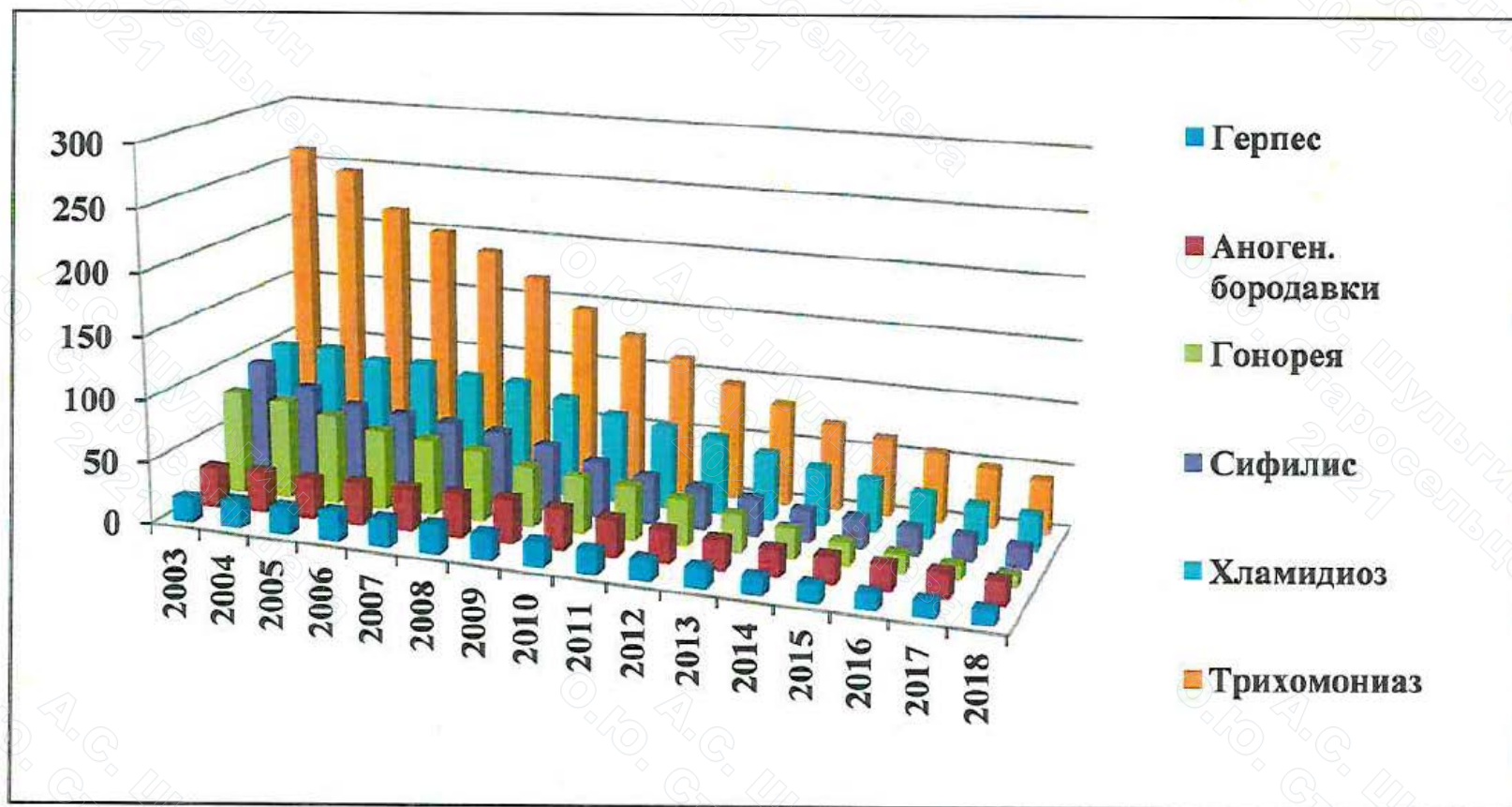


Рисунок 1 - Динамика заболеваемости ИПП (число случаев на 100 000 населения) в Российской Федерации (2003 – 2018 годы)

Из методического пособия «Принципы профилактики инфекций, передаваемых половым путем, среди молодежи г. Москвы», Н.Н. Потеев с соавт., 2019;

Эпидемиология хламидийной инфекции в России и мире

- **Заболеваемость в РФ в 2018 г — 27,7 случаев на 100.000 населения**
 - **15-17 лет — 36,6 случаев на 100.000 населения**
- **В 2019 г зарегистрировано 36.000 случаев хламидийной инфекции**
- **В США в 2018 г — 692,7 случаев на 100.000 женщин и 380,6 случаев на 100.000 мужчин — В СОТНИ РАЗ ВЫШЕ**

P1-S1.05

**THE DETECTION RATE OF *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*
AND *MYCOPLASMA GENITALIUM* INFECTIONS IN STD
CLINICS IN NOVOSIBIRSK, RUSSIAN FEDERATION**

doi:10.1136/sextrans-2011-050108.5

¹A Khryanin, ²O Reshetnikov. ¹*Novosibirsk State Medical University, Ministry of Public Health, Novosibirsk, Russian Federation;* ²*Institute of Internal Medicine, Russian Federation*

- В 2009-2010 гг в клиниках г. Новосибирска было протестировано 9208 чел на *M. genitalium* и 13006 чел на *C. trachomatis*
- *M. genitalium* — **12,6%**
- *C. trachomatis* — **13,0%**

Эпидемиология гонококковой инфекции

- **Заболеваемость в РФ в 2019 г — 7,7 случаев на 100.000 населения**
- **В Северной Осетии — 38,3 на 100.000**
- В США в 2018 г — 179,1 случаев на 100.000 человек
- В мире ежегодно 87 млн случаев

Департамент мониторинга, анализа и стратегического
развития здравоохранения МЗ РФ, 2020;

UpToDate

Эпидемиология урогенитального трихомониаза

- **Заболеваемость в РФ в 2018 г — 42,8 случая на 100.000 населения**
- В США адекватной статистики нет
- В 2008 г в мире — 276 млн новых случаев

Департамент мониторинга, анализа и стратегического
развития здравоохранения МЗ РФ, 2020;

UpToDate

ИППП в России

- КВД ведут статистику и передают в Роспотребнадзор данные, в основном, по гонорее и сифилису
- Государственному статистическому учету инфекция, вызываемая *M. Genitalium*, не подлежит
- Большинство людей обследуется в частных клиниках
- Реальная — неизвестна



Современные проблемы по организации выявления и регистрации гонококковой инфекции в Москве

© Н.Н. ПОТЕКАЕВ¹, В.И. КИСИНА¹, А.Е. ГУШИН², О.А. НОВОЖИЛОВА¹, Н.В. ФРИГО¹,
Е.Н. ГОЛОВЕШКИНА², Л.А. ХОДЫРЕВА³

¹ГБУЗ Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия;

²ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Москва, Россия;

³ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

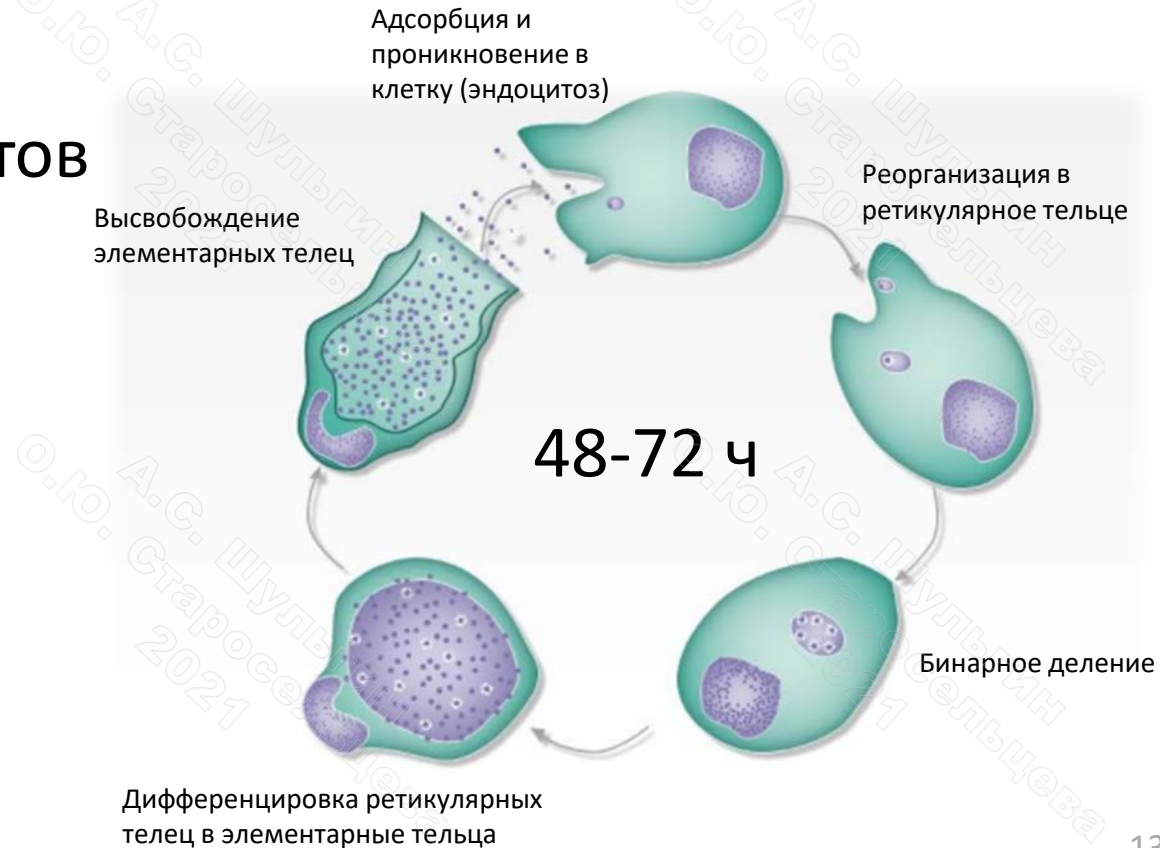
- Отсутствие ПЦР в списке бесплатных медицинских услуг
- Снижение выявления половых партнеров заболевших ИППП
- Перераспределение потоков пациентов из государственных учреждений (КВД) в многопрофильные и частные ЛПУ
- Выявление и регистрация больных ИППП
- По данным коммерческих организаций, в которых проводятся обследования на ИППП, за 2015-2017 гг. не было выявлено ни одного случая гонококковой инфекции

Кого обследуем на ИППП?

- Беременных женщин
- Обоих партнеров при планировании беременности
- Пациентов с клиническими и/или лабораторными признаками воспалительного процесса органов урогенитального тракта и репродуктивной системы
- Перед предстоящими оперативными вмешательствами на половых органах и органах малого таза
- Лиц с перинатальными потерями и бесплодием в анамнезе
- Половых партнеров больных ИППП
- Лиц, перенесших сексуальное насилие

Chlamydia trachomatis

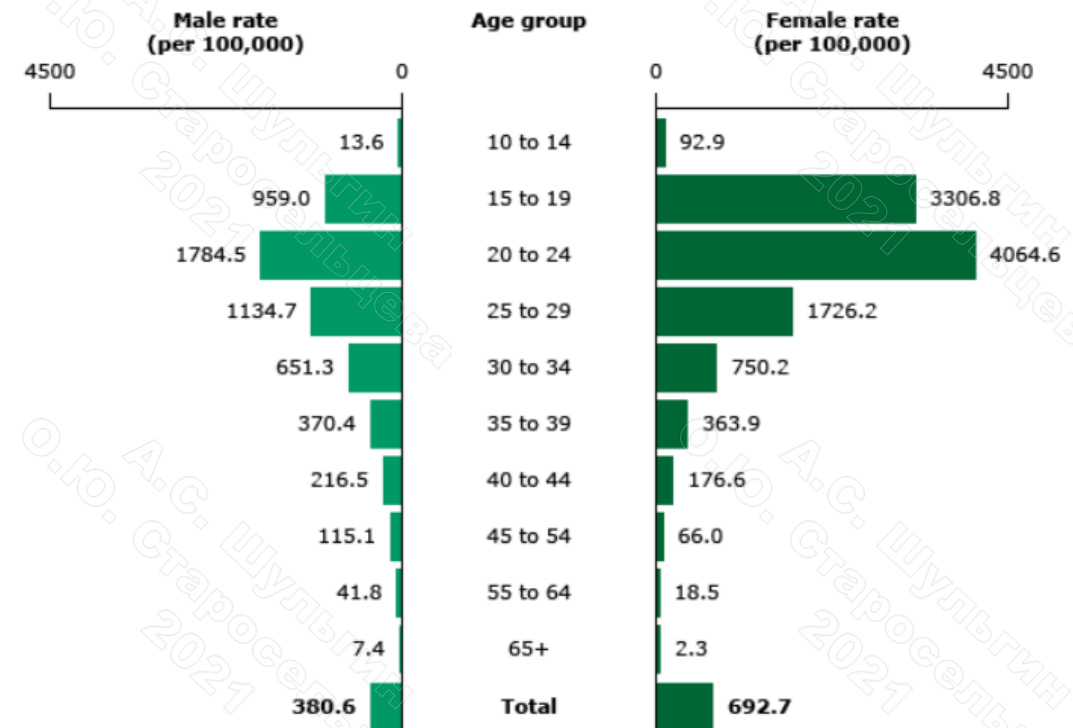
- Грам-отрицательные облигатные внутриклеточные микроорганизмы
- Имеют тропность к эпителиоцитам
- Причина 60% негонококковых уретритов
- Частая причина воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) у женщин
- До 29-45% случаев трубного фактора бесплодия связаны с перенесенным хламидиозом



Наиболее уязвимый возраст — 15-25 лет

Другие факторы риска:

- Новый половой партнер (или несколько) в течение последних 3 месяцев
- Ранее перенесенный хламидиоз
- Нерегулярное использование барьерных контрацептивов
- Наличие других ИППП, ВИЧ
- Мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами (МСМ)



Клиническая картина урогенитального хламидиоза

- **До 90% женщин — бессимптомное течение**

Возможны: гиперемия, отечность слизистой уретры, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из половых путей, дизурия, диспареуния, дискомфорт или боль внизу живота, отечность, гиперемия, эрозии слизистой шейки матки

- **До 70% мужчин — бессимптомное течение**

Слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры, зуд, жжение, диспареуния, учащенное мочеиспускание и позывы, боли в промежности, прямой кишке

Клинические формы хламидийной инфекции

- Уретрит
- Цистит
- Парауретрит
- Эпидидимит
- Орхит
- Простатит
- Вестибулит
- Вульвовагинит
- Цервицит
- Сальпингоофорит
- Эндометрит

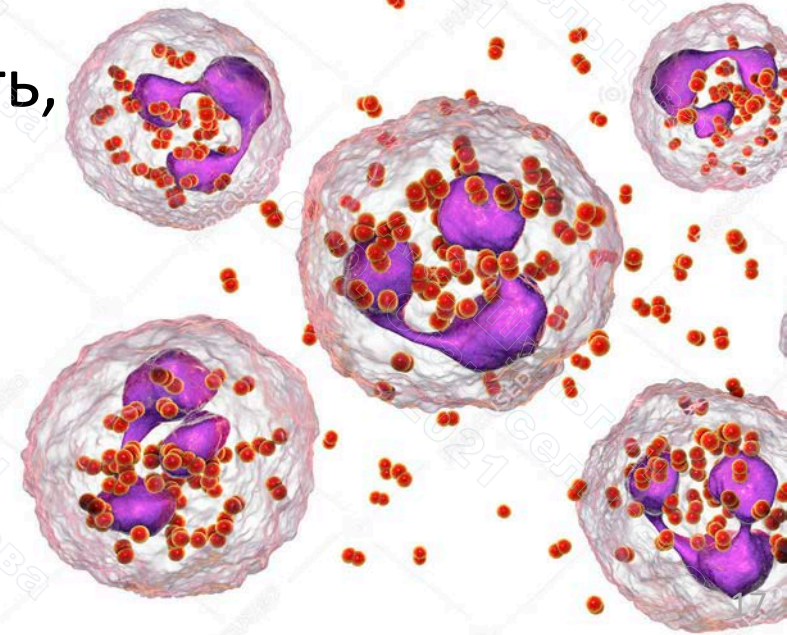
ВЗОМТ

Другие возможные локализации:

- Фарингит
- Пневмония
- Артрит
- Пельвиоперитонит
- Конъюнктивит
- Инфекция аногенитальной области

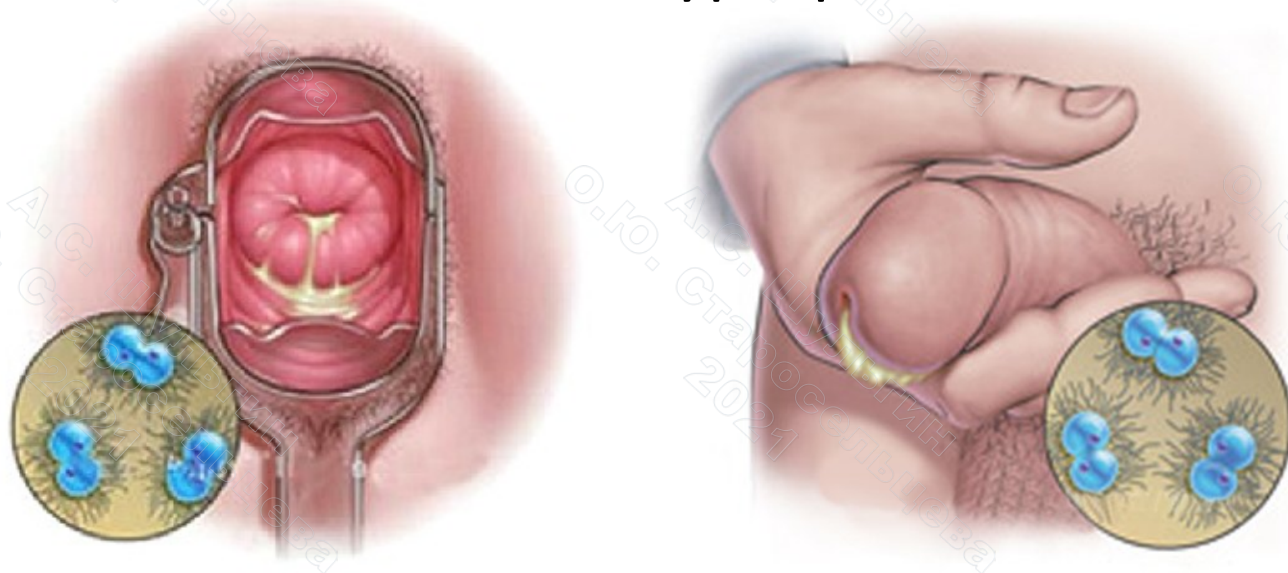
Neisseria gonorrhoeae

- Грамотрицательные диплококки
- Могут трансформироваться в L-форму
- Быстро приобретают устойчивость к антибиотикам
- Частые ко-инфекции (*T. vaginalis*, ВИЧ и т.д.)
- У женщин вызывает эктопическую беременность, бесплодие



Клиническая картина гонококковой инфекции

- У 70% женщин, 10% мужчин — бессимптомное течение
- Гнойные или слизисто-гнойные выделения из уретры, зуд, жжение, диспареуния, дизурия, дискомфорт или боль внизу живота, гиперемия, отечность слизистой уретры...



Клинические рекомендации МЗ РФ, 2021

Клинические формы гонококковой инфекции

- Цистит
- Вульвовагинит
- Абсцесс вестибулярных желез
- Парауретрит
- Вестибулит
- **Уретрит**
- **Эпидидимит**
- **Орхит**
- **Простатит**
- **Сальпингоофорит**
- **Эндометриит**
- **Цервицит**

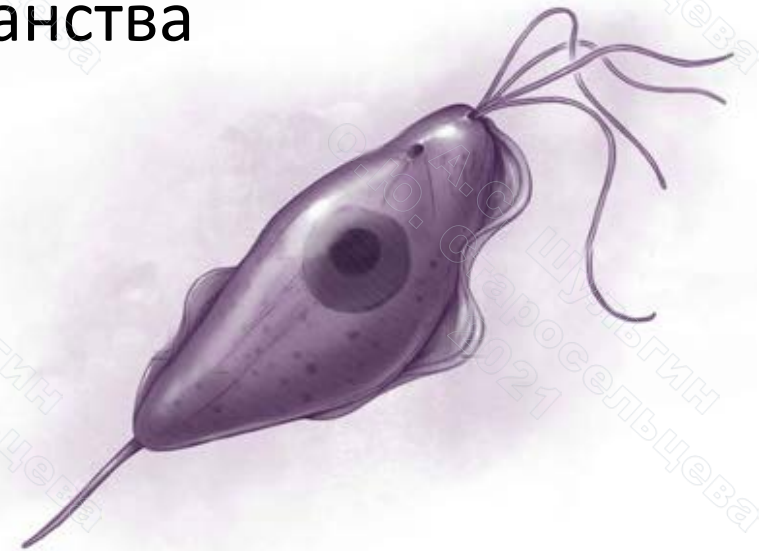
ВЗОМТ

Другие возможные локализации:

- Фарингит
- Пневмония
- Артрит, бурсит, остеомиелит
- Пельвиоперитонит
- Конъюнктивит
- Инфекция аногенитальной области
- Абсцесс мозга
- Миокардит и пр.

Trichomonas vaginalis

- Наиболее распространенная инфекция в структуре всех ИППП
- Жгутиковый простейший одноклеточный паразит
- Тропизм к плоскому эпителию
- Могут проникать через межклеточные пространства

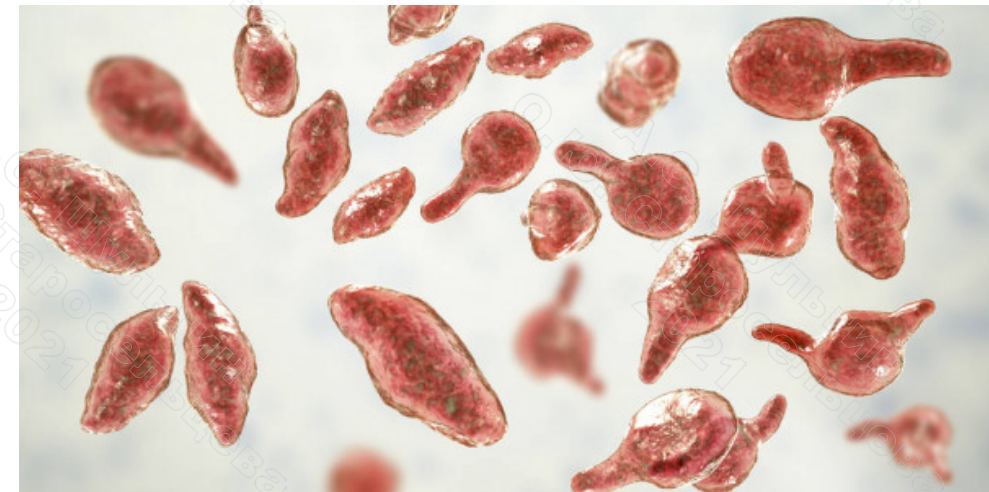


Клинические проявления урогенитального трихомониаза

- У 70-85% женщин и мужчин — бессимптомное течение
- Часто сочетается с бактериальным вагинозом
- Гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей с неприятным запахом, серо-желтые, пенистые, зуд, жжение, диспареуния, дизурия, дискомфорт или боль внизу живота, гиперемия, отечность, эрозии слизистой вульвы, шейки матки
- У мужчин гиперемия и отечность в области наружного отверстия уретры; скудные или умеренные серо-желтые, жидкие уретральные выделения; реже — эрозивно-язвенные высыпания на коже головки полового члена
- Осложнения — трихомонадный простатит, везикулит

Mycoplasma genitalium

- Очень малые размеры (близки к вирусам)
- Отсутствует ригидная клеточная стенка
- Строгий патоген
- Выявляется у 10-45% больных воспалительными заболеваниями мочеполовой системы
- Обнаруживают у 15-20% больных негonoкокковыми уретритами и у 7-10% женщин с ВЗОМТ



Mycoplasma genitalium диагноз

- Причислена ВОЗ к возбудителям ИППП только в 2016 г!

Т.к. МКБ-10 утверждена раньше, не имеет специального кода

- A63.8 Другие уточненные заболевания, передаваемые преимущественно половым путем» с дальнейшим уточнением в соответствующих разделах МКБ-10:
- A63.8 + N34.1 Уретрит, вызванный *M. genitalium*
- A63.8 + N72 Цервицит, вызванный *M. genitalium*
- A63.8 + N45 Эпидидимит/орхит, вызванный *M. genitalium*
- A63.8 + N48.1 Баланопостит, вызванный *M. genitalium* и т.д.

Clinical evaluation of commercial PCR assays for antimicrobial resistance in *Mycoplasma genitalium* and estimation of resistance-mediated mutation prevalence in Moscow and Moscow region



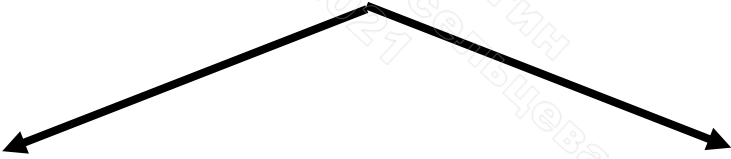
January 2021 · *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*

DOI:10.1007/s10096-021-04170-0

Данные по Москве и МО

- Частота макролид-резистентных *M.genitalium* — 21,7% в Москве и 12,3% в МО
- Частота *M.genitalium*, резистентных к фторхинолонам — 20,8% в Москве и 9,9% в МО
- За последние 3 года в Москве устойчивость *M.genitalium* к макролидам выросла в 3,9 раз, а к фторхинолонам — в 2,7 раз

Уретрит



Гонokokковый

- *Neisseria gonorrhoeae*

Негонokokковый

- *Chlamydia trachomatis* — 11-50%
- *Mycoplasma genitalium* — 6-50%
- *Ureaplasma urealiticum* — 5-26%
- *Trichomonas vaginalis* — 1-20%

Роль *Ureaplasma parvum* в развитии уретрита не доказана

Уретрит

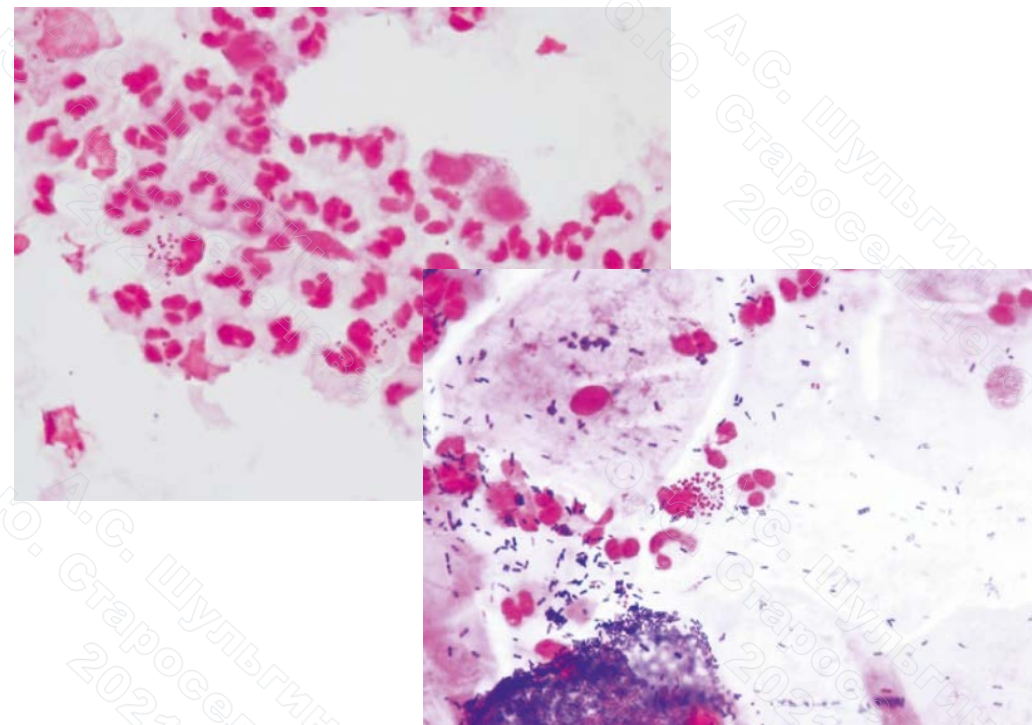
- Слизистые, слизисто-гнойные или гнойные выделения из уретры
- При микроскопии отделяемого уретры, окрашенного по Граму или метиленовым синим ≥ 5 полиморфноядерных лейкоцитов в п/зр
- ≥ 10 полиморфноядерных лейкоцитов в п/зр при микроскопии осадка первой порции мочи или «+» лейкоцитарная эстераза в первой порции мочи
- Наличие внутриклеточных Грам- диплококков — признак гонококкового уретрита*

Уретрит

- EAU рекомендуют тестировать на *N.gonorrhoeae*, *C.trachomatis*, *M.genitalium*, а при неэффективности терапии в течение 4 недель — на *T.vaginalis*
- CDC рекомендуют тестировать на *N.gonorrhoea* и *C.trachomatis*, а при неэффективности терапии в течение 4 недель — на *M.genitalium* и *T.vaginalis*
- У всех мужчин с признаками уретрита целесообразно выявление РНК/ДНК *N.gonorrhoeae*, *C.trachomatis*, *M.genitalium*, *T.vaginalis* методами ПЦР или NASBA

Диагностика гонококковой инфекции

- Микроскопия отделяемого уретры у мужчин (при манифестации) (2В)
- **ПЦР/NASBA** отделяемого из уретры или цервикального канала (1В)
- Возможно ПЦР/NASBA мазков со слизистой ротоглотки, прямой кишки, первой порции мочи у мужчин (1В)
- Бактериологическое исследование при малосимптомном течении (2В)
- **Не рекомендованы** ИФА, иммунофлюоресценция (5С)



Диагностика хламидийной инфекции

- **ПЦР/NASBA соскоба** из уретры или цервикального канала (B2)
- Возможно ПЦР/NASBA мазков со слизистой ротовой полости, прямой кишки, отделяемого уретры, спермы, мочи (B2)
- **Не рекомендовано** культуральное исследование (посев) (C5)
- **Не рекомендованы** ИФА, микроскопия, морфология (C5)

Диагностика урогенитального трихомониаза

- Микроскопия нативного препарата на трихомонады (A1).
Немедленно после получения материала
- **ПЦР/NASBA** отделяемого из уретры или цервикального канала, мочи (B2)
- Бактериологическое исследование при малосимптомном и бессимптомном течении (B3): отделяемое уретры, половых путей, секрет простаты
- **Не рекомендована микроскопия окрашенных препаратов, ИФА (C4)**

Мазок или моча?

VS.



Чувствительность ПЦР
первой порции мочи
не уступает ПЦР соскобов
из уретры ¹⁻³

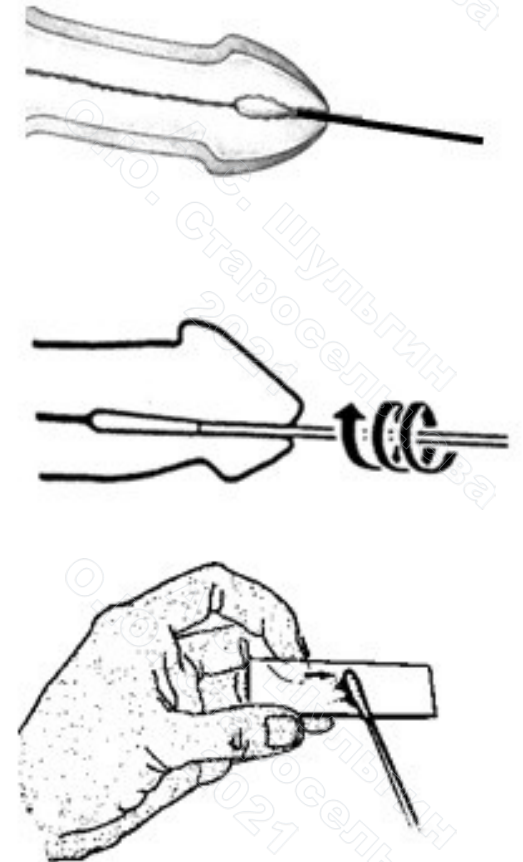
¹Chernesky M.A. et al. Self-collected swabs of the urinary meatus diagnose more *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections than first catch urine from men. Sex Transm Infect 2013

²Dize L. et al. Performance of self-collected penile-meatal swabs compared to clinician-collected urethral swabs for the detection of *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, and *Mycoplasma genitalium* by nucleic acid amplification assays. Diagn Microbiol Infect Dis 2016

³Berry L. et al. Comparison of self-collected meatal swabs with urine specimens for the diagnosis of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in men. J Med Microbiol 2017

Методы забора материала

- При наличии выделений из уретры — отделяемое уретры
- При отсутствии выделений у мужчин первая порция мочи или мазок из цервикального канала
- У женщин — мазок из цервикального канала или уретры
- Условия забора материала:
 - Не ранее, чем через 3 ч после мочеиспускания
 - Забор материала вне менструации
 - Соблюдение условий доставки в лабораторию
- После приема антибиотиков ПЦР не ранее 1 мес, NASBA — не ранее 14 дней



Для диагностики не назначаем:

- Химические, биологические, алиментарные провокации алкоголем, пирогенолом и пр. (СЗ-С5)
- Антитела IgA, IgM, IgG
- ПИФ
- Бактериологические исследования, антибиотикограммы (кроме случаев неэффективного лечения гонореи)

Лечение уретрита

- При выраженных симптомах — эмпирически
- При умеренных симптомах — дождаться ПЦР
- Обследование и лечение всех сексуальных партнеров
- Половой покой на время лечения (7 дней с начала лечения)
- Обследование на другие инфекции, в т.ч. сифилис и ВИЧ

Лечение гонококковой инфекции (КР РФ)

Лечение неосложненной инфекции нижних отделов МВП:

- **Цефтриаксон 500 мг в/м однократно (C5)**

или

- **Цефиксим 400 мг per os однократно (C5)**

Лечение осложненной инфекции МВП с абсцедированием парауретральных и придаточных желез, пельвиоперитонита, эпидидимита, орхита, простатита, ВЗОМТ:

- **Цефтриаксон 1000 мг в/м или в/в каждые 24 ч — 14 дней (C5)**

или

- **Цефотаксим 1000 мг в/м или в/в каждые 8 ч — 14 дней (C5)**

*Препарат выбора у беременных — цефтриаксон (C5) или цефиксим (A2)

Лечение гонококкового уретрита

- **Цефтриаксон 1000 мг в/м или в/в однократно**
- +
- **Азитромицин 1000 мг per os однократно**

Альтернативная схема:

- **Цефиксим 400 мг per os однократно + Азитромицин 1000 мг per os однократно**

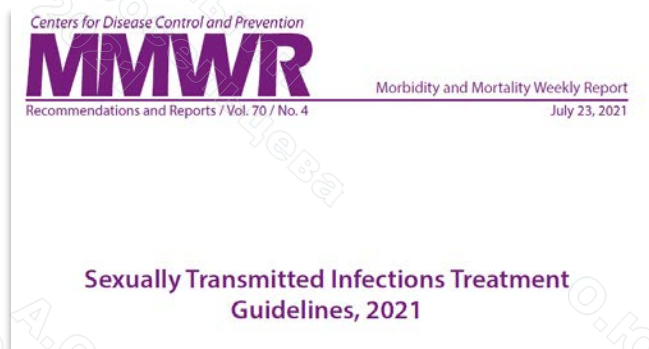
При аллергии на цефалоспорины:

- **Гентамицин 240 мг в/м однократно + Азитромицин 2 г per os однократно**
- **Фосфомицин трометамол 3 г per os на 1, 3 и 5 день**

При аллергии на азитромицин:

- **Доксициклин 100 мг per os — 7 дней + цефтриаксон или цефиксим**

Лечение гонококкового уретрита



- Цефтриаксон 500 мг в/м однократно (для пациентов <150 кг)
 - Цефтриаксон 1000 мг в/м однократно (для пациентов >150 кг)
- + Доксициклин 100 мг 2 р/день per os — 7 дней (если не исключен хламидиоз)

Альтернативная схема:

- Гентамицин 240 мг в/м однократно + Азитромицин 2 г per os однократно
- Цефиксим 800 мг per os однократно

Лечение негемококкового уретрита (неустановленный возбудитель)

- **Доксициклин 100 мг per os 2 р/д — 7 дней**

Альтернативная схема:

- **Азитромицин 500 мг per os в 1 день, далее по 250 мг — 4 дня**

**Перед назначением
доксициклина женщинам
репродуктивного возраста —
тест на беременность!**

Лечение урогенитального хламидиоза

Лечение неосложненной инфекции нижних отделов мочеполовой системы:

- Доксициклин 100 мг х 2 р/сут — 7 дней (1А)
- Офлоксацин 400 мг х 2 р/сут — 7 дней (5С)
- Левофлоксацин 500 мг х 1 р/сут — 7 дней (5С)

Лечение инфекции верхних отделов мочеполовой системы, ОМТ:

- Доксициклин 100 мг х 2 р/сут — 14 дней (5С)
- Офлоксацин 400 мг х 2 р/сут — 14-21 дней (5С)
- Джозамицин 500 мг х 3 р/сут — 14-21 дней (5С)

* Доксициклин противопоказан беременным

* Препараты выбора у беременных — джозамицин, азитромицин, эритромицин

Контроль ПЦР не ранее, чем через месяц после окончания лечения!

Лечение микоплазменной инфекции

Лечение неосложненной инфекции нижних отделов мочеполовой системы:

- **Доксициклин 100 мг х 2 р/сут — 10 дней (C5)**
- **Офлоксацин 400 мг х 2 р/сут — 10 дней (B1)**
- **Джозамицин 500 мг х 3 р/сут — 10 дней (C2) — не эффективен против макролид-резистентных штаммов**

В случае осложненной инфекции — лечение 14-21 день

Лечение урогенитального трихомониаза

- Метронидазол 500 мг х 2 р/сут per os — 7 дней (A1)

или

- Метронидазол 2,0 г per os однократно (A1)

или

- Тинидазол 500 мг 2,0 г per os однократно (A1)

или

- Орнидазол 500 мг х 2 р/сут — 5 дней (B3)

или

- Орнидазол 1,5 г однократно (B3)

При лечении осложненного и рецидивирующего трихомониаза:

Метронидазол 500 мг х 3 р/сут per os — 7 дней (C4) или Метронидазол 2,0 г внутрь 1 р/сут — 5 дней (C4) и местно Метронидазол 500 мг 1 р/сут интравагинально — 6 дней

Контроль ПЦР не ранее, чем через месяц после окончания лечения!

EAU Guidelines on Urological Infections

Centers for Disease Control and Prevention
MMWR
Recommendations and Reports / Vol. 70 / No. 4

Morbidity and Mortality Weekly Report
July 23, 2021



G. Bonkat (Chair), R. Bartoletti, F. Bruyère, T. Cai,
S.E. Geerlings, B. Köves, S. Schubert, F. Wagenlehner
Guidelines Associates: W. Devlies, J. Horváth, G. Mantica,
T. Mezei, A. Pilatz, B. Pradere, R. Veeratterapillay

Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021

Заболевание	КР РФ, 2021	EAU Guidelines, 2021	CDC STI Guidelines, 2021
Гонококковый уретрит	Цефтриаксон 0,5 в/м	Цефтриаксон 1 г в/м + Азитромицин 1 г per os	Цефтриаксон 0,5 в/м
Негонококковый уретрит	—	Доксициклин 100 мг per os 2 р/д 7 дней	Доксициклин 100 мг per os 2 р/д 7 дней
<i>C.Trachomatis</i>	Доксициклин 100 мг per os 2 р/д 7 дней	Азитромицин 1-1,5г per os или Доксициклин 100 мг per os 2 р/д 7 дней	Доксициклин 100 мг per os 2 р/д 7 дней
<i>M.Genitalium</i>	Доксициклин 100 мг per os 2 р/д 10 дней	Азитромицин 0,5 г per os в 1 день, далее по 250 мг 4 дня	Доксициклин 100 мг per os 2 р/д 7 дней + Моксифлоксацин 400 мг 7 дней
<i>U.Urealyticum</i>	—	Доксициклин 100 мг per os 2 р/д 7 дней	—
<i>T.Vaginalis</i>	Метронидазол 500 мг 2 р/д 7 дней (или 2 г однократно)	Метронидазол 2 г per os	Метронидазол 500 мг 2 р/д 7 дней — женщинам 2 г однократно — мужчинам

НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ

- Системную энзимотерапию
- Иммуномодулирующую терапию
- Физиотерапию
- Терапию местными антисептиками



Мужчина, 28 лет, гонококковый уретрит

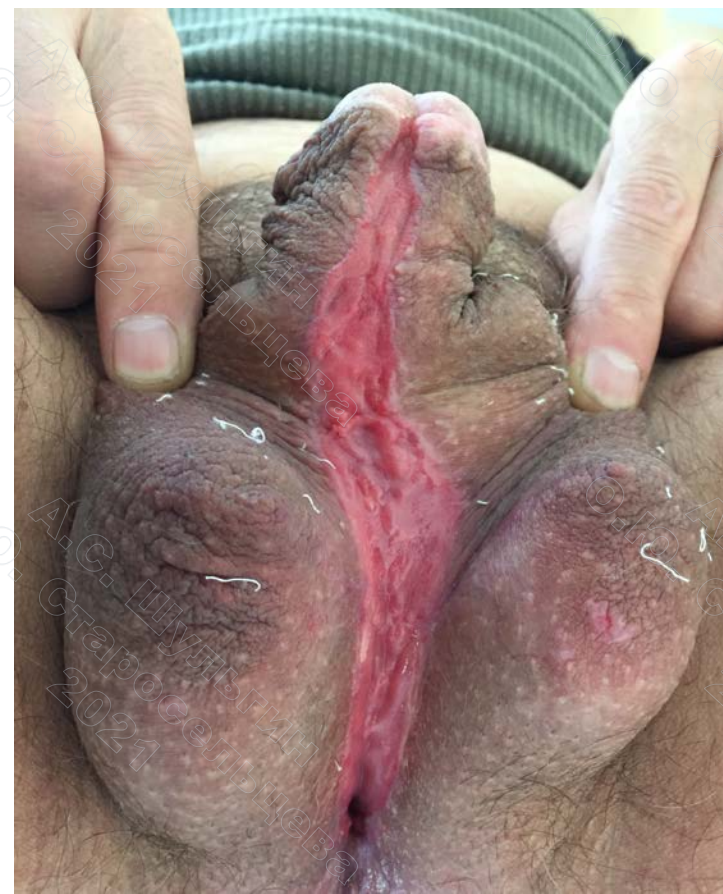


- Позднее начало лечения
- Вливания в уретру антисептиков
- Формирование протяженной стриктуры

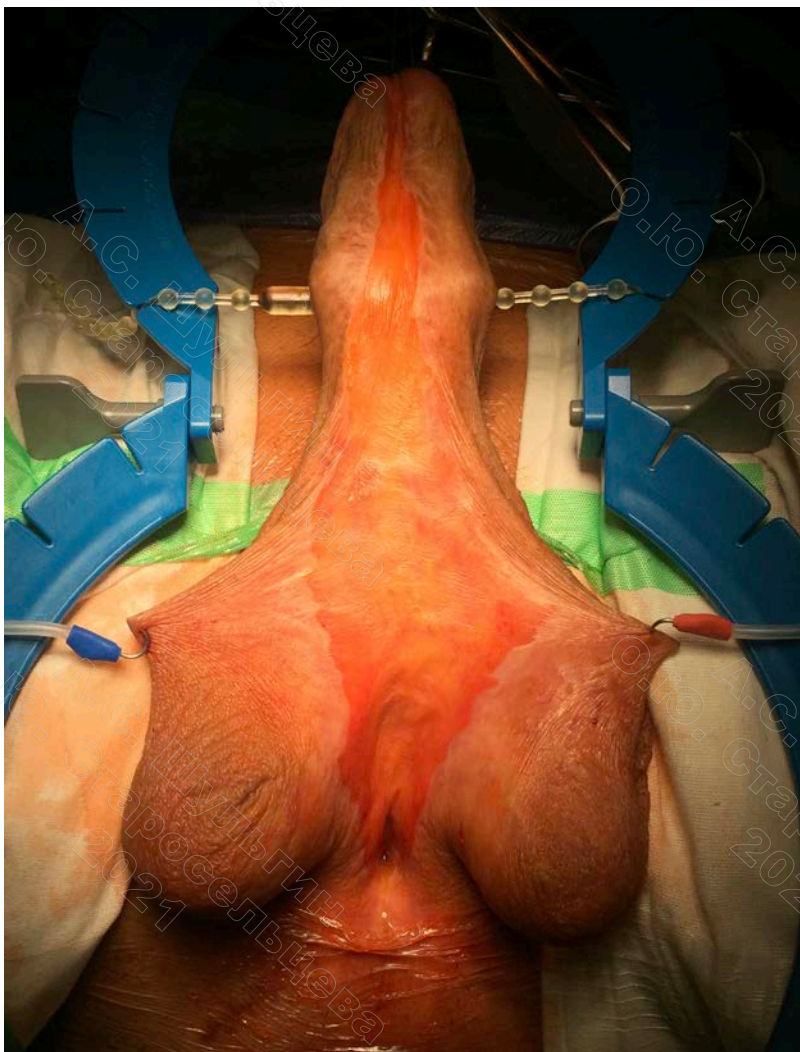
**Стандартное лечение — 500 мг
цефтриаксона в/м однократно**

Двухэтапная заместительная уретропластика:

1 этап



Двухэтапная заместительная уретропластика: 2 этап



Стерильная пиурия

01.05.20. Анализ мочи общий

Наименование лабораторного исследования	Результат	Референсные интервалы
Цвет	жёлтый	все оттенки желтого
Прозрачность	прозрачный	прозрачный
Реакция	6.0	5.0 - 8.0
Удельный вес	1.02	1.01 - 1.028
Глюкоза (качественно)	не обнаружено	отсутствует
Гемоглобин (качественно)	не обнаружено	отсутствует
Кетоновые тела (качественно)	не обнаружено	отсутствуют
Уробилиноген (качественно)	не обнаружено	отсутствует
Билирубин (качественно)	не обнаружено	отсутствует
Нитриты	не обнаружено	отсутствуют
Лейкоциты (лейкоцитарная эстераза), Leu/мкл	25.0	отсутствуют
Лейкоциты, в п/зр	17-19	Ж - до 5 в п/зр М - до 3 в п/зр
Эритроциты, в п/зр	2-4	единичные
Эпителий плоский, в п/зр	0-0-1	Ж - до 5 в п/зр

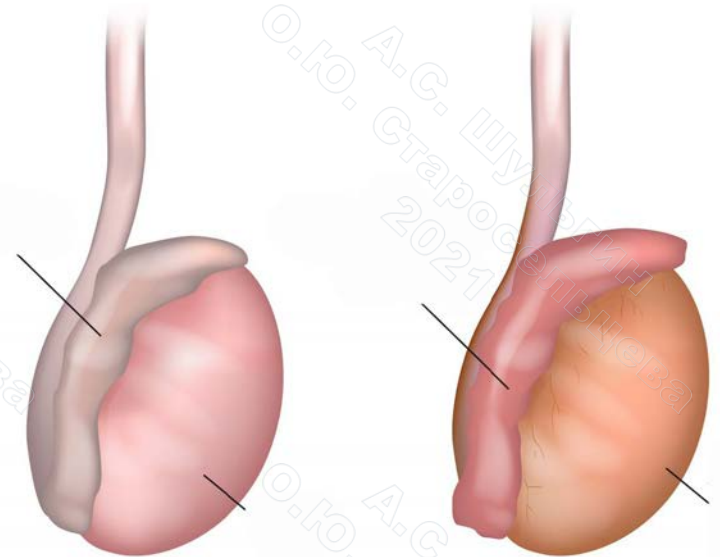
ПАТОГЕННЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ			
7. Mycoplasma genitalium **			не выявлено
7. Trichomonas vaginalis **			не выявлено
8. Neisseria gonorrhoeae **			не выявлено
9. Chlamydia trachomatis **			ОБНАРУЖЕНО
10. HSV-2 **			не выявлено
11. CMV **			не выявлено
12. HSV-1 **			не выявлено

*Клиническую оценку результатов исследования необходимо проводить согласно ре

* Абсолютный анализ LG(X); ** Качественный анализ

Эпидидимит

- Боль, отек, гиперемия в области придатка яичка
- Основные возбудители — *C.trachomatis*, *Enterobacteriaceae (E.coli)*, *N.gonorrhoeae*
- Диф. диагноз с перекрутом яичка
- Диагностика:
 - ПРЦ первой порции мочи на *C.trachomatis*
N.gonorrhoeae
 - Посев средней порции мочи
 - Микроскопия мазка при подозрении на гонорею



Эпидидимит, лечение

1. Предположительно, негонококковый
(нет выделений):

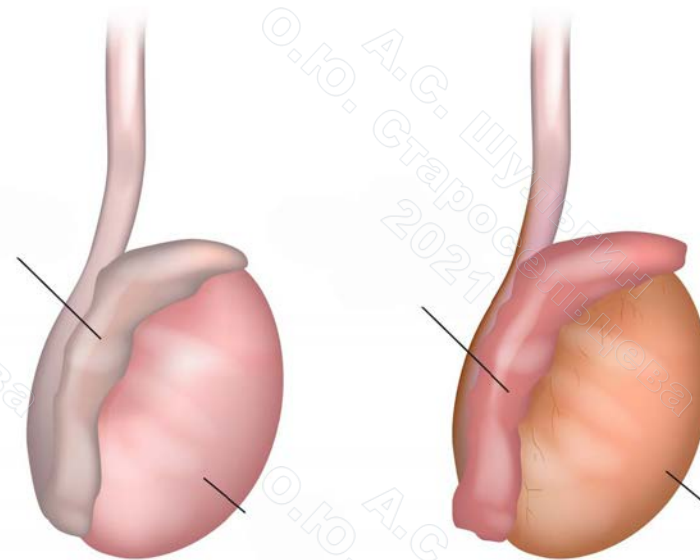
- Левофлоксацин 500 мг 10-14 дней или
- Доксициклин 200 мг 1 день, далее по 100 мг 2 р/д 10-14 дней + антибиотик, активный против *Enterobacteriaceae* 10-14 дней

2. Предположительно, гонококковый:

- Цефтриаксон 500 мг в/м однократно + Доксициклин 200 мг 1 день, далее по 100 мг 2 р/д 10-14 дней

3. У сексуально неактивных мужчин:

- Левофлоксацин 500 мг 10-14 дней



Не-ИППП

Mycoplasma hominis

- Является компонентом нормальной урогенитальной микрофлоры
- До 50% здоровых взрослых женщин являются носителями
- Нет данных о том, что *M. hominis* вызывает уретрит у мужчин или уретральный синдром у женщин

Ureaplasma spp.

Ureaplasma urealyticum

Ureaplasma parvum

- Являются компонентами нормальной урогенитальной микрофлоры
- До 80% здоровых взрослых женщин являются носителями



Ureaplasma urealyticum

- Уреаза-продуцирующий микроорганизм
- Роль в развитии заболеваний не доказана
- У мужчин может быть причиной уретрита
- У беременных женщин — хориоамнионит, преждевременное прерывание беременности, сниженный вес при рождении
- У иммунокомпрометированных пациентов клинически значима
- РУТИННОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
- Лечение — только при наличии симптомов, не ассоциированных с другими причинами (доксикалин, макролиды, фторхинолоны)



Contents lists available at ScienceDirect

Diagnostic Microbiology and Infectious Disease

journal homepage: www.elsevier.com/locate/diagmicrobio

Prevalence of *Ureaplasma* spp. and *Mycoplasma hominis* in healthy women and patients with flora alterations

Tatiana Rumyantseva ^{a,*}, Guzel Khayrullina ^b, Alexander Guschin ^a, Gilbert Donders ^{c,d}

^a Laboratory of molecular diagnostics of reproductive tract infections, Federal Budget Institute of Science "Central Research Institute for Epidemiology" of Rosпотребнадзор, 111123, Novogireevskaya st. 3a, Moscow, Russia

^b Laboratory for studying pathogenesis and clinics of socially important infectious and parasitic diseases, Peoples' Friendship University of Russia, 117198, Moscow Miklukho-Maklaya str.6, Moscow, Russia

^c Femicare Clinical Research for Women, 3300, Gasthuismolenstraat 31, Tienen, Belgium

^d Department of Obstetrics and Gynecology, Antwerp University, 2000, Prinsstraat 13, Antwerp, Belgium

Есть связь с бак. вагинозом (но не зависимость)

- Взяли пробы у 2500+ женщин
- 1773 жен — норм. флора (контроль), 754 — бак. вагиноз, 67 — аэр. вагинит
- Микоплазмы нашли у 1475 жен (56,9%)
- В контрольной группе *U. parvum* у 43,5%, *U. urealiticum* у 5,9%, *M. hominis* у 8,9%
- В группе бак. вагиноза *U. parvum* у 59,9%, *U. urealiticum* у 13,5%, *M. hominis* у 26,8%
- В группе аэр. вагинита *U. parvum* у 23,9%, *U. urealiticum* у 4,5%, *M. hominis* у 6%

Профилактика ИППП

- Половое воздержание
- Половое просвещение
- Барьерные методы контрацепции при любых видах контактов
- Обследование и лечение половых партнеров
- Контроль излечения через 3 месяца





КЛИНИКА ЭКСПЕРТНОЙ УРОГИНЕКОЛОГИИ



Клиника высоких
медицинских
технологий
им. Н.И. Пирогова СПбГУ

WWW.UROPORTAL.RU

INFO@UROPORTAL.RU



[UROPORTAL_RU](https://www.instagram.com/UROPORTAL_RU)