

**Министерство здравоохранения РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Московский
государственный медико-стоматологический
университет им. А.И. Евдокимова»**

Кафедра кожных и венерических заболеваний



**Ученый секретарь МГМСУ
Заслуженный врач РФ,
профессор Ю.А. Васюк**

Протокол № 3 от 21 октября 2016 года

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ
УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА**

Пособие для врачей

Москва
2017

ББК 52.81, 53/57
УДК 61, 615
С 56

**«СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ИНФЕКЦИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА»**

Организация-разработчик:

**Московский государственный медико-стоматологический
университет имени А.И. Евдокимова,
кафедра кожных и венерических болезней**

Авторы:

Перламутров Юрий Николаевич, заслуженный врач РФ,
заведующий кафедрой кожных и венерических болезней МГМСУ

Чернова Надежда Ивановна, д.м.н., доцент кафедры кожных
и венерических болезней МГМСУ

Каримова Илана Металовна, д.м.н., профессор кафедры кожных
и венерических болезней МГМСУ.

Рецензенты:

Олисова О.Ю., профессор, д.м.н, заведующая кафедрой кожных
и венерических болезней лечебного факультета ГБОУ ВПО
Первого МГМУ им И.М. Сеченова Минздрава России

Трофимова И.Б., профессор кафедры кожных и венерических
болезней МГМСУ, д.м.н

ISBN 978-5-903759-27-9

От авторов

Уважаемые коллеги, рады представить вам пособие для врачей, которое аккумулирует современный взгляд на междисциплинарную проблему: ведение пациентов с микст-инфекцией гениталий.

Пособие рассчитано на дерматовенерологов, гинекологов, урологов, инфекционистов, клинических ординаторов. В работе отражены вопросы об:

- изменениях в иммунном статусе при микст-инфекции гениталий;
- причинах рецидивирования папилломавирусной инфекция;
- методах диагностики и лечения рекомендованных для сексуально активных пациентов с наиболее распространенными инфекциями передаваемыми преимущественно половым путем;
- комплексных подходах лечения микст-инфекции гениталий.

Список сокращений

ВОЗ – World Health Organization – Всемирная организация здравоохранения

ВПЧ – вирус папилломы человека

ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота

ЗТ – зона трансформации

ИППП – инфекции передаваемые преимущественно половым путем

МПЭ – многослойный плоский эпителий

Папилломавирусная инфекция

ПВИ - ПЦР – полимеразная цепная реакция

РНК – рибонуклеиновая кислота

РШМ – рак шейки матки

УГК – урогенитальный кандидоз

ЦЭ – цилиндрический эпителий

CIN (ЦИН) – cervical intraepithelial neoplasia – цервикальная интраэпителиальная неоплазия

CIS – cancer in situ

EUROGIN – Европейская ассоциация по генитальным инфекциям и неоплазиям

FIGO – Международная федерация акушеров и гинекологов

HSIL – high-grade squamous intraepithelial lesions – плоскоклеточные внутриэпителиальные поражения низкой степени тяжести

IARC – Международное агенство по изучению рака

IBSCC – Международная ассоциация по биологическому изучению рака шейки матки

Введение

Раннее начало половой жизни, промискуитет, широкая практика оро- и аногенитальных контактов, половые отношения во время менструации, низкий уровень сексуальной культуры обусловили значительный рост инфекционной патологии урогенитального тракта в группе лиц репродуктивного возраста. Согласно данным литературы воспалительные заболевания органов малого таза составляют 60–65 % среди амбулаторных и до 30 % среди стационарных больных наряду с бактериальными патогенами, такими как *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, часто определяются вирусы простого герпеса и папилломы человека, *T. vaginalis*, условно-патогенные микроорганизмы *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Atopobium vaginae*, *Gardnerella vaginalis*, грибы рода *Candida*, а также несвойственные данному локусу бактерии (транзиторная флора). Папилломавирусная инфекция (ПВИ) генитального тракта находится на одном из первых мест среди инфекций передаваемых преимущественно половым путем и рассматривается как ведущий фактор цервикального канцерогенеза. Показана роль нарушений микробиоценоза генитального тракта в провоцировании прогрессирования цервикальной интраэпителиальной неоплазии (ЦИН) в рак шейки матки. Установлен универсальный характер двух звеньев патогенеза бактериальных и вирусных инфекций. Первый заключается в повреждающем действии иммунного ответа, второй – в развитии временных иммунодефицитов у больного. Доказано, что полное выздоровление происходит лишь в том случае, когда из организма удален возбудитель, иммунопатологические механизмы исключены, а временный дефект иммунологической реактивности ликвидирован.

Поэтому вопросам нормализации микробиоценоза генитального тракта следует уделять пристальное внимание, как одному

из необходимых этапов профилактики реактивации вирусных инфекций, онкопатологии.

Для определения высокоэффективной тактики лечения пациентам следует провести комплексное обследование, включающее измерение вагинального рН, бактериоскопический, бактериологический, молекулярно-биологический методы.

Нормальный рН во влагалище женщины репродуктивного возраста составляет 3,8–4,4. Чрезмерно кислая среда делает эпителиальные клетки подверженными цитолизу и вызывает состояние, которое называется цитолитический вагиноз, что может давать такие симптомы, как жжение и бели. Гораздо чаще показатель рН увеличивается выше 4,5, что требует дообследования. Доказано, что рутинное тестирование рН увеличивает выявление трихомонадной инфекции и бактериального вагиноза.

Микроскопическое исследование мазка из цервикального канала и отделяемого из влагалища является необходимым методом в скрининге и диагностике инфекционно-воспалительных заболеваний женских половых путей (цервицит, вагинит), поскольку позволяет оценить эпителий, степень воспалительного процесса (лейкоцитарную реакцию) и состояние микрофлоры, а также выявить элементы грибов рода *Candida*, трихомонады, внутриклеточные диплококки. Кроме того, определяется количество лактобацилл – грамположительных палочек разной длины и толщины; количество грамвариабельной (смешанной) кокко-бациллярной микрофлоры; наличие ключевых клеток. Одной из важных характеристик является оценка эпителиальных клеток, мочеполювого тракта, часто недооцениваемая практикующими специалистами. В норме мазке из влагалища обнаруживается плоский эпителий, из цервикального канала – цилиндрический. Наличие призматического эпителия, дискареоза, метаплазии может являться косвенным признаком наличия хламидийной, вирусной, трихомонадной инфекций. Увеличение количества эпителиальных клеток свидетельствует об остром или хроническом воспалении органа. Показатель интерпретируется только в совокупности с другими данными, полученными при анализе мазка. Бактериологическое исследование выделений с посевом материала на специальные среды используется для конкретизации состава микрофлоры половых путей. Благодаря этому исследованию определяется на-

личие и количество представителей нормальной, условно-патогенной и патогенной флоры, чувствительность микроорганизмов к антибиотикам. Известно, что часть микроорганизмов вообще не поддается культивированию (*Mycoplasma genitalium*), а часть (*N. gonorrhoeae*, *T. Vaginalis*) чрезвычайно чувствительна к качеству среды и условиям забора материала. Полимеразная цепная реакции (ПЦР) в режиме реального времени (Realtime PCR) позволяет объективно исследовать количество патогенной, условно-патогенной и нормальной флоры, степень и характер дисбаланса, а также провести контроль эффективности лечения.

Диагностику ИППП рекомендовано проводить:

- лицам с клиническими и/или лабораторными признаками воспалительного процесса органов урогенитального тракта и репродуктивной системы, при наличии показаний – прямой кишки, ротоглотки, конъюнктивы;
- при предстоящих оперативных (инвазивных) манипуляциях на половых органах и органах малого таза;
- половым партнёрам больных ИППП.

Верификация диагноза гонококковой инфекции базируется на результатах лабораторных исследований – обнаружении *N. gonorrhoeae* или генетического материала возбудителя с помощью одного из методов:

- микроскопического исследования препарата, окрашенного 1 % раствором метиленового синего и по Граму.
- культурального исследования с использованием селективных питательных сред и определением ферментативных свойств *N. gonorrhoeae* (оксидазный тест и тесты ферментации сахаров).
- молекулярно-биологических методов исследования, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *N. Gonorrhoeae*.

Верификация диагноза хламидийной инфекции базируется на результатах лабораторных исследований молекулярно-биологическими методами, направленными на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *S. Trachomatis*.

Верификация диагноза урогенитальный трихомониаз проводится на результатах обнаружении *T. vaginalis* или генетического материала возбудителя с помощью одного из методов:

– микроскопического исследования нативного препарата, или «влажного мазка» (фазовоконтрастная или темнопольная микроскопия). Необходимым условием является проведение исследования немедленно после получения биологического материала,

– культурального исследования; рекомендуется при мало- и бессимптомных формах заболевания, а также в случаях, когда предполагаемый диагноз не подтверждается при микроскопическом исследовании.

– молекулярно-биологических методов, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *T. vaginalis*.

У мужчин чувствительность микроскопического исследования нативного препарата низкая, поэтому для установления диагноза показано применение методов амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР), а также культуральное исследование.

Верификация диагноза заболеваний, вызванных *M. genitalium*, осуществляется с помощью молекулярно-биологических методов, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *M. Genitalium*.

Верификация диагноза заболеваний, вызванных *Ureaplasmaspp.* и *M. hominis*, базируется на результатах лабораторных исследований с помощью одного из методов: ПЦР, NASBA, культурального исследования с выделением и идентификацией *Ureaplasmaspp.* и *M. hominis*.

Верификация диагноза бактериальный вагиноз базируется на результатах микроскопического исследования вагинального отделяемого, в котором необходимо отмечать наличие/отсутствие следующих признаков:

– уменьшение количества или исчезновение лактобацилл – грамположительных палочек различной длины и толщины;

– увеличение количества смешанной микробной (не лактобациллярной) микрофлоры;

– наличие «ключевых» клеток.

Дополнительно могут использоваться молекулярно-биологические методы исследования, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК трудно культивируемых бактерий *A. vaginae*, *G. vaginalis*, а так же *M. hominis* и *Ureaplasmaspp.*

Рутинное культуральное исследование для верификации диагноза БВ не используется.

Верификация диагноза урогенитального кандидоза базируется на результатах микроскопического исследования нативных препаратов, препаратов с добавлением 10 % раствора КОН и препаратов, окрашенных метиленовым синим по Граму (наблюдается преобладание вегетирующих форм грибов *Candida* – псевдомицелия и почкующихся дрожжевых клеток).

– 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. Необходимость видовой идентификации возбудителя культуральным методом в практическом отношении обусловлена устойчивостью некоторых видов грибов рода *Candida* к антимикотическим препаратам.

– молекулярно-биологического метода, направленного на обнаружение специфических фрагментов ДНК возбудителя.

Диагноз генитальный герпес устанавливается на основании клинических проявлений. **Верификация диагноза** осуществляется молекулярно-биологическими методами, направленными на обнаружение специфических фрагментов ДНК ВПГ 1 и 2 типа. Исследуется содержимое везикул, биологические жидкости и секреты организма (слизь, моча, эякулят, секрет предстательной железы).

Диагноз аногенитальные бородавки устанавливается на основании клинических проявлений. Для улучшения визуализации аногенитальных бородавок проводится проба с 5 % раствором уксусной кислоты, после обработки которым образования некоторое время сохраняют серовато-белую окраску, а сосудистый рисунок усиливается. **Верификация диагноза** осуществляется молекулярно-биологическими методами, позволяющими идентифицировать генотип ВПЧ, определять степень вирусной нагрузки и прогнозировать течение заболевания; цитологическое и морфологическое исследования позволяют исключить онкологическую патологию.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение гонококковой инфекции нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез, гонококкового фарингита и гонококковой инфекции аноректальной области

- цефтриаксон 500 мг внутримышечно однократно.

Лечение гонококковой инфекции нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желез, гонококкового пельвиоперитонита и другой гонококковой инфекции мочеполовых органов:

- цефтриаксон 1,0 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 часа в течение 14 дней или
- цефотаксим 1,0 г внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней.

При осложненном течении заболеваний дополнительно рекомендуется назначение патогенетической терапии и физиотерапии.

Одновременное лечение половых партнеров является обязательным.

Требования к результатам лечения

- клиническое выздоровление;
- эрадикация *N. gonorrhoeae*.

Лечение трихомонадной инфекции

- Метронидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней или
- орнидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 дней или
- тинидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 дней.

Альтернативные схемы лечения:

- метронидазол 2,0 г внутрь однократно или
- орнидазол 1,5 г внутрь однократно или
- тинидазол 2,0 г внутрь однократно.

Лечение осложненного, рецидивирующего трихомониаза и трихомониаза других локализаций:

- метронидазол 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней или 2,0 г внутрь 1 раз в сутки в течение 5 дней или
- орнидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней или
- тинидазол 2,0 г внутрь 1 раз в сутки в течение 3 дней.

При лечении осложненных форм урогенитального трихомоноза возможно одновременное применение местнодействующих протистоцидных препаратов: метронидазол вагинальная таблетка 500 мг 1 раз в сутки в течение 6 дней или метронидазол гель 0,75% 5 г интравагинально 1 раз в сутки в течение 5 дней.

Особые ситуации

Лечение беременных осуществляется на любом сроке беременности метронидазолом 2,0 г однократно.

Одновременное лечение половых партнеров является обязательным.

Требования к результатам лечения

- клиническое выздоровление;
- эрадикация *T. vaginalis*.

Лечение заболеваний, вызванных *M. genitalium*

– Доксициклина моногидрат 100 мг 2 раза в сутки перорально в течение 10 дней или

– джозамицин 500 мг 3 раза в сутки перорально в течение 10 дней.

Одновременное лечение половых партнеров является обязательным.

Требования к результатам лечения

- клиническое выздоровление;
- эрадикация *M. genitalium*.

Лечение инфекционно-воспалительного процесса, вызванного *Ureaplasma spp.* и/или *M. Hominis*

– Доксициклина моногидрат 100 мг 2 раза в сутки перорально в течение 10 дней или

– джозамицин 500 мг 3 раза в сутки перорально в течение 10 дней.

Половые партнёры подлежат лечению при наличии у них клинической симптоматики и лабораторных признаков воспалительного процесса мочеполовых органов.

Требования к результатам лечения

- клиническое выздоровление;
- нормализация лабораторных показателей.

Лечение бактериального вагиноза

– клиндамицин, крем 2% – 5,0 г интравагинально 1 раз в сутки (на ночь) в течение 7 дней или

- метронидазол, гель 0,75% 5,0 гинтравагинально 1 раз в сутки (на ночь) в течение 5 дней или
- метронидазол, таблетки 500 мг 2 раза в сутки перорально в течение 7 дней или
- тинидазол, таблетки 2,0 г 1 раз в сутки перорально в течение 3 дней.

Альтернативные схемы:

- клиндамицин, овули 100 мг интравагинально 1 раз в сутки (на ночь) в течение 3 дней или
- клиндамицин, капсулы 300 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней или
- метронидазол, таблетки 2,0 г перорально однократно или
- тинидазол, таблетки 1,0 г 1 раз в сутки перорально в течение 5 дней.

Особые ситуации

Лечение беременных: метронидазол, таблетки 500 мг 2 раза в сутки перорально в течение 7 дней, назначается со второго триместра беременности или метронидазол, таблетки 250 мг 3 раза в сутки перорально в течение 7 дней или клиндамицин, капсулы 300 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней со второго триместра беременности.

Требования к результатам лечения

- клиническое выздоровление;
- нормализация лабораторных показателей.

Тактика при отсутствии эффекта от лечения: назначение иных препаратов или методик лечения.

Нифуратель таблетки 400 мг 2 раза в сутки перорально 7 дней

Нифуратель интравагинально 1 раз в сутки (на ночь) в течение 5 дней.

Лечение урогенитального кандидоза

- Натамицин, вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки в течение 6 дней или
- клотримазол, вагинальная таблетка 200 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 3 дней или 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней
- интраконазол, вагинальная таблетка 200 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 10 дней или

- миконазол, вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней или
- бутаконазол, 2 % крем 5 гинтравагинально 1 раз в сутки перед сном однократно или
- флуконазол 150 мг перорально однократно или
- интраконазол 200 мг перорально 1 раз в день в течение 3 дней.

Требования к результатам лечения

- клиническое выздоровление;
- нормализация лабораторных показателей.

Половые партнёры подлежат лечению при наличии у них клинической симптоматики.

Лечение генитального герпеса

Эпизодическая терапия:

- ацикловир 200 мг перорально 5 раз в сутки в течение 5 дней или
- ацикловир 400 мг перорально 3 раза в сутки в течение 5 дней или
- ацикловир 800 мг перорально 3 раза в сутки в течение 2 дней или
- валацикловир 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней или
- валацикловир 1,0 г перорально 2 раза в сутки в течение 1 дня или
- фамцикловир 125 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней или
- фамцикловир 1,0 г перорально 2 раза в сутки в течение 1 дня.

Супрессивная терапия:

- валацикловир 500 мг 1 раз в сутки перорально или
- фамцикловир 250 мг 2 раза в сутки перорально или
- ацикловир 400 мг 2 раза в сутки перорально.

При отсутствии эффекта от лечения рекомендуется назначение других препаратов или методик (курсовых) лечения.

– Аллокин-альфа подкожно по 1,0 мг на 1 мл 0,9 % раствора хлорида натрия 1 раз в сутки через 24 часа, 6 инъекций на курс;

– Панавир суппозитории ректальные, вагинальные 200 мкг на курс 5–10 суппозиторияев: по одному через день;

– Ферровир 1 инъекция 5 мл глубоко в мышцу ежедневно № 10 на курс;

– Лаеннек 5 ампул (10 мл) развести в 250 мл 0,9 % раствора хлорида натрия, вводить в/в капельно в течение 1,5 часов. Курс № 10, с интервалом 2–3 раза в неделю.

Требования к результатам лечения

– клиническое выздоровление.

Половые партнёры подлежат лечению при наличии у них клинической симптоматики.

Лечение ПВИ

При наличии типичных экзофитных кондилом показана деструктивная терапия. Целесообразность лечения субклинических форм ПВИ, а также вопрос о тактике в отношении пациентов с бессимптомным вирусоносительством активно обсуждаются. Вместе с тем высокая вероятность трансмиссии ВПЧ-индуцированных поражений в ЦИН и РШМ, который остается одной из ведущих причин смертности от онкологической заболеваемости у женщин, заставляет искать пути адекватного этиотропного лечения и профилактики, которые могли бы снизить заболеваемость и распространение этой инфекции.

В настоящее время тактика ведения пациентов с ПВИ определяется двумя направлениями:

1) лечение, проводимое при клинически выраженных проявлениях – направленное на разрушение патологической ткани (кондилом).

2) лечение, проводимое у пациентов с выявленными в ходе цитологического скрининга патологическими изменениями.

Терапия остроконечных кондилом должна удовлетворять следующим требованиям: деструкция клинических проявлений, предупреждение развития осложнений, уменьшение числа рецидивов, улучшение качества жизни пациентов. Рецидивы заболевания в разные сроки после завершения лечения происходят примерно в 25 %, независимо от применяемого метода.

Следует иметь в виду то обстоятельство, что воспалительная патология вызывает пролиферацию эпителия, поэтому не следует ожидать хорошего результата при применении только местных деструктивных средств терапии, не учитывая состояния

микробиоты органов малого таза, локального и системного иммунитета. При разработке стратегии лечения важно учитывать возраст больного, локализацию, количество элементов, площадь очагов поражения, переносимость метода лечения, а также клинический опыт врача.

При определении алгоритма ведения больного, важно помнить, что методы лечения, направленные на удаление поверхностного слоя эпидермиса без санации клеток базального слоя, неэффективны и сопровождаются рецидивом заболевания.

Возможность реактивации инфекции диктует необходимость применения комбинированных методов лечения: деструкции видимых проявлений и использование (системно и местно) препаратов с противовирусной и иммуномодулирующей активностью.

Наиболее часто применяются следующие методы лечения остроконечных кондилом:

Деструктивные

1. Физические методы:

- лазерная вапоризация;
- диатермоэлектрокоагуляция;
- радиоволновое иссечение;
- криодеструкция.

Деструкция проводится с предварительной поверхностной или инфильтративной анестезией.

2. Цитотоксические методы

– подофиллотоксин, крем 0,15 %, раствор 0,5 % 2 раза в сутки наружно на область высыпаний в течение 3 дней с 4-дневным интервалом.

Крем 0,15 % рекомендуется применять в терапии аногенитальных бородавок, расположенных в анальной области и области вульвы; раствор 0,5 % рекомендуется применять в терапии аногенитальных бородавок, расположенных на коже полового члена. Курсовое лечение (не более 4–5 курсов) продолжают до исчезновения клинических проявлений заболевания. Подофиллотоксин не рекомендуется применять в терапии аногенитальных бородавок, расположенных на слизистой оболочке прямой кишки, влагалища, шейки матки, уретры.

3. Иммуномодуляторы для местного применения

– имихимод, крем наносится тонким слоем на аногенитальные бородавки на ночь (на 6–8 часов) 3 раза в неделю (через день). Утром крем необходимо смыть с кожи теплой водой с мылом. Курсовое лечение (не более 16 недель) продолжают до исчезновения аногенитальных бородавок;

– внутриочаговое введение препаратов α -интерферона.

Применение интерферонов системного действия (интерферона гамма) рекомендовано при рецидивирующем течении заболевания.

Особые ситуации

Во время беременности возможна активная пролиферация аногенитальных бородавок. Лечение беременных осуществляется в сроке до 36 недель беременности с использованием криодеструкции, лазерной деструкции или электрокоагуляции при участии акушеров-гинекологов.

При рецидивировании процесса рекомендуется повторная деструкция аногенитальных бородавок на фоне применения неспецифических противовирусных препаратов:

– интерферон гамма 500000 МЕ подкожно 1 раз в сутки через день, на курс 5 инъекций.

К современным высокоактивным противовирусным средствам, разрешенным к применению при папилломавирусной инфекции, следует отнести **Аллокин-альфа**, отечественный препарат природного происхождения с локальным иммуномодулирующим действием (фармакотерапевтическая группа: противовирусное, иммуномодулирующее средство, одобренное к применению Минздравом РФ 22.09.03 г.). Действующим веществом препарата является цитокиноподобный 13-аминокислотный олигопептид аллоферон, получаемый методом пептидного синтеза. Действие препарата направлено на усиление распознавания вирусных антигенов и инфицированных клеток натуральными (естественными киллерами), нейтрофилами и другими эффекторными системами естественного иммунитета, ответственными за элиминацию вируса. Препарат усиливает презентацию антигена вируса и локализует иммунный ответ непосредственно в очаге инфекции, не вызывая избыточных реакций за его пределами. Прямое антивирусное действие препарат оказывает через

блокирование стадии трансляции и разрушения информационной РНК вируса. В системе общего иммунитета Аллокин-альфа вызывает: индукцию интерлейкина-18 с каскадной активацией и количественным увеличением NK-лимфоцитов с фенотипом CD3+CD16+; индукцию ИНФ- γ и, как следствие, дифференцировку иммунного ответа по противовирусной схеме — клеточная дифференцировка Т-хелперов 1-го типа (Th1); стимуляцию и повышение функциональной активности плазменных нейтрофилов; снижение экспрессии гена ингибирующего цитокина TGF- β 1, что является дополнительным механизмом активации противовирусного ответа Т-регуляторных клеток иммунной системы. Препарат стимулирует регенерацию и репаративные процессы, уменьшает выраженность воспалительных процессов.

– Аллокин-альфа назначается подкожно по 1,0 мг на 1 мл 0,9 % раствора хлорида натрия 1 раз в сутки через день, 6 инъекций на курс.

– Панавир суппозитории ректальные, вагинальные 200 мкг на курс 5–10 суппозиториев: по одному через день.

– Лаеннек 5 ампул (10 мл) развести в 250 мл 0,9 % раствора хлорида натрия, вводить в/в капельно в течении 1,5 часов. Курс № 10, с интервалом 2–3 раза в неделю.

Требования к результатам лечения

– клиническое выздоровление.

Половые партнёры подлежат лечению при наличии у них клинической симптоматики.

Тактика ведения пациентов с микст-инфекцией гениталий

Основная проблема, с которой приходится сталкиваться врачам, – высокая частота рецидивов при ассоциации возбудителей воспалительных заболеваний уrogenитального тракта. Поздняя обращаемость, распространение самолечения являются причинами хронизации и осложненного течения заболеваний. Специально разработанных официальных отечественных и зарубежных руководств по лечению микст-инфекции нет. Поскольку обеспечение репродуктивного здоровья нации является одной из ключевых задач государства, целесообразно применение индивидуальных планов лечения, где важно учитывать такие факторы, как вид возбудителя, давность инфицирования, история

предшествовавшей терапии, наличия сопутствующей патогенной и условно-патогенной флоры.

Современная концепция терапевтического подхода должна заключаться не только в устранении факторов провоцирующих воспаление, но и в коррекции иммунных нарушений с одновременной активацией репаративных процессов, что позволит повысить эффективность терапии и снизить вероятность осложнений. Этиотропное лечение основывается на применении препаратов различных групп, активных в отношении основных возбудителей. В настоящее время возможны следующие варианты антибактериальной терапии: оптимальная этиотропная при установленном возбудителе, эмпирическая при неустановленном. Монотерапия – используется один антибиотик, ступенчатая антибактериальная терапия, при которой назначаются два препарата последовательно, дуотерапия (используется два антибиотика одновременно). Пути преодоления резистентности предусматривают дуотерапию; последовательную антибактериальную терапию (смену антимикробного препарата); комбинированную терапию.

У пациентов с микст-инфекцией гениталий обосновано применение антибактериальных препаратов с учетом результатов молекулярно-генетического и бактериологического исследований, химических аналогов нуклеозидов и противовирусных препаратов с иммуномодулирующим эффектом, особенно с преимущественным влиянием на фагоцитарную систему иммунитета, прежде всего Аллокина-альфа, как наиболее подходящего в комплексной терапии по 1,0 мг на 1 мл 0,9 % раствора хлорида натрия подкожно 1 раз в сутки через день, 6 инъекций на курс.

В комплексе с противовирусной терапией назначаются антиоксиданты. Они могут защитить клетки от свободно радикального повреждения и тормозят репликацию вирусов.

Важное значение среди факторов риска снижения локального и системного иммунитета отводится дисбиозу желудочно-кишечного тракта. Использование в лечебной практике биопрепаратов из живых бактерий, представителей нормальной микрофлоры, новое стратегическое направление в терапии и профилактике инфекционных болезней и патологических состояний. Бифидобактерии и лактобациллы, являются эффективными биокор-

ректорами и обладают многофакторным регулирующим и стимулирующим воздействием на организм, устраняют дисбаланс микрофлоры кишечника и нормализуют его функциональное состояние, повышают неспецифическую резистентность организма, участвуют в белковом и жировом обмене, синтезе витаминов, регулируют минеральный и газовый обмен, процессы кишечного всасывания; также установлена их антиканцерогенная и антимуtagenная активность, способность снижать уровень холестерина в крови, выводить токсины и радионуклиды. Биопрепараты применяются:

- для нормализации кишечного микроценоза.
- для нормализации вагинального микроценоза.

Нормоспектр комплексный синбиотик, сочетающий в себе полезные свойства бифидобактерий и лактобацилл, витаминов, минералов и растворимых пищевых волокон. Способствует нормализации микрофлоры кишечника, улучшает функциональное состояние ЖКТ, способствует нормализации обмена веществ, восполняет недостаток витаминов и минералов, повышает неспецифическую резистентность организма.

Нормоспектр по 1 капсуле 3 раза в сутки 20 дней

Алгоритм лечения бактериально-вирусной инфекции гениталий

I этап

Противовирусные препараты с иммуномодулирующим эффектом (Аллокин-альфа 1,0 мг подкожно на 1 мл 0,9 % раствора хлорида натрия 1 раз в день через день, 6 инъекций на курс, антибактериальная терапия: этиотропная при установленном возбудителе или эмпирическая при неустановленном, оптимально назначение макролидов (джозамицин 500 мг 3 раза в сутки 10 дней), с переходом при необходимости на доксициклин (доксициклина моногидрат 100 мг 2 раза в сутки 5–10 дней); в сочетании с противопротозойными препаратами (метронидазол 500 мг 2 раза в сутки перорально в течение 7 дней) и противомикотическими средствами (флуконазол 150 мг).

II этап

Нормоспектр по 1 капсуле 2 раза в сутки 20 дней.

Перламутров Ю. Н.

Современные методы диагностики и лечения инфекций уро-генитального тракта : пособие для врачей / Ю.Н. Перламутров, Н.И. Чернова, И.М. Каримова. – М., 2017. – 19 с.

ISBN 978-5-906782-75-5

ООО «Ай-Пи»

Санкт-Петербург, ул. Некрасова, 40, оф. 13

Заказ № 18 от 28.02.2017. Формат 1/32.

Печать офсетная. Усл. печ. л. 1. Тираж 4500 экз.
