Современные подходы к диагностике и лечению инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполового тракта мужчин.

Неронова Н. А. кмн.,
главный врач «Медицинский центр репродуктивного здоровья»
врач акушер-гинеколог, дерматовенеролог, член «РОДВ»,
«Общества репродуктивной медицины и хирургии»,
«РАГИН»
г. Иркутск, 2016 г.

Нормативные акты:

- 1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 26.04.2016) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- 2. Порядок оказания медицинской помощи по профилю "дерматовенерология" (утв. приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 924н)
- 3. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "урология" (утв. приказом Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2012 г. N 907н)
- 4. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путём, 2015 г. (РОДВ, Российское общество акушеров-гинекологов).
- 5. Российские клинические рекомендации по урологии, 2013
- 6. Федеральные клинические рекомендации «Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов», 2015 г.

- CDC (США, Атланта) Центр по контролю заболеваемости
- FDA (США)
- Протоколы ведения больных наиболее распространёнными инфекциями, передаваемыми половым путём и заболеваниями кожи
- Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1175Н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учёта и хранения»
- Информация о лекарственных средствах для специалистов здравоохранения
- Инструкция к лекарственному препарату

Методы исследования мужчин с ВЗ МПТ:

Возбудитель		Методы исследования
C. trachomatis	патоген	ПЦР (ДНК), NASBA (РНК) + ИФА (Ig. G, A, M, титр)
Ureaplasma spp.	условный патоген	ПЦР, бактериологический посев с определением КОЕ/мл. и антибиотикочувствительности
M. hominis	условный патоген	ПЦР, бактериологический посев с определением КОЕ/мл. и антибиотикочувствительности
T. vaginalis	патоген	Микроскопия,бактериологичес-кий посев, ПЦР, NASBA
M. genitalium	патоген	ПЦР, NASBA
N. gonorrhoeae	патоген	Микроскопия, бактериологический посев с определением антибиотикочувствительности, ПЦР, NASBA

G. vaginalis	условный патоген	Микроскопия, ПЦР «Андрофлора»
Дрожжевые (дрожжеподобные) грибы	условный патоген	Микроскопия, бактериологический посев с определением чувствительности к антимикотикам, ПЦР
HPV	патоген	ПЦР
ВПГ, ЦМВ	патоген	ПЦР, ИФА (Ig. G, A, M, титр, ИА)
Вирус Эпштейна-Барр	патоген	ПЦР, ИФА (Ig. G, A, M), титр, ИА)

T. pallidum	патоген	РМП, ИФА, РПГА, иммуноблот
Вирус гепатита В	патоген	ИФА, ПЦР
Вирус гепатита С	патоген	ИФА, ПЦР
ВИЧ	патоген	ИФА, ПЦР, иммуноблот
	Условно-патогенная микрофлора	1. Бактериологический посев с определением антибиотико-чувствительности 2. ПЦР «Андрофлора»

Диагностика ВПГ с одновременным определением типа

Заявка:

№ пробы: 3005169072

3005169072

Пациент: М 2040

Пол: М

Биоматериал: ПЦР с очага

Дата рождения: 10.03.1979

Заказчик: ИН / Медицинский центр репродуктивного здоровья

Врач: Неронова

Выявление ДНК/РНК возбудителей инфекционных заболеваний методом ПЦР

Показатель	Результат	Норма	Комментарий
ДНК вируса простого герпеса 1 типа	не выявлена	не выявлена	
ДНК вируса простого герпеса 2 типа	**выявлена**	не выявлена	

Комментарий к пробе:

Выявление ДНК возбудителей бактериальных инфекций не может свидетельствовать об их жизнеспособности

Дата 31.05.2016 15:10:36 Исполнитель

ПЦР СПЖ

Заявка: ИН//201

№ пробы: **5406169324**

5406169324

Пациент: **М 001**

Пол: М

Биоматериал: ПЦР сок простаты

Дата рождения: 05.02.1971

Заказчик: ИН / Медицинский центр репродуктивного здоровья

Врач:

Выявление ДНК/РНК возбудителей инфекционных заболеваний методом ПЦР

Показатель	Результат	Норма	Комментарий
ДНК Chlamydia trachomatis	выявлена	не выявлена	
ДНК гонококка (Neisseria gonorrhoeae)	не выявлена	не выявлена	

Комментарий к пробе:

Выявление ДНК возбудителей бактериальных инфекций не может свидетельствовать об их жизнеспособности

Дата 04.06.2016 13:26:10 Исполнитель

Андрофлора

Пол: М **Биоматериал:** ПЦР мазок из урогенитального тракта

Дата рождения: 21.04.1993

Заказчик: ИН / Медицинский центр репродуктивного здоровья **Врач:**

ПЦР комплекс <Андрофлора количественный>

Показатель	Результат	Ед. изм.	Норма	Комментарий
Общая бактериальная масса	10 в 5 ст.	КОЕ/мл		
Контроль взятия материала	количество клеток эпителия >10^4 ГЭ		количество клеток эпителия >10^4 ГЭ	
Enterobacterium spp.	1,00	КОЕ/мл		
Отн. показатель Enterobacterium spp.	**-5,0**		- 2,1 - -1,1	отсутствует
Streptococcus spp.	2,00*10 в 3 ст.	КОЕ/мл		
Отн. показатель Streptococcus spp.	-1,7		- 2,1 - -1,1	умеренно увеличенное количествослабо увеличенное количество
Staphylococcus spp.	1,26*10 в 3 ст.	КОЕ/мл		
Отн. показатель Staphylococcus spp.	-1,9		- 2,1 - -1,1	умеренно увеличенное количество
Gardnerella vaginalis/Prevotella bivia/Porphyromonas spp.	1,26*10 в 4 ст.	КОЕ/мл		
Отн. показатель Gardnerella/Prevotella/Porphyromonas	**-0,9**		- 2,1 - -1,1	значительно увеличенное количество
Gardnerella/Prevotella/Porphyromonas, % от общей бактериальной массы	**12,59**	**%**	0,00 - 1,00	
Eubacterium spp.	3,16*10 в 4 ст.	КОЕ/мл		
Отн. показатель Eubacterium spp.	**-0,5**		- 2,1 - -1,1	значительно увеличенное количество
Sneathia spp/Leptotrichia spp./Fusobacterium spp.	3,16*10 в 3 ст.	КОЕ/мл		
Отн. показатель Sneathia/Leptotrichia/Fusobacterium	-1,5		- 2,1 - -1,1	умеренно увеличенное количество
Megasphaera spp./Veilonella spp./Dialister spp.	2,00*10 в 3 ст.	КОЕ/мл		
Отн. показатель Megasphaera/Veilonella/Dialister	-1,7		- 2,1 - -1,1	умеренно увеличенное количество
Lachnobacterium spp./Clostridium spp.	1,00	КОЕ/мл		
Отн. показатель Lachnobacterium spp./Clostridium spp.	**-5,0**		- 2,1 - -1,1	отсутствует
Mobiluncus spp./Corynebacterium spp.	10 в 3 ст.	КОЕ/мл		
Отн. показатель Mobiluncus spp./Corynebacterium spp.	-2,0		- 2,1 - -1,1	умеренно увеличенное количество
Peptostreptococcus spp.	5,01*10 в 3 ст.	КОЕ/мл		
Отн. показатель Peptostreptococcus spp.	-1,3		- 2,1 - -1,1	умеренно увеличенное количество
Atopobium vaginae	6,31*10 в 2 ст.	КОЕ/мл		
Отн. показатель Atopobium vaginae	**-2,2**		- 2,1 - -1,1	отсутствует
Atopobium	0,63	**%**	0,00 - 1,00	
Mycoplasma hominis	1	КОЕ/мл	0 - 10 в 4 ст.	не выявлена
Mycoplasma genitalium	не выявлена		не выявлена	
Ureaplasma (urealyticum + parvum)	**1,26*10 в 4 ст.**	КОЕ/мл	0 - 10 в 4 ст.	выявлена
Candida spp.	**1,58*10 в 3 ст.**	КОЕ/мл	0 - 10 в 3 ст.	выявлена

Заявка:

№ пробы: 2505169487

2505169487

Пациент: Ж 3011

Пол: Ж

Биоматериал: ПЦР мазок из урогенитального тракта

Дата рождения: 23.10.1991

Заказчик: ИН / Медицинский центр репродуктивного здоровья

Врач:

Выявление ДНК/РНК возбудителей инфекционных заболеваний методом ПЦР

Показатель	Результат	Норма	Комментарий
ДНК Chlamydia trachomatis	не выявлена	не выявлена	
ДНК Mycoplasma hominis	не выявлена	не выявлена	
ДНК Mycoplasma genitalium	не выявлена	не выявлена	
ДНК Ureaplasma urealyticum	не выявлена	не выявлена	
ДНК Ureaplasma parvum	**выявлена**	не выявлена	
ДНК Trichomonas vaginalis	не выявлена	не выявлена	
ДНК гонококка (Neisseria gonorrhoeae)	не выявлена	не выявлена	

Комментарий к пробе:

Выявление ДНК возбудителей бактериальных инфекций не может свидетельствовать об их жизнеспособности

Дата 25.05.2016 16:20:34 Исполнитель

Остроконечные кондиломы. ВПЧ. Лечить?

Нет клинических проявлений. ПЦР. Лечить?

Количественное типирование ВПЧ-квант-21

Показатель	Результат	Ед. изм.	Норма	Комментарий
log концентрации эпителиальных клеток	4,6		4 - 10	материал адекватный
Концентрация эпителиальных клеток	3,98*10 в 4 ст.	копий/образец	10 в 4 ст. - 10 в 7 ст.	

ВПЧ-квант-21 / типы высокого онкориска

Показатель	Результат	Ед. изм.	Норма	Комментарий
ДНК ВПЧ 31 типа / ВПЧ-квант-21	выявлена		не выявлена	
ДНК ВПЧ 31 типа, log абсолютной концентрации	4,6	log	0 - 3	клинически значимая концентрация
ДНК ВПЧ 31 типа, абсолютная концентрация	3,98*10 в 4 ст.	копий/образец	?	
ДНК ВПЧ 31 типа, относительная концентрация	10 в 5 ст.	копий/10^5 клеток	?	
ДНК ВПЧ 35 типа / ВПЧ-квант-21	не выявлена		не выявлена	
ДНК ВПЧ 16 типа / ВПЧ-квант-21	не выявлена		не выявлена	
ДНК ВПЧ 52 типа / ВПЧ-квант-21	не выявлена		не выявлена	
ДНК ВПЧ 33 типа / ВПЧ-квант-21	выявлена		не выявлена	
ДНК ВПЧ 33 типа, log абсолютной концентрации	5,7	log	0 - 3	клинически значимая концентрация
ДНК ВПЧ 33 типа, абсолютная концентрация	5,01*10 в 5 ст.	копий/образец	?	
ДНК ВПЧ 33 типа, относительная концентрация	1,26*10 в 6 ст.	копий/10^5 клеток	?	
ДНК ВПЧ 68 типа / ВПЧ-квант-21	не выявлена		не выявлена	
ДНК ВПЧ 45 типа / ВПЧ-квант-21	выявлена		не выявлена	
ДНК ВПЧ 45 типа, log абсолютной концентрации	7,2	log	0 - 3	клинически значимая концентрация
ДНК ВПЧ 45 типа, абсолютная концентрация	1,58*10 в 7 ст.	копий/образец	?	
ДНК ВПЧ 45 типа, относительная концентрация	3,98*10 в 7 ст.	копий/10^5 клеток	?	
ДНК ВПЧ 82 типа / ВПЧ-квант-21	выявлена		не выявлена	
ДНК ВПЧ 82 типа, log абсолютной концентрации	6,2	log	0 - 3	клинически значимая концентрация
ДНК ВПЧ 82 типа, абсолютная концентрация	1,58*10 в 6 ст.	копий/образец	?	
ДНК ВПЧ 82 типа, относительная концентрация	3,98*10 в 6 ст.	копий/10^5 клеток	?	
ДНК ВПЧ 51 типа / ВПЧ-квант-21	не выявлена		не выявлена	
ДНК ВПЧ 18 типа / ВПЧ-квант-21	выявлена		не выявлена	
ДНК ВПЧ 18 типа, log абсолютной концентрации	4,8	log	0 - 3	клинически значимая концентрация
ДНК ВПЧ 18 типа, абсолютная концентрация	6,31*10 в 4 ст.	копий/образец	?	
ДНК ВПЧ 18 типа, относительная концентрация	1,58*10 в 5 ст.	копий/10^5 клеток	?	
ДНК ВПЧ 39 типа / ВПЧ-квант-21	не выявлена		не выявлена	
ДНК ВПЧ 58 типа / ВПЧ-квант-21	выявлена		не выявлена	
ДНК ВПЧ 58 типа, log абсолютной концентрации	5,2	log	0 - 3	клинически значимая концентрация
ДНК ВПЧ 58 типа, абсолютная концентрация	1,58*10 в 5 ст.	копий/образец	?	
ДНК ВПЧ 58 типа, относительная концентрация	3,98*10 в 5 ст.	копий/10^5 клеток	?	
ДНК ВПЧ 66 типа / ВПЧ-квант-21	не выявлена		не выявлена	
ДНК ВПЧ 26 типа / ВПЧ-квант-21	не выявлена		не выявлена	
ДНК ВПЧ 53 типа / ВПЧ-квант-21	выявлена		не выявлена	
ДНК ВПЧ 53 типа, log абсолютной концентрации	6,2	log	0 - 3	клинически значимая концентрация
ДНК ВПЧ 53 типа, абсолютная концентрация	1,58*10 в 6 ст.	копий/образец	?	
ДНК ВПЧ 53 типа, относительная концентрация	3,98*10 в 6 ст.	копий/10^5 клеток	?	
ДНК ВПЧ 59 типа / ВПЧ-квант-21	выявлена		не выявлена	
ДНК ВПЧ 59 типа, log абсолютной концентрации	6,3	log	0 - 3	клинически значимая концентрация
ДНК ВПЧ 59 типа, абсолютная концентрация	2,00*10 в 6 ст.	копий/образец	?	
ДНК ВПЧ 59 типа, относительная концентрация	5,01*10 в 6 ст.	копий/10^5 клеток	?	
ДНК ВПЧ 56 типа / ВПЧ-квант-21	выявлена		не выявлена	
ДНК ВПЧ 56 типа, log абсолютной концентрации	5,4	log	0 - 3	клинически значимая концентрация
ДНК ВПЧ 56 типа, абсолютная концентрация	2,51*10 в 5 ст.	копий/образец	?	
ДНК ВПЧ 56 типа, относительная концентрация	6,31*10 в 5 ст.	копий/10^5 клеток	?	
ДНК ВПЧ 73 типа / ВПЧ-квант-21	выявлена		не выявлена	
ДНК ВПЧ 73 типа, log абсолютной концентрации	6,5	log	0 - 3	клинически значимая концентрация
ДНК ВПЧ 73 типа, абсолютная концентрация	3,16*10 в 6 ст.	копий/образец	?	
ДНК ВПЧ 73 типа, относительная концентрация	7,94*10 в 6 ст.	копий/10^5 клеток	?	

ВПЧ-квант-21 / типы низкого онкориска

Показатель	Результат	Ед. изм.	Норма	Комментарий
ДНК ВПЧ 6 типа / ВПЧ-квант-21	не выявлена		не выявлена	
ДНК ВПЧ 44 типа / ВПЧ-квант-21	выявлена		не выявлена	
ДНК ВПЧ 44 типа, log абсолютной концентрации	4,9	log	0 - 3	клинически значимая концентрация
ДНК ВПЧ 44 типа, абсолютная концентрация	7,94*10 в 4 ст.	копий/образец	?	
ДНК ВПЧ 44 типа, относительная концентрация	2,00*10 в 5 ст.	копий/10^5 клеток	?	
ДНК ВПЧ 11 типа / ВПЧ-квант-21	выявлена		не выявлена	
ДНК ВПЧ 11 типа, log абсолютной концентрации	7,6	log	0 - 3	клинически значимая концентрация
ДНК ВПЧ 11 типа, абсолютная концентрация	3,98*10 в 7 ст.	копий/образец	?	
ДНК ВПЧ 11 типа, относительная концентрация	10 в 8 ст.	копий/10^5 клеток	?	

Количественное типирование ДНК ВПЧ-квант-21 проведено дважды с перевыделением ДНК.

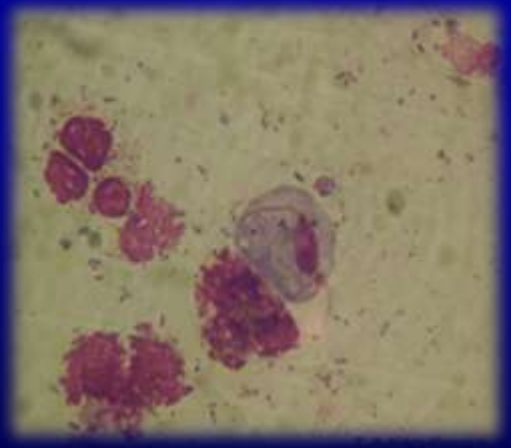
Выявление ДНК возбудителей бактериальных инфекций не может свидетельствовать об их жизнеспособности

A.Garolla и соавт., Италия « <u>Исходы естественного зачатия и ЭКО: новые данные о ВПЧ в сперме</u>»., Fertility and Sterility», 2016; 105:1

«…Было отмечено повышение частоты выкидыша у инфицированных пар (62,5% против 14,2%)…».

Д.В.РЮМИН , Н.И.СЮЧ , Н.Н.ЛАШЕНКОВА
«ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАЗНЫХ МЕТОДОВ ОКРАСКИ МИКРОПРЕПАРАТОВ И НАТИВНЫХ МАЗКОВ ПРИ МИКРОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СОСКОБОВ ИЗ УРЕТРЫ У МУЖЧИН, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АСИМПТОМНЫМ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ТРИХОМОНИАЗОМ»
14-17 июня 2016 г. съезд дерматовенерологов г. Москва

«…в нашем сравнительном исследовании можно расположить в порядке убывания следующим образом: окраска акридиновым оранжевым (85,5%);
окраска по Романовскому-Гимзе (75,4%);
окраска метиленовым синим (49,3%);
окраска по Граму (13,0%);
нативный мазок (5,8%)…»



Бактериологический посев на *Trichomonas vaginalis* с последующей детекцией ПЦР

Заявка:

№ пробы: 3005167596

3005167596

Пациент: **М 1001**

Пол: М

Биоматериал: ПЦР культуральная жидкость

Дата рождения: 21.04.1993

Заказчик: ИН / Медицинский центр репродуктивного здоровья

Врач:

Посев на трихомонаду с ПЦР-детекцией возбудителя

Показатель	Результат	Норма	Комментарий
ДНК Trichomonas vaginalis	не выявлена	не выявлена	

Комментарий к пробе:

Выявление ДНК возбудителей бактериальных инфекций не может свидетельствовать об их жизнеспособности

Дата 31.05.2016 11:19:27 Исполнитель

Сроки получения клинического материала с учётом применения антибактериальных лекарственных препаратов:

-для идентификации культуральным методом, NASBA - не ранее, чем через 14 дней после окончания приёма препаратов,

- на основании ПЦР - не ранее, чем через 30 дней после приёма препаратов

A63.8 УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ *UREAPLASMA SPP., MYCOPLASMA HOMINIS*

- Доксициклина моногидрат 100 мг. перорально 2 раза в сутки в течение 10 дней
- Джозамицин 500 мг. 3 раза в сутки в течение 10 дней

При показаниях длительность лечения увеличивается до 14 дней

Федеральные клинические рекомендации РОДВ и Российское общество акушеров-гинекологов 2015 г.

A63.8 УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ *UREAPLASMA SPP., MYCOPLASMA HOMINIS*

- Доксициклина моногидрат 100 мг. перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней
- Кларитромицин 500 мг. 2 раза в сутки 7 дней

При показаниях длительность лечения увеличивается до 14 дней

Федеральные клинические рекомендации «Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов», 2015 г..

A63.8 УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ *MYCOPLASMA GENITALIUM*

- Доксициклина моногидрат 100 мг.
  2 раза в сутки 10 дней
- Джозамицин 500 мг. 3 раза в сутки 10 дней
- Альтернативный препарат
  Офлоксацин 400 мг. 2 раза в сутки
  перорально 10 дней

При осложнённых формах лечение увеличивается до 21 дня

Федеральные клинические рекомендации РОДВ и Российское общество акушеров-гинекологов 2015 г.

А63.8 УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ *MYCOPLASMA GENITALIUM*

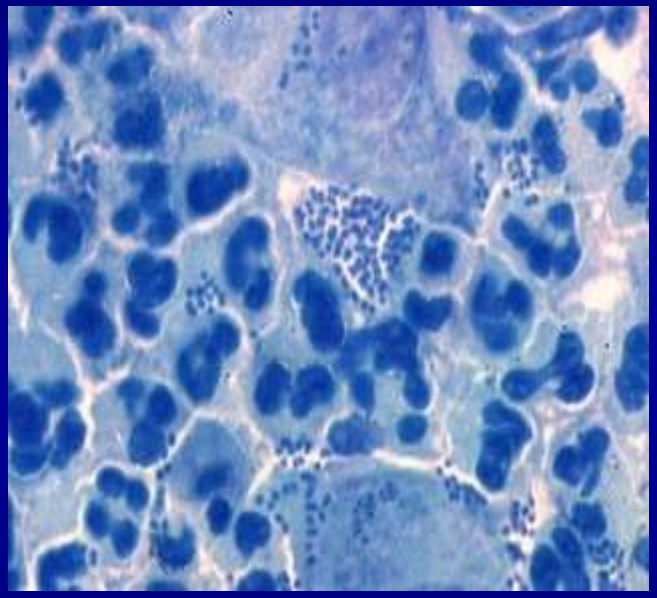
- Азитромицин 500 мг.-1й день, затем 250 мг. внутрь 2-5 дней
- Моксифлоксацин 400 мг. 1 раз в день-5дней (до 10-14 дней)

Федеральные клинические рекомендации «Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов», 2015 г.

А54 ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

Лечение гонококковой инфекции нижних отделов МПТ без абсцедирования парауретральных и придаточных желёз, гонококкового фарингита и гонококковой инфекции аноректальной области:

- Цефтриаксон 500 мг внутримышечно однократно
- Цефиксим 400 мг. перорально однократно
- Альтернативный препарат Спектиномицин 2,0 г. внутримышечно однократно



Федеральные клинические рекомендации РОДВ и Российское общество акушеров-гинекологов 2015 г.

А54 ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

Лечение гонококковой инфекции нижних отделов МПТ с абсцедированием парауретральных и придаточных желёз, гонококкового пельвиоперитонита и другой гонококковой инфекции мочеполовых органов :

- Цефтриаксон 1,0 г внутримышечно или внутривенно-14 дней
- Цефотаксим 1,0 г. внутривенно 3 раза в сутки-14 дней
- Альтернативный препарат Спектиномицин 2,0 г. внутримышечно 2 раза в сутки
- Цефиксим 400 мг. 2 раза в сутки-14 дней

А54 ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

Цефтриаксон 1 г. в/м (Цефиксим 800 мг.) однократно + Азитромицин 1,0-1,5 г. перорально

При известной чувствительности
Цефиксим 400 мг. или Азитромицин 1,0-1,5 г.

Федеральные клинические рекомендации «Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов», 2015 г.

Кубанов А.А. и соавт. «Мониторинг антибиотикорезистентности N.Gon. на территории РФ:современное состояние»
Съезд дерматовенерологов г. Москва 14-17 июня 2016 г.

«…Установлен высокий уровень генетического разнообразия российской популяции N.Gon., существенно отличающийся от NG-MAST типов, циркулирующих в США и странах Европы…

устойчивость к пенициллину-58,6%, тетрациклину-56,2%, ципрофлоксацину-39%

чувствительность к азитромицину-91,4%, спектиномицину-98,4, цефтриаксону-99,2%

А54 Хламидийная инфекция

Лечение хламидийных инфекций нижнего отдела МПТ, аноректальной области, хламидийного фарингита, коньюнктивита:

- Доксициклина моногидрат 100 мг.

  2 раза в сутки 7 дней
- Джозамицин 500 мг. 3 раза в сутки 7 дней
- Азитромицин 1,0 перорально однократно
- Альтернативный препарат

  Офлоксацин 400 мг. 2 раза в сутки перорально 7 дней

Федеральные клинические рекомендации РОДВ и Российское общество акушеров-гинекологов 2015 г.

A54 Хламидийная инфекция

Лечение хламидийных инфекций верхних отделов МПТ, ОМТ и других органов:

- Доксициклина моногидрат 100 мг.

  2 раза в сутки от 14-21 дня
- Джозамицин 500 мг. 3 раза в сутки от 14-21 дня
- Альтернативный препарат Офлоксацин 400 мг. 2 раза в сутки перорально 14-21 дня

Федеральные клинические рекомендации РОДВ и Российское общество акушеров-гинекологов 2015 г.

А59 Урогенитальный трихомониаз

Перорально:

- Метронидазол 500 мг. 2 раза в сутки 7 дней
- Орнидазол 500 мг. 2 раза в сутки 5 дней
- Тинидазол 500 мг. 2 раза в сутки 5 дней

Альтернативные схемы: перорально

- Метронидазол 2,0 г. однократно
- Орнидазол 1,5 г. однократно
- Тинидазол 2,0 г. однократно

Федеральные клинические рекомендации РОДВ и Российское общество акушеров-гинекологов 2015 г.

A59 Урогенитальный трихомониаз

Лечение осложнённого и рецидивирующего:

- Метронидазол 500 мг. 3 раза в сутки 7 дней
- Орнидазол 500 мг. 2 раза в сутки 10 дней

Альтернативные схемы: перорально

- Метронидазол 2,0 г. 5 дней
- Тинидазол 2,0 г. 1 раз в сутки 3 дня

Федеральные клинические рекомендации РОДВ и Российское общество акушеров-гинекологов 2015 г.

А63.0 Аногенитальные (венерические) бородавки

1. Деструкция

-цитотоксические методы

-химические методы

-физические методы

-хирургическое иссечение

2. Иммуномодуляторы

- для местного применения

- для системного применения

3. Вакцинопрофилактика (мужчины с 9-26 лет)

В 37 Урогенитальный кандидоз

Баланопостит:

Натамицин 2% крем 1-2 раза в сутки-7дней

Клотримазол 1% крем 2 раза в сутки 7 дней

Флуконазол 150 мг. перорально 1 раз

Итраконазол 200 мг. 1 раз в сутки-

3 дня

Федеральные клинические рекомендации РОДВ и Российское общество акушеров-гинекологов 2015 г.

А 60 Генитальный герпес

Первичный эпизод ГГ:

Ацикловир 200 мг 5 раз в сутки-7-10 дней

400 мг 3 раза в сутки- 7-10 дне

Валацикловир 500 мг. 2 раза в сутки 7-10 дней

Фамцикловир 250 мг. 3 раза в сутки 7-10 дней

Рецидив ГГ:

Ацикловир 200 мг 5 раз в сутки-5 дней

400 мг 3 раза в сутки- 5дней

800 мг 3 раза в сутки-5 дней

Валацикловир 500 мг. 2 раза в сутки – 5 дней

1,0 г. 2 раза в сутки - 1 день

Фамцикловир 125 мг. 2 раза в сутки – 5 дней

1,0 г. 2 раза в сутки – 1 день

И.И. Мечников «…*Воспаление-реакция защитная по своей биологической сути, но, к сожалению, для организма не всегда достигающая совершенства».*

Трудности лечения хронического процесса:

- длительное рецидивирующее течение,
- многообразие этиологических факторов,
- многообразие патогенетических механизмов,
- вовлечение нескольких систем организма — эндокринной, нервной, сосудистой, иммунной и т.д.

НО! Доктор ограничен количеством одновременно назначаемых лекарственных средств!

(Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1175Н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учёта и хранения»)

Полиоксидоний®

Международное непатентованное название: Азоксимера бромид

Инновационный иммуномодулятор,

не требующий предварительного обязательного иммунологического исследования

Показан при острых и хронических инфекционных воспалительных процессах

С 2007 г. Полиоксидоний® внесен в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП)

эффекты:

Иммуномодулирующий:

- **Усиливает синтез цитокинов и клеток фагоцитоза**
- **Активирует их миграцию в очаг воспаления**
- **Усиливает исходно-пониженную цитотоксичность NK-клеток**

Антиоксидантный, детоксицирующий:

- **Удаляет из организма кислородные радикалы, что позволяет снизить остроту воспалительного процесса**

Выпускается в форме

-таблеток,

-суппозиториев для вагинального и ректального применения,

-лиофилизата для приготовления раствора для инъекций и местного применения.

Е.А. Султанова «Применение препарата Полиоксидоний в лечении хронического простатита», Эффективная фармакотерапия, №32, 2014 г.

«… включение Полиоксидония в состав терапии позволяет удлинить ремиссию заболевания по меньшей мере в два раза (с двух-трех до шести месяцев). Принципиальных отличий во влиянии различных форм Полиоксидония (инъекции и суппозитории) на клиническую картину и показатели иммунного статуса обнаружено не было.

Т. И. Деревянко, Э.В. Рыжкова, С.А. Толчанов «Применение препарата Полиоксидоний при лечении женщин с хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями нижних отделов мочевых путей» Эффективная фармакотерапия. Урология. , №2, 2012 г.

На фоне добавления полиоксидония к традиционной терапии дизурия, лейкоцитурия купировались в 2 раза быстрее, сроки полного заживления послеоперационных ран уменьшились с 10-11 дней до 6-7 дней.

Ю.С. Кондратьева, А.И. Неймарк, Я.Д. Желтикова «<u>Эффективность комплексной терапии хронических рецидивирующих циститов у женщин, протекающих на фоне урогенитальных инфекций</u>» . Российский вестник акушера-гинеколога., №6,2014 г.

- « … После проводимой терапии с включением в схему лечения пациенток с ХЦ, протекающим на фоне урогенитальной инфекции, иммуномодулирующего препарата Полиоксидония наблюдались выраженная положительная клиническая динамика основных симптомов заболевания, ликвидация лабораторных признаков воспаления, значительный процент элиминации возбудителей, нормализация показателей иммунного статуса…»

«Лонгидаза»:

1. **Не имеет аналогов в мире**
2. ***Полифункциональный* ферментный препарат.**
3. **Пролонгированное действие для лечения заболеваний, сопровождающихся гиперплазией соединительной ткани.**

Гиалуронидаза с высокомолекулярным носителем

Фармакотерапевтическая группа: ферментное средство
Код АТХ: V03AX

«Лонгидаза»: формы выпуска

Лиофилизат для приготовления раствора для внутримышечного и подкожного введения 3000 МЕ* 5 флаконов

Суппозитории для вагинального или ректального введения 3000 МЕ* 10 суппозиториев

Преимущества Лонгидазы:

- ✓ Пролонгированное действие (введение 1 раз в 3-5 дней)
- ✓ Хорошая переносимость, отсутствие побочных эффектов
- ✓ Устойчивость к действию ингибиторов (в 10 раз сильнее, чем у «Лидазы»)
- ✓ Термостабильность в течение длительного времени
- ✓ Выраженные противофиброзные и противовоспалительные свойства
- ✓ Хорошая переносимость. Назначение в острую и хроническую фазу воспаления.
- ✓ Удобство применения - 2 формы выпуска

ОПИСАННЫЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ МОЖЕТ БЫТЬ РЕАЛИЗОВАН ТОЛЬКО В РЕЗУЛЬТАТЕ КОНЪЮГАЦИИ ГИАЛУРОНИДАЗЫ И ВЫСОКОМОЛЕКУЛЯРНОГО НОСИТЕЛЯ

. Л.А. Ходырева , А.А. Дударева, В.К. Карпов «Лонгидаза в комплексной терапии хронического простатита» Эффективная фармакотерапия . Урология., №32, 2014 г.

Лонгидаза 3000 МЕ в/м 1 раз в 5 дней № 10

Эффективность лечения ХП (БХП и АХП) с применением лонгидазы - 82,1% в сравнении с группой пациентов, которым проводилась стандартная терапия - 71,4%.

Лонгидаза 3000 МЕ ректально по 1 свече через день №10, затем по 1 свече через 2 дня №10

Эффективность лечения - клинический индекс ХП уменьшился с 27±9 до 13±6

в сравнении с группой пациентов, которым проводилась стандартная терапия клинический индекс уменьшился с 25±8 до 19±6

2. А.Г. Мартов, Д.В. Ергаков «Эндоскопическое лечение ятрогенных стриктур уретры: профилактика рецидивов с помощью Лонгидазы» Эффективная фармакотерапия. Урология , №47, 2014 г.

- *44 пациентам после уретротомии вводили внутрикавернозно интраоперационно в бульбозный отдел уретры 3000 МЕ Лонгидазы, с последующей системной терапией (в/м 3000 МЕ 1 раз в 4 дня), что снизило частоту рецидивов стриктур уретры (менее 1 см.) с 15,5 % до 7,5% . Аллергическая реакция была отмечена у 2х человек.*
- *Профиль безопасности удовлетворительный: ОАК, БАК, ЭКГ без изменений*

Благодарю за внимание!