



USAID
ОТ АМЕРИКАНСКОГО НАРОДА



Институт Здоровья Семьи



Проект «Мать и дитя»



ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

**Руководство для дерматовенерологов,
акушеров-гинекологов, урологов,
инфекционистов, педиатров, семейных
врачей и руководителей здравоохранения**

Руководство «Инфекции, передаваемые половым путем»

Руководство включает основные вопросы эпидемиологии и профилактики инфекций, передаваемых половым путем, диагностику и лечение сифилиса, гонореи, хламидийной инфекции, трихомониаза, ведение пациентов, инфицированных вирусами папилломы человека, герпеса, иммунодефицита человека, гепатитов В и С. В Руководстве представлен синдромально-нозологический подход к диагностике и лечению некоторых распространенных заболеваний репродуктивной системы у мужчин и женщин — вагинитов, цервицитов, уретритов и других. Разъясняется значение условно-патогенных микроорганизмов в этиологии некоторых урологических и гинекологических заболеваний. Руководство предназначено для руководителей здравоохранения, дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов и семейных врачей. Оно будет полезно педиатрам, неонатологам, врачам-лаборантам, а также врачам других специальностей, чья деятельность связана с проблемами репродуктивного здоровья населения.

Руководство разработано Институтом здоровья семьи в 2009 г. при поддержке ведущих российских экспертов в рамках сотрудничества с Ассоциацией медицинских и фармацевтических вузов России, при финансовой поддержке Агентства США по международному развитию (USAID) в рамках соглашения № 188-A-00-06-007-00 с Институтом здоровья семьи.

Любые предложения и замечания по поводу Руководства просим высылать в адрес Института здоровья семьи:

119049, Москва, ул. Коровий Вал, дом 7, офис 175
Тел. (495) 937 3623, факс (495) 937 3680
Адрес в Интернете: <http://www.ifhealth.ru/>

Мнения, выраженные в этом издании, не обязательно отражают мнения Правительства США и Агентства США по международному развитию.

© Институт здоровья семьи, 2009

Оглавление

Рабочая группа по созданию Руководства	2
Сокращения	4
Предисловие	5
Организация работы по борьбе с ИППП	9
Эпидемиология ИППП	9
Организация медицинской помощи пациентам с ИППП	11
Эффективные программы борьбы с ИППП среди населения	12
Оказание медицинской помощи пациентам с ИППП	19
Изучение анамнеза для оценки риска ИППП	19
Объективное обследование	21
Лабораторная диагностика ИППП	22
Технология получения клинического материала для лабораторного исследования	25
Консультирование	28
ИППП и контрацепция	30
Принципы ведения пациентов с ИППП и обследования половых партнеров	35
Отчетность при выявлении случая ИППП	36
Оценка готовности медицинского учреждения оказывать медицинскую помощь по ИППП	37
Ведение пациентов с инфекциями, передаваемыми половым путем	40
Сифилис	40
Гонококковая инфекция	53
Урогенитальная хламидийная инфекция	62
Урогенитальный трихомониаз	68
Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция	70
Аногенитальные бородавки (аногенитальная папилломавирусная инфекция)	77
ВИЧ-инфекция	87
Вирусные гепатиты В и С	99
Урогенитальные синдромы и заболевания, требующие обследования на ИППП	107
Урогенитальные синдромы и заболевания у мужчин и женщин, требующие обследования на ИППП	107
<i>Заболевания, сопровождающиеся эрозивно-язвенными поражениями половых органов</i>	107
<i>Уретрит</i>	112
Урогенитальные синдромы и заболевания у женщин, требующие обследования на ИППП	116
<i>Заболевания и синдромы, характеризующиеся выделениями из влагалища</i> <i>Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)</i>	116
<i>Воспалительные заболевания шейки матки</i>	128
134	
Урогенитальные синдромы и заболевания у мужчин, требующие обследования на ИППП	136
<i>Эпидидимит</i>	136
<i>Баланопостит</i>	139
<i>Простатит</i>	141
Приложения	146
Приложение 1. Консультирование по использованию презерватива	146
Приложение 2. Пособие по консультированию по планированию семьи. Модель «ПОМОГИ»	151
Приложение 3. Информирование пациента с ИППП о необходимости обследования его партнеров	153
Приложение 4. Приказ Минздрава об утверждении инструкции по заполнению отчетной формы	154
Приложение 5. Форма экстренного извещения	162
Приложение 6. Консультирование по поводу АРВ-терапии при ВИЧ-инфекции	165

Рабочая группа по созданию Руководства

Общая редакция:

Вартапетова Наталья Вадимовна — руководитель проекта «Мать и дитя», генеральный директор Института здоровья семьи, к. м. н.

Карпушкина Анна Викторовна — координатор проекта «Мать и дитя», заместитель директора Института здоровья семьи по вопросам здравоохранения, д. м. н.

Кисина Вера Ивановна — профессор кафедры кожных и венерических болезней Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, д. м. н.

В создании Руководства участвовали:

Анкирская Алла Семеновна — заведующая лабораторией микробиологии ФГУ НЦ акушерства, гинекологии, перинатологии им. В. И. Кулакова Росмедтехнологий, д. м. н.

Бондаренко Татьяна Федоровна — советник по медицинским вопросам Фонда развития и поддержки профилактических программ «Санам», к. м. н.

Винаров Андрей Зиновьевич — профессор кафедры урологии Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, д. м. н.

Гущин Александр Евгеньевич — заведующий лабораторией молекулярной диагностики и эпидемиологии инфекций органов репродукции ФГУН «ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора», руководитель Референс-центра по лабораторной диагностике и мониторингу за ИППП Роспотребнадзора, к. б. н.

Голиусов Александр Александрович — ассистент кафедры инфекционных болезней Московского государственного медико-стоматологического университета, к. м. н.

Доля Ольга Валентиновна — доцент кафедры кожных и венерических болезней ФППОВ Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, д. м. н. (раздел «Сифилис»)

Забиров Константин Ильгизарович — профессор Городской клинической урологической больницы № 47 г. Москвы, д. м. н.

Зудин Александр Борисович — исполнительный директор Ассоциации медицинских и фармацевтических вузов России, к. м. н.

Костин Игорь Николаевич — доцент кафедры акушерства и гинекологии Российского государственного университета дружбы народов, к. м. н.

Лосева Ольга Казимировна — профессор кафедры дерматовенерологии Государственного института повышения квалификации врачей Министерства обороны РФ, д. м. н.

Никонов Андрей Павлович — профессор кафедры акушерства и гинекологии Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, д. м. н.

Перламутров Юрий Николаевич — заведующий кафедрой кожных и венерических болезней Московского государственного медико-стоматологического университета, профессор, д. м. н.

Прилепская Вера Николаевна — заместитель директора по научной работе ФГУ НЦ акушерства, гинекологии, перинатологии им. В. И. Кулакова Росмедтехнологий, профессор, д. м. н.

Радзинский Виктор Евсеевич — заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Российского государственного университета дружбы народов, профессор, д. м. н.

Роговская Светлана Ивановна — ведущий научный сотрудник ФГУ НЦ акушерства, гинекологии, перинатологии им. В. И. Кулакова Росмедтехнологий, д. м. н.

Сафронова Елена Ивановна — специалист по клиническим вопросам Института здоровья семьи

Фомин Юрий Алексеевич — доцент кафедры инфекционных болезней с курсом лабораторной диагностики СПИДа Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, главный инфекционист Ленинградской области, заместитель главного врача Республиканской инфекционной клинической больницы, к. м. н.

Чернова Надежда Ивановна — доцент кафедры кожных и венерических болезней Московского государственного медико-стоматологического университета, к. м. н.

Шабалова Ирина Петровна — профессор кафедры клинической лабораторной диагностики Российской медицинской академии последипломного образования, д. м. н.

Швабский Олег Рудольфович — главный специалист по клиническим вопросам Института здоровья семьи

Шешко Елена Леонидовна — специалист по репродуктивному здоровью и планированию семьи Института здоровья семьи, доцент, к. м. н.

Рецензенты:

ФГУ Федеральный институт развития образования — регистрационный номер рецензии № 539 от 3 сентября 2009 г.

Экспертный совет по рецензированию учебных изданий Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова

Кузьмин Владимир Николаевич — профессор кафедры репродуктивной медицины и хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета, руководитель Центра перинатальных инфекций, д. м. н.

Соколовский Евгений Владиславович — проректор по научной работе Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, заведующий кафедрой дерматовенерологии СПбГМУ, профессор, д. м. н.

Сокращения

АРВ — антиретровирусная (терапия), антиретровирусные (препараты)
ВГВ — вирус гепатита В, вирусный гепатит В
ВГС — вирус гепатита С, вирусный гепатит С
ВЗОМТ — воспалительные заболевания органов малого таза
ВИЧ — вирус иммунодефицита человека
ВМС — внутриматочные средства контрацепции
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
ВПГ — вирус простого герпеса
ВПЧ — вирус папилломы человека
ДНК — дезоксирибонуклеиновая кислота
ИЗС — Институт здоровья семьи
ИППП — инфекции, передаваемые половым путем
ИФА — иммуноферментный анализ
КВД — кожно-венерологический диспансер
ЛПР — ложноположительные серологические реакции на сифилис
МАНК — методы амплификации нуклеиновых кислот
Минздравсоцразвития — Министерство здравоохранения и социального развития РФ
МКБ-10 — международная классификация болезней 10-го пересмотра
НТТ — нетрепонемные тесты
ПИФ — метод прямой иммунофлюоресценции
ПЦР — полимеразная цепная реакция
РИТ — реакция иммобилизации бледных трепонем
РИФ — реакция иммунофлюоресценции
РМП — реакция микропреципитации
РНК — рибонуклеиновая кислота
РПГА — реакция пассивной гемагглютинации
Роспотребнадзор — Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
РСКк — реакция связывания комплемента с кардиолипиновым антигеном
СМЖ — спинномозговая жидкость
СОЭ — скорость оседания эритроцитов
ТТ — трепонемные тесты
ХПН — хроническая почечная недостаточность
RPR — быстрый плазмореагиновый тест
SDA — реакция со сдвигом цепи
TMA — реакция транскрипционной амплификации
VDRL — реакция преципитации инактивированной сыворотки с кардиолипиновым антигеном

Предисловие

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), в том числе ВИЧ-инфекция, являются глобальной угрозой здоровью людей¹.

В постановлении Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715 «Об утверждении социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» определена острая необходимость усиления борьбы с инфекциями, передаваемыми половым путем, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами В и С. Необходимость создания Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007—2011 годы)», к которым относятся ИППП, ВИЧ-инфекция и вирусные гепатиты, «вызвана рядом факторов социально-экономического характера, ... а также все еще высокими показателями заболеваемости, инвалидности и смертности».

К инфекциям, передаваемым половым путем, согласно МКБ-10 (A50—A64), относятся: сифилис, гонококковая инфекция (гонорея), хламидийная инфекция (урогенитальный хламидиоз), шанкроид, паховая гранулема (донованоз), хламидийная (венерическая) лимфогранулема, уrogenитальный трихомониаз, аногенитальная герпетическая вирусная инфекция, аногенитальные бородавки. Половым путем передаются ВИЧ, вирусы гепатитов В и С, а также некоторые паразитарные инфекции (фтириаз и чесотка), контагиозный моллюск, амебиаз и др.

Многие возбудители ИППП, а также ВИЧ и вирусы гепатитов могут передаваться от матери плоду и вызывать тяжелые заболевания новорожденного. Онкогенные типы вируса папилломы человека ответственны за развитие рака шейки матки и рака полового члена. Осложнениями хламидийной и гонококковой инфекции могут быть мужское и женское бесплодие.

В настоящее время определены основные подходы к профилактике ИППП. Первичная профилактика ИППП заключается в проведении программ, направленных на формирование ответственного сексуального поведения населения для предотвращения инфицирования ИППП. Вторичная профилактика включает организацию медицинской помощи пациентам с ИППП; она направлена на снижение вероятности передачи инфекции половым партнерам и повторного заражения ИППП. Однако существует ряд проблем, затрудняющих борьбу с ИППП:

- Сомнения пациентов в конфиденциальности медицинской помощи. Это препятствует привлечению сексуального партнера пациента для обследования и лечения.
- Высокая заболеваемость ИППП среди молодежи, включая подростков, а также представителей других групп риска, редко обращающихся за медицинской помощью.
- Широко распространенное ложное предубеждение о постыдности заболеваний, обусловленных возбудителями ИППП.
- Самолечение в связи со свободным доступом антимикробных и противовирусных препаратов в аптечной сети.
- Оказание лечебно-диагностической помощи медицинскими работниками, не имеющими соответствующих знаний по ИППП.
- Возможность бессимптомного течения некоторых ИППП, что, с одной стороны, способствует распространению ИППП, с другой стороны, скрывает реальную статистику и затрудняет планирование профилактических программ.
- Сложность организации и высокая стоимость проведения популяционных исследований, позволяющих установить реальную заболеваемость ИППП.
- Отсутствие стандартизированных протоколов диагностики и лечения большинства ИППП, базирующихся на принципах доказательной медицины.

Для преодоления этих проблем необходимо повышение качества первичной и специализированной медицинской помощи. Этому призвано помочь настоящее Руководство.

Целью Руководства является совершенствование организационной, лечебно-диагностической и профилактической помощи в области ИППП, предоставляемой населению в специализированных медицинских учреждениях и медицинских учреждениях первичного звена.

Задачи Руководства следующие:

- представить эффективные практики в области профилактики, диагностики и лечения ИППП;
- повысить знания медицинских работников по профилактике, диагностике и лечению ИППП;
- усовершенствовать навыки консультирования пациентов по вопросам репродуктивного здоровья.

В Руководстве рассматриваются диагностика, лечение и профилактика наиболее распространенных инфекций, относящихся, согласно МКБ-10, к инфекциям, передаваемым половым путем, а также некоторых урогенитальных заболеваний, негативно влияющих на мужское и женское репродуктивное здоровье, при которых необходимо обследование на ИППП.

Риск ИППП, как и риск незапланированной беременности и аборта, определяется поведением человека. В Руководстве представлена информация, помогающая выявить факторы риска опасного сексуального поведения и провести соответствующее консультирование по различным вопросам репродуктивного здоровья.

Руководство предназначено для дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов, педиатров, инфекционистов и семейных врачей. Согласно российским нормативным документам, перечисленные специалисты имеют право и должны оказывать медицинскую помощь больным ИППП. Руководство будет полезно и врачам других специальностей, оказывающим медицинскую помощь больным ИППП, — проктологам, отоларингологам и окулистам.

Руководство разработано Институтом здоровья семьи с помощью ведущих российских экспертов в области ИППП в рамках российско-американского проекта «Мать и дитя», финансируемого Агентством США по международному развитию. Руководство основывается на федеральных российских документах, регламентирующих оказание медицинской помощи больным ИППП, и обобщает большой международный опыт. Для его создания использованы следующие международные документы: Европейское (2001 г.), Британское (2006 г.) и Канадское (2007 г. с добавлениями 2008 г.) руководства по ИППП, руководство, разработанное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) (2003 г.) и американскими Центрами по профилактике и борьбе с заболеваниями (CDC) (2006 г. с добавлениями 2008 г.).

Основой для включения медицинских рекомендаций по диагностике и лечению ИППП в настоящее Руководство являлось использование диагностических и лечебных технологий, эффективность которых продемонстрирована в исследованиях, проведенных с учетом требований доказательной медицины. Наиболее достоверными признаются рекомендации, полученные с помощью систематического обзора рандомизированных исследований. Подобные исследования позволяют оценить и сопоставить пользу и риск от того или иного вида медицинского вмешательства. Сравнение и обобщение доказательств эффективности тех или иных методов диагностики и лечения используются в создании руководств всех развитых стран мира.

В таблице 1 представлена градация достоверности и убедительности рекомендаций. Уровень достоверности 1 является наиболее высоким, уровни 4—5 — наиболее низкими. Медицинские рекомендации представлены в Руководстве с указанием уровня их достоверности.

Таблица 1

Градация достоверности и убедительности рекомендаций в зависимости от проведенного исследования^{2,3,4}

Уровень достоверности рекомендаций	Вид исследования
1	a — систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований
	b — отдельное рандомизированное контролируемое исследование
2	a — систематический обзор когортных исследований
	b — отдельное когортное исследование
3	a — систематический обзор исследований «случай—контроль»
	b — отдельное исследование «случай—контроль»
4	Исследование серии случаев
5	Мнение эксперта, которое не подвергалось прицельной критической оценке, или основанное на физиологии, результатах пробного исследования или на «основных принципах»
Убедительность рекомендаций	
A — надежное доказательство в поддержку данного метода лечения	Доказано, что лечение/обследование позволяет достигнуть значительных положительных результатов. Настоятельно рекомендуется использовать в повседневной медицинской практике
B — ясное доказательство в поддержку данного метода лечения	Существуют хорошие доказательства, позволяющие повысить эффективность лечения/обследования. Рекомендации могут использоваться в повседневной медицинской практике
C — слабое доказательство для использования данного метода лечения	Существуют данные, что метод лечения/обследования может быть эффективен, однако известны также негативные последствия использования этого метода. Не рекомендуется использовать рутинно. Применяется в медицинской практике при отсутствии возможности использования других рекомендуемых методов
D — ясное доказательство для отказа от данного метода лечения	Подтверждено, что метод лечения/обследования неэффективен или негативные последствия использования метода превышают его эффективность. Не рекомендуется для использования в медицинской практике
E — надежное доказательство для отказа от данного метода лечения	Доказательства эффективности лечения/обследования слабые, плохого качества или противоречивы, соотношение польза/вред не может быть определено. Не следует использовать в медицинской практике

Руководство состоит из следующих разделов.

Первый раздел — организация медицинской помощи по профилактике, диагностике и лечению ИППП. В нем представлены эпидемиология ИППП, оценка риска ИППП и изучение анамнеза, основные принципы обследования на ИППП, консультирование, привлечение партнера и отчетность. В этом разделе представлена также сравнительная эффективность профилактических программ.

Второй раздел — диагностика, лечение и профилактика распространенных инфекций, передаваемых половым путем: сифилиса, гонококковой, хламидийной, трихомонадной, герпетической инфекций и аногенитальных (венерических) бородавок. В этом разделе также представлены диагностика и принципы наблюдения пациентов с ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами В и С.

Третий раздел включает диагностику и лечение таких заболеваний, как воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), клинические синдромы, характеризующиеся вагинальными выделениями и эрозивно-язвенными поражениями, а также уретрит и другие заболевания репродуктивной системы мужчин. Этот раздел включает информацию и об ИППП, более распространенных в странах Африки, Латинской Америки и некоторых других регионах: мягком шанкре, паховой гранулеме, хламидийной (венерической) лимфогранулеме.

В **Приложении** размещены нормативно-правовые документы, регламентирующие отчетность, связанную с ИППП, а также другие материалы, полезные в практической деятельности (например, материалы для консультирования пациентов об использовании презерватива).

Ссылки на использованные научные публикации представлены в конце каждой главы.

Использованная литература

¹ Стратегия в области репродуктивного здоровья ВОЗ, 2004.

² Harris RP, Hefland M, Woolf SH et al. Current methods of the US Preventive Services Task Force: a review of the process. *Am J Prev Med* 2001; 20(3 suppl):21–35.

³ Gross PA, Barrett TL, Dellinger EP et al. Purpose of quality standards for infectious diseases. *Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis* 1994; 18:421.

⁴ Stevens A & Raftery J, eds (1994). *Health care needs assessment*, vols 1 and 2. Oxford: Radcliffe Medical Press.

Организация работы по борьбе с ИППП

Эпидемиология ИППП

Для организации и оказания эффективной медицинской помощи руководителям здравоохранения и медицинским работникам необходима информация об эпидемиологии ИППП. В таблице 2 представлена заболеваемость ИППП, ВИЧ-инфекцией, острыми вирусными гепатитами В и С (ВГВ и ВГС) в РФ.

Таблица 2

Заболеваемость ИППП, ВИЧ-инфекцией, ВГВ и ВГС в 2008 г. в РФ

Инфекция	Число новых случаев	На 100 тысяч населения
Сифилис*	85 018	59,9
Гонококковая инфекция*	80 089	56,4
Хламидийная инфекция*	127 186	89,6
Трихомониаз уrogenитальный*	237 865	167,5
Генитальный герпес*	32 705	23
Папилломавирусная инфекция (аногенитальные бородавки)*	48 771	34,3
ВИЧ-инфекция**	55 769	38,1
ВГВ (заболеваемость острым гепатитом)***	7500	5,28
ВГС (заболеваемость острым гепатитом)***	5100	3,58

* Данные Минздравсоцразвития России⁵.

** Данные Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом⁶.

*** Данные Федеральной службы по защите прав потребителей и благополучию человека.

Общее число заболевших сифилисом в РФ составило в 2008 г. более 85 тысяч человек. Заболеваемость сифилисом на 100 тысяч населения в РФ в 20 раз выше, чем в США⁷ и странах Евросоюза⁸ (3,3 и 3,5 на 100 тысяч соответственно). В Амурской, Иркутской, Калининградской, Кемеровской, Курской, Томской и Читинской областях, Республиках Алтай, Тыва и Хакасия, Хабаровском крае, Еврейской автономной области и Чукотском автономном округе заболеваемость сифилисом превышает 100 на 100 тысяч населения. В этих территориях заболеваемость гонококковой инфекцией также значительно превышает средние общероссийские показатели.

Важно отметить, что заболеваемость гонококковой и хламидийной инфекцией в РФ в 2 раза ниже, чем, например, в США. Возможно, показатели заболеваемости этими инфекциями в России занижены в связи с отсутствием должного статистического учета в широкой сети коммерческих медицинских учреждений, а также с распространенностью самолечения. Кроме того, эти различия могут объясняться разницей в диагностических подходах и используемых лабораторных методах. В США, например, основную долю лабораторных исследований на эти инфекции составляют современные высокочувствительные методы, такие как амплификация нуклеиновых кислот (МАНК), в то время как в нашей стране основная доля исследований проводится с помощью микроскопического метода. К этому следует добавить и широкое распространение в развитых странах программ скрининга, направленных на активное выявление ИППП в группах риска.

Хламидийной инфекции в настоящее время уделяется серьезное внимание во всем мире в связи с ее негативным влиянием на репродуктивное здоровье населения, включая бесплодие. Наиболее высокая заболеваемость хламидийной инфекцией зарегистрирована в РФ у лиц в возрасте 15—24 лет. Выявление хламидийной инфекции затрудняется преимущественно бессимптомным течением заболевания, особенно у лиц женского пола.

Существуют сложности с получением точных эпидемиологических данных о распространенности генитального герпеса и аногенитальных бородавок — наиболее распростра-

ненных ИППП. По данным международных источников, распространенность вирусов папилломы человека и простого герпеса среди молодых людей может превышать 20%⁹.

Отмечаются гендерные и возрастные особенности заболеваемости ИППП в РФ. В таблице 3 представлены данные, показывающие, что заболеваемость мужчин сифилисом и гонореей выше, чем женщин (исключение составляет возрастная группа 15—17 лет). Это можно объяснить более частой принадлежностью мужчин к группам риска или контактами с группами риска.

Таблица 3

Распределение больных ИППП на 100 тысяч населения по полу и возрасту (Госкомстат РФ 2007¹⁰)

Заболевания	Женщины		Мужчины	
	Все	15—17 лет	Все	15—17 лет
Сифилис	61,6	78,4	69,7	30,4
Гонорея	28,9	52,8	104,4	68,4

Согласно Глобальной стратегии профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, разработанной ВОЗ, к группам риска, уязвимым по ИППП, относятся:

- лица, занимающиеся коммерческим сексом, и их клиенты;
- потребители инъекционных наркотиков;
- мобильные группы населения (водители грузовиков, совершающие дальние рейсы, рыбаки, моряки, рабочие-мигранты и др.);
- мужчины, имеющие секс с мужчинами;
- заключенные;
- беженцы и временные переселенцы;
- служащие военных и полицейских формирований;
- туристы, особенно совершающие поездки с целью сексуальных контактов;
- жертвы сексуального насилия;
- лица без определенного места жительства.

По сравнению с женщинами мужчины во всех странах имеют более рискованное сексуальное поведение. Это отчасти обусловлено бытующими ложными представлениями о «мужественности»^{11,12}. Другим возможным объяснением более высокой заболеваемости мужчин ИППП может быть то, что некоторые урогенитальные инфекции (гонококковая и хламидийная) у мужчин чаще протекают в манифестной форме, с выраженными клиническими проявлениями, что является мотивацией для обращения к врачу и, следовательно, регистрации инфекционного заболевания. Кроме того, при гонококковой инфекции чувствительность бактериоскопического метода при исследовании материала из цервикального канала значительно ниже, чем при исследовании материала из уретры у мужчин. Поскольку микроскопический метод является наиболее простым, дешевым и доступным из регламентированных методов диагностики гонореи, неудивительно, что у значительной части инфицированных женщин гонорея остается невыявленной.

Однако при сравнении заболеваемости ИППП по полу среди лиц 15—17 лет (таблица 3) видно, что сифилис чаще встречается у девушек, чем у юношей. Более того, заболеваемость девушек сифилисом и гонореей значительно выше, чем заболеваемость женщин всех возрастов. Существует ряд факторов, повышающих риск инфицирования ИППП молодых женщин по сравнению с мужчинами, в частности физиологические особенности репродуктивной системы и социально-психологическая зависимость женщин от сексуального партнера^{13,14,15}. Однако важно отметить, что молодежь обоего пола относится к группам риска по всем инфекциям, передаваемым половым путем, включая ВИЧ-инфекцию. Во всем мире от 20 до 50% случаев ИППП встречаются у лиц моложе 25 лет^{16,17,18}. В большом эпидемиологическом исследовании было показано, что почти половина (48%) новых случаев

ИППП приходится на возраст от 15 до 24 лет, хотя эта возрастная группа составляет всего лишь четверть среди тех, кто ведет половую жизнь¹⁹.

ИППП в десятки раз повышают риск инфицирования ВИЧ^{20,21} — наиболее серьезной по последствиям инфекцией, передаваемой половым путем. К апрелю 2009 г. антитела к ВИЧ выявлены у 500 тысяч человек в РФ (преимущественно это люди в возрасте 20—30 лет). Наиболее высокий уровень инфицированности ВИЧ отмечается в Санкт-Петербурге, Свердловской, Московской и Самарской областях, Москве, Иркутской, Челябинской, Оренбургской и Ленинградской областях и Ханты-Мансийском автономном округе. В этих территориях заболеваемость ВИЧ-инфекцией в несколько раз превышает средний общероссийский показатель.

Если в первые годы эпидемии основным путем передачи ВИЧ было употребление инъекционных наркотиков, то в настоящее время половина вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции обусловлена половым путем передачи. Общее число ВИЧ-инфицированных мужчин в 2 раза больше, чем женщин, однако доля женщин среди новых случаев ВИЧ-инфекции постоянно увеличивается: если в 2000 г. она составляла примерно 20%, то с 2007 г. превышает 40%²².

Профилактика, диагностика и лечение ИППП у пациентов с ВИЧ требуют особого внимания в связи с их уязвимостью к ИППП, возможностью осложненного течения, а также важностью профилактики инфицирования партнера. Исследование, проведенное в восьми регионах России сотрудниками ИЗС в рамках проекта «Мать и дитя», выявило высокую распространенность ИППП у женщин с ВИЧ-инфекцией, поступивших в медицинские учреждения по поводу родов или аборта²³: герпес был выявлен у 9%, трихомониаз — у 6%, хламидиоз — у 5%, сифилис — у 3%, гонорея — у 0,3%. Примерно у 45% женщин с ВИЧ выявлен вирус гепатита С, у 6% — вирусы гепатитов В и С.

По данным Роспотребнадзора, в 2007 г. заболеваемость острым гепатитом В составила 5,28 на 100 тысяч (среди подростков 15—17 лет — 1,96), острым гепатитом С — 3,58 на 100 тысяч (среди подростков 15—17 лет — 2,15). Заболеваемость острыми вирусными гепатитами в РФ в два и более раза превышает показатели развитых стран. Заболеваемость острыми вирусными гепатитами В и С наиболее высокая в Московской, Ленинградской, Иркутской, Кемеровской областях и Алтайском крае, Республиках Тыва и Бурятия. Заболеваемость острыми вирусными гепатитами превышает средние общероссийские показатели в тех территориях, где выявлена и высокая заболеваемость ВИЧ-инфекцией и ИППП. Использование общих игл и шприцев при введении инъекционных наркотиков приводит к инфицированию ВИЧ и вирусными гепатитами. Кроме того, потребители инъекционных наркотиков часто имеют опасное сексуальное поведение — большое число партнеров и незащищенный секс.

Таким образом, для РФ чрезвычайно актуально совершенствование медицинской помощи для снижения заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, как среди всего населения, так и среди отдельных групп.

Организация медицинской помощи пациентам с ИППП

Для снижения заболеваемости ВИЧ-инфекцией, ИППП, ВГВ и ВГС, сохранения репродуктивного здоровья населению должен предоставляться необходимый объем медицинских услуг, включающий:

- информирование и консультирование о методах профилактики этих инфекций;
- определение рискованных форм поведения;
- выявление ВИЧ-инфекции, ИППП, ВГВ и ВГС;
- предоставление населению информации о возможностях обследования;
- обеспечение доступности средств профилактики и постконтактной профилактики;
- повышение доступности лечения;
- координацию работы между врачами первичного звена и специалистами.

Предоставление этих услуг гарантировано гражданам РФ. Государство гарантирует оказание бесплатной медицинской помощи пациентам с инфекциями, передаваемыми поло-

вым путем, включая специализированную медицинскую помощь, предоставляемую в кожно-венерологических диспансерах (Постановление Правительства РФ № 286 от 15.05.2007 г. «О программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2008 год»).

Основными специалистами, оказывающими медицинскую помощь больным ИППП, являются дерматовенерологи. В субъектах РФ в 2007 г. насчитывалось 10 439 дерматовенерологов, что составляет 0,7 на 100 тысяч населения; число кожно-венерологических диспансеров составляло 240. В сборнике «Заболеваемость, ресурсы и деятельность дерматовенерологических учреждений (2006—2007 годы)» указано, что около трети субъектов РФ, включая регионы с большой территорией и высокой плотностью населения, имеют только один КВД. Это говорит об ограниченных возможностях специализированной помощи в борьбе с ИППП.

Другими специалистами, оказывающими медицинскую помощь больным ИППП, являются акушеры-гинекологи, урологи, инфекционисты, педиатры и врачи общей практики. Привлечение к борьбе с ИППП различных специалистов значительно повышает охват населения профилактической и лечебно-диагностической медицинской помощью.

Законодательство РФ способствует внедрению интегрированного подхода к оказанию медицинской помощи больным ИППП: «в целях оптимизации выявления ИППП дерматовенерологами осуществляется интеграция деятельности с акушерами-гинекологами, урологами, педиатрами и др.» (приказ Минздрава № 291 от 30.07.2001 г. «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем»). «Все медицинские работники, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, ответственны за проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению социально значимых болезней и факторов риска; осуществление санитарно-гигиенического образования, в том числе по вопросам формирования здорового образа жизни» (приказ Минздравсоцразвития № 487 от 29.07.2005 г. «Об утверждении порядка организации первичной медико-санитарной помощи»).

В приказе Минздравсоцразвития России № 623 от 24.09.2007 г. «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению РФ» подчеркивается роль акушеров-гинекологов в борьбе с ИППП. «Врач — акушер-гинеколог: организует и проводит профилактические мероприятия по выявлению, предупреждению и снижению гинекологических и онкологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, в том числе передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку».

С целью охраны репродуктивного здоровья мальчиков и юношей-подростков приказом Минздрава РФ «Об охране репродуктивного здоровья мальчиков и юношей-подростков» от 25.11.2003 г. определено, что «врач — детский уролог организует и участвует в проведении диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни и сохранение репродуктивного здоровья».

Согласно приказам Минздравсоцразвития России № 28 от 18.01.2006 г. «Об организации деятельности врача-педиатра участкового» и № 84 от 17.01.2005 г. «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)», обязанности по охране репродуктивного здоровья возложены также на педиатров и врачей общей практики.

Эффективные программы борьбы с ИППП среди населения

В настоящее время определены основные профилактические мероприятия, позволяющие снизить заболеваемость ИППП. В таблице 4 представлена эффективность различных мер по борьбе с ИППП на индивидуальном уровне (уровне семьи/пары) и на популяционном уровне.

Таблица 4

Обзор эффективности программ борьбы с ИППП

	Все ИППП	Сифилис	Гонорея	Хламидийная инфекция	Трихомоиаз	Герпес	ВИЧ-инфекция	ВПЧ	Вирусный гепатит В
Популяционный уровень									
Первичная профилактика	A	B	B	B	B	B	A		
Скрининг населения		D	D	C	D	D	C	E	D
Скрининг групп риска		A	B	A	B	D	A	D	A
Вакцинация								B	A
Синдромальный подход		A							
Уровень пары/семьи									
Обследование и лечение партнера	B	B	A	A	B		B		
Аntenатальный скрининг		A	B	B		E	A		A
Индивидуальный уровень									
Индивидуальное или групповое консультирование	A								
Диагностика	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Популяризация презервативов	A	A	A	A	A	B	A	B	A
Терапия ИППП		A	A	A	A	A	A		
Вакцинация								B	A
Мужское обрезание		C					B		
<p><i>Убедительность рекомендаций (см. раздел Предисловие):</i> A — Доказана высокая эффективность. Настоятельно рекомендуется рутинно использовать. B — Хорошие доказательства. Может широко использоваться. C — Может быть эффективно, но не рекомендуется использовать рутинно. D и E — Не рекомендуется использовать.</p>									

Первичная профилактика ИППП включает информирование населения для формирования безопасного сексуального поведения и своевременного обращения за медицинской помощью. В настоящее время подтверждена эффективность программ информирования населения для профилактики различных ИППП^{24,25,26}. Информирование проводится в виде лекций или занятий, с помощью газет, радио, телевидения и Интернета, а также с помощью плакатов, листовок и буклетов, раздаваемых в медицинских учреждениях, при проведении программ в школах и в рабочих коллективах.

В настоящее время доказана эффективность комплексных программ с пропагандой безопасного полового поведения среди подростков для снижения заболеваемости ИППП и числа незапланированных беременностей^{27,28,29,30}. Программы для подростков должны включать информирование о возможных неблагоприятных факторах, связанных с ранним началом половой жизни, формирование навыков безопасного полового поведения и ответственного отношения к своему репродуктивному и сексуальному здоровью.

Одним из методов выявления ИППП для проведения соответствующих профилактических и лечебных мероприятий является скрининг — рутинное предложение обследоваться на ИППП при обращении за медицинской помощью. Скрининг проводится среди всего населения или определенных групп населения. Например, оправдан скрининг на ВИЧ-инфекцию и сифилис мужчин, имеющих рискованное сексуальное поведение^{31,32}. Существуют убедительные

тельные данные о целесообразности скрининга женщин с рискованным сексуальным поведением на сифилис, ВИЧ-инфекцию, хламидийную и гонококковую инфекции^{33,34,35}.

Другой группой, в которой проводится скрининг на ИППП, являются беременные женщины. Цель скрининга в этом случае — своевременное выявление инфекций для профилактики их перинатальной передачи. Доказана эффективность скрининга беременных женщин для профилактики перинатальной передачи ВИЧ, сифилиса и вируса гепатита В³⁶. Важно обследовать женщину во время беременности и на другие инфекции: хламидийную, гонококковую и урогенитальный трихомониаз.

Не доказана обоснованность рутинного скрининга всего населения на ИППП^{37,38,39}. Клиническая эффективность и экономическая целесообразность проведения скрининга населения на хламидии показана только при росте ВЗОМТ среди женщин на 10%^{40,41}. Однако в связи с тяжестью последствий от распространения ВИЧ-инфекции может быть клинически и экономически обоснован скрининг населения на ВИЧ⁴².

Вакцинация — один из важнейших методов борьбы с инфекционными заболеваниями. Первой инфекцией, передаваемой половым путем, против которой разработана эффективная вакцина, является вирус гепатита В. Вакцинация против гепатита В осуществляется при поддержке государственного финансирования во многих странах мира, включая РФ.

Второй инфекцией, передаваемой половым путем, против которой удалось создать вакцину, является вирус папилломы человека (ВПЧ). В международных многоцентровых рандомизированных плацебо-контролируемых исследованиях, продолжавшихся не менее 3 лет, была показана эффективность вакцины против 16-го и 18-го типов ВПЧ, вызывающих рак шейки матки и влагалища^{43,44,45}. В Великобритании и Австралии вакцина против ВПЧ была включена в национальный календарь прививок для вакцинации девочек (от 12 до 18 лет в Великобритании и 12—26 лет — в Австралии^{46,47}). Вакцинация против ВПЧ также рекомендуется в США. Однако исследователи отмечают, что данных, подтверждающих обоснованность финансовых затрат для широкой вакцинации женского населения, а также долгосрочную эффективность вакцины, недостаточно⁴⁸.

При оценке эффективности программ борьбы с ИППП важно упомянуть синдромальный подход, разработанный ВОЗ. Согласно определению ВОЗ, синдромальный подход подразумевает «эмпирическое лечение, направленное против микроорганизмов, которые являются наиболее частыми причинами появления того или иного клинического синдрома»⁴⁹. Для медицинских работников разработаны клинические алгоритмы диагностики и лечения семи основных синдромов, вызванных ИППП, в случае, если лабораторное обследование невозможно. Необходимыми условиями использования синдромальной диагностики и лечения ИППП являются обучение и консультирование пациентов по поводу безопасного сексуального поведения, популяризация презервативов и лечение партнера⁵⁰. Синдромальный подход продемонстрировал свою эффективность в лечении уретрита у мужчин, когда основными причинами дизурии предполагаются хламидийная или гонококковая инфекции. Он также достаточно эффективен при определении связи язвенных поражений половых органов у мужчин и женщин с сифилисом, шанкромидом или герпесом^{51,52}. Однако чувствительность и специфичность синдромального подхода, предлагающего лечение хламидийной или гонококковой инфекций как основных причин выделений из влагалища, оказались низкими^{51,52}.

Все развитые страны используют синдромальный подход в своих национальных документах, направленных на борьбу с ИППП, для определения тактики лабораторно-инструментального обследования и проведения дифференциальной диагностики ИППП. В таком же ракурсе синдромальный подход используется и в настоящем Руководстве.

Не вызывает сомнений эффективность лечения пациентов с ИППП с помощью соответствующих антибактериальных и противовирусных препаратов для предупреждения распространения ИППП и ВИЧ-инфекции среди населения^{53,54,55}.

Обследование и лечение сексуального партнера пациента с ИППП — важный компонент любых программ по борьбе с ИППП. Необходимость обследования и лечения сексуального партнера пациента с ИППП для снижения общей заболеваемости была доказана для

всех заболеваний, передаваемых половым путем^{56.57.58.59}. Существуют различные формы привлечения партнера пациента для оказания ему необходимой медицинской помощи, из них наиболее приемлемая — с помощью самого пациента. Тактика привлечения к обследованию сексуального партнера пациента представлена в соответствующем разделе Руководства.

Неотъемлемым компонентом всех программ, направленных на борьбу с ИППП, является популяризация использования презервативов. Кокрановская библиотека (www.cochrane.org/index_ru.htm) содержит обзор длительных исследований, посвященных оценке эффективности использования мужского латексного презерватива для профилактики ВИЧ-инфекции у дискордантных пар (один партнер инфицирован ВИЧ, а другой нет). Эффективность презерватива для профилактики ВИЧ-инфекции при типичном использовании составила 85%⁶⁰. Отмечено, что, когда презерватив используется постоянно и правильно, его эффективность в профилактике ВИЧ-инфекции достигает 95%⁶¹.

На сегодняшний день доказано, что постоянное и правильное использование презерватива значительно снижает заболеваемость мужчин и женщин гонококковой и хламидийной инфекциями, герпесом, сифилисом, трихомониазом⁶². Была также доказана эффективность использования презерватива для профилактики инфицирования женщин ВПЧ⁶³. Мужской и женский презервативы оказались одинаково эффективны для профилактики ИППП⁶⁴. Эффективность использования презерватива значительно повышается после консультирования мужчин и женщин медицинским работником.

В настоящее время не только когортные^{65,66}, но и рандомизированные исследования⁶⁷ подтверждают эффективность мужского обрезания в профилактике распространения ВИЧ-инфекции. Когортные исследования подтвердили эффективность мужского обрезания и в снижении заболеваемости сифилисом^{68,69}. Популяризация мужского обрезания затруднена из-за культурных и религиозных воззрений. Однако следует информировать население и об этом методе профилактики, выполнение которого в надлежащих медицинских условиях, наряду с адекватным консультированием медицинскими работниками, может внести вклад в снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией и ИППП.

Большинство исследователей отмечают, что наибольший профилактический эффект имеют комплексные информационные программы, включающие повышение знаний всего населения, подростков и групп риска о методах профилактики ИППП, ВИЧ-инфекции, ВГВ и ВГС, а также совершенствование медицинской помощи для своевременного выявления и лечения ИППП^{70,71,72,73,74,75}.

Использованная литература

⁵ Аналитический обзор «Оценка эпидемиологической ситуации по инфекциям, передаваемым половым путем, грибковым заболеваниям и чесотке. Заболеваемость, ресурсы и деятельность дерматовенерологических учреждений (2007—2008 гг.)»: Минздравсоцразвития России, РИО ЦНИИОИЗ, 2009 г.

⁶ Информационный бюллетень № 33 Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом (Москва, 2009).

⁷ Trends in Reportable Sexually Transmitted Diseases in the United States, 2006. <http://www.cdc.gov/std/stats/trends2006.htm>.

⁸ Amato-Gauci A, Ammon A. Annual Epidemiological on communicable diseases in Europe. Report on the status of communicable diseases in the EU and EEA/EFTA countries European centre for disease prevention and control. June 2007. http://ecdc.europa.eu/pdf/ECDC_epi_report_2007.pdf.

⁹ Sexual Health and Sexually Transmitted Infections. Public Health Agency of Canada. www.publichealth.gc.ca/sti.

¹⁰ Федеральная служба государственной статистики. Российский статистический ежегодник — 2007 г. http://www.gks.ru/bgd/regl/B07_13/IssWWW.exe/Stg/d02/08-25.htm.

¹¹ WHO. Adolescent pregnancy: issues in adolescent health and development. Geneva: World Health Organization, 2004:1–86.

¹² Alan Guttmacher Institute. Into a new world: young women's sexual and reproductive lives. New York: Alan Guttmacher Institute, 1998.

¹³ Marston C, King E. Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. Lancet 2006; 368:1581–600.

- ¹⁴ WHO. Adolescent pregnancy: issues in adolescent health and development. Geneva: World Health Organization, 2004:1–86.
- ¹⁵ Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet* 2006; 368:1706–28.
- ¹⁶ Dehne KL, Riedner G. Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services. Geneva: World Health Organization, 2005.
- ¹⁷ Panchaud C, Singh S, Feivelson D, Darroch JE. Sexually transmitted diseases among adolescents in developed countries. *Int Fam Plan Perspect* 2000; 32:24–32.
- ¹⁸ Weinstock H, Berman S, Cates W Jr. Sexually transmitted infections among American youth: incidence and prevalence estimates. *Perspect Sex Reprod Health* 2004; 36:6–10.
- ¹⁹ Alan Guttmacher Institute. Facts on american teen's sexual and reproductive health. New York: Alan Guttmacher Institute, September, 2006.
- ²⁰ Planned Parenthood of America. Fact Sheet, Sexually Transmitted Infections. www.plannedparenthood.org/library/STI/sti_fact.html.
- ²¹ Rottingen J-A, Cameron D, Garnett G. A systematic review of the epidemiologic interactions between classic sexually transmitted diseases and HIV. How much really is known? *Sex Transm Dis* 2001; 28:579–97.
- ²² Данные Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом. <http://www.hivrussia.org/>.
- ²³ Институт здоровья семьи. Отчет по основным результатам исследования практики профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и планирования семьи у ВИЧ-инфицированных женщин. Москва, проект «Мать и дитя». 2007 г.
- ²⁴ Low N, Broutet N, Adu-Sarkodie Y, Barton P, Hossain M, Hawkes S. Global control of sexually transmitted infections. *Lancet* 2006; 368:2001–2016.
- ²⁵ Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E et al. Sexual behavior in context: a global perspective. *Lancet* 2006; 368:1706–1728.
- ²⁶ Meyers D, Wolff T, Gregory K et al. USPSTF Recommendations for STI Screening. *Am Fam Physician* 2008; 77:819–824.
- ²⁷ Kirby D. Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2001.
- ²⁸ Kirby D et al. Impact of Sex and HIV Education Programs on Sexual Behaviors of Youth in Developing and Developed Countries. [Youth Research Working Paper, No. 2] Research Triangle Park, NC: Family Health International, 2005.
- ²⁹ Alford S. Science and Success: Sex Education and Other Programs that Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV & Sexually Transmitted Infections. Washington, DC: Advocates for Youth, 2003.
- ³⁰ Alford S. Science and Success, Second Edition: Programs that Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV & Sexually Transmitted Infections. Washington, DC: Advocates for Youth, 2008.
- ³¹ Calonge N, for the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for syphilis infection: recommendation statement [published correction appears in *Ann Fam Med* 2004; 2:517]. *Ann Fam Med* 2004; 2:362–365.
- ³² U.S. Preventive Services Task Force. Screening for HIV: recommendation statement. *Ann Intern Med* 2005; 143:32–37.
- ³³ Screening for chlamydial infection: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2007; 147:128–134.
- ³⁴ U.S. Preventive Services Task Force. Screening for gonorrhea: recommendation statement. *Ann Fam Med* 2005; 3:263–267.
- ³⁵ U.S. Preventive Services Task Force. Screening for hepatitis B virus infection: recommendation statement. <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/hepbscr/hepbrs.htm>.
- ³⁶ Barton MB, Miller T, Wolff T et al., for the U.S. Preventive Services Task Force. How to read the new recommendation statement: methods update from the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2007; 147:123–127.
- ³⁷ U.S. Preventive Services Task Force. Screening for hepatitis C virus infection in adults: recommendation statement. *Ann Intern Med* 2004; 140:462–464.
- ³⁸ U.S. Preventive Services Task Force. Screening for genital herpes: recommendation statement. <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf05/herpes/herpesrs.htm>.
- ³⁹ U.S. Preventive Services Task Force. Screening for cervical cancer: recommendations and rationale. <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/cervcan/cervcanrr.htm>.
- ⁴⁰ Adams EJ, Turner KME, Edmunds WJ. The cost effectiveness of opportunistic chlamydia screening in England. *Sexually Transmitted Infections* 2007; 83:267–275.
- ⁴¹ Honey E et al. Cost effectiveness of screening for *Chlamydia trachomatis*: a review of published studies *Sex Transm Inf* 2002; 78:406–412.
- ⁴² Sanders GD et al. Cost-Effectiveness of Screening for HIV in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy. *N Engl J Med* 2005; 352:570–585.

- ⁴³ WHO. Preparing for human papillomavirus vaccine introduction: key technical information. Geneva: World Health Organization, 2006.
- ⁴⁴ UNFPA. Reproductive health education for young people. New York: UNFPA, 2003:1–2.
- ⁴⁵ The FUTURE II Study Group Quadrivalent Vaccine against Human Papillomavirus to Prevent High-Grade Cervical Lesions. *N Engl J Med* 2007; 365:1915–1927.
- ⁴⁶ CDC. Quadrivalent human papillomavirus vaccine: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR* 2007; 56:1–24.
- ⁴⁷ Department of Health. Introduction of HPV vaccination into the national immunisation programme: vaccination of 17- to 18-year-old young women in 2008/09. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Lettersandcirculars/Dearcolleagueletters/DH_086515.
- ⁴⁸ Kane M. Human papillomaviruses (HPV) vaccines: implementation and communication issues. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2008; 34:3–4.
- ⁴⁹ Инфекции, передаваемые половым путем, и иные инфекции репродуктивного тракта. Руководство по основам медицинской практики. UNFPA. WHO, 2004.
- ⁵⁰ WHO. Guidelines for the management of sexually transmitted infections; revised version 2003. Geneva: WHO, 2003:WHO/RHR/01.10
- ⁵¹ Pettifor A, Walsh J, Wilkins V, Raghunathan P. How effective is syndromic management of STDs?: A review of current studies. *Sex Transm Dis* 2000; 27:371–385.
- ⁵² Dallabetta GA, Gerbase AC, Holmes KK. Problems, solutions, and challenges in syndromic management of sexually transmitted diseases. *Sex Transm Infect* 1998; 74(suppl 1):S1–S11.
- ⁵³ Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. *MMWR* 2006; 55:1–94.
- ⁵⁴ WHO model list of essential medicines. <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>.
- ⁵⁵ Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем. Под ред. А. А. Кубановой, В. И. Кисиной, Москва, Литерра, 2005, с. 861.
- ⁵⁶ Centers for Disease Control and Prevention. Expedited partner therapy in the management of sexually transmitted diseases: review and guidance. Atlanta, GA, USA: US Department of Health and Human Services, 2006.
- ⁵⁷ Trelle S, Shang A, Nartey L, Cassell JA, Low N. PHIA 4.6. Rapid review of evidence for the effectiveness of partner notification for sexually transmitted infections including HIV. <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=298593>.
- ⁵⁸ WHO. Prevention and control of sexually transmitted infections: draft global strategy. http://www.who.int/reproductive-health/docs/stis_strate...
- ⁵⁹ Brandt AM. No magic bullet: a social history of venereal disease in the United States since 1880. New York: Oxford University Press, 1985.
- ⁶⁰ Weller S, Davis K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 1:CD003255.
- ⁶¹ Pinkerton SD, Abramson PR. Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission. *Soc Sci Med* 1997; 44:1303–1312.
- ⁶² Holmes KK, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bull World Health Organ* 2004; 82:454–461.
- ⁶³ Winer RL, Hughes JP, Feng Q et al. Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med* 2006; 354:2645–2654.
- ⁶⁴ French PP, Latka M, Gollub EL, Rogers C, Hoover DR, Stein ZA. Use-effectiveness of the female versus male condom in preventing sexually transmitted disease in women. *Sex Transm Dis* 2003; 30:433–39.
- ⁶⁵ Weiss HA, Thomas SL, Munabi SK, Hayes RJ. Male circumcision and risk of syphilis, chancroid, and genital herpes: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect* 2006; 82:101–110.
- ⁶⁶ Siegfried N, Muller M, Deeks J et al. HIV and male circumcision – a systematic review with assessment of the quality of studies. *Lancet Infect Dis* 2005; 5:165–173.
- ⁶⁷ Weiss HA, Halperin D, Bailey RC, Hayes RJ, Schmid G, Hankins CA. Male circumcision for HIV prevention: from evidence to action? *AIDS* 2008; 22:567–74.
- ⁶⁸ Nasio J, Nagelkerke N, Mwatha A, Moses S, Ndinya-Achola J, Plummer F. Genital ulcer disease among STD clinic attenders in Nairobi: association with HIV-1 and circumcision status. *Int J STD AIDS* 1996; 7:410–414.
- ⁶⁹ Lavreys L, Rakwar J, Thompson M et al. Effect of circumcision on incidence of human immunodeficiency virus type 1 and other sexually transmitted diseases: a prospective cohort study of trucking company employees in Kenya. *J Infect Dis* 1999; 180:330–336.
- ⁷⁰ Rao Gupta G, Parkhurst JO, Ogden JA, Aggleton P, Mahal A. Structural approaches to HIV prevention. *Lancet* 2008; 372:764–775.
- ⁷¹ Padian NS, Buve A, Balkus J, Serwadda D, Cates W Jr. Biomedical interventions to prevent HIV infection: evidence, challenges, and way forward. *Lancet* 2008; 372:585–599.

⁷² Coates TJ, Richter L, Caceres C. Behavioral strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *Lancet* 2008; 372:585–599.

⁷³ Padian NS et al. Biomedical interventions to prevent HIV infection: evidence, challenges, and way forward. *Lancet* 2008; 372:585–99.

⁷⁴ Glasier A, Gulmezoglu AM. Putting sexual and reproductive health on the agenda. *Lancet* 2006; 368:1550–1551.

⁷⁵ Germain A, Kidwell J. The unfinished agenda for reproductive health: priorities for the next 10 years. *Int Family Plan Perspect* 2005; 31:90–93.

Оказание медицинской помощи пациентам с ИППП

Изучение анамнеза для оценки риска ИППП

Риск ИППП определяется при изучении анамнеза заболевания/жизни с помощью корректно заданных вопросов. Медицинскому работнику следует употреблять понятные пациенту слова и выражения. Некоторые пациенты чувствуют себя увереннее и более открыто, если обследуются врачом одного пола с ними. Изучение анамнеза, обследование и последующее консультирование по вопросам ИППП/ВИЧ должно проводиться с соблюдением конфиденциальности и доброжелательно, независимо от образа жизни, выбора половых партнеров, этнических, религиозных и других особенностей пациента.

Статья 61 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» дает определение врачебной тайны: «Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений. ... Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации». Пациента следует убедить в том, что ему гарантировано соблюдение врачебной тайны всеми сотрудниками медицинского учреждения, для чего врач должен создать атмосферу доверия.

Для краткой оценки степени риска медицинскому работнику следует задать приведенные ниже вопросы, начав с преамбулы: *«В мою работу входит изучение вопросов, связанных с репродуктивным и сексуальным здоровьем. Если вы не против, я бы хотел задать вам несколько вопросов на эту тему. Разумеется, все, о чем мы здесь говорим, будет сохранено в полной тайне».*

В таблице 5 представлены вопросы пациенту для краткой оценки степени риска ИППП.

Таблица 5

Краткая оценка степени риска ИППП

Вопросы для оценки риска	Наличие риска
Ведете ли вы половую жизнь сейчас? Если нет, вели ли ее раньше? Имеются в виду не только вагинальные, но также оральные и анальные половые сношения	Наиболее высок риск при анальных половых сношениях
Когда у вас был последний половой контакт? Это был контакт с постоянным партнером или с кем-то другим? Сколько половых партнеров у вас было за последние два месяца? За прошлый год?	Наличие нескольких половых партнеров
Есть ли у вас постоянный половой партнер? Какая продолжительность сексуальных отношений?	Случайный сексуальный партнер
Какие симптомы вас беспокоят и заставляют подозревать наличие инфекции, передаваемой половым путем? Язвы на половых органах или около них? Высыпания в области гениталий? Боль или жжение при мочеиспускании? Необычные выделения из мочеиспускательного канала, влагалища или заднего прохода? Боли во время полового контакта? Как давно у вас появились симптомы (если таковые имеются)? Есть ли перечисленные признаки у вашего партнера?	Наличие любых из перечисленных симптомов у пациента или его партнера

Применяли ли вы antimicrobные препараты в течение последнего месяца?	Использование антибиотиков при возникновении перечисленных выше симптомов
Что вы делаете, чтобы избежать инфекций, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ-инфекции?	Неиспользование методов профилактики
Пользуетесь ли вы презервативами? Если да, то как вы их используете — всегда или иногда? Что влияет на ваше решение воспользоваться презервативом?	Нерегулярное использование презерватива. Отказ от использования презерватива по настоянию партнера, в состоянии алкогольного или наркотического опьянения
Были ли раньше инфекции, передаваемые половым путем, когда и какое лечение проводилось?	Наличие в прошлом ИППП
Подвергались ли вы сексуальному насилию или жестокому обращению? Если да, то когда и с чьей стороны?	Жертва насилия или жестокого обращения
Случалось ли вам или вашим половым партнерам употреблять наркотики, в том числе инъекционные?	Употребление любых наркотиков
<i>В беседе с женщиной, ведущей половую жизнь, следует также спросить:</i>	
Когда в последний раз была менструация?	
Обращались ли вы к акушеру-гинекологу? Когда последний раз исследовался мазок с шейки матки?	Отсутствие медицинского наблюдения акушером-гинекологом
Были ли беременности? Запланированные или незапланированные? Каков их исход: аборт, роды, другое?	Наличие незапланированной беременности. Выкидыши в анамнезе
Какие меры вы предпринимаете, чтобы избежать беременности? Пользуетесь ли вы либо ваш партнер какими-либо методами контрацепции?	Неиспользование методов профилактики незапланированной беременности

Углубленная оценка степени риска

Если при опросе выявлены факторы риска ИППП, необходимо собрать более подробный анамнез. Опросник для углубленной оценки степени риска ИППП (таблица 6) является практическим руководством для врачей, позволяющим более точно оценить индивидуальные факторы риска и поведение пациента, а также разработать рекомендации по консультированию и обследованию.

Таблица 6

Опросник по углубленной оценке риска ИППП

Вопросы для оценки риска	Высокий риск
Беспокоит ли вас что-либо в ваших отношениях с сексуальным партнером? Если да, то что именно?	Жестокое обращение со стороны партнера, неверность партнера
Вашими партнерами являются мужчины, женщины или и те, и другие?	Гомосексуальные или бисексуальные отношения (секс и с мужчинами, и с женщинами)
Где вы находите половых партнеров (во время путешествий, через Интернет, на дискотеке)?	Случайные половые партнеры. Намеренный поиск случайных связей

Какие виды половых контактов вы практикуете: вагинальные, оральные, анальные?	Наиболее высок риск при анальных половых сношениях
Обследовались ли вы когда-нибудь на ВИЧ-инфекцию и другие ИППП? Если да, то когда в последний раз?	Отсутствие обследования на ИППП
Были ли у вас проблемы с репродуктивным здоровьем? Если да, то когда и какие?	Существующие проблемы
Употребляете ли вы алкоголь? Наркотики? Если да, то как часто и какие именно? Если вы употребляете инъекционные наркотики, то пользовались ли когда-либо общими шприцами? Если да, когда это было в последний раз?	Использование любых наркотиков. Использование общих шприцев и игл для инъекций
Вступали ли вы в половой контакт под влиянием алкоголя или других веществ? К чему это приводило? Чувствуете ли вы, что вам нужна помощь в связи с употреблением наркотиков?	Половые контакты в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. Зависимость от алкоголя и наркотиков
Есть ли у вас татуировки или пирсинг? Если да, то делались ли они с использованием стерильного оборудования?	Факторы риска, связанные с повреждением кожи
Вступали ли вы когда-либо в половые контакты в обмен на деньги, наркотики, кров или пищу? Платили ли вы когда-либо за половые контакты? Если да, то как часто, как долго это продолжается и когда это было в последний раз?	Коммерческий секс и половые контакты с лицами, занимающимися коммерческим сексом
Есть ли у вас дом? Если нет, то где вы спите? С кем вы живете?	Трудные жилищные условия
Если бы вам нужно было оценить ваш риск ИППП, как бы вы его охарактеризовали: отсутствует, низкий, средний или высокий? Почему?	Недооценка высокого риска ИППП

Объективное обследование

Физикальное обследование, связанное с ИППП, включает осмотр кожных покровов туловища, конечностей, волосистой части головы и видимых слизистых оболочек (ротоглотки, аногенитальной области и конъюнктивы). Проводятся пальпация лимфатических узлов, живота, мошонки, бимануальное гинекологическое исследование, пальцевое ректальное исследование для оценки состояния предстательной железы. Далее представлены компоненты физикального обследования.

Компоненты физикального обследования, одинаковые для мужчин и женщин:

- осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек при достаточном освещении;
- оценка общих симптомов: потеря веса, лихорадка, увеличенные лимфоузлы (пальпация лимфоузлов всех групп);
- при осмотре наружных половых органов обращают внимание на состояние кожных покровов, выделения из мочеполовых органов, патологические изменения и анатомические дефекты;
- осмотр перианальной области;
- если пациент практикует анальные половые сношения и/или у него наблюдаются симптомы поражения прямой кишки, показано проведение аноскопии специалистом (ректороманоскопия).

Относящиеся к юношам и взрослым мужчинам:

- пальпация мошонки (обращают особое внимание на придатки яичек);
- если имеется крайняя плоть, необходимо отодвинуть ее и осмотреть головку полового члена;
- врач, проводящий осмотр, либо сам пациент должны надавить на половой член, чтобы выявить выделения из мочеиспускательного канала, если они есть;
- пальцевое ректальное исследование для оценки состояния предстательной железы.

Относящиеся к девушкам и взрослым женщинам:

- обязательно раздвигают половые губы, чтобы осмотреть вульву и вход во влагалище;
- осмотр шейки матки и влагалища с помощью гинекологического зеркала, оценка характера выделений из канала шейки матки и влагалища;
- бимануальное гинекологическое исследование для выявления болезненности матки, маточных труб, яичников, объемных образований в малом тазу;
- кольпоскопия при наличии показаний.

Лабораторная диагностика ИППП

Методы лабораторной диагностики инфекций, имеющих половой путь передачи и/или поражающих репродуктивные органы, включают:

- микроскопическое исследование окрашенного или нативного препарата;
- иммунофлюоресцентное исследование — определение структурных антигенов с помощью меченных флюорохромом антител;
- культуральное исследование — культивирование на искусственных питательных средах;
- иммуноферментный анализ — определение антигенов возбудителя;
- иммуноферментный анализ — определение циркулирующих антител, серологическое исследование;
- молекулярно-биологические методы — группа методов, направленных на выявление нуклеиновых кислот (РНК и ДНК) микроорганизмов (гибридизация и амплификация нуклеиновых кислот).

Основными характеристиками любых лабораторных методов являются диагностическая чувствительность и диагностическая специфичность. Диагностическая чувствительность — доля (или вероятность получения) положительных результатов теста среди обследованных инфицированных лиц. Диагностическая специфичность — доля (или вероятность получения) отрицательных результатов теста среди обследованных неинфицированных лиц. В идеальных условиях диагностическая чувствительность и специфичность должны стремиться к 100%, однако в реальных условиях эти параметры значительно варьируют для разных лабораторных методов и зависят от целого ряда факторов, включающих аналитическую чувствительность и аналитическую специфичность используемых методов, свойства возбудителя, особенности патогенеза инфекции, тип исследуемого клинического материала и источник его получения, условия хранения и транспортировки образцов для исследования. **При определении плана обследования пациента на любые инфекции врачу следует иметь четкую информацию о чувствительности и специфичности тест-систем, используемых в лабораториях.**

Наиболее чувствительным методом выявления инфекций является молекулярно-биологическая технология амплификации нуклеиновых кислот (МАНК): полимеразная цепная реакция (ПЦР), реакция транскрипционной амплификации (ТМА, NASBA), реакция со сдвигом цепи (SDA). С помощью этого метода определяются РНК и ДНК микроорганизмов. В Российской Федерации производятся коммерческие тест-системы на основе методов ПЦР и

NASBA. В настоящее время молекулярно-биологический метод может использоваться для выявления всех ИППП, а также для выявления некоторых условно-патогенных микроорганизмов. Молекулярно-биологический метод целесообразно использовать для идентификации хламидий, вируса простого герпеса, ВПЧ, а также некоторых условно-патогенных микроорганизмов.

Методика определения возбудителя с помощью бактериологического посева характеризуется наиболее высокой специфичностью. Этот метод целесообразно использовать для диагностики гонококковой инфекции и урогенитального трихомониаза.

Иммуноферментный анализ с определением циркулирующих антител эффективно используется при скрининге на сифилис, вирусный гепатит С и ВИЧ-инфекцию. Иммуноферментный анализ проводится и для определения антигенов возбудителей, например для диагностики вирусного гепатита В.

В настоящее время доступны быстрые (экспресс) тесты для предварительной диагностики ВИЧ-инфекции, гонореи, хламидийной инфекции и сифилиса. Быстрые тест-системы представляют собой карты с иммобилизованными рекомбинантными антигенами и синтетическими пептидами. Показатели их специфичности значительно ниже, чем стандартных методов обследования. Главным их преимуществом является возможность получения результата через 15 минут после проведения обследования.

Использование быстрых тестов на ВИЧ очень важно, например, для установления ВИЧ-статуса у женщины, поступившей необследованной в родах, для проведения экстренных мероприятий, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку. Чувствительность качественных быстрых тестов на ВИЧ достигает 100%, специфичность — 99%. Впоследствии результат экспресс-обследования на ВИЧ должен быть подтвержден стандартным иммуноферментным анализом. ИЗС создан видеофильм для медицинских работников «Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку. Экспресс-тестирование на ВИЧ в родах», демонстрирующий, как проводить быстрое обследование на ВИЧ и консультирование женщин в родах перед этим обследованием. Важно отметить, что в международной практике получает все большее распространение использование экспресс-тестов на ВИЧ для скрининга групп риска^{76,77}.

Чувствительность и специфичность быстрых тестов на другие инфекционные заболевания, такие как сифилис, гонорея и хламидиоз, значительно ниже. Например, чувствительность теста на хламидии составляет 83,3%, специфичность — 98,5%⁷⁸. В среднем чувствительность и специфичность качественных экспресс-тестов на сифилис составляют 97% и 94% соответственно⁷⁹. ВОЗ рекомендует использовать экспресс-метод обследования на гонорею, сифилис и хламидийную инфекцию в тех случаях, когда нет возможности провести стандартное обследование групп риска, среди которых заболеваемость этими инфекциями высока⁸⁰.

В таблице 7 представлена диагностическая ценность различных методов исследования на ИППП.

Использованная литература

⁷⁶ Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings. MMWR, 2006; 55:1–17.

⁷⁷ Rapid HIV Testing. CDC. <http://www.cdc.gov/hiv/topics/testing/rapid/>.

⁷⁸ Michel CE, Solomon AW, Magbanua JP et al. Field evaluation of a rapid point-of-care assay for targeting antibiotic treatment for trachoma control: a comparative study. Lancet 2006; 367:1585–1590.

⁷⁹ Laboratory-based evaluation of rapid syphilis diagnostics. Sexually Transmitted Diseases Diagnostics Initiative UNDP. World Bank. WHO, 2003.

⁸⁰ WHO. The use of Rapid Syphilis Tests. Sexually Transmitted Diseases Diagnostics Initiative. 2006.

Таблица 7

Методы диагностики инфекций, имеющих половой путь передачи и/или поражающих органы репродукции

Название метода	Сифилис	Гонорея	Хламидийная инфекция	Трихомоназ	Герпес	ВИЧ-инфекция	ВПЧ-инфекция	Вирусный гепатит В	Вирусный гепатит С	Кандидоз	Инфекция, вызванная микоплазмой (<i>M. genitalium</i>)
Микроскопический (нативные препараты)	A	-	-	A	-	-	-	-	-	A	-
Микроскопический (окрашенные препараты)	-	B	-	B	-	-	-	-	-	A	-
Иммунофлуоресцентный (определение структурных антигенов с помощью меченных флюорохромом антител)	B	-	C	-	C	-	-	-	-	-	-
Культуральный (культивирование на искусственных питательных средах)	-	A	B	A	B	-	-	-	-	A	-
Иммуноферментный (определение антигенов возбудителя)	-	-	C	-	-	A	-	A	B	-	-
Иммуноферментный (определение циркулирующих антител, серологическое исследование)	A	-	C	-	C	A	-	B	B	-	-
Молекулярно-биологический (определение РНК и ДНК возбудителя)	B	B	A	C	A	B	A	A	A	B	A

A — метод, имеющий высокое диагностическое значение.

B — метод применяется для постановки диагноза на определенных условиях.

C — метод имеет ограниченное использование и/или информативность для постановки диагноза.

- — отсутствуют рутинные лабораторные тесты, однако это не исключает наличия разработанных методик, используемых в научно-исследовательских целях.

Технология получения клинического материала для лабораторного исследования

Получение клинического материала для лабораторной диагностики ИППП осуществляется в медицинских учреждениях врачами или средним медицинским персоналом; материал направляется в централизованную диагностическую лабораторию или лабораторию своего медицинского учреждения.

- При использовании того или иного теста необходимо иметь детальную информацию из лаборатории об условиях получения, транспортировки, о продолжительности исследования и об интерпретации получаемых результатов.
- С врачом-лаборантом важно обсудить диагностическую чувствительность и специфичность предполагаемого к использованию метода.
- Инструменты для получения клинического материала, системы для транспортировки и используемые тесты могут отличаться в зависимости от выявляемого инфекционного агента или технической оснащённости лаборатории.
- Лаборатории могут использовать готовые коммерческие наборы для получения и транспортировки клинического материала. В этом случае необходимо следовать инструкции производителя наборов.
- Необходимо получать адекватный (рекомендуемый для используемого метода) объем клинического образца.
- Каждый контейнер с клиническим образцом должен содержать информацию о пациенте, его идентификационный номер, источник и тип материала, дату и время его получения.
- Возбудители ИППП относятся к чрезвычайно прихотливым микроорганизмам, поэтому отсутствие оптимальных условий при использовании бактериологических методов или методов, требующих наличия жизнеспособных микроорганизмов, может приводить к получению ложноотрицательных результатов.
- Все процедуры получения и манипуляции с нативным клиническим материалом должны проводиться в условиях, исключающих инфицирование медицинского персонала.

Источник получения и виды клинического материала

Перед обследованием следует предупредить пациента, что взятие материала для исследования, а также следующее мочеиспускание могут быть болезненными, но постепенно неприятные ощущения уменьшатся.

Мочеиспускательный канал

- Пациента просят не мочиться перед получением материала как минимум 2 часа (мочеиспускание уменьшает количество экссудата, что может затруднить выявление возбудителя).
- При наличии выделений из уретры поверхность головки полового члена и область наружного отверстия уретры обрабатываются стерильным марлевым тампоном, крайняя плоть отводится назад.
- Используют тонкий сухой тампон на гибком стерильном (одноразовом) стержне. Неприятные ощущения можно уменьшить, если перед введением смочить тампон стерильной дистиллированной водой.
- Тампон медленно вводят в мочеиспускательный канал (у мужчин на 3—4 см, у женщин — на 1—1,5 см), продвигают по стенке по направлению к наружному отверстию и осторожно удаляют (тампон не вращают, т. к. это болезненно).

- Чтобы приготовить препарат для исследования, тампон медленно прокатывают по предметному стеклу, после этого сразу же помещают материал в питательную или транспортную среду для культурального исследования или ПИФ.
- Если предполагается исследование с помощью МАНК, следуйте инструкции производителя.
- Иногда для получения выделений нужно слегка помассировать половой член по направлению от основания к головке.
- У мальчиков и девочек препубертатного возраста материал из мочеиспускательного канала обычно не получают. Для исследования с помощью МАНК собирают мочу (первую порцию) или берут материал у наружного отверстия мочеиспускательного канала с помощью тонкого тампона на гибком проволочном стержне.

Образцы мочи

- Пациента просят не мочиться в течение 2—3 часов перед получением мочи.
- Моча собирается в стерильный герметично закрывающийся контейнер, при этом забирают *только* первые 10—20 мл мочи.
- Первая порция мочи может использоваться для выявления *Chlamydia trachomatis* и *Neisseria gonorrhoeae* с помощью МАНК, имеющих диагностическую ценность для данного типа клинического материала. Исследование мочи на возбудителей ИППП с помощью МАНК рекомендуется применять у больных без симптомов соответствующих инфекций, при невозможности гинекологического обследования (отказ пациента или другие причины). Первую порцию мочи можно собирать в любое время, однако рекомендуется использовать мочу первого утреннего мочеиспускания.

Цервикальный канал

- После введения гинекологического зеркала с влагалищной части шейки матки удаляют влагалищное отделяемое и выделения с помощью марлевого тампона для предотвращения возможной контаминации из влагалища.
- В канал шейки матки на 1—2 см вводят стерильный тампон (или специальную щетку), вращают его несколько раз и затем извлекают.
- Для микроскопического и иммунофлюоресцентного исследований клинический материал должен быть помещен на стекло тонким слоем. Для культурального исследования и ПЦР материал помещается в соответствующие пробирки с транспортной средой.
- Для выявления *Neisseria gonorrhoeae* с помощью культурального исследования материал сразу помещают в специальную питательную либо транспортную среду; для исследования с помощью МАНК — в пробирку, предназначенную для транспортировки таких проб.
- Материал для исследования на вирус простого герпеса и вирус папилломы человека предпочтительнее получать из цервикального канала, но можно и с других локусов (влагалищная часть шейки матки, пузырьки на слизистой оболочке вульвы или влагалища и т. п.).
- Во время менструации, а также после гистерэктомии для культурального исследования можно использовать клинический материал из влагалища.
- У девочек препубертатного возраста клинический материал из шейки матки не получают.

Влагалище

- Для микроскопического исследования клинический материал из влагалища получают с боковых или заднего сводов с помощью ложки Фолькмана, бактериологической петли (10) или одноразового тампона и помещают тонким слоем на предметное стекло.

Для культурального исследования и ПЦР материал помещается в соответствующие пробирки с транспортной средой.

- При наличии обильных влагалищных выделений и предполагаемой трихомонадной или кандидозной инфекции клинический материал предпочтительнее получать из заднего свода влагалища, в котором концентрируются предполагаемые инфекционные агенты. В других клинических ситуациях вагинальные образцы получают с боковых сводов, что позволяет более достоверно оценить состояние микробиоценоза влагалища в данный период.
- МАНК позволяют выявить *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* и *Trichomonas vaginalis* в мазках из влагалища не менее эффективно, чем в мазках из канала шейки матки, мочеиспускательного канала или в пробах мочи.

Кожа и слизистые оболочки

Везикулы

- Для получения содержимого везикулы вскрывают стерильной иглой и получают клинический материал для исследования с помощью стерильного тампона.
- Другой метод заключается в обработке везикулы дезинфицирующим средством; после высыхания стенку везикулы прокалывают шприцем, набирают жидкость, шприц герметически закупоривают и доставляют в лабораторию.

Язвы

- Больного следует предупредить о возможности болезненного получения материала для исследования.
- Для выявления вируса простого герпеса материал получают со дна язвы одноразовым стерильным зондом для исследования с помощью ПЦР, иммунофлюоресцентным или культуральным методом.
- Полученный клинический материал наносят на предметное стекло для проведения микроскопии в темном поле или для иммунофлюоресцентного окрашивания. Микроскопию в темном поле проводят сразу после получения материала.
- Материал для культурального исследования берут тампоном, который помещают в специальную транспортную среду, входящую в набор для взятия проб.
- Для выявления *Treponema pallidum* следует уточнить возможности микроскопического исследования в темном поле, иммунофлюоресцентного исследования или ПЦР. Материал для исследования получают следующим образом:
 - Эрозивно-язвенные элементы обрабатывают стерильным физиологическим раствором, не содержащим консервантов, осушают стерильным тампоном.
 - Сухим стерильным марлевым тампоном обрабатывают поверхность эрозивно-язвенных элементов до появления крови и экссудата, добиваясь получения сравнительно прозрачного серозного экссудата. Иногда, чтобы добиться появления межклеточной жидкости, нужно надавить на дно язвы.
 - Экссудат собирают капилляром, шприцем с тонкой иглой или непосредственно наносят на предметное стекло.
 - Перед отправкой в лабораторию капилляр герметически закупоривают, а на шприц надевают заглушку или закрепляют поршень.
 - Материал хранят при температуре 4°C и доставляют в лабораторию не позднее чем через 24 часа после получения.
- Для выявления *Haemophilus ducreyi* используют специальные питательные среды. Материал для культурального исследования получают со дна язвы так, чтобы на тампоне отсутствовал гнойный экссудат, и помещают в пробирку для транспортировки.

Ротоглотка

- Образцы для исследования получают с задней стенки глотки и из крипт миндалин. У новорожденных исследуют содержимое носоглотки.
- Полученный материал сразу же переносят на соответствующую питательную либо транспортную среду.

Прямая кишка

- Для получения клинического материала тампон вводят на 2—3 см в прямую кишку, надавливая вбок, чтобы избежать контаминации каловыми массами и получить клетки цилиндрического эпителия для исследования на *Chlamydia trachomatis* и *Neisseria gonorrhoeae*.
- Если тампон загрязнен каловыми массами, другим тампоном повторяют процедуру получения материала для исследования.
- Образцы для исследования получают «вслепую» или с помощью аноскопа (при наличии симптомов предпочтительнее использование аноскопа).
- Получение материала при аноскопии (без применения смазки, только с водопроводной водой) позволяет избежать загрязнения образца калом.

После получения результатов лабораторных исследований проводится лечение в зависимости от выявленных возбудителей. Необходимо стремиться к сокращению сроков получения результатов обследования на ИППП. В лабораториях крупных медицинских учреждений результаты большинства исследований готовы через 1—2 дня. Однако в большинстве случаев получение результатов занимает больше времени. Это отдалляет начало лечения и повышает риск развития осложнений и дальнейшего распространения инфекций. В связи с этим до получения результатов лабораторного исследования возможно использование синдромального подхода, при котором лечение назначается на основе данных анамнеза, субъективных симптомов и данных объективного обследования. Независимо от того, получены результаты обследования или нет, при первом же визите проводится консультирование пациента.

Консультирование

«Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» (статья 31) определяют, что «каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения». Статья 19 гласит: «граждане имеют право на регулярное получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, рациональных нормах питания, о продукции, работах, услугах, их соответствии санитарным нормам и правилам, о других факторах».

Консультирование — неотъемлемая часть ведения больного, обратившегося по поводу ИППП. Консультирование — это процесс взаимного общения, в ходе которого медицинский работник помогает пациенту определить проблемы, связанные с его репродуктивным здоровьем, и принять наиболее удачное, информированное, добровольное и взвешенное решение по поводу этих проблем. Консультирование предполагает обмен информацией, обдумывание и обсуждение на основе взаимного доверия и уважения между консультантом и пациентом.

Врач должен показать, что он признает наличие у пациента сексуальных потребностей, начав непредвзятый диалог, который поможет собеседнику проанализировать свою половую жизнь. Такой анализ позволит заранее спланировать меры по снижению риска ИППП, подходящие к конкретной ситуации. Консультирование по вопросам репродуктивного здоровья должно включать:

- информацию, касающуюся обнаруженного возбудителя или клинического синдрома;
- пути передачи ИППП;
- риск, сопряженный с разными видами половых контактов (оральных, вагинальных, анальных);
- обсуждение безопасного полового поведения, позволяющего снизить или устранить риск передачи ИППП партнеру или риск повторного заражения;
- существующие барьерные методы защиты (мужской презерватив, женский презерватив) и их доступность;
- информацию о лечении, а также вопросы, связанные с этиологией инфекции, — бактериальной (излечима) или вирусной (неизлечима);
- требования по уведомлению местных органов здравоохранения;
- ответственность за предумышленное заражение сексуальных партнеров;
- уведомление половых партнеров пациента самим пациентом, врачом или другим работником органов здравоохранения;
- возможные последствия отказа партнеров от обследования или лечения.

Обсуждение безопасного полового поведения

Предложите пациенту спланировать, как он будет обсуждать профилактику ИППП со своими партнерами. Беседу о том, что безопасные половые отношения необходимо обсуждать с партнерами и что нужно уметь отстаивать свою точку зрения, можно начать так: *«Если у вас или вашего партнера когда-либо был другой половой партнер, есть несколько способов сделать ваши половые отношения более безопасными. Всегда использовать презерватив, обследоваться на ВИЧ-инфекцию и другие ИППП вместе с вашим партнером, а затем вступать в половые контакты лишь друг с другом. Как вы думаете, что-нибудь из предложенного могло бы подойти вам и вашему партнеру?»*

Предупредите пациента о необходимости ограничить употребление алкоголя и других психотропных препаратов перед любыми половыми контактами, поскольку эти вещества подавляют сдерживающие психологические механизмы, что может сказаться на способности принимать решения и отстаивать свое мнение.

Последовательная моногамия — наличие одного сексуального партнера. Она может казаться партнерам безопасной, однако даже если партнеры знают друг друга и остаются друг другу верны, такие отношения сами по себе не защищают от ИППП. Подчеркните, что невозможно оценить вероятность наличия ИППП у партнера, основываясь на том, что известна его прошлая половая жизнь, что у вас близкие отношения или что вы верны друг другу, если партнер вел половую жизнь ранее и не обследовался. Важно провести обследование на ИППП. Важно также предупредить, что у самого пациента и у его партнера все-таки возможно наличие бессимптомного ИППП. Постоянное пользование презервативами и взаимная моногамия — необходимые составляющие безопасного полового поведения.

Как было отмечено в предыдущем разделе, правильное и постоянное **использование мужского и женского презерватива** эффективно защищает от большинства ИППП (ВИЧ-инфекции, гепатита В, сифилиса, хламидийной и гонококковой инфекций). Презервативы также предотвращают передачу человеку, который уже заражен ВИЧ-инфекцией, других штаммов ВИЧ, включая резистентные к АРВ-терапии штаммы. Постоянное применение презервативов влечет ускоренную регрессию папилломавирусных поражений шейки матки и полового члена. Однако важно также отметить, что презерватив не обеспечивает полной защиты от инфицирования вирусом папилломы человека или вирусом простого герпеса.

При правильном и регулярном использовании презерватива удастся предотвратить до 95% незапланированных беременностей (таблица 9). Контрацептивный эффект обеспечивается путем создания механического барьера для сперматозоидов. Презерватив также препятствует передаче болезнетворных микроорганизмов, содержащихся в сперме, на половом члене, в уретре или во влагалище, здоровому партнеру.

При обсуждении использования мужского презерватива с пациентом важно отметить:

- необходимость использования презерватива при каждом вагинальном, анальном и

оральном половых контактах;

- выяснить, знает ли пациент, где можно купить презервативы, подходит ли ему их стоимость, умеет ли он правильно ими пользоваться;
- готов ли он/она использовать презерватив, и что может мешать этому; найти решение проблем использования презерватива;
- у некоторых пациентов наблюдается аллергия к латексу; в таком случае можно использовать мужские либо женские презервативы из полиуретана.

Не следует использовать презервативы со смазкой, содержащей **ноноксинол-9**, чтобы обеспечить дополнительную защиту от нежелательной беременности. **Ноноксинол-9 может увеличить риск заражения ВИЧ-инфекцией и другими ИППП**, поскольку даже в низких дозах и при эпизодическом применении при вагинальных и анальных половых контактах он может вызвать повреждение обширных участков слизистой оболочки.

Женский презерватив — чехол, изготовленный из тонкой, прозрачной, мягкой пластиковой пленки. При использовании он свободно выстилает стенки влагалища. Оба конца женского презерватива оснащены гибкими кольцевидными ободками. Кольцо на слепом конце презерватива облегчает введение презерватива во влагалище. Кольцо на открытом конце удерживает часть презерватива, находящуюся снаружи влагалища. На внутреннюю и наружную поверхность презерватива нанесена смазка на силиконовой основе. Пластиковыми женскими презервативами может пользоваться практически любая женщина. Побочные эффекты и медицинские противопоказания к применению данного метода отсутствуют.

При так называемом «типичном использовании» презерватив используется не при каждом половом контакте и с нарушениями инструкции, в результате эффективность значительно снижается. Правильность и регулярность использования презерватива в значительной степени определяются качеством консультирования медицинским работником. Правила консультирования об использовании мужского и женского презерватива представлены в **Приложении 1**. Желательно наглядно продемонстрировать пациенту технику введения презерватива. При этом можно воспользоваться макетом или рисунком. Для повышения эффективности консультирования полезно выдать пациенту буклет или листовку, содержащие информацию о методах профилактики ИППП.

Воздержание, или абстиненция, — полный отказ от сексуальных контактов. Воздержание на период лечения ИППП вполне реально и может активно рекомендоваться, но в долгосрочной перспективе приверженность к половому воздержанию встречается редко. Ранее возлагались большие надежды на программы, целью которых была исключительно пропаганда полового воздержания, особенно среди подростков. Однако долгосрочная эффективность абстиненции оказалась низкой. Распространенность опасного сексуального поведения и заболеваемость ИППП среди участников программ абстиненции и в контрольной группе существенно не различались^{81,82}. Исследователи настаивают на том, что эффективны только комплексные программы, которые представляют все способы профилактики ИППП.

ИППП и контрацепция

Необходимость интегрированного подхода к профилактике ИППП и абортов имеет несколько причин. Во-первых, сексуальное поведение населения определяет риск не только социально опасных инфекций, передаваемых половым путем, но и риск незапланированной беременности и аборта, число которых в РФ больше, чем в любой другой развитой стране. Поэтому важно, чтобы медицинский работник обсуждал с пациентом, обратившимся по вопросам репродуктивного здоровья, и профилактику ИППП, и профилактику абортов — т. е. методы эффективной контрацепции.

Во-вторых, важно уделять внимание контрацепции в контексте ИППП еще и потому, что некоторые ИППП могут передаваться от матери плоду во время беременности. Терапия ИППП в ряде случаев также может неблагоприятно воздействовать на плод, что требует планирования беременности после излечения от ИППП и обеспечения женщины на период лечения эффективными методами контрацепции. Кроме того, планирование семьи является всемирно признанным методом профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

В-третьих, существуют особенности использования внутриматочного средства контрацепции (ВМС) при ИППП. Медицинские работники должны иметь четкое представление о том, в каком случае женщина может начать или продолжать использовать этот метод.

Все вышеперечисленное определяет необходимость консультирования по вопросам планирования семьи при выявлении ИППП, во время лечения и после излечения ИППП.

Одним из наиболее широко применяемых подходов в консультировании по вопросам контрацепции является модель «ПОМОГИ». Каждая из букв в аббревиатуре «ПОМОГИ» напоминает медицинскому работнику об одном из ключевых этапов процесса консультирования:

- П** — приветствие
- О** — о чем расспросить клиента
- М** — методы контрацепции
- О** — о выборе метода
- Г** — главное: объяснить, как пользоваться методом
- И** — информация о последующем визите

Модель «ПОМОГИ» представляет собой простое руководство, которое помогает правильно построить процесс консультирования клиентов. Она напоминает медицинским работникам, что процесс консультирования должен ориентироваться на потребности клиентов/пациентов (Приложение 2).

Существуют определенные критерии, которые помогают медицинским работникам убедиться, что пара использует подходящие методы контрацепции. Они представлены в справочнике ВОЗ «Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции»⁸³. Критериями являются определенные периоды жизни, состояния и заболевания женщины, при которых существуют ограничения для использования того или иного метода контрацепции. На основании этих критериев приняты четыре категории приемлемости методов контрацепции (таблица 8), варьирующие от возможности использования метода без ограничений до недопустимости использования при определенных состояниях или заболеваниях, таких как ИППП, ВИЧ-инфекция и вирусные гепатиты.

Таблица 8

Категории приемлемости методов контрацепции (ВОЗ)

Категории приемлемости	Значение
КАТЕГОРИЯ 1. Использование метода допускается при любых обстоятельствах	Ограничения к применению метода контрацепции отсутствуют
КАТЕГОРИЯ 2. В большинстве случаев нет противопоказаний к использованию метода	Преимущества применения метода, как правило, перевешивают теоретический или доказанный риск
КАТЕГОРИЯ 3. Использовать метод, как правило, не рекомендуется, за исключением тех случаев, когда более подходящее средство контрацепции или его использование являются неприемлемыми для клиента	Теоретический или доказанный риск, связанный с применением метода, как правило, выше преимуществ его применения
КАТЕГОРИЯ 4. Использование метода абсолютно противопоказано	Риск для здоровья, связанный с применением метода контрацепции, считается недопустимым

Основным методом профилактики распространения ИППП и предупреждения незапланированной беременности является **презерватив**. При выявлении ИППП пациент должен быть обстоятельно проконсультирован медицинским работником об использовании этого метода. Использование презервативов относится к категории приемлемости 1 (таблица 9). Это означает, что презервативы можно использовать без ограничений.

Поскольку существует определенный риск неудач при использовании презерватива (например, презерватив может порваться), важно дополнить этот метод другим эффективным методом профилактики незапланированной беременности. Это так называемый **метод «двойной защиты»** — использование презерватива и другого метода контрацепции.

Методы контрацепции различаются по эффективности, удобству применения, стоимости, побочным эффектам, недостаткам и преимуществам^{84,85}. Большинство современных методов характеризуются низким показателем неудач, если применяются регулярно и правильно. Для каждой пары можно подобрать безопасный и эффективный метод контрацепции, который поможет защитить здоровье обоих супругов.

Гормональные контрацептивы, содержащие прогестин и эстрогены, — это искусственные аналоги естественных гормонов женщины; они являются эффективным методом контрацепции. Если у женщины выявлена ИППП, использование этого метода планирования семьи следует продолжить, сочетая его с временным воздержанием или использованием презерватива. Сочетанное применение презерватива и гормональных методов контрацепции возможно у женщин с ИППП и после излечения ИППП. В настоящее время не выявлено очевидных ограничений к использованию гормональной контрацепции при приеме антибактериальных препаратов (таблица 9). Антиретровирусные (АРВ) препараты способны как уменьшать, так и увеличивать биологическую усвояемость стероидных гормонов, содержащихся в гормональных контрацептивах¹. Гормональные контрацептивы не следует сочетать с нуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы и ингибиторами протеазы. При бессимптомном носительстве вируса гепатита возможно использование любых гормональных методов контрацепции. Гормональная контрацепция нежелательна или противопоказана при курении, кормлении грудью, при сердечно-сосудистых заболеваниях и множественных факторах их риска, тромбозе, диабете, заболеваниях печени, а также приеме противотуберкулезных и противосудорожных лекарственных средств.

Не существует ограничений к использованию **экстренной контрацепции** при незащищенном половом контакте, когда есть риск незапланированной беременности. В качестве средства неотложной контрацепции допускается применение чистопрогестиновых препаратов (1,5 мг левоноргестрела в одной или двух дозах), предназначенных специально для этой цели, комбинированных оральных контрацептивов (метод Юзпе). Основной механизм действия заключается в блокировании или задержке выхода яйцеклеток из яичника (овуляции). Все пациенты должны быть проинформированы об эффективности этого метода. Таблетки экстренной контрацепции, принятые в течение 120 часов после незащищенного полового акта, снижают риск незапланированной беременности более чем на 75%. Чем раньше приняты таблетки экстренной контрацепции, тем выше их эффективность. Не допускается использование препарата как средства регулярной и непрерывной контрацепции, так как это приводит к снижению его эффективности и учащению побочных реакций. Медицинские работники должны помочь женщине выбрать регулярный метод контрацепции и проконсультировать ее о том, как правильно его использовать.

Внутриматочные средства контрацепции (ВМС) — также высокоэффективный метод предупреждения незапланированной беременности. Этот метод экономически обоснован, т. к. является длительно действующим методом планирования семьи. Существуют два вида ВМС: медьсодержащие и содержащие гормон — левоноргестрел. Если ИППП возникает у женщины, использующей ВМС, удаление ВМС не проводится. Женщина получает лечение, продолжая использовать этот метод контрацепции одновременно с презервативом. При

¹ Особенности контрацепции у женщин с ВИЧ более подробно представлены в Руководстве по оказанию комплексной медицинской помощи женщинам с ВИЧ «Репродуктивное здоровье ВИЧ-инфицированных женщин», разработанном Институтом здоровья семьи в рамках Приоритетного проекта в сфере здравоохранения.

выявлении ИППП введение ВМС противопоказано. Не следует вводить ВМС, если у женщины имеются прогрессирующие ВИЧ-инфекции, проявления синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД). Если прогрессирующие ВИЧ-инфекции происходят при использовании этого метода контрацепции, ВМС не удаляется при возможности назначения адекватной антиретровирусной терапии. Не следует использовать ВМС с левоноргестрелом у женщин с активным вирусным гепатитом. Этот вид ВМС имеет те же ограничения, что и другие гормональные методы контрацепции.

Мужская и женская стерилизация — долгосрочный и эффективный метод контрацепции. При выраженном воспалительном процессе органов мочеполовой системы, гнойном цервиците, хламидийной и гонококковой инфекциях стерилизацию следует проводить после излечения. При выраженном снижении иммунитета могут потребоваться дополнительные меры предосторожности при проведении оперативного вмешательства.

Методы контрацепции, основанные на циклическом характере женской фертильности, помогают определить начало и окончание фертильного периода менструального цикла. При этом пара избегает незащищенных вагинальных половых контактов в фертильные дни, когда возможно наступление беременности, обычно путем полового воздержания. Существует несколько способов определения фертильного периода. Календарные методы предусматривают непрерывный учет дней менструального цикла для определения начала и окончания фертильного периода. Симптоматические методы основаны на отслеживании признаков готовности женского организма к зачатию — характеру цервикальной слизи и базальной температуры тела. При использовании методов, основанных на циклическом характере женской фертильности, частота наступления незапланированной беременности варьирует от 3 до 27 случаев на 100 женщин в год в зависимости от метода и правильности его использования.

<p>Для профилактики ИППП любой метод контрацепции должен сопровождаться использованием презерватива.</p>

Таблица 9

Категории приемлемости медицинских методов контрацепции при ИППП, вирусных гепатитах и ВИЧ-инфекции: «Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции» ВОЗ

Метод контрацепции	Процент беременностей ²	ИППП	ВИЧ-инфекция	Обнаружение вирусов гепатитов В и С
Презервативы • Мужские • Женские	2% 5%	Категория приемлемости 1 — использование без ограничений		
Гормональные методы • Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) • Имплантаты • Чистопрогестин-овые контрацептивы (ЧПК)	0,3% 0,05% 0,3%	Категория приемлемости 1 КОК и ЧПК могут применяться эффективно и безопасно у пациенток с ИППП	Категория приемлемости КОК и ЧПК от 1 до 3 • Эффективны и безопасны при ВИЧ/СПИД (1) • Могут применяться при АРВ-терапии (1), кроме сочетания с ингибиторами протеазы и нуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы (3)	Категория приемлемости от 1 до 4 • КОК и ЧПК безопасны и эффективны при бессимптомном носительстве (1) • ЧПК при остром вирусном гепатите противопоказаны (3) • КОК при остром вирусном гепатите противопоказаны (4) • Применять КОК или ЧПК рекомендуется после нормализации функции печени или через 3 месяца после исчезновения клинических симптомов гепатита
Внутриматочное противозачаточное средство: • Медьсодержащие • Гормоносодержащие	0,6% 0,1%	Категория приемлемости ВМС от 2 до 4 • При трихомониазе безопасны и эффективны (2) • Лечение ИППП проводится без удаления ВМС (2) • Введение противопоказано при ИППП и ВЗОМТ (4) и при высоком риске ИППП (3)	Категория приемлемости 2 • Могут использоваться при ВИЧ-инфекции (2) • Введение при СПИД противопоказано (3). Если женщина использует ВМС, ВМС не удаляют • Гормоносодержащие — см. Гормональные методы	Категория приемлемости от 1 до 3 • Медьсодержащие ВМС могут безопасно и эффективно применяться при вирусных гепатитах (1) • Применение левоноргестрел-содержащих ВМС при остром вирусном гепатите противопоказано (3) — см. Гормональные методы
Стерилизация • Женская • Мужская	0,5% 0,1%	Метод может быть приемлем или рекомендуется отсрочка (при гнойном цервиците, хламидийной и гонококковой инфекциях)	При ВИЧ-инфекции можно проводить. Стерилизация больных СПИД требует принятия ряда специальных мер	Острый гепатит требует отсрочки женской стерилизации до нормализации функции печени. Вазэктомия приемлема
Таблетки неотложной контрацепции	Принятые ≤ 120 ч, снижают риск беременности на ≥ 75%	Категория приемлемости 1: использование без ограничений		

² Процент незапланированных беременностей в течение первого года регулярного и правильного применения.

Принципы ведения пациентов с ИППП и обследования половых партнеров

Целесообразно осуществлять ведение пациента с ИППП в одном медицинском учреждении, имеющем соответствующую лицензию. Задачи лечащего врача — провести адекватное обследование и консультирование, обследовать половых партнеров больного, назначить лечение, убедиться в разрешении клинических симптомов и/или элиминации возбудителей бактериальных ИППП.

Если это невозможно, пациента направляют в соответствующее учреждение для организации обследования, лечения и наблюдения. Если больной по-прежнему подвергается риску заражения ИППП, ему рекомендуют раз в три месяца обследоваться на гонорею, хламидийную инфекцию, сифилис и ВИЧ-инфекцию, а также стремиться к безопасному половому поведению.

Уведомление половых партнеров — один из методов вторичной профилактики ИППП, с помощью которого выявляют, консультируют, обследуют и проводят лечение половых партнеров. Это не только оправдано для предупреждения распространения ИППП, но и снижает риск повторного заражения самого пациента. Уведомить своих половых партнеров может сам больной; это могут сделать также врач или другие работники здравоохранения. Разных партнеров одного и того же больного зачастую уведомляют разными способами.

- Самостоятельное уведомление пациентом с ИППП: пациент полностью берет на себя уведомление своих партнеров о возможности заражения ИППП и направление их в соответствующие учреждения. Врач договаривается о сроке (обычно 24—48 ч), в течение которого больной сообщает своим половым партнерам о возможности заражения и направляет их в соответствующие учреждения.
- Уведомление врачом или другими представителями органов здравоохранения: с согласия пациента врач берет на себя конфиденциальное уведомление его половых партнеров о том, что они могли заразиться ИППП.

Если пациент не хочет уведомлять своих половых партнеров о необходимости обследования на ИППП, нужно выяснить, что этому мешает. Возможные проблемы привлечения партнера к обследованию на ИППП и пути их преодоления представлены в таблице 10.

Таблица 10

Возможные проблемы обследования сексуального партнера и их решение

Проблема	Решение
Страх физического или эмоционального насилия со стороны супруга или партнера	Уведомляют полового партнера пациента службы здравоохранения. Медработники должны принять должные меры по защите пациента. При реальной угрозе защитить пациента важнее, чем уведомить его партнеров
Страх потерять полового партнера из-за наличия ИППП (чувство вины)	Разъясните преимущества того, что партнер, у которого отсутствуют симптомы, будет знать, что может быть заражен
Отсутствие симптомов ИППП у партнера	Обсудите возможность бессимптомного течения некоторых ИППП и развития осложнений
Анонимность половых партнеров	Постарайтесь уговорить пациента самостоятельно найти и информировать половых партнеров о необходимости обследования
Нежелание информировать полового партнера из-за прекращения отношений с ним, чувства стыда или иных личных причин	Возможность конфиденциального и деликатного уведомления партнеров медицинским работником учреждения (не называя имени пациента)

Полезно, если пациенту предоставят письменную информацию о важности обследования партнеров (Приложение 3). Полезно также, если он получит в медицинском учреждении и передаст своему сексуальному партнеру буклет или листовку с информацией о важности обследования на ИППП, где будет указано медицинское учреждение, в котором можно бесплатно обследоваться на ИППП, получить консультацию и лечение.

Уведомление сексуального партнера пациента представителями органов здравоохранения должно проводиться конфиденциально и деликатно, по заранее разработанной и апробированной схеме, подготовленным медицинским работником, с использованием стандартных, утвержденных в медицинском учреждении материалов.

Отчетность при выявлении случая ИППП

Законодательством Российской Федерации определены формы отчетности об ИППП, заполняемые врачами любой специальности, установившими диагноз ИППП (Приложения 4 и 5):

- Две формы государственного статистического наблюдения: № 9 — «Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых кожных заболеваниях и чесотке», утвержденная постановлением Госкомстата России № 175 от 10.09.2002 г., и № 34 — «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми кожными болезнями и чесоткой», утвержденная постановлением Госкомстата России № 88 от 07.10.2003 г.
- Форма № 089/у-кв — «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки», утвержденная приказом Минздрава № 403 от 12.08.2003 г., отправляемая в кожно-венерологическое учреждение по месту жительства больного или регистрации заболевания.

Пациентов необходимо предупредить, что при выявлении ИППП, для которых обязательна регистрация, законодательство требует предоставления в органы здравоохранения без согласия пациента информации личного характера, включающей Ф.И.О., возраст и домашний адрес. Работники учреждений, куда поступает эта информация, несут юридическую ответственность за обеспечение конфиденциальности информации и сохранение врачебной тайны.

Использованная литература

⁸¹ Brückner H, Bearman P. After the promise: the STD consequences of adolescent virginity pledges. *Journal of Adolescent Health* 2005; 36:271–278.

⁸² Bearman PS, Brückner H. Promising the future: virginity pledges and first intercourse. *American Journal of Sociology* 2001; 106:859–912.

⁸³ Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции, 4-е издание, Всемирная организация здравоохранения, 2008.

⁸⁴ Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS, Shelton JD. *The Essential of Contraceptive Technology*. Baltimore, John Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, 2002.

⁸⁵ Отдел охраны репродуктивного здоровья и научных исследований при Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ/РЗИ) и Центр информационных программ при Институте здравоохранения им. Джонса Хопкинса Блумберга (ЦИП), Проект ИНФО. «Планирование семьи: универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи». Балтимор/Женева: ЦИП и ВОЗ, 2007.

Оценка готовности медицинского учреждения оказывать медицинскую помощь по ИППП

Оценка качества медицинской помощи должна включать не менее трех составляющих: изучение официальной статистики, наблюдение за практикой предоставления медицинской помощи и опрос пациентов/клиентов.

Оказывают медицинскую помощь по ИППП в кожно-венерологических диспансерах, женских консультациях, поликлиниках, гинекологических и урологических клиниках. Важно определить уровень готовности этих медицинских учреждений качественно оказывать медицинскую помощь по ИППП.

Оценка готовности должна проводиться по определенной системе, включающей следующие разделы: 1) руководство и организация работы; 2) оказание медицинской помощи; 3) оснащенность медицинского учреждения; 4) система мониторинга и оценки медицинской помощи. Проводится оценка экспертом на основании опроса персонала и наблюдения за оказанием медицинской помощи. Основная цель этой работы — помочь руководителям и сотрудникам медицинских учреждений и руководителям здравоохранения эффективно оценить основные этапы медицинской помощи, выявить имеющиеся проблемы и определить потребности медицинского учреждения. Полноценная система должна включать балльную оценку, на основании суммы баллов определяется уровень готовности медицинского учреждения проводить соответствующую работу.

Основные принципы системы оценки готовности к оказанию медицинской помощи разработаны американской организацией «Джон Сноу, Инк»³ и Институтом здоровья семьи (ИЗС). Эта система использована в «Руководстве по оценке готовности медицинских учреждений первичного звена проводить профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР)», подготовленном в рамках Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ» в 2008 г.

В настоящем Руководстве представлен перечень тем, которые необходимо обсудить специалистам в области ИППП с руководителями и сотрудниками медицинских учреждений при оценке готовности учреждений оказывать медицинскую помощь по ИППП. В дальнейшем ИЗС планирует создание полноценного инструмента оценки готовности медицинских учреждений оказывать медицинскую помощь по ИППП.

Раздел 1. Руководство и организация работы в медицинском учреждении

1. Письменный документ — приказ с указанием ответственных сотрудников и/или должностные инструкции с изложением организации медицинской помощи по ИППП, ВИЧ-инфекции, ВГВ и ВГС.
2. Использование персоналом для оказания медицинской помощи по ИППП современных руководств или клинических протоколов, основанных на доказательной медицине и созданных после 2006 г.
3. Информированность руководства и медицинских работников об эпидемиологической ситуации с ИППП, ВИЧ-инфекцией, ВГВ и ВГС в территории.

Раздел 2. Оказание медицинской помощи

1. Возможность ежедневного обследования на ИППП, ВИЧ-инфекцию, ВГВ и ВГС.
2. Информирование пациента о предстоящем осмотре и обследовании.
3. Оценка риска ИППП, ВИЧ-инфекции, ВГВ и ВГС при изучении анамнеза.
4. Использование стандартных материалов при сборе анамнеза по поводу риска ИППП, ВИЧ-инфекции, ВГВ и ВГС.
5. Предоставление пациенту информации о добровольности и конфиденциальности результатов беседы и обследования.

³ Hirschhorn L, Fullem A, Farabaugh M, Noguera M. Tool to Assess Site Readiness for Initiating Antiretroviral Therapy (ART) or Capacity for Existing ART Sites, Version 1.3. Boston, Ma.: John Snow, Inc. 2007.

6. Осведомленность врачей о полном объеме обследования при ИППП, ВИЧ-инфекции, ВГВ и ВГС, зафиксированном в инструкциях. Навыки в проведении этого осмотра:
 - кожа и слизистые;
 - лимфатические узлы;
 - наружные половые органы;
 - перианальная область;
 - осмотр шейки матки с помощью гинекологического зеркала и бимануальное гинекологическое исследование;
 - пальцевое ректальное обследование у мужчин.
7. Знания и навыки получения клинического материала для лабораторного исследования:
 - использование при заборе клинического материала стандартной инструкции, согласованной с лабораторией и включающей объем материала для исследования, условия транспортировки, его маркировку;
 - информированность о чувствительности и специфичности используемых тестов;
 - методика получения материала для исследования из мочеиспускательного канала;
 - методика получения образца мочи и информирование пациента о сборе мочи;
 - методика получения материала для исследования из влагалища;
 - методика получения материала для исследования из цервикального канала шейки матки;
 - методика получения материала для исследования с язв и везикул на коже;
 - методика получения материала для исследования из ротоглотки;
 - методика получения материала для исследования из прямой кишки;
 - информированность персонала о методах профилактики аварийных ситуаций с риском инфицирования персонала; наличие соответствующих инструкций.
8. Содержание консультирования до обследования на ИППП, ВИЧ-инфекцию, ВГВ и ВГС.
9. Содержание консультирования после обследования на ИППП, ВИЧ-инфекцию, ВГВ и ВГС.
10. Использование стандартных материалов для консультирования пациентов по поводу ИППП, ВИЧ-инфекции, ВГВ и ВГС.
11. Консультирование о планировании семьи при выявлении ИППП, ВИЧ-инфекции, ВГВ и ВГС. Знание особенностей контрацепции при ИППП, ВИЧ-инфекции, ВГВ и ВГС.
12. Система регистрации информирования или консультирования, связанных с обследованием на ИППП, ВИЧ-инфекцию, ВГВ и ВГС.
13. Критерии выбора терапии ИППП, ВИЧ-инфекции, ВГВ и ВГС.
14. Проведение профилактических программ среди населения по ИППП, ВИЧ-инфекции, ВГВ и ВГС.
15. Работа с подростками по вопросам профилактики ИППП, ВИЧ-инфекции, ВГВ и ВГС.
16. Взаимосвязь со специалистами — дерматовенерологами и инфекционистами по вопросам ИППП, ВИЧ-инфекции, ВГВ и ВГС.
17. Знания персонала об ответственности за соблюдение конфиденциальности медицинской информации.

Раздел 3. Оснащенность медицинского учреждения

1. Обеспеченность врачами (акушерами-гинекологами, урологами) и средним медицинским персоналом.
2. Обеспеченность врачами-лаборантами и лаборантами.
3. Система подготовки медицинского персонала для оказания медицинской помощи при ИППП, ВИЧ-инфекции, ВГВ и ВГС; тематика обучения и частота его проведения.
4. Наличие комфортного (теплого и чистого) помещения для конфиденциального врачебного приема и консультирования.
5. Наличие комфортного (теплого и чистого) процедурного помещения с холодильником.
6. Наличие стерильного медицинского инструментария и расходных материалов: гинекологических зеркал, марлевых тампонов, капилляров, шпателей, специальных «щеток», одноразовых игл и шприцев, контейнеров, предметных стекол.
7. Наличие и использование инструкций с четкой и точной информацией об условиях получения и транспортировки материалов. Использование их медицинскими работниками.

8. Доступность следующих лабораторных исследований на ИППП, ВИЧ-инфекцию, ВГВ и ВГС:
 - микроскопический — сифилис, гонорея, трихомониаз, ВПЧ;
 - иммунофлюоресцентный — сифилис;
 - культуральный — гонорея, трихомониаз;
 - иммуноферментный — сифилис, ВИЧ, ВГВ и ВГС;
 - молекулярно-биологический — хламидиоз, герпес, гонорея, трихомониаз, ВПЧ, ВИЧ, ВГВ и ВГС, *M. genitalium*.
9. Сроки поступления результатов обследования.
10. Информированность врачей о доступности антибактериальных и противовирусных препаратов в территории.
11. Наличие форм информированных согласий на проведение обследования.
12. Наличие раздаточных информационных материалов для населения по профилактике ИППП, ВИЧ-инфекции, ВГВ и ВГС.
13. Наличие плакатов для населения по профилактике ИППП, ВИЧ-инфекции, ВГВ и ВГС.
14. Система обеспечения медицинского учреждения информационными материалами по ИППП, ВИЧ-инфекции, ВГВ и ВГС.
15. Бесплатная раздача презервативов.
16. Доступность различных методов контрацепции для населения (бесплатная контрацепция для социально уязвимых групп и подростков).

Раздел 4. Система мониторинга и оценки медицинской помощи по ППМР

1. Система учета и регистрации пациентов с ИППП, ВИЧ-инфекцией, ВГВ и ВГС.
2. Система отчетности перед органами здравоохранения об ИППП, ВИЧ-инфекции, ВГВ и ВГС.
3. Наличие электронной базы данных с реестром больных. Возможность пополнения информации в различных медицинских учреждениях. Доступ к информации только у уполномоченного персонала.
4. Внешний и внутренний контроль качества медицинской помощи по ИППП, ВИЧ-инфекции, ВГВ и ВГС.
5. Обсуждение результатов работы по ИППП, ВИЧ-инфекции, ВГВ и ВГС в коллективе мед-учреждения.

Ведение пациентов с инфекциями, передаваемыми половым путем

Сифилис

Сифилис — инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой (*Treponema pallidum*), передаваемое преимущественно половым путем и характеризующееся периодичностью течения. При неадекватной терапии сифилиса характерно полиорганное поражение.

Этиология

Возбудитель сифилиса относится к порядку *Spirochaetales*, семейству *Spirochaetales*, роду *Treponema*, виду *Treponema pallidum* (син.: *Spirochaeta pallida*). Бледная трепонема легко разрушается под влиянием внешних факторов: высыхание, прогревание при 55°C в течение 15 мин, воздействие 50—56° этилового спирта. Низкая температура способствует выживанию бледной трепонемы: так, отмечена ее патогенность после года содержания при температуре –78°C.

В результате перенесенной инфекции специфический иммунитет не развивается, поэтому возможно неоднократное повторное инфицирование.

Эпидемиология

В 1990-х — начале 2000-х годов Россия пережила эпидемию сифилиса. Доэпидемический уровень заболеваемости (1988—89 гг.) составлял, по данным Федеральной службы государственной статистики, 4,3 случая на 100 тысяч населения. Пик заболеваемости пришелся на 1997 г., когда ее уровень достиг 277,3 случая на 100 тысяч (подъем в 64,5 раза). В дальнейшем отмечалось ежегодное (на 15—20%) снижение заболеваемости, в 2008 г. она составила 59,9 на 100 тысяч. Однако заболеваемость сифилисом в РФ значительно превышает аналогичный показатель стран Евросоюза и США (3,5 и 3,3 на 100 тысяч соответственно^{86,87}).

Факторами, способствующими росту заболеваемости инфекцией, являются промискуитет (частая смена половых партнеров), алкоголизм, наркомания, широкое распространение коммерческого секса и нестандартной половой ориентации, неразвитость системы первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и самолечение.

Классификация

Классификация сифилиса согласно МКБ-10:

A50	Врожденный сифилис
A50.0	Ранний врожденный сифилис с симптомами
A50.1	Ранний врожденный сифилис скрытый
A50.2	Ранний врожденный сифилис неуточненный
A50.3	Позднее врожденное сифилитическое поражение глаз
A50.4	Поздний врожденный нейросифилис (ювенильный нейросифилис)
A50.5	Другие формы позднего врожденного сифилиса с симптомами
A50.6	Поздний врожденный сифилис скрытый
A50.7	Поздний врожденный сифилис неуточненный
A50.9	Врожденный сифилис неуточненный
A51	Ранний сифилис
A51.0	Первичный сифилис половых органов
A51.1	Первичный сифилис анальной области
A51.2	Первичный сифилис других локализаций
A51.3	Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек
A51.4	Другие формы вторичного сифилиса
A51.5	Ранний сифилис скрытый
A51.9	Ранний сифилис неуточненный
A52	Поздний сифилис

A52.0	Сифилис сердечно-сосудистой системы
A52.1	Нейросифилис с симптомами
A52.2	Асимптомный нейросифилис
A52.3	Нейросифилис неуточненный
A52.7	Другие симптомы позднего сифилиса
A52.8	Поздний сифилис скрытый
A52.9	Поздний сифилис неуточненный
A53	Другие и неуточненные формы сифилиса
A53.0	Скрытый сифилис, неуточненный как ранний или поздний
A53.9	Сифилис неуточненный

Пути передачи

- Половой — наиболее частый и типичный путь инфицирования.
- Трансплацентарный — передача инфекции от больной матери плоду через плаценту, ведущая к развитию врожденного сифилиса. Инфекция передается плоду от нелеченной матери, которая была инфицирована в ранние сроки беременности. При инфицировании в более поздние сроки ребенок может родиться без проявлений сифилиса и заболевает в первые месяцы жизни.
- Трансфузионный — при переливании крови от донора, больного сифилисом в любой стадии, включая инкубационный период.
- Бытовой (является редкостью) — при тесном бытовом контакте с больным, имеющим различные проявления сифилиса.
- Профессиональный — заражение сифилисом персонала лабораторий, работающего с зараженными экспериментальными животными, а также акушеров-гинекологов, хирургов, стоматологов, патологоанатомов при выполнении профессиональных обязанностей с нарушением санитарно-гигиенических норм.

Клиническая картина

Инкубационный период начинается с инвазии *Treponema pallidum* через слизистую оболочку или поврежденную кожу и заканчивается появлением первичного аффекта в среднем через 3—4 недели (от 10 до 190 дней). В таблице 11 представлены клинические проявления сифилиса.

Таблица 11

Клинические проявления сифилиса

Стадия	Клиническая картина	Сроки появления
Первичный сифилис	В месте инвазии бледных трепонем развивается твердый шанкр — эрозия/язва диаметром от 2 мм до 2 см и более, округлых очертаний, с ровными краями, гладким блестящим дном розового или серовато-желтого цвета, часто с блюдцеобразным углублением, со скудным серозным отделяемым, безболезненная при пальпации; в основании шанкра — плотноэластический инфильтрат; появление шанкра сопровождается регионарным лимфаденитом и реже — лимфангитом	3—4 недели (10—190 дней) после заражения

Стадия	Клиническая картина	Сроки появления
Вторичный сифилис	В результате гематогенной диссеминации инфекции возникает специфическая сыпь — пятнистые, папулезные, пустулезные и везикулезные сифилиды на коже и/или слизистых оболочках (диффузные и локальные розеолезные и папулезные сифилиды); лейкодерма (пятнистая, сетчатая, мраморная); алопеция (мелкоочаговая, диффузная, смешанная); в начале вторичного периода возможны остаточные явления первичного сифилиса; на фоне вторичных кожных проявлений могут развиваться ранние висцеральные поражения — кардиоваскулярный сифилис, гепатит, гастрит и др., поражения опорно-двигательного аппарата (ночные боли в длинных трубчатых костях конечностей, синовиты, остеоартриты)	9—10 недель после заражения
Третичный сифилис	Наружные проявления Высыпания на коже и/или слизистых оболочках (бугорковый и гуммозный сифилиды, третичная розеола Фурнье)	> 3 лет после заражения
	Сифилис внутренних органов (висцеральный) Кардиоваскулярный сифилис: сифилитический аортит, сифилитическая недостаточность аортальных клапанов, сифилитическая аневризма аорты, сифилитический миокардит, гуммозные эндо- и перикардит, реже — поздние гепатиты (ограниченный хронический эпителиальный, хронический интерстициальный гуммозный, милиарный гуммозный гепатит и др.)	> 3 лет после заражения
	Нейросифилис Асимптомный характеризуется отсутствием клинических проявлений. Диагноз основывается на данных ликворологического обследования. С симптомами: любые неврологические или психические нарушения. Чаще всего из ранних форм нейросифилиса встречается менинговаскулярный сифилис — сифилитические менингит, увеит (хориоретинит, ирит), васкулярный нейросифилис (инсульт), менингомиелит. К поздним формам нейросифилиса относят прогрессивный паралич, спинную сухотку, табопаралич, атрофию зрительных нервов и гуммозный нейросифилис с преобладанием симптомов поражения паренхимы мозга	С первых месяцев заболевания до многих лет. < 5 лет от начала заболевания. > 5 лет от начала заболевания
	Поражение опорно-двигательного аппарата Табетическая артропатия и гуммозные поражения костей и суставов	> 3 лет после заражения
Скрытый сифилис	Отсутствие клинических проявлений сифилиса. Диагноз основывается на данных серологического обследования	Ранний: < 2 лет после заражения. Поздний: > 2 лет после заражения

Стадия	Клиническая картина	Сроки появления
<p>Врожденный сифилис, протекающий как с клиническими проявлениями (манifestный), так и без них (скрытый)</p>	<p>Ранний Сифилитическая пузырьчатка, диффузная инфильтрация кожи Гохзингера, специфический ринит и остеохондрит длинных трубчатых костей Вегенера (I, II и III стадии; выявляется при рентгенологическом исследовании). Папулезная сыпь на конечностях, ягодицах, лице, иногда по всему телу; в местах мацерации — эрозивные папулы и широкие кондиломы; розеолезная сыпь (встречается редко); рауцедо; алопеция; поражения костей в виде периостита, остеопороза и остеосклероза, костных гумм; гепатит, гломерулонефрит, миокардит, эндо- и перикардит, специфический менингит, гидроцефалия и т. д. Симптомы, общие для различных внутриутробных инфекций, — «старческий вид» с морщинистой, дряблой, грязно-желтого цвета кожей; гипотрофия вплоть до кахексии; гипохромная анемия, лейкоцитоз, повышение СОЭ, тромбоцитопения; гепатоспленомегалия; хориоретинит (IV типа); онихии и паронихии</p>	<p>В первые 2 года жизни</p>
	<p>Поздний <i>Достоверные симптомы</i> — триада Гетчинсона: паренхиматозный кератит, лабиринтная глухота, Гетчинсоновы зубы. <i>Вероятные симптомы</i> — саблевидные голени, хориоретиниты, деформации носа, лучистые рубцы вокруг рта, ягодицеобразный череп, деформации зубов, сифилитические гониты, гемипарезы и гемиплегии, слабоумие, церебральный детский паралич, джексоновская эпилепсия. Бугорковые и гуммозные сифилиды кожи и слизистых. Периостит, гуммозный остеомиелит, остеосклероз. Поражение печени и селезенки, сердечно-сосудистой и эндокринной систем. <i>Дистрофии</i> — утолщение грудинного конца правой ключицы, дистрофии костей черепа в виде олимпийского лба, высокое «готическое» или «стрельчатое» небо, отсутствие мечевидного отростка грудины, инфантильный мизинец, широко расставленные верхние резцы, бугорок на жевательной поверхности первого моляра верхней челюсти</p>	<p>После 2 лет жизни</p>

Лабораторные исследования

Беспорным доказательством сифилиса является *обнаружение бледной трепонемы в образцах, полученных из очагов поражений, с помощью микроскопии в темном поле или других методов: прямой иммунофлюоресценции (ПИФ), полимеразной цепной реакции*. Для детекции бледных трепонем в гистологических препаратах применяются специальные методы окраски пораженных тканей. Прямая детекция возбудителя используется для диагностики ранних форм заболевания (первичный и вторичный сифилис) с клиническими проявлениями (эрозивно-язвенные элементы), третичного сифилиса (биопсированный материал из глубины инфильтрата), для подтверждения врожденного сифилиса (ткань пуповины, пла-

центы, органы плода, отделяемое слизистой оболочки носа, содержимое пузырей, соскоб с поверхности папул).

Серологические тесты на сифилис

Нетрепонемные тесты (НТТ)

Реакция микропреципитации (РМП) или аналог — RPR (быстрый плазмореагиновый тест), а также реакция связывания комплемента с кардиолипидным антигеном (РСКк) выявляют антитела против липидных антигенов, которые являются общими для бледной трепонемы и тканей организма человека. Поэтому кардиолипидные тесты позитивны не только в присутствии возбудителя сифилиса, но и при повреждении тканей макроорганизма, что обуславливает возможность ложноположительных результатов. Эти тесты *являются свидетельством активности заболевания; используются для скрининга и оценки эффективности проведенного лечения* (в количественной постановке). Чувствительность RPR-теста при первичном сифилисе — 85%, вторичном — 100%, раннем скрытом — 98%, позднем — 95%.

Трепонемные тесты (ТТ)

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) и иммуноферментный анализ (ИФА) на антитела классов IgM, IgG и суммарные. РПГА и ИФА имеют универсальное значение и *применяются как для скрининга, так и для подтверждения диагноза*. Эти методики просты и доступны в проведении, имеют высокую воспроизводимость, автоматизированы. При применении ИФА или РПГА обязательным условием является использование в повторном анализе той же тест-системы, что и при первичном обследовании. Результаты ИФА становятся положительными при сифилисе с 3-й недели от момента заражения, результаты РПГА — с 7—8-й недели.

Реакция иммунофлюоресценции (РИФ) достаточно чувствительна на всех стадиях инфекции, с периода инкубации до позднего сифилиса, но ее постановка трудоемка. РИФ *применяется как подтверждающий тест при нейросифилисе и для дифференциации сифилиса и ложноположительных результатов*. Результаты РИФ становятся положительными с 3-й недели после инфицирования.

Реакция иммобилизации бледных трепонем (РИТ) становится положительной с 7—8-й недели от момента заражения. Сфера применения РИТ постепенно сужается из-за ее дороговизны и трудоемкости, однако эта реакция может быть полезна *при дифференциальной диагностике с ложноположительными реакциями на сифилис, при диагностике нейросифилиса* и как реакция-арбитр при расхождении результатов других серологических тестов.

Скрининг

С целью обследования населения на сифилис проводятся РМП и ее аналоги (RPR, VDRL, TRUST), ИФА и/или РПГА. Обследование больных в стационарах, беременных (в том числе направляемых на искусственное прерывание беременности), доноров проводят с одновременным использованием двух методов: РМП (RPR) + ИФА или РМП (RPR) + РПГА. Полученный положительный результат подтверждается ИФА, РПГА, при необходимости — РИФ.

Ложноположительные и ложноотрицательные реакции

Ложноположительные серологические реакции на сифилис (ЛПР) могут быть обусловлены техническими погрешностями и особенностями организма. Условно их разделяют на острые (< 6 месяцев) и хронические (> 6 месяцев). Острые ЛПР могут наблюдаться при беременности, после вакцинации, после недавно перенесенного инфаркта миокарда и при многих инфекционных заболеваниях. Хронические ЛПР возможны при аутоиммунных и онкологических заболеваниях, хронической патологии печени, при инъекционном применении наркотиков и в старческом возрасте. ЛПР в ТТ и НТТ могут наблюдаться при эндемических трепонематозах, боррелиозе, лептоспирозе.

Ложноотрицательные серологические реакции на сифилис могут наблюдаться во вторичном периоде сифилиса при использовании неразведенной сыворотки (феномен прозоны).

Диагностика нейросифилиса

Диагноз манифестного нейросифилиса устанавливается на основании комбинации положительных результатов серологических тестов в крови, изменений в спинномозговой жидкости (СМЖ) и клинической неврологической симптоматики; диагноз скрытого нейросифилиса (асимптомного менингита) — на основании патологических результатов ликворологического обследования в сочетании с положительными серологическими реакциями. Проведение спинномозговой пункции для исследования СМЖ показано пациентам с клинической картиной неврологических поражений, при давности сифилитической инфекции 6 месяцев и более, при скрытых, поздних формах сифилиса и серорезистентности, а также ВИЧ-инфицированным. Исследование проводится с помощью РСК, РМП (RPR) в качественной и количественной постановке — с неразведенным ликвором и разведенным в 2 и 5 раз, РИФ с цельным ликвором (РИФц), РПГА, ИФА, РИТ; исследуется общий белок, количество клеток. Патологическим считается число клеток более 5 в 1 мм³, уровень белка — более 0,3 г/л. Постановка одного из НТТ (лучше РСКк) и РИФц является обязательной.

Изолированный положительный результат РСК, РМП (RPR) с СМЖ является диагностическим. Положительный результат РИФц с СМЖ не подтверждает диагноза нейросифилиса, но отрицательный — исключает нейросифилис.

Диагностика раннего врожденного сифилиса

Диагноз раннего врожденного сифилиса должен подтверждаться серологическими реакциями крови — РМП (RPR), ИФА, РПГА, РИТ, РИФ, — которые при активных проявлениях заболевания оказываются почти всегда положительными. Для раннего врожденного сифилиса с симптомами диагностической является любая степень позитивности серологических реакций. При диагностике раннего врожденного скрытого сифилиса решающее значение имеют результаты обнаружения в крови ребенка методом ИФА трепонемоспецифических антител (IgM), которые не проникают через плаценту и не обнаруживаются у детей в отсутствие сифилиса.

Установление раннего врожденного скрытого сифилиса необходимо проводить с учетом следующих критериев:

- данные анамнеза: отсутствие лечения или неадекватное лечение матери;
- макро- и микроскопические изменения плаценты;
- более высокая позитивность серологических реакций в венозной крови ребенка по сравнению с пуповинной кровью;
- более высокая позитивность серологических реакций в венозной крови ребенка по сравнению с кровью матери;
- патология в ликворе;
- температурная реакция обострения после начала лечения;
- положительный тест IgM-ИФА с венозной кровью ребенка (как дополнительный критерий).

Показания к консультациям других специалистов

Детям с подозрением на врожденный сифилис для выявления специфической патологии проводятся консультации офтальмолога, невролога, оториноларинголога.

Для выявления специфической патологии всем пациентам с подозрением на нейросифилис проводится консультация невролога, офтальмолога, оториноларинголога; пациентам с подозрением на специфическое поражение внутренних органов и опорно-двигательного аппарата — консультации специалистов в соответствии с жалобами и/или патологическими изменениями, выявленными при инструментальном обследовании.

Лечение

Специфическое лечение проводят с целью микробиологической санации организма пациента путем создания трепонемицидной концентрации антимикробного препарата в крови и тканях, а при нейросифилисе — в СМЖ.

Превентивное лечение проводят с целью предупреждения сифилиса лицам, находившимся в половом и тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса.

Профилактическое лечение с целью предупреждения сифилиса проводят:

- а) беременным женщинам, лечившимся по поводу сифилиса до беременности, у которых сохраняется позитивность нетрепонемных серологических тестов;
- б) беременным, которым специфическое лечение сифилиса проводилось во время беременности;
- в) новорожденным, родившимся без проявлений сифилиса от нелеченной либо неадекватно леченной матери;
- г) новорожденным, мать которых при наличии показаний во время беременности не получила профилактического лечения.

Ниже (таблица 12) указаны 1—2 методики выбора и 1—2 резервных методики лечения сифилиса. В международных руководствах отмечается недостаток данных об альтернативных схемах лечения сифилиса у беременных и о лечении врожденного сифилиса у детей для создания обоснованных рекомендаций.

Существует целый ряд антибиотиков, используемых при лечении сифилиса. Препаратом выбора для лечения сифилиса первичного и вторичного (давностью менее 6 месяцев) является пролонгированный препарат пенициллина — бензатинбензилпенициллин (Экстенциллин, Ретарпен). Уровень рекомендаций по его использованию соответствует А-2 и А-3, что подтверждено в многочисленных исследованиях, проводившихся более 50 лет, в течение которых *T. pallidum* остается чувствительной к этому препарату^{88,89,90,91,92,93,94,95}. У пациентов с аллергическими реакциями на пенициллиновые антибиотики для лечения этих стадий болезни возможно использование цефтриаксона^{96,97,98} (уровень рекомендаций В-2). В лечении скрытых и поздних форм сифилиса предпочтительны пенициллины средней дюрантности (длительности действия) и водорастворимый пенициллин, а при нейросифилисе — водорастворимый пенициллин или цефтриаксон.

В таблице 12 представлены современные рекомендации по лечению, принятые в РФ. Методические указания «Лечение и профилактика сифилиса» (1999 г.) и клинические протоколы «Лечение и профилактика сифилиса» (2003 г.) в части положений устарели.

Рекомендации по лечению сифилиса у детей и взрослых в РФ отличаются от рекомендаций, принятых в США, Западной Европе и Канаде. Суть различий объясняется в конце этого раздела. В таблице 12 указывается градация достоверности тех схем лечения, которые соответствуют международным рекомендациям.

Таблица 12

Лечение сифилиса

Категория больных, стадия болезни	Схемы выбора	Схемы резерва
Превентивное лечение у взрослых	Бензатинбензилпенициллин, 2,4 млн ЕД в/м однократно (В-2) ⁹⁹	Цефтриаксон, 0,5 г в/м 1 раз в сутки № 5
Первичный сифилис у взрослых	Бензатинбензилпенициллин, 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 7 дней № 2	1) Доксциклин, 0,1 г внутрь 2 раза в сутки 15 дней ¹⁰⁰ (В-2) или 2) Цефтриаксон, 0,5 г в/м 1 раз в сутки № 10 ¹⁰¹ (В-2)

Категория больных, стадия болезни	Схемы выбора	Схемы резерва
Вторичный и ранний скрытый сифилис у взрослых < 6 мес	Бензатинбензилпенициллин 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 7 дней № 3	1) Доксициклин, 0,1 г внутрь 2 раза в сутки 30 дней или 2) Цефтриаксон, 1,0 г в/м 1 раз в сутки № 20
Вторичный и ранний скрытый сифилис у взрослых > 6 мес	1) Бензилпенициллина новокаиновая соль, 1,2 млн ЕД 2 раза в сутки в/м 20 дней или 2) Прокаин-пенициллин, 1,2 млн ЕД 1 раз в сутки в/м 20 дней	1) Доксициклин, 0,1 г внутрь 2 раза в сутки 30 дней или 2) Цефтриаксон, 1,0 г в/м 1 раз в сутки № 20
Нейросифилис ранний ^{102,103}	Бензилпенициллина натриевая соль, 10—12 млн ЕД инфузионно в 400 мл физиологического раствора в течение 1,5—2 часов 2 раза в сутки 20 дней	Цефтриаксон, в/м или в/в в суточной дозе 2,0 г (возможно до 4,0 г) однократно или разделив суточную дозу на 2 введения № 20 (В-2) ^{104,105}
Нейросифилис поздний	Аналогично лечению раннего нейросифилиса, но не один, а 2 курса лечения с интервалом 2 недели	Аналогично лечению раннего нейросифилиса, но не один, а 2 курса лечения с интервалом 2 недели
<p>Примечание 1: в первые 3 дня лечения как раннего, так и позднего нейросифилиса во избежание обострения неврологической симптоматики вводят в/м преднизолон в дозах 90, 60 и 30 мг соответственно (утром за 30 мин до введения антибиотика). При лечении гуммозного нейросифилиса лечение преднизолоном может быть начато на 3—5 дней раньше, чем введение антибиотика, и может сопровождать его в течение всего первого курса, что способствует регрессу клинических симптомов заболевания.</p> <p>Примечание 2: в случае госпитализации больного вторичным или ранним скрытым сифилисом (при осложненном течении заболевания, соматической отягощенности, аллергии на антибиотики и т. д.) лечение проводится натриевой солью бензилпенициллина по 1 млн ЕД на инъекцию 4 раза в сутки в течение 20 дней.</p>		
Третичный, скрытый поздний и скрытый неуточненный сифилис у взрослых	1) Бензилпенициллина натриевая соль, 1 млн ЕД 4 раза в сутки в течение 28 дней (I курс) и 14 дней (II курс); интервал между курсами 14 дней в/м или 2) Прокаин-пенициллин 1,2 млн ЕД 1 раз в сутки № 20 (I курс) и № 10 (II курс) в/м; интервал между курсами 14 дней	Цефтриаксон, 1,0 г в/м ежедневно № 20 (I курс) и № 10 (II курс); интервал между курсами 14 дней
Поздний сифилис внутренних органов и опорно-двигательного аппарата	Аналогично лечению третичного сифилиса (см. выше), но с подготовкой перед I курсом препаратами широкого спектра действия (доксициклин, 0,1 г × 2 раза в сутки, или эритромицин, 0,5 г × 4 раза в сутки) в течение 2—3 недель в/м	Аналогично резервным методам при третичном сифилисе, но с подготовкой перед I курсом препаратами широкого спектра действия в течение 2—3 недель

Категория больных, стадия болезни	Схемы лечения
Сифилис у беременных	
Первичный	1) Бензилпенициллина натриевая соль, 1 млн ЕД 4 раза в сутки в течение 10 дней в/м или 2) Прокаин-пенициллин, 1,2 млн ЕД 1 раз в сутки № 10 в/м
Вторичный, скрытый ранний	1) Бензилпенициллина натриевая соль, 1 млн ЕД 4 раза в сутки в течение 20 дней в/м или 2) Прокаин-пенициллин, 1,2 млн ЕД 1 раз в сутки № 20 в/м
Скрытый поздний, скрытый неуточненный	Аналогично лечению тех же форм сифилиса у небеременных
Профилактическое лечение беременных (с 20-й недели беременности)	Аналогично лечению первичного сифилиса у беременных
Сифилис у детей	
Ранний врожденный (манifestный и скрытый) ^{106,107}	Бензилпенициллина натриевая соль, 100 тыс ЕД/кг массы тела в сутки в/м; суточную дозу делят на 6 инъекций; длительность лечения 14 дней; в особых клинических ситуациях (тяжелое течение, поражение ЦНС и др.) проводится консилиум для решения вопроса о продолжении лечения до 21—28 дней или Прокаин-пенициллин, 50 тыс ЕД/кг массы тела в сутки в/м 1 раз в сутки № 14
Поздний врожденный (манifestный и скрытый)	Бензилпенициллина натриевая соль, 50 тыс ЕД/кг массы тела в сутки в/м; суточную дозу делят на 6 инъекций; длительность лечения 28 дней (I курс), через 2 недели проводят II курс аналогичного лечения продолжительностью 14 дней или Прокаин-пенициллин, 50 тыс ЕД/кг массы тела в сутки в/м 1 раз в сутки № 28, через 2 недели II курс в аналогичной дозе № 14
Приобретенный сифилис у детей	Проводится по методике лечения взрослых в соответствии с диагнозом и возрастом ребенка
Профилактическое лечение детей	Аналогично специфическому лечению раннего врожденного сифилиса при продолжительности 10 дней
Примечание 3: превентивное лечение детей проводится так же, как взрослых, с использованием возрастных доз антибиотиков. Обязательному превентивному лечению подлежат все дети в возрасте до 3 лет, находившиеся в контакте с больными ранними формами сифилиса.	

Клинико-серологический контроль после окончания лечения

Взрослые и дети, получившие превентивное лечение после полового или тесного бытового контакта с больными ранними формами сифилиса, подлежат двукратному клинико-серологическому обследованию через 3 и 6 месяцев после лечения.

Больные ранними формами сифилиса, имевшие до лечения положительные результаты НТТ, состоят на клинико-серологическом контроле до полной их негативации и затем еще 6 месяцев, в течение которых необходимо провести два обследования для подтверждения стойкости негативации НТТ. Длительность клинико-серологического контроля будет индивидуализированной в зависимости от результатов лечения.

Для больных поздними формами сифилиса, у которых НТТ после лечения нередко остаются положительными, предусмотрен обязательный трехлетний срок клинико-серологического контроля. Решение о снятии с учета или продлении контроля принимается индивидуально. В процессе контрольного наблюдения НТТ исследуют 1 раз в 6 месяцев в течение второго и третьего года. Специфические серологические реакции (ИФА, РПГА, при необходимости РИФ и РИТ) исследуют 1 раз в год.

Больные нейросифилисом, независимо от стадии, должны находиться под наблюдением не менее трех лет. Результаты лечения контролируются с помощью серологических исследований в сроки, указанные выше, с обязательным ликворологическим обследованием в динамике. Первый ликворологический контроль следует провести через 6 месяцев после лечения и в отсутствие санации ликвора по уровню цитоза и серологическим показателям необходимо назначить еще один курс лечения (на успех лечения антибиотиками можно рассчитывать только до тех пор, пока сохраняется патология в ликворе). Уровень белка в ликворе изменяется медленнее, чем цитоз и серологические реакции, и иногда требуется до 2 лет для его нормализации. Сохранение повышенного, но снижающегося уровня белка при нормальных показателях цитоза и отрицательных серологических тестах уже не служит показанием для проведения дополнительного курса лечения.

Дальнейший контроль состояния спинномозговой жидкости проводится один раз в 6 месяцев в пределах 3 лет наблюдения после установления диагноза. Стойкая нормализация ликвора, даже при сохранении резидуального клинического дефекта, является показанием к снятию с учета.

Лица с сохраняющейся позитивностью НТТ находятся на клинико-серологическом контроле не менее 3 лет.

Дети, родившиеся от матерей, больных сифилисом, но сами не болевшие врожденным сифилисом, подлежат клинико-серологическому контролю в течение одного года, независимо от того, получали они профилактическое лечение или нет. Первое клинико-серологическое обследование проводится в возрасте трех месяцев: клинический осмотр педиатра, консультации невропатолога, окулиста, отоларинголога, серологические тесты — РМП (RPR) и ИФА или РПГА. Если в это время НТТ и ИФА или РПГА отрицательны и клинические обследования не выявили патологии, то обследование повторяют в возрасте одного года перед снятием с учета. Если в 3-месячном возрасте отмечается какая-либо патология или позитивность серологических тестов, то повторное обследование проводят в 6-месячном возрасте, а затем в возрасте одного года.

Дети, получившие специфическое лечение по поводу как раннего, так и позднего врожденного, а также приобретенного сифилиса, проходят клинико-серологический контроль по тому же принципу, что и взрослые, но не менее одного года.

При возникновении клинического или серологического рецидива больные подлежат обследованию у терапевта, невропатолога, окулиста, оториноларинголога; целесообразно провести спинномозговую пункцию. Лечение проводят по методикам, предусмотренным для вторичного и скрытого сифилиса с давностью свыше шести месяцев.

Различия в международных и российских подходах к лечению сифилиса, по мнению российских специалистов

Основное различие в подходах к терапии сифилиса у взрослых и детей в России по сравнению с США, Канадой и Западной Европой состоит в продолжительности лечения антибактериальными препаратами и выборе этих препаратов. В этих странах в отличие от России для лечения первичного и вторичного сифилиса бензатинбензилпенициллин используется однократно (А-2^{93, 108}). При лечении других стадий сифилиса у взрослых и детей также используются более короткие курсы антибиотикотерапии.

В западных странах наиболее предпочтительным в лечении как ранних, так и поздних форм сифилиса является пролонгированный препарат пенициллина — бензатинбензилпенициллин. В России шире применяются водорастворимый пенициллин и препараты средней продолжительности действия.

Разница в подходах к лечению в значительной степени объясняется различным отношением специалистов к сохраняющейся позитивности НТТ после полноценного лечения по поводу ранней стадии сифилиса (первичного, вторичного и скрытого раннего), в отечественной литературе обозначаемой термином серорезистентность.

Эффективность лечения сифилиса за рубежом определяется существенным снижением титра НТТ (в 4—8 раз в течение года после лечения, в зависимости от стадии сифилиса). Если это снижение достигнуто, то дальнейшее наблюдение прекращают (кроме случаев сопутствующей ВИЧ-инфекции). В России традиционно стремятся к негативации НТТ, т. е. к переходу теста в отрицательный, и даже при достижении низких титров НТТ через 1—2 года после лечения констатируют серорезистентность с последующим проведением дополнительного лечения.

В 90-е годы, в период эпидемии сифилиса, в РФ стали впервые широко применять пролонгированные препараты пенициллина в амбулаторных условиях. Было показано, что эти препараты, особенно при раннем скрытом сифилисе, значительно чаще дают серорезистентность, чем водорастворимый пенициллин, даже при большей длительности лечения, принятой в России (2 инъекции при первичном и 3 — при вторичном и раннем скрытом сифилисе вместо одной при всех этих формах, согласно рекомендациям, принятым в США). Это обуславливает как большую длительность лечения, так и более длительный серологический контроль и дополнительное лечение при серорезистентности в России.

Серорезистентность и дополнительное лечение

Если через год после полноценного лечения негативация НТТ не наступила, но отмечается снижение титра реактивов (по меньшей мере в 4 раза) или снижение степени позитивности от резко положительной до слабо положительной, то эти случаи рассматривают как замедленную негативацию серологических реакций и наблюдение продолжают еще 6 месяцев. Если в течение этого времени продолжается снижение степени позитивности НТТ, то наблюдение можно продолжить еще 6 месяцев. В отсутствие дальнейшего снижения степени позитивности НТТ проводят дополнительное лечение. Таким образом, дополнительное лечение проводится с учетом динамики НТТ в сроки от 1 года до 2 лет после первого лечения, как правило, однократно.

Дополнительное лечение должно проводиться по методикам, обеспечивающим достаточно высокий уровень концентрации антибиотика в организме. Поэтому предпочтительно применение водорастворимого пенициллина или цефтриаксона. Целесообразно назначение двух курсов лечения (по схеме для позднего скрытого сифилиса).

Регистрация и снятие с учета

Случай выявления сифилиса любой локализации подлежит обязательной статистической регистрации (форма 089/у-кв).

Дети, получающие амбулаторное лечение по поводу приобретенного сифилиса, могут посещать детское учреждение после исчезновения клинических проявлений. При снятии с учета детей, получивших лечение по поводу врожденного сифилиса, рекомендуются консультации педиатра, невропатолога, окулиста, отоларинголога и постановка РМП (RPR), РПГА или ИФА, РИТ, РИФ. В качестве критериев можно применять:

- полноценность проведенного лечения и его соответствие действующим инструкциям;
- данные клинического обследования (осмотр кожных покровов и слизистых, при показаниях — состояние внутренних органов и нервной системы);
- результаты лабораторного (серологического, при показаниях — ликворологического) исследования. Ликворологическое обследование при снятии с учета показано пациентам, лечившимся по поводу нейросифилиса, а также в отсутствие негативации НТТ.

К работе в детских учреждениях, предприятиях общественного питания больные сифилисом, получившие стационарное лечение, допускаются сразу после выписки, а получившие амбулаторное лечение — после регресса клинических симптомов заболевания.

Профилактика

- Половые партнеры больных сифилисом подлежат обследованию и лечению.
- Больным сифилисом следует рекомендовать обследование на другие ИППП, а также на ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты В и С.
- Всех пациентов с ИППП следует консультировать по вопросам безопасного полового поведения и методов профилактики ИППП.
- До окончания курса лечения и проведения контрольного обследования больные и их половые партнеры должны воздерживаться от половых контактов без презерватива.

Особые ситуации

У ВИЧ-инфицированных пациентов обычная терапия сифилиса оказывается в большинстве случаев эффективной. Однако есть данные о необходимости усиления антибиотикотерапии в этой группе пациентов¹⁰⁹.

Использованная литература

⁸⁶ Trends in Reportable Sexually Transmitted Diseases in the United States, 2006. <http://www.cdc.gov/std/stats/trends2006.htm>.

⁸⁷ Amato-Gauci A, Ammon A. Annual Epidemiological on communicable diseases in Europe. Report on the status of communicable diseases in the EU and EEA/EFTA countries. European centre for disease prevention and control. June 2007. http://ecdc.europa.eu/pdf/ECDC_epi_report_2007.pdf.

⁸⁸ Smith C, Kamp M, Olansky S, Price EV. Benzathine penicillin G in the treatment of syphilis. Bull World Health Organ 1956; 15:1087–1096.

⁸⁹ Elliot WC. Treatment of primary syphilis. J Am Vener Dis Assoc 1976; 3:128–135.

⁹⁰ Idsoe O, Guthrie T, Wilcox RR. Penicillin in the treatment of syphilis. The experience of three decades. Bull World Health Organ 1972; 47:1–68.

⁹¹ Rolfs RT, Joesoef MR, Hendershot EF et al. A randomized trial of enhanced therapy for early syphilis in patients with and without human immunodeficiency virus infection. The Syphilis and HIV Study Group. N Engl J Med 1997; 337:307–314.

⁹² Аковбян ВА, Кубанова АА и др. Бензатин-бензилпенициллин (экстенциллин) в лечении больных сифилисом: опыт 5-летних наблюдений. Вестник дерматологии и венерологии, 1998; № 4, стр. 61–64. <http://nature.web.ru/db/msg.html?mid=1176135&uri=index.html>.

⁹³ Rolfs RT. Treatment of syphilis, 1993. Clin Infect Dis 1995; 20(suppl 1):S23–38.

⁹⁴ Augenbraun MH, Rolfs R. Treatment of syphilis, 1998: nonpregnant adults. Clin Infect Dis 1999; 29(suppl 1):S21–28.

-
- ⁹⁵ Simms I, Fenton KA, Ashton M et al. The re-emergence of syphilis in the United Kingdom: the new epidemic phases. *Sex Transm Dis* 2005; 32:220–226.
- ⁹⁶ Hook EW 3rd, Baker-Zander SA, Moskowitz BL, Lukehart SA, Handfield HH. Ceftriaxone therapy for asymptomatic neurosyphilis. Case report and Western blot analysis of serum and CSF IgG response to therapy. *Sex Transm Dis* 1986; 13(suppl 3):185–188.
- ⁹⁷ Moorthy TT, Lee CT, Lim KB, Tan T. Ceftriaxone for treatment of primary syphilis in men: a preliminary study. *Sex Transm Dis* 1987;14:116–119.
- ⁹⁸ Augenbraun M, Workowski K. Ceftriaxone therapy for syphilis: report from emerging infections network. *Clin Infect Dis* 1999; 29:1337–1338.
- ⁹⁹ Hook EW 3rd, Stephens J, Ennis DM. Azithromycin compared with penicillin G benzathine for treatment of incubating syphilis. *Ann Intern Med* 1999; 131:434–437.
- ¹⁰⁰ Harshan V, Jayakumar W. Doxycycline in early syphilis: a long term follow up. *Indian J Dermatol* 1982; 27:119–124.
- ¹⁰¹ Hook EW 3rd, Baker-Zander SA, Moskowitz BL, Lukehart SA, Handfield HH. Ceftriaxone therapy for asymptomatic neurosyphilis. Case report and Western blot analysis of serum and CSF IgG response to therapy. *Sex Transm Dis* 1986; 13(suppl 3):185–188.
- ¹⁰² Centers for Disease Control and prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. 2002. *MMWR* 2002; 51:26-28.
- ¹⁰³ WHO. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. WHO, 2003. p. 39–46.
- ¹⁰⁴ Augenbraun MH, Rolfs R. Treatment of syphilis, 1998: nonpregnant adults. *Clin Infect Dis* 1999; 29(suppl 1):S21–28.
- ¹⁰⁵ Marra CM, Boutin P, McArthur JC et al. A pilot study evaluating ceftriaxone and penicillin G as treatment agents for neurosyphilis in human immunodeficiency virus-infected individuals. *Clin Infect Dis* 2000; 30:540–544.
- ¹⁰⁶ Скрипкин ЮК, Кубанова АА, Аковбян ВА, Борисенко КК, Лосева ОК и др. Лечение и профилактика сифилиса. М., 1999.
- ¹⁰⁷ Панкратов ОВ. Сифилис у беременных и детей. Минск, 2007.
- ¹⁰⁸ Idsoe O, Guthrie T, Wilcox RR. Penicillin in the treatment of syphilis. The experience of three decades. *Bull World Health Organ* 1972; 47:1–68.
- ¹⁰⁹ Hay P, Kitchen V, Harris JR, Goldmeier D; International Conference on AIDS. Failure of benzathine penicillin to eradicate syphilis in HIV positive patients. *Int Conf AIDS* 1989; 5:361 (abstract no. W.B.P.59).

Гонококковая инфекция

Определение

Гонококковая инфекция (гонорея) — инфекционное заболевание, передаваемое половым путем, с преимущественным поражением мочеполовой системы человека.

Этиология

Возбудитель гонококковой инфекции — грамотрицательный диплококк *Neisseria gonorrhoeae*, относящийся к семейству *Neisseriaceae* рода *Neisseria*. Возбудитель имеет бобовидную форму, при этом клетки кокка располагаются парами, вогнутыми сторонами друг к другу.

Эпидемиология

Гонококковая инфекция — одна из наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем. У подростков заболеваемость гонореей сопоставима с заболеваемостью всего населения.

Классификация

Классификация гонококковой инфекции в соответствии с МКБ-10:

- A54 Гонококковая инфекция
- A54.0 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования периуретральных или придаточных желез (цервицит, цистит, уретрит, вульвовагинит)
- A54.1 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием периуретральных или придаточных желез
- A54.2 Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов (ВЗОМТ у женщин, эпидидимит, орхит, простатит)
- A54.3 Гонококковая инфекция глаз (конъюнктивит, иридоциклит, гонококковая офтальмия новорожденных)
- A54.4 Гонококковая инфекция костно-мышечной системы (артрит, бурсит, остеомиелит, синовит, теносиновит)
- A54.5 Гонококковый фарингит
- A54.6 Гонококковая инфекция аноректальной области
- A54.8 Другие гонококковые инфекции (абсцесс мозга, эндокардит, менингит, миокардит, перикардит, перитонит, пневмония, сепсис, поражение кожи)

Пути передачи

- Половой — любые виды сексуальных контактов (вагинальные, оральные, анальные).
- Вертикальный — заражение ребенка при прохождении родовых путей больной гонореей матери.
- Крайне редко инфицирование детей происходит при несоблюдении правил личной гигиены от больных, осуществляющих уход за детьми.

В результате перенесенной инфекции специфический иммунитет не развивается, поэтому возможно неоднократное повторное инфицирование.

Клиническая картина

Инкубационный период составляет от 1 суток до 1 месяца (в среднем 2—7 суток). Клиническая картина гонококковой инфекции представлена в таблицах 13—15.

Таблица 13

Локализация гонококковой инфекции

Новорожденные и грудные дети	Дети старше 1 года	Молодежь и взрослые		
		Женщины	Мужчины	Женщины и мужчины
<ul style="list-style-type: none"> • Гонококковый конъюнктивит • Внутриутробная инфекция • Диссеминированная инфекция 	<ul style="list-style-type: none"> • Уретрит • Вульвовагинит • Конъюнктивит • Фарингит • Проктит • Диссеминированная инфекция 	<ul style="list-style-type: none"> • Цервицит • Воспалительные заболевания матки и маточных труб, яичников • Перигепатит • Вестибулит • Парауретрит 	<ul style="list-style-type: none"> • Эпидидимит • Эпидидимоорхит • Простатит 	<ul style="list-style-type: none"> • Уретрит • Фарингит • Конъюнктивит • Проктит • Диссеминированная инфекция: артрит, сыпь, эндокардит, менингит

Таблица 14

Симптомы гонококковой инфекции

Новорожденные	Женщины	Мужчины
<ul style="list-style-type: none"> • Гнойные выделения из глаз • Сепсис 	<ul style="list-style-type: none"> • Выделения из влагалища • Дизурия • Дисфункциональные маточные кровотечения • Боль внизу живота • Диспареуния • Боль в прямой кишке, выделения из заднего прохода 	<ul style="list-style-type: none"> • Выделения из мочеиспускательного канала, как правило, гнойные • Дизурия • Зуд в области мочеиспускательного канала • Боль в яичке, отек яичка, увеличение и болезненность придатка яичка • Боль в прямой кишке, выделения из заднего прохода
Примечание Течение часто бессимптомное, или симптомы относят на счет других заболеваний.		

Таблица 15

Осложнения гонококковой инфекции

Женщины	Мужчины
<ul style="list-style-type: none"> • Воспалительные заболевания матки, маточных труб, яичников (ВЗОМТ) • Внематочная беременность • Хориоамнионит, преждевременный разрыв плодных оболочек и преждевременные роды • Трубное бесплодие • Синдром хронической тазовой боли • Артрит • Диссеминированная гонококковая инфекция 	<ul style="list-style-type: none"> • Артрит • Бесплодие (редко) • Диссеминированная гонококковая инфекция

Лабораторные исследования

Предпочтительнее провести **культуральное исследование** для выявления *Neisseria gonorrhoeae*, так как это позволяет определить чувствительность возбудителя к антимикробным средствам. Целесообразно проводить оценку чувствительности к антимикробным средствам всех выделенных штаммов. Если симптомы гонококковой инфекции сохраняются или повторное культуральное исследование (по окончании лечения) вновь выявило *Neisseria gonorrhoeae*, исследование на чувствительность проводят обязательно. Культуральное исследование необходимо проводить в следующих ситуациях: изнашивание, неэффективность лечения, обследование по поводу ВЗОМТ, заражение в другой стране или в районах с высокой распространенностью устойчивых штаммов. **Результаты культурального исследования материала, взятого в течение 48 ч после полового контакта с больным, могут оказаться отрицательными. Материал, предназначенный для культурального исследования на гонококки, следует транспортировать при комнатной температуре.**

Обнаружение грамотрицательных диплококков в цитоплазме нейтрофилов при **микроскопическом исследовании клинического материала** с высокой вероятностью указывает на наличие гонококковой инфекции. Для окончательного диагноза гонореи положительные результаты микроскопии необходимо подтверждать бактериологическим исследованием, а при невозможности его проведения или создания оптимальных для транспортировки условий — с помощью МАНК.

У женщин все результаты микроскопического исследования на гонококковую инфекцию должны подтверждаться с помощью бактериологического исследования или МАНК. С помощью МАНК можно исследовать клинический материал из шейки матки и мочеиспускательного канала, пробы первой порции мочи и клинический материал из влагалища. Пробы мочи и материал из влагалища можно использовать, если у женщины была проведена экстирпация матки, в постменопаузе; мочу используют также в тех случаях, когда пациентка отказывается от гинекологического обследования. У мужчин для исследования с помощью МАНК предпочтительнее исследовать пробу первой порции мочи.

МАНК можно использовать и для оценки эффективности лечения. В этом случае исследование проводят через 3—4 недели после окончания лечения.

В рамках судебно-медицинских исследований необходимо применять бактериологическое исследование, а в отсутствие такой возможности — использовать результаты двух независимых МАНК.

Серологические методы исследования для диагностики гонококковой инфекции не применяются.

Получение материала для исследования

- У юношей и взрослых мужчин получают клинический материал из мочеиспускательного канала.
- У мужчин, имеющих секс с мужчинами, клинический материал получают из мочеиспускательного канала и прямой кишки.
- У девушек и взрослых женщин получают клинический материал из уретры, шейки матки, влагалища и/или прямой кишки.
- У девочек получают клинический материал из влагалища через гименальное отверстие.
- При оральных половых контактах получают образцы с задней стенки глотки и крипт миндалин.
- Если бактериологическое исследование провести невозможно, пациентка отказывается от гинекологического исследования (или от взятия мазка из мочеиспускательного канала) либо хранение и транспортировка образца могут снизить жизнеспособность гонококков, используют мочу (первые 10—20 мл) для исследования методом МАНК.

Лабораторные методы исследования

Материал	Исследование	Комментарий
Мужчины		
Клинический материал из мочеиспускательного канала и образец выделений (юноши и взрослые мужчины)	Микроскопическое исследование с окраской по Граму для обнаружения грамотрицательных диплококков (только при наличии симптомов)	Диагноз гонококковой инфекции правомочен при идентификации <i>N. gonorrhoeae</i> с помощью культурального метода или выделения ДНК/РНК <i>N. gonorrhoeae</i> с помощью МАНК
	Культуральное исследование	Подтверждение диагноза и определение чувствительности к антимикробным препаратам
	МАНК	Подтверждение диагноза при обнаружении грамотрицательных диплококков при микроскопическом исследовании. Целесообразны, если нет возможности проведения культурального исследования и необходимости определения чувствительности к антибиотикам
Женщины		
Образец из шейки матки и из мочеиспускательного канала (девушки и взрослые женщины)	Микроскопическое исследование с окраской по Граму для обнаружения грамотрицательных диплококков	Чувствительность метода меньше, чем у мужчин. Не рекомендуется для рутинного применения. Диагноз гонококковой инфекции правомочен при идентификации <i>N. gonorrhoeae</i> с помощью культурального метода или выделения ДНК/РНК <i>N. gonorrhoeae</i> с помощью МАНК
	Культуральное исследование	Подтверждение диагноза и определение чувствительности возбудителя к антимикробным средствам
	МАНК	Подтверждение диагноза при обнаружении грамотрицательных диплококков при микроскопическом исследовании. Целесообразны, если нет возможности проведения культурального исследования и необходимости определения чувствительности к антибиотикам
Клинический материал из влагалища после гистерэктомии, в постменопаузе и у девочек	Культуральное исследование	Подтверждение диагноза и определение чувствительности возбудителя к антимикробным средствам.
	МАНК	Целесообразны, если нет возможности проведения культурального исследования и необходимости определения чувствительности к антибиотикам

Материал	Исследование	Комментарий
Оба пола		
Клинический материал из глотки/отделяемое из глаз/мазок из прямой кишки	Культуральное исследование. В случае гонококкового конъюнктивита, фарингита или проктита см. инструкцию производителя теста. При конъюнктивите берут клинический материал с конъюнктивы	Подтверждение диагноза и определение чувствительности возбудителя к антимикробным средствам
Диссеминированная инфекция: образцы из половых органов/кровь/ материал с пораженных участков кожи/синовиальная жидкость (при артрите)	<ul style="list-style-type: none"> • Микроскопическое с окраской по Граму и культуральное исследование клинического материала мочеполовой системы и/или кожи • Культуральное исследование крови на <i>N. gonorrhoeae</i> • Культуральное исследование синовиальной жидкости 	
Моча	МАНК	Предпочтительны, за исключением случаев неэффективного лечения и необходимости определения чувствительности к антибиотикам

Лечение

Доля пенициллиноустойчивых штаммов *Neisseria gonorrhoeae* почти повсеместно превышает 1%, а в некоторых странах составляет от 15 до 50%. Многие штаммы *Neisseria gonorrhoeae* **устойчивы к тетрациклинам** либо и к тетрациклинам, и к пенициллинам, поэтому ни те, ни другие препараты не следует назначать для лечения гонококковой инфекции. Растет и распространенность штаммов, устойчивых к фторхинолонам: в России она достигает 40—60% изученных изолятов.

При невозможности лабораторного обследования на *C. trachomatis* одновременно с лечением гонококковой инфекции назначаются антихламидийные препараты.

Таблица 17

Лечение гонококковой инфекции у взрослых и подростков^{110,111,112,113,114,115,116}

Лечение гонококкового уретрита, цервицита, проктита, фарингита (кроме беременных и кормящих)	
Рекомендуемые схемы лечения	Альтернативные схемы лечения (ТОЛЬКО при наличии противопоказаний к фторхинолонам, аллергии к цефалоспорином и пенициллинам)
<ul style="list-style-type: none"> • Цефтриаксон, 250 мг в/м однократно [A-1] или • Цефиксим, 400 мг внутрь однократно^{1,2}[A-1] или • Ципрофлоксацин, 500 мг внутрь однократно^{3,4,5} [A-1] или • Офлоксацин, 400 мг внутрь однократно^{3,4} [A-1] 	Спектиномицин, 2 г в/м однократно ⁵ [A-1]
Лечение гонококкового уретрита, эндоцервицита, проктита и фарингита в период беременности и лактации ^{117,118}	
Рекомендуемые схемы лечения	Альтернативные схемы лечения
<ul style="list-style-type: none"> • Цефиксим, 400 мг внутрь однократно [A-1] или • Цефтриаксон, 250 мг в/м однократно [A-1] 	Спектиномицин, 2 г в/м однократно ³ (доступен только в рамках специальной программы) [A-1]
Примечания	
¹ Цефиксим и цефтриаксон противопоказаны при аллергии к цефалоспорином и при аллергических реакциях немедленного типа (в том числе анафилактических) к пенициллинам. ² Цефиксим дешевле и удобнее цефтриаксона в применении. ³ Назначается при доказанной чувствительности <i>N. gonorrhoeae</i> к препарату. ⁴ Противопоказан беременным и кормящим. ⁵ Неэффективен при фарингите.	

Таблица 18

Лечение диссеминированной гонококковой инфекции (артрит, менингит)

<p>Начальный курс лечения диссеминированной гонококковой инфекции</p> <ul style="list-style-type: none"> • Цефтриаксон, по 1,0—2,0 г в/м или в/в один раз в сутки или • Цефотаксим, по 500 мг в/в два раза в сутки или • Ципрофлоксацин, по 500 мг в/в два раза в сутки или • Спектиномицин, по 2,0 г в/м два раза в сутки <p>Лечение проводится одним из указанных препаратов в течение семи суток.</p> <p>При наличии положительной клинической динамики возможно продолжение лечения с помощью антибактериальных препаратов для перорального применения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ципрофлоксацин, по 500 мг два раза в день внутрь или • Офлоксацин, по 400 мг два раза в день внутрь или • Цефиксим, по 400 мг два раза в день внутрь <p>Общая продолжительность лечения обычно составляет 14 дней.</p>
--

Таблица 19

Лечение гонококкового уретрита, вагинита, проктита, фарингита у детей младше 9 лет

Схема выбора	Схема резерва
<ul style="list-style-type: none"> Цефиксим, 8 мг/кг внутрь однократно (максимум — 400 мг) [А-2] или <ul style="list-style-type: none"> Цефтриаксон, 125 мг в/м однократно [А-2] 	Спектиномицин, 40 мг/кг в/м (максимум — 2 г) однократно* [А-2]
Примечания <ul style="list-style-type: none"> Нужно определить чувствительность <i>Neisseria gonorrhoeae</i> к препарату, микробиологическое излечение подтвердить с помощью культурального исследования. Если нет уверенности в том, что повторное культуральное исследование будет проведено, вместо цефиксима назначают цефтриаксон, 125 мг в/в или в/м. Цефиксим и цефтриаксон противопоказаны при аллергии к цефалоспорином и при аллергических реакциях немедленного типа (в том числе анафилактических) к пенициллинам. Для уменьшения болезненности при инъекции цефтриаксона препарат рекомендуется растворять в 1% растворе лидокаина (без адреналина) — 0,9 мл/250 мг, 0,45 мл/125 мг. 	

Таблица 20

Лечение диссеминированной гонококковой инфекции у детей^{119,120}

Локализация	Лечение
Артрит	Цефтриаксон, 50 мг/кг в/в или в/м 1 раз в сутки в течение 7 суток [А-3]
Менингит, эндокардит	Цефтриаксон, 25 мг/кг в/в или в/м 2 раза в сутки в течение 10—14 суток при менингите или в течение 28 суток — при эндокардите [А-3]
Гонококковый конъюнктивит у детей старше 1 мес и у взрослых	Цефтриаксон, 50 мг/кг (максимум — 1 г) в/в или в/м однократно [А-3]
Необходимы госпитализация и консультация специалиста, имеющего опыт лечения таких больных	
Примечание Для уменьшения болезненности при инъекции цефтриаксона препарат рекомендуется растворять в 1% растворе лидокаина (без адреналина) — 0,9 мл/250 мг, 0,45 мл/125 мг.	

- Повторное культуральное исследование проводят через 4—5 суток после окончания терапии. Исследованию подвергают материал со всех участков, в которых до лечения обнаруживали *Neisseria gonorrhoeae*.
- Если культуральное исследование невозможно, МАНК проводят не раньше чем через 3 недели после окончания терапии (иначе результат может оказаться ложноположительным из-за присутствия нежизнеспособных *N. gonorrhoeae*).

Лечение гонококковой инфекции у новорожденных

Гонококковый конъюнктивит (гонококковая офтальмия)

- Ребенка госпитализируют, проводят изоляционные мероприятия (в течение 24 часов после начала лечения). Грудное вскармливание не противопоказано.
- Проводят культуральное исследование отделяемого из глаз, крови (при подозрении на менингит — СМЖ).
- Глаза промывают стерильным физиологическим раствором каждый час до исчезновения гнойного отделяемого (для каждого глаза — отдельный тампон).

- Назначают цефтриаксон, 100 мг/кг в/в или в/м однократно [А-2].
- Как можно скорее проводят консультацию специалиста, имеющего опыт лечения таких больных.

Таблица 21

Профилактическое лечение новорожденных от матерей, больных гонореей

<p>Цефтриаксон, 125 мг в/м однократно, + эритромицин по одной из следующих схем [А-3]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Дети младше 7 суток и весом менее 2000 г — эритромицин в дозе 20 мг/кг/сут внутрь в несколько приемов [А-3] • Дети младше 7 суток и весом более 2000 г — эритромицин в дозе 30 мг/кг/сут внутрь в несколько приемов [А-3] • Дети старше 7 суток — эритромицин в дозе 40 мг/кг/сут внутрь в несколько приемов [А-3]
<p>Примечания</p> <ul style="list-style-type: none"> • Для уменьшения болезненности при инъекции цефтриаксона препарат рекомендуется растворять в 1% растворе лидокаина (без адреналина) — 0,9 мл/250 мг, 0,45 мл/125 мг. • Приведены дозы эритромицина в виде основания. Можно использовать и другие препараты эритромицина в эквивалентных дозах. Применение эритромицина у детей младше 6 недель сопряжено с риском стеноза привратника. Каков риск этого осложнения при лечении другими макролидами (например, азитромицином), неизвестно. Родителям следует разъяснить пользу и риск лечения эритромицином. За ребенком необходимо наблюдать.

Одновременно с лечением гонореи назначаются антихламидийные препараты (курс — 14 суток), кроме случаев, когда исследование на *Chlamydia trachomatis* у матери дало отрицательный результат.

ВОЗ рекомендует проводить профилактику офтальмии, вызванной *Neisseria gonorrhoea* и *Chlamydia trachomatis*, всем новорожденным с помощью 1% тетрациклиновой мази. Чтобы профилактика была эффективной, мазь должна быть заложена не позднее 1 часа после рождения ребенка.

Последующее наблюдение

- Повторное клинико-лабораторное обследование проводится через 1—2 и 14 дней после завершения лечения гонококковой инфекции (при использовании МАНК — через 3—4 недели).
- Половые партнеры больных гонококковой инфекцией подлежат обследованию и лечению.
- Больным гонококковой инфекцией следует рекомендовать обследование на другие ИППП, а также на ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты В и С.
- Случай выявления гонококковой инфекции любой локализации подлежит обязательной статистической регистрации (форма 089/у-кв).

Профилактика

- Всех пациентов с ИППП следует консультировать по вопросам безопасного полового поведения.
- До окончания курса лечения и проведения контрольного обследования больные и их половые партнеры должны воздерживаться от половых контактов без презерватива.
- Консультирование по поводу профилактики бесплодия.

Нормативные документы

Приказ Минздрава РФ № 415 от 20 августа 2003 г. «Об утверждении протокола ведения больных «Гонококковая инфекция» в настоящее время пересматривается.

Использованная литература

¹¹⁰ Burstein GR, Berman SM, Blumer JL, Moran JS. Ciprofloxacin for the treatment of uncomplicated gonorrhea infection in adolescents: does the benefit outweigh the risk? *Clin Infect Dis* 2002; 35(suppl 2):S191–S199.

¹¹¹ Dan M, Poch F, Sheinberg B. High prevalence of high-level ciprofloxacin resistance in *Neisseria gonorrhoeae* in Tel Aviv, Israel: correlation with response to therapy. *Antimicrob Agents Chemother* 2002; 46:1671–1673.

¹¹² Aplasca de los Reyes MR, Pato-Mesola V, Klausner JD et al. A randomized trial of ciprofloxacin versus cefixime for treatment of gonorrhea after rapid emergence of gonococcal ciprofloxacin resistance in the Philippines. *Clin Infect Dis* 2001; 32:1313–1318.

¹¹³ Jones RB, Schwebke J, Thorpe EM Jr, Dalu ZA, Leone P, Johnson RB. Randomized trial of trovafloxacin and ofloxacin for single dose therapy of gonorrhea. Trovafloxacin Gonorrhea Study Group. *Am J Med* 1998; 104:28–32.

¹¹⁴ Stoner BP, Douglas JM Jr, Martin DH et al. Single-dose gatifloxacin compared with ofloxacin for the treatment of uncomplicated gonorrhea: a randomized, double-blind, multicenter trial. *Sex Transm Dis* 2001; 28:136–142.

¹¹⁵ Robinson AJ, Ridgway GL. Concurrent gonococcal and chlamydial infection: how best to treat. *Drugs* 2000; 59:801–813.

¹¹⁶ Tapsall J. Current concepts in the management of gonorrhoea. *Expert Opin Pharmacother* 2002; 3:147–157.

¹¹⁷ Donders GG. Treatment of sexually transmitted bacterial diseases in pregnant women. *Drugs* 2000; 59:477–485.

¹¹⁸ Brocklehurst P. Update on the treatment of sexually transmitted infections in pregnancy — 1. *Int J STD AIDS* 1999; 10:571–578.

¹¹⁹ Sung L, MacDonald NE. Gonorrhea: a pediatric perspective. *Pediatr Rev* 1998; 19:13–22.

¹²⁰ American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. Gonorrhea in prepubertal children. *Pediatrics* 1998; 101(1):134–135.

Урогенитальная хламидийная инфекция

Определение

Урогенитальная хламидийная инфекция — это заболевание, вызываемое определенными серотипами *Chlamydia trachomatis*, передаваемое половым путем и поражающее преимущественно мочеполовую систему человека.

Этиология

Chlamydia trachomatis — облигатный паразитический микроорганизм (серотипы от D до K), является возбудителем урогенитальной хламидийной инфекции.

Эпидемиология

В РФ ежегодно регистрируется примерно 140 тысяч новых случаев урогенитального хламидиоза. Наиболее высокая распространенность хламидийной инфекции зарегистрирована у лиц 15—24 лет. Возможно, заболеваемость хламидиозом значительно выше, что связано с преимущественно бессимптомным течением заболевания, особенно у женщин^{121,122}. Нередко отмечается сочетание гонококковой и хламидийной инфекции^{123,124}.

Классификация

Классификация урогенитальной хламидийной инфекции в соответствии с МКБ-10:

A56.0 Хламидийная инфекция нижних отделов мочеполового тракта (цервицит, цистит, уретрит, вульвовагинит)

A56.1 Хламидийная инфекция органов малого таза и других мочеполовых органов (ВЗОМТ у женщин, эпидидимит, орхит)

A56.2 Хламидийная инфекция аноректальной области

A56.4 Хламидийный фарингит

Поражение структур глаза, вызванное хламидийной инфекцией, рассматривается в следующем разделе МКБ-10:

A74.0 Хламидийный конъюнктивит

Пути передачи

- Половые контакты — основной путь заражения.
- Вертикальный путь передачи: новорожденные инфицируются при прохождении плода через родовые пути матери.
- Поражение глаз у взрослых происходит, как правило, путем аутоинокуляции.

Клиническая картина

Клиническая картина и осложнения урогенитальной хламидийной инфекции представлены в таблице 22.

Таблица 22

Клиническая картина и осложнения хламидийной инфекции

Женщины	Мужчины	Новорожденные и грудные дети
<ul style="list-style-type: none">• Симптомы отсутствуют в 75% наблюдений• Выделения из влагалища• Дизурия• Боль внизу живота• Кровотечения из половых путей• Диспареуния• Конъюнктивит• Проктит (обычно без симптомов)	<ul style="list-style-type: none">• Симптомы отсутствуют в 25—30% наблюдений• Выделения из мочеиспускательного канала• Дизурия• Боль в области мошонки• Конъюнктивит• Проктит (обычно без симптомов)	<ul style="list-style-type: none">• Конъюнктивит у новорожденных• Пневмония у грудных детей младше 6 месяцев

Осложнения	
Женщины	Мужчины
<ul style="list-style-type: none"> • Хронические воспалительные заболевания органов малого таза • Эктопическая беременность • Трубное бесплодие • Синдром хронической тазовой боли • Артрит 	<ul style="list-style-type: none"> • Эпидидимоорхит • Синдром Рейтера

Лабораторные исследования

- Результаты лабораторного обследования в значительной степени зависят от методов исследования, условий получения и транспортировки материала, опыта врачей-лаборантов. Информацию о доступных методах исследования и об их характеристиках следует уточнить в местной лаборатории.
- Методы МАНК (ПЦР, реакция транскрипционной амплификации) более чувствительны и специфичны, чем культуральное исследование, ИФА и метод прямой иммунофлюоресценции. Если не требуется судебно-медицинская экспертиза, по возможности используют методы МАНК (материал — моча, образцы из мочеиспускательного канала, влагалища и шейки матки).
- Исследование мочи с помощью МАНК — идеальный инструмент выявления *Chlamydia trachomatis* при обследовании пациентов, не имеющих жалоб, а также в отсутствие показаний к гинекологическому обследованию, т. к. не требуется инвазивных вмешательств.
- Некоторые тест-системы, основанные на МАНК, позволяют диагностировать одновременно хламидийную и гонококковую инфекции.
- В судебно-медицинских целях предпочтительнее использовать культуральное исследование. Если все же применяется МАНК, положительный результат следует подтвердить с использованием альтернативного МАНК.
- У детей младше 3 месяцев для диагностики пневмонии возможно определение антител класса IgM к *Chlamydia trachomatis*.
- В диагностике хламидийной инфекции органов мочеполовой системы проведение серологических исследований нецелесообразно ввиду их низкой информативности.

Получение клинического материала для исследования

- У взрослых женщин и девочек-подростков, имевших сексуальные контакты, получают образцы из шейки матки и/или влагалища для исследования с помощью МАНК.
- У мужчин получают образцы из мочеиспускательного канала для исследования с помощью МАНК. Больному рекомендуют не мочиться в течение 2—3 часов перед получением образца, но невыполнение этого условия не исключает проведения теста.
- Исследовать мочу с помощью МАНК можно у больных любого пола и возраста.
- Мочу получают в любое время суток.
- Используют первые 10—20 мл мочи (не среднюю порцию).
- При лапароскопическом исследовании проводят биопсию эндометрия или слизистой маточной трубы для исследования с помощью МАНК.
- Образцы с конъюнктивы исследуют с помощью культурального метода, МАНК или прямой иммунофлюоресценции.
- У девочек препубертатного возраста получают первую порцию мочи для исследования с помощью МАНК или образцы из влагалища для культурального исследования.

- У детей младше 6 месяцев проводят аспирацию содержимого носоглотки для культурального исследования на *Chlamydia trachomatis*.
- Эффективность МАНК для исследования образцов из ротоглотки и прямой кишки в настоящее время недостаточно изучена.

Лечение

- Эффективность однократного приема азитромицина сопоставима с недельным курсом лечения доксициклином, однако азитромицин значительно дороже.
- Эритромицин чаще других препаратов вызывает желудочно-кишечные нарушения.
- Лекарственная устойчивость *C. trachomatis* в настоящее время не имеет клинического значения (со временем ее распространенность может возрасти).

Таблица 23

Лечение урогенитальной хламидийной инфекции у взрослых (кроме периода беременности и лактации): уретрит, цервицит, проктит, конъюнктивит^{125,126,127,128,129}

Схема выбора	Альтернативные схемы
<ul style="list-style-type: none"> • Доксициклин, 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней [A-1] или <ul style="list-style-type: none"> • Азитромицин, 1 г внутрь однократно* [A-1] 	<ul style="list-style-type: none"> • Офлоксацин, 300 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней [B-2] или <ul style="list-style-type: none"> • Эритромицин, 500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 7 дней [B-2] или <ul style="list-style-type: none"> • Эритромицин, 250 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 14 дней** [B-2]
* При возникновении рвоты позднее чем через 1 час после приема препарата повторный прием не требуется. ** Можно использовать и другие препараты эритромицина в эквивалентных дозах (эритромицина эстолат противопоказан при беременности).	

Лечение хламидийной инфекции у детей

- При хламидийном конъюнктивите препараты для местного применения неэффективны, а в сочетании с системными препаратами — нецелесообразны.
- Применение эритромицина у детей младше 6 месяцев сопряжено с риском стеноза привратника. Влияние других макролидов (азитромицина, кларитромицина) на формирование стеноза привратника неизвестно. О преимуществах и побочных действиях эритромицина у детей этого возраста следует подробно рассказать родителям. При назначении эритромицина за ребенком следует тщательно наблюдать, чтобы вовремя выявить симптомы стеноза привратника.
- Доксициклин противопоказан детям младше 9 лет.
- В опытах на животных показано, что фторхинолоны повышают риск повреждения суставов у молодых особей. У человека такая взаимосвязь четко не установлена, поэтому безопасность фторхинолонов у детей остается невыясненной. Эти препараты не следует назначать детям препубертатного возраста. Данных о применении фторхинолонов у подростков младше 18 лет недостаточно.

Лечение хламидийной инфекции у детей^{130,131,132,133}

Первая неделя жизни	От 1 недели до 1 месяца	От 1 месяца до 9 лет	От 9 до 18 лет
<p>Вес ≤ 2000 г Эритромицин, 20 мг/кг/сут внутрь в несколько приемов, не менее 14 дней* [B-2]</p> <p>Вес > 2000 г Эритромицин, 30 мг/кг/сут внутрь в несколько приемов, не менее 14 дней* [B-2]</p>	<p>Эритромицин, 40 мг/кг/сут внутрь в несколько приемов, не менее 14 дней* [B-2]</p>	<p>Азитромицин, 12—15 мг/кг (не более 1 г) внутрь однократно [B-2]</p> <p>Альтернативные схемы Эритромицин, 40 мг/кг/сут внутрь в несколько приемов (не более 500 мг 4 раза в сутки 7 дней или 250 мг 4 раза в сутки 14 дней)* [B-2]</p>	<p>• Доксциклин, 5 мг/кг/сут внутрь (не более 100 мг 2 раза в сутки) 7 дней [A-1] или</p> <p>• Азитромицин, 12—15 мг/кг (не более 1 г) внутрь однократно, если есть сомнения, что больной будет соблюдать назначения [A-1]</p> <p>Альтернативные схемы Эритромицин, 40 мг/кг/сут внутрь в несколько приемов (не более 500 мг 4 раза в сутки 7 дней или 250 мг 4 раза в сутки 14 дней)* [B-1]</p>
<p>Примечания</p> <p>* Дозы приведены для эритромицина в виде основания. Можно использовать и другие препараты эритромицина в эквивалентных дозах (эритромицина эстолат противопоказан при беременности).</p> <p>Новорожденные от матерей, инфицированных <i>Chlamydia trachomatis</i>, подлежат обязательному обследованию. За инфицированным ребенком тщательно наблюдают, чтобы вовремя выявить симптомы заболевания (конъюнктивит, пневмонию). Профилактическое лечение рекомендуется только в тех случаях, когда наблюдение за ребенком невозможно.</p>			

Лечение хламидийной инфекции в период беременности и лактации

- У всех беременных при первом обращении к врачу исключают хламидийную инфекцию. При положительном результате или высоком риске повторного заражения проводят дополнительное обследование в третьем триместре беременности.
- В сравнительных испытаниях амоксициллина, эритромицина и азитромицина микробиологическая и клиническая эффективность этих препаратов при лечении хламидийной инфекции в период беременности оказалась примерно одинаковой, но эритромицин чаще вызывает желудочно-кишечные нарушения.
- В настоящее время применение азитромицина во время беременности считается безопасным.
- Доксциклин и фторхинолоны противопоказаны в период беременности и лактации.

Лечение хламидийного уретрита, цервицита и проктита в период беременности и лактации^{134,135,136,137}

- Амоксициллин, по 500 мг внутрь 3 раза в сутки 7 дней [B-1], или
- Эритромицин, по 500 мг внутрь 4 раза в сутки 7 дней* [B-1], или
- Эритромицин, по 250 мг внутрь 4 раза в сутки 14 дней* [B-1], или
- Азитромицин, 1 г внутрь однократно* [B-1]

Примечания

* Дозы представлены для эритромицина в виде основания, можно использовать и другие препараты эритромицина в эквивалентных дозах (эритромицина **эстолат противопоказан при беременности**). Эритромицин чаще вызывает желудочно-кишечные расстройства, чем амоксициллин.

При возникновении рвоты позднее чем через 1 час после приема эритромицина повторный прием не требуется.

Всем беременным и кормящим через 3—4 недели после завершения курса лечения проводят контрольное обследование.

Причины неэффективности лечения

- Другие инфекционные и неинфекционные причины заболевания.
- Несоблюдение назначений или неполный курс лечения.
- Половые контакты с нелеченым партнером.
- Повторное заражение от нового полового партнера.
- Ложноположительный результат обследования.

Регистрация случаев инфекции и уведомление половых партнеров

- При первичном установлении диагноза «хламидийная инфекция» осуществляется обязательная регистрация (форма 089/у-кв).
- Подлежат обследованию и, при необходимости, лечению все лица, вступавшие в половые контакты с больным в течение 60 суток до начала заболевания и/или до установления диагноза (если симптомы отсутствовали).
- Подлежат обследованию и, при необходимости, лечению родители инфицированных новорожденных (мать и ее половой партнер), а также лица, вовлеченные в случаи половых преступлений против детей.
- Местные органы здравоохранения могут помочь в оповещении половых партнеров, организации их обследования, лечения и обучения. При ограниченных возможностях основное внимание при оповещении половых партнеров следует уделить лицам моложе 25 лет.

Последующее наблюдение

Повторное обследование на *Chlamydia trachomatis* проводят не ранее чем через 3—4 недели после завершения лечения. Через 6 месяцев после лечения обследование на *Chlamydia trachomatis* повторяют у лиц с высоким риском повторного инфицирования.

Профилактика

- Для профилактики повторного инфицирования проводятся обследование, консультирование и лечение полового партнера.
- Больной и его половые партнеры должны воздерживаться от половых сношений без презерватива до завершения курса лечения или в течение 7 суток после однократного приема препарата.
- Безопасное половое поведение.
- Скрининг групп риска.

Использованная литература

- ¹²¹ Farley TA, Cohen DA, Elkins W. Asymptomatic sexually transmitted diseases: the case for screening. *Prev Med* 2003; 36:502–509.
- ¹²² Stamm WE, Koutsky LA, Benedetti JK, Jourden JL, Brunham RC, Holmes KK. Chlamydia trachomatis urethral infections in men. Prevalence, risk factors, and clinical manifestations. *Ann Intern Med* 1984; 100:47–51.
- ¹²³ Creighton S, Tenant-Flowers M, Taylor CB, Miller R, Low N. Co-infection with gonorrhoea and chlamydia: how much is there and what does it mean? *Int J STD AIDS* 2003; 14:109–113.
- ¹²⁴ Lyss SB, Kamb ML, Peterman TA et al; Project RESPECT Study Group. Chlamydia trachomatis among patients infected with and treated for Neisseria gonorrhoeae in sexually transmitted disease clinics in the United States. *Ann Intern Med* 2003; 139:178–185.
- ¹²⁵ Hillis SD, Coles FB, Litchfield B et al. Doxycycline and azithromycin for prevention of chlamydial persistence or recurrence one month after treatment in women. A use-effectiveness study in public health settings. *Sex Transm Dis* 1998; 25:5–11.
- ¹²⁶ Hammerschlag MR, Golden NH, Oh MK et al. Single dose of azithromycin for the treatment of genital chlamydial infections in adolescents. *J Pediatr* 1993; 122:961–965.
- ¹²⁷ Martin DH, Mroczkowski TF, Dalu ZA et al. A controlled trial of a single dose of azithromycin for the treatment of chlamydial urethritis and cervicitis. The Azithromycin for Chlamydial Infections Study Group. *N Engl J Med* 1992; 327:921–925.
- ¹²⁸ Lau CY, Qureshi AK. Azithromycin versus doxycycline for genital chlamydial infections: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Sex Transm Dis* 2002; 29:497–502.
- ¹²⁹ Ossewaarde JM, Plantema FHF, Rieffe M, Nawrocki RP, De Vries A, van Loon AM. Efficacy of single-dose azithromycin versus doxycycline in the treatment of cervical infections caused by Chlamydia trachomatis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1992; 11:693–697.
- ¹³⁰ Sorensen HT, Skriver MV, Pedersen L, Larsen H, Ebbesen F, Schonheyder HC. Risk of infantile hypertrophic pyloric stenosis after maternal postnatal use of macrolides. *Scand J Infect Dis* 2003; 35:104–106.
- ¹³¹ Cooper WO, Griffin MR, Arbogast P, Hickson GB, Gautam S, Ray WA. Very early exposure to erythromycin and infantile hypertrophic pyloric stenosis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156:647–650.
- ¹³² Mahon BE, Rosenman MB, Kleiman MB. Maternal and infant use of erythromycin and other macrolide antibiotics as risk factors for infantile hypertrophic pyloric stenosis. *J Pediatr* 2001; 139:380–384.
- ¹³³ Honein MA, Paulozzi LJ, Himelright IM et al. Infantile hypertrophic pyloric stenosis after pertussis prophylaxis with erythromycin: a case review and cohort study. *Lancet* 1999; 354:2101–2105.
- ¹³⁴ Bush MR, Rosa C. Azithromycin and erythromycin in the treatment of cervical chlamydial infection during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1994; 84:61–63.
- ¹³⁵ Genc MR. Treatment of genital Chlamydia trachomatis infection in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2002; 16:913–922.
- ¹³⁶ Jacobson GF, Autry AM, Kirby RS, Liverman EM, Motley RU. A randomized controlled trial comparing amoxicillin and azithromycin for the treatment of Chlamydia trachomatis in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184:1352–1354.
- ¹³⁷ Silverman NS, Sullivan M, Hochman M, Womack M, Jungkind DL. A randomized, prospective trial comparing amoxicillin and erythromycin for the treatment of Chlamydia trachomatis in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170:829–831.

Урогенитальный трихомониаз

Определение

Урогенитальный трихомониаз — инфекционное заболевание мочеполовых органов, относящееся к группе ИППП.

Этиология

Trichomonas vaginalis.

Эпидемиология

Инфекция, вызванная *T. vaginalis*, встречается на любом континенте, не имеет сезонной изменчивости и выявляется у представителей всех социально-экономических слоев. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется более 170 млн больных. Уровень заболеваемости зависит от многих факторов: возраста, сексуальной активности, количества сексуальных партнеров, наличия других ИППП, формы сексуальных контактов, стадии менструального цикла, методов лабораторной идентификации возбудителя, правильности получения материала для исследования и лабораторной техники.

Классификация

Классификация урогенитального трихомониаза в соответствии с МКБ-10:

- A59.0 Урогенитальный трихомониаз
- A59.8 Трихомониаз других локализаций
- A59.9 Трихомониаз неуточненный

В РФ рубрика A59.9 МКБ-10 «Неуточненный трихомониаз» не применяется, так как верификация заболевания базируется на результатах лабораторных методов исследования с обнаружением *Trichomonas vaginalis* с типичными морфологическими и тинкториальными свойствами.

Пути передачи

Инфекция может быть передана от одного человека другому, как правило, при половых контактах. Самое неоспоримое свидетельство этого — высокий процент поражения уретры и/или простаты мужчин — половых партнеров инфицированных женщин. В этом случае трихомониаз у женщин может быть вылечен только после того, как будет достигнута элиминация *T. vaginalis* у половых партнеров пациенток.

Характеристика клинических симптомов урогенитального трихомониаза представлена в таблице 26.

Таблица 26

Клиническая картина урогенитального трихомониаза

Клинические симптомы у женщин	Клинические симптомы у мужчин
<ul style="list-style-type: none">• Вагинальные выделения серо-желтого цвета с неприятным запахом• Зуд/жжение в области наружных половых органов• Отечность и диффузная гиперемия слизистой оболочки вульвы, влагалища, влагалищной части шейки матки• Дискомфорт во время полового акта (диспареуния)• Дизурия• Эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки наружных половых органов и/или кожи внутренней поверхности бедер• Боли в нижней части живота	<ul style="list-style-type: none">• Дизурия• Гиперемия/отечность в области наружного отверстия уретры• Скудные выделения серовато-белого цвета из уретры• Зуд/жжение в области уретры• Боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку• Гематоспермия (редко)• Эрозивно-язвенные поражения кожи головки полового члена

Лабораторные исследования при урогенитальном трихомониазе

<ol style="list-style-type: none"> 1. Микроскопическое исследование нативного препарата 2. Микроскопическое исследование препарата, окрашенного по Граму 3. Культуральное исследование 4. МАНК
--

Лечение урогенитального трихомониаза^{138,139}

Лечение урогенитального трихомониаза без осложнений	Лечение осложненного или рецидивирующего урогенитального трихомониаза
<ul style="list-style-type: none"> • Метронидазол, 2,0 г внутрь однократно или по 500 мг 2 раза в сутки 7 дней [A-1] • Тинидазол, 2,0 г внутрь однократно [A-1] 	<ul style="list-style-type: none"> • Метронидазол, 2,0 г внутрь 1 раз в сутки 3—5 дней или по 500 мг 3 раза в сутки 7 дней [A-1] • Тинидазол, 2,0 г внутрь 1 раз в сутки 3—5 дней [A-1]

Лечение урогенитального трихомониаза в период беременности^{140,141}

Показано, что урогенитальный трихомониаз ассоциируется с неблагоприятными исходами беременности (преждевременные роды, преждевременный разрыв плодного пузыря и др.).

Со второго триместра беременности рекомендуется метронидазол в однократной дозе 2,0 г внутрь [A-1] или метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней [A-1].

Последующее наблюдение

Повторное клинико-микробиологическое обследование больных урогенитальным трихомониазом проводится через 10—14 дней после окончания лечения (при использовании МАНК — не ранее 3—4 недель после лечения). Половые партнеры, включая тех, у которых отсутствуют клинические проявления, также подлежат обследованию и лечению, что повышает уровень излечения больных. Рецидивы трихомониаза в подавляющем числе случаев являются следствием повторного инфицирования от бессимптомных партнеров, своевременно не выявленных и не получивших надлежащего обследования и лечения, нарушения режима приема или выраженных побочных явлений — тошноты и рвоты.

Альтернативные метронидазолу эффективные методы лечения урогенитального трихомониаза не разработаны. Пациентам с аллергией к метронидазолу может быть назначена десенсибилизирующая терапия.

Случаи впервые диагностированного урогенитального трихомониаза (при обнаружении *T. vaginalis*) подлежат обязательному статистическому учету на территории Российской Федерации (экстренное извещение).

Использованная литература

¹³⁸ Forna F, Gulmezoglu AM. Interventions for treating trichomoniasis in women. Cochrane Database Syst Rev 2003; 2:CD000218.

¹³⁹ Pearlman MD, Yashar C, Ernst S, Solomon W. An incremental dosing protocol for women with severe vaginal trichomoniasis and adverse reactions to metronidazole. Am J Obstet Gynecol 1996; 174:934–936.

¹⁴⁰ Klebanoff MA, Carey JC, Hauth JC et al. Failure of metronidazole to prevent preterm delivery among pregnant women with asymptomatic *Trichomonas vaginalis* infection. N Engl J Med 2001; 345:487–493.

¹⁴¹ Kigozi GG, Brahmbhatt H, Wabwire-Mangen F et al. Treatment of *Trichomonas* in pregnancy and adverse outcomes of pregnancy: a subanalysis of a randomized trial in Rakai, Uganda. Am J Obstet Gynecol 2003; 189:1398–1400.

Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция

Определение

Аногенитальный герпес — инфекционное заболевание слизистых оболочек и кожи, а также других органов и систем, вызываемое вирусом простого герпеса (ВПГ), передаваемое половым путем.

Этиология

Возбудитель *Herpes simplex virus 1, 2* — вирус простого герпеса типов 1 и 2 (ВПГ-1 и ВПГ-2).

Эпидемиология

Заболеваемость герпетической вирусной инфекцией в РФ составляет примерно 23 на 100 тысяч населения в год. Реальная заболеваемость может быть выше. Во всех странах отмечается рост заболеваемости и распространенности ВПГ-1 и ВПГ-2¹⁴². Данные США показывают, что ежегодно антитела к ВПГ-2 выявляются у 8 из 1000 американцев¹⁴³.

Классификация

Классификация аногенитальной герпетической вирусной инфекции в соответствии с МКБ-10 в блоке, посвященном ИППП:

A60 Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция (*Herpes simplex*)

A60.0 Герпетическая инфекция половых органов и мочеполового тракта

A60.1 Герпетическая инфекция перианальных кожных покровов и прямой кишки

Пути передачи

- Половой — все виды половых контактов. При половом контакте женщины чаще заражаются от мужчин ВПГ, чем мужчины — от женщин. Среди гетеросексуальных пар заражение ВПГ-2 при рецидивирующем герпесе ежегодно происходит в 11—17% случаев, если источник инфекции мужчина, и в 3—4% случаев, если источник инфекции — женщина^{144,145}. Заражение при половых контактах в большинстве случаев происходит в период бессимптомного выделения вируса^{146,147,148}.
- Вертикальный — внутриутробно и во время родов.
- Возможен также контактный путь заражения.

Клиническая картина

Инкубационный период в среднем составляет 6 суток. В продромальном периоде наблюдаются жжение, зуд, реже — дискомфорт в области последующих высыпаний.

Около 60% новых случаев заражения ВПГ-2 протекают бессимптомно. Манифестный герпес половых органов в 80% случаев имеет типичные клинические проявления, а в 20% протекает атипично (высыпания могут отсутствовать, возможны боль в половых органах, уретрит, цервицит и др.).

Клинические симптомы первичной инфекции у мужчин и женщин (первый эпизод аногенитального герпеса в отсутствие антител к вирусу простого герпеса):

- обширные болезненные везикулы и язвы на половых органах (включая влагалищную часть шейки матки);
- общие симптомы интоксикации — лихорадка, миалгия (примерно 60% случаев);
- увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов (примерно 80% случаев);
- затяжной характер течения: в среднем до 16 суток у мужчин и 23 суток — у женщин;
- осложнения: серозный менингит (16—26%), высыпания на других участках тела (10—28%).

При **вторичной инфекции** (рецидиве) отмечается меньшая выраженность симптомов, чем при первичной инфекции, что обусловлено наличием гуморального иммунитета. Герпес половых органов, вызванный ВПГ-2, рецидивирует в среднем чаще, чем вызванный ВПГ-1. Частота рецидивов подвержена значительным индивидуальным колебаниям.

Факторы, способствующие рецидиву заболевания: фаза менструального цикла, эмоциональное напряжение, интеркуррентные заболевания (особенно сопровождающиеся лихорадкой), половой акт, хирургическое вмешательство, прием некоторых препаратов и др.

Клиническая картина рецидива:

- продромальный период составляет 1,2—1,5 сут и отмечается в 43—53% наблюдений;
- общие симптомы интоксикации отмечаются у 5—16% больных;
- высыпания в аногенитальной области обычно ограниченные, небольших размеров (около 10% от площади поражения при первичной инфекции);
- высыпания сохраняются в среднем 9,3—10,6 сут;
- осложнения редки: менингит (1%), высыпания на других участках тела (8%).

С течением времени средняя частота рецидивов снижается. Однако у 25% больных число рецидивов через 5 лет после начала заболевания увеличивается.

Лабораторные исследования

- Для исследования СМЖ, содержимого везикул и язв применяются МАНК. Чувствительность и специфичность МАНК составляют около 100%, результат готов очень быстро.
- При первичной инфекции вначале появляются IgM, а впоследствии — IgG. Титр IgM обычно снижается через несколько месяцев, поэтому их наличие косвенно свидетельствует о недавнем заражении. Первичную инфекцию диагностируют в отсутствие антител к вирусу простого герпеса в разгар болезни и при появлении их в период выздоровления (сероконверсия). Большинство больных становятся серопозитивными в течение 3—6 недель. Через 12 недель от начала заболевания сероконверсия отмечается в 70% случаев.
- Внедрение в практику методов определения типоспецифических антител позволит диагностировать первичную инфекцию и определять тип вируса простого герпеса, вызвавшего заболевание. Эта информация будет полезна при консультировании больных герпесом половых органов и их половых партнеров. Иммуноблоттинг — лучший метод выявления типоспецифических антител. Доступны также готовые наборы для экспресс-диагностики с помощью ИФА, обладающие высокой чувствительностью и специфичностью. Результаты ИФА не нужно подтверждать с помощью иммуноблоттинга.

Тактика ведения больных с аногенитальной герпетической вирусной инфекцией

Консультирование

Грамотное консультирование может улучшить как физическое, так и психологическое состояние больных. После разрешения острых симптомов всех больных аногенитальным герпесом и их половых партнеров следует ознакомить с особенностями течения данного заболевания, возможностью рецидивов и бессимптомного выделения вируса, риском заражения при половых контактах. Необходимо объяснить, что противовирусная терапия способствует уменьшению продолжительности рецидива, а профилактический прием препаратов снижает тяжесть и частоту рецидивов.

Наиболее распространенные опасения:

- страх инфицировать других людей;
- страх быть осужденным или отвергнутым половым партнером;
- одиночество, депрессия, низкая самооценка;
- опасения, что болезнь негативно повлияет на репродуктивную функцию.

Больные должны сообщать половым партнерам о наличии аногенитального герпеса. Желательно, чтобы половой партнер присутствовал при консультировании и был обследован на ВПГ-1 и ВПГ-2. Следует отметить, что большинство случаев заражения герпесом половых органов происходит при бессимптомном выделении вируса. Больных информируют о необходимости использования презервативов и профилактического приема противовирусных препаратов для снижения риска передачи инфекции. Ниже перечислены способы уменьшения риска передачи герпеса половых органов:

- Исключение контакта с пораженными областями тела в период активного выделения вируса (с начала продромального периода до полного разрешения высыпаний).
- Использование презервативов.
- Профилактический прием противовирусных препаратов снижает частоту рецидивов, вероятность бессимптомного выделения вируса и риск передачи инфекции.
- Исключение других ИППП.
- Больных (в том числе мужчин) информируют о риске заражения новорожденного. Беременные должны сообщать о наличии аногенитального герпеса своему лечащему врачу.
- При герпесе половых органов риск инфицирования ВИЧ вдвое выше.

Лечение

Первичный эпизод

Лечение назначают только при наличии выраженных симптомов. Иногда необходимы обезболивающие и слабительные лекарственные средства. Задержка мочи — показание для госпитализации.

Таблица 29

Лечение первичного и рецидивирующего аногенитального герпеса

Лечение первичного эпизода аногенитального герпеса ^{149,150,151,152,153}
В тяжелых случаях назначают ацикловир, 5 мг/кг в/в каждые 8 ч [А-1] <ul style="list-style-type: none">• Ацикловир, 200 мг 5 раз в сутки внутрь 5—10 дней [А-1], или• Фамцикловир, 250 мг 3 раза в сутки внутрь 5 дней [А-1], или• Валацикловир, 1000 мг 2 раза в сутки внутрь 10 дней [А-1], или• Ацикловир, 400 мг 3 раза в сутки внутрь 7—10 дней [А-3]
Примечания Эффективность ацикловира, фамцикловира и валацикловира при приеме внутрь одинакова. Лечение ацикловиром можно начинать в первые 5—7 суток [А-1], фамцикловиром — в первые 5 суток [А-1], валацикловиром — в первые 72 ч от начала заболевания [А-1]. Ацикловир для местного применения не устраняет общие симптомы и поэтому не рекомендуется [А-1].
Лечение рецидивирующего аногенитального герпеса ^{154,155,156}
<ul style="list-style-type: none">• Валацикловир, 500 мг 2 раза в сутки или 1 г 4 раза в сутки внутрь 3 дня [В-1], или• Фамцикловир, 125 мг 2 раза в сутки внутрь 5 дней [В-1], или• Ацикловир, 200 мг 5 раз в сутки внутрь 5 дней [С-1]

Супрессивное лечение

У пациентов с обострениями аногенитального герпеса 6 и более раз в год супрессивная терапия позволяет снизить их частоту на 70—80%. У некоторых пациентов на фоне супрессивной терапии обострений аногенитального герпеса не отмечается. Постоянный прием противовирусных средств повышает качество жизни пациентов.

Если рецидивы возникают реже 6 раз в год или реже чем каждые 2 месяца, рекомендуется эпизодическое лечение.

Таблица 30

Супрессивное лечение аногенитального герпеса у взрослых (кроме беременных)^{157,158,159,160,161,162,163,164,165,166,167,168,169}

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Ацикловир, 200 мг 3—5 раз в сутки или 400 мг 2 раза в сутки внутрь [A-1] или• Фамцикловир, 250 мг 2 раза в сутки внутрь [A-1] или• Валацикловир, 500 мг 1 раз в сутки внутрь [A-1] при частоте рецидивов не более 9 раз в год и 1000 мг 1 раз в сутки [A-1] при частоте рецидивов более 9 раз в год |
|---|

Примечание

Результаты контролируемых испытаний безопасности и эффективности ацикловира и валацикловира дают основания полагать, что эти препараты можно принимать в течение года [A-1].

Отдельные эксперты предлагают профилактическое лечение герпеса **во время беременности**^{170,171}. Лечение начинают на сроке 36 недель и продолжают вплоть до родоразрешения. Назначают ацикловир в дозе 400 мг 3 раза в сутки внутрь. Однако убедительных данных о снижении риска заражения плода и развития герпеса новорожденных при профилактическом приеме противовирусных препаратов во время беременности не получено.

Наблюдение

Повторное вирусологическое обследование не показано. Исключение составляют следующие случаи: 1) появление необычных симптомов во время рецидива; 2) определение чувствительности вируса к препаратам при подозрении на лекарственную устойчивость. Важный этап ведения больных с аногенитальным герпесом — повторное консультирование.

Герпес новорожденных

Данные о заболеваемости герпесом новорожденных в РФ недоступны. В некоторых развитых странах заболеваемость герпесом новорожденных составляет 5,85 на 100 тысяч новорожденных¹⁷². Беременным с герпесом половых органов в анамнезе требуется особое внимание. Около 5% случаев герпеса новорожденных обусловлены внутриутробным заражением, 15% — заражением во время родов (обычно ВПГ-1). Риск инфицирования плода от матери наиболее высок на поздних сроках беременности. Заражение ребенка наиболее вероятно в случае первичного заражения матери ВПГ-1 или ВПГ-2, если к моменту родов, когда иммунный ответ полностью не сформирован, типоспецифические антитела к вирусу простого герпеса не проникают через плаценту и не попадают в организм новорожденного. В четырех случаях из девяти это приводит к развитию герпеса новорожденных¹⁷³.

Риск инфицирования ребенка¹⁷⁴:

- При первичной инфекции у матери и наличии высыпаний к моменту родов риск составляет 50%. В 70% случаев герпеса новорожденных у матери в анамнезе не было герпеса половых органов.
- При родах через естественные родовые пути на фоне рецидива герпеса половых органов или бессимптомного выделения вируса риск герпеса новорожденных составляет 2—8%.

- При наличии высыпаний у женщины в момент родов кесарево сечение предотвращает передачу вируса простого герпеса новорожденному.

Инкубационный период составляет 1—28 суток (в среднем 4 суток). В большинстве случаев первые симптомы появляются уже после выписки здорового на вид новорожденного.

Прогноз герпетической инфекции у новорожденных зависит от течения заболевания (таблица 31). В 30% случаев поражению ЦНС может предшествовать поражение кожи, глаз и полости рта.

Таблица 31

Течение и прогноз герпетической инфекции у новорожденных (процент детей)^{175,176,177}

	Поражение кожи, глаз и полости рта	Поражение ЦНС	Диссеминированная инфекция
Отсутствие везикул	17	32	39
Нарушения развития в течение первого года жизни	2	70	25
Смертность	0	15	47

Лечение герпеса новорожденных¹⁷⁸

Ацикловир, 45—60 мг/кг/сут в/в в течение 60 минут строго через каждые 8 ч в течение 14—21 суток [A-1].

Грудное вскармливание не противопоказано. Ребенок может находиться вместе с мамой, но должен быть изолирован от других детей.

Регистрация случаев инфекции и уведомление половых партнеров

Аногенитальный герпес подлежит обязательной регистрации (оформление извещения — форма 089/у-кв). Оповещение половых партнеров в качестве меры по борьбе с распространением инфекции не используется по следующим причинам: большинство случаев герпеса — рецидивы, трудно установить, перенес ли партнер первичную инфекцию, больным рекомендуют сообщать о возможном риске заражения аногенитальным герпесом всем лицам, с которыми они вступали в половые контакты.

Профилактика

- Всем пациентам с ИППП следует рассказывать о правилах безопасного полового поведения. Увеличение частоты заболевания, вызванного ВПГ-1, вероятно, обусловлено оральными половыми сношениями, поэтому пациентов нужно предупреждать о возможности такого заражения.
- Использование презервативов снижает риск передачи ВПГ-2 на 50%. Однако эффективность презервативов зависит от их правильного использования, локализации высыпаний и особенностей половой жизни (оральных половых сношений).
- Прием валацикловира в дозе 500 мг/сут снижает риск передачи ВПГ-2 на 48%. Прием валацикловира может служить дополнением к использованию презервативов.
- Ведется разработка вакцин.

Использованная литература

¹⁴² Lafferty WE, Downey L, Celum C, Wald A. Herpes simplex virus type 1 as a cause of genital herpes: impact surveillance and prevention. J Infect Dis 2000; 181:1454–1457.

- ¹⁴³ Armstrong GL, Schillinger J, Markowitz L et al. Incidence of herpes simplex virus type 2 infection in the United States. *Am J Epidemiol* 2001; 153:912–920.
- ¹⁴⁴ Corey L, Wald A, Patel R et al. Once-daily valacyclovir to reduce the risk of transmission of genital herpes. *N Engl J Med* 2004; 350:11–20.
- ¹⁴⁵ Mertz GJ, Benedetti J, Ashley R, Selke SA, Corey L. Risk factors for the sexual transmission of genital herpes. *Ann Intern Med* 1992; 116:197–202.
- ¹⁴⁶ Wald A, Zeh J, Selke S et al. Reactivation of genital herpes simplex type 2 infection in asymptomatic seropositive persons. *N Engl J Med* 2000; 342:844–850.
- ¹⁴⁷ Wald A, Zeh J, Selke S, Warren T, Ashley R, Corey L. Genital shedding of herpes simplex virus among men. *J Infect Dis* 2002; 186(suppl 1):S34–S39.
- ¹⁴⁸ Cowan FM, Copas A, Johnson AM, Ashley R, Corey L, Mindel A. Herpes simplex virus type 1 infection: a sexually transmitted infection of adolescence? *Sex Transm Infect* 2002; 78:346–348.
- ¹⁴⁹ Corey L, Benedetti J, Critchlow CW et al. Treatment of primary first-episode genital herpes simplex virus infections with acyclovir: results of topical, intravenous and oral therapy. *J Antimicrob Chemother* 1983; 12(suppl B):79–88.
- ¹⁵⁰ Mertz GJ, Critchlow CW, Benedetti J et al. Double-blind placebo-controlled trial of oral acyclovir in first-episode genital herpes simplex virus infection. *JAMA* 1984; 252:1147–1151.
- ¹⁵¹ Murphy SM, Ruck F, Kitchin VS. Oral famciclovir (FCV) a new antiherpes agent: comparative study with acyclovir in clinic initiated treatment of first episode genital herpes (FGH) [abstract]. Presented at: European Academy of Dermatology and Venereology/Triaena Congress. 1991; Athens, Greece.
- ¹⁵² Loveless M, Harris JRW, Sacks SL. Famciclovir in the management of first episode genital herpes. *Infect Dis Clin Pract* 1997; 6(suppl 1):S12–S16.
- ¹⁵³ Fife KH, Barbarash RA, Rudolph T, Degregorio B, Roth R. Valaciclovir versus acyclovir in the treatment of first episode genital herpes infection. Results of an international, multicenter, double-blind, randomized clinical trial. The Valaciclovir International Herpes Simplex Virus Study Group. *Sex Transm Dis* 1997; 24:481–486.
- ¹⁵⁴ Spruance SL, Tyring SK, DeGregorio B, Miller C, Beutner K. A large-scale, placebo-controlled, dose-ranging trial of peroral valaciclovir for episodic treatment of recurrent herpes genitalis. Valaciclovir HSV Study Group. *Arch Intern Med* 1996; 156:1729–1735.
- ¹⁵⁵ Sacks SL, Aoki FY, Diaz-Mitoma F, Sellors J, Shafran SD. Patient-initiated, twice-daily oral famciclovir for early recurrent genital herpes. A randomized, double-blind, multicenter trial. Canadian Famciclovir Study Group. *JAMA* 1996; 276:44–49.
- ¹⁵⁶ Tyring SK, Douglas JM Jr, Corey L, Spruance SL, Esmann J. A randomized, placebo-controlled comparison of oral valacyclovir and acyclovir in immunocompetent patients with recurrent genital herpes infections. The Valacyclovir International Study Group. *Arch Dermatol* 1998; 134:185–191.
- ¹⁵⁷ Patel R, Tyring S, Strand A, Price MJ, Grant DM. Impact of suppressive antiviral therapy on the health related quality of life of patients with recurrent genital herpes infection. *Sex Transm Infect* 1999; 75:398–402.
- ¹⁵⁸ Sacks SL, Fox R, Levendusky P et al. Chronic suppression for six months compared with intermittent lesional therapy of recurrent genital herpes using oral acyclovir: effects on lesions and nonlesional prodromes. *Sex Transm Dis* 1988; 15:58–62.
- ¹⁵⁹ Thin RN, Jeffries DJ, Taylor PK et al. Recurrent genital herpes suppressed by oral acyclovir: a multicentre double blind trial. *J Antimicrob Chemother* 1985; 16:219–226.
- ¹⁶⁰ Mindel A, Weller IV, Faherty A et al. Prophylactic oral acyclovir in recurrent genital herpes. *Lancet* 1984; 2:57–59.
- ¹⁶¹ Kinghorn GR, Jeavons M, Rowland M et al. Acyclovir prophylaxis of recurrent genital herpes: randomized placebo controlled crossover study. *Genitourin Med* 1985; 61:387–390.
- ¹⁶² Halsos AM, Salo AP, Lassus A et al. Oral acyclovir suppression of recurrent genital herpes: a double-blind, placebo-controlled, crossover study. *Acta Derm Venereol* 1985; 65:59–63.
- ¹⁶³ Blom I, Back O, Egelrud T et al. Long-term oral acyclovir treatment prevents recurrent genital herpes. *Dermatologica* 1986; 173:220–223.
- ¹⁶⁴ Baker DA, Blythe JG, Kaufman R, Hale R, Portnoy J. One-year suppression of frequent recurrences of genital herpes with oral acyclovir. *Obstet Gynecol* 1989; 73:84–87.
- ¹⁶⁵ Kroon S, Petersen CS, Andersen LP, Rasmussen LP, Vestergaard BF. Oral acyclovir suppressive therapy in severe recurrent genital herpes. A double-blind, placebo-controlled cross-over study. *Dan Med Bull* 1989; 36:298–300.
- ¹⁶⁶ Mostow SR, Mayfield JL, Marr JJ, Drucker JL. Suppression of recurrent genital herpes by single daily dosages of acyclovir. *Am J Med* 1988; 85(2A):30–33.
- ¹⁶⁷ Reitano M, Tyring S, Lang W et al. Valaciclovir for the suppression of recurrent genital herpes simplex virus infection: a large-scale dose range-finding study. International Valaciclovir HSV Study Group. *J Infect Dis* 1998; 178:603–610.
- ¹⁶⁸ Douglas JM, Critchlow C, Benedetti J et al. A double-blind study of oral acyclovir for suppression of recurrences of genital herpes simplex virus infection. *N Engl J Med* 1984; 310:1551–1556.

-
- ¹⁶⁹ Strauss SE, Takiff HE, Seidlin M et al. Suppression of frequently recurring genital herpes. A placebo-controlled double-blind trial of oral acyclovir. *N Engl J Med* 1984; 310:1545–1550.
- ¹⁷⁰ Scott LL, Sanchez PJ, Jackson GL, Zeray F, Wendel GD Jr. Acyclovir suppression to prevent cesarean delivery after first-episode genital herpes. *Obstet Gynecol* 1996; 87:69–73.
- ¹⁷¹ Watts DH, Brown ZA, Money D et al. A double-blind, randomized, placebocontrolled trial of acyclovir in late pregnancy for the reduction of herpes simplex virus shedding and cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:836–843.
- ¹⁷² Kropp RY, Wong T, Cormier L, Ringrose A, Embree J, Steben M, Canadian Paediatric Surveillance Program (CPSP). Epidemiology of neonatal herpes simplex virus infections in Canada. Presented at the International Society for STD Research (ISSTD) conference 2005, Amsterdam.
- ¹⁷³ Brown ZA, Wald A, Morrow RA, Selke S, Zeh J, Corey L. Effect of serologic status and cesarean delivery on transmission rates of herpes simplex virus from mother to infant. *JAMA* 2003; 289:203–209.
- ¹⁷⁴ Prober CG, Sullender WM, Yasukawa LL, Au DS, Yeager AS, Arvin AM. Low risk of herpes simplex virus infections in neonates exposed to the virus at the time of vaginal delivery to mothers with recurrent genital herpes simplex virus infections. *N Engl J Med* 1987; 316:240–244.
- ¹⁷⁵ Whitley RJ, Corey L, Arvin A et al. Changing presentation of herpes simplex virus infection in neonates. *J Infect Dis* 1988; 158:109–116.
- ¹⁷⁶ Kimberlin DW, Lin CY, Jacobs RF et al. Natural history of neonatal herpes simplex virus infections in the acyclovir era. *Pediatrics* 2001; 108:223–229.
- ¹⁷⁷ Enright AM, Prober CG. Neonatal herpes infection: diagnosis, treatment and prevention. *Semin Neonatol* 2002; 7:283–291.
- ¹⁷⁸ Kimberlin DW, Lin CY, Jacobs RF et al. Safety and efficacy of high-dose intravenous acyclovir in the management of neonatal herpes simplex virus infections. *Pediatrics* 2001; 108:230–238.

Аногенитальные бородавки (аногенитальная папилломавирусная инфекция)

Определение

Аногенитальная папилломавирусная инфекция вызывается вирусом папилломы человека (ВПЧ) и характеризуется поражением кожных покровов и слизистых оболочек; она включает в себя аногенитальные бородавки (генитальные бородавки, венерические бородавки, остроконечные кондиломы, экзофитные кондиломы) и плоские поражения эпителия, большинство которых считается предраком.

Этиология

Вирус папилломы человека поражает кожу и слизистые, обладая высоким сродством к эпителиальным тканям половых органов, пищевода, анального канала и дыхательных путей. Выделяют более 130 типов вируса папилломы человека, различающихся нуклеотидными последовательностями ДНК; вирусы около 40 типов могут поражать аногенитальную область. Существуют высоко- и низкоонкогенные типы вируса, различающиеся способностью вызывать рак шейки матки.

Большинство случаев ВПЧ-инфицирования бессимптомны (субклинические формы или интраэпителиальные плоскоклеточные поражения). Меньшая их часть представлена генитальными кондиломами, характеризующимися экзофитными разрастаниями эпителия. Поражения, вызываемые онкогенными типами, строго ассоциируются с цервикальной неоплазией и в меньшей степени — с неоплазией влагалища, вульвы, перианальной области (30—50%). Особенно опасна в отношении последующей малигнизации персистирующая ВПЧ-инфекция, когда последовательно несколько раз выявляются одни и те же онкогенные типы ВПЧ.

Выделены 13 высокоонкогенных типов ВПЧ, вызывающих рак шейки матки¹⁷⁹. Другие типы вируса папилломы человека играют определенную роль в развитии рака кожи, ротоглотки, заднепроходного канала и полового члена. Рак шейки матки диагностируют в среднем через 20 лет после заражения высокоонкогенным типом ВПЧ¹⁸⁰, но в последние годы нередко отмечают более быструю малигнизацию. Инфицирование одним типом ВПЧ не предотвращает заражения другими типами вируса. У 5—30% женщин выявляются одновременно несколько типов ВПЧ.

Таблица 32

Типы ВПЧ

Уровень онкогенности	Типы	Заболевания
Низкий	• Чаще всего 6 и 11 • 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 и СР6108	Остроконечные кондиломы
Возможно высокий	• 26, 53 и 66	Предраковые заболевания и злокачественные новообразования
Высокий	• Чаще всего: 16 и 18 • 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 и 82	Предраковые заболевания и злокачественные новообразования

Эпидемиология

Инфекция, вызванная ВПЧ, может встречаться в любом возрасте у лиц обоего пола. Согласно официальной статистике, в РФ ежегодно регистрируется примерно 50 тысяч новых случаев папилломавирусной инфекции. Данные о распространенности этой инфекции в популяции в РФ недоступны. По данным международных исследований, распространенность ВПЧ среди молодых женщин достигает 30%^{181,182,183}.

Классификация

Классификация аногенитальной папилломавирусной инфекции в соответствии с МКБ-10:

- A63.0 Аногенитальные (венерические) бородавки
К ВПЧ-ассоциированным заболеваниям можно отнести также дисплазию шейки матки:
- N87.0 Слабовыраженная дисплазия шейки матки
N87.1 Умеренная дисплазия шейки матки
N87.2 Резко выраженная дисплазия шейки матки, не классифицируемая
N87.9 Дисплазия шейки матки неуточненная

Пути передачи

- Все виды половых контактов.
- Перинатальное заражение происходит редко. Симптомы ВПЧ-инфекции (высыпания в промежности и на голосовых связках) обычно проявляются в течение первых 2 лет жизни.

Клиническая картина

Считается, что инкубационный период до клинического проявления ВПЧ-ассоциированных заболеваний может составлять 1—8 месяцев. Кондиломы представляют собой экзофитные образования, иногда напоминающие цветную капусту, на коже, слизистой промежности и перианальной области, а также на слизистых оболочках. Реже генитальные кондиломы представлены слегка приподнятыми папулами или пятнами (иногда ороговевающими) коричневого, серого или синеватого цвета — это так называемый бовеноидный папулез. Могут быть множественными, асимметричными и полиморфными. У женщин ВПЧ чаще всего поражает шейку матки, влагалище, вульву и перианальную область. У мужчин ВПЧ обычно поражает перианальную область, анальный канал и половой член. Возможно изменение размеров и числа генитальных кондилом, нередко завершающееся исчезновением высыпаний.

Классификация ВПЧ-ассоциированных заболеваний представлена следующим образом: изменения плоского эпителия низкой степени злокачественности (аногенитальные кондиломы шейки матки, легкая дисплазия); изменения плоского эпителия высокой степени злокачественности (умеренная и тяжелая дисплазия и рак); инвазивный рак.

Субъективные симптомы ВПЧ-инфекции половых органов и анального канала обычно отсутствуют. Характерно быстрое увеличение размеров и числа остроконечных кондилом, особенно во время беременности. Изредка наблюдаются кровотечения, отделяемое и зуд в очагах поражения.

Таблица 33

Дифференциальная диагностика инфекции, вызванной вирусом папилломы человека

Варианты нормы	<ul style="list-style-type: none">• Лица обоего пола: сальные железы• Женщины: папилломатоз преддверия влагалища (вестибулярный папилломатоз)• Мужчины: папулезное ожерелье полового члена
Заболевания	<p>Инфекции</p> <ul style="list-style-type: none">• Вторичный сифилис (широкие кондиломы)• Контагиозный моллюск <p>Неинфекционные болезни кожи и слизистых</p> <ul style="list-style-type: none">• Внутридермальный невус• Мягкая фиброма• Себорейный кератоз

Лабораторные исследования

- Эпителиальные клетки с влажной части шейки матки получают с помощью шпателя.
- Для получения клеток с переходной части шейки матки и цервикального канала можно использовать щеточку, тампон или другой инструмент.
- Имеются различные коммерческие наборы для выявления ДНК вируса папилломы человека, к которым прилагаются инструменты для получения проб. Обратитесь за информацией в местную лабораторию.
- Для исследования СМЖ, содержимого материала везикул и язв все чаще применяют МАНК, главным образом ПЦР. Чувствительность и специфичность ПЦР — практически 100%, результат готов очень быстро. Метод позволяет определить тип ВПЧ.

Цитологическое исследование материала с шейки матки

- Регулярное проведение цитологического исследования позволяет своевременно выявить и вылечить предрак шейки матки.
- Для выявления рака шейки матки и предраковых заболеваний применяют два метода: фиксация мазка на предметном стекле с помощью аэрозольного фиксатора (классический Пап-тест) и цитологическое исследование тонкослойных мазков жидких препаратов (в России этот метод доступен в некоторых лабораториях).
- Цитологическое исследование тонкослойных мазков жидких препаратов у женщин, не относящихся к группе высокого риска, чувствительнее обычного исследования мазка на предметном стекле; такие мазки реже оказываются непригодными для исследования.
- Регулярное цитологическое исследование мазков с шейки матки необходимо всем женщинам, ведущим половую жизнь (через 3 года после начала половой жизни, согласно североамериканским рекомендациям, и с возраста 25 лет, согласно европейским рекомендациям).
- Существуют рекомендации «Сети по профилактике рака шейки матки», согласно которым при нормальном иммунитете цитологическое исследование следует выполнять ежегодно или каждые 3—5 лет.
- Больные с иммунодефицитом, особенно ВИЧ-инфицированные, требуют более пристального внимания. Ведение больных планируется индивидуально. Рак шейки матки чаще встречается у ВИЧ-инфицированных женщин и тех, кто не проходил регулярного обследования.

Типирование вируса папилломы человека

- Метаанализ опубликованных работ показал, что при обнаружении неклассифицируемых атипичных клеток плоского эпителия (ASCUS) выявление и типирование вируса папилломы человека эффективнее повторных цитологических исследований мазков с шейки матки. Канадский форум по профилактике рака шейки матки также рекомендует в этом случае типирование вируса папилломы человека.
- В США для предварительной диагностики одобрено цитологическое исследование тонкослойных мазков жидких препаратов в сочетании с типированием вируса папилломы человека у женщин старше 30 лет.

Кольпоскопическое исследование

Кольпоскопия показана в следующих случаях.

1. Видимые кондиломы и подозрительные изменения эпителия шейки матки. Изменения при цитологическом исследовании мазка с шейки матки:

- неоднократное обнаружение неклассифицируемых атипичных клеток плоского эпителия (особенно если выявлена ДНК вируса папилломы человека);

- неклассифицируемые атипичные клетки плоского эпителия, не позволяющие исключить изменения высокой степени злокачественности;
- изменения плоского эпителия низкой степени злокачественности;
- изменения плоского эпителия высокой степени злокачественности;
- неклассифицируемые атипичные клетки железистого эпителия;
- инвазивный рак.

2. Двукратное (с интервалом 6—12 месяцев) выявление ДНК вируса папилломы человека высокоонкогенных типов даже в отсутствие цитологических изменений в мазке с шейки матки.

Проба с уксусной кислотой

- На кожу промежности или на шейку матки наносят 5% раствор уксусной кислоты. Через 1—3 минуты эпителий, пораженный вирусом папилломы человека, приобретает белую окраску. Проба часто дает ложноположительные результаты у больных обоего пола.
- Пробу с уксусной кислотой применяют при кольпоскопии для выявления поражения на доклинической стадии.

Аноскопия

- Применяется при остроконечных кондиломах анального канала.
- Для предварительной диагностики рака анального канала проводят цитологическое исследование мазков и определение ДНК вируса. При положительных результатах показана аноскопия с высоким разрешением (особенно важно для ВИЧ-инфицированных).

Уретроскопия

- Уретроскопия показана при остроконечных кондиломах мочеиспускательного канала, не поддающихся обычному лечению.

Особого внимания требуют:

- атипичные или незаживающие кондиломы;
- признаки, заставляющие заподозрить злокачественное новообразование:
 - пигментация высыпаний;
 - кровоточивость;
 - длительно незаживающие язвы;
 - длительный зуд;
 - высыпания, не поддающиеся лечению.

При подозрительных высыпаниях необходима консультация опытного специалиста и, возможно, биопсия.

Тактика ведения

- Ни одна схема лечения не гарантирует полной элиминации вируса.
- У подростков и молодых людей инфекция, вызванная вирусом папилломы человека, в большинстве случаев разрешается самостоятельно за счет клеточного иммунитета.
- Для генитальных кондилом характерно упорное рецидивирующее течение, но у 90% больных они полностью проходят без лечения в течение 2 лет, особенно в моло-

дом возрасте. Однако исчезновение кондилом не означает полной элиминации вируса папилломы человека.

- ВПЧ-поражения шейки матки разрешаются в 90—95% случаев. Успешное лечение не всегда сопровождается элиминацией вируса папилломы человека. Для диагностики остаточных изменений эпителия высокой степени злокачественности и рецидивов заболевания проводят ВПЧ-тест (выявление ДНК и типирование вируса) и Пап-тест.

Лечение аногенитальных бородавок у мужчин и женщин

- Независимо от схемы лечения, в 20—30% случаев кондиломы появляются вновь на тех же участках или в других местах.
- Все схемы лечения приводят к развитию местных кожных реакций, которые обычно требуют уменьшения интенсивности лечения.
- Эффективность терапии трудно оценить из-за отсутствия единых критериев.

Таблица 34

Методы лечения^{184,185,186,187,188}

Метод	Частота рецидивов	Безопасность	Комментарии
Методы лечения, применяемые больными самостоятельно			
<i>Имиквимод [А-1]</i> Наносят на высыпания 3 раза в неделю (с перерывом не менее 1 суток); лечение продолжают до 16 недель. Смывают через 6—8 ч	Ниже, чем при других схемах лечения (10%)	Противопоказан во время беременности	Механизм действия — повышение иммунного ответа
<i>Подофиллотоксин (0,5% раствор) [А-1]</i> Наносят на кондиломы (но не на окружающую кожу) каждые 12 ч в течение 3 суток, затем делают перерыв на 4 суток. Курс лечения не должен превышать 6 недель; суточная доза препарата — не более 0,5 мл	Высокая (60%). Эффективный, надежный и безопасный метод	Противопоказан во время беременности. Нельзя применять для лечения кондилом на шейке матки, наружном отверстии мочеиспускательного канала, стенках влагалища и анального канала	Самостоятельное лечение проводят под наблюдением врача. В России выпускается под торговым названием Кондилин
Примечание: исследований, посвященных сравнению эффективности приведенных схем лечения, нет.			

Метод	Частота рецидивов	Безопасность	Комментарии
Методы лечения, применяемые врачом			
<i>Криодеструкция [А-1]</i> С помощью криозонда наносят жидкий азот, диоксид углерода (сухой лед или аэрозоль) либо закись азота. Выполняют криодеструкцию, захватывая 1—2 мм кожи или слизистой вокруг элемента сыпи	Высокая (70—80%)	Можно применять во время беременности. После интенсивного лечения остроконечных кондилом могут образоваться рубцы	При обработке кожи зона некроза ограничена эпидермисом
<i>Дихлоруксусная или трихлоруксусная кислота [А-1]</i> При необходимости лечение повторяют через 1 неделю (не более 6—8 процедур). Наиболее эффективен 50—80% раствор в 70% этиловом спирте. Не смывают после нанесения		Можно применять во время беременности. Едкое вещество: может приводить к образованию волдырей и язв	Для защиты здоровой кожи используют вазелин, мазь с лидокаином или крем с лидокаином/прилокаином
<i>Солкодерм (смесь кислот)</i> При необходимости лечение повторяют через 1 неделю (не более 6—8 процедур). Не смывают после нанесения		Можно применять во время беременности. Едкое вещество: может приводить к образованию волдырей и язв	Для защиты здоровой кожи используют вазелин, мазь с лидокаином или крем с лидокаином/прилокаином
<i>Фульгурация, деструкция электрическим током, углекислотным лазером, хирургическое лечение</i>	Высокая эффективность	Трудно оценить глубину воздействия: возможно поражение здоровых тканей и образование рубцов	Применяется при распространенных остроконечных кондиломах наружных половых органов и перианальной области
Примечание: для уменьшения боли проводят местную анестезию мазью с лидокаином или кремом с лидокаином/прилокаином.			

Распространенные, устойчивые к лечению генитальные кондиломы; поражение влагалища, шейки матки, ануса, уретры и наружного отверстия мочеиспускательного канала

- Лечение должен проводить только опытный специалист, что позволит снизить риск осложнений. Применение углекислотного лазера, трихлоруксусной кислоты, электрокоагуляции, хирургическое лечение и фульгурация могут потребовать местной или общей анестезии.
- **Не рекомендуется использовать:** динитрохлорбензол, цидофовир, третиноин, им-

мунотерапию с помощью вакцин, приготовленных из микрофлоры больного, системное введение интерферонов, фторурацил (5% крем).

- У ВИЧ-инфицированных часто встречаются распространенные кондиломы наружных половых органов и перианальной области.

Локальное применение интерферонов и других иммуномодуляторов в виде инъекций сопряжено с болями и неприятными ощущениями, высокой стоимостью, частыми посещениями врача, возможными побочными эффектами, неудобством для пациента. Поэтому эти методы не рекомендуются в качестве основных схем лечения, но могут быть использованы как альтернативная терапия, в случаях, устойчивых к стандартному лечению, в комплексе с другими методами.

Половые партнеры женщин с патологическими изменениями в мазках с шейки матки

- Несмотря на то что изменения в мазках с шейки матки чаще всего возникают при реактивации онкогенного типа вируса, наблюдение за половыми партнерами в отсутствие симптомов не требуется. Раньше мужчинам проводили пробу с уксусной кислотой и лечили бессимптомные поражения, но последующие исследования показали, что в этом нет необходимости [D-3].

Доклиническая стадия

- Некоторые высыпания становятся заметными только после тщательного осмотра или пробы с уксусной кислотой. Специального лечения обычно не требуется, рецидивов и передачи инфекции половому партнеру не отмечено [D-3].

Регистрация случаев инфекции и уведомление половых партнеров

- Случаи первичного выявления аногенитальных бородавок подлежат обязательной регистрации.
- Больным советуют сообщать половым партнерам о появлении остроконечных кондилом или изменений в мазках с шейки матки, но эти меры не снижают риск передачи инфекции.
- Лечение половых партнеров в отсутствие симптомов не показано.

Наблюдение

- После исчезновения генитальных кондилом женщинам продолжают ежегодно проводить регулярные цитологические исследования мазков с шейки матки (возможно, с типированием вируса).
- После выявления изменений в цитологических мазках с шейки матки пациентки должны наблюдаться 1 раз в 6—12 месяцев в зависимости от ситуации до полного разрешения процесса.
- Женщинам с наличием онкогенных типов ВПЧ необходимо проводить цитологическое и кольпоскопическое обследование (при наличии показаний — консультирование у соответствующих специалистов и дополнительное обследование).

Профилактика

Первичная профилактика ВПЧ-инфекции

- Снижение факторов риска благодаря информированию населения о методах профилактики ИППП.
- Вакцинация.

Использование презерватива снижает, хотя полностью и не исключает, риск заражения ВПЧ. Консультирование по поводу ВПЧ-инфекции включает следующее:

- Течение заболевания, различия между типами вируса папилломы человека, возможные симптомы.

- Вероятность рецидивов.
- Вероятность передачи вируса половым путем.

Достоверным фактором риска ВПЧ-инфекции является большое число половых партнеров. Предполагаемые факторы риска рака шейки матки:

- курение (в том числе пассивное);
- длительный прием пероральных контрацептивов (более 5 лет);
- большое число беременностей;
- другие ИППП (вызванные *Chlamydia trachomatis*, вирусом простого герпеса типа 2, ВИЧ);
- неполноценное питание (особенно с малым количеством антиоксидантов в рационе);
- иммунодефицит (СПИД, трансплантация органов, иммуносупрессивная терапия);
- большое число половых партнеров, раннее начало половой жизни, половые контакты с лицами, инфицированными ВПЧ;
- генетическая предрасположенность: полиморфизм некоторых генов, которые кодируют белки, регулирующие клеточный цикл (например, *TP53*).

Вакцинация против ВПЧ^{189,190,191,192}

Особенностью естественного течения ВПЧ-инфекции является эпителиофильность вируса, который не проникает в кровь и не вызывает активной реакции иммунной системы. Поэтому выработка защитных антител отмечается приблизительно лишь в 50% случаев инфицирования, при этом уровень антител очень низок и не способен обеспечить длительную надежную защиту от развития заболевания и даже от реинфицирования теми же типами ВПЧ.

Профилактическая вакцина против ВПЧ некоторых типов является методом первичной профилактики рака шейки матки, экзофитных кондилом, заболеваний вульвы, влагалища и пениса, а также, возможно, части анальных раков. Вакцина имеет только профилактический эффект, не обладая лечебным действием. Вакцина против ВПЧ содержит антиген, вводимый внутримышечно, что вызывает сильный и стойкий иммунный ответ в виде выработки нейтрализующих антител, которые на стадии контакта с возбудителем связываются с вирусом, способствуя элиминации из организма пораженных клеток и предотвращая развитие клинических симптомов^{193,194}.

В настоящее время лицензированы две рекомбинантные вакцины. Эти вакцины не содержат генетический материал ВПЧ, в качестве антигена используется протеин, аналогичный L1-протеину ВПЧ. Разрешено использование вакцин у девочек, мальчиков и женщин. Эти вакцины внесены в Национальные календари прививок многих стран, в частности США, Австралии и некоторых стран Евросоюза, для всеобщей профилактической вакцинации девочек 10—11 лет. В нашей стране зарегистрированы обе вакцины.

Квадривалентная вакцина Гардасил направлена против четырех типов ВПЧ (16, 18, 6, 11). В РФ эта вакцина рекомендуется к использованию у девочек и мальчиков до начала половой жизни, начиная с возраста 9 лет, и у женщин до 26 лет^{195,196}.

Бивалентная вакцина Церварикс направлена против ВПЧ 16-го и 18-го типов. Разрешено использование этой вакцины у девочек начиная с возраста 9 лет и у женщин до 25 лет^{197, 198}.

Вакцины эффективны в профилактике тяжелых форм предрака и рака шейки матки, вульвы и вагины, а также экзофитных кондилом (генитальных бородавок).

Однако вакцинация не может пока полностью заменить цитологический скрининг.

Вторичная профилактика ВПЧ-инфекции

Вторичная профилактика ВПЧ-инфекции включает скрининг населения с целью выявления заболевания на стадии предрака и его своевременного излечения.

Цитологический скрининг является эффективным методом борьбы с раком шейки матки у женщин. Скрининг подразделяется на организованный (в рамках государственных программ) и оппортунистический (при возможности). Организованный скрининг более эффективен и характеризуется максимальным охватом населения, активным вызовом на обследование, четко разработанной системой оказания помощи. В нашей стране существует оппортунистический скрининг, когда нет системы активного вызова женщин на цитологический мазок (Пап-тест), однако любая женщина может обратиться к гинекологу по месту жительства и осуществить это обследование. Обследование рекомендуется начинать спустя 1 год после начала половой жизни и делать мазок каждые 3 года до 50 лет, затем каждые 5 лет до достижения 65 лет, после чего при нормальных тестах женщина может прекратить скрининг.

При выявлении отклонений в мазках с шейки матки или обнаружении вируса папилломы человека с большим обсуждают следующие вопросы:

- женщинам объясняют значение регулярного гинекологического обследования (в том числе исследования на вирус папилломы человека) в снижении риска рака шейки матки;
- течение заболевания, зависимость между типом вируса папилломы человека и симптомами (низкоонкогенные типы вируса вызывают остроконечные кондиломы, высокоонкогенные — рак шейки матки);
- риск рецидивов;
- уменьшение влияния факторов риска на развитие и прогрессирование дисплазии шейки матки;
- важность самообследования и необходимость обращения к врачу при появлении клинических симптомов ВПЧ-инфекции;
- подтверждение широкой распространенности вируса и невозможности точно установить время и источник заражения;
- возможность самопроизвольного исчезновения ВПЧ и низкую вероятность развития рака шейки матки;
- объясняют, что только длительное инфицирование высокоонкогенными типами вируса папилломы человека (персистенция ВПЧ) может приводить к развитию предраковых заболеваний и злокачественных опухолей.

Особые ситуации

ВИЧ-инфицированные

ВИЧ-инфицированные требуют особенно пристального внимания. У женщин с ВИЧ-инфекцией, особенно при выраженном снижении иммунитета, часто выявляется вирус папилломы человека. Риск рака шейки матки у женщин с ВИЧ в 16 раз выше, чем в общей популяции женщин. Частота возникновения и скорость прогрессирования цервикальной дисплазии коррелируют с количеством лимфоцитов CD4 и уровнем вирусной нагрузки. При ухудшении этих показателей риск заболевания раком увеличивается. Одним из типичных заболеваний, ассоциированных с ВПЧ, при прогрессировании ВИЧ-инфекции является также дисплазия влагалища. Лечение антиретровирусными препаратами позволяет предупредить развитие этой патологии. Принципы лечения дисплазии не различаются у неинфицированных и инфицированных ВИЧ женщин. Однако риск рецидива дисплазии у женщин с ВИЧ выше, чем у неинфицированных женщин. Цервикальные соскобы проводятся по показаниям, но не реже 1 раза в год¹⁹⁹.

Дети и беременные

- При беременности Пап-тест является частью рутинного наблюдения.
- В связи с психологическими трудностями и особенностями лечения этой группы пациентов они должны наблюдаться у опытного специалиста.
- При обнаружении генитальных кондилом у детей старше 18 месяцев (в особенности в возрасте старше 2 лет) следует исключить сексуальное насилие.
- Если кондиломы являются препятствием для рождения ребенка, проводится кесарево сечение. В 50% случаев кондиломы, появившиеся во время беременности, исчезают в течение 3 месяцев после родов.
- Особое внимание у беременных с ВПЧ-инфекцией уделяется санации влагалища и коррекции микробиоценоза.

Использованная литература

- ¹⁷⁹ International Agency for Research on Cancer. Cervix Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention, vol. 10. Oxford: Oxford University Press, 2005.
- ¹⁸⁰ Myers ER, McCrory DC, Nanda K, Bastian L, Matchar DB. Mathematical model for the natural history of human papillomavirus infection and cervical carcinogenesis. *Am J Epidemiol* 2000; 151:1158–1171.
- ¹⁸¹ Richardson H, Franco E, Pintos J, Bergeron J, Arella M, Tellier P. Determinants of low-risk and high-risk cervical human papillomavirus infections in Montreal University students. *Sex Transm Dis* 2000; 27:79–86.
- ¹⁸² Richardson H, Kelsall G, Tellier P et al. The natural history of type-specific human papillomavirus infections in female university students. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2003; 12:485–490.
- ¹⁸³ Young T, McNichol P, Beauvais J. Factors associated with human papillomavirus infection detected by polymerase chain reaction among urban Canadian aboriginal and non-aboriginal women. *Sex Transm Dis* 1997; 24:293–298.
- ¹⁸⁴ Tying SK, Arany I, Stanley MA et al. A randomized, controlled, molecular study of condylomata acuminata clearance during treatment with imiquimod. *J Infect Dis* 1998; 178:551–555.
- ¹⁸⁵ Kirby P, Dunne A, King DH, Corey L. Double-blind randomized clinical trial of self-administered podofilox solution vehicle in the treatment of genital warts. *Am J Med* 1990; 88:465–470.
- ¹⁸⁶ Simmons PD, Langlet F, Thin RN. Cryotherapy versus electrocautery in the treatment of genital warts. *Br J Vener Dis* 1981; 57:273–274.
- ¹⁸⁷ Godley MJ, Bradbeer CS, Gellan M, Thin RN. Cryotherapy compared with trichloroacetic acid in treating genital warts. *Genitourin Med* 1987; 63:390–392.
- ¹⁸⁸ Abdullah AN, Walzman M, Wade A. Treatment of external genital warts comparing cryotherapy (liquid nitrogen) and trichloroacetic acid. *Sex Transm Dis* 1993; 20:344–345.
- ¹⁸⁹ Stern PL. Prophylactic HPV vaccines. www.hpvtoday.com, 2008, № 14.
- ¹⁹⁰ Профилактика рака шейки матки: руководство для врачей. Медпресс, 2008.
- ¹⁹¹ Cancer Control: knowledge into action. WHO Guidelines for Effective Programmes (includes a module on prevention that addresses HPV vaccines) <http://www.who.int/cancer/modules/en/index.html>.
- ¹⁹² WHO/ICO Information Centre for HPV and Cervical Cancer. <http://www.who.int/hpvcentre>.
- ¹⁹³ Bosch FX et al. HPV Vaccines and Screening in the Prevention of Cervical Cancer. *Vaccine* 2006; 24(Suppl. 3).
- ¹⁹⁴ Castellsagué X et al. HPV and cervical cancer in the World. 2007 Report. HPV Information Centre. *Vaccine* 2007; 25(Suppl. 3).
- ¹⁹⁵ Garland SM et al. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent anogenital diseases. *N Engl J Med* 2007; 356(19):1928–1943.
- ¹⁹⁶ Reisinger KS et al. Safety and persistent immunogenicity of a quadrivalent human papillomavirus types 6, 11, 16, 18 L1 viruslike particle vaccine in preadolescents and adolescents: a randomized controlled trial. *Pediatr Infect Dis* 2007; 26:201–209.
- ¹⁹⁷ Paavonen J et al. Efficacy of a prophylactic adjuvanted bivalent L1 virus-like-particle vaccine against infection with human papillomavirus types -16 and 18 in young women: an interim analysis of a phase III double-blind, randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 369:2161–2170.
- ¹⁹⁸ Pedersen C et al. Immunization of early adolescent females with human papillomavirus type -16 and 18 L1 virus-like particle vaccine containing AS04 adjuvant. *J Adolesc Health* 2007; 40:564–571.
- ¹⁹⁹ The Relationship Between the Human Immunodeficiency Virus and the Acquired Immunodeficiency Syndrome. Bethesda, MD: National Institute of Allergy and Infectious Diseases; 1995. Available at: www.niaid.nih.gov/Publications/hivaids/hivaids.htm.

ВИЧ-инфекция

Определение

ВИЧ-инфекция — инфекционное заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Оно характеризуется поражением иммунной, нервной и других систем и органов с хроническим прогрессирующим течением и развитием вторичных заболеваний инфекционного и неинфекционного генеза.

Этиопатогенез

ВИЧ относится к лентивирусам, подгруппе ретровирусов. После присоединения ВИЧ к оболочке клетки-хозяина его РНК (рибонуклеиновая кислота) вместе с некоторыми вирусными ферментами проникает в цитоплазму клетки, где с помощью фермента обратная транскриптаза на матрице РНК ВИЧ синтезируется ДНК (дезоксирибонуклеиновая кислота) ВИЧ. ДНК проникает в ядро клетки и встраивается в ДНК клетки-хозяина, после чего клетка-хозяин начинает производить новые вирусные частицы. Образовавшиеся вирусные частицы проникают в новые клетки, имеющие рецептор CD4, что приводит к нарушению межклеточных взаимодействий внутри иммунной системы, ее функциональной несостоятельности, постепенному истощению субпопуляции лимфоцитов CD4 и в результате к прогрессирующему иммунодефициту.

Классификация

Классификация ВИЧ-инфекции в соответствии с МКБ-10:

- | | |
|-------|--|
| B20 | Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней: |
| B20.0 | с проявлениями микобактериальной инфекции |
| B20.1 | с проявлениями других бактериальных инфекций |
| B20.2 | с проявлениями цитомегаловирусного заболевания |
| B20.3 | с проявлениями других вирусных инфекций |
| B20.4 | с проявлениями кандидоза |
| B20.5 | с проявлениями других микозов |
| B20.6 | с проявлениями пневмонии, вызванной <i>Pneumocystis carinii</i> |
| B20.7 | с проявлениями множественных инфекций |
| B20.8 | с проявлениями других инфекционных и паразитарных болезней |
| B20.9 | с проявлениями неуточненных инфекционных и паразитарных болезней |
| B21 | Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде злокачественных новообразований: |
| B21.0 | с проявлениями саркомы Капоши |
| B21.1 | с проявлениями лимфомы Беркитта |
| B21.2 | с проявлениями других неходжкинских лимфом |
| B21.3 | с проявлениями других злокачественных новообразований лимфатической, кроветворной и родственных им тканей |
| B21.7 | с проявлениями множественных злокачественных новообразований |
| B21.8 | с проявлениями других злокачественных новообразований |
| B21.9 | с проявлениями неуточненных злокачественных новообразований |

V22	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде других уточненных болезней:
V22.0	с проявлениями энцефалопатии
V22.1	с проявлениями лимфатического интерстициального пневмонита
V22.2	с проявлениями изнуряющего синдрома
V22.7	с проявлениями множественных болезней, классифицированных в других рубриках
V23	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде других состояний:
V23.0	Острый ВИЧ-инфекционный синдром
V23.1	с проявлениями (персистентной) генерализованной лимфоаденопатии
V23.2	с проявлениями гематологических и иммунологических нарушений, не классифицированных в других рубриках
V23.8	с проявлениями других уточненных состояний
V24	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), неуточненная

Эпидемиология

Основные статистические данные по ВИЧ-инфекции в России на 31.12.2008 г. (ФНМЦ по профилактике и борьбе со СПИДом):

- кумулятивное число российских граждан, у которых выявлены антитела к ВИЧ, — более 470 тысяч;
- распространенность ВИЧ-инфекции — 309 на 100 тысяч населения;
- наиболее пораженные регионы — г. Санкт-Петербург, Свердловская, Московская, Самарская области, г. Москва, Иркутская, Челябинская, Оренбургская, Ленинградская области, Ханты-Мансийский автономный округ.

Пути передачи (таблица 35)

- Половой (гомо- и гетеросексуальный). Риск инфицирования ВИЧ при сексуальном контакте повышается при увеличении числа половых партнеров^{200,201,202}. Риск передачи ВИЧ половым путем повышается при ИППП (сифилисе, герпесе, хламидиозе, гонорее и трихомониазе) в десятки раз^{203,204,205,206}. Бактериальные вагинозы, хотя и не являются ИППП, также увеличивают риск инфицирования ВИЧ при половых контактах^{207,208}. При гетеросексуальных половых контактах у женщин риск инфицирования ВИЧ выше по сравнению с мужчинами.
- Парентеральный (трансплацентарный, трансфузионный, инъекционный).
- Вертикальный (во время беременности, в родах, при грудном вскармливании).
- Трансплантационный.

Риск инфицирования ВИЧ при любом пути передачи в значительной степени определяется вирусной нагрузкой. Однако низкий уровень РНК вируса в крови не исключает заражения ВИЧ.

Таблица 35

Риск инфицирования ВИЧ в зависимости от пути передачи

Пути передачи	Риск инфицирования, %
Парентеральный ²⁰⁹	
Инъекция наркотиков	0,7
Профессиональное инфицирование*	
Укол иглой	0,3
Контакт крови со слизистой оболочкой	0,09 ²¹⁰
Попадание крови на неповрежденную кожу	Не доказано ²¹¹
Половой ^{212,213,214,215} per act (в зависимости от стадии ВИЧ)	
Анальный секс	0,03—0,82
Вагинальный секс	0,11 (0,06—0,23)
Оральный секс	0,04
От матери ребенку ²¹⁶	
Внутриутробно, в родах, при грудном вскармливании	До 45
Внутриутробно и в родах	20—30
Профилактика одним АРВ-препаратом	4—10
АРВ-препарат + кесарево сечение	1—2
Комбинированная АРВ-профилактика	Менее 2

* Риск инфицирования на рабочем месте медицинского работника повышается: при уколе или порезе предметом с видимым наличием крови; при глубоком повреждении; при порезе вены или артерии пациента; при высоком уровне вирусной нагрузки у пациента (более 1000 копий/мл).

Клиническая картина

При ВИЧ-инфекции выделяют следующие периоды заболевания:

- инкубационный (с момента инфицирования до развития острой стадии ВИЧ-инфекции);
- острая стадия;
- бессимптомная стадия;
- стадия выраженных клинических проявлений, характеризующаяся возникновением вторичных заболеваний, переходящая в стадию СПИД.

Приблизительно у 80—90% людей с первичным заражением ВИЧ-инфекцией развивается острый синдром, характеризующийся лихорадкой, лимфоаденопатией, головной болью, миалгией, артралгией и иногда сыпью (таблица 36). Во время периода первичного заражения в плазме ВИЧ-инфицированного человека отмечается высокий уровень вирусной нагрузки. Обычно по прошествии трех недель после первичного заражения ВИЧ-инфекцией возникают сероконверсия и специфическая иммунная реакция.

Таблица 36

Симптомы острой ВИЧ-инфекции²¹⁷

Симптомы	Частота встречаемости, %
Лихорадка (среднее значение температуры 39,4°C)	> 80
Лимфоаденопатия, артралгия, миалгия, сыпь, фарингит, усталость, головная боль	40—80
Тошнота, рвота или диарея	10—40

Симптомы прогрессирования ВИЧ-инфекции:

- лихорадка неясной этиологии (> 2 недель);
- генерализованная лимфоаденопатия;
- повышенная утомляемость;
- необъяснимая потеря веса (> 10% массы тела);
- хроническая диарея (> 3 недель);
- одышка и сухой кашель;
- дерматиты.

Заболевания, связанные с прогрессированием ВИЧ-инфекции:

- бактериальная пневмония;
- кандидоз (пищевода, бронхов, трахеи или легких);
- рак шейки матки, инвазивный;
- кокцидиоидомикоз (распространенный/внегочный);
- криптококкоз (внегочный);
- криптоспоридиоз (хронический кишечный);
- цитомегаловирусная инфекция;
- энцефалопатия, связанная с ВИЧ (слабоумие);
- герпетическая вирусная инфекция (хронические язвы или бронхит, пневмонит или эзофагит);
- хронический кишечный изоспориаз;
- саркома Капоши;
- лимфома (Беркитта, иммунобластная, преимущественно с локализацией в мозге);
- заболевание вызванное *Mycobacterium avium* или *kansasii* (распространенное/внегочное);
- туберкулез (легочный, генерализованный или внегочный);
- пневмоцистная пневмония;
- прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия;
- рецидивная сальмонеллезная септицемия;
- токсоплазмоз головного мозга.

Диагностика

- Обследование на ВИЧ должно быть предложено любому человеку с фактором риска ВИЧ-инфекции и всем, кто сам желает обследоваться на ВИЧ.
- Любой лечащий врач может назначить обследование на ВИЧ.
- Обследование проводится на основе письменного информированного согласия пациента или его законного представителя.

В настоящее время стандартным лабораторным исследованием на ВИЧ-инфекцию является обнаружение антител к ВИЧ в **иммуноферментном анализе (ИФА)**. Современные наборы для ИФА, используемые в Российской Федерации, позволяют в подавляющем большинстве случаев выявить антитела к ВИЧ в течение первых трех месяцев после инфицирования, в редких случаях — через 4—9 месяцев после инфицирования ВИЧ. При получении положительного результата теста проводится повторная постановка ИФА на ВИЧ-инфекцию.

Если подтверждается положительный результат, то проводится реакция иммунного блоттинга (определение антител к определенным антигенам ВИЧ).

Специфичность **реакции иммунного блоттинга** более высокая. Положительный результат этого исследования окончательно подтверждает ВИЧ-инфицирование. Сомнительные (неопределенные) результаты иммунного блоттинга требуют проведения повторных исследований через 2 недели, через 3 и 6 месяцев. Если через полгода после первого обследования сохраняются неопределенные результаты реакции иммунного блоттинга, отсутствуют клинические симптомы ВИЧ-инфекции и факторы риска ВИЧ-инфицирования, результат расценивается как ложноположительный.

Быстрые (экспресс) тесты на ВИЧ представляют собой карты с иммобилизованными рекомбинантными антигенами и синтетическими пептидами. Быстрые тесты позволяют выявить антитела к ВИЧ через 15 минут после проведения обследования. Чувствительность качественных быстрых тестов на ВИЧ достигает 100%, специфичность — 99%. Впоследствии результаты экспресс-обследования должны быть подтверждены стандартным иммуноферментным анализом. Быстрые тесты на ВИЧ используются для обследования женщин с неизвестным ВИЧ-статусом, поступивших в родильный дом в родах, для проведения профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, а также для обследования групп риска. Практика обследования и консультирования на ВИЧ в родах представлена в фильме «Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку. Экспресс-тестирование на ВИЧ в родах», созданном ИЗС.

Российское законодательство определяет, что любое обследование на ВИЧ является добровольным и должно сопровождаться до- и послетестовым консультированием.

Дотестовое консультирование

- Конфиденциальность тестирования на ВИЧ и его результата.
- Доступные варианты тестирования (включая анонимный).
- Тест определяет антитела (защитные клетки) к ВИЧ, а не сам вирус. У большинства людей антитела появляются в течение трех месяцев после заражения.
- Положительный результат — обнаружение антител к ВИЧ — будет перепроверен повторным тестом (используется тот же самый образец крови), чтобы исключить ложный результат. Это может привести к некоторой задержке ответа о результатах исследования. Окончательный ответ будет предоставлен пациенту после получения результатов подтверждающего исследования.
- Результаты исследования должны быть предоставлены обследованному лично. Если тест положителен, а пациент не возвращается за результатами, будут уведомлены службы здравоохранения.
- При информировании о результатах исследования будет проведено надлежащее послетестовое консультирование.
- Отрицательный результат может означать, что человек не заражен, или то, что после инфицирования ВИЧ антитела еще не успели выработаться (так называемый период «окна»). Поясните, будет ли тестирование необходимо в дальнейшем.
- Положительный результат теста может означать, что человек заражен ВИЧ и может инфицировать других при незащищенном половом контакте, через кровь, грудное молоко, при донорстве крови, ткани или органа. При положительном результате необходимо будет полное клиническое и лабораторное обследование. Важно сообщить сексуальному партнеру о ВИЧ-инфекции и убедить его обследоваться на ВИЧ.
- Сомнительный результат исследования означает, что тестирование должно быть проведено повторно через 3 месяца или назначено дополнительное исследование.
- ВИЧ не передается через пот, слюну, мочу, экскременты или слезы, если в них нет видимой примеси крови.

- Пути инфицирования ВИЧ: незащищенный половой контакт (анальный, вагинальный, оральный); прямой контакт крови с кровью; использование общих игл или шприцев (включает внутривенное введение наркотических препаратов, татуирование, пирсинг общим/грязным оборудованием); передача от матери ребенку во время беременности, в родах или через грудное молоко.
- Рискованное поведение, как сексуальное, так и другое — употребление алкоголя и наркотиков.
- Возможность лечения, удлиняющего жизнь.
- Возможность профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.
- Безопасное сексуальное поведение.

Послетестовое консультирование

Отрицательный результат обследования на ВИЧ следует интерпретировать как не обнаружение антител к ВИЧ. Консультирование должно включать методы профилактики инфицирования ВИЧ при половых контактах и через кровь.

Повторное тестирование может потребоваться спустя 3 месяца после последнего потенциального контакта с ВИЧ (например, половой контакт с партнером, чей ВИЧ-статус неизвестен). В случае сексуального насилия и профессионального контакта тестирование на ВИЧ должно быть выполнено через 6 недель, 12 недель и 6 месяцев.

Если результат обследования положителен, у пациента выявлены антитела к ВИЧ, что свидетельствует о наличии ВИЧ-инфекции. После проведения подтверждающего теста для исключения ложноположительных результатов консультирование проводится специально подготовленным медицинским работником. Обсуждаются следующие темы.

- Зараженный ВИЧ не является больным СПИДом.
- Медицинское наблюдение, определение иммунного статуса и вирусной нагрузки (содержания ВИЧ в крови), а также выявление других заболеваний.
- Недопущение инфицирования других людей.
- Информирование партнера.
- Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку.
- Доступность социальной и психологической помощи.
- Образ жизни, способствующий улучшению здоровья.
- Обсуждение других вопросов, важных для человека.

Наблюдение и обследование

Наблюдение специалиста в Центре по профилактике и борьбе со СПИДом включает консультацию инфекциониста по поводу ВИЧ-инфекции, обследование и лечение. Инфекционист определяет наиболее приемлемую схему приема АРВ-препаратов в зависимости от состояния здоровья пациента, консультирует о важности соблюдения схемы их приема или приверженности к лечению и регулярного наблюдения у специалиста. В Центре проводится контроль эффективности АРВ-терапии, ее побочных эффектов, а также приверженности к назначенному лечению. Регулярно определяют число лимфоцитов CD4, вирусную нагрузку, проводят общий и биохимический анализ крови, а также другие обследования согласно приказу Минздравсоцразвития от 17 августа 2006 года «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)».

Обследование проводится только при информированном согласии пациента.

- **Вирусная нагрузка** — количественный показатель содержания вируса иммунодефицита человека (РНК ВИЧ) в крови. При прогрессировании ВИЧ-инфекции содержание вируса увеличивается. Вирусная нагрузка определяется для оценки эффективности проводимой антиретровирусной терапии и приверженности пациента к приему АРВ-

препаратов. У пациентов, не получающих АРВ-препараты, уровень вирусной нагрузки измеряется для оценки текущего состояния и потребности в назначении АРВ-терапии не реже двух раз в год. В начале АРВ-терапии исследование проводится не реже одного раза в 2 месяца, затем не реже двух раз в год. В зависимости от показателей вирусной нагрузки принимается решение о продолжении или об изменении схемы АРВ-терапии²¹⁸. Уровень вирусной нагрузки — один из критериев выбора тактики химио-профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и назначения антиретровирусной терапии.

- **Число лимфоцитов CD4.** Уменьшение количества лимфоцитов CD4 является прогностическим критерием развития условно-патогенных инфекций. Нормальным значением является более 500 клеток/мм³. Исследование должно проводиться не реже двух раз в год при антиретровирусной терапии. Снижение числа лимфоцитов CD4 может являться показателем необходимости начала или коррекции АРВ-терапии²¹⁹.
- **Общий клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма** позволяют оценить наличие анемии, лейкопении, тромбоцитопении, повышенной СОЭ, состояние системы гемостаза. Исследование содержания сахара в крови, функции печени и почек важно для контроля нежелательных эффектов АРВ-препаратов, для выявления активности хронических вирусных гепатитов. Обследование проводится при первом визите, в дальнейшем — по необходимости.
- **Обследование на инфекции, передаваемые половым путем** (такие, как герпес, кандидоз, гонорея, хламидиоз, трихомониаз, бактериальный вагиноз), которые приводят к увеличению содержания вируса в отделяемом из половых органов, что повышает риск передачи ВИЧ партнеру, а также повышает риск передачи ВИЧ ребенку^{220,221}. Обследование на перечисленные инфекции проводится при первом визите, в дальнейшем — по мере необходимости, но не реже одного раза в год.
- **Обследование на хронические вирусные гепатиты (особенно гепатит С).** Эти болезни существенно не влияют на течение ВИЧ-инфекции, но ВИЧ способствует прогрессированию гепатита С, приводящего к циррозу²²². У определенной доли пациентов с гепатитами В и С существует риск возникновения не только цирроза, но и рака печени^{223,224,225}. Наличие гепатита может существенно изменять функцию печени и фармакодинамику многих лекарственных препаратов. Обследование на перечисленные инфекции проводится при первом визите, в дальнейшем — по мере необходимости, но не реже одного раза в год.
- **Обследование на ВПЧ-инфекцию** важно как для женщин, так и для мужчин с ВИЧ^{226,227}. У женщин с ВИЧ-инфекцией ВПЧ встречается в 16 раз чаще, чем в общей популяции женщин²²⁸. Частота возникновения и скорость прогрессирования дисплазии коррелируют с количеством лимфоцитов CD4 и уровнем вирусной нагрузки. При ухудшении этих показателей риск заболевания раком увеличивается. Обследование проводится при первом визите, затем по показаниям, но не реже одного раза в год.
- **Проба Манту.** Сочетание ВИЧ-инфекции и туберкулеза нередко отмечается у пациентов, особенно с прогрессирующими стадиями ВИЧ-инфекции. При неблагоприятной эпидемиологической ситуации с заболеваемостью туберкулезом реакция Манту ≥ 5 мм должна рассматриваться как положительная, подтверждающая возможность тубинфицированности, что требует консультации специалистов и возможного назначения противотуберкулезных препаратов.
- **Тест на беременность** должен быть предложен при каждом визите, связанном с антиретровирусной терапией и контрацепцией, всем женщинам репродуктивного возраста, включая женщин, утверждающих, что у них сохранена менструальная функция. Тест проводится по образцам мочи или крови.

Общие принципы лечения

- Главной целью антиретровирусной терапии является увеличение продолжительности и улучшение качества жизни пациентов с ВИЧ-инфекцией.
- Основная задача лечения — снижение содержания вируса в крови.
- Оптимальным критерием для назначения терапии является снижение числа лимфоцитов CD4 до уровня менее 350 клеток/мм³.
- Наилучшие клинико-иммунологические результаты были получены при высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) — сочетании трех и более АРВ-препаратов.
- Консультирование по поводу проведения АРВ-терапии (см. Приложение 6).

Таблица 37

АРВ-препараты, используемые для терапии ВИЧ-инфекции

Название (торговое)	Стандартная дозировка, мг × раз в день	Проникновение через плаценту	Типичные побочные эффекты у взрослых
Нуклеозидные/нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы			
Зидовудин (Азидотимидин) Вудазидин Ретровир Тимазид)	200 мг × 3 или 300 мг × 2	Да, рекомендуется при беременности	Анемия, нейтропения, тошнота, головная боль
Ламивудин (Эпивир)	150 мг × 2 300 мг × 1	Да, рекомендуется при беременности	Минимальная токсичность. Головная боль
Зидовудин/ламивудин (Комбивир)	Зидовудин, 300 мг, + ламивудин, 150 мг	См. Зидовудин и Ламивудин	См. Зидовудин и Ламивудин
Диданозин (Видекс)	200 мг × 2 или 400 мг × 1	Да	Панкреатит, диарея, нейропатия
Ставудин (Зерит)	40 мг × 2	Да	Нейропатия, панкреатит, липодистрофия, гиперлипидемия, лактацидоз
Абакавир (Зиаген)	300 мг × 2	Да	Реакция гиперчувствительности (сыпь, лихорадка, миалгия у 4%), сыпь, диспепсия, респираторные нарушения. Нарушение органогенеза (исследования у крыс)

Название (торговое)	Стандартная дозировка, мг × раз в день	Проникновение через плаценту	Типичные побочные эффекты у взрослых
Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы			
Невирапин (Вирамун)	200 мг × 1 в течение первых 1—14 дней, затем 200 мг × 2	Да. Рекомендуется при беременности у женщин с числом лимфоцитов CD4 ниже 250	Сыпь, включая синдром Стивенса—Джонсона, гепатит, включая тяжелый, особенно у женщин с числом лимфоцитов CD4 более 250
Эфавиренз (Стокрин)	600 мг × 1	Да. Не рекомендуется при беременности	Головная боль, головокружение, сыпь, повышение активности трансаминаз. Тератогенный эффект: анэнцефалия, анофтальмия, микрофтальмия
Ингибиторы протеазы			
Саквинавир (Фортоваза)	1000 мг × 2	Низкое. Не выявлено тератогенного эффекта. Возможно использование при беременности	Диарея, тошнота, абдоминальный дискомфорт, головная боль, гиперлипидемия
Индинавир (Криксиван)	800 мг × 3	Выше, чем у других препаратов этой группы. Не рекомендуется при беременности	Нефролитиаз, диспепсия, гиперлипидемия. Риск гепатита у плода
Нелфинавир (Вирасепт)	750 мг × 3 или 1250 мг × 2	Неизвестно. Тератогенного эффекта не выявлено, рекомендуется при беременности	Диарея, гиперлипидемия, повышение активности трансаминаз
Атазанавир (Реатаз)	200 мг × 2	Низкое	Гипербилирубинемия, диарея
Лопинавир/ритонавир (Калетра)	400/100 мг × 2	Низкое	Диарея, диспепсия, астения, гиперлипидемия, повышение активности трансаминаз
Ингибиторы слияния			
Энфувиртид (Фузеон)	90 мг (1 мл) подкожно × 2	Неизвестно	Местные реакции на инъекцию (почти у 100%), увеличивается частота бактериальной пневмонии, реакция гиперчувствительности менее чем у 1% (сыпь, лихорадка, тошнота, гипотензия)

Профилактика

Постконтактная профилактика ВИЧ должна начинаться не позднее 72 часов после контакта. Важно промыть рану с мылом. Эффективность использования антисептиков для постконтактной профилактики ВИЧ не доказана. С целью АРВ-профилактики может использоваться зидовудин, назначение которого снижает риск инфицирования ВИЧ примерно на 81%²²⁹. Однако наиболее эффективна комбинированная антиретровирусная профилактика — одновременное назначение трех АРВ-препаратов, особенно при высоком риске инфицирования ВИЧ²³⁰.

Основные методы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку:

- антиретровирусные препараты женщине с ВИЧ с 28-й недели беременности;
- назначение антиретровирусных препаратов женщине в родах;
- плановое кесарево сечение на 38-й неделе беременности при вирусной нагрузке более 1000 копий в 1 мл на 36-й неделе беременности;
- назначение антиретровирусных препаратов ребенку сразу после рождения в течение шести недель;
- искусственное вскармливание ребенка.

Практика оказания медицинской помощи женщине и ее ребенку для профилактики вертикальной передачи ВИЧ, а также для сохранения репродуктивного здоровья женщин с ВИЧ представлена в методических материалах, разработанных ИЗС в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения: «Клинико-организационное руководство по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку», Руководство по оказанию комплексной медицинской помощи женщинам с ВИЧ «Репродуктивное здоровье ВИЧ-инфицированных женщин».

Нормативное и методическое обеспечение

Федеральный закон РФ от 30.03.1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Федеральный закон РФ от 12.08.1996 г. № 112-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон “О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)”».

Распоряжение Правительства Российской Федерации № 1344-р от 21.10.2004 г. «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств».

Приказ Минздрава РФ от 10.02.2003 г. № 50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях».

Приказ Минздрава РФ от 19.12.2003 г. № 606 «Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ».

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 14.01.2004 г. № 2 «Об активизации мероприятий, направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции в РФ».

Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2004 г. № 856 «Об утверждении правил обеспечения бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях».

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30.05.2005 г. № 375 «Об утверждении стандарта профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку».

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17.08.2006 г. № 612 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)».

Использованная литература

- ²⁰⁰ Cameron DW, Simonsen JN, D'Costa LJ et al. Female to male transmission of human immunodeficiency virus type 1: risk factors for seroconversion in men. *Lancet* 1989; 2:403–407.
- ²⁰¹ Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group. *N Engl J Med* 2000; 342:921–929.
- ²⁰² Wawer MJ, Gray RH, Sewankambo NK et al. Rates of HIV-1 transmission per coital act, by stage of HIV-1 infection, in Rakai, Uganda. *J Infect Dis* 2005; 191:1403–1409.
- ²⁰³ Rottingen JA, Cameron DW, Garnett GP. A systematic review of the epidemiologic interactions between classic sexually transmitted diseases and HIV: how much really is known? *Sex Transm Dis* 2001; 28:579–597.
- ²⁰⁴ Galvin SR, Cohen MS. The role of sexually transmitted diseases in HIV transmission. *Nat Rev Microbiol* 2004; 2:33–42.
- ²⁰⁵ Mabey D. Interactions between HIV infection and other sexually transmitted diseases. *Trop Med Int Health* 2000; 5:A32–36.
- ²⁰⁶ Guenther PC, Secor WE, Dezzutti CS. *Trichomonas vaginalis*-induced epithelial monolayer disruption and human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) replication: implications for the sexual transmission of HIV-1. *Infect Immun* 2005; 73:4155–4160.
- ²⁰⁷ Cu-Uvin S, Hogan JW, Caliendo AM et al. Association between bacterial vaginosis and expression of human immunodeficiency virus type 1 RNA in the female genital tract. *Clin Infect Dis* 2001; 33:894–896.
- ²⁰⁸ Sha BE, Zariffard MR, Wang QJ et al. Female genital-tract HIV load correlates inversely with *Lactobacillus* species but positively with bacterial vaginosis and *Mycoplasma hominis*. *J Infect Dis* 2005; 191:25–32.
- ²⁰⁹ Riehm KS. Injecting Drug Use and AIDS in Developing Countries: Determinants and Issues for Policy Consideration. Report Confronting AIDS World Bank, Policy Research Department, October 1996.
- ²¹⁰ CDC. Update: human immunodeficiency virus infections in health-care workers exposed to blood of infected patients. *MMWR* 1987; 36:285–289.
- ²¹¹ Fahey BJ, Koziol DE, Banks SM, Henderson DK. Frequency of nonparenteral occupational exposures to blood and body fluids before and after universal precautions training. *Am J Med* 1991; 90:145–153.
- ²¹² Jacquez JA, Koopman JS, Simon CP, Longini IM Jr. Role of the primary infection in epidemics of HIV infection in gay cohorts. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1994; 7:1169–1184.
- ²¹³ Mastro TD, de Vincenzi I. Probabilities of sexual HIV-1 transmission. *AIDS* 1996; 10(Suppl A):S75–S82.
- ²¹⁴ Vittinghoff E, Douglas J, Judson F et al. Per-contact risk of human immunodeficiency virus transmission between male sexual partners. *Am J Epidemiol* 1999; 150:306–311.
- ²¹⁵ Gray RH et al. Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1-discordant couples in Rakai, Uganda. *Lancet* 2001; 357:1149–1153.
- ²¹⁶ US Public Health Service Task Force Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States. 2006.
- ²¹⁷ Kahn JO, Walker BD. Acute human immunodeficiency virus type 1 infection. *N Engl J Med* 1998; 339:33–39.
- ²¹⁸ Tarwater PM, Gallant JE, Mellors JW et al. Prognostic value of plasma HIV RNA among highly active antiretroviral therapy users. *AIDS* 2004; 18:2419–2423.
- ²¹⁹ Mellors JW, Munoz A, Giorgi JV et al. Plasma viral load and CD4+ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. *Ann Intern Med* 1997; 126:946–954.
- ²²⁰ Wald A, Link K. Risk of human immunodeficiency virus infection in herpes simplex virus type 2-seropositive persons: a meta-analysis. *J Infect Dis* 2002; 185:45–52.
- ²²¹ Hutchinson CM, Hook EW 3rd, Shepherd M, Verley J, Rompalo AM. Altered clinical presentation of early syphilis in patients with human immunodeficiency virus infection. *Ann Intern Med* 1994; 121:94–100.
- ²²² Graham CS, Baden LR, Yu E et al. Influence of human immunodeficiency virus infection on the course of hepatitis C virus infection: a meta-analysis. *Clin Infect Dis* 2001; 33:562–569.
- ²²³ Ragni MV, Belle SH. Impact of human immunodeficiency virus infection on progression to end-stage liver disease in individuals with hemophilia and hepatitis C virus infection. *J Infect Dis* 2001; 183:1112–1155.
- ²²⁴ Sheng WH, Chen MY, Hsieh SM et al. Impact of chronic hepatitis B virus (HBV) infection on outcomes of patients infected with HIV in an area where HBV infection is hyperendemic. *Clin Infect Dis* 2004; 38:1471–1477.

²²⁵ Mathews G, Bhagani S. The epidemiology and natural history of HIV/HSV and HIV/HCV co-infections. *J HIV Ther* 2003; 8:77–84.

²²⁶ Piketty C, Darragh TM, Da Costa M et al. High prevalence of anal human papillomavirus infection and anal cancer precursors among HIV-infected persons in the absence of anal intercourse. *Ann Intern Med* 2003; 138:453–459.

²²⁷ Piketty C, Darragh TM, Heard I et al. High prevalence of anal squamous intraepithelial lesions in HIV-positive men despite the use of highly active antiretroviral therapy. *Sex Transm Dis* 2004; 31:96–99.

²²⁸ Duerr A, Kieke B, Warren D et al; HER study group. Human papillomavirus-associated cervical cytologic abnormalities among women with or at risk of infection with human immunodeficiency virus. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184:584–590.

²²⁹ Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *N Engl J Med* 1997; 337:1485–1490.

²³⁰ CDC. Updated US Public Health Service guidelines for the management of health-care worker exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. *MMWR* 2001; 50:1–42. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5011a1.htm#top>.

Вирусные гепатиты В и С

Определение

Вирусные гепатиты — группа инфекционных заболеваний, характеризующихся преимущественным поражением печени. В настоящее время выделяют вирусные гепатиты А, В, С, D, Е, возбудители которых различаются по таксономическим признакам, а заболевания — по эпидемиологическим, патогенетическим особенностям и по вероятности перехода в хронические формы. В настоящем Руководстве рассматриваются гепатиты, вызванные вирусом гепатита В (ВГВ) и вирусом гепатита С (ВГС), т. к. эти вирусы могут передаваться половым путем.

Этиопатогенез

- Вирус гепатита В — представитель семейства гепаднавирусов. В состав нуклеокапсидного белка — НВсАg входит НВеАg. Внешняя оболочка образована поверхностным антигеном вируса — НВsАg, это так называемый австралийский антиген. Вирус гепатита В устойчив к воздействию окружающей среды. Была доказана жизнеспособность этого вируса в сухой крови при комнатной температуре в течение 1 недели²³¹.
- Вирусный гепатит С вызывается РНК-содержащим вирусом, который относят к семейству флавивирусов. Вирус гепатита С имеет сходство с гепаднавирусами и ретровирусами.

Гепатотропность возбудителей вирусных гепатитов объясняет сходность клинических проявлений, общность методов диагностики и патогенетической терапии. Для всех вирусных гепатитов характерны общие патогенетические процессы в печени в виде цитолитического, холестатического и иммуновоспалительного синдромов. Общность патофизиологических процессов позволяет классифицировать вирусные гепатиты по клинической форме, степени тяжести и характеру течения.

Классификация

Классификация по МКБ-10:

V16	Острый гепатит В
V16.0	Острый гепатит В с дельта-агентом (коинфекция) и печеночной комой
V16.1	Острый гепатит В с дельта-агентом (коинфекция) без печеночной комы
V16.2	Острый гепатит В без дельта-агента с печеночной комой
V16.9	Острый гепатит В без дельта-агента и без печеночной комы
V17.1	Острый гепатит С
V18	Хронические вирусные гепатиты
V18.0	Хронический вирусный гепатит В с дельта-агентом
V18.1	Хронический вирусный гепатит В без дельта-агента
V18.2	Хронический вирусный гепатит С
V18.8	Другой хронический вирусный гепатит
V18.9	Хронический вирусный гепатит неуточненный
V19.0	Неуточненный вирусный гепатит с комой
V19.9	Неуточненный вирусный гепатит без печеночной комы

Эпидемиология

Заболеваемость острым гепатитом В в РФ примерно в три раза больше, чем в США, и почти в пять раз выше, чем в Западной Европе²³². Заболеваемость острым гепатитом С в РФ в три раза больше, чем в США. Интересно, что в странах Евросоюза заболеваемость острым гепатитом С чрезвычайно различается. В странах «старой Европы» она составляет около 10 на 100 тысяч (Австрия — 10,9; Бельгия — 8,9; Германия — 9,5), а у недавних членов Евросоюза показатели заболеваемости гепатитом С значительно ниже (Венгрия — 0,2; Словакия и Словения — 0,5). В среднем заболеваемость составляет 8,6 на 100 тысяч²³³. Гепатит С — это, по-видимому, единственная инфекция, заболеваемость которой в Европе выше, чем в РФ. Возможно, это объясняется включением в статистику случаев носительства вируса гепати-

та С. Заболеваемость острыми гепатитами (как В, так и С) мужчин выше, чем женщин; основная возрастная группа — 25—39 лет.

Пути передачи

Источником инфекции являются люди с гепатитами В и С, прежде всего хронического течения, и носители вируса. Вирусы гепатитов В и С распространяются преимущественно парентеральным путем при переливании крови и ее компонентов, инвазивных диагностических и лечебных процедурах, внутривенном введении наркотиков. В настоящее время вся донорская кровь обязательно тестируется на маркеры вирусов гепатитов В и С. Пути передачи:

- Половой. Риск инфицирования вирусом гепатита В половым путем довольно высок. Половым путем может передаваться также вирус гепатита С, хотя и значительно реже²³⁴. Более низкая активность механизмов передачи вируса гепатита С компенсируется длительной вирусемией инфицированных, недостаточной манифестацией заболевания и более частой хронизацией патологического процесса, что ведет к увеличению численности так называемых «вирусоносителей».
- Перинатальный. Инфицирование плода вирусами гепатита В и С от матери происходит в последнем триместре беременности. Вертикальная трансмиссия происходит через плаценту, во время родов при контакте с материнской кровью и/или с влагалищными выделениями. Методы профилактики вертикальной передачи вируса гепатита В включают вакцинацию и введение иммуноглобулина. При сочетании вируса гепатита С и ВИЧ эффективным методом профилактики является проведение кесарева сечения, особенно в сочетании с антиретровирусными препаратами.
- Парентеральный путь заражения (через поврежденную кожу).

Риск инфицирования в зависимости от пути передачи представлен в таблице 38.

Таблица 38

Риск инфицирования вирусами гепатита В и гепатита С в зависимости от пути передачи

Пути передачи	Вирус гепатита В ^{238,235,236,237}	Вирус гепатита С ^{239,238,239,240,241}
Парентеральный		
Инъекция наркотиков	34%	54%
Оперативное вмешательство	Нет данных	16%
Профессиональное заражение — укол иглой	0,5—31%	1,8%
Другое	0,8%	1,8%
Половой		
Многочисленные половые партнеры	34%	36%
Секс с партнером, инфицированным ВГС или ВГВ	12%	10%
Плоду/ребенку внутриутробно и в родах		
Без профилактики	40—90%	6%
Специфический иммуноглобулин и вакцинация	6%	Не применимо
При сочетании с ВИЧ без профилактики	Нет данных	До 15%
При сочетании с ВИЧ: кесарево сечение и антиретровирусная терапия	Нет данных	4%

Группы риска инфицирования вирусами гепатитов В и С:

- потребители инъекционных наркотиков;
- лица с большим количеством половых партнеров;
- сексуальные и бытовые контакты с острым больным или хроническим носителем;
- работники здравоохранения, имеющие профессиональный контакт с кровью;
- лица, находящиеся в заключении;
- пациенты медицинских учреждений;
- лица, ранее перенесшие ИППП;
- лица, инфицированные ВИЧ или другими вирусами гепатитов;
- лица, которым переливались кровь и ее продукты;
- новорожденные женщин с вирусными гепатитами.

Элиминация вирусов гепатита

- У 90% взрослых в течение шести месяцев после инфицирования в результате иммунного ответа вирус гепатита В элиминируется из организма, при этом формируется пожизненный иммунитет. У остальных 10% иммунный ответ не приводит к исчезновению вируса гепатита В, вирус персистирует в организме более шести месяцев, обычно приводя к хроническому течению гепатита В²⁴².
- После инфицирования вирусом гепатита С элиминация вируса отмечается в среднем у 26% взрослых. Отмечено, что у женщин вирус гепатита С исчезает чаще, чем у мужчин (40% по сравнению с 22%). Было также отмечено, что у пациентов с клиническими симптомами острого гепатита С вирус исчезал чаще, чем у пациентов, у которых эта инфекция была выявлена случайно (31% по сравнению с 18%)²⁴³.

Клиническая картина

Инкубационный период

- При инфицировании вирусом гепатита В — от нескольких дней до 4—8 недель.
- При инфицировании вирусом гепатита С — от 6 до 7 недель.

Симптомы

Желтуха, боль в животе, слабость, тошнота, рвота, анорексия, сыпь, артралгия.

Течение

- Острый период гепатита В длится обычно 2—4 месяца. Он может завершиться полным выздоровлением, в том числе выздоровлением с постгепатитными синдромами, или принять хроническое течение. Крайне тяжелые (фульминантные) формы с острой печеночной недостаточностью главным образом характерны для микст-инфекции (гепатиты В и D), нередко заканчиваются летальным исходом²⁴⁴. Риск хронизации гепатита В определяется в значительной степени возрастом инфицирования вирусом гепатита В. Наиболее высок риск хронизации заболевания у детей: хронизация гепатита происходит у 90% новорожденных в результате внутриутробного заражения и инфицирования в родах, у 25—30% детей, инфицированных в возрасте 1—5 лет, и менее чем у 5% детей, инфицированных в возрасте старше 5 лет, и взрослых^{245,246}. Примерно 25% людей, инфицированных гепатитом В во внутриутробном периоде и в младенчестве, и 15%, инфицированных в более старшем возрасте, умирают от цирроза или рака печени^{247,248}.
- Хронизация гепатита С происходит значительно чаще, чем гепатита В, от 10—20% до 55—85% пациентов имеют хроническое течение гепатита С в течение 20—30 лет^{249,250}. Примерно у 20—25% из них возникают тяжелые заболевания печени (цирроз или рак), у 1—5% они становятся причиной смерти. ВИЧ и алкогольная зависимость ускоряют прогрессирование гепатита и цирроза^{251,252}.

Хроническое течение свойственно только вирусным гепатитам В, С и D, при этом чаще хронизация развивается при гепатите С.

Диагностика

- Выбор серологического исследования при подозрении на острую или хроническую инфекцию определяется клинической ситуацией. Оно должно быть дополнено исследованием трансаминаз (особенно аланинаминотрансферазы) и функции печени. Серологическая диагностика гепатита В в зависимости от стадии инфекции представлена в таблице 39.

Таблица 39

Серологические маркеры вируса гепатита В

Маркеры	Стадия инфекции				Излечение	Вакцинация
	Острая		Хроническая			
	ранняя	разрешающаяся	инфекционность			
			высокая	низкая		
HbsAg (антиген)	+	+	+	+	–	–
HBeAg (антиген)	+	–	+ или –	–	–	–
IgM антиядерные	+	+	–	–	–	–
IgG антиядерные	+	+	+	+	+	–
ДНК вируса	+	–	+	–	–	–
anti-Hbe (антитела)	–	+ или –	–	+ или –	+ или –	–
anti-Hbs (антитела)	–	–	–	–	+ или –	+

- Серологическая диагностика гепатита С включает обнаружение антител к вирусу гепатита С (anti-HCV) с помощью иммуноферментного или хемилюминесцентного анализа.
- ПЦР применяется для определения РНК ВГС и ДНК ВГВ.

Консультирование

Консультирование проводится для разъяснения необходимости регулярного медицинского наблюдения, контроля состояния функции печени, лечения, а также профилактики инфицирования других лиц, включая профилактику передачи вируса от матери ребенку. Общие рекомендации при острых гепатитах В и С:

- постельный режим, госпитализация по необходимости;
- диета;
- контроль вирусной нагрузки, трансаминаз и других показателей функции печени;
- избегать употребления алкоголя;
- с осторожностью и только после консультации с врачом принимать любые новые лекарственные препараты (включая гомеопатические).

Лечение

Выбор лечения острого гепатита определяется конкретной клинической ситуацией. Симптоматическая терапия проводится по необходимости. Дискутируется использование противовирусных препаратов при острых гепатитах. Предполагается их эффективность для снижения риска хронизации при остром гепатите С.

В лечении хронических гепатитов В и С используются интерфероны и противовирусные препараты. Выбор терапии определяется вирусной нагрузкой, состоянием печени, активностью процесса, возрастом и другими показателями. Лечение хронических гепатитов В и С не является темой настоящего Руководства, в Интернете доступны международные рекомендации по лечению хронических вирусных гепатитов^{253,254,255,256,257,258,259}.

Профилактика

В таблице 40 представлены методы профилактики острых вирусных гепатитов В и С.

Таблица 40

Профилактические мероприятия по предупреждению распространения вирусов гепатитов В и С

	Вирус гепатита В	Вирус гепатита С
Снижение рискованного сексуального поведения	+	+
Программы снижения вреда (обмен шприцев и игл у людей, употребляющих наркотики, и т. д.)	+	+
Вакцинация детей и подростков, а также групп риска	+	–
Скрининг беременных и постконтактная профилактика новорожденных	+	–
Скрининг донорской крови	+	+
Инфекционный контроль в медицинских учреждениях	+	+

Методы профилактики острого гепатита В

- Основной метод профилактики гепатита В — вакцинация. В настоящее время в большинстве стран используются рекомбинантные вакцины против вируса гепатита В. Схема иммунизации взрослых состоит из трех внутрикожных введений вакцины: два первых с интервалом 1 месяц, третье — через 6 месяцев. При введении вакцины против гепатита В формируется гуморальный иммунитет: защитный уровень анти-НВs-антител (10 МЕ/л и выше) достигается после полного курса иммунизации у 85—95% вакцинированных. Максимальный иммунный ответ наблюдается в возрасте от 2 до 19 лет. Самый слабый иммунный ответ вырабатывается у пожилых людей, начиная с 60-летнего возраста. Снижен также иммунный ответ у больных иммунодефицитами, включая ВИЧ-инфицированных. В течение 5—7 лет после адекватного курса прививок от 30 до 50% лиц утрачивают антитела. К 9—11 годам после вакцинации процент лиц, утративших специфические антитела, достигает 60%. Ревакцинация проводится через 7 лет.
- Вакцинация проводится также при потенциальном риске инфицирования ВГВ. При половом контакте с носителем ВГВ или контакте с кровью человека с ВГВ вакцинация должна проводиться как можно быстрее, предпочтительно в течение первых 24 часов. Вакцинация может проводиться одновременно с введением иммуноглобулина против вируса гепатита В.
- Иммуноглобулин против ВГВ обеспечивает пассивный иммунитет (анти-НВs-антитела) для обеспечения временной защиты от ВГВ в случае наличия риска инфицирования ВГВ. Введение иммуноглобулина при контакте с ВГВ должно проводиться как

можно быстрее, предпочтительно в течение первых двух часов. Проведение постконтактной профилактики гепатита В неэффективно, если после контакта прошло более одной недели. Иммуноглобулин против ВГВ чаще всего используется одновременно с вакциной против гепатита В. В этом случае эффективность профилактики превышает 90%^{260,261,262,263,264,265}.

- Беременные женщины при первичном дородовом посещении должны быть обследованы на HBsAg. Беременным, имеющим высокий риск инфицирования ВГВ, должна быть предложена вакцинация. Если обследование на ВГВ не было сделано в течение беременности, это должно быть сделано в родах. Новорожденным женщин с HBsAg должна проводиться постконтактная профилактика²⁶⁶. Введение иммуноглобулина против ВГВ новорожденным немедленно после рождения и проведение вакцинации предупреждают инфицирование ВГВ в 85—95% случаев. Эффективность иммуноглобулина резко снижается при его введении после 48 часов²⁶⁷.

Методы профилактики острого гепатита С

- Стандартное обследование на ВГС рекомендуется беременным женщинам, особенно с наличием риска инфицирования ВГС. Риск перинатальной передачи увеличивается при высокой концентрации вируса гепатита С, а также при наличии у матери ВИЧ-инфекции. В настоящее время не существует доказанной эффективной профилактики перинатальной передачи ВГС. Однако доказана положительная роль комбинированной антиретровирусной терапии и кесарева сечения у женщин, имеющих коинфекцию ВГС и ВИЧ^{268,269,270}. Достоверных данных о передаче ВГС при кормлении грудью нет, но женщины с ВГС должны воздержаться от кормления грудью, если на сосках есть трещины или кровоточащие ранки. Новорожденные ВГС-положительных матерей должны быть обследованы на ВГС.
- Не существует вакцины против гепатита С, и профилактика иммуноглобулином не является эффективной для предотвращения инфицирования ВГС.
- Нет данных об эффективности антиретровирусных препаратов для постконтактной профилактики ВГС²⁷¹.

Методы профилактики острых гепатитов В и С

- Общие рекомендации по профилактике инфицирования ВГВ и ВГС при контакте с биологическими жидкостями, содержащими эти вирусы, в результате укола или пореза — промыть рану, кожу или слизистые водой с мылом. Нет данных об эффективности антисептиков.
- Первичная профилактика гепатитов В и С включает снижение рискованного сексуального поведения или отказ от него, моногамные отношения, использование презерватива при половых контактах.
- Необходимо установить возможный источник инфекции — партнера пациента с вирусным гепатитом — для его обследования, консультирования и оказания, при необходимости, лечебной помощи.
- Любому пациенту с гепатитом В и/или С, который предположительно был инфицирован половым путем, нужно предложить обследоваться и на другие ИППП, включая ВИЧ-инфекцию.

ВИЧ-инфекция

Из-за высокой распространенности коинфекции ВИЧ/ВГС все пациенты с ВИЧ должны быть обследованы на ВГС и ВГВ. Коинфекция ВИЧ и вируса гепатита В и/или вируса гепатита С может привести к быстрому прогрессированию гепатита, что чревато хронической инфекцией и нарушением функции печени, что, в свою очередь, может ограничить возможности терапии для лечения ВИЧ-инфекции²⁷². У пациентов с ВИЧ и вирусными гепатитами риск возникновения цирроза печени почти в два раза выше, чем у инфицированных только вирусом гепатита С. Основная тактика ведения пациентов с сочетанием ВИЧ и ВГС — назначение высокоактивной антиретровирусной терапии.

Использованная литература

- ²³¹ Bond WW, Favero MS, Petersen NJ, Gravelle CR, Ebert JW, Maynard JE. Survival of hepatitis B virus after drying and storage for one week [Letter]. *Lancet* 1981; 1:550–551.
- ²³² Wasley A, Scott G, Gallagher K. Surveillance for Acute Viral Hepatitis – United States, 2006. *MMWR* 2008; 57:1–24. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5702a1.htm#fig10>.
- ²³³ Amato-Gauci A, Ammon A. Annual Epidemiological on communicable diseases in Europe. Report on the status of communicable diseases in the EU and EEA/EFTA countries European centre for disease prevention and control. June 2007. http://ecdc.europa.eu/pdf/ECDC_epi_report_2007.pdf.
- ²³⁴ D'Oliveira A Jr et al. Prevalence and sexual risk of hepatitis C virus infection when human immunodeficiency virus was acquired through sexual intercourse among patients of the Lyon University Hospitals, France, 1992–2002. *J Viral Hepatitis* 2005; 12:330–332.
- ²³⁵ Zhang J, Zou S, Giulivi A. Viral hepatitis and blood-borne pathogens in Canada. *Hepatitis B in Canada. Canadian Commun Dis Rep* 2001; 2753:10–12.
- ²³⁶ ACOG educational bulletin. Viral hepatitis in pregnancy. Number 248, July 1998. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet.* 1998; 63:195–202.
- ²³⁷ Beasley RP, Hwang LY, Lee GC, Lan CC, Roan CH, Huang FY, Chen CL. Prevention of perinatally transmitted hepatitis B virus infections with hepatitis B virus infections with hepatitis B immune globulin and hepatitis B vaccine. *Lancet* 1983; 2:1099–1102.
- ²³⁸ Irving WL, Salmon D, Boucher C, Hoepelman IM. Acute hepatitis C virus infection. *Euro Surveill* 2008; 13(21). <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18879>.
- ²³⁹ Gibb DM, Goodall RL, Dunn DT, Healy M, Neave P, Cafferkey M et al. Mother-to-child transmission of hepatitis C virus: evidence for preventable peripartum transmission. *Lancet* 2000; 356:904–907.
- ²⁴⁰ Resti M, Azzari C, Galli L, Zuin G, Giacchino R, Bortolotti F et al. Maternal drug use is a preeminent risk factor for mother-to-child hepatitis C virus transmission: results from a multicenter study of 1372 mother-infant pairs. *J Infect Dis* 2002; 185:567–572.
- ²⁴¹ Conte D, Fraquelli M, Prati D, Colucci A, Minola E. Prevalence and clinical course of chronic hepatitis C virus (HCV) infection and rate of HCV vertical transmission in a cohort of 15,250 pregnant women. *Hepatology* 2000; 31:751–755.
- ²⁴² Guidelines for Viral Hepatitis Surveillance and Case Management. 2005. Division of Viral Hepatitis Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/hepatitis/PDFs/2005Guidlines-Surv-CaseMngmt.pdf>.
- ²⁴³ Micallef JM, Kaldor JM, Dore GJ. Spontaneous viral clearance following acute hepatitis C infection: a systematic review of longitudinal studies. *J Viral Hepat* 2006; 13:34–41.
- ²⁴⁴ CDC. Surveillance for acute viral hepatitis–United States, 2006. In: *CDC Surveillance Summaries*, March 21, 2008. *MMWR* 2008; 57.
- ²⁴⁵ Lok ASF, McMahon BJ. Chronic hepatitis B: AASLD practice guidelines. *Hepatology* 2007; 45:507–539.
- ²⁴⁶ Seeff LB, Beebe GW, Hoofnagle JH et al. A serologic follow-up of the 1942 epidemic of post-vaccination hepatitis in the United States Army. *N Engl J Med* 1987; 316:965–970.
- ²⁴⁷ Mast EE, Ward JW. Hepatitis B vaccine. In: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA, eds. *Vaccines*. 5th edition. Philadelphia, PA: Saunders; 2008.
- ²⁴⁸ Lok AS, McMahon BJ. Chronic hepatitis B. *Hepatology* 2001; 34:1225–1241.
- ²⁴⁹ Fattovich G, Giustina G, Degos F et al. Morbidity and mortality in compensated cirrhosis type C: a retrospective follow-up study of 384 patients. *Gastroenterology* 1997; 112:463–472.
- ²⁵⁰ Crowe J, Doyle C, Fielding JF et al. Presentation of hepatitis C in a unique uniform cohort 17 years from inoculation. *Gastroenterology* 1995; 108:A1054.
- ²⁵¹ Centers for Disease Control and Prevention, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. 2006 Disease Profile. 2008. http://www.cdc.gov/nchhstp/Publications/docs/2006_Disease_Profile_508_FINAL.pdf
- ²⁵² McMahon BJ, Holck P, Bulkow L, Snowball M. Serologic and clinical outcomes of 1536 Alaska Natives chronically infected with hepatitis B virus. *Ann Intern Med* 2001; 135:759–768.
- ²⁵³ The ECC Jury. Short statement of the first European Consensus Conference on the treatment of chronic hepatitis B and C in HIV co-infected patients. *J Hepatol* 2005; 42:615–624.
- ²⁵⁴ Liaw YF, Leung N, Guan R et al. Asian-Pacific consensus statement on the management of chronic hepatitis B: a 2008 update. *Hepatol Int* 2008; 2:263–283. Available at <http://www.springerlink.com/content/du475u12q655175j/fulltext.html>.
- ²⁵⁵ Nevens F, Main J, Honkoop P et al. Lamivudine therapy for chronic hepatitis B: a six-month randomized dose-ranging study. *Gastroenterology* 1997; 113:1258–1263.
- ²⁵⁶ Hoofnagle JH, Di Bisceglie AM. Drug therapy: The treatment of chronic viral hepatitis. *N Engl J Med* 1997; 336:347–556.

- ²⁵⁷ Weinbaum CM, Williams I, Mast EE, Wang SA, Finelli L, Wasley A, Neitzel SM, Ward JW; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Recommendations for Identification and Public Health Management of Persons with Chronic Hepatitis B Virus Infection, *MMWR* 2008; 57:1–20.
- ²⁵⁸ Hoofnagle JH, Doo E, Liang TJ, Fleischer R, Lok AS. Management of hepatitis B: summary of a clinical research workshop. *Hepatology* 2007; 45:1056–1075.
- ²⁵⁹ Keeffe EB, Dieterich DT, Han SH et al. A treatment algorithm for the management of chronic hepatitis B virus infection in the United States: an update. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006; 4:936–962.
- ²⁶⁰ Papaevangelou G, Roumeliotou-Karayannis A, Richardson SC, Nikolakakis P, Kalafatas P. Postexposure immunoprophylaxis of spouses of patients with acute viral hepatitis B. In: Zuckerman AJ, ed. *Viral hepatitis and liver disease*. New York, NY: Alan R. Liss, Inc.; 1988, pp. 992–994.
- ²⁶¹ Mitsui T, Iwano K, Suzuki S et al. Combined hepatitis B immune globulin and vaccine for postexposure prophylaxis of accidental hepatitis B virus infection in hemodialysis staff members: comparison with immune globulin without vaccine in historical controls. *Hepatology* 1989; 10:324–327.
- ²⁶² Grady GF, Lee VA, Prince AM et al. Hepatitis B immune globulin for accidental exposures among medical personnel: final report of a multicenter controlled trial. *J Infect Dis* 1978; 138:625–638.
- ²⁶³ Seeff LB, Wright EC, Zimmerman HJ et al. Type B hepatitis after needle-stick exposure: prevention with hepatitis B immune globulin. Final report of the Veterans Administration Cooperative Study. *Ann Intern Med* 1978; 88:285–293.
- ²⁶⁴ Redeker AG, Mosley JW, Gocke DJ, McKee AP, Pollack W. Hepatitis B immune globulin as a prophylactic measure for spouses exposed to acute type B hepatitis. *N Engl J Med* 1975; 293:1055–1059.
- ²⁶⁵ Perrillo RP, Campbell CR, Strang S, Bodicky CJ, Costigan DJ. Immune globulin and hepatitis B immune globulin. Prophylactic measures for intimate contacts exposed to acute type B hepatitis. *Arch Intern Med* 1984; 144:81–85.
- ²⁶⁶ Beasley RP, Stevens CE. Vertical transmission of HBV and interruption with globulin. In: Vyas GN, Cohen SN, Schmid R, eds. *Viral hepatitis: a contemporary assessment of etiology, epidemiology, pathogenesis, and prevention*. Philadelphia, PA: Franklin Institute Press 1978, pp. 333–345.
- ²⁶⁷ Beasley RP, Hwang L-Y, Lee G C-Y, et al. Prevention of perinatally transmitted hepatitis B virus infections with hepatitis B immune globulin and hepatitis B vaccine. *Lancet* 1983; 2:1099–1102.
- ²⁶⁸ Pappalardo BL. Influence of maternal human immunodeficiency virus (HIV) co-infection on vertical transmission of hepatitis C virus (HCV): a meta-analysis. *Int J Epidemiol* 2003; 32:727–734.
- ²⁶⁹ Magnani G, Degli Antoni AM, Cocca G, Zoncada A, Cavatorta E, Grignaffini A et al. Risk of materno-fetal transmission of HIV infection with antiretroviral therapy and caesarian section: Experience fo the Parma Group. *Acta Biomed Ateneo Parmense* 2000; 71:563–566.
- ²⁷⁰ Schackman B, Oneda K, Goldie S. The cost-effectiveness of elective Cesarean delivery to prevent hepatitis C transmission in HIV-coinfected women. *AIDS* 2004; 18:1827–1834.
- ²⁷¹ CDC. Recommendations for the prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease. *MMWR* 1998; 47:1–39.
- ²⁷² Rockstroh JK. Management of hepatitis B and C in HIV co-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003; 34(suppl 1):S59–S65.

Урогенитальные синдромы и заболевания, требующие обследования на ИППП

В данном разделе Руководства представлены заболевания и синдромы, часто вызываемые ИППП, требующие определения этиологии заболевания и назначения соответствующего лечения.

Урогенитальные синдромы и заболевания у мужчин и женщин, требующие обследования на ИППП

Заболевания, сопровождающиеся эрозивно-язвенными поражениями половых органов

Под эрозивно-язвенными изменениями половых органов понимают язвы, эрозии, пустулы или везикулы на половых органах с увеличением регионарных лимфоузлов или без такового, вызванные ИППП или другими причинами. Язвы половых органов у молодых людей, ведущих половую жизнь, в большинстве случаев вызваны ИППП, которые перечислены ниже.

- Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция — возбудитель вирус простого герпеса типов 1 и 2 (*Herpes simplex*).
- Сифилис — возбудитель *Treponema pallidum*.
- Мягкий шанкр (шанкроид) — возбудитель *Haemophilus ducreyi*.
- Хламидийная (венерическая) лимфогранулема — возбудитель *Chlamydia trachomatis* серотипов L1, L2 и L3.
- Паховая гранулема (донованоз) — возбудитель *Calymmatobacterium granulomatis*.

Эпидемиология

- Вероятная причина эрозивно-язвенных поражений половых органов зависит от множества факторов: территории, где произошло инфицирование, социально-экономического положения больного, пола и числа половых партнеров, наличия ВИЧ-инфекции и ее распространенности в данной местности, употребления наркотиков, половых контактов с работниками коммерческого секса, а также от того, подвергался ли больной обрезанию²⁷³. Наиболее часто эрозивно-язвенные поражения выявляются у групп риска по ИППП.
- В 70—80% наблюдений язвы половых органов вызваны вирусом простого герпеса типов 1 и 2.
- У лиц, ведущих половую жизнь, эрозивно-язвенные поражения половых органов могут быть обусловлены несколькими возбудителями.
- Эрозивно-язвенные поражения половых органов повышают риск заражения ВИЧ-инфекцией и передачи ее другим людям.
- Венерическую лимфогранулему, донованоз и шанкроид следует исключать у больных, приехавших из эндемических районов.

Клиническая картина

При определении язвенного поражения половых органов нельзя ориентироваться только на клинические симптомы.

Клиническая картина при язвах половых органов

Инфекция	Локализация	Характеристика	Другие симптомы
Герпес половых органов ²⁷⁴ (см. соответствующий раздел)	Мужчины: головка и тело полового члена, крайняя плоть, задний проход, у гомосексуалистов — прямая кишка. Женщины: шейка матки, вульва, влагалище, промежность, ягодицы, бедра	Группы везикул, из которых затем возникают поверхностные циркулярные язвы на фоне эритемы. Ровные края и основание. Язвы обычно сопровождаются болезненностью, зудом.	При первичной инфекции могут быть симптомы общей интоксикации. Возможно увеличение и болезненность паховых лимфоузлов без флюктуации, обычно при первичном инфицировании
Первичный сифилис (см. соответствующий раздел)	В месте инвазии возбудителя. В большинстве случаев язва остается незамеченной	Безболезненная эрозия или язва (шанкр) с серозным отделяемым, неподрытыми краями, плоской поверхностью, инфильтратом в основании. В 70% случаев одиночный элемент	Регионарные лимфоузлы увеличены, уплотнены, но безболезненны, флюктуации нет
Мягкий шанкр (шанкроид)	В месте инвазии возбудителя	Болезненные единичные или множественные некротизирующиеся язвы с неровными подрытыми краями, неровным основанием, без уплотнения	Лимфоузлы увеличены, болезненны, с эритемой и отеком кожи над ними, отмечаются флюктуация, абсцедирование, образование фистул
Хламидийная (венерическая) лимфогранулема ²⁷⁵	В месте инвазии возбудителя	Первичные проявления — папулы, эрозии или язвы, пустулы на эритематозном отечном фоне	Возможны симптомы уретрита со слизисто-гнойными выделениями. Через 1—4 недели отмечается увеличение и болезненность паховых и бедренных лимфоузлов, обычно монотеральное, а также проктоколит. В отсутствие лечения возможны фиброз, образование свищей, стриктур. Нарушение лимфооттока может приводить к слоновости
Паховая гранулема (донованоз)	В месте инвазии возбудителя	Плотноватые с уплощенной поверхностью папулы 5—15 мм в диаметре, которые в течение нескольких дней изъязвляются. Обильная васкуляризация (ярко-красного цвета), контактная кровоточивость. Возможны гипертрофический, некротический и склеротический варианты	Язвы безболезненны, но присоединение вторичной инфекции может изменять клиническую картину, приводя к глубоким некротическим поражениям. Характерен зловонный запах экссудата. Через 6—18 месяцев после лечения возможны рецидивы

Инфекции, не относящиеся к ИППП, при которых возможно развитие эрозивно-язвенных поражений половых органов²⁷⁶

Грибковые	Вирусные	Бактериальные и другие
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Candida albicans</i> • Глубокие микозы (редко) 	<ul style="list-style-type: none"> • Цитомегаловирус (редко) • Вирус <i>varicella-zoster</i> (редко) • Вирус Эпштейна—Барр (редко) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Staphylococcus spp.</i> • <i>Streptococcus spp.</i> • <i>Salmonella spp.</i> • <i>Pseudomonas spp.</i> • Микобактерии • Паразитарные (например, чесотка)

Неинфекционная этиология язвенного поражения кожи и слизистых оболочек²⁷⁷

Пузырные дерматозы	Другие дерматозы	Новообразования
<p>Неаутоиммунные</p> <ul style="list-style-type: none"> • Контактный дерматит • Полиморфная экссудативная эритема (почти всегда обусловлена герпесом) • Синдром Лайелла <p>Аутоиммунные</p> <ul style="list-style-type: none"> • Пузырчатка • Рубцующий пемфигоид 	<ul style="list-style-type: none"> • Неспецифические вульвиты и баланиты • Афты • Красный плоский лишай, в том числе эрозивно-язвенная форма • Склероатрофический лишай • Болезнь Бехчета • Гангренозная пиодермия • Фиксированная токсидермия • Красная волчанка • Болезнь Крона • Васкулиты 	<ul style="list-style-type: none"> • Плоскоклеточный рак • Дисплазия вульвы • Редкие <ul style="list-style-type: none"> – Экстрамамиллярный рак Педжета – Базальноклеточный рак – Лимфомы и лейкозы – Гистиоцитоз X

Другие причины язвенного поражения кожи и слизистых

- Травма (редко).
- Идиопатические язвы.

Диагностика

При наличии показаний больных, особенно относящихся к перечисленным ниже категориям, следует сразу направлять к соответствующим специалистам:

- вернувшихся из путешествия — к дерматовенерологу, инфекционисту;
- гомосексуалистов — к дерматовенерологу, инфекционисту;
- ВИЧ-инфицированных — к дерматовенерологу, инфекционисту, специализирующемуся в области ВИЧ-инфекции;
- больных с иммунодефицитом — к дерматовенерологу, иммунологу;
- больных с системными заболеваниями — к дерматовенерологу, ревматологу;
- больных с длительно не заживающими эрозивно-язвенными поражениями половых органов — к дерматовенерологу, инфекционисту.

Лабораторные исследования

- Минимальный набор исследований при язвах половых органов включает выявление *Herpes simplex* типов 1 и 2 и серологические реакции на сифилис, микроскопическое исследование в темном поле или ПИФ на *Treponema pallidum*.

- Язвы вульвы требуют тщательного обследования. В зависимости от клинической ситуации проводят микроскопическое, культуральное, молекулярно-биологическое, серологическое, гистологическое исследования.
- Если анамнез или результаты физикального обследования указывают на возможность более редких возбудителей, проводят соответствующие лабораторные исследования (*Haemophilus ducreyi*, *Calymmatobacterium granulomatis* и др.).

Эмпирическое лечение²⁷⁸

В отсутствие результатов лабораторных исследований и при отказе от повторного обращения к врачу

- При подозрении на мягкий шанкр, хламидийную (венерическую) лимфогранулему и сифилис эмпирическое лечение начинают только в тех случаях, если наблюдение за больным затруднено или имеются факторы риска этих заболеваний. Назначение терапии согласовывают со специалистом или с местными органами здравоохранения.
- Эмпирическое лечение герпеса половых органов начинают практически всегда при наличии характерных клинических проявлений.

После получения результатов обследования

- При положительных результатах (обнаружены подвижные извитые типичные *T. pallidum*) проводится лечение, соответствующее стадии сифилиса. Лечение сифилиса см. в соответствующем разделе.
- При характерной клинической картине герпеса половых органов эмпирическое лечение можно назначить даже при отрицательных результатах анализов на *Herpes simplex* (см. раздел «Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция»).
- Микроскопия в темном поле, реакция прямой иммунофлюоресценции, анализы на вирус простого герпеса и донованоз не проводились или их результаты отрицательны: эмпирическое лечение сифилиса назначают, если в анамнезе есть контакт с больными сифилисом или если имеются веские основания в пользу диагноза сифилис, а наблюдение за больным затруднено.
- При подозрении на мягкий шанкр назначают эмпирическое лечение.

Лечение паховой гранулемы (донованоза)^{279,280,281,282}

Рекомендуемые схемы

- Доксициклин, 100 мг внутрь два раза в сутки в течение 21 дня (рекомендация основана на данных, полученных при изучении препаратов тетрациклинов первого поколения) [С-3]
- Триметоприм/сульфаметоксазол, 160/800 мг внутрь два раза в сутки в течение 21 дня [С-3]

Альтернативные схемы

- Ципрофлоксацин, 750 мг внутрь два раза в сутки в течение 21 дня [С-3]
- Эритромицин, 500 мг внутрь четыре раза в сутки в течение 21 дня [С-3]
- Азитромицин, 500 мг внутрь один раз в сутки или 1 г внутрь один раз в неделю в течение 21 дня [С-3]

Лечение шанкроида (мягкого шанкра)

Рекомендуемые схемы

- Азитромицин, 1,0 г внутрь однократно, или
- Цефтриаксон, 250 мг в/м однократно, или
- Ципрофлоксацин, 500 мг внутрь два раза в сутки в течение 3 дней, или
- Эритромицин, 500 мг внутрь четыре раза в сутки в течение 7 дней

Лечение хламидийной (венерической) лимфогранулемы

Рекомендуемая схема

- Доксициклин, 100 мг внутрь два раза в сутки в течение 21 дня

Альтернативная схема

- Эритромицин, 500 мг внутрь четыре раза в сутки в течение 21 дня

Особые случаи²⁸³

Лечение ВИЧ-инфицированных пациентов может представлять серьезные сложности. Оно должно проводиться специалистом в области ВИЧ-инфекции совместно с дерматовенерологом.

Профилактика

- Инфицирование возбудителями заболеваний, характеризующихся эрозивно-язвенными поражениями половых органов, возможно при оральных, анальных и вагинальных половых контактах. Больным, обращающимся по поводу контрацепции или имеющим опасения по поводу ИППП, следует рассказать об эффективности барьерных методов защиты, об их влиянии на риск заражения ВИЧ-инфекцией и ИППП, о правилах безопасного полового поведения.
- При эрозивно-язвенных поражениях половых органов следует воздерживаться от половых контактов без презерватива до тех пор, пока лечение обоих партнеров не будет завершено.
- Половые партнеры больных заболеваниями, характеризующимися эрозивно-язвенными поражениями половых органов, подлежат обследованию и, при наличии показаний, — лечению.

Использованная литература

²⁷³ Ballard R. Genital ulcer adenopathy syndrome. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA et al, eds. Sexually Transmitted Diseases. Toronto, ON: McGraw Hill, 1999, pp. 887–892.

²⁷⁴ Corey L, Holmes KK. Clinical course of genital herpes simplex virus infections: current concepts in diagnosis, therapy, and prevention. *Ann Intern Med* 1983; 48:973–983.

²⁷⁵ Mabey D, Peeling RW. Lymphogranuloma venereum. *Sex Transm Infect* 2002; 78:90–92.

²⁷⁶ Leibowitch M, Staughton R, Neill S, Barton S, Marwood R. An Atlas of Vulval Disease: A Combined Dermatological, Gynaecological and Venereological Approach. London: Martin Dunitz, 1995.

²⁷⁷ Lynch PJ, Edwards L. Genital Dermatology. Oxford: Churchill Livingstone, 1994.

²⁷⁸ World Health Organization. Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections. Geneva: World Health Organization, 2001.

²⁷⁹ Association for Genitourinary Medicine and the Medical Society for the Study of Venereal Diseases, Clinical Effectiveness Group. 2001 National Guideline for the Management of Donovanosis (Granuloma Inguinale). British Association for Sexual Health and HIV website. Available at: www.bashh.org/guidelines/2002/donovanosis_0901b.pdf.

²⁸⁰ Lal S, Garg BR. Further evidence of the efficacy of co-trimoxazole in the donovanosis. *Br J Vener Dis* 1980; 56:412–413.

²⁸¹ Robinson HM, Cohen MM. Treatment of granuloma inguinale with erythromycin. *J Invest Dermatol* 1953; 20:407–409.

²⁸² Bowden FJ, Mein J, Plunkett C, Bastian I. Pilot study of azithromycin in the treatment of genital donovanosis. *Genitourin Med* 1996; 72:17–19.

²⁸³ Wu JJ, Huang DB, Pang KR, Tying SK. Selected sexually transmitted diseases and their relationship to HIV. *Clin Dermatol* 2004; 22:499–508.

Уретрит

Уретрит — воспаление мочеиспускательного канала, часто сопровождающееся уретральными выделениями и дизурией.

Классификация по МКБ-10: N34 — Уретрит.

Этиология уретрита

Наиболее частые возбудители уретрита представлены в таблице 44.

Таблица 44

Возбудители уретрита^{284,285,286,287,288,289,290}

ИППП	<ul style="list-style-type: none">• <i>Neisseria gonorrhoeae</i>• <i>Chlamydia trachomatis</i>• <i>Trichomonas vaginalis</i>• <i>Herpes simplex</i>
Другие бактериальные и вирусные возбудители	<ul style="list-style-type: none">• <i>Mycoplasma genitalium</i>• <i>Ureaplasma urealyticum</i>• <i>Candida albicans</i>• Неспецифическая микрофлора (<i>Escherichia coli</i> и др.)• Аденовирусы

Таблица 45

Клинико-лабораторная характеристика гонококкового и негонококкового уретрита²⁹¹

	Гонококковый уретрит	Негонококковый уретрит
Симптомы	<ul style="list-style-type: none">• Слизисто-гнойные (гнойные) выделения из мочеиспускательного канала• Дизурия• Гиперемия/отечность в области наружного отверстия уретры• Возможно субъективно бессимптомное течение	
Лабораторная диагностика	Наличие в мазке из мочеиспускательного канала 5 и более полиморфноядерных лейкоцитов в пяти случайных (не соседних) полях зрения при большом увеличении ($\times 1000$) или 10 полиморфноядерных лейкоцитов при микроскопическом исследовании первой порции свободно выпущенной мочи. Для исследования на <i>Neisseria gonorrhoeae</i> и <i>Chlamydia trachomatis</i> у женщин также исследуется клинический материал из шейки матки (на <i>Trichomonas vaginalis</i> — клинический материал из боковых и заднего сводов влагалища)	
Инкубационный период	2—7 суток	1—5 недель (обычно через 2—3 недели)
Особенности у женщин	Уретрит, вызванный <i>Neisseria gonorrhoeae</i> или <i>Chlamydia trachomatis</i> , может быть в отсутствие цервицита	

Симптомы, требующие проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями:

- гематурия;
- лихорадка, озноб;
- дизурия;
- боль в промежности, объемное образование в мошонке;
- затрудненное начало мочеиспускания, слабая или прерывистая струя мочи;
- лимфоаденопатия.

Диагностика

При уретрите проводят исследования на *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *T. vaginalis*, *U. urealyticus* и *M. genitalium*^{292,293,294}.

Получение материала^{295,296}

- Свободные уретральные выделения удаляются с помощью стерильного марлевого тампона.
- Для получения выделений половой член массируют от основания к головке 3—4 раза.
- Тонкий одноразовый дакриновый тампон вводят в мочеиспускательный канал на 3—4 см у мужчин и на 1—1,5 см у женщин и осторожно продвигают по стенке канала к наружному отверстию (вращение болезненно).
- Собирают 10—20 мл мочи в любое время суток. Эффективность исследования повышается при задержке мочеиспускания в течение 2—3 часов.
- Уретрит у женщин может проявляться так же, как и цистит, — дизурией.

Лечение

Таблица 46

Лечение уретрита

Гонококковый уретрит ²⁹⁷	Негонококковый уретрит ^{298,299}
При отсутствии возможности обследования на <i>C. trachomatis</i> одновременно назначаются: <ul style="list-style-type: none">• Цефиксим, 400 мг внутрь однократно, + доксициклин, по 100 мг внутрь 2 раза в сутки 7 дней [A-1]или• Цефиксим, 400 мг внутрь однократно, + азитромицин, 1 г внутрь однократно [A-1]или• Цефтриаксон, 250 мг в/м однократно [A-1]	Доксициклин, по 100 мг внутрь 2 раза в сутки 7 дней [A-1] или Азитромицин, 1 г внутрь однократно [A-1]
При гонококковой и хламидийной инфекциях возможны другие схемы лечения (см. соответствующие разделы).	
Бессимптомный уретрит также требует лечения.	
От завершения лечения до клинического выздоровления может пройти до 7 суток. В течение 7 суток после начала лечения следует воздерживаться от половых контактов без презерватива.	

Наблюдение

- По окончании полного курса лечения, если симптомы заболевания исчезли, повторное обследование проводится при наличии показаний.
- Если симптомы сохраняются или появляются вновь (позже чем через одну неделю после начала лечения), необходимо повторное обследование.
- Повторное лечение не назначается на основании только наличия жалоб пациента в отсутствие лабораторных признаков и объективных клинических проявлений.
- Подтверждать этиотропное излечение с помощью МАНК следует не ранее чем через 3—4 недели после окончания лечения. Ранее указанного срока возможно получение ложноположительных результатов.
- Больному следует объяснить возможность рецидивирования симптомов уретрита.

Регистрация случаев инфекции и уведомление половых партнеров

- Уретрит, вызванный такими возбудителями, как *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* и *T. vaginalis*, требует обязательной регистрации с заполнением соответствующего извещения. О случаях заболевания следует сообщать в местные органы здравоохранения.
- Выявлению, обследованию и лечению (независимо от наличия симптомов) подлежат все партнеры, вступавшие в половые контакты с больным в течение 60 суток до появления симптомов или до установления диагноза.

Особые ситуации

Рецидивирующий и хронический уретрит

Диагноз уретрита подтверждает наличие 5 и более полиморфноядерных лейкоцитов при микроскопическом исследовании клинического материала из уретры, окрашенного по Граму.

Причиной рецидивирующего или хронического уретрита может являться следующее:

- реинфекция от нелеченного полового партнера;
- инфицирование от нового полового партнера;
- несоблюдение врачебных назначений;
- заражение другой инфекцией или устойчивость возбудителя к антибиотикам;
- другие заболевания (инфекция мочевых путей, простатит, фимоз, химическое раздражение, стриктура мочеиспускательного канала, опухоль и др.).

Показаны следующие исследования:

- повторное исследование на *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *T. vaginalis*, *M. genitalium*, *U. urealyticum*;
- исследование клинического материала из мочеиспускательного канала или мочи на вирус простого герпеса;
- консультация уролога и инфекциониста;
- поиск иных причин, объясняющих наличие жалоб (например, тревожности).

Профилактика

- Рекомендуют воздерживаться от половых сношений без презерватива в течение 7 суток после начала лечения.
- Всем пациентам с уретритом следует предложить обследование на сифилис, ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С.
- Советуют пользоваться презервативами при половых контактах.
- При каждом визите следует обсуждать с пациентами правила безопасной половой жизни, выяснять, что мешает использованию методов профилактики ИППП, и помогать преодолевать эти препятствия.

Использованная литература

²⁸⁴ McKee KT Jr, Jenkins PR, Garner R et al. Features of urethritis in a cohort of male soldiers. Clin Infect Dis 2000; 30:736–741.

²⁸⁵ Wendel KA, Erbelding EJ, Gaydos CA, Rompalo AM. Use of urine polymerase chain reaction to define the prevalence and clinical presentation of *Trichomonas vaginalis* in men attending an STD clinic. Sex Transm Infect 2003; 79:151–153.

²⁸⁶ Madeb R, Nativ O, Benilevi D, Feldman PA, Halachmi S, Srugo I. Need for diagnostic screening of herpes simplex virus in patients with nongonococcal urethritis. Clin Infect Dis 2000; 30:982–983.

-
- ²⁸⁷ Mena L, Wang X, Mroczkowski TF, Martin DH. *Mycoplasma genitalium* infections in asymptomatic men and men with urethritis attending a sexually transmitted diseases clinic in New Orleans. Clin Infect Dis 2002; 35:1167–1173.
- ²⁸⁸ Dupin N, Bijaoui G, Schwarzinger M et al. Detection and quantification of *Mycoplasma genitalium* in male patients with urethritis. Clin Infect Dis 2003; 37:602–605.
- ²⁸⁹ Bradshaw CS, Denham IM, Fairley CK. Characteristics of adenovirus associated urethritis. Sex Transm Infect 2002; 78:445–447.
- ²⁹⁰ Azariah S, Reid M. Adenovirus and non-gonococcal urethritis. Int J STD AIDS 2000; 11:548–550.
- ²⁹¹ Swartz SL, Kraus SJ, Herrmann KL, Stargel MD, Brown WJ, Allen SD. Diagnosis and etiology of nongonococcal urethritis. J Infect Dis 1978; 138:445–454.
- ²⁹² Burstein GR, Zenilman JM. Nongonococcal urethritis – a new paradigm. Clin Infect Dis 1999; 28(suppl 1):S66–73.
- ²⁹³ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Screening tests to detect *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections – 2002. MMWR 2002; 51:1-27.
- ²⁹⁴ Урогенитальные инфекции у женщин. Под ред. Кисинной ВИ, Забирова КИ. М.: МИА, 2005.
- ²⁹⁵ Martin DH, Bowie WR. Management of STD syndromes in men. In: Holmes KK, Sparling P, Mardh PA et al, eds. Sexually Transmitted Diseases. 3rd ed. New York, NY: McGraw Hill, 1999, pp. 833–845.
- ²⁹⁶ Simmons PD. Evaluation of the early morning smear investigation. Br J Vener Dis 1978; 54:128–129.
- ²⁹⁷ Handsfield HH, McCormack WM, Hook EW 3rd et al. A comparison of single-dose cefixime with ceftriaxone as treatment for uncomplicated gonorrhea. The Gonorrhea Treatment Study Group. N Engl J Med 1991; 325:1337–1341.
- ²⁹⁸ Stamm WE, Hicks CB, Martin DH et al. Azithromycin for empirical treatment of the nongonococcal urethritis syndrome in men. A randomized double-blind study. JAMA 1995; 274:545–549.
- ²⁹⁹ Lau CY, Qureshi AK. Azithromycin versus doxycycline for genital chlamydial infections. A meta-analysis of randomized clinical trials. Sex Transm Dis 2002; 29:497–502.

Урогенитальные синдромы и заболевания у женщин, требующие обследования на ИППП

Заболевания и синдромы, характеризующиеся выделениями из влагалища

Жалобы на выделения из влагалища или обнаружение выделений из влагалища при обследовании требуют проведения дифференциальной диагностики. Возможные причины выделений из влагалища представлены в таблице 47. В настоящем Руководстве рассматриваются наиболее частые причины патологических выделений из влагалища — трихомонадный вагинит, бактериальный вагиноз и кандидозный вульвовагинит.

Бактериальный вагиноз и кандидозный вульвовагинит не относятся к заболеваниям, передаваемым половым путем, и приводятся в данном Руководстве для облегчения дифференциальной диагностики ИППП.

Вагиноз характеризуется обнаружением клеток влагалищного эпителия с адгезированной на поверхности многослойной коккобациллярной микрофлорой при низком числе лейкоцитов (не более 10 в поле зрения). Для вагинита характерен лейкоцитоз.

Этиология

Таблица 47

Возможные причины выделений из влагалища

ИППП	<ul style="list-style-type: none">• Гонококковый цервицит• Хламидийный цервицит• Трихомонадный вагинит
Синдромы и заболевания, не связанные с ИППП	<ul style="list-style-type: none">• Бактериальный вагиноз• Кандидозный вульвовагинит
Другие причины выделений из влагалища	<ul style="list-style-type: none">• Физиологические выделения (физиологическая лейкоррея)• Неспецифический вагинит• Атрофический вагинит (скудные выделения)• Наличие инородного тела во влагалище
Кожные заболевания	<ul style="list-style-type: none">• Простой и аллергический контактный дерматит (латекс, мыло, парфюмерия)• Склероатрофический лишай• Плоскоклеточная гиперплазия• Красный плоский лишай• Псориаз• Экзема• Нейродермит• Другие заболевания

Бактериальный вагиноз — невоспалительный инфекционный синдром, характеризующийся исчезновением (снижением количества) продуцирующих перекись водорода лактобацилл и замещением их преимущественно факультативными и/или облигатно-анаэробными микроорганизмами: *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides spp.*, *Peptococcus spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Prevotella spp.*, *Mobiluncus spp.*, *M. hominis* и др. Бактериальный вагиноз не относится к ИППП и в настоящее время не имеет нозологической самостоятельности. Распространенность бактериального вагиноза среди беременных составляет 10—30%, среди пациенток семейных врачей — 10%^{300,301}. При бактериальном вагинозе во время беременности может повышаться риск преждевременного излития околоплодных вод, хориоамнионита, преждевременных родов и эндометрита после кесарева сечения³⁰². Установлен связанный с наличием бактериального вагиноза риск воспалительных заболеваний органов малого таза после инвазивных гинекологических манипу-

ляций, а также риск инфекции культи влагалища после экстирпации матки^{303,304}. При бактериальном вагинозе выше риск заражения ВИЧ³⁰⁵. Для постановки диагноза бактериального вагиноза необходимо наличие трех из четырех критериев Амсела: гомогенные выделения из влагалища, часто имеющие резкий неприятный запах; pH выделений > 4,5; положительная проба с 10% KOH; обнаружение при микроскопическом исследовании «ключевых» клеток.

Кандидозный вульвовагинит в 50—90% наблюдений вызван *Candida albicans*, в остальных случаях — другими видами *Candida* (в частности, *Candida glabrata*, *Saccharomyces cerevisiae* и др.). Кандидозный вульвовагинит не относится к ИППП, в соответствии с МКБ-10 является отдельной нозологической единицей, кодируется шифром В37.3. Кандидозный вульвовагинит хотя бы один раз в жизни диагностировался у 75% женщин, а у 5—10% женщин — более одного раза. Рецидивирующий кандидозный вульвовагинит (не менее четырех эпизодов заболевания в год) отмечается у 5% женщин детородного возраста³⁰⁶. У ВИЧ-инфицированных риск колонизации влагалища *Candida spp.* и вероятность кандидозного вульвовагинита повышены из-за низкого числа лимфоцитов CD4 и высокой концентрации вирусной РНК^{307,308}.

Факторы риска, а также клинические и лабораторные признаки бактериального вагиноза, кандидозного и трихомонадного вагинита представлены в таблице 48.

Таблица 48

Факторы риска, клинические и лабораторные признаки бактериального вагиноза, кандидозного и трихомонадного вагинита

	Бактериальный вагиноз	Кандидозный вульвовагинит	Трихомонадный вагинит
Половой путь передачи	Не передается половым путем		Передается
Факторы риска	Часто отсутствуют. Чаще у женщин, ведущих половую жизнь. Новый половой партнер	Часто отсутствуют. Чаще у женщин, ведущих половую жизнь. Прием антибиотиков. Беременность. Прием глюкокортикоидов. Декомпенсированный сахарный диабет. Иммунодефицит	Большое число половых партнеров
Жалобы пациенток	У 43% пациенток протекает бессимптомно. Выделения из влагалища с неприятным запахом. Зуд в области наружных половых органов (редко)	В 20% случаев протекает бессимптомно. Выделения из влагалища. Зуд. Болезненное мочеиспускание (при попадании мочи на вульву). Боль при прикосновении к вульве	В 10—50% случаев протекает бессимптомно. Выделения из влагалища. Зуд. Болезненное мочеиспускание
Объективные симптомы	Обильные гомогенные белые или серые влагалищные выделения с неприятным запахом, адгезированные на слизистой оболочке вульвы. Отсутствие симптомов вагинита	Белые густые влагалищные выделения творожистого характера. Гиперемия и отек влагалища и вульвы	Беловатые или серо-желтые пенистые влагалищные выделения. Покраснение вульвы и шейки матки («земляничная» шейка матки)

	Бактериальный вагиноз	Кандидозный вульвовагинит	Трихомонадный вагинит
рН влагалищных выделений	> 4,5	< 4,5	> 4,5
Результаты микроскопического исследования нативного препарата	Клетки плоского эпителия с адгезированной коккобациллярной микрофлорой	Почкующиеся дрожжевые грибы. Псевдогифы	Подвижные жгутиковые простейшие (чувствительность этого признака 38—82%)*
Микроскопия мазка, окрашенного по Граму	«Ключевые» клетки плоского эпителия с адгезированной коккобациллярной микрофлорой. Уменьшение количественного содержания представителей нормальной микрофлоры влагалища (лактобацилл). Преобладание грамотрицательных изогнутых палочек и коккобацилл	Нейтрофилы. Почкующиеся дрожжевые грибы. Псевдогифы	Нейтрофилы. Наличие <i>T. vaginalis</i>
Проба с 10% раствором КОН (усиление неприятного запаха при соединении в равном количестве с влагалищными выделениями)	Положительный результат	Отрицательный результат	Отрицательный результат
Культуральный метод	Нецелесообразен	Определение вида	Чувствительность культурального исследования для идентификации <i>T. vaginalis</i> значительно выше, чем чувствительность микроскопического исследования

Результаты лабораторного исследования клинического материала из влагалища здоровой женщины репродуктивного возраста

Исследование	Технология	Результаты
Определение pH влагалищных выделений	Используют специальную индикаторную бумагу с узким диапазоном pH	pH 3,8—4,5
Микроскопическое исследование нативного препарата	Каплю выделений из влагалища помещают на стекло, смешивают с каплей физиологического раствора* и накрывают покровным стеклом. Микроскопию проводят сразу под большим и малым увеличением. Определяют наличие и количество лейкоцитов, клеток влагалищного эпителия, усеянных бактериями, лактобацилл, дрожжевых грибов и трихомонад	Клетки влагалищного эпителия и единичные лейкоциты
Проба с гидроксидом калия (можно провести микроскопию мазка с гидроксидом калия)	Каплю выделений из влагалища помещают на стекло и добавляют каплю 10% раствора гидроксида калия. При положительной пробе появляется неприятный «рыбный» запах. Препарат накрывают покровным стеклом и проводят микроскопию под большим и малым увеличением, определяют наличие грибов	Отрицательный результат
Микроскопия мазка, окрашенного по Граму	Клинический материал из влагалища помещают тонким слоем на два предметных стекла, выдерживают на открытом воздухе и окрашивают по Граму	Преобладание крупных грамположительных палочек
* Гидроксид калия разрушает клеточные фрагменты, что позволяет более четко увидеть дрожжевые грибы и гифы. Но поскольку при этом разрушаются клетки влагалищного эпителия и трихомонады, мазок готовят с физиологическим раствором.		

Лечение

Бактериальный вагиноз

В большом числе случаев терапия субъективно бессимптомного бактериального вагиноза не проводится, за исключением следующих клинических ситуаций:

- беременность (в анамнезе преждевременные роды);
- до введения ВМС;
- перед инвазивными гинекологическими лечебно-диагностическими манипуляциями;
- перед абортom, в том числе медикаментозным.

В этих случаях, а также при наличии симптомов проводится терапия, указанная в таблице 50.

Лечение бактериального вагиноза

<p>Рекомендуемые схемы</p> <ul style="list-style-type: none"> • Метронидазол, 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 суток, или • Метронидазол (0,75% гель), 5 г (1 полный аппликатор) интравагинально один раз в сутки в течение 5 суток, или • Клиндамицин (2% крем), 5 г (1 полный аппликатор) интравагинально на ночь в течение 7 суток <p>Альтернативные схемы</p> <ul style="list-style-type: none"> • Метронидазол, 2 г внутрь однократно • Клиндамицин, 300 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 суток
<ul style="list-style-type: none"> • Метронидазол внутрь в течение 7 суток столь же эффективен, как и гель с метронидазолом интравагинально (эффективность 75—85%)^{309,310,311}. Метронидазол внутрь однократно эффективен примерно в 85% случаев, но частота рецидивов в течение месяца больше, чем при первых двух схемах (35—50% против 20—33%) [A-1]³¹² • Крем с клиндамицином столь же эффективен, как и метронидазол внутрь и интравагинально (эффективность 75—86%) [A-1]
<p>Примечания</p> <ul style="list-style-type: none"> • Во время приема метронидазола и в течение 24 ч после окончания лечения больные не должны употреблять алкоголь из-за риска антабусной реакции. • Крем с клиндамицином сделан на основе масляной эмульсии, поэтому во время лечения может нарушаться целостность латексных презервативов и влагалищных диафрагм.

Рецидивирующий бактериальный вагиноз

- Частота рецидивов в первые 3 месяца после лечения может достигать 15—30%.
- Рецидив следует подтвердить лабораторными методами.
- Необходимо уточнение и устранение (коррекция) факторов риска, способствующих рецидивированию патологического процесса.
- Рекомендуемая схема: метронидазол, 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10—14 суток³¹³ [B-3].

Наблюдение, регистрация случаев инфекции и уведомление половых партнеров

- При установлении диагноза бактериального вагиноза статистическая регистрация не проводится.
- Профилактическое лечение партнеров не влияет на частоту рецидивов бактериального вагиноза.
- Наблюдение показано только при бактериальном вагинозе на фоне беременности и при рецидивах.

Беременность

- Обследование и, при необходимости, лечение бактериального вагиноза у беременных женщин целесообразно на сроке 12—16 недель при высоком риске осложнений беременности.
- Лечение бактериального вагиноза у женщин с преждевременными родами в анамнезе может способствовать снижению риска преждевременного излития околоплодных вод и рождения маловесного ребенка. Не выявлено тератогенного и других побочных эффектов от приема метронидазола [B-1]^{314,315,316,317}. В то же время есть данные, что местное лечение клиндамицином во время беременности может негативно влиять на плод^{318,319}.

- Через 1 месяц после окончания лечения проводят повторное обследование.

Кандидозный вульвовагинит

При обнаружении грибов рода *Candida*, но в отсутствие клинических проявлений лечение, как правило, не проводится. Далее представлено лечение, когда имеются субъективные и объективные симптомы кандидозного вульвовагинита, подтвержденного результатами лабораторного исследования.

Таблица 51

Лечение неосложненного кандидозного вульвовагинита^{320,321,322,323,324,325,326,327}

При наличии клинических симптомов
<ul style="list-style-type: none"> • Клотримазол — вагинальные таблетки, 500 мг однократно или 200 мг 1 раз на ночь в течение 3 дней, или • Миконазол — вагинальные свечи, 1200 мг однократно или 400 мг 1 раз на ночь в течение 3 дней, или • Флуконазол, 150 мг внутрь однократно (противопоказан в период беременности), или • Итраконазол, 200 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 1 дня (противопоказан в период беременности) • Сертаконазол — вагинальный суппозиторий, 300 мг однократно (разрешен к применению в первом триместре беременности)
<ul style="list-style-type: none"> • Азолы для местного применения и для приема внутрь одинаково эффективны [A-1] (эффективность 80—90%)³²⁸ • В большинстве случаев симптомы исчезают в течение 2—3 суток
<p>Примечание Кремы на основе масляной эмульсии и влагалищные таблетки могут нарушать целостность презервативов и влагалищных диафрагм из латекса.</p>

Осложненный кандидозный вульвовагинит характеризуется тяжелым течением. Возможно, заболевание протекает на фоне иммунодефицита или вызвано дрожжевыми грибами, отличными от *Candida albicans*.

Рецидивирующий кандидозный вульвовагинит характеризуется наличием не менее четырех обострений в течение года. Лечение назначают с учетом результатов культурального исследования. У 10—20% больных кандидозный вульвовагинит обусловлен дрожжевыми грибами, отличными от *Candida albicans*, при этом обычные противогрибковые препараты в таких случаях менее эффективны³²⁹.

Таблица 52

Лечение рецидивирующего кандидозного вульвовагинита

Лечение обострений
<ul style="list-style-type: none"> • Флуконазол, 150 мг внутрь 3 раза с интервалом 72 часа [A-1]. Эффективность 92%. <i>Препарат противопоказан при беременности</i> • Азолы для местного применения в течение 10—14 дней [B-2]: клотримазол, сертаконазол (сертаконазол разрешен к применению в первом триместре беременности), эконазол • Борная кислота во влагалищных капсулах, 300—600 мг 1 раз в сутки 14 дней [B-2]. В дозе 300 мг препарат в меньшей степени раздражает слизистую оболочку. Эффективность около 80%. <i>Препарат противопоказан при беременности</i>
<p>Примечания</p> <ul style="list-style-type: none"> • Каждый отдельный эпизод кандидозного вульвовагинита, вызванного <i>Candida albicans</i>, хорошо поддается лечению азолами, местно или внутрь. Длительные курсы эффективнее коротких. • Без поддерживающего лечения кандидозный вульвовагинит в половине случаев рецидивирует в течение 3 месяцев. • Поддерживающее лечение начинают сразу после завершения начального курса.

Поддерживающее лечение^{330,331,332,333}

- Флуконазол, 150 мг внутрь 1 раз в неделю [A-1]. Рецидивы на фоне лечения возникают в 10% наблюдений
- Кетоконазол, 100 мг внутрь 1 раз в сутки [A-1]. Рецидивы на фоне лечения возникают в 5% наблюдений. При длительном приеме кетоконазола следует оценивать показатели функции печени из-за риска гепатотоксичности (1:12 000)
- Итраконазол, 200—400 мг внутрь 1 раз в месяц [A-1]. Рецидивы на фоне лечения возникают в 36% наблюдений
- Клотримазол, 500 мг интравагинально 1 раз в месяц [A-1]
- Борная кислота во влагалищных капсулах, 300 мг 1 раз в сутки 5 дней каждый месяц, начиная с первого дня менструального цикла [B-2]. Рецидивы на фоне лечения возникают в 30% наблюдений

Примечания

- Поддерживающее лечение продолжается не менее 6 месяцев, после чего проводится динамическое наблюдение.
- В первые 1—2 месяца после прекращения поддерживающей терапии рецидивы возникают у 60% женщин.
- В случае рецидива вновь проводят лечение обострения и начинают поддерживающую терапию.
- Флуконазол и борная кислота противопоказаны при беременности.
- Кремы на основе масляной эмульсии и влагалищные таблетки могут нарушать целостность латексных презервативов и влагалищных диафрагм.

Кандидозный вульвовагинит, вызванный другими видами грибов (не *Candida albicans*)

Чувствительность к азолам самого частого возбудителя — *Candida glabrata* — в 10—100 раз ниже по сравнению с *Candida albicans*³³⁴.

Таблица 53

Лечение кандидозного вульвовагинита, вызванного другими видами грибов (не *Candida albicans*)^{335,336,337,338}

- Борная кислота во влагалищных капсулах, 600 мг 1 раз в сутки в течение 14 суток [B-2]. Эффективность 64—81%. Жжение во влагалище возникает менее чем в 10% наблюдений
- Амфотерицин В во влагалищных свечах, 50 мг 1 раз в сутки в течение 14 суток [B-3]. Эффективность 80% (оценена по данным о 10 больных). Легкое поверхностное раздражение возможно в 10% наблюдений

При рецидивах

- Повторный курс борной кислоты во влагалищных капсулах, 600 мг 1 раз в сутки 14 дней. Затем лечение продолжают в той же дозе через день в течение нескольких недель или назначают нистатин во влагалищных свечах, 1 раз в сутки в течение 3—6 месяцев [B-3]

Примечание

Данных о безопасности длительного применения борной кислоты нет.

Особенности кандидозного вульвовагинита у больных с иммунодефицитом^{339,340}

- Иммунодефицит может быть следствием приема глюкокортикоидов, декомпенсированного сахарного диабета и др.

- *Candida glabrata* и другие виды рода *Candida*, помимо *Candida albicans*, чаще обнаруживаются у женщин с сахарным диабетом.
- Назначают азолы интравагинально в течение 10—14 суток [B-3] или борную кислоту во влагалищных капсулах, 600 мг 1 раз в сутки в течение 14 суток [B-2].
- Кандидозный вульвовагинит у ВИЧ-инфицированных может протекать тяжелее и чаще рецидивирует; в таких случаях требуется более активное и длительное лечение.

Регистрация случаев инфекции и уведомление половых партнеров

- При первичном установлении диагноза кандидозного вульвовагинита осуществляется статистическая регистрация.
- Профилактическое лечение половых партнеров не влияет на частоту рецидивов кандидозного вульвовагинита.
- Профилактическое лечение половых партнеров не показано. Лечение назначается при кандидозном баланите/баланопостите. Назначают азолы в виде крема, 2 раза в сутки в течение 7 суток, или флуконазол, 150 мг внутрь однократно.

Наблюдение

- При разрешении клинических симптомов и отсутствии рецидивов наблюдение не требуется.
- При неэффективности лечения и рецидивах проводят определение видового состава грибов *Candida* с оценкой чувствительности к противогрибковым средствам.

При кандидозном вагините у беременных используют только местнодействующие азолы (может потребоваться 7-дневный курс лечения)³⁴¹.

Трихомонадный вагинит

Таблица 54

Лечение урогенитального трихомониаза^{342,343}

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Метронидазол, 2 г внутрь однократно [A-1] • Метронидазол, 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 суток [A-1] • Эффективность обеих схем 82—88%. При одновременном лечении полового партнера эффективность возрастает до 95% • Метронидазол интравагинально в виде геля неэффективен |
|--|

Примечания

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Во время приема метронидазола и в течение 24 ч после окончания лечения больные не должны употреблять алкоголь из-за риска антабусной реакции. • Распространенность штаммов <i>Trichomonas vaginalis</i>, устойчивых к метронидазолу, составляет 5%. В этих случаях эффективен метронидазол в более высоких дозах. |
|--|

Наблюдение, регистрация случаев инфекции и уведомление половых партнеров

- Контрольное клинико-лабораторное обследование проводится через 2 и 10—14 дней после окончания лечения трихомонадного вагинита (при использовании МАНК — не ранее третьей недели).
- Урогенитальный трихомониаз относится к ИППП, в связи с чем требуется обязательная регистрация заболевания (оформление извещения — форма 089/у-кв).
- Половых партнеров лечат по той же схеме, независимо от наличия у них симптомов заболеваний (у большинства мужчин урогенитальный трихомониаз характеризуется субъективно бессимптомным течением).

Беременность^{344,345}

Трихомонадный вагинит способствует повышению риска преждевременного излития

околоплодных вод, преждевременных родов и рождения маловесного ребенка. Проводится лечение со второго триместра беременности метронидазолом: 2 г внутрь однократно [А-1]. Возможно назначение метронидазола по 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 суток [А-1]. Снижается ли при этом риск осложнений беременности, неизвестно.

Изменения микрофлоры женских половых органов

С современных позиций нормальную микрофлору рассматривают как совокупность микробиоценозов, занимающих многочисленные экологические ниши на коже и слизистых оболочках. Микроорганизмы, составляющие нормальную микрофлору, находятся между собой в разнообразных взаимоотношениях (синергизма, паразитизма и т. п.). Изменение численности того или иного вида микроорганизмов или появление не свойственных данному месту обитания бактерий приводит к возникновению адаптивных или патологических изменений в соответствующем звене микрoэкологической системы³⁴⁶.

Особенностью нормальной микрофлоры половых путей у женщин является многообразие ее видового состава (таблица 55). Нормальная микрофлора влагалища представлена в основном анаэробными или факультативно-анаэробными бактериями, среди которых доминируют продуцирующие перекись водорода *Lactobacillus spp.* Они обеспечивают кислую среду влагалища (рН < 4,5) за счет превращения углеводов, содержащихся в клетках многослойного плоского эпителия, в мочевую кислоту. Концентрация глюкозы и ее предшественника — гликогена — в эпителиальных клетках увеличивается под действием эстрогенов. Кислая среда влагалища и перекись водорода — важные неспецифические факторы защиты³⁴⁷. Для обеспечения оптимальных физиологических условий во влагалище наибольшую клиническую значимость имеют *Lactobacillus acidophilus*, другие виды *Lactobacillus*, *Bifidobacterium spp.* и др.

Таблица 55

Представители нормальной микрофлоры влагалища

Грамположительные палочки	<i>Lactobacillus spp.</i>
	<i>Corynebacterium spp.</i>
	<i>Eubacterium spp.</i>
	<i>Bifidobacterium spp.</i>
	<i>Propionibacterium spp.</i>
Грамположительные кокки	<i>Peptococcus spp.</i>
	<i>Peptostreptococcus spp.</i>
	<i>Staphylococcus epidermidis</i>
	<i>Staphylococcus saprophyticus</i>
	<i>Staphylococcus aureus</i>
	<i>Micrococcus varians</i>
	Стрептококки группы D (энтерококки)
	<i>Streptococcus hemolyticus</i>
	<i>Streptococcus viridans</i>
Грамотрицательные палочки	<i>Bacteroides spp.</i>
	<i>Prevotella spp.</i>
	<i>Fusobacterium spp.</i>
	<i>Enterobacter spp.</i>
	<i>E. coli</i>
	<i>Klebsiella spp.</i>
Грамотрицательные кокки	<i>Veillonella spp.</i>
	<i>Neisseria spp.</i>
Другие	<i>Gardnerella vaginalis</i>
	<i>Ureaplasma urealyticum</i>
	<i>Mycoplasma hominis</i>

Снижение количества или исчезновение лактобацилл во влагалище способствует росту числа других микроорганизмов, особенно анаэробов³⁴⁸. Влияние на количественный и видовой состав микрофлоры влагалища могут оказывать как внешние, так и внутренние факторы: эндокринные изменения, гормональная и антибактериальная терапия, инвазивные гинекологические процедуры и многое другое.

При наличии жалоб на выделения из половых путей, клинически выраженном неспецифическом вагините, а также при планировании беременности женщинами, имевшими ранее неблагоприятный репродуктивный анамнез (невынашивание беременности), и отрицательных результатах анализов на ИППП может возникнуть необходимость в коррекции микрофлоры влагалища.

В ряде клинических ситуаций для подавления анаэробной флоры может потребоваться назначение системных или топических антибиотиков, что, однако, может негативно сказаться на количестве лактобактерий.

В настоящее время дискутируются альтернативные методы коррекции микробиоценоза. Один из них — назначение биопрепаратов, содержащих лактобактерии. Этот вид терапии широко используется в гастроэнтерологии. В рандомизированных исследованиях доказана эффективность биопрепаратов-пробиотиков для профилактики диареи, возникшей в результате использования антибактериальных средств^{349,350}. В одном небольшом рандомизированном испытании было показано, что прием лактобацилл внутрь увеличивает число лактобацилл и снижает число дрожжевых грибов во влагалище по сравнению с плацебо³⁵¹. Однако более крупное рандомизированное испытание с участием 278 женщин продемонстрировало, что применение *Lactobacillus rhamnosus* внутрь и интравагинально для лечения и профилактики вульвовагинитов не оказывало существенного положительного эффекта^{352,353}.

В двух рандомизированных испытаниях изучалась эффективность интравагинального применения комбинации *Lactobacillus acidophilus* с эстриолом в низких дозах при бактериальном вагинозе и при разных инфекциях (бактериальный вагиноз, кандидозный вульвовагинит и трихомонадный вагинит)^{354,355}. В обоих исследованиях в группе активного лечения по сравнению с плацебо отмечалось статистически значимое уменьшение симптомов и восстановление нормальной микрофлоры.

Другим методом лечения неспецифического вагинита является коррекция pH влагалищной среды для подавления роста анаэробов и стимулирования роста лактобацилл. Показана эффективность назначения вагинальных препаратов витамина С при лечении неспецифического вагинита у 100 женщин в двойном слепом исследовании³⁵⁶.

Использованная литература

- ³⁰⁰ Mead PB. Epidemiology of bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169:446–449.
- ³⁰¹ Schmidt H, Hansen JG. Bacterial vaginosis in a family practice population. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79:999–1005.
- ³⁰² Leitch H, Bodner-Adler B, Brunbauer M, Kaider A, Egarter C, Husslein P. Bacterial vaginosis as a risk factor for preterm delivery: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:139–147.
- ³⁰³ Soper DE, Bump RC, Hurt WG. Bacterial vaginosis and trichomoniasis vaginitis are risk factors for cuff cellulitis after abdominal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163:1016–1021.
- ³⁰⁴ Penney GC, Thompson M, Norman J et al. A randomised comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105:599–604.
- ³⁰⁵ Martin HL, Richardson BA, Nyange PM et al. Vaginal lactobacilli, microbial flora, and risk of human immunodeficiency virus type 1 and sexually transmitted disease acquisition. *J Infect Dis* 1999; 180:1863–1838.
- ³⁰⁶ Sobel JD. Management of patients with recurrent vulvovaginal candidiasis. *Drugs* 2003; 63:1059–1066.
- ³⁰⁷ Duerr A, Heilig C, Meikle S et al. Incident and persistent vulvovaginal candidiasis among human immunodeficiency virus-infected women: risk factors and severity. *Obstet Gynecol* 2003; 101:548–556.
- ³⁰⁸ McClelland R, Lavreys L, Katingima C et al. Contribution of HIV-1 infection to acquisition of sexually transmitted disease: a 10-year prospective study. *J Infect Dis* 2005; 191:333–338.
- ³⁰⁹ Lugo-Miro V, Green M, Mazur L. Comparison of different metronidazole therapeutic regimens for bacterial vaginosis. A meta-analysis. *JAMA* 1992; 268:92–95.

- ³¹⁰ Hanson JM, McGregor JA, Hillier SL et al. Metronidazole for bacterial vaginosis. A comparison of vaginal gel vs. oral therapy. *J Reprod Med* 2000; 45:889–896.
- ³¹¹ Ferris DS, Litaker MS, Woodward L, Mathis D, Hendrich J. Treatment of bacterial vaginosis: a comparison of oral metronidazole, metronidazole vaginal gel, and clindamycin vaginal cream. *J Fam Pract* 1995; 41:443–449.
- ³¹² Swedberg J, Steiner JF, Deiss F, Steiner S, Driggers DA. Comparison of single-dose vs one-week course of metronidazole for symptomatic bacterial vaginosis. *JAMA* 1985; 254:1046–1049.
- ³¹³ Sobel J. Bacterial vaginosis. *Annu Rev Med* 2000; 51:349–356.
- ³¹⁴ McDonald H, Brocklehurst P, Parsons J, Vigneswaran R. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 2:CD000262.
- ³¹⁵ Czeizel A, Rockenbauer M. A population based case-control teratologic study of oral metronidazole. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105:322–327.
- ³¹⁶ Burtin P, Taddio A, Ariburnu O, Einarson TR, Koren G. Safety of metronidazole in pregnancy: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172:525–529.
- ³¹⁷ Caro-Paton T, Carvajal A, Martin de Diego I et al. Is metronidazole teratogenic? A meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 1997; 44:179–182.
- ³¹⁸ Joesoef MR, Hillier SL, Wiknjosastro G et al. Intravaginal clindamycin treatment for bacterial vaginosis: effects on preterm delivery and low birth weight. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173:1527–1531.
- ³¹⁹ Vermeulen GM, Bruinse HW. Prophylactic administration of clindamycin 2% vaginal cream to reduce the incidence of spontaneous preterm birth in women with an increased recurrence risk: a randomised placebo-controlled double-blind trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 106:652–657.
- ³²⁰ Sobel JD, Wiesenfeld HC, Martens M et al. Maintenance fluconazole therapy for recurrent vulvovaginal candidiasis. *N Engl J Med* 2004; 351:876–883.
- ³²¹ Rex JH, Walsh TJ, Sobel JD et al. Practice guidelines for the treatment of candidiasis. *Clin Infect Dis* 2000; 30:662–678.
- ³²² Sobel JD, Brooker D, Stein GE et al. Single oral dose fluconazole compared with conventional clotrimazole topical therapy of *Candida* vaginitis. Fluconazole Vaginitis Study Group. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172:1263–1268.
- ³²³ Pappas PG, Rex JH, Sobel JD et al. Guidelines for treatment of candidiasis. *Clin Infect Dis* 2004; 38:161–189.
- ³²⁴ Sobel JD, Chaim W. Treatment of *Torulopsis glabrata* vaginitis: retrospective review of boric acid therapy. *Clin Infect Dis* 1997; 24:649–652.
- ³²⁵ Guaschino S, De Seta F, Sartore A et al. Efficacy of maintenance therapy with topical boric acid in comparison with oral itraconazole in the treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184:598–602.
- ³²⁶ Carrillo-Munoz AJ, Giusiano G, Ezkurra PA and Quindos G. Sertaconazole: updated review of a topical antifungal agent. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2005; 3:333–342.
- ³²⁷ Dellenbach P, Thomas J-L, Guerin V et al. Topical treatment of vaginal candidosis with sertaconazole and econazole sustained-release suppositories. *Int J Obstet Gynecol* 2000; 71:S47–S52.
- ³²⁸ Watson MC, Grimshaw JM, Bond CM, Mollison J, Ludbrook A. Oral versus intravaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis (thrush). *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 4:CD002845.
- ³²⁹ Sobel JD, Kapernick PS, Zervos M et al. Treatment of complicated *Candida* vaginitis: comparison of single and sequential doses of fluconazole. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185:363–369.
- ³³⁰ Sobel JD. Recurrent vulvovaginal candidiasis. A prospective study of the efficacy of maintenance ketoconazole therapy. *N Engl J Med* 1986; 315:1455–1458.
- ³³¹ Creatsas GC, Charalambidis VM, Zagotzidou EH, Anthopoulou HN, Michailidis DC, Aravantinos DI. Chronic or recurrent vaginal candidosis: short-term treatment and prophylaxis with itraconazole. *Clin Ther* 1993; 15:662–671.
- ³³² Spinillo A, Colonna L, Piazzini G, Baltaro F, Monaco A, Ferrari A. Managing recurrent vulvovaginal candidiasis. Intermittent prevention with itraconazole. *J Reprod Med* 1997; 42:83–87.
- ³³³ Roth AC, Milsom I, Forssman L, Wahlen P. Intermittent prophylactic treatment of recurrent vaginal candidiasis by postmenstrual application of a 500 mg clotrimazole vaginal tablet. *Genitourin Med* 1990; 66:357–360.
- ³³⁴ Sobel JD. Management of patients with recurrent vulvovaginal candidiasis. *Drugs* 2003; 63:1059–1066.
- ³³⁵ Jovanovic R, Congema E, Nguyen HT. Antifungal agents vs. boric acid for treating chronic mycotic vulvovaginitis. *J Reprod Med* 1991; 36:593–597.
- ³³⁶ Sobel JD, Chaim W, Nagappan V, Leaman D. Treatment of vaginitis caused by *Candida glabrata*: use of topical boric acid and flucytosine. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:1297–1300.
- ³³⁷ Phillips AJ. Treatment of non-*albicans* *Candida* vaginitis with amphotericin B vaginal suppositories. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:2009–2012.

- ³³⁸ White DJ, Habib AR, Vanthuyne A, Langford S, Symonds M. Combined topical flucytosine and amphotericin B for refractory vaginal *Candida glabrata* infections. *Sex Transm Infect* 2001; 77:212–213.
- ³³⁹ Shann S, Wilson J. Treatment of *Candida glabrata* using topical amphotericin B and flucytosine. *Sex Transm Infect* 2003; 79:265–266.
- ³⁴⁰ Fidel PL Jr, Vazquez JA, Sobel JP. *Candida glabrata*: review of epidemiology, pathogenesis, and clinical disease with comparison to *C. albicans*. *Clin Microbiol Rev* 1999; 12:80–96.
- ³⁴¹ Young GL, Jewell D. Topical treatment for vaginal candidiasis (thrush) in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 4:CD000225.
- ³⁴² Forna F, Gulmezoglu AM. Interventions for treating trichomoniasis in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 2:CD000218.
- ³⁴³ Schmid G, Narcisi E, Mosure D, Secor WE, Higgins J, Moreno H. Prevalence of metronidazole-resistant *Trichomonas vaginalis* in a gynecology clinic. *J Reprod Med* 2001; 46:545–549.
- ³⁴⁴ Kigozi GG, Brahmbhat H, Wabwire-Mangen F et al. Treatment of *Trichomonas* in pregnancy and adverse outcomes of pregnancy: a subanalysis of a randomized trial in Rakai, Uganda. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:1398–1400.
- ³⁴⁵ Gulmezoglu A. Interventions for trichomoniasis in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 3:CD000220.
- ³⁴⁶ Кира ЕФ. Инфекции и репродуктивное здоровье (часть I). <http://www.primer.ru/articles/sti/norma/1.htm>.
- ³⁴⁷ Larsen B. Microbiology of the female genital tract. In: J. Pastorek (ed.) *Obstetric and Gynecologic Infectious Diseases*. New York: Raven Press, 1994, pp. 11–26.
- ³⁴⁸ Eschenbach DA, Davick PR, Williams BL, Klebanoff SJ, Young-Smith K, Critchlow CM, Holmes KK. Prevalence of hydrogen peroxide-producing *Lactobacillus* species in normal women and women with bacterial vaginosis. *J Clin Microbiol* 1989; 27:251–256.
- ³⁴⁹ Hickson M, D'Souza AL, Muthu N, Rogers TR, Want S, Rajkumar C, Bulpitt CJ. Use of probiotic *Lactobacillus* preparation to prevent diarrhoea associated with antibiotics: randomised double blind placebo controlled trial. *BMJ* 2007; 335:80.
- ³⁵⁰ D'Souza AL. Probiotics in prevention of antibiotic associated diarrhoea: meta-analysis *BMJ* 2002; 324:1361.
- ³⁵¹ Reid G, Charbonneau D, Erb J et al. Oral use of *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 and *L. fermentum* RC-14 significantly alters vaginal flora: randomized, placebo-controlled trial in 64 healthy women. *FEMS Immunol Med Microbiol* 2003; 35:131–134.
- ³⁵² Van Kessel K, Assefi N, Marrazzo J, Eckert L. Common complementary and alternative therapies for yeast vaginitis and bacterial vaginosis: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv* 2003; 58:351–358.
- ³⁵³ Pirotta M, Gunn J, Chondros P. Effect of lactobacillus in preventing post-antibiotic vulvovaginal candidiasis: a randomised controlled trial *BMJ* 2004; 329:548.
- ³⁵⁴ Parent D, Bossens M, Bayot D et al. Therapy of bacterial vaginosis using exogenously applied *Lactobacilli acidophili* and a low dose of estriol: a placebocontrolled multicentric clinical trial. *Arzneimittelforschung* 1996; 46:68–73.
- ³⁵⁵ Ozkinay E, Terek MC, Yayci M et al. The effectiveness of live lactobacilli in combination with low dose oestriol (Gynoflor) to restore the vaginal flora after treatment of vaginal infections. *BJOG* 2005; 112:234–240.
- ³⁵⁶ Petersen EE, Magnani P. Efficacy and safety of vitamin C vaginal tablets in the treatment of non-specific vaginitis; a randomised, double blind, placebo-controlled study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004; 117:70–75.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)

К ВЗОМТ относят эндометрит, сальпингит, tuboовариальный абсцесс, сальпингоофорит и пельвиоперитонит в любом сочетании (возможно также воспаление прилежащих структур).

Классификация по МКБ-10: N70—N77 — Воспалительные болезни женских тазовых органов.

Этиология

- Самая частая причина болей внизу живота у женщин, связанная с инфекцией, — ВЗОМТ³⁵⁷.
- ВЗОМТ могут быть вызваны разными возбудителями (в большинстве наблюдений отмечается полиэтиологический процесс).
- Боль внизу живота может быть обусловлена множеством причин: гинекологическими заболеваниями (осложнениями беременности, инфекциями, эндометриозом, патологией маточных труб, нарушениями менструальной функции), желудочно-кишечными нарушениями (аппендицитом, гастроэнтеритом, хроническими воспалительными заболеваниями кишечника), болезнями мочеполовой системы (циститом, пиелонефритом, мочекаменной болезнью), патологией опорно-двигательного аппарата и нервной системы и др.
- Характерна полимикробная этиология воспалительных заболеваний органов малого таза с преобладанием возбудителей, передаваемых половым путем; однако это могут быть и микроорганизмы, являющиеся частью нормальной влагалищной микрофлоры: *Neisseria gonorrhoeae* (25—50%), *Chlamydia trachomatis* (25—30%), аэробно-анаэробные ассоциации микроорганизмов, являющихся частью влагалищной микрофлоры (25—60%), — *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Mobiluncus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Enterobacteriaceae* и т. д. (таблица 55).
- Ранее предполагалось, что возбудителями ВЗОМТ могут быть *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum*. Однако эти микроорганизмы если и играют какую-то роль в развитии воспалительных заболеваний органов малого таза, то в очень небольшом проценте случаев и, как правило, в ассоциации с другими инфекционными агентами.

Инфицирование происходит восходящим путем. Источником являются влагалище и шейка матки.

Таблица 56

Возбудители воспалительных заболеваний органов малого таза

ИППП	<ul style="list-style-type: none">• <i>Chlamydia trachomatis</i>• <i>Neisseria gonorrhoeae</i>• <i>Trichomonas vaginalis</i>
Облигатные анаэробы	<ul style="list-style-type: none">• <i>Bacteroides spp.</i>• <i>Peptostreptococcus spp.</i>• <i>Prevotella spp.</i>
Факультативные анаэробы и микроаэрофилы	<ul style="list-style-type: none">• <i>Escherichia coli</i>• <i>Gardnerella vaginalis</i>• <i>Haemophilus influenzae</i>• <i>Streptococcus spp.</i>

Эпидемиология

- Точная заболеваемость ВЗОМТ неизвестна из-за недостаточной диагностики и регистрации.
- По разным оценкам, от 10 до 15% женщин репродуктивного возраста хотя бы один раз переносят ВЗОМТ³⁵⁸.
- Вероятность поздних осложнений ВЗОМТ (трубное бесплодие, эктопическая беременность, синдром хронической тазовой боли) прямо пропорциональна числу перенесенных ВЗОМТ³⁵⁹.

Клиническая картина

- Боль внизу живота может быть признаком множества заболеваний, а проявления ВЗОМТ сходны с проявлениями другой гинекологической патологии, заболеваний желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы и опорно-двигательного аппарата.
- Ни один анамнестический, физикальный или лабораторный признак не является одновременно и чувствительным, и специфичным для ВЗОМТ³⁶⁰.
- Лишь у трети женщин температура поднимается выше 38°C³⁶¹.
- При физикальном исследовании возможны боль внизу живота, болезненность при пальпации придатков матки и при смещении шейки матки во время бимануального исследования. Однако эти симптомы встречаются и при других заболеваниях.

Таблица 57

Диагностические критерии воспалительных заболеваний органов малого таза

Предположительные критерии	Дополнительные критерии	Определяющие критерии
<ul style="list-style-type: none">• Болезненность при пальпации нижних отделов живота• Болезненность при бимануальном гинекологическом исследовании	<ul style="list-style-type: none">• Температура > 38,3°C• Лейкоциты в нативном мазке выделений из влагалища• Повышение СОЭ• Повышение уровня С-реактивного белка• Обнаружение <i>Neisseria gonorrhoeae</i> или <i>Chlamydia trachomatis</i> в клиническом материале из шейки матки	<ul style="list-style-type: none">• Морфологическая картина эндометрита в биоптате: не менее одной плазматической клетки в поле зрения при малом увеличении (× 120) и не менее 5 нейтрофилов в поле зрения при большом увеличении (× 400)• Отек маточных труб и жидкость в них, или жидкость в брюшной полости, или tuboовариальные абсцессы, по данным влагалищного УЗИ и других методов визуализации• Эталонный метод диагностики: признаки воспалительных заболеваний матки и придатков по данным лапароскопии (гиперемия фаллопиевых труб или слизистогнойный экссудат)

Физикальное обследование и получение клинического материала для исследования

- Всем женщинам с жалобами на боль внизу живота проводят пальпацию живота и гинекологическое исследование (осмотр с помощью гинекологического зеркала и бимануальное исследование).
- Проводится осмотр наружных половых органов, влагалища, шейки матки.

- Немедленно определяют хорионический гонадотропин для исключения внематочной беременности.
- При осмотре с помощью гинекологического зеркала получают клинический материал из цервикального канала шейки матки для исследования на гонорею и хламидиоз.
- При подозрении на герпес половых органов получают материал с пораженных участков для исследования на вирус простого герпеса.
- Культуральное исследование на аэробную и анаэробную микрофлору позволяет выявить более редких возбудителей ВЗОМТ, таких как стрептококки группы А.

Дополнительные методы исследования

- Для диагностики ВЗОМТ используются общий анализ крови, определение СОЭ и уровня С-реактивного белка, биопсия эндометрия. Отрицательные результаты лабораторных исследований не позволяют исключить ВЗОМТ.
- УЗИ помогает выявить тубоовариальное образование. Отсутствие изменений при ультрасонографии не позволяет исключить ВЗОМТ.
- Отрицательный тест на беременность позволяет исключить внематочную беременность.
- О наличии ИППП свидетельствуют положительные результаты исследований на *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*.

Тактика ведения пациенток с острыми ВЗОМТ³⁶²

- Назначают антимикробную терапию препаратами, активными в отношении всех возможных возбудителей. Спектр действия препаратов должен включать *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, анаэробные бактерии, грамотрицательную условно-патогенную микрофлору и стрептококков³⁶³.
- Длительность терапии составляет, как правило, 14 суток.
- Выраженность клинических проявлений ВЗОМТ уменьшается при адекватном лечении через 48—72 ч после начала антимикробной терапии. В случае отсутствия признаков клинического улучшения в течение 72 ч от начала терапии следует пересмотреть диагноз (иногда показана лапароскопия).
- При амбулаторном лечении показано повторное обследование через 2—3 суток после начала лечения. Отсутствие положительной динамики является показанием для госпитализации.
- Больных информируют о возможных ранних и поздних осложнениях ВЗОМТ. К ранним осложнениям относятся тубоовариальный абсцесс и перигепатит (синдром Фитц-Хью—Куртиса), к поздним — бесплодие, эктопическая беременность и синдром хронической тазовой боли. Ранняя диагностика и лечение очень важны для профилактики бесплодия.
- Половые партнеры пациенток с ВЗОМТ (бывшие в контакте в течение 60 дней до появления симптомов) нуждаются в обследовании и, при необходимости, лечении из-за высокой вероятности выявления у них уретрита гонококковой или хламидийной этиологии.

Стационарное лечение ВЗОМТ

Схема А [А-1]^{364,365}	Цефокситин, 2 г в/в 4 раза в сутки, + доксициклин, 100 мг в/в или внутрь 2 раза в сутки. Парентеральное введение можно прекратить через 24 ч после разрешения острых клинических симптомов; прием доксициклина в дозе 100 мг внутрь 2 раза в сутки проводят в общей сложности 14 суток. Большинство специалистов рекомендуют назначать доксициклин внутрь даже в стационаре, поскольку в/в введение доксициклина болезненно, стоит дороже, а биодоступность препарата при приеме внутрь почти такая же, как при в/в введении
Основная [А-1]	Клиндамицин, 900 мг в/в 3 раза в сутки, + гентамицин*, 2 мг/кг в/м или в/в однократно, затем 1,5 мг/кг в/м или в/в 3 раза в сутки либо 1 раз в сутки в дозе 5 мг/кг/сут в/в. Парентеральное введение можно прекратить через 24 ч после разрешения острых клинических симптомов; прием доксициклина, 100 мг внутрь 2 раза в сутки, или клиндамицина, 450 мг внутрь 4 раза в сутки, продолжают так, чтобы общая длительность лечения составила 14 суток
Альтернативные схемы^{366,367} [А-2]	Амоксициллин/клавуланат, 1,2 г в/в 3 или 4 раза в сутки, + доксициклин, 100 мг в/в или внутрь 2 раза в сутки или Офлоксацин, 400 мг в/в 2 раза в сутки, ± метронидазол**, 500 мг в/в 3 раза в сутки или Левифлоксацин, 500 мг в/в 1 раз в сутки, ± метронидазол**, 500 мг в/в 3 раза в сутки
<p>* Указанные дозы относятся к больным с нормальной функцией почек. При хронической почечной недостаточности дозу гентамицина уменьшают; во время лечения контролируются функция почек и уровень гентамицина в сыворотке.</p> <p>** Метронидазол добавляется к лечению в тех случаях, когда предполагается анаэробная этиология ВЗОМТ (фторхинолоны могут быть неактивны в отношении анаэробов), а также для терапии бактериального вагиноза, нередко ассоциированного с ВЗОМТ.</p> <p>Примечание Фторхинолоны и тетрациклины в период беременности и лактации противопоказаны, поэтому офлоксацин, ципрофлоксацин, левофлоксацин и доксициклин беременным не назначаются.</p>	

Амбулаторное лечение ВЗОМТ

Схема А [А-2]³⁶⁸	<ul style="list-style-type: none"> • Офлоксацин, 400 мг внутрь 2 раза в сутки, ± метронидазол, 500 мг внутрь 2 раза в сутки, 14 дней [А-1] или <ul style="list-style-type: none"> • Левифлоксацин, 500 мг внутрь 1 раз в сутки, ± метронидазол, 500 мг внутрь 2 раза в сутки, 14 дней [В-2] По предварительным данным, левофлоксацин столь же эффективен, как офлоксацин, но может назначаться один раз в сутки
------------------------------------	---

Схема Б [А-2]³⁶⁹	<ul style="list-style-type: none"> • Цефтриаксон, 250 мг в/м однократно, + доксициклин, 100 мг внутрь 2 раза в сутки 14 дней, ± метронидазол, 500 мг внутрь 2 раза в сутки 14 дней <p>или</p> <ul style="list-style-type: none"> • Цефотаксим, 500 мг в/м однократно, + доксициклин, 100 мг внутрь 2 раза в сутки 14 дней <p>или</p> <ul style="list-style-type: none"> • Амоксициллин/клавуланат, 625 мг внутрь 3 раза в сутки (или 1000 мг 2 раза в сутки), + доксициклин, 100 мг внутрь 2 раза в сутки, 14 дней
------------------------------------	---

Показания к госпитализации

<ul style="list-style-type: none"> • Тяжелое состояние, тошнота, рвота, температура $\geq 38^{\circ}\text{C}$ • Тубоовариальный абсцесс • Неэффективность или невозможность амбулаторного лечения • Беременность • Наличие иммунодефицита (ВИЧ-инфекция, иммуносупрессивная терапия и т. д.) • Невозможность исключить острую хирургическую патологию, например аппендицит, внематочную беременность и т. д.

Особые ситуации

Беременность

- Во время беременности, особенно во втором и в третьем триместрах, ВЗОМТ встречаются редко.
- Беременных госпитализируют для наблюдения и парентеральной терапии в связи с высоким риском осложнений для матери и плода.
- Острая боль в животе во время беременности может быть вызвана другими причинами и требует консультации специалиста.

ВИЧ-инфекция^{370,371}

- Течение ВЗОМТ при ВИЧ-инфекции может быть более тяжелым.
- При ВЗОМТ на фоне ВИЧ-инфекции возрастает риск тубоовариального абсцесса, чаще требуется хирургическое вмешательство.
- При ВИЧ-инфекции необходимо более тщательное наблюдение и более активное лечение, во многих случаях предпочтительна госпитализация. Рекомендуется консультация специалиста, имеющего опыт лечения ВИЧ-инфицированных.

Профилактика

- Первичная профилактика ВЗОМТ заключается в пропаганде здорового образа жизни, профилактике ИППП.
- Половые партнеры больных ВЗОМТ подлежат обследованию и, при наличии показаний, лечению.
- Больным и их половым партнерам объясняют, что до завершения лечения следует воздерживаться от половых контактов.

Использованная литература

- ³⁵⁷ Eschenbach DA. Epidemiology and diagnosis of acute pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 1980; 55(suppl 5):142S–152S.
- ³⁵⁸ Aral SO, Mosher WD, Cates W Jr. Self-reported pelvic inflammatory disease in the United States, 1988. *JAMA* 1991; 266:2570–2573.
- ³⁵⁹ Westrom L, Joesoef MJ, Reynolds G, Hagdu A, Thompson SE. Pelvic inflammatory disease and fertility. A cohort study of 1,844 women with laparoscopically verified disease and 657 control women with normal laparoscopic results. *Sex Transm Dis* 1992; 19:185–192.
- ³⁶⁰ Kahn JG, Walker CK, Washington AE, Landers DV, Sweet RL. Diagnosing pelvic inflammatory disease: a comprehensive analysis and considerations for developing a new model. *JAMA* 1991; 266:2594–2604.
- ³⁶¹ Wolner-Hanssen P. Diagnosis of pelvic inflammatory disease. In: Landers DV, Sweet RL, eds. *Pelvic Inflammatory Disease*. New York, NY: Springer-Verlag, 1997, pp. 60–75.
- ³⁶² Ness RB, Soper DE, Holley RL et al. Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: results from the Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health (PEACH) Randomized Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:929–937.
- ³⁶³ Walker CK, Kahn JG, Washington AE, Peterson HB, Sweet RL. Pelvic inflammatory disease: meta-analysis of antimicrobial regimen efficacy. *J Infect Dis* 1993; 168:969–978.
- ³⁶⁴ Sweet RL, Schachter J, Landers DV, Ohm-Smith M, Robbie MO. Treatment of hospitalized patients with acute pelvic inflammatory disease: comparison of cefotetan plus doxycycline and cefoxitin plus doxycycline. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158:736–741.
- ³⁶⁵ Ness RB, Soper DE, Holley RL et al. Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: results from the Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health (PEACH) Randomized Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:929–937.
- ³⁶⁶ Bevan CD, Ridgway GL, Rothermel CD. Efficacy and safety of azithromycin as monotherapy or combined with metronidazole compared with two standard multidrug regimens for the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *J Int Med Res* 2003; 31:45–54.
- ³⁶⁷ Matsuda S. Clinical study of levofloxacin (LVFX) on the infectious diseases in the field of obstetrics and gynecology. *Chemotherapy* 1992; 40:311–323.
- ³⁶⁸ Walker CK, Workowski KA, Washington AE, Soper D, Sweet RL. Anaerobes in pelvic inflammatory disease: implications for the Centers for Disease Control and Prevention's guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *Clin Infect Dis* 1999; 28(suppl 1):S29–S36.
- ³⁶⁹ Peipert JF, Sweet RL, Walker CK, Kahn J, Reilly-Gauvin K. Evaluation of ofloxacin in the treatment of laparoscopically documented acute pelvic inflammatory disease (salpingitis). *Infect Dis Obstet Gynecol* 1999; 7:138–144.
- ³⁷⁰ Arredondo JL, Diaz V, Gatian H et al. Oral clindamycin and ciprofloxacin versus intramuscular ceftriaxone and oral doxycycline in the treatment of mild-to-moderate pelvic inflammatory disease. *Clin Infect Dis* 1997; 24:170–178.
- ³⁷¹ Korn AP, Landers DV, Green JR, Sweet RL. Pelvic inflammatory disease in human immunodeficiency virus-infected women. *Obstet Gynecol* 1993; 82:765–768.

Воспалительные заболевания шейки матки

ИППП могут вызвать воспаление шейки матки — цервицит.

Классификация по МКБ-10: N72 — Воспалительные заболевания шейки матки.

Этиология

Воспалительный процесс шейки матки может быть обусловлен гонококковой, хламидийной, трихомонадной и герпетической инфекциями. Однако в большинстве случаев при цервиците не удается установить этиологию заболевания. Немногочисленные данные свидетельствуют, что причинами цервицита могут быть также *M. genitalium* и микроорганизмы, ассоциированные с бактериальным вагинозом^{372,373,374}. Определенную роль могут играть нарушения микробиоценоза влагалища, связанные с использованием различных активных веществ.

Клиническая картина

Чаще всего цервицит протекает субъективно бессимптомно, однако некоторые женщины жалуются на выделения из половых путей, межменструальные и/или посткоитальные кровянистые выделения. Могут отмечаться тянущие боли в нижней части живота.

Диагностика

Гинекологическое обследование

Для цервицита характерны:

- гнойные или слизисто-гнойные выделения из наружного зева цервикального канала, визуализируемые при осмотре шейки матки или полученные при взятии клинического материала из канала;
- появление кровянистых выделений даже при осторожном зондировании цервикального канала.

Лабораторное обследование

- Лейкоцитоз в клиническом материале с шейки матки (10 лейкоцитов и более) при отсутствии симптомов вагинита. Лейкоцитоз в сочетании со слизисто-гнойными выделениями особенно характерен для хламидийного или гонококкового цервицита³⁷⁵.
- При цервиците необходимо обследование на ИППП — хламидийную и гонококковую инфекции и трихомониаз высокочувствительными методами. Признаками хламидийной и гонококковой инфекций могут быть лейкоцитоз в вагинальном экссудате при отсутствии трихомонад и других возбудителей^{376,377}.
- У женщин с цервицитом необходимо проводить исследование микробиоценоза влагалища.
- Несмотря на то что генитальный герпес ассоциирован с цервицитом, использование специфических методов диагностики (культуральных и серологических) нецелесообразно.

Лечение

Выбор лечения определяется этиологией воспалительного процесса. При невозможности обследования и наличии показаний проводится эмпирическая терапия:

- Азитромицин, 1 г внутрь однократно

или

- Доксициклин, 100 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней

При высоком уровне заболеваемости гонореей в регионе и/или высоком индивидуальном риске этого заболевания рекомендуется лечение (см. соответствующие разделы).

При исключении ИППП и отсутствии изменений в микробиоценозе влагалища у пациенток с хроническим цервицитом разрабатываются индивидуальные алгоритмы наблюдения и лечения.

Лечение сексуальных партнеров

Лечение сексуальных партнеров женщин с цервицитом должно быть этиотропным. При выявлении хламидиоза, гонореи, трихомониаза целесообразно уведомление половых партнеров, их обследование и лечение. С целью профилактики реинфекции на время лечения (семь дней, независимо от длительности терапии) рекомендуется избегать сексуальных контактов.

Специальные рекомендации

ВИЧ-инфекция

ВИЧ-инфицированные женщины с симптомами цервицита могут получать такое же лечение, как и ВИЧ-негативные. При цервиците резко повышается содержание вируса в отделяемом из половых путей. Лечение цервицита у ВИЧ-позитивных пациенток снижает риск заражения сексуальных партнеров³⁷⁸.

Использованная литература

³⁷² Manhart LE, Critchlow CW, Holmes KK et al. Mucopurulent cervicitis and *Mycoplasma genitalium*. J Infect Dis 2004; 187:650–657. Erratum in J Infect Dis 2004; 190:866.

³⁷³ Schwebke JR, Weiss HL. Interrelationships of bacterial vaginosis and cervical inflammation. Sex Transm Dis 2002; 29:59–64.

³⁷⁴ Marrazzo JM, Wiesenfeld HC, Murray PJ et al. Risk factors for cervicitis among women with bacterial vaginosis. J Infect Dis 2006; 193:617–664.

³⁷⁵ Marrazzo JM, Handsfield HH, Whittington WLH. Predicting chlamydial and gonococcal cervical infection: implications for management of cervicitis. Obstet Gynecol 2002; 100:579–584.

³⁷⁶ Steinhandler L, Peipert JF, Heber W, Montagno A, Cruickshank C. Combination of bacterial vaginosis and leukorrhea as a predictor of cervical chlamydial or gonococcal infection. Obstet Gynecol 2002; 99:603–607.

³⁷⁷ Geisler WM, Yu S, Venglarik M, Schwebke JR. Vaginal leucocyte counts in women with bacterial vaginosis: relation to vaginal and cervical infections. Sex Transm Infect 2004; 80:401–405.

³⁷⁸ McClelland RS, Wang CC, Mandalia K et al. Treatment of cervicitis is associated with decreased cervical shedding of HIV-1. AIDS 2001; 15:105–110.

Урогенитальные синдромы и заболевания у мужчин, требующие обследования на ИППП

Эпидидимит

Определение

Эпидидимит — воспаление придатка яичка. Эпидидимоорхит — одновременное воспаление придатка и яичка. Различают острый и хронический эпидидимит. Острый эпидидимит имеет острое начало и характеризуется преимущественно односторонним поражением: боль в мошонке, отек и болезненность придатка яичка и семявыносящего протока. Иногда появляются гиперемия и отек кожи в области придатка.

Классификация по МКБ-10: N45 — Орхит и эпидидимит.

Этиология

- Эпидидимит чаще всего имеет инфекционную этиологию. У мужчин моложе 35 лет две трети случаев эпидидимита обусловлены ИППП (в 47% случаев — *Chlamydia trachomatis*, в 20% — *Neisseria gonorrhoeae*); в возрасте старше 35 лет 75% случаев обусловлено бактериями семейства *Enterobacteriaceae* и *Pseudomonas spp.* (*Chlamydia trachomatis* и *Neisseria gonorrhoeae* выделяют редко).
- У детей и молодых мужчин следует исключить неинфекционную этиологию заболевания (травму, перекрут яичка и опухоль). Перекрут яичка требует немедленного хирургического лечения, в противном случае возможен инфаркт яичка.
- Развитие эпидидимита, как правило, обусловлено распространением инфекции из уретры или мочевого пузыря.

Таблица 60

Этиология эпидидимита в зависимости от возраста^{379,380}

Возраст	Этиология
Дети	<ul style="list-style-type: none">• Часто: энтеробактерии, <i>Pseudomonas aeruginosa</i>• Редко: гематогенное распространение из других источников инфекции• Предрасполагающие факторы: аномалии мочеполовой системы
Мужчины моложе 35 лет	<ul style="list-style-type: none">• Часто: <i>Chlamydia trachomatis</i>, <i>Neisseria gonorrhoeae</i>• Редко: энтеробактерии, <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, <i>Mycobacterium tuberculosis</i>• Предрасполагающие факторы: уретрит, вызванный ИППП• Энтеробактерии — частая причина эпидидимита у мужчин, практикующих анальные половые контакты без презерватива
Мужчины старше 35 лет	<ul style="list-style-type: none">• Часто: энтеробактерии, <i>Pseudomonas aeruginosa</i>• Редко: <i>Chlamydia trachomatis</i>, <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, <i>Mycobacterium tuberculosis</i>• Предрасполагающие факторы: структурно-функциональные изменения органов мочеполовой системы, хронический бактериальный простатит

Клиническая картина

- Односторонняя болезненность в области яичка, которая постепенно нарастает, — основная жалоба при остром эпидидимите; болезненность при пальпации яичка.
- Пальпируемое увеличение придатка яичка.
- Выделения из мочеиспускательного канала.

- Гидроцеле.
- Гиперемия и отек мошонки в области поражения.
- Симптомы интоксикации.

При ИППП эпидидимит может сопровождаться уретритом или выделениями из мочеиспускательного канала. Однако уретрит часто может протекать субъективно бессимптомно.

Всегда в первую очередь исключают перекрут яичка, поскольку он требует экстренного хирургического лечения.

На перекрут яичка указывает внезапное появление сильной боли. Перекрут яичка чаще отмечается у мужчин моложе 20 лет, но может развиваться в любом возрасте.

Диагностика

- Исключение перекрута яичка в связи с необходимостью экстренного хирургического вмешательства. Допплеровское исследование сосудов мошонки позволяет дифференцировать эпидидимит от перекрута яичка.
- Микроскопическое исследование окрашенного по Граму клинического материала из мочеиспускательного канала.
- Исследование на *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis* клинического материала из мочеиспускательного канала или мочи.
- Микроскопическое и культуральное исследование средней порции мочи.
- К пункции придатка яичка прибегают только при рецидивирующей инфекции, а также при подозрении на абсцесс придатка яичка.
- Трансректальная ультрасонография у 92% больных острым эпидидимитом позволяет выявить признаки одностороннего везикулита.

Лечение

Современные рекомендации по лечению эпидидимита приведены в таблице 61.

Таблица 61

Схемы лечения острого эпидидимита^{381,382}

Вероятный возбудитель — <i>Neisseria gonorrhoeae</i> или <i>Chlamydia trachomatis</i>	Доксициклин, 100 мг внутрь 2 раза в сутки 10—14 дней, [A-1] + цефтриаксон, 250 мг в/в однократно, [A-1] или Ципрофлоксацин, 500 мг внутрь 2 раза в сутки [A-1] (если вероятность устойчивости к фторхинолонам невысока*) 10—14 дней
Вероятный возбудитель — энтеробактерии	Офлоксацин, 200 мг внутрь 2 раза в сутки 14 дней [A-1]
* Фторхинолоны не рекомендуются, если больной проживает в районе, где частота устойчивости <i>Neisseria gonorrhoeae</i> к фторхинолонам превышает 3—5%, или имел половые контакты с лицами, проживающими в таких районах.	

Наблюдение

Оценка эффективности лечения острого эпидидимита осуществляется через 48—72 часа от начала терапии и через 3—4 недели после ее завершения с помощью клинико-лабораторного и инструментального методов обследования.

Исключение других инфекций, передаваемых половым путем

- Больным эпидидимитом, особенно в возрасте моложе 35 лет, следует рекомендовать обследование на другие ИППП, а также ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты В и С. При выявлении ИППП осуществляется обязательная регистрация (оформление экстренного извещения, форма 089/у-кв).
- Если эпидидимит вызван ИППП, половые партнеры больного, с которыми последний вступал в половые контакты на протяжении 60 суток до появления симптомов или до постановки диагноза, подлежат обследованию и лечению.

Особые случаи

- К редким причинам асептического эпидидимита относятся прием амиодарона, васкулиты, узелковый периартериит, болезнь Бехчета, геморрагический васкулит.
- О хроническом эпидидимите свидетельствуют дискомфорт или боли в мошонке, яичке или придатке яичка продолжительностью не менее 3 месяцев, если при физикальном обследовании отмечается одно- или двусторонняя болезненность придатка яичка в отсутствие отека. Хронический эпидидимит развивается после рецидивов острого эпидидимита и часто обусловлен неадекватной терапией (выбор antimicrobных препаратов, длительность лечения и т. п.). Как правило, при хроническом эпидидимите гистологически отмечаются инфильтрация ткани с лимфоцитами и плазмócитами, обширное рубцевание и окклюзия протока. Антибиотикотерапия хронического эпидидимита аналогична таковой при остром воспалительном процессе, но ее длительность составляет не менее трех недель. В ряде случаев производится эпидидимотомия. При вовлечении в воспалительный процесс яичка (орхит) проводится антибактериальная и патогенетическая терапия, при абсцессе или некрозе яичка — орхиэктомия³⁸³. Хронический эпидидимит может быть обусловлен специфическим воспалением (например, туберкулезом мочеполовой системы), часто протекает с двусторонним поражением придатков яичек.

Профилактика

- При подозрении на ИППП с больным обсуждают правила безопасной половой жизни.
- Больного следует информировать о преимуществах использования барьерных методов защиты, в том числе мужских презервативов.
- Больной и его половые партнеры должны воздержаться от половых контактов на период лечения или на 7 суток, если курсовая доза препарата соответствует однократному приему.

Использованная литература

³⁷⁹ Luzzi GA, O'Brien TS. Acute epididymitis. *BJU Int* 2001; 87:747–755.

³⁸⁰ Berger E. Acute epididymitis. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA et al, eds. *Sexually Transmitted Diseases*. 3rd ed. New York, NY: McGraw Hill, 1999, pp. 847–858.

³⁸¹ Weidner W, Schiefer HG, Garbe C. Acute nongonococcal epididymitis. Aetiological and therapeutic aspects. *Drugs* 1987; 34(suppl 1):111–117.

³⁸² Melekos MD, Asbach HW. Epididymitis: aspects concerning etiology and treatment. *J Urol* 1987; 138:83–86.

³⁸³ Nickel JC, Siemens DR, Nickel KR, Downey J. The patient with chronic epididymitis: characterization of an enigmatic syndrome. *J Urol* 2002; 167:1701–1704.

Баланопостит

Баланит/баланопостит — воспаление головки полового члена и/или крайней плоти. Заболевание может иметь инфекционную и неинфекционную этиологию (таблица 62). Классификация по МКБ-10: N481 — Баланопостит.

Таблица 62

Этиология баланопостита³⁸⁴

ИППП	<ul style="list-style-type: none"> • Вирус папилломы человека
Условно-патогенные микроорганизмы	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Candida albicans</i> • Аэробная и анаэробная микрофлора
Другие причины	<ul style="list-style-type: none"> • Псориаз • Себорейный дерматит • Плоский лишай • Пемфигус • Интраэпителиальная неоплазия полового члена • Лейкоплакия • Плазмоцитарный баланопостит • Эритроплазия Кейра • Аллергические баланиты

Факторы риска:

- Сахарный диабет.
- Удлинение крайней плоти.
- Нарушение гигиены половых органов.

Таблица 63

Клиническая картина и лечение баланопоститов в зависимости от этиологии^{384,385, 386}

Возбудитель	Симптомы	Диагностика	Лечение
Вирус папилломы человека	Диффузная эритема, экзофитные образования	Определение и типирование папилломавируса человека. Гистопатологические признаки в биоптате	Подофиллотоксин, 0,15% мазь 2 раза в сутки 3 дня, затем перерыв 4 дня, общая продолжительность лечения не должна быть более 6 недель
<i>Candida spp.</i>	Пятнистая эритема с небольшими папулами и эрозиями или сухие, бледно-красные блестящие папулы; зуд и/или болезненный дискомфорт в области поражения	Микроскопическое и культуральное исследование препуциального мазка. Анализ мочи на глюкозу	Клотримазол, 1% мазь 2 раза в сутки 3 дня, или Миконазол, 2% мазь 2 раза в сутки 3 дня, или Эконазол, 1% мазь 2 раза в сутки 3 дня <i>Особые ситуации</i> Выраженное воспаление: к имидазолу добавляют гидрокортизон, 1% мазь Длительное течение заболевания или диабет: флуконазол, 150 мг внутрь однократно

Возбудитель	Симптомы	Диагностика	Лечение
Анаэробный: эрозивный бактериальный баланит	Препуциальный отек, гнойные выделения из препуция, под- кожные эрозии. Паховый лимфа- денит	Микроскопиче- ское исследо- вание в тем- ном поле для исключения <i>Treponema</i> <i>pallidum</i> . Микроскопиче- ское исследо- вание с окра- ской по Граму. Культуральное исследование	Метронидазол, по 400 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней <i>Альтернативные схемы:</i> Амоксициллин/клавуланат, 375 мг внутри 3 раза в сутки в течение 7 дней Клиндамицин, мазь 2 раза в сутки на очаги поражения до разрешения кли- нических симптомов
Аэробный: наиболее час- то <i>Streptococcus</i> <i>pyogenes</i> , <i>Staphylococcus</i> <i>auerus</i>	Симптомы варь- ируют от легкой эритемы до вы- раженных тре- щин и отечности	Культуральное исследование	Зависит от чувствительности выде- ленного возбудителя. Возможное на- значение: Эритромицин, 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней

Тактика ведения

Через один месяц проводится оценка эффективности терапии. Всем пациентам с баланопоститами должно быть рекомендовано соблюдение личной гигиены.

Использованная литература

³⁸⁴ Edwards S. Balanitis and balanoposthitis: a review. *Genitourin Med* 1996; 72:155–159.

³⁸⁵ Carrilo-Munoz AJ, Tur C, Torres J. In-vitro antifungal activity of sertaconazole, bifonazol, ketokenazol and miconazole against of the *Candida* genus. *J Antimicrobialther* 1996; 37:815–819.

³⁸⁶ Ewart Cree G, Willis AT, Phillips KD. Anaerobic balanoposthitis. *BMJ* 1982; 284:859–860.

Простатит

Продолжается дискуссия о роли инфекций, передаваемых половым путем, в патогенезе простатита. Возможно развитие простатита при гонококковой и трихомонадной инфекциях. Кроме того, симптомы воспаления предстательной железы аналогичны симптомам ИППП, поэтому раздел, посвященный простатиту, включен в данное Руководство.

Классификация простатита по МКБ-10: N41 — Простатит.

Этиология

Таблица 64

Этиология простатита³⁸⁷

Тип простатита	Этиология
Тип I: острый бактериальный простатит	Самый частый возбудитель: <i>Escherichia coli</i> , реже — <i>Proteus spp.</i> , <i>Providencia spp.</i> Более редкие: <i>Klebsiella spp.</i> , <i>Pseudomonas spp.</i> , <i>Serratia spp.</i> , <i>Enterobacter spp.</i> Редкие: <i>Enterococcus spp.</i> Роль грамположительных бактерий остается неясной, но, по-видимому, они редко вызывают бактериальный простатит
Тип II: хронический бактериальный простатит	В основном те же возбудители, что и при типе I
Тип IIIA: синдром хронической тазовой боли, воспалительная форма	Неизвестна. Возможно, этот синдром обусловлен инфекцией, вызванной <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> или вирусами, но большинство исследований не подтверждают эту точку зрения
Тип IIIB: синдром хронической тазовой боли, невоспалительная форма	Неизвестна. В качестве возможного объяснения рассматривается асинергия детрузора и сфинктера мочеиспускательного канала (простатит напряжения) и напряжение мышц тазового дна
Тип IV: бессимптомный простатит	Неизвестна

Эпидемиология

По некоторым оценкам, в течение жизни симптомы простатита возникают у половины мужчин, причем во многих случаях сохраняются длительно.

Таблица 65

Эпидемиология простатита³⁸⁸

Тип простатита	Клиническая картина	Относительная частота, %
Тип I: острый бактериальный простатит	Острое заболевание	1—5
Тип II: хронический бактериальный простатит	Рецидивирующие инфекции мочевых путей	5—10

Тип простатита	Клиническая картина	Относительная частота, %
Тип IIIА: синдром хронической тазовой боли, воспалительная форма	Дискомфорт или боль в области таза не менее 3 месяцев	40—65
Тип IIIБ: синдром хронической тазовой боли, невоспалительная форма	Дискомфорт или боль в области таза не менее 3 месяцев	20—40
Тип IV: бессимптомный простатит	Бессимптомное течение. Обнаруживается при обследовании по поводу других заболеваний	Неизвестна

Клиническая картина

Таблица 66

Клиническая картина в зависимости от типа простатита

Тип простатита	Клиническая картина
Тип I: острый бактериальный простатит	<ul style="list-style-type: none"> Лихорадка, озноб, боль в нижней части спины, прямой кишке или промежности, в большинстве случаев — дизурия При пальцевом ректальном исследовании предстательная железа отечная, плотная, горячая и очень болезненная Массаж предстательной железы противопоказан, поскольку он очень болезнен и может вызвать бактериемию
Тип II: хронический бактериальный простатит	<ul style="list-style-type: none"> Часто проявляется инфекциями мочевых путей, которые рецидивируют, несмотря на антимикробную терапию Возможны дизурия, боль при эякуляции, гемоспермия, боль в тазу или в области половых органов Иногда протекает бессимптомно Физикальное исследование обычно без особенностей
Тип IIIА: синдром хронической тазовой боли, воспалительная форма	<ul style="list-style-type: none"> Жалобы, аналогичные тем, что свойственны типу II Дизурия, как правило, отсутствует Основные жалобы: хроническая тазовая боль (в промежности, области яичек, полового члена, в нижней части живота, при эякуляции) Физикальное обследование обычно без особенностей
Тип IIIБ: синдром хронической тазовой боли, невоспалительная форма	<ul style="list-style-type: none"> Жалобы, аналогичные тем, что свойственны типу II Дизурия, как правило, отсутствует Основные жалобы: хроническая тазовая боль (в промежности, области яичек, полового члена, в нижней части живота, при эякуляции) Частые жалобы: учащенное мочеиспускание, затрудненное начало мочеиспускания, прерывистое мочеиспускание, вялая струя, выделение мочи по каплям Симптомы могут усиливаться после полового акта Физикальное исследование обычно без особенностей
Тип IV: бессимптомный простатит	<ul style="list-style-type: none"> Протекает бессимптомно

Диагностика³⁸⁹

- Наиболее точный метод диагностики простатита — биопсия предстательной железы, но она обычно не требуется.
- В основе дифференциальной диагностики между разными типами простатита лежит так называемая четырехстаканная проба.
- Данная проба имеет определенные недостатки, а информативность ее изучена недостаточно.
- Более простая, двухстаканная проба, по-видимому, не менее чувствительна и специфична, чем четырехстаканная. При двухстаканной пробе исследуются порции мочи до и после массажа предстательной железы (эти порции соответствуют второй и третьей порциям мочи при четырехстаканной пробе; см. ниже).
- В отсутствие симптомов уретрита исследование первой порции мочи не требуется.

Описание четырехстаканной пробы (Stamey, 1997)

Методика

- Перед проведением пробы убедиться, что у больного наполнен мочевого пузырь.
- обнажить головку полового члена, отведя крайнюю плоть.
- обработать головку полового члена водой с мылом или повидон-йодом.
- Собрать первые 10 мл мочи в емкость, помеченную ПМ1.
- Следующие 100 мл мочи пропустить, а затем собрать еще 10 мл мочи (средняя порция) в емкость, помеченную ПМ2.
- Помассировать предстательную железу и собрать ее секрет в емкость, помеченную СПЖ.
- Собрать первые 10 мл мочи после массажа предстательной железы в емкость, помеченную ПМ3.
- Убедиться, что все емкости сразу же отправлены в лабораторию для культурального исследования с количественным определением содержания возбудителя.

Интерпретация результатов пробы

- Концентрация бактерий во всех пробах не превышает 10^3 КОЕ/мл⁻¹: диагноз бактериального простатита сомнителен.
- Наличие в третьей порции мочи или в секрете предстательной железы бактерий в концентрации как минимум на один порядок выше, чем в первой порции мочи, свидетельствует в пользу диагноза хронический бактериальный простатит.
- В первой порции мочи концентрация бактерий выше, чем в остальных порциях: наличие уретрита или контаминация микрофлорой уретры.
- Во всех порциях концентрация бактерий превышает 10^3 КОЕ/мл⁻¹: проба не информативна. В этом случае на 2—3 суток назначают антибиотик, не проникающий в предстательную железу, но действующий на верхние мочевые пути (например, ампициллин или нитрофурантоин), а затем пробу повторяют.

ПМ — порция мочи; СПЖ — секрет предстательной железы.

Лечение

Лечение острого (тип I) и хронического (тип II) бактериального простатита приведено в таблице 67.

- При остром бактериальном простатите назначают препарат, проникающий в ткань предстательной железы, не менее чем на 3—4 недели. Это позволяет избежать таких осложнений, как абсцесс предстательной железы и хронический бактериальный простатит.

- Данных о преимуществе какого-то одного фторхинолона перед остальными при остром бактериальном простатите нет, но одобрены для лечения только норфлоксацин, цiproфлоксацин и офлоксацин.
- При остром простатите в большинстве случаев антибиотики можно назначать внутрь, но иногда показано в/в введение. В последнем случае рекомендуются ампициллин и гентамицин, хотя в/в можно вводить также триметоприм/сульфаметоксазол и цiproфлоксацин (таблица 67). Применяют и другие бета-лактамы, но в этом Руководстве они не рассматриваются. В/в введение продолжают до достижения положительной динамики, а затем переходят на прием препаратов внутрь.
- При хроническом бактериальном простатите лечение продолжают не менее 4—6 недель.
- При рецидиве хронического бактериального простатита антибактериальную терапию назначают на 3 месяца.
- При неэффективности лечения больного направляют к специалисту.

Таблица 67

Эмпирическое лечение бактериального простатита

Тип простатита	Схема лечения
Тип I: острый бактериальный простатит	Триметоприм/сульфаметоксазол, 160/800 мг внутрь 2 раза в сутки 4 недели [C-2] или Офлоксацин, 400 мг внутрь 2 раза в сутки 4 недели [A-1] или Цiproфлоксацин, 500 мг внутрь 2 раза в сутки 4 недели [A-1] или Ампициллин, 1 г в/в 4 раза в сутки, + гентамицин, 5 мг/кг в/в 1 раз в сутки* 4 недели, [A-1] Иногда начинают с в/в введения препарата (в течение нескольких дней)
Тип II: хронический бактериальный простатит	Триметоприм/сульфаметоксазол, 160/800 мг внутрь 2 раза в сутки 6—12 недель [C-2] или Офлоксацин, 400 мг внутрь 2 раза в сутки 6—12 недель [A-1] или Цiproфлоксацин, 500 мг внутрь 2 раза в сутки 6—12 недель [A-1] или Доксициклин, 100 мг внутрь 2 раза в сутки 6—12 недель
* Указанные дозы относятся к больным с нормальной функцией почек. При ХПН дозу гентамицина уменьшают, а во время лечения осуществляют мониторинг за функцией почек и определяют концентрацию гентамицина в сыворотке. При улучшении состояния переходят на антибиотики для приема внутрь.	

Лечение хронической тазовой боли (простатит типа III)

Лечение простатита типа IIIА (воспалительная форма) не разработано.

- Иногда эффективна антибактериальная терапия.
- Вполне оправдан 4-недельный курс антибактериальной терапии.
- Повторные или более длительные курсы антибактериальной терапии не показаны.
- Используют и другие методы лечения, но данных об их эффективности недостаточно (нестероидные противовоспалительные средства, альфа-адреноблокаторы, финастерид, аллопуринол, пищевые добавки, массаж предстательной железы, изменение образа жизни).
- При стойких и тяжелых нарушениях мочеиспускания, особенно в пожилом возрасте, показано дополнительное обследование для исключения интерстициального цистита и рака мочевого пузыря.

Лечение простатита типа IIIБ (невоспалительная форма) изучено недостаточно.

- Помимо методов, используемых при воспалительной форме, применяют миорелаксанты, анальгетики, физиотерапию, сидячие ванны, психотропные средства, методы биологической обратной связи, релаксацию и психотерапию.

Исключение заболеваний, передаваемых половым путем

При необходимости обследуют на ИППП, особенно молодых мужчин, ведущих половую жизнь, а также больных с симптомами уретрита или выделениями из мочеиспускательного канала.

Если концентрация бактерий в первой порции мочи выше, чем в остальных порциях (см. раздел «Диагностика»), исключают уретрит.

Регистрация случаев инфекции и уведомление половых партнеров

Бактериальный простатит обычно не бывает вызван возбудителями, передаваемыми половым путем, поэтому обследование и лечение половых партнеров не требуются. При выявлении ИППП оформляется экстренное извещение (форма 089/у-кв), проводятся обследование и лечение половых партнеров.

Наблюдение

Повторное обследование проводится исходя из необходимости дополнительного обследования или оценки эффективности лечения.

Использованная литература

³⁸⁷ Litwin MS, McNaughton-Collins M, Fowler FJ Jr et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. J Urol 1999; 162:369–375.

³⁸⁸ Nickel JC. The Pre and Post Massage Test (PPMT): a simple screen for prostatitis. Tech Urol 1997; 3:38–43.

³⁸⁹ Lipsky BA. Prostatitis and urinary tract infection in men: what's new: what's true? Am J Med 1999; 106:327–334.

Приложения

Приложение 1. Консультирование по использованию презерватива

Презервативы создают механическое препятствие попаданию спермы во влагалище во время полового акта, предупреждая попадание сперматозоидов во влагалище, а также препятствуя передаче сексуальному партнеру при половом контакте возбудителей инфекций, содержащихся в сперме, на половом члене или во влагалище. Существуют мужские и женские презервативы.

Мужские презервативы

- Эффективность метода зависит от пользователя: при неукоснительном и правильном применении на 100 женщин в год приходится около 2 случаев незапланированной беременности.
- При неукоснительном и правильном применении мужские презервативы предупреждают от 80 до 95% случаев передачи ВИЧ, которые могли бы иметь место при неиспользовании данного средства профилактики. При неукоснительном и правильном применении мужские презервативы снижают риск заражения многими ИППП. Они обеспечивают надежную профилактику ИППП, распространяющихся через выделения из половых органов (ВИЧ-инфекция, гонорея и хламидиоз, сифилис, трихомоноз), и защищают от инфекций, передающихся при контакте кожных покровов (герпес, папилломавирусная инфекция).
- Используются в методах «двойной защиты».
- Существуют разные размеры, плотность, цвета, ароматы, рельефность.

Благоприятное влияние на здоровье	Установленные риски для здоровья
<p>Способствуют предупреждению:</p> <ul style="list-style-type: none">• Рисков, связанных с беременностью.• ИППП, включая ВИЧ-инфекцию и гепатиты В и С. <p>Могут способствовать профилактике:</p> <ul style="list-style-type: none">• Состояний, вызываемых ИППП: рекуррентных воспалительных заболеваний органов малого таза и хронической тазовой боли, рака шейки матки, бесплодия (мужского и женского).• Применение презервативов влечет ускоренную регрессию папилломавирусных поражений шейки матки и полового члена и более быстрое излечение.• Применение презервативов парами, в которых инфицированы оба партнера, предупреждает их заражение другими штаммами ВИЧ.	<p>Крайне редко: аллергическая реакция (у лиц, страдающих аллергией на латекс).</p>

Побочные эффекты отсутствуют. Мужскими презервативами могут безопасно пользоваться практически все, за исключением лиц, страдающих тяжелой формой аллергии на латексную резину.

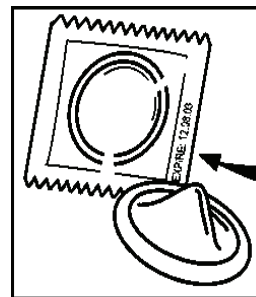
Техника пользования мужскими презервативами

Во время консультирования необходимо наглядно продемонстрировать клиенту технику надевания мужского презерватива. При этом можно воспользоваться макетом полового члена (если таковой имеется) или другим подходящим предметом.

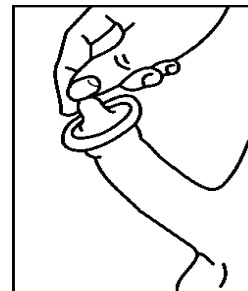


Основные этапы

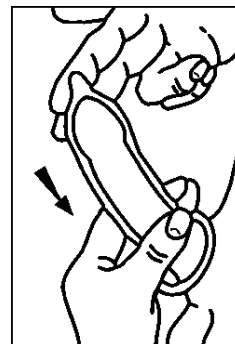
Проверьте целостность упаковки с презервативом и срок хранения. Не рекомендуется использовать презерватив, если упаковка надорвана или иным образом повреждена либо если срок годности изделия истек. Такая практика может быть допустима только в том случае, если под рукой нет другой упаковки. Осторожно вскройте упаковку, стараясь не повредить презерватив ногтями.



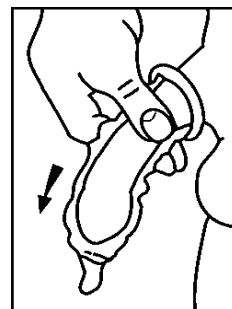
Поместите презерватив на головку эрегированного полового члена закатанной стороной наружу. Сожмите кончик презерватива (около 1 см), чтобы там не осталось воздуха.



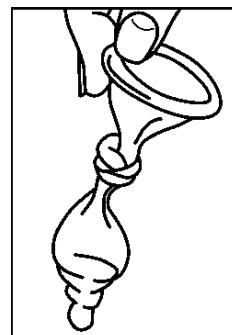
Раскатайте презерватив по всей длине эрегированного полового члена. Презерватив должен раскатываться свободно. Приложение силы при раскатывании может снизить прочность презерватива и привести к его разрыву во время полового акта. Если раскатывание презерватива происходит с трудом, это может означать, что он надет наизнанку, поврежден либо его срок годности истек. Снимите презерватив и наденьте новый. Если презерватив оказался надетым наизнанку, а новой упаковки под рукой не имеется, выверните изделие и раскатайте его по всей длине полового члена.



Сразу после эякуляции захватите ободок презерватива пальцами и извлеките половой член из влагалища до того, как начнет спадать эрекция. Снимите презерватив, стараясь не пролить его содержимое.



Свяжите узлом использованный презерватив, чтобы не пролить его содержимое, и выбросьте в мусорное ведро.



Правила пользования презервативами

В целях максимальной защиты рекомендуется надевать презерватив до любого генитального, орального или анального контакта.

При каждом половом акте следует использовать новый презерватив, при повторном половом акте или переходе от одного вида сексуального контакта к другому следует надевать новый презерватив.

Не используйте смазки, содержащие масла, т. к. они могут разрушить материал презерватива.

Храните презерватив в сухом, прохладном месте.

Не используйте презерватив, если упаковка повреждена, если смазка презерватива высохла или стала липкой на ощупь.

Проблемы при использовании презервативов и их решение

Проблема	Решение
Презерватив порвался или соскользнул во время полового акта	Если презерватив порвался или есть подозрение на нарушение его целостности, используйте метод экстренной контрацепции. В случае необходимости обратитесь к врачу для обследования на ИППП и постконтактной профилактики ИППП
Уменьшение чувства полового удовлетворения	Если снижение чувствительности даже при использовании более тонких презервативов неприятно, обратитесь к врачу, чтобы выбрать другой метод
Симптомы воспаления, возникающие после использования презерватива	Исключите инфекцию. Используйте полиуретановые презервативы

Не следует использовать смазку, содержащую **ноноксиол-9**. **Ноноксиол-9 может увеличить риск заражения ВИЧ-инфекцией и другими ИППП**, поскольку способен повреждать слизистую оболочку, что облегчает проникновение возбудителей ИППП и ВИЧ. Не используйте кремы или масла, нарушающие целостность презерватива.

Женский презерватив — чехол, изготовленный из тонкой, прозрачной, мягкой пластиковой пленки. В рабочем положении он свободно выстилает стенки влагалища. Оба конца женского презерватива оснащены гибкими кольцевидными ободками. Кольцо на слепом конце презерватива облегчает введение презерватива во влагалище. Кольцо на открытом конце удерживает часть презерватива, находящуюся снаружи влагалища. На внутреннюю и наружную поверхность презерватива нанесена смазка на силиконовой основе.



- У женских презервативов имеется ряд преимуществ, в том числе: возможность введения во влагалище до полового акта; отсутствие необходимости немедленного удаления после эякуляции; преимущественный контроль со стороны женщины, хотя до определенной степени участие мужчины все же требуется (переговоры об использовании и поддержка).
- Эффективность метода зависит от пользователя. Риск наступления беременности или заражения ИППП наиболее высок в тех случаях, когда презервативы не используются при каждом половом акте. При типичном использовании на 100 женщин в год приходится около 21 случая незапланированной беременности. При неукоснительном и правильном применении на 100 женщин в год приходится около 5 случаев незапланированной беременности.
- Профилактика ВИЧ-инфекции и других ИППП: при неукоснительном и правильном использовании женские презервативы снижают риск заражения ИППП, включая ВИЧ-инфекцию, так же, как мужские.
- Используется в методах «двойной защиты».

<p>Благоприятное влияние на здоровье</p> <p>Способствуют предупреждению:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Рисков, связанных с беременностью. • ИППП, включая ВИЧ-инфекцию. • Применение презервативов парами, в которых инфицированы оба партнера, предупреждает их заражение другими штаммами ВИЧ. 	<p>Установленные риски для здоровья</p> <p>Отсутствуют.</p>
---	--

Побочные эффекты отсутствуют. Пластиковыми женскими презервативами может пользоваться практически любая женщина. Какие-либо медицинские противопоказания к применению данного метода отсутствуют.

Техника пользования женскими презервативами

Важно продемонстрировать женщине наглядно технику введения женского презерватива. При этом желательно воспользоваться макетом или рисунком (если таковые имеются) либо показать на руках.



Основные правила использования женского презерватива

Проверьте целостность упаковки с презервативом. Не рекомендуется использовать презерватив, если упаковка надорвана или повреждена либо если срок годности изделия истек. Такая практика может быть допустима только в том случае, если под рукой нет других презервативов. Перед введением презерватива нужно вымыть руки чистой водой с мылом.



1. Презерватив должен быть введен во влагалище до того, как произойдет любой физический контакт. Презерватив может вводиться во влагалище за 8 и менее часов до предполагаемого полового акта. Перед введением презерватива примите удобное положение — на корточках, с приподнятой ногой, сидя или лежа на спине. Потрите друг о друга противоположные стороны презерватива для равномерного распределения смазки. Сожмите кольцо на слепом конце презерватива с тем, чтобы оно приняло продолговатую форму.



2. Свободной рукой раздвиньте большие половые губы и найдите отверстие влагалища. Вставьте внутреннее кольцо во влагалище и осторожно продвиньте его внутрь до упора.



3. Приведите презерватив в нужное положение при помощи пальца. Внешний ободок и часть презерватива длиной около 2—3 см должны оставаться снаружи.



4. Половой член должен вводиться в отверстие презерватива и оставаться в нем на протяжении всего полового акта. Если презерватив случайно выскользнет из влагалища либо окажется протолкнутым внутрь в ходе полового акта, следует вернуть презерватив в исходное положение. После того как мужчина извлечет половой член из влагалища, следует захватить пальцами внешний ободок презерватива, перекрутить его несколько раз вокруг оси во избежание утечки содержимого и затем осторожно извлечь презерватив из влагалища. Презерватив должен быть извлечен из влагалища до того, как женщина примет вертикальное положение, для предотвращения излития спермы.



5. Заверните использованный презерватив в исходную упаковку и выбросьте ее в мусорное ведро.

**Приложение 2. Пособие по консультированию по планированию семьи.
Модель «ПОМОГИ»**

<p>П</p>	<p>Приветливость</p> <ul style="list-style-type: none"> – Представьтесь. – Попросите клиентку/пациентку представиться. – Предложите пациентке сесть. – Установите атмосферу непринужденного общения. – Дружелюбно улыбаясь клиентке/пациентке, скажите, что содержание вашего разговора останется конфиденциальным. – Спросите, желает ли она обсудить с вами вопросы планирования семьи. 	
	<p>Если пациентка выражает согласие на обсуждение:</p> <ul style="list-style-type: none"> – спросите, желает ли она, чтобы ее муж или партнер присутствовал во время консультирования; – спросите, как вы можете ей помочь. 	<p>Если пациентка отказывается от беседы:</p> <ul style="list-style-type: none"> – назначьте консультацию в иное время (после физического осмотра, после процедуры, во время повторного посещения); – дайте ей брошюру о планировании семьи.
<p>О</p>	<p>О чем расспросить клиентку</p> <ul style="list-style-type: none"> – Спросите пациентку, о чем она хотела бы поговорить в первую очередь. Если она колеблется, повторите, что весь разговор между вами останется конфиденциальным, и поощрите ее к тому, чтобы она задавала вопросы. – Для того, чтобы помочь ей осознать ее потребности, задайте следующие вопросы: <ul style="list-style-type: none"> - У Вас есть дети? Если да, то сколько? - Желаете ли вы иметь еще одного ребенка? Если да, то когда? - Сколько у вас было беременностей? - Сколько у вас было самопроизвольных и сколько искусственных абортов? – Если женщина беременна, после недавних родов или аборта, скажите ей, когда фертильность может вернуться. Объясните, что имеются методы планирования семьи, которые она может использовать, и что вы сможете помочь ей в этом. – Задайте следующий вопрос: пользовались ли вы когда-нибудь методами планирования семьи? 	
	<p>Если ответ отрицательный:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Почему вы не используете какой-либо метод планирования семьи? 	<p>Если ответ положительный:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Пользовались ли вы каким-либо методом, когда забеременели? – Если пользовались, то каким? Постарайтесь помочь ей понять, как она забеременела. – Почему вы перестали пользоваться данным методом? (В случае если она им не пользовалась, когда забеременела.)
	<ul style="list-style-type: none"> – Что вы знаете о методах планирования семьи? Что вы о них/нем слышали? – Постарайтесь исправить ошибочные представления пациентки, поощряя ее обращаться к вам с вопросами и предоставляя ей недостающую информацию. Если она выражает намерение использовать какой-либо метод планирования семьи, спросите ее о причинах ее выбора. 	
<p>М</p>	<p>Методы контрацепции</p> <ul style="list-style-type: none"> – Скажите пациентке о методах, которые она может использовать. – Используйте брошюры, плакаты и иные наглядные материалы при объяснении методов. – Поощряйте пациентку задавать вопросы. – Спросите, в каких методах она заинтересована. – Восполните пробелы в информации у пациентки (например, характеристика метода, в котором она заинтересована, механизм действия, эффективность, побочные эффекты и т. п.). 	

О	<p>О выборе метода</p> <ul style="list-style-type: none"> – Помогите пациентке оценить целесообразность различных методов планирования семьи с учетом ее состояния и потребностей в области репродуктивного здоровья/планирования семьи, о которых она сообщила на этапе «О» (О чем надо расспросить клиента). – Спросите пациентку, какой метод она желает использовать. – Напомните пациентке о том, что она также должна учитывать выбор, который может сделать ее муж/партнер. – Если пациентка останавливает свой выбор на каком-либо методе, убедитесь в том, что он не имеет медицинских противопоказаний (например, высокое давление, сахарный диабет, заболевания печени и т. п.). Если существуют какие-либо противопоказания, объясните, почему ей не следует использовать данный метод, и помогите ей сделать выбор из числа иных соответствующих методов. – Спросите, осталось ли что-либо непонятным, и повторите информацию, если это необходимо. Если она все еще не решается сделать выбор, дайте ей брошюры, посоветуйте поговорить с мужем/партнером и назначьте время повторного посещения.
Г	<p>Главное — объяснить, как пользоваться методом</p> <ul style="list-style-type: none"> – Объясните пациентке, как пользоваться методом, и попросите ее повторить, что она поняла из объяснения. – Опишите возможные побочные эффекты и признаки осложнений. – Скажите, когда она должна прийти на повторный прием. – Сообщите ей о том, где она может пополнить запас контрацептивов (при использовании оральных препаратов, презервативов, инъекций). – Предоставьте пациентке контрацептивы в соответствии с выбранным методом. – Если пациентка выбрала метод, который отсутствует в данном лечебном учреждении, направьте ее в соответствующее медицинское учреждение. – Если пациентка продолжает испытывать затруднения с выбором метода, дайте ей брошюры, посоветуйте поговорить с мужем/партнером и назначьте время повторного посещения.
И	<p>Информация о повторном визите</p> <ul style="list-style-type: none"> – Сообщите пациентке, когда ей следует прийти на повторный визит и, при необходимости, назначьте дату и время посещения. – Подчеркните, что она может вновь обратиться в клинику в любое время, если у нее возникнут проблемы.

Приложение 3. Информирование пациента с ИППП о необходимости обследования его партнеров

Информация для пациента при обследовании на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и вирусы гепатитов В и С

К инфекциям, которые передаются половым путем, относятся: сифилис, гонококковая инфекция (гонорея), хламидийная инфекция (хламидиоз), трихомониаз, аногенитальная герпетическая инфекция и папилломавирусная инфекция (аногенитальные бородавки), ВИЧ-инфекция и гепатиты В и С, а также некоторые другие инфекции. ВИЧ и вирусы гепатитов передаются также через кровь.

Важно обследовать всех, с кем был сексуальный контакт и/или кто был в контакте с кровью пациента с ИППП, ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом.

- Сексуальный контакт: незащищенный секс (без использования презерватива) — вагинальный, анальный и/или оральный.
- Контакт с кровью при использовании общих шприцев, игл, бритвенного станка, при проведении пирсинга, нанесении татуировок и в некоторых других ситуациях.

Обследование проводится для:

- предупреждения распространения инфекции (люди часто не знают о наличии у них инфекции и могут инфицировать других);
- предупреждения осложнений этих инфекций.

Если у вас будут выявлены ИППП, ВИЧ или вирусы гепатитов, мы попросим вас назвать людей, бывших с вами в половом контакте или контактировавших с вашей кровью. Нам нужен их номер телефона и/или адрес для того, чтобы проинформировать и пригласить в медицинское учреждение для добровольного консультирования, обследования и, при необходимости, лечения.

Обсудите с вашим врачом, кого из этих людей вы проинформируете сами, а с кем свяжется наш медицинский работник. Он деликатно проинформирует этих людей о возможности наличия у них инфекции. Если вы не хотите, то медицинский работник не будет называть вашего имени.

Сбор и хранение медицинской информации, а также официальная отчетность в нашем учреждении конфиденциальны и соответствуют требованиям законодательства. Сотрудники нашего учреждения несут административную и уголовную ответственность за сохранение врачебной тайны.

Адрес нашего учреждения _____

Телефон _____

Врач _____

Время работы _____

Где еще может быть предоставлена помощь

Приложение 4. Приказ Минздрава об утверждении инструкции по заполнению отчетной формы

ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ от 31 декабря 2003 г.
№ 651 ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ОТЧЕТНОЙ ФОРМЫ № 34

В целях унификации подходов к заполнению отчетной формы государственного статистического наблюдения № 34 "Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми кожными болезнями и чесоткой", утвержденной Постановлением Госкомстата России от 07.10.2003 № 88 "Об утверждении формы федерального государственного статистического наблюдения для организации Минздравом России статистического наблюдения за заболеваемостью населения"

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить инструкцию по заполнению отчетной формы № 34 "Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми кожными болезнями и чесоткой" (приложение).

2. Инструкцию по заполнению отчетной формы № 34 "Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми кожными болезнями и чесоткой" ввести в действие с 01.01.2004.

3. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра Р.А.Хальфина.

Министр
Ю.Л.ШЕВЧЕНКО

Приложение
УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 31.12.2003 г. N 651

ИНСТРУКЦИЯ ПО СОСТАВЛЕНИЮ ОТЧЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО СТАТИСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ФОРМЫ № 34 "СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, ГРИБКОВЫМИ КОЖНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ И ЧЕСОТКОЙ"

(Утверждена Постановлением Госкомстата России
от 07.10.2003 № 88)

Сведения по форме № 34 составляются кожно-венерологическими диспансерами, научно-исследовательскими кожно-венерологическими институтами, имеющими консультативно-диагностические отделения, женскими консультациями, акушерско-гинекологическими, урологическими отделениями (кабинетами), другими учреждениями здравоохранения независимо от ведомственной принадлежности и частнопрактикующими врачами, имеющими лицензию, которые осуществляют лечение и наблюдение больных заболеваниями, передаваемыми половым путем (ИППП), грибковыми кожными заболеваниями и чесоткой. Районные кожно-венерологические диспансеры, городские диспансеры, на которые возложены функции районных, сельские районные больницы, на которые возложены функции диспансеров, включают в отчет сведения о больных, находящихся под их непосредственным наблюдением, а также о всех больных, лечившихся по поводу этих заболеваний в районных и участковых больницах (амбулаториях), на фельдшерско-акушерских пунктах, то есть о всех больных, лечение которых осуществляется на уровне района.

Учреждения, имеющие в своем составе женские консультации, кожно-венерологические, акушерско-гинекологические, урологические кабинеты, составляют один отчет по форме 34, включая в него сведения о больных, наблюдаемых дерматовенерологами, акушерами-гинекологами и урологами.

В отчет включаются сведения о всех больных (независимо от их ведомственной и территориальной принадлежности и гражданства), лечившихся и наблюдавшихся в лечебно-профилактических учреждениях, представляющих данную форму. Сведения о больных, обратившихся за консультацией, но состоящих под диспансерным наблюдением в других лечебно-профилактических учреждениях, включаются в отчет того учреждения, которое осуществляет лечение и наблюдение за больным.

Отчет о контингентах составляется по данным "Медицинской карты больного венерическим заболеванием" - ф. 065/у, "Медицинской карты больного грибковым заболеванием" - ф. 065-1/у и учетной формы № 089/УКВ, утвержденной приказом МЗ РФ № 403 от 12.08.03 г.

Перед составлением отчета необходимо проверить качество и полноту заполнения медицинской документации на больных, находящихся под наблюдением в течение года, в том числе и на больных, снятых с учета по любым причинам (выбывших, умерших, излеченных и т.д.), исключить дублирующие экземпляры.

Заполнение формы

Таблица 2100 "Контингенты больных данного учреждения"

В таблице представлены сведения о числе больных, состоящих на диспансерном учете в данном учреждении.

В графе 4 показывается число больных, состоящих на начало отчетного года, т. е. это тот контингент, который наблюдался и лечился в данном ЛПУ в предыдущие годы.

В графы с 5 по 7 "Всего взято на учет в отчетном году" включаются сведения о числе больных, взятых на учет в течение отчетного года:

- графа 5 "Всего" - это число больных с вновь установленным диагнозом, взятых на учет в отчетном году;

- графа 6 "В том числе выявлено в кабинете анонимного обследования и лечения" - из графы 5 выделяются сведения о числе больных с вновь установленным диагнозом, выявленных в КАОЛ.

Примечание:

В строке 1 графы 5 показывается число больных всеми формами сифилиса, взятых на учет в отчетном году. Со 2 по 5 строки выделяются сведения о больных первичным, вторичным, ранним скрытым и прочих формах сифилиса, расшифровка которых дается в подтабличной строке 2101 п.п. 1-8.

В случае реинфекции сведения о больном показываются в 5-й графе таблицы 2100, то есть как о вновь выявленном больном.

В целях исключения дублирования сведений необходимо снять данного больного с учета по первому диагнозу и показать в подтабличной строке 2102 п. 2. "Снято с учета по окончании лечения и наблюдения".

В графе 7 показываются сведения о числе больных, взятых на учет в отчетном году с ранее установленным диагнозом:

- состоявших под наблюдением данного учреждения (это "оторвавшиеся" от ЛПУ, а в отчетном году вновь привлеченные к лечению (наблюдению);

- переведенных из других учреждений.

Сюда не включаются больные, состоявшие на учете данного учреждения на начало года (из гр. 4).

В графе 8 "Состоит больных на конец отчетного года" показывается весь контингент больных, состоящих на учете на 31 декабря отчетного года.

Примечание:

Правильность заполнения графы 8 строки 1 (сифилис - все формы) можно проверить следующим образом: если к числу больных, состоявших на учете на начало отчетного года (гр. 4 стр. 1), прибавить число вновь взятых на учет больных (гр. 5 стр. 1 + гр. 7 стр. 1) отчетного года, вычесть число больных, снятых с учета в отчетном году (подтабличная строка 2102 пункт 1 - "снято с учета в отчетном году больных сифилисом"), то полученное число должно быть равно числу больных, показанных в строке 1-й графы 8 "Состоит больных на конец отчетного года".

В подтабличной строке - код 2101 "Из числа больных, взятых на учет с вновь установленным диагнозом прочих форм сифилиса" (из строки 05, графы 5 таб. 2100) показывается число больных: врожденным сифилисом в п.п. 1-3, сифилисом сердечно-сосудистой системы - п. 4, нейросифилисом - п. 5, др. формами позднего сифилиса с симптомами - п. 6, поздним скрытым - п. 7, скрытым неуточненным - п. 8). Сумма п.п. с 1 по 8 из 2101 равна числу, показанному в строке 05 графы 5.

Число, показанное в графе 5-й строке 1-й таб. 2100, должно равняться сумме строк (2 + 3 + 4 + 5).

В пунктах 9-11 подтабличной строки 2101 из числа вновь взятых на учет строки 1 гр. 6 таб. 2100 выделяется число пролеченных в КАОЛ больных: сифилисом - п. 9, гонореей - п. 10, хламидиозом - п. 11.

В подтабличной строке 2102 показываются снятые с учета больные сифилисом: всего - п. 1, в т. ч. по окончании лечения и наблюдения - п. 2, неразысканные - п. 3, из них незакончившие лечение - 4, переведенные под наблюдение других учреждений - п. 5, умершие - п. 6, из них от данного заболевания - п. 7, в т. ч. из пункта 7 - новорожденные - п. 8.

Примечание:

1. Неразысканными (пункт 3) считать тех больных, розыски которых в течение года были безрезультатными.

2. В пункт 4 - "переведено под наблюдение других учреждений" следует включать сведения только о тех больных, на которых имеется официальное подтверждение о взятии их на учет другими учреждениями.

В подтабличной строке 2103 показывается число пролеченных больных (из числа вновь взятых на учет гр. 5): сифилисом - п. 1, гонореей - п. 2, хламидиозом - п. 3.

Таблица 2200 "Выявлено больных с ИППП и заразными кожными болезнями"

В данной таблице представлены пути выявления больных ИППП, кожными грибковыми заболеваниями и чесоткой, вновь взятых на учет данным учреждением (из гр. 5 таб. 2100).

В графах с 3 по 5 показываются больные, которые обратились в ЛПУ самостоятельно.

В графе 3 показывается число больных, выявленных при самообращении к специалистам разных профилей по поводу проявлений заболевания (высыпания, выделения), а также с целью обследования на ИППП и заразные кожные болезни во все ЛПУ, включая КВУ, женские консультации и др.

В графе 4 показывается число больных, которые обратились непосредственно в КВУ, включая дерматовенерологические кабинеты (отделения) общепрофильных ЛПУ.

В графе 5 показываются сведения о больных, выявленных при самообращении, в связи с появившейся у них информацией о заболевании полового партнера или о бытовом контакте.

Примеры самообращения:

- пациент обратился к дерматологу по поводу любых высыпаний, оказавшихся проявлением соответствующего заболевания (сифилис, микроспория, чесотка);

- мать привела девочку к акушеру-гинекологу в связи с выделениями из половых органов, оказавшихся проявлением соответствующего заболевания (гонорея, трихомоноз и т.д.);

- пациент обратился к хирургу по поводу увеличения пахового лимфоузла, оказавшегося специфическим сифилитическим паховым лимфаденитом;

- пациент обратился к урологу с жалобами урологического характера, оказавшимися проявлением гонореи, хламидиоза и т.д.;

- пациент изъявил желание обследоваться в связи с предшествовавшими эпизодами небезопасного поведения или с появившейся у него информацией о заболевании партнера. Последний случай должен быть внесен в гр. 5 "из них по контакту".

В графах с 6 по 17 показываются больные, выявленные активно специалистами разных профилей при обращении по поводу интеркуррентных заболеваний, беременности или в связи с целевыми и прочими медицинскими осмотрами.

В графах 6-11 представляются сведения о больных, выявленных активно в амбулаторно-поликлинических учреждениях. В графах 6-9 показывается число больных, выявленных активно в КВУ:

- графа 6 - выявлено "Всего" - при амбулаторном обращении по поводу интеркуррентных заболеваний и при обследовании по контакту:

в том числе:

- графа 7 - при обращении по поводу интеркуррентных заболеваний;

- графа 8 - как контакты больных (показываются сведения о больных, которые были выявлены как контакты больных, зарегистрированных данным учреждением, а также выявленные по поручениям других учреждений);

- в графу 9 выделяются (из гр. 8) больные, выявленные по поручениям других учреждений.

В графах 10 и 11 показываются больные, выявленные активно в амбулаторно-поликлинических учреждениях общей лечебной сети специалистами всех профилей, включая акушеров-гинекологов.

- в графе 10 - больные, выявленные специалистами разных профилей (кроме дерматовенерологов) при обращении по поводу интеркуррентных заболеваний или беременности;

- в графе 11 выделяются больные, выявленные акушерами-гинекологами при обращении по поводу интеркуррентных заболеваний или беременности (в т. ч. ее прерывания).

В графах 12 и 13 показываются больные, выявленные в стационарах всех профилей (включая дерматовенерологические койки) при госпитализации по поводу интеркуррентных заболеваний, осложнений беременности, ее прерывания или родов;

- в графу 13 выделяются сведения о больных, выявленных в стационарах акушерско-гинекологического профиля.

В графах с 14 по 17 показывается число больных, выявленных при различных видах медицинских осмотров:

- при периодических осмотрах декретированного контингента (гр. 14);

- при поступлении на работу (гр. 15);

- при обследовании доноров (гр. 16);

- при прочих целевых осмотрах (гр. 17), включающих осмотры по социальным показаниям (для определения в дома ребенка, детские дома, дома престарелых и интернаты и пр.), в военкомате, шоферской комиссии, при контроле излеченности сифилиса и гонореи и т. д.

Примечание:

Контроль правильности заполнения каждой строки в таблице 2200: сумма граф 3, 6, 10, 12, 14, 15, 16 и 17 должна равняться графе 5 таблицы 2100 соответствующего диагноза.

В строке 1 таб. 2200 по всем графам показывается число больных всеми формами сифилиса, в строках со 2 по 5 первичный, вторичный, ранний скрытый и прочие формы сифилиса, поэтому сумма строк 2, 3, 4, 5 должна быть равна строке 1.

В подтабличной строке 2201 - выделяются сведения (из таб. 2200 гр. 10 стр. 1) о больных сифилисом, выявленных в амбулаторно-поликлинических учреждениях специалистами разных профилей: урологами (п. 1), педиатрами (п. 2), наркологами (п. 3), неврологами (п. 4) и т. д.

Контроль: графа 10 таблицы 2200 равна сумме графы 11 таблицы 2200 + 1, 2, 3, 4, 5, 6 подстроочника 2201.

В подтабличной строке 2202 - выделяются сведения (из таб. 2200 гр. 12, стр. 1) о больных сифилисом, выявленных в стационарах всех профилей, с указанием профиля коек, на которых выявлены больные.

Контроль: графа 12 таблицы 2200 равна сумме графы 13 таблицы 2200 + 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 подстроочника 2202.

<*> В подтабличной строке 2203 показываются сведения о числе беременных с вновь установленным диагнозом сифилиса, диагноз которым был установлен в отчетном году, с указанием срока беременности на момент установления диагноза.

В подтабличной строке 2204 показываются сведения об исходах беременности (из строки 2203 п. 1).

В подтабличной строке 2205 показывается суммарное число родивших женщин, взятых на учет с впервые установленным диагнозом сифилиса в отчетном и предыдущем годах (п. 1), из них не получивших лечения до родов (п. 2), в том числе (из п. 2) не состоявших на учете по беременности (п. 3).

В подтабличной строке 2206 показываются сведения о родивших женщинах (учтенных в строке 2205 п. 1) по месту выявления у них заболевания сифилисом.

В подтабличной строке 2207 показываются сведения о выявлении сифилиса до беременности, во время беременности, в родах из числа родивших женщин (из стр. 2205 п. 1).

В подтабличной строке 2208 п. 1 показывается число детей, родившихся в отчетном году от больных матерей (стр. 2205 п. 1), из них число мертворожденных (п. 2), а также число случаев мертворождений с морфологическим подтверждением сифилиса плода (п. 3).

В подтабличной строке 2209 показываются сведения о детях с ранним врожденным сифилисом, взятых на учет в отчетном году (2101 п. 1, 2), в зависимости от срока беременности матерей на момент установления им диагноза сифилиса.

<*> Сведения о беременных, больных сифилисом, учитываются согласно приказу Минздрава России N 291 от 30.07.01 г. "О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем".

Таблица 2300 "Обследование членов семей и контактов
заболевших, взятых на учет данным учреждением"

В таблице представлены сведения о работе по обследованию членов семей и контактов заболевших, показанных в графе 5 таблицы 2100, проделанной как данным учреждением, так и другими учреждениями по поручениям данного учреждения.

В графу 3 "Подлежало обследованию" включается общее число лиц (независимо от места их проживания), которые находились в контакте с больными (из гр. 5 табл. 2100) и должны были быть обследованы.

В графу 4 "Обследовано всего" включаются сведения о числе обследованных лиц, находившихся в контакте с больными (из гр. 5 табл. 2100).

Это могут быть члены семей заболевших, их половые партнеры, в том числе и источники заражения, а также лица, находившиеся в тесном бытовом общении с больным, т. е. пользовавшиеся общими предметами индивидуального обихода (полотенцами, мочалками, посудой и т. д.). В число обследованных включаются все лица, независимо от места их проживания.

Пример: при заболевании ребенка или сотрудника детского дошкольного учреждения сифилисом или гонореей в таблице показывается число обследованных детей и сотрудников группы, находившихся в непосредственном контакте с больным.

В графу 5 - выделяются лица из числа обследованных, бывшие в половом контакте (из гр. 4).

В графах 6-8 "Выявлено больных":

- в графу 6 - "всего" включаются сведения о больных, выявленных из числа контактов, проживающих как на данной административной территории, так и в других территориях, т. е. включаются больные, выявленные по поручению специалистов данного учреждения, но взятые на учет по месту их выявления;

- в графу 7 - выделяются из гр. 6 бывшие в половом контакте;

- в графе 8 - показывается число больных из гр. 6, выявленных по поручениям данного учреждения и взятых на учет другими учреждениями по месту их выявления.

В число подлежащих обследованию и обследованных не включаются лица, которые на момент установления диагноза больному, контактами которого они являются, уже были обследованы по тем или иным причинам.

Пример: если на момент установления диагноза мужу его жене уже ранее был установлен диагноз, то она не включается в число подлежащих обследованию и обследованных контактов.

Примечание:

Для проверки правильности заполнения графы 8 таб. 2200 и графы 6 таб. 2300 необходимо их сопоставить между собой по всем строкам, кроме стр. 2-5, так как в таб. 2200 больные распределяются в этих строках по своим диагнозам, а в таб. 2300 эти же больные распределяются по диагнозам тех лиц, контактами которых они являются, то есть в строке 2 табл. 2300 показываются больные, выявленные при обследовании контактов первичного сифилиса, независимо от установленного им диагноза; в строке 3 показываются больные, выявленные при обследовании контактов вторичного сифилиса, и так далее. При сопоставлении гр. 8 таб. 2200 и гр. 6 таб. 2300 по всем строкам (кроме 2-5) в них может оказаться полное совпадение цифр в соответствующих строках, что и происходит при отсутствии переписки с другими учреждениями по поводу контактов. Разница между гр. 8 т. 2200 и гр. 6 т. 2300 создается за счет больных, выявленных данным учреждением по поручениям других учреждений (гр. 9 таб. 2200), и за счет больных, выявленных по поручениям данного учреждения на других территориях (гр. 8 таб. 2300), поэтому разница между графами 8 и 9 таб. 2200 должна равняться разнице между графами 6 и 8 таб. 2300.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ СТАТИСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ**КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ГАРАНТИРУЕТСЯ ПОЛУЧАТЕЛЕМ ИНФОРМАЦИИ**

Нарушение порядка представления статистической информации, а равно представление недостоверной статистической информации влечет ответственность, установленную статьей 13.19 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ, а также статьей 3 Закона Российской Федерации от 13.05.92 № 2761-1 "Об ответственности за нарушение порядка представления государственной статистической отчетности"

**СВЕДЕНИЯ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОЛОВЫМ ПУТЕМ,
ГРИБКОВЫХ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ЧЕСОТКЕ**

за 20__ г.

Представляют:

областные, краевые, республиканские или другие кожно-венерологические диспансеры, по указанию вышестоящих органов здравоохранения ведущие территориальный регистр (картотеку) больших заболеваний, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми кожными заболеваниями и чесоткой и получающие с этой целью извещения о вновь выявленных заболеваниях

- органу управления здравоохранением республики, края, области, автономного округа, города федерального значения
- органы управления здравоохранением республики, края, области, автономного округа, города федерального значения
- органу государственной статистики по месту, установленному территориальным органом Госкомстата России в республике, крае, области, городе федерального значения;
- Минздраву России
- Минздрав России годовой отчет в целом по России и в разрезе субъектов Российской Федерации
- Госкомстату России

Сроки представления

5 января

 в установленные Минздравом
России сроки

25 марта

Форма № 9

 Утверждена
постановлением
Госкомстата России
от 10.09.2002 № 175

Годовая

Наименование отчитывающейся организации _____

Почтовый адрес _____

Код формы по ОКУД		Код				
1	2	отчитывающейся организации по ОКПО	вида деятельности по ОКВЭД	отрасли по ОКОНХ	территории по ОКАТО	министерства (ведомства), органа управления по ОКОГУ
1	2	3	4	5	6	7
0609379						

Наименование	Пол	№ строки	Код по МКБ X пересмотра	Всего	Число больных с вновь установленным диагнозом						из общего числа больных – сельские жители		
					в том числе в возрасте:						всего	в том числе в возрасте:	
					0 – 14 лет	15 – 17 лет	18 – 19 лет	20 – 29 лет	30 – 39 лет	40 лет и старше		0–14 лет	15–17 лет
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Сифилис – все формы из них:	М	(4/01	A 50 – A 53										
	Ж	02											
первичный	М	03	A51.0 – A51.2										
	Ж	04											
вторичный в том числе:	М	05	A 51.3, 4										
	Ж	06											
кожи и слизистых оболочек	М	07	A 51.3										
	Ж	08											
другие формы вторичного сифилиса	М	09	A 51.4										
	Ж	10											
ранний скрытый	М	11	A 51.5, 9										
	Ж	12											
Гонорея в том числе:	М	13	A 54										
	Ж	14											
осложненная	М	15	A 54.1, 2, 8, 9										
	Ж	16											
Трихомоноз	М	17	A 59.0 -										
	Ж	18	A 59.8										
Хламидиоз	М	19	A56										
	ж	20											
в том числе органов малого таза и других мочеполовых органов	М	21	A 56.1										
	Ж	22											
Герпес урогенитальный	М	23	A 60										
	Ж	24											
Аногенитальные (венерические) бородавки	М	25	A 63.0										
	Ж	26											

- (2100) Из числа больных с вновь установленным диагнозом сифилиса (стр. 01 и 02, гр.5) – больных сифилисом: ранним врожденным с симптомами (A50.0) 1 _____; ранним врожденным скрытым (A50.1, 2) 2 _____; поздним врожденным (A50.3 – 7) 3 _____, поздним сифилисом: сердечно-сосудистой системы (A52.0) 4 _____, нейросифилисом (A52.1, 2, 3) 5 _____, другими формами позднего сифилиса с симптомами (A52.7) 6 _____, поздним скрытым (A 52.8) 7 _____, скрытым неуточненным (53.0) 8 _____.
- (2101) Из других форм вторичного сифилиса (A 51.4) стр.09, 10: ранний нейросифилис 1 _____, висцеральный сифилис 2 _____.
- (2102) Из числа больных сифилисом детей от 0 до 14 лет заразились: половым путем 1 _____, в т.ч. при сексуальном насилии 2 _____, бытовым путем 3 _____.
- (2103) Число вновь зарегистрированных ИПП из ВИЧ-инфицированных (B20-23, Z21), подтвержденных СПИД-центром 1 _____.
- (2104) Из общего числа больных гонореей (стр. 13,14 гр.5) зарегистрировано больных гонофталмией (A 54.3) 1 _____, в том числе у новорожденных 2 _____.
- (2105) Число зарегистрированных случаев дерматофитозов (B 35): трихофитии 1 _____, в том числе среди детей до 14 лет включительно 2 _____; микроспории 3 _____, в том числе среди детей до 14 лет включительно 4 _____; микоза стоп и кистей (в 35.1-3) 5 _____, в том числе онихомикозов (B 35.1) 6 _____.
- (2106) Число зарегистрированных случаев чесотки (B 86) 1 _____, в том числе среди детей до 14 лет включительно 2 _____.
- (2107) Из общего числа больных сифилисом (гр. 5 стр. 1+2): жители других территорий Российской Федерации: 1 _____, жители СНГ 2 _____, иностранные граждане 3 _____, БОМЖ 4 _____, других ведомств 5 _____.

Руководитель
организации _____
(Ф.И.О.) _____ (подпись)

Должностное лицо,
ответственное за
составление формы _____
(должность) _____ (Ф.И.О.) _____ (подпись)

« ____ » _____ 20__ год
(номер контактного
телефона) _____ (дата составления
документа)

Приложение 5. Форма экстренного извещения

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ И ВВЕДЕНИИ В ДЕЙСТВИЕ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ № 089/у-кв "ИЗВЕЩЕНИЕ О БОЛЬНОМ С ВНОВЬ УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ СИФИЛИСА, ГОНОРЕИ, ТРИХОМОНОЗА, ХЛАМИДИОЗА, ГЕРПЕСА УРОГЕНИТАЛЬНОГО, АНОГЕНИТАЛЬНЫМИ БОРОДАВКАМИ, МИКРОСПОРИИ, ФАВУСА, ТРИХОФИТИИ, МИКОЗА СТОП, ЧЕСОТКИ"

ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ от 12 августа 2003 г. № 403 (Д)

В целях упорядочения учета инфекций, передаваемых преимущественно половым путем, дерматофитии и чесотки, отработки системы мониторинга за больными и эпидситуацией по данным инфекциям приказываю:

1. Утвердить учетную форму № 089/у-кв "Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки" (Приложение).

2. Учетную форму № 089/у-кв "Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки" ввести в действие с 1 сентября 2003 года.

3. Приказ Минздрава России от 07.08.2000 № 315 "Об утверждении учетной медицинской документации" считать утратившим силу.

4. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на заместителя Министра Р.А. Хальфина.

Министр
Ю.Л.ШЕВЧЕНКО

Приложение

Утверждено
Приказом Минздрава России
от 12 августа 2003 г.
№ 403

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Наименование учреждения

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
Форма № 089/у-кв
Утверждена Минздравом России

Извещение № _____ (взамен № ____ от _____)
о больном с вновь установленным диагнозом:
сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза,
герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками,
микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки

1. Ф.И.О. или код больного _____

2. Пол: м 1 | |, ж 2 | |

3. Профессия _____ 4. Дата рождения | | | | | | | | | | | |

5. Адрес фактического проживания больного: населенный пункт _____
район _____ улица _____
дом _____ корп. _____ кв. _____

6. Житель: города 1 | |, села 2 | |

7. Социальная группа: рабочий 1 | |, служащий 2 | |,

 неработающий 3 | |, учащийся 4 | |, пенсионер 5 | |,

 инвалид 6 | |, другая (указать) 7 | | _____

8. Категория больного: житель данного субъекта РФ 1 | |, другого

 субъекта РФ 2 | |, СНГ 3 | |, ВОМЖ 4 | |, контингент УИН 5 | |,

 СИЗО 6 | |, других ведомств (указать какое) 7 _____,

 иностранный гражданин 8 _____, другое 9 _____

9. Место работы и должность (для декретиров. контингента) _____

10. Детское учреждение (для детей) _____

11. Диагноз _____ Реинфекция да 1 | | нет 2 | |

Код МКБ-10 | | | | | | | |

12. Путь передачи: половой 1 | |, в т. ч. при сексуальном

 насилии 2 | |, бытовой 3 | |.

13. Наличие беременности: I триместр - 1 | |, II триместр - 2 | |,

 III триместр - 3 | |.

14. Лабораторное подтверждение: бактериоскопически 1 | |,

 серологически 2 | |, бактериологически 3 | |, другое (указать)

 4 _____

15. Место выявления заболевания: КВУ 1 | |, в т. ч. в КАОЛ 2 | |, в

 стационаре 3 | | (профиль койки _____), в

 амбулаторно-поликлиническом учреждении 4 | | (специалист _____),

 в женской консультации 5 | |, другое 6 | | (вписать) _____

16. Обстоятельства выявления: самостоятельное обращение к

 специалисту (указать к какому) _____, в т. ч. по контакту 1 | |,

активное выявление: как контакт больного 2 | |, донор 3 | |, при

периодических медицинских осмотрах 4 | |, при поступлении на

работу 5 | |, во время родов 6 | |, прочее 7 | | (указать) _____

17. Дата установления диагноза | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ф.И.О. врача, установившего диагноз _____
Подпись и печать врача _____

Оборотная сторона

Инструктивные указания

1. Извещение заполняется врачом на каждого больного с вновь установленным диагнозом ИППП и заразными кожными болезнями.
2. Извещение заполняется всеми медицинскими организациями независимо от ведомственной принадлежности, выявившими диагноз ИППП и заразные кожные болезни.
3. Нельзя вписывать два диагноза одной инфекции. Например, сифилис скрытый и сифилис висцеральный. Надо уточнить, какой диагноз является доминирующим, и указать только его.
4. В случае выявления двух инфекций у одного и того же больного, например гонореи и сифилиса, извещение заполняется на каждое заболевание отдельно.
5. При изменении диагноза внутри нозологической формы заполняется новое извещение и ему присваивается тот же номер, что и предыдущему извещению.
6. При заполнении строки 1 "Ф.И.О. или код пациента" кодом может служить номер амбулаторной карты или иной принятый в ЛПУ. Фамилию, имя, отчество проставлять при наличии заразного кожного заболевания обязательно.
7. При постановке диагноза микроспории, микоза стоп, трихофитии, фавуса указывать локализацию (волосистая часть головы, ногти, гладкая кожа и т. д.).
8. В строке 7 "Социальная группа" позиция пенсионер отмечается в случае, если он не работает, если работает и учится, то отмечается только п. 4 "учащийся".
9. Строки 12 и 13 заполняются только на больного ИППП.
10. Строка 14 "Лабораторное подтверждение" заполняется на все заболевания, за исключением чесотки и герпеса уrogenитального.
11. Заполненное извещение в 3-дневный срок направляется в территориальный кожно-венерологический диспансер.
12. Дубликат извещения на микроспорию, чесотку, трихофитию, фавус, микозы стоп передается в центр госсанэпиднадзора в 3-дневный срок по месту жительства.
13. Сведения о числе вновь выявленных больных сифилисом (все формы), гонореей передаются в центр госсанэпиднадзора 2-го числа каждого месяца суммарно.

Приложение 6. Консультирование по поводу АРВ-терапии при ВИЧ-инфекции

- Наличие вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) не означает наличие синдрома приобретенного иммунного дефицита (СПИД), однако без лечения ВИЧ повреждает иммунную систему и может вызвать СПИД.
- СПИД — наиболее тяжелое состояние при ВИЧ-инфекции, при котором клетки иммунной системы не в состоянии бороться с инфекцией и другими заболеваниями, поэтому возникают жизнеугрожающие инфекционные болезни и опухоли.
- Важнейшими клетками крови, борющимися с инфекциями, является популяция лимфоцитов, называемых лимфоцитами CD4. Их количество характеризует состояние иммунной системы. По мере прогрессирования ВИЧ-инфекции количество этих клеток снижается. СПИД диагностируется при количестве лимфоцитов CD4 менее 200 в 1 мм³ или появлении следующих заболеваний: грибковое поражение внутренних органов, генерализованные цитомегаловирусная и герпетическая инфекции, энцефалопатия, онкологические заболевания (рак шейки матки, саркома Капоши, лимфома), пневмонии, тяжелые формы туберкулеза и некоторые другие заболевания. Необходим регулярный контроль количества лимфоцитов CD4.
- Лечение ВИЧ-инфекции — использование противовирусных лекарств (называемых также антиретровирусными) для того, чтобы ослабить или остановить распространение ВИЧ в организме. Лекарства не излечивают ВИЧ-инфекцию, но позволяют поддерживать состояние человека, приближенное к здоровому. Назначает лечение опытный специалист. Существуют различные группы противовирусных препаратов. Выбор их зависит от стадии ВИЧ-инфекции, сопутствующих заболеваний, сопутствующей терапии, предшествующего лечения, наличия беременности и др. Для лечения может быть назначен один препарат или несколько лекарств из нескольких групп. Комбинированное назначение нескольких лекарств — высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ) — является наиболее эффективной схемой лечения. При назначении этих лекарств могут возникать побочные эффекты, но польза от их приема по предотвращению прогрессирования, усугубления ВИЧ-инфекции выше, чем риск побочных эффектов. Тем не менее очень важно обсудить, какие побочные эффекты могут появиться и как поступать при их появлении.
- Приверженность к лечению — ежедневный, регулярный, правильный прием противовирусных лекарств, позволяющий предотвратить распространение вируса в организме и предупредить утяжеление ВИЧ-инфекции. Это будет положительно влиять на продолжительность и качество жизни, позволит иметь здоровое потомство. Соблюдение предписаний врача является ключевым моментом в борьбе с ВИЧ по двум причинам. Во-первых, от этого напрямую зависит эффективность противовирусных препаратов по снижению количества вируса в крови (вирусной нагрузки). Пропустив всего лишь один прием препаратов, пациент дает вирусу возможность начать размножаться гораздо быстрее, в то время как удерживание скорости воспроизводства ВИЧ на минимальном уровне чрезвычайно важно для предотвращения возникновения СПИДа и смерти от этого заболевания. Во-вторых, соблюдение предписаний по борьбе с ВИЧ-инфекцией помогает преодолеть развитие устойчивости вируса к лекарствам. При пропуске приема лекарств в организме пациента могут выработаться штаммы ВИЧ, устойчивые не только к тем препаратам, которые он принимает, но и к другим лекарственным средствам. В этом случае, если в будущем возникнет необходимость изменить методику лечения, диапазон выбора лекарственных средств для данного пациента существенно сузится. Ввиду того что устойчивый к препаратам штамм вируса может передаваться другим людям, рискованное поведение может повлечь за собой особенно серьезные последствия. Проведенные исследования доказали, что, несмотря на разнообразие существующих препаратов и методов борьбы с ВИЧ, долгосрочный эффект приносит в основном тот метод, который выбран первым. Аккуратный прием медикаментов повышает шансы пациента на успех.
- Проблемы с приверженностью к лечению. Схемы лечения ВИЧ-инфекции могут быть довольно сложными. Некоторые из них требуют приема большого количества таблеток

каждый день. Одни препараты против ВИЧ нужно принимать до еды, другие — во время еды. Это может представлять проблему для многих пациентов, особенно для тех, кто болен или страдает от симптомов ВИЧ-инфекции. К другим факторам, осложняющим следование предписаниям по борьбе с ВИЧ-инфекцией, относятся: неприятные побочные эффекты от лекарственных средств (например, тошнота), пропуск приема лекарств из-за сна, дальние путешествия, сильная занятость, болезнь, депрессия, забывчивость.

- Строго соблюдать предписания по лечению помогает обсуждение с врачом образа жизни, чтобы выработать наиболее эффективную схему лечения для данного конкретного пациента. Необходимо обсудить с пациентом следующие темы: график его переездов, время сна и приема пищи, возможные побочные эффекты лекарств, другие принимаемые им медикаменты и их взаимодействие с препаратами против ВИЧ, степень его решимости в точности следовать схеме лечения. Многие пациенты строго соблюдают все предписания в начале курса лечения, но со временем это становится для них затруднительным. Врач должен поднимать вопрос о приверженности к лечению во время каждой встречи с пациентом. Приверженность пациента к схеме лечения жизненно важна. Доказано, что наилучших результатов достигают те пациенты, которые принимают препараты строго по разработанной схеме.
- Начало лечения. До начала курса лечения ВИЧ-инфекции пациенту в целях соблюдения принципа приверженности к лечению рекомендуется предпринять следующие шаги: обсудить с врачом схему лечения; получить письменную копию назначенной схемы с указанием всех препаратов, времени приема и доз, а также способа приема (до или во время еды); постараться понять всю важность соблюдения принципа приверженности лечению; честно рассказать о своих привычках или проблемах, которые могут препятствовать соблюдению схемы лечения. Строгое следование предписаниям может представлять проблему для людей, злоупотребляющих алкоголем или наркотиками, не имеющих постоянного места жительства, страдающих психическими заболеваниями или испытывающих другие жизненные трудности. Полезно провести «тест»: попробовать соблюдать схему лечения, используя вместо лекарств витамины или леденцы. Это поможет заранее выявить те моменты, когда правильный прием очередной дозы препарата будет вызывать у пациента затруднения, и разработать подходящий для него план.
- Продолжение лечения. Пациенту необходимо принимать назначенные лекарства каждый день в одно и то же время. В начале каждой недели полезно разложить в специальной коробочке такое количество препаратов, которое, согласно схеме, требуется на всю неделю. Чтобы не пропустить очередной прием лекарств, можно использовать таймер или будильник; держать лекарства лучше там, где будет находиться пациент, когда наступит время принимать очередную дозу. Возможно, целесообразно иметь запас медикаментов на рабочем месте, в портфеле или сумке. Следует вести дневник приема лекарств, записывать названия всех препаратов и после каждого приема вычеркивать соответствующую запись. Полезно заранее планировать выходные и праздничные дни, учитывать изменения в привычном распорядке дня, попросить членов своей семьи и друзей напоминать о времени приема лекарств. По мнению некоторых пациентов, полезно также вступить в группу поддержки для людей, живущих с ВИЧ-инфекцией. Нужно следить за запасами медикаментов. Если их не хватает до следующего посещения врача, следует немедленно связаться с лечащим врачом.
- Проблемы с соблюдением схемы лечения. Очень важно немедленно сообщать лечащему врачу обо всех возникающих у пациента проблемах с соблюдением схемы лечения. В случае возникновения побочных эффектов может потребоваться изменение дозировки препаратов или даже схемы лечения в целом. Пропуски приема лекарств могут сигнализировать о том, что план лечения, разработанный для данного пациента, является для него слишком сложным или вообще невыполнимым. В этом случае необходимо разработать другие варианты лечения. Чтобы помочь пациенту получить от выбранного метода лечения максимальный эффект и разработать подходящий ему вариант схемы лечения, врач должен обладать всей полнотой информации.